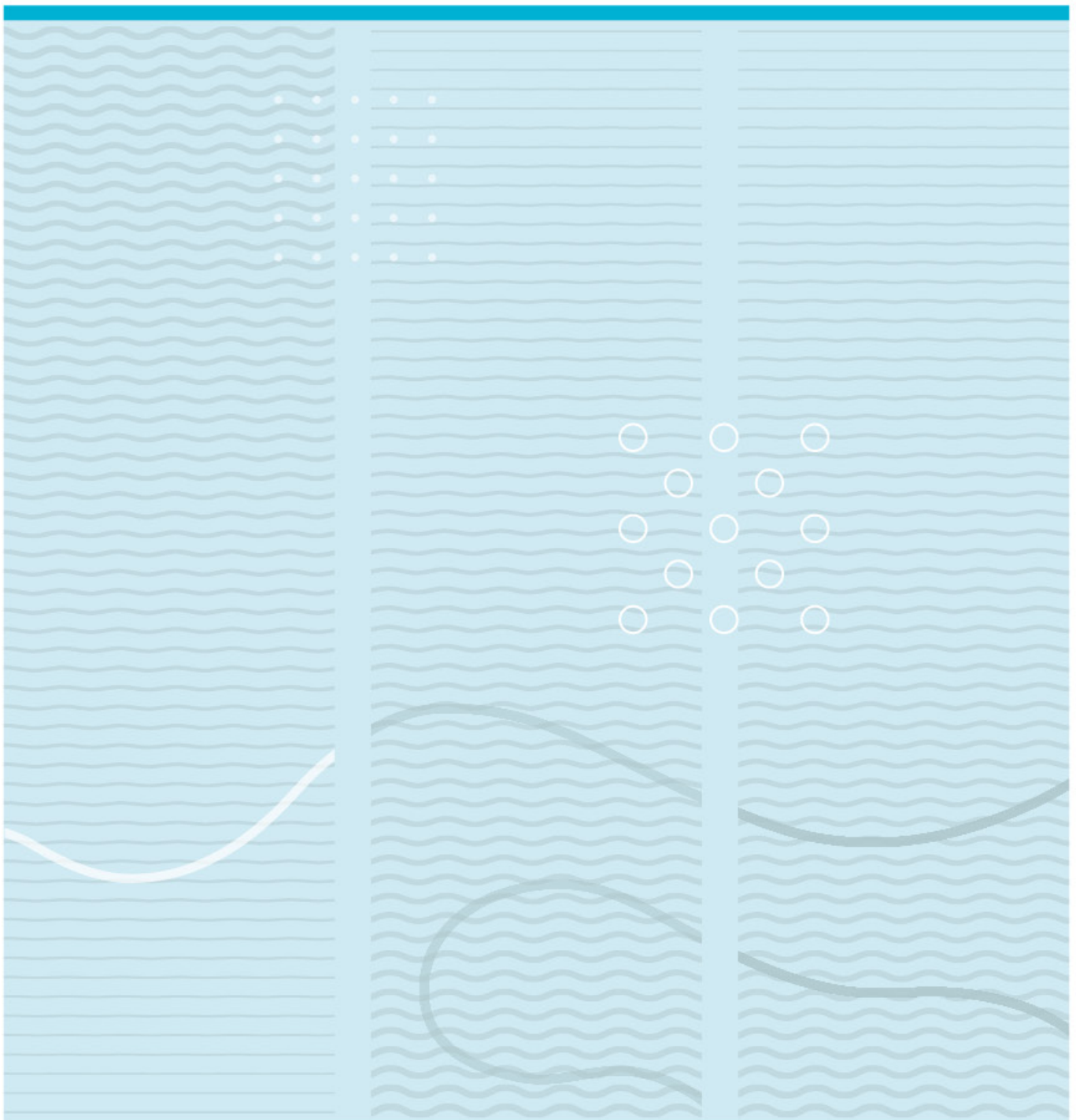


Katrin Erna Thorbjörnsdottir (6610) og Ida Emilie Karlsen (6611)

**«Snakk med meg, ikke over meg»**

**Adipøse kvinners opplevelser i fødsel og i møtet  
med fødselshjelpen – en kvalitativ studie**



Universitetet i Sørøst-Norge  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap  
Postboks 235  
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2020 Katrin Erna Thorbjörnsdottir og Ida Emilie Karlsen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

## Forord

I løpet av vårt studium og arbeidet med denne oppgaven har vi lært og erfart mye. Vi har møtt flere sterke kvinner som har hatt tro på den fantastiske fødekraften som de har, samtidig som vi har møtt noen kvinner som har blitt begrenset eller hindret i å tro på sin evne til å føde. Vi vil takke hver og en eneste av våre informanter som tok seg tid til å snakke med oss og dele sine erfaringer og opplevelser. Dere har gitt oss en viktig innsikt i hvor viktig alle kvinners valgfrihet og bestemmelsesrett over sin kropp er, ikke minst for kvinner med risikofaktorer som høy BMI. Dette tar vi med oss videre i vårt yrke som jordmødre.

Det å ha tålmodige veiledere som motiverer, inspirerer og gir konstruktive tilbakemeldinger har vært viktig i prosessen, som har tatt sted delvis i en utfordrende tid for alle. Tusen takker til Idun Røseth og Bente Dahl.

Støtten på hjemmebanen har vært uvurderlig, takk Morten og Bjørn-Inge som har hjulpet og oppmuntret, ikke bare i de siste månedene men underveis i hele studieforløpet. Stor takk også til Emily som hjalp med det engelske språket.

Hønefoss og Stathelle, april 2020

Katrín Erna Þorbjörnsdóttir og Ida Emilie Karlsen

# Innhold

## Del 1 - Artikkel

<b>“Talk to me, not at me” Obese women’s experiences of birth and the encounter with birth attendants – a qualitative study.....</b>	<b>2</b>
Abstract .....	3
Introduction .....	4
Methods .....	5
Participants .....	5
Data collection and analysis.....	5
Ethics .....	6
Results .....	6
Discussion.....	14
Strengths and limitations.....	17
Conclusion .....	17
Implications for practice .....	18
Conflict of interest .....	18
Funding.....	18
Acknowledgements.....	18
References.....	18

## Del 2 - Fordypning

<b>1</b>	<b>Introduksjon til fordypningsdel .....</b>	<b>24</b>
1.1	Sammendrag av artikkelmanuskript.....	24
1.2	Introduksjon til fordypning.....	24
<b>2</b>	<b>Metode og metodediskusjon .....</b>	<b>25</b>
2.1	Vitenskapsteoretisk ståsted.....	25
2.2	Litteratursøk.....	25
2.3	Utvalg og rekruttering .....	26
2.4	Datainnsamling .....	26
2.5	Analyse .....	27
2.6	Refleksivitet.....	28
2.7	Intern validitet .....	28

2.8	Ekstern validitet .....	29
2.9	Etiske aspekter .....	30
2.10	Valg av tidsskrift.....	30
<b>3</b>	<b>Teoretisk grunnlag for resultatdiskusjon.....</b>	<b>32</b>
3.1	Woman-centred care.....	32
3.2	Anerkjennelsesteori.....	33
<b>4</b>	<b>Resultatdiskusjon .....</b>	<b>35</b>
<b>5</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>38</b>
5.1	Relevans for jordmorfaget.....	38
	<b>Referanser .....</b>	<b>39</b>

Antall ord: Artikkel: 5735 + Fordypning: 5045

## Vedlegg

Vedlegg 1: NSD vurdering.....	I
Vedlegg 2: REK vurdering.....	IV
Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	VI
Vedlegg 4: Intervjuguide.....	X

**Del 1**  
**Artikkel**

## **“Talk to me, not at me”**

### **Obese women’s experiences of birth and the encounter with birth attendants – a qualitative study**

#### **Authors**

Katrin Erna Thorbjörnsdottir, RN, midwifery student <sup>a</sup>

Email of corresponding author: [katrinthorb@gmail.com](mailto:katrinthorb@gmail.com)

Ida Emilie Karlsen, RN, midwifery student <sup>b</sup>

Email: [idaemilie.karlsen@gmail.com](mailto:idaemilie.karlsen@gmail.com)

<sup>a,b</sup> Center for Women’s, Family and Child Health, Faculty of Health Sciences, University of South-Eastern Norway. PO Box 235, N-3603 Kongsberg, Norway.

#### **Master thesis supervisors**

Idun Røseth, PhD, Cand. Psych, Adjunct Associate Professor USN

Email: [idun.roseth@usn.no](mailto:idun.roseth@usn.no)

Center for Women, Family and Child Health, Faculty of Health Sciences, University of South-Eastern Norway. PO Box 235, N-3603 Kongsberg, Norway.

Bente Dahl, PhD, Cand. Mag, RN, RNM, Associate Professor USN

Email: [bente.dahl@usn.no](mailto:bente.dahl@usn.no)

Center for Women, Family and Child Health, Faculty of Health Sciences, University of South-Eastern Norway. PO Box 235, N-3603 Kongsberg, Norway.

**Number of words:** 5735

## **Abstract**

Purpose: To explore the birth experiences of obese women in regard to their encounter with birth attendants.

Methods: Individual interviews with 10 women were conducted in February 2020. Data were analysed using a qualitative descriptive phenomenological method.

Results: Four interrelated main constituents were brought forward: *'The preconception and prejudice of being unhealthy and less able'*, *'Being unique among all the other unique women'*, *"Talk to me, not at me"*, *the importance of information and communication'* and lastly *'Feeling secure enough to be in the 'birthing bubble''*.

Conclusions: The meaning of being obese in childbirth and encountering birth attendants is to experience challenges as well as opportunities. Experiences of preconception, alienation, risk-focus and loss of autonomy in encounters with birth attendants were found to impact the birthing process negatively. Affirmative and inclusive encounters were wished for and could improve women's experiences of birth.

**Keywords:** Experience, obese, childbirth, birth-attendants, midwives, phenomenology



## Introduction

Overweight and obesity are a continuing challenge in today's society and healthcare. According to the World Health Organization (WHO), the incidence of obesity has almost tripled in the last 45 years and in 2016 40% of all adult women were overweight (Body mass index (BMI) > 25) and 15% obese (BMI > 30) [1]. A study performed in 2013 indicates that approximately 1 in 5 women of childbearing age in Norway are obese [2].

There is an increased risk of multiple complications in pregnancy and childbirth for obese women and their child, such as preeclampsia, foetal malformations, intrauterine foetal death, prolonged birth, macrosomia, shoulder dystocia, c-section, maternal infection and postpartum bleeding [3]. Consequently, obese women face restrictions and interventions when it comes to birth and relevant protocols are in place in most hospitals. Interventions this group of women might encounter are an early initiation of epidural analgesia, a recommendation of induction of labour and continuous foetal monitoring, to name a few [4].

Research indicates that overweight and obese women generally struggle to fit in when it comes to receiving healthcare and more focus is needed on adapting resources, facilities and communication [5,6]. Pregnant obese women have shared experiences of humiliation, stigmatisation, discomfort and increase in stress as a result of discussing their weight with a healthcare professional [7]. Furthermore, this group of women may experience confusion and misunderstanding especially with lacking individual information and when interventions become increasingly medicalised [8].

Healthcare professionals may also face challenges in relation to overweight and obese women. This is portrayed in uncertain communication, prejudice, stigmatization and avoidance in care. The care given is also restricted by medicalized interventions and unaccommodating equipment [9,10]. Some mention how they pursue normalcy in a high risk considered process, but often without success [11].

Women are particularly vulnerable when pregnant and obese as their bigger size becomes even more visible. This can elicit negative feelings for some women when they experience constant awareness of the body due to frequent follow-ups and extensive observation by healthcare personnel [12].

Overweight and obese women's experiences of contact with healthcare personnel during pregnancy is well reported, but less is known about their encounter when in labour and birth [7,12,13]. Therefore, we wish to explore the experiences of obese women in regard

to their encounter with birth attendants and the experience of childbirth. Our research question is: *What are obese women's experiences of childbirth and of the encounter with birth attendants?*

## **Methods**

We chose to conduct a qualitative study with a phenomenological approach as we wanted to focus on lived experiences. Phenomenology aims to describe the experiences of individuals and their perceptions and understanding of the world they inhabit [14]. Giorgi's descriptive phenomenological approach was used for analysis of data [15]. Being obese in childbirth and the encounter with birth attendants is the phenomenon being studied.

### ***Participants***

A convenience sample was recruited via Facebook. Each of the authors published a shareable post describing inclusion criteria, contact information and encouraged others to share said post further. Women included needed to have had a BMI above 30 at the beginning of a pregnancy in the last five years and birthed at any hospital in the South-east of Norway in that time. They were required to speak Norwegian sufficiently and be over 18 years of age. 23 women contacted us and either wished to participate or get further information. Ten of these did not meet one or more inclusion criteria and three did not contact again after having received further information. Ten women who met the inclusion criteria wanted to participate, and were thus included. The women included were aged between 22-41, they had a BMI of 32-48 and had no other comorbidities. Two of the women were primiparous and eight multiparous. Two of the women got to near full dilatation and ended up needing a c-section. The multiparous women gave accounts of all their births. The births took place in variably sized hospitals in South-east Norway. Nine out of ten women had a university level education.

### ***Data collection and analysis***

Data was collected by semi-structured face-to-face interviews with the help of an interview-guide. The interview began with an open-ended [15] question: "would you tell us about your birth and the experience with encountering birth attendants?" followed by additional

questions when appropriate, to explore the informants' experience deeper. The location of the interview was determined by the informants. Seven chose to invite us to their homes, three we met at a café. Both of us were present for all of the interviews but one. Interviews were conducted in February 2020 and lasted from 23-70 minutes. The interviews were audio recorded and transcribed verbatim by us.

Giorgi's descriptive phenomenological method was used for the analyzation of the interviews, to grasp the essential meaning of what the informants conveyed [15]. The authors attempted bracketing, that is to set aside own preconceptions and knowledge about the topic to describe the 'things them selves' as if experienced for the first time so not to influence the analysis [14]. The interviews were read by each of the authors to get a sense of the whole. Thereafter each interview was sectioned into meaning units for then to be further transformed to bring meaning from the specific to the general. By doing this we aimed to extract that which is implicitly conveyed and the higher abstract meaning from the descriptive structures [16]. The data was combed through and discussed by both authors. To further discover and elucidate the meaning of the women's experiences, imaginative variation was applied to view the phenomenon from other perspectives to hone in on the actual essence of the experience. The key constituents constructed with the transformed meaning units were finally formed into a general synthesis [14,15].

### *Ethics*

Approval from the Norwegian Centre for Research Data was obtained (ref.nr: 348281). The Norwegian Regional Committee for Medical and Health Research Ethics assessed the study and concluded that it fell outside the scope of their practice (ref.nr: 94714). The study was carried out in accordance with the declaration of Helsinki [17]. Informants received oral and written information and gave written informed consent for participation. They were ensured anonymity, confidentiality and deletion of data as well as informed of their right to withdraw from the study at any time without consequence [18].

### **Results**

The informants shared their lived life experiences of birth and the encounter with birth attendants. The essence identified in these experiences were as follows:

The informants experience undergoing multiple assessments and screenings on the grounds of presumed risk despite continuous normal results. The focus on risk evoked feelings of anxiety, for some, and with the perceived bias it brought forward feelings of shame. This is experienced as being subject to prejudice and discrimination, and as if failure is expected because of their weight.

Acknowledgement and recognition of the person they were was craved, but some of the informants experienced being viewed as an object constrained to an invariable norm they were meant to fit, but did not. These constraints brought forward the stereotyping of obese women being alike. Despite wanting to be considered normal they did not want to lose individuality.

The informants experienced a lack of individualised care, a lack of information and a lack of autonomy which felt unjust. For all informants it was vital to feel included in decision-making during the childbirth process and to be heard as well as seen. Coercion, for some informants, was experienced as an unavoidable and violating part of “the obese package” offered by some of the birth attendants, be it doctors or midwives.

Many of the informants describe the strenuous and complicated relationship they experience having had with their bodies throughout their lives, how that shapes and influences their view of themselves, and how they experience others viewing them in return. Experiencing a sense of security and support in the birthing room and faith in their ability to birth was crucial for the informants.

We have divided the interrelated components, for sake of analysis, and found the essence to be: *‘The preconception and prejudice of being unhealthy and less able’, ‘Being unique among all the other unique women’, ‘Talk to me, not at me’, the importance of information and communication’ and lastly ‘Feeling secure enough to be in the ‘birthing bubble’.*

### ***The preconception and prejudice of being unhealthy and less able.***

Many of the informants experienced preconception and prejudice from healthcare personnel in regard to their body composition and how they were perceived to live their life. One informant felt the general expectation of some healthcare personnel to be that obese people already had one foot in the grave. Many informants name several accounts of experiencing

multiple medical tests being performed mostly on the grounds that healthcare personnel, mainly doctors, could not believe the results to be within a normal range.

*You get tested so many times that ... and everything was always really good ... blood pressure ... blood sugar ... everything was always really great, so you know, it was a little rude. (i10)*

Several informants had experiences of repeatedly being instructed on nutrition and activity. This was not deemed appropriate by some who experienced themselves informed about the subject and felt they lived a healthy lifestyle and thus felt shamed. Some of the informants tell about trying to prevent the prejudice by being open about their situation, talk about it and ask for proper care as they were already pregnant. Despite their tries they still experienced disrespect and ambivalence. As one informant put it:

*it was fake in a way [the way she was greeted], they tried to be nice, but they measure you up and down with their eyes and they just, they just see that you won't be able to do this. (i2)*

Focus on risk made many informants experience unhelpful concern. Several informants were well informed before they met up with any healthcare personnel. They had researched weight-specific information on pregnancy and birth and knew the risks involved. Some of the informants described much of the information they found as discouraging whether it was information from national guidelines, scientific journals or media. The information found supported the notion some would later experience hearing from healthcare personnel, that they would not be able to carry out a successful pregnancy and birth a child on their own merits.

The women explained that they acknowledged the need for being informed of obesity related risks in pregnancy and birth. However, they also experienced a need to hear the positives, get encouragement and support along with facts communicated in a good and supportive manner. A few informants experienced injustice in not being allowed to birth as they pleased because of hospital protocols. One particular informant (i10) who had hoped for an in hospital waterbirth was told she would not be allowed to, as it would be too risky. She found the information and evidence given lacking and decided to thoroughly research the topic. She then complained, and was eventually allowed to be in, and birth in water if circumstance allowed. Other informants however experienced a need to comply and accept what they were told by healthcare personnel and birth attendants and did not oppose them.

Several examples are mentioned of how the informants experienced that birth attendants expected restricted mobility capabilities. One informant (i4) experienced not being allowed to leave the hospital bed postpartum, although this was what she expressed she wanted. The reason given, was that the birth attendants were not prepared to get her up from the floor if she would fall, which they feared she might.

Experiencing attitudes of preconception, in regard to fitness, health and capabilities bring forth feelings of abnormality and being less able to give birth and for some this evokes shame in relation to the body. One informant (i6) experienced her weight as very private. She described one instance where healthcare personnel discussed her weight in front of her partner as if this was a subject she freely spoke about with her partner, which it was not. This felt hurtful and she felt shamed and humiliated. Attitudes of preconception and constant scrutiny experienced in this vulnerable period in life, that pregnancy and childbirth can be, brought forward feelings that previously lay dormant.

Informant 3 tells about what brought forward shame in her, which was the constant focus on nutrition and activity. She felt judged and that healthcare personnel looked at her in a way that told her that she was different, abnormal and could never meet the criteria of being “normal”. She knew that their advice and information about nutrition and activity was well intended and might not reflect the actual opinions of her carer, but it still pinpointed how she was different from others, in her mind.

*The primary care doctor, he was very preoccupied with... if you train just a little... yeah... movement... I appreciated it a lot, he's doing his best and does what he can and such... but at the same time, it's... it's that, which brings the shame forward... Which makes it so that one is ashamed of oneself... and that you feel yourself completely useless, in a way... and... One who is never going to ... achieve the criteria of being normal in terms of the A4 personality... (i3)*

Despite all this it is evident there were a few who have singularly positive experiences in their encounter with healthcare personnel and birth attendants and experienced that obesity was not a main discussion topic. They experienced constructive information and support and the recurrent prenatal assessments were seen as reassuring and exciting.

*You need to, in a way, be able to see the whole picture and be able to talk about it in a nice non-judgemental way, in a way... For me it's about keeping focus on what factors actually matter, eh, like, in a way, to be able to refer to specific studies and not just that what is preconceived, that just because you are fat that all those factors will play a role, that one, in a way, must look at the*

*whole picture, so if one is otherwise healthy, being fat might not necessarily be such a scary factor then, eh... (i10).*

### ***Being unique among all the other unique women***

*I, like, felt she really... she really cared about us. It wasn't just like, here we have yet another couple about to birth. That, like, means something, that every birth is, in a way, special... (i5).*

Being met as an individual, to feel seen as a subject and a unique individual, rather than an object in the form of an obese body that was identified as identical to all the other obese bodies, was experienced as very valuable and absolutely crucial for most informants. Some informants felt treated as an object that was served standardised information thought to fit every pregnant person with a higher BMI. They did not experience being individually assessed or asked about their need for information or about any former knowledge. They experienced being a statistic, just numbers on a screen, not a unique individual. The experience of not being seen was hurtful. This feeling of being overlooked as a unique person was further described in a few informant's experiences of being discredited when machines were rather consulted than they themselves.

Several informants talked of and emphasized how feeling normal, to not stand out or feeling different is important.

*... when it is constantly indicated that you are overweight, you feel like something that is on the side of normal... Everyone wants to be normal... And you, not the least, when you are fat. You absolutely don't want to... It's so... It's so very tiring, to be... Well, because I know damn well that I am fat, like... (i6).*

Other informants talk about positive encounters with healthcare personnel and birth attendants. Encounters they describe as being met as just another birthing woman where their BMI was not a topic of discussion and they felt seen, heard and respected as a human being. They tell how birth attendants raised their spirits with encouragement and their presence. These informants felt special, not one of the many. One informant described the feeling as: *"...that one is a unique woman even among all the other unique women..." (i3).* To feel recognised and approved for who you are, that you are good as you are, that you are fantastic and are doing incredibly makes the encounter a positive experience.

The struggle with asserting autonomy and getting individualised care is reflected in some of the informant's restrictions in choice of birthplace. One of the informants experienced being refused, despite her pleas, to birth at her local hospital because of her high BMI. The idea of birthing at a local hospital felt secure and familiar the refusal brought on feelings of dismissal, abnormality, confusion and anxiety. Some informants, in aforementioned case and then others, experienced immense support from their primary midwives that tried to fight decisions made higher up in the institutional chain and complained on the informant's behalf and documented incidents of lack of individualised care. Informant 9 experienced this support and although it did not result in a change for her, she appreciated the support given and felt it to be meaningful.

Some describe a struggle of feeling discriminated against, getting little support when voicing their choices, and having their freedom to choose stripped because they are not seen as normal birthing women. It has been described as a constant struggle to fit in and fight for oneself.

*And then it [an epidural] needs to stay in, just in case. But it is just because I've got a high BMI. They would never have done this to a thin human being. A normal human being. Now I feel it was a bit wrong. I am, surely, as able to birth as the normal human beings. (i2)*

### ***“Talk to me, not at me”, the importance of information and communication.***

Several informants, as mentioned before, talk about how they had prepared for the birth, and possessed a great deal of knowledge and expected to receive concrete and accurate information from their healthcare provider. Some of these informants realised quite the opposite, they experienced a lack of information as to why particular interventions were needed. Some mentioned being told that certain interventions were necessary because of their BMI, it was a hospital protocol they simply must adhere to and they did not have a choice.

*One misses, maybe, some of that information... the explanation and... one becomes a litter uncertain if people know why themselves... if they only do things according to the procedure. (i8)*

How information is communicated was important for the informants, information must be provided in a way that makes the birthing woman and partner feel accommodated and



delivered in an understandable way. The informants talked about how positive it feels when health care personnel and birth attendants showed a genuine interest in who they were as a person and what matters to them. That they personally could have an impact on what happens and that those involved collaborated towards a mutual goal. It was a positive experience being told to listen to their own intuition and body as well as hearing that this is their body, their birth and that they are in control.

The importance of mutual decision-making shines through in many of the informant's stories, some more than others. What they have in common is the expression of wanting to feel included and involved in their own care and treatment and to possess some control of their own birth. One of the informants said the following about what she wished for in regard to communication, information and respect: *"Talk to me, not at me."* (i4).

A few of the women experienced having an easy connection with their birth attendant, where their wishes were respected and wants accommodated where and when possible. Humour mixed with tranquillity and effective communication along with mutual decision-making made the informants feel safe, at ease and in control. A few experienced birthing with a familiar birth attendant, and those informants described the greatest satisfaction out of all the informants. Further the communication and interaction between healthcare personnel present was said to have an effect. A good tone and evident cooperation influenced the birth room's atmosphere positively.

An early intervention with epidural analgesia is brought forward by multiple informants as a negative experience, although some informants experienced this as a fantastic relief. The informants who had negative experiences with this intervention described it as violating, many of them really did not want to have an epidural inserted and it felt meaningless. The reasoning for the intervention was often somewhat poorly explained some were told it was precautionary in anticipation for further intervention, but most were simply told it was in the protocol and they had no choice. Some tried to stand their ground but experienced being coerced and not having the strength to follow through. A few of these women experienced the epidural catheter to be removed postpartum without ever being taken into use. The focus on risk evoked feelings of fear and doubt in the mind of the informants and they experienced losing faith in their own knowledge and felt they must comply.

*Well, so, I eventually decided, fine, I'll have the epidural. I didn't do it because I thought I wouldn't cope without it, but because I was a little afraid, what if something were to happen. It was kind of the fear that motivated me a little. (i7).*

*They said - 'Because you are obese and follow this programme, we are required to insert an epidural catheter in you now... We are not required to give you the analgesics, but we need to put in the needle... Because very often one doesn't have the stamina to complete the birth without it and that's why it's better to have it in place as soon as possible'... I feel that kind of sucks because... I didn't want that needle, I was a little afraid of it. (i6)*

### ***Feeling secure enough to be in the 'birthing bubble'***

The informants described various experiences of follow-up during the pregnancy. During the pregnancy the pathway to birth is being laid and observations and encounters during this time had an impact on how the encounter with birth attendants was experienced. Many disclosed how throughout their lives they'd had a strenuous relationship with their own body and felt that this had an effect on how they viewed themselves and how they perceived others viewing them. One informant conveyed how important it felt that birth attendants were aware of the varied baggage every single birthing person brought with them. Being met by a birth attendant who possessed security and kindness, and conveyed tranquillity and knowledge in an efficient way is experienced as essential. This way of being met was considered contagious and relieving of anxieties. On the other hand, one of the informants described how she experienced increased stress and uncertainty when this was also what the birth attendants radiated which affected her birthing experience negatively and made her feel unsafe. Another one describes how affirming it was to hear that someone saw her for exactly who she was and gave her the security to be as she wanted to be, by believing in her strength and ability to birth. Some of the informants tell how affirmation and praise makes them flourish and dares them to rely more on themselves and their own intuition. It was said to be freeing and relieving and makes for a positive birth experience.

*I very much felt that I got free range to be myself and with that I was also able to have a fantastic birth experience ... All that which had to do with weight and body and stomach and thighs and such things was not seen as anything special, in a way... (i3)*

The informants experience letting go and to not think about anyone else's opinions and thoughts about their appearance to be relaxing. The birth was described as the focus point and nothing else seemed to matter especially when it came to later stages of birth. Most of

the informants tell how the amount of healthcare personnel present did not matter to them. For some it felt safe others did not mind mainly because they were too preoccupied with themselves and the task afore them.

An allowance to fully occupy a space as one is, be present and in control, is what some of the informants described as a part of the positive birthing experience which strengthened, elevated and transformed them. Many of the informants described how they withdrew into themselves and disappeared into the 'birthing bubble' as most called it. They did not think about their appearance and did not register their surroundings, they only deeply concentrated on the birthing process. To retreat into the 'birthing bubble' is described as their attempt to maintain control. Those who experienced being in safe and secure hands knew that while they were preoccupied within the bubble, the birth attendant had control of the external setting.

*you are so inside yourself also. You are in the birthing bubble... ehm... so it didn't matter... And you feel safe then... because you know that if anything happens, there's someone that will help you. (i9)*

An experience of empowering and positive birth has given some of the informants a new perspective on their body and their capabilities, they experience being strong, proud and confident. They then experience carrying this new body image with them into other aspects of life long-term or permanently.

## **Discussion**

We aimed to discover the experiences of obese women in childbirth and their experience of the encounter with birth attendants. The results indicate that the encounter with birth attendants can both negatively and positively affect the childbirth experience in several ways. Despite differences in the individual experiences there are several common denominators in regard to how the encounter is experienced.

The title 'talk to me, not at me' is thought to capture an important recurring description of encounters with birth attendants in which informants experience discrimination, objectification, inadequate information and communication as well as a lack of mutual decision-making. When the informants do experience being talked to, collaborated with, supported, informed, and feeling heard and seen the birth and the encounter with birth attendants is experienced as positive and fulfilling.

In a synthesis of midwife-woman relationship several central concepts of meaning that are essential in care for women in both low and high-risk pregnancies were discovered [19]. These concepts of surrendering, trust, participation, loneliness, differentness, and creation of meaning are all reflected in the experiences of our informants as well. What our informants expect to be an appropriate response from healthcare professionals corresponds with the countering concepts in the same study. Keeping this in mind we see parallel experiences between our informants and women in general in similar positions. The findings coincide with Berg's midwifery model of care for childbearing women at high risk where constituents of ideal midwifery care are presented [20].

Preconceptions, from healthcare professionals, about their health, fitness and abilities, which result in expectation of failure and discrimination, enforced by focus on risk, were addressed by our informants. These experiences are reflected in studies addressing similar encounters both from the perspectives of women as well as healthcare professionals [7,12,13,21–23]. Anticipation of negative stigmatization and stereotyping has been described in other studies, and is said to be increased by the visible nature of obesity [5,24]. For our informants this kind of negative encounter brought forward feelings of shame, humiliation, not being good enough, as well as being different from the general norm which other women have also described [12,23].

Although being normal can be individually understood our informants described it as to be treated as every other woman, not to be put aside and instantly classified only based on physical appearance and BMI. The want to be normal is a finding also made by others exploring the experiences of obese women encountering healthcare professionals in general as well as in pregnancy and labour [6,12]. The feeling of being different is highlighted in the ill-adapted environment the women encounter within the hospitals where it might be experienced that blood pressure cuffs and gowns do not fit or when technical equipment like foetal heartrate monitors or ultrasound machines have limited functionality in evaluating and observing through thicker abdominal layers [6,10–12]. Our informants express a feeling of facing scrutiny and constantly being reminded that they, in some way, stand out. However, for others, pregnancy might increase the feeling of belonging and normality as the bigger body is then more accepted and women realise they, too, can get pregnant and birth [19,25,26]. Despite women wanting to feel normal, there is evidence of healthcare professionals' concerns for the increasing normalisation of obesity, which they consider a

growing challenge [9]. Some midwives indicate that they try to promote normality in births considered high-risk that often are pathologized [11], and doing so is encouraged by Berg's aforementioned midwifery model of care [20].

Many of our informants who previously had felt alienated express that when they were met where they were, as they were, by birth attendants, the feeling of belonging and mutual respect took over. Being seen as a subject, rather than an object controlled and manoeuvred by healthcare professionals and protocols, was to feel recognised as a unique person with their own story to tell [11,19,20,27]. Individualised care was seen as lacking in some cases in our study. Berg [20] in her midwife-mother relationship model identifies sensitivity and openness for the genuineness of every woman to be of significance in midwifery caring. A midwife or birth attendant should have the individual woman at the centre of their care and be present in the moment, and not too preoccupied with technical and administrative aspects, as some women in our study experienced. Security is gained with appropriate information and increased knowledge and effective communication skills are needed to inform sensitive information in an honest and non-judgmental way [12,19,20,28]. With effective communication and belief in the woman's ability and the normal birthing process trust is gained according to our informants and others [19]. Alongside being seen and heard, mutual respect, security and trust, positive affirmations with praise and encouragement gives women space to relax and give themselves over to the birthing process and go into the 'birthing bubble' whilst trusting the birthing attendant with the external control, this is supported in other research [19,20,29].

Positive encounters, with a feeling of collaboration and mutual decision-making are seen as affirmative and bring a feeling of trust and security [12,19,20]. Several of our informants describe experiences of loss of autonomy and being deprived of the freedom of choice in labour. In these situations, the informants describe how birth attendants followed protocols blindly without taking previous experiences or expressed wants into account. This of course is experienced as, as it is, a violation to them personally and legally, as Norwegian patient and consumer laws, chapters 3 and 4, mandate [30]. A healthcare professional should place the patient, in this case the birthing woman, and her wishes at the core of decisions made [31]. The WHO, and others, emphasize the importance of informed consent, clarification of information and freedom of choice and that an informed choice a woman makes should be supported [19,20,32]. It is further recommended to meet women in birth

with empathy, compassion, encouragement and active listening which resonates with our informants in what constitutes as components of a good encounter with the birth attendant and a positive birth experience.

It is emphasized by some informants that the positive birth experience can be an opportunity for strengthening the self, to obtain increased belief in oneself and the body's capability. This can have a positive, and likewise negative, impact on women and can influence their self-confidence and trust in others not only short term, but long term, even throughout life [33].

### **Strengths and limitations**

The authors adhered to a methodology where steps were made to eliminate potential author bias. The authors were both present at 9 out of 10 interviews and both read all interviews and agreed upon transformed meaning and constituents. There is, however, a potential for participant bias by having used a convenience sample recruited through social media. 9 out of 10 participants had a higher education and thus more likely to have an increased motivation to contribute to research [18]. All the participants were ethnically Norwegian Caucasian and spoke Norwegian, thus the results do not reflect the experiences of other ethnicities or minority groups. As is with qualitative studies, individual experiences in a small cohort cannot be generalised to the population as a whole. The method used, however, is designed to generate more generalized meanings, and thus our study gives an indication of how the unique but largely concurring lived experiences of our participants could also apply for others in similar positions.

### **Conclusion**

The meaning of being obese in childbirth and encountering birth attendants is to experience challenges as well as opportunities. Experiences of preconception, alienation, risk-focus and loss of autonomy in encounters with birth attendants were found to impact the birthing process. Experiencing belief in women's ability to birth, getting individualised non-discriminatory support and appropriate information is seen as crucial for women to feel in control and capable. Shared decision making and respect for the unique individual and their

autonomy should be of key importance for birthing attendants to support obese women and make for a good birthing experience.

### **Implications for practice**

To better service and care for this specific group of women, as for all women, their voices need to be heard and heeded. Our informants ask they be shown the same respect, care, support and inclusion any other woman would. Birth attendants should remember what they stand for in their care, the regulations and codes that follow their professions by encountering every single woman, risk or no risk, as a 'unique birthing woman, among all the other unique birthing women'. We hope this study can contribute to increased awareness and knowledge about the care given to obese women.

### **Conflict of interest**

None

### **Funding**

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

### **Acknowledgements**

The authors would like to thank the informants for taking the time to share their personal experiences.

### **References**

- [1] WHO. Obesity and overweight 2020. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (accessed March 22, 2020).
- [2] Midthjell K, Lee CMY, Langhammer A, Krokstad S, Holmen TL, Hveem K, et al. Trends in overweight and obesity over 22 years in a large adult population: the HUNT Study, Norway. *Clinical Obesity* 2013;3:12–20. <https://doi.org/10.1111/cob.12009>.
- [3] Marchi J, Berg M, Dencker A, Olander EK, Begley C. Risks associated with obesity in

- pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obesity Reviews* 2015;16:621–38. <https://doi.org/10.1111/obr.12288>.
- [4] Magnussen EB, Sagedal L, Skogøy K, Roland MCP. Adipositas i svangerskap og fødsel n.d. Available from <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/ny-veileder-i-fodselshjelp-hoering/adipositas-i-svangerskap-og-fodsel/> (accessed March 22, 2020).
- [5] Brown I, Thompson J, Tod A, Jones G. Primary care support for tackling obesity: A qualitative study of the perceptions of obese patients. *British Journal of General Practice* 2006;56:666–72.
- [6] Merrill E, Grassley J. Women’s stories of their experiences as overweight patients. *Journal of Advanced Nursing* 2008;64:139–46. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04794.x>.
- [7] Furber CM, McGowan L. A qualitative study of the experiences of women who are obese and pregnant in the UK. *Midwifery* 2011;27:437–44. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.04.001>.
- [8] Smith D, Lavender T. The maternity experience for women with a body mass index  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>: a meta-synthesis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2011;118:779–89. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02924.x>.
- [9] Schmied VA, Duff M, Dahlen HG, Mills AE, Kolt GS. “Not waving but drowning”: A study of the experiences and concerns of midwives and other health professionals caring for obese childbearing women. *Midwifery* 2011;27:424–30. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.02.010>.
- [10] Heslehurst N, Lang R, Rankin J, Wilkinson J, Summerbell C. Obesity in pregnancy: a study of the impact of maternal obesity on NHS maternity services. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007;114:334–42. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01230.x>.
- [11] Singleton G, Furber C. The experiences of midwives when caring for obese women in labour, a qualitative study. *Midwifery* 2014;30:103–11. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.02.008>.
- [12] Nyman VMK, Prebensen ÅK, Flensner GEM. Obese women’s experiences of encounters



- with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery* 2010;26:424–9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.008>.
- [13] Mulherin K, Miller YD, Barlow FK, Diedrichs PC, Thompson R. Weight stigma in maternity care: Women’s experiences and care providers’ attitudes. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013;13. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-19>.
- [14] Langdridge D, Hagger-Johnson G. *Introduction to research methods and data analysis in psychology*. 3rd ed. Harlow: Pearson; 2013.
- [15] Giorgi A. *The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach*. Pittsburgh, Pa: Duquesne University Press; 2009.
- [16] Polit DF, Beck CT. *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
- [17] WMA. The World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- [18] Thagaard T. *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder*. 5th ed. Bergen: Fagbokforlag; 2018.
- [19] Lundgren I, Berg M. Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2007;21:220–8. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00460.x>.
- [20] Berg M. A Midwifery Model of Care for Childbearing Women at High Risk: Genuine Caring in Caring for the Genuine. *Journal of Perinatal Education* 2005;14:9–21. <https://doi.org/10.1624/105812405x23577>.
- [21] Cook KM, LaMarre A, Rice C, Friedman M. “This isn’t a high-risk body”: Reframing risk and reducing weight stigma in midwifery practice. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice* 2019;18:26–34.
- [22] Lindhardt CL, Rubak S, Mogensen O, Lamont RF, Joergensen JS. The experience of pregnant women with a body mass index >30 kg/m<sup>2</sup> of their encounters with healthcare professionals. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2013;92:1101–7. <https://doi.org/10.1111/aogs.12186>.
- [23] Bombak AE, McPhail D, Ward P. Reproducing stigma: Interpreting “overweight” and

- “obese” women’s experiences of weight-based discrimination in reproductive healthcare. *Social Science and Medicine* 2016;166:94–101. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.08.015>.
- [24] Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *American Journal of Public Health* 2010;100:1019–28. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159491>
- [25] Lingetun L, Fungrbrant M, Claesson IM, Baggens C. ‘I just want to be normal’ – A qualitative study of pregnant women’s blogs who present themselves as overweight or obese. *Midwifery* 2017;49:65–71. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.01.015>.
- [26] Adolfsson A, Andresen JF, Edgren KB. Why obese women feel better about their “big” condition when they are pregnant: A qualitative study performed in Sweden. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2013;03:544–52. <https://doi.org/10.4236/ojog.2013.37098>.
- [27] Ueland V, Furnes B, Dysvik E, Rørtveit K. Living with obesity — existential experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 2019;14:1. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1651171>.
- [28] Atkinson S, McNamara PM. Unconscious collusion: An interpretative phenomenological analysis of the maternity care experiences of women with obesity (BMI≥30 kg/m<sup>2</sup>). *Midwifery* 2017;49:54–64. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.12.008>.
- [29] Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, Kazmierczak M, Karlsdottir SI, Spyridou A, et al. Women’s psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis. *BMJ Open* 2018;8:e020347. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>.
- [30] Pasient- og Brukerrettighetsloven. Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) 1999. Available from <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- [31] ICM. International Code of Ethics for Midwives. 2014. Available from <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf> (accessed April 11, 2020).
- [32] World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Available from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/>

intrapartum-care-guidelines/en/ (accessed April 3, 2020).

- [33] Lundgren I, Karlsdottir SI, Bondas T. Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context—a secondary analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 2009;4:115–28. <https://doi.org/10.1080/17482620802423414>.

**Del 2**  
**Fordypning**

# 1 Introduksjon til fordypningsdel

Denne oppgaven er del 2 av vår mastergradsoppgave i jordmorfag og bygger videre på artikkelen “Talk to me, not at me” Obese women’s experiences of birth and the encounter with birth attendants – a qualitative study.

## 1.1 Sammendrag av artikkelmanuskript

Hensikten med studien vår var å utforske opplevelsene og erfaringene adipøse kvinner sitter igjen med i etterkant av fødsel og møtet med fødselshjelpen. Vår problemstilling ble derfor: Hvordan oppleves fødselen for adipøse kvinner? Med fokus på kvinners opplevelser og erfaringer i møtet med fødselshjelpen. For å finne svar på dette har vi laget en kvalitativ studie med Giorgis (2009) deskriptive fenomenologi som metode. Materialet vi har analysert var samlet inn via 10 semistrukturerte dybdeintervjuer med et tilgjengelighetsutvalg rekruttert via Facebook.

De meningsbærende enhetene i resultatene våre er delt inn i fire konstituentene: *‘The preconception and prejudice of being unhealthy and less able’*, *‘Being unique among all the other unique women’*, *“Talk to me, not at me”*, *the importance of information and communication’* og *‘Feeling secure enough to be in the ‘birthing bubble’*.

Våre resultater handler om viktigheten av å bli sett som det enestående mennesket man er, det å føle at man blir sett, hørt og anerkjent. Et ønske om å ikke skille seg ut og føle seg annerledes, men allikevel få den omsorgen som er tilpasset akkurat deg og ditt behov.

## 1.2 Introduksjon til fordypning

Vi vil i denne oppgaven gå nærmere inn på metoden vi har valgt og begrunne valg vi har gjort underveis i forskningen, dette for å gi en mer helhetlig forståelse av prosessen. Metoden diskuteres underveis i kapittel 2. Kapittel 3 beskriver relevant teori vi skal se resultatene i lys av, anerkjennelsesteori og konseptet om woman-centred care. I kapittel 4 diskuterer vi så sentrale funn som det at informantene fremmer et ønske om å være normal samtidig som det er et ønske om å føle seg spesiell, det å bli anerkjent og føle seg som en enestående kvinne blant alle de andre enestående kvinnene. Disse utsagnene motstrider på en måte hverandre, og vi ønsker derfor å gå nærmere inn på disse funnene.

## 2 Metode og metodediskusjon

### 2.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Vi valgte en Fenomenologisk metode for å finne svar på vår problemstilling på grunnlag av at dette er en passende metode dersom man ønsker å lære om andres opplevde livsverden og det finnes lite forskningsbasert kunnskap om fenomenet fra før. I fenomenologien søker man etter å forstå andres opplevelser av et fenomen, hvordan et fenomen oppleves i den andres livsverden og hvordan det presenterer seg i deres bevissthet (Blåka, 2002, s. 60; Giorgi, 2009, s. 10). For å innhente disse opplysningene og få best mulig forståelse for andres opplevelser er det best å få informasjonen fra noen som har opplevelser knyttet til akkurat det fenomenet man studerer. Det er ulike måter å hente inn denne informasjonen på, men metoden handler i stor grad om å få opplevelsen beskrevet så konkret som mulig. Vi valgte derfor å benytte oss av intervju som metode på bakgrunn av at man muntlig ofte benytter et rikere og mer beskrivende språk for å formidle, dette vil gi oss en så grundig beskrivelse av kvinnenens opplevelse som mulig (Giorgi, 2009, s. 122).

### 2.2 Litteratursøk

Da vi bestemte oss for temaet for oppgaven begynte vi med en gang å søke relevant litteratur. Søket begynte i oktober 2019 og varte ut april 2020. Søkeord som 'obese', 'overweight', 'BMI >30', 'experience', 'attitude', 'perception', 'childbirth', 'labour', 'qualitative' og 'phenomonology' ble brukt i ulike sammensetninger med AND og OR. Vi brukte OR mellom 'obese', 'overweight' og 'BMI >30' i ulike kombinasjoner med de andre søkeordene, også her i ulike kombinasjoner med AND mellom. For eksempel: 'overweight' AND 'experience' AND 'childbirth'. Det ble utført søk i databaser som Cinahl, Cochrane, Ovid og EBSCOhost samt GoogleScholar. Søkene gav varierende mengder aktuelle treff og referanselister til artikler kom til god nytte for å finne fram ytterligere relevante kilder. Vi endte med 23 artikler som var relevante og er benyttet for å underbygge eller til diskusjon i vår artikkel, i tillegg har vi benyttet lovverk, retningslinjer, pensumlitteratur og andre fagbøker. Vi bestilte time hos en av bibliotekarene ved USN, som hjalp oss med å gjøre ytterligere søk, søkene gav samme resultater som vi allerede hadde og vi kom ikke frem til flere artikler.

## 2.3 Utvalg og rekruttering

Først vurderte vi å rekruttere via helsestasjoner i Sørøst-Norge, men på grunn av tidsbegrensning valgte vi å rekruttere via Facebook. Vi opprettet en side for vårt prosjekt, som vi delte på våre personlige profiler sammen med et innlegg med informasjon og inklusjonskriterier for å delta i prosjektet. Dette innlegget ble delt 44 ganger og nådde 10.317 personer. Innen 12 timer hadde vi blitt kontaktet av 23 kvinner som var interesserte i å delta, og vi valgte da å stoppe muligheten for å melde seg.

Inklusjonskriteriene var at en måtte være over 18 år, ha en BMI på over 30 ved starten av et svangerskap, ha født et barn ved et av sykehusene i Sørøst-Norge i løpet av de siste 5 årene og beherske norsk. Vi hadde satt oss en grense på maksimalt 10 informanter, disse 10 valgte vi ut i stor grad på grunn av geografisk tilgjengelighet da vi ønsket å ha mulighet til å reise å møte kvinnene personlig. Vi valgte å ikke inkludere de som hadde svært premature fødsler eller de som hadde hatt elektivt keisersnitt.

Utvalget vi satt igjen med var 10 kvinner med en alder fra 22 år til 41 år, 8 av disse kvinnene var fleregangsfødende og 2 av de var førstegangsfødende. 2 av kvinnene hadde ved fødselen av et av barna hatt akutt keisersnitt ved nærmest full mormunns åpning. Kvinnene hadde en BMI på mellom 32-48 i starten av svangerskapet og ingen av kvinnene hadde hatt andre risikofaktorer enn BMI over 30. Utdanning vektla vi ikke i rekrutteringen, men vi endte opp med en gruppe kvinner hvor 9 av 10 hadde høyere utdanning. Det kom frem i møtene med informantene at det var ulik motivasjon for deltagelse i prosjektet. Flesteparten av kvinnene deltok fordi de ønsket å dele sine erfaringer og opplevelser, og fordi de syntes det var flott at vi ville forske på nettopp dette temaet, som de opplever som så viktig. Motivasjonen til noen av kvinnene opplevdes å være drevet av å gjøre en god gjerning, fordi de hadde felles bekjente med oss, de skulle skrive master selv eller kjente forskere og fagfolk som hadde oppmuntret til deltakelse. Dette kan ha påvirket tankene og erfaringene de delte med oss.

## 2.4 Datainnsamling

Vi benyttet oss av en til en, semistrukturerte intervjuer for innsamling av data, da dette er en anbefalt metode for å få omfattende innsyn i kvinnens erfaringer og opplevelser (Thagaard,

2018, s. 53 og 91). Kvinnene valgte selv hvor intervjuene skulle finne sted og vi reiste hjem til 7 av kvinnene, mens 3 av de ble møtt på en rolig kafè i nærmiljøet etter kvinnens ønske.

Det var viktig for oss at kvinnen fikk velge et sted der hun kunne kjenne seg trygg. Og vi så på det som en fordel at vi møtte kvinnene personlig fremfor å benytte oss av telefon eller andre teknologiske løsninger, på denne måten opplevde vi at vi i større grad kunne fange opp helheten av det som ble formidlet, ikke bare via ord, men også via kroppsspråk. Ansikt til ansikt intervju kan også gjøre at kvinnene kan oppleve en økt trygghet som gjør at det er enklere å dele, i tillegg vil man kunne få en mer spontan dialog og en bedre flyt (Thagaard, 2018, s. 111). Intervjuene varte 23-70 minutter og vi var begge to til stede ved 9 av 10 intervjuer. Vi benyttet oss av intervjuguide (Vedlegg 4) og klarerte rollene på forhånd og hadde ulike ansvarsområder, dette gav en fin flyt. Intervjuene ble tatt opp med bandopptaker og transkribert så fort det lot seg gjøre.

## 2.5 Analyse

Giorgis (2009) deskriptive fenomenologiske metode ble brukt for analysen, da dette er en god metode å benytte for å få tak i essensen og den dypere meningen i det kvinnene formidler. Første steg i denne metoden er å lese over alle intervjuene og skrive ned de første tankene man gjør seg. Deretter har vi tatt for oss ett og ett intervju og lest nøye igjennom mens vi har markert i teksten hver gang det er gjort en endring i mening. Etter det er alle de meningsbærende enhetene satt inn i en tabell hvor det er tre kolonner mot høyre. Hver meningsbærende enhet er deretter transformert i to omganger, for å få tak i en dypere og mer generell mening. Imaginativ variation brukes så for å se fenomenet fra andre vinkler, se hva som kunne endret opplevelsen, og for å stramme inn på det mer generelle og hva den aktuelle invariante essensen i de meningsbærende enhetene er (Langdridge & Hagger-Johnson, 2013, s. 439).

Underveis i denne prosessen er det viktig å fange opp intensjonelle handlinger som beskrives, motsigelser og implisitte meninger som formidles. Til slutt har vi satt alle meningsstrukturene som var aktuelle for fenomenet vi studerte inn i en overordnet syntese hvor vi kom frem til fire konstituenten (Giorgi, 2009; Polit & Beck, 2017) som vi har gått nærmere inn på i resultatdelen i artikkelen.



## 2.6 Refleksivitet

Refleksivitet er viktig underveis i hele prosessen i en kvalitativ studie. Refleksivitet innebærer å være bevisst på sin egen rolle og hvordan forskers egen bakgrunn kan påvirke studien og resultatene underveis i prosessen. Forskers bakgrunn, forutinntatthet og forholdet mellom forsker og kandidater kan påvirke formidlingen og analyseringen. Man må bevisst være kritisk og reflektere på valg, analyse og resultater underveis under hele prosessen. Denne bevisstheten er en viktig faktor for å fremme vitenskapelig kvalitet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010; Malterud, 2002, 2017).

I starten av prosessen er det viktig å kartlegge sin egen forforståelse og legge tanker om hva man tror man skal finne fra seg, og har et åpent sinn (Giorgi, 2009; Malterud, 2017). Som jordmorstudenter har vi begge møtt kvinner med en BMI >30, vi har hørt flere kvinners tidligere erfaringer og hørt andre jordmødre fortelle om opplevelser de har hatt eller hørt om. Alt dette er med på å forme vår forforståelse innen temaet. På den andre siden hadde vi hørt om både positive og negative opplevelser, noe som bidro til å øke vår nysgjerrighet. Vi har bevisst jobbet med å legge våre tanker til siden og hatt et åpent sinn i prosessen, men helt nøytral klarer man aldri å være som et tenkende menneske (Giorgi, 2009; Malterud, 2017).

Kvinnene ble rekruttert via Facebook og de kunne da se på vår profil hvem vi var og danne seg et inntrykk før vi møttes, dette kan påvirke måten de møter oss på, men vi opplever også at det kan ha bidratt til en økt trygghet i å vite hvem de skulle møte på forhånd. De visste også at vi var jordmorstudenter, noe som kan ha betydning. Da vi jobber og er i praksis ved to ulike fødeavdelinger i Sørøst-Norge var vi forberedt på at vi kunne få henvendelser fra kvinner vi selv hadde møtt i fødselssammenheng eller kjente til fra før, vi var enige om at vi ikke ønsket å inkludere disse i studien. Av de 23 som viste interesse i deltagelse var det kun en vi kjente til fra før, hun ble derfor ikke inkludert.

## 2.7 Intern validitet

Intern validitet er av flere også kalt studiens troverdighet (Christoffersen et al., 2015). Valg av hensiktsmessig analysemetode for å få svar på problemstillingen er en viktig faktor for å kunne styrke studiens interne validitet (Malterud, 2017). Vi ønsket å studere andre menneskers livsverden og utforske opplevelser som vi ikke selv innehar, vi ser derfor på det

som en styrke i studien at vi har valgt fenomenologi som metode. Denne metoden har som hensikt å finne dypere mening i det som formidles og er en grundig analysemetode (Blåka, 2002; Giorgi, 2009). Den beste måten å få tilgang til den andres levde erfaringer er å gi rom til å fortelle (Giorgi, 2009). Vi ser på det som en styrke at vi har reist for å møte kvinnene på et valgfritt sted hvor de følte seg trygge. Vi har underveis i analyseprosessen vært kritiske og grundige.

Vi opplever at fenomenologien er en metode som tar tid å lære seg, og modnes. Vi har brukt tid til å lese om metoden underveis, og ser nå mot slutten av prosessen at vi i større grad forstår metoden. Vi innser nå i etterkant at underveis i intervjuene kunne vi, ved små justeringer trolig klart å fange opp enda mer detaljer i informantenes opplevelse. Vi har også innhentet mye data som ikke omhandler fenomenet vi studerte, da vi ikke har klart å lede intervjuet tilbake ved avsporinger. På grunn av dette har vi brukt tid på analysering av materiale som var mindre relevant for fenomenet vi studerte. Samtidig har dette gjort at vi og har fått muligheten til å se en større sammenheng, og hvordan det større bildet henger sammen i forhold til kvinnes opplevelse. Dette er verdifull kunnskap vi tar med oss videre, selv om vi ikke har fått belyst alle aspekter og temaer i våre resultater.

## **2.8 Ekstern validitet**

For å styrke den eksterne validiteten kunne vi ha vært nøyer med selektering av informanter. Utvalget vårt består i stor grad av høyt utdannede kvinner, 9 informanter av 10 har universitets utdanning eller utdanning på høyere nivå. Dette tenkte vi ikke på ved utvalgsprosessen. Dette samt andre faktorer som at alle kvinnene var etnisk norske og kaukasiske, og vår ekskludering av kvinner som ikke snakker norsk påvirker den eksterne validiteten. En kan tenke seg at utvalget er fortrolig med forskning, spesielt basert på det høye utdanningsnivået som kan skape en skjevhet og påvirke resultatet. Resurssterke informanter har også en lavere terskel for deling av både vanskelige og gode erfaringer (Thagaard, 2018, s. 56). Resultatet er dermed ikke representativt for populasjonen i sin helhet, men de generelle meningene vi har kommet frem til kan gi en økt forståelse for andre kvinners opplevelse i en lignende situasjon. Slik vi ser det kommer vi i studien frem til viktige funn som også kan være relevant i møte med andre kvinner enn bare de med BMI >30, også i møte med kvinner i andre settinger enn det fenomenet vi har studert.

## 2.9 Ethiske aspekter

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, ref.nr: 348281, Vedlegg 1). Den var fremleggsvurdert av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, ref.nr: 94714) som konkluderte at den kunne gjennomføres uten deres godkjenning da den handler om opplevelser og erfaringer knyttet til fødselshjelp og ikke ny kunnskap om helse og sykdom (Vedlegg 2). Studien ble utført i tråd med Helsinki deklarasjonen (WMA, 2013).

Informanter som deltok fikk muntlig og skriftlig informasjon (Vedlegg 3) og ga skriftlig informert samtykke for deltakelse før intervjuet. Informantene ble sikret anonymitet, taushet og forsikret forsvarlig håndtering og sletting av data samt informert om rettigheten til å trekke seg fra studien til enhver tid. I helseforskningsloven §5 (2008) er det kunngjort at «medisinsk og helsefaglig forskning skal vareta etiske, medisinske, helsefaglige, vitenskapelige og personvernmessige forhold». Dette får vi til med ovennevnte tiltak.

Ved innhenting av data brukte vi en ny diktafon-lydopptaker i stedet for private mobiltelefoner som vi hadde planlagt. Ivaretagelse av informantenes anonymitet og sikring av data kom først og vi innså at dette var en tryggere løsning. Så fort som mulig etter hvert intervju ble opptaket lastet opp på passordbeskyttet datamaskin uten kobling til internett og transkribert. Deretter ble lydfilene permanent slettet både fra diktafon og datamaskin, dette i henhold til universitetets retningslinjer om behandling av lydfiler i forskning (USN, 2019).

Kvinner med BMI over 30 kan anses som en sårbar gruppe og vi var forberedte på muligheten av at noen informanter kunne ha vanskelige historier å formidle. Derfor satt vi av litt tid på slutten av hvert intervju og spurte alle informanter om hvordan det hadde vært å snakke om temaet, dette som en del av intervjuguiden (Vedlegg 4), vi tok oss også tid til en samtale etter at opptaket var stoppet.

## 2.10 Valg av tidsskrift

I samråd med veileder valgte vi et tidsskrift som i stor grad er positiv til fenomenologisk metode og har en forfatterveiledning med større valgfrihet med tanke på struktur og lengde. Vi følte at vi ikke kunne kutte ned på artikkelen uten å ta bort essensiell informasjon om våre funn, derfor var ubegrenset antall ord en viktig faktor i valg av tidsskrift. Vi valgte derfor å skrive etter mal for 'International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being'

(Taylor & Francis, 2020), et svensk fagfelleurdert tidsskrift, som utgis på engelsk og har en internasjonal forfatterkrets.

Link til forfatter veileder: <https://www.tandfonline.com/action/authorSubmission?show=instructions&journalCode=zqhw20>

## 3 Teoretisk grunnlag for resultatdiskusjon

### 3.1 Woman-centred care

Konseptet om personsentrert omsorg fokuserer på humanisering av helsetjenester og tilrettelegging for at personen, det enkelte individet, er i kjernen av behandlingsbestemmelsene (McCormack et al., 2017). I boken Person-Centred Healthcare Research (McCormack et al., 2017) fortelles det om hvordan helsetjenesten individualiseres mer og mer. Med individualisering kommer et økt fokus på personen bak brukeren av helsetjenester. Personsentrering løfter opp gjensidig respekt og forståelse for og av personer samt hedring av hver enkeltes person individuell rett til selvbestemmelse. I et kvinnefag vil man kalle dette kvinnesentrert omsorg, eller woman-centred care (WCC).

WCC er helt grunnleggende i jordmorfaget ifølge Nicki Leap (2009). Konseptet beskriver hvordan kvinnens behov skal stå i sentrum, hennes ønsker og behov skal være i fokus, og omsorgen skal ikke styres av systemet. Jordmor skal kartlegge kvinnens og familiens behov og gi støtte der behovet er. Omsorgen som gis må tilpasses hver enkelt kvinne og familie, slik at det gis en optimal omsorg akkurat der de er. Kvinnens ønsker og behov skal anerkjennes og løftes frem slik at kvinnen styrkes og at hun føler seg i kontroll over sin fødsel.

Leap (2010) beskriver en av de viktigste elementene i møtet med kvinnen å være sammen med kvinnen, at man tar fatt på det usikre sammen, og at jordmor har egenskapen til å klare å være bevisst på kvinnen og signalene som sendes, det å kunne fange opp og respondere på akkurat det den kvinnen har behov for.

International Confederation of Midwives (ICM) beskriver en av jordmors viktige oppgaver å handle på en måte som beskytter kvinnens rettigheter som menneske (ICM, 2014). Valgfrihet, medbestemmelse og tilpasset informasjon samt opplyst samtykke er rettigheter et kompetent menneske generelt har. Norske pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 til § 4-9 (1999), dette også i fødsel. Relasjonen man har til jordmor skal fremme et samarbeid som fører til informerte valg, og deltagelse i avgjørelser. Man skal løfte kvinnene til å fremme sine ønsker og gi støtte (ICM, 2014).

## 3.2 Anerkjennelsesteori

Axel Honneth, en tysk filosof, er kjent for sin anerkjennelsesteori som han bygger på tidligere filosofers idéer som ikke snakkes om her. Joel Anderson oversetter Axel Honneth's bok *The Struggle for Recognition* (1995) og summerer teorien kort i sine forord. Der forteller han at teorien prøver å belyse hvordan selvrealisering kampfes for med etablering av relasjoner bygget på gjensidig anerkjennelse. Teorien belyser viktigheten av sosiale relasjoner for å utvikle og vedlikeholde en persons identitet. Disse relasjonene gir mulighet til å føle, tolke og realisere ens behov og ønsker som en selvstyrende og individualisert person. Det å skape seg en identitet avhenger av utviklingen av selvtillit, selvrespekt og selvverdsetting. Disse tre punktene fører til selvrealisering og deles opp i tre essensielle områder: Intim anerkjennelse, rettslig anerkjennelse og sosial verdsetting/solidaritet. Disse modusene kan kun oppnås og vedlikeholdes intersubjektivt, ved det å bli anerkjent av andre som man også anerkjenner (Honneth, 1995). Disse tre hovedområdene beskrives på følgende måte i Honneth (1995) sin bok:

*Intim anerkjennelse* handler om nære relasjoner, kjærlighet, familiær og annen, samt vennskap. Med omsorg og kjærlighet, dannes og styrkes selvtillit som er grunnleggende for å uttrykke ønsker og behov uten frykt for å bli forlatt. Ekstreme traumatiske hendelser kan ødelegge evnen til å uttrykke akkurat dette og dermed kapasiteten til å stole på egne følelser og behov, men å stole på det er en forutsetning for selvrealisering i vårt samfunn.

*Rettslig anerkjennelse* belyser det aspektet av rettslige institusjonaliserte forhold hvor alle mennesker skal sees på med respekt, verdighet og som et selvstendig individ med like muligheter, plikter og rettigheter som er viktig for selvrespekt. Det å kunne løfte og forsvare påstander diskursivt og utøve dette, trenges for å oppnå selvrespekt. Selvrespekt handler om å oppleve seg selv som berettiget til lik status og behandling som enhver annen person.

*Sosial verdsetting – solidaritet* innebærer respekt for hvert enkelt individs ferdigheter og egenskaper, det å oppleve at man får tilstrekkelig anerkjennelse for det man gir av seg selv til de rundt seg. Forholder etableres og utvides gjennom sosiale kamper. Selvverdsetting er viktig, det er en følelse av hva det er som gjør en spesiell og unik og det som skiller en fra den andre må være noe verdifullt og ikke negativt. Hvis man ikke anser eller føler seg verdifull mangler man grunnen for utvikling av egen identitet. Det som anses verdifullt er kultur- og samfunnsavhengig og kan speiles i solidaritet. Honneth (1995) sier at solidaritet blir til der det er en viss delt bekymring, interesse eller verdi i spill i et fellesskap eller samfunn. Videre

forteller han at en kan kun verdsette en annen på grunnlag av individets bidrag til et delt prosjekt. En kan ikke verdsette en person bare for medlemskap i en gruppe, den må bidra.

Å forholde seg til seg selv på ovennevnte måter innebærer å oppleve anerkjennelse fra andre. Det å ønske eller trenge anerkjennelse kan stamme fra sosiale kamper og det å bli nektet betingelsene for dannelse av identitet (Honneth, 1995). Mangel på verdsettelse på en eller flere av disse områdene vil kunne oppleves som en urettferdighet. Ekskludering, fornærmelse og nedbryting kan anses som angrep på selvtillit, selvrespekt og selvverdsetting. Når denne negative opplevelsen blir til en delt opplevelse for mange og respektløsheten kan klart vises å omfavne en hel gruppe mennesker, skapes det mulighet for felles handling for å utvide anerkjennelsesmønstre i samfunnet disse gruppene røres i. Dette kan skape et miljø for mulig motstand og opprør (Fjørtoft, 2009; Honneth, 1995).

## 4 Resultatdiskusjon

I resultatet i vår studie ser vi at to av de viktigste funnene på en måte motstrider hverandre. Kvinnene fremmer ønske om å være normale, å ikke skille seg ut og føle seg annerledes enn alle andre. Samtidig ønsker de å føle seg spesielle og enestående. Vi vil se nærmere på disse funnene sett i lys av flere sitater fra kvinnene, samt anerkjennelsesteori og WCC.

Et stadig tilbakevendende tema i kontakt med kvinnene i studien var viktigheten av å føle seg normal, det å ikke skille seg ut, men å føle seg som en del av alle de andre.

*... når det blir hele tiden påpekt at du er overvektig, så føler du deg på en måte som noe som er på siden av det normale. Alle vil jo være normale - og du, ikke minst, når du er tjukk.. Du vil jo over hode ikke - Det er så - Det er veldig slitsomt egentlig, og få det - Altså, for jeg vet jo for faen at jeg er tjukk da, Liksom ... Nei, så normal. Unormal. Og hva er normal? Det handler vell om å være en del av alle. Slippe å være noe som er utenfor eller annerledes.. Være som alle andre egentlig - jah. (i6)*

Kvinnen i eksempelet setter godt ord på hva hun ser på som normal, og hva hun egentlig legger i uttalelsen. Og det kan i flere sammenhenger virke som at det søkes om bekreftelse på at man ikke skiller seg ut.

*...men det var ingenting utenom det normale. Alt... Jeg var innafor normalen da, på hvordan en fødsel skal være. Og det var. Jah. Alle ting som medfølger av alt var på en måte normalt... (i9)*

Det søkes også om anerkjennelse på hvem man er som person og at man er bra nok som den kvinnen man er.

*Og det og bli møtt der hvor man er liksom, at man er fantastisk! Og man gjør en kjempe jobb. Ja, man blir liksom... Det å få ros da, det er jo helt suverent! Jeg fikk ros. (i3)*

Denne søken på anerkjennelse er ifølge Axel Honneth (1995) helt naturlig for oss mennesker, og anerkjennelse er en helt essensiell faktor for å leve et bra liv. Denne teorien bygger på tanken om at anerkjennelse er et helt universelt menneskelig behov. Samtidig som kvinnene snakker om hvordan de ikke ønsker å skille seg ut sier de samme kvinnene at de ønsker å bli sett og løftet frem som en enestående kvinne, å føle seg spesiell.



*Jeg følte liksom at hun virkelig.. ho brydde seg virkelig om oss... Det var ikke bare sånn – Der er det enda et par som skal føde... At det liksom betyr noe, hver enkelt fødsel er på en måte spesiell... (i5)*

Det å være anerkjent for sin evne til å føde som alle andre, men også være unik i sin evne er viktig for kvinnene. Det som Honneth (1995) mener i sin teori er at det som skiller personer ut som unik i andres, og egne øyne må være noe man verdsetter. I våre informanters tilfelle er det motvirkende krefter i spill. De er adipøse som de ikke opplever ansett som verdifullt, de opplever at dette er noe som gjør at de skiller seg ut. Samtidig skal de også gjennomgå en fødsel som kan anses som en verdifull og viktig oppgave. Man kunne da forstått det slik at helsepersonell ikke klarer å godta det faktum at slik er situasjonen og samtidig trygge kvinnene i at det er helt greit, og gi denne hendelsen den respekten og tilliten den trenger.

Det er mangel på solidaritet med de kvinnene som ikke opplever denne støtten og respekten. La oss ikke glemme at de kvinnene som deltok i studien ikke hadde andre risikofaktorer, så vekten er den faktoren som skiller dem ut. De fleste informantene vet at ifølge forskning er det økt risiko for flere ulike negative hendelser, og at man dermed har gitte prosedyrer og retningslinjer som burde følges. Kanskje derfor blir kvinnen og kvinnens verdighet glemt i enkelte tilfeller hvor man blir for fokusert på risikoen og prosedyrer, og tilsidesetter den fellesinteressen av en god fødselsopplevelse. Kvinnene opplever at de må kjempe for anerkjennelse for å få sin identitet godkjent. Det å bli nektet denne anerkjennelsen betyr at de ikke samsvarer kulturens eller samfunnets normative skjønn om hva som kan verdsettes. Vi lever og beveger oss i fellesskap med andre og det er igjennom møtet med andre vi forsøker å forstå oss selv, vår identitet, og vurderer egen selvtillit, selvrespekt og selvverdsetting. Anerkjennelse er betydningsløs hvis en selv ikke anerkjenner mennesket den kommer fra (Honneth, 1995).

En kunne ansett anerkjennelse som en del av WCC. Å se helheten, å evaluere mennesket ut ifra tidligere erfaringer og gi plass for deres egne stemmer, ønsker og behov som et unikt individ er, blant annet, kjernen i WCC. Dette er det kvinnene ønsker, og det burde gis rom for.

En del av kvinnene opplevde flere episoder der de opplevde å ikke bli hørt, der de følte seg fratatt muligheten til valgfrihet. Alle kvinner har rett til å være deltagende i avgjørelser som tas, og det er pålagt å gi tilstrekkelig informasjon slik at kvinnene kan ta godt informerte valg (Helsedirektoratet, 2010; Pasient- og Brukerrettighetsloven, 1999). Fortsatt i dag er den vanligste modellen for utøvelse av helsetjeneste den biomedisinske modellen som

i sykehus-fødselssammenheng vises i en obstetrikledet, jordmoradministrert tjeneste modell (Blix, 2017; Walsh, 2012). Den biomedisinske modellen som Walsh (2012, s. 7) beskriver den, er kontrollerende og styrende, forventer patologi, har teknologi som medhjelper og ignorerer forskjeller. Disse faktorene kan godt brukes for å belyse noen av opplevelsene til kvinnene i vår studie. Det WCC står for er i essensen bærebjelken i jordmormodeller; valgfrihet, kontinuitet, kontroll og informasjon og involvering av kvinnen er blant annet noe som kan motvirke den overordnede biomedisinske modellen (Walsh, 2012) og bidra til opplevelse av anerkjennelse.

## 5 Konklusjon

Det kvinnene ønsker handler ikke om å være bedre enn andre, men å bli anerkjent for den du er og at akkurat du er spesiell på din måte. Selv om man er ulike som mennesker, er det ingen som er unormale, og dersom man har en følelse av å ikke passe inn og føler seg på siden av det som oppleves som normalt, kan det være at grunnen til dette er mangel på anerkjennelse. Det er en konstant spenning mellom de tre sfærene og de henger sammen og utfyller hverandre. Hvis man bruker WCC som grunnlag i møte med kvinner er dette en modell som fremmer at kvinnen står i sentrum og nettopp føler seg anerkjent og hørt. Vi mener dette er det de kvinnene med positive erfaringer har opplevd, og at det er nettopp det som har gjort det til en så positiv opplevelse. Vi ser på dette som en viktig nøkkel til å lykkes i å gi denne gruppen kvinner, samt alle andre kvinner, en god opplevelse i fødsel.

### 5.1 Relevans for jordmorfaget

Med vår studie har vi fått frem nye aspekter i forhold til hva som er viktig for kvinner med BMI over 30 i møtet med fødselshjelpen. Vi håper våre funn kan gi en økt bevissthet omkring temaet og dermed bidra til en økt kompetanse og forståelse som kan påvirke behandlingsmåte og samspill, slik at kvinner med BMI over 30 kan bli møtt på en best mulig måte i fødsel. Fødselshjelpere og dermed jordmødre har en viktig rolle i møtet med kvinner i fødsel og måten de møter kvinnene har stor betydning. Jordmødre har en ramme av lover, regler og retningslinjer å forholde seg til, og det er viktig at disse selvsagt følges, men det ligger mye i måten informasjonen formidles på og det å være bevisst over egen forforståelse og forutinntatthet. Våre funn viser gjentagende viktigheten av å bli sett og møtt på en god måte. Det å bli løftet opp og hvordan det gjenspeiles i hele opplevelsen av fødsel som noe positivt dersom fødselshjelperen har støttet og bidratt til akkurat dette. Studien er i våre øyne høyst relevant og vi håper at den kan være et bidrag til påfyll av kunnskap

## Referanser

- Blåka, G. (2002). *Grunnlagstenkning i et kvinnefag: teori, empiri og metode*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Blix, E. (2017). Ulike syn på svangerskap og fødsel. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. [rev.], s. 51–55). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tuft, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). *Forskerrollen*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/5-Forskerrollen/>
- Fjørtoft, K. (2009). Nancy Frasers kritikk av Axel Honneths anerkjennelsesteori. *Agora*, 27(4), 61–77. Hentet fra [https://www.idunn.no/file/ci/59687655/Nancy\\_Frasers\\_kritikk\\_av\\_Axel\\_Honneths\\_ankjennelsesteori.pdf](https://www.idunn.no/file/ci/59687655/Nancy_Frasers_kritikk_av_Axel_Honneths_ankjennelsesteori.pdf)
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach*. Pittsburgh, Pa: Duquesne University Press.
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (IS-1877). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>.
- Honneth, A. (1995). *The struggle for recognition: The moral grammar of social conflicts*. Cambridge, UK: Polity Press.
- ICM. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. Hentet fra <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- Langdrige, D. & Hagger-Johnson, G. (2013). *Introduction to research methods and data analysis in psychology* (3. utg.). Harlow, UK: Pearson.
- Leap, N. (2009). *Woman-centred or women-centred care: does it matter?* *British Journal of Midwifery*, 17(1), 12–16. <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.1.37646>
- Leap, N. (2010). The less we do the more we give. I M. Kirkham (Red.), *The Midwife-Mother Relationship* (2. utg., s. 17–36). Palgrave Macmillan.

- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 122(25), 2468–2472. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McCormack, B., van Dulmen, S., Eide, H., Skovdahl, K. & Eide, T. (2017). Person-Centredness in Healthcare Policy, Practice and Research. I B. McCormack, S. van Dulmen, H. Eide, K. Skovdahl, & T. Eide (Red.), *Person-Centred Healthcare Research*. (s. 3–18). Newark, US: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Pasient- og Brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Taylor & Francis. (2020). *Instruction for Authors*. Hentet fra <https://www.tandfonline.com/action/authorSubmission?show=instructions&journalCode=zqhw20>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- USN. (2019). *Retningslinjer for behandling av lydfiler i forskning ved USN*. Hentet fra [https://min.usn.no/getfile.php/13591154-1571899452/usn.no/om\\_USN/Regelverk/Retningslinjer%20for%20behandling%20av%20lydfiler%20i%20forskning%20ved%20USN%20-%20versjon%20pr%2023%20oktober%202019.pdf](https://min.usn.no/getfile.php/13591154-1571899452/usn.no/om_USN/Regelverk/Retningslinjer%20for%20behandling%20av%20lydfiler%20i%20forskning%20ved%20USN%20-%20versjon%20pr%2023%20oktober%202019.pdf)
- Walsh, D. (2012). *Evidence and skills for normal labour and birth: a guide for midwives* (2. utg.). Routledge.
- WMA. (2013). World Medical Association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

## Prosjekttittel

Adipøse kvinners fødselsopplevelser - en kvalitativ studie med fokus på kvinners erfaring i møtet med fødselshjelpen i fødsel

## Referansenummer

348281

## Registrert

07.01.2020 av Katrin Erna Thorbjörnsdottir - 222559@student.usn.no

## Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

## Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Idun Røseth, iduroe@gmail.com, tlf: 35026629

## Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

## Kontaktinformasjon, student

Katrin Erna Thorbjörnsdottir, Ida Emilie Karlsen, katrinthorb@gmail.com

idaemilie.karlsen@gmail.com, tlf: 45766554.97022003

## Prosjektperiode

01.12.2019 - 01.12.2020

## Status

23.01.2020 - Vurdert

## Vurdering (1) 23.01.2020 - Vurdert

---

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den med vedlegg. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

## Vedlegg 1 – NSD vurdering

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om (sett inn kategori) og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 1.12.2020.

### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om ogsamtykker til behandlingen

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte ogberettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante ognødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylleformålet

## Vedlegg 1 – NSD vurdering

### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art.

12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa

Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)





<b>Region:</b> REK sør-øst B	<b>Saksbehandler:</b> Ingrid Dønåsen	<b>Telefon:</b> 22845523	<b>Vår dato:</b> 10.01.2020	<b>Vår referanse:</b> 94714
			<b>Deres referanse:</b>	

Ida (Prosjektleder/veileder: Idun Røseth, Phd, Cand psych og førsteamanuensis USN) Emilie Karlsen

**94714 Adipøse kvinners fødselsopplevelser - en kvalitativ studie med fokus på kvinners erfaring i møtet med fødselshjelpen i fødsel.**

**Forskningsansvarlig:** Universitetet i Sørøst-Norge

**Søker:** Ida (Prosjektleder/veileder: Idun Røseth, Phd, Cand psych og førsteamanuensis USN) Emilie Karlsen

**Søkers beskrivelse av formål:**

*Formålet med studien er å kartlegge kvinners erfaringer og opplevelser i møtet med fødselshjelpen i fødsel.*

*Det utføres individuelle semi-strukturerte intervjuer med 6-10 kvinner. Dette vil være mødre med BMI over 30 før svangerskapet eller i første trimester, som har vært friske i og før svangerskapet og uten andre risikofaktorer. De må bo i Sør-øst Norge, og ha født på norske sykehus i løpet av de siste 5 årene. De må kunne uttrykke seg godt på norsk og være over 18 år.*

*Fedme og adipositas er en vedvarende utfordring i helsevesenet. Kvinner med høy BMI må få individuell, forskningsbasert støtte og informasjon uten stigmatisering og fordommer. Det er nyttig å utforske opplevelser og erfaringer disse kvinnene har i møtet med fødselshjelpen i fødsel. Dette kan føre til økt forståelse og ny kunnskap som kan bidra til økt oppmerksomhet rundt kommunikasjon, samspill og behandlingsmåte fra fødselshjelpere.*

**REKs vurdering**

Viser til skjema for fremleggingsvurdering for ovennevnte prosjekt, mottatt 08.01.2020. Henvendelsen er vurdert av sekretariatet i REK sør-øst.

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen  
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider [rekportalen.no](http://rekportalen.no)

## Vedlegg 2 – REK fremleggingsvurdering

Formålet med prosjektet er å undersøke kvinner med BMI over 30 før svangerskapet eller i første trimester sine erfaringer og opplevelser i møtet med fødselshjelpen i fødsel.

Slik prosjektet er beskrevet fremstår ikke formålet som å gi ny kunnskap om helse og sykdom som sådan, men om opplevelser og erfaringer knyttet til fødselshjelp. Det faller dermed ikke innenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4 bokstav a.

### **Vedtak**

Ikke fremleggspliktig

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Vi gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende, jf. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å sende inn en fullstendig søknad til REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Ingrid Dønåsen  
Rådgiver  
REK sør-øst B  
T: 22 84 55 23

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen  
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider [rekportalen.no](https://rekportalen.no)

## Informasjonsskriv/ samtykkeerklæring

### Deltakelse i forskningsstudien

” Adipøse kvinners fødselsopplevelser - en kvalitativ studie med fokus på kvinners erfaring i møtet med fødselshjelpen i fødsel.”

Denne studien, som er en oppgave til mastergrad i jordmorfag, har til hensikt å utforske opplevelser og erfaringer adipøse kvinner har i møtet med fødselshjelpen i fødsel. Adipøse kvinner er kvinner som har BMI over eller lik 30. Dette informasjonsskrivet inneholder informasjon om studien og hva deltakelse i studien innebærer.

#### Formål

I denne studien ønsker vi å belyse følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan oppleves fødselen og møtet med fødselshjelpen for adipøse kvinner?

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Behandlingsansvarlig institusjon er Universitetet i Sørøst-Norge. Studien er en masteroppgave i jordmorfag og gjennomføres av jordmorstudentene Ida Emilie Karlsen og Katrín Erna Thorbjörnsdóttir. Prosjektansvarlig veileder for gjennomføringen av studien er Idun Røseth PhD, Cand Psych og førsteamanuensis ved Universitetet i Sørøst-Norge.

#### Hvorfor får dere spørsmål om å delta?

Adipositas hos gravide kvinner er ofte forbundet med økt risiko for komplikasjoner i svangerskap og fødsel. På grunn av dette legges det noen ganger føringer og begrensninger før fødselen for disse kvinnene som kan føre til forskjellige opplevelser. Forskning viser at overvektige og adipøse kvinner generelt sett føler at det er en kamp om å passe inn i helsevesenet og at det kreves mer fokus på tilpassing av både kommunikasjon og fasiliteter. For å gi god og individuelt tilpasset omsorg kreves det kunnskap. Nettopp derfor ønsker vi å lytte til deres erfaringer fra møtene med fødselshjelpen.

#### Hvem ønsker vi å inkludere i studien?

Vi ønsker å inkludere 6-10 friske kvinner med BMI over eller lik 30 i begynnelsen av forrige

### **Vedlegg 3 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring**

svangerskap. For å kunne delta må du bo i Sørøst-Norge og ha født barn på et norsk sykehus i løpet av de siste 5 årene. Du må kunne uttrykke deg godt på norsk og være over 18 år.

#### **Hva innebærer det for dere å delta?**

Hvis dere velger å delta i prosjektet, innebærer det at dere, etter å ha lest informasjonsskrivet og signert samtykkeerklæringen, takker ja til å delta i et intervju. Intervjuet vil foregå på et sted som passer for dere og det vil inkludere noen få spørsmål, men også god tid til å fortelle fritt. Intervjuet vil trolig ta en times tid, avhengig av hva dere ønsker å dele med oss. Intervjuene vil bli spilt inn ved hjelp av digitalt lydopptak og det vil bli foretatt notater underveis.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis dere velger å delta, kan dere når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om dere vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for dere hvis dere ikke vil delta eller senere velger å trekke dere.

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om dere til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Intervjuene vil straks etter avsluttet intervju flyttes over til passord beskyttet fil på ekstern harddisk/data uten tilkobling til nett. Så snart intervjuene er skrevet ut vil lydfilene bli slettet. Dersom det skulle fremkomme stedsnavn eller liknende i lydopptakene vil disse bli anonymisert/ slettet når intervjuene skrives ut. Navn- og kontaktopplysninger vil bli erstattet med en kode, og denne kodelisten, samt notater og transkriberte intervjuer vil bli lagret på passord beskyttet ekstern harddisk/data uten tilkobling til nett. Datamaskiner som benyttes er passordbeskyttet. Kun forskerne vil ha tilgang til materialet. Datamateriale som benyttes i de planlagte artiklene vil bli anonymisert, det samme gjelder for sitater som er tenkt benyttet. Dersom sitater ikke kan anonymiseres fullstendig vil de ikke bli inkludert.

## Vedlegg 3 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

### Hva skjer med opplysningene når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.12.2020, og vi ønsker å oppbevare data ut 2020 i tilfelle det blir aktuelt å publisere en artikkel. Deretter blir alt materiale slettet.

### Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

## Vedlegg 3 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

### Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis dere har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte dere av rettighetene deres, ta kontakt med:

- Ida Emilie Karlsen epost: [idaemilie.karlsen@gmail.com](mailto:idaemilie.karlsen@gmail.com), tel: 97022003
- Katrín Erna Thorbjörnsdóttir epost: [katrinthorb@gmail.com](mailto:katrinthorb@gmail.com), tel: 45766554
- Personvernombud ved USN: Mette Kammen, telefon: 35575036/ 90922799
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Idun Røseth

Prosjektansvarlig/leder

(PhD, Cand Psych og Førsteamanuensis ved  
Universitetet i Sør-Øst Norge)

Ida Emilie Karlsen og Katrin E. Thorbjörnsdottir

Jordmorstudenter

(Masterstudenter ved USN)

---

## Samtykkeerklæring

Vi har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Adipøse kvinners fødselsopplevelser - en kvalitativ studie med fokus på kvinners erfaring etter møtet med fødselshjelpen i fødsel», og har fått anledning til å stille spørsmål. Vi samtykker til:

å delta i intervju

Vi samtykker til at våre opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.12.2020.

---

(Signert av prosjektdeltakere, dato)

## Vedlegg 4 – Intervjuguide

### Intervjuguide

Forskningsspørsmål: Hvordan oppleves fødselen for adipøse kvinner? Med fokus på kvinners opplevelser og erfaringer i møtet med fødselshjelpen i fødsel.

Først informerer vi om at denne studien har til hensikt å utforske opplevelser og erfaringer kvinner med BMI over 30 har i møtet med fødselshjelpen i fødsel.

Samtykkeskjema signeres og kvinner har fått informasjonsskriv angående bruk av informasjon, taushetsplikt, anonymitet og hvordan informasjonen lagres på en sikker måte og slettes, samt rettigheten til å trekke seg fra studiet til enhver tid.

Før intervjuet spilles inn spør vi om og noterer: alder, parietet, BMI i begynnelsen av svangerskapet og type fødested (mindre eller større sykehus)?

**Tema:** Adipøse kvinners erfaringer og opplevelse av fødsel og erfaringer i møtet med fødselshjelpen.

- Hvis du tar oss tilbake til den dagen du kom til sykehuset for å føde - vil du fortelle om din fødselsopplevelse?
- Vil du fortelle mer om de erfaringer du hadde i møtet med fødselshjelpen?
- Hvordan opplevde du hjelpen du fikk i fødsel?
  - o Du nevnte at ... kan du utdype dette?
  - o Du sa noe om ... vil du fortelle mer?
- Hva synes du kunne ha vært annerledes?
- Noe du vil legge til, hva har vi ikke snakket om som du synes er viktig?
- Hvordan har det vært for deg å snakke om dette?