

YARDIMLI ÖLÜM, ÖTENAZİ VE ERKEN ÖLÜM METODU OLARAK
İSTEMLİ YEMEYİ-İÇMEYİ KESMEKASSISTED DEATH, EUTHANASIA, AND AN EARLY DEATH METHOD OF
VOLUNTARY STOPPING OF EATING AND DRINKINGMustafa ÜNAL¹  Mustafa Yasin SELÇUK¹  Onur ÖZTÜRK^{2*} ¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Samsun, Türkiye²Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Amasya, Türkiye*Corresponding Author: Onur ÖZTÜRK  onur.ozturk@amasya.edu.tr**How to cite:** Ünal M, Selçuk MY, Öztürk O. Yardımlı Ölüm, Ötenazi ve Erken Ölüm Metodu Olarak İstemli Yemeyi-İçmeyi Kesmek. SMJ 2025; 3(2): 64-70.

Received : 09.03.2025

Accepted : 23.06.2025

Published: 30.08.2025

ÖZET

Yaşama anlamını yitiren, eski aktivitelerini yapamaz hâle gelen, kronik hastalığı olan, iyileşme umudu olmayan ve hafifletilemeyen ızdırabı olan kişiler arasında yaşamlarına son vermek isteyenler artmaktadır. Bu kişiler intihara yönelmekte, erken ölüm için yardım sağlayan sivil toplum kuruluşlarından destek almakta ya da legalse yardımlı ölüm için başvurmaktadır. Tıbbi yardım genellikle ölümcül ilaç kombinasyonlarıdır. Bazı kişiler istemli bir şekilde yemeyi içmeyi keserek dehidratasyonla ölmeyi tercih etmektedir. Bu şekilde ortalama iki haftada daha rahat ve planlı bir ölüm gerçekleştiği bildirilmektedir. Yeme-içmeyi keserek ölmenin kendine has biyolojik seyirleri ve bakım süreçleri vardır.

Anahtar Kelimeler: Ötenazi, ölüm, açlık

ABSTRACT

There is an increasing number of people who want to end their lives those who have lost the meaning of living, are unable to engage in previous activities, suffer from chronic illnesses with no hope of recovery, or experience unrelieved suffering. These individuals may attempt suicide, seek support from non-governmental organizations that assist with early death, or apply for medically assisted dying in countries where it is legal. Lethal drug combinations are often administered. Some individuals choose to voluntarily stop eating and drinking, leading to death by dehydration. It is reported that voluntary stopping of eating and drinking results in a more comfortable and planned death within approximately two weeks. This method involves its own biological and caregiving processes.

Keywords: Euthanasia, death, starvation

Giriş

Yaşlı nüfus, çoklu sağlık problemleri, dejeneratif hastalıklar ve kanserler arttıkça hayat kalitesi sınırlanan, dayanılmaz ağrıları, ızdırapları olan hastalar artmaktadır. Bazı insanlar başkalarına bağımlı hâle gelmeyi, zevk aldığı aktivitelere artık katılamaz olmayı kabul edememekte ve hayatın anlamsızlaştığını düşünebilmektedir. Depresyon, umutsuzluk, çaresizlik ve suçluluk duyguları intihar riskini artırmaktadır. Özellikle eş kaybından sonra yaşama arzusu kaybedilebilir. Yaşamını devam ettirmek istemeyen hastalar ölmek için yardım talep etmekte, yardımcı ölüm hizmeti verilen bir yerde yaşıyorlarsa bu hizmeti kullanmakta, yoksa hizmetin olduğu bölgelere gitmekte veya intihar etmektedir (1).

İntihar düşüncesi her zaman varlığını korumuş; dinî, sosyal ve legal tartışmalara neden olmuştur. Eski Yunan'da senatodan izin alınarak intihara izin veriliyordu. Katolik Kilisesi intiharı yasaklamış, cenazelerini de kiliseye almamıştır. İslam'da kendini öldürmek yasaklanmıştır. Din ve dindarlık intiharları önlemede önemli rol oynamaktadır. İslam ülkelerinde intihar daha düşüktür. Dünyada yılda 700 bin üzerinde

intihar olmaktadır. Yaşlı bireylerde intiharın en yaygın nedenleri arasında kronik hastalıklar (örneğin kardiyovasküler, nörolojik hastalıklar ve maligniteler) yer almaktadır (2-4).

Bilgi çağında olduğumuzdan, ölmek isteyen bir kişi bu konuda doğru veya yanlış, iyi veya kötü bilgiye ulaşacaktır (5). FEN (final exit network), NVVE (Nederland, ölme hakkı organizasyonu) ve ölme hakkı literatürü gibi sivil toplum girişimleri ölmek isteyen hastalar için detaylı ve grafiksel bilgiler sunmakta, daha insancıl ölüm için yardımcı olmaktadır. Örneğin nitrojen, helyum gibi inert bir gaz kullanıldığında karbondioksit yükselmediği (hiperkapni) için panik, boğulma hissi ve alarm yaşanmadan kanda oksijen düşerek (hipoksemi) karar verme yetisi bozulmakta, bir çeşit öfori yaşanmaktadır. Bilincin 5-10 saniyede kaybolduğu, 60 saniyede beyinde geri dönüşümsüz hasar oluştuğu varsayılmaktadır (6).

Yardımlı ölüm (YÖ) ölmek isteyen hastaya sağlık sisteminin yardımcı olmasıdır. Bunun için genelde ölümcül ilaç karışımları kullanılır. Artık İYİKÖ de kabul görmeye başlamıştır (7). Erken ölümle ilgili bazı kavramlar Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Erken ölümle ilgili bazı kavramlar

• Ötenazi: Ölüm için başka biri (genellikle doktor) “son girişi” yapar.
• İkili Ötenazi (duo-euthanasia): Çiftlerin birlikte ölmesidir.
• Yardımlı intihar (Assisted Suicide): Hasta “son girişi” yapar.
• Yardımlı ölüm (YÖ, Assisted Death): Sağlık ekibi yardım eder. “Son girişi” hasta veya ekip üyesi yapar.
• İYİKÖ (Death by VSED, Voluntary stopping of eating and drinking): İstemli bir şekilde yeme içmeyi keserek ölüm.
• İstemli dehidratasyonla ölüm (VDD- Voluntary death by dehydration (VDD))
• Palyatif bakım: 6 aydan daha uzun yaşam beklentisi var, palyatif ve küratif tedaviler verilir.
• Hospis Bakım: 6 aydan kısa yaşam beklentisi var sadece palyatif bakım verilir.
• PH (palyatif-hospis) Bakım: Türkiye ödeme sistemleri yaşam sonu bakım hizmetlerini palyatif, hospis diye ayırmaz. Ancak bu yazının içeriği açısından kastedilen daha çok hospis olduğundan yazı boyunca “PH” kullanılacaktır.

İyi ölüm sanılandan daha zordur (Tablo 2). Kişilerin büyük çoğunluğu evde ölmek istemesine rağmen ölümlerin çoğu hastanelerde ve yoğun bakım ünitelerinde gerçekleşmektedir.

Hayatın sonunda bozuk hijyen, inkontinans, açık yaralar, vücut salgıları, ödem, sarılık gibi pek çok neden hastalarla temasın azalmasına neden olabilir.

Ölüm yaklaştıkça personel daha uzak durabilir. Süreç kötü geçerse hayat kalitesi azalır, kalanlarda psikiyatrik hastalık gelişme riski (PTSD, uzamış yas sendromu) artar (9). İYİKÖ “iyi ölüm” ile uyumludur. Bir çalışmada hospis hemşireleri İYİKÖ ölümüne ortalama 8 puan (1 çok kötü, 9 çok iyi) vermişlerdir (10). Hastaların İYİKÖ’yü diğer yöntemlere göre iki kat daha fazla tercih ettiği bildirilmiştir (11).

Tablo 2. İyi ölüm ilkeleri (8)

• Ölümün geleceği zamanı ve süreçte olacakları kestirebilmek.
• Olan biteni kontrol altında tutabilmek.
• Onur ve mahremiyeti sağlamak.
• Ağrı ve diğer semptom yönetimi üzerinde kontrolü olması.
• Ölüm mekânı konusunda seçim ve kontrolü olması (evde veya başka bir yerde).
• Gerekli her türlü bilgi ve uzmanlığa erişebilmek.
• Gerekli her türlü manevi veya duygusal desteğe erişebilmek.
• Sadece hastanede değil, her yerde palyatif bakımı alabilmek.
• Son anında kimin bulunacağını ve sonu kiminle paylaşacağını belirleyebilmek.
• İsteklere fırsat tanımak ve bunlara saygı duyulmasını sağlayabilmek.
• Veda ve başka şeyler için zamanlama üzerinde kontrolü olması.
• Gitme zamanı geldiğinde gidebilmesi ve hayatın gereksiz uzatılmaması.

Yaşamı sürdürmek için gerekli tedavilerin reddedilmesi sonucu meydana gelen ölüm (pasif ötenazi), hastalığın doğal seyri olarak kabul edilmektedir. Fransa ve Hollanda gibi bazı ülkelerde, bireyler yaşamlarının sonuna kadar derin sedasyon altında tutulmayı talep edebilmektedir. Kanada’da yaşama son vermenin hasta hakkı olduğu yönünde mahkeme kararı ve kanun (2016) olup sınırları sürekli genişlemektedir. Önce hastaların ızdıraplarına son vermek için, daha sonra tedavisi mümkün olmayan herkes için kabul edilebilir olmuştur (12) (Tablo 3). Zihinsel engelli veya şizofreni gibi durumlarda vasilerin YÖ talep edebilmeleri tartışılmaktadır.

Demans, Alzheimer hastalığı veya başkalarına yük olacak bir hastalığa yakalanıp düşünme ve karar verme yetilerini kaybetme olasılığına karşı dileyen herkes erken ölüm için istekte bulunabileceklerdir (13). Hollanda’da 12 yaştan itibaren ebeveyn izni ile yardımlı ölüm talep edilebilmektedir (12,14). Kanada Quebec’te ölümlerin %5,1’i, Hollanda’da %4,8’i ve Belçika’da % 2,3’ü YÖ ile gerçekleşmiştir (2022). Kanada’da YÖ’lerin %95’ini gerçekleştiren 2000 doktorun %67’si aile hekimidir. YÖ talebi ve bu talebi karşılayan ülke sayıları artma eğilimindedir (İsviçre, bazı ABD eyaletleri vs.) (15).

Tablo 3. 2022 itibarı ile Kanada yardımlı ölüm verileri (12)

• YÖ uygulama sayısı: 40 bin (2022’de 13000)
• YÖ alanlarda palyatif bakım alımı: %77,6 (yarısı bir ay ve daha fazla)
• Ortalama yaş: 77
• Cinsiyet: erkek %52
• Hastalıkları: kanser %63, kardiyovasküler %19, solunum % 13,2, nörolojik % 12,6
• Yakın zamanda ölmeleri beklenmeyen hasta: 463
• Ölüm isteme nedenleri: Anlamlı aktiviteler yapamamak (%86,3), günlük işlerini yapamamak (%82), yetersiz ağrı kontrolü veya yetersiz ağrı kontrolü olacağı endişesi (%60).

İstemli Yemeyi İçmeyi Keserek Ölüm (İYİKÖ)

Yaşamın sonunda açlık ve susuzluk duyuları azalabilir. Terminal dönemde bir hastalığı olanların çoğunluğunun açlık hissetmediği bildirilmiştir (16). Bu durum palyatif bakımı veren doktorlar tarafından normal kabul edilirken (17) bazı bakım ekipleri alarına geçer ve beslemeyi zorlar (özel mamalar, tüp veya paranteral). Beslenmeyi reddeden hastalar istemeseler dahi taburcu edilme riski ile karşılaşabilirler. Bu yaklaşım hasta otonomisi, hasta hakları ve tıbbi etik

açısından sorunludur. Zaten bağımsızlığı ile fiziksel ve bilişsel yetileri azalmış olan bir hasta, kalan iradesinin de yok sayılması karşısında tamamen onurunun zedelendiğini ve derin bir çaresizlik içinde olduğunu hissedebilir. Bakım ekibi ve hasta arasında bir çatışma ortaya çıkabilir (18). Örneğin hasta damar yolunu çıkarmak isteyebilir, mamayı tükürebilir veya yemeği dökülebilir. Bunlar yaşamın sonunda yaşam kalitesini düşüren olaylardır. Bu hastaların ise en çok saygıya, şefkate ve anlayışa (empati) ihtiyaçları vardır (19).

İYİKÖ az bilinen ve yanlış değerlendirilen bir erken ölüm metodudur. Hastaların açlık ve susuzlukla ölme fikrini kabullenmek kolay değildir (20). Ancak YÖ kapsamında hastanın desteklenmesi farklı bir durumdur. Doktor ölme kararında ve sürecinde aktif rol oynamaz, sadece hastanın karar verme kapasitesi olup olmadığı, yapacağı şeyin risk ve sonuçlarını anlayıp anlamadığı ile ilgilenir. Tüm karar ve uygulama hastaya aittir (21). Karar verme yetisi, terminal hastalığı ve ızdırabı olan hastanın İYİKÖ'ye hakkı olduğu, hatta YÖ talep eden her hastaya seçenek olarak sunulması gerektiği yolunda etik komisyon kararı vardır (7, 22). Sonuçta ölümü çabuklaştırma legal ise her tür seçeneğini hastaya sunmak yükümlülüğü vardır (23). İYİKÖ kılavuzları yol göstericidir (24, 25) ancak kılavuzlar her toplum için değişkenlik gösterebilir (26).

Aslında açlık ve kalori kısıtlaması çabuk ölümle değil sağlık ve uzun yaşama ile ilişkilendirilmektedir. Çeşitli canlılarda açlık ve kalori kısıtlamasının yaşamı uzattığı gösterilmiştir (27). Tıbbi gözetim altında 382 gün açlık uygulayan vaka meşhurdur (28). İnsanın uzun süreler aç kalabilmesi vücudunda depoladığı enerji ile mümkün olmaktadır. Normal kilolu bir insanda bile 140 bin kalori (15kg) yağ, 24 bin kalori (6kg) protein (çoğu kaslar) ve bir miktar glikojen (500-1000g) vardır. Sıvı alımı devam ettiği sürece yaşam uzun süre devam edebilir (29). Vücut glikoz yokluğunda enerji için yağlara yönelir. Yağların hidrolizi sırasında günde ortalama 250 ml su açığa çıkar. Bir de bunun üzerine küçük yudumlarla bile sıvı alınırsa ölmek çok uzun sürebilir. Bu yüzden erken ölüm isteniyorsa tüm sıvı alımları durdurulmalıdır. Ölüm nedeni açlık (starvasyon) değil dehidratasyondur (24). Buradaki süreçleri anlamak önemlidir. Erken dönemde (1-3 gün) hasta tümüyle kendindedir. İletişimi iyidir, açlık ve susuzlukla kolayca başa çıkar. Orta dönem (3-5 gün) en güç dönemdir. Dehidratasyon derinleştikçe hasta güçsüzleşir ve uykuya meyil artar. Ajitasyon, konfüzyon, halüsinasyon, delirium ve nöbetler görülebilir. Geç dönem ise diğer terminal dönem ölümüne benzer. Bilinç kaybedilir, organ yetmezlikleri gelişir. Genel olarak hastaların çoğu açlık ve susuzlukla ilgili rahatsızlık çekmediğini beyan etmektedir. İYİKÖ'nün bilgili bir klinisyen gözetiminde iyi tolere edildiği, ağrısız ve rahat bir ölümüne 10-14 gün içinde (7-21 gün) neden olduğu bildirilmektedir (11,30,31). Ölüm süresi altta yatan hastalık, hasta kırılabilirliği ve hidrasyon durumlarından etkilenir.

İYİKÖ'nün bazı avantajları vardır. Hayatın bu zor aşamasında YÖ bir çıkış yolu sunarak çaresizlik duygusuna iyi gelebilir. Güç ve kontrolün kendisinde olduğunu bilmek başlı başına terapötiktir (18). İYİKÖ'de ek olarak bekleme süreci, onay

ve yasaklayıcı bir hüküm yoktur (7). Hastanın kararını gözden geçirebileceği, vazgeçebileceği, gerekli gördüğü düzenlemeleri yapabileceği ve vedalaşabileceği epey zamanı olur. Hasta kötü tadı olan bir ilaç kokteyli almaz, ölüm paniği yaşamaz.

Aşırı dehidratasyonda ödem azaldığı için sinir basısı azalabilir ve kanser ağrısı gibi ağrılar hafifler. Endorfin salgılanarak öforiye neden olur. Artan ketonların duyuları azaltması ile analjezik etkisi olduğu sanılmaktadır (32). Dışkı- idrar çıkımı azalacağından inkontinans daha az görülür ve üriner katatere ihtiyaç azalır (33). Önceden bağırsak temizliği yapılması yardımcı olur. Hasta fiziksel durumu uygunsa kolonoskopi öncesinde yapılabilecek bir temizlik yapılabilir. Çok kırılansa 4 gün sıvı diyeti ve laksatif yeterli olacaktır. Yemek partikülleri olmayınca gaz üretimi de azalır. Sindirim sıvıları azaldığı için daha az bulantı kusma, respiratuvar sekresyonlar azaldığı için daha az öksürük ve boğulma hissi olur. Mental farkındalık azaldığı için ızdırıp daha az hissedilebilir (34, 35). Hasta son günlerini uykuda geçirir.

İYİKÖ palyatif bakımı farklıdır. PH bakımının hayatın sonunda hayat kalitesini iyileştirmek, "iyi ölüm" için destek sağlamak ve hasta yakınlarına yas sürecinde destek olmak görevleri vardır. Hayatın sonunda ölüm ve sonrası hakkında düşünceleri yoğunlaşan insanın psikolojik, dinî ve sosyal desteğe ihtiyacı olabilir YÖ kararı hakkında bakım ekibinin, aile ve çevrenin tepkilerinden endişe duyabilir. Ölümün ne kadar süreceği, süreçte ağrı veya sıkıntı gibi çeşitli konuları merak edebilir. Hasta ve aile merkezli PH bakımı hastanın her tür ihtiyacına yanıt verir. Öncelikle ölmek isteme nedenleri araştırılır, ağrı ve diğer ızdıraplar, psikolojik ve manevi sıkıntılar için ilgili uzman desteği sağlanır (30). Hasta kararlı ise süreç boyunca empatik, anlayışlı, saygılı olunmalı, hasta ve yakınları olacaklar hakkında bilgilendirilmelidir. Süreç hasta kararlılığına bağlıdır. Hastaya fiziksel destek verilir, yatak pozisyonu rahat edeceği şekilde ayarlanır, temizliğine yardım edilir (31). Susama daha çok yemek yiyen insanda belirgindir yemek kesilince daha çok ağız kuruluğu olur (36). Ağzı, dudakları ıslatarak veya çalkalayıp tükürerek su reseptörlerini uyarmak beyinde su içildiği algısına neden olur, susuzluk hissini bir nebze giderebilir (24). Kuruluk ve çatlamalar nedeniyle ağız bakımı çok önemlidir. Bunun için ağız spreyleri, nemlendiriciler ve buz parçaları kullanılabilir.

Tartışma

Türkiye dâhil pek çok ülkede YÖ yasal değildir. Aksine kanunlar intihar, organ satışı veya vücut bütünlüğünü bozma riskine karşı kişiyi kendinden bile korumaya

çalışır. Doktor ölüme yardım ederse görevini kötüye kullanmış olur, cinayetten yargılanabilir.

Hastalığı olan insanın morale ve ümide ihtiyacı varken umudu kıracak mesajlar vermek, onlara kendilerini yük olarak algılayacakları bir atmosferde hissettirmek ölümü özendirebilir. Kendilerini ve yakınlarını bir yükten kurtarmak düşüncesi kutsanabilir. Bu yüzden bir seçenek olarak dahi hastaya bilgi vermek hastayı yönlendirilebilir. Bunun yerine “hızlı ilerleme dönemindeyiz, şimdi tedavisi olmayan bir hastalık için yeni tedaviler keşfedilebilir” gibi umut verici bir dil kullanılabilir.

YÖ istemi doktorlar ve bakım ekibinde suçluluk, şok, kendinden şüphe etme, yetersizlik, başarısızlık ve üzüntü gibi olumsuz duygulara neden olabilir. Bunlar hem klinik yaklaşımı etkileyebilir hem de psikolojik sorunlara neden olabilir. Diğer yandan doktorların “Hastalığının ne kadar ciddi olduğunun farkında mısın?” sorusu ile başlayarak hastaları ötenaziye teşvik ve ikna ettiği yönünde belgeseller yayımlanmakta, pişman olan hasta yakınları için şikâyet konusu olabilmektedir. İkili ötenazilerde de bir eşin diğerine baskı yaptığı veya yönlendirdiği görülmüştür.

PH bakımın amacı ne hayatı uzatmak ne de ölümü hızlandırmaktır ama YÖ bu temel ilke ile çelişir. Aslında PH bakımla hastaların yaşam süresi uzamaktadır (bazı kanserlerde kemoterapi kadar).

Hastaların tıbbi bakımı reddetme hakları vardır. Ancak İYİKÖ’de ölüm nedeni hastalığın doğal seyri değil

dehidratasyon olduğu için hukuki ve etik olarak bu sınıfta değerlendirmek zordur. İlerleyici kas, iskelet, sinir sistemi hastalıkları gibi durumlarda zaman geçtikçe akıl ve beden üzerinde kontrolü kaybetme endişesi ile erken ölenler sevdikleri ile geçireceği aylarını belki yıllarını feda etmiş olurlar.

Bilinci yerinde iken İYİKÖ süreci başlatan hasta bilinci bulanınca su ve yemek isteyebilir. Yakınları ve bakım verenler bu isteği karşılamak veya direnmek konusunda bir ikilem yaşayabilir (37). Verseler hasta kendine gelirse sitem edebilir, vermeseler bir insanın son isteğini yerine getirmemiş olurlar (38). Bu yüzden süreç hakkında ön planlama gerekir (24).

İYİKÖ sürecinin göreceli olarak rahat geçmesi beklense de dehidratasyon hasta ızdırabını artırabilir. Bu süreç hasta yakınları ve bakım ekibini yıpratır. Hasta yakınlarının beslenme konusunda beklentileri ve kurumsal kurallar zorlayıcı olabilir. PH kurumu görev ihmalı ile suçlanabilir. Hukuki yönden bir problem çıkmaması için kapsamlı onamlar gerekir.

Sonuç

Giderek artan sayıda hasta erken ölüm istemekte, yardımlı ölüm hizmeti sunulan ülkelerde bu hizmete talep artmaktadır. İYİKÖ basitliği, göreceli olarak “iyi ölüm” süreci ile bir seçenek olarak dikkat çekmektedir. Bu konuda görev almak isteyen doktor, personel ve kurumların eğitimleri gereklidir. Tüm süreç için yerel kılavuzlara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Sperling D. Views, attitudes and challenges when supporting a family member in their decision to travel to Switzerland to receive aid-in-dying. *Int J Public Health* 2024; 69:1607410.
2. Yağdıran F. Sosyolojik açıdan intihar olgusu ve sosyal medyaya yansıyan intihar eğilimlerinin analizi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. 2019. <http://abakus.inonu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11616/15174/10279031.pdf?sequence=1>. Erişim tarihi: 20.1.2024
3. World Health Organization. Mental and behavioural disorders team. (2000). Preventing suicide: a resource for general physicians. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/67165>. Erişim tarihi: 1.1.2024
4. Duru HG, Özdemir ÖL. Yaşlı intiharları, nedenleri ve önleyici uygulamalar. *HUHEMFAD* 2009;16(2):34-41.
5. Sakarya D, Güneş C, Sakarya A. İnternette intiharı aramak: internet sitelerinin intihar ile ilişkili içeriklerine göre değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013; 24(1): 44-8.
6. Carfora A, Petrella R, Ambrosio G, Mascolo P, Liguori B, Juhnke C, et al. Helium suicide, a rapid and painless asphyxia: toxicological findings. *Toxics* 2022;10(8):424.
7. Quill TE, Ganzini L, Truog RD, Pope TM. Voluntarily stopping eating and drinking among patients with serious advanced illness-clinical, ethical, and legal aspects. *JAMA Intern Med* 2018;178(1):123-7.
8. Smith R. A good death. An important aim for health services and for us all. *BMJ* 2000; 320(7228):129-30.
9. Wild J, Duffy M, Ehlers A. Moving forward with the loss of a loved one: treating PTSD following traumatic bereavement with cognitive therapy. *Cogn Behav Therap* 2023;16: e12.
10. Ganzini L, Goy ER, Miller LL, Harvath TA, Jackson A, Delorit MA. Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death. *N Engl J Med* 2003;349(4):359-65.
11. Bolt EE, Pasman HR, Onwuteaka-Philipsen BD. Patients who seek to hasten death by voluntarily stopping eating and drinking: a qualitative study. *Ann Fam Med* 2023;21(6):534-44.
12. Health Canada, Fourth annual report on Medical Assistance in Dying in Canada 2022. October 2023 ISBN: 2563-3643, <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/annual-report-medical-assistance-dying-2022.html>. Erişim tarihi: 9.1.2024.
13. Christenson J. An ethical discussion on voluntarily stopping eating and drinking by proxy decision maker or by advance directive. *J Hosp Palliat Nurs* 2019;21(3):188-92.
14. Shapiro GK, Tong E, Nissim R, Zimmermann C, Allin S, Gibson JL, et al. Perspectives of Canadian health leaders on the relationship between medical assistance in dying and palliative and end-of-life care services: a qualitative study. *CMAJ* 2024;196(7):222-34.
15. Dyer O. Assisted deaths: quebec passes Netherlands to lead world in number per capita. *BMJ* 2022; 379: o3023
16. McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA* 1994;272(16):1263-6.
17. Stängle S, Schnepf W, Büche D, Häuptle C, Fringer A. Family physicians' perspective on voluntary stopping of eating and drinking: a cross-sectional study. *J Int Med Res* 2020;48(8):300060520936069.
18. Berry ZS. Responding to suffering: providing options and respecting choice. *J Pain Symptom Manage* 2009;38(5):797-800.

19. Ivanović N, Büche D, Fringer A. Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life - a 'systematic search and review' giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life. *BMC Palliat Care* 2014;13(1):1.
20. Hoffman DN, Strand GR, Bloom RF, Hendley K. Understanding resistance to honoring vSED advance directives in dementia patients: a cross-sectional provider survey. *J Gerontol Geriatr Med* 2023; 9:192.
21. Wax JW, An AW, Kosier N, Quill TE. Voluntary stopping eating and drinking. *J Am Geriatr Soc* 2018;66(3):441-5.
22. Baracos VE. International association for hospice and palliative care endorses volitional death by starvation and dehydration. *J Palliat Med* 2017;20(6):577.
23. Quill TE, Ganzini L, Truog RD, Pope TM. Voluntary stopping and eating and drinking among patients with serious advanced illness-a label in search of a problem? -reply. *JAMA Intern Med* 2018;178(5):727.
24. Wechkin H, Macauley R, Menzel PT, Reagan PL, Simmers N, Quill TE. Clinical guidelines for voluntarily stopping eating and drinking (VSED). *J Pain Symptom Manage* 2023;66(5):625-31.
25. KNMG Royal Dutch Medical Association and V&VN Dutch Nurses Association. Caring for people who consciously choose not to eat and drink so as to hasten the end of life. Utrecht, The Netherlands: KNMG Publications; 2014.
26. Dykes L, Hodes S, Malik S. Voluntarily stopping eating and drinking-lack of guidance is failing patients and clinicians. *BMJ* 2022;379: o2621.
27. Wilhelmi de Toledo F, Buchinger A, Burggrabe H, Hölz G, Kuhn C, Lischka E, et al. Medical association for fasting and nutrition (ärztegesellschaft für heilfasten und ernährung, ÄGHE). Fasting therapy- an expert panel update of the 2002 consensus guidelines. *Forsch Komplementmed* 2013;20(6):434-43.
28. Stewart WK, Fleming LW. Features of a successful therapeutic fast of 382 days' duration. *Postgrad Med J* 1973;49(569):203-9.
29. Elliott B, Mina M, Ferrier C. Complete and voluntary starvation of 50 days. *Clin Med Insights Case Rep* 2016; 9:67-70.
30. Quill TE, Menzel PT, Pope TM, Schwarz JK, eds. Voluntarily stopping eating and drinking: a compassionate, widely available option for hastening death, New York: Oxford University Press; 2021. ISBN-10: 0190080736
31. Schwarz JK. Hospice care for patients who choose to hasten death by voluntarily stopping eating and drinking. *J Hosp Palliat Nurs* 2014;16(3): 126-31.
32. Bennett JA. Dehydration: hazards and benefits. *Geriatr Nurs* 2000 Mar-Apr;21(2):84-8.
33. Taylor MA. Benefits of dehydration in terminally ill patients. *Geriatr Nurs* 1995;16(6):271-2.
34. Saudek CD, Felig P. The metabolic events of starvation. *Am J Med* 1976 Jan;60(1):117-26.
35. Cahill GF Jr. Survival in starvation. *Am J Clin Nutr* 1998;68(1):1-2.
36. Friedrichsen M, Lythell C, Jaarsma T, Jaarsma P, Ångström H, Milovanovic M, et al. Thirst or dry mouth in dying patients? -A qualitative study of palliative care physicians' experiences. *PLoS One* 2023;18(8): e0290075.
37. Chuang E, Flicker LS. When voluntary stopping of eating and drinking in advanced dementia is no longer voluntary. *Hastings Cent Rep* 2018;48(4):24-5.
38. Menzel PT. Justifying a surrogate's request to forego oral feeding. *Am J Bioeth* 2019;19(1):92-4.