

## 肿瘤科护士对肿瘤患者死亡诉求认知及应对体验的质性研究

郑晓玲<sup>1</sup>, 张世慧<sup>2</sup>, 陈希伟<sup>1</sup>, 魏清凤<sup>3</sup>

**摘要:**目的 了解肿瘤科护士对肿瘤患者“死亡诉求”认知及应对体验。方法 采用现象学研究方法,对 15 名肿瘤科护士进行半结构化深入访谈,采用 Colaizzi 7 步分析法对访谈资料进行分析。结果 共提炼出 4 个主题 12 个亚主题:对患者“死亡诉求”的认知(能够识别有“死亡诉求”的患者;洞悉患者“死亡诉求”的真实涵义;存在认知疑惑)、“死亡诉求”的应对方式(鼓励为主的应对;安慰为主的应对;寄希望于心理卫生专业人员;努力尝试)、应对“死亡诉求”的阻碍因素(外部条件限制;护士自身因素)、应对“死亡诉求”的建议(进行针对性的培训;重视家属应对“死亡诉求”的重要作用;提倡多学科协作)。结论 护士对肿瘤患者的“死亡诉求”有一定认知,但存在应对困惑,可从临终关怀相关知识培训着手,组织多学科团队与家属参与,共同应对肿瘤患者的“死亡诉求”。

**关键词:** 护士; 肿瘤科; 死亡教育; 临终关怀; 认知; 质性研究

**中图分类号:** R473.73; R48 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.15.005

**Oncology nurses' knowledge on "desire for death" among cancer patients: a qualitative study** Zheng Xiaoling, Zhang Shihui, Chen Xiwei, Wei Qingfeng. Department of Radiotherapy, Cancer Hospital of Tianjin Medical University; National Cancer Clinical Research Center; Tianjin Key Laboratory of Cancer Prevention and Treatment; Tianjin Cancer Clinical Medical Research Center, Tianjin 300060, China

**Abstract:** **Objective** To understand oncology nurses' knowledge and experience regarding "desire for death" among cancer patients. **Methods** With phenomenological approach, a total of 15 oncology nurses were enrolled for the semi-structured in-depth interviews and Colaizzi's 7-step method was used to analyze the data. **Results** A total of 4 themes which branched into 12 subthemes were extracted: knowledge of cancer patients' "desire for death" (being able to identify patients requesting hastened death; understanding the true meaning of patient's "desire for death"; cognitive confusion), coping styles in responding to cancer patients' "desire for death" (encourage-dominant coping; consolation-dominant coping; placing hope in the professionals; trying hard), barriers to responding to cancer patients' "desire for death" (external barriers; barriers from nurses themselves); suggestions regarding handling of cancer patients' "desire for death" (providing targeted training; taking family members as an important part of the response to "desire for death"; promoting multidisciplinary collaboration). **Conclusion** Oncology nurses have some knowledge on "desire for death" among cancer patients, though they do have some cognitive confusion. Such measures as providing training on hospice care, and rallying efforts from a multidisciplinary team and families of cancer patients, are recommended to cope with cancer patients' "desire for death".

**Key words:** nurses; department of oncology; death education; hospice care; knowledge; qualitative research

恶性肿瘤是严重威胁我国人群健康的主要公共卫生问题之一,统计数据显示,我国恶性肿瘤发病、死亡数持续上升,每年恶性肿瘤所致的医疗花费超过 2 200 亿元<sup>[1]</sup>。虽然恶性肿瘤表现出治愈率低、病死率高的特征,但随着科技与医疗水平的提高,患者的 5 年生存率不断提高,同时随着医疗决策范围的拓展,原本不能挽救的生命也可以通过现代医疗技术给予维持<sup>[2]</sup>。在获益的同时,死亡过程的延长和制度化(即临终患者会在医院获得常规化、制度化的救治)使肿瘤患者遭受更多治疗带来的痛苦和压力,使他们丧失生存的希望和求生欲望。有研究显示,约一半的晚期癌症患者愿意依据病情选择死亡的方式,且愿意接受姑息照护<sup>[3]</sup>。但受中国传统文化、医疗模式的影响,患者死亡权利的实施在我国仍不尽人意,许多肿瘤患者并没有真正了解自己的病情,对自己死亡的方

式往往没有选择的权利,并且多数家属照顾者表现比较消极,他们面对亲人死亡会感到苦恼,或转移话题,或不鼓励讨论<sup>[4]</sup>,因此向医务人员尤其是护士表达自己“想要死亡”的诉求是临床上一种较为常见的现象,但是面对患者的“死亡诉求”,大部分临床护士不知道如何应对,在与患者进行相应的讨论方面他们没有充分的准备。英国皇家护理学院(Royal College of Nursing, RCN)编制《如何回应患者加速死亡请求》的指南<sup>[5]</sup>,帮助护理人员承担并引导此类艰巨谈话,但在国内还缺少聚焦护理人员如何应对患者“死亡诉求”的研究。本研究采用质性研究的方法,了解肿瘤科护士对患者“死亡诉求”的认知及应对此类话题的经历和体验,以为肿瘤科护士更好地承担并引导此类谈话奠定基础。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 采用目的抽样法,于 2020 年 7~11 月分别选取天津市和江西省 2 所三级甲等肿瘤医院肿瘤科护士为研究对象。纳入标准:肿瘤科工作时间 1 年以上的注册护士。排除标准:进修或不从事临床工作

作者单位:1. 天津医科大学肿瘤医院放射治疗科,国家肿瘤临床医学研究中心,天津市肿瘤防治重点实验室,天津市恶性肿瘤临床医学研究中心(天津,300060);2. 赣南医学院护理学院;3. 江西省肿瘤医院

郑晓玲:女,硕士,护师, mowan1214@163.com

收稿:2021-03-01;修回:2021-04-20

的护士。所有受访者均知情同意,自愿参与本研究。尽量选取不同能级、科室、学历的肿瘤科护士作为受访者,研究样本量以所提供的资料重复出现且资料分析时不再有新的主题呈现为标准<sup>[6-7]</sup>。共访谈护士15人,年龄23~57(32.60±7.99)岁。肿瘤护理工作年限10(10,16)年。学历:大专3人,本科10人,硕士2人。职称:护师10人,主管护师4人,副主任护师1人。

## 1.2 方法

### 1.2.1 资料收集方法

本研究采用半结构式访谈法。正式访谈前向受访者说明研究目的、内容、方法以及结果的呈现形式。受访者签署知情同意书后录音,承诺资料仅限本研究使用,保护其隐私,用编码代替其姓名。根据研究目的确定访谈提纲,包括:①您在临床上经历过患者向您诉求或表达出“想要死亡”(如还不如死了算了)或“加速死亡”(如寻求安乐死)的情况吗?②通常是什么“情况”的患者?您有什么感受?③您觉得这种诉求的真正内涵是什么?您是如何判断的,依据是什么?④您是怎样应对这种诉求的?您这样做的真正原因是什么?您如何评价您的应对方法?⑤您需要应对患者“死亡诉求”相关的知识、技巧方面的帮助吗?如果进行相关内容的培训,您有什么好的建议?访谈地点为科室职工休息室或空置的房间,每次访谈时间15~30 min。访谈过程中做好录音和笔录,记录受访者的表情和肢体语言。

### 1.2.2 资料分析方法

访谈结束后24 h内由访谈者将访谈内容进行转录,采用Colaizzi 7步分析法<sup>[8]</sup>同时辅以Nvivo11.0软件进行资料分析。采用合众法,由2名研究者分别对同1份文字资料连续、反复地阅读、分析,然后编码,并将结果与原始资料比较,最终形成能反映受访者对肿瘤患者“死亡诉求”认知及应对经历和体验的主题。

## 2 结果

### 2.1 主题一:对患者“死亡诉求”的认知

#### 2.1.1 能够识别有“死亡诉求”的患者

准确识别有“死亡诉求”患者是正确应对的开始,患者诉求的表达可能从一个简短的声明或直接询问寻求死亡帮助开始,更多的患者可能采用一些词语或行为,委婉或间接地向护士表达自己的要求。大部分受访者表示他们能够通过患者的语言、情绪和行为识别患者在表达他的“死亡诉求”。N1:“在ICU巡视时患者会敲床,问他有什么需求,有些人会用笔写‘我要回家’,大部分患者临终前都想回家。”N4:“以前很爱讲话的人,后面跟他讲话也不愿回答,什么都不愿意讲也是一种表达方式。”N10:“我转病房的时候发现患者在本子上写遗嘱,把哪里有房子、哪个银行有多少财产以及怎么分配都写上了。”

#### 2.1.2 洞悉患者“死亡诉求”的真实涵义

①愿意公开讨论他们的死亡诉求。RCN指南指出,“想要死亡”的诉求是患者寻求死亡帮助的开始,这表明他们愿意公开讨论其死亡诉求,表达他们深思熟虑的死亡

愿望<sup>[5]</sup>。这种诉求可能是他们愿意选择死亡方式或对死亡后事项的安排,但由于国内患者忌讳死亡话题,大部分受访者表示这种情况较少但确实遇到过。N10:“他认真地跟我说他去世后财产的安排,笑容非常平和,我觉得他把这些事安排好,他内心真的就得到了安宁,死后再无牵挂的那种感觉。”N11:“他跟我说这个问题的时候,从他的表情和语言上,我能感觉到他特别痛苦,如果有安乐死,他应该会选。”②多重压力下痛苦的表达。RCN指南指出:护士需要认识到,当患者表达“想要尽快终结自己的生命”的时候,可能也是另外一种关于痛苦的表达<sup>[5]</sup>。疾病带来的生理痛苦、疾病反复发作带来的恐惧和无奈、害怕给家庭造成经济及照顾负担,会使患者产生负性情绪,表达“还不如死了算了”的诉求。12名受访者表示,这只是患者多重压力下痛苦的表达,并不是真的要求或者鼓励护士提前结束他们的生命,更偏向表达他们的需求和忧虑。N7:“他可能觉得治病花了好多钱,家里还有孩子没结婚成家,经济条件又比较紧张,在他治疗效果不好,痛苦又没达到期望值的时候,就会流露这种情绪。”N13:“最主要的原因是她治疗后又复发,她觉得治疗没有效果,增添了孩子的负担。”N14:“他的求生欲望很强,但是感觉目前的医学还无法攻克,感觉很矛盾,既不敢回家等死,又怕在这儿治疗也没希望,所以很绝望。”③企图挽回自我人生价值的一种反抗。有部分患者觉得自己自尊、形象以及生活质量低下,觉得没有生存意义,是企图挽回自我人生价值的一种反抗。有的患者通过口头的形式表达,有的患者会试图进行一些自我伤害的行为表达。N9:“之前有个20岁的女孩,做了下颌手术,伤口很大像蜈蚣一样扒在脸上,无法接受外形的改变,她通过绝食、拔管、声称要跳楼等来反抗。”N12:“外在的形象受损、腹水带来的难受症状,她觉得这样活着没意义,熬不过去了,激发出轻生念头。”N15:“我觉得他的自尊受到了伤害,还有身体上痛苦的时间太长了,再有他觉得家属也烦了,有时就说快死了得了。”

#### 2.1.3 存在认知疑惑

受访者会对情绪平稳患者随口表达的“死亡诉求”存在疑惑。有些患者随口表达的“死亡诉求”可能是寻求内心帮助的一种表达,由于对疾病存在不确定性以及家庭支持系统不完善,希望通过这种方式引起护士的关注。N6:“之前有个年轻患者,他是收养的,他就觉得妈妈比亲生妈妈可能要差一点,他会跟我讲不想活了。他可能是想更多的让我们去关心他。”N8:“有的患者心理没有安全感,所以表达出来想寻求一些帮助。”但是有的患者表现得很平静,没有情绪波动或行为异常,不好分辨他内心真实的想法。N4:“我们之前也有好几例这样的,到了一定阶段的时候,某个决定他已经做了,他就不会跟你讲或不表现出来,等到他发生自伤或自暴自弃之后,措手不及。这是一个隐患,怎么解决我们一直在探讨。”N10:“他就是很平淡地跟你聊天,‘怎么就没有个安乐死,也许有安乐死我就不会受这个罪了’,他

并没有特别强烈地表达想死的想法,因而不好识别他内心真正的想法。”

## 2.2 主题二:“死亡诉求”的应对方式

### 2.2.1 鼓励为主的应对

受访者表示虽然他们能识别患者“死亡诉求”背后的意义,但是无力承担并引导此类艰巨的话题,特别是低年资护士,无法应对患者复杂的生理和心理需求,但受访者仍然表现了作为医护人员的同理心和专业态度,表示会尽量积极地回应。N7:“尽量安抚他,抚慰他的情绪,不要让他负面情绪扩大化。”N11:“患者跟我说过安乐死,我真的特别理解他的痛苦,我当时甚至都有想过,如果我国有法定安乐死,我会告诉他怎么去做,但是在当前情形下,我还是鼓励他要乐观。”

### 2.2.2 安慰为主的应对

“安慰患者”是大部分受访者面临患者表达“死亡诉求”时主要的应对方式,但大部分受访者是作为医护人员的职业性同情与关怀。N1:“我们一般都以安慰为主,告诉患者一定会好的,一定要听医生的话配合治疗,我们都会尽力救治,让他在这里安心治疗。”N3:“我们只是用语言去安慰,我觉得在他们心里都不会有一些波澜。但是也只能这样,虽然感觉别人不信,但总觉得稍微说一点安慰的话会比较好吧。”N12:“当患者询问有没有安乐死,一般情况下,肯定会尽量消除他这种顾虑,说要坚定信心之类的话,可能没有沿着他思路把这个话题深入下去。”

### 2.2.3 寄希望于心理专业人员

部分受访者表示自己会采取措施来疏导患者的心理问题,但是当患者问题比较严重时,还是寄希望于心理专业人员。N4:“我们发现的情况下,尽量把苗头扼制住,扼制不了还是寄希望于心理科人员,或者以前得过这种病的患者志愿者来跟他聊。”N5:“我们这里有心理小组,我们会请专门的心理学老师来对他们进行心理疏导。”N6:“我们医院有心理小组,护士长会安排心理小组成员来科里给患者做心理疏导。”

### 2.2.4 努力尝试

部分受访者表示自己会根据患者的情况尝试进行沟通指导,同时也会通过重点关注的方式来持续性地了解患者情况。N4:“沟通的时候,抓住他心里的结节点,沟通效果还是蛮好的。”N6:“患者跟我讲了这个事情,肯定先去开导患者,如果有效果,就要多跟患者沟通;同时将这个患者列为重点交接对象,使大家都关注这个患者目前存在的心理障碍。”

## 2.3 主题三:“死亡诉求”应对的阻碍因素

### 2.3.1 外部条件限制

“死亡诉求”是严肃而深刻的话题,受访者表示受外部条件(如观念、空间、法律等)限制无法将话题延伸下去。N2:“我们这边经济条件比较差,大家的思想其实还是跟不上的,大多还是那种(忌讳死亡)的想法。”N11:“安乐死什么的,我们没有这样的权利,法律不允许的,即使患者要求,我们也要把他拉回来。”N14:“我觉得这本身是比较忌讳的事,你要在病房里大声说出来了,会影响患者的情绪。

病房那么多人,探讨这个话题也不现实。”

### 2.3.2 护士自身因素

#### ①道德困境

护士的道德困境是指个体知道应该采取正确行动,但由于内部或外部各种原因无法实行时,产生的痛苦感受或心理失衡<sup>[9]</sup>。由于临床护士缺乏自主权,大部分受访者表示由于担心患者失去信心、干扰患者的治疗、产生医疗纠纷以及家属的要求等,面临患者“死亡诉求”时受访者会提供虚假的希望、隐瞒病情等,产生道德困境。N3:“让别人立遗嘱或者放弃治疗,这是一个很残酷的事情,他们到医院来是治疗的,我觉得劝人家放弃治疗挺残酷的。”N12:“因为他们家属特别积极,一直到最后都奋力抢救的,所以我们也得积极地跟他说。”

#### ②对自我角色定位不准确

护士能够明确自己在患者症状控制中的责任并积极发挥作用,而在心理辅导方面,特别是护士对帮助患者应对当前疾病状况和死亡这一职责方面存在困惑和对职责的不确定性<sup>[10]</sup>。N1:“我们护士只做护理,不太参与临终话题,判断患者的生死也不是护士来判断的,治疗也不是护士来做决定的,更多的决定和沟通还是医生来做。”③应对能力不足。部分受访者表示能意识到患者复杂的生理和情感需求,不回避发现患者的心理情绪变化,但在帮助患者应对当前疾病状况和谈论死亡的问题上感到困难和无助,应对能力不足,产生无力感。N2:“一直在放疗的情况下,他那种疼痛还是不减轻,你再怎么劝说也没有用,也减轻不了他的痛苦。”N4:“一身的无力感,只能说让他怎么舒服怎么来,如果是他自己有什么要求,我们尽量做到最好,其他的我们真的是无力,只能跟家属沟通,让他生活质量能提高一些。”N8:“我觉得面对他,只能通过语言进行心理疏导,我觉得无助。”

## 2.4 主题四:“死亡诉求”应对的建议

### 2.4.1 进行针对性的培训

大部分受访者存在此方面应对困扰,表示需要进行相关培训以帮助自己正确地应对。N5:“我觉得应该开展多方面的培训,能让我们了解患者有这种诉求真正的原因,然后能去对症处理。”N10:“好像这方面的应对都是自发的,也没有规范和标准,不知道怎么应对才是正确的。”

### 2.4.2 重视家属应对“死亡诉求”的重要作用

受中国传统文化、医疗模式以及教育背景的影响,患者参与医疗的情况仍不尽人意。许多晚期肿瘤患者并没有真正了解自己的病情,而家属是医疗决策的重要参与者,因此受访者表示家属是对患者实施“死亡诉求”应对的关键。N9:“首先患者有这个诉求,我们也要对家属进行心理疏导,要让家属能接受。”N8:“相关的疾病都是年龄比较大的或者老年人,我觉得患者家属的意见还是蛮重要的。”N12:“因为家属是他的主要照顾者,是他的亲属,我们只是医疗人员。现在医疗决策很多都是由家属来决定的,他们必须有知情权。”

### 2.4.3 提倡多学科协作

护士虽然是安宁疗护团队中的重要成员,但受国内医疗模式的影响,患者更依赖医生,因此部分受访者表示要让多学科人员特别是

医生参与进来,共同应对患者的“死亡诉求”。N1:“最好有医生参与,包括与医生一起讨论患者的病情,让患者自己也了解这个病情,并不是说所有的病情都隐瞒。”N11:“之前有个患者感觉自己已经没有希望了,天天想回家,但是他女儿觉得还能救,主管医生轮流跟她女儿说都没用,何况我们护士,所以还是要医生参与进来更好。”

### 3 讨论

#### 3.1 认识并重视肿瘤患者“死亡诉求”的实践意义

随着疾病的进展肿瘤患者可能面临着身体、社会心理或精神方面的问题,患者日益痛苦的生命状态使“求死”这一诉求日益凸显,向临床护士表达“还不如死了算了”或者“怎么没有安乐死”是临床常见的“求死”现象。本研究显示:肿瘤科护士对肿瘤患者的“死亡诉求”有一定的认知,能够识别有“死亡诉求”患者,洞悉患者“死亡诉求”的真实涵义,认为肿瘤患者的“死亡诉求”实质上是生命质量、生命尊严、存在意义的价值诉求,这与安宁疗护人道主义的内涵是一致的,即满足患者在生理、心理、社会、精神领域的需求<sup>[11]</sup>,从而提高死亡质量。但应对方式以消极为主,这与罗稀等<sup>[12]</sup>研究结果相似,即肿瘤科护士具备临终患者照护意识,由于一些主客观原因不能坦然面对死亡。安宁疗护以患者和家庭为中心,通过预测、预防“治疗性”疗法无效时的痛苦来优化生存质量<sup>[13]</sup>,满足患者尊严死的需求,尊严死的实质就是对死亡权的一种诉求<sup>[14]</sup>,消极应对患者“死亡诉求”实质上是对患者死亡权的忽视。有研究者认为,死亡权的实现形态安乐死是一种特殊形式的临终关怀,将二者和谐结合才能形成人类死亡的最佳模式<sup>[14]</sup>,因此认识并重视肿瘤患者的“死亡诉求”,是临终关怀的必然要求,也是患者死亡权实现的方式。

**3.2 肿瘤科护士在应对晚期肿瘤患者“死亡诉求”中的实践困境** 本研究显示:肿瘤科护士应对患者“死亡诉求”的阻碍因素主要受外部条件以及护士个人因素的影响,但其本质是受我国传统死亡文化以及医疗支持性环境的影响。喜生恶死的传统死亡观念以及生命无价的医学伦理学观点,都要求医护人员要不惜一切代价延长患者生命,任何终止生命的行为都是错误的<sup>[15]</sup>,但临床护理人员会目睹和接触临终患者的各种创伤和痛苦,而产生道德困境。有研究显示,为患者提供无根据的或无治疗效果的或无法使患者脱离生命支持依赖的“积极护理”成为护士道德困境的主要来源<sup>[16]</sup>。同时受临床对安宁疗护的支持及知识水平等影响,无力应对临终患者的死亡问题,是护士普遍面临的难题。韩鸽鸽等<sup>[17]</sup>的质性研究结果显示,护士存在症状控制、缓解心理困扰效果不佳以及开展死亡教育存在困难的问题,究其原因是大环境对安宁疗护支持有待进一步完善。WHO 报告指出:卫生专业人员缺乏在姑息治疗领域的培训,严重阻碍了姑息治疗发展<sup>[18]</sup>。因此,护理管理者可通过制定相关制度,将临终关怀纳入肿瘤科护士继续教育培训的

核心课程,并开展志愿者和公众宣教,让大众和医务人员一起认识和关注晚期癌症患者的“死亡诉求”,进而有效应对。

#### 3.3 促进临床护士有效应对患者“死亡诉求”的启示

首先,需重视对临床医护人员临终关怀相关知识的培训。有研究显示,可以在理论培训基础上通过情景模拟训练和小组讨论等方式帮助临床护士形成死亡应对的思维习惯,培养其解决问题的能力,从而在临床实践中更好地应对死亡<sup>[19]</sup>。也有研究将现有的临终护理工具整合在一起形成工具包,用来评估临终患者的症状及其严重程度、家属的哀伤程度等,帮助死亡应对不足的护士提高识别和管理临终患者的能力<sup>[20]</sup>。因此,管理者应积极提供相关资源,通过组织教学培训、情景模拟、整合成工具包等帮助临床护士提高临终关怀能力。其次,安宁疗护是多学科协作性实践,WHO 也提出:姑息治疗涉及一系列由各种专业人员提供的服务<sup>[18]</sup>,旨在支持患者及其家人,这些专业人员具有同等重要的作用,其中包括医生、护士、支持人员、辅助医务人员、药师、理疗师和志愿者,因此,只有以护士为主要力量,多学科人员共同参与,才能协助患者尽可能地减轻躯体和精神上的痛苦,正确面对死亡。最后,安宁疗护秉承全人照护的理念,需将患者和家属作为一个照护单元<sup>[21]</sup>,提高家属临终关怀的相关知识,才能更好地应对患者需求。

### 4 小结

肿瘤科护士对肿瘤患者的“死亡诉求”有一定的认知,但存在应对困惑。需从重视临床医务人员临终关怀相关知识的培训着手,组织多学科团队,与家属共同应对肿瘤患者的“死亡诉求”。本研究仅从肿瘤科护士角度研究,今后的研究可从患者、家属以及医生方面多个角度进行研究,以更全面深入了解并更好地应对患者“死亡诉求”。

#### 参考文献:

- [1] 郑荣寿,孙可欣,张思维,等. 2015 年中国恶性肿瘤流行情况分析[J]. 中华肿瘤杂志,2019,41(1):19-28.
- [2] Silveira M J, Kim S, Langa K M. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death[J]. N Engl J Med,2010,362(13):1211-1218.
- [3] 汪和美,刘丽华. 84 例晚期肺癌病人死亡态度的调查分析[J]. 中华护理杂志,2005,40(7):552-554.
- [4] 唐咏. 老年晚期肿瘤患者及家属照顾者死亡态度和病情告知的需求分析[J]. 医学与哲学,2017,38(6):93-95.
- [5] Anstey S D. When someone asks for your assistance to die[EB/OL]. (2016-12-21)[2021-02-17]. <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-005822>.
- [6] 陈向明. 质的研究方法与社会科学研究[M]. 北京:教育科学出版社,2000:269-272.
- [7] 刘可,颜君,张美芬. 质性研究和量性研究的区别[J]. 中华护理杂志,2003,38(1):69-70.
- [8] Sousa D. Validation in qualitative research: general aspects and specificities of the descriptive phenomenological method[J]. Qual Res Psychol,2014,11(2):211-227.