



Wenn bei der Geburt nicht nur das Kind kommt

Eine Arbeit über lustvolle sexuelle Stimulation sub partu und deren Auswirkung auf die physiologischen Geburtsprozesse

Michelle Andermatt
S16543530

Anja Gertsch
S15705486

Departement Gesundheit
Institut für Hebammen
Studienjahr: HB16
Eingereicht am: 03.05.2019
Begleitende Lehrperson: Kristin Hammer

**Bachelorarbeit
Hebamme**

Abstract

Hintergrund

Die Geburt kann als Vollendung des sexuellen Kontaktes und Teil der weiblichen Sexualität verstanden werden. In Zeiten der hochtechnisierten und medikalisierten Geburtshilfe sind diese Ansichten in den Hintergrund gerückt. Dennoch gibt es Frauen, die sich bewusst für eine lustvolle, sexuelle Geburt entscheiden.

Ziel

In dieser themengeleiteten Arbeit soll eruiert werden, inwiefern physiologische Geburtsvorgänge durch subpartale sexuelle Handlungen von werdenden Müttern beeinflusst werden können. Anhand von Geburtsberichten werden Bedürfnisse und Sichtweisen aufgezeigt und Praxisempfehlungen abgeleitet.

Methode

Zur Beantwortung der Fragestellung wird eine Literaturrecherche durchgeführt. Die Daten aus zwei qualitativen Studien, einem Review, einem Fachbuch, einem Ratgeber und vier Erfahrungsberichten werden analysiert und diskutiert.

Ergebnisse

Die Schmerzempfindung kann vermindert, die Wehentätigkeit verstärkt und das Geburtserlebnis verbessert werden. Dies ist auf endokriner und nervaler Ebene erklärbar. In den Geburtsberichten wird die Wichtigkeit von Geburtsatmosphäre, Geburtsort und Haltung des Fachpersonals betont.

Schlussfolgerungen

Subpartale sexuelle Stimulation und Orgasmen könnten eine kostenfreie und alternativmedizinische Ergänzung zu bereits existierenden analgetischen und wehenfördernden Methoden darstellen. Dazu besteht jedoch weiterer Forschungsbedarf. Die Hebamme nimmt eine Schlüsselrolle im intimen Geburtssetting ein und soll daher ihre Haltung kontinuierlich reflektieren.

Keywords

Lustvolle Geburt, sexuelle Stimulation, orgasmisch, Geburtserlebnis

Vorwort

Zur Vereinfachung der Sprache und sprachlichen Gleichbehandlung von Frau und Mann werden in der vorliegenden Arbeit, in Anlehnung an die Dissertation von Pehlke-Milde (2009), verschiedene sprachliche Möglichkeiten genutzt. Paarformen (z.B. Ärztinnen und Ärzte), geschlechtsneutrale Ausdrücke (z.B. Studierende) und Umformulierungen werden zur Gestaltung eines lesefreundlichen Textes verwendet.

Die Berufsbezeichnung Hebamme umfasst sowohl weibliche als auch männliche Personen, die diesen Beruf ausüben.

Ist von Verfasserinnen die Rede, so sind damit stets die Autorinnen dieser Bachelorarbeit gemeint. Herausgeber und Herausgeberinnen von Fachliteratur werden als Autoren und Autorinnen, oder im Kollektiv Autorenschaft bezeichnet.

Da sich die Arbeit vorwiegend an Gesundheitsfachpersonal richtet, wird ein medizinisches Grundverständnis vorausgesetzt.

Bei der Erstnennung werden Fachbegriffe mit einem Stern (*) versehen und Abkürzungen ausgeschrieben und in Klammern mit der entsprechenden Abkürzung gekennzeichnet. Im Glossar bzw. Abkürzungsverzeichnis werden diese Begriffe aufgeführt und erläutert.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	4
1.1 Problemstellung.....	5
1.2 Relevanz für die Hebammenarbeit.....	5
1.3 Stand der Forschung.....	6
1.4 Fragestellung.....	6
1.5 Zielsetzung	6
1.6 Gliederung.....	7
1.7 Abgrenzung	7
2 Methodik	8
2.1 Form der Arbeit	8
2.2 Vorgehen bei der Literaturrecherche.....	8
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien	9
2.4 Ausgewählte Studien und Literaturquellen.....	10
3 Theoretischer Hintergrund	12
3.1 Die Phasen der Geburt.....	12
3.2 Protrahierte Geburtsdauer und Geburtsstillstand.....	12
3.2.1 Ursachen von protrahierten Geburtsverläufen.....	13
3.2.2 Therapie von protrahierten Geburtsverläufen.....	14
3.3 Geburtsschmerz	15
3.3.1 Ätiologie des Geburtsschmerzes	15
3.3.2 Funktion des Geburtsschmerzes	17
3.3.3 Schmerzbehandlung.....	17
3.4 Sexualität.....	18
3.5 Das Hormonsystem.....	19
3.5.1 Oestrogen und Progesteron	20
3.5.2 Prostaglandine.....	20
3.5.3 Oxytocin.....	20
3.5.4 Endorphine	21
3.5.5 Katecholamine	22
3.5.6 Prolaktin.....	23
3.6 Der Fetus-Ejektions-Reflex	24

3.7 Wegbereitende Personen der natürlichen Geburtshilfe	25
3.8 Orgasmic Birth.....	26
3.9 Darstellung der ausgewählten Literatur.....	26
4 Diskussion.....	29
4.1 Einfluss auf die Schmerzempfindung	32
4.2 Einfluss auf die Wehentätigkeit	33
4.3 Einfluss auf das Geburtserlebnis.....	34
4.4 Vorbestehende Faktoren und Geburtsvorbereitung	35
4.4.1 Beruf	35
4.4.2 Frühere Geburtserfahrungen und prägende Erlebnisse	35
4.4.3 Vorbereitung anhand von Büchern und Kursen.....	36
4.4.4 Wissen um die Existenz von lustvollen Geburten.....	36
4.5 Geburtssetting	37
4.5.1 Geburtsort.....	37
4.5.2 Privatsphäre.....	38
4.5.3 Vertrauen und Intimität	39
4.5.4 Rolle des Partners	39
4.5.5 Rolle des Fachpersonals	41
4.6 Präpartale Sexualität	42
4.6.1 Körpergefühl	42
4.6.2 Weibliche Sexualität und Libido.....	43
4.6.3 Vaginale Orgasmuszfähigkeit.....	43
4.7 Bezug zur Fragestellung	44
5 Schlussfolgerungen	45
5.1 Praxisempfehlungen für die Hebammenarbeit.....	45
5.2 Abschliessende Gedanken.....	47
5.3 Limitationen	48
5.4 Ausblick in die Zukunft	49
Literaturverzeichnis.....	50
Abbildungsverzeichnis	55
Abkürzungsverzeichnis	55
Wortzahl.....	56

Danksagung.....	56
Eigenständigkeitserklärung.....	56
Anhang.....	57
Anhang A: Glossar	57
Anhang B: Detailliertes Literaturrechercheprotokoll	62
Anhang C: Beurteilung der Studien nach AICA.....	68
Anhang D: Einschätzung der weiteren Literaturquellen	76
Anhang E: Erfahrungsberichte	91

1 Einleitung

Over and over again, I've seen the best way to get a baby out is by cuddling and smooching with your husband. That loving, sexy vibe is what puts the baby in there, and it's what gets it out, too. (Gaskin, 2002, S. 60)

Ina May Gaskin, amerikanische Hebamme und Verfechterin einer interventionsarmen und holistischen* Geburtshilfe stellt in dieser Aussage die Geburt als Vollendung des sexuellen Kontaktes dar, durch den das Kind ursprünglich entstanden ist. Auch Buckley (2010) setzt das Gebären in den Kontext der Sexualität. Die weibliche Sexualität umfasst nicht nur Geschlechtsverkehr oder Masturbation, sondern ebenso Menstruation, Eisprung, Schwangerschaft, Geburt und Stillen (Buckley, 2010). In der Praxis erlebte eine Verfasserin dieser Arbeit eine geburtshilfliche Situation, in welcher der Aspekt der Sexualität sehr deutlich zum Ausdruck gekommen ist: Die zuständige diplomierte Hebamme hat einem Paar aufgrund einer sekundären Wehenschwäche zu Geschlechtsverkehr geraten und sich für eine halbe Stunde zurückgezogen. Kurze Zeit später hat die Frau ihr Kind ohne medizinische Interventionen in entspannter und intimer Atmosphäre geboren.

Das Zitat von Gaskin (2002) zu Beginn der Einleitung impliziert, dass es Frauen und Paare gibt, welche ihre Sexualität während der Geburt bewusst ausleben. Auch in den Medien beobachten die Verfasserinnen ein wiederkehrendes Interesse an lustvoll erlebten Geburten und subpartal* auftretenden Orgasmen.

1.1 Problemstellung

Einige der in der Geburtshilfe verwendeten Begriffe wie “Wehe“ oder “Einschneiden des kindlichen Kopfes“ werden zwangsläufig mit Schmerzen verbunden. Laut Goer (1999) wird der Geburtsakt grösstenteils als schmerzhafter Vorgang und notwendiges Übel dargestellt. Dick-Read (2013) beschreibt, dass hauptsächlich negative Geburtserlebnisse zwischen Frauen ausgetauscht werden und diese Angst und Verunsicherung hervorrufen können. Daneben existiert aber auch die Auffassung, dass Sexualität bei der Geburt einen Einfluss haben und der Geburtsakt lustvoll und intim sein kann (Gaskin, 2002, 2003; Buckley, 2010). Gemäss Khajehei (2012) trauen sich Frauen, welche lustvolle oder orgasmische Gefühle unter der Geburt erlebt haben jedoch oftmals nicht, über das Erlebte zu sprechen. Dies liegt einerseits an der gesellschaftlichen Tabuisierung von Sexualität im westlichen Kulturkreis und andererseits daran, dass Frauen tatsächlich negative Erfahrungen machen, wenn sie von positiven Geburtserlebnissen erzählen: „I started talking about it right away and people said I was crazy (...) I was ridiculed and yelled at so I stopped talking about it (...)“ (Harel, 2007, S. 108).

Die in der derzeitigen Geburtshilfe beobachtete Häufung von nicht indizierten medizinischen Interventionen und damit verbundenen Risiken verschiebt das natürliche Lebensereignis Geburt immer mehr in Richtung Pathologie (Schweizerischer Hebammenverband [SHV], 2014). Die Empfehlung, Geschlechtsverkehr als alternativmedizinische Einleitungsmethode auszuprobieren, wird von den Verfasserinnen in der Praxis viel häufiger beobachtet, als entsprechende Empfehlungen unter der Geburt. Walsh (2012) betont die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit den erläuterten Themen, wenn eine holistische Herangehensweise unterstützt werden soll und fasst die Problematik wie folgt zusammen: „It seems a denial of potential benefit that sexual behaviours are uncommon in Western birth, which undoubtedly has much to do with environmental and cultural inhibitions and taboos. These need to be addressed if a truly holistic appreciation of labour and birth is to be embraced“ (S. 93).

1.2 Relevanz für die Hebammenarbeit

Die Kernkompetenz einer Hebamme liegt gemäss den Abschlusskompetenzen des Bachelorstudiengangs Hebamme an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften [ZHAW] (2009), die sich auf das CanMEDS Rollenmodell stützt, als *Expertin* in der Unterstützung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung physiologischer Gesundheitsprozesse. Die Verfasserinnen resultieren daraus, dass es im Interesse jeder Heb-

amme stehen sollte, nebst schulmedizinischen Interventionen möglichst viele nicht-pharmakologische* Methoden zur Aufrechterhaltung der Physiologie zu kennen, ihre Wirkungen zu verstehen und diese situationsangepasst anzuwenden. Als *Kommunikatorin* stärkt die Hebamme die Autonomie und Selbstbestimmung von Frauen und Paaren durch eine vertrauensvolle Beziehung (ZHAW, 2009). Da intime Handlungen einen besonders geschützten Rahmen erfordern, spielt die Hebamme als Vertrauensperson eine besondere Rolle.

Aktuelle evidenzbasierte Literatur lässt weitgehend offen, ob und wie sexuelle Intimität die Geburt oder das Geburtserlebnis beeinflusst und eventuell als weitere alternativmedizinische Methode zur Aufrechterhaltung der Physiologie verstanden werden kann. Auch im aktuellen Curriculum des Bachelorstudiengangs Hebamme an der ZHAW wird das Thema der sexuellen Dimension einer Geburt nur marginal aufgegriffen.

1.3 Stand der Forschung

Zum gewählten Thema existieren nur wenig qualitative und keine quantitativen Studien, welche die Fragestellung umfassend zu beantworten vermögen würden. Dies könnte an der angesprochenen Tabuisierung in der Gesellschaft, fehlendem Interesse oder an der Subjektivität des Geburtserlebnisses liegen. Dennoch scheint das Bewusstsein, dass sowohl die Möglichkeit einer lustvollen Geburt als auch subpartale, sexuelle Stimulation existiert, vorhanden zu sein. Diese Erkenntnis lässt sich aus Erfahrungsberichten von Frauen ableiten, die sich in unterschiedlichen Blogs und Internetforen, sowie Elternratgebern austauschen.

1.4 Fragestellung

Inwiefern können gebärende Frauen die physiologischen Geburtsprozesse durch subpartale sexuelle Handlungen beeinflussen und welche Informationen sind Erfahrungsberichten über lustvolle Geburten zu entnehmen?

1.5 Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist die Verfassung einer Wissensbasis zu Auswirkungen von sexuellen Handlungen unter der Geburt. Anhand von Erfahrungsberichten lustvoll erlebter Geburten werden Sichtweisen und Bedürfnisse von Frauen aufgezeigt und daraus Praxisempfehlungen für Hebammen und weiteres geburtshilfliches Fachpersonal in ausserklinischer, als auch klinischer Geburtshilfe abgeleitet.

1.6 Gliederung

In dieser themengeleiteten Bachelorarbeit werden sowohl Fachliteraturquellen als auch Erfahrungsberichte verwendet, um das Phänomen vielschichtig zu beleuchten. Im ersten Schritt wird die Methodik zur Auswahl dieser Literatur beschrieben. Als Grundlage für das Verständnis dieser Arbeit folgt Hintergrundwissen bezüglich Geburtsphysiologie und -schmerz sowie Sexualität und die Rolle der geburtshilflich relevanten Hormone. Die Ergebnisse aus der Literatur werden in der Diskussion kritisch verglichen und in Bezug zum theoretischen Hintergrund erläutert. Daraus erfolgt die Beantwortung der Fragestellung. Abschliessend werden Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen und einen Ausblick in die Zukunft gegeben.

1.7 Abgrenzung

Diese Arbeit wendet sich vorwiegend an Hebammen und weiteres geburtshilfliches Fachpersonal, aber auch an weitere interessierte Personen medizinischer Berufsgruppen. Auswirkungen von subpartalen sexuellen Handlungen auf die postpartale Phase werden in dieser Arbeit nicht explizit behandelt. Der in der Literatur beschriebene unerwartete Orgasmus während der Austreibungsphase ist nicht Fokus dieser Arbeit. Die Arbeit grenzt sich somit zur Mehrheit der existierenden Studien ab.

2 Methodik

Im nachfolgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen bei der Literaturrecherche und die Auswahl der Literaturquellen zur Beantwortung der Fragestellung erläutert.

2.1 Form der Arbeit

Aufgrund der geringen Studienzahl zum gewählten Thema wird diese Bachelorarbeit themengeleitet verfasst. Die Literatursuche wird auf weitere literarische Quellen erweitert. Nebst Fachbüchern und Fachartikeln besteht ein Teil der Quellen aus Erfahrungsberichten von Frauen.

2.2 Vorgehen bei der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche findet im Zeitraum von September 2018 bis Februar 2019 statt. Für die Suche werden in einem ersten Schritt die Datenbanken CINAHL, MEDLINE, Midirs und PubMed verwendet. Für das Wort *Geburt* werden die englischen Begriffe “birth“, “childbirth“, “delivery“ und “labor/labor“ eingesetzt. Benutzte Bezeichnungen für den Faktor der *Intimität* und des *lustvollen Geburtserlebnisses* stellen “climax“, “intimacy“, “intimate“, “orgasm“, “orgasmic“, “pleasure“, “pleasurable“, “sexuality“, “sexual“, “ecstasy“ und “ecstatic“ dar. Um nach der *Funktion der Hormone* zu suchen, werden die Stichworte “hormones“, “hormonal“ und “natural“ verwendet. Zur Optimierung der Datenbankrecherche werden die Keywords mit den Booleschen Operatoren AND und OR kombiniert, sowie Trunkierungszeichen (*) eingesetzt. Das ausführliche Rechercheprotokoll befindet sich im Anhang B.

In den gefundenen Fachartikeln und Reviews findet sich in der Referenzliste mehrfach eine im Rahmen einer Doktorarbeit durchgeführte qualitative Studie von Harel (2007). Durch eine Lateralrecherche in der Suchmaschine Google Scholar wird die Dissertation, sowie weitere thematisch passende Fachliteratur gefunden.

Weiter wird am 14.01.2019 eine ausführliche Handsuche in der Hochschulbibliothek Winterthur vorgenommen, bei der unter anderem die Fachzeitschriften *British Journal of Midwifery* (2008-2017), *MIDIRS Midwifery Digest* (2006-2016), *Midwifery Today* (2008-2015) und *Midwifery* (2010-2015) nach passender Fachliteratur durchgesehen werden. In der Elektronischen Zeitschriftenbibliothek der ZHAW wird eine Ausgabe von *Midwifery Today* (Sommer 2002) zum Thema Sexualität gefunden. Einige Inhalte daraus können für den Theorie-Praxis-Transfer in der Arbeit verwendet werden.

Der Volltext des wiederholt referenzierten Werkes *Maternal Emotions* von Newton (1976) kann online nicht gefunden werden. Das Resultat der daher in Anspruch genommenen Beratung am 01.02.2019 in der Zentralbibliothek Zürich und in der Zürcher Klio Buchhandlung und Antiquariat fällt negativ aus. Der Inhalt dieses Buches wird daher für die Arbeit aus Sekundärquellen referenziert.

Ein passender Erfahrungsbericht findet sich im Buch *Orgasmic Birth: Your Guide to a Safe, Satisfying, and Pleasurable Birth Experience* von Davis und Pascali-Bonaro (2010). Für die Suche nach weiteren Erfahrungsberichten von Frauen wird eine Webrecherche in der Suchmaschine Google durchgeführt. Folgende Keywords werden dafür verwendet: "birth", "ecstatic", "orgasmic", "experience" und "story". Mit den deutschen Begriffen konnten keine hinreichenden Ergebnisse erzielt werden.

Zur kritischen Beurteilung der gefundenen Literatur werden unterschiedliche Evaluationsinstrumente verwendet. Qualitative Studien werden nach dem Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) von Ris & Preusse-Bleuler (2015) beurteilt. Die Einschätzung der Güte wird nach Lincoln und Guba's (1985) Konzept der Vertrauenswürdigkeit (Trustworthiness) vorgenommen.

Die Evaluation der weiteren Fachliteratur erfolgt mithilfe eines Rasters in Anlehnung an das überarbeitete Dokument "Kritische Evaluation von Literatur" von Brendel (2015). Zur Beurteilung der Erfahrungsberichte wird das Raster in Anlehnung an die "Kriterien zur Evaluation von Websites" der Ruhr-Universität Bochum (2018) erweitert.

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Wie im Kapitel 1.7 erläutert, beschränkt sich diese Arbeit auf bewusste sexuelle Handlungen während der Geburt. . Eingeschlossen sind englisch- und deutschsprachige Studien und Fachliteratur, sowie Erfahrungsberichte von Frauen. Da Frauen aus allen geographischen Regionen und mit unterschiedlichen soziodemographischen Merkmalen grundsätzlich sexuelle Handlungen unter der Geburt anwenden und allenfalls lustvolle Erlebnisse erzielen können, wird diesbezüglich kein Ausschlusskriterium formuliert. Bezüglich Gravidität* und Parität* wird keine Einschränkung vorgenommen. Literatur zu Geburten im klinischen und ausserklinischen Setting* werden für die Arbeit eingeschlossen. Sexuelle Handlungen beschränken sich nicht auf klitorale oder vaginale Stimulation, sondern können sowohl Küssen, Streicheln und Massieren, beziehungsweise jede Art von körperlicher Nähe bedeuten, welche die Frau Lust verspüren lässt.

2.4 Ausgewählte Studien und Literaturquellen

Die Titel und Abstracts der Ergebnisse aus der Literaturrecherche werden gelesen und auf Relevanz in Bezug zur Fragestellung geprüft. Passende Literaturquellen werden vollständig gelesen, auf Ein- und Ausschlusskriterien überprüft und danach mithilfe des geeigneten Evaluationsinstrumentes beurteilt. Auf diese Weise können folgende Studien und Literaturquellen ausgewählt werden:

Tabelle 1: Eigene Darstellung der ausgewählten Literatur

Titel	Art der Literaturquelle	Autorenschaft
Sexual Experiences of Women during Childbirth.	Qualitative Studie im Rahmen einer Doktorarbeit. (2007)	Danielle Harel ist eine amerikanische Sexual- und Paartherapeutin. Die Arbeit wurde zur Erfüllung des Doctor of Human Sexuality an am Institute of Advanced Study of Human Sexuality in San Francisco verfasst.
Experiences of Pleasurable Childbirth: Uncovering a Blind Spot in Anthropology.	Qualitative Studie im Rahmen einer Masterarbeit publiziert im <i>Popular Anthropology Magazine</i> . (2014)	Anna Caffrey ist Hebamme und verfasste die Arbeit im Rahmen ihres Masterstudiums in Anthropologie. Das Magazin ist der Southern Illinois University Carbondale angegliedert und beinhaltet peer-reviewte Artikel und Beiträge von Studierenden.
„Birthgasm“ A Literary Review of Orgasm as an Alternative Mode of Pain Relief in Childbirth.	Narratives Review publiziert im <i>Journal of Holistic Nursing</i> . (2016)	Die australischen Autorinnen Lorel Mayberry und Jacqueline Daniel arbeiten als Dozierende und/oder Forschende an den Departementen für Sexualwissenschaften und Kinderschutz der renommierten Curtin University. Das Journal wird peer-reviewed.
Sexuality in Labour and Birth: An Intimate Perspective.	Kapitel aus dem Fachbuch <i>Essential Midwifery Practice: Intrapartum Care</i> herausgegeben von Walsh, D. & Downe, S. (2010)	Dr. Sarah Buckley ist Allgemeinärztin aus Neuseeland. Ihre Forschung an der University of Queensland fokussiert sich auf subpartale Hormonausschüttung und die Auswirkung medizinischer Interventionen. Bisher hat sie 42 Bücher und Artikel in renommierten Journalen veröffentlicht. Der Verlag Wiley-Blackwell ist Imprint des Wissenschaftsverlags John Wiley & Sons.

<p>Orgasmic Birth. Your Guide to a Safe, Satisfying and Pleasurable Birth Experience.</p>	<p>Ratgeber publiziert von Rodale, Inc. (2010)</p>	<p>Elizabeth Davis und Debra Pascali-Bonaro leben in Amerika und sind als Hebamme und Doula-Ausbildnerin tätig. Unter Pascali-Bonaros Regie entstand 2009 der Film <i>Orgasmic Birth: The Best Kept Secret</i>, wovon sich dieser Ratgeber ableitet. Der Verlag Rodale, Inc. gehörte zu den grössten amerikanischen Zeitschriftenverlagen.</p>
<p>This is What it's Like to Orgasm During Childbirth.</p>	<p>Erfahrungsbericht publiziert auf der Website womansday.com. (2017)</p>	<p>Angela Gallo ist Mutter zweier Kinder, Doula und Geburtsfotografin. Die amerikanische Website gehört Hearst Communications und die Artikel werden regelmässig von Fachexperten überprüft.</p>
<p>20 Minutes of Privacy.</p>	<p>Erfahrungsbericht publiziert in Davis, E. & Pascali-Bonaro, D. <i>Orgasmic Birth. Your Guide to a Safe Satisfying, and Pleasurable Birth Experience.</i> (2010)</p>	<p>Shiraz Ariel Drori stammt aus Israel, ist Mutter von drei Kindern und arbeitet als Geburtscoach und Doula. Sie leitet Seminare zu Geburt und Sexualität. Der Bericht widerspiegelt ihr subjektives Erleben.</p>
<p>Nikolaos' Birth Story – An Orgasmic Freebirth.</p>	<p>Erfahrungsbericht publiziert im Blog mamabirth.com. (2010)</p>	<p>Anonymous A ist Amerikanerin und Mutter von fünf Kindern. Der Inhalt des Berichts widerspiegelt das subjektive Erleben. Die Bloginhaberin ist Childbirth Educator und editiert die Bloginhalte selbst.</p>
<p>The Full Moon Orgasmic Freebirth of Lumi Kelly.</p>	<p>Erfahrungsbericht publiziert auf der Website freebirthsociety.com. (2018)</p>	<p>Anonymous B ist Mutter dreier Kinder. Der Inhalt des Berichts widerspiegelt das subjektive Erleben. Free Birth Society, gegründet von Emilee Saldaya ist eine Online Community für Interessierte an Alleingeburten.</p>

3 Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden die Themen protrahierter* Geburtsverlauf, Geburtsschmerz, Sexualität und geburtshilflich relevante Hormone vertieft. Im Anschluss wird der Begriff *Orgasmic Birth* erläutert und die ausgewählte Literatur zur Beantwortung der Fragestellung vorgestellt.

3.1 Die Phasen der Geburt

Charakteristisch für die Geburt ist gemäss Rosenberger, Schilling und Harder (2013) ihr dynamisches Geschehen, welches durch anatomisch-physiologische und psychosoziale* Faktoren bestimmt wird. Die Geburt wird in drei Phasen, die Eröffnungsphase (EP), die Austreibungsphase (AP) und die Nachgeburtsphase unterteilt. Der Geburtsbeginn kann laut Harder (2013a) sowohl durch regelmässige und zervixwirksame Wehentätigkeit, als auch durch einen vorzeitigen Blasensprung gekennzeichnet sein. Die Geburtsdauer wird ab Beginn der aktiven Eröffnungsphase, die durch regelmässige, schmerzhafte Kontraktionen gekennzeichnet ist, gerechnet (Harder, 2013a). Gemäss Mändle (2015) wird die Eröffnungsphase in die Latenzphase (LP) und die aktive EP unterteilt. In der LP folgt auf die vollständige Verkürzung der Portio der Beginn der Muttermundsdilatation. Gemäss The American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2014) endet die LP bei einer Muttermundsdilatation von sechs Zentimetern, wobei die Dauer erheblich variieren kann. In der darauffolgenden aktiven EP wird die vollständige Muttermundsdilatation von zehn Zentimetern erreicht (Mändle, 2015). Es folgt die Austreibungsphase, die wiederum in die Übergangsphase und die aktive AP unterteilt ist. Oftmals stellt sich in dieser Zeit eine physiologische Wehenpause ein, die es der werdenden Mutter erlaubt, für das oftmals schmerzhafte Tiefertreten des kindlichen Kopfes Kraft zu sammeln (Rosenberger et al., 2013). In der aktiven AP drückt der kindliche Kopf auf den mütterlichen Beckenboden, wodurch ein unwillkürlicher, reflektorischer Pressdrang ausgelöst wird, der die Mutter dazu bringt, ihr Kind aktiv hinauszuschieben. Die Nachgeburtsphase, in welcher die Geburt der Plazenta erfolgt, ist definiert als Zeitraum von der Kindsgeburt bis zwei Stunden danach (Rosenberger et al., 2013).

3.2 Protrahierte Geburtsdauer und Geburtsstillstand

Gemäss ACOG (2014) beträgt eine physiologische Dilatationsgeschwindigkeit des Muttermundes in der aktiven Phase der Eröffnungsperiode 1,2 cm/h bei Erstgebärenden und 1,5 cm/h bei Mehrgebärenden.

Der protrahierte Geburtsverlauf beschreibt eine Verlangsamung des Geburtsfortschrittes, die entweder die aktive EP oder die AP betrifft. Die Grenze zwischen physiologischer und protrahierter Geburtsdauer verläuft fließend, weshalb sich je nach Literatur leichte Variationen finden lassen.

Nach ACOG (2014) kann ein Geburtsstillstand in der EP erst dann diagnostiziert werden, wenn sich bei einer Muttermundsdilatation von mehr als sechs Zentimetern, offener Fruchtblase und regelmässigen Wehen während mehr als vier Stunden beziehungsweise sechs Stunden mit Uterotonika* die Öffnung des Muttermundes nicht verändert hat. In der aktiven AP wird die Diagnose des Geburtsstillstands bei Mehrgebärenden nach zwei Stunden und bei Erstgebärenden nach drei Stunden mit aktivem Mitschieben gestellt (ACOG, 2014).

3.2.1 Ursachen von protrahierten Geburtsverläufen

Zu den Ursachen für protrahierte Geburtsverläufe zählen laut Harder (2013b) Wehen- und Weichteilanomalien, Anomalien des knöchernen Geburtsweges, relative Kopf-Becken-Missverhältnisse sowie Haltungs- und Einstellungsanomalien. Nachfolgend werden die Wehen- und Weichteilanomalien näher beleuchtet, da diese häufig auf psychosoziale Ursachen wie Angst und Anspannung zurückzuführen sind.

Als Wehen werden gemäss Rosenberger et al. (2013) rhythmische, meist schmerzhaft Kontraktionen des Myometriums* definiert. Nach Abschluss der physiologischen Reifung des Kindes kommt es auf mütterlicher, plazentarer und kindlicher Ebene zu einem Zusammenspiel hormonaler, nervaler, mechanischer, biochemischer und psychischer Elemente, welches die Geburtswehen auslöst. Die Aktivität des Uterus bewirkt eine intrauterine Druckerhöhung, die den Fetus in Richtung des niedrigsten Widerstandes zur Zervix hin ausweichen lässt. Auf Höhe des inneren Muttermundes befinden sich Nervenenden, die auf Druck, meist durch den kindlichen Kopf, einen Reiz zur Oxytocinausschüttung setzen. Dieser Reiz wird Ferguson-Reflex genannt (Rosenberger et al., 2013).

Während der Geburt kann es aus verschiedenen Gründen zu Abweichungen von einer physiologischen Wehentätigkeit kommen (Harder, 2013b). Für diese Arbeit ist in erster Linie die Wehenschwäche relevant. Hierbei sind die vorhandenen Wehen zu schwach, zu kurz und/oder zu selten. Eine mögliche Folge ist die protrahierte Geburtsdauer.

Nebst geburtsmechanischen Ursachen wie Überdehnung der Gebärmutterwand, ungenügender Druck auf den Muttermund, volle Harnblase, unüberwindbare Geburtshindernisse oder Erschöpfungszustand gibt es auch psychosomatische* Einflussfaktoren, die eine Wehenschwäche hervorrufen können (Harder, 2013b). Luft und Weiss (2013) nennen psychische Aspekte wie das Gefühl von Verlassenheit und Angst, Verunsicherung, ungenügende Privatsphäre, eine Beziehungsstörung zum Kind oder Partner oder ein vergangenes Sexualtrauma.

Weichteilanomalien zeichnen sich durch eine mangelnde Dehnbarkeit des weichen Geburtsweges aus. Unterschieden werden die Dystokie* der Zervix und der Weichteile (Harder, 2013b). Bei der Zervixdystokie steht die erschwerte Eröffnung des Muttermundes im Vordergrund. Eine Weichteildystokie zeigt sich laut Harder (2013b) in der Folge als verlängerte Austreibungsperiode. Neben anatomischen Ursachen, wie Narben oder verminderter Dehnbarkeit des Gewebes, stellen auch Angst und Anspannung der Gebärenden ein wesentliches Hindernis dar.

3.2.2 Therapie von protrahierten Geburtsverläufen

Eine Abklärung der Ursache sollte in jedem Fall vor Einleitung einer Therapiemassnahme erfolgen (Harder, 2013b; Luft & Weiss, 2013). Die Möglichkeiten zur Wehenanregung reichen von Bewegung, über ein warmes Bad, der Leerung der Harnblase und Akupunktur bis zu weiteren alternativmedizinischen Massnahmen (Harder, 2013b). Simkin und Ancheta (2006) nennen als zusätzliche Option die Brustwarzenstimulation. Bei beiden Arten von Weichteilanomalien erweist sich die Förderung der Entspannung der Gebärenden als auch des Gewebes als wirkungsvolle Therapiemassnahme (Harder, 2013b). Gemäss Luft und Weiss (2013) liegen die Therapiemöglichkeiten auch im Bereich der *Recreation*, was bedeutet, dass dem Paar Raum gegeben werden soll, damit dieses Kraft schöpfen kann. Es ist auch denkbar, dem Paar ungestörte Zweisamkeit mit Anregung zu intensivem Kuscheln und Küssen anzubieten und sich als Hebamme während dieser Zeit zurückzuziehen (Luft & Weiss, 2013). Viele Massnahmen zielen auf die Förderung der Hormonausschüttung, insbesondere von Oxytocin (Heedt, Mändle & Opitz-Kreuter, 2015).

Ergebnissen des Instituts für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen [AQUA] zeigen, dass 2013 in Deutschland 22,9% der Sectiones* bei Einlingen aufgrund einer protrahierten Geburt durchgeführt wurden (Schwarz, 2014, zit.

nach AQUA, 2014). Um diese Rate so gering wie möglich zu halten, werden in der Praxis zur Unterstützung und Beschleunigung des Geburtsfortschrittes häufig Oxytocin-Infusionen verabreicht. In der Schweiz wird dazu das Medikament Syntocinon® verwendet. Eine Nebenwirkung des intravenös verabreichten Oxytocins ist die gemäss World Health Organization [WHO] (2015) häufig auftretende uterine Hyperstimulation. Auf die zu häufigen und zu starken Wehen reagieren Feten oftmals mit einem Abfall der Herzfrequenz. Daneben ist das Risiko einer Uterusruptur erhöht und viele Frauen benötigen eine Periduralanästhesie* (PDA), um mit den schmerzhafteren Kontraktionen umgehen zu können. Diese Nebenwirkungen können wiederum weitere medizinische Interventionen nach sich ziehen und das Geburtserlebnis negativ beeinflussen (WHO, 2015). Daher sollten alternativmedizinische Methoden zur Wehenanregung nach Möglichkeit immer einer intravenösen Oxytocin-Gabe vorgezogen werden (Harder, 2013b).

3.3 Geburtsschmerz

Die bereits thematisierten Geburtswehen bringen nicht nur den Geburtsfortschritt, sondern fast immer auch den Geburtsschmerz mit sich. Im folgenden Unterkapitel wird auf die Ätiologie*, Funktion und Methoden zur Erleichterung des Geburtsschmerzes eingegangen.

3.3.1 Ätiologie des Geburtsschmerzes

Der Geburtsschmerz setzt sich aus den drei Komponenten Schmerzreiz, Schmerzleitung und Schmerzempfindung (Oswald-Vormdohre, 2015) zusammen. Die Ursachen des Geburtsschmerzes stellen die Dehnung bis hin zum Zerreißen von Gewebe, als auch die Ischämie* der Beckenweichteile dar (Moertl & Lewald, 2016). Der Geburtsschmerz korreliert mit den Wehen, was bedeutet, dass die gebärende Frau in den Wehenpausen schmerzfrei ist. Gemäss Moertl und Lewald (2016) verändert sich der Schmerz in den verschiedenen Phasen der Geburt. In der EP handelt es sich um den viszeralen*, einen dumpfen, schlecht lokalisierbaren, in der AP um den somatischen*, einen scharfen und gut lokalisierbaren Schmerz.

Die Schmerzreize werden vom Entstehungsort durch Nervenbahnen über das Spinalganglion*, das Rückenmarks und von da über weitere Schaltstellen bis zum Grosshirn geleitet (Steffen, Lübke, Harder & Rosenberger, 2013). Die Schmerzleitung kann durch körpereigene Opioide* blockiert werden. Gemäss Schmid (2011) ist der Schmerzreiz nicht direkt kongruent mit dem Schmerzempfinden. Die Schmerzstärke wird vom Indivi-

duum unter ähnlichen Bedingungen sehr unterschiedlich empfunden, da die Empfindung im Zusammenhang mit der psychischen Konstitution und Lebensgeschichte des Menschen steht (Oswald-Vormdohre, 2015). Dies wird durch die von Grantly Dick-Read aufgestellten Theorie des *Angst-Spannung -Schmerz Syndroms* unterstrichen. Gemäss Dick-Read (2013) kommt es bei Angst vor Schmerzen durch die pathologische Anspannung zu tatsächlichen Schmerzen. Nachfolgende Abbildung dient der Veranschaulichung.

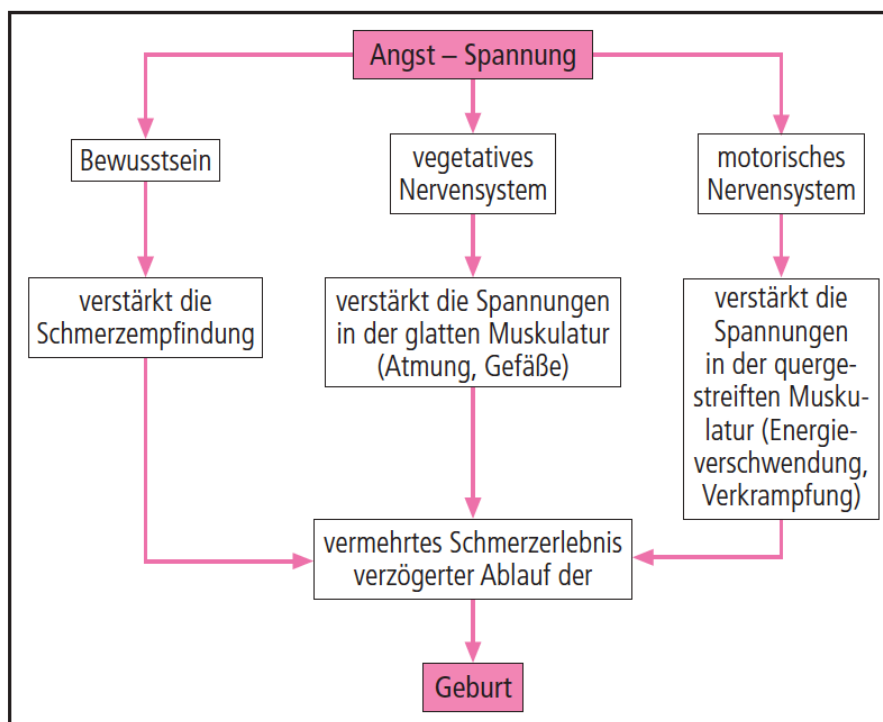


Abbildung 1: Angst-Spannung-Schmerz Syndrom (Mändle, 2015, S. 326)

Das Syndrom kann gemäss Dick-Read (2013) auf physischer Ebene erklärt werden. Durch die Emotion der Angst wird das sympathische Nervensystem aktiviert und der Körper stellt sich auf Kampf oder Flucht ein (*fight-or-flight response*). Es kommt zur Ausschüttung des Stresshormons Adrenalin und zu einer erhöhten Muskelanspannung. Nervenäste, welche die zirkulären und längsverlaufenden Muskelfasern des Uterus versorgen, werden stimuliert. Die beiden Muskelgewebe agieren nun gegeneinander, was eine rapide Zunahme der uterinen Spannung verursacht. Diese exzessive Anspannung wird von den Schmerzrezeptoren als Schmerz interpretiert und als Folge bewahrheiten sich die Ängste der gebärenden Frau.

3.3.2 Funktion des Geburtsschmerzes

Dick-Read (2013) als auch Moertl und Lewald (2016) stellen fest, dass die Geburt den einzigen physiologischen Vorgang darstellt, welcher Schmerzen verursacht. Jedoch hat der Geburtsschmerz auch nützliche Funktionen. Laut Schäfers (2013) erzeugt er das Bedürfnis nach Sicherheit und zwingt die Frau zu Bewegung, was die optimale Drehung des kindlichen Kopfes ins mütterliche Becken unterstützt. Weiter kommt es durch den Schmerz zur Ausschüttung körpereigener Analgetika, wie in Kapitel 3.3.1 erläutert wird. Auf der psychischen Ebene findet durch die Grenzerfahrung eine Veränderung und Stärkung des Körper- und Selbstbewusstseins statt. Laut Schäfers (2013) hat der Geburtsschmerz auch einen appellativen* Charakter. Anhand der, durch Schmerzen ausgelösten Verhaltensweisen wird sichergestellt, dass die gebärende Frau geschützt, unterstützt, getröstet und auf keinen Fall alleine gelassen wird. Zusätzlich scheinen Frauen langfristig das Geburtserlebnis besser verarbeiten zu können, wenn ihnen der Geburtsschmerz nicht vollständig genommen wurde (Schäfers, 2013).

3.3.3 Schmerzbehandlung

Bei der Schmerzerleichterung kann zwischen nicht-pharmakologischen, pharmakologischen* und anästhesiologischen* Methoden unterschieden werden. Gemäss Schäfers (2013) setzen diese Methoden an unterschiedlichen Wirkungsmechanismen an. So können einerseits sowohl die Schmerzbewertung, als auch die Schmerzreizleitung beeinflusst werden. Andererseits werden biochemische Prozesse in Gang gesetzt, was sich mit der *Gate-Control-Theory* erklären lässt. Hierbei werden Bahnen, welche Schmerzimpulse weiterleiten, durch andere Reize wie Stiche, Kälte oder Emotionen beansprucht, was zu einer schwächeren Schmerzbewertung führt. Die Funktionsweisen vieler nicht-pharmakologischen Methoden können mittels dieser Theorie erklärt werden. Zu etablierten nicht-pharmakologischen Methoden gehören unter anderem Massage, Akupunktur, Hydrotherapie und Entspannungstherapie (Moertl & Lewald, 2016). Whipple und Komisaruk (1988) belegen in ihrer Studie, dass die Schmerzwahrnehmungs- und die Schmerztoleranzgrenze signifikant steigen, wenn die Klitoris, die vordere oder die hintere Vaginalwand lustvoll stimuliert werden. Durch einen Orgasmus lässt die Schmerzwahrnehmungs- und Schmerztoleranzgrenze am meisten erhöhen.

3.4 Sexualität

Sexualität ist gemäss umfassender Definition der WHO (2006) ein zentraler Aspekt des Lebens. Der Begriff beinhaltet unter anderem Sex, Gender*, Intimität und Reproduktion*. Sexualität kann durch Gedanken, Praktizieren, Lust, Beziehungen und auf weitere Arten erlebt und ausgedrückt werden. Dabei müssen aber nicht immer alle dieser Aspekte vorhanden sein. Die Sexualität wird durch die Interaktion verschiedenster Faktoren beeinflusst. Dazu zählen beispielsweise biologische, psychologische, soziale, kulturelle und spirituelle Faktoren.

Gemäss Ahrendt & Friedrich (2015) hat die Sexualität drei Dimensionen: Die Fortpflanzungsdimension ist die älteste und bei der Frau im Gegensatz zum Mann mit dem Eintreten der Menopause beendet. Die zweite Dimension kann auch im Rahmen der Selbstbefriedigung erlebt werden und wird als Lustdimension betitelt. Beim Menschen existiert eine dritte Dimension der Sexualität, die Beziehungsdimension. Sie beschreibt die Fähigkeit, langfristige Partnerschaften einzugehen, welche im Idealfall Sicherheit und Geborgenheit mit sich bringen (Ahrendt & Friedrich, 2015). Gemäss Kluge (2013) wurde die Sexualität lange nur im Zusammenhang mit Fortpflanzung gesehen. Dabei spielt die psychosexuelle Entwicklung, die historisch, gesellschaftlich und individuell geprägt ist eine grosse Rolle. Die Verbindung zwischen dem menschlichen Seelenleben mit der Sexualität wird mit dem Begriff *psychosexuell* beschrieben. Die Sexualität des Menschen verändert sich im Laufe der Lebensabschnitte massgeblich. Sexualität wird laut Kluge (2013) im Erwachsenenalter zum Statussymbol und deren Ausdruck ist von vielen gesellschaftlichen Normen geprägt. In Partnerschaft hat sie einen zentralen Stellenwert.

Zur Wichtigkeit des weiblichen Orgasmus bezüglich der Reproduktion, lassen sich in der Literatur sehr unterschiedliche Meinungen finden (Komisaruk, Beyer-Flores & Whipple, 2006). Es existiert einerseits die Meinung, dass die Orgasmusfähigkeit der Frau ähnlich begründet werden kann, wie die Existenz von Brustwarzen beim Mann. Demnach sind beides Nebenprodukte einer Anlage, die nur beim anderen Geschlecht Sinn ergibt. Andererseits wird gegenteilig behauptet, dass der weibliche Orgasmus gerade bezüglich der Fertilität eine grosse Rolle spielt (Komisaruk, Beyer-Flores & Whipple, 2006).

3.5 Das Hormonsystem

Huch (2015) definiert Hormone als Signal- und Botenstoffe, welche die Kommunikation zwischen Zellen und Organen ermöglichen. Sie beeinflussen sowohl die biologischen Abläufe im Körper als auch das Verhalten und die Empfindungen eines Menschen. Hormone erreichen alle Zellen des Körpers und arbeiten im Vergleich zum Nervensystem relativ langsam. Der Wirkungseintritt kann innerhalb Sekunden bis Monate stattfinden. Hormone werden von endokrinen* Drüsen oder spezialisierten Zellen anderer Körpergewebe gebildet, in den interstitiellen* Raum abgegeben und über die Blutbahn zu den Zielzellen gebracht. Am Zielort wird das Hormon an spezifische Hormonrezeptoren gebunden, wodurch komplexe Stoffwechselfvorgänge ausgelöst werden. Die Signalübermittlung erfolgt auf chemischem Weg (Huch, 2015).

Der Hypothalamus* und die Hypophyse* leisten einen wichtigen Beitrag an die Hormonregulation. Diese Hirngebiete liegen in den unteren Abschnitten des Zwischenhirns (Huch, 2015). Der Hypothalamus nimmt die wichtigste Position ein, indem er als höchste Schalt- und Verbindungsstelle zwischen Nerven- und Hormonsystem wirkt. Die Hypophyse besteht aus dem grösseren Hypophysenvorder- und dem kleineren Hypophysenhinterlappen. Da gemäss Huch (2015) schon geringe Konzentrationsänderungen tiefgreifende Folgen haben können, wird die hormonelle Sekretion* durch Regelkreise exakt gesteuert. Oft werden Hormone hierarchisch geregelt (Huch, 2015). Dabei fungiert der Hypothalamus als oberster Regler, der die Aktivität des Hypophysenvorderlappens beeinflusst. Dieser gibt wiederum auf Drüsen wirkende Hormone ab, wodurch die untergeordneten Hormondrüsen beeinflusst werden. Durch die Abgabe der peripheren* Hormone wirkt die Hormondrüse direkt auf die zugeordneten Zielzellen. Auf allen Ebenen sind Rückkoppelungen möglich.

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden die wichtigsten geburtshilflichen Hormone erklärt und deren Funktionen während des Geburtsvorgangs aufgezeigt. Einige dieser Hormone steuern auch das menschliche Sexualverhalten. Forschungsergebnisse demonstrieren die hormonellen Parallelen zwischen Geburts- und Geschlechtsakt. Als ekstatische Hormone werden gemäss Buckley (2010) Oxytocin, Beta-Endorphine, Katecholamine und Prolaktin bezeichnet.

3.5.1 Oestrogen und Progesteron

Die Ovarien stellen die Hauptproduktionsstätte der weiblichen Sexualhormone Oestrogen und Progesteron dar. Eine kleine Menge an Oestrogen wird auch in der Nebennierenrinde produziert. Sie stimulieren in der Schwangerschaft die Anpassung des mütterlichen Organismus und die Entwicklung des Kindes (Huch, 2015). Durch den Anstieg des Oestrogens im letzten Trimenon* werden gemäss Fuchs und Fuchs (1984) Gap Junctions* und Oxytocinrezeptoren produziert, sowie das Membranpotential* erhöht. Der Uterus wird dadurch auf die Kontraktionen vorbereitet.

Progesteron, das zu Beginn der Schwangerschaft vom Gelbkörper und später hauptsächlich von der Plazenta gebildet wird, funktioniert als schwangerschaftserhaltendes Hormon, indem es das Myometrium ruhig stellt (Schneider, Helmer & Husslein, 2016). Daher findet es auch Einsatz in der Prophylaxe gegen Frühgeburtlichkeit* (Schneider et al., 2016). Gemäss Fuchs und Fuchs (1984) unterdrückt Progesteron die Wirkung des Oestrogens, kann aber die Bildung von Oxytocinrezeptoren nicht hemmen.

3.5.2 Prostaglandine

Entstehungsort der Prostaglandine sind gemäss Schneider et al. (2016) die Eihäute. Sie sind laut Schäfers (2014) auch in der Samenflüssigkeit des Mannes enthalten. Prostaglandine werden im letzten Schwangerschaftstrimenon vermehrt gebildet und senken das Membranpotential (Rosenberger et al., 2013). Zudem wird der Transport von Kalzium erleichtert. Infolgedessen wird das Myometrium für Oxytocin sensibilisiert. Die Zervixreifung und Kontraktionsstimulation stellen laut Rosenberger et al. (2013) die Resultate der Prostaglandinwirkung dar. Vaginaluntersuchungen, sowie das Einreissen der Eihäute lösen nach Fuchs und Fuchs (1984) einen schnellen und erheblichen Anstieg der Prostaglandine im Fruchtwasser aus. Aufgrund ihrer zervixreifenden und uterotonen Wirkung werden Prostaglandine häufig zur Geburtseinleitung, Abortauslösung* oder zur Behandlung einer postpartalen Atonie* eingesetzt (Rodriguez & Harder, 2013).

3.5.3 Oxytocin

Oxytocin, auch als Bindungs- oder Liebeshormon bekannt, ist ein Hormon des Hypophysenhinterlappens (Schneider et al., 2016). Die Ausschüttung von Oxytocin erfolgt in rhythmischen Pulsen (Huch, 2015). Das Hormon besitzt mit ungefähr drei Minuten eine sehr kurze Halbwertszeit* (Fuchs & Fuchs, 1984). Im Laufe der Schwangerschaft nimmt

die Konzentration der Oxytocinrezeptoren im Myometrium um den Faktor 100-200 zu und erhöht so die Oxytocinsensitivität. Zusätzlich besteht eine Ausschüttung von Oxytocin aus der fetalen Hypophyse. Ausserdem konnten Oxytocinrezeptoren auch in der Dezidua* nachgewiesen werden. Die Hauptaufgabe des Hormons ist die Aufrechterhaltung und Stimulation einer effektiven Wehentätigkeit unter der Geburt. Dawood, Raghavan, Pociask und Fuchs (1978) haben die Oxytocinkonzentration im maternalen Blut, sowie im Nabelschnurblut zu verschiedenen Geburtszeitpunkten analysiert. Sie beschreiben einen signifikanten Anstieg von Oxytocin im mütterlichen Plasma während der Austreibungsphase, insbesondere während des Einschneidens des kindlichen Kopfes. Nach der Ausstossung der Plazenta schützt Oxytocin durch Kontraktionen des Uterus die Mutter vor einer postpartalen Hämorrhagie* (Fuchs & Fuchs, 1984). Ausserdem wird während des Haut-zu-Haut Kontaktes mit dem Neugeborenen eine nennenswerte Menge an Oxytocin ausgeschüttet und fördert so die Mutter-Kind-Bindung. Gemäss Huch (2015) fördert Oxytocin nicht nur die Mutter-Kind-Bindung, sondern auch die Bindung zwischen der Frau und ihrem Partner oder ihrer Partnerin. Die Produktion wird durch Berühren, Streicheln und Massieren gefördert. Die Ausschüttung von Oxytocin während sexueller Aktivität ist gemäss Buckley (2010) nahezu identisch zur Sekretion während der Geburt. Der Höhepunkt der Ausschüttung findet beim sexuellen Akt während des Orgasmus und beim Geburtsakt während der Kopfgeburt statt.

3.5.4 Endorphine

Beta-Endorphine sind körpereigene Opiode mit morphinähnlicher Wirkung und gehören zu den Neuropeptiden* (Jürgens, 2015). Sie sind nicht nur für den Gefühlshaushalt wichtig, sondern auch wesentlich an der Schmerzregulation beteiligt. Um die Schmerzen in körperlichen Stresssituationen wie der Geburt zu lindern, werden Endorphine ausgeschüttet, welche die Schmerzaufnahme und –wahrnehmung im zentralen Nervensystem (ZNS) modulieren. Nach der Geburt kommt es zu einem raschen Endorphinabfall, welcher zusammen mit anderen hormonellen Veränderungen im Wochenbett den Baby-Blues* auslösen kann (Jürgens, 2015).

Hohe Endorphinlevel werden auch mit bewusstseinsveränderten Zuständen, Euphorie, ekstatischen Erlebnissen und intensivem Vergnügen in Verbindung gebracht, über Beteiligung von Endorphin am menschlichen Sexualverhalten ist noch wenig bekannt (Buckley, 2010).

3.5.5 Katecholamine

Die im Nebennierenmark ansässigen hochspezialisierten Neurone des Sympathikus* schütten nach Stimulation durch vegetative Neurone des ZNS Katecholamine aus (Huch, 2015). Zu diesen gehören nebst anderen auch Adrenalin und Noradrenalin. Sie sind Neurotransmitter des Nervensystems und steigern die Energiebereitstellung. Eine besonders hochkonzentrierte Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin findet laut Huch (2015) in Stresssituationen statt. Diese bewirkt die Alarm- und Fluchtbereitschaft aller Körperfunktionen. Sub partu können hohe Katecholaminspiegel insbesondere in der Eröffnungsphase den Geburtsfortschritt negativ beeinflussen (Gaskin, 2003; Buckley 2005). Resultat sind protrahierte Geburtsverläufe oder ein Geburtsstillstand. Daher wird der ungestörten Atmosphäre im Geburtszimmer eine hohe Bedeutsamkeit zugeteilt. Während der Austreibungsperiode kann ein Anstieg des Katecholaminspiegels eine gegenteilige Wirkung haben und die Geburt des Kindes in hohem Masse beschleunigen (Gaskin, 2003; Buckley, 2005).

Während des sexuellen Akts steigt gemäss Buckley (2010) die Adrenalin- und NoradrenalinKonzentration an und erreicht ihren Höhepunkt während des Orgasmus. Das subjektive Sicherheitsgefühl und die Privatsphäre stellen nicht nur während der Geburt, sondern auch während sexuellen Handlungen die Grundlage für den physiologischen und reibungslosen Ablauf beider Akte dar.

Gemäss Hotelling (2009) stehen Oxytocin, Beta-Endorphine und Adrenalin in einem komplexen Zusammenhang. Die durch Oxytocin ausgelösten Kontraktionen führen zu Geburtsschmerzen. Als Reaktion auf den erhöhten Schmerzlevel wird Adrenalin ausgeschüttet, was wiederum zur Hemmung der Oxytocinproduktion führt. An diesem Punkt erfolgt die Ausschüttung von Beta-Endorphinen, um den Schmerz zu lindern. Dies wiederum führt dazu, dass die Adrenalinausschüttung reduziert wird und sich die Oxytocinausschüttung wieder steigert. Dieser Kreislauf wird fortgesetzt und ermöglicht den Geburtsfortschritt mit synchron verlaufender Anpassung der Schmerzgrenze. Der Kreislauf wird mit nachfolgender Abbildung veranschaulicht.

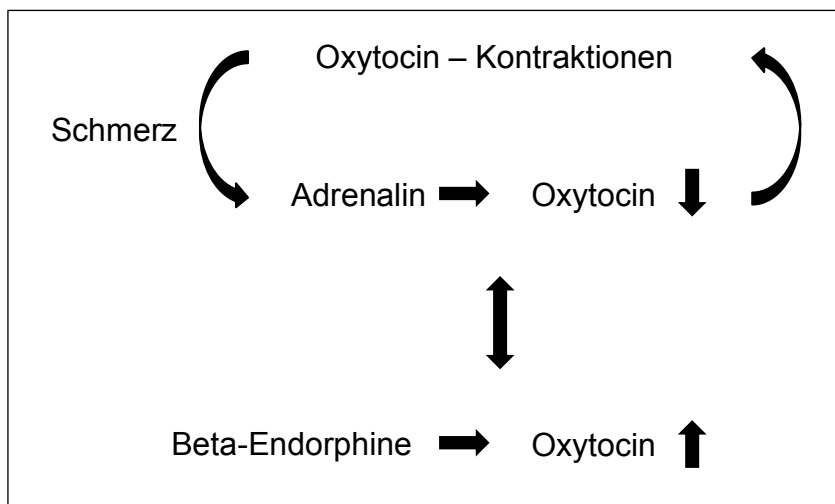


Abbildung 2: Oxytocin-Schmerz-Adrenalin-Endorphin-Kreislauf in Anlehnung an Hotelling (2009)

3.5.6 Prolaktin

Gemäss Geist, Friedrich, Bovermann und Tegethoff (2013) wird Prolaktin im Hypophysenvorderlappen produziert und ist für die Milchsynthese in den Milchbildungszellen verantwortlich. Forschungsergebnisse zeigen über 300 weitere Effekte, die Prolaktin auf den Körper hat (Buckley, 2010). Während der Schwangerschaft steigt der Prolaktinspiegel kontinuierlich an, jedoch wird die Wirkung aufgrund der Plazentahormone gehemmt. Postpartal kann Prolaktin seine laktogene* Wirkung hinsichtlich des Wegfalls der Plazentahormone vollständig entfalten. Durch den Saugreiz an der Mamille wird das Prolaktin, sowie Oxytocin ausgeschüttet. Der hohe Prolaktinspiegel in der Stillzeit verursacht die Laktationsamenorrhoe* (Schneider et al., 2016) und kann auch für die, von vielen stillenden Müttern beschriebene Amnesie verantwortlich sein (Stadelmann, 2005). Die Prolaktinkonzentration steigt während des sexuellen Aktes an, erreicht ihren

Höhepunkt während des Orgasmus und bleibt postkoital* im Gegensatz zum Katecholaminspiegel noch erhöht (Buckley, 2010). Der libidohemmende* Effekt der Prolaktins könnte die postkoitale Verminderung sexuellen Interesses bewirken.

3.6 Der Fetus-Ejektions-Reflex

Nebst dem in Kapitel 3.2.1 erläuterten Ferguson-Reflex entstand durch Niles Newton in den 1960er Jahren der Begriff des "Fetus-Ejektions-Reflex" (FER). Der FER wurde vom französischen Geburtshelfer und Verfechter der sanften Geburt, Michel Odent, geprägt. Mit FER definiert Odent (2009) die Geburt des Kindes nach einer kurzen Serie von sehr starken und unaufhaltbaren uterinen Kontraktionen, die keinen Raum für willkürliche Bewegungen lassen. Währenddessen können die Frauen schreien und fluchen, bizarre, oft tierähnliche Positionen einnehmen und erscheinen Aussenstehenden als wären sie „(...) auf einem anderen Planeten“ (Odent, 2009, S.12). In den Minuten nach der Geburt scheint die Mutter in Ekstase zu sein. Um den Mechanismus des FER zu verstehen, muss die Funktion des menschlichen Neocortex erklärt werden. Der Neocortex ist laut Vaupel, Schaible und Mutschler (2015) Teil der Grosshirnrinde und die entwicklungsgehistorisch jüngste und zugleich am stärksten entwickelte Hirnregion beim Menschen. Im Grosshirn entstehen durch die Signale der Sinnesorgane bewusste Bewegungen und Empfindungen (Jürgens, 2015). Gemäss Odent (2009) findet die Stimulation des Neocortex durch Sprache, Licht, Wahrnehmung einer potenziellen Bedrohung oder durch das Gefühl beobachtet zu werden, statt. Ist der Neocortex aktiviert, wird der FER unterbunden.

Der französische Psychologe Thierry Postel (2013) untersucht in seiner deskriptiven Studie die Häufigkeit lustvoller Geburten. Dazu werden 956 Hebammen befragt, wovon 109 Antworten ausgewertet werden können. So werden fast 206'000 Geburten erfasst. Die Analyse der Ergebnisse zeigt auf, dass in mehr als 0.3% (entspricht 668 Geburten) eine Geburt als lustvoll erlebt wurde. Den neun, von Müttern direkt eingereichten Fallberichten ist zu entnehmen, dass die körperlich intensive oder orgasmische Empfindung spontan zum Zeitpunkt der Austreibung des Fetus, genauer der Kopfgeburt stattfindet und von kompletter Unempfindlichkeit gegenüber Schmerz begleitet wird. Postel (2013) bezieht sich auf der Suche nach einer möglichen Erklärung für diese unerwarteten geburtshilflichen Orgasmen auf den von Odent beschriebenen FER.

3.7 Wegbereitende Personen der natürlichen Geburtshilfe

Im westlichen Kulturkreis setzte als Gegenreaktion zur Medikalisierung der Geburtshilfe nach dem zweiten Weltkrieg in den 1960er Jahren eine Gegenreaktion ein (Walsh, 2012, zit. nach Walker, Visger & Rossie, 2009). Insbesondere durch Geburtsvorbereitungskurse und Methoden zur Schmerzbewältigung sollen werdende Eltern unterstützt werden, um sich in der suboptimalen Umgebung der Kliniken zurecht zu finden.

Der Wegbereiter der natürlichen Geburtshilfe und nicht-medikamentösen Schmerzbewältigung ist Grantly Dick-Read (Walsh, 2012). Zur Durchbrechung des im Kapitel 3.3.1 beschriebenen Syndroms von Angst-Spannung-Schmerz entwickelte er die *Read-Methode*. Durch bewusstes Hinlenken zum Geburtsgeschehen soll psychosomatischen Fehlhaltungen entgegengewirkt werden (Dick-Read, 2013). Basierend auf der Psychoprophylaxe beschreibt Fernand Lamaze eine wiederum vom Geburtsgeschehen ablenkende Methode mit Fokus auf die Atemtechnik und dem Ziel der schmerzlosen Geburt (Walsh, 2012). Der amerikanische Geburtshelfer Robert Bradley betont die Wichtigkeit des bei der Geburt anwesenden Partners.

Ina May Gaskin, eine amerikanische Hebamme, gewinnt in den 1970er Jahren grosse Aufmerksamkeit durch die Gründung der Kommune *The Farm* in Tennessee mit integriertem ausserklinischem Geburtshilfezentrum. Das Zentrum ist bekannt durch seine enorm niedrige Rate an medizinischen Interventionen. Das von Gaskin (2003) definierte *Sphincter Law* (Schliessmuskengesetz) erklärt, dass sich die Zervix und Vagina wie Schliessmuskeln verhalten und die Geburtsumgebung daher einen Einfluss auf die Fähigkeit zur Muttermundöffnung hat. Die Ursache einer protrahierten Geburt liegt oftmals bei fehlender Privatsphäre, Angst oder Stimulation der falschen Gehirnareale der gebärenden Frau. Schliessmuskeln reagieren nicht auf Befehle, können ihr Funktionspotenzial nur in Privatsphäre ausschöpfen und können sich durch Stimulation des Neocortex und resultierender Adrenalinausschüttung plötzlich schliessen. Eine Öffnung des Muttermundes lässt sich aufgrund der starken Verbindung zur Entspannung des Mundes und Kiefers durch herzhaftes Lachen, langsames und tiefes Atmen, Singen mit tiefen und vibrierenden Tönen oder Küssen mit offenem Mund erreichen (Gaskin, 2003).

Marie Mongan's (2018) *HypnoBirthing-Methode* basiert auf ihren eigenen Geburtserfahrungen, nimmt Dick-Reads Idee wieder auf und fokussiert sich auf den positiven Sprachgebrauch sowie Tiefenentspannung durch Visualisierung und Selbsthypnose.

3.8 Orgasmic Birth

Im letzten Jahrzehnt erregen Geburtsgeschichten, die von Orgasmen unter der Geburt handeln, immer wieder die Aufmerksamkeit der Medien. Elizabeth Davis und Debra Pascali-Bonaro, die Autorinnen des 2010 veröffentlichten Buches *Orgasmic Birth* diskutieren die Geburt als Teil der weiblichen Sexualität und geben Frauen eine Plattform, um von ihren lustvoll erlebten Geburten zu erzählen. Sie definieren den Begriff *orgasmische Geburt* als das vollkommen angenehme und lustvolle Erleben der physischen und emotionalen Aspekte der Geburt. Damit werden nicht nur die gefühlten Orgasmuskontraktionen sondern auch ekstatische Geburtserlebnisse eingeschlossen (Davis & Pascali-Bonaro, 2010). Nach ihrer Idee können Frauen entgegen jeglichen Stigmata selbstbestimmte und lustvolle Geburten erleben.

Auch Ina May Gaskins Hebammenarbeit basiert auf dem Ansatz, dass die Geburt ein sexuelles Ereignis ist. Sie führte eine kleine Umfrage zur Erhebung der Häufigkeit von lustvoll erlebten Geburten im Freundeskreis durch. 32 von 151 (21%) der befragten Frauen geben an, mindestens eine orgasmische Geburt erlebt zu haben (Gaskin, 2003). Der Grossteil dieser Geburten fand auf *Der Farm* statt, einige davon aber auch im klinischen Setting. Die Beobachtungen und Methoden der zuvor genannten Wegbereitenden der natürlichen Geburtshilfe spielen für das Erleben einer orgasmischen Geburt eine wichtige Rolle.

3.9 Darstellung der ausgewählten Literatur

Harel (2007) sowie auch Caffrey (2014) zielen in ihren qualitativen Studien darauf, sexuelle Geburtserfahrungen zu beschreiben und führen dazu mit elf beziehungsweise sieben Frauen, die lustvolle Geburten erlebt haben semistrukturierte Interviews durch. Harel (2007) teilt ihre Ergebnisse in die zwei Kategorien "unerwarteter Orgasmus" und "leidenschaftliche Geburt", Caffrey (2014) in die Kategorien "Lust", "Orgasmus" und "Euphorie". In die Diskussion dieser Arbeit werden aus Harels (2007) Studie aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien nur die Ergebnisse der Kategorie "leidenschaftliche Geburt" miteinbezogen. Der Evidenzpyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009) zufolge entsprechen die qualitativen Studien dem untersten Evidenzlevel, da bis anhin keine kritische Würdigung darüber verfasst wurde. Mayberry und Daniel (2016) beschäftigen sich in ihrem narrativen Review in erster Linie mit der Frage, wie subpartale Orgasmen auf endokriner und nervaler Ebene den Geburtsschmerz zu modulieren vermögen und in welchem Ausmass dieses Phänomen bei werdenden Eltern durch

Hebammen angeworben wird. Das narrative Review entspricht dem zweiten Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009). Gallo (2017) kennt Schmerzlinderung durch Masturbation bei Kopf- und Menstruationsschmerzen und erzählt in ihrem Geburtsbericht davon, wie sie Masturbation in der Übergangsphase anwendet. Obwohl kein Orgasmus erreicht wird, kann den Kontraktionen die Schmerzspitze genommen werden.

Buckley (2010) legt den Fokus auf die Geburt als Teil der weiblichen Sexualität und beschäftigt sich mit der natürlichen Hormonausschüttung und den darauf Einfluss nehmenden Faktoren. Dabei geht sie vorwiegend auf medizinische Interventionen und die Geburtsatmosphäre ein. Das Kapitel ist in einem wissenschaftlichen Fachbuch für Hebammen publiziert und dessen Inhalte stellen den Forschungsschwerpunkt der Autorin dar. Auch Davis & Pascali-Bonaro (2010), die sich in ihrem Ratgeber an werdende Eltern wenden, zeigen ähnliche begünstigende und behindernde Faktoren für lustvolle Geburten auf und hinterlegen ihren Erklärungen viele Geburtsberichte. Der Ratgeber ist nicht in Fachsprache verfasst, doch die Inhalte basieren auf referenzierten, wissenschaftlichen Literaturquellen.

Anonymous B (2018) berichtet von ihrer dritten Geburt, aber ersten Alleingeburt*, während derer sie im fortgeschrittenen Geburtsverlauf auf die Stimulation durch einen Vibrator zurückgreift. Dadurch erfährt sie muskuläre und mentale Entspannung, bleibt fokussiert und gewinnt Vertrauen in ihren Körper. Ariel Droris (2010) Geburtsbericht fokussiert auf den Einfluss der sexuellen Stimulation und des Orgasmus auf die Wehentätigkeit. Bei unregelmässigen Kontraktionen setzt sie bewusst genitale Stimulation ein, erreicht einen Orgasmus und gebärt zweimal nach plötzlich stark einsetzenden Geburtswehen innerhalb einer Stunde ihre Kinder. Anonymous A (2010) erfährt einen Orgasmus während der G-Punkt*-Stimulation durch ihren Partner. Sie erzählt von der überwältigenden Empfindung der Kombination von Lustgefühlen durch die Stimulation, der Wehenkraft und der Dehnung des Muttermundes. Die Aussagen der vier Erfahrungsberichte basieren auf subjektiven Geburtserlebnissen und sind daher nicht auf die Gesamtpopulation übertragbar.

Folgende Tabelle zeigt eine kurze Übersicht der den vier Geburtsberichten zu entnehmenden, ausgeführten sexuellen Handlungen. Ebenfalls ist ersichtlich, mit welchen Worten die dabei empfundenen Emotionen und Sinneswahrnehmungen von den Frauen beschrieben werden.

Tabelle 2: Eigene Darstellung sexueller Handlungen und Beschreibung der Empfindungen

Titel	Sexuelle Handlungen	Beschreibung der Empfindungen
This is What it's Like to Orgasm During Child-birth (Gallo A.)	Masturbation, klitorale Stimulation	Sicherheit, Kontakt zu Seele, Körper und Geist, nimmt die Schmerzspitze, hilft fokussiert, klar und kontrolliert zu bleiben
20 Minutes of Privacy (Ariel Drori S.)	Zweite Geburt: Orgasmus durch den Partner Dritte Geburt: Orgasmus durch Masturbation	Gute und schöne Orgasmen
Nikolaos' Birth Story – An Orgasmic Freebirth (Anonymous A)	G-Punkt-Stimulation durch den Partner, Klitorisstimulation	Verblüffendes, Vergnügen bereitendes Gefühl, gedämpfter Orgasmus
The Full Moon Orgasmic Freebirth of Lumi Kelly (Anonymous B)	Reiben der Vagina, Stimulation der Klitoris, Vulvamassage durch den Partner, Umarmungen und Küssen, Klitorisstimulation mit Vibrator	schmerzlindernd, wundervolle Hilfe, beruhigend, hilft Vertrauen in den Körper zu gewinnen, Entspannung, Sicherheit

4 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus der Literatur, welche zur Beantwortung der Fragestellung ausgewählt wurde, in Verbindung mit dem theoretischen Hintergrund gesetzt, umfassend diskutiert und deren Bezug zur Fragestellung erläutert. Bei der gesichteten Literatur handelt es sich um zwei qualitative Studien im Rahmen von Doktor- und Masterarbeiten, ein narratives Review, ein Kapitel aus einem Fachbuch, ein Ratgeber sowie vier Erfahrungsberichte von Frauen. Die ausführlichen Zusammenfassungen und kritischen Beurteilungen der verwendeten Literaturquellen sind im Anhang C und D zu finden.

Aus der gesichteten Literatur können drei Themen herausgearbeitet werden, die durch subpartale sexuelle Handlungen beeinflusst werden. Ausserdem können, von den Frauen als essentiell beschriebene Faktoren gefunden werden, welche die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von lustvollen Empfindungen unter der Geburt zu erhöhen scheinen. Auf diese Faktoren wird in den Kapiteln *Vorbereitung*, *Geburtssetting* und *Präpartale* Sexualität* genauer eingegangen.

Neben diesen Faktoren stellen die Parallelen zwischen sexueller Aktivität und Geburt ein weiteres Ergebnis dar. Die Psychologin Niles Newton erforschte als erste Wissenschaftlerin die Sexualität der Geburt und veröffentlichte 1955 ihr Werk *Maternal Emotions: A Study of Women's Feelings Toward Menstruation, Pregnancy, Childbirth, Breastfeeding and Other Aspects of Their Femininity*, worin sie die zu beobachtenden Gemeinsamkeiten zwischen einer ungestörten, nicht medikalisierten Geburt und weiblicher sexueller Erregung beschreibt (Harel, 2007; Buckley, 2010). Diese Parallelen werden in folgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 3: Eigene Darstellung der Parallelen zwischen Geburt und sexueller Erregung in Anlehnung an Harel (2007, zit. nach Newton, 1976)

	Ungestörte Geburt ohne pharmakologische Analgetika	Sexuelle Erregung
Atmung	EP: vertiefte Atmung während der Kontraktionen AP: sehr tiefe Atemzüge mit Anhalten des Atems während des Pressens	Anfangs schnellere und tiefere Atmung teilweises Anhalten des Atems mit sich näherndem Orgasmus
Stimme	Stöhnen, Schreien	Keuchen, Stöhnen
Gesichtsausdruck	Intensiver, angestrenzter Gesichtsausdruck, lässt die Beobachtenden glauben, die Frau leide unter starken Schmerzen	Gequälter Ausdruck, offener Mund, glasige Augen, angespannte Gesichtsmuskeln
Gebärmutter	Rhythmische Kontraktionen des oberen Uterinsegments	Rhythmische Kontraktionen des oberen Uterinsegments während des Orgasmus
Zervix und Vagina	Abgang des Schleimpfropfs	Vermehrte Produktion von Vaginalsekret
Bauchmuskeln	Regelmässige Kontraktionen und starker, instinktiver Drang, sich mithilfe der Bauchmuskeln vornüber zu beugen	Regelmässige Kontraktionen der Bauchmuskeln während des Orgasmus
Körperposition und Bewegung	Auseinander gehaltene und angezogene Beine während der Geburt Instinktive Bewegungen: Schaukeln, wippen, vor und zurück gehen, kreisen	Auseinander gehaltene und gebeugte Beine während des Geschlechtsverkehrs Bewegungen während des Geschlechtsverkehrs: vor und zurück, auf und ab, kreisen

Zentrales Nervensystem	Ungehemmtes Verhalten insbesondere während der AP	Hemmungen und psychische Blockaden lassen nach und sind häufig ausgeschaltet
Kraft und Beweglichkeit	Geburt des Kindes durch den engen Geburtskanal benötigt aussergewöhnliche Kraft und körperliche Dehnung	Aussergewöhnliche Kraft und Beweglichkeit, die normalerweise nicht vorhanden ist
Sinneswahrnehmung	Schmerzunempfindlichkeit der Vagina bei der Kopfgeburt Amnesie und Tendenz gegenüber der Umgebung unempfindlich zu werden Sofortige Wachheit und geistige Klarheit nach der Geburt	Schmerzunempfindlichkeit des Körpers auch gegenüber Schlägen und ernsthaften Verletzungen Verlust der Sinneswahrnehmung kurz vor dem Orgasmus Sofortige Rückkehr der sensorischen Wahrnehmung nach dem Orgasmus
Emotionale Reaktion	Flut freudvoller Emotionen nach der Geburt des Kindes, Ekstase und Begeisterung	Starkes Gefühl von Wohlbefinden und Befriedigung durch Spannungsabbau

Caffrey (2014) beschreibt eine Frau, die bei ihrer Geburt intuitiv in der tiefen Hocke die Hüfte hin und her bewegt hat. Diese Bewegung macht sie jeweils, wenn sie sich während des Geschlechtsaktes dem Orgasmus nähert. Eine andere Frau erzählt, dass sie während der lustvollsten Phase der Geburt auf dieselbe Weise wie beim Geschlechtsverkehr gewimmert hat. Die anwesenden Personen haben sie währenddessen jedoch schmerzerfüllt und weinend wahrgenommen (Caffrey, 2014). Diese Situationen widerspiegeln einige in der Tabelle aufgeführte Parallelen.

Gemäss Aussage von Newton herrschen diese Parallelen vor, solange die Geburt ungestört ist und keine pharmakologischen oder anästhesiologischen Analgetika angewendet werden (Harel, 2007). Denn jegliche medizinischen Interventionen oder verabreichte Medikamente beeinflussen die natürliche Hormonausschüttung (Buckley, 2010;

Davis & Pascali-Bonaro, 2010). Synthetisches Oxytocin hemmt die körpereigene Oxytocinproduktion, kann die vollständige Wirkung des natürlichen Hormons aber nicht ersetzen. Auch die Periduralanästhesie hemmt die natürliche Oxytocinausschüttung durch Betäubung der Dehnungsrezeptoren in der Vagina. Überdies sinkt die Orgasmuswahrscheinlichkeit bei beiden Akten drastisch, sobald Hemmung oder Leistungsdruck vorhanden sind (Davis & Pascali-Bonaro, 2010).

Weiter besagt auch Gaskin (2003), dass subpartale Orgasmen nicht häufig bei Frauen vorzukommen scheinen, die mit Betäubungsmittel oder PDA behandelt werden. Dies könnte gemäss Gaskin (2003) der Grund sein, weshalb das Phänomen beim Fachpersonal und in der breiten Öffentlichkeit so wenig bekannt ist. Welche Rolle der Geburtsort und die Atmosphäre dabei spielen, wird im Kapitel 4.5 genauer erläutert.

4.1 Einfluss auf die Schmerzempfindung

In Harels (2007) wie auch in Caffreys (2014) qualitativer Studie sagen wenige Frauen aus, tatsächlich Schmerzen während der Geburt gespürt zu haben. Vielmehr verwenden sie für ihre Empfindungen während der Kontraktionen Begriffe, wie "harte Arbeit", "intensive Dehnung", "Unbehagen" oder "Ganzkörpererfahrung". Harel (2007) beschreibt, dass den Gebärenden sexuelle Stimulation geholfen hat, mit dem Geburtsschmerz umzugehen. Die Stimulation trägt zur Muskelentspannung und Lust bei und hilft der Gebärenden, sich zu öffnen und loszulassen. Gallo (2017) setzt Masturbation auch bei Kopf- und Menstruationsschmerzen ein, um Schmerzlinderung zu erfahren. Für sie ist daher die logische Folge, dass Masturbation auch den Geburtsschmerz modulieren kann. Ihr wird durch Masturbation die Schmerzspitze genommen. Auch Anonymous B (2018) sagt aus, dass die anfängliche manuelle Klitorisstimulation und die im weiteren Verlauf eingesetzte Stimulation durch einen Vibrator geholfen hat, dass die Kontraktionen nicht Überhand gewonnen haben und sie entspannt und präsent bleiben konnte. Davis und Pascali-Bonaro (2010) merken an, dass die Stimulation mit einem Vibrator an Popularität zunimmt. Eine von Pascali-Bonaro begleitete Gebärende erzählt, dass sie während einer Kontraktion den Vibrator bewusst weggelassen und sie einen Unterschied zu den anderen Kontraktionen in Form von stärkerem Schmerz gespürt hat.

Auf der Suche nach einer evidenzbasierten Erklärung für die schmerzlindernde Wirkung subpartaler sexueller Stimulation und Orgasmen wird die Wirkung der Hormone genauer betrachtet. Gemäss Mayberry und Daniel (2016) haben viele Studien den analgetischen Effekt von Oxytocin bestätigt. Ausserdem weisen sowohl Buckley (2010) als auch Mayberry und Daniel (2016) auf die Funktion der Beta-Endorphine als körpereigene Opiode hin, die während der Geburt in grösseren Mengen ausgeschüttet werden. Wie im theoretischen Hintergrund erklärt, modulieren Beta-Endorphine als Antwort auf Stress oder Schmerz im zentralen Nervensystem die Schmerzaufnahme und -wahrnehmung (Jürgens, 2015). Diese Funktionsweise wird im *Oxytocin-Schmerz-Adrenalin-Endorphin Kreislauf* nach Hotelling (2009) veranschaulicht. Weiter haben Endorphine einen Einfluss auf das emotionale Erleben und können Gefühle von intensiver Lust oder Euphorie induzieren (Buckley, 2010).

Mayberry und Daniel (2016) finden in ihrem Review zusätzlich eine, das Nervensystem betreffende Erklärung. Der kindliche Kopf kann im Geburtskanal hypogastrische* und pelvische* Nervenfasern, die einen schmerzlindernden Effekt haben, stimulieren. Studien belegen, dass auch Selbststimulation der Klitoris und der Vaginvorderwand einen analgetischen Effekt besitzt. Sensorische Informationen aus dem Beckenbereich können gemäss Mayberry und Daniel (2016, zit. nach Komisaruk & Whipple, 2005) nicht nur über das Rückenmark, sondern auch direkt über den Vagusnerv zum Gehirn gelangen. Die Aktivierung dieser Nervenbahnen kann zu Schmerzlinderung und in einigen Fällen auch zu Orgasmen führen.

Überdies kann das Gehirn gemäss Harel (2007, zit. nach Arms, 1994) nicht gleichzeitig auf Schmerz und Lust reagieren. Ist eine Empfindung vorherrschend, wird die andere abgeschwächt.

4.2 Einfluss auf die Wehentätigkeit

Ariel Drori (2010) setzt bei zwei Geburten jeweils bei unregelmässigen Kontraktionen und unreifem Muttermundbefund bewusst genitale Stimulation ein und erreicht einen Orgasmus. Daraufhin setzen starke Geburtswehen ein, die zweimal innerhalb 30 bis 60 Minuten in der Geburt des Kindes resultieren. Gemäss Davis und Pascali-Bonaro (2010) macht Geschlechtsverkehr vor allem in der frühen EP Sinn. Wenn die Kontraktionen eher schwach und unregelmässig sind, kann die Geburt dadurch beschleunigt werden. Dieses Phänomen beobachtet auch Gaskin (2003): „(...) the application of sexual energy can make labor more effective and less painful without any use of medica-

tion" (S. 23). Daher motiviert sie die von ihr begleiteten Paare Küssen und Brustwarzenstimulation auszuprobieren. Diese Aussagen können durch die im theoretischen Hintergrund erläuterte Hormonausschüttung auf physiologischer Ebene erklärt werden. Die Wirkung der Handlungen, welche Ariel Drori (2010) und Gaskin (2003) beschreiben, basiert vor allem auf der Oxytocinausschüttung, die durch sexuelle Stimulation gefördert wurde. Bei Davis und Pascali-Bonaros (2010) Aussage kommt die zervixreifende Wirkung der im Spermium vorhandenen Prostaglandine hinzu.

4.3 Einfluss auf das Geburtserlebnis

In der gesamten gesichteten Literatur berichtet keine Frau davon, eine lustvolle Geburt als negativ oder traumatisierend in Erinnerung zu haben. Einige der Frauen mit früheren traumatischen Geburtserfahrungen erlebten die darauf folgende lustvolle Geburt als heilend: „My freebirth was the most amazing, healing, and pure moment in my entire life“ (Anonymous B, 2018, S. 10).

Gallo (2017) möchte die Anstrengung ihrer Geburt nicht beschönigen. Dennoch empfand sie die Geburt als wundervoll. Alle Frauen aus Caffreys (2014) sowie aus Harels (2007) Studie erlebten die Geburt als stärkendes und positives Ereignis. Dazu aufgefordert, ihre Gedanken bezüglich der erlebten lustvollen Geburt zu äussern, nannten die Frauen Begriffe wie „intim“, „erotisch“, „pure Freude“, „Ehrfurcht“, „Ganzheit“ und „Kraft“ (Harel, 2007). Anonymous A (2010) schreibt, dass sie sich stark und voller Energie fühlte und das Gebären ihres Kindes einzig mit der Hilfe ihres Mannes das perfekte Erlebnis war. Für viele Frauen aus Harels (2007) Studie wurde die lustvolle Geburtserfahrung zu einem Teil ihrer Sexualität. Eine Frau erinnert sich daran, wie sie nur kurz nach der Geburt folgende Worte an ihre Hebamme richtete: „Oh my God I have to tell women they can have orgasms“ (Harel, 2007, S. 110). Auch Ariel Drori (2010) sieht sich dazu verpflichtet von ihrer positiven Geburtserfahrung zu erzählen und unterrichtet Frauen seit ihrer ersten Geburt darüber, welche Vorteile Orgasmen unter der Geburt bringen.

Obgleich sexuelle Handlungen integriert wurden, sagen einige Frauen aus, dass die lustvolle Geburt nicht explizit eine sexuelle Erfahrung darstellt. Orgasmische Gefühle müssen nicht zwangsläufig mit Geschlechtsverkehr oder sexuellen Handlungen in Verbindung stehen. So führt Anonymous B (2018) aus: „(...) and enjoying the euphoric energy shooting through my body that can only be described as orgasmic! I didn't feel necessarily sexual and know now that orgasmic does not necessarily relate to sex itself“

(S. 9). Auch in Caffreys (2014) Studie berichten zwei Mütter, dass die Geburt trotz Analogien zum Geschlechtsakt kein sexuelles Erlebnis repräsentiert. Beide erreichten keinen Orgasmus, beschreiben aber eine Ähnlichkeit zur Erregungsphase vor einem Orgasmus oder das Gefühl, von innen massiert, gedehnt und stimuliert zu werden.

4.4 Vorbestehende Faktoren und Geburtsvorbereitung

Wichtige Faktoren innerhalb der Geburtsvorbereitung oder Vorerfahrungen, die einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit für ein lustvolles Geburtserlebnis oder für den Austausch körperlicher Intimitäten subpartal haben, werden in diesem Unterkapitel aufgezeigt.

4.4.1 Beruf

Die in der Studie von Harel (2007) befragten Frauen üben alle einen Beruf aus, der in einem engen Bezug zu Schwangerschaft und Geburt steht. Harel (2007) betont die Aussage dieser Frauen, dass sie es als essenzielle Vorbereitung auf eine lustvolle Geburt sehen, Wissen bezüglich der Geburtsphysiologie und des Geburtsprozesses zu haben. Demgegenüber stehen die von Caffrey (2014) befragten Frauen, die keine im geburtshilflichen Bereich angesiedelten Berufe ausüben. Auffallenderweise gehen zwei von vier Autorinnen der Erfahrungsberichte als Doulas einer Tätigkeit im geburtshilflichen Kontext nach.

Daraus resultiert die Annahme, dass Frauen mit geburtshilflichem Wissen tendenziell eher eine lustvolle Geburt anstreben oder erleben als Frauen, die Tätigkeiten in anderen beruflichen Kontexten nachgehen.

4.4.2 Frühere Geburtserfahrungen und prägende Erlebnisse

Einige Frauen erfuhren bei vorangegangenen Geburten ein Geburtstrauma. Drei der von Caffrey (2014) befragten Frauen erlebten zuvor eine traumatische Geburt in einer Klinik. Für eine Mutter hatte dieses Erlebnis eine Posttraumatische Belastungsstörung, Nosocomephobie*, Bindungsschwierigkeiten und Versagensgefühle zur Folge. Auch Gallo (2017) und Anonymous B (2018) berichten von vorangegangenen, traumatisch erlebten Geburten. Während Gallo (2017) die invasiven Interventionen wie PDA und Vakuumextraktion* als traumatisierend erlebte, empfand Anonymous B (2018) das manipulative Auftreten der Hausgeburtshilfenden als verletzend. Zudem hat Anonymous B (2018) zu einem früheren Zeitpunkt ein sexuelles Trauma erlitten, kann ihre Sexualität nun aber ausleben. Trotzdem begleitet sie ein daraus resultierendes Misstrauen in

die Fähigkeiten ihres Körpers. Anonymous B (2018) hat ihre Alleingeburt diesbezüglich als heilend erfahren. In allen Fällen zog die Erfahrung der früheren Geburt den bewussten Entscheid für eine Geburt in einem anderen Setting und mit anderem Fachpersonal mit sich.

Davis & Pascali-Bonaro (2010) richten sich in der Einleitung unter anderem explizit an Frauen, welche die Erfahrung einer traumatischen Geburt gemacht haben. Sie sehen das Schaffen eines positiven Geburtserlebnisses als Möglichkeit, erlebte Traumata zu verarbeiten.

4.4.3 Vorbereitung anhand von Büchern und Kursen

Die Geburtsvorbereitung durch Lesen von Büchern oder Teilnahme an Kursen wird als besonders hilfreich beschrieben, wenn Diskussionen über die Geburt als physiologisches, positives und möglicherweise ekstatisches Lebensereignis darin enthalten sind (Caffrey, 2014). Favorisierte Bücher sind von Odent, Kietzinger oder Gaskin verfasst. HypnoBirthing-Geburtsvorbereitungskurse oder Kurse des englischen Anbieters *National Childbirth Trust* finden grossen Anklang. Gallo (2017) hat sich zudem von einer von ihr begleiteten, gebärenden Frau, die sich mit einem Vibrator stimuliert hat, inspiriert gefühlt.

Der Ratgeber *Orgasmic Birth* von Davis und Pascali-Bonaro (2010) ist die Antwort auf die beschriebene Nachfrage nach Wissen zum Geburtsprozess und bestärkenden, lustvollen Geburtsberichten. Des Weiteren decken die mehrfach erwähnten Werke *Spiritual Midwifery* und *Ina May's Guide To Childbirth* von Gaskin und Buckleys *Gentle Birth, Gentle Mothering* genau diese Themen ab.

Eine Frau in Caffreys (2014) Studie berichte, dass sie aufgrund der Informationen in den Büchern einen Orgasmus erwartet hätte, dieser als solcher aber nicht eintraf. Obwohl sie keine Enttäuschung darüber formuliert, ist denkbar, dass sich Frauen als Versagerinnen fühlen oder der Autorenschaft der Bücher Missmut entgegenbringen könnten.

4.4.4 Wissen um die Existenz von lustvollen Geburten

Die Frauen sind der Überzeugung, dass Sexualität und Lust Teil der Geburt sind (Harel, 2007; Caffrey, 2014). Ausserdem sind sie sich dem Nutzen von Geschlechtsverkehr und sinnlichen Berührungen bezüglich des Geburtsprozesses bewusst (Caffrey, 2014). Die von Harel (2007) befragten Frauen geben an, sich aufgrund dieses Wissens zusätz-

lich körperlich, spirituell und mental auf eine lustvolle Erfahrung vorbereitet zu haben. Sie wollten die Chance nutzen und ihre Sexualität bewusst in die Geburtsarbeit einfließen lassen. Ariel Drori (2010) gibt aufgrund ihrer Erfahrung und Überzeugung, dass der Orgasmus als nützliches Instrument unter der Geburt angewendet werden kann, Seminare. Davis und Pascali-Bonaro (2010) sehen vor, durch ihren Ratgeber das Wissen um die Existenz lustvoller Geburten und möglichen subpartalen Orgasmen zu verbreiten.

4.5 Geburtssetting

Den Ergebnissen der ausgewählten Literaturquellen ist zu entnehmen, dass verschiedene Faktoren innerhalb des Geburtssettings einen Einfluss auf die Möglichkeit einer lustvollen Geburt haben. Diese Faktoren werden nachfolgend einzeln erläutert.

4.5.1 Geburtsort

Das Geburtssetting scheint eine ausserordentlich wichtige Rolle zu spielen, da in allen Berichten Begründungen für die Wahl des Geburtsorts dazu zu finden sind. Sechs von sieben Frauen in Caffreys (2014) Studie erlebten ihre lustvolle Geburt zuhause, nur eine davon in der Klinik. In Harels (2007) Studie haben alle Frauen, die bewusst sexuelle Handlungen einfließen lassen haben, zuhause geboren. Eine Frau beschreibt den Vorteil einer Hausgeburt wie folgt: „At home you can be more in tune with the rhythm of the birth, and I think that the rhythm of birth is sexuality“ (Harel, 2007, S. 94). Ariel Drori (2010) sowie Gallo (2017) sind bewusst erst für den letzten Teil der Geburt in die Klinik gefahren, da sie sich zuhause freier und entspannter gefühlt haben. Ariel Drori (2010) entschied sich für ihre dritte Geburt für die Klinik, um sicherzustellen, dass ihr Kind bei einem raschen Geburtsfortschritt nicht auf dem Weg in die Klinik zur Welt kommt. Sie hat als einzige aller in der Literatur gesichteten Frauen in der Klinik masturbiert und dazu das Fachpersonal für 20 Minuten aus dem Raum gebeten. Anonymous A (2010) und Anonymous B (2018) hatten Alleingeburten zuhause.

Die auffallende Mehrheit der Wahl für Haus- oder Alleingeburten begründet Buckley (2010) damit, dass diese Frauen die Wichtigkeit oder Vorteile der praktischen Anwendung von sexuellem Ausdruck während der Geburt erkennen und sich ihre Freiheit daher im ausserklinischen Setting suchen.

Viele geburtshilfliche Prozeduren wie Rasieren oder der Gebrauch von Handschuhen entsexualisieren die Geburt, um andere Handlungen, die normalerweise ein Tabu darstellen würden, wie beispielsweise vaginale Untersuchungen, zu legitimieren (Buckley, 2010). Wie schon erwähnt, beobachtet auch Gaskin (2003) selten lustvolle Geburten bei Frauen mit medizinischen Interventionen oder starken Analgetika. Ebenso zeigen Davis und Pascali-Bonaro (2010) die Nachteile des klinischen Settings differenziert auf und begründen dies durch die Interventionen und die unterbrochene natürliche Hormonausschüttung.

Buckley (2010) weist darauf hin, dass sexuelle oder orgasmische Empfindungen während Geburten in verschiedenen Settings, also auch in der Klinik unerwartet auftreten können und dass das Fachpersonal sich deren Möglichkeit bewusst sein soll, um sensibel darauf reagieren zu können.

4.5.2 Privatsphäre

Wie bereits im Abschnitt zu den Parallelen zwischen einer ungestörten Geburt und sexueller Erregung angedeutet, hat die Privatsphäre eine grosse Wirkung auf die Hormonausschüttung und damit auf die Wahrscheinlichkeit, eine lustvolle Geburt zu erleben. Eine Frau aus Harels (2007) Studie betont die Wichtigkeit der Privatsphäre folgendermassen: „The more private you are the more you can discover how birth is sexual (...). (...) I always think that the way people give birth, this is how they make love“ (S. 95). Sie sagt also aus, dass die Geburtsatmosphäre der, während des Geschlechtsverkehrs präferierten Atmosphäre gleichen soll. Weiter räumen zwei Frauen ein, sich aufgrund der Anwesenden sexuell zurückgehalten zu haben und deswegen keinen Orgasmus erlebt zu haben (Harel, 2007).

Buckley (2010) verweist darauf, dass sowohl bei der Geburt wie auch beim sexuellen Akt dieselben Hormone ausgeschüttet werden und dass die Hormonausschüttung am besten in Privatsphäre funktioniert. Dieser Aussage stimmen auch Mayberry und Daniel (2016) zu. Davis und Pascali-Bonaro (2010) argumentieren, dass jedes Säugetier unter Beobachtung den Geburtsprozess unterbricht und dies aufgrund Ausschüttung grosser Mengen Adrenalins geschieht. Das im theoretischen Hintergrund erläuterte *Sphincter Law* von Gaskin (2003) besagt, dass sich Sphinkter* und Gewebe mit sphinkterähnlicher Funktion, wie die Vagina und der Muttermund am besten in Privatsphäre weiten können.

Aufgrund dessen kann nachvollzogen werden, dass alle lustvoll erlebten Geburten, ausser derjenigen von Ariel Drori (2010) zuhause stattgefunden haben. Die Frauen haben bewusst eine intime und ungestörte Atmosphäre zum Gebären gewählt. Dieses Verhalten weisen auch alle anderen Säugetiere auf (Odent, 2009). Die Privatsphäre ermöglicht es den Frauen, sich frei ihrer Intuition hinzugeben (Caffrey, 2014). Eine Frau aus Caffreys (2014) Studie vergleicht die Atmosphäre während ihrer Geburt mit einer Feier, bei der Kuchen gebacken wurde und das ganze Haus mit Freude erfüllt war. Anonymous B (2018) fühlte durchwegs eine starke Energie im Raum, die trotzdem ruhig und stabil war. Die Fenster wurden mit Tüchern abgehängt, um den Raum abzu-dunkeln. Auch Anonymous As (2010) Schlafzimmer war während der Geburt komplett dunkel. Bei den Alleingeburten von Anonymous A (2010) und Anonymous B (2018) wurde darauf geachtet, dass die älteren Kinder entweder ausserhalb des Hauses oder in einem anderen Raum beschäftigt waren.

4.5.3 Vertrauen und Intimität

Einige der von Harel (2007) befragten Frauen glauben, dass das Vertrauen und die Intimität, die sie mit ihren Partnern und den anwesenden Personen geteilt haben, ihnen ermöglicht hat, ihre Sexualität während der Geburt zu erkunden. Eine Frau beschreibt, dass die Momente mit ihrem Partner unter der Geburt die intimste Art ihrer sexuellen Erfahrung waren und dass es nicht nötig ist, Geschlechtsverkehr zu haben, da diese Intimität etwas viel Tiefgründigeres hat (Harel, 2007). Anonymous B (2018), die ein sexuelles Trauma erlebt hat und wenig Vertrauen in ihren Körper besitzt, gewinnt durch das Vertrauen ihres Partners in ihren Körper im Geburtsverlauf immer mehr Sicherheit und kann sich den Kontraktionen hingeben. Sie gibt an, eine starke Urverbundenheit zu ihrem Partner gespürt zu haben.

Caffrey (2014) resümiert, dass unterstützende und vertrauensvolle Partner und Fachpersonen von grosser Wichtigkeit sind. Eine von ihr befragte Frau konnte das Vertrauen zur Hebamme bereits während der Schwangerschaftsbegleitung aufbauen.

4.5.4 Rolle des Partners

Die Diskussion über die Anwesenheit des Partners im Gebärzimmer ist historisch und kulturell geprägt. In den 1970er Jahren betont der Gynäkologe Bradley die Wichtigkeit der Anwesenheit des Partners, zuvor blieb den werdenden Vätern der Zutritt zu den Gebärsälen weitgehend verwehrt (Walsh, 2012).

Die von Harel (2007) befragten Frauen geben an, die Anwesenheit ihres Partners als essentiell empfunden zu haben. Die Gebärenden werden nicht nur emotional von ihren Partnern unterstützt, sondern auch auf unterschiedliche Art und Weise sexuell stimuliert. Eine von Caffrey (2014) befragten Frauen merkt an, dass die Geburt positive Auswirkungen auf die Beziehung zu ihrem Partner hatte und sie sich nun viel mehr verbunden fühlt. Harel (2007) suggeriert, dass die Einbindung des Partners die Paarverbindung nach der Geburt stärken und subpartal Vorteile, wie schnellere Geburtsverläufe sowie weniger medizinische Interventionen mit sich bringen könnte. Dem entgegen haben Mayberry und Daniel (2016) heraus, dass sich bei der Geburt anwesende Partner oft ungenügsam und hilflos fühlen. Weiter stellt die Konfrontation mit der widersprüchlichen Wahrnehmung ihrer Frau als sexuelle Partnerin versus Mutter ihres Kindes ein potenzielles Hindernis dar, über sexuelle Stimulation sub partu zu sprechen oder sich darauf einlassen zu können. Auch Davis und Pascali-Bonaro (2010) zeigen auf, dass Männer aufgrund des in der Psychoanalytik unter Sigmund Freud beschriebenen *Madonna-Whore-Complex** die sexuelle Nähe zu ihrer Partnerin ablehnen können.

Als gegenwärtiger Aspekt tritt nach Buckley (2010) das Teilen des sexuellen Charakters der Geburt mit dem Partner im Kontext der Alleingeburt auf.

Die Bedeutsamkeit des anwesenden Partners bei einer Alleingeburt betonen auch Anonymous A (2010) und Anonymous B (2018) in ihren Geburtsberichten. Bei Anonymous A (2010) übernimmt der Partner medizinisch-organisatorische Aufgaben der nicht anwesenden Hebamme, indem er Material sterilisiert oder das Kind entwickelt. Auch bei Anonymous B (2018) nimmt der Partner eine sehr wichtige Rolle ein. Durch seine achtbaren Worte und sein Vertrauen in ihren Körper, kann auch sie langsam Vertrauen gewinnen und loslassen.

Buckley (2010, zit. nach Mehl, 1980) zeigt anhand des folgenden Zitates die Sichtweise des Partners auf: „My feelings throughout my wife’s labors I can describe only as those of a very close, physical-emotional, sexual union with her and what I felt to be the transcendent force flowing through her. The sensation was warm and soft, like making love, but was also strong, forceful and awesome” (S. 216). Demnach scheinen auch die Männer eine tiefe emotionale und körperliche Verbundenheit zu ihrer Partnerin zu spüren.

4.5.5 Rolle des Fachpersonals

Aufgrund des überwiegenden Anteils an männlichen Geburtshelfern im klinischen Setting besteht eine grosse Chance, dass Frauen von ihnen unbekanntem Männern betreut und beobachtet werden. Dies kann dazu führen, dass sich die Frau in ihrer Ausübung der sexuellen Handlungen eingeschränkt fühlt (Buckley, 2010). Gallo (2017) erwähnt, dass die sie abholenden Rettungssanitäter durch ihre Haltung, eine Geburt als Notfall zu behandeln, eine plötzliche Veränderung der Atmosphäre verursacht haben und sie dadurch nicht zum Orgasmus kommen konnte. Während im klinischen Setting die Hauptverantwortung beim ärztlichen Personal liegt, welches die Geburt als risikobehafteten Prozess sehen, der medizinische Interventionen erfordert, um die Sicherheit von Mutter und Kind gewährleisten zu können, sind in der Hausgeburtsilfe Hebammen die anwesenden Fachpersonen, welche die Geburt als natürlichen Prozess und sich selbst als Unterstützung für die Frau sehen (Mayberry & Daniel, 2016). Die Auswirkungen dieser Rollenbilder haben einen Einfluss auf das Wohlbefinden der Frauen und damit auf die Wahrscheinlichkeit eines lustvollen Geburtserlebnisses. Anwesende bei einer Geburt sollen gemäss Odent (2009) danach streben, den Neocortex der Gebärenden möglichst wenig zu stimulieren, um der Frau eine ungestörte und ekstatische Geburt zu ermöglichen.

Ariel Drori (2010) beschreibt als Einzige, ihre Doula und das geburtshilfliche Fachpersonal für etwas Privatsphäre aus dem Raum geschickt zu haben.

Der Austausch sexueller Intimitäten, insbesondere Geschlechtsverkehr wird von Hebammen oft zur Einleitung der Geburt, jedoch nicht als Möglichkeit zur supartalen Schmerzreduktion vorgeschlagen. Mayberry und Daniel (2016) spekulieren, dass zeitliche und hierarchische Einschränkungen sowie kulturelle Glaubenssätze bezüglich Sexualität das geburtshilfliche Fachpersonal davon abhalten könnte, Paare zum Austausch intimer Zärtlichkeiten anzuregen. Hierbei besteht noch grosses Potenzial durch Schulung der Hebammen, die eine Schlüsselfigur in der Informationsübermittlung an werdende Eltern einnehmen (Mayberry & Daniel, 2016).

4.6 Präpartale Sexualität

Auch Faktoren der präpartalen Sexualität haben einen Einfluss darauf, wie Frauen ihre Sexualität unter der Geburt auszudrücken vermögen. Besonders Harel (2007) hat ihre Interviewpartnerinnen ausführlich zu ihren bisherigen sexuellen Erfahrungen befragt, um so Rückschlüsse ziehen zu können, welche Faktoren bei lustvollen Geburten speziell einfließen können.

4.6.1 Körpergefühl

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper vor, sowie während der Schwangerschaft scheint einen Einfluss auf die Fähigkeit zu haben, die Sexualität unter der Geburt ausdrücken zu können. Die Frauen in Harels (2007) Studie haben sich in ihren Körpern wohl gefühlt und ihre Sinnlichkeit willkommen geheissen, wie in folgenden Worten zu lesen ist: „With that pregnancy I was probably more body focused than anytime in my life. It brought me in touch with what I needed emotionally and mentally. I had this emotional connection with my body and with my sexuality” (S. 98). Dadurch fühlten sie sich nicht gehemmt, sich vor anwesenden Personen nackt auszuziehen. Der Glaube an die Gebärfähigkeit ihres Körpers wird mit den Worten einer Frau aus Caffreys (2014) Studie wie folgt unterstrichen: “I believed in my body, I believed in it as a natural process, I believed that I could breathe through it (...)” (S. 25). Auch den Berichten von Ariel Drori (2010), Gallo (2017) und Anonymous A (2010) ist zu entnehmen, dass sie ein gutes Verhältnis zu ihrem Körper haben. Ariel Drori (2010) erlebte alle ihre drei Schwangerschaften als sehr sinnlich. Einzig Anonymous B (2018) hat aufgrund des sexuellen Traumas Mühe, ihrem Körper zu vertrauen.

Einige Frauen in Harels (2007) sowie Caffreys (2014) Studie merken zudem an, dass die Geburt ihr positives Körpergefühl zusätzlich gesteigert hat. So hat sich auch Anonymous Bs (2018) Körperbild nach Geburt stark verändert: „(...) I really finally felt like my body was trustworthy, whole, and mine” (S. 10).

4.6.2 Weibliche Sexualität und Libido

Sieben Frauen aus Harels (2007) Stichprobe bezeichnen sich selbst als überdurchschnittlich sexuell aktive und sinnliche Personen. Sie geben an, eine stärkere Libido zu haben sowie häufiger zu masturbieren und Geschlechtsverkehr zu haben als der Durchschnitt. Harel (2007) hebt hervor, dass diese Frauen aufgrund der präpartalen, überdurchschnittlich sexuellen Aktivität, ihre Sexualität auch unter der Geburt mehr zum Ausdruck bringen und die Geburt in einen sexuellen Kontext einordnen können. Den vier Erfahrungsberichten ist nicht zu entnehmen, ob sie sich selbst als überdurchschnittlich sexuell aktiv bezeichnen, jedoch scheinen alle vier Autorinnen sehr sex-positiv eingestellt zu sein. Folgendes Zitat bringt zum Ausdruck, was es für die Geburt bedeuten kann, wenn eine Frau in sexueller Hinsicht gehemmt ist: „If a woman believes her sexuality is shameful, she will find it difficult to spread her legs and give birth to a child who is the result of sex“ (Buckley, 2010, S. 216, zit. nach Shanley, 1994).

Ariel Drori (2010) und Anonymous A (2010) geben an, auch während der Schwangerschaft ein erfülltes Sexleben mit ihrem Partner geführt zu haben.

4.6.3 Vaginale Orgasmusfähigkeit

Harel (2007) wirft noch einen sonst wenig bis gar nicht berücksichtigten Faktor auf. Die Ergebnisse ihrer Studie legen dar, dass neun von elf befragten Frauen die Fähigkeit besitzen, vaginale Orgasmen durch Penetration zu erreichen. Eine Frau beschreibt, dass vaginale Orgasmen sie eher in Ekstase zu versetzen vermögen als klitorale. Es ist denkbar, dass durch Druck des kindlichen Kopfes auf den G-Punkt auf ähnliche Weise wie bei manueller oder penetrativer Stimulation ein Orgasmus hervorgerufen werden könnte. Hier wäre ein Zusammenhang mit dem von Postel (2013) diskutierten, unerwarteten Orgasmus während der AP denkbar. Harel (2007) stellt die Vermutung an, dass Frauen, die sich vaginaler Empfindung schon präpartal sehr bewusst sind, auch unter der Geburt diese Empfindungen eher wahrnehmen und einordnen können. Sie empfiehlt weitere Forschung zu dieser Thematik.

4.7 Bezug zur Fragestellung

Der gesichteten Literatur kann entnommen werden, dass zahlreiche physische, verhaltensspezifische und emotionale Parallelen zwischen einer ungestörten, nicht medikamentös beeinflussten Geburt und dem sexuellen Akt bzw. Erregung bestehen. Sexuelle Handlungen, die unter der Geburt angewandt werden und teilweise zu Orgasmen führen, haben einen Einfluss auf das Schmerzempfinden (weniger Schmerz), die Wehentätigkeit (schnellere Geburtsverläufe) und das Geburtserlebnis (positiv). Diese Einflüsse können auf hormoneller und neuraler Ebene erklärt werden. Die Frauen beschreiben ihre lustvollen Geburtserfahrungen als durchwegs positiv, wenn auch nicht immer unbedingt als sexuell. Die lustvolle Geburt stellt ein sinnliches, intimes und ermächtigendes Erlebnis mit positivem Einfluss auf die Paarbeziehung und die eigene Sexualität dar und besitzt insbesondere bei vorangegangener traumatischer Geburt eine heilende Komponente. Nicht in jedem Fall haben sexuelle Handlungen eine spürbare Wirkung gezeigt, weshalb einige Frauen im weiteren Geburtsverlauf davon abgelassen haben. Wichtige Rollen spielen die Geburtsatmosphäre und die Haltung des Fachpersonals, um sich der Intuition und dem Austausch körperlicher Zärtlichkeiten hingeben zu können und die natürliche Hormonausschüttung zu unterstützen. Die Anwesenheit des Partners ist unabdingbar und Geburtsvorbereitung anhand von Büchern, Kursen oder Austausch mit anderen Frauen hilfreich.

Die Fragestellung kann aufgrund niedriger Evidenzlage der Studien und kleiner Anzahl Erfahrungsberichte nicht abschliessend beantwortet werden. Die Aussagen aus den Erfahrungsberichten und die Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Literatur sind jedoch mehrheitlich deckungsgleich, wodurch eine gewisse Relevanz der diskutierten Themen abgeleitet werden kann.

5 Schlussfolgerungen

Nachfolgend werden die, aus der gesichteten Literatur abgeleiteten und mit eigenen Gedanken ergänzten Praxisempfehlungen für Hebammen und weitere Fachpersonen dargelegt. Den abschliessenden Gedanken folgen Limitationen dieser Arbeit und der Ausblick in die Zukunft.

5.1 Praxisempfehlungen für die Hebammenarbeit

Die Praxisempfehlungen werden in die drei Arbeitsschwerpunkte der Hebamme – Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eingeteilt. Weiter wird die Haltung der Hebamme, die Hebammenausbildung sowie die Rolle der Medien thematisiert.

Insbesondere bei diesem Thema sehen die Verfasserinnen die Bedeutsamkeit einer präpartalen Informationsweitergabe an die werdenden Eltern. Die Vermittlung von Informationen könnte in einem Geburtsvorbereitungskurs Platz finden. Hierbei ist es nach Mayberry und Daniel (2016) von besonderer Wichtigkeit, dass auch die werdenden Väter miteinbezogen werden, um zu lernen, über Sexualität zu sprechen. Damit ein Austausch im Kurs stattfinden kann, soll Wert auf eine vertrauensvolle und wertschätzende Atmosphäre gelegt werden. Die Paare können angeregt werden, sich im Vorfeld der Geburt mit der Thematik auseinander zu setzen. Hier können spezifische Fragen zum Erleben der eigenen Sexualität und diesbezügliche Wünsche für die Geburt zuerst alleine und dann gemeinsam beantwortet und besprochen werden. Hebammen können in der Schwangerschaftskontrolle Fragen klären und Literaturtipps abgeben. Frauen sollten darüber aufgeklärt werden, dass Erfahrungsberichte aus Büchern hohe Erwartungen suggerieren können. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Ermutigung der Frauen, sich mit anderen Frauen über ihre lustvollen Erlebnisse auszutauschen, um ihnen einerseits die Scham zu nehmen, darüber zu sprechen und andererseits den werdenden Müttern Einblick in eine positive und selbstbestimmte Geburtsgeschichte zu gewähren. Um die Privats- und Atmosphäre im klinischen Setting zu verbessern, sind infrastrukturelle und organisatorische Anpassungen wünschenswert. Es sollten bewegliche Raumtrenner zur Wahrung der Intimsphäre zur Verfügung stehen und Position des Gebärbettes im Raum so gewählt werden, dass es beim Eintreten in den Raum nicht im Fokus steht. Von den Fachpersonen darf erwartet werden, dass vor dem Betreten des Zimmers an die Tür geklopft und nach Erlaubnis zum Eintreten gefragt wird. Des Weiteren gehören Elemente wie ein dimmbares Licht oder eine Badewanne zum Inventar eines

Gebärsaals, dessen Atmosphäre die natürliche Hormonausschüttung bestmöglich fördert. Die Hebamme sollte Situationen unter der Geburt erkennen, in denen der Austausch körperlicher Intimitäten einen Vorteil erbringen könnte. Sie soll das Paar in einfühlsamer Weise auf diese Option ansprechen können. Gegenüber der Ärzteschaft und weiterem Personal vertritt die Hebamme die Wünsche des Paares und setzt sich dafür ein, dass der abgesprochene Zeitraum für ungestörte Zweisamkeit eingehalten wird.

Auch nach der Geburt steht die Hebamme als Ansprechperson zur Verfügung, um subpartale Erlebnisse im Vertrauen zu besprechen und bei der Mutter mögliche Schamgefühle zu reduzieren. In einem weiteren Schritt könnte die Mutter eingeladen werden, in einem Geburtsvorbereitungskurs über ihre gemachten Erfahrungen zu sprechen.

Einen besonderen Stellenwert nimmt das Reflektieren der eigenen Haltung und Wertvorstellungen bezüglich der Thematik ein. Die englische Hebamme Jennifer Hall rundet ihren Artikel *Understanding Sexuality in Midwifery Practise* in der Fachzeitschrift *Midwifery Today* mit der folgenden offenen Frage an ihre Leserschaft ab:

Am I fully aware of my own sexuality – my own feelings, beliefs and values – and aware of how these impinge upon the beliefs, feelings and values of the women I meet in my everyday practise? Is there anything in me that is stopping them from being who they should be? (Hall, 2002, S. 47)

Damit wird die Wichtigkeit betont, dass sich jede Hebamme über ihre eigene Einstellung gegenüber dem Thema im Klaren ist und auch versteht, wie ihre Einstellung die Betreuung der Frau beeinflussen kann. Dieses Bewusstsein ist die Grundlage einer wertfreien und optimalen Betreuung von Frauen, die sich wünschen, sexuelle Handlungen in den Geburtsverlauf einfließen zu lassen.

Hinsichtlich des aktuellen Curriculums der Hebammenausbildung wäre es wünschenswert, die Thematik stärker miteinzubeziehen und auch praktische Handlungsempfehlungen auszuarbeiten. Es sollte die gesamte Bandbreite der Sexualität behandelt werden, um Scham bei den angehenden Hebammen zu minimieren. Auch Mayberry und Daniel (2016) akzentuieren, dass alternativmedizinische Schmerzlinderungsmethoden in der Ausbildung zu wenig thematisiert werden und das Potenzial des Orgasmus durch Hebammen angepriesen werden sollte.

Nicht zuletzt spielen populäre Medien heutzutage eine grosse Rolle in der Vermittlung von Geburtsangst durch unrealistische Inszenierungen von Geburten. Durch diese Kanäle könnte durch normalisierende Diskussionen über die sexuelle Dimension der Geburt und das Potenzial des subpartalen Orgasmus der Weg zur Schliessung der momentan existierenden Lücke zwischen Sexualität und Geburt geebnet werden.

5.2 Abschliessende Gedanken

Aufgrund der Studienlage und der geringen Anzahl an Studienteilnehmerinnen können nur begrenzt evidenzbasierte Aussagen gemacht werden. Harels (2007) qualitative Studie bietet eine vielversprechende Grundlage für weitere Forschung. Die Existenz subpartaler Orgasmen und Frauen, die sich unter der Geburt bewusst sexuell stimulieren, kann bestätigt werden. Anhand der bestehenden physischen, verhaltensspezifischen und emotionalen Parallelen zwischen einer ungestörten Geburt und dem sexuellen Akt sollte die Geburt als Teil der weiblichen Sexualität erkannt werden. Der behandelten Literatur ist zu entnehmen, dass Evidenzen zur Schmerzlinderung durch Orgasmen bestehen. Weitere herausgearbeitete Vorteile stellen die Verbesserung der Wehentätigkeit und das positive Geburtserlebnis dar. Daraus kann das Potenzial des subpartalen Orgasmus und der sexuellen Stimulation als zusätzliche kostenfreie und alternative Methode zur Schmerzbewältigung und Geburtsbeschleunigung nebst den bereits bekannten Methoden abgeleitet werden. Zur Erreichung einer lustvollen Geburt oder subpartalen Orgasmen stellt die natürliche und ununterbrochene Hormonausschüttung die Grundlage dar. Da diese sehr anfällig auf Störfaktoren ist, ist die Wahrung der Privat- und Intimsphäre unabdingbar. Durch die grössere Anzahl an involvierten Fachpersonen im klinischen Setting und strukturellen sowie organisatorischen Regelungen kann und wird diese nicht immer eingehalten. Aufgrund dessen sind als lustvoll beschriebene Geburten im klinischen Setting seltener. Die Anwesenheit des Partners wird von den Frauen als essentiell beschrieben, weshalb das Empowerment* der Männer durch die Hebamme als Vertrauensperson eine wichtige Rolle spielt. Die Hebamme nimmt durch den direkten Kontakt zum Paar eine Schlüsselrolle im Geburtsgeschehen ein und sollte daher ihre Haltung kontinuierlich reflektieren. Frauen wünschen sich, ohne Schamgefühle und negative Bemerkungen des Gegenübers über ihre Erfahrungen sprechen zu können.

Das in dieser Arbeit gesammelte Wissen über Möglichkeiten der subpartalen sexuellen Stimulation und die Einflussfaktoren soll Hebammen als Horizonterweiterung dienen. Herauszuheben ist, dass jede Frau als Individuum betrachtet werden soll und eine lustvolle Geburt nicht das unbedingt zu erreichende Ziel darstellen muss, sondern lediglich eine Alternative zu bekannten geburtserleichternden Methoden bieten kann.

5.3 Limitationen

Diese Arbeit kann lediglich einen Überblick zur aktuell bestehenden Literatur bieten. Da bisher wenig bis gar keine Forschung auf diesem Gebiet existiert, liegt ein deutlicher Mangel an evidenzbasiertem Wissen vor. Zudem weisen die verwendeten Literaturquellen niedrige Evidenzlevel auf. Bei der Bearbeitung der Literatur stellt sich heraus, dass es sich um ein Nischenthema handelt, das wiederholt von den gleichen Personen mit speziellem Interesse auf diesem Gebiet behandelt wird und somit keine neuen Sichtweisen aufgezeigt werden können.

Des Weiteren ist und bleibt die Geburt und die damit verbundenen Emotionen und Empfindungen ein subjektives Erlebnis. Das Phänomen wird in Einzelfällen beschrieben und betrifft nicht eine grosse Anzahl der Frauen. In der Praxis erleben die Verfasserinnen viele Frauen, die unter der Geburt keine Berührungen tolerieren. Darüber hinaus besitzt die Mehrheit der Frauen, deren Aussagen in dieser Arbeit diskutiert wurden, viel Vorwissen bezüglich optimaler Geburtsbedingungen und Wirkung der Hormone, da sie selbst als Hebamme, Doula oder in einem angegliederten Beruf tätig sind. Ausserdem bezeichnen sich viele der befragten Frauen als überdurchschnittlich sexuell aktiv. Die Ergebnisse sind daher nicht auf die Gesamtpopulation übertragbar und müssen mit Vorsicht zur Kenntnis genommen werden.

Weiterführende Fragen, die sich die Verfasserinnen stellen:

- Gibt es weitere mögliche Vorteile von subpartalen sexuellen Handlungen nebst kürzeren und weniger schmerzhaften Geburten, wenn ja, welche?
- Existieren potenzielle Nachteile für die Mutter und/oder das Kind und wenn ja, welche?
- Welche Auswirkungen hat eine lustvoll erlebte Geburt auf die postpartale Phase?
- Gibt es unabdingbare körperliche Voraussetzungen, die das Erleben einer lustvollen Geburt ermöglichen, wenn ja, welche?

5.4 Ausblick in die Zukunft

Die Notwendigkeit weiterer und fundierterer Forschung mit grösseren Stichproben und unter Einbezug aller geburtshilflichen Settings geht aus den Limitationen hervor. Sofern sich die Geburtshilfe zunehmend weiter in Richtung Medikalisierung entwickelt, die Rate nicht medizinisch indizierter Kaiserschnitte steigt und die Verwendung der PDA als Schmerzbekämpfung weiter zunimmt, wird auch die Gegenreaktion weiter verstärkt werden. Die natürliche, schmerzarme und möglicherweise lustvolle Geburt wird in diesem Zusammenhang an Bedeutung gewinnen und somit eine Steigerung der Nachfrage an Unterstützung in diesem Gebiet bewirken. Autorinnen wie Gaskin (2002, 2003), Buckley (2005) und Davis und Pascali Bonaro (2010) reagieren anhand ihrer Ratgeber und Sammlungen von positiven Geburtsgeschichten bereits auf diese Nachfrage. Um die Existenz lustvoller Geburten und sub partu erlebten Orgasmen in Fachkreisen weiter bekannt zu machen und möglicherweise auch Kritikern aufzuzeigen, welche Vorteile die Integration sexueller Tätigkeiten unter der Geburt haben kann, ist Aufklärung mittels evidenzbasierten Wissens essenziell.

Zu beobachten ist, dass das Interesse am Phänomen in den Medien und auch bei Forschenden auf dem Gebiet der Geburtshilfe zunimmt. Es bleibt spannend, die diesbezügliche Entwicklung in den folgenden Jahren zu beobachten. Vielleicht kann ein Tabu in der Gesellschaft gebrochen und mehr Frauen zu positiven, unvergesslichen Geburtserlebnissen verholfen werden, über die sie sich in der Öffentlichkeit zu sprechen trauen.

Literaturverzeichnis

- Ahrendt, H. & Friedrich, C. (2015). *Sexualmedizin in der Gynäkologie*. Berlin: Springer.
- Anonymous A (2010). Nikolaos` Birth Story – An Orgasmic Freebirth. Heruntergeladen von <http://www.mamabirth.com/2010/06/nikolaos-birth-story-orgasmic-freebirth.html> am 26.01.2019.
- Anonymous B (2018). The Full Moon Orgasmic Freebirth of Lumi Kelly. Heruntergeladen von <https://www.freebirthsociety.com/blogs/birthing-truth-a-collection-of-freebirth-stories/the-full-moon-orgasmic-freebirth-of-lumi-kelly> am 26.01.2019.
- Ariel Drori, S. (2010). 20 Minutes of Privacy. In Davis, E. & Pascali-Bonaro, D. (Hrsg.), *Orgasmic Birth. Your Guide to a Safe, Satisfying and Pleasurable Birth Experience* (S. 206-207). New York: Rodale Press.
- Brendel, K. (2015). *Kritische Evaluation von Literatur*. Unveröffentlichtes Unterrichtsmaterial. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft (ZHAW).
- Buckley, S. (2005). *Gentle Birth, Gentle Mothering. The Wisdom and Science of Gentle Choices in Pregnancy, Birth, and Parenting*. Brisbane: One Moon Press.
- Buckley, S. (2010). Sexuality in Labour and Birth: An Intimate Perspective. In Walsh, D. & Downe, S. (Hrsg.), *Essential Midwifery Practice: Intrapartum Care* (S. 213-234). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Caffrey, A. (2014). Experiences of Pleasurable Childbirth: Uncovering a Blind Spot in Anthropology. *Popular Anthropology Magazine*, 5, 18-27.
- Davis, E. & Pascali-Bonaro, D. (2010). *Orgasmic Birth. Your Guide to a Safe, Satisfying and Pleasurable Birth Experience*. New York: Rodale Press.
- Dawood, M. Y., Raghavan, K. S., Pociask, C. & Fuchs, F. (1978). Oxytocin in Human Pregnancy and Parturition. *Obstetrics and Gynecology*, 51, 138-143.
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Evidence-Based Medicine: 6S Hierarchy of EBM Resources. Heruntergeladen von <https://mdanderson.libguides.com/c.php?g=249812&p=2308294> am 20.02.2019.
- Dick-Read, G. (2013). *Childbirth without Fear. The Principles and Practice of Natural Childbirth* (2. Aufl.). London: Printer & Martin Ltd.
- Fuchs, A. & Fuchs, F. (1984). Endocrinology of Human Parturition: A Review. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 91, 948-967.

- Gallo, A. (2017). This is What it's Like to Orgasm During Childbirth. Heruntergeladen von <https://www.womansday.com/health-fitness/womens-health/a58517/orgasmic-childbirth/> am 26.01.2019.
- Gaskin, I. M. (2002). *Spiritual Midwifery* (4. Aufl.). Summertown: Book Publishing Company.
- Gaskin, I. M. (2003). *Ina May's Guide to Childbirth*. New York: Bantam Dell.
- Geist, C., Friedrich, J., Bovermann, Y. & Tegethoff, D. (2013). Laktation und Stillen. In Stiefel, A., Geist, C. & Harder, U. (Hrsg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5. Aufl., S. 520-543). Stuttgart: Hippokrates.
- Goer, H. (1999). *The Thinking Woman's Guide to a Better Birth*. New York: Perigee Book.
- Hall, J. (2002). Understanding Sexuality in Midwifery Practise. *Midwifery Today*, 62, 47.
- Harder, U. (2013a). Geburtsleitung und Betreuung der Gebärenden in der Eröffnungsperiode. In Stiefel, A., Geist, C. & Harder, U. (Hrsg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5. Aufl., S. 299-314). Stuttgart: Hippokrates.
- Harder, U. (2013b). Protrahierter Geburtsverlauf. In Stiefel, A., Geist, C. & Harder, U. (Hrsg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5. Aufl., S. 397-404). Stuttgart: Hippokrates.
- Harel, D. (2007). *Sexual Experiences of Women during Childbirth*. A Dissertation in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy. San Francisco: The Institute of Advanced Study of Human Sexuality.
- Heedt, M., Mändle, C. & Opitz-Kreuter, S. (2015) Wehen- und Weichteildystokien. In Mändle, C. & Opitz-Kreuter, S. (Hrsg.), *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (6. Aufl., S. 585-600). Stuttgart: Schattauer.
- Hotelling, B. (2009). From Psychoprophylactic to Orgasmic Birth. *The Journal of Perinatal Education*, 18, 45-48.
- Huch, R. (2015). Hormonsystem. In Huch, R. & Jürgens, K. D. (Hrsg.), *Mensch, Körper, Krankheit* (7. Aufl., S. 219-234). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Jürgens, K. (2015). Nervensystem. In Huch, R. & Jürgens, K. D. (Hrsg.), *Mensch, Körper, Krankheit* (7. Aufl., S. 141-179). München: Elsevier, Urban & Fischer.

- Khajehei, M. & Doherty, M. (2012). Childbirth in Pleasure and Ecstasy: A Fountain of Hormones and Chemicals. *International Journal of Childbirth Education*, 27, 73-80.
- Kluge, S. (2013). Psychosexuelle Entwicklung der Frau. In Stiefel, A., Geist, C. & Harder, U. (Hrsg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5. Aufl., S. 62-68). Stuttgart: Hippokrates.
- Komisaruk, B., Beyer-Flores, C. & Whipple, B. (2006). *The Science of Orgasm*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London/New Delhi: Sage Publications.
- Luft, V. & Weiss, V. (2013). Geburtsstillstand/geringer Geburtsfortschritt. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt* (2. Aufl., S. 198-203). Stuttgart: Hippokrates.
- Mändle, C. (2015). Betreuung und Leitung der regelrechten Geburt. In Mändle, C. & Opitz-Kreuter, S. (Hrsg.), *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (6. Aufl., S. 322-354). Stuttgart: Schattauer.
- Mayberry, L. & Daniel, J. (2016). „Birthgasm“ A Literary Review of Orgasm as an Alternative Mode of Pain Relief in Childbirth. *Journal of Holistic Nursing*, 34, 331-342.
- Moertl, M. G. & Lewald, H. (2016). Anästhesie und Analgesie in der Geburtshilfe. In Schneider, H., Husslein, P. & Schneider, K. (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (5. Aufl., S. 997-1022). Berlin: Springer.
- Mongan, M. F. (2018). *HypnoBirthing. Der natürliche Weg zu einer sicheren, sanften und leichten Geburt* (6. Aufl.). Murnau am Staffelsee: Mankau.
- Odent, M. (2009). *The Functions of the Orgasms. The Highways to Transcendence*. London: Printer & Martin Ltd.
- Oswald-Vormdohre, C. (2015). Faktoren der Geburt. In Mändle, C. & Opitz-Kreuter, S. (Hrsg.), *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (6. Aufl., S. 299-321). Stuttgart: Schattauer.
- Pehlke-Milde, J. (2009). Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculumsentwicklung. Heruntergeladen von http://www.diss.fuberlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUДИSS_derivate_00000006423/Diss_Pehlke-Milde_Kompetenzprofil_ohne_LL.pdf am 04.02.2019.

- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels. Unveröffentlichtes Unterrichtsmaterial. Winterthur: Zürcher Hochschule Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- Postel, T. (2013). Childbirth Climax: The Revealing of Obstetrical Orgasm. *Sexologies*, 22, 89-92.
- Rodriguez, J. & Harder, U. (2013). Medikamente in der Geburtshilfe. In Stiefel, A., Geist, C. & Harder, U. (Hrsg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5. Aufl., S. 732-743). Stuttgart: Hippokrates.
- Rosenberger, C., Schilling, R. M. & Harder, U. (2013). Der Geburtsvorgang. In Stiefel, A., Geist, C. & Harder, U. (Hrsg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5. Aufl., S. 268-298). Stuttgart: Hippokrates.
- Ruhr-Universität Bochum (2018). Kriterien zur Evaluation von Websites. Heruntergeladen von http://www.ub.ruhr-uni-bochum.de/digibib/Seminar/Evaluation_WWW-Seiten.html am 05.02.2019
- Schäfers, R. (2013). Schmerzmanagement. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt* (2. Aufl., S. 36-53). Stuttgart: Hippokrates.
- Schäfers, R. (2014). Schwangerenvorsorge. In Mändle, C. & Opitz-Kreuter, S. (Hrsg.), *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (6. Aufl., S. 137-170). Stuttgart: Schattauer.
- Schmid, V. (2011). *Der Geburtsschmerz* (2. Aufl.). Stuttgart: Hippokrates.
- Schneider, H., Helmer, H. & Husslein, P. (2016). Physiologie und Pathologie des Geburtsbeginns. In Schneider, H., Husslein, P. & Schneider, K. (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (5. Aufl., S. 631-661). Berlin: Springer.
- Schwarz, C. (2014). Die Erlaubnis zum Nichtstun. *Hebammen Zeitschrift*, 9, 56-60.
- Schweizerischer Hebammenverband (SHV) (2014). Hintergründe für Interessierte zur Petition für die Einführung von hebammengeleiteten Geburtshilfemodellen in Schweizer Spitälern. Heruntergeladen von <https://www.bernerhebamme.ch/app/download/11099658999/Hintergrund+zur+Petition+Einfu%CC%88hrung+hebammengeleitete+Geburtshilfemodelle+in+Spita%CC%88lern+Deutsch+update+Dez2014.pdf?t=1461665103> am 17.03.2019.
- Simkin, P. & Anchetta, R. (2006). *Schwierige Geburten - leicht gemacht. Dystokien erfolgreich meistern* (2. Aufl.). Bern: Hans Huber.

- Stadelmann, I. (2005). *Die Hebammensprechstunde* (8. Aufl.). Wiggensbach: Stadelmann.
- Steffen, G., Lübke, M., Harder, U. & Rosenberger, C. (2013). Schmerzerleichterung während der Geburt. In Stiefel, A., Geist, C. & Harder, U. (Hrsg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5. Aufl., S. 349-361). Stuttgart: Hippokrates.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2014). Obstetric Care Consensus. The Prevention of the Primary Cesarean Delivery. Heruntergeladen von <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery> am 09.02.2019.
- Vaupel, P., Schaible, H. & Mutschler, E. (2015). *Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie des Menschen* (7. Aufl.). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Walsh, D. (2012). *Evidence and Skills for Normal Labour and Birth: A Guide for Midwives* (2. Aufl.). London: Routledge.
- Whipple, B. & Komisaruk, B. R. (1988). Analgesia Produced in Women by Genital Self-Stimulation. *The Journal of Sex Research*, 24, 130-140.
- World Health Organization (WHO) (2006). Defining Sexual Health. Report of a Technical Consultation on Sexual Health, 28–31 January 2002, Geneva. Heruntergeladen von https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf am 16.03.2019.
- World Health Organization (WHO) (2015). Recommendations for Augmentation of Labour: Highlights and Key Messages from World Health Organization's 2014 Global Recommendations. Heruntergeladen von https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/key-msgs-augmentation-labour/en/ am 14.02.2019.
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) (2009). *Abschlusskompetenzen Bachelorstudiengang Hebamme*. Heruntergeladen von <https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/studium/bachelor/hebammen/broschuere-abschlusskompetenzen-bsc-hebammen-zhaw.pdf> am 26.09.2018.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Angst-Spannung-Schmerz Syndrom (Mändle, 2015, S. 326).....	16
Abbildung 2: Oxytocin-Schmerz-Adrenalin-Endorphin Kreislauf in Anlehnung an Hotelling (2009)	23

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Eigene Darstellung der ausgewählten Literatur	10
Tabelle 2: Eigene Darstellung sexueller Handlungen und Beschreibung der Empfindungen.....	28
Tabelle 3: Eigene Darstellung der Parallelen zwischen Geburt und sexueller Erregung in Anlehnung an Harel (2007, zit. nach Newton, 1976)	30

Abkürzungsverzeichnis

ACOG	American College of Obstetricians & Gynecologists
AICA	Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal
AP	Austreibungsperiode
AQUA	Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
EP	Eröffnungsphase
FER	Fetus-Ejektions-Reflex
LP	Latenzphase
PDA	Periduralanästhesie
SHV	Schweizerischer Hebammenverband
WHO	World Health Organization
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
ZNS	Zentrales Nervensystem

Wortzahl

Abstract: 187 Wörter

Arbeit: 11'952 Wörter

(exklusive Titelblatt, Abstract, Tabellen und deren Beschriftungen, Abbildungen und deren Beschriftungen, Inhaltsverzeichnis, Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhang)

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns ganz herzlich bei unserer betreuenden Dozentin Kristin Hammer für die verständnisvolle und kompetente Begleitung und Beratung während der Schreibphase der Bachelorarbeit bedanken. Ausserdem gehört unser Dank den fleissigen Korrekturleserinnen Deborah Gutzwiller, Nicole Gertsch, Linda Messerli und Maria Rosa Joller. Speziell möchten wir unseren Familien und Freunden, die uns so geduldig und emotional unterstützt haben, ein grosses Dankeschön aussprechen.

Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Ort, Datum:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Unterschrift:

Michelle Andermatt

Anja Gertsch

Anhang

Anhang A: Glossar

A	
Abortauslösung	Vorgang der künstlichen Auslösung einer Fehlgeburt
Alleingeburt	Geburt, bei der weder eine Hebamme noch sonstiges medizinisches Personal anwesend ist
anästhesiologisch	schmerzbetäubende und narkotisierende Verfahren (Allgemein-, Regional- und Lokalanästhesie)
appellativ	auffordernd
Ätiologie	Ursache für das Entstehen z.B. einer Krankheit
Atonie	Kontraktionsschwäche der Gebärmutter
B	
Baby-Blues	kurzfristiges Stimmungstief in den ersten Tagen nach der Geburt
D	
Dezidua	mütterliche Gebärmutterschleimhaut während der Schwangerschaft
Dystokie	gestörter, bzw. erschwerter Geburtsverlauf
E	
Empowerment	Der Begriff steht für Arbeitsansätze in der psychosozialen Praxis, die den Menschen zur Entdeckung der eigenen Stärken ermutigen und ihm Hilfestellungen bei der Aneignung von Selbstbestimmung und Lebensautonomie vermitteln wollen.
endokrin	auf das Hormonsystem bezogen

F	
Frühgeburtlichkeit	Geburt eines Neugeborenen vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche
G	
Gap Junctions	Ansammlungen von Zell-Zell-Kanälen, die die Zellmembranen zweier benachbarten Zellen durchqueren
G-Punkt	auch Gräfenberg-Punkt oder G-Zone; erogene Zone in der vorderen Vaginalwand
Gender	soziales Geschlecht; Geschlechtsidentität des Menschen im Hinblick auf seine Selbstwahrnehmung, sein Selbstwertgefühl oder sein Rollenverhalten
Gravidität	Schwangerschaft, in diesem Zusammenhang die Anzahl der Schwangerschaften
H	
Halbwertszeit	Zeitspanne, innerhalb derer die Konzentration eines in einem System vorkommenden Atoms oder Moleküls auf die Hälfte abgesunken ist
Hämorrhagie	Blutung
holistisch	ganzheitlich
hypogastrisch	sich auf den Unterleib beziehend
Hypophyse	zu Deutsch <i>Hirnanhangdrüse</i> , eine haselnussgrosse Hormondrüse, die an der Schädelbasis liegt und vom Hypothalamus gesteuert wird. Sie besteht aus dem Hypophysenvorder- und Hypophysenhinterlappen.
Hypothalamus	ein lebenswichtiger Teil des Zwischenhirns, der als oberstes Regulationszentrum für alle vegetativen und endokrinen Vorgänge im Körper (Atmung, Kreislauf, Körpertemperatur, Sexualverhalten, Flüssigkeits-, Nahrungsaufnahme) dient

I	
interstitiell	im Raum zwischen Körperzellen liegend
Ischämie	oftmals mit Schmerzen verbundene pathologische verminderte oder aufgehobene Durchblutung eines Gewebes, Organs oder Körperteils infolge mangelnder Blutzufuhr
L	
Laktationsamenorrhoe	Ausbleiben der Regelblutung während der Stillperiode
laktogen	milchbildend
libidohemmend	das sexuelle Verlangen hemmend
M	
Madonna-Whore-Komplex	komplexe psychische Störung des Mannes in der Psychoanalyse nach Freud, bei der die Partnerin nicht als sexuell attraktiv betrachtet wird und der Wunsch besteht, die sexuelle Befriedigung bei einer anderen Frau einzuholen
Membranpotential	elektrische Potentialdifferenz (Spannung) zwischen Aussen- und Innenseite einer Zellmembran
Myometrium	aus glatter Muskulatur bestehende Schicht der Wand der Gebärmutter
N	
Neuropeptide	eiwässähnliche Moleküle, die im Nervengewebe vorkommen
nicht-pharmakologisch	nicht-medikamentös
Nosocomephobie	Angst vor Krankenhäusern

O	
Opioid	Sammelbegriff für eine Gruppe natürlicher, halbsynthetischer und synthetischer Arzneistoffe, die an Opioidrezeptoren wirksam sind und morphinähnliche Eigenschaften aufweisen
P	
Parität	Anzahl der Geburten
pelvisch	sich auf das Becken beziehend
Periduralanästhesie (PDA)	rückenmarksnahe Teilnarkose, wird in der Geburtshilfe zur Linderung des Geburtsschmerzes angewandt
peripher	in der Peripherie liegend, abseits des Zentrums
pharmakologisch	die Wirkung von Medikamenten betreffend
postkoital	nach dem Geschlechtsverkehr
präpartal	auch pränatal; vor der Geburt
protrahiert	verzögert, verlängert
psychosomatisch	vgl. Psychosomatik, eine ganzheitliche Betrachtungsweise und Krankheitslehre in der Medizin, die sich mit der Wechselwirkung von Körper und Seele beschäftigt
psychosozial	die Psyche und das Sozialverhalten betreffend
R	
Reproduktion	Fortpflanzung
S	
Sectio caesarea	Kaiserschnitt
Sectiones	Pluralform von Sectio
Sekretion	Absonderung, Abgabe
Setting	Struktur einer Umgebung, in der etwas stattfindet

somatisch	den Körper betreffend
Sphinkter	auch Schliessmuskel, ringförmiger Muskel aus glatten oder quergestreiften Muskelzellen, welcher einen meist vollständigen Verschluss eines muskulären Hohlorgans bewirkt
Spinalganglion	ein im Wirbelkanal liegender Nervenknotten (Ganglion), der aus peripheren Nervenzellen besteht
sub partu subpartal	unter/während der Geburt, im Zeitraum zwischen Wehenbeginn oder Blasensprung bis zur Ausstossung der Plazenta
Sympathikus	auch sympathisches Nervensystem; ist ein Teil des vegetativen Nervensystems, wodurch Körperfunktionen innerviert werden, die den Körper in erhöhte Leistungsbereitschaft versetzen und den Abbau von Energiereserven zur Folge haben
T	
Trimenon	Schwangerschaftsdrittel; ein Trimenon umfasst ca. 12 Wochen. In jedem Trimenon stehen andere Entwicklungsvorgänge des Embryos/Fetus im Vordergrund.
U	
Uterotonika	Kontraktionsmittel (meist medikamentös)
V	
Vakuumentraktion	vaginal-operative Geburt des Kindes; umgangssprachlich Saugglockenentbindung
viszeral	die Eingeweide betreffend

Anhang B: Detailliertes Literaturrechercheprotokoll

Datenbank	Datum	Keywords	Trefferzahl	Mögliche relevante Treffer
CINAHL Complete	19.11.2018	intima* AND (birth OR labour OR delivery) AND (climax OR orgasm)	3	Mayberry, L. & Daniel, J. (2016). „Birthgasm“ A Literary Review of Orgasm as an Alternative Mode of Pain Relief in Childbirth.
	03.12.2018	intimacy AND birth	54	Mayberry, L. & Daniel, J. (2016). „Birthgasm“ A Literary Review of Orgasm as an Alternative Mode of Pain Relief in Childbirth.
		pleasure AND birth	40	Khajehei, M. & Doherty, M. (2012). Childbirth in Pleasure and Ecstasy: A Fountain of Hormones and Chemicals → für andere Teile der Arbeit nutzbar
	04.12.2018	hormon* AND birth AND climax	0	
	04.01.2019	hormon* AND birth AND orgasm*	3	Mayberry, L. & Daniel, J. (2016). „Birthgasm“ A Literary Review of Orgasm as an Alternative Mode of Pain Relief in Childbirth.

				Khajehei, M. & Doherty, M. (2012). <i>Childbirth in Pleasure and Ecstasy: A Fountain of Hormones and Chemicals</i> → für andere Teile der Arbeit nutzbar
Google Scholar	04.01.2019	orgasm* AND childbirth	ca. 12'800	<p>Postel, T. (2013). <i>Childbirth climax: The Revealing of Obstetrical Orgasm.</i> → für theoretischen Hintergrund geeignet</p> <p>Komisaruk, B., Beyer-Flores, C. & Whipple, B. (2006). <i>The Science of the Orgasm.</i> → für theoretischen Hintergrund geeignet</p> <p>Mayberry, L. & Daniel, J. (2016). „Birthgasm“ A Literary Review of Orgasm as an Alternative Mode of Pain Relief in Childbirth.</p> <p>Caffrey, A. (2014). <i>Experiences of Pleasurable Childbirth: Uncovering a Blind Spot in Anthropology.</i></p> <p>Khajehei, M. & Doherty, M. (2012). <i>Childbirth in Pleasure and Ecstasy: A Fountain</i></p>

				<p>of Hormones and Chemicals → für andere Teile der Arbeit nutzbar</p> <p>Harel, D. (2007). <i>Sexual Experiences of Women during Childbirth.</i></p>
MEDLINE via Ovid	04.12.2018	natur* AND (birth OR delivery OR labour) AND (climax OR orgasm*)	14	<p>Hotelling, B. (2009). <i>From Psychoprophylactic to Orgasmic Birth.</i> → für theoretischen Hintergrund geeignet</p>
	04.01.2019	hormon* AND (birth OR labour OR labor) AND (experience OR pleasur*)	460 (keine relevanten Ergebnisse in den ersten 150 Resultaten)	
		hormon* AND natural AND (birth OR labour OR labor)	587 (ein relevantes Ergebnis in den ersten 150 Resultaten)	<p>Hotelling, B. (2009). <i>From Psychoprophylactic to Orgasmic Birth.</i> → für theoretischen Hintergrund geeignet</p>
Midirs via Ovid	03.12.2018	orgasmic AND natural AND childbirth	2	<p>Davis, E. & Pascali-Bonaro, D. (2010). <i>Orgasmic Birth. Your Guide to a Safe, Satisfying and Pleasurable Birth</i></p>

				<p><i>Experience</i>. (Buch)</p> <p>Odent, M. (2009). <i>The Functions of the Orgasms: The Highways to Transcendence</i>.</p> <p>→ für theoretischen Hintergrund geeignet</p>
		natural AND birth AND hormones	23	<p>Undisturbed birth - Nature's Hormonal Blueprint for Safety, Ease and Ecstasy.</p> <p>→ ist ein Kapitel aus: Buckley, S. (2005). <i>Gentle Birth, Gentle Mothering</i>.</p> <p>→ für theoretischen Hintergrund geeignet</p> <p>Odent, M. (2009). <i>The Functions of the Orgasms: The Highways to Transcendence</i>.</p> <p>→ für theoretischen Hintergrund geeignet</p>
		sexuality AND childbirth AND experience	38	
PubMed	04.01.2019	(sexual OR ecstatic OR orgasm*) AND (childbirth OR birth OR labour)	28'822	

		sexuality AND childbirth AND experience	103	Mayberry, L. & Daniel, J. (2016). „Birthgasm“ A Literary Review of Orgasm as an Alternative Mode of Pain Relief in Childbirth.
		orgasm* AND childbirth	43	Mayberry, L. & Daniel, J. (2016). „Birthgasm“ A Literary Review of Orgasm as an Alternative Mode of Pain Relief in Childbirth. Hotelling, B. (2009). From Psychoprophylactic to Orgasmic Birth. → für theoretischen Hintergrund geeignet
		(intimacy OR ecstasy) AND (birth OR labor)	740 (ein Ergebnis in den ersten 150 Resultaten)	Mayberry, L. & Daniel, J. (2016). „Birthgasm“ A Literary Review of Orgasm as an Alternative Mode of Pain Relief in Childbirth.
		pleasure AND experience AND birth	24	Mayberry, L. & Daniel, J. (2016). „Birthgasm“ A Literary Review of Orgasm as an Alternative Mode of Pain Relief in Childbirth.

		hormones AND natural AND birth	707 (keine relevanten Ergebnisse in den ersten 150 Resultaten)	
--	--	--------------------------------	---	--

Erfahrungsberichte

Datenbank	Datum	Keywords	Relevante Treffer	Webseite
Google	26.01.2019	orgasmic birth experience	What it's like to Orgasm during Childbirth (Gallo)	womansday.com
		orgasmic birth story	Nikolao's Birth Story – An Orgasmic Freebirth	mamabirth.com
			The Full Moon Orgasmic Freebirth of Lumi Kelly	freebirthsociety.com
	04.02.2019	ecstatic birth story	Viele Berichte von Frauen, die nach dem Geschlechtsverkehr Wehen bekommen haben, im Geburtsverlauf aber keine bewussten stimulierenden Handlungen unternommen haben.	
		orgasmische Geburtserfahrung	Keine Erfahrungsberichte	

Anhang C: Beurteilung der Studien nach AICA

Harel, D. (2007). *Sexual Experiences of Women during Childbirth*. A Dissertation in Partial Fullfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy. San Francisco: The Institute of Advanced Study of Human Sexuality.

	Forschungsschritte	Leitfragen zur inhaltlichen Zusammenfassung	Leitfragen zur Würdigung
	<p>Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage (Hypothese)</p>	<p>Phänomen Obwohl einige Forschende anerkennen, dass die Geburt ein Teil der weiblichen Sexualität ist und dass orgasmische Geburten möglich sind, ist die meiste Literatur zu diesem Thema anekdotisch. Es ist ein klar unterforschtes Phänomen.</p> <p>Im theoretischen Hintergrund wird der weibliche Orgasmus diskutiert und unterschiedliche Ansichten bezüglich dessen Ursprungs verglichen. Ausserdem werden die emotionalen und psychologischen Komponenten des weiblichen Orgasmus dargelegt. Des Weiteren wird die Wirkungsweise der geburts-hilflich relevanten Hormone Oxytocin, Beta-Endorphine, Katecholamine (Adrenalin und Noradrenalin) und Prolaktin dargestellt. Es folgt eine Gegenüberstellung von sexueller Erregung und ungestörter, nicht medikalisierte Geburt. Die Geburt als schmerzhaftes Ereignis im Gedankengut der Gesellschaft wird in einem nächsten Schritt diskutiert.</p> <p>Forschungsfragen Wer sind diese Frauen, die sexuelle Erlebnisse unter der Geburt beschreiben? Gibt es etwas, das sie gemeinsam haben? Wie sehen ihre sexuellen Hintergründe aus? Wie ist ihre Demographie?</p> <p>Was erlaubt diesen Frauen Vergnügen, sexuelle Gefühle und sogar Orgasmen unter der Geburt zu erleben, wo andere Frauen Schmerz spüren? Was sind ihre Einstellungen gegenüber Geburt und Sexualität?</p> <p>Welche sexuellen Erlebnisse werden sub partu beschrieben? Sind geburts-hilfliche Orgasmen mit den herkömmlichen Orgasmen vergleichbar? Auf welchen Ebenen erleben die Frauen ihre Sexualität unter der Geburt – physisch, psychologisch oder spirituell? Haben sich diese Frauen bewusst sexuell stimuliert oder war der Orgasmus spontanen Ursprungs?</p> <p>Wie hat das sexuelle Erlebnis unter der Geburt das Erleben ihrer Sexualität in anderen Kontexten beeinflusst?</p> <p>Ziel Die Studie zielt darauf die sexuellen Geburtserfahrungen zu beschreiben, verstehen und die Frauen kennenzulernen, die solche Erfahrungen gemacht haben.</p>	<p>Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Geburtshilfe. Die Geburt stellt ein einschneidendes Ereignis im Leben einer Mutter dar. Es ist wichtig zu erforschen, weshalb dieses von Frauen so unterschiedlich wahrgenommen werden kann. Frauen, welche unter der Geburt als orgasmische Gefühle erlebt haben und darüber zu berichten gewillt sind, stellen eine grosse Ressource dar, die es zu nutzen gilt.</p> <p>Die Autorin beschreibt das Phänomen klar. Sie sagt aus, dass die Geburt grösstenteils als schmerzhaftes Ereignis dargestellt wird, durch das eine Frau, welche ein Baby haben möchte, durch muss. Gleichzeitig gibt es Frauen, welche eine Geburt als lustvoll, teilweise schmerzfrei erleben und auch von Orgasmen berichten.</p> <p>Das Ziel und die Fragestellungen sind explizit dargestellt.</p> <p>Im ersten Kapitel der Doktorarbeit wird anhand vorhandener Literatur ausführlich in das Thema eingeführt.</p>

Design	<p>Es wird ein exploratives, qualitatives Studiendesign verwendet.</p> <p>Das Design wird begründet.</p>	<p>Das Design ist sinnvoll, da es sich um die individuelle und subjektive Sichtweise der betroffenen Frauen auf das erlebte Phänomen, sowie deren persönlicher Umgang mit verbundenen Themen wie Sexualität während der Schwangerschaft oder das Gefühl eines Orgasmus handelt.</p>
Stichprobe	<p>Stichprobenziehung Die Frauen haben sich selbständig auf den Aufruf in Mailing Listen und Websites (Midwifery Today, gentlebirth.org, birthworks.org, etc.) gemeldet.</p> <p>Stichprobe Zu den Teilnehmenden gehören insgesamt 11 Frauen. Charakteristika:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 9 Amerikanerinnen, 2 Australierinnen • alle kaukasisch • Religion: mehrheitlich christlich, eine Jüdin • Alter: 35-55 Jahre • Zivilstand: mehrheitlich verheiratet, in Partnerschaft, 1 Single • Ausbildung: High School Abschluss bis Post Graduate Degree • Beruf: 5 Hausfrauen, 4 Hebammen/Doulas/Childbirth Educator, 1 Sozialarbeiterin, 1 pensioniert • Geburten: 6 Hausgeburten, 5 Klinikgeburten, 1 Geburtshaus • Medikation: ohne Medikamente bis auf 1 mit PDA und II° Sectio 	<p>Die Art der Stichprobenziehung gewährleistet die Freiwilligkeit der Teilnehmenden und ist für das Design angebracht.</p> <p>Die Studie präsentiert Erlebnisse von Frauen, welche in westlichen Kulturen leben. Mehr als die Hälfte der Frauen bezeichnen sich als klar überdurchschnittlich sexuell (S. 123). Daher repräsentiert diese Stichprobe keine grosse Population. Kritisiert werden kann auch, dass vier Frauen selber im Bereich der Geburtshilfe tätig sind und somit einen anderen Wissensstand zum Thema haben als der Durchschnitt.</p> <p>Es werden alle elf Frauen interviewt, welche sich für eine Teilnahme meldeten. Die kleine Stichprobe wird auch durch die Aussage der Forscherin legitimiert, dass es in der Studie nicht darum geht, Schlüsse zu ziehen, die sich auf die grosse Population der Frauen beziehen, welche schmerzhaft Geburten erlebt hat.</p> <p>Die Beschreibung der Teilnehmenden und des Settings wird reichhaltig beschrieben.</p> <p>Die Teilnehmenden eignen sich als Informanten, da sie das zu untersuchende Phänomen in irgendeiner Form erlebt haben. Jedoch liegt die Geburt bei einigen Teilnehmenden schon länger zurück, wodurch es zu Bias kommen kann, da es eine Erinnerung ist, die diese Teilnehmenden beschreiben. Die Forscherin kritisiert selber, dass Geburten rückblendend als weniger schmerzhaft eingestuft werden.</p> <p>Alle Teilnehmenden erleben das Phänomen.</p>
Datenerhebung	<p>Frauen, die sich als Teilnehmende melden, erhalten ein Informationsblatt (Beschreibung der Studie, Ziel, Anonymität, Abbruch jederzeit möglich) und die Information, dass die Befragung ca. 1-2h beansprucht.</p> <p>Pro Teilnehmende wurde ein 1-2 stündiges semistrukturiertes Interview durchgeführt. 8 davon am Telefon, 2 face-to-face.</p> <p>Die Interviews wurden aufgezeichnet und innerhalb einer Woche durch die Forschende transkribiert.</p>	<p>Es geht bei der Datenerhebung sowohl um menschliches Erleben (z.B. Orgasmus während des Pressens), als auch um Verhalten (z.B. Interaktion mit dem Partner subpartal) und soziale Prozesse (z.B. Umgang mit Sexualität in der Familie, als Teilnehmende selber noch Kinder waren).</p> <p>Die Vorgehensweise bei der Datenerhebung wird explizit dargestellt.</p> <p>Die Datensättigung wird diskutiert. Nach 6 Interviews wurde sie erreicht.</p> <p>Die Selbstbestimmung der Teilnehmenden wird geachtet, da die Interviews semistrukturiert sind und die Frauen frei erzählen können.</p>

	<p>Methodologische Reflexion</p>	<p>Für die Studie wird die Methode der Phänomenologie gewählt. Die Wahl wird von der Autorin begründet.</p>	<p>Der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit wird diskutiert. Zudem zeigt die Forschende ihren Standpunkt auf.</p> <p>Das methodische Vorgehen stimmt mit dem Forschungsansatz überein.</p> <p>Die Methode ist für das Phänomen geeignet, da es um die persönliche Lebenswelt der Teilnehmenden geht.</p>
	<p>Datenanalyse</p>	<p>Anhand der 6 Stadien der Analyse von phänomenologischen Daten nach Moustakas (1994).</p> <p>Die Datenanalyse wird nicht weiter aufgeführt.</p>	<p>Das Vorgehen bei der Datenanalyse wird nicht präzise und nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Es wird die Analysemethode erwähnt und referenziert, jedoch werden keine weiteren Ausführungen gemacht.</p> <p>Aus dem Text ist nicht ersichtlich, ob eine externe Person hinzugezogen wurde (trustworthiness).</p> <p>Die analytischen Entscheidungen sind nicht dokumentiert. Es ist nicht von einem Forschungstagebuch die Rede.</p>
	<p>Ethik</p>	<p>Es wird die Genehmigung des Institute of Advanced Study of Human Sexuality's Committee for Protection of Human Subject – Institutional Review Board zur Durchführung dieser Studie eingeholt. Dies entspricht einer Ethikkommission.</p> <p>Namen werden zur Wahrung der Anonymität geändert.</p>	<p>Die Autorin geht darauf ein, dass zwei Interviews „face to face“ gemacht wurden, während die restlichen telefonisch durchgeführt worden sind. Sie äussert aber, keinen Unterschied festgestellt zu haben. Ansonsten wird nichts über die Beziehung geschrieben.</p> <p>Genehmigung durch Ethikkommission wird eingeholt.</p>
	<p>Ergebnisse</p>	<p>Die Erlebnisse wurden durch die Autorin in zwei Kategorien eingeteilt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) the unexpected birthgasm 2) the passionate birth <p>Weitere wiederkehrende Themen sind: Vorbereitung, Geburtsort, Privatsphäre, Vertrauen & Intimität, Partnerrolle, positive Gefühle gegenüber dem schwangeren Körper</p> <p>Es werden alle 11 Interviews in erzählerischer Art beschrieben und dabei die einzigartige Redensart aller Teilnehmerinnen beibehalten. Die Namen entsprechen nicht der Wahrheit, um die Anonymität zu wahren. Die Erzählung beginnt bei allen mit einer Reflexion darüber, wie das sexuelle Geburtserlebnis ihr Leben beeinflusst hat. Anschliessend werden folgende Themen erfragt:</p>	<p>Die Ergebnisse reflektieren die Vielfältigkeit der Antworten. Es sind die vollständigen Transkriptionen der Interviews abgelegt.</p> <p>Die Ergebnisse sind im Kontext verankert und übersichtlich aufgeführt.</p> <p>Die beiden Hauptkategorien sind sinnvoll gewählt und klar unterscheidbar.</p> <p>Die Kategorien und Thematiken sind mit Zitaten illustriert.</p> <p>Sie beleuchten das Phänomen als Ganzes. Die gewählten Interviewfragen decken ein breites Spektrum ab. So wird nicht nur über das eigentliche Erlebnis gesprochen, sondern es werden auch mögliche relevante Fakten aus der Geschichte der Frau erfragt.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • sexuelle Mitteilung/Botschaft während der Kindheit • erste orgasmische Erfahrung <ul style="list-style-type: none"> • Sexualität im Jahr vor der Konzeption • Sexualität während der Schwangerschaft • Geburtsvorbereitung und Einstellung gegenüber Geburt • die sexuelle Geburtserfahrung • Sexualität nach der sexuellen Geburtserfahrung • Einfluss dieses Erlebnisses auf die Wahrnehmung ihrer selbst <p>Im Anschluss werden die Ergebnisse thematisch geordnet und nochmals anhand einzelner Zitate belegt.</p>	
	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>Die ausführlichen Erzählungen der Frauen lassen die Annahme, dass sexuelle/lustvolle Geburten existieren, bestätigen.</p> <p>Die 4 Forschungsfragen sind sehr ausführlich und lassen sich anhand der ausführlichen Interviews nicht komplett beantworten. Ein grosser Teil wurde jedoch beantwortet werden, da die Interviewfragen sehr spezifisch ausgewählt wurden. Jedoch sind viele Aspekte noch unbekannt, z.B. die einzigartigen Charakteristika von Frauen, die Orgasmen oder sexuelle Gefühle erleben können, welche sich von denen derjenigen Frauen, die Schmerz verspüren unterscheiden. Diese Arbeit bietet einen vorläufigen Anstoss für weiterführende Untersuchungen und hatte nicht die Absicht, eine universal gültige Antwort zu finden.</p> <p>Der in den Ergebnissen der Interviews beschriebene unerwartete Orgasmus wurde anhand passender, bereits bestehender Literatur auf physischer Ebene versuchsweise erklärt. Auch weitere Ergebnisse werden im Diskussionsteil mit bereits bestehender Literatur, die auch schon in der Einleitung verwendet wurde, verbunden und sind eine Bestätigung derer.</p>	<p>Die Zusammenfassung und Interpretation gibt eine verständliche Übersicht über den langen Resultatenteil.</p> <p>Die Studie wurde nicht in der Absicht durchgeführt, eine abschliessende und universal geltende Antwort zu erreichen. Insofern konnten die Fragen also beantwortet werden, als dass nun ein Eindruck entstanden ist, und auch Parallelen und Unterschiede zwischen den Erlebnissen und den Umständen diskutiert werden konnten.</p> <p>Die Ergebnisse werden mehrfach in Bezug auf empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert. Beispielsweise auf Seite 121. Hier referenziert die Autorin Whipple et al. (1989), die das Phänomen beschreiben, wie der kindliche Kopf beim Tiefertreten Orgasmen auslösen kann. Sie setzt dies in Verbindung mit der Studie, indem sie es als mögliche Ursache für den von einigen Frauen erlebten überraschenden Orgasmus betrachtet.</p> <p>Die Ergebnisse sind für die Geburtshilfe relevant. Die Autorin äussert an verschiedenen Stellen, dass Sexualität und Geburt zusammengehören und wir wichtig es ist, dies zu akzeptieren und umzusetzen, zum Beispiel durch einen offenen Umgang mit dieser Möglichkeit in Geburtsvorbereitungskursen.</p>
	Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis	<p>Die Autorin formuliert nachfolgende Fragen für die zukünftige Forschung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wie gross ist das Phänomen innerhalb der Population? 2) Wer sind die Frauen, die unerwartete Orgasmen erleben? Haben diese Frauen eine einzigartige Anatomie? Gibt es eine Korrelation zwischen der Fähigkeit vaginale Orgasmen zu erleben und unerwarteten Orgasmen? 3) Gibt es mögliche Vorteile, wie kürzere Geburten, weniger schmerzhafte Geburten oder weniger Geburtsverletzungen? 4) Gibt es postpartale Vorteile, wie niedrigere postpartale Depressionsrate und einfachere Erholung? 	<p>Die Autorin geht sehr konkret auf den zukünftigen Forschungsbedarf ein. Ausserdem spricht sie sich aus, den Begriff eines weiblichen Orgasmus so zu weiten, dass Erlebnisse während der Geburt inkludiert werden. Sie betont das Bedürfnis der Teilnehmenden, sich mit ihrem Erlebnis an andere Frauen zu wenden und ihnen so Mut zu machen.</p>

- | | | | |
|--|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> 5) Gibt es universelle Vorteile zu Mutter-Kind Bindung? 6) Hilft die tiefe Verbindung unter der Geburt die Intimität der Paare zu steigern? 7) Steigert die leidenschaftliche Geburt das Selbstwertgefühl, die Selbstwahrnehmung und das Körperbild der Frau und fördert somit das Wohlbefinden? 8) Kann sich jede Frau auf eine leidenschaftliche Geburt vorbereiten? | |
|--|--|---|--|

o

Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba's (1985) Konzept der Vertrauenswürdigkeit (Trustworthiness):

Member-Checking, Peer-Debriefing oder Datentriangulation zur Stärkung der Glaubwürdigkeit (Credibility) wurden nicht ausdrücklich in der Studie erwähnt. Der Kontext der untersuchten Situationen, die Datensammlung, sowie auch die Personenbeschreibungen werden transparent wiedergegeben, was die Übertragbarkeit (Transferability) stärkt. Ausserdem wurden die Resultate anhand passender Zitate aus den Interviews unterlegt. Durch die nicht explizit ersichtliche Datenanalyse und das Fehlen des Forschungstagebuchs hat diese Studie eine tiefe Zuverlässigkeit in Bezug auf Nachvollziehbarkeit (Dependability). Der Studie kann nicht entnommen werden, ob weitere externe Personen die Autorin während des Forschungsprozesses oder der Auswertung begleitet haben. Dadurch kann die Bestätigbarkeit (Confirmability) abgeschwächt werden. Jedoch muss hier beachtet werden, dass es sich um eine Doktorarbeit handelt und kein ganzes Forschungsteam an dieser Studie beteiligt war. Die Bestätigbarkeit wird durch die Wiedergabe der transkribierten Interviews und somit der direkten Reflexion der Teilnehmenden wieder gestärkt.

Caffrey, A. (2014). Experiences of Pleasurable Childbirth: Uncovering a Blind Spot in Anthropology. *Popular Anthropology Magazine*, Vol. 5, No. 1., 18-27.

	Forschungsschritte	Leitfragen zur inhaltlichen Zusammenfassung	Leitfragen zur Würdigung
	<p>Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage (Hypothese)</p>	<p>Phänomen Lustvolle Geburtserlebnisse haben in den letzten Jahren von den Medien immer mehr Beachtung geschenkt bekommen. Obwohl es bereits Studien über die Verbindung zwischen weiblicher Lust und Reproduktion gibt, hat sich die Anthropologie selten dazu geäußert. Die Autorin führt anhand eines Rückblicks und der in der jeweiligen Zeit wichtigen Autoren und deren Werken an das Thema heran. Im weiteren Verlauf der Studie werden immer wieder passende Themen aufgegriffen und relevante Literatur referenziert.</p> <p>Ziel Die Studie möchte die Vielfalt von Gefühlen während der Geburt aufzeigen und Zusammenhänge zwischen der Geburtsumgebung und positiven Geburtserlebnissen aufdecken. Weiter möchte die Studie die Verbindung zwischen lustvollen Geburten und verbesserten Gesundheitsoutcomes ans Licht bringen.</p>	<p>Es wird in Form eines geschichtlichen Rückblicks in das Thema eingeführt und dabei aufgedeckt, dass das Phänomen in der Anthropologie erst wenig Forschung erfahren hat. Es werden Aussagen verschiedener Autorinnen und Forschenden auf diesem Gebiet zitiert.</p> <p>Die Relevanz ergibt sich aus der Forschungslücke in der Anthropologie.</p> <p>Es wird keine konkrete Forschungsfrage formuliert.</p>
	<p>Design</p>	<p>Die Studie ist eine ethnographische Novelle, die im Rahmen des Masterprogramms in medizinischer Anthropologie am University College London durchgeführt wurde.</p> <p>Das Design wird nicht begründet.</p>	<p>Die ethnographische Forschung passt im Zusammenhang mit der Zielsetzung gut, da qualitative Daten erhoben werden und sich die Autorin für die spezifische Lebenswelt der Teilnehmerinnen interessiert. Die Form der ethnographischen Novelle wird in der Anthropologie häufig benutzt.</p>
	<p>Stichprobe</p>	<p>Stichprobenziehung Für die Studie wurde die Samplingtechnik der Selbstaktivierung gewählt, es wurde also eine sekundäre Selektion durchgeführt. Die Teilnehmerinnen wurden durch eine Interviewanfrage in Onlineforen (z.B. mumsnet.com) angeworben.</p> <p>Stichprobe Die Stichprobe besteht aus 7 hellhäutigen, heterosexuellen Frauen, der Mittelschicht angehörig und in England lebend. Es wurde das Alter, der Herkunft- und momentane Wohnort, die Ausbildung und der Beruf erhoben. Zudem gibt es Informationen dazu, beim wievielten Kind das lustvolle Geburtserlebnis war, wie dieses Erlebnis charakterisiert wird und was die Geburtsumgebung war. Es gibt nur eine Studiengruppe. Die Auswahl der Teilnehmerinnen wird nicht beschrieben und begründet. Die Autorin äussert die Schwierigkeit überhaupt an Frauen gekommen zu sein, die sich trauen, über das Thema zu sprechen.</p>	<p>Die Art der Stichprobenziehung gewährleistet die Freiwilligkeit der Teilnehmenden und ist für das Design angebracht.</p> <p>Die Stichprobe besteht aus Frauen, die über ein sehr spezifisches Thema interviewt werden. Daher können die Ergebnisse nicht auf alle Frauen übertragen werden. Die Charakteristiken der Teilnehmenden werden in einer Tabelle genau aufgeführt. Auf das Setting wird erst im Ergebnisteil teilweise aber nicht abschliessend eingegangen. Die Stichprobengrösse ist mit sieben Teilnehmenden eher klein und homogen. Die Forschende geht darauf ein und begründet, dass die Stichprobe genügend gross ist, um verschiedene Perspektiven zu sammeln und sich wiederholende Themen zu erkennen. Die Teilnehmenden sind als Informanten geeignet, da sie sich selbst auf den Interviewaufruf gemeldet haben, weil sie eigens das Phänomen erlebt haben.</p>

	Datenerhebung	<p>Die Datenerhebung erfolgt in Form von jeweils einem semi-strukturierten Interview pro Teilnehmerin im Jahr 2010. Zuerst haben die Frauen ihr Geburtserlebnis in ihren eigenen Worten erzählt. Dann folgten Anschlussfragen mit offenem Ende, worauf anschliessend auch noch die Geburtspartner interviewt wurden. Daten entstammen zudem aus Schwangerschaftstagebüchern, den eigens niedergeschriebenen Geburtsgeschichten, Geburtsfilmen und –fotos und der Dokumentation der Hebammen.</p> <p>Die Daten wurden nur einmal erhoben.</p> <p>Auf die Datenverarbeitung wird nicht eingegangen. Die in den Ergebnissen eingefügten Zitate scheinen wörtlich zu sein.</p>	<p>Die Interviewführung zur Datenerhebung ist sinnvoll, da das subjektive menschliche Erleben untersucht wird.</p> <p>Die Vorgehensweise in den Interviews wird beschrieben. Die Datensammlung aus den zusätzlichen Schriftstücken wird nicht beschrieben.</p> <p>Es wird nicht genau beschrieben, welches zusätzliche Material die Forschende von welchen Teilnehmerinnen zur Verfügung gestellt bekommen hat und auch nicht mit jeweils welchen oder wievielen Geburtspartnern zusätzlich gesprochen wurde. Daher kann sich die Datenmenge pro Teilnehmerin unterscheiden.</p> <p>Daten werden solange erhoben, bis eine Datensättigung erreicht wird.</p> <p>Die Teilnehmenden können selbstbestimmt erzählen und antworten und stellen zusätzliches Material freiwillig zur Verfügung.</p>
	Methodologische Reflexion	<p>Es wird die methodische Vorgehensweise der Ethnographie gewählt, aber nicht weiterführend diskutiert.</p>	<p>Der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit ist dargestellt. Die Studie bewegt sich im Bereich der Anthropologie.</p> <p>Das methodische Vorgehen stimmt mit dem gewählten Forschungsansatz und den Phänomen überein.</p>
	Datenanalyse	<p>Die Interviewdaten wurden digital aufgenommen und mit handschriftlichen Notizen ergänzt.</p> <p>Es wird nicht weiter auf die Datenanalyse oder der Qualität deren eingegangen.</p>	<p>Das Vorgehen bei der Datenanalyse wird nicht beschrieben. Somit können keine Aussagen bezüglich der Glaubwürdigkeit deren gemacht werden.</p>
	Ethik	<p>Die Anonymität der Teilnehmerinnen wird durch Namensänderung gewährleistet.</p> <p>Eine Einholung der ethischen Zustimmung zur Durchführung der Studie wird nicht erwähnt. (eventuell für Studie im Rahmen eines Masterprogramms nicht nötig)</p>	<p>Unklar, ob Genehmigung eingeholt wurde oder nicht.</p>
	Ergebnisse	<p>Es werden drei Hauptgefühle herausgearbeitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lust/Vergnügen: kein Orgasmus, keine sexuellen Gefühle, aber angenehme Stimulation • Orgasmus: Aufbau der Erregung vor dem Orgasmus, ähnliche Körperbewegungen und Verhalten wie beim Geschlechtsverkehr • Euphorie: wie in einer anderen Welt, Spiritualität <p>Weitere Erkenntnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerz ist nicht das zentrale Merkmal • Die Erlebnisse reichen von körperlicher Lust, zu ekstatischen Gefühlen bis zu tiefen spirituellen Erfahrungen. 	<p>Die Ergebnisse werden erzählerisch wiedergegeben und passende thematische Literatur eingebaut und referenziert. Der Ergebnisteil ist daher nicht sehr übersichtlich und einzelne Ergebnisse werden nicht klar aufgelistet und herausgehoben, sondern mehr im Text versteckt.</p> <p>In der Schlussfolgerung werden die einzelnen Ergebnisse übersichtlicher und klarer dargestellt.</p> <p>Die expliziten Interviewfragen werden nicht aufgelistet, jedoch sind ein paar wenige im Text eingebaut.</p> <p>Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Die Frauen können nicht offen mit Freunden, Verwandten oder Bekannten über ihre Erfahrungen sprechen, da ihre Geschichten zu persönlich oder ein Tabu sind. • Die Frauen verbinden die Geburt mit dem reproduktiven Zyklus, klassifizieren die Geburt aber nicht unbedingt als sexuell. Sie bevorzugen die Begriffe <i>sinnlich</i> und <i>intim</i>. • Die Frauen sind sich dem Nutzen von Geschlechtsverkehr und sinnlichen Berührungen für den Geburtsprozess bewusst. Einige haben diese ausprobiert und fanden sie hilfreich, andere haben ihnen keine signifikante Wirkung zugeschrieben. <p>Die Erlebnisse werden mit Zitaten aus den Interviews unterlegt. Vier Frauen, das Interviewsetting und ihre Geburtserlebnisse sowie Meinungen werden ausführlicher beschrieben und mit teilweise längeren Interviewsequenzen unterlegt.</p>	
	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	Die ethnographische Novelle beinhaltet keinen klassischen Diskussionsteil, in dem die Ergebnisse nochmals beurteilt werden.	Die Ergebnisse werden mit thematisch passender Literatur unterlegt und diskutiert. Die Ergebnisse zeigen die verschiedenen Lebenswelten und Erlebnisse der interviewten Frauen auf und sind für die Geburtshilfe relevant.
	Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis	Die Forschende reflektiert, dass weitere Forschung mit möglicherweise grösseren Stichproben nötig ist. Weitere explizite Schlussfolgerungen werden nicht genannt.	Die Autorin gibt keine spezifischen Handlungsempfehlungen für die Praxis ab.

Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba's (1985) Konzept der Vertrauenswürdigkeit (Trustworthiness):

Credibility (Glaubwürdigkeit): Member-Checking, Peer-Debriefing und Datentriangulation sind nicht erwähnt.

Übertragbarkeit (Transferability): Die Teilnehmenden sind ausreichend beschrieben. Die Datensammlung aus den zusätzlichen Schriftstücken wird nicht erläutert. Da nicht jedes Interview einzeln aufgeführt wird, und somit nicht zu jeder Teilnehmerin Informationen zum Kontext und Inhalt vorhanden sind, wird die Übertragbarkeit abgeschwächt. Die Resultate werden in den vorhandenen Interviews jedoch mit vielen Zitaten unterlegt.

Zuverlässigkeit in Bezug auf Nachvollziehbarkeit (Dependability): Auf die Datenverarbeitung wird nicht näher eingegangen.

Bestätigbarkeit (Confirmability): Dem Text kann nicht entnommen werden, ob externe Personen in den Forschungsprozess oder die Auswertung miteingebunden wurden.

Anhang D: Einschätzung der weiteren Literaturquellen

Die kritische Evaluation der Publikationen erfolgte anhand des Dokuments „Kritische Evaluation von Literatur“ von Brendel (2015). Zur Beurteilung der Erfahrungsberichte wurde das Raster in Anlehnung an die „Kriterien zur Evaluation von Websites“ (Ruhr-Universität Bochum, 2018) erweitert.

Mayberry, L. & Daniel, J. (2016). „Birthgasm“ A Literary Review of Orgasm as an Alternative Mode of Pain Relief in Childbirth. *Journal of Holistic Nursing*, 34, 331-342.

Art der Quelle	Narratives Review
Autorenschaft	L. Mayberry & J. Daniel Die australischen Autorinnen arbeiten als Dozierende und/oder Forschende an den Departementen für Sexualwissenschaften und Kinderschutz der renommierten Curtin University.
Erscheinungsdatum	2016 Anhand der Referenzangaben wird ersichtlich, dass Studien aus einem Zeitraum von 45 Jahren eingeschlossen sind, wobei die Mehrheit aus den letzten 15 Jahren stammt.
Publikationsort, Verlag	Das <i>Journal of Holistic Nursing</i> wird peer-reviewed und von SAGE Publications publiziert.
Zielgruppe, Intention	Das Review wendet sich an Hebammen und geburtshilfliche Fachpersonen sowie weitere Interessierte.
Relevanz für die Bachelorarbeit	Der Teilaspekt der Schmerzerleichterung wird ausführlich beleuchtet. Des Weiteren werden Hebammenaufgaben und Praxisempfehlungen aufgezeigt und diskutiert.
Inhalt	Das Review beschäftigt sich mit den Fragen, weshalb die Geburt für gewisse Frauen traumatisch und schmerzhaft ist, während sie für andere ein lustvolles und schmerzloses

	<p>Erlebnis darstellt, wie subpartale Orgasmen den Geburtsschmerz zu regulieren vermögen und in welchem Ausmass dieses Phänomen von den Hebammen bei den werdenden Eltern angepriesen wird. Verschiedene Definitionen des Orgasmus, die Vaterrolle, die Bedeutsamkeit eines intimen Settings, sowie die physiologische Ebene der Schmerzerleichterung durch Hormone und das Nervensystem im Zusammenhang mit genitaler Stimulation werden diskutiert. Die Autorinnen gehen auf die Rolle der Hebamme ein, geben Praxisempfehlungen ab und zeigen den weiteren Forschungsbedarf auf.</p>
Einschätzung der Güte	<p>Aufgrund der fehlenden Angaben zur Literatursuche, -auswahl und -evaluation ist eine Einschätzung der Güte schwer möglich. Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass das Review aufgrund der Publikation in einem angesehenen Journal, das peer-reviewed wird, wissenschaftlich valide ist. Das narrative Review entspricht dem zweiten Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009).</p>

Buckley, S. (2010). Sexuality in Labour and Birth: An Intimate Perspective. In Walsh, D. & Downe, S. (Hrsg.), *Essential Midwifery Practice: Intrapartum Care* (S. 213-234). Chichester: Wiley-Blackwell.

Art der Quelle	<p>Kapitel 12 aus dem Handbuch für Hebammen <i>Essential Midwifery Practice: Intrapartum Care</i></p>
Autorenschaft	<p>Dr. Sarah Buckley ist Allgemeinärztin aus Neuseeland mit Qualifikationen in Geburtshilfe und Familienplanung. Ihre Forschung an der University of Queensland fokussiert sich auf die geburtshilfliche Hormonausschüttung und die Auswirkung medizinischer Interventionen. Ihr berühmtestes Buch, <i>Gentle Birth, Gentle Mothering</i> erschien 2009. Ins-</p>

	gesamt hat Dr. Sarah Buckley bisher 42 Bücher und Artikel in renommierten Journalen veröffentlicht.
Erscheinungsdatum	2010 Die im Literaturverzeichnis aufgelisteten Referenzen stammen aus den Jahren von 1941 bis 2007.
Publikationsort, Verlag	In <i>Essential Midwifery Practice: Intrapartum Care</i> mit den Herausgebern D. Walsh & S. Downe veröffentlicht. Chichester, UK: Wiley-Blackwell
Zielgruppe, Intention	Das Buch wendet sich speziell an Hebammen. Der Inhalt bietet evidenzbasiertes Wissen und neuste Forschungsergebnisse in Bezug auf subpartale Pflege und Betreuung. Die einzelnen Kapitel sind von Fachexperten verfasst und behandeln Themen wie Geburtsatmosphäre, Schmerzbewältigung, komplementäre Therapien, sowie Geburt und Sexualität.
Relevanz für die Bachelorarbeit	Das Kapitel „Sexuality in Labor and Birth“ behandelt viele Teilaspekte der Fragestellung und gibt einen guten Überblick über die Wirkung der Hormone, stattfindende Prozesse und Parallelen zwischen dem Geburts- und Geschlechtsakt. Ausserdem werden hilfreiche Praxisempfehlungen formuliert, die in die Bachelorarbeit eingebunden werden können.
Inhalt	Das Kapitel argumentiert, dass die Geburt an sich in Anbetracht der Physiologie, Anatomie, des subjektiven Erlebens und persönlichen Berichten ein sexuelles Ereignis darstellt. Es werden Parallelen zwischen Geburt und Geschlechtsverkehr, nicht nur auf körperlicher, sondern auch auf hormoneller Ebene gezogen. Aus diesem Vergleich stellt die Autorin die Vermutung an, dass die optimale Geburtsatmosphäre derjenigen, welche für sexuelle Aktivitäten präferiert wird, ähnelt. Die Hebamme nimmt hierbei eine wichti-

	<p>ge Rolle ein, in dem sie die Atmosphäre gestaltet und die Intimsphäre schützt. Das Kapitel präsentiert auch Einzelberichte, dass sexuelle Aktivität sub partu möglicherweise den Geburtsschmerz zu lindern und den Geburtsfortschritt positiv zu beeinflussen vermag. Die Autorin schlägt vor, dieses Phänomen in Geburtsvorbereitungskursen zu thematisieren und betont die Notwendigkeit weiterer Forschung auf diesem Gebiet.</p>
Einschätzung der Güte	<p>Der Inhalt des Buchkapitels ist Teil des Hauptforschungsinteresses von Dr. Buckley, woraus sich schliessen lässt, dass die Autorin ausreichend qualifiziert ist, zu dieser Thematik zu publizieren. Im Kapitel werden zahlreiche Studien und weitere Literaturquellen referenziert. Die beiden Herausgebenden des Handbuches sind Hebammen und Dozierende und können somit praxisnahe, hebammenspezifische Inhalte vermitteln.</p> <p>Wiley-Blackwell ist Imprint des amerikanischen Wissenschaftsverlags John Wiley & Sons.</p> <p>Diese Informationen lassen darauf schliessen, dass das Werk wissenschaftlich valide ist.</p>

Davis, E. & Pascali-Bonaro, D. (2010). *Orgasmic Birth. Your Guide to a Safe, Satisfying and Pleasurable Birth Experience*. New York: Rodale Press.

Art der Quelle	Ratgeber
Autorenschaft	<p>E. Davis & D. Pascali-Bonaro</p> <p>Die Autorinnen leben in Amerika und sind als Hebamme und Doula-Ausbildnerin tätig. Unter Pascali-Bonaros Regie entstand 2009 der Film <i>Orgasmic Birth: The Best Kept Secret</i>, wovon sich dieser Ratgeber ableitet.</p>

Erscheinungsdatum	<p>2010</p> <p>Die verwendete Literatur wurde zwischen 1970 und 2009 publiziert und ist im Literaturverzeichnis ersichtlich.</p>
Publikationsort, Verlag	<p>Erschienen ist das Buch beim Verlag Rodale, Inc. erschienen, welcher zu den grössten US-amerikanischen Zeitschriftenverlagen gehörte. Der Verlag wurde 2017 von Hearst Communications aufgekauft.</p>
Zielgruppe, Intention	<p>Der Inhalt des Buches setzt keine Fachkenntnisse voraus und wendet sich an alle Interessierten, wobei insbesondere (werdende) Mütter zu nennen sind. Es dient dazu eine informierte Entscheidung bezüglich der eigenen Gesundheit zu treffen und zeigt die Möglichkeit einer nicht medikalisierten und lustvollen Geburt auf.</p> <p>Das Buch umfasst 288 Seiten.</p>
Relevanz für die Bachelorarbeit	<p>Das Werk bietet einen Überblick über das allgemeine Thema der Bachelorarbeit und behandelt verschiedene Aspekte. Zusätzlich werden Geburtsberichte und Zitate eingegliedert, die für die Arbeit verwendbar sind.</p>
Inhalt	<p>Das in drei Teile gegliederte Buch richtet sich an Frauen, welche bereits lustvolle Geburtserfahrungen gemacht haben, eine natürliche, orgasmische Geburt anstreben oder eine traumatisierende Geburt erlebt haben und sich für weitere Geburten über andere Möglichkeiten der Geburtshilfe informieren möchten. Der Inhalt befasst sich</p> <p>mit den physiologischen Abläufen während der Schwangerschaft und Geburt und entsprechende, gesundheitsfördernde Ratschläge werden formuliert. Es wird sehr umfassend auf das Thema der orgasmischen Geburt eingegangen. Nebst Fallbeispielen befinden sich im ganzen Buch verteilt kleine Abschnitte, die von Müttern oder Vätern zugesandte Geburtsberichte beinhalten. Der dritte Teil des</p>

	Buches besteht ausschliesslich aus ausführlichen Geburtsberichten. Sowohl die bewussten sexuellen Aktivitäten unter der Geburt, als auch überraschende orgasmische Gefühle in der Austreibungsphase stellen Gegenstand dieses Buches dar.
Einschätzung der Güte	In Zusammenhang mit diesem Buch kann nicht von wissenschaftlicher Literatur gesprochen werden, da es sich an Laien richtet und ein klarer Standpunkt der natürlichen Geburtshilfe vertreten wird. Es ist nicht ersichtlich, ob ein Peer-Review durchgeführt wurde. Es finden sich Referenzierungen wissenschaftlicher Literatur. Die Autorinnen merken im Vorwort explizit an, dass es sich nicht um ein medizinisches Handbuch handelt, sondern als Nachschlagewerk dienen soll.

Houlis, A. (2017). This is What it's Like to Orgasm During Childbirth. Heruntergeladen von <https://www.womansday.com/health-fitness/womens-health/a58517/orgasmic-childbirth/> am 26.01.2019.

Art der Quelle	Erfahrungsbericht
Autorenschaft	Angela Gallo ist Doula und Geburtsfotografin.
Erscheinungsdatum	05.04.2017
Webseite	womansday.com
<ul style="list-style-type: none"> • Redaktion • Darstellung • Links • Kontaktdaten • Werbung • Bekanntheit 	<p>Amerikanische Webseite und Magazin. Verlag: Hearst</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redaktion besteht aus sieben Frauen. Experten, welche die Artikel regelmässig inhaltlich überprüfen, sind ausgewiesen. • Webseite wirkt eher überladen, ist jedoch übersichtlich gegliedert inkl. Suchfunktion • Affiliate-Links vorhanden (Vermittlungsprovision) • Kontaktaufnahme via Mail, Adresse, Telefon oder

	<p>Kundendienst möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Werbung ist reichlich vorhanden und wird als solche ausgewiesen • Sehr bekannt im allgemeinen Publikum und auf Social Media Kanälen
Zielgruppe, Intention	<p>Die Webseite wendet sich an Frauen, die sich für die Themen Ernährung, Gesundheit, Lifestyle und Beziehung interessieren. Angela Gallo möchte mit ihrem Geburtsbericht gegen Stigmata rund um Geburten kämpfen und den Frauen bewusst machen, dass lustvolle Erlebnisse möglich sind.</p>
Relevanz für die Bachelorarbeit	<p>In ihrem Erfahrungsbericht beschreibt Angela Gallo, wie sie sich zur Schmerzlinderung unter der Geburt selbstbefriedigt hat. Diese Informationen können zur Beantwortung eines Teils der Fragestellung verwendet werden.</p>
Inhalt	<p>Angela Gallo hat ihr erstes Kind in der Klinik mit Spitalnachthemd, intravenösem Zugang, PDA und Vakuum nach 45h Wehen bekommen. Für die Geburt ihres zweiten Kindes entscheidet sie sich für eine Hausgeburt. Da die Familie aber kurz vor der Geburt aus beruflichen Gründen an einen entfernten Ort ziehen muss, sind bei der Geburt schliesslich nur die Doula, die beste Freundin und der Partner anwesend. In der Übergangsphase beginnt Die Autorin in der Dusche zu masturbieren, um mit dem Geburtsschmerz besser umgehen zu können. Sie masturbiert auch bei Kopf- und Menstruationsbeschwerden, weshalb die Selbstbefriedigung unter der Geburt für sie nahe liegt. Gallo erlebt keinen Orgasmus an sich. Sie beschreibt, dass die Berührungen die Schmerzspitze genommen habt, ihr geholfen habt, sich zu fokussieren, klar zu bleiben und die Kontrolle wiederzuerlangen. Da die Hebamme nicht anwesend ist und Gallo nicht mehr ins Auto steigen kann, wird</p>

	<p>die Ambulanz gerufen, um in die Klinik zu fahren. Die Rettungssanitäter sind sehr unfreundlich. Die Atmosphäre ändert sich für Gallo sofort. 15 Minuten nach Ankunft in der Klinik gebärt sie ihren Sohn.</p> <p>Gallo hat als Doula und Geburtsfotografin einmal eine Frau gesehen, die sich mit dem Vibrator stimuliert hat und konnte dadurch ihren Horizont erweitern. Während ihrer sie hat die Werke von Elizabeth Davis, der Co-Autorin von <i>Orgasmic Birth</i> gelesen. Gallo sagt aus, das eine orgasmische Geburt in keiner Weise genau so sein muss, wie ihre. Es gibt viele verschiedene Formen, wie eine solche Geburt erlebt werden kann.</p>
Einschätzung der Güte	<p>Da die Webseite strikte Datenschutzbestimmungen einhält, nur Artikel von erfahrenen Journalisten veröffentlicht und diese regelmässig durch Experten der jeweiligen Fachgebiete auf Inhalt und Aktualität prüfen lässt, kann sie als vertrauenswürdig eingestuft werden.</p> <p>Die inhaltlichen Informationen stammen aus einem Interview, das von einer Multimediajournalistin durchgeführt wurde und mit thematischen Informationen aus weiteren Quellen, die referenziert sind, ergänzt wird.</p>

Ariel Drori, S. (2010). 20 Minutes of Privacy. In Davis, E. & Pascali-Bonaro, D. (Hrsg.), *Orgasmic Birth. Your Guide to a Safe, Satisfying and Pleasurable Birth Experience* (S. 206-207). New York: Rodale Press.

Art der Quelle	Erfahrungsbericht
Autorenschaft	Shiraz Ariel Drori stammt aus Israel, ist Mutter von 3 Kindern und arbeitet als Geburtscoach und Doula. Sie hat viele Jahre als Kindererzieherin gearbeitet und nach ihrer ersten Geburt damit begonnen, Seminare und Privatlektionen

	über Geburt und Sexualität zu leiten.
Erscheinungsdatum	2010 (Erscheinungsdatum des Buches)
Publikationsort, Verlag	In Davis, E. & Pascali-Bonaro, D. <i>Orgasmic Birth. Your Guide to a Safe Satisfying, and Pleasurable Birth Experience</i> (S. 206-207) Verlag: Rodale, Inc. (2017 von Hearst Communications aufgekauft)
Zielgruppe, Intention	Der Inhalt des Buches setzt keine Fachkenntnisse voraus und wendet sich an alle Interessierten, wobei insbesondere (werdende) Mütter zu nennen sind. Shiraz empfindet es als ihre Pflicht, ihr Wissen über die Verbindung zwischen Sexualität und Geburt mit den Frauen zu teilen.
Relevanz für die Bachelorarbeit	Die Autorin ist überzeugt vom Nutzen eines Orgasmus während der Geburt. Sie zeigt durch ihren Bericht vor allem den Einfluss auf den Geburtsfortschritt auf. Dieser Aspekt wird auch in der Bachelorarbeit diskutiert.
Inhalt	Ariel Drori erzählt davon, wie alle ihre drei Schwangerschaften sehr sinnlich und von einem guten Sexualkontakt zu ihrem Partner geprägt waren. In ihrer ersten Schwangerschaft erkennt sie, dass eine Verbindung zwischen einem Orgasmus und der Gebärmutter besteht. Während der ersten Geburt kann sie dies nicht einfließen lassen, da sie eine vorzeitige Plazentalösung hat. In der Eröffnungsphase der zweiten Geburt erlebt Ariel Drori einen Orgasmus durch den sexuellen Kontakt zu ihrem Mann. Danach setzen starke Geburtswehen ein und sie fährt in die Klinik. Nur eine Stunde nach dem Orgasmus kommt ihr Sohn zur Welt. Sie hat nur eine kleine Dammverletzung und ist sehr zufrieden mit Geburt, überlegt sich aber für sie nächste, wie sie eine Dammverletzung vermeiden kann. Für die drit-

	<p>te Geburt entscheidet sie, schon früh in die Klinik zu fahren, da sie beim letzten Mal die stark geburtsbeschleunigende Wirkung des Orgasmus bemerkt hat. Da sich ihr Muttermundbefund von 2.5cm über einige Zeit nicht verändert hat, bittet sie ihre Doula das Zimmer zu verlassen und darauf zu achten, dass für 20 Minuten niemand das Zimmer betritt. Ihr religiöser Mann befindet sich ausserhalb des Raumes, um zu beten. Sie beginnt zu masturbieren und erreicht einen Orgasmus. Kurz darauf werden die Kontraktionen stärker. Sie ruft die Doula wieder herein und teilt ihr mit, dass das Baby kommt. Der Kopf schneidet bereits ein und die Hebamme wird gerufen. 30 Minuten nach dem Orgasmus wird ihr drittes Kind geboren und dieses Mal ohne Dammverletzungen.</p> <p>Sie glaubt daran, dass der weibliche Orgasmus ein Instrument ist, das für die Geburt gebraucht werden kann und klärt seit ihrer ersten Geburt Frauen über die Vorteile davon auf.</p>
<p>Einschätzung der Güte</p>	<p>Der Geburtsbericht stammt von einer Doula, die ihre zweifach erlebten, subjektiven Erlebnisse für die Öffentlichkeit zugänglich machen möchte, da sie der Überzeugung ist, dass Orgasmen einen positiven Einfluss auf die Geburt haben können. Der Bericht wird in einem zur Thematik passenden Buch veröffentlicht, das sich an Laien wendet. Es finden sich darin Referenzierungen wissenschaftlicher Literatur.</p>

Anonymous A (2010). Nikolaos` Birth Story – An Orgasmic Freebirth. Heruntergeladen von <http://www.mamabirth.com/2010/06/nikolaos-birth-story-orgasmic-freebirth.html> am 26.01.2019.

Art der Quelle	Erfahrungsbericht
Autorenschaft	Mutter (Anonymous A)
Erscheinungsdatum	27.07.2010
Webseite	<p>mamabirth.com</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redaktion • Darstellung • Links • Kontaktdaten • Werbung • Bekanntheit <ul style="list-style-type: none"> • Amerikanische Bloginhaberin Sarah Clark: Childbirth Educator, Ausbilderin von Childbirth Educators, Sie editiert ihre Bloginhalte selbst. • Übersichtlich gestalteter Blog mit Menüleiste und Suchfunktion • Thematisch sortierte Linksammlungen für weiterführende Literatur zu verschiedenen Themen • Kontakt via Mail oder Adresse • Nur Werbung für eigens angebotene Kurse • Eher wenig im allgemeinen Publikum bekannt. Der Blog verzeichnet bis zum 26.01.2019 5'144'748 Besuche. Link zu Facebook-Account vorhanden.
Zielgruppe, Intention	<p>Der Blog wendet sich an vorwiegend an Frauen, die an positiven Geburtsgeschichten und den Erzählungen der Bloggerin über das Leben als Mutter interessiert sind. Der Blog möchte die Natürlichkeit der Geburt und des Mutterseins aufzeigen. Im Geburtsbericht ist die Rede von einer Alleingeburt.</p>
Relevanz für die Bachelorarbeit	<p>Die Autorin setzt ihre sexuellen Handlungen nicht bewusst ein, um die Geburt zu beschleunigen oder Schmerzlinde- rung zu erfahren. Sie experimentiert damit und ihre Emp- findungen dabei stehen im Fokus. Somit zeigt sie einen neuen Fokus auf, der für die Bachelorarbeit interessant ist.</p>

<p>Inhalt</p>	<p>Das 5. Kind wird alleine mit der Hilfe des Partners zuhause geboren. In der 41+1 SSW beginnen leichte unregelmässige Kontraktionen, die sie schon seit ein paar Tagen immer wieder spürt. Die Autorin weiss, dass sie schon seit einer Woche einen Muttermundbefund von 6cm hat und erwartet daher eine schnelle Geburt. Unsicher ob es Geburtswehen sind oder nicht, unternimmt das Paar wie häufig in der Schwangerschaft einen Anlauf, Geschlechtsverkehr zu haben. Als ihr Mann während einer Kontraktion ihren G-Punkt berührt, erlebt sie einen überwältigenden Orgasmus aufgrund der kombinierten Empfindungen von der Lust durch seine Stimulation, der Kraft der Wehenakme und der Dehnung der Zervix. Sie haben keinen Geschlechtsverkehr, da ihre älteren Kinder ihre Aufmerksamkeit einfordern. Durch den Tag nimmt die Wehentätigkeit langsam zu. Ihr Mann beginnt mit den Vorbereitungen für die Geburt. Sie steigt in die Badewanne und wird von ihrem Mann umsorgt. In der Austreibungsphase nimmt sie die Vierfüsslerposition auf dem Bett ein, stöhnt und empfindet die Wehen als sehr starke, intensive, aber gute Dehnung. Sie spricht positive Affirmationen aus. Sie berührt aus Interesse ihre Klitoris und mag die Empfindung sehr. Sie gebärt ihren Sohn in die Hände ihres Mannes.</p>
<p>Einschätzung der Güte</p>	<p>Der Blog wird in der Freizeit geführt und ist daher nicht immer aktuell. Erfahrungsberichte können per Mail an die Bloginhaberin zugestellt werden und müssen von der Autorin selbst anonymisiert werden.</p> <p>Der Inhalt des Erfahrungsberichtes widerspiegelt das subjektive Erleben, was nicht wissenschaftlich einschätzbar ist.</p>

Anonymous B (2018). The Full Moon Orgasmic Freebirth of Lumi Kelly. Heruntergeladen von <https://www.freebirthsociety.com/blogs/birthing-truth-a-collection-of-freebirth-stories/the-full-moon-orgasmic-freebirth-of-lumi-kelly> am 26.01.2019.

Art der Quelle	Erfahrungsbericht
Autorenschaft	Mutter (Anonymous B)
Erscheinungsdatum	28.05.2018
Webseite	<p>freebirthsociety.com</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redaktion • Darstellung • Links • Kontaktdaten • Werbung • Bekanntheit <ul style="list-style-type: none"> • Emilee Saldaya ist Gründerin der Free Birth Society, kein weiteren Informationen vorhanden • Übersichtliche und visuell ansprechende Webseite, inkl. Suchfunktion • wenige Links vorhanden • Kontaktaufnahme via Mail (keine Adresse oder Telefonnummer) • Werbung für eigene Kurse und Shop für Kleidung • Eher bekannt in der Zielgruppe, ist auch auf Social Media Kanälen aktiv
Zielgruppe, Intention	<p>Die Webseite und Community wendet sich speziell an werdende Mütter, Mütter, Doulas, Hebammen oder weitere Interessierte an natürlichen und „unbegleiteten“ Geburten. Sie hat die Intention, Frauen einen Weg zu autonomen Entscheidungsfindungen und zu kraftvollen, selbstbestimmten (Allein-)Geburten in liebevoller Umgebung zu zeigen und sie dabei zu unterstützen.</p>
Relevanz für die Bachelorarbeit	<p>Der Erfahrungsbericht ist sehr ausführlich geschrieben. Die Autorin stimuliert sich bewusst und wählt dabei ein zusätzliches Hilfsmittel, den Vibrator. Der Leser erhält Einblick in eine sehr intime Geburt und die Gedanken der Gebärenden.</p>

Inhalt

Die Autorin wird kurz nach einem Spontanabort mit ihrem dritten Kind schwanger. Da sie mit der Hebamme für die Hausgeburt ihres zweiten Kindes sehr schlechte Erfahrungen gemacht hat, entscheidet sich das Paar, ihr drittes Kind allein zu bekommen. Die Frau informiert sich ausführlich über verschiedene Kanäle zum Thema Alleingeburt. Ihrem Körper vollends zu vertrauen, ist für die Autorin aufgrund eines sexuellen Traumas eine grosse Hürde. Sie macht einige Fortschritte während der Schwangerschaft, hat aber immer Zweifel. In der Eröffnungsphase entdeckt die Autorin schnell, dass Klitorisstimulation und vaginale Berührung durch sich selbst und ihren Partner sehr wohltuend ist. Weiter werden viele Umarmungen und Küsse ausgetauscht. Aufgrund des sexuellen Traumas, fühlt sie sich verletzlich und braucht sehr viel positiven Zuspruch und die Nähe ihres Partners. Im fortgeschrittenen Geburtsverlauf stimuliert sich die Autorin mit einem Vibrator während den Kontraktionen. Es ist die erste Geburt, bei der sich die Autorin im Genitalbereich berührt. Sie empfindet es als sehr beruhigend, kann dadurch präsent bleiben, ihrem Körper vertrauen und die Muskeln entspannen. Ihr Partner unterstützt sie dabei, ihren Instinkten zu folgen, loszulassen, wodurch sich die Autorin sehr mit ihm verbunden fühlt. Sie gebärt ihre Tochter im Stehen in die Hände ihres Partners. Die Autorin bezeichnet ihr Gefühl direkt nach der Geburt als euphorische Energie, die von ihr als orgasmisch beschrieben wird. Sie hat sich nicht zwangsläufig sexuell gefühlt und äussert, dass „orgasmisch“ für sie nicht unbedingt direkt mit Geschlechtsverkehr in Verbindung stehen muss. Die Alleingeburt war für die Autorin der schönste, heilsamste Moment in ihrem Leben und sie konnte dadurch endlich verstehen, dass sie ihrem Körper vertrauen kann.

Einschätzung der Güte	Der Erfahrungsbericht stammt von einer Webseite mit klarer Intention und Zielgruppe. Die Gründerin/Editorin wird nur namentlich genannt, ihre Qualifikationen werden nicht aufgezeigt. Der Bericht wurde von der anonymen Autorin freiwillig zur Verfügung gestellt und beschreibt ihr subjektives Erleben. Die Webseite, sowie auch der Bericht können nicht als wissenschaftlich valide eingeschätzt werden. Erfahrungsberichte sind immer subjektiv und stehen im Interesse der Verfasserinnen dieser Arbeit.
------------------------------	--

Anhang E: Erfahrungsberichte

Nachfolgend werden die von Webseiten stammenden Erfahrungsberichte aufgeführt.

Gallo, A. (2010). This is What it's Like to Orgasm During Childbirth.

By masturbating during labor, Angela Gallo birthed her second-born in 15 minutes.

Now, she's sharing her story to fight stigmas surrounding childbirth and make women aware that pleasure is possible.

One hand held her husband's over the shower door. The other was between her legs, her fingers circling her clitoris. He asked her if she wanted to have sex - he'd read that it'd alleviate her contractions. She laughed, "F*ck no." It was early, about 6 a.m., when Angela Gallo went into labor. She was dancing around her kitchen on the Mornington Peninsula of Victoria, Australia, eating strawberries, twirling her firstborn daughter's hair, and petting her dog. Hypnobirthing tracks lulled in the background while Angela sat to labor in a birth pool blown up in her living room. But at around nine or 10 centimeters, her contractions intensified. "I was in transition and I felt like I was in a fog," Angela remembers. "My birth pool exploded; I didn't have water anymore...I was thinking, *shit, shit, shit*." Masturbating in a warm shower was her primal response to substantially mitigating the pain, moving her from a place of panic to a safe space in which she felt wholly connected to her mind, body, and spirit. It allowed her to *feel*, something she wasn't afforded in her first pregnancy, which she describes as a "highly medicalized" procedure - draped in a hospital gown with an IV pricked in her arm, given an epidural, and, after 45 hours, a birth vacuum. "I wanted my muscles to feel like I was working with them and not against them, so I tried to work with every ounce of energy, make every single contraction count," she says. "Touching myself took the edge off, helped me to focus, get clarity, and regain control over what I was feeling." It was also an intimate time for Angela and her husband, her "beacon" during labor. Due to his job as a mine-worker, at 36 weeks, the couple had moved far west from Angela's midwife and the plans she'd had for a home birth. But, with her doula, best friend, and husband beside her, Angela felt comfortable laboring at home and heading to the hospital only when she was ready. Unable to get in the car after six hours of contractions, they called an ambulance to escort them to the Frankston Hospital, 45 minutes away.

"We use it to cure headaches, when we have periods - it just makes sense - but it's taboo."

"The paramedics ended up being the rudest, most intrusive, unkind people - super patronizing so, right away, the energy was shocking," Angela says. "I went from touching myself in the shower in an amazing zone and frame of mind, to then getting in the ambulance, forcing myself not to give birth. I could feel him about to come out. I literally held the baby in the whole time." She realizes paramedics are trained to treat birth as an emergency, but she was determined to birth *her* way. Her baby was born within 15 minutes upon arrival and remained attached to the placenta for two hours. "I honestly think if the paramedics hadn't shown up I would've had the baby in the shower and had an orgasm," Angela maintains, noting that masturbation worked to treat her pain. "We use it to cure headaches, when we have periods - it just makes sense - but it's taboo. We just can't put sex back into childbirth, which is counterproductive and counterintuitive to what women feel in this space." Perhaps because, as a doula herself and an honorably mentioned birth photographer, she's attended 50 deliveries - many of which she calls "euphoric," and one in which a woman self-stimulated with a vibrator - Angela's kept an open mind. Throughout her career she's studied the works of Elizabeth Davis, who co-authored *Orgasmic Childbirth: Your Guide to a Safe, Satisfying, and Pleasurable Birth Experience* with Debra Pascali-Bonaro, director of *Orgasmic Birth: The Best-Kept Secret* and founder of the online childbirth course, "Pain to Power."

"Think of the most open, loving, sexual experiences you've had, the most powerful orgasms, and see the correlation," Davis says. "[We] seek privacy, dim lighting, and freedom from interruptions, observation, worry, or stress when engaging in sexual activity." "You want your vagina wet and open, but we know what our vaginas do with people yelling the four-letter word: push, push push!" Oxytocin, released during foreplay, orgasm, and the anticipation of sexual activity, peaks at levels 10 times higher during labor than at any other time in a woman's life. "If oxytocin flows freely," Davis explains, "orgasmic birth is a natural result." But the fear of childbirth still plagues as many as one in 10 women. Fewer than 2% give birth comfortably at home or in centers in the U.S., while almost 4 million birth in hospitals, where Pascali-Bonaro argues we too often overuse valuable technology - which attributes to our 32% Caesarian rate, more than double what the World Health Organization recommends - and underuse our body's innate capabilities. "I see a system out of balance," Pascali-Bonaro says. "When you want to

birth a baby, you want your vagina wet and open, but we know what our vaginas would do in a typical hospital with people yelling the four-letter word: push, push push!"She instead calls for harnessing those physiological resemblances - the same hormones, muscle contractions and rhythms, vocalizations - and using more doulas, water, dance, and other efforts like Angela's to induce births naturally and bring the Caesarian rate and intervention down. And while Angela didn't achieve an actual "orgasm," Pascali-Bonaro says she'd never want that as a performance standard, regardless. Rather, orgasmic birth simply indicates a range of pleasure that is indeed possible if women explore their options.

Angela's story helps expecting mothers of varying values, cultures, and religious beliefs do just that: find pleasure in the comfort of their own decisions. "Orgasmic birth doesn't need to be the way I did it; it comes in all shapes and forms, which is exciting because women of all walks of life can tap into it," says Angela. "And I'm not trying to undermine the women who do have difficult experiences; that's a reality. But, [they usually] haven't had women tell them positive experiences...Was it challenging? Hell yes, absolutely. It's childbirth; it pushes you to the brinks of your physical limits. But it was awesome.

Anonymous A (2010). Nikolaos' Birth Story – An Orgasmic Freebirth.

It was Monday and I was 41 weeks and 1 day. The night before had been a pretty miserable one for me. I'd been up every hour, crampy and uncomfortable. I woke up in a bad mood, but got over it shortly after breakfast.

Colin was home now from work. His boss was sick of waiting for me to have the baby, so his time off was this whole week until his surgery the following week. Our initial cutoff for the baby to be born was the 8th. If baby came after the 8th, he would reschedule his surgery for later so that I'd have enough time to recover before he was in need of his own healing down time. We weren't really thinking about that anymore, though, and we're just waiting for the baby to come whenever it was ready.

We hadn't had sex in a few days (odd for us, since we'd been having it rather regularly to try and make labor start, or to make annoying contractions end, and because we never knew exactly when it would be our last time). Our plan for the day was to go at each other while the kids napped.

After breakfast I started to have contractions, nothing stronger or more intense than I'd had before, but a few hours later as I was getting a snack together for the kids, I had another little feeling of "could this be it?" but I'd said that to myself so many times already that I didn't believe it. I figured I'd let some time go by, and do the usual to determine if it was labor. Drink water, eat something, take a shower, have sex ... that combo always managed to end the contractions thus far.

I snacked the kids and then it was naptime for them. We got all the kiddos down and I hopped in the shower. The contractions didn't stop. They hadn't really gotten stronger, and they weren't close together (in my mind), maybe 15 minutes apart. We laid down to cuddle and made an attempt at sex. We'd always just worked right through the contractions in the past and I was able to relax and have an orgasm anyway, and they'd stop somewhere along the way. This time they were so strong I really didn't think I'd be able to make it, but Lord knows that wouldn't stop us from trying.

Colin had his fingers on my g-spot through one contraction, and it was the most amazing feeling ... the strength of the peak of the contraction, the pulling and stretching sensation on my cervix, and the pleasure that he was giving me, all combined to give me a dulled orgasm that caught me off guard.

We would have gone further but Leo decided that was his time to begin stirring and wake up from his nap. At this point I think we both knew this really could be it, I could be in

the beginning of labor, and we promised to try and have sex later if possible ... and if we couldn't, it wasn't the end of the world. We'd had great sex a few days prior and if that had to hold us off for the next few months, so be it.

We already knew I was at six centimeters and had been for a week. I was under the impression that things would move rather quickly, that my water would all of a sudden break, and within a few hours I'd have a baby. To have contractions for an entire day wasn't really what I was expecting.

Up from naps, we made the kids lunch and after that the contractions began to get strong enough that I was slowing down through them and focusing a bit. I could still talk and walk (it actually felt good to walk during them). By 5:30 Colin was making dinner (lasagna) and I was milling about, keeping an eye on the kids.

I wanted to hang out with him in the kitchen, so I got on my exercise ball and rocked while I grated cheese and fed nibbles of it to Vik and Leo. We played the timing game from 6:00 to 7:00, and the contractions were about 8 minutes apart. At 7:00 the lasagna was done, and we all ate. Colin was great through dinner with the kids, shushing them every time he saw me starting to contract, so I could have quiet when I needed it.

I didn't have a huge appetite, and I was almost certain I was in labor, so I didn't want to gorge on food. After dinner Colin put 3 huge pots of water on to boil for filling the tub / reheating the bath water since I knew I would want a warm bath for a while to relax me. He put a fourth pot on to boil for the kitchen scissors, to sterilize them for cutting the cord. I was texting back and forth with Drew about the contractions and how I was feeling as I was discussing with Colin what our plan was for the kids.

We decided that we would have Drew take Leo overnight, and put the other three to bed soon after Leo left, and that we wouldn't need to call my mom to come watch anyone since they'd all be fine. At the pace I was going with the contractions, the baby would come overnight and the kids would all wake up to a new sibling in the morning. It couldn't have worked out better if we'd planned it. Drew came around 8:00 for Leo, who happily went with Dada for the night.

By then I felt best leaning over and breathing deeply through the contractions. With Leo gone, Colin got Cy, Charlie, and Vik up to bed while I went to the bathroom to pee. I noticed a little blob of bloody mucous on the tissue when I wiped, and when I stood up I looked in the toilet - there was a bit more in there, too. My dad called and I talked to him for a few minutes. I had to stop at one point to breathe through a contraction. I told him I

was in labor and he said good luck and to call him since he was at work that night once the baby came. I got off the phone and realized then that I was ready for a bath.

Colin came down from putting the kids to bed and we decided that I should turn on the water to start filling the tub, and he would add hot water from the stove as needed. I emptied the hot water tank and then climbed in the tub. It felt delightful. I was so calm and relaxed from the heat and the feeling of the water around me. The contractions were about 6-7 minutes apart but they were much more pleasurable because of how relaxed I was. I was able to just lean back, and moan through the peaks, and feel the stretching of my cervix as it opened up for the baby's head. I could feel the baby coming down slowly and it felt great to be widened up like that inside.

It was 8:45 when I got into the bathtub. Once the tub was full Colin got in, to see if that would be helpful for me, but we just didn't fit right. He brought in a towel for me to lean against and he alternated between sitting next to the tub so I could hold his hand, and pouring water on my chest, back, and belly. I was still pretty chatty at this point, talking about stupid little stuff.

Around 9:30 I felt the sensation of my water breaking and told Colin. At one point Drew texted to see how I was, and Colin replied how far apart the contractions were, and "no baby yet". I got out of the tub to pee and realized I was going to have a bowel movement ... so I asked Colin to leave me be for a few minutes. I was so ready to get back in the tub after moaning through those contractions out of the water!

We brought the old alarm clock into the bathroom to start timing (so we didn't have to look at the microwave clock) at 10:00 and they soon got to be 3 minutes apart. For a short period of time I was asking Colin for reassurance, saying "Can I do this?" and he shot back perfect answers, telling me I was strong, and beautiful, and handling everything so well. I suddenly didn't feel the need to moan anymore during the peaks, and got completely quiet, and just focused on the sensations inside of me. How open I felt, and how wide I could feel my cervix stretching with each contraction. I was feeling very capable, and excited, and ready to hold my baby in my arms.

At 10:50 I was out of the tub and the contractions were 2 minutes apart the last time we checked while we were in the bathroom. I sat on the toilet to see if I had to pee or poop, but I didn't have to do either. I looked to the left at the clock and it said 10:52. I had been in the tub for 2 hours. I peed and made my way to the bed, thinking I would lay on my side and relax for a while, but I never made it down.

It was almost pitch dark in the bedroom, with the only light being the nightlight on the baby monitor. I stayed on my hands and knees and rocked through the contractions. They were so strong, and it felt so good to ride on top of them and just experience my uterus doing what it had to do. I was vocalizing loudly.

Colin got me the heating pad for my back and held it in place as I rocked. He suggested that I use the pillows if I wanted to lean on, and I did pile up 3 of them to lean over. I was moaning through each contraction, and I didn't feel pushy at all. My moans slowly morphed into growls, and I realized then that I although I didn't really feel pushy, I sounded pushy, but I was still just going with my body and doing what felt best.

My growls all of a sudden became soft roaring noises, and the roars only got louder. Now, as I rocked back and forth, roaring wildly through my contractions, I asked Colin to get the heating pad off and just apply pressure with his hands to my lower back. I felt myself pushing and it felt great. These contractions were very strong, and I was amazed at how loud I was, and how I was acting. But it all felt perfect.

I was talking in between the contractions, to myself and God and the baby. "Come baby, come down, down and out ... come to Momma and Colin ... it feels so good ... Mommy is going to birth you tonight ... I'm going to bring you in the world, little baby ... I can do this, I know I can ... oh, yeah, yeah." As the contractions peaked I was roaring deeply and loudly, gripping the top of the bed or bracing my hands on the wall, pushing and feeling so strong, and so powerful, and on top of the world.

I was birthing my baby, with the man I love, we were doing it. Very soon I knew I would bring this baby into the world and give it a name. I reached my hand down to feel myself in between the contractions, and I could feel stringy mucous hanging out of me. I touched my clit to see what kind of sensations I had, and it felt awesome. I was off roaring into the next contraction then. I felt the fullness inside as the baby came down inside of me, and then I knew it was almost there, almost at the bottom of my vagina, the head so close and ready to come out. A few times I asked Colin if he could see anything, but it was too dark for him to discern anything at all.

I was ready to do this for hours if I had do. It was tiring but it was not impossible, and it was hard work and it was taking over my whole body but it felt so perfectly instinctual to let go and just be, just feel, and let my body and mind and soul focus on birthing. There were no distractions. There was no pain, just good, strong, intense stretching.

I felt the burning as the head began to come out of me, and I told Colin to get ready to

catch the baby. He put his hand to my vagina to hold it to the head. I paused once I had pushed out the head, to feel how full I was with my baby in my vagina, and how stretched out I was with the baby's head out of me. I knew I was just one good roaring push away from meeting this little one.

I went into the next contraction with all of my energy, and pushed with everything inside of me. I felt everything. I felt shoulders and hips and feet all slide down inside of me and pop out in one long push, with a rush of fluid behind it. Colin's hands were right there to catch the baby as it slid out of me. I heard my baby cry, and Colin announced "It's a boy!". I felt the cord inside of me, all the way up inside, and still attached to my sweet baby on the outside, as I flipped over to sit at the top of the bed while Colin moved up with the baby and laid him on my chest. I laughed with pure joy as I held my baby boy, my son, in my arms and heard him cry and felt him wriggle and breathe and be alive. He was a bit gurgly, so I asked Colin to suck the mucous out of him, which he did with his mouth. He put it right over the baby's nose and mouth and sucked and spit twice without hesitation. The baby was warm and wet and slippery and had a thick head of hair that I could see even in the dark. I felt his tiny little body and was so happy, so exuberant, that I had done it.

I had birthed my baby, we had birthed this baby, by ourselves, at home, and it was the most perfect experience. I couldn't have prayed for anything better. I had prayed for strength, and for peace, and I got it. God let me let go, and get out of my own head, so my body could take over and do what He designed it to do.

Within an hour the placenta was out and shortly thereafter Colin whipped a third of it up into a smoothie which I drank quickly. It was delicious. We took a few pictures, made a few phone calls, and after cleaning up the bed and taking a shower laid down for a few hours of sleep with our new little boy, Nikolaos. His exact time of birth was 11:43 pm. Born unassisted, into Colin's hands, and into our loving family.

Anonymous B (2018). The Full Moon Orgasmic Freebirth of Lumi Kelly.

It took 11 years since becoming a mother, 2 less-than-perfect previous births, so much healing, and 9 months of actively dismantling everything I've been told about birth, womanhood, and my body — but I finally found motherhood and birth as it should be. I had my empowering free birth and Lumi shared it with me.

Last spring I came down with a brutal fever unlike anything I've ever experienced before. I was having seizures from the fever being so high, which I sometimes do with a history of high fevers — but this was different. The only thing that would soothe me is a burning hot shower. I was sobbing and shaking and in so much pain.

Immediately before the fever struck, I was experiencing my first bleed after about 7-8 months of breastfeeding my son. After the fever subsided and I was sitting in a bath and sat up to start to drain it when I saw something at the bottom of the tub. A little tiny start of a baby had come from my body. I had no idea I was pregnant, I guess now probably about 9 weeks along. I knew what it was instinctually.

I was hurt but it passed quickly. I saved her little embryo in the freezer and planned to bury it. I know that this embryo wasn't my baby. My body wasn't ready yet, but my baby was still coming. Oddly enough I repeatedly calculated the baby would be an Aries, although this was inaccurate. Lumi was, however, born an Aries!

The very next month I became pregnant again with Lumi, she was ready, and this time so was I.

Previously, we had a midwife from hell (I still am working on writing about this and about my last birth). I thought I was making a good choice by going the homebirth route, but it ended up being just as painful, shameful, and abusive as a hospital birth. My midwife was manipulative and abusive and I didn't realize until after my birth, and the result was a tense, scared, and interrupted birth experience.

We were obviously scared to hire another person. After much deliberation, considering our options, even meeting with one midwife who was great, we decided just like everything else in our lives, the path most traveled was not for us. We needed to do this our way in order for it to feel safe.

So we embarked on our freebirth journey together. The birth of our son was traumatic and arguably placed a wedge between us that we needed to work through. We were

determined to have the magical, romantic birth we needed. This process should bring us closer, not drive us apart with fear.

At first I tried reaching out to some online birth resources, groups of midwives and doulas and other “natural birth” folks. I asked questions about how to safely freebirth and explored options for backup resources such as a doula, or maybe a midwife who would help out in case anything DID go wrong, what to do with my placenta or option for stitching if needed, and other questions to find information on how to go about this. I got met with a bunch of phony support filling my head with doubt about my body, telling me no midwife would just be “on call”, responding with medical propaganda that was not even pertinent to my questions. One person went on to tell me how “unfair” it would be to ask that a doula attended my freebirth because of the “tremendous liability”. Another started listing things that could go wrong during my freebirth. Ugh... so much for “birth advocacy” huh? It was apparent even in the home birth midwife realm, I was going to be continually told what my body cant do. No matter the intention of these folks wanting to facilitate empowered birth, it was abundantly clear that personal liability was always going to be a priority to most of them over my wishes.

I wasn't having it. I spent the next two weeks or so undoing the fear and doubt driven into my head from a single inquisitive post, and then moved on stronger. IT WAS NOT EASY! I found some unassisted and freebirth support groups on Facebook and pushed through with the assistance of women in these groups.

In all my research and with each question I had, I kept finding the same answer: “Trust your body”. This honestly was hard for me to hear at times. Finding trust in my body was a huge hurdle, and I can say I was able to make some progress through pregnancy, but I never found full trust until I gave birth. The doubt was always there, but I didn't let it get the best of me. It sometimes felt like blind faith.

I realized later that my body looked out for me all the way along even though my mind was scared. I was around 34/35 weeks when baby dropped into my pelvis and prodromal labor hit hard. I was uncertain of my due date, so assumed I must be further along than I originally thought. I prepared and started cancelling tours for work, and started to focus on my birth space. I did not feel ready yet – but I needed to be ready quickly. It felt like I could go into labor at any moment.

Well, each week went by with no baby. I went through various stages of coping and analyzing and predicting. For the beginning of each week I would have several nights of

intense contractions thinking “this must be it, we are almost there” and by the end of the week it would fizzle out and I’d feel like labor was a distant possibility.

About 7 weeks of this went on I became more secluded and bored and frustrated. My analytical mind kept fighting me, trying to fabricate some predictability. So much wasted effort! It got harder as the weeks went on and my mind started to approach the foggy “labor land” and for a couple of weeks it was like I was IN labor. I was in a dream-like state. I couldn’t do much of anything productive. Work wasn’t tolerable. Sex was difficult because baby was so low. I mostly watched movies, bathed, stretched, and tried to quiet my mind for what seemed like ages.

As an anxious workaholic, it was not easy. But this process was protecting me. I NEEDED that time so desperately. This magical passage into another level of womanhood was helping me reset. I was burnt out on work, I was still scared as hell of repeating my last birth, and I needed to finish healing before I could bring this baby to the world.

After tears of frustration and weeks of worrying, I finally caved. I gave up. I accepted that this baby may never come and that I will be fine. It sounds kind of silly but I truly did accept that! The timing and waiting and charting was all pointless. I may have been almost 42 weeks pregnant like I thought, or I could even have been 39. I realized my biggest contender – time – was no longer existent. I need to just let this baby come. She was healthy, I was healthy, nothing was going wrong – I needed to accept that. I finally did and things became so much clearer.

It happened after months of trying to grasp the idea of surrender, and I finally realized there was nothing to grasp. I just needed to surrender, truly. Not just say the words or practice. Just let go and do it.

The next full moon, I woke up early in the morning to see a client after 7 weeks of not seeing any at all. He is a long-time regular whom I’d seen now through two pregnancies and probably the only person alive that I would have been willing to touch in a sensual way other than my partner at that point. My family went out for breakfast so I could see him at home and not make the trip to my incall.

During our time together, I had intense contractions, but they were sporadic and short. They felt much more intense and deep than they had in the weeks before. I could feel them in my sacrum now which was a new development.

Seeing my client was a decision made after careful deliberation with Zachary. I did not really want to see anyone for weeks, because I needed to focus. Being an empath, other people's energy could really affect me as I tried to center myself for labor. We decided that both the money, and "break" from focusing on birth would be very welcomed. It proved to be a great decision. I believe the distraction was helpful to get me going. My client was totally understanding that we could not have a rigorous session, and we mostly talked and cuddled. He was a person who was truly honored to be in my presence during this unique time, and that was great energy for me to receive. When a wave would hit, I was surprised to see he instinctively knew to press his hand on my sacrum and just hold me gently until it was over. Eventually, our time was up, we said our goodbyes, and he wished me luck. I still wasn't sure I was in labor just yet but I knew it was about time.

I welcomed my family home and told them the baby would be coming that day. I bathed and considered whether or not Zachary should cancel his photo shoot for that day. He had brought back breakfast for me, a Greek omelette, and I devoured it while sitting in the tub and it tasted SO good.

My contractions continued and I quickly discovered that rubbing my vagina and stimulating my clit was very soothing. Zachary sat by the tub speaking to me about my beauty and our baby coming, and gently massaged my vulva with his warm touch through a contraction or two before resuming getting ready for his shoot.

Finally right when it was time for him to leave, I had a big contraction. I felt the urge to call out for "daddy" like a little girl. Labor was making my vulnerable, and I needed him with me.

When he came to me I buried my face into his furry belly to soothe myself through another short but intense contraction while he softly stroked my back. We were both getting excited knowing our baby would soon arrive and then began preparing and giving each other celebratory hugs and kisses.

I did need him there. So desperately. That sense of vulnerability reminded me to checked in with myself and remembered that he is here, and I am safe, but I also had a profound recognition that I was the true traveler on this journey. I had to remind myself that he has nothing to save me from. I was going to bring our baby here, and my body would be loved and safe in his care while I did, but I needed to trust and stay with myself too.

It was around noon when I officially decided I was in labor. I began to question whether or not I was really ready. I hadn't slept the full 9 hours or so I normally did during pregnancy, and was a little anxious about becoming too fatigued. It was important to me to feel present and coherent this time so I could remember, and most importantly – not feel traumatized. We applied some homeopathic remedies for pain relief and exhaustion.

The energy was high, although steady and calm. I had a lot of things I wanted and needed and I vocalized them readily – I real conscious and deliberate task on my part. We laid the floor with yoga mats and blankets, got towels and warm washcloths prepared in a crock pot, and hung a sheet over the window to block the light as I became sensitive to it.

We referenced the checklist I'd prepared for things to do when I went into labor and accomplished some of them but I had my own flow beginning to take over. I had a lot of ideas ready, which did help, but we found ourselves truly in the moment as my contractions increased in length and frequency.

I started to feel a bit too distracted and interrupted by my older children. I could sense some agitation in myself, so we sent them to the back bedroom with some snacks and a computer to watch movies on. My oldest was a great help with her baby brother. They came out to get stuff a couple times, but were so respectful and quiet for us.

I really wanted to sit and be loving and affectionate with Zachary, but my body wanted to move around a lot. I obliged and started to surrender – fully accepting that labor was happening right now. I reminded myself frequently that all is happening as it should, I was in labor because now the time was right.

By the time everyone was situated and most of the pieces were in place, I was very much in labor. I was leaking a lot of bloody mucous and the contractions were strong enough that they began to take me down a little. I had back labor so I would walk around quite a bit, but have to squat a bit or sit to bear through them and relieve my back.

Zachary began rubbing my body through them. I quickly decided I hated that, it felt too stimulating. I just wanted to be held with still hands and he happily followed instruction. He held my head, we kissed when we could, he would kiss all over my neck and any skin he could reach while holding me close through each contraction. He'd quietly remind me that everything was going perfectly, and nothing bad was happening to my

body, and I was going to birth our baby soon. These words were perfect for me, and we had discussed them previously as I was coping with the frustrations and pains of late pregnancy. Because of the sexual trauma I've experienced, it was very important to me to be in touch with my body and acknowledging that nothing BAD was happening TO me. I was, instead, accomplishing something great.

I practiced and verbalized a lot of mindfulness. I forced myself to speak readily about what I wanted and needed. I let go of my anxiety of being a burden or overwhelming Zachary. I spoke out loud about needing to surrender. When I found myself resisting, I vocalized it, which helped me comfortably let go. Zachary was amazing about switching directions along with my changing desires. Together, we welcomed my natural anxiety and indecisiveness. We didn't let it scare us or disrupt us.

We experimented with some sexual touching, but the sensations were intense enough that I needed to take things into my own hands – so to speak. I found my vibrator and started using that to stimulate my clitoris during contractions. As the pain grew the increased sensations of vibrator over fingers was much welcomed. Zachary resumed simply embracing me as I took control and began getting in touch with my vagina. He would coach me gently, reminding me to let go.

It helped tremendously. I would respond by rhythmically repeating “Okay... Okay... okay...” as I swayed and moved my hips, often thrusting them forward to press into my vibrator and ease the intensity. Sometimes the “Okays” would get louder, but it helped my from crying out in pain. I couldn't say much anymore, but I could say “okay” reminding myself it was ok, I needed to surrender and that was okay.

This was the first birth that I touched my vagina at all, and it made all the difference. I felt around and softly touched myself in between waves to feel what was happening. I wish I'd known before how comforting this was. It helped me stay present, to know that my body was working for me and my baby, and I was safe here with my partner.

The sensations of using the vibrator weren't exactly what you think of as pleasurable or sexual, but I found proof that my clitoral nerves were meant to help me birth. As soon as I would feel the slow squeezing of my uterus revving up for another contraction, I would grab the vibrator and apply it to my clit, and somehow my whole body would follow my womb and just let go of the urge to fight. The pressure on my vagina and pain from my cervix stretching would immediately release and I'd feel my muscles follow along and just relax and submit to the power of my womb squeezing my baby down.

I felt like I understood my body so well in this moment. I'd learned that in order to give birth, you really have to let go of the analytical human mind. I was afraid I couldn't. But I did, because no one disrupted me. Zachary was the only one there, and he knew to just follow my instincts and my body as well. He never once told me what to do, and I don't think he even asked much. He was a humble servant of this process and my body. He knew what to do when it was needed. It was amazing! The trust he felt in my body was so affirming. We were so connected on a primal level.

The energy never really died down. I was up and down and back and forth across the house, carrying my vibrator all along the way. I alternated between the toilet, the corner of my bed, a floor cushion I had on the ground, and a "shower chair" that had a cutout on the seat for access.

The shower seat became my favorite. It was the cheapest thing I could find that resembled a birthing chair. I would sit on it backward with a pillow wedged toward the back to cushion my thighs and support my vibrator. The cutout made me feel comfortable and open. But as soon as a contraction was fading away, I would be on the move again. I almost had no control of it! My body would just get up and need to move.

I knew when I was about to transition, because like my last birth, I vomited with the pain and adrenaline rush. I found myself on the floor, leaning over to puke in a bucket, while I was using my vibrator to soothe a contraction, and throwing a chux pad behind me because I was peeing and possibly going to poop, while Zachary caressed me as romantically as he could through this hilarious scenario. As soon as I stopped puking so violently I started laughing loudly and Zachary joined in. It was the most fucked up and funny combination.

I had a slight bout of anxiety wondering how much longer and intense the pain would be. My only doubt in myself at this point was that I had been managing SO well, that we must still have a long way to go. Luckily I was wrong!

I kept pushing forward, and worked through the pain. Zachary kept soothing and comforting me but the most help was my own body. The waves reminded me to surrender, let go of my thoughts. I was in it, for real, and I could do it!

After that bit of clarity and excitement, I went deeper into the process and my labor high. It was like a mushroom trip! I felt kind of queasy in the beginning and that was messing with my head a bit. I did not want to feel sick to my stomach, nor did I want to be pooping at all! I was getting flashes of sweatiness and euphoria or perhaps dissociati-

on. But then it hit hard! Just like when I've done mushrooms, the sweaty queasy phase went away with a puke and some pooping and finally surrendering to this crazy trip my body was on! It was amazing.

I finally had to totally give in, and from there it didn't take long.

I continued walking around and swaying my body. I got into the bathtub briefly again, but I really needed to hunch over during contractions, which the small tub did not allow. I got out and Zachary dried me off and Then I felt a huge squeeze.

At this point I can't even call them painful or "contractions"... it was just becoming a whole-body experience. It was intense, but with this one my whole body was syncing on its own. I somehow knew to sit, and give my vagina space. I sat on the edge of the tub with my butt hanging over the edge above the water and I let out a long groan and we could hear my water splash into the tub.

I was still speaking and narrating my experience some, but far less now. Zachary asked if that was my water and I said yes and indicated that I wanted to be back in the bedroom. We walked slowly back, and the pressure was intense. In hindsight I knew exactly what I was feeling although I couldn't have identified it like you normally do through logical thought. It was pure instinct! Even the times my thinking mind popped in wondering how much more intense it may be, it quickly faded as my instincts forced my body to do what it needed to. It's so hard to explain but you just KNOW, you don't think it at all. You're just doing it.

No more than 10-15 minutes passed and I may have had another contraction or two but don't recall. I do remember feeling a big one coming and maybe even verbalizing that. I sat on my chair, quickly grabbed my vibrator and I don't even know if I got to use it before standing back up over the chair and reaching down to feel my baby's head crowning while saying "she's coming".

Zachary was surprised and maybe said something like "are you sure?" but no more words were spoken as I felt her head slowly come out of me. Logic did kick in for a moment as I wanted to protect myself from tears. I tried with all of my might to slow her down but her head just popped right out! I didn't push at all, she just came. The pressure was intense but relieving. I don't recall pain at all. I felt myself tear anyway, but it didn't hurt.

It turns out it is a theme for me to become 100% silent during the last phase of labor, which also has had a record of being quick! I don't moan, or scream, or say anything. Not even a little grunt! Which is funny because I'm definitely a moaner through labor. I relaxed and breathed and felt her wet little head with my hands, caressing around the back of her head before feeling another contraction come quickly. I gripped the back of the chair while listening to Zachary tell me how beautiful she is. Her body started to slowly come out and I felt myself give into the urge to push while standing up straighter and let out a satisfied moan as her shoulders popped out and her body slid out right after completely seamlessly.

Zachary said something along the lines of "she's here, our little girl is here" and I stepped over the cord and he placed her in my arms. I kept moaning in relief and enjoying the euphoric energy shooting through my body that can only be described as orgasmic! I didn't feel necessarily sexual and know now that orgasmic does not necessarily relate to sex itself.

My older children came running down the hall and entered as soon as they heard the baby. I continued to let out orgasmic cries from the sensations of releasing my baby from my body. It was such a beautiful release.

We all smiled and cried and laughed in excitement while finally meeting Lumi while I stood holding her, directing my oldest to take pictures. We frantically set the bed up for us to get in and cuddle, my legs were getting weak at that point.

As I made my way into the bed, holding my tiny little baby with both hands, I paused because I felt my placenta coming. It plopped right out of me onto the bed without even trying. My oldest said "WOAH!" haha

After laying down, Zachary gave me some herbs to stop bleeding and for the pains. I also learned that placenta helps stop bleeding, so we cut off a small chunk and I placed it in my cheek. It was remarkably flavorless and much less gross than it seems! It also did seem to be quite effective.

I was so alert and stayed up for quite awhile with the baby, admiring her and of course eating a lot of food. There's no hunger quite like it!

After about 3 hours or so we cut the cord and weighed her at 8lbs even. Zachary made me a placenta smoothie with frozen berries and almond milk, and it was fantastic! It did not taste like placenta, just a regular smoothie, but it was a beautiful bright vermillion color.

Immediately after my first home birth, which was attended by a midwife just a year and a half prior, I thought to myself “I don’t think I can do this again”. That was such a sad thought for me to have, because I knew I wanted many more children.

My freebirth was the most amazing, healing, and pure moment in my entire life. After so much trauma and a lifetime of confusion about my body, I really finally felt like my body was trustworthy, whole, and mine. Immediately after birth, and still almost two months later, I can not wait to do it again!