

# Was junge Mütter über Beckenbodentraining wissen = Les connaissances des jeunes mères sur l'entraînement du plancher pelvien

Autor(en): **Düvel, Angela / Scheidhauer, Heike**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physioactive**

Band (Jahr): **53 (2017)**

Heft 6

PDF erstellt am: **29.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-928615>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## Was junge Mütter über Beckenbodentraining wissen

### Les connaissances des jeunes mères sur l'entraînement du plancher pelvien

ANGELA DÜVEL, HEIKE SCHEIDHAUER

Wöchnerinnen scheinen nicht genügend darüber aufgeklärt zu werden, dass Schwangerschaft und Geburt Risikofaktoren für eine Inkontinenz sind und wie wichtig ein adäquates Beckenbodentraining ist. Darauf weist eine qualitative Studie aus Basel hin.<sup>1</sup>

Schwangerschaft und Geburt stellen einen Hauptrisikofaktor für eine Urininkontinenz dar [1]. Bei der Geburt kommt es zur Dehnung von peripheren Nerven, Ligamenten, Faszien und Muskeln. Dabei können Verletzungen auftreten. Ein optimales Zusammenspiel der genannten Strukturen des Beckenbodens ist allerdings notwendig, um die Kontrolle der Kontinenzmechanismen und das Stützen der Beckenorgane zu gewährleisten [2].

Studien, die den Zustand des Beckenbodens nach vaginaler Geburt untersuchten, belegen bei 20 bis 26 Prozent der Frauen bedeutende Verletzungen des M. levator ani [3,4]. Dieser Muskel repräsentiert den Kern der Stützfunktion des Beckenbodens und dient als muskulärer Dämpfer gegen den durch die Becken- und Bauchorgane ausgeübten Druck [5]. Zudem werden häufig partiell reversible Verletzungen des Nervus pudendus beobachtet [6].

6 bis 12 Wochen postnatal ist sowohl die Kraft als auch die Ausdauer der Beckenbodenmuskulatur signifikant vermindert. Dies fanden Sigurdardottir et al. heraus [6]. Dass die Kraft der Beckenbodenmuskulatur auch noch ein Jahrzehnt nach der ersten Geburt reduziert ist, zeigen Friedman et al. in ihrer Studie [7]. Sie verglichen Frauen, die entweder vaginal oder per Kaiserschnitt vor 6–11 Jahren ihr erstes Kind geboren hatten. Die Frauen nach vaginaler Geburt wiesen eine verminderte Kraftausdauer und Maximalkraft am Beckenboden auf. Mussten zusätzlich instrumentelle Hilfsmittel

Une étude qualitative menée à Bâle<sup>1</sup> montre qu'au moment de leur accouchement, les femmes ne semblent pas être assez informées sur les facteurs de risque d'incontinence que constituent la grossesse et la naissance, ni sur l'importance d'un entraînement adéquat du plancher pelvien.

La grossesse et la naissance constituent l'un des principaux facteurs de risque d'incontinence urinaire [1]. La naissance entraîne l'étirement de nerfs, ligaments, fascias et muscles périphériques qui peut conduire à des lésions. Une interaction optimale de ces structures du plancher pelvien est toutefois nécessaire pour garantir le contrôle des mécanismes de continence et le soutien des organes du bassin [2].

<sup>1</sup> L'article est basé sur le travail de bachelors de Sara Nicollier et Sabina Akos [11].



Alice Photo - Fotolia

«Wenn ich gewusst hätte, dass es [das Beckenbodentraining] wichtig ist für später...», Aussage einer Studienteilnehmerin. | «Si j'avais su que c'est [l'entraînement du plancher pelvien] important pour plus tard...», déclaration d'une participante à l'étude.

<sup>1</sup> Der Artikel basiert auf der Bachelorarbeit von Sara Nicollier und Sabina Akos [11].

### Die Erhebung und Auswertung der Daten

Rekrutiert wurden sieben Probandinnen aus dem Umfeld der Studierenden. Einschlusskriterien waren volljährige Frauen, die in den letzten 12 Monaten in einer Klinik entbunden hatten. Kaiserschnitt und Hausgeburt waren Ausschlusskriterien.

Die Datensammlung erfolgte mittels halbstrukturierter Interviews und anhand von Interviewleitfäden (*siehe unten*). Unmittelbar vor den Interviews wurden die soziodemographischen Daten erfasst. Zudem wurde die Teilnahme der Studienteilnehmerinnen an einem Geburtsvorbereitungs- und einem Rückbildungskurs erfragt. Die Probandinnen wurden im privaten Umfeld interviewt, die Transkription erfolgte in Anlehnung an das einfache Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl [14]. Die Daten wurden durch Codierung und durch die Bildung von Haupt- und Subkategorien ausgewertet.

Die Aussagekraft der Studie ist limitiert, da nur deutschsprachige Frauen interviewt wurden, die mehrheitlich im Gesundheits- oder Sozialberufen tätig waren. In einer weiteren Studie wäre erforderlich, eine Probandinnengruppe mit grösserer Diversität und mehr Studienteilnehmerinnen zu untersuchen.

#### Auszug aus dem Interviewleitfaden

Was wissen Sie über Ihren Beckenboden?

Woher haben Sie Ihr Wissen?

Kennen Sie Probleme, die durch Beckenbodenschwäche auftreten können?

Haben Sie eine Beckenbodenschwäche?

Wie beugen Sie allfälligen Beckenbodenmuskelschwächen vor?

Wurden Sie vor und/oder nach der Geburt über den Sinn der Rückbildungsgymnastik informiert?

### Le relevé et l'évaluation des données

Sept participantes ont été recrutées dans l'environnement des étudiantes pour l'étude. Les critères d'inclusion étaient des femmes majeures ayant accouché dans une clinique au cours des 12 mois précédents. La césarienne et la naissance à la maison constituaient des critères d'exclusion.

Les données ont été relevées lors d'entretiens semi-structurés et établis à l'aide de fils conducteurs pour les interviews (voir *ci-dessous*). Les données socio-démographiques ont été relevées juste avant les entretiens. En outre, les participantes ont été interrogées quant à leur participation à un cours de préparation à la naissance et à un cours de rééducation périnéale. Les participantes ont été interviewées dans un cadre privé; la transcription a été faite selon le système de transcription simple de Dresing et Pehl [14]. Les données ont été évaluées par codage ainsi qu'en constituant des catégories principales et des sous-catégories.

La pertinence de l'étude est limitée dans la mesure où les femmes interrogées étaient toutes de langue allemande et qu'elles exerçaient pour la plupart des métiers sociaux ou relevant du domaine de la santé. Dans une étude ultérieure, il serait nécessaire d'examiner un groupe de participantes plus nombreux et plus diversifié.

#### Extrait des fils directeurs de l'interview

Que savez-vous de votre plancher pelvien?

D'où provenaient vos connaissances?

Connaissez-vous les problèmes que pourrait susciter une faiblesse du plancher pelvien?

Avez-vous une faiblesse du plancher pelvien?

Comment prévenez-vous d'éventuelles faiblesses musculaires du plancher pelvien?

Avez-vous été informée, avant et/ou après la naissance, du sens d'une gymnastique de rééducation périnéale?

(z. B. Zange) angewendet werden, war die Muskelkraft noch deutlicher reduziert.

### Beckenbodenmuskeltraining ist klar wirksam

Beckenbodenmuskeltraining (BBMT) wird schon seit Jahrzehnten in der Behandlung von Belastungs-, Drang- sowie den gemischten Inkontinenzformen durchgeführt [8]. Die Effektivität von BBMT in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention der Urininkontinenz (UI) wurde in verschiedenen wissenschaftlichen Studien erforscht:

In einer Cochrane Review fassten Boyle et al. folgende Ergebnisse zusammen [9]: Schwangere Frauen, die in der Schwangerschaft die Beckenbodenmuskeln intensiv trainierten, waren bis zu 56 Prozent weniger inkontinent in der Spätschwangerschaft. Sechs Monate nach der Geburt waren in der Interventionsgruppe 30 Prozent weniger inkontinent als in der Kontrollgruppe. Bei der Behandlung von nach der Geburt inkontinenten Frauen mit BBMT gab die Interventionsgruppe nach 12 Monaten an, bis zu 40 Prozent weniger an UI zu leiden.

Les études qui ont examiné l'état du plancher pelvien après une naissance vaginale révèlent des atteintes importantes du muscle élévateur de l'anus chez 20 à 26 % des femmes [3, 4]. Ce muscle constitue le cœur de la fonction de soutien du plancher pelvien: il sert d'amortisseur musculaire contre la pression exercée par les organes du bassin et du ventre [5]. De plus, on observe souvent des lésions partiellement réversibles du nerf pudendal [6].

Sigurdardottir et al. [6] ont constaté que la force et l'endurance des muscles du plancher pelvien sont réduites de manière significative pendant 6 à 12 semaines après la naissance. Pour leur part, Friedman et al. ont montré que la force des muscles du plancher pelvien demeure réduite une décennie après la première naissance [7]. Ils ont comparé des femmes 6 à 11 ans après la naissance de leur premier enfant par voie vaginale ou par césarienne. Les femmes qui ont accouché par voie vaginale ont une endurance musculaire et une force maximale réduites au niveau du plancher pelvien. La force musculaire est encore davantage réduite dans les cas où des moyens auxiliaires instrumentaux (p. ex. forceps) ont dû être utilisés lors de l'accouchement.

Bei der Wirksamkeit von BBMT kommt es auf die Art der Übungen, die Frequenz der Durchführung, die Intensität, die Länge des Trainings und auch auf die Adhärenz der Patientinnen an. Dies trugen Mørkved und Bø in ihrer systematischen Review zusammen [10]. Empfohlen wird ein achtwöchiges Training. Drei Serien zu 8–12 Kontraktionen sollen durchgeführt werden, 3–4-mal pro Woche. Die Kontraktionen sollten im Maximalkraftbereich liegen und 6–8 Sekunden gehalten werden.

Eine Physiotherapie-Bachelorarbeit am Gesundheitszentrum Bildung Basel-Stadt setzte sich mit den Kenntnissen von jungen Müttern zum Beckenbodenmuskeltraining auseinander [11]. Sara Nicollier und Sabina Akos befragten in halbstrukturierten Interviews sieben Mütter, welche in den letzten 12 Monaten in Basel-Stadt geboren hatten, zu ihrem Wissen über den Beckenboden (siehe *Kasten*). Wir präsentieren im Folgenden Auszüge aus den Interviews und Ergebnissen.

### Wissen zur Bedeutung eines Rückbildungskurses

Verschiedene Quellen wie Hebammen, Pflegefachpersonen, PhysiotherapeutInnen und das soziale Umfeld machten die Frauen auf die Wichtigkeit der Teilnahme an einem Rückbildungskurs aufmerksam.

Eine Frau empfand die Aufklärung im Nachhinein als ungenügend: «Es ist halt immer noch, dass ich nicht weiss, wie wichtig es ist. Vielleicht wenn ich gewusst hätte, dass es sehr wichtig ist, dass man das unbedingt machen sollte. Dann wäre es vielleicht schon besser gewesen, wenn ich mehr Informationen erhalten hätte. (...) wo hat es den Kurs, dort bist du eingeteilt (...)» (Interview 3/Zeile 105–109). Einen geeigneten Rückbildungskurs zu finden schien für Probandinnen schwierig gewesen zu sein.

Die Frauen, die einen Kurs besucht haben, nennen das Motiv, dass sie Problemen im Alter vorbeugen wollen. Sie äusserten aber auch Verunsicherung, ob die Teilnahme an einem Rückbildungskurs nötig ist. «(...) ich jetzt in meinem Umfeld ein paar Schwangere hatte und die ich auch gefragt hatte, ob sie einen Rückbildungskurs machten und viele sagten *nein, nein*. Da hab ich mich schon gefragt, ob ich jetzt ein wenig altmodisch bin oder so (lacht). Aber ich finde (...) es gut, dass ich es gemacht habe» (I1/Z43–47).

Die Gründe für eine Nichtteilnahme waren, dass die Frauen unter Zeitdruck standen oder das Neugeborene nicht verlassen wollten. Auch bei Symptomen der Beckenbodenschwäche besuchen die Mütter nicht zwingend einen Rückbildungskurs. Sie ziehen es aber bei einer weiteren Schwangerschaft und Geburt in Erwägung.

Es wird ein Zusammenhang zwischen dem Wissen und der Umsetzung von BBMT deutlich. «Wenn ich gewusst hätte, dass es wichtig ist für später, hätte ich es sicher gemacht, doch ich hatte das Bewusstsein nicht dafür» (I6/Z30–32).

### L'entraînement des muscles du plancher pelvien est clairement efficace

L'entraînement des muscles du plancher pelvien (EMPP) est utilisé depuis des décennies dans le traitement de l'incontinence à l'effort, par impériosité et mixte [8]. Plusieurs études ont évalué l'efficacité de l'EMPP dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire de l'incontinence urinaire (IU). Dans une revue Cochrane, Boyle et al. [9] constatent que 56 % des femmes enceintes qui ont entraîné de manière intensive les muscles de leur plancher pelvien durant leur grossesse sont moins incontinentes à la fin de cette même grossesse. Six mois après la naissance, 30 % des femmes du groupe d'intervention sont moins incontinentes que celles du groupe de contrôle. Si les femmes incontinentes après la naissance effectuent un EMPP, 40 % du groupe d'intervention présente moins d'incontinence urinaire après 12 mois.

Dans un revue systématique, Mørkved et Bø [10] ont montré que l'efficacité de l'EMPP dépend du type d'exercices, de la fréquence de leur réalisation, de la durée de l'entraînement et de l'adhésion des patientes. Un entraînement de huit semaines est recommandé. Il faut réaliser trois séries de 8–12 contractions, 3–4 fois par semaine. Les contractions doivent être maintenues pendant 6–8 secondes au niveau de la force musculaire maximale.

Un travail de bachelor en physiothérapie réalisé au Centre de formation sur la santé de Bâle-Ville s'est penché sur les connaissances de jeunes mères concernant l'entraînement des muscles du plancher pelvien [11]. Dans le cadre d'entretiens semi-structurés, deux étudiantes ont interrogé sept



Die Kraft der Beckenbodenmuskulatur ist auch noch ein Jahrzehnt nach der ersten Geburt reduziert. | La force des muscles du plancher pelvien demeure réduite une décennie après la première naissance.

### Welche Informationen erhalten Frauen im Spital?

Die Informationen im Spital umfassen die Aufklärung über Beckenbodenaktivitäten und den Einsatz der Bauchmuskulatur im Wochenbett. Ebenso wird auf die Wichtigkeit der Teilnahme an einem Rückbildungskurs aufmerksam gemacht. Aufgrund der Rückmeldungen der interviewten Frauen bleibt ungewiss, wie ausführlich die Informationen gestaltet werden und ob sie immer erfolgen.

Zur Wissensvermittlung über Beckenbodenbeanspruchung durch Geburt und Verhalten in der postnatalen Phase dienten Broschüren, Poster oder mündliche Informationen durch Pflegefachfrauen oder Physiotherapeutinnen. «Ja, da lag ein ganzer Stapel an Broschüren, die habe ich schon angeschaut.» (I7/Z102)

Aus den Aussagen der Frauen könnte geschlossen werden, dass die Informationen, welche Physiotherapeutinnen den Wöchnerinnen beim persönlichen Besuch geben, umfassender waren als Informationen, die Pflegefachfrauen im Austrittsgespräch vermittelten.

### Wissen zum konkreten Beckenbodentraining nach der Geburt

Im Spital instruierte eine Physiotherapeutin oder eine Hebamme Beckenbodenwahrnehmung und Beckenbodenspannung. Die Frauen machten wenig Angaben über Anzahl und Intensität der Kontraktionen. «Sie hat gesagt, ich soll den Beckenboden so fest wie möglich anspannen und dann halten (...) wie viel mal, weiss ich auch nicht» (I4/Z77–78).

Neben der Instruktion im Sinne von «anspannen, entspannen» wurde auch mit weiteren Instruktionen und unterschiedlichen Bildern angeleitet: Urinstopp, Lift fahren, Tam-



**Schwangere Frauen, welche die Beckenbodenmuskulatur intensiv trainierten, waren sechs Monate nach der Geburt 30 Prozent weniger inkontinent als in der Kontrollgruppe. | Six mois après la naissance, 30 % des femmes du groupe d'intervention sont moins incontinentes que celles du groupe de contrôle.**

mères qui avaient accouché à Bâle-Ville au cours des 12 mois précédents sur leurs connaissances relatives au plancher pelvien (voir encadré).

### Connaissances sur l'importance d'un cours de rééducation périnéale

Différentes sources (sages-femmes, personnel de soins spécialisés, physiothérapeutes, environnement social) attirent l'attention des femmes sur l'importance de la participation à un cours de rééducation périnéale. A posteriori, une femme trouve les explications insuffisantes: «Je ne sais toujours pas à quel point c'est censé être important. Peut-être que j'aurais fait différemment si j'avais su à quel point c'est important et qu'il faut absolument le faire. Il aurait peut-être été préférable que j'obtienne plus d'informations. (...) Où y a-t-il un cours, on t'a mis dans tel ou tel cours (...)» (interview 3/lignes 105–109). Par ailleurs, les femmes interviewées semblent avoir des difficultés à trouver un cours de rééducation périnéale adapté.

Les femmes qui participent à un cours motivent leur décision par le fait qu'elles veulent prévenir les problèmes qui pourraient survenir lorsqu'elles vieilliront. Mais elles expriment également leur incertitude quant à savoir si la participation à un tel cours est nécessaire. «(...) plusieurs femmes sont actuellement enceintes dans mon entourage et je leur ai aussi demandé si elles suivaient un cours de rééducation périnéale, beaucoup ont répondu *non, non*. Alors, je me suis tout de même demandé si je ne suis pas un peu vieux jeu (rit). Mais je trouve (...) que j'ai bien fait» (interview 1/lignes 43–47).

Les femmes qui ne suivent pas de cours disent qu'elles n'avaient pas le temps ou qu'elles ne voulaient pas laisser leur enfant nouveau-né tout seul. Les mères ne suivent pas nécessairement un cours de rééducation périnéale, même si elles ont des symptômes qui font penser à une faiblesse du plancher pelvien. Toutefois, elles y réfléchissent souvent à l'occasion d'une autre grossesse ou d'une autre naissance. On observe un lien entre la connaissance et la mise en application de l'EMPP. «Si j'avais su que c'est important pour plus tard, je l'aurais certainement fait, mais je n'en étais pas consciente» (interview 6/lignes 30–32).

### Quelles informations les femmes reçoivent-elles à l'hôpital?

Les informations que les femmes reçoivent à l'hôpital comprennent une explication sur l'activité du plancher pelvien et sur l'intervention des muscles abdominaux lors de l'accouchement. On attire également leur attention sur l'importance de la participation à un cours de rééducation périnéale. Au vu des retours des femmes interviewées, on ne sait ni à quel

pon drin behalten, Scheinwerfer, bei dem die Linse enger gestellt wird und Theatervorhang, der auf und zu geht. Für die schnellen Kontraktionen erwähnte eine Frau das Bild eines hüpfenden Ping-Pong-Balls auf dem Beckenboden.

### Keine systematische Aufklärung ersichtlich

Bei der prä- und postnatalen Informationsvermittlung zum Beckenboden sind die verschiedenen Formen, verschiedenen Zeitpunkte und unterschiedlichen Quellen, welche die Frauen informieren, auffällig. Es wurde keine systematische Aufklärung in den Basler Spitälern ersichtlich. Deshalb kann nicht gewährleistet werden, dass alle Frauen genügend Informationen erhalten.

Es ist notwendig, dass in einem interprofessionellen Team die Kompetenzen klar definiert werden. Die Informationsvermittlung könnte an Qualität gewinnen, wenn alle Berufsgruppen ihr Fachwissen einbringen und sich gegenseitig ergänzen. Die Informationsvermittlung sollte systematisch organisiert werden.

### Was wäre eine optimale Wissensvermittlung?

Die Frauen konnten sich – wenn überhaupt – nur noch vage an die im Spital erhaltenen Informationen erinnern. So stellt sich die Frage, wie eine optimale Wissensvermittlung aussehen sollte. Bump et al. beschreiben die Methode einer kurzen, verbalen Information als ineffektiv [12]. Mason et al. stellen fest, dass Wöchnerinnen die Information mit einer Broschüre ohne dazu gehörende Erklärungen kritisieren [13]. Auch der Zeitpunkt im Wochenbett, während des relativ kurzen Spitalaufenthaltes (von etwa drei Nächten), empfinden die Mütter als unpassend.

Sara Nicollier und Sabina Akos resümieren unter anderem [11]: Es scheint einen Zusammenhang zu geben zwischen einer mehrfachen Aufklärung der Frauen durch Fachpersonen – sei es im Vorbereitungskurs, im Rückbildungskurs, im Spital oder zuhause – und einem vertiefteren Wissen. Je weniger Kontakt mit Fachpersonen besteht, desto ungenauer und unvollständiger ist der Wissensstand zum Beckenboden und zur Wirksamkeit von BBMT.

### Unterschiedliche Adhärenz zum selbstständigen Üben

Die Umsetzung der erhaltenen Informationen ist sehr individuell. Würden den Informationen mehr Beachtung geschenkt, dann wäre auch eine Teilnahme an einem Rückbildungskurs wahrscheinlicher.

Wenn die Wöchnerinnen einen Rückbildungskurs besuchen, dann ist die Adhärenz zum selbstständigen Üben der Beckenbodenmuskulatur sehr unterschiedlich. Das BBMT wird vernachlässigt und die Übungen werden nicht in den Alltag eingebaut. Die Präsenz einer postnatalen Urininkonti-



**Bei der Wirksamkeit von Beckenbodenmuskeltraining kommt es auf die Art der Übungen, die Frequenz der Durchführung, die Intensität, die Länge des Trainings und auch auf die Adhärenz an. | L'efficacité de l'EMPP dépend du type d'exercices, de la fréquence de leur réalisation, de la durée de l'entraînement et de l'adhésion.**

point les informations sont détaillées, ni si elles sont toujours données.

Des brochures, affiches et informations orales transmises par le personnel de soins spécialisé ou les physiothérapeutes servent à transmettre les connaissances relatives à la sollicitation du plancher pelvien par la naissance et au comportement à adopter dans la période postnatale. «Oui, il y avait tout un tas de brochures, je les ai parcourues.» (interview 7/ ligne 102)

On peut déduire des interviews que les informations données par les physiothérapeutes aux femmes en couches dans le cadre d'une visite personnelle sont plus complètes que les informations données par les infirmières lors de l'entretien de sortie.

### Connaissances sur l'entraînement concret du plancher pelvien après la naissance

À l'hôpital, une physiothérapeute ou une sage-femme apprennent aux femmes à percevoir leur plancher pelvien et sa contraction. Les femmes interviewées ont donné peu d'indications sur le nombre et l'intensité des contractions. «Elle a dit que je dois contracter mon plancher pelvien aussi fort que possible puis le maintenir ainsi (...) combien de fois, je n'en sais rien» (interview 4/lignes 77–78).

A côté des informations transmises dans le sens de «contracter, décontracter», d'autres indications et différentes

nenz kann ein Motivator sein und die Adhärenz positiv beeinflussen. Die individuelle Intervention und persönliche Begleitung der Wöchnerin in ihrem Beckenbodentraining könnte die Adhärenz stärken.

Schwangerschaft und Geburt sind Risikofaktoren für eine Urininkontinenz. Bei Betroffenen ist die Lebensqualität stark eingeschränkt. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum die Informationen in der Praxis unsystematisch vermittelt werden und nicht auf neueste Erkenntnisse abgestützt zu sein scheinen. Hierzu zählen auch klare Anweisungen des BBMT zur Intensität, Länge und Häufigkeit der Anspannung sowie zu Anzahl Trainingseinheiten pro Woche für die Spätwochenbettphase. |

### Literatur | Bibliographie

1. Mason L, Roe B, Wong H, Davies J & Bamber J (2010). The role of antenatal pelvic floor muscle exercises in prevention of postpartum stress incontinence: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 19–20(19), 2777–2786.
2. Allen RE, Hosker GL, Smith AR & Warrell DW (1990). Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 97(9), 770–779.
3. DeLancey JO, Kearney R, Chou Q, Speights S & Binno S (2003). The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 101(1), 46–53.
4. Dietz PH & Lanzarone V (2005). Levator trauma after vaginal delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 106(4), 707–712.
5. Goldberg R P (2007). Effects of pregnancy and childbirth on the pelvic floor. In R P Goldberg & P J Culligan (Ed.), *Urogynecology in Primary care* (S. 21–33). London: Springer.
6. Sigurdardottir T, Steingrimsdottir T, Arnason A & Bø K (2011). Pelvic floor muscle function before and after first childbirth. *International Urogynecology Journal*, 22(12), 1497–1503.
7. Friedman S, Blomquist JL, Nugent JM, McDermott KC, Muñoz A & Handa VH (2012). Pelvic Muscle Strength After Childbirth. *Obstetrics & Gynecology*, 120(5), 1021–1028.
8. Kegel A H (1948). Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 56(2), 238–248.
9. Boyle R, Hay-Smith E J C, Cody J D & Mørkved S (2012). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systemic Reviews*, (4), 1–115. doi: 10.1002/14651858. CD007471.pub2
10. Mørkved S & Bø, K (2014). Effect of pelvic muscle training during pregnancy and childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 48(4), 299–310.
11. Akos Sabina & Nicollier Sara. (2015). Prävention in der Gynäkologie – Was tun Wöchnerinnen für ihren Beckenboden? Eine qualitative Studie. Bachelor-Thesis, Berner Fachhochschule Fachbereich für Gesundheit.
12. Bump RC, Hurt, WG, Fantl, JA & Wyman JF (1991). Assessment of Kegel pelvic muscle exercise performance after brief verbal instruction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 165(2), 322–329.
13. Mason L, Glenn S, Walton I & Hughes C (2001). The instruction in pelvic floor exercises provided to women during pregnancy or following delivery. *Midwifery*, 17, 55–64.
14. Dresing, T. & Pehl, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg: Eigenverlag.

images sont également données: stopper l'urine, prendre l'ascenseur, garder le tampon à l'intérieur ou encore l'image de projecteurs dans lesquels on réduit la lentille ou celle du rideau de théâtre qui s'ouvre et qui se ferme. Pour les contractions rapides, une femme a évoqué l'image d'une balle de ping-pong sur le plancher pelvien.

### Pas d'explication systématique en vue

La transmission des informations prénatales et postnatales relatives au plancher pelvien prend différentes formes, les moments et les sources par lesquels l'information parvient aux femmes varient. Les hôpitaux bâlois ne fournissent aucune explication systématique. Il n'est donc pas possible de garantir que toutes les femmes obtiennent suffisamment d'informations.

Il s'avère nécessaire qu'une équipe interprofessionnelle définisse clairement le rôle de chaque intervenant. La transmission d'informations doit être organisée de manière systématique. Elle pourrait gagner en qualité si tous les groupes professionnels amenaient leurs connaissances et se compléteraient mutuellement.

### Que serait une transmission optimale de ces connaissances?

Les femmes qui se souviennent des informations obtenues à l'hôpital ne les ont que vaguement en mémoire. Il convient donc de se demander comment une transmission optimale des connaissances devrait se présenter. Bump et al. ont montré qu'une information verbale brève est inefficace [12]. Mason et al. ont constaté que les femmes critiquent la transmission de l'information par une brochure sans explications afférentes [13]. Les mères jugent également inadéquat le moment de l'accouchement, lors du séjour relativement bref à l'hôpital (environ trois nuits).

Sara Nicollier et Sabina Akos résument la situation ainsi [11]: il semble y avoir une relation entre des explications multiples données aux femmes par le personnel spécialisé - lors du cours de préparation, lors de la rééducation périnéale, à l'hôpital où à la maison - et des connaissances approfondies. Moins il y a de contact avec le personnel spécialisé, plus les connaissances relatives au plancher pelvien et à l'efficacité de l'EMPP sont floues et incomplètes.

### Une adhésion à l'entraînement autonome qui diffère d'une femme à une autre

La mise en application des informations obtenues est très individuelle. La participation à une rééducation périnéale serait plus probable si plus d'attention était accordée aux informations.



**Angela Düvel**, Diplommedizinpädagogin, Physiotherapeutin, Dozentin am Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt, Studiengang Physiotherapie in Kooperation mit Berner Fachhochschule, Münchenstein.

**Angela Düvel**, PT, pädagogue médicale, enseignante au Centre de formation en santé de Bâle-Ville, cursus de physiothérapie en coopération avec la Haute école spécialisée de Berne, Münchenstein.



**Heike Scheidhauer**, Dr. paed., Diplommedizinpädagogin, Physiotherapeutin, Schreibberatung und Projekte am Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt, Münchenstein.

Dr **Heike Scheidhauer**, PT, pädagogue médicale, conseillère en écrits et projets au Centre de formation en santé de Bâle-Ville, Münchenstein.

Si les femmes qui ont accouché effectuent une rééducation périnéale, l'adhésion à un entraînement autonome des muscles du plancher pelvien est très différente. L'EMPP est fréquemment délaissé et les exercices ne sont pas intégrés dans le quotidien. La présence d'une incontinence urinaire postnatale peut faire fonction de motivation et influencer positivement sur l'adhésion. L'intervention individuelle et l'accompagnement personnel des femmes qui ont accouché dans leur entraînement des muscles du plancher pelvien pourraient renforcer leur adhésion.

La grossesse et la naissance sont des facteurs de risque d'incontinence urinaire. La qualité de vie des personnes concernées s'en trouve considérablement réduite. Les raisons pour lesquelles les informations ne sont pas transmises de manière systématique et ne semblent pas s'appuyer sur les connaissances actuelles en la matière demeurent inexpliquées. C'est aussi le cas pour des indications claires sur l'EMPP (intensité, durée et fréquence de la contraction, nombre d'unités d'entraînement à faire par semaine à la fin de la période de couches). |

Offizielle Partner physioswiss: Partenaire officiels de physioswiss:



Die Qualität unseres Bettes ist für unsere Gesundheit und unsere Psyche existenziell. Hüsler Nest vereinigt alle Trümpfe, die einen gesunden und erholsamen Schlaf fördern.

Probieren Sie es aus – Sie werden es nie mehr hergeben. Hüsler Nest – das original Schweizer Naturbett.

La qualité de notre lit est vitale pour notre santé et notre psyché. Le système de couchage Hüsler Nest réunit tous les atouts garantissant un sommeil sain et régénérateur.

Essayez-le! Vous ne vous en séparerez plus.

Hüsler Nest – le lit naturel suisse original.



MediData ist der führende Full Service Provider für den elektronischen Datenaustausch im Schweizer Gesundheitswesen. Mit unseren IT-Lösungen sind wir Brückenbauer zwischen Leistungserbringern, Versicherern und Patienten. Unser Ziel ist es, das Schweizer Gesundheitswesen von Administrativkosten zu entlasten.

MediData est le prestataire leader de services complets en matière d'échange électronique des données dans le domaine de la santé publique suisse. Nous simplifions à l'aide de solutions informatiques les procédures administratives entre les prestataires, les assureurs et les patients dans le but d'alléger les coûts administratifs dans le domaine de la santé publique suisse.



Die FREI SWISS AG ist kompetenter Ansprechpartner für Physiotherapeuten, Ärzte oder Rehabilitationszentren. Als Komplettausstatter bietet sie perfekten Service und ein breites Sortiment. Die einzigartigen Medizinischen Trainingsgeräte und Therapieliegen der FREI SWISS AG werden in Deutschland gefertigt und sind von bester Qualität. Auch intelligente Konzeptlösungen für die Praxis gehören zum Leistungsangebot des Unternehmens – von der Rückenstrasse bis zum Zirkeltraining.

FREI SWISS SA est un partenaire compétent au service des physiothérapeutes, des médecins ou des centres de réhabilitation. En tant que fournisseur complet d'équipements, notre entreprise vous offre un service impeccable et un grand choix de produits. Les appareils médicaux d'entraînement uniques en leur genre et les couchettes thérapeutiques FREI SWISS SA sont construits en Allemagne et sont de haute qualité. Des concepts offrant aux cabinets de traitement des solutions bien élaborées font partie des prestations de notre entreprise, qu'il s'agisse par exemple d'appareils pour le dos ou d'entraînements au moyen de cerceaux.