

تجربیات اعضای تیم درمان در استفاده از دروغ‌های درمانی مصلحت‌آمیز در فرآیند مراقبت اخلاقی از بیماران

علیرضا نیکبخت نصرآبادی^۱، سودابه جولائی^{۲،۳}، الهام نواب^۴، مریم اسماعیلی^۴،^۵ محبوبه شالی^{۶*}

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. دانشیار دانشکده پرستاری بلومبرگ، تورنتو، کانادا

۴. دانشیار گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه و مدیریت دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، تهران، ایران

۵. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۶. دانشجوی دکترا، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه و مدیریت دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، تهران، ایران

ایران

واژه‌های کلیدی:

دروغ مصلحت‌آمیز، افشای حقیقت، اخلاق بالینی، تیم مراقبت از بیمار

نحوه استناد به مقاله:

نیکبخت نصرآبادی علیرضا، جولائی سودابه، نواب الهام، اسماعیلی مریم، شالی محبوبه. تجربیات اعضای تیم درمان در استفاده از دروغ‌های درمانی مصلحت‌آمیز در فرآیند مراقبت اخلاقی از بیماران. مجله ایرانی حقوق و اخلاق زیست پزشکی. ۱۳۹۸؛ ۱۳(۲): ۲۳-۱۲.

چکیده

مقدمه: ارائه تمامی حقیقت درمان یک اصل اخلاقی و جزء حقوق اصلی بیماران است. گاهی در شرایطی خاص اعضای تیم درمان در موقعیتی قرار می‌گیرند که ناچار به گفتن دروغی مصلحت‌آمیز می‌شوند. مطالعه حاضر با هدف تحلیل تجربیات مراقبت‌کنندگان درباره گفتن دروغ مصلحت‌آمیز در شرایط خاص مراقبت از بیمار صورت گرفت.

روش‌ها: این مطالعه تحقیقی کیفی (تحلیل محتوا) است. جامعه پژوهش را چهارده نفر از اعضای تیم درمان شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکیل می‌دهند. داده‌ها به شیوه مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته، در دو گروه کانونی و بر اساس تجارب واقعی ارائه دهندگان از گفتن دروغ مصلحت‌آمیز در فرآیند مراقبت از بیمار جمع‌آوری شد. فرایند تحلیل داده‌ها با توجه به مراحل پیشنهادی گرانهیم و لاندمن انجام شد. جهت اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای لینکن و گوبا استفاده شد.

نتایج: از تجزیه و تحلیل داده‌های مصاحبه ۴۲۰ کد اولیه، ۱۰ طبقه و ۳ درون‌مایه اصلی به دست آمد. درون‌مایه‌های حاصل شده عبارتند از: شرایط خاص توجیه‌کننده دروغ مصلحت‌آمیز، دلایل روی آوردن به دروغ مصلحت‌آمیز و راهکارهای اجتناب از دروغ مصلحت‌آمیز.

نتیجه‌گیری: گفتن حقیقت به بیمار باید اصلی اخلاقی در نظر گرفته شود. چگونگی آماده‌سازی بیمار جهت شنیدن حقایق، نحوه بیان حقایق و نحوه برخورد با واکنش‌های متفاوت بیماران از جمله مسائل مهمی هستند که باید به آنها توجه شود.

* نویسنده مسئول: محبوبه شالی، تلفن: ۶۶۹۳۳۶۰۰، نمابر: ۶۶۹۴۱۶۶۸، رایانامه: m.shali@ZUMS.ac.ir

مقدمه

بیان حقیقت به بیمار را، صرف‌نظر از سن، جنس و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی او، باید یک اصل اخلاقی در نظر گرفت (۱). «حقیقت‌گویی در اخلاق پزشکی، ارزشی غیر وابسته بوده، اگرچه از اصول چهارگانه اخلاق زیست‌پزشکی به حساب نمی‌آید، با این وجود، از نظر اهمیت، هم‌سطح سودرسانی، ضرررسانی و عدالت ارزیابی می‌شود. بیان حقیقت بسته به شرایط جسمی و روحی هر بیمار متفاوت بوده، و از الگوی یکسانی پیروی نمی‌کند» (۲). گفتن حقیقت درمان به بیمار، باعث جست‌وجوی آگاهانه درمان مناسب، حفظ استقلال، افزایش صبر و بردباری و کاهش ترس و اضطراب او می‌شود. اکثر بیماران مایل به دریافت کامل اطلاعات درمانی خود هستند و تعداد اندکی درخواستی غیر از این دارند (۳). در بررسی دیدگاه فرهنگ ایرانی به ارائه حقیقت به بیمار، در مطالعه زمانی و همکاران (۲۰۱۱)، ۸۸ درصد از بیماران و ۹۰ درصد از پزشکان موافق گفتن حقیقت به بیمار بودند. اگرچه تیم مراقبتی درباره ارائه حقیقت در فرآیند درمان، دیدگاه موافقی دارند، ولی گاه حقیقت به بیمار گفته نمی‌شود (۴). استدلال اولیه کادر درمان در دفاع از پنهان کردن حقیقت یا گفتن دروغ مصلحت‌آمیز، جلوگیری از ورود آسیب روانی به بیمار است (۵). بنا به تعریف، دروغ مصلحت‌آمیز، نوعی از فریب در تعامل است که جهت پیشگیری از آندوه و محافظت از احساسات شخص گفته می‌شود. انگیزه استفاده از این فریب، حفظ منفعت مخاطب است (۶).

جیمز و همکاران (۲۰۰۶) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که دروغ مصلحت‌آمیز در همه سطوح ارائه مراقبت دیده می‌شود و ۹۶/۴ درصد کادر درمان به عنوان یک راهکار ارتباطی از آن استفاده می‌کنند (۷). در تاریخچه طب یونانی شواهد زیادی در تایید گفتن دروغ مصلحت‌آمیز در فرآیند مراقبت از بیمار وجود دارد؛ پزشکان یونانی به بیماران

اطلاعات نمی‌دادند یا اطلاعات غلط می‌دادند تا آنها درمان را به اجبار قبول کنند (۸). افلاطون بر این عقیده بود که یک دروغ درباره اصل بیماری گاه همچون دارو عمل می‌کند و از بروز واکنش‌ها و دیدگاه‌های ناخواسته در بیمار پیشگیری می‌کند. یادداشت‌های بقراط بیان می‌کنند که افشا کردن حقیقت و افشای صادقانه نتیجه بیماری می‌تواند باعث بدتر شدن پیش‌آگهی بیمار شود (۹). در مطالعات انجام شده در ایران، مطالعه منتظری و همکاران نشان داد که حدود ۸۰ درصد پزشکان حقیقت تشخیص بیماری را به بیماران خود نمی‌گویند (۱۰). در مطالعه اترک با عنوان «دروغ‌گویی به بیمار با انگیزه خیرخواهانه»، بحث شده است که گفتن حقیقت به بیمار باعث افزایش بروز اضطراب، ناامیدی، آندوه، افسردگی، ترس و گاه اقدام به خودکشی می‌شود (۱۱). مطالعات انجام شده بیشتر با هدف بررسی دیدگاه‌ها درباره حقیقت‌گویی و با روش کمی و یا مروری صورت گرفته‌اند و مطالعه‌ای درباره دروغ مصلحت‌آمیز در فرآیند مراقبت از بیمار در دسترس نیست.

بررسی ابعاد دروغ‌گویی مصلحت‌آمیز به بیماران برای پی بردن به ماهیت موضوع، یکی از راهکارهای موجود برای شناخت عمیق‌تر این مسئله است. برای رسیدن به این شناخت، باید از روش‌هایی استفاده شود که امکان مطالعه همه جانبه این تجارب را فراهم می‌نماید و این امر جز از طریق انجام مطالعات کیفی میسر نمی‌شود. از آنجا که در ایران تاکنون مطالعه‌ای با این هدف انجام نشده است، لذا با توجه به اینکه شناسایی موقعیت‌هایی که تیم درمان به دروغ مصلحت‌آمیز متوسل می‌شوند در شناسایی و ارائه راهکار مفید است، این مطالعه کیفی با هدف تبیین دیدگاه تیم مراقبتی درباره گفتن دروغ مصلحت‌آمیز در مراقبت از بیماران صورت گرفت.

روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای کیفی توصیفی است که با روش تحلیل محتوای قراردادی در سال ۱۳۹۷ در تهران انجام شد.

I. James, et al.

اطلاعات بنا بر دلایلی ارائه نمی‌شود یا دروغ مصلحت‌آمیز گفته می‌شود. در نهایت شرکت‌کنندگان دربارهٔ تجربیات خود در مورد راهکارهای ارائهٔ اطلاعات درمانی صحبت کردند. همچنین در طول مصاحبه‌ها از سؤالات کاوشی نظیر «می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟» و «منظورتان چیست؟» استفاده شد. تلاش بر این بود که همهٔ شرکت‌کنندگان به طور هماهنگ و مساوی در بحث شرکت کنند و اگر در قسمتی از بحث شرکت‌کننده‌ای مشارکت کافی نداشت، نظر او خواسته می‌شد تا جلسه پویایی خود را از دست ندهد. جهت ایضاح و تکمیل مباحث در خلال جلسه، از شرکت‌کنندگان درخواست شد مثال بیاورند و توضیح بیشتری دربارهٔ نظراتشان بدهند. همچنین به کمک یک دستگاه ضبط صدا، تمامی مراحل مصاحبه گروهی ثبت شد. در انتهای هر جلسهٔ مصاحبه، پژوهشگران خلاصهٔ مطالب یادداشت شده را به کمک مصاحبه‌شوندگان مرور و مطالب یادداشت‌شده به‌ویژه نکات کلیدی را، هر جا لازم بود، اصلاح یا تعدیل کردند. مصاحبه‌ها تا اشیاع داده‌ها و آشکار شدن موضوعات تکراری ادامه یافت و در مجموع بیست و سه مصاحبه با چهارده نفر از کادر درمان برگزار شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها براساس روش پنج مرحله‌ای پیشنهادی گرانهیم و لاندمن انجام شد (۱۴). در گام اول، بلافاصله بعد از هر مصاحبه، متن به صورت کلمه به کلمه پیاده شد. در گام بعدی متن مصاحبه برای رسیدن به درک کلی مرور شد. در گام سوم کل متن هر مصاحبه به عنوان واحد تحلیل در نظر گرفته شد. پس از آن واحدهای معنایی مشخص و سپس مدیریت داده‌ها با نرم‌افزار MAXQDA، نسخهٔ ۲۰۰۷، انجام شد. در گام چهارم بر اساس مقایسهٔ مداوم تشابهات، تفاوت‌ها و تناسب‌ها، کدهایی که بر موضوع واحدی دلالت می‌کردند، در یک طبقه قرار گرفته و زیر طبقات دسته‌بندی شدند. در گام پایانی، با مقایسهٔ زیر طبقات با یکدیگر و تأمل عمیق و دقیق، محتوای نهفته در داده‌ها تحت عنوان طبقات اصلی معرفی شد.

پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سوال است که تجربیات اعضای تیم درمان دربارهٔ گفتن دروغ‌های درمانی مصلحت‌آمیز در فرآیند مراقبت اخلاقی از بیماران چیست؟ برای انتخاب نمونه‌های پژوهش از میان بیماران، روش نمونه‌گیری هدفمند به کار گرفته شد. جهت تنوع هر چه بیشتر نمونه‌ها، تلاش کردیم نمونه‌گیری از واحدهای مختلفی انجام شود تا از نظرات ارائه‌دهندگان مراقبت با سوابق مختلف حرفه‌ای بهره بگیریم. مشارکت‌کنندگان از بین کارکنان سلامت شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و براساس سه ملاک اصلی، داشتن ارتباط و کار مستقیم با بیمار، تمایل به شرکت در مطالعه و توانایی بیان تجربیات خود، و با حداکثر تنوع (از لحاظ عنوان شغل، سابقه، محل کار، جنس و تحصیلات) انتخاب شدند.

جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق فردی چهره به چهره و همچنین گروه متمرکز انجام شد. گروه متمرکز برای جمع‌آوری داده‌ها، متناسب با هدف پژوهش، یعنی بررسی دیدگاه تیم درمان در راستای رسیدن به ایده و راهکار، تشکیل شد. چرا که در روش گروه متمرکز، تعامل میان اعضای گروه (مصاحبه‌شوندگان) باعث می‌شود که تمایل به تفکر و تبادل نگرش‌ها و ایده‌ها برانگیخته شود (۱۲). در حالی که ممکن است در جلسات مصاحبهٔ مستقیم انفرادی، این هدف به راحتی به دست نیاید (۱۳). مباحث این پژوهش در دو جلسهٔ گروه کانونی، در دانشکدهٔ پرستاری و مامایی تهران، با حضور یک محقق گرداننده و یک محقق نکته‌بردار، طرح و بررسی شد و هر جلسه دو ساعت به طول انجامید. جلسهٔ اول با حضور نه نفر و جلسهٔ دوم با حضور تمامی چهارده نفر شرکت‌کننده تشکیل شد. در جلسات مصاحبه هر دو مجری اصلی حضور داشتند. یکی از مجریان جریان بحث‌ها را هدایت و دیگری نکات کلیدی مطرح شده را یادداشت می‌کرد. در ابتدای جلسهٔ اول، با یک مقدمه، موضوع بحث و اهداف تحقیق بیان شد. مطلب با مباحثی در مورد مدیریت اطلاعات و حقایق درمانی بیماران شروع شد. در ادامه شرایط و موقعیت‌های خاصی تشریح شد که در آنها

I. Graneheim and Lundman

نفر از شرکت‌کنندگان پزشک، دو نفر ماما و هفت نفر از کادر پرستاری بودند (جدول ۱).

پس از تحلیل داده‌ها، ۴۲۰ کد اولیه استخراج شد. اطلاعات در سه طبقه اصلی شرایط خاص توجیه‌کننده دروغ مصلحت‌آمیز، دلایل روی آوردن به دروغ مصلحت‌آمیز و راهکارهای اجتناب از دروغ مصلحت‌آمیز جای گرفتند. طبقات اصلی مشتمل بر زیرطبقات دیگری نیز بودند، که در ادامه به شرح آنها می‌پردازیم (جدول ۲).

شرایط خاص توجیه‌کننده دروغ مصلحت‌آمیز

بنا بر مصاحبه‌های صورت گرفته، شرکت‌کنندگان در مطالعه به موقعیت‌ها و شرایط خاصی اشاره کرده‌اند که گفتن دروغ مصلحت‌آمیز شایع‌تر و معمولاً اجتناب‌ناپذیر است. شرایط خاصی که شرکت‌کنندگان برای توجیه دروغ مصلحت‌آمیز بیان کرده‌اند شامل موقعیت‌هایی است که کادر مراقبت با بیماران مبتلا به اختلالات شناختی، کودکان، بیماران در مرحله انتهای بیماری یا بیماران با اسرار غیرقابل بیان روبرو هستند.

برای اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای مقبولیت، قابلیت تأیید، قابلیت اطمینان و ثبات و تناسب یا انتقال‌پذیری یافته‌ها استفاده شد. معیارهای یادشده، معیارهای دقت علمی در تحقیقات کیفی هستند که لینکلن و گوبا ارائه کرده‌اند (۱۵). پژوهش حاضر مجوز خود را از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد IR.TUMS.VCR.REC.1397.568 دریافت کرده است. گرفتن رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان بعد از بیان هدف مطالعه، دادن حق کناره‌گیری از ادامه همکاری در زمان دلخواه به مشارکت‌کنندگان، حفظ بی‌نامی و محرمانه نگه داشتن اطلاعات و در اختیار قرار دادن نتایج پژوهش در صورت درخواست مشارکت‌کنندگان مواردی هستند که برای احترام به اصول اخلاقی در این پژوهش رعایت شده‌اند.

نتایج

در این مطالعه، هشت خانم و شش آقا شرکت کردند. پنج

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

شماره	سن	جنس	تحصیلات	پست سازمانی	سابقه کار
۱	۴۵	مرد	دکترای پزشکی	پزشک اورژانس	۱۲
۲	۳۲	زن	کارشناس پرستاری	پرستار	۹
۳	۴۳	زن	کارشناس ارشد پرستاری	سرپرستار	۱۵
۴	۵۰	مرد	کارشناس پرستاری	پرستار	۲۵
۵	۴۶	زن	کارشناس مامائی	ماما	۲۲
۶	۳۵	مرد	کارشناس پرستاری	پرستار	۱۰
۷	۴۲	زن	دکترای پزشکی	انکولوژیست	۹
۸	۳۴	مرد	دکترای پرستاری	سوپروایزر	۱۰
۹	۳۳	زن	کارشناس ارشد پرستاری	پرستار	۱۰
۱۰	۳۶	زن	دکترای پزشکی	جراح عمومی	۴
۱۱	۴۶	زن	دکترای پزشکی	انکولوژیست	۱۵
۱۲	۴۰	مرد	کارشناس ارشد پرستاری	سوپروایزر	۱۳
۱۳	۴۳	زن	کارشناس مامائی	ماما	۱۹
۱۴	۵۳	مرد	دکترای پزشکی	متخصص داخلی	۲۰

1. Lincoln and Guba

گفت: «مخاطب ما یک فرد با تجربه نیست. خیلی باید مراقب انتخاب لغت‌ها باشیم. گاهی مجبوریم برای اینکه با ما همکاری داشته باشه حتی دروغ بگیم. داشتن کودک شاد و همکار اولویت منه. اینکه کامل در جریان بیماریش باشه یا بدون مدت زیادی زنده نمی‌مونه، مشکلی رو حل نمی‌کنه».

پاسخگویی به بهانه‌گیری‌های مداوم کودکان یا مقابله با ترس و بی‌قراری آنان در مواردی که از خانواده یا مراقب جدا می‌شوند نیز دلیل دیگری برای توسل به دروغ مصلحت‌آمیز در شرایطی بوده است که تیم درمانی مراقبت از کودک را به عهده دارند. در این زمینه یکی از پرستاران تجربه خود را اینگونه به اشتراک گذاشت: «والدین نمی‌تونند تو بخش ویژه کنار کودک بمونند. وقتی سراغ والدین رو می‌گیرند مجبوریم بگیم مامان پشت دره، اگر بذارای این دارو رو برات تزریق کنم یا بیجۀ خوبی باشی می‌گم بیاد تو، در صورتی که مادرش اصلاً بیمارستان نیست».

بیماران در مرحله انتهای بیماری

طبق تجربیات شرکت‌کنندگان، ارائه حقیقت به بیماران در آخرین مراحل بیماری و وقتی که تمامی درمان‌ها بی‌نتیجه بوده است، نتیجه عکس دارد و باعث به هم خوردن آرامش بیمار خواهد شد. پناه بردن به دروغ مصلحت‌آمیز برای سرپوش گذاشتن روی حقیقت اصلی در این موارد، از تجربیاتی است که انکولوژیست شرکت‌کننده در پژوهش حاضر به آن اشاره کرده است: «درمان‌ها نتیجه نداده. در فرصت کمی هم که داریم درمان جدیدی امتحان نخواهد شد. مجبوریم بگیم امیدوار باش، ما داریم تمام تلاشمون رو می‌کنیم».

در بسیاری از موارد نیز خانواده بیماران راضی به افشای حقیقت مرگ قریب الوقوع بیمار نیستند و از کادر درمان تقاضای کتمان حقیقت را دارند. کادر درمان نیز ناگزیر، برای کاهش آسیب روانی بیمار به دروغ مصلحت‌آمیز پناه می‌برند. پزشک شاغل در اورژانس بیمارستان در این زمینه گفت: «بیمار برای بستری مراجعه کرده و مشخصه شرایط خوبی نداره. خلاصه اطلاعات درمانی نشان از عدم پاسخ به درمانه».

جدول ۲. طبقات و زیرطبقات حاصل از تحلیل تجربیات شرکت‌کنندگان در پژوهش

طبقات	زیر طبقات
شرایط خاص توجه‌کننده	- بیماران دارای اختلالات شناختی - کودکان
دروغ مصلحت‌آمیز	- بیماران در مرحله انتهای بیماری - بیماران با اسرار غیر قابل بیان
دلایل روی آوردن به دروغ	- در نظر گرفتن مصلحت بیمار - موقعیت نامناسب برای ارائه حقیقت - اولویت دادن به هدف درمانی
راهکارهای اجتناب از دروغ	- تدوین راهنمای ارائه اطلاعات به بیمار - ارائه اطلاعات متناسب با درک بیمار - شکستن الگوهای قدیم

بیماران دارای اختلالات شناختی

شرکت‌کنندگان در پژوهش گفتند که بیماران با اختلالات شناختی قادر به درک کل و یا بخشی از حقیقت نیستند و در صورت دانستن کل حقیقت مضطرب می‌شوند یا بی‌قراری می‌کنند. این بیماران سوالات خود را تکرار می‌کنند و پیگیر حضور افرادی که در بیمارستان حضور ندارند و یا بستگانی که فوت کرده‌اند می‌شوند. آنها توانایی مقابله با حقیقت را ندارند. بنابراین کادر درمان لاجرم به دروغ مصلحت‌آمیز متوسل می‌شوند و مثلاً با دادن وعده دیدار فردی که قرار نیست برای ملاقات بیاید، آرامش نسبی را برقرار می‌کنند. یکی از شرکت‌کنندگان که سابقه پرستاری از بیماران مبتلا به زوال عقل را دارد تجربه خود را در این زمینه به این صورت بیان کرد: «همسرش سال قبل از دنیا رفته، قبل از خواب مدام سراغش رو می‌گیره، اگر بگیم مرده، بی‌قراری می‌کنه. می‌گیم فردا میاد، امشب بخواب».

کودکان

شرکت‌کنندگان مهمترین دلیل گفتن دروغ مصلحت‌آمیز به کودکان را، ناتوانی آنها از درک صحیح اطلاعات بیان کرده‌اند. در مورد کودکان بزرگتر درک اطلاعات و آگاهی از حقیقت، در بسیاری از موارد، منجر به ناامیدی و کاهش همکاری کودکان شده است. سرپرستار بخش کودکان در این مورد

مصلحت‌آمیز بر شمرده‌اند.

در نظر گرفتن مصلحت بیمار

یکی از مهمترین دلایل شرکت‌کنندگان در پژوهش برای توجیه گفتن دروغ مصلحت‌آمیز، در نظر گرفتن مصلحت بیمار بوده است. نکته مهم در این قسمت در نظر گرفتن هماهنگی تعریف مصلحت از دیدگاه بیمار و کادر درمان است. بهترین مصلحت در نظر گرفتن ترجیحات و خواسته‌های خود بیمار است. پزشک شرکت‌کننده در پژوهش، با ۱۲ سال سابقه کار با بیماران در اورژانس، می‌گوید: «تجربه ثابت کرده که گاهی مصلحت در ندونستن و یا کامل در جریان قرار نگرفتن بیمار، غیر این باشه عواقب جالبی نداره».

موقعیت نامناسب برای ارائه حقیقت

شرکت‌کنندگان در پژوهش بر این باور بودند که گفتن دروغ مصلحت‌آمیز تا پایدار شدن شرایط روحی و روانی بیمار و رسیدن به موقعیتی مناسب می‌تواند، در بعضی از موارد، کمک‌کننده باشد. بنا بر تجربیات شرکت‌کنندگان، افشای حقیقت ناگوار، در موقعیت نامناسب، نه تنها کمک‌کننده نیست، بلکه به بی‌ثباتی موقعیت دامن می‌زند. سرپرستار بخش، گذر از موقعیت نامناسب با گفتن دروغ مصلحت‌آمیز را اینگونه تجربه کرده است: «وقتی داره بی‌تابی می‌کنه و از نظر روانی به هم ریخته باید یه کم صبر کرد. الان نمی‌شه حقیقت رو گفت. مجبوری حرفی بگی تا یه کم آروم بشه، این حرف الزاماً حقیقت نیست».

اولویت دادن به هدف درمانی

از نظر شرکت‌کنندگان در پژوهش، دنبال کردن هدف اصلی درمان و مراقبت از بیمار، یعنی حرکت در خط مراقبت‌های پزشکی به‌روز، با حفظ کرامت انسانی بیمار و احترام به حقوق او و رعایت اخلاق، باید در اولویت قرار گیرد. بنا بر تجربیات شرکت‌کنندگان در مسیر درمان موقعیت‌هایی وجود دارد که در این موقعیت‌ها، بیماران با آگاهی از حقیقت، خود و تیم درمانی را از رسیدن به هدف درمانی دور می‌کنند. در این موقعیت‌ها، برای رسیدن به هدف درمان، از گفتن دروغ

خانواده اصرار دارند چیزی ندونه. مجبوریم برای بقیه همکاران هم نوت بذاریم که بیمار در جریان بیماری خود نیست، لطفاً ملاحظه گردد».

بیماران با اصرار غیر قابل بیان

بسیاری از مسائل مربوط به روابط خارج از چارچوب اخلاقی، مثل بارداری‌های ناخواسته یا ابتلا به بیماری‌های خاصی که بیمار تمایلی به افشای آن ندارد، از دلایل توجیه‌کننده دروغ مصلحت‌آمیز هستند. همکار ماما یکی از تجربیات خود را به این صورت مطرح کرد: «تشخیص بیماری‌های مرتبط با رابطه جنسی در بیمار داده شده ولی نمی‌خواد به همراه بگیم. همراه مصر بر دونستن حقیقت و بیمار مصر بر اینکه نمی‌خواد این راز درز پیدا کنه. در این شرایط حقیقت رو بنابر مصلحت درخواستی بیمار نمی‌گیم و به خودش واگذار می‌کنیم، گاهی برای نگفتن این حقیقت به ناچار از دروغ استفاده می‌شه».

یا در تجربیات سوپروایز شرکت‌کننده در پژوهش به مواردی اشاره شد که بیماران برای حفظ آبرو یا اصرار خود از کادر درمان می‌خواهند دروغ بگویند: «بیماری در اورژانس پذیرش شده بود که ابهام جنسیت داشت. همون شیفت یکی از بستگان بیمار که همکار خودمونه شیفت بود و در تقسیم بیماران به صورت کیس متد این بیمار برای همون همکار در نظر گرفته شده بود. بیمار استرس داشت و تماس گرفت با دفتر پرستاری که به هیچ‌وجه موافق نیست این موضوع درز پیدا کنه. با توجه به درخواست بیمار، ما مجبور شدیم که در روش تقسیم بیمار بخش دخالت کنیم. همکار بخش، با توجه به آشنایی قبلی با بیمار، اصرار بر مراقبت از همین بیمار رو داشتند و ما مجبور شدیم کلی دروغ بگیم تا رضایت بده که بیمارارش عوض بشه و شک نکنه».

دلایل روی آوردن به دروغ مصلحت‌آمیز

در موقعیت‌هایی که بیان حقیقت درمان امکان‌پذیر نیست، شرکت‌کنندگان در پژوهش سه دلیل در نظر گرفتن مصلحت بیمار، موقعیت نامناسب برای ارائه اطلاعات و اولویت دادن به هدف درمانی را در توجیه کتمان حقیقت و گفتن دروغ

نباید به بیمار اطلاعات داد یا به او دروغ مصلحت‌آمیز گفت. تجربه یک انکولوژیست از گفتن دروغ مصلحت‌آمیز در مواردی که بیمار درک کافی برای تفسیر اطلاعات ندارد، چنین است: «اگر هدف فقط صرفاً ارائه طوطی‌وار یک سری مطالب حفظیه، مشکلی نیست. می‌شه حتی برای یک نوزاد این اطلاعات رو تکرار کرد. ولی اگر هدف رسیدن به یک برآیند هستش باید درک بیمار رو در نظر گرفت، تا حد امکان به زبان بیمار نزدیک و تا حد امکان شرایط بیمار باید در نظر گرفته بشه، وقتی نمی‌تونه درک کنه و یا ارائه حقیقت شرایط رو بدتر می‌کنه مجبوریم از دروغ استفاده کنیم».

شکستن الگوهای قدیم

تیم مراقبتی در فرآیند مراقبت از دو الگو تبعیت می‌کنند. یکی از الگوها که قدیمی‌تر است الگوی پدرسالاری و برخورد قیم‌مآبانه با بیمار است. الگوی دیگر تبعیت از اخلاق و احترام به حقوق بیمار است. در نظام مراقبت امروزی بر رعایت حقوق بیماران تاکید می‌شود. با توجه به شرایط بیمار، ارائه اطلاعات به او باید مطابق الگوی صحیح صورت پذیرد. از نظر یکی از شرکت‌کنندگان که سابقه ۲۲ سال مامایی در نظام درمانی کشور را دارد، ارائه اطلاعات کامل حتی در مورد اخبار ناگوار باید اولویت در نظر گرفته شود: «حتی در مورد اخبار بد، آگاهی از تمام حقیقت جزء حقوق بیماره. اینکه هدف فریب دادن بیمار با دروغ مصلحت‌آمیز باشه تا حقیقت رو شیرین جلوه بده اصلاً درست نیست. اینکه اون نمی‌دونه یا متوجه نیست و نباید حقیقت رو بدون، زیر سوال بردن حقوق بیماره. دیگه روال قدیم نیست. آگاهی افراد بالا رفته. نباید به جای بیمار تصمیم گرفت».

بحث

یافته‌های این مطالعه کیفی حکایت از این دارد که عوامل متعددی می‌تواند در مدیریت اطلاعات و گفتن دروغ مصلحت‌آمیز در فرآیند مراقبت از بیمار مؤثر باشد. اطلاعات به دست آمده از مصاحبه‌ها در سه طبقه شرایط خاص توجیه‌کننده دروغ مصلحت‌آمیز، دلایل روی آوردن به

مصلحت‌آمیز ناگزیریم. از نظر شرکت‌کننده ماما، گفتن دروغ مصلحت‌آمیز وسیله‌ای است برای رسیدن به هدف درمانی: «هدف کمک به بیماره، بدون اینکه آسیب جدیدی چه از نظر روحی و چه از نظر جسمی پیش بیاد. گاهی گفتن حقیقت فاصله می‌ندازه بین هدف، ما و بیمار».

راهکارهای اجتناب از دروغ مصلحت‌آمیز

راهکارهایی که شرکت‌کنندگان برای به حداقل رساندن دروغ‌های مصلحت‌آمیز و تسهیل افشای حقیقت بیان کردند، عبارتند از: تدوین راهنمای ارائه اطلاعات به بیمار، ارائه اطلاعات متناسب با درک بیمار و شکستن الگوهای قدیم.

تدوین راهنمای ارائه اطلاعات به بیمار

با استناد به تجربیات شرکت‌کنندگان به جرئت می‌توان گفت که هیچ راهنمایی برای آگاهی از نحوه افشای حقیقت و یا میزان ارائه حقیقت به بیماران با شرایط خاص در دسترس نیست. متأسفانه رویه و راهنمای واحدی برای برخورد با موقعیت‌های بغرنجی که در آنها تصمیمات بر اساس تجربه و اطلاعات قبلی گرفته می‌شود وجود ندارد. سوپروایزر شرکت‌کننده در پژوهش که از تمامی بخش‌نامه‌ها و راهنماهای به‌روز درمانی آگاه است در این باره گفت: «بر مبنای منشور حقوق بیمار باید بیمار در جریان همه مسائل قرار بگیره ولی گاهی موارد استثنا هست که در این موارد استثنا گایدلاین و یا منبعی که در دسترس همه باشه رو نداریم».

ارائه اطلاعات متناسب با درک بیمار

در شرایط خاص مثل مراقبت از یک کودک، یا مراقبت از بیمار با اختلال شناختی نحوه ارائه اطلاعات باید با ظرفیت‌های ذهنی بیمار متناسب باشد. چه بسا گفتن حقیقت در بعضی موارد باعث ایجاد استرس شود یا بیمار را، بی‌آنکه اطلاعات را به درستی درک کرده باشد، پریشان و آشفته کند. بنابراین شرکت‌کنندگان بر این باور بودند که باید گزیده‌ای از اطلاعات مهم و قابل درک به بیمار ارائه شود. اطلاعات غیرقابل درک برای بیماران، باید تا حد امکان با ادبیات خود بیمار و مطابق با ذهنیت او ارائه شود. در غیر این صورت یا

دروغ مصلحت‌آمیز و راهکارهای اجتناب از دروغ مصلحت‌آمیز جای گرفت.

احترام به ارزش‌های بیمار و شرکت دادن او در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی، از اصول رعایت حقوق بیمار است (۱۶). گاهی در شرایطی خاص امکان گفتن حقیقت درمان به بیماران وجود ندارد. یکی از شرایط خاصی که شرکت‌کنندگان گفتن دروغ مصلحت‌آمیز را در آن جایز دانسته‌اند، برخورد با بیمار مبتلا به اختلالات شناختی است که قدرت تصمیم‌گیری ندارد. نتایج تحقیقات وودمیچل و همکاران (۲۰۰۶) و الویش و همکاران (۲۰۱۰) نیز هم راستا با پژوهش حاضر است و نشان می‌دهد که دروغ‌گویی در مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات شناختی همواره رایج بوده است (۱۷، ۱۸). شرکت‌کنندگان در پژوهش دلیل گفتن دروغ مصلحت‌آمیز در بیماران مبتلا به زوال عقل را پیشگیری از ایجاد اضطراب در بیمار بیان کرده‌اند. راسل (۲۰۱۸) که مادری مبتلا به زوال عقل دارد، در یادداشت‌هایش به این نتیجه رسید که صداقت همیشه بهترین سیاست در مراقبت از بیمار مبتلا به زوال عقل نیست و گاهی حفظ آرامش بیمار اولویت دارد. وی دریافت که دروغ مصلحت‌آمیز می‌تواند به عنوان راهی برای ساده‌تر کنار آمدن با شرایط در نظر گرفته شود و حلال مشکلات نیست (۱۹). در ادامه، وودمیچل و همکاران (۲۰۰۸)، گفتن دروغ به بیماران مبتلا به اختلالات شناختی را تنها زمانی مجاز می‌دانند که استفاده از تکنیک‌های حواسپرتی شکست خورده است (۲۰).

موقعیت دیگری که شرکت‌کنندگان گفتن دروغ مصلحت‌آمیز را در آن جایز دانسته‌اند، مراقبت از کودکان است. پاسخ گفتن به پرسش‌های کودک پس از مطلع شدن از واقعیت بسیار مشکل است (۲۱). شرکت‌کنندگان در پژوهش برای پیشگیری از قرار گرفتن در معرض سوالات بی‌شمار کودکان یا با تصور اینکه «عدم آگاهی کودک سبب می‌شود دوران خوشی را بگذرانند یا دشواری تحمل سوالات زیاد و اندوهبار کودک در مورد مرگ و بیماری، از گفتن حقیقت به کودک خودداری

می‌کنند». نتایج مطالعه سادات حسینی (۲۰۱۳) نیز موید یافته‌های پژوهش حاضر است (۲۱). مطلع کردن کودک از آنچه در اطرافش می‌گذرد، مطابق با سن و سطح درک وی، ضروری است، زیرا اگر کودک رنج‌ها و دردهایی را که تحمل می‌کند تنبیه والدین یا خداوند به خاطر گناهانش بداند، تحمل وضعیت موجود برایش بسیار مشکل‌تر می‌شود.

بنا بر تجربیات شرکت‌کنندگان در پژوهش، مراقبت از بیماری که در مراحل انتهایی بیماری است می‌تواند کادر درمان را در شرایطی قرار دهد که ناگزیر از گفتن دروغ مصلحت‌آمیز می‌شوند. دغدغه و نگرانی‌هایی مانند تحمل درد و رنج‌های بیماری، حسرت اموری که ناتمام مانده و ترس از تنها مردن، همگی برای افرادی که در مرحله پایان حیات به سر می‌برند برجسته می‌شوند (۲۲). این نگرانی‌ها مانعی است که گفتن حقیقت را دشوار می‌کند. یافته‌های مطالعه دانگ و همکاران^۲ (۲۰۱۶)، و لوپز و همکاران^۳ (۲۰۱۵) موید این مطلب است که در مراقبت از افراد در مرحله پایان حیات باید ارزش‌ها و باورهای بیمار را به طور خاص محترم شمرد تا رضایت و مرگ مطلوب بیمار میسر شود و هدف مراقبت‌های پایان حیات چیزی جز این نیست (۲۳، ۲۴). بنا بر تجربیات شرکت‌کنندگان، چه بسا، گاه کادر درمان در موقعیت‌هایی قرار گرفته‌اند که حفظ اسرار بیماران، آنان را مجبور به گفتن دروغ مصلحت‌آمیز کرده است. به این معنی که کادر درمان، برای پیشگیری از درز حقیقت به افرادی غیر از خود بیمار و به منظور حفظ اسرار بیمار به دروغ مصلحت‌آمیز متوسل شده‌اند. رازداری در یک تعریف مختصر حقوقی به «ممنوعیت افشای اطلاعات خاص که تحصیل آنها مبتنی بر اعتماد یک شخص به دیگری است و به مناسبت حرفه از آن مطلع می‌شود، اطلاق می‌شود» (۲۵). با تکیه بر این تعریف، کادر درمان حق افشای اطلاعات بیمار را ندارد، اطلاعاتی که برای بیماران به مثابه راز بوده و تمایلی به افشای آن برای هیچ کس ندارند، ولی به دلیل بیماری، البته با اعتماد به تیم مراقبتی، لاجرم

2. Dong, et al.

3. Lopez, et al.

1. Wood-Mitchell, et al.

برای دریافت اطلاعات ندارد، توافق عمومی بر این است که والدین و یا قیم به جای بیمار نظر بدهند (۲۱). راهکار پیشنهادی دیگری که شرکت کنندگان به آن اشاره کردند، شکستن الگوهای قدیم، یعنی الگوهای قیم مآبانه است. در زمینه افشای حقیقت الگوهای جدید احترام به خودآیینی بیمار را از مصادیق احترام به حقوق بیماران به شمار می آورند. بنا بر این الگو، سایرین، وقتی اجازه مطلع شدن از اطلاعات بیمار را دارند که وی به این امر رضایت داشته باشد (۲۶).

با توجه به روش نمونه گیری در مطالعه حاضر، که به صورت گروه کانونی با حجم نمونه اندک بوده است، نتایج قابل تعمیم به جمعیت بزرگتر نیست و این از محدودیت های پژوهش حاضر است. نظر به ماهیت کیفی مطالعه، احتمال فراموشی برخی خاطرات یا عدم تمایل شرکت کنندگان به بیان واقعی برخی تجربیات وجود دارد؛ این موضوع هم می تواند محدودیتی برای تحقیق در نظر گرفته شود.

نتیجه گیری

بنا بر یافته های مطالعه حاضر، تیم درمانی در بسیاری از موارد در شرایط خاصی قرار می گیرند که گفتن دروغ مصلحت آمیز اجتناب ناپذیر است. شناخت این شرایط خاص و در نظر گرفتن مصلحت بیمار، می تواند در تشخیص بهتر موقعیت مناسب برای مدیریت ارائه اطلاعات هم راستا با هدف درمانی موثر باشد. در این مسیر، نظر به ضرورت ارائه اطلاعات صحیح به بیماران به عنوان یک اصل اخلاقی، تدوین راهنماهای ارائه اطلاعات در شرایط و موقعیت های خاص مراقبت از بیماران و تمسک به الگوهای به روز با محوریت رعایت حقوق بیماران، از راهکارهای پیشنهادی مطالعه حاضر است. با توجه به یافته های این مطالعه، آموزش خط مشی ها و تکنیک های ارتباط موثر و ارائه اطلاعات به بیمار در دوره های آموزشی پرستاری توصیه می شود. یافته های این پژوهش می تواند در حیطه پژوهش پرستاری، راهگشای انجام پژوهش های کمی و کیفی دیگری درباره گفتن دروغ مصلحت آمیز و تبعات آن در فرهنگ های مختلف درمانی

مجبور به افشای آن برای کادر درمان شده اند (۲۶). بنا بر تجربیات تیم درمانی شرکت کننده در پژوهش، گاهی تیم درمانی به درخواست خود بیمار برای حفظ اسرار بیمار مجبور به کتمان حقیقت از همراهان یا گفتن دروغ مصلحت آمیز شده اند. اگرچه افشای حقایق درمان منوط به اجازه خود بیمار است، این اصل در مورد کودکان نابالغ و بیماری های واگیردار، مثل بیماری های مقاربتی، استثناء می پذیرد (۲۵).

یکی دیگر از طبقات حاصل از یافته های پژوهش، دلایل روی آوردن به دروغ مصلحت آمیز است. بنابر تجربیات شرکت کنندگان در پژوهش، یکی از دلایل روی آوردن به دروغ مصلحت آمیز، در نظر گرفتن مصلحت بیمار بوده است. جواز دروغ گویی به منظور رسیدن به مصلحت، دروغ گویی را صرفاً زمانی جایز می شمارد که احتمال عقلایی بروز خطر و ضرر نسبت به جان، مال و حیثیت فرد، در صورت راست گویی وجود داشته باشد (۱۱). شواهد این روند را در مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات شناختی با ملاحظه مصلحت و خواست بیمار تائید می کنند (۲۷، ۱۸).

طبقه دیگر پژوهش، ارائه راهکارهای اجتناب از دروغ مصلحت آمیز بر مبنای تجربیات شرکت کنندگان در پژوهش است. یکی از راهکارهای پیشنهادی شرکت کنندگان در پژوهش برای تسهیل افشای حقیقت تدوین راهنمای مناسبی برای ارائه اطلاعات به بیمار توسط نظام ارائه مراقبت است. مطالعه جویباری و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد هیچ راهنمایی برای ارائه حقایق درمان به بیمار، بر مبنای اصول اخلاقی و مراقبتی، در دسترس نیست و تیم مراقبتی در این مورد با تکیه بر تجربیات و دانسته های خود عمل می کنند (۲۸). بنا بر تحقیقات کالی^۱ و همکاران (۲۰۱۳)، در حال حاضر هیچ راهنمایی رسمی برای دروغ گفتن و یا کتمان حقیقت از بیماران در دسترس نیست و ارائه تعریفی دقیق از دروغ، زمان و نحوه گفتن آن هنوز چالش برانگیز است (۲۹). در مواجهه با بیمار مبتلا به زوال عقل یا کودک بیماری که ظرفیت کافی

1. Culley, et al.

6. Seaman AT, Stone AM. Little white lies: interrogating the (Un)acceptability of deception in the context of dementia. *Qual Health Res.* 2017;27(1):60-73.
7. James IA, Wood-Mitchell AJ, Waterworth AM, Mackenzie LE, Cunningham J. Lying to people with dementia: developing ethical guidelines for care settings. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2006; 21(8):800-1.
8. Banihashemi K. Medical ethics and bad news delivery to patients. *Ethics Sci Technol.* 2009;4 (1-2):115-30.
9. Ehsani M, Taleghani F, Hematti S, Abazari P. Perceptions of patients, families, physicians and nurses regarding challenges in cancer disclosure: A descriptive qualitative study. *Eur J Oncol Nurs.* 2016;25:55-61.
10. Montazeri A, Vahdani M, Haji-Mahmoodi M, Jarvandi S, Ebrahimi M. Cancer patient education in Iran: a descriptive study. *Support Care Cancer.* 2002;10(2): 169-73.
11. Atrak H, Mollabakhshi M. Lying to patient with a good intent. *J Med Ethics Hist Med.* 2012;5(4):1-12.
12. Jayasekara RS. Focus groups in nursing research: methodological perspectives. *Nurs Outlook.* 2012;60(6):411-6.
13. Speziale H, Streubert H, Carpenter D. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 5th ed. China: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 2011. 419 p.
14. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24(2):105-12.
15. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* 2005;15(9):1277-88.
16. Ghiyasvandian S, Mousavizadeh SN, Dehghan Nayeri N, Haghani H. The effect of decision aid's package in selected treatment by patients with early stage breast cancer and decision making outcomes. *J Fasa Univ Med Sci.* 2013;3(3):271-9.
17. Wood-Mitchell A, Waterworth A, Stephenson M, James I. Lying to people with dementia:

باشد. پرستاران بالین با آگاهی از یافته‌های این پژوهش می‌توانند موقعیت‌های مجاز گفتنِ دروغ مصلحت‌آمیز را بشناسند و در صدد ارتقای توانمندی‌های خود جهت مدیریت اطلاعات در این موقعیت‌ها باشند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر منتج از پایان‌نامه مقطع دکترا، با کد ۹۴۲۱۱۹۹۰۰۴، است. تیم پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی تهران بابت حمایت مالی طرح و از همه شرکت‌کنندگان در این مطالعه و همکارانی که به هر نحو ما را در انجام این پژوهش کمک کردند، کمال تشکر و قدردانی را به جا می‌آورند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر نویسندگان هیچگونه تضاد منافی نداشته‌اند.

References

1. Sarafis P, Tsounis A, Malliarou M, Lahana E. Disclosing the truth: a dilemma between instilling hope and respecting patient autonomy in everyday clinical practice. *Glob J Health Sci.* 2014;6(2):128-37.
2. Nazari-Tavakkoli S, Foroozandeh M. Truthfulness, comparative study of the teachings of Islamic ethics and principles of medical ethics. *Med Ethics.* 2015;9(32):167-94.
3. Kazdaglis GA, Arnaoutoglou C, Karypidis D, Memekidou G, Spanos G, Papadopoulos O. Disclosing the truth to terminal cancer patients: a discussion of ethical and cultural issues. *East Mediterr Health J.* 2010;16(4):442-7.
4. Zamani A, Shahsanai A, Kivan S, Hemmatti S, Mokarian F. Iranian physicians and patients attitude toward truth telling of cancer. *J Isfahan Med School.* 2011;29(143):752-60.
5. Tuckett AG. The experience of lying in dementia care: qualitative findings from residential aged care in Australia. *Nurs Ethics.* 2011;000 (00):1-14.

- sparkling the debate. *J Dementia Care*. 2006;14(6):30.
18. Elvish R, James I, Milne D. Lying in dementia care: an example of a culture that deceives in people's best interests. *Aging Ment Health*. 2010;14(3):255-62.
 19. Russell G. Dementia diagnosis and white lies: a necessary evil for carers of dementia patients? *Int J Care Caring*. 2018;2(1):133-7.
 20. Wood-Mitchell A, James I, Waterworth A, Swann A, Ballard C. Factors influencing the prescribing of medications by old age psychiatrists for behavioural and psychological symptoms of dementia: a qualitative study. *Age Ageing*. 2008;37(5):547-52.
 21. Sadat-Hoseini A, Aramesh K. Ethical challenges about palliative pediatric. *Med Ethics J*. 2013;7(25):55-81.
 22. Abbasi M, Gooshki ES, Movahedi H, Saffari S. Spiritual care at the end of life. *J Med Ethics*. 2015;8(30):97-131.
 23. Dong F, Zheng R, Chen X, Wang Y, Zhou H, Sun R. Caring for dying cancer patients in the Chinese cultural context: A qualitative study from the perspectives of physicians and nurses. *Eur J Oncol Nurs*. 2016;21:189-96.
 24. López-Sierra H, Rodríguez-Sánchez J. The supportive roles of religion and spirituality in end-of-life and palliative care of patients with cancer in a culturally diverse context: a literature review. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2015;9(1):87-95.
 25. Sheykh Talimi M, Shariati Nasab S, Omani Samani R. Comparative study on medical confidentiality in sexually transmitted diseases. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2015;8(3):87-97.
 26. Yazdanian A, Abdolazade M. Confidentiality; right of patient and civil responsibility of the doctor. *Med Ethics J*. 2016;10(35):199-227.
 27. Day AM, James IA, Meyer TD, Lee DR. Do people with dementia find lies and deception in dementia care acceptable? *Aging Ment Health*. 2011;15(7):822-9.
 28. Mahasti-Jouybari L, Ghana S, Sarrafi-Kheirabadi S, Sanagoo A. The nurses' experiences of breaking bad news to the patients and their relatives. *Med Ethics*. 2013;7(24):11-31.
 29. Culley H, Barber R, Hope A, James I. Therapeutic lying in dementia care. *Nurs Stand*. 2013;28(1):35-9.

Experiences of Health Care Providers in Using Therapeutic White Lies in Patient Ethical Care Process

Alireza Nikbakht Nasrabadi ¹, Soodabeh Joolae ^{2,3}, Elham Navvab ⁴, Maryam Esmaeilie ^{4,5}, Mahboubeh Shali ^{6*}

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 Associate, Center for Evaluation & Outcome Sciences (CHEOS), University of British Columbia, Vancouver, Canada
4. Associate professor, Department of Management and Critical Care, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
6. Ph.D. Candidate, Department of Management and Critical Care, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: Oct. 7, 2019

Accepted: Dec. 4, 2019

Keywords:

Clinical ethics, Patient care team, Truth disclosure, White lying

To cite this article:

Nikbakht Nasrabadi A, Joolae S, Navvab E, Esmaeilie M, Shali M. Experiences of Health Care Providers in Using Therapeutic White Lies in Patient Ethical Care Process. Iran J Biomed Law Ethics. 2019;1(2):12-23.

Abstract

Background: Unfolding the whole truth in treatment is an ethical principle and an essential part of patients' rights. Sometimes, under certain circumstances, members of the treatment team find themselves in a plight where they are forced to lie or tell white lies. The purpose of this study was to analyze the experiences of treatment team about telling white lies in specific patient care conditions.

Methods: The present study is a qualitative one (content analysis). The study sample consisted of 14 members of the treatment team working in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. The data were collected through in-depth and semi-structured interviews in two focus groups and based on the actual experiences of treatment team regarding white lies in the patient care process. The process of data analysis was performed according to the proposed steps of Graneheim and Lundman. To ensure the validity and reliability of the data, Lincoln and Guba paradigm was applied.

Results: The analysis of data yielded 420 primary codes, 10 categories, and 3 main themes. The resulting themes included specific circumstances justifying the need to tell white lies, reasons for white lying, and the strategies to circumvent such lies.

Conclusion: Unfolding the truth must be considered an ethical principle. However, the point at issue and the main challenge is providing the conditions to prepare the patient for hearing the facts and the optimal ways of telling such facts. Moreover, treatment team should be informed how to deal with the probable reactions of the patients after telling them the truth.

* Corresponding author: Mahboubeh Shali, Tel: 66933600, Fax: 66941668, Email: M.shali@zums.ac.ir