
*Vermijdende copingstijl als predictor voor de
attitude jegens euthanasie in Nederland*

M.P.H. Stomp (Greetje)

Studentnummer: 3185559

UNIVERSITEIT UTRECHT

Master Klinische en Gezondheidspsychologie

Supervisor: Dr. H.A.W. Schut (Henk)

19 januari 2011

Dankwoord

Graag wil ik van de gelegenheid gebruik maken om een aantal personen te bedanken die een bijdrage hebben geleverd aan dit onderzoek. Allereerst wil ik Dr. Henk Schut bedanken voor zijn enthousiaste en inspirerende supervisie. Zijn directe en informele bejegening heb ik als zeer prettig ervaren. Hij heeft mij geïnspireerd om meer uit mezelf te halen en door te zetten ondanks belemmeringen.

Daarnaast is een dankwoord op zijn plaats voor mijn gewaardeerde collega Joanneke Wassink. Vol enthousiasme is zij samen met mij het onderzoek gestart, waarbij zij de focus gelegd heeft op doodsangst en angst om te sterven als predictor voor de attitude jegens euthanasie. Ik wil haar graag bedanken voor haar inzet en behulpzaamheid tijdens de beginperiode van het onderzoek. Helaas was zij genoodzaakt om haar bijdrage aan het onderzoek uit te stellen. Ik vertrouw erop dat haar onderzoek met goed resultaat zal worden beëindigd, en wens haar veel succes toe.

Ten slotte wil ik een dankwoord uitspreken richting de 159 participanten die hebben bijgedragen aan dit onderzoek. Zonder hen was het onderzoek nooit verwezenlijkt en waren deze resultaten nooit aan het licht gekomen. Ik dank hen voor hun eerlijkheid over dit tamelijk beladen onderwerp en hun inspanning tijdens hun deelname. Dankzij hen zijn er interessante resultaten naar voren gekomen, waardoor zich nieuwe onderzoeksvragen kunnen ontluiken.

Greetje Stomp

Inhoudsopgave

Dankwoord	2
Inhoudsopgave	3
Abstracts	4-5
Inleiding	6-16
<i>Wat wordt verstaan onder euthanasie?</i>	
<i>Euthanasie in Nederland: vroeger en nu</i>	
<i>Voor en tegenstanders van euthanasie</i>	
<i>Determinanten voor de attitude jegens euthanasie</i>	
<i>Copingstijlen en de attitude ten opzichte van euthanasie</i>	
<i>Hypothesen</i>	
Methode	16-20
<i>Participanten</i>	
<i>Instrumenten</i>	
<i>Procedure</i>	
Resultaten	21-25
<i>Volgorde-effecten</i>	
<i>Resultaten over de attitude tegenover euthanasie</i>	
<i>Resultaten over copingstijl en euthanasie</i>	
Discussie	25-32
<i>De resultaten ten aanzien van de hypothesen</i>	
<i>Limitaties</i>	
<i>Samenvatting en conclusies</i>	
Referenties	33-37
Bijlagen	38-30
<i>De Casussen</i>	

Abstract

Attention for death and euthanasia across the world is recently growing due to attention from the media and developments in science, technology and medicine. Simultaneously in the western world there is still a taboo on death and dying, and euthanasia often remains undiscussed by doctors. So far little research has been conducted on the personal variables that predict the attitude towards euthanasia in the general population. The main subject of this study focused on whether a relationship exists between coping styles and the attitude toward euthanasia. 159 Dutch participants were given several questionnaires about demographic factors, religion, a coping style questionnaire (CISS) and four cases of euthanasia in the dimensions mental vs. physical and mentally competent vs. mentally incompetent. Results showed that an avoidant coping style is associated with a negative attitude toward euthanasia. Results also showed that people still discriminate between mental illness and physical illness, despite improved knowledge about mental illness and the overlap between mental and physical illnesses. Another result from this research is that no relationship was found between mental competence of the patient and the acceptance of an euthanasia request. This is remarkable because demented patients are legally unable to make an informed decision about euthanasia. This suggests that there are mainly ethical objections to euthanasia of incompetent individuals, given the Dutch population has no objections. It may therefore be advisable to revise the law on euthanasia.

Keywords: euthanasia; end of life decisions; public opinion; coping styles; mental competence.

Samenvatting

Aandacht voor de dood en euthanasie is groeiende in de wereld vanwege aandacht vanuit de media en ontwikkelingen in de wetenschap, technologie en geneeskunde. Tegelijkertijd bestaat er in de westerse wereld nog een taboe op sterven en doodgaan, en blijft euthanasie vaak onbesproken door doktoren. Er is tot dusver nog weinig onderzoek gedaan naar persoonlijke variabelen en euthanasie in de algemene populatie. De focus van dit onderzoek richt zich op de relatie tussen copingstijlen en de attitude jegens euthanasie. 159 Nederlandse participanten kregen verschillende vragenlijsten over demografische factoren, religie, een copinglijst (CISS) en vier casussen over euthanasie op de dimensies psychisch vs. lichamelijk en wilsbekwaam vs. wilsonbekwaam voorgelegd. Uit de resultaten is gebleken dat een vermijdende copingstijl samenhangt met een negatieve houding tegenover euthanasie. De resultaten toonden tevens aan dat individuen nog steeds onderscheid maken tussen psychische en lichamelijke ziekten, ondanks toegenomen kennis over psychische aandoeningen en overlappingsen tussen psychisch en lichamelijke ziekten. Een volgend resultaat uit dit onderzoek is dat er geen relatie is gevonden tussen wilsbekwaamheid van de patiënt en de instemming met een euthanasieverzoek. Dit is opmerkelijk omdat wilsonbekwame patiënten wettelijk niet in staat worden geacht een weloverwogen besluit te kunnen nemen over euthanasie. Dit doet vermoeden dat er vooral ethische bezwaren zijn tegen euthanasie bij wilsonbekwame individuen, aangezien de Nederlandse bevolking geen bezwaren heeft. Het is mogelijk aan te raden de wettelijke regelgeving rondom euthanasie te herzien.

Steutelwoorden: euthanasie; beslissing over levenseinde; publieke attitude; copingstijlen; wilsbekwaamheid.

*Vermijdende copingstijl als predictor voor de attitude
jegens euthanasie in Nederland.*

M.P.H. STOMP, UNIVERSITEIT UTRECHT

Supervisor: Dr. H.A.W. Schut

Inleiding

De dood behoort wellicht tot één van de grootste taboes van de mensheid (Lee, 2008). De laatste jaren is de aandacht voor de dood en euthanasie echter groeiende in de wereld, wat onder andere gereflecteerd wordt in televisieprogramma's en films. Mogelijk hebben ontwikkelingen in de wetenschap, de technologie en de geneeskunde ook invloed gehad op de veranderende attitude tegenover de dood. Als reactie hierop is er meer aandacht gekomen voor euthanasie, met name bij terminaal zieke patiënten die een einde wensen te maken aan hun leven met assistentie van doktoren (Davies, 2007).

Door de toename van medische kennis kan een leven langer verlengd worden dan voorheen het geval was. In het geval van een chronisch zieke patiënt heeft dit meestal tot gevolg dat men langer moet lijden. De meeste mensen zullen in een dergelijk geval liever snel en zonder veel pijn willen sterven. De opinie tegenover euthanasie wordt hier mogelijk positiever door, aangezien een langer leven vaak betaald wordt met medische tegenspoed (Jaspers, Lubbers & de Graaf, 2007). In deze visie wordt euthanasie als een manier gezien om ernstig lijden te ontvluchten, en niet als een confrontatie met de dood.

Ondanks de toegenomen belangstelling blijft de dood nog vaak onbesproken en vermeden (Lee, 2008). Dit komt onder andere tot uiting in de vermijdende houding van artsen ten opzichte van het communiceren over euthanasie met patiënten (Hudson, Kristjanson, Ashby, Kelly, Schofield, Hudson, et al., 2006). Doktoren en andere gezondheidswerkers hebben de neiging om discussies over

euthanasie uit de weg te gaan vanwege de angst om gevoelens van wanhoop te versterken bij patiënten en bij zichzelf (Back, Arnold, Baile, Tulsky & Fryer-Edwards, 2005).

In Nederland is euthanasie als één een van de weinige landen gelegaliseerd, maar helaas is euthanasie ook in Nederland tot op de dag van vandaag nog een beladen onderwerp. Dit is vooral het geval wanneer euthanasie betrekking heeft op psychisch zieke of wilsonbekwame patiënten. In 2008 waren er slechts twee gevallen bekend van euthanasie bij ernstige psychiatrisch zieke patiënten (Van Houwelingen, 2009). Mogelijk heeft deze beladenheid tevens een uitwerking op het onderzoeksterrein. Onderzoek dat bestaat over euthanasie richt zich vooral op de heersende opinie van de algemene populatie, patiënten en artsen over euthanasie. Veel minder onderzoek is verricht naar de factoren die samenhangen met de attitude jegens euthanasie.

Wat wordt verstaan onder euthanasie?

Euthanasie stamt af van het woord *euthanatos* dat voor het eerst gebruikt werd in de vierde en derde eeuw voor Christus door de oude Grieken. Het betekent “een goede dood”, wat staat voor een plotselinge en rustige dood dat vergelijkbaar is met slapen (Van Hooff, 2004).

In dit onderzoek wordt de volgende definitie van euthanasie gehanteerd: “een situatie waarin een arts of andere agent op de hoogte is van de conditie van een patiënt en zijn wens om te sterven, en deze een poging verricht of assisteert met als primaire intentie om het leven van die patiënt te beëindigen om verder lijden te besparen” (Genuis, Genuis & Chang, 1994).

In 2007 is er een studie gedaan naar de statistieken van euthanasie in Nederland. Van alle sterfgevallen in Nederland was in 1.7 % van de gevallen euthanasie de doodsoorzaak. Dit is een lager percentage dan in 2001 het geval was, toen betrof dit namelijk 2.6 %. Meestal gaat het hier om mensen jonger dan 64 jaar, en daarnaast is er meer euthanasie verricht bij mannen dan vrouwen (Van der Heide, Onwuteaka-Philipsen, Rurup, Buiting, Van Delden, et al., 2007).

De wens om euthanasie te laten verrichten komt naast een lichamelijke ziekte ook voor bij psychisch zieke patiënten. In 1994 is in Nederland het eerste geval bekend geworden van euthanasie bij psychisch lijden. Psychiater Chabot behandelde een vrouw die twee zonen had verloren en gescheiden was, en als gevolg daarvan zwaar depressief geworden was. De vrouw had meerdere

zelfmoordpogingen ondernomen en weigerde een behandeling voor haar depressie. Chabot vond dat haar lijden intens, ondragelijk en langdurig was en besloot om haar wens voor euthanasie in te willigen. Na afloop gaf Dr. Chabot zijn daad aan bij de politie. Hiervoor werd hij schuldig bevonden volgens artikel 294 in het Wetboek van Strafrecht (assisteren bij zelfmoord) en hij werd veroordeeld. Er is hem echter nooit een straf opgelegd (Van der Veer, 1999).

Uit onderzoek is gebleken dat er in de Westerse samenleving meer begrip heerst voor lichamelijk zieken dan voor psychisch zieken (Socall & Holtgraves, 1992). Personen met een psychische ziekte worden als meer verantwoordelijk beschouwd voor het ontstaan en voortduren van hun ziekte dan lichamelijk zieken (Corrigan, River, Lundin, Wasowski, Campion, Mathisen et al., 2000). Deze negatieve attitude zorgt ervoor dat psychisch zieke mensen zich gediscrimineerd voelen in de samenleving. Zij worden bijvoorbeeld minder snel aangenomen voor een baan, krijgen minder snel een appartement toegewezen, en worden vaker vals beschuldigd voor geweldadige delicten dan andere personen (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005). Tot 2002 werden hooguit vijf euthanasieverzoeken per jaar ingewilligd bij psychisch zieken. De meeste hiervan hadden zowel een fysieke als een mentale ziekte (Kelly & McLoughlin, 2002). Sommige mensen denken dat individuen die aan een psychische ziekte lijden geen goede beslissingen kunnen maken vanwege een bijkomstige depressie die een weloverwogen beslissing mogelijk kan beïnvloeden (Van der Lee, Van der Bom, Schwarte, Heintz, De Graeff & Van den Bout, 2005). Een andere groep mensen is van mening dat psychisch zieken net zoveel recht hebben als lichamelijk zieken om een euthanasieverzoek te doen aan artsen. Het lijden van deze patiënten kan volgens hen net zo ondragelijk zijn als vele vormen van lichamelijk lijden (Van Houwelingen, 2009). De meningen met betrekking tot psychische ziekte en euthanasie zijn dus erg verdeeld, en de discussie over euthanasie bij psychische ziekte is nog steeds gaande.

Euthanasie kan daarnaast worden verricht bij een wilsbekwame of wilsonbekwame patiënt. Met een wilsbekwame patiënt wordt bedoeld dat de patiënt zijn persoonlijke keuze zelf kan maken en uitdrukken, relevante informatie begrijpen kan, informatie rationeel kan hanteren en de situatie op waarde kan schatten (Van de Klippe, 1990). Een wilsonbekwame patiënt bezit, tijdelijk of voortdurend, niet over deze vaardigheden vanwege mentale beperkingen (Vellinga & Ederveen, 2004).

In de Nederlandse wet staat dat mensen, op het moment dat zij euthanasie wensen, wilsbekwaam dienen te zijn. Iedereen van 16 jaar of ouder mag een euthanasieverklaring opstellen, voor het geval men in de toekomst wilsonbekwaam wordt. De arts is toegestaan in een dergelijk geval ook gevolg te geven aan dit euthanasieverzoek (Korthals, 2002). Dit betekent dat euthanasie bij wilsonbekwame individuen in strikte zin geen euthanasie genoemd kan worden, aangezien de patiënt zelf de wens niet kenbaar kan maken. Euthanasie zonder wilsbekwaam verzoek wordt gezien als opzettelijk handelen met voorbedachten raden. Strafrechtelijk wordt dit gezien als moord. Momenteel zijn er discussies gaande over de vraag of men euthanasie mag verrichten bij dementerende ouderen of zieke kinderen.

Vanwege de maatschappelijke relevantie is het wetenswaardig om te onderzoeken of er een verschil opgemerkt kan worden in de attitude van de algemene populatie ten opzichte van euthanasie en wils(on)bekwaamheid.

Euthanasie in Nederland: vroeger en nu

Na de Tweede Wereldoorlog werd euthanasie over het algemeen negatief beoordeeld. Deze negatieve houding kwam voornamelijk voort uit de Nazi praktijken tijdens de Tweede Wereldoorlog waarbij o.a. Joodse geestelijk gehandicapten vergast werden. De eerste rechtzaak over euthanasie was dan ook pas in 1952, waarbij een dokter zijn broer die aan tuberculose leed heeft geholpen een eind te maken aan zijn leven. In 1985 heeft de Staatscommissie voorgesteld om de wet te veranderen zodat doktoren niet meer veroordeeld konden worden vanwege hulp bij vrijwillige levensbeëindiging. In 1988 besliste een Christelijk-Democraten en Liberale coalitie dat euthanasie illegaal bleef, maar dat doktoren niet meer veroordeeld konden worden mits zij methodisch te werk gingen. Pas in 2002 werd euthanasie niet meer gezien als een illegale activiteit (Jaspers et al., 2007).

Op 1 april 2002 is de wet “Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in Nederland” in werking getreden (Korthals, 2002). In deze wet staat beschreven dat artsen, die in overeenstemming met de zorgvuldigheidseisen hebben gehandeld, niet meer veroordeeld kunnen worden voor hulp bij zelfdoding of euthanasie. Onder de zorgvuldigheidseisen wordt het volgende verstaan:

- (a) Er is sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt,
- (b) Er is sprake van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt,
- (c) De patiënt is ingelicht over de situatie en de vooruitzichten,
- (d) De arts is met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat er geen redelijke andere oplossing bestaat,
- (e) Er is ten minste één andere onafhankelijke arts geraadpleegd,
- (f) De levensbeëindiging is medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Artsen moeten een melding doen over het toepassen van levensbeëindiging. Zonder deze melding kunnen artsen alsnog vervolgd worden. Niet-medici zijn niet gerechtigd om hulp bij zelfdoding of euthanasie te verrichten. Bij minderjarige patiënten tussen de 12 en 18 jaar kan een verzoek tot euthanasie of hulp bij zelfdoding worden ingewilligd door toestemming van de ouders te verkrijgen (Korthals, 2002) (voor meer informatie zie <http://wetten.overheid.nl>).

Voor en tegenstanders van euthanasie

Er zijn zowel voor- als tegenstanders van euthanasie. Binnen deze groepen van voor- en tegenstanders zijn verscheidene argumenten te vinden.

Tegenstanders stellen dat het kiezen voor de dood tegen de natuur van de mens ingaat, aangezien de wil om te leven wordt gezien als een natuurlijk instinct van alle levende wezens (Carmel, 2001). Een belangrijk argument tegen euthanasie is het glijdende vlak argument. Dit argument stelt dat het legaliseren van euthanasie zal resulteren in een verschuiving van het inwilligen van euthanasie. Hierdoor zouden euthanasieverzoeken voor leden van bepaalde groepen, zoals ouderen en psychisch zieken, ook eerder getolereerd worden (Rosenfeld, 2000). Interessant daarbij te vermelden is dat onderzoek in de richting wijst dat minderheidsgroepen zoals mensen met een gekleurde huidstint en lichamelijk gehandicapten minder geneigd zijn om een positieve attitude tegenover euthanasie te hebben (Mitchell & Owens, 2000). Ook zijn er mensen die stellen dat adequate palliatieve zorg van patiënten de wens voor euthanasie vermindert of zelfs wegneemt (Miccinesi, Fischer, Paci, Onwuteaka-Phillipsen, Cartwright et al., 2004). Er bestaat volgens tegenstanders nog een kans dat euthanasie aantrekkelijker is voor doktoren, omdat het minder duur is dan medische zorg (Rosenfeld,

2000). Ten slotte is één van de meest aangehangen argumenten door gelovigen dat het leven een geschenk van God is, en daardoor alle vormen van zelf gekozen dood (waaronder euthanasie) niet geoorloofd zijn (Mortier, 2005).

Voorstanders daarentegen stellen dat euthanasie voor een meer menswaardige manier van overlijden staat, omdat patiënten anders een lijdensweg moeten ondergaan (Nissim, Gagliese & Rodin, 2009). Dit argument wordt gewoonlijk aangevoerd wanneer het individu veel pijn lijdt en de dood onvermijdelijk is, zoals in het geval van kanker (Wasserman, Clair & Ritchey, 2005). Ook stellen voorstanders dat euthanasie onder de autonomie van de patiënt valt (Rosenfeld, 2000). Mensen hebben volgens deze voorstanders het recht om beslissingen te maken over hun eigen leven en dood (Scherer & Simon, 1999). Anderen stellen de opvatting tegen euthanasie te zijn ter discussie door de discrepantie te benadrukken tussen het inwilligen van euthanasie bij dieren maar niet bij mensen (Allen, 1998).

In Nederland heeft tussen 1970 en 1998 een verschuiving plaatsgevonden in de algemene attitude. De algemene trend is dat men minder negatief is gaan staan tegenover euthanasie. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het aantal gelovigen die regelmatig de kerk bezoekt in Nederland is teruggelopen vanwege de secularisatie van de Nederlandse samenleving. Daarnaast is het gemiddelde opleidingsniveau van Nederlanders toegenomen en zijn hoger opgeleiden gemiddeld genomen toleranter tegenover euthanasie dan lager opgeleiden omdat zij vaker voor de autonomie van individuen zijn (Jaspers et al., 2007).

Determinanten voor de attitude jegens euthanasie

In eerder onderzoek van Holden (1993) is geëxploreerd welke determinanten samenhangen met de goedkeuring of afkeuring van euthanasie in de Verenigde Staten. Zo is gebleken dat het ervaren van een bijna doodervaring ervoor zorgt dat men vaker een positieve attitude tegenover euthanasie heeft. Ook kwam in hetzelfde onderzoek naar voren dat ongeveer 75% van de respondenten die tegen euthanasie zijn, ook negatief staan tegenover abortus na een verkrachting of incest en ongeveer 66% voor de doodstraf zijn (Holden, 1993). Mogelijk is de oorzaak van deze correlatie gelegen in de conservatieve politieke voorkeur van deze individuen. Er is namelijk ook een correlatie gevonden bij

conservatisme of onzekerheid over de politieke voorkeur en een negatieve houding tegenover euthanasie (Mitchell & Owens, 2000). Dit resultaat is voor de hand liggend, aangezien conservatieven van mening zijn dat tradities in stand gehouden dienen te worden en zij afkeurend staan tegenover een verandering van wetgeving. Bij onzekerheid over de politieke voorkeur ziet men mogelijk geen goede redenen voor verandering.

Er is veel onderzoek gedaan naar de rol van religie en de attitude tegenover euthanasie. Hieruit valt af te leiden dat individuen zonder een religieuze overtuiging euthanasie vaker steunen dan gelovigen (Suarez-Almazor, Belzile & Bruera, 1997). Het hebben van een Christelijke religie is de sterkste predictor van het hebben van een negatieve opvatting tegenover euthanasie (Holden, 1993). Een verklaring voor dit gegeven is dat religieuze mensen meer waarde hechten aan de opinie van de kerk en hier vaker aan blootgesteld worden. Aangezien alle religies in Nederland in zekere mate tegen euthanasie zijn, hebben gelovigen vaker dan niet gelovigen een negatievere attitude jegens euthanasie (Jaspers et al., 2007).

Verder spelen ook demografische factoren een rol bij de attitude tegenover euthanasie. In een grootschalig internationaal onderzoek door Cohen, Marcoux, Bilsen, Deboosere, Van der Wal en Deliens (2006) is gekeken naar de demografische variabelen die van invloed kunnen zijn op euthanasie. Hieruit is naar voren gekomen dat oudere mensen minder positief tegenover euthanasie staan dan jongere mensen. Een verklaring hiervoor zou volgens de onderzoekers kunnen zijn dat de jongere generatie opgegroeid is in een meer tolerante maatschappij waardoor zij positiever staan tegenover euthanasie dan oudere generaties.

Een tweede factor die samenhangt met de attitudes tegenover euthanasie is opleidingsniveau. Mensen met een lager opleidingsniveau staan over het algemeen negatiever tegenover euthanasie dan mensen met een hoger opleidingsniveau (Cohen et al., 2006). Volgens Jaspers et al. (2007) zou dit zijn omdat hoger opgeleiden meer controle over hun leven ervaren dan lager opgeleiden. Hierdoor ervaren zij minder angst, en staan zij eerder positief ten opzichte van euthanasie dan lager opgeleiden.

Verder is uit onderzoek gebleken dat getrouwden en gescheiden mensen vaker tegen euthanasie zijn dan nooit getrouwden (Jaspers et al., 2007). Een verklaring hiervoor is echter nog niet gevonden.

Een andere bevinding is dat mensen met een getinte huidskleur vaker tegen het legaliseren van euthanasie zijn dan mensen met een blanke huidskleur (MacDonald, 1998). Dit verschil kan echter ook zijn gevonden vanwege de verschillen in de religieuze betrokkenheid tussen blanken en getinten (Lichtenstein, Alcser, Corning, Bachman & Doukas, 1997).

Zoals eerder al vermeld is er nog weinig onderzoek gedaan naar persoonsvariabelen die samenhangen met een positieve of negatieve attitude jegens euthanasie. In dit huidige onderzoek wordt gekeken of er een relatie bestaat tussen copingstijlen en attitudes over euthanasie.

Copingstijlen en de attitude ten opzichte van euthanasie

Om de relatie tussen copingstijlen en de mate van instemming met euthanasie te verklaren, zal er eerst wat meer uitleg gegeven worden over coping. Onder coping wordt het volgende verstaan: “De gedragsmatige en cognitieve poging om met stressvolle situaties om te kunnen gaan” (Ben-Zur, 2009). De verschillende manieren waarop men probeert om te gaan met deze stressvolle situaties worden ook wel copingstijlen genoemd.

Er zijn meerdere cognitieve taxonomieën ontwikkeld om copingstijlen te kunnen onderscheiden. Lazarus en Folkman (1984) kwamen met een copingsmodel waarin een probleem georiënteerde copingstijl en een emotioneel georiënteerde copingstijl werden onderscheiden. Een probleem georiënteerde copingstijl wordt gekenmerkt door het actief proberen om te gaan met het probleem, terwijl een emotioneel georiënteerde copingstijl betekent dat er meer aandacht wordt geschonken aan de emotionele en psychologische gevolgen van het probleem (Ben-Zur, 2009). In onderzoek is aangetoond dat het hebben van een emotioneel georiënteerde copingstijl samenhangt met o.a. neuroticisme en depressie (McWilliams, Cox & Enns, 2003), en een lagere levenskwaliteit (Matsushita, Matsushima & Maruyama, 2005). Het hebben van een probleemgeoriënteerde (of taakgerichte) copingstijl hangt daarentegen samen met een meer aangepaste persoonlijkheid (McWilliams et al., 2003), en positief affect (Dunkley, Zuroff & Blankenstein, 2003). Uit onderzoek is verder gebleken dat individuen die hulpbronnen hebben voor het verbeteren van een situatie, en deze ook herkennen, eerder een probleemoplossende strategie aanwenden. Individen die minimale

hulpbronnen hebben of zien, en ervaren dat de situatie buiten hun controle ligt, gebruiken vaker emotiegerichte strategieën (De Ridder, 1995).

Daarnaast is er een onderscheid gemaakt tussen actieve coping versus vermijdende coping. Hier wordt bij actieve coping bedoeld dat men het probleem probeert te verminderen of op te lossen, of men met het probleem om probeert te gaan (vergelijkbaar met taakgerichte of probleemgeoriënteerde copingstijl). Bij het hebben van een vermijdende copingstijl wordt echter het probleem genegeerd of vermeden zodat emotionele gevolgen uit de weg worden gegaan (Ben-Zur, 2009). Het hebben van een vermijdende copingstijl hangt samen met verscheidene negatieve gevolgen, en uit onderzoek is zelfs gebleken dat het leven van hartpatiënten met een vermijdende copingstijl samenhangt met een hogere kans op mortaliteit (Murberg, Furze & Bru, 2004). Het hebben van een actieve copingstijl hangt samen met een betere mentale en fysieke gezondheid in vergelijking met het hebben van een vermijdende copingstijl (Moos, 1997). In conclusie kan men stellen dat het actief aanpakken van een probleem, of het oplossen ervan, zorgt voor een betere mentale en fysieke gezondheid dan het vermijden of aandacht besteden aan de emotionele en psychologische gevolgen ervan.

Tot dusver is er nog weinig onderzoek bekend waarin de relatie is onderzocht tussen verschillende copingstijlen en euthanasie. In 2005 is er onderzoek verricht naar het bespreekbaar maken van euthanasie bij AIDS-patiënten en hun copingstijlen. Resultaten laten zien dat het hebben van een actieve copingstijl vaker samenhangt met het bespreken van de mogelijkheid van euthanasie, terwijl het hebben van een vermijdende copingstijl vaker voorkomt bij patiënten die deze mogelijk niet bespreken, of pas in de terminale fasen (Van den Boom, 1995). Hiervan uitgaande is euthanasie dus geen uitvlucht, maar een confrontatie met de realisatie dat de dood onvermijdelijk in zal treden.

Onderzoek ontbreekt nog op dit terrein met de algemene populatie in Nederland en de attitude met betrekking tot euthanasie. Onderzoek naar de attitude in de algemene populatie is echter van belang aangezien individuen en families initiators kunnen worden bij het maken van een euthanasie beslissing (Genuis, Genuis & Chang, 1994). Daarnaast kunnen mensen zelf in een situatie belanden waarin zij ernstig psychisch of lichamelijk ziek worden en na kunnen gaan denken over euthanasie. De manier waarop individuen omgaan met stressvolle gebeurtenissen, zoals een beslissing over leven en

dood, kan van invloed zijn op de mate van instemming op euthanasie. In dit onderzoek wordt er gekeken of er een relatie bestaat tussen copingstijl en de attitude ten opzichte van euthanasie. Daarnaast zijn er verschillende variabelen, zoals leeftijd, sekse, opleidingsniveau, burgerlijke staat etc. en de wils(on)bekwaamheid en lichamelijk/psychische dimensies meegenomen om te zien of er verschillen bestaan tussen deze variabelen en de mate van instemming.

Hypothesen

De hoofdvraag van het onderzoek luidt: “Bestaat er een relatie tussen één of meerdere copingstijlen en de attitude jegens euthanasie?”. Als hoofdhypothese wordt er gesteld dat copingstijlen inderdaad van invloed zijn op de attitude die mensen hebben op euthanasie. Aangezien het hebben van een taakgerichte copingstijl inhoudt dat men het probleem probeert op te lossen, zal men naar verwachting ook eerder met een euthanasieverzoek instemmen dan iemand met een vermijdingsgerichte of emotiegerichte copingstijl. Individuen met een vermijdende copingstijl zullen naar verwachting het minst instemmen met een euthanasieverzoek. In deze eerste hypothese wordt derhalve aangenomen dat euthanasie geen uitvlucht is van pijn, maar een confrontatie met het onvermijdelijke sterven bij ongeneeslijke ziekten. Deze hypothese komt overeen met de resultaten uit het onderzoek van Van den Boom (1995).

Aangezien de gebruikte casussen zich op twee dimensies bevinden, namelijk psychisch vs. lichamelijk en wilsbekwaam vs. wilsonbekwaam, zullen de volgende hypothesen ook vanuit dit licht worden bekeken.

Als tweede hypothese wordt, in lijn met eerder onderzoek (Corrigan, et al., 2000; Rüsçh, et al., 2005; Socall & Holtgraves, 1992;), verwacht dat mensen minder snel geneigd zullen zijn om in te stemmen met een euthanasieverzoek van een psychisch zieke patiënt dan van een lichamelijk zieke patiënt. Deze neiging kan voortkomen uit de negatieve attitude die de bevolking over psychisch zieken koestert. Daarnaast kan gesteld worden dat psychische ziekten als meer veranderlijk kan worden beschouwd dan een terminale lichamelijke ziekte. Mogelijk zorgt deze onzekerheid over het verloop van de ziekte ervoor dat mensen voorzichtiger worden met het instemmen bij een euthanasieverzoek.

Aangezien er in onderzoek is aangetoond dat individuen met een emotiegerichte copingstijl en een vermijdende copingstijl eerder aan psychische ziekten lijden (Matsushita et al., 2005; McWilliams et al., 2003), is de derde hypothese dat deze personen eerder instemmen met een psychisch zieke patiënt dan individuen met een taakgerichte copingstijl. Mogelijk kunnen deze individuen zich beter inleven in de wanhoop die patiënten ervaren met een psychische ziekte en stemmen zij hierdoor ook sneller met een dergelijk euthanasieverzoek in.

Ten slotte is de vierde hypothese dat men met een wilsbekwame patiënt waarschijnlijk eerder zal instemmen met het euthanasieverzoek dan met een wilsonbekwame patiënt, ongeacht de copingstijl. Deze hypothese wordt in dit onderzoek aangehouden gezien het wettelijke kader dat stelt dat wilsonbekwamen geen beslissing over hun levenseinde mogen maken (Korthals, 2002), en de beslisser (in dit onderzoek de participant) als gevolg hiervan waarschijnlijk meer moeite zal ervaren om een beslissing te maken over een ander individu zonder de garantie dat deze een weloverwogen beslissing heeft kunnen maken.

Methode

Participanten

In totaal hebben er 159 participanten deelgenomen aan dit onderzoek. Van de participanten was 35.8% man, en 64.2% vrouw. De gemiddelde leeftijd van de participanten betrof 33 jaar ($SD = 13.0$). De leeftijd varieerde van 19 tot 65 jaar. De meeste participanten hadden als hoogste opleiding HBO of Universiteit. Er hebben relatief veel participanten een hoge opleiding genoten, aangezien er voornamelijk participanten geworven zijn via de Universiteit Utrecht. De meeste participanten waren atheïstisch (niet gelovig), gevolgd door christelijk gelovigen. Daarnaast was het grootste deel van de participanten getrouwd. 69.2 % Van de participanten heeft geen kinderen ten tijde van het onderzoek. Van de 159 participanten hadden 41 personen iemand gekend die om euthanasie heeft gevraagd. Hiervan is in 78.6% van de euthanasieverzoeken ook daadwerkelijk euthanasie ten uitvoering gebracht. De meest voorkomende relatie die participanten hebben gehad met de euthanasievragers was de vader of moeder van de participant (zie Tabel 1).

Tabel 1

Frequenties en percentages van de demografische gegevens van participanten (N=159).

Demografische factor		Aantal	Percentage
Sekse	Vrouw	102	64.2
	Man	57	35.8
Opleiding	HBO/Universiteit	116	73
	HTS/HBS/HAVO/Atheneum	22	13.8
	MULO/MAVO/LTS/VMBO	12	7.5
	MBO	9	5.7
Burgerlijke staat	Getrouwd	45	28.3
	Alleenstaand	44	27.7
	Samenwonend	36	22.6
	Gescheiden	3	1.9
	Weduwe(naar)	2	1.3
Religie	Atheïstisch	87	54.7
	Christelijk	38	23.9
	Katholiek	19	11.9
	Anders gelovig	9	5.7
	Boeddhistisch	3	1.9
	Islamitisch	2	1.3
	Joods	1	0.6

Ten slotte is er gekeken naar eventuele verschillen in demografische factoren per sekse aangezien er meer vrouwen dan mannen deelgenomen hebben aan dit onderzoek. Hiermee is nagegaan of de resultaten te generaliseren zijn voor zowel mannen als vrouwen. Er zijn geen verschillen gevonden tussen de seksen en de leeftijd, religiositeit, burgerlijke staat, hoogst genoten opleiding en geloofsovertuiging. Er bestaan tevens geen sekseverschillen op de algemene attitude jegens euthanasie.

Instrumenten

Meetinstrument voor copingstijl. Copingstijl wordt gemeten aan de hand van de Nederlandse versie van de Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), vertaald door De Ridder & Van Heck (1999). Deze vragenlijst bestaat uit in totaal 48 vragen, die beantwoord dienen te worden op een vijf puntenschaal, van helemaal niet (1) tot heel erg sterk (5). Deze items kunnen opgedeeld worden in drie schalen; taakgerichte coping, emotiegerichte coping en vermijdingsgerichte coping. Een taakgerichte copingstijl houdt in dat men doelbewust taakgeoriënteerde pogingen verricht om het probleem op te lossen, cognitief herstructureert en het probleem of de situatie proberen te veranderen. Een emotiegerichte copingstijl betekent dat men emotionele reacties vertoont die als doel hebben om stress te reduceren. Ten slotte betekent het hebben van een vermijdingsgerichte copingstijl dat men activiteiten onderneemt die gericht zijn op het vermijden van de stressvolle situatie door afleiding te zoeken of gezelschap te zoeken.

De betrouwbaarheid van de test is volgens de Commissie Testaangelegenheid Nederland (COTAN) voldoende (Cronbach's $\alpha = .87$ voor de taakgerichte coping schaal, $.87$ voor de emotiegerichte coping schaal en $.82$ voor de vermijdingsgerichte coping schaal. De subschalen hebben een Cronbach's α van $.75$ voor afleiding zoeken en $.78$ voor gezelschap zoeken). De COTAN beoordeelde de betrouwbaarheid en begripsvaliditeit als voldoende, maar de criteriumvaliditeit als onvoldoende. Naar de criteriumvaliditeit is namelijk nog geen onderzoek gedaan (Evers, Braak, Frima & Vliet-Mulder, 2005).

De belangrijkste reden waarom voor de CISS gekozen is als meetinstrument is dat de vragenlijst een overzichtelijk aantal schalen bevat met de meest relevante copingstijlen. Er bestaan daarnaast normgegevens voor zowel de klinische populatie als de normale populatie. Ten slotte kan de vragenlijst relatief snel worden gemaakt (+/- 10 minuten) waardoor, vanwege de grote omvang van het onderzoek, deze mogelijk als minder belastend wordt ervaren door participanten.

Meetinstrument voor religieuze overtuiging. Om religieuze overtuiging te meten is er een religieschaal ontworpen. Deze bestaat uit 19 stellingen die participanten dienen te scoren op een punten schaal van 1 (totaal oneens) tot 7 (totaal eens). Hoe hoger de score op de religieschaal, hoe

meer iemand overtuigd is van zijn/haar geloofsovertuiging. Hierdoor ontstaat er een score tussen de 19 punten (helemaal niet religieus overtuigd) tot 133 punten (geheel religieus overtuigd). De Cronbach's α van de religieschaal is .89, wat een goede interne consistentie inhoudt.

Meetinstrument voor de mate van instemming met euthanasie. Er is een euthanasieschaal ontworpen om de mate van instemming met de euthanasieverzoeken te meten. Deze schaal bestaat uit vier casussen (zie Bijlage 1), op de dimensies lichamelijk/psychisch en wilsbekwaam/wilsonbekwaam. Over de casussen werden zeven vragen gesteld, zodat de euthanasieschaal 28 items beslaat. De eerste zes vragen, waarop men de instemming met het euthanasieverzoek moest aangeven op een schaal van één (volledig instemmen) tot vijf (absoluut niet instemmen), zijn in een schaal gezet die de mate van instemming per casus omvat. De vier totaalscores op de casussen zijn vervolgens opgeteld om tot een algemene score van euthanasie instemming te komen. Deze totale score loopt van 28 (totale instemming met euthanasie) tot 120 punten (totale afwijzing van euthanasie). De betrouwbaarheid van de euthanasieschaal is zeer groot te noemen (Cronbach's $\alpha = .95$).

Procedure

De werving van de participanten is verlopen via een hyperlink op forums van verschillende medische internetsites (o.a. <http://www.gezondheidsplein.nl>) van september 2009 tot maart 2010. Daarnaast zijn mensen van de Universiteit Utrecht en op straat uitgenodigd deel te nemen aan een psychologisch onderzoek over euthanasie. Iedere participant ontving een e-mail met algemene informatie over het onderzoek en een link waarmee de participant doorverwezen werd naar de vragenlijst. Het onderzoek is met behulp van het online programma NetQuestionnaires op internet geplaatst.

Het onderzoek verliep als volgt: Allereerst werd de participant een informed consent aangeboden, waarin men verklaart om vrijwillig deel te nemen aan dit onderzoek. Alleen participanten vanaf 18 jaar mochten deelnemen aan dit onderzoek, verdere exclusiecriteria zijn niet gehanteerd. Het onderzoek duurde gemiddeld 40-45 minuten, en bestond uit algemene vragen, religie vragen, vier casussen en een copingstijl vragenlijst. Participanten waren vrij om op elk moment te stoppen met het onderzoek, zonder opgave van reden. Men kon na het stoppen eventueel op een later moment verder

gaan met het onderzoek. De algemene vragen bestonden uit demografische gegevens zoals sekse, leeftijd, burgerlijke staat, hoogst genoten opleiding, en eventuele kinderen. Verder werd er nagegaan of de participant iemand heeft gekend of kent die ernstig lichamelijk ziek is, en of men iemand heeft gekend of kent die om euthanasie heeft gevraagd. Daarna werden er vragen over religie gesteld. Allereerst moest de participant daarbij aangeven hoe men de eigen geloofsovertuiging typeert, en hoe overtuigd men is in deze geloofsovertuiging. Vervolgens werden er 19 stellingen voorgelegd waarbij de participant diende aan te geven in welke mate men het met een bepaalde stelling eens was. Een voorbeeld van een gebruikte stelling is: “De dood betekent het eind van mijn bestaan”. Na de religievragen werden er vier casussen aangeboden (zie Bijlage 1).

De vier casussen bestonden uit de dimensies psychisch vs. lichamelijk lijden en wilsbekwaamheid vs. wilsonbekwaamheid. Allereerst werd de participant gevraagd om de casus door te lezen, en werden er vervolgens zeven vragen gesteld. Bij de eerste vraag moest men aangeven op een schaal van één (volledig instemmen) tot vijf (absoluut niet instemmen) of men, als men de arts zou zijn, in zou stemmen met het vroegtijdig beëindigen van het leven van de persoon. Er werd na de eerste vraag een toelichting gevraagd over het gegeven antwoord. Verder zijn er nog zes vragen gesteld waarbij is nagegaan of het hebben van kinderen, een partner, een andere leeftijd (jonger of ouder) of behandelingsmogelijkheden verschil uitmaakt voor de mate van instemming op de casus. Ook is er nagegaan of het wel of niet kunnen functioneren van de patiënt in het dagelijks leven verschil uitmaakt. Ten slotte is gevraagd in welke mate men zich met de casus kon identificeren. Alle casussen zijn counterbalanced aangeboden aan de participanten, waardoor er in totaal twaalf volgorden zijn ontstaan. Hierbij werd voorkomen dat de volgorde waarin de casussen aangeboden zijn van invloed is op de gegeven antwoorden op de casussen. Vervolgens werd de CISS afgenomen om de score op de verschillende copingstijlen na te gaan. Ten slotte hadden de participanten ruimte voor op- of aanmerkingen over het onderzoek, en is er een speciaal e-mail adres aangemaakt waar participanten naartoe konden mailen met vragen en/of opmerkingen. Na afronding van het onderzoek werden participanten die dit wensten op de hoogte gesteld van de resultaten uit dit onderzoek. In deze debriefing werd kort de uitleg van het doel van het onderzoek uitgelegd, en werden vervolgens beknopt alle resultaten weergegeven.

Resultaten

Volgorde-effecten

Er is een volgorde effect opgetreden voor de wilsbekwame casussen Janine (lichamelijk ziek, wilsbekwaam) ($F(11,133) = 2.10, p = .024$) en Robert-Jan (psychisch ziek, wilsbekwaam) ($F(11,132) = 2.28, p = .014$), hetgeen betekent dat participanten een andere score hebben gegeven wanneer zij een andere casusvolgorde aangeboden kregen. Voor de casussen Jet (psychisch ziek, wilsonbekwaam) en Rob en Elsa (lichamelijk ziek, wilsonbekwaam) is dit niet het geval. Er is derhalve besloten om de volgorde van de casussen als covariaat mee te nemen in de onderstaande analyses om voor dit effect te controleren.

Resultaten over de attitude tegenover euthanasie

De gemiddelde score van participanten op de euthanasieschaal is 77.7 punten ($SD = 15.2$). Dit betekent dat participanten iets meer dan gemiddeld een negatieve attitude koesterden jegens euthanasie. Er bestaan geen sekseverschillen op de algemene attitude jegens euthanasie ($t = .37, df = 139, p = .71$).

Zoals hypothese twee al vermoedde, gaan participanten eerder akkoord met een euthanasieverzoek van een lichamelijke zieke patiënt dan bij een mentaal zieke patiënt ($t = 18.34, df = 140, p = .00$). Hierbij maakt het echter niet uit of patiënten wilbekwaam of wilsonbekwaam zijn ($t = 1.00, df = 140, p = .32$) (zie Tabel 2). Deze bevinding gaat tegen de hypothese in die stelt dat men waarschijnlijk eerder in zal stemmen met een wilsbekwame casus dan met een wilsonbekwame casus.

Participanten kunnen zich het best identificeren met de lichamelijke zieke, wilsonbekwame casus (Gemiddelde = 2.90, $SD = .85$), en het minst met de psychisch zieke/wilsonbekwame casus (Gemiddelde = 3.36, $SD = .68$). Verder is gebleken dat participanten zich beter konden identificeren met de lichamelijke zieke casussen dan met de psychisch zieke casussen ($t = 5.16, df = 141, p = .000$). Mogelijk komt de grotere mate van instemming op de lichamelijke zieke casussen in vergelijking met de psychisch zieke casussen voort uit een hogere mate van identificatie. Ook konden participanten zich beter identificeren met de wilsbekwame casussen in vergelijking met de wilsonbekwame casussen ($t = 3.49, df = 141, p = .001$). Dit verschil is echter niet in

overeenstemming met het feit dat er geen verschillen gevonden zijn in de mate van instemming tussen wilsonbekwame en wilsbekwame casussen. Er is ook geen verschil gevonden in de mate van identificeren met de casussen en ervaring met euthanasie ($t = 1.74$, $df = 140$, $p = .085$), tevens maakte het niet uit of er daadwerkelijk euthanasie is verricht bij de euthanasievragers en de identificatie op de casussen ($t = .10$, $df = 36$, $p = .922$). Participanten met kinderen stemmen wel eerder in met een euthanasieverzoek dan personen zonder kinderen ($t = 2.30$, $df = 139$, $p = .003$).

Tabel 2

Beschrijvende statistieken van de scores op de casussen over euthanasie.

Casus	Gemiddelde	Standaardafwijking
Janine (L/W)	16.36	4.60
Rob en Elsa (L/O)	16.32	4.81
Robert-Jan (P/W)	22.79	5.12
Jet (P/O)	22.29	4.81

Legenda: L = Lichamelijk, P = Psychisch, W = Wilsbekwaam, O = Wilsonbekwaam.

De gemiddelde score van participanten op de religieschaal is 55.81 ($SD = 20.99$). In dit onderzoek is niet gevonden dat mensen met een bepaald type geloof een andere attitude koesteren tegenover euthanasie dan niet gelovigen ($F(6,134) = 1.23$, $p = .295$). Ook per casus bekeken zijn er geen verschillen gevonden tussen de typen geloven waar mensen zich onder beschouwden. Wel is er een relatie gevonden met de religieschaal en de totaalscore op de euthanasieschaal. Hoe meer men namelijk religieus overtuigd is, hoe minder iemand instemt met euthanasieverzoeken ($r = .18$, $N = 154$, $p = .033$).

In tegenstelling tot eerder onderzoek is er in dit onderzoek naar voren gekomen dat hoe ouder de participant is, hoe sneller men instemt met een euthanasieverzoek ($r = -.38$, $N = 136$, $p = .000$). De burgerlijke staat van een participant hangt desondanks niet samen met de algemene attitude aangaande euthanasie. ($F(5,135) = 1.75$, $p = .128$). Ook opleidingsniveau vertoont geen verband met

de attitude jegens euthanasie ($F(3,137) = .77, p = .504$). Daarnaast is er gekeken of het hebben van kinderen van de patiënt verschil maakt voor de attitude jegens euthanasie. Dit is alleen significant gebleken voor de casussen Jet (psychisch, wilsonbekwaam) ($t = -2.77, df = 146, p = .006$) en Robert-Jan (psychisch, wilsbekwaam) ($t = -3.09, df = 144, p = .002$), beiden psychisch ziek. In beide gevallen is men met kinderen in het spel minder geneigd tot het instemmen met een euthanasieverzoek. Bij de lichamelijk zieke patiënten maakte het geen verschil uit of deze kinderen of een broer/zus had.

Ten slotte is er alleen bij casus Janine (lichamelijk ziek, wilsbekwaam) een verschil gevonden in de bereidheid van participanten om in te stemmen wanneer Janine een partner heeft. Men is namelijk minder geneigd om in te stemmen met Janine wanneer zij wel een partner heeft, dan wanneer dit niet het geval is ($t = 2.48, df = 145, p = .014$). Bij de andere casussen is dit resultaat niet gevonden.

Resultaten over copingstijl en euthanasie

In Tabel 3 zijn de gemiddelden scores en standaard deviaties te zien per (sub)schaal van de CISS.

Tabel 3

Beschrijvende Statistieken (N = 124) op de Hoofdschalen en Subscales van de CISS.

(Sub)schalen CISS	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	Gem.	SD	Gem.	SD	Gem.	SD
Taakgerichte coping	57.32	7.32	57.96	7.53	56.98	7.23
Emotiegerichte coping	41.06	8.94	37.68	8.31	42.84	8.80
Vermijdende coping	51.45	8.87	48.64	8.81	52.99	8.57
<i>Afleiding zoeken</i>	23.39	5.15	21.09	4.60	24.66	5.03
<i>Gezelschap zoeken</i>	18.84	4.46	18.33	4.93	19.10	4.20

Zoals in bovenstaande tabel is te zien hebben mannen en vrouwen andere scores gehaald op de copingschalen emotiegerichte coping ($t = 3.21, df = 125, p = .002$), vermijdende coping ($t = 2.70, df =$

125, $p = .008$) en afleiding zoeken ($t = -3.95$, $df = 125$, $p = .000$). Op alle drie deze schalen hebben vrouwen hoger gescoord dan mannen (zie Tabel 3).

Er is verder een relatie gevonden tussen leeftijd en de schalen emotiegerichte coping ($r = .18$, $N = 123$, $p = .046$), vermijdende coping ($r = .18$, $N = 123$, $p = .01$) en de subschaal afleiding zoeken ($r = .23$, $N = 123$, $p = .01$). Bij allen is er sprake van een negatieve correlatie, dat wil zeggen dat hoe ouder de participant is, hoe lager de score is op de copingschalen. Er zijn geen verschillen gevonden tussen verschillende typen burgerlijke staat, en de score op de copingschalen. Ook bestonden er geen verschillen tussen de score op de copingschalen en de hoogstgenoten opleiding van de participant.

Er is daarnaast onderzocht of copingstijlen verband houden met de mate van instemming op euthanasieverzoeken. Taakgerichte coping ($r = .02$, $N = 128$, $p = .843$) en emotiegerichte coping ($r = .05$, $N = 126$, $p = .618$) hangen niet samen met de totaalscore op de houding ten aanzien van euthanasie. Wel is er een relatie tussen de hoofdschaal vermijdende coping ($r = .28$, $N = 126$, $p = .001$) en de subschalen afleiding zoeken ($r = .237$, $N = 126$, $p = .007$) en gezelschap zoeken ($r = .20$, $N = 130$, $p = .025$). Dit wil zeggen dat wanneer iemand een hogere score behaald op de vermijdende coping, en de daarbij horende subschalen, men minder geneigd is om in te stemmen met een euthanasieverzoek. De relatie tussen een vermijdende copingstijl en de attitude over euthanasie is echter zwak.

Ook is er onderzocht of participanten met een emotiegerichte of vermijdende copingstijl zich beter konden identificeren met lichamelijk zieke patiënten dan individuen met een taakgerichte copingstijl. Uit de analyse is gebleken dat individuen met een emotiegerichte copingstijl zich niet beter konden identificeren met mentaal zieke patiënten ($r = .04$, $N = 127$, $p = .64$), maar individuen met een vermijdende copingstijl wel ($r = .27$, $N = 127$, $p = .000$). Dit resultaat is alleen significant voor de subschaal afleiding zoeken ($r = .24$, $df = 217$, $p = .006$). De mate van instemming op de casussen correleerde echter niet met de taakgerichte coping en emotiegerichte coping. Hiermee is dus geen bevestiging gevonden voor de hypothese dat mensen met een emotiegerichte of vermijdende copingstijl eerder instemmen met een lichamelijk zieke patiënt dan individuen met een andere copingstijl.

Er zijn daarentegen wel correlaties gevonden met de mate van instemming op de casussen en vermijdende copingstijl. Hoe hoger men scoort op vermijdende copingstijl, hoe minder men geneigd is in te stemmen met zowel een lichamelijk zieke casus ($r = .22$, $N = 126$, $p = .013$), als met een psychisch zieke casus ($r = .27$, $N = 127$, $p = .006$). Tevens is men bij een vermijdende copingstijl minder geneigd in te stemmen met zowel een wilsbekwame casus ($r = .27$, $N = 126$, $p = .002$), als een wilsonbekwame casus ($r = .23$, $N = 126$, $p = .011$). Hiermee is er bevestiging gevonden voor de hoofdhypothese die stelt dat er een relatie bestaat tussen copingstijlen en instemming met euthanasie. In tegenstelling tot de hypothese die stelt dat individuen met een taakgerichte copingstijl eerder in zullen stemmen met een euthanasieverzoek, is echter gevonden dat individuen met een vermijdende copingstijl minder geneigd zijn in te stemmen met alle euthanasieverzoeken.

Discussie

In deze studie is onderzocht welke persoonlijke en demografische factoren samenhangen met de mate van instemming op een euthanasieverzoek in de algemene populatie in Nederland. De euthanasiecasussen die hiervoor gebruikt zijn bevinden zich op de dimensies psychisch/lichamelijk zieke en wilsbekwaam/wilsonbekwaam. Het primaire doel van dit onderzoek is te onderzoeken of er een relatie bestaat tussen copingstijlen en de attitude die mensen tegenover euthanasie hebben in de Nederlandse populatie. In dit onderzoek werden een viertal hypothesen onderzocht.

De resultaten ten aanzien van hypothesen

De eerste hypothese stelt dat individuen met een taakgerichte copingstijl sneller geneigd zullen zijn in te stemmen met een euthanasieverzoek dan mensen met een emotiegerichte of vermijdende copingstijl. Daarnaast zouden naar verwachting mensen met een vermijdende copingstijl minder snel geneigd zijn in te stemmen met een euthanasieverzoek. Deze eerste hypothese is gedeeltelijk bevestigd in dit onderzoek. Er zijn namelijk wel aanwijzingen gevonden dat individuen met een vermijdende copingstijl minder vaak instemmen met een euthanasieverzoek, maar daarentegen neigen individuen met een taakgerichte copingstijl niet vaker in te stemmen met een

euthanasieverzoek. De relatie tussen vermijdende copingstijl en de mate van instemmen met euthanasie is echter bescheiden te noemen. Het is op basis van deze resultaten nog niet vastgesteld dat euthanasie een confrontatie met de dood is in plaats van een vermijding voor pijn. Wel wijzen de resultaten meer in de richting dat euthanasie niet kan worden beschouwd als een uitvlucht, of een manier om natuurlijk sterven te vermijden. In eerder onderzoek (Van den Boom, 2005) is aangetoond dat patiënten met AIDS die een actieve copingstijl hebben of meer steun bij anderen zoeken sneller een mogelijkheid tot euthanasie bespreken. Geconcludeerd werd in dit onderzoek dat het doen van een euthanasieverzoek duidt op psychologische volwassenheid en acceptatie. Patiënten met een vermijdende copingstijl bespreken deze mogelijkheid minder vaak, of pas in de terminale fase. Een mogelijke bias waardoor in dit onderzoek andere resultaten naar voren zijn gekomen is dat de gebruikte copinglijst (de CISS) sociale steun zoeken als een onderdeel van vermijdende copingstijl ondergebracht heeft. In onderzoek van Van Den Boom (2005) werd dit echter gezien als een functionele manier van coping. Toekomstig onderzoek is nodig om verder uit te zoeken of euthanasie meer duidt op vermijding of op confrontatie.

De tweede hypothese die is onderzocht stelt dat personen bij psychische zieke patiënten minder snel geneigd zijn om toestemming te geven aan een euthanasieverzoek dan bij lichamelijk zieke patiënten. Uit de resultaten is deze hypothese bevestigd: Mensen waren inderdaad minder geneigd in te stemmen met een euthanasieverzoek van een psychisch zieke patiënt. Mogelijk is er dus nog steeds sprake van gering begrip en negatieve attitudes vanuit de Westerse samenleving voor psychisch zieken (Corrigan, River, Lundin, Wasowski, Campion, Mathisen et al., 2000; Rüsck, Angermeyer & Corrigan, 2005; Socall & Holtgraves, 1992;). Uit een review (Angermeyer & Dietrich, 2006) kwam naar voren dat ondanks de toegenomen kennis die mensen over psychiatrische ziekten hebben in vergelijking tot 1950, de houding tegenover psychisch zieke patiënten iets negatiever is geworden. Veel lichamelijk zieke patiënten hebben echter ook psychische problemen. Zo komt uit een onderzoek van Spiegel (1996) naar voren dat de helft van alle patiënten met kanker een psychiatrische stoornis heeft. Andersom hebben patiënten met een psychische ziekte, zoals depressie of schizofrenie, ook een hogere kans om dood te gaan aan lichamelijke ziekten. Patiënten met schizofrenie of een depressie roken bijvoorbeeld vaker dan de gemiddelde populatie, waardoor zij een grotere kans

hebben op het ontwikkelen van kanker (Osborn, 2001). Het maken van een onderscheid in lichamelijk/psychische ziekte is in de praktijk zodoende moeilijk te maken. De vraag die daarbij gesteld kan worden is of de depressie voorafging aan het ontwikkelen van een lichamelijke ziekte, of dat de depressie als gevolg van de lichamelijke ziekte ontstaan is. Meer longitudinaal onderzoek is nodig om hier een uitspraak over te doen. De prognose van een mentale ziekte is vaak ook onduidelijker en minder statisch dan een lichamelijke ziekte. De aanwezigheid of afwezigheid van een geschikte behandeling is een belangrijke determinant voor het verloop van een psychische ziekte (Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss & Breier, 1987). De kans op een verkeerde beslissing is dan ook groter bij een psychisch zieke patiënt dan bij een lichamelijk zieke patiënt. Vervolgonderzoek zou meer aandacht kunnen besteden aan verklaringen en oplossingen voor het feit dat men minder snel instemt met een psychisch zieke patiënt, aangezien mensen met een psychische ziekte mogelijk net zo kunnen lijden aan hun ziekte als lichamelijk zieken (Van Houwelingen, 2009).

De derde hypothese gaat ervan uit dat individuen met een emotiegerichte of vermijdende copingstijl eerder zullen instemmen met een euthanasieverzoek van een psychisch zieke patiënt dan individuen met een taakgerichte copingstijl. De rationale hierachter is dat deze individuen eerder last hebben van neuroticisme, depressie en andere psychische ziekten (McWilliams et al., 2003; Matsushita, Matsushima & Maruyama, 2005), zich mogelijk beter kunnen identificeren met psychisch zieke patiënten en daardoor eerder zullen instemmen. Uit de resultaten blijkt niet dat mensen met een emotiegerichte copingstijl zich beter konden identificeren met een psychisch zieke patiënt. Er is echter wel een sterkere identificatie gevonden met de psychisch zieke casussen en het hebben van een vermijdende copingstijl. Waarom er wel bevestiging is gevonden voor een relatie tussen het identificeren met psychisch zieke casussen bij een vermijdende copingstijl en niet bij een emotiegerichte copingstijl is onbekend. Daarnaast is het opmerkelijk dat individuen die zich beter kunnen identificeren met psychisch zieke patiënten niet vaker instemmen met een euthanasieverzoek, dan mensen die zich minder goed kunnen identificeren. Zich beter kunnen identificeren met een euthanasieverzoek hangt waarschijnlijk niet noodzakelijk samen met het eerder inwilligen van een euthanasieverzoek. In eerder onderzoek (Schwerdtfeger, Schmukle & Egloff, 2006) is aan het licht gekomen dat mensen met een vermijdende copingstijl minder pijn ervaren, en aangezien pijn één van

de redenen is waarom iemand euthanasie wil laten verrichten, voelen zij daardoor mogelijk ook minder de behoefte om euthanasie te verrichten. Het is denkbaar dat men hierdoor ook minder geneigd is om in te stemmen met een euthanasieverzoek van een ander persoon. Toekomstig onderzoek zou kunnen kijken naar verklaringen voor deze gegevens.

Ten slotte is de vierde hypothese die in dit onderzoek is onderzocht dat mensen eerder zullen instemmen met een wilsbekwame patiënt dan met een wilsonbekwame patiënt. In de Nederlandse wet staat vermeld dat een wilsonbekwame patiënt geen beslissing mag maken over het vroegtijdig beëindigen van zijn of haar leven. Wel is er een mogelijkheid om voor men wilsonbekwaam raakt een wilsverklaring te maken bij de notaris om vast te leggen dat men euthanasie wil laten verrichten zodra men wilsonbekwaam raakt (Korthals, 2002). Een andere reden waarom verwacht werd dat men eerder in zal stemmen met een wilsbekwame casus is dat een participant mogelijk meer moeite zou hebben een beslissing te maken wanneer men niet de garantie heeft dat de patiënt zelf een weloverwogen beslissing kan maken. Er is echter, opmerkelijk genoeg, geen verschil gevonden in de mate van instemming bij een euthanasieverzoek bij wilsbekwame of wilsonbekwame patiënten. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het onvoldoende duidelijk voor participanten was wanneer het een wilsbekwame, danwel een wilsonbekwame patiënt betrof. Er is bewust gekozen om geen depressieve casus op te nemen in dit onderzoek, aangezien individuen vaker een depressief persoon als iemand zien die geen weloverwogen beslissing kan maken (Van der Lee et al., 2005). In de casussen is gekozen voor een pasgeboren, ernstig zieke baby en een schizofrene vrouw. Bij beide casussen is dus duidelijk dat het hier gaat om wilsonbekwame individuen. Mogelijk bestaan er echter verschillen tussen psychische ziekten en de mate waarin personen de patiënt nog capabel genoeg achten een beslissing te kunnen maken. In de toekomst zou onderzoek verricht kunnen worden of er verschillen bestaan tussen verschillende psychische ziekten en de mate waarin mensen zullen instemmen met een euthanasieverzoek.

Ervan uitgaande dat de gevonden resultaten in dit onderzoek juist zijn, en het in de algemene bevolking dus geen verschil uitmaakt of iemand wilsbekwaam is, heeft dit resultaat vele maatschappelijke, ethische, politieke en medische implicaties ten gevolge. In de meest ontwikkelde landen, waaronder Nederland, wordt de populatie met oudere mensen steeds groter. Het risico om

dementie te ontwikkelen wordt steeds hoger naarmate men ouder wordt, dus de kans bestaat dat er steeds meer mensen met dementie zullen zijn (Wong, Clare, Gunn & Holland, 1999). Naast dementie zijn er ook veel mensen die lijden aan een psychische ziekte. Het Trimbos Instituut heeft geconcludeerd dat 18% van de Nederlandse bevolking in het afgelopen jaar (2009-2010) een psychische aandoening heeft gehad, en 43% van de bevolking ooit in zijn leven een psychische aandoening krijgt (De Graaf, Ten Have & Dorsselaer, 2010). Deze cijfers geven aan dat de discussie of men ook bij wilsonbekwame patiënten euthanasie mag verrichten zeer actueel is, en van invloed is op een groot deel van de samenleving.

Men kan zich afvragen of de wettelijke regelgeving over euthanasie aan verandering toe is. Men kan bijvoorbeeld vastleggen dat euthanasie wel kan worden overwogen wanneer dit in het belang is van de patiënt, zoals ook behandeling soms wordt afgedwongen aan psychisch wilsonbekwame patiënten. In welke gevallen dit opgaat, en er gehandeld wordt in het belang van de patiënt, is echter aan discussie onderhevig. Ook dient er te worden overwogen in welke gevallen men toestemming zal verlenen, en in welke gevallen niet. We bevinden ons bovendien op een glijdend vlak, waarin men zich kan afvragen waar de grens getrokken kan worden met betrekking tot euthanasie. Een mogelijke invulling van dit dilemma is om een inschatting te maken van de prognose van een psychische of lichamelijke ziekte, en op basis daarvan een uitspraak te kunnen doen. Determinanten waar rekening mee gehouden kan worden zijn bijvoorbeeld leeftijd, duur van psychiatrische ziekte, co-morbiditeit en sociale steun. Aanbeveling voor vervolgonderzoek zijn om een dergelijk model te ontwikkelen op basis waarvan een arts een beslissing kan maken of een euthanasieverzoek overwogen dient te worden of verworpen. Aangezien dit echter het eerste onderzoek is waarbij deze resultaten aan het licht gekomen zijn, is het essentieel om eerst meer onderzoek te doen om te zien of dit resultaat standhoudt.

Limitaties

Er is getracht een zo gevarieerde mogelijke groep te verzamelen zodat de resultaten gegeneraliseerd kunnen worden naar de Nederlandse bevolking. Exclusiecriteria werden dan ook niet gehanteerd, behalve dat participanten ouder moesten zijn dan 18 jaar. Helaas is dit streven niet

helemaal gerealiseerd. Ten eerste hebben aan dit onderzoek meer vrouwen (64.2%) dan mannen (35.8%) deelgenomen. Het is denkbaar dat dit de resultaten beïnvloed heeft gezien dat vrouwen vaker een vermijdende copingstijl hanteren dan mannen, en vrouwen vaker tegen euthanasie zijn dan mannen. Ten tweede heeft het merendeel van de participanten een HBO opleiding of een academische opleiding genoten. In eerder onderzoek is aangetoond dat individuen met een hogere opleiding positievere attitudes koesteren jegens euthanasie, omdat deze waarschijnlijk meer controle ervaren over hun leven dan lager opgeleiden (Cohen et al., 2006; Jaspers et al., 2007). Mogelijk heeft het gemiddeld hoge opleidingsniveau van de participanten te maken met het feit dat de meeste participanten geworven zijn op de Utrechtse campus de Uithof. In dit onderzoek was er echter geen verschil gevonden tussen de mate van instemming met euthanasieverzoeken en het opleidingsniveau. Dit kan echter niet zijn gevonden omdat er relatief weinig personen (28% van de participanten) een lagere opleiding genoten had dan HBO of Universiteit. Ten derde hebben slechts twee van de 159 participanten een Islamitische godsdienst, terwijl volgens cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) in 2006 5% moslim was (CBS, 2007). Ten slotte was de gemiddelde leeftijd van participanten uit dit onderzoek is 33 jaar, waarbij de leeftijd varieerde van 19 tot 65 jaar. Nederland kampt echter met vergrijzing, en in 2010 was maar liefst bijna 15% van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder (CBS, 2010). Belangrijke bevolkingsgroepen zijn dus ondergerepresenteerd in huidig onderzoek. Dit zal een verklaring kunnen zijn waarom in dit onderzoek ook niet naar voren is gekomen dat naarmate mensen ouder zijn, men vaker een negatieve attitude jegens euthanasie koestert. In vervolgonderzoek zou er een soortgelijk onderzoek kunnen worden verricht waarbij de Nederlandse bevolking juist weerspiegeld wordt.

Een andere limitatie zou kunnen zijn dat het onderzoek op internet verricht is, en niet door face-to-face afname of door schriftelijke afname. Een voordeel van onderzoek via internet kan echter zijn dat men mogelijk eerder deelneemt aan een onderzoek op internet als het om een beladen onderwerp gaat, zoals bij euthanasie. Men heeft door internet verder toegang tot een zeer brede populatie, waarbij men relatief efficiënt en goedkoop data kan verzamelen (Gosling, Vazire, Srivastava & John, 2004). Tevens heeft de participant zelf de mogelijkheid om de vragenlijst in zijn/haar eigen tijd te doen zodat men op een rustig moment hiermee kan beginnen. Nadelen zijn

echter dat de internetpopulatie niet helemaal representatief is voor de bevolking, hoewel steeds meer bevolkingssegmenten van het internet gebruikmaakt (Wright, 2005). *Self selecting bias* is een andere limitatie van online vragenlijsten. Dit betekent dat sommige individuen meer geneigd zijn om een vragenlijst volledig in te vullen dan andere participanten, en er daardoor een selecte onderzoekspopulatie ontstaat die niet representatief is voor de bevolking en generalisaties moeilijk maken (Thompson, Surface, Martin & Sanders, 2003). Daarnaast bestaat de kans dat participanten een vragenlijst meerdere malen invullen, of foutieve informatie verschaffen (Gosling et al., 2004). Ook bestaat er een mogelijkheid dat de participant de vragenlijst niet tot het eind afmaakt waardoor de resultaten niet bruikbaar zijn. Om voor eventuele vertekeningen door het gebruik van internet te controleren zou er in toekomstig onderzoek kunnen worden gedaan met een combinatie van face-to-face en een vragenlijst via internet, of kunnen face-to-face resultaten vergeleken worden met dit onderzoek om eventuele verschillen op te kunnen sporen.

Het blijft daarnaast de vraag of de resultaten uit dit onderzoek ook opgaan voor ernstig zieke patiënten. Zo is het mogelijk dat iemand die ernstig ziek wordt er een andere mening op nahoudt dan voorafgaand aan de ziekte. Een attitude is namelijk niet noodzakelijk een voorspeller van gedrag. In een meta-analyse van Glasman en Albarracin (2006) kwam naar voren dat attitudes een betere voorspeller vormen van gedrag wanneer zij makkelijker op te roepen zijn uit het geheugen, wanneer zij zeker en stabiel zijn, en wanneer zij gevormd zijn op basis van gedragsrelevante informatie. In vervolgonderzoek kan er onderzocht worden of de attitude tegenover euthanasie over het algemeen een goede voorspeller vormt voor het gedrag wanneer men in een dergelijke situatie beland.

Samenvatting en conclusies

In dit onderzoek is naar voren gekomen dat resultaten wijzen in de richting dat euthanasie geen indicatie van vermijding is. Spijtig genoeg is ook naar boven gekomen dat er nog steeds een onderscheid gemaakt wordt tussen psychische en lichamelijke ziekte, ondanks dat beide ziekten vaak overlappen. Opvallend was dat de mate van identificatie met psychische casussen bij individuen met een vermijdende copingstijl niet samenhangt met een grotere mate van instemming op euthanasieverzoeken. Een ander opmerkelijke bevinding is dat er in dit onderzoek is gebleken dat de

algemene populatie geen onderscheid maakt tussen wilsbekwame patiënten en wilsonbekwame patiënten, ondanks de wettelijke regelgeving die in Nederland stelt dat artsen geen euthanasieverzoek mogen inwilligen van een wilsonbekwame lichamelijk of psychisch zieke patiënt. Deze resultaten hebben, mits ze robuust blijken, grote maatschappelijke, ethische, politieke en medische implicaties.

Referenties

- Allen, F.C.L. (1998). Euthanasia: Why torture dying people when we have sick animals put down? *Australian Psychologist*, 33, 12-15.
- Angermeyer, M.C. & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 163-179.
- Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulsky, J. A., & Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55, 164–177.
- Ben-Zur, H. (2009). Coping styles and affect. *International Journal of Stress Management*, 16, 87-101.
- Carmel, S. (2001). The will to live: Gender differences among elderly persons. *Social Science & Medicine*, 52, 949–958.
- Centraal bureau voor de statistiek (2007). *Ongeveer 850 duizend islamieten in Nederland*. Verkregen op 26 december 2010, <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2007/2007-2278-wm.htm>.
- Centraal bureau voor de statistiek (2010). *Bevolking, kerncijfers*. Verkregen op 26 december 2010, [http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,\(1-1\)-1&HD=110119-1248&HDR=G1&STB=T](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,(1-1)-1&HD=110119-1248&HDR=G1&STB=T).
- Cohen, J., Marcoux, I., Bilsen, J., Deboosere, P., Van der Wal, G. & Deliëns, 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.
- Corrigan, P.W., River, L.P., Lundin, R.K., Lundin, R.K., Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M., Gagnon, C. & Kubiak, M.A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, 28, 91-102.
- Davies, D. (2007). Essay: Death, the great taboo. *New Scientist*, 196, 48-49.
- De Graaf, R., Ten Have, M. & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de*

Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Verkregen op 18 december 2010,

<http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/feiten---cijfers---beleid/af/~media/files/inkijkexemplaren/af0898%20nemesis%20ii.ashx>.

- Dunkley, D. M., Zuroff, D., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 234–252.
- Evers, A., Braak, M.S.L., Frima, R.M. & Van Vliet-Mulder, J.C. (2005). *Cotan documentatie: Coping Inventory for Stressful Situations, CISS-NL, 2004.* Geraadpleegd op 21 oktober 2010, http://www.cotandocumentatie.nl.proxy.library.uu.nl/test_details.php?id=25.
- Genuis, S.J., Genuis, S.K. & W. Chang (1994). Public attitudes toward the right to die. *Canadian Medical Association Journal, 150*, 701-708.
- Glasman, L.R. & Albarracin, D. (2006). Forming attitudes that predict future behavior: A meta analysis of the attitude-behavior relation. *Psychological Bulletin, 132*, 778-822.
- Gosling, S.D., Vazire, S., Srivastava, S. & John, O.P. (2004). Should we trust web-based studies? A comparative analyses of six preconceptions about internet questionnaires. *American Psychological Association, 59*, 93-104.
- Holden, J. (1993). Demographics, attitudes, and afterlife beliefs of right-to-life and right to-die organization members. *Journal of Social Psychology, 133*, 521-527.
- Hudson, P. L., Kristjanson, L. J., Ashby, M., Kelly, B. J., Schofield, P., Hudson, R., Aranda, S., O'Connor, M. & Street, A. (2006). Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base on clinical guidelines: a systematic review. *Palliative Medicine, 20*, 693-701.
- Jaspers, 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*, 451-473.
- Kelly, B.D. & McLoughlin, D.M. (2002). Euthanasia, assisted suicide and psychiatry: a pandora's box. *The British Journal of Psychiatry, 181*, 278-279.

- Korthals, A.H. (2002). *Vaststellingsbesluit regels met betrekking tot commissies bedoeld in wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Geraadpleegd op 16 oktober 2010, http://wetten.overheid.nl/BWBR0013490/tekst_bevat_euthanasie/geldigheidsdatum_16-10-2010.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Lee, R.L.M. (2008) Modernity, mortality and re-enchantment: The death taboo revisited. *Sociology*, 42, 745-759.
- Lichtenstein, R.L., Alcsér, K.H., Corning, A.D., Bachman, J.G. & Doukas, D.J. (1997). Black/white differences in attitudes toward physician-assisted suicide. *Journal of the National Medical Association*, 89, 125-133.
- MacDonald, W.L. (1998). The difference between blacks' and whites' attitudes toward voluntary euthanasia. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 411-426.
- Matsushita, T., Matsushima, E. & Maruyama, M. (2005). Psychological state, quality of life, and coping style in patients with digestive cancer. *General Hospital Psychiatry*, 27, 125-132.
- McWilliams, L.A., Cox, B.J. & Enns, M.W. (2003). Use of the coping inventory for stressful situations in a clinically depressed sample: factor structure, personality correlated, and prediction of distress. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 423-437.
- Miccinesi, G., Fischer, S., Paci, E., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Cartwright, C., Van der Heide, A., Nilstun, T., Norup, M. & Mortier, F. (2004). Physicians' attitudes towards end of life decisions: A comparison between seven countries. *Social Science & Medicine*, 60, 1961-1974.
- Mitchell, K. & Owens, R.G. (2000). Euthanasia and palliative psychology in end-of-life care. *Australian Psychologist*, 35, 193-200.
- Moos, R.H. (1997). Assessing approach and avoidance: Coping skills and their determinants and outcomes. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 58-64.
- Mortier, F. (2005). Euthanasia: Non-confessional humanist points of view. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 61, 557-566.

- Murberg, T.A., Furze, G. & Bru, E. (2004). Avoidance coping styles predict mortality among patients with congestive heart failure: A 6-year follow-up study. *Personality and Individual Differences, 36*, 757-766.
- Nissim, R., Gagliese, L. & Rodin, G. (2009). The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: A longitudinal qualitative study. *Social Science & Medicine, 69*, 165-171.
- Osborn, D.P.J. (2001). The poor physical health of people with mental illness. *Western Journal of Medicine, 175*, 329-332.
- Rosenfeld, B. (2000). Assisted suicide, depression and the right to die. *Psychology, Public Policy and Law, 6*, 467-488.
- Rüsch, N., Angermeyer, M.C. & Corrigan, P.W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry, 20*, 529-539.
- Scherer, J.M. & Simon, R.J. (1999). *Euthanasia and the right to die: A comparative view*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Socall, D.W. & Holtgraves, T. (1992). Attitudes toward the mentally ill: The effects of label and beliefs. *The Sociological Quarterly, 33*, 435-445.
- Spiegel, D. (1996). Cancer and depression. *The British Journal of Psychiatry, 30*, 106-116.
- Suarez-Almazor, M.E., Belzile, M. & Bruera, E. (1997). Euthanasia and physician-assisted suicide: A comparative survey of physicians, terminally ill cancer patients, and the general population. *Journal of Clinical Oncology, 15*, 418-427.
- Schwerdtfeger, A., Schmukle, S. & Egloff, B. (2006). Avoidant coping, verbal-autonomic response dissociation and pain tolerance. *Psychology and Health, 21*, 367-382.
- Thompson, L.F., Surface, E.A., Martin, D.L. & Sanders, M.G. (2003). From paper to pixels: Moving personnel surveys to the web. *Personnel Psychology, 56*, 197-227.
- Van den Boom, F. (1995). AIDS, euthanasia and grief. *AIDS care, 7*, 175-185.
- Van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Rurup, M.L., Buiting, H.M., Van Delden, J.J.M., Hanssen-de Wolf, J.E., Janssen, G.J.M., Pasma, R.W., Rietjens, J.A.C, Prins, C.J.M., Deerenberg, I.M., Gevers, J.K.M., Van der Maas, P.J. & Van der Wal, G. (2007). End-of-life

- practices in the Netherlands under the euthanasia act. *The New England Journal of Medicine*, 1957-1965.
- Van Hooff, A.J.L. (2004). Ancient euthanasia: 'Good death' and the doctor in the greaco roman world. *Social Science & Medicine*, 58, 975-985.
- Van de Klippe, C.J., (1990). Wilsonbekwaamheid in de psychiatrie: zes benaderingen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 47, 123-138.
- Van der Lee, M.L., Van der Bom, J.G., Schwarte, N.B., Heintz, A.P., De Graeff, A. & Van de Bout, J. (2005) Euthanasia and depression: A prospective cohort study among terminally ill cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 6607-6612.
- Van der Veer, J.B. (1999). Euthanasia in the Netherlands. *American College of Surgeons*, 188, 532-537.
- Van Houwelingen, K. (2009). Euthanasia still a taboo for mental patients – even in the Netherlands. *NRC Handelsblad 25 november 2009*. Geraadpleegd op 2 augustus 2010, http://www.nrc.nl/international/Features/article2422766.ece/Euthanasia_still_a_taboo_for_mental_patients_-_even_in_the_Netherlands.
- Vellinga, A. & Ederveen, A. (2004). Wilsbekwaamheid: Kun je 'goed beslissen' gevaar te lopen? *Tijdschrift voor de psychiatrie*, 46, 395-399.
- Wasserman, J., Clair, J. M. & Ritchey, F.J. (2005). A Scale to assess attitudes towards euthanasia. *Omega*, 51, 229-237.
- Wong, J.G., Clare, I.C.H., Gunn, M.J. & Holland, A.J. (1999). Capacity to make health care decisions: It's importance in clinical practice. *Psychological Medicine*, 29, 437-446.
- Wright, K.B. (2005). *Researching internet-based populations: Advantages and disadvantages of online survey research, online questionnaire authoring software packages, and web survey services*. Geraadpleegd op 12 december 2010, <http://jcmc.indiana.edu/vol10/issue3/wright.html>.

Bijlage: De casussen**Casus Janine (wilsbekwaam/ lichamelijk lijden)**

Janine is een jonge vrouw van 35 jaar, met een man van 37 jaar (Marnix). Vanaf dat Janine 19 jaar oud was werden de eerste uitvalsverschijnselen ontdekt bij haar. Ze had last van vreemde tintelingen in haar handen en benen, haar benen weigerden soms dienst en zo nu en dan had ze last van evenwichtsstoornissen. Helaas werden deze klachten toen afgedaan als niet ernstig, omdat deze klachten vaak na enige tijd afnamen, en werd er verder geen diepgaand onderzoek verricht. Nadat Janine haar man had leren kennen, drong deze aan op verder onderzoek. De uitslag van dit onderzoek gaf aan dat Janine Multiple Sclerose (M.S.) heeft. Ondanks deze diagnose trouwden Marnix en Janine een jaar later. Twee jaar na hun huwelijk werd duidelijk dat Janine aan een zeer progressieve vorm van M.S. lijdt. Binnen een paar jaar tijd kon zij niet meer paardrijden, skiën, fietsen of andere sporten beoefenen. Na verloop van tijd werd werken ook steeds moeilijker, en werd zij gedwongen om ontslag te nemen. Tevens moesten Marnix en Janine op zoek naar een gelijkvloers huis omdat traplopen ook niet meer ging. Alle mogelijke behandelingen (op medisch en alternatief gebied) hebben zij uitgeprobeerd, maar helaas zonder resultaat. Marnix moest Janine bij alles helpen, en werd hierdoor zowel partner als verzorger. De afhankelijkheid wordt voor Janine steeds ondraaglijker. Ook de pijn aan haar spieren, de incontinentie, de darmproblemen en de vermoeidheid vallen haar steeds zwaarder. Janine denkt nu aan het vroegtijdig beëindigen van haar leven doormiddel van euthanasie. Ze wil liever niet verder leven in een verpleegtehuis, waar ze zich nog afhankelijker zal voelen. Daarnaast gunt ze haar man een beter leven. De steeds intensiever wordende zorg wil ze Marnix niet meer aandoen. Het liefst zou ze willen dat Marnix haar herinnert als een vrouw in plaats van als een doodzieke patiënt.

Casus Rob en Elsa (wilsonbekwaam/ lichamelijk lijden)

Rob (27) en Elsa (28) willen al sinds lange tijd samen een kind. Zij besloten hier echter mee te wachten totdat er meer financiële middelen voorhanden zouden zijn, zodat Elsa na de geboorte van een kind een tijdje deeltijd zou kunnen werken. Wanneer Job en Elsa genoeg gespaard hebben, duurt

het niet lang totdat Elsa zwanger raakt, en Job en Elsa zijn dolgelukkig. Wanneer zij horen dat Elsa zwanger is van een dochter, besluiten ze hun kind Demi te noemen. Baby Demi komt echter te vroeg op de wereld, en al vanaf de geboorte blijkt dat er iets mis is met haar. Niet lang na haar geboorte wordt vastgesteld dat Demi lijdt aan een ernstige erfelijke aandoening. De artsen schatten de overlevingskans van Demi slecht in. Zij kan niet meer zelfstandig ademen, en artsen vermoeden dat Demi ook veel pijn lijdt. Wel hebben de artsen aan Job en Elsa verteld dat de levensprognose van zeer kleine baby's niet met zekerheid is vast te stellen. Soms worden er onverwachte successen geboekt, of heeft men te maken met niet verwachte tragische gevolgen. De ouders van Demi zijn diep bedroefd met dit nieuws. Ze vragen zich nu af of ze het lijden van Demi willen verkorten door haar leven te laten beëindigen door middel van euthanasie. Zij zijn van mening dat Demi niet onnodig hoeft te lijden, en wensen liever een menswaardige dood voor hun pasgeboren dochter, hoeveel pijn het hen ook zal doen.

Casus Robert-Jan (wilsbekwaam/ psychisch lijden)

Robert-Jan is 52 jaar en is sinds zijn 25^{ste} ernstig depressief. Toen hij 25 jaar was overleed zijn moeder plotseling. 2 jaar later stierf ook zijn vader. Sinds die tijd is Robert-Jan extreem somber. Hij komt weken zijn bed niet uit, huilt alleen maar en eet slecht. Hij gaat steeds minder mee op stap met zijn vrienden. Zijn blik op de toekomst is negatief. Hij meldt zich vaak ziek op zijn werk en als hij er wel is komt er weinig uit zijn handen. Hij kan zich nauwelijks concentreren. Na 3 jaar wordt Robert-Jan ontslagen. Weer ligt hij dagen in bed te huilen en eet hij nauwelijks. Zijn vriendin zorgt ervoor dat hij psychische hulp krijgt. Jarenlang krijgt hij medicijnen en heeft hij contact met veel verschillende hulpverleners. Als zijn vriendin de relatie beëindigd omdat ze zijn depressies niet meer aan kan, stort Robert-Jan in. Hij wordt meerdere malen opgenomen in een psychiatrische inrichting. De meeste van zijn vrienden hebben het contact laten verwateren en hobby's heeft Robert-Jan niet meer. Hij komt zo min mogelijk buiten en vermijdt het meeste contact met mensen. Alleen zijn buurvrouw komt soms langs voor een praatje. Na één van de opnames wil Robert-Jan echt niet meer verder. Hij doet een zelfmoordpoging. De buurvrouw vindt hem en hij ligt weken in het ziekenhuis.

Casus Jet (wilsonbekwaam/ psychisch lijden)

Vanaf haar negentiende is Jet van Holten (62) een probleemgeval. Ze studeert Rechten en woont in een studentenhuis met 3 andere meisjes. Ze krijg het idee dat haar huisgenootjes iets voor haar verborgen houden. Ze smoezen achter haar rug om en kijken haar verdacht lang na. Ze komt steeds minder haar kamer uit. Op een avond zit ze te studeren en hoort ze mannenstemmen zachtjes tegen haar praten. Vanaf dat moment hoort ze deze stemmen steeds vaker. Er komen ook steeds meer nieuwe stemmen bij. Jet hoort ze ook regelmatig praten over een complot tegen haar om haar te vermoorden. Ze is doodsbang. De angst wordt nog groter wanneer ze figuren op straat en in de supermarkt ziet die over het complot praten. De figuren staan ook regelmatig voor haar huis en houden haar dan in de gaten. Jet stopt met haar studie omdat ze zich niet meer kan concentreren. De ouders van Jet schakelen psychische hulp in wanneer ze hardop terug praat en schreeuwt tegen de stemmen. Jet is schizofreen. Jarenlang krijgt ze psychische hulp, wordt ze meerdere malen opgenomen en probeert ze allerlei medicijnen uit. De medicijnen helpen nauwelijks. De concentratieproblemen verminderen wel maar de stemmen en figuren blijven. Ze heeft geen baan en nauwelijks vrienden. Ze dwaalt soms over straat en is soms dagenlang vermist omdat ze op de vlucht is geslagen voor een moordaanslag die er op haar beraamd zou zijn door de figuren. Soms eet ze dagen niet omdat ze bang is dat ze vergiftigd zal worden.