

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Barnmisshandel och dess påverkan på sexuell hälsa och
sexuellt risktagande bland unga i Sverige**

Sara Mehdin och Lise Mueller

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
PM25
Höstterminen 2019

Handledare: Johan Hagborg Melander
Annika Björnsdotter

Barnmisshandel och dess påverkan på sexuell hälsa och sexuellt risktagande bland unga i Sverige

Sara Mehdin och Lise Mueller

Sammanfattning. Syftet med denna studie var att undersöka sambandet mellan barnmisshandel och sexuell hälsa/ohälsa, sexuell upptagenhet/aversion och sexuellt risktagande i en svensk normalpopulation i åldrarna 17–18. Data samlades in via självskattningsformulär i en klassrumsmiljö från 822 elever. Jämförelser gjordes mellan de som rapporterat utsatthet för barnmisshandel och de som inte rapporterat utsatthet. Signifikanta skillnader mellan grupperna fanns avseende sexuell hälsa/ohälsa, sexuell upptagenhet, samt sexuellt risktagande på nätet. Den utsatta gruppen rapporterade i högre utsträckning sexuell upptagenhet och att de mått dåligt av sex. Barnmisshandel verkar således kunna påverka den sexuella hälsan negativt. Däremot skiljer sig grupperna inte åt avseende sexuellt risktagande förutom på nätet vilket diskuteras. Mer forskning behövs för att förstå hur barnmisshandel kan påverka ungas sexuella hälsa.

Barnmisshandel är ett folkhälsoproblem som påverkar många barn och ungdomars psykiska hälsa över hela världen (Jernbro & Janson, 2017; Trickett, Negriff, Ji, & Peckins, 2011). Definitionen av barnmisshandel inbegriper övergrepp och försummelse som inträffar mot barn under 18 år (World Health Organisation [WHO], 2016a). Inom denna definition ingår alla typer av fysiska, känslomässiga och sexuella övergrepp samt fysisk och känslomässig försummelse (WHO, 2016a).

En aspekt av psykisk hälsa som inte alltid lyfts fram, men som kan påverkas negativt av övergrepp och försummelse i barndomen, är den sexuella utvecklingen och hälsan (Häggström-Nordin & Mattebo, 2016; Noll, Trickett, & Putnam, 2003). Tidigare forskning har visat på samband mellan utsatthet för barnmisshandel och senare sexuellt risktagande såsom tidig samlagsdebut, att ha oskyddat samlag, tonårsgraviditeter, könssjukdomar, ett högt antal sexuella partners och att ha utfört sexuella tjänster mot betalning (Lalor & McElvaney, 2010; Randolph & Mosack, 2006; Ryan, Mendle, & Markowitz, 2015; Thibodeau, Lavoie, Hébert, & Blais, 2017; Trickett et al., 2011).

Jonsson (2015) konstaterade i sin studie att ungdomar som utsatts för sexuella och fysiska övergrepp i större utsträckning rapporterade erfarenhet av sexuella beteenden på nätet. Därav kan det vara av vikt att inkludera sexuella aktiviteter på nätet när sexuellt risktagande undersöks kopplat till barnmisshandel.

Av de olika typerna av barnmisshandel har sexuella övergrepp funnits vara den främsta prediktorn till senare sexuellt risktagande (Noll et al., 2003; Senn & Carey, 2010; Thibodeau et al., 2017). Exempelvis visade Trickett et al. (2011) att personer som utsatts för sexuellt våld i barndomen löper dubbelt så stor risk att utsättas för våld, såväl sexuellt som fysiskt, under de tidiga vuxenåren jämfört med de som inte varit utsatta för någon typ av barnmisshandel. Vidare benämns sexuella övergrepp och svåra uppväxtvillkor som faktorer som kan kopplas till senare sexuellt risktagande i en statlig rapport gjord i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2017).

En studie gjord i Kanada av Thibodeau et al. (2017) visade att olika typer av övergrepp och försummelse i barndomen var associerade till senare sexuellt risktagande (oskyddat sex, förekomst av könssjukdom, tidig sexuell debut och ett högt antal sexuella partner). De kunde även se att de som utsatts för flera typer av barnmisshandel uppvisade mer sexuellt risktagande, det vill säga att det fanns kumulativa effekter av övergrepp och våld (Thibodeau et al., 2017).

Få studier har undersökt sambandet mellan barnmisshandel och generell sexuell hälsa. Det finns dock studier som sett att utsatthet för sexuella övergrepp i barndomen kan leda till en upptagenhet av sex, såsom ett överdrivet onanerande, men också att det kan leda till en aversion inför sex (Noll et al., 2003). Noll et al. (2011) fann i sin studie att sexuell upptagenhet predicerar sexuellt risktagande hos ungdomar. De menar att barnmisshandel kan leda till svårigheter att reglera känslor och tillsammans med en sexuell upptagenhet predicerar detta sexuellt risktagande. Författarna såg att ungdomar som varit utsatta för barnmisshandel hade svårare att stå emot sina sexuella impulser även då dessa kunde leda till negativa konsekvenser, jämfört med ungdomar som inte hade varit utsatta för barnmisshandel.

Tidigare forskning har fokuserat på huruvida sexuella övergrepp påverkar senare sexuell hälsa och sexuellt risktagande medan påverkan av andra former av barnmisshandel inte är lika studerat. Detta kan anses vara en viktig kunskapslucka då senare studier visar att utsatthet för flera typer av övergrepp, så kallad polyviktisering, och upprepat våld, så kallat kumulativt våld, har en större negativ påverkan på hälsan jämfört med varje typ av övergrepp enskilt (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007).

Barnmisshandel

WHO beskriver, som tidigare nämnts, barnmisshandel som övergrepp och försummelse som inträffar mot barn under 18 år (WHO, 2016a). Begreppet inkluderar alla typer av fysiska, känslomässiga och sexuella övergrepp samt känslomässig och fysisk försummelse. Vidare inkluderas kommersiell eller annan exploatering av barn som resulterar i faktisk eller potentiell skada på barnets hälsa, överlevnad, utveckling eller värdighet. Barnmisshandel sker i en kontext där barnet är i underläge eller beroende av den andres förtroende, ansvar eller makt (WHO, 2016a). Exponering för intimt partnervåld inkluderas ibland också som en form av misshandel mot barn (WHO, 2016a). Utöver det WHO (2016a) beskriver som barnmisshandel poängterar socialdepartementet (2001) i sin definition av barnmisshandel vikten av att inte skilja mellan avsiktliga och oavsiktliga handlingar eller aktiv och passiv försummelse.

Barnmisshandel kan kategoriseras i fem olika typer av misshandel: fysiska övergrepp, känslomässiga övergrepp, sexuella övergrepp, fysisk försummelse och känslomässig försummelse (Bernstein & Fink, 1998). I detta arbete kommer begreppet barnmisshandel innefatta alla de fem typer av misshandel som nämns ovan av Bernstein & Fink (1998).

Förekomst av barnmisshandel i Sverige. Stiftelsen Allmänna Barnhuset genomför på uppdrag av regeringen återkommande kartläggningar över hur barnmisshandeln i Sverige ser ut. Sedan år 2000 har fyra kartläggningar gjorts och detta gör Sverige unikt i världen. Jernbro & Janson (2017) utförde år 2016 Stiftelsen Allmänna Barnhusets kartläggning av våld mot barn i Sverige, där 4 700 elever från årskurs nio i grundskolan och årskurs två på gymnasiet svarade på frågor kring erfarenhet av våld

under barndomen av en vuxen. Totalt uppgav 44% av eleverna att de varit utsatta för någon typ av misshandel. En högre andel pojkar (25,4%) än flickor (22,4%) uppgav att de hade varit utsatta för fysiska övergrepp. En högre andel flickor (16,7%) än pojkar (13,2%) uppgav att de varit utsatta för känslomässiga övergrepp. En betydligt högre andel flickor (14,2%) än pojkar (2,0%) uppgav att de varit utsatta för sexuella övergrepp av en vuxen. Slutligen uppgav en högre andel flickor (6,2%) än pojkar (5,6%) att de varit utsatta för försummelse (Jernbro & Janson, 2017). När Jernbro & Janson (2017) jämför sina siffror med tidigare års kartläggningar ser de att prevalensen av barnmisshandel verkar legat relativt stabil sedan år 2011.

Sexuell hälsa och ohälsa

Sexuell hälsa och ohälsa kan ses som ett kontinuum där sexuell hälsa och ohälsa kan betraktas som dess ytterligheter. WHO definierar sexuell hälsa på följande sätt:

“Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande i förhållande till sexualitet; det är inte enbart frånvaro av sjukdom, funktionsnedsättning eller lidande. Sexuell hälsa kräver en positiv och respektfull inställning till sexualitet och sexuella relationer, liksom möjligheten att ha njutbara och säkra sexuella erfarenheter fria från tvång, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa ska kunna uppnås måste alla människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas” (Folkhälsomyndigheten, 2017, s.22).

Positiva erfarenheter av sexuella handlingar kan främja ungas sexuella hälsa (WHO, 2016b). Vidare betonar WHO (2016b) vikten av att inte endast lyfta fram de risker som finns i samband med sexualitet utan att även lyfta fram de positiva aspekter som finns. Sexuell nöjdhet, självtillfredsställelse, självförtroende och njutning är exempel på positiva aspekter. Dessa har visat sig vara viktiga aspekter för att kunna påverka egna sexuella tankar och erfarenheter. Sexuell nöjdhet och självkänsla ökar i sin tur fysiskt, sexuellt och psykiskt välbefinnande (Häggström-Nordin & Mattebo, 2016). Uteblivande av ovan nämnda positiva aspekter och förekomst av negativa aspekter kan ses som sexuell ohälsa.

Keyes (2007) beskriver psykisk hälsa som ett kontinuum där han funnit stöd för att inte endast frånvaro av psykisk ohälsa utan även förekomsten av andra former av välmående, som han benämner som “Flourishing”, påverkar den psykiska hälsan. Utifrån Keyes (2007) resonemang om psykisk hälsa skulle sexuell hälsa inte bara förstås som en viktig del av människors välmående utan också som en dimension som påverkar välmåendet inom andra områden (exempelvis socialt, psykiskt och fysiskt).

Sexuell hälsa och ohälsa bland unga i Sverige. Folkhälsomyndigheten publicerade år 2017 rapporten UngKAB15 kring sexualitet och hälsa bland unga i Sverige, 16–29 år. Bland undersökningens 7 755 deltagare uppgav 56% att de var ganska eller mycket nöjda med sitt nuvarande sexliv. Vidare uppgav 40% (54% av kvinnorna och 27% av männen) att de hade erfarenhet av sexuella handlingar mot sin vilja (Folkhälsomyndigheten, 2017).

Sexuellt risktagande

Sexuellt risktagande är svårt att definiera (Livingston & Cochran, 2016) då ett beteende inte sker i ett vakuum. Det finns flera faktorer kring ett beteende som avgör om beteendet utgör en faktisk risk i det givna ögonblicket det utförs (Häggström-Nordin & Mattebo, 2016). Sexuella aktiviteter är alltid förenade med ett visst mått av risktagande, framför allt vad gäller risken för att bli smittad av en sexuellt överförbar infektion eller för en oönskad graviditet (Häggström-Nordin & Mattebo, 2016). Studier inom området inkluderar olika variabler inom begreppet sexuellt risktagande. Vanligt förekommande exempel kan vara: tidig sexuell debut, ett högt antal sexuella partner, oskyddat sex, oönskad graviditet, tagit emot ersättning för sexuella tjänster, blivit smittat med sexuellt överförbar infektion och haft sex under påverkan av berusningsmedel (Folkhälsomyndigheten, 2017; Häggström-Nordin & Mattebo, 2016; Livingston & Cochran, 2016).

Sexuellt risktagande bland unga i Sverige. I UngKab15 uppgav 3% av kvinnorna och 2% av männen att de tagit emot ersättning för sexuella tjänster (Folkhälsomyndigheten, 2017). Vidare uppgav 48% av kvinnorna och 39% av männen att de haft oskyddat samlag under de senaste 12 månaderna (Folkhälsomyndigheten, 2017). I en annan studie gjord bland 16-åriga gymnasieelever (n=387), uppgav 88% att de hade använt kondom i samband med sin sexuella debut då de inte hade druckit alkohol, jämfört med de som hade druckit alkohol där endast 13% använt kondom i samband med sin sexuella debut (Häggström-Nordin, Borneskog, Eriksson, & Tydén, 2011).

Sexuellt risktagande på nätet bland unga i Sverige. Internet har de senaste årtiondena blivit en integrerad del av ungdomars vardag och det har förändrat deras syn på sexualitet jämfört med tidigare generationers (Häggström-Nordin & Mattebo, 2016). Med en ökad användning av sociala medier för att ta kontakt och utföra sexuella aktiviteter, ökar även risken för olika typer av sexuellt risktagande, såsom att lägga ut bilder/filmer på sig själv och att sälja sex (Häggström-Nordin & Mattebo, 2016; Näslund 2019, 5 Februari).

I en svensk studie från 2015 undersöktes olika sexuella beteenden på nätet i form av att ha lagt ut sexuella bilder, sålt sex via nätet, träffat någon via nätet för att ha sex på nätet eller för att ha sex utanför nätet (Jonsson, 2015). Bland de 3 503 svenska ungdomar som deltog i studien hade 15% erfarenhet av dessa sexuella beteenden på nätet. Ungdomarna som hade dessa erfarenheter kom i högre utsträckning från en problematisk bakgrund såsom utsatthet för sexuella och fysiska övergrepp, ett mer sexualiserat liv och en upplevd sämre hälsa (Jonsson, 2015).

Förklaringsmodell för riskbeteende hos ungdomar

Definition av riskbeteende. Riskbeteenden i tonåren har definierats som de beteenden som kan leda till långsiktiga och negativa konsekvenser (Irwin, Igra, Eyre, & Millstein, 1997). Utforskande beteenden i tonåren som är ändamålsenliga och som sker i en trygg miljö kan leda till ökad kompetens och självförtroende medan risktagande beteenden däremot äventyrar fysisk och psykisk hälsa (Irwin et al., 1997). Nedan

presenteras problembeteendeteorin som en förklaringsmodell för uppkomst av riskbeteenden hos ungdomar.

Problembeteendeteorin - Riskfaktorer, skyddsfaktorer och riskbeteende.

Jessor (1991) har identifierat fem psykosociala områden som kan innehålla riskfaktorer men också skyddsfaktorer mot riskbeteende. De fem områdena är (1) individens biologiska arv, (2) den sociala omgivningen, (3) upplevelsen av omgivningen, (4) personligheten och (5) beteenden. Dessa områden tillsammans utgör den bas för ungdomars riskbeteende och livsstil som vidare påverkar deras hälsa och kan se olika ut för olika individer. Ett område kan fungera som en skyddande faktor mot andra områden som är riskfaktorer, och buffra mot riskbeteende och främja positiva beteenden (Holmberg, 2016). Det är alltså alla samlade faktorerens unika interaktion inom dessa områden som påverkar huruvida riskfaktorer samt skyddsfaktorer leder till senare riskbeteende. Som tidigare nämnts visar studier att det finns ett samband mellan utsatthet för barnmisshandel och olika typer av sexuellt risktagande (Thibodeau et al., 2017). Utifrån denna teori skulle det förstås som att den sociala omgivningen i form av barnmisshandel utgjort en riskfaktor (Magnusson, 2016).

Förklaringsmodell för sexuella beteenden

Dual Control Model. Ett sätt att förstå sexualitet är utifrån Dual Control Model där man tänker sig att det finns två parallella system som styr sexuell respons där det ena systemet underlättar eller ökar den sexuella responsen (gas-systemet) medan det andra systemet hindrar eller bromsar den (broms-systemet) (Bancroft, Graham, Janssen, & Sanders, 2009). Hur interaktionen ser ut mellan dessa system avgör hur individen reagerar i en specifik sexuell situation, där en balans mellan dessa leder till en adaptiv sexuell respons och därmed sexuell hälsa (Bancroft, et al., 2009). Teorin menar att det finns en variation mellan individers gasande och bromsande system och att denna variation kan hjälpa oss att förklara människors olika sexuella mönster. Teorin utgår från tre antaganden: (1) Neurobiologiskt inhiberande av en sexuell respons är adaptivt då det minskar risken för sexuell respons i sådana lägen där involvering i sexuell aktivitet kan vara negativ eller farlig. (2) Den individuella variationen mellan broms- och gassystemet är för de flesta adaptiv och oproblematiskt. För individer med ovanligt starkt bromsande eller gasande system är risken dock större för sexuellt risktagande eller annat problematiskt sexuellt beteende. (3) Lust uppstår vanligen i interaktion mellan två eller fler personer där kontext och kulturella normer påverkar interaktionen. Vilket i sin tur påverkar både de gasande- och bromsande systemen. Vidare bidrar varje individs psykologiska och neuropsykologiska processer, influerade av biologiska faktorer och tidig inlärning, till gas- och bromssystemets respons på olika stimuli (Bancroft, et al., 2009). Wasserman, Crockett & Hoffman (2017) finner i sin studie stöd för att använda Dual Control Model när ungdomars sexuella beteenden ska förstås.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka om det föreligger skillnader mellan de som varit utsatta för barnmisshandel och de som inte har varit utsatta för barnmisshandel vad gäller sexuell hälsa/ohälsa, sexuell upptagenhet och aversion inför sex samt sexuellt

risktagande, i en svensk normalpopulation i åldrarna 17–18. Syftet är även att undersöka om det förekommer könsspecifika skillnader bland samtliga aspekter som nämns ovan. Föreliggande arbete söker svara på följande frågeställningar:

- (1) Föreligger det skillnader vad gäller sexuell hälsa/ohälsa mellan de som har varit utsatta för barnmisshandel före 15-års ålder och de som inte varit utsatta?
- (2) Föreligger det skillnader vad gäller upptagenhet av sex och aversion inför sex mellan de som har varit utsatta för barnmisshandel före 15-års ålder och de som inte varit utsatta?
- (3) Föreligger det skillnader vad gäller sexuellt risktagande mellan de som har varit utsatta för barnmisshandel före 15-års ålder och de som inte varit utsatta?

Metod

Undersökningens upplägg var explorativt. I föreliggande studie användes material från forskningsprojektet Longitudinal Research on Development in Adolescence (LoRDIA). LoRDIA är ett samarbete mellan Hälsohögskolan i Jönköping och Göteborgs universitet och inbegriper ämnena socialt arbete, psykologi och handikappvetenskap. LoRDIA är en longitudinell studie över ungdomar och deras utveckling med fokus på skolanpassning, trivsel, sociala nätverk, psykisk hälsa och bruk av alkohol och droger (Gerdner, & Ahlgren, 2013).

Deltagare

De ca 2000 elever som utgör LoRDIA's undersökningsgrupp är elever från två mindre och två medelstora städer i Västra Götalands och Jönköpings län. Dessa representerar ett genomsnitt i klasstillhörighet samt etnisk och kulturell blandning (Gerdner, & Ahlgren, 2013).

Forskningsprojektet LoRDIA började samla in data (våg 1) hösten 2013. Deltagarna gick då i årskurs 6 respektive 7 och var 12–13 år gamla. Data har sammanlagt samlats in från samma deltagare vid fyra olika tillfällen. Våg 2 genomfördes under hösten 2014, våg 3 under hösten 2015 och våg 4 under hösten 2017 respektive 2018. Våg 4 genomfördes när deltagarna gick i årskurs 2 på gymnasiet, och därav utfördes den under två olika år, dessa benämns som våg 4a och våg 4b. I det aktuella arbetet användes data från våg 4a och 4b ($n = 822$, 17–18 år).

Föreliggande studies deltagare var ungdomar i årskurs 2 på gymnasiet, 17–18 år. Totalt deltog 822 elever, varav 58% identifierade sig som kvinnor och 42% som män. I enkäten som delades ut kunde eleverna endast välja att kryssa i om de identifierade sig som män eller kvinnor och därav saknas information om hur många som identifierade sig som något annat. Av eleverna uppgav 98,3% att de var nöjda med sitt juridiska kön, 1,6% att de kände sig tveksamma till sitt juridiska kön och 0,1% att de inte alls är hemma i sitt juridiska kön.

I tabell 1 redovisas deltagarnas ålder, kön och andel som uppgett att de har utfört sexuella aktiviteter med någon annan, fördelat mellan grupperna Ej utsatta för barnmisshandel och Utsatta för barnmisshandel.

Tabell 1.

Deskriptiv data över studiens deltagare (n = 822) fördelat mellan Ej utsatta för barnmisshandel och Utsatta för barnmisshandel.

	Ej utsatta för barnmisshandel n = 502	Utsatta för barnmisshandel n = 320
Ålder	M = 17,29 s = ,466	M = 17,07 s = ,031
Kvinnor (n = 484)	62,2 (n = 312)	53,8 (n = 172)
Män (n = 338)	37,8 (n = 190)	46,2 (n = 148)
Har haft sex (%) (n = 324)	58,9 (n = 191)	41,1 (n = 133)

I tabell 2 redovisas förekomst av barnmisshandel i studiepopulationen.

Tabell 2.

Andel utsatta för olika typer av barnmisshandel.

	FÖ (n)	SÖ (n)	KÖ (n)	FF (n)	KF (n)
Totalt (%)	3,6 (31)	5,2 (44)	19,2 (164)	19,8 (169)	18,5 (157)
Kvinnor (%)	2,8 (14)	5,5 (27)	17,8 (88)	17,2 (85)	15,9 (78)
Män (%)	4,8 (17)	4,5 (16)	21,1 (75)	23,3 (83)	22 (78)

FÖ= Fysiska övergrepp, SÖ= Sexuella övergrepp, KÖ= Känslomässiga övergrepp, FF= Fysisk försummelse, KF= Känslomässig försummelse.

Tillvägagångssätt

Svaren som använts i denna studie samlades in under hösten 2017 respektive 2018 via en psykosocial enkät. Enkäten som helhet bestod av runt 350 frågor om bland annat skolanpassning, trivsel, sociala nätverk, psykisk hälsa och användning av alkohol och droger. Data som används i denna studie kommer från frågorna som handlar om utsatthet för trauma i barndomen före 15 års ålder och sexualitet. Innan LORDIA påbörjade

datainsamlingen skickade de ut brev till de berörda ungdomarna, vårdnadshavarna och lärarna. I brevet förklarades syftet med datainsamlingen. Brevet översattes till 32 olika språk utifrån deltagarnas modersmål. Både vårdnadshavare och elever behövde samtycka för att deltagande i studien skulle bli aktuellt. Forskare delade ut enkäterna till eleverna i klassrum och informerade där om studiens syfte, villkor för att få delta och att insamlad data behandlas konfidentiellt. Det fanns elever som varit med i forskningsprojektet under tidigare perioder av datainsamlingen men som hade flyttat. Dessa elever fick svara på enkäten via brev eller telefon.

Forskningsprojektet och datainsamlingen har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg (No. 362–13).

Instrument

Childhood Trauma Questionnaire. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein & Fink, 1998) är ett självskattningsformulär utformat för ungdomar och vuxna. I denna studie användes kortversionen Childhood Trauma Questionnaire Short Form (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003) bestående av 28 påståenden kring trauma i barndomen före 15 års ålder. Varje påstående har följande fem svarsalternativ: *Aldrig sant, Knappast sant, Ibland sant, Ofta sant* och *Mycket ofta sant*. Dessa poängsätts med 1–5. Formuläret identifierar och mäter allvarlighetsgrad av olika former av övergrepp och försummelse i barndomen i fem kliniska skalor: *Känslomässiga övergrepp, Fysiska övergrepp, Sexuella övergrepp, Känslomässig försummelse* och *Fysisk försummelse*. Varje skala består av fem påståenden med ett poängomfång på 5–25. Poängen inom varje skala summeras och fördelas mellan fyra svårighetsgrader: *Inget eller ringa problem, Visst till medelstort problem, Medelsvårt till svårt problem* och *Svårt till extremt problem* (Bernstein et al., 2003). Återstående tre frågor i formuläret syftar till att identifiera en idealiserad syn på familjen och dessa används inte i vår studie. Den engelska versionen av CTQ-SF har god validitet (Bernstein et al. 2003).

Nedan redovisas de fem kliniska skalorna följt av exempel fråga för varje område. (1) Känslomässiga övergrepp: “*Sa personer i min familj sårande och kränkande saker om mig*”. (2) Fysiska övergrepp: “*Slog någon i familjen mig så hårt att jag fick blåmärken eller svullnader*”. (3) Sexuella övergrepp: “*Försökte någon att röra mig eller få mig att röra honom eller henne sexuellt*”. (4) Känslomässig försummelse: “*Kände jag mig älskad*”. (5) Fysisk försummelse: “*Fick jag inte tillräckligt att äta*”.

Sexuell hälsa/ohälsa och sexuellt risktagande. Sexuell hälsa/ohälsa och sexuellt risktagande undersöktes utifrån frågor som valdes ur ett större frågebatteri från projektet LoRDIA. Deltagarna som vid mättillfället rapporterade att de inte haft samlag eller annan sexuell aktivitet med någon annan ($n = 498$), instruerades i enkäten att hoppa över ett antal frågor gällande sexuella aktiviteter. Därav varierar storleken på vårt urval beroende på fråga.

Sexuell hälsa/ohälsa. Fem aspekter av sexuell hälsa/ohälsa mättes: sexuell lust, frekvens av onani, sexuell nöjdhet, erfarenhet av att ha mått dåligt av eller ha blivit tvingad till sex. Sexuell lust undersöktes med hjälp av frågan “*Hur ofta känner du sexuell lust?*” med följande fem svarsalternativ: *Aldrig, Sällan, Ibland, Ofta, Nästan hela tiden*. Skalstegen poängsattes från 1–5. Onani undersöktes med frågan “*Hur ofta onanerar du/stimulerar du dig själv sexuellt?*” med följande sex svarsalternativ: *Aldrig, Mer sällan, En gång i månaden, En gång i veckan, Flera gånger i veckan, Dagligen*. Skalstegen

poängsattes från 1–6. Sexuell nöjdhet undersöktes med hjälp av frågan “*Hur nöjd är du i allmänhet med dina sexuella erfarenheter hittills?*” med följande fem svarsalternativ: *Väldigt missnöjd, Ganska missnöjd, Varken nöjd eller missnöjd, Ganska nöjd* och *Väldigt nöjd*. Skälstegen poängsattes från 1–5. Erfarenheter av att ha mått dåligt av eller blivit tvingad till sex undersöktes med frågorna “*Har du haft sex i någon form som du mått dåligt av under de senaste 12 månaderna?*” och “*Har du någon gång blivit tvingad eller pressad till sex i någon form under de senaste 12 månaderna?*” med följande tre svarsalternativ: *Aldrig, Någon gång, Flera gånger*. Dessa två frågor kodade vi om till att ha svarsalternativen “*Ja*” eller “*Nej*”. Anledningen till att svarsalternativen kodades om var för att det ursprungligen blev för få svarande i varje kategori.

Upptagenhet av sex och aversion inför sex. Med Dual Control Model (Bancroft, et al., 2009) som bakgrund undersöktes gas- och bromssystemet. Vi valde att benämna ett övervägande gasande system som upptagenhet av sex och ett övervägande bromsande system som en aversion inför sex. Sexuell upptagenhet och aversion inför sex undersöktes genom att analysera extremvärdena avseende sexuell nöjdhet och frekvens av onani och sexuell lust. För att mäta detta kodades först svarsalternativen på frågorna kring nöjdhet, onani och lust om. Där de som hade svarat det högsta alternativet (*Onanerar dagligen, Känner lust nästan hela tiden* respektive *Väldigt nöjd med sexuella erfarenheter*) inom respektive fråga utgjorde Grupp (1) och resterande utgjorde Grupp (2). Samma förfarande användes när vi analyserade det lägsta svarsalternativet på samma frågor (*Onanerar aldrig, Känner aldrig sexuell lust* och *Väldigt missnöjd med sexuella erfarenheter*).

Sexuellt risktagande. Sju aspekter av sexuellt risktagande mättes: oskyddat samlag, att ha blivit gravid eller gjort någon annan gravid, att ha tagit emot ersättning för sexuella tjänster, att ha varit berusad på droger eller alkohol under sexuell aktivitet, att ha lagt ut/svarat på sexannonser på nätet och antal sexuella partner. Frågorna löd:

“*Har du haft oskyddat samlag under de senaste 12 månaderna? (utan kondom)?*”, “*Har du varit gravid eller gjort någon gravid?*”, “*Har du någon gång under de senaste 12 månaderna utfört sexuella tjänster i någon form mot ersättning (pengar eller annat)?*”, “*Hur ofta har du varit berusad av alkohol eller någon drog när du hade sex i någon form under de senaste 12 månaderna?*”, “*Har du gjort något av följande på internet under de senaste 12 månaderna; Lagt ut eller svarat på sexannonser?*”. Frågorna hade tre svarsalternativ: *Aldrig, Någon gång* och *Flera gånger*. Dessa poängsattes från 1–3. Svarsalternativen kodades för denna studien om till två nya svarsalternativ, “*stämmer*” respektive “*stämmer ej*”. Anledningen till att svarsalternativen kodades om var för att det ursprungligen blev för få svarande i varje kategori. Slutligen användes frågan “*Hur många olika personer har du haft sex med totalt i ditt liv hittills? (Både samlag och annan sexuell kontakt)*”.

Databearbetning

För att kunna jämföra de deltagare som rapporterat utsatthet för barnmisshandel och de som inte rapporterat utsatthet för barnmisshandel, dikotomiserades deltagarnas poäng från CTQ-formuläret. De som hamnade inom svårighetsgraden *Inget eller ringa problem* utifrån Bernstein et al. (2003) gränsvärden benämns som gruppen *Ej utsatta* för barnmisshandel. De som hamnade inom resterande tre svårighetsgrader (*Visst till medelstort problem, Medelsvårt till svårt problem* och *Svårt till extremt problem*) utifrån Bernstein et al. (2003) gränsvärden benämns som gruppen *Utsatta* för barnmisshandel. I

det följande beskrivs gränsvärden för poäng som överstiger svårighetsgraden *Inget eller ringa problem* inom varje skala (Bernstein et al., 2003). För skalan känslomässiga övergrepp räknas 9–25 poäng som utsatthet för övergrepp. För skalan fysiska övergrepp räknas 8–25 poäng som utsatthet för övergrepp. För skalan sexuella övergrepp räknas 6–25 poäng som utsatthet för övergrepp. För skalan känslomässig försummelse räknas 10–25 poäng som utsatthet för försummelse. För skalan fysisk försummelse räknas 8–25 poäng som utsatthet för försummelse. Utfall inom någon av de kliniska skalorna räknades som utsatthet för barnmisshandel.

Nedan beskrivna analysmetoder valdes utifrån om utfallsvariabeln var normalfördelad eller ej.

Sexuell hälsa/ohälsa. Oberoende t-test gjordes för att jämföra medelvärden mellan grupperna (Utsatta för barnmisshandel och Ej utsatta för barnmisshandel) avseende aspekterna sexuell nöjdhet, onani och sexuell lust. Oberoende chi två-test gjordes för jämförelse av frekvens mellan grupperna (Utsatta för barnmisshandel och Ej utsatta för barnmisshandel) kring att ha mått dåligt av sex och/eller känt sig tvingad eller pressad till sex. Signifikansnivå sattes till 0,05.

Upptagenhet av sex och aversion inför sex. Vidare gjordes ett oberoende chi två-test för jämförelse av frekvens på extremvärdena mellan grupperna (Utsatta för barnmisshandel och Ej utsatta för barnmisshandel) avseende sexuell upptagenhet och aversion inför sex. Signifikansnivå sattes till 0,05.

Sexuellt risktagande. Oberoende chi två-test gjordes för jämförelser av frekvens av sexuellt risktagande i de olika grupperna (Utsatta för barnmisshandel och Ej utsatta för barnmisshandel). Mann Whitney U användes för att jämföra medelvärden av antal sexuella partner mellan grupperna (Utsatta för barnmisshandel och Ej utsatta för barnmisshandel). Signifikansnivå sattes till 0,05.

Resultat

Föreliggande arbete ämnade besvara frågeställningarna: (1) Föreligger det skillnader vad gäller sexuell hälsa/ohälsa mellan de som har varit utsatta för barnmisshandel före 15-års ålder och de som inte varit utsatta, i en svensk normalpopulation i åldrarna 17–18?, (2) Föreligger det skillnader vad gäller upptagenhet av sex och aversion inför sex mellan de som har varit utsatta för barnmisshandel före 15-års ålder och de som inte varit utsatta, i en svensk normalpopulation i åldrarna 17–18?, (3) Föreligger det skillnader vad gäller sexuellt risktagande mellan de som har varit utsatta för barnmisshandel före 15-års ålder och de som inte varit utsatta, i en svensk normalpopulation i åldrarna 17–18?

I tabell 3–4 redovisas resultaten kring barnmisshandel och sexuell hälsa/ohälsa, i tabell 5 redovisas resultaten kring barnmisshandel och upptagenhet av sex/ aversion inför sex och i tabell 6 redovisas resultaten kring barnmisshandel och sexuellt risktagande.

Barnmisshandel och sexuell hälsa/ohälsa

I tabell 3 redovisas medelvärden på svaren kring sexuell nöjdhet, sexuell lust och onani. Inga signifikanta skillnader fanns mellan grupperna (Ej utsatta för barnmisshandel

och Utsatta för barnmisshandel) vad gäller nöjdhet och lust. Det fanns en signifikant skillnad mellan grupperna vad gäller onani, där gruppen Utsatta för barnmisshandel onanerade signifikant mer än gruppen Ej utsatta för barnmisshandel.

Tabell 3.

Sexuell hälsa/ohälsa. Skillnader mellan grupperna Ej utsatta för barnmisshandel och Utsatta för barnmisshandel, t-värden och effektstorlekar uttryckta i Cohen's d.

Sexuell hälsa	Ej utsatta för barnmisshandel		Utsatta för barnmisshandel		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i> (<i>n</i>)	<i>s</i>	<i>M</i> (<i>n</i>)	<i>s</i>			
Nöjdhet	3,81 (192)	,97	3,7 (132)	,907	1,032	,303	0,12
Lust	3,1 (349)	,841	3,17 (223)	,971	-,850	,396	0,08
Onani	3,65 (289)	1,325	4,03 (181)	1,386	3,019	,003**	0,28

***p* < 0,01. Cohen's *d*: liten = 0,20–0,50, måttlig = 0,50–0,80, stor ≥ 0,80.

I tabell 4 redovisas skillnader i frekvens mellan grupperna (Ej utsatta för barnmisshandel och Utsatta för barnmisshandel) avseende huruvida de mått dåligt av sex eller känt sig tvingade eller pressade till sex. Det fanns en signifikant skillnad mellan grupperna, där signifikant fler i den utsatta gruppen uppgett att de mått dåligt av sex och/eller blivit tvingade eller pressade till sex. Vid granskning av fördelningen mellan könen fanns det en signifikant skillnad inom gruppen kvinnor men inte inom gruppen män.

Tabell 4.

Sexuell ohälsa. Frekvensfördelning mellan gruppen Ej utsatta för barnmisshandel och Utsatta för barnmisshandel, p-värden och effektstorlekar uttryckta i Cramer's V.

Sexuell ohälsa	Ej utsatt för barnmisshandel			Utsatt för barnmisshandel			χ^2			<i>V</i>		
	♀ (<i>n</i>)	♂ (<i>n</i>)	Totalt (<i>n</i>)	♀ (<i>n</i>)	♂ (<i>n</i>)	Totalt (<i>n</i>)	♀	♂	Totalt	♀	♂	Totalt
Mått dåligt av sex, % ja	23 (29)	12,5 (8)	19,5 (37)	38,5 (30)	22,2 (12)	31,8 (42)	,73*	1,15	1,73*	,166	,129	,141
Tvingad/pressad, % ja	7,9 (10)	3,1 (2)	6,3 (12)	23,1 (18)	7,4 (4)	16,7 (22)	13,25**	,09	11,86**	,214	,097	,166

p* < 0,05, *p* < 0,01. *df* = 1, Cramer's *V*: Liten = 0,10–0,30, Måttlig = 0,30–0,50, Stor ≥ 0,50.

Barnmisshandel och upptagenhet av sex/aversion inför sex

I tabell 5 redovisas skillnader i frekvens i de olika grupperna (Ej utsatta för barnmisshandel och Utsatta för barnmisshandel) avseende upptagenhet av sex och aversion inför sex. Vad gäller upptagenhet av sex fanns signifikanta skillnader mellan grupperna (Ej utsatta för barnmisshandel och Utsatta för barnmisshandel). Det fanns en signifikant skillnad avseende att känna sexuell lust nästan hela tiden, där den utsatta gruppen rapporterade signifikant mer sexuell lust nästan hela tiden. Vid en granskning av fördelningen mellan könen fanns det en signifikant skillnad inom gruppen kvinnor men inte inom gruppen män. Det fanns en signifikant skillnad mellan grupperna (Ej utsatta för barnmisshandel och Utsatta för barnmisshandel) avseende att onanera dagligen, där den utsatta gruppen rapporterade signifikant mer att de onanerar dagligen. Vid en granskning av fördelningen mellan könen fanns det en signifikant skillnad inom gruppen kvinnor men inte inom gruppen män. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna avseende att vara väldigt nöjd med sina sexuella erfarenheter. Vid en granskning av fördelningen mellan könen fanns det en signifikant skillnad inom gruppen män men inte inom gruppen kvinnor, där den Ej utsatta gruppen män uppgav att de var signifikant nöjdare med sina sexuella erfarenheter.

Tabell 5.

Sexuell upptagenhet och aversion inför sex. Endast extremvärden. Frekvensfördelning mellan gruppen Ej utsatta för barnmisshandel och Utsatta för barnmisshandel, p-värden och effektstorlekar uttryckta i Cramer's V.

Sexuell upptagenhet/ aversion	Ej utsatt för barnmisshandel			Utsatt för barnmisshandel			χ^2			V		
	♀ (n)	♂ (n)	Totalt (n)	♀ (n)	♂ (n)	Totalt (n)	♀	♂	Totalt	♀	♂	Totalt
Väldigt nöjd med sexuella erfarenheter, % ja	21,3 (27)	30,8 (20)	24,5 (47)	17,9 (14)	14,8 (8)	16,7 (22)	,33	4,17*	2,85	,040	,187	,094
Känner sexuell lust nästa hela tiden, % ja	1,3 (3)	5,8 (7)	2,9 (10)	4,6 (7)	10,3 (10)	7,7 (17)	5,38*	1,53	6,92**	,123	,084	,110
Onanerar dagligen, % ja	2,2 (4)	12,7 (14)	6,2 (18)	9,3 (9)	20,5 (17)	14,4 (26)	6,95**	2,11	8,81**	,159	,105	,137
Väldigt missnöjd med sexuella erfarenheter, % ja	3,9 (5)	1,5 (1)	3,1 (6)	2,6 (2)	1,9 (1)	2,3 (3)	,28	,02	,21	,037	,012	,025
Känner aldrig sexuell lust, % ja	5,7 (13)	0,8 (1)	4,0 (14)	7,2 (9)	6,2 (6)	6,8 (15)	,31	4,98*	2,12	,030	,151	,061
Onanerar aldrig, % ja	1,7 (3)	0,0 (0)	1,0 (3)	1,0 (1)	1,2 (1)	1,1 (2)	,18	1,33	,01	,026	,083	,003

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$. $df = 1$, Cramer's V: Liten = 0,10–0,30, Måttlig = 0,30–0,50, Stor $\geq 0,50$.

Vad gäller aversion inför sex fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna avseende någon av variablerna (Väldigt missnöjd med sexuella erfarenheter, känner aldrig sexuell lust och onanerar aldrig). Vid en granskning av fördelningen mellan könen fanns det en signifikant skillnad inom gruppen män men inte inom gruppen kvinnor avseende att aldrig känna sexuell lust, där signifikant fler män i den utsatta gruppen rapporterade att de aldrig kände sexuell lust.

Barnmisshandel och sexuellt risktagande

I tabell 6 redovisas skillnader i frekvens mellan grupperna (Ej utsatta för barnmisshandel och Utsatta för barnmisshandel) vad gäller sexuellt risktagande. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna vad gäller oskyddat samlag, blivit gravid eller gjort någon gravid, sålt sex och haft sex under påverkan av berusningsmedel. Det fanns en signifikant skillnad mellan grupperna vad gäller lägga ut eller svara på sexannons på nätet, där signifikant fler i den utsatta gruppen uppgav att de gjort detta. Vid en granskning av fördelningen mellan könen fanns det en signifikant skillnad inom gruppen män men inte inom gruppen kvinnor, där signifikant fler utsatta män rapporterade att de lagt ut eller svarat på sexannons.

Tabell 6.

Sexuellt risktagande. Frekvensfördelning mellan gruppen Ej utsatta för barnmisshandel och Utsatta för barnmisshandel, p-värden och effektstorlekar uttryckta i Cramer's V.

Sexuellt risktagande	Ej utsatta för barnmisshandel			Utsatta för barnmisshandel			χ^2			V		
	♀ (n)	♂ (n)	Totalt (n)	♀ (n)	♂ (n)	Totalt (n)	♀	♂	Totalt	♀	♂	Totalt
Oskyddat samlag, % ja	69,7 (92)	75 (51)	71,5 (143)	66,3 (53)	60 (33)	63,7 (86)	,65	1,23	,00	,036	,160	,082
Gravid eller gjort någon gravid, % ja	3 (4)	5,9 (4)	3,9 (8)	5,1 (4)	3,6 (2)	4,5 (6)	1,21	,12	,38	,055	,054	,013
Sålt sex, % ja	0,7 (1)	0,9 (1)	1 (2)	1,3 (1)	1,5 (1)	1,5 (2)	,31	,28	,59	,027	,010	,022
Sex under berusningsmedel, % ja	53,3 (72)	49,3 (34)	52 (106)	59,8 (49)	54,4 (31)	57,6 (80)	1,14	3,04	3,61	,063	,051	,055
Lagt ut/svarat på sexannons, % ja	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,6 (1)	2,1 (3)	1,3 (4)	,14	1,08*	,54*	,061	,108	,088

* $p < 0,05$. $df = 1$, Cramer's V: Liten = 0,10–0,30, Måttlig = 0,30–0,50, Stor $\geq 0,50$.

Ingen signifikant skillnad fanns mellan grupperna Ej utsatta för barnmisshandel ($Mdn=2$, $n = 185$) och Utsatta för barnmisshandel ($Mdn = 2$, $n = 122$) vad avser antal sexpartner, ($U = 10681$, $p = 0,41$).

Diskussion

Föreliggande arbete ämnade besvara frågeställningarna: (1) Föreligger det skillnader vad gäller sexuell hälsa/ohälsa mellan de som har varit utsatta för barnmisshandel före 15-års ålder och de som inte varit utsatta, i en svensk normalpopulation i åldrarna 17–18?, (2) Föreligger det skillnader vad gäller upptagenhet av sex och aversion inför sex mellan de som har varit utsatta för barnmisshandel före 15-års ålder och de som inte varit utsatta, i en svensk normalpopulation i åldrarna 17–18?, (3) Föreligger det skillnader vad gäller sexuellt risktagande mellan de som har varit utsatta för barnmisshandel före 15-års ålder och de som inte varit utsatta, i en svensk normalpopulation i åldrarna 17–18?

Barnmisshandel och sexuell hälsa/ohälsa

I denna studie fann vi skillnader vad gäller sexuell hälsa/ohälsa mellan grupperna Ej utsatta för barnmisshandel och Utsatta för barnmisshandel. Dessa resultat visar att utsatthet för barnmisshandel påverkar vissa aspekter av den sexuella hälsan negativt. Utifrån de könsspecifika analyserna verkar det här framför allt gälla för kvinnorna. Resultaten bör dock tolkas med försiktighet då vår urvalsgrupp är liten och skillnaderna mellan grupperna små.

Vid medelvärdesjämförelser avseende sexuell nöjdhet och lust fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna. Däremot skiljer sig grupperna signifikant åt avseende frekvens av onani där den utsatta gruppen uppgav att de onanerar oftare, samt att denna grupp i högre utsträckning uppgav att de mått dåligt av sex och/eller känt sig tvingade/pressade till sex. I gruppen som varit utsatta för barnmisshandel var det signifikant fler som uppgav att de onanerar dagligen och att de kände lust nästan hela tiden, vilket kan tolkas som en sexuell upptagenhet (Noll et al., 2003). Utifrån att gruppen Utsatta för barnmisshandel i högre utsträckning även uppgav att de mått dåligt av sex och att de är mindre nöjda med sina sexuella erfarenheter, verkar upptagenheten av sex inte alltid vara något lustfyllt. Det kan förstås utifrån Dual Control Model som svårighet att reglera gas- och bromssystemet vilket i sin tur kan leda till sexuellt risktagande eller problematiskt sexuellt beteende (Bancroft et al., 2009). I vår studie fann vi en signifikant skillnad mellan grupperna, där männen i den utsatta gruppen i högre utsträckning rapporterade att de aldrig kände sexuell lust jämfört med männen i den ej utsatta gruppen, detta skulle kunna tyda på en sexuell aversion (Noll et al., 2013). Tidigare forskning har visat att sexuell upptagenhet och sexuell aversion kan prediceras av förekomst av psykisk ohälsa såsom ångest och depression (Bancroft et al., 2009; Noll et al., 2013), vilket är vanligare bland personer som varit utsatta för barnmisshandel jämfört med de som inte har det (Hagborg, Tidefors & Fahlke, 2017; Jernbro & Janson, 2017). Att ha varit med om olika typer av barnmisshandel har även ett samband med sämre sexuell hälsa, och en medierande faktor kan vara om det samtidigt förekommer ångest och depression (Bancroft et al., 2009; Noll et al., 2013). Möjligen är det utsatthet för barnmisshandel i

kombination med ångest eller depression som kan ha ett samband med problem i reglering av gas- och bromssystemet, det vill säga med sexuell upptagenhet och aversion (Noll et al. 2011). Upptagenhet av sex skulle kunna förstås utifrån att de sexuella handlingarna får en annan funktion såsom att reglera ångest eller dämpa andra känslor, medan aversion inför sex skulle kunna handla om att sexualiteten är associerad med obehag (Noll et al., 2003). Detta är endast en hypotes av flera möjliga. Vissa av de som exempelvis onanerar dagligen kanske gör detta som ett lustfyllt sätt att bejaka sin sexualitet och har svårigheter att inhibera sina impulser på grund av bristande impuls kontroll. Andra kanske har ett starkt gasande system och skulle vilja onanera dagligen, men har samtidigt ett starkt bromsande system på grund av skam och skuld vilket leder till mindre onani än önskat.

Tidigare studiers resultat pekar mot att utsatthet för barnmisshandel påverkar den allmänna hälsan mer negativt bland kvinnor än bland män (Aho & Proczkowska-Björklund, 2016; Hagborg et al., 2017). Våra resultat går i linje med detta då vi ser att de utsatta kvinnornas sexuella hälsa påverkas mer negativt än de utsatta männen. Återigen bör resultaten tolkas med försiktighet då vår urvalsgrupp är liten och består av fler kvinnor än män. I vår studie uppgav likväl en högre andel av de utsatta kvinnorna, än de utsatta männen, att de mått dåligt av sex, känt sig tvingade/pressade till sex samtidigt som de också uppgav en högre upptagenhet av sex. Utifrån våra resultat verkar barnmisshandel inte påverka den sexuella hälsan negativt i samma utsträckning för män som för kvinnor, i alla fall inte utifrån de faktorer som användes för att undersöka sexuell hälsa i vår studie. Utifrån problembeteendet teorin skulle en förklaring till detta kunna vara att män har fler skyddsfaktorer i sin omgivning som gör dem mer motståndskraftiga. Medan kvinnor som vuxit upp i en patriarkal värld generellt sätt är utsatta för fler riskfaktorer än män, såsom att bli utsatta för allvarligt våld, våld som ger skador samt sexuellt våld. Det är också vanligare att kvinnor utsätts för flera våldsformer samtidigt såväl fysiskt, psykiskt som sexuellt (Eriksson, 2016). En annan förklaring skulle kunna vara att det är mer stigmatiserat för män att rapportera att de är missnöjda med sin sexuella hälsa eller erfarenheter av sexuella handlingar mot sin vilja. Detta kan utgöra en riskfaktor då män i lägre utsträckning söker den hjälp eller vård som de behöver (Jernbro & Janson, 2016).

Tidigare studier (Bancroft et al., 2009; Noll et al., 2013) som funnit ett samband mellan barnmisshandel och sexuell upptagenhet och aversion inför sex, undersöker ofta endast utsatthet av sexuella övergrepp medan vi i vår studie undersökte flera typer av barnmisshandel. Även då våra resultat ska tolkas med försiktighet så ser vi ett samband mellan barnmisshandel och sexuell upptagenhet/aversion. Detta kan tyda på att konsekvenserna av olika typer av barnmisshandel liknar varandra, vilket går i linje med vad Finkelhor et al. (2007) kommit fram till i sin studie. Det kan därför vara av vikt att inte endast undersöka just sexuella övergrepp utan alla typer av barnmisshandel för att förstå hur utsatthet för barnmisshandel kan påverka sexuell hälsa. Även detta går i linje med det Finkelhor et al. (2007) kommit fram till kring polyviktisering, där de konstaterar att utsatthet för flera typer av övergrepp har en större negativ påverkan på hälsan jämfört med en typ av övergrepp.

Barnmisshandel och sexuellt risktagande

I denna studie fann vi få skillnader vad gäller sexuellt risktagande mellan grupperna Ej utsatta för barnmisshandel och Utsatta för barnmisshandel. Resultaten bör

dock tolkas med försiktighet då vår urvalsgrupp är liten och andelen som rapporterat sexuellt risktagande låg på vissa item (se tabell 6).

I denna studie undersöktes sexuellt risktagande på nätet. Denna faktor var den enda som gav en signifikant skillnad mellan den utsatta och ej utsatta gruppen. Då det endast är 4 deltagare som rapporterat att de lagt ut eller svarat på sexannonser är det svårt att dra några generella slutsatser avseende detta resultat. Likväl tycker vi att det är av vikt att inkludera risktagande som sker på nätet inom begreppet sexuellt risktagande, vilket tidigare forskning oss veterligen inte gjort i samband med undersökning av barnmisshandel och sexuellt risktagande. Sexuellt risktagande som sker på nätet är lättillgängligt och kan upplevas som mindre riskfyllt då det inte sker i direkt kontakt med en annan människa (Häggström-Nordin & Mattebo, 2016; Näslund, 2019, 5 Februari). Detta kan leda till att en ägnar sig åt aktiviteter som en annars inte hade gjort och kan bli en brygga till sexuellt risktagande som sker utanför nätet (Häggström-Nordin & Mattebo, 2016; Näslund, 2019, 5 Februari). I studier har man exempelvis sett att unga som säljer sex på nätet ofta lever ett riskfyllt liv även utanför nätet (Jonsson, 2015). Vidare har man sett att det inte är ett specifikt nätbeteende i sig, utan kombinationen av flera sexuella nätbeteenden samtidigt som kan innebära en ökad risk att utsättas för fara (Jonsson, 2015).

Sexuellt risktagande som begrepp kan betyda och innebära olika saker beroende på rådande normer i samhället kring sexualitet och kön, och måste förstås i relation till detta. De faktorer som avser mäta sexuellt risktagande såsom, oskyddat sex, många sexuella partner och att vara under berusning vid sex, innebär generellt inte lika mycket skuldbeläggande, för män som för kvinnor. Tvärtom kan det för män vara någonting som ger status och anses vara inom ramen för adekvat utforskande under tonåren, där detsamma inte gäller för kvinnor (Berg, 2016; Häggström-Nordin & Mattebo, 2016).

Det verkar vara så att ungdomar i Sverige generellt har en liberal inställning till tillfälliga sexuella förbindelser och detta i sig behöver inte innebära en risk (Häggström-Nordin & Mattebo, 2016). Samtidigt visar rapporter höga siffror när det gäller oönskade och oplanerade graviditeter, aborter samt sexuellt överförbara infektioner (Häggström-Nordin & Mattebo, 2016). Tidigare studier visar att utsatthet för barnmisshandel ökar risken för senare sexuellt risktagande (Thibodeau et al., 2017), dock fanns inte detta samband i vår studie om man bortser från frågan kring att ha lagt ut eller svarat på sexannonser. Detta skulle kunna förklaras av en mer liberal syn på sex i Sverige idag och att det som tidigare setts som sexuellt risktagande till viss del har blivit en del av normalt ungdomligt utforskande (Christiansson, 2016; Häggström-Nordin & Mattebo, 2016). I vår studie rapporterar exempelvis fler än hälften att de har haft sex under påverkan av berusningsmedel vilket tyder på att detta tämligen är ett normaliserat beteende i Sverige vilket bör tas i beaktande när sexuellt risktagande ska undersökas och förstås.

Utifrån problembeteendet teorin kan vi förstå sexuellt risktagande som en riskfaktor som i kombination med uteblivna skyddsfaktorer kan leda till negativa konsekvenser. Då ungdomar som varit utsatta för barnmisshandel ofta lever i en miljö med fler riskfaktorer och färre skyddsfaktorer än andra (Hagborg et al. 2017), har de en större sårbarhet för att ett sexuellt risktagande ska innebära en fara för senare problem.

Brister

Vårt att notera är att den prevalens av barnmisshandel vi funnit i vår urvalsgrupp skiljer sig åt från tidigare svenska studier som kartlagt prevalensen av barnmisshandel.

Där Jernbro & Janson (2017) rapporterar betydligt högre prevalens av sexuella övergrepp bland tjejer och fysiska övergrepp hos både tjejer och killar. Vad gäller känslomässiga övergrepp och försummelse rapporterar Jernbro & Janson (2017) betydligt lägre prevalens än vad vi fann i vår studie. Detta kan bero på hur frågorna om övergrepp och försummelse ställdes och vilka mätinstrument som användes. Ju mer specifika frågor som ställs kring våld och övergrepp desto högre blir svarsfrekvensen (Hagborg et al. 2017). I CTQ-formuläret varierar specificiteten avseende vem som utsatt barnet för övergrepp eller försummelse jämfört med frågorna kring barnmisshandel i rapporten av Jernbro & Jansson (2017) där de frågar specifikt kring övergrepp och försummelse utfört av någon vuxen i familjen.

En svaghet med vår studie är bortfallet vad gäller svarsfrekvens på vissa frågor. Det finns flera möjliga förklaringar till detta. En är enkätens storlek som kan ha lett till en uttröttnings effekt. En annan förklaring kan ligga i frågornas karaktär och att de kan uppfattas som känsliga att svara på i en klassrumsmiljö. På frågan kring onani svarade exempelvis endast 58% av de som uppgett att de ej varit utsatta för barnmisshandel och 56% av de som uppgett att de varit utsatta för barnmisshandel. Att frågorna uppfattas som känsliga att svara på i ett klassrum skulle även kunna vara en förklaring till varför det är en mindre andel av de svarande i vår studie som uppgett att de varit med om fysiska eller sexuella övergrepp jämfört med tidigare studier i Sverige.

Vidare kan bortfallet från de ursprungliga ca 2000 elever som utgör LoRDIA's studiepopulation, till de 822 elever som utgör vårt sample, ha påverkat våra resultat. Exempelvis har tidigare forskning (Hagborg et al. 2017) som gjort jämförelser mellan den grupp som inte fullföljt LoRDIA-enkäten i Våg 1 och de som fullföljt den, sett att grupperna skiljer sig åt. Där bortfallsgruppen utgjordes av en högre andel pojkar än flickor, fler som hade externaliserade svårigheter och som har skilda föräldrar. Detta mönster kan antas finnas även i vårt bortfall och en bortfallsanalys även på våg 4 hade varit önskvärt.

En annan svaghet med denna studie var att vi inte kunde undersöka de personer som varit utsatta för polyviktisering, det vill säga utsatthet för flera typer av övergrepp, och hur den gruppen hade svarat kring sexuell hälsa/ohälsa och sexuellt risktagande. Detta på grund av att för få deltagare rapporterade poäng på både CTQ och utfallsvariablerna för att kunna dela in deltagarna i grupper utifrån hur många typer av övergrepp de varit med om.

Vidare forskning

Sammanfattningsvis fann vi i denna studie ett samband mellan utsatthet för barnmisshandel före 15-års ålder och vissa aspekter av sexuell hälsa/ohälsa samt att svara på eller lägga ut sexannonser på nätet. För övriga faktorer avsedda att mäta sexuell risktagande fann vi inget samband. För att få en vidare förståelse hade en större urvalsgrupp krävts med möjlighet att utföra analyser över polyviktisering. Där det hade varit intressant att undersöka ifall utsatthet för flera typer av övergrepp påverkar den sexuella hälsan mer negativt och leder till ett ökat sexuellt risktagande jämfört med utsatthet för en typ av övergrepp. Ett intressant fynd var att frågan kring sexuell risktaganden på nätet var signifikant, där fler i den utsatta gruppen uppgav att de lagt ut eller svarat på sexannonser. Dock innehöll LoRDIA-projektet bara en fråga kring sexuell risktagande på nätet. Framtida forskning bör inkludera fler aspekter av sexuell

risktagande som sker på nätet vid undersökningar av barnmisshandel och sexuellt risktagande. Detta då barn och ungdomar utför sexuella beteenden på nätet som kan innebära en risk och då tidigare forskning visat att barn som har ett problematiskt sexuellt nätbeteende också i större utsträckning varit utsatta för barnmisshandel (Jonsson, 2015). Framtida forskning hade även behövt se över vilka faktorer som kan mäta sexuellt risktagande i en svensk kontext och utifrån rådande könsnormer kring sexualitet. En vidare undersökning kring vad det är som gör att ett sexuellt risktagande i slutändan leder till negativa konsekvenser för vissa grupper men inte för andra behövs. För att undersöka om det verkligen föreligger ett samband mellan barnmisshandel och sexuell hälsa/ohälsa samt sexuellt risktagande hade det varit önskvärt att följa barn och ungdomar longitudinellt.

Dual Control Model är en modell som kan vara intressant att använda när man undersöker utsatta ungdomars sexualitet vilket oss veterligen inte har gjorts tidigare (Bancroft, et al., 2009). Tidigare forskning visar att det finns en relation mellan regleringssvårigheter av gas-bromssystemet och ångest och depression (Bancroft, et al., 2009). Det kan vara av vikt att vidare undersöka vad den sexuella upptagenheten eller aversionen inför sex har för funktion, då man skulle kunna tänka sig att exempelvis ett överdrivet onanerande används som ångestlindring.

Slutsatser

Sammanfattningsvis verkar utsatthet för barnmisshandel påverka svenska ungdomars sexuella hälsa negativt, för vissa kan det uttrycka sig i en sexuell upptagenhet, medan barnmisshandel inte verkar ha något samband med sexuellt risktagande så som det vanligen mäts idag. Slutligen hoppas vi att den här rapporten kan bidra till att belysa hur olika typer av barnmisshandel kan påverka sexuell hälsa/ohälsa och sexuellt risktagande, då detta är en del av den psykiska hälsan som ibland glöms bort. Det är av vikt att försöka förstå vad de olika sexuella beteendena har för funktion för att kunna ge unga adekvat vård och stöd.

Referenser

- Aho, N., Proczkowska Björklund, M., & Svedin, C. G. (2017). Peritraumatic reactions in relation to trauma exposure and symptoms of posttraumatic stress in high school students. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 11. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1080/20008198.2017.1380998>
- Bancroft, J., Graham, C. A., Janssen, E., & Sanders, S. A. (2009). The dual control model: Current status and future directions. *Journal of Sex Research*, 46(2-3), 121-142. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1080/00224490902747222>
- Bernstein, P., & Fink, L. (1998). CTQ-SF – Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective self-report manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bernstein, P., Stein, J., Newcomb, M., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma

- Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27 (2), 169-90. doi:10.1016/S0145-2134(02)00541-0
- Cater, Å. K., Andershed, A., & Andershed, H. (2014). Youth victimization in sweden: Prevalence, characteristics and relation to mental health and behavioral problems in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1290-1302. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.chiabu.2014.03.002
- Eriksson, M. (2016) I Häggström-Nordin, E. & Magnusson, C. (Red.), *Ungdomar, sexualitet och relationer* (s.159-169) Lund: Studentlitteratur AB.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7-26. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.chiabu.2006.06.008
- Folkhälsomyndigheten. (2017). *Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige: UngKAB15 - en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16-29 år*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Gerdner, A., & Ahlgren, T. (2013). LoRDIA Longitudinal Research on Development In Adolescence Folder. Hämtad från <http://center.hj.se/download/18.44e7478e1596bf552ea1b58/1483608865748/LoRDIA+-+folder.pdf>
- Hagborg, J. M., Tidefors, I., & Fahlke, C. (2017). Gender differences in the association between emotional maltreatment with mental, emotional, and behavioral problems in swedish adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 67, 249-259. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.chiabu.2017.02.033
- Holmberg, L. (2016) I Häggström-Nordin, E. & Magnusson, C. (Red.), *Ungdomar, sexualitet och relationer* (s.279-288) Lund: Studentlitteratur AB.
- Häggström-Nordin, E., Borneskog, C., Eriksson, M., & Tydén, T. (2011). Sexual behaviour and contraceptive use among swedish high school students in two cities: Comparisons between genders, study programmes, and over time. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16(1), 36-46. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.3109/13625187.2010.536922
- Irwin, C. E., Jr., Igra, V., Eyre, S., & Millstein, S. (1997). Risk-taking behavior in adolescents: The paradigm. In M. S. Jacobson, J. M. Rees, N. H. Golden & C. E. Irwin (Eds.), *Adolescent nutritional disorders: Prevention and treatment; adolescent nutritional disorders: Prevention and treatment* (pp. 1-35, Chapter xvi, 402 Pages) New York Academy of Sciences, New York, NY. Retrieved from <https://search-proquest.com.ezproxy.ub.gu.se/docview/619156865?accountid=11162>
- Jernbro, C. & Janson, S. (2017). *Våld mot barn 2016*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12(8), 597-605. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/1054-139X(91)90007-K
- Jonsson, L. S. (2015). *Online Sexual Behaviours Among Swedish Youth : Characteristics, Associations and Consequences* (PhD dissertation). Linköping. <https://doi.org/10.3384/diss.diva-114542>
- Keyes, C. L. M. (2013). In Keyes C. L. M. (Ed.), *Promoting and protecting positive mental health: Early and often throughout the lifespan* Springer Science + Business Media, New York, NY. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/978-94-007-5195-8_1 Retrieved from <https://search-proquest.com.ezproxy.ub.gu.se/docview/1531960987?accountid=11162>

- Lalor, K., & McElvaney, R. (2010). Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high-risk sexual behavior, and prevention/treatment programs. *Trauma, Violence, & Abuse, 11*(4), 159-177.
doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1177/1524838010378299
- Livingston, N. A., & Cochran, B. N. (2013). Interrupting hate through literacy performance. *Journal of LGBT Youth, 10*(4), 378-382.
doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1080/19361653.2013.825200
- Magnusson, C. (2016) I Häggström-Nordin, E. & Magnusson, C. (Red.), *Ungdomar, sexualitet och relationer* (s.203-216) Lund: Studentlitteratur AB.
- Mendle, J., Ryan, R. M., & McKone, K. M. (2016). Early childhood maltreatment and pubertal development: Replication in a population-based sample. *Journal of Research on Adolescence, 26*(3), 595-602.
doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/jora.12201
- Noll, J. G., Haralson, K. J., Butler, E. M., & Shenk, C. E. (2011). Childhood maltreatment, psychological dysregulation, and risky sexual behaviors in female adolescents. *Journal of Pediatric Psychology, 36*(7), 743-752.
doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1093/jpepsy/jsr003
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 575-586.
doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1037/0022-006X.71.3.575
- Näslund, S. (Producent). (2019, 5 Februari). *Sex som självskada*. [Podcast]. Hämtad från <https://sverigesradio.se/sida/avsnitt/1231904?programid=1272>
- Randolph, M. E., & Mosack, K. E. (2006). Factors mediating the effects of childhood sexual abuse on risky sexual behavior among college women. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 18*(1), 23-41.
doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1300/J056v18n01_02
- Ryan, R. M., Mendle, J., & Markowitz, A. J. (2015). Early childhood maltreatment and girls' sexual behavior: The mediating role of pubertal timing. *Journal of Adolescent Health, 57*(3), 342-347.
doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jadohealth.2015.06.005
- Senn, T. E., & Carey, M. P. (2010). Child maltreatment and women's adult sexual risk behavior: Childhood sexual abuse as a unique risk factor. *Child Maltreatment, 15*(4), 324-335.
doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1177/1077559510381112
- Socialdepartementet. (2001). Barnmisshandel. Att förebygga och åtgärda. (SOU 2001:72) Stockholm: Socialdepartementet.
- Thibodeau, M., Lavoie, F., Hébert, M., & Blais, M. (2017). Childhood maltreatment and adolescent sexual risk behaviors: Unique, cumulative and interactive effects. *Child Abuse & Neglect, 72*, 411-420.
doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.chiabu.2017.09.002
- Trickett, P. K., Negriff, S., Ji, J., & Peckins, M. (2011). Child maltreatment and adolescent development. *Journal of Research on Adolescence, 21*(1), 3-20.
doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1532-7795.2010.00711.x
- Wasserman, A. M., Crockett, L. J., & Hoffman, L. (2017). Reward seeking and cognitive control: Using the dual systems model to predict adolescent sexual behavior. *Journal of Research on Adolescence, 27*(4), 907-913.
doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/jora.12321

World Health Organization. (2016a). *Child maltreatment*. Hämtad 2019-10-03 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

World Health Organization. (2016b). *Sexual health*. Hämtad 2019-10-03 från https://www.who.int/topics/sexual_health/en/