

AUTOR : Name :MOREAUF First

name: Anissa

Datum der Verteidigung : 01 Juli 2021

Titel der Dissertation: Welche Hindernisse stehen der Entwicklung der männlichen Empfängnisverhütung entgegen? Ein Überblick über die medizinische und sozialwissenschaftliche Literatur.

Dissertation - Medizin - Lille " 2021 "

Klassifizierungsrahmen: *Medizin DES*

+ Fachgebiet: *Allgemeinmedizin*

**Schlüsselwörter: Verhütung Empfängnisverhütung,
Androgene, Gestagene, Kontrolle vorder**

Spermatogenese

Zusammenfassung : Einleitung: Seit der empfängnisverhütenden Revolution in den 1960er Jahren hat sich das Angebot an Verhütungsmitteln für Frauen ständig erweitert. Die männlichen Verhütungsmethoden beschränken sich dagegen nach wie vor auf die alten Methoden: den Entzug und das Kondom, zu denen noch eine Sterilisationsmethode hinzukommt: die Vasektomie. Wie lässt sich eine solche Asymmetrie zwischen dem Angebot an weiblichen und männlichen Verhütungsmitteln im Jahr 2021 erklären?

Zielsetzung: Ziel dieser Arbeit ist es, anhand einer Literaturübersicht die Hindernisse für die Entwicklung männlicher Verhütungsmittel zu ermitteln und zu analysieren.

Methode: Es wurde eine Literaturrecherche in den wichtigsten medizinischen und sozialwissenschaftlichen Datenbanken durchgeführt. Nach Aufnahme und Lektüre der Artikel wurde eine Liste potenzieller Barrieren erstellt und mit den Forschungsdaten verglichen.

Ergebnisse: 21 Übersichtsartikel, 214 klinische Studien und Akzeptanzstudien sowie 38 soziologische Artikel wurden einbezogen und analysiert. Als potenzielle Haupthindernisse wurden Wirksamkeit, Nebenwirkungen, Reversibilität, Akzeptanz, mangelnde Investitionen in die Forschung, die Geschichte der Verhütung und traditionelle geschlechtsspezifische gesellschaftliche Vorstellungen ermittelt.

Schlussfolgerung: Mehr als 50 Jahre Forschung haben bewiesen, dass eine wirksame, reversible CM ohne ernsthafte Nebenwirkungen möglich ist. Sowohl Männer als auch Frauen sind bereit, eine CM anzuwenden. Die Entwicklung von CM scheint durch fehlende Investitionen der pharmazeutischen Industrie und traditionelle gesellschaftliche Vorstellungen behindert zu werden geschlechtsspezifisch.

Zusammensetzung der Jury :

Vorsitzender: Professor Sophie CATTEAU-JONARD

Prüfer: Professor Arnaud VILLERS, Dr. Geoffroy ROBIN, Dr. Clara LEROY Leiter der

Arbeit: Dr. Roger MIEUSSET

**Thermische
Empfängnisverhütung für
Männer**

Rock et al. 1965 (205)	137 H	Auswirkungen auf die Spermatogenese	<p><u>Serie 1:</u> Messung der Skrotaltemperatur bei Raumtemperatur in verschiedenen Positionen n=36 <u>Serie 2:</u> Messung der Skrotaltemperatur bei euspermischen H=21 vs H mit Oligo n=37 oder mit Varikozele n=8 <u>Serie 3:</u> Messung der Skrotaltemperatur beim Baden 38°C bis 43°C während 2h n=8 <u>Serie 4:</u> Messung der Hodensacktemperatur beim Tragen von isolierender Unterwäsche 6-14 Wochen n=7 <u>Serie 5:</u> Messung der Hodensacktemperatur 20 H mit Oligo, behandelt durch Hodensackbäder zwischen 43 und 45°C für 30 Minuten bis 1 Stunde an 6 aufeinanderfolgenden Tagen</p>	Differenz der rektalen/skrotalen Temperatur in Rückenlage bei Raumtemperatur = durchschnittlich 2,38°C ↓ spz-Konzentration ab S3 des Tragens isolierender Unterwäsche. Zwischen S5 und S9 ↓ 5 bis 25 M/mL. Reversibilität nach 3 bis 12 Wochen nach Absetzen der Methode.
French et al. 1973 (206)	5 H	Unterdrückung der Spermatogenese	↑ Skrotaltemperatur° zu Körpertemperatur° pdt 30 Min./Tag oder 15 Min./Tag durch die H selbst für 5 Tage	↓ spz-Konzentration ab 7d nach ↑ temp° in 3/5 H 1, bei dem keine ↑ der Skrotaltemperatur erreicht wurde; 1, bei dem eine ↑ der T° erreicht wurde 15 min beibehalten.
Mieusset und al. 1985 (207)	14 H	Unterdrückung von Spermatogenese	↑ Hodentemperatur° von 1,5 bis 2°C mit dem H-Körper als Wärmequelle mit einer spezifischen Jockstrap, der die Hoden während der 15 tagsüber, über 12 Monate	Nbr spz: 3 bis 10 M/mL zwischen S7 und S13. Mobilität: 21-34% zwischen 7-13 Wochen und 1-3 M/mL mobile spz bei dieses Mal. Während des Studienzeitraums wurden keine Sekundäreffekte gemeldet. Vollständige Reversibilität nach 6-8 Monaten nach Absetzen der Methode.

Mieusset und al. 1987 (208)	Reversibilität von Auswirkungen auf Spermatogenese	↑ Hodentemperatur von 1,5 bis 2°C mit Hilfe von einer bestimmten Unterwäsche, die 15 Jahre lang getragen wird stundenweise tagsüber für 6 bis 24 Monate und dann nach Beendigung der Methode.	Spz-Konzentration 5 bis 18 M/mL M4 und M24 der Exposition vs. 89 M/mL bei Studienbeginn. Mobilität 18 bis 36 % bei M4 und M24 der Exposition gegenüber 67% bei Studienbeginn ↑ nbr morpho Anomalien: anfangs <30% dann ca. 50% bei M10. Hauptsächlich: Kopfverlängerung, Geißelkrümmung. Persistenz von Morphoanomalien bei nbr > anfangs bis 14 bis 18 Monate nach Beendigung der Methode, aber ohne csq auf Fruchtbarkeit
-----------------------------	--	---	--

Mieusset et al. 1987 (209)	19 H	Unterdrückung der Spermatogenese	↑ Hodentemperatur 1,5 bis 2°C: <u>Technik 1</u> n=13 Spezielle Unterwäsche mit einem Loch in der Mitte, das den Durchgang des Penis und der leeren Hodenhaut ermöglicht. <u>Technik 2</u> n=6 Ähnliche spezielle Unterwäsche, aber das Loch ist mit einem Ring verstärkt. Getragen für 15 Stunden tagsüber für 6 bis 24 Monate	2° effizientere Technik in Bezug auf die ↓ nbr von Spz und ihre Mobilität: durchschnittlich 0,6 M/ml Spz bei M12 und 7,5 % der Mobilitäten mit Technik 2 gegenüber 6,7 M/ml Spz und 29 % der Mobilität mit Technik 1
Shafik 1991 (210)	28 H	Unterdrückung der Spermatogenese Empfängnisverhütende Wirkung Umkehrbarkeit	↑ Hodentemperatur 1,5 bis 2°C. Grp I: Fixierung der Hoden in suprascrotaler Position n=15. Grp II: Fixierung in suprascrotaler Position mit einem Jockstrap n=13. Für 12 Monate	Azoo n=11 grp I und n=8 grp II, Oligo <10M/mL n= 9 Rückkehr der normalen Spz-Konzentration bei 28 H innerhalb von 6 Monaten nach Absetzen der Behandlung. ↓ Motilität mit 8 bis 18% motilem Spz am Ende der ttt, reversibel in 9 Monaten bei allen H. ↑ Morphoanomalien reversibel innerhalb von 6 Monaten bei allen H. ↓ T. 0 Schwangerschaft eingetreten. Schwangerschaft bei allen Partnern mit Kinderwunsch nach Absetzen der Behandlung des ttt (n=19).
Schafik 1992 (211)	14 Paare	Wirksamkeit von Verhütungsmitteln	↑ Hodentemperatur von 1,5 bis 2 °C durch Halten der Hoden in suprascrotaler Position mit einem Polyester-Jockstrap, der für einen Zeitraum von 12 Monate Tag und Nacht.	0 Schwangerschaften traten auf. Lang anhaltende Azoo bei allen H. Zeit bis zum Erreichen von Azoo: 120 bis 160 Tage (durchschnittlich 139,6 Tage).
Mieusset et al. 1994 (212)	9 Paare	Wirksamkeit von Verhütungsmitteln	↑ Hodentemperatur 1,5 bis 2°C nach <u>Technik 1</u> : spezielle Unterwäsche mit Loch in der Mitte, das den Durchgang des Stabes ermöglicht, und leerer Hodenhaut, n=3 oder <u>Technik 2</u> : vergleichbare spezielle Unterwäsche, aber Loch mit weichem Gummi verstärkt oder Gummiring allein mit Bändern gehalten. n=6	Bessere Hemmung der Spermatogenese mit Technik 2. 0 Schwangerschaften in 117 Expositionszyklen, d.h. 100% Effizienz für Technik 2. Mobile Spz-Konzentration <1 M/ml in 86,4 % der Proben, ohne jemals 1,6 M/ml zu überschreiten. Keine verzögerte Zweitwirkung. Rückkehr zu den Ausgangswerten 12 bis 18 Monate nach der technischen Einstellung. 1 Schwangerschaft trat auf Technik 1 (H hatte das Tragen von Unterwäsche nach 7 Wochen eingestellt). Durchschnittliche Dauer der Exposition gegenüber dieser Technik als Verhütungsmethode für die 3 Paare = 13,3 Monate. Durchschnittliche Konzentration des mobilen Spz = 1,86 M/ml.
Moeloek 1995 (213)	10 H	Unterdrückung der Spermatogenese	↑ Hoden temp° 1.5 bis 2°C bei kontinuierlich Tragen von a Polyester-Jockstrap für 6 Monate	Oligo <20M/mL n=10H. Oligo <10M/mL n=3H. Oligo <5M/mL n=1H. ↓ von % Normalformen 18,8 gegenüber 57,85 bei Studienbeginn.

Wang et al. 1997 (214)	21 H	Unterdrückung der Spermatogenese	<p>↑ mäßige Hodentemperatur° durch</p> <p><u>Grp I:</u> Polyesteraufhänger (einlagig) oder</p> <p><u>Grp II:</u> zweilagiger Polyesteraufhänger (1 Lage Polyester + 1 Lage aluminiumimprägniertes Polyester) oder</p> <p><u>Grp III:</u> zweilagiger Aufhänger Polyesterschicht. Pdt 52 Wochen</p>	<p>Der Kleiderbügel wurde im Durchschnitt 0,74 Stunden lang nicht getragen.</p> <p>↑ von 0,8 bis 1°C der Hodensacktemperatur beim Tragen des Jockstraps Nein</p> <p>signifikante Veränderung der Spermienparameter</p>
---------------------------	------	-------------------------------------	--	--

Zhu und al. 2010 (215)	12 H	Auswirkungen auf die Spermatogenese	Proteomanalysen an Hodenbiopsien zu verschiedenen Zeitpunkten (S2 und S9) nach ↑ temp° testicular durch heiße Bäder von 43°C für 30 Minuten pro Tag, jeden Tag an 6 aufeinanderfolgenden Tagen.	Unterschiedliche Proteinexpressionen vor und 2 Wochen nach der Behandlung. 2 Wochen nach der Wärmebehandlung: ↓ Expression einiger Proteine, die an der Zellproliferation und am Überleben beteiligt sind. ↑ Expression einiger Proteine die an der Apoptose der Keimzellen und an antiproliferativen Mechanismen beteiligt sind. HNRNP1 scheint eine Schlüsselrolle zu spielen. Die Expression korreliert mit der Spermatogenese (verminderte 2 Wochen nach der Behandlung und steigt 9 Wochen später wieder an).
Ahmad et al. 2012 (216)	5 H	Auswirkungen auf die Spermatogenese	↑ Temperatur von 1,5 bis 2°C Hoden und Nebenhoden durch Tragen von Unterwäsche, die tagsüber 15 Stunden lang getragen wird, für 120 aufeinanderfolgende Tage	↑ signifikanter DFI (DNA-Fragmentierungsindex) und HDS (hohe DNA-Färbbarkeit) ab D20. ↑ DFI von ca. 200 %. HDS 13,0 ± 1,1 D45 gegenüber 5,9 ± 0,3 bei Studienbeginn.
Rao und al. 2015 (217)	20 H	Auswirkungen auf die Spermatogenese und die akzessorischen Geschlechtsdrüsen	↑ Hodentemperatur: <u>Gruppe 1</u> = heiße Bäder bei 43°C pdt 30 min 1/d an 10 aufeinanderfolgenden Tagen oder <u>Gruppe 2</u> = heiße Bäder bei 43°C pdt 30 min 1/d alle 3 Tage (insgesamt 10 Bäder).	↓ Spz-Konzentration und Gesamt-Spz-Nbr in 2 Grp. ↓ + signifikant Grp 2 (15,5% der Ausgangswerte bei S8 vs. 28,8% Grp 1). Schweres Oligo (< 5M/ml) n= 4H/Grp. ↓ progressive Mobilität in 2 Grp. ↓ HOS-Test (hypo-osmotischer Schwellungstest) in 2 Grp. ↓ signifikanter Gesamt-Acrosin-Aktivitätstest in 2 Grp. Keine Veränderung der biochemischen Parameter des Samens. Bewertung des oxidativen Stresses: ↑ signifikant in 2 Gruppen von Malondialdehyd
Zhang et al. 2018 (218)	30 H	Auswirkungen auf die Spermatogenese und die akzessorischen Geschlechtsdrüsen und Hormone sexuell	↑ Temperatur des Hodensacks mit einem elektrischen Heizgerät bei 43°C für ca. 30-40 min 1/d, 2 aufeinanderfolgende Tage pro Woche, für 3 Monate.	↓ nbr von spz, Motilität und nbr spz von normaler Form. ↓ signifikante HOS, ↓ der DNA-Integrität, bis zu 1 Monat nach ttt. ↑ MIF und DFI. ↓ signifikantes T und ↑ FSH und LH. ↑ Rate der Chromosomenanomalien für die Chromosomen 13, 18, 21, X und Y (13,7-mal höher).
Abdelhamid et al. 2019 (219)	5 H	Auswirkungen auf die Spermatogenese	↑ Temperatur von 1,5 bis 2°C durch Tragen einer speziellen Unterwäsche während 15 Stunden am Tag an 120 aufeinanderfolgenden Tagen. n=5 Kontrolle: Sperma von 27 gesunden Probanden.	Nbr spz der Normalform geteilt durch 5 während des Expositionszeitraums. ↑ MAI (Index der multiplen Anomalien) bei D20, Rückkehr zu normalen Werten bei D193.

Abdelhamid et al. 2019 (220)	5 H	Auswirkungen auf die Spermatogenese	↑ Temperaturerhöhung um 1,5 bis 2 °C durch Tragen von spezieller Unterwäsche während 15 Stunden am Tag, was zu einem Temperaturanstieg an 120 aufeinanderfolgenden Tagen führt n=5. FISH-Analyse an 234038 spz	↑ x2 Anzahl der Aneuploidien bei D45 nach Exposition. Reversible Wirkung bei D180 nach der Exposition.
------------------------------------	-----	---	---	---

Artikel über die Akzeptanz von CM

Gough 1979 (230)	151 H	Theoretische Akzeptanz eines männliche Antibabypille	Fragebögen	Auf die Frage "Wären Sie bereit, die Pille für den Mann zu benutzen, wenn sie verfügbar wäre?" antworteten 55,6 % mit "ja", 18,5 % mit "wahrscheinlich ja", 18,5 % mit "wahrscheinlich nein" und 7,3 % mit "nein".
Ringheim 1995 (231)	154 H	Akzeptanz ET-Praxis als CHM	Injektionen UND IM 1/Woche Fokusgruppe + Fragebögen	Beweggründe für die Teilnahme von der Studie : brauchen Veränderung Empfängnisverhütung=36%, gefördert durch Partner=23%. Für Mehrheit H, Partner hatte in der Vergangenheit Probleme mit der Empfängnisverhütung. H den Wunsch äußern, die Verantwortung für die Empfängnisverhütung zu teilen, um nicht nicht mehr mit ansehen müssen, wie ihr Partner unter den Auswirkungen der 2ndaries leidet. H Australier auch die traditionellen Geschlechterrollen in Frage stellen und als asiatisch + "konservativ" H. H berichten Nebenwirkungen wie: Akne, Gewichtszunahme oder ↑ Muskelmasse, sondern auch ein Gefühl des Wohlbefindens, ein Gefühl der + Potenz und ↑ Libido. Sekundäre Effekte meist als negativ empfunden = Reizbarkeit. 84 % stimmen einer stärkeren Aufteilung der Verantwortung für die Empfängnisverhütung zu. Kulturelle Unterschiede: 29 % in Hongkong glauben, dass die Pille für H nutzlos oder keine gute Idee gegenüber 13% in Shanghai, 7% in Kapstadt, 6% nach Edinburgh. >30% (außer Hongkong) gebrauchsfertige CHM, wenn verfügbar und 43 78 % (außer Shanghai) würden es in Zukunft nutzen. >50% (außer Hongkong) denken dass ihre Partner würde CHM verwenden. Modalitäten der Verabreichung: für Pille in 1/2 Fälle in Edinburgh, 1/2 für monatliche Injektionen statt. Gründe, warum F CHM nicht für eine gute Idee hält kein Vertrauen in den Partner und/oder Angst vor Nachwirkungen (F Chinesisch).
Glasier et al. 2000 (232)	1894 F : Schottland 450, China 900, Afrika des Südens 544	Akzeptanz einer theoretischen CHM	Fragebögen	

Martin et al. 2000 (233)	1829 H : 436 in Schottland, 493 in Afrika Süden und 450 in China	Akzeptanz Theorie des CHM	Fragebögen	<p>Pille wird von H in Edinburgh als die bequemste Form angesehen und 16 % der schwarzen H in Kapstadt und 34 % der chinesischen H waren der Meinung, sie seien dass CHM ihre Sexualität oder Männlichkeit verändern würde. 44% der chinesischen H at 83 % der weißen Kapstädter sind bereit, die Pille zu nehmen männlich. Injizierbare Form weniger akzeptabel, 32 % sind bereit in Edinburgh und Hongkong und 62 % der weißen Hs in Kapstadt.</p> <p>Zur Notwendigkeit von Spermogrammen, der chinesischen und schottischen H fanden dies tendenziell weniger akzeptabel als H aus Kapstadt, Das Gleiche gilt für den Zeitrahmen für die Wirksamkeit.</p>
-----------------------------	---	---------------------------------	------------	--

Weston d al. (234)	148 H un D	Theoretische Akzeptanz von CHM	Fragebögen, die an Hs verteilt wurden, deren Partnerin vor kurzem entbunden hatte	118 verwertbare Fragebögen. 75,4 % waren vielleicht, wahrscheinlich oder definitiv bereit, CHM auszuprobieren. Sie bevorzugten (in dieser Reihenfolge): tägliche Pille, vierteljährliche Injektion oder 2/Jahr. Die wöchentliche Injektion war die letzte Wahl (obwohl = die einzige Form, die sich als wirksam erwiesen hat).
Weston d al. (235)	76 H un D	Theoretische Akzeptanz von CHM	Fragebögen, die an australische Einwanderer verteilt wurden, deren Partnerinnen vor kurzem entbunden hatten, verglichen mit Daten aus einer früheren Studie über in Australien geborene Männer (234)	13,6 % sind "wahrscheinlich" oder "auf jeden Fall" bereit, CHM auszuprobieren, gegenüber 47,5 % der in Australien geborenen Männer, aber 52,7 % der männlichen Einwanderer antworteten mit "vielleicht". Zu den bevorzugten Verabreichungsmodalitäten (in dieser Reihenfolge): Injektion 2/Jahr, tägliche Pille, Injektion 4/Jahr.
Heinemann et al. 2005 (236)	9342 H in 9 Länder, 4 Kontinente	Theoretische Akzeptanz von CM	Fragebögen	Entscheidung über Verhütungsmittel wird in der Regel von beiden Partnern getroffen. 55,1 % würden gerne eine neue Verhütungsmethode anwenden, 20,7 % nicht. Faktoren, die mit einer besseren Akzeptanz korrelieren: hohes Bildungsniveau, Wunsch nach Vasektomie, derzeitige Verwendung von Verhütungsmitteln. Bevorzugte Verabreichungsmethoden: oral, tägliche Gelanwendung, monatliche Injektion, jährliches Implantat.
Heinemann et al. 2005 (237)	9342 H	Determinanten der theoretischen Akzeptanz von MC	Fragebögen	<u>Positive Faktoren, die die Entscheidung zur Anwendung von CM beeinflussen:</u> Wirksamkeit, schnelle Wirkung und Reversibilität, geringe Nebenwirkungen, Verbesserung der Potenz und Sexualität, Verbesserung der Muskelkraft, einfache Anwendung, keine Abhängigkeit von CF. <u>Negative Faktoren, die die Entscheidung zur Anwendung von CM beeinflussen:</u> negative Einstellung gegenüber CM, Angst vor Sexualhormonen, Angst vor Medikamenten, Ablehnung regelmäßiger medizinischer Nachsorge, Vorstellung, dass Empfängnisverhütung in der Verantwortung der Frau liegt, Angst vor Auswirkungen auf die Sexualität, religiöse Ablehnung.

Marcell et al. 2005 (238)	30 H und Frauen	Theoretische Akzeptanz CHM	Halbstrukturierte Interviews	<p>67 % der Männer und 67 % der Frauen hatten einen positiven Eindruck von CHM.</p> <p>Der Rollentausch bei der Verantwortung für die Empfängnisverhütung wurde von den meisten Fs positiv aufgenommen und von den Hs als "überraschend" oder unnatürlich angesehen. Viele der befragten Fs erwähnten, dass die meisten Hs im Gegensatz zu ihnen nicht an regelmäßige medizinische Nachsorge gewöhnt seien, und wiesen auf den Mangel an Dienstleistungen oder Präventionsprogrammen für Hs hin. 85 % der Fs würden ihrem Partner Folgendes anvertrauen CHM nehmen.</p>
------------------------------	-----------------------	-------------------------------	------------------------------	---

Meriggiola et al. 2006 (239)	20 H	Praktische Akzeptanz des UT+NETE Kombination	UT + NETE -alle 6 Wochen - Alle 8 Wochen - Alle 12 Wochen 48 Wochen lang	92% der M sind der Meinung, dass M und F die Verantwortung für die Verhütung gemeinsam tragen sollten. 38% sind bereit, die volle Verantwortung zu übernehmen. 75 % sind bereit, eine neue CM-Methode auszuprobieren, und 74 % sagen, dass ihr Partner dies auch tut. 66 % sind bereit, UT+NETE zu verwenden, falls verfügbar. 32 % sind der Meinung, dass der größte Nachteil von Injektionen der fehlende Schutz vor Geschlechtskrankheiten ist. 12 Wochen bis zur Wirksamkeit werden von 39 % der Männer als inakzeptabel angesehen. 64 % finden 18 Wochen bis zur Rückkehr zur Normalität akzeptabel. 62 % sind bereit, 10 bis 20 €/Monat zu zahlen, 32 % 10 €, 6 % <10 €.
Zhang et al. 2006 (240)	308 H	Praktische Akzeptanz von UT	Injektionen UT 500 mg IM 1/Monat Fragebögen, Interviews und Fokusgruppe.	Gründe für die Teilnahme an der Studie: Mitverantwortung für die Verhütung 41,2%, etwas Gutes für mein Land tun 36,7%, zur Lösung des Problems der Überbevölkerung beitragen 41,6%. H und F erwähnen die Art und Weise, wie andere Hs sie ansehen, CM würde von anderen Hs angesichts der kulturell akzeptierten Geschlechternormen schlecht wahrgenommen werden. > 1/2 der Befragten bemerkten während ttt keine chgmt. 40,3 % empfanden Unannehmlichkeiten während der Behandlung, 72,3 % davon im Zusammenhang mit den monatlichen Injektionen, die als zu lästig empfunden wurden. und 21,7 % auf die Tatsache, dass sie regelmäßig in die Klinik kommen mussten.
Amory et al. 2007 (241)	38 H	Praktische Akzeptanz des DMPA +Gel T	T-Gel 100 mg/d + DMPA 300 mg Injektion alle 3 Monate +/- Acyclin 300 µg/kg alle 2 Wochen während der ersten 12 Wochen 24 Wochen	50% sind mit der Methode zufrieden, 45% würden sie gerne anwenden, wenn sie verfügbar wäre, 42% nicht. 40 % ziehen diese Methode derjenigen vor, die sie derzeit verwenden, gegenüber 42 %, die sie nicht verwenden. Ältere Befragte haben eine positivere Meinung als jüngere. Personen, deren Partnerin eine Spirale anwendet, bevorzugen die Methode tendenziell weniger (Zufriedenheit mit der Spirale). 74 % finden, dass das Gel leicht anzuwenden ist, 55 % trocknen schnell, 81 % finden ihre Haut "klebrig".
vSolomon et al. 2007 (242)	24 Paare	Praktische Akzeptanz von UT+MPA	Injektion UT+MPA Semistrukturierte Interviews	Beweggründe für die Teilnahme an der Studie: 8/24 H aus Neugierde, 6/24 aus Notwendigkeit. Für F waren die Gründe Risikoteilung und Verantwortung. Die Mehrheit der H bemerkte ↑ Appetit, Gewichtszunahme während der ttt und ↑ Libido. Einige F berichteten über ein hohes Maß an Stress und Ärger

von ihrem Partner während tt.

Eberhardt et al. (243)	100 H und 110 Frauen	Theoretische Akzeptanz einer männlichen Pille zur Empfängnisverhütung	Fragebögen	F hatte eine positivere Einstellung zur Antibabypille als H. F hatte weniger Vertrauen in H, die Pille zu benutzen, als H selbst. H in einer festen Partnerschaft hatten eine positivere Einstellung als solche mit gelegentlichen Partnern.
------------------------	----------------------	---	------------	--

Wanderer 2011 (244)	54 H und 134 Frauen	Theoretisch Akzeptanz einer männliches Verhütungsmittel Pille	Fragebögen + halbstrukturierte Interviews	49,5 % sind bereit, die Pille für den Mann zu nehmen, 19,2 % nicht, 31,3% vielleicht. Dasselbe für M und F. Kein Einfluss von Alter, Dauer der Beziehung oder Bildungsstand auf die Akzeptanz. Die häufigsten Kommentare (53 %) betrafen Second-Hand Auswirkungen und langfristige Risiken. 52% F und 17% M erwähnten das Risiko zu vergessen, eine tägliche Pille zu nehmen. Einige (M und F) erwähnten die die Möglichkeit, mehr Kontrolle über die Familienplanung und die gemeinsame Nutzung zu haben Verantwortung für die Empfängnisverhütung. 37 % der M-Befragten würden ziehen die Pille für den Mann dem Entzug oder dem Kondom vor. Einige M Außerungen über die Männlichkeit.
Roth et al. 2014 (245)	79 H	Praktisch Akzeptanz von T-gel + Nestoron-Gel als CHM	T-Gel 10g + Placebo-Gel -Nes 8 -Nes 12 20 bis 24 Wochen	58 % sind mit der Methode zufrieden und 53 % würden sie weiterempfehlen, wenn verfügbar. 1/3 der Freiwilligen würde als 1 ^e Verhütungsmethode verwenden, wenn verfügbar. Afrikanische Männer verwenden seltener die Methode als Weiße und Asiaten. 34 % finden die Methode besser als ihre derzeitige Methode. 35 %, die dies nicht tun.

Amouroux et al. 2018 (246)	<p>"Neue Väter" M, dessen F zur Entbindung auf der Entbindungsstation war (potenzielle Nutzer)</p> <p>Potenzielle "neue Anbieter" als Verordner Praktikanten oder junge Allgemeinmediziner oder Gynäkologinnen (M + F)</p>	Theoretische Akzeptanz von WCL	Fragebögen in 6 Krankenhäusern in Marseille + E-Mail-Liste der Universität Aix-Marseille (Neue Anbieter).	<p><u>Wissen über MC:</u> Gleich in 2 Populationen über Rückzug und Kondome (99 und 98%). Zum Thema Vasektomie und "neue" Verhütungsmethoden waren die NP besser informiert als die NF (88 vs. 48 und 26 vs. 10%).</p> <p><u>"Wären Sie bereit, eine CM-Methode als primäre Form der Empfängnisverhütung zu verwenden?"</u> Ja 58,4% NF gegenüber 70,1% MNP und 73,9% FNP. <u>Hauptmotivationen:</u> Mitverantwortung für die Verhütung und Vermeidung der Nebenwirkungen von FZ.</p> <p>Bei den 53 NPF, die mit "Nein" antworteten, war mangelndes Vertrauen in den Partner bei 28,3 % der Hauptgrund für H, bei 21,6 und 31 % das Gefühl, zu sehr eingeschränkt zu sein, und bei 14,4 und 31 % die Angst vor Nebenwirkungen. Eine hohe sozioprofessionelle oder wissenschaftliche Kategorie oder ein hohes Bildungsniveau war statisch mit einer höheren Akzeptanz sowie einer geringeren Angst vor Nebenwirkungen der BZ verbunden.</p> <p>Religion statistisch + assoziiert mit "nein" Antwort. 43,2 %NF und 92 % NP wünschen sich mehr Informationen über CM und 54,2 bzw. 84,6 wünschen sich eine größere Auswahl an CM.</p> <p><u>In Bezug auf CMT:</u> 29,2% NF bereit, es zu versuchen, Hauptvorteile: natürlich=52%, nicht-hormonell=36,2% ohne Nebenwirkungen=38,2% // Hauptnachteile: Dauer der Anwendung zu lang=55,9%, tägliches Tragen=43,1%, Angst vor Unannehmlichkeiten =38,8%</p> <p><u>Einstellungen der verschreibenden Ärzte:</u> 33,7% NP bieten nie CM an</p>
----------------------------	--	--------------------------------	---	---

Vera Cruz und al. (247)	412 H 2019	Akzeptanz Pillentheorie Verhütungsmittel männlich	Vignetten Fragebögen mit Darstellung verschiedener Nutzungsszenarien eine Pille für Männer zur Empfängnisverhütung	bei Beratungen, >1/2 keine anderen Methoden als Kondome. 82,2 % sind an der Teilnahme an einem CM-Kurs interessiert. NP + mehr Sorge um die Männlichkeit ihrer Patienten als die Patienten selbst (32,3 vs. 13,5) 11 % würden das Verhütungsmittel für Männer nie ausprobieren Verhütungspille, im Allgemeinen ältere Probanden mit niedrigerem Bildungsniveau oder die Ausübung der Religion. Bei 11 % würde es von den Preisen und den sekundären Effekten abhängen. Für 25% würde es abhängen Sekundäreffekte. Für 46 % würden Kontext und Sekundäreffekte eine Rolle spielen. Etwa 2/3 M und 3/4 F haben eine positive Meinung über CM dvlpt.
Cartwright und al. (248)	80 H 398 F 2020	Akzeptanz theoretischer CM	Qualitative Analyse der Daten von Fokusgruppe	Gründe für die positive Stellungnahme: Risikoteilung und Verantwortung Verhütung, Vermeidung außerehelicher Schwangerschaften, Verbesserung der Versorgung CM, engagieren Sie sich stärker und befähigen Sie H in Familienplanung. Gründe für die ablehnende Stellungnahme: H würde kein Kondom akzeptieren bereits ausreichend, befürchten negative Auswirkungen auf Sexualität und Fruchtbarkeit, Standard sozialer CF, mangelndes Vertrauen der Fs in ihren Partner. Gewünschte CM-Formen: injizierbar oder lokales Gel Unmittelbare Gefühle nach dem Lesen der RISUG®-Beschreibung =
Lacasse und al. (249)	151 H eine 2020	Akzeptanz theoretisch RISUG® in abhängig von der Stereotypen von Genre	Online-Fragebogen	Diese sind: "Wirksamkeit", "Schmerz", "Innovation". Faktoren in Verbindung mit RISUG® = aktive Sexualität ausprobieren wollen. Eingehaltene Geschlechternormen H negativ assoziiert um RISUG® auszuprobieren: -das Bild einer heterosexuellen Person vermitteln, + svt assoziiert mit wahrgenommene "negative Auswirkungen auf die Sexualität" und "Nachteile".

Nguyen d al. (250)	57 H un 20	Praktische Akzeptanz der UFAD	DMAU 4 Kapseln/d für 28 Tage 30 Minuten vor einer fettreichen Mahlzeit n=39 Placebo n=18	-Gedanken, dass H + Macht haben muss als F, + svt verbunden mit gefühlter "negativer Einfluss auf die Sexualität 28 % hatten Schwierigkeiten, eine fettreiche Mahlzeit zu sich zu nehmen. 54% sind bereit, die Methode anzuwenden. 77% würden die Methode weiterempfehlen. H bereit, CHM + svt bei Paaren oder mit höherem Bildungsniveau anzuwenden.
al. 2021 (251)	Saxand 162 H	Akzeptanz theoretische CHM	Fragebogen	45 % sind bereit, CHM zu verwenden, 23,5 % nicht und 30,9 % vielleicht. Modalität Verwaltung bevorzugt = Form injizierbare Form. Hauptseite Bedenken hinsichtlich der Verwendung von CHM = Wirksamkeit und Risiko der Auswirkungen 2ndaries.

Anhang 3: Mögliche soziale, wirtschaftliche und kulturelle Barrieren, die in soziologischen

Referenzen	Ermittelte Themen und Unterthemen
Artikel, die sich mit dem Thema MC beschäftigen	
Oudshoorn et al. 1999 <i>Männliche Verhütung und Geschlechterstreitigkeiten</i> (252)	Kulturelle Darstellung: Verhütung = Frau - geschlechtsspezifische Stereotypen - Ausschluss von Männern Geschichte der Empfängnisverhütung - Feministische Bewegungen und die Revolution der Verhütungsmittel Abwesenheit der Pharmaindustrie
Oudshoorn 1999 <i>Über Männlichkeiten, Technologien und Schmerz: Die Erprobung männlicher Verhütungsmittel in der Klinik und in den Medien.</i> (253)	Geschlechterklischees in der Presse
Oudshoorn 2004 <i>"Astronauten in der Spermawelt: Die Neuverhandlung männlicher Identitäten in Diskursen über männliche Verhütungsmittel.</i> (254)	Kulturelle Darstellung: Verhütung = Frau Geschichte der Verhütung - Feminisierung - Ausschluss von Männern
Castro-Vázquez et al. 2007 <i>Heterosexuelle japanische Männer verhandeln über Empfängnisverhütung. Männer und Maskulinitäten.</i> Okt (255)	Geschlechterklischees - Männlichkeit
Kalampalikis et al. 2007 <i>Medicalised male contraception: psychosocial issues and imaginary fears.</i> (256)	Kulturelle Darstellung: Verhütung = Frau Geschlechterstereotypen - Virilität/Sexualität/Fertilität

Desjeux 2009

*Geschichte und aktueller Stand der Darstellung und Praxis von
Verhütungsmitteln für Männer*
(257)

Kulturelle Darstellung: Verhütung = Frau

Geschlechterstereotypen

- Männlichkeit/Fer

tilität Geschichte der

Empfängnisverhütung

- Geschichte der

Forschung Mangel an

Ressourcen

- Abwesenheit der pharmazeutischen Industrie

- öffentliche Mittel

Desjeux 2010 <i>Geschichte der männlichen Empfängnisverhütung [Die Erfahrungen der Gesellschaft für Forschung und Entwicklung der männlichen Empfängnisverhütung (1979-1986)]</i> (258)	Geschichte der Empfängnisverhütung <ul style="list-style-type: none"> - Feministische Bewegungen - Ausschluss von Männern Mangel an Mitteln - öffentliche Mittel
Desjeux 2013 <i>Männliche Empfängnisverhütung" heute. Eine pluralistische Realität.</i> (259)	Kulturelle Darstellung: Verhütung = Frau Geschlechterstereotypen <ul style="list-style-type: none"> - Potenz/Fruchtbarkeit Männliche Bedeckung in der Familienplanung
Desjeux 2013 <i>Empfängnisverhütung aus der Sicht des Mannes. Das Entstehen eines "männlichen Gewissens".</i> (260)	Kulturelle Darstellung: Verhütung = Frau Geschlechterstereotypen <ul style="list-style-type: none"> - Sexualität/Fertilität
Shih et al. 2013 <i>Er ist ein echter Mann: Eine qualitative Studie über den sozialen Kontext der Vasektomie-Entscheidungen von Paaren in einer rassistisch gemischten Population.</i> (261)	Geschlechterstereotype n <ul style="list-style-type: none"> - Potenz/Fertilität
Welzer-Lang 2013 <i>Männliche Empfängnisverhütung, ARDECOM und Männergruppen, Voraussetzungen für die Entwicklung der Geschlechterbeziehungen</i> (262)	Geschichte der Empfängnisverhütung <ul style="list-style-type: none"> - Frauenbewegungen Traditionelle geschlechtsspezifische Darstellungen (von Ärzten)
Dismore L et al. 2016 <i>Soziale Konstruktionen der männlichen Antibabypille: Wann durchbrechen wir den Teufelskreis?</i>	Mangel an Ressourcen <ul style="list-style-type: none"> - Abwesenheit der Pharmaindustrie Geschlechterstereotypen <ul style="list-style-type: none"> - Männlichkeit
Wilson 2018 <i>"Put It in Your Shoe It Will Make You Limp: Die Online-Reaktionen britischer Männer auf eine männliche Pille</i> (264)	Kulturelle Repräsentation: Verhütung = Frau Männer von der Familienplanung ausgeschlossen Mangel an Ressourcen Abwesenheit der Pharmaindustrie
Campo-Engelstein et al. 2019 <i>Wo ist die Pille für den "reproduktiven Mann"? Eine Inhaltsanalyse zeitgenössischer US-Zeitungsartikel</i> (265)	Kulturelle Darstellung: Verhütung = Frau
Schmidhauser et al. 2021 <i>"Männliche Verhütung: Fühlt sie sich männlich an?"</i> (266)	Geschichte der Empfängnisverhütung <ul style="list-style-type: none"> - Feminisierung Kulturelle Darstellung: Verhütung = Frau Ausschluss von Männern von der Familienplanung

Geschlechterstereotypisierung
- Männlichkeit

**Artikel, die sich mit Männern im Bereich der reproduktiven
Gesundheit oder der Familienplanung befassen**

Chabot M. 1985 <i>Männer sind nur auf der Durchreise</i> (267)	Geschichte der Empfängnisverhütung - Ausschluss von Männern Geschlechterstereotypen - Männlichkeit
Gardey 2006 <i>Wissenschaft und die Konstruktion von geschlechtsspezifischen Identitäten.</i> (268)	Geschlechterstereotypen
Ventola 2016 <i>Das Geschlecht der Verhütung: Darstellungen und Praktiken von Verschreibern in Frankreich und England</i> (269)	Feminisierung der Empfängnisverhütung Medikalisierung der Empfängnisverhütung Kulturelle Darstellung: Verhütung = Frau (durch Ärzte) Geschlechterstereotypen: Sexualität.
Andro et al. 2009 <i>Geburtenkontrolle und sexuelle Gesundheit: Wo sind die Männer?</i>	Männer von der Familienplanung ausgeschlossen Geschlechterstereotypen : - Männlichkeit
Stratonowitsch 2009 <i>Geschlecht und Medizin</i> (271)	Geschlechterstereotypen - traditionelle Rollen M/F
Ventola 2014 <i>Die Verschreibung von Verhütungsmitteln: die Rolle der medizinischen Institution bei der Konstruktion von Geschlechterkategorien.</i> (272)	Geschichte der Empfängnisverhütung - Medikalisierung - Feminisierung - Ausschluss von Männern Kulturelle Darstellung: Verhütung = Frau Geschlechterstereotypen - Traditionelle M/F-Rollen - Potenz/Sexualität
Le Guen et al. 2015 <i>Verhütungspraktiken von Männern in Frankreich: Hinweise auf die Beteiligung von Männern an der Familienplanung</i> (273)	Geschichte der Empfängnisverhütung - Feminisierung - Medikalisierung Kulturelle Darstellung: Verhütung = Frau Geschlechterstereotyp - Sexualität
Casey et al. 2016 <i>Familienplanung und Gesundheit vor der Empfängnis bei Männern in ihren mittleren 30ern: Entwicklung von Indikatoren und Beschreibung des Bedarfs</i> (274)	Männer von der Familienplanung ausgeschlossen

Roux et al. 2017

Von der Experten- zur Laienlogik: Verschreibung von Verhütungsmitteln in Frankreich. (275)

Medikalisierung der Empfängnisverhütung

Kulturelle Darstellung: Verhütung = Frauen (durch Ärzte) Geschichte der Verhütung

Wilson et al. 2018. <i>Marginalisierung von Männern in Texten zur Familienplanung: Eine Analyse von Schulungshandbüchern</i> (276)	Geschlechterstereotypen (bei Ärzten). - Männlichkeit Kulturelle Darstellung: Verhütung = Frau
Chernick et al. 2019 <i>Eine qualitative Bewertung zum Verständnis der Hindernisse und Faktoren, die die Verwendung von Verhütungsmitteln bei männlichen Jugendlichen in der Notaufnahme beeinflussen.</i> (277)	Männer von der Familienplanung ausgeschlossen Kulturelle Vertretung: Verhütung = Frauen
Artikel über die Geschichte der Empfängnisverhütung	
De Guibert-Lantoine 1998. <i>Empfängnisverhütung in Frankreich: eine Bilanz nach 30 Jahren Liberalisierung.</i> (278)	Feminisierung der Empfängnisverhütung Medikalisierung der Empfängnisverhütung
Bajos et al. 2001 <i>Schwangerschaftsabbruch im Alter der Vernunft</i> (279)	Feminisierung der Empfängnisverhütung Medikalisierung der Empfängnisverhütung Geschlechterstereotypen (durch Ärzte)
Bajos et al. 2004. <i>Empfängnisverhütung, realer oder symbolischer Hebel der männlichen Herrschaft</i> (280)	Geschlechterklischees - traditionelle Rolle M/F Geschichte der Empfängnisverhütung - Feminisierung
Bajos et al. 2005 <i>Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch.</i> (281)	Geschichte der Empfängnisverhütung - Medikalisierung der Empfängnisverhütung
Jacquemart A. 2006 <i>Wenn Aktivismus die Geschlechtsidentität verwechselt</i> (282)	Geschichte der Empfängnisverhütung - Feministische Bewegungen - Ausschluss von Männern
Jaspard et al. 2017 <i>Sexuelle Revolution oder Gender-Revolution? Von den 1960ern bis zu den 2010ern.</i> (283)	Geschichte der Empfängnisverhütung - Ausschluss von Männern
Guen et al. 2017 <i>Fünzig Jahre legale Empfängnisverhütung in Frankreich: Verbreitung, Medikalisierung, Feminisierung.</i> (2)	Geschichte der Empfängnisverhütung - Medikalisierung - Feminisierung

- Ausschluss von Männern

Asselin et al. 2019 <i>Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch: aktueller Überblick</i> (284)	Geschichte der Empfängnisverhütung - Feminisierung Kulturelle Darstellung: Verhütung = Frau
Artikel, die sich mit Männern und Vaterschaft befassen	
Castelain-Meunier 2001 <i>Vaterschaft, Männlichkeit und Identität</i> (285)	Geschlechterklischees - Männlichkeit - Traditionelle M/F-Rollen
Devreux 2004 <i>Der menschliche Widerstand gegen den sozialen Wandel: die Entstehung einer Problematik</i> (286)	Geschlechterklischees - traditionelle Rollen M/F
Devreux 2005 <i>Männer in der Familie</i> (287)	Geschlechterklischees -traditionelle Rollen M/W
Blais 2018. <i>Vaterschaft neu erfinden</i> (288)	Ausschluss von Männern bei der Familienplanung