

Review Paper

Components of a Good Death for Older Adults: A Systematic Review

Yadollah Abolfathi Momtaz¹ , Parisa Mollaei^{1*} 

1. Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



Citation Abolfathi Momtaz Y, Mollaei P. [Components of a Good Death in the Older Adults: A Systematic Review (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J.* 2023; 17:E2880.1. <https://doi.org/10.32598/qums.17.2880.1>

doi <https://doi.org/10.32598/qums.17.2880.1>



Received: 25 Apr 2023

Accepted: 11 Jul 2023

Available Online: 06 Nov 2023

Keywords:Aging, Death,
Systematic review**ABSTRACT**

Background and Objectives: A good death, as the final part of a good life, has great importance in older adults. The current study aimed to determine the components of a good death for older adults.

Methods: This is a systematic review study. A search was first performed in online databases of Scopus, PubMed and Web of Science using the keywords “older adult”, “aging”, “aged”, “good death”, “dying well”, and “successful death” in English on articles published from 1969 to 2022, using the PRISMA Checklist. Observational studies in English with available full texts and those conducted on the elderly population and caregivers and family members of older adults were included in the review. The search yielded 1736 articles, of which 6 articles were finally selected for the review.

Results: The quality of the reviewed studies were moderate to high using the STROBE checklist. Ten components were extracted for a good death which included: Physical, psychological, spiritual, social, economic, care, cultural, place of death, time of death, and way of death.

Conclusion: Understanding the concept of a good death and paying attention to its dimensions in the elderly is essential, especially for their end-of-life care. Healthcare providers should survey older patients’ perceptions of a good death. Considering the importance of this issue, the lack of a comprehensive definition of a good death for older adults, and the low number of studies conducted in this field, further investigations are recommended.

*** Corresponding Author:**

Parisa Mollaei, PhD.

Address: Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (918) 9819567

E-Mail: parisamollaei73@gmail.com

Copyright © 2023 Qom University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).
Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

Death is one of the components of end-of-life care. With increasing age and the prevalence of chronic diseases, the need for good end-of-life care becomes increasingly important. It is important for the palliative care of the aged population. Good end-of-life care acknowledges the multidimensional aspects of death by meeting the patient's physical, psychological, social, and spiritual needs and ensures that the patients receive a good death, a death that is in accordance with their wishes and consistent with clinical, cultural, and ethical standards. The way of dying is of special importance for people. Dying is increasingly considered an individual matter, while a "good death" is the subject of public debate. A good death in nursing homes is defined using three main themes: (a) individualized care, (b) effective teamwork by staff, physicians, and family, and (c) comprehensive care planning. A good death for one person may not be good for another. Since a good death is of great importance for older adults, this study aims to investigate the components of a good death in older adults.

Methods

This is a systematic review study. A search was first conducted for related studies published from 1969 to June 2022 using the PRISM checklist in online databases of Scopus, PubMed and Web of Science using the keywords "older adult", "aging", "aged", "good death", "dying well", "successful death" in English. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) checklist was used to evaluate the quality of the studies. The studies that reported one or more characteristics of a good death in older adults, observational studies, those with available full-texts in English, those studied people over 60 years of age, doctors, personnel of healthcare centers, and family members of older adults were included, and the qualitative and interventional studies were excluded.

The search yielded 1736 articles, of these, 295 were duplicates and excluded. The remaining 1441 articles were checked according to the inclusion and exclusion criteria. In this regard, 1397 articles were excluded, and the full text of the remaining 44 articles was examined. Finally, 6 articles were selected for the review.

Results

Based on the STROBE checklist, 5 studies had high quality and one study had moderate quality. The findings showed that a good death in older adults has 10 components including:

Physical: In most studies, physical condition were suggested as one of the components of death, where painless death was one of the main components of a good death. Other components included: maintaining consciousness, maintaining independence and performing personal affairs, physical and cognitive control, physical comfort, and relaxation.

Psychological: This component indicates peace of mind and comfort, preparation for death, feeling a meaningful life, control over the future, a sense that life is worth living, maintaining hope, and enjoyment.

Spiritual: This component has been less studied, but it does not necessarily mean that it is less important. Maintaining the connection with God, spiritual comfort, performing religious ceremonies at the end of life according to the religion and personal beliefs are included in this dimension.

Social: This component indicates the family presence at the time of death, good relationship with the medical staff, good relationship with the family members and friends until the end of life.

Economic: Having financial savings and dying without financial worries for the survivors are considered important for older people at the time of death.

Care: Receiving adequate care until death, maintaining independence and not imposing the disease burden on the family, participating in making decisions related to the received treatment, are included in this dimension.

Cultural: Death happens in people with any culture. Different cultures have varying death traditions and older people want others to observe these traditions at the time of their death. Respecting a person as a human being at the end of life and after death and how to hold funerals have been indicated in the studies.

Place of death: The person's favorite place to die has been indicated in most studies. According to patients and family members, this place is the person's home.

Time of death: A good death occurs when a person has no unfinished business. Being unaware of the time of death has been indicated as a component of a good death.

Way of death: Dying with pride and dignity, natural death, dying in sleep, quick death, knowing the disease and the cause of death, having the opportunity to say goodbye to friends and family, are included in this category.

Conclusion

A good death is a dynamic concept that varies according to spiritual, cultural, and individual characteristics. However, it can be said that a good death is a death that can be accepted by the person and his/her families. A good death for older adults has different components that can help the elderly to spend the last stage of their life with a higher quality. Most of these components can be provided by the nurses, caregivers, family members, and people around. Therefore, it is necessary to understand the concept of a good death and pay attention to its components in the end-of-life care the elderly, and healthcare providers should try to survey patients' views about a good death and take the necessary measures.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All ethical principles were considered in this article.

Funding

This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Authors contributions

The authors contributed equally to preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقاله مروری

اجزای مرگ خوب در سالمندان: یک مطالعه مروری

یداله ابوالفتحی ممتاز^۱، پریسا ملائی^۱

۱. مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

Use your device to scan
and read the article online

Citation Abolfathi Momtaz Y, Mollaei P. [Components of a Good Death in the Older Adults: A Systematic Review (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J.* 2023; 17:E2880.1. <https://doi.org/10.32598/qums.17.2880.1>

doi <https://doi.org/10.32598/qums.17.2880.1>

چکیده

زمینه و هدف: مرگ خوب به عنوان جزء نهایی فرایند زندگی خوب در سالمندان اهمیت بالایی دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین اجزای مرگ خوب در سالمندان انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه مروری با جست و جوی جامع در پایگاه های اطلاعاتی الکترونیکی اسکوپوس، پایمد و وب آوساینس با استفاده از کلیدواژه های انگلیسی سالمند، سالمندی، افراد مسن، مرگ خوب و مرگ موفق انجام شد. مقالات از سال ۱۹۶۹ تا ۲۰۲۲ استخراج و با پیروی از دستورالعمل های تدوین شده در پریزما؛ موارد ترجیحی در گزارشات مقالات مروری منظم و فراتحلیل (چکلیست پریزما) انجام شد. مطالعات مشاهده ای که به زبان انگلیسی و دارای متن کامل بودند و در جمعیت سالمندان، مراقبین و اعضای خانواده سالمند انجام شده بود، وارد مطالعه شدند. جست و جو در تمام پایگاه داده ها ۱۷۳۶ نتیجه به همراه داشت که در نهایت، تعداد ۶ مقاله برای نگارش استفاده شد.

یافته ها: کیفیت مطالعات با استفاده از چکلیست استروب، متوسط تا خوب گزارش شد. در این مطالعه، مرگ خوب به ۱۰ بُعد جسمی، روانی، معنوی، اجتماعی، اقتصادی، مراقبتی، فرهنگی، مکان، زمان و نحوه مرگ طبقه بندی شد.

نتیجه گیری: مرگ خوب و توجه به ابعاد آن در سالمندان، خصوصاً در مراقبت های پایان زندگی ضروری است و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید تلاش کنند تا دیدگاه بیماران را درباره مرگ خوب تشخیص دهند؛ بنابراین با توجه به اهمیت این موضوع و همچنین نبود تعریف جامع از مرگ خوب در سالمندان و کمبود مطالعات انجام شده در این زمینه، بررسی های بیشتر توصیه می شود.

تاریخ دریافت: ۰۵ اردیبهشت ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۲۰ تیر ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱۵ آبان ۱۴۰۲

کلیدواژه ها:

سالمندی، مرگ، مرور سیستماتیک

* نویسنده مسئول:

پریسا ملائی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، مرکز تحقیقات سالمندی.

تلفن: ۹۸۱۹۵۶۷ (۹۱۸) ۹۸+

رایانامه: parisamollaei73@gmail.com

Copyright © 2023 Qom University of Medical Sciences.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

مقدمه

اجتماعی فرهنگی (نگرش مثبت و منفی افراد نسبت به مرگ و مردن)، تجربیات شخصی (سن، مکان مرگ، کیفیت زندگی، ارزش های فردی و شرایط زندگی) و فرایندهای پیوسته (مرگ خوب در ادامه زندگی خوب اتفاق می افتد) [۱۶].

با وجود مطالعات متعدد در زمینه مرگ خوب، تاکنون مطالعه ای به بررسی اجزای مرگ خوب در سالمندان نپرداخته است. از آنجا که مرگ خوب به عنوان جزء نهایی فرایند زندگی خوب در سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار است، این مطالعه بر اساس تحقیقات موجود برای شناسایی اجزای مرگ خوب انجام شده و هدف اصلی انجام این مطالعه بررسی اجزای مرگ خوب در سالمندان است تا به عنوان یک راهنما به متخصصان مراقبت های بهداشتی کمک کند که مراقبت های پایان عمر را با کیفیت بهتری ارائه دهند.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مرور سیستماتیک است که با استفاده از مطالعات پژوهشی مربوط به سال های ۱۹۶۹ تا ژوئن ۲۰۲۲ و پیروی از دستورالعمل های تدوین شده در پریزما؛ موارد ترجیحی در گزارشات مقالات مروری منظم و فراتحلیل (چک لیست پریزما) انجام شد (تصویر شماره ۱).

معیارهای ورود و خروج مطالعات

معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود: مطالعاتی که یک یا چند ویژگی مرگ خوب را در سالمندان گزارش کرده بودند، مطالعات مشاهده ای، مطالعاتی که متن کامل داشته و به زبان انگلیسی بودند و مطالعاتی که جمعیت مطالعه شده در آن ها، افراد بالای ۶۰ سال، پزشکان، پرسنل مراکز مراقبتی و اعضای خانواده سالمندان بودند. مطالعات کیفی و آزمایشی نیز از مطالعه خارج شدند.

استراتژی جست و جو

برای دسترسی به مطالعات مربوط به مرگ خوب در سالمندان، جست و جوی هدفمند در پایگاه داده های اسکوپوس، وب ساینس و پابمد از سال ۱۹۶۹ تا ۲۰۲۲ با استفاده از کلیدواژه های سالمند، سالمندان، افراد مسن، مرگ خوب و مرگ موفق به زبان انگلیسی انجام شد (پیوست شماره ۱).

فرایند انتخاب مطالعات

نتایج جست و جوی مطالعات به نرم افزار EndNote X8 وارد شد و موارد تکراری قبل از بررسی عناوین و چکیده ها در رابطه با معیارهای ورود / خروج حذف شدند. مطالعات توسط اعضای تیم تحقیقاتی غربالگری و بررسی شدند. نویسندگان، واجد شرایط بودن مطالعات شناسایی شده را تأیید کردند. اختلاف نظر درباره

مرگ یکی از اجزای مراقبت های پایان عمر است [۱]. با افزایش سن و بالا رفتن شیوع بیماری های مزمن، نیاز به مراقبت پایان عمر خوب، اهمیت فزاینده ای پیدا می کند [۲] و به عنوان بخشی از مراقبت های تسکینی در جمعیت سالمندان امری کلیدی است [۳]. مراقبت پایان عمر خوب، جنبه های چند بُعدی مرگ را با تأمین نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیمار تأیید می کند. این مراقبت بر آسایش تمرکز دارد و به طور کلی به نیازهای بیماران در حال مرگ و اعضای خانواده آن ها می پردازد [۴] و تضمین می کند که این بیماران یک مرگ خوب را دریافت کنند. مرگی که مطابق با خواسته های آن ها باشد و با استانداردهای بالینی، فرهنگی و اخلاقی مطابقت داشته باشد [۵].

علم به اینکه زمان بیمار بسیار محدود است، می تواند باعث یأس و اندوه بیماران و اعضای خانواده شود [۶]. افراد در حال مرگ باید فرصتی برای بیان خواسته ها، نیازها، احساسات خود و کسب بینش درباره مرگ خود داشته باشند [۷]. توانایی بیان افکار و احساسات درباره مرگ و مردن برای کیفیت زندگی ضروری است، مشروط بر اینکه فرد در حال مرگ بخواهد در مورد این مسائل صحبت کند [۸، ۹].

نحوه مردن افراد برای کسانی که از دنیا می روند، اهمیت ویژه ای دارد و این خاطره به لحظه مرگ محدود نمی شود، بلکه تمام مرحله پایان زندگی را دربرمی گیرد [۱۰]. مردن به طور فزاینده ای امری فردی تلقی می شود، درحالی که مرگ خوب موضوع بحث عمومی است. مفهوم مرگ خوب مبتنی بر سنت مستندی از تحلیل های جامعه شناختی، انسان شناختی و تاریخی درباره مردن در جوامع مدرن است [۱۱].

بر اساس مطالعات قبلی، مرگ خوب شامل مدیریت درد، احترام به شخصیت افراد، به حداقل رساندن بار خانواده ها، حفظ کنترل، احساس آمادگی برای ترک زندگی [۱۲] و کنترل علائم جسمی و روانی آزاددهنده [۹]، مطابق با خواسته های بیماران و اعضای خانواده و سازگار با استانداردهای بالینی، فرهنگی و اخلاقی [۱۳] است. مرگ خوب در مراکز نگهداری سالمندان شامل ۳ موضوع اصلی است: ۱. مراقبت فردی مبتنی بر روابط مستمر با مراقبین، ۲. کار تیمی مؤثر توسط کارکنان، پزشکان و خانواده و ۳. برنامه ریزی مراقبت جامع که به پیش آگهی، آمادگی عاطفی و استفاده مناسب از درمان پزشکی می پردازد [۱۴].

نکته مهمی که در مفهوم مرگ خوب وجود دارد، این است که مرگ خوب برای یک فرد ممکن است برای دیگری خوب نباشد. علاوه بر این، مفهوم مرگ خوب فردی نیست و شبکه ای از افراد مانند اعضای خانواده، دوستان، کادر پزشکی، مراقبین و کارکنان مراکز نگهداری سالمندی را شامل می شود [۱۵]. ۳ عامل مرتبط با مرگ خوب شناسایی شده است که عبارتند از: هنجارهای

در این مطالعه نیز امتیاز هر مقاله با حداکثر امتیاز چکلیست استروب (۲۲ امتیاز) مقایسه شد. در صورت وجود اختلاف در ارزیابی مقاله بین ۲ داور، مقاله تا رسیدن به توافق مجدد ارزیابی شد (پیوست شماره ۲).

استخراج داده‌ها

استخراج داده‌ها توسط ۲ محقق با استفاده از فرم استخراج داده‌های از پیش طراحی شده برای ثبت جزئیات مطالعه، روش جمع‌آوری داده‌ها، نمونه‌ها و نتایج مطالعه انجام شد.

در مرحله اول، داده‌های مورد نیاز، از جمله اسامی نویسندگان، سال انتشار، حجم نمونه، ابزار جمع‌آوری داده‌ها، محل جمع‌آوری داده‌ها و نتایج تحقیق از تمام مطالعات انتخاب شده استخراج شد و معیارهای ورود به مطالعه ذکر شده برای اطمینان از ورود دقیق مطالعات مجدداً اعمال شد.

جست‌وجو در تمام پایگاه داده‌ها ۱۷۳۶ نتیجه را به همراه داشت. از این تعداد، ۲۹۵ مقاله تکراری بودند و از مطالعه حذف شدند و ۱۴۴۱ مقاله باقی‌مانده طبق معیارهای ورود و خروج مطالعه بررسی شد. از این تعداد مقاله، ۱۳۹۷ مقاله به دلیل عدم تطابق با معیارهای ورود به مطالعه حذف شدند. متن کامل ۴۴ مقاله باقی‌مانده، مطالعه شده و در نهایت، ۶ مقاله با هدف مطالعه حاضر هم‌خوانی داشت که در تجزیه و تحلیل گنجانده شدند (تصویر شماره ۱).

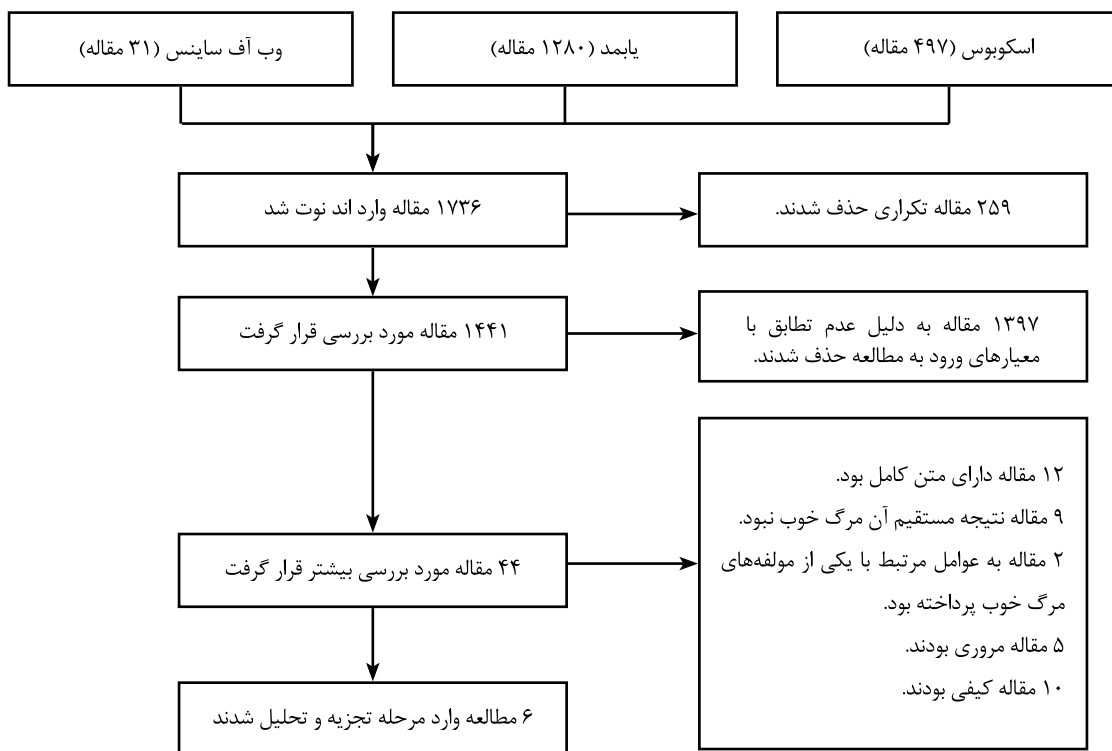
انتخاب مقالات برای ورود به مطالعه در طول بحث در جلسه تیم پژوهش حل شد. مقالات حذف شده، از جمله مرورهای سیستماتیک برای شناسایی مقالات اضافی مجدد بررسی شدند.

ارزیابی کیفی مطالعات

دو نویسنده مقاله، کیفیت مطالعات را با استفاده از چکلیست گزارش مطالعات مشاهده‌ای در اپیدمیولوژی (چکلیست استروب) ارزیابی کردند.

چکلیست استروب شامل ۲۲ مورد است و حاوی توصیه‌هایی درباره مواردی است که برای توصیف دقیق و کامل تر مطالعات مشاهده‌ای باید گنجانده شود. هر مورد از این چکلیست ۱ نمره دارد و به صورت صفر (نماینده کیفیت ضعیف) یا ۱ (نماینده کیفیت مناسب) کدگذاری شده است. نمرات کیفیت مطالعه می‌تواند از صفر تا ۲۲ امتیاز در مطالعات مقطعی و کوهورت متغیر باشد. در صورت وجود اختلاف در ارزیابی مقاله بین ۲ داور، مقاله تا رسیدن به توافق بررسی می‌شود.

در هر دو مقیاس، هر چه نمره بالاتر باشد، کیفیت روش‌شناختی مطالعه بهتر است. در نهایت، مطالعات بر اساس کیفیت روش‌شناختی در ۳ گروه، کیفیت بالا (خوب) (۷۰ نمره کل)، کیفیت متوسط (۵۰ تا ۶۹ نمره کل) یا کیفیت پایین (ضعیف) (۵۰ نمره کل) طبقه‌بندی می‌شوند [۱۷].



تصویر ۱. فرایند شناسایی و انتخاب مطالعات (چکلیست پریزما)

تعریف آیتم اصلی مطالعه

اولین تعاریف مرگ خوب در مطالعات پزشکی یافت شد. ویزمن مرگ خوب را این گونه تعریف می‌کند: شکلی از گذر که در آن همه افراد از نزدیک بودن مرگ آگاه هستند و آن را می‌پذیرند و در آن، فرد در حال مرگ نگرانی‌های اجتماعی عاطفی و مادی را حل کرده است. امانوئل و لانگ بر معنویت و روابط با دیگران تأکید کردند. مک و کلینتون سادگی مرگ خوب را این گونه تعریف کردند: مرگی که در آن خواسته‌ها و نیازهای بیماران برآورده می‌شود. فقط ونگر و روزنفلد جنبه‌های فرهنگی مرگ خوب را در تعریف گنجانده‌اند. آن‌ها از تعریفی استفاده کردند که در اصل از مؤسسه پزشکی بود: مرگی که عاری از ناراحتی و رنج قابل اجتناب برای بیماران، خانواده‌ها و مراقبان بوده و به‌طور کلی مطابق با خواسته‌های بیمار و خانواده و به‌طور منطقی با استانداردهای بالینی، فرهنگی و اخلاقی سازگار است [۱۶].

یافته‌ها

کیفیت مطالعات

پس از اعمال معیارهای ورود و خروج مطالعه و معیارهای چک‌لیست، تعداد ۶ مطالعه بررسی شد. ۲ مقاله بالاترین امتیاز (۲۰) و ۱ مقاله پایین‌ترین امتیاز (۱۵) را در چک‌لیست استروب به دست آوردند. بر اساس نقطه برش پیشنهادی، ۵ مطالعه به‌عنوان با کیفیت بالا و ۱ مقاله با کیفیت متوسط طبقه‌بندی شدند (پیوست شماره ۲).

ویژگی مطالعات انتخاب‌شده

نتایج و ویژگی‌های اصلی مطالعات در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. در این مطالعه، مقالات مقطعی که به بررسی مفهوم مرگ خوب پرداخته بودند، بررسی شد. اطلاعات جمع‌آوری‌شده در بیشتر این مطالعات از بین بیماران مبتلا به سرطان که در مراحل انتهایی زندگی هستند، پزشکان و مراقبین آن‌ها، اعضای خانواده و مردم عادی جامعه بود.

اجزای مرگ خوب

جزء جسمی

تقریباً در بیشتر مطالعات بررسی‌شده، از وضعیت جسمی به‌عنوان یکی از اجزای مرگ بحث شده است. در ۴ مطالعه، جزء جسمی جزء مؤلفه‌های اصلی [۱۸-۲۱] و در ۲ مطالعه دیگر جزء مؤلفه‌های ثانویه مرگ خوب گزارش شده است [۲۳، ۲۲].

در بُعد جسمی، مرگ بدون درد یکی از مؤلفه‌های اصلی مرگ خوب در تمام مطالعات گزارش شده است. سایر مؤلفه‌های جزء جسمی مرگ خوب شامل حفظ هوشیاری، حفظ استقلال و

انجام امور شخصی، کنترل جسمی و شناختی، آسایش و آرامش جسمی بود.

جزء روانی

به جزء روانی مرگ در ۴ مطالعه اشاره شده است [۲۰-۲۳] که نشان‌دهنده اهمیت این جزء در تعریف مرگ خوب است. منظور از جزء روانی در این مطالعات، آرامش و آسایش روانی، آمادگی برای مرگ، احساس معنادار بودن زندگی، کنترل بر آینده، احساس اینکه زندگی ارزش زیستن دارد، حفظ امید و لذت بود.

جزء معنوی

جزء معنوی یکی از اجزای مرگ است که در مطالعات کمتر به آن پرداخته شده است [۱۸، ۲۱] با این حال، به معنای اهمیت کم آن نیست. حفظ ارتباط با خدا، آسایش مذهبی و معنوی، انجام مراسم مذهبی پایان عمر طبق مذهب و اعتقادات فرد در این جزء طبقه‌بندی می‌شود.

جزء اجتماعی

در این قسمت، ارتباطات فرد بررسی می‌شود و منظور از آن، حضور خانواده هنگام مرگ، ارتباط خوب با کادر پزشکی، رابطه خوب با اعضای خانواده و دوستان فرد تا پایان عمر است [۱۸، ۲۰-۲۱].

جزء اقتصادی

جزء اقتصادی یکی از اجزای مرگ است که ممکن است در پایان عمر کمتر به آن پرداخته شود، اما در مطالعات انجام‌شده [۱۹، ۲۲]، داشتن پس‌انداز مالی و مردن بدون نگرانی مالی برای بازمانده‌ها، یکی از مواردی بوده که برای افراد هنگام مرگ امری مهم تلقی شده است.

جزء مراقبتی

دریافت درمان کافی تا زمان مرگ، حفظ استقلال و عدم تحمیل بار بیماری برای خانواده، شرکت در تصمیمات مربوط به دریافت درمان مربوط به خود در این بُعد قرار می‌گیرد [۱۸، ۲۱، ۲۳].

جزء فرهنگی

مرگ در هر فرهنگی که اتفاق بیفتد، آداب و رسوم خاص خود را دارد و افراد خواهان رعایت این رسوم در زمان مرگ خود هستند. احترام به فرد به‌عنوان یک انسان در پایان عمر و پس از مرگ و نحوه برگزاری مراسم پس از مرگ از موارد فرهنگی است که در مطالعات به آن اشاره شده است [۲۰-۲۱].

جدول ۱. ویژگی‌های اصلی مطالعات

ردیف	نویسنده، سال انتشار	حجم نمونه	ابزار جمع‌آوری اطلاعات	محل جمع‌آوری اطلاعات	نتایج
۱	پانیتا لیمپاواتانا [۱۸] ۲۰۲۱	۶۰۸ نفر از بیماران و پزشکان	پرسش‌نامه ۱۳ سؤالی که نگرش درباره مراقبت‌های پایان عمر را می‌سنجد.	مرکز مراقبت‌های پایان عمر	بیماران نسبت به پزشکان بیشتر تمایل داشتند که در آخرین لحظات زندگی هوشیار باشند، خودشان و خانواده آن‌ها درباره علت مرگ و بیماری اطلاع داشته باشند و در خانه فوت کنند. بیش از ۹۰ درصد بیماران موافق حضور عزیزان هنگام مرگ بودند. پزشکان بیشتر از بیماران به تکمیل کارهای ناتمام، آماده شدن برای مرگ، فرصت خداحافظی با دوستان و انجام مراسم مذهبی پایان عمر اهمیت دادند. هر دو گروه بیماران و پزشکان درباره حفظ استقلال و اختیار تا لحظه مرگ، عدم طولانی شدن درد و رنج و تحمیل بار بیماری بر خانواده و شرکت در تصمیم‌گیری درباره درمان خود موافق بودند.
۲	تراوونیا هیوز [۱۴] ۲۰۱۴	۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان و پرستاران	پرسش‌نامه محقق‌ساخته	کلینیک سرطان ریه	مردن در خواب، بدون درد سریع و در آرامش، بی‌اطلاع بودن از زمان مرگ، مردن بدون نگرانی مالی از ویژگی‌های بارز مرگ خوب در این مطالعه است.
۳	ام. میاشیتا [۲۰] ۲۰۰۷	۲۵۴۸ نفر از افراد جامعه و ۵۱۳ نفر از خانواده‌های داغ‌دیده در ۱۲ واحد مراقبت تسکینی	پرسش‌نامه محقق‌ساخته ۵۷ جزئی بر اساس یافته‌های مطالعات کیفی گذشته	جمعیت عادی، ۱۲ مرکز مراقبت‌های تسکینی	آسایش جسمی و روانی، مردن در مکان مورد علاقه، ارتباط خوب با کادر پزشکی، حفظ امید و لذت، سرپار دیگران نبودن، رابطه خوب با خانواده، کنترل کثرت جسمی و شناختی، آسایش محیطی، احترام به فرد به‌عنوان یک انسان و تکمیل زندگی به‌عنوان مؤلفه‌های مرگ خوب شناخته شدند.
۴	تاتسویا موریتا [۲۱] ۲۰۰۸	۳۸۸ نفر از اعضای خانواده‌های داغ‌دیده	پرسش‌نامه محقق‌ساخته بر اساس مطالعات قبلی برای بررسی نگرش نسبت به مرگ خوب	مرکز مراقبت‌های تسکینی	تکمیل کارهای ناتمام، مردن در مکان مورد علاقه، استقلال، آرامش جسمی و روانی، سرپار دیگران نبودن، ارتباط با اعضای خانواده، احترام، آسایش مذهبی و معنوی، دریافت درمان کافی، کنترل بر آینده، احساس اینکه زندگی‌شان ارزش زیستن داشت، ناآگاهی از مرگ، غرور و زیبایی، مرگ طبیعی و آماده شدن برای مرگ.
۵	هو یون جوان [۲۲] ۲۰۱۸	مردم عادی جامعه، بیماران و پزشکان	پرسش‌نامه تک سؤالی مهم‌ترین مؤلفه‌های مرگ خوب	۱۲ بیمارستان کشور کره جنوبی	حفظ استقلال و عدم سرپاری برای خانواده، حضور خانواده و اتمام کار ناتمام از مهم‌ترین مؤلفه‌های مرگ خوب شناخته شد. سایر مؤلفه‌ها شامل رهایی از درد، احساس معنادار بودن زندگی، ارتباط با خدای هوشیاری، مرگ در خانه و داشتن پس‌انداز مالی بود.
۶	ام. سانجو [۲۳] ۲۰۰۷	۳۰۶۱ نفر از مردم جامعه و بیماران مبتلا به سرطان	پرسش‌نامه طراحی‌شده بر اساس مطالعات قبلی و اجماع کارشناسان و انجام پایایی و روایی بر جمعیت عمومی	جامعه و بیمارستان	بیشتر افراد مردن در مکان مورد علاقه و ترجیحاً خانه شخصی را جزء مؤلفه مرگ خوب معرفی کردند. سایر اجزای مرگ خوب شامل مرگ بدون درد، دریافت درمان تا زمان مرگ و آرامش جسمی و روانی بود.

مکان مرگ

کار ناتمامی نداشته باشد و زندگی را تکمیل کند [۱۸، ۲۰-۲۲]. بی‌اطلاع بودن از زمان مرگ، یکی دیگر از مواردی است که افراد به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مرگ خوب به آن اشاره کرده‌اند [۱۹].

نحوه مرگ

مردن با غرور و عزت، مرگ طبیعی، مردن در خواب، مرگ سریع، آگاهی از بیماری و علت مرگ، داشتن فرصت خداحافظی با دوستان و خانواده، از جمله مواردی است که در این جزء قرار می‌گیرد و در مطالعات به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مرگ خوب گزارش شده است [۱۸، ۱۹-۲۱].

یکی دیگر از اجزای مرگ خوب که در ۵ مطالعه به آن اشاره شده است، مکان مورد علاقه فرد برای مرگ است [۱۸، ۲۰-۲۳] که این مکان از نظر بیماران و اعضای خانواده، خانه خود فرد معرفی شده است. از نظر پزشکان، آسایش محیطی اهمیت بیشتری دارد، یعنی جایی که فرد احساس آرامش و آسایش دارد و نیازهای فرد تا لحظه مرگ در این مکان تأمین می‌شود [۱۸].

زمان مرگ

در مطالعات بررسی‌شده، مرگ خوب زمانی اتفاق می‌افتد که فرد

در تصویر شماره ۲ اجزای مرگ خوب در سالمندان نشان داده شده‌اند.

بحث

این مطالعه با هدف تعیین اجزای مرگ خوب در سالمندان انجام شد. مرگ خوب به‌عنوان مجموعه‌ای از وقایع اجتماعی مفهوم یافته است که شامل شخص در حال مرگ و سایر اطرافیان او اعم از خانواده، دوستان و متخصصان بهداشت است. در صورت آگاهی، پذیرش و آمادگی برای مرگ توسط فرد و همه اطرافیان، مرگ خوب تعریف می‌شود [۲۴].

در این مطالعه، مرگ خوب به ۱۰ جزء جسمی، روانی، معنوی، اجتماعی، اقتصادی، مراقبتی، فرهنگی، مکان، زمان و نحوه مرگ طبقه‌بندی شد.

در جزء جسمی، یکی از مؤلفه‌های مهم مرگ خوب، مرگ بدون درد بود که به‌عنوان هسته اصلی مرگ خوب به شمار می‌رود [۲۵]. چون از نظر بعضی افراد، مرگ همراه با تجربه درد و رنج است [۲۶]. سالمندان، مرگ بدون درد و رنج را مرگ خوب می‌دانند، چون در طول دوره سالمندی درد مزمن یکی از شایع‌ترین شکایات در سالمندان [۲۷] و یکی از تهدیدهای مهم کیفیت زندگی آن‌هاست [۲۸]. سالمندانی که از درد مزمن رنج می‌برند، بیشتر از افراد دیگر محدودیت‌های عملکردی دارند و استقلال آن‌ها مورد تهدید قرار گرفته و در نهایت، بیشتر از مرگ می‌ترسند [۲۹]. تجربه مرگ بدون درد، گاهی به معنای اختیار فرد برای انجام اتانازی به کار رفته است [۳۰].

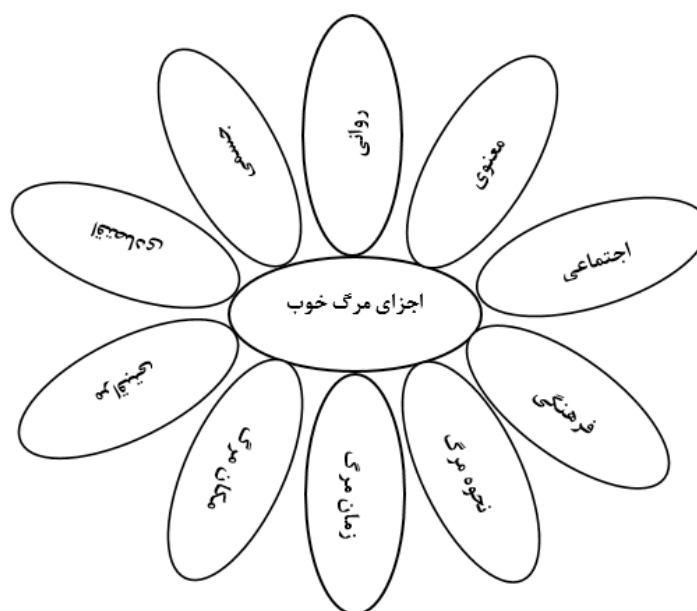
همراه با آرامش جسمی، در مطالعات بررسی‌شده به آرامش و آسایش روان هم اشاره شده است. آرامش روانی زمانی فراهم می‌شود که فرد دوره‌های قبلی زندگی خود را به خوبی سپری کرده باشد [۳۱]. در واقع، از لحاظ روانی، یک مرگ خوب به دنبال یک زندگی خوب اتفاق می‌افتد که طی آن فرد با احترام زندگی کرده، زندگی با معنایی داشته و تا حد زیادی به خواسته‌هایش رسیده است و کار ناتمام ندارد [۳۲].

عامل دیگری که به آرامش هنگام مرگ کمک می‌کند، معنویت است که یکی دیگر از اجزای اصلی مرگ خوب است. معنویت از طریق ایجاد باور به زندگی پس از مرگ [۳۳]، باعث کاهش اضطراب مرگ در سالمندانی می‌شود که تجربه نزدیک به مرگ داشتند و یا دارای فرزند هستند [۳۴]. یکی از مؤلفه‌های معنویت، مذهب است. مذهب و نحوه جامعه‌پذیری مذهبی افراد در تصویری که از مرگ دارند، تأثیر تعیین‌کننده‌ای دارد [۳۵].

بعضی از مطالعات نشان داده‌اند که مذهب باعث نگرش مثبت نسبت به مرگ می‌شود [۳۶]. با این حال، مذهب می‌تواند از طریق یادآوری زندگی پس از مرگ همراه با عذاب و جزای اعمال دنیوی، آرامش را از فرد در حال مرگ بگیرد [۳۷]. این دو جزء، روانی و معنوی، علاوه بر بیماران برای خانواده‌ها هم جزء اجزای مهم مرگ تلقی شده است [۳۸].

مطالعات حاکی از آن است سالمندانی که از لحاظ اقتصادی نگرانی ندارند و بابت امنیت مالی خانواده رضایت کافی دارند، هنگام مرگ آرامش بیشتری دارند [۳۹].

فرد در حال مرگ نیاز به حمایت همه جانبه دارد که دریافت



تصویر ۲. اجزای مرگ خوب در سالمندان

آشنایی با تجارب نزدیک به مرگ و واکنش مناسب به صحبت‌ها و درخواست‌های بیمار برای تسهیل فرایند مردن می‌تواند کمک‌کننده باشد [۵۲].

مرگ خوب در سالمندان یک جزء مراقبتی هم دارد که مراقبت پایان عمر نامیده می‌شود. این مراقبت‌ها از طریق مدیریت درد و ارائه مراقبت‌های روانی، اجتماعی و معنوی از رنج سالمند موجب پیشگیری یا سبب کاهش آن می‌شود [۵۳]. سالمندان به وضوح دارای تغییرات فیزیولوژیکی هستند که باید هنگام ارائه مراقبت در نظر گرفته شوند [۵۴]. مراقبت خوب از افراد در حال مرگ می‌تواند لحظات آخر زندگی را قابل تحمل‌تر کند [۲۶].

نتیجه‌گیری

مرگ خوب یک مفهوم پویاست که با توجه به شرایط معنوی، فرهنگی و ویژگی‌های فردی متفاوت است، اما در نهایت، مرگ خوب، مرگی است که توسط خود فرد و اطرافیان قابل پذیرش باشد. مرگ خوب اجزایی دارد که در نظر گرفتن آن‌ها می‌تواند به سالمند کمک کند که آخرین مرحله زندگی‌اش را با کیفیت بالاتری سپری کند. بیشتر اجزای مرگ خوب و فراهم کردن شرایط آن بر عهده پرستاران، مراقبین، خانواده و سایر اطرافیان فرد سالمند است. درک مرگ خوب و توجه به ابعاد آن در سالمندان، خصوصاً در مراقبت‌های پایان زندگی ضروری است و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید تلاش کنند تا دیدگاه بیماران را درباره یک مرگ خوب تشخیص و اقدامات لازم را انجام دهند.

با وجود تعداد بالایی از مقالات انجام‌شده، هنوز تعریف مشخصی از مرگ خوب ارائه نشده است. از طرفی، بیشتر مطالعات انجام‌شده در زمینه مرگ خوب، روی بیماران مبتلا به سرطان، مراقبین آن‌ها و کادر پزشکی انجام شده و به سالمندان مبتلا به بیماری‌های دیگر و سالمندان سالم که منتهی به مرگ نیستند، کمتر پرداخته شده است. تعدادی از این مطالعات روی جمعیت عمومی انجام شده که همه سنین را پوشش داده، اما مقایسه‌ای از لحاظ نگرش نسبت به مرگ خوب بین سالمندان با سنین دیگر انجام نشده است.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به پایین بودن تعداد مطالعات مقطعی کار شده در زمینه مرگ خوب روی سالمندان سالم و سالمندان مبتلا به بیماری‌های دیگر به غیر از سرطان اشاره کرد.

با وجود اینکه مطالعات زیادی در زمینه مرگ خوب انجام شده، هنوز تعریف جامعی از مرگ خوب در سالمندان ارائه نشده است. از طرفی، تعداد بالایی از مقالات انجام‌شده در این زمینه به صورت کیفی هستند؛ بنابراین این مطالعه پیشنهاد می‌کند که محققان از نتایج این مطالعات برای رسیدن به یک تعریف جامع از مرگ خوب در سالمندان استفاده کنند.

این حمایت به مکان مرگ و شرایط آن بستگی دارد [۴۰]. مرگ در بیمارستان و در غربت، نگرانی از مرگ را بیشتر می‌کند [۳۷]. انتخاب مکان مرگ توسط شخص، به تجربه مرگ خوب کمک می‌کند. خانه شخصی فرد، یکی از مکان‌های مورد علاقه افراد برای تجربه مرگ محسوب می‌شود و مرگ در خانه یکی از آرزوهای افراد تحت مراقبت‌های تسکینی است. یکی از دلایل انتخاب خانه برای مرگ، حفظ ارتباط با اعضای خانواده است [۴۱].

ارتباطات و حفظ شبکه ارتباطی، جزء مؤلفه اصلی جزء اجتماعی مرگ طبقه‌بندی شده است. داشتن ارتباط خوب با اعضای خانواده و کادر پزشکی، به دلیل دریافت حمایت از جانب این افراد به کیفیت بالاتر مرگ کمک می‌کند [۴۲]. از طرف دیگر، مرگ در خانه، فرصت خداحافظی با خانواده و دوستان، که یکی از مؤلفه‌های مرگ خوب به شمار می‌رود را فراهم می‌کند [۳۰].

درک مفهوم مرگ خوب و نگرش مثبت و منفی نسبت به آن در یک بافت فرهنگی ویژه اتفاق می‌افتد و می‌تواند به ارتقای کیفیت مرگ سالمندان کمک کند. در فرهنگ‌های مختلف، دیدگاه‌های متفاوتی نسبت به مفهوم مرگ خوب وجود دارد [۴۳]، اما آنچه که میان فرهنگ‌های مختلف مشترک است، مورد احترام واقع شدن فرد هنگام و بعد از مرگ است [۴۴]. رفتارهای مرتبط با مرگ در جوامع مدرن مانند نوع مراسم مرگ و بوروکراتیک شدن آن، بی‌ارج شدن جسد مردگان، پزشکی شدن مرگ، تغییر مکان قبرستان و انتقال آن‌ها به خارج از شهر و سخن نگفتن از مرگ در اشعار و ادبیات می‌تواند تهدیدی برای مفهوم مرگ خوب باشد [۳۵].

نحوه مردن در مطالعات مختلفی بحث شده و در فرهنگ‌های مختلف، اشکال متفاوتی به خود می‌گیرد. در فرهنگ ویتنامی، مرگ بر اثر بیماری به‌عنوان یک سرنوشت پذیرفته می‌شود که رنج حاصل از آن می‌تواند در زندگی پس از مرگ مؤثر واقع شود [۴۵]. شریف‌نیا و همکاران در مطالعه خود روی جانبازان جنگ ایران و عراق، مردن در تنهایی را به‌عنوان یکی از عوامل اضطراب‌آور مرگ گزارش دادند [۴۶].

یکی از مؤلفه‌های نحوه مرگ، آگاهی از علت مرگ است. دانستن اطلاعات کامل درباره بیماری و علت مرگ، احترام به حقوق بیمار است [۴۷]. آگاهی از علت مرگ، افراد را برای پذیرش مرگ آماده می‌کند و آرامش درونی را افزایش می‌دهد [۴۸].

اما در مقابل، آگاهی از زمان مرگ این تأثیر را نداشته و بالعکس افراد، بی‌اطلاعی از زمان مرگ را در مفهوم مرگ خوب اشاره کرده‌اند [۴۹]. در این زمینه، می‌توان به مرگ ناگهانی در خواب اشاره کرد [۵۰]. به هر حال، مرگ خوب از نظر شخص و خانواده، زمانی اتفاق می‌افتد که فرد بیشتر از سال‌های مورد انتظار برای زنده ماندن (امید زندگی)، زندگی کرده باشد [۵۱]. اگرچه که دانستن زمان مرگ برای فرد و خانواده ناخوشایند است، اما محققان نشان داده‌اند که آگاهی کادر پزشکی از زمان مرگ و

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

تمامی اصول اخلاق در این مقاله رعایت شده است.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان نامه نیست و حامی مالی ندارد.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

- [1] Yash Pal R, Kuan WS, Koh Y, Venugopal K, Ibrahim I. Death among elderly patients in the emergency department: A needs assessment for end-of-life care. *Singapore Med J*. 2017; 58(3):129-33. [DOI:10.11622/smedj.2016179] [PMID] [PMCID]
- [2] Quest TE, Marco CA, Derse AR. Hospice and palliative medicine: New subspecialty, new opportunities. *Ann Emerg Med*. 2009; 54(1):94-102. [DOI:10.1016/j.annemergmed.2008.11.019] [PMID]
- [3] Grudzen CR, Stone SC, Morrison RS. The palliative care model for emergency department patients with advanced illness. *J Palliat Med*. 2011; 14(8):945-50. [DOI:10.1089/jpm.2011.0011] [PMID] [PMCID]
- [4] Izumi S, Nagae H, Sakurai C, Imamura E. Defining end-of-life care from perspectives of nursing ethics. *Nurs Ethics*. 2012; 19(5):608-18. [DOI:10.1177/0969733011436205] [PMID]
- [5] Emanuel EJ, Emanuel LL. The promise of a good death. *Lancet*. 1998; 351(Suppl 2):SII21-9. [DOI:10.1016/S0140-6736(98)90329-4] [PMID]
- [6] Rosengren K, Gustafsson I, Jarnevi E. Every second counts: Women's experience of living with ALS in the end-of-life situations. *Home Health Care Manag Pract*. 2015; 27(2):76-82. [DOI:10.1177/1084822314547961] [PMID]
- [7] Werkander Harst de C, Sandgren A. Confronting the forthcoming death: A classic grounded theory. *J Palliat Care Med*. 2016; 6(6):1000289. [DOI:10.4172/2165-7386.1000289] [PMID]
- [8] Alftberg  , Ahlstr m G, Nilsen P, Behm L, Sandgren A, Benzein E, et al. Conversations about death and dying with older people: An ethnographic study in nursing homes. *Healthcare*. 2018; 6(2):63. [DOI:10.3390/healthcare6020063] [PMID] [PMCID]
- [9] Chan HY, Pang SM. Quality of life concerns and end-of-life care preferences of aged persons in long-term care facilities. *J Clin Nurs*. 2007; 16(11):2158-66. [DOI:10.1111/j.1365-2702.2006.01891.x] [PMID]
- [10] Holdsworth LM. Bereaved carers' accounts of the end of life and the role of care providers in a 'good death': A qualitative study. *Palliat Med*. 2015; 29(9):834-41. [DOI:10.1177/0269216315584865] [PMID]
- [11] Soom Ammann E, Salis Gross C, Rauber G. The art of enduring contradictory goals: challenges in the institutional co-construction of a 'good death'. *J Intercult Stud*. 2016; 37(2):118-32. [DOI:10.1080/07256868.2016.1141755] [PMID]
- [12] Cagle JG, Pek J, Clifford M, Guralnik J, Zimmerman S. Correlates of a good death and the impact of hospice involvement: Findings from the national survey of households affected by cancer. *Support Care Cancer*. 2015; 23(3):809-18. [DOI:10.1007/s00520-014-2404-z] [PMID] [PMCID]
- [13] Field MJ, Cassel CK. Approaching death: Improving care at the end of life. In: Meier DE, Lsaacs SL, Hughes RG, editors. *Palliative care: Transforming the care of serious illness*. Hoboken: Wiley Publisher; 2010. [link]
- [14] Hanson LC, Henderson M, Menon M. As individual as death itself: A focus group study of terminal care in nursing homes. *J Palliat Med*. 2002; 5(1):117-25. [DOI:10.1089/10966210252785088] [PMID]
- [15] Krishnan P. Concept analysis of good death in long term care residents. *Int J Palliat Nurs*. 2017; 23(1):29-34. [DOI:10.12968/ijpn.2017.23.1.29] [PMID]
- [16] Hattori K, McCubbin MA, Ishida DN. Concept analysis of good death in the Japanese community. *J Nurs Scholarsh*. 2006; 38(2):165-70. [DOI:10.1111/j.1547-5069.2006.00095.x] [PMID]
- [17] Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Oliveira Vd, Mazzardo O, Campos Wd. Association between physical activity and quality of life in the elderly: A systematic review, 2000-2012. *Braz J Psychiatry*. 2014; 36(1):76-88. [DOI:10.1590/1516-4446-2012-0895] [PMID]
- [18] Limpawattana P, Srinonprasert V, Manjavong M, Yongrat-tanakit K, Kaiyakit S. Comparison of the perspective of a "good death" in older adults and physicians in training at university hospitals. *J Appl Gerontol*. 2021; 40(1):47-54. [DOI:10.1177/0733464819896571] [PMID]
- [19] Hughes T, Schumacher M, Jacobs-Lawson JM, Arnold S. Confronting death: Perceptions of a good death in adults with lung cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. 2008; 25(1):39-44. [DOI:10.1177/1049909107307377] [PMID]
- [20] Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y. Good death in cancer care: A nationwide quantitative study. *Ann Oncol*. 2007; 18(6):1090-7. [DOI:10.1093/annonc/mdm068] [PMID]
- [21] Miyashita M, Morita T, Sato K, Hirai K, Shima Y, Uchitomi Y. Good death inventory: A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2008; 35(5):486-98. [DOI:10.1016/j.jpainsym-man.2007.07.009] [PMID]
- [22] Sanjo M, Miyashita M, Morita T, Hirai K, Kawa M, Akechi T, et al. Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: A population-based survey in Japan. *Ann Oncol*. 2007; 18(9):1539-47. [DOI:10.1093/annonc/mdm199] [PMID]
- [23] Yun YH, Kim KN, Sim JA, Kang E, Lee J, Choo J, et al. Priorities of a "good death" according to cancer patients, their family caregivers, physicians, and the general population: A nationwide survey. *Support Care Cancer*. 2018; 26(10):3479-88. [DOI:10.1007/s00520-018-4209-y] [PMID]
- [24] McNamara B, Waddell C, Colvin M. Threats to the good death: The cultural context of stress and coping among hospice nurses. *Sociol health illn*. 1995; 17(2):222-41. [DOI:10.1111/1467-9566.ep10933398] [PMID]
- [25] Meier EA, Gallegos JV, Thomas LP, Depp CA, Irwin SA, Jeste DV. Defining a good death (successful dying): Literature review and a call for research and public dialogue. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016; 24(4):261-71. [DOI:10.1016/j.jagp.2016.01.135] [PMID] [PMCID]

- [26] Heimerl K, Schuchter P, Egger B, Lang A, Frankus E, Prieth S, et al. Dying is never beautiful, but there are beautiful moments: Qualitative interviews with those affected on the subject of 'good dying'. *Mortality*. 2022; 1-19. [DOI:10.1080/13576275.2022.2034773]
- [27] Institute of Medicine of the National Academies. *Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education, and research*. Washington: Institute of Medicine of the National Academies; 2011. [link]
- [28] Andrews JS, Cenger IS, Yelin E, Covinsky KE. Pain as a risk factor for disability or death. *J Am Geriatr Soc*. 2013; 61(4):583-9. [DOI:10.1111/jgs.12172] [PMID] [PMCID]
- [29] Rezaei Dehnavi S, Tavakkoli G, Montajabian Z. The effectiveness of positive psychotherapy on pain perception and death anxiety in the elderly. *Aging Psychol*. 2020; 5(4):321-32. [DOI:10.22126/jap.2020.4969.1397]
- [30] Vanderveken L, Schoenmakers B, De Lepeleire J. A better understanding of the concept "a good death": How do health-care providers define a good death? *Am J Geriatr Psychiatry*. 2019; 27(5):463-71. [DOI:10.1016/j.jagp.2018.12.017] [PMID]
- [31] van der Geest S. Dying peacefully: Considering good death and bad death in Kwahu-Tafo, Ghana. *Soc Sci Med*. 2004; 58(5):899-911. [DOI:10.1016/j.socscimed.2003.10.041] [PMID]
- [32] Kastbom L, Milberg A, Karlsson M. A good death from the perspective of palliative cancer patients. *Support Care Cancer*. 2017; 25(3):933-9. [DOI:10.1007/s00520-016-3483-9] [PMID]
- [33] Kim E. Perceptions of good and bad death among Korean social workers in elderly long-term care facilities. *Death Stud*. 2019; 43(5):343-50. [DOI:10.1080/07481187.2018.1478471] [PMID]
- [34] Sahin DS, Buken NO. Death anxiety and concept of good death in the elderly. *Turk J Geriatr*. 2020; 23(1):18-26. [DOI:10.31086/tjgeri.2020.133]
- [35] Kalantari A, Shahrzad Z, Parsania H. [Mechanisms of recalling or forgetting death: A qualitative study (Persian)]. *Strateg Res Soc Probl Iran*. 2021; 10(4):1-20. [DOI:10.22108/SRSPi.2022.132600.1777]
- [36] Leung KK, Liu WJ, Cheng SY, Chiu TY, Chen CY. What do laypersons consider as a good death. *Support Care Cancer*. 2009; 17(6):691-9. [DOI:10.1007/s00520-008-0530-1] [PMID]
- [37] Ariès P. *Western attitudes toward death: From the Middle Ages to the present*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1974. [DOI:10.1353/book.20658]
- [38] Steinhauer KE, Clipp EC, McNeilly M, Christakis NA, McIntyre LM, Tulsy JA. In search of a good death: Observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med*. 2000; 132(10):825-32. [DOI:10.7326/0003-4819-132-10-200005160-00011] [PMID]
- [39] Tayeb MA, Al-Zamel E, Fareed MM, Abouellail HA. A "good death": Perspectives of Muslim patients and health care providers. *Ann Saudi Med*. 2010; 30(3):215-21. [DOI:10.4103/0256-4947.62836] [PMID] [PMCID]
- [40] Lang A. The good death and the institutionalisation of dying: An interpretive analysis of the Austrian discourse. *Soc Sci Med*. 2020; 245:112671. [DOI:10.1016/j.socscimed.2019.112671] [PMID]
- [41] Liu CW, Hung CH, Yang WP. [A challenge for home-based hospice care: Good death at home (Chinese)]. *Hu Li Za Zhi*. 2019; 66(6):74-81. [DOI:10.6224/JN.201912_66(6).10] [PMID]
- [42] Cheng SY, Lin WY, Cheng YH, Huang CH, Chen CY, Hwang SJ, et al. Cancer patient autonomy and quality of dying-a prospective nationwide survey in Taiwan. *Psychooncology*. 2016; 25(2):179-86. [DOI:10.1002/pon.3901] [PMID]
- [43] Ko E, Cho S, Perez RL, Yeo Y, Palomino H. Good and bad death: Exploring the perspectives of older Mexican Americans. *J Gerontol Soc Work*. 2013; 56(1):6-25. [DOI:10.1080/01634372.2012.715619] [PMID]
- [44] Iranmanesh S, Hosseini H, Esmaili M. Evaluating the "good death" concept from Iranian bereaved family members' perspective. *J Support Oncol*. 2011; 9(2):59-63. [DOI:10.1016/j.suponc.2010.12.003] [PMID]
- [45] Long NH, Thanasilp S, Doutrich DL. Death acceptance in vietnamese cancer patients: A phenomenological study. *J Transcult Nurs*. 2018; 29(6):563-9. [DOI:10.1177/1043659618765081] [PMID]
- [46] Sharif Nia H, Ebadi A, Lehto RH, Peyrovi H. The experience of death anxiety in Iranian war veterans: A phenomenology study. *Death Stud*. 2015; 39(1-5):281-7. [DOI:10.1080/07481187.2014.991956] [PMID]
- [47] Srinonprasert V, Manjavong M, Limpawattana P, Chotmongkol V, Pairojkul S, Chindaprasit J, et al. A comparison of preferences of elderly patients for end-of-life period and their relatives' perceptions in Thailand. *Arch Gerontol Geriatr*. 2019; 84:103892. [DOI:10.1016/j.archger.2019.05.017] [PMID]
- [48] Bovero A, Gottardo F, Botto R, Tosi C, Selvatico M, Torta R. Definition of a good death, attitudes toward death, and feelings of interconnectedness among people taking care of terminally ill patients with cancer: An exploratory study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2020; 37(5):343-9. [DOI:10.1177/1049909119883835] [PMID]
- [49] Hirai K, Miyashita M, Morita T, Sanjo M, Uchitomi Y. Good death in Japanese cancer care: A qualitative study. *J Pain Symptom Manage*. 2006; 31(2):140-7. [DOI:10.1016/j.jpain-symman.2005.06.012] [PMID]
- [50] Cha E, Kim J, Sohn MK, Lee BS, Jung SS, Lee S, et al. Perceptions on good-life, good-death, and advance care planning in Koreans with non-cancerous chronic diseases. *J Adv Nurs*. 2021; 77(2):889-98. [DOI:10.1111/jan.14633] [PMID]
- [51] Tipwong A, Ruamsook T, Hongkittayanon T, Kgowsiri K. The perceptions on good death of the older adults in the semi-urban community: A qualitative study. *Int J Nurs Sci*. 2022; 9(3):389-96. [DOI:10.1016/j.ijnss.2022.06.001] [PMID] [PMCID]
- [52] van Lommel P. *Consciousness Beyond Life: The Science of the Near-Death Experience*. *Mo Med*. 2014; 111(2):131. [PMCID]

- [53] Abate AT, Amdie FZ, Bayu NH, Gebeyehu D, G/Mariam T. Knowledge, attitude and associated factors towards end of life care among nurses' working in Amhara Referral Hospitals, Northwest Ethiopia: A cross-sectional study. BMC Res Notes. 2019; 12(1):521. [DOI:10.1186/s13104-019-4567-7] [PMID] [PMCID]
- [54] Pisani MA. Considerations in caring for the critically ill older patient. J Intensive Care Med. 2009; 24(2):83-95. [DOI:10.1177/0885066608329942] [PMID]

پیوست

پیوست ۱. استراتژی سرچ

Database: pubmed
Date: 2022/6/27
Result: 1208

- 1 "aged"[MeSH Terms] OR "aged"[Title/Abstract] OR "elderly"[Title/Abstract] OR "aging"[Title/Abstract] OR "ageing"[Title/Abstract] OR "senescence"[Title/Abstract] OR "older"[Title/Abstract] OR "elder"[Title/Abstract] OR "older adult"[Title/Abstract] OR "older population"[Title/Abstract] OR "old people"[Title/Abstract] OR "old age"[Title/Abstract] OR "senior"[Title/Abstract]
- 2 ("good"[All Fields] AND "death"[MeSH Terms]) OR "good death"[Title/Abstract] OR "dying well"[Title/Abstract] OR "successful dying"[Title/Abstract] OR "successful death"[Title/Abstract]
- 3 ("aged"[MeSH Terms] OR "aged"[Title/Abstract] OR "elderly"[Title/Abstract] OR "aging"[Title/Abstract] OR "ageing"[Title/Abstract] OR "senescence"[Title/Abstract] OR "older"[Title/Abstract] OR "elder"[Title/Abstract] OR "older adult"[Title/Abstract] OR "older population"[Title/Abstract] OR "old people"[Title/Abstract] OR "old age"[Title/Abstract] OR "senior"[Title/Abstract]) AND (("good"[All Fields] AND "death"[MeSH Terms]) OR "good death"[Title/Abstract] OR "dying well"[Title/Abstract] OR "successful dying"[Title/Abstract] OR "successful death"[Title/Abstract])

Database: scopus
Date: 2022/6/28
Result: 497

- 1 (TITLE-ABS-KEY (aged)) OR (TITLE-ABS-KEY (elderly)) OR (TITLE-ABS-KEY (aging)) OR (TITLE-ABS-KEY (ageing)) OR (TITLE-ABS-KEY (senescence)) OR (TITLE-ABS-KEY (older)) OR (TITLE-ABS-KEY (elder)) OR (TITLE-ABS-KEY ("older adult")) OR (TITLE-ABS-KEY ("older population")) OR (TITLE-ABS-KEY ("old people")) OR (TITLE-ABS-KEY ("old age")) OR (TITLE-ABS-KEY (senior))
- 2 (TITLE-ABS-KEY ("good death")) OR (TITLE-ABS-KEY ("dying well")) OR (TITLE-ABS-KEY ("successful dying")) OR (TITLE-ABS-KEY ("successful death"))
- 3 ((TITLE-ABS-KEY (aged)) OR (TITLE-ABS-KEY (elderly)) OR (TITLE-ABS-KEY (aging)) OR (TITLE-ABS-KEY (ageing)) OR (TITLE-ABS-KEY (senescence)) OR (TITLE-ABS-KEY (older)) OR (TITLE-ABS-KEY (elder)) OR (TITLE-ABS-KEY ("older adult")) OR (TITLE-ABS-KEY ("older population")) OR (TITLE-ABS-KEY ("old people")) OR (TITLE-ABS-KEY ("old age")) OR (TITLE-ABS-KEY (senior))) AND ((TITLE-ABS-KEY ("good death")) OR (TITLE-ABS-KEY ("dying well")) OR (TITLE-ABS-KEY ("successful dying")) OR (TITLE-ABS-KEY ("successful death")))

Database: web of science
Date: 2022/6/28
Result: 31

- 1 (((((((((TI=(aged)) OR TI=(elderly)) OR TI=(aging)) OR TI=(ageing)) OR TI=(senescence)) OR TI=(older)) OR TI=(elder)) OR TI=("older adult")) OR TI=("older population")) OR TI=("old people")) OR TI=("old age")) OR TI=(senior))
- 2 (((TI=("good death")) OR TI=("dying well")) OR TI=("successful dying")) OR TI=("successful death"))
- 3 #1 and #2

پیوست ۲. بررسی کیفیت مطالعات با استفاده از چک لیست پرزما

ردیف	عنوان و چکیده (حداکثر ۱ امتیاز)	مقدمه (حداکثر ۲ امتیاز)	روش کار (حداکثر ۹ امتیاز)	نتایج مطالعه (حداکثر ۵ امتیاز)	بحث و نتیجه گیری (حداکثر ۴ امتیاز)	اطلاعات دیگر (حداکثر ۱ امتیاز)	تعداد (درصد) امتیاز کل	کیفیت کلی مطالعه
۲	۱	۲	۷	۵	۴	۱	۲۰ (۹۰/۹)	خوب
۳	۰	۲	۶	۴	۳	۰	۱۵ (۶۸)	متوسط
۶	۱	۲	۶	۵	۳	۱	۱۸ (۸۱)	خوب
۷	۱	۲	۵	۵	۳	۰	۱۶ (۷۲)	خوب
۸	۱	۲	۷	۵	۳	۱	۱۹ (۸۶)	خوب
۹	۱	۲	۸	۵	۳	۱	۲۰ (۹۰/۹)	خوب