



**Karolinska  
Institutet**

**Institutionen för Neurobiologi,  
Vårdvetenskap och Samhälle**  
Sektionen för omvårdnad  
Specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatri  
Höstterminen 2015

---

**Upplevelse av kroppsbild hos personer med ätstörning samt personer med  
ett missbruk av anabola androgena steroider**  
En kvalitativ studie

**Experience of body-image among persons with eating disorders and  
persons with an abuse of anabolic androgenic steroids.**  
A qualitative study

**Författare: Sidsel Kjerstad  
Milja Ranung**

**Handledare:** Carin Benjaminson, institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle.  
**Examinator:** Mathilde Hedlund Lindberg, institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle.

## Sammanfattning

### **Bakgrund:**

I vårt samhälle finns ett stort fokus på kroppsideal och utseende bland unga vuxna. Patienter med ätstörning respektive patienter med ett missbruk av anabola androgena steroider (AAS) har gemensamt att de har ett missnöje med den egna kroppen samt en snedvriden kroppsbild.

**Syfte:** Att beskriva upplevelse av kroppsbild hos patienter med ätstörning samt patienter med ett missbruk av AAS. **Metod:** Studien innefattade semistrukturerade intervjuer med patienter med ätstörning samt patienter med ett missbruk av AAS. Resultatet analyserades med latent innehållsanalys och diskuterades mot transitionsteori som teoretisk referensram. **Resultat:** Resultatet visade att det fanns stora likheter i hur patienter med ätstörning respektive patienter med ett missbruk av AAS uppfattade sin kroppsbild. **Diskussion:** Patienters transition påverkas av en mängd olika psykosociala faktorer. Sjuksköterskan behöver ha kunskap om patienters kroppsbild för fånga upp missnöje med kroppen i ett tidigt skede.

Nyckelord: Anabola androgena steroider, identitet, kroppsbild, omvårdnad, självkänsla, ätstörning

## **Abstract**

**Background:** In our society there is a tremendous focus on body ideal and appearance among young adults. Patients with eating disorders and patients with an abuse of anabolic steroids(AAS) both have the displeasure of their own bodies and a wrong body image in common. **Method:** The study contained semi structured interviews with patients that were diagnosed with eating disorders and patients with an abuse of AAS. The result was analyzed with a latency containment analysis and was discussed against transitions theory as the theoretical reference. **Result:** The result showed the great similarities in perceived body image between patients with eating disorders and patients with an abuse of AAS. **Discussion:** The transition of patients is affected by many different psychosociological factors. The nurse needs knowledge about the patient's body image to be aware of the disapproval of the body in an early stage

Keywords: Anabolic androgenic steroids, Body- image, Eating disorders, Identity, Nursing, Self- esteem

## Innehållsförteckning

|  |    |
|--|----|
| 1. Bakgrund .....                                  | 1  |
| 1.1 Identitet.....                                 | 1  |
| 1.2 Självkänsla .....                              | 1  |
| 1.3 Kroppsbild.....                                | 2  |
| 1.4 Missbruk av dopningsmedel och kroppsbild.....  | 2  |
| 1.5 Ätstörningar och kroppsbild.....               | 2  |
| 1.6 Teoretisk ram .....                            | 3  |
| 2. Syfte .....                                     | 4  |
| 3. Metod .....                                     | 4  |
| 3.1 Val av design .....                            | 4  |
| 3.2 Urval/deltagare .....                          | 4  |
| 3.3 Datainsamling .....                            | 5  |
| 3.4 Dataanalys .....                               | 5  |
| 3.5 Etiska ställningstaganden .....                | 6  |
| 4. Resultat.....                                   | 6  |
| 4.1. Kroppsbild.....                               | 6  |
| 4.1.1 Skev kroppsuppfattning.....                  | 6  |
| 4.1.2 Missnöje med den egna kroppen .....          | 7  |
| 4.1.3 Jämförelse med andra.....                    | 7  |
| 4.1.4 Kroppskontroll .....                         | 8  |
| 4.1.5 Förhållande till den egna spegelbilden ..... | 8  |
| 4.1.6 Bekräftelse.....                             | 9  |
| 4.2 Påverkansfaktorer.....                         | 9  |
| 4.2.1 Samhällets påverkan.....                     | 10 |
| 4.2.2 Påverkan av den nära omgivningen.....        | 10 |
| 4.3 Återhämtning.....                              | 10 |
| 4.3.1 Egna behov .....                             | 10 |
| 4.3.2 Acceptans av den nya kroppsbilden .....      | 10 |
| 5 Diskussion .....                                 | 11 |
| 5.1 Metoddiskussion.....                           | 12 |
| 5.2 Resultatdiskussion.....                        | 13 |
| 6 Samhällelig nytta.....                           | 16 |
| 7 Klinisk nytta .....                              | 16 |
| 8 Förslag för vidare forskning.....                | 16 |
| 9 Slutsats .....                                   | 17 |
| Referenser.....                                    | 18 |
| BILAGOR .....                                      | 22 |

## **Inledning**

I vårt västerländska samhälle finns ett stort fokus på hur vi ser ut och hur vi ska äta och träna. Överallt möts vi av diskussioner om mat och vikt och vi översköljs av löpsedlar och TV-program som berör kropp och mat. Nya träningslokaler öppnar på löpande band. För ett antal år sedan fanns sportkläder i huvudsak i sportbutiker, idag lanserar alla stora klädkedjor egna kollektioner av sportkläder. Parkinson, Drewett, Couteur & Adamson (2012) menar att klädmodet sjunker ner i åldrarna vilket kan leda till en medvetenhet om utseende och en önskan om att gå ner i vikt redan hos det lilla barnet och att detta är vanligast bland flickor. Då man undersökt manliga actionfigurer över tid, under de senaste 25 åren framkommer att figurerna blivit alltmer muskulösa. Detta är något som troligtvis påverkar unga pojkar före pubertet (Baghurst, Hollander, Nardella & Haff, 2006). Baird & Grieve, (2006) visar att män som fått se en produkt tillsammans med manliga muskulösa modeller upplever ett större missnöje med den egna kroppen än de män som enbart fått se annonser för en produkt. Missnöje vad gäller kroppsbild är således starkt förknippat med de manliga idealiserade bilder som möter unga män i massmedia. Detta understödjer troligtvis utvecklande av ätstörning samt ett missbruk av AAS. Vi som genomfört denna studie arbetar kliniskt med patienter med ätstörning respektive patienter med ett missbruk av anabola androgena steroider (AAS). Gemensamt för dessa patientgrupper är att de har en snedvriden kroppsbild. Vi valde att undersöka begreppet kroppsbild närmare, då vi anser att specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk omvårdnad nu och i framtiden kommer att behöva utökade kunskaper kring detta.

## **1. Bakgrund**

### **1.1 Identitet**

Johansson & Lalander (2013) menar att identitet är ett komplext begrepp som definieras på många nivåer. Identitet handlar mer om självbild än den roll en människa får utifrån klasstillhörighet, kön, nationalitet och sin livshistoria. Identiteten förändras genom livet och påverkas av den miljö man lever i, samt av faktorer såsom samhällsstruktur, kulturell tillhörighet och media. Media påverkar människor att konsumera sig till en identitet och att jämföra sig med andra. Identiteten rör sig i flera olika miljöer. Exempelvis kan en person vara professionell då hon/han utför sitt yrke, pedagogisk och kärleksfull som förälder, en förstående partner och den som tränar barnens fotbollslag. Johansson & Lalander (2013) menar vidare att då en ny identitet utvecklas genomgår en människa fyra stadier: begynnande tvivel, sökande, vändpunkt och beslut vilket utmynnar i ett nygammalt jag. Vi författare menar att patienter med skev kroppsbild påverkas av en mängd faktorer som nämns ovan och att identiteten är starkt förknippad med människors självkänsla.

### **1.2 Självkänsla**

Självkänsla innefattar inre och yttre faktorer som har att göra med en persons känsla av att duga. En vanlig föreställning är att den som är framgångsrik och snygg också har en god självkänsla. Baumeister & Vohs (2001) har utvecklat en teori om att en extrem jakt på självkänsla kan leda till beroende av det. Beroendet kännetecknas av en vilja att tänka gott om sig själv och ett starkt begär efter bekräftelse. Om personen inte får bekräftelse börjar han/hon må dåligt. Personen vill inte släppa taget om den uppnådda självkänslan och får abstinens i sökandet efter nya kickar. När personen får beundran för samma saker flera gånger kommer kicken att utebli. En tolerans utvecklas och personen behöver söka sig till högre "doser"

bekräftelse för att lyckas upprätthålla sin självkänsla. Vi författare menar att detta beroende kan leda till handlingar som att börja svälta sig själv eller att börja missbruka AAS för att uppnå en kroppsbild man identifierar sig med.

### **1.3 Kroppsbild**

Begreppet kroppsbild, "body-image" är den tredimensionella bild som alla människor bär inom sig. Kroppsbilden bygger på en subjektiv totalupplevelse av den egna personen och den påverkas ständigt (Schilder, 1978). En definition av begreppet är enligt Grogan (2006): "*Body image relates to a persons' s perceptions, feelings and thoughts about his or her body, and is usually conceptualized as incorporating body size estimation, evaluation of body attractiveness and emotions associated with body shape and size*" (sid. 524). Vi anser att då patienter med ätstörning samt patienter med ett missbruk av AAS kraftigt förändrar sin kroppsbild innebär det en förändrad upplevelse även av den egna personen och identiteten.

### **1.4 Missbruk av dopningsmedel och kroppsbild**

Missbruk av AAS har förändrats från att ha varit ett problem inom idrotten till att bli ett växande folkhälsoproblem. I Sverige beräknas 50.000 till 100.000 personer missbruka dopningsmedel, men mörkertalet är troligtvis mycket stort (Sjöqvist, Garle, & Rane, 2008). Majoriteten av personer med ett missbruk av AAS är män (Nationellt vårdprogram-missbruk av anabola androgena steroider (AAS) och andra hormonläkemedel, 2012). Dopning utanför idrottsvärlden förekommer i alla sociala miljöer och syftet är oftast att förändra sitt utseende. Missbruk av AAS kan ge upphov till en mängd somatiska och psykiatriska besvär som dysföri, djup depression med suicidtankar, aggressivitet, sömnbesvär och hormonell obalans. (Kanayama, Brower, Wood, Hudson & Pope, 2009 och Björk, Skårberg & Engström, 2013). Då det är vanligt att patienter med ett missbruk av AAS inte uppger sitt missbruk då de söker vård, kan denna patientgrupp lätt missas om inte tillräcklig kunskap finns. Kunskap om tecken och symtom är avgörande för tidig upptäckt och behandling. (Brower, Catlin, Blow, Eliopoulos & Beresford, 1991).

Den ideala manskroppen, enligt västerländska ideal är en lång man med muskulös överkropp. Detta ideal har lett till ett ökat missnöje av den egna kroppen bland män. Viljan att vara muskulös förknippas med låg självkänsla, träningsberoende, ätstörning och missbruk av AAS (Chittester, 2007). Goldfield, Blouin & Woodside (2006) visar att manliga kroppsbyggare uppvisar ett bulimiskt beteende och fixering vid den egna kroppsvikten, i kombination med extremt hård träning. En kroppsstörning, så kallad muskeldysmorfofobi eller Megarexia beskrivs som en omvänd Anorexia Nervosa, där definitionen är en rädsla över att vara liten och smal. Detta tillstånd kan skapa ett psykologiskt beroende hos individen (Kanayama, Brower, Wood, Hudson & Pope, 2009). Megarexia ökar risken för överträning samt ett missbruk av AAS. Utvecklandet av Megarexia drabbar ofta personer med svag självkänsla. Individen fastnar i att endast identifiera och uppleva sig själv fysiskt och kroppen blir det enda stabila i personens identitet (Bernadett & Ferenc, 2007). Ey (2010) visar i sin studie ett tydligt samband mellan Megarexia, självkänsla och negativ kroppsbild.

### **1.5 Ätstörningar och kroppsbild**

Ätstörningar indelas enligt ICD-10 och DSMV i flera undergrupper. De största grupperna är Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) och Ätstörning UNS. Patienter med AN vägrar och är rädda att behålla en normal kroppsvikt och har en störd uppfattning vad gäller kroppsvikt och/eller kroppsform. Patienter med BN ägnar sig åt hetsätning med destruktivt kompensatoriskt beteende för att förhindra viktuppgång. Upplevelse av kroppsform och kroppsvikt samt självkänslan är påverkad. Patienter med ätstörning UNS är i normalspannet

för vikt, trots viktnedgång, eller att kriterierna för BN är uppfyllda, men det förekommer mindre kompensatoriskt beteende (DSMV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2015).

Orsakerna till ätstörningar är komplexa, då det är många faktorer som samverkar.

Familjefaktorer kan vara alkoholmissbruk, depression eller ätstörning hos en annan familjemedlem. På individnivå är faktorer som hur man uppfattar sig själv och vilka inre höga krav som ställs relevanta. Gruppfaktorer rör sociala sammanhang, som att en person är aktiv idrottare. Sociokulturella faktorer rör synen på kropp och utseende.

Man talar också om genetisk sårbarhet (Svenska psykiatriska föreningen, 2005). Danielsen & Bratberg (2013) har undersökt ätstörningar kopplat till störd kroppsbild och menar att detta är ett fenomen som kräver ytterligare studier, där hänsyn även tas till andra variabler såsom depression, ångest och övergrepp. Allgulander (2008) bekräftar att det centrala temat för ätstörning är en störd kroppsuppfattning. Män som utövar idrotter som kräver låg kroppsvikt är en riskgrupp att drabbas av ätstörningar (Cornella-Carlson, Fitzpatrick, Kennington, Bean & Jefferis, 2012). Likaså är ett missbruk av AAS en riskfaktor för utvecklande av ätstörning (Björk, Skårberg & Engström 2013).

Jones, Buckner & Miller (2014) har undersökt hur ungdomar med ätstörning ser på sin kroppsbild i olika åldrar. I tolv till tretton års ålder är de flesta nöjda. Den högsta nivån av missnöje hittas bland ungdomar i fjortonårsåldern. Trots undervikt är ungdomarna missnöjda med sin kroppsbild. Jones et al. (2014) visar att en tidig debut av negativ kroppsbild innebär en ökad risk för att senare i livet ha en kvarstående besvär. Danielsen & Bratberg (2013) har studerat ätstörningar i relation till kroppsbild. Resultaten visar att det är viktigare att se till allvarlighetsgraden i en störd kroppsbild än själva ätstörningsdiagnosen i sig. Ommen, Meerwijk, Kars, Elburg & Meijel (2008) har undersökt vilka omvårdnadsåtgärder som har betydelse för patienters tillfrisknande från en ätstörning. Tre begrepp kan urskiljas: *normalisering, struktur och ansvar*. I början försöker patienten normalisera sitt ätande och återhämta sig somatiskt. Därefter påbörjar patienten en normaliseringsprocess. I denna fas bygger patienten upp ett förtroende för sjuksköterskan och delar sina tankar om sin kroppsbild som ofta är skambelagd. Osäkerheten vad gäller identitet och kroppsuppfattning är stor i denna fas. Branford, Affoe, Mountford, Morgan & Sly (2013) samt Wendell, Masusa & Le (2012) menar att det är viktigt att involvera begreppet kroppsbild i alla steg av en behandlingsprocess.

## 1.6 Teoretisk ram

Teoretisk referensram för studien är transitionsteori, en vårdvetenskaplig teori utvecklad av Meleis. A (1991). Transitionsbegreppet beskrivs som en förändring innehållande tre faser: Separation, övergång och integrering. När något leder till en förändring av en enskild individs förväntningar på sig själv eller omgivningen, leder detta till en förändring gällande beteende och relationer. En transition innefattar ett avslutande av något, ett skede av mer neutral art och därefter en ny början. Avslutet innefattar en specifik brytpunkt eller händelse i livet. Detta avslut kan uppfattas såväl befriande som förvirrande. Övergångsperioden präglas av osäkerhet eller glädje och längden på perioden varierar. Personen vacklar och är tveksam till det nya. Då en ny början sker går individen in i ett mer stabilt tillstånd där nya tankar befästs. Slutfasen karaktäriseras av stabilitet vad gäller rutiner, livsstil och hur man tar hand om sig själv (Meleis, 2000). Transition sker exempelvis då en person går från ungdom till vuxenliv. Detta innefattar bland annat att klara av ett självständigt boende, lära sig nya saker om vuxenvärlden samt börja se på sig själv som en vuxen individ (Lindgren, Söderberg & Skär 2014). Meleis (2000) menar att alla transitioner innehåller en subjektiv känsla av att uppnå balans. Kontroll och en ny känsla av identitet reflekterar hälsosamma utfall i en transitionsprocess.

Medvetenhet, kunskap och perception är komponenter som avgör om en person kan identifiera en transition. För att en förändring skall kunna ske krävs medvetenhet, engagemang och att personen involverar sig i processen, söker information, använder sig av rollmodeller och planerar sina aktiviteter. Ett engagemang, mentalt, känslomässigt och socialt varierar beroende på hur medveten en person är. Meleis (2000) lyfter fram tre typer av transitioner. Transition sker då en person drabbas av sjukdom och genomgår rehabilitering och återhämtning, då en person genomgår normala utvecklingsfaser i livet såsom tonårstid, graviditet, föräldraskap eller åldrande samt då människor behöver anpassa sig till nya sociala och kulturella sammanhang, exempelvis vid migration. Vi författare ser att patienter med ätstörning samt patienter med ett missbruk av AAS genomgår flera former av transition. Patienter med ätstörning då de drabbas av sjukdom och därefter påbörjar ett tillfrisknande. Patienter med ett missbruk av AAS då de går från att påverka sin kropp med AAS till att leva sitt liv utan dessa preparat. Då flertalet av dessa patienter befinner sig i åldersgruppen unga vuxna, är de sig också i en sårbar fas i livet, såsom tonårstid, vilket är en transition i sig. Transitionsbegreppet rör komponenter som självkänsla, identitet och kroppsbild. Förändringen av kroppsbilden kan av patienterna själva samt av omgivningen till en början uppfattas som något positivt. För att ett tillfrisknande ska ske behöver de separera sig från den ”gamla” kroppen och övergå till något annat. I och mer denna förändring skapas en ny identitet och livsstil.

### **Problemformulering**

Inom psykiatri finns patienter med störd kroppsbild. Då synen på den egna kroppen har stor betydelse för patientens självkänsla och identitet behöver specialistsjuksköterskor inom psykiatri uppmärksamma begreppet kroppsbild för att kunna bidra till patienternas återhämtning. Den senaste forskningen visar att det finns ett ökat intresse för kroppsbildens betydelse för patienters tillfrisknande och att detta ämne inte är tillräckligt utforskat. Vi anser att sjuksköterskor inom psykiatri behöver ha förståelse och förmåga att uppmärksamma begreppet kroppsbild för att förebygga att patienter påbörjar en negativ utveckling av detta.

## **2. Syfte**

Att beskriva upplevelse av kroppsbild hos patienter med ätstörning samt patienter med ett missbruk av anabola androgena steroider.

### **Frågeställningar**

- Vilka likheter och olikheter finns gällande upplevelse av kroppsbild hos patienter med ätstörningar respektive patienter med ett missbruk av AAS?
- Hur uppfattar patienterna självkänsla/identitet i relation till sin kroppsbild?
- Vilka omvårdnadsåtgärder upplever patienter som viktiga i förhållande till kroppsbild?

## **3. Metod**

### **3.1 Val av design**

Studien var kvalitativ och genomfördes med semistrukturerade intervjuer. Intervjuer användes för att kunna ställa komplexa frågor (Polit & Beck, 2008). Transitionsteori valdes som ramverk innan intervjuernas utförande. Således var den teoretiska utgångspunkten med och



styrde valet av intervjufrågor och teman. Framförallt teman som rörde återhämtning och omvårdnadsåtgärder skapades med transitionsteorin som grund. Syftet med intervjuerna var att informanterna fick utrymme att berätta sin egen historia gällande det valda forskningsområdet. Intervjuerna analyserades enligt latent innehållsanalys, en analystolkningsmodell av Graneheim & Lundman (2004).

### **3.2 Urval/deltagare**

I en kvalitativ studie är det viktigt att urvalet, i detta fall att respondenterna var rika på information snarare än att urvalet var representativt. Ett strategiskt urval har som mål att materialet ska belysa de problemområden som tas upp. Urvalet bör inte vara för stort, då det blir svårt att överblicka i analys, men inte heller för litet då det kan innehålla för lite data (Malterud, 2009). Urvalet bestod av respondenter med ätstörningar samt respondenter med ett missbruk av AAS. Dessa rekryterades från två olika verksamheter i en större stad i mellersta Sverige som arbetar med ätstörningar och missbruk av AAS. Kriteriet för respondenterna var att de skulle ha sökt vård för ätstörning, alternativt sökt vård för fysiska eller psykiska besvär relaterade till ett missbruk av AAS. Ålderskriterierna på respondenterna var mellan 18-30 år.

Detta för att ätstörningsdiagnos samt ett missbruk av AAS förekommer frekvent i denna åldersgrupp. Dock var en respondent äldre än detta. Personer under 18 år kom ej att ingå i studien, då det var komplicerat av etiska skäl och krävde vårdnadshavares medverkan. Ett exklusionskriterium var annan allvarlig psykiatrisk störning. Respondenterna delades in i två grupper. Fyra respondenter med ätstörningsdiagnos, respektive tre respondenter med ett missbruk av AAS utsågs att medverka i studien. Bland respondenterna med ett missbruk av AAS hade två av tre nyligen slutat missbruka AAS, medan en respondent fortfarande tog AAS i syfte att må bra.

### **3.3 Datainsamling**

Vid kliniken för ätstörningsvård kontaktades enhetschefen för vuxenmottagningen där en kontaktperson förmedlade information angående studien till respondenterna. På enheten för patienter med ett missbruk av AAS utsågs en läkare som kontaktperson. Denne tillfrågade de patienter som uppfyllde kriterierna för studien om de ville delta. Respektive verksamhetschefer kände till studien i ett tidigt skede, då de blivit kontaktade med anledning av ansökan till Etikprövningsnämnden. Kontaktpersonerna fick muntlig och skriftlig information om studien. Kontaktpersonerna förmedlade respondenternas kontaktpuppgifter till författarna. Författarna tog kontakt med respondenterna via telefon och bokade tid för intervju och för att förtydliga syftet med studien och svara på eventuella frågor. Intervjuerna genomfördes på respektive enheter. Ett informerat samtycke delades ut till respondenterna. Detta skedde skriftligt (Dalen, 2007).

Inför intervjuerna utformades en intervjuguide, som hjälp för författarna att hålla sig till viktiga teman för datainsamlingen. Mallen var inte alltför detaljerad utan skulle gå att anpassa i mötet med respondenten så att ny information kunde komma in i intervjuerna. Fokus låg på att uppmuntra respondenterna att dela med sig av sina personliga erfarenheter. Ledande frågor undveks och författarnas roll blev att försöka hålla sig i bakgrunden utan att för den skull bli ”osynliga” (Malterud, 2009). Intervjuerna genomfördes i ett mottagningsrum med en intervjuare, för att undvika att respondenterna kände sig i underläge och för att bygga upp ett förtroende mellan intervjuare och respondent (Trost, 2005). Författarna genomförde själva intervjuerna, då minnet är en viktig aspekt vid tolkning och analys (Trost, 2005). Intervjuerna ställde frågor och uppmuntrade respondenten att tala med egna ord (Dalen, 2007 och Malterud, 2009). Två provintervjuer, en per respektive enhet genomfördes för att undersöka

att rätt frågor ställdes. Då dessa intervjuer var tillfredsställande kom dessa att ingå i analystolkning och resultat. Intervjuerna spelades in på band med hjälp av mobiltelefon och varade mellan 25 och 45 minuter.

### **3.4 Dataanalys**

Latent innehållsanalys användes. Analysen inriktade sig på att tolka subjektiva sammanhang och upplevelser och att hitta textens underliggande mening (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna skrevs fortlöpande ut ordagrant och transkriberingen utfördes av båda författarna. Detta för att lättare komma ihåg och för att tidigt få tillgång till materialet. Författarna läste igenom samtliga intervjuer ett flertal gånger och sökte var och en för sig efter viktiga teman och nyckelord. Materialet lästes på ett så objektivt sätt som möjligt med avsikten att inte skapa egna tolkningar (Olsson & Sörensen, 2007). Därefter arbetade författarna tillsammans med att dela upp materialet i meningsbärande enheter. Meningsbärande enheter togs fram, kodades och kategoriserades för att bilda nya huvud- och subkategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Dessa kondenserades, kodades, kategoriserades och klassificerades genom att läggas i olika kuvert, var och ett med varsin huvudkategori. Detta gjordes för att reducera de delar av intervjuerna som inte var relevanta till studiens syfte. Analysarbetet resulterade i tio subkategorier och tre huvudkategorier. Materialet sammanfattades hela tiden med vetskap om att det var enbart en text och inte den definitiva verkligheten (Malterud, 2009). Efter att en första tabell skapats gjorde författarna om analysförfarandet en gång till för att förtydliga kategorierna ytterligare.

### **3.5 Etiska ställningstaganden**

Centrala Etikprövningsnämnden i Stockholm, Diarienummer: 2015/790-31/4 gav ett rådgivande yttrande att inga hinder för studien fanns. Studien godkändes av verksamhetschef respektive enhetschef på valda enheter. Intervjuerna kunde komma att väcka känslor hos respondenterna och en psykisk påfrestning. Respondenterna fick därför kontaktuppgifter både före och efter intervjun för att ha möjlighet att kontakta författarna vid eventuella frågor eller funderingar. I informationen stod att respondenten hade rätt att avbryta sin medverkan närhelst hon/han önskade. Där stod också att materialet enbart var tillgängligt för författare och handledare och att det förstördes efter kodning och analys. Respondenterna informerades om att all information var konfidentiell och sekretessbelagd, vilket innebar att inga citat skulle komma att härledas till en viss person. I avrapporteringen anonymiserades respondenterna för läsaren. Dock var respondenterna inte anonyma för intervjuerna. Då respondenterna befann sig i en sårbar fas mitt i behandling var det viktigt att vara lyhörd för respondentens känslomässiga situation och anpassa intervjuerna efter detta. Då respondenterna uppvisade symptom på sjukdom eller oförmåga att svara, tog författarna hänsyn till detta och antingen lämnade ämnet eller bytte till en annan frågeställning. Respondenterna deltog frivilligt i studien. Dock är det viktigt att nämna att de blev tillfrågade av behandlande personal, vilket kunde innebära ett underläge. Då alla respondenter var väl uppknutna till sina respektive enheter innebar detta att uppföljning kunde ske vid behov.

## 4. Resultat

Analysen av resultatet gav tre huvudkategorier: kroppsbild, påverkansfaktorer och återhämtning samt tio subkategorier, se tabell nedan.

| Subkategori   | Kategorier        |
|---|-------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Skev kroppsuppfattning</li><li>- Missnöje med den egna kroppen</li><li>- Jämförelse med andra</li><li>- Kroppskontroll</li><li>- Förhållande till den egna spegelbilden</li></ul> | Kroppsbild        |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Samhällets påverkan</li><li>- Påverkan av den närmsta omgivningen</li></ul>   | Påverkansfaktorer |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Egna behov</li><li>- Acceptans</li><li>- Transition</li></ul>   | Återhämtning      |

### 4.1. Kroppsbild

Ur kategorin kroppsbild växte fem subkategorier fram. Skev kroppsuppfattning, missnöje av den egna kroppen, jämförelse med andra, kroppskontroll samt förhållande till den egna spegelbilden.

#### 4.1.1 Skev kroppsuppfattning

Såväl patienter med ätstörning som patienter med ett missbruk av AAS uppvisade en skev kroppsuppfattning. Samtliga patienter med ätstörning beskrev känslor av att känna sig tjock, fet och plufsigt trots en uppenbar undervikt. Känslan av att kroppens storlek inte alls stämde överens med verkligheten var något patienterna med ätstörning kunde förstå på ett intellektuellt, men inte emotionellt plan. Hos två av patienterna med ett missbruk av AAS kunde liknande känslor identifieras då de, trots att de slutat ta illegala preparat såg sig själva som icke-muskulösa trots en uppenbart stor, alternativt vältränad kropp. En av dessa patienter kände mycket väl igen sig i beskrivningen av megarexia. Samtliga patienter med ett missbruk av AAS beskrev att de under tiden de tog AAS hade en skev kroppsuppfattning och att omgivningen ofta reagerade på deras kroppsstorlek, medan de själva inte kunde se detta.

Patient ätstörning: *"När jag ritar av min kropp på en vägg, då ritar jag som den ser ut i verkligheten, men det man ser i spegeln är det jag känner och det stämmer inte överens med verkligheten. Jag känner mig mycket tjockare och större än vad jag egentligen är!"*

Patient AAS: *"Man kände ju inte själv ens, när man hade armar som var typ fem decimeter tjocka, nej man trodde man var normal och gick runt så".*

#### 4.1.2 Missnöje med den egna kroppen

Danielsen & Rö (2012) menar att då missnöje och oro över den egna kroppsbilden är en framträdande faktor är det viktigt att hjälpa patienter att bli medvetna om sin kropp och sina känslor, då detta lätt blandas ihop. Ett extremt missnöje med den egna kroppen var ett genomgående tema för båda patientgrupper. Missnöjet upplevdes så starkt att det påverkade allt annat i livet. Såväl patienter med ätstörningar som patienter med ett missbruk av AAS beskrev att dagsformen var avgörande, att nöjdheten med kroppen varierade från dag till dag. Flera beskrev att missnöjet styrde det övriga måendet i vardagen. En patient med ätstörningar beskrev att det kunde räcka med att hon såg en smalare person så kände hon sig fet. En patient med missbruk av AAS sade att var man tillräckligt missnöjd med kroppen blev man deprimerad.

Missnöjet med den egna kroppen började i tidiga tonår hos samtliga patienter. Hos patienterna med ätstörning debuterade missnöjet i puberteten, då kroppen hastigt förändrades. Hos två av patienterna med ett missbruk av AAS hade träningsfixering i tonåren börjat som en reaktion på övervikt i barndomen, medan en patient påbörjade sin hårda träning i syfte att börja tävla. Samtliga patienter beskrev ett missnöje med den egna kroppen och att det var viktigt att sträva efter att se bra ut. Denna strävan resulterade i båda grupper i att träning och självsvält gick till överdrift. Hos samtliga patienter med ett missbruk av AAS hade detta även lett till fysiska skador.

I gruppen patienter med ätstörningar var målet att gå ned i vikt, då deras ideal var att se mindre ut, medan i gruppen patienter med missbruk av AAS var målet att bli större med mera muskler, att se bättre ut respektive att bli så stark som möjligt. Hos båda patientgrupper kunde känslor av äckel och avsky riktas mot den egna kroppen. Bland patienterna med ätstörning var det även tydligt att missnöjet riktades mot specifika kroppsdelar som exempelvis mage, rumpa eller lår.

Patient ätstörning: *"Jag känner mig verkligen så hemsk och så ful och fet"*.

Patient AAS: *"Jag kände avsky och vämjelse för min kropp när jag började träna. Jag satt på gymbänken och såg mina feta lår hänga där och kände en fruktansvärd avsky"*.

#### 4.1.3 Jämförelse med andra

Jämförelse med andra var ett utmärkande tema i båda patientgrupper. Hos patienterna med ätstörning började jämförandet tidigt i pubertetsutvecklingen. Trots att flera patienter med ätstörning kommit långt i sin behandling var detta något som upplevdes mycket svårt att ändra på eller sluta med. Det handlade främst om att jämföra sin kropp och sitt utseende med andra, men även intaget av mat och träning jämfördes. Patienterna jämförde sig med vänner, familjemedlemmar, med personer på gymmet eller andra främmande personer. I gruppen patienter med ett missbruk av AAS skedde jämförelse med andra mestadels på gymmet. Man jämförde sin muskelutveckling och utveckling av styrka med andra. När önskade resultat uteblev trots mycket hård träning började man missbruka AAS. Denna patientgrupp beskrev att tävlan och resultat var viktiga komponenter i jämförandet. Båda patientgrupperna hade fortsatt att aktivt jämföra sina kroppar med andra trots att de var vuxna.

Patient ätstörning: *"Det kan vara vem som helst som jag jämför mig med. Det kan vara främlingar på stan. Det kan vara någon jag ser på t-banan. Det kan vara någon som ser ut på ett visst sätt, varför ser inte jag ut så?"*

Patient AAS: *"Man jämförde ju sig med folk på gymmet helt klart, man ville ju alltid vara en av de som var störst."*

#### 4.1.4 Kroppskontroll

Patienterna med ett missbruk av AAS beskrev att de under tiden de tog preparat hade de en oerhörd kontroll över mat och träning. En patient beskrev att han åt flertalet matlådor på jobbet varje dag. Att pressa kroppen till det yttersta var ett genomgående drag. Trots smärta var det bara att fortsätta. Kroppen sågs som ett redskap som skulle tuktas. Resultatet var det viktiga och handlade om att bli starkare, större eller snyggare. För att uppnå resultat började man med AAS. Även hanteringen av AAS-preparat utfördes med ett stort mått av kontroll. Liknande kunde ses i patientgruppen med ätstörningar då patienterna hade stor kontroll både över intag av mat/strikta dieter samt ett kompensatorisk beteende, exempelvis träning och eventuella kräkningar.

Patient ätstörning: *"Jag hade ett väldigt strikt träningsprogram, jag var nog på gymmet 3-4 dagar i veckan och så promenerade jag en halv timma varje dag. Och så vidare. För att kunna hålla kroppsbild och ångest i schack".*

Patient AAS: *"Jag tävlade mot mig själv hela tiden och när andra sade att det inte orkar, då körde jag några reps till. Jag kan ju köra till blodet sprutar genom näsan på mig, jag ger inte upp".*

#### 4.1.5 Förhållande till den egna spegelbilden

Bland patienter med ätstörning fanns ett komplext förhållande till den egna spegelbilden. En patient uppgav att hon inte längre brydde sig om sin spegelbild, men att hon helt undvek att spegla sig. Spegeln användes enbart för att se att hon inte hade smink, matrester eller dylikt i ansiktet. Övriga patienter i denna grupp uppvisade liknande förhållningssätt. Den egna spegelbilden väckte så mycket tankar och känslor att detta kunde påverka resten av dagen. Att vara avklädd, att stå i underkläder, i duschen eller iklädd enbart handduk beskrevs som värst. Patienterna undvek därför speglar om de inte var påklädda. Alla patienter i ätstörningsgruppen upplevde att de hade svårt att acceptera den egna kroppen vilket ledde till att de dolde specifika kroppsdelar med kläder. Det kunde även leda till att de satte på sig för mycket kläder under sommarhalvåret eller undvek att bada för att slippa visa sin kropp. I gruppen patienter med ett missbruk av AAS framkom stora skillnader i hur man uppfattade sin spegelbild under tiden man missbrukade AAS och i perioder man inte gjorde det. Under tiden med preparat beskrev patienterna att de mätte mycket bra mentalt, med känslor av självförtroende, ökad självkänsla och kontroll. De orkade träna hur mycket som helst, allting kändes lätt och de var aldrig trötta. De kunde se sig själv i spegeln och beundra sin kropp och sina resultat. Då de slutade med sitt missbruk blev förhållandena de motsatta. Kroppen var inte samarbetsvillig, de upplevde känslor av trötthet, besvikelse och frustration. De orkade inte längre träna och såg återigen på sin spegelbild på ett negativt sätt.

Patient ätstörning: *"Det spelar ingen roll hur mycket man tränar. Om jag tittar mig i spegeln är jag alltid mer eller mindre tjock/ i oform."*

Patient AAS: *"Jag kunde känna tillfredsställelse, upprymdhet och viss ro när jag lade mig på natten och kunde se rutorna på magen".*

Patient AAS: *"Där kändes min kropp hopplös alltså. Vad fan håller den på med liksom? Det har tagit så många månader, så många stick och så mycket möda och sen på bara ett och ett halvt dygn så bara schwopp. Då kände jag stor besvikelse. Vad är det för fel på mig och min kropp"?*

#### 4.1.6 Bekräftelse

I gruppen patienter med ett missbruk av AAS beskrevs bekräftelse som en viktig faktor för bibehållandet av sin kroppsbild. Andras kommentarer om att man blivit stor, muskulös eller snygg triggade patienterna att träna ännu hårdare. Bekräftelse från vänner och framför allt andra på gymmet lyftes fram. Patienterna beskrev sin träning som en ständig tävlan, dels mot sig själva men också mot andra. I gruppen patienter med ätstörningar framkom inte ett bekräftelsebehov i denna studie.

Patient AAS: *"Man festade och raggade brudar liksom, det underlättar att man var väldigt vältränad, det var skillnad så inåt helvete. Det är så. Sjukt alltså"*

Patient AAS: *"De bara, shit vad stor han är! Å fan vad kul tänkte man då. Folk vart ju imponerade av vilka resultat man fått och sådär. Det kändes ju skitbra, man vart bara ännu mer taggad till att träna liksom, bara köra hårdare och hårdare."*

#### 4.2 Påverkansfaktorer

Inom denna kategori framkom två subkategorier: samhällets påverkan samt påverkan från den nära omgivningen.

##### 4.2.1 Samhällets påverkan

I patientgruppen med ätstörningar uppgav alla att det finns tydliga ideal vad gäller en låg kroppsvikt, nyttigt ätande och vad som var den bästa träningen. En patient påverkades mycket av media, vilket blev tydligt för henne då hon påbörjade behandling. Hon insåg att de bloggar och det hon sett på exempelvis Instagram handlade om olika dieter, träning som ofta gick till överdrift, samt bilder på för smala kroppar. Trots att flera av patienterna intellektuellt och med en viss distans förstod att medias bilder visade upp retuscherade kroppar fick dessa ändå en stor påverkan på den egna kroppsbilden.

Bland patienterna med missbruk av AAS framkom att man i tonåren påverkades av bilder på personer som tävlade i kroppsbyggare och styrkelyft. Samtliga patienter beskrev en fascination över dessa kroppar. Man fick upp ögonen för muskulösa kroppar genom tidningar och reklam vilket skapade en önskan om att se ut på det sättet. Två patienter i denna grupp beskrev att en vän/bekant uppmuntrade dem att börja träna på gymmet och att man av nyfikenhet följde med.

Patient ätstörningar: *"Man har ändå vuxit upp med att man ser väldigt smala och tillfixade personer, så det är klart att man undermedvetet börjar jämföra sig med det och då blir det ett ideal. Man vet att ingen ser ut så i verkligheten men på något underligt sätt har jag byggt upp ett ideal jag ska sträva efter och satt krav på mig själv"*.

Patient AAS: *"För mig vart det en fascination när jag såg de där personerna för första gången, alla kroppsbyggare i de där Flexitidningarna. Det där vill jag ha!"*

##### 4.2.2. Påverkan av den nära omgivningen

Båda patientgrupper uppgav att familjens förhållningssätt till mat och kropp hade betydelse. Negativa kommentarer från familjemedlemmar lyftes fram som något som påverkade patientens kroppsbild och matintag. Bland patienterna med ätstörning uppgav två patienter att

modern hade egna ätstörningar och att hennes kommentarer och diskussioner kring vad som skulle ätas, samt hennes ideal om hur en kropp borde se ut påverkade patienten i synen på sin egen kropp. Bland patienterna med ett missbruk av AAS hade två patienter varit överviktiga som barn och fått negativa kommentarer av sina fäder kring sin övervikt. En patient utvecklade ett anorektiskt beteende till följd av detta för att sedan börja styrketräna hårt. En patient beskrev en inre känsla av att nu måste jag ta tag i mitt liv, jag kan inte vara såhär tjock. En patient påverkades istället av grupptricket bland vänner och bekanta där idealet var att vara vältränad.

Patient ätstörning: *"Alla håller på i min klass alltså. Mycket att vi ska träna och så, typ nu när jag är frisk och skall börja träna och äta bra och bla bla. Till och med barnen på förskolan säger att nu måste jag börja träna och då är de inte gamla"*

Patient AAS: *"Man triggade ju varandra, nu ska vi öka liksom. Tävla om vem som blev störst och starkast typ"*.

Patient AAS: *"Jag blev aldrig mobbad, men min far påminde mig ofta om att jag var tjock, han var själv väldigt överviktig"*.

### **4.3 Återhämtning**

Denna kategori visade sig innehålla tre subkategorier: Egna behov, acceptans av den nya kroppsbilden samt transition.

#### **4.3.1 Egna behov**

Båda patientgrupper hade svårt att uttrycka vilket stöd de önskade från familj, vänner och av vården. Samtliga uppvisade svårigheter med att uttrycka sina egna behov. Flera patienter med ätstörning beskrev att de inte ville prata om sin ätstörning, att det var belastande för omgivningen och att de inte ville låtsas om att de hade problem. Bland patienterna med missbruk av AAS beskrevs att det var bara att bita ihop och ta sig igenom det. Två av patienterna hade dolt sitt missbruk för familjen, medan en patient varit öppen med det. I ätstörningsgruppen upplevde några att det hade varit till hjälp att träffa andra i samma situation. De beskrev vidare att det var bra att få stöd i sitt matintag och att hitta en lagom träningsnivå. Samtidigt upplevdes en ambivalens kring återhämtningen då denna ledde till en ökad kroppsvikt. Andra faktorer som uppgavs vara hjälpsamma var avslappningsövningar och omfokusering (att se till kroppens funktion istället för utseende, eller att vara tacksam för olika saker i livet). Flertalet patienter uttryckte att det var skamfyllt att söka hjälp. De hade sökt hjälp först då de upplevt att de mist all kontroll. En föreställning bland patienterna med ätstörning vad gäller vård var att de önskade att någon utifrån skulle upplysa om exakt vad man skulle göra för att återhämta sig. Patienterna med ätstörning efterlyste även ett ökat engagemang från sina familjemedlemmar, men hade svårt att sätta ord på vad det skulle kunna innebära. Patienter med ett missbruk av AAS beskrev att man ville ha snabb medicinsk hjälp för att korrigera sin kropp på olika sätt, både vad gäller skador och utseende. Patienterna hade sökt hjälp då de blivit rädda för fysiska skador och biverkningar. Två av patienterna menade att detta med kroppsbild var något man själv fick "rida ut" och lära sig acceptera, medan en patient gärna hade fått hjälp med just detta. En patient med missbruk av AAS menade att träning och AAS var var och ens ensak.

Ingen i denna patientgrupp hade reflekterat över att de skulle kunna söka hjälp för att bearbeta sin kroppsbild. Ingen av patienterna med ett missbruk av AAS hade av vårdpersonal fått frågan om hur de såg på sin kropp utan behandlingen hade varit enbart medicinsk. En patient

beskrev att han bett om att få bröstkörtlar och ett magveck korrigerat, men ej fått respons på detta. En beskrev att han mådde så dåligt utan preparat att han tvingades självmedicinera. En patient beskrev att han fått så mycket fysiska skador att han nu knappt kunde träna alls, vilket påverkade självkänslan negativt. Båda patientgrupper beskrev att återhämtning var något man skulle klara av själv, då det var självförvållat.

Patient ätstörning: *"Skam är väl det största, samt frustration över att man hamnat typ i en brunn som jag inte riktigt kan kliva upp ur. Jag är frustrerad över att så mycket av ens energi och tid går åt till det här. När man egentligen skulle kunna leva livet på ett annat sätt".*

Patient ätstörning: *"Jag är en person som hanterar mycket själv, kanske inte heller sätter mig ned och säger att nu vill jag prata om min ätstörning. Så jag kanske skulle behöva att de (familj/vänner) tog steget och pratade om det!"*

Patient ätstörning: *"Jag gillar inte att prata om känslor eller liksom hur jag mår och så det blir så här att jag stänger in det".*

Patient AAS: *"Jag har ju inte sökt upp vården liksom så, jag har ju bara gått runt och varit för mig själv liksom, det kanske är typiskt en sån där killgrej att man inte säger så mycket... Jag tror det bara är att rida ut det".*

Patient AAS: *"Jag har ju inte ställt mig upp och skrikit att hjälp mig med min kropp, jag är missnöjd!"*

Patient AAS: *"Då ska de ge en antidepressiva och så knarkar man ner sig, vad fan hjälper det? Då får man ju bara problem när man slutar med det".*

#### **4.3.2 Acceptans av den nya kroppsbilden**

Patienterna med ätstörning hade svårt att acceptera en frisk vikt och ny kroppsbild. En patient uttryckte att det skulle vara bra om det fanns ett dataprogram där hon kunde få se sig själv med nuvarande vikt och sedan visa henne hur hon skulle se om hon blev normalviktig. Patienterna med ett missbruk av AAS beskrev en stor besvikelse då man slutat missbruka AAS och kroppen inte längre såg ut på samma sätt och man inte orkade träna lika hårt. Allt man byggt upp var plötsligt borta och det var svårt att acceptera.

Patient ätstörning: *"Jag jämför min kropp väldigt mycket med när den var som smalast. Att se hur den har förändrats och se var jag har lagt på mig, det är jättejobbigt".*

Patient AAS: *"Det är viktigt att syftet med återhämtningen är att du ska må bra och förstå hur du ser ut egentligen. Att det här är något du kommer att vinna på".*

Patient AAS: *"Jag bryr mig inte så mycket om det längre faktiskt, men förut, det var ju typ allting alltså".*

#### **4.3.3 Transition**

Samtliga i båda patientgrupper beskrev att de fick en negativ syn på den egna kroppen under tidiga tonår. Bland patienterna med ätstörning debuterade problemen i puberteten då kroppen fått kvinnliga former. Patienterna med ätstörning beskrev en längtan efter någonting annat, en ny identitet där de skulle slippa bry sig så mycket om sitt utseende och kunna sätta på sig



vilka kläder de vill, samtidigt som rädslan för förändring var stor.

Två av patienterna med ett missbruk av AAS var överviktiga som barn och började först träna för att gå ner i vikt, sedan för att uppnå styrka. En patient var mobbad under mellanstadiet och började träna för att få respekt och för att inte bli slagen i skolan. Patienterna med missbruk av AAS beskrev att en snabb förändring av kroppsbilden många gånger upplevdes som positivt av omgivningen. Man fick positiva kommentarer från personal i skolan och av andra på fritiden. Det var också lättare att få respekt av andra samt att få kontakt med det motsatta könet. En patient beskrev en gynnsam transitionsprocess i och med en tolvstegsbehandling då han fick ett inre lugn. En patient beskrev en liknande process. Från att ha mått oerhört dåligt av sin kropp och sitt utseende hade han börjat fokusera på andra saker i livet istället för enbart på sitt utseende. I och med att han fått svåra fysiska skador kunde han heller inte träna på samma sätt som förut.

Patient ätstörning: *”Jag växte så fort och när jag kom i puberteten. På en sommar typ tror jag att jag, växte från barn till kvinna, på bara pjoff!”*

Patient ätstörning: *”Jag ser mig definitivt en dag när jag bara slänger på mig bikinin och bara springer ut på stranden. Ja, men det är en lång väg dit fortfarande”*

Patient ätstörning: *” Jag blev verkligen låst över mitt utseende och liksom besatt på ett dåligt sätt. Det var verkligen en tid där man utvecklades känslomässigt och kroppen också”.*

Patient AAS: *”Vad är det jag brukar säga? Nyfet, skallig och hårig på alla fel ställen, nej men idag har jag fått ett inre lugn som hjälpt till med allting annat”.*

## **5 Diskussion**

### **5.1 Metoddiskussion**

Studien hade en kvalitativ design. Med tanke på att vi observerade likheter och olikheter mellan patienter med ätstörningar och patienter med ett missbruk av AAS hade vi även kunnat göra en komparativ studie, alternativt en studie med kvantitativ design. En kvantitativ studie med vissa skattningsskalor som används inom ätstörningsvården hade kunnat användas. Detta hindrades dock bland annat av att vi inte hade möjlighet att använda vissa av dessa på grund av patent. Detta är något som vi ser skulle kunna utvecklas. Vi valde att göra en semistrukturerad intervjustudie då vi ville ta del av respondenternas egna erfarenheter på ett djupare plan jmf. Polit & Beck (2008). Vid analysen uppfattade vi först resultatet som spretigt, men allt eftersom analysprocessen fortgick blev det tydligt att vår intervjuguide gav svar på våra frågeställningar.

När sökandet av respondenter avslutats hade vi inom gruppen ätstörningspatienter tre kvinnor och en man, respektive tre män med tidigare missbruk av AAS. Önskvärt hade varit att ha lika många personer i varje grupp, men vi lyckades inte med denna rekrytering. Möjligtvis kunde detta vara en brist i resultatet. Vi valde att nöja oss med sju intervjuer då de gav såpass fylliga resultat. Resultatet kunde möjligtvis ge en indikation på att en störd kroppsbild yttrar sig som ätstörning hos kvinnor samt ett muskulöst ideal hos män beroende på att kvinnor och män bekräftas olika beroende på samhällseliga ideal, men urvalet var för litet för att kunna dra några generella slutsatser i största allmänhet, men som Kvale & Brinkmann (2014) menar kan resultatet i en specifik intervju överföras till andra relevanta situationer. Extern validitet, ”överförbarhet” handlar om i vilken utsträckning studiens resultat går att tillämpa i en annan

miljö i ett annat sammanhang. För att uppnå överförbarhet krävs att rapporten innehåller tillräckligt mycket deskriptiva data för att mottagaren ska kunna bedöma om det finns empirisk likhet (Nylén, 2005).

Något som komplicerade analysen var att patienterna med missbruk av AAS befann sig i olika faser i sin återhämtning från missbruk. Samtliga beskrev sin kroppsbild under tiden de tog preparat, men också sitt förhållande till kroppsbild efter att de slutat. Därför var patienterna i denna grupp inte helt homogena, å andra sidan gav det en bredd till resultatet. I vårt kliniska arbete ser vi ytterligare likheter mellan dessa två patientgrupper, som inte framkom i resultatet. Detta kan tänkas bero på ett för litet underlag av respondenter och att frågorna kunde ha ställts på ett annat sätt.

Då författarna hade stora förkunskaper inom det valda forskningsområdet, kunde det vara både fördelaktigt och begränsande. Fördelar var en medvetenhet och förståelse för det valda forskningsområdet. Från början var tanken att intervjua varandras patientgrupper för att minska risken för egna tolkningar, men författarna kom fram till att det skulle bli svårt att ställa rätt följdfrågor utan den egna förförståelsen för ämnet. Detta visade sig i efterhand vara klokt. I analysförfarandet blev förförståelsen tydlig då vi tog del av varandras intervjuer. Risken med förförståelse var att vi skulle ha för mycket förutfattade meningar jmf. Olsson & Sörensen (2007). Under analysarbetet var vi väl medvetna om detta och fick påminna oss om att vissa saker faktiskt inte framkommit i resultatet.

En intervjuguide med förutbestämda teman utformades för att ge svar på studiens syfte. Om respondentens svar var otydligt eller om ett mera innehållsrikt svar önskades, ställdes följdfrågor. Intervjuerna kom att bli mycket olika i sitt genomförande, då respondenterna befann sig i olika skeden i sin återhämtning. Respondenternas svar utifrån intervjuguiden och följdfrågorna var inom de flesta frågeområden utförliga och detaljrika, dock hade flera av respondenterna stora svårigheter att sätta ord på sina egna känslor och behov. I och med intervjuernas omformuleringar kunde patienterna efter ett tag uttrycka en del behov som de hade samt se vad som skulle kunna vara till hjälp. Stundtals hade respondenterna svårt att svara på våra frågor, vilket skulle kunna förklaras med att vår intervjuguide hade en något för lös struktur men å andra sidan menar Trost (2010) att det är viktigt att frågeguiden följer en mall som intervjuaren själv är bekväm med.

Analysarbetet komplicerades av att alla begrepp gled in i varandra, exempelvis självkänsla, självbild, identitet och kroppsbild. Författarna fick fram alltför många intressanta subkategorier för att allt skulle kunna rymmas i analysen. Utmaningen var därför att få fram de viktigaste kategorierna med respektive subkategorier som motsvarade vårt syfte och frågeställningar. Kodningen gjordes två gånger. Till detta ställde vi grupperna mot varandra för att tydligare kunna utröna likheter och olikheter inom olika teman. Vi anser studien vara trovärdig utifrån att patienterna inom de två olika grupperna hade egna erfarenheter av de tillstånd de befann sig i. Graneheim & Lundman (2004) Menar att trovärdigheten ökar i och med att liknande svar ges i respektive grupper.

## **5.2 Resultatdiskussion**

Syftet med studien var att beskriva upplevelse av kroppsbild hos patienter med ätstörning samt patienter med ett missbruk av AAS. Resultatet visade att det fanns tydliga samband i hur patienter med ätstörning respektive patienter med ett missbruk av AAS ser på sin kropp och hur de uppfattar sin kroppsbild. Att patienter med ätstörning samt patienter med ett missbruk av AAS har en störd kroppsbild, ett missnöje med den egna kroppen, samt ett beteende där man jämför sig med andra är ingen nyhet inom klinisk verksamhet. Det vi fann intressant med denna studie var alla de likheter vad gäller kroppsbild som fanns mellan dessa två grupper.

Vår första frågeställning berörde likheter och olikheter i upplevelse av kroppsbild mellan båda patientgrupper. Många likheter kunde utrönas i resultatet, vilket gav ett tydligt svar på denna frågeställning. Jormfeldt (2011) menar att psykisk hälsa handlar mer om självkänsla än psykiatriska symtom vilket vi berörde i den andra frågeställningen som rörde självkänsla och identitet i relation till den egna kroppsbilden. Samtliga patienter i båda grupperna hade svårt att uttrycka några tankar alternativt känslor kring detta. Patienterna beskrev istället begrepp som självförtroende och ideal. Detta resultat gjorde oss något förvånade, då vi utifrån Meleis (2000) trodde att patienterna var mer medvetna i sin transitionsprocess. Då unga vuxna befinner sig i en extra komplex transitionsfas (Meleis, 2000) och då våra patientgrupper både genomgår naturlig transition, men samtidigt befinner sig i en återhämtningsprocess angående kropps- och sjukdomsbild, skulle detta kunna vara en förklaring till att de inte lyckats utveckla sina tankar kring känsla av identitet. Vi trodde att vi skulle få ett rikt material rörande dessa begrepp. Vi menar att detta kan vara en indikation på att dessa ämnen är mycket känsliga att beröra. Varför patienterna hade så svårt att formulera sig kring identitet och självkänsla skulle kunna bero på en mängd somatiska, psykosociala och kulturella faktorer, men även egna andra svårigheter. Detta undersöktes dock inte. Tredje frågeställningen behandlade omvårdnadsåtgärder kopplat till återhämtning. Även här hade patienterna svårt att se vad som varit till hjälp och vad de skulle behöva. En av orsakerna till detta kan vara brist på psykoedukation, vilket var tydligast inom gruppen patienter med missbruk av AAS. Meleis (2000) uppger att transition är ett centralt begrepp för sjuksköterskans yrke, då denna ständigt möter patienter och närstående som genomgår, skall genomgå eller har genomgått transition. Hur människor hanterar transition och hur omgivningen påverkas av detta är fundamentala frågor för sjuksköterskans omvårdnadsarbete. Sjuksköterskans kunskap om de egenskaper och förhållanden som är väsentliga i en transitionsprocess leder till utvecklande av omvårdnadsåtgärder som tillsammans med patientens unika erfarenheter bidrar till en hälsosam respons på transitionen. Sjuksköterskan behöver reflektera över de mönster som finns i alla parallella transitioner som sker i en individs liv och familj snarare än att fokusera på en specifik form av transition. Sjuksköterskan behöver se vad som triggar patienten.

## **Transition och kroppsbild**

Hos båda patientgrupper har symtomen på missnöje med den egna kroppen samt en skev kroppsbild debuterat i pubertetsutvecklingen. Meleis (2000) beskriver ungdomsåren som en känslig fas i livet då en individ går från barn till vuxen. Liksom Jones (2014) menar vi att det är viktigt att tidigt sätta in preventiva åtgärder tidigt för att motverka långvarig åtstörning hos unga. Vi menar att detta är en stor utmaning då ungdomar idag i stor omfattning jämför sig med andra i omgivningen samt i sociala medier och på träningsanläggningar. Meleis (2000) menar att en transition ger en känsla av uppnådd balans i livet. Kontroll och en ny känsla av identitet utmynnar ofta i en hälsosam transitionsprocess. Resultatet visade att patienter med åtstörningar inte svält sig för att enbart bli smala och snygga, utan att det handlade mycket om kontrollerande av en inre ångest och oro som hölls i schack med matintag och träning. Den inre drivkraften tycktes handla om självkänsla och vilken identitet man ville ha i förhållande till sig själv och sin omgivning. Drivkraften var inre krav på att lyckas och att nå ett resultat. När resultatet uppnåddes upptäcktes att man fortfarande inte var nöjd. Samtliga patienter i båda grupper beskrev ett missnöje mot specifika kroppsdelar som skulle korrigeras. Vi tolkar detta som att båda patientgrupper har förlagt kontrollen över kroppen och utseendet och skapat sig en ny identitet utifrån detta istället för att uppnå balans i livet i stort. Meleis (2000) menar att en övergångsperiod kan präglas av förvirring, osäkerhet, glädje och längtan. Resultatet visade att båda grupper definierade det inre måendet som ett flyktigt och icke-stabilt tillstånd, eftersom patienterna beskrev att känslan för den egna kroppen kunde

variera så kraftigt från dag till dag. Känslan i kroppen var avgörande för hur de upplevde sitt mående. Vi upplever att patienterna uttrycker en osäkerhet och förvirring gällande sin kroppsbild, då de inte lyckas förena sitt mående med den inre känslan för den egna kroppen, utan det blir enbart utseendet som hamnar i fokus. Detta tolkar vi som en oförmåga till kroppskänedom. En patient beskrev hur han medvetet arbetade med att helt skilja kropp och själ åt, för att det skulle vara för plågsamt annars. Något som vi tolkar som en stark distansering från sig själv som en helhet.

## **Transition och påverkansfaktorer**

Resultatet visade att patienterna i båda grupper ständigt strävade efter ett ouppnåeligt ideal. Idealet i detta fall var att vara smal, respektive vältränad. Detta påverkades av utseendeideal i det egna hemmet, i skolan/jobbet, på gymmet och på sociala medier. Enligt Varcarolis (2008) är nära relationer, att vara del av ett socialt sammanhang, uppleva hopp inför framtiden och att känna tilltro till sig själv faktorer som sjuksköterskor inom psykiatri kan arbeta med. Lindgren et al. (2014) menar att patienters transition påverkas av familjen och tvärtom vilket vi tror är överförbart till andra sociala sammanhang. I resultatet framgick att flertalet patienter under en sårbar period i ungdomsåren, inte fått det stöd de behövt och att de även blivit kritiserade för sitt utseende och matintag. Detta tycker vi visar på en stor komplexitet i att förstå parallella transitionsprocesser. Benzein, Hagberg & Saveman (2008) visar i sin forskning att psykopedagogiska interventioner tillsammans med familjer utgör en kraftfull omvårdnadsåtgärd som både är preventiv och helande. Vi menar att transitionsprocesser pågår på såväl samhälls, familje- och individnivå, vilket kan göra det svårt att urskilja vad som är inre eller yttre påverkan eller vad som är friskt respektive sjukt och att det är viktigt att sjuksköterskan tar hänsyn till detta.

## **Transition och återhämtning**

Lindgren et al. (2014) menar att transition inte enbart är förändringar, utan även en inre process där individen skall hitta ett nytt sätt att identifiera sig. Psykiatrisjuksköterskan behöver vara uppmärksam på komplexiteten i parallella transitioner. Lindgren et al. (2014) menar vidare att sjuksköterskan måste uppmärksamma individuella behov och ta hänsyn till patientens mognad. Anhörigas kunskaper om transitionens processer är en stödjande faktor. Wiklund Gustin (2010) menar att patienten kan ha skamkänslor och behov av att upprätta en värdighet, sätta ord på sin livshistoria. Vi såg detta tydligt hos patientgruppen med ätstörningar. Skam för den egna situationen utgjorde ett hinder för att söka hjälp. I gruppen patienter med ett missbruk av AAS framkom att man ville klara av sin situation på egen hand. Dessa patientgrupper var medvetna om sina problem på ett intellektuellt plan, men tankarna var inte förankrade känslomässigt. Vi tolkar det som att bristen på känslomässig medvetenhet kan vara en av orsakerna till att patienterna blir ambivalenta i sin återhämtning och acceptans av den egna kroppsbilden. Även Catalan-Matamoros, Helvik-Skjaerven, Labajos-Manzanas, Martinez-se-Salazar-Arboelas & Sanchez-Guerrero (2010) visar att ett arbete med patientens kroppsbild ger förbättringar av livskvaliteten och ätstörningen samt påverkar den mentala hälsan positivt. Meleis (2000) menar att medvetenhet är en förutsättning för att en förändring skall kunna ske, vilket utgjorde svårigheter för de patienter som ingick i studien. I resultatet framkom att båda patientgrupper hade svårt att identifiera sina egna behov och vilka hinder som fanns för förändring. Vi menar att det är viktigt att sjuksköterskan i sitt omvårdnadsarbete hjälper patienten med detta. Bland patienterna med ätstörning fanns även en önskan om att någon

annan skulle ha ett "trollspö" eller att en psykolog skulle sitta inne med alla svar. Bland patienterna med missbruk av AAS motsvarades detta av att de ville ha en snabb lösning på sina somatiska besvär. Meleis (2000) talar om faserna separation, övergång och integrering. En patient med ätstörning går igenom en process från sjuk till frisk och genomgår en kraftfull transition. Patienten måste släppa greppet om den gamla kroppen, inleda en övergångsperiod för att slutligen integrera sig själv i sin nya kropp. När patienten behövde ändra kroppen till något som inte stämde överens med patientens idealbild, kunde det uppfattas som förlust av kontroll. Detta tror vi kan leda till ambivalens i återhämtningen.

Patienterna med ett missbruk av AAS genomgick en mycket snabb transition då de från att ha tränat hårt utan AAS, plötsligt fick en enorm muskeltillväxt under kort tid då de började med AAS. De separerades hastigt från den gamla kroppen och det skedde en övergång till en ny kroppsidentitet. Patienterna beskrev en ökad manlighet, ökat självförtroende och makt samt positiv respons från omgivningen.

När patienterna övergick till att leva ett liv utan AAS nådde de en brytpunkt, jmf Meleis (2000). Patienterna i studien insåg att kroppen tagit mycket skada och bestämde sig för att sluta med AAS. Detta uttrycktes i resultatet som en mycket svår period av stark ambivalens och depressivitet. Denna brytpunkt kunde för patienterna med ätstörningar innebära den insikt de fick då de kände att de mist all kontroll och sökte hjälp. Slutfasen, enligt Meleis (2000) karaktäriseras av en känsla av stabilitet. Detta exemplifieras i resultatet av att patienterna med ett missbruk av AAS hittade ett sätt att ta hand om kroppen, vilket innebar att träna i lagom mängd, att inte pressa sig för hårt och att sluta räkna kalorier. Detta var dock inte synonymt med ett avslappnat förhållande till den egna kroppsbyggnaden och de hade fortfarande ett mycket medvetet förhållningssätt till mat och träning. Patienterna med ätstörning hade inte kommit till denna nya fas av stabilitet, men de uttryckte en längtan efter att få distans och acceptans av sin egen kroppsbyggnad. Resultatet gav många nya frågeställningar kring hur man inom vården skulle kunna arbeta mer med begreppet kroppsbyggnad.

## **6 Samhällelig nytta**

Studien fokuserar på unga vuxna, då det också är värdefullt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv att dessa får adekvat behandling. I klinisk verksamhet ser vi att ätstörningar sjunker nedåt i åldrarna samt att bruket av AAS tycks öka i och med ökad tillgänglighet på internet. Vi anser att det är viktigt med preventiva åtgärder redan inom skolhälsovården, annars finns risk att personer utvecklar en skev kroppsbyggnad och i och med detta blir patienter inom psykiatrin.

## **7 Klinisk nytta**

Begreppet kroppsbyggnad kan tänkas vara ouppmärksammat bland sjuksköterskor inom psykiatrin. Denna studie bidrar till att öka förståelsen för hur patienter med missbruk av AAS, respektive ätstörningsdiagnos uppfattar och upplever sin kroppsbyggnad. Sjuksköterskor behöver kunskap i ämnet för att bättre kunna planera sina omvårdnadsåtgärder och utveckla psykopedagogiska interventioner. De omvårdnadsåtgärder som redan används inom ätstörningsvården kan utvecklas och komma att öppna upp för nya strategier speciellt riktade

mot patienter med ett missbruk av AAS. Exempelvis finns utformade strukturerade frågeformulär gällande upplevelse av kroppsbild som skulle kunna utgöra ett stöd i omvårdnadsarbetet i sjuksköterskans profession. Det finns en mängd forskning inom psykiatri som behandlar patienter med ätstörning och det finns även en del forskning kring patienter med ett missbruk av AAS och vilka psykiatriska symtom detta missbruk kan leda till. Vi har dock inte funnit någon forskning som fokuserat på likheter respektive olikheter mellan dessa grupper. Därför ser vi denna studies resultat som ett viktigt bidrag för framtida forskning inom området.

## **8 Förslag för vidare forskning**

För framtida forskning skulle det vara värdefullt att studera barn och ungdomars syn på kroppsbild för att utröna vilka faktorer som gör att en negativ kroppsbild debuterar. Det skulle även vara intressant att närmare undersöka vilken påverkan sociala medier har på barn och ungdomars missnöje med den egna kroppen i puberteten. Vi misstänker att det finns ett stort stigma vad gäller kvinnor och anabola androgena steroider samt män med ätstörningar.

För framtida forskning skulle det därför vara intressant att undersöka ett genusperspektiv när det gäller kroppsbild.

## **9 Slutsats**

Uppenbara likheter vad gäller kroppsbild finns mellan patienter med ätstörning respektive patienter med ett missbruk av AAS. Personal inom hälso- och sjukvården kommer i framtiden att behöva mer kunskap om kroppsbild för att upptäcka och förhindra att personer utvecklar exempelvis ätstörningar eller dopningsmissbruk.

## **Självständighetsdeklaration**

Sidsel Kjerstad och Milja Ranung har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av studien.

## Referenser

- Ahrne, G; Svensson, P. (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö. Liber AB.
- Allgulander, C. (2008). *Introduktion till klinisk psykiatri*. Lund. Studentlitteratur AB.
- American Psychiatric Association. *MINI-D V (2014) Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Kristianstad: Pilgrim Press.
- Baghurst, T; Hollander D.B; Nardella B. & Haff G.G. (2006). Change in sociocultural ideal male physique: An examination of past and present action figures. *Body Image* 3(1): 87-91.
- Baird, A. L. & F. G. Grieve (2006). Exposure to male models in advertisements leads to a decrease in men's body satisfaction. *North American Journal of Psychology* 8(1): 115-121.
- Barnford, H.B; Attoe, C., Mountford, A. V; Morgan, F. J & Sly, R. (2013). Body checking and avoidance in low weight and weight resored individuals with anorexia nervosa and non-clinical females. *Eating Behaviour* 15;4-8.
- Baumeister, R.F & Vohs, K.D. (2001). Narcissism as Addiction to Esteem. *Psychological Inquiry* 12 (4), 206-210.
- Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman (2012). BI. *Att möta familjer inom vård och omsorg*. Lund. Studentlitteratur.
- Bernadett, B. & Ferenc, T. 2007). Muscle dysmorphia in the aspect of self-development. *Pszichoterápia* 16(5): 290-295.
- Björk, C., Clinton, D., Solhlberg M. & Norring, C. (2006). Negative self-image and outcome in eating disorders: Results at 3-year follow-up. *Eating Behaviors* 8,398- 406.
- Björk T; Skårberg K. & Engström I. (2013). Eating disorders and anabolic androgenic steroids in males-similarities and differences in self-image and psychiatric symptoms. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. Aug 19;8(1):30.
- Brower K.J; Catlin D.H; Blow F.C; Elipoulos G.A & Beresford T.P (1991). Clinical assessment and urine testing för anabolic-androgenic steroid abuse and dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse*. Jun; 17 (2): 161-71.
- Catalan-Matamoros, D; Helvik-Skjaerven L; Labajos-Manzanares M.T; Martinez-de-Salazar-Arboelas, A. & Sanchez-Guerrero, E. (2011). A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 25 (7) 617-626.
- Charmaine C. Williams & L. Tufford (2012). Professional Competencies for Promoting Recovery in Mental Illness. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes: Vol. 75, No. 2, pp. 190-201. doi: 10.1521/psyc.2012.75.2.190*.
- Chittester, N. I. (2007). Prediction of drive for muscularity by body composition and psychological factors. *US, ProQuest Information & Learning*. 68: 3734-3734.

- Cornella-Carlson, T., Fitzpatrick, E.M; Kennington, B; Bean, P. & Jefferies, C. (2012). Treatment Issues and Outcomes to Males With Eating Disorders. *Eating Disorders*, 20; 444-459.
- Dalen, M. (2015). *Intervju som metod*. Malmö. Gleerups Utbildning AB.
- Danielsen M. & Bratberg H. G. (2013). Body image disturbances in female patients with serious eating disorders. *Fysioterapeuten* 80(6)22-7.
- Danielsen M. & Rö, Ö. (2012). Changes in Body Image During Inpatient Treatment for Eating Disorders Predict Outcome. *The journal of Treatment & Prevention*, 20:4, 261-275.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM V (2013)*.
- Eisenberg, M. E. et al. (2012). Muscle-enhancing behaviors among adolescent girls and boys. *Pediatrics* 130(6): 1019-1026.
- Ey, D. (2010). Body dissatisfaction and self-esteem in males: Relationships with muscle dysmorphia. *US, ProQuest Information & Learning*. 71: 2683-2683.
- Granheim, U.H & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24; 105-112.
- Grogan, S (2006). Body Image and Health-Contemporary Perspectives. *Journal of Health Psychology*. Vol 11 (4) 523-530.
- Goldfield G.S; Blouin A.G, & Woodside D.B. (2006). Body image, binge eating, and bulimia nervosa in male bodybuilders. *Can J Psychiatry*. Mar; 51(3):160-8.
- Henderson, J. D. (2013). Promoting healthy body image in college men: An evaluation of a psychoeducation program. *US, ProQuest Information & Learning*. 73.
- Illeris, K. (2010) *Lärande*. Lund. Studentlitteratur AB.
- Johansson, T. & Lalander, P. (2013). *Vardagslivets socialpsykologi*. Stockholm. Liber AB.
- Johansson, K. & Wirbing, P. (2010). *Riskbruk och missbruk*. Stockholm. Natur och Kultur.
- Jones, L.E; Buckner, E. & Miller, R. (2014). Chronological Progression of Body Dissatisfaction and Thinness In Females 12 to 17 Years of Age. *Pediatric nursing*. Vol: 40;1, 21-25.
- Jormfeldt, H. (2011). Supporting positive dimensions of health, challenges in mental health care. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2011; 6 (2).
- Kanayama G; Brower K.J; Wood R.I; Hudson J.I & Pope H.G Jr. (2009). Anabolic androgenic steroid dependence: an emerging disorder. *Addiction*, Dec;104 (12):1966-78.



Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund. Studentlitteratur AB.

Lindgren, E; Söderberg, S. & Skär, L. (2014). Managing Transition with support: Experiences of Transition from Child and Adolescent Psychiatry to General Adult Psychiatry Narrated by Young Adults and Relatives. *Psychiatry j.* 2014; 2014: 457160.

Malterud, K. (2009) *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund. Studentlitteratur AB.  
Meleis, A.I (1991). *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: J.B Lippincott Company.

Meleis, A.I (2010). *Transitions theory-Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York. Springer Publishing Company.

Muth, J.I; & Cash, T.F. (1997). Body image attitudes: What difference does gender make? *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 1438-1452.

Nationellt vårdprogram. *Missbruk av Anabola Androgena Steroider (AAS) och andra hormonläkemedel* (2012).

Nylén, U. (2005). *Att presentera kvalitativa data. Framställningsstrategier för empiriredovisning*. Malmö. Liber AB.

Olsson, H & Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm. Liber AB.

Ommen van J., Meerwijk L. E., Kars M., Elburg van A. & Meijel van B. (2008). Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2801-2808.

Parkinson, K. N., Drewett, R. F., Le Couteur, A. S., Adamson, A. J. & Gateshead Millennium Study core team. (2012). Early predictors of eating disorder symptoms in 9-years old children. A longitudinal study. *Appetite*, 59,161-167.

Polit, D.F & Beck, C.T.(2008). *Nursing Research; Generating and assessing evidence for nursing practice. 8ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Psykiatriska riksföreningen – prf & Svensk sjuksköterskeförening – SSF.  
*Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård.*

Schilder, P. (1978) *The Image of Appearance of the Human Body: Studies in the Constructive Energies of the Psyche*. New York. International Universities Press Inc.

Sjöqvist, F., Garle, M. & Rane, A. (2008). Use of doping agents, particularly anabolic steroids, in sports and society. *Lancet* 2008; 371: 1872-82.

Svenska psykiatriska föreningen (2005). *Åtstörningar: Kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm. Förlagshuset Gothia.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund. Studentlitteratur AB.

Varcarolis, E.M. (2008). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing-A Communication Approach to Evidence-Based Care*. New York. Elsevier.

Wendell, W. J., Masuda, A. & Le, K. J. (2012). The role of body image flexibility in the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating symptoms among non-clinical college students. *Eating Behaviors* 13; 240-245.

Wiklund Gustin, L. (2010). *Vårdande vid psykisk ohälsa - på avancerad nivå*. Lund. Studentlitteratur AB.

## Bakgrund och syfte

Negativa upplevelser av kroppsbild och vilja att förändra den egna kroppen är något patienter med ätstörningar samt patienter som brukar anabola steroider dagligen kämpar med.

Syftet med vår studie är undersöka dessa patientgruppers upplevelse av kroppsbild. Genom att intervjua patienter kommer vi att öka kunskapen kring detta och därmed ge vården möjlighet att ytterligare utveckla sina behandlingsinsatser.

Studien är godkänd av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm 2015.

## Hur går studien till?

Vid ett deltagande i studien kommer du att:

Intervjuas (ca 30-45 min) på din mottagning.

Din övriga behandling kommer inte att påverkas av om du deltar i studien eller inte.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan när som helst avsluta din medverkan i studien.

Dina uppgifter skyddas av hälso- och sjukvårdssekretessen i Offentlighets- och sekretesslagen. I redovisningar, statistik, forskningsrapporter m.m. går det inte att identifiera enskilda personer. Då projektet är avslutat kommer uppgifterna att makuleras.

## Vilka är fördelarna?

Eftersom denna studie syftar till att öka kunskapen om kroppsbild hos patienter med ätstörning samt hos patienter med ett bruk av anabola steroider är chansen att dessa patienter får bättre förutsättningar till mer anpassad vård i framtiden.

## Vilka är riskerna?

Medverkan i studien kräver ingen förberedelse och är helt ofarlig.

## Kontakt

Vi som jobbar med forskningsstudien heter Sidsel Kjerstad (leg. sjuksköterska på SCÄ och studerande vid specialistsjuksköterskeprogrammet i psykiatri, Karolinska Institutet) och Milja Ranung, leg. Sjuksköterska på Dopingjouren och studerande vid specialistsjuksköterskeprogrammet i psykiatri, Karolinska Institutet).

Har du frågor är du välkommen att ringa till Sidsel Kjerstad 070-7362687 eller maila till [sidsel.kjerstad@sll.se](mailto:sidse.kjerstad@sll.se) eller Milja Ranung 070-155 24 77 eller [milja.ranung@karolinska.se](mailto:milja.ranung@karolinska.se)

Tack för visat intresse!

Vill du delta i studien är det viktigt att du fyller i det skriftliga medgivandet och ger det till din behandlare på mottagningen.

**Skriftligt medgivande till pilotstudien ”Upplevelse av kroppsbild hos patienter med ätstörning samt patienter med bruk av anabola androgena steroider”**

Jag har fått både muntlig och skriftlig information angående forskningsstudien. Jag förstår syftet, genomförandet och mina rättigheter och åtaganden vid ett deltagande i studien.

Genom att signera detta medgivande, samtycker jag till följande:

- Jag samtycker till att delta i studien. Mitt deltagande är frivilligt och jag kan när som helst och utan förklaring avbryta mitt deltagande. Detta kommer inte att påverka min ordinarie eller framtida medicinska vård.
- Jag samtycker även till att data om mig spelas in och analyseras. Alla uppgifter behandlas med sekretess och min identitet kommer inte att röjas.

.....  
Namnteckning

.....  
Datum

.....  
Namnförtydligande

### **Kroppsbild**

Ex:

Hur ser du på din kropp?

På vilket sätt har du velat förändra din kropp?

Hur är ditt förhållande till din spegelbild?

### **Självkänsla/Identitet**

Ex:

Hur har ätstörningen/ditt bruk av AAS påverkat din självkänsla?

### **Transition**

Ex:

Hur har synen på din kropp varit genom livet?

### **Återhämtning**

Ex:

Vilken form av stöd tycker du är viktigt?

Vilket stöd har du fått av vårdpersonal/anhöriga?

## Exempel på analysförfarande

Bilaga 4

| Meningsbärande enhet  | Kondensering                           | Kod            | Subkategori  | Kategorier        |
|---|--|----------------|--|-------------------|
| Jag kan ju inte se vad du ser men jag ser mig själv som fortfarande relativt liten och fet det är den bilden jag har med mig från det lilla barnet finns fortfarande i mig. | Upplevelse stämmer ej med verkligheten | Självkritik    | <u>Skev kroppsuppfattning</u><br>Missnöje med den egna kroppen<br>Jämförelse med andra<br>Kroppskontroll<br>Förhållande till den egna spegelbilden | Kroppsbild        |
| Jag har vuxit upp med att man ska vara smal. Min mamma kunde gå runt och säga vad tjock du är, du kan inte ha dina kläder.  | Förälders kritik                       | Kritik utifrån | <u>Påverkan av den närmsta omgivningen</u><br>Samhällets påverkan  | Påverkansfaktorer |
| Det är svårt att inse vad man behöver. Djupare förståelse kanske lära sig om ätstörningar och hur man hanterar det som anhörig.   | Förståelse av egna behov               | Förståelse     | <u>Egna behov</u><br>Acceptans<br>Transition   | Återhämtning      |

