

August-September 2020, Volume 15, Issue 3

The Relationship between Moral Sensitivity in Decision Making and Using white Lies in Patient Care

Nikbakht Nasrabadi A.R¹, Joolae S², Navab E³, Esmailie M⁴, *Shali M⁵

1- Professor, School of Nursing and Midwifery, Medical Surgical Nursing Department, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Professor, Center of Health Evaluation & Outcome Sciences (CHEOS).Canada, Vancouver, BC, Nursing care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Associate professor, Critical Care Nursing and Management Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Associate professor, Nursing Care Research Center, Critical Care Nursing and Management Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5-Ph.D. Candidate, Critical Care Nursing and Management Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (**Corresponding author**)

Email: M.shali@ZUMS.ac.ir

Received: 2 March 2020

Accepted: 26 June 2020

Abstract

Introduction: Nurses encounter challenging ethical issues in practice that can make decision making tough for them. Sometimes they are placed in a situation to choose one between the two interests of truth and life. Such dilemmas cause human developed and applied white lies. The present study aimed to investigate the relationship between use of white lies in patient care and moral sensitivity in the decision making process among nurses.

Methods: This descriptive study was a cross-sectional one conducted in 2018 in Tehran (Iran). 300 nurses were recruited as the research sample using stratified random sampling method. Data were extracted from the sample questionnaires of demographic data, Lutzen moral sensitivity for decision making and white lie. Descriptive statistics and inferential statistical methods including Kolmogorov-Smirnov test, Spearman correlation coefficient, Kruskal-Wallis test, t-test and Mann Whitney U test were used. $P < 0.05$ represented as significant level.

Result: Mean age of the participants was 35 ± 6.14 years, and the majority were female (60.4%) and married (64%). Mean score of use of white lie in patient care was 62 ± 7.61 and the mean score of the moral sensitivity of nurses was estimated at 171 ± 5.6 (favorable). A significant correlation was observed between the use of white lie in patient care and moral sensitivity ($P < 0.023$) ($r = -0.68$).

Conclusions: In view of the fact that nurses deal with serious situations in patient care that call for adequate ethical abilities for decision-making as well as good performance, it is necessary for them to be familiar with and sensitive to ethical issues related to their profession.

Keywords: Moral sensitivity, White lie, Truth telling, Nurse.

بررسی ارتباط حساسیت در اخذ تصمیمات اخلاقی با استفاده از دروغ مصلحت آمیز در مراقبت از بیماران

علیرضا نیکبخت نصرآبادی^۱، سودابه جولانی^۲، الهام نواب^۳، مریم اسماعیلی^۴، *محبوبه شالی^۵

۱- استاد، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 ۲- استاد، دانشگاه یو بی سی، ونکوور، کانادا. مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
 ۳- دانشیار، گروه پرستاری مراقبت های ویژه و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 ۴- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری مراقبت های ویژه و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 ۵- دانشجوی دکترا، گروه پرستاری مراقبت های ویژه و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
 ایمیل: M.shali@ZUMS.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۱۲

چکیده

مقدمه: پرستاران در فرآیند مراقبت از بیمار با مسائل اخلاقی چالش برانگیزی مواجه می شوند و این امر تصمیم گیری را برای آنها سخت می کند. آنان گاهی در شرایطی قرار می گیرند که باید بین دو مصلحت مثل حفظ جان و حقیقت گویی یکی را انتخاب کند. در چنین تناقضاتی آنها رویکردی به نام دروغ مصلحت آمیز را به کار می گیرند. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین حساسیت اخلاقی پرستاران در تصمیم گیری با استفاده از دروغ مصلحت آمیز در مراقبت از بیماران صورت گرفت.

روش کار: این مطالعه مقطعی به صورت توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۷ در تهران انجام شد. با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای نسبتی، ۳۰۰ پرستار در پژوهش شرکت کردند. داده ها از طریق سه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه حساسیت اخلاقی در تصمیم گیری لاتزن و پرسشنامه دروغ مصلحت آمیز جمع آوری شدند. تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و از طریق آزمون های کولموگروف-اسمیرنوف، اسپیرمن، کروسکال والیس، آزمون تی و من ویتنی در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ انجام شد.

یافته ها: میانگین سنی پرستاران شرکت کننده در پژوهش $35 \pm 6/14$ سال و اکثرا خانم ($60/4\%$) و متاهل (64%) بودند. میانگین نمره استفاده از دروغ مصلحت آمیز در مراقبت از بیمار $62 \pm 7/61$ و میانگین نمره حساسیت اخلاقی پرستار در تصمیم گیری برابر با $171 \pm 5/6$ (مطلوب) به دست آمد. از نظر آماری ارتباط معکوس اما معناداری بین استفاده از دروغ مصلحت آمیز در مراقبت از بیماران و حساسیت اخلاقی در تصمیم گیری دیده شد ($P < 0/023$) ($r = -0/68$).

نتیجه گیری: از آنجا که پرستاران در امر مراقبت از بیمار با موقعیت های جدی برخورد می کنند که نیاز به توانایی های اخلاقی در تصمیم گیری و عملکرد مناسب دارد، لازم است نسبت به مسائل اخلاقی مربوط به حرفه ی خود حساس و آشنا باشند.

کلید واژه ها: دروغ مصلحت آمیز، حساسیت اخلاقی، مراقبت، حقیقت گوئی، پرستار.

مقدمه

اخلاقی و آگاهی از دلایل انتخاب یک تصمیم، جزء تفکیک ناپذیری از کار روزمره پرستاران محسوب می شود (۲). رفتار معنوی و توأم با مسئولیت با بیماران، نقش موثری در بهبود و بازگشت سلامتی آنان دارد به همین دلیل است که حرفه پرستاری بر پایه اخلاق استوار شده است (۳). یکی از اصولی که در زمینه ارائه مراقبت اخلاقی حائز اهمیت است ارائه حقایق درمان به بیمار است. نگرش ها

پرستاران در اجرای مراقبت با مسائل اخلاقی چالش برانگیزی مواجه می شوند و این امر تصمیم گیری را برای آنها سخت می کند. حدود ۱۱ درصد از پرستاران هر روز و ۳۶ درصد هر چند روز یک بار با چالش های تصمیم گیری اخلاقی مواجه می شوند (۱). گرفتن تصمیمات

کمک می کند که بیشتر متوجه مسائل اخلاقی حرفه خود باشند و راه حل های خلاقانه برای آنها بیابند (۱۳). Noh & Kim (۲۰۱۳) در مطالعه خود گزارش کرده اند که حساسیت اخلاقی پرستاران در شرایط چالش آوری که بیمار و خانواده اش با آن روبرو می شوند، می تواند نقش مؤثری در تصمیم گیری و اجرای عمل اخلاقی درست داشته باشد (۱۴).

با توجه به تجارب پژوهشگر در محیط کاری خود و مواجهه با معضلات اخلاقی و پاسخهای گوناگون پرستاران نسبت به آن و همچنین، حساسیت های مختلف پرستاران در استفاده از دروغ مصلحت آمیز به عنوان یک چالش اخلاقی، بررسی این دو متغیر ضروری به نظر می رسد. از سوی دیگر، این تصور در ذهن پژوهشگر نقش بست که شاید حساسیت اخلاقی با انتخاب استفاده از دروغ مصلحت آمیز به عنوان یک استراتژی برای محافظت از بیمار مرتبط باشد، که نیازمند بررسی است و علیرغم جست و جو در تمامی پایگاه های داده، مطالعه ای در این راستا یافت نشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین حساسیت پرستاران در تصمیم گیری اخلاقی و استفاده از دروغ مصلحت آمیز در فرآیند مراقبت از بیمار صورت گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی و مقطعی است که در سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه تحقیق را پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکیل دادند.

فرم گردآوری اطلاعات، پرسشنامه ای سه قسمتی بود که شامل فرم مشخصات فردی و پرسشنامه ی پژوهشگر ساخته استفاده از دروغ مصلحت آمیز در مراقبت از بیمار و پرسشنامه حساسیت اخلاقی در تصمیم گیری بود. سؤالات پرسشنامه ی مشخصات فردی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، بخش محل کار، وضعیت استخدام، سابقه کار، نوبت کاری، مدرک تحصیلی و سابقه گذراندن دوره اخلاق بود.

پرسش نامه ی حساسیت اخلاقی در تصمیم گیری دارای ۲۵ سؤال است که وضعیت تصمیم گیری اخلاقی پرستاران در هنگام ارائه ی خدمات بالینی را اندازه گیری می کند. حیطه های پرسشنامه شامل: احترام به استقلال مددجو، آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار، دانش حرفه ای، تجربه مشکلات و کشمکش های اخلاقی و به کار گیری مفاهیم اخلاقی

و شیوه های گفتن حقیقت در ارتباط با لزوم ارائه حقیقت، چرایی و چگونگی و زمان ارائه اطلاعات به بیمار و خانواده به طور قابل ملاحظه ای در طول زمان تغییر کرده است (۴). 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 هزینه های بیمار می شود (۵).

قرار گرفتن در موقعیت هایی که پرستاران مجبور به ارائه اطلاعات یا افشای حقیقت هستند، اجتناب ناپذیر است (۶). گاهی کادر درمان، برای برقراری تعادل بین حفظ امید و ارائه حقیقت تلخ از جملات نیمه حقیقی استفاده می کنند. این جملات نیمه حقیقی در اصطلاح دروغ های مصلحت آمیز هستند (۷). بنا به تعریف، دروغ مصلحت آمیز نوعی از فریب در تعامل است که با هدف پیش گیری از آسیب و صرفاً جهت محافظت از منفعت مخاطب گفته می شود (۸). در این موقعیت، انگیزه استفاده از دروغ، شخصی نیست و موقعیتی که فرد در آن قرار گرفته است، عامل انتخاب این رفتار است (۹). در راستای استفاده از دروغ مصلحت آمیز در مراقبت از بیمار، James و همکاران (۲۰۰۶) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که دروغ در همه سطوح ارائه مراقبت دیده می شود و ۹۶/۴ درصد کادر درمان به عنوان یک استراتژی ارتباطی آن را انتخاب می کنند (۱۰). از نظر محققان علم اخلاق، گفتن حقیقت به بیمار یک اصل اخلاقی است و در مقابل آن، دروغ گفتن به بیمار نقض احترام به استقلال بیمار است و فقط در موارد داشتن دلایل قابل توجیه مثل تبعیت از اصل نیکوکاری می توان از دروغ استفاده کرد (۱۱). عبارتی، دروغ گفتن به بیمار زمانی قابل قبول است که برای پیش گیری از آسیب روانی به بیمار است و در آن تمامی جوانب مربوط به حفظ منفعت بیمار در نظر گرفته می شود (۱۲). تصمیم برای استفاده از دروغ مصلحت آمیز در موقعیت های خاص برای حفظ منفعت بیمار، یک تصمیم گیری اخلاقی است.

داشتن حساسیت اخلاقی در مراقبین سلامت، به عنوان اولین گام در فرآیند تصمیم گیری اخلاقی لازم و ضروری است. حساسیت اخلاقی به صورت توانایی مقابله با تعارضات اخلاقی نه تنها با احساسات، بلکه با آگاهی از نقش ها و مسئولیت های خود در موقعیت های کلینیکی حساس، تعریف می شود. این ویژگی اخلاقی به پرستاران

دکترای آمار حیاتی)، ارائه گردید. برای ارزیابی کمی روایی محتوا، نسبت روایی محتوا (Content validity ratio) و برای اطمینان از اینکه سوالات ابزار به بهترین نحو جهت اندازه‌گیری محتوا طراحی شده، از شاخص روایی محتوا (Content validity index) استفاده شد. جهت تعیین روایی محتوایی پرسشنامه، پاسخ‌ها براساس فرمول Content Validity (CVR) محاسبه شد و این میزان برای پرسشنامه ۰/۷۶ محاسبه گردید. مجدداً پرسشنامه‌ها جهت محاسبه CVI به ۱۰ نفر از متخصصین ذکر شده داده شد و این میزان ۰/۸۴ به دست آمد. جهت بررسی پایایی ابزار، همبستگی داخلی سوالات با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شد. به این ترتیب که پرسشنامه در اختیار ۳۰ نفر از شرکت کنندگانی که دارای مشخصات یکسان با واحدهای مورد پژوهش بودند قرار گرفت و مقدار این ضریب ۰/۸۳ محاسبه گردید. ۳۰ نفر در تعداد نمونه‌های اصلی پژوهش لحاظ نشدند.

با توجه به عدم دسترسی پژوهشگر به مطالعه‌ای مشابه با هدف مطالعه کنونی، چه در ایران و چه در خارج از ایران، با فرض اینکه اگر همبستگی بین استفاده از دروغ مصلحت آمیز در مراقبت از بیمار و حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری حداقل ۰/۲ باشد با $\alpha = 0/05$ و $\beta = 0/1$ تعداد حجم نمونه ۲۵۹ به دست آمد و با احتمال تقریبی ریزش ۱۵ درصد نمونه‌ها، ۳۰۰ پرسشنامه برای توزیع آماده شد.

روش نمونه‌گیری پژوهش به صورت طبقه‌ای نسبتی بود که در این روش تعداد نمونه در هر طبقه به اندازه نسبت آن طبقه در کل جامعه آماری است. نمونه‌گیری به این صورت شروع شد که ابتدا لیستی از تعداد کل پرستاران شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران تهیه گردید و با توجه به تعداد پرستاران هر بیمارستان به تعداد کل پرستاران و ضرب در حجم نمونه مطالعه، تعداد نمونه‌ها از هر بیمارستان یا به عبارتی هر طبقه انتخاب گردید.

در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی بودند. پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال است که وضعیت تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران را در هنگام ارائه خدمات بالینی اندازه‌گیری می‌کند و امتیاز هر سؤال به روش لیکرت به صورت کاملاً موافق (۴) نسبتاً موافق (۳)، نسبتاً مخالف (۲)، کاملاً مخالف (۱) و بی نظر (۰) در نظر گرفته می‌شود. بیشترین امتیاز ۱۰۰ و کمترین امتیاز صفر است. بر این اساس، در صورتی که امتیاز کل هر نمونه بین ۵۰-۰ باشد دارای حساسیت اخلاقی کم، ۷۵-۵۰ حساسیت متوسط و ۱۰۰-۷۵ دارای حساسیت زیاد محسوب می‌شود. این پرسشنامه توسط Lutzen و همکاران در سوئد تدوین شد (۱۵). پایایی این پرسش‌نامه در آمریکا ۰/۷۶ (۱۶) و در کره ۰/۷۸ برآورد شده است (۱۷). در ایران حسن پور و همکاران پرسش‌نامه را طبق معیارهای سازمان بهداشت جهانی (ترجمه‌ی پرسش‌نامه‌ها) و با توجه به شرایط فرهنگی ایران، از انگلیسی به فارسی روان ترجمه کردند. سپس عین ترجمه به زبان اصلی برگردانده و با متن اصلی مطابقت داده شده است. پس از گردآوری و بررسی همسانی درونی پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که عدد ۰/۸۱ به دست آمده و تأیید شده است (۱۸).

جهت جمع‌آوری داده‌ها در ارتباط با دروغ مصلحت‌آمیز؛ پرسشنامه پژوهشگر ساخته با عنوان کاربرد دروغ مصلحت‌آمیز در فرآیند مراقبت از بیمار که بر مبنای متون مرتبط (۱۹،۲۰،۲۱) طراحی شده است، استفاده گردید. پرسشنامه مشتمل بر ۲۵ سؤال با طیف پاسخ دهی لیکرت پنج تایی به صورت بسیار موافقم (با نمره دهی ۵) تا بسیار مخالفم (با نمره دهی ۱) می‌باشد. بیش‌ترین امتیاز افراد از این پرسش‌نامه ۱۲۵ و کم‌ترین امتیاز ۲۵ است. گویه‌های پرسشنامه مشتمل بر گویه‌های مربوط به موقعیت نامناسب، ویژگی‌های بیمار، فرهنگ بستر مراقبتی و مهارت‌های فردی و ارتباطی بودند. پرسشنامه فوق، به منظور تعیین روایی کمی محتوا به ۱۰ نفر از افراد متخصص (۷ نفر هیئت علمی دکترای پرستاری صاحب نظر در زمینه اخلاق پرستاری و اخلاق زیستی و اخلاق پزشکی و ۳ نفر

$$\text{تعداد کل پرستاران در بیمارستان } X \times 300 = \frac{\text{تعداد کل پرستاران در بیمارستان } X}{\text{تعداد کل پرستاران بیمارستان های منتخب}} \times \text{تعداد نمونه از بیمارستان } X$$

یافته ها

تمامی ۳۰۰ پرسشنامه به طور کامل تکمیل و بازگردانده شدند. شرکت کنندگان در پژوهش با میانگین سنی (۳۵±۶/۱۴)، اکثر زن (۶۰/۴٪) و متأهل (۶۴٪) بودند. بیشترین تعداد شرکت کنندگان در پژوهش از نظر استخدامی پیمانی (۵۶/۷٪)، با درجه تحصیلی کارشناسی (۹۶/۳٪) با شیفت کاری در گردش (۷۴/۳٪) و دارای میانگین سابقه کاری (۷±۶/۰۳۴) بودند. همچنین در تحلیل داده ها و بررسی ارتباط بین مشخصات فردی و استفاده از دروغ مصلحت آمیز در مراقبت از بیمار، ارتباط معناداری بین سن، جنس، سابقه کار و تحصیلات دیده شد که این ارتباط در مورد ارتباط با حساسیت اخلاقی نیز صادق بود. به این صورت که حساسیت اخلاقی پرستاران در تصمیم گیری با سن، جنس، سابقه کار و تحصیلات ارتباط معنادار آماری دارد. بین سایر مشخصات دموگرافیک و استفاده از دروغ مصلحت آمیز در مراقبت از بیمار و حساسیت اخلاقی پرستار در تصمیم گیری ارتباط معنادار آماری دیده نشد. جزئیات بیشتر در (جدول ۱) آمده است. با توجه به داده های به دست آمده از این پژوهش میانگین کل نمره استفاده از دروغ مصلحت آمیز در مراقبت از بیمار برابر با (۶۲±۷/۶۱) مرتبه محاسبه گردید که نشان دهنده این است که پرستاران در مراقبت از بیمار به طور متوسط از دروغ مصلحت آمیز استفاده می کنند. بالاترین میزان استفاده از دروغ مصلحت آمیز در موقعیت های مربوط به ویژگی های بیمار (۸۲±۱۱/۳) و کمترین میزان نمره در قسمت مربوط به مهارت های فردی و ارتباطی پرستار (۴۰±۹/۹) بوده است. همچنین میانگین نمره حساسیت اخلاقی در تصمیم گیری (۹۷±۵/۶) (حساسیت اخلاقی زیاد) به دست آمد که این بدان معناست که پرستاران از حساسیت اخلاقی بالائی برخوردارند. در مقایسه نمرات کسب شده در حیطه های مربوط به پرسشنامه حساسیت اخلاقی در تصمیم گیری بیشترین نمره مربوط به قسمت بعد احترام به استقلال مددجو (۹۴±۱۱/۱) و کمترین نمره مربوط به بعد صداقت و خیرخواهی (۶۸±۱۳/۷) به دست آمد. از نظر آماری ارتباط معکوس اما معناداری بین استفاده از دروغ مصلحت آمیز در مراقبت از بیماران و حساسیت اخلاقی در تصمیم گیری دیده شد (p<۰/۰۲۳) (I=-۰/۶۸) (جدول ۲).

معیارهای ورود پرستاران به این مطالعه شامل داشتن مدرک تحصیلی فوق دیپلم پرستاری و بالاتر، ارائه مراقبت مستقیم به بیمار، داشتن حداقل یک سال سابقه کار در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و تمایل به شرکت در طرح بود که در انتخاب نمونه ها اعمال گردید. معیار خروج از مطالعه، داشتن پست مدیریتی و اداری پرستاران، عدم همکاری پرستاران در تکمیل یا ناقص پر کردن پرسشنامه ها در نظر گرفته شد.

تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد. از آمار توصیفی، برای ارزیابی درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی استفاده شد. فرض نرمال بودن متغیرهای وابسته در داخل گروه ها به کمک آزمون ناپارامتری Kolmogorov-Smirnov بررسی شد. به دلیل عدم توزیع نرمال متغیرهای استفاده از دروغ مصلحت آمیز در مراقبت از بیمار و حساسیت اخلاقی برای بررسی همبستگی بین این دو متغیر از ضریب همبستگی Spearman استفاده شد. برای مقایسه ی گروه ها در متغیرهای دوحالته (جنس، وضعیت تأهل، سابقه ی شرکت در کارگاه اخلاق) از آزمون Mann Vitney U و در مورد در متغیرهای چندحالتی (سطح تحصیلات، وضعیت استخدام و محل خدمت پرستاران) از آزمون Kruskal Wallis استفاده شد. در موارد نرمال بودن توزیع متغیرها برای مقایسه ی گروهها از آزمون پارامتری Independent T-test استفاده شد. سطح معنی داری رعایت شده در تمام تحلیل ها P<۰/۰۵ بود.

نمونه گیری در هر سه شیفت صبح و عصر و شب و در تمامی بخش های بیمارستان صورت گرفت. پرسشنامه ها بعد از هماهنگی با واحدهای مورد پژوهش ۳-۷ روز بعد از توزیع جمع آوری گردید. ملاحظات اخلاقی رعایت شده شامل انجام هماهنگی جهت نمونه گیری، دادن آگاهی به شرکت کنندگان در مورد استفاده از اطلاعات، محرمانه بودن اطلاعات کسب شده و داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه بود. همه ی شرکت کنندگان برای شرکت در مطالعه رضایت آگاهانه ی شفاهی دادند.

جدول ۱: بررسی ارتباط مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان با حساسیت اخلاقی در تصمیم گیری و استفاده از دروغ مصلحت آمیز در مراقبت از بیمار

متغیر	فراوانی	درصد	حساسیت اخلاقی	دروغ مصلحت آمیز
سن	۲۲-۳۰	۴۱/۶	۷۴ ± ۳/۷	۹۸ ± ۱۱/۲
	۳۱-۴۰	۲۸/۷	۸۷ ± ۸/۲	۷۳ ± ۱۳/۱
	۴۱-۵۰	۲۹/۷	۹۴ ± ۷/۸	۳۸ ± ۹/۶
جمع کل	۳۰۰	۱۰۰	† $\chi^2 = ۱/۵۷$ $p \leq /۰.۳۱$	† $\chi^2 = ۰/۸۹$ $p \leq /۰.۲۳$
جنس	زن	۶۰/۴	۹۳ ± ۱۴/۲	۱۰۳ ± ۱۳/۱
	مرد	۱۱۹	۸۱ ± ۱۲/۴	۵۷ ± ۱۰/۷
	جمع کل	۳۰۰	۱۰۰	* $-۰/۱۹$ $p \leq /۰.۰۴$
تاهل	متاهل	۸۷/۷	۹۴ ± ۶/۱	۸۶ ± ۳/۲
	مجرد	۱۲/۳	۹۲ ± ۴/۲	۷۹ ± ۸/۴
	جمع کل	۳۰۰	۱۰۰	* $-۰/۲۳$ $p \leq /۰.۰۹$
تحصیلات	کارشناسی	۶۶/۳	۸۰ ± ۶/۷	۱۱۲ ± ۶/۱
	کارشناسی ارشد	۲۶	۸۹ ± ۶/۲	۸۶ ± ۵/۰
	دکترا	۷/۶	۹۷ ± ۸/۳	۲۵ ± ۱۰/۷
	جمع کل	۳۰۰	۱۰۰	* $-۳/۴۲$ $p \leq /۰.۱۲$
استخدام	قراردادی	۳۳/۳	۸۹ ± ۱۰/۱	۷۲ ± ۷/۱
	پیمانی	۸۳/۳	۹۱ ± ۹/۳	۷۳ ± ۱۲/۳
	رسمی	۲۸/۴	۸۵ ± ۸/۱	۷۶ ± ۲/۸
جمع کل	۳۰۰	۱۰۰	† $X^2 = ۷/۳۳$ $p \leq /۰.۴۵$	† $X^2 = ۱۱/۴۶$ $p \leq /۰.۸۳$
شیفت	ثابت	۲۶	۹۴ ± ۱۳/۲	۷۵ ± ۹/۳
	در گردش	۷۴	۹۳ ± ۹/۸	۶۸ ± ۱۱/۰
	جمع کل	۳۰۰	۱۰۰	† $X^2 = ۸/۹۸$ $p \leq /۰.۰۹$
سابقه کار (سال)	کمتر از ۵	۳۰	۹۰ ± ۲/۵	۷۵ ± ۸/۳
	۵-۱۰	۲۷	۸۹ ± ۵/۶	۸۳ ± ۷/۲
	۱۱-۲۰	۱۸	۹۴ ± ۸/۷	۵۶ ± ۸/۲
	بیشتر از ۲۰ سال	۲۵	۹۷ ± ۶/۳	۳۲ ± ۱۱/۳
جمع کل	۳۰۰	۱۰۰	† $X^2 = ۹/۱۱$ $p \leq /۰.۰۱$	† $X^2 = ۳/۲۲$ $p \leq /۰.۲۱$
بخش محل کار	داخلی	۲۸	۸۹ ± ۳/۷	۷۲ ± ۸/۳
	جراحی	۲۶	۹۲ ± ۱۱/۳	۷۶ ± ۶/۸
	ویژه	۱۸	۹۳ ± ۱۳/۴	۶۸ ± ۹/۵
	اورژانس	۲۸	۹۱ ± ۱۰/۷	۵۹ ± ۱۱/۲
	جمع کل	۳۰۰	۱۰۰	† $X^2 = ۲/۸۹$ $p \leq /۰.۸۱$

۸۵ ± ۱۲/۳	۸۵ ± ۹/۳	۷۰	۲۱۱	بله	گذراندن دوره اخلاق
۵۳ ± ۱۲/۷	۹۶ ± ۱۳/۱	۳۰	۸۹	خیر	
* -۱/۳۲ p ≤ .۰۴۲	* -۲/۳۵ p ≤ .۰۶۰	۱۰۰	۳۰۰	جمع کل	

†: نتیجه آزمون Kruskal Wallis
*: نتیجه آزمون Mann Vitney U
T: نتیجه آزمون Independent T-tes

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار ابعاد استفاده از دروغ مصلحت آمیز در مراقبت از بیمار حساسیت اخلاقی در تصمیم گیری

میانگین ± انحراف معیار	ابعاد پرسشنامه	نتیجه آزمون اسپیرمن (p < .۰۲۳)* (r = -.۰۶۸)	حساسیت اخلاقی
۵۸ ± ۹/۸	موقعیت نامناسب		
۸۲ ± ۱۱/۳	ویژگی های بیمار		
۶۹ ± ۱۷/۴	فرهنگ بستر مراقبتی		
۴۰ ± ۹/۹	مهارت های فردی و ارتباطی		
۶۲ ± ۷/۶۱	نمره کل استفاده از دروغ مصلحت آمیز در مراقبت از بیمار		
۹۹ ± ۱۱/۱	احترام به استقلال مددجو		
۹۵ ± ۶/۹	آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار		
۹۲ ± ۱۴/۵	دانش حرفه ای		
۹۰ ± ۱۲/۳	تجربه مشکلات و کشمکش های اخلاقی		
۹۱ ± ۱۰/۸	به کار گیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم گیری های اخلاقی		
۷۸ ± ۱۳/۷	صداقت و خیرخواهی	حساسیت اخلاقی	دروغ مصلحت آمیز
۹۷ ± ۵/۶	نمره کل حساسیت اخلاقی در تصمیم گیری		

بحث

در مطالعه حاضر ارتباط معنی دار و معکوس بین حساسیت اخلاقی پرستاران و استفاده از دروغ مصلحت آمیز در ارائه مراقبت به بیمار دیده شد. به این معنی که هرچه قدر پرستاران در تصمیم گیری حساسیت اخلاقی بالاتری داشته باشند، کمتر از دروغ مصلحت آمیز استفاده می کنند. در این زمینه مطالعه مشابهی برای مقایسه ارتباط استفاده از دروغ مصلحت آمیز و حساسیت اخلاقی یافت نشد. در موردی مشابه، محمدی و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که حساسیت پرستاران نسبت به مسائل اخلاقی سبب خواهد شد با دقت و مهارت بیشتری به ارائه خیر ناگوار به بیمار و خانواده اش بپردازند (۲۲).

نمره کل استفاده از دروغ مصلحت آمیز به بیمار ۶۲ به دست آمد که بیشترین میزان این نمره در قسمت گویه های مربوط به ویژگی های بیمار بوده است. با توجه به پاسخ پرستاران، ارائه دروغ مصلحت آمیز به خاطر در نظر گرفتن شرایط بیمار بوده است. در مطالعه بیرقی و همکاران نیز،

کادر درمان به خاطر در نظر گرفتن شرایط بیمار و خانواده اطلاعات را کامل به بیماران ارائه نمی کردند. خانواده بیماران ایرانی بر این باور هستند که دانستن تمامی حقیقت باعث تاثیر منفی در بهبودی بیمارشان می شود و معمولاً خودشان در شرح کامل تشخیص و فرآیند درمان قرار گرفته و به جای بیمار تصمیم گیری می کنند، آنها این نگرانی را دارند که بیمار ضعیف تر از حدی است که توانائی پذیرش حقیقت را داشته باشد (۲۳).

همچنین پرستاران در قسمت مربوط به مهارت های فردی پائین ترین نمره را کسب کرده اند که نشان می دهد پرستاران در ارائه اطلاعات به بیماران مهارت کافی ندارند. مطالعه باقری و همکاران در ایران (۲۰۰۸) نشان داد که پرستاران علاقه ای به افشای حقیقت های تلخ برای بیمار نداشته و توانمندی لازم برای این کار را هنوز کسب نکرده اند (۲۴). برای اطمینان از دروغ مصلحت آمیز، مدیریت احساسات فردی و احساسات بیمار، مهارت های ارتباطی مناسب و پیش بینی پیامدهای اطلاعات افشا شده مهم است (۲۵).

نفس در پرستاران، بار کاری زیاد، عدم احساس نیاز خود بیماران به کسب آموزش، شاید از جمله عواملی باشند که باعث می شود پرستاران در برخورد با بیماران به گونه ای رفتار کنند که چندان با پاسخگویی صادقانه سازگار نباشد. در بررسی ارتباط بین مشخصات دموگرافیک و متغیرهای مطالعه، یافته های مطالعه حاکی از آن است که سن با استفاده از دروغ مصلحت آمیز و حساسیت اخلاقی رابطه آماری معناداری دارد. در Reinke و همکاران (۲۰۱۰) نیز سن با ارائه حقیقت به بیمار ارتباط مستقیمی دارد (۳۴). می توان گفت، از جمله دلایلی که باعث شده بالاترین امتیاز حساسیت اخلاقی و کمتر به کار بستن دروغ مصلحت آمیز در مراقبت از بیمار در این مطالعه در گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال باشد، افزایش میزان تجربه ی کاری با افزایش سن است که به دنبال بالا رفتن تجربه، افراد با حساسیت بیش تر نسبت به شرایط ایجاد شده تصمیم گیری و قضاوت می کنند و برحسب تجربه ی کاری از نتایج تصمیم خود آگاه هستند. برهانی و همکاران در مطالعه ی خود نشان دادند تجربه عامل مهمی در افزایش میزان حساسیت اخلاقی حرفه ای است که به دنبال افزایش سن و آموزش ایجاد می شود (۳۵).

بین جنس و استفاده از دروغ مصلحت آمیز نیز، رابطه معنادار آماری دیده شد. با توجه به نتایج مطالعه و مقایسه آن با سایر مطالعات، زنان در انتخاب استفاده از دروغ، مصلحت بیمار و شنونده را بیشتر در نظر می گیرند. در مطالعه Erat و Gneezy نیز میزان استفاده از دروغ مصلحت آمیز در زنان بیشتر گزارش شد. در مطالعه آنان، زنان جنبه های آسیب دروغ را برای شنونده در نظر می گرفتند و از دروغ مصلحت آمیز استفاده می کردند در عوض مردان از دروغ های واقعی بیشتر استفاده می کردند (۳۶). در مطالعه Dreber و Johannesson نیز مردان در برقراری ارتباط بیشتر از دروغ استفاده می کردند و در زمینه استفاده از دروغ بیشتر به جنبه مصلحت شخصی توجه داشته اند (۳۷). در مطالعه فراتحلیلی که با هدف بررسی تفاوت های جنسیتی در تصمیم گیری اخلاقی توسط You و همکاران انجام شد، محققان به بررسی ۱۹ مقاله منتشر شده در حیطه حساسیت اخلاقی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که، زنان در مقایسه با مردان از نمرات حساسیت اخلاقی بالاتری برخوردار هستند (۳۸). در تصمیم گیری اخلاقی، با توجه به اینکه مردان در تصمیم گیری ها منطقی تر هستند ولی زنان عاطفی تر و دلسوزتر

برخی از دستورات عمل های ساده نیز در طی مکالمات با بیمار می تواند مفید باشد، درک واژگان بیمار، بررسی درک بیمار از فرآیند درمان می تواند شروعی برای این کار باشد. نمره کسب شده از پرسشنامه حساسیت اخلاقی برابر با ۹۷ بوده است که نمره بسیار بالائی است. موسوی و همکاران نمره حساسیت اخلاقی دانشجویان و پرستاران شاغل در دانشگاه علوم پزشکی آجا را متوسط رو به بالا گزارش کردند (۲۶). Zuzelo و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه خود در کشور ایالات متحده، میزان حساسیت اخلاقی پرستاران را در حد بالا گزارش نمودند (۲۷). Kim & Ahn (۲۰۱۳) در مطالعه خود سطح حساسیت اخلاقی در پرستاران کره ای را مطلوب ارزیابی کرده و بیان می کنند که اکثر افراد معمولاً دارای مسئولیت و حساسیت اخلاقی هستند، ولی پایبندی به این حساسیت در شرایط چالش برانگیز تفاوت اخلاقی اصلی موجود بین آنها است (۲۸). Filipova و همکاران (۲۰۰۹)، نشان دادند که پرستاران برای تصمیم گیری، از حساسیت اخلاقی کافی برخوردار نیستند (۲۹). این تفاوت می تواند گویای این نکته باشد که احتمالاً عوامل متنوعی در حساسیت اخلاقی پرستاران دخیل هستند و این متغیر می تواند متأثر از فرهنگ، شرایط محیط کاری، سطح تحصیلات پرستاران، دریافت آموزش اخلاق در طی دوران تحصیل، حجم مراقبت های پرستاری و تعداد بیماران تحت مراقبت باشد (۳۰-۳۲).

در بین حیطه های مربوط به پرسشنامه، بالاترین نمره در قسمت بعد احترام به استقلال بیمار به دست آمد. در مطالعه ی Lutzen و همکاران بیشترین نمره ی حساسیت اخلاقی در بعد احترام به استقلال مددجو بوده است (۱۵). در ادامه، پایین ترین نمره در قسمت صداقت و خیرخواهی به دست آمد که در مطالعه Lutzen و همکاران نیز هم راستا با مطالعه حاضر، کمترین نمره مربوط به بعد صداقت و خیر خواهی بوده است (۱۵). در مقابل یافته های پژوهش حاضر، در مطالعه Abdou و همکاران نمونه های مورد پژوهش از نظر بعد صداقت و خیرخواهی سطح بالاتری را در میان ابعاد حساسیت اخلاقی کسب کردند که با مطالعه ی حاضر مطابقت ندارد (۳۳). پایین بودن امتیاز در حیطه ی صداقت و خیرخواهی در پژوهش حاضر، بیان کننده ی بی توجهی به مسائل مربوط به بیمار است. این در حالی است که توجه به منفعت بیمار، واکنش های روان شناختی مثبت و رضایت مندی بالاتری را به دنبال دارد. فقدان اعتماد به

تنها به قصد کسب امتیاز و نه به منظور کسب دانش و ارتقای عملکرد در برنامه های بازآموزی شرکت می کنند. از طرفی، اگر مبنای کارگاه ها و مسائل طرح شده در آن بر مبنای واقعیت موجود در بالین و مراقبت های پرستاری منطبق نباشند، سبب می شود حساسیت اخلاقی در فعالیت های پرستاری ایجاد نشود و در نتیجه عملکرد اخلاقی را در بالین مشاهده نخواهیم کرد. آنچه مشخص است برآیند مورد انتظار در پایان این کارگاه ها است که نمی توانند این تغییر نگرش را در سطح اخلاقی در پرستاران ایجاد کنند. از محدودیت های این مطالعه، استفاده از پرسشنامه خودایفا بود زیرا در تکمیل کردن اینگونه پرسشنامه ها ممکن است که فرد پاسخگو خویشتن نگری کافی نداشته باشند و با دقت به سؤالات پاسخ ندهد. از محدودیت های دیگر این پژوهش می توان به محدود بودن تعداد نمونه های مطالعه و عدم بررسی سایر عوامل مؤثر مانند تعداد بیماران، تعداد پرستاران، بخش های بیمارستان، شیفت های کاری و وضعیت روانی و اجتماعی پرستاران در ایجاد حساسیت اخلاقی در تصمیم گیری و یا استفاده از دروغ مصلحت آمیز در مراقبت از بیمار اشاره کرد که توصیه می شود مطالعات بیشتری در این زمینه صورت گیرد.

نتیجه گیری

با توجه به این که مسائل اخلاقی در جوامع پزشکی بسیار مطرح است، توسعه ی حساسیت اخلاقی عکس العمل و نگرش پایه را برای پرستاران ایجاد می کند تا بتوانند مراقبت مؤثر و اخلاقی از بیمارشان به عمل آورند که در این مورد لزوم توجهات بیش تر را در زمینه ی بهبود و ارتقاء مباحث اخلاقی در پرستاران ایجاد می کند. از طرفی، توجه به تأثیرگذاری آداب و رسوم و قومیت ها و تفاوت های فرهنگی در حساسیت اخلاقی پرستاران می تواند در برنامه ریزی های بومی جهت ارتقا و بهبود میزان اعمال اخلاق در فرایندهای بالینی درمانی بیماران بسیار کارآمد باشد. وجود آموزش های بالینی و ضمن خدمت کارکنان بهداشتی - درمانی بر مبنای واقعیت بالین عامل مؤثری دیگری در افزایش ارتقای حساسیت اخلاق حرفه ای پرستاران است. چون پرستاران در امر مراقبت از بیمار با موقعیت های جدی برخورد می کنند که نیاز به توانایی های اخلاقی در تصمیم گیری و عملکرد مناسب دارد، لازم است نسبت به مسائل اخلاقی مربوط به حرفه ی خود حساس و آشنا

هستند و حساسیت اخلاقی زنان بیشتر از مردان است. بین سطح تحصیلات و استفاده از دروغ ارتباط معنادار آماری به دست آمد. به این صورت که میزان استفاده از دروغ مصلحت آمیز با افزایش مدارج تحصیلی کاهش می یابد. در مطالعه Biziou-van-Pol و همکاران نیز بین سطح تحصیلات و استفاده از دروغ مصلحت آمیز ارتباط معناداری دیده شد (۳۹). شاید بتوان این ارتباط را اینطور تفسیر کرد که با بالا رفتن سطح تحصیلات میزان آشنائی با روش های تحقیق و استفاده از منابع افزایش یافته و پرستاران روش های جدیدی را برای برقراری ارتباط و ارائه اطلاعات به بیمار امتحان می کنند. در بررسی ارتباط سایر متغیرهای دموگرافیک با استفاده از دروغ مصلحت آمیز و حساسیت اخلاقی، با افزایش میزان سابقه کاری میزان استفاده از دروغ مصلحت آمیز کاهش و میزان حساسیت اخلاقی پرستاران افزایش می یابد. در مطالعه ای که Lutze'n و همکارانش در سال ۲۰۱۰ میلادی، انجام دادند نیز نشان داده شد که حساسیت اخلاقی پرستاران با افزایش سابقه ی کار افزایش می یابد (۱۵).

مطالعه ی حاضر نشان داد، میزان استفاده از دروغ مصلحت آمیز در افرادی که سابقه گذراندن کارگاه اخلاق را داشتند بیشتر بوده و امتیاز حساسیت اخلاقی افرادی که سابقه ی شرکت در برنامه های اخلاق پزشکی را داشتند به وضوح از امتیاز افرادی که چنین سابقه ای نداشتند کم تر بود. تحلیل آماری داده های پژوهش نشان داد، بین سابقه ی شرکت در کارگاه اخلاق با استفاده از دروغ مصلحت آمیز و همچنین حساسیت اخلاقی پرستاران اختلاف معکوس معنی داری وجود دارد. پژوهش عباس زاده و همکاران، نیز، بین سابقه ی شرکت در کارگاه اخلاق با حساسیت اخلاق حرفه ای پرستاران شرکت کننده ارتباط معنی داری نشان نداد (۱۸) که با مطالعه ی حاضر هم خوانی دارد. در مطالعه ی ایزدی و همکاران، این رابطه معنی دار بود و امتیاز حساسیت در کسانی که در کارگاه اخلاق شرکت کرده بودند، بالاتر از کسانی بود که سابقه ی شرکت نداشتند (۴۰). Numminen و همکاران نیز گزارش کردند، آموزش اخلاق سبب بهبود نگرش و اضطراب پرستاران و تصمیم گیری بهتر آن ها می شود (۴۱) که با یافته های مطالعه حاضر هم خوانی ندارد. از دلایل اختلاف یافته های این تحقیق در زمینه شرکت در کارگاه ها با سایر مطالعات، ناشی از این مسأله است که متأسفانه گروه های مختلف پزشکی

باشند تا نسبت به حقوق مددجویان در اتخاذ تصمیمات احترام گذاشته و استقلال آن‌ها را حفظ کنند.

پژوهش حاضر منتج از پایان نامه با کد اخلاق

IR.TUMS.VCR.REC.1397.568 ، می باشد. تیم پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی تهران بابت حمایت مالی طرح و از کلیه شرکت کنندگان در این مطالعه و همکاری که به هر نحو ما را در انجام این پژوهش کمک کردند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می آورند.

Reference

1. Hariharan S, Jonnalagadda R, Walrond E, Moseley H. Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados. *BMC Med ethics*. 2006;7:7. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-7-7> PMID:16764719 PMCID:PMC1524795
2. Borhani F, Abbaszadeh A, Nakhaee N, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress, professional stress, and intent to stay in the nursing profession. *J Med Ethics Hist Med*. 2014;7(4):1-8.
3. Ferasatkish R, Shokrollahi N, Zahednezhad H. Critical care nurses' moral sensitivity in Shahid Rajaei Heart Center Hospital. *Cardiovasc Nurs*. 2015;4:36-45.
4. Hurst S, Baroffio A, Ummel M, Burn CL. Helping medical students to acquire a deeper understanding of truth-telling. *Medical Education*. 2015;20:1-11. <https://doi.org/10.3402/meo.v20.28133> PMID:26563958 PMCID:PMC4643194
5. Glass E, Cluxton D. Truth-Telling, Ethical Issues in Clinical Practice. *Journal of Hospice and palliative nursing*. 2004;6(4):232-42. <https://doi.org/10.1097/00129191-200410000-00012>
6. Nikbakht-Nasrabadi A, Shali M. Informed Consent: A Complex Process in Iran's Nursing Practice. *J Korean Acad Nurs Adm*. 2017;23(3):223-8. <https://doi.org/10.1111/jkana.2017.23.3.223>
7. Begley A. Truth-telling, honesty and compassion: a virtue-based exploration of a dilemma in practice. *Int J Nurs Pract* 2008;14:336-41. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2008.00706.x> PMID:18808533
8. 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. <https://doi.org/10.1177/1049732315618370> PMID:26613971

سپاسگزاری

9. 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. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2015.11.007> PMID:26685089
10. 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;21:800-1. <https://doi.org/10.1002/gps.1551> PMID:16906629
11. 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;21:800-1. <https://doi.org/10.1002/gps.1551> PMID:16906629
12. Zolkefli Y. The Ethics of Truth-Telling in Health-Care Settings. *Malays J Med Sci*. 2018;25(3):135-9. <https://doi.org/10.21315/mjms2018.25.3.14> PMID:30899195 PMCID:PMC6422557
13. Imanifar N, Seyedin A, Afshar L, Sharifzadeh G. Comparison effect of teaching ethical principles using narrative ethics and lecture on the moral sensitivity of nurses. *Med Ethics J*. 2015;9(31):95-125.
14. Noh D, Kim S. Moral Distress, Moral Sensitivity and Ethical Climate of Nurses Working in Psychiatric Wards. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013;22(4):307-19. <https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2013.22.4.307>
15. Lützen K, Blom T, Ewalds-Kvist B, Winch S. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nurs Ethics*. 2010;17(2):213-24. <https://doi.org/10.1177/0969733009351951> PMID:20185445
16. Comrie R. An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity. *Nurs Ethics*. 2012;19(1):116-27. <https://doi.org/10.1177/0969733011411399>

- PMid:22183964
17. Han S, Kim J, Kim Y, Ahn S. Validation of a Korean version of the moral sensitivity questionnaire. *Nurs Ethics*. 2010;17(1):99-105. <https://doi.org/10.1177/0969733009349993> PMid:20089629
 18. Hassanpour M, Hosseini M, Fallahi-Khoshknab M, Abbaszadeh A. Evaluation of the impact of teaching nursing ethics on nurses' decision making in Kerman social welfare hospitals in 1389. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2011;4(5):58-64.
 19. Izadi A, nejad EM, Ehsani R. Nurses experience in truth: A phenomenological study. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013;6(1):49-58.
 20. Huang S-H, Tang F-I, Liu C-Y, Chen M-B, Liang T-H, Sheu S-J. Truth-telling to patients' terminal illness: What makes oncology nurses act individually. *European Journal of Oncology Nursing*. 2014;18:492-8. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.04.010> PMid:24907230
 21. 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*. 2017;20(10):1-9.
 22. Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh F. Moral Sensitivity and Delivering Bad News Skills: A Study on Critical Care Unit Nurses. *Med Ethics J*. 2016;10(37):7-16. <https://doi.org/10.21859/mej-10377>
 23. Beyraghi N, Mottaghipour Y, Mehraban A. Disclosure of Cancer Information in Iran: a Perspective of Patients, Family Members, and Health Professionals. *Iran J Cancer Prev*. 2011;4(3):130-4.
 24. Bagherian S, Dargahi H, Abaszadeh A. The attitude of nursing staff of institute cancer and Valie-Asr hospital toward caring for dying patients. *Journal of qualitative Research in Health Sciences*. 2010;9(1):8-14.
 25. Delevallez F, Lienard A, Gibon A, Razavi D. L'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie: l'expérience belge [Breaking bad news in oncology: the Belgian experience]. *Rev Mal Respir*. 2014;31:721-8. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2014.07.003> PMid:25391507
 26. Mousavi S, Mohsenpour M, Borhani F, Ebadi M. Ethical sensitivity of nurses and nursing students working in Aja University of Medical Sciences. *Med Ethics J* 2015;9(31):127-43.
 27. Zuzelo P. Exploring the moral distress of registered nurses. *Nurs Ethics* 2007;14(3):344-59. <https://doi.org/10.1177/0969733007075870> PMid:17459818
 28. Kim H, Ahn S. Moral sensitivity and moral distress among Korean hospital nurses. *Korean J Med Ethics*. 2010;13(4):321-36. <https://doi.org/10.35301/ksme.2010.13.4.321>
 29. Filipova A. Licensed nurses' perceptions of ethical climates in skilled nursing facilities. *Nurs Ethics*. 2009;16(5):574-88. <https://doi.org/10.1177/0969733009106650> PMid:19671644
 30. Robinson E, Lee S, Zollfrank A, Jurchak M, Frost D, Grace P. Enhancing moral agency: clinical ethics residency for nurses. *Hastings Cent Rep*. 2014;44(5):12-20. <https://doi.org/10.1002/hast.353> PMid:25231657
 31. Ahn S, Yeom H. Moral sensitivity and critical thinking disposition of nursing students in Korea. *Int J Nurs Pract*. 2014;20(5):482-9. <https://doi.org/10.1111/ijn.12185> PMid:24112319
 32. Zande M, Baart A, Vosman F. Ethical sensitivity in practice: finding tacit moral knowing. *J Adv Nurs*. 2014;70(1):68-76. <https://doi.org/10.1111/jan.12154> PMid:23600949
 33. Abdou B, Alkorashy A. The relationship between work environment and moral sensitivity among the nursing faculty assistants. *World Applied Sci J* 2010;11(11):1375-87.
 34. Reinke L, Shannon S, Engelberg R, JP Young, Curtis J. Supporting Hope and Prognostic Information: Nurses' Perspectives on Their Role When Patients Have Life-Limiting Prognoses. *J Pain Symptom Manage* 2010;39(6):982-92. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.315> PMid:20538182 PMCid:PMC2884140
 35. Borhani F, Abbaszadeh A, Mohsenpour M. Nursing students' understanding of factors influencing ethical sensitivity: a qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013;18(4):310-15.
 36. Erat S, Gneezy U. White Lies. *Management Science*. 2011; 4:1-11.

<https://doi.org/10.1287/mnsc.1110.1449>

37. Dreber A, Johannesson M. Gender differences in deception. *Economics Letters*. 2008;99:197-9.
<https://doi.org/10.1016/j.econlet.2007.06.027>
38. You D, Maeda Y, Bebeau M. Gender Differences in Moral Sensitivity: A Meta-Analysis. *Ethics Behav*. 2011;21(4):263-82.
<https://doi.org/10.1080/10508422.2011.585591>
39. Biziou-van-Pol L, Haenen J, Novaro A, Occhipinti-Liberman A, Capraro V. Does telling white lies signal pro-social preferences? *Judgment and Decision Making*. 2015;10(6):538-48.
40. Izadi A, Imani E, Khademi-FariAsadi Z, Noughabi F, Hajizadeh N, Naghizadeh F. Moral sensitivity of critical care nurses in clinical decision making and its correlation with their caring behavior in teaching hospitals of Bandar Abbas in 2013. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2012;6(2):43-56.
41. Numminen O, Leino-Kilpi H. Nursing students' ethical decision-making: a review of the literature. *Nurse Educ Today* 2007;27(7):796-807.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.10.013>
PMid:17166636