



Elderly's Attitude toward End-Of-Life Concerns

Mohammad Reza Heidari ^{1,*} , Seyedeh Navabeh Hosseinkhani ² , Reza Norouzadeh ³ 

¹ Assistant Professor, Department of Nursing, Shahed University, Tehran, Iran

² Instructor, Department of Nursing, Shahed University, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Mohammad Reza Heidari, Assistant Professor, Department of Nursing, Shahed University, Tehran, Iran. E-mail: mheidari@shahed.ac.ir

Received: 25 Sep 2017

Accepted: 12 Jun 2018

Abstract

Introduction: Today, there is a great deal of emphasis on teaching and learning about the elderly's concern for death and end of life. This study aimed at investigating the attitudes of the elderly towards end of life concerns.

Methods: In this cross-sectional study, 131 healthy elders that had referred to Jahandidegan centers in Tehran were selected by the convenience sampling method. The data collection instrument included a demographic data sheet and Elderly Attitude Questionnaire on end of life.

Results: Results showed that the mean and standard deviation of attitude to end of life concerns was 82.41 ± 10.83 , indicating moderate and somewhat desirable attitude. Furthermore, 39.7% of elders had a poor attitude, 59.5% fairly well, and 0.8 had a good attitude. There was no statistically significant difference between the attitudes of the elderly towards the end of life concerns by gender, education, marital status, and occupation.

Conclusions: Elderly people have many concerns about the end of life; it is necessary for caregivers and families to focus their care approaches on the most important of these concerns to increase life expectancy and reduce suffering caused by the dying process in the elderly.

Keywords: Attitude, the Elderly, Concerns of the End of Life, Elderly



بررسی نگرش سالمندان نسبت به دغدغه‌های پایان عمر

محمد رضا حیدری^{۱*}، نوابه حسینخانی^۲، رضا نوروززاده^۳

^۱ استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

^۲ مربی، گروه پرستاری، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: محمدرضا حیدری، استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. ایمیل:

mheidari@shahed.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۳/۲۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۷/۰۳

چکیده

مقدمه: امروزه تاکید زیادی بر آموزش و یادگیری راجع به دغدغه‌های سالمندان از مرگ و پایان زندگی وجود دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی نگرش سالمندان نسبت به دغدغه‌های پایان عمر انجام گردید.

روش کار: در این مطالعه‌ی توصیفی تحلیلی، ۱۳۱ سالمند سالم مراجعه کننده به کانون‌های جهان‌دیدگان شهر تهران به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری اطلاعات شامل برگه مشخصات فردی و پرسشنامه نگرش سالمندان به دغدغه‌های پایان عمر بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار میزان نگرش دغدغه‌های پایان زندگی سالمندان $10/83 \pm 82/41$ می‌باشد که نشان‌دهنده نگرش متوسط و تا حدی مطلوب است. ۳۹/۷ درصد افراد دارای نگرش نامطلوب، ۵۹/۵ درصد از نگرش تا حدی مطلوب و ۰/۸ درصد از نگرش مطلوب برخوردار بودند. بین دغدغه‌های پایان عمر سالمندان و جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت.

نتیجه گیری: شناخت و آگاهی پرستاران نسبت به دغدغه‌های سالمندان در زمینه مراقبت پایان عمر آنان را در اجرای صحیح مداخلات مراقبتی توانمند می‌سازد و پرستاران می‌توانند با تکیه بر یافته‌های این بررسی نسبت به اصلاح دیدگاه‌های خود اقدام نمایند و این مستلزم حضور و شرکت آنان در کلاسهای آموزشی مربوط به مراقبت پایان عمر می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: نگرش، سالمندان، دغدغه پایان زندگی، سالمندی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

آموزش پرستاران شده است اما محتوای پایان عمر در آموزش پرستاری کماکان ناکافی است (۳) و هنوز نیازمندیهای بیماران و پرستاران بر طرف نشده است (۴). علیرغم افزایش آموزشهای مربوط به مرگ در برنامه‌های پرستاری، دانشجویان و پرستاران تازه کار ذکر می‌کنند که به حد کافی برای مواجهه با مرگ و مردن آماده نشده‌اند (۵). Virani, Ferrell و Grant (۱۹۹۹) گزارش دادند که تنها ۲ درصد محتوای کتاب‌های درسی پرستاری حاوی مواد مربوط به مراقبت از مرگ است (۶). Beckstrand, Kirchhoff و Anumandla ۱۴ کتاب درسی مراقبت‌های ویژه را مرور کردند و محتوای کمی در مورد مراقبت پایان عمر پیدا کردند. سه مورد از

پدیده مرگ و مردن همیشه اذهان افراد را به خود مشغول می‌سازد و افزایش سن با افزایش دغدغه‌های مربوط به مرگ و چگونگی گذراندن مراحل پایان عمر همراه است و سالمندان را دچار اضطراب مرگ می‌کند (۱، ۲). پرستاران به دلیل ماهیت کار خود با سالمندانی مواجه می‌شوند که مراحل پایانی عمر خود را سپری می‌کنند. این دوره زمانی هم برای بیمار، خانواده و پرستار چالش برانگیز است. از یک سو سالمند و اعضای خانواده دارای دغدغه‌های مربوط به خود می‌باشند و از سوی دیگر پرستاران نیز باید بتوانند آموخته‌ها و تجارب خود را در زمینه مراقبت از این بیماران به کار گیرند. هر چند که در سالهای اخیر پیشرفتهای مهمی در زمینه

عمر و محل مرگ در منزل بیمار باشد (۲۲). به دلیل کمبود تجربه در مراقبت‌های آسایشگاهی در کشورهای در حال توسعه، تحقیق برای شناسایی موانع احتمالی و مدیریت مناسب برای کاهش عدم موفقیت در طراحی و ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی درمانی ضروری است (۲۳). مراقبت پایان عمر از اجزای کلیدی مراقبت از کهن‌سالان است با این وجود شواهد نشان می‌دهند که افراد بالای ۸۵ سال کمتر به مراقبت‌های تخصصی پایان عمر دسترسی دارند (۲۴). نیاز به کار زیادی وجود دارد تا افراد تشویق شوند در مورد پایان عمر صحبت کنند و این نیاز تنها مختص کسانی نیست که در حال مردن هستند. افزایش آگاهی نسبت به ترجیح افراد برای محل مردن می‌تواند به ارتقاء مراقبت پایان عمر نیز کمک کند (۲۵). تجارب و ترجیحات سالمندان و مراقبین آنها کمتر شنیده می‌شود با این حال گوش دادن به تجارب آنها برای شکل دادن به خدمات مراقبت پایان حیات دارای اهمیت زیادی است و از اولویتهای مربوط به سالمندان رو به مرگ می‌باشد (۲۶). مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده در خانه‌های سالمندان موجب ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پایان عمر می‌شود (۲۷) و از سوی دیگر احتمال بستری شدن در بیمارستان را کاهش می‌دهد (۲۸). در حال حاضر، تحقیقات مرتبط با بررسی ترجیحات پایان عمر رو به گسترش است اما هنوز شکاف کلیدی در دانش و درک فعلی در مورد ترجیحات مراقبت از زندگی وجود دارد (۲۹). در مطالعه Kwak (۲۰۰۷) نشان داده شد که اکثر سالمندان درک و آگاهی درستی از مقولات پایان عمر ندارند (۳۰). مضامین پر اهمیت نگرش سالمندان از مرگ و مردن در مطالعه Hallberg (۲۰۰۴) شامل آمادگی سالمند به گفتگو در مورد مرگ و مردن، تصورات و درک از مرگ، مرحله بعد از مرگ و مردن، موارد مرتبط با اضطراب در مورد مرگ، اشارات مثبت یا منفی به خصوص در رابطه با وابستگی و سربرار بودن، اضطراب از مرگ و پیشینه‌های احتمالی آن، مرز باریک بین اندوه طبیعی و رنج ناشی از افسردگی و نگرانی از مرحله پایان زندگی بودند (۳۱). نتایج تحقیق Catt (۲۰۰۵) نشان داد که مواجهه با مرگ برای سالمندان آسان‌تر است (۳۲). در مطالعه Matsui (۲۰۰۸) نتایج نشان داد که سالمندان مقیم امریکا ترجیح می‌دهند که خودشان در مورد درمان‌های نگهدارنده و تحمل زندگی پایان عمر تصمیم بگیرند در حالیکه ژاپنی‌های مقیم ژاپن این تصمیم را به پزشکان و اعضای خانواده خود محول می‌کردند (۳۳). مطالعه‌ای دیگر توسط Ko (۲۰۰۹)، نشان داد که سالمندان غیرآمریکایی تبار به نسبت سالمندان کره‌ای تمایل بیشتری به بحث در مورد پایان زندگی نشان می‌دادند (۳۴). یافته‌های مطالعه Gott (۲۰۰۸) نشان داد که نگرش سالمندان از مرگ خوب (زندگی بعد از مرگ) اغلب مغایر با ارزش‌های مراقبت تسکینی بوده و برای بهبود تجارب پایان زندگی سالمندان، باید ماهیت غامض سالمندی در جامعه و تأثیرات بلند مدت و فرهنگی بر نگرش به مرگ و مردن شناسایی گردد (۳۵). در مطالعه Matsui و همکاران (۲۰۰۹) محققین نتیجه‌گیری کردند که برای درک و حمایت بیشتر از تصمیمات سالمندان در مورد پایان عمر، لازم است تا مراقبین سلامت به بررسی اولویتهای پایان عمر و همچنین نگرش سالمندان نسبت به مرگ بپردازند (۳۶). بر اساس مطالعه Gardiner و همکاران (۲۰۱۱) در قبال

۱۴ کتاب اصلاً چیزی در مورد محتوای انتهای زندگی نداشتند (۷). Alaniz (۲۰۰۰) نیز ذکر می‌کند که نیمی از پرستاران در مورد آموزش‌های پایان عمر آموزش ناکافی داشته‌اند (۸). هدف از آموزش پرستاری پایان زندگی این است که پرستاران نسبت به مرگ و مردن احساس راحتی داشته باشند و این فرصت را پیدا کنند تا بر روی فکر و احساس خود نسبت به مراقبت پایان عمر تعمق نمایند (۴). آشنایی پرستاران با مباحث مرگ و مردن موجب می‌شود که آمادگی‌های لازم را برای مواجهه با این بیماران پیدا کنند در همین زمینه و در یک طی یک مطالعه، یک دوره انتخابی تحت عنوان "مراقبت پرستاری در پایان زندگی" برای دانشجویان سال چهارم پرستاری طراحی شد. این دوره که توسط نویسندگان تدریس شد، برای آموزش دانشجویان در مورد مراقبت از بیمار مرگ طراحی شده بود. دانشجویان گزارش کردند که یک تجربه یادگیری مثبت و یک دانش جدید و درک عمیق‌تر نسبت به نیاز بیماران رو به موت و خانواده‌های آنها پیدا کردند (۹). از سوی دیگر دغدغه افراد در زمینه‌های مختلف فرهنگی و اجتماعی متفاوت می‌باشد به گونه‌ای که مذهب و باورهای فرهنگی بر روی مراقبت بیمار بخصوص در طی فرایند مرگ تأثیر می‌گذارند (۱۰). در همین زمینه یافته‌های یک مطالعه نشان داد که سالمندان دارای نژاد آفریقایی و کارائیبی تصمیمات پایانی زندگی خود را با تأکید بر ساختار خانواده، مذهب / معنویت، هویت فرهنگی، مهاجرت و ارتباطات می‌گیرند (۱۱). کاهش سطح سلامتی در سالمندان موجب می‌شود که مرگ مهم‌تر و تهدیدآمیزتر به نظر برسد (۱۲). کاهش مرگ‌ومیر در گروه‌های سنی بالا و افزایش امید به زندگی منجر به تغییر در ساختار علل مرگ و توزیع سنی مرگ شده است (۱۳). نیاز بیماران سالمند بدحال و خانواده آنان به مراقبت‌های پایان حیات بیش از نیاز به اقدامات احیای قلبی ریوی می‌باشد (۱۴). کافی نبودن تعداد کارکنان و همچنین کمبود صلاحیت، زمان و علاقه از موانع مهم اجرای یک مراقبت با کیفیت برای مرحله پایان حیات می‌باشند (۱۵). مسائل پزشکی، قانونی، اخلاقی و ارتباطی به همراه مشکلات بالینی از موانع و تسهیل‌کننده‌های بحث و گفتگو درخصوص مراقبت پایان عمر می‌باشند (۱۶). سالمندان نیازمند توجه به مراقبت‌های حین مرگ و مردن هستند و پرستاران باید آمادگی لازم برای مواجهه با این موضوع و مراقبت‌های لازم را داشته باشند (۱۷). محل مردن یک جزء مهم کیفیت مرگ در افراد است (۱۸). سالمندان بر اساس وضعیت اجتماعی اقتصادی ترجیح می‌دهند که در بیمارستان یا منزل دوران پایان عمر خود را سپری کنند (۱۹). بیشتر مردم آلمان در مؤسسات می‌میرند شایع‌ترین محل مرگ هنوز بیمارستان است، جایی که بیش از نیمی از تمام مرگ و میرها اتفاق می‌افتد. تنها یک مرگ در چهار نفر در خانه رخ می‌دهد. یک روند سکولار مشخص وجود دارد که از مرگ در خانه یا بیمارستان، به نفع مرگ در یک مراقبت یا خانه سالمندان، وجود دارد؛ مرگ و میر در بخش مراقبت‌های تسکینی و مراقبت‌های بهداشتی نیز در حال افزایش است (۲۰). نتایج یک مطالعه مرور نظام‌مند نشان داد که مشخص نیست که چند درصد مردم ترجیح می‌دهند که در خانه یا در جای دیگری فوت کنند (۲۱). نتایج یک مطالعه در تایوان (۲۰۱۵) نشان داد که اکثر مردم ترجیح می‌دهند که مراقبت پایان

ارائه مراقبت تسکینی سالمندان، درک غلطی از مسئولیت‌ها وجود دارد و در ارائه این مراقبت‌ها، تفاوتی در نقش افراد عادی و متخصص وجود ندارد (۳۷). مطالعه Gott و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که سالمندان اعتقاد داشتند که منزل مکانی ایده آل برای مراقبت پایان زندگی است علی‌رغم آن که تمایل به سربار نبودن برای مراقبت توسط دوستان و خانواده را عنوان می‌کردند (۳۸). هر چند که ۹۰ درصد افراد معتقد هستند که صحبت کردن در مورد مراقبت پایان عمر دارای اهمیت است اما تنها ۲۷ درصد آن را انجام می‌دهند (۳۹). مطالعه Kwak (۲۰۰۷) نشان داد که هم سالمندان و هم مراقبین، خانواده را تصمیم‌گیرنده نهایی در مورد پایان عمر می‌دانند (۳۰). در دوره سالمندی خطر ایجاد بیماری‌های مرتبط با سن وجود دارد (۴۰) و آنها را در معرض بیماری‌های مزمن، تنهایی و عدم حمایت اجتماعی قرار می‌دهد (۴۱). هرچند که مراقبت پایان عمر توسط پرستاران در بیشتر محیط‌های بیمارستانی و خارج بیمارستانی انجام می‌شود اما عموماً در این خصوص آموزش‌های لازم را ندیده‌اند (۴۲). آشنایی با نگرش سالمندان به مرگ می‌تواند کادر درمان را در اتخاذ تصمیمات مناسب با توجه به رویکردهای فرهنگی و اعتقادی بیماران یاری رساند (۳۲). رویکرد مناسب برای مواجهه با دغدغه سالمندان نسبت به مرحله پایان عمر مستلزم شناخت کافی پرستاران نسبت به این دغدغه‌ها می‌باشد و لذا با آگاهی پیدا کردن و شناخت این دغدغه‌ها می‌توانند مبنای مراقبت خود را متناسب با نیازهای واقعی سالمند پایه گذاری کنند. بنابراین، با توجه به ضرورت ایجاد آمادگی برای مراقبت از سالمندان در مراحل پایانی زندگی، با شناخت دغدغه‌های سالمندان از موضوعات پایان زندگی می‌توان به بهبود مراقبت‌های فراگیر در این گروه سنی امیدوار بود. همچنین با توجه به تحولات و تغییرات مداوم در زمینه مراقبت‌های بهداشتی و نیاز به آمادگی متخصصین در امر مراقبت از مراحل پایانی زندگی، داشتن درک عمیق نسبت به دیدگاه سالمندان نسبت به دغدغه‌های پایان عمر می‌تواند موجب ارتقاء ارائه مراقبت‌ها گردد؛ بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی نگرش سالمندان نسبت به دغدغه‌های پایان عمر انجام گردید.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی است. نمونه‌های مورد مطالعه شامل ۱۳۱ سالمند است که به صورت سرشماری از بین مراجعین به کانون‌های جهان‌دیدگان شهر تهران به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. مراکز نمونه‌گیری از چهار منطقه شمال، جنوب، مرکز و شرق تهران انتخاب شدند. از هر کانون ۴۰ سالمند انتخاب و در نهایت ۱۳۱ نفر پرسشنامه‌ها را به طور کامل برگرداندند. ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری اطلاعات شامل برگه مشخصات فردی و پرسش‌نامه نگرش سالمندان به دغدغه‌های پایان عمر است (۳۲). پرسشنامه Catt و Blanchard به عنوان ابزار سنجش نگرش سالمندان نسبت به دغدغه‌های پایان عمر استفاده می‌شود (۴۳). در ابتدا پس از مکاتبه با سازنده پرسش‌نامه (martin Blanchard) و گرفتن مجوز ترجمه، گروه پژوهشی به طور جداگانه پرسش‌نامه را به فارسی برگرداندند. پس از بررسی صحت و اعتبار ترجمه و ویراستاری آن بر اساس نظرات اساتید زبان

یافته‌ها

میانگین سن نمونه‌های مورد مطالعه $66/91 \pm 5/38$ سال بود. ۷۷/۱ درصد بین ۶۰ تا ۷۰ سال و ۲۲/۹ درصد بالای ۷۱ سال سن داشتند. ۸۷ نفر (۶۶/۴ درصد) آنان زن بودند. ۱۰۲ نفر متأهل (۷۷/۹ درصد)، ۷ نفر مجرد (۵/۳ درصد)، ۲۲ نفر مطلقه (۱۶/۸ درصد) بودند. ۸۳ نفر (۶۳/۴ درصد) از سالمندان دارای سابقه بستری در بیمارستان بودند. ۲۷ نفر (۲۰/۶ درصد) تنها، ۶۴ نفر (۴۸/۹ درصد) با همسر و ۴۰ نفر (۳۰/۵ درصد) با فرزندان خود زندگی می‌کردند (جدول ۱).

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سالمندان

پارامتر	تعداد(درصد)
وضعیت تأهل	
مجرد	۷(۵/۳)
متأهل	۱۰۲(۷۷/۹)
مطلقه	۲۲(۱۶/۸)
تحصیلات	
بی‌سواد	۷۴(۶۵/۵)
زیردیپلم	۴۷(۳۵/۹)
بالای دیپلم	۱۰(۷/۶)
جنسیت	
مرد	۴۴(۳۳/۶)
زن	۸۷(۶۶/۴)
شغل	
شاغل	۱۱(۹/۲)
بازنشسته	۶۴(۴۸/۹)
خانه دار	۵۵(۴۲/۰)

که اگر به شدت بیمار باشند و امیدی به بهبودی نداشته باشند، دوست دارند، دارویی در دسترس باشد تا هر وقت خواستند به زندگی آنها پایان داده شود. ۵۰/۴ درصد از سالمندان عقیده داشتند که یک فرد هیچ‌گاه نباید به زندگی خود خاتمه دهد. ۶۱/۸ درصد از سالمندان عقیده داشتند که اگر عزیزانشان فکر کنند که به خاطر بیماری شدید و ناامیدی از درمان بهتر است که بمیرند، بایستی به پزشکان اجازه داده شود تا به مردن آنها کمک کنند. این در حالی است که ۳۸/۱ درصد از سالمندان عقیده داشتند که اگر به شدت بیمار باشند و امیدی به بهبودی آنها نباشد، پزشک آنها باید اجازه داشته باشد که به آنها کمک کند تا به زندگی خود پایان دهند.

در حیطه سال‌خوردگی، ۴۲ درصد از سالمندان معتقد بودند که افراد مسن برای دریافت مراقبت‌های درمانی در اولویت آخر قرار داده می‌شوند. ۴۶/۶ درصد از سالمندان عقیده داشتند که افراد جوان در حال مرگ نسبت به مسن‌ترهای در حال مرگ مستحق توجه بیشتری هستند. ۴۶/۶ درصد سالمندان معتقد بودند که اولویت دریافت مراقبت در آسایش‌گاه باید با افراد جوانی باشد که در حال مرگ هستند. در حیطه نیازهای روانی، ۳۶/۶ درصد از سالمندان عقیده داشتند که اگر به شدت بیمار باشند و امیدی به بهبودی آنها نباشد، حمایت معنوی یا مذهبی برای آنها اهمیت خواهد داشت. ۳۱/۳ درصد از سالمندان معتقد بودند که برای یک فرد جوان در مقایسه با یک فرد مسن مواجه شدن با واژه مرگ خیلی مشکل‌تر است. در حیطه کیفیت و کمیت زندگی، ۳۷/۴ درصد از سالمندان عقیده داشتند که اگر به شدت بیمار باشند و امیدی به بهبودی آنها نباشد، می‌خواهند که به هر قیمتی زنده نگه داشته شوند. ۵۳/۴ درصد از سالمندان معتقد بودند که اگر به شدت بیمار باشند و امیدی به بهبودی آنها نباشد، باز هم خواهند خواست آخرین درمان‌های لازم را برایشان انجام دهند. ۴۲ درصد از سالمندان عقیده داشتند که اگر به شدت بیمار باشند و امیدی به بهبودی آنها نباشد، کیفیت زندگی آنها از مدت زمانی که زنده می‌مانند اهمیت بیشتری خواهد داشت. ۴۹/۶ درصد از سالمندان عقیده داشتند که بیش از اینکه از مرگ بترسند از وابستگی و درماندگی می‌ترسند. در حیطه آگاهی اجتماعی، ۵۰/۴ درصد

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که میانگین و انحراف معیار میزان نگرش دغدغه‌های پایان زندگی سالمندان $10/83 \pm 82/41$ می‌باشد که نشان‌دهنده نگرش متوسط و تا حدی مطلوب است. ۳۹/۷ درصد افراد از نگرش نامطلوب، ۵۹/۵ درصد از نگرش تا حدی مطلوب و ۰/۸ درصد از نگرش مطلوب برخوردار بودند. آزمون کای دو بین دغدغه‌های پایان عمر سالمندان و جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل تفاوت معنا دار آماری نشان نداد. در حیطه تصمیم‌گیری، نتایج نشان داد که ۴۲/۷ درصد سالمندان ترجیح می‌دهند که تصمیم‌گیری برای ادامه مراقبت توسط پزشک‌شان گرفته شود. در حیطه درد، ۳۰/۵ درصد سالمندان معتقد بودند که بیشتر مردم هنگام مردن درد می‌کشند. به همین ترتیب ۴۶/۶ درصد از سالمندان تمایل داشتند که اگر به شدت بیمار باشند و امیدی به بهبودی‌شان نباشد، به جای این‌که به پزشک و پرستار متکی باشند خودشان با دارو دردشان را کنترل کنند. همچنین ۴۸/۱ درصد سالمندان در هنگام نبودن امید به بهبودی درخواست داشتند که درمانی برای آنها انجام شود که درد آنها را به طور کامل کنترل کند حتی اگر موجب گیجی و منگی آنها شود. در حیطه محیط مراقبتی، نتایج نشان داد که دوست داشتن به مردن در تنهایی ۳۶/۶ درصد، تمایل به مراقبت در منزل ۳۸/۹ درصد، تمایل به مراقبت در آسایش‌گاه ۴۶/۶ درصد، تمایل به مراقبت در بیمارستان ۵۵ درصد و تمایل به دریافت روزآمدترین درمانها ۴۰ درصد را تشکیل می‌دهد.

در حیطه وصیت نامه زندگی، ۳۷/۴ درصد از سالمندان معتقد بودند که طبق قانون، پزشکان باید بر اساس مفاد وصیت‌نامه عمل کنند. ۵۰/۴ درصد از سالمندان عقیده داشتند که اگر به شدت بیمار باشند و امیدی به بهبودی آنها نباشد، نیازی به وصیت نامه ندارند زیرا عزیزانشان می‌دانند که در آن موقع چه کار کنند. ۶۱/۸ درصد از سالمندان معتقد بودند که اگر به شدت بیمار باشند و امیدی به بهبودی آنها نباشد، دوست دارند وصیت‌نامه‌ای داشته باشند که پزشکان و پرستاران دقیقاً بدانند که خواهان چه مراقبتی هستند. ۳۸/۱ درصد از سالمندان ایده نوشتن وصیت‌نامه را خیلی غم‌انگیز می‌دانستند. در حیطه اوتانازی، تنها ۳۷/۴ درصد از سالمندان باور داشتند

معیار $1/02 \pm 2/06$ و تمایل به مراقبت شدن در بیمارستان به جای منزل دارای میانگین و انحراف معیار $1/87 \pm 2/67$ بود. بیشترین میانگین مربوط به گویه " اولویت دریافت به روز ترین درمان به جای ویزیت مکرر " ($0/86 \pm 3/43$) و کمترین میانگین به گویه "مجاز بودن پزشک برای پایان دادن به زندگی" ($0/98 \pm 2/04$) بود. بین موارد مذکور و متغیرهای جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل تفاوت آماری معنی دار دیده نشد.

عقیده داشتند که کاش در جامعه مرگ و مردن سالمندان به شکل آزادانه-تری مورد بحث قرار می‌گرفت. در حجم‌های کوچک نمونه نیاز به ادغام طبقات است تا در تحلیل کای دو، مقدار مورد انتظار پیشنهادی ۵ مورد در هر خانه جدول توافقی باشد (۴۴) لذا گویه های ۵ نقطه‌ای دغدغه‌های پایان زندگی در سه طبقه خلاصه شد (جدول ۲). تمایل به مراقبت شدن در آسایشگاه به جای منزل دارای میانگین و انحراف معیار $0/93 \pm 3/03$ ؛ تمایل به مراقبت شدن در بیمارستان به جای آسایشگاه دارای میانگین و انحراف

جدول ۲: نگرش سالمندان به دغدغه‌های پایان عمر

گویه‌ها	مخالف (درصد)	بدون نظر (درصد)	موافق (درصد)
تصمیم‌گیری			
ترجیح دادن تصمیم پزشک به ادامه مراقبت	۴۶/۶	۱۰/۷	۴۲/۷
درد			
تمایل به کنترل درد حتی به قیمت گیج و منگ شدن	۵۱/۹	۱۷/۶	۳۰/۵
تمایل به کنترل درد توسط خود	۳۹/۷	۱۳/۷	۴۶/۶
اعتقاد به درد کشیدن مردم در موقع مرگ	۴۰/۴	۱۱/۵	۴۸/۱
محیط مراقبتی			
تمایل به مردن در تنهایی	۴۷/۴	۱۶	۳۶/۶
تمایل به مراقبت شدن در آسایشگاه به جای منزل	۵۳/۵	۷/۶	۳۸/۹
تمایل به مراقبت شدن در بیمارستان به جای آسایشگاه	۴۲/۲	۹/۲	۴۶/۶
تمایل به مراقبت شدن در بیمارستان به جای منزل	۳۲	۱۳	۵۵
تمایل به دریافت به دریافت به‌روزترین درمان	۵۱/۵	۸/۵	۴۰
وصیت نامه زندگی			
اعتقاد به عمل به مفاد وصیت‌نامه بر اساس قانون	۴۵/۸	۱۶/۸	۳۷/۴
اعتقاد به عدم نیاز به وصیت نامه	۲۹/۸	۱۹/۸	۵۰/۴
تمایل به داشتن وصیت نامه حاوی مراقبت دلخواه	۲۴/۵	۱۳/۷	۶۱/۸
اعتقاد به غم انگیز بودن نوشتن وصیت نامه	۳۸/۲	۲۳/۷	۳۸/۱
اوتانازی			
تمایل به مصرف دارو برای خاتمه دادن به زندگی	۲۴/۶	۲۴/۶	۵۰/۸
مخالف بودن با خودکشی	۲۹/۸	۱۳	۵۷/۲
تمایل به کمک پزشک برای خاتمه دادن به زندگی	۵۰/۸	۵۷/۲	۵۴/۲
اعتقاد به مجاز بودن پزشک برای خاتمه دادن به زندگی	۴۲	۲۵/۲	۳۲/۸
سالخورگی			
اعتقاد به اولویت نداشتن مراقبت از سالمندان	۴۰/۴	۱۷/۶	۴۲
استحقاق جوانان در حال مرگ به توجه بیشتر	۳۸/۹	۱۴/۵	۴۶/۶
استحقاق جوانان در حال مرگ به دریافت مراقبت در آسایشگاه	۳۲/۱	۳۱/۳	۴۶/۶
نیازهای روانی (مذهبی / روحی / معنوی)			
اعتقاد به اهمیت حمایت معنوی یا مذهبی	۴۹/۶	۱۳/۷	۳۶/۶
اعتقاد به سخت‌تر بودن مواجهه جوانان با مرگ	۴۱/۲	۲۷/۵	۳۱/۳
کیفیت زندگی در مقابل کمیت زندگی			
تمایل به زنده ماندن به هر قیمت	۵۰/۴	۱۲/۲	۳۷/۴
تمایل به دریافت آخرین درمان‌های لازم	۳۲/۱	۱۴/۵	۵۳/۴
اعتقاد به اهمیت کیفیت زندگی در باقیمانده عمر	۴۸/۱	۹/۹	۴۲
ترس بیشتر از وابستگی و درماندگی در مقایسه با ترس از مرگ	۲۹/۸	۲۰/۶	۴۹/۶
آگاهی اجتماعی			
داشتن آرزوی آزادانه‌تر بودن بحث در مورد مرگ	۳۵/۹	۱۳/۷	۵۰/۴

بحث

مدت بستری در بیمارستان، درمان‌های ناخواسته و تصمیم‌گیری مشکل در خانواده را به دنبال دارد (۵۴). شیف و همکاران (۲۰۰۰) دریافتند که ۸۲ درصد مشارکت‌کنندگان چیزی در مورد وصیت نامه عمر نشنیده‌اند و تنها ۴ نفر که در مورد آن چیزی شنیده بودند، توانستند به خوبی آن را توضیح دهند (۵۵). در مطالعه فیپس (۲۰۰۳) نشان داده شد که ۲۸ درصد زنان و ۱۹ درصد مردان دارای وصیت‌نامه تعیین تکلیف برای پایان عمر خود بودند (۵۶). در مطالعه McCarthy (۲۰۱۰) اکثر سالمندان این پاسخ را داده بودند که تمایل دارند در هنگام مرگ وصیت‌نامه آنها مورد ملاحظه قرار گیرد (۵۷). هرچند که سالمندان دارای نظرات متفاوت نسبت به اوتانازی بودند اما مطالعاتی مانند مطالعه Catt (۲۰۰۵) نشان می‌دهد که سالمندان تمایل دارند که پزشک در هنگام بروز بیماری ناعلاج به عمر آنها پایان دهد تحصیلات، کلاس اجتماعی و اضطراب مرگ تأثیر کمی بر روی نگرش کلی داشتند (۳۲). نزدیک به نیمی از سالمندان معتقد بودند که افراد مسن برای دریافت مراقبت‌های درمانی در اولویت آخر قرار داده می‌شوند. در همین ارتباط Evans (۲۰۱۲) می‌گوید که اطلاعات کمی در مورد تشخیص و پیش‌آگهی به بیماران داده می‌شود و در مورد ترجیحات آنها در مورد مراقبت پایان عمر کمتر با آنها صحبت می‌شود (۵۸). همچنین بسیاری از سالمندان عقیده داشتند که افراد جوانی که در حال مرگ هستند نسبت به مسن‌ترهایی که دارند، می‌میرند مستحق توجه بیشتری هستند. آن‌ها اعتقاد داشتند که افراد جوان ملاحظات بیشتری نسبت به سالمندان در حین مرگ دریافت نمی‌کنند (۳۲). باور سالمندان این است که حمایت معنوی یا مذهبی برای آنها اهمیت دارد و برای یک فرد جوان مواجه شدن با واژه مرگ خیلی مشکل‌تر است تا یک فرد مسن. در اکثر انسان‌ها، بیداری حس مذهبی در چنین دورانی مشاهده می‌شود و گرایش بیشتری به امور معنوی و روحانی و مذهبی و ملکوتی جلوه‌گر می‌گردد. بنابراین، در مراقبت‌های پایان حیات برای بیماران رو به مرگ، برخورداری و دسترسی به خدمات مذهبی ضروری است (۳۳). نیمی از سالمندان معتقد بودند که اگر به شدت بیمار باشند و امیدی به بهبودی آنها نباشد، باز هم تمایل دارند آخرین درمان‌های لازم را برای‌شان انجام دهند، بیش از این‌که از مرگ بترسند از وابستگی و درماندگی می‌ترسند. مفهوم مستتر در مراقبت‌های پایان حیات، افزایش کیفیت زندگی بیمار رو به مرگ است (۵۹). شناسایی و تعیین زود هنگام ترجیحات مراقبتی در پایان عمر موجب تأثیر شدید بر روی کیفیت زندگی فردی می‌شود که فرایند مردن را تجربه می‌کند (۶۰).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که سالمندان دغدغه‌های متعددی در موضوعات پایان زندگی دارند، وجود این دغدغه‌ها با توجه به شرایط اجتماعی و فرهنگی می‌طلبد تا مراقبین سیستم بهداشتی درمانی و خانواده‌های درگیر در امر مراقبت روی کردهای مراقبتی خود را به مهم‌ترین این دغدغه‌ها متمرکز نموده تا علاوه بر افزایش امید به زندگی از درد و رنج ناشی از فرایند مردن سالمندان کاسته و لحظاتی توأم با آرامش را در دوره حیات برای آن‌ها فراهم نمایند.

در این مطالعه، به بررسی دیدگاه سالمندان در مورد تمایلات و اعتقادات خود نسبت به مراقبت پایان عمر پرداخته شد. مطالعات موجود در زمینه تجارب و ترجیحات سالمندان در خصوص پایان عمر محدود می‌باشند (۲۶). ۴۲/۷ درصد سالمندان ترجیح می‌دادند که تصمیم به ادامه مراقبت توسط پزشک‌شان گرفته شود. در همین راستا Hui (۱۹۹۷) بیان می‌دارد که سالمندان معتقد هستند که اگر در زمان مرگ دارای عدم صلاحیت عقلی باشند، ترجیح می‌دهند که پزشکان یا بستگان در مورد چگونگی احیای قلبی-ریوی آن‌ها تصمیم‌گیری کنند (۴۵). براساس نتایج مطالعه Fleming (۲۰۱۶) افراد خیلی پیر، اکثراً آماده مرگ بودند و نگرانی‌های آنها در مورد کیفیت زندگی، نداشتن دلیل برای ادامه حیات بود و اینکه عمر خود را کرده‌اند (۲۶). افراد می‌توانند روش‌های مختلفی را برای سالمندی موفق در پایان عمر تجربه کنند (۴۶). روش‌های سازگاری با درد در بین سالمندان متفاوت است و این نکته باید در مداخلات پرستاری مدنظر قرار گیرد (۴۷). در همین راستا Cousins (۲۰۰۴) بیان می‌دارد که سالمندان دوست دارند، بیماران خوبی باشند و این باور رایج در آنها وجود دارد که دوست ندارند به خاطر دردی که دارند، موجب زحمت دیگران شوند (۴۸). چنین باورهایی موجب می‌شود که اثربخشی درد به عنوان نشانه‌ی بیماری کاهش یابد و سالمندان به دنبال درمان نرفته و درد مزمن را غیر قابل درمان بدانند (۴۹). درک درد کاملاً ذهنی است و اداره مؤثر درد می‌تواند در سالمندان چالش برانگیز باشد (۵۰). یکی از حیطه‌های پرسشنامه مربوط به ترجیح سالمندان به محل مراقبت و درمان در پایان عمر شامل آسایشگاه، منزل و یا بیمارستان بود. دوست داشتن به مردن در تنهایی، تمایل به مراقبت در منزل، تمایل به مراقبت در آسایشگاه، تمایل به مراقبت در بیمارستان و تمایل به دریافت روزآمدترین درمانها به ترتیب بیشترین تمایل سالمندان را در حیطه محیط مراقبت نشان داد. در مطالعه Matsui (۲۰۰۹) ۳۹ درصد سالمندان آمریکایی ژاپنی تبار ترجیح می‌دادند که مراقبت پایان عمر برای آنان در منزل صورت گیرد و این‌درحالی بود که بیمارستان، خانه سالمندان و آسایشگاه را به ترتیب ۹ درصد، ۱۲ درصد و ۴۰ درصد انتخاب کرده بودند (۳۶). نشان داده است که آسایشگاه در بهبود کیفیت زندگی کسانی که به پایان زندگی خود رسیده‌اند و در کاهش استرس همراهان مؤثر است (۵۱). بکارگیری مراقبت تسکینی موجب کاهش هزینه‌های بستری سالمندان در بخش‌های مراقبت ویژه شده و بار مالی و روانی را از روی دوش خانواده‌ها برمی‌دارد (۵۲). علاوه بر این اجرای مراقبت تسکینی در بخش مراقبت ویژه موجب کاهش طول مدت بستری در بخش و در بیمارستان می‌شود (۵۳). در خصوص داشتن وصیت‌نامه‌ای که نحوه برخورد با سیر درمان آنها را در مراحل پایان عمر مشخص می‌سازد اکثر سالمندان معتقد بودند که اگر به شدت بیمار باشند و امیدی به بهبودی آنها نباشد، دوست دارند، وصیت‌نامه‌ای داشته باشند که پزشکان و پرستاران دقیقاً بدانند که خواهان چه مراقبتی هستند. ۷۵ درصد آمریکایی‌ها به وصیت‌نامه عمر اعتقاد دارند اما کمتر از ۲۰ درصد آنها آن را پر می‌کنند که پیامدهایی مانند افزایش طول

سپاسگزاری

این مقاله بر اساس طرح مطالعاتی مصوب با کد کمیته اخلاق IR.shahed.REC.1394.287 دانشگاه شاهد تنظیم شده است. بدین وسیله از کلیه سالمندانی که با مشارکت خود برای تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

نتایج مطالعه حاضر و تطبیق آن با مطالعات موجود نشان‌دهنده خلاء موجود در سیستم آموزشی پرستاران در خصوص دغدغه سالمندان نسبت به فرایند مرگ و مراقبت پایان عمر می‌باشد. هر چند که مراقبت پایان عمر توسط پرستاران در بیشتر محیط‌های بیمارستانی و خارج بیمارستانی انجام می‌شود اما لازم است که در این خصوص آموزش‌های لازم را ببینند.

References

- Forero R, McDonnell G, Gallego B, McCarthy S, Mohsin M, Shanley C, et al. A Literature Review on Care at the End-of-Life in the Emergency Department. *Emerg Med Int*. 2012;2012:486516. DOI: 10.1155/2012/486516 PMID: 22500239
- Assari S, Moghani Lankarani M. Race and Gender Differences in Correlates of Death Anxiety Among Elderly in the United States. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2016;10(2):e2024. DOI: 10.17795/ijpbs-2024 PMID: 27803717
- Cavaye J, Watts JH. End-of-life education in the pre-registration nursing curriculum: Patient, carer, nurse and student perspectives. London, England: Sage Publications Sage UK; 2012.
- D'Antonio J. End-of-Life Nursing Care and Education: End-of-Life Nursing Education: Past and Present. *J Christ Nurs*. 2017;34(1):34-8. DOI: 10.1097/CNJ.0000000000000338 PMID: 27941451
- Brajtman S, Higuchi K, Murray MA. Developing meaningful learning experiences in palliative care nursing education. *Int J Palliat Nurs*. 2009;15(7):327-31. DOI: 10.12968/ijpn.2009.15.7.43422 PMID: 19648847
- Ferrell B, Virani R, Grant M, editors. Analysis of end-of-life content in nursing textbooks. *Oncology Nursing Forum*; 1999.
- Kirchhoff KT, Beckstrand RL, Anumandla PR. Analysis of end-of-life content in critical care nursing textbooks. *J Prof Nurs*. 2003;19(6):372-81. PMID: 14689394
- Alaniz J. Nurses recognize need for better training to deal with end of life issues. *Nurs Week*. 2000;13:21-5.
- Jeffers S, Ferry D. Nursing care at the end of life: a service learning course for undergraduate nursing students. *Nurse Educ*. 2014;39(6):307-10. DOI: 10.1097/NNE.0000000000000088 PMID: 25330268
- Leong M, Olnick S, Akmal T, Copenhaver A, Razzak R. How Islam Influences End-of-Life Care: Education for Palliative Care Clinicians. *J Pain Symptom Manage*. 2016;52(6):771-4 e3. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.05.034 PMID: 27810572
- Moss KO, Williams IC. End-of-life preferences in Afro-Caribbean older adults: a systematic literature review. *Omega (Westport)*. 2014;69(3):271-82. DOI: 10.2190/OM.69.3.c PMID: 25273681
- Hofer J, Busch H, Solcova IP, Tavel P. Relationship Between Subjectively Evaluated Health and Fear of Death Among Elderly in Three Cultural Contexts. *Int J Aging Hum Dev*. 2017;84(4):343-65. DOI: 10.1177/0091415016685331 PMID: 28071094
- Holmerova I, Wija P. [End-of-life care in the Czech Republic]. *Cas Lek Cesk*. 2016;155(4):43-7. PMID: 27481202
- 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: 27917433
- Fosse A, Zuidema S, Boersma F, Malterud K, Schaufel MA, Ruths S. Nursing Home Physicians' Assessments of Barriers and Strategies for End-of-Life Care in Norway and The Netherlands. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(8):713-8. DOI: 10.1016/j.jamda.2017.03.005 PMID: 28465128
- Koh SJ, Kim S, Kim J, Keam B, Heo DS, Lee KH, et al. Experiences and Opinions Related to End-of-Life Discussion: From Oncologists' and Resident Physicians' Perspectives. *Cancer Res Treat*. 2018;50(2):614-23. DOI: 10.4143/crt.2016.446 PMID: 28675025
- Paganini MC, Bousso RS. Nurses' autonomy in end-of-life situations in intensive care units. *Nurs Ethics*. 2015;22(7):803-14. DOI: 10.1177/0969733014547970 PMID: 25271281
- Badrakalimuthu V, Barclay S. Do people with dementia die at their preferred location of death? A systematic literature review and narrative synthesis. *Age Ageing*. 2014;43(1):13-9. DOI: 10.1093/ageing/aft151 PMID: 24128594
- Cai J, Zhao H, Coyte PC. Socioeconomic Differences and Trends in the Place of Death among Elderly People in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(10). DOI: 10.3390/ijerph14101210 PMID: 29019952
- Dasch B, Blum K, Gude P, Bausewein C. Place of Death: Trends Over the Course of a Decade: A Population-Based Study of Death Certificates From the Years 2001 and 2011. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112(29-30):496-504. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0496 PMID: 26249252
- Hoare S, Morris ZS, Kelly MP, Kuhn I, Barclay S. Do Patients Want to Die at Home? A Systematic Review

- of the UK Literature, Focused on Missing Preferences for Place of Death. *PLoS One*. 2015;10(11):e0142723. DOI: 10.1371/journal.pone.0142723 PMID: 26555077
22. Shih CY, Hu WY, Cheng SY, Yao CA, Chen CY, Lin YC, et al. Patient Preferences versus Family Physicians' Perceptions Regarding the Place of End-of-Life Care and Death: A Nationwide Study in Taiwan. *J Palliat Med*. 2015;18(7):625-30. DOI: 10.1089/jpm.2014.0386 PMID: 25927818
 23. Azami-Aghdash S, Ghojzadeh M, Aghaei MH, Naghavi-Behzad M, Asgarlo Z. Perspective of patients, patients' families, and healthcare providers towards designing and delivering hospice care services in a middle income Country. *Indian J Palliat Care*. 2015;21(3):341-8. DOI: 10.4103/0973-1075.164898 PMID: 26600704
 24. Hunt KJ, Shlomo N, Addington-Hall J. End-of-life care and preferences for place of death among the oldest old: results of a population-based survey using VOICES-Short Form. *J Palliat Med*. 2014;17(2):176-82. DOI: 10.1089/jpm.2013.0385 PMID: 24438096
 25. Hunt KJ, Shlomo N, Addington-Hall J. End-of-life care and achieving preferences for place of death in England: results of a population-based survey using the VOICES-SF questionnaire. *Palliat Med*. 2014;28(5):412-21. DOI: 10.1177/0269216313512012 PMID: 24292157
 26. Fleming J, Farquhar M, Cambridge City over-75s Cohort study c, Brayne C, Barclay S. Death and the Oldest Old: Attitudes and Preferences for End-of-Life Care--Qualitative Research within a Population-Based Cohort Study. *PLoS One*. 2016;11(4):e0150686. DOI: 10.1371/journal.pone.0150686 PMID: 27045734
 27. Zheng NT, Mukamel DB, Caprio TV, Temkin-Greener H. Hospice utilization in nursing homes: association with facility end-of-life care practices. *Gerontologist*. 2013;53(5):817-27. DOI: 10.1093/geront/gns153 PMID: 23231947
 28. Zheng NT, Mukamel DB, Friedman B, Caprio TV, Temkin-Greener H. The effect of hospice on hospitalizations of nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(2):155-9. DOI: 10.1016/j.jamda.2014.08.010 PMID: 25304181
 29. Gott M, Frey R, Wiles J, Rolleston A, Teh R, Moeke-Maxwell T, et al. End of life care preferences among people of advanced age: LiLACS NZ. *BMC Palliat Care*. 2017;16(1):76. DOI: 10.1186/s12904-017-0258-0 PMID: 29258480
 30. Kwak J, Salmon JR. Attitudes and preferences of Korean-American older adults and caregivers on end-of-life care. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(11):1867-72. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2007.01394.x PMID: 17727642
 31. Hallberg IR. Death and dying from old people's point of view. A literature review. *Aging Clin Exp Res*. 2004;16(2):87-103. PMID: 15195983
 32. Catt S, Blanchard M, Addington-Hall J, Zis M, Blizard R, King M. Older adults' attitudes to death, palliative treatment and hospice care. *Palliat Med*. 2005;19(5):402-10. DOI: 10.1191/0269216305pm1037oa PMID: 16111064
 33. Matsui M, Braun KL, Karel H. Comparison of end-of-life preferences between Japanese elders in the United States and Japan. *J Transcult Nurs*. 2008;19(2):167-74. DOI: 10.1177/1043659607312969 PMID: 18263849
 34. Ko E, Lee J. End-of-life communication: ethnic differences between Korean American and non-Hispanic White older adults. *J Aging Health*. 2009;21(7):967-84. DOI: 10.1177/0898264309344179 PMID: 19773596
 35. Gott M, Small N, Barnes S, Payne S, Seamark D. Older people's views of a good death in heart failure: implications for palliative care provision. *Soc Sci Med*. 2008;67(7):1113-21. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.05.024 PMID: 18585838
 36. Matsui M, Braun KL. Japanese Americans' Death Attitudes and Preferences for End-of-Life Care. *J Hosp Palliat Nurs*. 2009;11(6):353-61. DOI: 10.1097/NJH.0b013e3181bd03f1
 37. Gardiner C, Cobb M, Gott M, Ingleton C. Barriers to providing palliative care for older people in acute hospitals. *Age Ageing*. 2011;40(2):233-8. DOI: 10.1093/ageing/afq172 PMID: 21257618
 38. Gott M, Seymour J, Bellamy G, Clark D, Ahmedzai S. Older people's views about home as a place of care at the end of life. *Palliat Med*. 2004;18(5):460-7. DOI: 10.1191/0269216304pm889oa PMID: 15332424
 39. Sorrell JM. End-of-Life Conversations as a Legacy. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2018;56(1):32-5. DOI: 10.3928/02793695-20171219-03 PMID: 29328354
 40. Alipoor F, Sajadi H, Forozan A, Biglarian A. The role of social support in elderly quality of life. *Soc Welf*. 2009;8(33):149-67.
 41. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2008;148(2):147-59. PMID: 18195339
 42. Cleary AS. Teaching end-of-life care to baccalaureate nursing students: lessons learned. *Int J Palliat Nurs*. 2017;23(12):606-10. DOI: 10.12968/ijpn.2017.23.12.606 PMID: 29272198
 43. Catt S, Blanchard M, Addington-Hall J, Zis M, Blizard B, King M. The development of a questionnaire to assess the attitudes of older people to end-of-life issues (AEOLI). *Palliat Med*. 2005;19(5):397-401. DOI: 10.1191/0269216305pm1036oa PMID: 16111063
 44. McHugh ML. The chi-square test of independence. *Biochem Med (Zagreb)*. 2013;23(2):143-9. PMID: 23894860

45. Hui E, Ho SC, Tsang J, Lee SH, Woo J. Attitudes toward life-sustaining treatment of older persons in Hong Kong. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45(10):1232-6. PMID: 9329487
46. Cosco TD, Stephan BC, Muniz G, Brayne C, Collaboration CCS. A Novel Examination of Successful Aging Trajectories at the End of Life. *Can J Aging.* 2016;35(4):533-40. DOI: 10.1017/S0714980816000519 PMID: 27779090
47. Babadag B, Balci Alparslan G, Gulec S. Coping with the pain of elderly pain patients: Nursing approach. *Agri.* 2017;29(2):55-63. DOI: 10.5505/agri.2017.89106 PMID: 28895980
48. Cousins MJ, Brennan F, Carr DB. Pain relief: a universal human right. *Pain.* 2004;112(1-2):1-4. DOI: 10.1016/j.pain.2004.09.002 PMID: 15494176
49. Sofaer-Bennett B, Holloway I, Moore A, Lamberty J, Thorp T, O'Dwyer J. Perseverance by older people in their management of chronic pain: a qualitative study. *Pain Med.* 2007;8(3):271-80. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2007.00297.x PMID: 17371415
50. Kim YS, Park JM, Moon YS, Han SH. Assessment of pain in the elderly: A literature review. *Natl Med J India.* 2017;30(4):203-7. DOI: 10.4103/0970-258X.218673 PMID: 29162753
51. Salmon JR, Kwak J, Acquaviva KD, Egan KA, Brandt K. Validation of the caregiving at life's end questionnaire. *Am J Hosp Palliat Care.* 2005;22(3):188-94. DOI: 10.1177/104990910502200307 PMID: 15909781
52. Khandelwal N, Curtis JR. Economic implications of end-of-life care in the ICU. *Curr Opin Crit Care.* 2014;20(6):656-61. DOI: 10.1097/MCC.0000000000000147 PMID: 25222642
53. Mun E, Ceria-Ulep C, Umbarger L, Nakatsuka C. Trend of Decreased Length of Stay in the Intensive Care Unit (ICU) and in the Hospital with Palliative Care Integration into the ICU. *Perm J.* 2016;20(4):56-61. DOI: 10.7812/TPP/16-036 PMID: 27644048
54. Flowers K, Howe JL. Educating Aging Service Agency Staff About Discussing End-of-Life Wishes. *J Soc Work End Life Palliat Care.* 2015;11(2):147-66. DOI: 10.1080/15524256.2015.1074144 PMID: 26380924
55. Schiff R, Rajkumar C, Bulpitt C. Views of elderly people on living wills: interview study. *BMJ.* 2000;320(7250):1640-1. PMID: 10856065
56. Phipps E, True G, Harris D, Chong U, Tester W, Chavin SI, et al. Approaching the end of life: attitudes, preferences, and behaviors of African-American and white patients and their family caregivers. *J Clin Oncol.* 2003;21(3):549-54. DOI: 10.1200/JCO.2003.12.080 PMID: 12560448
57. McCarthy J, Weafer J, Loughrey M. Irish views on death and dying: a national survey. *J Med Ethics.* 2010;36(8):454-8. DOI: 10.1136/jme.2009.032615 PMID: 20663762
58. Evans N, Pasman HR, Payne SA, Seymour J, Pleschberger S, Deschepper R, et al. Older patients' attitudes towards and experiences of patient-physician end-of-life communication: a secondary analysis of interviews from British, Dutch and Belgian patients. *BMC Palliat Care.* 2012;11:24. DOI: 10.1186/1472-684X-11-24 PMID: 23186392
59. Kazemi A-o-h, Kazemi M, Abbasi M, Kiyani M, Feyzollahi N, Ataloo S, et al. Assessing end of life support. *Iran J Med Ethics Hist Med.* 2012;5(2):45-57.
60. Eues SK. End-of-life care: improving quality of life at the end of life. *Prof Case Manag.* 2007;12(6):339-44. DOI: 10.1097/01.PCAMA.0000300408.00325.1c PMID: 18030155