



## تبیین تجربیات زیسته پرستاران از دروغ مصلحت‌آمیز در مراقبت اخلاقی از بیمار

علیرضا نیکبخت نصرآبادی<sup>۱</sup>، سودابه جولایی<sup>۲</sup>، الهام نواب<sup>۳</sup>، مریم اسماعیلی<sup>۴</sup>، محبوبه شالی<sup>۵\*</sup>

۱. استاد دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، تهران، ایران.
۲. استاد مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.
۳. پژوهشگر، مرکز تحقیقات ارزشیابی علوم سلامت یو بی سی، دانشگاه بریتیش کلمبیا، ونکوور، کانادا.
۴. دانشیار گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه و مدیریت دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، تهران، ایران.
۵. دانشیار گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه و مدیریت دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، تهران، ایران.
۶. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۷. دانشجوی دکترا، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه و مدیریت دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، تهران، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** فرارگرفتن پرستار در دوره‌های اخلاقی، مربوط به انتقال حقایق به بیمار و یا کتمان آن، اجتناب‌ناپذیر است و گاهی پرستار در موقعیتی قرار می‌گیرد که برای حفظ منافع بیمار از دروغ مصلحت‌آمیز استفاده می‌کند. شناخت موقعیت‌های استفاده از دروغ و اتخاذ تدابیری جهت ارائه حقیقت درمان به بیماران جهت اخذ تصمیمات صحیح درمانی بر مبنای حقیقت، اولویت ارائه مراقبت اخلاقی است. مطالعه حاضر با هدف تبیین تجربیات پرستاران در ارتباط با استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز در فرآیند مراقبت اخلاقی از بیمار صورت گرفت.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر مبتنی بر رویکرد کیفی و از نوع پدیدارشناسی توصیفی است. در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، هجده نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، در سال ۱۳۹۷، از طریق مصاحبه‌های عمیق، فردی و نیمه‌ساختاریافته، تجربیات خود را از دروغ مصلحت‌آمیز در مسیر مراقبت اخلاقی از بیمار به اشتراک گذاشتند. متن مصاحبه‌های ضبط‌شده پس از مکتوب‌سازی، بر اساس رویکرد کلایزی تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج آنالیز داده‌ها، به صورت سه طبقه اصلی و نه زیرطبقه، تعیین و بر اساس ماهیت، به صورت مفهومی نامگذاری گردید. طبقات اصلی پژوهش شامل سراسیبه‌های مسیر مراقبت اخلاقی، فرازهای مسیر مراقبت اخلاقی و دوره‌های مسیر اخلاق بودند.

**ملاحظات اخلاقی:** اهداف و محتوای مطالعه برای تمامی شرکت‌کنندگان توضیح داده شده و در صورت رضایت برای شرکت در مطالعه، فرم رضایت‌نامه کتبی برای تمامی آن‌ها تکمیل گردید.

**نتیجه‌گیری:** برقراری ارتباط صادقانه و حفظ اعتماد بیماران، پیمودن سراسیبه‌های مسیر مراقبت اخلاقی را هموار می‌سازد. همچنین اتکا به حس حمایت از بیمار، همکاری تیمی و تمسک به ارزش‌های حرفه پرستاری تسهیلگر گذر از دوره‌های مسیر با محوریت حفظ حریم و اسرار بیماران است. جهت نیل به این هدف، ارتقای مهارت‌های ارتباطی پرستاران و برگزاری دوره‌های هم‌اندیشی و بیان تجارب گروهی در ارتباط با ارائه مراقبت با هدف حفظ ارزش‌های حرفه پرستاری و تکامل آن‌ها توصیه می‌گردد.

### اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۵/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۹/۰۶

تاریخ انتشار: ۹۸/۱۱/۱۶

### واژگان کلیدی:

دروغ مصلحت‌آمیز  
حقیقت‌گویی  
مراقبت اخلاقی  
پرستار  
پدیدارشناسی

\* نویسنده مسئول: محبوبه شالی

آدرس پستی: ایران، تهران، میدان توحید، خیابان دکتر میرخانی (نصرت شرقی)، دانشکده پرستاری تهران، گروه مراقبت‌های ویژه و مدیریت.

تلفن: ۰۲۱ ۶۶۹۳۳۶۰۰

نمبر: ۰۲۱ ۶۶۹۴۱۶۶۸

E-mail: [M.shali@ZUMS.ac.ir](mailto:M.shali@ZUMS.ac.ir)

## ۱. مقدمه

علم اخلاق، گفتن حقیقت به بیمار یک اصل اخلاقی است و در مقابل آن، دروغ گفتن به بیمار نقض احترام به استقلال بیمار (Autonomy) است و فقط در موارد داشتن دلایل قابل توجیه مثل تبعیت از اصل نیکوکاری (Beneficence) می‌توان از دروغ استفاده کرد (۱۵). به عبارتی دروغ گفتن به بیمار زمانی قابل قبول است که برای پیشگیری از آسیب روانی به بیمار است و در آن تمامی جوانب مربوط به حفظ منفعت بیمار در نظر گرفته می‌شود (۱۱).

در راستای استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز در مراقبت از بیمار، James و همکاران (۲۰۰۶ م.) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که دروغ در همه سطوح ارائه مراقبت دیده می‌شود و ۹۶/۴ درصد کادر درمان به‌عنوان یک استراتژی ارتباطی از آن استفاده می‌کنند (۱۶). در مطالعه Rejno و همکاران، پرستاران حقیقت را دستکاری کرده و از دروغ مصلحت‌آمیز استفاده می‌کردند، مثلاً در مورد اطلاع نتایج سی‌تی‌اسکن به بیمار، از این سیاست استفاده می‌کردند (۱۷). در مطالعه‌ای که در تایوان، بر روی بیماران در مراحل انتهایی بیماری سرطان انجام دادند، نیز استفاده از دروغ چالش‌برانگیز بود، بسیاری از پرستاران از دروغ مصلحت‌آمیز استفاده می‌کردند تا بیماران در مراحل پایان حیات امید خود را از دست ندهند و کیفیت زندگی بهتری داشته باشند (۱۸). در مطالعه دیگری پرستاران اعتقاد داشتند که افشای حقیقت باعث ایجاد تنش و احساسات منفی در بیماران می‌شود و از کتمان حقیقت یا دروغ‌های مصلحت‌آمیز استفاده می‌کردند (۱۹). برخلاف وجود تحقیقات فراوان با رویکرد کمی در مورد حقیقت‌گویی، کتمان حقیقت و یا استفاده از دروغ در فرآیند مراقبت از بیمار، هنوز ادراکات و تجربیات پرستاران نسبت به این پدیده به خوبی بررسی نشده است. همچنین مطالعات حاضر در فرهنگی غیر از فرهنگ کشور ایران صورت گرفته‌اند. با توجه به تفاوت تعبیر دروغ مصلحت‌آمیز در بسترهای درمانی متفاوت، این سؤال مطرح می‌شود که پرستاران ایرانی تجارب خود را از دروغ مصلحت‌آمیز در فرآیند مراقبت از بیمار چگونه توصیف

اخلاق پرستاری به معنای رعایت اخلاق حرفه‌ای در مسیر ارائه مراقبت‌های پرستاری است. رعایت اخلاق در عملکرد فنی پرستاری، از مسائل عام مراقبت بسیار حساس‌تر و مهم‌تر است (۱) و شامل اصول و ارزش‌هایی است که بر انتخاب عملکرد افراد تحت عنوان درست و غلط حاکمیت می‌کند (۲). یکی از اصولی که در زمینه ارائه مراقبت اخلاقی حائز اهمیت است، ارائه حقایق درمان به بیمار است. نگرش‌ها و شیوه‌های گفتن حقیقت در ارتباط با لزوم ارائه حقیقت، چرایی و چگونگی و زمان ارائه اطلاعات به بیمار و خانواده به طور قابل ملاحظه‌ای در طول زمان تغییر کرده است (۳). بیماران دوست دارند اخبار مربوط به تشخیص و درمان خود را بدانند، حتی اگر اخبار خوبی نباشند. ارائه اطلاعات صحیح در اتخاذ تصمیمات درمانی بیماران بسیار مهم است و منجر به کاهش رنج احساسی، جسمی و همچنین هزینه‌های بیمار می‌شود (۴).

به طور متداول پزشکان اولین انتقال دهندگان اطلاعات به بیماران و همراهان آن‌ها هستند (۵-۸). با این حال، انتقال حقایق درمان بیشتر یک فرآیند است تا یک واکنش فردی و نیازمند همکاری تمام اعضای گروه درمان از جمله پرستاران هست (۹). قرار گرفتن در موقعیت‌هایی که پرستاران مجبور به ارائه اطلاعات یا افشای حقیقت هستند، اجتناب‌ناپذیر است (۱۰). اگر همه کارکنان سلامت خاطرات یک روز کاری خود را مرور کنند، خواهند دید که در ارائه مراقبت، با بیمار کاملاً صادق نبوده‌اند (۱۱). گاهی کادر درمان، برای برقراری تعادل بین حفظ امید و حقیقت تلخ از جملات نیمه‌حقیقی (Half-Truths) استفاده می‌کنند. این جملات نیمه حقیقی در اصطلاح دروغ‌های مصلحت‌آمیز (White Lies) هستند (۱۲). بنا به تعریف، دروغ مصلحت‌آمیز نوعی از فریب در تعامل است که با هدف پیشگیری از آسیب و صرفاً جهت محافظت از منفعت مخاطب گفته می‌شود (۱۳). در این موقعیت، انگیزه استفاده از دروغ، شخصی نیست و موقعیتی که فرد در آن قرار گرفته است، عامل ایجاد این رفتار است (۱۴). از نظر محققان

مراقبت از بیمار به هنگام انجام کار بالینی است، بر پدیدارشناسی هاسرلی (پدیدارشناسی توصیفی) تمرکز گردید. مسأله اصلی در کاربرد پدیدارشناسی هاسرلی، پاسخ به این سؤال است که آیا پدیده مورد نظر نیاز به روشن‌سازی دارد یا خیر؟ استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز در مراقبت از بیمار با وجود تمام اهمیتی که دارد، هنوز در ایران، به اندازه کافی روشن نشده است. همچنین با عنایت به این عقیده که هر یک از پرستاران، با توجه به خصوصیات و زمینه‌های منحصر به فرد خویش، دارای درک متفاوتی از تجربه مذکور می‌باشند، به نظر می‌رسد پژوهش پدیدارشناسی توصیفی به روش کلایزی (Colaizzi)، بهترین روش برای درک این تجارب و توصیف معنای آن از زبان شرکت‌کنندگان در مطالعه باشد (۲۰). محیط پژوهش حاضر بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و مکان مصاحبه با هماهنگی با مشارکت کنندگان تعیین گردید. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف برای انتخاب شرکت‌کنندگان استفاده شده است. بر این اساس تکلم به زبان فارسی، داشتن تحصیلات کارشناسی پرستاری، سلامت شنیداری و گفتاری و تمایل به بازگ کردن تجربه خود از جمله معیارهای ورود پرستاران منتخب بود. فرایند گزینش افراد تا حصول اشباع داده‌ها ادامه پیدا کرد. اشباع داده‌ها این صورت که چنانچه در زمان جمع‌آوری اطلاعات هیچ اطلاعات جدیدی اضافه نشود و پژوهشگر در زمان جمع‌آوری و تجدید اطلاعات استخراج شده تنها به مواردی برخورد نماید که مطالب قبلی را تأیید و تصدیق نماید، به نمونه‌گیری پایان می‌دهد. در مطالعه حاضر؛ پس از انجام هجده مصاحبه، هیچ داده جدیدی پدیدار نشد و بلوغ طبقات به حدی رسید که قابل ادغام به طبقه دیگر نبوده و طبقه جدیدی ایجاد نگردید. با هر پرستار تنها، یک مرتبه مصاحبه عمیق، نیمه ساختاریافته و چهره به چهره انجام شد. به منظور تعلیق عقاید و پیش فرض‌های پژوهشگر یا براکتینگ، سعی شد سؤالات کلیدی در مصاحبه قرار داده شوند. سؤالات مصاحبه شامل آیا مواردی را به خاطر می‌آورید

می‌کنند. در واقع با مطالعه عمیق این تجارب و روشن‌سازی زوایای آشکار و پنهان آن‌ها می‌توان به آسیب‌شناسی و تحلیل این تجارب پرداخت. تبیین تجربیات پرستاران می‌تواند، آنان را در شناخت موقعیت‌های استفاده از دروغ و اتخاذ تدابیری جهت ارائه حقیقت درمان به بیماران جهت اخذ تصمیمات صحیح درمانی بر مبنای حقیقت یاری رساند. به منظور رسیدن به چنین شناختی، پرستاری نیازمند استفاده از روش‌هایی از تحقیق است که امکان جستجوی همه‌جانبه این تجارب را فراهم نماید، و این امر جز از طریق انجام مطالعات کیفی میسر نمی‌گردد، لذا این پژوهش جهت دستیابی به یافته‌های عمیق بر اساس تجارب زنده و فرهنگ جاری پرستاران که به عنوان خط مقدم ارائه خدمات سلامت هستند، با هدف تبیین تجربیات پرستاران از دروغ مصلحت‌آمیز در مسیر مراقبت اخلاقی از بیمار به شیوه کیفی، شکل گرفت.

## ۲. ملاحظات اخلاقی

اصول اخلاقی رعایت‌شده توسط پژوهشگران در مطالعه عبارت از اخذ مجوز انجام پژوهش از کمیته اخلاق پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد IR.TUMS.VCR.REC.1397.568. گرفتن رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان بعد از بیان هدف از مطالعه، دادن حق کناره‌گیری به مشارکت‌کنندگان از ادامه همکاری در هر زمان دلخواه، اخذ اجازه ضبط و ثبت مصاحبه‌ها، حفظ بی‌نامی و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات و در صورت درخواست مشارکت‌کنندگان در اختیار قراردادن نتایج بوده است.

## ۳. مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به روش کیفی در سال ۱۳۹۷ انجام شد. سؤال اصلی در این پژوهش «تجربیات زیسته پرستاران از دروغ مصلحت‌آمیز در مسیر مراقبت اخلاقی چیست؟» هست. جهت پاسخگویی به این سؤال و با توجه به پدیده مورد پژوهش که تجربیات زیسته پرستاران از دروغ مصلحت‌آمیز در فرآیند

جلب اعتماد و درک تجارب آن‌ها توسط پژوهشگر میسر گردید. تأییدپذیری یافته‌ها با بازنگری ناظرین مشخص گردید که ضمن ارسال بخش‌هایی از متن مصاحبه‌های تایپ‌شده، کدهای مربوط و طبقات پدیدار شده برای چند ناظر، از نظرات تکمیلی آنان در تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. اطمینان یا ثبات یافته‌ها با نسخه‌نویسی در اسرع وقت و فراهم‌نمودن موقعیت مشابه برای مشارکت‌کنندگان فراهم گردید (۲۳).

#### ۴. یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، ۱۲ پرستار زن و ۶ پرستار مرد، با میانگین سنی  $40 \pm 5/3$  سال و سابقه کاری  $15 \pm 7/3$  سال بودند (جدول ۱).

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی پرستاران شرکت‌کننده در

پژوهش

شماره	جنس	واحد خدمت	سن	سابقه کار
P1	زن	کودکان	۳۹	۱۳
P2	زن	CCU	۴۴	۲۰
P3	مرد	اورژانس	۴۵	۱۲
P4	زن	انکولوژی	۳۸	۱۴
P5	مرد	ICU	۴۵	۱۵
P6	زن	CCU	۴۸	۲۱
P7	زن	زنان و زایمان	۳۸	۱۲
P8	مرد	اورژانس	۳۶	۱۴
P9	زن	اورژانس	۳۸	۱۶
P10	زن	انکولوژی	۴۴	۱۹
P11	زن	دیالیز	۳۹	۱۶
P12	زن	کودکان	۲۸	۳
P13	مرد	انکولوژی	۴۳	۱۶
P14	زن	زنان و زایمان	۳۸	۱۵
P15	مرد	ICU	۴۱	۱۵
P16	زن	ICU	۴۲	۱۸
P17	مرد	دیالیز	۳۶	۱۴
P18	زن	CCU	۴۲	۲۰

از مجموع یافته‌های این پژوهش، در راستای توصیف تجربیات زیسته پرستاران، پس از تحلیل داده‌ها، ۳۰۱ کد اولیه

که در زمان مراقبت از بیمار، نخواستند و یا نتوانسته‌اید حقیقت را به بیمار بگویید؟ چه مواردی بوده؟ می‌توانید تجارب خود را از موقعیتی که در آن مجبور شدید حقیقت را به بیمارتان نگوئید، بیان کنید؟ همچنین در طول مصاحبه‌ها از سؤالات کاوشی نظیر «می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟» و «منظورتان چیست؟» استفاده شد. مدت هر مصاحبه بین ۷۰-۴۵ دقیقه بود و تا زمانی که شرکت‌کننده، تجربه خود را کاملاً توصیف می‌نمود و دیگر شفاف‌سازی لازم نبود، مصاحبه پایان‌یافته تلقی می‌شد. پژوهشگر به منظور افزایش یکپارچگی داده‌ها شخصاً تمام مصاحبه‌ها را انجام داد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش هفت مرحله‌ای کلازی استفاده شد. در مرحله اول مصاحبه‌ها ضبط و پس از اتمام مصاحبه به آن‌ها گوش داده شد، سپس کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده و با مطالعه آن یک درک کلی از آن حاصل شد و متعاقباً با عمق معانی ارتباط برقرار شد. مرحله دوم با روش زیرخط‌دار کردن، جملات مهم استخراج شد. در مرحله سوم کدهای اولیه استخراج شدند. مرحله چهارم مفاهیم تدوین شده به زیر مفاهیم و در مرحله پنجم نتایج به تم‌های اصلی تبدیل شدند. در مرحله ششم یک توصیف جامع و بدون ابهام از پدیده تدوین شد و در مرحله هفتم اعتباربخشی به وسیله ارجاع به مشارکت‌کنندگان و پرسیدن درباره صحت یافته‌ها انجام شد، زیرا در مطالعات کیفی روند اعتباربخشی داده‌ها با رجوع به شرکت‌کنندگان و سؤال درباره یافته‌های پژوهش به دست می‌آید (۲۱).

برای اطمینان از صحت و استحکام داده‌ها از معیارهای مقبولیت، قابلیت تأیید، قابلیت اطمینان و ثبات و تناسب یا انتقال‌پذیری، یافته‌ها به عنوان معیارهای دقت علمی در تحقیقات کیفی که توسط Guba و Lincoln ارائه شده‌اند استفاده شد (۲۲). مقبولیت داده‌ها با توجه به مرور صحت عبارات بیان‌شده توسط مشارکت‌کنندگان در دست‌نوشته‌ها، درگیری طولانی مدت محقق با حضور مکرر در بین جامعه مورد مطالعه و حسن برقراری ارتباط با مشارکت‌کنندگان و

استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز پل‌های ارتباطی را تخریب کرده و شیبه تند برای دورشدن از مسیر اخلاق، عنوان شده است. در رابطه با تجربه تفاوت زبان بیمار با گروه درمان یکی از پرستاران تجربه زیر را به اشتراک گذاشت:

«بیماری داشتیم که کرد زبان بود و اصلاً فارسی نمی‌دونست. نگران بود و روزهای اول مدام سؤال می‌پرسید. کسی کردی بلد نبود. فقط یاد گرفته بودیم که خاس به کردی یعنی خوب. هر چیزی می‌پرسید می‌گفتیم خاس، حتی اگر شرایط خوب نبود. خیلی از همکارا دیگه حتی وقت نمیداشتند ببینند چی میگه و بعد از یه مدت خود بیمار هم متوجه شد و دیگه سؤال نمی‌پرسید» (P5).

#### ۳-۴. رد کردن چراغ قرمزهای صداقت

صداقت، ذات و هنر پرستاری است. داشتن ارتباط صادقانه با بیمار در ارائه اطلاعات به بیمار و ارائه تصویر واقعی از شرایط بیماری بسیار مهم است. بنا بر تجربیات پرستاران در صورت رد شدن از مرزهای صادق بودن، فاش حقیقت مشکل‌تر شده و استفاده از دروغ جایگزین آن می‌گردد. در صورتی که با داشتن سیاست صادق بودن از ابتدای پذیرش بیمار، همین منوال حفظ شده و پرستاران کم‌تر در موقعیت استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز قرار خواهند گرفت. در زمینه لزوم رعایت صداقت برای پیشگیری از استفاده بیشتر از دروغ مصلحت‌آمیز یکی از پرستاران عنوان کرد:

«بیمار کنسر خون داشت و به بیمار گفته شده بود که کم خونی داره. داروهای شیمی‌درمانی تزریق می‌کردیم و می‌گفتیم که داروی تقویتیه برای خون‌سازی. بیوپسی مغز استخوان می‌شد و می‌گفتیم یه روشه برای تشخیص این‌که کم‌خونیش بهتر شده. اگر همون لحظه اول واقعیت رو به بیمار می‌گفتند نیاز به این همه دروغ نبود. وقتی صداقت رو نادیده بگیریم و دروغ بگی مثل واگن‌های قطار پشت سر هم دروغ‌ها ردیف میشن» (P4).

استخراج گردید، اطلاعات در سه طبقه اصلی: سرایشی مسیر مراقبت اخلاقی، فرازهای مسیر مراقبت اخلاقی و دوراهی‌های مسیر اخلاق پدیدار شدند. طبقات اصلی مشتمل بر سه طبقه بودند که در ادامه به شرح آن‌ها پرداخته شده است (جدول ۲).

#### جدول ۲: طبقات و زیرطبقات نمودار شده بر مبنای تجربیات

پرستاران شرکت کننده در پژوهش

زیرطبقات	طبقات	
تخریب پل‌های ارتباطی. - رد کردن چراغ قرمزهای صداقت. - خطر ریزش اعتماد.	سرایشی‌های مسیر اخلاقی	نمود دروغ
- توجه به چراغ‌های سبز حمایت. - همسفران مسیر اخلاقی. - راهنماهای ارزش‌های حرفه‌ای.	فرازهای مسیر اخلاقی	مصلحت آمیز در مسیر
- ابهام در مسیریابی اخلاقی. - تردید در عبور از گذرگاه اسرار. - سردرگمی در پیچ‌های پی در پی حریم بیمار.	دوراهی‌های مسیر اخلاق	مراقبت اخلاقی

#### ۱-۴. سرایشی مسیر مراقبت اخلاقی

بدون شک رعایت اخلاقیات در مراقبت دشواری‌هایی را به دنبال دارد. سختی‌ها و سرایشی‌های مسیر مراقبت اخلاقی که پرستاران در استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز تجربه کرده‌اند، در سه زیرطبقه تخریب پل‌های ارتباطی، رد کردن چراغ قرمزهای صداقت و خطر ریزش اعتماد دسته‌بندی شدند.

#### ۲-۴. تخریب پل‌های ارتباطی

بدون شک یکی از مهم‌ترین مهارت‌های لازم در ارائه مراقبت پرستاری، برقراری ارتباط صحیح و مؤثر با بیمار است. تفاوت در فرهنگ، زبان و سطح درک بیماران برقراری ارتباط مؤثر با بیمار را با مشکل مواجه می‌سازد. پاسخگویی به سؤالات بیماران نیازمند درک نیاز اطلاعاتی بیمار و برقراری ارتباط مناسب و ارائه اطلاعات در حد درک بیمار است. با توجه به تجربیات پرستاران نبود مهارت ارتباطی از ابتدای آشنایی با بیمار شروعی برای استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز است و

**۴-۴. خطر ریزش اعتماد**

یکی از اصولی که باعث تبعیت بیمار از مسیر مراقبتی و آرامش خاطر وی در طی این مسیر است، اعتماد به کادر درمانی است، اگرچه موقعیت‌هایی مثل خواسته خانواده بیمار مبنی بر ارائه دروغ مصلحت‌آمیز، ترس از ناامید شدن بیماران از ادامه درمان و یا کاهش کیفیت زندگی بیمار در صورت اطلاع از حقیقت تلخ عامل کتمان حقیقت و ارائه دروغ مصلحت‌آمیز به بیمار است، ولیکن آگاهی بیمار از اصل حقیقت باعث از بین رفتن اعتماد به پرستار و کادر درمان می‌شود. در زمینه پرستاران تجربیات متعددی را ذکر کردند که تجربه زیر یکی از آنان است:

«در بستری قبلی به درخواست همراه به دروغ به بیمار گفته شده بود که برای شستشوی زخم به اتاق عمل میره، ولی در اصل به خاطر دیابت آمپوتاسیون انگشت پا انجام شده بود. در بستری بعدی واقعاً برای شستشوی زخم قرار بود به اتاق عمل منتقل بشه، ولی اعتماد نداشت و حرف ما رو باور نمی‌کرد و رضایت نمی‌داد» (P3).

**۴-۵. فرازهای مسیر مراقبت اخلاقی**

به دنبال سرایشی‌های تجربه‌شده در طی مسیر اخلاقی، فرازهایی که تسهیلگر افشای حقیقت درمان به بیمار است به صورت توجه به چراغ‌های سبز حمایت، همسفران مسیر اخلاقی و راهنماهای ارزش‌های حرفه‌ای در مسیر مراقبتی نمودار شدند.

**۴-۶. توجه به چراغ‌های سبز حمایت**

پرستاران، نسبت به نیازها و خواسته‌های بیماران آشناتر هستند. چون مدت بیشتری را با بیماران می‌گذرانند. نسبت به آن‌ها احساس مسؤلیت بیشتری دارند و همین امر باعث می‌شود که برای حمایت از آن‌ها تلاش بیشتری انجام دهند. حمایت از بیمار، مهارت یادگرفته‌شده‌ای است که پرستاران به واسطه تجارب مختلف بالینی کسب می‌کنند. پرستار خود را مسؤول حفاظت از بیمار و کمک به او می‌داند تا بیمار بتواند بر اساس خواسته‌ها و ارزش‌هایش در موقعیت‌های مختلف

برای خود تصمیم‌گیری کند و گزینه‌های در دسترس درمانی را با توجه به آن ارزش‌ها، انتخاب نماید. با توجه به این تعریف از حمایت از جانب پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش، آنان حس حمایت را مانند چراغ سبزی در مسیر می‌دانند که پرستار را در ارائه حقیقت به بیمار یاری می‌کند. ابعاد حمایت از دیدگاه پرستاران بسیار وسیع و شامل حمایت اطلاعاتی، روحی و عاطفی، جسمی و مالی بوده است. در راستای حمایت اطلاعاتی یکی از پرستاران عنوان کرد:

«خانم پیری رو داشتیم که از یکی از روستاهای اطراف مراجعه کرده بود. سواد زیادی نداشت. به دروغ در جریان قرار گرفته بود که در صورت انجام جراحی تمام مشکلات سلامتی بیمار قابل حله در صورتی که اصلاً اینطور نبود. برایش کاملاً توضیح دادیم تا حقیقت درمان رو بدون و بعد بتونه انتخاب درستی داشته باشه» (P11).

**۴-۷. همسفران مسیر اخلاقی**

طی طریق در مسیر مراقبت اخلاقی با همسفرانی که هدف و مسیر مشترکی دارند یکی از عواملی است که پرستاران را در برخورد صادقانه با بیمار یاری می‌کند. همکاران از تمامی رده‌های مراقبتی در تسهیل ارائه اطلاعات صحیح به بیماران نقش دارند. با توجه به تجربیات پرستاران، همکاری تیمی و هدف مشترک گروه درمانی یکی از تسهیل‌کننده‌های ارائه اطلاعات بدون استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز بوده است. بنابراین مسیر ارائه اطلاعات از قبل از بستری و از مطب شروع و این روال تا زمان ترخیص ادامه دارد و در صورت انجام وظیفه صحیح در هر مرحله استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز به حداقل خواهد رسید.

«پزشکی داشتیم که قانونش این بود که هر چیزی رو که خودش صلاح بدونه باید به مریض بگیم. اکثر بیماران بستری شده در بخش در سرویس همین پزشک و مبتلا به کنسر در مرحله پیشرفته بودند. ما نمی‌دونستیم در بستری قبلی و یا در مطب چقدر به بیمار اطلاعات داده شده و امکان چک‌کردن با ایشان رو هم همیشه نداشتیم. یکسری از همکاران موافق و

#### ۴-۹. دوراهی‌های مسیر اخلاق

پرستاران اغلب با موقعیت‌هایی مواجه می‌شوند که باید برای آن‌ها راه‌حل‌هایی پیدا کرده و تصمیمات اخلاقی مناسب اتخاذ کنند. آنان باید توانایی توجیه منطقی برای انتخاب یا رد یک عمل در موقعیت اخلاقی را داشته باشند. اخذ بهترین تصمیم و انتخاب مسیر درست پرستاران را در دوراهی‌های مسیر اخلاق قرار می‌دهد. پرستاران در برخورد با این دوراهی‌ها، باید حقوق اخلاقی بیماران را بدون به خطر انداختن وجدان اخلاقی خود، محترم بشمارند. دوراهی‌های تجربه‌شده پرستاران در مسیر مراقبت اخلاقی شامل ابهام در مسیریابی اخلاقی، تردید در عبور از گذرگاه اسرار و یا سردرگمی در پیچ‌های پی در پی حریم بیمار عنوان شده‌اند.

#### ۴-۱۰. ابهام در مسیریابی اخلاقی

در مسیر ارائه مراقبت، به شکلی روزمره پرستاران با انتخاب‌هایی مواجه هستند که بر پایه اصول اخلاقی شکل می‌گیرد. این انتخاب‌ها را می‌توان همان تصمیماتی دانست که یک پرستار در قبال بیمار می‌گیرد، این تصمیم هم باید تصمیمی اخلاقی باشد و هم تصمیمی مراقبتی و علمی. در بسیاری از موارد، پرستاران عنوان کرده‌اند در به‌کارگیری دانش اخلاقی خود با مشکل مواجه هستند و در عمل نمی‌توانند اخلاق حرفه‌ای را به نمایش بگذارند. شناخت مسیر صحیح، داشتن استدلال صحیح اخلاقی و در نهایت انتخاب صحیح با توجه به موقعیتی که پرستار جهت ارائه اطلاعات تجربه کرده است از عواملی است که می‌تواند قرار گرفتن در بین دوراهی‌های اخلاقی را به حداقل برساند.

«سؤالی می‌پرسه که جوابش رو همیشه صریح گفت. نمی‌دونم اون لحظه کار درستی که باید انجام بدم چیه؟ راستش رو بگم و یا این‌که تا زمانی که موقعیت مناسب پیش بیاد، از دروغ مصلحت‌آمیز استفاده کنم یا حقیقت رو پنهان کنم» (P10).

#### ۴-۱۱. تردید در عبور از گذرگاه اسرار

یکی از مواردی که در تجربیات اکثریت پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش یاد شده است، تردید در استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز

یکسری مخالف سیاست ایشون بودند. اگر بیمار سؤالی از ما یا کمک‌بهبیار بخش می‌پرسید، واقعاً نمی‌دونستیم چی بگیم. مراقبت یه کار تیمیه و از همون اول رویه تیم باید گفتن حقیقت به بیمار باشه. وقتی بدونیم پزشک خوب بیمار رو تو مطب توجیه کرده یا همکاری دیگه خوب به بیمار آموزش دادند، دیگه کار ما راحت و نیازی نیست در مورد تشخیص یا درمان دروغ مصلحت‌آمیز به مریض بگیم» (P13).

#### ۴-۸. راهنماهای ارزش‌های حرفه‌ای

ارزش‌های موجود در حرفه پرستاری که اغلب، به صورت غیر رسمی آموخته می‌شود، اساس عملکرد پرستاری بوده و رابطه پرستاران با بیماران، همکاران، سایر افراد حرفه‌ای و عموم مردم را هدایت می‌کند. ارزش‌هایی مانند نوع دوستی، برابری، آزادی، احترام به شأن انسانی، عدالت و صداقت. ارزش‌های حرفه‌ای چارچوبی برای راهنمایی برای رفتار اخلاقی فراهم می‌آورند. پایبندی به ارزش‌های حرفه‌ای جهت صادق بودن با بیماران یکی از موارد تجربه‌شده توسط پرستاران است. در این زمینه یکی از پرستاران از ارتقای آگاهی گروه درمان جهت ارائه صحیح اطلاعات و پیشگیری از به‌کار بستن دروغ و دروغ مصلحت‌آمیز احساس رضایت داشته و تجربه خود را این‌گونه بیان نمود:

«الان شرایط خیلی بهتره. آگاه‌سازی در مورد حقوق بیمار بالا رفته، تا حدود زیادی هم رعایت می‌شه. من خاطرم هست که اطلاعات درمانی برای بیماران گفته نمی‌شد و یا حتی گاهی برای الزام به ادامه درمان اطلاعات دروغ به بیمار داده می‌شد. یک بار خاطرم هست. تقریباً ۱۵ سال گذشته... بیمارم تشخیصش رو می‌دونست... من روش‌های جدید و درمان‌های جایگزین رو براش توضیح دادم که در راستای سیاست پزشکش نبود. جزء حقوق بیمار بود که حقیقت روال درمان رو بدونم. من نتونستم از خودم دفاع کنم. به خاطر آموزش به بیمار توبیخ شدم» (P18).

«تو این بخش حریم خصوصی بیمار خیلی مهمه. حریم خصوصی، حریم اطلاعاتی. خیلی حساسه و همیشه هیچ اطلاعاتی از مریض درز داد. گاهی شرایطی هست که مجبوریم برای حفظ حریم بیمار دروغ بگیم به همراهیا ملاقاتیا یا جوابشون رو ندیم، می‌دونم کار درستی نیست، ولی باید به خاطر بیمار این کارو بکنیم» (P7).

### ۵. بحث

یافته‌های این پژوهش حاصل تحلیل مصاحبه‌ها و تجربیات مکتوب شرکت‌کنندگان در مطالعه بود که منجر به استخراج درون‌مایه‌های پژوهش گردید. با در نظر گرفتن ارائه مراقبت به بیمار به عنوان پیمودن مسیری در جاده اخلاق، سه درون‌مایه سرایشی‌های مسیر مراقبت اخلاقی و فرازهای مسیر مراقبت اخلاقی و دوره‌های مسیر مراقبت اخلاقی پدیدار شدند. بر همین اساس سرایشی‌های مسیر مراقبت اخلاقی که دشواری‌های مسیر را در ارائه تمامی حقیقت به بیمار و تقلیل به کار بستن دروغ مصلحت‌آمیز معرفی می‌کند در سه زیرطبقه تخریب پل‌های ارتباطی، رد کردن چراغ‌های قرمز صداقت و خطر ریزش اعتماد طبقه‌بندی شدند.

بر طبق تجربیات پرستاران، گفتن دروغ مصلحت‌آمیز باعث تخریب پل‌های ارتباطی و اختلال در برقراری ارتباط با بیمار می‌شود. به سختی می‌توان باور کرد که دروغ گفتن در ارتقای رابطه درمانی مؤثر باشد (۱۱). هدف نهایی پرستاری، سلامتی و بهبودی است که تحقق آن از طریق دانش و روش‌های اخلاقی صحیح و برقراری ارتباط با مددجو امکان‌پذیر است (۲۴). آشنایی با مهارت‌های ارتباطی به تنهایی برای تقلیل به کار بستن دروغ مصلحت‌آمیز در مراقبت از بیمار کافی نیست. بر اساس مطالعه Heaven و همکارانش بسیاری از پرستاران با مهارت‌های ارتباطی آشنا هستند، اما نمی‌توانند آن‌ها را در عمل مورد استفاده قرار دهند (۲۵). در همین راستا خدادادی و همکاران در مطالعه خود بیان کردند بهتر است جهت افزایش مهارت ارائه اطلاعات در پرستاری یک دوره جداگانه

به منظور حفظ اسرار بیمار بوده است. بیماران موضوعات و مشکلاتی را که حتی از نزدیک‌ترین کسان خود مخفی می‌داشته‌اند، برای کادر درمانی بازگو می‌کنند. غفلت و کوتاهی در حفظ اسرار بیمار، قداست حرفه پرستاری را زیر سؤال می‌برد. اهمیت حفظ اسرار در بیماری‌های خاص و یا خطرناک بسیار پراهمیت‌تر ظاهر می‌شود. پرستاران در این مواقع برای حفظ اسرار بیمار از دروغ مصلحت‌آمیز استفاده کرده‌اند. یکی از پرستاران که جهت حفظ اسرار بیماران مجبور به استفاده از دروغ در برابر همکار خود شده بود، تجربه خود را این‌گونه به اشتراک گذاشت:

«شب‌کار اورژانس بودم. آقایی برای تعویض سوند اومده بود. اون آقا فامیل یکی از همکاران ما بود که همون شب شیفت بود. بیمار بحران هویت جنسی داشت و ناحیه ژنیتالش متفاوت بود. از من خواست که خودم سوند رو براش بزنم و به هیچ وجه اجازه ندم همکارم که فامیلشونه این کارو بکنه. در صورتی که بیمار تو تقسیم بیماران به اسم همون همکارم نوشته شده بود. مجبور شدم اسامی بیماران تقسیم‌شده رو دستکاری کنم و به دروغ به همکارم بگم که این مریض مال منه و خودم سوند رو براش زدم» (P3).

### ۴-۱۲. سردرگمی در پیچ‌های پی در پی حریم بیمار

زمانی که بیمار در بیمارستان پذیرش می‌شود، همیشه قادر به کنترل حریم شخصی خود نیست و حریم او در طی بستری در موقعیت‌های مختلف درمانی، توسط کادر درمان و به علل گوناگون نقض می‌شود. برخی بیماران به خاطر نگرانی از نقض حریم خود بخش‌هایی از تاریخچه خود را پنهان نگه می‌دارند. پرستاران به جهت ارائه مراقبت به راحتی وارد حریم بیمار می‌شوند. حفظ حریم فیزیکی، معنوی، روانی و اطلاعاتی بیمار از اولویت‌های مراقبت اخلاقی در پرستاری است. بنا بر تجربیات پرستاران قرار گرفتن در موقعیت‌های تهدید حریم اطلاعاتی بیماران، پرستاران را در دوره‌های استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز قرار می‌دهد.

و احترام به افراد است و به کار بستن دروغ مصلحت‌آمیز نقض این حقوق را به دنبال دارد (۲۹). در مطالعه Black (۲۰۱۱) م. (مشاهده شد که نزدیک به ۳۴٪ از پرستاران به رغم اطلاع از اهمیت حمایت از بیماران به عنوان وظیفه اخلاقی، نگرش مثبتی نسبت به حمایت از بیماران خود نداشتند (۳۰). در مقابل مطالعه انجام‌شده در ایران، جهرمی و همکاران (۲۰۱۲) م. نشان داد که پرستاران ایرانی با این‌که حمایت از بیمار به عنوان هنوز به صورت نقش حرفه‌ای پرستاری تعریف نشده است، از دیرباز حمایت از بیمار را سرلوحه مراقبت‌های خود قرار داده‌اند (۳۱). تفاوت در این نتایج را می‌توان اینطور توجیه کرد که به نظر می‌رسد پرستاران ایران زمین، این دانش و آگاهی را از فرمان‌ها مذهبی به دست آورده‌اند و پیروی از دین اسلام در باورها و اعتقاداتشان برای حمایت از بیمار تأثیر به‌سزایی داشته است.

زیرطبقه مهم دیگری که پرستاران در کاهش استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز در مسیر مراقبت اخلاقی عنوان کرده‌اند، همسفران مسیر اخلاقی است. همسفران در این مسیر همکاران مراقبتی هستند که باید بر مبنای اصول کار تیمی هماهنگی لازم را برای ارائه اطلاعات به بیمار داشته باشند. Ahn و Hwang در سال ۲۰۱۵ بیان نمودند که مدیران پرستاری باید تلاش قابل توجه برای ارتقای کار گروهی به کاربندند که نتیجه آن ارائه اطلاعات صحیح به بیماران است (۳۲). علاوه بر آن، گروه مراقبتی برای رعایت اصول اخلاقی نیازمند آگاهی از راهنماهای ارزش‌های حرفه‌ای است. ارزش‌های حرفه‌ای اساس عملکرد پرستاری است و ضمن هدایت تعاملات پرستاران با بیماران، همکاران، سایر افراد حرفه‌ای و عموم مردم چارچوبی برای تعهد به رفاه بیمار و راهنمایی برای رفتار اخلاقی فراهم می‌آورد (۳۳). بنابراین لازم است که پرستاران در جایگاه‌های مختلف ارائه خدمات، فعالیت‌های خود را بر پایه ارزش‌هایی مشترک بنا نهاده تا بیانگر تعهد و التزام آنان به حرفه پرستاری و جامعه باشد (۳۴). در یک نگاه کلی به یافته‌های این طبقه، نهادینه‌سازی حمایت به عنوان یک وظیفه اخلاقی همراه با

در آموزش پرستاری با این هدف ایجاد شود (۲۶). پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش بر این باور بودند که با استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز چراغ قرمزهای صداقت در مسیر مراقبت اخلاقی نادیده گرفته شده است و یکی از پایه‌های مراقبت اخلاقی را در داشتن صداقت با بیمار معرفی کرده‌اند. در مطالعه خاکی و همکاران (۲۰۱۶) م. نیز مراقبت پرستاری بر اساس اخلاق حرفه‌ای در برخورد صادقانه با مددجو تعریف شده است (۲۷). صادق نبودن با بیمار تبعاتی مانند خطر ریزش اعتماد را به دنبال دارد. جلب اعتماد بیمار، از جمله حقوق بیمار محسوب شده و از مهم‌ترین عواملی است که موجب تأثیر و ادامه درمان می‌شود. اعتماد نه تنها دارای ارزش ذاتی است، بلکه ارزش کاربردی نیز دارد. اعتماد، لازمه جستجوی سلامتی از سوی بیمار، بیان اطلاعات محرمانه شخصی، پذیرش درمان و پیروی از توصیه‌های درمانی است (۲۸). در صورت از بین رفتن اعتماد در نتیجه استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز نمی‌توان از بیمار انتظار داشت تا اطلاعات خود را در اختیار کادر درمان قرار دهد. با توجه به یافته‌های این طبقه می‌توان اینطور تفسیر کرد که در طی سراسی‌های مسیر مراقبت اخلاقی از بیمار، مهارت ارتباطی مهم‌ترین پیش‌نیاز برای برقراری ارتباط صادقانه با بیمار، از ابتدای رابطه درمانی است تا بتوان اعتماد بیمار را برای ادامه درمان و همکاری در امور درمانی جلب کرد.

در ادامه طی مسیر مراقبت اخلاقی، فرازهای مسیر مراقبت اخلاقی با زیرطبقات توجه به چراغ‌های سبز حمایت، همسفران مسیر مراقبت اخلاقی و راهنمای ارزش‌های حرفه‌ای پدیدار شدند. یکی از مواردی که باعث قرارگرفتن پرستاران بر فراز مراقبت اخلاقی یادشده و پرستاران از آن به عنوان بازدارنده در به کار بستن دروغ مصلحت‌آمیز در مراقبت عنوان کرده‌اند، توجه به چراغ‌های سبز حمایتی بوده است. حمایت در پرستاری به معنی آگاه کردن و پشتیبانی فرد است تا این‌که او بتواند بهترین تصمیم ممکن را برای خودش بگیرد، لذا حمایت متضمن رعایت و حفاظت از حقوق و ارزش‌های بیمار

نشان می‌دهد. نتایج مطالعه‌ای در ترکیه نشان داد که پرستاران در حیطه‌های رازداری، گفتن حقیقت و انجام عمل نیکوکارانه حساس بودند (۳۹). از طرفی در مطالعه‌ای با عنوان میزان رعایت کدهای اخلاق در کادر درمانی دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شد، پرسنل در حیطه تعهد به رازداری کم‌ترین نمره ۲/۸۷ را داشته‌اند (۴۰). تفاوت در دیدگاه‌های پرستاران در التزام به حفظ اسرار را می‌توان به تفاوت فرهنگی پرستاران مرتبط دانست، چه بسا بسیاری از اطلاعات شخصی بیماران بنا به فرهنگ خاص منطقه راز تلقی نشده و به راحتی در اختیار سایرین قرار می‌گیرد. در این زمینه آگاه‌سازی گروه درمانی و افراد جامعه در لزوم رعایت محدوده اسرار هر فرد، باید به عنوان یک اولویت در نظر گرفته شود بر طبق یافته‌ها، گاهی پرستاران از دروغ مصلحت‌آمیز برای حفظ حریم بیمار استفاده می‌کنند. نقض حریم بیماران نه تنها می‌تواند صدمات غیر قابل جبرانی را به بیماران وارد کند، بلکه می‌تواند کل نظام مراقبت سلامت را تحت تأثیر قرار دهد. پیامدهای نقض حریم بیمار، قابل توجه و ناخوشایند است. با وجود اهمیت این مسأله، زمانی که شخص در بیمارستان پذیرش می‌شود، همیشه قادر به کنترل حریم شخصی خود نیست (۴۱) و این وظیفه گروه درمان است که از این حریم محافظت نماید. لازمه طی پیچ‌های پی در پی حریم بیماران، با احترام به تمام جنبه‌های حریم بیمار اعم از حریم معنوی، روانی، اجتماعی، فیزیکی و اطلاعاتی، آگاهی از اصول مراقبت اخلاقی است تا با رعایت این اصول حقوق بیمار در سیستم ارائه خدمات سلامت به بهترین نحو حفظ و حراست گردد، لذا جهت پیدا کردن مسیر صحیح در بین دوره‌های مسیر مراقبت اخلاقی، اولویت قراردادن حفظ اسرار جهت حفظ حریم بیمار در تمامی ابعاد، راهنمایی برای انتخاب اخلاقی‌ترین مسیر جهت حفظ حقوق بیمار است.

احترام و آگاهی و الزام به رعایت ارزش‌های حرفه مقدس پرستاری در گروه درمانی، وظیفه‌ای خطیر جهت نیل و فراز بر بالاترین قله‌ها در مسیر مراقبت اخلاقی است. در طی مسیر مراقبت اخلاقی، قرارگرفتن در بین دوره‌های جاده، اجتناب‌ناپذیر است. دوره‌های مسیر مراقبت اخلاقی بنا بر تجربیات پرستاران، با ابهام در مسیریابی اخلاقی، تردید در عبور از گذرگاه اسرار و سردرگمی در طی پیچ‌های پی در پی حریم بیمار بوده است. تشخیص مسیر صحیح مراقبت اخلاقی یا به عبارتی تشخیص معضل اخلاقی در مسیر، چالشی است که پرستاران را بر سر دوره‌های اخلاقی قرار می‌دهد. اگرچه مطالعات نشان می‌دهد که آگاهی پرستاران از مسؤولیت اخلاقی خود در ارائه مراقبت در حال افزایش بوده است، اما آنان در شناسایی معضل اخلاقی و تعیین روش مناسب برای حل معضلات اخلاقی دشواری‌هایی دارند (۳۵). چالش‌های اخلاقی در بیمارستان‌ها از جمله دلایل ترک شغل پرستاران است. در مطالعه‌ای ۲۵٪ پرستاران مورد بررسی، به دلیل عدم توانایی در حل موضوعات اخلاقی بیماران نشان درخواست استعفا از کارشان را دادند (۳۶). بر اساس تجربیات عنوان شده، پرستار می‌داند چه کاری درست است، اما محدودیت‌های سازمانی و بالادستی، انجام کار درست را غیر ممکن می‌سازد (۳۷)، لذا بحث و تبادل نظر در مورد تجربیات پرستاران، در انتخاب مسیر صحیح و حل چالش اخلاقی برای فائق آمدن بر تردید برای عبور از دوره‌های اخلاقی توصیه می‌شود. یکی دیگر از دوره‌های اخلاقی که باعث تردید پرستاران در استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز می‌گردد، تردید در عبور از گذرگاه اسرار بیمار است. به این معنا که گاهی برای حفظ اسرار بیمار برای استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز مردد هستند. آیین اخلاق پرستاری تصریح می‌کند که اطلاعات به دست‌آمده در حین مراقبت از بیمار باید راز تلقی شده و بدون رضایت بیمار در اختیار دیگران قرار نگیرد (۳۸). بررسی و مقایسه یافته‌های فوق با نتایج سایر مطالعات، وجود تشابهات و تفاوت‌هایی را بین تجارب شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر و سایر مطالعات

**۶. نتیجه گیری**

در پژوهش حاضر به بررسی تجربیات پرستاران در ارتباط با دروغ مصلحت‌آمیز پرداخته شد. با توجه به یافته‌های مطالعه، برقراری ارتباط صادقانه از زمان شروع رابطه درمانی، در ایجاد و حفظ اعتماد بیماران پیمودن سراسیمه‌ی مسیر مراقبت اخلاقی را هموار می‌سازد. در این زمینه، برقراری دوره‌های آموزش عملی ارائه اطلاعات به بیمار به شیوه صحیح برای تقلیل استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز ضروری به نظر می‌رسد. همچنین جهت فراز در مسیر، اتکا به حس حمایت از بیمار که جوهره پرستاری است، همکاری تیمی و تمسک به ارزش‌های حرفه پرستاری بسیار مهم است تا با به‌کارگیری این تسهیل‌گرها، گذر از دوره‌های مسیر با حفظ حریم و اسرار بیماران سهل و آسان گردد. جهت دسترسی سریع‌تر به این هدف، برگزاری دوره‌های هم‌اندیشی و بیان تجارب گروهی در ارتباط با ارائه مراقبت با حفظ ارزش‌های حرفه پرستاری و تکامل آن‌ها توصیه می‌شود.

پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات بعدی، نظرات و تجربیات سایر گروه‌های درمانی دخیل در مراقبت از بیمار و بیماران و خانواده‌های آن‌ها نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین فرهنگ‌های سازمانی متفاوت در بسترهای درمانی مختلف در استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز مؤثر است، لذا پیشنهاد می‌شود تا مطالعات بیشتری در بسترهای فرهنگی مختلف صورت گیرد و نظر به وضعیت خاص فرهنگی هر منطقه و عملکرد متناسب با آن توصیه و اجرا گردد. با توجه به یافته‌های این مطالعه، آموزش خط مشی‌ها و تکنیک‌های ارتباط مؤثر و ارائه اطلاعات به بیمار در دوره آموزشی در آموزش پرستاری توصیه می‌گردد. در حیطه پژوهش پرستاری، یافته‌های این پژوهش می‌تواند راه‌گشای انجام پژوهش‌های کمی و کیفی دیگری در ارتباط با دروغ مصلحت‌آمیز و تبعات آن باشد. پرستاران بالین با آگاهی از یافته‌های این پژوهش می‌توانند موقعیت‌های استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز را شناخته و درصدد ارتقای

توانمندی‌های خود جهت مدیریت اطلاعات در این موقعیت‌ها باشند.

**۷. تقدیر و تشکر**

پژوهش حاضر منتج از پایان‌نامه مقطع دکترا با کد ۹۴۲۱۱۹۹۰۰۴ هست. گروه پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی تهران بابت حمایت مالی طرح و از کلیه شرکت‌کنندگان در این مطالعه و همکاری‌هایی که به هر نحو ما را در انجام این پژوهش کمک کردند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

**۸. سهم نویسندگان**

تمامی نویسندگان معیارهای استاندارد نویسندگی بر اساس پیشنهاد‌های کمیته بین‌المللی ناشران مجلات پزشکی را دارا بودند.

**۹. تضاد منافع**

بدین‌وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

## References

1. Fazeli Z, Fazeli Bavandpour F, Rezaee Tavirani M, Mozafari M, Haidari Moghadam R. Professional ethics and its role in the medicine. *SJIMU* 2013; 20(5): 10-17.
2. Gholamhosseini L, Hanafiye Moghadas M, Vandae O. Value and Status of Professional Morality in the Providing Nursing Services. *PSMH* 2014; 10(1): 55-62.
3. Hurst S, Baroffio A, Ummel M, Burn CL. Helping medical students to acquire a deeper understanding of truth-telling. *Medical Education* 2015; 20(2833): 1-11.
4. Glass E, Cluxton D. Truth-Telling, Ethical Issues in Clinical Practice. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2004; 6(4): 232-242.
5. Tarighat Saber G, Etemadi S, Mohammadi A. Assessment of Knowledge and Satisfaction of Information Given in Cancer Patients Referred to Imam Khomeini Hospital 1382-83 and Its Association with Anxiety and Depression in These Patients. *Tehran Univ Med J* 2006; 64(2): 165-171.
6. Rezaei O, Sima A, Masafi S. Identifying Appropriate Methods of Diagnosis Disclosure and Physician- Patient Communication Pattern among Cancer Patients in Iranian Society. *Int Res J Biological Sci* 2014; 3(6): 47-52.
7. Lashkarizadeh M, Jahanbakhsh F, Samareh M. Views of cancer patients on revealing diagnosis and information to them. *J Med Ethics Hist Med* 2012; 5(4): 65-74.
8. Dégi C. Non-disclosure of cancer diagnosis: an examination of personal, medical and psychosocial factors. *Support Care Cancer* 2009; 17(8): 1101-1107.
9. Imanipour M, Karim Z, Bahrani N. Role, perspective and knowledge of Iranian critical care nurses about breaking bad news. *Aust Crit Care* 2016; 29(2): 77-82.
10. Nikbakht Nasrabadi A, Shali M. Informed Consent: A Complex Process in Iran's Nursing Practice. *J Korean Acad Nurs Adm* 2017; 23(3): 223-228.
11. Zolkefli Y. The Ethics of Truth-Telling in Health-Care Settings. *Malays J Med Sci* 2018; 25(3): 135-139.
12. Begley A. Truth-telling, honesty and compassion: a virtue-based exploration of a dilemma in practice. *Int J Nurs Pract* 2008; 14(5): 336-341.
13. Seaman AT, Stone AM. Little White Lies: Interrogating the (Un)acceptability of Deception in the Context of Dementia. *Qualitative Health Research* 2017; 27(1): 60-73.
14. Yin L, Reuter M, Weber B. Let the man choose what to do: Neural correlates of spontaneous lying and truth-telling. *Brain and Cognition* 2016; 102: 13-25.
15. Beauchamp TL, Childress J. Principles of biomedical ethics. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013.
16. James I, Wood-Mitchell A, Waterworth A, Mackenzie L, Cunningham J. Lying to people with dementia: developing ethical guidelines for care settings. *Int J Ger Psychiatry* 2006; 21(8): 800-801.
17. Rejno A, Silfverberg G, Ternstedt BM. Reasoning about truth-telling in end of life care of patients with acute stroke. *Nursing Ethics* 2017; 24(1): 100-110.
18. Huang SH, Tang FI, Liu CY, Chen MB, Liang TH, Sheu SJ. Truth-telling to patients' terminal illness: What makes oncology nurses act individually? *European Journal of Oncology Nursing* 2014; 18(5): 492-498.
19. Izadi A, Esmail A, Ehsani S. Nurses' experiences regarding truth telling: a phenomenological study. *J Med Ethics Hist Med* 2013; 6(1): 53-63.
20. Streubert-Speziale H, Rinaldi-Carpenter D. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
21. Holloway I, Galvin K. Qualitative research in Nursing and Healthcare. New York: John Wiley and Sons; 2016.
22. Hsieh H, Shannon S. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-1288.
23. Polit D, Beck C. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, USA; 2010.
24. Kazemian M, Farshidrad S. Acquaintance with criminal law and duties of nursing. *Scientific J Forensic Medicine* 2006; 12(2): 108-112.
25. Heaven C, Clegg J, Maguire P. Transfer of communication skills training from workshop to workplace: the impact of clinical supervision. *Patient Education and Counseling* 2006; 60(3): 313-325.
26. Khodadadi E, Ebrahimi H, Moghaddasian S, Babapour J. The Effect of Communication Skills Training on Quality of Care, Self-Efficacy, Job Satisfaction and Communication Skills Rate of Nurses

- in Hospitals of Tabriz, Iran. *J Caring Sciences* 2013; 2(1): 27-37.
27. Khaki S, Esmail P, ourzanjani S, Mashouf S. The relationship of ethical observance of nurses with quality of care from patients' point of view. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2016; 5(1): 1-11.
28. Platonova E, Kennedy K, Shewchuk R. Understanding patient satisfaction, trust, and loyalty to primary care physicians. *Med Care Res Rev* 2008; 65(6): 696-712.
29. Negarandeh R, Oskouie F, Ahmadi F, Nikravesh M, Hallberg IR. Patient Advocacy: Barriers and Facilitators in Nurses' Experiences. *BMC Nursing*. 2006; 5(3): 1-8.
30. Black L. Tragedy into policy: A quantitative study of nurses' attitudes toward patient advocacy activities. *Am J Nurs* 2011; 111(6): 26-35.
31. Motamed Jahromi M, Tatar K, Abbaszade A, Dehghani L, Sharifpour Ghahsani E. The Relationship between Nurses' Perceptions and Attitudes toward Patient Supportive Role in Educational hospitals of Golestan University of Medical Sciences. *Medical Ethics Journal* 2012; 7(23): 119-140.
32. Hwang J, Ahn J. Teamwork and clinical error reporting among nurses in Korean hospitals. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 2015; 9(1): 14-20.
33. Parvan K, Hosseini F, Zamanzadeh V. Professional Values from Nursing Students' Perspective in Tabriz University of Medical Sciences: a Pilot Study. *Iran Journal of Nursing* 2012; 25(76): 28-41.
34. Razmjoei S, Abedi H, Masoudi R. Professional and Ethical Values in Providing Nursing Care: The Perspective of Nurses. *Iranian Journal of Medical Education* 2016; 16(48): 430-409.
35. Ebrahimi H, Nikravesh M, Oskouie F, Ahmadi F. Stress: Major Reaction of Nurses to the Context of Ethical Decision Making. *Razi Journal of Medical Sciences* 2007; 14(54): 7-15.
36. Corley M. Moral distress of critical care nurses. *American Journal of Critical Care* 1995; 4(4): 280-285.
37. Zavotsky K. Exploring the relationship between moral distress and coping in emergency nursing. *Adv Emerg Nurs J* 2016; 38(2): 133-146.
38. Afshar L, Joolae S, Vaskouei K, Bagheri A. Nursing ethics priorities from nurse's aspects: A national. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2013; 6(3): 54-63.
39. Ersoy N, Göz F. The ethical sensitivity of nurses in Turkey. *Nurs Ethics* 2001; 8(4): 299-312.
40. Ghobadifar M, Mosalanejad L. Evaluation of staff adherence to professionalism in Jahrom University of Medical Sciences. *IJME* 2013; 2(2): 1-7.
41. Dehghan Nayeri N, Aghajani M. Protecting Patients' Privacy by Medical Team and Its Relation to Patients' Satisfaction. *Hayat* 2010; 16(1): 12-22.



# Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2019; 13(44): e17  
doi: <https://doi.org/10.22037/mej.v13i44.25013>  
Journal Homepage: <http://journals.sbm.ac.ir/me>



## ORIGINAL RESEARCH

## Open Access

### Lived Experiences of Nurses of White Lie in Ethical Care

Alireza Nikbakht Nasrabadi<sup>1</sup> , Soodabeh Joolae<sup>2,3</sup> , Elham Navvab<sup>4</sup> , Maryam Esmaeili<sup>5,6</sup> , Mahboobeh Shali<sup>7\*</sup> 

1. Professor, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Professor, Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Research Coordinator, UBC Centre for Health Evaluation & Outcome Sciences (CHÉOS), Vancouver, Canada.
4. Associate Professor, Department of Critical Care nursing and Management, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Associate Professor, Department of Critical Care nursing and Management, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
6. Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
7. Ph.D. Candidate, Department of Department of Critical Care nursing and Management, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

#### ARTICLE INFORMATION

##### Article history:

**Received:** 08 August 2019

**Accepted:** 27 November 2019

**Published online:** 05 February 2020

##### Keywords:

White Lie  
Truth Telling  
Ethical Care  
Nurse  
Phenomenology

\* Corresponding Author: Mahboobeh Shali

Address: Nosrat st. Tohid sq. Tehran, Iran.

Postal Box: 141973317

Tel: (+98) 21 6691 4368

Email: M.shali@ZUMS.ac.ir

#### ABSTRACT

**Background and Aim:** The nurse's placement in the context of conveying facts or concealing it is inevitable, and sometimes the nurse is in a place where he uses the white lies to protect the patient's interests. Understanding the situations of using white lies and finding solutions to provide truthful treatment to patients to make truth-based therapeutic decisions is a top priority in providing ethical care. The aim of this study was to explore the lived experiences of white lie in ethical care process among a group of Nurses.

**Materials and Methods:** This study was conducted based on the qualitative approach, using an interpretive phenomenological method. Using purposeful sampling method, 18 participants were selected and shared their experiences regarding White lie in patient ethical care through individual in-depth and semi-structured interviews in 2018. The transcribed interviews were analyzed based on the Colaizzi approach.

**Findings:** The lived experiences of nurses regarding white lie in ethical care process emerged as the ethical care path ups, the ethical care path downs and ethical care Dilemma. This themes including nine sub themes.

**Ethical Considerations:** All subjects were informed on the content of the study and if they agreed to participate, a written informed consent was obtained.

**Conclusion:** Honest communication and maintaining patients' confidence are important characteristics of moral care. Using the sense of patient support, teamwork and helping to nurture the values of the nursing profession is facilitated to achieve the goal of protecting patients' privacy and protecting patients' secrets... To achieve this goal, it is recommended to improve nurses' communication skills and to hold contemplation sessions and to express group experiences in providing care in order to maintain and develop the values of the nursing profession.

#### Cite this article as:

Nikbakht Nasrabadi A, Joolae S, Navvab E, Esmaeili M, Shali M. Lived Experiences of Nurses of White Lie in Ethical Care. Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2019; 13(44): e17.