



UPPSALA  
UNIVERSITET

# Att dela börda och ansvar

Hur sexualitet, ansvar, reproduktion och maskulinitet konstrueras  
i forskning om hormonella preventivmedel för män

Nathalie Ahlbom

Masteruppsats

Centrum för Genusvetenskap

Uppsala Universitet

”Att dela börda och ansvar”. Hur sexualitet, ansvar, reproduktion och maskulinitet konstrueras i forskning om hormonella preventivmedel för män.

Nathalie Ahlbom  
Masteruppsats i Genusvetenskap  
VT 2018  
Handledare: Karin Lindelöf

### Sammanfattning (abstract)

This thesis explores the research climate within the ongoing research on hormonal contraceptives for men. The purpose of the study is to illuminate how it is written about hormonal contraceptives for men in connection to body, sexuality, side effects and responsibility within research reports and summaries that has been published within the medical field. And how this relates to cultural conceptions of masculinity and reproductivity. Through discourse analysis the material is analysed with the point of departure in a feminist critical and theoretical framework. The main theoretical perspectives consist of feminist critical perspectives on biology, theories about constructions of sexuality, ”true masculinity” and heteronormativity. The analysis is divided into seven parts each focusing on different themes that relates to the purpose of the thesis. The thesis shows how traditional perceptions and norms of reproductivity and sexuality shape the prioritisation of certain contraceptive research and is constructed within an idea of true masculinity and gender differences. And different power relations are made visible related to the power to define risk and safety in relation to female and male bodies. The chosen themes reveal how constructions of norms and cultural ideas affect the contraceptive research for men and women.

Nyckelord: Hormonella preventivmedel för män; ansvar; risk; biverkningar; sexualitet; maskulinitet

# Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	4
Syfte och frågeställningar	7
Tidigare forskning	7
Feministisk kritik och analys av biologi och medicin	7
Maskulinitet, sexualitet och hälsa	9
Preventivmedel och hormonella preventivmedel för män	12
Material och metod	13
”WPR”-perspektivet	13
Diskursanalys och kvalitativ innehållsanalys	15
Hantering och urval	16
Teoretiska utgångspunkter och begrepp	21
Heteronormativitet och obligatorisk heterosexualitet	21
Biologisk determinism	23
Genusordning, sexualitet och reproduktiv distinktion	25
Maskulinitet och sann maskulinitet	27
Disposition	28
Analys	30
Problembild	30
Kliniska prövningar och beprövade metoder	36
Familjeplaneringsdiskursen och delade risker	39
Börda och ansvar	43
Attityder och efterfrågan	48
Medikalisering, vård och biverkningar	57
Sammanfattande diskussion	69
Källförteckning	75

# Inledning

## Bakgrund

Det publiceras kontinuerligt dags- och kvällspressartiklar som berör lanseringen av hormonella preventivmedel för män. Det intresseväckande är att det ofta skrivs att den framtida lanseringen av ett hormonellt preventivmedel är nära (Nilsson, 2014; Holmgren, 2016; Linde, 2015; Prage, 2016). Samtidigt ser verkligheten annorlunda ut.

I december 2016 publicerades en forskningsrapport från en klinisk prövning av ett hormonellt preventivmedel i form av injektioner av testosteron. Trots att preventivmedlet visade sig vara effektivt avbröts prövningen i ett tidigt skede med anledning av biverkningar. Preventivmedlet bedömdes som osäkert av en särskilt tillsatt kommitté utifrån vissa riktlinjer. De vanligaste biverkningarna var acne, smärta kopplad till injektionerna, minskad sexlust och humörförändringar (Behre et al. 2016). Det intressanta är att dessa biverkningar är vanliga hos kvinnor som använder hormonella preventivmedel. Detta tyder på att det existerar skillnader i sätten att bedöma hormonella preventivmedel för män och kvinnor, vilket i sin tur väcker ytterligare frågor kring hur olika diskurser ter sig i olika sammanhang. Denna uppsats har sin utgångspunkt i dessa frågor och har ambitionen att gräva djupare i ämnet för att undersöka flera dimensioner i diskussionen. Framförallt med en koppling till börda, risker och ansvar i samband med användning av preventivmedel.

Inom preventivmedelsforskningen för män har olika metoder och kombinationer prövats och jämförts. Hittills har utvecklingen bromsats av att administrationsformerna<sup>1</sup> haft brister och att konsekvenserna av en långsiktig användning är svåra att förutsäga eftersom forskningsstudierna varit tidsmässigt begränsade. De administrationsformer som hittills prövats är injektioner av testosteron, implantat under huden (liknande p-stav för kvinnor), testosteron i form av en gel som stryks på huden samt tableter, men de har alla varit bristfälliga på olika sätt.

Dessa brister har gjort att läkemedelsindustrins intresse har svalnat och därmed dragit in sitt ekonomiska stöd. Ytterligare en anledning har varit att efterfrågan inte anses vara tillräckligt stor. Bristen på ekonomiskt stöd har i sin tur gjort det svårt att komma vidare i

---

<sup>1</sup> Sätten på vilka medlen tas så att de aktiva substanserna kommer in i kroppen.

utvecklingen eftersom kraven på både forskningen och de framställda preventivmedlen är höga och kräver omfattande studier.

Att tillföra testosteron har varit en känd metod sedan 1930-talet då detta till en början studerades för att behandla män med hypogonadism<sup>2</sup> (Roth et al., 2015:5; Chao et al., 2014:846). Detta ledde sedan till ett nytt användningsområde. Under 1970-talet upptäcktes det nämligen att en tillförsel av testosteron resulterade i försämrad fertilitet hos män, vilket ledde till idén om att utveckla ett hormonellt preventivmedel (Kero & Lalos, 2004:333).

Under 1990-talet finansierade sedan Världshälsoorganisationen (WHO) ett flertal större kliniska prövningar med testosteron. Men, trots att prövningarna hittills visat på positiva resultat är läkemedelsindustrin inte intresserad. Vilket beror på att bristerna hos de prövade preventivmedlen anses vara för omfattande.

Claes Gottlieb, docent i gynekologi, berättar i ett radioprogram om när WHO minskade sina ekonomiska anslag dramatiskt i ett forskningsprojekt som fokuserade på framställningen av ett hormonellt preventivmedel för män (Vetandets värld, Sveriges Radio, 2011-02-01). Samtidigt var läkemedelsindustrin inte intresserad av att lansera ett preventivmedel eller investera i forskningen. Konsekvensen blev att forskningsteamet som Gottlieb ingick i fick avsluta sitt arbete. Anledningarna som WHO och läkemedelsindustrin angav var att efterfrågan inte var tillräckligt stor och att nyttan hittills inte överstiger biverkningarna och riskerna. Samtidigt har det gjorts ett flertal studier som visar på att det existerar en stor efterfrågan hos målgruppen (Vetandets värld, Sveriges Radio, 2011; Heinemann et al., 2005; Roth et al., 2015). I samma radioprogram intervjuas forskaren Kristina Gemzell Danielsson som varit delaktig i utvecklingen. Hon förklarar att forskningens mål tidigare var att ett nytt preventivmedel för män skulle vara tillgängligt redan 2016. Dock blev detta inte en realitet.

Utvecklingen av ett hormonellt preventivmedel är alltså endast ett stenkast bort, men bromsas som tidigare nämnts av olika avgörande faktorer, så som till exempel bristfälliga administrationsformer och förekommande biverkningar.

---

<sup>2</sup> En endokrin sjukdom där könskörtlarna har en bristfällig funktion, vilket resulterar i för låg eller ingen produktion av könshormoner.

Nyligen formulerade *the European Academy for Urology* och *the European Society of Andrological Urology* gemensamma riktlinjer för utvecklingen av preventivmedel för män (Mahmoud & T'Sjoen, 2012:180). Målet är att utveckla ett säkert preventivmedel som kan användas av friska individer i reproduktiv ålder utifrån höga krav från både myndigheter och konsumenter. Jämförelsevis ställdes inte lika höga krav vid utvecklingen av hormonella preventivmedel för kvinnor innan det lanserades i början av 1960-talet (Murdoch & Goldberg, 2013:419). En av anledningarna kan ha varit att det hormonella preventivmedlet för kvinnor var så pass revolutionerande att det fanns ett stort behov av att göra det tillgängligt på marknaden. Nyttan översteg alltså biverkningarna och riskerna.

I relation till detta har det framkommit att många kvinnor som använder hormonella preventivmedel upplever negativa biverkningar, så som ökad ångest, depressionssymptom och minskad sexlust (Sundström Poromaa & Skalkidou, 2014). Gottlieb tar upp detta och menar att det på grund av biverkningarna bör finnas preventivmedel för män för att kunna avlasta deras kvinnliga partners när det gäller biverkningar och ansvar (Vetandets värld, Sveriges Radio, 2011). Utvecklingen av nya preventivmedel och -metoder bör därför betraktas som lika aktuell som den med fokus på preventivmedel för kvinnor.

Studier har visat på att cirka hälften av graviditeterna som uppstår är oplanerade. Eftersom att det är vanligt att använda preventivmedel är det tydligt att det tillgängliga utbudet har signifikanta brister. Oplanerade graviditeter leder dessutom till fler aborter vilket i sin tur resulterar i en ökad hälsorisk för kvinnor. Tillgången till säkra, effektiva och reversibla preventivmedel och goda förutsättningar för familjeplanering är därför avgörande för att minska antalet oplanerade graviditeter och förbättra hälsoutfallen för både kvinnor, barn och familjer (Roth et al., 2015:4; Chao et al., 2014:845). Preventivmedlen och -metoderna bör utvecklas och förbättras för både kvinnor och män då detta kan bidra med möjligheter att undvika oplanerade graviditeter. Även om utbudet av preventivmedel och -metoder för kvinnor har utökats med flera alternativ (p-piller, p-stavar, spiraler, plåster och injektioner) har det inte skett något nytt i utbudet för män (Roth et al., 2015:4). Konsekvensen av detta blir att ansvaret och bördan skjuts över på kvinnor. Utvecklingen av ett nytt preventivmedel för män skulle därför kunna bidra till en mer jämställd fördelning av ansvar och börda i samband med preventivmedel. Dock står

forskningen inför flera utmaningar och för att ett nytt preventivmedel för män ska bli tillgängligt krävs det ekonomiska resurser.

## Syfte och frågeställningar

I uppsatsen kommer jag undersöka hur det aktuella forskningsläget ser ut kring hormonella preventivmedel för män. Det huvudsakliga syftet är att belysa hur det talas om hormonella preventivmedel för män kopplat till kropp, sexualitet, biverkningar och ansvar i forskningssammanfattningar och -rapporter som publicerats inom det medicinska fältet.

Samtidigt vill jag belysa hur detta förhåller sig till kulturella föreställningar om maskulinitet och reproduktion.

Frågeställningarna jag kommer att besvara i uppsatsen är:

- Vilken forskning bedrivs och har bedrivits med fokus på hormonella preventivmedel för män?
- Hur talas det om kropp, sexualitet, biverkningar och ansvar i medicinska forskningspublikationer om detta ämne? Och hur samverkar detta med kulturella normer och föreställningar om maskulinitet, reproduktion och kroppar?

## Tidigare forskning

I det följande avsnittet presenteras feministisk forskning med fokus på biologi och medicin utifrån ett genusvetenskapligt perspektiv.

### Feministisk kritik och analys av biologi och medicin

Feministiska forskare har länge analyserat biologin som forskningsfält med fokus på språkliga och meningsskapande aspekter. Föreställningen om naturvetenskaplig kunskap som objektiv har i samband med detta synliggjorts och kritiserats (Birke, 2000; Ah-King, 2009, 2012; Martin, 1991; Haraway, 1988; Harding, 1993). Flera av dessa studier har avslöjat hur skapandet av kunskap formas och påverkas av kulturella normer och föreställningar, samt hur biologiska fakta ofta har använts för att definiera och reproducera idéer om vad som anses vara naturligt och moraliskt acceptabelt (Harding, 1993; Hammarström, 2004; Fausto-Sterling, 2000; Ganetz,

2012; Martin, 1991). *Biologisk determinism* är ett begrepp som har blivit ett viktigt verktyg inom feministisk forskning för att sätta finger på hur biologiska fakta har använts och fortfarande används för att försvara rådande patriarkala maktstrukturer (Birke, 2000; Ah-King, 2009, 2012; Martin, 1991; Åsberg, 2009). En av paradoxerna som uppstår inom biologisk forskning är att den begränsar sig till två kön, trots att det inom samma forskningsfält framkommit att det existerar en enorm variation och diversitet av kön. Denna uppfattning varierar och är olika stark mellan olika biologiska deldiscipliner (Ah-King, 2009:212). Detta kan alltså uppfattas som en generalisering, men är ändå intressant att lyfta då begränsningen till två kön hör samman med kulturella och stereotypa föreställningar som genomsyrar vår representation av kön.

Som tidigare nämnts används biologiska fakta ofta för att definiera och berättiga ojämlikheter och maktstrukturer. Inställningen till biologiska fakta och kunskap som något fixerat resulterar i att synen på biologisk forskning som skapande av ett slags objektiv sanning förstärks. Flera feministiska teoretiker har tittat närmare på de representationer som förekommer samt hur den biologiska diskursen ser ut och reproduceras (Ah-King 2009; Birke, 1999; Grosz, 1994; Martin, 1991).

Genusforskningen inom samhällsvetenskap och humaniora fokuserar till större del på de sociala konstruktionerna av kön medan den medicinska genusforskningen, då den har en kroppsnära praktik, uppmärksammar både den sociala konstruktionen av kön och den biologiska könstillhörigheten. Särskilt viktigt har det varit att lyfta samspelet mellan hur den biologiska könstillhörigheten påverkar den sociala konstruktionen av kön och tvärtom (Hammarström, 2005:7-10; Ah-King, 2012).

Ett genusvetenskapligt perspektiv på medicin har inneburit ny kunskap som lett till att systematiska mönster upptäckts och synliggjorts. Medicinska genusforskare lyfte redan på 1980-talet fram betydelsen av den manliga normen inom medicin (Hammarström, 2005:13; Björkelund, 2001). Detta kan kopplas samman med ytterligare feministiska studier som pekar på att biologisk och medicinsk forskning och teoribildning utgår från ett androcentriskt perspektiv (Ah-King, 2009; Fox Keller, 1982). Exempelvis har forskningen om hjärt- och kärlsjukdomar i huvudsak utförts på män, där det har dragits slutsatser om att resultaten även gäller kvinnor. Dock har det uppdagats att kvinnor har uppvisat andra symptom som inte kopplats samman med



dessa sjukdomar och därför inte upptäckts i tid (Hammarström, 2005:13-14).

Under de senaste decennierna har det utvecklats nya feministiska teoretiska ingångar för att överbrygga glappet mellan samhälls- och naturvetenskap (Haraway, 1989; Martin, 1991; Ah-King, 2009; Birke, 2000; Fox Keller, 1992; Harding, 1993, Holmberg & Palm, 2009).

Kärnan och utmaningen i de nya perspektiven är att inkorporera biologi i feministisk teori utan essentialistiska hållningar. Den centrala frågan blir därför hur vi ska se på och uppfatta biologiska och könade kroppar. Detta anses som nödvändigt då ”biologiska” problem lämnas utanför den feministiska teoribildningen (Holmberg & Palm, 2009:188-189). Kritiken har kommit från vad som idag brukar kallas ”nymaterialismen” inom feministisk teori.

Nymaterialisterna menar att socialkonstruktivismen försummar den materiella verkligheten och att många genusforskare förnekar den biologiska kroppen (Holmberg & Palm, 2009:189; Ahmed, 2008:23).

Med den feministiska teorins historia i åtanke har det argumenterats för att feminismens ”anti-biologism” inte handlat om att lämna det biologiska åt sidan, utan har istället handlat om att ta aktivt avstånd från den biologiska determinismen (Ahmed, 2008:27-28, Birke, 2000:1). Detta har varit en viktig och central kärna både i den kritik och kamp som feminismen har fört.

Kritiken av den feministiska anti-biologin är, med Patricia Cloughs ord, en mer generell kritik av en feministisk vägran att engagera sig i ”material som dynamisk och levande” (eng. ”matter as dynamic and alive”) (Clough, 2007; Ahmed, 2008:32). En ytterligare kritik är att feminismen har reducerat material till kultur. Dock menar Sara Ahmed att även om frågor kring hur kön, genus och sexualitet reproduceras genom tid och rum har varit i fokus, med en betoning på språk, kultur, symbolik, diskurs och ideologi, betyder det inte att feminister inte har insikt om att den materiella världen existerar. Feminismen har alltså behövt teorier om social reproduktion för att undersöka hur normer formas över tid (Ahmed, 2008:33).

## Maskulinitet, sexualitet och hälsa

Maskulinitetsstudier och begreppet maskulinitet blir relevant i analysen av hur kulturella normer och stereotypa föreställningar kommer till uttryck i materialet. Framförallt i hur det talas om hormonella preventivmedel för män kopplat till den manliga kroppen och mäns sociala roller. I

det följande avsnittet kommer jag att redogöra för valda delar av forskning inom maskulinitetsstudier som berör uppsatsens övergripande teman.

Som internationellt forskningsfält har maskulinitetsstudier vuxit under de senast decennierna och är annorlunda idag i jämförelse med hur det såg ut för tio år sedan. Fältet har förändrats över tid och tagit nya former och vändningar där olika teoretiska utgångspunkter integrerats. Exempelvis har ett flertal maskulinitetsforskare från och med tidigt 2000-tal influerats av samtida feministiska teoretiska ramverk och dess poststrukturalistiska och postkoloniala influenser (Gottzén & Mellström, 2014:1; Morell & Smart, 2005; Petersen, 2003; Ouzgane & Coleman, 1998). Den empiriska mångfalden är stor inom fältet idag och genusvetenskapliga maskulinitetsforskare har bidragit till en teoretisk bredd inom maskulinitetsstudier som fält. Det har hävdats att det intersektionella perspektivet, som tydligt integrerats inom feministisk teoribildning, har saknats i maskulinitetsstudier som fält (Lewis, 2009). Dock har perspektivet integrerats mer och mer med åren och kategorier som genus, klass, etnicitet, ras, funktionalitet och ålder har uppmärksammats som viktiga i fortsatta studier av maskulinitet (Hearn, 2009; Schofield et al., 2000; Christensen & Qvotrup Jensen, 2014). Queer- och sexualitetsstudier har också haft en stor betydelse för utvecklingen av fältet maskulinitetsstudier (Edwards, 2005; Halberstam, 1998). Att studera maskulinitet är idag en integrerad del i forskning inom många olika discipliner, exempelvis medicin, hälsa och sjukvård, teknologi, sociologi, fysik, antropologi, historia, litteraturstudier, affärs- och organisationsstudier (Gottzén & Mellström, 2014:2).

En större del av fältet har fokuserat på relationer mellan män och mäns upplevelser av och perspektiv på maskulinitet. Många av de mest använda och uppmärksammade maskulinitetsteorierna, med ett fåtal undantag (Halberstam, 1998; Sedgwick, 1985; Nguyen, 2008), har fokuserat på maktrelationer och hierarkier mellan män (Connell, 1995), vilket har lett till att kvinnliga erfarenheter av maskulinitet hamnar i skymundan (Gottzén & Mellström, 2014:2).

Utbudet av akademisk litteratur som undersöker mäns erfarenheter av infertilitet/subfertilitet<sup>3</sup>, ofrivillig barnlöshet och reproduktiva hälsa är väldigt begränsat. Den kulturella

---

<sup>3</sup> Nedsatt fruktsamhet.

associationen mellan reproduktion och kvinnors kroppar har lett till att den teknologiska utvecklingen med fokus på fertilitet har avgränsats till den kvinnliga kroppen. Detta har i sin tur lett till att manliga upplevelser och erfarenheter till större del varit osynliga. I relation till detta har flera studier fokuserat på mäns föräldraskap och familjeplanering (Lupton & Barclay, 1997; Daniels, 1998; O'Brien & Jones, 1995). Karen Throsbys och Rosalind Gills artikel "It's Different for Men – Masculinity and IVF" (2004) har syftet att möta avsaknaden av ett manligt perspektiv i reproduktionsfrågor. Studiens resultat visar på att kulturella föreställningar om potens och virilitet som stereotyp maskulina egenskaper påverkar mäns upplevelser av ofrivillig barnlöshet och behandlingar som IVF (In vitro-fertilisering) (Throsby & Gills, 2004:344).

Studier med fokus på maskulinitet och hälsa har synliggjort maskulinitetsnormers kopplingar till en ökad risk för sämre hälsa (Schofield et al., 2000; Tyler & Williams, 2014; Sabo & Gordon, 1995). Diskursen kring den manliga kroppen är en central aspekt i dessa studier och blir även relevant i uppsatsens analys av de utvalda forskningsöverblickarna och -rapporterna.

Ett flertal teoretiker har uppmärksammat den manliga kroppens symboliska och materiella betydelse och hur kulturella representationer av manliga kroppar påverkar normer kring maskulinitet och hälsa (Whitehead, 2002; Thomas, 2002; Connell, 1995; Dworkin & Wachs, 2009). Ett intersektionellt perspektiv har varit viktigt i studier kring mäns hälsa eftersom sociala situationer och sammanhang har visat sig ha betydelse. För att möjliggöra fördjupad kunskap om mäns hälsa kopplat till maskulinitet bör aspekter så som klass, ras, socioekonomisk status och sexualitet etc. inkluderas i analysen (Schofield et al., 2000).

Det talas allt mer ofta om mäns hälsa som en viktig aspekt som kan komma att kräva nya idéer och resursökningar inom sjukvården. Föreställningar och förståelser kring mäns hälsa påverkas av både debatter i media och av forskningen som ofta utgått ifrån förenklade perspektiv och idéer om relationen mellan män och maskulinitet. Att integrera ett genusvetenskapligt perspektiv skulle generera en större och mer fördjupad förståelse (Schofield et al., 2000:247). Detta skulle innebära att undersöka hälsofrågor i en kontext där mäns och kvinnors interaktioner med varandra och deras positioner i sociala sammanhang är en central utgångspunkt. Det vill säga med utgångspunkt i en multidimensionell struktur av köns- och genusrelationer. Ett sådant perspektiv lyfter även skillnader mellan män, vilket har varit en central fråga i senare

maskulinitetsstudier samtidigt som det är en viktig hälsofråga (Schofield et al., 2000:247).

Inom maskulinitetsstudier är den manliga kroppen alltid närvarande men samtidigt relativt osynlig. Teoretiska och empiriska studier med fokus på mäns kroppslighet (eng. men's embodiment) är få, med undantag för några viktiga studier som gjorts på ämnet (Connell 1987, 1995; Petersen, 1998; Whitehead, 2002; Dworkin & Wachs, 1998, 1997). Dessa uppmärksammar bland annat viktiga aspekter och samband mellan könade kroppar och maktstrukturer. De flesta studier med kritiska genusperspektiv på den manliga kroppen har fokuserat på relationen mellan mäns upplevelser av kroppslighet kopplat till maskulinitet och sport (Messner & Sabo, 1990; Messner, 1992; McKay et al., 2000).

Att anlägga ett genusvetenskapligt perspektiv på studier av mäns hälsa skapar möjligheter att lyfta nya dimensioner och aspekter i viktiga hälsofrågor. Exempelvis har en ingång varit att undersöka hur interaktionerna mellan kvinnor och män påverkar hälsan. Tidigare studier har till exempel visat på att män tenderar att delta mer aktivt på arbetsplatsen och kvinnor mer i familjelivet och hushållet (Bittman & Pixley, 1997). Interaktionsmönster som är vanliga kan vara en intressant ledtråd i fortsatta studier kring skillnaderna mellan mäns och kvinnors hälsa (Schofield et al., 2000:251).

## Preventivmedel och hormonella preventivmedel för män

Kvinnors reproduktiva hälsa och användning av hormonella preventivmedel har sedan länge varit ett aktuellt ämne i feministisk forskning och i politiska debatter (Carlstedt, 1992; Holmes et al., 1980; Kero & Lalos, 2004; Wigginton et al., 2014).

Antologin *Birth Control and Controlling Birth* (Holmes et al., 1980) är en samling artiklar som utgår från kvinnors erfarenheter och perspektiv kring allt från etiska aspekter av preventivmedelsutveckling och -användning, till förlossning och politiska diskurser. Framförallt tillför antologin ett perspektiv och en kritik av beslutsfattandet kring reproduktionsfrågor som berör kvinnor. Boken lyfter forskning som har bedrivits av kvinnor för kvinnor och poängterar dess betydelse.

Feministisk forskning med fokus på mäns reproduktiva hälsa och forskningen kring hormonella preventivmedel för män är dock mer sällsynt (Oudshoorn, 2003; Kammen &

Oudshoorn, 2002). I boken *The Male Pill* (2003) diskuterar och redogör Nelly Oudshoorn för utvecklingen av ett hormonellt preventivmedel för män utifrån ett samhällsanalytiskt perspektiv. Hon analyserar forskningens utveckling med ett fokus på maskulinitet och gör nedslag i utvecklingen, samtidigt som debatterna kopplas till rådande familjeplaneringsdiskurser (Oudshoorn, 2003).

I analysen av det empiriska materialet kommer jag att lyfta olika dimensioner av maskulinitet, vilket kopplas samman med mäns fertilitet och reproduktiva hälsa med stöd av genusvetenskapliga teorier och begrepp. Under analysens gång kommer jag att diskutera skillnader i hur det talas om mäns och kvinnors kroppar kopplat till reproduktion och hormonella preventivmedel. Genom en genusvetenskaplig blick på materialet kommer jag att undersöka vilka dimensioner som blir synliga i artiklarna när diskurser från olika fält möts.

## Material och metod

I detta avsnitt redogör jag för de metodologiska ingångar som är centrala för min uppsats samt hur urvalsprocessen och hanteringen av det empiriska materialet har gått till. Jag väljer att referera till studiens material som ”materialet” och ”artiklarna” trots att det består av både forskningsrapporter och -översikter. Detta är för att texten ska bli lättare att följa med i. Källförteckningen av materialet har sammanställts i två tabeller som redovisas i samband redogörelsen för urvalsprocessen och hanteringen.

### ”WPR”-perspektivet

I ”Introducing the ’What’s the problem represented to be?’ approach” (2012) introducerar den feministiska teoretikern Carol Bacchi en analytisk modell med fokus på representationer av problemformuleringar. Det analytiska perspektivet börjar med premissen att lösningar egentligen avslöjar vad som anses vara ”problemet” och behöver förändras. Exempelvis innehåller politiska beslut och förslag ofta implicita representationer av vad som anses vara ett ”problem” (Bacchi, 2012:21). Perspektivet benämns med förkortningen ”the ’WPR’ approach” vilket kan översättas till ”WPR”-perspektivet. Med hjälp av detta analytiska perspektiv kommer jag att undersöka de ”problem” och ”lösningar” som är centrala i materialet.

Detta innebär att jag med en kritisk blick undersöker hur ”problemet” representeras i materialet. Bacchi uppmanar att ställa frågor till materialet med fokus på representationen av problemet, dess underliggande meningar och dess effekter för att uppmärksamma de former av representation som upprätthåller politiska strukturer (Bacchi, 2012:22). Frågorna som Bacchi formulerat i modellen berör både vad som uttryckligen sägs och vilka tystnader som förekommer och vilken effekt representationen kan få. Jag kommer att närma mig det analytiska perspektivet som en metodologisk utgångspunkt i analysen av mitt material. Med detta menas att frågorna som ingår i ”WPR”-perspektivet blir en grund för de frågor jag kommer att ställa till texten under analysens gång. Dock revideras dessa i relation till mina frågeställningar och innehållet i materialet.

Det analytiska ramverket utgår ifrån att analysera politiskt material (politiska dokument och beslut etc.). Eftersom mitt material skiljer sig från detta måste frågorna anpassas i relation till den dialog som jag kommer hålla med materialet. Perspektivet kommer att fungera som ett verktyg för att påminna om att ”problem” och ”lösningar” är laddade med mening. För att utforska denna mening rekommenderar Bacchi att ställa frågor i relation till formuleringen av ”problem” och ”lösning” som en genomgående kritisk praktik (Bacchi, 2012:23). Att ställa frågor i relation till mina frågeställningar kommer genomgående att vara relevant i uppsatsen. ’WPR’-perspektivet kommer därför att utgöra en del av mitt metodologiska ramverk. I uppsatsen har jag valt att kombinera perspektivet med diskursanalys och kvalitativ innehållsanalys för att undersöka flera dimensioner i artiklarnas innehåll. Uppsatsen fokuserar både på den problembild och lösningar som representeras och lyfter samtidigt även andra resonemang i artiklarna som berör aspekter som inte är direkt förknippade med problembilden. Därför har jag valt att kombinera perspektivet med diskursanalys och kvalitativ innehållsanalys för att möjliggöra en analys av och undersöka flera dimensioner i artiklarnas innehåll. Dessa metodologiska utgångspunkter tillför verktyg att kunna undersöka artiklarnas innehåll på flera olika nivåer. I det följande avsnittet redogör jag för uppsatsens ingångar i diskursanalys och kvalitativ innehållsanalys.

## Diskursanalys och kvalitativ innehållsanalys

I vetenskapliga texter och debatter har begreppet diskurs använts med skiftande mening, vilket har inneburit att innebörden blivit ganska oklar. Men oftast rymmer ordet ”diskurs” en eller en annan idé om att språket är strukturerat i olika mönster som våra uttryck följer när vi agerar i olika sociala sammanhang. Exempelvis brukar det talas om ”politisk diskurs” och ”medicinsk diskurs” (Winther Jørgensen & Phillips, 2000:7). En analys av diskursen är alltså som det låter; en analys av detta mönster. I uppsatsen kommer jag att utgå ifrån detta perspektiv när jag undersöker hur det talas om de teman jag har valt ut. Det blir relevant för min uppsats eftersom syftet är att undersöka hur dessa mönster ter sig i materialet.

Marianne Winther Jørgensen och Louise Phillips definierar diskurs som ”ett bestämt sätt att tala om och förstå världen (eller ett utsnitt av världen)” (Winther Jørgensen & Phillips, 2000:7). I min analys av materialet utgår jag ifrån denna definition när jag talar om diskurser. Diskursbegreppet blir särskilt användbart i min analys av hur det talas om temana. Materialet är både producerat och publicerat inom det medicinska fältet, vilket innebär att artiklarnas innehåll kan komma att säga något om de diskurser som dominerar de särskilda fälten. Uppsatsens ambition är att synliggöra detta med hjälp av diskursbegreppet.

I relation till min uppsats blir diskursanalys relevant då jag kommer att undersöka materialets förhållande till samhällliga och kulturella föreställningar. Materialet kan alltså säga något både om den dominerande diskursen inom det medicinska fältet och samtidigt något om den övergripande samhällliga kontexten. Det outtalade får också en central betydelse i analysen då outtalade förutsättningar kan styra samhällsdebatten. Med diskursanalys som metod kan man utifrån en mer komplex bild av vad som sägs och inte sägs resonera sig fram till vad som bör vara förutsättningar för det som sägs (Bergström & Boréus, 2012:81).

Det diskursanalytiska perspektivet kombineras med *kvalitativ innehållsanalys* som har rötter i en empiristisk vetenskapssyn (Bergström & Boréus, 2012:51). Kombinationen ger mig möjlighet att både undersöka de manifesta inslagen i texterna, det vill säga sådant som uttrycks explicit, och det som sägs implicit.

Skriftliga texter skiljer sig från godtyckliga sammanställningar av bokstäver genom att vara *koherenta*, att det hålls ihop av ett särskilt ämne och har en röd tråd, eller *kommunikativa*,

att de har ett budskap att förmedla. Läsarens förståelsen av texten är beroende av kunskaper i språket som ger den betydelse (Bergström & Boréus, 2012:21-22). Dessa två aspekter präglas av att språket är ett socialt system. Och vissa forskare anser att vi måste studera språket för att kunna säga något om vårt sätt att tänka och våra handlingar. Språket kan betraktas som en gränssättare för både tanke och handling (Bergström & Boréus, 2012:17).

I analysen kommer jag att använda mig av *kvalitativ innehållsanalys*, som beskrivs som en analysmetod med syfte att kartlägga företeelser och se förändringar över tid (Bergström & Boréus, 2012:50). Till skillnad från kvantitativa innehållsanalyser är syftet inte att räkna eller mäta förekomsten av vissa uttryck eller ord. Istället ligger fokus på att göra mer komplicerade tolkningar (Bergström & Boréus, 2012:50). Metoden bidrar till att urskilja mönster i materialet. Fördelen med denna typ av manuella analyser är att mer komplicerade bedömningar och tolkningar kan göras (Bergström & Boréus, 2012:51). I analysen ämnar jag att titta på vad som sägs explicit för att sedan diskutera detta i relation till vad som inte sägs. Diskursbegreppet blir därför ett behjälpligt verktyg för att förklara och uppmärksamma de mönster som förekommer i artiklarnas innehåll.

I min uppsats har den kvalitativa innehållsanalysen inneburit att arbeta med flera genomläsningar av artiklarna. Eftersom att materialet innefattar flera artiklar krävdes ett strukturerat system för att fånga upp och synliggöra fenomen och i sin tur jämföra artiklarna. I nästa avsnitt beskriver jag mer ingående hur hanteringen och urvalet av materialet har gått till.

## Hantering och urval av material

Det empiriska materialet för min studie utgörs av åtta artiklar som publicerats i olika medicinska tidskrifter och som berör studiens fokusområde – forskningen om hormonella preventivmedel för män. Två av artiklarna presenterar resultaten från en specifik studie medan resten är forskningsöverblickar.

För att söka efter det empiriska materialet använde jag mig av PubMed som är en av de mest omfattande sökmotorerna när det gäller medicinskt material. Jag valde tidigt att avgränsa mina sökningar då jag upptäckte att det fanns en stor mängd material tillgängligt som berörde ämnet. Sökningen riktades därför in på artiklar och studier som träffades med sökorden:



*Hormonal contraceptives men*, och de valda underkategorierna: *människa(human)*, *manlig(male)* och *publicerade senast fem år tillbaka (publication dates: 5 years)*. ”Hormonal contraceptives men” valdes för att avgränsa sökningarna till hormonella preventivmedel för män. Den engelska översättningen visade sig ge fler träffar och gav även träffar på artiklar med större spridning inom en internationell medicinsk kontext. Underkategorierna existerade redan i sökmotorn och gjorde det möjligt att avgränsa sökningen ytterligare. Underkategorin *människa (human)* avgränsade sökningen till de kliniska prövningar som gjorts på mänskliga kroppar och *manlig (male)* till manliga kroppar. Tidsavgränsningen gjordes för att hitta material som publicerats inom en nära tidsram. Sökningen resulterade slutligen i 87 träffar, vilket jag ansåg var tillräckligt för att påbörja nästa urval. En av artiklarna som har inkluderats i materialet publicerades redan 2005. Artikeln inkluderades på grund av att den haft en central betydelse i forskningen kring attityder mot och efterfrågan av ett hormonellt preventivmedel för män.

Då jag inte har en medicinsk bakgrund baserades nästa urval delvis på vad artiklarna innehöll och delvis på den språkmässiga tillgängligheten i relation till mina förutsättningar att förstå innehållet. I det tredje urvalet sorterade jag därför även bort de artiklar där forskningsresultaten presenterades med hjälp av kemiska formler och modeller. Ett annat avgörande kriterium var att artiklarna skulle ge en forskningsöverblick eller redovisa resultatet av enskilda studier och tester. Detta var för att få en överblick över hur forskningen ser och har sett ut, vilket relaterar till studiens syfte.

När materialet var insamlat gjordes en genomläsning i kombination med kodning av alla artiklar. Under den första kodningen valde jag att koda alla detaljer i texten som jag ansåg kunde vara relevant. Jag använde mig av understrykningspennor i olika färger för att koda materialet och de olika färgerna fick representera olika ingångar (gul = intressant och relevanta resonemang, blå = intressanta källor, grön = begrepp jag inte förstår, rosa = konkreta påståenden/argument). Kodningen baserades alltså på min tolkning av innehållet i relation till mina genusvetenskapliga utgångspunkter och studiens syfte.

Efter den första omgången av kodning sammanställde jag de resonemang som jag hade strukit under. Samtidigt översatte jag resonemangen då samtliga artiklar är skrivna på engelska. Under läsningens gång gjorde jag dessutom en ordlista för de medicinska begrepp som jag inte

förstod. Detta gjorde det enklare att få en överblick över resonemangen i artiklarna och slutligen koppla ihop innehållet i enskilda artiklar med varandra. Efter den första kodningen kunde jag urskilja sex olika teman – *kropp, sexualitet, reproduktion, biverkningar, ansvar och efterfrågan*. Dessa teman blev centrala i min andra omgång av kodning.

För att dyka djupare i materialet efter den första kodningsprocessen valde jag att koda dokumentet med de sammanställda resonemangen. För att lättare koppla samman resonemangen med temana kopplades varje färg denna gång samman med olika teman (gul = reproduktion/hälsa/sexualitet, blå = intressanta argument och resultat, grön = biverkningar, rosa = ansvar och börda). Detta skapade förutsättningar att till en början strukturera upp en disposition av uppsatsen med tillfälliga kapitel för att enklare påbörja analysen av materialet. Jag valde att koda texterna för att synliggöra vilka resonemang som återkom i flera texter och vilka studier som verkade ha en central roll för forskningens utveckling. Båda kodningarna genomfördes manuellt för att möjliggöra en djupare analys (se Bergström & Boréus, 2012:51).

När jag påbörjade analysen insåg jag att det behövdes ett system för att tydligare särskilja de utvalda artiklarna från övriga källor. Detta var för att både göra det enklare för mig att hantera materialet i analysen och för läsaren att urskilja vilka resonemang som kommer varifrån. Eftersom vikten fästs vid artiklarnas innehåll och inte författarnas namn har varje enskild artikel markerats med en bokstav som används vid referenserna i analysen. På så sätt signalerar bokstäverna att jag refererar till uppsatsens empiriska material. I tabellerna nedan har artiklarna sorterats efter årtal och kopplats samman med en angiven bokstav. Tabellernas syfte är att redogöra för artiklarnas fullständiga källförteckning och underlätta för läsaren att återvända om så önskas under läsningens gång. I analysen refererar jag även till flera medicinska artiklar som upptäcktes under läsningen av materialet. Dessa ingick inte det ursprungliga utvalda materialet och har därför inte kodats. Den första tabellen innehåller därför det analyserade och kodade empiriska materialet och den andra de övriga medicinska artiklarna. Under analysens gång har de artiklar som kodades fungerat som mitt huvudmaterial, vilket innebär att jag refererar mer grundligt och genomgående till dessa. Artiklarna i den andra tabellen har jag refererat till för att förstärka relevansen av vissa resonemang i analysen.

## 1. Empiriskt material

Studie	Författare	Årtal	Titel	Källa
<b>A</b>	Heinemann, Klaas et al.	2005	”Attitudes toward male fertility control: results of a multinational survey on four continents”	<i>Human Reproduction</i> , 20(2), s. 549-556
<b>B</b>	Mahmoud, Ahmed & T’Sjoen, Guy	2012	”Male hormonal contraception: Where do we stand?”	<i>The European Journal of Contraception &amp; Reproductive Health care</i> , 17(3), s. 179-186
<b>C</b>	Chao, Jing et al.	2014	”Male contraception”	<i>Best Practice &amp; Research Clinical Obstetrics and Gynaecology</i> , 28, s. 845-857
<b>D</b>	Murdoch, Fern E. & Goldberg, Erwin	2014	”Male contraception: Another holy grail”	<i>Bioorganic &amp; Medicinal Chemistry Letters</i> , 24, s. 419-424
<b>E</b>	Roth, Mara Y. et al.	2014	”Acceptability of a transdermal gel-based male hormonal contraceptive in a randomized controlled trial”	<i>Contraception</i> , 90, s. 407-412.
<b>F</b>	Kanakakis, George A. & Goulis, Dimitrios D.	2015	”Male contraception: a clinically-oriented review”	<i>Hormones</i> , 14(4), s. 598-614.
<b>G</b>	Wang, Christina et al.	2016	”Male Hormonal Contraception: Where are we now?”	<i>Current Obstetrics and Gynecology Reports</i> , 5, s. 38-46.
<b>H</b>	Roth, Mara Y. et al.	2016	”Male hormonal contraception: looking back and moving forward”	<i>Andrology</i> , 4, s. 4-12.

## 2. Övriga medicinska artiklar

<b>I</b>	Keith, Louis et al.	1975	”Attitudes of men toward contraception”	<i>Archives of Gynecology and obstetrics</i> , 220, s. 89-97.
<b>J</b>	Davidson, A et al.	1985	”The acceptability of male fertility regulation methods: a multinational field survey”	<i>In Final Report to the Task Force on Psychosocial Research in Family Planning of the WHO</i> , WHO, Geneva.
<b>K</b>	Atkinson, Linda E. et al.	1986	”The Next Contraceptive Revolution”	<i>The Journal of Clinical Endocrinology &amp; Metabolism</i> , 93, s. 2572-2580.
<b>L</b>	Ringheim, Karin E.	1993	”Factors that determine prevalence of use of contraceptive methods for men”	<i>Studies in Family Planning</i> , 24, s. 87-99.
<b>M</b>	Ezeh, Alex C. et al.	1996	<i>Men’s fertility, contraceptive use, and reproductive reference</i>	<i>DHS Comparative Studies nr 18</i> . Calverton: Macro International.
<b>N</b>	Hulton, Louise & Falkingham, Jane	1996	”Male contraceptive knowledge and practice: what do we know? ”	<i>Reproductive Health Matters</i> , 7, s. 90-100.
<b>O</b>	Drennan, Vari M.	1998	<i>Reproductive health: new perspectives on men’s participation.</i>	<i>Population Reports nr. 46</i> , serie J.
<b>P</b>	Glasier, Anna F. et al.	2000	”Would women trust their partners to use a male pill?”	<i>Human Reproduction</i> , 15, s. 646-649.
<b>Q</b>	Martin, C.W. et al.	2000	”Potential impact of hormonal male contraception: cross-cultural implications for development of novel preparations”	<i>Human Reproduction</i> , 15, s. 637-645.

<b>R</b>	Sedgh, Gilda et al.	2007	”Induced abortion: estimated rates and trends world wide”	Lancet, 370, s. 1338-1345.
<b>S</b>	Mommers, Ellen et al.	2008	”Male hormonal contraception: a double-blind, placebo-controlled study”	<i>The Journal of Clinical Endocrinology &amp; Metabolism</i> , 93, s. 2572-2580.
<b>T</b>	Vaughan, Barbara et al.	2008	”Discontinuation and resumption of contraceptive use: results from the 2000 National Survey of Family Growth”	<i>Contraception</i> , 78, s. 271-283.
<b>U</b>	Thrusell, James	2011	”Contraceptive failure in the United states”	<i>Contraception</i> , 83, s. 397-404.

## Teoretiska utgångspunkter och begrepp

I detta avsnitt presenteras relevanta och centrala teoretiska utgångspunkter för min studie. Dessa teorier kommer att lägga en grund för de perspektiv som analysen av det empiriska materialet utgår ifrån. I avsnittet presenteras även de centrala begreppen. Det teoretiska ramverket ger mig verktyg att prata om den medicinska diskursen i materialet i relation till kulturella föreställningar om sexualitet, kropp, kön och genus ur ett genusvetenskapligt perspektiv.

Den materiella kroppen är närvarande i de medicinska artiklarna och blir därför nödvändig att diskutera. I uppsatsen kommer jag att undersöka kopplingarna mellan den materiella kroppen och kulturella föreställningar i relation till det empiriska materialet.

## Heteronormativitet och obligatorisk heterosexualitet

De binära kategorierna *man* och *kvinn*a är starkt kopplade till den biologiska kroppen i artiklarna. Samtidigt förekommer det diskussioner om kulturella föreställningar och normer kopplade till män och kvinnor som sociala kategorier. Begreppen *man*, *manlig* och *kvinn*a, *kvinnlig* är de som är närvarande i texten. Det talas alltså inte explicit om maskulinitet eller

femininitet. Jag väljer därför att ta avstamp i Judith Butlers syn på kön för att möjliggöra en vidare analys av innehållet i artiklarna. Butler menar att kön inte bör ses som ett statiskt kroppsligt tillstånd utan en process som materialiseras genom normer och praktiker. Bilden av ett fördiskursivt kön döljer den diskursiva produktionens påverkan och uttryck (Butler, 2005:45). I uppsatsen vill jag undersöka och urskilja de processer som skapas genom en materialisering av normer. Butlers syn på kön kommer därför att vara behjälplig.

Kategorierna *män* och *kvinnor* används på ett generaliserande sätt i artiklarna och synliggör inga övriga skillnader inom deltagarna som grupp i studier och prövningar. Vid enstaka tillfällen nämns skillnader i utbildning och nationalitet, men endast när det talas om statistiska skillnader i attityder och efterfrågan. Djupare diskussioner kring dessa skillnader förekommer inte. Detta ger en endimensionell bild av hur attityder och efterfrågan egentligen ser ut.

Enligt Malin Ah-King finns det en tydlig koppling mellan köns- och genusnormer och normer om heterosexualitet (Ah-King, 2009:214). Heterosexualiteten tas för givet medan andra sexualiteter uppfattas som avvikande och kräver vetenskaplig förklaring (Ah-King, 2009:215). Inom evolutionär biologi särskiljs sällan de biologiska och sociala aspekterna kopplade till begreppen kön och genus (eng. *gender* och *sex*) (Ah-King, 2009:218). Det språkliga ramverket skapar i sin tur ramverk för hur olika arter och livsformers levnadsätt kan analyseras. Detsamma gäller heterosexualitet.

I forskningssammanhang åsyftar heteronormativitet som begrepp de institutioner, strukturer, relationer och handlingar som vidmakthåller heterosexualitet som något enhetligt, naturligt och allomfattande (Rosenberg, 2002:100). Vi borde snarare tala om heterosexualiteter och inte endast en monolitisk heterosexualitet (Jackson, 1999). Att betrakta heterosexualitet som något enhetligt blir problematiskt då det finns stora variationer inom den. Begreppet heteronormativitet bör även användas i en bredare bemärkelse, alltså inte enbart som förväntad heterosexualitet, utan även som heterosexualitet i en förväntad form (Rosenberg, 2002:90). Heteronormativitet är aktivt normerande och allt som faller utanför stämplas som avvikande. Normativitet utgör det maktsystem som vidmakthåller och backar upp normer (Rosenberg, 2002:101). Makt har alltid använts för att vidmakthålla den genusordning och det förväntade begär som drar kvinnor och män till varandra (Rosenberg, 2002:71). Upprätthållandet av

heterosexualiteten som norm har på olika sätt krävt massiva stödåtgärder. Därför borde det vara klart att detta inte handlar om något oproblematiska och ”naturligt varande”, utan att det handlar om att på många olika sätt *göra* heterosexuella kvinnor och män utav människor.

Könskategorierna och heterosexualitet är därför inte frivilliga utan i många mån socialt obligatoriska (Rosenberg, 2002:71).

Sexualitet är en aspekt som inte benämns i uppsatsens material vilket innebär att detta förblir osynligt. Preventivmedelsutvecklingen fokuserar i majoritet på problembilden kring önskade graviditeter vilket bidrar till att det inte förekommer redogörelser för sexualiteter som rör sig utanför den heteronormens gränser. Detta ger uttryck för normer som grundar sig i obligatorisk heterosexualitet. Begreppet blir därför relevant för att synliggöra hur normer kring heterosexualitet tar sig i uttryck i det empiriska materialet.

I samhällsdebatten har biologiska argument ofta framförts för att stötta traditionella åsikter om kvinnors och mäns ”naturliga” roller i samhället och om sexualitet, familjebildning och moral. Detta påverkar och har påverkat samhällets förståelse och föreställningar av könsroller (Ah-King, 2012:11; Birke, 2000; Åsberg, 2009). De argument som används för att förklara och berättiga existensen av en rådande patriarkal maktstruktur grundar sig ofta i förklaringsmodeller med fokus på anatomi, hormoner och gener. Detta för mig vidare in på feministisk kritik av den biologiska determinism som tar sig i uttryck i naturvetenskaplig forskning. I det följande avsnittet redogör jag därför för begreppets innebörd och tar avstamp i Lynda Birkes och Emily Martins teoretiska förhållningssätt till detta.

## Biologisk determinism

Lynda Birke har undersökt hur vi förstår och tolkar vad som händer fysiologiskt, då hon som biolog anser att det finns en lucka i feministisk teoretisering kring den materiella kroppen. Birkes teorier är relevanta för min uppsats då jag kommer att fokusera på de medicinska rapporternas innehåll ur ett feministiskt teoretiskt perspektiv. Enligt Birke stannar analysen av den materiella kroppen vid ytan och vad som händer inuti kroppen förblir ett mysterium som lämnas till att förklaras genom det esoteriska biomedicinska språket (Birke, 2000:2). Ansvaret och utrymmet att förklara, beskriva och tolka vad som existerar och sker under hud lämnas på grund av detta åt

det biomedicinska fältet och kunskapen blir därför exklusiv för ett specifikt fält. En av uppsatsens ambitioner att göra informationen tillgänglig inom ytterligare ett fält, det vill säga genusvetenskapen, samt att tolka och analysera primärmaterial ur ett feministiskt och genusvetenskapligt perspektiv. I enlighet med Birke kommer jag att föra in ett feministiskt och genusvetenskapligt perspektiv i dialog med de analyserade artiklarnas innehåll för att undersöka hur det som sägs kan förstås och tolkas ur ett feministiskt perspektiv. Birkes resonemang leder mig in på frågor om hur kulturella föreställningar kring materiella kroppar tar sig i uttryck inom exempelvis biologi och medicin. Genom ett feministiskt analytiskt perspektiv kommer jag att undersöka hur kunskap och mening konstrueras i det medicinska materialet.

Föreställningar kring kön och genus genomsyrar och formar hur vi talar om kroppar och representationen av dem (Birke, 2000; Martin, 1991). I uppsatsen är detta ett av de perspektiv som genomsyrar min analys av materialet. Med detta perspektiv som grund utgår jag från att det existerar underliggande kulturella föreställningar som formar representationerna av kroppar. Detta perspektiv har därför oundvikligt format bearbetningsprocessen av det empiriska materialet och min fortsatta analys.

Antropologen Emily Martin har synliggjort hur dessa representationer vilar på kulturella stereotypa föreställningar om kvinnligt och manligt, både inom populärkulturella och vetenskapliga sammanhang. Stereotyperna antyder inte bara att kvinnliga biologiska processer är mindre värda än manliga, utan även att kvinnor är mindre värda än män (Martin, 1991:485). Här blir det extra tydligt att ordvalen spelar en avgörande roll för hur vi uppfattar, förstår och värderar biologiska processer. Ordvalen kan ses som en spegling av kulturella och sociala normer och värderingar av kvinnligt och manligt.

Föreställningen om att biologisk fakta och kunskap är något fixerat förstärker synen på biologisk och medicinsk forskning som objektiv sanning. För att undersöka hur den medicinska diskursen påverkas av biologiskt deterministiska föreställningar kommer jag att titta närmare representationer som förekommer i materialet. Representationer av sexualitet genomsyras på samma sätt som värderingen av kvinnliga och manliga biologiska processer av kulturella stereotypa föreställningar om kön och genus. I uppsatsen kommer jag att använda mig av begreppet sexualitet, genusordning och reproduktiv distinktion med utgångspunkt i ett flertal



teorier för att definiera begreppen. Begreppen blir nödvändiga för att undersöka hur det talas om sexualitet i artiklarna. I det följande avsnittet redogör jag för de definitioner och teorier som möjliggör min analys av detta.

## Genusordning, sexualitet och reproduktiv distinktion

I enlighet med Jeffrey Weeks ser jag på sexualitet som konstituerat i en högst könad värld, där det existerar en tydlig relation mellan organiseringen av kön och sexualitet. Samtidigt påpekar Weeks att vi inte bara kan härleda sexuella subjektiviteter från kön då det skulle vara att ignorera komplexiteten i den sociala organiseringen av sexualitet (Weeks, 2010:40-41).

Konstruktionen och organiseringen av sexualitet, och framförallt av kvinnlig sexualitet, är en produkt av en historiskt rotad patriarkal maktstruktur. Makten att definiera och kategorisera vad som anses vara åtråvärt och betydelsefullt tar sig uttryck i exempelvis ett osynliggörande av manlig sexualitet. För att illustrera detta likar Richard Dyer manlig sexualitet vid luft – du andas in det hela tiden men du är oftast omedveten om det (Dyer, 1985:28). Weeks menar vidare att vi ser på världen genom konceptet av manlig sexualitet. Det betyder att även om vi inte tittar specifikt på manlig sexualitet ser vi på världen genom detta ramverk av referenser (Weeks, 2010:41).

Ramverket är ett resultat av mer än biologiska möjligheter eller oundvikliga könsskillnader. Det har konstruerats genom en historiskt specifik organisering av sexualitet och kön, vilket Connell benämner med begreppet ”genusordning” (eng. ”gender order”) (Connell, 2005). Konstruktionen av sexualitet är en fundamental beståndsdel i upprätthållandet av den patriarkala genusordningen, i vilken konstruktionen av könsskillnader har en central roll.

I min uppsats blir detta intressant i relation till hur det talas om biverkningar och den manliga kroppen. Den osynliga manliga sexualiteten blir plötsligt synlig i sammanhanget. Begreppet genusordning blir därför relevant för att synliggöra hur sexualitet organiseras och talas om i relation till den manliga kroppen.

Normer kring familjeplanering, relationer mellan kvinnor och män, den kvinnliga sexualitetens natur och frågor om sexuell variation är exempel på kritiska frågor som berör regleringen av sexualitet. Weeks menar att dessa frågor varit omdiskuterade i västerländska

länder på grund av att de säger något om samhällets natur. Sociala praktiker och diskurser som konstruerar sexuella regelverk ger mening åt kroppsliga aktiviteter och formar definitioner som kontrollerar och begränsar människors beteenden. Sex konstruerar alltså samhället samtidigt som samhället konstruerar sexualitet (Weeks, 2010:37).

Weeks menar att det generellt fortfarande finns svårigheter att tala om sexualitet utan att förknippa det med tanken om kön. Föreställningar om sexualitet bygger till större del på förutfattade fundamentala skillnader mellan kvinnor och män (Weeks, 2010:47). Den reproduktiva distinktionen mellan biologiskt manliga och kvinnliga kroppar har betraktats som förklaringar på skillnader i sexuellt behov och begär. Dessa djupt rotade kulturella föreställningar får sociala effekter i form av att det inte bara påverkar sättet vi ser på sexualitet och kön, utan även formar sätten vi lever ut dem (Weeks, 2010:47).

Ett av analysens avsnitt har fokus på biverkningar kopplade till sexualitet och kropp. I avsnittet där detta tema analyseras kommer jag att diskutera uppenbara skillnader i representationer av kvinnors och mäns upplevelser av biverkningar. I dialog med Weeks resonemang vill jag undersöka hur det talas om biverkningar i relation till kön och genus.

Statsvetaren Maud Eduards använder begreppet *kroppspolitik* för att tvinna ihop idéer om och politiska åtgärder kring det kroppsliga. Eduards menar att det sällan talas om kroppspolitik i den offentliga debatten om kroppar och kroppars betydelse i politiken. Däremot kan enstaka politiska frågor ha med kroppslighet att göra utan att det tycks beröra politiken i stort – framförallt när det handlar om kvinnors reproducerande kroppar. Eduards menar att det hon kallar *kroppspolitiska processer* sällan problematiseras. Därför väljer Eduards att ta avstamp i detta för att tala om kroppen som politisk (Eduards, 2007:15). Föreställningen om det kroppsliga har en avgörande betydelse för hur samhällen är ordnade, inte bara moraliskt utan även socialt och politiskt (Eduards, 2007:18). Även jag tar avstamp i detta för att följa upp resonemanget om kroppens betydelse i det analyserade materialet. Framförallt är detta intressant i relation till teorier kring den osynliga manliga sexualiteten och kroppen. Utifrån detta kommer jag undersöka kroppens (se den *manliga* kroppens) närvaro i materialet och vad som sker när den manliga kroppen direkt kopplas till politiskt och industriellt reglerade riktlinjer och diskurser (i detta fall forskningsriktlinjerna och familjeplaneringsdiskursen).

Eduards skriver att kvinnokroppen döljer det politiska genom att begränsningar i kvinnors handlingsutrymme traditionellt hänvisas till den biologiska kroppen och kvinnors naturliga uppgifter. De processer som definierar kroppen som given, oföränderlig och apolitisk förblir dolda. Den manliga kroppen betraktas som en social och politisk resurs samtidigt som kvinnokroppen ses som en (o)naturlig avvikelse ständigt sammankopplad med kön, kropp och sexualitet. Och dessa tankar om kvinnors värde och betydelse, som mödrar, gravida och sexuella varelser är ständigt närvarande i vardagslivet. För män finns ingen liknande motsättning mellan den ”naturliga” och politiska kroppen; ”den manliga kroppen avkänas och döljs samtidigt som den upphöjs till allmängiltig och potent” (Eduards, 2007:17). Dessa kulturella föreställningar och tankar hör samman med idéer om maskulinitet och femininitet. Att diskutera maskulinitet blir därför relevant i relation till det analyserade materialet och hur det talas om den manliga kroppen. Framförallt då dominanta kroppsdiskurser har ett starkt inflytande på hur och vad som värderas och vad som anses normalt och naturligt (Whitehead, 2002:184). I det följande avsnittet redogör jag för Stephen Whiteheads och R.W. Connells definitioner av maskulinitet och teorier om sann maskulinitet.

## Maskulinitet och sann maskulinitet

Enligt maskulinitetsforskaren Stephen Whitehead tillskrivs kroppar maskulinitet och feminitet, vilket inte sker på ett förutsägbart eller linjärt sätt (Whitehead, 2002:184). I en modern västerländsk kontext används begreppet ”maskulinitet” i anknytning till föreställningen om att en persons beteende är kopplat till hur personen är. Vissa uttryck och beteenden förknippas kulturellt med maskulinitet och kopplas oftast samman med män (Connell, 2005:5).

Idéer om maskulinitet kan definieras som en förväntan på hur män ska eller bör bete sig. Dessa definitioner tillåter att olika män närmar sig maskulinitetsnormer i olika grader och på olika sätt. Dock uppstår det ofta paradoxer i denna definitionsstrategi. Definitionen av maskulina egenskaper och beteenden är ofta svåra att definiera som delar av normen då de flesta män inte uppfyller eller möter dessa i verkligheten (Connell, 2005:6).

Idén om att maskulinitet och män är sammanflätade är närvarande i ett politiskt landskap som genomsyras av *en genusordning*. Whitehead menar att genusordningen både döljs

och synliggörs genom olika diskurser – alltså genom hur vi talar, tänker och agerar som individer (Whitehead, 2002:5). ”Maskulinitet” som kulturellt koncept är relationellt och existerar inte förutom i kontrast till ”femininitet” (Connell, 2005:5). Någon som inte är maskulin betar sig alltså på andra sätt som istället kopplas till femininitet.

*Sann maskulinitet* förväntas nästan alltid utgå från männens kroppar – den är inneboende i den manliga kroppen eller uttrycker något om den manliga kroppen. Antingen är det så att kroppen driver på handlingar eller så sätter kroppen gränser för handlandet (Connell, 2005:45). Därigenom samverkar både biologiska och sociala influenser för att skapa genuskillnader i beteendet (Connell, 2005:46).

I materialet lyfts de manliga deltagarnas erfarenheter fram i samband med prövningarna av hormonella preventivmedel. Bilden av sann maskulinitet blir användbar i relation till analysen av de manliga deltagarnas upplevelser av och attityder mot exempelvis biverkningar.

## Disposition

I inledningen har jag presenterat uppsatsens bakgrund, syfte, metodologiska ramverk, empiriska material, teoretiska utgångspunkter och begrepp. Jag har även redogjort för tidigare forskning i de fält som min studie förhåller sig till. I samband med det har jag diskuterat hur min studie specifikt förhåller sig till biologiska perspektiv inom feministisk forskning och maskulinitetsstudier. Materialet analyseras utifrån ett mönster som jag identifierat under min läsning. Uppsatsen avslutas sedan med en sammanfattning och slutsats.

Analysen har delats in i fem avsnitt baserade på de utvalda temana. I det första avsnittet, *Problembild*, sammanfattar jag den problembild som är central i det empiriska materialet och lyfter fram huvudargumenten i artiklarna. Avsnittet har fungerat som en inledning till en vidare analys av materialet. Eftersom alla avsnitt och teman hakar i varandra och anknyter till problembilden så återkommer jag till detta i samtliga avsnitt.

I avsnittet *Kliniska prövningar och beprövade metoder* redogör jag kortfattat för forskningens riktlinjer kring utvecklingen av hormonella preventivmedel för män och vilka medel som hittills har prövats. Syftet med avsnittet är att ge en överblick över det aktuella forskningsläget.

I avsnittet *Familjeplaneringsdiskursen och delade risker* diskuteras olika aspekter av den dominerande diskursen kring familjeplanering i materialet. Att dela riskerna med att använda hormonella preventivmedel mellan partners är ett argument som är centralt både i den politiska debatten och i artiklarna.

I det fjärde avsnittet *Börda och ansvar* kopplas ansvarsdiskursen till det föregående avsnittet om delad risk och familjeplanering. Detta kopplas även samman med mäns vilja att använda preventivmedel och utsätta sig för risker. Det följande avsnittet *Attityder och efterfrågan* hakar i den diskussionen med redogörelser för studier som undersökt mäns intresse för och attityder mot en utveckling av ett hormonellt preventivmedel för män. Diskussionen kring efterfrågan fungerar som en fördjupning i att undersöka varför det ojämsställda ansvarstagandet ser ut som det gör idag. Slutligen diskuterar jag hur det talas om biverkningarna som upplevts av de manliga prövningsdeltagarna.

Avsnittet *Medikalisering, biverkningar och vård* knyter samman de diskussioner som förekommit i analysen och kopplar diskurserna kring problembilden, ansvar, delad risk, efterfrågan och attityder till vad som hindrar forskningens utveckling – alltså biverkningar. I avsnittet diskuterar jag även medikaliseringen av kvinnors kroppar och normer kring att söka vård i relation till detta. Dessa frågor fungerar som verktyg för att hitta ytterligare diskurser som hör samman med analysens teman och kan fungera som förklaringsmodeller till hur och varför diskurserna i materialet ser ut som de gör.

Analysen följer alltså ett mönster som jag upptäckt under min bearbetning av materialet. Detta har gjort att min fördjupade analys av materialet lättare har kunnat följa en röd tråd trots att många diskussioner i avsnittet följer upp varandra. I den avslutande sammanfattningen redogör jag för mina resultat och återkopplar till huvudpoänger i analysen.

## Analys

I det följande avsnittet redogör jag för och diskuterar den problembild som presenteras i det analyserade materialet. Problembilden är central i argumenten för varför utvecklingen av ett hormonellt preventivmedel anses vara viktig. Det är oftast den som beskrivs först i artiklarna för att lyfta de problem som forskningen ställs i relation till. Problembilden fungerar alltså som en inledning i artiklarna som sedan leder till lösningen – ett utökat utbud av säkra och effektiva preventivmedel och -metoder. Med utgångspunkt i ”WPR”-perspektivet kommer jag att undersöka meningsskapandet bakom formuleringen av problembilden och de lösningar som föreslås. För att undersöka detta blir teorier kring maskulinitet och osynlig maskulinitet användbara för att synliggöra hur representationer av problem och lösningar påverkas av kulturella föreställningar och idéer.

Jag väljer att ta avstamp i problembilden då argumenten som förs fram berör flera andra intressanta aspekter. Resonemangen och argumenten kopplas sedan samman med resten av analysens teman i de följande avsnitten.

## Problembild

Som tidigare nämnts är användningen av preventivmedel och -metoder utbredd världen över. Men, trots detta har det visat sig att hälften av graviditeterna som uppstår är oplanerade, vilket leder till att antalet aborter ökar. Detta innebär i sin tur att ett ökat antal kvinnor utsätter sig för hälsorisker och i vissa fall även en dödsrisk (artikel F, E, H, R). Cirka 800 kvinnor dör i barnsäng varje dag på grund av begränsade resurser och antalet ökar i samband med att världens befolkning växer.

Det ökade antalet oplanerade graviditeter innebär inte bara konsekvenser för den enskilda individen utan leder även till konsekvenser på en samhällelig nivå. Därför menar preventivmedelsforskare att detta är en hälsofråga som bör uppmärksammas och prioriteras i större utsträckning än idag (artikel C, D).

I flera av de medicinska artiklarna beskrivs situationen kring oplanerade graviditeter som ohållbar. Och ses som en direkt konsekvens av ett bristfälligt utbud av säkra och effektiva

preventivmetoder och -medel och att hälsoriskerna varierar beroende på vilken samhälls- och kulturell kontext kvinnorna befinner sig i. Utökade resurser är därför avgörande för att det ska ske en förändring. Det stora antalet oplanerade graviditeter kan alltså förhindras genom att leverera praktiska alternativ av preventivmedel för både kvinnor och män (artikel C, D). Tillgången till säkra, effektiva och reversibla preventivmedel samt goda förutsättningar för familjeplanering är avgörande för att minska antalet oplanerade graviditeter och förbättra hälsan för kvinnor, barn och familjer (artikel H, C).

P-pillret för kvinnor är det mest använda preventivmedlet idag. Dock visar en amerikansk studie från 2011 (artikel U) att p-pillret har en misslyckandegrad på 9% under det första året det används. Preventivmedel måste användas korrekt för att få en full effekt. För att undvika risken att glömma att ta ett piller om dagen blir det därför mer och mer vanligt att kvinnor istället använder preventivmedel med längre verkan (artikel H). Dessutom har det visat sig att cirka 40 % av kvinnorna slutar att använda p-piller inom ett år efter att de börjat (artikel T, H, E). Att ett så stort antal av kvinnorna avbryter användningen diskuteras inte vidare i artiklarna och några anledningar ges inte. Trots att det tyder på att de tillgängliga hormonella preventivmedlen för kvinnor har allvarliga brister. Exempelvis har upplevelser av olika biverkningar rapporterats sedan p-pillret lanserades. Dessa biverkningar kommer att diskuteras mer ingående i ett senare avsnitt med ett större fokus på kvinnors upplevelser av biverkningar i samband med användning av hormonella preventivmedel. Att undersöka mönster i kvinnors användning kan bidra med viktiga ledtrådar inför en vidare utveckling av ett hormonellt preventivmedel för män (artikel H). Exempelvis är det tydligt att ett preventivmedel för män med en längre verkan skulle innebära en högre grad av säkerhet och effektivitet, vilket är eftersträvarsvårt i relation till att minska risken för oönskade graviditeter. Dock har studier visat på att det finns en större efterfrågan av preventivmedel som tas dagligen hos män (artikel H). Detta skulle kunna vara ett uttryck för att användningen av p-piller har normaliserats. Framförallt då det, trots bristerna, fortfarande är det preventivmedel som används mest.

Riktlinjerna för preventivmedelsforskningen för män formulerades 2010 av *the European Academy for Urology* och *the European Society of Andrological Urology*. Syftet är att vägleda samt skapa tydliga gemensamma kriterier för hur forskningen och utvecklingen av

hormonella preventivmedel för män ska bedrivas (Björndahl et al., 2010:159; artikel B).

Riktlinjerna har formulerats med fokus på funktion, påverkan på kroppen samt acceptans och efterfrågan. Ett idealt preventivmedel ska i enlighet med riktlinjerna innebära att:

- Det åtminstone ska vara så effektivt som de motsvarande preventivmedlen för kvinnor
- Det ska accepteras av båda parter i ett förhållande
- Det ska uppnå snabba resultat, det får alltså inte förekomma någon längre fördröjning innan preventivmedlet är säkert
- Det inte ska ha markanta negativa biverkningar; speciellt inte i relation till virilitet, sexlust och erektil förmåga
- Det inte ska påverka avkomman
- Det ska vara reversibelt fertilitetsmässigt; det får inte förekomma någon längre fördröjning innan konsumenten blir fertil igen efter att ha slutat med preventivmedlet
- Det ska vara ekonomiskt tillgängligt; detta gäller både framställningen av preventivmedlet men också att det är ekonomiskt tillgängligt för konsumenten

Riktlinjerna kan betraktas som ett ramverk för vad som anses vara acceptabelt i relation till den manliga kroppen och biverkningar. Den manliga kroppen och sexualiteten blir genast synlig i samband med att virilitet, sexlust och erektil förmåga lyfts fram som särskilda egenskaper som inte får påverkas negativt. Manlig reproduktion kopplas samman med sexualitet vilket är ett uttryck för en traditionell diskurs där manlig sexualitet likställts med virilitet och reproduktivitet (Kero & Lalos, 2004:334) Detta kan ställas i relation till idén om den sanna maskuliniteten där reproduktiv förmåga betraktas som en viktig egenskap.

När den manliga sexualiteten trots allt blir synlig blir den synlig utifrån ett ramverk som beskyddar den manliga sexualiteten. I enlighet med Weeks och Dyers teorier om den osynliga manliga sexualiteten kan detta betraktas som ett uttryck för en makt att definiera och kategorisera vad som anses vara betydelsefullt och acceptabelt med fördel för den manliga kroppen (se Dyer, 1985:28; Weeks, 2010:41). Den manliga sexualiteten blir alltså synlig utifrån villkor som värnar om den. Jag återkommer till dessa frågor genomgående i analysen



för att undersöka vad detta säger om den allmänna diskursen kring den manliga kroppen och hormonella preventivmedel.

Bristen på kunskap om konsekvenserna av en långsiktig användning och bristfälliga administrationsformer lyfts fram i artiklarna som en av de största utmaningarna som forskningen står inför. Det finansiella stödet är avgörande för en fortsatt utveckling och bristen på detta har lett till att den till större del stannat av. Det är i sin tur omöjligt att råda bot på problemen utan det finansiella stödet. Till exempel är det inte möjligt att bedriva längre och mer omfattande studier utan ekonomiska resurser, vilket är det som krävs för att få en större kunskap om konsekvenserna av långvarig användning. Kunskapen är dessutom avgörande för att uppnå riktlinjernas kriterier.

Utrymmet för utveckling förblir snävt så länge läkemedelsindustrins intresse lyser med sin frånvaro. Här uppstår det en intressant paradox som skapar en återvändsgränd; läkemedelsföretagen har dragit in det finansiella stödet med anledning av den bristande kunskapen vars utveckling är beroende av deras stöd.

Ytterligare en anledning har varit att efterfrågan inte anses vara tillräckligt stor (Vetandets värld, Sveriges Radio, 2011). Flera studier som undersökt efterfrågan både bland män och deras kvinnliga partners har dock visat på motsatsen (artikel A). Läkemedelsindustrins påståenden är inte rimliga i relation till forskningens positiva utveckling och den existerande efterfrågan. Det svalnade intresset kan därför tänkas handla om något annat som förblivit outtalat. Detta kommer att undersökas vidare genom uppsatsens olika teman.

Utvecklingen av ett nytt preventivmedel för män prioriteras inte i samma grad som andra hälsorelaterade forskningsprojekt. En av anledningarna till detta är att frågorna inte anses vara akuta eller sjukdomsrelaterade (artikel D). Dock menar flera av författarna till de analyserade artiklarna att preventivmedelsutvecklingen bör betraktas som en akut hälsofråga med tanke på den ohållbara situation som många kvinnor befinner sig i. Ett bredare utbud av säkra och effektiva preventivmedel lyfts fram som en del av lösningen. Utbudet av preventivmedel för kvinnor har visserligen blivit bredare under de senaste decennierna med exempelvis p-piller, p-stavar, spiraler, p-plåster och injektioner, men i kontrast till detta har inga nya reversibla preventivmedel för män hittills lanserats (artikel H).

Det tillgängliga sortimentet av hormonella preventivmedel är ett resultat av de metoder och medel som bedömts som intressanta att lägga resurser på. Urvalet har gjorts av läkemedelsindustrin och en begränsad grupp individer som tagit beslut med stöd av studier och prövningar. I relation till detta handlar värderingskonflikterna i debatterna kring utvecklingen av nya preventivmetoder och -medel till större del om individers valfrihet. Det vill säga i vilken utsträckning det existerar en frihet att välja mellan ett brett sortiment av preventivmetoder där konsumenten får möjlighet att själv överväga om riskerna och biverkningarna är acceptabla (Korenbrot, 1980:52). Detta förutsätter dessutom att informationen om preventivmetoden/medlet ska vara tillräcklig. Det har på grund av detta argumenterats för behovet av en mer konsumentcentrerad urvalsprocess där konsumenternas åsikter är mer centrala för vilka resurser som läggs på vilka preventivmetoder/medel (Korenbrot, 1980:53). Dock väger det ekonomiska intresset och makten hos läkemedelsindustrin tungt och är fortfarande avgörande för vilken forskning och vilka frågor som prioriteras.

Forskarnas redogörelser av problembilden berör inte endast en viktig hälsofråga, utan säger även något om samhällsliga maktstrukturers påverkan på forskningsklimatet. Exempelvis påverkar läkemedelsindustrins makt direkt den ekonomiska situationen för preventivmedelsforskningen. Även om flera kliniska prövningar och forskningsprojekt tilldelas finansiellt stöd från internationella organisationer räcker inte detta för att möta riktlinjernas kriterier. I nuläget finansieras forskningen och de kliniska prövningarna av internationella organisationer så som WHO och amerikanska Population Council (artikel F). I flera av artiklarna nämns detta i samband med redogörelser för problembilden (artikel F, D). I artiklarna argumenterar författarna för fördelarna med hormonella preventivmedel för män och sätter detta i relation till bristen på ekonomiska förutsättningar. Enligt min tolkning är det underliggande syftet i artiklarna inte bara att redogöra för forskning utan även att möta läkemedelsindustrins krav. Problembilden blir därför central i marknadsföringen av hormonella preventivmedel för män.

Under flera prövningar av hormonella preventivmedel för män har det uppstått oönskade biverkningar. I samband med biverkningarna har flera administrationsformer också bedömts som bristfälliga. Som tidigare nämnts har detta utgjort ett hinder för den fortsatta

utvecklingen. I relation till detta är det dock viktigt att återigen uppmärksamma att de preventivmetoder för män som är tillgängliga på marknaden (kondom och vasektomi) redan har signifikanta brister (artikel C). Även om kondomen har ett fördelaktigt skydd mot sexuellt överförbara sjukdomar så visar statistik att den har en misslyckandegrad på 18-19%. Och vasektomi är inte garanterat reversibel vilket innebär att det är en preventivmetod som endast kan användas av en snäv målgrupp (artikel F, A, D, B). De tillgängliga metoderna är alltså inte tillräckligt säkra eller effektiva och används därför som argument för att behovet av en utveckling ett nytt preventivmedel för män existerar (artikel F, A, D, B, H, C).

## Kliniska prövningar och beprövade metoder

Av de metoder och medel som prövats är hormonella preventivmedel de metoder för män som hittills kommit närmast en lansering. De preventivmedel som prövats har dock bedömts som opraktiska och oförutsägbara av läkemedelsindustrin (artikel F, C). Det har även forskats på preventivmedel för män utan tillsatta hormoner. Dessa angreppssätt fokuserar istället på att identifiera och störa utvecklingen, mognadsprocessen och funktionen av spermier (artikel C, D). Dock har dessa preventivmedel inte nått samma positiva resultat som de hormonella preventivmedlen.

Preventivmetoder för män klassificeras utifrån tre huvudkategorier:

- Metoder som hindrar transporten av spermier i det kvinnliga reproduktionssystemet (ex: kondom och vasektomi)
- Metoder som förhindrar/dämpar stamcellernas utveckling till färdiga spermier
- Metoder som stör mognadsprocessen eller befruktningensförmågan hos spermier

Målsättningen i de kliniska prövningarna av hormonella preventivmedel för män är att minska antalet spermier i sädesvätskan så drastiskt att en befruktning av ett ägg blir omöjlig.

Spermakoncentrationen i sädesvätskan hos en frisk man är i genomsnitt cirka 15 miljoner spermier per milliliter (World Health Organization, 1999; artikel H, C). Gränsen för vad som är acceptabelt hos ett preventivmedel för män är satt vid en miljon spermier per milliliter. Att uppnå och upprätthålla ett sådant tillstånd hos alla män som deltagit i studierna har hittills inte lyckats, vilket innebär att de preventivmedel för män som har prövats inte kan klassas som säkra. Till exempel har det visat sig att vissa preventivmedel varit mer effektiva när de prövats på deltagare med asiatiskt ursprung i jämförelse med kaukasiska deltagare. Vad detta beror på har inte kunnat fastställas och utgör därför ett dilemma inför en vidare utveckling av dessa preventivmedel (artikel G). Ytterligare en utmaning har varit att det krävs kombinationer av preparat som innebär att preventivmedlet behöver bestå av flera separata moment (exempelvis tabletter i kombination med injektioner eller gel i kombination med injektioner) (artikel D). Administrationen av preventivmedlet blir på grund av detta tidskrävande och möter inte den idealiska målbilden av en enkel och lättanvänd metod.

Hittills har flera olika metoder, preparat och kombinationer prövats för att undersöka sambanden mellan olika biverkningar och hur administrationen av preventivmedlen kan förbättras. Majoriteten av artiklarna som ingår i primärmaterialet är forskningsrapporter och översikter där flera metoder, preparat och studier presenteras. De hormonella preventivmedel som har prövats är: injektioner av testosteron både månadsvis och veckovis (artikel F, H, C, S), testosteronimplantat (motsvarande p-stav) (artikel F, C), preventivmedel i form av tabletter (artikel D) och gel (artikel E, F).

Forskningens mål är att utveckla ett säkert och effektivt preventivmedel som kan användas av friska individer i reproduktiv ålder. Kraven, regleringarna och riktlinjerna är därför satta på en hög nivå för att säkerställa att framställningen av hormonella preventivmedel för män möter säkerhetskraven (artikel D). För att uppfylla regleringskraven måste risker och fördelar övervägas noggrant. Men, eftersom inga studier hittills överskridit 2,5 år är kunskapen om konsekvenser av en långvarig konsumtion låg. Riskerna kan alltså ännu inte övervägas tillräckligt. Även om flera medel har bedömts som mer lovande än andra så står bristen på ekonomiska resurser i vägen för en fortsatt utveckling.

Det existerar en tydlig skiljelinje som sällan uppmärksammas i diskussioner och information om för- och nackdelar med olika preventivmetoder och -medel – den mellan vad som kan kallas *samlagsbundna* och *samlagsobundna* preventivmetoder (Kero & Lalos, 2004:336). För att undvika en oplanerad graviditet måste kvinnan (om någon av parterna inte är steriliserade) antingen acceptera en kontinuerlig användning av samlagsobundna preventivmedel (t.ex. hormonpreparat eller kopparspiral) eller så bör de ske en överenskommelse mellan parterna att använda samlagsbundna preventivmetoder (t.ex. kondom eller pessar). Olika preventivtekniker har sedan lång tid tillbaka använts av människor och har länge varit en politisk fråga i större mån än en teknologisk. Preventivmetoder/medel är alltså inte en modern biomedicinsk uppfinning (Korenbro, 1980:47).

I samband med skiftet från samlagsbundna preventivmedel (kondom) till preventivmedel producerade i biomedicinska laboratorier (p-piller, p-stavar etc.) skedde det en dramatisk politisk förändring (Korenbro, 1980:47). Forskningen och utvecklingen av preventivmetoder och -medel har sedan dess varit nära sammankopplad med politik, både

nationellt och internationellt och det politiska klimatet påverkar forskningen kring nya preventivmedel. Till exempel har prioriteringarna skiftat i och med en ökad kunskap och medvetenhet om risker och biverkningar kopplade till hormonella preventivmedel. Detta har lett till att diskursen kring risk och säkerhet har förändrats (Korenbro, 1980:47).

I den politiska debatten kring preventivmetoder och -medel talas det om att uppmuntra till ett delat ansvar. I det följande avsnittet diskuterar jag familjeplaneringsdiskursen i relation till hur det talas om risker. Framförallt i samband med de kliniska prövningarna som är en central del i materialet.

## Familjeplaneringsdiskursen och delade risker

Idén om ett delat ansvar för preventivmedel är central i vad som har kallats *den traditionella familjeplaneringsdiskursen*. Det innebär att båda parter i ett förhållande förväntas vara delaktiga i beslutet om vilket eller vilka preventivmedel och -metoder som ska användas (Oudshoorn, 2003:123). Detta narrativ är närvarande i flera av artiklarna som ingår i materialet. Framförallt är det en central del i både beskrivningen av problembilden och i redogörelserna för efterfrågan. Till exempel så vägs den kvinnliga partnerns åsikt in för att visa på att en efterfrågan existerar hos båda parterna i ett förhållande (artikel A, C, P). Dock saknas kvinnornas erfarenheter av användningen av hormonella preventivmedel och biverkningar i artiklarna. Vilket innebär att det bara är männens upplevelser av biverkningar som får en plats i narrativet.

Det har länge förekommit argument om att dela riskerna mellan parterna i en sexuell relation i debatten kring att inkludera män i familjeplaneringen. Dock förekommer argumenten sällan i forskningsrapporter från kliniska prövningar (Oudshoorn, 2003:108). Det talas istället om hälsoriskerna som kvinnor utsätter sig för på en mer generell nivå där biverkningarna och riskerna inte specificeras. I kontrast till detta uppmärksammas riskerna för män i relation till biverkningarna som förekommit under prövningarna. Detta kan tolkas som ett uttryck för en närvarande individuell riskmodell, det vill säga att riskerna inte sätts i relation till de risker som kvinnor upplever. Det förhåller sig på samma sätt i forskningsrapporterna för hormonella preventivmedel för kvinnor. Dock med en tydlig skillnad; hälsoriskerna för män jämförs med hälsotillståndet hos obehandlade, friska individer. Bedömningen av biverkningar hos män utgår alltså från ett normativt friskt ideal. För kvinnor jämförs biverkningarna istället med risken för graviditet, där relaterade sjukdomar och mödradödlighet, hälsorisker relaterade till abort, och psykologiska och sociala problem inkluderas i relation till oplanerade graviditeter (Oudshoorn, 2003:109). Biverkningarna och riskerna uppfattas därför inte som avgörande då de jämförs med andra risker som är ett faktum när preventivmedel inte används. Med friska män som utgångspunkt formas istället den minsta biverkningen till en större avvikelse (Oudshoorn, 2003:109). Denna könade individuella riskmodell tenderar alltså att förminska riskerna för kvinnor och förstora riskerna för män.

Det skapas skillnader i definitionerna av säkerhet och risk när bedömningen av

biverkningar för kvinnor och män skiljer sig så markant. Dessa skillnader har inneburit att det har bedömts som mer riskfyllt att använda hormoner för män än för kvinnor (Oudshoorn, 2003:108). Skillnaderna syns framförallt i forskningens riktlinjer där biverkningarna hos kvinnor inte prioriteras. I kontrast är istället biverkningarna centrala i riktlinjerna för preventivmedelsforskningen för män. Detta leder till att fler biverkningar hos kvinnor förbises och accepteras samtidigt som samma biverkningar hos män bedöms som oacceptabla. Det uppstår på grund av detta en diskrepans i jämförelserna av biverkningar hos kvinnor och män i relation till forskningsresultaten. Det blir helt enkelt svårt att jämföra erfarenheterna av biverkningar då bedömningen av risk baseras på olika grunder. Avsaknaden av kvinnliga erfarenheter av biverkningar i materialet kan tolkas som en konsekvens av detta. Vilket kan ses som ett uttryck för den reproduktiva distinktionen som Weeks talar om (Weeks, 2010:47).

Distinktionen som särskiljer biologiskt manliga och kvinnliga kroppar leder till att upplevelser av biverkningar och risker särskiljs. Om idén om en delad risk istället skulle integreras skulle riskerna istället vägas mot de fördelar en delad risk skulle innebära för kvinnor. Bedömningen av säkerheten och risken med ett hormonella preventivmedel för män skulle genom detta troligtvis förändras (Oudshoorn, 2003:108).

För att återigen anknyta till Weeks (2010) så tolkar jag distinktionen mellan risker som en effekt av den reproduktiva distinktionen. Sättet vi ser på riskerna i samband med användningen av hormonella preventivmedel påverkas och formar i sin tur sättet vi ser på ansvar och upplevelser av biverkningar (Oudshoorn, 2003:108). Detta blir problematiskt då det i sin tur skapar svårigheter i att faktiskt implementera idén om att dela riskerna mellan kvinnor och män. Ett tydligt exempel på detta är att forskningsriktlinjerna skiljer sig mellan preventivmedelsutvecklingen för kvinnor och för män, vilket får effekter i form av att vi bedömer risker och biverkningar olika. Risker som anses långt ifrån acceptabla när det gäller manliga kroppar är accepterade när kvinnor upplever dem. Föreställningar om fundamentala skillnader mellan kvinnor och män sedimenteras och reproduceras genom detta vilket leder till en djup problematik.

De analyserade artiklarnas författare uppmärksammar de positiva aspekterna med utvecklingen av en nytt preventivmedel för män. Genom att argumenten går i linje med en



övervägande positiv diskurs blir fördelarna centrala i materialet. Negativa aspekter förekommer bara i relation till problembilden, biverkningar och i diskussioner angående forskningens ekonomiska situation. Enligt min tolkning är den traditionella familjeplaneringsdiskursen dominerande i det empiriska materialet. Idén om ett delat ansvar mellan partners och avlastningen av kvinnors börda och ansvar genomsyrar hur författarna redogör för preventivmedlets nytta. Det blir framförallt tydligt när flera av författarna argumenterar för hur ett utökat utbud av preventivmedel för män är avgörande för att minska antalet oplanerade graviditeter. Män ska kunna delta aktivt i familjeplaneringen genom att kontrollera sin fertilitet (artikel H, C, D, P). Dock lyser en delad riskmodell vid många tillfällen med sin frånvaro. Även om det talas om att män bör avlasta kvinnor och dela ansvaret och riskerna diskuteras inte kvinnors och mäns upplevelser av biverkningar i relation till varandra. Kvinnors och mäns upplevelser av biverkningar förblir på så sätt separata fenomen.

I den feministiska debatten har det förekommit en oro i samband med att inkludera män i familjeplaneringen (Berer, 1996:7). Detta har framförallt kopplats till en redan existerande mansdominans inom forskningen kring reproduktiv hälsa och inom andra sfärer som berör lagstiftning och beslutsfattande. Det har därför uppstått en skepsis angående att inkludera män inom de områden där kvinnors erfarenheter för en gång skull är centrala. Kvinnors självständighet och bestämmanderätt kan på grund av det riskeras att försvagas samtidigt som den manliga dominansen förstärks.

Frågor och problem som länge drabbat kvinnor när det gäller familjeplanering har inte uppmärksamats eller tagits på allvar i samma utsträckning som de görs nu – när även män berörs (Berer, 1996:7). Idén om att inkludera män i familjeplaneringen är en del av en kroppspolitisk process och ett skifte. I dialog med Eduards menar jag att det politiska i familjeplaneringsdiskursen har dolts så länge dessa frågor har associerats med kvinnors upplevelser och kroppar (Eduards, 2007:17). Kvinnokroppen har ständigt sammankopplats med kön, kropp och sexualitet och tankarna om kvinnors värde och betydelse, som mödrar, gravida och sexuella varelser har varit närvarande i familjeplaneringsdiskursen. Nu när dessa frågor även berör män får familjeplaneringsfrågor en annan betydelse och uppmärksamhet. Detta kan ses som ett uttryck av makten att definiera och kategorisera vad som anses vara åtråvärt och

betydelsefullt, vilket är en produkt av en historiskt rotad patriarkal maskstruktur. Som Eduards skriver existerar inte motsättningen mellan den ”naturliga” och politiska kroppen när det gäller manliga kroppar (Eduards, 2007:17). Det som berör manliga kroppar värderas som något av en politisk betydelse, vilket innebär att det politiska blir synligt när den manliga kroppen blir det.

Den feministiska kritiken har bidragit till att synliggöra de maktdimensioner som visar vilka labila och politiska frågor som kan stå på spel i förändringen emot en inkluderande familjeplaneringsdiskurs (Oudshoorn, 2003:128). Samtidigt har fördelarna och nackdelarna med en större inkludering av män i familjeplanering skapat en ambivalens i den feministiska debatten och rörelsen för kvinnors hälsa. Å ena sidan har jämställdhetsaspekter när det gäller ansvar, börda och hälsorisker uppmärksammas mer än tidigare och en större inkludering av män skulle kunna innebära en avlastning för många kvinnor. Å andra sidan finns det risker ur ett maktperspektiv. Kvinnors rättigheter kan komma att kompromissas med om även män blir beslutsfattande i preventivmedels- och reproduktionsfrågor (Oudshoorn, 2003:128). Dessa rättigheter är dessutom fortfarande inte ett faktum i alla kulturella kontexter och ämnet har därför ibland varit laddat att tala om (Oudshoorn, 2003:126).

Enligt min tolkning är den traditionella familjediskursen dominerande i artiklarna då idén om ett delat ansvar genomsyrar redogörelserna för nyttan av ett preventivmedel för män. Argumentet om att tillgången till säkra, effektiva och reversibla preventivmedel är avgörande för att minska antalet oplanerade graviditeter kan kopplas till idén om att män ska delta i familjeplanering genom att spela en aktiv roll och kontrollera sin fertilitet (artikel H, C, D, P). Som tidigare nämnts diskuteras dock inte biverkningarna och riskerna som kvinnor och män upplevt i relation till varandra, utan de förblir separata fenomen. Detta kan ses som ett uttryck av en rådande genusordning där skillnader mellan könen betraktas som fundamentala och resulterar i en specifik organisering av kön och sexualitet. I det följande avsnittet dröjer jag kvar vid idén om att inkludera män i familjeplaneringen och kopplar den till aspekter av börda och ansvar. Biverkningar och risker i samband med användningen av hormonella preventivmedel kommer att kopplas till konstruktionen av sexualitet som enligt Weeks är en fundamental beståndsdel i upprätthållandet av den patriarkala genusordningen.

## Börda och ansvar

Intresset för att använda hormonella preventivmedel för män ökar och de vanligaste anledningarna är viljan att kunna kontrollera sin fertilitet och delta mer jämlikt i familjeplaneringen med sin partner (Bodin, 2018). Enligt en studie var mer än 60 % av männen som blev tillfrågade i Tyskland, Spanien, Brasilien och Mexico intresserade. Men, trots att intresset ökar så utgör preventivmetoder för män endast 14 % av de metoder och medel som används idag. Och eftersom att utbudet är begränsat sker inga direkta förändringar. De preventivmetoder och -medel som är tillgängliga för män har dessutom signifikanta brister (artikel P).

Cirka 3,5 % av dem som genomför vasektomi önskar att återfå sin fertilitet i efterhand och antalet växer, vilket kan vara en konsekvens av förändringar i samhället då exempelvis skilsmäsoantalet ökar och attityder kring familjeplanering förändras (artikel F). Kondomen har som tidigare nämnts en hög misslyckande grad och är därför inte garanterat säker.

Trots att det skett förändringar i familjeplaneringsdiskursen så är forskningen kring nya preventivmetoder för män fortfarande lågt prioriterad. Endast 8% av preventivmedelsforskningens ekonomiska resurser läggs på forskning med fokus på preventivmedel för män (artikel K). Utvecklingen av utbudet av preventivmedel har främst varit inriktad på preparat för kvinnor. Detta har lett till ett försprång i utvecklingen som i sin tur format normer kring ansvaret för preventivmedel som fortfarande anses vara kvinnans (Oudshoorn, 2003:113, artikel C). Dessa föreställningar har sedan genomsyrat prioriteringen av forskningsprojekt.

Familjeplanering och fertilitetskontroll har alltså generellt ansetts vara kvinnans ansvar, ofta med argumentet att det är kvinnan som blir gravid och att det därför bör finnas möjligheter för kvinnor att kontrollera sin fertilitet (artikel D). Dock är det inte möjligt för alla kvinnor att använda hormonella preventivmedel på grund av hälsoskäl. Kvinnor har idag få alternativ förutom att utsätta sig för de risker och möjliga biverkningar som kommer med hormonella preventivmedel. Det är därför nödvändigt att utbudet utökas för både kvinnor och män (artikel D).

Flera feministiska forskare har uppmärksammat det oproportionerliga ansvaret som läggs på kvinnor att kontrollera sin fertilitet (Hatcher et al., 1990; Bremner & de Kretser, 1975;

Laird, 1994). Prioriteringen av utvecklingen av hormonella preventivmedel motsäger idén om ett delat ansvar och utgör ett hinder för den fortsatta utvecklingen mot en mer jämställd familjeplanering där den preventiva bördan och hälsoriskerna kan delas mer lika. Män är i princip osynliga när det gäller involvering i abort och barnafödande. De återfinns sällan i vårdkontexten eller i forskningsstudier vilket förstärker att män sällan eller aldrig kopplas samman med reproduktionsansvar. Eller för den delen de behov som existerar hos både kvinnor och män av familjeplanering (Kero & Lalos, 2004:337). För att främja reproduktiv hälsa och minska antalet oplanerade graviditeter och aborter är det avgörande att den ensidiga koncentrationen på kvinnor upphör och att man istället börjar fokusera mer på män (Kero & Lalos, 2004:337).

Aborter berör kvinnans kropp fysiskt vilket innebär att kvinnor och män ställs inför olika realiteter vid en oplanerad graviditet. Mäns position i förhållande till graviditeten är att befinna sig ”vid sidan om” och har därför större ansvarsfrihet, vilket avspeglas i den diskurs som berör mäns involvering i preventivmedelsfrågor (Kero & Lalos, 2004:333). Detta är ytterligare ett uttryck för den dominerande ansvarsdiskurs där ansvaret ligger på kvinnan.

I artiklarna konstateras detta i samband med diskussionerna kring det ansvar som tilldelas kvinnor. Bristen på mäns ansvarstagande uppmärksammas alltså både i relation till hälsorisker och den ojämsställda preventivmedelsanvändningen.

Idén om att dela den ”preventiva bördan” mellan kvinnor och män motiverade idén om att utveckla ett nytt preventivmedel för män (Kero & Lalos, 2004:333). Denna typ av resonemang förekommer genomgående i materialet och kan tolkas som ett uttryck för den familjeplaneringsdiskurs som både är dominerande i debatten och forskningen. Att dela ansvaret anses vara essentiellt för att uppnå ett jämställt ansvars- och risktagande mellan män och kvinnor när det gäller användning av preventivmedel.

Utvecklingen av ett nytt preventivmedel för män riktar sig direkt till individer som befinner sig i ett heterosexuellt förhållande som innefattar två personer. Och lika så argumenten för en mer jämställd familjeplanering.

Heteronormativiteten blir synlig på flera olika nivåer i artiklarna. Delvis är utvecklingen av ett nytt preventivmedel för män inriktad på att möta problembilden som är

centrerad kring hälsorisker i samband med oönskade graviditeter. Andra problematiska konsekvenser som kommer med ett bristfälligt utbud av säkra och effektiva preventivmedel diskuteras inte. Det snäva utbudet av preventivmedel som skyddar emot sexuellt överförbara sjukdomar (endast kondom) anses inte vara lika aktuellt att utveckla. Dessutom talas det endast om att dela riskerna och ansvaret mellan kvinnliga och manliga partners inom den dominerande familjeplaneringsdiskursen, vilket ger uttryck för en stark hetero- och tvåsamhetsnorm. Då det inte talas om sexualitet i artiklarna blir heterosexualiteten osynlig då den inte synliggörs i kontrast till andra sexualiteter. Detta visar på den koppling som Ah-King menar existerar mellan köns- och genusnormer och normer om heterosexualitet (Ah-King, 2009:214).

Heterosexualiteten tas för givet i artiklarna och förblir därför osynliggjord.

Även om vissa prövningar har inkluderat deltagarnas relationsstatus som en aspekt riktar sig utvecklingen av ett hormonellt preventivmedel oundvikligen först och främst till heterosexuella par. Flera av artiklarna som undersökt attityder mot ett hormonellt preventivmedel för män har inkluderat deltagarnas kvinnliga partners åsikter. Syftet med detta har varit att undersöka hur det talas om preventivmedel partners emellan och hur besluten tas om vilka medel eller metoder som ska användas. Genom att heterosexualiteten inte benämns i artiklarna förblir den osynlig.

Bördan och ansvaret som kvinnor till största del får bära lyfts i flera av artiklarna fram som en viktig och en mer akut del av problemet som forskningen ämnar åtgärda. Att skapa förutsättningar för en mer jämlik familjeplanering handlar därför om att avlasta kvinnorna som idag bär ansvaret för att använda preventivmedel (artikel H, C). Fördelarna med att skapa fler möjligheter för män att kontrollera sin fertilitet presenteras i samband med detta som ett viktigt verktyg för att motverka oplanerade graviditeter och ett ökande abortantal.

Flera studier har visat att kvinnor tenderar att ta ett större ansvar för preventivmedel (Sundby et al., 1999; Kero et al., 2001). Enligt en norsk undersökning är det i samband med detta vanligt att unga kvinnor accepterar att ta hormonella preventivmedel när den manliga partnern inte föredrar att använda kondom (Sundby et al., 1999). En annan studie visar samtidigt på att attityder mot olika preventivmetoder och -medel ofta skiljer mellan partners i ett förhållande. De kvinnliga deltagarna i studien var mer positiva till kondom medan männen föredrog

samlagsobundna preventivmetoder och/eller -medel (Kero et al., 2001). Moderna samlagsobundna preventivmedel förknippas generellt med oberoende och frihet medan motsatsen, det vill säga ansvaret för en kontinuerlig användning, sällan uppmärksammas (Kero & Lalos, 2004:336). Detta säger något om den allmänna diskursen och kan vara en förklaring till varför attityderna mellan de manliga och kvinnliga deltagarna skiljer sig. Dessutom innebär de samlagsobundna metoderna ingen ansträngning från mannens sida, vilket även kan vara en förklaring till den positiva inställningen från de manliga deltagarnas håll.

Enligt studiernas resultat är det alltså vanligare att kvinnor accepterar deras manliga partners åsikter och anpassar valet av preventivmedel efter detta. Även om vi fortfarande vet väldigt lite om hur kvinnor upplever förväntningar från partners och omgivningen integreras kvinnors åsikter och attityder gentemot ett hormonellt preventivmedel för män i flera artiklar som ingår i det analyserade materialet (artikel A, C). Exempelvis har flera studier undersökt kvinnors inställning till att deras manliga partners skulle använda ett hormonellt preventivmedel. Majoriteten av kvinnorna som tillfrågades angav att de har en positiv inställning till utvecklingen av ett nytt preventivmedel för män (artikel A, C). Enligt dessa studier var det vanligast att paren som deltog angav att de tar beslut om preventivmedel tillsammans, följt av att kvinnan bestämmer själv och minst ofta mannen (artikel A). Den norska studiens resultat visar dock på att männens attityder i vissa fall spelar en stor roll i valet av preventivmedel.

Den norska undersökningens resultat synliggör de förväntningar och ansvar som läggs på kvinnor. Även om det visat sig att kvinnors attityder generellt är positiva mot ett nytt preventivmedel för män är det viktigt att även mannens vilja att använda ett hormonellt preventivmedel räknas in. Mannens vilja att ta över en del av ansvaret säger något om den faktiska efterfrågan. Om ett hormonellt preventivmedel lanseras är det avgörande om män faktiskt väljer att använda det eller inte.

I avsnittet har jag redogjort för flera artiklar som visar på att en efterfrågan existerar. En majoritet av de manliga deltagarna svarade att de skulle kunna tänka sig att använda ett hormonellt preventivmedel om det fanns tillgängligt på marknaden (artikel A, H, C). De manliga deltagarnas intresse har dock inte ställts i relation till om den kvinnliga partnern fortfarande har möjlighet att använda hormonella preventivmedel eller inte. Det är därför svårt att dra några

slutsatser om mäns vilja att använda hormonella preventivmedel. Det saknas alltså kunskap om anledningarna till varför efterfrågan är så hög och varför den ökar.

I det följande avsnittet kommer jag att undersöka och redogöra för hur det talas om attityder och efterfrågan i det analyserade materialet. I avsnittet redogör jag även för en specifik studie som undersökt mäns attityder mot preventivmedel generellt och preventivmedel för män. Avsnittets diskussioner kommer att kopplas samman med diskussionerna kring ansvar och börda då dessa teman knyter an till varandra genom normer om ansvar och risktagande.

## Attityder och efterfrågan

Flera studier har undersökt attityder mot preventivmedel generellt men endast ett fåtal har fokuserat på attityder mot ett nytt hormonellt preventivmedel för män (artikel A, I, J, L, M, N, O). Avsaknaden av ett sådant preventivmedel har lämnat många frågor obesvarade om mäns attityder gentemot att använda hormonella preventivmedel. Att besvara dessa frågor skulle dock ge större kunskap och insikt om vilka aspekter som bör prioriteras i utvecklingen för att möta målgruppens efterfrågan och krav.

Under 2002 genomfördes en studie med spridning över fyra kontinenter. Studiens syfte var att undersöka mäns attityder mot preventivmetoder generellt samt specifikt hur inställningen till utvecklingen av ett hormonellt preventivmedel för män ser ut (artikel A). Informanterna var bosatta i Frankrike, Tyskland, Sverige, Spanien, USA, Argentina, Brasilien, Mexico och Indonesien. Avgränsningen av länder baserades på att en tidigare studie med samma tema inkluderat fler asiatiska och afrikanska länder (artikel Q). Syftet med ländernas spridning var att skapa en bredare uppfattning om hur attityderna ser ut (artikel A).

I Europa och Nordamerika rekryterades informanterna genom ett slumpmässigt urval av män mellan 18-50 år genom redan etablerade lokala system, så kallade accesspaneler<sup>4</sup>. I Sverige rekryterades informanterna genom ett annat motsvarande system. I Latinamerika och Indonesien distribuerades frågeformulären till de män som blivit tillfrågade att delta i studien och tackat ja (artikel A).

Studien visade på att valen av preventivmetoder hos informanterna oftare påverkades av deras religiösa tillhörighet än av andra aspekter. Den större delen av informanterna var gifta eller levde i stabila relationer och mer än hälften angav att de diskuterade formuläret med sin partner. I Europa hade majoriteten av informanterna antingen inga eller högst två barn och i Indonesien var det vanligt att informanterna hade fler än två barn. Den socioekonomiska statusen hos informanterna skilde sig mellan olika nationella kontexter vilket skapade svårigheter att urskilja och definiera utbildningsnivån, framförallt då utbildningssystemen skiljer sig markant mellan länderna (artikel A).

---

<sup>4</sup> En ACCESS-panel är en databas innehållande individuppgifter om personer och används som ett rekryteringsverktyg.



Kunskapen om preventivmetoder och -medel var generellt god hos deltagarna och kondomen var den mest kända preventivmetoden, följt av p-piller. Nivåerna av kunskap skilde sig mellan olika nationella kontexter. Hos de indonesiska informanterna var exempelvis kunskapen om vasektomi låg och endast 46% angav att de kände till metoden sedan tidigare, vilket var annorlunda från informanterna i USA, Spanien och Tyskland där vasektomi är en relativt vanlig preventivmetod (artikel A). Kunskapen om vasektomi visade sig även vara låg i Frankrike och Latinamerika. Vasektomi som metod var mindre accepterad i Sverige i jämförelse med de andra länderna som ingick i studien (artikel A). Vad detta berodde på framkommer dock inte i artikeln.

Väldigt få procent av informanterna angav att de inte accepterar eller använder några preventivmetoder och -medel överhuvudtaget – mer än 10% av dessa var från USA och Indonesien. Enligt författarna berodde detta till större del på åsikter kopplade till religion (artikel A). Frågorna som ställdes till deltagarna berör flera olika aspekter som tillsammans säger något om hur efterfrågan och attityder hänger samman i den breda målgruppen. Vad som blir intressant är att skillnaderna mellan kunskapen om preventivmedel inte verkade ha en påverkan på inställningen till en utveckling av ett hormonellt preventivmedel för män. Dock saknas det tydligare paralleller mellan de kulturella kontexterna och inställningen till preventivmedelsanvändning.

Frågor kring familjeplanering och preventivmedel är exempel på frågor som länge varit omdiskuterade i västvärlden då de säger något om samhällets struktur (Weeks, 2010:37). Den kulturella kontexten blir i enlighet med detta en viktig aspekt att inkludera för att kunna undersöka betydelsen av attityder och efterfrågan på ett djupare plan. Därför blir resultatet av studien som beskrivits ovan snävt då kulturella kontexter inte jämförs på ett tydligt sätt.

Weeks menar att sociala praktiker och diskurser som konstruerar sexuella regelverk ger mening åt kroppsliga aktiviteter och formar definitioner som kontrollerar och begränsar människors beteenden (Weeks, 2010:37). I relation till detta påverkas sociala praktiker och diskurser av och skiljer sig mellan olika kulturella kontexter. Att undersöka detta närmare skulle vara en möjlighet att skapa en tydligare bild av vilka samhälleliga och sociala aspekter som formar människors attityder, vilket skulle kunna fungera som en förklaringsmodell för de

skillnader som uppstod i studien. Även om det poängteras att vissa skillnader i exempelvis utbildningssystemet utgjort hinder för att kunna dra några slutsatser angående utbildning finns det flera viktiga skillnader att ta hänsyn till i resultatet för att ge en tydligare bild av hur attityderna ser ut. Kontentan är att flera aspekter samspelar på olika sätt i olika situationer och bör därför synliggöras för att skapa en större och bredare förståelse.

I studien (artikel A) fick informanterna frågor om sin erfarenhet av preventivmetoder och -medel samt om deras kunskap om kvinnliga partners användning av preventivmedel. Kondomen visade sig vara den metod som flest informanter hade erfarenhet av (i genomsnitt 79,4%). Att avbryta samlaget innan ejakulation visade sig också vara en vanlig metod (artikel A).

En majoritet av paren som medverkade i studien angav att de för tillfället använde någon form av preventivmetod och/eller -medel (artikel A). Dock framgår det inte om några frågor ställdes direkt till den kvinnliga partnern om preventivmedelsanvändning. Frågor om de preventivmedel som paren använder hade kunnat ge en bild av vilka preventivmetoder och -medel som är vanligast. Dessutom hade användningen av preventivmetoder kunnat kopplas samman med beslutsfattandet – alltså om valet av preventivmetoder och/eller -medel förändras i samband med om beslutet tagits tillsammans, av kvinnan i förhållandet eller av mannen.

Att inkludera båda parternas erfarenheter hade gett en mer nyanserad bild av hur preventivmetodsanvändningen ser ut i genomsnitt i heterosexuella förhållanden. Avsaknaden av det perspektivet bidrar till en ensidig bild med större fokus på männens attityder. Enligt min tolkning utgår studien endast ifrån männen som en potentiell målgrupp vilket är anledningen till att fokus endast ligger på männens attityder och efterfrågan. Detta motarbetar integreringen av idén om att dela risker och ansvar, vilket gör att artiklarnas innehåll inte blir förenligt med den familjeplaneringsdiskurs som diskuterats tidigare. Målgruppen behöver bli bredare för att bli förenlig med den familjeplaneringsdiskurs som dominerar den politiska debatten och i relation till en delad riskmodell.

Attityder och efterfrågan påverkas av den kulturella kontextens sociala diskurser och praktiker, vilket innebär att detta bör undersökas på samhälls nivå eller i alla fall inkludera både kvinnor och män i målgruppen eftersom utvecklingen redan riktat in sig på

preventivmedelsanvändning inom heterosexuella parförhållanden. Eftersom att målet är att skapa möjligheter att avlasta kvinnor från ansvar och börda bör utvecklingen att ett hormonellt preventivmedel för män inte innebära att istället lägga över ansvaret och bördan på männen. Enligt statistiken tar oftare kvinnor ansvar och beslut om vilket preventivmedel som ska användas och utifrån denna situation kan det ses som kontraproduktivt att endast vända på situationen. Utvecklingen bör istället i enlighet med familjeplaneringsdiskursen rikta sig mer åt att möjliggöra ett delat ansvar med båda parter inkluderade i målgruppen.

Studiens resultat visade att 55,1% av deltagarna var intresserade av att använda ett nytt preventivmedel för män om det fanns tillgängligt på marknaden. 20,7% av informanterna angav att de inte var intresserade. Av de informanter som var intresserade angav 68% att de för tillfället använde något preventivmedel eller -metod (artikel A). Dessa procentantal visar på att det finns ett intresse och en efterfrågan samt även ett behov. Mer än hälften av de som angav att de var intresserade använde alltså för tillfället något preventivmedel eller -metod och även om orsaken till intresset inte undersöktes kan detta säga något om relationen till den nuvarande metoden. Exempelvis skulle det höga intresset kunna tyda på en vilja att byta preventivmetod eller -medel eller komplettera den nuvarande på grund av diverse orsaker.

I en senare studie angav upp till 13 % av deltagarna att de inte var nöjda med det utbud som finns idag (artikel E). Denna fråga är viktig att uppmärksamma i större utsträckning då den skulle kunna stärka argumentet för att det existerar ett behov av ett bredare utbud.

Informanternas inställning till preventivmedel för män påverkades av olika aspekter som varierade mellan nationella kontexter. Exempelvis påverkades inte attityderna i relation till ålder i de flesta av länderna. Dock med undantag för informanterna från Tyskland där acceptansen i genomsnitt ökade ju högre ålder informanten hade. Relationsstatus visade sig inte heller ha någon påverkan på acceptansen. I Frankrike, USA, Indonesien och Mexico var acceptansen högre hos deltagarna med högre utbildning. Dessutom gick det att urskilja en koppling mellan acceptans för vasektomi och positiv inställning till en utveckling av ett nytt preventivmedel för män (artikel A).

En ytterligare aspekt som studien undersökte var deltagarnas preferenser för hur ett nytt preventivmedel ska administreras, det vill säga vilken form målgruppen är mest intresserad av att

använda. Det alternativ som flest deltagare (23,3%) skulle föredra var ett årligt implantat. Därefter kom daglig administration i form av tablett (22,3%) följt av injektion månadsvis (12,4%). Som tidigare nämnts kan uppfattningen om hur efterfrågan ser ut och vilka administrationsformer som föredras få en avgörande betydelse för utvecklingen av ett hormonellt preventivmedel för män. Framförallt kan dessa detaljer få betydelse för om målgruppen väljer att använda det nya preventivmedlet eller inte.

Studiernas resultat skiljer sig inte markant från tidigare studier som fokuserat på samma tema (artikel Q, P). Mer än hälften av informanterna menade att de är intresserade, eller väldigt intresserade, av att använda ett nytt preventivmedel för män om det fanns tillgängligt på marknaden. Detta stämmer överens med vad tidigare studier kommit fram till.

Det ojämsställda ansvarstagandet baseras på att män generellt inte deltar aktivt i preventivmedelsfrågor. I en studie från 1970-talet med fokus på män med arbetarklassbakgrund och deras attityder mot ett preventivmedel för män (Balswick, 1972) visade det sig att många av informanterna ansåg att ett preventivmedel gick emot deras ”natur”. Detta kan ses som ett uttryck för en ovilja att riskera sin sexualitet, vilket kan komma att utgöra ett hinder i att öka mäns ansvar och deltagande i familjeplanering (Balswick, 1972:199). Som tidigare nämnts har de sexuella biverkningarna varit i fokus i forskningen kring hormonella preventivmedel för män, vilket kan tolkas som en reflektion av en kulturell upptagenhet av maskulinitetsnormer. Denna upptagenhet kan summeras som en rädsla för att påverka den manliga sexualiteten (Oudshoorn, 2003:106-107).

Under en av de tidigaste prövningarna av testosteron resulterade i att alla deltagare förlorade sexlusten, fick erektionsproblem och förlorade produktionen av sädesvätska (Heller et al., 1989:289). Efter detta blev störningar i hormoner med sexuella funktioner ett dominerande orosmoment i kliniska prövningar av hormonella preventivmedel för män (Oudshoorn, 2003:88). Detta kan återigen kopplas samman med att reproduktion inte är separerat från kvinnlig sexualitet – och att mäns sexualitet är det. Samt att maskulinitet manifesteras i kroppen. Detta visar samtidigt att det finns en vilja inom forskningen att upprätthålla det maskulina virila idealet.

I ytterligare en studie från 1994 undersöktes mäns intresse av att använda ett p-piller

som motsvarar det för kvinnor (Laird, 1994). Endast 20% av de manliga deltagarna svarade att de var villiga att pröva. I studien inkluderades även kvinnliga deltagare och i kontrast till männen svarade 71% av kvinnorna att de var positiva till en sådan utveckling. Männen svarade även mer frekvent att de troligtvis inte skulle använda p-pillret och studiens resultat visade på att det fanns en tydlig tendens att vara mer kritisk gentemot p-piller för män än p-piller för kvinnor (Laird, 1994:461). Alltså avvisar inte de manliga deltagarna p-piller i sig, utan endast de som inte är utvecklade eller anpassade för deras biologiska förutsättningar. Det kan alltså tolkas som att de inte är villiga att utsätta sig för de risker och besvär som många kvinnor utsätter sig för och upplever dagligen (Laird, 1994:466). Vilket kan kopplas samman med att riktlinjerna präglas av idén om att biverkningar som drabbar män bedöms som mer riskfyllda (se Oudshoorn, 2003:108-109).

Det ojämsställda ansvarstagandet mellan kvinnor och män kan ses som ett resultat av att manliga kroppar associeras med virilitet, fertilitet och sexuella prestation samtidigt som kvinnors kroppar istället kopplas samman med reproduktion. Dessa egenskaper ger uttryck för dominerande kulturella definitioner av vad som anses vara maskulint och feminint. Dock talas det inte explicit om maskulinitet och femininitet som begrepp. Kategorierna *man* och *kvinn*a är samtidigt starkt kopplade till både den biologiska kroppen och föreställningar om maskulinitet och femininitet som tydligt kommer i uttryck i hur det talas om sexuella biverkningar. Rädslan att påverka den manliga sexualiteten är därför större än när det gäller kvinnors sexualitet. Med utgångspunkt i Butlers syn på kön som en process som normaliseras och materialiseras genom normer och praktiker har detta varit möjligt att urskilja artiklarna (se Butler, 2005:45). Det blir framförallt tydligt att vissa egenskaper blir särskilt viktiga att upprätthålla och inte riskeras med biverkningar. Det kan utifrån detta tolkas som att den manliga sexualiteten har ett större värde och utgör en viktigare del i relation till föreställningen om den maskulina identiteten. Whitehead menar att idén om att maskulinitet och den manliga kroppen är sammanflätade vilket blir tydligt i hur det talas om preventivmedel och risker i relation till män som målgrupp. Denna idé är närvarande i ett politiskt landskap som genomsyras av en genusordning (Whitehead, 2002:5). För att ta denna tanke vidare är idén även närvarande i preventivmedelsforskningen och synliggörs framförallt i diskurser kring manliga kroppar, risker och biverkningar.

I tre andra studier fick de manliga deltagarna ranka kondom och vasektomi i relation till tre nya förslag på preventivmedel – kondomen rankades högst (artikel Q, P, H). Kondomen är alltså mer populär än idén om ett hormonellt preventivmedel enligt deltagarnas ranking. Detta är intressant i relation till den norska studien som diskuterades i det förra avsnittet där de kvinnliga deltagarna berättade att deras manliga partners föredrar p-piller framför kondom (Sundby et al., 1999). Här uppstår det en motsättning mellan studiens resultat och den efterfrågan som existerar enligt andra studier.

En av studierna i primärmaterialen visar dessutom på att kondomen inte har accepterats helt och hållet som en långsiktig preventivmetod. Framförallt på grund av att den anses vara opraktisk och onaturlig (artikel A). En paradox uppstår i relation till att män föredrar att kvinnor använder ett hormonellt preventivmedel, men när det kommer till männens användning av preventivmedel rankas kondomen högre. För att återkoppla till den tidigare diskussionen kan en förklaring till detta kan vara att de manliga deltagarna inte avisar p-piller i sig, utan endast de som inte har utvecklats i anpassning för deras kroppar.

Ytterligare en aspekt som är intressant som studien från 1994 berör är frågan om förtroende och preventivmedelsanvändning (Laird, 1994:464). Flera av de kvinnliga deltagarna angav att de inte var trygga med idén om att deras manliga partners skulle använda hormonella preventivmedel. De svarade samtidigt att det var mer sannolikt att de istället skulle använda preventivmedel själva (Laird, 1994:464). De kvinnliga deltagarna visade sig vara mer engagerade i preventivmedelsfrågor än männen samtidigt som en vilja att ta ett hormonellt preventivmedel saknades hos de manliga deltagarna. Studiens resultat motsäger att det existerar en efterfrågan. Dock kan skillnaderna i publiceringsår vara en förklaring till detta. De olika resultaten mellan studier kan alltså tolkas som ett tecken på att preventivmedelsdiskursen förändras tid. Idag är jämställdhet mellan könen och att dela ansvaret för att kontrollera sin fertilitet teman som ofta förekommer i litteratur samt i debatter som berör familjeplanering. Det har alltså skett stora förändringar över decennierna i de teman som diskuteras (Oudshoorn, 2003:124).

Att intresset för ett nytt preventivmedel för män har ökat kan alltså bero på att idéer om att dela ansvaret och riskerna blivit mer dominerande i den allmänna familjeplaneringsdiskursen.

Dock är den äldre studien intressant då den berör frågor om förtroende mellan partners samt att den uppmärksammar skillnaderna i de manliga och kvinnliga deltagarnas attityder gentemot preventivmedel. Detta är perspektiv som saknas i det empiriska materialet, men skulle vara relevanta att undersöka då det synliggör hur attityderna hos kvinnor och män förhåller sig till varandra och i vissa fall skiljer sig.

Frågan om ansvarstagande blir även här relevant då jag ser en koppling mellan bristen på tillit hos kvinnor och bristen på ansvarstagande hos män. Att dela riskerna och ansvaret innefattar inte bara biverkningar och preventivmedelsanvändning. I enlighet med den traditionella familjeplaneringsdiskursen bör även ansvaret för den oplanerade graviditeten delas, vilket inte är fallet idag och uttrycks i de kvinnliga deltagarnas brist på tillit. Enligt min tolkning är detta synonymt med att kvinnorna inte vill riskera att behöva hantera konsekvenserna av en oplanerad graviditet. Trots att preventivmedlets syfte var att leda till en större sexuell frihet och att sexualitet skulle separeras från reproduktion existerar fortfarande risken för kvinnor att bli oplanerat gravida – vilken blir större för kvinnor än för män.

Idén om att inkludera män i familjeplaneringen har under en längre tid varit aktuell. Trots detta har förändringarna i normer kring familjeplanering gått långsamt. Detta har inte endast berott på att män är frånvarande i familjeplaneringsdiskursen. En av de större barriärerna har istället varit ihärdiga normativa föreställningar om mäns attityder mot familjeplanering (Oudshoorn, 2003:119).

De studier som undersökt efterfrågan och attityder nationellt har bidragit till arbetet mot en mer jämställd familjeplanering. Genom studiernas resultat tillsammans med insatser från andra aktörer, så som förespråkare för en jämställd familjeplanering, skapas nya representationer av mäns intresse som bidrar till att förändra och skapa nya normer och sätt att tala om familjeplanering och män. Föreställningen om män som motståndare till familjeplanering är dock fortfarande ihärdig kulturellt. Detta blir tydligt i flera av artiklarna i materialet. Exempelvis lyfter flera författare fram den problematik som uppstår i relation till att läkemedelsindustrin hävdar att det inte existerar en tillräckligt stor efterfrågan trots att detta har motbevisats (artikel A, C, Q).

Enligt läkemedelsindustrin är män därför inte en tillräckligt intressant målgrupp att investera i. Läkemedelsindustrins ekonomiska makt får en avgörande betydelse för utvecklingen

av preventivmedel då den reglerar prioriteringen av forskning och utbudet av preventivmedel på marknaden. Motsättningen mellan läkemedelsindustrins och preventivmedelsforskningens åsikter kommer att diskuteras mer i det följande avsnittet i relation till rädslan för biverkningar kopplade till den manliga kroppen.

En central del av det empiriska materialet består av redogörelser för biverkningar som uppstått under prövningarna. Dessa är intressanta i relation till riktlinjerna för utvecklingen av ett nytt hormonellt preventivmedel och de biverkningar som många kvinnor upplever. I det följande avsnittet kommer jag att redogöra för och analysera hur det talas om biverkningar i artiklarna. Avsnittet kommer att följa upp diskussionerna kring rädslan för biverkningar och påverkan på manlig sexualitet. Detta kommer att kopplas till hur det talas om risker och hormonella preventivmedel i relation till den manliga kroppen och föreställningar om maskulinitet. I det följande avsnittet synliggörs och fördjupas även kopplingarna mellan biverkningar och konstruktionen av risker.



## Medikalisering, vård och biverkningar

Biverkningar som uppstått under prövningar av olika hormonpreparat är centrala i artiklarna och får betydelse för både målgruppens och forskarnas inställning till en vidareutveckling.

Redogörelserna för biverkningar förhåller sig till riktlinjerna och läkemedelsindustrins kritik. Det är tydligt att preventivmedel som lett till vissa biverkningar hos deltagarna inte anses vara värda att vidareutveckla. Ett exempel på detta är prövningen som avbröts 2016 på grund av biverkningar, trots goda resultat. De biverkningar som upplevts av flera deltagare under prövningar av olika hormonella preventivmedel är:

- Acne, vilket enligt flera artiklar är en mindre avgörande biverkning
- Smärtor vid injicering av hormonpreparat
- Viktökning
- Förhöjt kolesterol
- Ökad sexlust och sexuell prestationsförmåga

Innan en kommersialisering kan ske bör dessa biverkningar undersökas närmare. En långsiktig tillförsel av testosteron kan dessutom enligt forskare innebära negativa konsekvenser på hjärt- och kärlsystemet och prostatan (artikel C, F). I relation till detta bör det uppmärksammas att även kombinationen progestin och östrogen, som är en vanlig kombination i hormonella preventivmedel för kvinnor, har visat sig öka risken för hjärt- och kärlsjukdomar (artikel F, Carlstedt, 1992:156). Den negativa effekten av en långvarig användning av hormonella preventivmedel är alltså troligtvis densamma för både kvinnor och män. Vad som är intressant är dock att denna negativa biverkning hos kvinnor varit känd sedan länge och övervakas med hjälp av kontinuerliga uppföljningar och blodtrycksmätningar. Dessa biverkningar har alltså inte hindrat läkemedelsindustrin från att investera i nya hormonella preventivmedel för kvinnor. Vilket visar på en skillnad i bedömningen av risk som kan leda till allvarliga konsekvenser om de långsiktiga riskerna för kvinnor underdrivs i marknadsföringen av hormonella preventivmedel för kvinnor. Det har till exempel varit vanligt att läkemedelsföretagen underdriver biverkningarna och riskerna med vissa läkemedel. Det blir därför paradoxalt när biverkningarna

och riskerna med hormonella preventivmedel för män, i jämförelse med biverkningar som upplevs av kvinnor, istället överdrivs (Oudshoorn, 2003:105). Det som skiljer medicinering med hormonella preventivmedel från annan medicinering är att det ges till miljontals friska kvinnor. Och för att vara etiskt försvarbart måste medicinering av friska individer vara fritt från risker och biverkningar, vilket inte kan garanteras idag (Carlstedt, 1992:156). Den individuella riskmodellen kan vara ett hjälpsamt verktyg för att ge en förklaring till varför riskerna bedöms på olika grunder. Det vill säga att det är möjligt att utifrån modellen tolka det som att biverkningarna som kvinnor upplever inte anses riskfyllda då de jämförs med de risker och problem som en oplanerad graviditet kan innebära – nyttan anses alltså överskrida risken.

Artiklarna visar på att säkerhet, effektivitet och reversibilitet prioriteras både av forskningen kring preventivmedel för män och av målgruppen. Kravet från allmänheten på en reducerad hälsorisk vid användningen av preventivmedel bör därför vägas in i analysen av hur riktlinjerna förhåller sig till biverkningar och risker. Att kraven blir hårdare är ett resultat av den kritik som organisationer med fokus på kvinnors hälsa riktade mot läkemedelsföretagen redan under 1960-talet (Oudshoorn, 2003:105). Denna förändring har alltså skett på grund av att målgruppen i fråga uppmärksammat och kritiserat bristen på tillgänglig information om biverkningar. Detta pekar direkt på bristen på transparens från läkemedelsindustrin, som dessutom fortfarande är ett faktum. Bristen på information har inneburit att makten att definiera risk och säkerhet legat först och främst hos läkemedelsindustrin. Kritiken mot detta har alltså inneburit en förändring, men samtidigt är hormonella preventivmedel fortfarande de som används i störst utsträckning. Detta väcker frågor kring hur diskursen kring acceptans av biverkningar ser ut i relation till kunskapen om dem. Att hormonella preventivmedel fortfarande är det vanligaste kan vara ett resultat av en viss diskurs som genererar en större acceptans gentemot biverkningar för kvinnor än män. Jag återkommer till detta senare i avsnittet i en diskussion kring konstruktionen av risk och säkerhet i relation till social acceptans.

Kvinnors motstånd mot hormonella preparat tas sällan på allvar utan framställs ofta som en konsekvens av bristfällig information eller som ett resultat av massmedial påverkan genom exempelvis publicerade larmrapporter. Användningen av hormonella preventivmedel problematiseras sällan på grund av de faktiska fördelarna, istället framställs kvinnors rädslor och

ovilja att använda metoderna som problemet i sammanhanget (Kero & Lalos, 2004:336). I kontrast till detta tas mäns kritik och skepsis mot biverkningar på så stort allvar att forskningsriktlinjerna kretsar kring att minska biverkningarna till en obetydlig nivå. Helst ska det inte förekomma några biverkningar överhuvudtaget. Detta kan ses som en produkt av en preventivmedelsdiskurs som länge endast berört kvinnor och kvinnors fertilitet. Vilket har inneburit att män har haft en ansvarsfrihet när det gäller oönskade graviditeter och till större del befunnit sig utanför diskursen. Weeks menar att konstruktionen och organiseringen av kvinnlig sexualitet och i detta fall fertilitet är en produkt av en patriarkal maktstruktur (Weeks, 2010:41). I relation till Weeks resonemang menar jag att makten att definiera och kategorisera vad som anses betydelsefullt och åtråvärt tar sig i uttryck i att mäns upplevelser av biverkningar får en avgörande betydelse för utvecklingen av ett hormonellt preventivmedel för män. Män som målgrupp och deras åsikter får en stor betydelse för den riktning forskningen rör sig mot och det blir tydligt att mäns behov och kriterier spelar stor roll i utformningen av riktlinjerna. Framförallt i kriterierna om sexuella biverkningar.

Under 1980-talet blev nackdelarna och biverkningarna med hormonella preventivmedel för kvinnor allt mer kända (Carlstedt, 1992:155-156). Detta ledde till att flera kvinnor stämde läkemedelsföretagen och kostnaderna för ansvarsskyldigheten för biverkningar blev högre än för något läkemedel någonsin (Oudshoorn, 2003:105). I samband med detta tog debatten en ny riktning kring biverkningar och risker. Detta har lett till att bedömningen av biverkningar inte bara förknippas med hälsorisker utan även med finansiella risker för läkemedelsföretagen. Enligt vissa har utvecklingen av ett hormonellt preventivmedel på grund av detta präglats av dålig timing då rädslan för biverkningar blivit större, restriktionerna striktare och riktlinjerna snävare (Oudshoorn, 2003:106). Problemen som kan uppstå i samband med biverkningar och ansvarsskyldighet är alltså en av anledningarna till att läkemedelsindustrin inte investerar i ett hormonellt preventivmedel för män.

Den ökade kunskapen och insikten om risker och biverkningar i samband med användningen av hormonella preventivmedel har lett till ytterligare förändringar i preventivmedelspolitiken. Detta har inneburit större bekymmer för alla aktörer som är involverade i utvecklingen (Carlstedt, 1992:157). I relation till detta vill jag lyfta begreppen

*säkerhet, effektivitet och reversibilitet* som används när det talas om det ideala hormonella preventivmedlet för män. Begreppen är en viktig del i den diskurs som dominerar forskningen och reflekterar samtidigt de krav som ställs av både läkemedelsindustrin och allmänheten. De biverkningar som hittills förekommit under prövningar är inte förenliga med den bild av ett idealt hormonellt preventivmedel för män som forskningen positionerar sig i relation till. Det som är intressant i detta är den diskrepans som uppstår när detta ställs i relation till de biverkningar kvinnor upplever vid användningen av hormonella preventivmedel. Gränsen för vilka biverkningar som accepteras har länge varit och är fortfarande mycket lägre för hormonella preventivmedel för kvinnor än för män, vilket tyder på att definitionerna av framförallt begreppen säkerhet och effektivitet skiljer sig inom forskningen.

Vad som upptäcktes i samband med att kunskapen om biverkningar blev större var att det existerar två kritiska överväganden i bedömningen av säkerhet – den ena är ”risk” och den andra är ”säkerhet”. ”Risker” kan avgränsas till de negativa effekter som kan uppstå, medan ”säkerheten” avgörs i relation till om riskerna accepteras eller inte (Korenbrodt, 1980:47). Konstruktioner av risker formas utifrån interaktioner mellan vetenskap och politik (Shapin, 1994) och det existerar tydliga belägg för att formuleringar av risker är sociotekniska och politiska konstruktioner (Oudshoorn, 2003:87). Riskerna kan alltså mätas och fastställas genom vetenskapliga tekniker och av forskare, medan bedömningen av riskerna även baseras på sociala beslut som tas av enskilda individer eller grupper (Korenbrodt, 1980:47). Det innebär att om riskerna och biverkningarna accepteras av allmänheten så konsumeras läkemedlet ändå. Säkerheten kan alltså ses som relativ då den baseras på allmänhetens och framförallt målgruppens bedömningar om nyttan överstiger risken.

Hormonella preventivmedel för kvinnor är ett exempel på ett läkemedel som fortsätter konsumeras trots kunskapen om biverkningar och risker. Dock kan detta bero på olika faktorer som tagits upp i uppsatsen. Exempelvis kan faktorer så som förväntningar och normer spela in samt att fördelarna med att använda ett hormonellt preventivmedel överstiger riskerna. Dessutom spelar läkemedelsindustrins brist på transparens när det gäller information om biverkningar en stor roll i marknadsföringen av hormonella preventivmedel. Att riskerna underdrivs i samband med hormonella preventivmedel för kvinnor kan tänkas bidra till att dessa fortfarande

konsumeras i stor utsträckning.

I artiklarna talas det om flera biverkningar i relation till deltagarnas acceptans (Chao et al., 2014:850). Exempelvis är acne och ökning i kroppsmassa två exempel på biverkningar som accepteras samtidigt som förändring i testikelstorlek eller minskad sexlust inte accepteras (artikel B, C, D). De två senare biverkningarna har direkta kopplingar till förväntningar på manliga kroppar och dess sexualitet. Rädslan för sexuella biverkningar hos män dominerar fortfarande fältet och fokusen på sexualitet i preventivmedelsforskningen är tydligt kopplad till preventivmetoder/medel för män och den manliga kroppen. Detta är i sin tur en produkt av föreställningar om sann maskulinitet där den fertila och sexuella förmågan blir central. Som Connell skriver så förväntas den sanna maskuliniteten nästan alltid utgå från mäns kroppar. Den sanna maskuliniteten ses antingen som inneboende i den manliga kroppen eller så uttrycker den något om den (Connell, 2005:45). Idén om den sanna maskuliniteten påverkar därför gränserna för vilka biverkningar som är acceptabla och de sexuella biverkningarna ses i samband med detta som ett hot mot den inneboende sanna maskulina sexualiteten. I samtliga artiklar i materialet talas det om sexuella biverkningar och forskarna poängterar att det inte förekommit några i prövningarna som genomförts. Detta signalerar att de sexuella biverkningarna är särskilt viktiga för forskarna att undvika och att vissa biverkningar är lättare att se förbi än andra.

I en av artiklarna nämns det att biverkningar förekommit under en av prövningarna men att de har accepterats av deltagarna (artikel C). Vilka biverkningar som förekommit nämns inte i samma artikel men presenteras i en annan. Flera deltagare hade rapporterat viktökning, humörsvängningar, acne, svettningar och/eller förändringar i sexlust (artikel B). Det uppstår därför en motsättning i detta då biverkningarna har accepterats av deltagarna samtidigt som de inte är acceptabla inom forskningsriktlinjernas gränser. Att biverkningarna accepterades av deltagarna skulle kunna ses som ett tecken på att det finns ett intresse att använda vissa hormonella preventivmedel för män trots eventuella biverkningar och att riktlinjerna till större del formats utifrån andra aktörers krav.

Bekvämlighet är ytterligare en aspekt som värderas högt av målgruppen utifrån resultaten som presenteras i flera av artiklarna i materialet (artikel H). Bekvämlighet blir därför en viktig faktor för att garantera att preventivmedlet kommer att användas om en lansering sker.

Administrationsformer som innefattar flera moment har exempelvis ansetts vara för obekväma vilket utgör en utmaning för en fortsatt utveckling av dessa preventivmedel (artikel H).

Biverkningarna som upplevts av deltagare i olika prövningar har en central roll i avgörandet om metoden bör utvecklas vidare. Effekten är också viktig men biverkningarna en mer avgörande faktor. Exempelvis så har det enligt vissa källor inte visats ett fortsatt intresse för det gel-baserade hormonella preventivmedlet på grund av brister i administrationsformen, trots att prövningen visade lovande resultat (artikel F).

Bedömningen av terapeutiska behandlingar formas också av det professionella intresset hos de som utvärderar behandlingen. Alltså både av konsumenternas efterfrågan och marknadens intresse (Oudshoorn, 2003:87). Läkemedelsföretagens bedömning av säkerheten och hälsorisker hos läkemedel påverkas därför till stor del av deras kommersiella intressen (Abraham, 1994; Oudshoorn, 2003:87). Enligt den traditionella inställningen till kliniska prövningar betraktas forskningsfältet som autonomt och den vetenskapliga standarden anses vara viktig i beslutsfattandet i kliniska prövningar. I kontrast till detta har standarden för vad som betraktas som säkert i relation till hormonella preventivmedel för män påverkats av både forskare, övriga aktörer och kulturella normer. Läkemedelsindustrin är dock den största och viktigaste aktören på grund av ekonomiska skäl (Oudshoorn, 2003:104).

Jag tolkar det som att biverkningarna främst blir viktiga i relation till målgruppens krav och i relation till riktlinjerna och läkemedelsindustrins intresse. Vad som dock är intressant är att alternativen av hormonella preventivmedel för kvinnor sällan kommer på tal i artiklarna, trots att flera av biverkningarna är desamma. Detta blir intressant i relation till hur det talas om biverkningar för män. Framförallt eftersom att riktlinjerna har ett fokus på att framställa ett preventivmedel för män med så få biverkningar som möjligt, vilket är ett krav för att ett hormonellt preventivmedel för män ska kunna lanseras. De hårda kraven kommer både från läkemedelsindustrin och allmänheten. Det skulle därför kunna tolkas som att det finns en bild av att män har större krav på ett hormonellt preventivmedel för att blir övertygade att använda det. Flera prövningar av hormonella preventivmedel för män har avbrutits trots att biverkningarna antingen varit desamma eller lindrigare än de som kvinnor upplever (Oudshoorn, 2003:108).

Kunskapen om biverkningar hos kvinnor är fortfarande relativt begränsad. Det är därför inte enkelt att skapa en bild av exempelvis hur vanligt det är med sexuella biverkningar och humörpåverkan. Flera anledningar till detta lyfts fram i en rapport från Läkemedelsverket (Sundström Poromaa & Skalkidou, 2014:60). Från industrins håll är det först på senare år som forskarna börjat integrera psykiska och sexuella symtom som utfallsvariabler i kliniska prövningar. Det finns dock ytterst få placebokontrollerade studier tillgängliga på området vilket gör det svårt att urskilja vilka effekter som är direkt kopplade till preventivmedlet och vilka som orsakats av omgivningsfaktorer och underliggande psykisk ohälsa (Sundström Poromaa & Skalkidou, 2014:60). Återigen vill jag lyfta att omkring 15% av de som använder hormonella preventivmedel för kvinnor rapporterar sexuella biverkningar och 4-10% rapporterar försämring av ångest och/eller depressionssymtom. Dessa siffror skiljer sig mellan olika studier och upplevelsen av biverkningar är individuell. Men, trots detta är det viktigt att uppmärksamma att det handlar om vanligt förekommande biverkningar som uppmärksammas i väldigt låg utsträckning, vilket i sin tur leder till en bristande kunskap. Detta kan kopplas till att frågor som har med kroppslighet att göra sällan problematiseras eller aktualiseras i den offentliga debatten. Framförallt gäller det frågor som har med kvinnors kroppar att göra (se Eduards, 2007:15).

Vid flera prövningar av hormonella preventivmedel för män har den sexuella funktionen och sexlusten förhöjts (artikel C, F). I kontrast till detta är minskad sexlust den vanligast sexuella biverkningen av hormonella preventivmedel för kvinnor och studier visar på att 8% av kvinnorna slutar med sitt hormonella preventivmedel på grund av detta – alltså med stor sannolikhet på grund av minskad sexlust. Andra negativa biverkningar som är vanligt förekommande hos kvinnor är minskad lubrikation, vulvodyni och humörförändringar (Sundström Poromaa & Skalkidou, 2014:60-61).

Både i riktlinjerna och i det analyserade materialet talas det om biverkningar i relation till sexlust, virilitet och erektil förmåga. Högt upp på agendan för forskningen kring hormonella preventivmedel för män är alltså att undersöka vilken effekt preventivmedlen har på mäns sexuella förmåga och beteende (Björndahl et al., 2010:159; artikel B). Någon negativ biverkning på något av detta har inte rapporterats av några manliga deltagare hittills. I kontrast till detta blir

det tydligt att forskningen och läkemedelsindustrin inte prioriterar att motverka sexuella biverkningar i samma utsträckning när det gäller hormonella preventivmedel för kvinnor.

Biverkningarna som är vanligt förekommande för kvinnor har inte påverkat läkemedelsindustrins investeringar och intresse. Självfallet bör det räknas in att hormonella preventivmedel för kvinnor lanserades under en tid när forskningen inte hade samma restriktioner och riktlinjer som idag. Och i nuläget pågår en utveckling av de hormonella preventivmedlen för kvinnor för att minska biverkningarna och det läggs betydligt mer resurser på detta område än vad det gör på forskningen kring hormonella preventivmedel för män. Dock är detta ett resultat av att målgruppen ställt högre krav på läkemedelsindustrin. Även om beläggen för sexuella biverkningar hos kvinnor är kända sedan långt tillbaka så är det alltså inte förrän nu som det görs insatser för att minska dessa.

Regleringen av preventivmedelsutvecklingen är ett exempel på en kroppspolitisk process som problematiserats i den offentliga debatten. Fortfarande sker det dock ett osynliggörande av det politiska i relation till kvinnors kroppar och reproduktionsfrågor. Som Eduards skriver förblir processerna som definierar kroppen som given, oföränderlig och apolitisk dolda (Eduards, 2007:17). Sättet att tala om kvinnors kroppar och preventivmedel har färgats av att kvinnors kroppar ständigt förknippats med kön, kropp, sexualitet och reproduktion. Kvinnors roller och ansvar i preventivmedelsfrågor har tagits för givet. Som Eduards skriver döljer kvinnokroppen det politiska genom att begränsningar i kvinnors handlingsutrymme traditionellt har förklarats och berättigats med kopplingar till den biologiska kroppen och kvinnors naturliga uppgifter, vilket i samband med detta även inkluderar fertilitetskontroll. Begränsningarna som uppstått för kvinnor i samband med hormonella preventivmedel (exempelvis biverkningar och ansvar) har förbisett och normaliserats genom att hänvisa till att nyttan överstiger riskerna. Resultatet av detta har varit att kvinnor fortsätter att konsumera hormonella preventivmedel trots att de upplever biverkningar.

Det blir intressant att titta närmare på den diskrepans som uppstår när biverkningar på den manliga sexlusten blir ett större problem än biverkningar på den kvinnliga i relation till det analyserade materialet. De sexuella biverkningarna som kvinnor upplever är ett allvarligt och aktuellt problem då studier visar på att 8% av de kvinnor som använder hormonella



preventivmedel faktiskt slutar på grund av detta. Detta blir intressant i relation till den statistik som presenteras i en av artiklarna där cirka 40% av kvinnorna som börjar använda p-piller slutar under det första året (artikel T, H, E). I det analyserade materialet presenteras denna statistik som en del av den problembild som visar på behovet av ett nytt preventivmedel för män. Anledningen till varför en sådan stor andel väljer att sluta ta hormonella preventivmedel under det första året beskrivs dock inte. Men, de biverkningar som är vanliga hos kvinnor som använder hormonella preventivmedel kan tänkas höra samman med att 40% av kvinnorna slutar inom det första året.

Könsskillnader i bedömningar av riskerna är inte bara närvarande när det talas om sexualitet. Biverkningarna som drabbar män har exempelvis uppmärksammats i större utsträckning än de som kvinnor upplever och flera forskare har vittnat om att kvinnors erfarenheter av biverkningar inte väger lika tungt i forskningssammanhang (Oudshoorn, 2003:108). Som tidigare nämnts har det ansetts vara mer riskfyllt att använda hormoner för män än för kvinnor (Oudshoorn, 2003:108) och i de analyserade artiklarna talas det sällan om de biverkningar som kvinnor upplever. Att kvinnors erfarenheter inte är närvarande och samtidigt särskiljs från de manliga deltagarnas erfarenheter kan tolkas som ett uttryck av detta. En jämförelse med biverkningarna som flera manliga deltagare har upplevt och de biverkningar som är vanligt förekommande bland kvinnor skulle stärka argumentationen för utvecklingen av ett nytt preventivmedel för män. Exempelvis är faktumet att hormonella preventivmedel för kvinnor är ett läkemedel som lanserats trots att kunskapen om långsiktiga konsekvenser varit otillräcklig ett tydligt exempel som skulle kunna vara ett argument för att visa på att riktlinjerna antingen är för strikta eller att gränsen för biverkningar hos hormonella preventivmedel för kvinnor är för låg, framförallt när biverkningarna är desamma för kvinnor som för män.

Kvinnor kommer tidigt i kontakt med vården i samband med p-pillerförskrivning, cellprov och kontroller under graviditeter. Detta bidrar till att kvinnor i högre utsträckning än män tar kontakt med vården och läkare även i andra situationer (Hovelius, 2009:20; Hovelius & Johansson, 2004). I och med att kvinnor bär det största ansvaret för att kontrollera sin fertilitet och utstår biverkningar i samband med detta uppstår ett ojämnt förhållande mellan kvinnor och män som leder till att kvinnors kroppar medikaliseras i större utsträckning än mäns (Hovelius, 2009:20; Hovelius & Johansson, 2004). Detta förhållande går att titta på utifrån ett

maktperspektiv där män tilldelas eller erhåller en större möjlighet till frihet både hälso-, reproduktivtets- och ansvarsmässigt. Genom föreställningar om maskulinitet och femininitet kopplat till kulturella könsroller reproduceras detta maktförhållande på flera plan och hör samman med diskursen kring kvinnors kroppar och reproduktion (Hovelius, 2009:20). Medikaliseringen av kvinnors kroppar bidrar enligt min tolkning till normaliseringen av användningen av hormonella preventivmedel och att kvinnor förväntas ta ansvar för att kontrollera sin fertilitet. Att kvinnor kontrollerar sin fertilitet har normaliserats och innefattar samtidigt en ständig kontakt med vården, vilket även inkluderar ytterligare ett ansvar.

Medikaliseringen innebär att annars normala tillstånd diagnosticeras och behandlas, vilket exempelvis sker på begrepps nivå. Tre exempel på när medicinsk utveckling leder till ”nya” diagnoser är fenomenen ”östrogenbrist”, premenstruell dysfori (PMD) och *Female sexual dysfunction* (FSD). Exempel på situationer där medikaliseringen tar sig i uttryck är i samband med sociala eller personliga problem på arbetsplatsen eller i hemmet som definieras av läkaren som medicinska. Ett annat exempel på detta är beteckningen av utmattningssyndrom (Hovelius, 2009:20). Konsekvensen av detta är att de strukturer som ligger bakom den ökade psykiska ohälsan hos kvinnor inte undersöks eller synliggörs, vilket kan leda till att läkare försöker hitta lösningar på problem som medicinskt inte går att lösa. Medikaliseringen av kvinnors hälsotillstånd kan kopplas till resultaten av den studie som visade på att flera av de manliga informanterna tog avstånd från idén om ett hormonellt preventivmedel för män samtidigt som de accepterade hormonella preventivmedel för kvinnor. Exempelvis har kvinnor generellt en mer frekvent kontakt med vården, vilket därför är mer normaliserat. Detta kan vara en av anledningarna till varför det upplevs som ”krångligare” (eng. ”too much bother”) för män att börja använda ett hormonellt preventivmedel (Laird, 1994:461). Att ett hormonellt preventivmedel för kvinnor är mer accepterat än idén om ett hormonellt preventivmedel för män kan höra ihop med att medikaliseringen av kvinnor leder till att det även är mer normaliserat att kvinnor använder läkemedel och utstår biverkningar.

Före 1980-talet var familjeplaneringskliniker och andra liknande tjänster i första hand orienterade mot en kvinnlig målgrupp. Detta beror till större del på assymetrin mellan utbudet av preventivmedel för kvinnor och för män. Dessutom skiljer sig

administrationsformerna åt, vilka för män inte kräver medicinska åtgärder förutom vasktomi. Bristen på platser för män att vända sig till när det gäller dessa frågor har varit och är fortfarande ett verkligt hinder för utvecklingen av nya preventivmedel för män (Oudshoorn, 2003:114).

Mindre än tre procent av de som utnyttjar familjeplaneringsklinikernas tjänster är män. (Oudshoorn, 2003:122). Detta kan tolkas som en konsekvens av att frågor kring reproduktion och familjeplanering länge associerats med kvinnor, där även barnomsorgen kan räknas in. Detta kan kopplas samman med att kvinnor mer frekvent uppsöker läkarvård, vilket har förklarats med att kvinnor generellt är mer måna om sin hälsa än vad män är (Hoveliuss, 2009:20). Att män i lägre utsträckning söker sig till vården har visat sig bero på normativa föreställningar om maskulinitet och sårbarhet – kopplat till idén om att klara sig själv och därför inte söka läkarvård. Femininitet är i kontrast starkt kopplat till omsorg där både kvinnligt föräldraskap, relationer och arbetsliv färgas av dessa normer och föreställningar. Sociala konstruktioner av maskuliniteter kan alltså även vara faktorer som bidrar till att begränsa mäns val och beteenden med konsekvenser inte minst för deras hälsa (Andersson & Hoveliuss, 2005:441).

Kopplingen mellan kvinnor och reproduktivitetsfrågor förstärks och reproduceras genom att familjeplaneringsklinikerna riktar sig till kvinnor som målgrupp. Förväntningarna ser olika ut i relation till föreställningar om maskulinitet och femininitet kopplade till hälsa och vård, vilket leder till att kvinnors frekventa kontakt med vården och fertilitetskliniker normaliseras. Detta blir en del i den struktur som upprätthåller det ojämlika ansvarstagandet för preventivmedelsanvändning mellan kvinnor och män. Detta visar på att det krävs en större strukturell förändring på flera plan för att ansvarsdiskursen ska förändras i preventivmedelsfrågor. Förändringen måste innefatta aktörer på olika nivåer och det blir därför utifrån min analys av materialet tydligt att lanseringen av ett hormonellt preventivmedel för män endast är en komponent som måste kompletteras med förändringar på flera plan. Lanseringen av ett hormonellt preventivmedel kan därför inte betraktas som den enda lösningen på de problem som representeras i artiklarna.

En viktig strategi för förespråkare av att involvera män i familjeplanering har varit att motverka dominant kulturella narrativ om män och familjeplanering. Detta har varit ett första steg till att förändra familjeplaneringsdiskursen och en viktig del av det kulturella arbetet var att

förändra språket (Oudshoorn, 2003:123). Bilden av hormonella preventivmedel för män som ett hot mot manlig sexualitet var fortfarande stark under sent 1990-tal. Risken att mäns sexlust kan minska kan enligt läkemedelsindustrin bidra till att män inte kommer att vara intresserade att använda ett hormonellt preventivmedel (Oudshoorn, 2003:107). Män anses inte vara en målgrupp som är lika enkel att motivera som kvinnor. I samband med detta har det argumenterats för att familjeplaneringsorganisationerna bör anstränga sig mer för att nå fram till män som målgrupp (Oudshoorn, 2003:122). Det har till exempel visat sig att män accepterar färre risker för biverkningar än kvinnor, troligtvis för att riskerna som kommer med en oplanerad graviditet anses mer avlägsen för män. Samtidigt är maskulinitet sociokulturellt förknippat med att upprätthålla den reproduktiva potentialen (Korenbro, 1980:52).

Hög fertilitet representeras som en essentiell del i maskulinitet. Dessa representationer är en del av ett retoriskt verktyg som används av förespråkare för att involvera män i familjeplaneringen. Det har dock påpekats att denna typ av representation snarare skapar ytterligare hinder för att förespråka mäns involvering. Framförallt då det krävs att män ska vilja kontrollera sin fertilitet för att det ska finnas skäl att lansera ett hormonellt preventivmedel för män (Stycos, 1996:2). Ytterligare en egenskap som kopplas samman med normativa föreställningar om maskulinitet är virilitet. En kontinuerlig kontakt med vården och att kontrollera sin fertilitet är inte förenlig med ett maskulint ideal. Detta står istället närmare ett feminint ideal som i detta fall kontrasterar med det maskulina.

Om förespråkarna för nya preventivmetoder och -medel för män misslyckas med att omvärdera kulturella förutfattade meningar, är det högst troligt att teknologin misslyckas. Även om forskarna spelar en viktig roll i att anpassa målgruppen så är de inte de enda aktörerna som är involverade i att konstruera diskursen kring preventivmedel. För att skapa en tydligare bild av de kulturella föreställningar och normers påverkan på diskursen kring hormonella preventivmedel för män krävs det därför att flera aktörers påverkan på diskursen analyseras.

## Sammanfattande diskussion

Denna uppsats har haft syftet att undersöka hur det aktuella forskningsläget ser ut kring hormonella preventivmedel för män. Dessutom har uppsatsen haft en ambition att undersöka hur det talas om detta i relation till kropp, sexualitet, biverkningar och ansvar i ett antal medicinska forskningsöverblickar och -rapporter och hur detta förhåller sig till kulturella föreställningar om maskulinitet och reproduktion.

Genom att kombinera ”WPR”-perspektivet med diskursanalys och kvalitativ innehållsanalys har jag närmast mig ett material som publicerats inom det medicinska fältet med ett genusvetenskapligt teoretiskt ramverk som analytisk utgångspunkt. Det empiriska materialet består av åtta forskningsrapporter och -överblickar och under bearbetningen av materialet upptäcktes flera intressanta källor som senare inkluderats i analysen. Dessa genomgick inte kodningsprocessen på samma sätt som det ursprungliga urvalet. Detta har inneburit att det första urvalet av artiklar fungerat som uppsatsens huvudmaterial och har därför refererats till mer genomgående under analysen.

Med genusvetenskapliga teorier och perspektiv som utgångspunkt har det varit möjligt att lyfta och undersöka dimensioner i materialet som inte uttalas explicit. De diskurser som konstrueras och reproduceras i materialet berättar något om underliggande kulturella föreställningar om maskulinitet och reproduktion. Det är framförallt framträdande i hur det talas om risker och biverkningar i relation till kvinnliga och manliga kroppar.

I artiklarna skapas det en distinktion mellan risker för kvinnor och män, vilket kan ses som en produkt av en reproduktiv distinktion där skillnader mellan biologiskt manliga och kvinnliga kroppar har betraktats som förklaringar på skillnader i sexuellt behov och begär. Den könade individuella riskmodellen som kommer i uttryck i artiklarna tenderar att förminska riskerna för kvinnor och samtidigt förstora riskerna för män. Om idén om delad risk istället skulle appliceras skulle riskerna för män vägas mot fördelarna som en delad risk skulle innebära för kvinnor. Detta skulle i sin tur leda till en mer jämställd bedömning av säkerheten och riskerna med hormonella preventivmedel.

Forskningsriktlinjerna skiljer sig mellan preventivmedelsutvecklingen för kvinnor och

män vilket skapar svårigheter i att faktiskt implementera idén om att dela riskerna mellan parterna i en sexuell relation. Föreställningar om fundamentala skillnader mellan kvinnor och män cementeras utifrån att forskningen redan utgår ifrån skilda forskningsriktlinjer.

Distinktionen mellan riskerna för kvinnor och män bidrar också till denna cementering.

Uppsatsen visar att normativa föreställningar om könsskillnader genomsyrar sättet att tala om hormonella preventivmedel kopplat till de olika temana. Med stöd av Butlers syn på kön som en process som materialiseras genom normer och praktiker och inte som ett statiskt tillstånd har det varit möjligt att urskilja hur diskursiva processer och normer ter sig i det analyserade materialet. Exempelvis visar analysen på att vissa egenskaper blir särskilt viktiga att upprätthålla och inte riskera med biverkningar. Uppsatsen synliggör utifrån detta den diskursiva produktionens påverkan och uttryck i artiklarna i normativa föreställningar om maskulinitet kopplat till den manliga kroppen och femininitet till den kvinnliga.

Så länge familjeplaneringsfrågor har associerats med kvinnor och deras kroppar har det politiska i frågorna varit dolt. Frågor och problem som länge drabbat kvinnor har plötsligt blivit aktuella och uppmärksammade nu när även män berörs. Idén om att inkludera män i familjeplaneringen kan med utgångspunkt i detta ses som del av en kroppspolitisk process och ett skifte – när den manliga kroppen blir synlig blir även det politiska det. Den manliga kroppen blir även synlig i materialet i samband med att det talas om egenskaper som är sammankopplade med sexuell prestation och förmåga. Detta är ett uttryck för en traditionell diskurs där manlig sexualitet likställs med virilitet och reproduktiv förmåga, vilket kan kopplas samman med idéer om sann maskulinitet där den reproduktiva förmågan betraktas som en viktig egenskap. I materialet blir det tydligt på flera plan hur den traditionella diskursen kring manlig sexualitet har format forskningens riktlinjer och sättet att tala om sexuella biverkningar. Det blir även tydligt att den manliga sexualiteten blir synlig i materialet utifrån ett ramverk där den inte riskeras. Det jag menar är att den manliga kroppen och sexualiteten endast blir synlig på villkor som gynnar den. Makten att definiera och kategorisera vad som anses vara betydelsefullt tar sig uttryck i formuleringen av riktlinjerna och kan därför ses som en produkt av en historiskt rotad patriarkal maktstruktur.

Heteronormativiteten blir synlig på flera olika nivåer i artiklarna. Delvis är

utvecklingen av ett nytt preventivmedel för män inriktad på att möta problembilden som är centrerad kring hälsorisker i samband med oönskade graviditeter. Andra problematiska konsekvenser som kommer med ett bristfälligt utbud av säkra och effektiva preventivmedel diskuteras inte. Det snäva utbudet av preventivmedel som skyddar emot sexuellt överförbara sjukdomar (endast kondom) anses inte vara lika aktuellt att utveckla. Dessutom talas det endast om att dela riskerna och ansvaret mellan kvinnliga och manliga partners inom den dominerande familjeplaneringsdiskursen, vilket ger uttryck för både en stark heteronorm och tvåsamhetsnorm.

Den problembild som forskningen förankrar sina argument i är central i materialet och lika så i uppsatsen. Representationen av problembilden sätter ton för forskarnas argumentation gentemot den kritik som förts fram av läkemedelsindustrin. Problembilden som forskarna redogör för berör inte endast en viktig hälsofråga utan säger även något om den påverkan samhällsliga maktstrukturer har på forskningsklimatet. Den leder uppsatsen vidare genom de utvalda temana och är närvarande i samtliga avsnitt.

Uppsatsens ambition är även att synliggöra hur vissa maktrelationer tar sig i uttryck i materialet och i forskningen kring hormonella preventivmedel både för kvinnor och män. I relation till materialet ingår det i uppsatsens syfte att synliggöra hur sätten det talas om olika aspekter förhåller sig till andra diskurser, kulturella föreställningar och normer. Utifrån detta perspektiv urskiljer jag att det uppstår en paradox i att läkemedelsindustrin dragit in det finansiella stödet samtidigt som de ställer krav som inte kan bemötas utan ekonomiska resurser. Den fortsatta utvecklingen är alltså beroende av det finansiella stödet. De analyserade artiklarna strävar på grund av det efter att både redogöra för forskningen och samtidigt möta läkemedelsindustrins krav. Detta blir tydligt när det talas om biverkningar i artiklarna och framförallt när det påpekas att sexuella biverkningar inte förekommit.

Analysen av materialet visar på en maktrelation där läkemedelsindustrins intresse avgör vilka preventivmedel och vilken forskning som prioriteras. Sortimentet av hormonella preventivmedel som är tillgängligt idag är ett resultat av de metoder och medel som bedömts som intressanta att lägga resurser på. Genom uppsatsens analys framkommer det att läkemedelsindustrins bedömning av säkerheten och hälsorisker hos läkemedel påverkas till stor del av deras kommersiella intresse. Bedömningen av terapeutiska behandlingar formas av det

professionella intresset hos de som utvärderar behandlingen och samtidigt av bredare sociala avseenden, så som konsumenternas efterfrågan och marknadens intresse.

Uppsatsens analys visar på att biverkningarna bedöms i relation till målgruppens krav och till riktlinjerna och läkemedelsindustrins intresse. Att preventivmedlet är biverknings- och riskfritt anses vara en viktig faktor för att kunna marknadsföra produkten av ett hormonellt preventivmedel för män. Detta skulle kunna tolkas som ett uttryck för att män har större krav på hormonella preventivmedel för att bli övertygade om att använda det, samtidigt som det kan bero på att män inte anses vara en tillräckligt stark potentiell målgrupp. Enligt läkemedelsindustrin kommer risken att sexlusten kan minska bidra till att män inte kommer att använda ett hormonellt preventivmedel.

Föreställningar om den sanna maskuliniteten tar sig i uttryck på flera sätt i artiklarna, men framförallt i relation till sexuella biverkningar. Rädslan för sexuella biverkningar är inkorporerad i de forskningsriktlinjer som formulerats med fokus på att undvika biverkningar som påverkar virilitet, sexlust och den erektila förmågan. Detta säger något om omgivningens attityder då bedömningen om risker och biverkningar är acceptabla ofta baseras på sociala beslut. Framförallt blir detta extra tydligt i kontrast till hur sexuella biverkningar har bemötts i relation till kvinnors kroppar.

Sexuella biverkningar är fortfarande de vanligaste som kvinnor rapporterar i relation till användning av hormonella preventivmedel, vilket leder till att många kvinnor väljer att sluta använda hormonella preventivmedel. Detta kan härledas till föreställningar om könsskillnader och den reproduktiva distinktionen där kvinnors ansvar för preventivmedelsanvändning normaliseras genom associationen mellan kvinnliga kroppar och reproduktion. Då de hormonella preventivmedlen har inneburit en större sexuell frihet, där reproduktion och sexualitet har kunnat särskiljas, anses nyttan överstiga riskerna.

Ansvar för användningen av preventivmedel har länge ansetts vara kvinnans, ofta i bakgrund av argumentet att det är kvinnan som blir gravid och därför bör ha möjligheter att kontrollera sin fertilitet. Kvinnans kropp är även den som berörs av abort, vilket innebär att kvinnor och män ställs inför olika realiteter vid en oplanerad graviditet. Utvecklingen av preventivmedel har därför främst varit inriktad på preventivmedel för kvinnor. Och även om



diskursen kring familjeplanering har förändrats så är forskningen kring nya preventivmedel och -metoder för män fortfarande lågt prioriterad.

I uppsatsen kopplas detta samman med att familjeplaneringsklinikerna riktar sig till kvinnor som målgrupp, vilket leder till att kopplingen mellan kvinnor och reproduktivitetsfrågor förstärks och reproduceras genom att män inte inkluderas i målgruppen för fertilitetsvård. Detta får en roll i upprätthållandet av det ojämlika ansvarstagandet för preventivmedelsanvändning mellan kvinnor och män. Genom att förväntningarna ser olika ut i relation till föreställningar om maskulinitet och femininitet i relation till hälsa och vård normaliseras kvinnors frekventa kontakt med fertilitetskliniker. Att implementera idén om ett delat ansvar blir därför essentiellt för att uppnå ett jämställt ansvars- och risktagande mellan män och kvinnor när det gäller användning av preventivmedel och -metoder.

Det krävs en större kunskap om kvinnors erfarenheter av användning av hormonella preventivmedel. Att lyfta fram och synliggöra kvinnors erfarenheter skulle bidra med värdefull kunskap inför utvecklingen av ett hormonellt preventivmedel för män.

Utvecklingen av ett hormonellt preventivmedel för män befinner sig i nuläget i vad som kan liknas vid en återvändsgränd. Bristen på ekonomiska resurser och läkemedelsindustrins stöd försätter forskningen i en omöjlig situation.

Preventivmedelsdiskursen är synlig i artiklarna och är en del av en större och övergripande samhällsstruktur där flera aspekter samverkar. Forskningen kring hormonella preventivmedel både för män och kvinnor existerar inom en social kontext och interagerar med rådande maktförhållanden. Även om diskursen kring familjeplanering har förändrats så är forskningen kring nya preventivmetoder för män fortfarande lågt prioriterad. Formandet av diskurser innefattar inte bara förändringar språkligt utan kräver materiella interventioner för att överföra ord till praktisk förändring.

De övergripande diskurserna i primärmaterialet reproducerar normativa föreställningar kring reproduktion, preventivmedel och könsroller genom att följa de rådande riktlinjerna. Dock har materialet ett visst fokus på förändringsskapande kring attityder angående hormonella preventivmedel för män. En större del av problembilden har ett fokus på de ojämställda möjligheterna att både kontrollera sin fertilitet och kunna välja bort att bära det ansvaret. Utifrån

min närläsning av materialet tolkar jag det som att författarna skriver nära det forskningssammanhang de verkar i samtidigt som de med hjälp av problembilden argumenterar för varför det bör ske en förändring.

Angelägenheten om att utveckla ett hormonellt preventivmedel för män utan biverkningar blir motsägelsefullt i relation till de biverkningar som många kvinnor fortfarande upplever. Framförallt då det fortfarande lanseras nya hormonella preventivmedel för kvinnor som inte är garanterat biverknings- eller riskfria. Detta är problematiskt och säger något om den kulturella diskursen kring preventivmedel och hur normativa föreställningar och värderingar påverkar prioriteringen av kvinnors hälsa.

Uppsatsen har synliggjort hur maktrelationer och kulturella föreställningar om könsskillnader, maskulinitet och reproduktion formar sättet att tala om kropp, ansvar, sexualitet, risker och biverkningar i materialet. Genom ett feministiskt analytiskt perspektiv har uppsatsen även undersökt hur kunskap och mening konstrueras i artiklarna samt hur det aktuella forskningsklimatet ser ut kring hormonella preventivmedel för män. Materialet har alltså tolkats och analyserats utifrån ett feministiskt och genusvetenskapligt perspektiv med stöd av ett feministiskt teoretiskt ramverk.

## Källförteckning

### Medicinska artiklar

Behre, Hermann M. et al. (2016) "Efficacy and Safety of and Injectable Combination Hormonal Contraceptive for Men" *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 101(12), s. 4779-4778.

Chao, Jing et al. (2014) "Male contraception" I *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28, s. 845-857.

Heinemann, Klaas et al. (2005) "Attitudes toward male fertility control: results of a multinational survey on four continents" i *Human Reproduction*, 20(2), s. 549-556.

Kanakis, George A. & Goulis, Dimitrios D. (2015) "Male contraception: a clinically-oriented review" i *Hormones*, 14(4), s. 598-614.

Mahmoud, Ahmed & T'Sjoen, Guy (2012) "Male hormonal contraception: Where do we stand?" i *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 17(3), s. 179-186.

Murdoch, Fern E. & Goldberg, Erwin (2014) "Male contraception: Another holy grail" I *Bioorganic & Medicinal Chemistry Letters*, 24, s. 419-424.

Roth, Mara Y. et al. (2016) "Male hormonal contraception: looking back and moving forward" i *Andrology*, 4, s. 4-12.

Thruswell, James (2011) "Contraceptive failure in the United states" i *Contraception*, 83, s. 397-404.

Vaughan, Barbara et al. (2008) "Discontinuation and resumption of contraceptive use: results from the 2000 National Survey of Family Growth" i *Contraception*, 78, s. 271-283.

Wang, Christina et al. (2016) "Male Hormonal Contraception: Where are we now?" i *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 5, s. 38-46.

World Health Organization (1999) *WHO Laboratory Manual for the Examination of Human Semen and Sperm-Cervical Mucus Interaction*. UK: Cambridge University Press.

### Otryckta källor

Vetandets värld (2011-02-01) *P-piller för män finns klara*. [Radioprogram]. Producent: Camilla Widebeck, Sveriges Radio.

### Övriga tryckta källor och litteratur

Abraham, John (1994) "Distributing the benefit of the doubt; Scientists, regulators, and drug safety" i *Science, Technology, and Human Values*, 19(4), s. 493-522.

Ah-King, Malin (2009) "Queer Nature – Towards a Non-Normative View on Biological Diversity" i Janne, Bromseth, Lisa, Folkmarson Käll & Katarina, Mattsson (red.), *Body Claims* (2009). Uppsala: Skrifter från Centrum för genusvetenskap, s. 212-233.

Ah-King, Malin (2012) *Genusperspektiv på biologi*. Stockholm: Högskoleverket.

Ahmed, Sara (2008) "Some Preliminary Remarks on the Founding Gestures of the 'New Materialism'" i *European Journal of Women's Studies*, 15(1), s. 23-39.

Andersson, S.I. & Hovelius, Birgitta (2005) "Illness-related complaints in women with chronic widespread pain: importance of a contextual approach" i *Stress and Health*, 21, s. 235-244.

Bacchi, Carol (2012) "Introducing the 'What's the Problem Represented to be?' approach" i Angelique, Blestas & Chris, Beasley (red.), *Engaging with Carol Bacchi: Strategic Interventions and Exchanges* (2012). Adelaide: University of Adelaide Press, s. 21-24.

Balswick, Jack (1972) "Attitudes of Lower Class Males Towards Taking a Male Birth Control Pill" i *The Family Coordinator*, 21(2), s. 195-201.

Berer, Marge (1996) "Men" i *Reproductive Health Matters*, 7, s. 7-10.

Bergström Göran & Boréus, Kristina (red.) (2012) *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*, 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur.

Bremner, William J. & de Kretser, David M. (1975) "Contraceptives for Males" i *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 1, s. 387-96.

Birke, Lynda (2000) *Feminism and the Biological Body*. New Brunswick: Rutgers UP.

Bittman, Michael & Pixley, Jocelyn (1997) *The Double Life of the Family: Myth, Hope and Experience*. Sydney: Allen & Unwin.

Bodin, Maja (2018) *To Plan or Not to Plan: Gender Perspectives on Pregnancy Planning, Fertility Awareness and Preconception Health and Care*. Diss., Uppsala Universitet.

Butler, Judith (2005) *Könet brinner*. Stockholm: Natur och Kultur.

Campo-Engelstein, Lisa et al. (2017) "Where Is the Pill for the 'Reproductive Man'?: A Content Analysis of Contemporary US Newspaper Articles" i *Men and Masculinities*, s. 1-20.

Carlstedt, Gunilla (1992) *Kvinnors hälsa: En fråga om makt*. Stockholm: Tiden/Folksam.

Christensen, Ann-Dorte & Qvotrup, Sune J. (2014) "Combining hegemonic masculinity and intersectionality" i *NORMA: International Journal for Masculinity Studies*, 9(1), s. 60-75.

Clough, Patricia (2007) "Introduction" i Patricia Clough & Jean Halley (red.) *The Affective Turn: Theorizing the Social*. Durham: Duke University Press. s. 1–33

Connell, R. W. (2005) *Masculinities*. Berkeley, 2:a uppl. CA: University of California Press.

Daniels, Cynthia R. (1998) *Lost fathers: The politics of fatherlessness in America*. Basingstoke: Macmillan.

Dworkin, Shari L. & Wachs, Faye Linda (2009) *Body Panic – Gender Health and the Selling of Fitness*. New York & London: New York University Press.

Eckerdal, Johanna (2012) *Information, identitet, medborgarskap: unga kvinnor berättar om val av preventivmedel*. Diss., Lunds universitet.

Eduards, Maud (2007) *Kroppspolitik: Om moder Svea och andra kvinnor*. Stockholm: Atlas Akademi.

Edwards, Tim (2005) "Queering the pitch? Gay masculinities" i Michael Kimmel, Jeff Hearn & R. W. Connell (red.), *Handbook on Studies of Men and Masculinities* (2005). Thousand Oaks, CA: Sage, s. 51–68

Fausto-Sterling, Anne (2000) *Sexing the Body – Gender Politics and the Construction of Sexuality*. New York: Basic Books.

Ganetz, Hillevi (2012) *Naturlikt. Människor, djur och växter i SVT:s naturmagasin*. Möklinta: Gidlunds Förlag.

Gottzén, Lucas & Mellström, Lucas (2014) "Editorial: Changing and Globalising Masculinity Studies" i *NORMA: International Journal for Masculinity Studies*, 9(1), s. 1-4.

Grosz, Elisabeth (1994) *Volatile Bodies: Toward a Corporeal Feminism*. Bloomington: Indiana University Press.

Halberstam, Jack (1998) *Female masculinity*. Durham, NC: Duke University Press.

Hammarström, Anne (2005) *Genusperspektiv på medicinen – två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik*, 2:a uppl. Stockholm: Högskoleverket.

Haraway, Donna (1988) "Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective", i *Feminist Studies*, 14(3), s. 162-182.

Haraway, Donna (1989) *Primate Visions: Gender, Race, and Nature in the World of Modern Science*. New York: Routledge.

Harding, Sandra (1993) "Rethinking Standpoint Epistemology: What is 'Strong Objectivity'?" i Linda, Alcoff & Elizabeth, Potter (red.), *Feminist Epistemologies* (1993). New York: Routledge, s. 49-82.

Hatcher, R et al. (1990) *Contraceptive Technology; 1990-1992*. New York: Irvington.

Hearn, Jeff (2009) "Patriarchies, transpatriarchies and intersectionalities" i E. H. Oleksy (red.), *Intimate citizenships: Gender, sexualities, politics* (2009), s. 177–192. London & New York: Routledge.

Holmberg, Tora & Palm, Fredrik (2009) "The Body that Speaks the Gap – Feminist Theory and the Biological Question" i Bromseth, Janne, Käll, Lisa Folkmarson & Mattsson, Katarina (red.),

*Body Claims* (2009). Uppsala: Skrifter från Centrum för genusvetenskap, s. 188-211.

Holmes, Helen B. et al. (red.) *Birth Control and Controlling Birth* (1980). Clifton, New Jersey: The HUMANA press inc.

Holmgren, Johanna (2016) ”Nytt manligt preventivmedel testas – 96% effektivt.” DH. 28 oktober. <https://www.dh.se/nytt-manligt-preventivmedel-testas-96-effektivt/> (Hämtad 2018-05-21).

Hoveliuss, Birgitta (2009) ”Den starka kvinnokroppen” i Gunilla, Jarlbro & Charlotte, Erlanson-Albertsson (red.), *Kvinnors Hälsa – fakta och myter* (2009). Lund: Studentlitteratur, s. 13-23.

Hoveliuss, Birgitta & Johansson, Eva E. (red.) (2004) *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur, s. 333-342.

Jackson, Stevi (1999) *Heterosexuality in Question*. London:SAGE

van Kammen, Jessika & Oudshoorn, Nelly (2002) ”Gender and risk assessment in contraceptive technologies” i *Sociology of Health & Illness*, 24(4), s. 436-461.

Keller, Evelyn Fox (1992) *Secrets of life, secrets of death: Essays on Language, Gender and Science*. New York: Routledge.

Kero, Anneli et al. (2001) i ”Contraceptive risk-taking in women and men facing legal abortion” i *European Journal Contraceptive Reproduction Health Care*, 6, s. 205-218.

Kero, Anneli & Lalos, Ann (2004) ”Förhindra och avbryta graviditet – kvinnors hälsa och mäns villkor och val” i Birgitta Hoveliuss & Eva E. Johansson (red.), *Kropp och genus i medicinen* (2004). Lund: Studentlitteratur, s. 333-342.



Korenbrodt, Carol (1980) "Value Conflicts in Biomedical Research into future Contraceptives" i Helen B. Holmes, Michael, Gross & Betty B. Hoskins (red.), *Birth Control and Controlling Birth* (1980). Clifton, New Jersey: The HUMANA press inc, s. 47-54.

Laird, Jennifer (1994) "IV. A Male Pill? Gender Discrepancies in Contraceptive Commitment" i *Feminism & Psychology*, 4(3), s. 458-468.

Linde, Joel (2015) "Det manliga p-pillret är snart här – "kommer revolutionera våra sexliv"". Metro. 22 juni. <http://www.metro.se/artikel/det-manliga-p-pillret-%C3%A4r-snart-h%C3%A4r-kommer-revolutionera-v%C3%A5ra-sexliv-xr> (Hämtad 2018-05-21).

Lupton, Deborah & Barclay, Lesley (1997) *Constructing Fatherhood*. London: Sage.

Martin, Emily (1991) "The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles" i *Signs*, 16(3), s. 485-501.

Morrell, Robert & Swart, Sandra. (2005) "Men in the Third World: Postcolonial perspectives on masculinity" i Michael Kimmel, Jeff Hearn, & R. W. Connell (red.), *Handbook on studies of men and masculinities*. Thousand Oaks, CA: Sage, s. 90–113.

Nilsson, Linnea (2014) "P-pillar – en kvinnoosak". ETC. 14 januari. <http://www.etc.se/reportage/p-pillar-en-kvinnosak> (Hämtad 2018-05-21).

O'Brien, Margaret & Jones, Deborah (1995) "Young people's attitudes to fatherhood" i Peter Moss (red.), *Father figures* (1995). Edinburgh: Edinburgh University Press, s. 27-39.

Ousdhorn, Nelly (2003) *The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making*. Durham & London: Duke University Press.

Ouzgane, Lahoucine & Coleman, Daniel (1998) "Postcolonial masculinities: Introduction." I *Jouvert: A Journal of Postcolonial Studies*, 2(1), s. 1-10.

Petersen, Alan (2003) "Research on men and masculinities: Some implications of recent theory for future work" i *Men and Masculinities*, 6, s. 54–69.

Prage, Ninna (2016) "Forskarna: Stort steg mot ett p-piller för män". Expressen. 24 oktober. <http://www.expressen.se/halsoliv/halsa/forskarna-stort-steg-mot-ett-p-piller-for-man/> (Hämtad 2018-05-21).

Rosenberg, Tiina (2002) *Queerfeministisk agenda*. Stockholm: Bokförlaget Atlas

Schofield, Toni et al. (2000) "Understanding men's health and illness: A gender-relations approach to policy, research, and practice" i *Journal of American College Health*, 46(6), s. 247-256.

Sedgwick Kosofsky, Eve (1985) *Between men: English literature and male homosocial desire*. New York: Columbia University Press.

Shapin, Steven (1994) *A Social History of Truth: Civility and science in seventeenth century England*. Chicago: University of Chicago Press.

Stycos, Mayone J. (1996) "Men, couples, and Family Planning. A Retrospective Look" i *Working Papers Series of the Population and Development Program of Cornell University*. Ithaca, New York: Cornell University, Population and Development Program.

Sundby, Johanne et al. (1999) "Avoiding unwanted pregnancy – the role of communication, information and knowledge in the use of contraception among young Norwegian women" i *Patient Education Counseling*, 38, s. 11-19.

Sundström Poromaa, Inger & Skalkidou Alkistis (2014) ”Hormonella preventivmedel och effekter på libido och humör” i *Information från LäkeMedelsverket*, 25(2), s. 60-62.

Thomas, Calvin (2002) ”Reenfleshing the bright boys: Or how male bodies matter to feminist theory” i Judith Kegan Gardiner (red.), *Masculinity Studies and Feminist Theory* (2002). New York: Colombia University Press, s. 60-89.

Throsby, Karen & Gill, Rosalind (2004) ”It’s Different for Men – Masculinity and IVF” i *Men and Masculinities*, 6(4), s. 330-348.

Tyler, Richard E. & Williams, Sarah (2014) ”Masculinity in young men’s health: Exploring health, help-seeking and health service use in an online environment” i *Journal of Health Psychology*, 19(4), s. 457-470.

Weeks, Jeffrey (2010) *Sexuality*. 3:e uppl. New York: Routledge.

Whitehead, Stephen M. (2002) *Men and Masculinities*. Cambridge & Malden: Polity.

Wigginton, Britta et al. (2014) ”The feminisation of contraceptive use: Australian women’s accounts of accessing contraception” *Feminism & Psychology* (2015), 25(2), s. 178-198.

Winther Jørgensen, Marianne & Phillips, Louise (2000) *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Åsberg, Cecilia (2009) ”The arena of the body: feminist views on biology” i Rosemarie Buikema & Iris Van der Tuin (red.) *Gender in Media, Art and Culture* (2009). New York: Routledge, s. 24-38.



