

# Itselliset naiset hedelmöityshoitojen kentällä

Suvi Nipuli

Helsingin yliopisto  
Valtiotieteellinen tiedekunta  
Sosiologia  
Pro gradu -tutkielma  
Marraskuu 2012



Tiedekunta/Osasto Fakultet/Sektion – Faculty		Laitos Institution – Department
Valtiotieteellinen tiedekunta		Sosiaalitieteiden laitos
Tekijä Författare – Author Suvi Nipuli		
Työn nimi Arbetets titel – Title Itselliset naiset hedelmöityshoitojen kentällä		
Oppiaine Läroämne – Subject Sosiologia		
Työn laji- Arbetets art – Level	Aika Datum – Month and year	Sivumäärä Sidoantal – Number of pages
Pro gradu –tutkielma	5.11.2012	87+kirjallisuus 12 +liitteet
Tiivistelmä Referat – Abstract		
<p>Tutkimuksessa tarkastellaan internetin keskustelupalsta-aineiston avulla yksin hedelmöityshoitoihin osallistuvien, <i>itsellisten naisten</i>, pääsyä hedelmöityshoitojen kentälle ja asemaa toimia siellä. Itsellisellä naisella tarkoitetaan naista, joka harkitsee yksin hedelmöityshoitoihin menemistä, on käynyt, käy parhaillaan tai on jo saanut lapsen hoitojen tuloksena. Tutkimuksessa selvitetään miten itselliset naiset päätyvät hankkimaan lapsen yksin hedelmöityshoitoja apuna käyttäen ja miten naiset järjestävät elämänsä ennen hedelmöityshoitoihin hakeutumista. Tutkimuksen yhteiskunnallinen merkitys liittyy hedelmöityshoitojen ja yksinhuoltajuuden problematisointiin.</p> <p>Tutkimusaineisto koostuu internetin keskustelupalstan viesteistä. Keskustelupalsta toimi harkinta- ja suunnitteluvaiheessa olevien itsellisten naisten tiedonhankintakanavana ja hoidoissa käyvien vertaistukipalstana. Tutkimuksen teoreettisena viitekehysenä toimii Pierre Bourdieun distinktioteoria. Teorian avulla selvitetään minkälaisia resursseja eli pääomia hedelmöityshoitoihin yksin menemiseen tarvitaan ja mitkä pääoman lajit ovat hedelmöityshoitojen kentällä arvokkaita sekä miten pääomien arvottamisesta ja vaihtamisesta neuvotellaan hedelmöityshoitojen kentällä. Aineisto analysoitiin lähiluvun keinoin käyttäen apuna Atlas.ti-ohjelmaa.</p> <p>Itselliset naiset hakeutuvat hedelmöityshoitoihin, koska he ovat yksin lapsenkaipuunsa kanssa. Sopivan puolison puuttumisen lisäksi hedelmällisen iän rajallisuus ja hedelmällisyyteen vaikuttavat sairaudet vaikuttavat siihen miksi hedelmöityshoitoihin mennään yksin. Muihin vaihtoehtoihin päästä lapsiperhekentälle liittyy juridisia ja terveydellisiä riskejä tai niitä ei koeta itselle sopiviksi. Hedelmöityshoitojen kentälle pääseminen vaatii toimijalta riittävän määrän taloudellista, kulttuurista ja sosiaalista pääomaa. Tuleviin hedelmöityshoitoihin ja vanhemmuuteen valmistautuaan kerryttämällä pääomia etukäteen. Kentällä tärkeänä pidettyjä puuttuvia pääomanlajeja voidaan yrittää tavoitella vaihtamalla pääomia toisiksi. Osa toimijoista hakeutuu globaalille hedelmöityshoitojen kentälle mikäli pääomat Suomen hedelmöityshoitojen kentällä toimimiseen eivät riitä tai globaalilla hedelmöityshoitojen kentällä koetaan olevan paremmat edellytykset menestyä.</p> <p>Itsellinen äitiys ei näyttäytyä ideologisena valintana hankkia lapsi yksin ilman parisuhdetta vaan sen hetkessä elämäntilanteessa parhaana mahdollisena vaihtoehtona päästä lapsiperhekentälle. Muihin vaihtoehtoihin sisältyy enemmän riskejä. Valta hedelmöityshoitojen kentällä on jakautunut epätasaisesti, mistä seuraa toimijaryhmille erilaiset mahdollisuudet hankkia lapsi ja vaikuttaa kentän sääntöihin. Hedelmöityshoitojen kentällä eriarvostavia käytäntöjä ovat hoitoihin liittyvät yhteiskunnan korvaukset, itsellisten naisten pakko käyttää yksityisten hedelmöityshoitojen palveluita ja psykologitapaaminen ennen hoitoja. Siirryttäessä globaalille hedelmöityshoitojen kentälle toimijoiden omistamien pääomien merkitys kasvaa ja palveluiden saatavuus eriytyy entisestään sen mukaan, kuinka paljon toimijalla on käytössä kentällä arvostettuja pääomanlajeja.</p>		
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Itsellinen nainen, hedelmöityshoito, tahaton lapsettomuus, yksinhuoltajuus, äitiys		
Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information		

## Sisällys

1	Johdanto.....	1
1.1	Tahaton lapsettomuus ja sen hoitomenetelmät.....	3
1.2	Itselliset naiset hedelmöityshoidoissa .....	8
2	Teoreettiset lähtökohdat tutkimukseen .....	12
2.1	Mitä itsellisistä naisista jo tiedetään? .....	12
2.2	Tutkimuskysymykset ja kenttäteoria.....	16
3	Aineisto ja analyysimenetelmä .....	19
3.1	Yleiskuvan saaminen tuntemattomasta aiheesta .....	19
3.2	Keskustelupalstan luonne .....	23
3.3	Aineiston analysointi.....	25
3.4	Tutkimusetiikka ja aineiston luotettavuus.....	28
4	Miksi hedelmöityshoitoihin mennään yksin? .....	31
4.1	Yksin lapsen kaipuun kanssa.....	32
4.2	Pelko hedelmällisyyden heikentymisestä.....	38
4.3	Hedelmöityshoidoin yksinvanhemmaksi .....	43
5	Pääomat hedelmöityshoitojen kentällä .....	50
5.1	Taloudellinen pääoma .....	51
5.2	Kulttuurinen pääoma .....	58
5.3	Sosiaalinen verkosto pääomana .....	64
6	Suomen hedelmöityshoitojen kenttä globaalissa toimintaympäristössä.....	68
6.1	Itsellisten naisten hedelmöityshoitoturismi .....	69
6.2	Hedelmöityshoitolaki Suomen kentän muokkaajana .....	72
6.3	Globaali sukusolukauppa .....	77
7	Johtopäätökset.....	81
8	Kirjallisuus.....	88
9	Liitteet .....	100

## 1 Johdanto

”Olen kohta 30 ja halunnut perhettä reilut kymmenen vuotta. Prinssini on taidettu kirjoittaa toiseen tarinaan, joten nyt on modernina naisena harkittava uusia vaihtoehtoja. Tyhjän sylin tuntu on kasvanut liian suureksi ja ajatus lapsettomasta tulevaisuudesta on aivan liian lamaannuttava. Tein juuri päätöksen ottaa uuden suunnan, ja ikinä ei ole tuntunut niin hyvältä kuin tämän päätöksen tekemisen jälkeen.”

Alun sitaatti kuvaa aineistoni naisen tunnetilaa päätöksen jälkeen hankkia lapsi yksin hedelmöityshoidoin. Parisuhteettomina ja yleensä myös hedelmällisinä, itselliset naiset ovat poikkeavia hedelmöityshoitojen saajina. Lääketieteen avusteisia lisääntymismenetelmiä (ART, assisted reproductive technologies) käyttävät pääasiassa heteropariskunnat, joilla on vaikeuksia lisääntyä biologisesti. Heteroparit hakeutuvat hedelmöityshoitoihin tavoitellakseen mahdollisimman pitkälle biologisiin siteisiin perustuvaa ydinperhettä, jota he muuten eivät voisi saada. Itselliset naiset sen sijaan käyttävät samoja hoitoja saadakseen biologisen jälkeläisen ilman ydinperhettä. Lääketieteen avusteisten lisääntymismenetelmien avulla voidaan irrottaa seksuaalinen kanssakäyminen, geneettinen vanhemmuus ja lapsen syntymä toisistaan. Naisten on mahdollista lisääntyä ilman yhdyntää ja itsellisten naisten tapauksessa hedelmöityshoitojen tuloksena syntyvän lapsen toinen biologinen vanhempi pelkistyy sukusolun luovuttajaksi, josta lapsen äiti tietää yleensä vain fysiologiset perustiedot.

Pro gradu -työssäni tutkin internetin keskustelupalsta-aineiston avulla sitä, miksi osa naisista päätyy hankkimaan lapsen yksin hedelmöityshoitojen avulla. Teoreettisena lähtökohdanani on Pierre Bourdieun (1984) distinktioteoria, jonka avulla selvitän minkälaisia resursseja eli pääomia hedelmöityshoitoihin yksin menemiseen tarvitaan. Tarkastelen yksin hedelmöityshoitoihin osallistuvien, *itsellisten naisten*, pääsyä hedelmöityshoitojen kentälle ja asemaa toimia siellä. Tutkimukseni yhteiskunnallinen merkitys liittyy hedelmöityshoitojen ja yksinhuoltajuuden problematisointiin. Hedelmöityshoidot ovat olleet viime vuosina länsimaissa kiivaan keskustelun kohteena hoitojen käytön ollessa eettisesti ja yhteiskunnallisesti monimutkainen ilmiö. Hedelmöityshoitoklinikoilla neuvotellaan ja muokataan sukulaisuussuhteita aivan uudella tavalla (Thompson 2001). Lisääntymisteknologiaa käyttämällä voidaan siirtää totuttuja rajoja ja näin puuttua lääketieteen keinoin elämän synnyttämiseen perustavan

laatusella tavalla. Teknologia esimerkiksi mahdollistaa sen, että kahden ihmisen sukusoluista hedelmöitetty alkio viedään kehittymään kolmannen ihmisen kohtuun tai sen, että vuosia ennen lapsen syntymää kuollut ihminen voi geneettisesti olla syntyvän lapsen biologinen vanhempi. Rajojen asettaminen teknologian käytölle, esimerkiksi hoitojen epääminen joiltakin ryhmiltä tai tiettyjen hoitomenetelmien kieltäminen, on yhteiskunnallinen kysymys. Vanhemmuuden edellytykset ja lapsen hankkimiseksi sallitut teknologian keinot ovat jatkuvan yhteiskunnallisen neuvottelun kohteena.

Yksinhuoltajuutta on pidetty yhteiskunnissa sosiaalisena ongelmana. Suomessa vielä 1950-luvulla yksinhuoltajanaisia leimattiin epäkypsiksi äideiksi (Nätkin 1997, 159). Kaukana ei myöskään ole aika, jolloin Suomessakin naimattomat naiset tekivät salaa vaarallisia raskaudenkeskeytyksiä ja lapsenmurhia, koska lapsen saaminen yksin ei ollut sosiaalisesti hyväksyttyä. Edelleen osassa maailman maita yksinhuoltajuus on niin suuri häpeä, ettei lapsen pitäminen yksin ole naiselle mahdollista. Suomessa yksinhuoltajien asema on kohentunut viimeisen sadan vuoden aikana merkittävästi, eikä yksinhuoltajaksi tuleminen ole enää samalla tavalla stigmatisoitua. Uudenlaiset perheet ovat haastaneet perinteisen ydinperheideologian, koska eletyssä elämässä ei enää ole löydettävissä yhtä kulttuurisesti hallitsevaa perhemallia. Avo- ja avioerojen ollessa yleisiä, yksinhuoltaja- ja uusperheet ovat lähes yhtä yleisiä kuin heteroydinperheet. Vuonna 2011 suomalaisista lapsiperheistä kaksikymmentä prosenttia oli yhden vanhemman perheitä. (SVT: Perheet 2011.)

Vaikka asenteet Suomessa yksinhuoltajuutta kohtaan ovat vuosikymmenten saatossa muuttuneet suvaitsevammiksi, elää tänä päivänäkin yhä yksinhuoltajia koskevia stereotyyppioita yksinhuoltajanaisten ongelmista lasten kasvatuksen suhteen ja jopa seksuaaliseen moraalittomuuteen liittyviä mielikuvia (Krok 2009, 94–99).

Hedelmöityshoitolakia valmisteltaessa ilman heteroparisuhdetta olevat itselliset naiset ja naisparit nostettiin esille erityisryhminä, joiden oikeuksista hedelmöityshoitoihin käytiin kiihvasta keskustelua. Hedelmöityshoitolaista käydyissä eduskuntakeskusteluissa konservatiiviset mielipiteet näyttäytyivät ydinperheideaalin tavoitteluna ja perinteisten arvojen puolustamisena. Ydinperhe nähtiin näissä puheenvuoroissa ainoana

perhemallina, joka pystyy varmistamaan yksilöiden sekä yhteiskunnan tasapainoisen ja terveen kehityksen. (Kanckos 2012; Voutilainen 2008; Heino 2004.)

Yksinhuoltajuuden käsite voidaan hajottaa pienempiin osiin ja nähdä erilaisina elämäntarinoina. Yksinhuoltajaksi voi tulla erotessaan seurustelukumppanista tai avio- tai avopuolisosta, puolison kuollessa, vahingossa tai tietoisesti yhdynnästä raskaaksi tullessa, adoptoitaessa lapsi yksin tai hedelmöityshoitojen avulla kuten tämän tutkimuksen naiset. Itselliset naiset poikkeavat muista yksinhuoltajaryhmistä valitessaan tietoisesti jo ennen tulevan lapsen hedelmöittymistä yksinhuoltajuuden.

### 1.1 Tahaton lapsettomuus ja sen hoitomenetelmät

Tahaton lapsettomuus nähdään usein ainoastaan lääketieteen määritelmän kautta. Heteroparilla katsotaan olevan lapsettomuusongelma, mikäli nainen ei tule säännöllisistä suojaamattomista yhdynnöistä raskaaksi määritelmästä riippuen joko vuoden tai kahden vuoden sisällä. (Morin-Papunen & Koivunen 2012, 1478; WHO 2012). Tahattoman lapsettomuuden käsitettä voidaan lääketieteellisen määritelmän lisäksi laajentaa kattamaan myös sosiaaliset ja elämäntilanteisiin liittyvät syyt. Esimerkiksi Lapsettomien yhdistys Simpukka (2012) määrittelee tahattoman lapsettomuuden seuraavanlaisesti: *”Tahaton lapsettomuus voi johtua hedelmällisyyteen liittyvistä ongelmista, muusta fysiologisesta syystä tai elämäntilanteesta.”* Elämäntilanteesta aiheutuva tahaton lapsettomuus voi johtua esimerkiksi siitä, että naisella tai miehellä ei ole kumppania, jonka kanssa tulla vanhemmaksi tai parisuhteen toinen osapuoli ei halua lasta. Myös esimerkiksi miesparien on yhä nykyisin hankala saada omaa lasta. Sijaissyntyys on Suomessa kielletty ja apilaperheiden<sup>1</sup> huoltajuusjärjestelyissä on juridisia ongelmia.

Tahatonta lapsettomuutta esiintyy länsimaissa väestötasolla arviolta 3,5–16,7 prosentilla väestöstä (Boivin ym. 2007). Tarkkoja arvioita tahattoman lapsettomuuden yleisyydestä

<sup>1</sup> Apilaperheellä viitataan useamman kuin kahden vanhemman perheisiin, joissa on suunnitelmallisesti alusta lähtien ollut useampia vanhempia. Tällaisia perheitä voivat olla mies- ja naisparin neljän vanhemman perheet, eli ns. neliapilaperheet sekä nais- tai miesparin ja yksittäisen miehen tai naisen muodostamat ns. kolmiapilaperheet. Apilaperheitä on syntynyt osittain siitä syystä, että muut vaihtoehdot saada lapsia, esimerkiksi hedelmöityshoidoin, sijaissyntytyksen tai adoption kautta eivät ole olleet käytettävissä. (Jämsä & Kuosmanen 2007, 20.)

on mahdotonta antaa. Tiedonlähteenä on yleensä ainoastaan se ryhmä, joka on päättänyt hakea apua koettuun lapsettomuuteensa. Suomessa vuosittain noin 3 000 naista tai paria hakee lääketieteellistä apua lapsettomuuteen. Kaikki tahatonta lapsettomuutta kokevat eivät koskaan hakeudu tutkimuksiin saatikka hedelmöityshoitoihin. Lapsettomuuden yleisyyttä voidaan yrittää selvittää hoitotilastojen lisäksi myös katsomalla, kuinka moni nainen on yhä vaihdevuosien jälkeen lapseton. Nämäkään luvut eivät tarjoa luotettavaa tietoa tahattomasta lapsettomuudesta, sillä joukossa ovat mukana myös lapsettoman elämän valinneet naiset. Suomessa Terveys 2000- ja Finriski-väestökyselyissä on selvitetty tahattoman lapsettomuuden yleisyyttä (Klemetti ym 2004; Luoto ym. 2004). Yhdistämällä edellisiä tiedon paloja voidaan arvella, että Suomessa noin 15–20 prosenttia väestöstä kohtaa jossain elämänsä vaiheessa tahatonta lapsettomuutta.

Ensisynnyttäjien keski-ikä on viimeisten vuosikymmenten aikana kohonnut selvästi. Vuonna 2011 se oli 28,4 vuotta kun kolmekymmentä vuotta aikaisemmin ensisynnyttäjien keski-ikä oli 24,4 vuotta (SVT: Syntyneet 2012). Lastenhankinnan siirtämisen myöhemmälle iälle on arveltu tulevaisuudessa vaikuttavan hedelmöityshoitojen tarpeen kasvuun (Miettinen 2011, 6; Boivin ym. 2007). Vuoden 2010 lopussa joka viides suomalainen 40-vuotias nainen oli vielä lapseton. Pääkaupunkiseudulla luku oli huomattavasti korkeampi. (SVT Väestörakenne 2011.) Suomessa on Euroopan mittakaavassa suuri määrä lapsettomia yhden hengen talouksia (Eurostat 2011), joista kaikki eivät suinkaan halua jäädä lapsettomiksi. Vuonna 2010 Suomessa asuvista 40-vuotiaista naisista yli 20 prosenttia ei ollut synnyttänyt lasta ja Helsingissä yli kolmannes samanikäisistä naisista oli lapsettomia (SVT Väestörakenne 2011).

Iän myötä hedelmällisyys heikkenee naisilla ja miehillä. Ikä vaikuttaa myös välillisesti, sillä vanhetessa ihmiset ehtivät altistua erilaisille hedelmällisyyttä alentaville tekijöille. Tällaisia ovat sukupuoliteitse tarttuvat infektioaudit kuten klamydiainfektio sekä erilaiset ympäristötekijät ja elämäntapatekijät kuten tupakointi ja ylipaino. (Unkila-Kallio & Ranta, 2012.) Lastenhankinnan lykkääminen myöhemmälle iälle voi lisätä sekä primaarista lapsettomuutta, jolloin nainen ei ole ollut koskaan raskaana että sekundaarista lapsettomuutta, eli aiemman raskauden jälkeistä lapsettomuutta.

Aikaisemmissa tutkimuksissa syitä lasten hankinnan lykkäämiselle on löydetty muun muassa pidentyneestä nuoruudesta, sopivan kumppanin puutteesta tai parisuhteeseen sitoutumisen siirtämisestä myöhemmälle iälle, taloudellisesta epävarmuudesta, uralla etenemisen vuoksi ja opintojen keskeneräisyydestä (Paajanen 2002; Virtala 2007; Benzies ym. 2006). Perheenperustamisesta ja lastenhankinnasta on nykyisin tullut pohdiskelun kohde. Se ei ole kaikille nuorille aikuisille itsestään selvä tavoite (Jallinoja 1991, 212–213; Nipuli ym. ilmestyy). Lastenhankinnan lykkäämisen lisäksi myös vakituiseen parisuhteeseen sitoudutaan aikaisempia vuosikymmeniä myöhemmin. Vuonna 2010 ensimmäisen avioliiton solmineiden naisten keski-ikä oli 30,3 vuotta ja miesten 32,6 vuotta. Vielä 30 vuotta aikaisemmin ensimmäisen avioliiton solmineiden naisten keski-ikä oli 24 ja miesten 26 vuotta. (Pietiläinen ym. 2011, 20.)

Lapsia ei enää tehdä työvoiman tarpeen tai taloudellisten syiden vuoksi ja luotettavien ehkäisymenetelmien ansiosta lasten hankkiminen ei ole enää naisille tila, johon automaattisesti ajaututaan parisuhteen myötä. Kun lastenhankinnan on tullut yhä useammin tietoinen päätös, sitä ohjaavat tunteiden lisäksi suunnitelmallisuus. Lastenhankinta pyritään ajoittamaan sopivaan elämäntilanteeseen. Suunnitelmallisuuden on katsottu menneen jopa niin pitkälle, että osa vanhemmista haluaa ajoittaa lapsen syntymän kesäloma-aikaan. Vielä 1970-luvulla lapsia syntyi eniten maaliskuussa, nykyisin synnytyksiä tapahtuu eniten kesäkuukausina. (ks. Tilastokeskus 2012a). Länsimaissa koko naisen hedelmällinen ikä on tullut lääketieteen vaikutuksen piiriin ja hoitamisen kohteeksi. Samaan aikaan paradoksaalisesti naisilla ei ole koskaan aikaisemmin ollut yhtä suuri riski olla saamatta haluamaansa lapsilukua (Szewczuk 2012).

Lääketieteen keinoista on tullut ensisijaisia tahattoman lapsettomuuden ongelman ratkaisijoita, ohi adoption, sijaisvanhemmuuden tai lapsettoman elämän (Malin 2006 13–14, 17, 21–28). Maailman ensimmäinen koeputkihedelmöitys tapahtui Englannissa vuonna 1978, ja Suomen ensimmäinen koeputkilapsi syntyi kuusi vuotta myöhemmin. Lääketieteen avusteisten lisääntymismenetelmien käyttäminen lapsettomuuden hoitoon on yleistynyt jatkuvasti hoitojen käyttöön otosta lähtien. Teknologia lapsettomuuden



esteiden kiertämiseen on vuosikymmenten aikana kehittynyt nopeasti ja menetelmät lapsettomuuden hoitoon ovat moninaistuneet sekä hoitotulokset parantuneet (ESHRE 2012). Nykyisin uskotaan, että jopa 70–80 prosenttia saisi lapsen hedelmöityshoidoilla, jos kaikkia käytettävissä olevia menetelmiä – mukaan lukien luovutettuja sukusoluja – käytettäisi (Nuojua-Huttunen & Anttila 2009).

Tällä hetkellä hedelmöityshoitojen avulla arvioidaan maailmassa syntyneen jo noin viisi miljoonaa lasta (ESHRE 2012). Vuonna 2010 Suomessa aloitettiin yhteensä noin 14 300 hedelmöityshoitoa, joista seurasi 3 169 raskautta. Näistä raskauksista syntyi 2 687 lasta, mikä on jo 4,4 prosenttia kaikista sinä vuonna Suomessa syntyneistä lapsista. Ennakkotietojen mukaan vuodesta 2009 vuoteen 2011 tehtyjen hedelmöityshoitojen lukumäärä on kasvanut 10 prosenttia. Erityisesti luovutetuilla siittiöillä tehdyt hoidot ovat yleistyneet. Lisäystä vuodesta 2009 on näihin hoitoihin tullut 25 prosenttia. (SVT: Terveys 2012 Hedelmöityshoidot 2010–2011.)

Vanhin ja vakiintunein hedelmöityshoitomenetelmä on kohdunsisäinen keinosiemennys eli inseminaatio (IUI, intra uterine insemination). Inseminaatioissa käsitellyt siittiöt ruiskutetaan naisen kohtuonteloon hedelmöitymisen kannalta otollisimpana hetkenä (Morin-Papunen & Koivunen 2012). Inseminaatiohoitojen määrä on viimeisen viiden vuoden aikana kasvanut lähes 14 prosenttia ja vuonna 2010 Suomessa syntyi 513 lasta inseminaatiohoitojen tuloksena (SVT: Terveys 2012 Hedelmöityshoidot 2010–2011). Inseminaatio on yleensä ensimmäinen hoitomuoto, josta itselliset naiset aloittavat hoidot, sillä heillä harvemmin on hedelmällisyyteen vaikuttavaa sairautta. Inseminaatiota pidetään kevyimpänä avustetun lisääntymisen muotona. Aineistossani naiset puhuvatkin tästä menetelmästä ”*lähimpänä luomumenetelmää*”.

Koeputkihedelmöityksestä (IVF, in vitro fertilisation) puhutaan, kun ihonalaisin hormonipistoksin kypsytetyt munasolut kerätään ja hedelmöitetään naisen ruumiin ulkopuolella. Hedelmöittyneet munasolut kasvatetaan alkioiksi, minkä jälkeen alkio tai alkiot siirretään kohtuun. Mikrohedelmöityksessä (ICSI, intracytoplasmic sperm injection) toimitaan kuten perinteisessä koeputkihedelmöityksessä, mutta munasolun hedelmöittävä siittiösolu on ennalta valikoitu ja siittiö ruiskutetaan suoraan munasolun

sisään ilman kilpailua muiden siittiösolujen kanssa. (SVT: Terveys 2012 Hedelmöityshoidot 2010–2011). Verrattuna inseminaatioon IVF- ja ICSI-hoidot ovat paljon kalliimpia ja myös hoitoja saavalle naiselle rankempia hoitomuotoja, sillä niihin liittyy aina vahvoja hormonihoitoja.

Koeputkihedelmöityksessä saadaan usein enemmän alkioita kuin yhteen alkionsiirtoon tarvitaan. Ylimääräiset alkioit voidaan pakastaa useiksi vuosiksi myöhempää käyttöä varten. Edellä kuvattujen hoitomuotojen lisäksi hoidoissa voidaankin käyttää myös pakastettuja alkioita (FET, frozen embryo transfer). Heteroparin tapauksessa pakastetut alkioit voivat olla parin omista sukusoluista syntyneitä. Aina omien sukusolujen käyttäminen hedelmöityshoidoissa ei kuitenkaan ole mahdollista, jolloin voidaan turvautua joko luovutettujen sukusolujen tai niistä hedelmöitettyihin alkioiden käyttöön. Ylijäämäalkioita voidaan lahjoittaa eteenpäin muille hoidoissa käyville tai luovuttaa alkioitutkimukseen.

Sijaissynnytysjärjestelyt olivat Suomessa mahdollisia ennen hedelmöityshoitolakia (Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006). Niiden avustuksella Suomessa saatettiin alkuun noin kaksikymmentä lasta 1990- ja 2000-luvuilla (SVT: Terveys 2012 Hedelmöityshoidot 2010–2011). Sijaissynnytyksessä sijaissynnyttäjän kohtuun siirretään hedelmöityshoidoissa olevan parin tai henkilön sukusolusta hedelmöitetty alkio. Lapsen synnyttyä sijaissynnyttäjä luovuttaa lapsen ”tilaajalle” eli yleensä sukusolujen luovuttajalle. Sijaissynnytys on tällä hetkellä ainoa hoitomuoto, jos hedelmättömyyden syy on kohdun puuttuminen tai sen toimintahäiriö. Sijaissynnytysjärjestelyt ovat tehneet helpommaksi myös homomiesten ja -parien saada biologisia jälkeläisiä.

Olemassa olevien hoitomuotojen lisäksi uusia keinoja tahattoman lapsettomuuden hallintaan kehitetään jatkuvasti. Hiljattain tiedemaailmassa kuhistiin uuden löydön vuoksi, joka tulevaisuudessa voisi mahdollistaa uusien munasolujen kehittämisen naisen munasarjojen kantasoluista (White ym. 2012). Löytö muutti aiempaa tilannetta, jossa naiselle ei voi muodostua uusia munasoluja tämän syntymän jälkeen. Kantasolumenetelmällä yritetään niin ikään kehittää siittiösoluja (Easley ym. 2012).

Mikäli tulevaisuudessa naiselle ja miehelle pystytään kasvattamaan kokonaan uusia omia sukusoluja, voidaan hedelmällistä ikää jatkaa keinotekoisesti koko elämän pituiseksi. Toinen merkittävä kehitteillä oleva tahattomaan lapsettomuuteen liittyvä hoitomuoto on kohdunsiirtojen tekeminen (Svahn 2012). Tähän asti kohtuja on yritetty siirtää ainoastaan naisille, mutta mikään ei tulevaisuudessa estäne kohdunsiirtoleikkauksia myös miehille. Edelliset menetelmät eivät vielä ole tahattoman lapsettomuuden hoidossa käytössä olevia keinoja vaan tulevaisuuden mahdollisuuksia.

## 1.2 Itselliset naiset hedelmöityshoidoissa

Hedelmöityshoitoihin osallistuvat toimijat voidaan esittää toisistaan erillisinä ryhminä tavoitellun perhemuodon perusteella. Tällä hetkellä Suomen hedelmöityshoitojen kentällä saavat toimia heteroparit, naisparit ja itselliset naiset. Miesparit ja itselliset miehet ovat kentältä ulossuljettuja.

*Itsellinen nainen* tarkoittaa tässä tutkimuksessa ilman puolisoa hedelmöityshoitoihin hakeutuvaa naista. Itsellinen nainen on tutkimuksessani yleisnimitys naiselle, joka harkitsee yksin hedelmöityshoitoihin menemistä, suunnittelee aktiivisesti hedelmöityshoitojen kentälle hakeutumista, on käynyt, käy parhaillaan tai on jo saanut lapsen yksin hoitojen tuloksena. Toisinaan käytän analyysissä myös käsitettä *itsellinen äiti*, mikäli on tärkeää tuoda esille, että keskustelija on jo tullut äidiksi käymällä yksin hedelmöityshoidoissa. Hedelmöityshoitolaissa puhutaan *naisesta, joka ei elä avioliitossa tai avioliitonomaisissa olosuhteissa* tarkoittaessa tutkimukseni itsellisiä naisia (Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006).

Aineistossani naiset käyttävät itsestään yleisimmin nimitystä *itsellinen nainen*. Toisinaan aineistossa vilahtaa myös *yksinäinen nainen* -käsite, mutta yleensä se korjataan pian muiden keskustelijoiden toimesta takaisin itselliseksi naiseksi. Hedelmöityshoitolakia valmisteltaessa mediassa ja eduskuntakeskusteluissa käytettiin vaihtelevasti molempia käsitteitä. Käsitelmääritykset sisältävät vahvoja arvolatauksia ja käsitteestä riippuen positiivisia tai negatiivisia konnotaatioita (Heinonen 2010, 19). Tutkimuksessa käyttämäni käsitteet itsellinen nainen ja itsellinen äiti nousevat suoraan

tutkittavien omasta kokemusmaailmasta ja käyttämästä kielestä. Nimitykset eivät ole tutkittavia alentavia, mikä on tutkimuseettisistä syistä tärkeää (Kuula 2006, 204–207).

Hedelmöityshoitotoiminta alkoi Suomessa muotoutua 1980-luvulla, jolloin ensimmäiset hedelmöityshoidot tehtiin Suomessa. Vuonna 1997 Väestöliitto ja sen jälkeen pääkaupunkiseudun muut hedelmöityshoitoklinikat alkoivat antaa hoitoja heteroparien lisäksi myös itsellisille naisille ja naispareille. Hedelmöityshoitolain säätämisestä kiisteltiin noin kahdenkymmenen vuoden ajan ennen kuin se lopulta astui voimaan 2007. Ennen lakia, hedelmöityshoitokäytännöt muotoutuivat käytännön työssä hedelmöityshoitoklinikoiden ja yksityisten gynekologien tekemissä hedelmöityshoidoissa (Kuosmanen 2007b, 37).

Pitkä lainsäädäntöprosessi ja kiistely sen sisällöstä kertovat hedelmöityshoitojen kontrolloimisen ja rajojen asettamisen vaikeudesta. Säätely ei myöskään koskaan ole valmis, sillä teknologia kehittyy jatkuvasti ja uusia menetelmiä hedelmättömyyden kiertämiseksi kehitetään. Aina on myös mahdollista palata jo kertaalleen lainsäädännössä päätettyihin asioihin uudestaan. Esimerkiksi vuonna 2011 oikeusministeriö pyysi valtakunnalliselta sosiaali- ja terveysalan eettiseltä neuvottelukunnalta (ETENE) lausuntoa koskien sijaissyntyshoitoja Suomessa ja niiden mahdollista uudelleen sallimista. ETENEn lausunnon mukaan, ”*joissakin yksittäisissä tapauksissa lapsettomuuden hoito sijaissyntytyksen avulla voi olla eettisesti hyväksyttävää*” (ETENE 2011). Sijaissyntytykseskustelu on avattu uudelleen julkiseen ja poliittiseen keskusteluun (ks. esim. Nousiainen 2012). Asia on vielä kesken, mutta on mahdollista, että hedelmöityshoitoja säätelevää lakia tullaan lähitulevaisuudessa muuttamaan.

Hedelmöityshoitolakia edeltäneessä keskustelussa itsellisten naisten ja naisparien oikeus hoitoihin sai osakseen paljon huomiota. Julkisuudessa puitiin isän merkitystä lapselle ja lapsen oikeutta kahteen läsnä olevaan, eri sukupuolta olevaan vanhempaan. (Kanckos 2012; Paasovaara 2011, 103–106). Keskustelussa sivuutettiin itselliset naiset toimijoina. Itsellisistä naisista puhuttiin ryhmänä, kuulematta heidän omaa näkökulmaansa asiaan. Keskustelussa ei pohdittu syitä, joiden vuoksi naiset ovat päättäneet mennä yksin

hedelmöityshoitoihin tai millaisten asioiden kanssa he kamppailevat harkitessaan hedelmöityshoitoja tai saatuaan yksin lapsen niiden avulla. Keskustelut pohjautuivat pitkälti moraalisiin argumentteihin eikä tutkimustietoon tai ilmiön laajuuden tai mahdollisten olemassa olevien ongelmien selvittämiseen. Itselliset naiset ja naisparit säilyttivät lopulta oikeuden hedelmöityshoitoihin, tosin muutamien erottavien tekijöihin verrattuna heteropareihin. Hedelmöityshoitolaisten vaikutusta itsellisten naisten hoitoihin käsitellään tutkimukseni viimeisessä analyysiluvussa.

Hedelmöityshoitotilastot eivät suoraan kerro, millaisiin perhemuotoihin lapset syntyvät, joten ei ole olemassa tarkkaa tietoa siitä, kuinka moni suomalainen nainen hakeutuu vuosittain yksin hedelmöityshoitoihin Suomessa ja ulkomailla. Sen sijaan syntyneiden lasten rekisteriin kirjataan, mikäli synnyttäneen naisen raskauteen on liittynyt jokin hedelmöityshoidon tyypeistä: alkion siirto, inseminaatio tai munarakkulan kypsytytys. Rekisteristä saadaan selville myös synnyttäneen naisen siviilisääty ja ilmoittaako nainen asuvansa parisuhteessa. (THL Syntyneiden lasten rekisteri 2012; THL Hedelmöityshoidot 2012.)

Syntyneiden lasten rekisterin mukaan vuonna 2011 synnyttäjiä, joiden raskauteen liittyi jokin hedelmöityshoidon tyypeistä 7,2 prosenttia oli naimattomia ja eivät asuneet puolison kanssa. Tämän mukaan vuonna 2011 Suomessa olisi noin 180 itsellistä naista synnyttänyt lapsen. (Ks. liite 1.) Syntyneiden lasten rekisterissä on tiedot ainoastaan raskauksista, jotka johtavat lapsen syntymään. Rekisteristä ei saa tietoa epäonnistuneiden hedelmöityshoitosten lukumäärästä tai naisista, jotka eivät koskaan toiveestaan ja lukuisista yrityksistään huolimatta synnytä lasta. Yksin hedelmöityshoitoihin hakeutuvien naisten määrä on siis vuosittain suurempi, mutta tämän joukon lukumäärästä ei ole tietoa. (THL Syntyneiden lasten rekisteri 2012.)

Tämä tutkimus on avaus itsellisten naisten ilmiön konkretisoimiseen ja näkyväksi tekemiseen. Tutkimukseni antaa äänen hedelmöityshoitosten kentällä marginaalissa olevalle ryhmälle. Aineistossani he kyseenalaistavat ryhmään kohdistuvia määritelmiä ja mallitarinaa siitä, miten marginaalissa tulisi elää. Näin he luovat vastapuhetta. Vastapuheen avulla itselliset naiset tuovat esille tapansa ymmärtää oma asemansa

yhteiskunnassa eri tavoin kuin yleisesti ajatellaan. (Jokinen ym. 2004; ks. myös Krok 2009, 195–196; Katainen 2011, 34–35.) Tutkimuksen tekeminen voi hälventää sitä varjoa, jonka julkinen, esimerkiksi hedelmöityshoitolakia edeltänyt mediakeskustelu ja kansan internetin keskustelupalstoilla käymä moraali- ja mielipidekeskustelu on asettanut itsellisten naisten ylle. Tutkimuksessani itsellisten naisten omat kokemukset ja ajatukset ovat keskiössä. (ks. Heikkilä 2002, 174.)

Seuraavassa luvussa käyn läpi tutkimukseni kannalta keskeiset aikaisemmat tutkimukset ja Pierre Bourdieun (1984) kenttäteorian, joka on toiminut tutkimuksessani teoreettisena työkaluna. Tämän jälkeen esittelen keskustelupalsta-aineistoni ja käyttämäni analyysimenetelmän. Analyysilukuja on kolme, joista ensimmäisessä tarkastellaan sitä, miksi osa naisista päättää yrittää lapsen hankkimista yksin hedelmöityshoitoja apuna käyttäen. Tähän vastaaminen vaatii ensinnäkin niiden tekijöiden selvittämistä, jotka ovat johtaneet lapsen haluamiseen yksin ja toiseksi eri vaihtoehtojen läpikäymisen, joita yksin lapsen haluavalla naisella on valittavanaan. Luku selvittää miksi itselliset naiset pitävät eri vaihtoehtoista hedelmöityshoitoja itselleen sopivana. Toisessa analyysiluvussa analysoin itsellisten naisten keskustelussa esille nostamia vanhemmuuden pääomia. Bourdieulaisittain ajateltuna itselliset naiset ottavat omistamiensa pääomien avulla oman paikkansa hedelmöityshoito- ja lapsiperhekentältä (Bourdieu 1984). Pääomat toimivat resursseina toimia hedelmöityshoitojen- ja lapsiperhekentällä. Käytössä olevat pääomat ovat kamppailuvälineitä tavoiteltaessa hedelmöityshoitojen kentän palkintoa, omaa lasta. Viimeisessä, kolmannessa analyysiluvussa analysoin globaalin hedelmöityshoitojen kentän vaikutuksia Suomen hedelmöityshoitojen kenttään ja suomalaisiin toimijoihin. Globaali hedelmöityshoitojen kenttä avaa toimijoille uusia valinnanmahdollisuuksia ja -pakkoja. Luvussa käsitellään tekijöitä, jotka työntävät itsellisiä naisia globaalille hedelmöityshoitojen kentälle.

## 2 Teoreettiset lähtökohdat tutkimukseen

Tämän luvun ensimmäisessä alaluvussa käyn läpi tutkimukseni kannalta merkittäviä aikaisempia kotimaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia. Tämän jälkeen kerron toisen alaluvun alussa miksi olen valinnut Pierre Bourdieun (1984) kenttäteorian teoreettiseksi viitekehukseksi ja esittelen tutkimuskysymykseni. Toisessa alaluvussa selvitän myös tarkemmin Bourdieun kenttäteorian sisällön.

### 2.1 Mitä itsellisistä naisista jo tiedetään?

Hedelmöityshoidoin itsellisiksi äideiksi tulevia ei ole Suomessa aikaisemmin tutkittu, mutta Seija Sukula (2009) on tehnyt väitöskirjan adoptioon perustuvasta yksinvanhemmuudesta. Tutkimuksen mukaan lähes kaikilla naisilla syy adoptioon oli yksinkertaisesti halu saada oma lapsi ja perhe. Muita adoptiopäätökseen vaikuttaneita syitä olivat muun muassa se, ettei sopivaa puolisoa ollut löytynyt tai ikä. (Sukula 2009; ks. myös Högbacka 2008.) ”Biologinen kello” tikitti adoptiota harkitsevillakin, sillä korkeahko ikä merkitsee vaikeuksia saada adoptoitavaksi aivan pientä lasta. Sukulan mukaan adoptioprosessiin ryhtyminen oli tuleville äideille vaativa päätös, jota mietittiin pitkään. Naiset harkitsivat oman elämäntilanteensa sopivuutta: työtä, terveyttä, ikää, taloudellista tilannetta ja omia toiveita. (Sukula 2009.) Myös kansainvälisten tutkimusten mukaan itsellisiksi äideiksi hedelmöityshoitojen avulla tulleet naiset ovat harkinneet hoitoihin hakeutumista tarkkaan. Jane Bockin (2000) ja Clare Murrayn ja Susan Golombokin (2005) tutkimusten mukaan itselliset äidit miettivät etukäteen, miten lapsen hankkiminen tulisi vaikuttamaan heidän omaan elämäänsä ja ennakoivat taloudellisia sekä muita vastuita, joita lapsen hankkimiseen liittyi.

Aikaisempaa tutkimustietoa on myös siitä, miten muut toimijaryhmät suhtautuvat itsellisiksi äideiksi pyrkiviin. Maili Malinin (2006) tutkimuksessa lääkärit nähdään biovallan keskeisinä toimijoina, joilla on valtaa ja vastuuta kontrolloida sitä, kenellä on oikeus yrittää hankkia lapsi hedelmöityshoitoja apuna käyttäen. Väitöskirjassa sivutaan itsellisiä naisia, sillä Malinin haastattelemat hedelmöityshoitolääkärit pitivät itsellisiä naisia epäsovivina äideiksi. Ilman miestä elävien naisten nähtiin olevan urakeskeisiä ja

hankkivan lapsen lievittääkseen omaa yksinäisyyttään. Lääkärit kuvailivat naisia itse- ja suorituskeskeisiksi, joille lapsi olisi mahdollisesti vain yksi tavara tai suoritus muiden joukossa. Lääkärit soivatkin teknologiasavusteisen lisääntymisen mahdollisuuden muita mieluummin heteroseksuaalisessa ja vakaassa parisuhteessa eläville pareille. (Malin 2006, 55.) Myös hedelmöityshoitoihin liittyvän valistusaineiston on tutkittu olevan heteronormatiivista. Yleensä näissä materiaaleissa lukijaksi ennakoidaan lapsettomuudesta kärsiväksi heteropari. (Helosvuori 2012.)

Hedelmöityshoitolakia valmisteltaessa itselliset naiset ja naisparit saivat osakseen runsaasti huomiota ja heihin kohdistettiin samanlaisia ennakkoluuloja kuin lääkärit Malinin (2006) tutkimuksessa (ks. esim. Kanckos 2012; Lundström 2007, 62; Heino 2004). Kati Mustolan (2000) mukaan hedelmöityshoitoihin liittyvässä lainvalmistelussa kansalaiset jaettiin kahteen ryhmään: heteroparisuhteessa eläviin lapsettomuudesta kärsiviin pareihin, joiden lisääntymistä haluttiin kaikin keinoin edistää ja naisparien ja itsellisten naisten ryhmään, joiden lisääntymistä pyrittiin rajoittamaan.

Helena Hirvonen (2006) tarkasteli yhteiskuntapolitiikan pro gradu -tutkimuksessaan hedelmöityshoitoja koskevaa lakiesitystä (HE 76/2002) kansalaisten yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Lakiesitys HE 76/2002 ei sellaisenaan astunut voimaan, mutta siinä on paljon samoja elementtejä kuin voimaan astuneessa hedelmöityshoitolaissa (Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006). Hirvosen mukaan lakiesitys (HE 76/2002) näyttäytyy biologisen, heteroseksuaalisen ja heteronormatiivisen sukupuolijärjestyksen mukaista perheyksikköä idealisoivana lakiesityksenä, jonka tarkoitus on vahvistaa heteroparien asemaa hedelmöityshoidoissa synnyttämällä merkittävää eriarvoisuutta kansalaisten keskuudessa. (Hirvonen 2006; 2007.)

Riitta Turunen (nyk. Burrell) (1996) on tuonut esille hedelmöityshoitojen taustalle kätkeytyviä patriarkaalisia vaikuttimia käyttäen hyväksi Susan Faludin (1994) käsitettä takaisku. Takaiskun synnytti käsitys, että naiset ovat saavuttamaisillaan tasa-arvon, mutta aina kun naisten autonomia näyttää olevan toteutumaisillaan, tapahtuu takaisku. Burrellin (2003) mukaan on ajateltavissa, että lisääntymisteknologian kehitys liittyy Faludin nimeämien takaiskujen sarjaan. Lääketieteen avusteisten



lisääntymismenetelmien ansiosta naisen ei enää välttämättä tarvitsisi sitoutua heteroseksuaaliseen parisuhteeseen saadakseen lapsen. Tätä patriarkaatti ei kuitenkaan voinut sallia, vaan mies oli palautettava reproduktion keskipisteeseen. Tämä ilmenee muun muassa lainsäädännössä kieltämällä useissa maissa itsellisten naisten ja naisparien oikeus lääketieteen avusteisiin lisääntymismenetelmiin. ”Isä” ilmestyy reproduktion keskiöön lääketieteen asiantuntijana, sikiön oikeuksien ajajana ja vanhempana, jonka läsnäolon takaa lainsäädäntö. Hedelmöityshoidoista tehtiin ”naisten vapauttamisen” asemesta pikemminkin väline, jonka avulla naisten reproduktiivisia valintoja ohjailaan ja äitiyttä kontrolloidaan. (Turunen 1996.)

Feministisessä tutkimuksessa yksinvanhemmuutta onkin käsitelty myös naisen valintana hankkia lapsi ilman parisuhdetta. Bockin (2000) mukaan valinnan kautta yksin äideiksi tulleet tekevät eroa muihin yksinhuoltajiin ja asettuvat ikään kuin yksinhuoltajien kategorian huipulle. Hänen aineistonsa naiset olivat valkoihoisia, keski-ikäisiä ja keskitai yläluokkaisia. Naiset oikeuttivat yksin äidiksi ryhtymistä taloudellisella itsenäisyydellä, iällä, vastuullisuudella ja emotionaalisella kypsyydellä. Valinnan käsite ei kuitenkaan ole ongelmaton. Yksilön mahdollisuuksiin tehdä valintoja vaikuttavat elämäntilanne ja käytettävissä olevat resurssit. Naisten valintoja mahdollistavat ja rajaavat niin ikään yhteiskunnassa vallitsevat taloudelliset, juridiset ja sosiaaliset olosuhteet. Olosuhteet vaikuttavat siihen, mitä yksilö voi valita ja mitä vaihtoehtoja hän pitää itselleen mahdollisena (Hertz & Ferguson 1997). Hedelmöityshoidot ja adoptio ovat useammin mahdollisia vaihtoehtoja korkeassa sosioekonomisessa asemassa oleville kuin esimerkiksi työväenluokkaisille naisille (Bell 2010). Valinnan käsitettä käytettäessä täytyy muistaa sen kategorisoiva luonne. Jako valittuun yksinhuoltajuuteen ja tahtomattaan yksinhuoltajiksi joutuneisiin leimaa naisia. Jälkimmäinen ryhmä näyttäytyy helposti ongelmana, stereotyyppisinä yksinhuoltajina, jotka kamppailevat ongelmien ja köyhyyden kanssa, kun taas valitut yksinhuoltajat sijoittuvat yksinvanhemmuuden kategorian huipulle ja tekevät eroa muihin yksinhuoltajiin, kuten esimerkiksi Bockin (2000) tutkimustulokset osoittivat.

Aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan väittää, että hedelmöityshoitojen kentällä on heteronormatiivisia rakenteita, joiden vuoksi eri toimijaryhmät asettuvat

hedelmöityshoitojen kentälle eriarvoisiin asemiin. Vallan epätasaisesta jakautumisesta seuraa erilaiset toimintamahdollisuudet hankkia oma biologinen jälkeläinen.

Aikaisempien kansainvälisten tutkimusten perusteella näyttää siltä, että itsellinen äitiys on jossain määrin keskiluokkainen tai yläluokkainen ilmiö (Bock 2000; Mannis 1999; Hertz & Ferguson 1997). Kansainvälisten tutkimusten suora soveltaminen Suomen oloihin ei kuitenkaan ole mahdollista, johtuen maiden erilaisista kulttuureista, käytännöistä ja lainsäädännöistä. Suomessa itsellisten naisten luokkataustaa ei ole selvitetty. Sen sijaan hedelmöityshoitojen käytössä yleensä on myös Suomessa havaittu sosioekonomisia eroja. Korkeammin koulutetut ja varakkaammat naiset hakeutuvat hedelmöityshoitoihin useammin kuin vähän koulutetut ja pienituloiset (Yli-Kuha 2012; Miettinen 2011; Klemetti 2006).

Yhteiskuntaluokka vaikuttaa myös Suomessa perheen perustamisajankohtaan ja -ihanteisiin. Työväenluokkaiset naiset perustavat perheen verrattain nuorina, kun taas korkeasti koulutetut naiset opiskelevat pidempään ja päätyvät lapsen hankintaan yleensä vuosia vanhempina. (Gissler ym. 2009, 71–72; Kelhä 2008; 2009.) Naisten koulutustaso on Suomessa jatkuvasti noussut. Koulutustausta vaikuttaa sekä miesten että naisten pariutumiseen, mutta vastakkaisilla tavoilla. Naisen kouluttautuminen saattaa huonontaa yksineläjänaisen mahdollisuuksia löytää kumppani, miehillä korkea koulutustaso taas parantaa pariutumismahdollisuuksia. Miehet löytävät puolisonsa naisia useammin alemmin koulutettujen joukosta. Osa naisista kokee vaikeaksi löytää vaatimustasollensa sopivaa kumppania, mikä hankaloittaa sosiaalisesti tasapainoisiksi koettujen parisuhteiden solmimista. (Ojala & Kontula 2002, 95–100.)

Yhteiskuntaluokka vaikuttaa siihen, minkälainen elämä nähdään ihanteelliseksi.

Työväen- ja keskiluokkaisten naisten elämänkulkua raamittavat erilaiset kulttuuriset aikajanat, jolloin elämänvaiheiden sisältö ja ajoitukset ovat eri taustasta tuleville naisille erilaiset. Tästä syystä luokkateorian yhdistäminen perheellistymisen tutkimiseen on mielestäni perusteltua.

## 2.2 Tutkimuskysymykset ja kenttäteoria

Valitsin Pierre Bourdieun (1984) kenttäteorian teoreettiseksi lähtökohdakseni hedelmöityshoitolakia edeltäneen media-, eduskunta- ja julkisen keskustelun innoittamana. Näissä keskusteluissa lapsen hedelmöityshoidoin haluavat toimijat jaoteltiin selkeästi erillisiksi toimijaryhmiksi, joiden oikeuksista käyttää hedelmöityshoitoja käytiin kiivasta keskustelua. Toimijaryhmät luotiin seksuaalisen suuntautumisen ja siviilisäädyn mukaan. Aikaisempien tutkimusten ja teoreettisen lähtökohdani myötä päädyin selvittämään, miten itselliset naiset päätyvät hankkimaan lapsen yksin hedelmöityshoitoja apuna käyttäen ja miten naiset järjestävät elämänsä ennen hedelmöityshoitoihin hakeutumista.

Tutkimuskysymyksiksi muodostuivat:

- 1) Mitkä tekijät vaikuttavat siihen, että itselliset naiset pyrkivät hedelmöityshoitojen kentälle yksin?
- 2) Mitä pääoman lajeja itselliset naiset tarvitsevat, jotta he pääsevät hedelmöityshoitojen kentälle ja voivat menestyä siellä; mitkä pääoman lajit ovat hedelmöityshoitojen kentällä arvokkaita ja miten pääomien arvottamisesta ja vaihtamisesta neuvotellaan hedelmöityshoitojen kentällä?
- 3) Mitä esteitä itselliset naiset kohtaavat hedelmöityshoitojen kentällä?

Pierre Bourdieun (1984) distinktioteoriassa yhteiskunta muodostuu erilaisista kentistä. Jokaisella kentällä on oma toimintalogiikkansa, säännöt sekä pääomanlajit, joita kentällä arvostetaan. Bourdieu kuvailee kenttää taistelukentäksi tai pelikentäksi, jossa toimijat, joilla on halua ja kykyä pelata peliä, tavoittelevat kentän voittoja. Tavoitellessaan kentän voittoja, toimijat tuottavat samalla kulutusvalintojen, makumieltymysten ja -arvostelmien välityksellä erontekoa ja luokkasuhteita muihin toimijaryhmiin. Bourdieun (1984) teoriaa soveltaen hedelmöityshoidot voidaan nähdä kenttänä, jossa taistellaan vallasta ja asemasta, kentällä olemisen oikeudesta ja sinne pääsystä, sekä kentän sääntöjen ja rajojen muuttamisesta (esim. Bourdieu & Wacquant 1995, 122–144; Bourdieu 1985, 105–110.) Tutkimuksessani analysoin Suomen

hedelmöityshoitojen kenttää, jonka voi ajatella olevan osa suurempaa lapsiperhekenttää ja myös globaalia hedelmöityshoitojen kenttää.

Bourdieu (1984) teorian mukaan kenttä on doksan tilassa jos vallitsevaa järjestystä ei kyseenalaisteta vaan sitä pidetään itsestään selvänä. Doksa on aina hallitsevan ryhmän näkökulma, joka paljastuu vasta tilanteissa, joissa esiintyy heterodoksia eli kriittisiä tulkintoja. Heterodoksia paljastaa, että vallitsevalle käytännölle olisi muitakin vaihtoehtoja. Vaihtoehtoiset näkemykset kriisiyttävät kentän doksan ja saavat hallitsevat ryhmät lopettamaan vaikenemisensa ja tuottamaan vallitsevaa järjestystä tukevia diskursseja, ortodoksioita. Ortodoksioiden tarkoituksena on doksan hiljaisen hyväksymisen palauttaminen. (Heiskala 2000, 178–186.) Hedelmöityshoitojen kentällä voidaan ajatella doksan kriisiytyneen, kun teknologiasavusteista lisääntymistä alkoivat heteroparien lisäksi käyttää myös muut toimijaryhmät. Uusi teknologia, jonka piti paikata puutteellisia ydinperheitä, auttaa lapsettomuuden kanssa kipuilevia heteropariskuntia saamaan biologisia jälkeläisiä, mahdollistikin mitä erilaisimpia perheitä. Hedelmöityshoitojen kentällä ortodoksista diskurssia tuottavat hedelmöityshoitojen kentällä hyvässä asemassa olevat toimijat, kuten lääkärit. Ortodoksista diskurssia tuottavat myös hedelmöityshoitojen kentän ulkopuolelta vallan kentän poliitikot ja virkamiehet, jotka pitävät käsissään lainsäädännöllistä valtaa. Lainsäädännöllä hedelmöityshoidot on yritetty palauttaa ainoastaan heteropariskuntien oikeudeksi. (Malin 2006; Hirvonen 2006; 2007.) Normatiiviset lausunnot aitoudesta, normaaliudesta, etiikasta ja uskonnosta olivat hyvin paljon esillä eduskunnan keskusteluissa hedelmöityshoidoista 2000-luvulla Suomessa (Kanckos 2012; Heino 2004).

Hedelmöityshoitojen kentän rakenne ei ole stabiili vaan muuttuvainen toimijoiden välisten voimasuhteiden mukaan. Toimijaryhmien asema kentällä vaihtelee sen mukaan, kuinka paljon ryhmän edustajilla on kentällä arvostettuja pääomia. Bourdieu (1984) erottaa kolme pääoman peruslajia: taloudellisen, kulttuurisen ja sosiaalisen pääoman, jotka kaikki jakautuvat edelleen alalajeihin. Pääomat ovat voimavaroja tai resursseja, joita toimijat pyrkivät hyödyntämään kentällä parhaalla mahdollisella tavalla. Kentillä arvotetaan eri pääomanlajeja ja jotkut pääomat saavat arvon vain tietyllä kentällä voiden

samalla hetkellä olla toisilla kentillä täysin arvottomia. Jokin pääoman laji voi myös nousta ylitse muiden, saaden symbolisen pääoman arvon. Kunkin kentän symbolinen pääoma on arvokas vain kyseisen kentän rajojen sisäpuolella, ei toisilla kentillä. (Bourdieu 1998, 10–24; 1985, 105–109.) Esimerkiksi tällä hetkellä Suomen hedelmöityshoitojen kentällä toimiva kohtu on noussut symbolisen pääoman arvoon, jota ilman nainen ei voi päästä hedelmöityshoitojen kentälle sisälle.

Toimijoiden erilaiset asemat kentällä ja suhteet muihin toimijaryhmiin tuottavat heille toisistaan eroavat habitukset. Toimijoiden strategiat toimia kentällä vaihtelevat aseman ja habituksen mukaan. Habitus koostuu käyttäytymisen ja toiminnan tavoista sekä asioiden erilaisesta arvottamisesta. Se näkyy eroina toimijaryhmien tyyleissä, valinnoissa, asenteissa ja arvoissa. Habitus vaikuttaa siihen, mitä koetaan itselle mahdollisena ja sopivana. Tätä kautta se vaikuttaa toimijan valintoihin ja käyttäytymiseen. Erilaiset habitukset näkyvät toimijaryhmien erilaisina polkuina kentällä. Sisäistämällä tietyt sosiaaliset ja taloudelliset ehdot eli pääomat, toimijat alkavat käyttäytyä kentällä ryhmälleen tyypillisellä tavalla. Toimijoiden toisistaan poikkeavat habitukset saavat aikaan jännitteitä kentällä, kun toimijat joko yksin tai ryhmänä pyrkivät säilyttämään tai parantamaan asemaansa kentällä. (Bourdieu 1984 101, 170–171; 1998, 18–19; Bourdieu & Wacquant 1995, 122–144.) Habituksen käsite liittyy läheisesti siihen, miksi itselliset naiset pyrkivät lapsiperhekentälle juuri hedelmöityshoitoja apuna käyttäen. Osalla heistä olisi muitakin vaihtoehtoja saada lapsi, mutta kaikista vaihtoehtoista he päätyvät yksin hedelmöityshoitoihin menemiseen. Ensimmäisessä analyysiluvussani selvitän itsellisten naisten habituksen yhteensopivuutta hedelmöityshoitojen kenttään.

Muiden kenttien tavoin, hedelmöityshoitojenkin kentällä ryhmä, jolla on eniten kentällä arvostettuja pääomia eli yksinkertaistettuna valtaa, voi legitimoida oman näkemyksensä. Eri pääomalajien suhteellisia arvoja voidaan kuitenkin yrittää muuttaa kentällä. Tavoitteena on silloin saattaa huonoon valoon se pääoman laji, johon ”vastapelurin”, eli toisen ryhmän voima perustuu. (Bourdieu 1995, 122–132.) Osa pääomanlajeista on myös vaihdettavissa toiseksi pääomiksi. Itsellinen nainen voi esimerkiksi ostaa hedelmöityshoidoissa tarvittavat siittiösolut vaihtamalla taloudellista pääomaa

biologiseen pääomaan eli sukusoluihin. Toisessa analyysiluvussani esittelen tarkemmin mitä taloudellinen, kulttuurinen ja sosiaalinen pääoma tarkoittavat hedelmöityshoitojen kentällä.

Suomessa hedelmöityshoitojen kenttä ehti toimia ja muokkautua yli kahdenkymmenen vuoden ajan ilman asiaa koskevaa erillistä lainsäädäntöä. Lainsäädännön myötä osa aikaisemmin kentällä toimijaryhminä olleista rajattiin kokonaan kentältä ulos, toisten toimijaryhmien asema kentällä heikkeni ja tietynlaisten heteroparien asema vahvistui (Hirvonen 2006). Kolmannessa analyysiluvussa selvitän Suomen hedelmöityshoitojen kentän rakenteita ja kentän globalisoitumisen vaikutusta itsellisiin naisiin. Suomen hedelmöityshoitojen kentän asemesta toimijan on mahdollista siirtyä myös globaalille hedelmöityshoitojen kentälle, mikäli hänen pääomat siihen riittävät.

### **3 Aineisto ja analyysimenetelmä**

Tässä luvussa esittelen käyttämäni tutkimusaineiston ja tutkimusmenetelmät.

Ensimmäisessä alaluvussa selvitän miksi olen päätenyt tutkimaan aihetta kvalitatiivisin tutkimusmenetelmin ja valinnut aineistokseni keskustelupalstakirjoituksia. Toisessa alaluvussa kuvailen tarkemmin aineistoni luonnetta, minkä jälkeen kolmannessa alaluvussa kerron aineiston koodauksesta ja analysointitavasta. Luvun viimeisessä alaluvussa pohdin aineistooni ja laajemmin tutkimukseeni liittyviä tutkimuseettisiä kysymyksiä.

#### **3.1 Yleiskuvan saaminen tuntemattomasta aiheesta**

Itsellisten naisten hedelmöityshoitoja ei ole aikaisemmin Suomessa tutkittu, joten yleiskuvan saaminen ilmiöstä on ensisijaisen tärkeää (Eskola & Suoranta 1998, 19).

Yleiskuvalla voidaan tarkoittaa joko laadullista tutkimusta itsellisten naisten elämästä tai kvantitatiivisia eli määrällisiä tietoja itsellisten naisten lukumäärästä Suomessa, äidiksi tulon iästä, sosioekonomisesta asemasta ja esimerkiksi alueellisesta sijoittumisesta.

Suomessa ei ole olemassa henkilötason tietoja sisältävää hedelmöityshoitorekisteriä. Hedelmöityshoitoklinikat ovat veloitettuja antamaan Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL) ainoastaan summatason tietoja hedelmöityshoitojen määristä, eivätkä klinikoiden omat potilastietoasiakirjat ole suoraan käytettävissä tutkimustarkoitukseen. (THL Syntyneiden lasten rekisteri 2012.) Klinikat ovat THL:lle toimittamiensa summatason tietojen lisäksi veloitettuja toimittamaan Valviran ylläpitämään Luoterekisteriin tiedot hedelmöityshoitoja varten tehdyistä sukusolujen ja alkioiden luovuttajista. Rekisteriin tallennetaan onko kyseessä siittiöiden, munasolujen vai alkioiden luovutus, luovuttajan nimi, henkilötunnus, tieto luovuttajan tunnuksesta ja mahdollinen isyyden vahvistamista koskeva suostumus tai sen peruuttaminen. (Valvira 2008.)

Hedelmöityshoidoissa käyvien naisten ja parien nykyinen tilastointitapa vaikeuttaa hedelmöityshoitojen tutkimista kvantitatiivisesti. Hedelmöityshoitotilastosta saadaan tietää kuinka paljon hedelmöityshoitoja tehdään, mutta sitä kenelle hoitoja tehdään, ei tiedetä. Tilastointitavan vuoksi ei esimerkiksi tiedetä kuinka monta hoitokertaa tarvitaan toivottuun tulokseen pääsemiseen. Luotettavia tietoja ei myöskään ole saatavilla siitä, kuinka moni nainen tai pari jättää hedelmöityshoidot kesken ja missä vaiheessa prosessia. Myöskään ei tiedetä mitä näille hoitopudokkaille tapahtuu tämän jälkeen: päätyvätkö hoidot kesken lopettaneet naiset ja parit kuinka usein esimerkiksi adoptioon tai sijaisvanhemmuuteen vai lapsettomaan elämään. (THL Syntyneiden lasten rekisteri 2012.)

Tilastollisen aineiston käyttäminen ei tullut kyseeseen ensisijaisesti siksi, että tutkimuskysymysten kannalta sopivaa rekisteriaineistoa ei ollut saatavilla. Oman kyselytutkimuksen tekeminen itsellisille naisille esimerkiksi hedelmöityshoitoklinikoiden kautta olisi ollut mahdollista. Kyselylomakkeen tekeminen vähän tutkitusta aihealueesta olisi kuitenkin ollut hankalaa, sillä tutkijan pitää tällöin etukäteen valita teemat, jotka hän haluaa nostaa esille. Tämä on ongelmallista aihealueen ollessa tutkijalle ja tutkimusyhteisölle tuntematon. Vasta kartoitettaessa ilmiötä tutkijan on vaikea tietää mitkä ovat tärkeitä teemoja ja mitä pitäisi kysyä. (Eskola & Suoranta 1998, 19–20.) Oman kyselyn tekeminen olisi siis vaatinut enemmän

etukäteistietoa aiheesta sekä valmiita hypoteeseja sen luonteesta. Eskolan ja Suorannan (1998, 19) mukaan laadullisten menetelmien käyttö on suositeltavaa silloin, kun halutaan tutkia jonkin ilmiön olemusta ja silloin, kun ilmiö on uusi tai entuudestaan vähän tunnettu. Tutkijan ei laadullisia menetelmiä käyttäessä tarvitse etukäteen määrittää niin tarkasti sitä, mikä aineistossa on tärkeää, vaan aineistosta voi nousta esiin tutkijallekin odottamattomia asioita. Laadullisella tutkimusotteella on mahdollista saada marginaalisesta ilmiöstä, kuten itsellisistä naisista, hyvä yleiskuva (Hirsjärvi ym. 1997, 165–166).

Päädyttyäni kvalitatiiviseen tutkimusotteeseen oli valittava haastattelujen tekemisen ja keskustelupalsta-aineiston väliltä. Katsoin keskustelupalstan soveltuvan hyvin aineistoksi, sillä palstalta tavoitin myös sellaisten naisten ajatuksia ja mielipiteitä, jotka olivat vielä harkintavaiheessa, mutta jotka pitivät itsellistä äitiyttä itselle mahdollisena vaihtoehtona. Haastatteluihin olisi voinut olla vaikea saada harkintavaiheessa olevia itsellisiä naisia. Aikaisemmat tutkimukset ovat keskittyneet hedelmöityshoidoissa käyviin naisiin, niiden avulla jo äideiksi tullessiin tai äidin ja hoitojen tuloksena syntyneen lapsen kiintymyssuhteeseen. Harkintavaiheessa olevien mukaan ottaminen tutkimukseen antaa laajemman kuvan hedelmöityshoitojen kentän luonteesta ja toimijoista, jotka pyrkivät kentälle. Tällöin voi paljastua kentän rakenteellisia tekijöitä, jotka vaikuttavat siihen, kenellä ylipäänsä on mahdollista päästä sisälle hedelmöityshoitojen kentälle. Keskustelupalsta-aineisto tuntui myös sopivan tutkittavaan ilmiöön hyvin, sillä tutkimuksen mukaan hedelmöityshoitoklinikoiden asiakkaat etsivät tietoa lapsettomuudesta, hedelmöityshoidoista ja klinikoista ylivoimaisesti useimmin internetistä (Miettinen 2011, 46). Internet on siis ”luonnollinen” ympäristö hedelmöityshoidoissa käyville.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavaa ilmiötä tehdään ymmärrettäväksi (Alasuutari 1999, 248–251). Valitsemallani keskustelupalsta-aineistolla voidaan selvittää ilmiön luonnetta ja naisten omia ajatuksia itsellisestä äitiydestä sekä rakenteellisia esteitä, joiden kanssa naiset kamppailevat hedelmöityshoitojen kentällä. Keskustelupalsta-aineiston avulla voidaan tehdä katsaus kulttuuriseen merkityskamppailuun, jota käydään liittyen yksinhuoltajuuteen, tahattomaan lapsettomuuteen ja parisuhteen ulkopuoliseen



äitiyteen. Sen sijaan keskustelupalsta-aineiston perusteella ei voi tehdä päätelmiä ilmiön laajuudesta. Anu Kataisen (2011, 33) mukaan internet-aineistojen kohdalla yleistämällä voidaan viitata analyysin tulosten olevan osa kulttuurista mielipideilmastoa ja merkityskamppailua. Keskustelupalsta-aineisto ei ole otos, eikä se missään oloissa edusta kaikkia itsellisiä naisia. Aineisto on valikoituneen toimijajoukon itse antama kuva elämästään ja tekijöistä, jotka ovat vaikuttaneet siihen, että naiset suunnittelevat itsellistä äitiyttä tai ovat ryhtyneet itsellisiksi äideiksi.

Internetin keskustelupalstalla tapahtuvan aineistonkeruun etu on tutkittavan yhteisön hahmottaminen sisältäpäin, tutkittavien näkökulmasta. Silloin, kun tutkija itse ei osallistu keskusteluun, on kerätty aineisto niin kutsuttua luonnollista aineistoa. Luonnollinen aineisto on olemassa tutkimuksen tekijästä ja tekemisestä riippumatta. Tällöin tutkija ei läsnäolollaan vaikuta tutkittaviin. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 83–85.) Internetissä tapahtuvan passiivisen aineistonkeruun voidaankin katsoa kuuluvan havainnointiin perustuviin tiedonkeruun menetelmiin (Malin 2006, 158).

Keskustelupalstan lisäksi käytin tutkimuksen aineistona myös dokumenttiaineistoja, kuten hedelmöityshoitolakiasetusta (Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006), hedelmöityshoitoja myyvien yksityisten hedelmöityshoitoklinikoiden kotisivuja ja kansainvälisten spermapankkien kotisivuja. Dokumenttiaineistolla on toimintaympäristöä ja ymmärrystä luova rooli, kun naiset keskustelupalstalla puhuvat esimerkiksi siittiöoptioista, Kansaneläkelaitoksen tukikäytännöstä tai muista hedelmöityshoitojen kentän rakenteisiin liittyvistä asioista. Jotta tutkijan on mahdollista ymmärtää toimijoita, on aina välttämätöntä perehtyä myös toimintaympäristöön. Yksistään käyttämäni Bourdieun (1984) kenttäteoria edellyttää tätä, mutta myös yleisemmin sosiologinen selittäminen perustuu sille, että ilmiö tehdään ymmärrettäväksi eksplikoimalla ne yhteiskunnalliset ja kulttuuriset reunaehdot, jotka vaikuttavat yksilön toimintaan (Alasuutari 1999, 155–157). Tutkijan pitää etsiä ja määritellä nämä reunaehdot, joiden puitteissa toimijat tekevät valintojaan.

### 3.2 Keskustelupalstan luonne

Aineistona käyttämälläni keskustelupalstalla kirjoittaneet itselliset naiset harkitsivat yksin hedelmöityshoitoihin hakeutumista, kävivät hoidoissa tai olivat jo saaneet yksin lapsen hedelmöityshoitojen avulla. He keskustelivat laaja-alaisesti hedelmöityshoitoihin ja yksin lapsenhankintaan liittyvistä asioista. Keskustelupalstalla ei yleisesti pohdittu itsellistä äitiyttä ilmiönä, vaan palsta toimi naisten omana kohtaamispaikkana, jossa jaettiin ajatuksia ja tunteita hoidoissa käymisestä. Näin ollen ulkopuolisten ihmetteleviä, väheksyviä tai ilmiöön negatiivisesti suhtautuvia viestejä ei ollut tällä keskustelupalstalla. Mahdolliset häiriköintiviestit oli siivottu pois.

Tutkimukseni aineisto on kerätty julkiselta keskustelupalstalta. Julkisella keskustelupalstalla kuka tahansa voi lukea viestejä rekisteröitymättä. Keskustelupalstalle kirjoittaminen vaati rekisteröitymisen, jonka jälkeen viestejä kirjoitetaan oman nimimerkin suojin. Aineistoni viestiketju koostuu liki 900:sta keskustelupalstalle lähetetystä viestistä, joista Word-tiedostoksi siirrettynä kertyi 220 sivua tekstiä rivivälillä yksi. Aineistossa esiintyy 110 eri nimimerkkiä. Näistä 69 keskustelijaa kertoi saaneensa lapsen hoitojen avulla, käyvänsä parhaillaan hedelmöityshoidoissa yksin, varanneensa ensiajan hedelmöityshoitoklinikalle tai jonottavansa hoitoihin pääsyä. Harkinta- tai suunnitteluvaiheessa oli 35 keskustelijaa. Kuusi keskustelijaa ei tuonut esille missä vaiheessa hoitoprosessia he olivat. Osa nimimerkeistä on kirjoittanut palstalle ainoastaan yhden esittelyviestin, toiset taas kymmeniä viestejä.

Keskusteluketju alkoi vuoden 2008 keväällä ja jatkui aktiivisena saman vuoden syksyyn saakka. Keskustelu lähti liikkeelle varovaisesta yhden toimijan utelusta liittyen siihen, onko Suomessa ylipäänsä mahdollista saada hedelmöityshoitoja ilman parisuhdetta. Keskusteluun liittyi saman tien mukaan joukko naisia, jotka kertoivat harkinneensa yksin hedelmöityshoitoihin menemistä. Viimein keskustelupalstalle alkoi kirjoittaa myös naisia, jotka olivat jo käyneet hedelmöityshoidoissa tai saaneet lapsen yksin hoitojen avulla. Keskustelun luonne muuttui asteittain varovaisesta tiedon hankkimisesta henkilökohtaisempaan suuntaan, haluan luoda syvempiä ystävyyssuhteita

samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien kanssa. Aiheen arkuus ja henkilökohtaisuus saivat naiset myöhemmin perustamaan suljetun keskustelupalstan, johon jäsenyys haetaan erikseen sen perustajilta. Tämän suljetun palstan viestejä eivät ulkopuoliset pääse lukemaan. Keskustelu julkisella puolella loppui lähes tyystin suljetun keskustelupalstan perustamisen jälkeen ja tällä hetkellä alkuperäinen viestiketju toimii enää uusien keskustelijoiden rekrytointikanavana, jossa uudet keskustelijat kertovat lyhyesti tilanteestaan ja anovat jäsenyyttä suljetulle keskustelupalstalle. Itse en liittynyt suljetun ryhmän jäseneksi, eivätkä siinä käydyt keskustelut ole osa aineistoani.

Kaikkia palstan keskustelijoita yhdisti se, että keskustelijat pitivät itselleen mahdollisena ja hyväksyttävänä vaihtoehtona lapsen yksin tekemistä hedelmöityshoidoin. Keskustelupalstalle kirjoittavien toimijoiden lisäksi keskustelua seurasi myös muita asiasta kiinnostuneita ja sellaisia itsellisiä naisia, jotka eivät itse halunneet kirjoittaa keskustelupalstalle. Tämä ilmeni keskustelupalstan yllättävänä vilkkautena niihin aikoihin kun palsta ensimmäisen kerran uhkasi muuttua suljetuksi keskustelupalstaksi. Monet aiemmin keskustelua sivusta seurannut aktivoitui itse kirjoittamaan ja kertomaan oman tarinansa varmistaakseen pääsyn suljettuun keskusteluryhmään. Tämän vuoksi aineistossani on paljon ainoastaan yhden viestin keskustelupalstalle kirjoittaneita keskustelijoita. Nämä naiset eivät halua puhua aiheesta kaikille avoimella keskustelupalstalla, mutta heillekin keskustelupalsta on yhtäläillä tärkeä tiedonhankintakanava.

Keskustelupalsta toimikin sekä vertaistukiryhmänä että harkinta- ja suunnitteluvaiheessa olevien naisten tiedonhankintakanava. Hoidoissa käyneet keskustelijat toimivat harkintavaiheessa olevien naisten keskustelukumppaneina ja oppaina, joiden kanssa omia ajatuksia pystyi testaamaan ja näin varmistumaan omasta päätöksestään. Naiset jakoivat keskustelupalstalla kokemuksiaan hoidoista, auttoivat käytännönasioissa kuten hyvän klinikan valitsemisessa, lohduttivat toisiaan hoitojen epäonnistuessa sekä kannustivat jatkamaan yrittämistä. Palstalla puitiin myös syitä ja motiiveja yksinvanhemmuuteen ja vertailtiin asemaa muihin hedelmöityshoitojen toimijoihin. Viestittely palstalla oli tyyliltään konsensushakuista. Kanssakeskustelijoita ja heidän toisinaan erilaisiakin ratkaisuja kunnioitettiin. Kuten muillakin

lapsettomuusaiheisilla keskustelupalstoilla niin myös tällä, naiset jännittivät omien hoitajensa lisäksi toisten naisten onnistumista hoidoissa (ks. esim. Malin 2006, 156; Meskus ilmestyy). Vertaistukiryhmän tarkoituksena onkin saada ja antaa tukea samankaltaisessa tilanteessa olevilta.

Tutkimukseni keskustelupalsta toimi tärkeänä sosiaalisena yhteisönä itsellisille naisille, sillä lapsen hankkiminen yksin hedelmöityshoitoja apuna käyttäen ei ole ainakaan vielä Suomessa tavanomaista. Samassa tilanteessa olevia on näin ollen hankala kohdata kasvotusten. Keskustelupalsta voi helpottaa itsellisten naisten ystävyysuhteiden ja vertaistukiverkostojen luomista. Internet tai keskustelupalsta toimii jo olemassa olevan kulttuurin leviämiskanavana (ks. Arpo 2001, 195). Keskustelupalsta on sosiaalinen yhteisö, vaikka kasvokkaistapaamisia tai keskustelupalstan ulkopuolisia ystävyysuhteita ei toimijoiden välillä aina olisikaan. Keskustelupalstalla todelliset ihmiset esittävät ajatuksiaan ja tuntemuksiaan sekä merkityksellistävät kokemuksiaan muiden kanssa. Toimijoiden puheet aktualisoituvat ”todellisessa maailmassa” tekoina, eli hakeutumisenä yksin hedelmöityshoitoihin.

Keskustelupalstalla otettiin myönteisenä yllätyksenä verkkokeskusteluun osallistuneiden naisten suuri lukumäärä. Ennen keskustelupalstan löytämistä monet olivat ajatelleet olevansa yksin ajatustensa kanssa. Keskustelupalsta toi kuitenkin yhteen yli sata naista. Se mahdollisti itsellisten naisten järjestäytymisen ja me-henkisen ryhmän muodostamisen. Toisilleen aluksi täysin vieraat, nimimerkin suojissa esiintyneet keskustelijat järjestivät myöhemmin myös kasvokkaistapaamisia, joissa ainakin osa keskustelijoista luopui anonyymiudestaan ja muutti internet-ystävyyden perinteisemmäksi tuttavuudeksi.

### **3.3 Aineiston analysointi**

Käytettäessä valmista aineistoa tutkijan on lähdettävä avoimin mielin selvittämään millaisiin kysymyksiin aineisto voi vastata. Tutustuin aluksi aineistoon kokonaisuutena ja selvitin millaisia teemoja aineistosta nousee esille. Tässä vaiheessa en vielä muotoillut etukäteen tarkkoja tutkimuskysymyksiä. Keskustelupalsta-aineisto on

yleensä hyvin monipuolista, mutta samalla myös pirstoutunutta. Jotkut keskusteluaiheet ovat tutkimuksen kannalta vähemmän merkittäviä ja tutkijasta voi tuntua, että toisia, hänen mielestään tärkeitä ja kiinnostavia teemoja ainoastaan sivutaan keskustelussa. Toisin kuin esimerkiksi haastatteluilla aineistoa kerätessä, internetkeskusteluja tutkittaessa, keskustelua ei voi ohjailta tai suunnata mihinkään tiettyyn aiheeseen. Tutkija ei aseta kysymyksiä, vaan keskustelijat puhuvat niistä asioista, joista he itse ovat kiinnostuneita ja jotka askarruttavat heitä. Internet-aineistojen yhtenä rajoitteena voidaankin pitää lisätietojen ja tarkennusten vaikeaa saamista. Tästä syystä keskustelupalstan valitsemiseen tulee kiinnittää huomiota. Aineistotyyppin luonne ja taso vaikuttavat siihen, millaisiin kysymyksiin on mahdollista etsiä vastauksia. (Kuula 2006, 169–199.)

Tutkijana olin kiinnostunut itsellisten naisten ilmiöstä. Kiinnostukseni kohdistui yhtäläillä keskustelupalstalle tuotettuun tekstiin, siinä käytettyihin sanavalintoihin (esim. itsellinen vai yksinäinen) ja merkityksiin, kuin myös naisten esille tuomaan varsinaiseen toimintaan käydä yksin hedelmöityshoidoissa. Itsellisten naisten toiminta ja merkityksenanto asioille ovat aina kulttuurisesti määräytyneitä. Keskustelupalstan viesteissä on samaan aikaan läsnä itsellinen nainen toimijana ja hedelmöityshoitohenkilökenttä, eli rakenteet, jotka vaikuttavat toimijan merkityksenantoon ja käyttäytymiseen. Kulttuuri ja yhteiskunnalliset rakenteet tulevat ilmi yksittäisten toimijoiden elämässä ja valinnoissa.

Laadullisen tutkimuksen tueksi on kehitetty erilaisia tietokoneohjelmia, joiden avulla voi järjestää ja koodata laajoja tekstiaineistoja. Yksi tällainen ohjelma on Atlas.ti, jonka avulla aloin käsitellä aineistoa ja luokitella sitä. Koodasin aineiston aluksi karkeasti teemoihin helpottaakseni suuren aineiston käsittelyä. Koodaus oli samaan aikaan aineisto- ja teorialähtöistä. (ks. Eskola & Suoranta 1998, 150–160). Aineistolähtöistä koodaus oli sikäli, että katsoin mitkä teemat toistuivat keskustelijoiden viesteissä. Tällaisia olivat esimerkiksi syyt mennä hedelmöityshoitoihin tai tulevan lapsen isättömyyden käsitteleminen. Bourdieun (1984) teoriasta sain työkalut, joista oli konkreettisesti apua aineiston teemoittelussa ja koodaamisessa. Teorialähtöisesti koodasin pääomia, joita itselliset naiset toivat esille liittyen äitiyteen ja

hedelmöityshoitoihin osallistumiseen. Pääomien lisäksi koodasin aineistossa ilmeneviä kentän rakenteellisia piirteitä, jotka joko helpottivat tai vaikeuttivat itsellisten naisten asemaa hedelmöityshoitojen kentällä. Tällaisia olivat esimerkiksi lainsäädäntöön ja hoitojen korvauskäytäntöihin liittyvät asiat.

Aluksi etsin aineistosta myös suoria viittauksia keskustelijoiden luokkataustaan. Koodasin keskustelijoiden esille tuomia ammattinimikkeitä, viittauksia sosioekonomiseen asemaan ja elämäntapoihin kunnes havaitsin, ettei näitä asioita käsitelty riittävästi keskustelupalstalla. Vain osa naisista toi esille edellä mainittuja tietoja ja tiedot olivat myös melko pintapuoleisia. Aineistoni luonteen vuoksi en siis voinut selvittää naisten taustatietoja, kuten sosioekonomista asemaa. Tästä syystä minun piti lähestyä luokkaa ja habitusta naisten omien tulkintojen ja ilmiölle antamien merkitysten kautta.

Luokkasuhteita ja habitusta rakennetaan kulttuuristen ja moraalisten erontekojen sekä arvottamisen kautta. Koodasin itsellisten naisten keskustelussa tekemää erontekoa hedelmöityshoitojen ja lapsiperhekentän muihin toimijaryhmiin. Erottautumista tehdään kertomalla, miten ei kuuluisi toimia tai mikä ei näyttäydy itselle sopivalta vaihtoehdolta. Koodasin aineistostani näitä erontekoja ja syitä, miksi hedelmöityshoidot tuntuivat keskustelijalle sopivalta vaihtoehdolta ja toisaalta, miksi lapsiperhekentälle ei pyritty jotain muuta kautta.

Koodit täsmentyivät analyysin edetessä pienempiin osiin. Esimerkiksi koodi ”isä” sisälsi aluksi kaikki viestit, joissa puhuttiin mitä tahansa isästä tai isättömyydestä. Lopulta koodi jakautui pienempiin osiin: isättömyys, läsnä oleva isä, positiivinen miehen malli, negatiivinen miehen malli, biologinen isä ja sosiaalinen isä. Yksi keskustelupalstalle lähetetty viesti tai osa siitä on voitu koodata useamman kuin yhden teeman alle. Lisäksi jokainen palstalle kirjoitettu viesti on koodattu kirjoittajan nimimerkillä. Tämän ansiosta pystyin tarvittaessa helposti ja nopeasti yhdistämään saman nimimerkin kaikki viestit yhteen ja lukemaan nimimerkin kirjoitukset yhtenä tarinana. Aineiston koodaaminen, analyysin tekeminen ja kirjoittaminen olivat prosessi, jossa työvaiheet limittyivät sulavasti yhteen. Uusia koodeja syntyi sitä mukaan kun

analyysi eteni ja toisaalta osa vanhoista koodeista osoittautui tarpeettomiksi tutkimusteemojen tarkentuessa.

Tutkimusmenetelmänä käytin Tommi Hoikkalan muotoilemaa lähiluvun otetta (1993, 37–38). Lähiluvussa keskitytään tutkittavien tuottaman tekstin tai puheen sisällön, aiheiden ja teemojen kulttuuriseen ja sosiaaliseen tasoon, eikä lingvistiseen tasoon kuten diskurssianalysissä. Lähiluvussa teksti kytketään kulttuuriseen tasoon etsimällä aineistosta toistumia. Teksti tulkitaan toiminnan, konstruktion ja muuntelun näkökulmasta. Naisten keskustelupalstalle kirjoittamat viestit ovat toimintaa ja sen kuvailua, merkitysmaailman rakentamista ja itsellisestä äitiydestä tietyn version tekemistä. Hoikkalan (1993, 242–244) mukaan puhujien tuottamat versiot on tulkittava suhteessa johonkin kulttuurisesti vahvaan vastaversioon. Versiot vaihtelevat aina myös kontekstin mukaan. (Hoikkala 1993, 37–38.) Tästä syystä on tärkeä analysoida muistaa kuka keskustelupalstalla kirjoittaa ja kenelle. Teksti olisi hyvin erilaista, jos kuulijoina ei olisi samassa tilanteessa olevia naisia. Tällöin itselliset naiset joutuisivat oletettavasti vahvemmin vastaamaan yksinhuoltajuuteen liitettyihin stereotyyppioihin ja määrittelemään itsensä ulos näistä negatiivisista leimoista itsemäärittelyn avulla. Aineistossani naiset jakavat kokemukset ja keskustelevat konsensushakuisesti toisiaan tukien ja tietäen, että toiset keskustelijat ymmärtävät mistä puhutaan. Yhteisten lähtökohtien vuoksi esimerkiksi lapsen isättömyydestä uskalletaan puhua rehellisesti ja mieltä askarruttavaa asiaa monelta eri kantilta.

### **3.4 Tutkimusetiikka ja aineiston luotettavuus**

Internetin keskustelupalstan käyttämistä tutkimustarkoitukseen voidaan pitää piilohavainnointina. Piilohavainnointi sisältää lukuisia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan pitää ennalta ratkaista. Keskustelupalstojen viestien käyttämisestä tutkimustarkoitukseen ei ole olemassa yksiselitteisiä tutkimuseettisiä ohjeita, vaan tutkijan on tapauskohtaisesti arvioitava oman tutkimuksensa eettiset kysymykset (Kuula 2006, 195–199). Kristina Rolin (2002, 103) muotoilee, että tutkijan tulisi pyrkiä refleктоimaan tutkimuksen eri vaiheisiin liittyviä moraalisia valintoja, sen sijaan että valintoja tehdään ymmärtämättä niiden moraalista luonnetta. Tässä alaluvussa selvitän tutkimukseni eettisiä näkökohtia ja avaan tutkimuksen eri vaiheissa tekemiäni valintoja.

Arja Kuulan (2006, 186) mukaan tutkijan on arvioitava internetsivuston avoimuuden aste aina käyttäjien näkökulmasta. Aineistoni keskustelupalstalle kirjoitetaan nimettömästi nimimerkin suojin, eikä viestien lukeminen edellytä keskustelupalstalle rekisteröitymistä. Se on siis kaikille avoin. Kirjoittajat tiedostavat, että kuka tahansa voi lukea heidän ajatuksiaan (ks. Kuula 2006, 184–187). Tämä kävi ilmi naisten reflektoidessa minkälaisia asioita he uskaltavat keskustelupalstalla kertoa. Osa keskustelijoista selkeästi varoi kertomasta itsestään tunnistellisia tietoja ja henkilökohtaiset yhteystiedot vaihdettiin keskustelijoiden välillä yksityisviestien kautta. Aineistoni viestit olivat jo olemassa aloittaessani aineiston keruun, joten en voinut pyytää toimijoilta etukäteen lupaa käyttää heidän viestejään tutkimustarkoitukseen. Jälkikäteen kaikkien keskustelijoiden tavoittaminen olisi taas ollut mahdotonta. Verkkoportaalin ylläpitäjältä luvan pyytämistä en katsonut tarpeelliseksi, sillä keskustelupalsta oli kaikille avoin. Tämä lupa ei olisi myöskään tullut varsinaisilta toimijoilta eli viestien kirjoittajilta. Tutkimuseettisistä syistä päätin kirjoitusvaiheessa anonymisoida aineiston niin pitkälle kuin mahdollista. Yleistyneen käytännön mukaisesti poistin esimerkiksi kaikki hedelmöityshoitoklinikoiden nimet sitaateista. (ks. esim. Malin 2006; Meskus ilmestyy) Tutkimuksessa ei myöskään paljasteta naisten nimimerkkejä. Naiset voivat käyttää samaa nimimerkkiä muillakin keskustelupalstoilla. Yhdistettäessä eri keskustelupalstojen tietoja, kirjoittajat voisivat periaatteessa nimimerkkejä käytettäessä olla tunnistettavissa. (Kuula 2006, 185, 198.)

Tutkimuksen tekeminen ei saa koskaan loukata ihmisen tai ihmisryhmän arvoa tai aiheuttaa tutkittaville vahinkoa (Pietarinen 1999, 8). Katson, että suljetulle keskustelupalstalle tunkeutuminen olisi voinut aiheuttaa harmia tutkittaville jo yksin siinä muodossa, että tutkijan läsnäolo olisi voinut karkottaa toimijoita heille tarpeelliselta ja tärkeältä vertaistukipalstalta. Suljetun kerhon puolelle osallistuminen ja näiden viestien analysoiminen olisi mielestäni ollut tutkimuseettisesti ongelmallista ja siitä olisi ehdottomasti pitänyt neuvotella kirjoittajien kanssa. Tutkimukseni aineisto koostuu siis ainoastaan kaikille avoimen, julkisen puolen viesteistä. Kaikille avoimen keskustelupalstan näen julkisena tilana, siitäkin huolimatta, että aihealue, josta keskustellaan, on osalle keskustelijoista arkaluontoinen.



Internetkeskustelujen käyttämistä tutkimustarkoitukseen on kritisoitu keskustelijoiden anonyymiuden vuoksi. Nimimerkin suojin kirjoitettaessa ei voida varmasti tietää keitä kirjoittajat todellisuudessa ovat, minkälaista väestöryhmää he edustavat tai varmentaa kirjoitettujen asioiden todenperäisyyttä. Osittain sama ongelma on kuitenkin muissakin, perinteisissä aineistomuodoissa. Kyselylomakkeita täyttäessä ihmiset voivat vastata niin kuin he ajattelevat, että heidän odotetaan vastaavan ja haastattelutilanteissa aletaan helposti rakentaa tietynlaista kuvaa itsestä tutkijalle. Tämä koskee erityisesti arkaluonteisia tutkimusaiheita, joissa voidaan tuoda esille julkisen selonteon tapainen kiillotettu kuva itsestä, eikä varsinaisesti omia mieltymyksiä ja käyttäytymistä (ks. esim. Radley & Billig 1996). Keskustelupalstalla kirjoittajat eivät luo itsestään myönteistä vaikutelmaa tutkijalle vaan muille keskustelijoille. Samalla myös vakuutellaan itselle oman päätöksen oikeellisuutta ja haetaan tukea muilta samassa tilanteessa olevilta. Keskustelupalstaa analysoidessa onkin otettava huomioon millaisesta positiosta toimija kirjoittaa, kenelle viestit on suunnattu ja mitä viestien kirjoittamisella tavoitellaan.

Anonyymiuden vuoksi mukana voi periaatteessa olla myös valeidentiteettejä tai provosoiviksi viesteiksi tarkoitettuja viestejä. Tämä on pidettävä jatkuvasti mielessä ja huomioitava analyysiä tehtäessä. Tutkijan ammattitaitoon kuitenkin kuuluu tunnistaa analysoitavan keskustelun luonne ja nähdä missä sävyssä viestit on kirjoitettu ja pystyttävä sen perusteella arvioimaan viestien aitoutta (Katainen 2011, 33). Aineistoni keskustelun tasosta ja tyylistä käy ilmi, että keskustelijat ovat aikomustensa, suunnitelmiansa ja tekojensa kanssa tosissaan. Naiset kertoivat yksityiskohtia hoidoistaan ja kokemistaan tunteista, joiden keksiminen vaatisi valeidentiteeteiltä paljon perehtyneisyyttä hedelmöityshoitoihin. Vaikka joukossa olisi joitakin valeidentiteettejä, ei se mitätöi kokonaan pitkää, yli 100 toimijan keskustelua.

Anonyymiudesta on tutkimuksen kannalta myös hyötyä. Se laskee kynnyistä osallistua keskusteluun, etenkin kun tutkittava aihealue on arkaluontoinen (Kuula 2006, 185). Omalla nimellä tai kasvotusten asiasta puhuminen voisi karsia tutkimukseen osallistuvia. Anonyyminä keskusteluun uskaltaa osallistua suurempi joukko naisia eri elämäntilanteista, myös harkintavaiheessa olevia, joita muuten olisi hyvin vaikea

tavoittaa. Näenkin anonyymiuden tässä tutkimuksessa ongelman sijasta keskustelua rikastuttavana asiana.

#### **4 Miksi hedelmöityshoitoihin mennään yksin?**

Perheellistymistä ei ole aina tarvinnut perustella tai edes voinut suunnitella samalla tavalla kuin nykyisin. Normatiivisessa elämäntavassa avioliitto ja perheellistyminen ovat kuuluneet tiettyyn ikä- ja elämänvaiheeseen. Lapsen syntymistä on pitänyt edeltää avioliitto, jotta se on ollut sosiaalisesti hyväksytty tapahtuma. Tämän vuoksi aikaisemmin vahingossakin alkaneet raskaudet ovat tavallisesti johtaneet avioliiton solmimiseen. Viime vuosikymmenten aikana avioliittonormi on kuitenkin murtunut ja avioliiton ulkopuolella syntyneiden lasten määrä on kasvanut. Nykyisin Suomessa jo yli puolet esikoislapsista syntyy avioliiton ulkopuolella (Tilastokeskus 2012b, 14).

Vaikka viime vuosikymmenten aikana avioliittonormi on purkautunut ja elämäntapahtumien järjestys on länsimaissa muuttunut joustavampaan suuntaan, vakaassa heteroseksuaalisessa parisuhteessa eläminen ja äitiys kytkeytyvät yhä vahvasti kulttuuriseen naiseuteen ja aikuisuuteen ja on siten osa naisen normatiivista elämäntapaa. Elämäntapahtumilla on oma ajoituksensa elämäntavassa, mikä synnyttää yksilöllisiä ja yhteisöllisiä odotuksia tapahtumien ajankohdasta ja järjestyksestä (ks. esim. Marin 2007a, 35–37). Toisin kuin yksin eläviin naisiin, avioliitossa tai pitkäkestoisessa avoliitossa eläviin heteropareihin kohdistuu ympäristön paineita ja odotuksia hankkia lapsia (Oinonen 2001; Gordon 1994, 136–138; Vuori 2001, 260). Äitiys nähdään normaalina naisille, jotka ovat vakituisessa heteroseksuaalisessa parisuhteessa, joiden taloudellinen ja sosiaalinen asema ovat ”oikeita” ja joita pidetään sopivan ikäisinä äideiksi (Woollet & Boyle 2000, 309).

Seurustelu, parisuhteen vakiintuminen ja lapset ovat normaalina pidetty perheellistymisen kaava, jota itsellinen äitiys ei noudata. Ensimmäisessä analyysiluvussa selvitän syitä siihen, mikä saa itselliset naiset rikkomaan tätä normatiivista elämäntapaa ja harkitsemaan tai hankkimaan lapsen yksin hedelmöityshoitoja apuna käyttäen. Luku koostuu kolmesta alaluvusta, joista

ensimmäisessä käsitellään sopivan parisuhteen puuttumista, toisessa alaluvussa iän ja hedelmällisyyteen vaikuttavien sairauksien vaikutusta perheenperustamisen ajoittamiseen ja luvun viimeisessä, kolmannessa alaluvussa selvitetään, miksi itselliset naiset kertovat päätyneensä olemassa olevista vaihtoehdoista juuri lääketieteellisesti avusteiseen lisääntymiseen.

#### 4.1 Yksin lapsen kaipuun kanssa

”Vuosia on kulunut odotellessa, että kohdalle sattuisi mies, jonka kanssa olisi perustanut perheen, mutta niin ei vain ole käynyt. Tarve saada lapsi on kuitenkin todella voimakas ja nyt olen herännyt lopullisesti siihen että on yritettävä tehdä asialle jotain - yksin!”

Syyt lasten hankintaan tai niiden lykkäämiseen ovat moninaisia, mutta syiden takaa on löydettävissä kulttuurisia odotuksia siitä milloin *on lasten aika*. Perheen perustamisen ajoittamiseen vaikuttaa hedelmällisen iän lisäksi yhteiskunnan normit ja odotukset siitä, milloin tiettyä elämäntapahtumaa pidetään sopivana (Jyrkämä 2007, 137–143).

Aikaisempien tutkimusten mukaan lastenhankintaa lykätään muun muassa keskeneräisten opintojen ja alullaan olevan työuran vuoksi. Osa nuorista aikuisista haluaa tutkimusten mukaan tehdä itseä kiinnostavia asioita ennen lapsiperhe-elämän aloittamista. Toiset eivät tunne itseään tai puolisoaan vielä kypsäksi ottamaan vastuuta lapsesta. (ks. esim. Paajanen 2002, 47–56; Kontula 2004, 95–103; Virtala 2007.)

Aikaisempien tutkimusten kanssa samanlaisia elämäntilanteellisia esteitä, jotka olivat vaikuttaneet siihen, ettei lapsia oltu tehty aikaisemmissa elämänvaiheissa, nousi esille myös omassa aineistossani. Eräs keskustelija kirjoitti, että ”*aikaisemmat parisuhteet eivät ole olleet sellaisia, että niissä olisi voinut kuvitella lapsen hankkimista*”. Tämä voi viitata siihen, ettei kumppania ole pidetty oikeana tai kypsänä vanhemmaksi. Toinen keskustelija kertoi olleensa ”*se järkevä tyttö, joka uskoi kun sanottiin, ettei pidä laittautua raskaaksi kovin nuorena*”. Äidiksi tuleminen on katsottu olevan jossain määrin riski naiselle ennen koulutuksen päättämistä ja ammatinhankintaa.

Suomalaisessa yhteiskunnassa tasa-arvoon on pyritty juuri naisten koulutuksen ja työssäkäynnin kautta, jolloin niistä on tullut samanaikaisesti ihanteita ja velvollisuuksia (Komulainen 1998, 20–21). Koulutuksen on katsottu parantavan naisen asemaa perheessä ja vaikuttavan myös naisen lapsiin positiivisesti (Lehtisalo & Raivola 1999,

67). Varhainen äitiys rikkoo normatiivisen elämäntavan järjestystä ja se on usein nähty ei-toivottuna tapahtumana, joka vaarantaa äidin ja lapsen tulevaisuuden. Ratkaisujen pitkällistä harkintaa, kokemusten kartuttamista ja tulevaan lapsiperhe-elämään valmistautumista pidetään nykyisin arvoina, joita vasten varhainen vanhemmuus tai vahinkoraskaudet näyttäytyvät ei-toivottuina ja ongelmina (Ketokivi 2005, 101–102; Niemelä 2005, 169–170). Yhdysvaltalaisissa ja britannialaisissa tutkimuksissa varhainen äitiys on yhdistetty pysyvään köyhyyteen, yksinhuoltajuuteen, riippuvuuteen sosiaaliturvasta, psyykkisiin ongelmiin ja heikkoon asemaan työmarkkinoilla (Niemelä 2005, 169–170, 188).

Äitiyden kokeminen on monille naisille tietystä elämänvaiheesta tärkeää, jotta elämä tuntuisi mielekkäältä ja sen eteen ollaan usein valmiita käymään vuosiakin hedelmöityshoidoissa, jos haave ei muuten toteudu. Halu saada oma lapsi eli niin sanottu vauvakuume on kulttuurissamme vakiintunut käsite, jolla viitataan yleensä naisen ja nykyisin myös miehen vahvaan kaipuuseen saada oma lapsi (Rotkirch 2007; Miettinen & Rotkirch 2008, 71–73). Keskustelupalstalla osa naisista tuo lapsenkaipuun ja halun kokea äitiys esille heti esittäytymisvaiheessa kommentteilla kuten ”*toive lapsesta on ollut jo vuosia*” ja ”*vauvakuume painanut päälle jo kuusi vuotta*”. Kaipuu esitetään pitkäkestoisena haaveiluna ja lapsen odotuksena. Varma halu saada lapsi on myös kulttuurissamme yksi ihanteellisen äitiyden ehto (Kelhä 2005, 203). Kirjoittajat keskustelupalstalla tietävät omalta kohdaltaan mitä lapsenkaipuu on, joten myöskään toisten keskustelijoiden halua saada lapsi yksin ei kyseenalaisteta. Lapsenkaipuu ja halu päästä lapsiperhekeskustelulle ovat keskustelussa jaettuja itsestäänselvyyksiä. Lapsenkaipuun ei nähdä eroavan muiden toisenlaisissa perhemuodoissa elävien lapsenkaipuusta. ”*Ei kukaan pysty antamaan järkevän kuuloista vastausta tai perustetta halulle saada lapsi - kuten jo toisaalla kirjoitin, se lähtee mielestäni aina itsekkäistä haluista ja toiveista, oli kyseessä heteropariskunta tai itsellinen nainen tai kuka vain.*”

”Hetken sitä jaksaa ”olla tyytyväinen” sinkkuelämään ja ajatella, että minullahan on kaikki hyvin. Mutta kun ei ole. Niin kovasti haluaisi rakkautta saada ja antaa. Ei siihen riitä äidin ja isän tai sisarusten rakkaus, ei ihanat ystävät eikä työhön tai harrastukseen uppoutuminen. Voi olla, että ajatus on itsekäs, mutta haluaisin niin kovin, että minulla olisi jotain ikiomaa. Jotain josta huolehtia ja jolle opettaa niitä kivoja asioita, joita sain itse lapsena kokea.”

Beck ja Beck-Gernsheim (1995) ovat kirjoittaneet lapsen emotionaalisen arvon kasvamisesta nyky-yhteiskunnassa. Lapsista on tullut ”harvinaisia” ja heistä etsitään toisinaan elämän tarkoitusta, jotain pysyvää - jotain, jolle kuului ja joka tarvitsee. (Beck & Beck-Gernsheim 1995, 104–107.) Tästä kertoo myös edellinen sitaatti ”*minulla olisi jotain ikiomaa*”. Voidaan ajatella, että äidin ja lapsen välinen suhde on ajassamme yksi pysyvimmistä suhteista. Parisuhteet ja työsuhteet ovat nykyisin enää harvoin elämänmittaisia. Epävarmassa yhteiskunnassa suhde omaan lapseen on yhä ”vakituinen”.

”Totta puhut tuossa että lapsen hankkiminen tai minun tapauksessa edes yrittäminen on kyllä eräänlainen itsekäs toive. Mutta oikeassa olet siinäkin, että jos jokaiselta tivattaisiin lapsen tekemisestä yhtä tiukkaan kuin sinkuilta, olisi suomalaiset aika vähissä. En minäkään usko, että kukaan kevyesti hetken huumassa lähtee ivf-hoitoon, kyllä se on mietitty ratkaisu. Väittäisin, että jopa paljon perusteellisemmin mietitty kuin monen heteroparin ratkaisu, (joka nyt sopii normeihin).”

Itsellinen äitiys ei keskustelupalstan mukaan näyttäytynyt ideologisena valintana tehdä lapsi ilman miestä ja parisuhdetta, vaan sen hetkisessä elämäntilanteessa parhaana mahdollisuutena saada oma lapsi. Itselliseen äitiyteen ei oltu tietoisesti pyritty. Elämäntilanteellisten syiden vuoksi aineiston naiset kokivat hedelmöityshoidot parhaana vaihtoehtona yrittää saada oma lapsi ja perhe. Seuraava kirjoittaja kuvailee hyvin normatiivista elämänkulkua, sitä miten elämän olisi ”pitänyt mennä”, mutta miten se ei kuitenkaan mennyt.

”Olishan se ollut kiva, jos oma elämä olisi mennyt silleen standardikaavan mukaisesti, että ensin tavataan opiskeluaikana joku ihana mies ja seurustellaan N vuotta, sitten mennään kihloihin ja naimisiin ja sitten tehdään lapsi. Tai ihan sama sinänsä, ollaanko lapsen syntyessä naimisissa vai ei, mutta noin periaatteessa kuitenkin, you get the point. Vaan eipä tämä oma rakas rämä elämä ole mennyt standardikaavojen mukaan enenkään. Näillä siis mennään. Tää on kuiteskin mun ainokainen elämäni, joten yritän tehdä siitä niin hyvän kuin mahdollista, niillä eväillä, mitä annettu on.”

Vaikka kertoja luettelee itseltään puuttuvia pääomia, jotka hän tiedostaa lapsiperhekentällä tärkeiksi, on hän päättänyt tavoitella vanhemmuutta yksin. Sopivaa puolisoa, jonka kanssa lapset olisi voinut tehdä, ei ole ollut tai ei ole ainakaan tällä hetkellä. Yksin lapsentekohaaveen kanssa oleminen näyttäytyi keskustelupalstalla passiivisena valintana. Aivan kuten Eija Maarit Ojala ja Osmo Kontula (2002, 137–139) tuovat tutkimuksessaan esille, myös tämän aineiston perusteella voidaan sanoa, että

yksin eläminen on harvoin selkeään päätökseen perustuva valinta, vaan monien tekijöiden summa. Ojalan ja Kontulan (2002) tutkimuksessa yleisimmin esille tuotu syy yksin elämiseen oli yksinkertaisesti se, että sopivaa ihmistä ei vain ollut sattunut kohdalle. Yksineläjät kertoivat panostaneensa muihin päämääriin, kuten koulutukseen, hyvään työpaikkaan, asuntoon, matkustamiseen ja itsensä kehittämiseen (Ojala & Kontula 2002, 138). Oman aineistoni naiset eivät tuoneet esille tietoisesti keskittyneensä muihin asioihin kuin perheen perustamiseen. Keskustelijat useimmiten vain totesivat, että tällä hetkellä ei ole puolisoa, selittämättä sen kummemmin miksi näin on.

*”Minä ainakin olen ihan varma että haluan parisuhteen ja miehen. Mutta juuri nyt ei ole vaan sen aika. Minulla on nyt vauvojen aika.”* Ideaaliydinperhettä arvostetaan ja sitä sanotaan olleen tavoiteltu. Aineistossani valtaosa naisista tuo esille halunsa löytää myöhemmin, lapsen hankkimisen jälkeen, hyvä parisuhde. Minkälaisista parisuhdetahtansa ei kuitenkaan olla valmiita hyväksymään ainoastaan lapsen saamiseksi. Puolisoa ei etsitä ensi sijassa perheen perustamista varten, vaan omaksi kumppaniksi. Yksin lapsen hankkiminen nähdään parempana vaihtoehtona kuin kaksin lapsen tekeminen epätydyttävässä parisuhteessa. Huonoon parisuhteeseen tyytymisen ei nähdä olevan naisen eikä tulevien lastenkaan etu. Ojalan ja Kontulan (2002) tutkimuksen mukaan kumppanittomuus ja etenkin lapsettomuus on yksineläjänaiselle sosiaalisesti vakavampi stigma kuin yksineläjämiehelle. Naisten katsotaan valinneen osansa elää ilman parisuhdetta. Ojalan ja Kontulan (2002) tutkimuksessa yksineläjänaiset protestoivat tätä näennäistä valinnanmahdollisuutta vastaan, minkä mukaan yksineläjän olisi hyväksyttävä kenet tahansa kumppanikseen täyttääkseen yhteisön normiodotukset. (Ojala & Kontula 2002, 135.)

Lähes kaikki keskustelupalstan naiset elivät tällä hetkellä ilman puolisoa. Joukkoon mahtui kuitenkin myös muutamia naisia, jotka olivat parisuhteessa miehen kanssa. Näissä tapauksissa parisuhteen mies ei halunnut lapsia ja tämä oli saanut naiset harkitsemaan lapsen hankkimista yksin. Perheeseen ja pariutumiseen liittyvien asenteiden vapautumisen myötä nykyisin sekä miehillä että naisilla on halutessaan oikeus ja mahdollisuus pysyä lapsettomina myös parisuhteissaan.

”Olen seurustellut 7,5 vuotta, mutta avomieheni ei ole lämmennyt ajatukselle lapsen hankkimisesta. Viimeiset 3 vuotta asian takia ollaankin sitten oltu kunnon kriisissä. Täytin juuri 35 vuotta, ja tuntui että lapsen hankkimista ei voi enää pidempään lykätä ilman että riskit kasvavat liian suuriksi. Eli nyt näyttää siltä että ero on meille tulossa, ja minä lähdän hankkimaan lasta itsekseni. On tässä siis paljon mietittävää tulevaisuuden suhteen!”

Lapsettomia pareja on ollut aina, mutta aikaisemmin lapsettomuus on useimmiten johtunut fysiologisista syistä. Tänä päivänä nuoret aikuiset voivat elää vuosikausia seurustellen tai avoliitossa kaksin ilman, että lastenhankinta-asiaa välttämättä edes käsitellään. Parit sovittelevat suunnitelmiaan ja toiveitaan elämästä yhteen ja perheenperustamista lykätään aikaisempia vuosikymmeniä vanhemmaksi. Aina parisuhteen osapuolet eivät ole samaa mieltä lastenhankinnasta tai lapsien tekemättä jättämisestä ja osalle tulee myös kokonaan yllätyksenä, ettei parisuhteen toinen osapuoli haluakaan lapsia. Vapaaehtoinen lapsettomuus on Suomessa arvioiden mukaan lievästi kasvava, mutta vielä melko vähän tutkittu ilmiö (Miettinen & Rotkirch 2008, 120). Aineistoni parisuhteessa olevat naiset olivat tilanteessa, jossa ainoastaan parisuhteen toinen osapuoli halusi olla vapaaehtoisesti lapseton.

”Pidempi suhde, se jonka piti olla se oikea, kohtasi vastikään viimeiset karikkonsa. Mies vetäisi maton jalkojen alta ja ilmoitti, ettei meille KOSKAAN lapsia hankita. Tämä oli lopullinen päätös häneltä, vaikkakin hän haluaisi jatkaa suhdetta, kahden. Toivoa suhteella ei enää minun puoleltani tunnu olevan, koska en voi "joustaa" itselleni näin tärkeässä asiassa.”

Viestiketju sisälsi myös tapauksen, jossa keskustelija oli pidemmän aikaa tuloksetta yrittänyt saada yksin lasta hedelmöityshoidoin. Kesken hedelmöityshoitojen nainen löysi itselleen puolison, lopetti hoidoissa käymisen ja tuli uudessa suhteessa pian raskaaksi. Tilanne oli poikkeuksellinen, joka otettiin kylläkin keskustelupalstalla onnitellen vastaan. Samassa yhteydessä osa keskustelijoista toi kuitenkin esille, ettei heidän omalla kohdalla mahdollinen rakastuminen mieheen muuttaisi suunniteltuja tai jo meneillään olevia hedelmöityshoitoja. Tuoreessa suhteessa ei välttämättä ajateltu haluttavan tehdä lasta heti, sillä suhteen kestävydestä ei tällöin ole riittäviä takuita, mikä voidaan nähdä riskinä. ”*Se että en halua tähän projektiin miestä oli myös ihan selvä. Miehen löytäminen olisi ollut liian pitkään aikaa vievä ja en halua löytää miestä joka haluaisi heti lapsia...*” Eräs toinen keskustelija oli kokenut edellisessä lyhyessä suhteessaan ”luomuraskauden”, joka oli päättynyt keskenmenoon. Nainen ei pitänyt

koettua tilannetta ideaalina vaan keskenmenon ja eron jälkeen hän oli päättänyt tehdä lapsen yksin hedelmöityshoidoin huolimatta siitä olisiko tulevaisuudessa parisuhteessa vai yksin:

”Sinkkuunuttuani keväällä pidin erittäin todennäköisenä, että ennen syksyä (siis nyt!), jolloin aioin inssiin mennä, tapaan jonkun. Päätin jo etukäteen, että mikäli niin käy, suunnitelmani eivät muutu. Perusteena ei ole niinkään skeptisyys suhteen jatkuvuudesta, vaan oikeastaan raskauden ja vanhemmuuden aiheuttaman paineen pelkääminen. En halua enää tilanteeseen, jossa puolin ja toisin ollaan "pakotettuja" jatkamaan suhdetta raskauden ja vauvan vuoksi. Sehän on ihan selvää, että raskaus suhteen alussa on todella rankka kohteleminen uudelle suhteelle, olipa suhde kuinka hyvä tahansa. Jos rakastumisen onni vielä ennen raskautumista osuisi omalle kohdalleni, ajattelen niin, että miehen sitoutuminen minuun ja ”vieraaseen raskauteen” on todella vapaaehtoista. Jos mies sen kohtelemuksen kanssani kestä, on suhde todistetusti elinkelpoinen ja vahvalla pohjalla. Niin vahvalla, ettei seuraavan lapsen luomulähteestä olisi enää epäilystäkään.”

Lapsen saaminen on sillä hetkellä elämässä itsellisiksi äideiksi haluaville ensisijaisen tärkeä asia. Aineistoni parisuhteessa oleville naisille tarve saada oma lapsi meni myös parisuhteen edelle. Kaikkia keskustelupalstan naisia yhdisti se, että olivatpa he parisuhteessa tai eivät, he olivat yksin lapsentekohaaveensa kanssa.

Hedelmöityshoitojen avulla haluttiin varmistaa, että nykyisestä tai tulevasta parisuhdetilanteesta riippumatta vältettäisiin tahattomasti lapseton elämä. Monet naisista kertoivat, että mahdolliset seuraavat lapset he voisivat elämäntilanteen muuttuessa tehdä hedelmöityshoitojen sijaan hyvässä parisuhteessa puolison kanssa.

Viestiketjusta löytyi kuitenkin yksi poikkeus, jossa kirjoittaja nostaa tasa-arvonäkökulman esille. Kirjoittajan esikoislapsella ei ole läsnä olevaa isää, jolloin äiti kokee, että olisi väärin vanhempaa lasta kohtaan jos nuoremmalla lapsella olisi läsnä oleva isä:

”Päädyin hoitoihin, koska haluan ehdottomasti, että molemmat lapseni ovat isä-kysymyksen suhteen tasa-arvoisessa asemassa. Olisi väärin olemassa olevaa lasta kohtaan, jos tulevilla sisaruksella olisi läsnäoleva isä. Omalle lapselleni on pienestä pitäen puhuttu erilaisista perhemalleista ja siitä, että on ihan hyväksyttyä ja normaalia syntyä tällaiseen perheeseen.”

Edellisen lainauksen kirjoittanut nainen antaa ainoan selkeän ideologisen syyn hedelmöityshoitoihin hakeutumiselle. Hän ei esitä syyksi muiden keskustelijoiden tavoin hyvän isäehdokkaan puutetta vaan halun saattaa lapset yhdenvertaiseen asemaan. Suurin osa aineistoni naisista oli ennen hedelmöityshoitoja lapsettomia. Keskustelupalstalla kirjoitti kuitenkin myös naisia, joilla oli jo ennestään lapsi tai lapsia



parisuhteesta. Nämä naiset halusivat hyödyntää hedelmöityshoitoteknologiaa saadakseen haluamansa lapsiluvun täyteen.

”Täällä yhden ihanan 4v pojan äiti, toista lasta olisin nyt yrittämässä keinohedelmöityksellä [klinikan nimi], koska olen yksin lapseni kanssa.... aika käy vähiin täälläkin, enkä halua sen takia "metsästää" vääränlaista miestä, että saisin haluamani isomman perheen.”

”Olen 36-vuotias yh-äiti jolla on toinen poika täysi-ikäinen ja toinen pian 16-vuotias. Yh:na olen ollut 9 vuotta ja elämänimiestä en ole tavannut, kun se edellinenkään ei sitä ollut. Edellisestä suhteesta oppineena nyt olenkin päättänyt saada vielä lapsen, mutta itsenäisenä naisena klinikan avustuksella.”

Aineisto-otteissa ilmenee kirjoittajien halu saada lisää lapsia ja samaan aikaan tietoisuus siitä, että tämä ei vaadi miehen ja naisen muodostamaa ydinperhettä ja ennen kaikkea rohkeus hylätä normatiivinen elämäntapa. Aikaisemmatkaan parisuhteet eivät ole kestäneet, ja aikaisempi suhde tai ero on voinut olla sen verran raskas, ettei toista vastaavaa haluta kokea vaikka lapsia ei ole vielä omasta mielestä tarpeeksi.

Hedelmöityshoitoteknologia on mahdollistanut parisuhteen ja lapsenteon erottamisen toisistaan. Aineistossani nouseekin selvästi esille, kuinka miehen ja naisen välistä suhdetta, saatikka ydinperhettä ei nähdä välttämättömänä perheellistymisen edellytyksenä. Parisuhde, seksuaalinen kanssakäyminen ja lisääntyminen ovat eriytyneet aineistoni naisten ajatuksissa. Hedelmöityshoitoteknologian käyttäminen ei ole millekään toimijaryhmälle ”luonnollisempaa” kuin toiselle. Yleisesti perhemuotojen moninaistuminen ja yksinhuoltajaperheiden yleistymisen voi ajatella normalisoivan itsellisten naisten lastenhankintaa. Hedelmöityshoittojen tabuluonne voi olla hiljalleen katoamassa sekä heteroparien että naisparien ja itsellisten naisten kohdalla hoitojen yleistyessä vuosi vuodelta (Seppänen 2012, 2053).

## **4.2 Pelko hedelmällisyyden heikentymisestä**

Sopivan parisuhteen puuttumisen lisäksi ikä ja raskaaksi tuleminen mahdollisesti hankaloittavat sairaudet ovat tekijöitä, joiden vuoksi naiset ovat alkaneet harkita tai päättäneet hankkia lapsen yksin. Lähes kaikki keskustelijat tuovat heti ensimmäisessä esittäytymisviestissä ikänsä esille. Kronologisen iän suhteen naiset eivät muodosta homogeenistä ryhmää. Osa keskustelijoista on selvästi alle 35 ikävuoden, osa taas yli 40-vuotiaita. Aikaisempien kansainvälisten tutkimusten mukaan itsellisten naisten

hedelmöityshoidoissa käyminen on nähty keski-ikäisten naisten ilmiönä. (Bock 200; Hertz & Ferguson 1997) Oman aineistoni perusteella naisten ikäskaala on kuitenkin laajempi. Keskustelupalstalla oli yllättävän paljon nuorehkoja, alle 35-vuotiaita itsellisiä naisia, jotka haaveilivat, harkitsivat, suunnittelivat tai olivat jo käyneet hedelmöityshoidoissa.

Toimijoiden ikäero keskustelupalstalla näkyy kirjoituksissa erilaisina perusteluina ja huolina. Vanhemmat naiset puhuvat iästä lähinnä ikääntymisen kannalta, nuoremmat sosiaalisena ikänä. Osa nuoremmista harkintavaiheessa olevista kertoi päättäneensä, että jokin tietty ikä kuten 30 tai 35 vuotta tulee olemaan lähtölaukaus hoitoihin hakeutumiselle. Lykätessään hedelmöityshoitoihin menemistä osa nuoremmista naisista antoi itselleen harkinta-ajan lisäksi vielä hetken aikaa mahdollisen parisuhteen löytymiselle.

”Itselläni on menossa vasta rahojen kartoitus ja haaveilu vaihe, ja olenkin päättänyt varata ajan sitten kun 30 tulee täyteen. Eihän sitä tiedä, koska sen oikean miehen kohtaa, mutta tuon yli en enää katsele”.

Aineistoni naiset ovat tietoisia iän vaikutuksesta hedelmällisyyden laskuun ja raskaaksi tulemisen vaikeutumiseen. ”*Sitä kuulee kyllästymiseen asti, että 35 vuoden jälkeen hedelmällisyys laskee rajusti. Mutta niin se vain on. Biologiaa vastaan ei voi kapinoida.*” Keskustelussa nousi usein esille 35 ikävuoden raja-aita, jota yleisemminkin pidetään taitekohtana naisen hedelmällisyydessä. Parisuhdetta ja sopivaa puolisoa ei näin ollen ole rajattomasti aikaa etsiä lapsen hankintaa ajatellen.

”Olen samassa tilanteessa kuin suurin osa teistä muistakin. Ikä alkaa painaa (seuraavaksi tauluun kilahtaa 39v.), mutta lapset tekemättä. Aikani olen odotellut ja seurustellut, mutta tässä tilanteessa siis edelleen. Niinpä sitten asiaa pohdittuani olen ryhtynyt tänä syksynä toimiin.”

Naiset puhuvat *biologisesta kellosta*, joka tikittää. Ikä uhkaa hedelmällisyyttä ja lapsensaamista ja saa naiset miettimään mihin saakka voi odottaa, ennen kuin viimeistään pitää toimia. Hedelmöityshoidoilla voidaan jonkin verran kiertää heikentynyttä hedelmällisyyttä, mutta raskaaksi tuleminen omilla munasoluilla käy korkean iän myötä hankalammaksi ja lopulta mahdottomaksi myös hedelmöityshoitojen avulla. Naisen vanhetessa raskaaksi tulemiseen kuluva aika pidentyy ja hoitojen todennäköisyys onnistua laskee. Paras hedelmällinen ikä naisella on noin 20–30-

vuotiaana, jolloin lapsettomuutta esiintyy alle 10 prosentilla. Sen sijaan 35–39-vuotiailla naisilla lapsettomuusongelmia on jo 30 prosentilla ja 40–44-vuotiailla 65 prosentilla naisista. (Leridon 2004.) Lapsia halutaan nykyisin aikaisempia vuosikymmeniä vanhempina, jolloin naisen hedelmällisyys on jo mahdollisesti lähtenyt luonnolliseen laskuun. Ikä on merkittävä tahatonta lapsettomuutta aiheuttava riskitekijä.

Naisen korkea ikä lisää hedelmättömyyden lisäksi myös raskauden riskejä äidille ja sikiölle, kuten keskenmenoja ja sikiöpoikkeavuuksia (ks. esim. Luke & Brown 2007; Jacobsson ym. 2004; Joseph ym. 2005; Cleary-Goldman ym. 2005). Korkean iän aiheuttamista raskauden riskeistä ei keskustelupalstalla puhuttu. Keskustelu kohdentui iän vaikutuksesta raskaaksi tulemisen mahdollisuuteen. Lähellä 40 ikävuotta olevat ja sitä vanhemmat naiset surivat, että heidän aikansa voi biologisen lapsen saamiseksi olla jo ohi. Tästä huolimatta raskaaksi tulemista haluttiin vielä yrittää, jotta myöhemmin ei tarvitsisi katua (ks. Franklin 1997, 170–176). Vanhemmille naisille lapsen tekeminen yksin on viimeinen mahdollisuus yrittää saada oma lapsi, kun sopivaa parisuhdetta ei ole löytynyt.

”Vaikka muuten olenkin (kai) terve, ikää minulla on jo liikaa (yli 40) - joten tsemppiä vaan kaikille jotka uskaltavat yrittää aiemmin!!!! Turhaan olen pelännyt yksin lapsen hankkimista, ja nyt sitten se ei ehkä onnistukaan...”

Äitiys ei ole ainoastaan biologiseen ikään kytkeytyvä, vaan myös sosiaalinen asia ja sopivaa ikää tulla äidiksi pidetään yhteiskunnassamme myös moraalisenä kysymyksenä. (Sevón 2005). Nuoriin äiteihin kohdistuu epäilyjä liittyen heidän kykyihinsä huolehtia lapsesta ja toimia kasvattajana. Vanhoihin ensisynnyttäjiin taas yhdistetään itsekkyyden ja urakeskeisyyden leima ja huoli raskauden riskeistä äidille ja syntyvälle lapselle. (Niemelä 2005; Kelhä 2005.) Kronologisesta iästä etsitään tukea ja raja-aitoja myös sosiaaliseen vanhemmuuteen. Esimerkiksi adoptoitaessa lasta adoptiovanhemman tulee olla täyttänyt 25 vuotta. Jo ennen heinäkuussa 2012 voimaan astunutta uutta adoptiolakia (Adoptiolaki 22/2012) palveluntarjoajat itse rajoittivat adoptiovanhemman yläikärajaa. Lapsen ja vanhemman välisenä ikäerona pidettiin enintään 40–45 vuotta (Sukula 2009, 24). Adoptioissa (Adoptiolaki 22/2012) ikärajoja tarkennettiin vielä lain keinoin ja nykyisin adoptiohakijan tulee olla 25–50-vuotias ja ikäero lapseen tulee olla

vähintään 18 ja enintään 45 vuotta (Adoptiolaki 22/2012). Tällaiset normit viestittävät minkä ikäisen ajatellaan olevan sopivan ikäinen vanhemmaksi ja myös millaista ikäeroa lapsen ja vanhemman välillä pidetään yhteiskunnassamme hyväksyttävänä.

Hedelmöityshoitolaissa (1237/2006) ei ole asetettu hoitoja saavalle yläikärajaa, vaan hedelmöityshoitoklinikat voivat itse määritellä tai olla määrittelemättä ikärajoja. Julkisella puolella ikäraja on asetettu 40 vuoden molemmin puolin. Yksityisillä klinikoilla yläikärajana pidetään hieman korkeampaa 45–50 vuoden ikää. (Gissler & Heino 2010.)

Keskustelupalstan nuorimpienkaan naisten ei ajateltaisi ikänsä puolesta olevan liian nuoria äideiksi, jos he eläisivät parisuhteessa. Nuoren 26-vuotiaan naisen ei kuitenkaan odoteta hakeutuvan yksin hedelmöityshoitoihin, sillä iän perusteella hän voisi vielä kulkea normatiivista elämänpolkua pitkin etsien parisuhdetta ja suunnitella vasta sen jälkeen lapsien hankkimista. 26-vuotias nainen ei ole yhteiskunnassamme liian nuori äidiksi, mutta liian nuori tullakseen äidiksi yksin hedelmöityshoidoin. Tämän osa nuorimmista keskustelijoista oli kokenut läheisten ja ulkopuolisten asenteissa. Hedelmöityshoidoista läheisille kertomista jännitettiin yleisesti.

”Itse olen lasta toivonut jo vuosia koskaan ei vain ole sopinut... Nyt, kun alan olemaan 30v rupee jo ajatteleen et nyt tai ei koskaan. Tiedän kuitenkin ettei sisareni eikä vanhempani hyväksyisi tällaista ratkaisua. Tänään taas lukiessani viestejänne päätin kuitenkin, että odotan korkeintaan ensi syksyyn ja sitten toimeen hyväksy toiset tai ei teen sen itsen en muiden vuoksi!”

Nuorimmat keskustelijat selittelevät muille keskustelupalstalla miksi he jo näin aikaisin ”luopuvat” toivosta hankkia norminmukainen ydinperhe ja miksi nyt jo on lapsen aika, vaikka biologinen raja-aita ei ole vielä hetkeen tulossa vastaan. Naiset eivät keskustelupalstalla kohdanneet vastustusta toisilta keskustelijoilta, mutta lähipiirin asenteiden lisäksi nuoret naiset toivat esille pelkonsa, että hoitava lääkäri ei välttämättä hyväksyisi suunnitelmaa tehdä lapsi yksin hedelmöityshoidoin.

”Itse varasin ajan ensikäynnille tossa kuukausi sitten Helsinkiin [klinikan nimi]. Aika on vasta lokakuun lopussa, enkä tiedä miten jaksan odottaa sinne asti. Kamalasti jännittää ja pelottaa, on sellanen tunne että se sanoo minun olevan liian nuori, sillä olen silloin just täyttänyt 26v. No mutta se jää nähtäväksi.”

Nuoren naisen päätös tehdä lapsi yksin hedelmöityshoidoin on epätavallista. Nuorten naisten hakeutuminen hedelmöityshoitoihin rikkoo normatiivisen elämäntilanteen järjestystä ja tapahtumien oikea-aikaisuutta siinä tapauksessa kun kyse ei ole pariskunnasta, joka hakee apua hedelmättömyyteensä. Aivan kuten Kelhän (2009, 39) tutkimuksessa, myös oman aineistoni nuoremmat naiset puhuivat itsensä sopivan ikäisiksi äideiksi, eli perustelivat miksi normista poikkeaminen on sopivaa. ”*Olisihan tässä vielä aikaa sitä miestä etsiä, mutta ei ne etsimällä parane ja haluan olla nuori kun ne lapset teen*”.

Itsellisillä naisilla voi parisuhteettomuuden ja korkean iän lisäksi olla muitakin syitä hakeutua hedelmöityshoitoihin. Useat keskustelijat toivat esille sopivan parisuhteen puuttumisen ja biologisen kellon tikityksen ohella myös jonkin hedelmällisyyteen vaikuttavan sairauden. Hedelmättömyyttä aiheuttavia fysiologisia syitä naisilla ovat ovulaatiohäiriö, munatorvivika, endometrioosi ja esimerkiksi diabetes. Endometrioosi ja munasarjojen monirakkulatauti eli PCOS ovat suhteellisen yleisiä. PCOS:aa tavataan jonkin asteisena jopa joka viidennellä hedelmällisessä iässä olevalla naisella. (Yli-Kuha 2012.) Sairaudet eivät välttämättä estä hedelmöitymistä, mutta ne voivat vaikeuttaa ja pitkittää raskaaksi tulemiseen kuluvaan aikaan.

”Oma tilanne on sellainen että olen kohta 30 v ja sairastan ykköstyypin diabetestä (tämä vaikuttaa raskauteen ja raskaustilanteeseen saantiin) Olen itse ajatellut antaa elämällä pari vuotta ja sen jälkeen aloittaa hoidot jos lasta ei muuten ole näkyvissä. Mutta haluaisin jo tässä vaiheessa alkaa vähitellen totuttautumaan ajatukseen keinohedelmöityksestä koska tässä tilanteessani se on varteenotettavin vaihtoehto.”

Hedelmällisyyteen vaikuttavat sairaudet hankaloittaisivat lapsentekohaaveita itsellisillä naisilla myös parisuhteessa. Osa naisista oli aikaisemmissa parisuhteissaan yrittänyt tulla tuloksetta raskaaksi, jolloin ”luonnollisesti” hedelmöitymistä tiedettiin olevan vaikeaa. Mikäli lapsen saamiseen arvellaan tarvittavan hedelmöityshoitoja myös parisuhteessa, hoitoihin menemisen kynnyks myöskin voi olla matalampi. Lisäksi tietoa siitä, että sairastaa hedelmöitymistä hankaloittavaa sairautta lisää oletettavasti entisestään *biologisen kellon* tikitystä ja kiirettä aloittaa hoidot.

”Vuonna 2003 minulla diagnosoitiin PCO, ja oikeastaan siitä lähtien olen ajatellut, että koska tarvitsen raskautuakseni hedelmöityshoitoja joka tapauksessa, voin tarvittaessa hakeutua hoitoihin

yksinkin, jos sopivaa miestä ei osu kohdalle. Lopullista päätöstä hoitoihin hakeutumisesta olen kysytellyt nyt reilut parisen vuotta.”

Mikäli lapsettomuuden taustalla on ainoastaan heteroparisuhteen puuttuminen, on naisilla hedelmöityshoitojen lisäksi myös muita mahdollisuuksia päästä lapsiperhekentälle. Muiden vaihtoehtojen läpikäyminen on olennaista, jotta voidaan ymmärtää miksi itselliset naiset päätyvät kaikista vaihtoehdoista juuri hedelmöityshoitoihin. Seuraava alaluku selvittää miten keskustelupalstalla peilataan muita mahdollisia vaihtoehtoja hedelmöityshoitoja vasten.

### **4.3 Hedelmöityshoidoin yksinvanhemmaksi**

Yleisimmin yksinvanhemmaksi tullaan avio- tai avoeron seurauksena tai toisen vanhemman kuollessa. Näissä tapauksissa lapsi on alkujaan tehty parisuhteeseen. Itsellinen äitiys eroaa tällaisesta perinteisestä yksinhuoltajuudesta siten, että yksinhuoltajuus on alusta lähtien naisen tietoinen päätös ja harkinnan tulos ryhtyä yksinhuoltajaksi. Yksin lapsen haluavilla on hedelmöityshoitojen lisäksi useita muitakin vaihtoehtoja, joissa jokaisessa voi nähdä omat hyvät ja huonot puolensa. Keskustelupalstalla naiset punnitsevat eri vaihtoehtoja ja yrittävät ennakoida valintojensa seurauksia. Yksilöllistymiskehitys on tuonut esille erilaisia valinnanmahdollisuuksia, mutta samalla sen on katsottu siirtäneen aikaisempaa enemmän yksilölle itselleen vastuuta omasta elämästä ja valinnoistaan. (ks. esim. Bauman 2001).

Hedelmöityshoitojen lisäksi adoptio on juridisesti ainoa varma tapa saada lapsen huoltajuus kokonaan itselleen. Lainsäädännöllisesti Suomessa ei ole estettä adoptoida yksin lasta ja oikeus on yhtäläinen sekä itsellisille miehille että naisille. Suomessa yksinhakijan adoptiot ovat yleensä kansainvälisiä adoptioita. Vuosittain noin 10 prosenttia näistä adoptioista tapahtuu yksinhakijalle. (Sukula 2009, 20).

”Adoptiota olen kyllä miettinyt - pikkusiskonikin ovat adoptoituja, joten vaihtoehto ei tunnu mitenkään vieraalta - mutta se on todella vaikea ja pitkä prosessi, ja käsitykseni mukaan itsellisiä naisia ei tällä hetkellä oteta enää edes adoptiojonoihin. [...] On myös niin, että lapsettomuushoidot tulee olla kokonaan lopetettu ennen kuin adoptioprosessin voi aloittaa, ja siihen en ole vielä valmis”

Seija Sukula (2009) on tutkinut väitöskirjassaan naisia, jotka adoptoivat lapsen yksin. Sukulan (2009) haastateltavat kertoivat samanlaisia syitä yksin lapsen hankkimiseen kuin oman tutkimukseni naiset. Yksin adoptioon päätyneet naiset kokivat, että nyt on sopiva aika perheen perustamiselle. Puolisoa ei kuitenkaan ollut ja myös adoptioäideillä biologinen kello tikitti. Osa naisista kertoi päätyneensä adoptiovaihtoehtoon, koska biologisen lapsen tekeminen ilman pysyvää parisuhdetta ei ollut moraalisten tai uskonnollisten syiden vuoksi mahdollinen vaihtoehto. (Sukula 2009, 140.)

Keskustelupalstalla osa naisista kertoi yrittäneensä tulla adoption kautta vanhemmaksi, mutta seinä oli pian noussut vastaan kun palveluntarjoajat eivät olleet ottaneet yksinhakijaa edes adoptiojonoon.

”Kerkesin adoptioprosessin aloittaa heti täytettyäni 25 ja neuvontaa käydä pari kertaa, mutta sitten tuo adoptiotaival nousi pystyyn yksinhakijoiden osalta ja aloin kypsyttellä ajatusta hoitoihin hakeutumisesta.”

”Pitkään harkitsin yksin adoptiota, mutta nyt kun raha-asiat alkavat olla kuosissa, on tuo adoptointi tehty yksinhakijalle miltei mahdottomaksi. Päädyin siis turvautumaan tanskalaisin simppeihin [siittiöihin].”

Adoptio koettiin keskustelupalstalla melko toivottomaksi vaihtoehdoksi saada oma lapsi. Vaikka lainsäädäntö sallii yksin lapsen adoptoimisen, käytännön tasolla yksin lapsen adoptoimiselle on useita esteitä ja se on aikaa vievä ja hyvin epävarma prosessi. Adoptiolapsista on niukkuutta. Suomessa syntyneitä lapsia päättyy harvoin suvun ulkopuolelle adoptioon ja kansainvälisen adoption kautta tulevien lasten määrä on ollut viime vuosina laskussa, koska monien maiden adoptiokäytännöt ovat tiukentuneet ja lasten lähtömaiden tilanteet ovat parantuneet. Itsellisten naisten tilannetta hankaloittaa myös se, että lasten syntymämaissa voidaan asettaa ehtoja sille, millaisille hakijoille lapsi saadaan antaa adoptoitavaksi. Osa maista on rajoittanut lasten adoptoimisen ainoastaan heteropariskunnille. (Sukula 2009, 22–27.)

Adoptoiminen on aina aikaa vievä prosessi, mutta yksinhakijoiden jonotusajat ovat vielä heteroparejakin pidempiä. Odotusaika saattaa olla useita vuosia ja esimerkiksi vuonna 2008 palveluntarjoajat eivät ottaneet lainkaan uusia yksinhakijoiden hakemuksia vastaan. Adoptiojonoon pääsykään ei vielä takaa lapsen saamista. (Sukula 2009, 26–27).

”Ehdottomasti ei ole niin suolainen hinta kuin vaikka adoptio (hedelmöityshoidot), jota selvitin viime kesänä kuumeisesti yhtenä vaihtoehtona. Ja vaikka hetken odottaisikin, tämä odotus ei ole puoliksikaan niin pitkä kuin lohduon adoptiojono, johon mua ei edes otettu! (liian nuori, 26.v kun olen ja vieläpä yksin, ei toivoa sieltä siis)”

Yksin lapsen adoptoiminen on pitkän odotusajan lisäksi myös kallista. Kansainvälisestä adoptiosta koituu kustannuksia maasta riippuen noin 3 000–17 000 euroa (Sukula 2009, 172–174; Parikka 2003, 38). Adoption korkea hinta nousikin keskustelupalstalla esille ja se koettiin adoptioprosessin hankaluuden, epävarmuuden ja pitkän keston lisäksi esteeksi hankkia lapsi tätä kautta. Lisäksi osa naisista toi keskustelupalstalla esille halunsa kokea raskauden, joka adoptoidessa jäisi puuttumaan.

”itsekin mietin adoptiota, mutta prosessi on niin pitkä ja kuitenkin mulla on sellainen olo että oma iso maha olisi ihana lähtökohta asialle...”

”Harkitsin adoptiotakin, mutta kun olen terve ja mulla värkit pelaa, niin tuntui helpommalta lähteä tähän. Ja tulee se halvemmaksi, sekä sopii paremmin tällaisen yksityisyyttään varjelevan luonteelle.”

Hedelmöityshoidot voivat tuntua pitkään adoptioprosessiin verrattuna helpommalta vaihtoehdolta, etenkin jos nainen olettaa, että hedelmöityshoidot tuottavat toivotun tuloksen melko pian. Itsellisillä naisilla ei aina ole hedelmällisyyteen vaikuttavaa sairautta, joten raskaaksi tuleminen pitäisi keskimäärin onnistua samassa ajassa kuin heterosuhteessa lasta yritettäessä. Adoptioprosessia ei voi Suomessa aloittaa mikäli nainen käy hedelmöityshoidoissa, vaan hedelmöityshoidot pitää lopettaa kokonaan ennen adoptioprosessin aloittamista. Tämän vuoksi näiden kahden vaihtoehdon väliltä pitää aina valita, mikä voi tuntua kohtuuttomalta, jos ikäraajat ovat molemmissa vaihtoehdoissa tulossa pian vastaan. (Miettinen 2011, 48.) Lapsettomien pariskuntien kohdalla on tavallista, että ensin yritetään saada oma lapsi lääketieteellisiä lapsettomuushoitoja apuna käyttäen. Mikäli tämä ei tuo toivottua tulosta, sen jälkeen aloitetaan adoptioprosessi. (Malin 2006, 17; Helosvuori 2012, 42–43.)

Eräs vaihtoehto perustaa perhe on ottaa sijaislapsi. Sekä sijais- että adoptiolapselta puuttuu biologinen kytkös vanhempaan, mutta sijaislapsen kohdalla myös juridinen vanhemmuus on haurasta. Juridiset oikeudet lapseen säilyvät sijaislapsen biologisilla vanhemmilla. Tämä tuo vanhemmuuteen epävarmuustekijän, sillä lapsi voidaan



periaatteessa koska tahansa ottaa pois ja palauttaa takaisin biologisten vanhempiensa luokse. Epävarmuuden voidaan katsoa aiheuttavan sen, että lapseen ei esimerkiksi uskalleta kiintyä samalla tavalla kuin juridisesti omaan lapseen. Keskustelupalstalla naiset eivät juuri pohdi sijaislapsien ottamista. Vaihtoehto nostetaan pari kertaa esille, mutta se ei herätä palstalla sen enempää keskustelua aiheesta. ”*Minulla adoptiovaihtoehto helpotti päätä. Eli jos en saa omaan vauvaa niin sitten voin adoptoida. Tai sitten voi ottaa sijoituslapsen (ei ole kyllä sama asia kuin oma).*”

Itsellisiksi äideiksi haluavien tahaton lapsettomuus johtuu ensisijaisesti elämäntilanteesta, eikä heikentyneestä hedelmällisyydestä kuten heteropariskunnilla. Tästä syystä itsellisillä naisilla on adoption, sijaisvanhemmuuden ja hedelmöityshoitojen lisäksi myös muita vaihtoehtoja, joiden avulla he voivat yrittää päästä lapsiperheikentälle. Anu Hyppönen (2002) tutki pro gradu -työssään naisia, jotka olivat tulleet tietoisesti raskaaksi ilman sidosta parisuhteeseen. Naiset olivat tulleet raskaaksi joko yhdynnästä tai koti-inseminaation avulla. Osa oli kertonut seksipartnerilleen suunnitelmistaan hankkia lapsi yksin. Kaikki tapaukset eivät kuitenkaan olleet miehen kanssa etukäteen sovittuja tai suunniteltuja. Osa naisista oli tullut raskaaksi lyhyestä seksisuhteesta, jossa ei käytetty ehkäisyä, eikä mies ollut tiennyt naisen halusta tulla raskaaksi. Näillä naisilla oli ollut jälkeinpäin ongelmia lapsen isän kanssa. (Hyppönen 2002, 53–56.)

Myös keskustelupalstalla yhdeksi vaihtoehdoksi nousi niin kutsuttujen yhden yön seksisuhteiden harrastaminen lapsentekomielessä. Naiset lähinnä leikittelivät ajatuksella, että ainahan sitä voi mennä baariin ja ”pokata” miehen. Tästä vaihtoehdosta keskusteltiin kuitenkin kielteiseen sävyyn, eikä kukaan pitänyt sitä itselle sopivana vaihtoehtona. Tällainen ”*epärehellinen alkuperä tahraa kauniin asian*”, kuten eräs keskustelija kirjoitti. Naiset pitivät miehen huijaamista isäksi epärehellisenä tekona sekä miestä että tulevaa lasta kohtaan. Lisäksi keskustelussa tuotiin esille satunnaisesti seksisuhteisiin liittyvä sukupuolitautiliikki, joka voisi olla haitaksi paitsi itselle myös mahdollisesti tulevalle lapselle. Hedelmöityshoitoklinikoilla hoidot aloitetaan aina ottamalla hoitoihin tulevalta infektiönäytteet ja hoidoissa käytettävät sukusolut on testattu tartuntatautien varalta.

”Kertaakaan en ole edes harkinnut, että huijaisin jonkun saattamaan minut raskaaksi. Ne muutamat kerrat kun olen mokannut ehkäisyn kanssa jonkun tyyppin kanssa, olen enemmän kuin toivonut raskautta, pelännyt todella paljon saaneeni jonkun taudin. En halua ottaa sellaista riskiä, joka nykyään on kovin ja varsin todellinen. Jos joku on onnistunut tulemaan raskaaksi ja pysymään terveenä yhden illan jutusta, onnea vaan. Minusta ei kuitenkaan ole siihen, ainakaan tietoisesti.”

Naisilla on aina ollut mahdollista tehdä lapsi yksin, mutta nyt lääketieteen avusteisten lisääntymismenetelmien myötä naisilla on myös turvallinen tapa hankkia lapsi yksin. Pohdinnat lapsen saattamisesta alulle satunnaisen seksikumppanin kanssa liittyivät itselle mahdollisena pidetyn vaihtoehdon sijaan enemmän asian esille tuomiseen ja erontekoon. Satunnaisen seksikumppanin kanssa lapsen tekemistä ei pidetty itselle sopivana vaihtoehtona. Sen sijaan lapsen tekeminen suunnitellusti tutun ystävän kanssa koti-inseminaation keinoin nousi keskustelupalstalla yhdeksi vaihtoehdoksi, jota useampi nainen kertoi harkinneensa. Osa toi esille tuntevansa halukkaita luovuttajamiehiä ja tätä kautta vaihtoehto oli todellinen ja mahdollinen. Tutun luovuttajan käyttäminen on kuitenkin juridisesti ongelmallista, sillä vanhempien välisillä keskinäisillä sopimuksilla ei ole mahdollista sivuuttaa koti-inseminaatiolla alkunsa saaneen lapsen biologisen isän oikeuksia ja velvollisuuksia lasta kohtaan. Vanhempien keskinäiset sopimukset isyyden tunnustamatta jättämisestä ja elatusvelvollisuuden tai tapaamisoikeuksien epäämisestä eivät ole isyyslain (700/1975) rinnalla juridisesti sitovia. Kumman tahansa vanhemman mielen muuttuessa yksityiset sopimukset menettävät merkityksensä. Jos lapsen äiti päättää vaatia isyyden tunnustamista, on miehen suostuttava siihen. Myös isä voi sovitukselta poiketusti vaatia isyyden selvittämistä. Isyyden vahvistamisen myötä isä saa tapaamisoikeuden lapseen ja lapsella on oikeus saada elatusta isältään ja periä hänet (Isyyslaki 700/1975). Koti-inseminaatiota käytettäessä naisen on mietittävä, uskaltaako hän tehdä lapsen tunnetun luovuttajan sukuoluilla vai maksaako hän siitä, että lapsi saatetaan alulle hedelmöityshoitoklinikalla, jolloin lapsi on varmasti juridisesti täysin oma.

”Joku tuolla alussa heitti ilmaan ajatuksen siitä, että tekisi lapsen jonkun vapaaehtoisen ”siittäjän” kanssa ja sopisi olevansa pyytämättä elatusmaksuja yms. Muuten hyvä idea, mutta valitettavasti tuommoisilla sopimuksilla ei ole mitään merkitystä. Jos äiti myöhemmin vaatii isää elättäjäksi, tulevat ruokot kuin manulle illallinen, sillä lain mukaan kyseessä on lapsen oikeus elatukseen. Siinä eivät mitkään sopimukset paina tippan tippaa, vaikka ne olisi mille paperille laadittu; isyys virallistetaan ja ruokot määrätään. Ei siis mikään kovin hyvä diili miehelle. Toinen puoli asiasta on se lapsen edun vastainen: isän mielenliikkeistä kun ei voi mennä takuuseen. Jos siittäjän

isäntunteet myöhemmin pompsahtavat pintaan, voi hän vaati isyyttä vahvistettavaksi ja vaatia tapaamisoikeuksia. Ellei isä ole täysin deekiksellä oleva retku, hän ne myös saa. Saattaapa saada retkunakin. Jälleen on kyse lapsen oikeudesta vanhempaansa, eikä sitä voi äiti sopimuksilla evätä. [...] Tässä muutamia juttuja, joiden perusteella kannatan ehdottomasti klinikkavaihtoehtoa.”

Osalla naisista oli virheellistä tietoa siitä, voiko isän oikeudet ja velvollisuudet lapsen poistaa yksityisoikeudellisella sopimuksella luovuttajan kanssa. Ne jotka uskoivat, että näin voisi tehdä, pitivät koti-inseminaatiota hyvänä vaihtoehtona hankkia lapsi. Koti-inseminaation eduksi koettiin sen edullisuus verrattuna klinikkavaihtoehtoon ja yrityskertoja eli mahdollisuuksia tulla raskaaksi voi olla useammin kuin hedelmöityshoitoklinikalla. Osa naisista piti hyvänä puolena myös mahdollisuutta itse valita sukusolujen luovuttaja. Isyylain (700/1975) sitovuudesta tietoiset keskustelijat opastivat toisia keskustelijoita ja varoittelivat asiaan liittyvistä riskeistä. Aihe nousi keskustelupalstalla useaan otteeseen esille ja päättyi aina siihen, että jos nainen haluaa olla varma, ettei lapsen biologisen isän kanssa tule ongelmia, kannattaa koti-inseminaation sijaan valita klinikkavaihtoehto.

”Mulle klinikka oli ainut ja oikea vaihtoehto, vaikka olisi noita luovuttajia saattanut joku ollakin, mutta halusin tehdä tämän näin, ei elatus tai huoltajuuskiista vaaraa, ei epäselvyyksiä tms. ja sitten tietty aina olisi ollut mahdollista iskeä joku baarista, mutta ei sopinut mun periaatteisiin ja kyytiläiseksi olisi voinut saada taudin josta olisi haittaa myös lapselle, mutta jokainen tekee päätöksensä itse.”

Sitaatti kiteyttää syyt siihen, miksi edellä esitetyistä vaihtoehtoista valitaan hedelmöityshoitoklinikan tarjoama ratkaisu. Kommentti on samanlainen monien muiden viestien kanssa, joissa tuodaan esille, että ”*klinikkavaihtoehto nyt vaan sopii minulle*”. Kommentti tuo esille kuinka hedelmöityshoitojen kentän rakenne ja toimijan habitus sopivat yhteen. Klinikkaratkaisusta ollaan ylpeitä ja se esitetään ”*rehellisenä lasta kohtaan*” kuten eräs keskustelija kirjoitti. Se ei perustu miehen huijaamiseen tai valheeseen, vaan lapselle voidaan kertoa ylpeänä alkuperästä: ”*äiti ja luovuttaja halusivat sinun syntyvän juuri tällä tavalla*”. Muihin vaihtoehtoihin sisältyy hallitsemattoman suuriksi koettuja riskejä, kuten sukupuolitautivaara ja vanhemmuuteen liittyviä juridisia ongelmia. Naiset ovat valinneet yksinhuoltajuuden, jolloin he eivät halua ottaa sitä riskiä, että sukusoluja luovuttanut mies voisi vaatia oikeuksia lapseen. Tämä tarkoittaisi lapsen osittaista menettämistä, jakamista.

Ihmissuhteidenkin osalta kartoitetaan riskejä ja varaudutaan vaaroihin, mikä näkyy keskustelupalstan kirjoituksissa. Huonoon parisuhteeseen tyytyminen lapsen hankkimisen vuoksi nostettiin toisinaan myös vaihtoehtona esille, mutta sitä ei pidetty satunnaisen seksikumppaneiden tavoin itselle sopivana vaihtoehtona. Heikko parisuhde altistaa lapsen vanhempien eron kokemiselle. Yhä suurempi osa parisuhteista päättyy eroon, jolloin kenen tahansa miehen huoliminen ainoastaan lapsen saamiseksi olisi tulevaisuuden kannalta riskialtista. Hankalat erotilanteet ja huoltajuuskiistat nähtiin uhkana sekä omalle että lapsen hyvinvoinnille.

Naiset tekevät keskustelupalstalla erontekoa yksinhuoltajuutta koskeviin negatiivisiin stereotypioihin kuten lastenkasvatusvaikeuksiin ja selviytymiseen kaksin lapsen kanssa. Erontekoa tehdään myös ”huonoihin ydinperheisiin”, jossa riskinä on ”*loppuelämänmittainen talvisota*”. Bourdieun teoriassa habitus koostuu juuri tällaisista yksilöön tallentuneista suhteellisen pysyvistä, sisäistetyistä havaitsemisen, arvottamisen, käyttäytymisen ja toiminnan tavoista. Eronteko siihen, keitä emme koe olevamme, määrittää sosiaalista identiteettiä ja tuottaa tietynlaisen elämäntyylin, habituksen.

Lapsen syntymistä hyvässä parisuhteessa pidetään ideaalitulanteena, kun taas huono tai välinpitämätön isä näyttäytyy suurempana riskinä kuin kokonaan ilman isää kasvanut lapsi. Keskustelupalstalla oikeutettiin omaa ratkaisua tuomalla esille muihin perhemuotoihin liittyviä riskejä. Se, mitä pidetään riskinä, on sidoksissa yhteiskunnassa vallitseviin arvoihin ja normeihin. Eri toimijaryhmät ja osapuolet näkevät riskit eri tavalla. Itselliset äidit eivät elä omassa tyhjiössään, jossa muiden mielipiteet, odotukset ja normit eivät vaikuttaisi heihin. He tiedostavat, että monet ajattelevat isättömyyden olevan riski lapsen hyvinvoinnille. Osa naisista oli saanut suoraan kuulla ystävien ja tuttavien kommentteja kuten ”*huonokin isä on kuitenkin isä ja parempi kuin ei isää ollenkaan*”. Myös hedelmöityshoitolakikeskustelussa eri osapuolten näkemykset riskeistä, jotka liittyvät lapsen tekemiseen yksin hedelmöityshoidoin, tulivat hyvin esille (Kanckos 2012).

Erilaisten vaihtoehtojen runsaus on toimijoiden tiedossa, mutta kaikkia vaihtoehtoja ei pidetä itselle sopivina, eivätkä kaikki vaihtoehdot ole toimijoille yhtäläillä todellisilla,

valittavissa olevia. Valinnat voidaan tehdä ainoastaan omien hallussa olevien pääomien pohjalta. Se mitä katsotaan järkeväksi tavoitella, mitä uskalletaan tavoitella, mitä pidetään itselle mahdollisena, on sidoksissa kentän sääntöihin ja toimijan käytettävissä oleviin pääomiin ja habitukseen. Käsitteet itsestä ja mahdollisuuksista muotoutuvat vuorovaikutuksessa siinä kulttuurissa ja ympäristössä, jossa yksilö elää. (Ks. Vanttaja 2003; Bourdieu 1998.) Itsellisen naisen identiteettiä luodaan aina suhteessa muihin ryhmiin. Se mitä olemme, saa voimansa siitä mitä me emme koe olevamme.

Bourdieuin teorian mukaan habitus vaikuttaa toimijan sisältä olematta kuitenkaan täysin käyttäytymistä määräävä (Bourdieu & Wacquant 1995, 38–39). Itselliset naiset tulkitsevat siis aina myös yksilöllisesti eri perheen perustamistapojen etuja ja riskejä. Riskianalyysin jälkeen valinta näyttää itselle rationaalisenä ja selkeänä. Riskeihin ei varauduta ainoastaan miettimällä mitä ne ovat, vaan niitä pyritään minimoimaan konkreettisesti kerryttämällä erilaisia pääoman lajeja. Seuraavassa luvussa käsitellään itsellisten naisten keskustelussa esille tuomia vanhemmuuden pääomia, joilla varaudutaan vanhemmuuteen ja toisaalta vastataan yksinhuoltajuuteen ja isättömyyteen liittyviin stereotypioihin.

## 5 Pääomat hedelmöityshoitojen kentällä

”Polun alussa siis ja risteyksessä, tai oikeastaan olen jo valinnut, mihin suuntaan risteyksestä käännyin. Olen jo muutamia vuosia pohtinut lapsen hankkimista yksin ja nyt minusta tuntuu, että aika olisi sille kypsä. Elämä vaan jotenkin polkee paikoillaan ja on vahva tunne, että nyt tai ei koskaan! Muistan, kun vuosi sitten kävin gynekologilla ja keskustelimme asiasta. Silloin en olisi vielä ollut aivan valmis. Nyt olen.”

Keskustelupalstalla suunnittelu- ja toteutusvaiheessa olevat naiset jakavat ajatuksen, että juuri nyt on lapsenteon aika. Useampi keskustelija käyttää ilmausta *ottaa elämä omiin käsiin*, eli tehdä päätös lapsen hankkimisesta yksin. Edellisessä analyysiluvussa käsitellyt syyt linkittyvät toisiinsa ja muodostavat yhdessä kokonaisuuden, joka on saanut naisen joko tekemään tai harkitsemaan lapsen yksin hankkimista hedelmöityshoitoja apuna käyttäen. Jotta elämän voi *ottaa omiin käsiin*, täytyy toimijalla olla pääomia tehdä lapsi yksin.

Asema hedelmöityshoito- ja lapsiperhekentällä määrittyy bourdieulaisittain ajateltuna toimijan omistamien pääomien määrän ja laadun mukaan, jolloin toimijaryhmät asettuvat kentille keskenään eriarvoisiin asemiin (Bourdieu 1984). Itsellisten naisten valmistautuminen lapsiperhe-elämään henkisesti ja taloudellisesti voidaan nähdä pääomien kerryttämisenä. Hedelmöityshoitojen kentälle sisälle pääseminen vaatii riittävän määrän juuri sillä kentällä arvokkaita pääomanlajeja. Asemaa lapsiperhekentällä voidaan yrittää parantaa kerryttämällä ”yleisiä vanhemmuuden pääomia”. Seuraavissa alaluvuissa käydään lävitse näitä itsellisten naisten tarvitsemia pääomanlajeja. Ensimmäinen alaluku selvittää taloudellisen pääoman tarvetta. Toisessa alaluvussa tarkastellaan kulttuurisen pääoman merkitystä hedelmöityshoitojen kentälle sisälle pääsyyn. Kolmannessa alaluvussa käydään läpi sosiaalisen pääoman kerryttämistä, minkä avulla toimijat kamppailevat paremmasta asemasta lapsiperhekentällä.

## **5.1 Taloudellinen pääoma**

Vanhemmuudesta ja perheen perustamisesta on länsimaissa tullut aikaisempaa suunnitellumpaa ja harkitumpaa, mikä toisaalta mahdollistaa, mutta myös velvoittaa siihen varautumisen aivan toisella tavalla kuin aikaisemmin. Koulutetut keskiluokkaiset nuoret aikuiset haluavat usein turvata taloudellisesti vakaan elämän ennen perheen perustamista. Perheen perustaminen ja lapsien hankkiminen nähdään keskiluokkaisessa kulttuurissa kustannuksena, johon liittyy materiaalista valmistautumista aina isomman asunnon hankkimisesta lapsen turvavarusteiden ostamiseen. (Ketokivi 2005.) Näiden keskiluokkaiseen vanhemmuuteen liitettyjen yleisten tavoitteiden lisäksi itselliset naiset joutuvat varautumaan hedelmöityshoitojen kustannuksiin sekä yksin lapsen elättämiseen. Tietoisesti yksin lapsen tekeminen on aina etukäteen suunniteltu ratkaisu, johon osa itsellisistä naisista valmistautuu henkisesti ja osa materiaalisestikin jo vuosia etukäteen.

Hedelmöityshoitojen kentällä taloudellinen pääoma toimii kentälle sisäänkäynnin välineenä ja yleisemmin vaihdon välineenä hankittaessa muita pääoman lajeja.

Keskustelupalstalla naiset kertovat varautuneensa hoitojen kustannuksiin ja odotettuun

vanhemmuuteen kerryttämällä etukäteen taloudellista pääomaa. Taloudellista selviämistä hedelmöityshoidoista ja lapsen syntymän jälkeisestä ajasta pidetään tärkeänä ehtona hoitoihin menemiselle. Keskustelupalstalla puhutaan *vakaan elämän* järjestämisestä ennen hoitoihin hakeutumista. Vakaalla elämällä viitataan esimerkiksi vakituiseen työhön ja omistusasuntoon. Ne toimivat osoituksina taloudellisesta vakaudesta ja riittävästä taloudellisesta pääomasta lapsiperheentälle. Riittävän taloudellisen pääoman ajatellaan turvaavan tulevan lapsen hyvän elämän mahdollisuus. Mikäli taloudellinen tilanne on epävarma, naiset kertovat järjestävänsä sen ensin kuntoon, ja vasta sitten hakeutuvansa hedelmöityshoitoihin. Raha nousee keskustelussa esille niukkana resurssina, jota hedelmöityshoidoissa käyminen kuitenkin välttämättä edellyttää. Tarvittava taloudellinen pääoma on sen verran suuri, että säästämisen tarve tuodaan keskustelupalstalla toistuvasti esille.

”Kustannuksia on aivan konkreettisesti pakko laskea etukäteen, sillä edes yhden kerran hoitorahat ei mun palkasta irtoa ihan ilmaiseksi. Pankkilaina helpottaisi, mutta siihen tarvitsee takaajan. Muttamutta, vauvaa täällä odotellessa, olen valmis uhrauksiin. Pikku pullaposket palkitsevat kaiken vaivan ja ajan sitten, eikös juu?”

Naiset ennakoivat hoitoihin tarvittavaa rahamäärää ja lapsen kanssa elämiseen kuluvia kustannuksia. Keskustelupalstalla jaetaan neuvoja, missä asioissa on mahdollista säästää. Esimerkiksi varsinaisia hedelmöityshoitoja edeltävät tutkimukset ja näytteet on ainakin osittain mahdollista hakea julkisesta terveydenhuollosta tai työterveyshuollosta. Hoidot halutaan saada mahdollisimman edullisesti, jotta yrityskertoja on tarvittaessa mahdollista ostaa useampia. Lopulta kuitenkin monet keskustelijat tuovat esille, että hoitoihin sijoitetaan juuri sen verran rahaa kuin lapsen saaminen vaatii ”*koska se lopputulos on niin uskomaton, että sitä tavoitellaan niin kauan kun pää ja kukkaro kestää*”. Osa keskustelijoista toi esille valmiutensa ottaa pankista lainaa hoitoja varten, mikäli säästöt eivät riitä.

”Juu ei kannata sulkea silmiä pankkilainaltakaan, miettikää millaisia summia ihmiset ottaa lainaa remontteihin, autoihin tms. mulla oli se kanssa suunnitelmassa, et jos inssit [inseminaatio] ei tärppää, meen pankkiin jotta pääsen isompiin hoitoihin, ei näistä palkoista kuitenkaan ihan sellaisia summia säästetä..”

”Pitää yrittää mahdollisimman tarkasti hahmottaa noita kustannuksia. Kokonaisuudesta kun on vähän vaikea saada selvää, varsinkaan kun ei ole ihan tarkkaa tietoa miten paljon käyntejä ja tutkimuksia vaaditaan. Joka tapauksessa tämä projekti maksaa sen mitä maksaa ja maksettava on. Silti yhtään ylimääräistä ei huvita peliin panna, ainakaan ilman vastinetta.”

Kukaan ei voi tietää saako lopulta vastinetta rahoilleen eli lapsen vai ei. Riittävä taloudellinen pääoma on kentälle pääsyn edellytys, mutta mikään rahamäärä ei takaa lapsen saamista. Rahalla voi ainoastaan ostaa mahdollisuuksia tulla raskaaksi. Naiset eivät mieti onko peli pelaamisen arvoista eli kannattaako hoitoihin sijoittaa rahaa. Itselliset naiset ovat kentälle astuessaan hyväksyneet pelin säännöt ja samalla sen, että peliin pitää panostaa ja sijoittaa myös taloudellista pääomaa.

”...suhde rahaan muuttuu kun lapsen oikeasti saa. Silloin niitä säästöjä tarvitaan, enkä nyt tarkoita vauvan tarvikkeita joita saa halvalla ja jopa ilmaiseksi, vaan esimerkiksi hyviä vakuutuksia ja isona asiana myös sitä miten pian joutuu palaamaan töihin. Äitiysloma tuntuu etukäteen toooosi pitkältä ajalta, mutta oikeasti se on ohi melkein ennen kuin huomaakaan ja hoitovapaasta on turha haaveilla ilman omaa rahoitusta (=säästöjä). Tarkoitan siis sanoa, että vaikka hoitoihin asennoituu niin, että rahaa pannaan niin paljon kuin sitä menee ja lopputulos on joka pennin arvoinen, niinkuin tietysti onkin niin ei sitä kuitenkaan kannata harkitsemattomasti kylvää. Jälkeenpäin kyllä kaduttaa kun turhuuksia ynnäilee ja tajuaa, että niilläkin rahoilla olisi ostanut vaikkapa kuukauden lisää yhteistä aikaa ihanan lapsensa kanssa. Koska loppujen lopuksi niin arvokasta ei ole yhtään mikään muu.”

Osa naisista kertoi keränneensä suuriakin summia rahaa säästöön, sillä hedelmöityshoidot aloitettaessa kukaan ei voi tietää kuinka paljon hoidot lopulta tulevat maksamaan. *”Itse olen varannut rahaa paljon eli tavallaan lainarahalla n 15000 euroa. Toivon että se riittää seuraavaksi kahdeksi vuodeksi jonka tähän projektiin sijoitan”*. Tämä oli suurin yksittäinen summa, joka keskustelupalstalla tuotiin esille. Useampi nainen kertoi varanneensa hedelmöityshoitoihin 3 000 euroa ennen hoitojen aloittamista. Hoitoihin tarvittava rahamäärä vaihtelee yksilöllisesti riippuen käytettävistä hoitomuodoista ja tarvittavista hoitokertojen määrästä.

Toimijat joutuvat jatkuvasti punnitsemaan taloudellisen pääoman riittävyyttä. Hedelmöityshoitojen kokonaiskustannukset koostuvat hoitotoimenpiteistä, luovutettujen sulusolujen ostamisesta, lääkäreiden palkkioista, lääkekuluista ja alkuutkimuksista. Itsellisten naisten hedelmöityshoidot aloitetaan useimmiten inseminaatiohoidolla, jos naisella ei tiedetä olevan vakavaa hedelmöittymiseen vaikuttavaa sairautta tai estettä. Hedelmöityshoitoklinikoiden hinnastojen mukaan inseminaatio toimenpiteenä maksaa 260–500 euroa. Toimenpiteen lisäksi itsellisten naisten pitää erikseen ostaa hoidoissa käytettävät siittiösolut, joiden hinta vaihtelee 400–2 000 euron välillä. Eräs kirjoittaja



oli käynyt kuusi kertaa inseminaatiossa ilman toivottua tulosta. Mikäli raskaaksi tuleminen ei inseminaatiolla onnistu, naiset siirtyvät yleensä huomattavasti kalliimpaan koeputkihedelmöitykseen. Yksi koeputkihedelmöitys toimenpiteenä maksaa klinikoiden hinnastojen mukaan 2 300–3 100 euroa<sup>2</sup>. Tähänkin hintaan pitää lisätä vielä siittiöiden ostamisesta aiheutuvat kulut. Keskustelupalstan mukaan lääkkeet yhteen koeputkihedelmöityshoitoon saattoivat maksaa 1 500 euroa. Hoito- ja lääkekulujen lisäksi pienempiä kuluja aiheutuu lääkärin ja psykologin vastaanottopalkkioista ja ennen varsinaisia hoitoja tehtävistä perustutkimuksista, kuten infektionäytteiden ottamisesta ja munajohtimien aukiolotutkimuksesta.

Hedelmöityshoitoja korvataan sairausvakuutuksesta, jos lapsettomuuden hoidon katsotaan olevan sairaudenhoitoa (Kansaneläkelaitos 2012a). Aina lapsettomuuden taustalta ei löydetä sairautta, jolloin lapsettomuuden lääketieteellinen syy on selittämätön. Tällöinkin alle 43-vuotiaan heteroparin naisen kohdalla hoidoille katsotaan olevan lääketieteellinen syy, jos lasta on yritetty tehdä yli vuosi. Nainen saa sairausvakuutuskorvauksen yleensä suoraan hedelmöityshoitoklinikalta.<sup>3</sup> (Felicitas-Klinikka 2009). Itsellisten naisten ja naisparien hakemukset käsitellään sen sijaan aina tapauskohtaisesti ja hakemuksen liitteenä tulee olla hoitavan lääkärin lausunto annetun hedelmöityshoidon tarpeellisuudesta. (Kansaneläkelaitos 2012b.)

”[Keskustelijan nimimerkki], onko siellä [klinikan nimi] puhuttu mitään itsellisten naisten mahdollisuuksista saada Kela-korvauksia? [Klinikan nimi] nimittäin sanotaan suoraan, että itsellisten naisten hoidoista on turha edes hakea korvauksia, koska niitä ei saa kuitenkaan. Ainoastaan PCO-potilaat tai muusta selkeästi raskautumista vaikeuttavasta sairaudesta kärsivät voivat edes teoriassa saada korvauksia IVF-hoidoista, mutta sekin tie taitaa olla äärimmäisen epävarma - tämänviikkoisella käynnillä lääkäriini kertoi, että käytännössä itselliset naiset eivät saa korvauksia enää ollenkaan.

Virallisesti hedelmöityshoitoja korvataan kaikille samoin perustein siviilisäädystä riippumatta. Käytännössä Kansaneläkelaitoksen (Kela) korvauskäytännöissä on kuitenkin eroja sen mukaan hakeutuuko nainen hedelmöityshoitoihin yksin vai

<sup>2</sup> Tarkastelin seuraavien yksityisten lapsettomuusklinikoiden hinnastoja: Väestöliitto, Ovumia, Fertinova, In-Team, Felicitas, (29.10.2012).

<sup>3</sup> Kela-korvauksen saa suoraan hedelmöityshoitoklinikalta, mikäli klinikka on tehnyt Kelan kanssa suorakorvaussopimuksen. Pääsääntöisesti Kela korvaa kolme tuloksetonta hedelmöityshoitokertaa. Yli 43-vuotiaan naisen hedelmöityshoitoihin ei sovelleta suorakorvaussopimusmenettelyä. Myöskään sterilisaation jälkeistä hedelmöityshoitoa ei yleensä korvata. (Kansaneläkelaitos 2012a; 2012b.)

heteroparisuhteessa. Yleensä itsellisten naisten hedelmöityshoitojen toimenpide- ja lääkekuluja ei korvata, sillä itsellisten naisten tahattoman lapsettomuuden hoitamista ei pidetä sairaudenhoitona. Kela voi harkita korvaamista, jos lääkärinlausunnosta ilmenee, että lasta on yritetty vuoden ajan ja naisella on sairausperuste saada korvauksia.

Itsellisten naisten tulee osoittaa vuoden yritys käymällä 12 kertaa inseminaatiohoidoissa<sup>4</sup>. Mikäli näistä hoidoista ei ole alkanut raskautta, Kela voi myöntää jatkohoidoista ja hedelmöityshoitoihin käytettävistä lääkkeistä sairausvakuutuskorvauksia. (Kansaneläkelaitos 2012c.) Itsellisten naisten hoitojen korvattavuus harkitaan kuitenkin aina tapauskohtaisesti lääkärinlausunnon mukaan. Parisuhteettomuus hedelmöityshoitojen kentällä aiheuttaa sen, että nainen ei ole automaattisesti oikeutettu hedelmöityshoitojen toimenpiteiden ja lääkkeiden sairausvakuutuskorvauksiin.

Viestien kirjoitushetkellä, vuonna 2008, keskustelupalstalla ilmeni, että itsellisten naisten hoitoja korvattiin sairausvakuutuksesta hyvin sattumanvaraisesti (ks. myös Jämsä 2008, 138). Useampi nainen kertoi, ettei ollut saanut korvauksia hoidoista, vaikka lapsettomuuden taustalla oli puolisolittomuuden lisäksi myös lääketieteellisiä syitä. Raskaaksi tuleminen ”luonnollisesti” tällaisessa tilanteessa on yhtä hankalaa tai mahdotonta sairauden vuoksi, naisen siviilisäädystä riippumatta.

”Kävin läpi tammikuussa yhden ivf-kierroksen ja se meni pieleen (monitumaisuutta, eikä edes siirtoon päästy). Nyt sitten kela ei korvaa mun hoitoja/lääkkeitä, joten joudun ottamaan pienen tuumaustauon. Aika kohtuutonta, että vaikka on todettu sairaus+yritystä exän kanssa, niin sinkkuna oleminen vetää korvaukset nolille. Kuulemma on mahdollisuus raskautua spontaanisti (eikös näin ole myös heteropareille ja he kuitenkin saavat korvaukset??).”

Keskustelussa nousi jatkuvasti esille itsellisten naisten turhautuminen epäselvään korvauskäytäntöön. ”*Kelalta on tullut kyselyjä. Olen saanut korvauksia, mutta voi olla että perivät takaisin. Se jää nyt nähtäväksi. Tähän en ollut varautunut. Lääkäri kirjoitti lausunnon sinne hoidoistani.*” Hoitavan lääkärin on merkittävä hoidot sairaudenhoidoksi, jotta sairausvakuutuskorvauksen saaminen on mahdollista.

<sup>4</sup> Kaksitoista inseminaatiohoitokertaa luovutetuilla sukusoluilla maksaa erään hedelmöityshoitoklinikan hinnaston mukaan ilman lääkekuluja 8 000€. Vastaava määrä IVF-hoitoja ilman lääkkeitä maksaa saman hinnaston mukaan 32 000€. (Fertinova lapsettomuuskliniikka 2012.)

Keskustelupalstan mukaan tämä ei kuitenkaan vielä taannut korvausten saamista itsellisenä naisena. Keskustelupalstalla vallitsi yleinen epätietoisuus siitä, miten korvausasiat todellisuudessa menevät. Korvauskäytännöt olivat naisille epäselvät, eikä kukaan tiennyt varmasti mitä korvauksia itselliset naiset voivat saada. Naisten hedelmöityshoitoklinikoilta ja Kelasta saama tieto oli keskustelupalstan viestien mukaan ristiriitaista.

”Siis hetkinen, oletko sie saanut jotain Kela-korvauksia insseistäkin? Miulle sanottiin [Klinikan nimi], että itsellinen nainen ei voi saada insseistä korvausta millään, vaikka taustalla olisi mikä lapsettomuutta aiheuttava sairaus. Sen sijaan IVF-hoidoista voi olla mahdollista saada korvausta, jos on esim. PCOS, mutta sekin ilmeisesti riippuu tyyliin yksittäisen Kela-virkailijan päivästä, mitään takuuta korvauksista ei kuulemma anneta. Suorakorvauksia itselliset naiset eivät kuulemma saa ollenkaan, mutta IVF-hoidoista voi anoa korvauksia jälkikäteen, jos tosiaan on esimerkiksi PCOS.”

Keskustelupalstalaisten saamat korvaukset vaihtelivatkin suuresti. Osa naisista kertoi saaneensa Kela-korvauksia lääkkeistä, mutta ei hoitotoimenpiteistä. Osa taas molemmista ja suurin osa kertoi jääneensä kokonaan ilman sairausvakuutuskorvauksia. Ne naiset, jotka olivat saaneet lääkkeistä sairausvakuutuskorvauksia, toivat esille, etteivät he uskaltaneet olla Kelaan yhteydessä ja selvittää mahdollisuutta saada myös toimenpiteistä korvauksia. Tämän yhteydenoton pelättiin riskeeraavan jo saadut lääkekorvaukset. Epäselvää ja vaihtelevaa korvauskäytäntöä pidettiin epäoikeudenmukaisena ja itsellisiä naisia syrjivänä.

Hedelmöityshoidot ovat taloudellisen rasituksen lisäksi myös henkisesti ja fyysisesti usein erittäin rankkoja hoitoja (Yli-Kuha 2012; Franklin 1997). ”Keväällä olin toivoo täynnä kun hoidot olivat menossa ja pakkasalkioidenkin siirto tuotti toivotun plussan - silloin olisin voinut kirjoittaa tänne yhtenä. Nyt pakkasen on tyhjä ja kaikki on aloitettava kolmannen kerran ihan alusta.” Pettymys on suurimmalle osalle naisista tuttu tunne, joka on seurausta epäonnistuneista hoidoista ja keskenmenoista. Edellisen sitaatin kirjoittaja jatkaa: ” 3000 euroa pitäisi kuitenkin saada kasaan ennen kuin voin seuraavan hoidon aloittaa. [...] Valittamiseksi tämä taas meni.. Toivon, että pian alkaa helpottaa, ja saan tehtyä lisätöitä sen verran että pääsen jälleen jatkamaan yrityksiä.” Vaikka hoidot ovat usein henkisesti, fyysisesti ja taloudellisesti raskaita hoidoissa käyvälle, kukaan keskustelupalstalla ei tuonut esille, että olisi lopettanut hoidot kesken. Hoitotaukoja ja mietintähetkiä pidettiin varhaisten keskenmenojen jälkeen, hoitoihin

varattujen rahojen loputtua ja hedelmöityshoitoklinikoiden sulkeuduttua kesän ajaksi. Jos hoidot eivät tuota tulosta odotetussa ajassa, kukaan ei pysty varmasti sanomaan, milloin hoidoissa käyminen olisi järkevä lopettaa. Toimijan on itse päätettävä kuinka monta hoitokertaa hän on valmis yrittämään lapsen saamista.

”Tuoresiirrossa alkiot siirretään tavallisesti kahden päivän ikäisinä, ja lääkäri sanoi, että seuraavassa IVF:ssä yritetään viljellä alkiot 5-päiväisiksi. Jos se ei onnistu, ei kannata enää jatkaa. Toisaalta en ymmärrä miksei kannattaisi jatkaa tai miksi se ei onnistuisi, kun kaksi raskautta on alkionsiirroilla saatu aikaan, joten kyllä ne alkiot ovat jakaantumista pitkälle jatkaneet.”

Julkisen terveydenhuollon puolella hoitokertojen määrä on rajoitettu 3–4 hoitokertaan. Yksityisellä puolella hoitojen lukumäärää ei ole rajoitettu, vaan klinikat tarkastelevat aina tapauskohtaisesti kuinka monta hoitokertaa annetaan. (SVT: Terveys 2010 Hedelmöityshoidot 2008–2009, 5). Aikaisempien tutkimusten mukaan osa lopettaa hoidot vasta kun naisen ikäraja tulee vastaan tai rahaa hoitoihin ei ole enää käytettävissä (Franklin 1997, 178). Ikärajat ovat kuitenkin häilyviä ja käytettäessä luovutettuja sukusoluja ikärajat eivät periaatteessa tule koskaan vastaan.

Taloudellista pääomaa tarvitaan, jotta hedelmöityshoitojen kentälle on mahdollista päästä sisälle. Myös kentällä toimiessa taloudellisen pääoman avulla voi parantaa omaa asemaansa kentällä. Keskustelupalstalla nousi esille, että hedelmöityshoitoklinikoilla on myyty itsellisille naisille ”siittiöoptioita”:

”Tänä aamuna soitin sitten [klinikan nimi] ja varasin ajan vastaanotolle ja sainkin sen [päivämäärä]. Ihmetyksekseni puhelimeen vastannut mies oli jokseenkin negatiivisen oloinen (tätä en ole ennen kokenut sinne soittaessani) ja hän kommentoi heti aluksi, että simppojen [siittiöiden] saatavuus on heikentynyt huomattavasti viimeisten 3 viikon aikana. Kuulemma hoitojen aloittaminen on epävarmaa, vaikka lääkäriajan saisisikin. [...] Minulle ehdotettiin luovutusoikeuden ostamista European spermbankista, mikä sitten takaisi simppojen saannin koko hoitojen ajan. Tämä oikeus maksaa 1000€ ja siihen päälle tulee tietysti kaikki muut kustannukset. Onko teillä jollain kokemusta tästä? Olen nyt vähän hämillään, koska en tiedä johtuuko tämä kaikki siitä, että puhelimeen vastannut henkilö suhtautui niin negatiivisesti asiaan vai onko tilanne todella niin huono.”

Option ostaneelle naiselle on varattu tietyn luovuttajan siittiöt valmiiksi.

Hedelmöityshoitojen kentällä sukusolujen luovuttajia on vähän ja yhden luovuttajan sukusolujen käyttö on rajoitettu hedelmöityshoitolaissa viiteen perheeseen. Luovuttajien kiintiöt tulevat näin ollen nopeasti täyteen. Siittiöoption ostamalla nainen voi varata tietyn luovuttajan sukusoluja käytettäväkseen. Näin ne naiset, joilla on riittävästi

taloudellista pääomaa, voivat ostaa palan epävarmuutta pois varaamalla siittiöt etukäteen ja varmistuen niiden saatavuuden. Tällaiset siittiöoptiot saattavat kuitenkin toimijat eriarvoiseen asemaan itsellisten naisten ryhmän sisälläkin. Taloudellisen pääoman merkitys korostuu entisestään. Hedelmöityshoitojen kentälle sisälle pääseminen vaatii aina tietyn määrän taloudellista pääomaa, mutta ne toimijat, joilla sitä on kentällä muita toimijoita enemmän, voivat ostaa paremman aseman. Siittiöoptiota ei viestien kirjoittamisen aikaan ollut pakko ostaa. Huonossa siittiötilanteessa ostamatta jättäminen merkitsi kuitenkin entistä suurempaa epävarmuutta hoitoihin pääsyn suhteen. Siittiöoptiot ovat yksi näkyvimmistä pääomien vaihtoprosesseista. Niukkaan sukulolupääomaan pääsee paremmin ehdoin käsiksi omaamalla enemmän taloudellista pääomaa.

Itsellisillä naisilla on käytettävissään ainoastaan yhden ihmisen tulot hedelmöityshoitojen ostamiseen. Taloudellista panosta hoitoihin voidaan pitää merkittävänä. Hedelmöityshoitojen kentällä parisuhteettomuus aiheuttaa sen, että hoitoja voi ostaa ainoastaan yksityisiltä hedelmöityshoitoklinikoilta, joissa kustannukset nousevat moninkertaisiksi julkisen sektorin hedelmöityshoitomaksuihin verrattuna (Miettinen 2011, 6). Myös Kansaneläkelaitoksen nykyinen korvauskäytäntö, jossa näkyy selkeästi ydinperhenormi, lisää entisestään itsellisten naisten taloudellisen pääoman tarvetta hedelmöityshoitojen kentällä. Hedelmöityshoitojen kentällä tarvitaan välttämättä taloudellista pääomaa, mutta se ei vielä yksistään takaa oikeutta toimia kentällä. Kentälle päästäkseen itsellisellä naisella on oltava riittävästi myös kulttuurista ja sosiaalista pääomaa. Näiden merkitystä käsitellään seuraavissa alaluvuissa.

## **5.2 Kulttuurinen pääoma**

Harkintavaiheen aikana itselliset naiset valmistautuvat tuleviin hoitoihin taloudellisen pääoman kerryttämisen lisäksi henkisesti, etsimällä tietoa hoidoista, klinikoista ja yksin lapsenhankinnasta. Bourdieulaisittain (1984) tiedon kerryttämistä voidaan pitää kulttuurisena pääomana. Itselliset naiset hankkivat tietoa keskustelemalla muiden samassa tilanteessa olevien toimijoiden kanssa, internetin lapsettomuusaiheisilta keskustelupalstoilta ja klinikoiden kotisivuilta. Hoidoissa pidemmällä olevat naiset ovat keskustelupalstalla uusille keskustelijoille tärkeä tiedonlähde.

Internetin keskustelupalstalla kerrytetään tietoa eri hoitomuodoista, hoitojen hinnoista, klinikoista, jotka tekevät hoitoja itsellisille naisille ja esimerkiksi oireiden merkityksiä: mitkä oireet puoltavat raskautta tai keskenmenoa. Näiden lisäksi keskustelupalstalla hankitaan tietoa myös siitä, mitä hedelmöityshoitojen kentälle astuminen lopulta vaati toimijalta. Itselliset naiset ovat hedelmöityshoitojen kentällä marginaalissa, joten tietoa yksin hoitoihin menemisestä ei ole helposti saatavilla. Havaintojeni mukaan klinikoiden kotisivut eivät mainosta itsellisten naisten hoitoja. Joidenkin klinikoiden kotisivuilla mainitaan, että laki sallii hoidot itsellisille naisille, mutta suoranaista vastausta siihen tarjoaako klinikka hoitoja tälle ryhmälle, ei tuotu esille. Tästäkin syystä keskustelupalsta toimii vertaistukitarkoituksen lisäksi myös tärkeänä tiedonvälityskanavana samassa tilanteessa oleville. Sen lisäksi, että itselliset naiset keskustelupalstalla jakavat tietoa siitä, mitkä klinikat tekevät hoitoja itsellisille naisille, naiset jakavat palstalla myös suoranaisia klinikkasuosituksia. Eräs keskustelija totesi leikillisesti, että keskustelupalstalaisten tulisi saada kanta-asiakaskortti klinikalle, joka oli heidän keskuudessa erityisen suosittu, hyvässä maineessa ja jota suositeltiin uusille palstalaisille.

”Olisikin hienoa lukea kokemuksista (tiedän toki, että klinikoiden nimien julkaisusta ollaan montaa mieltä, mutta toisaalta: puhutaanhan siitäkin, mistä liikkeestä ostettiin auto ja oliko hyvää palvelua...) ja erilaisista näkökulmista. Kyse on niin isosta asiasta, että tukiverkostoa näin virtuaalisesti kyllä tarvitaan!”

Vuonna 2010 yksityisellä sektorilla, kolmea klinikkaa lukuun ottamatta, kaikki antoivat hoitoja avio- ja avopareille, naispareille ja myös itsellisille naisille. Sen sijaan julkisen sektorin lapsettomuusklinikat antoivat hoitoja ainoastaan avio- ja avopareille. (Valvira 2011.) Viestikeskustelun alkupuolella tiedonhankintavaiheessa olevat naiset kyselivät toisiltaan, onko Suomessa ylipäänsä klinikoita, jotka tekevät hedelmöityshoitoja itsellisille naisille. Keskustelijat yllättyivät siitä, kuinka paljon Suomessa on itsellisiksi äideiksi haluavia ja että sellaisiakin klinikoita on useita, joissa itsellisiin naisiin suhtaudutaan samalla tavalla asiakkaina kuin heteropariskuntiin. Tämä muutti keskustelun luonnetta enemmän kriittiseksi kuluttajavertailuksi.

”Yksinäisiin naisiin suhtaudutaan hyvin klinikoilla. Raha ratkaisee, kukkaron nyörit auki vaan. Vaatikaa hyvää palvelua, koska olette maksavia asiakkaita. Totuushan on, että klinikat tekee

bisnestä. (...) Katsokaa netistä hintoja, vertailkaa ja soittakaa. Valitkaa jokin teitä miellyttävä klinikka mutta muistakaa että klinikkaa voi vaihtaa jos tulee katumapäälle”

Tieto ja ryhmän tuki saavat naiset vaatimaan palvelua, mutta sen lisäksi ne tekevät yksin lapsen hankkimisesta myös oikeutetumpaa. Tieto siitä, ettei ole yksin ajatustensa, suunnitelmiansa ja tekojensa kanssa, luo naisten välille ”me-henkeä”. Itselliset naiset tiedostavat, että monet ulkopuoliset suhtautuvat heidän tapaansa perustaa perhe kielteisesti, osa jopa vihamielisesti. Tämä kävi ilmi esimerkiksi järjestettäessä keskustelupalstalaisten ensimmäistä kasvokkaistapaamista. Naiset miettivät, voivatko he laittaa tapaamispaikan ja -ajan yleisesti internetiin näkyville, vai tulisiko tällöin paikalle myös kutsumattomia vieraita, jotka voisivat aiheuttaa tapaamisessa häiriötä. Osalla naisista oli jo lapsia, eivätkä he halunneet lastensa kohtaavan tällaisia tilanteita. Tapaamisen tarkemmat tiedot päädyttiinkin jakamaan osallistujille yksityisviestein.

Hedelmöityshoitojen kentälle sisään pääsyyn tarvitaan taloudellisen pääoman lisäksi myös kulttuurista ja sosiaalista pääomaa, sillä portinvartija hedelmöityshoitojen kentällä on asiantuntijalääkäri. Hedelmöityshoitolain (Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006) mukaan lääkäri ei saa antaa hoitoja, mikäli ”on ilmeistä, ettei lapselle voida turvata tasapainoista kehitystä”. Lääkärikunnan tehtäväksi on siis annettu arvioida naisen kyky turvata tulevan lapsensa tasapainoinen kehitys. Hoitoihin hakeutuvan on kyettävä vakuuttamaan asiantuntijana toimiva hoitava lääkäri äitiyden edellytyksistään.

Hedelmöityshoitoklinikoilla on vakiintunut käytäntö, jonka mukaan hedelmöityshoidoissa lahjoitettuja sukusoluja käyttävät asioivat psykologin luona, missä tarvittaessa arvioidaan hoitoihin hakeutuvan soveltuvuus vanhemmaksi.

Hedelmöityshoitolaissa määritellään:

”Jos hedelmöityshoidossa käytetään luovutettuja sukusoluja tai alkioita, palvelujen antajan on lisäksi annettava hoitoa saavalle tietoa hoidon tuloksena syntyvän lapsen biologisen alkuperän mahdollisista vaikutuksista perheenjäsenten keskinäisiin suhteisiin ja siitä, miten mahdollisia ongelmia voidaan ehkäistä tai lievittää. Palvelujen antajan on järjestettävä hoitoa saavalle mahdollisuus keskustella näistä kysymyksistä asiantuntijan kanssa.” (Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006, 9§ ).

Hedelmöityshoitolaissa annetuissa perusteluissa psykologitapaamisen tarpeellisuudesta viitataan siihen, että luovutettujen sukusolujen käyttäminen hoidoissa vaikuttaa

perheenjäsenten keskinäisiin suhteisiin, aiheuttaen todennäköisesti ongelmia mikäli asiaa ei käsitellä psykologin kanssa. Itsellinen äiti on kuitenkin lähes poikkeuksetta lapsen biologinen vanhempi, eikä lapsi-äiti-suhteessa ole tässä suhteessa mitään erikoista. Halutessaan itsellisen äidin ei myöskään tarvitse kertoa lapselle tai kenellekään hoidoissa käymisestä. Hedelmöityshoitolaisten edellyttämän psykologitapaamisen voikin lain perustelujen mukaan katsoa tarkoitettuna ensisijaisesti luovutettuja sulusoluja hedelmöityshoidoissa käyttäville heteropariskunnille. Heteropariskunnan tapauksessa luovutettujen siittiösolujen käyttämisen hoidoissa voi ajatella olevan ongelmallisempaa, sillä lapsen sosiaalinen isä ei ole lapsen biologinen isä. Tämän on pelätty vaikuttavan negatiivisesti hoidoissa käyvän parin parisuhteeseen ja tulevaan isä-lapsi-suhteeseen.

Käytännössä hedelmöityshoitolaisten 9§ tarkoittaa mahdollisuuden sijaan itsellisille naisille pakollista käyntiä psykologin vastaanotolla ennen hoitojen aloittamista. Portinvartijana hedelmöityshoitolaisten kentällä toimii näin ollen hoitavan lääkärin ohessa myös psykologi (ks. Kuosmanen 2007a). Itsellisten naisten pakollinen käynti psykologin vastaanotolla ennen hoitojen aloittamista voidaan nähdä symbolisen vallan käyttönä ja tiettyjen ryhmien lisääntymisen kontrolloimisena (Kuosmanen 2007a). Tämän portinvartijan ohittamiseen naisen tulee omata riittävästi kulttuurista ja sosiaalista pääomaa, jotta hän voi vakuuttaa hoitavan lääkärin ja psykologin vanhemmuuden edellytyksistään.

”Tietäiskö kukaan millä syillä/kuinka suurelle osalle hoitoja on kieltäydytty antamasta, siis että psykologin kanta on ollut hylkäävä? Miten ne suhtautuu esimerkiksi työttömyyteen? Vai onko harvinaista ettei niitä sais..? En oo tullu edes ajatelleeks sitä vaihtoehtoo ettei tosta tentistä välttämättä pääsis läpi.. rupes vaan vaivaan kun näin tähän liittyen ikävää painajaista...”

Keskustelupalstalla vaihdettiin tietoja siitä, miten psykologin tapaaminen oli mennyt ja millaisia kysymyksiä psykologi oli esittänyt. Ne, jotka eivät olleet vielä käyneet psykologitapaamisessa, kyselivät palstalla, miten tapaamiseen voisi etukäteen valmistautua. Ennen psykologin tapaamista monet keskustelijat toivat viesteissään esille pelon tai epätietoisuuden tunteen siitä, mitä vastaanotolla tapahtuu ja millaisista asioista psykologi on kiinnostunut. Osa pelkäsi, ettei täytä psykologin mielestä riittävän hyvän vanhemmuuden edellytyksiä. Naiset mieltivät keskustelupalstalla, mitä asioita



psykologille uskalletaan kertoa. Keskustelupalstalla mietittiin voisiko esimerkiksi työttömyys, sairastettu masennus tai nuori ikä vaikuttaa siihen, ettei psykologi puoltaisi hoitojen aloittamista. Keskustelupalstalla psykologin tapaamiseen suhtauduttiin kontrollina ja onnistuneen tapaamisen jälkeen ”*psykologin testit on läpäisty*”, kuten eräs kirjoittaja asian ilmaisi.

”Minä olen miettinyt [nimimerkki] kysymysten lisäksi mm. sitä, onko psykologin käynti ”pakollinen” ennen hoitoon pääsyä. Asia pelottaa ja arveluttaa, sillä olen masentunut ja ahdistunut - syystä että olen totaalisen yksin ja uhkaan jäädä lapsettomaksi. Pelkään psykologin sanovan, etten ole tällaisessa henkisessä tilassa sopiva äidiksi tms. Se taas olisi viimeinen naula tähän arkkuun ja oravanpyörä olisi valmis, jos lapsettomuudesta johtuvasta masennuksesta jäisi lapsettomaksi.”

Pakollista psykologitapaamista vastustettiin kahdesta syystä. Ensimmäinen sen pelättiin estävän hoitoihin pääsyn. Toiseksi, osa naisista näki pakollisen psykologitapaamisen hyvää vanhemmuutta arvioivana käytäntönä, jossa lähtökohtaisesti epäiltiin voiko itsellinen nainen olla hyvä vanhempi ja selvitä yksin lapsen kasvatuksesta. Psykologitapaamista pidettiin itsellisiä naisia syrjivänä käytäntönä hedelmöityshoitojen kentällä, sillä kaikki hoidoissa käyvät heteroparit eivät joudu perustelevaan lapsenhankinta-aikomuksiaan psykologille. Lisäksi itsellisellä naisella, jolla ei ole hedelmällisyyteen vaikuttavaa sairautta, on mahdollisuus päästä lapsiperhekeskelle myös perinteisin menetelmin, kuten ensimmäisen analyysiluvun viimeisessä alaluvussa tuotiin esille. Tällöin yhteiskunta ei vaadi syytä ja selityksiä lapsen yksin hankkimiselle.

”Jos jokaiselta tivattaisiin lapsen tekemisestä yhtä tiukkaan kuin sinkuilta, olisi suomalaiset aika vähissä. En minäkään usko, että kukaan kevyesti hetken huumassa lähtee ivf-hoitoon, kyllä se on mietitty ratkaisu. Väittäisin, että jopa paljon perusteellisemmin mietitty kuin monen heteroparin ratkaisu, (joka nyt sopii normeihin).”

Jälkikäteen monet keskustelijat toivat psykologin kanssa puhumisen esille positiivisena kokemuksena. Keskustelun katsottiin antavan lopullisen varmistuksen suunnitelmille ja myös oikeutuksen yksinvanhemmuuteen. Yksikään naisista ei tuonut esille, että psykologin tapaaminen olisi ollut alkujännittämisen jälkeen kiusallista tai epämiellyttävää, vaan pikemminkin juuri omaa valintaa tukeva elementti. ”*Itse koin ko. (psykologin) tapaamisen todella hyödylliseksi enkä ollenkaan sinkkuuttani ”arvostelevaksi”*. Sain paljon tarpeellista tietoa sekä tukea suunnitelmilleni. Toki tietysti aina on kiinni henkilöstäkin!” Paula Kuosmanen (2007a, 48) selvitti naisparien

asiointia suomalaisilla hedelmöityshoitoklinikoilla. Tutkimuksen mukaan osalle sateenkaarivanhemmista jäi negatiivinen tai melko negatiivinen mielikuva asioinnista psykologin luona. Itsellisten naistenkin kohdalla psykologitapaamisen tarpeellisuus varmasti jakaa mielipiteitä, mutta keskustelupalstan mukaan ainakin osa koki keskustelun hyödylliseksi.

Keskustelupalstalla tosin myös aktiivisesti haastettiin psykologin ajatuksia ja mielipiteitä siitä, pitääkö esimerkiksi lapsen alkuperästä kertoa ulkopuolisille ja missä vaiheessa. Keskustelupalstalla neuvoteltiin asiantuntijavallan auktoriteetista. Neuvottelu ja kyseenalaistaminen perustuivat kenties siihen, että naiset lähtökohtaisesti suhtautuivat psykologin tapaamiseen epäilevästi. Psykologin tapaamisen ei ehkä odotettu muuttavan omia, jo ennen tapaamista muodostettuja ajatuksia. Naiset olivat ennen klinikalle menemistä miettineet samoja kysymyksiä kuin mitä psykologin tapaamisessa nostettiin esille. Psykologitapaaminen herätti naisissa ajatuksia, mutta aina psykologin mielipiteitä tai kantoja ei suinkaan hyväksytty sellaisinaan.

Hedelmöityshoitojen kenttä on hämmentävä, mutta toimijat yrittävät sopeutua siihen, sillä se näyttäytyy ainoana mahdollisuutena saada lapsi (Ólafsdóttir 2012). Luovutetut sulusolut eivät ole ainoa tekijä, joka tutkimusten mukaan aiheuttaa perheen sisäisiä ristiriitoja ja jotka tuovat hedelmöityshoitolaissa mainittuja *ongelmia perheenjäsenten keskinäisiin suhteisiin* (Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006). Pitkittyessään hoidot ovat fyysisesti ja henkisesti toimijoille hyvin raskaita. Ruotsalaistutkimuksen mukaan IVF-hoidoissa käyvistä naisista noin 30 prosenttia ja miehistä 10 prosenttia kokivat masennuksen tai ahdistuneisuushäiriön oireita (Volgsten ym. 2008). Osan hoidoissa käyvistä on vaikea luopua toivosta saada oma lapsi ja lopettaa hoidoissa käyminen. Tuki tämän päätöksen tekemisessä ja elämän jatkamisessa ilman ”teknologian lupaamaa” lasta tai haavetta lapsesta on ainakin osalle tarpeellista. (Boden 2007.) Nykyisin vain pieni osa hedelmöityshoitojen kentän toimijoista tapaa psykologin ennen hoitojen aloittamista ja vielä pienempi osa hoidoissa käydessä. Ainoastaan luovutettuja sulusoluja käyttävät ovat velvoitettuja tähän.

### 5.3 Sosiaalinen verkosto pääomana

Itsellisten naisten lapsi on erittäin toivottu ja odotettu. Naiset luottavat kykyihinsä huolehtia lapsesta yksin ja olla hyviä äitejä. Äitiyteen liitetyt moraalikysymykset eivät kuitenkaan koske ainoastaan hyvää äitiyttä, vaan myös äidin vastuuta koko perheen hyvinvoinnista, mukaan lukien isän kuulumisesta perheeseen. Uutta isyyttä on asiantuntijoiden keskustelussa rakennettu äidin kautta. Tämän vuoksi äidit voivat kokea syyllisyyttä, jos lapsen isäsuhde ei ole kunnossa. Tämä kehityspsykologinen keskustelu isän korvaamattomuudesta aiheuttaa sen, että ydinperheestä poikkeava perhe näyttäytyy vaillinaisena, viallisena ja äiti epäonnistuneena. (Nätkin 1997, 183.)

Suomalaisessa perhetyössä ja perheasiantuntijoiden vanhemmuuskirjoituksissa on 1970-luvulta lähtien korostettu isän merkitystä. Erityisesti poikien ajatellaan tarvitsevan isää. Perheasiantuntijat ovat painottaneet isyyden merkitystä lasten, perheen ja koko yhteiskunnan hyvinvoinnin kannalta. Aina opit eivät ole perustuneet tieteelliseen tutkimukseen, mutta silti asiantuntijat, kuten psykologit, psykiatrit ja perhetyöntekijät, ovat vakuuttaneet isän läsnäolon tärkeyttä lapsen hyvinvoinnille. (Vuori 2001.) Miehiltä odotetaan nykyisin vanhemmuuteen osallistumista ja isät on otettu aikaisempia vuosikymmeniä enemmän mukaan perhe-elämän sisärinkiin aina synnytyshetkestä lähtien. Viimeaikoina myös isätutkimus ja isyyskeskustelut ovat painottaneet perinteisen elättäjäsä-diskurssin sijaan isän ja lapsen suhteen tunnerkitystä ja isän runsaampaa läsnäoloa lapsen elämässä. (Huttunen 1994, 48–53.)

Perinteisen isyyden on ajateltu rakentuneen miehen vastuulle perheen elannosta ja aikaisempina vuosikymmeninä isä on saanut olla lapselle henkisesti etäinen. Toisen maailmansodan jälkeen naisten koulutustason noustua ja tasa-arvotietoisuuden lisääntyttyä myös isään kohdistuvat odotukset yhteiskunnassamme ovat muuttuneet. (Kolehmainen 2004, 90–92.) Miesten isänä olemista on myös pyritty tukemaan erilaisin julkisen vallan toimin (ks. Leira 2002). Väestöpoliittisesti naisten tehtävä on ollut väestön määrän lisäksi pitää huoli väestön laadusta, eli äidin on ajateltu toimivan eräänlaisena välittäjänä yhteiskunnan normien siirtämisessä lapseen (Nätkin 1997, 183). Isyyden roolin nousun myötä naiset ovat joutuneet välittäjän rooliin myös isyyden

muutoksessa. Perheen äidin tulisi raivata tilaa isän toimijuudelle ja houkutella häntä osallistumaan ”uuteen isyyteen”. Jos nainen ”riistää” lapselta isän mahdollisuuden, voi hän kokea sen epäonnistumisena tässä välittäjän roolissa. (Vuori 2001; 2004, 54–57.)

Perheen katsotaan olevan osa ihmiseksi tulemisen prosessia ja ilman ydinperhettä normaalin elämän ehdoista puuttuu jotain olennaista. Lapsen normaaliuden ja kehityksen ajatellaan vaarantuvan ilman ydinperhesuhteita (Yesilova 2009, 201–205). Itselliset naiset tiedostavat yksinhuoltajuuteen ja isättömyyteen liitetyt stereotypiat ja riskiajattelun. Normiodotusten ja isän roolin nousemisen vuoksi oman lapsen isättömyys on ongelma myös itsellisille äideille, ja se nousi keskustelussa toistuvasti esille. Ajatukset siitä, että lapsen tulisi saada monipuolinen roolimalli mielellään sekä isältä että äidiltä, ovat myös tulevien itsellisten äitien mielessä huolia. Aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa on saatu samanlaisia tuloksia (Jadva ym. 2008). Isättömyydestä keskustellaan lapsen kehityksen näkökulmasta ja sen kannalta, mitä muut ihmiset ajattelevat isättömyydestä.

” miespuolista läheistä ystävää minulla ei kyllä ole - serkut ja muut sukulaiset ovat kaikki pohjoisessa, ja koska asuin ulkomailla yli kahdeksan vuotta niin iso osa ystäviä jäi sinnekin.. ja kun sitä miehen mallia aina korostetaan niin tärkeäksi lapselle - varsinkin pojalle - niin sitä tässä pätkäilen vielä kovasti... Oma isäni, vaikkakin oli perheessämme mukana aina vanhempieni avioeroon saakka, ei ollut kummoinenkaan miehen malli ikinä, ja silti koen että minusta ja siskostani on tullut aivan salonkikelpoisia kansalaisia, mutta valitettavasti veljelleni ei käynyt yhtä onnekkaisesti, ja ehkä siksi tämä nimenomainen kysymys on juuri minulle niin vaikea "ratkaista". Funtsin että onko se minulta itsekkyyttä tehdä lapsi ns. itselleni, kun tiedän jo etukäteen ettei minulla ole hänelle tarjota sitä miehen mallia?”

Ympäristön paineiden ja poikkeavan toiminnan vuoksi osa naisista keskustelupalstalla miettivät, onko heidän eettisesti oikein tehdä lasta ilman, että lapsella on läsnä oleva isä. Ennen kuin naiset ovat valmiita menemään yksin hedelmöityshoitoihin, on tulevan lapsen isättömyysasia ratkaistava omassa mielessä. Naiset eivät keskustelupalstalla puhu miehistä lapsen elättäjänä, vaan he miettivät jääkö lapselta puuttumaan jotain tärkeää ilman isää. Psykoanalyttinen isyyskäsitelmä, jossa isä edustaa äitiin verrattuna eriaikaista ja erilaista vanhemmuutta, vaivaa osaa keskustelijoista. Isän katsotaan tarjoavan lapselle jotain sellaista, mitä nainen ei voi lapselle antaa: ”miehen mallia” lapsen elämään (ks. esim. Rantalaiho 2003, 218–220). Isän roolin korostuminen näkyy keskustelupalstalla ”miehen malli”-keskusteluna ja lapsen isättömyydestä puhumisena.

Keskustelupalstalla naiset kantavat huolta miehen mallista ja miettivät, oliko heillä oikeutta tehdä lasta yksin. Naiset jakoivat ajatuksen, että lapselle on hyväksi, jos hänellä on lähipiirissä läheinen miespuolinen henkilö. Miehen mallin ei kuitenkaan välttämättä katsota tarvittavan tulla ydinperheen isältä. ”*Mun esikoiselle vaari ja eno (mun isä ja veli) on ollu läheisemmät ja parhaat miehen mallit kuin isä.*” Yhden vanhemman katsotaan riittävän, kun lähellä on muita merkittäviä toisia, myös miespuoleisia.

Itselliset naiset miettivät, miten lapsen tulevaan isättömyyteen voisi varautua etukäteen. Keskustelupalstalla tulevan lapsen isättömyyteen yritetään varautua miettimällä muu lapsen elämään kuuluva sosiaalinen verkosto etukäteen. Ydinperheen isäpääoma hajotetaan osiksi ja mietitään mitä isä itse asiassa tarkoittaa ja tarjoaa lapselle ja naiselle.

”Minä olen vasta rakentamassa tukiverkkoa ja eilen eräs pariskunta siihen lupasi tulla. Tässä kun samalla pohtii vauvan varusteita ja ottaa selvää tähän liittyvistä eri asioista, niin huomaa myös millaista porukkaa tueksi tarvitsee. Tässä muutama huomioni:

- perheellinen pariskunta, jolla on pieni lapsi ja isompia lapsia.
- ystävä joka on lähellä ja päivittäin saatavilla.
- ensimmäistä vauvaa odottava luotettava tuttava.
- vanhemmat ja joku
- miespuolinen hyvä ystävä (voisi myös ehkä olla velikin), joka auttaa tarvittaessa silloin kun tarvitsisi "miestä" eli huonekalujen siirtoa yms.

Psykologi sanoi että kelle kertoo niin on ehdottomasti painotettava sitä ettei tietoa levitetä eteenpäin. Että keskustelu on luottamuksellista. Siksi tukihenkilöiden on oltava luotettavia. Itse yritän saada tuon porukan kasaan. Pahin puutteeni on se että ihan vieressä ei asu ketään tuttuja, mutta eiköhän tuokin ongelma ratkea jotenkin.”

Hyvän sosiaalisen verkoston ajatellaan tarjoavan lapselle samanlaiset edellytykset elämään kuin heteroydinperheen lapsellakin on. Useampi nainen kertoi kokeneensa, että läheiset ihmiset tukevat itsellisen naisen vauvantekohaavetta aivan eri tavalla kuin jos projektissa olisi mukana mies. Tämä voi kertoa siitä, että ydinperheen sisälle on ulkopuolisten, kuten isovanhempien ja ystävien, hankala tunkeutua tai sen ei ajatella olevan sopivaa. Läheiset uskaltavat osallistua ja tukea enemmän naisen ollessa yksin raskaana tai lapsen kanssa.

Keskustelussa puhutaan paljon huonosta miehen mallista, jota halutaan välttää tarjoamasta lapselle. Huono miehen malli nähdään lapsen kehityksen ja hyvinvoinnin

kannalta haitallisena ja tämä liittyy myös siihen, että ketä tahansa ei haluta kelpuuttaa lapsen läsnä olevaksi isäksi, vaikka tarjokkaita olisikin olemassa. Kokonaan puuttuva isä näyttäytyy paremmalta valinnalta kuin nopeasti valittu, kuka tahansa mies lapsen isänä. Ideaalitapauksessa ydinperheen isä olisi hyvää pääomaa lapsen kehitykselle ja hyvinvoinnille, mutta koska hyvää isää ja puolisoa ei ole nyt saatavilla, isättömyys käännetäänkin pääomaksi, huonon isän ollessa toinen vaihtoehto. Isä-keskustelu muuttui keskustelupalstalla riskidiskurssiksi. Läsnä oleva, hyvä isä olisi lapsen edun mukainen vaihtoehto ja hyvä miehen malli. Sen sijaan huono ydinperhe tai rikkoutunut ydinperhe nähtiin uhkana lapselle.

”Ja se onkin jännä juttu, että monesti unohtetaan avioliittojen kariutumisasasteen olevan nyt aika korkea. Ei se avioliitto ole mikään tae äiti-lapsi-isä -idyllistä, olen itse ollut läheltä todistamassa hyvinkin rumia eroja... Olet [nimimerkki] hyvin oikeassa siinä, että sinkkuäitiys myös voi suojella lapsia tällaiselta heitto- tai taistelupussin asemalta [erossa]”

Itselliset naiset kääntävät heihin kohdistuvan syytöksen päälaelleen. Julkisessa keskustelussa itsellisiä naisia on syytetty siitä, että he tekevät itsekkäästi lapsen, miettimättä sen seurauksia syntyvälle lapselle. Aineistossa naiset tuovat esille, että he tekevät lapsen yksin hedelmöityshoidoin siitä syystä, että he haluavat suojella lasta mahdollisilta huoltajuusriidoilta, huonolta kasvatustilanteelta ja hylkäyskokemukselta. Huono ydinperheen isä nähdään lapselle haitallisena miehen mallina, jolta äiti voi suojella lastaan. Jos hyvää puolisoa ja isää ei ole tarjolla, nähdään lapsen eduksi olla kokonaan ilman toista vanhempaa. Naiset kertovat omista lähipiireistään esimerkkejä huonoista parisuhteista ja isistä, jotka eivät ole täyttäneet miehen malliin liitettyjä positiivisia odotuksia. Näin alun perin negatiivisena pidetty isäpääoman puute käännetäänkin eduksi, positiiviseksi pääomaksi. Isättömyys voi suojella lasta huonolta isyydeltä.

”Kyllä me lasten kanssa ilman isääkin pärjätään. Yksi rakastava vanhempi riittää. Ja vaikka tässä tilanteessa mies olisikin messissä ei ole mitään takuita siitä, että hän on lapsen elämässä vielä kahdenkymmenenkin vuoden päästä. Puolet avioliitoista päättyy eroon ja yllättävän useilla isillä yhteys lapseen hiipuu eron jälkeen olemattomaksi, eikä jotkut isät pidä yhteyttä lapsiinsa ollenkaan. Ainakaan sellaista hylkäyskokemusta meidän lapsemme ei tule kokemaan.”

Lasta on toivottu ja odotettu kauan. Myös tämän ajatellaan myös toimivan pääomana tulevalle lapselle ja suojautumiskeinona isättömyyttä vastaan. Lapsen teon

suunnitelmallisuus ja harkinta ovat osoituksia vastuullisuudesta, jolla voidaan oikeuttaa lapsen tekeminen yksin. ”*Olen myös pohtinut juuri tuota kysymystä, miten vastata lapselle, missä isä on ja miksi isää ei ole. Avainsana on varmasti toivottu lapsi - se luo tervettä pohjaa itsetunnolle (lapsien maailma voi toisinaan olla niin raaka). Mutta toivottu on kyllä paljon parempi lähtökohta kuin ei-toivottu...*” Lasta ei tehdä yksin vahingossa, hetken mielijohteesta kevyin perustein. Riskien puntarointi ja harkinta leimaavat koko prosessia alusta alkaen. Toivotun lapsen vastakohtana näyttäytyvät ydinperheisiin tai perinteisiin yksinhuoltajaperheisiin syntyvät suunnittelemattomat lapset eli nk. ”vahinkolapset”. Itsellisten naisten lapsen hankinnan suunnitelmallisuus ja harkinta ilmenevät aineistossa tietoisena sosiaalisen verkoston kasvattamisena. Naiset miettivät etukäteen olemassa olevan sosiaalisen verkoston riittävyttä ja pohtivat miltä osin sitä pitäisi kasvattaa. Puuttuva, yhteiskunnassa arvostettu ”miehen malli”, isäpääoma, yritetään korvata kerryttämällä muuta sosiaalista pääomaa. Riittävää sosiaalista verkostoa mietitään oman jaksamisen, mutta myös tulevan lapsen edun kannalta.

## **6 Suomen hedelmöityshoitojen kenttä globaalissa toimintaympäristössä**

Kansalliselle hedelmöityshoitojen kentälle valtio voi asettaa rajoituksia laeilla. Toimijat voivat kuitenkin halutessaan siirtyä toisen valtion hedelmöityshoitojen kentälle, mikäli heidän pääomansa tähän riittävät. Tässä viimeisessä analyysiluvussa tarkastelen globaalin hedelmöityshoitojen kentän vaikutusta Suomen hedelmöityshoitojen kenttään ja itsellisiin naisiin. Analyysiluvun ensimmäisessä alaluvussa tarkastelen syitä, miksi osa itsellisistä naisista hakeutuu hedelmöityshoitoihin Suomen ulkopuolelle. Toisessa alaluvussa käsittelen hedelmöityshoitolaain (1237/2006) vaikutusta biologisen pääoman niukkuuteen Suomen hedelmöityshoitojen kentällä ja itsellisen naisen ja hoidoista syntyvän lapsen sukusolujen luovuttajaan liittyvää tiedonsaantioikeutta. Kolmas alaluku on jatkoa toiselle alaluvulle sen selvittäessä globaalin sukusolukaupan vaikutuksia itsellisten naisten mahdollisuuksiin toimia Suomen hedelmöityshoitojen kentällä ja myös globaalilla hedelmöityshoitojen kentällä.

## 6.1 Itsellisten naisten hedelmöityshoitoturismi

Osa keskustelupalstan itsellisistä naisista oli päättänyt hakeutua hedelmöityshoitoihin ulkomaille. Ilmiötä kutsutaan hedelmöityshoitoturismiksi, joka on osa laajempaa terveysturismin käsitettä (Pennings 2002; 2004). Globaali hedelmöityshoitojen kenttä muodostuu kansallisista hedelmöityshoitojen kentistä ja on kansallisten kenttien tavoin jatkuvassa muutoksen tilassa. Hedelmöityshoitoteknologia kehittyy ja eri maiden lainsäädännöt ja kulttuuri muuttuvat. Nämä vaikuttavat hedelmöityshoitoturismin laajuuteen ja suuntiin, eli mistä ja mihin maihin hoitoihin hakeudutaan.

Maailmanlaajuisesti arviolta 20 000–25 000 paria tai naista hakeutuu vuosittain koeputkihedelmöitykseen oman maansa ulkopuolelle (Lunt & Carrera 2010). Syitä hakea hedelmöityshoitoja ulkomailta on lukuisia. Löyhempien säädösten, edullisemman hintatason, lyhyempien jonotusaikojen ja paremman palvelun maat houkuttelevat toimijoita oman maan toimijoiden lisäksi myös ulkomailta (Inhorn & Patrizio 2012; Pennings 2004). Hedelmöityshoitoturismin yleisyydestä ulkomailta Suomeen ja Suomesta ulkomaille ei ole tällä hetkellä tietoa. Tiedetään kuitenkin, että 1990-luvulta lähtien Suomessa on käynyt itsellisiä naisia ja naispareja hoidoissa maista, joiden lainsäädäntö on kieltänyt hoidot näiltä ryhmiltä (Mustola 2001; Ólafsdóttir 2012, 35–36).

”Terveenä ihmisenä minulla ei ole mitään toivoa mistään Kelakorvauksista, joten tuo Tallinnan vaihtoehto on mielessäni ykkösenä. Varsinkin kun siellä on mahdollista käyttää ihan sitä samaa tanskalaista laatuspermaa kuin Suomessakin. Iso iso kiitos [keskustelijan nimimerkki] kun toit tuon vaihtoehdon täällä esille ja olet kertonut omista kokemuksistasi!”

Ulkomaista Viro nousi keskustelupalstalla ensimmäiseksi vaihtoehdoksi läheisen sijainnin ja edullisemman hintatason vuoksi. Virossa hoidoissa käymistä verrattiin toisessa kaupungissa Suomessa hoidoissa käymiseen. Osalla virolaisista hedelmöityshoitoklinikoista on internet-sivut suomen kielellä ja keskustelupalstalla eräs nainen kertoi myös voineensa asioida virolaisella klinikalla suomeksi. Kynnys lähteä hoitoihin Viroon ei aineistoni perusteella ollut korkea.



Keskustelupalstalla Viroon hoitoihin lähteminen toimi joillekin naisille seuraavana askeleena kun inseminaatiohoidot Suomessa eivät olleet tuottaneet tulosta ja seuraavaksi oli siirryttävä inseminaatiota huomattavasti kalliimpiin koeputkihoitoihin. Viron hedelmöityshoitojen kenttä voi antaa mahdollisuuden lapsen saamiseen, jos taloudellinen pääoma Suomessa ei riitä kalliimpien hoitomuotojen ostamiseen. Osa naisista aloitti hoidot suoraan Viron hedelmöityshoitojen kentällä, sillä siellä laskettiin saatavan samalla taloudellisella pääomalla useampi hoitokerta kuin Suomen kentällä. Useamman yrityskerran ajateltiin lisäävän todennäköisyyttä onnistua hoidoissa.

Kustannussäästöt eivät olleet ainoa syy, minkä vuoksi osa itsellisistä naisista kertoi hakeutuneensa hoitoihin ulkomaille. Keskustelupalstalla tuotiin esille Viron Suomea lyhyemmät hoitojonot ja sukusolujen parempi saatavuus. Hoitoihin pääsi Suomea nopeammin, eikä naisen tarvinnut jännittää onko siittiöitä ovulaation aikaan saatavilla. ”*Edelleen pienenä vinkkinä, että käyttämälläni Virolaisella klinikalla ei tuntunut edelleenkään olevan mitään pulaa simpoista [siittiöistä] ja hinnat ovat edelleen vain puolet meikäläisistä... nm: rojut rännissä*”.

Eräs Virossa hoidoissa käynyt keskustelija kertoi Viron Suomea suvaitsevamman oloisen asenneilmapiirin merkittävimmäksi syyksi käydä hoidoissa ulkomailta. ”*Kun yritin päästä hoitoihin Suomessa, lääkäri totesi minun olevan liian nuori siihen, että minulle tarjottaisiin tällainen helppo (?) vaihtoehto hankkia lapsi. Ja lääkäri jatkoi (ihan oikeasti!), että mene baariin ja poka mies.*” Keskustelija kehotti muitakin hakeutumaan hoitoihin ulkomaille, mikäli Suomessa palvelu olisi epäasiallista. Mustolan (2001) artikkelin mukaan 1980- ja 1990-luvun alussa itsellisten naisten avustamiseen suostuvaisen lääkärin löytäminen Suomesta oli työn takana. Ilmeisesti asenteet kaikkien lääkäreiden osalta eivät ole vieläkään muuttuneet. Keskustelijan kokemukset Suomessa hoitoon hakeutumisessa olivat kuitenkin poikkeukselliset, eivätkä muut keskustelijat tuoneet esille vastaavan kaltaista yhtä epäasiallista kohtelua.

Naiset keskustelivat myös muista ulkomaista Viron lisäksi, mutta kukaan ei tuonut esille käyneensä näissä maissa hoidoissa. Yksi keskustelija mietti Intiaan hoitoihin menemistä vaihtoehtona, mikäli hänen omat munasolunsa eivät pian hedelmöittyisi.

Nainen oli jo pitkään käynyt Suomessa hoidoissa ilman toivottua tulosta ja vaikutti siltä, että apu lapsettomuuteen löytyisi ainoastaan luovutetuista munasoluista. Suomessa jonot luovutettujen munasolujen ostamiseksi ovat pitkät. Itsellisen naisen on myös heteroparin naista vaikeampi saada luovutettuja munasoluja. Luovutettujen munasolujen kysyntä on huomattavasti tarjontaa suurempi, ja lahjoittaja voi rajata sukusolujensa käytön ainoastaan heteropariskuntien hoitoihin (Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006).

Biologinen pääoma, joka voi tarkoittaa toimivaa kohtua, siittiösoluja, munasoluja tai alkioita, on niukka resurssi hedelmöityshoitojen kentällä. Tämän vuoksi biologinen pääoma on myös taloudelliselta pääomaltaan arvokasta. Kuten muidenkin pääomien arvot myös biologisen pääoman arvo vaihtelee maailmanlaajuisilla markkinoilla. Toimija voi yrittää löytää kentän, jossa oma taloudellinen pääoma riittää puuttuvan biologisen pääoman vaihtamiseen.

”Tai jos ei täppää niin viimeinen vaihtoehto on että menen pariksi kierroksi Intiaan ja selvitän sieltä luovutusmunasolulla ja kenties länsimaalaisella spermalla hedelmöitetty solut itselleni sisään. Ei voi siiten itseä syyttää etteikö olisi yrittänyt kaikkensa.”

Eräs keskustelija toi esille vaihtoehdon lähteä hoitoihin Yhdysvaltoihin. Motiiviksi hän kertoi sukusolun luovuttajasta saatavat tarkemmat tiedot. Yhdysvallat ja Intia ovat esimerkkejä maista, joiden hedelmöityshoitojen kentät poikkeavat merkittävästi Suomen kentästä. Näissä maissa kenttää säätelevä lainsäädäntö on selvästi löyhempi ja toimijoilla on siten Suomen kenttää enemmän valinnanmahdollisuuksia.

Ulkomailla hoidoissa käyvien naisten kertomukset rohkaisivat muitakin keskustelijoita harkitsemaan vaihtoehtoja Suomen kentän ulkopuolelta. Eräs keskustelija kirjoitti ”*Viron kokemuksista on kiva lukea. On jotenkin rauhoittava tietää, että jos kaikki ei menekään nyt putkeen niin sellainenkin mahdollisuus on.*” Rajat leviävät todennäköisesti sen osalta mistä hoitoja ollaan valmiita hakemaan. ”*Minua myös alkuun hirvitti ajatus lähteä Viroon, mutta nyt olen taipunut ajattelemaan, että kai sielläkin on ihan laadukkaita osajia.*” Kaikki mahdollinen on yritettävä, jotta myöhemmin ei tarvitse katua kokeilemattomia hoitoja ja keinoja (ks. myös Franklin 1997).

Keskustelupalstalla yksittäisten toimijoiden esiin nostamat Intia ja Yhdysvallat herättävät muissa keskustelijoissa vielä ihmetystä – toisin kuin Viro, jossa useampi

keskustelija oli käynyt hoidoissa. Näköpiirissä onkin, että toimijat alkavat enenevässä määrin hyödyntää ulkomaiden tarjoamia mahdollisuuksia, kun tieto eri maiden laajemmista mahdollisuuksista kasvaa.

Keskustelupalstalla etsitään aktiivisesti erilaisia vaihtoehtoja ja toimintamahdollisuuksia tahattoman lapsettomuuden ratkaisemiseksi. Erilaisia mahdollisuuksia puntaroidessaan naiset miettivät, mikä olisi kokonaisuutena paras ratkaisu. Keskustelupalstalla mietitään aktiivisesti toisten keskustelijoiden kanssa, mitä vaihtoehtoja on käytettävissä, missä hedelmöityshoitojen kuluissa voi ja kannattaa säästää ja onko esimerkiksi parempi ostaa kotimaisia vai ulkomaisia siittiösoluja. Hedelmöityshoitojen kentällä toimiminen vaatii jatkuvasti monenlaisten valintojen tekemistä, joita globaali hedelmöityshoitojen kenttä entisestään lisää. Osa valinnoista voi pitää kuluttajan tai asiakkaan mahdollisuutena vaikuttaa omaan hoitoonsa, mutta osa valinnoista on myös valinnan pakkoa. Valinnan pakkoon palataan tämän analyysiluvun viimeisessä alaluvussa, jossa käsitellään globaalia sulusolukauppaa.

## **6.2 Hedelmöityshoitolaki Suomen kentän muokkaajana**

Itselliset naiset ja naisparit säilyttivät hedelmöityshoitolain (1237/2006) säätämisen jälkeenkin oikeuden hoitoihin, tosin muutamien eroin suhteessa heteropareihin.

Heteroparien kohdalla hoitoja saavan naisen puolisoista tulee aina automaattisesti lapsen juridinen isä, vaikka lapsi ei olisi saanut alkua puolison sulusoluista. Sulusolujen luovuttajasta ei tule koskaan heteroparin kohdalla juridista vanhempaa. Naisparin hakeutuessa hoitoihin ainoastaan toinen vanhempi, lapsen synnyttäjä, on hedelmöityshoitojen tuloksena syntyneen lapsen juridinen vanhempi. Toisen vanhemman pitää aina adoptoida lapsi. Muiden kuin heteroparien tapauksessa sulusoluja luovuttanut mies voidaan nimetä hedelmöityshoitojen tuloksena syntyneen lapsen juridiseksi isäksi, mikäli luovuttaja ja hedelmöityshoitoja saanut nainen antavat siihen suostumuksensa. (Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006.)

Hedelmöityshoitolaki mahdollistaa sellaisten lasten syntymisen, joilla on vain yksi juridinen vanhempi, äiti. Kuitenkin voidaan ajatella, että mahdollisuus nimetä

sukusolujen luovuttaja lapsen juridiseksi isäksi on keino normalisoida toiminta heteroseksuaalisen matriisin mukaiseksi ja näin muuntaa epänormaalina pidetystä perhemuodosta enemmän ydinperheen kaltainen. Itsellisten naisten ja naisparien kohdalla oikeudellisen vanhemmuuden kriteerinä on säilynyt pyrkimys nimetä lapselle kaksi vanhempaa, jotka ovat eri sukupuolta. Sen sijaan heteroparin kohdalla biologista kytköstä tärkeämpänä pidetään ydinperheen näköistä perhettä, jossa lasta hoivaavat molemmat vanhemmat ovat geneettisestä siteestään riippumatta automaattisesti lapsen juridisia vanhempia. (Hirvonen 2007.)

Vielä 1990-luvulla Suomessa nainen tai pariskunta saattoi valita anonyymien tai rekisteröidyn luovuttajan. Vuosituhannen vaihteessa hedelmöityshoitolaisten valmistelun aikoihin luovuttajan oikeusturva oli epäselvä ja ainakin osa hedelmöityshoitoklinikoista päätti tällöin pitää kaikki sukusolujen luovuttajat anonyymeinä. (Mustola 2001.) Hedelmöityshoitolaisten (1237/2006) voimaantulon jälkeen vuonna 2007 hedelmöityshoidoissa ei enää ollut mahdollista käyttää anonyymeja sukusoluja, vaan kaikkien sukusolujen luovuttaneiden tiedot on siitä lähtien rekisteröity luovuttajarekisteriin. Luovuttajan henkilöllisyys on viranomaisten tiedossa siltä varalta, että hoitojen tuloksena syntynyt lapsi haluaa aikuisena selvittää geneettiset juurensa. (Valvira 2008.)

Lainmuutos odotetusti heikensi sukusolujen saatavuutta. Aikaisemmin lähes kaikki luovuttajat olivat anonyymeja, mutta lakimuutos pakotti kentän tilanteen päinvastaiseksi. Vaikka sukusolujen luovuttajalla ei ole juridisia velvoitteita sukusoluillaan aikaan saatuun lapseen, karkotti lapsen tiedonsaantioikeus osan luovuttajista pois. Lain vaikutuksesta sukusolujen luovutusten lukumäärä on laskenut tasaisesti. Vuoden 2011 aikana yksityisillä hedelmöityshoitoklinikoilla sukusoluja luovutti 287 naista ja 47 miestä. (Valvira 2012.) Lain voimaantulo heikensi viestien kirjoitushetkellä vuonna 2008 itsellisten naisten asemaa hedelmöityshoitoklinikoilla, sillä itselliset naiset tarvitsevat hedelmöityshoidoissa aina luovutettuja sukusoluja. Biologisesta sukusolupääomasta oli kentällä niukkuutta ja tästä seurasi itsellisille naisille pitkät jonotusajat hoitoihin. Itsellisten naisten hoitoon pääsyä olikin viestien

kirjoittamisen aikaan rajoitettu monilla hedelmöityshoitoklinikoilla. Monet keskustelijat kertoivat saaneensa ensiajan klinikalle vasta kuukausien päähän.

Sukusolujen niukkuus hedelmöityshoitojen kentällä aiheutti suurimman yksittäisen huolenaiheen aineistoni naisille, jotka olivat päättäneet siirtyä harkintavaiheesta toimintaan. Nekään naiset, joiden hoidot oli jo aloitettu, eivät aina voineet olla varmoja siitä, että siittiöitä oli juuri silloin saatavilla kun niitä tarvitsi. *”Tänään ovisplussa, mutta ei simppoja... tuli itku, vaikka olinkin ”täysin” varautunut...”* Naisen ovulaatio tapahtuu korkeintaan kerran kuukaudessa. Mikäli ovulaation aikaan hedelmöityshoitoklinikalla ei ole siittiöitä käytettävissä, menee naiselta raskaaksi tulemisen kannalta yksi kuukautiskierto hukkaan. Sama voi toistua taas seuraavana kuukautena.

Pääomat lapsen hankkimiseksi hedelmöityshoidoin olivat näillä naisilla muuten kasassa, mutta kentälle astuttaessa taloudellisen pääoman vaihtaminen biologiseen sukusolupääomaan ei sujunutkaan niin kuin oli etukäteen suunniteltu. Kuten ensimmäisessä analyysiluvussa selvitin, ajan kulumisen ja hoitoihin pääsyn venyminen ovat monille vanhemmille itsellisille naisille ongelma. Hedelmällistä ikää ei enää välttämättä ole kauaa jäljellä, jos ollenkaan. Hedelmöityshoitojen ollessa jo muutenkin henkisesti ja fyysisesti raskaita ja lopputuloksen epävarma, siittiöpulaan ja siitä seuranneisiin pidentyneisiin hoitojonoihin ja sukusolujen epävarmaan saatavuuteen ei suhtauduttu keskustelupalstalla suopeasti.

Anonyymien sukusolujen käyttämisestä haluttiin luopua vedoten lapsen tiedonsaantioikeuteen. Hedelmöityshoitolain muotoilu lapsen tiedonsaantioikeudesta jää todellisuudessa vain moraaliseksi ohjenuoraksi. Lain henki on, että lapsen olisi hyvä tietää saaneensa alkunsa hedelmöityshoitojen avulla ja hänellä tulisi aikuisena olla oikeus selvittää biologiset juurensa. Tämä ei kuitenkaan aina toteudu. Millään toimenpiteillä ei ole varmistettu, että hedelmöityshoitojen avulla syntynyt lapsi saa aikuisena tietää olevansa syntynyt hedelmöityshoitojen tuloksena. Näin ollen hän ei välttämättä osaa lähteä etsimään ”juuriaan”, vaikka hoidoissa käytetyt luovutetut

sukusolut ovatkin nykyisin tunnisteellisia. Hoitojen tuloksena syntyneellä ei näin ollen ole aina todellista mahdollisuutta selvittää toista puolta perimästään.

”Itse ajattelen asian lapsen identiteetin- ja persoonallisuudenkehityksen kannalta niin päin, että lapselle pitää antaa vahva pohja olla ylpeä siitä mitä on. Se ei kyllä onnistu, jos toisella kädellä antaa ymmärtää, että lapsen alkuperässä on jotain noloa tai salattavaa. Itse aion pyrkiä siihen, että minun tenavani tekee hiekkalaatikolla muut piltit kateellisiksi siitä, ettei niitä ole hankittu äidin erikoistilauksesta hienon klinikan taitavalta lääkäriltä...”

Kansainvälisten ja kotimaisten tutkimusten mukaan läheskään kaikki hedelmöityshoitojen avulla lapsen saaneet eivät aio kertoa lapselle tämän alkuperästä tai eivät ainakaan ole varmoja siitä aikovatko kertoa (Miettinen 2011, 42–44; van Berkel ym. 1999; Gottlieb ym. 2000). Ruotsissa laki on jo vuodesta 1985 lähtien antanut hoitojen tuloksena syntyneelle lapselle oikeuden tietää sukusolujen luovuttajasta tietoja, mutta Gottlieb ym. (2000) tutkimuksen mukaan ainoastaan puolet vanhemmista oli kertonut tai aikoi myöhemmin kertoa lapselle tämän saaneensa alkunsa luovutetusta sukusolusta. Aineistoni mukaan itselliset naiset aikoivat kertoa hoitojen tuloksena syntyneelle lapselle tämän alkuperästä. Itsellisten naisten kohdalla tämä saattaa liittyä ylpeyteen lapsen alkuperästä. Lapsen alkuperästä kertominen lapsen lisäksi myös muille voi toimia myös erontekona perinteisiin yksinhuoltajiin. ”*Taidan kertoa avoimesti alkuperän, ettei tarvitse pohtia millaista rietasta elämää citysinkku elää.*” Yksinhuoltajuuteen liittyy stereotyyppioita, joista halutaan tehdä erontekoa. Kertomalla avoimesti hedelmöityshoidoissa käymisestä tuodaan samalla myös esille, että lapsen yksin tekeminen on ollut harkittu ratkaisu ja lapsi toivottu.

Sukusolujen luovuttajaa koskevien tietojen antamista hoidoissa käyville naisille ja pariskunnille on rajattu tarkasti hedelmöityshoitolaissa (1237/2006).

Hedelmöityshoitolaissa mukaan luovuttajasta *saadaan kerätä ja tallentaa tietoja, jotka kuvaavat luovuttajan ihon, silmien ja hiusten väriä, pituutta ja etnistä alkuperää.* (Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006). Muita tietoja ei saa kerätä tai kertoa hoitoja saavalle henkilölle. Lääkäri valitsee hoitoja saavan puolesta luovuttajan, jonka sukusoluja hoidoissa käytetään. Pariskuntien hoidoissa lääkäri pyrkii valitsemaan sukusolut, joiden luovuttajan piirteet vastaavat sosiaalisen vanhemman ulkonäköä. Itselliset naiset voivat itse määritellä luovuttajaa koskevat perustiedot ja näiden toiveiden pohjalta lääkäri

valitsee sopivan luovuttajan. Mitä tarkempia kriteerejä hoitoihin hakeutuva määrittelee luovuttajan ominaisuuksille, esimerkiksi pituudelle, sitä pidemmän aikaa sopivan luovuttajan löytymistä voi joutua odottamaan. Aineistoni naiset eivät kertomansa mukaan olleet kovin tarkkoja luovuttajan kriteerien suhteen. Tähän vaikutti varmasti sukusolujen niukkuus kentällä. Keskustelupalstalla ilmeni myös, että aina naiset eivät saaneet tietää etukäteen luovuttajasta mitään perustietoja.

“luovuttajasta mä sain eka kerralla valita kahdesta luovuttajasta, ja ennen hoitoja määritellä joitakin toiveita, toisella kerralla kun ne teki inssin, luulin et samalla luovuttajalla kun eivät sanoneet mitään, mutta olikin ihan eri luovuttaja, no siitä kävi tärppi joten ei auttanut enää perään sanoa että häh.. mutta vaikka olisin tiennytkin tämä olisi ollut ihan ok. mä en hirmu tiukkoja rajoja asettanut, ja muutenkin sitä kun ei tiedä mikä periytyy isältä tai sen vanhemmilta mikä mun puolelta...”

Suomen hedelmöityshoitojen kentällä sukusolujen luovuttaja on hoitoja saavalle naiselle aina anonymi. Samaan aikaan viranomaiselle luovuttaja on kuitenkin tunnistellinen. Hoitojen tuloksena syntyneelle lapselle luovuttaja on kumpaakin. Luovuttaja on lapselle vähintään 18 vuoden ajan anonymi ja vanhemman tai vanhempiensa tahdosta riippuen myöhemmin tunnistellinen. Mikäli lapsi saa tietää alkuperästään, on hänen omasta tahdosta kiinni, selvittääkö hän täysi-ikäisenä luovuttajan henkilöllisyyden.

Luovuttaja luovuttaa sukusoluja tunnistellisena ja tietää, että henkilöllisyys voi paljastua hoitojen tuloksena syntyneelle lapselle ja tätä kautta lapsen juridiselle vanhemmalle tai vanhemmille lapsen täytettyä 18 vuotta. Luovuttaja ei kuitenkaan voi ottaa sukusoluistaan syntyneisiin lapsiin yhteyttä vaan mahdollinen yhteydenotto tapahtuu aina hoitojen tuloksena syntyneeltä. Tiedonsaantioikeus on siis tällä hetkellä Suomen hedelmöityshoitojen kentällä hyvin rajallinen hoitoja saavalle naiselle ja sukusolujen luovuttajalle. Nykyisen lainsäädännön mukaan hedelmöityshoitojen tuloksena syntyvällä lapsella on ainakin periaatteessa aikuisena oikeus saada tietää biologinen perimänsä. Muilla hoitoihin osallistuvilla toimijoilla, eli hoidoissa käyvillä naisilla, pariskunnilla tai luovuttajalla ei ole samanlaista oikeutta saada tietoonsa lapsen koko perimää. Seuraava alaluku selvittää minkälaisia ratkaisuja globaali hedelmöityshoitojen kenttä tarjoaa tässä alaluvussa esille tuotuihin esteisiin.

### 6.3 Globaali sukusolukauppa

Hedelmöityshoitolaisten ja osittain siitä seuranneen siittiöpulan voidaan katsoa johtaneen uudenlaisiin kaupallisuuden muotoihin globaalilla hedelmöityshoitokentällä. Hedelmöityshoitoturismista ja globaaleista markkinoista kertovat kansainvälisesti toimivien spermapankkien uudet toimintatavat. Itsellisten naisten ja naisparien tuleminen kansainvälisesti yhä suurempaan toimijaryhmään hedelmöityshoitokentälle on luonut uudenlaista kysyntää. Aikaisemmin on ajateltu, että hedelmöityshoidoissa käyvät eivät halua tietää sukusolujen luovuttajasta tarkkoja tietoja. On ajateltu, että mitä vähemmän sosiaaliset vanhemmat ovat luovuttajasta tietäneet, sitä helpompi heidän on ollut pitää itseään hoitojen tuloksena syntyneen lapsen vanhempina. Sukusolujen luovuttajasta tarkempien tietojen keräämistä ja antamista hoitoa saavalle ei ole näin ollen pidetty tärkeänä, vaan pikemminkin haitallisena. (Cryos 2012.)

Itsellisillä naisilla ei ole samanlaista tarvetta salata lapsen alkuperää kuin heteropariskunnilla. Lapsen alkuperästä ollaan ylpeitä. Tanskalaisen Cryos-spermapankin mukaan itselliset naiset haluavat toisinaan tietää luovuttajasta muutakin kuin fysiologiset perustiedot. Tämän vuoksi kansainväliset spermapankit loivat uusia palveluja vastaamaan paremmin itsellisten naisten ja naisparien tarpeita. Osa eurooppalaisista spermapankeista on ottanut käyttöön ”Amerikan malliksi” kutsutun palvelun, jossa sukusolujen ostajalle kerrotaan luovuttajasta erittäin yksityiskohtaisia tietoja. Sukusolujen ostaja saa nähdä luovuttajan vauvakuvia, kuulla äänen ääninauhalta ja nähdä käsin kirjoitetun viestin, jossa luovuttaja kertoo itsestään ja motiiveistaan luovuttaa sukusoluja. Luovuttajasta on selvitetty ostajaa varten yksityiskohtaisia tietoja luovuttajan makumieltymyksistä ja elintavoista. Luovuttajat ovat vastanneet lukuisiin kysymyksiin, joissa selvitetään muun muassa luonteenpiirteitä, koulutus- ja työhistoriaa, ulkonäköä, kielitaitoa, harrastuksia ja sukupuuta. (Ks. liite 2.) Sukusolujen ostaja maksaa hieman enemmän, jos hän haluaa saada vauvakuvat ja ääninauhat itselleen, mutta hinnassa ei ole suurta eroa muihin tunnettujen luovuttajien sukusoluihin verrattuna.



Spermapankit myyvät edelleen myös kokonaan anonyymejä sukusoluja ja sellaisia sukusoluja, joiden luovuttajista on kerätty ainoastaan fysiologiset perustiedot. Nämä ovat hieman halvempia kuin ”Amerikan mallin” luovuttajien sukusolut. (Cryos 2012.) Hoitoihin hakeutuvalla naisella on kuitenkin aikaisempaan verrattuna nyt paljon enemmän vaihtoehtoja käytettävissään. Aineistoni naisille tärkeintä oli tulla äidiksi. Naiset toivat keskustelupalstalla esille kiitollisuutensa, jos siittiöitä ylipäänsä oli saatavilla hoitojen oikeaan aikaan. Silti toisinaan keskustelussa nousi esille myös lapsen perimää koskevaa pohdintaa, joka yhdistyi luovuttajasta saatuihin vähäisiin tietoihin. Osa itsellisistä naisista olisi halunnut saada luovuttajasta enemmän tietoja, jos se olisi ollut mahdollista.

”Onko kukaan muu saanut päänsärkyä näistä luovuttajaa koskevista asioista? Jotenkin sen jälkeen kun oli saanut käteeni listan, jossa oli toistakymmentä ihmistä, mutta joista ehkä kaksi olisi minulle sopivia, iski paniikki. Yhtäkkiä aloin ajatella, että puolet lapsen perimästä on jonkun minulle täysin tuntemattoman ihmisen perimää, enkä minä tiedä siitä mitään..”

Tarkempien tietojen saaminen luovuttajasta jakoi mielipiteitä keskustelupalstalla. Osa naisista oli tyytyväinen Suomen nykyiseen tilanteeseen, jossa luovuttajasta saa tietää vain fysiologiset perustiedot. Osa sen sijaan toi esille halunsa tietää tulevan lapsensa perimästä toinenkin puoli. Nämä naiset toivat varovasti esille toiveita luovuttajan luonteenpiirteistä tai ulkonäöstä. Toiveisiin ei kuitenkaan jämähdetty, koska naisilla ei ollut Suomen hedelmöityshoitojen kentällä todellista valinnanvapautta päättää luovuttajan piirteistä tai ominaisuuksista. Toiset keskustelijat tukivat niitä keskustelijoita, jotka miettivät haluavatko he tehdä lapsen tuntemattoman miehen sukusoluista korostamalla geenien sijaan kasvatuksen roolia. He toivat toistamiseen esille, että vanhemmille on aina yllätys miltä lapsi tulee näyttämään tai mitä lahjakkuuksia hänellä on. Myös niille, jotka tietävät lapsen molemmat vanhemmat.

”Geeneistä sitten... jos olisi puoliso, niin eihän siitäkään tiedä mitä geenit tuo tullessaan, esim. perinnölliset sairaudet saattaa tulla ilmi vasta lapsen saamisen myötä. Mutta tietysti ihminen olisi tuttu, ja mm. luonne, lahjakkuudet ja ulkonäkö olisivat tiedossa. Ja myös puolet ”juurista”, eli mm. isän puolen suku. Jos näin ei ole, varmasti lapselle herää kysymys siitä, millaiselta ihmiseltä hän on puolet perimästään saanut. Mitähän yritän sanoa...”

Verrattaessa koti-inseminaatioon ja hedelmöityshoitoihin liittyvää keskustelua keskenään sukusolun luovuttajan ominaisuuksista puhuttiin keskustelupalstalla aivan eri

sävyyn. Naisten puhuessa koti-inseminaatiovaihtoehdosta tuotiin esille luovuttajan hyvät ominaisuudet, jotka eivät suinkaan aina palautuneet geneihin, kuten seuraavasta sitaatista käy ilmi: ”Lisäksi tämä kyseinen mies tuntuu parhaalta mahdolliselta luovuttajavaihtoehdolta. Hän on nuori (24 v.), komea, fiksu, kansainvälinen, urheilullinen jne... joten hyvät geenit olisi tiedossa.” Koti-inseminaatiosta puhuttaessa oli itsestään selvää, että sukusolujen luovuttaja valitaan ominaisuuksien ja luotettavuuden perusteella. ”Tuollainen tutun kanssa lapsen ”tekeminen”, liveinä tai muumimukilla, on tietysti myös yksi mahdollisuus, ja kyllä kävin mielessäni läpi tuntemani miehet siltä kannalta kenen genejä voisin ajatella kantavani.” Koti-inseminaatiossa luovuttajan genejä ja ominaisuuksia mietitään, koska niistä päättäminen on naisille mahdollista. Puhuttaessa teknologiasavusteisesta lisääntymisestä, luovuttajan ominaisuuksista voidaan puhua vain ”olisi kiva tietää”-tasolla.

”Mulle riittää periaatteessa hiusten (vaaleat) ja silmien (siniset) väri, pituus ja paino (BMI normaali). Mut jos jotain muuta saisin toivoa, toivoisin, että luovuttajalta löytyis kielellistä lahjakkuutta ja ehkä myös musikaalisuutta. Sit ois meinaan ees jossain määrin samanlaiset geenit molemmilta vanhemmilta, heh.” [kursivointi SN]

Keskustelija toteaa, että hänelle periaatteessa riittävät ne tiedot, jotka hedelmöityshoitolaki (1237/2006) sallii. Mutta mikäli olisi mahdollista, keskustelija toivottaisi hiukan enemmän tietoja. Valitessaan koti-inseminaation ja hedelmöityshoitojen väliltä naiset joutuvatkin puntaroimaan monien muiden asioiden lisäksi sitä, riittääkö heille luovuttajasta saadut vähäiset tiedot etenkin nykytilanteessa, kun lapsi voi aikuisena selvittää luovuttajan henkilöllisyyden. Suomen hedelmöityshoitojen kentällä lapsi on tehtävä joko näillä vallitsevilla ehdoilla tai jätettävä kokonaan tekemättä. Samalla tavalla kun itselliset naiset ovat hyväksyneet sen, että lapsen tekeminen parisuhteessa ei nyt ole mahdollista he joutuvat hyväksymään myös sen, että luovuttajasta ei saa tietää kuin fysiologiset perustiedot.

”No, mä olisin yrittänyt tätä jo vuosia aikaisemmin, jos en olisi pähkäillyt nimenomaan noita isyysjuttuja. Enimmäkseen kai sitä, onko mulla oikeus riittää lapselta mahdollisuus isään, edes mielikuvissaan? Siis että vaikka isä olisikin vaikka myöhemmin poissa tai alunperinkin yhden illan juttu, lapselle voisi kertoa että isäsi näyttää siltä tai oli sellainen ja sellainen.”

Osa keskustelijoista haluaisi tietää luovuttajasta enemmän myös sellaisiakin tietoja, joita ei voi palauttaa yksin geneistä johtuviksi. Näistä piirteistä ja ominaisuuksista

haluttaisiin tietää osittain siitä syystä, että lapselle voitaisiin luoda tarinaa hänen alkuperästänsä. Lapselle voitaisiin kertoa enemmän tietoja ”*kiltin luovuttajasedän*” harrastuksista ja mielenkiinnonkohteista. Luovuttajan tietojen perusteella voitaisiin selittää lapsen lahjakkuuksia ja luoda juuria lapsen elämään vaikka luovuttaja, ”*lahjaisä*”, ei konkreettisesti lapsen elämään osallistukaan. Tanskalaisen Cryos-spermapankin luovuttajaprofiileissa luovuttajat saavat halutessaan kertoa varsin vapaasti itsestään. Esimerkiksi Cryos-spermapankin keräämät tiedot siitä, ajaako aikuinen mies polkupyörällä tai mikä hänen suosikkiautomerkinsä on, eivät palaudu millään lailla perimään. Näiden ja lukuisten muiden tietojen pohjalta nainen voi kuitenkin valita hoidoissa käytettäväksi sukusoluja mieheltä, joka paperilla eniten miellyttää häntä. Hoitoja saava voi valita sellaisen luovuttajan, jonka kanssa elämäntavat tai muut mieltymykset kohtaavat.

”Ehkä joku nyt pitää mua pinnallisena tän kommentin takia, mutta tietysti toivoisin mieluiten sen näköistä/luonteista miestä joka ”luonnossakin” saattas mua todennäkösemmin viehättää...”

Tanskan käytäntö poikkeaa merkittävästi Suomen hedelmöityshoitojen kentän nykyisestä tilanteesta, jossa hoitoihin hakeutuva nainen valitsee esimerkiksi kahdesta lääkärin esivalitsemasta luovuttajasta. Kaikissa Euroopan maissa kuten Suomessa, tällaisia yksityiskohtaisia tietoja luovuttajasta ei saa hoitoja saavalle kertoa. Kansainväliset spermapankit houkuttelevatkin asiakkaita hedelmöityshoitoturismiin. Cryosin-spermapankin (2012) internetsivuilla kehoitetaan hakeutumaan hedelmöityshoitoihin johonkin toiseen maahan, mikäli omassa kotimaassa hoitojen antaminen itsellisille naisille on kiellettyä tai mikäli maassa ei saa antaa luovuttajasta yksityiskohtaisia tietoja.

Suomalaiset itselliset naiset käyvät jo hoidoissa Virossa. On odotettavissa, että hedelmöityshoitoturismi yleistyy laajemmalle alueelle esimerkiksi Tanskaan, kun sen kentällä on jotain sellaista, mikä on Suomen hedelmöityshoitojen kentällä kiellettyä. Kynnys lähteä Euroopan sisällä toiseen maahan hedelmöityshoitoihin, ei välttämättä ole kovin korkea. Euroopan sisällä eri maiden hedelmöityshoitolainsäädännöissä on merkittäviä eroja ja tämän vuoksi toimijoilla onkin periaatteessa kaikki nykyiset

lääketieteen avusteiset lisääntymismenetelmät käytettävissä lähietäisyydellä. (Ólafsdóttir 2012).

## 7 Johtopäätökset

Perhe on elämänalue, jossa vanhoja sääntöjä haastetaan jatkuvasti. Uudet tavat ja muuttuneet olosuhteet kilpailevat perinteiden ja vanhojen sääntöjen kanssa elintilasta aiheuttaen ristiriitoja. (Ketokivi 2005, 102.) Ydinperheihanteeseen kuuluvista elementeistä, eli vanhempien heteroseksuaalisesta parisuhteesta ja avioliitosta, biologisesta vanhemmuudesta sekä äitiyteen ja isyyteen kohdistuvista erilaisista odotuksista neuvotellaan yhteiskunnassamme jatkuvasti (Nätkin 2003, 17, 32). Itselliset naiset osallistuvat tähän neuvotteluun kirjoittamalla keskustelupalstalle ja menemällä yksin hedelmöityshoitoihin. Tämä tutkimus selvitti Pierre Bourdieun (1984) kenttäteorian avulla itsellisten naisten asemaa Suomen hedelmöityshoitojen kentällä. Tutkimus toi esille tekijöitä, jotka vaikuttavat siihen, että itselliset naiset yrittävät päästä lapsiperhekentälle yksin hedelmöityshoitaja apuna käyttäen. Tutkimuksessa osoitettiin mitkä pääomat ovat kentällä arvokkaita ja välttämättömiä, jotta hedelmöityshoitojen kentälle voi päästä sisälle.

Ydinperhettä puolustettaessa vedotaan yleensä sen ”luonnollisuuteen”. Ydinperhettä pidetään silloin biologisena, eikä historiallisesti muotoutuneena sosiaalisena normina. Käsitys ydinperheen perustavuudesta ja ensisijaisuudesta jäsentää ajatteluamme myös hedelmöityshoitaja koskevassa keskustelussa. Kun ydinperheestä on tullut normaaliuden ehto, muut perhemuodot näyttäytyvät riittämättöminä ja ongelmallisina. (Yesilova 2009, 205–207.) Parisuhde tai sen puuttuminen asettaa naiset keskenään eriarvoiseen asemaan myös hedelmöityshoitojen kentällä. Heteropareillakaan ydinperheen biologisten suhteiden vaatimus ei aina täyty ja kaikilla siviilisäädystä riippumatta yhdyntä ja lisääntyminen on erotettu toisistaan hedelmöityshoitojen kentällä. Hedelmöityshoidot eivät ole joillekin toimijaryhmille ”luonnollisempi” tapa hankkia lasta kuin jollekin toiselle. Tällä hetkellä kuitenkin heteroydinperheen näköinen perhe tarjoaa toimijalle paremman aseman hedelmöityshoitojen kentällä.

Lapsen hankkiminen tietoisesti yksin hedelmöityshoidoin on aina harkittu ratkaisu ja valinta. Tutkimukseni mukaan syyt, jotka ovat johtaneet siihen, että perheen perustamishaaveen kanssa eletään nyt yksin, eivät kuitenkaan yleensä ole tietoisia ideologisia valintoja. Kuten aiemmissa yksineläviä koskevissa tutkimuksissa on tuotu esille, yksin eläminen on seurausta lukuisista aikaisemmista ratkaisuista enemmän kuin tietoisesta valinnasta elää yksin. (ks. esim. Ojala & Kontula 2002, 137; Miettinen & Rotkirch 2008, 81–82, 97; Hertz & Ferguson 1997, Sukula 2009.) Myös tutkimukseni mukaan ydinperhettä on tavoiteltu, mutta nykyisessä elämäntilanteessa itsellisten naisten paras vaihtoehto saada oma lapsi on hankkia se yksin hedelmöityshoidoin.

Syyt hakeutua yksin hedelmöityshoitoihin ovat moninaisia. Itsellisiä naisia yhdisti sopivan parisuhteen puuttuminen. Joukossa oli kuitenkin muutama nainen, jotka olivat parisuhteessa, mutta parisuhteen toinen osapuoli ei halunnut lapsia ja tämä oli saanut naiset harkitsemaan lapsen tekemistä yksin hedelmöityshoidoin. Osalla naisista oli myös lapsia aikaisemmista parisuhteista, mutta nyt lapsilukua haluttiin täydentää. Toisilla aikaisemmat parisuhteet eivät olleet sellaisia, että niissä olisi haluttu tehdä lapsia tai sitten lapsia ei ollut yrityksistä huolimatta saatu.

Toteutusvaiheessa olevia itsellisiä naisia yhdisti lapsen kaipuu. Oman lapsen haluamista voidaan pitää perustavana lähtökohtana, jotta lapsen hankintaa harkitaan yksin. Suomessa on Euroopan mittakaavassa suuri määrä lapsettomia yhden hengen talouksia (Eurostat 2011), joista kaikki eivät halua jäädä lapsettomiksi. Sosiaaliset normit ovat muuttuneet ja nykyisin parisuhteen ja lapsenteon ei enää välttämättä tarvitse olla kytköksissä toisiinsa.

Puolisottomuuden ja lapsen kaipuun lisäksi osalla naisista tikitti biologinen kello. Ikää oli kertynyt ja naiset kokivat lapsen saamisen olevan uhattuna. Aikaa etsiä sopivaa puolisoa ei lapsen saamisen kannalta ole rajattomasti. Keskustelupalstalla tiedettiin iän vaikutus naisen hedelmällisyyden laskuun. Taitekohtana pidettiin 35 vuoden ikää, jolloin naisen tuli ratkaista haluaako hän lapsia vai ei. Tutkimukseni mukaan hedelmöityshoitojen kentälle pyrki kuitenkin myös nuorempia naisia, joilla ikä ei ollut selittävä tekijä hoitoihin hakeutumiselle. Harkintavaiheessa olevista nuoremmista

naisista osa oli päättänyt, että jokin tietty ikä, esimerkiksi 30 tai 35 vuotta toimisi lähtölaukauksena hedelmöityshoitoihin menemiselle.

Hedelmällisyyteen ja raskaaksi tulemiseen vaikuttavat sairaudet ja ongelmat ovat yleisiä. Itsellisten naisten tahattoman lapsettomuuden syynä ei aina ole yksistään parisuhteen puuttuminen. Heteropariskuntien lisäksi myös osa naispareista ja itsellisistä naisista kärsii lääketieteellisestä lapsettomuudesta. Syyhyn hakeutua yksin hedelmöityshoitoihin vaikutti joillakin itsellisistä naisista tieto siitä, että lapsen hankkiminen parisuhteessakaan ei onnistuisi helposti. Osalle raskaaksi tulemistä vaikeuttava sairaus tai selittämätön lapsettomuus selvisi vasta hedelmöityshoitoihin hakeutumisen jälkeen.

Edellä kuvatut tekijät muodostavat yleisen naisten keskustelupalstalla kuvaileman syyvyyhdin siihen, miksi lapsentekoa on alettu harkita yksin. Lapsen kaipuu, puolisottomuus, korkea ikä ja hedelmällisyyteen vaikuttavat sairaudet nousivat aineistossani yleisimmiksi perusteluiksi hankkia lapsi yksin. Kaikki edellä mainitut syyt eivät kuitenkaan koskettaneet kaikkia keskustelijoita samalla tavalla.

Niillä itsellisillä naisilla, joilla tahaton lapsettomuus on ensisijaisesti seurausta elämäntilanteesta, on hedelmöityshoitojen lisäksi myös muita vaihtoehtoja päästä lapsiperhekentälle. Tutkimukseni mukaan hedelmöityshoidot valitaan keinoksi, koska muihin vaihtoehtoihin sisältyy hedelmöityshoitoja enemmän riskejä tai muut vaihtoehdot koetaan hankaliksi toteuttaa. Hedelmöityshoidot näyttäytyivät muihin vaihtoehtoihin verrattuna turvallisena, juridisesti selkeänä ja saavutettavissa olevana ratkaisuna tahattomaan lapsettomuuteen. Koti-inseminaation riskinä pidettiin lapsen osittaista menettämistä, mikäli sukusolujen luovuttaja vaatisi sovitusta poiketen isyyden tunnustamista. Koti-inseminaation hyvinä puolina pidettiin sen edullisuutta verrattuna hedelmöityshoitoihin ja mahdollisuutta valita itse sukusolujen luovuttaja. Adoption esteiksi koettiin adoption yksin hakemisen hankaluus, korkea hinta ja prosessin hitaus. Yksin lapsen adoptoimiseen ei katsottu olevan realistisia mahdollisuuksia. Lisäksi osa naisista toi esille halunsa kokea raskauden. Tuntemattoman miehen kanssa yhdynnästä raskaaksi tulemistä ei pidetty itselle sopivana vaihtoehtona. Menetelmää pidettiin

epärehellisenä miestä ja tulevaa lasta kohtaan. Lisäksi naiset pelkäsivät sukupuolitautiriskiä. Teknologia mahdollistaa yksin lapsen tekemisen turvallisesti ja se sopii itsellisten naisten habitukseen muita vaihtoehtoja paremmin.

Teknologian avulla voidaan myös tehdä erontekoa yksinhuoltajuutta koskeviin negatiivisiin stereotypioihin. Lapsi on toivottu ja lapsen tekeminen tarkkaan harkittua. Itsellisten naisten ratkaisu tehdä lapsi yksin hedelmöityshoidoin vaikuttaa individualistiselta teolta, mutta taustalla on monia yhteiskunnallisia vaikuttimia. Nykyisin perheen perustaminen on siirtynyt myöhemmäksi ja siitä on ainakin osittain tullut aikaisempaa suunnitellumpaa. Suunnitelmallisuus näkyy lapsiperhekentällä arvostettujen pääomien kerryttämisenä etukäteen ennen lastenhankintaa.

Tutkimukseni tarkasteli niitä taloudellisen, kulttuurisen ja sosiaalisen pääoman lajeja, joita itselliset naiset tarvitsevat hedelmöityshoito- ja jossain määrin myös lapsiperhekentällä. Valmistautuminen hedelmöityshoitoihin alkoi kerryttämällä kulttuurista pääomaa. Naiset kerryttivät etukäteen tietoa ja hyväksi havaittuja toimintatapoja kentällä sekä valmistautuivat pakolliseen psykologin tapaamiseen. Hoitava lääkäri ja psykologi toimivat portinvartijoina hedelmöityshoitojen kentällä. Itsellisten naisten pakollinen käynti psykologin vastaanotolla ennen hoitojen aloittamista voidaan nähdä symbolisen vallan käyttönä. Riittäväällä kulttuurisella ja sosiaalisella pääomalla itsellinen nainen voi vakuuttaa hoitavan lääkärin ja psykologin vanhemmuuden edellytyksistään. Psykologitapaaminen ennen hedelmöityshoitojen aloittamista jakoi itsellisten naisten mielipiteitä. Psykologin tapaamista jännitettiin etukäteen, mutta jälkikäteen monet kokivat keskustelun hyödylliseksi. Psykologi ikään kuin antoi naisille moraalisen luvan hankkia lapsi yksin hedelmöityshoitojen avulla. Osa itsellisistä naisista kuitenkin vastusti pakollista psykologitapaamista. Sen nähtiin olevan vanhemmuutta arvioiva käytäntö, jossa lähtökohtaisesti epäiltiin voiko itsellinen nainen olla hyvä vanhempi ja selvittää yksin lapsen kasvatuksesta.

Hedelmöityshoidot ovat usein henkisesti rankkoja hoidoissa käyville. Tuki ja ammattiapu voisi olla kaikille siviilisäädystä riippumatta tarpeen koko hedelmöityshoitajakson ajan. Hedelmöityshoidoille ei ole selvää päätepestettä, vaan

toimijan on itse päätettävä, missä vaiheessa hän hyväksyy lapsettomuuden tai päättää yrittää lapsiperhekeskittämällä pääsyä jollakin muulla tavoin. Nykyinen käytäntö, jossa ainoastaan luovutettuja sukusoluja hoidoissa käyttävät joutuvat tapaamaan psykologin, on syrjivä ja toimijoita stigmatisoiva käytäntö sen kohdistuessa lähinnä itsellisiin naisiin ja naispareihin. Keskusteluavun sisällyttäminen kaikkien toimijaryhmien hedelmöityshoitoihin poistaisi nykyisen psykologitapaamisen leimaavan luonteen.

Lastenhankintaan ja vanhemmuuteen liitetään yhteiskunnassamme odotuksia, joita itselliset naiset tuovat keskustelupalstalla esille oikeuttaessaan yksinvanhemmuuttaan ja sopivuuttaan äidiksi. Itselliset naiset kyseenalaistavat osittain perheen perustamisessa välttämättöminä pidetyt pääomat kuten läsnä olevan isän lapsella. Samaan aikaan toimijat kuitenkin tiedostavat yksinhuoltajuuteen ja isättömyyteen liitetyt stereotypiat ja riskiajattelun. Tämä saa naiset miettimään miten isättömyyteen voisi varautua ja syytöksiltä puolustautua. Itselliset naiset kääntävätkin puuttuvan ”isä-pääoman” positiiviseksi pääomaksi. Jos hyvää puolisoa ja isää ei ole tarjolla, nähdään lapsen eduksi olla kokonaan ilman toista vanhempaa. Tämä voi suojella lasta huonolta ”miehen mallilta” ja äitiä lapsen huoltajuuteen liittyviltä ongelmilta. Puuttuva ”isä-pääoma” voidaan myös yrittää korvata kerryttämällä muuta sosiaalista pääomaa. Sosiaalista pääomaa kerrytetään miettimällä ennalta sosiaalisten verkostojen riittävyttä oman jaksamisen ja lapsen tukiverkostojen kannalta. Lapsen tekeminen yksin hedelmöityshoidoin ei myöskään aina tarkoita, että itsellinen äiti tulisi jatkossa olemaan kahdestaan lapsen kanssa. Keskustelussa tuotiin esille toive löytää myöhemmin hyvä parisuhde ja tämän myötä sosiaalinen isä lapselle. Ilman ”isä-pääomaa” selvittää, mutta sitä ei suljeta kokonaan pois ajatuksista.

Suunnitelmallisuus ja harkinta näkyvät myös taloudellisen pääoman kerryttämisenä. Ennen hedelmöityshoitoihin menemistä naiset kertoivat järjestäneensä vakaan elämän ja säästäneensä rahaa tulevien hoitojen toimenpide- ja lääkekuluihin. Hedelmöityshoitojen kentällä taloudellinen pääoma toimii kentälle sisäänpääsyn välineenä ja yleisemmin vaihdon välineenä hankittaessa muita pääoman lajeja. Taloudellisen pääoman avulla toimija voi parantaa asemaansa hedelmöityshoitojen kentällä. Hedelmöityshoitojen



kentällä raha näyttäytyy niukkana resurssina, jota hoidoissa käyminen aina välttämättä edellyttää.

Hedelmöityshoitojen kentällä parisuhteettomuus aiheuttaa sen, että hoitoja voi ostaa ainoastaan yksityisiltä hedelmöityshoitoklinikoilta. Lisäksi Kansaneläkelaitoksen ydinperhenormin mukainen korvauskäytäntö lisää entisestään itsellisten naisten taloudellisen pääoman tarvetta. Nykyinen korvauskäytäntö näyttäytyy toimijoille epäselvänä ja satunnaisena. Se on itsellisiä naisia syrjivä ja aiheuttaa eriarvoisuutta hedelmöityshoitojen kentällä.

Hedelmöityshoitojen kentällä itselliset naiset vaihtavat pääomanlajeja toisiksi. Kentällä oleminen on jatkuvaa neuvottelua pääomien riittävydestä ja vaihdettavuudesta. Globaalin hedelmöityshoitojen kentän vaikutuksesta toimijoiden valinnanvapaus ja mahdollisuudet ovat kasvaneet entisestään. Samalla on kasvanut myös riski, että hedelmöityshoitojen saatavuus eriytyy entisestään toimijan aseman mukaan. Toimijan käytettävissä olevat pääomat vaikuttavat siihen, mitkä valinnat ovat mahdollisia. Itsellinen äitiys ei ole kaikille naisille yhtä mahdollinen vaihtoehto. Aineistoni harkintavaiheessa olevista itsellisistä naisista moni joutuu varmasti toteamaan, etteivät pääomat hedelmöityshoitojen kentälle pääsemiseksi riittäneet. He päätyvät lapsiperhekentälle perinteisempien keinojen myötä tai joutuvat hyväksymään tahattomasti lapsettoman elämän. Jatkotutkimuksissa tulisikin selvittää tarkemmin mitkä tekijät vaikuttavat siihen, ketkä hedelmöityshoitojen kentälle lopulta hakeutuvat ja pääsevät sisälle. Jotta hedelmöityshoitojen kentän rakenteellisia esteitä saataisiin tarkemmin selvitettyä, pitäisi tutkia myös hoitopudokkaita. Hoitopudokkailla tarkoitetaan niitä toimijoita, jotka aloittavat hedelmöityshoidot, mutta syystä tai toisesta lopettavat ne ennen lapsen saamista.

Bourdieu kuvaa kulloinkin hallitsevana ilmenevää, legitiiminä pidettyä perhejärjestystä *hyvin perusteltuna illuusiona*, jota ylläpidetään ja uusinnetaan myös valtion avulla (Bourdieu 1998, 126–128). Kulloinkin hyväksytyinä pidettyihin perhemuotoihin kohdistetaan yhteiskunnalta tukea, muiden perhemuotojen taas katsotaan osittain rikkovan sosiaalista järjestystä, minkä vuoksi niitä pitää hallita. Itsellisten naisten

huonompi asema kentällä näkyy konkreettisesti siitä, että heitä ei hoideta julkisessa terveydenhoidossa, vaikka tahattoman lapsettomuuden taustalla olisi parisuhteettomuuden lisäksi myös lääketieteellistä hedelmättömyyttä. Käytännössä parisuhde tai sen puuttuminen vaikuttaa myös korvattaviin toimenpide- ja lääkekorvauksiin. Nämä rakenteelliset tekijät ovat hedelmöityshoitojen kentällä syrjiviä ja asettavat toimijat eriarvoisiin asemiin. Ne myös viestittävät ydinperhenormia. Heteroparien osalta tahaton lapsettomuus luokitellaan sairaudeksi, johon ”lääke” on niin pitkälle biologisiin siteisiin perustuva jälkeläinen kuin mahdollista. Muiden ryhmien tahattoman lapsettomuuden katsotaan olevan osittain itse aiheutettua, haluttomuutta toimia normin mukaan.

Lainsäätäjän on vaikea pysyä teknologian kehityksen ja uusien innovaatioiden mukana. Hedelmöityshoitoteknologia kehittyy kiivasta vauhtia, eikä sen rajoittaminen lainsäädännön keinoin ole yksinkertaista. Lisäksi kansallisilla laeilla voidaan rajoittaa ainoastaan Suomessa tehtäviä lapsettomuushoitoja, mutta lailla ei voida estää suomalaisen naisen hakeutumista hoitoihin ulkomaille. Toimijat tiedostavat toimintaympäristön ja mahdollisuuksien ulottuvan oman maan hedelmöityshoitojen kenttää laajemmalle. Suomessa Kansaneläkelaitoksen epätasa-arvoinen korvauskäytäntö, joka evää itsellisiltä naisilta sairausvakuutuskorvaukset, lainsäädäntö joka määrittelee tarkasti luovuttajasta annettavat tiedot sekä julkisen sektorin haluttomuus hoitaa itsellisiä naisia voivat edistää suomalaisten itsellisten naisten hedelmöityshoitoturismia ulkomaille. Nämä tekijät aiheuttavat yhdessä myös sen, että itsellisten naisten asema Suomen hedelmöityshoitojen kentällä on heteropariskuntia huonompi.

## 8 Kirjallisuus

Adoptiolaki 22/2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120022>

Alasuutari, Pertti (1999) *Laadullinen tutkimus*, 3. uudistettu painos. Vastapaino, Tampere.

Arpo, Robert (2001) ”Pakanallista menoa. Yhteisö ja tekstuaaliset konfliktit Usenet-keskusteluryhmässä” Teoksessa Tarja Kupiainen & Katja Laitinen & Sinikka Vakimo (toim.) *Minä? Missä? Milloin? Kolmetoista tulkintaa identiteeteistä*. SKS, Helsinki, 191–213.

Bauman, Zygmunt (2001) *The individualized society*. Polity Press, Malden.

Beck, Ulrich & Beck-Gernsheim, Elisabeth (1995) *The normal chaos of love*. Polity Press, Cambridge.

Bell, Ann V. (2010) *Beyond (financial) accessibility: inequalities within the medicalisation of infertility*. *Sociology of Health and Illness* 32:4, 631–646.

Benzies, Karen, Tough, Suzanne, Tofflemire, Karen, Frick, Corine, Faber, Alexandra, Newburn-Cook, Christine (2006) *Factors influencing women’s decisions about timing of motherhood*. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing* 35:5, 625–633.

Berg, Kristiina (2008) *Äitiys kulttuurisina odotuksina*. Väestötutkimuslaitoksen julkaisusarja D 48/2008. Väestöliitto, Väestötutkimuslaitos, Helsinki.

van Berkel, Dymphie, van der Veen, Lydia, Kimmel, Ine, te Velde, Egbert (1999) *Differences in the attitudes of couples whose children were conceived through artificial insemination by donor in 1980 and in 1996*. *Fertility and Sterility* 71:2, 226–231.

Bock, Jane D. (2000) *Doing the right thing? Single Mothers by Choice and the Struggle for Legitimacy*. *Gender & Society* 14:1, 62–86.

Boden, Jane (2007) *When IVF treatment fails*. *Human Fertility* 10:2, 93–98.

Boivin, Jacky, Bunting Laura, Collins John A, Nygren Karl G (2007) *International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care*. *Human Reproduction* 22:6, 1506–1512.

Bourdieu, Pierre (1984) *Distinction: a social critique of the judgement of taste*. Routledge & Kegan Paul, Lontoo.

Bourdieu, Pierre (1985) *Sosiologian kysymyksiä*. Vastapaino, Tampere.

Bourdieu, Pierre (1998) *Järjen käytännöllisyys*. Vastapaino, Tampere.

Bourdieu, Pierre & Wacquant, Loïc J.D. (1995) Refleksiiviseen sosiologiaan. Joensuu University Press, Joensuu.

Burrell, Riitta (2003) Naisia ja sikiöitä – avustetusta lisääntymisestä ja sikiön oikeuksista. Helsingin yliopisto, Helsinki.

Cleary-Goldman, Jane, Malone, Fergal D., Vidaver, John, Ball, Robert H., Nyberg, David A., Comstock, Christine H., Saade, George R., Eddleman, Keith.A., Klugman, Susan, Dugoff, Lorraine, Timor-Tritsch, Ilan E., Craigo, Sabrina D., Carr, Stephen R., Wolfe, Honor M., Bianchi, Diana.W., D’Alton Mary for the FASTER Consortium. (2005) Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstetrics & Gynecology* 105:5 Part 1, 983–990.

Cryos (2012) Cryos International <http://www.cryosinternational.com/home.aspx> (Viitattu 1.3.2012).

Easley, Charles A., Phillips, Bart T., McGuire, Megan M., Barringer, Jennifer M., Valli, Hanna, Hermann, Brian P., Simerley, Calvin R., Rajkovic, Aleksander, Miki, Toshio, Orwig, Kyle E., Schatten, Gerald P. (2012) Direct Differentiation of Human Pluripotent Stem Cells into Haploid Spermatogenic Cells. *Cell Reports* 2, 440–446. <http://dx.doi.org/10.1016/j.celrep.2012.07.015>.

ESHRE (2012) European Society of Human Reproduction and Embryology. ART fact sheet. <http://www.eshre.eu/ESHRE/english/guidelines-legal/ART-fact-sheet/page.aspx/1061> (Viitattu 30.4.2012)

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere.

ETENE (2011) ETENEltä lausunto sijaissynnytushoidoista Suomessa. <http://www.etene.fi/fi/aineistot/tiedotteet/tiedote/view/9971> (Viitattu 19.9.2012).

Eurostat (2011) Women and men in the EU seen through figures. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_PUBLIC/1-04032011-AP/EN/1-04032011-AP-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/1-04032011-AP/EN/1-04032011-AP-EN.PDF) (Viitattu 2.9.2012).

Fagerholm, Mirja (2008) Lapsen etu, naisen oikeus ja perhearvot hedelmöityshoitoja sääntelevän lain valmistelussa. Helsingin yliopisto, sosiologian Pro gradu -tutkielma. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/13531?show=full> (Viitattu 30.9.2012).

Faludi, Susan (1994) Takaisku. Julistamaton sota naisia vastaan. Kääntöpiiri, Helsinki.

Felicitas-Klinikka (2009) Kela korvaa osan lapsettomuushoidoista. [http://www.felicitas.fi/sites/database/suomi/Artikkelit/090925\\_Kelakorvaosanlapsettomuushoidoista.aspx](http://www.felicitas.fi/sites/database/suomi/Artikkelit/090925_Kelakorvaosanlapsettomuushoidoista.aspx) (Viitattu 24.10.2012).

Forsberg (2003) Kriittistä näkökulmaa jäljittämässä. Teoksessa Hannele Forsberg & Ritva Nätkin (toim.) Perhe murroksessa. Kriittisen perhetutkimuksen jäljillä. Gaudeamus, Helsinki, 7–15.

Franklin, Sarah (1997) Embodied progress a cultural account of assisted conception. Lontoo, Routledge.

Gissler, Mika, Klemetti, Reija, Lammi-Taskula, Johanna, Miettinen, Anneli (2009) Lastenhankinnan lykkääminen. Teoksessa Johanna Lammi-Taskula, Sakari Karvonen & Salme Ahlström (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 70–77.

Gissler, Mika & Heino, Anna (2010) Tilastotietoja hedelmöityshoidoista. [http://www.valvira.fi/files/tiedostot/h/e/Hedelmöityshoitotilastot\\_Suomessa\\_Valvira.pdf](http://www.valvira.fi/files/tiedostot/h/e/Hedelmöityshoitotilastot_Suomessa_Valvira.pdf) Viitattu 5.9.2012).

Gottlieb, Claes, Laos, Othon, Lindblad, Frank (2000) Disclosure of donor insemination to the child: the impact of Swedish legislation on couples' attitudes. Human Reproduction 15:9, 2052–2056.

Golombok, Susan, MacCallum, Fiona, Goodman, Emma, Rutter, Michael (2002) Families with Children Conceived by Donor Insemination: A Follow-Up at Age Twelve. Child Development 73:3, 952–968.

Gordon, Tuula (1994) Single women: on the margins? Macmillan, Basingstoke.

Heikkilä, Matti (2002) Eettisiä ongelmia yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Sakari Karjalainen, Veikko Launis, Risto Pelkonen & Juhani Pietarinen (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Gaudeamus, Helsinki, 165–176.

Heino, Anna (2004) ”Ja mikäs on sen turvallisempaa kuin normaali perhe?” Eduskunnan konservatiivinen perhekeskustelu vuoden 2002 hedelmöityshoitolakiesityksestä. Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto, Helsinki.

Heinonen, Kirsi (2010) Kohti yksilöllistyvää perhettä? Perhe, sukupuoli ja seksuaalisuus suomalaisessa lainsäädäntökeskustelussa 2000-luvulla. Helsingin yliopisto, Helsinki.

Heiskala (2000) Toiminta, tapa ja rakenne: kohti konstruktionistista synteesiä yhteiskuntateoriassa. Gaudeamus, Helsinki.

Helosvuori, Elina (2012) Lupaus lapsesta - hedelmöityshoitojen oikeuttaminen valistusteksteissä. Sosiologian pro gradu -työ. Helsingin yliopisto, Helsinki.

Hertz, Rosanna & Ferguson, Faith I.T. (1997) Kinship Strategies and Self-Sufficiency Among Single Mothers by Choice: Post Modern Family Ties. *Qualitative Sociology* 20:2, 187–209.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko, Sajavaara, Paula (1997) Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä, Helsinki.

Hirvonen, Helena (2006) Hedelmöityshoitolakiesitys ja sosiaalinen kansalaisuus: inklusion ja eksklusion politiikat. Yhteiskuntapolitiikan Pro Gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.  
[https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12888/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-2007354.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12888/URN_NBN_fi_jyu-2007354.pdf?sequence=1) (Viitattu 2.2.2012)

Hirvonen, Helena (2007) Biologinen sosiaalisen mallina -Valintoja uuden hedelmöityshoitolain kentällä. *Sosiologia* 44:4, 279–296.

Hoikkala, Tommi (1993) Katoaako kasvatus, himmeneekö aikuisuus? Aikuistumisen puhe ja kulttuurimallit. Gaudeamus, Helsinki.

Huttunen, Jouko (1994) Isyys ja miehisuus: Isä perhepsykologisessa tutkimuksessa. Teoksessa Juha Virkki (toim.) Ydinperheestä yksilöllistyviin perheisiin. WSOY, Porvoo, 46–66.

Hyppönen, Anu (2002) Halusin lapsen mutten miestä: itsenäinen äitiys naisen valintana. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-2002874978> (Viitattu 2.6.2011).

Högbacka, Riitta (2008) The Quest for a Child of One's Own: Parents, Markets and Transnational Adoption. *Journal of Comparative Family Studies* 39:3, 311–330.

Inhorn, Marcia C., Patrizio, Pasquale (2012) The global landscape of cross-border reproductive care: twenty key findings for the new millennium. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology* 24:3, 158–163.

Isyyslaki 700/1975 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1975/19750700> (Viitattu 23.9.2012).

Jacobsson, Bo, Ladfors, Lars, Milsom, Ian (2004) Advanced Maternal Age and Adverse Perinatal Outcome. *Obstetrics & Gynecology* 104:4, 727–733.

Jadva, Vasanti, Badger, S, Morrissette, M, Golombok, Susan (2009) 'Mom by choice, single by life's circumstance...' Findings from a large scale survey of the experiences of single mothers by choice. *Human Fertility* 12:4, 175–184.

Jallinoja (1991) Moderni elämä. Ajankuva ja käytäntö. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.

Jokinen, Arja, Huttunen, Arja & Kulmala, Anna (2004) Johdanto: neuvottelu marginaalien kulttuurisesta paikasta. Teoksessa Arja Jokinen, Laura Huttunen & Anna Kulmala (toim.) Puhua vastaan ja vaieta. Neuvottelu kulttuurisista marginaaleista. Gaudeamus, Helsinki, 9–19.

Joseph, K.S, Allen, Alexander, Dodds, Linda, Turner, Linda, Scott, Heather, Liston, Robert (2005) The perinatal effect of delayed childbearing. *Obstetrics and gynecology* 105:6, 1410–1418.

Jyrkämä, Jyrki (2007) Aika tutkimuksessa ja elämänkulussa. Teoksessa Anne Sankari & Jyrki Jyrkämä (toim.) Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa. Juvenes Print, Tampere, 117–157.

Jämsä, Juha & Kuosmanen, Paula (2007) Sateenkaariperhe-kysely 2006. Teoksessa Paula Kuosmanen & Juha Jämsä (toim.) Suomalaiset sateenkaariperheet sosiaali- ja terveyspalveluissa ja koulussa. SEIS – Suomi eteenpäin ilman syrjintää -julkaisu, Työministeriö, Helsinki, 13–20.

Jämsä, Juha (2008) Hedelmöityshoidot. Teoksessa Juha Jämsä (toim.) Sateenkaariperheet ja hyvinvointi – Käsikirja lasten ja perheiden kanssa työskenteleville. PS-kustannus, Jyväskylä, 136–145.

Kanckos, Lise (2012) Barnets bästa i politikens främsta rum: Finlands riksdags debatt om assisterad befruktning. Åbo Akademi, Socialvetenskapliga institutionen, Sociologi, Åbo. <https://www.doria.fi/handle/10024/78709> (Viitattu 19.10.2012).

Kansaneläkelaitos (2012a) Hedelmöityshoitosten korvaaminen sairausvakuutuksesta. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/020411112121MH?OpenDocument> (Viitattu 26.10.2012).

Kansaneläkelaitos (2012b) Sairaanhoidon kustannusten korvaaminen Hedelmöityshoitosten kela-korvauksista. Kirje asiakkaalle. (Saatu sähköpostitse Kelalta, viitattu 24.10.2012).

Kansaneläkelaitos (2012c) Henkilökohtainen tiedonanto sähköpostitse 22.10.2012.

Katainen, Anu (2011) Tupakka, luokka ja terveystietämisen ongelma. *Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja* 2011:2, Unigrafia, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-6687-0> (Viitattu 5.8.2011).

Kelhä, Minna (2005) Aikuisen naisen äitiys, kulttuuriset ikäjärjestykset ja naiskansalaisuus. Teoksessa Sinikka Aapola & Kaisa Ketokivi (toim.) Polkuja ja poikkeamia – Aikuisuutta etsimässä. Helsinki, Nuorisotutkimusseura, 196–218.

Kelhä, Minna (2008) Äitiys, luokka ja ikä. Teoksessa Tolonen, Tarja (toim.) Yhteiskuntaluokka ja sukupuoli. Tampere: Vastapaino.

Kelhä, Minna (2009) Vääränikäisiä äitejä? Ikä ja äitiyden yhteiskunnalliset ehdot. Helsingin yliopisto, Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 223. Yliopistopaino, Helsinki. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/47289/vaaranik.pdf>

Ketokivi, Kaisa (2005) Aikuistumisen ja perheen perustamisen ristiriidat pidentyneessä nuoruudessa. Teoksessa Aapola, Sinikka & Ketokivi, Kaisa (toim.) Polkuja ja poikkeamia – Aikuisuutta etsimässä. Helsinki, Nuorisotutkimusseura. 100–137.

Klemetti, Reija, Sihvo, Sinikka, Koponen, Päivikki (2004) Tahaton lapsettomuus ja hedelmöityshoidot. Teoksessa Päivikki Koponen & Riitta Luoto (2004) Lisääntymisterveys Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5/2004. Helsinki, Kansanterveyslaitos, 45–53.

Klemetti, Reija (2006) The use of assisted fertilization in Finland - Health effects and equity. STAKES, Helsinki.

Kolehmainen, Jouko (2004) Osallistuva isä – muuttunut mies? Teoksessa Ilana Aalto ja Jani Kolehmainen (toim.) Isäkirja. Vastapaino, Tampere, 89–108.

Komulainen, Katri (1998) Kotihiiriä ja ihmisiä: retorinen minä naisten koulutusta koskevissa elämäkertomuksissa. Joensuun yliopisto, Joensuu.

Kontula, Osmo (2004) Perhepolitiikka käännekohdassa. Perhebarometri 2004. Väestöliitto, Väestötutkimuslaitos E 18/2004. Väestöliitto, Helsinki.

Krok, Suvi (2009) Hyviä äitejä ja arjen pärjääjiä: yksinhuoltajia marginaalissa. Acta Universitatis Tampereensis; 1437, Tampere University Press, Tampere.

Kuosmanen, Paula (2007a) Hedelmöityshoitoklinikat – naisparien vanhemmuuden arviointi syrjivänä käytäntönä. Teoksessa Paula Kuosmanen & Juha Jämsä (2007) Suomalaiset sateenkaariperheet sosiaali- ja terveyspalveluissa ja koulussa. SEIS – Suomi eteenpäin ilman syrjintää -julkaisu, Työministeriö, Helsinki, 46–51.

Kuosmanen, Paula (2007b) Sateenkaarifamilistinen käänne ja suomalaisten sateenkaarivanhempien muuttuvat perhemuodot. Teoksessa Paula Kuosmanen & Juha Jämsä (2007) Suomalaiset sateenkaariperheet sosiaali- ja terveyspalveluissa ja koulussa. SEIS – Suomi eteenpäin ilman syrjintää -julkaisu, Työministeriö, Helsinki, 37–44.

Kuula, Arja (2006) Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino, Tampere.

Lakiesitys HE 76/2002 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sukusolujen ja alkioiden käytöstä hedelmöityshoidossa ja isyyslain muuttamisesta.

Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237>



- Lapsettomien yhdistys Simpukka (2012) Tietoa lapsettomuudesta. [http://www.simpukka.info/fi\\_fi/etusivu/tietoa-lapsettomuudesta](http://www.simpukka.info/fi_fi/etusivu/tietoa-lapsettomuudesta) (Viitattu 25.10.2012).
- Lehtisalo, Liekki & Raivola, Reijo (1999) Koulutus ja koulutuspolitiikka 2000-luvulle. WSOY, Porvoo.
- Leira, Arnlaug (2002) Working Parents and the Welfare State, Family Change and Policy Reform in Scandinavia. Cambridge University Press, Cambridge.
- Leridon, Henri (2004) Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Human Reproduction* 19:7, 1548–1553.
- Luoto, Riitta, Kaaja, Risto, Raitanen, Jani, Vuorma, Sirkku, Koponen, Päivikki, Männistö, Satu, Harald, Kenneth, Laatikainen, Tiina, Vartiainen, Erkki (2004) Naisten terveys - kuukautiset, raskauskomplikaatiot, ehkäisy, hormonikorvaushoidot ja lapsettomuus FINRISKI 2002-tutkimuksessa. Taulukkoraportti. Kansanterveyslaitos, Helsinki.
- Luke, Barbara & Brown, Morton (2007) Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. *Human Reproduction* 22:5, 1264–1272.
- Lundström, Susanna (2007) Perhe sukupuoli-instituutiona. Perhekäsityksiä eduskunnan keskusteluissa parisuhdelaista ja hedelmöityshoitolaista. Tampereen yliopisto, valtiopin Pro gradu -tutkielma. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02109.pdf> (Viitattu 30.9.2012).
- Lunt, Neil & Carrera, Percivil (2010) Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas* 66:1, 27–32.
- Malin, Maili (2006) Biovalta, toiseus ja naisten toimijuus hedelmöityshoidoissa. Tutkimuksia 156. STAKES, Helsinki.
- Mannis, Valerie S (1999) Single Mothers by Choice. *Family Relations* 48:2, 121–128.
- Marin, Marjatta (2007a) Tarkastelukulmia ikään ja ikääntymiseen. Teoksessa Anne Sankari & Jyrki Jyrkämä (toim.) Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa. Juvenes Print, Tampere, 17–48.
- Marin, Marjatta (2007b) Aikuisuus ja keski-ikäisyys. Teoksessa Anne Sankari & Jyrki Jyrkämä (toim.) Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa. Juvenes Print, Tampere. 225–265.
- Meskus, Mianna (ilmestyy) Hedelmöityshoidot ja materiaallinen toimijuus. (artikkelikäsikirjoitus).

Miettinen, Anneli (2011) Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla. Katsauksia 40/2011. Väestöliitto, Väestöntutkimuslaitos, Helsinki.

Miettinen & Rotkirch (2008) Milloin on lapsen aika? Lastenhankinnan toiveet ja esteet. Perhebarometri 2008, Väestöntutkimuslaitos, E; 34/2008. Väestöliitto, Helsinki.

Morin-Papunen, Laure & Koivunen, Riitta (2012) Hedelmättömyyden hoidot – osa I. Duodecim 128:14, 1478–1485.

Murray, Clare & Golombok, Susan (2005) Going It Alone: Solo Mothers and Their Infants Conceived by Donor Insemination. *American Journal of Orthopsychiatry* 75:2, 242–253.

Mustola, Kati (2000) Uudet lisääntymismenetelmät, lääketieteellistäminen ja rotuhygienian haamu. *Naistutkimus* 13:2, 76–88.

Mustola, Kati (2001) Avusteinen lisääntyminen ja perinteiset perhearvot. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 38:4, 316–318.

Mäkinen, Arja (2008) Oikeesti aikuiset: puheenvuoroja yksineläjänaisen normaaliudesta, hyväksyttävyydestä ja aikuisuudesta. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis*; 765, Tampere University Press, Tampere.  
<http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7450-7> (Viitattu 5.7.2011).

Niemelä, Anna (2005) Nuorena äidiksi – vauhdilla aikuisuuteen? Teoksessa Sinikka Aapola & Kaisa Ketokivi (toim.) *Polkuja ja poikkeamia – Aikuisuutta etsimässä*. Helsinki, Nuorisotutkimusseura, 169–195.

Nipuli, Suvi, Hemminki, Elina, Klemetti, Reija (ilmestyy) *Yliopisto-opiskelijoiden suhtautuminen lasten hankintaan*.

Nousiainen, Anu (2012) Vaikea raskaus. *Helsingin Sanomat*, Kuukausiliite 9/12, Helsinki, 28–37.

Nuojua-Huttunen, Sinikka & Anttila Leena (2009) Lapsettomuuden ensivaiheen tutkimukset selvittävät pysyvää hedelmättömyyttä ja heikentynyttä lisääntymiskykyä. *Suomen Lääkärilehti* 64:5, 367–373.

Nätkin, Ritva (2003) Moninaiset perhemuodot ja lapsen hyvä. Teoksessa Hannele Forsberg & Ritva Nätkin (toim.) *Perhe murroksessa. Kriittisen perhetutkimuksen jäljillä*. Gaudeamus, Helsinki, 16–38.

Nätkin, Ritva (1997) *Kamppailu suomalaisesta äitiydestä. Maternalismi, väestöpolitiikka ja naisten kertomukset*. Gaudeamus, Helsinki.

Oinonen, Eriikka (2001) Perheellistyminen ja vanhemmuus aikuisuuden määrittäjinä. Teoksessa Tapio Kuure (toim.) *Aikuistumisen pullonkaulat. Nuorten elinolot*.

vuosikirja. Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisoasiainneuvottelukunta ja STAKES, 109–125.

Ojala, Eija Maarit & Kontula, Osmo (2002) Tarvitseeko minua kukaan? Keski-ikäiset yksineläjät perhekeskeisessä yhteisössä. Väestötutkimuslaitoksen julkaisusarja D 40/2002. Väestöliitto, Helsinki.

Ólafsdóttir, Helga Sól (2012) Nordic and Infertile. A study of options and decisions. Nordic School of Public Health NHV, Göteborg.

Paajanen, Pirjo (2002) Saako haikara tulla käymään? Suomalaisten lastenhankinnan ihanteet ja todellisuus. Perhebarometri 2002, Väestötutkimuslaitos, Väestöliitto, Helsinki.

Paasoara, Jaana (2011) “Arvoisa puhemies! Hedelmöityshoitolaisten perusteena on oltava lapsen etu ja lapsen oikeuksien vahvistaminen ja turvaaminen.” Vuoden 2006 hedelmöityshoitolaisten lähetekeskustelun tekstilajin tarkastelua retorisesti näkökulmasta. Tampereen yliopisto, Suomen kieli, Pro gradu –tutkielma.  
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu04776.pdf> (Viitattu 30.9.2012).

Parikka, Jaana (2003) Asenteet kahteen erilaiseen perheen perustamistapaan: adoptio ja lääketieteelliset lapsettomuushoidot. Lisensiaatintutkimus Helsingin yliopisto, Helsinki.

Pennings, Guido (2002) Reproductive tourism as moral pluralism in motion. *Journal of Medical Ethics* 28:6, 337–341.

Pennings, Guido (2004) Legal harmonization and reproductive tourism in Europe. *Human Reproduction* 19:12, 2689–2694.

Pietarinen, Juhani (1999) Tutkijan ammattietiikan perusta. Teoksessa Salla Lötjönen (toim.) Tutkijan ammattietiikka. Opetusministeriö, koulutus ja tiedepolitiikan osaston julkaisusarja 69, Helsinki, 6–12.

Pietiläinen, Marjut, Helminen, Marja-Liisa, Lappalainen, Eevi (2011) Nuoret väestössä ja nuorten perheet. Teoksessa Marjut Pietiläinen (toim.) Nuori tasa-arvo. Tilastokeskus, Helsinki, 9–32.

Radley, Alan & Billig, Michael (1996) Accounts of health and illness: Dilemmas and representations. *Sociology of Health & Illness* 18:2, 220–240.

Rantalaiho, Minna (2003) Pohjoismaisen isyyspolitiikan isäkuva. Teoksessa Hannele Forsberg & Ritva Nätkin (toim.) Perhe murroksessa. Kriittisen perhetutkimuksen jäljillä. Gaudeamus, Helsinki, 202–229.

Rolin, Kristina (2002) Tieteen etiikka metodologian näkökulmasta. Teoksessa Sakari Karjalainen, Veikko Launis, Risto Pelkonen ja Juhani Pietarinen (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Gaudeamus, Tampere, 92–104.

Rotkirch, Anna (2007) 'All that she wants is a(nother) baby?' Longing for children as a fertility incentive of growing importance. *Journal of Evolutionary Psychology* 5:1–4, 89–104.

Seppänen, Anne (2012) Teknologia muuttaa perheitä ja maailmaa. *Suomen Lääkärilehti* 67:26–31, 2053.

Sevón, Eija (2005) Timing Motherhood: Experiencing and Narrating the Choice to Become a Mother. *Feminism & Psychology* 15:4, 461–482.

da Silva, Miguel Oliveira, Albrecht, Jahn, Olsen, Jorn, Karro, Helle, Temmerman, Marleen, Gissler, Mika, Bloemenkamp, Kitty, Hannaford, Philip, Fronteira, Inês (2011) The reproductive health report: the state of sexual and reproductive health within the European Union. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. <http://informahealthcare.com/toc/ejc/16/S1>

Sukula, Seija (2009) Matka äidiksi – tarinoita adoptiosta ja yksinvanhemmuudesta. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 904. Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print, Tampere. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7888-8.pdf> (Viitattu 5.12.2011)

Suomen virallinen tilasto (SVT): Perheet [verkkojulkaisu] (2011) Liitetaulukko 3. Lapsiperheet tyypeittäin 1950–2011 . Tilastokeskus, Helsinki. [http://www.stat.fi/til/perh/2011/perh\\_2011\\_2012-05-25\\_tau\\_003\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/perh/2011/perh_2011_2012-05-25_tau_003_fi.html) (Viitattu 29.10.2012).

Suomen virallinen tilasto (SVT): Syntyneet [verkkojulkaisu]. Tilastokeskus, Helsinki (Viitattu 29.10.2012).

Suomen virallinen tilasto (SVT): Terveys 2010 Hedelmöityshoidot 2008–2009. [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr08\\_10.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr08_10.pdf) (Viitattu 30.10.2012).

Suomen virallinen tilasto (SVT): Terveys 2012 Hedelmöityshoidot 2010–2011 [http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr18\\_12.pdf](http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr18_12.pdf) (Viitattu 30.10.2012).

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkojulkaisu] (2011) Vuosikatsaus 2010. Tilastokeskus, Helsinki [http://www.stat.fi/til/vaerak/2010/01/vaerak\\_2010\\_01\\_2011-09-30\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2010/01/vaerak_2010_01_2011-09-30_tie_001_fi.html) (Viitattu: 29.10.2012)

Svahn, Krister (2012) News: World unique uterus transplantation performed in Gothenburg. University of Gothenburg. [http://www.sahlgrenska.gu.se/english/news\\_and\\_events/news/News\\_Detail/world-unique-uterus-transplantation-performed-in-gothenburg-.cid1097607](http://www.sahlgrenska.gu.se/english/news_and_events/news/News_Detail/world-unique-uterus-transplantation-performed-in-gothenburg-.cid1097607) (Viitattu 1.11.2012).

Szewczuk, Elizabeth (2012) Age-related infertility: a tale of two technologies. *Sociology of Health & Illness* 34:3, 429–443.

THL Hedelmöityshoidot (2012)

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/tietoa/tilastokuvaukset/hedelmoityshoidot](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tietoa/tilastokuvaukset/hedelmoityshoidot) (Viitattu 24.10.2012).

THL Syntyneiden lasten rekisteri (2012)

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/rekisteriselosteet/syntyneet\\_lapset](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/rekisteriselosteet/syntyneet_lapset) (Viitattu 24.10.2012).

Thompson, Charis (2001): Strategic naturalizing: Kinship in an infertility clinic. Teoksessa Sarah Franklin & Susan McKinnon (toim.) *Relative values. Reconfiguring kinship studies*. Duke University Press, Durham 175–202.

Tilastokeskus (2012a) Elävänä syntyneet kuukausittain 1900–2011.

[http://193.166.171.75/database/StatFin/vrm/synt/synt\\_fi.asp](http://193.166.171.75/database/StatFin/vrm/synt/synt_fi.asp) (Viitattu 27.10.2012).

Tilastokeskus (2012b) Väestömuutokset 2010. Tilastokeskus, Helsinki.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2002) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi, Helsinki.

Turunen, Riitta (1996) Asuinpaikka: Äiti. Reproduktiivisen teknologian ihmeellinen maailma. Teoksessa Kirsti Kurki-Suonio (toim.) *Vanhemmuuksia. Oikeuden nainen – naisen oikeus -projektin seminaarijulkaisu*. Yliopistopaino, Helsinki, 61–76.

Unkila-Kallio, Leila & Ranta, Varpu (2012) Raskaus ei ole alkanut – milloin parille lähete lapsettomuustutkimuksiin? *Suomen Lääkärilehti* 67:26–31, 2059–2064.

Valvira (2008) Sukusolujen ja alkuiden luovuttajista pidettävä luovutusrekisteri LUOTERI -rekisteriseloste.

[http://www.valvira.fi/files/tiedostot/r/e/Rekisteriseloste\\_Luoteri.pdf](http://www.valvira.fi/files/tiedostot/r/e/Rekisteriseloste_Luoteri.pdf) (Viitattu 1.11.2012).

Valvira (2011) Hedelmöityshoitoja antavien klinikoiden toimintatietoja vuodelta 2010.

[http://www.valvira.fi/valvira/ajankohtaista/hedelmoityshoitoja\\_antavien\\_klinikoiden\\_toimintatietoja\\_vuodelta\\_2010](http://www.valvira.fi/valvira/ajankohtaista/hedelmoityshoitoja_antavien_klinikoiden_toimintatietoja_vuodelta_2010) (Viitattu 30.12.2011).

Valvira (2012) Hedelmöityshoitoklinikat rekrytoivat luovuttajia – luovutetuilla siittiöillä tehtyjen hoitojen määrä lisääntynyt.

[http://www.valvira.fi/valvira/ajankohtaista/hedelmoityshoitoklinikat\\_rekrytoivat\\_luovuttajia\\_-\\_luovutetuilla\\_siittioilla\\_tehyjen\\_hoitosten\\_maara\\_lisaantynyt](http://www.valvira.fi/valvira/ajankohtaista/hedelmoityshoitoklinikat_rekrytoivat_luovuttajia_-_luovutetuilla_siittioilla_tehyjen_hoitosten_maara_lisaantynyt) (Viitattu 23.9.2012)

Vanttaja, Markku (2003) Koulumenestyjien urapolut. *Yhteiskuntapolitiikka* 68:2, 131–140

- Virtala, Aira (2007) Family planning among university students in Finland. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Vuori, Jaana (2001) Äidit, isät ja ammattilaiset. Sukupuoli, toisto ja muunnelmat asiantuntijoiden kirjoituksissa. Acta Electronica Universitatis Tamperensis; 95. Tampereen yliopisto, Tampere. <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-5065-5> (Viitattu 2.9.2012)
- Vuori, Jaana (2004) Isyyden mallit ja isien valinnat. Teoksessa Ilana Aalto ja Jani Kolehmainen (toim.) Isäkirja. Vastapaino, Tampere, 29–63.
- Volgsten, Helena, Skoog Svanberg, Ekselius L, Lundkvist Ö, Sundström Poromaa I (2008) Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. Human Reproduction 23:9, 2056–2063.
- Voutilainen, Mari (2008) Hyvä, suomalainen perhe. Perheen kategorian rakentuminen poliittisessa retoriikassa. Tampereen yliopisto, Tampere. Sosiaalipsykologian Pro gradu -tutkielma. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02742.pdf> (Viitattu 30.9.2012).
- White, Yvonne A R., Woods, Dori C., Takai, Yasushi, Ishihara, Osamu, Seki, Hiroyuki, Tilly, Jonathan L. (2012) Oocyte formation by mitotically active germ cells purified from ovaries of reproductive-age women. Nature medicine 18:3, 413–421.
- WHO (2012) Infertility. <http://www.who.int/topics/infertility/en/> (Viitattu 4.10.2012).
- Woollet, Anne & Boyle, Mary (2000) Reproduction, Women's Lives and Subjectivities. Feminism & Psychology 10:3, 307–311.
- Yesilova, Katja (2009) Ydinperheen politiikka. Gaudeamus, Helsinki.
- Yli-Kuha, Anna-Niina (2012) Prevalence and Socio-demographic Determinants of Infertility, Success of Infertility Treatments and Health of Treated Women. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1157, Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8674-6> (Viitattu 5.5.2012)

## 9 Liitteet

Liite 1. Synnyttäjien, joiden raskaus on alkanut hedelmöityshoitujen tuloksena, siviilisäätö vuosina 2005–2011

Vuosi	Naimisissa	Naimaton	Leski	Eronnut	Avoliitossa	Rekisteröity parisuhde	Ei tietoa
2005	974	80	0	5	307	3	2
2006	1536	95	1	14	419	17	3
2007	1583	86	1	8	495	15	2
2008	1498	85	0	8	426	27	1
2009	1452	121	0	16	490	15	3
2010	1678	137	1	11	477	23	4
2011	1711	177	1	15	522	38	10

Tässä hedelmöityshoitoihin kuuluu inseminaatio, munarakkulan kypsytyshoito ja hedelmöityshoito, jossa alkionsiirto.

Lähde: THL, Syntyneiden lasten rekisteri (2012).



ABILD (1:2)







## Extended Profile

Donor number: **ABILD**

### PHYSICAL DESCRIPTION (registered by Cryos)

- Race: **Caucasian**
- Ethnicity: **Danish**
- Eye colour: **Brown/Green**
- Hair colour: **Blond**
- Height (cm): **186**
- Weight (kg): **77**
- Year of birth: **1990**
- Blood type: **0+**

The donor voluntarily provided the following information:

- Build (slim, medium, large, athletic or heavy): **Medium**
- Hair texture (curly, wavy or straight): **Wavy**
- Hair (thin, medium, thick or bald): **Thin**
- Colour of beard: **Blond**
- Colour of eyebrows: **Blond**
- Skin tone (dark, fair, medium, olive, very fair): **Medium**
- Do you wear glasses or lenses: **No**





- Left or right handed: **Right**
- Shoe size: **43**
- General clothing size (S, M, L, XL, XXL): **L**

## EDUCATION & OCCUPATION

- Which education(s) or courses have you attended (mark completed with a \*):  
**Primary school and high school\***
- What did you do immediately after primary school/high school: **I went to high school**
- Are you currently in school or do your work (describe your current job/school briefly):  
**I work at a call center, which makes analysis.**
- Have you been in the military (if yes, please state rank): **No**
- How many years of education do you have (including primary school): **13 years**
- How many additional years do you plan to attend school: **In some years I am going to take an education.**
- What is your final educational/career goal: **Psychology**
- What jobs have you had (list all): **Cleaning, salesman, telephone interviewer**

## PERSONALITY

- Which words describe your personality: **Clever, impulsive, funny, social, easy on approach, sympathetic**
- Describe some of your strong sides: **I am good with people, I easily make new friends, I can concentrate whenever needed - generally satisfied**
- Describe some of your weak sides: **I don't like conflicts, I tend to be lazy**
- Are you more scientific, artistic or humanistic oriented? **Humanistic**





- What is your relationship status (single, girlfriend, married): **Single**
- Which sports do you like to participate in: **Soccer, skiing, tennis, water sports**
- Which sports did you play as a child: **Soccer, skiing, tennis**
- Which sports do you enjoy watching: **Boxing**
- Describe any additional hobbies you have: **Listening to music, travelling, reading , painting**
- Do you play any musical instruments: **Violin**
- Are you a member of a church: **No**
- Favourite colour: **Blue**
- Favourite animal: **Ara**
- Favourite food: **Pasta Napolitano**
- Favourite type of music: **Electronic**
- Favourite car: **Mercedes D200/126**
- Favourite pet: **Dog**
- How much sleep do you get on an average night: **7 hours**
- Do you eat healthy: **Very**
- Are you a smoker? **No**
- Do you drink alcohol? **No**
- Do you ride a bicycle? **Yes**
- What is your native language? **Danish**
- Which other languages do you speak? **English, German**
- What is your most memorable childhood experience? **The summers**

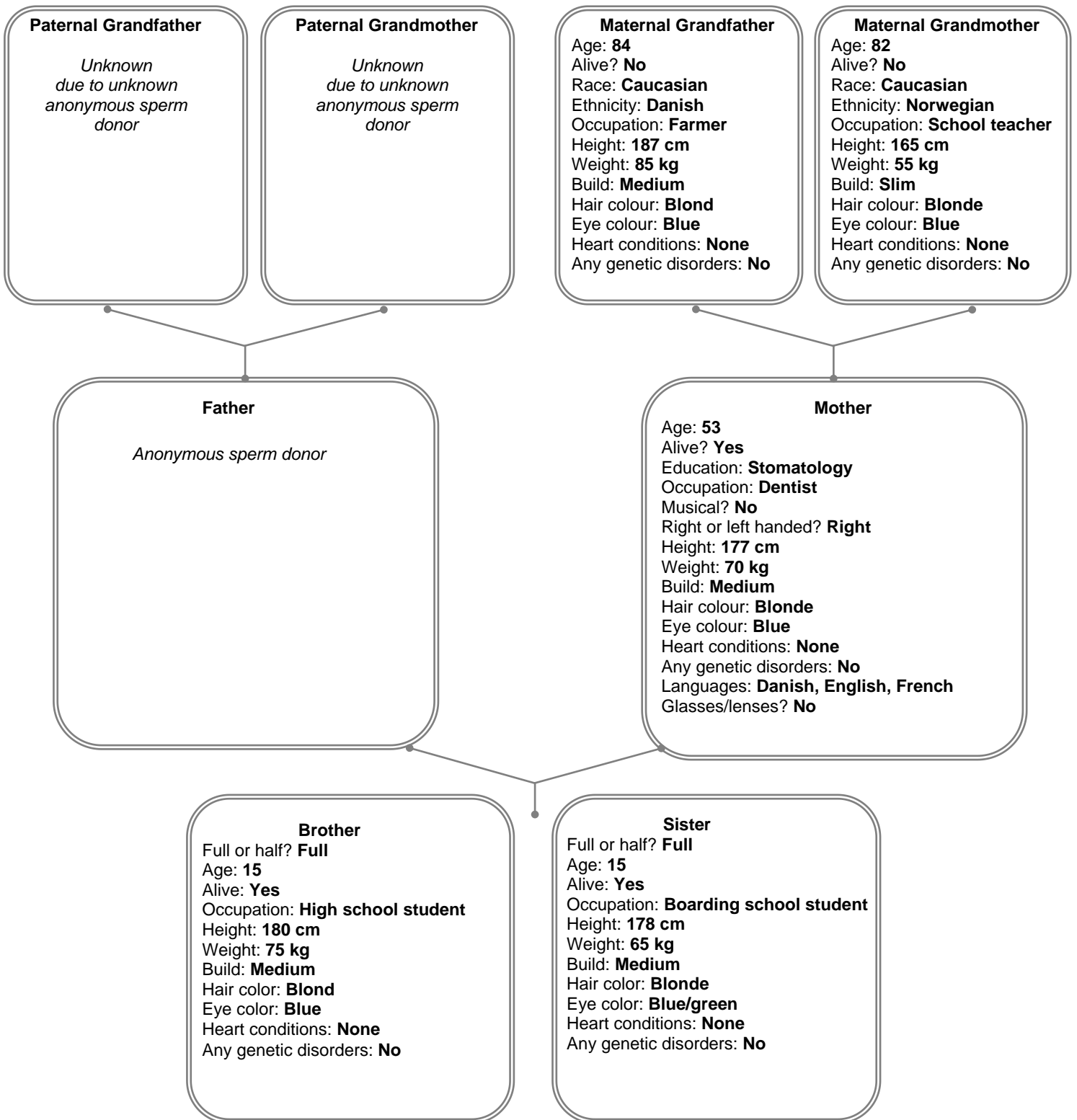




- Which countries have you visited? **Norway, Sweden, Egypt, Germany, France, Italy, USA, England, Malaysia, Montenegro.**
- Describe one of your favourite vacations to another country: **I went to Montenegro this summer with my friend. The atmosphere, the people, the nature and all the fun made a great holiday**
- Describe a few things you like most about your own country: **Democracy, common wealth, educational and social prospect and the chance to make a good life**
- Do you have mechanical skills: **Very limited**



## FAMILY INFORMATION







Do you have any children? **No**

If yes, please describe in detail (include physical description, personality, medical information....)

### **MEDICAL INFORMATION**

Do you have any medical conditions? **No**

### **PERSONAL MESSAGE IN HANDWRITING**

As a child of two lesbian mothers, I would not have existed without a sperm donor as my father. Therefore, like some guy helped my parents having their dream of a child realized, I would like to help other couples fulfill their dreams. This is my main reason for being a donor.

I have never known my biological father, and I have never missed him, nor had the need to see him. I have had the exact same opportunities in life as any child with a biological father at his/her side.

**Date: 02NOV2010**

