

# 关于非必要使用吸收性失禁产品的患者体验：一项小型体验式定性研究

## 摘要

**目的** 描述哥伦比亚波哥大一家医院中非必要使用吸收性失禁产品为一小组住院患者带来的生活体验。

**方法** 定性和现象学研究。在征得受试者同意后进行了访谈，并对受试者进行了观察，直至数据饱和。随后，根据胡塞尔方法论对所有数据进行了转录和分析，得出所见现象的主题和类别。

**受试者和环境** 从哥伦比亚波哥大一家高复杂度医院的内科服务部门招募了7例既往未使用过吸收性失禁产品且根据PULSES评分量表处于轻度残疾状态的失禁患者，作为选择性样本。

**结果** 经过数据分析，得出了五个主题或类别，具体如下：进入未知世界；寻求护理；接受使用吸收性失禁产品；身体对使用吸收性失禁产品的反应；以及适应或尝试恢复独立性。

**结论** 描述了要求在住院期间非必要使用吸收性失禁产品的患者的生活体验及其继而对患者心理和身体健康产生的不利影响。医疗保健专业人员在时间和其他方面受限的情况下，需要了解患者的观点及其在住院期间保持排泄需求方面独立的愿望。非必要使用吸收性失禁产品并非最佳实践，也并非具有经济效益的医疗保健，其可能对环境产生不利影响。

**关键词** 失禁尿布、吸水垫、护理、改变生活的事件、心理健康

**文献引用** Guerra Gamboa S & Ariza Garzón AV. Patients' experience in the unnecessary use of absorbent continence products: a small experiential qualitative study. *WCET® Journal* 2023;43(4):13-19.

**DOI** <https://doi.org/10.33235/wcet.43.4.13-19>

**提交日期:** 2023年6月12日, **接受日期:** 2023年9月25日

## 引言

吸水垫或失禁尿布属于卫生用品，用于在存在尿失禁或大便失禁的情况下保持个人卫生。正确使用此类产品有助于吸收皮肤上的液体<sup>2</sup>，进而承接和吸收尿液及粪便<sup>1</sup>。然而，在一些医疗机构中，护士不合理地对失禁患者使用这些辅助工具的现象越来越明显<sup>3</sup>。Zisberg（2011）等

人进行的研究也表明，医院工作人员非常倾向于对病情无需此类干预的患者使用失禁尿布<sup>4</sup>。

老年人使用尿布与多种不良结局相关。例如，研究发现，使用尿布会造成以下后果：对自尊和感知生活质量产生负面影响<sup>4</sup>；可能导致尿失禁或大便失禁<sup>5</sup>；增加开展日常活动的依赖性<sup>6</sup>；导致出现潮湿相关皮肤损伤<sup>7-9</sup>和压力性损伤或尿路感染<sup>10</sup>，使患者健康状况更为复杂，甚至导致患者死亡<sup>11</sup>。这些负面影响会损害卫生系统的质量，并因治疗皮肤损伤而产生的额外费用和住院时间延长而造成财务方面的影响<sup>3</sup>。此外，使用吸水垫还会产生污染生态系统的废物<sup>12,13</sup>，并导致患者和/或其家人负担额外的医疗费用<sup>14,15</sup>。而且，还需在更换吸收性产品、进行卫生和皮肤护理方面花费时间和精力，进一步增加了医务人员和/或家庭成员的护理负担<sup>3</sup>。

**Sandra Guerrero Gamboa**

PhD MN ETN RN

哥伦比亚波哥大，哥伦比亚国立大学护理学院副教授

**Angie Viviana Ariza Garzón\***

MN RN

哥伦比亚波哥大，哥伦比亚国立大学

电子邮箱: [avarizag@unal.edu.co](mailto:avarizag@unal.edu.co)

\*通讯作者

研究表明，采取这种做法的原因在于除了使用失禁垫之外，缺乏评估和护理干预<sup>16</sup>。Zurcher等人（2011）进行的研究显示，护理记录中提到了使用吸收性产品，但未记录既往进行的尿失禁评估<sup>17</sup>。其他研究表明，医务人员认为失禁与年龄相关<sup>16</sup>，并将使用尿布作为老年人的唯一卫生处理方法<sup>18</sup>。他们还提到，养老院很少采用计划排尿等排泄干预策略，这一策略与使用尿布相比具有更多益处，因为其可保持自制，并提高活动能力和独立性<sup>15,19</sup>。

虽然文献描述了许多与非必要使用吸收性失禁产品相关的问题，但与患者生活质量和体验相关的影响尚未得到深入研究。在临床工作中，研究人员观察到使用尿布的失禁患者对所提供护理的厌恶、不适和不满。然而，在查阅文献时，很少有研究涉及这些因素。例如，Alves等人（2013）进行的研究<sup>18</sup>描述了护士对无有效临床应用指征的尿布使用者的认知，结果表明此类患者表现出不信任、不安全感、压力、悲伤和不适等。研究数据仅基于护士的认知，不记录患者的观点。

因此，本研究的基本原理是进一步研究、解释和分享失禁患者在哥伦比亚波哥大一家高复杂度医院接受住院治疗期间如厕时必须使用失禁尿布或吸水垫的“生活体验”。

## 方法

### 研究方法

采用定性研究技术对患者进行访谈，了解他们对于必须使用失禁尿布或吸水垫而不是由他人协助如厕以维持当前尿失禁或大便失禁状态的感觉。对这项研究招募的患者提出了以下问题：

1. 您如何描述使用尿布时的体验？
2. 您对使用尿布有什么感觉？
3. 您认为哪些因素会影响您使用尿布的体验？

通过对2例患者进行试点测试来收集数据，并使用Creswell标准<sup>20</sup>进行评估，以确认访谈指南的操作（图1）和可改进的方面，进而将这些方面纳入数据收集过程<sup>20</sup>。

由研究人员在私人场所进行访谈，通过录音和现场笔记（包括非口头表达的信息）收集数据<sup>20</sup>。在访谈期间，受试者描述了他们的体验，并提出了其他问题，以具体说明他们报告的内容，随后，当数据饱和时，访谈结束<sup>20</sup>。

### 选择和招募标准

选择标准包括既往未使用过吸水垫或失禁尿布

产品且根据PULSES评分量表无残疾或处于轻度残疾状态的失禁患者。

从哥伦比亚波哥大一家高复杂度医院的内科服务部门选择并招募了7例受试者。已告知招募的患者研究目的、隐私和安全措施以及在不影响所提供临床护理的情况下随时退出研究的选择。获得了受试者同意参加研究的书面知情同意书。

### 样本量和数据饱和

抽样具有理论性（或目的性），旨在更好地理解本研究的核心问题<sup>21</sup>。当收集的数据描述了指导性问题上确定的现象时，认为已完成访谈，并且当数据饱和时，访谈总数充足，换言之，数据包括足够的信息来重复该研究，在访谈中未获得新信息，并且认为进一步编码不再可行<sup>22</sup>。

### 数据分析

访谈内容均已抄录、储存并按编号分类，以保持患者的匿名性。组织、编码和信息分析使用的工具为ATLAS.ti程序版本6.0（2003-2010，ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, Berlin；作者：Susanne Friese博士）<sup>23</sup>。根据胡塞尔现象学进行了分析，使我们能够了解与现象学相关的个人生活经验<sup>24</sup>。究其根本，该分析使护理研究脱离了个人偏好，并将其引向更纯粹的回归本质<sup>25</sup>，它使我们能够了解个人的生活现象<sup>26</sup>，并产生无偏倚的科学知识，加强护理原则和实践，最终促进专业发展<sup>27</sup>。

在研究过程中，对数据进行了持续的沉浸式研究，以了解正在发生的事情<sup>28</sup>。本研究的研究人员不断进行自我评估，以消除先入为主的观念，而不影响研究对象<sup>26</sup>。根据受试者的陈述、有意义的参考文献、文本摘录或描述符以及名义代码，创建了描述该现象的类别。第二名研究人员参与了转录数据的验证工作，从而提高数据处理的准确性。将每个由此产生的类别与原始描述进行比较，以便进行验证。

### 结果

该研究纳入了7例既往未诊断出患有尿失禁或大便失禁且既往未使用过吸收性产品或失禁尿布的失禁患者。受试者的平均年龄约为74岁，大多数的社会经济地位较低，受教育水平也较低。进一步询问使用尿布的原因时，受试者提到如厕时行动困难、视力残疾、头晕和下肢运动改变。根据PULSES评分量表，所有患者均处于轻度残疾状态，能够通过行走或在助行器或轮椅的辅助下如厕。

<b>日期:</b> <b>访问员:</b>	<b>时间:</b> <b>受试者:</b>
<b>引言</b> 您参加本研究需填写一份与社会人口统计学数据表相对应的表格, 并进行一次(或多次)访谈; 目的在于了解您使用吸收性失禁产品的体验。 访谈以半结构化形式进行, 持续时间约为一个小时, 深入了解相关信息后, 访谈结束(预计为一次访谈)。但是, 如果研究人员认为有必要, 其可能会在您有空时再次与您联系, 以澄清或补充相关信息。将在医院于受控条件下进行访谈, 访谈环境安静且私密。访谈过程中将进行录音, 数据将仅由研究人员及其顾问进行分析。 将对您提供的信息保密, 不会使用您的姓名或任何其他个人信息。参加这项研究不会向您收取任何费用。此外, 您或任何其他相关人员均不会因您的参与而获得经济、社会或劳动利益, 也不会获得政治利益。您参加研究基于自愿原则, 并且您有权在您希望退出研究时退出, 而不会受到任何形式的报复或歧视。	
<b>1. 社会人口统计学特征</b> <b>1.1 年龄:</b> _____ <b>1.2 性别:</b> <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <b>1.3 职业:</b> <input type="checkbox"/> 居家办公者 <input type="checkbox"/> 雇员 <input type="checkbox"/> 其他 哪种职业? <b>1.4 婚姻状况:</b> <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 自愿同居 <b>1.5 教育背景:</b> <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 大学 <b>1.6 社会经济地位:</b> <input type="checkbox"/> 高产阶级 <input type="checkbox"/> 中产阶级 <input type="checkbox"/> 底层	
<b>2. 尿失禁(UI)测试</b> 为了确定患有UI的患者人数并将其从研究中排除, 我们使用美国妇女健康、产科和新生儿护士协会*制定的下列问题执行了测试程序: <b>2.1</b> 您是否曾在不想排尿时漏尿? <b>2.2</b> 您是否曾在咳嗽、大笑或运动时漏尿? <b>2.3</b> 您是否曾在去卫生间的途中漏尿? <b>2.4</b> 您是否曾在内裤中使用尿垫、纸巾或棉布吸收尿液? 回答“是”或“否”。认为至少有一个回答为“是”的患者患有尿失禁。	

图1.访谈指南

<b>3. 问题</b> <b>3.1</b> 您住院的原因是什么? <b>3.2</b> 您住院多久了? <b>3.3</b> 您是独自一人住院还是有同伴陪同? <b>3.4</b> 您在医院进行哪些活动? <b>3.5</b> 您能走路吗? 您能独自去卫生间吗? <b>3.6</b> 您在入院前穿过尿布吗? <b>3.7</b> 您在医院穿尿布多久了? <b>3.8</b> 您认为您在医院穿尿布的原因(或理由)是什么? <b>3.9</b> 第一次在医院穿尿布时, 您感觉如何? <b>3.10</b> 您如何描述使用尿布时的体验? <b>3.11</b> 使用尿布给您带来了哪些感受? <b>3.12</b> 您认为哪些因素会影响您使用尿布的体验? <b>3.13</b> 您能顺利排尿吗? <b>3.14</b> 您试过为避免使用尿布而要求提供尿盆吗? <b>3.15</b> 您试过为避免使用尿布而要求他人协助您如厕吗? <b>3.16</b> 尿布不干净会发生什么? <b>3.17</b> 护士为您换尿布时的表现如何? <b>3.18</b> 他们为您换尿布时, 您感觉如何? <b>3.19</b> 您穿着尿布睡觉时感觉如何? <b>3.20</b> 您每天使用多少尿布? <b>3.21</b> 谁为您买尿布? <b>3.22</b> 您认为您可以去卫生间如厕吗? <b>3.23</b> 您认为穿尿布和去卫生间如厕有什么区别吗? <b>3.24</b> 哪种如厕方式会让您感觉更好? <b>3.25</b> 您认为您回家后会使用尿布吗?
---

\* 美国妇女健康、产科和新生儿护士协会(AWHONN)。女性失禁: 循证实践指南。华盛顿特区: 美国国立临床诊疗指南数据库; 2000年。

通过数据分析确定了重要陈述，形成了相应的含义，并将其归为五个常见类别，具体如下：进入未知世界；寻求护理；接受使用吸收性失禁产品；身体对使用吸收性失禁产品的反应；以及适应或尝试恢复独立性。下文详细描述了这些类别下的描述符和患者体验。

### 进入未知世界

该类别表示患者作为住院患者入院时所经历的转变，以及入院对其排泄模式的影响。在家中，患者能够以私人、和平的方式独立如厕，但入院后，这种情况就会发生变化。考虑到患者的健康状况，住院期间如厕较为困难，这也是他们寻求医务人员陪同的原因。然而，如果无法获得医务人员的支持，他们拥有的唯一选择便是使用尿布进行排泄。

一例试图如厕的行动不便失禁患者（继发于视觉损害）报告称：

*当我在医院时，我必须使用尿布……在我入院时，他们并未了解我的意愿，在未经询问的情况下直接告诉我：你需要使用尿布；你必须穿上它……然后，我回答道：好的，就这么做……从那时起，我便一直穿着尿布。但去卫生间更加卫生，是更好的选择，但我要需要在医务人员的帮助下如厕，因为我看不清，有时他们会协助我，但有时他们忙于照顾其他患者，我就得等着-E6。*

### 寻求护理

该类别描述了这些受试者如何尝试避免使用尿布，并决定寻求帮助以进行如厕。由于无法及时提供此类援助，有时甚至需要等待数小时，且患者控制尿液或粪便排泄的能力有限，因而产生急迫感。在希望控制排泄需求的过程中，他们还表达了痛苦、羞耻、顺从、不适、失眠、腹痛和腹胀的感觉。这些感觉在排泄后消退。在该类别中，一例患者描述道：

*我患有血栓形成。整个身体一侧瘫痪（指向身体右侧），（……）我已经在使用助行器……但仍然无法独立如厕。主要原因是我害怕摔倒……当我必须如厕时，我给医务人员打电话，告诉他们：请协助我如厕！但有时他们没有时间和（咕哝声）！（指向腹部，模拟疼痛感觉）。例如，昨天晚上，我希望他们在两个小时内前来带我去卫生间，我非常急切，因此，我经历了此类可怕的肠绞痛-E2。*

虽然患者尽力等待，但最终还是无法抵抗排泄冲动。于是，他们迫于无奈，只能使用吸收垫/失禁尿布进行排泄，并获得了短暂的解脱感。

偶尔，护理团队会及时帮助他们处理如厕冲动。有患者表示：

*我已经去卫生间上过厕所了。通常是护士协助我。昨天，她带我去卫生间，扶我坐下，进行舒适的排泄……她很细心；照顾着我；总是询问：你想做什么？我该怎么做？所有医务人员都非常细心；在协助我们时，他们总是给予我们非常多的关爱-E4。*

### 接受使用吸收性失禁产品

该类别与无需使用尿布但认为其“必须”使用的受试者相关。他们希望在洗手间如厕，然而，虽然一再坚持想要接受协助，但其并未得到任何辅助。因此，他们不得不放弃自己的欲望，决定使用吸水垫/失禁尿布进行排泄。随着时间的推移，患者不再呼叫护理人员协助他们如厕，而接受使用吸水垫/失禁尿布。医务人员空闲时间少，人手不足，患者感觉自己只能任其摆布。因此，这使他们感到受限和脆弱。患者做出以下评论：

*唉，我必须穿尿布，但我并不需要……穿尿布很不舒服，但我必须这么做。无论如何，我还是喜欢去卫生间，并尝试找到一个可以协助我的人，他们就是不帮我-E1。*

*我感觉穿尿布是一种障碍；让人感觉不适……我感到对他人的意愿产生了依赖-E6。*

### 身体对使用吸收性失禁产品的反应

该类别描述了患者对穿吸收性失禁产品表达的不愉快的感觉。他们使用的术语包括：潮湿；温热，负担；烧灼感；灰尘，擦痛或不适；甚至是睡眠不足。此外，他们还担心购买吸水垫或失禁尿布会给家庭带来开支。他们担心的另一个问题是延迟更换尿布导致的皮肤损伤。患者对这一类别发表了以下评论：

*当我穿尿布时，我感觉很脏……太热了；你可能会出汗。此外，尿布让我感到恼怒、寒冷、潮湿；我感到很糟糕。所以我会把它取下来，或者告诉护士帮我更换它。我可以在尿布湿透的情况下坚持几个小时……有时这会导致脱皮、灼热……令人恼怒-E6。*

*现在我就有烧灼感……他们花费了太长时间来更换我的尿布；我有严重的烧灼感，因此他们为我涂上软膏-E7。*

*我觉得穿尿布会影响我的睡眠。由于潮湿，我感觉不适，无法正常休息-E4。*

*我认为买尿布会增加我的经济负担……有时，我丈夫没钱买尿布，他不得不借钱去买-E2。*

## 适应或尝试恢复独立性

该类别是指患者在临床未诊断为尿失禁或不存在其他生理状况或原因的情况下，仅因为没有护理人员协助其如厕，而习惯使用吸收垫或失禁产品进行排泄。其他患者坚持避免使用失禁装置，并且会进行帮助他们移动的活动，甚至是自行如厕，来尝试恢复独立性，而这会增加跌倒和受伤风险。一些患者表示：

*我不觉得穿尿布有什么不好，总会习惯的.....现在我要求他们给我穿上尿布.....我喜欢去卫生间，但由于懒惰，我要求给我穿（尿布）！-E6.*

*所以，当我去卫生间的时候，至少我会走一点路，感觉就像回到了以前的生活。我想回到我以前的生活，去卫生间正常如厕-E5.*

*有时医务人员忙于照顾其他患者，因此我尝试一个人去卫生间。但我总是撞到墙，因为我看不见。昨天我去了卫生间.....他们甚至没有注意到-E6.*

## 讨论

这项选择性样本量较小的定性研究描述了患者在无有效临床应用指征的情况下必须使用吸水垫/失禁尿布的体验，结果令人震惊。在本研究中，患者感觉他们没有其他选择，必须使用此类装置，这对他们的身体及其个人均造成了本可以避免的负面后果。

Zisberg（2011）等人进行的研究表明，医院工作人员非常倾向于对病情无需此类干预的患者使用失禁尿布<sup>4</sup>。造成上述情况的原因包括：人员短缺、缺乏时间来制定更好的患者护理计划<sup>16</sup>，以及在未进行适当监督的情况下将护理工作委托给技术人员<sup>18</sup>。在参加这项研究的医院中，也发现了类似的情况——护理人员将排泄需求相关任务委托给技术人员或辅助人员，而不对获得尿布的人员进行监督。

然而，无论患者是失禁还是有可能在协助下如厕，医务人员在老年人<sup>18</sup>或功能性残疾患者<sup>15</sup>中常规使用尿布进行卫生越来越普遍。这是因为医务人员不会对失禁进行评估，他们觉得尿失禁与年龄相关<sup>18,29</sup>，并认为功能性残疾患者需要穿尿布<sup>15</sup>。

本研究还发现，患者在家中可以独立如厕；但入院后，这种情况会发生变化，因为他们唯一的选择就是使用尿布进行排泄。这不是最佳做法，因为失禁患者应该使用卫生间。根据相关研究，即使是半依赖性患者也不应使用尿布进行排泄。相反，他们需要去卫生间，以促进他们的行动能力和独立性<sup>15,30</sup>。

在本研究中，有如厕冲动且需要护理人员协助的患者试图抗拒使用吸水垫/失禁尿布。然而，随着时间的推移，在没有任何护理人员协助的情况下，他们别无选择，只能接受使用尿布进行排泄。在希望控制排泄需求的过程中，他们还表达了痛苦、羞耻、顺从、不适、失眠、腹痛和腹胀的感觉。这些感觉在排泄后消退。在检索文献时，未发现任何详细描述失禁患者对使用尿布的抵触情绪的研究。因此，本研究使我们能够更深入地了解患者的体验。

此外，如上文所述，虽然患者尝试等待，但最终还是无法抵抗排泄冲动。然后，他们只好使用吸收垫/失禁尿布进行排泄，并产生了不愉快的感觉。患者描述了长期接触粪便或尿液带来的不适和不快。口头表述的感觉包括躁动、沮丧、绝望，尤其是感到丧失独立性。除了对皮肤的影响，如失禁相关皮炎引起的烧灼感和疼痛外，他们还潮湿、高温和压力的感觉感到不适。在查阅文献时，很少有研究阐明这些因素；不过，一些研究结果相似。Alves等人（2013）进行的一项研究描述了护士对无经验证的临床使用指征的尿布使用者的认知。研究结果表明此类患者表现出不信任、不安全感、压力、悲伤和不适，此外，还表现出使用尿布导致的自我身份丧失、依赖或脆弱<sup>18</sup>。在另一项关于住院老年患者认知的研究中，他们提到了感觉不适、低自尊、厌恶、发痒、疼痛、低效、发热和运动受限<sup>6</sup>。

产生这些感觉后，一些患者会习惯于使用吸收垫或失禁产品进行排泄。Zisberg（2011）进行的研究指出，即使在失禁患者中，使用尿布也可能会“成瘾”，至少在短期内是如此，这或许可以解释这些患者的表现<sup>4</sup>。另一方面，其他患者则坚持避免使用失禁装置，并且会进行帮助他们移动的活动，甚至是自行如厕，来尝试恢复独立性，而这会增加跌倒和受伤风险。

文献中也有类似的结果；但是，相关研究较少，使得本研究能够更深入地了解患者被迫在非必要情况下使用尿布的体验。这种做法会给患者带来潜在的皮肤损伤和心理创伤，这可能意味着恢复过程中会遇到问题或恢复时间会延长<sup>31</sup>。尿失禁患者寻求护理人员协助如厕，保持其独立性水平。然而，这项研究发现，在大多数情况下，他们并没有获得护理人员的支持，唯一的选择就是使用尿布进行排泄。

在此类情况下，不必要地使用了吸收垫，并且可以用其他方法代替。Jonasson等人（2016）进行的研究显示，需要尽可能采用更加以人为本

的方法<sup>16</sup>，使用计划如厕协助等方法，以帮助加强行动能力、提高自主性和独立性<sup>30,32</sup>，并保持健康和幸福感<sup>16</sup>。

如要促进医院工作人员采用这些方法，有必要改变当前的做法。Bernard等人（2020）进行的研究概述了护理教育工作者和行政支持在减少尿布使用方面作出的贡献，这有助于改善患者的护理体验。护理教育工作者可以教授正确的如厕方法，解释如何评估患者的失禁情况以及如何使用患者如厕时间表，并选择适当的收集/承接装置。此外，行政支持也有助于实施失禁护理最佳实践相关项目和方案，限制使用吸水垫，增加可选尿液/粪便承接器的可用性，并提供支持如厕的工具，如适当的设施和接受过失禁管理培训的护士和物理治疗师<sup>33</sup>。

## 结论

研究结果表明，哥伦比亚卫生系统并不总是能够高效满足轻度残疾患者的临床需求，使他们能够在尿失禁和粪便失禁方面保持独立性。无法及时提供协助护理，迫使患者在不必要的情况下非自愿使用尿布，这会损害患者的自信心和安全性，造成生理和心理后果。治疗费用的增加也会对家庭和卫生机构造成经济影响。本研究表明，卫生机构并不总是考虑使用者的生理和社会功能及其对排泄需求的偏好，导致使用者不满、不适、脆弱和依赖性丧失。

就此而言，与本研究类似的现象学研究是一扇反思之窗，也是提高护理质量的途径<sup>34</sup>。医疗保健专业人员在时间和其他方面受限的情况下，需了解患者的观点，并在帮助患者在住院期间保持排泄需求方面的独立性。这解释了为什么需进行个性化整体护理<sup>16</sup>，以提供常规护理程序之外的护理服务，同时考虑到患者的优先事项和排泄需求。

## 局限性

本研究的理论样本量非常小。因此，研究结果不应推广至所有卫生机构。该现象还需要进行进一步研究。

## 致谢

我们要感谢所有研究受试者的配合。

## 利益冲突声明

本研究无任何利益冲突需要声明。

## 伦理声明

本研究获得了哥伦比亚国立大学护理学院伦理

委员会（021-18）和卫生机构研究伦理委员会的批准（119/18）。

## 资助

作者未因该项研究收到任何资助。

## 参考文献

1. Qin Y. Medical textile materials. Woodhead Publishing; 2015.
2. De Sousa Lopes Reis Do Arco HM, Mendes da Costa A, Machado Gomes B, Anacleto N, Jorge da Silva RA, Peixe da Fonseca SC. Nursing interventions in dermatitis associated to incontinence integrative literature review. *Enfermería Glob* 2018;17(52):689–730.
3. Palese A, Regattin L, Venuti F, et al. Incontinence pad use in patients admitted to medical wards: an Italian multicenter prospective cohort study. *J Wound Ostomy Cont Nurs* 2007;34(6):649–54.
4. Zisberg A. Incontinence brief use in acute hospitalized patients with no prior incontinence. *J Wound Ostomy Cont Nurs* 2011;38(5):559–64.
5. Zisberg A, Sinoff G, Gur-Yaish N, Admi H, Shadmi E. In-hospital use of continence aids and new-onset urinary incontinence in adults aged 70 and older. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(6):1099–1104.
6. de Almeida Ferreira Alves L, Ferreira Santana R, da Silva Schulz R. Nursing staffs' perceptions of the use of adult diapers in hospital. *Rev Enferm UERJ* 2014;22(3):371–75.
7. Fader M, Clarke-O'Neill S, Cook D, Dean G, Brooks R, Cottenden A, Malone-Lee J. Management of night-time urinary incontinence in residential settings for older people: an investigation into the effects of different pad changing regimes on skin health. *J Clin Nurs* 2003;12(3):374–86.
8. Brown D. Diapers and underpads. Part 1: skin integrity outcomes. *Ostomy Wound Manage* 1994;40:20–22.
9. Fader M, Bain D, Cottenden A. Effects of absorbent incontinence pads on pressure management mattresses. *J Adv Nurs* 2004;48(6):569–74.
10. Christini Silva T, Mazzo A, Rodrigues Santos RC, Jorge BM, Souza Júnior VD, Costa Mendes IA. Consequences of adult patients using disposable diapers: implications for nursing care. *Aquichan* 2015;15(1):21–30.
11. Beeckman D, Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S. A systematic review and meta-analysis of incontinence-associated dermatitis, incontinence, and moisture as risk factors for pressure ulcer development. *Res Nurs Heal* 2014;37(3):204–18.
12. Thompson E, Rounsefell B, Lin F, Clarke W, O'Brien KR. Adult incontinence products are a larger and faster growing waste issue than disposable infant nappies (diapers) in Australia. *Waste Manage* 2022;152:30–7.
13. Ntekepe ME, Okon E, Ndifreke E, Hussain S. Disposable diapers: impact of disposal methods on public health and the environment. *Am J Med Pub Health* 2020;1(2):1–7.
14. Bitencourt G, Santana R. Evaluation scale for the use of adult diapers and absorbent products: methodological study. *Online Braz J Nurs* 2021;20:1–13.
15. Bitencourt GR, Alves LAF, Santana RF. Practice of use of diapers in hospitalized adults and elderly: cross-sectional study. *Rev Bras Enferm* 2018;71(2):343–49.

16. Jonasson L, Josefsson K. Staff experiences of the management of older adults with urinary incontinence. *Health Aging Res* 2016;5(16):1–11.
17. Zurcher S, Saxer S, Schwendimann R. Urinary incontinence in hospitalised elderly patients: do nurses recognise and manage the problem? *Nurs Res Prac* 2011;1–5.
18. Alves L, Santana R. Perceptions of the nursing team about the use of geriatric diapers in the hospital. *Ciênc Cuid Saúde* 2013;12(1):19–25.
19. Roe B, Flanagan L, Jack B, et al. Systematic review of the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes: descriptive studies with urinary incontinence as primary focus. *J Adv Nurs* 2011;67(2):228–50
20. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M. *Metodología de la investigación científica*. 5th ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2020.
21. Coyne IT. Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling: merging or clear boundaries? *J Adv Nurs* 1997;26(3):623–30.
22. Fusch P, Lawrence N. Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *Qual Rep* 2015;20(9):1408–16.
23. San Martín Cantero D. Grounded theory and ATLAS.ti: methodological resources for educational research. *Rev Electrónica Investigación Educativa* 2014;16(1):104–122.
24. Bahadur S. Phenomenology: a philosophy and method of inquiry. *J Educ Educ Dev* 2018;5(1):215–22.
25. Schultz G, Cobb-Stevens R. Husserl's theory of wholes and parts and the methodology of nursing research. *Nurs Philos* 2004;5(3):216–23.
26. Neubauer B, Witkop C, Varpio L. How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspect Med Educ* 2019;8(2):90–7.
27. Cuesta Benjumea C. Qualitative research and development of nursing knowledge. *Texto Contexto Enferm* 2010;19(4):762–68.
28. Maher C, Hadfield M, Hutchings M, Eyto A. Ensuring rigor in qualitative data analysis: a design research approach to coding combining NVivo with traditional material methods. *Int J Qual Method* 2018;17:1–13.
29. Rodriguez N, Sackley C, Badger F. Exploring the facets of continence care: a continence survey of care homes for older people in Birmingham. *J Clin Nurs* 2007;16(5):954–62.
30. Jirovec M. The impact of daily exercise on the mobility, balance and urine control of cognitively impaired nursing home residents. *Int J Nurs Stud* 1991;28(2):145–51.
31. Alligood R, Tomey M. *Nursing theorists and their work*. 7th ed. Spain: Mosby Elsevier; 2010.
32. Schnelle J, Alessi C, Simmons S, Al-Samarrai N. Translating clinical research into practice: a randomised controlled trial of exercise and incontinence care with nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(9):1476–83.
33. Bernard L, Stephens M, Kuhnke J L. Prevention of incontinence-associated dermatitis linked with briefs use in acute care: a quality improvement project. *NSWOC* 2020;31(2):28–37.
34. Palacios D, Corral I. The basics and development of a phenomenological research protocol in nursing. *Enferm Intensiva* 2010;21(2):68–73.

**epuap** **NPIAP** **PAN PACIFIC Pressure Injury Alliance**

**INTERNATIONAL PRESSURE ULCER/INJURY GUIDELINE 4TH EDITION COMING 2025!**

**GET READY TO GET INVOLVED!**

<http://internationalguideline.com>

**FOLLOW OUR PROGRESS**

GETTING STARTED	PREVENTION	TREATMENT	REVIEW AND FINAL TOUCHES
<b>May - August 2023</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consumer survey conducted in 2022</li> <li>Stakeholder registration</li> <li>Associate Organisation applications</li> <li>Submit peer reviewed articles up to 01-01-24</li> </ul>	<b>May 2023-Jan 2024</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Call for wound expert Panel Group members in Nov-Dec 2023</li> <li>Call for consumer stakeholders in Jan 2024</li> </ul>	<b>Jan - Sept 2024</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Call for wound expert Panel Group members in April 2024</li> <li>Call for consumer stakeholders in June 2024</li> </ul>	<b>Sept -Dec 2024</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Invitation for Sponsors Nov 2024</li> <li>Stakeholder review Nov-Dec 2024</li> </ul>

**GUIDELINE LAUNCH**  
In each region  
**2025**