

Medical Ethics and Law
Research Center

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

2025; 29: e2

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

White Lies and Pragmatic Ethics in Nursing: A Narrative Review of the Tension between Truth and Compassion

Nasrin Imanifar¹, Mehrdad Amiri², Milad Kazemi Najm³, Safoura Khodaei¹, Heshmatollah Heydari^{4*}

1. Student Research Committee, USERN Office, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.
2. Department of philosophy and Islamic Theology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khoramabad, Iran.
3. Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
4. Social Determinants of Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran; French Institute of Research and High Education (IFRES-INT), Paris, France.

ABSTRACT

Background and Aim: Nurses frequently face ethical dilemmas when communicating with patients, particularly in balancing truth-telling and compassion. A white lie is sometimes employed as a practical means to protect patients' emotional well-being. This study aimed to provide a narrative review of white lies and to explore how nurses manage the ethical tension between truth-telling and compassion in clinical practice.

Methods: This study was conducted as a narrative review synthesizing existing literature on the ethical implications of white lies in nursing between April and July 2025. The search was performed in Persian databases, including SID and Magiran and international databases, including PubMed, Scopus, Web of Science and Google Scholar search engine. Keywords used were “white lies in nursing”, “therapeutic deception”, “therapeutic privilege”, “ethics of compassion”, “truth-telling”, “honesty”, “pragmatic ethics” and “compassion vs. truth-telling”, as well as their Persian equivalents. These terms were searched individually and/or in combination using Boolean operators (AND/OR) without time restrictions. After retrieving and screening the articles according to inclusion and exclusion criteria and standard reporting checklists, data were analyzed using the narrative synthesis approach.

Ethical Considerations: All ethical principles of review research, including authenticity of sources, honesty and academic integrity, were strictly observed.

Results: The main findings of this narrative review were categorized into five thematic areas: 1- Ethical tension between honesty and compassion in nursing care; 2- The strong influence of culture and family structure on truth disclosure; 3- The use of white lies as a therapeutic and compassionate practice; 4- The necessity of adopting pragmatic ethical approaches; 5- The lack of targeted education and clear policies leads to individual decision-making and moral distress among nurses.

Conclusion: The use of white lies in nursing represents a complex ethical practice grounded in pragmatic care. Developing clearer guidelines and educational programs can support nurses in balancing truth-telling and compassion while maintaining respect for patients' dignity.

Keywords: Nursing Ethics; Truth-Telling; Compassion; White Lie; Pragmatic Ethics; Pragmatism

Corresponding Author: Heshmatollah Heydari; **Email:** Hidari.h@lums.ac.ir

Received: August 21, 2025; **Accepted:** October 18, 2025; **Published Online:** November 03, 2025


Please cite this article as:

Imanifar N, Amiri M, Kazemi Najm M, Khodaei S, Heydari H. White Lies and Pragmatic Ethics in Nursing: A Narrative Review of the Tension between Truth and Compassion. *Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics*. 2025; 19: e2.



دروغ مصلحت‌آمیز و اخلاق عمل‌گرایانه در پرستاری:

مرور روایتی تعارض بین حقیقت و شفقت

نسرین ایمانی‌فر^۱، مهرداد امیری^۲، میلاد کاظمی نجم^۳، صفورا خدایی^۱، حشمت‌اله حیدری^{۴*} 

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دفتر یوسرن، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۲. گروه فلسفه و کلام اسلامی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۳. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

۴. گروه پرستاری سلامت جامعه و سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران؛ مؤسسه تحقیقات و آموزش عالی فرانسه، پاریس، فرانسه.

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران اغلب هنگام برقراری ارتباط با بیماران به ویژه در مورد تعادل بین حقیقت‌گویی و شفقت با چالش‌های اخلاقی مواجه می‌شوند، دروغ مصلحت‌آمیز گاهی اوقات به عنوان ابزاری عملی برای محافظت از سلامت عاطفی بیماران به کار گرفته می‌شود. هدف این مطالعه، مروری روایت‌مند بر دروغ مصلحت‌آمیز و بررسی چگونگی مدیریت تعارض اخلاقی بین حقیقت‌گویی و شفقت در عمل بالینی توسط پرستاران است.

روش: به عنوان یک مرور روایتی برای ترکیب متون موجود در مورد پیامدهای اخلاقی دروغ مصلحت‌آمیز در پرستاری از فروردین تا تیرماه سال ۱۴۰۴ انجام شد. جستجو در پایگاه‌های فارسی زبان شامل SID و Magiran و پایگاه‌های لاتین شامل PubMed، Scopus و Web of Science و موتور جستجو Google Scholar با استفاده از واژگان کلیدی نظیر «White Lie in Nursing»، «Therapeutic Deception, Therapeutic Privilege»، «Ethics of Compassion»، «Truth-Telling, Hon»، «Esty»، «Pragmatic Ethics» و «Compassion vs. Truth-Telling» و معادل فارسی آن‌ها به ترتیب شامل «دروغ مصلحت‌آمیز در پرستاری»، «فریب درمانی/ فریب خیرخواهانه»، «اخلاق شفقت»، «حقیقت‌گویی/ صداقت»، «اخلاق عمل‌گرایانه» و «سودرسانی در مقابل استقلال به صورت جداگانه و یا ترکیبی با عملگرهای بولین (AND/OR) بدون محدودیت زمانی استفاده شدند، بعد از بازیابی مقالات و غربالگری آن‌ها بر اساس معیارهای ورود و خروج و چک‌لیست‌های استاندارد گزارش‌دهی مقالات، تحلیل داده‌ها بر اساس روش سنتز روایی (Narrative Synthesis) انجام شد.

ملاحظات اخلاقی: در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعات مروری شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها: یافته‌های کلیدی این مطالعه مروری در پنج دسته‌بندی اصلی طبقه‌بندی شدند: ۱- تعارض اخلاقی بین صداقت و شفقت در مراقبت پرستاری؛ ۲- تأثیر قوی فرهنگ و ساختار خانوادگی بر نحوه افشای حقیقت؛ ۳- استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز به عنوان یک رفتار درمانی و شفقت‌آمیز؛ ۴- ضرورت رویکردهای عمل‌گرایانه اخلاقی؛ ۵- کمبود آموزش‌های هدفمند و سیاست‌گذاری‌های شفاف که منجر به تصمیم‌گیری‌های فردی و پریشانی اخلاقی در پرستاران می‌شود.

نتیجه‌گیری: دروغ مصلحت‌آمیز در پرستاری نشان‌دهنده یک عمل اخلاقی پیچیده است که ریشه در مراقبت عمل‌گرایانه دارد، لذا تدوین دستورالعمل‌ها و آموزش‌های واضح‌تر برای حمایت از پرستاران در ایجاد تعادل بین حقیقت‌گویی و شفقت و در عین حال احترام به شأن بیمار کمک‌کننده باشد.

واژگان کلیدی: اخلاق پرستاری؛ حقیقت‌گویی؛ شفقت؛ دروغ مصلحت‌آمیز؛ اخلاق عمل‌گرایانه؛ عمل‌گرایی

نویسنده مسئول: حشمت‌اله حیدری؛ پست الکترونیک: Hidari.h@lums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۳۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۲۶؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۸/۱۲

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Imanifar N, Amiri M, Kazemi Najm M, Khodaei S, Heydari H. White Lies and Pragmatic Ethics in Nursing: A Narrative Review of the Tension between Truth and Compassion. Faşlñamah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2025; 19: e2.

مقدمه

اخلاق نه‌تنها در قلب پرستاری جای دارد، بلکه خودِ قلب پرستاری است (۱). یک اصل کلیدی اخلاق، احترام به حقوق بیماران است و یکی از الزامات احترام به حقوق بیمار احترام به استقلال فردی یا اتونومی می‌باشد؛ این امر محقق نمی‌شود، مگر با ارائه اطلاعات کامل و جامع از بیماری فرد توسط پزشکان و کادر درمانی به بیمار. از این حیث، اهمیت مسأله حقیقت‌گویی نمایان می‌گردد (۲). در حوزه مراقبت‌های اخلاقی پرستاری هم، حقیقت‌گویی در ارتباط با بیماران از اصول بنیادین اخلاق حرفه‌ای محسوب می‌شود و حق بیمار برای دریافت اطلاعات دقیق درباره تشخیص، روند درمان و پیش‌آگهی، به طور گسترده پذیرفته شده است (۳). به صورت کلی ارائه تمامی حقیقت درمان یک اصل اخلاقی و جزء حقوق اصلی بیماران است (۴). با این حال، در برخی شرایط خاص، پرستاران و سایر اعضای گروه درمان به دلیل نگرانی از ایجاد اضطراب، حفظ امید یا جلوگیری از آسیب روانی بیماران، به استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز (White Lie) روی می‌آورند، نوعی دروغ که با نیت خیرخواهانه بیان می‌شود (۳). در تعریف دیگر دروغ مصلحت‌آمیز را دروغی حرفه‌ای می‌نامند که ارزش آن بیشتر در بیماری‌هایی که قابلیت درمان ندارند و در مراحل آخر زندگی هستند، مشخص می‌شود (۲). بر اساس مطالعه تحلیل مفهوم نصرآبادی و همکاران (۲۰۲۰ م.) دروغ مصلحت‌آمیز یک معضل اخلاقی بدون انگیزه شخصی است که در موقعیت‌های نامتعادل رویارویی با حقیقت تلخ، جهت پیشگیری از آسیب‌های قابل پیش‌بینی به بیمار انتخاب می‌شود (۳) و در محیط‌های بالینی ممکن است در قالب پاسخ‌های غیر دقیق به سؤالات بیماران، پنهان‌کردن تشخیص‌های جدی، یا تغییر مضمون اطلاعات پزشکی ظاهر شود. برخی معتقدند که این نوع رفتار در مواقعی که بیمار در وضعیت روانی ناپایداری است، می‌تواند مفید باشد (۵). این پدیده، هرچند ممکن است در کوتاه‌مدت به حفظ آرامش بیمار کمک کند، اما چالش‌های اخلاقی و حرفه‌ای پیچیده‌ای را به دنبال دارد که می‌تواند بر اعتماد بیمار، کیفیت مراقبت و سلامت روانی پرستاران تأثیرگذار باشد (۶). در همین راستا

نصرآبادی و همکاران (۲۰۲۰ م.) در مطالعه کیفی خود اذعان داشتند دروغ مصلحت‌آمیز سبب اضطراب، استرس و احساس گناه در آنان می‌شود (۳)، در این بین به نظر می‌رسد یکی از دلایلی که در فرهنگ ایرانی باعث می‌شود تیم درمان از دروغ مصلحت‌آمیز در ارتباط با بیماران استفاده نمایند «شفقت» است. شفقت یک مفهوم رابطه‌ایی و عمیقاً انسانی است که فراتر از یک احساس ساده تعریف می‌شود؛ شفقت به معنای درک عمیق رنج دیگری و داشتن انگیزه‌ایی قوی برای کاهش یا نسکین آن رنج است، به طور کلی شفقت، پایه و اساس تصویری بود که Nightingale از شخصیت پرستار ارائه کرد و آن را هنر پرستاری نامید (۷). شفقت با مفاهیمی چون همدلی، همدردی، حساسیت به رنج، بی‌طرفی در قضاوت، مهربانی و مراقبت انسانی درآمیخته است و به طور بین‌المللی به عنوان یکی از پنج ارزش حرفه‌ای شناخته می‌شود (۷، ۸). بنابراین می‌توان اظهار داشت علیرغم اینکه آموزش‌های تئوری مبنی بر اصول اخلاقی علی‌الخصوص اصل اخلاقی احترام به استقلال بیمار توصیه به صداقت و راست‌گویی و حقیقت‌گویی با بیمار دارد (۹)، ولی در عمل پرستاران با توجه به شرایط فرهنگ بیماران در مواردی این اصول اخلاقی را نادیده می‌گیرند؛ این امر سبب رویارویی اصول اخلاقی در مقابل یکدیگر می‌گردد؛ به این صورت که «اصل حقیقت‌گویی» که بر احترام به استقلال بیمار و حق او در دانستن اطلاعات پزشکی تأکید دارد (۲) و «اصل شفقت» که بر مسئولیت حرفه‌ای پرستار در کاهش رنج و حفظ رفاه روانی بیمار متمرکز است، در تقابل با یکدیگر قرار می‌گیرند (۷) که این امر می‌تواند سبب تعارض اخلاقی بین حقیقت و شفقت در پرستاران شود. با این حال برخی از فلاسفه در زمینه اخلاق بالینی، از جمله John Dewey معتقد هستند اصول اخلاقی، قواعد مطلق و از پیش تعیین‌شده‌ای نیستند و در محیط‌های بالینی موقعیت‌های اخلاقی همیشه خاص و منحصر به فرد هستند (۱۰، ۱۱). هر موقعیتی «خیر» منحصر به فرد خود را دارد و «شر خاص» خود را دارد (۱۲)، لذا اخلاق زیستی در حال گذر از پارادایم اصول‌گرایی (Principlism) به پارادایم عمل‌گرایی (Pragmatism) است؛ مشخصه اصلی آن گرایش به سوی

مدیریت تعارض اخلاقی بین حقیقت‌گویی و شفقت در عمل بالینی توسط پرستاران انجام گردید.

روش

این پژوهش با بهره‌گیری از روش مرور روایتی (Narrative Review) انجام شده است، چراکه این روش امکان بررسی عمیق و تفسیری موضوعات پیچیده اخلاقی - فلسفی را فراهم می‌کند و قادر است ادبیات ناهمگون مربوط به تعارض میان صداقت و شفقت در پرستاری را در چهارچوبی انعطاف‌پذیر و کل‌نگر ترکیب نماید. برخلاف مرورهای نظام‌مند که بر پروتکل‌های ساختاریافته و معیارهای ورود سختگیرانه تمرکز دارند، مرور روایتی به پژوهشگر اجازه می‌دهد تا با نگاهی انتقادی و تحلیلی، پیشینه تاریخی، مبانی فلسفی و استدلال‌های اخلاقی مرتبط با دروغ مصلحت‌آمیز را در حرفه پرستاری بررسی کند (۱۵). این روش به ویژه برای موضوعاتی که نیازمند ترکیب دیدگاه‌های چندرشته‌ای، از جمله اخلاق زیستی، فلسفه پرستاری و روان‌شناسی ارتباط درمانی هستند، مناسب است، زیرا امکان تحلیل زمینه‌ای و تفسیر انتقادی گفتمان‌های غالب و مغفول را میسر می‌سازد (۱۶).

برای گردآوری داده‌ها، جستجوی جامعی در پایگاه‌های داده فارسی زبان شامل SID و Magiran و پایگاه‌های داده بین‌المللی شامل PubMed، Scopus، Web of Science و موتور جستجو Google Scholar با استفاده از واژگان کلیدی نظیر «White Lie in Nursing»، «Therapeutic Deception/ Therapeutic Privilege»، «Ethics of Compassion»، «Truth-Telling, Hon»، «Esty»، «Pragmatic Ethics» و «Compassion vs. Truth-Telling» و معادل فارسی آن‌ها به ترتیب شامل «دروغ مصلحت‌آمیز در پرستاری»، «فریب درمانی/ فریب خیرخواهانه»، «اخلاق شفقت»، «حقیقت‌گویی/ صداقت»، «اخلاق عمل‌گرایانه»، «سودرسانی در مقابل استقلال» انجام شد. از عملگرهای بولین (AND/OR) برای پالایش نتایج به شرح جدول ۱ استفاده گردید.

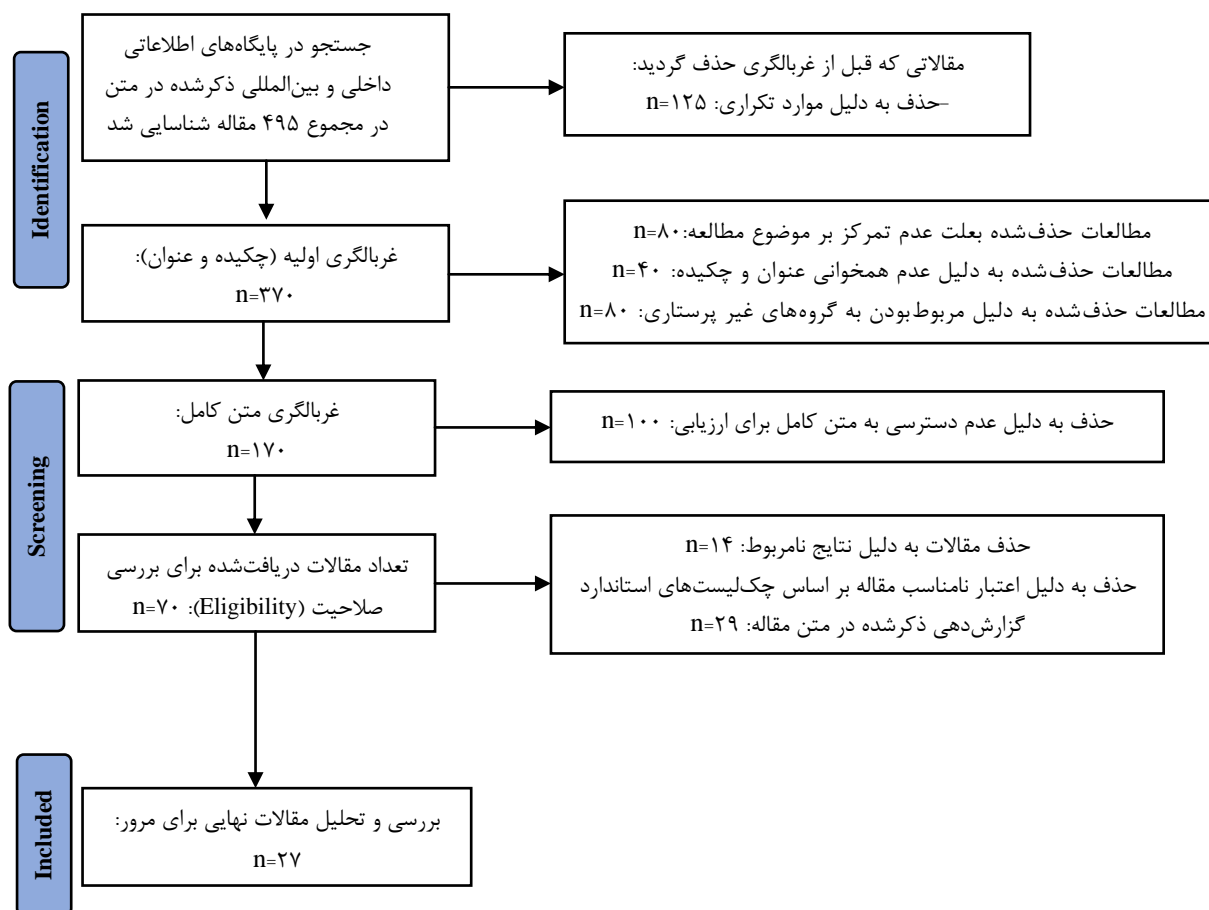
تجربه‌گرایی، رد کردن برتری تئوری به عنوان معیار اخلاقی زیستی و قوانین خوب سلامتی و به جای آن تأکید بر ارزیابی آنچه نیازهای افراد را در محیط‌های بالینی برآورده می‌کند که در قالب فلسفه عمل‌گرایی مشخص می‌شود (۱۲-۱۰). Inguaggiato و همکاران (۲۰۱۹ م.) به نقل از تعداد زیادی از نویسندگان رویکرد عمل‌گرایی را که مبتنی بر نیازها و ویژگی‌های واقعی بیماران و همچنین با توجه بیشتر به مسائل مربوط به جنس، نژاد، قومیت و مذهب عمل می‌کند را برای عملکرد اخلاقی پیشنهاد داده‌اند (۱۲). مکتبی که طی پنجاه سال اخیر به عنوان فلسفه غالب در پرستاری مطرح شده است و از ویژگی‌های این مکتب این است که طرفدار مدارا، احترام به نظرات دیگران و همکاری است (۱۳) که با رویکردهای سنتی اخلاق پزشکی تفاوت دارد، از جمله اینکه برخلاف رویکردهای مبتنی بر اصول ثابت (مانند چهار اصل اخلاقی Beauchamp & Childress) (۹)، عمل‌گرایی بالینی انعطاف‌پذیر است و به زمینه، تجربه عملی و مشارکت فعال توجه دارد. همچنین تأکید دارد که اصول اخلاقی نه صرفاً به صورت نظری، بلکه باید در بستر واقعیات بالینی و از طریق تعامل انسانی به کار گرفته شوند (۱۰، ۱۱). John Dewey معتقد است که هیچ راه حل اخلاقی قطعی و همیشگی وجود ندارد، بلکه باید همواره آماده بازنگری و اصلاح باورهای اخلاقی خود باشیم (۱۰، ۱۱). از طرفی عملکرد اخلاقی بر اساس اصول اخلاقی به اندازه کافی به وجود تفاوت‌های بنیادین قومی - فرهنگی و سبک‌های زندگی ذی‌نفعان توجه نمی‌کنند، در جامعه کثرت‌گرای امروز ما نیز ارزش‌ها و اصول اخلاقی متفاوت و گاه متعارض دیدگاه‌ها درباره‌ی مراقبت خوب را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲)، لذا با توجه به اینکه بیشتر آموزش‌های پرستاری، به صورت تئوری ارائه شده و کاربردی کردن آن‌ها در بالین به سختی انجام می‌شود و همچنین با توجه به اینکه مکتب عمل‌گرایی ریشه در تجربیات افراد و حل مشکلات دارد (۱۴)، مطالعه حاضر، به روش مروری روایتی بر دروغ مصلحت‌آمیز و بررسی چگونگی

جدول ۱: روش جستجو مقالات مورد بررسی

عنوان	شرح روش
استراتژی	("white lie" OR "therapeutic privilege" OR "therapeutic deception") AND ("nursing" OR "nurse") AND "pragmatic ethics" AND ("truth-telling" OR "truth" OR "honesty") AND "compassion" AND ("compassion vs. truth-telling") NOT ("physician" OR "doctor")
جستجو	«دروغ مصلحت‌آمیز» یا «فریب درمانی» یا «فریب خیرخواهانه» و «پرستاری» یا «پرستار» و «اخلاق عمل‌گرایانه» یا «تصمیم‌گیری اخلاقی» و «گفتن حقیقت» یا «حقیقت» یا «صداقت» و «شفقت» یا «نفع‌رسانی» و «سودرسانی در مقابل اتونومی» نه «پزشک» یا «متخصص»

در جستجوی مقالات محدودیت زمانی اعمال نشد تا سیر تحول تاریخی این مفهوم پیگیری شود؛ برای اطمینان از پوشش حداکثری، از روش «گلوله برفی» جهت شناسایی مقالات مرتبط از طریق مراجع منابع اولیه بهره گرفته شد، به این صورت که در مرحله اول لیست منابع تمامی مقالاتی که در مرحله غربالگری اولیه (عنوان و چکیده) وارد مرحله غربالگری کامل (متن کامل) شده بودند، به دقت بررسی گردید، هر مقاله‌ای که در فهرست منابع این مقالات، حاوی حداقل یکی از مفاهیم کلیدی تحقیق (دروغ مصلحت‌آمیز، اخلاق عمل‌گرایانه، تعارض بین حقیقت و شفقت) بود و معیارهای ورود مطالعه (تمرکز بر چالش‌های اخلاقی در پرستاری، تحلیل نظری یا تجربی تعارض بین حقیقت‌گویی و شفقت، مقالات داوری‌شده) را داشت، شناسایی و به لیست مقالات مورد بررسی اضافه شد؛ در مرحله دوم برای مقالات کلیدی و بسیار مرتبطی که در مرحله اول شناسایی شدند، از ابزارهای «Cited by» موجود در پایگاه‌های داده معتبر مانند Google Scholar، Scopus و Web of Science استفاده شد تا مقالات جدیدتری که پس از انتشار مقاله کلیدی، به آن

استناد کرده‌اند و موضوع آن‌ها مرتبط با سؤال تحقیق بود، شناسایی و وارد فرآیند غربالگری گردد. معیارهای ورود شامل: ۱- تمرکز صریح بر چالش‌های اخلاقی دروغ مصلحت‌آمیز در پرستاری؛ ۲- تحلیل نظری یا تجربی تعارض بین حقیقت‌گویی و شفقت؛ ۳- مقالات در مجلات علمی داوری شده و دارای زبان انگلیسی، فارسی و دسترسی رایگان به متن کامل محتوا بود. در مقابل، مطالعات فاقد رویکرد فلسفی یا اخلاقی مشخص یا منابع غیر علمی (مانند گزارش‌های غیر رسمی)، مقالاتی که عنوان آن‌ها مربوط به گروه‌های دیگری غیر از پرستاری بود حذف شدند؛ اعتبار مقالات با استفاده از چک‌لیست‌های STORBE برای گزارش‌دهی مطالعات مشاهده‌ای، چک‌لیست COREQ برای مقالات تحلیل محتوای کیفی، چک‌لیست PRISMA برای ارزیابی مطالعات مرور نظام‌مند مورد ارزیابی قرار گرفت. در نهایت با در نظر گرفتن سوال پژوهشی و معیارهای ورود و خروج در مجموع: ۴۹۵ مقاله شناسایی شد بعد از غربالگری اولیه (بررسی چکیده و عنوان): ۱۷۰ و بعد از غربالگری متن کامل: ۲۷ مقاله انتخاب شدند (شکل ۱).



نمودار ۱: نحوه انتخاب مقالات منتخب

۴- تلفیق نهایی و تفسیر روایتی به جای تحلیل کمی، یافته‌ها به صورت کیفی، تفسیری و روایتی ترکیب شدند تا تناقضات، نقاط اشتراک و تحولات گفتمان اخلاقی از رویکردهای وظیفه‌گرایانه به عمل‌گرایی آشکار گردند.

اگرچه مرور روایتی به دلیل غنای تحلیلی و انعطاف‌پذیری برای پژوهش‌های فلسفی - اخلاقی ایده‌آل است، اما محدودیت‌هایی مانند سوگیری پژوهشگر در انتخاب منابع یا ذهنیت در تفسیر یافته‌ها را نمی‌توان نادیده گرفت (۱۳). برای کاهش سوگیری تفسیری و افزایش اعتبار یافته‌ها، از راهکارهایی مانند تعریف شفاف معیارهای انتخاب منابع، توجه متوازن به دیدگاه‌های موافق (مطالعاتی که دروغ مصلحت‌آمیز را در شرایط خاص توجیه‌پذیر یا حتی اخلاقی می‌دانند) با استناد به عمل‌گرایی و شفقت) و مخالف (مطالعاتی که دروغ مصلحت‌آمیز را نقض اصل صداقت و خودمختاری بیمار

فرآیند تحلیل داده‌ها بر اساس روش سنتز روایتی (Narrative Synthesis)، Popay و همکاران (۲۰۰۶ م.) (۱۷) انجام شد که شامل چهار مرحله زیر بود:

۱- آماده‌سازی داده‌ها: تمام منابع به دقت مطالعه شدند و مضامین اصلی مرتبط با توجیهات اخلاقی دروغ مصلحت‌آمیز، پیامدهای آن بر رابطه پرستار - بیمار و چالش‌های عملیاتی اصول اخلاقی در شرایط بالینی، استخراج گردید؛

۲- ارزیابی انتقادی منابع هر منبع بر اساس استحکام استدلال، اعتبار فلسفی، تأثیرگذاری در حوزه اخلاق پرستاری و ارتباط با زمینه‌های بالینی معاصر ارزیابی شد؛

۳- سازماندهی داده‌ها در چهارچوبی موضوعی - تاریخی: یافته‌ها در قالب مضامین اصلی دسته‌بندی شدند، از جمله: - توجیهات اخلاقی دروغ مصلحت‌آمیز؛ - تعارض میان حقیقت و شفقت؛ - نقش فرهنگ و زمینه بالینی؛ - جایگاه اخلاق عمل‌گرایانه؛

یافته‌ها

طبق روند مراحل مرور روایتی یافته‌های زیر به دست آمد: از ۲۷ مقاله منتخب، ۴ مقاله به زبان فارسی و ۲۳ مقاله به زبان انگلیسی بودند، رویکرد مقالات شامل طیفی از روش‌های کمی و کیفی، شامل مرور روایتی غیر نظامند، تحلیل مفهوم، تحلیل محتوا، مرور نظام‌مند و مطالعات مشاهده‌ایی از سال ۱۹۹۴ تا سال ۲۰۲۵ بود. مقالات مورد استفاده و نتایج آن‌ها در جدول ۲ ذکر شد.

می‌دانند)، حتی اگر با نیت خیر باشد/ با استناد به اخلاق اصول‌گرا) صورت گرفت. همچنین مطالعات منتخب به گونه‌ای تحلیل شدند که هر دو رویکرد (حتی اگر با نظریه اولیه پژوهشگر در تعارض بودند) با استدلال‌هایشان در سنتز گنجانده و مقایسه شدند.

ملاحظات اخلاقی

تحقیق حاضر از سوی کمیته اخلاق علوم پزشکی لرستان به تأیید رسیده است (کد کمیته اخلاق: IR.LUMS.REC. 1404.231).

اطلاعات جامع در رابطه با دلایل تحقیق، نتایج، حفظ محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

جدول ۲: خلاصه نتایج مقالات مورد بررسی

نویسنده/گان	عنوان مقاله	کشور/ سال	نوع مطالعه	نتایج مطالعات
Rejno & et al (۱۸)	استدلال درباره گفتن حقیقت در مراقبت‌های پایان عمر بیماران مبتلا به سکته مغزی حاد	سوئد ۲۰۱۷	تحلیل محتوای کیفی	۱- پرستاران به جای پایبندی مطلق به اصل صداقت، بر اساس پیامدهای عملی (کاهش رنج بیمار، حفظ آرامش خانواده، جلوگیری از ناامیدی) حقیقت را تعدیل یا به تعویق می‌اندازند.
Papadopoulous & et al (۱۹)	مطالعه بین‌المللی درباره دیدگاه‌ها و تجربیات پرستاران از شفقت	بین‌المللی ۱۵ کشور ۲۰۱۶	رویکرد کمی/ توصیفی مقطعی	۱- پرستاران تعدیل یا تأخیر در افشای حقیقت را نه به عنوان نقض اخلاق، بلکه پاسخ عملگرایانه‌ای که ریشه در تلاش برای کاهش رنج بیمار و حفظ کرامت انسانی دارد/ آموزش شفقت لازم است در غیر این صورت فردی اعمال می‌شود.
Zolkefli (۲۰)	اخلاق بیان حقیقت در محیط‌های مراقبت سلامت	ترکیه ۲۰۱۷	رویکرد مفهومی فلسفی	۲- افشای حقیقت در مراقبت‌های بالینی هرگز یک وظیفه مطلق و بدون شرط نیست، بلکه در تعامل پیچیده‌ای با اصول رقیب (به ویژه شفقت و منفعت بیمار) قرار دارد و گاه اخلاق عملگرایانه، تعدیل حقیقت را در راستای جلوگیری از آسیب روانی یا حفظ کرامت بیمار، توجیه‌پذیر می‌داند/ تعارض میان حقیقت و شفقت، نه یک خطا، بلکه ذات تصمیم‌گیری اخلاقی در مراقبت‌های انسانی است.

نویسنده/گان	عنوان مقاله	کشور/ سال	نوع مطالعه	نتایج مطالعات
Rosenberg & et al (۲۱)	بیان حقیقت در بستر تفاوت‌های فرهنگی و بیماری‌های غیر قابل درمان کودکان	آمریکا ۲۰۱۷	مقاله دیدگاه (تحلیل اخلاقی - بالینی کاربردی)	۱- فرض «خودمختاری فردی» و «حق دانستن حقیقت» که در اخلاق پزشکی غربی مسلط است، نمی‌تواند به صورت یکسان در همه فرهنگ‌ها اعمال شود/ «گفتن حقیقت» نباید به صورت یک قاعده جهانی اعمال شود، بلکه باید در تعامل با ارزش‌های فرهنگی خانواده شکل بگیرد.
McKenzie & et al (۲۲)	استفاده از دروغ درمانی توسط دانشجویان پرستاری در مراقبت از افراد مبتلا به معلولیت یادگیری	انگلیس ۲۰۲۰	تحلیل محتوای کیفی	۱- دروغ‌های درمانی در معنای تحقیق‌آمیز «دروغ» نیستند، بلکه پاسخ‌های شفقت‌آمیز به موقعیت‌های پیچیده مراقبتی هستند؛ برای جلوگیری از فروپاشی عاطفی/ دروغ مصلحت‌آمیز در این زمینه نه نقض اخلاق، بلکه شکل توسعه‌یافته‌ای از مراقبت انسانی است.
Skov & et al (۲۳)	فریب‌درمانی: مطالعه اتنوگرافی از چگونگی و چرایی دروغ‌گفتن توسط افراد حرفه‌ای سلامت و اعضای خانواده در مراقبت از افراد مبتلا به زوال عقل در خانه سالمندان دانمارک	دانمارک ۲۰۲۴	کیفی اتنوگرافیک	«فریب درمانی» نه یک استثنا، بلکه بخشی ذاتی و مشروع از مراقبت در زوال عقل است و باید در آموزش، سیاست‌گذاری و اخلاق بالینی به رسمیت شناخته شود/ گفتن حقیقت‌های تعدیل‌شده یا ساختن واقعیت‌های جایگزین روایی رایج، ضروری و اخلاقی تلقی می‌شود، نه نقض اخلاق.
El Ali & et al (۲۴)	بیان حقیقت به کودک با بیماری جدی: تجربیات، نگرش‌ها و باورهای پرستاران	استرالیا ۲۰۲۴	مرور نظام‌مند	۱- پرستاران اغلب از دروغ یا حذف انتخابی اطلاعات استفاده می‌کنند نه به دلیل بی‌اخلاقی، بلکه برای کاهش ترس کودک، تسکین اضطراب خانواده، یا حفظ امید در شرایط بحرانی؛ ۲- پرستاران عموماً خود را درگیر تعارض اخلاقی می‌بینند: از یکسو وظیفه صداقت و احترام به استقلال کودک، از سوی دیگر فشار خانواده‌ها و نگرانی از آسیب روانی کودک؛ ۳- دستورالعمل یا چهارچوب استاندارد برای پرستاران در مواجهه با دستور عدم افشای حقیقت وجود ندارد.
Murray & et al (۲۵)	مطالعه اتنوگرافیک برای تدوین یک طبقه‌بندی از دروغ‌ها در ارتباط با افراد مبتلا به زوال عقل متوسط تا شدید	انگلیس ۲۰۲۵	کیفی اتنوگرافیک	۱- شش دسته دروغ در مراقبت از بیماران زوال عقل شناسایی شد: صریح، اجتناب، آشنایی، استفاده از ابزارها (پول جعلی، اسباب بازی نرم و...)، شوخی و همراهی با واقعیت بیمار (که برخی برنامه‌ریزی شده و برخی خود به خودی بودند)؛ ۲- مؤثرترین دروغ‌ها آن‌هایی بودند که با انگیزه شفقت‌آمیز، اعتباربخشی به احساسات بیمار و صمیمیت واقعی ادا می‌شدند (نه برای راحتی کادر یا فرار از موقعیت)؛ ۳- دروغ‌هایی که بدون هدف یا بی‌مبالاتی گفته می‌شدند یا بی‌تأثیر بودند یا باعث ناراحتی کوتاه‌مدت بیمار می‌شدند؛ ۴- دروغ در مراقبت از زوال عقل مشروط بر اینکه با هدف کاهش رنج و حفظ کرامت بیمار باشد نقض اخلاقی نیست؛ ۵- تعارض میان حقیقت و شفقت در عمل بالینی حل نشده است.

نویسنده/گان	عنوان مقاله	کشور/ سال	نوع مطالعه	نتایج مطالعات
Varghese & et al (۲۶)	ویژگی‌های مراقبت شفقت‌آمیز در عمل پرستاری بالینی از دیدگاه بیماران و پرستاران: یک مرور نظام‌مند	هند ۲۰۲۵	مرور نظام‌مند	۱- شفقت در بالین یک عمل عملگرایانه است نه فقط احساس، بلکه انتخابی آگاهانه برای کاهش رنج بیمار، حتی اگر این عمل با قاعده صداقت مطلق در تضاد باشد؛ ۲- پرستاران در عمل، شفقت را بر حقیقت اولویت می‌دهند؛ ۳- تعارض بین حقیقت و شفقت ذات مراقبت بالینی است و پرستاران برای حل آن، به سمت اخلاق عملگرایانه (تمرکز بر پیامد و کاهش رنج) سوق داده می‌شوند؛ ۴- دروغ مصلحت‌آمیز یا تعدیل حقیقت، زمانی مشروع است که در خدمت شفقت و کاهش رنج باشد
اسفندیاری و همکاران (۲۷)	معضله‌های اخلاقی پرستاران در قبال فریب در پزشکی در بیماران مرحله پایانی زندگی: مسأله‌ای مهم، اما چالش‌برانگیز و قابل پرسش	ایران ۲۰۲۳	تحلیل مفهوم	۱- پرستاران در مراقبت از بیماران مرحله پایانی زندگی با تعارض اخلاقی بین صداقت (احترام به خودمختاری) و شفقت (جلوگیری از رنج) مواجهند و اغلب با نیت شفقت‌آمیز، از تعدیل یا پنهان کردن حقیقت استفاده می‌کنند. این تصمیمات تحت تأثیر فرهنگ، فشارهای سازمانی و عدم وجود دستورالعمل‌های شفاف شکل می‌گیرند و منجر به پریشانی اخلاقی در پرستاران می‌شوند.
Begley & et al (۲۸)	بیان حقیقت در مقابل امید: یک معضل اخلاقی در عمل بالینی	ایرلند ۲۰۰۰	مقاله مفهومی (تحلیل اخلاقی مبتنی بر یک سناریوی بالینی)	۱- تعارض میان حقیقت و امید/ شفقت ذات تصمیم‌گیری اخلاقی در مراقبت‌های پایان عمر است؛ ۲- پرستاران در عمل، به صورت عملگرایانه (با تمرکز بر پیامد و حفظ امید) از دروغ مصلحت‌آمیز یا تعدیل حقیقت استفاده می‌کنند؛ ۳- فروتنی اخلاقی و نیت شفقت‌آمیز می‌تواند اخلاقی‌تر از پابندی مکانیکی به صداقت مطلق باشد؛ ۴- فقدان انعطاف در اخلاق بالینی می‌تواند به جای کمک، به آسیب بیمار منجر شود (نشانه‌ای از نیاز به بازتعریف اخلاق بالینی بر پایه زمینه و پیامد، نه قاعده).
Begley (۲۹)	بیان حقیقت، صداقت و شفقت: بررسی مبتنی بر فضیلت از یک معضل در عمل بالینی	ایرلند ۲۰۰۸	تحلیل اخلاقی مبتنی بر یک مطالعه موردی بالینی	۱- در مواجهه با بیماران مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده زندگی، کتمان یا تأخیر در افشای حقیقت می‌تواند اقدامی اخلاقی و توجیه‌پذیر باشد (انتخابی شفقت‌آمیز برای حفظ امید و کیفیت زندگی کوتاه‌مدت بیمار)؛ ۲- تأخیر در افشای حقیقت، نه تنها به اعتماد بیمار لطمه نزد، بلکه با قدردانی بیمار همراه شد، چون این اقدام با نیت شفقت‌آمیز و در خدمت منفعت بیمار انجام شده بود؛ ۵- دروغ مصلحت‌آمیز یا تعدیل حقیقت زمانی مشروع است که با انگیزه شفقت و برای حفظ کرامت و کیفیت زندگی بیمار انجام شود، نه برای راحتی تیم درمانی و این تصمیم باید بر اساس زمینه بالینی و نیازهای فردی بیمار گرفته شود.

نویسنده/گان	عنوان مقاله	کشور/ سال	نوع مطالعه	نتایج مطالعات
Curtis & et al (۳۰)	دروغ‌گفتن به بیماران: اخلاق فریب در پرستاری	آمریکا ۲۰۲۰	مطالعه ترکیبی	۱- غیر اخلاقی و غیر قابل قبول دانستن دروغ‌گفتن به بیمار/ نقض کد اخلاقی انجمن پرستاران آمریکا به حساب می‌آید؛ ۲- حتی اگر دروغ‌گفتن با نیت حفظ بیمار از آسیب باشد، اخلاقی نیست؛ ۳- حدود ۳۷ درصد از شرکت‌کنندگان معتقد بودند که در شرایط خاص (مانند حفظ امید یا جلوگیری از رنج روانی)، دروغ مصلحت‌آمیز ممکن است توجیه‌پذیر باشد، نشان‌دهنده وجود تعارض اخلاقی در عمل بالینی؛ ۴- پرستاران با سابقه بیشتر، به احتمال بیشتری دروغ را به عنوان نقض کد اخلاقی می‌بینند؛ ۵- اکثر پرستاران به اصل صداقت پایبندند، نیاز فوری به آموزش اخلاقی وجود دارد.
Hart (۳۱)	فریب، صداقت و حرفه‌ای‌گری: چالشی مداوم در پزشکی مدرن	آمریکا ۲۰۲۲	مقاله مروری	۱- تأکید رسمی پزشکی مدرن بر صداقت مطلق و ممنوعیت فریب درمانی، ولی در عمل بالینی گسترده و پذیرفته‌شده است، به ویژه در مراقبت‌های پایان عمر؛ ۲- انگیزه اصلی فریب، حفظ امید و جلوگیری از رنج روانی بیمار است و اغلب با همکاری خود بیمار یا خانواده انجام می‌شود؛ ۳- عدم قطعیت ذاتی در پیش‌بینی پزشکی و فقدان حقیقت مطلق در تشخیص و پیش‌آگهی، فریب را در برخی موارد اجتناب‌ناپذیر و حتی اخلاقی می‌کند؛ ۴- فریب زمانی مشروع است که در خدمت منفعت بیمار باشد و این رویکرد مستقیماً با اخلاق عملگرایانه (تمرکز بر پیامد عمل و کاهش رنج) همسو است؛ ۵- صداقت در پزشکی به صورت مطلق تفسیر نشود و در تعامل با زمینه بالینی و فرهنگ بیمار و پیامدهای عمل تصمیم‌گیری شود.
Ling & et al (۳۲)	گفتن حقیقت، تصمیم‌گیری و اخلاق در میان بیماران سرطانی در عمل پرستاری در چین	چین ۲۰۱۷	مطالعه کیفی مبتنی بر تحلیل یک مورد بالینی	۱- دروغ مصلحت‌آمیز در چین نه یک انحراف، بلکه یک روال نظام‌مند و فرهنگی است که با استدلال عملگرایانه توجیه می‌شود؛ ۲- در فرهنگ چین، تصمیم‌گیری درباره افشای تشخیص سرطان اغلب بر عهده خانواده است و بیمار مستقیماً مطلع نمی‌شود؛ ۳- این رویه می‌تواند به نقض خودمختاری بیمار منجر شود و در مواردی باعث از دست‌رفتن اعتماد، خشم بیمار و قطع درمان شود.
Tuckett (۳۳)	بیان حقیقت در عمل بالینی و استدلال‌های موافق و مخالف: مروری بر ادبیات موجود	استرالیا ۲۰۰۴	مرور نظام‌مند	۱- اکثریت بیماران خواهان حقیقت‌گویی هستند (اما این خواسته مطلق نیست و استثناهایی دارد)؛ ۲- حقیقت‌گویی یک ساخت فرهنگی است (ترجیحات و روش‌های افشاگری در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است)؛ ۳- روند تاریخی به سمت شفافیت بیشتر (عملکرد پزشکان و پرستاران در دهه‌های اخیر به سمت افشای صادقانه‌تر حرکت کرده است)؛ ۴- موافقان به «حقیقت‌گویی به

نویسنده/گان	عنوان مقاله	کشور/ سال	نوع مطالعه	نتایج مطالعات
Miller & et al (۳۴)	عمل‌گرایی بالینی: John Dewey و اخلاق بالینی	آمریکا ۱۹۹۶	تحلیل مفهومی (بازسازی نظریه خودمختاری یا فایده‌گرایی)	عنوان خیر ذاتی» استناد می‌کنند؛ ۵- مخالفان از «اصل عدم قطعیت» (عدم قطعیت در تشخیص و پیش‌آگهی) دفاع می‌کنند.
Inguaggiato & et al (۱۲)	رویکردی عمل‌گرایانه به حمایت اخلاقی بالینی: غلبه بر خطرات اخلاقی چندگانه	هلند ۲۰۱۹	تحلیل مفهومی	۱- در جامعه چندفرهنگی امروز، اخلاقی بالینی نمی‌تواند بر اصول اخلاقی از پیش تعیین‌شده تکیه کند (به دلیل تفاوت‌های بنیادین فرهنگی و ارزشی)؛ ۲- عمل‌گرایی تعارض بین حقیقت و شفقت را می‌پذیرد و راهکار عملی برای مدیریت آن می‌دهد با تبدیل ارزش‌ها به قواعد عملی. به عنوان مثال شفقت، یعنی حفظ امید بدون دروغ با ارائه اطلاعات تدریجی، یعنی یافتن راه حلی که هم از ارزش شفقت محافظت کند، هم از اصل حقیقت‌گویی غافل نشود.
Kendric (۳۵)	ساختن پل‌ها: آموزش اخلاق در بخش‌های بیمارستانی	انگلیس ۱۹۹۴	تحلیل مفهومی (توصیف یک برنامه آموزشی عملی اخلاق)	۱- اخلاق در بالین نباید بر اساس اصول مجرد (مثل «همیشه راست بگو») آموزش داده شود، بلکه باید بر اساس تجربه واقعی و پیامدهای عمل شکل بگیرد (اخلاق عملگرایی)؛ ۲- پرستاران در عمل با تعارض بین «حقیقت» و «شفقت» مواجه هستند و راه حل نویسنده، تحلیل حادثه انتقادی است.
Cantone & et al (۳۶)	دروغ‌گفتن به بیماران مبتلا به زوال عقل: نگرش در مقابل رفتار پرستاران	ایتالیا ۲۰۱۷	توصیفی مقطعی	۱- ۸۷ درصد پرستاران دروغ را در شرایطی موجه می‌دانند یا از آن استفاده کرده‌اند؛ ۲- بیشترین توجیه و استفاده از دروغ، برای جلوگیری از رفتارهای پرخاشگرانه بیمار بوده است (اگر دروغ منجر به کاهش آسیب (جلوگیری از پرخاشگری، کاهش استرس) یا افزایش منفعت (پذیرش دارو، همکاری در درمان) شود موجه و پذیرفته‌شده است)؛ ۳- کمترین توجیه و استفاده از دروغ، زمانی است که هدف صرفه‌جویی در وقت پرستار باشد (دروغ غیر درمانی)؛ ۴- اصل شفقت در مقابل اصل حقیقت.

نویسنده/گان	عنوان مقاله	کشور/ سال	نوع مطالعه	نتایج مطالعات
Mussie & et al (۳۷)	«من باور ندارم که باید همه چیز را به بیمار سالمند بگوییم»: چالش‌ها و ملاحظات اخلاقی در تصمیم‌گیری بالینی در مراقبت از سالمندان در ایتوبی	ایتوبی ۲۰۲۴	مطالعه کیفی با رویکرد القایی	۱- متخصصان سلامت در تنگنای اخلاقی هستند (خودمختاری در مقابل سودرسانی)؛ ۲- اطلاع‌رسانی ناقص و دروغ مصلحت‌آمیز رایج است: پزشکان و پرستاران اغلب به جزئیات درمان را از بیمار پنهان می‌کنند و با به خانواده می‌گویند؛ ۳- خانواده نقش غالب و گاه تعیین‌کننده دارد، حتی وقتی بیمار سالم‌العقل است، تصمیم نهایی اغلب با خانواده است. پرستاران به ۴ دلیل از دروغ مصلحت‌آمیز استفاده می‌کنند: ۱- بحران امید (به علت اینکه بیمار باورهایش را از دست می‌دهد، اضطراب مرگ می‌گیرد، کمبود انگیزه برای درمان می‌گیرد)؛ ۲- اخبار بد (خبر تشخیص بیماری جدی، بی‌اثربودن درمان، فقدان‌های مهم)؛ ۳- تنوع فرهنگی (فرهنگ بیمار/ فرهنگ سازمانی)؛ ۴- شایستگی حرفه‌ای محدود پرستاران (مهارت و دانش و تجربه محدود).
Seaman & Ston (۳۸)	دروغ‌های کوچک مصلحت‌آمیز: بررسی (غیر) قابل قبول بودن دروغ در زمینه زوال عقل	۲۰۱۵ آمریکا و استرالیا	متاسنتر کیفی	۱- دروغ در زوال عقل نه یک نقض اخلاقی، بلکه یک استراتژی عمل‌گرایانه است که بر اساس پیامدها توجیه می‌شود؛ ۲- گاهی محققان از کلمات ملایم‌تر (مثل «پنهان کردن» یا «تغییر زمینه») استفاده می‌کنند تا از بار منفی «دروغ» فاصله بگیرند. تعریف دروغ مصلحت‌آمیز: یک تصمیم اخلاقی بدون انگیزه خودخواهانه است که با هدف پیشگیری از آسیب در مواقع ضروری انتخاب می‌شود.
نیکبخت نصرآبادی و همکاران (۴) (فارسی)	تحلیل مفهوم دروغ مصلحت‌آمیز از دیدگاه پرستاران: مدل هیبرید	ایران ۱۳۹۸	تحلیل مفهوم با مرور مقالات + تحلیل محتوی	دلیل دروغ مصلحت‌آمیز توسط پرستاران: ۱- کاستن از حلاوت حقیقت تلخ (خبر بد، فقدان)؛ ۲- جملات بدون آسیب جهت پیشگیری از آسیب (حفظ بیمار از آسیب، حفظ حقیقت از آسیب)؛ ۳- آرامش‌دهنده موقت تا تعادل موقعیت (رسیدن به موقعیت مناسب، رسیدن منبع حمایتی).
نیکبخت نصرآبادی و همکاران (۳۹) (فارسی)	تجربیات اعضای تیم درمان در استفاده از دروغ‌های درمانی مصلحت‌آمیز در فرآیند مراقبت اخلاقی از بیماران	ایران ۱۳۹۸	تحلیل محتوی کیفی	۳ درونمایه اصلی به دست آمد: ۱- شرایط خاص توجیه‌کننده دروغ مصلحت‌آمیز (بیماران دارای اختلالات شناختی، کودکان، بیماران در مرحله انتهایی بیماری، بیماران با اسرار غیر قابل بیان)؛ ۲- دلایل روی آوردن به دروغ مصلحت‌آمیز (در نظر گرفتن مصلحت بیمار، موقعیت نامناسب برای ارائه حقیقت، اولویت دادن به هدف درمانی)؛ ۳- راهکارهای اجتناب از دروغ مصلحت‌آمیز (تدوین راهنمای ارائه اطلاعات به بیمار، ارائه اطلاعات متناسب با درک بیمار، شکستن الگوهای قدیم).

نویسنده/گان	عنوان مقاله	کشور/ سال	نوع مطالعه	نتایج مطالعات
بهرامی و محمودیان (۴۰) (فارسی)	بررسی دروغ مصلحت‌آمیز در معالجات پزشکی با تأکید بر شاخص اعتماد	ایران ۱۳۹۲	مطالعه مروری	استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز مخالف اصل اعتماد است.
نیکبخت نصرآبادی و همکاران (۴۱) (فارسی)	مروری روایتی بر طیف مصلحت در کاربرد دروغ مصلحت‌آمیز در مراقبت از بیمار	ایران ۱۳۹۹	مرور روایتی	یافته‌ها در ۲ قسمت: ۱- مصلحت بیمار: پیشگیری از آسیب به بیمار؛ ۲- مصلحت تیم درمان: نبود مهارت‌های ارتباطی کافی (مهم‌ترین دلیل استفاده از دروغ).

بر اساس تحلیل مطالعات مرور شده، یافته‌ها در پنج دسته‌بندی اصلی خلاصه می‌شوند:

۱. تعارض اخلاقی بین گفتن حقیقت و شفقت: پرستاران در موقعیت‌های بالینی با تعارض اخلاقی میان اصل صداقت (احترام به خودمختاری بیمار) و اصل شفقت (کاهش رنج و حفظ کرامت انسانی) مواجه هستند. این چالش ذاتی تصمیم‌گیری اخلاقی در مراقبت‌های انسانی تلقی می‌شود و نه خطای فردی (۲۰، ۲۵، ۲۷). در عمل، پرستاران تحت فشار عوامل سازمانی (کمبود زمان، عدم حمایت مدیریتی) و ابهام اخلاقی (عدم وجود دستورالعمل شفاف)، تصمیمات خود را بر اساس پیامدهای عمل (مانند کاهش رنج بیمار) شکل می‌دهند که منجر به پریشانی اخلاقی می‌شود (۲۷، ۳۰). بیش از ۳۷ درصد پرستاران در شرایط خاص (مانند حفظ امید بیماران در مرحله پایانی بیماری) دروغ مصلحت‌آمیز را توجیه‌پذیر می‌دانند، هرچند کدهای اخلاقی رسمی، صداقت را الزامی می‌دانند (۲۸، ۳۰).

۲. نسبی‌گرایی زمینه‌ای و فرهنگی گفتن حقیقت: ترجیحات و روش‌های افشاگری حقیقت به شدت تحت تأثیر فرهنگ بیمار و ساختار خانوادگی است. فرض «خودمختاری فردی» و «حق دانستن حقیقت» در اخلاق پزشکی غربی نمی‌تواند به صورت یکسان در همه جوامع اعمال شود (۲۱، ۳۳). در برخی فرهنگ‌ها (مانند چین و ایتوپیا)، تصمیم‌گیری درباره افشای تشخیص بر عهده خانواده است و بیمار مستقیماً مطلع نمی‌شود که می‌تواند به نقض خودمختاری بیمار و از دست‌رفتن اعتماد منجر شود (۳۲، ۳۷). گفتن حقیقت یک

ساخت فرهنگی است، اگرچه روند تاریخی به سمت شفافیت بیشتر حرکت کرده، اما استثناهای فرهنگی (مانند پنهان کردن تشخیص سرطان در چین) همچنان وجود دارد (۲۱، ۳۳).

۳. استفاده درمانی از دروغ‌های مصلحت‌آمیز: دروغ‌های درمانی (مانند گفتن «مامان فردا می‌آید» به بیمار زوال‌عقلی که مادرش فوت شده) نه نقض اخلاق، بلکه پاسخ‌های شفقت‌آمیز به موقعیت‌های پیچیده مراقبتی هستند که با هدف کاهش رنج و حفظ کرامت بیمار انجام می‌شوند (۲۲، ۲۳، ۲۵). در مراقبت از بیماران مبتلا به زوال عقل، ۸۷ درصد پرستاران دروغ را در شرایطی مانند جلوگیری از رفتارهای پرخاشگرانه یا افزایش همکاری در درمان توجیه‌پذیر می‌دانند، مشروط بر اینکه هدف کاهش آسیب و افزایش رفاه بیمار باشد (۳۶، ۳۸). پرستاران از دروغ مصلحت‌آمیز به دلیل بحران امید (جلوگیری از دست‌دادن امید)، اخبار بد (مانند تشخیص بیماری جدی) و تنوع فرهنگی استفاده می‌کنند، نه به دلیل بی‌اخلاقی (۳، ۲۴).

۴. چهارچوب‌های اخلاقی و رویکردهای عمل‌گرایانه: اخلاق عمل‌گرایانه بر پیامد عمل (کاهش رنج بیمار) تمرکز دارد و اصول اخلاقی (مانند صداقت مطلق) را به عنوان قوانین مطلق نمی‌بیند، بلکه در هر موقعیت بالینی مورد آزمون قرار می‌دهد (۱۲، ۲۶، ۳۴). مؤثرترین دروغ‌ها، آن‌هایی هستند که با نیت شفقت‌آمیز، اعتباربخشی به احساسات بیمار و صمیمیت واقعی ادا می‌شوند، نه برای راحتی کادر درمانی (۲۵، ۲۷). نیاز فوری به تدوین چهارچوب‌های اخلاقی عمل‌گرایانه وجود دارد که به پرستاران در تصمیم‌گیری در موقعیت‌های «خاکستری»

مطالعه نیکبخت نصرآبادی و همکاران (۲۰۲۱ م.) نیز اذعان شد که استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز همواره با «پیشانی اخلاقی و دوگانگی» همراه است و بسیاری از پرستاران احساس می‌کنند که میان اصول اخلاقی، مانند لزوم صداقت و وظیفه عملی کاهش رنج بیماران گرفتار شده‌اند (۴۳). به صورت کلی بایستی اذعان داشت که همیشه بین یادگیری‌های نظری و خدمات بالینی پرستاری، هماهنگی لازم وجود ندارد (۱۴، ۴۷-۴۴)، مسأله تعارض بین حقیقت و شفقت نیز مستثنا از این قضیه نیست و می‌توان دروغ مصلحت‌آمیز را به مثابه ابزاری شفقت‌آمیز در تعارض میان حقیقت و مصلحت بیمار مشروعیت داد (۴۳).

دیگر نتایج مطالعه حاضر بر نسبی‌گرایی زمینه‌ای و فرهنگی گفتن حقیقت تأکید دارد، در تأیید این یافته مطالعات مرتبط در کشور چین و اتیوپی بیان می‌کنند که این رویکرد تحت تأثیر عوامل فرهنگی قرار می‌گیرد، به این صورت که در برخی فرهنگ‌ها، خانواده‌ها ترجیح می‌دهند اطلاعات ناگوار پزشکی از بیمار پنهان بماند و پرستاران ناگزیر به تعدیل گفتار خود بر اساس این ترجیحات هستند (۳۲، ۳۷، ۴۸). نتایج مرور مطالعه حاضر بر استفاده درمانی از دروغ‌های مصلحت‌آمیز نیز تأکید داشت؛ در این راستا بایستی اذعان داشت که شفقت، یک «عمل انتخابی آگاهانه» برای کاهش رنج تعریف می‌شود (۲۶)، لذا این رویکرد تنها زمانی مشروع است که نیت شفقت‌آمیز و تمرکز بر منفعت بیمار باشد، نه راحتی کادر درمانی (۲۷). به عبارتی می‌توان این‌گونه استدلال کرد که دروغ در این زمینه‌های خاص (مثل زوال عقل، یا کودکان و...)، فریب در معنای تحقیرآمیز نیست، بلکه نوعی پاسخ انسانی به محدودیت‌های شناختی بیمار (مانند عدم توانایی درک پیش‌آگهی) است (۲۶).

چهارچوب‌های اخلاقی و رویکردهای عملگرایانه از دیگر نتایج مرور مطالعه حاضر بود. در این راستا می‌توان این‌گونه استدلال کرد که از آنجایی که پرستاری یک رشته عمل‌گرا است، لذا تشابه زیادی با مکتب عمل‌گرایی دارد، از نظر عمل‌گرایی حقیقت چیزی ساکن و ایستا و تغییرناپذیر نیست، بلکه با زمان رشد و توسعه می‌یابد و در هر مرحله رشد حقیقت

کمک کند و پیامد عمل را بر قاعده صداقت مطلق ترجیح دهد (۲۷، ۳۱).

۵. چالش‌های آموزشی و سیاستگذاری: عدم وجود دستورالعمل استاندارد برای پرستاران در مواجهه با دستور عدم افشای حقیقت، منجر به تصمیمات فردی و پیشانی اخلاقی می‌شود (۲۴، ۲۷). آموزش شفقت و مهارت‌های ارتباطی برای اخبار بد ضروری است، چون مهارت‌های محدود پرستاران (دانش، تجربه) از دلایل اصلی استفاده از دروغ مصلحت‌آمیز است (۳، ۱۹). سیاستگذاری‌های سلامت باید «فریب شفقت‌آمیز» را در مراقبت از بیماران زوال عقلی به رسمیت بشناسند و در آموزش و راهنماهای بالینی گنجانند (۳، ۱۹، ۲۳، ۳۵).

بحث

بر اساس یافته‌های حاصل از مرور مطالعات تعارض اخلاقی بین الزام حرفه‌ای حقیقت‌گویی و انگیزه دلسوزانه محافظت از بیمار که با مفهوم شفقت شناخته می‌شود، حین به کارگیری دروغ مصلحت‌آمیز وجود دارد؛ پرواضح است که پرستاران به طور مکرر با «تعارض اخلاقی» میان تعهد به صداقت و مسئولیت دلسوزانه برای کاهش رنج بیماران مواجه می‌شوند (۴۲). در این راستا یافته‌های مطالعه Rejno و همکاران (۲۰۱۶) در سوئد مستقیماً از محور مطالعه حاضر حمایت می‌کند. به عبارتی در جامعه‌ای مثل کشور سوئد با تأکید قوی بر خودمختاری بیمار و اصل صداقت، پرستاران در مراقبت‌های پایان عمر، گاه به صورت عملگرایانه از «دروغ مصلحت‌آمیز» یا «نگه‌داشتن انتخابی حقیقت» استفاده می‌کنند (۱۸). بنابراین می‌توان اظهار داشت که در جوامع لیبرال و فردگرا هم، اخلاق بالینی در مرز مرگ، فراتر از قوانین مجرد عمل می‌کند و در جهت کاهش رنج، به صورت عملگرایانه شکل می‌گیرد. در مطالعه Tuckett و همکاران نتایج بررسی مطالعه حاضر تأیید شد که این تعارض به ویژه در موقعیت‌های بالینی ظریف تشدید می‌شود، جایی که افشای کامل حقایق ممکن است به جای سودرسانی، موجب آسیب روانی بیمار شود (۳۳). در

بایستی تجدید نظر کرد. همچنین تأکید می‌شود که پرستاران نباید اخلاق را بازی با کلمات در نظر بگیرند (۴۹)، لذا دلیل ایجاد تعارض بین حقیقت‌گویی و شفقت در پرستاران به دلیل نداشتن راهنماهای اخلاقی است نه زیر پا گذاشتن اصول، چراکه در موقعیت‌هایی گاهی لازم است پرستار از دروغ مصلحت‌آمیز استفاده نماید؛ با داشتن راهنماهای اخلاقی برای اینچنین موقعیت‌هایی پرستار و خانواده، تصمیم اخلاقی مشترکی که هم نیازهای بالینی و هم توجه به ارزش‌های انسانی را مد نظر دارد را اتخاذ می‌نمایند.

پیشنهاد می‌شود دستورالعمل‌هایی جهت تصمیم‌گیری اخلاقی با استفاده از مراحل عمل‌گرایی بالینی John Dewey که مبتنی بر مکتب عمل‌گرایی است و رویکردی نوین برای حل مسائل اخلاقی در پزشکی ارائه می‌دهد، تدوین گردد (۱۱). از محدودیت‌های مطالعه حاضر این می‌باشد که اکثر مطالعات مرور شده کیفی هستند و نیاز به پژوهش‌های کمی برای سنجش پیامدهای بلندمدت دروغ مصلحت‌آمیز بر روان بیماران و پرستاران وجود دارد. همچنین رعایت تنوع فرهنگی در مطالعات می‌تواند اطلاعات زمینه‌ای مناسب‌تری در اختیار قرار دهد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه مروری، پرستاران به دلیل تعارض بین صداقت و شفقت در موقعیت‌های بالینی با پریشانی اخلاقی مواجه می‌شوند و اغلب دروغ مصلحت‌آمیز را برای کاهش رنج بیمار و حفظ کرامت او توجیه می‌کنند. این رفتار تحت تأثیر فرهنگ، ساختار خانوادگی و فشارهای سازمانی شکل می‌گیرد و به نظر می‌رسد نه تنها ناشی از بی‌اخلاقی نیست، بلکه گاه پاسخی شفقت‌آمیز به شرایط دشوار است. بخش زیادی از این تعارض ناشی از نداشتن دستورالعمل واضح و مبتنی بر فرهنگ می‌باشد، لذا برای کاهش پریشانی پرستاران و تصمیم‌گیری منسجم، ضرورت دارد چهارچوب‌های اخلاقی عملی و آموزش‌های هدفمند برای مدیریت این موقعیت‌ها تدوین شود.

چیزی خواهد بود که ما را قادر می‌سازد تا به نحو رضایت‌بخش مسائل و مشکلات جاری را بررسی کنیم (۴۶). پس اصل اخلاقی حقیقت‌گویی به بیمار بر اساس فلسفه عمل‌گرایی امری قطعی و ثابت نیست. از طرفی فلسفه عمل‌گرایی با اعتراف به غیر ممکن بودن اثبات برخی مسائل، آن‌ها را با توجه به کاربردشان در زندگی انسان می‌پذیرد و بیان می‌دارد اگر نظر و عقیده‌ای برای انسان کارآمد و مصلحت باشد، در واقع حقیقت است (۴۴، ۴۵). در این صورت نیز به کاربردن دروغ مصلحت‌آمیز در موقعیت‌ها و با اهداف مختلفی که قبلاً راجع آن‌ها صحبت شد، قابل توجه است، چراکه برای بیمار کارآمد و مصلحت است. بر اساس مکتب عمل‌گرایی معیار تعیین ارزش و حقیقت یک عمل نتایج عملی و افکار و عقاید آدمی است، بر این اساس دروغ مصلحت‌آمیز مجدداً از نظر مکتب عمل‌گرایی پذیرفته است، چراکه پرستار با توجه به شرایط بیمار و فرهنگ بیمار نتیجه را که همان نگفتن حقیقت از روی شفقت و دلسوزی است را توجیه می‌کند (۱۳).

نکته منفی که در مکتب عمل‌گرایی وجود دارد این است که بر اساس این مکتب دیدگاه منحصر به فردی نادیده گرفته می‌شود (۱۳)، این مخالف با آنچه در فرآیند پرستاری مراقبت از بیمار به آن تأکید شده است، می‌باشد (۴۹). در بحث اصول اخلاقی نیز بایستی این منحصر به فردی را در نظر گرفت، چراکه شاید بیمار علیرغم اثرات نامطلوبی که گفتن حقیقت می‌تواند برای وی داشته باشد، تمایل به دانستن حقیقت داشته باشد و عدم توجه به این مورد کیفیت مراقبت را کاهش می‌دهد، البته عمل‌گرایی معیار حقیقت‌بودن یک امر را سودمندی نتیجه یک کار می‌داند، لذا عمل‌گرایی با حمایت از مناسب‌ترین اقدام برای مددجو به دنبال جایگزینی برای تئوری‌ها است (۱۳). بنابراین باز هم می‌توان منحصر به فردی را با دقت به این نکته که آیا دروغ مصلحت‌آمیز برای آن بیمار خاص سودمند است یا خیر، رعایت نمود.

از نتایج دیگر مطالعه حاضر اشاره به چالش‌های آموزشی و سیاست‌گذاری بود؛ آموزش اخلاق باید با واقعیت بالینی همراه باشد. به عبارتی، این دیدگاه که اخلاق یک تلاش شناختی و اساساً مربوط به تفکر است و در بالین جا نیفتاده است را

مشارکت نویسندگان

نسرین ایمانی‌فر: طرح ایده، جمع‌آوری منابع و همکاری در نگارش مقاله.

مهرداد امیری و حشمت‌اله حیدری: راهنمایی و نظارت بر نگارش و تدوین مقاله.

میلاد کاظمی نجم و صفورا خدایی: جمع‌آوری منابع و همکاری در نگارش مقاله.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

بیانیه هوش مصنوعی

در این مطالعه از هیچ‌کدام از ابزارهای هوش مصنوعی استفاده نشده است.

References

1. Martins VSM, Santos CMNC, Bataglia PUR, Duarte IMRF. The teaching of ethics and the moral competence of medical and nursing students. *Health Care Analysis*. 2021;29(2):113-26.
2. Pouraie RR, Sharifi MN. Ethic- legal considerations of truth telling to patients. *Journal of Science and Engineering Elites March 2021*;5(6):1-8 (In Persian).
3. Nasrabadi AN, Joolae S, Navab E, Esmaeili M, Shali M. White lie during patient care: a qualitative study of nurses' perspectives. *BMC Medical Ethics*. 2020;21(1):86.
4. Nikbakht Nasrabadi A, Joolae S, Navvab E, Esmaeilie M, M. S. A concept analysis of white lie from nurses' perspectives: A hybrid model. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2019;23(5):309-24. (In Persian).
5. Huttunen S. Ethical issues registered nurses experience working in intensive care [Master's thesis]. *Laurea University of Applied Sciences*; 2023. p. 21, 22, 23, 26, 30, 40.
6. Nasrabadi AN, Joolae S, Navab E, Esmaeili M, Khalilabad TH, Shali M, et al. Investigating the Use of White Lies During COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *Health in Emergencies and Disasters Quarterly*. 2024;9(2):137-44.
7. Tierney S, Bivins R, Seers K. Compassion in nursing: Solution or stereotype? *Nursing inquiry*. 2019;26(1):e12271.
8. Durkin M, Gurbutt R, Carson J. Qualities, teaching, and measurement of compassion in nursing: A systematic review. *Nurse education today*. 2018;63:50-8.
9. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019. p. 95.
10. Felder RM. Toward a new clinical pragmatism: method in clinical ethics consultation. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2024;27(3):445-54.
11. Inguaggiato G. *Tools for Dialogue: A Pragmatist Approach to Clinical Ethics Support*. 'master's thesis' for work at the master's level and 'dissertation' for the doctorate Vrije Universiteit Amsterdam. 2023.
12. Inguaggiato G, Metselaar S, Porz R, Widdershoven G. A pragmatist approach to clinical ethics support: overcoming the perils of ethical pluralism. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2019;22:427-38.
13. Emami A, Mousavi K, Shirvani Y. Pragmatism in Nursing. *Nursing Development in Health*. 2022;13(3):60-7.
14. Rafiee-Vardanjani L, Fallahi-Khoshknab M, Rahgoi A, Zabolipour S, Gilvari T. Theory-practice gap in nursing based on pragmatism approach: a review study. *Education and Ethics In Nursing*. 2022;11(3-4):61-73.
15. Hardin SR. *History of nursing science. Nursing Theorists and Their Work E-Book: Nursing Theorists and Their Work E-Book*. 2021:29.
16. Varkey B. Principles of clinical ethics and their application to practice. *Medical principles and practice*. 2021;30(1):17-28.
17. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. A product from the ESRC methods programme Version*. 2006;1(1):b92.
18. Rejnö Å, Silfverberg G, Ternstedt B-M. Reasoning about truth-telling in end-of-life care of patients with acute stroke. *Nursing ethics*. 2017;24(1):100-10.
19. Papadopoulos I, Zorba A, Koulouglioti C, Ali S, Aagard M, Akman O, et al. International study on nurses' views and experiences of compassion. *International Nursing Review*. 2016;63(3):395-405.
20. Zolkefli Y. The ethics of truth-telling in health-care settings. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*. 2018;25(3):135.
21. Rosenberg AR, Starks H, Unguru Y, Feudtner C, Diekema D. Truth telling in the setting of cultural differences and incurable pediatric illness: a review. *JAMA pediatrics*. 2017;171(11):1113-9.
22. McKenzie K, Taylor S, Murray G, James I. The use of therapeutic untruths by learning disability nursing students. *Nursing ethics*. 2020;27(8):1607-17.
23. Skov SS, Jensen AM, Rasmussen G, Folker AP, Lauridsen S. Compassionate deception: An ethnographic study of how and why health professionals and family members lie when caring for people with dementia in Danish nursing homes. *SSM- Qualitative Research in Health*. 2024;6:100457.
24. El Ali M, Licqurish S, O'Neill J, Gillam L. Truth-telling to the seriously ill child—Nurses' experiences, attitudes, and beliefs. *Nursing ethics*. 2024;31(5):930-50.
25. Murray J, Thompson J, Hill M, James I. An ethnographic study to develop a taxonomy of lies for

- communicating with people with moderate to severe dementia. *Nursing Ethics*. 2025;32(1):272-87.
26. Varghese A, Khakha DC. Attributes of compassionate care in clinical nursing practice from the perspectives of patients and nurses—A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*. 2025;14(1):1-10.
27. Esfandiari M, Nazari AM, Zamani F, Gholampour MH. Ethical dilemmas in nurses toward deception in medicine in patients at the end-of-life stage: An important yet challenging & questionable issue. *Journal of Nursing Reports in Clinical Practice*. 2023;2(4):274-5.
28. Begley A, Blackwood B. Truth-telling versus hope: A dilemma in practice. *International journal of nursing practice*. 2000;6(1):26-31.
29. Begley AM. Truth-telling, honesty and compassion: A virtue-based exploration of a dilemma in practice. *International Journal of Nursing Practice*. 2008;14(5):336-41.
30. Curtis DA, Braziel JM, Redfearn RA, Hall J. Lying to patients: Ethics of deception in nursing. *Clinical Ethics*. 2021;16(4):341-6.
31. Hart JL. Deception, honesty, and professionalism: A persistent challenge in modern medicine. *Current Opinion in psychology*. 2022;47:101434.
32. Ling D-L, Yu H-J, Guo H-L. Truth-telling, decision-making, and ethics among cancer patients in nursing practice in China. *Nursing ethics*. 2019;26(4):1000-8.
33. Tuckett AG. Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: a review of the literature. *Nursing ethics*. 2004;11(5):500-13.
34. Miller FG, Fins JJ, Bacchetta MD. Clinical pragmatism: John Dewey and clinical ethics. *J Contemp Health L & Pol'y*. 1996;13:27.
35. Kendrick K. Building bridges: teaching ward-based ethics. *Nursing ethics*. 1994;1(1):35-41.
36. Cantone D, Attena F, Cerrone S, Fabozzi A, Rossiello R, Spagnoli L, et al. Lying to patients with dementia: Attitudes versus behaviours in nurses. *Nursing ethics*. 2019;26(4):984-92.
37. Mussie KM, Kaba M, Setchell J, Elger BS. "I Do Not Believe We Should Disclose Everything to an Older Patient": Challenges and Ethical Concerns in Clinical Decision-Making in Old-Age Care in Ethiopia. *Health Care Analysis*. 2024;32(4):290-311.
38. 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.
39. Nikbakht Nasrabadi A, Joolae S, Navvab E, Esmaeilie M, M. S. Experiences of Health Care Providers in Using Therapeutic White Lies in Patient Ethical Care Process. *Iranian Journal of Biomedical Law and Ethics*. 2019;1(2):13-22. (In Persian).
40. Bahrami S, Mahmoodian F. Assessment of white lies in medical treatment with an emphasis on reliability index. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2013; 22 (2) :175-184 (In Persian).
41. Nikbakht A, Joolae S, Navab E, Esmailie M, Shali M. A Narrative Review of the range of expediency in using white lies in patient care. *Education and Ethics In Nursing* 2020;9(1-2):42-51(In Persian).
42. McCollum J. Ethical considerations for the advanced practice aesthetic nurse. *Plastic and Aesthetic Nursing*. 2025;45(3):157-62.
43. Nikbakht Nasrabadi A, Joolae S, Navvab E, Esmaeili M, Shali M. Exploring the use of white lies in patient care process by triangulation method. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2021;10(1):264-80.
44. Abdolhosein E, Kazem M, Yadollah S. Pragmatism in Nursing. *Nursing Development in Health*. 2022;13(3):60-7.
45. Ahmadi Y, Momen R, Zomorodi M, Hosrinpoor S, Khalaji M, Kalroozi F. Investigating the role of pragmatism and neopragmatism philosophy on nurses' clinical performance (a narrative review study). *Nurse and Physician within War*. 2024;12(45):74-81.
46. Hosseini MA, Sepahvand MJ, Mohammadi Shahbolaghi F, Neyseh F, Bagheri Noaparast K. Gap between Theory and Practice in Nursing: Be or Not. *2 Journal of Nursing Education*. 2016;5(1):23-9.
47. Shoghi M, Sajadi M, Oskuie F, Dehnad A, Borimnejad L. Strategies for bridging the theory-practice gap from the perspective of nursing experts. *Heliyon*. 2019;5(9).
48. Chen W, Chung JOK, Lam KKW, Molassiotis A. End-of-life communication strategies for healthcare professionals: a scoping review. *Palliative medicine*. 2023;37(1):61-74.
49. Berman A, Snyder SJ, Frandsen G. *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. 10th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2020: 98-112.