

# **Attituden ten aanzien van euthanasie**

**samenhang met religiositeit en betekenisverlening aan lijden**

---

**ABSTRACT:** This study empirically investigates the correlation between intrinsic and extrinsic religiosity with attitudes regarding euthanasia in case of physical and psychological suffering. The specific motivations which constitutes intrinsic and extrinsic religiosity as stated in Heider's theory of interpersonal relations (1958) adds theoretical worth to the current study. Intrinsic religiosity correlates with attitudes toward euthanasia. Meaning of suffering is added as a potential mediator. Meaning of suffering correlates with both religiosity and attitudes toward euthanasia, it's mediating effect could only be partially confirmed. The absence of actual suffering of the respondents is a possible explanation. This study also indicates the value of motivational properties of religion regarding attitudes toward euthanasia.

---

**Universiteit Utrecht**

**Masterthesis Klinische- en Gezondheidspsychologie**

**Melchior Maas 3270661**

**Met begeleiding van: dhr. dr. H.A.W. Schut**

**Datum: 28-06-2012**

**E-mailadres: m.e.maas@students.uu.nl**

# Voorwoord

September 2011 was de tijd om een masterthesis te gaan schrijven. Van de beschikbare onderwerpen waarop ingeschreven kon worden was ‘religie en de attitude ten aanzien van euthanasie’ mijn eerste keuze. Wat voor mij het onderwerp blijvend interessant maakt zijn de motivaties om voor of tegen euthanasie te zijn. Daar hangt mee samen hoe men denkt over lijden, overlijden en de dood. Dit zijn thema’s die terugkeren wanneer religie betrokken wordt bij de attitude t.a.v. euthanasie. Door de verdieping die de literatuur kon bieden aan deze onderwerpen en de resultaten van dit onderzoek, kijk ik met tevredenheid terug op dit project. Ik denk dat de bijdrage van dit onderzoek aan de wetenschappelijke literatuur is dat religie onder de loep genomen is. Hierdoor zijn de onderliggende motivaties en de betekenis van lijden onder de aandacht gebracht.

Aanvankelijk was ik de enige die zich ingeschreven had voor dit onderwerp. Gelukkig was Nina Strous na enige tijd beschikbaar om samen aan dit tweemans project te beginnen. Met veel enthousiasme zijn we de literatuur ingedoken, ook hebben we plezier beleefd aan het werven van respondenten in de trein. Graag bedank ik Nina voor de samenwerking, waarin zij vooral veel ideeën wist in te brengen over de opzet van het verslag, de rode draad die van inleiding tot discussie niet mocht ontbreken en de maatschappelijke relevantie die zij steeds aan de onderwerpen kon toevoegen. Vlak voor de afronding zijn we ieder onze eigen weg gegaan door een verschil van inzicht hoe de inhoud te formuleren. We bleken niet in staat hier overeenstemming over te vinden, waardoor beide verslagen geheel afwijken qua formulering. Ook hebben we beide onze eigen variabele uitgewerkt, in mijn geval ‘betekenisverlening aan lijden’.

Ik ben onze begeleider en docent dr. Henk Schut zeer dankbaar voor de geboden begeleiding. Allereerst kregen we de vrijheid om het onderwerp naar eigen inzicht te verdiepen waarbij we vele aanwijzingen kregen. Ik heb geleerd niet alleen onderzoek te gebruiken uit de psychologische literatuur maar me breder te oriënteren op bijvoorbeeld hoe religie in eerder onderzoek onderzocht is. Het schrijven van dit stuk in artikelvorm had zijn uitdagingen, in de vorm van kort, eenduidig en *to the point* formuleren, waarbij de onderwerpen goed in elkaar moesten overvloeien. Deze vaardigheden zijn verbeterd door de raad van dhr. Schut. Ook wil ik hem danken voor het individuele verslag dat Nina en ik mochten inleveren.

# Inleiding

Het woord euthanasie stamt af uit het Oudgrieks, εὖ (eu) = “goede” en θάνατος (thanatos) = “dood”. Wettelijk is euthanasie gedefinieerd als: ‘handelen van een arts dat het leven van een patiënt op diens uitdrukkelijke verzoek beëindigt’. Criteria hierbij zijn de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en uitzichtloos en ondraaglijk lijden (Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensseinde [NVVE], 2012). Hulp bij zelfdoding valt ook onder de wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, die in 2002 is ingevoerd. Dit houdt in: ‘het opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam zijn of hem de middelen daartoe verschaffen’. In 2005 waren er 2297 officiële meldingen van euthanasie (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2007). Sinds de invoering van de wet is het aantal euthanasiegevallen niet significant veranderd: “de euthanasiewet kwam tot stand na uitgebreide discussie in de politiek en de media, met als gevolg dat de invoering meer een al bestaande praktijk formaliseerde, dan een werkelijke attitudeverandering ten aanzien van euthanasie teweegbracht” (Alphen, Donker & Marquet, 2011, p. 2). Hoewel de wet helder geformuleerd is zijn termen als ‘uitzichtloos’ en ‘ondraaglijk’ subjectief. Ook blijkt het toepassen van de wet bij psychisch leed controversieel.

## *Euthanasie bij lichamelijk en psychisch lijden*

Onder psychisch leed wordt een niet-levensbedreigende situatie verstaan waarbij er sprake is van psychiatrische stoornissen, zoals een zware depressie, en/ of existentieel lijden. Dat laatste bestaat uit eenzaamheid, afhankelijkheid, verveling, gebrek aan vitaliteit en een gebrek aan sociale of maatschappelijke relevantie en het voltooid achten van het leven (Boer, 2002; Saunders, 1992). Het onderscheid tussen euthanasie bij psychisch lijden en lichamelijk lijden wordt gemaakt omdat euthanasie in het eerste geval de levensloop drastisch verkort, waar het in het geval van ernstig lichamelijk leed om het bespoedigen van de dood gaat. Artsen en psychiaters verrichten vaker euthanasie bij terminaal zieken, dan bij patiënten zonder verkorte levensverwachting (McCormack, 1998; Sheldon, 2001). Dit is te verklaren doordat de wet multi-interpretabel is. Is men wilsbekwaam als men zwaar depressief of dement is? Cognitief disfunctioneren is immers onderdeel van het ziektebeeld. Over ondraaglijk lichamelijk lijden kan vaak consensus gevonden worden, bij psychisch leed ligt dit gecompliceerder. Wanneer men bijvoorbeeld aan zware persoonlijkheidsproblematiek lijdt kan men dat ervaren als ondraaglijk en uitzichtloos, na verlichting van symptomen kan men een andere visie hebben

(Callebert, Audenhove, Coster & Thienpont, 2012). Niet alleen artsen en psychiaters hebben hun bedenkingen wat betreft euthanasie bij psychisch leed.

De attitude t.a.v. euthanasie van de Nederlandse burger is in een enquête van Holsteyn en Trappenburg (1998), onder 948 personen afgenomen. Tachtig procent was positief over euthanasie, aangaande een casus waarin een man euthanasie krijgt voor een ongeneselijke spierziekte die hem zal verlammen waardoor hij uiteindelijk zal stikken. In het geval van een chronische depressieve vrouw vond 30 procent het geoorloofd euthanasie te verrichten (Holsteyn & Trappenburg, 1998). De vraag is wat er samenhangt met dit verschil tussen de attitude bij lichamelijk en psychisch leed.

### *Religiositeit en euthanasie*

Religie blijkt een sterke voorspeller voor de attitude ten aanzien van euthanasie (Jaspers, Lubbers & de Graaf, 2007). Gelovigen zoals katholieken en protestanten zijn negatiever over euthanasie dan niet-gelovigen (Moulton, Hill & Burdette, 2006). Anno 2007 is ongeveer tien procent van de Nederlandse bevolking tegen euthanasie, 40 procent van de streng gelovigen is tegen euthanasie, tegenover vier procent van de niet-gelovigen (Jaspers et al., 2007). Ook uit een recent onderzoek van Verbakel en Jaspers (2010) blijkt dat een hogere mate van religiositeit (bestaande uit belang van religie, de waarde van God, geloof in God, leven na de dood, hemel en hel en of men zichzelf religieus acht) samenhangt met een negatievere attitude ten aanzien van euthanasie.

Eerder onderzoek betreffende de relatie tussen religiositeit en attitudes ten aanzien van euthanasie heeft zich voornamelijk geconcentreerd op kerklidmaatschap. In onderzoek naar religiositeit en andere ethische kwesties worden ook rijkere definities van religiositeit gehanteerd, bijvoorbeeld in het geval van abortus. Religiositeit bleek sterk samen te hangen met een negatieve attitude t.a.v. abortus (Petersen, 2001). Religiositeit werd in deze studie gemeten door kerklidmaatschap en het leven in een gelovige familie. Ook bleek het effect van onderwijs, dat een positieve attitude t.a.v. abortus met zich meebrengt, teniet werd gedaan door religiositeit. Ness, Fried, O'Leary en Towle (2008) deden onderzoek naar religieuze patiënten (voornamelijk christenen) die op hoge leeftijd leden aan een terminale ziekte. Religiositeit werd gemeten door religieuze identiteit, religieus comfort, het aandoen van religieuze diensten en het toegroeien naar God te includeren. Dit laatste bleek samen te hangen met het willen ondergaan van een levensverlengende ingreep. Onder professionals die met deze ethische vraagstukken in aanraking komen is ook onderzoek gedaan. Joodse artsen

zijn minder geneigd passieve euthanasie toe te passen naarmate zij meer overtuigd zijn (Wenger & Carmel, 2004). Religiositeit is gemeten met de *Jewish Religiosity Scale*.

Walker, Smither en DeBode (2012) merken op dat religiositeit op vele manieren is gedefinieerd, waardoor de samenhang tussen religiositeit en ethische besluitvorming inconsistente resultaten oplevert. Zij beredeneren dat ethische besluitvorming afhankelijk is van de specifieke religieuze motivatie zoals vervat in intrinsieke en extrinsieke religiositeit. Er werden ethische stellingen geponeerd waarin de hoofdpersoon niet-ethisch handelde. Dit betrof steekpenningen, eigen gewin, niet-milieubewust handelen en overlast in de context van het bedrijfsleven. Intrinsiek religieuze bleken negatiever over de handelwijze van de persoon in de stellingen, extrinsiek religieuzen waren juist positiever dan gemiddeld.

#### *Intrinsieke en extrinsieke religiositeit*

Zoals beschreven is in dit empirisch onderzoek is uitgebreid aandacht besteed aan de multidimensionaliteit en de motivationele aspecten van van religiositeit (Haber, Jacob & Spangler, 2007; Jong, Faulkner & Warland 1976). Deze worden het meest recht gedaan met intrinsieke en extrinsieke religiositeit. Beide schalen zijn ontwikkeld om twee typen religiositeit te kunnen meten als twee punten op een continuüm. In veel onderzoek wordt echter geen tot een kleine samenhang tussen beide schalen gevonden (Batson, Schoenrade & Ventis 1993). Daarom wordt onderzocht of intrinsieke en extrinsieke religiositeit afhankelijk of onafhankelijk zijn.

Intrinsieke en extrinsieke religiositeit representeren cognities, motieven en gedrag (Hood, Spilka, Hunsberger & Gorsuch, 1996). Intrinsieke religie is geloof als een superieure waarde. De nadruk ligt op liefhebben, altruïsme, betekenisverlening, de dood als iets positiefs en het geeft een gevoel van kracht en competentie. Extrinsieke religie wordt omschreven als utilitair en wordt gebruikt wanneer men in crisis is. Het houdt een straffend Godsbeeld in, gaat gepaard met een laag zelfvertrouwen en is niet geïntegreerd in het dagelijks leven (Hood et al., 1996). Voorts zal beschreven worden wat ten grondslag ligt aan deze vormen van religiositeit.

De attributietheorie van Heider (1958) beschrijft inter-persoonlijke relaties, waarbij individuen proberen sociale situaties te verklaren aan de hand van de omgeving, evenals de personen die daarmee interacteren (Hood et al., 1996). Religiositeit is in dit opzicht een attributie van betekenis, controle en vertrouwen. Intrinsieke religie is een middel om controle te verkrijgen door de betekenis op tal van levensgebieden te doorgronden. Extrinsieke religie is puur op controle gericht, in die zin dat elementen uit de religie gebruikt worden om het

zelfvertrouwen op te schroeven. Hiermee hangt samen dat intrinsiek religieuzen een grotere 'locus of control' ervaren dan extrinsiek gelovigen, door het streven naar kennis en betekenisverlening (Hood et al., 1996). Uit onderzoek blijkt dat een hoog zelfvertrouwen samenhangt met een positief beeld van God (Spilka & Schmidt, 1983). Dit zijn aanwijzingen dat intrinsieke en extrinsieke religiositeit inderdaad voortkomen uit een streven naar betekenis, controle en vertrouwen.

Samengevat is intrinsieke religie een denken en handelen vanuit een overtuiging waarbij de nadruk ligt op betekenisverlening. Extrinsieke religie is het gebruik van religieuze opvattingen voor belangrijke levensvragen. Doordat extrinsieke religiositeit een middel is om vooral controle te ervaren, wordt verwacht dat extrinsieke religiositeit positief zal samenhangen met de attitude t.a.v. euthanasie, aangezien dit een drastisch middel is om controle te verkrijgen op het gebied van lijden, leven en dood. Verwacht wordt dat intrinsieke religiositeit negatief zal samenhangen met de attitude t.a.v. euthanasie, door de centrale rol van betekenisverlening, de zin die wordt toegekend aan lijden en het interpreteren van tegenslagen als uitdagingen (Hood et al., 1996).

### *Betekenisverlening aan lijden*

Personen met een intrinsieke religie hebben positievere gedachten over lijden en de dood dan extrinsiek religieuzen. Zij zien dit als een test van waarden, moed en karakter. Ook zien zij de dood als iets wat leidt naar beloning en het eeuwige leven (Hood et al., 1996). Hieruit wordt duidelijk dat er controle en vertrouwen gevonden worden in de betekenisverlening aan lijden. Extrinsiek religieuzen zien daarentegen de dood en lijden meer als een verslagen zijn door het leven, een nederlaag. Zij hechten veel waarde aan de geanticiperde eenzaamheid en pijn (Hood et al., 1996). Kortom, bij hen is religie niet geïntegreerd in het leven en betekenisverlening weet weinig vertrouwen te scheppen. De relatie tussen betekenisverlening aan lijden en attitudes ten aanzien van euthanasie is weinig onderzocht.

Karlsson, Milberg en Strang (2011) verrichtten kwalitatief onderzoek naar de mening van 66 terminale kankerpatiënten m.b.t. euthanasie. 29 Procent van deze personen was pro euthanasie, 20 procent tegen en 51 procent had geen duidelijke mening. Het interessante van deze studie is dat de motivatie van deze attitudes bevestigd is. Patiënten die naar aanleiding van ondraaglijk lijden positief zijn over euthanasie, hebben één of meerdere van de volgende motivaties: geen vertrouwen in de hulp die men krijgt, bang voor verlies van nog meer lichamelijke functies en belasting van de sociale kring en zinloosheid van lijden. Patiënten die na aanleiding van ondraaglijk lijden negatief zijn over euthanasie, hebben een of meerdere

van de volgende motivaties: vertrouwen in (medische) hulp, aanpassing aan de nieuwe situatie, zinvolheid van lijden (Karlsson et al., 2011). Hoeveel verklarende waarden deze variabelen hadden is niet onderzocht. Ook is het type religiositeit niet meegenomen. Wat in deze studie niettemin treffend blijkt, is het verschil in vertrouwen tussen degene die vóór en tegen euthanasie is, wat goed aansluit bij de begrippen van intrinsieke en extrinsieke religie. Dit kwalitatieve onderzoek wijst op de samenhang tussen betekenisverlening aan lijden en de attitude t.a.v. euthanasie. Er wordt onderzocht of dit resultaat bij niet-lijdende personen empirisch gevonden kan worden.

### *Hypothesen*

De besproken literatuur brengt ons bij de volgende hypothesen. Hypothese 1: intrinsieke en extrinsieke religie zijn twee aparte typen van religiositeit. Hypothese 2: hoe hoger de mate van extrinsieke religiositeit, hoe positiever men zal zijn t.a.v. euthanasie. Hypothese 3: hoe hoger de mate van intrinsieke religiositeit, des te negatiever is men t.a.v. euthanasie. Hypothese 4: hoe hoger de mate van extrinsieke religiositeit hoe minder betekenis men verleent aan lijden. Hypothese 5: hoe hoger de mate van intrinsieke religiositeit hoe meer betekenis men verleent aan lijden. Hypothese 6: hoe meer betekenis men toekent aan lijden des te negatiever is de attitude t.a.v. euthanasie. Hypothese 7: de samenhang tussen religiositeit en de attitudes t.a.v. euthanasie wordt verklaard door betekenisverlening aan lijden.

## **Methode**

### *Design*

Het onderzoek is correlatieel, met de variabelen: attitudes ten aanzien van euthanasie bij lichamelijk (AEL) en psychisch leed (AEP), levensbeschouwing (bestaande uit intrinsieke en extrinsieke religiositeit) en betekenisverlening aan lijden. Het design is *within-subjects*, respondenten wordt zowel naar AEL als AEP gevraagd wat vervolgens gecorreleerd wordt met de afhankelijke variabelen.

### *Respondenten*

Er waren 138 respondenten nodig om een power van .95 en een effectgrootte van .39 te verkrijgen. Er zijn 270 respondenten benaderd, waaronder 123 mannen (45.2%), gemiddelde leeftijd 40.4 jaar (SD=17.9) en 144 vrouwen (52.9%), gemiddelde leeftijd 38.6 jaar

(SD=18.1). Respondenten moesten minstens achttien jaar zijn om deel te nemen, omdat er anders toestemming van de ouders nodig was. Voor verdere demografische gegevens zie Tabel 1. Opmerkelijk is het hoge gemiddelde opleidingsniveau en het aantal ongehuwden. Er waren relatief weinig deelnemende christelijken ten opzichte van de landelijke bevolkingssamenstelling(respectievelijk: 23.3%, 48%). Dit gold ook voor het percentage niet-gelovigen (respectievelijk: 67.8 %, 42%) (CBS, 2008). Dit alles is te verklaren door het hoog aantal deelnemende studenten.

**Tabel 1:** *Demografische gegevens*

	Frequentie(n)	Percentage (%)
<b>Hoogst afgeronde opleiding</b>		
Basis/Middelbare school	60	22.2
MBO	52	19.3
HBO	74	27.4
WO bachelor	35	13.0
WO master	47	17.4
Missing	2	0.7
<b>Burgerlijke staat</b>		
Gehuwd	87	32.0
Weduwe/weduwnaar	3	1.1
Gescheiden	23	8.5
Ongehuwd	153	56.2
Missing	6	2.2
<b>Werkstatus</b>		
Werkend	152	56.3
Niet werkend	46	17.0
Studerend	71	26.3
Missing	1	.4
<b>Geloofsovertuiging</b>		
Christelijk	63	23.3
Niet-christelijk gelovig	16	5.9
Niet-gelovig	183	67.8
Missing	8	3.0

### *Vragenlijst*

Met enkele korte vragen werden de belangrijkste demografische gegevens verzameld. Gevolgd door vragen aangaande intrinsieke en extrinsieke religie, betekenisverlening aan lijden en AEL en AEP.

### *Vragenlijst, levensbeschouwing en lijden*

De vragenlijsten over intrinsieke en extrinsieke religie zijn afgeleid van de Religious Orientation Scale van Allport en Ross (1967). De intrinsieke schaal heeft een goede interne betrouwbaarheid van .83 (Trimble, 1997). De extrinsieke schaal heeft een interne betrouwbaarheid van .64. Intrinsieke en extrinsieke religie correleren middelmatig en positief



met andere maten van religiositeit, dit suggereert dat de inhoudsvaliditeit en de begripsvaliditeit voldoende zijn (Trimble, 1997). Tussen de twee schalen bestaat een negatieve correlatie, tussen de  $-.20$  en  $-.30$ , de schalen zijn voldoende onafhankelijk (Kirkpatrick & Hood, 1990).

De aanpassingen aan de vragenlijsten hadden als doel de individuele beleving van religie te meten. Vragen naar betrokkenheid bij een kerk, bidden en de aanwezigheid van God zijn weggelaten zodat levensbeschouwing ook andere zienswijzen toelaat. Extrinsieke religiositeit heeft een interne betrouwbaarheid van  $\alpha=.18$ , voor intrinsieke religiositeit geldt een waarde van  $\alpha=.79$ . Extrinsieke religiositeit is door de lage interne betrouwbaarheid niet meegenomen in de analyses. Hierdoor is hypothese één niet getoetst. Gevolg is dat de utilitaire kant van religie niet onderzocht is, hierdoor is het niet mogelijk uitspraken te doen over religiositeit als variabele met betrekking tot de attitudes. Alleen intrinsieke religiositeit zal worden onderzocht. In de discussie zal naar verklaringen worden gezocht voor de lage interne betrouwbaarheid.

#### *Vragenlijst, betekenisverlening aan lijden*

Omdat er geen schalen bekend zijn die betekenisverlening aan lijden meten, werden vragen opgesteld, waarvan vijf items uiteindelijk opgenomen zijn in de definitieve vragenlijst. De interne consistentie hiervan is  $\alpha=.79$ . De *Meaning of Life Questionnaire* (Steger, Frazier, Oishi & Kaler, 2006) was daarbij behulpzaam. Hiervan is de individuele beleving overgenomen die men ervaart ten aanzien van betekenisverlening. Dit is verwerkt tot de vraag: 'Door lijden kun je, je tot een beter mens ontwikkelen'. Ook zijn de standpunten van intrinsieke en extrinsiek religieuzen verwerkt in de vragen. Gebleken is dat zij zeer verschillend denken over lijden, zo wordt een breed spectrum aan opvattingen uitgevraagd. Voorbeelden hiervan: 'lijden is een belangrijk deel van het leven' en 'lijden moet zo veel mogelijk uitgebannen worden uit het leven'.

#### *Procedure*

In de intercity tussen Utrecht centraal en Rotterdam Centraal en Utrecht centraal en Den Haag is, met toestemming van de dienstdoende conducteur, gevraagd aan reizigers de vragenlijst in te vullen. Op deze trajecten was genoeg tijd om de vragenlijsten af te nemen. Verondersteld werd dat opleidingsniveau, leeftijd en levensbeschouwing van deze reizigers goed gespreid zouden zijn. In het winkelcentrum Kanaleneiland te Utrecht is mensen gevraagd de vragenlijst in te vullen. De reden hiervoor was om genoeg niet-christelijk gelovigen als

respondenten te kunnen werven, dit naar aanleiding van de ervaring dat deze groep niet snel medewerking verleende. De periode van afname was eind Januari- midden Februari 2012 op doordeweekse dagen, van 12:00 's middags tot 18:00 's avonds om de grootste ochtendspits te vermijden.

Alleen degene die geen andere bezigheid had is gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Gevraagd is of men tijd en zin had, was dit het geval dan werd het doel van het onderzoek en de onderwerpen uiteengezet. Vervolgens werd de *informed consent* ondertekend na besproken te hebben wat dit inhield. Pas daarna werd de vragenlijst voorgelegd.

### *Informed consent*

Er is getracht de *informed consent* zo transparant mogelijk te laten zijn. Reden is dat men zo niet onvoorbereid geconfronteerd zou worden met lastige, emotioneel beladen vragen. Er werd aangegeven dat het vragen naar levensbeschouwing, betekenisverlening aan lijden, AEP en AEL betrof. Daarnaast werd vermeld dat de verwerking van de gegevens volstrekt anoniem was en dat de gegevens alleen gebruikt zouden worden voor dit onderzoek. Ten slotte is er op gewezen dat, wanneer men zich zou bedenken, er direct gestopt kon worden. De *informed consent* werd ondertekend door de respondent. Er is een ondertekende verklaring van anonimiteit meegegeven aan de respondenten waarin staat dat de anonimiteit zou worden gewaarborgd, door de gegevens alleen voor het huidige onderzoek te gebruiken en deze informatie niet met derden te delen. Hierop stond een e-mailadres waarmee men voor eventuele vragen of opmerkingen de onderzoekers kon bereiken.

## **Resultaten**

Het model dat getoetst wordt bestaat uit intrinsieke religiositeit en de mediator betekenisverlening aan lijden als afhankelijke variabele. AEL en AEP zijn hierin de onafhankelijke variabelen. Eerst komen algemene resultaten aan bod betreffende de kernvariabelen, waarna het model de revue passeert.

Men is positiever t.a.v. AEL dan t.a.v. AEP (respectievelijk  $M= 5.85$   $SD= 1.37$ ,  $M= 4.95$   $SD= 1.68$ ,  $t = 10.83$ ,  $df = 261$ ,  $p < .01$ ). De volgende analyses worden gedaan met Spearman-correlatie omdat AEL en AEP niet normaal verdeeld zijn (respectievelijk: Kurtosis=12.48, Scheefheid=-13.00; Kurtosis=1.53, Scheefheid=-4.9). Leeftijd blijkt niet te correleren met AEL, ( $r_s= .036$ ,  $p = .57$ ) maar wel met AEP ( $r_s= .20$ ,  $p < .01$ ). Hoe ouder men is

hoe positiever men is t.a.v. AEP. Opleidingsniveau vertoont geen relatie met AEL, ( $r_s = .12, p = .09$ ). Bij AEP is dit wel het geval, ( $r_s = .17, p < .05$ ). Hoger opgeleiden scoren positiever op AEP.

De nu volgende resultaten worden gedaan met ANOVA's omdat deze robuust zijn tegen schending van een normale verdeling. Burgerlijke staat vertoont een marginaal significante samenhang met AEL ( $F(3,257) = 2.36, p = .07$ ) en AEP ( $F(3,257) = 2.37, p = .07$ ), er is sprake van een positieve trend. Werkstatus toont geen samenhang met zowel AEL ( $F(2,260) = 1.49, p = .23$ ) als AEP ( $F(2,260) = 2.42, p = .09$ ). Het specifieke dienstverband hangt niet samen met de attituden. Geloofsovertuiging hangt samen met AEL ( $F(2, 253) = 10.45, p < .01$ ) en AEP ( $F(2, 253) = 5.60, p < .01$ ). Niet-gelovigen scoren hoger op AEL en AEP dan christelijken en niet-christelijk gelovigen.

Intrinsieke religiositeit wordt voor een deel door geloofsovertuiging verklaard ( $F(2,261) = 19.54, p < .01$ ). Zie Tabel 5.

**Tabel 2:** *Intrinsieke religiositeit tussen groepen met verschillende geloofsovertuigingen*

	Niet-gelovig		Christelijk		Niet-christelijk, gelovig		ANOVA
	M	SD	M	SD	M	SD	
Intrinsieke religiositeit	3.63	1.27	4.67	1.18	4.75	1.34	$F(2,261) = 19.54, p < .01$

De eerste hypothese betreft de onafhankelijkheid van extrinsieke en intrinsieke religiositeit. Deze hypothese kan niet worden getoetst, door de slechte interne consistentie van extrinsieke religiositeit ( $\alpha = .18$ ). Om dezelfde reden kan de samenhang tussen extrinsieke religiositeit en de attituden (hypothese twee) niet onderzocht worden. De hypothesen kunnen daarom noch verworpen noch bevestigd worden. De derde hypothese luidt: er is een negatieve samenhang tussen intrinsieke religiositeit en de beide attituden (AEL en AEP). Dit is gevonden (AEL:  $r_s = -.22, p < .01$  en AEP:  $r_s = -.13, p < .05$ ). Hoe hoger de score op intrinsieke religiositeit des te negatiever men is t.a.v. zowel AEL als AEP. Hypothese vier, betreffende de negatieve samenhang tussen extrinsieke religiositeit en betekenisverlening aan lijden, kan ook niet onderzocht worden. Hypothese vijf is: hoe hoger de score op intrinsieke religiositeit hoe meer betekenis er aan lijden wordt verleend. Dit komt overeen met het gevonden resultaat ( $r_s = .21, p < .01$ ). Hypothese wordt niet verworpen: betekenisverlening aan lijden hangt negatief samen met de attituden (AEL:  $r_s = -.17, p < .01$  en AEP:  $r_s = -.19, p < .05$ ). Hoe meer betekenis er aan lijden wordt verleend hoe negatiever men is t.a.v. AEL en AEP.

Hypothese zeven kan ook niet worden getoetst door de slechte interne consistentie van extrinsieke religiositeit. Daarom wordt alleen intrinsieke religiositeit meegenomen: betekenisverlening aan lijden is een mediator op de relatie tussen intrinsieke religiositeit en beide attitudes. Eerst wordt AEL behandeld. Aan stap 1 en 2 van de mediatie-analyse is voldaan; er zijn samenhangen tussen intrinsieke religiositeit, betekenisverlening en AEL. Model één geeft de voorspellende waarde en de coëfficiënten weer van intrinsieke religiositeit op AEL zonder betekenisverlening te betrekken. Dit wordt vergeleken met model twee om zo de rol van betekenisverlening te verduidelijken. Stap drie is het voorspellen van AEL door intrinsieke religiositeit met controle voor betekenisverlening, weergegeven in model twee. Hieruit moet blijken of de samenhang tussen intrinsieke religiositeit en AEL afgezwakt wordt of verdwijnt na toevoeging van betekenisverlening. Dit levert een significant verband op ( $F(2,261) = 13.96, p < .01, R^2 = .09$ ). Uit model twee blijkt dat intrinsieke religiositeit significant blijft en slechts een kleine vermindering in correlatie met AEL laat zien. Geconcludeerd wordt dat betekenisverlening aan lijden geen mediator is, zie Tabel 6.

**Tabel 3:** gestandaardiseerde en ongestandaardiseerdecoëfficiënten van het model van.....

Variabele	B	SE B	$\beta$
<u>Model 1</u>			
Intrinsieke religiositeit	-.29	.06	-.28**
<u>Model 2</u>			
Intrinsieke religiositeit	-.26	.06	-.26**
Betekenisverlening aan lijden	-.14	.06	-.14*

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Voor AEP geldt ook dat er een samenhang is met betekenisverlening en intrinsieke religiositeit. Ook hebben de onafhankelijke variabelen samenhang. Wanneer intrinsieke religiositeit gecontroleerd wordt door betekenisverlening blijken beide hun significante bijdrage aan de verklaarde variantie te behouden ( $F(2,261) = 17.69, p < .01, R^2 = .04$ ). Er is sprake van partiële mediatie omdat intrinsieke religiositeit in model 2 minder significant is en minder verklaarde variantie heeft, maar niet gereduceerd is tot nul. De hypothese dat betekenisverlening aan lijden de relatie tussen intrinsieke religiositeit en AEP medieert wordt

verworpen. De partiële mediatie duidt op gedeeltelijk verklaarde variantie in intrinsieke religiositeit door betekenisverlening aan lijden.

**Tabel 4:** gestandaardiseerde en ongestandaardiseerde coëfficiënten van het model.

Variabele	B	SE B	$\beta$
<b>Model 1</b>			
Intrinsieke religiositeit	-.19	.08	-.16**
<b>Model 2</b>			
Intrinsieke religiositeit	-.15	.08	-.12*
Betekenisverlening aan lijden	-.20	.08	-.16**

\* $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Om de samenhang van betekenisverlening aan lijden met de verschillende geloofsovertuigingen te specificeren is een ANOVA uitgevoerd. Dit resultaat is niet significant ( $F(2,261) = 1.79, p = .17$ ). Het al dan niet religieus zijn heeft geen samenhang met de mate waarin men betekenis verleend aan lijden. Opleidingsniveau blijkt wel van belang, zie Tabel 8.

**Tabel 5:** Betekenisverlening aan lijden tussen groepen met verschillende opleidingen

	MBO		HBO		WO master		ANOVA
	M	SD	M	SD	M	SD	
Betekenisverlening aan lijden	4.40	1.12	3.72	1.28	4.40	1.15	$F(4,267) = 3.24, p < .05$

Na bonferronicorrectie zijn er significante posthoc-verschillen tussen MBO en HBO en WO master en HBO. Degene met een HBO opleiding scoren significant lager op betekenisverlening. Leeftijd hangt niet samen met betekenisverlening ( $r_s = -.05, p = .53$ ). Tussen mannen en vrouwen bestaat ook geen significant verschil ( $t = 1.33, df = 266, p = .58$ ).

# Discussie

## *Conclusie*

De relatie tussen religiositeit en AEL en AEP stond centraal. Men is positiever over euthanasie bij lichamelijk leed dan bij psychisch leed. Door de zeer lage interne consistentie van de variabele extrinsieke religiositeit kon de hypothese, dat intrinsieke en extrinsieke religiositeit onafhankelijke schalen zijn, niet getoetst worden. Intrinsieke religiositeit en betekenisverlening aan lijden hangen positief samen. De gevonden resultaten ondersteunen de hypothese dat er een negatieve correlatie bestaat tussen intrinsieke religiositeit en beide attitudes. Er is een significante negatieve correlatie gevonden tussen betekenisverlening aan lijden en beide attitudes. Betekenisverlening aan lijden is geen mediator in de relatie tussen intrinsieke religiositeit en AEL, het is echter een partiële mediator in de relatie tussen intrinsieke religiositeit en AEP.

Uit de volgende onderzoeken blijkt dat het niet ondergaan of ervaren van leed hiervoor een verklaring kan bieden. Shantall (1999) deed onderzoek naar de betekenis van lijden onder vijf bekende personen die hevig geleden hadden, bijvoorbeeld gedurende de Holocaust zoals psychiater Frankl. Frankl: “*suffering ceases to be suffering the moment it takes on meaning*”. Dit wordt aangehaald i.v.m. de betekenis die verleend wordt aan lijden gedurende het ondergaan hiervan, op voorwaarde dat men doelen heeft die als moreel superieur ervaren worden (Shantall, 1999). Hierbij aansluitend toont de studie van Anagnostopoulos, Slater en Fitzsimmons (2010) aan dat het verlenen van betekenis aan persoonlijke doelen en het leven, waaronder lijden, sterk samenhangt met psychologische veerkracht na geleden te hebben aan borstkanker.

In een meta-analyse van Park (2010) worden 25 studies vergeleken op de samenhang tussen betekenisverlening (*meaning Making*) en stressvolle gebeurtenissen. Een mogelijke verklaring voor het niet gevonden mediërende effect is dat het proces van betekenisverlening op gang komt na een ingrijpende gebeurtenis, zoals in dit geval, euthanasie bij een dierbare (Park, 2010). De ingrijpende gebeurtenis wordt begrepen in de omstandigheden van die specifieke context. Wanneer dit niet strookt met de *global meaning*, wat bestaat uit schema's aangaande eerlijkheid, coherentie, controle, levensdoelen en algemene overtuigingen, brengt dit stress teweeg. Deze stress is het motief om de situationele overtuiging in overeenstemming te brengen met de *global beliefs* (Park, 2010). Men gaat kortom grondig nadenken na een ingrijpende gebeurtenis waardoor de betekenisverlening aan lijden beter zal aansluiten bij de

attitude t.a.v. euthanasie. Hierdoor zal de samenhang tussen betekenisverlening en AEL en AEP mogelijkwijs toenemen, waardoor de mediërende rol van betekenisverlening aan lijden groter wordt.

### *Wetenschappelijk belang*

Religiositeit is op vele manieren onderzocht in relatie tot ethische kwesties. De specifieke samenhang tussen religiositeit en de attitude t.a.v. euthanasie is veelal onderzocht met kerklidmaatschap, het onderdeel zijn van een religieuze familie en specifieke geloofsovertuiging. Er is gekozen om een intrinsieke individuele benadering van religie te hanteren, deze sluit beter aan bij de beleving en de motivationele aspecten van religiositeit. Dit werpt licht op de vraag waarom intrinsieke en extrinsieke religiositeit met AEL en AEP samenhangen. Omdat dit onderzoek een van de eerste is die de samenhang tussen intrinsieke religiositeit en de attitude t.a.v. euthanasie heeft onderzocht kan het niet voortborduren op eerdere resultaten. Wel wijst dit onderzoek er op dat de attributietheorie het waarom van de samenhang tussen intrinsieke religiositeit en de attitude t.a.v. euthanasie kan verhelderen.

Uit dit onderzoek blijkt betekenisverlening aan lijden een zwakkere voorspeller van de attitude t.a.v. euthanasie wanneer men niet lijdt. Verklaring hiervoor (zoals onder conclusie beschreven) kan zijn dat de situationele overtuiging in overeenstemming gebracht wordt met de *global beliefs*, wanneer men lijdt (Park, 2010). Deze discrepantie is er niet, wanneer er niet geleden wordt omdat er in dat geval geen situationele overtuigingen zijn.

### *Maatschappelijke relevantie*

De verdieping van de term religiositeit kan een bijdrage leveren aan de maatschappelijke discussie. Onderzoek (zie inleiding) heeft vele aspecten van religie aan het licht gebracht, deze dringen echter moeilijk door tot het maatschappelijk debat waarin maar al te snel gepolariseerd wordt, door de indeling gelovig versus niet-gelovig te maken, gekoppeld aan respectievelijk tegen en vóór euthanasie. Elk individu heeft zijn eigen beleving van religiositeit waar aspecten van betekenisverlening, visie op de dood, en vertrouwen deel van uitmaken. De argumenten die vaak overheersen in de discussie over euthanasie, vallen onder extrinsieke religiositeit, bestaande uit: geanticiperde pijn, eenzaamheid en de zinloosheid van lijden.

Hoewel de wet euthanasie bij psychisch leed mogelijk maakt, wordt dit door artsen en psychiaters meestal afgewezen. Naast de Multi-interpreteerbaarheid van de wet is het mogelijk dat artsen religieuze overwegingen laten meespelen in de beslissing euthanasie te

verlenen. Cohen en collega's (2008) deden onderzoek naar de samenhang tussen religiositeit en de attitude t.a.v. euthanasie bij artsen in Italië, Zweden, België, Nederland, Zwitserland en Australië. Artsen met een religieuze overtuiging bleken significant vaker euthanasie af te wijzen dan niet-gelovige artsen. 1275 Nederlandse artsen participeerde in dit onderzoek, waarvan 51.6 procent gelovig. Twintig procent van de artsen had wel eens actieve euthanasie verricht, 40 procent heeft een of meerder patiënten geholpen met palliatieve sedatie en 90 procent van de ondervraagde artsen heeft passieve euthanasie verricht. In de Verenigde Staten is iets vergelijkbaars gevonden. Onder 3299 oncologen, is de attitude t.a.v. euthanasie bevraagd. Religieuzen waren ook hier significant negatiever over euthanasie. 62.9 Procent heeft met verzoeken tot euthanasie te maken gehad. Alle oncologen gaven aan religieus te zijn, 34 procent gaf ook aan dat religieuze overwegingen zeer belangrijk waren in de beslissing euthanasie te verlenen (Emanuel et al., 2000).

### *Beperkingen*

Er zijn enkele beperkingen aan dit onderzoek. Er hebben relatief veel jonge en hoogopgeleide respondenten geparticipeerd, waardoor de onderzoekspopulatie geen perfecte afspiegeling van de Nederlandse bevolking vormt. Hoogopgeleiden zijn vaker positief over euthanasie dan lager opgeleiden (Jaspers et al., 2007). Hierdoor is het resultaat van dit onderzoek niet te generaliseren naar de gehele Nederlandse bevolking. Naar aanleiding van vragen van respondenten bleek dat men begrippen als 'levensbeschouwing', 'lijden' en 'hulp bij zelfdoding' onduidelijk vond. Er zijn in een rumoerig winkelcentrum vragenlijsten afgenomen. Respondenten in de trein konden geen tussentijdse vragen stellen. Ook hebben enkele respondenten aangegeven tijdsdruk te ervaren. Deze factoren kunnen een minder valide resultaat hebben opgeleverd. Hierdoor waren respondenten eerder geneigd de vraag over te slaan of behoudend te reageren op de attitude t.a.v. euthanasie. De attitude is door deze respondenten negatiever ingevuld dan hij in werkelijkheid is. Doordat het niet mogelijk is na te gaan wat de grote van deze groep is, is het effect hiervan onduidelijk.

Extrinsieke religiositeit had een zeer lage interne consistentie en is daarom niet meegenomen in de analyses. Dit heeft als mogelijke consequentie voor de resultaten dat de samenhang tussen intrinsieke religiositeit, betekenisverlening aan lijden en de attitudes t.a.v. overschat is. Zoals uit de literatuur blijkt zijn intrinsiek religieuzen negatiever over euthanasie en vinden zij meer betekenis in lijden dan extrinsiek religieuzen (Spilka et al, 1985; Hood et



al., 1996). Hierdoor is de verwachting dat de mediatie totaal afwezig zou zijn wanneer extrinsieke religiositeit wel opgenomen had kunnen worden.

### *Vervolgsuggesties*

Een meer valide vragenlijst moet ontwikkeld worden, met helderdere en eenvoudigere definities. De afnameomgeving moet in vervolgonderzoek meer rust bieden en het stellen van vragen toelaten. Er moeten minder hoog opgeleiden geworven worden zodat er een betere afspiegeling van de Nederlandse bevolking gevonden wordt.

In eerder onderzoek, en het huidige, is ruimschoots aangetoond dat er een verband bestaat tussen religiositeit en de attitudes t.a.v. euthanasie. Theoretisch gezien is het interessant de attributietheorie te betrekken, om het verband tussen religiositeit en den te verdiepen. Is het werkelijk zo dat intrinsieke religie een middel is om controle te verkrijgen door de betekenis op tal van levensgebieden te doorgronden? Geldt voor extrinsieke religiositeit dat het gebruikt wordt om meer controle te ervaren door elementen uit religie te gebruiken om zelfvertrouwen te verhogen?

Van de mediërende rol van betekenisverlening is weinig gebleken. Zoals besproken kan het afwezig zijn van lijden bij de respondenten mogelijk verklaren waarom betekenisverlening geen of slechts een zwakke mediator is. Hieruit volgt de verwachting dat de relatie tussen religiositeit en de attitude t.a.v. euthanasie gemedieerd wordt door betekenisverlening aan lijden bij lijdende respondenten.

# Referenties

- Allport, G.W. & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5 (4), 447-457.
- Alphen, van J., Donker, G. & Marquet, R. (2011). Euthanasieverzoeken voor en na de euthanasiewet. *Huisarts en Wetenschap*, 54 (1), 18-22.
- Anagnostopoulos, F., Fitzsimmons, D. & Slater, J. (2010). Intrusive thoughts and psychological adjustment to breast cancer: exploring the moderating and mediating role of global meaning and emotional expressivity. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 17 (2), 137-149.
- Batson, C. D., Schoenrade, P. & Ventis, W. (1993). *Religion and the individual. A social-psychological perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Boer, A. (2002). Euthanasie: de regel achter de uitzondering. *Theologia Reformata*, 45 (2), 126-144.
- Carmel, M. & Wenger (2004). Physicians' religiosity and end-of-life care attitudes and Behaviors. *The Mount Sinai Medicine*, 71 (3), 335-343.
- Callebert, A., Audenhove, C., Coster, I. & Thienpont, L. (2012). Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden. Den Haag: Acco Leuven.
- Cohen, J., Delden, J., Mortier, F., Löfmark, R., Norup, M., Cartwright, C., Faisst, K., Canova, C., Onuwuteaka-Philipsen, B. & Bilsen, J. (2008). Influence of physicians' life stances on attitudes to end-of-life decisions and actual end-of-life decisionmaking in six countries. *Journal of Medical Ethics*, 34 (4), 247-253.
- Centraal bureau voor de statistiek (2007). Overledenen naar medische beslissing rond levenseinde, leeftijd, geslacht. Verkregen van: [http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71438NED&D1=10&D2=0&D3=0&D4=\(1-11\)-1&VW=T](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71438NED&D1=10&D2=0&D3=0&D4=(1-11)-1&VW=T).
- Emanuel, E. J., Fairclough, D., Clarridge, B. C., Blum, D., Bruera, E., Penley, C, Schnipper, L. E. Mayer, R. J. (2000). Attitudes and practices of U.S. oncologists regarding euthanasia and physician-assisted suicide. *Annals of internal medicine*, 133 (7), 527-532.

- Haber, J. R., Jacob, T. & Spangler D. J. C. (2007). Dimensions of religion/spirituality and relevance to health research. *International Journal for the Psychology of Religion*, 17 (4), 265-288.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Holsteyn, J. & Trappenburg, M. (1998). Citizens' opinions on new forms of euthanasia. A report from the Netherlands. *Patient Education and Counseling* 35 (1) 63–73.
- Hood, R. W., Spilka, B., Hunsberger, B. & Gorsuch, R. (1996). *The psychology of religion*. New York: The Guilford Press.
- Jong, de, G. H., Faulkner, J. E. & Warland, R. H. (1976). Dimensions of religiosity reconsidered; evidence from a cross-cultural study. *Social Forces*, 54 (4), 866-889.
- Jasper, E., Lubbers, M. & de Graaf, N. D. (2007). 'Horrors of Holland': explaining attitude change towards euthanasia and homosexuals in the Netherlands, 1970-1998. *International Journal of Public Opinion Research*, 19 (4), 451-473.
- Karlsson, M., Millberg, A. & Strang, S. (2011). Suffering and euthanasia: a qualitative study of dying cancer patients' perspectives. *Supportive Care in Cancer, online gepubliceerd*, 20 (5), 1065-1071.
- Kirkpatrick, L. A. & Hood, R. W. (1990). Intrinsic-extrinsic religious orientation: the boon or bane of contemporary psychology of religion? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29 (4), 442-462.
- Leinbach, R. M. (1993). Euthanasia attitudes of older persons: a cohort analysis. *Research on Aging*, 15 (4), 433-448.
- McCormack, P. (1998). Quality of life and the right to die: an ethical dilemma. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (1), 63-69.
- Moulton, E. M., Hill, T. D. & Burdette, A. (2006). Religion and trends in euthanasia attitudes among U.S. adults, 1977-2004. *Sociological Forum*, 21 (2), 249-272.
- Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (2012). Euthanasiewet. Verkregen van: <http://www.nvve.nl/nvve2/pagina.asp?pagkey=71892#hoofdstuk2>.
- Ness, P. H., Fried, T. R., O'Leary, J. R., Towle, V. R. (2008). Religion, risk, and medical decision making at the end of life. *Journal of Aging and Health*, 20 (5), 545-559.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment on stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136 (2), 257-301.

- Petersen, L. R. (2001). Religion, plausibility structures, and education's effect on attitudes towards elective abortion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40 (2), 187-203.
- Saunders, C. (1992). Voluntary euthanasia. *Palliative Medicine*, 6 (1), 1-5.
- Shantal, T. (1999). The experience of meaning in suffering among holocaust survivors. *Journal of Humanistic Psychology*, 39 (3), 96-124.
- Sheldon, T. (2001). Existential suffering not a justification for euthanasia. *British medical Journal*, 323 (12), 1384-1384.
- Spilka, B & Schmidt. G. (1983). General attribution theory for the psychology of religion: the influence of event-character on attributions to God. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 22 (4), 326-339.
- Spilka, B., Shaver, P. & Kirkpatrick, L. A. (1985). A general attribution theory for the psychology of religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 24 (1), 1-20.
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., ampersand Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53 (1), 80-93.
- Trimble, D. E. (1997). The religious orientation scale: review and meta-analysis of social desirability effects. *Educational and Psychological Measurement*, 57 (6), 970-986.
- Verbakel, E., Jaspers, E. (2010). A comparative study on permissiveness toward euthanasia, religiosity, slippery slope, autonomy, and death with dignity. *Public Opinion Quarterly*, 74 (1), 109-139.
- Walker, A. G., Smither, J. W., DeBode, J. (2012). The effects of religiosity on ethical judgement. *Journal of Business Ethics*, 106 (4), 437-452.