

Forekomst av uønskede seksuelle hendelser blant 60-75-åringene i Norge, Danmark, Belgia og Portugal

En kvantitativ studie om uønskede seksuelle hendelser og sammenhengen med mental helse blant eldre mennesker i Europa

Ingrid Ohnstad



Masteroppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2019

Forekomst av uønskede seksuelle hendelser blant 60-75-åringer i Norge, Danmark, Belgia og Portugal. En kvantitativ studie om uønskede seksuelle hendelser og sammenhengen med mental helse blant eldre mennesker i Europa.

© Ingrid Ohnstad

2019

Forekomst av uønskede seksuelle hendelser blant 60-75-åringene i Norge, Danmark, Belgia og Portugal. En kvantitativ studie om uønskede seksuelle hendelser og sammenhengen med mental helse blant eldre mennesker i Europa.

Ingrid Ohnstad

<http://www.duo.uio.no/>

Print: Representeren, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfatter: Ingrid Ohnstad

Tittel: Forekomst av uønskede seksuelle hendelser blant 60-75-åringene i Norge, Danmark, Belgia og Portugal. En kvantitativ studie om uønskede seksuelle hendelser og sammenhengen med mental helse blant eldre mennesker i Europa.

Veileder: Bente Træen

Bakgrunn: Formålet med denne studien var å kartlegge forekomsten av uønskede seksuelle hendelser gjennom livsløpet blant 60-75-åringene i Norge, Danmark, Belgia og Portugal. Videre ble det undersøkt hvorvidt ulike sosiodemografiske faktorer kunne predikere å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser. Til slutt ble det studert i hvilken grad uønskede seksuelle hendelser hadde en sammenheng med ulike mål på mental helse.

Metode: Datamaterialet er hentet fra den europeiske studien «Healthy sexual aging: A Trans-European mixed method study of sexual problems and well-being in older adults». I alt 3815 eldre kvinner og menn svarte på spørsmål angående sosiodemografisk bakgrunn og erfaringer med uønskede seksuelle hendelser gjennom livsløpet. Videre ble det anvendt mål på angst, depresjon, intimitet med partner, tilfredshet med livet og ensomhet. Statistiske analyser ble gjennomført ved hjelp av SPSS versjon 24, og både bivariate og multivariate analyser ble benyttet.

Resultater: Analysene viste at om lag 95 % av alle mennene i utvalget aldri hadde opplevd uønskede seksuelle hendelser. For kvinner fant vi høyest forekomst av uønskede seksuelle hendelser både før og etter fylte 18 år blant norske kvinner (henholdsvis 9,3 % og 11,3 %) og lavest blant portugisiske kvinner (henholdsvis 2,1 % og 5,9 %). Videre hadde enslige, homofile og bifile menn større sannsynlighet for å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser før 18-årsalder sammenlignet med menn i parforhold og med heterofile menn. Menn med høy utdanning hadde mindre sannsynlighet og bifile og homofile menn hadde større sannsynlighet for å ha opplevd slike hendelser i voksen alder, sammenlignet med menn med lav utdanning og med heterofile menn. Når det gjelder kvinnene, fant vi at protestantiske kvinner og portugisiske kvinner hadde mindre sannsynlighet for å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser i barndommen sammenlignet med ikke-religiøse og med norske kvinner. For uønskede seksuelle hendelser i voksen alder, hadde kvinner med middels høy og høy utdanning, kvinner i parforhold og romersk-katolske kvinner mindre sannsynlighet for å ha opplevd dette sammenlignet med kvinner med lav utdanning, enslige kvinner og ikke-

religiøse kvinner. Til slutt var det en sammenheng mellom erfaringer med uønskede seksuelle hendelser og større grad av angst, depresjon og ensomhet, samt mindre grad av intimitet med partner og tilfredshet med livet.

Konklusjon: Funnene fra denne studien indikerer at eldre mennesker som har opplevd uønskede seksuelle hendelser kan slite med ringvirkninger av dette langt inn i godt voksen alder, uavhengig av når i livet hendelsen(e) forekom. En implikasjon av dette kan være at helsepersonell i større grad bør redegjøre for hvorvidt erfaringer med uønskede seksuelle hendelser kan være en bakenforliggende faktor når eldre mennesker oppsøker medisinsk hjelp for ulike helseplager.

Forord

Først og fremst vil jeg takke min veileder Bente Træen for hennes uvurderlige hjelp i arbeidet med denne masteroppgaven. Takk for at jeg fikk være med på dette spennende prosjektet, takk for at du svarte på mail til alle døgnets tider, takk for engasjementet og, ikke minst, takk for tålmodigheten!

Videre vil jeg takke mine medstudenter for å ha dannet en gruppechat på Facebook hvor vi kunne spørre hverandre om råd og hjelp, og der oppmuntrende ord kom på løpende bånd. En spesielt stor takk må rettes til Kornelia, Sophie og Camilla, eller SINTEF-gjengen, for daglige lunsjer og daglig trøst. Takk for at dere velvillig tok på dere rollen som mine biveiledere. Arbeidet med dette prosjektet hadde vært en langt mer anstrengende og mindre berikende oppgave uten dere.

En stor takk må også rettes til mamma, som har lest gjennom alt jeg har skrevet av tekster siden jeg begynte på barneskolen for mer enn 20 år siden. Takk for at du alltid stiller opp med ditt skarpe, men nesten blinde, øye, og takk for din ubetingede støtte og kjærlighet. Jeg vil også takke tante Anbjørg, som med stor interesse og entusiasme har lest oppgaven min og kommet med verdifulle innspill! Det har vært veldig betryggende å ha en høykompetent tante med åpen dør og varme tøfler i umiddelbar nærhet.

Til slutt må jeg takke resten av min familie og alle mine venner som gjennom hele prosessen har hatt tro på meg og kommet med uoppfordrete, og fremfor alt, overdrevne lovord. Jeg hadde ikke klart å holde motivasjonen oppe uten dere – så, takk!

Innhold

Introduksjon.....	1
Bakgrunn	1
Begrepsavklaring	2
Litteraturgjennomgang	4
Forekomst.	4
Sosiodemografiske faktorerers rolle.....	6
Kjønn.	6
Alders- og kohortgrupper.....	7
Utdanningsnivå.....	7
Parforholdsstatus.	8
Seksuell orientering.....	9
Religiøs tilhørighet	9
Krysskulturelle forskjeller.....	10
Mental helse.	12
Angst og depresjon	13
Tilfredshet med livet.....	13
Intimitet med partner.	14
Ensomhet.	15
Teoretiske perspektiver	16
Finkelhor og Brownes traumeforårsakende modell.....	16
Et økologisk perspektiv.	18
Mål for studien.....	21
Metode.....	22
Om prosjektet.....	22
Deltakere.....	22
Prosedyre og rekruttering	22
Måleinstrumenter	23
Utfallsvariabler.....	23
Prediktorer.	24
Etiske hensyn	25
Statistiske analyser.....	26
Resultater.....	27
Karakteristika ved utvalget.....	27
Forekomst av uønskede seksuelle hendelser.....	28
Uønskede seksuelle hendelser før fylte 18 år.....	30
Uønskede seksuelle hendelser etter fylte 18 år.....	31

Uønskede seksuelle hendelser og indikatorer på mental helse	32
Diskusjon.....	36
Oppsummering av hovedfunn.....	36
Forekomst	36
Sosiodemografiske faktorer	38
Utdanningsnivå.	38
Parforholdsstatus og intimitet med partner.	39
Seksuell orientering.....	41
Religiøs tilhørighet	42
Mental helse.....	43
Angst og depresjon.....	43
Tilfredshet med livet.....	43
Ensomhet.	45
Styrker og begrensninger ved studien	46
Implikasjoner og fremtidig forskning.....	47
Konklusjon	48
Litteratur.....	50
Vedlegg	70
Vedlegg 1: Spørreskjemaet.....	70

Introduksjon

Bakgrunn

Det er et veletablert faktum at erfaringer med uønskede seksuelle hendelser kan medføre økt sårbarhet for et mangfold av fysiske, psykologiske, mellommenneskelige og seksuelle problemer for mennesker som rammes (Beitchman et al., 1992; Chen et al., 2010; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Maniglio, 2009; Paras, Murad, Chen, & et al., 2009). Kunnskapen omkring de potensielt helseskadelige effektene slike erfaringer kan ha for individet har økt betraktelig gjennom de siste fire tiårene, hvilket har bidratt til at begrep som «folkehelseproblem» og «epidemi» anvendes i skildringen av fenomenet (Bolen & Scannapieco, 1999; Kloppen, Haugland, Svedin, Mæhle, & Breivik, 2016; Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009). Forskning tyder på at eksponering for traumatiske hendelser kan få ringvirkninger langt inn i godt voksen alder, selv flere tiår etter hendelsen(e) (Krause, 2004). Til tross for dette, eksisterer det et kunnskapshull med hensyn til omfanget av uønskede seksuelle hendelser blant eldre mennesker, samt hvorvidt tidligere erfaringer med dette kan få konsekvenser for mental helse i høy alder (Cook, Pilver, Dinnen, Schnurr, & Hoff, 2013; Draper et al., 2008). Andelen eldre i befolkningen øker – innen 2050 er det forventet at den totale befolkningen på over 60 år vil dobles og utgjøre omkring to milliarder mennesker på verdensbasis (World Health Organization, 2018). Dersom erfaringer med uønskede seksuelle hendelser utgjør en helserisiko i den voksende eldre befolkning, har dette viktige implikasjoner for grupper av helsepersonell som jobber med eldre voksne.

Ytterligere svakheter i den eksisterende forskningen er mangelen på krysskulturelle studier (Abrahams et al., 2014). Hittil har fenomenet hovedsakelig blitt studert nasjonalt, og metodologiske og konseptuelle forskjeller på tvers av studier vanskeliggjør sammenligning mellom land og kulturer (Eslami et al., 2017). Med det formål å forstå hvilke sosiale og kulturelle faktorer som kan bidra til bekjempelsen av seksuell viktisering og dets ringvirkninger, behøves det krysskulturelle studier med identisk metodologisk utforming (Finkelhor, 1994b). Denne kunnskapen er nødvendig for å kunne utvikle effektive og skreddersydde preventive tiltak og behandlingsstrategier. I tillegg til de store helsemessige, sosiale og økonomiske kostnadene uønskede seksuelle hendelser kan medføre for individet, representerer det betydelige samfunnsmessige kostnader, inkludert helsetjeneste-, barneverns- og rettstjenestekostnader (Hulme, 2000; Sethi et al., 2013).

Med dette som bakteppe, er det overordnede formålet med den forestående studien å kartlegge forekomsten av uønskede og ikke-samtykkende seksuelle hendelser blant eldre

mennesker i Norge, Danmark, Belgia og Portugal ved hjelp av samme metodologi. Videre vil det undersøkes om sosiodemografiske faktorer kan predikere erfaringer med slike hendelser, samt hvorvidt det foreligger en sammenheng mellom opplevelser med uønskede og ikke-samtykkende seksuelle hendelser og ulike mål på mental helse.

Begrepsavklaring

Deltakerne i denne studien ble spurt om de i løpet av livet har gjort eller har måttet gjøre noe seksuelt mot sin vilje eller uten sitt samtykke. Denne formuleringen forutsetter en subjektiv vurdering, og fanger opp individer som har vært i en situasjon de selv oppfatter som uønsket. Med bakgrunn i vårt ønske om å studere forekomst av uønskede seksuelle hendelser og en eventuell sammenheng med mental helse, ekskluderer vi på denne måten de individene som formodentlig har opplevd noe som etter loven kan betegnes som et seksuelt overgrep, men som selv ikke har funnet hendelsen problematisk. Av den grunn har vi valgt å anvende begrepene «ikke-samtykkende seksuelle hendelser» og «uønskede seksuelle hendelser» fremfor seksuelle overgrep.

I juridisk forstand er samtykkebegrepet komplisert, og forskningen på samtykke er mangelfull (Beres, 2007), til tross for at samtykke ofte er det som skiller ønsket sex fra voldtekt (Jozkowski, 2015). Det hersker uenighet i forskningslitteraturen omkring hvorvidt ikke-samtykke («nonconsent») refererer til uttrykt nektelse eller kun et fravær av verbalt samtykke (French & Neville, 2017). Med hensyn til vår forståelse av konseptet, har vi støttet oss på Muehlenhard, Powch, Phelps og Giusti (1992) sin konseptualisering av ikke-samtykke, som inkluderer alt fra den utsattes sinnsstemning (for eksempel følelsen av at noe blir gjort mot ens vilje) til atferdsmessige uttrykk som verbal nektelse, kjempe imot fysisk, trygle om å få slippe etc.

Samtykke blir ofte gitt i situasjoner der sex i utgangspunktet er uønsket (Abma, Driscoll, & Moore, 1998; French & Neville, 2017). Dette kan blant annet være som følge av press eller frykt for konsekvensene av å ikke samtykke. Uønskede seksuelle hendelser kan dermed forstås som enhver hendelse av en seksuell karakter som den utsatte kan ha samtykket eller ikke samtykket til, men ikke ønsket å ta del i. Ikke-samtykkende og uønskede seksuelle hendelser kan således dekke et bredt spekter av handlinger som seksuelle overgrep ikke nødvendigvis gjør. Herunder inkluderes erfaringer og opplevelser med alt fra verbale krenkelser og blotting, til mer alvorlige hendelser som voldtekt med oral, vaginal eller anal penetrering. Hvorvidt hendelsene som rapporteres om i denne undersøkelsen var uønsket, men samtykkende, eller både uønsket og ikke-samtykkende er ikke blitt registrert, og av den

grunn vil begrepene ikke-samtykkende og uønskede seksuelle hendelser anvendes om hverandre.

Når det i fortsettelsen skal refereres til tidligere forskning på området, vil «seksuelle overgrep» bli anvendt i de tilfeller forfatterne selv bruker dette begrepet og ikke opplyser om hva de definerer seksuelle overgrep som. Videre er store deler av forskningslitteraturen denne oppgaven baserer seg på forfattet på engelsk, og de mest anvendte begrepene «(child) sexual abuse» og «sexual assault» vil bli oversatt til seksuelle overgrep dersom begrepene ikke er definert. «CSA» er en internasjonalt anerkjent forkortelse av «child sexual abuse» og vil bli brukt når det i litteraturgjennomgangen refereres til seksuelle handlinger som er rettet mot eller inkluderer barn.

Det har foreligget en debatt i litteraturen med hensyn til hvordan CSA skal defineres (Andrews, Corry, Slade, Issakidis, & Swanston, 2004). Enkelte forskere har hatt et krav om blant annet fysisk kontakt eller en viss aldersforskjell mellom barnet og gjerningspersonen, mens andre har inkludert handlinger uten fysisk kontakt og hendelser mellom jevnaldrende (Finkelhor, 1994a). Feltet har de seneste årene utviklet seg mot en mer inkluderende forståelse, og i ordets bredeste forstand kan CSA defineres som enhver atferd eller handling med seksuelt innhold rettet mot barn gjennom trusler, maktbruk eller manipulering, og som er upassende for barnet (Collin-Vézina, Daigneault, & Hébert, 2013). I likhet med uønskede og ikke-samtykkende seksuelle hendelser, innbefatter en slik forståelse av CSA et vidt spenn av handlinger og aktiviteter. Følgelig kan CSA favne alt fra verbale krenkelser til hendelser hvor et barn blir utsatt for eller oppfordret til å delta i pornografi, voksen seksuell aktivitet, blotting, beføling, incest, voldtekt, prostitusjon etc. (Finkelhor, 1994a; Putnam, 2003).

Videre finnes det ingen tydelig enighet omkring hva som konstituerer barndom. I de fleste land anses barndommen å opphøre ved 18-årsalder, samtidig som den seksuelle lavalderen ofte er lavere. Den hyppigst rapporterte definisjonen på barndom i forskningslitteraturen er imidlertid 18 år (Andrews et al., 2004), og med mindre noe annet er angitt, vil barndom refereres til som før 18-årsalder.

I det følgende vil begrepet «seksuell viktimisering» benyttes om situasjoner hvor uønskede og ikke-samtykkende seksuelle hendelser forekommer. Likeledes vil begrepet «offer» av praktisk årsaker bli brukt for å referere til personer som har vært utsatt for seksuell viktimisering. Det henspiller ikke på hvorvidt den utsatte føler eller oppfatter seg selv som et offer, men reflekterer utelukkende posisjonen i relasjon til gjerningspersonen.

Litteraturgjennomgang

Forekomst. Forekomsten av CSA kan sies å være relativt høy. Nyere metaanalyser og litteraturgjennomganger indikerer at den globale forekomsten av CSA er mellom 15,0-19,2 % for jenter og 7,4-8,0 % for gutter når alt fra hendelser uten fysisk kontakt til mer alvorlige hendelser som voldtekt inkluderes (Barth, Bermetz, Heim, Trelle, & Tonia, 2013; Pereda et al., 2009; Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). Den eksisterende forskningen på området har i all hovedsak konsentrert seg om CSA, og det finnes av den grunn lite internasjonale og komparative data på forekomsten av seksuell viktisering i voksen alder. I Europa, fant Den europeiske unions byrå for grunnleggende rettigheter (FRA) at 11 % av kvinnene i EUs 28 medlemsland hadde opplevd en form for seksuell vold som innebar enten voldtekt, forsøk på voldtekt, andre uønskede seksuelle aktiviteter eller samtykkende seksuell aktivitet som følge av frykt for å si nei, etter fylte 15 år (FRA, 2014).

I tillegg til et stort fokus på hendelser som skjer i barndommen, er utvalgene i de fleste studiene ungdommer eller yngre voksne (Cook, Dinnen, & O'Donnell, 2011). Likevel eksisterer det noen studier med eldre utvalg. I et representativt utvalg av nederlandske kvinner og menn i alderen 65 år og eldre, fant Kraaij og de Wilde (2001) at 3,2 % rapporterte å ha opplevd ulike former for seksuell viktisering i sin barndom, 10,6 % i voksen alder og 4,8 % i eldre år. Acierno et al. (2010) fant at 7,0 % av et representativt utvalg av 60-97 år gamle amerikanere rapporterte å ha opplevd uønsket beføling, tvunget samleie eller annen uønsket seksuell aktivitet i løpet av livet. Disse to studiene presenterte imidlertid ikke separate tall for kjønn og er av den grunn vanskelig å tolke. I Irland, rapporterte Kamiya, Timonen og Kenny (2016) at 7,1 % av kvinnene og 5,9 % av mennene i et representativt utvalg av personer over 50 år hadde opplevd CSA. Endelig, viste funn fra en krysskulturell studie i syv europeiske land (Tyskland, Hellas, Italia, Litauen, Portugal, Spania og Sverige), heretter referert til som ABUEL-studien, at 6,6 % kvinner og 2,7 % menn i alderen 60-84 år hadde opplevd minst én av åtte ulike ikke-samtykkende seksuell hendelser som for eksempel tvunget beføling eller tvunget samleie etter fylte 18 år (Eslami et al., 2016).

Når det gjelder forekomst av ikke-samtykkende seksuelle hendelser i de aktuelle landene i denne studien, er overvekten av den tidligere forskningen i all hovedsak utført i yngre utvalg fremfor i eldre utvalg. I Norge har en studie i et representativt utvalg av 18-88-åringene, funnet en forekomst av seksuelle overgrep i henhold til straffelovens definisjoner på 11,0-24,3 % for jenter og 0,9-12,0 % for gutter før 16-årsalder (Steine et al., 2012). Etter 16-årsalder var forekomsten 9,0-19,4 % for kvinner og 1,6-7,6 % for menn. I en studie blant 66-

90 år gamle norske menn og kvinner, fant Sandmoe, Wentzel-Larsen og Hjemdal (2017) at 8,3 % kvinner og 3,0 % menn hadde opplevd alvorlig seksuell viktigmisering (blant annet tvunget samleie) før fylte 65 år. Forekomsten av CSA i Danmark er vist å være 14,0-22,0 % for jenter og 5,0-7,0 % for gutter (Helweg-Larsen & Larsen, 2006; Helweg-Larsen, Schütt, & Larsen, 2009; Leth, Stenvig, & Pedersen, 1988). I et representativt utvalg av 16-39 år gamle danske kvinner og menn, rapporterte 14,0 % kvinner og 2,0 % menn opplevelser med uønskede seksuelle hendelser i løpet av livet (Sundaram, Laursen, & Helweg-Larsen, 2008). En belgisk studie med et representativt utvalg av 18-75-åringene fant at 8,9 % av kvinnene og 3,2 % av mennene hadde opplevd CSA, og at 5,6 % kvinner og 0,8 % menn rapporterte å ha blitt tvunget til sex eller opplevd uønsket beføling eller samleie etter fylte 18 år (Pieters, Italiano, Offermans, & Hellemans, 2010). I et tilfeldig utvalg av portugisiske foreldre i alderen 22-84 år, rapporterte 2,7 % kvinner og 2,6 % menn at de hadde opplevd blotting eller ikke-samtykkende seksuelle hendelser som involverte fysisk kontakt (beføling, samleie etc.) i løpet av livet (Figueiredo et al., 2004). I ABUEL-studien oppga 9,8 % av det portugisiske utvalget at de hadde opplevd ikke-samtykkende hendelser etter fylte 18 år, hvilket var den høyeste forekomsten blant de syv landene som var inkludert i undersøkelsen (Eslami et al., 2016).

Slik det fremkommer av den presenterte forskningen, divergerer forekomsttallene i stor grad mellom studier. Den store variasjonen attribueres ofte til metodologiske forskjeller, snarere enn reelle forskjeller (Finkelhor, 1994b). Ulike definisjoner på CSA og uønskede seksuelle hendelser er hypotetisert å være en av de viktigste årsakene til diskrepanser i forekomst (Goldman & Padayachi, 2000). Noen forskere fastholder at en vid definisjon av CSA (f. eks. alt fra blotting til tvunget samleie) vil kunne medføre høyere prevalenser enn snevre definisjoner (f.eks. kun tvunget samleie) (Andrews et al., 2004; Goldman & Padayachi, 2000). I tråd med dette, fant Barth et al. (2013) i sin metaanalyse høyere forekomst dersom definisjonen på CSA inkluderte handlinger uten fysisk kontakt (31,0 % for jenter og 17,0 % for gutter) sammenlignet med CSA som kun inkluderte tvunget samleie (9,0 % for jenter og 3,0 % for gutter). Videre ser det ut til at blant annet datainnsamlingsmetoder (selvrapportering, intervju etc.), type utvalg (kliniske utvalg, sannsynlighetsutvalg etc.), populasjonen som studeres (studenter, generelle befolkning etc.), måleinstrumenter og antall spørsmål stilt (ett generelt spørsmål vs. flere, atferdsspesifikke spørsmål) kan påvirke omfangstall (Andrews et al., 2004; Goldman & Padayachi, 2000; Putnam, 2003).

Sosiodemografiske faktorerens rolle. Enkelte individer ser ut til å ha større risiko for å oppleve ikke-samtykkende seksuelle hendelser enn andre, men forskningen er ikke entydig når det gjelder hvilke forhold som øker eller reduserer risikoen for dette (Mossige & Stefansen, 2007). En av de hyppigst identifiserte risikofaktorene for å bli utsatt for ikke-samtykkende seksuelle hendelser, er tidligere viktimitisering. Classen, Palesh og Aggarwal (2005) fant i sin litteraturgjennomgang av den eksisterende forskningen at omkring to av tre individer som har blitt utsatt én gang i livet også vil bli utsatt senere i livet. CSA ser ut til å være en særlig stor risikofaktor for å bli utsatt igjen i voksen alder (Classen et al., 2005). I samsvar med dette, fant Elliott, Mok og Briere (2004) i sin forekomstkartlegging av uønsket seksuell kontakt i voksen alder, at 59 % av deltakerne som rapporterte å ha vært utsatt for dette i voksen alder, også rapporterte CSA. Utover reviktimitisering, indikerer forskning at ulike sosiodemografiske faktorer kan øke sårbarheten for seksuell viktimitisering, og i fortsettelsen følger en gjennomgang av relevante forskningsfunn for den forestående studien.

Kjønn. Det er et gjennomgående funn i forskningslitteraturen at jenter og kvinner rammes oftere enn gutter og menn (Barth et al., 2013; Elliott et al., 2004; Finkelhor, 1994b; Kloppen et al., 2016; Pereda et al., 2009; Stoltenborgh et al., 2011). Når det gjelder CSA, har jenter 2,5-3 ganger så stor sjanse for å oppleve dette sammenlignet med gutter (Putnam, 2003). Det er imidlertid viktig å påpeke at gutter og menn kan ha høyere terskel for å innrømme å ha vært utsatt for seksuell viktimitisering enn jenter og kvinner (Widom & Morris, 1997), og forskere påpeker stadig oftere at prevalensen for gutter og menn trolig er underrapportert (Collin-Vézina et al., 2013; Goldman & Padayachi, 2000). Eksempelvis fant en studie at 16 % av de kvinnelige CSA-ofrene aldri hadde rapportert om hendelsen sammenlignet med 30 % av mannlige CSA-ofre (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, & Joly, 2009). Mulige årsaker til dette kan dreie seg om sosialiseringprosessen, hvilket lærer gutter at de skal være tøffe og ikke vise følelser, stigmatiseringen omkring det å bli misbrukt av en annen mann, frykten for å bli satt merkelapp på som homofil, samt at definisjoner som blir anvendt muligens ikke fanger opp gutter og menns opplevelser på en adekvat måte (Goldman & Padayachi, 2000; Pereda et al., 2009).

Til tross for høyere forekomst av ikke-samtykkende seksuelle hendelser blant jenter og kvinner, kan kjønn også fungere som en beskyttende faktor. Flere studier indikerer at konsekvensene av seksuell viktimitisering er mer alvorlige for menn enn for kvinner (Putnam, 2003). DuMont, Widom og Czaja (2007) studerte CSA og resiliens, og fant at jenter hadde dobbelt så stor sannsynlighet for å være resiliente i ungdomsalder og som ung voksen

sammenlignet med gutter. Likeledes viste Elliott et al. (2004) at menn som hadde vært utsatt for uønsket seksuell kontakt i voksen alder som et resultat av trusler eller maktbruk, rapporterte større grad av traumerelaterte symptomer (for eksempel depresjon) enn kvinner. Ifølge Elliott et al. (2004) kan uønskede seksuelle hendelser være spesielt traumatiserende for menn ettersom det bryter med de tradisjonelle kjønnsrollene der mannen skal være sterk, aggressiv og maskulin, og på den måten kan forstyrre mannens identitetsfølelse. Videre, som følge av ulike voldtektsmyter (for eksempel at «menn ikke blir voldtatt») kan menn være mindre tilbøyelige til å rapportere om hendelsen og oppsøke hjelp enn kvinner (Peterson, Voller, Polusny, & Murdoch, 2011).

Alders- og kohortgrupper. Risikoen for å bli utsatt for potensielt traumatiske hendelser ser ut til å øke i takt med at vi blir eldre (Norris, 1992). Funn fra tidligere forskning indikerer at alder kan være en risikofaktor når det gjelder seksuell viktimitisering (Putnam, 2003). Eksempelvis øker risikoen for CSA i prepubertetsalder for begge kjønn (Finkelhor, 1993). Dersom forekomsttall varierer mellom aldersgrupper i et gitt utvalg, kan dette tilsi at det foreligger kohorteffekter. Kohorteffekter innebærer at den historiske tiden en er oppvokst i påvirker grad av eksponering for ikke-samtykkende hendelser (Andrews et al., 2004; Goldman & Padayachi, 2000). Eksempelvis hevder noen forskere at prevalensen av seksuell viktimitisering er høyere nå enn for 60 år siden (Goldman & Padayachi, 2000). Forskningen på dette området har dog produsert inkonsekvente funn (Barth et al., 2013; Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1990). Angående CSA, fant Kamiya et al. (2016) lavere forekomst blant deltakere som var 75 år og eldre sammenlignet med yngre deltakere i et representativt utvalg av eldre mennesker. I tråd med dette, fant Finkelhor et al. (1990) en lavere forekomst av CSA blant kvinner over 60 år sammenlignet med kvinner mellom 40-49 år. Når det gjelder seksuell viktimitisering i voksen alder, fant Elliott et al. (2004) i et representativt utvalg av 18-90-åringene at yngre alder var en risikofaktor for å oppleve uønsket seksuell kontakt som følge av trusler eller maktbruk. Med hensyn til livsløpsprevalens, har flere funnet en lavere forekomst av tvunget samleie blant eldre aldersgrupper sammenlignet med yngre (Acierno et al., 2002; Cook et al., 2013). På den annen side, har andre ikke funnet forskjeller i forekomst av seksuell viktimitisering mellom aldersgrupper (Acierno et al., 2010; Eslami et al., 2016).

Utdanningsnivå. Utdanning kan gi sosial makt eller myndighet via sosial status, sosiale nettverk, økt tro på seg selv og evnen til å anvende tilgjengelige ressurser og informasjon i samfunnet. Stor grad av kvinnelig myndiggjøring («empowerment»), som et resultat av blant annet høyere utdanning, synes å fungere beskyttende mot ulike typer vold i

nære relasjoner (Jewkes, 2002). Eksempelvis har funn fra tidligere studier vist at lavt utdanningsnivå, og andre indikatorer på lav sosioøkonomisk status som lav inntekt og lav yrkesstatus, er relatert til vold i nære relasjoner (Black, Heyman, & Smith Slep, 2001; Daigneault, Hébert, & McDuff, 2009).

Forholdet mellom utdanningsnivå og seksuell viktimitisering er imidlertid noe utydelig. Flere retrospektive tverrsnittstudier har funnet en sammenheng mellom lavere utdanningsnivå og CSA (Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1994, 1996; Pérez-Fuentes et al., 2013) og ikke-samtykkende seksuelle hendelser i voksen alder (Pape & Stefansen, 2004; Thoresen & Hjemdal, 2014). Samtidig har noen tverrsnittstudier funnet større sannsynlighet for CSA og ikke-samtykkende seksuelle hendelser i voksen alder blant personer med høyere utdanning (Draper et al., 2008; Kamiya et al., 2016; Sandmoe et al., 2017), mens andre tverrsnittstudier ikke har funnet noen sammenheng (Elliott, 1994; Eslami et al., 2016). På den annen side, har flere prospektive, longitudinelle studier med utvalg basert på rettslig dokumenterte tilfeller av CSA, funnet at CSA-ofre hadde lavere grad av utdanning, sysselsetting, inntekt, formue og verdier i voksen alder sammenlignet med ikke-utsatte personer av tilsvarende sosiodemografisk bakgrunn (Currie & Widom, 2010; Noll et al., 2010). Dette samsvarer med funn fra studier med utvalg av amerikanske studenter som har vist at mange ofre for ikke-samtykkende seksuelle hendelser på campus trekker seg fra studiene eller opplever forstyrrelser i studieløpet (Banyard et al., 2017), samt at frafallsprosenten blant viktimitiserte studenter er høyere sammenlignet med den generelle frafallsprosenten på universitetene (Mengo & Black, 2015).

Parforholdsstatus. En rekke studier har vist en sammenheng mellom seksuell viktimitisering og svekket fungering i romantiske relasjoner (Whisman, 2006). Eksempelvis fant Cherlin, Hurt, Burton og Purvin (2004) at kvinnelige ofre for CSA hadde mindre sannsynlighet for å være gift eller å ha samboer sammenlignet med kontrollpersoner. Kvinnene som var eller hadde vært i forhold hadde i tillegg mindre sannsynlighet for langvarige og stabile forhold, samt større sannsynlighet for flyktige og kortvarige forhold. Videre synes separasjon og skilsmisse å være mer utbredt blant personer utsatt for seksuell viktimitisering i barndommen og i voksen alder (Bifulco, Brown, & Adler, 1991; Elliott et al., 2004; Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer, 1999; Mullen et al., 1994; Pérez-Fuentes et al., 2013; Thoresen & Hjemdal, 2014), samt i eldre utvalg som rapporterer om ikke-samtykkende hendelser gjennom livsløpet (Eslami et al., 2016; Kamiya et al., 2016; Sandmoe et al., 2017). Flere studier har funnet dobbelt så stor sjanse for skilsmisse eller separasjon

blant ofre for CSA sammenlignet med personer som ikke har vært utsatt for dette, også etter å ha kontrollert for andre traumatiske hendelser i barndommen (Colman & Widom, 2004; Whisman, 2006).

Seksuell orientering. Tilhørighet til en seksuell minoritetsgruppe kan medføre økt utsatthet for ulike typer vold og overgrep, både i barndommen og i voksen alder (Pilkington & D'Augelli, 1995). Når det gjelder seksuell viktimisering, har en rekke studier med utvalg av yngre voksne identifisert seksuell orientering som en risikofaktor (Austin et al., 2008; Friedman et al., 2011; Saewyc et al., 2006; Wilsnack, Kristjanson, Hughes, & Benson, 2012; Wilson & Widom, 2010). Balsam, Rothblum og Beauchaine (2005) fant i en studie med et selvselektert utvalg av 18-79 år gamle lesbiske, homofile og bifile (LHB) personer og deres heterofile søsken, at LHB-personer hadde betydelig større sannsynlighet for å ha opplevd seksuell viktimisering i barndommen og i voksen alder. Eksempelvis rapporterte 1,6 % heterofile menn at de hadde blitt voldtatt i voksen alder, sammenlignet med 13,2 % bifile og 11,6 % homofile menn. Likeledes rapporterte 7,5 % heterofile kvinner dette, sammenlignet med 16,9 % bifile og 15,5 % lesbiske kvinner. Denne tendensen fant de også for CSA og eksponering gjennom livsløpet, samt at forskjeller i forekomst var størst mellom menn. I en metaanalyse som undersøkte omfanget av CSA blant LHB-personer i ni forskjellige land, fant Xu og Zheng (2015) en forekomst på 23,6 % for homofile menn og 37,0 % for lesbiske kvinner. Disse forekomsttallene er betraktelig høyere enn rapporterte tall for heterofile menn og kvinner (henholdsvis 7,4-8,0 % og 15,0-18,0 %), og ifølge forfatterne er det rimelig å fastslå at LHB-personer i større grad er utsatt for CSA enn heterofile personer (Xu & Zheng, 2015).

Religiøs tilhørighet. Religion spiller en viktig rolle i mange menneskers liv, og religiøsitet ser ut til å kunne fremme resiliens og tilfriskning i kjølvannet av traumatiske hendelser (Brewer-Smyth & Koenig, 2014; Bryant-Davis & Wong, 2013). I overensstemmelse med dette, har flere studier vist at religiøse CSA-ofre skårer bedre på mål mental helse sammenlignet med ikke-religiøse CSA-ofre (Doxey, Jensen, & Jensen, 1997; Elliott, 1994; Jung, 2018). Religiøs tilhørighet er i tillegg blitt studert som en potensiell risikofaktor (Stout-Miller, Miller, & Langenbrunner, 1998) og som en mulig beskyttelsesfaktor (Tishelman & Fontes, 2017). Eksempelvis er det blitt hypotetisert at romersk-katolske kvinner og menn kan ha redusert risiko for seksuell viktimisering som følge av religionens grad av kontroll på seksualitet sammenlignet med andre religioner (Hall & Barongan, 1997; Sorenson & Siegel, 1992). I tråd med dette, fant Finkelhor og Yllö (1985) at

ikke-religiøse kvinner hadde større sannsynlighet for å bli seksuelt utnyttet av partner sammenlignet med kvinner av andre religiøse bakgrunner, samt at romersk-katolske og jødiske kvinner hadde mindre risiko for å oppleve dette sammenlignet med kvinner med andre religiøse tilhørigheter. En annen studie fant at barn fra familier med sterke religiøse overbevisninger hadde mindre sannsynlighet for å ha opplevd CSA sammenlignet med andre barn (Mullen et al., 1996). Et lignende funn ble rapportert av Finkelhor, Hotaling, Lewis og Smith (1989), som fant at individer som hadde vært utsatt for et forsøk på eller gjennomført CSA, praktiserte religion i mindre grad enn ikke-ofre.

Videre tyder funn fra forskning på at opplevelser med uønskede seksuelle hendelser kan påvirke individets religiøsitet (McGraw et al., 2019). Flere studier har vist en sammenheng mellom CSA og redusert religiøsitet (Falsetti, Resick, & Davis, 2003; Reinert & Edwards, 2009; Rossetti, 1995). Eksempelvis fant Falsetti et al. (2003) at ofre for seksuelle overgrep med diagnosen PTSD rapporterte mindre grad av religiøsitet etter hendelsen, sammenlignet med ofre uten PTSD. I tråd med dette, konkluderte en litteraturgjennomgang av forskningen på religiøsitet under og etter opplevelser med ulike typer viktimisering i barndommen med at hovedparten av studiene finner en reduksjon av religiøsitet etter CSA, mens et fåtall finner både reduksjon og økning (D. F. Walker, Reid, O'Neill, & Brown, 2009).

Krysskulturelle forskjeller. Seksuell viktimisering forekommer på tvers av alle samfunnslag, land og kulturer (Kenny & McEachern, 2000). Til tross for dette, viser forskning at omfanget av seksuell viktimisering varierer betydelig mellom land og kulturer (Heise & Kotsadam, 2015). Eksempelvis fant Krahe et al. (2015) i en stor krysskulturell studie med et utvalg av 18-27-åringer fra ti europeiske land, at forekomsten av seksuell viktimisering med fysisk kontakt (f. eks. beføling, voldtekt etc.) etter seksuell lavalder var 19,7-52,2 % for kvinner og 10,1-55,8 % for menn, avhengig av bostedsland. Følgelig ser det ut til at bostedsland kan være risikofaktor når det kommer til ikke-samtykkende seksuelle hendelser.

En av utfordringene med å sammenligne forekomst på tvers av land, utover metodologiske forskjeller, er at hva som forstås som uønsket eller uakseptabel seksuell kontakt vil være forskjellig fra land til land. Seksualitetens uttrykksformer er, ifølge Gagnon og Simon (1973), et produkt av gruppespesifikke sosiokulturelle prosesser, og som sådan en sosial konstruksjon. Mennesker lærer å bli seksuelle aktører i samspill med gjeldende verdier, holdninger, regler og normer til den tid og i den kulturen de er født og lever i (Gagnon & Simon, 1973). Følgelig har ethvert samfunn utviklet egne regler for å regulere og kontrollere

seksualitet (Træen, 2008b), og seksuell samhandling rettleides av det Gagnon og Simon (1973) kaller 'seksuelle skript'. Seksuelle skript tilveiebringer informasjon om blant annet hvorvidt en situasjon er seksuell eller ikke (Gagnon, 1990). Ulike seksuelle skript som støttes av kulturen kan være avgjørende når det gjelder villigheten til å rapportere om uønskede seksuelle hendelser (Fontes & Plummer, 2010), hvilket kan påvirke forekomsttallene. Eksempelvis kan det seksuelle skriptet som har å gjøre med at «menn ikke klarer å stoppe når de først er opphisset» medføre at de som blir utsatt for uønskede seksuelle opplevelser bebreider seg selv og ikke rapporterer om hendelsene (Gravelin, Biernat, & Bucher, 2019).

De verdier og holdninger som bidrar til å forme seksuelle skript avledes i stor grad av ulike sosiale strukturer og systemer. Kulturers varierende grad av tradisjonelle kjønnsroller, likestilling mellom kjønnene og opprettholdelse av patriarkalske tradisjoner og holdninger er antatt å ha en forklaringsverdi i de observerte forekomstforskjellene mellom land og kulturer (Gracia & Merlo, 2016; Heise, 1998; Jewkes, 2002). Et flertall feministiske teorier formoder at forekomsten av voldtekt er lavere i mer egalitære og likestilte samfunn sammenlignet med mindre likestilte samfunn (Martin, Vieraitis, & Britto, 2006). I samsvar med dette, fant en krysskulturell studie at samfunn der kvinner ble ansett som likeverdige og maktbalansen mellom kjønnene var tilnærmet lik, var voldtekt nærmest ikke-eksisterende (Sanday, 1981). I samfunn der maskulinitet var knyttet til dominans, ære og makt, og kvinner ble ansett som underdanige og mindre verdt, var forekomsten av voldtekt høy. Likeledes fant en krysskulturell studie med et utvalg på over 480 000 kvinner og data fra 44 land, at kjønnsrelaterte faktorer på nasjonalt nivå, som grad av kvinners tilgang på utdanning, betalt arbeid og eiendom, normer som rettferdiggjør kvinnemishandling og mannlig autoritet over kvinner, kunne predikere opplevelser med fysisk og seksuell partnervold og den geografiske distribusjonen av dette (Heise & Kotsadam, 2015). Videre har andre krysskulturelle studier vist at blant annet lav grad av økonomisk og maktrelatert likestilling, samt fastholdelse av rigide kjønnsroller og negative syn på kvinner, er relatert til menns utøvelse av fysisk og verbal seksuell tvang mot kvinner (Hines, 2007; Krahé et al., 2015; Otterbein, 1994).

Med hensyn til landene i denne studien, synes de nordiske landene i større grad å være preget av en egalitær ideologi sammenlignet med land i Sør-Europa, hvor menns atferd til en viss grad er preget av mer patriarkalske verdier (Bozon & Kontula, 1998; Lewin, 2008b; Træen, Štulhofer, & Landripet, 2011). Eksempelvis skårer Norge og Danmark konsekvent høyest på indikatorer på likestilling, mens Portugal har blant de laveste skårene i Europa (Det europeiske institutt for likestilling, 2017). Videre beskrives det seksuelle klimaet i den

nordiske regionen ofte som mer liberalt sammenlignet med flertallet av andre vestlige land (Lewin, 2008a; Træen, 2008a), mens land i Middelhavsregionen ser ut til å være mer restriktive når det kommer til seksualitet (Baumeister & Mendoza, 2011). Til tross for dette, fant en stor undersøkelse at kvinner i de nordiske landene rapporterte høyest forekomst av fysisk og seksuell vold, begått av både partnere og ikke-partnere, av alle de 28 EU-landene (FRA, 2014). Denne tendensen er også blitt rapportert i flere studier (Aebi et al., 2014; Wijma et al., 2003) og er blitt døpt «det nordiske paradoks» (Gracia & Merlo, 2016).

Mental helse. Et av de mest veletablerte funnene i forskningen på seksuell viktimitisering, er at slike erfaringer medføre langvarige og potensielt helseskadelige konsekvenser for ofrene (Chen et al., 2010; Kraaij & de Wilde, 2001). Det er imidlertid viktig å påpeke at et stort antall mennesker som har vært utsatt for seksuell viktimitisering, ikke manifesterer noen vanskeligheter i etterkant av en slik opplevelse (Putnam, 2003). Trolig kan ulike karakteristika ved selve hendelsen, som for eksempel grad av vold, fysisk maktbruk og nærhet til overgriper, påvirke omfanget av ringvirkningene (Kendall-Tackett et al., 1993). Når det gjelder CSA, oppstår det ikke i et vakuum, men forekommer ofte sammen med en rekke andre negative familieforhold, som blant annet konflikter i ekteskapet, separasjon fra biologiske foreldre, rusmisbruk av foreldre og fysiske overgrep (Fergusson, Lynskey, & Horwood, 1996; Fleming, 1997). Følgelig er det mulig at de ulike psykologiske symptomene som ofte observeres i personer utsatt for seksuell viktimitisering kan forklares av andre faktorer. Flere studier, inkludert prospektive og longitudinelle studier, har imidlertid avdekket en assosiasjon mellom CSA og en rekke psykologiske konsekvenser til tross for å ha kontrollert for andre negative opplevelser i barndommen, samt mulige konfunderende sosiodemografiske karakteristika (Fergusson, McLeod, & Horwood, 2013; Kamiya et al., 2016; Kendler et al., 2000; Molnar, Berkman, & Buka, 2001; Molnar, Buka, & Kessler, 2001). Videre fant Maniglio (2009) i sin systematiske litteraturgjennomgang av eksisterende litteraturgjennomganger at konsekvensene av CSA gjaldt uavhengig av metodologi, utvalg og definisjoner på CSA.

I tillegg til avdekkingen av sammenhenger mellom erfaringer med seksuell viktimitisering og negative konsekvenser for individets psykiske helse, har forskningslitteraturen i økende grad begynt å undersøke hvordan slike hendelser er assosiert med aspekter ved relasjonell fungering (Davis & Petretic-Jackson, 2000). Etersom ikke-samtykkende seksuelle hendelser av natur er noe som skjer mellom mennesker, er det rimelig å anta at det vil kunne få følger for ulike aspekter ved de utsattes forhold til andre mennesker

(Briere, 1992). I det følgende presenteres en gjennomgang av tidligere funn av relevans for denne studien.

Angst og depresjon. Et hyppig observert funn i forskningen på ikke-samtykkende seksuelle hendelser og mental helse, er tilstedeværelsen av angst og depresjon. Dette er blitt observert både hos barn (Beitchman, Zucker, Hood, daCosta, & Akman, 1991; Kendall-Tackett et al., 1993) og voksne som har opplevd slike hendelser i barndommen og i voksen alder (Beitchman et al., 1992; Chen et al., 2010; Elliott et al., 2004; Lindert et al., 2014; Maniglio, 2009; Neumann, Houskamp, Pollock, & Briere, 1996; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001). Det finnes indikasjoner på samme tendens for eldre voksne i den begrensede litteraturen som eksisterer. Kamiya et al. (2016) fant i et stort representativt utvalg av eldre menn og kvinner i Irland, at CSA-ofre hadde større sannsynlighet for å rapportere om angst og depresjon enn personer som ikke hadde opplevd dette, etter å ha kontrollert for andre negative barndomsopplevelser og bakgrunns karakteristika. I et representativt utvalg av amerikanske kvinner, avdekket Cook et al. (2013) at kvinner som hadde opplevd seksuelle overgrep i løpet av livet hadde større sannsynlighet for å oppfylle kriteriene for (livstids- eller ett års) PTSD, angst og depresjon sammenlignet med kvinner som ikke hadde opplevd dette og kvinner som hadde opplevd andre typer traumer, som for eksempel naturkatastrofer. Likeledes, i en studie med over 21 000 deltakere, fant Draper et al. (2008) at personer over 60 år som hadde opplevd CSA, hadde større risiko for blant annet angst og depresjon i høy alder, sammenlignet med ikke-ofre.

Tilfredshet med livet. Ofre for seksuell viktimitisering ser også ut til å ha økt risiko for en rekke andre negative aspekter ved psykisk fungering utover psykiatriske diagnoser, som blant annet redusert tilfredshet med livet (Fergusson et al., 2013). Tilfredshet med livet kan defineres som en kognitiv evaluering av ens liv, og er et globalt mål på subjektiv «well-being» (Diener, 1984). Flere studier har vist at CSA-utsatte vurderer livene sine som mindre tilfredsstillende sammenlignet med personer som ikke har vært utsatt for dette (Nickel et al., 2004; Royse, Rompf, & Dhooper, 1991; Whitelock, Lamb, & Rentfrow, 2013). En longitudinell studie fra New Zealand som fulgte over 900 menn og kvinner i 30 år fra fødsel av, fant at CSA var assosiert med mindre grad av tilfredshet med livet ved 30-årsalder, etter å ha kontrollert for konfunderende variabler, som blant annet opplevelser med andre typer overgrep i barndommen (Fergusson et al., 2013). Sandmoe et al. (2017) fant at eldre norske menn og kvinner som i løpet av livet har vært eksponert for alt fra mindre alvorlige til svært alvorlige ikke-samtykkende hendelser rapporterte mindre grad av tilfredshet med egen

tilværelse sammenlignet med ikke-utsatte. Likeledes ser opplevelser med CSA og ikke-samtykkende seksuelle hendelser i voksen alder ut til å være assosiert med redusert livskvalitet blant eldre mennesker (Fraga et al., 2017; Kamiya et al., 2016). Dette samsvarer med forskning som har vist at eksponering for traumer gjennom livet påvirker eldre menneskers vurdering av sitt eget liv med hensyn til tilfredshet, uavhengig av alderskohort (Krause, 2004). Videre har denne forskningen funnet at traumeeksponerte eldre mennesker med stor grad av emosjonell og sosial støtte, rapporterer større grad av tilfredshet med livet sammenlignet med eldre personer uten like stor grad av støtte (Krause, 2004).

Selvfølelse er blitt funnet å være en sterk prediktor for tilfredshet med livet i vestlige land (Diener & Diener, 1995), og en mengde studier har demonstrert en sammenheng mellom CSA og redusert selvfølelse i voksen alder (Jumper, 1995; Mullen et al., 1996). Det er også blitt funnet at eldre kvinner som har blitt voldtatt etter fylte 18 år rapporterer mindre grad av selvfølelse sammenlignet med kvinner som ikke har blitt voldtatt (Sachs-Ericsson et al., 2014). Likeledes ser det ut til å være en negativ assosiasjon mellom tilfredshet med livet og depresjon, angst og stress (Mahmoud, Staten, Hall, & Lennie, 2012). Kunnskapen om hva som predikerer tilfredshet med livet i etterkant av opplevelser med ikke-samtykkende seksuelle hendelser er imidlertid begrenset (Whitelock et al., 2013). I en studie fant Whitelock et al. (2013) at det å være yngre, kvinne, hvit, i arbeid, høyt utdannet, godt betalt og i et intimt forhold predikerte større grad av tilfredshet med livet blant CSA-ofre. Videre kom det frem at lavere alvorlighetsgrad og færre antall traumatiske hendelser var positivt assosiert med tilfredshet med livet, samt at «Big Five»-personlighetsvariabler var viktige prediktorer for de utsattes tilfredshet med livet.

Intimitet med partner. Den høye prevalensen av separasjon og skilsmisse blant individer som har vært utsatt for uønskede seksuelle hendelser, vitner om at parforhold kan være spesielt utfordrende etter slike erfaringer (DiLillo, 2001). I tråd med dette, indikerer forskning at denne gruppen i stor grad opplever problemer i romantiske relasjoner (Davis & Petretic-Jackson, 2000). Flere av disse problemene er relatert til vanskeligheter med emosjonell intimitet. Emosjonell intimitet innebærer en oppfatning av nærhet og tillit til partner, og er ledsaget av forventninger om forståelse, bekreftelse og omsorg (Sinclair & Dowdy, 2005, s. 193). En nylig publisert studie fant at CSA og ikke-samtykkende seksuelle hendelser i voksen alder predikerte redusert grad av emosjonell intimitet med partner blant kvinner (Georgia, Roddy, & Doss, 2018). Videre viste analysene at emosjonell intimitet medierte assosiasjonen mellom slike opplevelser og tilfredshet med parforholdet. ABUEL-

studien viste at ikke-samtykkende hendelser som beføling og tvunget samleie etter 18-årsalder var assosiert med mindre grad av emosjonell intimitet (Fraga et al., 2017).

CSA ser også ut til å være assosiert med redusert tilfredshet med parforholdet (DiLillo & Long, 1999; Finkelhor et al., 1989; Mullen et al., 1994; Nguyen, Karney, & Bradbury, 2017; Whisman, 2006) og redusert kvalitet på parforholdet (Colman & Widom, 2004; Davis, Petretic-Jackson, & Ting, 2001; Fergusson et al., 2013). Videre indikerer forskning at seksuell viktimitisering i barndommen og i voksen alder henger sammen med mindre grad tillit av til partner, frykt for intimitet og å bli forlatt (DiLillo, 2001; Nielsen, Wind, Tjørnhøj-Thomsen, & Martinsen, 2018; Thelen, Sherman, & Borst, 1998), samt høyere forekomst av utroskap (Frías, Brassard, & Shaver, 2014) og redusert grad av seksuell intimitet (Leonard & Follette, 2002).

Nære parforhold ser ut til å ha evnen til å dempe negative konsekvenser av CSA (Whiffen, Judd, & Aube, 1999). I tråd med dette fant en studie at CSA-ofre med et nært og tett forhold til partner hadde større sannsynlighet for å være resilient mot en rekke negative effekter av CSA, sammenlignet med personer som ikke var i et parforhold (DuMont et al., 2007). Det ser ut til at flere psykologiske prosesser kan være involvert i sammenhengen mellom ikke-samtykkende seksuelle hendelser og negative konsekvenser for parforholdet i voksen alder (Nielsen et al., 2018; Rumstein-McKean & Hunsley, 2001). Eksempelvis virker effekten av CSA på intime forhold i voksen alder å være mediert av depresjon, ofrenes oppfatning om i hvor stor grad negative barndomsopplevelser fortsatt påvirker livene deres og grad av emosjonell intensitet under konflikter parforholdet (E. C. Walker, Holman, & Busby, 2009). Videre synes CSA-ofre å ha større sannsynlighet for å utvikle en usikker tilknytningsstil (Alexander, 1992; van Duin et al., 2018; Whiffen et al., 1999) og flere studier har funnet at CSA-ofre i større grad rapporterer en usikker tilknytning til partner i voksen alder sammenlignet med personer som ikke har vært utsatt for dette (Alexander, 1993; Alexander et al., 1988; Hocking, Simons, & Surette, 2016; Styron & Janoff-Bulman, 1997). I en studie fant Godbout, Sabourin og Lussier (2008) at usikker tilknytningsstil medierte forholdet mellom CSA og vanskeligheter i parforholdet.

Ensomhet. Betydningen av sosiale forhold kan være kritisk når det kommer til fysisk og psykologisk helse (Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010; House, Landis, & Umberson, 1988; Kendall-Tackett, 2002), spesielt for eldre mennesker (Steptoe, Shankar, Demakakos, & Wardle, 2013). Tidligere funn fra forskning tyder på at sosial isolasjon kan medføre økt risiko for å oppleve CSA (Fleming et al., 1999; Wolfe, 2007), samt at ofre for ikke-samtykkende

seksuelle hendelser ofte isolerer seg fra andre mennesker (Browne & Finkelhor, 1986; Polusny & Follette, 1995). Sosial isolasjon er sterkt relatert til ensomhet, som kan defineres som en ubehagelig følelse av oppfattet isolasjon og en diskrepans mellom ønsket grad av sosiale forhold og faktisk grad av sosiale forhold (Luo, Hawkley, Waite, & Cacioppo, 2012). Ensomhet rapporteres i større grad av ungdommer (Garnefski & Arends, 1998), universitetsstudenter (Gibson & Hartshorne, 1996), voksne mennesker (Shevlin, McElroy, & Murphy, 2015) og eldre mennesker (Kamiya et al., 2016) som har opplevd CSA sammenlignet med kontrollpersoner. Gibson og Hartshorne (1996) fant i tillegg en sammenheng mellom CSA og redusert sosialt nettverk, og Eslami et al. (2017) fant at eldre mennesker som har opplevd ikke-samtykkende seksuelle hendelser i voksen alder, herunder tvunget beføling eller samleie, rapporterte mindre grad av oppfattet sosial støtte enn ikke-utsatte.

Ensomhet i seg selv er funnet å være relatert til en rekke negative mental helse-utfall, og spesielt depresjon (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, & Thisted, 2006). Videre fant en studie at depresjon medierte forholdet mellom CSA og ensomhet (Thoresen, Aakvaag, Strøm, Wentzel-Larsen, & Birkeland, 2018). Ensomhet representerer i tillegg en risikofaktor for sykdom og tidlig død for eldre mennesker (Luo et al., 2012; Steptoe et al., 2013), og forskning fra vestlige land antyder at 20-40 % av eldre mennesker til enhver tid er ensomme (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1999; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkälä, 2005; A. Walker, 1993).

Teoretiske perspektiver

Finkelhor og Brownes traumeforårsakende modell. En av de mest anerkjente og siterte teoriene som har søkt å forstå implikasjonene av CSA for de som utsettes, er Finkelhor og Browne (1985) sin «traumagenic model» eller traumeforårsakende modell. Denne modellen foreslår fire traumeforårsakende «dynamikker» eller faktorer som medierer de ulike psykologiske konsekvensene av CSA, herunder traumatisk seksualisering, svik, maktesløshet og stigmatisering. Disse faktorene vil kunne endre barns kognitive og emosjonelle verden, og skape traumer ved å forstyrre barns selvkonsept, verdensbilde og følelsesmessige evner (Finkelhor & Browne, 1985, s. 531). Variasjonen av symptomer og vansker som ofte demonstreres i etterkant av CSA, samt årsaken til at noen utvikler disse vanskene og andre ikke, kan ifølge forfatterne forklares av disse fire faktorene. Finkelhor og Browne (1985) poengterer at disse faktorene ikke er unike for CSA-ofre, men at kombinasjonen av faktorene og dynamikken dem imellom i gitte situasjoner er det som gjør traumet utløst av CSA unikt. I

tillegg understrekes det at noen konsekvenser av CSA trolig er knyttet til flere av faktorene, og at det ikke er et én-til-én-forhold mellom faktorer og konsekvenser (Finkelhor & Browne, 1985). Videre betraktes denne modellen av flere som spesielt adekvat til å forklare en rekke relasjonelle problemer som er karakteristiske for CSA-ofre (Davis & Petretic-Jackson, 2000). I det følgende vil det redegjøres for de fire faktorene.

Traumatisk seksualisering refererer til en prosess der barnets seksualitet blir formet på en dysfunksjonell måte, hvilket kan medføre at barnet utvikler upassende seksuelle skript. Traumatisk seksualisering kan oppstå gjennom blant annet at barnet blir belønnet for upassende seksuell atferd, dersom seksuelle handlinger blir en forutsetning for omsorg og oppmerksomhet, samt gjennom minner av hendelsene i seg selv. I voksen alder kan traumatisk seksualisering manifestere seg som en aversjon mot sex og intimitet på den ene siden, til en form for seksuell besettelse og overseksualisering av alle sosiale forhold på den andre siden (Finkelhor & Browne, 1985).

Svik viser til tillitsbruddet som oppleves når barnet oppdager at en de har stolt på og vært avhengig av har voldt dem smerte. Svikets omfang er avhengig av blant annet nærhet til gjerningspersonen, hvorvidt barnet er mistenksom til handlingene i situasjonen, samt familiens reaksjon dersom hendelsen(e) blir avdekket. Mangel på støtte fra familien dersom CSA avdekkes eller oppdages kan føre til ytterligere følelse av svik. Ifølge forfatterne kan dette tillitsbruddet videreføres til offerets mellommenneskelige fungering i voksen alder ved at bedømmelseevnen med hensyn til hvem som kan stoles på svekkes, gjennom mistenkeliggjøring av andre menneskers intensjoner og motiver eller ved at offerets evne til å etablere intime og stabile forhold forstyrres. I ytterste konsekvens kan den utsatte unngå intime forhold totalt, og isolere seg fra omverdenen. Finkelhor og Browne (1985) fastholder at oppbrudd av ekte- og samboerskap blant CSA-ofre kan dreie seg om denne svikfølelsen og tap av tillit.

Maktesløshet innebærer at barnets vilje, ønsker og mestringstro blir krenket. Finkelhor og Browne (1985) hypotetiserer at en grunnleggende form for maktesløshet kan utvikles ved invaderingen av barnets kropp og territorium. Følelsen av maktesløshet kan, men ikke nødvendigvis, øke i takt med grad og mengde av trusler og fysisk maktbruk utøvd av gjerningspersonen, og forsterkes trolig dersom barnets forsøk på å stanse overgrepene forhindres. Ifølge forfatterne kan maktesløshet syne seg som frykt, angst, depresjon, og en oppfattet manglende evne til å kontrollere omstendighetene rundt seg. Videre kan det skade

den utsattes mestringsstro og mestringsstrategier, samt øke sårbarheten for senere viktimisering.

Stigmatisering refererer til de negative konnotasjonene, deriblant skam og skyld, som blir kommunisert til barnet og som igjen inkorporeres i barnet selv. Disse negative konnotasjonene kan kommuniseres på mange måter, eksempelvis gjennom gjerningspersonen selv eller via holdninger i familien og miljøet rundt barnet. Hemmeligholdelse, samt religiøse og kulturelle tabuer omkring CSA kan forårsake økt følelse av stigmatisering. I voksen alder kan stigmatisering manifestere seg som blant annet selvbepreidelse, svekket selvfølelse, sosial isolasjon og en dragnig mot andre stigmatiserte grupper av samfunnet. Mer ekstreme følger av stigmatisering kan innebære selvdestruktiv og suicidal atferd, og ifølge forfatterne kan følelser av skam og skyld mange CSA-ofre føler i lang tid etter hendelse(n) være en vedvarende forlengelse av stigmatisering (Finkelhor & Browne, 1985).

Til tross for modellens tilsynelatende popularitet, har de færreste studier testet hele modellen empirisk (Kallstrom-Fuqua, Weston, & Marshall, 2004). En av de få studiene som har gjort dette, fant at alle faktorene, i varierende grad, predikerte CSA-ofres skårer på mål på psykologisk tilpasning, herunder angst, depresjon og selvfølelse (Cantón-Cortés, Cortés, & Cantón, 2012). Makteløshet var den traumeforårsakende faktoren som syntes å være sterkest relatert til psykologisk tilpasning. Eksisterende studier som har undersøkt én eller flere av faktorene har funnet at blant CSA-ofre i voksen alder virker traumatisk seksualisering å predikere angst, seksuell unngåelse, samt flere seksualpartnere (Hazzard, 1993; Senn, Carey, & Coury-Doniger, 2012), svik ser ut til å predikere relasjonelle og seksuelle problemer (Hazzard, 1993), makteløshet synes å predikere redusert selvfølelse, depresjon, psykologiske plager og maladaptive sosiale forhold (Hazzard, 1993; Kallstrom-Fuqua et al., 2004), mens stigmatisering later til å predikere redusert selvfølelse, relasjonelle problemer, seksuelle problemer, depresjon og angst (Coffey, Leitenberg, Henning, Turner, & Bennett, 1996; Feiring, Simon, & Cleland, 2009; Hazzard, 1993; Kallstrom-Fuqua et al., 2004; Kim & Williams, 2009).

Et økologisk perspektiv. Teorier som har forsøkt å forklare hvordan ikke-samtykkende seksuelle hendelser kan medføre ufordelaktige konsekvenser for helsen til den utsatte, har ifølge flere forskere hatt et for stort fokus på karakteristika ved individet eller selve hendelsen (Moylan & Javoroka, 2018). En konsekvens av dette fokuset er at viktige miljømessige, sosiale og kulturelle faktorer som spiller inn i forkant og i kjølvannet av slike hendelser kan bli forsømt (Campbell, Dworkin, & Cabral, 2009). Gjennom de siste tiårene har

imidlertid flere forskere anvendt en økologisk linse for å forstå ulike fenomener, deriblant vold mot kvinner (Heise, 1998), barnemishandling og dets etiologi (Belsky, 1993), samt hvordan voldtekt kan føre til mentale helseplager (Neville & Heppner, 1999) for å nevne noen. Økologiske modeller har hovedsakelig sitt utspring i Bronfenbrenner (1977) sin utviklingsøkologiske modell, som er grunnlagt på premisset om at all menneskelig utvikling oppstår gjennom konstant interaksjon mellom individet og deres atskillige miljømessige kontekster. Bronfenbrenner (1977) sitt rammeverk deler disse miljømessige innflytelsene opp i flere systemer som reflekterer kontekstens relative størrelse, interaksjonens umiddelbarhet, samt grad av formalitet eller uformalitet i konteksten. Campbell et al. (2009) bygget videre på Bronfenbrenner (1977) sin modell for å demonstrere hvordan faktorer på flere nivåer bidrar til utviklingen av lidelser som angst, depresjon og PTSD i etterkant av seksuell viktimitisering i voksen alder. Disse nivåene inkluderer individnivå, mikrosystem, mesosystem, eksosystem, makrosystem og kronosystem.

Individnivå rommer biologiske, psykologiske og sosiale karakteristika ved individet, og inkluderer blant annet sosiodemografiske faktorer, personlighetstrekk, genetiske faktorer, preeksisterende mental helse-tilstand, mestringsstrategier, samt karakteristika ved hendelsen(e). Noen faktorer på individnivå som er funnet å kunne predikere svekket mental helse etter ikke-samtykkende seksuelle hendelser er mental helse-tilstand i forkant av hendelsen(e) og anvendelse av unngåelsesstrategier (Campbell et al., 2009). Ofre med tidligere selvmordsforsøk i forkant av hendelsen(e) har vist mer angst og depresjon i etterkant (Frank, Turner, Stewart, Jacob, & West, 1981), samt at preeksisterende psykiatriske diagnoser er positivt assosiert med påfølgende psykologiske vansker som blant annet depresjon (Atkeson, Calhoun, Resick, & Ellis, 1982; Frank & Anderson, 1987; Ruch & Chandler, 1983). Unngåelsesstrategier, som kan karakteriseres som lite tilpasningsdyktige mestringsstrategier, i form av blant annet sosial isolasjon og rusmisbruk, er funnet å være assosiert med lengre tilfriskningstid og høyere nivåer av angst, depresjon og PTSD (Burgess & Holmstrom, 1979; Frazier, Mortensen, & Steward, 2005; Ullman, Townsend, Filipas, & Starzynski, 2007). Når det gjelder karakteristika ved hendelsen, tyder noen studier på at grad av vold og trusler kan påvirke den påfølgende mentale helsen (Bownes, O'Gorman, & Sayers, 1991; Ullman & Siegel, 1993).

Mikrosystemet henspiller på individets umiddelbare miljø og det komplekse samspillet mellom dem, deriblant arbeidsplassen, skolen, hjemmet etc. Med hensyn til faktorer på mikrosystem, har forskning vist at negative reaksjoner fra individets umiddelbare miljø

gjennomgående predikerer negative utfall som angst og depresjon (Borja, Callahan, & Long, 2006; Campbell, Ahrens, Sefl, Wasco, & Barnes, 2001; Moss, Frank, & Anderson, 1990), i tillegg til at det kan medføre bruk av unngåelsesstrategier av offeret (Ullman et al., 2007). Negative reaksjoner er også blitt funnet å ha en sterkere negativ effekt på mental helse sammenlignet med påvirkningen positive reaksjoner har for tilfriskning (Campbell et al., 2001).

Mesosystemet innbefatter relasjonene mellom de ulike mikrosystemene, for eksempel relasjonen mellom hjemmet og arbeidsplassen. *Eksosystemet* består av en forlengelse av mesosystemet og inkluderer formelle og uformelle sosiale strukturer som individet sjeldent eller aldri har kontakt med, men som indirekte påvirker miljøene individet opererer i. Eksempler på eksosystemer er rettsvesenet, voldtekstmottak og lignende. Til tross for at Bronfenbrenner (1977) skiller mellom *meso-* og *eksosystem*, melder det seg vanskeligheter med hensyn til å skulle separere disse fra hverandre i den empiriske litteraturen (Campbell et al., 2009). I redegjørelsen av medvirkende faktorer på disse systemene, snakkes det således som faktorer på meso-/eksosystemet (Campbell et al., 2009). Ofte siterte faktorer innen disse systemene inkluderer negative opplevelser med blant annet rettsvesenet. Forskning indikerer at ofre som i møte med rettsvesenet blir påført skyld, eksempelvis ved å bli stilt spørsmål om bekledding og deres tidligere seksualhistorie, rapporterer større grad av depresjon og motvilje hva gjelder å oppsøke videre hjelp (Campbell, 2005, 2006).

Makrosystemet refererer til kulturelle og subkulturelle mønstre i samfunnet, og kan være eksplisitte og formelle, eksempelvis lover og regler, samt implisitte og uformelle, som (ubevisste) holdninger og verdier i samfunnet rundt. Det eksisterer begrenset forskning omkring påvirkningen til kulturelle og samfunnsmessige holdninger på mental helse i etterkant av ikke-samtykkende seksuelle hendelser (Alaggia, 2010; Campbell et al., 2009). Forskningen som foreligger har imidlertid vist at mannlige ofre rapporterer en betydelig påvirkning av rådende samfunnsoppfatninger angående mannlige ofres manglende maskulinitet eller deres utilstrekkelighet som menn (Alaggia, 2010). I samme studie fant forfatterne at kvinnelige ofre for seksuell viktisering ble påvirket av kulturens sexistiske og patriarkalske holdninger, noe som igjen medvirket til hvorvidt de valgte å oppsøke hjelp. Videre har ofre som i stor grad tror på voldtektsmyter mindre sannsynlighet for å stå frem og oppsøke hjelp (Botta & Pingree, 1997; Moor, 2007).

Endelig innbefatter *kronosystemet* forandringer i interaksjoner mellom individet og dets miljøer som skjer over tid. Når det gjelder kronosystemet, er ofres historie med tidligere

viktimisering den faktoren som har størst innflytelse på psykologisk helse i kjølvannet av ikke-samtykkende seksuelle hendelser (Campbell et al., 2009). Eksempelvis tyder funn fra tidligere forskning på at reviktimisering i seg selv er sterkere assosiert med negative psykologisk utfall, som blant annet angst og depresjon, enn én ikke-samtykkende hendelse (Arata, 2002; Classen et al., 2005; Polusny & Follette, 1995).

Til slutt konseptualiseres *selvbebreidelse* som et metakonstrukt som oppstår i og formes av flere av nivåene i modellen (Campbell et al., 2009). På individnivå har flere studier funnet at selvbebreidelse er assosiert med depresjon og PTSD (Boesch, Koss, Figueredo, & Coan, 2001; Filipas & Ullman, 2006). Videre vektlegges det at selvbebreidelse påvirkes av indre og ytre forhold, og at en rekke økologiske faktorer direkte bidrar til negative attribusjoner i kjølvannet av seksuell viktimsing (Campbell et al., 2009). Eksempelvis tyder forskning på at ofre rapporterer større grad av selvbebreidelse etter negative reaksjoner fra deres umiddelbare miljø (Ahrens, 2006) og negative opplevelser med helse- og rettsvesenet (Campbell, 2005, 2006).

Mål for studien

Det overordnede formålet med den forestående studien er å kartlegge forekomsten av opplevelser med uønskede seksuelle hendelser gjennom et livsløp for 60-75 år gamle menn og kvinner i Norge, Danmark, Belgia og Portugal, og hvordan dette har sammenheng ulike indikatorer på mental helse. Følgende problemstillinger ble framsatt:

1. Hva er forekomsten av uønskede seksuelle hendelser blant 60-75-åringene i Norge, Danmark, Belgia og Portugal?
2. Hva er forholdet mellom å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser og ulike sosiodemografiske faktorer (alder, utdanningsnivå, parforholdsstatus, seksuell orientering, religiøs tilhørighet og land)?
3. Hva er sammenhengen mellom opplevelser med uønskede seksuelle hendelser og ulike mål på mental helse?

Metode

Om prosjektet

Denne studien er en del av prosjektet «Healthy Sexual Aging: A Trans-European mixed method study of sexual problems and well-being in older adults». Professor Bente Træen ved Psykologisk Institutt på Universitet i Oslo er prosjektleder og prosjektet er fullfinansiert av Norges Forskningsråd.

Deltakere

Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo utførte i samarbeid med IPSOS (Institut de Publique Sondage d'Opinion Secteur) en multinasjonal undersøkelse om 60-75-åringers seksuelle liv i Norge, Danmark, Belgia og Portugal. Datamaterialet er basert på et sannsynlighetsutvalg av ikke-institusjonaliserte mennesker og utvalgsstørrelsen i de ulike landene var for Norge $n = 1271$ (634 menn og 636 kvinner), for Danmark $n = 1045$ (524 menn og 521 kvinner), for Belgia $n = 990$ (485 menn og 505 kvinner) og for Portugal $n = 509$ (232 menn og 277 kvinner). Gjennomsnittsalderen for menn var 66.7 år i Norge, 67.8 år i Danmark, 67.3 år i Belgia og 66.6 år i Portugal. For kvinner var gjennomsnittsalderen 66.9 år i Norge, 67.8 år i Danmark, 66.4 år i Belgia og 66.8 år i Portugal.

Som en del av studien, ble et utvalg av heterofile par rekruttert i hvert land. I de tilfeller respondentene oppga at de levde i parforhold, ble begge parter oppfordret til å delta i undersøkelsen, dersom de oppfylte kriteriene. Disse er inkludert som uavhengige respondenter.

Prosedyre og rekruttering

Innledningsvis utførte IPSOS randomiserte rekrutteringsintervju per telefon i et nasjonalt representativt utvalg av 60-75-åringer i de ulike landene. Respondentene som samtykket til deltakelse mottok deretter et anonymt spørreskjema i posten. Denne datainnsamlingsmetoden ble valgt på bakgrunn av at tidligere studier med potensielt sensitive temaer har anvendt en slik fremgangsmåte.

Spørreskjemaet inneholdt 66 spørsmål og av disse hadde 20 spørsmål underkategorier. Skjemaet ble opprinnelig utviklet på engelsk, før det ble oversatt til de lokale språkene av hovedforskerne, samt ansatte i IPSOS i de ulike landene. Majoriteten av spørsmålene og skalaene anvendt i spørreskjemaet ble hentet fra tidligere studier i målgruppen, blant annet fra NATSAL-3-undersøkelsen (Mitchell et al., 2013). Etter ferdigstillingen av oversettingen, utførte erfarne intervjuere fra IPSOS randomiserte rekrutteringsintervju per telefon mellom oktober og desember 2016. Telefonregistre ble anvendt i alle landene (mobil og fastlinje),

med unntak av Portugal, i den hensikt å kunne produsere et representativt utvalg i den ønskede aldersgruppen. I Portugal finnes det ikke oppdaterte telefonregistre, og IPSOS benyttet seg dermed av en annen hyppig anvendt metode for rekrutteringsintervjuer via telefon: 1) Først ble tilfeldige telefonnumre valgt fra telefonkataloger og IPSOS' egne database med telefonnumre; 2) Deretter ble deltakere valgt ut fra kjønn og alder, for å oppnå en representativ fordeling av populasjonen; 3) På grunn av problemer med analfabetisme, ble deltakere som ikke hadde fullført barneskolen ekskludert fra utvalget.

Sosiodemografisk informasjon ble samlet inn blant dem som på telefonintervjuet takket ja til å delta. Deretter ble et spørreskjema sendt via post med forhåndsbetalt returkonvolutt, og de sosiodemografiske spørsmålene ble gjentatt for å validere spørreskjemaet. Videre ble det sendt ut to påminnelser via brev omtrent en uke etter at deltakerne som ikke hadde respondert mottok spørreskjemaet. I Portugal ble dette gjort via telefon, og av de som hadde blitt kontaktet, var det 502 potensielle deltakere som ikke ble nådd. Av de 1498 deltakere som ble nådd, nektet 561 å delta etter å ha fått tilsendt spørreskjemaet. Responsraten i de ulike landene var som følger: Norge = 68,2 %, Danmark = 52,3 %, Belgia = 56,9 % og Portugal = 25,5 %.

Måleinstrumenter

Utfallsvariabler. *Uønskede seksuelle hendelser* ble målt ved spørsmålet: «Har du noen gang i løpet av ditt liv vært i en situasjon hvor du gjorde eller måtte gjøre noe seksuelt mot din egen vilje eller uten ditt samtykke?» og svaralternativene lød som følger: 1 = Aldri, 2 = Ja, før 18-årsalder, 3 = Ja, etter 18-årsalder og 4 = Ja, både før og etter 18-årsalder. For bruk i de multivariate analysene, ble to nye dikotome variabler konstruert. *Uønskede seksuelle hendelser før 18-årsalder* ble kodet som: 0 = Aldri (tidligere kategori 1 og 3) og 1 = Ja (tidligere kategori 2 og 4), og *uønskede seksuelle hendelser etter 18-årsalder* ble kodet som: 0 = Aldri (tidligere kategori 1 og 2) og 1 = Ja (tidligere kategori 3 og 4).

Intimitet med partner ble målt med fem utsagn (Sinclair & Dowdy, 2005) der deltakerne ble bedt om å angi i hvor stor grad de var enige eller uenige med utsagnene: «Denne personen aksepterer meg fullt ut som jeg er», «Jeg kan dele mine dypeste tanker og følelser med denne personen», «Denne personen bryr seg virkelig om meg», «Denne personen ville uten videre hjelpe meg på alle måter» og «Mine tanker og følelser blir forstått og bekreftet av denne personen».

Svaralternativene var 1 = Helt uenig, 2 = Uenig, 3 = Verken uenig eller enig, 4 = Enig, 5 = Helt enig. De fem underspørsmålene ble summert til en gjennomsnittsskåre. Lave skårer

indikerer stor grad av intimitet med partner, mens høye skårer indikerer lav grad av intimitet med partner. Cronbach's alfa for denne skalaen var .90 for menn og .91 for kvinner.

Angst og depresjon ble målt av et spørsmål fra Anxiety and Depression Index (Søgaard & Bech, 2009). Spørsmålet var formulert slik: «I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye har du vært plaget av...» og hadde følgende ledd: «Føler deg nedtrykt», «Blir plutselig redd uten grunn», «Føler deg verdiløs», «Nervøsitet eller indre uro», «Tanker om å ta ditt liv», «Angst- eller panikkanfall», «Føler deg liksom lurt i en felle eller fanget», «Uroer eller bekymrer deg for mye over saker og ting», «Føler deg ensom» og «Klandrer eller bebreider deg selv for saker og ting».

Svaralternativene var 1 = Ikke i det hele tatt, 2 = Litt, 3 = Måtelig, 4 = Ganske mye, 5 = Veldig mye. En gjennomsnitts-sumskårevariabel ble konstruert. Lave skårer indikerer liten grad av angst og depresjon, mens høye skårer indikerer stor grad av angst og depresjon. Cronbach's alfa for denne skalaen var .87 for menn og .88 for kvinner.

Tilfredshet med livet ble målt av en skala med fem utsagn (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) der deltakerne skulle angi i hvor stor grad de var enige eller uenige i utsagnene: «På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt», «Mine livsforhold er utmerkede», «Jeg er tilfreds med livet mitt», «Så langt har jeg fått de betydningsfulle tingene jeg ønsker i livet» og «Hvis jeg kunne leve livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandre på noe». Svaralternativene til disse utsagnene var: 1 = Helt enig, 2 = Enig, 3 = Verken enig eller uenig, 4 = Uenig og 5 = Helt uenig. En gjennomsnitts-sumskårevariabel ble konstruert. Lave skårer indikerer stor grad av livstilfredshet, mens høye skårer indikerer lav grad av livstilfredshet. Cronbach's alfa for denne skalaen var .90 for menn og .91 for kvinner.

Ensomhet ble målt av tre spørsmål (Cacioppo et al., 2015): «Hvor ofte føler du at du mangler kameratskap?», «Hvor ofte føler du deg utelatt?» og «Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?». Svaralternativene var 1 = Nesten aldri, 2 = Noe av tiden og 3 = Ofte. Det ble konstruert en gjennomsnitts-sumskårevariabel for ensomhet, og lave skårer indikerer liten grad av ensomhet, mens høye skårer indikerer stor grad av ensomhet. Cronbach's alfa for denne variabelen var .78 for menn og .81 for kvinner.

Prediktorer. *Kjønn* ble kodet som 1 = Mann, 2 = Kvinne, 3 = Annet. Den sistnevnte kategorien ble utelatt i analysene.

Alder ble målt som en kontinuerlig variabel og deretter ble det laget en ny kategorisk variabel som ble delt opp i tre aldersgrupper.

Aldersgrupper ble kategorisert som 1 = 60-64 år, 2 = 65-69 år og 3 = 70-75 år.

Seksuell orientering ble opprinnelig kodet som (Mitchell et al., 2013) 1 = Heterofil, 2 = Homofil/lesbisk, 3 = Bifil og 4 = Annet. For dette prosjektet ble denne variabelen rekodet til en dikotom variabel med verdiene 1 = Heterofil (tidligere kategori 1) og 2 = Ikke-heterofil (tidligere kategori 2, 3 og 4).

Parforholdsstatus ble målt ved spørsmålet «Har du for tiden et fast forhold/kjærlighetsforhold med noen? Et fast forhold/kjærlighetsforhold innebærer gifte/samboende personer» og ble kodet som 1 = Ja, 2 = Nei og 3 = Usikker. De 21 respondentene som var usikre på parforholdsstatusen sin, ble inkludert i «Nei»-kategorien. Denne variabelen ble rekodet til en dikotom variabel med verdiene 0 = Nei og 1 = Ja.

Utdanningsnivå ble angitt med følgende spørsmål: «Hva er ditt høyeste nivå av formell utdanning du har fullført?». I tre land varierte svaralternativene fra 1 = Grunnskole (6-8 år på skole) til 5 = Høyere universitetsutdanning (mastergrad, doktorgrad og lignende). I Belgia ble flere responsalternativer lagt til for å kunne representere utdanningssystemet i landet. For å kunne utføre krysskulturelle sammenligninger, ble variabelen rekodet til 1 = Lav (tidligere kategori 1), 2 = Middels (tidligere kategori 2 og 3) og 3 = Høy (tidligere kategori 4 og 5).

Religiøs tilhørighet ble målt ved spørsmålet (Hubert, Bajos, & Sandfort, 1998) «Betrakter du deg for tiden som å tilhøre en bestemt religion?» Svaralternativene var 1 = Nei, 2 = Ja, kristen – intet bestemt trossamfunn, 3 = Ja, romersk katolsk, 4 = Ja, protestant/den norske statskirke, 5 = Ja, frikirke/baptist/metodist/evangelisk, 6 = Ja, hindu, 7 = Ja, jødisk, 8 = Ja, islam/muslim, 9 = Ja, buddhist, 10 = Ja, annet og 11 = Vet ikke. Ettersom det var flere kategorier med få respondenter, ble denne variabelen rekodet til 1 = Nei, 2 = Ja, kristen – intet bestemt trossamfunn, 3 = Ja, romersk katolsk, 4 = Ja, protestant/den norske statskirke og 5 = Annet (tidligere kategori 5, 6, 7, 8, 9, 10 og 11).

Etiske hensyn

Flere av spørsmålene som ble stilt i denne undersøkelsen, kan trolig være sensitive og personlige tema for deltakerne. Alle respondentene mottok verbal og skriftlig informasjon om hovedprosjektet i forkant av deltakelse, og informert samtykke ble gitt av samtlige som deltok i studien. Etisk godkjenning ble tatt hånd om av IPSOS i tråd med europeiske standarder. De etiske prosedyrene fulgte standardene til ESOMAR (The European Society for Opinion and Market Research) som er fastsatt i den generelle kontrakten med Universitetet i Oslo, og er utført i henhold til prinsippene i Helsinki-deklarasjonen (World Medical Association, 2013). Ifølge disse standardene, er IPSOS forpliktet til å følge nasjonale og internasjonale regler og

retningslinjer for hva som anses som profesjonell og forsvarlig markedsanalyse. Disse reglene dekker blant annet konfidensialitetsprinsippet, anonymitet, spørreundersøkelser og databaser, samt datainnsamlingsmetoder etc. Det ble ikke gitt noen kompensasjon for deltakelse.

Statistiske analyser

Datamaterialet som ble brukt i alle analysene ble vektet for å matche utvalget med den respektive nasjonale populasjonen med hensyn til alder og kjønn. Videre ble alle analysene utført separat for menn og kvinner. Dette ble gjort med det formål å unngå interkorrelasjoner i forbindelse med utvalgene med heterofile par som var inkludert i studien, ettersom disse svarene ikke er uavhengige av hverandre. Av den grunn ble det heller ikke testet for kjønnsforskjeller. Alle analysene ble utført ved hjelp av SPSS versjon 24.

Innledningsvis ble det utført kjikvadratter og t-tester for å undersøke forekomsten av uønskede seksuelle hendelser før og etter fylte 18 år for menn og kvinner i de ulike landene. P-verdier ble ansett som signifikante dersom de hadde verdier lik eller mindre enn 0.05 (Pallant, 2013).

Deretter ble multivariate logistiske regresjonsanalyser benyttet for å undersøke hvorvidt ulike sosiodemografiske variabler kunne predikere å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser når effekten av andre sosiodemografiske variabler ble kontrollert for. Binær logistisk regresjonsanalyse ble valgt ettersom den avhengige variabelen er dikotom. For å sikre at variablene egnet seg for denne typen analyse, ble det utført en multikollinearitetsanalyse. Denne analysen viste Tolerance-verdier over .10 og Variance inflation factor-verdier (VIF) under 10, og indikerte således ingen problemer med multikollinearitet (Pallant, 2013). Videre ble antakelser om utvalgsstørrelse og utliggere undersøkt og oppfylt, samt at Omnibus Test of Models Coefficients viste at variablene var egnet for logistisk regresjonsanalyse.

Til slutt ble det anvendt bivariante korrelasjonsanalyser for å studere sammenhengen mellom å ha vært utsatt for uønskede seksuelle hendelser og målene på mental helse. Cohens kriterier for svake ($r=.10-.29$), middels ($r=.30-.49$) og sterke ($r=.50-1.0$) korrelasjoner ble anvendt (Cohen, 1988).

Resultater

Karakteristika ved utvalget

Tabell 1 viser en oversikt over sosiodemografiske karakteristika ved utvalget, separat for land. Kjønn var relativt likt fordelt i alle land. Likeledes var aldersgrupper omtrent likt fordelt i alle landene. Når det gjelder utdanningsnivå, var andelen med høy utdanning størst i Norge (53,1 %) og lavest i Portugal (17,0 %). Majoriteten av deltakerne i alle landene hadde bosted i en mindre by, og Portugal hadde den største andelen som oppga storby som bosted (35,0 %). Angående parforholdsstatus oppga et flertall i alle landene at de var i et fast forhold (62,7-83,9 %).

Tabell 1.
Sosiodemografiske karakteristika ved utvalget

	Norge (%)	Danmark (%)	Belgia (%)	Portugal (%)	χ^2	Sign.
Kjønn						
Menn	49.9	50.1	49.0	45.6	3.321	0.345
Kvinner	50.1	49.9	51.0	54.4		
n =	1270	1045	990	509		
Aldersgrupper						
60-64 år	35.6	27.7	33.5	35.4	40.668	0.000
65-69 år	34.4	31.8	35.6	35.6		
70-75 år	30.0	40.6	30.9	29.1		
n =	1271	1045	989	509		
Utdanningsnivå						
Lav	9.9	27.5	12.2	38.8	386.132	0.000
Middels	37.0	37.6	51.2	44.2		
Høy	53.1	34.9	36.6	17.0		
n =	1268	1037	984	505		
Bosted						
Landlig	34.2	35.5	24.2	22.3	131.152	0.000
Mindre by	49.6	48.7	57.1	42.7		
Storby	16.2	15.8	18.7	35.0		
n =	1259	1027	975	503		
Parforholdsstatus						
Ikke i et forhold	24.2	16.1	37.3	17.9	139.750	0.000
I et forhold	75.8	83.9	62.7	82.1		
n =	1266	1045	989	509		
Seksuell orientering						
Heterofil	97.5	96.0	92.7	87.2	81.856	0.000
Ikke-heterofil	2.5	4.0	7.3	13.0		
n =	1260	1004	948	447		
Religiøs tilknytning						
Ingen religiøs tilknytning	29.7	14.0	35.0	12.6	1807.583	0.000
Kristen – intet bestemt trossamfunn	30.1	49.9	21.1	27.3		
Romersk-katolsk	0.9	0.9	42.1	55.7		
Protestant	37.4	34.9	1.1	1.8		
Annet	1.9	1.2	0.7	2.6		
n =	1262	1043	987	501		

Kjikkvadrattest for forskjeller mellom landene (χ^2)

Hva angår seksuell orientering, rapporterte mellom 87,2 %-97,5 % i de ulike landene at de var heterofile, og Portugal hadde den største andelen ikke-heterofile (13,0 %). Størst

variasjon mellom landene ser vi for religiøs tilhørighet. På tvers av landene hadde Norge størst andel protestanter (37,4 %), mens Danmark hadde den største andelen kristne uten et bestemt trossamfunn (49,9 %). I Belgia og Portugal var det flest romersk-katolske deltakere (henholdsvis 42,1 % og 55,7 %), og Belgia hadde størst andel ikke-religiøse (35,0 %).

Forekomst av uønskede seksuelle hendelser

Tabell 2 viser forekomsten av uønskede seksuelle hendelser i de ulike landene, separat for kjønn.

Majoriteten av mennene i alle landene (omtrent 95 %) hadde aldri opplevd en uønsket seksuell hendelse. Med hensyn til å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser før fylte 18 år, varierte dette fra 1,4 % i Portugal til 4,1 % i Norge. På tvers av landene hadde Danmark den laveste andelen som hadde opplevd uønskede seksuelle hendelser etter fylte 18 år (0,4 %), mens Belgia hadde den største andelen (2,3 %). Når det gjelder å ha opplevd dette både før og etter fylte 18 år, rapporterte mennene i de ulike landene relativt likt, og prosentandelen varierte fra at 0,2 % av mennene i Belgia svarte at de hadde opplevd dette, til at 0,6 % av mennene i Danmark hadde opplevd det samme. En kjikvadrattest indikerte ingen signifikant forskjell mellom landene i rapportering av opplevelser med uønskede seksuelle hendelser.

Kvinnene hadde større spredning sammenlignet med mennene, og andelen som aldri hadde opplevd en uønsket seksuelle hendelse varierte fra 75,7 % blant norske kvinner til 90,0 % blant portugisiske kvinner. Kvinnene i Norge og Danmark rapporterte høyest forekomst av uønskede seksuelle hendelser før fylte 18 år (henholdsvis 9,3 % og 8,4 %), mens kvinnene i Belgia og Portugal rapporterte lavest forekomst (henholdsvis 6,3 % og 2,1 %). Videre viste resultatene at kvinner i Norge også rapporterte høyest forekomst av uønskede seksuelle hendelser etter fylte 18 år (11,3 %), mens kvinnene i Portugal rapporterte færrest erfaringer med dette (5,9 %). Angående å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser både før og etter 18 år, rapporterte alle kvinnene, i likhet med mennene, relativt like prosentandeler og varierte fra 2,1 % for portugisiske kvinner til 3,8 % for norske kvinner. En kjikvadrattest indikerte en signifikant forskjell i rapportering av opplevelser med uønskede seksuelle hendelser mellom landene.

Tabell 2.
Forekomst av uønskede seksuelle hendelser blant menn og kvinner fra Norge, Danmark, Belgia og Portugal (prosent, vektete data)

	Menn					Kvinner					χ ²	Sign.	
	Norge	Danmark	Belgia	Portugal	χ ²	Sign.	Norge	Danmark	Belgia	Portugal			
Aldri	94.1	96.8	93.7	96.2	13.940	.124	75.7	81.0	79.9	90.0	27.378	.001	
Ja, før 18 års alder	4.1	2.2	3.8	1.4			9.3	8.4	6.3	2.1			
Ja, etter 18 års alder	1.5	0.4	2.3	1.9			11.3	7.8	10.1	5.9			
Ja, før og etter 18 års alder	0.3	0.6	0.2	0.5			3.8	2.8	3.8	2.1			
	(n = 614) (n = 507) (n = 473) (n = 211)						(n = 613) (n = 501) (n = 477) (n = 239)						

Kjikkvadrattest for forskjeller mellom landene (χ²)

Uønskede seksuelle hendelser før fylte 18 år

Tabell 3 og 4 viser resultatene fra kjikvadrattestene og de multivariate logistiske regresjonsanalysene for opplevelser med uønskede seksuelle hendelser før og etter 18-årsalder for menn og kvinner. Prediktorene i de multivariate analysene er alder, utdanningsnivå, parforholdsstatus, seksuell orientering, religiøs tilhørighet og hjemland. Kun de statistisk signifikante resultatene vil bli belyst i teksten.

Tabell 3.

Opplevde uønskede seksuelle hendelser før 18 års alder etter sosiodemografiske variabler, separat for kjønn (vektede data)

		Menn n = 1634			Kvinner n = 1852		
		%	AOR	95 % CI	%	AOR	95 % CI
Aldersgrupper	60-64 år	5.1*			12.2 ^{ns}		
	65-69 år	3.7			10.7		
	70-75 år	2.3			8.6		
	(for ett års økning)		0.72 ^{ns}	0.52-1.00		0.83 ^{ns}	0.68-1.01
Utdanningsnivå	Lav	2.1 ^{ns}	1.00		10.7 ^{ns}	1.00	
	Middels høy	4.2	0.56 ^{ns}	0.22-1.40	10.1	1.40 ^{ns}	0.88-2.23
	Høy	3.7	1.14 ^{ns}	0.65-2.01	11.2	1.06 ^{ns}	0.75-1.50
Parforholdsstatus	Ikke i et forhold	7.4***	1.00		12.1 ^{ns}	1.00	
	I et forhold	2.9	0.45**	0.26-0.80	9.9	0.79 ^{ns}	0.56-1.11
Seksuell orientering	Heterofil	3.1***	1.00		10.8 ^{ns}	1.00	
	Ikke-heterofil	12.6	4.63***	2.29-9.37	8.8	0.84 ^{ns}	0.37-1.90
Religiøs tilhørighet	Ingen	4.3 ^{ns}	1.00		14.2**	1.00	
	Kristen – intet bestemt trossamfunn	3.7	1.22 ^{ns}	0.63-2.36	11.5	0.71 ^{ns}	0.47-1.07
	Romersk katolsk	2.1	0.63 ^{ns}	0.24-1.64	6.6	0.66 ^{ns}	0.36-1.20
	Protestant	3.2	0.98 ^{ns}	0.45-2.17	8.4	0.47**	0.29-0.74
	Annet	11.5	3.48 ^{ns}	0.90-13.46	19.2	1.01 ^{ns}	0.29-3.52
Land	Norge	4.4 ^{ns}	1.00		13.1**	1.00**	
	Danmark	2.8	0.79 ^{ns}	0.40-1.57	11.2	0.94 ^{ns}	0.64-1.39
	Belgia	4.0	1.03 ^{ns}	0.50-2.12	10.1	0.58*	0.36-0.93
	Portugal	1.9	0.56 ^{ns}	0.17-1.80	4.2	0.27***	0.12-0.60

Merknad. Den første kolonnen viser den bivariate analysen, prosent opplevd uønskede seksuelle hendelser før 18 års alder. Den andre kolonnen viser den multivariate logistiske regresjonsanalysen med adjusted odds ratios (AOR) med 95 % konfidensintervall for å ha blitt utsatt for uønskede seksuelle hendelser. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; *ns* ikke statistisk signifikant

For menn var det en signifikant bivariat sammenheng mellom uønskede seksuelle hendelser og aldersgrupper, parforholdsstatus og seksuell orientering. Den multivariate analysen viste at oddsen for å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser før fylte 18 år var 55 % mindre for menn i et parforhold, sammenlignet med enslige menn (*OR* 0.45; *CI* 0.26-0.80;

$p < .01$). Videre hadde ikke-heterofile menn 4.63 større sjanse for å ha vært utsatt for uønskede seksuelle hendelser før fylte 18 år enn heterofile menn ($OR\ 4.63$; $CI\ 2.29-9.37$; $p < .001$). Når det ble kontrollert for prediktorene inkludert i modellen, hadde altså alder ingen sammenheng med uønskede seksuelle hendelser før 18-årsalder blant menn.

Når det gjelder kvinner, var det en signifikant bivariat sammenheng mellom uønskede seksuelle hendelser og religiøs tilhørighet og land. Den multivariate analysen viste at oddsen for å ha vært utsatt for en uønsket seksuell hendelse før fylte 18 år var 53 % mindre hos kvinner som anså seg selv for å være protestanter ($OR\ 0.47$; $CI\ 0.29-0.74$; $p < .01$) sammenlignet med kvinner som ikke anså seg selv for å tilhøre noen religion. Videre fant vi at sammenlignet med norske kvinner, var oddsen for å ha opplevd en uønsket seksuell hendelse før fylte 18 år 42 % lavere for belgiske kvinner ($OR\ 0.58$; $CI\ 0.36-0.93$; $p < .05$) og 73 % lavere for portugisiske kvinner ($OR\ 0.27$; $CI\ 0.12-0.60$; $p < .001$).

Uønskede seksuelle hendelser etter fylte 18 år

Det var en signifikant bivariat sammenheng mellom uønskede seksuelle hendelser etter fylte 18 år og utdanningsnivå, seksuell orientering og religiøs tilhørighet blant menn. Den multivariate analysen viste at oddsen for å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser etter 18-årsalder var 76 % mindre hos menn med høy utdanning ($OR\ 0.24$; $CI\ 0.09-0.65$; $p < .01$) enn for menn med lav utdanning. Sammenlignet med heterofile menn, var oddsen for å ha opplevd dette etter fylte 18 år 5.45 ganger høyere for ikke-heterofile menn ($OR\ 5.45$; $CI\ 2.14-13.84$; $p < .001$). Når det ble kontrollert for prediktorene i modellen, hadde religiøs tilhørighet ingen sammenheng med uønskede seksuelle hendelser etter 18-årsalder blant menn.

For kvinner, var det en bivariat sammenheng mellom uønskede seksuelle hendelser etter fylte 18 år og utdanningsnivå, parforholdsstatus, religiøs tilhørighet og land. Den multivariate analysen viste at oddsen for å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser etter fylte 18 år var 49 % lavere for kvinner med middels høy utdanning ($OR\ 0.51$; $CI\ 0.31-0.85$; $p < .01$) og 27 % lavere for kvinner med høy utdanning ($OR\ 0.73$; $CI\ 0.54-1.00$; $p < .05$) sammenlignet med kvinner med lav utdanning. Sammenlignet med enslige kvinner, var oddsen for å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser etter fylte 18 år 34 % lavere for kvinner i et parforhold ($OR\ 0.66$; $CI\ 0.48-0.90$; $p < .01$). Videre viste analysen at oddsen for å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser etter fylte 18 år var 53 % lavere for kvinner som anså seg selv for å tilhøre den romersk-katolske kirke ($OR\ 0.47$, $CI\ 0.27-0.79$; $p < .01$), enn for kvinner som ikke anså seg selv for å tilhøre noen religion. Den bivariate sammenheng mellom land og uønskede seksuelle hendelser etter fylte 18 år forsvant når det ble kontrollert for prediktorene i modellen.

Tabell 4.

Opplevde uønskede seksuelle hendelser etter 18-årsalder etter sosiodemografiske variabler, separat for kjønn (vektede data)

		Menn n = 1634			Kvinner n = 1852		
		%	AOR	95 % CI	%	AOR	95 % CI
Aldersgrupper	60-64 år	2.1 ^{ns}			14.3 ^{ns}		
	65-69 år	1.3			12.2		
	70-75 år	2.1			11.1		
	(for ett års økning)		1.01 ^{ns}	0.64-1.61		0.90 ^{ns}	0.75-1.07
Utdanningsnivå	Lav	1.8*	1.00		7.7***	1.00	
	Middels høy	0.8	0.63 ^{ns}	0.23-1.78	11.6	0.51**	0.31-0.85
	Høy	2.6	0.24**	0.09-0.65	16.3	0.73*	0.54-1.00
Parforholdsstatus	Ikke i et forhold	2.7 ^{ns}	1.00		16.3***	1.00	
	I et forhold	1.6	0.70 ^{ns}	0.29-1.66	10.9	0.66**	0.48-0.90
Seksuell orientering	Heterofil	1.5***	1.00		13.0 ^{ns}	1.00	
	Ikke-heterofil	7.7	5.45***	2.14-13.84	7.5	0.65 ^{ns}	0.28-1.51
Religiøs tilhørighet	Ingen	2.6*	1.00		16.6**	1.00	
	Kristen – intet bestemt trossamfunn	1.4	0.74 ^{ns}	0.28-1.93	12.1	0.86 ^{ns}	0.58-1.26
	Romersk katolsk	2.1	0.63 ^{ns}	0.21-1.87	8.5	0.47**	0.27-0.79
	Protestant	0.8	0.32 ^{ns}	0.07-1.42	12.2	0.80 ^{ns}	0.52-1.23
	Annet	7.7	2.30 ^{ns}	0.37-14.16	26.9	1.67 ^{ns}	0.58-4.78
Land	Norge	1.8 ^{ns}	1.00		15.0*	1.00	
	Danmark	1.0	0.92 ^{ns}	0.30-2.86	10.6	0.82 ^{ns}	0.56-1.20
	Belgia	2.5	1.87 ^{ns}	0.70-5.04	13.8	1.04 ^{ns}	0.69-1.58
	Portugal	2.4	1.39 ^{ns}	0.34-5.62	7.9	0.80 ^{ns}	0.43-1.49

Merknad. Den første kolonnen viser den bivarierte analysen, prosent opplevd uønskede seksuelle hendelser etter 18-årsalder. Den andre kolonnen viser den multivariate logistiske regresjonsanalysen med adjusted odds ratios (AOR) med 95 % konfidensintervall for å ha blitt utsatt for uønskede seksuelle hendelser. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; *ns* ikke statistisk signifikant

Uønskede seksuelle hendelser og indikatorer på mental helse

Tabell 5 og 6 viser de bivarierte korrelasjonene mellom å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser før og etter 18 år og de helserelevante variablene angst og depresjon, tilfredshet med livet, opplevd intimitet med partner og ensomhet. Analysen viste at å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser før og etter 18 år hadde en sammenheng med alle de helserelevante variablene og at korrelasjonene var relativt svake, men statistisk signifikante.

Økt angst og depresjon korrelerte med å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser før fylte 18 år for norske, danske og belgiske menn og kvinner, og etter fylte 18 år for norske, belgiske og portugisiske kvinner, samt danske og belgiske menn.

Redusert tilfredshet med livet korrelerte med å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser før fylte 18 år for alle kvinnene med unntak av portugisiske kvinner, mens det ikke ble funnet noen statistisk signifikante korrelasjoner for mennene. Opplevelser med uønskede seksuelle hendelser etter fylte 18 år korrelerte med redusert livstilfredshet for alle kvinnene i de ulike landene og for danske og belgiske menn.

Redusert grad av intimitet med partner korrelerte med å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser før fylte 18 år for danske og belgiske menn, samt for norske og belgiske kvinner. Videre hadde lav grad av intimitet med partner en sammenheng med å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser etter fylte 18 år for norske menn og kvinner, og danske og portugisiske kvinner.

Økt grad av ensomhet korrelerte med å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser før 18-årsalder for danske og belgiske menn, og for norske og belgiske kvinner. Ensomhet korrelerte med slike opplevelser etter 18-årsalder for danske og belgiske menn, samt for norske, belgiske og portugisiske kvinner.

Tabell 5.

Korrelasjonene mellom uønskede seksuelle hendelser og ulike helserelaterte variabler for menn, separat for land (Pearson's r, vektete data)

	Uønskede seksuelle hendelser før 18 år					Uønskede seksuelle hendelser etter 18 år					
	Norge	Danmark	Belgia	Portugal	Norge	Danmark	Belgia	Portugal	Norge	Danmark	Belgia
Angst og depresjon	.10** (n = 612)	.09* (n = 504)	.17** (n = 471)	-0.01 ^{ns} (n = 198)	.05 ^{ns}	0.14**	.19**	.12 ^{ns}			
Tilfredshet med livet	-0.05 ^{ns} (n = 609)	-0.04 ^{ns} (n = 502)	-0.07 ^{ns} (n = 467)	-0.03 ^{ns} (n = 203)	-0.06 ^{ns}	-0.12**	-0.10*	-0.13 ^{ns}			
Intimitet med partner	.05 ^{ns} (n = 489)	0.11* (n = 402)	.23** (n = 347)	.01 ^{ns} (n = 170)	.10*	.04 ^{ns}	.09 ^{ns}	-0.05 ^{ns}			
Ensomhetsskala	.03 ^{ns} (n = 609)	.16** (n = 505)	.20** (n = 471)	-0.06 ^{ns} (n = 198)	-0.02 ^{ns}	.21**	.19**	.08 ^{ns}			

Merknad. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; ns = ikke statistisk signifikant

Tabell 6.

Korrelasjonene mellom uønskede seksuelle hendelser og ulike helserelaterede variabler for kvinner, separat for land (Pearson's r , vektete data)

	Uønskede seksuelle hendelser før 18 år					Uønskede seksuelle hendelser etter 18 år				
	Norge	Danmark	Belgia	Portugal	Norge	Danmark	Belgia	Portugal	Danmark	Belgia
Angst og depresjon	.15** ($n = 612$)	.18** ($n = 496$)	.22** ($n = 470$)	.04 ^{ns} ($n = 223$)	.15**	.05 ^{ns}	.17**			.18**
Tilfredshet med livet	-0.12** ($n = 603$)	-0.10* ($n = 492$)	-0.20** ($n = 469$)	.06 ^{ns} ($n = 222$)	-0.16**	-0.12*	-0.21**			-0.14*
Intimitet med partner	.10* ($n = 411$)	.09 ^{ns} ($n = 373$)	.20** ($n = 211$)	-0.11 ^{ns} ($n = 143$)	.20**	.20**	.13 ^{ns}			.26**
Ensomhetsskala	.10* ($n = 612$)	.07 ^{ns} ($n = 495$)	.18** ($n = 473$)	.02 ^{ns} ($n = 223$)	.10*	.03 ^{ns}	.11*			.31**

Merknad. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; ns = ikke statistisk signifikant

Diskusjon

Oppsummering av hovedfunn

Formålet med denne studien var, for det første, å kartlegge omfanget av uønskede seksuelle hendelser blant eldre i Norge, Danmark, Belgia og Portugal. For det andre, ble det undersøkt hvorvidt sosiodemografiske faktorer kunne predikere å ha opplevd slike hendelser. Til slutt ble det studert om mål på angst, depresjon, intimitet med partner, tilfredshet med livet og ensomhet var assosiert med erfaringer med ikke-samtykkende seksuelle hendelser.

De bivariate analysene viste at majoriteten av alle mennene i utvalget (95 %) aldri hadde opplevd uønskede seksuelle hendelser i løpet av livet. For kvinner var forekomsten av uønskede seksuelle hendelser før og etter 18 år lavest for kvinner i Portugal (henholdsvis 2,1 % og 5,9 %) og høyest for kvinner i Norge (henholdsvis 9,3 % og 11,3 %).

De multivariate analysene viste at menn og kvinner med høyt utdanningsnivå hadde mindre sannsynlighet for å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser i voksen alder i forhold til personer med lavere utdanningsnivå. Sammenlignet med menn og kvinner i parforhold, hadde enslige menn større sannsynlighet for å rapportere om uønskede seksuelle hendelser i barndommen og enslige kvinner hadde større sannsynlighet for å rapportere om uønskede seksuelle hendelser i voksen alder. Protestantiske og romersk-katolske kvinner hadde mindre sannsynlighet for å ha opplevd ikke-samtykkende seksuelle hendelser i henholdsvis barndommen og voksen alder, sammenlignet med ikke-religiøse kvinner. Bifile og homofile menn hadde større sannsynlighet for å rapportere om uønskede seksuelle hendelser i barndommen og i voksen alder sammenlignet med heterofile menn. I forhold til norske kvinner, hadde belgiske og portugisiske kvinner mindre sannsynlighet for å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser i barndommen. Endelig var det bivariate sammenhenger mellom uønskede seksuelle hendelser og større grad av angst, depresjon og ensomhet, samt mindre grad av tilfredshet med livet og intimitet med partner.

Forekomst

Forekomsten av uønskede seksuelle hendelser før fylte 18 år var i denne studien 2,1-9,3 % for kvinner og 2,2-4,1 % for menn. For hendelser etter 18 år, var forekomsten for kvinner og menn henholdsvis 5,9-11,3 % og 0,4-2,3 %. Disse tallene ser ut til å sammenfalle relativt godt med hva som er blitt rapportert i tidligere studier med eldre mennesker (Acierno et al., 2010; Kamiya et al., 2016; Kraaij & de Wilde, 2001; Sandmoe et al., 2017). Eksempelvis fant Eslami et al. (2016) at 6,6 % kvinner og 2,7 % menn i ABUEL-studien hadde opplevd ulike former for ikke-samtykkende hendelser etter fylte 18 år. Angående forekomsttallene i landene inkludert i denne studien, ser omfanget generelt sett ut til å være

lavere enn hva som fremkommer av den eksisterende forskningen i de respektive landene (Eslami et al., 2016; Helweg-Larsen & Larsen, 2006; Helweg-Larsen et al., 2009; Leth et al., 1988; Steine et al., 2012; Sundaram et al., 2008). Overvekten av disse studiene er imidlertid utført i yngre utvalg, og sammenligning på tvers av studier er, som vist i det foregående, lite hensiktsmessig med tanke på at anvendelse av ulike utvalg, måleinstrumenter og definisjoner kan produsere divergerende forekomsttall (Andrews et al., 2004; Goldman & Padayachi, 2000; Putnam, 2003). Lavere forekomst av seksuell viktimisering i barndommen og i voksen alder i eldre aldersgrupper sammenlignet med yngre aldersgrupper ser like fullt ut til å være et relativt gjennomgående funn (Acierno et al., 2002; Cook et al., 2013; Elliott et al., 2004; Finkelhor et al., 1990; Kamiya et al., 2016). Potensielle årsaker til dette kan være underrapportering som følge av hukommelsessvikt angående hendelser som skjedde langt tilbake i tid (Finkelhor et al., 1990), forskjeller i oppfatninger mellom yngre og eldre mennesker om hva som forstås som uakseptabel og uønsket seksuell atferd (Sandmoe et al., 2017) eller høyere dødelighet blant de som er blitt utsatt, ettersom seksuell viktimisering er assosiert med en rekke negative helsekonsekvenser (Draper et al., 2008; Kamiya et al., 2016). En annen mulig forklaring kan være at forekomstforskjellene reflekterer kohorteffekter, og at forekomsten har gått opp de siste årene. Eksempelvis har enkelte forskere foreslått at økt tilgjengelighet på pornografi og mer liberale seksuelle holdninger som følge av den seksuelle revolusjonen på 1960- og 70-tallet har forårsaket en økning i omfanget av ikke-samtykkende hendelser for både barn og voksne (Goldman & Padayachi, 2000). Funn fra metaanalyser og litteraturgjennomganger indikerer imidlertid at forekomsten har holdt seg relativt stabil gjennom flere tiår og at en høyere forekomst blant yngre mennesker kan speile en større bevissthet og åpenhet omkring uønsket og ikke-samtykkende seksuell kontakt (Barth et al., 2013; Gagnon, 1990; Goldman & Padayachi, 2000).

Analysene viste at det var en signifikant forskjell i forekomst mellom landene for kvinnene. Kjikvadrattesten indikerte en signifikant forskjell mellom landene for ikke-samtykkende seksuelle hendelser før og etter fylte 18 år, og regresjonsanalysen viste at belgiske og portugisiske kvinner hadde signifikant mindre sannsynlighet for å oppleve dette før 18-årsalder sammenlignet med norske kvinner. Dette strider mot resultatene i ABUEL-studien, som fant at eldre voksne i Portugal hadde høyest forekomst av uønskede seksuelle hendelser i voksen alder sammenlignet med de seks andre europeiske landene (Eslami et al., 2016). Videre står det i kontrast til funn som indikerer at et samfunns håndhevelse av tradisjonelle kjønnsroller og lavere grad av likestilling predikerer større forekomst av seksuell viktimisering (Heise & Kotsadam, 2015; Hines, 2007; Krahe et al., 2015; Sanday, 1981).

Disse funnene støtter imidlertid «det nordiske paradokset», som går ut på at de nordiske landene med størst grad av likestilling mellom kjønnene også har høyest forekomst av seksuell viktisering (Aebi et al., 2014; FRA, 2014; Gracia & Merlo, 2016; Wijma et al., 2003).

Flere mulige forklaringer kan kaste lys over hvorfor norske kvinner ser ut til å ha større risiko for å oppleve ikke-samtykkende seksuelle hendelser sammenlignet med belgiske og portugisiske kvinner. Det kan være at de egalitære holdningene og verdiene som står sterkt i Norge, i tillegg til at den seksuelle kulturen som preges av stor grad av aksept for kvinners og ungdommers seksualitet, har medført at norske kvinner er mer bevisst hva gjelder deres (seksuelle) rettigheter (Træen, 2009). Dette, sammen med andre kulturelle faktorer, kan trolig bidra til at de seksuelle skriptene divergerer i de ulike landene, og at norske kvinner anser et større spekter av handlinger som uakseptable sammenlignet med kvinner fra Belgia og Portugal, hvilket fører til økt forekomst. Det kan også tenkes at høy grad av likestilling og åpenhet omkring seksualitet forårsaker økt oppmerksomhet omkring uakseptabel seksuell atferd. Dette kan igjen tilrettelegge for rapportering av erfaringer med ikke-samtykkende seksuelle hendelser (Gracia & Merlo, 2016), samt at flere hendelser retrospektivt klassifiseres som upassende eller krenkende. Dette støttes av forskning som har vist at et samfunns undertrykkelse av seksualitet kan gjøre det vanskelig for ofre å stå frem med ikke-samtykkende opplevelser (Fontes & Plummer, 2010; Kenny & McEachern, 2000). I tillegg er Belgia og Portugal land der katolisisme står sterkt, og katolisismen er kjent for å kontrollere og regulere seksualitet mer enn andre religioner (Hall & Barongan, 1997; Sorenson & Siegel, 1992). Dette kan ha til følge at opplevelser med uønsket seksuell kontakt utgjør et større tabu enn i andre samfunn (Finkelhor & Browne, 1985), hvilket igjen resulterer i underrapportering.

Det er også mulig at disse funnene reflekterer en reell forskjell. Det kan være grunn til å anta at kvinners økte sosiale status og oppnåelser i tidligere mannsdominerte områder oppfattes som en trussel mot mannens autoritet og makt, og seksuell viktisering av kvinner kan således være en metode for å gjenopprette den tidligere maktbalansen (Martin et al., 2006). Denne studien kan imidlertid ikke si noe om årsakene bak sammenhengene som avdekkes, og det trengs mer krysskulturell forskning for å etablere hvorvidt nordeuropeiske kvinner faktisk er mer utsatt for ikke-samtykkende seksuelle hendelser enn kvinner fra lenger sør i Europa eller om det er andre forhold som ligger bak.

Sosiodemografiske faktorer

Utdanningsnivå. Analysene viste at menn med høyt utdanningsnivå og kvinner med middels høyt og høyt utdanningsnivå hadde mindre sannsynlighet for å ha opplevd ikke-

samtykkende seksuelle hendelser i voksen alder sammenlignet med personer med lavere utdanningsnivå. Denne tendensen er blitt rapportert i flere tidligere studier. Eksempelvis fant Thoresen og Hjemdal (2014) at forekomsten av voldtekt blant kvinner sank i takt med at utdanningsnivået økte, mens Pape og Stefansen (2004) fant at kvinner med lav utdanning, dårlig råd og svak tilknytning til arbeidsmarkedet rapporterte høyere forekomst av voldtekt og voldtektsforsøk i voksen alder sammenlignet med andre kvinner. Til sammenligning har en rekke tverrsnittstudier (Mullen et al., 1994; Pérez-Fuentes et al., 2013) og prospektive, longitudinale studier (Currie & Widom, 2010; Noll et al., 2010) demonstrert at CSA er assosiert med lavere utdanningsnivå blant utsatte.

Disse funnene indikerer at høy utdanning kan fungere beskyttende mot å havne i uønskede seksuelle situasjoner. Med hensyn til kvinner, kan en mulig forklaring være at høyere utdanning innebærer økt sosial status og myndiggjøring, hvilket igjen kan innebære en større tilbøyelighet til å utfordre tradisjonelle kjønnsroller og å gjøre krav på sine (seksuelle) rettigheter (Jewkes, 2002). Videre innebærer lav utdanning ofte lavere status i jobbhierarkiet, noe som trolig kan medføre økt risiko for å bli utnyttet og utsatt for ikke-samtykkende seksuelle hendelser. Det kan også tenkes at denne assosiasjonen er et resultat av at ofre for seksuell viktisering i større grad avslutter studiene enn ikke-ofre. Eksempelvis tyder funn fra tidligere forskning på at studenter som har opplevd ikke-samtykkende seksuelle hendelser under studietiden i mindre grad fullfører studiene, samt har større frafallsprosent enn den generelle frafallsprosenten på universiteter (Banyard et al., 2017; Mengo & Black, 2015).

Parforholdsstatus og intimitet med partner. Resultatene fra regresjonsanalysen viste at enslige menn hadde større sannsynlighet for å rapportere om ikke-samtykkende hendelser i barndommen sammenlignet med menn i parforhold. I tillegg viste analysene at enslige kvinner hadde større sannsynlighet for å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser i voksen alder sammenlignet med kvinner i parforhold. Likeledes avdekket korrelasjonsanalysene en sammenheng mellom ikke-samtykkende hendelser i barndommen og i voksen alder og redusert grad av intimitet med partner. Dette samsvarer godt med tidligere forskning (Elliott et al., 2004; Eslami et al., 2017; Kamiya et al., 2016; Pérez-Fuentes et al., 2013; Sandmoe et al., 2017; Thoresen & Hjemdal, 2014). Med hensyn til parforholdsstatus, foreligger det bevis for at CSA henger sammen med vanskeligheter med å etablere og opprettholde emosjonelt tilfredsstillende forhold i voksen alder, samt involvering i flyktige og kortvarige forhold snarere enn langvarige og stabile forhold (Cherlin et al., 2004). Uavhengig av når hendelse(n) skjedde, er ofre for seksuell viktisering oftere skilt eller separert enn gift, både i voksen alder (Fleming et al., 1999; Mullen et al., 1994; Pérez-Fuentes

et al., 2013; Thoresen & Hjemdal, 2014) og i høy alder (Sandmoe et al., 2017). Funn fra flere studier antyder at utsatte har dobbelt så stor risiko for dette sammenlignet med ikke-ofre (Colman & Widom, 2004; Whisman, 2006). Når det gjelder intimitet med partner, har tidligere studier blant annet vist en sammenheng mellom opplevelser med ikke-samtykkende seksuelle hendelser og redusert emosjonell intimitet med partner (Fraga et al., 2017; Georgia et al., 2018), frykt for intimitet (Davis et al., 2001; Thelen et al., 1998; Whisman, 2006), redusert tilfredshet med parforholdet (DiLillo & Long, 1999; Finkelhor et al., 1989) og mindre grad av kvalitet på forholdet (Colman & Widom, 2004; Fergusson et al., 2013).

Ifølge Finkelhor og Browne (1985) kan parforholdsrelaterte problemer ses i lys av den traumeforårsakende faktoren svik. I modellen antas det at CSA kan framkalle følelser av svik hos offeret som igjen kan lede til tillitsproblemer. Dette kan ramme ofrenes evne til å bygge tillit til andre mennesker og deres bedømmelsesevne med hensyn til hvem som kan stoles på (Finkelhor & Browne, 1985). Denne mangelen på tillit kan medføre unngåelse av intime forhold totalt, vanskeligheter med å gå inn i parforhold eller med etablering av langvarige og stabile parforhold (Finkelhor & Browne, 1985). Til tross for at denne teorien kun fokuserer på CSA, er det mulig at dette også vil gjelde for personer som opplever uønskede seksuelle hendelser i voksen alder. I overensstemmelse med dette, fant Hazzard (1993) at svikfaktoren i Finkelhor og Browne (1985) sin modell predikerte relasjonelle og seksuelle problemer blant kvinnelige ofre for ikke-samtykkende seksuelle hendelser i voksen alder. Ytterligere støtte for denne teorien kommer fra forskning som indikerer at ikke-samtykkende seksuelle hendelser både i barndommen og i voksen alder innebærer et alvorlig tillitsbrudd for den utsatte (Davis & Petretic-Jackson, 2000), og flere studier har funnet at ofre har mindre tillit til partner (DiLillo, 2001; DiLillo & Long, 1999; Nielsen et al., 2018; Thelen et al., 1998). Etersom tillit og nærhet utgjør et grunnleggende element i parforhold (Sinclair & Dowdy, 2005), kan en potensiell forklaring på sammenhengen mellom ikke-samtykkende hendelser og parforholdsstatus, samt redusert intimitet med partner, attribueres til utfordringer med tillit som stammer fra følelser av svik.

Vanskeligheter med romantiske relasjoner og tillitsproblemer blant ofre for ikke-samtykkende seksuelle hendelser kan også tolkes ut fra et tilknytningsperspektiv. Tidlige erfaringer med tilknytningspersoner former barns overbevisninger og forventninger til seg selv, andre og nære forhold, og det antas at disse kan videreføres inn i voksen alder og påvirke evnen til å etablere og opprettholde viktige tilknytninger gjennom livet (Coates, 2010; Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005). Negative seksuelle opplevelser i barndommen vil trolig påvirke offerets forventninger angående tillit og intimitet og således medføre at utviklingen av

passende forventninger til intime forhold rammes (Fleming et al., 1999). I tråd med dette, har forskning vist at ofre for CSA har økt risiko for å utvikle en usikker tilknytningsstil (Alexander, 1992; van Duin et al., 2018; Whiffen et al., 1999) og sammenlignet med personer som aldri har opplevd CSA, har CSA-ofre oftere usikker tilknytning til partner i voksen alder (Alexander, 1993; Alexander et al., 1988; Hocking et al., 2016; Styron & Janoff-Bulman, 1997). Videre har en studie funnet at en usikker tilknytning til partner i voksen alder forklarte assosiasjonen mellom CSA og parforholdsrelaterte problemer (Godbout et al., 2008).

Det er like fullt mulig at andre prosesser er involvert i assosiasjonen mellom uønskede seksuelle hendelser og parforholdsrelaterte problemer. Det kan være at psykologiske vansker i etterkant av seksuell viktisering influerer den utsattes påfølgende evne til å fungere i et parforhold. Eksempelvis fant E. C. Walker et al. (2009) at depresjon forklarte forholdet mellom CSA og ulike mål på parforholdskvalitet og tilfredshet. I tillegg ble det funnet at hvordan ofrene tolker hendelser i barndommen sin i form av hvorvidt de opplever at negative begivenheter i oppveksten har en innvirkning på deres generelle og relasjonelle fungering i voksen alder, hadde en forklaringsverdi i sammenhengen mellom CSA og lav grad av kvalitet og tilfredshet på parforholdet. Følgelig kan det være at den observerte sammenhengen mellom uønskede seksuelle hendelser, parforholdsstatus og intimitet med partner kan tilskrives forhold som ikke er inkludert i denne studien.

Seksuell orientering. Resultatene viste at seksuell orientering var den sterkeste prediktoren for opplevelser med seksuell viktisering i barndommen og i voksen alder for menn. Sammenlignet med heterofile menn, hadde bifile og homofile menn større sannsynlighet for å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser før og etter fylte 18 år. Disse funnene sammenfaller godt med tidligere forskning (Austin et al., 2008; Friedman et al., 2011; Saewyc et al., 2006; Wilsnack et al., 2012; Wilson & Widom, 2010; Xu & Zheng, 2015). Eksempelvis fant Balsam et al. (2005) at LHB-personer hadde større sannsynlighet for å ha opplevd seksuell viktisering i barndommen, voksen alder og gjennom livsløpet. I tråd med funnene i denne studien, fant de også at forskjeller i forekomst mellom de seksuelle orienteringene var størst for menn.

Hvilke faktorer som bidrar til sammenhengen mellom seksuell viktisering og seksuell orientering vites ikke (Balsam et al., 2005). Potensielle forklaringer kan være at gjerningspersoner målrettet velger barn og ungdom med likekjønnet tiltrekning (Saewyc et al., 2006) eller som har atferd eller utseende som strider mot tradisjonelle kjønnsnormer (Balsam et al., 2005). Videre kan det tenkes at unge gutter som blir bevisst sin likekjønnede tiltrekning ikke har like stor tilgang på jevnaldrende å utforske sin seksuelle orientering med som

heterofile gutter, og således søker seg mot eldre menn hvilket kan øke risikoen for uønsket seksuell kontakt (Rind, 2001). Bifile og homofile menn har flere intime forhold med menn i voksen alder sammenlignet med heterofile menn, noe som kan medføre en økt risiko for å oppleve vold og ikke-samtykkende seksuelle hendelser (Balsam et al., 2005). Alternativt kan det være at unge menn som er nykommere i det homofile miljøet har økt risiko for å bli utnyttet som følge av manglende kunnskap når det gjelder implisitte normer og regler.

Religiøs tilhørighet. Med hensyn til religiøs tilhørighet, viste analysene at sammenlignet med ikke-religiøse kvinner, hadde protestantiske kvinner mindre sannsynlighet for å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser i barndommen og romersk-katolske kvinner hadde mindre sannsynlighet for å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser i voksen alder. I overensstemmelse med dette, har flere studier funnet at ikke-religiøse individer har større risiko for å oppleve seksuell viktimsing i barndommen og i voksen alder, sammenlignet med individer med en religiøs tilhørighet (Finkelhor & Yllö, 1985; Mullen et al., 1996). Eksempelvis fant Finkelhor et al. (1989) at mindre religiøse og ikke-praktiserende religiøse personer hadde økt risiko for voldtekt og voldtektsforsøk enn mer religiøse og religiøst utøvende personer.

Resultatene fra denne studien og tidligere studier antyder at ikke-religiøse personer, og kvinner spesielt, har større risiko for å oppleve uønskede seksuelle hendelser i både barndommen og voksen alder. En mulig forklaring på dette, kan være at kvinner som har vært utsatt for uønskede seksuelle hendelser blir mindre religiøse eller mister sin tro som følge av hendelsen(e). Eksempelvis har flere studier vist at individer som er blitt utsatt for CSA, rapporterer mindre grad av religiøsitet og mindre tiltro til en gud sammenlignet med personer som ikke er blitt utsatt for dette (Falsetti et al., 2003; Reinert & Edwards, 2009; Rossetti, 1995). En annen forklaring kan være at uønskede seksuelle hendelser er underrapportert blant religiøse individer som følge av religiøse normer og tabuer rundt denne tematikken. Ifølge Fontes og Plummer (2010) kan det tenkes at det er forventet av katolske jenter og kvinner at de skal lide i stillhet, og at opplevelser med seksuell viktimsing er noe de selv må bære. Videre kan det være at stor grad av engasjement og involvering i religiøse aktiviteter gjør en mindre utsatt for å havne i situasjoner hvor uønskede seksuelle hendelser kan forekomme. Eksempelvis er det mulig at romersk-katolske kvinner er mindre utsatt for seksuell viktimsing på grunn av den katolske kirkes store grad av kontroll over seksualitet (Hall & Barongan, 1997; Sorenson & Siegel, 1992). Samtidig, og som ovennevnt, kan det være vanskelig å innrømme opplevelser med ikke-samtykkende seksuelle hendelser i miljøer hvor

seksualitet i stor grad reguleres og undertrykkes (Fontes & Plummer, 2010; Kenny & McEachern, 2000), og således er det mulig at disse funnene reflekterer underrapportering.

Mental helse

Angst og depresjon. Korrelasjonsanalysen viste at opplevelser med uønskede seksuelle hendelser i barndommen og i voksen alder var assosiert med høyere nivåer av angst og depresjon. Disse resultatene samsvarer med funn fra tidligere forskning som gjennomgående viser at seksuell viktimisering er relatert til angst og depresjon (Chen et al., 2010; Kendall-Tackett et al., 1993; Maniglio, 2010). Videre støtter det tidligere forskning som har funnet denne sammenhengen hos eldre mennesker (Cook et al., 2011; Draper et al., 2008; Kamiya et al., 2016).

Ifølge Finkelhor og Browne (1985) kan CSA resultere i en opplevelse av maktesløshet. Maktesløshet kan skade ofrenes mestringstro og mestringsstrategi ved at individet føler en manglende evne til å kontrollere hendelser rundt seg, og kan manifestere seg som angst og depresjon i voksen alder (Finkelhor & Browne, 1985). I tråd med dette, fant Cantón-Cortés et al. (2012) at alle de traumeforårsakende faktorene predikerte angst og depresjon blant CSA-ofre, men at maktesløshet forklarte hovedparten av assosiasjonen. Ut i fra et økologisk perspektiv, vil ulike karakteristika ved individet og hendelsen(e), samt faktorer på mikro, meso-/ekso-, makro- og kronosystem kunne predikere angst og depresjon i etterkant av ikke-samtykkende seksuelle hendelser i voksen alder (Campbell et al., 2009). Eksempelvis kan negative reaksjoner og manglende støtte fra ofres umiddelbare miljø predikere angst og depresjon i etterkant av slike hendelser (Borja et al., 2006; Moss et al., 1990). Andre faktorer innen de ulike systemene som predikerer angst og depresjon i etterkant av ikke-samtykkende seksuelle hendelser kan være negative opplevelser med rettssystemet (Campbell, 2005, 2006), kulturen og samfunnets oppfatninger med hensyn til kjønnsroller (Alaggia, 2010) og tidligere viktimisering (Arata, 2002; Classen et al., 2005). At seksuell viktimisering kan fremkalle angst og depresjon hos de som utsettes for dette er ikke overraskende, og trolig er det et samspill av ulike faktorer på forskjellige system som spiller inn, fremfor én faktor innen ett system.

Tilfredshet med livet. Resultatene viste at det var en sammenheng mellom erfaringer med seksuell viktimisering i barndommen og i voksen alder og redusert grad av tilfredshet med livet. Dette stemmer godt overens med funn fra andre studier. Fergusson et al. (2013) fant i en longitudinell studie at CSA-ofre rapporterte mindre tilfredshet med livet sammenlignet med personer som ikke hadde vært utsatt for dette, også etter at det var kontrollert for andre negative barndomsopplevelser. I likhet med dette, fant Nickel et al.

(2004) at et klinisk utvalg av CSA-ofre betraktet livene sine som mindre tilfredsstillende sammenlignet med ikke-utsatte. Oppfattet lav livskvalitet og tilfredshet med livet er videre blitt rapportert av eldre mennesker som har opplevd CSA (Kamiya et al., 2016) og ikke-samtykkende seksuelle hendelser i voksen alder (Fraga et al., 2017; Sandmoe et al., 2017). En sammenheng mellom uønskede seksuelle hendelser og redusert tilfredshet med livet sammenfaller også med forskning som har vist at opplevelser med traumatiske hendelser gjennom livsløpet i stor grad virker inn på hvorvidt eldre menneskers vurderer sine liv som tilfredsstillende (Krause, 2004).

Tidligere forskning har vist at selvfølelse er en viktig prediktor når det kommer til tilfredshet med livet (Diener & Diener, 1995), og flere studier har funnet en negativ relasjon mellom seksuell viktimisering i barndommen og i voksen alder og selvfølelse i voksen alder (Jumper, 1995; Mullen et al., 1996; Sachs-Ericsson et al., 2014). Ifølge Finkelhor og Browne (1985) kan CSA forårsake forstyrrelser i ofrenes selvfølelse og opplevelse av selvverd, blant annet gjennom stigmatisering. I tråd med dette, fant Cantón-Cortés et al. (2012) i deres testing av den traumeforårsakende modellen at stigmatisering og selvbebreidelse predikerte lavere selvfølelse i et utvalg CSA-ofre. En mulig forklaring kan således være at opplevelser med seksuell viktimisering negativt påvirker den utsattes oppfatning av seg selv som person hvilket igjen kan influere evalueringen av ens eget liv. Samtidig er det mulig at god selvfølelse og høy grad av tilfredshet med livet i forkant av seksuell viktimisering, kan fungere beskyttende i etterkant av slike hendelser.

Tilfredshet med livet er en subjektiv vurdering basert på en sammenligning av ens faktiske omstendigheter med hva individet selv oppfatter som en passende standard (Diener et al., 1985). Følgelig spiller antakeligvis en rekke ulike faktorer på flere områder av livet inn i en slik vurdering. Til tross for at Campbell et al. (2009) sin modell utelukkende konsentrerer seg om psykiatriske utfall som angst og depresjon, er det like fullt grunn til å forvente at et økologisk perspektiv vil kunne bidra til å belyse hvordan seksuell viktimisering kan påvirke grad av tilfredshet med livet. Eksempelvis har forskning vist at depresjon og angst kan påvirke tilfredshet med livet negativt (Mahmoud et al., 2012), og av den grunn er det mulig at flere av de tidligere presenterte faktorene som predikerer angst og depresjon etter seksuell viktimisering, i tillegg har en effekt på individets evaluering av sitt liv. Krause (2004) fant at høy grad av emosjonell støtte, hvilket er en mikrosystemfaktor, dempet effekten av traumatiske hendelser, inkludert seksuelle traumer, på eldre personers tilfredshet med livet. Videre fant Whitelock et al. (2013) at flere ulike faktorer predikerte større grad av tilfredshet med livet i voksen alder etter seksuell viktimisering i barndommen. Flere av disse faktorene

tilhører individnivå, herunder ulike personlighetstrekk, det å være yngre, kvinne, hvit, høyt utdannet og godt betalt, mens det å være i arbeid og i intime forhold representerer faktorer på mikrosystemet. Forfatterne fant også at reviktimisering var relatert til mindre grad av tilfredshet med livet, hvilket er en kronosystemfaktor. Det ser altså ut til at en rekke faktorer kan ha en forklaringsverdi i forholdet mellom seksuell viktimisering og grad av tilfredshet med livet.

Ensomhet. Endelig viste analysene at det var en sammenheng mellom å ha opplevd uønskede seksuelle hendelser i barndommen og i voksen alder og høyere skårer på ensomhet. Dette er i tråd med funn fra tidligere forskning (Garnefski & Arends, 1998; Gibson & Hartshorne, 1996; Kamiya et al., 2016; Shevlin et al., 2015). Eksempelvis fant Shevlin et al. (2015) at CSA-ofre i voksen alder rapporterer større grad av ensomhet enn ikke-ofre, også etter å ha kontrollert for en rekke sosiodemografiske variabler og andre negative opplevelser i både barndommen og voksen alder. Likeledes rapporterte Kamiya et al. (2016) at eldre CSA-ofre skårer høyere på ensomhet enn deres ikke-utsatte motparter, og Eslami et al. (2017) fant at eldre mennesker som har opplevd ikke-samtykkende seksuelle hendelser i voksen alder opplever mindre grad av oppfattet sosial støtte sammenlignet med personer som ikke har vært utsatt for slike hendelser.

Etter den traumeforårsakende modellen, kan både skam og selvbebreidelse som følge av stigmatisering, og tillitsproblemer som et resultat av svik, medføre ulike mellommenneskelige problemer, deriblant at den utsatte unngår sosiale forhold og isolerer seg fra andre (Finkelhor & Browne, 1985). I overensstemmelse med dette, rapporterte Hazzard (1993) at både oppfattet svik og stigmatisering i form av selvbebreidelse predikerte vanskeligheter med mellommenneskelige relasjoner. Sosial isolasjon, som presentert i det foregående, er sterkt knyttet til ensomhet (Steptoe et al., 2013), samt assosiert med ikke-samtykkende seksuelle hendelser (Browne & Finkelhor, 1986; Polusny & Follette, 1995). Det kan således tenkes at eksponering for uønskede seksuelle hendelser leder til ulike utfordringer med å forholde seg til andre mennesker hvilket igjen kan ha sosial isolasjon og ensomhet til følge. Det er også mulig at forholdet er reversert, nemlig at preeksisterende ensomhet gjør individet mer sårbar for ikke-samtykkende seksuelle hendelser. I tråd med dette, er sosial isolasjon blitt funnet å være en risikofaktor for ikke-samtykkende seksuelle hendelser (Fleming et al., 1999; Wolfe, 2007).

Ensomhet ser ut til å være et relativt vanlig fenomen blant eldre mennesker, tatt i betraktning at 20-40 % av eldre voksne i vestlige land til enhver tid føler seg ensomme (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1999; Savikko et al., 2005; A. Walker, 1993). Fra et økologisk

ståsted, vil trolig flere faktorer innen de ulike systemene kunne påvirke grad av ensomhet etter seksuell viktisering. Ensomhet er sterkt knyttet til depresjon (Cacioppo et al., 2006) og depresjon er også blitt funnet å kunne forklare forholdet mellom CSA og ensomhet i voksen alder (Thoresen et al., 2018). Følgelig er det mulig at flere av faktorene i de ulike systemene i den økologiske modellen som predikerer depresjon i etterkant av seksuell viktisering, deriblant unngåelsesstrategier og lav grad av støtte fra individets umiddelbare miljø (Campbell et al., 2009), også kan ha en forklaringsverdi i forholdet mellom slike erfaringer og ensomhet. Videre kan det være at gjeldende holdninger og verdier i den sosiokulturelle konteksten (makrosystem) hindrer utsatte personer, og spesielt mannlige ofre, i å stå frem med erfaringer med seksuell viktisering, hvilket formodentlig kan være en ensom opplevelse.

Styrker og begrensninger ved studien

En viktig styrke ved denne studien er anvendelsen av samme metodologi i tilsvarende utvalg på tvers av land. Videre er studien basert på representative utvalg av 60-75-åringer fra Nord- og Sør-Europa, og er en av de svært få krysskulturelle studiene som kartlegger omfanget av uønsket seksuelle hendelser blant eldre mennesker. I tillegg er måleinstrumentene som ble benyttet i denne studien velutprøvde og har vist seg å ha god validitet. I tolkningen av funnene fra denne studien, er det imidlertid viktig å ta høyde for noen begrensninger.

Til tross for at det ble brukt anonyme spørreskjema, kan spørsmålene ha blitt oppfattet som for nærgående, ettersom seksualitet er et personlig og ofte ømfintlig tema. Dette kan ha hindret potensielle deltakere i å delta. Videre har tidligere forskning avdekket at personer som forfekter mer liberale holdninger hva angår seksualitet, har større sannsynlighet for å delta i undersøkelser som tar for seg dette temaet enn personer med mindre liberale holdninger (Dunne, 2002). Like fullt er det mulig at seksuelt inaktive personer ikke betraktet deres deltakelse som betydningsfull for undersøkelsen, til tross for at det i rekrutteringsprosessen ble vektlagt at svar fra både seksuelt aktive og inaktive personer var viktige. Følgelig er det mulig at seksuelt aktive personer og personer med liberale holdninger til seksualitet er overrepresentert i denne studien hvilket kan ha påvirket forekomsttallene.

Videre var responsraten i Portugal lav (25,5 %) noe som kan gjøre at det knyttes usikkerhet til om funnene fra denne studien er representative for 60-75-åringer i Portugal. Det er i tillegg viktig å påpeke at dette er en tverrsnittstudie, og det kan følgelig ikke trekkes konklusjoner om kausalitet. De fleste kartleggingsstudier av seksuell viktisering er avhengige av ofrenes retrospektive selvrapporing (Andrews et al., 2004), slik denne studien også er. Retrospektiv rapportering innebærer alltid en usikkerhet omkring hvorvidt hendelsene

faktisk tok sted, samt hukommelsens nøyaktighet («recall bias»), spesielt dersom hendelsene tok sted langt tilbake i tid (Stoltenborgh et al., 2011). Det er imidlertid blitt fremhevet at underrapportering er en større trussel mot validiteten til denne type forskning enn falske rapporteringer (Koss, 1993).

Deltakerne i denne studien ble spurt om de noensinne har *gjort* eller *måtte gjøre noe* seksuelt mot sin vilje, hvilket kan tolkes som at de selv er aktiv part, som igjen kan ha påvirket forekomsttallene. Det kan tenkes at individer som har opplevd alvorlige hendelser som følge av trusler eller fysisk maktbruk ikke kjenner seg igjen i denne formuleringen, og dermed svarte nei på spørsmålet. Videre ble ikke uønskede seksuelle hendelser definert for deltakerne, og det er således mulig at det foreligger krysskulturelle og individuelle forskjeller i forståelsen av spørsmålet og hvilke erfaringer og hendelser som betegnes som «mot ens vilje» eller «uten ens samtykke». Ettersom det overordnede formålet med prosjektet denne studien er en del av var å studere seksuell helse blant eldre, og ikke utelukkende uønskede seksuelle hendelser, ble kun ett bredt og generelt spørsmål stilt angående slike erfaringer. Flere metaanalyser og litteraturgjennomganger har vist at studier som kun anvender ett spørsmål for å måle uønskede seksuelle hendelser produserer lavere forekomsttall sammenlignet med studier som inkluderer flere spørsmål (Andrews et al., 2004; Bolen & Scannapieco, 1999; Goldman & Padayachi, 2000). Dette kan komme av at flere spørsmål tilveiebringer mer spesifikk informasjon om hvordan slike hendelser defineres, samt dekker flere aspekter av ikke-samtykkende seksuelle hendelser enn hva ett enkelt spørsmål gjør (Stoltenborgh et al., 2011). Brede og generelle spørsmål er også blitt vist å frembringe lavere forekomsttall enn mer atferdsspesifikke spørsmål, og det antas at dette kan være et resultat av at spesifikke spørsmål som går på atferd og handlinger har bedre evne til å trigge minner enn mer generelle spørsmål (Goldman & Padayachi, 2000). Til tross for dette, var forekomsttallene som ble observert i denne studien i tråd med hva som er blitt funnet i tidligere studier med eldre utvalg og som inkluderte flere og mer spesifikke spørsmål (f. eks. Eslami et al., 2016). Ettersom kun ett generelt spørsmål ble stilt, vet vi derfor heller ingenting om gjerningsperson, hendelsenes alvorlighetsgrad og hyppighet, når hendelsene fant sted og alder på gjerningsperson og offer.

Implikasjoner og fremtidig forskning

Opplevelser med ikke-samtykkende seksuelle hendelser kan få konsekvenser for den utsattes mentale helse også i høy alder, slik det fremkommer av denne studien. Forskning indikerer at god mental helse, tilfredshet med livet og nære sosiale og intime forhold kan fremme vellykket aldring hos eldre mennesker (Bosnes et al., 2016; Bowling & Dieppe,

2005). Dersom erfaringer med seksuell viktimisering i barndommen og i voksen alder påvirker eldre menneskers aldringsprosess i negativ retning, er dette høyst problematisk. Således er det viktig å øke bevisstheten omkring de mangfoldige og vedvarende konsekvensene uønskede seksuelle hendelser kan ha for individets helse, samt at helsepersonell i større grad bør ta høyde for at ulike helseplager eldre pasienter opplever kan ha en sammenheng med tidligere erfaringer med uønskede seksuelle hendelser. Med tanke på at ikke-samtykkende hendelser som skjer i barndommen er relatert til psykisk fungering blant eldre voksne, bør forebyggende strategier for å hindre seksuell viktimisering være en prioritet (Eslami et al., 2017). Dersom det er slik at kvinner fra Nord-Europa og mer egalitære samfunn har økt risiko for seksuell viktimisering enn søreuropeiske kvinner, støtter dette utviklingen av nasjonale og kulturbaserte intervensjoner.

Med det formål å avdekke og få en dypere forståelse angående hvilke forhold som øker eller reduserer risikoen for å oppleve ikke-samtykkende seksuelle hendelser, bør fremtidige studier i større grad ta i bruk longitudinelle design, da dette er mer hensiktsmessig for å undersøke hva som er årsaker til og hva som er virkninger av uønskede seksuelle opplevelser. Videre behøves det mer forskning knyttet til hvordan uønskede og ikke-samtykkende seksuelle erfaringer rammer de utsattes psykiske og relasjonelle fungering og hvordan dette forløper. Fremtidig forskning bør i tillegg ha et større fokus på hendelser som skjer i voksen alder, fremfor et ensidig fokus på barndomshendelser.

Konklusjon

Denne studien er en av svært få krysskulturelle studier med representative utvalg som har undersøkt forekomsten av uønskede seksuelle hendelser blant eldre mennesker i Europa. Majoriteten av mennene i alle landene hadde aldri opplevd uønskede seksuelle hendelser. Derimot ble det avdekket krysskulturelle forekomstforskjeller mellom kvinner fra Nord- og Sør-Europa, med høyere forekomst i Norden. Dette er interessante funn, og fremtidig forskning bør søke å svare på hvorvidt dette reflekterer reelle forskjeller eller om de observerte forskjellene kan attribueres til andre bakenforliggende sosiokulturelle faktorer. Videre fant vi at flere sosiodemografiske faktorer kunne predikere utsatthet for uønskede seksuelle hendelser. Til slutt var uønskede seksuelle hendelser som forekommer både før og etter fylte 18 år relatert til ulike indikatorer på mental helse. Det overordnede bildet antyder altså at erfaringer med uønskede seksuelle hendelser gjennom et livsløp ser ut til å kunne påvirke livene til de rammede i flere tiår etter hendelsen(e) fant sted. Med henblikk på at verdens eldre befolkning øker betraktelig og følgelig også proporsjonen som vil trenge helsehjelp i fremtiden, understreker disse funnene viktigheten av å øke bevisstheten omkring

det faktum at en rekke helseplager eldre mennesker opplever, kan være relatert til tidligere erfaringer med uønskede seksuelle hendelser. Forebyggende arbeid og utforming av skreddersydde behandlingsprogram bør således være av største viktighet.

Litteratur

- Abma, J., Driscoll, A., & Moore, K. (1998). Young women's degree of control over first intercourse: An exploratory analysis. *Family Planning Perspectives, 30*, 12-18.
- Abrahams, N., Devires, K., Watts, C., Pallitto, C., Petzold, M., Shamu, S., & Garcia-Moreno, C. (2014). Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *The Lancet, 383*, 1648-1654. doi:10.1016/S0140-6736(13)62243-6
- Acierno, R., Brady, K., Gray, M., Kilpatrick, D. G., Resnick, H., & Best, C. L. (2002). Psychopathology Following Interpersonal Violence: A Comparison of Risk Factors in Older and Younger Adults. *Journal of Clinical Geropsychology, 8*(1), 13-23. doi:10.1023/A:1013041907018
- Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health, 100*(2), 292-297. doi:10.2105/AJPH.2009.163089
- Aebi, M. F., Akdeniz, G., Barclay, G., Campistol, C., Caneppele, S., Gruszczynska, B., & Þórisdóttir, R. (2014). *European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics* (5. utg.). Helsinki: Akateeminen Kirjakauppa.
- Ahrens, C. E. (2006). Being silenced: The impact of negative social reactions on the disclosure of rape. *American Journal of Community Psychology, 38*, 263-274.
- Alaggia, R. (2010). An ecological analysis of child sexual abuse disclosure: considerations for child and adolescent mental health. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 19*(1), 32-39.
- Alexander, P. C. (1992). Application of Attachment Theory to the Study of Sexual Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(2), 185-195.
- Alexander, P. C. (1993). The differential effects of abuse characteristics and attachment in the prediction of long-term effects of sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 8*, 346-362.
- Alexander, P. C., Anderson, C. L., Brand, B., Schaeffer, C. M., Grelling, B. Z., & Kretz, L. (1988). Adult attachment and long-term effects in survivors of incest. *Child Abuse & Neglect, 22*, 45-61.
- Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C., & Swanston, H. (2004). Child sexual abuse. I M. Ezzati, D. Lopez, A. Rodgers & C. J. L. Murray (Red.), *Comparative*

- quantification of health risks* (Vol. 2, s. 1850-1940). Geneva: World Health Organization.
- Arata, C. M. (2002). Child Sexual Abuse and Sexual Revictimization. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(2), 135-164. doi:10.1093/clipsy.9.2.135
- Atkeson, B. M., Calhoun, K. S., Resick, P. A., & Ellis, E. M. (1982). Victims of rape: Repeated assessment of depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*(1), 96-102. doi:10.1037/0022-006X.50.1.96
- Austin, S. B., Jun, H. J., Jackson, B., Spiegelman, D., Rich-Edwards, J., Corliss, H. L., & Wright, R. J. (2008). Disparities in child abuse victimization in lesbian, bisexual, and heterosexual women in the Nurses' Health Study II. *Journal of Women's Health, 17*, 597-606.
- Balsam, K. F., Rothblum, E. D., & Beauchaine, T. P. (2005). Victimization over the life span: A comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 477-487.
- Banyard, V. L., Demers, J. M., Cohn, E. S., Edwards, K. M., Moynihan, M. M., Walsh, W. A., & Ward, S. K. (2017). Academic Correlates of Unwanted Sexual Contact, Intercourse, Stalking, and Intimate Partner Violence: An Understudied but Important Consequence for College Students. *Journal of Interpersonal Violence, 1*-18. doi:10.1177/0886260517715022
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health, 58*(3), 469-483. doi:10.1007/s00038-012-0426-1
- Baumeister, R. F., & Mendoza, J. P. (2011). Cultural Variations in the Sexual Marketplace: Gender Equality Correlates With More Sexual Activity. *The Journal of Social Psychology, 151*(3), 350-360. doi:10.1080/00224545.2010.481686
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., daCosta, G. A., & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 15*(4), 537-556. doi:10.1016/0145-2134(91)90038-F
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 16*(1), 101-118. doi:10.1016/0145-2134(92)90011-F
- Belsky, J. (1993). Etiology of Child Maltreatment: A Developmental-Ecological Analysis. *Psychological Bulletin, 114*(3), 413-434. doi:10.1037/0033-2909.114.3.413

- Beres, M. A. (2007). 'Spontaneous' Sexual Consent: An Analysis of Sexual Consent Literature. *Feminism & Psychology, 17*(1), 93-108. doi:10.1177/0959353507072914
- Bifulco, A., Brown, G. W., & Adler, Z. (1991). Early Sexual Abuse and Clinical Depression in Adult Life. *British Journal of Psychiatry, 159*(1), 115-122. doi:10.1192/bjp.159.1.115
- Black, D. A., Heyman, R. E., & Smith Slep, A. M. (2001). Risk factors for male-to-female partner sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior, 6*(2), 269-280. doi:10.1016/S1359-1789(00)00026-4
- Boeschen, L. E., Koss, M. P., Figueredo, A. J., & Coan, J. A. (2001). Experiential avoidance and posttraumatic stress disorder: A cognitive mediational model of rape recovery. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 4*, 211-245.
- Bolen, R. M., & Scannapieco, M. (1999). Prevalence of Child Sexual Abuse: A Corrective Metanalysis. *Social Service Review, 73*(3), 281-313. doi:10.1086/514425
- Borja, S. E., Callahan, J. L., & Long, P. J. (2006). Positive and negative adjustment and social support of sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress, 19*(6), 905-914. doi:10.1002/jts.20169
- Bosnes, I., Almkvist, O., Bosnes, O., Stordal, E., Romild, U., & Nordahl, H. M. (2016). Prevalence and correlates of successful aging in a population-based sample of older adults: the HUNT study. *International Psychogeriatrics, 29*(3), 431-440. doi:10.1017/S1041610216001861
- Botta, R. A., & Pingree, S. (1997). Interpersonal Communication and Rape: Women Acknowledge Their Assaults. *Journal of Health Communication, 2*(3), 197-212. doi:10.1080/108107397127752
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *BMJ, 331*, 1548-1551.
- Bowles, I. T., O'Gorman, E. C., & Sayers, A. (1991). Assault characteristics and posttraumatic stress disorder in rape victims. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 83*(1), 27-30. doi:10.1111/j.1600-0447.1991.tb05507.x
- Bozon, M., & Kontula, O. (1998). Sexual initiation and gender in Europe: A cross-cultural analysis of trends in the twentieth century. I M. Hubert, N. Bajos & T. Sandfort (Red.), *Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe* (s. 37-67). London: UCL Press.
- Brewer-Smyth, K., & Koenig, H. G. (2014). Could Spirituality and Religion Promote Stress Resilience in Survivors of Childhood Trauma? *Issues in Mental Health Nursing, 35*(4), 251-256. doi:10.3109/01612840.2013.873101

- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, *32*, 513-531. doi:10.1037/0003-066X.32.7.513
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, *99*(1), 66-77. doi:10.1037/0033-2909.99.1.66
- Bryant-Davis, T., & Wong, E. C. (2013). Faith to move mountains: Religious coping, spirituality, and interpersonal trauma recovery. *American Psychologist*, *68*(8), 675-684. doi:10.1037/a0034380
- Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1979). Adaptive Strategies and Recovery from Rape. *American Journal of Psychiatry*, *136*, 1278-1282. doi:10.1007/978-1-4684-7021-5_25
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Cole, S. W., Capitanio, J. P., Goossens, L., & Boomsma, D. I. (2015). Loneliness Across Phylogeny and a Call for Comparative Studies and Animal Models. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(2), 202-214. doi:10.1177/1745691614564876
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology Aging*, *21*(1), 140-151. doi:10.1037/0882-7974.21.1.140
- Campbell, R. (2005). What Really Happened? A Validation Study of Rape Survivors' Help-Seeking Experiences With the Legal and Medical Systems. *Violence and Victims*, *20*(1), 55-68.
- Campbell, R. (2006). Rape Survivors' Experiences With the Legal and Medical Systems: Do Rape Victim Advocates Make a Difference? *Violence Against Women*, *12*(1), 30-45. doi:10.1177/1077801205277539
- Campbell, R., Ahrens, C. E., Sefl, T., Wasco, S. M., & Barnes, H. E. (2001). Social Reactions to Rape Victims: Healing and Hurtful Effects on Psychological and Physical Health Outcomes. *Violence and victims*, *16*(3), 287-302. doi:10.1891/0886-6708.16.3.287
- Campbell, R., Dworkin, E., & Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence, & Abuse*, *10*(3), 225-246. doi:10.1177/1524838009334456
- Cantón-Cortés, D., Cortés, M. R., & Cantón, J. (2012). The role of traumagenic dynamics on the psychological adjustment of survivors of child sexual abuse. *European Journal of Developmental Psychology*, *9*(6), 665-680. doi:10.1080/17405629.2012.660789

- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., . . . Zirakzadeh, A. (2010). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, *85*(7), 618-629. doi:10.4065/mcp.2009.0583
- Cherlin, A. J., Hurt, T. R., Burton, L. M., & Purvin, D. M. (2004). The Influence of Physical and Sexual Abuse on Marriage and Cohabitation. *American Sociological Review*, *69*(6), 768-789. doi:10.1177/000312240406900602
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual Revictimization: A Review of the Empirical Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, *6*(2), 103-129. doi:10.1177/1524838005275087
- Coates, D. (2010). Impact of Childhood Abuse: Biopsychosocial Pathways Through Which Adult Mental Health is Compromised. *Australian Social Work*, *63*(4), 391-403. doi:10.1080/0312407X.2010.508533
- Coffey, P., Leitenberg, H., Henning, K., Turner, T., & Bennett, R. T. (1996). Mediators of the long-term impact of child sexual abuse: Perceived stigma, betrayal, powerlessness, and self-blame. *Child Abuse & Neglect*, *20*(5), 447-455.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. utgave utg.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Collin-Vézina, D., Daigneault, I., & Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *7*(1), 22. doi:10.1186/1753-2000-7-22
- Colman, R. A., & Widom, C. S. (2004). Childhood abuse and neglect in adult intimate relationships: a prospective study. *Child Abuse & Neglect*, *28*, 1133-1151. doi:10.1016/j.chiabu.2004.02.005
- Cook, J. M., Dinnen, S., & O'Donnell, C. (2011). Older Women Survivors of Physical and Sexual Violence: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Journal of Women's Health*, *20*(7), 1075-1081. doi:10.1089/jwh.2010.2279
- Cook, J. M., Pilver, C., Dinnen, S., Schnurr, P. P., & Hoff, R. (2013). Prevalence of Physical and Sexual Assault and Mental Health Disorders in older Women: Findings From a Nationally Representative Sample. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*(9), 877-886. doi:10.1016/j.jagp.2013.01.016
- Currie, J., & Widom, C. S. (2010). Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect on Adult Economic Well-Being. *Child Maltreatment*, *15*(2), 111-120. doi:10.1177/1077559509355316

- Daigneault, I., Hébert, M., & McDuff, P. (2009). Men's and women's childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships: A study of risk factors. *Child Abuse & Neglect, 33*(9), 638-647. doi:10.1016/j.chiabu.2009.04.003
- Davis, J. L., & Petretic-Jackson, P. A. (2000). The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior, 5*(3), 291-328.
- Davis, J. L., Petretic-Jackson, P. A., & Ting, L. (2001). Intimacy dysfunction and trauma symptomatology: Long-term correlates of different types of child abuse. *Journal of Traumatic Stress, 14*(1), 63-79. doi:10.1023/A:1007835531614
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (1999). Living arrangements of older adults in the Netherlands and Italy: coresidence values and behaviour and their consequences for loneliness. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 14*(1), 1-24.
- Den europeiske unions byrå for grunnleggende rettigheter. (2014). *Violence against women: an EU-wide survey*. Luxembourg: European Agency for Fundamental Rights.
- Det europeiske institutt for likestilling. (2017). Gender Equality Index. Hentet fra <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2015/countries-comparison>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*, 542-575.
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*(4), 653-663. doi:10.1007/978-90-481-2352-0_4
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-755. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13
- DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review, 21*(4), 553-576.
- DiLillo, D., & Long, P. J. (1999). Perceptions of Couple Functioning Among Female Survivors of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 7*(4), 59-76. doi:10.1300/J07v07n04_05
- Doxey, C., Jensen, L., & Jensen, J. (1997). The influence of religion on victims of childhood sexual abuse. *International Journal for the Psychology of Religion, 7*, 179-186.
- Draper, B., Pfaff, J. J., Pirkis, J., Snowdon, J., Lautenschlager, N. T., Wilson, I., & Almeida, O. P. (2008). Long-Term Effects of Childhood Abuse on the Quality of Life and Health of Older People: Results from the Depression and Early Prevention of Suicide

- in General Practice Project. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(2), 262-271. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01537.x
- DuMont, K. A., Widom, C. S., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 255-274. doi:10.1016/j.chiabu.2005.11.015
- Dunne, M. P. (2002). Sampling considerations. I M. W. Wideman & B. E. Whitley Jr. (Red.), *Handbook for Conducting Research on Human Sexuality* (s. 85-112). New York: Psychology Press.
- Elliott, D. M. (1994). The impact of Christian faith on the prevalence and sequelae of sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 95-108.
- Elliott, D. M., Mok, D. S., & Briere, J. (2004). Adult Sexual Assault: Prevalence, Symptomatology, and Sex Differences in the General Population. *Journal of Traumatic Stress*(3), 203-211.
- Eslami, B., Melchiorre, M. G., Di Rosa, M., Barros, H., Stankūnas, M., Torres-Gonzalez, F., . . . Lindert, J. (2017). Lifetime abuse and perceived social support among the elderly: a study from seven European countries. *European Journal of Public Health*, 27(4), 686-692. doi:10.1093/eurpub/ckx047
- Eslami, B., Viitasara, E., Macassa, G., Melchiorre, M. G., Lindert, J., Stankūnas, M., . . . Soares, J. J. F. (2016). The prevalence of lifetime abuse among older adults in seven European countries. *International Journal of Public Health*, 61(8), 891-901. doi:10.1007/s00038-016-0816-x
- Falsetti, S. A., Resick, P. A., & Davis, J. L. (2003). Changes in Religious Beliefs Following Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 391-398.
- Feiring, C., Simon, V. A., & Cleland, C. M. (2009). Childhood sexual abuse, stigmatization, internalizing symptoms, and the development of sexual difficulties and dating aggression (pp. 127-137): American Psychological Association.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1996). Childhood Sexual Abuse and Psychiatric Disorder in Young Adulthood: I. Prevalence of Sexual Abuse and Factors Associated with Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1355-1364. doi:10.1097/00004583-199610000-00023
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F. H., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 664-674. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.013

- Figueiredo, B., Buifulco, A., Paiva, C., Maia, Â., Fernandes, E., & Matos, R. (2004). History of childhood abuse in Portuguese parents. *Child Abuse & Neglect, 28*, 669-682. doi:10.1016/j.chiabu.2003.11.021
- Filipas, H. H., & Ullman, S. E. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, PTSD, and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 652-672.
- Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 17*(1), 67-70. doi:10.1016/0145-2134(93)90009-T
- Finkelhor, D. (1994a). Current Information on the Scope and Nature of Child Sexual Abuse. *The Future of Children, 4*(2), 31-53.
- Finkelhor, D. (1994b). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 18*(5), 409-417. doi:10.1016/0145-2134(94)90026-4
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*(4), 530-541.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect, 14*(1), 19-28. doi:10.1016/0145-2134(90)90077-7
- Finkelhor, D., Hotaling, G. T., Lewis, I. A., & Smith, C. (1989). Sexual Abuse and Its Relationship to Later Sexual Satisfaction, Marital Status, Religion, and Attitudes. *Journal of Interpersonal Violence, 4*(4), 379-399.
- Finkelhor, D., & Yllö, K. (1985). *License to rape: Sexual abuse of wives*. New York: Free Press.
- Fleming, J. M. (1997). Prevalence of childhood sexual abuse in a community sample of Australian women. *Medical Journal of Australia, 166*(2), 65-68. doi:10.5694/j.1326-5377.1997.tb138722.x
- Fleming, J. M., Mullen, P. E., Sibthorpe, B., & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect, 23*(2), 145-159. doi:10.1016/S0145-2134(98)00118-5
- Fontes, L. A., & Plummer, C. (2010). Cultural Issues in Disclosures of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 19*(5), 491-518. doi:10.1080/10538712.2010.512520
- Fraga, S., Soares, J. J. F., Melchiorre, M. G., Barros, H., Eslami, B., Ioannidi-Kapolou, E., . . . Viitasara, E. (2017). Lifetime Abuse and Quality of Life among Older People. *Health & Social Work, 42*(4), 215-222. doi:10.1093/hsw/hlx036

- Frank, E., & Anderson, B. P. (1987). Psychiatric disorders in rape victims: Past history and current symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*, 28(1), 77-82. doi:10.1016/0010-440X(87)90047-2
- Frank, E., Turner, S. M., Stewart, B. D., Jacob, M., & West, D. (1981). Past psychiatric symptoms and the response to sexual assault. *Comprehensive Psychiatry*, 22(5), 479-487. doi:10.1016/0010-440X(81)90036-5
- Frazier, P. A., Mortensen, H., & Steward, J. (2005). Coping Strategies as Mediators of the Relations Among Perceived Control and Distress in Sexual Assault Survivors. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 267-278. doi:10.1037/0022-0167.52.3.267
- French, B. H., & Neville, H. A. (2017). What Is Nonconsensual Sex? Young Women Identify Sources of Coerced Sex. *Violence Against Women*, 23(3), 368-394. doi:10.1177/1077801216641517
- Frías, M. T., Brassard, A., & Shaver, P. R. (2014). Childhood sexual abuse and attachment insecurities as predictors of women's own and perceived-partner extradyadic involvement. *Child Abuse & Neglect*, 38(9), 1450-1458. doi:10.1016/j.chiabu.2014.02.009
- Friedman, M. S., Marshal, M. P., Guadamuz, T. E., Wei, C., Wong, C. F., Saewyc, E. M., & Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American Journal of Public Health*, 101, 1481-1494.
- Gagnon, J. H. (1990). The Explicit and Implicit Use of the Scripting Perspective in Sex Research. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 1-43. doi:10.1080/10532528.1990.10559854
- Gagnon, J. H., & Simon, W. (1973). *Sexual conduct: The social sources of human sexuality*. Chicago: Aldine.
- Garnefski, N., & Arends, E. (1998). Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 21(1), 99-107. doi:10.1006/jado.1997.0132
- Georgia, E. J., Roddy, M. K., & Doss, B. D. (2018). Sexual Assault and Dyadic Relationship Satisfaction: Indirect Associations Through Intimacy and Mental Health. *Violence Against Women*, 24(8), 936-951. doi:10.1177/1077801217727371
- Gibson, R. L., & Hartshorne, T. S. (1996). Childhood sexual abuse and adult loneliness and network orientation. *Child Abuse & Neglect*, 20(11), 1087-1093.

- Godbout, N., Sabourin, S., & Lussier, Y. (2008). Child Sexual Abuse and Adult Romantic Adjustment: Comparison of Single- and Multiple-Indicator Measures. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(4), 693-705. doi:10.1177/0886260508317179
- Goldman, J. D. G., & Padayachi, U. K. (2000). Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research. *The Journal of Sex Research, 37*(4), 305-314. doi:10.1080/00224490009552052
- Gracia, E., & Merlo, J. (2016). Intimate partner violence against women and the Nordic paradox. *Social Science & Medicine, 157*, 27-30. doi:10.1016/j.socscimed.2016.03.040
- Gravelin, C. R., Biernat, M., & Bucher, C. E. (2019). Blaming the Victim of Acquaintance Rape: Individual, Situational, and Sociocultural Factors. *Frontiers in Psychology, 9*, 1-22. doi:10.3389/fpsyg.2018.02422
- Hall, G. C. N., & Barongan, C. (1997). Prevention of sexual aggression: Sociocultural risk and protective factors. *American Psychologist, 52*(1), 5-14. doi:10.1037/0003-066X.52.1.5
- Hazzard, A. (1993). Trauma-Related Beliefs as Mediators of Sexual Abuse Impact in Adult Women Survivors. *Journal of Child Sexual Abuse, 2*(3), 55-70. doi:10.1300/J070v02n03_04
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of Childhood Sexual Abuse and Timing of Disclosure in a Representative Sample of Adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(9), 631-636. doi:10.1177/070674370905400908
- Heise, L. L. (1998). Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Violence Against Women, 4*(3), 262-290. doi:10.1177/1077801298004003002
- Heise, L. L., & Kotsadam, A. (2015). Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *The Lancet Global Health, 3*(6), e332-e340. doi:10.1016/S2214-109X(15)00013-3
- Helweg-Larsen, K., & Larsen, H. B. (2006). The prevalence of unwanted and unlawful sexual experiences reported by Danish adolescents: Results from a national youth survey in 2002. *Acta Pædiatrica, 95*, 1270-1276.
- Helweg-Larsen, K., Schütt, N. M., & Larsen, H. B. (2009). *Unges trivsel år 2008. En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb og vold i barndom og tidlig ungdom*. København: Statens Institut for Folkesundhed.

- Hines, D. A. (2007). Predictors of Sexual Coercion Against Women and Men: A Multilevel, Multinational Study of University Students. *Archives of Sexual Behavior*, 36(3), 403-422. doi:10.1007/s10508-006-9141-4
- Hocking, E. C., Simons, R. M., & Surette, R. J. (2016). Attachment style as a mediator between childhood maltreatment and the experience of betrayal trauma as an adult. *Child Abuse & Neglect*, 52, 94-101. doi:10.1016/j.chiabu.2016.01.001
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Medicine*, 7(7), 1-20. doi:10.1371/journal.pmed.1000316
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545. doi:10.1126/science.3399889
- Hubert, M., Bajos, N., & Sandfort, T. (1998). *Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe*. London: UCL Press.
- Hulme, P. A. (2000). Symptomatology and health care utilization of women primary care patients who experienced childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 42(11), 1471-1484. doi:10.1016/S0145-2134(00)00200-3
- Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, 359(9315), 1423-1429. doi:10.1016/S0140-6736(02)08357-5
- Jozkowski, K. N. (2015). "Yes Means Yes"? Sexual Consent Policy and College Students. *Change: The Magazine of Higher Learning*, 47(2), 16-23. doi:10.1080/00091383.2015.1004990
- Jumper, S. A. (1995). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse & Neglect*, 19(6), 715-728. doi:10.1016/0145-2134(95)00029-8
- Jung, J. H. (2018). Childhood Adversity, Religion, and Change in Adult Mental Health. *Research on Aging*, 40(2), 155-179. doi:10.1177/0164027516686662
- Kallstrom-Fuqua, A. C., Weston, R., & Marshall, L. L. (2004). Childhood and Adolescent Sexual Abuse of Community Women: Mediated Effects on Psychological Distress and Social Relationships. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 980-992. doi:10.1037/0022-006X.72.6.980
- Kamiya, Y., Timonen, V., & Kenny, R. A. (2016). The impact of childhood sexual abuse on the mental and physical health, and healthcare utilization of older adults. *International Psychogeriatrics*, 28(3), 415-422. doi:10.1017/S1041610215001672

- Kendall-Tackett, K. A. (2002). The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*, 26(6), 715-729.
doi:10.1016/S0145-2134(02)00343-5
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180. doi:10.1037/0033-2909.113.1.164
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J., & Prescott, C. A. (2000). Childhood Sexual Abuse and Adult Psychiatric and Substance Use Disorders in Women: An Epidemiological and Cotwin Control Analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 953-959. doi:10.1001/archpsyc.57.10.953
- Kenny, M. C., & McEachern, A. G. (2000). Racial, ethnic, and cultural factors of childhood sexual abuse: A selected review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 20(7), 905-922. doi:10.1016/S0272-7358(99)00022-7
- Kim, J., & Williams, S. (2009). Linking Childhood Maltreatment to Substance Use in College Students: The Mediating Role of Self-Worth Contingencies. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(1), 88-105. doi:10.1080/10926770802616399
- Kloppen, K., Haugland, S., Svedin, C. G., Mæhle, M., & Breivik, K. (2016). Prevalence of Child Sexual Abuse in the Nordic Countries: A Literature Review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(1), 37-55. doi:10.1080/10538712.2015.1108944
- Koss, M. P. (1993). Detecting the scope of rape: A review of prevalence research methods. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 198-222. doi:10.1177/088626093008002004
- Krahé, B., Berger, A., Vanwesenbeeck, I., Bianchi, G., Chliaoutakis, J., Fernández-Fuertes, A. A., . . . Zygadło, A. (2015). Prevalence and correlates of young people's sexual aggression perpetration and victimisation in 10 European countries: a multi-level analysis. *Culture, Health & Sexuality*, 17(6), 682-699.
doi:10.1080/13691058.2014.989265
- Krause, N. (2004). Lifetime Trauma, Emotional Support, and Life Satisfaction Among Older Adults. *The Gerontologist*, 44(5), 615-623. doi:10.1093/geront/44.5.615
- Kraaij, V., & de Wilde, E. J. (2001). Negative life events and depressive symptoms in the elderly: A life span perspective. *Aging & Mental Health*, 5(1), 84-91.
doi:10.1080/13607860020020681
- Leonard, L. M., & Follette, V. M. (2002). Sexual Functioning in Women Reporting a History of Child Sexual Abuse: Review of the Empirical Literature and Clinical Implications.

- Annual Review of Sex Research*, 13(1), 346-388.
doi:10.1080/10532528.2002.10559809
- Leth, I., Stenvig, B., & Pedersen, A. (1988). Seksuelle overgreb mod børn og unge. *Nordisk Psykologi*, 40(5), 383-393. doi:10.1080/00291463.1988.10636943
- Lewin, B. (2008a). Promoting changes in existing social attitudes to women and sexuality. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(6), 748-753.
- Lewin, B. (2008b). Sexuality in the Nordic Context. I B. Træen & B. Lewin (Red.), *Sexology in context*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weisskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 59(2), 359-372. doi:10.1007/s00038-013-0519-5
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74(6), 907-914. doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.028
- Mahmoud, J. S. R., Staten, R. T., Hall, L. A., & Lennie, T. A. (2012). The Relationship among Young Adult College Students' Depression, Anxiety, Stress, Demographics, Life Satisfaction, and Coping Styles. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(3), 149-156. doi:10.3109/01612840.2011.632708
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657. doi:10.1016/j.cpr.2009.08.003
- Maniglio, R. (2010). Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depression and Anxiety*, 27(7), 631-642. doi:10.1002/da.20687
- Martin, K., Vieraitis, L. M., & Britto, S. (2006). Gender Equality and Women's Absolute Status. *Violence Against Women*, 12(4), 321-339. doi:10.1177/1077801206286311
- McGraw, D. M., Ebadi, M., Dalenberg, C. J., Wu, V., Naish, B., & Nunez, L. (2019). Consequences of Abuse by Religious Authorities: A Review. *Traumatology*. doi:10.1037/trm0000183
- Mengo, C., & Black, B. M. (2015). Violence Victimization on a College Campus: Impact on GPA and School Dropout. *Journal of College Student Retention: Research, Theory & Practice*, 18(2), 234-248. doi:10.1177/1521025115584750
- Mitchell, K. R., Mercer, C. H., Ploubidis, G. B., Jones, K. G., Datta, J., Field, N., . . . Wellings, K. (2013). Sexual function in Britain: findings from the third National

- Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, 382(9907), 1817-1829. doi:10.1016/S0140-6736(13)62366-1
- Molnar, B. E., Berkman, L. F., & Buka, S. L. (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychological Medicine*, 31(6), 965-977. doi:10.1017/S0033291701004329
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results From the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753.
- Moor, A. (2007). When Recounting the Traumatic Memories is Not Enough. *Women & Therapy*, 30(1-2), 19-33. doi:10.1300/J015v30n01_02
- Moss, M., Frank, E., & Anderson, B. (1990). The effects of marital status and partner support on rape trauma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60(3), 379-391. doi:10.1037/h0079179
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrappporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole* (NOVA Rapport 5/16) Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Moylan, C. A., & Javorcka, M. (2018). Widening the Lens: An Ecological Review of Campus Sexual Assault. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1-14. doi:10.1177/1524838018756121
- Muehlenhard, C. L., Powch, I. G., Phelps, J. L., & Giusti, L. M. (1992). Definitions of Rape: Scientific and Political Implications. *Journal of Social Issues*, 48(1), 23-44. doi:10.1111/j.1540-4560.1992.tb01155.x
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1994). The Effect of Child Sexual Abuse on Social, Interpersonal and Sexual Function in Adult Life. *British Journal of Psychiatry*, 165(1), 35-47. doi:10.1192/bjp.165.1.35
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 7-21. doi:10.1016/0145-2134(95)00112-3
- Neumann, D. A., Houskamp, B. M., Pollock, V. E., & Briere, J. (1996). The Long-Term Sequelae of Childhood Sexual Abuse in Women: A Meta-Analytic Review. *Child Maltreatment*, 1(1), 6-16. doi:10.1177/1077559596001001002
- Neville, H. A., & Heppner, M. J. (1999). Contextualizing rape: Reviewing sequelae and proposing a culturally inclusive ecological model of sexual assault recovery. *Applied and Preventive Psychology*, 8(1), 41-62. doi:10.1016/S0962-1849(99)80010-9

- Nguyen, T. P., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2017). Childhood abuse and later marital outcomes: Do partner characteristics moderate the association? *Journal of Family Psychology, 31*(1), 82-92. doi:10.1037/fam0000208
- Nickel, M. K., Tritt, K., Mitterlehner, F. O., Leiberich, P., Nickel, C., Lahmann, C., . . . Loew, T. H. (2004). Sexual Abuse in Childhood and Youth as Psychopathologically Relevant Life Occurrence: Cross-sectional survey. *Croatian Medical Journal, 45*(5), 483-489.
- Nielsen, B. F. R., Wind, G., Tjørnhøj-Thomsen, T., & Martinsen, B. (2018). A Scoping Review of Challenges in Adult Intimate Relationships After Childhood Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 27*(6), 718-728. doi:10.1080/10538712.2018.1491915
- Noll, J. G., Shenk, C. E., Yeh, M. T., Ji, J., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2010). Receptive language and educational attainment for sexually abused females. *Pediatrics, 126*(3), 1-14. doi:10.1542/peds.2010-0496
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(3), 409-418. doi:10.1037/0022-006X.60.3.409
- Otterbein, K. (1994). A cross-cultural study of rape. I K. Otterbein (Red.), *Feuding and Warfare* (s. 119-132). Amsterdam: Gordon and Beach Science Publishers.
- Pallant, J. (2013). *SPSS Survival Manual*. UK: McGraw-Hill Education.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A Meta-Analysis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. *The Journal of Psychology, 135*(1), 17-36. doi:10.1080/00223980109603677
- Pape, H., & Stefansen, K. (2004). *Den skjulte volden? En undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep* (NKVTS Rapport 1/04) Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Paras, M. L., Murad, M., Chen, L. P., & et al. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA, 302*(5), 550-561. doi:10.1001/jama.2009.1091
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*, 328-338. doi:10.1016/j.cpr.2009.02.007
- Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., & Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Comprehensive Psychiatry, 54*(1), 16-27. doi:10.1016/j.comppsy.2012.05.010

- Peterson, Z. D., Voller, E. K., Polusny, M. A., & Murdoch, M. (2011). Prevalence and consequences of adult sexual assault of men: Review of empirical findings and state of the literature. *Clinical Psychology Review, 31*(1), 1-24. doi:10.1016/j.cpr.2010.08.006
- Pieters, J., Italiano, P., Offermans, A.-M., & Hellemans, S. (2010). *Emotional, physical and sexual abuse - the experiences of women and men*. Brussels: Institute for the equality of women and men.
- Pilkington, N. W., & D'Augelli, A. R. (1995). Victimization of lesbian, gay, and bisexual youth in community settings. *Journal of Community Psychology, 23*(1), 34-56. doi:10.1002/1520-6629(199501)23:1<34::AID-JCOP2290230105>3.0.CO;2-N
- Polusny, M. A., & Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature *Applied & Preventive Psychology, 4*, 143-166.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(3), 269-278. doi:10.1097/00004583-200303000-00006
- Reinert, D. F., & Edwards, C. E. (2009). Attachment theory, childhood mistreatment, and religiosity. *Psychology of Religion and Spirituality, 1*(1), 25-34. doi:10.1037/a0014894
- Rind, B. (2001). Gay and bisexual adolescent boys' sexual experiences with men: An empirical examination of psychological correlates in a nonclinical sample. *Archives of Sexual Behavior, 30*, 345-368.
- Rossetti, S. J. (1995). The impact of child sexual abuse on attitudes toward god and the catholic church. *Child Abuse & Neglect, 19*(12), 1469-1481. doi:10.1016/0145-2134(95)00100-1
- Royse, D., Rompf, B. L., & Dhooper, S. S. (1991). Childhood trauma and adult life satisfaction in a random adult sample. *Psychological Reports, 69*, 1227-1231.
- Ruch, L. O., & Chandler, S. M. (1983). Sexual Assault Trauma During the Acute Phase: An Exploratory Model and Multivariate Analysis. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(2), 174-185. doi:10.2307/2136643
- Rumstein-McKean, O., & Hunsley, J. (2001). Interpersonal and family functioning of female survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review, 21*(3), 471-490. doi:10.1016/S0272-7358(99)00069-0
- Sachs-Ericsson, N., Kendall-Tackett, K. A., Sheffler, J., Arce, D., Rushing, N. C., & Corsentino, E. (2014). The influence of prior rape on the psychological and physical

- health functioning of older adults. *Aging & Mental Health*, 18(6), 717-730.
doi:10.1080/13607863.2014.884538
- Saewyc, E. M., Skay, C. L., Pettingell, S. L., Reis, E. A., Bearinger, L., Resnick, M., . . . Combs, L. (2006). Hazards of Stigma: The Sexual and Physical Abuse of Gay, Lesbian, and Bisexual Adolescents in the United States and Canada. *Child Welfare League of America*, 85(2), 195-213.
- Sanday, P. R. (1981). The Socio-Cultural Context of Rape: A Cross-Cultural Study. *Journal of Social Issues*, 37(4), 5-27. doi:10.1111/j.1540-4560.1981.tb01068.x
- Sandmoe, A., Wentzel-Larsen, T., & Hjemdal, O. K. (2017). *Vold og overgrep mot eldre personer i Norge: En nasjonal forekomststudie* (NKVTS Rapport 9/17) Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(3), 223-233.
- Senn, T. E., Carey, M. P., & Coury-Doniger, P. (2012). Mediators of the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Women's Sexual Risk Behavior: A Comparison of Two Theoretical Framework. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 1363-1377.
doi:10.1007/s10508-011-9897-z
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (2013). *European report on preventing child maltreatment*: World Health Organization, Regional Office for Europe Copenhagen, Denmark.
- Shevlin, M., McElroy, E., & Murphy, J. (2015). Loneliness mediates the relationship between childhood trauma and adult psychopathology: evidence from the adult psychiatric morbidity survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(4), 591-601.
doi:10.1007/s00127-014-0951-8
- Sinclair, V. G., & Dowdy, S. W. (2005). Development and Validation of the Emotional Intimacy Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 13(3), 193-206.
doi:10.1891/106137405780954415
- Sorenson, S. B., & Siegel, J. M. (1992). Gender, ethnicity, and sexual assault: Findings from a Los Angeles Study. *Journal of Social Issues*, 48(93-104).
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person*. New York: Guilford.

- Steine, I. M., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J., Nordhus, I. H., Mrdalj, J., & Pallesen, S. (2012). Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, *49*, 950-957.
- Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *110*(15), 5797. doi:10.1073/pnas.1219686110
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment*, *16*(2), 79-101. doi:10.1177/1077559511403920
- Stout-Miller, R., Miller, L. S., & Langenbrunner, M. R. (1998). Religiosity and Child Sexual Abuse: A Risk Factor Assessment. *Journal of Child Sexual Abuse*, *6*(4), 15-34. doi:10.1300/J070v06n04_02
- Styron, T., & Janoff-Bulman, R. (1997). Childhood attachment and abuse: Long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. *Child Abuse & Neglect*, *21*, 1015-1023.
- Sundaram, V., Laursen, B., & Helweg-Larsen, K. (2008). Is Sexual Victimization Gender Specific?: The Prevalence of Forced Sexual Activity Among Men and Women in Denmark, and Self-Reported Well-Being Among Survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, *23*(10), 1414-1440. doi:10.1177/0886260508314305
- Søgaard, H. J., & Bech, P. (2009). Psychometric analysis of common mental disorders-Screening Questionnaire (CMD-SQ) in long term sickness absence. *Scandinavian journal of public health* *37*, 855-863.
- Thelen, M. H., Sherman, M. D., & Borst, T. S. (1998). Fear of Intimacy and Attachment among Rape Survivors. *Behavior Modification*, *22*(1), 108-116. doi:10.1177/01454455980221007
- Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv* (NKVTS Rapport 1/14) Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Thoresen, S., Aakvaag, H. F., Strøm, I. F., Wentzel-Larsen, T., & Birkeland, M. S. (2018). Loneliness as a mediator of the relationship between shame and health problems in young people exposed to childhood violence. *Social Science & Medicine*, *211*, 183-189. doi:10.1016/j.socscimed.2018.06.002

- Tishelman, A. C., & Fontes, L. A. (2017). Religion in child sexual abuse forensic interviews. *Child Abuse & Neglect, 63*, 120-130. doi:10.1016/j.chiabu.2016.11.025
- Træen, B. (2008a). Sexuality from Adolescent to Adult. I B. Træen & B. Lewin (Red.), *Sexuality in Context*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Træen, B. (2008b). Sexuality in Context. I B. Træen & B. Lewin (Red.), *Sexuality in Context*. Oslo: Universitetsforlaget
- Træen, B. (2009). Sex as an obligation and interpersonal communication among Norwegian heterosexual couples. *Personality and Social Sciences, 50*, 221-229. doi:10.1111/j.1467-9450.2008.00698.x
- Træen, B., Štulhofer, A., & Landripet, I. (2011). Young and Sexual in Norway and Croatia: Revisiting the Scandinavian Versus Mediterranean Gendered Pattern of Sexual Initiation. *International Journal of Sexual Health, 23*(3), 196-209. doi:10.1080/19317611.2011.574786
- Ullman, S. E., & Siegel, J. M. (1993). Victim-offender relationship and sexual assault. *Violence and Victims, 8*, 121-134.
- Ullman, S. E., Townsend, S. M., Filipas, H. H., & Starzynski, L. L. (2007). Structural Models of the Relations of Assault Severity, Social Support, Avoidance Coping, Self-Blame, and PTSD Among Sexual Assault Survivors. *Psychology of Women Quarterly, 31*(1), 23-37. doi:10.1111/j.1471-6402.2007.00328.x
- van Duin, E. M., Verlinden, E., Vrolijk-Bosschaart, T. F., Diehle, J., Verhoeff, A. P., Brilleslijper-Kater, S. N., & Lindauer, R. J. L. (2018). Sexual abuse in very young children: a psychological assessment in the Amsterdam Sexual Abuse Case study. *European Journal of Psychotraumatology, 9*(1), 1503524. doi:10.1080/20008198.2018.1503524
- Walker, A. (1993). *Age and attitudes: Main results from a Eurobarometer Survey*. Commission of the European Communities.
- Walker, D. F., Reid, H. W., O'Neill, T., & Brown, L. (2009). Changes in personal religion/spirituality during and after childhood abuse: A review and synthesis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1*(2), 130-145. doi:10.1037/a0016211
- Walker, E. C., Holman, T. B., & Busby, D. M. (2009). Childhood Sexual Abuse, Other Childhood Factors, and Pathways to Survivors' Adult Relationship Quality. *Journal of Family Violence, 24*(6), 397-406. doi:10.1007/s10896-009-9242-7

- Whiffen, V. E., Judd, M. E., & Aube, J. A. (1999). Intimate Relationships Moderate the Association Between Childhood Sexual Abuse and Depression. *Journal of Interpersonal Violence, 14*(9), 940-954. doi:10.1177/088626099014009002
- Whisman, M. A. (2006). Childhood trauma and marital outcomes. *Personal Relationships, 13*, 375-386.
- Whitelock, C. F., Lamb, M. E., & Rentfrow, P. J. (2013). Overcoming Trauma: Psychological and Demographic Characteristics of Child Sexual Abuse Survivors in Adulthood. *Clinical Psychological Science, 1*(4), 351-362. doi:10.1177/2167702613480136
- Widom, C. S., & Morris, S. (1997). Accuracy of adult recollections of childhood victimization, part 2: childhood sexual abuse. *Psychological Assessment, 9*(1), 34-46.
- Wijma, B., Schei, B., Swahnberg, K., Hilden, M., Offerdal, K., Pikarinen, U., & Halmesmäki, E. (2003). Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *The Lancet, 361*, 2107-2113. doi:10.1016/S0140-6736(03)13719-1
- Wilsnack, S. C., Kristjanson, A. F., Hughes, T. L., & Benson, P. W. (2012). Characteristics of childhood sexual abuse in lesbians and heterosexual women. *Child Abuse & Neglect, 36*, 260-265.
- Wilson, H. W., & Widom, C. S. (2010). Does physical abuse, sexual abuse, or neglect in childhood increase the likelihood of same-sex sexual relationships and cohabitation? A prospective 30-years follow-up. *Archives of Sexual Behavior, 39*, 63-74.
- Wolfe, V. V. (2007). Child sexual abuse. I E. J. Mash & R. A. Barkley (Red.), *Assessment of childhood disorders* (4. utg., s. 685-748). New York, NY: Guilford.
- World Health Organization. (2018). Ageing and health. Hentet 13. februar 2019, fra <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- World Medical Association. (2013). WMA Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hentet fra <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>
- Xu, Y., & Zheng, Y. (2015). Prevalence of Childhood Sexual Abuse among Lesbian, Gay, and Bisexual People: A Meta-Analysis. *Journal of Child Sexual Abuse, 24*(3), 315-331. doi:10.1080/10538712.2015.1006746

Vedlegg

Vedlegg 1: Spørreskjemaet

For each question, read the question text and answers carefully before you tick your answer in the box to the right or below the answer that fits best. This questionnaire should be completed on your own and without sharing your answers with others. Your answers will be treated confidentially, and no one can know who has answered what.	
<p>1 What is your gender?</p> <p>Male <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Female <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Other <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>6 If had a steady/ committed relationship:</p> <p>How many years did the last steady/ committed relationship last?</p> <p style="text-align: right;">☆</p> <p>Write number of years (if less than 6 months, write 00, if 6-12 months, write 01):</p> <p>Write your answer, go to the next question: <input style="width: 40px;" type="text"/></p>
<p>2 What year were you born?</p> <p>Write your year of birth: <input style="width: 60px;" type="text"/></p>	<p>7 If had a steady/ committed relationship:</p> <p>How many years ago did the last steady/ committed relationship end?</p> <p style="text-align: right;">☆</p> <p>Write number of years (if less than 6 months, write 00, if 6-12 months, write 01):</p> <p>Write your answer, skip to question 12: <input style="width: 40px;" type="text"/></p>
<p>3 What is your highest level of formal education?</p> <p style="text-align: center;">One answer only</p> <p>Primary school (6-8 years at school) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Lower secondary school (9-10 years at school) .. <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Higher secondary school, high school (12-13 years at school) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>College, lower university level (Bachelor degree level or similar) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Higher university level (Master degree, PhD. level or similar) <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>8 If you have a steady/ committed relationship:</p> <p>How long have you been in this steady/ committed relationship?</p> <p style="text-align: right;">☆</p> <p>Write number of years (if less than 6 months, write 00, if 6-12 months, write 01):</p> <p>..... <input style="width: 40px;" type="text"/></p>
<p>4 Do you currently have a steady/ committed relationship with anybody? A steady/ committed relationship also includes married/ cohabiting persons.</p> <p style="text-align: center;">One answer only. Follow instruction to next question.</p> <p>Yes (⇒ 8) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No (⇒ 5) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Unsure (⇒ 5) <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>9 If you have a steady/ committed relationship:</p> <p>Is your steady/ committed relationship with a man or a woman?</p> <p style="text-align: right;">☆</p> <p>Man <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Woman <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Other <input type="checkbox"/> 3</p>
<p>5 Have you ever had a steady/ committed relationship?</p> <p style="text-align: center;">One answer only. Follow instruction to next question.</p> <p style="text-align: right;">☆</p> <p>Yes (⇒ 6) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No (⇒ 12) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Unsure, don't wish to say (⇒ 12) <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>10 If you have a steady/ committed relationship:</p> <p>How old is your partner?</p> <p style="text-align: right;">☆</p> <p>Write the age of your partner: <input style="width: 40px;" type="text"/></p>

11 If you have a steady/ committed relationship:
Is your partner currently ... Tick all that apply

*

In paid work/employed 1.
Retired from paid work 2.
Doing unpaid or voluntary work 3.
Looking after home or family, unpaid 4.
Other 5.

12 **FOR ALL:**
How would you describe the town or community where you live? One answer only

Rural (under 5,000 inhabitants) 1
Small town (5,001-50,000 inhabitants) 2
Medium-sized city (from 50,001-200,000 inhabitants) 3
Suburb of a large-sized city (more than 200,000 inhabitants) 4
Downtown or in the central district of a large-sized city (more than 200,000 inhabitants) 5
Other 6

13 Are you currently.....? Tick all that apply

In paid work/employed 1.
Retired from paid work 2.
Doing unpaid or voluntary work 3.
Looking after home or family, unpaid 4.
Other 5.

14 Which of the options below describes best how you currently think of yourself? One answer only

Heterosexual 1
Gay/ Lesbian 2
Bisexual 3
Other 4

15 Do you currently regard yourself as belonging to any particular religion? One answer only

No 01
Yes, Christian - no particular denomination 02
Yes, Roman Catholic 03
Yes, Protestant/Church of England/Anglican 04
Yes, Free Church/Non conformist/ Evangelical ... 05
Yes, Hindu 06
Yes, Jew 07
Yes, Islam/Muslim 08
Yes, Buddhist 09
Yes, Other 10
Don't know 11

16 Apart from special occasions such as weddings, funerals and baptisms, how often do you attend services or meetings connected with your religion? One answer only

Never 1
Less than once a year 2
Once a year 3
Twice a year 4
Once a month 5
Once every two weeks 6
Once a week or more 7

THE FOLLOWING QUESTIONS ASK ABOUT YOUR HEALTH AND QUALITY OF LIFE

17 Has a doctor ever told you that you have any of the medical conditions listed below? Tick all that apply

Arthritis 01.
Heart attack 02.
Coronary Artery disease / angina / other form of heart disease 03.
Hypertension, also known as high blood pressure 04.
Stroke 05.
Diabetes, also known as high blood sugar 06.
Chronic Lung disease (not including asthma) 07.
Parkinson's disease 08.
Epilepsy 09.
If you are a man: Benign prostatic hypertrophy .. 10.
If you are a man: Prostate cancer 11.
If you are a woman: Cancer in the uterus or ovaries 12.
If you are a woman: Breast cancer 13.

18 Are you currently taking any type of medicine prescribed by a doctor for depression? One answer only

Yes 1
No 2

19 If you are a woman: Have you ever taken hormone replacement therapy (HRT)? One answer only

*

Yes 1
No 2

To all: Now some questions about your views on your health. If you are unsure how to answer a question, please give the best answer you can.

20 In general, would you say your health is:

One answer only

Excellent 1
 Very good 2
 Good 3
 Fair 4
 Poor 5

21 The following questions are about activities you might do during a typical day.

Does your health now limit you in these activities? If so, how much?

Tick one box on each line

	A lot	To some extent	A little	Not at all	
• Moderate activities such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling, or playing golf?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1
• Climbing several flights of stairs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2

22 During the past 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of your physical health?

Tick one box on each line

	Yes		No	
• Accomplished less than you would like?	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	1
• Been limited in the kind of work or other activities you do?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	2

23 During the past 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of any emotional problems (such as feeling depressed or anxious)?

Tick one box on each line

	Yes		No	
• Accomplished less than you would like?	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	1
• Did work or activities less carefully than usual?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	2

24 During the past 4 weeks, how much did pain interfere with your normal work (including work outside the home and housework)?

One answer only

Not at all 1
 A little bit 2
 Moderately 3
 Quite a bit 4
 Extremely 5

25 These questions are about how you have been feeling during the past 4 weeks. For each question, please give the one answer that comes closest to the way you have been feeling.

How much of the time during the past 4 weeks ...

Tick one box on each line

	All the time	Most of the time	A good bit of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time	
• Have you felt calm and peaceful?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1
• Did you have a lot of energy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
• Have you felt down-hearted and blue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3

26 During the past 4 weeks, how much of the time has your physical health or emotional problems interfered with your social activities (like visiting friends, relatives, etc.)?

One answer only

All the time 1
 Most of the time 2
 A good bit of the time 3
 Some of the time 4
 A little of the time 5
 None of the time 6

27 How much do you weigh at present?

Please record in kilograms:

28 How tall are you?

Please record in centimeters:

29 How many hours per week do you exercise?

Apart from sports please also include household and gardening activities, walks, and bike rides to and from work and/or leisure activities

One answer only

None 1
 About ½ hour per week 2
 About 1-2 hours per week 3
 About 3-4 hours per week 4
 About 5-6 hours per week 5
 7+ hours per week 6

30 On average, how much do you usually smoke during a typical week?

Write number of cigarettes/cigars/ cheroots or cigarillos

If you don't smoke, write 000

31 On average, how many alcoholic beverages do you consume in a typical week?

Write the average number of glasses in each line. If you don't drink the kind of beverage, write 00.

- Number of glasses of beer? 1
- Number of glasses of wine? 2
- Number of glasses of Port wine, Sherry etc. ? 3
- Number of glasses of spirits? 4

32 Below are five statements with which you may agree or disagree. Using the 1-7 scale below, please indicate your agreement with each item by placing the appropriate number on the line preceding that item. Please be open and honest in your responding

Tick one box on each line

	1	2	3	4	5	6	7	
	Strongly disagree	Disagree	Slightly disagree	Neither agree nor disagree	Slightly agree	Agree	Strongly agree	
• In most ways my life is close to my ideal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
• The conditions of my life are excellent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
• So far, I have gotten the important things I want in life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
• I am satisfied with my life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
• If I could live my life over, I would change almost nothing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5

32B Below are 11 statements with which you may agree or disagree. Using the 1-6 scale below, please indicate your agreement with each item by placing the appropriate number on the line preceding that item.

Tick one box on each line

	1	2	3	4	5	6	
	Strongly disagree					Strongly agree	
• I am satisfied with my physical appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
• I don't like the way I look	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
• The way I look makes me feel good about myself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
• The way I look makes me unattractive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
• My body and face look pretty much the way I would like ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
• I feel bad about my body and my appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
• For me my appearance is an important part of who I am .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
• I am often aware of the way that I look to other people ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
• In most situations, I find myself aware of the way my face and body look	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
• I often think about the impression that the appearance of my face and body make	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
• I am usually conscious of my appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11

33 During the past 4 weeks , how much were you bothered by.....

Tick one box on each line

	Not at all	A little	Moderately	Quite a bit	Extremely	
	1	2	3	4	5	
• Feeling blue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
• Feeling suddenly scared for no reason	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
• Feelings of worthlessness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
• Nervousness or shakiness inside	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
• Thoughts about ending your life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
• Spells of terror or panic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
• Feelings of being trapped or caught	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
• Worrying too much	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
• Feeling lonely	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
• Blaming yourself for things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10

34 The next three questions are about how you feel about different aspects of your life. For each one, please indicate how often you feel that way.

Tick one box on each line

	Hardly ever	Some of the time	Often	
	1	2	3	
• How often do you feel that you lack companionship?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
• How often do you feel left out?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
• How often do you feel isolated from others?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3

THE FOLLOWING QUESTIONS ARE ABOUT YOUR ATTITUDES AND BELIEFS

35 This question asks about your personal attitudes to sex. Please tick the one response that best describes your reaction to each of the following statements.

Tick one box on each line

	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree	
	1	2	3	4	5	
• Having sexual relations before marriage is wrong	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
• A married person having sexual relations with someone other than their spouse is wrong	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
• Two adults of the same sex having sexual relations is wrong	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
• Having one night stands is wrong	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
• Satisfactory sexual relations are essential to the maintenance of a long-term relationship	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
• Sexual relations without love is OK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
• People are under a lot of pressure to have sex nowadays	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
• There's too much sex in the media nowadays	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
• Young people today start having sex too early	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
• Men have a naturally higher sex drive than women	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
• The ability to have sex decreases as a person grows older	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
• Sexual changes that occur with age are not important to older people	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
• Being sexually active is physically and psychologically beneficial to older people	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13

WE WILL NOW ASK YOU SOME QUESTIONS RELATED TO YOUR SEX LIFE AND SEXUAL EXPERIENCES

The questions that follow use terms like sexual intercourse, oral sex and vaginal intercourse. So that everyone attaches the same meaning to these terms, they are explained:

PARTNERS OR SEXUAL PARTNERS: People who have had sex together - whether just once, or a few times, or as regular partners, or as married partners.

VAGINAL SEX (vaginal sexual intercourse): A penis, or other objects inserted in a woman's vagina.

ORAL SEX (oral sexual intercourse): A woman's/ man's mouth on a partner's genital area.

ANAL SEX (anal sexual intercourse): A penis or other objects inserted in own/partner's anus (rectum or back passage).

SEXUAL INTERCOURSE: This includes vaginal, oral and/or anal sex with another person.

HAVING/ HAD SEX: This includes sexual intercourse, masturbation, petting or fondling.

36 Have you ever in your lifetime had any sexual activity (sexual intercourse, masturbation, petting or fondling)?

One answer only

Yes 1

No 2

37 What activities related to love and sexuality do you engage in on the Internet?

Tick all that apply

I am not doing anything related to love and sexuality on Internet 01.

Using social media such as Facebook or Twitter to find a committed partner 02.

Checking out dating sites to find a committed partner 03.

Using social media such as Facebook or Twitter to find a partner for sex 04.

Checking out dating sites to find sex partners 05.

Reading or watching erotica or pornography 06.

Seeking sexuality counseling 07.

Seeking information or advice 08.

Buying sex products (sex-toys, erotica, Viagra, lubricants etc.) 09.

Other 10.

38 Compared to 10 years ago, how would you rate your interest in sex?
 One answer only

Much lower 1
 Somewhat lower 2
 About the same 3
 Somewhat higher 4
 Much higher 5

39 How satisfied are you with the current level of sexual activity in your life, in a general way?
 One answer only

Very satisfied 1
 Rather satisfied 2
 Neither satisfied nor dissatisfied 3
 Rather dissatisfied 4
 Very dissatisfied 5

40 Have you sought professional help for a sexual issue in the last 5 years?
 Tick all that apply

No (⇒ 43) 1.
 Yes, because sexual activity is important to me ... 2.
 Yes, because sexual activity is important to our relationship 3.
 Yes, because my partner wanted me to 4.
 Yes, because the change in my sex life had a negative impact on how I felt (e.g. sad, depressed, frustrated) 5.
 Yes, because the change in our sex life had a negative impact on our relationship (e.g. loss of love, tension, arguments) 6.
 Yes, because I feared that my partner would seek another sexual partner 7.
 Yes, because I was concerned that I would not be able to meet a new sexual partner 8.
 Yes, for other reasons 9.

41 If received professional help, was this from:
 Tick all that apply

Primary care physician / General practitioner 01.
 Primary care nurse 02.
 Secondary care nurse 03.
 Secondary care doctor 04.
 Physiotherapist 05.
 Support worker 06.
 Social worker 07.
 Sexual and relationship therapist 08.
 Psychologist 09.
 Other 10.

42 If you received professional help, how satisfied were you with the help you received?
 One answer only

Very dissatisfied 1
 Dissatisfied 2
 Neither dissatisfied nor satisfied 3
 Satisfied 4
 Very satisfied 5

43 To all:
 In the past 5 years, has a doctor or other health professional asked you about your sex life?
 One answer only

Yes 1
 No 2

44 Have you sought help for a sexuality related issue or problem from any of the following sources in the past 5 years?
 Tick all that apply

Friend 01.
 Family member 02.
 Partner 03.
 Helpline 04.
 Health center or clinic 05.
 Internet websites 06.
 Internet discussion groups 07.
 Magazines 08.
 Self-help books/Information leaflets 09.
 Self-help groups 10.
 GP/Family doctor 11.
 Sexual health/GUM/STI clinic 12.
 Psychiatrist or psychologist 13.
 Relationship counsellor 14.
 Other type of clinic or doctor 15.
 Have not sought any help 16.

45 If you have experienced a sexual issue and NOT sought help, what was the reason(s) for this?
 Tick all that apply

Embarrassed 1.
 Ashamed 2.
 Didn't have time 3.
 Expected it would clear up on its own 4.
 Symptoms did not bother me 5.
 I did not know where to seek help 6.
 Other reasons 7.

46 Have you ever, in your life time, been in a situation in which you did or had to do something sexual against your will or without your consent?
 One answer only

Never 1
 Yes, before the age of 18 2
 Yes, after the age of 18 3
 Yes, both before and after the age of 18 4

IF YOU NEVER HAD SEX (ANSWERED NO ON QUESTION 36), EXIT THE QUESTIONNAIRE, AND SEND IT TO IPSOS AS SOON AS POSSIBLE.

THANK YOU VERY MUCH FOR YOUR PARTICIPATION!

FOR ALL WHO HAVE EVER HAD SEX (YES ON QUESTION 36): The next questions are about your sex life. Some questions use the term 'having sex'. By this we mean vaginal, oral, or anal sexual intercourse, masturbation, petting or fondling. Some people go through times when they are not interested in sex or find it difficult to enjoy sexual activities. The questions that follow are about some common difficulties that people experience.

47 FOR ALL WHO HAVE HAD SEX AND ANSWERED YES IN QUESTION 36:

IN EACH LINE: ANSWER QUESTION A (EXPERIENCED) FIRST, AND THEN QUESTION B (HOW DISTRESSED IF EXPERIENCED).

Tick one or two boxes in each line

	A		B				
	In the last year, have you experienced any of the following for a period of 3 months or longer?		If yes on question A: How much distress did this experience cause you?				
	Yes	No	No distress	Mild distress	Moderate distress	Severe distress	
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
• Lacked interest in having sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
• Lacked enjoyment in sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
• Felt anxious during sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
• Felt physical pain as a result of sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
• Felt no excitement or arousal during sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
• Did not reach a climax (experience an orgasm) or took a long time to reach a climax despite feeling excited/aroused	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
• Reached a climax (experienced an orgasm) more quickly than you would like	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
• If woman: Had an uncomfortably dry vagina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
• If man: Had trouble getting or keeping an erection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9

48 Thinking about your sex life in the last year: All things considered, how satisfied are you with your sexual life?

One answer only

Completely dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Completely satisfied
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

49 Compared to 10 years ago, how would you rate your overall enjoyment in sex?
 One answer only

☆

Much lower 1
 Somewhat lower 2
 About the same 3
 Somewhat higher 4
 Much higher 5

50 Compared to 10 years ago, how would you rate the quality of your orgasm?
 One answer only

☆

Much lower 1
 Somewhat lower 2
 About the same 3
 Somewhat higher 4
 Much higher 5
 I do not experience orgasm 6

51 In your lifetime, how would you rate your sexual activity throughout most of your life (until the age of 60)?
 One answer only

☆

I was sexually very active 1
 I was moderately sexually active 2
 Neither active nor inactive 3
 I was moderately sexually inactive 4
 I was sexually very inactive 5

52 Have you had any sexual activity (sexual intercourse, masturbation, petting or fondling) in the past year?
 One answer only

☆

Yes 1
 No 2

THE FOLLOWING QUESTIONS ASK ABOUT THE FREQUENCY OF YOUR SEXUAL ACTIVITIES DURING THE PAST MONTH.

53 How many times have you had or attempted sexual intercourse (vaginal, anal or oral sex) during the past month?
 One answer only

☆

None 1
 Once in the past month 2
 2 or 3 times in the past month 3
 Once a week 4
 2 or 3 times a week 5
 Once a day 6
 More than once a day 7

54 How often did you masturbate in the past month?
 One answer only

☆

None 1
 Once in the past month 2
 2 or 3 times in the past month 3
 Once a week 4
 2 or 3 times a week 5
 Once a day 6
 More than once a day 7

55 Thinking about the past month, have you been worried or concerned by the overall frequency of your sexual activities (sexual intercourse, kissing, fondling and petting and masturbation)?
 One answer only

☆

Not at all worried or concerned 1
 A little bit worried or concerned 2
 Moderately worried or concerned 3
 Very worried or concerned 4
 Extremely worried or concerned 5

56 Have you ever had sexual intercourse?
 One answer only

☆

Yes 1
 No 2

IF YOU NEVER HAD SEX WITH A PARTNER, EXIT THE QUESTIONNAIRE AND SEND IT TO IPSOS AS SOON AS POSSIBLE.

THANK YOU VERY MUCH FOR YOUR PARTICIPATION!

57 This question is about the person you had sex with most recently, whether this was quite recently or some while ago. Was the person you had sex with most recently your regular spouse or committed partner?
 One answer only

☆

Yes 1
 No 2
 Do not want to answer 3

PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING QUESTIONS WITH YOUR REGULAR SEX PARTNER OR COMMITTED PARTNER IN MIND.

IF YOU DO NOT HAVE A REGULAR OR COMMITTED PARTNER, SKIP TO QUESTION 63

58 Thinking about your relationship with your partner, how often does this apply to your situation:

I feel emotionally close to my partner when we have sex together

One answer only

- ☆
- Always 1
- Most of the time 2
- Sometimes 3
- Not very often 4
- Hardly ever 5

59 On a scale of 1 to 7, where 1 means 'very happy' and 7 means 'very unhappy': How happy or unhappy are you with your relationship with your partner, all things considered?

One answer only

- ☆
- 1 Very happy 2 Quite happy 3 Somewhat happy 4 Neither happy nor unhappy 5 Somewhat unhappy 6 Quite unhappy 7 Very unhappy

Tick your answer: 1 2 3 4 5 6 7

60 Please indicate how much you agree with each of the following statements with your regular partner or spouse in mind:

Tick one box on each line

- | | | Strongly agree | Agree | Neither agree nor disagree | Disagree | Strongly disagree |
|---|----|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • This person completely accepts me as I am. | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • I can share my deepest thoughts and feelings with this person. | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • This person cares deeply for me. | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • This person would willingly help me in any way. | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • My thoughts and feelings are understood and affirmed by this person. | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • My partner has experienced sexual difficulties in the last year. | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • My partner and I share about the same level of interest in having sex. | 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • My partner and I share the same sexual likes and dislikes. | 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • I am not interested in sex. | 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • My partner has no interest in sex. | 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

61 My partner and I kiss and cuddle each other.....

One answer only. Tick what fits best.

- ☆
- Very seldom or seldom 1
- Often or very often 2

62 Over the past 4 weeks, how often have you been sexually touched and caressed by your partner?

One answer only.

- ☆
- Not at all, once or twice or weekly 1
- 2-3 times a week, almost daily or daily 2

63 How often have you avoided sex during the last year?

One answer only

☆

Never (⇒ 65) 1

Rarely 2

Sometimes 3

Often 4

Always or almost always 5

64 If you have avoided sex: Why have you avoided having sex?

Tick all that apply

☆

Relationship problems 1.

Worries about sexually transmitted infections 2.

Sexual difficulties 3.

Partner's sexual difficulties 4.

Body image concerns 5.

Health problems 6.

I'm not interested in sex anymore 7.

Other 8.

65 In general, do you and your partner use any lubricants during sexual activity?

One answer only

☆

Yes 1

No 2

66 Have you or your partner ever taken any type of medicine or pills to assist your sexual performance, for example Viagra, Cialis, Levitra or Spedra?

One answer only

☆

Yes 1

No 2

Don't know 3