

**MEDICI SE HOUDINGS TEENoor GENADEDODD:
'N KRUISKULTURELE ONDERSOEK**

deur

Christa Boshoff

Verhandeling ingedien ter vervulling van die vereistes vir die graad

Magister Artium

in die **Fakulteit Geesteswetenskappe**

(Departement Sielkunde)

aan die **Universiteit van die Vrystaat**

BLOEMFONTEIN

Studieleier: Professor A. le Roux (D.Phil., UV)

Datum: November 2007

Ek verklaar dat die verhandeling wat hierby vir die graad Magister Artium aan die Universiteit van die Vrystaat deur my ingedien word, my selfstandige werk is en nie voorheen deur my vir 'n graad aan 'n ander universiteit/fakulteit ingedien is nie. Ek doen voorts afstand van die outeursreg in die verhandeling ten gunste van die Universiteit van die Vrystaat.

Christa Boshoff

DANKBETUIGINGS

My opregte dank en erkenning aan die volgende persone en instansies wat gehelp het om hierdie projek moontlik te maak:

My Hemelse Vader, sonder Sy hulp sou hierdie projek nie moontlik gewees het nie.

Professor A. le Roux, my studieleier, vir haar volgehoue bystand, ondersteuning en kundigheid.

Dr. J. Raubenheimer vir sy hulp met die statistiese bewerkings.

Die onderskeie hospitale se bestuur, vir hulle hulp en vriendelikheid tydens die data-insameling.

Dr. J. Markram, Dr. K. Frith, Dr. E. Esterhuizen en Dr. A. Schutte, vir hulle hulp om respondente by die ondersoek te betrek.

Mev. E. Mahlangu en Mev. E. Makgobo vir hulle hulp met die kommunisering met respondente.

My ouers en ook my vriend Rudi en suster Aliana vir hulle volgehoue ondersteuning en hulp tydens hierdie navorsingsprojek.

Elke medikus wat betrokke was by die ondersoek, vir hulle bereidwilligheid en deelname.

Opgedra aan my ouers, Kobus en Marieta.

Abstract

The purpose of this study was to investigate medical practitioners from different race groups' attitudes toward euthanasia. A biographical questionnaire and the Euthanasia Attitude Scale were administered to 217 medical practitioners in and around the cities of the Free State province. Six variables, namely race, gender, age, speciality, number of years in practice and religion were investigated. The data was analysed by means of factorial analysis of variance, one-way analysis of variance and post hoc Scheffé tests. The most important finding of this study was that overall, medical practitioners are in favour of euthanasia. The results showed significant differences ($p < .01$) according to medical practitioners' race, speciality and religion. The interaction between speciality and the amount of years in practice was also investigated and significant differences ($p < .01$) were found. Race, speciality and religion are thus strong determinants of medical practitioners' attitudes toward euthanasia.

Opsomming

Die doel van die studie was om medici vanuit verskillende rassegroepe se houdings teenoor genadedood te ondersoek. 'n Biografiese vraelys en die "Euthanasia Attitude Scale" is op 217 medici in en om die groot stede in die Vrystaat-provinsie afgeneem. Ses veranderlikes, naamlik rassegroep, geslag, ouderdom, spesialiteitsrigting, aantal jare in die praktyk en geloof is ondersoek. Die data is met behulp van faktoriale variansie-ontledings, eenrigting variansie-ontledings en Scheffé-toetse vir post hoc-vergelykings, verwerk. Die belangrikste bevinding van die studie was dat medici oor die algemeen ten gunste is van genadedood. Die resultate het getoon dat daar beduidende verskille ($p < .01$) voorkom ten opsigte van medici se rassegroep, spesialiteitsrigting en geloof. Die interaksie tussen spesialiteitsrigting en aantal jare in die praktyk is ook ondersoek en beduidende verskille ($p < .01$) is aangetref. Rassegroep, spesialiteitsrigting en geloof is dus sterk determinante van medici se houdings teenoor genadedood.

INHOUDSOPGAWE**Bladsy**

HOOFSTUK 1 - ORIËNTERING TOT DIE NAVORSING	1
1.1. Inleiding	1
1.2. Doel en noodsaaklikheid van die navorsing	2
1.3. Strukturering van verdere hoofstukke	3
HOOFSTUK 2 – LITERATUUROORSIG	4
2.1. Inleiding	4
2.2. Die geskiedenis van die toepassing van genadedood	5
2.3. Die geskiedenis van die genadedood debat in Engeland en die VSA	6
2.4. Wat is genadedood?	7
2.4.1. Definisies	7
2.4.2. Tipes genadedood	8
2.4.2.1. Aktiewe genadedood	9
2.4.2.2. Passiewe genadedood	9
2.4.2.3. Vrywillige genadedood	9
2.4.2.4. Nie-vrywillige genadedood	9
2.4.2.5. Onvrywillige genadedood	10
2.4.2.6. Geassisteerde selfmoord	10
2.4.2.7. Verhaaste dood	11
2.4.2.8. Dubbel-effek	11
2.5. Wetlike aspekte van genadedood	11
2.5.1. Wetlike aspekte in Suid-Afrika	12
2.5.1.1. Die kunsmatige bewaring van lewe waar die pasiënt klinies dood is	13
2.5.1.2. Gevalle waar die pasiënt bevoeg is om besluite te neem	13
2.5.1.3. Toepassing van die dubbel-effek in Suid-Afrika	14
2.5.1.4. Toepassing van geassisteerde selfmoord in Suid-Afrika	14
2.5.1.5. Toepassing van vrywillige aktiewe genadedood in Suid-Afrika	14
2.5.1.6. Toepassing van nie-vrywillige aktiewe genadedood in Suid-Afrika	15
2.5.1.7. Lewende testament	15
2.5.2. Lande waar genadedood gewettig is	16
2.5.2.1. Nederland	16
2.5.2.2. Die staat Oregon in die VSA	16
2.5.2.2.1. Prosedures en vereistes vir genadedood in Oregon	16
2.5.2.3. Australië – Noordelike Gebied	18
2.5.2.4. België	18
2.5.2.5. Switserland	18
2.5.2.6. Colombië	19

2.5.2.7. Japan	19
2.6. Argumente rondom genadedood	19
2.6.1. Argumente vir genadedood	19
2.6.1.1. Kwaliteit van die lewe	20
2.6.1.2. Die beginsel van self-beskikking	20
2.6.1.3. Mediese argumente	20
2.6.1.4. Genade-argumente	21
2.6.2. Argumente teen genadedood	21
2.6.2.1. Die verskuiwingsargument	22
2.6.2.2. Minagting vir die heiligheid van mense se lewens	23
2.6.2.3. Die vertrouensverhouding tussen dokter en pasiënt	23
2.6.2.4. Die moontlikheid van foutiewe diagnoses en wonderwerk-kure	24
2.6.2.5. Die bedreiging van individuele outonomie	24
2.6.2.6. Die pasiënt se gemoedstoestand	25
2.6.2.7. Die gevare van genadedood in 'n kollektivistiese samelewing	25
2.6.2.8. Genadedood as 'n wyse van mediese kostebesparing	25
2.7. Godsdienstige beskouings en genadedood	26
2.7.1. Christelike beskouings	26
2.7.1.1. Die Protestantse kerke	26
2.7.1.2. Katolieke kerke	29
2.7.2. Hindoe sienings van genadedood	30
2.7.3. Moslem- en Islam-sienings van genadedood	32
2.8. Houdings	33
2.8.1. Definisie	33
2.8.2. Belangrike teorieë rondom houdings	34
2.8.2.1. Die leerteorie	34
2.8.2.2. Kognitiewe konsekwenheid	34
2.8.2.3. Verwagting-Waardeteorie	35
2.8.3. Houding-gedrag konsekwenheid	35
2.8.4. Verandering van houdings	37
2.9. Faktore wat houdings teenoor genadedood beïnvloed	38
2.9.1. Rassegroep	38
2.9.2. Geslag	40
2.9.3. Ouderdom	42
2.9.4. Spesialiteitsrigting	44
2.9.5. Aantal praktiserende jare	45
2.9.6. Geloof	46
2.10. Samevatting	48
HOOFSTUK 3 – METODOLOGIE	51
3.1. Inleiding	51
3.2. Hipotese	51
3.2.1. Hipotese	51

3.3. Navorsingsontwerp	51
3.3.1. Onderzoekgroep en insameling van data	52
3.3.2. Die Meetinstrumente	53
3.3.2.1. Die “Euthanasia Attitude Scale” (EAS)	54
3.3.2.2. Die biografiese vraelys	55
3.4. Statistiese ontleding	55
 HOOFSTUK 4 – RESULTATE	 57
4.1. Beskrywende statistiek	57
4.1.2. Verspreiding van mediese EAS-tellings	59
4.2. Inferensiële statistiek	59
4.2.1. Gemiddeldes en standaardafwykings	59
4.2.2. Die invloed van rassegroep, geslag, ouderdom, spesialiteitsrigting, aantal jare in praktyk en geloof op mediese houdings teenoor genadedood	62
4.2.3. Betroubaarheid	72
4.3. Kwalitatiewe navorsing	72
4.3.1. Resultate van kwalitatiewe navorsing	73
 HOOFSTUK 5 - BESPREKING VAN RESULTATE EN GEVOLGTREKKINGS	 74
5.1. Inleiding	74
5.2. Ras	74
5.3. Spesialiteitsrigting	75
5.4. Geloof	76
5.5. Interaksies tussen veranderlikes	77
5.5.1. Spesialiteitsrigting en aantal jare in praktyk	77
5.6. Geslag	78
5.7. Ouderdom	79
5.8. Aantal jare in die praktyk	79
5.9. Gevolgtrekkings	80
5.10. Tekortkominge	83
5.11. Aanbevelings	84
 OPSOMMING	 85
SUMMARY	87
BRONNELYS	89
LYS VAN TABELLE	iv
LYS VAN FIGURE	v
LYS VAN BYLAE	vi

LYS VAN TABELLE	Bladsy
Tabel 4.1. Verspreiding van medici wat vraelyste voltooi het	57
Tabel 4.2. Frekwensies vir die geslag en rassegroep van respondente	57
Tabel 4.3. Gemiddeldes en standaardafwykings van al die veranderlikes	60
Tabel 4.4. Eenrigting variansie-ontleding vir EAS met ouderdom	64
Tabel 4.5. Faktoriale variansie-ontleding vir EAS met geslag en rassegroep	64
Tabel 4.6. Eenrigting variansie-ontleding vir EAS met rassegroep	65
Tabel 4.7. Beduidende Scheffé-toets-vergelykings vir eenrigting variansie-ontleding van EAS met rassegroep	65
Tabel 4.8. Faktoriale variansie-ontleding vir EAS met geloof en spesialiteitsrigting	66
Tabel 4.9. Eenrigting variansie-ontleding vir EAS met geloofsgroepering	66
Tabel 4.10. Beduidende Scheffé-toets-vergelykings vir eenrigting variansie-ontleding van EAS met geloofsgroepering	67
Tabel 4.11. Eenrigting variansie-ontleding vir EAS met spesialiteitsrigtings	68
Tabel 4.12. Beduidende Scheffé-toets-vergelykings vir eenrigting variansie-ontleding van EAS met spesialiteitsrigtings	68
Tabel 4.13. Faktoriale variansie-ontleding vir EAS met spesialiteitsrigting en jare in praktyk	69
Tabel 4.14. Eenrigting variansie-ontleding vir EAS met spesialiteitsrigting vir groepe van jare in praktyk	71
Tabel 4.15. Beduidende Scheffé-toets-vergelykings vir eenrigting variansie-ontleding van EAS met spesialiteitsrigting: 11-15 jare in praktyk	72
Tabel F1. Medici se response op die oop vraag	109

LYS VAN FIGURE**Bladsy**

<i>Figuur 4.1.</i> Verspreiding van medici se rassegroepe	58
<i>Figuur 4.2.</i> Verspreiding van die EAS-tellings	59
<i>Figuur 4.3.</i> Spesialiteitsrigting vergelyk met aantal jare in praktyk	70
<i>Figuur 4.4.</i> EAS-tellings vir spesialiteitsrigting vergelyk met aantal jare in praktyk	70

LYS VAN BYLAES**Bladsy**

Bylaag A. Inligting- en toestemmingsbrief vir hospitale	98
Bylaag B. Inligtingsvorm vir medici	99
Bylaag C. Toestemmingsbrief vir medici	100
Bylaag D. Euthanasia attitude scale (EAS)	101
Bylaag E. Biografiese vraelys	107
Bylaag F. Medici se response	109

HOOFSTUK 1

ORIËNTERING TOT DIE NAVORSING

1.1 Inleiding

Die kwessie van genadedood word volgens verskeie outeurs (Nkwinika, 2006; Nortjé, 2001; Ramabele, 2004) al vir 'n geruime aantal jare wêreldwyd hewig gedebatteer. Is dit elke persoon se reg om te besluit wanneer hy of sy wil sterf? Essinger (2003) vra dan ook of medici genadedood kan toepas nadat hulle die Eed van Hippokrates afgelê het wat lui :

I will neither give a deadly drug to anybody if asked for it, nor will I make a suggestion to this effect. Similarly, I will not give to a woman an abortive remedy. I will apply dietetic measures for the benefit of the sick according to my ability and judgement; I will keep them from harm and injustice (Essinger, 2003, p. 428).

Is die rol van die medikus besig om te verander van heler na 'n selfmoord-assistent? Erken die medici deur die toepassing van genadedood hul eie tekortkominge in die genesende praktyk?

Die keersy van die scenario behels die spoedige ontwikkeling en vooruitgang van die mediese tegnologie in die laaste aantal jare (Biggs, 2001). Daar is tans 'n magdom maniere waarop medici hul pasiënte se lewens en hul dood, kan verleng (Biggs, 2001; Ramabele, 2004). Hierdie gevorderde mediese tegnologie het die lewensduur van mense in die Verenigde Koningryk met 25 jaar verleng gedurende die laaste eeu (Biggs, 2001). In 1900 was die gemiddelde lewensduur van 'n persoon in die VSA 47.3 jaar. Teen 1997 het die gemiddelde lewensduur van 'n persoon in die betrokke populasie verhoog tot 76.5 jaar. Dit is 'n verlenging van 29.2 jaar in minder as 'n eeu (American Psychological Association [APA], 2006). Hierdie verlenging van mense se lewens beteken nie noodwendig dat alle mense 'n goeie lewenskwaliteit tot aan die einde van hul lewens handhaaf nie. Soos genoem, meen sommige outeurs dat mense se lewens nie verleng word deur mediese tegnologie nie,

maar wel dat hul sterwensproses uitgerek word (Biggs, 2001; Quill, 1993; Ramabele, 2004) en dat daar talle pasiënte is, wat klinies dood is en slegs deur die sogenaamde kunsmatige lewensonderhoudende masjienerie nog “aan die lewe” gehou word.

Dan kan die vraag gevra word of die persoon nog enigsins lewenskwaliteit en selfrespek oor het? Het ‘n absolute respek vir die mens se lewe, die respek vir die persoon as individu vervang? Kan ‘n land soos Suid-Afrika wat midde in ‘n sogenaamde bevolkingsontploffing is, bekostig om miljoene rand daaglik te spandeer om terminale siek mense se lewens onnatuurlik te verleng, terwyl gesonde jong kinders in armoede en hongersnood vasgevang is?

Dit is ‘n morele stryd waarteenoor elke mens ‘n ander houding koester. Juis daarom is dit so belangrik om vas te stel hoe medici, wat in die kern van die saak staan, daaroor voel.

1.2. Doel en noodsaaklikheid van die navorsing

Dit is duidelik dat die kwessie van genadedood nog lank nie uitgeklaar is nie. Aangesien die wêreld en die media in ‘n debat oor die saak betrokke is (“Death with dignity”, 2006; Rossouw, 2006) en daar weinig ondersoek hieroor in Suid-Afrika gedoen is, is dit nodig geag om medici se houdings teenoor genadedood te ondersoek. Dis juis hulle wat in die spervuur van die debat staan en ook die verantwoordelikheid moet dra van die toepassing van die daad, wat teen die beginsels van die Eed van Hippokrates ingaan. ‘n Opname wat deur die Mediese Vereniging van Suid-Afrika gemaak is, het bevind dat 58% van medici in Suid-Afrika al betrokke was by passiewe genadedood, 12% van die medici by aktiewe genadedood en 9% by een of ander vorm van medikus-geassisteerde selfmoord (Louw, Van Ede & Louw, 1998). Hierdie opname bevestig dat die medici in Suid-Afrika ook, soos in die res van die wêreld, reeds by genadedood-praktyke betrokke is of direk daaraan blootgestel word. Daar is ook by ‘n simposium wat in Durban gehou is, deur middel van ‘n informele opname, bepaal dat ‘n groot aantal dokters in Suid-Afrika bereid sou wees om genadedood toe te pas indien hul pasiënte dit sou

versoek ("Many doctors", 2001). Volgens Landman is daar egter geen wetenskaplike inligting beskikbaar ten opsigte van hoeveel Suid-Afrikaanse dokters ten gunste van genadedood is nie ("Many doctors", 2001).

Dit word dus belangrik geag om ondersoek in te stel na die medici se betrokke houdings teenoor, asook die verskeie kenmerke van die medici wat ten gunste van genadedood is. Daar sal eerstens gekyk word of daar kultuur- of rasverskille bestaan tussen die houdings van die medici, aangesien daar bevind is dat daar wel verskille bestaan tussen die verskillende rassegroepe in Suid-Afrika se houdings teenoor genadedood ("Most in SA", 2005). Daar sal ook gekyk word na 'n aantal veranderlikes soos geslag, ouderdom, spesialiteitsrigting, aantal praktiserende jare en geloof, omdat hierdie veranderlikes 'n belangrike invloed op houdings teenoor genadedood uitoefen (Giannini, Pessina & Tacchi, 2003; Miccinesi et al., 2005).

1.3. Strukturering van verdere hoofstukke

In Hoofstuk 2 sal 'n uiteensetting gegee word van die resultate van ondersoeke wat reeds afgehandel is oor persone en meer spesifiek medici se houdings teenoor genadedood reg oor die wêreld. Daar sal ook gekyk word na literatuur wat die definisies en ander verwante konsepte van genadedood in meer diepte beskryf. In Hoofstuk 3 word die metodologie wat in die betrokke studie gevolg is, bespreek. Hoofstuk 4 handel oor die resultate wat verkry is in die betrokke ondersoek. In Hoofstuk 5 sal die resultate wat verkry is in meer diepte bespreek en gevolgtrekkings daarvoor gemaak word.

HOOFSTUK 2

LITERATUUROORSIG

2.1. Inleiding

Quill (1993) vertel 'n gelykenis wat betrekking het op hedendaagse einde-van-lewe-sorg. Hy vertel van drie matrose wat gestrand geraak het op 'n onbekende eiland. Die drie is deur 'n primitiewe groep inboorlinge gevang en vasgebind, waarna hulle na die stamhoofde geneem is. Die stamhoofde gee toe vir die eerste matroos 'n keuse, verkies hy die dood of "Chi-Chi"? Hy besluit toe hy wil beslis nie nou al sterf nie en kies Chi-Chi. Die inboorlinge het hom gevat en sy vel stadig begin afskil en sy hart uitgesny terwyl dit nog geklop het, waarna hy gesterf het. Die stamhoofde gee vir die tweede matroos dieselfde keuse waarop hy antwoord dat hy verseker nie wil sterf of gemartel wil word nie, maar dalk is Chi-Chi hierdie keer anders. Hy kies toe ook Chi-Chi aangesien sy keuses so beperk is. Hierdie matroos se vel is ook lewend afgeskil en sy hart uitgesny terwyl dit nog klop. Die derde matroos, wat gesien het wat met die ander twee gebeur, kies toe liever die dood. Op daardie stadium het hy gereken dat die dood miskien nie so erg is nie en beslis beter is as Chi-Chi! Die stamhoofde was ietwat verras met sy antwoord en sê toe: "Reg so, maar eers Chi-Chi!"

Quill verduidelik dat die stamhoofde in die vergelyking die medici of dokters verteenwoordig wat aanhou om pasiënte, wat nie meer 'n kans op herstel het nie, te behandel. Die inboorlinge verteenwoordig weer die verpleegsters en mediese assistente wat die medici se opdragte moet uitvoer. Hy sê wanneer die medici of besluitnemers die ware las van buitensporige behandelings oorsien en die realiteit dat die pasiënt besig is om te sterf ignoreer, hierdie behandelings net die sterfproses van die pasiënt verleng en dehumaniseer (1993). Die medici martel as't ware die pasiënte in 'n tyd van hul lewens wat hulle waardigheid bevestig moet word en waar hulle in liefde en vrede versorg moet word. Hy skets die scenario dat pasiënte die slagoffers word van brutale mediese-dood rituele in hedendaagse einde-van-lewe-sorg. Dit is volgens

Quill (1993) een van die redes waarom mense – en veral terminale siek pasiënte – baklei om genadedood as ‘n wettige opsie te hê aan die einde van hulle lewens. Sodat hulle self kan bepaal hoe hul sterwensproses sal verloop in stede daarvan om oorgelaat te word aan die genade van oorywerige medici of liewer, primitiewe stamhoofde?

2.2. Die geskiedenis van die toepassing van genadedood

Die debat rondom genadedood strek al vanaf antieke Griekeland en Rome (Emanuel, 1994). Genadedood was dan ook in antieke Griekeland en Rome aanvaar as ‘n alledaagse praktyk. Baie medici van die tydperk het vir pasiënte “gif” of toksiese medikasie gegee om hul lewens mee te beëindig as die pasiënte daarvoor gevra het (Emanuel, 1994; Euthanasia Website Material, 2001; Nkwinika, 2006). In Sparta het die wet ook bepaal dat genadedood op misvormde babas toegepas moes word, sodat hulle nie ‘n ongelukkige lewe vir hulself en hul ouers veroorsaak het nie (Nkwinika, 2006).

In klassieke Indië, was mense ook goedgesind teenoor genadedood in die opsig dat dit die “vryheid om te gaan” was vir persone wat ly aan ‘n ongeneeslike siekte of ekstreme bejaardheid. Daar was eers ‘n publieke aankondiging van die persoon se intensie of behoefte om te sterf en dan kon ander mense hom/haar help om te sterf (Ganga, 1994).

In 1939, te midde van die uitbraak van die Tweede Wêreld-oorlog, het Adolf Hitler ‘n wyd verspreide “genadedood-program” geloots vir siek en gestremde persone (“History of Euthanasia”, 2006; Nkwinika, 2006). Die genadedood program – Aksie T 4 – het “lewe wat nie werd is om te lewe nie” uitgewis. Dit was persone met verstandelike gestremdheid, fisiese gebreke of ander simptome soos bepaal deur die Reich Gesondheidsministerie (“History of Euthanasia”, 2006; Ost, 2003). Hierdie genadedood was onvrywillige genadedood en die betrokke pasiënte het geen seggenskap daarin gehad nie.

Hieruit kan gesien word dat die kwessie van genadedood beslis nie ‘n nuwe tendens is nie en al vir baie jare in sekere lande toegepas word.

2.3. Die geskiedenis van die genadedood debat in Engeland en die VSA

In die sewentiende eeu het Francis Bacon al geredeneer dat die mediese wetenskap mense moet help deurdat dit die medikus se plig is om mense se gesondheid te bevorder, maar ook om hul pyn en lyding te verminder al lei hierdie behandeling tot 'n maklike dood en nie tot herstel nie (Emanuel, 1994).

Skrywers soos Donne, Montesquieu, Hume en ander bekende filosowe uit die era het ook 'n algemene "aanval" op die religieuse outoriteite geloots teen die verbod op selfmoord. Baie van die argumente wat hulle gebruik het, kon gesien word as regverdiging van genadedood (Battin, 1995; Emanuel, 1994; Russel, 1975; Uhlmann, 1998).

Na die ontwikkeling van die verdowingsmiddel eter in die negentiende eeu, het medici die gebruik van verdowingsmiddels of narkose begin aanbeveel vir die verligting van die pyne van die dood (Emanuel, 1994; "History of euthanasia and", 2007). In 1846 het John Warren die eerste operasie uitgevoer met behulp van eter-narkose (Emanuel, 1994). Hy het later voorgestel dat eter gebruik kan word om die intense pyn van die dood te verlig. Gedurende die V.S.A se burgeroorlog het medici meer vertrouwd geraak met die gebruik van morfien om pyn te verlig en sodoende het die genadedood-praktyke ook versprei (Emanuel, 1994; "History of euthanasia and", 2007). Joseph Bullar het weer in die *Britse Mediese Joernaal* van 1866 gerapporteer dat hy chloroform gebruik het om die dood van vier pasiënte te vergemaklik. Hierdie medici het geredeneer dat eter, chloroform en morfien slegs gebruik kan word om die pyne van die dood te verlig, maar nooit om die pasiënt se lewe te beëindig nie (Emanuel, 1994; "History of euthanasia and", 2007).

Die eerste persoon wat egter voorgestel het om narkose en morfien te gebruik om 'n pasiënt se dood opsetlik te induseer, was Samuel Williams in 1870 (Behnke & Bok, 1975; "History of euthanasia and", 2007; Russel, 1975). Hy was nie 'n medikus nie, maar sy argumente rondom genadedood is wyd aanvaar en selfs gepubliseer in wetenskaplike joernale soos *Popular Science*

Monthly en as 'n boek in 1872 (Emanuel, 1994). Lionel Tollemache het hierop gereageer met 'n opstel wat Williams se sienings van genadedood vir terminale siek pasiënte ondersteun het (Behnke & Bok, 1975; Russel, 1975).

Genadedood het 'n aktiewe debat geword in die laaste deel van die negentiende eeu. Met invloede van individualisme, ekonomiese kompetering en rasionalisme wat versterk is deur Darwin se teorieë van “die oorlewing van die sterkste” en die “stryd om oorlewing” het genadedood-argumente al hoe meer veld begin wen (Battin, 1995; Emanuel, 1994). Die meeste medici van die tydperk het egter volgehou dat narkose net gebruik mag word om die pyn van die dood te verlig en nie om pasiënte se dood te induseer nie (Emanuel, 1994).

In 1905 het 'n professor van die Harvard Universteit in die VSA 'n toespraak gelewer waarin hy genadedood aanbeveel en voorgestaan het. Dit het gelei daartoe dat 'n veldtog geloots is om genadedood in die staat Ohio wettig te laat verklaar. Die voorgestelde wet is egter verwerp deur die Ohio wetgewer (Behnke & Bok, 1975; Emanuel, 1994; “History of euthanasia and”, 2007).

In die 1930's het die genadedood-debat weer opgevlam in Brittanje. Dr C Killick Millard het 'n wet voorgestel vir die wettiging van genadedood in Brittanje. Dit het gelei tot die ontstaan van die Vrywillige Genadedood-Wettigingsvereniging wat 'n organisasie was wat veldtogte geloots het vir die wettiging van genadedood (Behnke & Bok, 1975; Emanuel, 1994; “History of euthanasia and”, 2007; Russel, 1975). Hierdie voorgestelde wette is egter deur die Britse wetgewer verwerp.

2.4. Wat is genadedood?

2.4.1. Definisies

Die woord genadedood of eutanase is afkomstig van die Griekse woorde “eu” en “thanatos” wat beteken “'n goeie dood” (Biggs, 2001).

‘n Breë definisie vir genadedood kan in die Handleiding vir die Afrikaanse Taal gevind word. Daar word na genadedood verwys as ‘n pynlose dood wat kunsmatig bewerkstellig word uit meegevoel vir ‘n lyer aan ‘n ongeneeslike siekte (Odendal & Gouws, 2000). Biggs verklaar genadedood as die meebring van ‘n pynlose en sagte of teer dood, veral ten opsigte van die wat ly aan ‘n pynlike en ongeneeslike siekte (2001).

Keown (2002) sê dat die verskeie definisies van genadedood almal die volgende drie komponente insluit, naamlik :

- i) dat genadedood besluite insluit wat die verkorting van lewe tot gevolg sal hê,
- ii) dat genadedood beperk is tot die mediese konteks, byvoorbeeld *pasiënte* se lewens word verkort deur *medici* en nie deur familieledes nie, en
- iii) die geloof dat die dood die pasiënt sal bevoordeel of dat die pasiënt beter dood sal wees as lewend as gevolg van die ondraaglike pyn wat veroorsaak word deur die ongeneeslike siekte.

Die Nasionale Woordeboek verklaar genadedood weer as dood toegedien aan ‘n mens of dier om hom uit pyn of kwelling te verlos (De Villiers, Smuts & Eksteen, 1981). In Pojman (2000) word weer gesê dat genadedood die aksie is wat uitgevoer word om ‘n stil en maklike dood te induseer.

Daar word ook onderskei tussen verskeie tipes genadedood. Die mees algemene tipes is aktiewe, passiewe, vrywillige, nie-vrywillige en onvrywillige genadedood (Biggs, 2001; Pojman, 2000).

2.4.2 Tipes genadedood

Die onderskeie tipes genadedood sal hieronder in meer diepte bespreek word.

2.4.2.1 Aktiewe genadedood

Aktiewe genadedood behels dat 'n aksie uitgevoer moet word wat die dood van 'n pasiënt tot gevolg het (Biggs, 2001). Doukas, Gorenflo en Supanich (1999) is hiermee eens dat dit die toediening van 'n middel deur 'n medikus behels, wat die pasiënt se lewe direk sal beëindig.

2.4.2.2 Passiewe genadedood

Passiewe genadedood behels weer die weerhouding van aksie wat die pasiënt se lewe sal verleng of die mislukking om op te tree om die pasiënt se lewe te verleng. Dit behels ook die afwesigheid van opsetlike positiewe aksie wat die dood tot gevolg het (Biggs, 2001). Volgens Doukas et al. (1999) behels passiewe genadedood die weerhouding of onttrekking van mediese behandeling wat lewensonderhoudend is, met die geantisipeerde resultaat dat die pasiënt sal sterf van die onderliggende siekte. Newfield sê dat dit tegnies nie genadedood is nie, omdat die pasiënt sterf as gevolg van die siekte waaraan hy/sy ly (2006). Daar word ook gesê dat dit in sekere gevalle 'n gelegitimiseerde en erkende opsie is (Newfield, 2006).

2.4.2.3 Vrywillige genadedood

Vrywillige genadedood is wanneer die pasiënt toestemming gee dat genadedood op hom of haar toegepas word (Biggs, 2001). Volgens Newfield (2006) behels vrywillige genadedood dat die pasiënt self vra om te sterf of instem met 'n medikus se aanbeveling dat hy/sy sterf.

2.4.2.4 Nie-vrywillige genadedood

Nie-vrywillige genadedood vind plaas wanneer die betrokke pasiënt nie toestemming kan gee vir die toediening van die genadedood nie, omdat hy of sy nie oor die vermoë beskik om toestemming te kan gee nie en ander persone dit in sy of haar beste belange ag om op die tydstip te sterf (Biggs, 2001). Newfield sê dat nie-vrywillige genadedood plaasvind wanneer 'n

surrogaat namens die pasiënt instem met 'n medikus se aanbeveling dat die pasiënt liever sterf (2006).

2.4.2.5 Onvrywillige genadedood

Onvrywillige genadedood vind plaas wanneer die pasiënt of ontvanger van die genadedood nie ingestem het daartoe nie en 'n onwillige deelnemer in die proses is (Biggs, 2001; Chong & Fok, 2005; Newfield, 2006). Die betrokke studie fokus egter nie op hierdie vorm van genadedood nie.

2.4.2.6 Geassisteerde selfmoord

Daar word ook onderskei tussen geassisteerde selfmoord en genadedood soos hierbo beskryf. Geassisteerde selfmoord is wanneer een persoon 'n ander help om selfmoord te pleeg (Biggs, 2001). Miccinesi et al. (2005) beskryf medikus-geassisteerde selfmoord as die toediening, voorskryf of voorsiening van medikasie deur 'n medikus om lewe te beëindig op die eksplisiete versoek van die pasiënt. Dit stem ooreen met Doukas et al. (1999) se siening dat medikus-geassisteerde selfmoord die opsetlike voorsiening van die instruksie (byvoorbeeld die hoeveelheid pille om te neem) of die middele (byvoorbeeld 'n voorskrif) is, deur 'n dokter aan 'n persoon wat versoek om sy of haar eie lewe te beëindig. Rietjens, Van der Heide, Onwuteaka-Philipsen, Van der Maas en Van der Wal (2005) sê ook dat dit die voorskryf of voorsiening van medikasie behels met die eksplisiete intensie om die pasiënt die vermoë te gee om sy/haar eie lewe te beëindig. Newfield (2006) is hiermee eens. Geassisteerde selfmoord word ook beskryf as die opsetlike en bewuste voorsiening van inligting, die middele, en/of hulp aan 'n ander persoon vir die aksie van selfmoord (APA, 2006).

Doukas et al. (1999) sê verder dat die term medikus-geassisteerde dood beide die aksies van geassisteerde selfmoord en aktiewe genadedood beskryf.

2.4.2.7 Verhaaste dood

Die term “verhaaste dood” word gebruik om na ‘n wye reeks intervensies te verwys wat vrywillige eetstakings, weerhouding en onttrekking van lewensonderhoudende behandeling, die dubbel-effekfenomeen, terminale sedasie, geassisteerde selfmoord en vrywillige genadedood insluit (APA, 2006). Daar word egter verskeie betekenis aan die term gekoppel, wat behels dat dit byvoorbeeld net sal verwys na geassisteerde selfmoord en genadedood of andersins net na die dubbel-effek, terminale sedasie en geassisteerde selfmoord (APA, 2006).

2.4.2.8 Dubbel-effek

Die dubbel-effek verwys na die effek wat palliatiewe behandeling kan hê in die versnelling of verhaaste teweegbring van ‘n persoon se dood (Battin, 1995; Newfield, 2006). Die doel of intensie van palliatiewe sorg is om pyn en lyding te verminder en nie om die pasiënt se lewe te beëindig nie. Die dood van die pasiënt is egter ‘n nuwe-effek van die behandeling wat voorsienbaar is. Morfien is byvoorbeeld ‘n pynstiller, maar dit is ook ‘n respiratoriese depressant wat kan lei tot longontsteking, hipoventilasie of apnee, wat uiteindelik die pasiënt se dood kan veroorsaak (Battin, 1995; Newfield, 2006).

2.5. Wetlike aspekte van genadedood

Elke land het ander wette wat die toediening van die verskillende tipes genadedood reguleer. Sommige lande laat slegs passiewe genadedood toe en ander lande soos Nederland laat die toediening van aktiewe genadedood weer toe (Cohen, 2007; Wise, 2001). Die vraag of genadedood wettig is in ‘n land moet ook na gekyk word, aangesien medici wat ten gunste is van genadedood dit nie openlik sal uitvoer in ‘n land waar dit onwettig is nie. Volgens Miccinesi et al. (2005) het die wettiging van genadedood ‘n groter invloed op die toediening van genadedood, as medici se houdings daarteenoor.

2.5.1. Wetlike aspekte in Suid-Afrika

Daar sal vervolgens gekyk word na die wette wat alle tipes genadedood in Suid-Afrika beheer. Aangesien die toediening van genadedood meer beïnvloed word deur die wette wat genadedood in 'n land beheer, as mediese houdings daaroor (Miccinesi et al., 2005), moet daar duidelikheid gekry word oor presies wat die wette in Suid-Afrika behels. Hierdie wette is volgens die Suid-Afrikaanse Regskommissie (SARK) tans nie duidelik uiteengesit of saamgevat nie en spreek nie al die tegniese aspekte van genadedood aan nie (1998). Die kommissie verduidelik dat die situasie in die mediese konteks soveel verander het as gevolg van die spoedige ontwikkeling van mediese tegnologie, dat die sterwensproses nie bloot meer aan die natuur oorgelaat word nie en dat terme wat 50 jaar gelede betekenis gedra het, soos “waar daar lewe is, is daar hoop” en “moord is moord” nie meer die huidige situasie kan aanspreek nie (SARK, 1998). Daarom het die Regskommissie in 1997 die wette wat genadedood tans reguleer in 'n verslag (Projek 86, Besprekingsverslag 71 – Genadedood en die kunsmatige bewaring van lewe) saamgestel. In hierdie verslag het die kommissie ook 'n voorgestelde wet of konsepwet (Regte van die Terminale Siekes Wet) saamgestel wat alle vorms van genadedood in Suid-Afrika sal aanspreek (SARK, 1998). Die wette wat genadedood tans in Suid-Afrika reguleer, word in die verslag bespreek, omdat daar gesê word dat medici en die publiek onseker is oor die wetgewing wat die verskillende vorms van genadedood reguleer (SARK, 1998). Die SARK het die konsepwet oor genadedood en kunsmatige lewensonderhouding in 1999 aan die parlement voorgelê (Benghiat, 2006; Nkwinika, 2006; Nortjé, 2001; SARK, 2007) en dit is tans steeds onder bespreking, omdat 'n aantal anti-genadedood organisasies versoeke aan die parlement gerig het om die konsepwet te verwerp of tydelik terug te hou (“Physician Assisted”, 2007). Hierdie konsepwet sluit onder andere in hoe 'n geestelik-bevoegde persoon hulp van 'n medikus kan bekom om selfmoord te pleeg, onder spesifieke omstandighede (Nkwinika, 2006; Nortjé, 2001). Die wetgewing wat genadedood tans in Suid-Afrika reguleer, word vervolgens ondersoek.

2.5.1.1. Die kunsmatige bewaring van lewe waar die pasiënt klinies dood is

Volgens die SARK (1998) beskik die Suid-Afrikaanse regstelsel tans nie oor 'n formele definisie van die kliniese oomblik van dood nie. Dit veroorsaak verwarring in gevalle waar 'n pasiënt kunsmatig “aan die lewe” gehou word deur 'n respirator of hart-long masjien (SARK, 1998; Strauss, 1984). Die regs kommissie sê dat medici geregtig is daarop om lewensonderhoudende masjiene van 'n pasiënt te diskonnekteer wanneer die pasiënt as klinies dood verklaar kan word en net aan die lewe gehou word deur ventilators en hart-long masjiene. 'n Pasiënt word dan ook gesien as klinies dood wanneer hy/sy, in die medikus se opinie volgens normale standaarde van mediese praktyk, 'n onherroeplike staking van spontane breinfunksies ervaar. Die oomblik van dood word gesien as die oomblik toe die betrokke funksies gestaak is (SARK, 1998; Strauss, 1984). Die skynbare hartklop en asemhaling is dan kunsmatig en verteenwoordig nie lewe nie. Die wet interpreteer dit dan ook dat die ontkoppeling van die lewensonderhoudende apparaat nie die dood van die pasiënt veroorsaak het nie en nie onwettig is volgens kriminele of privaatreë nie (Leonard-Taitz, 1992; Nortjé, 2001; SARK, 1998).

2.5.1.2. Gevalle waar die pasiënt bevoeg is om besluite te neem

In die regs kommissie se verslag word daar ook gesê dat dit tans in Suid-Afrika wettig is vir 'n geestelik-bevoegde persoon om mediese behandeling te weier (SARK, 1998). Strauss is dit hiermee eens (1984; 1987). Daar is egter 'n voorvereiste dat die pasiënt ten volle ingelig word oor gevolge van sy/haar weiering van die behandeling, dat hy/sy die aard van die gevolge ten volle verstaan en dat hy/sy die instruksie gee vir die staking van die lewensverlengende mediese behandeling. Die wet bepaal ook dat medici verplig is om gehoor te gee aan die pasiënt se versoek en dat die medici nie onwettig sal handel deur die pasiënt se versoek toe te staan nie, selfs al versnel die betrokke aksie die pasiënt se dood (Leonard-Taitz, 1992). Die Suid-Afrikaanse wet is egter nie duidelik oor die regte van minderjarige kinders in die tipe gevalle nie (SARK, 1998).

2.5.1.3 Toepassing van die dubbel-effek in Suid-Afrika

Die dubbel-effek, of die toediening van pynstillers aan 'n pasiënt wat sy/haar lewe verkort, kom in die bogenoemde gevalle ter sprake. Wanneer die pasiënt lewensverlengende behandeling weier, word palliatiewe sorg aan hulle gegee. Palliatiewe sorg behels ook die toediening van pynstillers aan die pasiënte wat op sy beurt hul dood versnel. In Suid-Afrika is medici egter huiwerig om voldoende pynstillers aan pasiënte te voorsien om hul pyn volkome te beheer, aangesien die medici krimineel vervolgt kan word daarvoor. Volgens Strauss (1984; 1987) en die SARK (1998) is die toediening van pynstillers aan terminale pasiënte wettig, al het dit die sekondêre effek van die versnelling van die dood, solank as wat die medikus in goeie geloof opgetree het en die normale medikasie in redelike hoeveelhede voorsien het met die intensie om pyn te verlig.

2.5.1.4. Toepassing van geassisteerde selfmoord in Suid-Afrika

In Suid-Afrika is die wet duidelik oor die saak dat 'n persoon wat bewustelik 'n dwelm/medikasie aan 'n pasiënt verskaf vir die doel om selfmoord mee te pleeg, skuldig is aan die hulpverlening of medepligtigheid vir die pasiënt se selfmoord en kan dus skuldig bevind word aan moord (Leonard-Taitz, 1992; SARK, 1998; Snyman, 2006; Strauss, 1984; 1987).

2.5.1.5. Toepassing van vrywillige aktiewe genadedood in Suid-Afrika

Die voorbeeld wat deur die regskommissie (SARK, 1998) gegee word is van 'n terminale siek pasiënt wat die beëindiging van sy/haar lewe versoek, aangesien hy/sy aan ondraaglike pyn ly. Dan sal 'n medikus vir hom/haar 'n dodelike dosis medikasie toedien. So 'n aksie van die medikus word ongetwyfeld in Suid-Afrika as onwettig beskou en die medikus wat die pasiënt help of bystaan, sal skuldig bevind word aan moord (Nortjé, 2001; Snyman, 2006; Strauss, 1984).

2.5.1.6. Toepassing van nie-vrywillige aktiewe genadedood in Suid-Afrika

Die Suid-Afrikaanse regstelsel aanvaar geen vorm van genadedood waar die pasiënt of persoon wie se dood geïnduseer word nie vrywillig toestemming daarvoor gegee het nie of dit nie versoek het nie (Leonard-Taitz, 1992; SARK, 1998; Strauss, 1984; 1987).

2.5.1.7. Lewende testament

In gevalle waar die pasiënt oor 'n lewende testament beskik ('n dokument wat hy/sy opgetrek het terwyl hy/sy geestelik bevoeg was om dit te doen en waarin hy/sy kunsmatige lewensverlengende behandeling weier), is medici verplig om dit uit te voer. Volgens Strauss (1984) en die SARK (1998) is die lewende testament se versoek, naamlik dat die pasiënt nie kunsmatig aan die lewe gehou moet word nie en dat medici die pasiënt met pynverliggende middels moet behandel al lei dit tot 'n verhaaste dood, geldig en medici moet dit so uitvoer. Die medici sal dan binne die wet optree as hulle aan die pasiënt se versoek voldoen, solank die medikus in goeie geloof optree en normale medikasie in redelike hoeveelhede toedien met die uitsluitlike doel om pyn te verlig (SARK, 1998; Strauss, 1984).

Wanneer 'n pasiënt nie bevoeg is nie en ook nie oor 'n lewende testament beskik nie, bepaal die wet dat kunsmatige lewensonderhoudende meganismes onttrek mag word van die pasiënt. Die pasiënt sal dan sterf van natuurlike oorsake soos staking van sy lewensonderhoudende funksies, 'n infeksie wat nie behandel word nie of van honger en dors (Nortjé, 2001; SARK, 1998).

2.5.2. Lande waar genadedood gewettig is

2.5.2.1. Nederland

Genadedood word, volgens Wise (2001), al vir die afgelope twee dekades in Nederland op terminale siek pasiënte toegepas. Sy sê verder dat daar in 1994 'n wet goedgekeur is wat medici verplig het om gevalle van genadedood te rapporteer aan outoriteite wat sou besluit om die medikus nie te vervolg indien hy/sy aan sekere riglyne voldoen het nie. Genadedood het egter 'n misdad gebly wat 'n maksimum van 12 jaar gevangenisstraf kon oplewer (Wise, 2001). In April 2001 is genadedood wettig verklaar of gedekriminaliseer in Nederland (Cohen, 2007; Wise, 2001). Dit bring mee dat medici wat genadedood binne streng riglyne toepas, nie vervolg sal word nie. Wanneer hierdie medici egter buite die spesifieke riglyne optree om genadedood toe te pas, kan hulle vervolg word vir moord (Cohen, 2007).

2.5.2.2. Die staat Oregon in die VSA

Die Dood met Waardigheid-Wet is vir die eerste keer in 1994 deur die staat Oregon se kiesers goedgekeur ("Even where", 2005). Die wet is egter nie toe al geïmplementeer nie as gevolg van 'n geregtelike verbod wat daarop ingestel was (Leman, 2006). Geneesheer-geassisteerde selfmoord is in Oregon in 1997 gewettig, toe kiesers in die staat vir die tweede keer die Dood met Waardigheid-Wet goedgekeur het (Leman, 2006; Nkwinika, 2006). Hierdie wet is egter hoogs kontroversieel in die staat. In November 2001 is medici verbied om die medikasie (barbiturate) voor te skryf wat gebruik word in geneesheer-geassisteerde selfmoord deur die Beheerde Substansie-Wet. Daar is egter later in die maand 'n hofbevel verkry wat verseker het dat medici die Dood met Waardigheid-Wet wel wettiglik kon uitvoer (Leman, 2006).

2.5.2.2.1. Prosedures en vereistes vir genadedood in Oregon

In die agtste jaarlikse verslag van Oregon se Dood met Waardigheid-Wet, meld Leman (2006) dat vir 'n pasiënt om 'n voorskrif vir die dodelike

medikasie in die staat te kan kry, moet die persoon voldoen aan sekere vereistes. Die persoon moet :

- 'n volwassene wees (ouer as 18 jaar);
- 'n inwoner van Oregon wees;
- bevoeg wees (gedefinieer as om die vermoë te hê om gesondheidsorg-besluite te kan maak en kommunikeer);
- gediagnoseer wees met 'n terminale siekte wat tot die dood sal lei binne ses maande.

Leman (2006) sê verder om 'n voorskrif te verkry, moet die pasiënt die volgende stappe voltooi :

- Die pasiënt moet twee mondelinge versoeke rig aan sy/haar geneesheer ten minste 15 dae uitmekaar;
- Die pasiënt moet 'n geskrewe versoek aan sy/haar geneesheer rig wat geteken is in die teenwoordigheid van twee getuies;
- Die geneesheer wat die medikasie voorskryf en 'n konsulerende geneesheer moet die diagnose en prognose bevestig;
- Die geneesheer wat die medikasie voorskryf en 'n konsulerende geneesheer moet bepaal of die pasiënt geestelik bevoeg is om die besluit te kan neem;
- As een van die geneesheer glo dat die pasiënt se oordeel belemmer word deur 'n psigiatriese of sielkundige versteuring, moet die pasiënt verwys word vir 'n sielkundige evaluasie;
- Die geneesheer wat die medikasie voorskryf, moet die pasiënt inlig van alternatiewe tot geneesheer-geassisteerde selfmoord, soos sorg om hom/haar gemaklik te maak, palliatiewe sorg en pyn-beheer;
- Die geneesheer wat die medikasie voorskryf, moet die pasiënt versoek, maar nie forseer nie, om sy/haar naasbestaandes in te lig oor die versoek vir die voorskrif (Leman, 2006).

2.5.2.3. Australië: Noordelike Gebied

Genadedood en geneesheer-geassisteerde selfmoord is in Mei 1995 gewettig in die noordelike gebied in Australië toe die Wet vir die Regte van die Terminale Siekes deur die parlement goedgekeur is (“International perspectives”, 2007; Van der Weyden, 1997). Hierdie wet het in 1996 in werking getree en is na hewige teenstand in 1997 deur die Australiese parlement afgeskaf (“History of Euthanasia”, 2006; “International perspectives”, 2007; Nkwinika, 2006; “Physician Assisted”, 2007).

2.5.2.4. België

In 2002 het België in die voetspore van sy buurstaat Nederland gevolg en genadedood en geneesheer-geassisteerde selfmoord is wettig verklaar (“History of Euthanasia”, 2006; “International perspectives”, 2007). Dit is die tweede land in die wêreld wat genadedood gedekriminaliseer het (Nkwinika, 2006).

2.5.2.5. Switzerland

Geneesheer-geassisteerde genadedood word tans volgens wet toegelaat in Switzerland (“Even where”, 2005; “International perspectives”, 2007; Nkwinika, 2006; Rossouw, 2006). Hierdie praktyke word daar aanvaar op voorwaarde dat die pasiënt self die dodelike dosis medikasie neem en dit nie deur die medikus aan hom/haar toegedien word nie. Die riglyne wat die geneesheer-geassisteerde genadedood reguleer, is soortgelyk aan dié van Nederland, maar riglyne soos byvoorbeeld dat die pasiënt naby aan die dood moet wees - binne dae of weke van sy/haar dood - en dat die pasiënt self die dosis medikasie moet neem, is ingesluit (Nkwinika, 2006). Persone wat egter ander help om selfmoord te pleeg vir “selfsugtige redes” word krimineel gestraf (“Assisted suicide”, 2005; “Even where”, 2005).

2.5.2.6. Colombië

Genadedood word in Colombië toegelaat vir terminale siek pasiënte wat hul toestemming daarvoor gee (“International perspectives”, 2007; Nkwinika, 2006; “Physician Assisted”, 2007). Die landdroste moet egter elke saak op eie meriete oorweeg en riglyne vir elke geval stipuleer (Nkwinika, 2006; “Physician Assisted”, 2007).

2.5.2.7. Japan

In Japan is daar vier riglyne waaronder genadedood wetlik uitgeoefen mag word (Nkwinika, 2006). Dit sluit gevalle in wanneer die pasiënt ondraaglike pyn verduur; wanneer die dood onvermydelik en naby is vir die pasiënt; wanneer alle moontlike behandelings sonder sukses probeer is om die pasiënt se pyn mee te verminder en geen ander opsies meer beskikbaar is vir behandeling van die pasiënt nie; en wanneer die pasiënt ‘n duidelike versoek gerig of behoefte geopper het om te sterf (“International perspectives”, 2007; Nkwinika, 2006; “Physician Assisted”, 2007).

2.6. Argumente rondom genadedood

Die debat rondom genadedood lok reaksies van verskillende oorde uit. Geloofsgroepe, akademici, medici en regslui – om net ‘n paar te noem - het uiteenlopende sienings van genadedood. Sommige is voorstanders en ander is weer sterk gekant teen genadedood. Daarom sal van die mees algemene argumente rondom genadedood kortliks bespreek word.

2.6.1. Argumente vir genadedood

Die onderstaande argumente voer aan dat genadedood as opsie vir terminale siek pasiënte ingestel behoort te word. Hierdie argumente beklemtoon dat terminale siek pasiënte baat kan vind by genadedood en dat dit gewettig moet word.

2.6.1.1. Kwaliteit van die lewe

Daar word geredeneer dat die kwaliteit van 'n persoon se lewe belangriker is as die heiligheid van menslike lewe en dat 'n persoon die reg het om te kies om te sterf as hy/sy nie meer 'n goeie kwaliteit lewe ervaar nie (APA, 2006; SARK, 1998). Daar word ook gesê dat wanneer die las van ondraaglike pyn en lyding, verlies aan waardigheid en ernstige sielkundige lyding by terminale siek pasiënte die voordele en kwaliteit van die lewe of die persoon se waardigheid oorheers, behoort hierdie persone die reg te hê om te kies om te sterf (APA, 2006; SARK, 1998).

2.6.1.2. Die beginsel van self-beskikking

Daar word gesê dat elke persoon die reg het om te besluit waar, wanneer en hoe hy/sy sal sterf (APA, 2006; Battin, 1995; Nortjé, 2001; Uhlmann, 1998). Dit word ook gesien as die beginsel van outonomie of die reg om te sterf, wat lui dat elke persoon oor sy/haar eie lewe mag besluit en self beheer het daarvoor (Battin, 1995; SARK, 1998; "Should euthanasia", 2007; Uhlmann, 1998). Daar word gesê dat die reg tot persoonlike outonomie beskerm word deur die houe in gevalle soos die huwelik, gesinsverhoudings en aborsie en dat 'n terminale siek persoon wat geestelik bevoeg is ook die reg behoort te hê om te kan kies om sy/haar lyding te beëindig en genadedood te versoek ("Should euthanasia", 2007). Die verbod op genadedood of geneesheer-geassisteerde selfmoord meng dus in met hierdie beskermde regte van terminale siekes en hierdie wette sal nie volhou kan word nie ("Should euthanasia", 2007).

2.6.1.3. Mediese argumente

Hierdie argument lui dat die oorspronklike Eed van Hippokrates aborsies, chirurgie en die kostes verbonde aan opleiding van medici verbied het. Daarom is dit verander om aan te pas by moderne tye en kan ook aangepas word om genadedood toe te laat (APA, 2006; SARK, 1998; "Should euthanasia", 2007). Daar word ook gesê geneesheer-geassisteerde

genadedood behels dat die pasiënt self die dodelike dosis medikasie neem en dat dit dus nie die medikus is wat die pasiënt se dood direk induseer nie. Die Eed van Hippokrates vereis ook dat medici hul pasiënte se lyding verlig, wat geïnterpreteer kan word as die toediening van genadedood by terminale siek pasiënte (APA, 2006; SARK, 1998; “Should euthanasia”, 2007). Nortjé (2001) meen dat die spoedige vooruitgang van die mediese tegnologie veroorsaak dat mense se liggaamlike funksies langer as hulle natuurlike lewensduur onderhou kan word. Die kunsmatige onderhouding van lewe veroorsaak ook, volgens Nortjé (2001) ‘n sogenaamde lewende dood-situasie. Daarom ondersteun sommige moderne medici die toepassing van genadedood en dit is ‘n wyse waarop hierdie bogenoemde situasies voorkom kan word (Nortjé, 2001).

2.6.1.4. Genade-argumente

Volgens Battin (1995) behels hierdie argument dat geen persoon doellose terminale lyding moet verduur nie. Wanneer medici nie meer die pasiënt se lyding kan verminder op ander wyses nie en die enigste manier om die lyding te vermy deur die dood is, behoort die medikus genadedood op die pasiënt toe te pas (Battin, 1995; “Should euthanasia”, 2007; Uhlmann, 1998). Nortjé sê ook dat pasiënte, volgens hierdie argument, nie in pyn en lyding moet sterf nie. Hy sê dat terminale siektes soos vigs en kanker ekstreme pyn en lyding veroorsaak vir hierdie pasiënte en dat genadedood bloot uit genade op hulle toegepas moet word, omdat hulle nie meer effektief behandel kan word nie (2001).

2.6.2. Argumente teen genadedood

Daar is baie groepe wat genadedood nie kan aanvaar nie. Onder hulle is die geloofsgroepe wat sterk argumente teen genadedood aanvoer. Hierdie groepe voel dat genadedood ‘n sosiale euwel is, of in een kan ontaard (Nortjé, 2001). Hulle redeneer dat genadedood nooit gewettig kan word nie en dat dit nadele vir die samelewing en individuele terminale siek pasiënte inhou (Battin, 1995).

2.6.2.1 Die verskuiwingsargument (“slippery slope”-argument)

Die verskuiwingsargument, in sy mees vereenvoudigde vorm, verwys na die “gly” of “skuif” van genadedood vanaf vrywillige genadedood na onvrywillige genadedood (Battin, 1995; Euthanasia Website Material, 2001; Nortjé, 2001; Ost, 2003; SARK, 1998; Warren, 1997).

Volgens Keown (2002) behels die argument dat wanneer ‘n voorstel gemaak word om A - wat nie as moreel onaanvaarbaar gesien word nie - te aanvaar, moet dit nietemin verwerp word, omdat dit sal lei tot B wat as moreel onaanvaarbaar gesien word. Hy redeneer dat daar twee sulke “skuiwe” sal plaasvind wat verband hou met genadedood. Die eerste is ‘n skuif van geneesheer-geassisteerde genadedood na vrywillige aktiewe genadedood en van vrywillige aktiewe genadedood na nie-vrywillige genadedood en selfs onvrywillige genadedood. Die tweede skuif is vanaf vrywillige aktiewe genadedood as ‘n laaste uitweg of opsie, na die gebruik van vrywillige aktiewe genadedood as ‘n standaard en premature alternatief vir palliatiewe sorg (Keown, 2002; Ost, 2003).

Keown (2002) sê ook verder dat die argument in twee dele verdeel kan word, naamlik die empiriese argument en die logiese argument. Hy verduidelik dat die empiriese argument veronderstel dat al kan daar teoreties ‘n lyn getrek word tussen vrywillige aktiewe genadedood en nie-vrywillige genadedood en tussen die gebruik van vrywillige aktiewe genadedood as ‘n laaste opsie en as ‘n premature opsie, sal die skuiwing nog steeds in praktyk plaasvind, omdat die beheermaatreëls of regulasies om dit te voorkom nie prakties effektief kan wees nie. Anders gestel weerstaan vrywillige aktiewe genadedood effektiewe regulasie in die praktyk.

Die logiese argument sê weer, volgens Keown (2002), dat aanvaarding van vrywillige aktiewe genadedood lei tot die aanvaarding van nie-vrywillige aktiewe genadedood, omdat eersgenoemde berus op die veronderstelling dat dit vir sommige pasiënte beter sal wees om te sterf. Dit is ‘n veronderstelling wat ook logies gemaak kan word al beskik die pasiënt nie oor die vermoë om

self die keuse te kan maak of die versoek te kan rig nie. Met ander woorde daar kan maklik geredeneer word wat goed is vir die een pasiënt is ook goed vir die ander pasiënt, al kan hy/sy nie self daarvoor vra nie (Keown, 2002).

‘n Verdere punt van die verskuiwingsargument is dat “ondraaglike pyn en lyding” nie gemeet of akkuraat bepaal kan word nie (Keown, 2002). Wat is ondraaglike pyn en lyding? Dit beteken pasiënte wat net nie met ‘n spesifieke mediese toestand wil saamleef nie, kan rapporteer dat hulle aan ondraaglike pyn ly en aansoek doen vir genadedood. Daar word ook gesê dat die waarde van ‘n menslike lewe nie gemeet kan word nie. Watter kriteria kan bepaal of ‘n lewe nog die moeite werd is om te lewe of nie? Daar is nie akkurate meetinstrumente beskikbaar om hierdie konsepte mee te meet nie en die gevolge daarvan is dat die sogenaamde regulasies van genadedood dit nie sal kan beheer en reguleer nie (Keown, 2002; Ost, 2003).

Daarom kom die aanhangers van die verskuiwingsargument tot die gevolgtrekking dat al is vrywillige aktiewe genadedood en geneesheer-geassisteerde genadedood aanvaarbaar, is dit beter om dit nie wettig te maak nie, om die nadele soos in die argument saamgevat, te voorkom (Keown, 2002; Nortjé, 2001; Ost, 2003; Singer, 1993).

2.6.2.2. Minagting vir die heiligheid van mense se lewens

Hierdie rede vir die teenkanting teen genadedood word gereeld deur Christen-geloofsgroepe gegee. Hulle voel dat die Sesde Gebod enige vorm van moord of geassisteerde moord verbied (Ost, 2003). Daar word ook gesê dat God lewe gee en dat slegs Hy dit weer kan neem en daarom sal die wettiging van genadedood die heiligheid van menslike lewe minag (Nortjé, 2001; SARK, 1998).

2.6.2.3. Die vertrouensverhouding tussen dokter en pasiënt

Die Britse Mediese Vereniging en die Amerikaanse Mediese Vereniging is van mening dat die wettiging van genadedood die rol van medici of dokters sal

verander (APA, 2006; Ost, 2003). Die medici se nuwe rol van selfmoord-assistent is teenstrydig met hulle tradisionele rol van geneser of heler. Dit beteken dat pasiënte ook hierdie veranderde rol van medici sal raaksien en hulle kan begin om 'n besoek aan die dokter te vrees (APA, 2006; Ost, 2003; SARK, 1998). Battin sê ook dat medici lewens moet spaar en nie lewens moet neem nie en dat dit verbied word deur die Eed van Hippokrates (1995). Sy sê verder dat die toepassing van genadedood pasiënte se vertroue in hul dokters sal ondermyn, juis omdat dokters lewens moet red en nie moet neem nie (Battin, 1995; Uhlmann, 1998).

2.6.2.4. Die moontlikheid van foutiewe diagnoses en wonderwerk-kure

Ost sê dat verskeie outeurs genadedood teenstaan, omdat daar altyd 'n moontlikheid bestaan dat die pasiënt nie ly aan die siekte wat die dokter gediagnoseer het nie (2003). Daar word ook gesê dat die toepassing van genadedood as oneties gesien word deur sommige groepe, omdat daar in die verlede al gereeld wonderwerk-kure gevind is vir siektes en omdat daar steeds vandag wonderwerk-kure gevind word vir siektes wat 'n terminale siek pasiënt se lewe kan red (APA, 2006; Ost, 2003).

2.6.2.5. Die bedreiging van individuele outonomie

'n Sterk argument teen genadedood is die vraag of 'n pasiënt se wense of versoek om te sterf werklik sy/haar eie begeertes weerspieël. Dit kan wees dat die pasiënt se vriende en familie of die medikus wat hom/haar behandel, druk op die pasiënt toepas om 'n versoek vir genadedood in te dien (Ost, 2003). Daar kan gevalle wees waar vriende en familie van die pasiënt sal baat by sy/haar dood, byvoorbeeld waar die pasiënt se testament die vriende en familie as begunsdigdes insluit (Nortjé, 2001; SARK, 1998). Die wyse waarop medici die diagnose aan 'n pasiënt verduidelik, kan ook 'n rol speel in sy/haar versoek vir genadedood. Hierdie medici verduidelik soms ook nie al die opsies vir behandeling nie en gee nie al die inligting rakende 'n siekte aan die pasiënt nie. Dit kan 'n versoek vir genadedood tot gevolg hê, wat nie sou

gebeur het as die medici die volledige verduideliking aan die pasiënt gegee het nie (APA, 2006; Ost, 2003).

2.6.2.6. Die pasiënt se gemoedstoestand

‘n Ander groot risiko is dat die pasiënt ly aan depressie juis as gevolg van sy/haar terminale siekte en dat die depressie eintlik die oorsaak is van die pasiënt se behoefte om te sterf (APA, 2006; Nortjé, 2001; Ost, 2003).

2.6.2.7. Die gevare van genadedood in ‘n kollektivistiese samelewing

Daar is ernstige gevolge wat kan intree wanneer genadedood in ‘n kollektivistiese samelewing toegepas word (Ost, 2003). Die kwessie van individuele outonomie kan skade ly wanneer genadedood as sosiaal en wetlik aanvaarbaar gesien word vir kollektivistiese redes. Dit kan beteken dat die kwaliteit van ‘n mens se lewe gesien sal word in terme van sy/haar waarde in die samelewing eerder as in terme van die spesifieke persoon (SARK, 1998). ‘n Goeie voorbeeld hiervan is van Duitsland se genadedood-program tydens die Tweede Wêreld-oorlog waar genadedood op verstandelik-gestremdes en bejaardes teen hulle wil toegepas is, om die samelewing te bevoordeel (Ost, 2003). Ook armes en persone wat behoort aan gestigmatiseerde groepe (soos vrouens, gestremde persone of etniese en seksuele minderheidsgroepe) sal gedwing of forseer word tot geassisteerde-genadedood. Hierdie druk op hulle om geassisteerde-genadedood te kies, is nie eksplisiet of persoonlik nie, maar word wel geïnternaliseer deur die minderheidsgroepe (APA, 2006; SARK, 1998).

2.6.2.8. Genadedood as ‘n wyse van mediese kostebesparing

Volgens Smith kos die medikasie wat in die VSA gebruik word om geassisteerde-genadedood te induseer, sowat \$40, terwyl dit ongeveer \$40000 kos om ‘n pasiënt te behandel wanneer hy/sy nie genadedood verkies nie (“Arguments against euthanasia”, 2006). Die mediese kostes verbonde aan die behandeling van terminale siek pasiënte is baie hoog in enige land

(Battin, 1995). Miljoene mense wêreldwyd beskik nie oor mediese fondse wat hierdie onkoste kan dra nie en daarom word daar geargumenteer dat regerings die behandeling van terminale siek pasiënte sal vervang met die goedkoper weergawe daarvan, naamlik genadedood (Nortjé, 2001; SARK, 1998). In verskeie lande (soos die VSA en Kanada) het regerings al mediese dienste aan armes verminder en daar word gespekuleer dat hierdie arm mense sodoende onder druk geplaas word om genadedood te verkies (“Arguments against euthanasia”, 2006).

2.7. Godsdienstige beskouings en genadedood

Aangesien geloofsgroepe sterk houdings en argumente teen genadedood koester (Wenger & Carmel, 2004), moet hierdie groepe se sienings ondersoek word. Daar sal dus hieronder gekyk word na sommige geloofsgroepe se sienings van genadedood.

2.7.1. Christelike beskouings

Christelike geloofsgroepe se argumente teen genadedood word eerstens bespreek. Alhoewel hierdie groep in verskillende denominasies verdeel word, is hulle as ‘n geheel sterk gekant teen aktiewe genadedood (“Euthanasia – the Christian view”, 2004).

2.7.1.1. Die Protestantse kerke

Die Protestantse kerke bestaan uit die Gereformeerde kerk, die Nederduitse Gereformeerde kerk en die Hervormde kerk. In die betrokke studie word daar meestal verwys na die Protestantse kerke as een groep en die drie denominasies word dus gesien as ‘n eenheid.

Lategan (1991) meen dat Christene ‘n versoeningsmetodologie vir konfliktsituasies – soos genadedood – kan volg. Hy sê dat ‘n mens in situasies waar daar ‘n botsing van pligte ontstaan, ‘n kompromie moet bereik. Hy verduidelik verder dat hierdie kompromie steeds getoets moet word aan

God se wil, maar hoe weet 'n mens wat God se wil is in alledaagse situasies en meer spesifiek genadedood? Hierop antwoord Lategan dat die Bybel nie 'n etiese handboek is nie en nie 'n teksversie kan verskaf wat antwoorde gee op vrae oor genadedood nie. God het egter, volgens hom, aan mense kennis gegee om alles te doen soos dit hoort en alles moet dus volgens 'n bepaalde orde hanteer word. Jesaja 28:26 (Nuwe Vertaling, 1983) maak dit duidelik: "Sy God leer hom en gee hom die kennis hoe om alles te doen soos dit hoort". Daarom sê hy verder dat mense die wil van God nakom wanneer hulle ordelik handel (Lategan, 1991).

Genadedood is egter 'n situasie waar die twee sake wat in konflik kom albei deur God vereis word. Lategan (1991) verduidelik verder dat in situasies waar die wet van die Here oortree word, soos byvoorbeeld genadedood, sekere aspekte van die Bybel en die Tien Gebooie in ag geneem moet word, naamlik:

- Die Bybel is in 'n bepaalde tydgees en idioom geskryf;
- Die Bybel het deur al die eeue heen geloofsantwoorde vir die mens;
- God is 'n dinamiese en kultuurvernuwende God en daarom laat Hy ontwikkelings – ook in die medies-tegniese gebied – toe;
- Die Skrif word as genoegsaam bely en niks mag daarby gevoeg word of daarvan weggeneem word nie (Lategan, 1991).

Hy verduidelik ook dat die Bybel beginsels vir die lewe neerlê, maar dat hierdie beginsels 'n universele strekking het. Dit beteken dat dit in verskillende tye verskillende konkrete toepassings kan hê en dat daar daarom geleenthede sal ontstaan waar gelowiges die grense van die Here se Wil sal oorstek (Lategan, 1991). Heyns sê ook dat die onderhouding van die Here se wet nie net 'n passiewe ontvanklikheid of 'n repetisie is nie, maar 'n aktiewe skepping, 'n wandel in wysheid, begrip van die wil van God en 'n bede om verstand is (Lategan, 1991). Daarom moet gelowiges 'n kompromie maak tydens 'n botsing van belange en die "mindere van twee euwels" kies. Badham (Gill, 1998) en ander outeurs ("Euthanasia – the Christian view",

2004) stem ook hiermee saam en sê dat Die Bybel ons leer dat die dood nie die absolute euwel is wat ten alle koste vermy moet word nie en dat die heiligheid van lewe 'n waarde is wat teen ander waardes opgeweeg moet word.

Die Algemene Sinode van die Nederduitse Gereformeerde kerk van 1982 het dan ook op hierdie wyse geredeneer en aktiewe genadedood afgekeur, maar ruimte gelaat vir passiewe genadedood (Lategan, 1991). Douma (1996) sê dat die Hervormde kerke ook aktiewe genadedood afkeur en wel ruimte laat vir passiewe genadedood in sekere gevalle. Daar word dus aanvaar dat Protestantse kerke aktiewe genadedood afkeur ("Euthanasia – the Christian view", 2004; Nortjé, 2001). Daar word ook gesê dat hierdie geloofsgroep glo dat lewe aan God behoort en dat net Hy mag besluit wanneer om lewe te beëindig ("Euthanasia – the Christian view", 2004; Nortjé, 2001; Strauss, 1990).

Die moontlikheid bestaan dus dat medici wat lidmate van Protestantse kerke is, gekant sal wees teenoor aktiewe genadedood, maar meer ten gunste sal wees van passiewe vorms daarvan.

Daar word ook sekere riglyne verskaf ("Euthanasia – the Christian view", 2004; Lategan, 1991) wat gevolg kan word deur Christene in Protestantse denominasies wanneer hulle voor keuses tussen lewe en dood te staan kom, naamlik:

- Elke geval moet as uniek beskou word;
- Bystand of leiding deur 'n etiese kommitee word vereis;
- Eerbied vir die lewe moet nooit met absolute eerbied vir die lewe van die mens verwar word nie;
- Passiewe genadedood word as eties aanvaarbaar gesien;
- Die mens se lewe moet gesien word as bioties, psigies en persoonmatig;
- Breindood dien as 'n betroubare kriterium om te bepaal of 'n persoon nog bioties lewe;

- Die betekenis of sin van 'n mens se lewe word uitgedruk in terme van sy verhouding met God en sy/haar medemens;
- 'n Mens is nooit die produk van sy/haar lyding nie;
- Terminale pasiënte kan nooit in die vorm van aktiewe genadedood gehelp word nie;
- 'n Goeie dood word beskou as om in Christus te sterf en in die ewige lewe op te staan.

2.7.1.2. Katolieke kerke

Kardinaal Bernard Law, die aartsbiskop van Boston in die VSA, het 'n uitspraak gelewer van die Katolieke kerke se siening van genadedood in 1997 ("Testimony of Cardinal", 1997). Hy sê daarin dat die Katolieke kerk se teenstand teen genadedood en geassisteerde selfmoord so oud is soos die Christendom. Die Katolieke moraliteit leer mense dat lewe die eerste en mees basiese geskenk van God af is. Dit is 'n geskenk wat mense versigtig moet bestuur en beheer en hulle het nie absolute dominansie daaroor nie. Daar moet dus redelike stappe geneem word om hierdie lewe te beskerm, maar mense is nie verplig om elke moontlike behandeling te ondergaan om die lewe te verleng ten spyte van die omstandighede nie. Die Katolieke moraliteit verwerp egter direkte pogings om lewe te beëindig ("Euthanasia – the Roman Catholic view", 2004; Nortjé, 2001; Uhlmann, 1998). Volgens Pous Johannes Paulus II moet die weg van palliatiewe sorg gevolg word. Hy het gesê dat die pasiënte se lyding verminder moet word, hulle geselskap gehou moet word en hulle waardigheid as mens op elke stadium van hul lewe bevestig moet word. Volgens die Pous is dit die mees volledige behandeling wat 'n sterwende persoon kan kry ("Euthanasia – the Roman Catholic view", Nortjé, 2001; 2004; "Testimony of Cardinal", 1997; Uhlmann, 1998).

Daarom bestaan die moontlikheid dat respondente van die betrokke studie wat aan die Katolieke kerk behoort gekant sal wees teen vrywillige aktiewe genadedood en geassisteerde selfmoord, maar meer ten gunste van passiewe genadedood en palliatiewe sorg sal wees.

2.7.2. Hindoe-sienings van genadedood

Hindoe-geskrifte gee nie aan die volgelinge daarvan antwoorde op die vrae rondom genadedood nie, maar liever riglyne en dit skets die gevolge van sekere aksies met betrekking tot genadedood (Ganga, 1994).

Daar is bevind deur Ganga (1994) dat hedendaagse Hindoes in die Durban-area se gelowe en lewenswyses so verwesters het dat hulle geloofsbeginsels van “karma” (die somtotaal van ‘n persoon se korrekte en verkeerde aksies in sy/haar lewe) en “dharma” (morele pligte en verantwoordelikhede) ook aangepas of gewysig is om by die veranderende omstandighede en situasies aan te pas. Sy het ook gesien dat situasionele etiek eerder gebruik word om hulle besluitnemingsprosesse met betrekking tot genadedood te lei as hulle geloofsbeginsels. Meer spesifiek het Hindoe dokters, prokureurs en ander akademici se sienings van genadedood nie verskil van Westerse akademici s’n nie. Sy reken dat dit so is, omdat Hindoes in Westerse instellings opgelei word en beïnvloed word deur Amerikaanse en Europese joernale en kennis (Ganga, 1994). Die Hindoes beoefen wel hulle geloof en voer sekere rituele uit, maar hulle siening van die lewe en dood is nie streng gebaseer op Hindoe-geskrifte nie (Ganga, 1994; Nortjé, 2001).

Ortodokse Hindoes voel weer dat mense wat in ekstreme pyn verkeer hulle leeftyd moet uitleef, omdat lyding die resultaat is van ‘n mens se karma (Ganga, 1994; Nortjé, 2001). As genadedood op hierdie individue toegepas word, sal hulle net weer gebore word en die lyding moet voortsit en voltooi. Aangesien ‘n menslike lewe, volgens Hindoe-geloof, ook nie gewaarborg is in ‘n volgende lewe nie, moet hierdie mense nie verhoed word om hulle karmas in die huidige lewe uit te werk nie (“Hinduism - euthanasia”, 2004; Nortjé, 2001). Daar word ook gesê dat die meeste hedendaagse Hindoes hierdie siening oor genadedood het (“Hinduism - euthanasia”, 2004). Hierdie hedendaagse Hindoe-medici sal nie ‘n genadedood-versoek van ‘n pasiënt toestaan nie, omdat dit ‘n premature skeiding van liggaam en siel sal veroorsaak en sodoende die medikus en die pasiënt se karmas sal leed aandoen (“Hinduism - euthanasia”, 2004). Sommige moderne Hindoes het

egter van die ortodokse beginsels verander om aan te pas by hulle omstandighede en sommige van hulle glo dat die toepassing van genadedood 'n dharmiese aksie of morele plig is, solank dit nie vir selfsugtige redes gedoen word nie (Ganga, 1994; "Hinduism - euthanasia", 2004).

Die Hindoe-geloof sien, volgens Ganga (1994), respek vir menslike lewe as fundamenteel tot die samelewing en dit moet beskerm word. Hierdie respek moet egter nie gebaseer word op 'n konsep van absolute waarde nie. Sy verduidelik verder dat dood gesien word as 'n natuurlike deel van die lewe en meer spesifiek die einde van een fase van bestaan, maar ook die begin van 'n nuwe fase van bestaan. Daar is nie finaliteit in die dood nie, dit is slegs die vernietiging van 'n fisiese liggaam en die soeke na 'n nuwe woning vir die siel wat onsterflik is. Dit is ook die houding of siening van Hindoe-medici wat ten gunste is van genadedood en hulle glo dat hulle net 'n siel verlos van gebondenheid of gevangeneskap (Ganga, 1994).

Die sogenaamde "Brahmin"-skrywers van die Hindoe-geloof reken dat genadedood toegepas mag word as 'n persoon nie meer in staat is om sekere rituele van liggaamsreiniging uit te voer nie (Ganga, 1994; "Hinduism - euthanasia", 2004). Dit is in gevalle van ekstreme siekte en van ekstreme bejaardheid. Omdat hierdie rituele vereis word in die Hindoe-geloof en dharmies is, is dit 'n sonde om dit nie uit te voer nie. In Brahmaniese terme word genadedood ook gesien as dharmies omdat dit gedefinieer word deur die onbevoegdheid van die pasiënt en daarom is dit dan ook as regmatig gesien (Ganga, 1994; "Hinduism - euthanasia", 2004).

Dharma vereis ook van Hindoe-medici om na bejaardes om te sien of vir hulle te sorg. Daar word egter gesê dat die ideale dood, in die Hindoe-geloof, 'n bewuste dood is en palliatiewe sorg en die toediening van pynmedikasie kan hiermee inmeng. Dus sal daar ook Hindoe-medici wees wat nie palliatiewe sorg aan hul pasiënte wil verskaf nie ("Hinduism - euthanasia", 2004).

Die moontlikheid bestaan dus dat respondente van die studie wat 'n Hindoe-geloof beoefen goedgunstig teenoor aktiewe vrywillige genadedood en

geassisteerde selfmoord sal wees. Die meer ortodokse Hindoe-respondente sal waarskynlik meer ten gunste van passiewe genadedood wees, aangesien hulle glo die pasiënt moet sy/haar karma uitleef voor hy/sy sterf.

2.7.3. Moslem- en Islam-sienings van genadedood

Moslems is gekant teen genadedood (“Euthanasia and suicide”, 2004). Hulle glo dat menslike lewe heilig is, omdat Allah dit vir mense gegee het en dat Allah besluit hoe lank elke persoon sal leef (Nortjé, 2001). Volgens die Moslem-geloof mag mense nie hiermee inmeng nie (“Euthanasia and suicide”, 2004). Selfmoord en genadedood word dan ook uitdruklik as verbode verklaar in die Koran : “Destroy not yourselves. Surely Allah is ever merciful to you.” (4.29). Daar word ook gesê dat ‘n persoon wat selfmoord pleeg, nie in die Paradys toegelaat sal word nie (“Euthanasia and suicide”, 2004).

Daar is ook ‘n direkte verbod op aktiewe genadedood en geassisteerde genadedood in die Islam-geloof (European Council for Fatwa and Research, 2005). Die Islam-geloof sê om ‘n pasiënt wat aan ‘n terminale siekte ly se dood te veroorsaak, is nie aanvaarbaar vir die medikus, die pasiënt se familie of die pasiënt self nie. Geen pasiënt, hoe siek hy/sy ookal is, sal doodgemaak word uit desperaatheid of verlies aan hoop op herstel of risiko van oordrag van die siekte nie. Wie ookal die aksie neem om hom/haar dood te maak, sal gesien word as ‘n doelbewuste moordenaar (European Council for Fatwa and Research, 2005; “Euthanasia and suicide”, 2004). Hierdie siening word bevestig in die Koran. Die Islam-geloof bepaal ook dat geassisteerde selfmoord ontoelaatbaar is, omdat ‘n pasiënt nie sy/haar eie siel besit nie en dit dus nie kan weggee of iemand toelaat om dit te neem nie. Volgens die Islam-geloof skep Allah nie siektes nie, maar Hy skep wel geneesmiddels en behandelings daarvoor. Daarom kan genadedood nie toegelaat word nie en die geneesmiddels van ongeneeslike siektes moet gesoek word (European Council for Fatwa and Research, 2005).

Die onttrekking van kunsmatige lewensonderhouding (byvoorbeeld respirators) van 'n pasiënt wat breindood is en dus klinies dood is, word egter as aanvaarbaar gesien. Die pasiënt is dan reeds dood en die hulpbronne kan eerder gebruik word om ander pasiënte te red (European Council for Fatwa and Research, 2005). Die Islam-geloof sê ook dat die onttrekking of weerhouding van medikasie aanvaarbaar is in gevalle waar die pasiënt so siek is dat hy/sy nie weer daarvan sal herstel nie (European Council for Fatwa and Research, 2005).

Die respondente wat aan die studie deelneem en Moslem- en Islam-gelowe koester sal dus moontlik gekant wees teenoor aktiewe vrywillige genadedood en geassisteerde selfmoord, maar positiewe houdings hê teenoor passiewe genadedood en palliatiewe sorg.

2.8. Houdings

Daar word vervolgens gekyk na wat 'n persoon se houding is, hoe dit gevorm word en hoe dit kan verander. Daar sal ook gekyk word of houdings konsekwent is met gedrag om sodoende te kan voorspel of medici se houdings teenoor genadedood ook hulle gedrag in die betrokke saak sal beïnvloed.

2.8.1. Definisie

Volgens Taylor, Peplau en Sears (2003) behels houdings die kategorisering van 'n stimulus in 'n evaluerende dimensie wat gebaseer is op affektiewe, gedrags- en kognitiewe inligting. Breckler, Olson en Wiggins (2006) sê weer dat 'n houding 'n individu se evaluasie is van 'n teiken. Hierdie teiken kan 'n objek, persoon of kwessie wees. Beide genoemde outeurs meen dat die affektiewe komponent van houdings bestaan uit die persoon se emosies en affek teenoor die objek en dit sluit veral positiewe of negatiewe evaluasies in. Die gedragskomponent behels hoe die persoon optree teenoor die objek. Die kognitiewe komponent bestaan uit die gedagtes wat die persoon het oor die spesifieke objek en dit sluit feite, kennis en gelowe in. Aangesien hierdie drie

komponente van houdings nie altyd verwant is aan mekaar nie, is dit noodsaaklik om al drie komponente te oorweeg (Breckler et al., 2006; Taylor et al., 2003). Myers sê weer dat houdings verduidelik kan word as gelowe en gevoelens wat ons reaksies of gedrag beïnvloed (Ramabele, 2004).

2.8.2. Belangrike teorieë rondom houdings

2.8.2.1. Die leerteorie

Die aanname van die leerteorie is dat houdings op dieselfde wyse verkry word as ander gewoontes. Mense leer inligting en feite asook gevoelens en waardes wat geassosieer word met verskillende houdingsobjekte. Die leerteorie meld dat houdings geleer word deur assosiasie, versterking, straf, nabootsing en oortuigende boodskappe wat persone kry (Ramabele, 2004; Taylor et al., 2003). Worchel, Cooper, Goethals en Olson redeneer dat houdings gevorm word deur klassieke kondisionering (2000).

2.8.2.2. Kognitewe konsekwentheid

Hierdie teorieë veronderstel dat mense streef na samehangendheid en betekenis in hulle kennisies. Wanneer mense se kennisies alreeds konsekwent is en hulle verkry nuwe kennisies wat inkonsekwent is daarmee, strewende hulle daarna om hierdie inkonsekwentheid te verminder (Taylor et al., 2003).

Die balanstorie verduidelik kognitiewe konsekwentheid as 'n balans waarna mense strewende. 'n Gebalanseerde sisteem is een waar 'n persoon saamstem met 'n persoon waarvan hy/sy hou en verskil met 'n persoon waarvan hy/sy nie hou nie. 'n Wanbalans vind plaas wanneer 'n persoon verskil met iemand waarvan hy/sy hou of saamstem met 'n persoon waarvan hy/sy nie hou nie. Die teorie sê dat ongebalanseerde sisteme neig om te verander na gebalanseerde sisteme (Taylor et al., 2003).

Festinger se kognitiewe dissonansieteorie neem ook aan dat mense druk ervaar om konsekwent te wees. Die teorie sê dat dissonansie 'n staat is wat resulteer wanneer 'n mens sekere gedrag uitvoer wat inkonsekwent is met sy/haar houdings. Hierdie dissonansie skep psigiese spanning vir die persoon en hy/sy ervaar druk om dit te vermy of verander. Dit kan op drie wyses gedoen word. Eerstens kan hy/sy die gedrag terugtrek of verander, tweedens kan hy/sy die dissonansie verminder of afmaak as niks en laastens verander mense gewoonlik die houding om die dissonansie te kan vermy (Breckler et al., 2006; Taylor et al., 2003).

2.8.2.3. Verwagting-Waardeteorie

Hierdie teorie meld dat houdingsvorming en verandering 'n proses is om die voordele en nadele van 'n saak te oorweeg en dan die beste opsie te aanvaar (Ramabele, 2004; Taylor et al., 2003). Mense neem gewoonlik houdings aan wanneer hierdie houdings sal lei na positiewe gevolge en verwerp houdings as hulle dink dit sal lei na negatiewe gevolge (Ramabele, 2004; Taylor et al., 2003).

2.8.3. Houding-gedrag konsekwentheid

Volgens Miccinesi et al. (2005) is daar al bevind dat medici se houdings teenoor genadedood en hul gedrag daarteenoor in 'n mate konsekwent is. Daar word verder gesê dat persone se houdings teenoor 'n saak nie noodwendig hul gedrag dienooreenkomstig beïnvloed nie. Soms beïnvloed houdings gedrag en soms beïnvloed gedrag houdings (Taylor et al., 2003).

Dit het belangrike gevolge vir die betrokke studie, aangesien die medici se houdings teenoor genadedood nie noodwendig hul gedrag daarteenoor of die fisiese toepassing van genadedood volkome sal kan voorspel nie. Daar is egter bevind dat sekere faktore of kenmerke van houdings 'n groter of kleiner konsekwentheid tussen houdings en gedrag kan voorspel (Breckler et al., 2006; Taylor et al., 2003).

Sommige van hierdie faktore wat 'n hoë houding-gedrag konsekwentheid oplewer, sluit in:

- *Sterkte van die houding* – dit is wanneer die houding sterk en duidelik of onbetwis is. Sterk houdings is ook gewoonlik stabiel, hou persoonlike implikasies in en raak kwessies aan wat deur die persoon as belangrik geag word en waaroor hy/sy sterk en duidelike gevoelens het. Hierdie houdings het ook konsekwente affektiewe en kognitiewe komponente. Hierdie houdings word meestal deur direkte ervaring met die houdingsobjek en deur 'n groter hoeveelheid kennis of inligting oor die objek of saak gevorm.
- *Stabiliteit van die houding* – stabiele houdings wat maklik onthou word neig om gedrag te voorspel.
- *Toeganklikheid van die houding* – houdings wat meer toeganklik is in 'n persoon se geheue beïnvloed sy/haar gedrag sterker. Dit word bepaal deur hoe gereeld hierdie houding uitgedruk word. Hoe meer gereeld die persoon 'n houding uitdruk, hoe meer belangrik sal dit dan ook deur hom/haar ervaar word.
- *Relevansie van houdings teenoor gedrag* – gedrag neig om meer konsekwent te wees met houdings wat spesifiek relevant is tot die gedrag as breë houdings wat van toepassing is op 'n wye verskeidenheid van gedrag.
- *Uitstaande houdings* – in meeste gevalle is daar verskeie houdings wat gedrag kan beïnvloed. Die spesifieke houding wat vir die persoon die mees uitstaande is, is meer geneig om die persoon se gedrag te beïnvloed as die ander houdings.

- *Situasionele druk* – wanneer geen situasionele druk wat konflikterend is met die houdings, teenwoordig is nie, kom sterk houding-gedrag konsekwentheid voor (Breckler et al., 2006; Taylor et al., 2003).

Die moontlikheid bestaan dus dat indien die medici se houdings teenoor genadedood oor hierdie genoemde faktore beskik, hulle gedrag teenoor die toepassing van genadedood meer akkuraat voorspel sal kan word, omdat dié faktore 'n konsekwentheid tussen houdings en gedrag voorspel.

2.8.4. Verandering van houdings

Eerstens word daar verduidelik dat houdingsveranderings spontaan kan voorkom (Taylor, et al., 2003). Deur oor 'n spesifieke houdingsobjek te dink word die houding meer ekstreem. Wanneer 'n persoon oor sy/haar houdings nadink en dit oorweeg, skuif konsekwentheidsdruk hierdie houdings na meer konsekwente groepe. Byvoorbeeld, as 'n mens meer oor genadedood nadink in 'n positiewe opsig, sal hy/sy al hoe meer positief gesind raak teenoor genadedood. As 'n mens meer oor genadedood nadink in 'n negatiewe opsig sal sy/haar houdings daarteenoor al hoe meer negatief raak (Taylor et al., 2003). Hierdie houdings word egter net gepolariseer deur daaroor na te dink wanneer mense alreeds 'n kognitiewe skema het wat spesifiek gefokus is op die betrokke houdingsobjek.

Daar kan ook afgelei word dat medici reeds sal beskik oor kognitiewe skemas oor genadedood, omdat hulle daaraan blootgestel word. Daarom sal hulle houdings rakende die onderwerp ook kan verander afhangende van hoe gereeld hulle oor die onderwerp dink en in watter gesindheid hulle daaraan dink.

Daar word gesê dat mense se houdings kan verander wanneer hulle omgepraat of oortuig word van 'n spesifieke onderwerp (Breckler et al., 2006; Ramabele, 2004; Taylor et al., 2003). Veral as die bron van oortuiging as kredietwaardig gesien word, kan mense se houdings verander (Taylor et al., 2003). Byvoorbeeld, as 'n bekende professor vir 'n groep mediese studente

verduidelik dat genadedood 'n goeie uitweg vir terminale siek pasiënte is, sal hulle heel waarskynlik hulle houdings daarteenoor meer positief verander en dan het hy/sy hulle oortuig daarvan.

2.9. Faktore wat houdings teenoor genadedood beïnvloed

Daar is sommige faktore geïdentifiseer wat houdings teenoor genadedood beïnvloed. Hierdie faktore word hieronder bespreek.

2.9.1. Rassegroep

Volgens 'n opname wat in Suid-Afrika gemaak is onder volwassenes vanuit die algemene populasie, is daar beduidende verskille tussen die respondente vanuit verskillende rassegroepe se houdings teenoor genadedood ("Most in SA", 2005). By die vraag of 'n pasiënt se familie toegelaat moet word om die lewensonderhoudende masjiene af te skakel indien die pasiënt breindood verklaar is, het 87% van die wit respondente, 56% van die swart respondente en 70% van die bruin respondente ten gunste daarvan geantwoord ("Most in SA", 2005). Dieselfde opname het bepaal dat 60% van die swart respondente, 35% van die wit respondente en 47% van die bruin respondente meen dat mense nooit toegelaat behoort te word om hul eie lewens te neem nie, selfs al is die persoon terminaal siek en in ernstige pyn ("Most in SA", 2005). 'n Derde aspek waaroor die respondente van die verskillende rassegroepe verskil, is die stelling wat lui dat 'n terminale siek persoon die reg het om te sterf met mediese hulp of bystand van 'n dokter. Hiermee stem 37% van die swart respondente saam, terwyl 60% van die wit respondente en 49% van die bruin respondente met die stelling saamstem ("Most in SA", 2005).

Dit is duidelik uit hierdie opname dat die Suid-Afrikaanse rassegroepe se houdings teenoor genadedood beduidend verskil. Die rassegroep waaraan die respondente behoort, speel duidelik 'n groot rol in die vorming van hul houdings teenoor kwessies soos genadedood.

Daar is tydens 'n opname van Suid-Afrikaanse bejaardes se houdings teenoor genadedood bevind dat daar beduidende verskille tussen die respondente vanuit verskillende rasse-groepe se houdings teenoor genadedood is (Ramabele, 2004). Daar is bevind dat die swart bejaardes beduidend minder positief teenoor genadedood is as die bruin en wit bejaardes, asook dat die bruin bejaardes beduidend minder positief teenoor genadedood is as die wit bejaardes (Ramabele, 2004). Daar word verder gesê dat swart pasiënte meer geneig is om lewensonderhoudende behandeling te verkies as wit pasiënte (Ramabele, 2004).

In 'n verdere Suid-Afrikaanse studie wat uitgevoer is deur Nortjé (2001) is daar egter geen statistiese beduidende verskille tussen die houdings van persone vanuit verskillende rasse gevind nie. Hierdie bevinding verskil van ander Suid-Afrikaanse ondersoeke se bevindings wat gemaak is rakende die verskillende rasse-groepe se houdings teenoor genadedood.

Volgens Macdonald (1999) het verskeie navorsers al bevind dat swart persone beduidend meer gekant is teen vrywillige genadedood-praktyke as wit persone. Hy het dan ook tydens sy ondersoek bevind dat swart persone in die VSA meer gekant is teen vrywillige aktiewe genadedood en medikus-geassisteerde genadedood as wit persone (Macdonald, 1999). Die betrokke ondersoek het ook bevind dat die verskille tussen die genoemde rasse-groepe se houdings verklaar kan word deur die ras-verskille in fundamentalisme en die vrees om ander die mag te gee om jou lewe te beëindig. Hy sê ook dat die geloof dat die lewe aan God behoort en die vrees om aan ander die mag te gee om jou lewe te beëindig, die ras-verskille tussen houdings teenoor medikus-geassisteerde genadedood verklaar. Die resultate suggereer verder dat sosio-ekonomiese status en politieke konservatisme ook die ras-verskille verklaar (Macdonald, 1999).

Daar is ook tydens 'n studie van ses Europese lande en Australië bevind dat kulturele en dus rasgebonde faktore die sterkste determinante van medici se houdings teenoor genadedood en sogenaamde "einde-van-lewe-besluite" is (Miccinesi et al., 2005).

Volgens Clark et al. is daar in 'n ondersoek oor medici in die VSA se houdings teenoor genadedood bevind dat swart en wit medici se houdings verskil. Van die wit medici was 37% ten gunste van geneesheer-geassisteerde genadedood teenoor 27% van die swart medici (2001).

Die agtste jaarlikse verslag oor Oregon se Dood met Waardigheid-Wet (Leman, 2006) stipuleer dat 246 persone in Oregon, Amerika tussen 1998 en 2005 aansoek gedoen het en gesterf het nadat genadedood op hulle toegepas is. Hierdie groep pasiënte het bestaan uit 239 wit pasiënte en slegs 7 persone wat uit ander rasse-groepe afkomstig was (Leman, 2006). As daar egter na die hoeveelheid sterftes per rasse-groep in die totale bevolking gekyk word, is dit duidelik dat proporsioneel ongeveer ewe veel wit persone (3.28% van totale sterftes) en persone vanuit ander rasse-groepe (3.24% van totale sterftes) genadedood verkies het. Daar bestaan dus nie verskille tussen die hoeveelheid persone vanuit verskillende rasse-groepe wat genadedood verkies nie en daar kan afgelei word dat daar, in teenstelling met bevindings wat hierbo bespreek is, nie verskille tussen die groepe se houdings teenoor genadedood bestaan nie.

Na aanleiding van die resultate wat hierbo bespreek is, bestaan die moontlikheid dat wit respondente wat sal deelneem aan die studie meer positief sal wees teenoor genadedood as die bruin en swart respondente. Die moontlikheid bestaan ook verder dat die bruin respondente meer positief sal wees teenoor genadedood-praktyke as die swart respondente wat sal deelneem aan die betrokke ondersoek.

2.9.2. Geslag

'n Telefoniese opname wat uitgevoer is om volwassenes in Suid-Afrika se houdings teenoor genadedood te ondersoek, het bevind dat daar geen beduidende verskil tussen mans en vroue se houdings teenoor dié sensitiewe saak bestaan nie ("Most in SA", 2005). Ramabele (2004) is hiermee eens. Sy het ook bevind dat daar geen beduidende verskille voorkom tussen die

verskillende geslagte, van die bejaarde Suid-Afrikaners wat betrokke was in haar ondersoek, se houdings teenoor genadedood nie.

Bachman et al. (1996) het 'n ondersoek uitgevoer in die VSA waar medici en volwassenes vanuit die algemene populasie se houdings teenoor genadedood vergelyk is. Tydens hierdie ondersoek is bevind dat daar geen beduidende verskille tussen die houdings van die manlike en vroulike medici bestaan nie. Daar is egter ook bevind dat manlike respondente vanuit die algemene populasie meer geneig is om die wettiging van genadedood te ondersteun en om geassisteerde selfmoord vir hulself te oorweeg as die vroulike respondente (Bachman et al., 1996).

'n Ondersoek rakende Noorweegse medici se houdings teenoor genadedood toon volgens Førde, Aasland en Falkum (1997) dat daar geen beduidende verskille tussen die twee geslagte se houdings bestaan nie. Dickinson, Lancaster, Clark, Ahmedzai en Noble stem hiermee saam en meld dat daar nie beduidende verskille tussen die geslagte se houdings teenoor genadedood by medici van die Verenigde Koningryk bestaan nie (2002). Daar was egter een stelling wat vroulike medici meer ondersteun het in die laasgenoemde ondersoek en dit is dat die medikus 'n gevestigde verhouding met die pasiënt behoort te hê wanneer hy/sy genadedood op die pasiënt toepas (Dickenson et al., 2002).

Die agtste jaarlikse verslag oor Oregon se Dood met Waardigheid-Wet (Leman, 2006) meld dat manlike en vroulike pasiënte ewe geneig is om genadedood te kies as uitweg uit hul lyding (Leman, 2006). Dit kan daarop dui dat daar nie beduidende verskille tussen die mans en vroue in Oregon, VSA se houdings teenoor genadedood bestaan nie.

'n Verdere studie wat deur Essinger (2003) in die VSA uitgevoer is ten opsigte van medici se houdings teenoor genadedood toon dat vroulike medici ietwat meer geneig is om situasionele genadedood goed te keur as manlike medici. Die manlike medici betrokke in die ondersoek was meer geneig om te meld dat dit nooit geregverdig is om 'n pasiënt aan te beveel om 'n dodelike dosis

medikasie te neem nie. Manlike en vroulike medici in die betrokke studie is egter ewe positief teenoor die wettiging van genadedood en teenoor die toepassing van genadedood op pasiënte (Essinger, 2003).

Miccinesi et al. (2005) het weer bevind dat vroulike medici minder geneig is as manlike medici om die beëindiging van lewe sonder 'n eksplisiete versoek daarvoor te ondersteun. Vroulike medici is ook meer geneig as manlike medici om die verligting van pyn en simptome by pasiënte te ondersteun selfs al is daar lewensverkortende gevolge. Hulle ondersteun ook verder die stelling dat hoë kwaliteit palliatiewe sorg die vraag na geneesheer-geassisteerde genadedood voorkom (Miccinesi et al., 2005).

Uit die resultate van Suid-Afrikaanse ondersoeke wat hierbo bespreek is, bestaan die moontlikheid dat daar nie beduidende verskille tussen die twee geslagte Suid-Afrikaanse medici se houdings teenoor genadedood sal voorkom nie. Aan die hand van die oorsese ondersoeke, wat uiteenlopende resultate verkry het, is dit egter nie duidelik of daar wel beduidende verskille bestaan tussen die houdings van manlike en vroulike medici en of daar nie beduidende verskille voorkom nie. Die moontlikheid bestaan dus ook dat daar wel verskille sal voorkom tussen die twee geslagte medici wat aan die studie sal deelneem se houdings teenoor genadedood.

2.9.3. Ouderdom

'n Opname wat in Suid-Afrika uitgevoer is, het bevind dat persone wat ouer as 46 jaar is, geneig is om te dink dat pasiënte wat terminaal siek is en in erge pyn verkeer, toegelaat moet word om hul eie lewens te neem ("Most in SA", 2005). Nortjé (2001) het ook 'n positiewe korrelasie tussen ouderdom en die aanvaarding van genadedood bevind. Dit beteken dat hoe ouer die volwassene word, hoe meer aanvaar hy/sy genadedood. Rurup, Onwuteaka-Philipsen, Van der Wal, Van der Heide en Van der Maas (2005) staaf Nortjé se bevindings en meld dat ouer medici meer geneig is om saam te stem dat bejaardes medikasie behoort te kan bekom wat hul lewens sal beëindig as dit hul wens is om dit te doen.

Miccinesi et al. (2005) het in teenstelling hiermee bevind dat medici wat ouer as 50 jaar is, meer ondersteuning gee aan die verskuiwingsargument en aan die medikus se plig om lewe te verleng of bewaar onder alle omstandighede, as jonger medici. Daar word ook verder gesê dat die betrokke studie gevind het dat jonger medici meer ondersteunend is vir genadedood as ouer medici (Miccinesi et al, 2005). Bachman et al. (1996) het soortgelyke resultate verkry en meld dat ouer respondente (beide medici en die publiek) minder geneig is om die wettiging van genadedood te ondersteun.

Essinger (2003) het weer bevind dat ouderdom nie 'n bepalende faktor is in die individuele medikus se gewilligheid om deel te neem aan genadedood nie, maar hy meld dat hoe jonger die medikus is, hoe meer ontvanklik is hy/sy daarvoor om 'n oordosis medikasie aan 'n pasiënt toe te dien of voor te skryf. Hy het ook verder bevind dat jonger medici meer geneig is om die wettiging van genadedood te ondersteun.

Volgens Chong en Fok (2005) het ouderdom wel 'n invloed op die respondente se houdings teenoor genadedood. Hulle het bevind dat die jonger medici neig om passiewe genadedood meer te ondersteun. Ouer respondente uit die algemene publiek is egter meer ten gunste van aktiewe genadedood en van nie-vrywillige genadedood.

Die ondersoeke wat bespreek is, het uiteenlopende resultate verkry ten opsigte van die invloed van ouderdom op medici se houdings teenoor genadedood. Die ondersoeke wat in Suid-Afrika uitgevoer is het egter bevind dat daar wel verskille bestaan tussen ouer respondente en jonger respondente se houdings teenoor genadedood. Die moontlikheid bestaan dus dat daar verskille sal bestaan tussen die ouer medici wat betrokke sal wees in die studie se houdings teenoor genadedood en die jonger medici wat sal deelneem aan die studie se houdings.

2.9.4. Spesialiteitsrigting

Daar bestaan tans 'n groot aantal rigtings waarin medici kan spesialiseer. Sommige van die medici sal feitlik nooit direk in kontak kom met pasiënte wat ly aan 'n terminale siekte of lewensbedreigende trauma ervaar nie, juis as gevolg van die rigting waarin hulle spesialiseer. Soos reeds genoem, word sterk houdings deur direkte ervaring met die houdingsobjek gevorm (Taylor et al., 2003). In die betrokke studie kan direkte ervaring met sterwende pasiënte dus sterk houdings ten opsigte van genadedood vorm. Daar kan ook dan aangeneem word dat die medici vanuit verskillende spesialiteitsrigtings, verskillende houdings teenoor genadedood sal koester.

Miccinesi et al. (2005) rapporteer dat medici wat in geriatric en onkologie spesialiseer, sterker gekant is teen die gebruik van dodelike dosisse medikasie en meer ondersteuning gee aan lewensverlengende behandeling. Daar word ook verder in die betrokke ondersoek gemeld dat narkotiseurs die minste ondersteuning gee vir lewensverlengende behandeling en dat ginekoloë die gebruik van dodelike dosisse medikasie ten sterkste goedkeur. 'n Soortgelyke ondersoek in die VSA het weer bevind dat daar nie beduidende of konsekwente verskille tussen die medici vanuit verskillende spesialiteitsrigtings se houdings bestaan nie. Die betrokke studie het wel bevind dat medici wat gereeld terminale siek pasiënte behandel, as 'n groep minder geneig is om die wettiging van genadedood te ondersteun, maar nie minder gewillig is om deel te neem aan die praktyke indien dit wettig gemaak sou word nie (Bachman et al., 1996).

Noorweegse medici wat gereeld met terminale siek pasiënte werk, insluitend onkoloë en hematoloë, het ook meer negatiewe houdings teenoor genadedood as medici wat in laboratoriums werk (Førde et al., 1997). In ooreenstemming hiermee is bepaal dat medici wat minder professionele ervaring het in die behandeling van terminale siek pasiënte, meer ten gunste is van die wettiging van genadedood (Grassi, Magnani & Ercolani, 1999). Medici wat dus meer gereeld met terminale siek pasiënte werk, is minder

geneig om die wettiging van genadedood te ondersteun (Peretti-Watel, Bendiane & Moatti, 2004).

Die medici wat in intensiewe eenhede by hospitale in die Verenigde Koningryk werk (intensiviste), is meer ten gunste van aktiewe en geneesheer-geassisteerde genadedood as geriaters en is ook meer bereid om daaraan deel te neem (Dickinson et al., 2002).

Daar kan duidelik gesien word uit die resultate wat bespreek is dat medici wat gereeld terminale siek pasiënte behandel, meer gekant is teenoor genadedood en die wettiging daarvan as medici wat minder met terminale pasiënte werk. Daarom bestaan die moontlikheid dat die resultate van die huidige studie ooreenstemmend hiermee sal wees en sal dui dat onkoloë, hematoloë en medici wat betrokke is by palliatiewe sorg meer gekant sal wees teenoor genadedood as medici soos psigiaters, intensiviste, ginekoloë en medici wat in laboratoria werk.

2.9.5. Aantal praktiserende jare

Noorweegse medici wat tussen 16 en 25 jaar lank al praktiseer of begin praktiseer het rondom 1970 is meer negatief teenoor genadedood as hul kollegas wat vir korter tydperke praktiseer (Førde et al., 1997). Daar word gesê dat daar geen logiese verduideliking hiervoor is nie, maar moontlike redes word gegee dat hierdie generasie medici die eerste generasie was wat 'n groeiende publieke bewustheid van medici se feilbaarheid ervaar het. Hulle verteenwoordig ook die “hippie” of “Vietnamese oorlog” generasie met idealistiese houdings en sterk politieke bewustheid, wat hul houdings teenoor genadedood kan beïnvloed (Førde et al., 1997).

Giannini et al. (2003) het gevind dat Italiaanse medici wat al langer as 10 jaar praktiseer meer geneig is om behandeling te weerhou of onttrek (dit wil sê passiewe genadedood toe te pas). Hulle sê verder dat die medici wat al langer as 10 jaar praktiseer ook meer geneig is om die pasiënt se wense in ag te neem wanneer hulle besluite oor genadedood neem.

Na aanleiding van die literatuur wat bespreek is, is dit nie duidelik dat meer ervaring of jare se mediese praktisering die medici se houdings teenoor genadedood positief of negatief beïnvloed nie. Dit is egter duidelik dat daar wel verskille bestaan tussen die medici met meer ervaring se houdings en medici met minder ervaring se houdings teenoor genadedood. Daarom bestaan die moontlikheid in die betrokke ondersoek dat medici wat langer praktiseer se houdings ten opsigte van genadedood sal verskil van medici met minder ervaring s'n.

2.9.6. Geloof

Geloof word gesien as een van die belangrikste bepalende faktore ten opsigte van medici se houdings teenoor genadedood, aangesien dit feitlik in elke studie wat handel oor die betrokke onderwerp genoem en bespreek word.

Higgs het in Suid-Afrika ondersoek ingestel na die algemene publiek se houdings ten opsigte van genadedood. Daar is bevind dat geloof 'n groot rol speel in die response wat gelewer is. Van die Christene wat deelgeneem het aan die ondersoek, stem 70% saam dat families toegelaat moet word om lewensonderhoudende masjiene af te skakel by breindood pasiënte. Van die Moslems of Hindoes stem 89% saam en 65% van die respondente met Voorvaderlike gelowe stem ook hiermee saam ("Most in SA", 2005).

In 'n ander Suid-Afrikaanse ondersoek na Moslems en Christene vanuit die algemene publiek se houdings teenoor genadedood het Hosking et al. (2000) vasgestel dat minder as 'n derde van die groep jong Moslems wat nie aan kanker ly nie, genadedood ondersteun. Ouer Moslem-groepe wat aan kanker ly, het glad nie genadedood ondersteun nie. Alhoewel daar geen ondersteuning was vir genadedood onder die Moslem-groepe nie, is die groepe tog verdraagsaam teenoor die beskikbaarheid van genadedood vir ander groepe mense. Die impak van kanker, het die jonger Christen-groep se ondersteuning van genadedood verhoog. Die Christen-groepe wat aan kanker ly, was egter minder ondersteunend vir genadedood as groepe wat nie aan dié siekte ly nie (Hosking et al., 2000).

Volgens Ganga is genadedood 'n positiewe aksie volgens die Hindoe-geloof en die persoon wat die genadedood uitvoer hoef nie skuldig te voel daarvoor nie (1994). Hierdie siening word volgens Ganga se resultate grootliks ondersteun deur die Hindoe-medici in Durban. Hulle voel dat genadedood wettig gemaak moet word in Suid-Afrika (1994). Hierdie dokters voel ook dat genadedood 'n dharmiese aksie is in die Hindoe-geloof, omdat hy/sy die persoon van pyn en lyding verlos ("Hinduism - euthanasia", 2004).

Miccinesi et al. het bevind dat gelowige medici meer verbind is tot die plig om lewe te bewaar, die verskuiwingsargument ondersteun, sê dat goeie palliatiewe sorg amper alle versoeke vir genadedood voorkom en dat die toelating van genadedood die verhouding met pasiënte sal benadeel (2005). Daar word verder in dieselfde ondersoek gesê dat gelowige medici meer gekant is as nie-gelowige medici teen: ontrekking of weerhouding van behandeling op versoek van die pasiënt; genadedood sonder die pasiënt se toestemming; die pasiënt se reg om te besluit om sy eie lewe te verkort of iemand wetlik aan te stel om sy/haar lewe te verkort indien hy/sy nie bevoeg is om dit te doen nie (Miccinesi et al., 2005).

Wenger en Carmel (2004) bevestig die bogenoemde bevindings dat Joodse medici wat sterk gelowe koester, minder geneig is om behandeling te onttrek of weerhou en meer negatief is teenoor genadedood. Die ondersoek het ook bevind dat geloof 'n belangrike invloed het op medici se houdings teenoor genadedood en dat hulle geloof wel hulle gedrag ten opsigte van einde-van-lewe-sorg rig.

In teenstelling hiermee is in Doukas et al. (1999) se ondersoek gesien dat medici wat Katolieke en Protestantse gelowe koester meer geneig is om geneesheer-geassisteerde genadedood teen te staan. Joodse medici en medici sonder sterk geloofsoortuigings is egter meer geneig om geneesheer-geassisteerde genadedood te ondersteun.

Navorsers soos Bachman et al. (1996) en Essinger (2003) bevestig dat medici met sterk geloofsoortuigings minder ondersteuning toon vir

genadedood of geneesheer-geassisteerde selfmoord en die wettiging daarvan teenstaan.

Die moontlikheid bestaan dus dat medici wat sterk geloofsoortuigings koester meer gekant sal wees teenoor genadedood. Veral die medici wat Christelike en Moslem-gelowe beoefen, sal moontlik meer gekant wees daarteenoor as medici vanuit Joodse en Hindoe-gelowe.

2.10. Samevatting

Daar word al vir 'n geruime aantal jare, in oorsese lande ondersoek ingestel na medici en persone vanuit die algemene publiek se houdings teenoor genadedood (Ramabele, 2004). In Suid-Afrika is daar egter weinig wetenskaplike inligting beskikbaar rakende die kwessie ("Many doctors", 2001). Soos hierbo bespreek, is daar talle voordele verbonde aan die spoedige ontwikkeling en vooruitgang van die mediese tegnologie, maar dit bring ook ernstige nadele mee (Ramabele, 2004). Dit veroorsaak dat mense se lewens nie net verleng kan word in 'n positiewe opsig nie, maar ook dat hul lewens en hul sterwensproses uitgerek word (Quill, 1993). Hierdie verlenging van pasiënte se lewens verseker ook nie dat hulle goeie lewenskwaliteit sal hê nie en hulle kan vir maande of jare in 'n vegetatiewe staat bly voortleef of daaglik in pyn en lyding leef (Biggs, 2001). Dit is daarom dat sommige lande genadedood gewettig het, om vir hierdie pasiënte 'n uitweg uit hulle lyding te kan bied (Quill, 1993).

Daar is in die literatuur gesien dat genadedood 'n pynlose dood is wat kunsmatig bewerkstellig word uit meegevoel vir 'n lyer aan 'n ongeneeslike siekte (Odendal & Gouws, 2000). Daar word ook onderskei tussen die verskillende tipes genadedood, waarvan die mees algemene aktiewe, passiewe, vrywillige en nie-vrywillige genadedood insluit. Aktiewe genadedood word gedefinieer as die uitvoer van 'n aksie, soos die toediening van 'n middel deur 'n medikus, wat die pasiënt se lewe direk sal beëindig (Biggs, 2001; Doukas et al., 1999). Passiewe genadedood word gedefinieer as die weerhouding of opskorting van aksie wat die pasiënt se lewe sal

verleng. Dit kan ook gesien word as die mislukking om op te tree om die pasiënt se lewe te verleng (Biggs, 2001; Doukas et al., 1999). Vrywillige genadedood is wanneer die pasiënt toestemming gee of self vra dat genadedood op hom/haar toegepas word (Biggs, 2001; Newfield, 2006), terwyl nie-vrywillige genadedood plaasvind wanneer die pasiënt nie ingestem het tot genadedood nie, omdat hy of sy nie oor die vermoë beskik om toestemming te kan gee nie (Biggs, 2001; Newfield, 2006).

Die Suid-Afrikaanse Regskommissie het in 1997 'n konsepwet saamgestel en later aan die parlement voorgelê om genadedood te wettig in Suid-Afrika (SARK, 1998; 2007). Die wet bepaal tans dat medici passiewe genadedood mag toepas, maar aktiewe genadedood is steeds teen die wet.

Die kwessie van genadedood word entoesiasies gedebatteer deur voorstanders en teenstanders daarvan (Ramabele, 2004). Die groepe wat positief teenoor genadedood ingestel is, fokus op argumente van kwaliteit van die pasiënt se lewe, die beginsel van self-beskikking en sekere mediese argumente (APA, 2006; Battin, 1995; SARK, 1998). Die teenstanders van genadedood fokus weer op argumente soos die verskuiwingsargument, minagting vir die heiligheid van mense se lewens, die vertrouensverhouding tussen dokter en pasiënt, die moontlikheid van foutiewe diagnoses en wonderwerk-kure, bedreiging van individuele outonomie en vele ander argumente (Euthanasia Website Material, 2001; Keown, 2002; Ost, 2003; SARK, 1998; Singer, 1993; Warren, 1997). Elke geloofsgroep koester ook 'n ander houding teenoor genadedood (Hosking et al., 2000). Daar is in die literatuur gesien dat Christelike groepe gekant is teen aktiewe genadedood, maar wel passiewe genadedood aanvaar (Douma, 1996; Gill, 1998; Lategan, 1991; "Testimony of Cardinal", 1997). Hindoe-groepe aanvaar aktiewe sowel as passiewe genadedood, maar ortodokse Hindoe-groepe is net ten gunste van passiewe genadedood (Ganga, 1994; "Hinduism - euthanasia", 2004). Moslem- en Islamgroepe is ook gekant teen aktiewe vorms van genadedood, maar aanvaar passiewe genadedood (European Council for Fatwa and Research, 2005; "Euthanasia and suicide", 2004).

Daar is ook in die literatuur gekyk na houdings. Dit is gedefinieer as 'n individuele evaluasie van 'n teiken (Breckler et al., 2006). Daar is ook verskeie faktore wat 'n persoon se houding kan beïnvloed. In hierdie ondersoek sal die faktore of veranderlikes van ras, geslag, ouderdom, aantal jare in praktyk, spesialiteitsrigting en geloof ondersoek word. Daar is in die literatuur gesien dat hierdie veranderlikes medici se houdings teenoor genadedood beïnvloed en daarom sal dit ondersoek word in die betrokke studie (Bachman et al., 1996; Doukas et al., 1999; Essinger, 2003; Førde et al., 1997; Miccinesi et al., 2005).

In Hoofstuk 3 word die metode wat toegepas is om medici se houdings teenoor genadedood te ondersoek, bespreek. Dit bevat eerstens die hipotese en daarna word die navorsingsontwerp, die ondersoekgroep, die meetinstrumente en die statistiese ontleding van die studie bespreek.

HOOFSTUK 3

METODOLOGIE

3.1. Inleiding

Die doel van hierdie studie is om medici se houdings teenoor genadedood te ondersoek. Soos reeds genoem, word dit nodig geag om inligting te bekom rakende medici in Suid-Afrika se houdings teenoor genadedood ("Many doctors", 2001), aangesien daar tans 'n groot leemte is in die inligting wat versamel is oor die betrokke onderwerp in die Suid-Afrikaanse konteks ("Many doctors", 2001). Die studie sal ook as 'n kruiskulturele ondersoek uitgevoer word. 'n Verdere doel van die studie is om te ondersoek of sekere veranderlikes of biografiese gegewens van die medici hulle houdings teenoor genadedood beïnvloed. Hierdie biografiese gegewens of veranderlikes wat ondersoek sal word is ras, geslag, ouderdom, spesialiteitsrigting, aantal praktiserende jare en geloof.

3.2. Hipotese

Na aanleiding van die literatuur wat bespreek is, kan daar verwag word dat medici se houdings teenoor genadedood moontlik sal verskil ten opsigte van hul ras, geslag, ouderdom, spesialiteitsrigting, aantal praktiserende jare en geloof. Die volgende hipotese kan dus gestel word:

3.2.1. Medici se houdings teenoor genadedood verskil van mekaar ten opsigte van ras, geslag, ouderdom, spesialiteitsrigting, aantal praktiserende jare en geloof.

3.3. Navorsingsontwerp

Die navorsingsontwerp wat vir die betrokke studie gebruik is, is *ex post facto*-navorsing (Huysamen, 1983), omdat die proefpersone getrek is vanuit groepe wat reeds bestaan. Daar is individuele opnames gemaak van die medici se

houdings teenoor genadedood. Hierdie data wat versamel is, is gebruik om medici vanuit verskillende rassegroepe se houdings teenoor genadedood te ondersoek.

3.3.1. Onderzoekgroep en insameling van data

Medici van alle hospitale in en om al die groot stede in die Vrystaat-provinsie, naamlik Bloemfontein, Bethlehem, Kroonstad en Welkom is aanvanklik geteiken om aan die ondersoek deel te neem. Die gebruik van die hospitale was bloot 'n gerieflikheidsreëling, omdat 'n groot aantal medici daar bereikbaar was. Vanweë etiese voorskrifte ten opsigte van navorsing wat by al die staatshospitale geld, moes die navorser egter, weens sperdatums wat vir die ondersoek gestel is, die medici wat aan hierdie inrigtings verbonde was, van die navorsing onttrek. Alle navorsingsprojekte wat deur die Sielkunde-departement onderneem word, word in elk geval vooraf deur 'n navorsings- en etiekkomitee goedgekeur.

Die oorblywende hospitale (private hospitale) se bestuur is hierna gekontak en ingeligte toestemming om die medici by die ondersoek te betrek, is verkry (Sien Bylaag A). Deelname aan die ondersoek was heeltemaal vrywillig en anoniem. Die onderzoekgroep is volgens Huysamen (1993) deur 'n "toevallige steekproeftrekking" saamgestel, aangesien die proefpersone gerieflikheidshalwe bekom is. Die medici het aan die ondersoek in hul persoonlike hoedanigheid deelgeneem en nie as 'n personeellid van 'n hospitaal nie. Die bestuur van die hospitale het ook versoek dat die navorser nie afsprake met die medici self maak nie, maar om die versoek om die vraelyste in te vul deur hulle ontvangsdames aan die medici te rig.

Nadat hulle die inligtingsvorm deurgelees het om aan die ondersoek deel te neem (Sien Bylaag B), moes medici ook 'n toestemmingsbrief teken (Sien Bylaag C). Die navorser se kontakbesonderhede is aan die medici verskaf en indien hulle verdere vrae of onduidelikheid oor die studie of vraelys gehad het, kon hulle die navorser kontak. Die navorser het weekliks vanuit Bloemfontein na die ander stede gereis om vraelyste uit te deel en later weer die voltooides

vraelyste in te vorder. In hierdie stede het die navorser by sommige hospitale 'n geleentheid verkry tydens die hospitale se algemene vergaderings en die medici sodoende genader om aan die ondersoek deel te neem.

Die responskoers van die medici was egter baie swak. Dit het die navorser genoop om medici wat nie by hospitale opgespoor kon word nie, ook te kontak. Die praktisyns in en om die stedelike areas is genader om aan die ondersoek deel te neem. Veldwerkers wat die Sotho-taal vlot kan praat, het die navorser gehelp om algemene praktisyns in die informele nedersettings rondom die stedelike gebiede, waar die ontvangsdames nie altyd Afrikaans of Engels magtig is nie, te nader.

Daar is altesaam 1050 vraelyste uitgedeel en 217 daarvan is terugontvang. Die responskoers was dus 20,6%. Die meerderheid van die deelnemers aan die studie het uit die Bloemfontein-area gekom, waar $N = 152$ (70%) soos aangedui in Tabel 4.1. In die Welkom-area, het 23 (10,6%) die vraelyste voltooi, in Bethlehem is 17 (7,8%) voltooi, terwyl die Kroonstad-gebied 25 (11,5%) vraelyste opgelewer het. Verdere besonderhede oor die ondersoekgroep word in Hoofstuk 4 onder beskrywende statistiek bespreek.

3.3.2. Die Meetinstrumente

Die meetinstrument wat in die studie gebruik is, is die "Euthanasia Attitude Scale" (EAS) wat deur Holloway et al. van die Universiteit van Noord Texas in die VSA ontwikkel is (1995; sien Bylaag D). Hierdie vraelys is ontwerp om volwasse persone se algemene houding teenoor genadedood en einde-van-lewe besluite te ondersoek. Daar is ook van 'n biografiese vraelys, wat deur die navorser self ontwikkel is, gebruik gemaak om inligting rondom geslag, ras, ouderdom, spesialiteitsrigting, aantal praktiserende jare en geloof in te win (sien Bylaag E). Beide vraelyste is in Afrikaans en Engels aan respondente verskaf. Die EAS is in Afrikaans vertaal deur 'n taalkundige op die UV-kampus deur gebruik te maak van die vertaal-terugvertaal-metode (Babbie & Mouton, 2001; Brislin, 1970).

Die mediese respondente is ook versoek om enige kommentaar rondom hul gewilligheid om genadedood toe te pas, in 'n oop spasie aan die einde van die EAS-vraelys neer te skryf. Hierdie inligting is met behulp van beskrywende statistiek opgesom (sien 4.3).

3.3.2.1. Die “Euthanasia Attitude Scale” (EAS)

Die EAS is 'n dertig-item Likert-tipe vraelys wat houdings teenoor genadedood meet. Dit is 'n potlood-en-papier toets en neem tussen vyf en tien minute om te voltooi. Die skaal het vier responskategorieë, naamlik: *stem beslis saam*, *stem saam*, *stem nie saam nie* en *stem beslis nie saam nie*. Om die response te kon kwantifiseer, is tellings van een tot vier aan positiewe items gekoppel. Die tellings vir die negatiewe items is omgedraai. Die skaal lewer ook 'n totaalstelling op wat wissel van 30 tot 120. Tellings tussen 30 en 75 dui op 'n negatiewe gesindheid teenoor genadedood en tellings tussen 75 en 120 dui weer op 'n positiewe gesindheid teenoor genadedood. Die instrument word ook op 'n eendimensionele wyse geadministreer. Die skaal gebruik beide positiewe en negatiewe bewoording in die items om die effek van instemming te beheer. Vyftien items is bevestigend of positief geskryf (pro-genadedood) en vyftien is nie-bevestigend of negatief (anti-genadedood) geformuleer (Holloway et al., 1995).

Daar is vyf faktore in hierdie vraelys geïdentifiseer (Holloway et al., 1995). Faktor 1 (soos gedefinieer deur item 1, 3, 5, 8-10, 16, 20-24, 27 en 28) het 'n algemene oriëntering tot genadedood en spesifiek aktiewe genadedood aangedui. Faktor 2 wat gedefinieer word deur items 7, 9, 14, 16, 17, 29 en 30 het kwessies soos pasiënte se regte of die beheer wat 'n pasiënt oor sy/haar lewe het, aangespreek. Faktor 3 is gedefinieer deur items 6, 11, 12, 14 en 15 en hierdie items handel oor die rol van lewensonderhoudende tegnologie. Faktor 4 – soos uitgebeeld deur items 2, 4, 25 en 26 – reflekteer weer die medikus of professionele persone se rol in genadedood-situasies. Faktor 5 is gedefinieer deur items 1, 3, 10, 18 en 19 en is gebaseer op waardes en etiek rondom die indusering van 'n persoon se dood.

Die EAS het volgens Holloway et al. (1995) uitstekende psigometriese eienskappe. Dit sluit in dat die instrument beskik oor stabiliteit oor tyd en interne konsekwentheid. Die samestellers van die skaal sê ook dat die skaal goeie diskriminant-geldigheid en toets-hertoets-betroubaarheid het. Die skaal is gestandaardiseer vir die Amerikaanse populasie en die betroubaarheid daarvan het 'n alfa-koëffisiënt van .930 getoon (Holloway et al., 1995). Die instrument se betroubaarheid is ook bereken vir Suid-Afrikaanse groepe en Cronbach se alfa is op .948 bereken (Ramabele, 2004).

3.3.2.2. Die biografiese vraelys

Die biografiese vraelys is deur die navorser saamgestel en bestaan uit inligting rondom die respondente se ras, geslag, ouderdom, spesialiteitsrigting, aantal jare wat die respondent praktiseer en geloof. Hierdie inligting is verwerk deur die navorser en gebruik tydens die statistiese analise.

3.4. Statistiese ontleding

Die data wat versamel is, is deur die navorser self ingepons en deur 'n statistiese konsultant verwerk deur gebruik te maak van die SPSS-program (SPSS, 1990).

Die data wat in die ondersoek verkry is, is geanaliseer deur middel van beskrywende statistiese metodes, sowel as faktoriale variansie-ontledings en eenrigting variansie-ontledings (inferensiële statistiek). Die afhanklike veranderlike wat getoets is, was medici se houdings teenoor genadedood en ras, geslag, ouderdom, aantal praktiserende jare, spesialiteitsrigting en geloof was die onafhanklike veranderlikes. Volgens Aron en Aron (Ramabele, 2004) is dit 'n baie effektiewe metode om die effek van verskillende onafhanklike veranderlikes gelyktydig op dieselfde afhanklike veranderlike te toets. Die navorser sal ook enige interaksie-verskille tussen die onafhanklike veranderlikes ondersoek, aangesien daar 'n Scheffé-toets vir post hoc-

vergelykings toegepas is om te bepaal tussen watter vlakke van die onafhanklike veranderlikes die verskille voorkom.

HOOFSTUK 4

RESULTATE

4.1. Beskrywende statistiek

Soos in 3.3.1 genoem, het 217 medici vraelyste voltooi. Tabel 4.1. bevat die besonderhede:

Tabel 4.1. Verspreiding van medici wat vraelyste voltooi het

Geografiese gebied	Aantal voltooide vraelyste (N)	Persentasie
Bloemfontein	152	70%
Bethlehem	17	7.8%
Kroonstad	25	11.5%
Welkom	23	10.6%
Totaal	217	100%

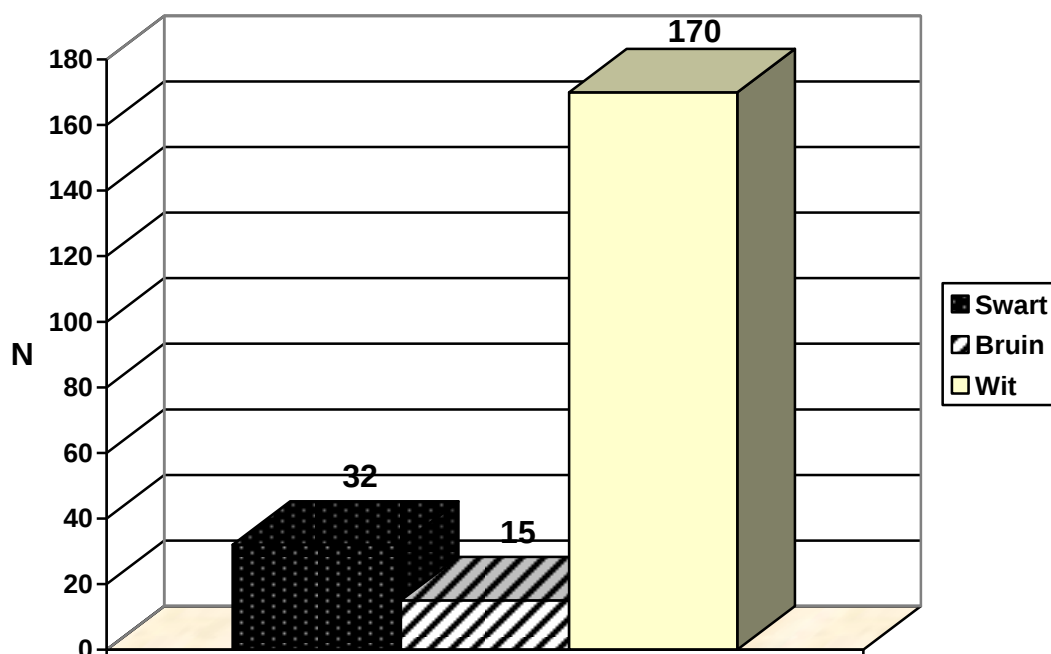
Die ondergroep het swart, wit en bruin medici ingesluit asook manlike en vroulike medici. Soos in Tabel 4.2 gesien kan word, was daar aansienlik meer mans wat aan die studie deelgeneem het (N = 159) en hierdie groep is dan ook 73.3% van die totale groep. Agt-en-vyftig vroue het aan die ondersoek deelgeneem en was 26.7% van die totale ondergroep.

Tabel 4.2. Frekwensies vir die geslag en rassegroep van respondente

Rassegroep	Manlik		Vroulik		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Wit	127	58.5%	43	19.8%	170	78.3%
Bruin	10	4.6%	5	2.3%	15	6.9%
Swart	22	10.2%	10	4.6%	32	14.8%
Totaal	159	73.3%	58	26.7%	217	100%

Daar was ook baie meer wit medici wat aan die ondersoek deelgeneem het as swart en bruin rassegroepe (sien Figuur 4.1). Die wit groep was 78.3% van die ondersoeksgroep, die swart groep medici 14.8% van die ondersoeksgroep en die bruin medici slegs 6.9% van die totale ondersoeksgroep.

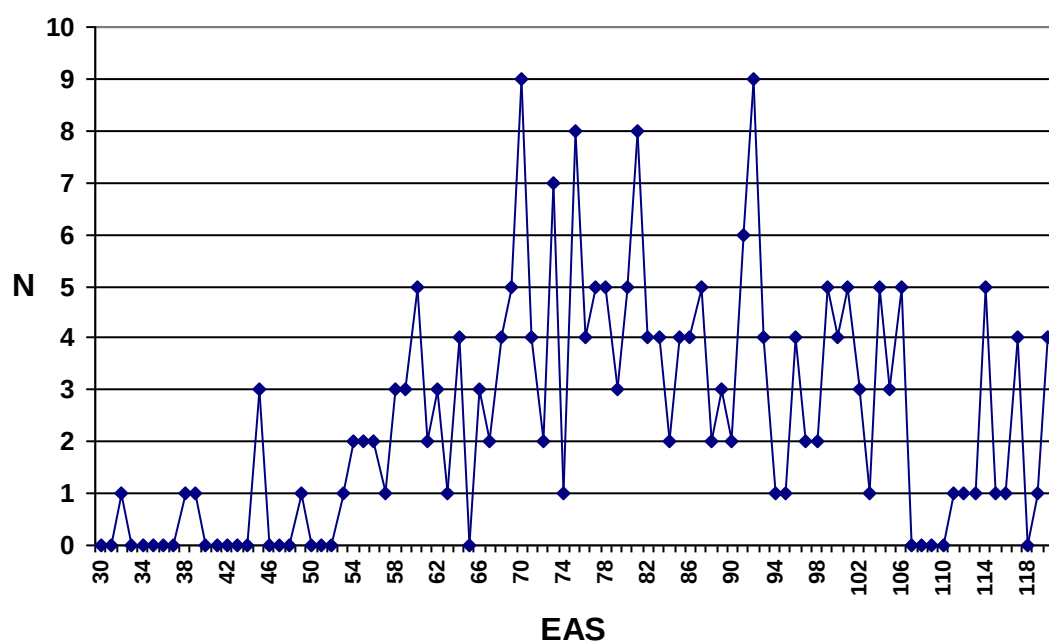
Die navorser het tot die gevolgtrekking gekom dat daar minder swart en bruin medici is in die Vrystaat as wit medici, nadat sy 'n opname gemaak het van medici se kontaknommers wat in die 2006/2007 Vrystaat Telefoongids verskyn. Daar is in Bloemfontein 223 wit medici gelys en slegs 20 swart en 2 bruin medici. In Bethlehem is daar 34 wit en 3 swart medici gelys. Daar is in Welkom 43 wit, 3 bruin en 5 swart medici gelys. Indien hierdie lys van kontaknommers verteenwoordigend is van die totale groep medici in elke stad, bevestig dit die navorser se afleiding dat daar aansienlik minder swart en bruin medici in die betrokke stede werk as wit medici. Die opname kan egter nie gesien word as 'n betroubare aanduiding van die hoeveelheid medici in die stede of die hoeveelheid medici in elke rassegroep nie.



Figuur 4.1. Verspreiding van medici se rassegroepe

4.1.2. Verspreiding van mediese EAS-tellings

Soos reeds genoem, dui 'n hoër telling op die EAS op 'n groter aanvaarding van genadedood. Soos gesien kan word uit Figuur 4.2, het die tellings gewissel van 32 (die moontlike minimum is 30) tot 120 (die moontlike maksimum) en het 'n gemiddeld van 83.24 gehad met 'n standaardafwyking van 18.17. Die gemiddeld van die skaal is 75 en dus het die proefpersone 'n meer positiewe houding teenoor genadedood.



Figuur 4.2. Verspreiding van die EAS-tellings

4.2. Inferensiële statistiek

4.2.1. Gemiddeldes en standaardafwykings

In 3.2.1 is gepostuleer dat mediese gemiddelde genadedood-tellings van mekaar verskil ten opsigte van ras, geslag, ouderdom, spesialiteitsrigting, aantal praktiserende jare en geloof. Tabel 4.3 bevat die gemiddeldes en standaardafwykings van al die veranderlikes:

Tabel 4.3. Gemiddeldes en standaardafwykings van al die veranderlikes

Veranderlike	N	Gemiddelde EAS-tellings	EAS Standaardafwyking
<i>Totale ondersoekgroep</i>			
	217	83.24	18.17
<i>Geslag</i>			
Manlik	159	84.85	18.85
Vroulik	58	78.83	15.47
<i>Ras</i>			
Swart	32	71.97	18.85
Bruin	15	75.87	19.03
Wit	170	86.01	17.03
<i>Ouderdom</i>			
25–29	25	78.84	15.35
30–34	35	81.37	14.89
35–39	32	78.22	19.59
40–44	31	84.42	17.67
45–49	34	82.27	18.93
50–54	34	86.36	20.19
55+	26	91.96	17.63
<i>Geloofsgroepering</i>			
Evangelies Christen	171	83.64	17.70
Nie-Evangelies	23	77.78	17.77
Nie-Christen	9	70.11	17.10
Ongelowig	14	95.79	18.23
<i>Spesialiteitsrigting</i>			
Algemene praktisyns	105	78.61	17.83
Ander spesialiste	53	88.11	16.21
Chirurge	59	87.10	18.65
<i>Aantal jare in praktyk</i>			
1–5	51	80.57	15.37
6–10	38	78	19.08
11–15	36	84.72	19.74
16–20	31	84.52	19.61
21–25	34	82.94	16.61
26+	27	92.59	17.36

Volgens Tabel 4.3 is daar 'n redelike verskil tussen die manlike en vroulike respondente se EAS-tellings. Die tabel toon dat die gemiddelde telling van die groep manlike respondente hoër is as die gemiddelde telling van vroulike respondente. Die vroulike respondente se gemiddelde EAS-telling is ook bo die gemiddeld van die skaal (75) en hulle is dan ook positief gesind teenoor genadedood.

Dit is ook duidelik uit Tabel 4.3 dat ouer respondente (dit wil sê 55+ jaar) 'n hoër gemiddelde telling behaal het en dus meer positief teenoor genadedood is as jonger respondente. Al die ouderdomsgroepe se gemiddelde EAS-telling is bo die gemiddeld van die skaal, wat beteken dat hulle positief gesind is teenoor genadedood.

Die rasse-groepe het verskillende gemiddelde EAS-tellings behaal soos gesien kan word in Tabel 4.3. Die wit groep het die hoogste gemiddelde EAS-telling van 86.01 behaal, die bruin groep 75.87 en die swart groep se gemiddelde EAS-telling was 71.97. Dan kan gesê word dat die wit rasse-groep die mees positiewe gesindheid teenoor genadedood het en die swart rasse-groep weer die grootste afkeur daarin het. Die swart rasse-groep is dan ook die enigste groep wat 'n gemiddelde EAS-telling laer as die gemiddeld van 75 verkry het en is dus negatief gesind teenoor genadedood.

Geloof is ook getoets as 'n invloed op die medici se houdings teenoor genadedood. Die Evangeliese Christen groep (Gereformeerde kerk, Nederduitse Gereformeerde kerk, ensovoorts) is sonder twyfel die grootste enkele geloofsgroep en het 78.8% van die totale ondersoeksgroep uitgemaak soos uit Tabel 4.3 gesien kan word. Omdat daar so baie geloofsgroepe was wat baie min respondente aangehang het, is besluit om die geloofsgroepe te verminder. Die gelowe is deur 'n teoloog gegroepeer volgens die eerste kolom in Tabel 4.3. Soos in Tabel 4.3 duidelik is, is die ongelowige groep (byvoorbeeld agnostici en ateïste) die sterkste pro-genadedood en het die hoogste gemiddelde telling op die EAS-skaal verkry. Die nie-Christen groep (byvoorbeeld Moslems en Hindoes) is die sterkste gekant teen genadedood en het die laagste gemiddelde EAS-telling van al die geloofsgroepe. Dit is ook

die enigste geloofsgroep wat 'n gemiddeld laer as die gemiddeld van die meetinstrument behaal het en hierdie groep is dus gekant teen genadedood.

Alhoewel amper die helfte van die respondente algemene praktisyns (46.1%) was, het die respondente uit 'n wye verskeidenheid spesialiteitsrigtings gekom, soos in Tabel 4.3. gesien kan word. Omdat daar so 'n groot verskeidenheid spesialiteite genoem is, waarvan heelwat slegs klein hoeveelhede gehad het, is 'n dosent van die Universiteit se Fakulteit Gesondheidswetenskappe – wat nie aan die studie deelgeneem het nie – genader om die verskillende spesialiteite te groepeer vir verdere ontledings. Daar kan dan ook uit Tabel 4.3. gemerk word dat die groep “ander spesialiste” (onder andere interniste en onkoloë) die hoogste gemiddelde EAS-telling (88.11) behaal het, wat aandui dat hierdie groep die positiefste houding teenoor genadedood koester. Daarteenoor het algemene praktisyns die laagste gemiddelde EAS-telling van 78.61 behaal. Hierdie telling is egter steeds hoër as die gemiddeld van die EAS-skaal wat 75 is. Dit dui daarop dat die algemene praktisyns ook 'n positiewe houding teenoor genadedood koester, alhoewel die telling laer is as medici van ander spesialiteitsrigtings se tellings.

Dit is by aantal jare wat die medici in praktyk is, soos by die ouderdomsverspreiding in Tabel 4.3, duidelik dat ouer medici of medici wat al 'n groter aantal jare praktiseer meer positief is teenoor genadedood, omdat hulle 'n hoër gemiddelde EAS-telling verkry het as jonger medici of medici wat vir minder jare in die praktyk staan. Al die groepe is egter positief gesind teenoor genadedood aangesien hulle hoër tellings verkry het as die meetinstrument se gemiddeld van 75.

4.2.2. Die invloed van geslag, rassegroep, ouderdom, spesialiteitsrigting, aantal jare in praktyk en geloof op medici se houdings teenoor genadedood.

'n Groot aantal onafhanklike veranderlikes is in hierdie studie ondersoek. Alhoewel hierdie veranderlikes afsonderlik ondersoek kon word, sou elke

addisionele toets die Tipe-I foutkoers onnodiglik verhoog. Daarteenoor sou die verskillende vlakke van die onderskeie veranderlikes meebring dat die ondersoekgroep buitensporig groot sou moes wees om al die veranderlikes tegelyk in 'n enkele faktoriale variansie-ontleding te toets. Die ideaal sou wees om veranderlikes wat mekaar beïnvloed in die bepaling van houding teenoor genadedood saam te toets. Daar is egter min aanduiding in die literatuur of sulke verbande bestaan al dan nie. Slegs enkele aanduidings kon gevind word: Hosking et al. (2000) het verskille in houdings teenoor genadedood gevind onder die invloed van geloof (Moslem of Christen) en ouderdom, maar hierdie verskille is nie statisties getoets nie en daar is dus nie vasgestel of daar 'n interaksie bestaan tussen ouderdom en geloof nie. Macdonald (1999) het met behulp van 'n strukturele model die interaksie tussen ras, geloof en enkele ander veranderlikes wat nie in hierdie studie betrek is nie (politieke konservatisme, sosio-ekonomiese status, ens.) getoets. Alhoewel die aard van sy model geloof as 'n modererende veranderlike tussen ras en houding teenoor genadedood sou stel, is die berekening daarvan nie gelykstaande aan die berekening van 'n interaksie tussen geloof en ras in 'n variansie-ontleding nie.

Daar is dus besluit op 'n aantal kleiner faktoriale variansie-ontledings om sodoende die Tipe-I foutkoers te minimaliseer en ook die moontlikheid van interaksies te ondersoek, nie in alle kontekste nie, maar slegs dié wat deur die navorser geïdentifiseer is (met die enkele bevindinge uit die literatuur soos hierbo aangedui, in ag geneem).

Die relatiewe ongelyke verspreiding van die ander veranderlikes volgens ouderdom het meebring dat die interaksie tussen ouderdom en al die ander veranderlikes nie bereken kon word nie. Dus is ouderdom as 'n enkele veranderlike getoets. Die resultate vir ouderdom toon egter in elk geval aan dat, alhoewel 'n duidelike toename in goedkeuring van genadedood gesien kan word soos wat ouderdom toeneem (Tabel 4.3), was hierdie verskille nie statisties beduidend nie, soos in Tabel 4.4 gesien kan word. In die betrokke studie word beduidendheid ook op die 1% peil ($p < .01$) aangedui. Verskille op

die 5% peil ($p < .05$) word vir die doeleindes van hierdie ondersoek as nie-beduidend beskou.

Tabel 4.4. Eenrigting variansie-ontleding vir EAS met ouderdom

	Kwadraatsomme	vg	Kwadraatgemiddeldes	F	Bed.
Groep	3795.647	6	632.608	1.968	.072
Fout	67505.892	210	321.457		
Totaal	71301.539	216			

Vervolgens is die effek op houdings teenoor genadedood deur geslag en rassegroep getoets. Die resultate word in Tabel 4.5 aangetoon. Soos daar gesien kan word was geslag nie 'n beduidende aanduider van houding teenoor genadedood nie, terwyl rassegroep wel hoogs beduidend was. Daar was ook nie 'n beduidende interaksie tussen geslag en rassegroep nie.

Tabel 4.5 Faktoriale variansie-ontleding vir EAS met geslag en rassegroep

		Kwadrat-somme	vg	Kwadrat-gemiddeldes	F	Bed.
Hoofeffekte	Gekombineerd	3262.118	3	1087.373	3.669	.013
	Geslag	112.235	1	112.235	.379	.539
	Rassegroep	3259.970	2	1629.985	5.500	.005
Interaksies	Geslag * Rassegroep	1376.251	2	688.125	2.322	.101
Model		8764.625	5	1752.925	5.914	.000
Residueel		62536.915	211	296.383		
Totaal		71301.539	216	330.100		

Die effek van rassegroep op houding teenoor genadedood is verder getoets met behulp van 'n eenrigting variansie-ontleding en post hoc-Scheffé-toetse.

Soos Tabel 4.6 aandui, is die rassegroep van die respondente hoogs beduidend as aanduider van hul houding teenoor genadedood.

Tabel 4.6. Eenrigting variansie-ontleding vir EAS met rassegroep

	KS	vg	KG	F	Bed.
Groep	6186.861	2	3093.430	10.167	.000
Fout	65114.679	214	304.274		
Totaal	71301.539	216			

Soos in Tabel 4.7 aangedui, is die gemiddelde EAS-tellings die laagste vir die swart respondente, en die hoogste vir die wit respondente. Daar is egter met die post hoc-ontledings gevind dat slegs die verskil tussen die swart en wit respondente beduidend was en dat die ander verskille (tussen die bruin respondente, wat tussen-in die ander twee groepe geval het met hul gemiddelde EAS-tellings en die ander twee groepe) nie beduidend was nie.

Tabel 4.7. Beduidende Scheffé-toets-vergelykings vir eenrigting variansie-ontleding van EAS met rassegroep

			Beduidende verskille	
	N	Gemiddeld	Bruin	Wit
Swart	32	71.97		*
Bruin	15	75.87		
Wit	170	86.01		

Daar is ook gekyk na die invloed van beide geloof en spesialiteitsrigting op houding teenoor genadedood. Tabel 4.8. toon aan dat beide geloof en spesialiteitsrigting op die 5% peil beduidend was, alhoewel dit nie vir hierdie

studie in oorweging gebring word nie. Daar was ook nie 'n beduidende interaksie tussen hulle nie.

Tabel 4.8. Faktoriale variansie-ontleding vir EAS met geloof en spesialiteitsrigting

		Kwadraat-somme	vg	Kwadraat-gemiddeldes	F	Bed.
Hoofeffekte	Gekombineerd	5819.651	5	1163.930	3.842	.002
	Geloof	2492.185	3	830.728	2.742	.044
	Spesialiteitsrigting	2046.828	2	1023.414	3.379	.036
Interaksies	Geloof * Spesialiteitsrigting	1613.305	6	268.884	.888	.505
Model		9203.180	11	836.653	2.762	.002
Residueel		62098.360	205	302.919		
Totaal		71301.539	216	330.100		

Daar is vervolgens gepoog om met behulp van eenrigting variansie-ontledings vas te stel waar die verskille in houding teenoor genadedood gelê het vir beide geloof en spesialiteitsrigting.

Tabel 4.9 dui aan dat die geloofsgroeperings van die respondente hoogs beduidend was as aanduider van hul houding teenoor genadedood.

Tabel 4.9. Eenrigting variansie-ontleding vir EAS met geloofsgroepering

	Kwadraatsomme	vg	Kwadratgemiddeldes	F	Bed.
Groep	4466.860	3	1488.953	4.745	.003
Fout	66834.680	213	313.778		
Totaal	71301.539	216			

Soos in Tabel 4.10 gesien kan word, is die bevinding aangetref dat die ongelowige respondente (ateïste en agnostici) die grootste goedkeuring teenoor genadedood aangetoon het. Nie-Christene (Moslems en Hindoes) het die laagste goedkeuring teenoor genadedood gehad en nie-evangeliese Christene het 'n kleiner mate van goedkeuring vir genadedood getoon as evangeliese Christene, maar groter as nie-Christene. Daar was egter slegs twee beduidende verskille wat met behulp van post hoc-ontledings bevind is, naamlik die verskil tussen die ongelowiges en die nie-Christene en evangeliese Christene.

Tabel 4.10. Beduidende Scheffé-toets-vergelykings vir eenrigting variansie-ontleding van EAS met geloofsgroepering

			Beduidende verskille		
	N	Gemiddeld	Evangeliese Christen	Nie-Christen	Ongelowig
Evangeliese Christen	171	83.64			*
Nie-Evangeliese Christen	23	77.78			
Nie-Christen	9	70.11			*
Ongelowig	14	95.79			

Dit was verder duidelik (Tabel 4.11) dat daar beduidende verskille was tussen die spesialiteitsrigtings ten opsigte van hul houding teenoor genadedood.

Tabel 4.11. Eenrigting variansie-ontleding vir EAS met spesialiteitsrigtings

	Kwadraatsomme	vg	Kwadraatgemiddeldes	F	Bed.
Groep	4389.838	2	2194.919	7.020	.001
Fout	66911.701	214	312.672		
Totaal	71301.539	216			

Uit Tabel 4.12 kan gesien word dat die verskille tussen die algemene praktisyns en beide die ander spesialiste en die chirurge beduidend was, maar dat daar nie beduidende verskille was tussen die ander spesialiste en die chirurge nie. Verder was dit duidelik dat die algemene praktisyns 'n beduidend kleiner goedkeuring van genadedood het as die twee spesialisgroepe. Dus kan opsommend gesê word dat slegs die verskil tussen algemene praktisyns en die twee groepe spesialiste beduidend was.

Tabel 4.12. Beduidende Scheffé-toets-vergelykings vir eenrigting variansie-ontleding van EAS met spesialiteitsrigtings

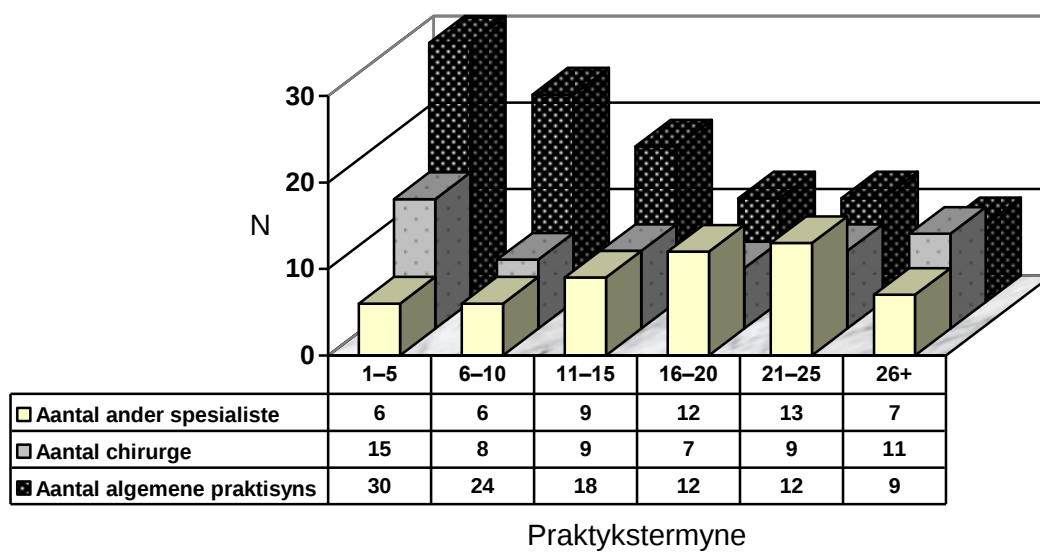
	N	Gemiddeld	Beduidende verskille	
			Ander spesialiste	Chirurge
Algemene praktisyns	105	78.61	*	*
Ander spesialiste	53	88.11		
Chirurge	59	87.10		

Laastens is die aantal jare wat die medici in die praktyk gestaan het, tesame met hulle spesialiteitsrigting, ook getoets. Soos in Tabel 4.13 gesien kan word, was die aantal jare in praktyk nie 'n beduidende aanduider van houding teenoor genadedood nie, maar was die interaksie tussen spesialiteitsrigting en jare in praktyk wel op die 5% peil beduidend. Verskille op die 5% peil word egter nie in ag geneem vir die betrokke ondersoek nie.

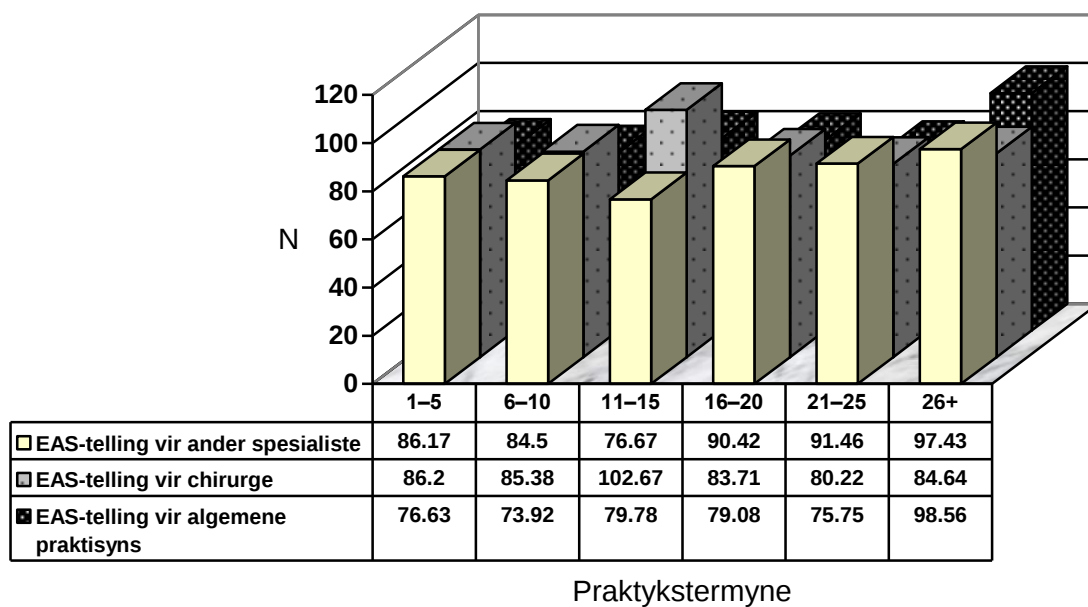
Tabel 4.13. Faktoriale variansie-ontleding vir EAS met spesialiteitsrigting en aantal jare in praktyk

		Kwadraat-somme	vg	Kwadraat-gemiddeldes	F	Bed.
Hoof Effekte	Gekombineerd	5537.152	7	791.022	2.729	.010
	Spesialiteitsrigting	2222.262	2	1111.131	3.834	.023
	Jare in Praktyk	2697.277	5	539.455	1.861	.103
Interaksies	Spesialiteitsrigting * Jare in Praktyk	6525.802	10	652.580	2.252	.016
Model		13628.240	17	801.661	2.766	.000
Residueel		57673.300	199	289.816		
Totaal		71301.539	216	330.100		

Om die interaksie tussen spesialiteitsrigting en jare in praktyk verder te ondersoek, is gekyk na die verband tussen hierdie twee veranderlikes. Soos daar gesien kan word in Figuur 4.3, was die neiging dat die meerderheid van die spesialiste (beide chirurgie en ander spesialiste) relatief langer in die praktyk was as die algemene praktisyns (wat moontlik is as gevolg van die hoeveelheid jare wat dit neem om te spesialiseer). Wanneer hierdie grafiek egter met Figuur 4.4 vergelyk word, kan daar duidelik gesien word dat die algemene patroon wat in Tabel 4.3 gemeld is, van die EAS-tellings vir die verskillende praktykstermyne, wel min of meer vir die algemene praktisyns geld (wat ook meer as driekwart van die ondersoekgroep uitgemaak het), maar dat daar, veral in die termyn 11 tot 15 jaar in die praktyk, verskille is vir die ander twee groepe. Vir die ander spesialiste was hierdie telling die laagste (waar hierdie telling vir die ondersoekgroep as geheel 'n middelmatige waarde in die verspreiding van EAS-tellings het) en vir die chirurgie was die telling weer die hoogste.



Figuur 4.3. Spesialiteitsrigting vergelyk met aantal jare in praktyk



Figuur 4.4. EAS-tellings vir spesialiteitsrigting vergelyk met aantal jare in praktyk

Om hierdie verskille verder te ondersoek is daar dus op die aparte praktykstermyne eenrigting variansie-ontledings uitgevoer vir die invloed van spesialiteitsrigting op genadedood, aangesien dit die enigste veranderlike is, wat in Tabel 4.13 as beduidende aanduiding van houding teenoor genadedood aangedui is. Uit Tabel 4.14 blyk dit dat slegs twee praktykstermyne beduidende verskille vir die spesialiteitsrigtings opgelewer het: die termyn van 11-15 jaar ($p < .01$) en 21-25 jaar ($p < .05$), alhoewel die laasgenoemde groep nie in ag geneem sal word nie, omdat dit slegs op die 5% peil beduidend is.

Tabel 4.14. Eenrigting variansie-ontleding vir EAS met spesialiteitsrigting vir groepe van jare in praktyk

Jare in Praktyk		Kwadraatsomme	vg	Kwadraatgemiddeldes	F	Bed.
1-5	Groep	1128.310	2	564.155	2.535	.090
	Fout	10684.200	48	222.587		
	Totaal	11812.510	50			
6-10	Groep	1088.792	2	544.396	1.538	.229
	Fout	12387.208	35	353.920		
	Totaal	13476.000	37			
11-15	Groep	3922.111	2	1961.056	6.664	.004
	Fout	9711.111	33	294.276		
	Totaal	13633.222	35			
16-20	Groep	776.480	2	388.240	1.011	.377
	Fout	10755.262	28	384.116		
	Totaal	11531.742	30			
21-25	Groep	1630.846	2	815.423	3.381	.047
	Fout	7477.036	31	241.195		
	Totaal	9107.882	33			
26+	Groep	1180.037	2	590.018	2.127	.141
	Fout	6658.482	24	277.437		
	Totaal	7838.519	26			

Vervolgens is daar gekyk na die verskille tussen die spesialiteitsrigtings vir hierdie twee praktykstermyne met behulp van 'n post hoc-Scheffé-toets. Tabel 4.15 dui aan dat in die praktykstermyne 11-15 jaar, die chirurge beduidend verskil het van die ander twee groepe en 'n heelwat hoër goedkeuring teenoor genadedood getoon het. Die beduidendheidswaarde vir die praktykstermyne 21-25 jaar was net onder die 5%-peil en dit het geblyk in die post hoc-ontledings dat geeneen van die verskille beduidend was nie.

Tabel 4.15. Beduidende Scheffé-toets-vergelykings vir eenrigting variansie-ontleding van EAS met spesialiteitsrigting: 11-15 jare in praktyk

	N	Gemiddeld	Beduidende verskille	
			Ander spesialiste	Chirurge
Algemene praktisyns	9	79.78		*
Ander spesialiste	18	76.67		*
Chirurge	9	102.67		

4.2.3. Betroubaarheid

Die betroubaarheid van die EAS is ook getoets en 'n Cronbach alpha-koëffisiënt van .95 is verkry, wat dieselfde betroubaarheidswaarde is wat Ramabele (2004) verkry het.

4.3. Kwalitatiewe navorsing

Soos reeds genoem, is daar ruimte by die EAS-skaal gelaat om inligting in te win rakende medici se gewilligheid om genadedood toe te pas, asook die omstandighede waaronder hulle sal oorweeg om genadedood toe te pas al dan nie (sien Bylaag D). Nie al die respondente het hierdie vraag voltooi nie. Die medici wat die vraag voltooi het se response word in Bylaag F weergegee.

4.3.1. Resultate van kwalitatiewe navorsing

Altesaam 157 respondente het die laaste, oop vraag van die vraelys voltooi. Van hierdie respondente het 68 (43,3%) gemeld dat hulle net passiewe vorms van genadedood sal toepas. Sommige van hulle het gesê dat hulle reeds passiewe genadedood toepas, aangesien dit 'n wettige opsie in Suid-Afrika is. Die medici het gemeld dat hulle byvoorbeeld reeds antibiotika weerhou by terminale siek pasiënte; behandeling weerhou by pasiënte met geen prognose; lewensonderhoudende behandeling weerhou; sterk pynverliggende medikasie toedien aan terminale siek pasiënte en lewende testamente eerbiedig. Van die groep het 35 (22,2%) respondente gesê dat hulle geen vorms van genadedood sal oorweeg of toepas nie en hulle motivering daarvoor was onder andere hul Christelike en ander geloofsoortuigings, dat dit nie eties is nie en dat palliatiewe sorg liever toegepas moet word op terminale siek pasiënte. Nog 48 (30,5%) medici het gemeld dat hulle wel aktiewe genadedood sal oorweeg en toepas. Sommige van hulle het egter gesê dat dit eers gewettig moet word in Suid-Afrika voor hulle dit sal oorweeg. Die meerderheid van hulle het gesê dat hulle genadedood sal toepas op terminale siek pasiënte wat in erge pyn en lyding verkeer en waar die pasiënt nie meer lewenskwaliteit het nie. Ander medici het weer gesê dat hulle genadedood sal toepas op pasiënte wat onder andere ernstige breinskade opgedoen het, of kongenitale geboorte-defekte het. Die oorblywende 6 respondente (3,8%) het ander antwoorde verskaf op die vraag, soos byvoorbeeld dat genadedood 'n moreel-etiese ekonomiese dilemma is, wat Jesus sal doen, dat 'n breindood pasiënt reeds dood is en dat pyn nie 'n rede is om genadedood toe te pas op 'n pasiënt nie.

Uit hierdie response kan dus gemerk word dat die meerderheid (43,3%) van die respondente (wat die oop vraag beantwoord het) net passiewe vorms van genadedood toepas of sal toepas. Die aantal medici wat aktiewe genadedood sal toepas (30,5%) is groter as die aantal respondente wat geen vorms van genadedood sal oorweeg nie (22,2%). Dit kan 'n aanduiding wees dat 'n hele aantal medici in Suid-Afrika wel aktiewe genadedood sal toepas indien dit gewettig sou word.

HOOFSTUK 5

BESPREKING VAN RESULTATE EN GEVOLGTREKKINGS

5.1. Inleiding

In 3.2.1 is gepostuleer dat medici se houdings teenoor genadedood sal verskil van mekaar ten opsigte van ras, geslag, ouderdom, spesialiteitsrigting, aantal praktiserende jare en geloof. Die bevindings het die volgende aan die lig gebring:

5.2. Ras

Een van die belangrikste bevindings van die betrokke studie is dat daar beduidende verskille tussen medici van verskillende rasse se houdings teenoor genadedood bestaan. Swart medici keur genadedood af of het 'n negatiewe houding teenoor genadedood, terwyl wit medici genadedood goedkeur en in 'n meer positiewe lig sien. Alhoewel die bruin respondente minder positief teenoor genadedood is as wit respondente en meer positief daarteenoor is as swart respondente, was daar geen beduidende verskille tussen wit en bruin medici se houdings of tussen swart en bruin medici se houdings nie. Die hipotese wat in 3.2 oor ras gestel is, kan dus aanvaar word.

Hierdie verskil tussen swart en wit medici se houdings teenoor genadedood kan moontlik veroorsaak word deur die feit dat wit medici meer verwesters is deur kontak met Europese en Amerikaanse medici, teenoor swart medici wat moontlik nie soveel in kontak is met Europese en Amerikaanse medici nie, omdat die swart medici in hierdie studie meestal in die gebiede rondom die groot stede praktiseer. Hierdie verskil kan ook moontlik wees as gevolg van swart medici se geloofsoortuigings. Macdonald (1999) het bevind dat die verskille tussen swart en wit persone se houdings teenoor genadedood verklaar kan word deur swart persone se geloof dat die lewe aan God behoort en dat swart persone ook vrees om vir ander die mag te gee om hulle lewens

te beëindig. Hy sê dat dit die rede is waarom swart persone negatief is teenoor genadedood (Macdonald, 1999).

Hierdie bevinding stem ook ooreen met die resultate van ander ondersoeke wat in die literatuuroorsig bespreek is. 'n Opname wat in Suid-Afrika gemaak is, het bevind dat daar beduidende verskille tussen die verskillende rassegroepe se houdings teenoor genadedood voorkom en veral dat wit respondente meer ten gunste van genadedood is as swart respondente ("Most in SA", 2005). Ramabele (2004) het ook bevind dat wit respondente meer positief teenoor genadedood is as bruin respondente en dat swart respondente negatief teenoor genadedood gesind is.

Verskeie ander oorsese navorsers het ook vasgestel dat daar beduidende verskille bestaan tussen medici vanuit verskillende rassegroepe se houdings teenoor genadedood (Clark et al., 2001; Macdonald, 1999; Miccinesi et al., 2005). Die mees uitstaande rasseverskil by die meeste van die ondersoeke is die verskil tussen die swart en wit groepe se houdings teenoor genadedood.

5.3. Spesialiteitsrigting

Hierdie ondersoek het ook bevind dat daar hoogs beduidende verskille bestaan tussen die medici vanuit verskillende spesialiteitsrigtings se houdings teenoor genadedood. Daar was beduidende verskille tussen die algemene praktisyns se houdings en beide die chirurge en ander spesialiste se houdings teenoor genadedood. Daar het egter nie beduidende verskille voorgekom tussen die chirurge en ander spesialiste se houdings teenoor genadedood nie. Daar kan ook gemeld word dat die algemene praktisyns in 'n geringer mate ten gunste van genadedood is as die chirurge en ander spesialiste. Die hipotese wat in 3.2 hieroor gestel is, kan dus aanvaar word.

Die resultate wat deur ander navorsers verkry is, toon ook dat daar verskille bestaan tussen medici vanuit verskillende spesialiteitsrigtings se houdings teenoor genadedood. Verskeie navorsers soos Bachman et al. (1996), Førde et al. (1997), Grassi et al. (1999), Miccinesi et al. (2005) en Peretti-Watel et al.

(2004) het gesê dat medici wat meer gereeld met terminale siek en bejaarde pasiënte werk, meer gekant is teen genadedood as medici wat nie gereeld met hierdie pasiënte kontak het nie. Dickinson et al. (2002) het bevind dat medici wat in intensiewe eenhede werk (intensiviste) 'n meer positiewe gesindheid teenoor alle vorms van genadedood het as ander medici, soos geriaters.

Daar was in die betrokke ondersoek geen beduidende verskille tussen die twee spesialisgroepe se houdings teenoor genadedood gevind nie. Daar kan ook gesê word dat die resultate nie ooreenstem met die literatuur wat bespreek is nie, aangesien spesialiste en chirurgie meer gereeld met terminale siek pasiënte werk en steeds 'n groter goedkeuring van genadedood in die betrokke studie toon, as die algemene praktisyns in die ondersoek wat minder met terminale siek pasiënte werk.

5.4. Geloof

Die derde belangrike bevinding van die ondersoek is dat geloof 'n hoogs beduidende veranderlike ten opsigte van medici se houdings teenoor genadedood is. Daar is bevind dat die ongelowige groep respondente (ateïste en agnostici) 'n baie positiewe houding teenoor genadedood het. Nie-Christene (Moslem- en Hindoe-groepe) toon weer die grootste afkeur teenoor genadedood. Die nie-evangeliese groep Christene het 'n geringer aanvaarding van genadedood getoon as die evangeliese Christene, maar aanvaar genadedood meer as die nie-Christene. Die verskille wat beduidend was, is die verskille tussen die ongelowiges en die nie-Christene en evangeliese Christene. Die hipotese wat in 3.2 gestel is oor geloof kan dus aanvaar word.

Volgens Hosking et al. (2000) bestaan daar wel duidelike verskille tussen respondente van verskillende gelowe se houdings teenoor genadedood. Hierdie studie stem ooreen met die betrokke ondersoek en meld dat daar beduidende verskille tussen Christene en Moslems se houdings teenoor genadedood bestaan.

Die resultate verskil egter van Ganga (1994) se standpunt dat Hindoe-medici positief is teenoor genadedood en wil hê dat genadedood in Suid-Afrika gewettig moet word. Die nie-Christen groep (wat Hindoes insluit) in die betrokke studie is die meeste gekant teenoor genadedood van al die groepe medici.

Bachman et al. (1996), Essinger (2003), Miccinesi et al. (2005) en Wenger en Carmel (2004) se resultate stem ooreen met die resultate wat verkry is in die betrokke ondersoek en behels dat gelowige medici minder ondersteunend is vir genadedood as ongelowige medici.

5.5. Interaksies tussen veranderlikes

Daar is in die betrokke studie ook ondersoek ingestel na interaksies tussen die veranderlikes of veranderlikes wat mekaar beïnvloed in die bepaling van houding teenoor genadedood. Dit word hieronder bespreek.

5.5.1. Spesialiteitsrigting en aantal jare in praktyk

Die enigste interaksie tussen veranderlikes wat 'n beduidende resultaat opgelewer het, was dié tussen spesialiteitsrigting en die aantal jare in die praktyk op houdings teenoor genadedood. Die gekombineerde effek van hierdie twee veranderlikes op houding teenoor genadedood, was beduidend. Daar is bevind dat daar in die praktiseringstermyn van 11-15 jaar beduidende verskille was tussen die chirurge en die twee ander spesialiteitsrigtings. Die chirurge in hierdie praktiseringstermyn is beduidend meer ten gunste van genadedood as die ander twee groepe in hierdie betrokke praktiseringstermyn. Die kwalitatiewe navorsing of die chirurge se response op die oop vraag aan die einde van die EAS-vraelys, ondersteun hierdie resultaat. Daar het 50% van die chirurge gemeld dat hulle aktiewe genadedood op terminale siek pasiënte sal toepas, indien dit gewettig sou word in Suid-Afrika. Die ander 33,3% het gesê dat hulle passiewe genadedood sal toepas en 16,6% was gekant teen enige vorm van genadedood. Die meerderheid van hulle is dus baie positief gesind teenoor

genadedood. Daar kon geen bewyse in die literatuur gevind word van 'n soortgelyke interaksie, of meer spesifiek chirurgie in die praktiseringstermyn van 11-15 jaar nie. Giannini et al. (2003) het wel bevind dat medici wat al langer as 10 jaar praktiseer, meer geneig is om passiewe genadedood te ondersteun en toe te pas, maar hierdie bevinding het geen interaksie tussen spesialiteitsrigting en 'n praktiseringstermyn van langer as 10 jaar gemeld nie. Hierdie verskil kan nie deur ander resultate in die betrokke ondersoek verklaar word nie en sal moontlik beter deur toekomstige ondersoeke toegelig kan word.

Daar is ook 'n aantal veranderlikes wat geen beduidende invloed op medici se houdings teenoor genadedood uitgeoefen het nie. Daar word vervolgens kortliks na hulle verwys.

5.6. Geslag

Die ondersoek het getoon dat manlike en vroulike medici se houdings teenoor genadedood nie beduidend van mekaar verskil nie. Dit beteken dat die hipotese wat vir geslag gestel is, verwerp kan word.

Die resultate van hierdie ondersoek stem ooreen met die literatuur wat bespreek is. Suid-Afrikaanse navorsers soos Ramabele (2004) en 'n telefoniese opname wat gemaak is ("Most in SA", 2005) het bevind dat daar nie statisties beduidende verskille tussen manlike en vroulike respondente se houdings teenoor genadedood is nie. Talle oorsese navorsers het ook bevind dat daar nie beduidende verskille tussen die twee geslagte se houdings bestaan nie (Bachman et al., 1996; Dickenson et al., 2002; Førde et al., 1997; Leman, 2006).

Die enigste navorsers wat teenstrydige resultate gekry het, is Essinger (2003) en Miccinesi et al. (2005). Hierdie navorsers het gemeld dat daar wel sekere aspekte van genadedood is, waaroor manlike en vroulike medici verskil.

5.7. Ouderdom

In die huidige studie is bevind dat medici meer positief teenoor genadedood voel namate hul ouderdom toeneem, maar hierdie verskille is nie statisties beduidend nie. Die hipotese wat in 3.2 gestel is moet dus verwerp word.

Die ondersoeke wat in die literatuur bespreek is, het uiteenlopende resultate gelewer rakende houdings teenoor genadedood en ouderdom. Nortjé (2001) en Rurup et al. (2005) het gemeld dat ouer respondente 'n groter aanvaarding van genadedood toon as jonger respondente. Bachman et al. (1996) en Miccinesi et al. (2005) het weer in teenstelling hiermee bevind dat ouer respondente meer negatiewe houdings koester teenoor genadedood as jonger respondente. Volgens Essinger (2003) se ondersoek was ouderdom nie 'n bepalende faktor in houdings teenoor genadedood nie.

5.8. Aantal jare in die praktyk

Daar is in die ondersoek ook bevind dat groter praktyk-ervaring 'n positiewer houding teenoor genadedood tot gevolg het, maar dit is nie statisties beduidend nie. Die resultate was ook nie duidelik genoeg om aan te dui of die groter aanvaarding van genadedood te wyte is aan ouderdom, aantal jare in die praktyk, 'n kombinasie van die twee of 'n derde veranderlike wat nie getoets is nie. Die hipotese wat gestel is rakende die aantal jare in die praktyk (3.2.) moet dus verwerp word.

Volgens Førde et al. (1997) is medici wat al tussen 16 en 25 jaar lank praktiseer, meer negatief teenoor genadedood as hulle kollegas wat vir korter tydperke praktiseer. Hierdie resultaat is dan teenstrydig met die resultate wat in die betrokke studie verkry is.

Giannini et al. (2003) het weer bevind dat medici wat al vir langer as 10 jaar praktiseer meer positief is teenoor passiewe genadedood en meer geneig is om dit toe te pas as medici wat vir korter tydperke praktiseer. Die resultate

wat in die betrokke studie verkry is, is egter nie statisties beduidend nie en kan dus nie met die genoemde oorsese studies vergelyk word nie.

Slotopmerking

Die resultate wat bevind is in die studie, verskaf inligting rondom medici se houdings teenoor genadedood. Dit is volgens Breckler et al. (2006), hulle evaluasie van 'n teiken, wat in hierdie studie genadedood is. Houdings word ook gesien as die kategorisering van 'n stimulus in 'n evaluerende dimensie wat gebaseer is op affektiewe, gedrags- en kognitiewe inligting (Taylor et al., 2003). Dit sal beteken dat medici genadedood in 'n evaluerende dimensie kategoriseer, op grond van die emosies, optredes en inligting wat hulle aan genadedood koppel.

As daar gekyk word na wyses waarop medici hierdie houdings verwerf het volgens Taylor et al. (2003), kan gesê word dat hulle dit aangeleer het, dat hulle nie inkonsekwentheid, dissonansie of 'n wanbalans ervaar ten opsigte van hierdie houdings nie of dat hulle die voordele en nadele van genadedood oorweeg het en die beste opsie aanvaar het.

Volgens Miccinesi et al. (2005), sal hierdie houdings van die medici teenoor genadedood in 'n mate konsekwent wees met hulle gedrag ten opsigte van genadedood. Veral wanneer hierdie houdings oor kenmerke soos sterkte, stabiliteit, toeganklikheid, relevansie tot hulle gedrag en ooreenstemmende situasionele druk beskik (Taylor et al., 2003), sal medici se gedrag ten opsigte van genadedood meer akkuraat voorspel kan word.

5.9. Gevolgtrekkings

Die doel van hierdie studie was om ondersoek in te stel na medici se houdings teenoor genadedood. Sekere onafhanklike veranderlikes soos ras, geslag, ouderdom, spesialiteitsrigting, aantal praktiserende jare en geloof is ook ondersoek om te bepaal of dit 'n invloed op die medici se houdings teenoor genadedood uitoefen. Daar is ook gekyk of daar interaksies tussen

hierdie onafhanklike veranderlikes, wat 'n invloed uitoefen op medici se houdings teenoor genadedood, voorkom.

Die belangrikste bevindings van hierdie ondersoek was dat daar beduidende verskille tussen medici se houdings teenoor genadedood voorkom wat betref hulle rassegroep, spesialiteitsrigting en geloof. Hierdie veranderlikes word as belangrike veranderlikes van die medici se houdings teenoor genadedood beskou. Die swart medici het 'n negatiewe houding teenoor genadedood getoon, terwyl die wit medici 'n positiewe houding teenoor genadedood getoon het. Hierdie resultate word ook bevestig in die literatuuroorsig, waar gesien is dat verskeie ander studies ooreenstemmende resultate verkry het (Clark et al., 2001; Macdonald, 1999; "Most in SA", 2005; Ramabele, 2004). Daar is in die ander ondersoeke wat genoem is, ook bevind dat swart persone negatiewe houdings teenoor genadedood het en dat wit persone positiewe houdings daarteenoor het. Hierdie bevinding kan moontlik verteenwoordigend wees van die Suid-Afrikaanse bevolking, aangesien ander Suid-Afrikaanse navorsers ("Most in SA, 2005; Ramabele, 2004) dieselfde bevindings verkry het.

Daar is ook bevind dat spesialiteitsrigting 'n belangrike veranderlike is wanneer medici se houdings teenoor genadedood ondersoek word en dat spesialiste en chirurge meer positief gesind teenoor genadedood is as die algemene praktisyns. Daar is in die literatuuroorsig gemeld dat sterk houdings deur direkte ervaring met die houdingsobjek gevorm word (Taylor et al., 2003). In hierdie studie kan dus aangeneem word dat direkte ervaring met sterwende pasiënte, sterk houdings teenoor genadedood vorm. Dit kan moontlik 'n rede wees waarom die chirurge en spesialiste sterk positiewe houdings teenoor genadedood het. Die studies wat in die literatuuroorsig genoem is (Førde et al., 1997; Grassi et al., 1999; Miccinesi et al., 2005) het egter gevind dat medici wat meer direkte ervaring met sterwende pasiënte het, sterk negatiewe houdings teenoor genadedood koester. Dit stem nie ooreen met die betrokke studie se bevindings nie en hierdie houdingsverskille tussen die betrokke ondersoek en die ondersoeke wat in die literatuur bespreek is, kan moontlik verklaar word deur die tipe ervarings wat die medici

met sterwende pasiënte het, aangesien die mediese konteks is Suid-Afrika volgens die SARK (1998) en Nortjé (2001) grootliks verskil van die konteks waarin die (oorsese) studies uitgevoer is.

‘n Verdere belangrike bevinding was dat die studie getoon het dat geloof ‘n sterk aanduiding gee van hoe medici oor genadedood voel. Die nie-Christen groep is die sterkste teen genadedood gekant terwyl die ongelowige groep meer positief gesind daarteenoor is. Hierdie bevinding word ondersteun deur ‘n aantal ander ondersoeke wat ook bevind het dat ongelowige persone goedgesind is teenoor genadedood, terwyl gelowige persone gekant is teen genadedood (Bachman et al., 1996; Essinger, 2003; Hosking et al., 2000; Miccinesi et al., 2005; “Most in SA”, 2005; Wenger & Carmel, 2004). Dit kan moontlik ‘n aanduiding wees dat hierdie bevinding aanduidend kan wees van die Suid-Afrikaanse bevolking, aangesien al die genoemde ondersoeke dieselfde bevindings verkry het ten opsigte van geloof en houdings teenoor genadedood.

Laastens is die bevinding gemaak dat chirurge wat tussen 11 en 15 jaar lank praktiseer ‘n beduidend groter goedkeuring teenoor genadedood het as die ander spesialiste en algemene praktisyns in dieselfde praktiseringstermyn. In die kwalitatiewe navorsing is ook gesien dat 83,3% van die chirurge in hierdie praktiseringstermyn genoem het dat hulle genadedood sal toepas indien dit gewettig word in Suid-Afrika, of dat hulle dit alreeds toepas in die vorm van passiewe genadedood. Dit ondersteun die bevindings wat verkry is ten opsigte van die chirurge in hierdie praktiseringstermyn se houdings teenoor genadedood. Daar is egter geen soortgelyke interaksies in die literatuuroorsig gesien nie.

Aangesien hierdie veranderlikes medici se houdings teenoor genadedood sterk beïnvloed, kan daar in ‘n mate voorspel word wat medici se houdings teenoor genadedood sal wees. Veral die belangrike veranderlikes van rassegroep en geloof, wat bevestig is deur ander ondersoeke wat in die literatuur bepreek is, kan moontlik medici se houdings en hulle gedrag ten opsigte van genadedood voorspel.

Die feit dat medici elke dag betrokke is by sterwende pasiënte en die taak op hulle geneem het om hierdie pasiënte – wat daagliks intense pyn en lyding beleef – te help na die beste van hul vermoë, plaas hulle in die kern van die genadedood-debat. Elke groep en elke individu het sy/haar eie sienings van wat moreel en eties korrek is in die konteks van genadedood. Jackson (2007) rapporteer dat daar in ‘n onlangse Suid-Afrikaanse peiling bevind is dat Suid-Afrikaners dit moeilik vind om genadedood te aanvaar, maar ‘n groter aanvaarding toon vir genadedood as vir homoseksualiteit. Dit kan ‘n teken wees dat die Suid-Afrikaanse bevolking gereed is om die wettiging van genadedood te aanvaar, aangesien homoseksualiteit alreeds wyd in Suid-Afrika aanvaar word. Die groot vraag is egter of die medici wat hierdie moreel-betwisbare daad moet uitvoer, werklik seker is daarvan dat dit die regte ding is om te doen.

5.10. Tekortkominge

- Die eerste tekortkoming van die studie was probleme wat met die vraelys ondervind is. Die vraelys het, in sommige items, na “breindood” pasiënte verwys asof dit lewendige pasiënte is op wie genadedood toegepas kan word. Die meeste van die medici wat deelgeneem het aan die ondersoek, het egter die navorser bewus gemaak daarvan dat ‘n pasiënt wat breindood is, reeds dood is en genadedood kan nie op so ‘n “pasiënt” toegepas word nie.
- Die vraelys is ook nie gestandaardiseer vir die Suid-Afrikaanse populasie nie. Dit kan moontlik die resultate van die ondersoek se geldigheid en betroubaarheid beïnvloed.
- Aangesien die ondersoeksgroep net medici in sekere gebiede van die Vrystaat ingesluit het, kan die resultate nie as verteenwoordigend van die land se medici beskou word nie.

- 'n Verdere tekortkoming van die ondersoek is dat verskille binne die verskillende rasse-groepe nie ondersoek is nie. Vanweë die swak responskoers moes kategorieë saamgevoeg word, wat fynere onderskeidings in die wêreld gelyk het.

5.11. Aanbevelings

- Om die tekortkominge van hierdie studie in toekomstige ondersoeke te kan aanspreek, word daar eerstens aanbeveel dat die vraelys hersien word.
- Daar word verder aanbeveel dat toekomstige ondersoeke groter, meer verteenwoordigende ondersoeksgroepe betrek. Dit behoort medici vanuit al die provinsies in Suid-Afrika in te sluit.
- Toekomstige ondersoeke moet verskille binne rasse-groepe ook ondersoek. Dit sluit byvoorbeeld verskille tussen Sotho-, Zulu- en Xhosa-sprekende persone in.

OPSOMMING

Die doel van die studie was om medici vanuit verskillende rassegroepe se houdings teenoor genadedood te ondersoek. Genadedood word al vanaf antieke tye uitgevoer en gedebatteer en is tans wettig in lande soos Nederland, België, Switserland en die staat Oregon in die VSA (Cohen, 2007, Leman, 2006; Nkwinika, 2006).

Genadedood word gesien as 'n pynlose dood wat kunsmatig bewerkstellig word uit meegevoel vir 'n lyer aan 'n ongeneeslike siekte (Odendal & Gouws, 2000). Daar word ook onderskei tussen aktiewe, passiewe, vrywillige en nie-vrywillige genadedood (Biggs, 2001). Voorstanders van genadedood gebruik argumente soos die kwaliteit van die lewe, die beginsel van selfbeskikking, mediese argumente en genade-argumente, terwyl die teenstanders argumente soos die verkuiwingsargument, minagting vir die heiligheid van mense se lewens, die bedreiging van individuele outonomie en vele ander argumente gebruik (APA, 2006; Battin, 1995; Nortjé, 2001). Sekere faktore wat medici se houdings teenoor genadedood beïnvloed, is geïdentifiseer, naamlik rassegroep, geslag, ouderdom, spesialiteitsrigting, aantal jare in die praktyk en geloof (Giannini, Pessina & Tacchi, 2003; Miccinesi et al., 2005). Hierdie veranderlikes is ook in die betrokke studie ondersoek.

Daar het 217 respondente deelgeneem aan die ondersoek. Hierdie respondente is medici in en om die groot stede in die Vrystaat-provinsie. Die meetinstrumente wat gebruik is, was 'n biografiese vraelys en die "Euthanasia Attitude Scale" wat deur Holloway et al. (1995) ontwikkel is. Beskrywende statistiek, faktoriale variansie-ontledings, eenrigting variansie-ontledings en post hoc-Scheffé-toetse is gebruik om die resultate mee te verwerk.

Die resultate het getoon dat daar beduidende verskille ($p < .01$) voorkom ten opsigte van medici se rassegroep, spesialiteitsrigting en geloof. Daar is ook ondersoek ingestel na die interaksie tussen spesialiteitsrigting en aantal jare in die praktyk en beduidende verskille ($p < .01$) is ook hier aangetref.

Die belangrikste bevindings van die ondersoek was eerstens dat medici oor die algemeen ten gunste van genadedood is. Daar is ook bevind rassegroep 'n sterk determinant van medici se houdings teenoor genadedood is en dat die swart rassegroep die sterkste aanduiding is van 'n negatiewe houding teenoor genadedood, terwyl die wit rassegroep weer 'n sterk determinant is van 'n positiewe houding teenoor genadedood. Verder is daar bevind dat spesialiteitsrigting 'n sterk bepalende faktor ten opsigte van genadedood is en dat die spesialiste en chirurge beduidend meer positief is teenoor genadedood as die algemene praktisyns. Daar is ook bevind dat geloof 'n belangrike veranderlike van houding teenoor genadedood is en dat die ongelowige groep die positiefste teenoor genadedood is, teenoor die nie-Christen groep wat die negatiefste teenoor genadedood is. Daar is laastens bevind dat chirurge in die 11 – 15 jaar praktykstermyn, 'n beduidend groter aanvaarding toon van genadedood as die ander medici in dieselfde praktykstermyn.

Die studie kon egter nie aantoon dat daar beduidende verskille voorkom ten opsigte van geslag, ouderdom en aantal jare in die praktyk, by medici se houdings teenoor genadedood nie.

SUMMARY

The purpose of this study was to investigate medical practitioners from different racial groups' attitudes towards euthanasia. Euthanasia has been performed and debated since ancient times and it is currently legal in countries like the Netherlands, Belgium, Switzerland and the state Oregon in the USA (Cohen, 2007; Leman, 2006; Nkwinika, 2006).

Euthanasia is seen as a painless death, artificially induced because of sympathy for a sufferer of an incurable disease (Odendal & Gouws, 2000). Distinctions can be made between active, passive, voluntary and non-voluntary euthanasia (Biggs, 2001). Advocates of euthanasia use arguments like the quality of life, the principle of self-determination, medical arguments and mercy arguments. Opponents of euthanasia advocate arguments like the slippery-slope argument, disregard for the sanctity of human life, threats to individual autonomy and many more (APA, 2006; Battin, 1995; Nortjé, 2001). Certain factors that influence medical practitioners' attitudes towards euthanasia have been identified, namely race, gender, age, speciality, number of years in practice and religion (Giannini, Pessina & Tacchi, 2003; Miccinesi et al., 2005). These variables were investigated in the study.

There were 217 respondents who participated in this investigation. They were medical practitioners in and around the large cities in the Free State province. The measuring instruments used were a biographical questionnaire and the Euthanasia Attitude Scale developed by Holloway et al. (1995). Descriptive statistics, factorial analysis of variance, one-way analysis of variance and post hoc Scheffé tests were used to analyse the results.

The results showed significant differences ($p < .01$) between medical practitioners' attitudes toward euthanasia according to race, speciality and religion. The interaction between speciality and the number of years in practice also showed significant differences ($p < .01$).

The most important findings of this investigation were firstly, that overall, medical practitioners are in favour of euthanasia. Secondly, race was found to be a strong determinant of medical practitioners' attitudes toward euthanasia. Black race is the strongest indicator of a negative attitude towards euthanasia and white race is a strong indicator of a positive attitude towards euthanasia. Thirdly, speciality was found to be a strong determinant of attitudes toward euthanasia. The groups of specialists and surgeons were significantly more positive toward euthanasia than the general practitioner-group. Another important finding was that religion is a strong determinant of medical practitioners' attitudes towards euthanasia. The atheist group was the most positive towards euthanasia and the non-Christian group held the most negative attitudes toward euthanasia. Finally there was found that surgeons in the 11 – 15 years practice term, accepted euthanasia significantly more than the other medical practitioner groups in this practice term.

The investigation failed to prove that variables of gender, age and the number of years in practice influence medical practitioners' attitudes toward euthanasia significantly.

Key terms:

Euthanasia, Physician assisted suicide, Active euthanasia, Passive euthanasia, Voluntary euthanasia, Non-voluntary euthanasia, Physicians'/ Medical Practitioners' attitudes towards euthanasia, Legal aspects of euthanasia, Palliative care, End-of-life decisions.

BRONNELYS

American Psychological Association. (2006). *Report from: APA working group on assisted suicide and end-of-life decisions*. Herwin 14 Julie, 2006 van <http://www.apa.org/pi/aseol/section1.html>

Arguments against euthanasia. (2006). Herwin 14 Junie, 2006 van <http://www.euthanasia.com/argumentsagainsteuthanasia.html>

Assisted suicide & death with dignity: Past, present & future. (2005). Herwin 12 November, 2007 van http://www.internationaltaskforce.org/rpt2005_3.htm#243

Babbie, E., & Mouton, J. (met Payze, C., Vorster, J., Boshoff, N., & Prozesky, H.). (2001). *The practice of social research*. Kaapstad: Oxford University Press.

Bachman, J. G., Alcser, K. H., Doukas, D. J., Lichtenstein, R. L., Corning, A. D., & Brody, H. (1996). Attitudes of Michigan physicians and the public toward legalizing physician-assisted suicide and voluntary euthanasia. *The New England Journal of Medicine*, 334(5), 303-309.

Battin, M. P. (1995). *Ethical issues in suicide*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Behnke, J. A., & Bok, S. (1975). *The dilemmas of euthanasia*. New York: Anchor press.

Benghiat, L. (2006, Februarie 3). Genadedood wen ál meer veld. *Vrouekeur*, pp 12-13.

Biggs, H. (2001). *Euthanasia, death with dignity and the law*. Portland OR: Hart publishing.

- Breckler, S. J., Olson, J. M., & Wiggins, E. C. (2006). *Social psychology alive*. Belmont: Thomson Wadsworth.
- Brislin, R. W. (1970). Back translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-cultural Research*, 1, 185-216.
- Chong, A. M., & Fok, S. (2005). Attitudes toward euthanasia in Hong Kong – A comparison between physicians and the general public. *Death Studies*, 29, 29-54.
- Clark, D., Dickinson, G., Lancaster, C. J., Noble, T. W., Ahmedai, S. H., & Philp, I. (2001). UK geriatricians' attitudes to active voluntary euthanasia and physician-assisted death. *Age and Ageing*, 30, 395-398.
- Cohen, D. (2007). *Netherlands legalise euthanasia*. Herwin 26 Junie, 2007 van http://student.bmj.com/back_issues/0502/news/138a.html
- Death with dignity*. (2006). Herwin op 29 Junie, 2006 van <http://www.cartablanca.co.za/display/Display.asp?Id=3106>
- De Villiers, M., Smuts, J., & Eksteen, L. C. (1981). *Nasionale woordeboek* (5de uitg.). Johannesburg : Nasou Beperk.
- Dickenson, G. E., Lancaster, C. J., Clark, D., Ahmedzai, S. H., & Noble, W. (2002). U.K. physicians' attitudes toward active voluntary euthanasia and physician-assisted suicide. *Death Studies*, 26, 479-490.
- Doukas, D. J., Gorenflo, D. W., & Supanich, B. (1999). Primary care physician attitudes and values toward end-of-life care and physician-assisted death. *Ethics & Behavior*, 9(3), 219-230.
- Douma, J. (1996). *The ten commandments: Manual for the Christian life*. Phillipsburg NJ : P & R Publishing Company.

Emanuel, E. J. (1994). The history of euthanasia debates in the United States and Britain. *Annals of Internal Medicine*, 121(10), 793-802.

European council for fatwa and research. (2005, Maart 22). *Euthanasia*. Herwin op 1 September, 2006 van http://www.islamonline.net/servlet/Satellite?pagename=IslamOnline-English-Ask_

Essinger, D. (2003). Attitudes of Tennessee physicians toward euthanasia and assisted death. *Southern Medical Journal*, 96(5), 427-435.

Euthanasia and suicide in Islam. (2004). Herwin 12 November, 2007 van <http://www.bbc.co.uk/religion/religions/islam/islamethics/euthanasia.shtml>

Euthanasia – the Christian view. (2004). Herwin 12 November, 2007 van http://www.bbc.co.uk/religion/religions/christianity/christianethics/euthanasia_1.shtml

Euthanasia – the Roman Catholic view. (2004). Herwin 12 November, 2007 van http://www.bbc.co.uk/religion/religions/christianity/christianethics/euthanasia_1.shtml

Euthanasia website material. (2001, November). Herwin 14 Junie, 2006 van <http://www.spuc.org.uk>

Even where it's legal, laws vary widely. (2005, November 22). Herwin 12 November, 2007 van http://www.usatoday.com/news/world/2005-11-22-euthanasia-laws_x.htm

Førde, R., Aasland, O. G., & Falkum, E. (1997). The ethics of euthanasia - Attitudes and practice among Norwegian physicians. *Social Science & Medicine*, 45(6), 887-892.

- Ganga, R. D. (1994). *Hindu views on euthanasia, suicide and abortion in the Durban area*. Ongepubliseerde doktorale tesis, Universiteit van Suid-Afrika, Pretoria, Gauteng, Suid-Afrika.
- Giannini, A., Pessina, A., & Tacchi, E. A. (2003). End-of-life decisions in intensive care units : Attitudes of physicians in an Italian urban setting. *Intensive Care Medicine*, 29(11), 1902-1910.
- Gill, R. (Red.). (1998). *Euthanasia and the churches*. London : Cassel.
- Grassi, L., Magnani, K., & Ercolani, M. (1999). Attitudes toward euthanasia and physician-assisted suicide among Italian primary care physicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(3), 188-196.
- Hinduism – euthanasia and suicide*. (2004). Herwin op 12 November, 2007 van <http://www.bbc.co.uk/religion/religions/hinduism/hinduethics/euthanasia.shtml>
- History of euthanasia*. (2006). Herwin 14 Junie, 2006 van <http://www.euthanasia.com/historyeuthanasia.html>
- History of euthanasia and physician assisted suicide*. (2007). Herwin 12 November, 2007 van <http://www.euthanasiaprocon.org/timeline.htm>
- Holloway, H. D., Hayslip, B., Murdock, M. E., Maloy, R., Servaty, H. L., Henard, K., et al. (1995). Measuring attitudes toward euthanasia. *Omega*, 30 (1),53-65.
- Hosking, M., Whiting, G., Brathwate, C., Fox, P., Boshoff, A., & Robbins, L. (2000). Cultural attitudes towards death and dying : A South African perspective. *Palliative Medicine*, 14, 437-439.
- Huysamen, G. K. (1983). *Beskrywende statistiek vir die sosiale wetenskappe* (2de uitg.). Pretoria: Academica.

Huysamen, G. K. (1993). *Metodologie vir die sosiale en gedragwetenskappe*. Halfweghuis: Southern Boekuitgewers.

International perspectives on euthanasia and assisted suicide. (2007). Herwin op 12 November, 2007 van <http://www.euthanasiaprocon.org/internationalperspectives.htm#top>

Jackson, N. (2007, Augustus 28). SA mans laat vuiste praat. *Die Volksblad*, pp. 1.

Keown, J. (2002). *Euthanasia, ethics and public policy : An argument against legalisation*. Cambridge : Cambridge university press.

Lategan, L. O. K. (1991). *Genadedood óf dood sonder genade?* Bloemfontein : VCHO.

Leman, R. (Red.). (2006, Maart 9). *Eighth annual report on Oregon's death with dignity act*. Herwin 14 Junie, 2006 van <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/index.shtml>

Leonard-Taitz, J. (1992). Euthanasia, the right to die and the law in South Africa. *Medicine and Law*, 11, 597-610.

Louw, D. A., Van Ede, D. M., & Louw, A. E. (1998). *Menslike ontwikkeling* (3de uitg.). Kaapstad : Kagiso Tersiêr.

Macdonald, W. L. (1999). The difference between blacks' and whites' attitudes toward voluntary euthanasia. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(3), 411-426.

Many doctors in SA favour mercy killing. (2001). Herwin 31 Januarie, 2006, van <http://www.dispatch.co.za/2001/05/17/southafrica/CADOCTOR.HTM>

- Miccinesi, G., Fischer, S., Paci, E., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Cartwright, C., Van der Heide, A., et al. (2005). Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: A comparison between seven countries. *Social Science & Medicine*, 60(9), 1961-1974.
- Most in SA okay passive euthanasia.* (2005, Augustus 29). Herwin 31 Januarie, 2006, van <http://www.iafrica.com/pls/cms/iac.page?>
- Newfield, P. (2006). *Euthanasia, physician assisted suicide and the dying patient: Medical status.* Herwin 14 Junie 2006 van: <http://www.jewishvirtuallibrary.org/jsource/Judaism/euth1.html>
- Nkwinika, K. T. (2006). *Attitudes of university students towards euthanasia.* Ongepubliseerde Magisterverhandeling, Universiteit van KwaZulu-Natal, Pietermaritzburg, Suid-Afrika.
- Nortjé, N. (2001). *Older adult's views on euthanasia.* Ongepubliseerde Magister verhandeling, Universiteit van Stellenbosch, Stellenbosch, Wes-Kaap, Suid-Afrika.
- Odendal, F.F., & Gouws, R.H. (2000). *Verklarende handwoordeboek van die Afrikaanse taal.* Midrand: Perskor Uitgewers.
- Ost, S. (2003). *An analytical study of the legal, moral, and ethical aspects of the living phenomenon of euthanasia.* Lewiston : The Edwin Mellen Press.
- Peretti-Watel, P., Bendiane, M. K., & Moatti, J. P. (2004). Attitudes toward palliative care, conceptions of euthanasia and opinions about its legalization among French physicians. *Social Science & Medicine*, 60, 1781-1793.

Physician Assisted Suicide (PAS) Outside the U.S., Canada, Holland and UK. (2007, Junie 8). Herwin op 12 November van http://www.religioustolerance.org/euth_wld.htm

Pojman, L. P. 2000. *Life and death : Grappling with the moral dilemmas of our time* (2de Uitg). Belmont: Wadsworth publishing company.

Quill, T. E. 1993. *Death and dignity : Making choices and taking charge*. New York: W.W. Norton & Company.

Ramabele, T. (2004). *Attitudes of the elderly towards euthanasia: A cross-cultural study*. Ongepubliseerde magisterverhandeling, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein, Suid-Afrika.

Rietjens, J. A. C., Van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Van der Maas, P. J., & Van der Wal, G. (2005). A comparison of attitudes towards end-of-life decisions : Survey among the Dutch general public and physicians. *Social Science & Medicine* 61, 1723-1732.

Rossouw, M. (2006, Januarie 26). Dokter se selfmoord was glo 'genadedood'. *Die Volksblad*, pp. 11.

Rurup, M. L., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Van der Wal, G., Van der Heide, A., & Van der Maas, P. J. (2005). A "suicide pill" for older people : Attitudes of physicians, the general population, and relatives of patients who died after euthanasia or physician-assisted suicide in the Netherlands. *Death Studies*, 29, 519-534.

Russel, O. R. (1975). *Freedom to die: Moral and legal aspects of euthanasia*. New York: Dell Publishing Company.

Should euthanasia be legalised? (2007). Herwin op 12 November, 2007 van <http://www.euthanasiaprocon.org/top10.html>

Singer, P. (1993). *Taking life: Humans*. Herwin op 14 Julie, 2006 van <http://www.utilitarian.net/singer/by/1993----.htm>

Snyman, C. R. (2006). *Strafreg* (5de uitg.). Durban: LexisNexis Butterworths.

South African Law Commission. (1998). *Report on euthanasia and the artificial preservation of life* (Discussion paper 71, Project 86). Pretoria: South African Law Commission.

South African Law Commission. (6 Julie, 2007). *Investigations included in the commission's programme since its establishment*. Herwin op 12 November, 2007 van <http://www.doj.gov.za/salrc/docs>

SPSS inc. (1990). *SPSS® reference guide* [SPSS for Unix]. Chicago : SPSS inc.

Strauss, D. F. M. (1990). *Die mens en sy wêreld*. Bloemfontein: Tekskor BK.

Strauss, S. A. (1984). *Doctor, patient and the law: A selection of practical issues* (2de uitg.). Pretoria: J L van Schaik.

Strauss, S. A. (1987). *Regshandboek vir verpleegkundiges en gesondheidspersoneel* (4de uitg.). Kaapstad: Die King Edward VII Trust.

Taylor, S. E., Peplau, L. A., & Sears, D. O. (2003). *Social psychology* (11de uitg.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Prentice Hall.

Testimony of Cardinal Bernard Law on assisted suicide. (1997). Herwin 14 Julie, 2006 van <http://www.usccb.org/prolife/issues/euthanas/test97.htm>

Uhlmann, M. M. (Red.). (1998). *Last rights: Assisted suicide and euthanasia debated*. Grand Rapids, MI: Wm. B. Eerdmans Publishing Company.

- Van der Weyden, M. B. (1997). Deaths, dying and the euthanasia debate in Australia. *The Medical Journal of Australia*, 166, 173-177.
- Warren, M.A. (1997). *Issues in biomedical ethics: Moral status: Obligations to persons and other living things*. Oxford: Oxford University Press.
- Wenger, N. S., & Carmel, S. (2004). Physicians' religiosity and end-of life care attitudes and behaviors. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 71(5), 335-343.
- Wise, J. (2001). *Netherlands, first country to legalize euthanasia*. (Bulletin of the World Health Organisation, 79(6)). Herwin 26 Junie, 2007 van http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid
- Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G. R., & Olson, J. M. (2000). *Social psychology*. Belmont : Wadsworth Thomson Learning.

BYLAAG A. Inligting- en toestemmingsbrief vir hospitale

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT
UNIVERSITY OF THE FREE STATE
YUNIVESITHI YA FREISTATA

Fakulteit Geesteswetenskappe / Faculty of the Humanities
Departement Sielkunde / Department of Psychology



Posbus 39052
Langenhovenpark
Bloemfontein
9330

15 Junie 2006

AAN WIE DIT MAG AANGAAN

Ek is 'n Meestersgraad-student aan die Universiteit van die Vrystaat. Ek is tans besig om 'n studie te onderneem aangaande medici se houdings teenoor genadedood. Hiermee vra ek u toestemming om vraelyste af te neem op die medici wat aan die hospitaal verbonde is. Die vraelyste sal vrywillig en anoniem deur die medici voltooi word. Daar word beoog om die vraelyste gedurende die laaste week van Julie 2006 aan die medici beskikbaar te stel.

U hulp rakende die saak word opreg waardeer.

15 June 2006

TO WHOM IT MAY CONCERN

I am a Masters degree student at the University of the Free State. I am currently busy conducting a study concerning physicians' attitudes towards euthanasia. I hereby request permission to administer questionnaires to the physicians who are on the staff of the hospital. The questionnaires will be administered to the physicians on a voluntary basis and will be completed anonymously. My aim is to present the questionnaires to the physicians during the last week of July 2006.

Your assistance concerning this matter will be thoroughly appreciated.

Professor A. le Roux

Christa Boshoff

BYLAAG B. Inligtingsvorm vir medici

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT
UNIVERSITY OF THE FREE STATE
YUNIVESITHI YA FREISTATA

Fakulteit Geesteswetenskappe / Faculty of the Humanities
Departement Sielkunde / Department of Psychology



Geagte Respondent

Ek is 'n Meestersgraad-student aan die Universiteit van die Vrystaat. Ek is tans besig om 'n studie te onderneem aangaande medici se houdings teenoor genadedood.

Ek sal dit hoog op prys stel indien u my sal help met die studie. Die vraelyste sal anoniem voltooi word. Ek sal ook aan u terugvoer verskaf aangaande die finale resultate van die studie. Ek waardeer u deelname opreg.

Baie dankie vir u samewerking!

Professor A. le Roux

Christa Boshoff

Dear Respondent

I am a Masters degree student at the University of the Free State. I am currently busy conducting a study concerning physicians' attitudes towards euthanasia.

I would appreciate it greatly if you would help me with this study. The questionnaires will be completed anonymously. I will also provide feedback of the final results of the study. I appreciate your participation.

Thank you for your co-operation!

Professor A. le Roux

Christa Boshoff

BYLAAG C. Toestemmingsbrief vir medici

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT
UNIVERSITY OF THE FREE STATE
YUNIVESITHI YA FREISTATA

Fakulteit Geesteswetenskappe / Faculty of the Humanities
Departement Sielkunde / Department of Psychology



Hiermee verklaar ek _____, dat ek ten volle ingelig is oor die vraelys wat ek sal voltooi en die implikasies van die studie verstaan. Ek gee hiermee toestemming dat die betrokke vraelys op my afgeneem mag word vir die uitsluitlike doel van navorsing.

Handtekening

I _____, hereby declare, that I am fully informed about the questionnaires which I will complete and I understand the implications of the study. I thus give my permission that the questionnaire may be administered to me for the exclusive purpose of research.

Signature

BYLAAG D. Euthanasia Attitude Scale (EAS)

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT UNIVERSITY OF THE FREE STATE

Genadedood Houdingskaal

Die volgende vrae is saamgestel om die houdings van persone teenoor die praktyk van genadedood te meet. Ons definieër genadedood as 'n aksie wat daarop gemik is om lewe te beëindig, of die gebrek aan aksie wat die lewe van persone wat terminal siek of ernstig beseer is, kan verleng, met die doel om genade te betoon.

Lees elke stelling noukeurig, kies die **een** uit die vier kategorieë (waar 1 = stem beslis saam en 4 = stem beslis nie saam nie) wat u houding teenoor die stellinginhoud die beste verteenwoordig.

		Stem beslis saam	Stem saam	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	Kantoor gebruik
1.	Selfs al is die dood volgens 'n terminale siek pasiënt verkieslik bo die lewe, behoort geen aksie geneem te word om die pasiënt se dood teweeg te bring nie.	1	2	3	4	
2.	Ek glo dat dokters onder alle omstandighede moet poog om die lewens van hulle pasiënte te verleng, ongeag die omstandighede.	1	2	3	4	
3.	Daar is volgens my absoluut geen regverdiging vir die beëindiging van mense se lewens nie, selfs al is hulle terminaal siek.	1	2	3	4	
4.	Sommige pasiënte word slegs gemaklik gemaak (byvoorbeeld ontvang pynverliggende middels) en word toegelaat om in vrede te sterf sonder dat verdere lewensverlengende behandeling toegepas word. Hierdie praktyk behoort verbied te word.	1	2	3	4	
5.	Ek glo dit is meer menslik om iemand wat terminaal siek is en erge pyn verduur se lewe te neem as om toe te laat dat hy/sy ly.	4	3	2	1	
6.	'n Persoon wat 'breindood' is, behoort lewend gehou te word deur toepaslike mediese sorg.	1	2	3	4	
7.	Ek glo dat 'n persoon met 'n terminale en pynlike siekte die reg behoort te hê om lewensonderhoudende behandeling te weier.	4	3	2	1	

8.	Ek het geen kwade gevoelens teenoor 'n persoon wat die dood van 'n geliefde verhaas om hom/haar verdere ondraaglike fisiese pyn te spaar nie.	4	3	2	1	
9.	Ek glo daar behoort wettige kanale te wees waarvolgens 'n persoon magtiging kan gee vir sy/haar dood in geval van 'n ondraaglike siekte.	4	3	2	1	
10.	Ek kan my nie enige mediese omstandigheid voorstel waar die beëindiging van 'n lewe genadig sal wees nie.	1	2	3	4	
11.	Ek sou die besluit om aanvullende behandeling te verwerp ondersteun waar 'n sterwende persoon 'n tweede siekte opdoen wat verseker 'n vinnige en pynlose dood sal meebring.	4	3	2	1	
12.	Ek sou my ondersteuning gee aan 'n dokter se besluit om buitengewone pogings te verwerp waar 'n pasiënt in elk geval geen kans op oorlewing het nie.	4	3	2	1	
13.	Ek ondersteun die besluit om 'n terminaal siek persoon wat sterwend is en enkele ure oor het om te lewe 'slegs gemaklik te maak'.	4	3	2	1	
14.	Sou 'n situasie ontstaan waar ek 'n geliefde 'n stadige en pynlike dood moet sien sterf, sou ek sy/haar besluit om lewensonderhoudende medikasie te weier, ondersteun.	4	3	2	1	
15.	Vir my is dit 'n gebaar van genade om die lewensonderhoudende masjiene af te skakel van 'n lewende, maar breindood persoon.	4	3	2	1	
16.	As ek 'n stadige, pynlike dood moes sterf, sou ek die keuse wou hê om my eie lewe te beëindig op die vinnigste en maklikste manier moontlik.	4	3	2	1	
17.	Dit is wreed om intense lyding van 'n persoon wat terminal siek is en vra om te sterf, te laat voortsloer.	4	3	2	1	
18.	Geen persoon, insluitende professionele mediese personeel, behoort toegelaat te word om te besluit om 'n lydende persoon se lewe te beëindig nie.	1	2	3	4	
19.	Vir my is enige persoon wat 'n lydende, terminaal siek persoon help om dood te gaan, niks anders as 'n moordenaar nie.	1	2	3	4	
20.	'n Terminale siek persoon wat in baie pyn is, behoort die reg te hê om te besluit om sy/haar lewe op die maklikste manier moontlik te beëindig.	4	3	2	1	
21.	Sou 'n vriend wat erge pyn verduur en sterwend is, my smee om die dokters te oortuig om sy/haar lewe op 'n genadige manier te beëindig, sou ek hom/haar ignoreer.	1	2	3	4	
22.	Dit is oneties om 'n persoon te help om 'n ondraaglike, pynlike dood te vermy deur hom/haar met 'n dodelike dosis medikasie in te spuit.	1	2	3	4	

**UNIVERSITY OF THE FREE STATE
UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT**

Euthanasia Attitude Scale

The following items are designed to measure the attitudes of persons towards euthanasia. Euthanasia can be defined as acting to terminate or failing to act in such a way as to extend the life of persons who are terminally ill or injured, for reasons of mercy.

Read each statement carefully; select **one** of the four responses (where 1 = strongly agree and 4 = strongly disagree) that most closely represents your own attitude toward the statement's content by circling the appropriate number.

		Strongly agree	Agree	Disagree	Strongly disagree	Office use only
1.	Even if death is positively preferable to life in the judgement of a terminal patient, no action should be taken to induce the patient's death.	1	2	3	4	
2.	I believe that physicians should try to prolong the lives of their patients under any circumstances.	1	2	3	4	
3.	To me there is no justification for ending the lives of persons even though they are terminally ill.	1	2	3	4	
4.	Some patients receive 'comfort measures only' (for example, pain relieving drugs) and are allowed to die in peace without further life extending treatment. This practise should be prohibited.	1	2	3	4	
5.	I believe it is more humane to take the life of an individual who is terminally ill and in severe pain than allow him/her to suffer.	4	3	2	1	
6.	An individual who is 'brain dead' should be kept alive with proper medical care.	1	2	3	4	
7.	I believe that a person with a terminal and painful disease should have the right to refuse life-sustaining treatment.	4	3	2	1	
8.	I bear no ill feelings toward a person who hasten the death of a loved one to spare the loved one further unbearable pain.	4	3	2	1	
9.	I believe there should be legal avenues by which an individual could pre-authorise his/her own death in case intolerable illnesses arise.	4	3	2	1	
10.	I cannot envision any medical circumstance in which the termination of life would be merciful.	1	2	3	4	

11.	I would support the decision to reject additional treatments if a dying person contracts a secondary disease that is sure to bring about a quick and painless death.	4	3	2	1	
12.	I would support a doctor's decision to reject extraordinary measures if a patient has no chance of survival.	4	3	2	1	
13.	I support the decision to provide 'comfort measures only' if a terminally ill patient is dying and has but a few hours left to live.	4	3	2	1	
14.	Faced with the prospect of seeing a loved one suffer a slow and painful death, I would support his/her decision to refuse life-sustaining medical treatment.	4	3	2	1	
15.	To me, turning off the life-sustaining machines of a 'brain dead' person, is an act of mercy.	4	3	2	1	
16.	If I were facing a slow and painful death, I would like to have the right to choose to end my life in the fastest and easiest way possible.	4	3	2	1	
17.	It is cruel to prolong the intense suffering for someone who is terminally ill and desires to die.	4	3	2	1	
18.	No one, including medical professionals, should be allowed to decide when to end a suffering person's life.	1	2	3	4	
19.	To me, anyone who assists a suffering and terminally ill person to die is a murderer.	1	2	3	4	
20.	A terminally ill person who is in severe pain deserves the right to have his/her life ended in the easiest possible way.	4	3	2	1	
21.	If a friend of mine, dying and in severe pain, begged me to try to convince the doctors to end his/her life, I would ignore his/her plea.	1	2	3	4	
22.	The injection of a lethal dose of medication in order to prevent a person from dying a painful death is unethical.	1	2	3	4	
23.	No matter how much a person pleads for death to avoid unbearable pain, no one should assist that person in accomplishing his/her wish.	1	2	3	4	
24.	Inducing death out of mercy is acceptable.	4	3	2	1	
25.	Terminally ill patients who try to starve themselves to death to avoid unbearable pain should be forced intravenously.	1	2	3	4	
26.	I regard it as unethical to allow the termination of a human life when medical technology is able to preserve it.	1	2	3	4	
27.	I regard the termination of a person's life, even as an act of mercy, as unacceptable.	1	2	3	4	
28.	Assisting a person who faces a future life of unbearable pain to end his/her life, is murder.	1	2	3	4	

[illegible]

BYLAAG E. Biografiese vraelys**UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT****Biografiese vraelys****Omkring die letter langs die mees gepaste antwoord:**

1.	Geslag:	Manlik	1
		Vroulik	2
2.	Ouderdom:	25-29	1
		30-34	2
		35-39	3
		40-44	4
		45-49	5
		50-54	6
		55 +	7
3.	Etniese oorsprong:	Swart	1
		Bruin	2
		Wit	3
4.	Geloof:	Rooms-Katoliek	1
		Protestant	2
		Joods	3
		Moslem	4
		Boeddhis	5
		Afrika kerk (bv. Sionis)	6
		Ateïs	7
		Charismaties (bv.CRC)	8
		Ander (Spesifiseer :)	9
5.	Spesialiteitsrigting:	Algemene Praktisyn	1
		Internis	2
		Onkoloog	3
		Chirurg	4
		Narkotiseur	5
		Ginekoloog	6
		Neuroloog	7
		Ander (Spesifiseer:)	8
6.	Praktiserende jare	1-5	1
		6-10	2
		11-15	3
		16-20	4
		21-25	5
		26 +	6

UNIVERSITY OF THE FREE STATE

Biographical questionnaire

Circle the letter next to the most appropriate answer:

1.	Gender:	Male	1
		Female	2
2.	Age:	25-29	1
		30-34	2
		35-39	3
		40-44	4
		45-49	5
		50-54	6
		55 +	7
3.	Ethnic origin:	Black	1
		Brown	2
		White	3
4.	Religious Belief:	Roman Catholic	1
		Protestant	2
		Jewish	3
		Muslim	4
		Buddhist	5
		Africa church (eg. Zionism)	6
		Atheist	7
		Charismatic (eg.CRC)	8
		Other (Specify)	9
5.	Speciality:	General Practitioner	1
		Specialist Physician	2
		Oncologist	3
		Surgeon	4
		Anaesthetist	5
		Gynaecologist	6
		Neurologist	7
		Other (Specify)	8
6.	Practising years:	1-5	1
		6-10	2
		11-15	3
		16-20	4
		21-25	5
		26 +	6

BYLAAG F. Medici se response

Tabel F1. Medici se response op die oop vraag

Nr.	Kommentaar
1.	Terminaal siek, erge pyn, fisies ondraaglik, persoon verkies genadedood, net in oorleg met span kundiges.
2.	Moreel-etiese ekonomiese dilemma, aktiewe genadedood: skuld by die wat agterbly.
3.	Aktiewe genadedood is teen Bybel. Nie probleem om medikasie, soos antibiotika, te weerhou by terminale kanker pasiënt met lyding.
4.	Terminaal siek en ly, weerhou lewensondersteuning en gemaklik maak. Teen aktiewe genadedood.
5.	Insae van familie, Wat sal Jesus doen?
6.	Teen aktiewe genadedood, geen behandeling is aanvaarbaar, Ouderdom speel rol, pyn is nie 'n rede nie.
7.	As pasiënt en familie aandrang sal ek genadedood toepas.
8.	Geen regverdiging vir genadedood nie.
9.	Geen omstandighede, nie aktiewe genadedood nie, omdat dit onwettig is, maar het al behandeling weerhou (antibiotika) as geen prognose is en onder konsultasie/leiding.
10.	Breindood, terminal siek maar by volle bewussyn en dit vra, ondraaglike pyn.
11.	Aktiewe genadedood nooit, maar passiewe genadedood, ja.
12.	Aktiewe genadedood is oneties, onttrekking by terminale pasiënt, ja.
13.	Breindood, terminal siek en pyn, ja.
14.	God se besluit alleenlik.
15.	Meer as een dr betrokke by besluit.
16.	Terminaal siek, breindood, erge breinskade, paneel kundiges beoordeel elke geval.
17.	Versoek van pasiënt. Konsultasie tussen pasiënt, familie en 2-3 dr's.
18.	Krisis veral in ISE. Ja sal passiewe genadedood toepas.

19.	Nie aktiewe genadedood nie, passiewe genadedood in sekere gevalle, ja.
20.	Aktiewe genadedood is oneties en verkeerd, passiewe genadedood, ja, dr's en familie moet saam besluit om ingrepe te staak.
21.	Kwadroplegie bo C5 vlak, terminale kanker, ernstige kongenitale abnormaliteite, ernstige breinbeserings, ouderdomseksremiteite < 85jaar.
22.	Aktiewe genadedood moet nooit toegelaat word. Terminale pasiënt met ernstige pyn kan gemaklik gemaak word en met waardigheid sterf wanneer God wil.
23.	Aktiewe genadedood is totaal onaanvaarbaar. Passiewe genadedood is aanvaarbaar binne omstandighede, onthouding van lewensonderhoudende terapie, pasiënt gemaklik maak en pasiënt se wense eerbiedig.
24.	Terminale siekte en op pasiënt se versoek.
25.	Mag nie lewe neem nie, nie in ons hande nie.
26.	Breindood, terminaal met onderdrukte bewussyn, lewenswens is om nie aan lewe gehou te word nie.
27.	Versoek van pasiënt met 2 kollegas wat toestemming gee.
28.	Terminale siek pasiënt bv kanker/multi-orgaan versaking behoort natuurlik te sterf deur onttrekking/onthouding.
29.	Terminaal siek, breindood, geen kwaliteit lewe meer nie, Ondraaglike pyn by terminale siek pasiënte.
30.	Ja by terminale siek pasiënt wat baie ly en genadedood self versoek (as pasiënt by sy volle positiewe is). Sal egter nie self uitvoer nie.
31.	Elke persoon het reg om self te besluit. Dr kan ook weier en pasiënt verwys.
32.	NB! pasiënt moet keuse hê in ooreenkoms met familie s'n. Nooit die dr se keuse nie!!
33.	Aktiewe genadedood is nie aanvaarbaar vir Christene nie. Nie aktief lewe verleng en pasiënt laat ly nie, maar sal pasiënt se lyding versag binne geloofsoortuigings.

34.	Nooit aktiewe genadedood self toepas nie. Sal behandeling onttrek/weerhou in terminale pasiënt in konsultasie met pasiënt en familie en lewende testament. Sal dan pyn medikasie gee al verkort dit sy lewe.
35.	Geen.
36.	Geen, aktiewe genadedood is nie regverdigbaar nie. As prognose nul is, sal nie antibiotika gee as die pasiënt longontsteking kry nie.
37.	Terminale siek pasiënt, geen prognose, lyding, volledig ingelig, pasiënt en familie en dr's moet saam die besluit neem.
38.	Geen, net ventilasie staak by breindood-pasiënte. Geen mens mag ander se lewe eindig nie, maar elke persoon het die reg om sy eie lewe te neem in ekstreme gevalle en niemand mag aktief keer nie.
39.	Sal oorweeg om masjiene by breindood pasiënt af te skakel as familie en naaste dit verlang.
40.	Dr is geleer om lewens te red en nie te beëindig nie. As dr dit nie kan red nie moet hy die proses pynloos en gemaklik maak.
41.	Slegs onthouding van lewensonderhoudende behandeling.
42.	Geen, persoonlike godsdienstige oortuiging.
43.	Geen aktiewe genadedood, maar wel as dit die pasiënt se wens is, sal lewensonderhoudende behandeling weerhou.
44.	Geassisteerde genadedood is verkeerd. Pasiënt kan self besluit om behandeling te weier en self verantwoording doen. Elke geval moet op eie meriete oorweeg word.
45.	Slegs passiewe genadedood. Behandeling weerhou as pasiënt baie siek/sterwend is. Sal nie genadedood toepas op familie/geliefde se aandrang nie.
46.	Nie aktiewe genadedood nie. Doen wel : staak behandeling, sterk analgesika gebruik, kalmeermiddels, geen pasiënt kan sterf van honger/dors nie.
47.	Alle onomkeerbare terminale siek pasiënte.

48.	Terminale siek/ breindood pasiënt, as vooraf aangedui dat hy nie lewensonderhoudende behandeling wil hê nie. In gekontroleerde omstandighede toegepas. Passiewe genadedood word oral toegepas. Moet duidelike riglyne vir dr's wees. Geen dr moet gedwing word om hiervan deel te wees indien hy geloofsbesware het nie.
49.	Breindood pasiënt (is klaar dood).
50.	Geen persoon het die reg om ander se lewe aktief te beëindig nie. Passiewe genadedood, deur behandeling te staak en pynverligting te gee is aanvaarbaar. Pasiënt het 'n keuse om behandeling te weier, dit moet eerbiedig word. Breindood pasiënt is dood.
51.	Terminaal siek, sal nie aktiewe genadedood toepas nie, net pasiënt gemaklik en pynloos maak.
52.	Algemene mediese praktyk is "Tender Loving Care" / passiewe genadedood.
53.	Pasiënt waar behandeling nie 'n verskil maak nie, pasiënt kan besluit, sal sy/haar wens uitvoer.
54.	Slegs as wettig, pasiënt se keuse, pasiënt moet 'n helder verstand met besluitneming hê, terminaal siek, geen lewenskwaliteit.
55.	Nie oorweeg nie, lewe is in hande van God.
56.	Passiewe genadedood, ja, nie aktiewe genadedood. Gebruik sterk analgesika.
57.	Weerhou lewensondersteunende behandeling by terminale siek pasiënte, nie aktiewe genadedood by pediatrie nie.
58.	Nooit aktiewe genadedood nie, net God kan lewe neem. Terminale pasiënt het die reg om behandeling te weier. Breindood is dood.
59.	As pasiënt vra daarvoor, geen twyfel aan keuse het nie, in pyn is en sal sterf. As dit wettig is.
60.	Nie genadedood, glo aan palliatiewe sorg vir terminale pasiënte.
61.	Sal toepas as daar fisieke en geestelike lyding is, pasiënt is terminaal siek, as daar kunsmatige lewensonderhouding is.
62.	Mag nooit toegelaat word nie, lewe moet bewaar word.
63.	Nooit aktiewe genadedood, maar pasiënt kan behandeling weier.

64.	Passiewe genadedood, ja by terminale pasiënt, weerhou behandeling. Breindood is dood.
65.	Geen, lewe is God s'n. Wonderwerke gebeur.
66.	Geen, selfs term pasiënte lag en gaan aan met hulle lewens.
67.	Met pasiënt se toestemming, verbaal en skriftelik, verstandelik kompetent, ervaar geen pynverligting en organe gee in/ breindood.
68.	Elke situasie uniek, debatteerbaar.
69.	Geen genadedood, maar pasiënt kan sy eie lewe neem.
70.	Geen. Is onaanvaarbaar.
71.	Geen, maar daar is 'n verskil tussen genadedood en lewe onderhou met masjiene by terminale siek pasiënte.
72.	Terminale siek pasiënt, sal behandeling weerhou. Net pynbehandeling gee en pasiënt gemaklik hou.
73.	Geen aktiewe genadedood, maar weerhouding van behandeling is aanvaarbaar. Pyn is nie 'n rede vir genadedood nie.
74.	Nooit aktiewe genadedood nie, maar passiewe genadedood is toelaatbaar as pasiënt, familie en span dr's saamstem. Pyn is nie 'n rede vir genadedood nie.
75.	Aktiewe genadedood toedien is oneties. Laat pasiënt sterf, hou hom/haar gemaklik is eties. Pyn is nie 'n rede nie.
76.	Kwaliteit van terminale siek pasiënt se lewe is ondraaglik en voorbereiding vir dood is sinvol afgehandel.
77.	Geensins. Nie in ons hande nie.
78.	Geen. Aktiewe genadedood is onaanvaarbaar. Net palliatiewe sorg gee.
79.	Breindood ja.
80.	Alle pasiënte moet basiese sorg kry soos vog, suurstof en pynbehandeling. Terminale siek pasiënt kan behandeling weier.
81.	Geen, aktiewe genadedood is moreel onaanvaarbaar. Terminale pasiënt kan behandeling weier, net pasiënt gemaklik hou.
82.	Terminale pasiënt en erge pyn en lyding. Geen prognose.
83.	Geen aktiewe genadedood, maar sal nie dood vertraag by lydende pasiënt nie.

84.	Nooit aktiewe genadedood, by terminale pasiënt sal ek passiewe genadedood toepas as dit die pasiënt se wens is.
85.	Geen, pasiënt moet besluit.
86.	Geen, Christelike beginsels om nie lewe te neem nie.
87.	Pasiënt met geen prognose met erge pyn, wat dit versoek.
88.	Terminale pasiënt met swak prognose, niks vreugde, pyn, pasiënt se wense en besluit.
89.	Genadedood moet nooit wettig gemaak word nie.
90.	Breindood is dood.
91.	Aktiewe genadedood is oneties. Sal behandeling staak waar pasiënt kunsmatig aan die lewe gehou word. Pasiënt se wens, om geen behandeling te gee nie is aanvaarbaar.
92.	Passiewe genadedood alleen. Weerhou behandeling. Bevestigde breindood, skakel masjiene af. Aktiewe genadedood, nooit.
93.	Geen, dit is moord.
94.	Geen, God gee en neem lewe. Nie dr se reg/besluit nie.
95.	Pasiënt mag behandeling weier, by breindood pasiënte sal behandeling staak.
96.	Net terminale pasiënt gemaklik maak.
97.	Geen, natuur moet eie gang gaan, by breindood pasiënte sal ek nie masjiene afsit nie, eerder wag dat pasiënt self sterf.
98.	Nooit aktief toedien / assisteer nie. Onttrekking of weerhouding van behandeling is aanvaarbaar. Nooit kos weerhou nie, maar sal ventilator afskakel. Sal baie analgesika gee by terminale pasiënt. Lewende testament moet gerespekteer word en pasiënte in jehova se getuies-geloofsgroep.
99.	Onvolhoubare bewustelike lewe, terminale siek bewuste pasiënt, op aanvraag met spesifieke kriteria.
100.	Geen genadedood, dit is moord.
101.	Kanker, neuromuskulere siektes.
102.	Terminale siek pasiënt, breindood, pasiënt se wens en pasiënt is by sy volle positiewe en sy wens is redelik.

103.	Keuse van pasiënt. Terminale siek pasiënte moet besluit na berading.
104.	Nooit aktiewe genadedood, maar sal pasiënt gemaklik hou en nie behandel as die pasiënt dit so verkies soos in 'n lewende testament. Gee niks antibiotika by pneumonie nie. Slegs analgesika.
105.	Genadedood is nie menslik nie.
106.	Geen aktiewe genadedood nie. Dood is 'n natuurlike proses. Nie lewe kunsmatig verleng nie.
107.	Geen, dood is 'n natuurlike proses.
108.	Christen, sal nooit en is teen genadedood.
109.	Het nie die reg om lewe te termineer nie.
110.	Nooit, maar sal slegs 'n pasiënt gemaklik maak, sonder pyn. Sal nie lewe verleng soos 'n breindood pasiënt op 'n ventilator hou nie. Aktiewe genadedood is oneties. Sal pasiënt se wense respekteer as hy/sy behandeling weier. Dood is 'n natuurlike proses.
111.	Passiewe genadedood by terminale pasiënte is aanvaarbaar. Aktiewe genadedood is onaanvaarbaar.
112.	Geen hoop vir herstel en baie pyn.
113.	By breindood pasiënt, sal masjiene afsit. Aktiewe genadedood, nooit.
114.	Niemand het reg om aktief te help/genadedood toe te dien nie. Pasiënt het reg om behandeling te weier, sal dan net die pasiënt ondersteun.
115.	Breindood, terminale kanker, erge post-traumatische kwadroplegie of siekte. Prognose moet baie sleg wees. Alle ander behandeling moet eers probeer word.
116.	Geen, niemand mag lewe neem nie, dit is sonde. Net God mag besluit.
117.	Breindood, sal masjiene afsit.
118.	Geen. Moet lewe beskerm en verleng. Verbeter lewenskwaliteit van terminale pasiënt, maak hom/haar gemaklik en pyn-beheer is belangrik.
119.	Aktiewe genadedood is oneties. Passiewe genadedood is eties, vermy ekstreme mates om lewe te verleng by terminale pasiënt.

120.	Breindood pasiënt.
121.	Geen, moet lewe beskerm, dit is 'n etiese kode. Genadedood is moord en moet gestraf word.
122.	Geen prognose of kwaliteit lewe, serebrale funksies gestaak en in vegetatiewe staat, pyn en wens om te sterf, geen prognose weens kongenitale afwykings in kinders.
123.	Geen aktiewe genadedood, maar wel passiewe genadedood.
124.	Bejaard, bedlêend sonder lewenskwaliteit, komateus, is ten gunste van passiewe genadedood.
125.	Gereguleerde omstandighede waar pasiënt by sy volle positiewe is.
126.	Geen, genade is om lyding te verminder en nie die pasiënt dood te maak nie. Pasiënt kan behandeling weier en dit moet gerespekteer word.
127.	Terminale siek pasiënt met pyn en lyding. Daar moet egter streng regulasies wees.
128.	Nie aktiewe genadedood nie, sal nie terminale siek pasiënt behandel nie of behandeling weerhou.
129.	Nie aktiewe genadedood nie, as pasiënt afhanklik van masjiene is en nie lewenskwaliteit het nie, sal ek nie sy lewe verleng nie.
130.	Ja vir passiewe genadedood, maar nie vir aktiewe genadedood nie.
131.	Sterk gekant teen genadedood.
132.	Geen genadedood. Dood moet sy natuurlike gang gaan, moet net die pasiënt pynvry en gemaklik maak. God neem lewe.
133.	Elke mens het die reg om sy eie lewe te neem, dit is selfsugtig om ander te vra om te help. Dit is eties om masjiene af te sit as die pasiënt breindood is.
134.	Terminale siek pasiënt, ondraaglike pyn, pasiënt moeg en uitgeput, pasiënt het 'genoeg gehad'.
135.	Breindood pasiënt, terminale siek pasiënt, nie aktiewe genadedood nie, net weerhouding van behandeling en "Tender Loving Care".
136.	Nie aktiewe genadedood nie, respekteer pasiënt se besluit, pyn is nie 'n rede nie, maar sal nie lewe onnodig verleng nie.

137.	Pynlike terminale siekte en waar breinfunksie onderdruk word sodat geen besluite self meer geneem kan word nie.
138.	Pyn is nie 'n rede nie.
139.	Terminale kanker pasiënt met erge pyn, breindood pasiënt as sy familie dit versoek. Babas met erge kongenitale geboorte-defekte of erge breinskade.
140.	As die wet dit toelaat.
141.	Nooit dit is moord.
142.	Geen, is teen geassisteerde-selfmoord. Pasiënt kan self besluit om selfmoord te pleeg, maar moenie iemand anders betrek nie.
143.	Terminale siek pasiënt met erge pyn, sal medikasie vir pyn gee, al verhaas dit sy dood. As pasiënt ingelig is en dit is sy keuse, ja.
144.	Passiewe genadedood is aanvaarbaar. Aktiewe genadedood: al lyk dit na die genadigste oplossing, is dit 'n morele mynveld wat oop is vir ernstige misbruik.
145.	Slegs passiewe genadedood, onthouding van behandeling, maar nie as dit lyding vererger nie. Toediening van sterk analgesika al verkort dit lewe is aanvaarbaar. Afskakel van masjiene is ook aanvaarbaar. Toediening van oordosis narkotiese medikasie is onaanvaarbaar. Elke geval moet op eie meriete oorweeg word.
146.	Terminaal siek, geen prognose, op pasiënt se versoek.
147.	Weerhouding van lewensverlening vir geen herstel en versnelling van dood met pynverligting.
148.	Swak prognose t.o.v brein- of spinaalkoordbeserings.
149.	Net op aanhoudende versoek van pasiënt, sal dit nooit inisieer nie.
150.	Al kan die pasiënt nie meer enigsins gehelp word nie, sal ek nogsteeds nie genadedood toedien nie, a.g.v geloofsoortuigings. Sal nie met my gewete kan saamleef nie, lewe is in God se hande.
151.	Geen. Sal onvrugbare behandeling weier waar geen prognose is nie.
152.	1. Dit is moord. 2. By ongeneesbare terminale siekte. 3. As dit 'n pasiënt met geen kans van oorlewing se wens is.
153.	Net onthouding van lewensverlengende behandeling / medikasie is aanvaarbaar.

154.	Pasiënt moet by sy volle bewussyn wees en in staat om besluit te neem. Dood moet onvermydelik wees en pyn en lyding ondraaglik. Verkieslik moet die besluit geneem word voor die pyn begin.
155.	Net breindood of pasiënt wat breinfunksies verloor wat sy liggaam en sy lewensfunksies in stand hou.
156.	Geen, maar by 'n pasiënt met 'n terminale siekte wat kritiek is en nie reageer op mediese behandeling nie en sieker word, sal ek verdere aktiewe behandeling weerhou.
157.	Terminale siekte, erg fisies pyn, vrede om te sterf, sal ek orale opiaat pynverligting gee, maar pasiënt moet homself oordoseer. Ek sal dit nie self voorskryf nie.