

# 非吸烟肺癌患者污名化体验的质性研究

周晶<sup>1</sup>,丁倩<sup>1</sup>,何爽<sup>1</sup>,宁妍妍<sup>1</sup>,杨慧<sup>2</sup>

(1.河南省人民医院 胸外科,河南 郑州 450000;2.河南省人民医院 护理部)

**【摘要】目的** 了解非吸烟肺癌患者的污名化体验,为制订针对性的心理支持方案,推动公众疾病认知去污名化提供依据。**方法** 采用描述性质性研究方法,通过目的抽样法,于2024年10月至2025年6月在郑州市某三级甲等医院对17名非吸烟肺癌患者进行半结构访谈,采用Colaizzi 7步分析法归纳并提炼主题。**结果** 非吸烟肺癌患者的污名化体验可归纳为3个主题、9个亚主题,即:污名化来源的多样性(被医务人员怀疑抽烟、被家人猜疑病因、社会互动中被边缘化);污名化心理困扰的多样性(归因困扰、宿命感、社交退缩与自我封闭);污名化应对的多样性(抗争性叙事、消极回避、重建人际关系)。**结论** 非吸烟肺癌患者污名体验来源广,易致心理内化。医护人员应追根溯源,引导公众正确认知疾病,通过医社协同构建包容环境,阻断污名链条,促进患者心理健康与积极就医。

**【关键词】** 肺癌;污名化;护理;质性研究

**DOI:**10.3969/j.issn.2097-1826.2026.03.021

**【中图分类号】** R473.73 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2026)03-0088-04

## A Qualitative Study on the Stigma Experience of Non-smoking Patients with Lung Cancer

ZHOU Jing<sup>1</sup>, DING Qian<sup>1</sup>, HE Shuang<sup>1</sup>, NING Yanyan<sup>1</sup>, YANG Hui<sup>2</sup> (1. Department of Thoracic Surgery, Henan Provincial People's Hospital, Zhengzhou 450000, Henan Province, China; 2. Nursing Department, Henan Provincial People's Hospital)

Corresponding author: DING Qian, Tel: 0371-87160265

**【Abstract】Objective** To understand the stigma experience of non-smoking patients with lung cancer, and to provide a basis for formulating targeted psychological support programs and promoting destigmatization of public disease perception. **Methods** A descriptive qualitative study was conducted. From October 2024 to June 2025, the purposive sampling method was used to recruit 17 non-smoking patients with lung cancer from a tertiary A hospital in Zhengzhou city for semi-structured interviews. The Colaizzi's 7-step analysis method was adopted to summarize and extract themes. **Results** The stigma experience of non-smoking patients with lung cancer could be summarized into 3 themes and 9 sub-themes: diversity of stigma sources (being suspected of smoking by medical staff, being suspected of the cause of disease by family members, and being marginalized in social interactions); diversity of psychological distress caused by stigma (attribution distress, sense of fatalism, social withdrawal and self-isolation); diversity of stigma coping strategies (narrative resistance, passive avoidance, and reconstruction of interpersonal relationships). **Conclusions** Non-smoking patients with lung cancer have a wide range of sources of stigma experience, which easily leads to internalization of psychological distress. Medical staff should trace the root causes, guide the public to correctly understand the disease, build an inclusive environment through medical-social collaboration, block the stigma chain, and to promote patients' mental health and active medical treatment.

**【Key words】** lung cancer; stigma; nursing; qualitative research

[Mil Nurs, 2026, 43(03): 88-91]

肺癌是全球癌症相关死亡的首要原因,2022年相关数据显示其年死亡病例约180万,占癌症总死亡的18%<sup>[1]</sup>。尽管吸烟是传统公认的主要风险因

素,非吸烟人群的发病率正显著上升,尤其以全球及中国无吸烟史的年轻女性患者负担增加最为突出<sup>[2]</sup>。污名化(stigmatization),使个体承载着一种不被社会赞许的“受损身份”<sup>[3]</sup>。而健康相关污名化(health-related stigma, HRS)特指个体因其健康状况(如精神疾病、肥胖、癌症等)而遭受的贬低和歧视<sup>[4]</sup>。肺癌污名化长期与吸烟绑定,使吸烟者被归

**【收稿日期】** 2025-08-30 **【修回日期】** 2026-01-31

**【基金项目】** 河南省医学科技攻关计划省部共建重点项目(SBGJ202402014)

**【作者简介】** 周晶,本科,主管护师,电话:0371-65580421

**【通信作者】** 丁倩,电话:0371-87160265

咎,非吸烟者虽被视为“无辜”却仍面临病因质疑与自我怀疑<sup>[5]</sup>。研究<sup>[6]</sup>表明,污名会延误诊疗,而去污名化有助于提高筛查率<sup>[7]</sup>。现有研究<sup>[8]</sup>多聚焦吸烟患者,对非吸烟患者污名化体验的场景、机制及应对缺乏深度探索。为此,本研究采用描述性质性研究方法,深入探讨非吸烟肺癌患者的真实经历,以期为针对性健康教育、心理支持及包容性公共卫生政策提供依据。

## 1 对象与方法

1.1 研究对象 以目的抽样法选取 2024 年 10 月至 2025 年 6 月在郑州市某三级甲等医院的 17 名非吸烟肺癌患者为研究对象。以非吸烟患者的年龄、

文化程度、婚姻状况、肺癌分期等为依据,遵循最大差异化原则选取研究对象。纳入标准:(1)符合《原发性肺癌诊疗规范(2018 年版)》<sup>[9]</sup>中肺癌的诊断标准;(2)年龄 $\geq 18$ 岁;(3)无吸烟史;(4)可正常进行沟通交流,且既往无心理障碍等心理疾病史;(5)自愿参与本研究。排除标准:(1)合并重要脏器的严重疾病(如心脏、肾脏、肝脏等)。目的抽样原则以达到信息饱和为标准终止资料收集,即后续收集的访谈资料中不再出现新的主题或观点。本研究最终共纳入 17 名受访者,一般资料情况见表 1。本研究获得医院伦理委员会批准(2022 伦审第 122 号)。

表 1 受访者的一般资料( $n=17$ )

序号	年龄(岁)	性别	文化程度	婚姻状况	居住地	职业	肺癌分期	病理类型
P1	45	男	大专	已婚	城市	企业职工	Ⅳ期	非小细胞
P2	42	女	高中	已婚	城市	家庭主妇	Ⅲ期	非小细胞
P3	48	男	大专	已婚	城市	建筑工程师	Ⅳ期	非小细胞
P4	62	女	本科	已婚	城市	退休教师	Ⅳ期	小细胞
P5	45	女	本科	已婚	城市	银行职员	Ⅱ期	非小细胞
P6	60	女	大专	已婚	城市	退休护士	Ⅳ期	小细胞
P7	30	女	本科	未婚	城市	绘画师	Ⅲ期	非小细胞
P8	57	男	小学	已婚	农村	工人	Ⅳ期	非小细胞
P9	52	男	初中	已婚	城市	司机	Ⅳ期	小细胞
P10	38	女	大专	已婚	城市	会计	Ⅲ期	非小细胞
P11	42	男	大专	已婚	城市	自由撰稿人	Ⅳ期	非小细胞
P12	35	男	本科	未婚	城市	程序员	Ⅲ期	非小细胞
P13	57	女	小学	已婚	农村	农民	Ⅳ期	小细胞
P14	45	男	本科	已婚	城市	媒体人	Ⅱ期	非小细胞
P15	59	男	中学	已婚	城市	个体工商户	Ⅲ期	非小细胞
P16	55	男	高中	已婚	城市	公职人员	Ⅳ期	小细胞
P17	40	女	中专	已婚	城市	超市推销员	Ⅲ期	非小细胞

## 1.2 方法

1.2.1 确定访谈提纲 研究团队基于文献回顾与内部讨论,初步拟定访谈提纲。为确保问题有效且敏感,邀请 2 位质性研究方法学专家与 1 位临床医生进行独立评审。访谈员经专业培训后,以责任护士身份与患者建立约 1 周的信任关系,随后开展 2 名患者的预访谈,根据反馈对提纲进行修订,最终形成正式访谈问题:(1)当您首次得知自己患有肺癌时,您是如何看待自己患病原因的?(2)作为一名不吸烟的肺癌患者,您是否曾感到困惑或内疚?这些情绪如何改变了您对疾病的看法?(3)在检查或治疗过程中,您是否曾感到被医疗人员或其他人员误解或不够尊重?(4)诊断后,您对家人和朋友的態度是否发生了变化?这些互动对您的情绪和心理状态有何影响?(5)在您面对与疾病相关的偏见或误解时,哪些人、服务或资源为您提供了关键的支持?(6)您希望医护人员在沟通方式上做出哪些调整,以帮助

减轻患者可能感受到的污名化压力?关于您的患病经历,是否有我们未提及但对您而言非常重要的感受或经验需要补充?

1.2.2 资料收集 访谈由 1 名资深肺癌护理人员与 1 名质性研究经验者共同执行。访谈在安静私密的会议室面对面进行。访谈者首先介绍研究目的并郑重承诺隐私保护,以建立信任关系。过程中全程录音,访谈者保持中立、专注倾听,鼓励患者充分表达,并同步记录其非语言信息。每位访谈者访谈时间为 25~40 min,均顺利完成本次访谈。本次访谈共转录了近 16 万字,采用思维导图编码树进行分析,共用了 386 个代码对文本资料进行编码。

1.2.3 资料分析与质量控制 访谈结束后 24 h 内转录音频,同步整理笔记并返受访者核实。由 2 名未参与访谈的研究人员运用 Colaizzi 7 步分析法<sup>[10]</sup>,对文本进行编码与主题提炼,具体步骤如下:(1)反复熟悉资料,深入理解文本内容;(2)精读文本,摘录

关键陈述;(3)构建编码含义,悬置个人预设;(4)聚类编码,凝练主题雏形;(5)引用原始陈述,诠释主题内涵;(6)比较主题异同,提炼核心结构;(7)返回参与者验证主题准确性,将分析结果反馈给参与者,根据其意见修正后并再次确认主题。

## 2 结果

### 2.1 主题一:污名化来源的多样性

2.1.1 被医务人员怀疑抽烟 大多数非吸烟肺炎患者就医过程中常常面临来自医务人员对病因的质疑或过分强调,使患者产生不愉快的就医体验,觉得自己不被理解和尊严感受损。P1:“医生反复问我:‘你真的从不抽烟?没骗我吧?’问了至少5遍……后来他嘀咕了一句‘这么年轻不抽烟,真少见’,那一刻我觉得自己像个异类。”P11:“住院时一个新来的年轻护士给我输液,扎针时闲聊道:‘大哥,你这病啊,以后真得把烟戒了,肺都这样了’。我麻木地重复,我不抽烟。”

2.1.2 被家人猜疑病因 家人(尤其是配偶或父母)因无法接受“无缘无故”的患病事实,会持续地、反复地追问和猜测患者可能的致病原因,导致部分患者经历被归责的委屈与不公感。P1:“我妻子每天都要念叨,是不是你单位甲醛超标?还是你压力太大?”P2:“我妈总追问我,是不是你天天做饭吸的油烟?还是带孩子累的?”

2.1.3 社会互动中被边缘化 绝大多数患者会因在公共场合被无端揣测、刻意疏离,或是被过度怜悯,陷入尴尬窘迫的处境,进而产生低落的情绪。P4:“社区组织体检,轮到我的时候,后面排队的人齐刷刷退了一步。”P5:“同事聚餐再也没叫过我,有次在洗手间听到她们说:‘肺癌会传染吗?还是离远点好’。”

### 2.2 主题二:污名化心理困扰的多样性

2.2.1 归因困扰 绝大多数患者经历了因病因不明,自我剖析患病原因的过程。P7:“起初,我试图从生活习惯中找原因——是不是熬夜太多了?或者压力太大了?”P13:“俺活了这大半辈子,连烟卷儿的味儿都闻不得,咋就会得肺癌呢?村里那些得肺癌的,不都是那些老烟枪吗?”

2.2.2 宿命感 大多数患者因感受到污名,普遍出现宿命论倾向的心理体验。P3:“基因检测说是基因突变,但我不懂这些……有时候想,可能这就是命,躲不过。”P9:“有时候半夜清醒了,总忍不住瞎想,这辈子命苦啊。”

2.2.3 社交退缩与自我封闭 大部分患者因污名化体验主动或被动切断情感联结,导致自我封闭。P3:“不想见人,不想解释,不想看到别人同情或探究的

眼神,宁愿自己待着。”P6:“以前常和邻居打麻将,现在她们见我就问好点没,眼里带着怜悯。我干脆每天去公园最偏僻的长椅坐着……”

### 2.3 主题三:污名化应对的多样性

2.3.1 抗争性叙事 部分患者在遭遇污名时,采取主动抵抗的方式应对,表现为通过网络媒体主动科普肺癌病因。P6:“我开了抖音账号,拍视频讲空气中的悬浮颗粒物和肺癌的关系。”P11:“我每周直播连线医生科普病因,我就觉得,我们的病至少能唤醒一些人的清醒。”

2.3.2 消极回避 部分患者经历污名后,面对朋友家人的关心或正常诊疗采取消极回避的方式。P12:“我不知道怎么面对他们的关心,好像每句加油都在提醒我是个需要被拯救的失败者。”P15:“这些经历,让我对去医院有点抵触,要不是我媳妇催着,我真不想去。”

2.3.3 重建人际关系 大多数患者通过加入支持社群或参与公共事务获取心理支持,同时将个人苦难转化为集体行动,从“受害者”转变为“帮助者”。P7:“我在病友群发起‘遗愿清单交换计划’,帮晚期患者完成心愿。”P13:“妇联主任帮我搞了炕头健康会,每月十五,十里八乡的病友聚在我家。”

## 3 讨论

3.1 正视污名来源的多样性,构建去污名化实施策略 本研究发现,非吸烟肺癌患者的污名化来源具有多样性,与国外研究<sup>[11]</sup>及国内肠造口患者自我污名(病耻感)相关分析<sup>[12]</sup>结果一致,主要体现在被医务人员和家人质疑病因以及社会互动中的被边缘化。原因可能包括:医学教育过度强调吸烟病因,忽视其他因素,导致医务人员反复质疑患者的吸烟史,社会“吸烟=肺癌”的标签化宣传强化公众刻板印象,引发亲属过度保护或疏离。研究<sup>[13]</sup>表明,污名会阻碍肺癌筛查参与度,而媒体干预可改善公众认知。提示社会层面联合媒体普及肺癌的各种风险因素,修正单一归因观念<sup>[11]</sup>。医院层面可开展文化敏感性培训<sup>[14]</sup>,充分尊重患者,提升对非吸烟病因的认知。医护人员可从两方面开展干预:组织家庭协同沟通,凝聚家庭支持共识,建立无评判的家庭沟通准则,规避道德评判性表述,缓解患者的自我道德内耗;帮助患者纾解自身负面情绪,指导其通过安全渠道合理宣泄情绪,协助患者梳理剖析自我情绪,实现外界负面情绪与自我真实情绪的有效剥离。

3.2 转变归因偏差引发的困扰,破解患者认知偏差与行为回避 本研究发现,非吸烟肺癌患者普遍经历疾病的归因困扰。Corrigan<sup>[15]</sup>认为,个体污名的心路历程会从“社会污名”转向“自我污名”。此过程

中,患者家属亦常承受“连带污名”<sup>[16]</sup>。污名内化的根源在于:公众“吸烟—肺癌”单一叙事将非吸烟患者标签为“异常”,陷入“无辜受害者”悖论。疾病常被赋予“命运惩罚”或“道德缺陷”等负面文化隐喻<sup>[17]</sup>。这提示对医护人员采取共情为主题的沟通技能培训时,需注重识别患者心态,与肺癌患者之间进行富有同情心的沟通,从而减轻患者的污名体验<sup>[18]</sup>。研究<sup>[19]</sup>表明,通过接受结构化的、由健康专业人士主导的接纳承诺疗法、正念练习以及认知行为疗法,可帮助患者重构疾病认知,避免采取消极应对,以减少与肺癌相关的污名化。

3.3 识别不同应对策略,构建医院-社区联动支持体系 面对患者的多样化应对表现,需采取差异化、针对性的支持干预策略。医院方面针对“主动抗争”者,邀请有表达意愿且病情稳定的患者,在“医患交流会”或科普讲座中分享经历,将其抗争行为引导为有价值的公众教育<sup>[20]</sup>。针对“消极回避”者,医护人员应以专业规范的诊疗和包容友善的照护,消解其因污名化产生的羞耻感、被质疑感,逐步构建患者对医护与医院的信任体系。针对“重建人际关系”者,搭建院内病友互助桥梁<sup>[21]</sup>。建立医院-社区联动体系:双方通过信息联通,建立安全的电子信息传递系统,同时实施“双护士负责制”,医院专科护士与社区护士共同制订家访计划<sup>[22]</sup>,重点关注“消极回避”患者的情绪状态,及时提供相应的心理支持,帮助其搭建支持网络。

#### 4 小结

本研究访谈 17 名非吸烟肺癌患者,归纳出污名化来源的多样性、心理困扰的多样性与应对的多样性 3 大主题。建议加强疾病科普,营造包容氛围;采取共情沟通技巧,搭建以理解与尊重为核心的医患沟通桥梁;构建医院-社区支持网络以改善患者心理健康。本研究样本取自郑州市一所三级甲等医院,未来需拓展多中心样本,采用纵向追踪方法探索污名体验演变及有效干预模式。

#### 【参考文献】

[1] BRAY F, LAVERSANNE M, SUNG H, et al. Global cancer statistics 2022; GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. *CA Cancer J Clin*, 2024, 74(3): 229-263.

[2] 宋亚中, 王培涵, 简文静, 等. 3971 例肺癌患者临床流行病学分析[J]. *癌症进展*, 2024, 22(19): 2105-2114.

[3] 欧文·戈夫曼. 污名—受损身份管理札记[M]. 宋立宏, 译. 北京: 商务印书馆, 2009: 5.

[4] SCAMBLER G. Health-related stigma[J]. *Sociol Health Illness*, 2009, 31(3): 441-455.

[5] MAQUIRE R, LEWIS L, KOTRONOULAS G, et al. Lung cancer

stigma: a concept with consequences for patients[J/OL]. [2009-04-01]. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01161.x>. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2009.01161.x.

[6] CARTER H L, HERMANN C P, SCHREIBER J, et al. Lung cancer stigma predicts timing of medical help-seeking behavior [J]. *Oncol Nurs Forum*, 2014, 41(3): E203-E210.

[7] KIRBY T. Reducing stigma around smoking would encourage more early lung cancer screening[J]. *Lancet Respir Med*, 2020, 8(2): 140-145.

[8] 刘媛媛, 徐玉敏, 雷澄. 肺癌患者污名感调查及其与社会支持的相关性研究[J]. *当代护士: 中旬刊*, 2016(2): 95-96.

[9] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 原发性肺癌诊疗规范(2018年版)[J]. *肿瘤综合治疗电子杂志*, 2019, 5(3): 100-120.

[10] 刘明. Colaizzi 七个步骤在现象学研究资料分析中的应用[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(11): 90-92.

[11] TYLER L. Take a deep breath, speak your truth and advocate for change—a patient advocate’s perspective[J]. *Respirology*, 2023, 28(9): 885-886.

[12] 魏雪岩, 张宝珍, 汤利萍, 等. 肠造口患者病耻感体验质性研究的 Meta 整合[J]. *军事护理*, 2025, 42(7): 12-15.

[13] ROSE S, MCFADDEN K, HARRISON N J, et al. Australia’s national lung cancer screening program—It’s time to address the stigma in the room[J/OL]. [2025-02-05]. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpja.70011>. DOI: 10.1002/hpja.70011.

[14] 段文杰, 周乔, 张小静. 被污名化群体创伤后成长的社会心理决定因素及社会工作干预路径[J]. *社会工作与管理*, 2024, 24(2): 19-31.

[15] CORRIGAN P. How stigma interferes with mental health care [J]. *Am Psychol*, 2004, 59(7): 614-625.

[16] 路文峰, 杨晋, 赵岳, 等. 连带病耻感评估工具的研究进展[J]. *军事护理*, 2024, 41(4): 18-55.

[17] GHIROTTI L, PACI E, BRICCI C, et al. Self-blaming as a barrier to lung cancer screening and smoking cessation programs in Italy. A qualitative study[J/OL]. [2025-03-05]. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0318732>. DOI: 10.1371/journal.pone.0318732.

[18] BANERJEE S C, HAQUE N, BYLUND C L, et al. Responding empathically to patients: a communication skills training module to reduce lung cancer stigma[J]. *Transl Behav Med*, 2021, 11(2): 613-618.

[19] YAMAZAKI J, HARRISON N J, MARSHALL H, et al. Interventions to reduce lung cancer and copd-related stigma: a systematic review[J]. *Ann Behav Med*, 2024, 58(11): 729-740.

[20] ROURKE L, DAMANT R, KUNG J Y, et al. Health-related stigma among indigenous peoples in Canada: a scoping review [J/OL]. [2025-04-21]. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0318618>. DOI: 10.1371/journal.pone.0318618.

[21] 武洁, 张培莉, 侯晓雅, 等. 同伴支持在肿瘤患者营养管理中的研究进展[J]. *护理学报*, 2024, 31(18): 30-34.

[22] 刘碧芳, 童燕梅, 叶珍. 老年慢性病患者医院-社区-家庭-机构四元联动整合照护进展[J]. *中国医学前沿杂志: 电子版*, 2024, 16(2): 66-71.

(本文编辑: 刘于晶)