

Masterafhandling ved Masteruddannelsen i Sexologi, Aalborg Universitet

Seksualitet, maskulinitet og fertilitet

En kvalitativ undersøgelse af mænds oplevelser under
fertilitetsbehandling

Udarbejdet af:

Ditte Maria Waldbjørn (Studienummer: 20232000)

Solvej Forster Romby (Studienummer: 20232238)

Vejleder: Birgitte Schantz Laursen

Antal tegn: 169.235

Afleveres: 12-05-2025

Resume:

Baggrund: I Danmark er infertilitet anerkendt som en folkesygdom, hvilket betyder at over 1% af befolkningen er ramt af sygdommen. 11 pct. af børn født i Danmark, kom i 2023 til verden efter assisteret reproduktion. Sexologiske, biologiske, psykologiske og sociale konsekvenser ved at være mand i fertilitetsbehandling er uklar, da fokus socialt, klinisk og videnskabeligt hovedsageligt har været rettet mod kvinder. Der findes kun begrænset kvalitativ forskning, som udforsker oplevelserne hos mænd i fertilitetsbehandling og ganske få af disse undersøger hvordan seksualiteten påvirkes.

Formål: At undersøge hvordan mandens seksualitet set i et bio-psyko-socialt perspektiv, påvirkes af at være i fertilitetsbehandling.

Metode: Et kvalitativt studie med semistrukturerede individuelle interviews blev gennemført mellem januar 2025 - marts 2025. Interviewene blev lydoptaget, transskriberet ordret. Empirien er indsamlet, struktureret og analyseret ud fra tematisk analyse, med udgangspunkt i et fænomenologisk-hermeneutisk videnskabsteoretisk udgangspunkt.

Resultater: Fem heteroseksuelle mænd i alderen 25–35 år, som var i fertilitetsbehandling på en offentlig fertilitetsklinik i Danmark, blev interviewet. Analysen frembragte to overordnede temaer: Det første omhandler de bio-psyko-sociale forhold ved at være mand i fertilitetsbehandling, som indirekte påvirker seksualiteten. Det andet tema fokuserer på de sexologiske konsekvenser, som mændene har erfaret og beskrevet.

Konklusion: Mænds seksualitet påvirkes når de er i fertilitetsbehandling gennem både indirekte og direkte faktorer, særligt fremtrædende er den psykosociale belastning. Mænd i fertilitetsbehandling, særligt dem med lav sædkvalitet, udfordres i forhold til maskulinitet og selvforståelse. Timet samleje og seksuel lystasymmetri belaster parforholdet og påvirker intimiteten. Trods belastninger oplever flere, at fertilitetsforløbet har styrket kommunikationen og samhørigheden i parforholdet. Åbenhed og støtte fra nære relationer opleves som betydningsfulde. Mænd efterspørger at blive mødt som ligeværdige parter i forløbet og fremhæver det professionelle møde som centralt.

Abstracts:

Background: In Denmark, infertility is recognized as a public health condition, meaning that over 1% of the population is affected by the condition. In 2023, 11% of children born in Denmark were conceived through assisted reproduction. The sexological, biological, psychological, and social consequences of being a man undergoing fertility treatment remain unclear, as the social, clinical, and scientific focus has primarily been on women. There is only limited qualitative research exploring the experiences of men undergoing fertility treatment, and very few studies investigate how sexuality is affected.

Objective: To investigate how men's sexuality, from a bio-psycho-social perspective, is affected by undergoing fertility treatment.

Method: A qualitative study using semi structured individual interviews was conducted between January 2025 and March 2025. The interviews were audio recorded and transcribed verbatim. The empirical data were collected, structured, and analyzed using thematic analysis, based on a phenomenological hermeneutic scientific theoretical basis.

Results: Five heterosexual men, aged 25–35 years, who were undergoing fertility treatment at a public fertility clinic in Denmark were interviewed. The analysis yielded two main themes: the first pertains to the bio-psycho-social aspects of being a man in fertility treatment, which indirectly affect sexuality. The second focuses on the sexological consequences that the men experienced and described.

Conclusion: Men's sexuality is affected during fertility treatment by both indirect and direct factors, with psychosocial stress being particularly prominent. Men undergoing fertility treatment, especially those with low sperm quality, face challenges in terms of masculinity and self-perception. Timed intercourse and sexual desire asymmetrical strain the couple's relationship and affect intimacy. Despite these challenges, several men reported that the fertility treatment process strengthened communication and togetherness within the relationship. Openness and support from close relationships were perceived as significant. Furthermore, men expressed a desire to be met as equal partners throughout the process and emphasized the importance of the professional encounter.

Indhold

Resume:	2
Abstracts:	3
1.0 Indledning	6
2.0 Baggrund	7
2.1 Seksualitet og seksuel sundhed	7
2.2 Reproduktiv sundhed	13
2.3 Hvad er infertilitet?	13
2.4 Infertile par på verdensplan og i Danmark	14
2.5 Årsager til infertilitet	15
2.6 Om udredning og behandling	18
2.7 Maskulinitet og mænds fysiske og mentale sundhed	19
2.8 Social og psykisk påvirkning af at være mand i fertilitetsbehandling	22
2.9 Mænd i fertilitetsbehandling og deres seksuelle sundhed	24
3.0 Problemformulering	27
4.0 METODE	27
4.1 Videnskabsteoretisk position	28
4.1.1 Hermeneutik	29
4.2 Dataindsamling	30
4.2.1 Litteratursøgningsprocessen	30
4.2.2 Interview	34
4.2.3 Interviewguide	34
4.2.4 Inklusions- og eksklusionskriterier af informanter	37
4.2.5 Rekruttering	37
4.2.6 Interviewene i praksis	38
4.2.7 Præsentation af informanterne	41
4.2.8 Transskribering	42
4.2.9 Kodningen af interviewmaterialet	42
4.2.10 Ethiske overvejelser	43
4.2.11 Yderligere metoderefleksion	45
5.0 Fund	45
5.1 At være mand i et fertilitetsforløb	46
5.2 Nu gør vi det altså lige - om pligtsex, timet samleje og ændret lyst	69

6.0 Diskussion	75
Indirekte faktorer for mandens seksualitet	75
Biologiske konsekvenser	75
Psykologiske konsekvenser	76
Sociale konsekvenser	79
Direkte faktorer for mandens seksualitet	83
7.0 Konklusion	85
8.0 Perspektivering	87
9.0 Referenceliste	89
Bilag - oversigt	101
Bilag 1 – Den systematiske litteratursøgningsproces	102
Bilag 2 - Interviewguide	119
Bilag 3 - Et eksempel på, hvordan seksualitet blev begrebsafklaret af interviewer	126
Bilag 4 - Informationsmateriale til personalet på fertilitetsklinikkerne	127
Bilag 5 - Skriftlig information om opgavens formål til udlevering til potentielle informanter	129
Bilag 6 - Samtykkeerklæring	131

1.0 Indledning

I vores professionelle virke, som henholdsvis jordemoder på Fyn og psykomotorisk terapeut samt sexologisk rådgiver i Nordjylland, møder vi begge i stigende grad mennesker, der enten er belastede af aktuelt at være i fertilitetsbehandling eller af at have afsluttet et fertilitetsbehandlingsforløb – hvad enten forløbet var succesfuldt eller ej. I vores samtaler med disse mennesker, oftest par, afdækker vi hele deres aktuelle sundhedstilstand og spørger derfor til psykologiske, sociale og biologiske aspekter i deres liv. Det er vores indtryk, at en stor andel af parrene er belastede efter måneder, nogle gange år i fertilitetsbehandling. Det efterlader os med et overordnet indtryk af, at fertilitetsbehandlingen har en række negative konsekvenser og i høj grad påvirker parrets parforhold, samt deres sex- og samliv.

Vi hører ofte, at det primære fokus i fertilitetsbehandlingen er at behandle og afhjælpe infertilitet, og at den overvejende opmærksomhed derfor naturligt centrerer sig om kvinden. Selvom barnløshed naturligvis angår både kvinden og manden. Det er vores erfaring at der overordnet, generelt set, er forskel på, hvordan mænd og kvinder håndterer den belastning, det er at være i behandling for ufrivillig barnløshed. Det er også vores erfaring, at kvinderne i overvejende grad har strategier til følelsesmæssigt at håndtere deres situation som ufrivilligt barnløse. Mange kvinder har et nuanceret sprog for deres følelsesliv og deres behov, og mange kvinder rækker ud efter både professionel hjælp, samt opbakning fra familie og venner, såvel som fra fællesskaber på sociale medier.

I modsætning til kvinderne oplever vi at mændene i højere grad, for det første, føler sig sekundære i selve fertilitetsbehandlingen, og for det andet, ikke er lige så gode til at anerkende behovet for hjælp og/eller til selv at række ud, hverken til professionelle eller i deres private netværk. De udtrykker i det hele taget ikke lige så hyppigt behov for at tale om tingene, men vores erfaring er, at de *er* ramt, og processerer på en mere usynlig måde end kvinderne.

Vi ved, at seksuel trivsel er vigtig i forhold til at mestre svære situationer, i forhold til at trives psykisk og fysisk, og i forhold til balance i et parforhold. Vi ved også, at forløb i fertilitetsbehandling har en negativ effekt for mange, og at den seksuelle trivsel ofte bliver nedprioriteret i forhold til jagten på at opnå graviditet. Vi ved, at mænd i langt højere grad end kvinder venter for længe med f.eks. at gå

til lægen eller søge hjælp i det hele taget, og at de, generelt set, ikke er så vant til eller øvede i at tale om (svære) følelser.

Som studerende i sexologi er vi meget interesserede i dette felt, og vi ønsker mere konkret at undersøge hvordan mænd oplever at deres seksualitet påvirkes af forløb i fertilitetsbehandling.

2.0 Baggrund

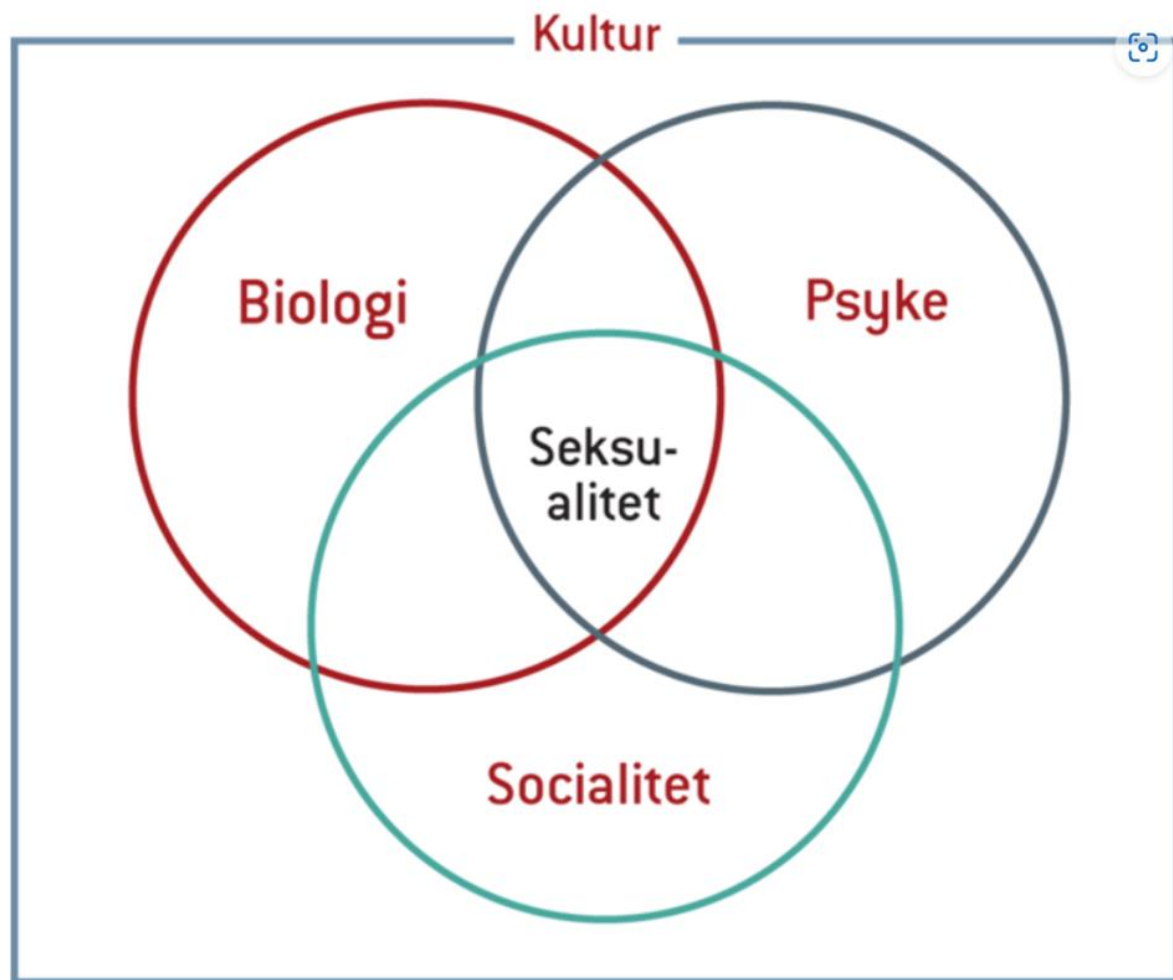
I indeværende afsnit defineres seksualitet, seksuel sundhed og reproduktiv sundhed. Dernæst afdækkes begreberne infertilitet samt udredning og behandling heraf. Viden som gælder særlig for mænds sundhed skitseres og slutteligt beskrives hvilken viden der findes, omhandlende psykosociale og sexologiske konsekvenser af at være mand i fertilitetsbehandling.

2.1 Seksualitet og seksuel sundhed

I hverdagstale forbindes "noget seksuelt" oftest med f.eks. kønsorganer, lyst, liderlighed, onani, penetration og for nogle også reproduktion. Den brede befolkning skelner sjældent mellem akten sex og begrebet "seksualitet" (Graugaard et al., 2019). Seksualitet blev i 2006 defineret af WHO som følgende:

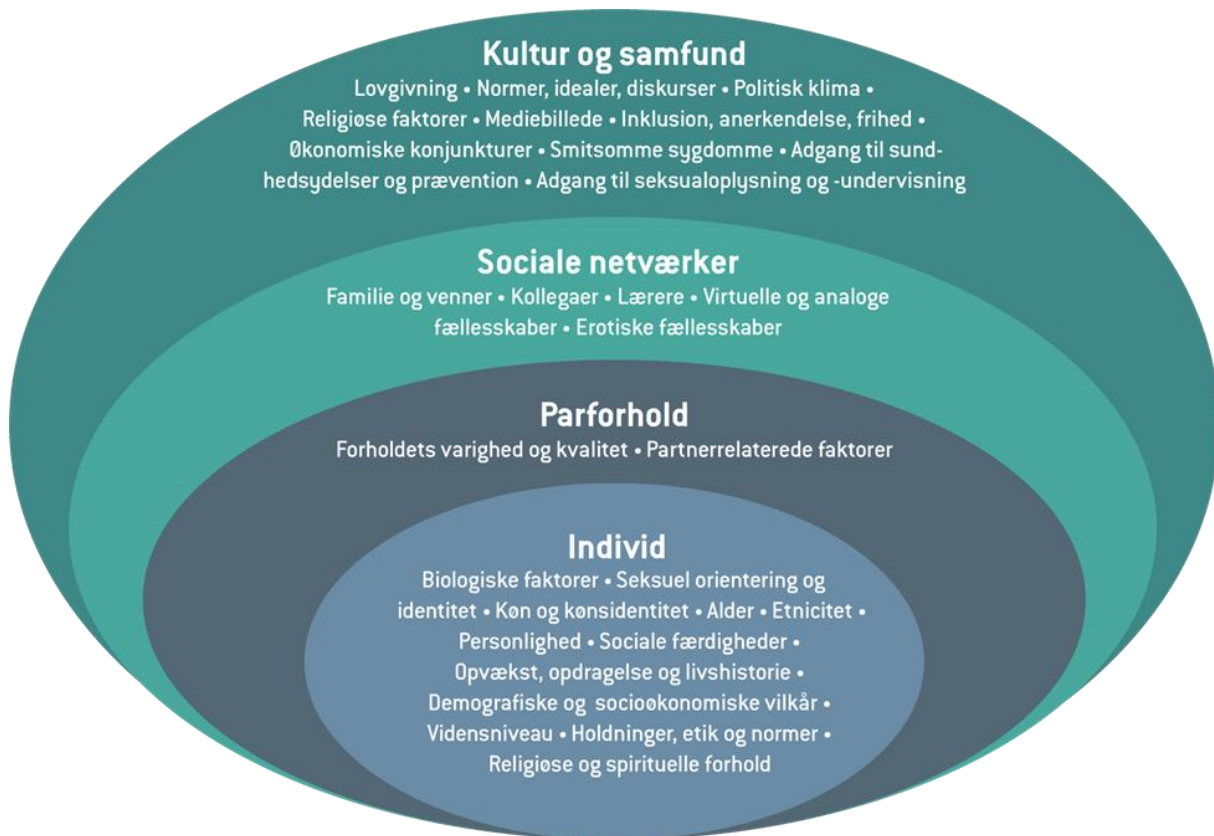
"... a central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviors, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors" (WHO, 2006).

Ifølge WHO formes seksualiteten i et dynamisk samspil mellem natur og kultur, krop og følelsesliv i sociale forhandlinger og i rammen af samfundsmæssige normer (Graugaard et al., 2019). Derfor kan seksualitet ikke udelukkende forstås som en statisk kropslig funktion eller egenskab, men må ses som en dynamisk vekselvirkning mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer. Dette illustreres i den bio-psyko-sociale model, som vises i Figur 1 herunder.



Figur 1 viser den bio-psyko-sociale model (Graugaard et al., 2019, s. 54).

Seksualitet skal forstås bredest muligt, som et biologisk grundvilkår, et personligt eksistensvilkår og en social konstruktion. Derudover hænger seksualiteten uløseligt sammen med den historiske og kulturelle kontekst, som illustreret i Figur 2 herunder (Graugaard et al., 2019).



Figur 2 illustrerer, hvordan menneskets unikke seksualitet formes i samspil med omgivelserne. Den viser niveauer, der konstant påvirker individets seksuelle viden, muligheder, holdninger og adfærd i en dynamisk vekselvirkning (Graugaard et al., 2019, s. 40).

I den danske befolkningsundersøgelse, Projekt SEXUS, undersøgte man seksualitetens betydning gennem livet. Sexlivet blev defineret som både onani og sex med andre og 80,4% af danskere svarede, at et godt sexliv er "vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt" (Frisch et al., 2019, s. 119). Seksualitet spiller altså en vigtig rolle i livet, og et velfungerende og sundt sexliv er ofte rangeret højt i trivselsundersøgelser.

Igennem tiden har forståelsen for seksualitet og betydningen heraf udviklet sig. Påvirket af bl.a. sprog, skønlitteratur og subkulturer, ser man i den moderne tidsalder, at seksualitet nu er noget man *er*, hvor det før har været noget man *gør* (Graugaard et al., 2019).

Man kan have mange forskellige, ofte ubevidste, motiver for at have sex. For at synliggøre de biologiske, psykologiske og relationelle dimensioner af, hvad et seksuelt forhold kan rumme, taler man om de seks R'er:

- Reproduktion – sex som led i forplantning
- Relation – sex som et forhold mellem mennesker
- Respekt – sex som en måde at udforske og forhandle grænser på
- Rehabilitering – sex som et middel til at genoprette intimitet eller håndtere konflikter i parforhold
- Rekreation – sex som kilde til nydelse, leg, lyst og velvære
- Relaksation – sex som afspænding og reduktion af fysisk og psykisk belastning

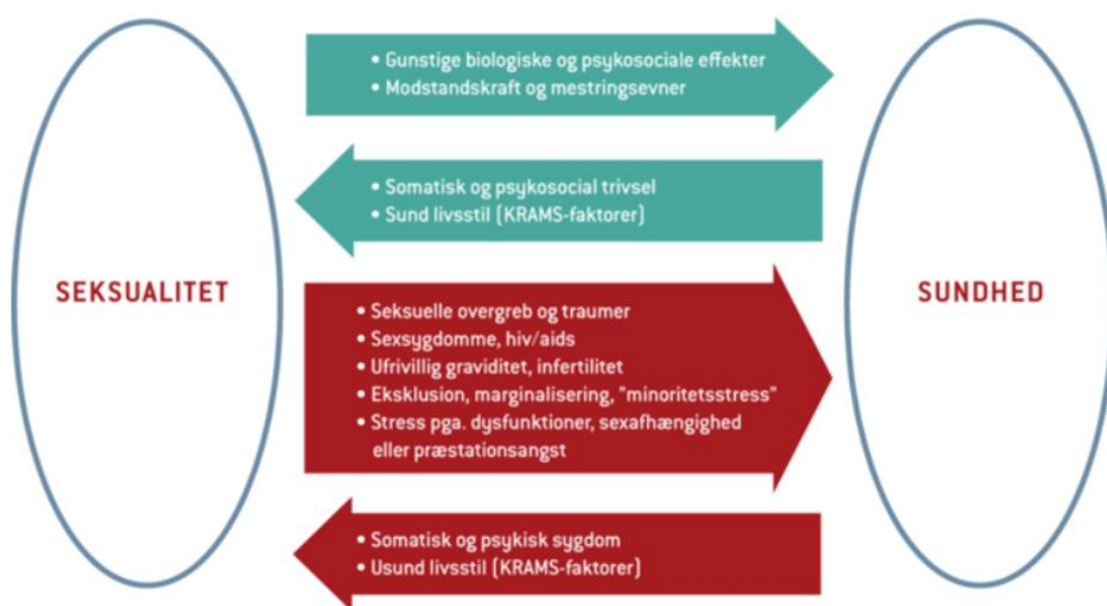
I løbet af det seneste århundrede er sammenhængen mellem seksuel lyst og reproduktion i stigende grad blevet opløst. Historisk har det første R (reproduktion) været seksualitetens centrale omdrejningspunkt, men denne har i løbet af det sidste århundrede nu mistet sin monopolstatus pga. adgangen til sikre præventionsmidler og reproduktion teknologiske behandlingsmuligheder. Særligt i den vestlige verden har det ført til, at sex og forplantning for første gang i menneskehedens historie er blevet adskilt. I dag er det således både muligt at have sex uden at få børn og at få børn uden at have sex. Denne udvikling skaber nye muligheder - og udfordringer. Hvor seksualitet tidligere var tæt forbundet med forplantning, sundhed og samfundsmæssig moral, opfattes den i dag af mange senmoderne vesterlændinge som en selvstændig kilde til nydelse, velvære, bekræftelse, nærhed, social kompetence og personlig udvikling (Graugaard et al., 2006).

Der eksisterer en tæt sammenhæng mellem sundhed og seksualitet (Graugaard & Giraldi, 2019). Seksuel sundhed har WHO defineret således:

“Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled” (WHO, 2006).

På samme måde som seksuelle aktiviteter kan bidrage positivt til den generelle sundhed, kan de også have en negativ effekt. Seksuelt overførte infektioner, somatiske eller psykiske sygdomme samt

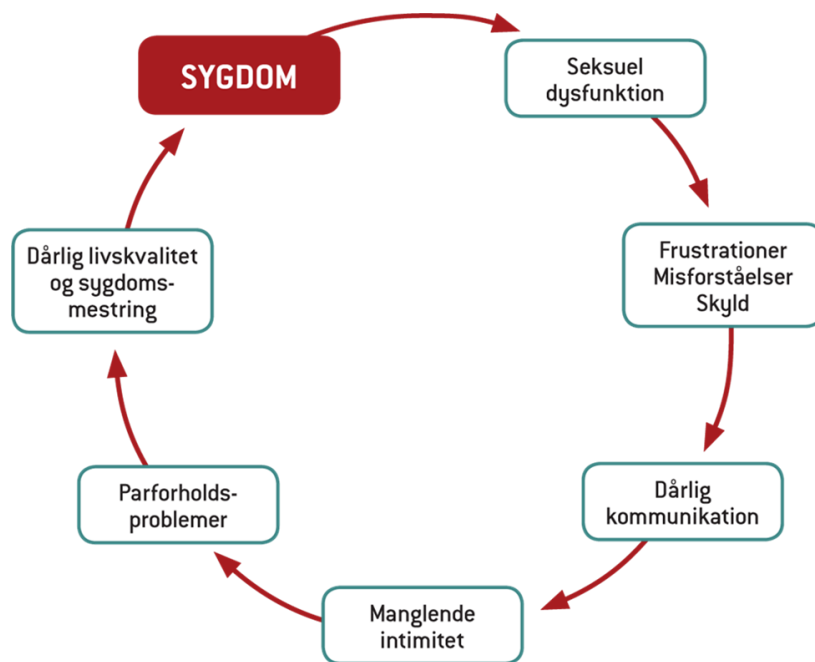
deres behandling, seksuelle dysfunktioner og infertilitetsproblematikker kan alle påvirke både den biologiske og psykosociale sundhed i negativ retning (Graugaard & Giraldi, 2019). Positive aspekter af seksuel sundhed kan omfatte adgangen til sikker sex, opretholdelsen af fysiologisk seksuel funktion, følelsesmæssig og mental trivsel samt mulighed for reproduktiv sundhed (Graugaard & Giraldi, 2019). Denne vekselvirkning mellem positive og negative faktorer er illustreret i Figur 3 herunder.



Figur 3 viser eksempler på positive og negative sammenhænge mellem seksualitet og almen sundhed (Graugaard & Giraldi, 2019, s. 412)

Selvom de præcise mekanismer bag denne sammenhæng endnu ikke er klarlagt, peger forskning på, at seksuel trivsel kan ses som en raskhedsfaktor som bidrager til øget mestring og større behandlings motivation hos patienter med kroniske sygdomme, hvilket potentielt kan forbedre prognosen. Selvom de præcise mekanismer bag denne sammenhæng endnu ikke er klarlagt, kan seksualitet anses som en "raskhedsfaktor", der kan give individet energi, overskud og motivation til at engagere sig aktivt i sin behandling og generelle sundhed (Graugaard, 2017). Pga. seksualitetens potentielle gavnlige virkninger bør seksualitet og seksuel sundhed inddrages i både sundhedsfremme, behandling og rehabilitering. Ligeledes er det meningsfuldt at integrere seksualitet som en central dimension i forskning, forebyggelse og klinisk praksis (Graugaard et al., 2015).

I et sundhedsperspektiv er seksualitet tæt forbundet med både fysisk, psykisk og relationel trivsel. Ved mistrivsel ift. seksualitet kan der opstå en negativ spiral, ofte beskrevet gennem modellen "den onde cirkel", som findes herunder.



Figur 4 illustrerer, hvordan problemer med seksualitet kan være en kilde til frustrationer, årsag til at kommunikationen i parforholdet kan påvirkes, hvilket igen kan føre til nedsat intimitet og skabe samlivsproblemer. Over tid kan disse relationelle vanskeligheder forstærke oplevelsen af mistrivsel og vanskeliggøre håndteringen af sygdom eller lignende belastninger, hvilket igen kan forværre både seksuel og generel sundhed (Graugaard & Giraldi, 2019, s. 418).

Sammenfattende er der mange argumenter for at integrere et systematisk fokus på seksualitet i både sundhedsfremme og klinisk praksis. På samfundsniveau ville øget seksuel trivsel potentielt kunne bidrage til forbedret folkesundhed og dermed også til reducerede sundhedsøkonomiske omkostninger. På individ- og parforholdsniveau spiller seksuel sundhed en afgørende rolle for livskvalitet, relationel trivsel og sygdomsmestring. For sundhedsprofessionelle indebærer dette et ansvar for ikke blot at forebygge og behandle sygdom, men også aktivt at fremme betingelserne for

seksuel sundhed og trivsel som en integreret del af det sundhedsfremmende arbejde (Graugaard & Giraldi, 2019).

2.2 Reproduktiv sundhed

Denne opgave omhandler mænd, der på grund af nedsat frugtbarhed i deres parforhold har svært ved at få de børn, de ønsker sig. Mænd (og par) i fertilitetsbehandling er pr. definition ramt på deres reproduktive sundhed. Det begreb blev første gang formuleret ved befolkningskonferencen i Cairo (også kendt som ICPD, International Conference on Population and Development) i 1994;

”Reproduktiv sundhed er en tilstand af komplet fysisk, mentalt og socialt velbefindende og ikke alene fravær af sygdom eller funktionsnedsættelse, i alle henseender relateret til det reproduktive system og dets funktioner og processer. Reproduktiv sundhed indebærer derfor, at mennesker er i stand til at have et tilfredsstillende og sikkert sexliv, og at de har evnen til at reproducere sig samt friheden til at beslutte, hvorvidt, hvornår og hvordan, det skal ske.” (United Nations Population Fund, 1994)

I forhold til definitionen af reproduktiv sundhed, må det fastslås, at mænd i fertilitetsbehandling ikke har muligheden for selv at bestemme, hvornår og hvor mange børn, de gerne vil have. Det vil sige hans reproduktive sundhed er forringet (Schmidt og Sejbæk, 2012).

2.3 Hvad er infertilitet?

Verdenssundhedsorganisationen WHO definerer infertilitet som "en sygdom i det mandlige eller kvindelige reproduktive system, der er kendetegnet ved manglende evne til at opnå graviditet efter 12 måneder eller mere med regelmæssig ubeskyttet seksuel omgang" (WHO, 2023).

WHO skønner, at cirka én ud af seks mennesker i den reproduktive alder verden over, oplever infertilitet i løbet af deres liv. Globalt er infertilitet én af de hyppigste kroniske sygdomme hos unge

mennesker mellem 25-45 år, og dermed overgår sygdomme som diabetes, astma og kræft. I Danmark er infertilitet anerkendt som en folkesygdom, hvilket betyder at over 1% af befolkningen er ramt af sygdommen, samt at sygdommen har store samfundsmæssige og menneskelige omkostninger (Pindborg & Jørgensen, 2025).

På globalt plan kan termer og definitioner inden for fertilitetsbehandling, infertilitet og medicinsk assisteret reproduktion (MAR) have forskellige betydninger afhængigt af konteksten, deres anvendelse i forskning og kliniske interventioner, og der findes ligeledes store demografiske variationer. Det er derfor vigtigt at skelne mellem disse definitioner når man taler om infertilitet på globalt plan (Zegers-Hochschild et al., 2017). I denne opgave vælger vi at anvende WHO's definition, og vil gerne præcisere ved at nævne, at udover evnen til at kunne opnå graviditet, så omfatter begrebet frugtbarhed også evnen til at gennemføre en graviditet frem til fødslen af et levende barn (Zegers-Hochschild et al., 2017).

2.4 Infertile par på verdensplan og i Danmark

WHO estimerer, at der på globalt plan er 48,5 millioner par der oplever fertilitetsudfordringer (WHO, 2023). Ufrivillig barnløshed er et udbredt internationalt problem, da 56 % af infertile par i udviklede lande søger medicinsk fertilitetsbehandling (Sylvest et al., 2016). Der er imidlertid kun få højindkomstlande som velfærdsstaten Danmark, hvor der er adgang til fertilitetsbehandling i offentlig regi, og efterspørgslen på fertilitetsbehandlinger er stor (Pindborg & Jørgensen, 2025). I Projekt SEXUS så man blandt 15-89-årige heteroseksuelle danskere, at 16% af mændene og 17% af kvinderne havde oplevet en periode på mindst ét år, hvor de uden held havde forsøgt at blive gravide med deres aktuelle partner. Blandt aldersgruppen 35-44-årige var tallene noget højere på hhv. 22% for mænd og 23% for kvinder (Frisch et al., 2019, s. 463). Antallet af fertilitetsbehandlinger i Danmark er næsten firedoblet fra 9.900 behandlinger i 2000 til 38.200 i 2022. I 2023 var ca. 11 pct. af børn født i Danmark, kom til verden efter assisteret reproduktion, svarer til hvert 9. barn. Det gør Danmark til ét af de lande i verden med flest fertilitetsbehandlinger per indbygger, hvilket først og fremmest kan tilskrives god adgang til fertilitetsbehandling af høj kvalitet (Pindborg & Jørgensen, 2025; Sundhedsdatastyrelsen, 2024)

2.5 Årsager til infertilitet

Ifølge Vidensråd for Forebyggelse (2016) kan årsager til infertilitet være sammenhængende med forskellige risikofaktorer som biologiske/medicinske tilstande, livsstils- og miljøfaktorer, udskydelse af reproduktion samt seksuelle dysfunktioner. Årsagerne til infertilitet i Danmark fordeler sig således, at hos en tredjedel af tilfældene ligger årsagen hos kvinden, i en tredjedel hos manden og i en tredjedel hos både manden og kvinden. Af den sidste tredjedel er 10-15% af parrene uforklarligt barnløse (Pindborg & Jørgensen, 2025; sundhed.dk).

Den hyppigste mandlige faktor for infertilitet er nedsat sædkvalitet. Dette kan skyldes forskellige faktorer som udviklingen af testiklerne i fosterstadiet, som fx kan påvirkes af moderens rygning. Nedsat sædkvalitet kan også forårsages af testikelkræft, som har været stigende verden over, men i Danmark er det kun 1 ud af 10.000 mænd årligt, som får denne diagnose tidligt i livet (Hansen & Jørgensen, 2025). WHO's referenceværdier til vurdering af sædparametre findes i Tabel A.

TABEL 1 World Health Organizations anbefalinger for sædanalyse og referenceværdier for sædparametre [2].

	Anbefaling for aflevering af en sædprøve	Nedre referenceværdi ^a
<i>Sædanalyse</i>		
Abstinensperiode, dage	2-7	
Udskydning efter febril episode, mdr.	Ca. 3	
Tidspunkt for aflevering på laboratoriet efter prøven er lavet	Senest 1 t.	
Prøvens temperatur i mellemtiden, °C	20-37	
<i>Sædparametre</i>		
Sædvolumen, ml		1,5
Sædceller:		
Total, $n \times 10^6$ /ejakulat		39
Koncentration, $\times 10^6$ /ml		15
Total motilitet, %		40
Normal morfologi, %		4

a) Referenceniveauer er ikke grænser for normal eller unormal fertilitet, men baseret på nedre 5-percentilniveauer for mænd, hvis partnere har konciperet inden for 1 år.

Tabel A viser WHO's definition for sædanalyse og referenceværdier for sædparametre (Frode et al, 2021).

Hos kvinder er de hyppigste medicinske årsager sygdommen endometriose og manglende ovulation, som ses i 80-90% af tilfældene hos kvinder med poly ovarie syndrom (PCOS) (Nielsen et al., 2016).

Ekspertter indenfor feltet mener ligeledes at ydre miljøfaktorer som vores livsstil, luftforurening, samt brug af kemikalier og hormonforstyrrende stoffer i ting som anvendes i dagligdagen, kan have stor indflydelse på særligt den mandlige produktionsfunktion (Priskorn & Jørgensen, 2025). For begge køn gælder det også at livsstil har stor betydning for den reproduktive sundhed, med risikofaktorer som rygning, usund kost og inaktivitet. Desuden kan brug af anabolske steroider og cannabis have indflydelse på særligt sædkvaliteten (Nielsen et al., 2016). Derudover ses mange overvægtige kvinder ligeledes med nedsat frugtbarhed. Ydermere kan infektioner som er seksuelt overførte som fx. klamydia øge risikoen for infertilitet (Priskorn & Jørgensen, 2025).

Udover de ovenstående biologiske/medicinske faktorer samt miljø- og livsstilsfaktorer ses risikoen for øget infertilitet også ved udskydelse af reproduktion. Hos kvinder i aldersgruppen 25-30 år, der har ubeskyttet samleje med en mand, er sandsynligheden for at blive gravid omkring 25% i hver menstruationscyklus. I denne aldersgruppe vil mellem 85-90% opnå graviditet inden for det første år med forsøg. Sandsynligheden for graviditet halveres når kvinden er over 35 år, sammenlignet med de 25-30 årige. Bliver kvinden over 40 år, er sandsynligheden for at opnå graviditet ved regelmæssig sex nede på 6%. Samme fald i frugtbarhed ses ikke hos manden (Schmidt & Højgaard, 2019).

I sjældne tilfælde kan seksuelle dysfunktioner have betydning for den ufrivillige barnløshed. Det kan være faktorer som vaginisme eller vulvodyni hos kvinden, samt erektionsproblemer hos manden (Piva et al., 2014). Sammenlignet med par der ikke er i fertilitetsbehandling, ses seksuelle udfordringer hyppigere hos de par der er i fertilitetsbehandling, hvor faktorer som hormonbehandling og produktion af sædprøver kan have betydning for seksuelle funktioner (Schmidt & Højgaard, 2019). Ovenstående årsager vises ligeledes i Tabel B herunder.

HYPPIGESTE ÅRSAG TIL MANDLIG INFERTILITET Nedsat sædkvalitet Sædvolumen, sædcellekonzentration, motilitetsgrad og penetrationsevne er alle parametre der betyder noget for sædens samlede kvalitet. (Se tabel X for WHO's definition for referenceværdier for sædparametre) Hyppigste årsager til nedsat sædkvalitet er: • Kryptorkisme (testikler som ikke er nedsunkne ved fødslen) • Årebrøk • Testicular Dysgenesis Syndrome (TDS) • Genetiske sygdomme • Medicinindtag Pindborg og Schmidt, 2023 Dansk Fertilitetsselskab	DE HYPPIGESTE ÅRSAGER TIL KVINDELIG INFERTILITET Manglende ovulation (ægløsning) Hvoraf hyppigste årsag er polycystisk ovariesyndrom (PCOS), som ses hos 80-90 % af alle kvinder med manglende ægløsning. Uregelmæssig menstruationscyklus på mere end 35 dage kan tyde på at ægløsning ikke finder sted. Aflukkede eller dårligt fungerende æggeledere Kan skyldes sammenvoksninger efter tidligere operationer i underlivet. Følger efter underlivsbetændelse, for eksempel klamydia Pindborg, 2024, Sundhed.dk Vidensråd Nedsat frugtbarhed Dansk Fertilitetsselskab
ANDRE, IKKE LIGE SÅ HYPPIGE, ÅRSAGER TIL MANDLIG INFERTILITET Obstruktion af fråførende sædveje Kan skyldes tidligere urogenitale infektioner (sequelae, efter infektioner med chlamydia trachomatis) Traumer eller operationer kan også forårsage aflukning af sædvejene. Ejakulationsforstyrrelser • Retrograd ejakulation • Anejakulation Kromosomafvigelser Genetiske afvigelser er hyppige årsager til svært nedsat sædkvalitet. Varicocele Et varicocele er et anatomisk klinisk syndrom karakteriseret ved varikøs omdannelse af venerne i plexus pampiniformis i forbindelse med venøs reflux, formentlig pga. defekte veneklapper Immunologiske Dannelse af antistoffer efter tidligere infektioner (fx ved seksuelt overførte infektioner), traumer eller operationer DNA-fragmentering Skrøbeligt DNA i sædceller kan føre til graviditetstab Livsstilsfaktorer, arbejdsmiljøfaktorer, brug af anabolske steroider og hashrygning samt meget stramtidsdende bukser eller hyppige saunasøg og sædevarme kan give dårlig sædkvalitet. Pindborg, 2024, Sundhed.dk Vidensråd Nedsat frugtbarhed Dansk Fertilitetsselskab	ANDRE ÅRSAGER TIL KVINDELIG INFERTILITET Endometriose En relativ almindelig tilstand, hvor der findes endometrie væv udenfor uterus kavitet i livmoderen. Muskelknuder i livmoderen Kan medføre problemer med at opnå graviditet. Kan medvirke til spontane aborter. Kvindens ægreserve Mængden af æg og kvaliteten af disse falder med kvindens alder. Kvindens alder Fekundabilitet (chancen for graviditet per cyklus) falder med stigende alder. Risikoen for spontan abort, kromosomfejl hos fosteret samt komplikationer i graviditeten, stiger med kvindens alder. Livsstilsfaktorer, miljøfaktorer, over- og undervægt, indtag af eufosierende stoffer, hormonpåvirkning, kaffe, tobak mm. kan også have betydning for kvindes fertilitet. Pindborg, 2024, Sundhed.dk Vidensråd Nedsat frugtbarhed Dansk Fertilitetsselskab

Tabel B viser et overblik over de nævnte årsager til infertilitet hos både mænd og kvinder.

2.6 Om udredning og behandling

Når et par ikke opnår ønsket graviditet på egen hånd, er første skridt for at få behandlet infertiliteten, at parret opsøger deres egen praktiserende læge, hvor den første anamnese af begge parter optages. Hvis der hos parret er en allerede kendt årsag der kan påvirke fertiliteten, kan henvisning og udredning påbegyndes tidligere end de 12 måneder, som ellers er rettesnoren for hvor lang tid et par selv skal have forsøgt at opnå graviditet. Udredning er forskellig for manden og kvinden, men resultaterne vurderes samlet, da den udeblivende graviditet skal betragtes som et fælles problem. Udredning for manden er typisk en sædprøve, som bliver analyseret på et speciallaboratorium (Hansen & Jørgensen, 2025). Kvinden henvises til gynækolog eller direkte til en fertilitetsklinik, hvor der her optages anamnese og forskellige undersøgelser, som fx ultralydsscanning (Wang og Bergenheim, 2025; sundhed.dk).

Behandlingen af infertilitet afhænger af den specifikke årsag. Hvis manglende ægløsning er problemet, kan medicinsk behandling anvendes for at stimulere ægløsningen. Ved let til moderat nedsat sædkvalitet eller uforklarlig nedsat fertilitet kan inseminationsbehandling være en relevant løsning. Hvis æggelejerne er beskadigede eller dysfunktionelle, kan kvinden modtage assisteret reproduktion i form af in vitro-fertilisering (IVF), en metode der tidligere blev omtalt som "kunstig befrugtning". Ved tilfælde af svært nedsat sædkvalitet kan mikroinsemination (ICSI) benyttes, hvor en enkelt sædcelle injiceres direkte i ægget for at øge sandsynligheden for befrugtning (sundhed.dk).

Omkring halvdelen af alle fertilitetsbehandlinger i Danmark foregår i det offentlige sundhedsvæsen, den anden halvdel på private fertilitetsklinikker landet over. Ifølge lovgivningen om assisteret reproduktion kan fertilitetsbehandling tilbydes frem til at kvinden fylder 46 år. Der er ingen aldersgrænse for mænd. På offentlige klinikker skal kvinden være påbegyndt behandling inden hun fylder 41 år, hvis der ønskes offentligt tilskud. Dette begrundes med at sandsynligheden for graviditet falder markant herefter. Parret kan dog fortsætte behandlingen efter denne aldersgrænse, hvis der er æg på frys (Schmidt & Ziebe, 2025).

I 2024 besluttede den danske regering at udvide adgangen til offentligt finansieret fertilitetsbehandling, ved at øge antallet af dækkede behandlingsforsøg fra tre til seks for dem der forsøger at få deres første barn. Derudover er det blevet vedtaget, at de første tre behandlinger i forbindelse med ønsket om barn nummer to også skal være gratis. Disse tiltag er væsentlige, da de

sikrer, at fertilitetsbehandling frem til kvindens 41-års fødselsdag nu i høj grad er offentligt finansieret. Det betyder, at personer med fertilitetsudfordringer får markant bedre muligheder for at modtage den nødvendige hjælp. Danmark er dermed blandt de lande i verden, der har de mest omfattende offentlige støttemuligheder inden for fertilitetsbehandling (Schmidt & Ziebe, 2025).

2.7 Maskulinitet og mænds fysiske og mentale sundhed

I følgende afsnit defineres begrebet maskulinitet og derudover belyses danske mænds fysiske og mentale helbred, som det ser ud i dag.

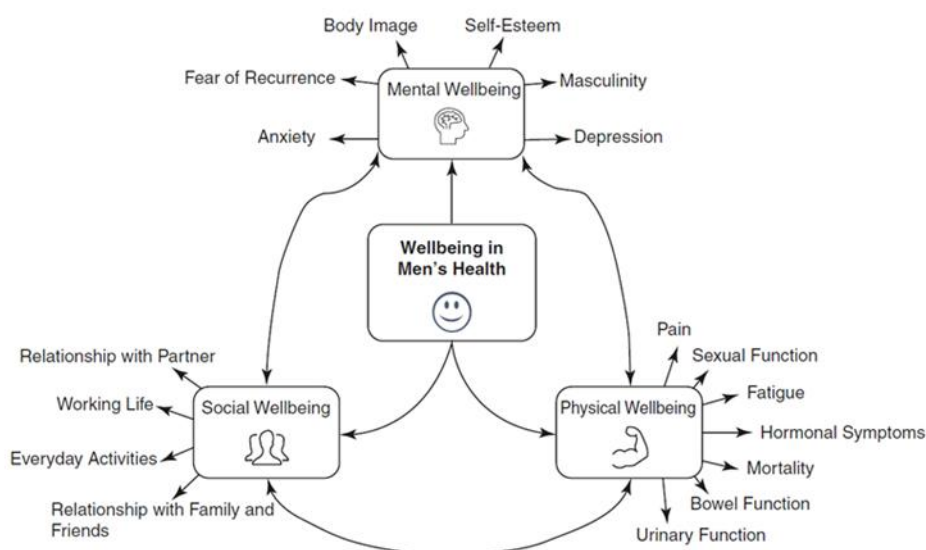
Maskulinitet refererer til sociale og kulturelle normer, adfærd og roller, der er forbundet med det at være mand. I forskellige samfund og kulturer kan opfattelsen af maskulinitet variere, men ofte bliver maskulinitet associeret med træk som styrke, uafhængighed, kontrol, emotionel reservering og dominans. Den australske mandeforsker Raewyn Connell er kendt for begrebet om den hegemoniske maskulinitet (Connell, 2005). Hovedpointen i forestillingen om en dominerende (hegemonisk) manderolle, er at pointere forskelligheden og hierarkiet blandt mænd og fremhæve, at der eksisterer flere forskellige maskuliniteter, samt at der er nogle mænd, som både i praksis og i symbolsk forstand har mere magt end andre mænd (Reinicke, 2023). Ifølge den anerkendte danske mandeforsker Kenneth Reinicke (2023), har der gennem de sidste par årtier været fokus på forskellige mandetyper, og det står klart, at man ikke kan tale om ét dominerende mandebillede. Mænd er forskellige, og det er vigtigt at tale om maskulinitet(er) i flertal, fordi det er et kompleks og sammensat fænomen, som det er umuligt at sige noget endegyldigt om.

Maskulinitet(erne) er i disse årtier, som tidligere nævnt, i stor forandring. Aldrig før har mænd, maskulinitet, faderskab og mænds sundhed generelt været så meget til debat, som vi ser i aviser, læser om i bøger, ser på film, tv osv. Fra midt 1960'erne og frem udfoldede der sig en bevægelse og en udvikling, der for alvor forandrede samfundet, som det havde set ud op til 2. Verdenskrig. Kvinderne kom ud på uddannelserne og på arbejdsmarkedet. Det skabte store ændringer i hverdagslivet, både i parforholdet, i forældreskabet, på arbejdspladserne, i politik og i alle øvrige dele af samfundet (Madsen, 2014). De store økonomiske, sociale og kulturelle forandringer der er sket i det moderne samfund, har resulteret i at mænd ikke længere kan bygge deres identitet op på at være eneforsørgere i familierne. Kvinders ændrede krav til deres mandlige partnere om, at

mændene spiller en større rolle i hjemmet samt de mange ændringer der har været på de danske arbejdspladser, har ændret mænds levestandard generelt (Reinicke, 2012).

En af de ting, der har ændret sig mest ved mænds livsforhold og maskulinitet, er mænds engagement i deres børn helt fra fødslen. I dagens Danmark er over 95% mænd med til deres børns fødsler. WHO konkluderede i 2007 at et øget engagement i forældreskabet kan give mænd bedre psykisk og fysisk helbred (Madsen, 2025). I 2022 blev barselsloven i Danmark ændret for at fremme ligestilling mellem kønnene og styrke fædres rolle i barnets første leveår. Denne lovændring gav ret til 11 ugers barsel i stedet for de daværende 2 uger, og den øremærkede barsel til begge forældre giver i dag mænd større mulighed for at deltage aktivt i barnets tidlige år (Folketinget, 2022).

I Danmark, som i mange andre lande, oplever mænd generelt en række helbredsmæssige udfordringer, både fysisk og mentalt. Mænds helbred er et komplekst emne, der påvirkes af en kombination af biologiske, mentale, sociale og kulturelle faktorer. Figur 5 herunder illustrerer netop denne kompleksitet i forhold til mænds fysiske og mentale helbred (Goonewardene et al, 2022, s. 429).



Figur 5 viser det komplekse forhold mellem mænds fysiske og mentale helbred (Goonewardene et al., 2022, s. 429).

Ifølge en rapport fra Sundhedsstyrelsen (2020) om sundhed i Danmark, er mænds gennemsnitlige livsstil præget af højere alkoholforbrug, dårligere kostvaner og lavere fysisk aktivitet sammenlignet med kvinder. Dette medfører en højere risiko for sygdomme som hjerte-kar-sygdomme, som er den førende dødsårsag blandt mænd i Danmark. Desuden har mænd også en højere risiko for at udvikle visse kræftformer, herunder prostatakræft og lungekræft (Sundhedsstyrelsen, 2020).

Når det gælder mental sundhed, er mænd ofte mindre tilbøjelige til at søge hjælp, hvilket kan føre til ubehandlede lidelser som depression, angst og stress. Ifølge en rapport fra Sundhedsstyrelsen (2020) er mænd i højere grad tilbøjelige til at håndtere stress og psykiske udfordringer på en mere privat måde og søger sjældnere professionel hjælp sammenlignet med kvinder. Dette kan føre til, at mænds psykiske helbred forværres, og i værste fald kan det føre til selvmord, som mænd også er mere udsatte for. Statistikker viser, at mænd udgør cirka 70% af alle selvmord i Danmark.

Ifølge Sundhedsstyrelsen (2010) beskriver mange mænd at have et godt helbred, men mange forhold tyder dog på, at det selvrapporterede billede ikke hænger sammen med forekomsten af danske mænds psykiske problemer. Omkring 15% flere mænd end kvinder er sikre på, at de ikke har eller har haft en psykisk sygdom. Over tre gange så mange mænd som kvinder vil helst undgå at tale med en nær ven om vedkommendes psykiske velbefindende. Ligeledes lever mænd kortere og rammes oftere af sygdom end kvinder, men mændene angiver selv deres helbred som værende godt. Samtidig angiver næsten dobbelt så mange kvinder som mænd, at deres helbred er dårligt eller meget dårligt. Det samme gør sig gældende i forhold til det mentale helbred.

Køn og maskulinitetsopfattelse kan have betydning for, om mænd plejer deres eget velbefindende, samt om de søger støtte og engagerer sig i fællesskaber. Forskning har belyst sundhedsmæssige udfordringer relateret til et begrænset socialt netværk, følelsen af ensomhed og mangel på nære relationer blandt mænd. I en undersøgelse foretaget af Forum for Mænds Sundhed rapporterede omkring hver 5. mand i alderen 25-39 år, at de sjældent eller aldrig har nogen at tale fortroligt med (Forum for Mænds Sundhed, 2023). Ifølge psykolog og mandeforsker Svend Aage Madsen (2025) viser kvinder ofte større evne til at håndtere livsomvæltninger og samlivsbrud samt til at søge støtte, mens mænd typisk er tilbageholdende med at søge hjælp, uanset om det drejer sig om sundhedsmæssige, mentale eller misbrugsrelaterede problemer. Fx bliver næsten tre gange så mange kvinder som mænd henvist til psykologhjælp. For at kunne støtte sårbare mænd er det

afgørende at forstå forskellene i mænds og kvinders reaktioner i krise. Mænd har typisk udfordringer med at udtrykke deres følelser og deres psykiske tilstande verbalt (Madsen, 2025).

Danske mænd har en gennemsnitlig levetid, der er 4 år kortere end kvinders, og mænds middellevetid er placeret som nummer 19 ud af 34 lande i Europa. Denne forskel i levetid er ikke kun et spørgsmål om biologi, men også et resultat af sociale, livsstilsrelaterede og psykologiske faktorer. Ydermere lever enlige mænd mere end syv år kortere end mænd, der lever i et parforhold (Sundhedsstyrelsen, 2010). Mænd har en højere dødelighed end kvinder i alle aldersgrupper. Forskellen i mænds og kvinders restlevetid er størst i den yngste aldersgruppe og aftager med stigende alder (Sundhedsstyrelsen, 2010). Mænd i alderen 16-40 år har en dødelighed som er to til tre gange så høj som kvinders. I de unge år er det en kombination af ulykker, fx trafikulykker og arbejdsulykker, eller anden pludselig død, men allerede her er der også en overdødelighed som følge af de fleste sygdomme målt på hvor mange ud af 100.000 i befolkningen i samme aldersgruppe der dør. Der er i Danmark også signifikante forskelle mellem mænd og kvinder når det kommer til risikofaktorer som rygning, alkohol og højt BMI (Madsen, 2014).

Der er et stigende behov for at skabe rum, hvor mænd kan udtrykke deres følelser og søge hjælp uden frygt for at blive set som svage. Initiativer, der fremmer et sundt og nuanceret billede af maskulinitet, kan ikke blot fremme mænds mentale og fysiske helbred, men også føre til et samfund, hvor mænd har mulighed for at leve et længere og sundere liv (Mahalik et al., 2003).

2.8 Social og psykisk påvirkning af at være mand i fertilitetsbehandling

Selvom den eksisterende forskning har bidraget væsentligt til forståelsen af de psykosociale konsekvenser ved ufrivillig barnløshed, er der fortsat væsentlige videnshuller på området. Særligt den mandlige parts erfaringer og perspektiver er underbelyst, idet hovedparten af tidligere studier har haft en overvejende kvindecentreret tilgang (Hansen & Frederiksen, 2025; de Vries et al., 2014). Af denne grund bliver viden om mændene herunder ofte præsenteret som noget der står i forhold til fund, der omhandler kvinder. Samtidig må det åbenlyse fremhæves; sociale og psykiske konsekvenser af at være i fertilitetsbehandling er vanskelige at adskille fra mandens nære relation - hans kvindelige partner.

At være ufrivilligt barnløs og gennemgå forskellige ART-behandlinger (Assisted Reproductive Technology), kan medføre flere videnskabeligt veldokumenterede psykosociale konsekvenser på par- og individplan. Barnløshed opfattes ofte som en livskrise, hvor den følelsesmæssige belastning svarer til den, der opleves ved traumatiske begivenheder (Schmidt, 2006; Schmidt & Sejbæk, 2012; Nielsen et al., 2016).

Et forløb med fertilitetsbehandling kan være forbundet med en følelsesmæssig belastning, som ofte forværres, jo mere kompleks behandlingen bliver, og jo længere tid der går. Det, ikke at kunne se målstregen og ikke kende til en konkret tidsramme for behandlingens varighed, er en markant stressor (Schmidt & Sejbæk, 2012; Yousefzade et al., 2017; Hansen & Frederiksen, 2025). At være ufrivillig barnløs og i behandling for infertilitet, betragtes som en lavkontrolstressorer, da det infertile par har en lav grad af mulighed for at påvirke og løse fertilitetsproblemet (Schmidt, 2012). Ovenstående udgør i et psykosocialt perspektiv tilsammen risikofaktorer for nedsat livskvalitet, for depressive symptomer og angst (Peterson et al., 2014; Hudepohl & Smith, 2022).

På tværs af studier nævnes *tab* gentagne gange som en helt central oplevelse og følelse. Det gælder ikke blot de mere konkrete tab af fx et embryo, der ikke udviklede sig til et foster, men også tabet af drømmen om at stifte familie, og en følelse af at miste noget, man ikke har endnu (Ebbesen et al., 2009; Hansen & Frederiksen, 2025).

Mænd og kvinder oplever og håndterer imidlertid fertilitetsrelateret stress forskelligt. Ofte vil kvinden vise tydelige tegn på fertilitetsrelateret stress og beskrive flere symptomer på depression og angst end mænd (Schmidt et al., 2005; Peterson et al., 2014). Mænd oplever også fertilitetsrelateret stress, men udtrykker det i mindre grad følelsesmæssigt og har i mindre grad brug for at "tale om det". Mænd bliver løsningsorienterede og fokuserer ofte på de praktiske opgaver, der er i forbindelse med fertilitetsbehandlingen. Det sker også, at mænd distancerer eller adspreder sig fra smerten fx ved at fordybe sig i arbejde eller andre projekter (Hansen & Frederiksen, 2025; Peterson et al., 2006).

Forskellen på hvordan manden og kvinden både oplever og mestrer at være i fertilitetsbehandling, kan give anledning til udfordringer i parforholdet. Der er opfølgningsstudier, der viser, at der både er par, der oplever at komme stærkere ud på den anden side efter et fertilitetsbehandlingsforløb, men også at flere parforhold ikke overlever de stressende omstændigheder (Peterson et al., 2009).

Mænd taler sjældnere end kvinder med andre om deres infertilitet, men når de gør, kan det at dele deres oplevelser omkring barnløshed og aktivt søge støtte hos andre, være en væsentlig faktor i at opnå et lavere stressniveau (Schmidt et al., 2005).

I et dansk, kvalitativt studie fra 2016 undersøgte man mental og fysisk sundhed, støtte samt psykologisk og social stress hos mænd i fertilitetsbehandling før og efter 12 måneders mislykket behandling. Alle mænd viste, uanset årsagen til parrets infertilitet, øget belastning i form af forringet mental sundhed, øgede fysiske stressreaktioner, reduceret social støtte og øget social stress over tid (Sylvest et al., 2016).

Andre studier viser at mænd, der er diagnosticeret med infertilitet, reagerer følelsesmæssigt stærkere på infertilitet end mænd i par, hvor årsagen til infertiliteten ligger et andet sted eller er ukendt (Boivin et al., 2023; de Vries et al., 2024).

2.9 Mænd i fertilitetsbehandling og deres seksuelle sundhed

Som nævnt i afsnittet om psyko-sociale faktorer medfører fertilitetsbehandling en lang række belastninger og stressorer, som potentielt kan påvirke mandens seksualitet. Det er, jævnfør den bio-psyko-sociale model, sandsynligt at seksualiteten bliver påvirket af at være i et fertilitetsbehandlingsforløb. Dette speciale undersøger mænd som sammen med deres kvindelige partner er i fertilitetsbehandling. Selvom specialets fokus er på manden, er der rettet en opmærksomhed på, at mandens seksualitet ikke kan isoleres fra påvirkningen fra deres partner. Derfor kommer i det følgende også til at henvise til parret og kvinder.

Litteratursøgningen, der ligger til grund for dette speciale, viser at der ikke er bedrevet meget nyere forskning, der fokuserer på hvordan en mands seksualitet påvirkes, når han er i fertilitetsbehandling.

Det er vanskeligt at fastsætte standardiserede parametre til at kvantificere sexologiske konsekvenser ved fertilitetsbehandling, og måske derfor er de forskellige studiers undersøgelsesformål og -metode meget forskelligartede, hvorfor resultaterne ikke kan sammenholdes.

Hovedparten af de studier der foreligger, er kvantitative tværsnitsundersøgelser, hvor både mænd og kvinder i både små og større kohorter, der er i fertilitetsbehandling, har besvaret spørgeskemaer. Der spørges blandt andet, men ikke altid udelukkende, til seksualitet og seksuel (dys)funktion,

hvorfor der er grund til at tro, at disse spørgsmål ikke får den nødvendige opmærksomhed til at afdække feltet tilfredsstillende.

Starc (2019) har lavet en systematisk litteraturgennemgang af studier udgivet mellem 2012-2017 omhandlende infertilitetens indflydelse på seksuelle dysfunktioner hos infertile par. Hans overblik demonstrerer, at der i højere grad findes undersøgelser af par og kvinder. Fokus på mændene er underrepræsenteret. Fx var et af studiets forskningsspørgsmål: "Hvordan påvirker infertilitet opfattelsen af seksuel tilfredshed i parret?" Ni studier blev inkluderet, hvoraf tre studier blev udført blandt infertile par, fem undersøgte infertile kvinder og kun ét studie omhandlede infertile mænd. Samme billede tegner sig for de andre forskningsspørgsmål som stilles i samme studie. Dette understøtter den tidligere pointe om, at mænds perspektiv er underbelyst.

Seksualitet er, som beskrevet tidligere, et vidt begreb. Overordnet er der stor enighed, studierne imellem, om at infertilitet og fertilitetsbehandling øger risikoen for at seksualiteten påvirkes negativt på både biologiske, psykologiske og sociale domæner (Adam et al., 2023; Khademi et al., 2008; Leeners et al., 2023; Piva et al., 2014; Purcell-Lévesque et al., 2019; Starc et al., 2019).

Når manden er i fertilitetsbehandling, har der forud for det været et forløb over en given periode, hvor parret har forsøgt at opnå graviditet på egen hånd. Det kan i sig selv være en belastning, der kan udløse seksuelle frustrationer og dysfunktioner. Mange infertile par har forsøgt sig med at time samleje planlagt efter ægløsning, også kaldet det fertile vindue, hvorfor sex har haft reproduktion som primært formål og ofte har overskygget spontan og lystbetonet sex (Dreischor et al., 2022; Leeners et al., 2023; Lindgren et al., 2024; Lundin & Elmerstig, 2015).

På samme måde kan den kendsgerning, at samleje ikke har resulteret i opnået graviditet, betyde for mange par, at samlejefrekvensen falder (Adam et al., 2023; Gaskinks et al., 2018). Sideløbende med det, er tilfredsheden med sexlivet også dalende (Lo et al., 2023).

Infertile mænd (og par) i fertilitetsbehandling er dermed i risiko for at komme til at lide af seksuelle dysfunktioner. På tværs af de studier der har et parcentreret fokus, fremgår det tydeligt, at kvinder scorer væsentligt højere når der screenes for negative seksuelle konsekvenser af fertilitetsbehandlingen end mænd. Ydermere har patienter (uanset køn) med seksuelle dysfunktioner, ofte lavere niveauer af seksuel aktivitet, hvilket potentielt kan reducere deres chancer for at opnå graviditet (Adam et al., 2023). Selvom afholdenhed eller utilstrækkelig seksuel aktivitet

ofte rapporteres hos infertile par, er seksuelle dysfunktioner sjældent årsagen til infertilitet. En systematisk gennemgang af de få eksisterende studier om seksuelle forstyrrelser, der forårsager infertilitet, anslog forsigtigt, at op til 5 % af infertilitet skyldes seksuelle dysfunktioner, hvilket vurderes til den lave side (Wischmann, 2010). I stedet opstår dysfunktionerne typisk som følge af ufrivillig barnløshed og belastningen af at være i behandling for denne (Piva et al., 2014). Mandens infertilitet påvirker altså hans seksualitet, men det kan også gå den anden vej; at seksuelle problemer eller seksuelle dysfunktioner kan påvirke mandens (og parrets) fertilitet.

Bechoua et al. (2016) peger på, at når årsagen til infertiliteten ligger hos manden, gennemgår han ofte en krise, der kan have en skadelig effekt på hans seksualitet, undertiden med en følelse af seksuel utilstrækkelighed. Infertile mænd kan føle sig stigmatiserede, på grund af en opfattet mangel på maskulinitet, hvilket rykker ved mændenes egen identitetsopfattelse. Ydermere har mænd, oftere end deres kvindelige partnere, sværere ved at acceptere et fertilitetsbehandlingsforløb, da de opfatter det som en indtrængen i deres virilitet. De krav og rammer der hører til et sådant forløb, såsom perioder med afholdenhed og sædprøver leveret på bestilling, bidrager også til en udfordret accept af situationen (Luca et al., 2021). Som følge heraf kan der opstå seksuelle dysfunktioner, der kan påvirke parrets seksualitet og håndteringen af infertilitet (Bechoua et al., 2016; Luca et al., 2021).

Forekomsten af seksuelle dysfunktioner er meget inkonsistente med store variationer studierne imellem. Over tid har studier der anvender den populære og velvaliderede IIEF-score (International Index of Erectile Function), identificeret en stor variation i forekomsten af erektil dysfunktion (ED), der spænder fra 18 % til 85 % (Luca et al., 2021).

Lauterbach et al. (2021) evaluerede effekten af in vitro-fertilisation (IVF) på seksuel funktion hos mænd, med særligt fokus på erektil dysfunktion. Lauterbach sammenholdt en gruppe af mænd i infertile par, der havde brug for IVF for at opnå graviditet med en kontrolgruppe bestående af mænd i par, der blev gravide spontant. Sammenlignet med kontrolgruppen (378 mænd), havde IVF-gruppen (356 mænd) signifikant lavere gennemsnitlige IIEF-15-scorer (International Index of Erectile Function), en lavere median månedlig samlejefrekvens sammenlignet med kontrolgruppen, og brugen af PDE-5-hæmmere samt psykolog- og sexolog-hjælp var højere.

I et kvalitativt svensk studie gennemførtes kvalitative interviews, for at undersøge svenske mænd og kvinders oplevelse af deres seksuelle historie i forbindelse med fertilitetsbehandling. Mændene rapporterede også her om øgede rejsningsproblemer samt mangel på seksuel lyst. Både mænd og kvinder udtrykte sorg over den store forskel i at have lystbetonet og spontan sex før fertilitetsbehandlingen, sammenlignet med når de som en del af behandlingen følte sig pressede til at have sex. Mændene fortalte, at deres oplevede seksuelle svigt førte til negative følelsesmæssige reaktioner såsom stress, frustration, skuffelse, angst og skyldfølelse. Seksuelle og reproduktive problemer påvirkede den relationelle trivsel, hvilket førte til både følelsen af at dele byrden, men også til konflikter og seksuel undgåelse (Lindgren et al., 2024).

Den eksisterende forskning har bidraget med vigtig viden om forekomsten og typerne af seksuelle belastninger og dysfunktioner blandt mænd i fertilitetsbehandling, især gennem kvantitative studier. Disse undersøgelser er velegnede til at kortlægge hyppighed og omfang af seksuelle belastninger, men de giver kun i begrænset omfang indsigt i, hvordan mændene selv oplever og forstår disse udfordringer.

3.0 Problemformulering

Denne opgave har til formål at undersøge hvordan mandens seksualitet påvirkes, når han er i et fertilitetsbehandlingsforløb. Som det fremgår af baggrundsafsnittet, tyder meget på at mænd bliver påvirket af fertilitetsbehandling i vid udstrækning og på mange områder, hvilket leder os til følgende problemformulering:

Hvordan oplever manden at hans seksualitet påvirkes bio-psyko-socialt, når han er i fertilitetsbehandling?

4.0 METODE

For at besvare problemformuleringen er der valgt et kvalitativt forskningsdesign med semistrukturerede interviews som metode. Denne tilgang muliggør en dybdegående undersøgelse af mænds subjektive oplevelser og refleksioner i en kompleks og følsom kontekst.

Metodeafsnittet præsenterer de metodiske valg, der ligger til grund for specialet. Først beskrives den videnskabsteoretiske position, hvor fænomenologien danner grundlag for interviewene, mens hermeneutikken anvendes som tilgang til analysen af de indsamlede data. Litteratursøgningsstrategien skitseres kun kort. Dernæst foldes de metodiske fremgangsmåder og overvejelser ud, herunder interviewdesign og de kriterier, der er anvendt til inklusion og eksklusion af informanter.

Efterfølgende redegøres der for rekrutteringsprocessen samt den praktiske gennemførelse af interviewene, herunder etiske overvejelser og en præsentation af informanterne. Håndtering af den indsamlede empiri beskrives, i form af transskribering og meningskondensering. Afslutningsvis reflekteres der over de konsekvenser, metodevalgene potentielt kan have for resultaterne.

Formålet med metodeafsnittet er at skabe gennemsigtighed i undersøgelsens metodiske fundament og sikre en reflekteret tilgang til fortolkningen af resultaterne.

4.1 Videnskabsteoretisk position

Herunder redegøres først kort for fænomenologien, som vores interviews tager afsæt i. Det er ligeledes fænomenologien, der er grundstenen i vores første gennemlæsninger af empirien. Derefter beskrives hermeneutikken, som danner grundlag for den metodiske ramme vi analyserer data i.

4.1.1 Fænomenologi

Fænomenologi kommer af det græske ord phanomenon, der betyder "det, som viser sig" og logos, som betyder "lære" – altså læren om det, der kommer til syne eller fremtræder for bevidstheden. For at undersøge det, der træder frem, må man gå til "sagen selv", og spørge åbent og lytte omhyggeligt, som grundlæggeren af fænomenologien Edmund Husserl pointerede (Tanggaard, 2017; Jacobsen, 2025).

Filosoffen Edmund Husserl (1859-1938) stod i opposition til hans tids positivistiske videnskabelige tænkning og måde at indsamle bevidsthedsuafhængige, objektive data på. Husserl ønskede at udvikle en videnskab, der hverken reducerede subjektet eller reducerede det komplekse i individets psykiske liv. Husserl mente, at formålet med fænomenologien som videnskab var at undersøge den umiddelbare, levede verden. Han ønskede, at videnskaben skulle gå til sagen selv, for at få en viden

om, hvordan mennesker *oplever* et givent fænomen ud fra egen erfaring. Han kaldte dette for livsverden (Jacobsen, 2025).

Med den fænomenologiske metode, er man ikke optaget af objektet, som i denne opgave ville være manden i fertilitetsbehandling, men derimod ligger fokus på de *erfaringer* og *oplevelser* manden gør sig i hans levede verden (Birkler, 2021).

En grundtanke i fænomenologien er den fænomenologiske reduktion. Reduktion betyder "at lede tilbage". I interviewsituationer kan formålet med reduktion ses som at intervieweren forholder sig åbent, med det for øje at informanten får mulighed for at beskrive et fænomen, sådan som det præsenterer sig for hans bevidsthed. Reduktionen indebærer dermed en metodisk indstillingsændring, hvor intervieweren aktivt suspenderer sine forudindtagede tidligere erfaringer og teorier, der har relation til fænomenet - ofte beskrevet som at sætte sin forforståelse i parentes. Dette bidrager til en dybere indsigt i interviewpersonernes subjektive oplevelser og sikrer, at den empiriske undersøgelse forbliver tro mod deres livsverden (Jacobsen, 2025).

Husserls efterkommere bl.a. Edmund Heidegger (1899-1976) og Hans-Georg Gadamer (1900-2002) videreførte Husserls fænomenologi. Fænomenologien fik dermed en hermeneutisk drejning.

4.1.1 Hermeneutik

Det græske ord *hermeneuein* betyder at fortolke, udlægge eller forkynde. Med *hermeneutik* menes fortolkningskunst eller læren om forståelse. Den oprindelige hermeneutiks formål var at fortolke tekster. Den moderne udgave af hermeneutikken, udviklet af særligt filosofferne Martin Heidegger og hans arvtager Hans-Georg Gadamer, kredser om to centrale spørgsmål. Dels spørgsmålet om forståelsens egenart og dels spørgsmålet om den metode der anvendes for at opnå forståelse (Birkler, 2021).

Heidegger og Gadamer mente, at menneskets forhold til verden, helt grundlæggende, er fortolkende. Den moderne filosofiske hermeneutik er altså en humanistisk og filosofisk måde at forholde sig til verden på gennem fortolkning og forståelse (Birkler, 2021).

Et centralt begreb i hermeneutikken er den hermeneutiske cirkel, der henviser til forståelsens cirkularitet. Forklaret på den måde, at det vi forstår, forstår vi kun på baggrund af det, vi allerede

ved. Hver gang, der er en ny delforståelse, får den lov til at revidere helhedsforståelsen og der vil være tale om en *horisontsammensmeltning*. Dette må ikke forstås som en sammensmeltning af to personer, der tilegner sig identiske horisonter, men derimod henviser til det der sker, når to horisonter oplyser noget i det samme lys. Den hermeneutiske cirkel kan anskues som en dynamisk og kontinuerlig proces, hvor både begreberne forståelse og forforståelse gensidigt påvirker hinanden i et uafslutteligt kredsløb (Birkler, 2021).

4.2 Dataindsamling

Dette speciale bygger på kvalitativ empiri, indsamlet gennem semistrukturerede interviews med heteroseksuelle mænd, der gennemgår fertilitetsbehandling sammen med deres partner.

Den indsamlede empiri anvendes sammen med udvalgt sekundær litteratur, herunder videnskabelige artikler, studier og teoretiske kilder, for at understøtte analysen og perspektivere undersøgelsens resultater. Den sekundære litteratur er indsamlet dels via en struktureret litteratursøgning og suppleret med kædesøgning, referencesøgning og citationssøgning.

Herunder redegøres for overvejelser og metodevalg i forhold til dataindsamlingen.

4.2.1 Litteratursøgningsprocessen

For at afdække eksisterende viden om seksualiteten hos mænd i fertilitetsbehandling, blev der foretaget en systematisk litteratursøgning. Den viden der fremkom heraf giver baggrundsviden om undersøgelsesfeltet og denne anvendes ligeledes i diskussionsafsnittet.

Den systematiske søgningsproces skitseres ganske kort i dette afsnit. Da fokus i dette speciale er på den empiri, der indsamles gennem kvalitative interviews, fravælges det at litteratursøgningens mange faser dokumenteres i specialet, men processen er vedlagt i Bilag 1.

Da undersøgelsens fokus er seksualiteten hos mænd i fertilitetsbehandling i dens brede bio-psyko-sociale forståelsesramme, blev PubMed, Chinal og PsycInfo valgt som databaser, da disse rummer både medicinsk-, sygeplejerske- og psykologfaglig empiri.

BLOKSØGNING		
BLOK 1	BLOK 2	BLOK 3
Fertility treatment Infertility treatment Assisted Reproductive Technology Assisted reproduction	Sexual health Sexual disorder Sexual function Sexual dysfunction Psychosexual behavior Sexuality Sexual behavior Biopsychosocial Reproductive health	Man Male

Tabel C illustrerer bloksøgningen. Her vises de udvalgte title/abstract ord samt emne-og fritext ord, der er anvendt i den systematiske litteratursøgning.

DEN SYSTEMATISKE SØGNINGS IN- OG EKSKLUSIONSKRITERIER	
INKLUSIONSKRITERIER	EKSKLUSIONSKRITERIER
Omhandlende mænd der er i fertilitetsbehandling og deres seksualitet Litteratur fra videnskabelige databaser Litteratur på dansk, engelsk, norsk og svensk Kvantitative og kvalitative studier Studier fra 2014-2025 Peer Reviewed	Ikke relevante i forhold til problemformulering Manglende abstract Litteratur fra før 2014 Konference abstract Hvis studiet ikke kunne skaffes via AAUs bibliotek og databaser

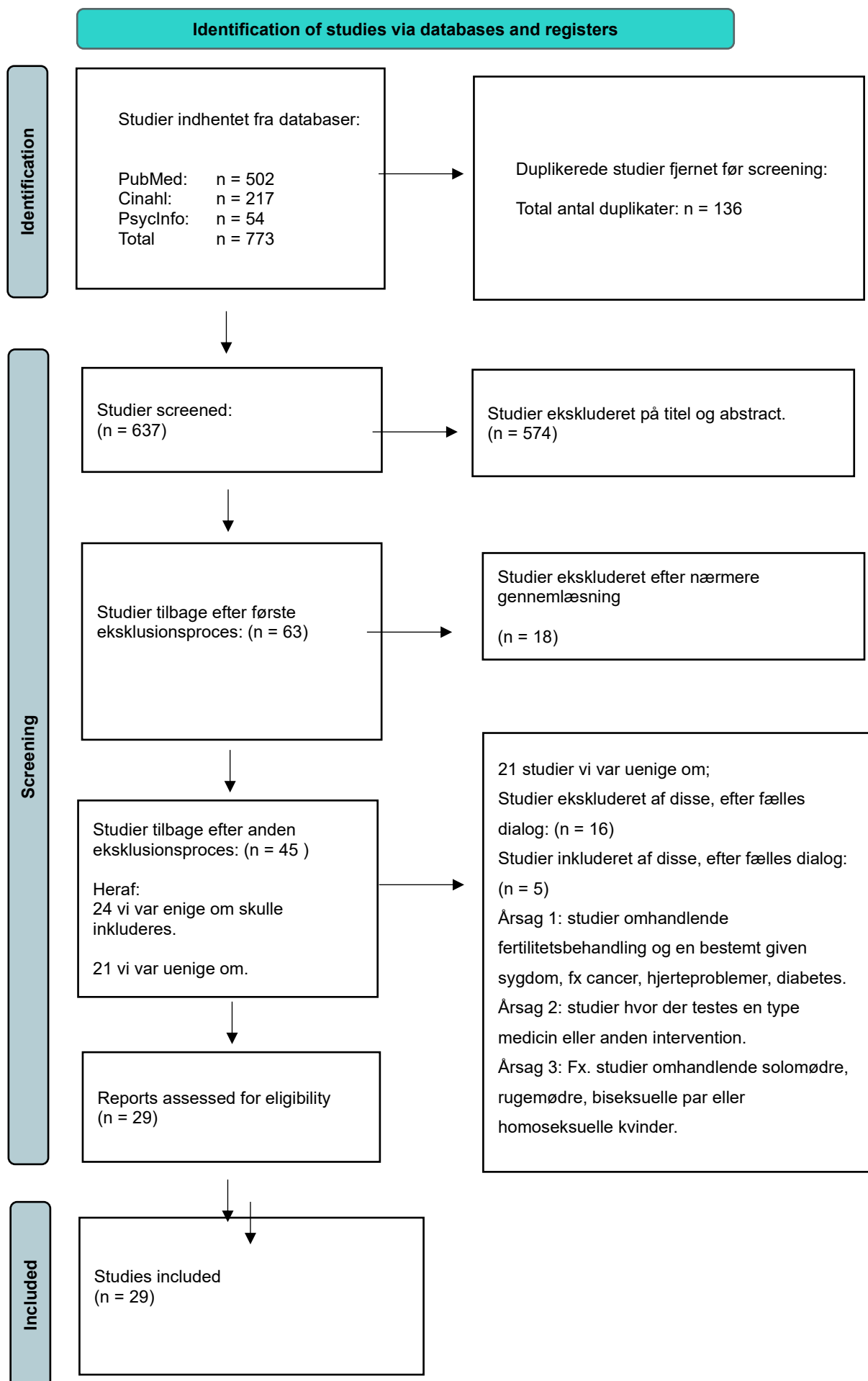
Tabel D viser den systematiske litteratursøgnings in- og eksklusionskriterier.

Som det fremgår af nedenstående diagram, havde litteratursøgningsprocessen 773 hits. Screeningsprocessen er illustreret i samme diagram (Figur 7). Det foregik ved at de 773 studier blev ført i referenceprogrammet Refworks. Her blev der screenet for dubletter og der blev fundet 132. Vores Final Unique Results blev således: 637 hits. Samtlige fremsøgte hits blev overført i online-

programmet Rayyan. I Rayyan kunne begge forfattere af dette speciale screene samtlige studier for relevans ved at læse titel og abstract. Studier med tvivl om dens relevans blev markeret som "maybe", hvorefter hver enkelt studie blev læst mere detaljeret. Dette ekskluderede yderligere 18 studier. Processen indtil dette punkt, foregik dobbeltblindet. Da alle artikler var sorteret i "included" (24 artikler) og "excluded" (608 artikler), blev funktionen "blinded" fjernet og der blev fundet 21 studier, hvor vi var uenige om, hvorvidt de var relevante for undersøgelsen eller ej. Alle 21 studier blev gennemgået sammen, af disse blev 5 artikler inkluderet. Dermed endte processen med at inkludere samlet 29 artikler.

Figur 6 på næste side, viser det udarbejdede PRISMA flow diagram, som giver overblik over den systematiske litteratursøgnings inkluderede studier (Rethlefsen & Page, 2022).

Af den samlede gruppe af inkluderede studier, handler 6 studier specifikt udelukkende om mænd i fertilitetsbehandling og mandens seksualitet, hvor de resterende studier undersøger par. På trods af dette parcentrede fokus, blev studierne inkluderet, da resultaterne i disse studier var kønsopdelte. På denne måde kunne vigtig viden om mænds seksualitet læses ud af disse studier.



4.2.2 Interview

Specialets empiri baseres på det semistrukturerede forskningsinterview, da denne metode gør det muligt for informanterne at udtrykke deres tanker, opfattelser og oplevelser i relation til et specifikt fænomen. Dette gør metoden relevant i forhold til specialets problemformulering. Det semistrukturerede interview anses for velegnet, hvor forudbestemte spørgsmål eller temaer danner rammen for samtalen med deltageren, men metoden udmærker sig ved at kunne afvige fra interviewguiden og stille opfølgende spørgsmål baseret på deltagerens svar (Brinkmann & Tanggaard, 2025; Kvale & Brinkmann, 2015).

4.2.3 Interviewguide

Forud for udførelsen af alle interviews, blev der udarbejdet en interviewguide, som findes vedlagt i Bilag 2. Interviewguiden blev overvejende brugt som en rettesnor, langt mere end en manual, der stringent og stramt skulle følges. Der blev taget udgangspunkt i problemformuleringen, da guiden blev designet. De emner og spørgsmål, der ønskes svar på fra informanterne, handlede alle om hvordan mænds seksualitet påvirkes, når de er i fertilitetsbehandling forstået ud fra en bio-psyko-social forståelsesramme.

For at informanten vil kunne føle sig tryk, blev der lagt vægt på, at der blev skabt en god kontakt, fx ved at interviewer viser interesse, forståelse og respekt og lytter opmærksomt til, hvad informanten fortæller. Når informanten mærker at interviewer er rolig og selv er tryk i samtalen med informanten, bliver det lettere for ham at kunne tale frit og fortælle om hvad interviewer ønsker at vide (Brinkmann & Tanggaard, 2025). Rammesætningen for interviewet blev et greb til at skabe forudsætninger for en tryghedsskabende samtale, og der blev valgt at prioritere tid på en anerkendelse af informantens deltagelse, samt tid på at introducere speciales forfattere samt specialets formål. Rækkefølgen af spørgsmål og opbygningen af interviewguiden blev overvejet nøje, (se Tabel E). Dette særligt med hensyn til at både seksualitet og infertilitet kan være emner, hvor mange mænd ikke kan forventes at have et veludviklet sprog for at beskrive deres erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015).

Spørgsmålene fulgte en progression fra faktuelle til emotionelle og intime spørgsmål. Interviewguiden fungerede som et fleksibelt redskab og gjorde det muligt at følge

informantens fortælling, samtidig med at forarbejdet understøttede interviewerens i at navigere i samtalen.

OVERORDNET STRUKTUR I INTERVIEWGUIDEN, SOM FORENKLET DEMONSTRERER OVERVEJELSERNE BAG OPBYGNINGEN AF DENNE	
Indledning	Tak for deltagelse Informeret samtykke Informantens rettigheder Præsentation af os bag projektet/specialet
Formål og introduktion til sexologi	Formål med projektet/specialet Introduktion til hvad vi overordnet mener med sexologi og seksualitet (sproglig afklaring) Hvorfor der spørges til bio-psyko-sociale faktorer
Lære informanten at kende	Baggrundsviden om ham
Om forløbet med at komme i og være i fertilitetsbehandling	En tidslinje Hvad skete der? Behandlingsforsøg og -typer
Fertilitetsbehandlingens påvirkning bio-psyko-socialt	Spørgsmål til konsekvenser af fertilitetsbehandlingen
Seksualitet før behandlingen	Spørgsmål til bla. oplevelse, tilfredshed, funktion.
Seksualitet efter behandlingen	Er der sket ændringer?
Fremadrettet perspektiv	Hvad ønsker informanten for fremtiden?
Opsamling og afrunding	Er der noget vi ikke har talt om? Hvordan har det været at deltage?

Tabel E viser den overordnede struktur i interviewguiden, som forenklet demonstrerer overvejelserne bag opbygningen af denne.

Afklaring af begreber i interviewguiden – metodisk overvejelse og afvigelse fra den fænomenologiske tilgang

Som demonstreret i baggrundsafsnittet rummer begreberne *seksualitet* og *seksuel sundhed* komplekse og brede sundhedsopfattelser, der strækker sig langt ud over forståelser som samlejefrekvens eller seksuel orientering (Graugaard & Giraldi, 2019). Nuancerne og dybden af forståelsen for det sexologiske fagområde er integreret viden, samt et fagligt ståsted for forfatterne bag dette speciale. Denne forståelse kan dog ikke forventes at være udbredt blandt den generelle danske befolkning, heller ikke blandt de mandlige informanter, der deltager i dette speciale. Tværtimod viser klinisk erfaring og litteratur at *seksualitet* ofte misforstås som synonym med seksuel praksis, mens *seksuel sundhed* i populær diskurs forbindes med et aktivt sexliv og specifikke præstationsmål (Graugaard et al., 2019).

På den baggrund blev det vurderet nødvendigt at anvende et metodisk greb i interviewguidens indledende del, hvor der blev afsat tid til at afmystificere og konkretisere, hvad der i specialet forstås ved *seksualitet* og *seksuel sundhed*. Formålet var dels at sikre en vis grad af begrebsafklaring, så informanterne kunne forholde sig til spørgsmålene ud fra en fælles forståelsesramme, og dels at skabe tryghed og tillid omkring samtals tema og sprogbrug. Et eksempel på, hvordan denne begrebsintroduktion blev formuleret i praksis, kan ses i Bilag 3

Dette metodiske valg repræsenterer en bevidst afvigelse fra den klassiske fænomenologiske tilgang, som empiriindsamlingen har taget afsæt i. Hvor den fænomenologiske metode tilstræber en åben, nysgerrig tilgang, hvor forskeren søger at sætte sine egen forforståelse i parentes for at tilgå informanternes livsverden uden forudindtagethed, valgte vi her i stedet at bringe visse forforståelser aktivt i spil. Man kan med rette kritisere dette greb for at risikere at påvirke informanternes svar og for dermed at reducere graden af "reduktionen" i dataindsamlingen. Ikke desto mindre blev denne afvigelse vurderet som vigtig og fagligt forsvarlig, idet formålet var at sikre, at samtalerne omhandlede det, som faktisk ønskes undersøgt – og ikke afspejlinger af stereotype eller misforståede forestillinger om seksualitet og seksuel sundhed.

Denne metodiske justering blev foretaget med en høj grad af reflektiv bevidsthed og med et etisk sigte om at skabe tryghed og meningsfuld kommunikation om et sårbart og ofte tabubelagt emne.

Det er vores vurdering, at denne tilgang har bidraget positivt til både samtalekvaliteten og informanternes deltagelse.

4.2.4 Inklusions- og eksklusionskriterier af informanter

Der blev valgt få kriterier til udvælgelse af informanter. Mænd, der lever i heteroseksuelle forhold, der aktuelt er i fertilitetsbehandling med deres kvindelige partner, var et inklusionskriterium. Mænd der ikke kunne tale og forstå dansk, ville blive ekskluderet.

Målet var at rekruttere bredt blandt mænd, der er i fertilitetsbehandling med deres partnere. Optimalt ville der være rekrutteret fra alle socioøkonomiske klasser, hvilket dog er vanskeligt at screene efter, idet det ikke er data som fertilitetsklinikken har adgang til. Det ville også anses som formålstjenstligt at opnå brede i rekrutteringen ved at søge efter mænd i alle aldersgrupper, mænd, der geografisk var bosat forskellige steder i landet og herboende mænd, som ikke var etniske danske mænd. Fokus på at inkludere mænd fra de nævnte forskellige grupper, ville sandsynligvis have tilføjet dette studie en viden om eventuelle forskelle der måtte være blandt mænd fra de forskellige grupper og dermed kunne der dannes et billede af hvorvidt det har en betydning, hvilke mænd der undersøges, for at få svar på studiets undersøgelsesspørgsmål. Rekrutteringen gik langsomt, hvorfor vi ikke satte ovenstående krav op til rekrutteringen. Dette vil foreslås til et andet fremtidigt og større studie.

4.2.5 Rekruttering

I november og december 2024 blev to af landets offentlige og en privat fertilitetsklinik kontaktet, ved at vi mødte op personligt på de respektive klinikker. Vi udleverede informationsmateriale om vores studie til personalet (Bilag 4) samt materiale tilsigtet at udlevere til potentielle informanter (Bilag 5). Én fertilitetsklinik havde interesse i og ressourcer til at hjælpe os med at rekruttere informanter. Særligt pga. af én medarbejder, der selv har interesse indenfor vores undersøgelsesfelt og ydermere allerede har en master i sexologi. Af denne grund er alle fem informanter rekrutteret fra samme offentlige klinik i Danmark mellem december 2024 og marts 2025.

En medarbejder blev gatekeeper

Samtlige fem mænd, som endte som informanter til dette speciale, er blevet rekrutteret pga. denne ene medarbejder. Hun har haft en afgørende rolle i indsamlingen af relevante informanter. Denne gatekeeper har en funktion, hvor der er tid til samtaler med par i fertilitetsbehandling, omhandlende det som er vigtigst for det enkelte par. Samtalerne kan bl.a. omhandle parforhold, sex- og samliv. Medarbejderen møder parrene med rummelighed, forståelse og faglighed der tilsammen ofte medfører en god oplevelse af at have snakket med en professionel om netop disse førnævnte temaer. Dette kan have en positiv betydning for de mænd, hun har adspurgt, om de vil deltage i dette studie, at de har haft en god oplevelse med at blive rådgivet af netop denne kvinde og dermed har været åbne for at bidrage med deres viden til indeværende studie.

Skulle denne afhængighed af gatekeeperen været undgået, skulle rekrutteringsprocessen være udvidet ved at kontakte endnu flere fertilitetsklinikker, evt. opsøge potentielle informanter fx gennem relevante patientforeninger, Facebookgrupper og lignende.

4.2.6 Interviewene i praksis

Med ønske om at tilbyde fleksibilitet, medbestemmelse og sikre et trygt udgangspunkt hos informanterne, fik de lov til at vælge om interviewet skulle afholdes som fysisk møde eller online. To foretrak et fysisk møde, tre valgte at interviewet skulle foregå som et online-møde. De fysiske interviews blev gennemført på henholdsvis informantens arbejdsplads (Informant 1) og i informantens embedsbolig (Informant 5). Det blev tilstræbt, at begge forfattere til dette speciale deltog ved afviklingen af samtlige interviews. Ved det første fysiske møde var kun én interviewer til stede pga. sne, ulykker og kødannelse på motorvejen dertil. Til de resterende møder, både fysisk og online, har begge deltaget, hvor én har haft rollen som interviewer og den anden har været med som observatør og som ansvarshavende for optagelse af interviewet. Alle informanter blev opfordret til at sidde et sted, hvor han kunne tale uforstyrret.

Forud for interviewene havde informanterne modtaget skriftlig information om opgavens formål (Bilag 5) samt samtykkeerklæring (Bilag 6) som blev underskrevet. Informanterne blev informeret om, at de vil blive anonymiseret, samt at de til enhver tid vil kunne trække sig fra projektet.

Interviewerens rolle

I interviewforskning er det den menneskelige relation og samspillet mellem interviewer og deltager, der former og præger den viden, der opstår i samtalen (Brinkmann & Tanggaard, 2025).

Overvejelser om rækkefølgen af spørgsmål blev beskrevet i afsnittet 4.3.3. I tillæg hertil gjorde interviewer sig overvejelser om alt fra en neutral påklædning, til stemmeføring, ordvalg, at spejle informantens kropssprog, at respondere neutralt på informantens fortællinger både med ansigtsmimik og forståelseslyde som "mumm".

I forberedelsen til afholdelse af interviews, blev der taget hensyn til det asymmetriske forhold interviewer og informant imellem, hvor interviewer styrer samtalen og i sagens natur har en "overhånd" da det er interviewer der får adgang til personlige erfaringer og synspunkter og det er interviewer, der kommer til at udvælge og anvende informanternes udsagn. Omvendt er det informanten, der har den levede erfaring med specialets fokus, hvilket gør at intervieweren er afhængig af, at han vil dele ud af sine erfaringer og oplevelser (Brinkmann & Tanggaard, 2015; Kvale og Brinkmann, 2015). Asymmetri vil også kunne opstå, da interviewer er kvinde. I kvalitative interviewundersøgelser er det væsentligt at forholde sig til, hvordan intervieweren kan påvirke både relationen til informanten og den viden, der produceres, herunder kan interviewerens køn også spille en rolle (Kvale & Brinkmann, 2015; Manderson et al., 2006). På trods af, at intervieweren tilstræber at sætte egne forforståelser i parentes, indgår interviewerens tilstedeværelse, herunder hendes køn, som en del af den intersubjektive relation. Når en kvinde interviewer en mand, kan dette forhold aktivere bestemte sociale og kulturelle forventninger, som har betydning for informantens kommunikationsstil, graden af åbenhed overfor interviewer samt hvordan informanten vælger at præsentere sig selv og sine erfaringer. At begge personer bag dette speciale er kvinder, kan have haft betydning for både samspillet i interviewsituationen og i den efterfølgende analyse.

Det blev ikke eksplicit italesat over for informanterne, men det kan have haft betydning for samtalens dynamik, at begge forfattere bag dette speciale har fået de børn, de har ønsket sig, og derfor ikke har personlige erfaringer med infertilitet. Denne forskel i livserfaring kan have haft indflydelse på relationen mellem interviewer og informant samt på de tematikker, der blev berørt.

Ligeledes kan det have haft betydning for interviewsituationen, at både interviewer og observatør, qua deres faglige baggrund og sexologiske uddannelse, har et veludviklet og nuanceret sprog omkring seksualitet og dermed tilgår sådanne samtaler med en vis naturlighed. Der arbejdes dog ud fra en bevidsthed om, at dette ikke nødvendigvis gælder for informanterne, og der udvises stor respekt over for informanternes individuelle grænser og udtryk.

4.2.7 Præsentation af informanterne

I nedenstående tabel F, præsenteres studiets informanter.

I NEDENSTÅENDE TABEL, PRÆSENTERES STUDIETS INFORMANTER						
	ÅRSAG TIL INFERTILITETEN	ALDERS GRUPPE	MÅNEDER/ÅR I BEHANDLING, ANTAL FORSØG	UDDANNELSESNIVEAU / JOBSTATUS	CIVIL STATUS	MØDE AFHOLDT FYSISK/ONLINE
Informant 1:	Uspecificeret kromoson-afvigelse	30-34 år	Forsøgt at opnå spontan graviditet et år inden de begge blev udredt. Har været i behandling siden april 2024. Skal nu igang med første IVF forsøg	Mellemlang / offentlig lønmodtager	Har været sammen i 4 år, gift siden i sommers	Fysisk
Informant 2:	Lav sædkvalitet	25-29 år	Forsøgt at opnå spontan graviditet et år inden de begge blev udredt. Har været i behandling siden januar 2020. Pt. i gang med syvende IVF forsøg	Mellemlang / selvstændig	Har været sammen i 10 år og skal giftes til sommer	Online
Informant 3:	Lav sædkvalitet	25-29 år	Startede med at at opnå spontan graviditet for 14-15 måneder siden. Startede udredning for 8 mdr. siden. (Har lige fået positiv test)	Lang videregående / offentlig lønmodtager	Har været kærester i 7-8 år, nu forlovet	Online
Informant 4:	Ukendt årsag	25-29 år	Forsøgt at opnå spontant graviditet i tre år. 5-6 inseminationer på to klinikker og 3 forsøg IVF på sygehus (én spontan abort i uge 6-7) (skal scannes i næste uge ift. aktuell positiv graviditet)	Mellemlang / lønmodtager (har været selvstændig)	Været sammen i 12 år, været gift i 2 år	Online
Informant 5:	Kvindelig årsag	30-34 år	Forsøgt at opnå spontan graviditet i 2,5 år. Egen læge tog selv initiativ til udredning efter 6 måneders forsøg. To forsøg med IVF.	Lang videregående / offentlig lønmodtager	Har været sammen i 5 år	Fysisk

4.3.8 Transskribering

De fem interviews blev alle optaget på lyd. Et interviewprojekt indeholder en række oversættelser, bl.a. kan interviewsituationen ses som en oversættelse fra den optagede lyd til skriftlig transskription (Brinkmann & Tanggaard, 2025).

Transskriberingen blev foretaget i dagene efter de afholdte interviews. Dette sikrede at interviewene stod i klar erindring, således ord, stemninger og pauser blev husket. Lavpraktisk blev der anvendt et sikret transskriberingsprogram, som blev indkøbt til formålet, der omsatte talte ord til skrevet tekst. Målet med transskriberingen var at fastholde meningsindholdet og dermed være så tro som muligt mod samtalerne som de var, hvorfor ufuldendte sætninger, "øh" og lignende hverdagstalesprog konsistent blev skrevet, som det blev sagt. Hvert interview blev lyttet igennem samtidig med, at alle sætninger blev korrigeret, så det sagte ord blev nedskrevet så tro som muligt.

Der var mange ord, som programmet ikke kendte til eller ikke var tilstrækkelig tydelig, som måtte rettes manuelt. Programmets transskribering blev suppleret med kommaer, punktummer og markering af pauser, som der vurderes nødvendige for læsevenligheden. I teksten blev forbogstaver angivet forud for udtalelser, så det var tydeligt, hvem der talte. Der blev tilføjet i parentes, om der blev grinet. I samme proces, blev personfølsomme data, som vil kunne henhøre til den enkelte mand (eller hans partner), anonymiseret.

I forhold til den analytiske proces blev optagelsen derefter yderligere lyttet igennem sammen med et udskrift af det nedskrevne interview. Dette for at opnå en højere fortrolighed med teksten i arbejdet med at fastlægge kategorier og meningsenheder. Denne proces var ved hvert interview tilendebragt, inden det næste interview blev afholdt. Lydfilerne blev slettet umiddelbart derefter.

4.2.9 Kodningen af interviewmaterialet

Efter transkriberingen blev interviewene efterfølgende gennemlæst med henblik på at opnå en helhedsforståelse af materialet. Datamaterialet blev herefter analyseret gennem en kvalitativ tilgang baseret på meningskondensering (Kvale & Brinkmann, 2015), hvor længere udsagn blev reduceret til kortfattede meningsenheder, der fastholder deltagernes oprindelige betydning. Som led i

analysen blev materialet desuden kodet induktivt med anvendelse af datadrevne koder, som udsprang direkte af deltagernes udsagn. Kodningen blev anvendt til at identificere og organisere centrale temaer og betydninger i materialet. De kondenserede meningsenheder blev efterfølgende struktureret i overordnede temaer med fokus på fællestræk og variationer i deltagernes oplevelser (Brinkmann & Tanggaard, 2025). Disse temaer danner grundlaget for præsentationen i afsnit 5.0 *Fund.*

4.3.10 Etiske overvejelser

I dette speciale undersøges mænds seksualitet, når de er i fertilitetsbehandling, og der stilles spørgsmål, som omhandler levede liv, personlige oplevelser samt spørgsmål om intime og personfølsomme aspekter. Det er både nødvendigt og essentielt, at der er truffet etiske valg til flere områder vedrørende både dataindsamlingsprocessen, opbevaring af data, samt etiske overvejelser vedrørende mulige konsekvenser det kan have for informanterne at deltage i interviewene. Formålet er at skabe et overblik over de etiske valg, der er truffet og tydeliggøre forfatterens etiske ansvar.

Specialet er udarbejdet i overensstemmelse med centrale forskningsetiske principper, herunder WMA's Helsinki-deklaration (2025). Helsinki-deklarationens retningslinjer angiver nødvendige etiske hensyn i forskning, som involverer bl.a. personhenførbare data. Der tages hensyn til seks etiske principper;

1. Informeret samtykke
2. Fortrolig og sikker opbevaring af data
3. Deltagernes værdighed og rettigheder
4. Sårbare deltagere
5. Etisk godkendelse / overvejelse
6. Transparens og ansvarlighed

Hvordan disse principper er blevet integreret i dette studie, udfoldes herunder;

Som demonstreret i afsnittet 4.2.6 har deltagerne fået både skriftlig og mundtlig information om formålet med studiet, hvordan data indsamles og anvendes, og deltagerne er blevet informeret om deres ret til at trække sig uden konsekvens. Deltagerne har samtykket hertil både skriftligt og mundtligt. Ligeledes er det beskrevet i afsnit 4.2.8 at lydfiler er slettet. Transskriberingerne findes i en krypteret mappe på forfatterens computere, og disse vil blive slettet efter mundtlig eksamen. Alle personhenførbare oplysninger er blevet anonymiseret, hvilket ydermere sikrer at reglerne om General Data Protection Regulation (GDPR) Det understreges i deklARATIONEN, at deltagere skal behandles med respekt og ikke blot som "datakilder". Som vist i afsnit 4.2.3 blev der aktivt prioriteret, at anerkende og takke for informanten deltagelse, lige såvel som at det er beskrevet, at interviewer har til hensigt at udvise respekt for informantens synspunkter og perspektiver.

I analysen af den indsamlede empiri, har forfatterne bag dette speciale gjort sig umage med, at undgå generaliseringer eller fortolkninger, som kan forvride informantens udsagn.

Pga. undersøgelsens følsomme karakter, kan informanterne betragtes som en sårbar deltagergruppe. Det etiske fokus var derfor rettet mod at minimere potentiel belastning i forbindelse med interviewet. Der blev lagt vægt på, at skabe et trygt samtalerum, og alle informanter blev tilbudt en opfølgningssamtale i tilfælde af at der skulle være opstået spørgsmål, eller hvis interviewet skulle have igangsat en reaktion som kunne være psykisk belastende.

Masterspecialet er en kvalitativ interviewundersøgelse, og denne skal ikke anmeldes eller godkendes af den centrale Videnskabsetiske komité. Forskning som indebærer indhentning af personoplysninger af fortrolig karakter, skal anmeldelse og godkendelse ved Datatilsynet, men indeværende speciale anses ikke som forskning og er derfor fritaget (Brinkmann, 2025)

I forhold til transparens og ansvarlighed blev der vist i afsnit 4.2.5 hvordan informanterne blev rekrutteret og i samme afsnit tydeliggøres det, hvilken betydning gatekeeperen har haft for rekrutteringsprocessen.

Overordnet er formålet med hele dette metodeafsnit, er at vise åbenhed om samtlige metodiske valg og overvejelser – herunder også det etiske ansvar.

4.2.11 Yderligere metoderefleksion

I følgende afsnit bliver der redegjort for, hvilken betydning undersøgelsens metodevalg har for opgavens validitet. Det gøres for at afdække analysens potentialer og begrænsninger.

I kvalitativ forskning arbejder man med begrebet "analytisk generalisering", i modsætning til statistisk generalisering som hidrører kvantitativ forskning. En af undersøgelsesdesignet udfordringer er, at resultaterne har begrænset generaliserbarhed. Dette skyldes, at undersøgelsen bygger på fem interviews, hvilket reducerer den samlede repræsentativitet. Denne begrænsning er kendetegnende for det semistrukturerede interview, hvor det kvalitative udbytte vægtes højere end statistisk generalisering (Brinkmann & Tanggaard, 2025). Mændene i denne undersøgelse er en homogen gruppe af heteroseksuelle, etniske danske mænd i alderen 25-35 år. De er alle i fertilitetsbehandling på samme fertilitetsklinik på et dansk hospital. I den kvalitative forskning søger man at opnå datamætning, hvilket betyder at gennemføre interviews indtil der tegner sig mætning af viden eller til at forskeren får et mere generelt billede, hvor der ikke fremkommer mere ny viden. En udvidelse af respondentgruppen ville nødvendiggøre kortere og dermed mindre dybdegående interviews. Fundene fra denne undersøgelse kan have en snæver analytisk generaliserbarhed, men dog med stor dybde i de enkelte informanternes fortællinger (Brinkmann & Tanggaard, 2025).

5.0 Fund

Selvom virkeligheden ikke lader sig inddele i faste kategorier, er fundene struktureret i tematiske afsnit med henblik på at skabe overblik. Det er dog væsentligt at understrege, at de enkelte temaer er indbyrdes forbundne, og at flere temaer trækker tråde på tværs af hinanden.

I dette afsnit behandles den indsamlede empiri med udvalgte citater fra informanterne. Alle fem informanter bliver inddraget, uden hensyn til hvor mange gange den enkelte individuelle informant er anvendt i afsnittet. Der lægges både vægt på den unikke, individuelle oplevelse og på de oplevelser, som synes at gøre sig gældende for flere eller alle informanterne. Med vores problemformulering for øje, har vi på baggrund af kodning af de 5 interviews, opdelt fundene i to overordnede temaer. Det første omhandler alt det der hører sig til at være mand i fertilitetsbehandling - bio-psyko-socialt som både direkte men i overvejende grad indirekte kan

påvirke mændenes seksualitet. Det andet tema handler om de fund, der relaterer sig til de sexologiske konsekvenser, som mændene har erfaret og oplevet.

Temaer:

- At være mand i fertilitetsbehandling
 - Om identitet og maskulinitet
 - Når kroppen påvirkes
 - Om have en funktion
 - Samtalen som redskab
 - Håndtering af det ukontrollerbare
 - Social støtte
 - Mandens møde med sundhedsvæsenet/sundhedsprofessionelle
- Seksuelle konsekvenser for manden i fertilitetsbehandling
 - Pligtsex
 - Timet samleje
 - Ændret lyst

5.1 At være mand i et fertilitetsforløb

Det er jo en del af det at være mand, at man kan gøre en kvinde gravid - om mandighed, identitet og maskulinitet

I det følgende vises, hvordan det at være den ene part i et infertilt par, kan forekomme livsomvæltende. Mændene må finde en måde at håndtere de nye livsvilkår på. Det berører bl.a. essentielle livstemaer som identitet og selvopfattelse. Informant 4 beskriver her nogle af hans første tanker, før han blev udredt, da han måtte indse, at han og hans partner ikke kunne blive gravide uden fertilitetsbehandling:

I4: *"Man skulle lige sluge i starten det her med, at hvorfor fanden kan jeg ikke gøre min kone gravid? Eller hvad fanden er der galt? (...) Det er jo en del af det at være mand, at man kan gøre en kvinde gravid."*

Citatet peger på, hvordan informanten oplever, at hans selvopfattelse som mand udfordres. For ham er evnen til at gøre en kvinde gravid tæt forbundet med det at være mand, og infertiliteten rækker dermed ved nogle grundlæggende forestillinger om hans mandlige identitet. Det er ligeledes temaer om identitet og selvopfattelse, som informant 3 beskriver, i sin proces, efter udredningen, med at forstå hvordan hans lave sædkvalitet hænger sammen med parrets infertilitet;

13: "Det var lidt af en mavepuster. (...) Og så i løbet af en uge eller to, så tror jeg, det gik lige så stille op for mig, at 'shit, okay, min sædkvalitet er åbenbart dårlig'. Og så gik jeg og tænkte: 'påvirker det her min fornemmelse af mandlighed, min fornemmelse af at være mig og mand?'"

Informantens udtalelse tyder på, at beskeden om nedsat sædkvalitet har aktiveret en række refleksioner om mandighed og identitet. For ham sætter prøveresultatet gang i overvejelser om, hvorvidt dette påvirker hans oplevelse af sig selv som mand. Det fremstår som en eksistentiel rystelse, hvor noget grundlæggende og tidligere uantastet, nemlig hans opfattelse af at være ham, pludselig kommer i spil. En meget lignende opfattelse, beskrev informant 2:

12: "I og med at jeg sort på hvidt får at vide min kvalitet er lav, så føler man sig lidt umandiggjort, eller ringere som mand."

Informant 2 og 3 havde begge lav sædkvalitet, og det er udtalt, at det særligt er disse to informanter, der er ramt på deres følelse af maskulinitet. Dette tyder på, at disse overvejelser og tanker om mandighed er tæt forbundet med sædkvaliteten.

Det ubærlige i at bære årsagen til parrets infertilitet kommer tydeligt til udtryk hos Informant 1. Han beskriver, hvordan han kortvarigt håbede, at også partneren havde reproduktive udfordringer, som en måde at mindske følelsen af skyld og ensomhed i ansvaret. I samme åndedrag foreslår han sin partner at forlade ham, hvilket vidner om, hvor dybt oplevelsen af utilstrækkelighed har påvirket hans selvforståelse;

11: "Jeg håbede jo på, og det lyder jo kynisk, men lige i situationen kan jeg huske, at jeg håbede på, at der også var noget galt med hende. Fordi så er det ikke mig, der er problemet. Og jeg sagde også til hende, 'Du må gerne gå fra mig. Det er helt okay'."

Udsagnet peger på en skamfølelse, der ikke kun knytter sig til en konkret kropslig funktion, men til oplevelsen af *at være* problemet. Det illustrerer, hvordan infertilitet kan udløse en identitetsmæssig krise og udfordre følelsen af værdighed i parrelationen. Et centralt tema, der træder frem i interviewet med Informant 5, er ønsket om at beskytte sin partner mod følelsen af skyld forbundet med infertilitet, også selvom det indebærer at påtage sig den selv. Det kommer til udtryk i følgende citat:

15: "Dengang vi skulle igennem de der prøver, havde jeg håbet på, at det var mig, at det var min sædkvalitet, der var noget i vejen med. Fordi så skulle F (partneren) i hvert fald ikke føle, det var hende, der var noget i vejen med (årsagen til parrets infertilitet). Og det tænkte jeg, at jeg måske lidt bedre kunne klare."

Udsagnet vidner om en dyb omsorg og et ønske om at skåne partneren for følelsesmæssig smerte, men samtidig også om de psykologiske og identitetsmæssige udfordringer, der kan være forbundet med at bære årsagen til infertilitet. Informanten udtrykker en forestilling om, at han som mand i højere grad ville kunne klare skylden og byrden. Denne tanke kan afspejle både kønnede forestillinger om robusthed og en vilje til at tage ansvar i parrets fælles fertilitetsudfordringer. Fortællingen rummer også en eksistentiel dimension, hvor infertilitet ikke blot fremstår som et medicinsk anliggende, men som en følelsesmæssig og relationel erfaring præget af skyldfølelse, beskyttelse og gensidig omsorg. Informanten positionerer sig som en, der aktivt forsøger at fordele smerten ulige, til egen ulempe, for at skåne partneren. Hermed viser informant 5, hvordan infertilitet kan blive en fælles byrde, men at byrden sandsynligvis opleves vidt forskelligt for henholdsvis den kvindelige og mandlige part.

For Informant 2 er der en direkte sammenhæng mellem, hvem der skal udstå de smerter og gener, der er forbundet med fertilitetsbehandlingen og mandens rolle igennem processen. Det tyder på, at han bliver udfordret på både hans egen og samfundets opfattelse af mandens rolle og ansvar. Hans oplevelse og afmagt beskriver han herunder;

12: "Jamen, det har været forfærdeligt i den forstand, at jeg som mand. (...) Hvis man kigger meget klassisk på, hvordan det engang har været at være mand og kvinde, så er det manden, der har skulle tage alle tæskene osv. Og det kan jeg bare ikke her. Helt

ligegyldigt hvad jeg gør, så er der ikke noget, jeg kan gøre for, at det er mig, de stikker frem for hende. Og det er pissehårdt at være tilskuer til."

Informanten giver her udtryk for en oplevelse af at være sat udenfor indflydelse i en situation, hvor han, ifølge egne og kulturelt formede forestillinger om mandighed, burde kunne tage ansvar og bære belastningen. Hans henvisning til "det klassiske", peger på en internaliseret forestilling om, at manden skal være den stærke, den, der beskytter og tager imod slagene for sin partner. I fertilitetsbehandlingen vendes denne rolle om: det er kvindens krop, der udsættes for smerte og indgreb, mens manden bliver vidne. Netop denne tilskuersituation opleves som 'pissehård'. På trods af, at idealet om mandighed er under forandring, er forventningerne til mænd ikke forsvundet. Citatet tydeliggør, hvordan fertilitetsbehandling udfordrer eksisterende forestillinger om køn og ansvar. Dette kan skabe frustrationer hos manden, særligt i situationer hvor hans selvforståelse og identitet bliver udfordret, som det ofte sker i et fertilitetsforløb. Et andet perspektiv på mandighed og den ændrede selvforståelse, formulerede informant 3 således:

13: "Jeg tror, når man vokser op som mand, så hænger man en lille smule af sin mandighed op på, at man kan få børn. Når det ikke er en mulighed, så hænger man sin mandighed op på noget andet, tror jeg. Så jeg synes, at jeg har gode kvaliteter i forhold til at være far eller mand i et parforhold. Måske oplever jeg mig selv som mere mandig på andre parametre, end det der med lige præcis at gøre kvinder gravide. Jeg synes måske jeg værdsætter lidt mere de sider af mig selv, der handler om noget med ro og stabilitet, egenrådighed eller standhaftighed. (...) Det er i hvert fald, hvad jeg synes er mandigt."

Ovenstående citat tyder på, at informanten forsøger at genforhandle sin mandighed i lyset af sin lave sædkvalitet. Han anerkender, at evnen til at få børn traditionelt forbindes med maskulinitet, hvilket er en social og kulturel forankret forestilling, som han er vokset op med. Men når han nu ikke fysisk kan gøre sin partner gravid grundet sin lave sædkvalitet, så forsøger han at fremhæve andre kvaliteter som ro, stabilitet, egenrådighed og standhaftighed. Han vælger at fokusere på de aspekter af sig selv, han kan kontrollere og værdsætte, i stedet for at dvæle ved det, han ikke kan. Dette kan tolkes som en copingstrategi, en måde at genopbygge identitet og selvværd på i en situation, hvor

en central dimension af den traditionelle mandlige rolle, at kunne reproducere sig, er blevet udfordret.

Infertilitet opleves af informanterne som en udfordring, der igangsætter refleksioner om både ansvar, identitet, selvforståelse og maskulinitet. For flere af informanterne er der en tæt sammenhæng mellem at gøre en kvinde gravid og deres identitet som mand. For nogle udløser det at bære årsagen til infertilitet følelser af skam og utilstrækkelighed, mens andre forsøger at tage skylden for at skåne deres partner. Maskulinitet fremstår som et gennemgående tema i mændenes fortællinger om identitet og fertilitet. Overordnet tyder det på, at infertilitet påvirker grundlæggende aspekter af mandens selvforståelse. Samtidig viser fundene, at nogle informanter forsøger at fastholde eller genforhandle deres mandighed ved at lægge vægt på værdier som ro, stabilitet og standhaftighed. Informanterne synliggør, hvordan fertilitetsbehandling både kan udfordre, men også åbne for en nyfortolkning af mandlig identitet.

For Informant 2 er der en direkte sammenhæng mellem, hvem der skal udstå de smerter og gener, der er forbundet med fertilitetsbehandlingen og mandens rolle igennem processen. Det tyder på, at han bliver udfordret på både hans egen og samfundets opfattelse af mandens rolle og ansvar. Hans oplevelse og afmagt beskriver han herunder;

I2: "Jamen, det har været forfærdeligt i den forstand, at jeg som mand. (...) Hvis man kigger meget klassisk på, hvordan det engang har været at være mand og kvinde, så er det manden, der har skulle tage alle tæskene osv. Og det kan jeg bare ikke her. Helt ligegyldigt hvad jeg gør, så er der ikke noget, jeg kan gøre for, at det er mig, de stikker frem for hende. Og det er pissehårdt at være tilskuer til."

Informanten giver her udtryk for en oplevelse af at være sat udenfor indflydelse i en situation, hvor han, ifølge egne og kulturelt formede forestillinger om mandighed, burde kunne tage ansvar og bære belastningen. Hans henvisning til "det klassiske", peger på en internaliseret forestilling om, at manden skal være den stærke, den, der beskytter og tager imod slagene for sin partner. I fertilitetsbehandlingen vendes denne rolle om: det er kvindens krop, der udsættes for smerte og indgreb, mens manden bliver vidne. Netop denne tilskuersituation opleves som 'pissehård'. På trods af, at idealet om mandighed er under forandring, er forventningerne til mænd ikke forsvundet. Citatet tydeliggør, hvordan fertilitetsbehandling udfordrer eksisterende forestillinger om køn og

ansvar. Dette kan skabe frustrationer hos manden, særligt i situationer hvor hans selvforståelse og identitet bliver udfordret, som det ofte sker i et fertilitetsforløb. Et andet perspektiv på mandighed og den ændrede selvforståelse, formulerede informant 3 således:

I3: "Jeg tror, når man vokser op som mand, så hænger man en lille smule af sin mandighed op på, at man kan få børn. Når det ikke er en mulighed, så hænger man sin mandighed op på noget andet, tror jeg. Så jeg synes, at jeg har gode kvaliteter i forhold til at være far eller mand i et parforhold. Måske oplever jeg mig selv som mere mandig på andre parametre, end det der med lige præcis at gøre kvinder gravide. Jeg synes måske jeg værdsætter lidt mere de sider af mig selv, der handler om noget med ro og stabilitet, egenrådighed eller standhaftighed. (...) Det er i hvert fald, hvad jeg synes er mandigt."

Ovenstående citat tyder på, at informanten forsøger at genforhandle sin mandighed i lyset af sin lave sædkvalitet. Han anerkender, at evnen til at få børn traditionelt forbindes med maskulinitet, hvilket er en social og kulturel forankret forestilling, som han er vokset op med. Men når han nu ikke fysisk kan gøre sin partner gravid grundet sin lave sædkvalitet, så forsøger han at fremhæve andre kvaliteter som ro, stabilitet, egenrådighed og standhaftighed. Han vælger at fokusere på de aspekter af sig selv, han kan kontrollere og værdsætte, i stedet for at dvæle ved det, han ikke kan. Dette kan tolkes som en copingstrategi, en måde at genopbygge identitet og selvværd på i en situation, hvor en central dimension af den traditionelle mandlige rolle, at kunne reproducere sig, er blevet udfordret.

Infertilitet opleves af informanterne som en udfordring, der igangsætter refleksioner om både ansvar, identitet, selvforståelse og maskulinitet. For flere af informanterne er der en tæt sammenhæng mellem at gøre en kvinde gravid og deres identitet som mand. For nogle udløser det at bære årsagen til infertilitet følelser af skam og utilstrækkelighed, mens andre forsøger at tage skylden for at skåne deres partner. Maskulinitet fremstår som et gennemgående tema i mændenes fortællinger om identitet og fertilitet. Overordnet tyder det på, at infertilitet påvirker grundlæggende aspekter af mandens selvforståelse. Samtidig viser fundene, at nogle informanter forsøger at fastholde eller genforhandle deres mandighed ved at lægge vægt på værdier

som ro, stabilitet og standhaftighed. Informanterne synliggør, hvordan fertilitetsbehandling både kan udfordre, men også åbne for en nyfortolkning af mandlig identitet.

Man kan godt blive lidt sur på sin krop – når kroppen påvirkes

Under et fertilitetsforløb kan mandens krop gennemgå forskellige fysiologiske forandringer og derfor blev alle fem informanter spurgt ind til dette. Informant 2 beskriver i nedenstående citat hvad han har oplevet af fysiologiske udfordringer i deres efterhånden lange forløb;

12: "Jeg er blevet testet for testikelkræft, fordi vi manglede fokus på mig. Og så blev vi tjekket for kromosomfejl og alt det der. Men jeg har haft en eller anden ældre herres hånd op i røven to gange nu. Og det er jo ikke særlig opmuntrende. Og jeg har haft problemer med at tisse. Jeg har også haft problemer med at få den op at stå. (...) men det har jo så været det her indirekte pres, der har været, som har fået nogle ting til ikke at virke som de skulle. "

Informanten giver her udtryk for et behov for øget opmærksomhed på mandens rolle og krop i et langt forløb, hvor stort set alt fokus er centreret omkring kvindekroppen. Informanten beskriver en række fysiske undersøgelser og symptomer, fx test for testikelkræft, rektale undersøgelser, samt erektions- og vandladningsproblemer. Det kan samlet pege på en følelse af tab af kropslig autonomi og værdighed. Udtrykket *"en ældre herres hånd op i røven"* er sagt med humor, og den humor kan være med til at beskytte et underliggende ubehag og måske skam, hvilket kan tolkes som en måde at beskytte sig mod sårbarheden i situationen. Hans beskrivelse af det indirekte pres er at være i behandling, hvor *"tingene ikke virker som de skal"*, understreger samspillet mellem krop og psyke. Humoren kan også trækkes frem i nedenstående citat fra Informant 3, hvor han vælger at sammenligne det at have lav sædkvalitet med at brække en arm;

13: "Og nu føles det lidt mere som om, det er sådan lidt ligesom hvis man har brækket armen (at have lav sædkvalitet), og hvis man er kommet til skade, og der bare er en arm, der ikke fungerer lige så godt. Det er lidt svært at have samme, sådan fornemmelse, af værdi og stolthed og kærlighed til den legemsdel (penis og testikler).

Det kan godt være lidt frustrerende, og man kan godt blive lidt sur på sin krop, på sine klunker.”

Både Informant 1, 3, 4 og 5 fortæller under deres interviews, at de ikke har oplevet fysiske, sexologiske udfordringer hverken før eller under fertilitetsbehandlingen. Dog nævner Informant 3, at det, at han har nedsat sædkvalitet, kan føles som en fysisk skade. Her kan det tyde på, at fertilitetsproblemer kan påvirke mandens forhold til sin egen krop og specifikt kønsorganerne, som traditionelt forbindes med maskulinitet og reproduktiv evne. Informant 3 beskriver derudover at han hen over en længere periode har mærket fysiologiske forandringer i hans helbred, som kan være symptomer på det stress der kan opleves i fertilitetsbehandling;

I3: “Siden midt december har jeg oplevet en fornemmelse af feber. Det vil sige, ingen temperaturstigning og reel feber, men en kropslig fornemmelse af ubehag, træthed og følsom hud, med en lille smule kvalme. (...) Jeg fornemmer at det er betinget af forløbet, da det specielt bliver udløst hvis jeg har været intens ‘på arbejde’ med opgaver hjemme eller på arbejdet”.

Det, at et fertilitetsforløb kan strække sig over lang tid, uden en kendt tidsramme for forløbet, kan medføre en kronisk stressbelastning, som ikke blot opleves psykisk, men også manifesterer sig kropsligt. Informantens oplevelse af feberlignende symptomer uden fysisk sygdom, peger på en somatisk reaktion, hvor kroppen reagerer på den vedvarende stress. Særligt interessant er hans refleksion over, hvordan symptomerne forværres i pressede hverdagssituationer, hvilket tyder på en øget sårbarhed og nedsat modstandskraft. Det tydeliggør, hvordan mentale og fysiske belastninger er tæt forbundet og kropsligt forankret.

De fleste informanter oplever ikke direkte fysiologiske forandringer i forbindelse med fertilitetsbehandlingen. Dog beskriver én informant konkrete fysiske symptomer såsom erektionsbesvær og vandladningsproblemer, som han selv kobler til det psykiske pres under forløbet. En anden informant omtaler nedsat sædkvalitet som en slags kropslig skade, hvilket indikerer et ændret forhold til kroppen snarere end egentlige biologiske ændringer. En tredje informant beskriver sammenhængen mellem at føle sig syg og konstant at leve med fertilitetsrelateret stress. Samlet set tyder det på, at mænd primært påvirkes indirekte, gennem samspillet mellem psyke og krop, snarere

end gennem egentlige biologiske forandringer forårsaget af at være i fertilitetsbehandling. (gentager vi lidt os selv i de sidste to afsnit her, kan måske gøres mere konkret og kortere)

Jeg kan være det der fyrtårn - om at have en funktion

På trods af de meget forskellige informanter, tegner der sig et fælles mønster i deres måde at forholde sig til infertilitetsdiagnosen på. Kort tid efter diagnosen rettes opmærksomheden mod handling og fremadrettede løsninger, snarere end at dvæle ved en tilstand præget af afmagt eller passivitet. Diagnosen accepteres umiddelbart og bliver hurtigt et vilkår, der skal ageres på, hvilket fremgår af følgende to udsagn:

12: *“Men når man sådan sætter sig ind i tingene (udredning), så kunne jeg hurtigt lægge forklaringen (årsagen til hans infertilitet) på genetikken. Det er sådan, jeg er født, og det kan jeg ikke gøre noget ved.”*

13: *“Og så sagde fertilitetsklinikfolkene, at højst sandsynligt, så har min sædkvalitet noget at gøre med et eller andet miljøpåvirkning, enten da jeg var i min mors mave, eller fordi jeg blev opereret for brok, da jeg var fire år. (...) Ja, så det var sådan. (...) Jeg synes egentlig, det var ret rart at opdage. Det var ikke min egen skyld, det her. Det var sket.”*

Ved at pege på genetiske eller ukendte årsager til sin infertilitet, fremstår det som om, at begge mænd har mulighed for at fralægge sig ansvar og dermed får bedre mulighed for at acceptere at årsagen ligger hos ham. Samtidig kan det at placere forklaringen i noget medfødt, fungere som en forsvarsmekanisme, der beskytter mod følelsen af skyld og den sårbarhed, der kan følge med ikke at kunne gøre sin partner gravid.

I modsætning til de to tidligere nævnte informanter adskiller Informant 4 sig med en fortælling, der i høj grad kredser om livsstilsændring som en aktiv strategi. Han beskriver en tidligere usund livsstil præget af lange arbejdstimer, stress, lavt selvværd, ingen følelsesmæssigt sunde strategier og sideløbende har haft et hashmisbrug. Da han og partneren oplevede vanskeligheder med at opnå graviditet, blev dette et vendepunkt, hvor han for et år siden tog beslutningen om at ændre sit liv med henblik på at øge deres chance for at blive forældre. Han siger om sin motivation;

I4: "Det har helt sikkert været en del af det her fertilitet og drømmen om at få børn, at jeg har tænkt, at nu skal jeg lægge mit liv om."

Udsagnet vidner om en stærk motivation for forældreskab, som har affødt et ønske om at skabe bedre betingelser, ikke blot for fertiliteten, men for det liv han ønsker at tilbyde sin partner og et kommende barn. Den ufrivillige barnløshed blev et afsæt for refleksion og forandring, og førte til et opgør med tidligere uhensigtsmæssige mønstre. Han besluttede at starte i misbrugsbehandling, hvor han lærte at tage hånd om de bagvedliggende svære følelser, der tidligere har styret hans behov for at dulme svære følelser med hash. Informant 4 fortæller om sit udbytte af misbrugsbehandlingen;

I4: "Hvor jeg før altid har lagt meget låg på mig selv og ikke snakket om mine følelser og hvordan jeg havde det, så er jeg virkelig begyndt at gøre det her, for det hjælper. (...) Nu kan jeg være den der støtte, i stedet for at flygte til min sutteklud (hashen), som jeg kaldte det. Så det (misbrugsbehandlingen) har hjulpet mig rigtig meget - også i det her forløb (fertilitetsbehandlingen), og at jeg kan være det der fyrtårn for min kone også, og være der 100% for hende, og støtte hende"

Af dette kan udledes, at de copingstrategier, han har tilegnet sig i forbindelse med misbrugsbehandlingen, er strategier han direkte kan overføre til håndteringen af de svære følelsesmæssige situationer, der er en konsekvens af at være i fertilitetsbehandling. Det har haft stor gavnlig effekt i hans parforhold, at han har kunne håndtere både hans partners og hans egne følelsesmæssige udsving.

Informant 4 beskriver, hvordan han som led i fertilitetsforløbet har foretaget en række markante livsstilsændringer. Han har skiftet til et arbejde med almindelige arbejdstider, er stoppet med at ryge og har fået etableret faste rutiner omkring søvn, måltider og motion. Ændringerne har haft en tydelig effekt på hans sædkvalitet, hvilket han selv formulerer således:

I4: "En gang blev det målt til sådan noget 25-35 millioner. Så fik jeg det målt en gang mere derude, og der var det 5-6 millioner. Efter jeg havde lagt en masse ting om, var det 347 millioner eller sådan noget."

Udsagnet illustrerer, at livsstilsændringer i visse tilfælde kan have en betydelig og målbar effekt på sædkvaliteten. I informantens tilfælde har forløbet ikke blot givet anledning til refleksion, men også åbnet for konkret handling – noget, der har været både meningsfuldt og effektivt.

Som nævnt tidligere, er det i udgangspunktet kvindens krop, der bliver medicineret, som en del af fertilitetsbehandlingen. Alle fem informanter tematiserer, i større eller mindre grad, hvor udfordrende det er ikke at have en aktiv rolle i den medicinske behandling og blot stå som tilskuer, når partneren skal lægge krop til en lang række medicinske indgreb og behandlinger. Informant 2 formulerer sig således:

I2: "Det er jo super træls også at vide, at nu skal hun igennem de her ægudtagninger, som er super smertefulde. Og det er i princippet, som det ser ud for os, mig, der er årsag til det. Fordi hun stod helt poleret og det var helt, som det skulle være. (...) Og man tvivler på sig selv, og det går virkelig meget ud over ens psyke til daglig. Og specielt endnu mere, når vi starter et nyt forløb. Fordi det er jo ikke bare at melde sig til og møde op. Der er jo hele forløbet op til, med hormoner. Det har bare været forfærdeligt, at være årsag og tilskuer til. Fordi det er mig, der er årsagen, men det er ikke mig, der tager smerterne."

Citatet fremhæver den dobbelthed, som flere mænd i fertilitetsbehandling oplever, hvor de på den ene side er bevidste om deres rolle, hvoraf nogen også er årsag til behandlingsbehovet, på den anden side har de ingen mulighed for at tage del i den fysiske byrde. Denne kombination af ansvar uden handlemulighed skaber en særlig form for afmagt, hvor manden oplever sig selv som passiv *tilskuer* til sin partners smerte. Denne oplevelse udfordrer ikke kun parforholdets balance, men også mandens selvforståelse. Det bliver ikke blot en praktisk frustration, men en belastning, der både er psykisk nedbrydende og følelsesmæssigt uforløst.

Afsnittet belyser, hvordan mænd i fertilitetsbehandling håndterer diagnosen gennem hurtig accept og orientering mod handling. Nogle skaber følelsesmæssig afstand ved at fralægge sig ansvar for infertiliteten, mens andre, som særligt én informant, aktivt ændrer livsstil i forbindelse med misbrugsbehandling. Dette tydeliggør, at muligheden for at *gøre noget* er central for mange mænds mestring af den sårbare situation. Den handlingsorienterede tilgang står i kontrast til den oplevelse

af magtesløshed, der ellers kan præge mænd i fertilitetsforløb. At kunne handle bliver således en måde at genvinde kontrol på.

På mange måder kommer man jo også tættere på hinanden og snakker mere – samtalen som redskab

Som nævnt i baggrundsafsnittet opleves det at være i fertilitetsbehandling, som en lavkontrolstressor, idet parret i meget lav grad har mulighed for at påvirke og løse den udfordring de oplever med fertilitetsbehandling. Parret kan følge behandlingsplanen som anvist fra fertilitetsklinikken og derudover syntes det mest nærliggende at give og modtage støtte, opbakning og omsorg partnerne imellem, ligesom Informant 4 formulerer her:

14: *“Så jeg gør alt hvad jeg kan for at støtte og være der og hjælpe hende, og hun gør det samme den anden vej.”*

Samtalen bliver dermed også for manden, det mest håndgribelige redskab og han indtager rollen som den støttende partner - særligt i de situationer, som nævnt i forrige afsnit, hvor kvinden i parret har rollen som patienten, der medicineres og undersøges, hvilket placerer manden i en mere diffus position, uden en klart defineret funktion. Informant 5 beskriver herunder, hvordan han håndterer denne rolle:

15: *“Det er jo nok det der med, at jeg prøver at holde humøret oppe og håbet oppe, også for F (partner). Og jeg prøver at være meget positiv. Fordi det kan F (partner) bestemt ikke altid. Hun kan jo godt være meget ked af det. Og bedre til at fortælle når hun er ked af det end jeg lige er, for eksempel. Så derfor er det jo meget med sådan at prøve, at holde det gode humør oppe, og prøve at holde håbet oppe. Og det kan jo godt være lidt tyngende at skulle det, når situationen ikke er sådan.”*

Citatet illustrerer, hvordan rollen som følelsesmæssig støtte kan opleves som både nødvendig, belastende og krævende. Informanten påtager sig ansvaret for at opretholde en positiv stemning og fremkalde håb, ikke blot for egen skyld, men i høj grad for partnerens. Samtidig antydes en ubalance i det følelsesmæssige arbejde, hvor det bliver mandens opgave at kompensere for partnerens sorg og afmagt. Den tyngde, han omtaler, peger på det pres, der er forbundet med at skulle være den

stabile og opløftende part i en situation præget af usikkerhed og følelsesmæssig belastning. Oplevelsen af, at manden i parforholdet påtager sig rollen, som den støttende partner og dermed indtager en ansvarsbærende rolle, går på tværs af informanterne.

I en bisætning i citatet herover, berører Informant 5 et tema, der også nævnes af flere andre informanter, nemlig at deres kvindelige partnere generelt er bedre til at sætte ord på følelser end de selv. Dette skaber en asymmetri i den følelsesmæssige kommunikation i parforholdet, hvor kvinden ofte initierer de svære samtaler og tydeligere udtrykker sårbarhed. Et eksempel på denne dynamik ses hos Informant 3, der i interviewet beskriver det som et personligt udviklingspunkt at blive bedre til at dele sine tanker og følelser med sin partner:

I3: "Jeg syntes, at jeg er god til at dele det med A (partner), når jeg opdager, at der er noget der trykker. Men jeg er ret dårlig til at opdage, når noget trykker."

Udsagnet peger på en dobbelt udfordring, idet det ikke blot handler om at dele følelser, men i det hele taget at registrere, at der *er* noget, der rører sig. Det antyder, at informanten, og måske mænd generelt, kan være mindre trænet i følelsesmæssig selvobservation, hvilket kan gøre emotionelle reaktioner mindre tilgængelige både for dem selv og for partneren. Når følelsesmæssige tilstande ikke identificeres, bliver det vanskeligt at bringe sig selv i spil i relationen og let for partnerens følelsesliv at komme til at dominere det følelsesmæssige samspil. Dette kan skyldes flere forhold: for nogle mænd kan det være en tillært strategi ikke at forholde sig aktivt til egne følelser, mens andres emotionelle respons ganske enkelt er langsommere eller mere diffus. Når følelserne er vanskelige at lokalisere, eller som informant 3 selv udtrykker det "*når noget trykker*", bliver de sværere at italesætte og dele.

Evnen til at opdage, forstå og udtrykke egne følelser er dog afgørende, for at kunne deltage ligeværdigt i sårbare samtaler. Det kræver både selvindsigt og mod at være følelsesmæssigt til stede og nærværende - kvaliteter, som er nødvendige for at kunne bidrage meningsfuldt til relationens følelsesmæssige balance i parforholdet, særligt under et fertilitetsforløb, hvor følelsesmæssigt pres og sårbarhed er fremtrædende.

Kommunikation kan være en kompleks og udfordrende disciplin og den udfordres særligt i parforhold, der lever med konstant fertilitetsrelateret stress. På trods af udfordringerne ved at have svære samtaler i parforholdet, fremhæver samtlige fem mænd, at de pga. omstændighederne har

haft langt flere snakke med deres partner, end før behandlingen blev påbegyndt. Informant 2 fortæller:

I2: *“Ja, altså det (fertilitesbehandlingen) har jo gjort, at vi snakker endnu mere, end hvad vi egentlig gjorde i forvejen. Og det har været, altså for det positive – virkelig!”*

Samtlige informanter udtrykker, at det pres parret ind til nu har udstået sammen, har styrket deres forhold. Her fortæller informant 4, 1 og 5 om deres perspektiver:

I4: *“Så vi er blevet rigtig gode til at snakke om det (op- og nedture i behandlingsforløbet) og være i det sammen og være et hold omkring det. Og at det ikke er hver vores kamp vi kæmper, men vi gør det sammen.”*

I1: *“Jeg tænker, at når man er igennem sådan noget her, så bliver der et stærkere forhold. Så ved vi (parret), at hvis der sker noget andet, jeg tænker, at noget andet kunne være sygdom, måske af en eller anden art på et tidspunkt i vores liv, så er det lidt lettere at sætte sig ned og snakke om det. Og klare det.”*

I5: *“Så jeg syntes jo sådan set, hvis man skulle sige noget positivt om, at vi har været i fertilitetsbehandling, så på mange måder kommer man jo også tættere på hinanden og snakker mere. Og har alvorlige snakke. (...) Det er jo stadigvæk hårdt, fordi der kan være sådan en tung sky, men på mange måder kommer man jo også tættere på hinanden. Så det håber jeg jo bare, at det fortsætter.”*

På tværs af informanternes udsagn tegner der sig et klart mønster af, at belastningen ved at være i fertilitetsbehandling, har fået mændene til at tage flere og dybere samtaler med deres partnere. Det fremgår tydeligt, at mændene oplever samtalerne som noget, der har bragt dem tættere på deres partner. Deres udsagn bærer præg af, at de har fået ny erfaring med følelsesmæssig åbenhed og fælles håndtering af parrets situation, som har efterladt parret med en oplevelse af at stå stærkere. Meget tyder på, at parrets erfaringer med at håndtere modgang stiller dem stærkt i forhold til at kunne klare modgang også i fremtidige livssituationer.

Sammenfattende viser informanternes udsagn, at fertilitetsbehandlingen har bidraget til en markant ændring i parrets følelsesmæssige samspil. Mændene påtager sig en støttende rolle og oplever, at samtalen bliver et centralt redskab til at navigere i det svære. Selvom det følelsesmæssige og

kommunikative arbejde kan være krævende, skaber det samtidig nærhed og samhørighed. Meget tyder på, at erfaringerne fra forløbet i fertilitetsbehandling har styrket parforholdet og givet mændene en ny tilgang til sårbare samtaler, som de vurderer, vil komme dem til gavn også i fremtidige, vanskelige situationer.

Altså usikkerhed hele vejen igennem - håndtering af det ukontrollerbare

En gennemgående psykologisk belastning for alle fem informanter er den usikkerhed og uvished, der følger med, når man har behov for hjælp til at opnå graviditet. Det kommer særligt til udtryk i følgende citat af informant 3;

I3: "Altså det var hårdt at opdage, at vi havde brug for hjælp til at blive gravide. Det er sådan bundlinjen. Altså at vi kan ikke bare kunne gøre det på den organiske måde (opnå spontan graviditet). Altså det føles mindre kærligt. Det føles mindre som om at kærlighed er involveret. Der er tonsvis af usikkerhed omkring 'Hvorfor fanden kan vi ikke det?', 'Jamen, hvad siger fertilitetsbehandlingsstatistikkerne?', 'Kan vi være sikre på, at vi kan få et barn?' Altså, usikkerhed hele vejen igennem."

Her tydeliggøres den følelsesmæssige omvæltning, det er at erkende, at man som par ikke selv kan skabe det ønskede barn. Det kan anskues som en slags eksistentiel skuffelse: Ikke bare over, at det ikke lykkes at opnå spontan graviditet, men over at det ikke foregår på den måde, han troede det skulle. At et barn skal "laves" på en klinik, opleves for informanten som mindre kærligt. Det bliver et brud på den forventning, eller måske endda livsfortælling han har haft om, at kærlighed og sex naturligt fører til familie. Det som tidligere har virket enkelt, bliver nu teknisk, kontrolleret og uden garantier. Som informanten siger: "usikkerhed hele vejen igennem." Informant 5 har en oplevelse af, at kærligheden i parforholdet kommer i baggrunden, når de er i fertilitetsbehandling, hvor jagten på en graviditet overskygger, hvorfor de egentlig er sammen som kærestes. Dette kommer til udtryk i følgende citat;

I5: "Da vi var inde og snakke med hende sexologen (på fertilitetsklinikken), så snakkede vi også om det her med at fertilitetsforløbet også kan komme til at fylde så meget, at jeg kan forestille mig, at man godt kan komme til at glemme, hvorfor det egentlig er,

at man også selv er sammen. Fordi det er sådan, at den fornemmelse kan jeg godt have haft nogle gange, at nu er det her projekt, det er det, vi er sammen om, og ikke sådan fordi vi skal være sammen (som kærester)“.

Citatet skildrer, hvordan kærlighedsrelationen langsomt glider i baggrunden, mens fertilitetsprojektet træder frem som omdrejningspunktet. Det er ikke nødvendigvis et bevidst valg, men snarere en glidende bevægelse, der opstår, når behandlingsforløbet kommer til at dominere hverdagen.

Flere af informanterne sætter ord på, hvordan den usikkerhed og uvished, der følger med et fertilitetsforløb, psykisk påvirker dem i hverdagen. Informant 3 peger på en mulig gevinst ved at gennemleve fertilitetsrelaterede belastninger, da det ruste både ham selv og parforholdet til det ansvar, der følger med forældreskabet:

13“Det har været kæmpe pres og belastning. Mit humør har været stabilt langt længere nede. Det har været helt sindssygt hårdt. Det har været en kæmpe belastning i forhold til at kunne udholde andre hårde ting, som udfordringer på arbejdet (...) Samtidig så har jeg også en fornemmelse af, at jeg føler mig måske lidt mere rustet til at være forældre. Altså nu fordi, det kan ikke blive værre end det her. Altså jo, jeg kan få søvnmangel, men det hele med den her usikkerhed og tvivl og bekymring. Jo, det bliver sikkert også bekymrende at være forældre, at man skal passe på sådan en lille guldklump. Men det føles lidt som om, at vi er varmet op nu til stressorene som forældre.”

Det kan tyde på, at det at vende en belastende og presset periode om til noget positivt, kan fungere som en copingstrategi i forsøget på at håndtere det uhåndterbare, der følger med et fertilitetsforløb. Ved at tolke sin og parrets modstandsdygtighed som en slags træning til forældreskabet, formår informanten at skabe mening i en situation, der ellers kunne opleves som meningsløs og nedbrydende.

Fertilitetsbehandling er ofte en langstrakt proces, og både korte og længere forløb kan være præget af følelsesmæssige rutsjeteure. Usikkerheden om, hvornår – og om – ønsket om barn realiseres, kan for mange opleves som nedslidende og drænende. Den konstante venten, gentagne skuffelser og manglen på kontrol kan tære på både håb og relationer. For nogle informanter opleves tiden som

noget, der slider parret op, mens andre beskriver, hvordan det lange forløb over tid har lært dem at være i uvisheden.

Informant 4 fortæller for eksempel, hvordan parret gradvist har fundet strategier til at håndtere ventetiden:

14: *“Jeg vil sige, jo længere vi er kommet i processen (fertilitetsforløb), jo bedre er vi (parret) også blevet til det. Altså at håndtere den her tålmodighed og finde på, at lave nogle andre ting ind imellem.”*

Her tilskrives tidsperspektivet en vigtig rolle. Informanten beskriver, hvordan parret med tiden er blevet bedre til at håndtere uvisheden i fertilitetsforløbet. Det at fylde tilværelsen med andre meningsfulde aktiviteter bliver en konkret strategi til at skabe håndterbarhed i en situation præget af manglende kontrol. Det kræver et aktivt valg at rette opmærksomheden mod det, der giver mening, midt i en proces, hvor fremtiden opleves som usikker og uforudsigelig. Informant 5 har imidlertid en anden oplevelse af tidens betydning i fertilitetsbehandlingen, hvilket kommer til udtryk i følgende citat:

15: *“Øhm, jeg synes jo, det (fertilitetsbehandlingen) er træls, ikke også. Det var ikke sådan, jeg havde håbet, tingene skulle være (at være afhængig af at få hjælp til at opnå graviditet). Og jeg synes også, jo længere tid der går, jo mere fylder det da også”.*

Her tyder det på, at informanten syntes forløbet bliver hårdere at håndtere, des længere tid der går inden det at få et barn ved hjælp af fertilitetsbehandling lykkedes. Tidsaspektet i et fertilitetsforløb kommer informant 1 også ind på i følgende citat;

11: *“Så vi var meget hurtige til at tage snakken om, hvor lang tid vi ville bruge på det her. Jeg kunne godt mærke på min hustru, at hun ville hellere gå i gang med sæddonation hurtigere, end at bruge 5 år og jage noget. Der er jo mange, der bliver ved med at jage det.”*

Citatet viser, hvordan informanten og hans partner forholdsvis tidligt i forløbet har forventningsafstemt, hvor længe de ønskede at fortsætte fertilitetsbehandlingen uden resultat. Ved at afstemme forventninger og sætte en form for tidsmæssig grænse, markerer de et ønske om at bevare en grad af handlekraft og afklaring midt i en ellers uforudsigelig proces, som let kan komme

til at føles grænseløst og opslidende. Informant 2 sætter tydeligt ord på, hvordan fertilitetsbehandlingsens varighed kan opleves som en massiv belastning:

I2: *“Forfærdeligt, altså. Man vil da ikke, jeg vil ikke ønske det for ens værste fjende, eller det er jo langtrukket. Det er dyrt, øh, både økonomisk, men også overskudsmæssigt, og man bruger meget sit liv på det (fertilitetsbehandling), specielt når man er i den alder, vi er i, så er man nødsaget til at gøre mange andre ting for ligesom stadigvæk at mærke meningen med den hverdag og det liv, man ellers har.”*

Citatet peger på, hvordan den langstrakte karakter af fertilitetsbehandlingen i sig selv bliver en belastning. Det er ikke kun usikkerheden om udfaldet, men varigheden, det at “blive ved”, som tærer på både det mentale og økonomiske overskud. Informanten beskriver en oplevelse af aktivt at forsøge at genskabe mening i en hverdag, der ellers præges af venten og frustration. Det viser, hvordan tid ikke nødvendigvis lindrer, men kan forstærke belastningen, når ønsket om graviditet bliver ved med at være uopfyldt.

Samlet peger informanternes fortællinger på, at både usikkerheden og den uforudsigelige varighed af fertilitetsbehandling udgør en central psykologisk belastning. Tiden opleves som en faktor, der påvirker følelsesliv, relationer og handlemuligheder. For nogle bliver belastningen tungere, jo længere forløbet varer, mens andre forsøger at håndtere presset ved fx at forventningsafstemme tidligt i forløbet eller skabe mening i ventetiden.

Opsummerende bliver det tydeligt, at det at gøre fertilitetsforløbet håndterbart, fx gennem forventningsafstemning eller bevidste prioriteringer i hverdagen, har stor betydning for, hvordan det opleves. På tværs af alle fem informanter fremstår det dog klart, at uvisheden om både varighed og udfald fylder meget og kommer med en høj følelsesmæssig pris.

Nu har vi ikke delt det med nogen de første par år - social støtte

Enkelte informanter beskriver åbenhed som en naturlig og uproblematisk tilgang til fertilitetsbehandlingen. For Informant 1 er det at dele, hvad parret gennemgår, en selvfølgelighed, som udspringer af både personlighed og familiekultur:

I1: *"Men jeg kommer fra en familie, hvor vi snakker om tingene. For eksempel, min hustru snakker mindre om tingene, så det er sådan lidt. Jeg er totalt åben omkring det (fertiliteetsbehandling)."*

Hvor nogle informanter vælger en åben tilgang fra begyndelsen, beskriver andre en mere tilbageholdende strategi, hvor fertiliteetsbehandling holdes hemmelig – også over for nære relationer. Informant 2 fortæller:

I2: *"Nu har vi ikke delt det med nogen de første par år (at parret er i behandling). Heller ikke vores familie. Det er først her efterfølgende. Og så kunne vi jo så åbne op for, hvad dævl den var (kasse med al medicin til behandlingen). Og så kunne man jo godt se, at deres (forældrenes) ligegyldigheder (optaget af mindre hverdagsproblemer), de lige pludselig faldt til jorden. Og det var rart at få fortalt og fortælle, hvem vi virkelig har været de sidste par år. Men så er det også en stor proces i, at man lige pludselig skal bruge så meget tid på at fortælle nogen (familien), som ikke aner noget som helst (om fertiliteetsbehandling)."*

Citatet herover udtrykker både lettelse og frustration. Det beskrives som *"rart at få fortalt og fortælle"*, hvilket peger på en oplevelse af forløsning. Ved at åbne op får parret mulighed for at synliggøre den del af deres liv, der hidtil har været skjult, og dermed opnå anerkendelse for den virkelighed, de har levet i. Samtidig tydeliggør informanten, at åbenheden også indebærer et formidlingsansvar – at skulle forklare og oversætte komplekse og sårbare erfaringer til mennesker uden indsigt. Denne asymmetri i viden og erfaring opleves som krævende og potentielt udmattende i en periode, hvor overskuddet i forvejen er begrænset. Informant 2's citat illustrerer, at beslutningen om at dele ikke entydigt er en lettelse, men ofte rummer lag af ambivalens og behov for afvejning af, hvornår, hvordan og over for hvem, man åbner op.

Informant 3 fortæller om hans positive oplevelse af at dele, at parret er i fertiliteetsbehandling:

I3: *"Hold kæft, jeg havde ondt i maven lige inden (parret skulle fortælle familie om fertiliteetsbehandling). Det var super rart at fortælle det. De har alle reageret på den bedste måde, jeg overhovedet kunne forestille mig. Med kys og kram og opbakning og forståelse for, at det er hårdt, og at de ikke kan løse det."*

Citatet herover demonstrerer at det, der kunne have været et sårbart og potentielt grænseoverskridende møde, viser sig i stedet at være præget af omsorg og forståelse. Særligt nævneværdigt er informantens værdsættelse af, at omgivelserne ikke forsøger at løse problemet, men blot er til stede med støtte. Dette tyder på, at det i nogle tilfælde netop er den empatiske anerkendelse af hjælpeløshedens vilkår, som skaber oplevelsen af at blive mødt – ikke konkrete løsninger, men nærvær.

Informant 4 beskriver ligeledes en overvejelse omkring det at dele, at parret er i fertilitetsbehandling og der adresseres også en bagside af medaljen:

I4: "Og det er jo selvfølgelig en kamel, der skal sluges (at fortælle om fertilitetsbehandling), men jeg tror bare, at jo før du får det gjort, jo nemmere bliver hele processen også. Også fordi, at folk kan støtte en. På den anden side, så er det måske også svært, hvis. Hvordan skal jeg forklare det? Hvis folk så ved det, så er det også sådan mange... Det bedste råd, folk kan give, det er jo 'bare at lade være at tænke på det. Så sker det bare af sig selv, ikke også'. Det har vi hørt, jeg ved ikke hvor mange gange."

Informanten udtrykker en ambivalent erfaring med åbenhed, hvor det at dele, opleves som en lettelse og noget, der kan lette processen, fordi det åbner for andres støtte. Samtidig beskrives en irritation og udmattelse over de mange velmenende, men ubrugelige råd, som følger med. Åbenhed muliggør støtte, men eksponerer samtidig parret for misforståelser og banalisering. Informanten sætter dermed ord på det dilemma, hvor ønsket om at blive mødt, også indebærer frygten for at blive reduceret eller ikke forstået på egne præmisser.

Informant 3 beskriver, hvordan den fælles beslutning om kun at dele med udvalgte, har haft konsekvenser i relation til venner og kollegaer:

I3: "Det har sat nogle barrierer op mellem mig og de fleste af mine venner, fordi mig og A. (partner) er enige om ikke at fortælle det (at være i fertilitetsbehandling) til, ud over dem, vi har aftalt at fortælle det til. Jeg har valgt lidt at skubbe nogle følelser væk overfor venner og kollegaer, som for det meste har været lidt bøvlet. Men det har også været rart at gå ud i verden og være et menneske, der ikke er i fertilitetsbehandling, fordi folk ikke ved det. Det er også lidt en lettelse (...) Det er meget få gange, jeg har

droppet noget socialt. Jeg har måske været en lille smule mindre opsøgende, hvad det angår at have aftaler med venner og gøre ting.”

Informanten beskriver, at han har måttet skubbe følelser væk i mødet med venner og kollegaer, hvilket kan gøre relationerne mindre umiddelbare og følelsesmæssigt tilgængelige. Samtidig peger han på, at hemmeligholdelsen også har en anden funktion, som skaber et midlertidigt frirum fra behandlingsforløbet. At kunne træde ud i verden og *“ikke være i fertilitetsbehandling”* opleves som en lettelse, men har også en pris, i form af lavere social opsøgenhed og potentielt svækkede relationer.

Informanternes udsagn viser, at beslutningen om at dele eller holde fertilitetsbehandlingen privat, rummer både fordele og udfordringer. Flere oplever åbenhed som en lettelse og som adgang til støtte og forståelse, mens andre beskriver, hvordan delingen også kan medføre uønskede råd eller følelsesmæssigt overarbejde. Samtidig peger nogle på, at det at holde forløbet hemmeligt kan skabe afstand til venner og gøre det sværere at være følelsesmæssigt til stede i sociale relationer.

Skal jeg bare gå ned i kiosken? - mandens møde med sundhedsprofessionelle

I samtalerne med informanterne viste der sig et tema, som alle informanter nævnte. Temaet omhandler hvordan de, som mænd, oplevede at blive mødt eller ikke at blive mødt af sundhedspersonalet i forbindelse med deres fertilitetsbehandling. Blandt de positive oplevelser fremhæver Informant 4, hvordan han har følt sig set, hørt og inddraget under konsultationerne:

I4: “Jeg synes egentlig, at vi har fået en generelt rigtig god behandling, hele vejen igennem. Og hurtige svar, og de er også gode til at inddrage mig, når vi snakker om tingene derovre (fertilitetsklinikken). Hvis vi har været til en scanning eller en æggeoplægning eller et eller andet, så spørger de også lige ind. Jeg er positiv overrasket over hvor meget de gør og snakker om tingene. De forstår godt den situation man er i. Det er ikke sådan, at jeg bare er fluen på væggen i lokalet. Jeg bliver inddraget i samtalerne.”

Udtalelsen herover vidner om, at informant 4 har en oplevelse af at være inddraget på lige fod med sin partner. Informanten lægger vægt på, at der på fertilitetsklinikken bliver taget initiativ til samtaler med parret og han, har oplevelsen af, at personalet har stor forståelse for deres situation.

Beskrivelsen står som et eksempel på en inddragende praksis, hvor der aktivt arbejdes for at anerkende både mandens og kvindens perspektiv i behandlingen. En markant anderledes oplevelse beskrives af Informant 3, der oplever en tydelig asymmetri i måden, han og hans partner bliver mødt på af sundhedspersonalet;

13: *"Øhm, jeg synes generelt, at fertilitetsklinikken, de er super dygtige til deres job. Men de virker ikke som om, de har gjort sig en eneste tanke om, hvordan man inddrager mænd i forløbet. Det vi har oplevet er, at de hele tiden har kigget A (partner) i øjnene, talt til A (partner), og så står man der som mand og tænker, 'Skal jeg bare gå ned i kiosken?' I virkeligheden vil jeg ønske, at de (fertilitetsklinikken) bare sagde; 'Hør her, I er begge to i fertilitetsbehandling, vi forventer I begge to dukker op til alle aftaler, fordi det kan godt være hun lægger krop til, men det er jer to der er i behandling.'"*

Ovenstående tegner et billede af, at kommunikationen på fertilitetsklinikken, for informant 3's vedkommende, ikke har været ligeligt fordelt imellem den kvindelige og mandlige partner. Hans oplevelser er at være tilovers og ikke som en relevant og vedkommende part i behandlingen. Han udtrykker et stærkt ønske om at deltage i hele forløbet på lige fod med sin partner. Udsagnet vidner om en oplevelse af marginalisering og usynliggørelse i mødet med sundhedsvæsenet. Selvom informanten anerkender fagligheden hos personalet, oplever han, at hans tilstedeværelse som mandlig partner ikke har været tænkt ind, som en naturlig eller nødvendig del af behandlingen. Den manglende øjenkontakt og fraværet af direkte henvendelser symboliserer en praksis, hvor kvinden ses som den primære, og til tider eneste, patient, mens manden reduceres til en sekundær figur i kulissen. Informanten efterlyser en eksplicit anerkendelse af, at fertilitetsbehandling er et fælles anliggende, og at begge parter er involverede som en selvfølgelighed. Hans metaforiske kommentar *"skal jeg bare gå ned i kiosken?"* kan tolkes som en oplevet afkobling og understreger, hvor lidt han føler, at hans tilstedeværelse har en berettigelse. Det, han ønsker, er ikke særbehandling, men ligeværdighed.

En lignende oplevelse beskrives af Informant 2, som fortæller om en situation, hvor han følte sig tilsidesat og reduceret til en ubetydelig figur i behandlingsforløbet:

12: *"Det har overrasket mig at manden er så ligegyldig (...) Vi havde læst at det offentlige (de offentlige fertilitetsklinikker) er meget mere samlebåndsagtige. Efter*

første forsøg, hvor det ikke lykkedes, var det første sygeplejersken kunne sige: 'Vi kan prøve med donor'. Så føler jeg, at jeg blev meget fornærmet over, at den (forslaget fra sygeplejersken) bliver leveret på den måde."

Citatet rummer både en tydeliggørelse af, at han som mand ikke har følt sig, som en vigtig brik i det store fertilitetspuslespil. Informanten bliver overrasket over, hvor lidt plads og betydning han som mand tillægges i behandlingen, og reaktionen på det mislykkede forsøg -, et hurtigt forslag om brug af donorsæd, opleves som både forhastet og følelsesløst. Citatet rummer en tydelig sårbarhed, i forhold til måden, hvorpå han bliver mødt, som menneske. Informanten havde behov for en samtale, hvor følsomme emner som donorsæd blev introduceret med større varsomhed og respekt, ikke som en teknisk og praktisk løsning.

Måske pga. den tidlige ubehagelige oplevelse med en sygeplejerske på fertilitetsklinikken, har informant 2 og hans partner ikke forventet at blive mødt på andre måder, når de er på klinikken i forbindelse med behandling. Dog ændrede én bestemt sygeplejerske på parrets oplevelser;

12: "Der var én sygeplejerske, som virkelig følte med os. Det gjorde bare, at vi hurtigt følte os hjemme, når vi kom der. Vi kunne ligesom læne os op af hende. Det gjorde også, at vi følte os mere trygge. Også det med, at vi ikke skal genfortælle alt hver gang. Hun kender os. Selvom vedkommende ikke har skulle tage hånd om os, har vi kunne stikke hovedet ind, fordi hun sad i et åbent lokale, med åben dør, og så sige 'Hej'. Det har betydet meget."

Den enkelte sundhedsprofessionelle formår at gøre en forskel, ved at møde parret med nærvær og genkendelighed, hvilket ser ud til at have en afgørende påvirkning på parret. Her træder betydningen af det kontinuerlige, medmenneskelige møde tydeligt frem. Det at blive husket og mødt med åbenhed og omsorg skaber en følelse af ikke blot at være endnu et par i rækken, men nogle, hvis historie og situation har betydning. Følelsen af tryghed skabes ikke blot gennem sundhedsfaglig kvalitet, men i dette tilfælde også i høj grad gennem relationel kvalitet, hvor man bliver set, hørt og mødt som menneske i en sårbar livssituation.

Som nævnt i metodeafsnittet, er informanterne i indeværende speciale, alle rekrutteret fra en fertilitetsklinik, hvor der er afsat midler til, at parrene får tilbudt samtaler med en fagperson, som har en master i sexologi. Alle informanter har takket ja til dette tilbud og flere af informanterne,

refererer i positive vendinger til disse samtaler i interviewene. Informant 5 opsummere hans oplevelse;

15: *“Det der med, om man bliver taget seriøst i snakken (om sex- og samliv), det synes jeg var meget vigtigt. At man føler sig set og hørt. Så det synes jeg var rigtig godt! At de ting, som fylder meget for mig, og det er jo vores samliv, det snakkede vi meget om. Det synes jeg var rart. Også at vi snakkede sammen om det, med en anden.”*

Tiltaget om at tilbyde samtaler der har fokus på parrets sex- og samliv, syntes at være et værdifuldt terapeutisk rum, hvor manden både ser en mening med at have disse samtaler, profiterer af dem og overordnet står tilbage med positive oplevelser af at få hjælp i en sårbar og presset periode af deres liv.

Set i lyset af at familiedannelsen potentielt starter på en fertilitetsklinik, tyder fund fra empirien på at en ligeværdig inddragelse af begge parter, er ikke blot basal, men også afgørende for parrets fremtidige relation. Faktorer som det professionelle, medmenneskelige møde bliver af informanterne selv fremhævet som værdifulde og vigtige for deres oplevelse af tryghed i en ellers turbulent, stressende og uforudsigelig periode af deres liv.

5.2. Nu gør vi det altså lige - om pligtsex, timet samleje og ændret lyst

I bestræbelserne på at opnå graviditet, nævner samtlige mænd, at de har været påvirkede af at skulle udnytte det fertile vindue. Flere par har holdt øje med kvindens ægløsning og planlagt samleje herefter. Parrene er også af personalet på fertilitetsklinikken blevet opfordret til at planlægge sex efter mest optimale tidspunkter for befrugtningsschancer. Informant 3 beskriver det at time samleje således:

13: *“Og så startede det på, at vi skulle knalde som kaniner, tre dage om måneden, i forbindelse med ægløsning. Det synes jeg, de første fire måneder, var det lidt fedt. Jeg tror også, A. (partner) synes, det var lidt fedt, fordi nu havde vi sådan et formål. Vi kunne godt nyde det, og vi kunne godt lave sjov med, at vi begge to var trætte, men ‘nu gør vi det altså lige’. Og så blev det mere og mere hårdt, og mere og mere pligtbetonet. Mere og mere håbløst. ‘Jo, vi gør det, men vi tror jo ikke på det.’”*

Citatet herover vidner om den ændring parret oplever over tid, hvor timet samleje blev en aktivitet som parret prioriterede for at opnå graviditet. Med formålet for øje beskrives starten af perioden som *“lidt fedt”* og meningsfyldt, men eftersom, at parrets ønske om graviditet ikke blev opfyldt, ændres oplevelsen. Informanten beskriver en voksende håbløshed og manglende tro på, at samlejet faktisk kan føre til det ønskede resultat. Parrets samliv transformeres fra noget lystfyldt til noget formålsorienteret og funktionelt, præget af nederlag. En anden informant beskriver ændringen gennem behandlingen ift. spontan og timet sex således;

14: *“Men det (sexlivet) har hele tiden været meget normalt, vil jeg sige. Hvor vi har sex nogle gange hver dag, nogle gange et par gange i ugen. Det er meget svingende, vil jeg sige. Og efter jeg så, eller, da vi så startede med det her med børn, der var det jo i starten, da det var naturligt, der var det jo også meget spændende. Men så blev det jo stille og roligt mere skemalagt, og nu skal det være NU på det her tidspunkt og klokkeslæt.”*

Det kunne tyde på, at for begge informanter, er der et klart reproduktivt formål med at have sex imens fertilitetsbehandling pågår. Både informant 4 og 3 peger på, at seksualiteten i behandlingsforløbet i høj grad bliver koblet til det reproduktive formål. Når sex i stigende grad bliver et middel til at opnå graviditet, kan det gå ud over bl.a. spontaniteten og intimiteten. Flere af mændene beskriver tydeligt, hvordan denne udvikling adskiller sig markant fra det sexliv, de havde før fertilitetsbehandlingen. Den målorienterede og skemalagte sex kan ligeledes påvirke den seksuelle lyst, som beskrevet af informant 2;

12: *“Det er skide hårdt, fordi så kigger man lige pludselig på hinanden, ‘nå, for fanden - jamen det her, det er ikke fordi, vi har lyst (til samleje), som altså ren seksuel nydelse, det er ren og skær pligt’.”*

Igen bliver det i citatet tydeligt, hvilken effekt det ændrede formål med samlejet kan have af betydning for lysten. Informant 2 nævner ordet pligt og, pligten fremfor lysten til sex uddybes yderligere hos informant 4 i følgende citat, hvor han kommer ind på hvad der anbefales fra fertilitetsklinikken side;

14: *“Og der sagde de (personalet på fertilitetsklinikken) også, at det er vigtigt at gøre det (samleje) indimellem. Så det var både lidt på kommando eller opfordring fra dem,*

at vi også skulle have sex. Det ville også hjælpe lidt, og de kunne sige sådan cirka, hvornår man havde ægløsning osv. Og også, at det var godt, at man havde sex op til en insemination.”

Hos begge informanter bliver det altså tydeligt, hvordan fertilitetsforløbet har påvirket den seksuelle akt sammen med deres partner, fra noget man har lyst til, til noget man har pligt til, fordi samlejet nu har det formål at opnå en graviditet. Denne udvikling i sexlivet kan forstås som en form for instrumentalisering af netop sexlivet. Det bliver ligeledes tydeligt at sexlivet går fra at være privat, til i stedet at blive trukket ind i et behandlingssystem, hvor kroppen og dens funktioner monitoreres, undersøges og styres. Mændenes udsagn afspejler, hvordan denne ændring ikke blot handler om det at time samleje, men også om indirekte forventningspres og psykisk belastning.

At have samleje med sin partner ud fra lyst er én ting, men at skulle have solosex med det formål at forbedre sin sædkvalitet, er noget ganske andet. I nedenstående citat kommer informanten ind på fertilitetsklinikkens anbefalinger om hyppige udløsninger;

12: “Jeg fik jo at vide, at jeg skulle sørge for, at have udløsning, i hvert fald, hver tredje dag. Ja, altså jeg tæller dage. Hvis vi ikke gør det (samleje) sammen, så gør jeg det selv. Det gør jeg ikke ud af nydelse, som man gjorde, da man var yngre. Nu er det bare ren pligt.”

Informant 2 beskriver med dette citat, at han i hele deres fertilitetsforløb har været meget opmærksom på jævnligt at have en udløsning, for at forbedre sædkvaliteten. Den rutineprægede handling, syntes at blive holdt ved lige nærmest som hans lektie. Som noget han faktisk har kontrol over og en af de få punkter, hvor hans handlinger kan påvirke parrets muligheder for at opnå graviditet.

For informant 4 fremstår solosex som en måde at udleve sin seksualitet på, uden at det involverer partneren. Han tager sig af sine egne behov, som han ikke retter imod sin partner, når han kan mærke, at hun ikke har lyst og derfor vil afvise hans ønske om seksuelt samvær. Med andre ord handler årsagen til solosex, i højere grad om at undgå at blive afvist af sin partner;

14: *“Ja, der gør jeg det jo nok lidt oftere selv. Hvis jeg kunne mærke, at det ikke har været det rigtige tidspunkt nu. Så i stedet for at skulle have en afvisning fra hende, så har det været nemmere at klare det selv.”*

I stedet for at risikere en oplevelse af afvisning, vælger informanten en lettere løsning ved at klare det selv. Denne praksis kan tolkes som et udtryk for, at hans seksuelle behov fortsat er til stede. Solosex bliver et kompromis, hvor han undgår at udsætte sin partner for, det, hun kunne tolke som et pres, og han undgår at blive afvist. Solosex vælges, med andre ord, af informant 4 for at undgå afvisning. Informant 5 fortæller herunder hvordan hans partners ændrede selvbillede har betydning for hendes faldende seksuelle lyst, som dermed også påvirker ham;

15: *“Altså, at hendes lyst og hendes sådan. Hvordan hun har det med sig selv, jo har været noget anderledes. Altså, hun har været meget mere presset. Og der er jo sådan lidt. Det påvirker jo også mig, fordi jeg har stadig lyst til hende, og hun har ikke lyst. Det bliver jo lidt svært, ikke også? Og det har skabt nogle spændinger også.”*

Det ændrede selvbillede samt den ændrede kropsopfattelse hos partneren får her stor betydning for informanten, da disse ændringer giver en lystasymmetri i forholdet. Flere af informanterne beskriver, at deres partners sexlyst er faldende i forbindelse med fertilitetsbehandlingen, men at deres egen lyst er uændret. Denne ulighed i seksuel lyst bliver en kilde til følelsesmæssig distance og konflikter, der ikke nødvendigvis viser sig udtalt i skænderier, men som en stille spænding i hverdagen og i deres fælles projekt om at få et barn. En yderligere udfoldelse af lystasymmetrien i parforholdet beskrives af informant 4, som reflekterer over både egne behov og partnerens manglende lyst, set i lyset af fertilitetsbehandlingen:

14: *“Men så kom vi jo rigtig i gang på fertilitetsklinikken og så har vi egentlig prøvet også (opnå graviditet) (...) Det har jo egentlig tit handlet om at prøve, hvor det måske ikke har været så meget af lyst, eller hvad skal man sige. Selvfølgelig har der været lyst, men mit behov har måske været højere end M's (partner). Men jeg kan jo samtidig også godt forstå hende. Det her med, så har man lige været igennem en ægudtagning eller en ægoplægning eller et eller andet, og det er jo hårdt ved kroppen. Men det er jo hele tiden, med det her i baghovedet, at det kunne altså være dejligt, hvis man kunne få et barn ud af det (samleje). Ja, den er der jo konstant (tanken om at opnå graviditet). Og*

det er det her med, at man kan ikke bare lade være med at tænke på det, når man er i sådan en proces (fertiliseringsbehandling)."

I ovenstående citat, beskriver Informant 4, hvordan den medicinske behandling har påvirket hans partners lyst til sex. Han sætter sig i partnerens sted, og gør sig tanker om, hvordan behandlingen påvirker hende, både fysiologisk og mentalt. Komplexiteten i at samleje kan medføre graviditet, men at partnerens nedsatte lyst til sex forringer sandsynligheden for samleje, som påvirker sandsynligheden for at opnå graviditet, er tydeligt i spil for informant 4. Dette skaber en ambivalens, hvor seksualiteten både er ladet med håb og præget af hensyn og afsavn. At der kan gå længere mellem samleje, kan både have den reproduktive konsekvens, at der er mindre sandsynlighed for at opnå graviditet, men det kan også have en mere psykosocial konsekvens, at partneren begynder at trække sig fra relationen. Det kommer informant 5 ind på i nedenstående citat;

15: "Når vi ikke er sammen (seksuelt), så føler jeg ikke, at vi er kærestes længere. Jeg får også på et tidspunkt mindre lyst til at være sammen med dig (partner). Jeg får mindre lyst til at snakke med dig (partner). Du (interviewer) ved sådan alle de her ting, ikke også? Fordi vi (parret) er jo bare under samme tag, og det hele er så trist og så kedeligt, og det hele er så hårdt."

En anden informant beskriver dog også, at manglende lyst kan forekomme for begge parter i parforholdet, og i følgende citat kommer han ind på hvordan begge parter, i løbet af dagen, kan finde undskyldninger for ikke at være seksuelt aktive til sengetid;

12: "Altså der er jo noget ved at gøre det fysisk, samleje, som man ikke får ud af at gøre det selv med hånden. Ud over det psykiske, i det i forvejen. Så bliver det bare sådan, at man kigger ind på sengen, ik. Hvem spørger først? Og hvem har den første undskyldning, om at man er træt eller et eller andet. Og man prøver næsten at lave et eller andet i løbet af dagen, som kan gøre det så tydeligt over for ens partner, at man ikke har overskud til at fuldføre eller overhovedet igangsætte det her (samleje), når man rammer sengen senere."

Opsummerende kan vi sige, at flere af informanterne giver udtryk for, at den manglende lyst påvirkes af, at formålet med den seksuelle akt har ændret sig, efter parret har startet jagten på at opnå graviditet. Det er ligeledes tydeligt hos flere af mændene, hvordan kvindens ændrede lyst til sex får

betydning ift. hvor ofte parret er sammen seksuelt. Det, at sex skal foregå på kommando pga. ønsket om et barn og ikke af lyst, har tydeligt betydning for flere af mændene ift. følelsen af samhørigheden i parforholdet.

Hos informant 2 adskiller sexlivet sig markant fra de øvrige informanter. Efter fem år i fertilitetsbehandling har han og partneren aktivt valgt at frakoble ønsket om graviditet fra deres seksuelle samliv:

I2: *“Så begyndte vi at reflektere over, hvad livet betyder for os - hvordan skal livet se ud? Så valgte vi at sige, ‘Hvorfor vente med det?’ (at have det sex- og samliv de gerne vil have) til den dag (de har afklaring på om de kan blive forældre). Fordi vi fortsætter med det her helvede (fertilitetsbehandlingen) i nok nogle år endnu. Fordi det skylder vi os selv. Så vi har valgt simpelthen bare at leve, som vi gerne vil. Vi nyder hinanden. Vi har regelmæssigt samleje og også almindelig pilleri, når man ikke lige har overskud til andet. Vi har det lige nu, ligesom om vi ikke var i forløb.”*

Citatet viser en bevidst beslutning om at tage deres seksualitet tilbage, at nægte at lade det reproduktive projekt påvirke deres sex- og samliv. De har lært, i det lange behandlingsforløb parret har været igennem, at det reproduktive formål foregår inde på fertilitetsklinikken. Når parret placerer ansvaret for at lave et barn ved fertilitetsklinikken, kan de afkoble forventningspres og præstationsangst fra deres sexliv, hvilket betyder at fokus igen kan være på nydelse og spontan sex derhjemme. Tidsaspektet spiller også en afgørende rolle. Som informanten siger, ved de ikke, hvor længe de endnu skal være i behandling. Netop denne uvished gør det nødvendigt for dem at leve i nuet og skabe et samliv, der er bæredygtigt over tid. Denne beslutning ser ud til at fungere som en beskyttende faktor, som en måde at bevare normalitet på og undgå, at sex er forbundet med funktion og frustration.

Den samlede analyse af empirien viser, hvordan mænds seksualitet påvirkes af fertilitetsbehandling i komplekse samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer. Gennem temaerne træder både opfattelse af mandighed og selvforståelse, at være den støttende partner, samtalen som et redskab og mødet med sundhedsvæsenet frem som centrale elementer. Analysen peger på, at mænds oplevelser ofte er præget af at have en passiv rolle i behandlingen. Disse fund danner

grundlag for den efterfølgende diskussion, hvor resultaterne sættes i relation til eksisterende forskning og relevant teori.

6.0 Diskussion

Dette kvalitative studie har undersøgt, hvordan fertilitetsbehandling påvirker mænds seksualitet. Der identificeredes to overordnede temaer, som afspejler henholdsvis indirekte faktorer, som relaterer til den samlede belastning ved at være i fertilitetsbehandling og direkte faktorer, som vedrører mændenes oplevelse af ændringer i seksualiteten.

I det følgende diskuteres specialets fund i relation til udvalgt teori og relevante studier. Diskussionen er struktureret således, at de indirekte påvirkninger behandles først, opdelt i biologiske, psykologiske og sociale dimensioner. Dernæst følger en diskussion af de fund, der vedrører den direkte påvirkning af mændenes seksualitet.

Indirekte faktorer for mandens seksualitet

Biologiske konsekvenser

Få kropslige påvirkninger

Iblandt informanterne, blev der ikke fundet nogle udtalte biologiske påvirkninger af at være i fertilitetsbehandling. Nævnte udfordringer med vandladning og erektion og følelsen af at have feber og lav energiniveau kobler informanterne selv til en kropslig reaktion på psykologisk stressende omstændigheder. Peronace et al. (2007) undersøgte fysiske stresssymptomer hos mænd i fertilitetsbehandling, og fandt at mænd der efter 12 måneders behandling, uden opnået graviditet, rapporterede om væsentlig flere symptomer på fysisk stress, end før behandlingens opstart. Dette var uden signifikante forskelle mellem diagnosegrupperne; mandlig, kvindelig eller begge parter som årsag til infertiliteten. Sammenholdt med nærværende undersøgelses fund tyder det på, at fysiske symptomer blandt mænd i fertilitetsbehandling i højere grad kan være relateret til psykologisk stress end til direkte biologiske bivirkninger af behandlingen.

Psykologiske konsekvenser

Infertilitet, sædkvalitet og maskulinitet

Infertilitet og særligt lav sædkvalitet kan opleves som en trussel mod maskulin identitet. Dette bekræftes af informanterne i denne undersøgelse, hvor flere mænd beskriver, hvordan deres mandighed føles truet af netop lav sædkvalitet. For at forstå disse oplevelser kan Raewyn Connells begreber om *hegemonisk maskulinitet* og *complicit masculinity* anvendes som teoretisk ramme.

Ifølge Raewyn Connell (1995) er hegemonisk maskulinitet karakteriseret ved dominans, styrke og evnen til at kontrollere, både sig selv, sine omgivelser og sin krop. Flere af de interviewede mænd i specialet, beskriver deres lave sædkvalitet som direkte truende for deres mandighed. Empirien peger på, hvordan infertilitet kan svække den dominerende maskuline identitet og placere manden i en position, hvor han ikke længere kan leve op til den rolle som "den virksomme og potente mand". Det, at manden har brug for reproduktiv hjælp kan udfordre både hans selvbillede og sociale status som mand. Connells begreb om *complicit masculinity* kan bruges til at forstå, hvordan mænd i fertilitetsbehandling forsøger at opretholde de maskuline træk, fx ved at handle på noget konkret, støtte partneren eller minimere egne behov (Connell, 2005).

Flere af studiets informanter kommer ind på, hvad infertiliteten gør ved deres egne forestillinger om hvad mandighed er. Empirien peger på mændenes internaliseret forestilling om, at manden skal være den stærke, den der beskytter og "tager imod slagene for sin partner". Disse kulturelle og sociale normer om maskulinitet, belyses også i et engelsk kvalitativt studie fra 2016, som viste, hvordan sociale normer som *maskulinitet* og *stigmatiserende forestillinger* blev opfattet som betydningsfulde for deltagernes oplevelser og forståelser af dem selv som mænd. Et flertal af deltagerne gav udtryk for, at infertilitet fik dem til, i lavere grad, at føle sig som mand. (Arya & Dibb, 2016)

Fundene i dette speciale viser, at det særligt er mænd der har lav sædkvalitet, som udtrykker en grundlæggende ændring i følelsen af maskulinitet og selvforståelse. Empirien viste at overvejelser og tanker om mandighed er tæt forbundet med sædkvaliteten. Dette støttes op af Dooley et al. (2014) som viste, at særligt for de mænd som havde lav sædkvalitet, igangsatte det at være i behandling, eksistentielle tanker om mændenes selvforståelse og holdninger til idealiseret maskulinitet. Sylvest et al. (2017) viste at mændene fandt situationen hvor de fik konstateret, at

deres sædkvalitet var lav, som værende ekstremt svært. Yderligere viste Sylvest et al., at mændene følte sig mindre maskuline, fordi de ikke kunne leve op til to almindelige forventninger til mænd; De kunne ikke gøre deres partner gravid, og de kunne ikke blive fædre. Disse dobbelte fiaskoer fik dem til at føle sig værdiløse som mænd og truede deres fornemmelse af maskulinitet.

Et andet dansk studie fra 2012 viste at 28,8 % (60 ud af 208) af deltagerne mente, at deres nedsatte sædkvalitet påvirkede deres opfattelse af maskulinitet og havde en negativ indflydelse på deres trivsel. Dog følte flertallet af deltagerne ikke, at selve infertilitetsdiagnosen havde påvirket deres maskulinitet eller generelle velbefindende (Mikkelsen et al., 2012). Dolan et al. (2017) pegede på at infertilitet og fertilitetsbehandlingen kan betyde at mændene må redefinere og omtænke maskulinitet og mandlighed. På den måde kan situationen, bane vej for nye og muligvis mindre begrænsede måder, at forholde sig til deres roller som mænd på, hvilket også kunne udfordre hegemoniske normer.

Fertilitetsbehandling som en stressende livssituation – mænds håndtering og oplevelse af sammenhæng

Af empirien fremgår det, at fertilitetsbehandling for flere af mændene kan opleves som en langvarig, eksistentiel og psykisk krævende livssituation. Studiets fund belyser, hvordan mænd i fertilitetsbehandling håndterer diagnosen gennem hurtig accept og orientering mod handling. Nogle skaber følelsesmæssig afstand ved at fralægge sig ansvar for infertiliteten, mens andre, som særligt én informant, aktivt ændrer livsstil i forbindelse med misbrugsbehandling. Dette tydeliggør, at muligheden for at *gøre noget*, er centralt for mange mænds mestring af den sårbare situation. Den handlingsorienterede tilgang står i kontrast til den oplevelse af magtesløshed, der ellers kan præge mænd i fertilitetsforløb. At kunne handle bliver således en måde at genvinde kontrol på.

For at forstå, hvordan mændene i studiet forsøger at mestre fertilitetsbehandlingens belastninger, kan Aaron Antonovskys begreb *Sense of Coherence* (SOC) anvendes som teoretisk ramme. Begrebet bidrager med en forståelse af, hvordan individer bevarer mental sundhed i langvarige og stressende livssituationer, hvilket er særligt relevant i konteksten af fertilitetsbehandling. I stedet for udelukkende at studere patogenese, dvs. hvordan sygdom opstår, interesserede Antonovsky sig for salutogenese, som er de processer og ressourcer, der bidrager til at bevare eller opnå sundhed. Med

dette perspektiv flyttede han fokus fra svækkelse og sygelighed til modstandskraft, mestring og meningsskabelse i menneskers liv (Antonovsky, 2000). SOC beskriver et menneskes evne til at håndtere stress og bevare mental sundhed, og består af tre centrale komponenter: Begribelighed (*comprehensibility*): Oplevelsen af, at verden er forståelig, forudsigelig og struktureret. Håndterbarhed (*manageability*): Troen på, at man har de nødvendige ressourcer (interne eller eksterne) til at klare livets udfordringer. Meningsfuldhed (*meaningfulness*): Oplevelsen af, at de udfordringer man står overfor, er værd at engagere sig i, at der er en grund til at kæmpe. Antonovsky argumenterede for, at jo stærkere SOC, desto bedre kan individet håndtere belastninger i livet (Antonovsky, 2000). En langvarig og stressende livssituation som fertilitetsbehandling, kunne netop betragtes som en sådan livsbelastning. Empirien peger på, at informanterne på forskellig vis forholder sig til det at skulle håndtere det uhåndterbare, som ofte kendetegner et fertilitetsforløb. Antonovskys forståelse af *Sense of Coherence* (SOC) bidrager med en ramme for at forstå, hvordan mænd forsøger at mestre de stressende aspekter af forløbet og hvordan deres måde at opfatte og begribe situationen, påvirker deres sundhed.

Begribelighed handler om, hvorvidt individet oplever verden som sammenhængende og forudsigelig. Flere af informanterne i dette speciale nævner, at de forsøger at skabe struktur og formål i en uforudsigelig situation, hvilket relaterer sig direkte til begrebet begribelighed. Mændene søger at forstå og skabe mening i en ellers uklar og turbulent proces, hvilket hjælper dem med at føle, at de kan overskue situationen. Et eksempel på dette er, at aftale med partneren, hvor længe de vil bruge på at være i fertilitetsbehandling. Dermed bliver processen mere forudsigelig og begribelig. De forsøger at få en idé om, hvornår behandlingen kan afsluttes, og hvad de kan forvente i de forskellige faser. Dette stemmer overens med Antonovskys idé om, at en høj grad af begribelighed hjælper individet til at bevare overblikket, hvilket i sidste ende kan reducere stress. Disse fund bekræfter Antonovskys antagelse om, at en høj grad af begribelighed kan styrke individets oplevelse af kontrol i en stressende situation.

Håndterbarhed refererer til, hvordan individer oplever deres evne til at håndtere de krav, der stilles til dem. I studiets fund beskriver mændene, hvordan de i høj grad forsøger at skabe kontrol over situationen gennem handlinger og beslutninger, hvilket er en central del af SOC's komponent om håndterbarhed. Det at fylde tilværelsen med andre meningsfulde aktiviteter bliver en konkret strategi for at skabe håndterbarhed i en situation præget af manglende kontrol. Mændene viser

hurtigt en vilje til at handle i stedet for at forblive passive. Dette kan ses som et forsøg på at bevare en følelse af kontrol i en situation, der er præget af usikkerhed og magtesløshed. Derudover ses det hos flere mænd i empirien, at det at kunne gøre noget konkret, såsom at ændre livsstil eller påtage sig ansvar, er en måde at håndtere den sårbare situation på. Dette er et klart eksempel på en strategi, der hjælper mændene med at føle, at de kan håndtere den belastning, der følger med fertilitetsbehandling.

Denne aktive mestringsstrategi genfindes også i international forskning. Et nyere review af Hya et al. (2024), der samlede 22 kvalitative studier, viste at mænd i fertilitetsbehandling ofte oplevede en følelsesmæssig rutsjebanetur præget af skiftevis håb og fortvivlelse. Som modtræk søgte flere mænd bevidst mod aktiviteter, der gav dem glæde eller fungerede som afledning fra belastende tanker. Disse strategier bidrog til at genoprette en følelse af kontrol og håndterbarhed i en ellers ukontrollerbar proces. Hya et al.'s fund understøtter således disse speciales observationer og udvider forståelsen af, hvordan mænd aktivt forsøger at mestre fertilitetsforløbet – ikke ved at ændre situationen, men ved at styrke deres egen evne til at stå i den.

Meningsfuldhed refererer til, hvorvidt individet oplever situationen som værd at investere i, og om det føles meningsfuldt at engagere sig i situationen. For flere af mændene er fertilitetsbehandlingen en belastende periode, men ved at tolke deres udfordringer som en form for forberedelse til forældreskabet, kan de skabe mening i noget, der ellers ville føles meningsløst. Derudover ser mændene det som en opgave, at skabe og opretholde håb for både sig selv og deres partner. Dette kan ses som et forsøg på at finde mening i processen og en måde at engagere sig i behandlingen, selv når resultatet er usikkert. Meningsfuldhed kan i denne ramme forstås som en vigtig beskyttende faktor mod stress i svære livssituationer. Hermed bekræfter fundene SOC's antagelse om meningsfuldhedens centrale rolle i stresshåndtering.

Sociale konsekvenser

Bære byrden sammen

I empirien fremhæver informanterne, at den ufrivillige barnløshed og den efterfølgende fertilitetsbehandling førte parret ind i situationer, hvor de blev nødt til at tale om dybere og eksistentielle emner. Flere informanter beskriver, hvordan de svære samtaler undervejs i forløbet

styrkede deres evne til at kommunikere og håndtere kriser i fællesskab, hvilket bidrog til en oplevelse af stærkere sammenhold. Disse fund bekræfter tidligere forskning, som allerede i 1990'erne pegede på, at fertilitetsbehandling, på trods af sin belastende karakter, også kunne have en samlende effekt på parforholdet (Schmidt, 1996; Tjørnhøj-Thomsen, 1999). Disse fund går igen, på tværs af årtier, senest dokumenteret i et kvalitativt studie af Lindgren et al. (2024). Resultaterne fra et longitudinelt studie viste, at par, der efter et års mislykkede behandlingsforsøg, oplevede at forløbet havde styrket deres parforhold (Repokari et al., 2007). Et dansk studie fulgte 1406 par over en femårig periode med mislykkede behandlinger, og fandt af en tredjedel af patienterne rapporterede en positiv effekt på parforholdet, som en direkte konsekvens af infertilitetsoplevelsen (Peterson et al., 2011).

Studier viser, at fertilitetsbehandling ikke nødvendigvis svækker parforholdet. Tværtimod kan den fælles krise styrke samhørigheden. Specialets fund peger i samme retning og fremhæver kommunikation og følelsesmæssigt engagement som centrale styrker.

At dele at man er i fertilitetsbehandling

Valget og overvejelserne om hvorvidt, hvornår og til hvem, parret vil dele at de er i fertilitetsbehandling varierede blandt informanterne. Informanterne beskrev både fordele og udfordringer ved at dele. Af fordele blev der nævnt, at åbenheden kunne medføre støtte, opbakning og forståelse fra venner og familie. Et studie fra 2016 peger på, at det at bevare eller styrke nære relationer har stor betydning for mænds psykologiske trivsel under fertilitetsbehandling (MAR), og fungerer som en vigtig beskyttende faktor. Ud over at søge social støtte og udtrykke sine følelser, viste samme studiet at, det at tale åbent om infertilitetsproblemet og opleve at blive støttet af andre, reducerede den stress, som MAR-behandlinger medførte (Martins et al., 2016). Dette understøttes bl.a. også af Schmidt et al. (2005) og af de Vries et al. (2024).

Informanterne i dette speciale nævnte, som en negativ konsekvens ved at dele at de er i fertilitetsbehandling, hvordan åbenheden kan medføre uønskede råd, og at hemmeligholdelsen kunne medføre en distance fra sit netværk og gjorde det sværere at være tilstede i sociale relationer. I et systematisk review fra 2024, fandt man at ART-behandling forværrede mændenes sociale relationer, netop fordi mændene ofte har isoleret sig fra venner og familie. Dette førte til følelser af ensomhed og manglende kontrol over deres liv. Mange mænd følte sig stigmatiserede og blev ofte fornærmet over ufølsomme bemærkninger fra familie og venner. Manglen på støtte og frygten for

stigmatisering forhindrede mænd i at være åbne om at de var i ART-behandling. Desuden viste et par mænd også taknemmelighed for den støtte de fik, både støtten fra ægtefæller, familie, venner og sundhedspersonale (Hya et al., 2024).

Specialets fund bekræfter, at deling af fertilitetsudfordringer er ambivalent, idet at åbenhed kan fremme støtte og trivsel, hvor tavshed både kan beskytte og afskære mænd fra værdifulde sociale ressourcer.

Den støttende partner

Som det fremgår af empirien, fylder rollen som den støttende partner betydeligt for mænd i fertilitetsbehandling. Dette kan hænge sammen med, at mandens rolle i behandlingsforløbet ofte er relativt passiv. At kunne yde konkret støtte til partneren kan opleves som meningsfuldt og handlekraftigt. Empirien pegede på, at denne støttefunktion imidlertid også indebærer en risiko for, at mænds egne følelsesmæssige reaktioner og behov træder i baggrunden og i nogle tilfælde slet ikke registreres eller anerkendes. Lignende pointer fandt Hay et al. (2024), hvor det blev vist, at mændene også i dette studie påtog sig en støttende rolle. Manden overlod beslutninger til partneren, han nedtonede egne følelser og han valgte at sætte en facade op, men prioriterede partnerens behov og følelser. I et andet studie fra 2017, rapporterede mænd i fertilitetsbehandling, at de gjorde en stor indsats for at ændre deres adfærd for at tilgodese partneres behov. Fx forsøgte mændene at integrere en øget følsomhed og vilje til at støtte og tage sig af deres partner under behandlingsforløbet (Dolan et al., 2017).

Specialets fund understøtter dermed, at mandens støtte kan være en væsentlig ressource i fertilitetsforløbet for parret, men også en potentiel belastning for manden, når egne reaktioner tilsidesættes i forsøget på at være stærk for den anden.

Et gennemgående tema i empirien er den følelsesmæssige og kommunikative dimension af at være mand i fertilitetsbehandling, især i relation til partneren. Her kan Anthony Giddens' (1992) teori om det refleksive selv og det moderne parforholds fokus på følelsesmæssig intimitet være nyttig. I det senmoderne samfund forventes individer at udvikle sig gennem refleksion og dialog, og det gælder i særlig grad i parforholdet. Flere mænd i empirien giver udtryk for, at det kan være en udfordring

for dem at tale om deres følelser, men samtidig føler de et ansvar for at være en “god partner” og være følelsesmæssigt til stede. Dette kan være et udtryk for spændingen mellem traditionelle maskulinitetsidealer og de følelsesmæssige krav i det moderne parforhold. I Giddens’ terminologi befinder mændene sig i en slags refleksiv forhandling af deres kønsidentitet: De skal lære at tale om følelser, selvom de ikke nødvendigvis er socialiseret til det, og dette skaber ambivalens og sårbarhed.

Mænds møde i sundhedsvæsenet

Fund i dette speciale viser, at det havde stor betydning for mændene at blive inkluderet i fertilitetsbehandlingen på lige fod med deres partner. En pointe de fremhævede uagtet deres egen erfaring med at blive mødt eller ikke at blive mødt som mand, som et led i behandlingsproceduren.

Hovedpointerne i et belgisk review af Dancet et al. (2010) viste, at både mænd og kvinder oplever, at kontakten mellem dem og den sundhedsprofessionelle på fertilitetsklinikken ofte har manglet en omsorgsdimension, hvor patienterne har manglet respekt, støtte, tryghed og information. Særligt viste fundene i dette speciale, at parrene efterspurgte at blive behandlet som mennesker og ikke som et nummer i køen. Et dansk studie pegede på en oplevet ulighed i fertilitetsbehandlingen, idet mænd oplevede, at sundhedsprofessionelle primært kommunikerede med deres partner. Dette bekræftes af, at 46 % af deltagerne fandt ligeværdig involvering vigtig, mens 63 % oplevede, at kommunikationen rettede sig mod kvinden. Samtidig efterspurgte 62 % en dybere dialog med sygeplejersker om mandlig infertilitet, og 72 % manglede information om de psykologiske konsekvenser. Overordnet ønskede mændene en mere åben og balanceret dialog om deres rolle i behandlingsforløbet (Mikkelsen et al., 2012). Endnu et dansk kvalitativt studie fra 2016, fandt ligeledes at mændene oplevede at blive tilsidesat, imens der i behandlingen blev rettet fokus på kvinden. Mændene værdsatte personalets venlighed og professionalisme, men ønskede samtidig, at personalet også tog initiativ til at tale om følelsesmæssige emner (Sylvest et al., 2016).

Et nyere systematisk review af Hya et al. (2024) viser, at mænd ofte oplever utilfredshed med manglende information og beslutningsinddragelse under fertilitetsbehandling. Mange udtrykte en følelse af hjælpeløshed og et øget behov for psykologisk støtte. Disse fund understøtter specialets resultater og peger på en gennemgående oplevelse af lav grad af inddragelse.

Samlet set kan der med fordel rettes en opmærksomhed mod det ansvar de sundhedsprofessionelle, der arbejder på fertilitetsklinikkerne, har. De har en oplagt mulighed for at inddrage mændene i højere grad og dermed bidrage til et ligeværdigt møde med mændene, som potentielt kan have positive konsekvenser på mange parametre for mændene. Dette understøttes også af fund fra et dansk studie, som peger på at sundhedspersonale, især fertilitetsspecialister og sygeplejersker, bør være opmærksomme på de psykologiske konsekvenser af mandlig infertilitet. Mænd kan være tilbageholdende med at udtrykke deres følelser eller bekymringer om deres infertilitet, og derfor er det afgørende at skabe et støttende miljø, hvor de føler sig komfortable med at dele de følelser og bekymringer de har (Sylvest et al., 2018).

Direkte faktorer for mandens seksualitet

Informanterne beretter ikke om seksuelle dysfunktioner – forskning viser et andet billede

Informanterne svarede overordnet set, at de ikke havde oplevet fysiologiske sexologiske udfordringer som en konsekvens af at være i fertilitetsbehandling. Kun én informant havde kortvarigt erektionsbesvær. Dette står i kontrast til flere studier der finder en direkte årsagssammenhæng mellem at være i fertilitetsbehandling og seksuelle dysfunktioner (Piva et al., 2014; Purcell-Lévesque et al., 2019; Khademi et al., 2008; Starc et al., 2019; Leeners et al., 2023; Adam et al., 2023). En litteraturgennemgang af Luca et al. (2021) viste, at mellem 18 % og 85 % af mænd i fertilitetsbehandling oplevede seksuelle dysfunktioner. Lauterbach et al. (2021) fandt, at mænd i IVF-forløb havde signifikant lavere gennemsnitlige IIEF-15-scorer (International Index of Erectile Function) end mænd der opnåede spontan graviditet med deres partner. Der er i tillæg hertil vist, at i takt med at varigheden på den ufrivillige barnløshed øges, falder den samlede IIEF-15-score (Dong et al., 2022).

Adam et al. (2023) fandt at forsinket ejakulation og erektil dysfunktion er mere almindelige hos infertile mænd end i den generelle befolkning, mens seksuelle lyst- og ophidselsesforstyrrelser samt for tidlig sædafgang forekom lige så hyppigt. Flere studier peger på hvordan infertilitet kan føre til seksuelle vanskeligheder, og hvordan erektil dysfunktion (ED) ofte er forbundet med situationer, hvor samleje eller aflevering af sædprøve skal foregå "på kommando" (Lotti et al., 2016; Mazzilli, 2022). For tidlig sædafgang er ofte forbundet med seksuelle dysfunktioner før fertilitetsbehandling, men

kan også opstå som en konsekvens af angst og præstationspres i behandlingsforløbet (Lotti et al., 2016).

Det er bemærkelsesværdigt, at kun én informant nævnte en kortvarig seksuel dysfunktion i form af erektionsbesvær, og at emnet generelt fyldte meget lidt i informanternes fortællinger. Dette kan skyldes, at seksuelle dysfunktioner er tabubelagte, at mændene ikke forbinder eventuelle udfordringer med behandlingen, eller at sådanne problemer nedtones for at fastholde en stærk maskulin identitet. Det er også muligt, at den manglende italesættelse skal ses i lyset af relationen mellem informant og interviewer, og dermed kan afspejle en metodisk begrænsning ved den kvalitative tilgang. Fundet peger på et behov for yderligere forskning i, hvordan mænd oplever og italesætter seksuelle dysfunktioner i forbindelse med fertilitetsbehandling.

Timet samleje, påvirket lyst og samlejefrekvens

Af empirien fremgik det, at skemalagt samleje havde en negativ indvirkning for informanterne, idet at akten blev drevet af pligt og udkonkurrerede dermed faktorer som spontanitet og lyst. Et svensk kvalitativt studie af Lindgren et al. (2024) viste lignende resultater. Både mænd og kvinder følte sig presset til at have sex med et reproduktivt formål, hvilket påvirkede deres seksuelle lyst. Dette er også blevet dokumenteret i andre kvalitative studier (Dreischor et al., 2022; Lundin & Elmerstig, 2015; Leeners et al., 2022). Leeners et al. (2022) fremhæver, at pligtbaseret sex kan føre til nedsat seksuel tilfredshed og samtidig øge risikoen for seksuelle lidelser.

Specialets empiri viste også, at ændringer i seksuel lyst hos informanternes partnere, påvirkede bl.a. samlejefrekvens hos parret og hyppigere solosex for manden. I et fransk studie af kvinder og mænd i fertilitetsbehandling, fandt man at 21% af patienterne erkendte, at de ikke havde haft samleje i flere uger eller endda flere måneder (Courbiere et al., 2020). Parrets påvirkede samlejefrekvens, anerkendes også i et stort meta review af Leeners et al. (2023). Ligeledes fandt Lauterbach et al. (2021) i et studie der sammenlignede mænd i IVF-behandling, med mænd der spontant opnåede graviditet med deres partnere, at IVF-gruppen havde en lavere månedlig samlejefrekvens sammenlignet med kontrolgruppen.

Empirien peger desuden på, at mændenes sexlyst overordnet i mindre grad var påvirket, end det gjorde sig gældende for deres partnere. Denne asymmetri bekræftes i et canadisk studie af Amiri et al. (2021), som viste at hyppigheden af problemer med seksuel lyst gjaldt for 28,9% af mændene og 58% af kvinderne, i de par der var i fertilitetsbehandling. Lystasymmetri er dog et almindeligt fænomen og forekommer også ofte i den brede befolkningsgruppe. Projekt Sexus har fx vist at 56% af mændene oplever, at de oftere har lyst til sex end deres partner (Frisch et al., 2019).

Specialets fund viser, at timet samleje og ændringer i partnerens lyst, reducerede samlejefrekvens. Asymmetri i parrenes seksuelle dynamik var for flere informanter udfordrende. Dette peger på behovet for at forstå fertilitetsbehandlingens konsekvenser for parrets samliv i et bredere perspektiv. Dette nuancerer tidligere studier, som ofte rapporterer mere omfattende påvirkninger af mænds seksualitet, og viser vigtigheden af at inddrage parrets samlede dynamik.

Der er i det foregående blevet diskuteret, hvordan fertilitetsbehandling påvirker mænd på forskellige niveauer – både direkte og indirekte – med særligt fokus på seksualitet, psykologisk håndtering, maskulinitet og relationelle dynamikker. Specialets fund er blevet belyst og perspektiveret gennem relevant teori og tidligere forskning, hvilket har tydeliggjort både ligheder og forskelle mellem denne undersøgelses resultater og den eksisterende litteratur. Samtidig har diskussionen afdækket nuancer og potentielle blinde vinkler i feltet og peger på behovet for øget opmærksomhed på mænds oplevelser og psykosociale reaktioner i fertilitetsforløb.

7.0 Konklusion

Formålet med dette speciale var, at undersøge hvorledes mænds seksualitet, forstået i den brede bio-psyko-sociale ramme, påvirkes, når de er i fertilitetsbehandling med deres partner.

Af empirien fremkom der to overordnede temaer, hvor det ene peger på en række overvejende indirekte faktorer, og det andet fremhæver faktorer, som i højere grad direkte påvirker mandens seksualitet.

Mænd i fertilitetsbehandling oplever få forbigående fysiologiske reaktioner. Mændene forbinder de kropslige symptomer med den fertilitetsrelateret stress de lever med.

Infertilitet igangsætter refleksioner og stor grad af usikkerhed om både identitet, selvforståelse og maskulinitet. Særligt mænd med lav sædkvalitet oplever, at deres mandlige identitet udfordres, og at deres situation vækker tvivl om deres maskulinitet og identitet. At have en passiv rolle i fertilitetsbehandlingen, udfordrer mandens forestillinger om maskulinitet og eget syn på manderollen.

Mænd håndterer belastningen af at være i fertilitetsbehandlingen forskelligt, men overordnet vil mænd gerne kunne handle på noget konkret. For mændene er det håndterbart og konkret at påtage sig en rolle som den støttende partner. Fertilitetsforløbet har givet mændene erfaring med at have sårbare samtaler med deres partner – en erfaring, de oplever har styrket parforholdet og som de forventer vil gavne dem i fremtidige livssituationer.

Usikkerheden og den ukendte varighed af fertilitetsbehandlingen, udgør en central psykologisk belastning for mændene. Nogle mænd/par tilpasser sig omstændighederne og finder en måde at håndtere processen på, hvor andre oplever øget belastning eksponentielt med varigheden.

Åbenhed om at være i fertilitetsbehandling, fører til oplevelse af social støtte og opbakning fra venner og familie, hvilket mændene vurderer som værende vigtig og betydningsfuld.

Mænd ønsker at blive inddraget i fertilitetsbehandlingen på lige fod med deres partner. Mødet med de sundhedsprofessionelle, gør indtryk på mændene og mændene fremhæver i den forbindelse at det professionelle, empatiske, mellemmenneskelige møde, hvor manden bliver mødt og set, er værdifuld og vigtig for deres oplevelse af tryghed, i en ellers turbulent og stressende periode af deres liv.

Timet samleje og planlagt sex med det formål at opnå graviditet har påvirket både manden og kvinden. Samlejet var i starten meningsfuld, idet parret ønskede at opnå graviditet. For hver cyklus der gik uden opnået graviditet, blev samlejet forbundet, ikke kun med håb, men også med pligt, forventningspres, nederlag og frustration. Mændene har i fertilitetsforløbet gennemført samleje, uden at dette var drevet af lyst fra hverken ham selv eller partneren. Timet samleje påvirkede ikke eller kun i lav grad mandens seksuelle lyst. Kvindens lyst blev påvirket i høj grad, hvilket førte til lavere frekvens af samleje samt hyppigere solo sex for manden. Én informant havde solo sex med udløsning til følge, pga. anbefalinger fra fertilitetsklinikken og oplevede også dette som udelukkende pligt. Derudover benyttede mænd sig af onani, når partneren havde lav lyst, for at undgå afvisning.

Seksuel lystasymetri i parrelationen blev fundet hos alle fem informanter. Som en konsekvens heraf førte det for én til manglende oplevelse af samhørighed i parforholdet, i et andet tilfælde øget hensyntagen til partneren og for flere skabte situationen med lystasymetri ambivalente følelser, da kvindens lave lyst forringede sandsynligheden for samleje, som påvirker sandsynligheden for at opnå graviditet.

8.0 Perspektivering

Vores fund viser, at mænd i høj grad oplever fertilitetsforløbet som belastende – primært på det psykosociale plan snarere end det biologiske. Mændene oplever ligeledes forskelligartede sexologiske konsekvenser af at være i fertilitetsbehandling. Masterspecialet peger samlet set på et behov for et mere inkluderende og nuanceret blik på mænd i fertilitetsbehandling. Ydermere mangler der flere studier der frembringer viden om, hvordan mænd selv forstår og håndterer både sexologiske, følelsesmæssige og identitetsmæssige udfordringer, som fertilitetsbehandlingen medfører.

Konkret kalder dette på en øget opmærksomhed i sundhedsfaglig klinisk praksis, hvor der bør arbejdes målrettet for også at inkludere mænds perspektiver, usikkerheder og ønsker, på lige fod med kvindens. En relationel tilgang til fertilitetsbehandling, hvor begge parter aktivt inddrages som ligeværdige deltagere, vil ikke kun gavne mændene, men også kunne bidrage til styrket sundhed, mentalt, fysisk, relationelt og seksuelt, for begge parter.

I fundene fremgik det, at mændene aktivt gik ind i rollen som "den støttende partner", hvilket bl.a. bidrager til at mændene usynliggør og tilsidesætter deres egne oplevelser, følelser og behov. Mænd i fertilitetsbehandling indtager ofte en mere tilbagetrukket rolle og i mindre grad opsøger støtte, selv når behandlingen opleves som belastende. Blandt andet derfor kan mange mænd have modstand mod at engagere sig i tilbud, der opfattes som følelsesfokuserede eller terapeutiske. I stedet bør der udvikles konkrete, meningsfulde og anvendelsesorienterede tilbud, som taler ind i mænds behov for handlekraft og mestring, formidlet i et sprog og i et format, der respekterer og imødekommer målgruppes præferencer, med hensyn til mulige barrierer for deltagelse. Perspektivet kalder dermed på en bredere sundhedsfaglig forståelse af maskulinitet, hvor mænds barrierer for at søge hjælp ikke

tolkes som modstand, men som et udtryk for kulturelle og kønnede mønstre, der kræver tilpassede løsninger.

Mænds perspektiver på sammenhængen mellem fertilitetsbehandling og generel sundhed herunder også seksuel sundhed, syntes at være underbelyst. Fremtidig forskning bør derfor i højere grad inddrage mænd, herunder ikke blot heteroseksuelle mænd, men også fx homoseksuelle, transpersoner og mænd med soloforældreønsker, for at udfylde det videnshul. Dette bl.a. for at udvide forståelsen af, hvordan køn og reproduktive ønsker interagerer. Samtidig kan longitudinelle studier være med til at belyse, hvordan mænds oplevelser og selvforståelse udvikler sig over tid, både under og efter behandlingen.

9.0 Referenceliste

- Adam, F., Favez, N., Pirard, C., Wyns, C., Equeter, C., Grimm, E., & Michaux, N. (2023). Assessment of sexual function before medically assisted procreation: A mixed-methods study among a sample of infertile women and men cared for in a fertility center. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 38, 100922–100922. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100922>
- Amiri, S. E., Brassard, A., Rosen, N. O., Rossi, M. A., Beaulieu, N., Bergeron, S., & Pélouquin, K. (2021). Sexual Function and Satisfaction in Couples with Infertility: A Closer Look at the Role of Personal and Relational Characteristics. *Journal of Sexual Medicine*, 18(12), 1984–1997. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.09.009>
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium : at tåle stress og forblive rask*. (1st ed). København: Hans Reitzel
- Arya, S. T., & Dibb, B. (2016). The experience of infertility treatment: the male perspective. *Human Fertility (Cambridge, England)*, 19(4), 242–248
- Bechoua, S., Hamamah, S., & Scalici, E. (2016). Male infertility: An obstacle to sexuality? *Andrology*, 4(3), 395–403. <https://doi.org/10.1111/andr.12160>
- Birkler, J. (2021). Forståelse. I *Videnskabsteori : en grundbog* (2. udgave, .109-136). Munksgaard.
- Boivin, J., Markert, M., Roitmann, E., & Domar, A. (2023). 0-036 Are male infertility patients and male partners to infertility patients impacted differently by fertility challenges? *Human Reproduction (Oxford)*, 38(Supplement_1). <https://doi.org/10.1093/humrep/dead093.036>
- Brinkmann, S. (2025). Etik i en kvalitativ verden. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (4. udg., s. 591-631). Hans Reitzels Forlag.

- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2025). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (4. udgave, s. 35-65). Hans Reitzels Forlag.
- Carlsen, E., Elers, J., Fedder, J. (tovholder), Kesmodel, U., Lauritsen, M. P., Laursen, R. J., Magnusson Melsen, L., Rex, A. S. S., Soltanizadeh, S., & Sørensen, F. R. (2023, 12. marts). *Andrologi* [Klinisk guideline]. Dansk Fertilitetsselskab.
<https://fertilitetsselskab.dk/kliniske-guidelines-i-brug/>
- Connell, R. W. (2005). *Masculinities* (2. udgave). University of California Press.
- Courbiere, B., Lacan, A., Grynberg, M., Grelat, A., Rio, V., Arbo, E., & Solignac, C. (2020). Psychosocial and professional burden of Medically Assisted Reproduction (MAR): Results from a French survey. *PloS One*, 15(9), e0238945–e0238945.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238945>
- Dancet, E. A. F., Nelen, W. L. D. M., Sermeus, W., De Leeuw, L., Kremer, J. A. M., & D'Hooghe, T. M. (2010). The patients' perspective on fertility care: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 16(5), 467–487.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dmq004>
- Danmark. Sundhedsstyrelsen. (2010). *Mænds sundhed : en oversigt over mænds sundhedsstilstand og en gennemgang af effektive forebyggelsesmetoder*. (Version 1.0-uden bilag.). Sundhedsstyrelsen
- de Vries, C. E. J., Veerman-Verweij, E. M., van den Hoogen, A., de Man-van Ginkel, J. M., & Ockhuijsen, H. D. L. (2024). The psychosocial impact of male infertility on men undergoing ICSI treatment: a qualitative study. *Reproductive Health*, 21(1), 26– 12.
<https://doi.org/10.1186/s12978-024-01749-6>
- Dolan, A., Lomas, T., Ghobara, T., & Hartshorne, G. (2017). 'It's like taking a bit of masculinity away from you': towards a theoretical understanding of men's experiences of infertility. *Sociology of Health & Illness*, 39(6), 878–892.

- Dong, M., Wu, S., Zhang, X., Zhao, N., Tao, Y., & Tan, J. (2022). Impact of infertility duration on male sexual function and mental health. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 39(8), 1861–1872. <https://doi.org/10.1007/s10815-022-02550-9>
- Dooley, M., Dineen, T., Sarma, K., & Nolan, A. (2014). The psychological impact of infertility and fertility treatment on the male partner. *Human Fertility (Cambridge, England)*, 17(3), 203–209.
- Dreischor, F., Laan, E. T. M., Peeters, F., Peeraer, K., Lambalk, C. B., Goddijn, M., Custers, I. M., & Dancet, E. A. F. (2022). The needs of subfertile couples continuing to attempt natural conception: in-depth interviews. *Human Reproduction Open*, 2022(4), hoac037-. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac037>
- Ebbesen, S. M. S., Zachariae, R., Mehlsen, M. Y., Thomsen, D., Højgaard, A., Ottosen, L., Petersen, T., & Ingerslev, H. J. (2009). Stressful life events are associated with poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: a prospective study. *Human Reproduction (Oxford)*, 24(9) 2173 -2182. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep185>
- Fisher, J. R., & Hammarberg, K. (2012). Psychological and social aspects of infertility in men: An overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Asian Journal of Andrology*, 14(1), 121–129. <https://doi.org/10.1038/aja.2011.72>
- Fode, M., Joensen, U. N., Wiborg, M. H., Fojecki, G., Jørgensen, N., & Jensen, C. F. S. (2021, 11. januar). Udredning og behandling af mandlig infertilitet. *Ugeskrift for Læger*. Lokaliseret 06-05-2025. <https://ugeskriftet.dk>
- Folketinget. (2022). *Lov om ændring af barselsloven (L 104)*. <https://www.ft.dk/samling/20211/lovforslag/l104/index.htm>
- Forum for Mænds Sundhed. (2023). *Viden om mænds sundhed*. <https://sundmand.dk/viden/>
- Frisch, M., Moseholm, E., Anderson M., Andreasen, J. B., & Graugaard, C. (2019). Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018. Statens Serum Institut og Aalborg Universitet.

- Gaskins, A. J., Sundaram, R., Buck Louis, G. M., & Chavarro, J. E. (2018). Predictors of Sexual Intercourse Frequency Among Couples Trying to Conceive. *Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 519–528. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.005>
- Giddens, A. (1992). *The transformation of intimacy: Sexuality, love and eroticism in modern societies*. Stanford University Press.
- Goonewardene, S. S., Brunckhorst, O., Albala, D., & Ahmed, K. (Eds.). (2022). *Men's health and wellbeing*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-84752-4>
- Graugaard, C. (2017). Sexuality as a health-promoting factor: Theoretical and clinical considerations. *Nature Reviews Urology*, 14(10), 577–578. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2017.121>
- Graugaard, C., Giraldi, A., (2019). Sundhed, sygdom og seksualitet - et overblik. I C. Graugaard (red.), *Sexologi - Faglige perspektiver på seksualitet* (1. udgave, s. 409-427). Munksgaard.
- Graugaard, C., Giraldi, A., & Møhl, B. (2019). Hvad er seksualitet og seksuel trivsel. I C. Graugaard (red.), *Sexologi - Faglige perspektiver på seksualitet* (1. udgave, s. 39-61). Munksgaard.
- Graugaard, C., Møhl, B., & Hertoft, P. (2006). *Krop, sygdom og seksualitet*. I C. Graugaard, P. Hertoft & B. Møhl (Red.), *Krop, sygdom & seksualitet* (s. 9-36). Hans Reitzel.
- Graugaard, C., Pedersen, B. K., & Frisch, M., (2015). *Seksualitet og sundhed*. (2. udgave, s. 10- 16). Vidensråd for Forebyggelse.
- Hansen, A. H., & Frederiksen, Y. (2025). Psykosociale konsekvenser af ufrivillig barnløshed. I N. Jørgensen (red.), *Ufrivilligt barnløs. Om nedsat frugtbarhed og hvordan vi løser problemet* (1. udgave, s. 72-99). FADL's Forlag
- Hansen, L. S., & Jørgensen, N. (2025). Udredning og behandling af mandlige fertilitetsproblemer. I N. Jørgensen (red.), *Ufrivilligt barnløs. Om nedsat frugtbarhed og hvordan vi løser problemet* (1. udgave, s. 72-99). FADL's Forlag

- Hudepohl, N. S., & Smith, K. (2022). Infertility and Its Association with Depression, Anxiety, and Emotional Distress: A Current Review. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*, 2(1), 119–132. <https://doi.org/10.1016/j.ypsc.2022.05.005>
- Hya, K. M., Huang, Z., Chua, C. M. S., & Shorey, S. (2024). Experiences of men undergoing assisted reproductive technology: A qualitative systematic review. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 165(1), 9–21
- Jacobsen, B., Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2025). Fænomenologi. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (4. udgave, s. 343–371). Hans Reitzels Forlag
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2017). Symbolsk interaktionisme som analysestrategi. *Kvalitativ analyse : syv traditioner*. (1. udgave, s. 29-56). Hans Reitzel.
- Khademi, A., Alleyassin, A., Amini, M., & Ghaemi, M. (2008). Evaluation of Sexual Dysfunction Prevalence in Infertile Couples. *Journal of Sexual Medicine*, 5(6), 1402–1410. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00687.x>
- Klemetti, Reija, Jani Raitanen, Sinikka Sihvo, Samuli Saarni, and Päivikki Koponen. 2010. “Infertility, Mental Disorders and Well-Being - a Nationwide Survey.” *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 89 (5): 677–82. <https://doi.org/10.3109/00016341003623746>.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). Interviewanalyser med fokus på mening. I S. Kvale (red.). *Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. udgave, s. 267- 284). Hans Reitzel. <https://interview.ibog.studybox.dk/?id=146>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). 7. Udførelse af et interview. I *Interview* (3. udg.). Hans Reitzel. <https://interview.ibog.studybox.dk/?id=141>
- Lauterbach, R., Gruenwald, I., Linder, R., Matanes, E., Gutzeit, O., Aharoni, S., Mick, I., Weiner, Z., Fainaru, O., & Lowenstein, L. (2021). In vitro fertilization entails a high prevalence of erectile and male sexual dysfunction: A prospective case-

control study. *Journal of Urology*, 206(4), 994–1000.

<https://doi.org/10.1097/JU.0000000000001872>

Leeners, B., Tschudin, S., Wischmann, T., & Kalaitzopoulos, D. R. (2023). Sexual dysfunction and disorders as a consequence of infertility: A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 29(1), 95–125.

<https://doi.org/10.1093/humupd/dmac030>

Lindgren, L., Iliadis, S. I., & Volgsten, H. (2024). Reproductive sex ending in failure affects sexual health: A qualitative study of men and women attending a fertility clinic. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 41, 100984.

<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2024.100984>

Lo, S. S. T., Wong, G. C. Y., Ng, E. H. Y., Chan, C. H. Y., & Li, R. H. W. (2023). Longitudinal study on sexual function and quality of life in infertile couples undergoing intrauterine insemination. *The Journal of Sexual Medicine*, 20(1), 30–37.

<https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdac013>

Lotti, F., Corona, G., Castellini, G., Maseroli, E., Fino, M. G., Cozzolino, M., & Maggi, M. (2016). Semen quality impairment is associated with sexual dysfunction according to its severity. *Human Reproduction (Oxford)*, 31(12), 2668–2680.

<https://doi.org/10.1093/humrep/dew246>

Luca, G., Parrettini, S., Sansone, A., Calafiore, R., & Jannini, E. A. (2021). The Inferto-Sex Syndrome (ISS): sexual dysfunction in fertility care setting and assisted reproduction. *Journal of Endocrinological Investigation*, 44(10), 2071–2102.

<https://doi.org/10.1007/s40618-021-01581-w>

Lundin, U., & Elmerstig, E. (2015). “Desire? Who needs desire? Let’s just do it!” – a qualitative study concerning sexuality and infertility at an internet support group. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(4), 433–447.

<https://doi.org/10.1080/14681994.2015.1031100>

Madsen, S. A. (2025). *Argumenter for mænd*. (1. udgave.). Gyldendal.

- Madsen, S. A. (2014). *Mænds sundhed og sygdomme*. (1. udgave.). Samfundslitteratur.
- Mahalik, J. R., Burns, S. M., & Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine* (1982), 64(11), 2201-2209. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.035>
- Manderson, L., Bennett, E., & Andajani-Sutjahjo, S. (2006). The Social Dynamics of the Interview: Age, Class, and Gender. *Qualitative Health Research*, 16(10), 1317–1334. <https://doi.org/10.1177/1049732306294512>
- Martins, M. V., Basto-Pereira, M., Pedro, J., Peterson, B., Almeida, V., Schmidt, L., & Costa, M. E. (2016). Male psychological adaptation to unsuccessful medically assisted reproduction treatments: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 22(4), 466–478. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmw009>
- Mazzilli, F. (2022). Erectile Dysfunction: Causes, Diagnosis and Treatment: An Update. *Journal of Clinical Medicine*, 11(21), 6429-. <https://doi.org/10.3390/jcm11216429>
- Mikkelsen, A. T., Madsen, S. A., & Humaidan, P. (2013). Psychological aspects of male fertility treatment. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 1977–1986. <https://doi.org/10.1111/jan.12058>
- Nielsen, H. S., Schmidt, L., Nyboe Andersen, A., Birch Petersen, K., Gyrd-Hansen, D., Jensen, T. K., Juul, A., & Knudsen, L. B. (2016). *Forebyggelse af nedsat frugtbarhed* (Rapport). Vidensråd for Forebyggelse. <https://www.vidensraad.dk/wp-content/uploads/2017/02/Forebyggelse-af-nedsat-frugtbarhed.pdf>
- Peronace, L. A., Boivin, J., & Schmidt, L. (2007). Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 28(2), 105–114. <https://doi.org/10.1080/01674820701410049>
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction (Oxford)*, 21(9), 2443–2449. <https://doi.org/10.1093/humrep/del145>

- Peterson, B. D., Pirritano, M., Block, J., & Schmidt, L. (2011). Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. *Fertility and Sterility*, 95(5), 1759–1763.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.01.125>
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J., & Schmidt, L. (2009). The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human Reproduction (Oxford)*, 24(7): 1656–64.<https://doi.org/10.1093/humrep/dep061>.
- Peterson, B. D., Sejbaek, C. S., Pirritano, M., & Schmidt, L. (2014). Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners? *Human Reproduction (Oxford)*, 29(1), 76–82.
<https://doi.org/10.1093/humrep/det412>
- Pindborg, A., Jørgensen N., (2025). Hvad er infertilitet - overordnede betragtninger. I N. Jørgensen (red.), *Ufrivilligt barnløs. Om nedsat frugtbarhed og hvordan vi løser problemet* (1. udgave, s. 14-23). FADL's Forlag
- Piva, I., Lo Monte, G., Graziano, A., & Marci, R. (2014). A literature review on the relationship between infertility and sexual dysfunction: Does fun end with baby making? *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 19(4), 231–237.
<https://doi.org/10.3109/13625187.2014.919379>
- Phillips, E., Elander, J., & Montague, J. (2014). Managing multiple goals during fertility treatment: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology*, 19(4), 531–543
- Priskorn, L., & Jørgensen J., (2025) Har mandens biologiske muligheder for at få børn ændret sig? I N. Jørgensen (red.), *Ufrivilligt barnløs. Om nedsat frugtbarhed og hvordan vi løser problemet* (1. udgave, s. 50-63). FADL's Forlag
- Psykosociale følger af infertilitet og fertilitetsbehandling. (2012). *Ugeskrift for læger*, 174(41), 2462-2452.

- Purcell-Lévesque, C., Brassard, A., Carranza-Mamane, B., & Péloquin, K. (2018). Attachment and sexual functioning in women and men seeking fertility treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(3), 202–210.
<https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1471462>
- Reinicke, K. (2012). *Drenge og mænd i krise? : perspektiver og indsatsområder*. Hans Reitzel.
- Reinicke, K. (2023). Maskulinitet og køn. *POLIS - tidsskrift for samfundsfagsdidaktik*, 4(6)
- Repokari, L., Punamäki, R.-L., Unkila-Kallio, L., Vilska, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J., Almqvist, F., Tiitinen, A., & Tulppala, M. (2007). Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction (Oxford)*, 22(5), 1481–1491.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dem013>
- Rethlefsen, M. L., & Page, M. J. (2022). PRISMA 2020 and PRISMA-S: common questions on tracking records and the flow diagram. *Journal of the Medical Library Association*, 110(2), 253–257. <https://doi.org/10.5195/jmla.2022.1449>
- Schmidt, L. (1996). *Psykosociale konsekvenser af infertilitet og behandling* (Ph.d.-afhandling). Københavns Universitet. FADL's Forlag.
<https://researchprofiles.ku.dk/da/publications/psykosociale-konsekvenser-af-infertilitet-og-behandling>
- Schmidt, L. (2006). Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. *Danish Medical Bulletin*, 53(4), 390–417.
- Schmidt, L., Holstein, B. E., Christensen, U., & Boivin, J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction (Oxford)*, 20(11), 3248–3256. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei193>
- Schmidt, L., & Højgaard, A. (2019). Fertilitet og ufrivillig barnløshed. I C. Graugaard, A. Giraldi & B. Møhl (Red.), *Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet* (1. udg., s. 595–611). Munksgaard.

- Schmidt, L., & Sejbæk, C. S. (2012). *Psykosociale følger af infertilitet og fertilitetsbehandling*. Ugeskrift for læger, 174(41), 2459–2462.
- Schmidt, L., Ziebe, S., (2025). Forebyggelse og behandling af infertilitet - et makkerpar. I N. Jørgensen (red.), *Ufrivilligt barnløs. Om nedsat frugtbarhed og hvordan vi løser problemet* (1. udgave, s. 14-23). FADL's Forlag
- Staiger, T., Stiawa, M., Mueller-Stierlin, A. S., Kilian, R., Beschoner, P., Gündel, H., Becker, T., Frasch, K., Panzirsch, M., Schmauß, M., & Krumm, S. (2020). Masculinity and Help-Seeking Among Men With Depression: A Qualitative Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 599039–599039. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.599039>
- Sundhedsdatastyrelsen. (10.04.25). *Assisteret reproduktion (IVF)*. eSundhed. <https://www.esundhed.dk/Emner/Graviditet-foedsler-og-boern/Assisteret-reproduktion-IVF#tabpanel8DD93A573A634D58A557FF566464A863> Lokaliseret 09.05.25
- Sundhed.dk. (2025). *Fertilitet og barnløshed*. <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/gynaekologi/tilstande-og-sygdomme/underlivsbetinget-barnloeshed/>
- Sundhedsstyrelsen. (2020). *Sundhed i Danmark - 2020*. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/Social-ulighed-i-sundhed-og-sygdom>
- Starc, A. (2019). Infertility and Sexual Dysfunctions: A Systematic Literature Review. *Acta Clinica Croatica (Tisak)*, 58(3), 508–515. <https://doi.org/10.20471/acc.2019.58.03.15>
- Sylvest, R., Fürbringer, J. K., Pinborg, A., Koert, E., Bogstad, J., Loessl, K., Praetorius, L., & Schmidt, L. (2018). Low semen quality and experiences of masculinity and family building. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 97(6), 727–733. <https://doi.org/10.1111/aogs.13298>
- Sylvest, R., Fürbringer, J. K., Schmidt, L., & Pinborg, A. (2016). Infertile men's needs and assessment of fertility care. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 121(4), 276–282. <https://doi.org/10.1080/03009734.2016.1204393>

- Tanggaard, L. (2017). Fænomenologi som kvalitativ forskningsmetode. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Red.), *Kvalitativ analyse – syv traditioner* (1. udgave, s. 81–102). Hans Reitzels Forlag.
- Tjørnhøj-Thomsen, T. (1999). *Tilblivelseshistorier: Barnløshed, slægtskab og forplantningsteknologi i Danmark* (Ph.d.-afhandling). Københavns Universitet.
- United Nations Population Fund. (1994). *Programme of action: Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994*. UNFPA.
- Videnskabsetisk Komité (2024) Lokaliseret 05.05.2025. *Overblik over Anmeldelsespligten*. <https://videnskabsetik.dk/ansoegning-til-etisk-komite/overblik-over-anmeldelsespligten>
- Wang, N. F., & Bergenheim, S., (2025). Udredning og behandling af kvindelige fertilitetsproblemer. I N. Jørgensen (red.), *Ufrivilligt barnløs. Om nedsat frugtbarhed og hvordan vi løser problemet* (1. udgave, s. 100-121). FADL's Forlag
- Wischmann, T. H. (2010). Sexual disorders in infertile couples. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(3), 175–186.
<https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.518741>
- World Health Organization. (2023). *Infertility prevalence estimates, 1990–2021*. Lokaliseret 5/5-2025 fra <https://who.int/publications/i/item/978920068315>
- World Health Organization. (2006). *Sexual health*. Lokaliseret d. 5/5-2025 fra https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. (2025). *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 333(1), 71–74. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972>

Yousefzade M, Rezaiee Ahvanuiee M, Dolatshahi B, & Mohammad-khani P. (2017). Predicting Fertility Quality of Life Based on Coping Strategies, Duration and Infertility Factors. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*, 7(3), 17–24.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon., Sokol, R., Rienzi, L., Sunde, A., Schmidt, L., Cooke, I. D., Simpson, J. L., & van der Poel, S. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Human Reproduction (Oxford)*, 32(9), 1786-1801.<https://doi.org/10.1093/humrep/dex234>

Bilag - oversigt

Bilag 1: Literatursøgningsprocessen

Bilag 2: Interviewguide

Bilag 3: Et eksempel på, hvordan seksualitet blev begrebsafklaret af interviewer

Bilag 4: Informationsmateriale til personalet på fertilitetsklinikkerne

Bilag 5: Skriftlig information om opgavens formål til udlevering til potentielle informanter

Bilag 6: Samt samtykkeerklæring

Bilag 1 – Den systematiske litteratursøgningsproces

Fremgangsmetoden med den systematiske søgning bestod af følgende punkter:

- Definition af forskningsspørgsmål
- Definition af inklusions/eksklusionskriterier
- Identificering af emneaspekter
- Udvælgelse af databaser (baseret på dækningsgrad og testsøgninger)
- Udvælgelse af søgetermer (kan variere fra database til database og kan være et mix af kontrollerede termer/fritekst-termer)
- søgning
- Fjernelse af dubletter i referencehåndteringsprogramet RefWorks
- Screening af resultater, dobbeltblinded
- Fælles screening og anvendelse af inklusions/eksklusionskriterier

Valgte databaser: PubMed, Chinal og PsycInfo

Efter at have indkredset relevante søgeord og identificeret tilsvarende engelske søgeord, blev hver databases tesaurus tilgået (PubMed: "MeSH", CINAHL: "CINAHL headings" og PsychInfo: "subject headings") og vi verificerede de kontrollerede emneord. Af dette kom en oversigt over søgeord/emneord opstillet i bloksøgning, inddelt efter;

1. Konteksten/interventionen/behandlingen (dem i fertilitetsbehandling),
2. Fænomenet der undersøges (seksualitet) og
3. Persongruppen (mænd).

I nedenstående figur (FigurX) vises de udvalgte title/ abstract ord samt emne-og fritekst ord, der er anvendt

Blok 1	Blok 2	Blok 3
Fertility treatment	Sexual health	Man
Infertility treatment	Sexual disorder	Male
Assisted Reproductive Technology	Sexual function	
Assisted reproduction	Sexual dysfunction	
	Psychosexual behavior	
	Sexuality	
	Sexual behavior	
	Biopsychosocial	
	Reproductive health	

Resultaterne fra den systematiske søgning er udvalgt ud fra kriterierne, der ses i figur X.

<u>Inklusionskriterier</u>	<u>Eksklusionskriterier</u>
Omhandlende mænd der er i fertilitetsbehandling og deres seksualitet	Ikke relevante i forhold til problemformulering
Litteratur fra videnskabelige databaser	Manglende abstract
Litteratur på dansk, engelsk, norsk og svensk	Litteratur fra før 2014
Kvantitative og kvalitative studier	Konference abstract
Studier fra 2014-2025	Hvis studiet ikke kunne skaffes via AAUs bibliotek og databaser
Peer Reviewed	

Figur X (in- og eksklusionskriterier)

Søgning Solvej og Ditte

Den sturkturedede søgning i PubMed, Chinahl, PsycInfo.

Vi undersøger mænd der er i fertilitetsbehandling og deres seksualitet.

Fritekst søgeord:

Man

Male

Sexual health

Sexual disorder

Sexual function

Sexual dysfunction

Psychosexual behavior

Sexuality

Sexual behavior

Biopsychosocial

Reproductive health

Fertility treatment

Infertility treatment

Assisted Reproductive Technology

Assisted reproduction

Søgemetoder:

Kædesøgning

Referencesøgning

Citationssøgning

Systematisk søgning

Prisma flowchart blev brugt til at dokumentere processen (Prisma: <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>)

Rayyan <https://www.rayyan.ai/> blev brugt som screeningsværktøj

Aspekter/Blokke

Mænd

Fertilitetsbehandling

Seksualitet

Databaser

PubMed

Cinahl

PsycInfo

PubMed: 4/7-2024 og 22/1-2025

Søgning nr.	Søgeord	Antal hits 4/7-2024	Antal hits 22/1-2025
Blok 1:			
#1	"Male"[Mesh]	9,520,540	9,751,078
#2	"Men"[Mesh]	5,537	5,550
#3	"men"[Title/Abstract]	630,203	645,156
#4	"male"[Title/Abstract]	1,115,382	1,154,582
#5	#1 OR #2 OR #3 OR 4 ((("Male"[Mesh]) OR ("Men"[Mesh])) OR (male[Title/Abstract])) OR (men[Title/Abstract])	9,833,358	10,082,681
Blok 2			
#6	"Sexual Health"[Mesh] (fra 2018-)	2,842	3,184

#7	"Sexual Dysfunction, Physiological"[Mesh] (fra 2006-)	34,331	34,908
#8	"Sexual Dysfunctions, Psychological"[Mesh]	31,002	31,577
#9	"Sexual Behavior"[Mesh]	129,000	130,625
#10	"reproductive health"[MeSH Terms]	5,593	5,884
#11	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 "sexual dysfunctions, psychological"[MeSH Terms] OR "Sexual Behavior"[MeSH Terms] OR "Sexual Health"[MeSH Terms] OR "sexual dysfunction, physiological"[MeSH Terms] OR "reproductive health"[MeSH Terms]	165,497	168,023
#12	"sexual health"[Title/Abstract]	15,356	16,186
#13	"sexual disorder"[Title/Abstract]	302	313
#14	"sexual function"[Title/Abstract]	15,347	15,902
#15	"psychosexual behavior"[Title/Abstract]	19	19
#16	"sexuality"[Title/Abstract]	19,894	20,493
#17	"sexual behavior"[Title/Abstract]	17,998	18,306
#18	"biopsychosocial"[Title/Abstract]	10,689	11,313
#19	"reproductive health"[Title/Abstract]	23,073	24,669
#20	#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 "biopsychosocial"[Title/Abstract] OR "sexual behavior"[Title/Abstract] OR "sexuality"[Title/Abstract] OR "psychosexual behavior"[Title/Abstract] OR "sexual function"[Title/Abstract] OR "sexual disorder"[Title/Abstract] OR "sexual health"[Title/Abstract] OR "reproductive health"[Title/Abstract]	92,082	96,083
#21	#11 OR #20	218,451	223,869

	"sexual dysfunctions, psychological"[MeSH Terms] OR "Sexual Behavior"[MeSH Terms] OR "Sexual Health"[MeSH Terms] OR "sexual dysfunction, physiological"[MeSH Terms] OR "reproductive health"[MeSH Terms] OR "biopsychosocial"[Title/Abstract] OR "Sexual Behavior"[Title/Abstract] OR "sexuality"[Title/Abstract] OR "psychosexual behavior"[Title/Abstract] OR "sexual function"[Title/Abstract] OR "sexual disorder"[Title/Abstract] OR "Sexual Health"[Title/Abstract] OR "reproductive health"[Title/Abstract]		
Blok 3			
#22	"Reproductive Techniques, Assisted"[Mesh]	82,547	84,272
#23	"infertility treatment"[Title/Abstract]	3,064	3,132
#24	"fertility treatment"[Title/Abstract]	2,274	2,351
#25	"assisted reproduction"[Title/Abstract]	8,990	9,328
#26	"assisted reproductive technology"[Title/Abstract]	8,215	8,695
#27	#21 OR #22 OR #23 OR #24 "assisted reproductive technology"[Title/Abstract] OR "assisted reproduction"[Title/Abstract] OR "fertility treatment"[Title/Abstract] OR "infertility treatment"[Title/Abstract] OR "reproductive techniques, assisted"[MeSH Terms]	91,584	93,724

#28	#5 AND #21 AND #27 ("sexual dysfunctions, psychological"[MeSH Terms] OR "Sexual Behavior"[MeSH Terms] OR "Sexual Health"[MeSH Terms] OR "sexual dysfunction, physiological"[MeSH Terms] OR "reproductive health"[MeSH Terms] OR ("biopsychosocial"[Title/Abstract] OR "Sexual Behavior"[Title/Abstract] OR "sexuality"[Title/Abstract] OR "psychosexual behavior"[Title/Abstract] OR "sexual function"[Title/Abstract] OR "sexual disorder"[Title/Abstract] OR "Sexual Health"[Title/Abstract] OR "reproductive health"[Title/Abstract])) AND ("assisted reproductive technology"[Title/Abstract] OR "assisted reproduction"[Title/Abstract] OR "fertility treatment"[Title/Abstract] OR "infertility treatment"[Title/Abstract] OR "reproductive techniques, assisted"[MeSH Terms]) AND ("Male"[MeSH Terms] OR "Men"[MeSH Terms] OR "Male"[Title/Abstract] OR "Men"[Title/Abstract])	1,105	1,146
#29	Filter: Language: English, Norwegian, Swedish, Danish Filter year: 2014-2024 Filter: medline [sb] ((("sexual dysfunctions, psychological"[MeSH Terms] OR	463	502 Filters: Danish, English, Norwegian, Swedish, MEDLINE, from 2014 – 2025

"Sexual Behavior"[MeSH Terms] OR "Sexual Health"[MeSH Terms] OR "sexual dysfunction, physiological"[MeSH Terms] OR "reproductive health"[MeSH Terms] OR ("biopsychosocial"[Title/Abstract] OR "Sexual Behavior"[Title/Abstract] OR "sexuality"[Title/Abstract] OR "psychosexual behavior"[Title/Abstract] OR "sexual function"[Title/Abstract] OR "sexual disorder"[Title/Abstract] OR "Sexual Health"[Title/Abstract] OR "reproductive health"[Title/Abstract])) AND ("assisted reproductive technology"[Title/Abstract] OR "assisted reproduction"[Title/Abstract] OR "fertility treatment"[Title/Abstract] OR "infertility treatment"[Title/Abstract] OR "reproductive techniques, assisted"[MeSH Terms]) AND ("Male"[MeSH Terms] OR "Men"[MeSH Terms] OR "Male"[Title/Abstract] OR "Men"[Title/Abstract]) AND ("danish"[Language] OR "english"[Language] OR "norwegian"[Language] OR "swedish"[Language]) AND ("medline"[Filter] AND ("danish"[Language] OR "english"[Language] OR "norwegian"[Language] OR "swedish"[Language])) AND ((danish[Filter] OR english[Filter]	((("sexual dysfunctions, psychological"[MeSH Terms] OR "Sexual Behavior"[MeSH Terms] OR "Sexual Health"[MeSH Terms] OR "sexual dysfunction, physiological"[MeSH Terms] OR "reproductive health"[MeSH Terms] OR ("biopsychosocial"[Title/Abstract] OR "Sexual Behavior"[Title/Abstract] OR "sexuality"[Title/Abstract] OR "psychosexual behavior"[Title/Abstract] OR "sexual function"[Title/Abstract] OR "sexual disorder"[Title/Abstract] OR "Sexual Health"[Title/Abstract] OR "reproductive health"[Title/Abstract])) AND ("assisted reproductive technology"[Title/Abstract] OR "assisted reproduction"[Title/Abstract] OR "fertility treatment"[Title/Abstract] OR "infertility treatment"[Title/Abstract] OR "reproductive techniques, assisted"[MeSH Terms]) AND ("Male"[MeSH Terms] OR "Men"[MeSH Terms] OR "Male"[Title/Abstract] OR "Men"[Title/Abstract]) AND ("danish"[Language] OR "english"[Language] OR "norwegian"[Language] OR "swedish"[Language]) AND "medlinestatus medline"[All Fields]) AND ((medline[Filter] AND (danish[Filter] OR english[Filter] OR norwegian[Filter] OR swedish[Filter])) AND (2014:2025[pdat]))
--	--

	OR norwegian[Filter] OR swedish[Filter]) AND (2014:2024[pdat]))		Translations medline [Filter]: "medlinestatus_medline"[all]
--	---	--	---

Søgning i PsycInfo 4/7-2024 og 22/1-2025

Søgning nr.	Søgeord	Antal hits 4/7-2024	Antal hits 22/1-2025
Blok 1			
#1	Index Terms: {Human Males}	30,134	30,889
#2	Title: men OR Abstract: men	198,414	202,371
#3	Title: male OR Abstract: male	335,882	340,969
#4	#1 OR #2 OR #3 ((title: (male)) OR (abstract: (male))) OR ((title: (men)) OR (abstract: (men))) OR ((IndexTermsFilt: ("Human Males")))	500,922	509,485
Blok 2			
#5	Index Terms: {Reproductive Technology}	2273	2,382
#6	Title: "fertility treatment" OR Abstract: "fertility treatment"	269	286
#7	Title: "infertility treatment" OR Abstract: "infertility treatment"	365	377
#8	Title: "assisted reproductive technology" OR Abstract: "assisted reproductive technology"	351	368
#9	Title: "assisted reproduction" OR Abstract: "assisted reproduction"	454	474
#10	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 ((title: ("assisted reproduction")) OR (abstract: ("assisted reproduction"))) OR ((title: ("assisted reproductive technology")) OR (abstract: ("assisted reproductive technology"))) OR ((title: ("infertility treatment")) OR (abstract: ("infertility treatment"))) OR ((title: ("fertility treatment")) OR (abstract: ("fertility treatment"))) OR ((IndexTermsFilt: ("Reproductive Technology")))	2,912	3,042
Blok 3			

#11	Index Terms: {Sexuality}	19,219	19,697
#12	Index Terms: {Psychosexual Behavior}	29,356	29,950
#13	Index Terms: {Sexual Health}	3,933	13,839
#14	Index Terms: {Genital Disorders}	1,110	1,265
#15	Index Terms: {Sexual Function Disturbances}	5,928	5,987
#16	Index Terms: {Biopsychosocial Approach}	4,560	4,687
#17	Index Terms: {Reproductive Health}	4,687	5,273
#18	Title: Sexuality OR Abstract: Sexuality	31,723	32,399
#19	Title: "Sexual Behavior" OR Abstract: "Sexual Behavior"	17,297	17,494
#20	Title: biopsychosocial OR Abstract: biopsychosocial	9,185	9,464
#21	Title: "Sexual Health" OR Abstract: "Sexual Health"	7,625	7,898
#22	Title: "sexual disorder" OR Abstract: "sexual disorder"	187	191
#23	Title: "Sexual function" OR Abstract: "Sexual function"	3,866	3,945
#24	Title: "reproductive health" OR Abstract: "reproductive health"	4,626	4,844
#25	#11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 ((title: ("Sexual Health")) OR (abstract: ("Sexual Health"))) OR ((title: ("sexual disorder")) OR (abstract: ("sexual disorder"))) OR ((title: ("sexual function")) OR (abstract: ("sexual function"))) OR ((title: ("reproductive health")) OR (abstract: ("reproductive health"))) OR ((IndexTermsFilt: ("sexuality"))) OR ((IndexTermsFilt: ("psychosexual behavior"))) OR ((IndexTermsFilt: ("sexual health"))) OR ((IndexTermsFilt: ("genital disorders"))) OR ((IndexTermsFilt: ("sexual function disturbances"))) OR ((IndexTermsFilt: ("biopsychosocial approach"))) OR ((IndexTermsFilt: ("reproductive health")))	66,540	102,858 (!!) 70,224 Results for ((Index Terms: (Sexuality))) OR ((Index Terms: (Psychosexual Behavior))) OR ((Index Terms: (Sexual Health))) OR ((Index Terms: (Genital Disorders))) OR ((Index Terms: (Sexual Function Disturbances))) OR ((Index Terms: (Biopsychosocial Approach))) OR ((Index Terms: (Reproductive Health))) OR

			69,010 Results for ((title: (Sexuality)) OR (abstract: (Sexuality))) OR ((title: ("Sexual Behavior")) OR (abstract: ("Sexual Behavior")))) OR ((title: (Biopsychosocial)) OR (abstract: (Biopsychosocial))) OR ((title: ("Sexual Health")) OR (abstract: ("Sexual Health")))) OR ((title: ("sexual disorder")) OR (abstract: ("sexual disorder")))) OR ((title: ("Sexual function")) OR (abstract: ("Sexual function")))) OR ((title: ("reproductive health")) OR (abstract: ("reproductive health")))
#26	((title: ("Sexual Health") OR title: ("sexual disorder") OR title: ("sexual function") OR title: ("reproductive health")) OR (abstract: ("Sexual Health") OR abstract: ("sexual disorder") OR abstract: ("sexual function") OR abstract: ("reproductive health")) OR (Index Terms: (sexuality) OR Index Terms: ("psychosexual behavior") OR Index Terms: ("sexual health") OR Index Terms: ("genital disorders") OR Index Terms: ("sexual function disturbances") OR Index Terms: ("biopsychosocial approach") OR Index Terms: ("reproductive health"))) AND ((title: ("fertility treatment") OR title: ("infertility treatment") OR title: ("Assisted reproductive technology") OR title: ("assisted reproduction")) OR (abstract: ("fertility	59 hits	#4 AND #10 AND #25 = 100 100 Results for (((Index Terms: (Human Males)))) OR (((title: (men))) OR ((abstract: (men)))) OR (((title: (male))) OR ((abstract: (male)))) AND (((Index Terms:

	treatment") OR abstract: ("infertility treatment") OR abstract: ("Assisted reproductive technology") OR abstract: ("assisted reproduction") OR (Index Terms: ("reproductive technology")) AND ((title: (male) OR title: (men)) OR (abstract: (male) OR abstract: (men)) OR (Index Terms: (human males)))	(Reproductive Technology)))) OR (((title: ("fertility treatment")) OR ((abstract: ("fertility treatment")))) OR (((title: ("infertility treatment")) OR ((abstract: ("infertility treatment")))) OR (((title: ("assisted reproductive technology")) OR ((abstract: ("assisted reproductive technology")))) OR (((title: ("assisted reproduction")) OR ((abstract: ("assisted reproduction")))) AND (((Index Terms: (Sexuality)))) OR (((Index Terms: (Psychosexual Behavior)))) OR (((Index Terms: (Sexual Health)))) OR (((Index Terms: (Genital Disorders)))) OR (((Index Terms: (Sexual Function Disturbances)))) OR (((Index Terms: (Biopsychosocial Approach)))) OR (((Index Terms: (Reproductive Health)))) OR (((title: (Sexuality)))
--	---	---

			OR ((abstract: (Sexuality)))) OR (((title: ("Sexual Behavior")))) OR ((abstract: ("Sexual Behavior")))) OR (((title: (Biopsychosocial)))) OR ((abstract: (Biopsychosocial)))) OR (((title: ("Sexual Health")))) OR ((abstract: ("Sexual Health")))) OR (((title: ("sexual disorder")))) OR ((abstract: ("sexual disorder")))) OR (((title: ("Sexual function")))) OR ((abstract: ("Sexual function")))) OR (((title: ("reproductive health")))) OR ((abstract: ("reproductive health"))))
#27	Filter: Peer Reviewed Journal Filter Year: 2014-2024 ((title: ("Sexual Health") OR title: ("sexual disorder") OR title: ("sexual function") OR title: ("reproductive health")) OR (abstract: ("Sexual Health") OR abstract: ("sexual disorder") OR abstract: ("sexual function") OR abstract: ("reproductive health")) OR (Index Terms: (sexuality) OR Index Terms: ("psychosexual behavior") OR Index Terms: ("sexual health") OR Index Terms: ("genital disorders") OR Index Terms: ("sexual function disturbances") OR Index Terms: ("biopsychosocial approach") OR Index Terms: ("reproductive health")) AND ((title:	34 hits	54 54 Results for (((Index Terms: (Human Males)))) OR (((title: (men))) OR (abstract: (men)))) OR (((title: (male))) OR (abstract: (male)))) AND (((Index Terms: (Reproductive Technology)))) OR (((title: ("fertility treatment")))) OR

	("fertility treatment") OR title: ("infertility treatment") OR title: ("Assisted reproductive technology") OR title: ("assisted reproduction")) OR (abstract: ("fertility treatment") OR abstract: ("infertility treatment") OR abstract: ("Assisted reproductive technology") OR abstract: ("assisted reproduction")) OR (Index Terms: ("reproductive technology")) AND ((title: (male) OR title: (men)) OR (abstract: (male) OR abstract: (men)) OR (Index Terms: (human males))) AND Any Field: "Peer Reviewed Journal" AND Year: 2014 To 2024	((abstract: ("fertility treatment")) OR (((title: ("infertility treatment")) OR (abstract: ("infertility treatment")) OR (abstract: ("Assisted reproductive technology")) OR (abstract: ("assisted reproduction")) OR (Index Terms: ("reproductive technology")))) OR (((title: ("assisted reproductive technology")) OR (abstract: ("assisted reproductive technology")) OR (abstract: ("assisted reproduction")))) AND (((Index Terms: (Sexuality)))) OR (((Index Terms: (Psychosexual Behavior)))) OR (((Index Terms: (Sexual Health)))) OR (((Index Terms: (Genital Disorders)))) OR (((Index Terms: (Sexual Function Disturbances)))) OR (((Index Terms: (Biopsychosocial Approach)))) OR (((Index Terms: (Reproductive Health)))) OR (((title: (Sexuality)))) OR ((abstract: (Sexuality)))) OR (((title: ("Sexual Behavior")) OR
--	--	---

			((abstract: ("Sexual Behavior")))) OR (((title: (Biopsychosocial)))) OR ((abstract: (Biopsychosocial)))) OR (((title: ("Sexual Health")))) OR ((abstract: ("Sexual Health")))) OR (((title: ("sexual disorder")))) OR ((abstract: ("sexual disorder")))) OR (((title: ("Sexual function")))) OR ((abstract: ("Sexual function")))) OR (((title: ("reproductive health")))) OR ((abstract: ("reproductive health")))) AND Peer-Reviewed Journals only AND Year: 2014 To 2025

Søgning i Cinahl d. 4/7-2024 og 22/1-2025

Søgning nr.	Søgeord	Antal hits 4/7-2024	Antal hits 22/1-2025
Blok 1			
#1	(MH "Male")	1,957,971	1,989,365
#2	(MH "Men")	6,902	7,195

#3	(TI male OR AB male)	276,569	283,808
#4	(TI men OR AB men)	236,997	241,136
#5	(MH "Male") OR (MH "Men") OR (TI male OR AB male) OR (TI men OR AB men)	2,070,253	2,106,076
Blok 2			
#6	(MH "Reproduction Techniques+")	17,142	17,448
#7	(TI "fertility treatment" OR AB "fertility treatment")	937	974
#8	(TI "infertility treatment" OR AB "infertility treatment")	1,102	1,119
#9	(TI "assisted reproductive technology" OR AB "assisted reproductive technology")	2,261	2,357
#10	(TI "assisted reproduction" OR AB "assisted reproduction")	1,572	1,615
#11	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 (MH "Reproduction Techniques+") OR (TI "fertility treatment" OR AB "fertility treatment") OR (TI "infertility treatment" OR AB "infertility treatment") OR (TI "assisted reproductive technology" OR AB "assisted reproductive technology") OR (TI "assisted reproduction" OR AB "assisted reproduction")	19,306	19,736
Blok 3			
#12	(MH "Sexual Behavior")	2,044	2,348
#13	(MH "Sexuality")	33,755	34,170
#14	(MH "Sexual Health")	9,207	9,615
#15	(MH "Sexual Dysfunction, Psychological")	2,033	2,066
#16	(MH "Reproductive Health")	10,461	11,052
#17	(MH "Models, Biopsychosocial")	601	725
#18	(TI "sexual behavior" OR AB "sexual behavior")	5,170	5,246
#19	(TI sexuality OR AB sexuality)	10,729	11,058
#20	(TI "sexual health" OR AB "sexual health")	9,218	9,487
#21	(TI "sexual function" OR AB "sexual function")	4,152	4,269
#22	(TI "sexual dysfunction" OR AB "sexual dysfunction")	3,885	3,965
#23	(TI "reproductive health" OR AB "reproductive health")	9,700	10,107
#24	(TI biopsychosocial OR AB biopsychosocial)	4,956	5,164
#25	#12 OR #13 #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 (MH "Sexual Behavior") OR (MH "Sexuality") OR (MH "Sexual Health") OR (MH "Sexual Dysfunction, Psychological") OR (MH "Reproductive Health") OR (MH "Models,	73,425	75,536

	Biopsychosocial") OR (TI "sexual behavior" OR AB "sexual behavior") OR (TI sexuality OR AB sexuality) OR (TI "sexual health" OR AB "sexual health") OR (TI "sexual function" OR AB "sexual function") OR (TI "sexual dysfunction" OR AB "sexual dysfunction") OR (TI "reproductive health" OR AB "reproductive health") OR (TI biopsychosocial OR AB biopsychosocial)		
#26	#5 AND #11 AND #25 (MH "Male") OR (MH "Men") OR (TI male OR AB male) OR (TI men OR AB men) AND (MH "Reproduction Techniques+") OR (TI "fertility treatment" OR AB "fertility treatment") OR (TI "infertility treatment" OR AB "infertility treatment") OR (TI "assisted reproductive technology" OR AB "assisted reproductive technology") OR (TI "assisted reproduction" OR AB "assisted reproduction") AND (MH "Sexual Behavior") OR (MH "Sexuality") OR (MH "Sexual Health") OR (MH "Sexual Dysfunction, Psychological") OR (MH "Reproductive Health") OR (MH "Models, Biopsychosocial") OR (TI "sexual behavior" OR AB "sexual behavior") OR (TI sexuality OR AB sexuality) OR (TI "sexual health" OR AB "sexual health") OR (TI "sexual function" OR AB "sexual function") OR (TI "sexual dysfunction" OR AB "sexual dysfunction") OR (TI "reproductive health" OR AB "reproductive health") OR (TI biopsychosocial OR AB biopsychosocial)	310	327
#27	#26 Filter: Language: English Filter: Year: 2014-2024 Filter: Academic Journal	198	217 Filter: Language: English Filter: Year: 2014-2025 Filter: Academic Journal

Bilag 2 - Interviewguide

Hvad vil vi gerne blive klogere på og hvilke tematikker vil vi gerne undersøge? Præsentation af interviewer Praktisk information Indledning til emnet	Mænds oplevelse af deres seksualitet under et fertilitetsforløb set udfra et bio-psyko-socialt perspektiv. Fortæl kort om os selv og formålet med interviewet. Fortæl om betydningen af anonymitet og fortrolighed. Samtykkeerklæring underskrives. Informér om interviewets varighed. (max 1 time) Få tilladelse til at optage interviewet. Tak, fordi du vil deltage. Vi skal tale om, hvordan fertilitetsbehandling og infertilitet har påvirket din seksualitet. Der er ingen rigtige eller forkerte svar – jeg er interesseret i dine personlige erfaringer
---	--

Introduktion til seksualitet og seksuel sundhed (vores tanker – finde fælles forståelse)	Vi studerer som sagt sexologi og det syntes vi er så spændende fordi det handler om hvordan vi mennesker trives. Seksuel trivsel er vigtig for 9 ud af 10 af alle danskere. Vi ved at vores seksualitet er dynamisk (altid i forandring) og at den påvirkes af mange forskellige faktorer, både bio-psyko-sociale. (kom med eksempler) ...Derfor kommer vi også til at stille spørgsmål til flere områder af dit liv, som kan have en betydning for din trivsel og seksuelle sundhed. Du er altid i din gode ret til ikke at svare på spørgsmål. Når vi bruger ordet "seksualitet" er ikke kun sex/samleje, eller vores seksuelle orientering. Seksualitet er også begær, drift, en måde at connecte på, en måde at kommunikere på, det er fantasi, det er den dejlige følelse i kroppen og meget mere...
---	---

Baggrundsspørgsmål	1. Vil du fortælle lidt om dig selv? • alder, job, uddannelse, hobby • Føler du dig sund og rask? • Vil du beskrive en almindelig hverdag hjemme hos jer? • Hvordan bruger du din fritid • Vil du sige lidt om hvilke værdier du vægter højt? • Partner: • hvor længe har I været sammen? Er I gift? • Hvordan mødte I hinanden? • Hvornår opstod ønsket om at blive forældre? • Er det et fælles ønske? • Hvornår startede I med at forsøge at opnå graviditet? • Hvad gør du, når du oplever udfordringer i dit liv? • Deler du dine udfordringer/bekymringer med din partner? 2. Kan du kort fortælle om jeres forløb med fertilitetsbehandling? • Hvad er årsagen til jeres infertilitet?
---------------------------	---

	• Hvor længe har I været i behandling? (hvor mange forsøg? og hvilke behandlingsmetoder er blevet anvendt?) • Hvilke tanker har du haft om, at I har brug for hjælp til at blive gravid? • Ser din partner og dig ens eller forskelligt på det? • Har I snakket om hvordan I hver især ser på det? 3. Nu har du beskrevet jeres forløb, som ufrivilligt barnløse. Hvad har det betydet for dig og jer samlet set? 4. Nu ved jeg ikke hvor meget du vidste om fertilitetsbehandling, inden I selv startede i behandling, men er der noget der har overrasket dig undervejs?
--	--

Fertilitetsbehandlingens påvirkning SOCIALT	Hvordan har fertilitetsbehandlingen påvirket dig (SOCIALT) i din relation til din kæreste/partner/hustru, i relationen til din omgangskreds, i relationen til dine kollegaer? Socialt liv generelt?
Fertilitetsbehandlingens påvirkning PSYKOLOGISK	Har du oplevet nogen psykologiske konsekvenser af at I er i fertilitetsforløb? (Håb, glæde, frustration, depression, kortluntethed, stress...)
Fertilitetsbehandlingens påvirkning BIOLOGISK	Har fertilitetsbehandlingen påvirket dig og din krop? (Præstationspres, stress, dårlig søvn, operation, medicinbivirkninger?...)
Seksualitet før fertilitetsbehandling (bio-psyko-socialt)	1. Hvordan vil du beskrive din seksualitet og sexliv, før du/I begyndte fertilitetsbehandlingen? • Var du overordnet tilfreds eller utilfreds? • Var det noget, du følte dig tryk og tilfreds med? Vil du uddybe hvorfor? • Hvordan oplevede du dit forhold til din partner seksuelt? • Havde du seksuelle udfordringer, som fx manglede rejsning, for tidlig sædafgang, smerter ved sex eller andet?

Fertilitetsbehandlingens påvirkning (Bio-psyko-socialt)	1. Oplever du, at fertilitetsbehandlingen har ændret dit syn på dig selv? Hvordan? • Har det haft betydning for din selvfølelse eller maskulinitet, følelse overfor partner? 2. I langt de fleste typer af fertilitetsbehandling, er det kvinden der får behandlingen (hormonsprøjte, ægstimulering, ægudtagning, insiminering, ægløsningstests, tempraturmålinger osv...) Hvordan har det været for dig, at det overvejende er din partner der behandles? 3. Har du oplevet ændringer i kommunikationen med din partner, om jeres forhold og den måde I er kærester på? ...Har dette påvirket jeres sexliv? Oplever du, at fertilitetsbehandlingen, med alt hvad det indebærer (af timet samleje, IVF-forsøg, tests, hormonsprøjter osv) har påvirket dit sexliv? • Fx lyst, spontanitet eller intimitet med din partner. • Har det haft nogen betydning for din lyst til solosex/onani? 4. Har der været tidspunkter, hvor sex er blevet mere mekanisk eller pligtbetonet? Hvis ja, vil du så uddybe?
---	--

	5. Har der været frustration, skam, pres eller andre følelser? Hvis ja, vil du så uddybe hvad du har oplevet?
Fremadrettet perspektiv	1. Er der noget, du ønsker skal ændre sig i jeres samliv? Hvis ja, vil du så uddybe? 2. Er der noget, du føler, du mangler støtte til i forhold til fertilitetsbehandlingens påvirkning på dit liv? Vil du uddybe hvad det kunne være?
Afslutning	1. Er der noget, du synes, vi ikke har talt om, men som er vigtigt for dig? 2. Hvordan har det været for dig at tale om dette emne? 3. Samtykke til at kontakte ham igen, hvis vi har supplerende spørgsmål.

Bilag 3 - Et eksempel på, hvordan seksualitet blev begrebsafklaret af interviewer

Indhold: Transskriberet uddrag fra interviewet med informant 2. Et eksempel på hvordan seksualitet blev begrebsafklaret.

C: informanten

S: Interviewer

C: Ja.

S: Ja. Vi håber, at vi kan holde os inde for en tidsramme på en time. Og jeg kigger lige med sådan, at jeg er slavisk får tjekket. Og det, jeg skal huske at sige til dig.

C: Jamen, ellers så hopper du bare tilbage i det, hvis det er.

S: Hvor godt. Jeg vil sige lidt om det, vi mener, når vi snakker om seksualitet og seksuel sundhed. For det er ikke sådan et hverdagsord. Det er jo et dansk ord, som alle mennesker kender. Men de fleste danskere synes noget forskelligt om ordenes betydning. Så når jeg siger seksuel sundhed, så siger jeg seksuel sundhed som et barometer, der fx kan fremme vores sundhed. Eller som kan gøre os syge og dårlige. Når jeg siger seksualitet, så siger jeg ikke kun samleje eller lyst eller sex eller porno. Så siger jeg også, at seksualitet det er også identitet, det er også hvem vi er. Det er også hvordan vi bevæger os og hvad vi er draget imod. Det er sådan meget mere bredt end de fleste danskere har en opfattelse af, som synes, at ens seksualitet, det handler om man er tiltrukket af mænd eller kvinder, eller begge dele. Så vi forstår det det sådan som noget ret bredt. Og hvis jeg nu bruger ordene i flæng, og det ikke giver mening for dig, så sig endelig til.

C: ja.

S: Cool. Men må vi ikke lære dig lidt at kende, C? Vil du ikke fortælle lidt om dig? Hvor gammel er du, og hvad laver du, når du går på arbejde? Har du en hobby?

C: Jo, jeg er mellem 25-29 år, det kan jeg ikke huske. Det er omkring, men nu kan jeg ikke engang lige regne det ud. Jeg til daglig, der driver jeg en IT-virksomhed med min bedre halvdel, hvor vi er så privilegerede at arbejde hjemmefra. IT er IT næsten. Og så er det en ren hobby, der har... Vi har

Bilag 4 - Informationsmateriale til personalet på fertilitetsklinikkerne

Vi søger mænd i fertilitetsbehandling til kvalitative interviews for at undersøge hvordan mandens trivsel og seksuelle sundhed påvirkes i denne proces

Kære personale på fertilitetsklinikken

Vi er to studerende på Masteruddannelsen i Sexologi ved Aalborg Universitet, Ditte Maria Waldbjørn og Solvej Forster Romby. Vi er i gang med et Masterprojekt, hvor vi undersøger mænds oplevelser af deres seksuelle sundhed og seksualitet i forbindelse med fertilitetsbehandling. Gennem vores praktiske erfaring og studier har vi lært meget om de udfordringer, par i fertilitetsbehandling står overfor, men vi har samtidig identificeret en stor mangel på viden om, hvordan mænd specifikt oplever denne proces.

Vores studie har til formål at:

- Undersøge, hvordan fertilitetsbehandling påvirker mænds seksuelle sundhed og seksualitet
- Belyse mænds unikke perspektiver og erfaringer, som ofte er underrepræsenteret i forskningen
- Bidrage til en bedre forståelse, som kan forbedre rådgivning og støtte til mænd i fertilitetsbehandling

Vi beder om jeres hjælp til rekruttering af deltagere

Vi søger mænd, der er i fertilitetsbehandling sammen med deres partner, til at deltage i anonyme interviews. For at nå ud til potentielle deltagere, håber vi, at I kan hjælpe os ved at informere jeres mandlige patienter om muligheden for at deltage i vores undersøgelse.

Hvem kan deltage?

- Mænd, der er i fertilitetsbehandling sammen med deres kvindelige partner.
- Deltagere skal være villige til at deltage i et anonymt interview, hvor de frit kan dele deres oplevelser og tanker omkring deres seksuelle sundhed og seksualitet.

Hvordan foregår det?

Interviews vil blive gennemført i et trygt og fortroligt miljø, når det passer bedst for deltageren. Tidspunktet vil blive aftalt individuelt for at sikre fleksibilitet. Målet er at gennemføre interviews i december 2024 og januar 2025. Vi er åbne for at mødes med informanterne på fertilitetsklinikken, hvis dette er en mulighed eller hjemme hos parret.

Hvordan kan I hjælpe?

Vi vil sætte umådelig stor pris på, at I informerer relevante patienter om denne mulighed ved mundtligt at nævne det under konsultationer eller ved at dele vores kontaktoplysninger med dem.

Kontaktoplysninger for deltagelse:

Solvej Forster Romby

Ditte Maria Waldbjørn

Mail: solvejforster@gmail.com

Mail: ditte@waldbjoern.com

Mobil: 20832038

Mobil: 22905026

Om os

Ditte er uddannet jordemoder, og Solvej er Psykomotorisk Terapeut og Sexologisk Rådgiver. Vores erfaringer fra praksis og studiet har givet os indblik i de følelsesmæssige og fysiske udfordringer, som par i fertilitetsbehandling oplever. Vi har observeret, at mens kvinders oplevelser ofte er i fokus, mangler vi viden om mænds perspektiver – en viden, der er afgørende for at kunne tilbyde en helhedsorienteret støtte.

Vi håber, I vil være med til at støtte vores projekt, som har potentialet til at skabe ny indsigt og forbedre den hjælp og støtte, der tilbydes mænd i fertilitetsbehandling.

Vi takker på forhånd for jeres hjælp og ser frem til at høre fra jer!

Med venlig hilsen,

Ditte Maria Waldbjørn & Solvej Forster Romby



Bilag 5 - Skriftlig information om opgavens formål til udlevering til potentielle informanter

Er du mand og i fertilitetsbehandling sammen med din partner? Vil du dele dine oplevelser og erfaringer om, hvordan din trivsel og din seksuelle sundhed påvirkes i denne proces?

Vi søger deltagere til et interview, hvor vi undersøger mænds oplevelse af at være i fertilitetsbehandling. Hvordan påvirkes mandens sundhed, herunder også seksuelle sundhed, mens de gennemgår fertilitetsbehandling? Formålet med undersøgelsen er at skabe en dybere forståelse af de udfordringer og oplevelser, som mænd står overfor under fertilitetsbehandling.

Hvem kan deltage?

- Mænd, der er i fertilitetsbehandling sammen med deres kvindelige partner, hvor manden bærer årsagen til parrets infertilitet.
- Du skal være villig til at deltage i et anonymt interview, hvor vi taler om dine oplevelser og tanker omkring emnet.

Hvorfor deltage?

Din deltagelse vil være med til at kaste lys over et ofte overset emne og hjælpe med at forbedre støtten og forståelsen for mænds seksuelle sundhed under fertilitetsbehandling.

Vores interviews vil foregå i et trygt og anonymt rum, hvor du frit kan dele dine erfaringer. Tidspunktet for interviewet vil blive aftalt, så det passer ind i din kalender, og det kan gennemføres enten på fertilitetsklinikken eller hjemme hos dig, alt efter hvad der passer dig bedst.

Kontakt

Hvis du er interesseret i at deltage eller har spørgsmål, er du meget velkommen til at kontakte os.

Solvej Forster Romby

DitteMaria Waldbjørn

Mail: solvejforster@gmail.com

Mail: ditte@waldbjoern.com

Mobil: 20832038

Mobil: 22905026

Om os

Vi er studerende på Masteruddannelsen i Sexologi ved AAU. Ditte er uddannet jordemoder, og Solvej er Psykomotorisk Terapeut og Sexologisk Rådgiver. Gennem både vores praktiske erfaring og studier har vi opnået en bred viden om, hvordan par i fertilitetsbehandling ofte oplever lavere trivsel. Vi ved, at både mænd og kvinder rapporterer om følelsesmæssige og fysiske udfordringer i denne proces, som kan påvirke deres forhold, selvbillede og seksualitet. Mens der er en stigende opmærksomhed på kvinders oplevelser og de psykologiske belastninger for begge parter, er mænds oplevelser og perspektiver ofte underbelyst.

Vi mangler viden om, hvordan fertilitetsbehandling påvirker mænds trivsel og dermed også deres seksuelle sundhed. Mange studier fokuserer på kvinders fysiske og følelsesmæssige belastninger, men vi ved meget lidt om, hvordan mænd håndterer de psykologiske og seksuelle konsekvenser af fertilitetsbehandling, eller hvordan deres rolle som partner påvirker deres trivsel. Derfor er det vigtigt for os at høre fra mændene selv – for at få deres unikke perspektiver og erfaringer frem i lyset.

Ved at deltage i vores undersøgelse hjælper du os med at udfylde dette videnshul og bidrage til en bedre forståelse af, hvordan fertilitetsbehandling påvirker mænds seksuelle sundhed og trivsel. Dette kan på sigt være med til at forbedre støtten og rådgivningen til mænd, der står i denne situation.

Vi ser frem til at høre fra dig og værdsætter dit bidrag til denne vigtige undersøgelse!

- Ditte & Solvej

Bilag 6 - Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Erklæring om samtykke

Jeg erklærer hermed, at jeg giver mit samtykke til at deltage i et interview i forbindelse med Ditte Maria Waldbjørn & Solvej Forster Rombys undersøgelse af hvordan fertilitetsbehandling påvirker mandens seksualitet og seksuelle sundhed.

Jeg er informeret om og indforstået med:

1. At jeg til enhver tid kan trække mit samtykke tilbage og udgå af undersøgelsen
2. At interviewet er anonymt, og det betyder at jeg ikke nævnes ved navn eller på anden måde kan genkendes i interviewet eller i masteropgaven
3. At alle oplysninger jeg måtte give, som enten kan føre til genkendelse af mig eller andre personer ikke vil kunne genkendes i masteropgaven
4. At alt materiale udover selve masteropgaven og transskriberinger brugt som bilag, destrueres efter anvendelse
5. At jeg får mulighed for endelig at godkende interviewets indhold før anvendelse, ved at jeg modtager det transskriberede materiale. Og først efter min endelige godkendelse vil
6. Materialet indgå i en analyse i Ditte Maria Waldbjørn & Solvej Forster Rombys masteropgave
7. Jeg har modtaget både skriftlig og mundtlig information om undersøgelsen

_____ Dato _____ Underskrift

