

Itselliset naiset hedelmöityshoidoissa

TAISTELUA ASEMASTA HETERONORMATIIVISISSA RAKENTEISSA

Suvi Nipuli

Itsellisten naisten hedelmöityshoidot ovat perhetutkimuksen ja hedelmöityshoitoteknologian käytön kannalta yhteiskunnallisesti kiinnostava ilmiö. Itselliset naiset kyseenalaistavat normatiivisen perheellistymisen kaavan valitsemalla jo ennen lapsen syntymää yksinvanhemmuuden. Parisuhteettomina ja yleensä myös hedelmällisinä naisina itselliset naiset rikkovat myös hedelmöityshoitojen normeja. Artikkelissa selvitän itsellisten naisten syitä ja mahdollisuuksia hakeutua hedelmöityshoitoihin sekä hedelmöityshoitoihin liittyviä eriarvoistavia käytäntöjä. Aineistoni on kerätty internetin keskustelupalstalta. Analysoin sitä hyödyntäen Pierre Bourdieun kenttäteoriaa. Artikkelini osoittaa, että Suomen hedelmöityshoitojen kenttä on heteronormatiivinen ja sisältää rakenteellisia epäkohtia, jotka asettavat toimijaryhmät eriarvoisiin asemiin. Itsellisten naisten kannalta suurimpia rakenteellisia epäkohtia ovat hedelmöityshoitojen lääkkeiden ja hoitotoimenpiteiden epätasa-arvoinen korvauskäytäntö, välttämättömyys käyttää yksityisiä hedelmöityshoitoklinikoita ja stigmatisoiva psykologitapaaminen ennen hoitojen aloittamista.

AVAINSANAT: ITSELLINEN NAINEN, HEDELMÖITYSHOIDOT, TAHATON LAPSETTOMUUS, YKSIHUOLTAJUUS, ÄITIYS

Seurustelu, parisuhteen vakiintuminen ja lapset ovat normatiivinen perheellistymisen kaava, jota itsellinen äitiys ei noudata. Parisuhteettomina ja yleensä myös hedelmällisinä naisina itselliset naiset ovat hedelmöityshoidoissa marginaalisia. Heteroparit, joilla on vaikeuksia lisääntyä biologisesti, hakeutuvat hedelmöityshoitoihin tavoitellakseen mahdollisimman pitkälle biologisiin siteisiin perustuvaa ydinperhettä, kun taas itselliset naiset käyttävät samoja hoitoja saadakseen biologisen jälkeläisen ilman kahden vanhemman heteroydinperhettä. Itselliset naiset rikkovat normeja myös lapsiperheiden joukossa valitsemalla jo ennen lapsen syntymää yksinvanhemmuuden. Itsellisten naisten hedelmöi-

tyshoidot ovat siksi perhetutkimuksen ja hedelmöityshoitoteknologian käytön kannalta yhteiskunnallisesti kiinnostava ilmiö. Niitä ei kuitenkaan ole aiemmin Suomessa juuri tutkittu.

Hedelmöityshoitolaissa puhutaan naisesta, joka ei elä avioliitossa tai avioliitonomaisissa olosuhteissa (Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006). Tässä artikkelissa ilman puolisoa hedelmöityshoitoihin hakeutuvasta naisesta puhutaan itsellisenä naisena. Käytän analyysissä myös käsitettä itsellinen äiti, kun on tärkeää tuoda esille, että keskustelija on jo tullut äidiksi hedelmöityshoitojen avulla. Käsitteeni nousevat tutkittavien omasta kokemusmaailmasta ja käyttämästä kielestä.

Artikkelissa selvitan yhtäältä itsellisten naisten syitä hakeutua hedelmöityshoitoihin sekä mahdollisuuksia ja käytössä olevia pääomia päästä hedelmöityshoitoihin ja toisaalta hedelmöityshoitoihin liittyviä eriarvoistavia käytäntöjä. Aluksi paikannan itsellisten naisten ilmiötä ja esittelen Pierre Bourdieun (1984) kenttäteorian, josta olen saanut tutkimukseeni teoreettisia työkaluja. Tämän jälkeen esittelen aineiston ja metodologiset periaatteet. Analyysiosio jakautuu kahteen osaan. Ensimmäisessä osassa tarkastelen syitä siihen, miksi osa naisista päättää yrittää lapsen hankkimista yksin hedelmöityshoitoja apuna käyttäen. Toisessa osassa analysoin itsellisten naisten käytettävissä olevia pääomia hakeutua yksin hedelmöityshoitoihin. Lopuksi pohdin itsellisten naisten ja äitien asemaa hedelmöityshoito- ja lapsiperhekentällä sekä tuon esille suomalaisen hedelmöityshoitojen kentän kolme rakenteellista epäkohtaa, jotka asettavat itselliset naiset eriarvoiseen asemaan.

ITSELLISET NAISET JA SUOMALAISTEN HEDELMÖITYSHOITOJEN KENTTÄ

Tahaton lapsettomuus voi olla seurausta 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 että parisuhteen toinen osapuoli ei halua lasta. Hedelmöityshoitojen tarve ja mahdollisuus turvautua hedelmöityshoitoihin on kasvanut jatkuvasti niiden kehittämisestä lähtien. Vuonna 2012 Suomessa hieman yli neljä prosenttia syntyneistä lapsista oli saanut alkunsa hedelmöityshoitoklinikalla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013). Hoitojen yleistymiseen on useita syitä. Länsimaissa perheelistyminen on siirtynyt myöhemmälle iälle, ja yhä useampi nainen yrittää hankkia lapsen vasta kun hedelmällisyys on lähtenyt laskuun ja raskaaksi tuleminen on vaikeutunut. Hedelmöityshoitomenetelmät ovat myös kehittyneet vuosien saatossa. Niillä pystytään yhä paremmin tuloksin hoitamaan hedelmättömyyttä, jolloin myös useampi hoitoihin hakeutunut nainen synnyttää niiden tuloksena lapsen.

Naimattomia ja yksin asuvia, joiden raskaus oli saanut alkunsa hedelmöityshoidoilla, oli vuonna 2012 synnyttäneistä noin seitsemän prosenttia. Voidaan arvioida, että vuosittain noin 150–175 itsellistä naista synnyttää lapsen. Luku ei ole tarkka, sillä joukossa voi olla esimerkiksi itsellisten miesten tai miesparien eri järjestelyin hankkimia lapsia, jolloin synnyttävä nainen ei ole lapsen ainoa vanhempi tai käytännössä vanhempi laisinkaan. Rekisterissä on myös ainoastaan tiedot niistä raskauksista, jotka ovat johtaneet lapsen syntymään. Yksin hedelmöityshoitoihin hakeutuvien naisten määrä on todennäköisesti vuosittain suurempi, mutta hoitoon hakeutuvien itsellisten naisten lukumäärästä ei ole tilastoa tai rekisteriä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Hedelmöityshoidoin itsellisiksi äideiksi haluaa ei ole Suomessa aikaisemmin tutkittu, mutta Seija Sukula (2009) on tehnyt väitöskirjan adoption kautta itsellisiksi äideiksi tulleista naisista. Aikaisempaa tutkimustietoa on myös siitä, miten lääkärit suhtautuvat hedelmöityshoidoin itsellisiksi äideiksi pyrkiviin. Maili Malin (2006) näkee lääkärit biovallan keskeisinä toimijoina, joilla on valtaa ja vastuuta kontrolloida sitä, kenellä on oikeus yrittää hankkia lapsi hedelmöityshoitoja apuna käyttäen. Lääkärit kuvailivat itsellisiä naisia minä- ja suorituskeskeisiksi ja näkivät, että lapsi olisi heille mahdollisesti vain yksi tavara tai suoritus muiden joukossa. Lääkärit soivat teknologiasavusteisen lisääntymisen mahdollisuuden muita mieluummin heteroseksuaalisessa ja vakaassa parisuhteessa eläville pareille. (Malin 2006, 55.)

Valmisteltaessa hedelmöityshoitolakia 2000-luvun alussa itsellisiin naisiin ja naispareihin kohdistettiin samanlaisia ennakkoluuloja kuin Malinin (2006) tutkimuksessa. Normatiiviset lausunnot aitoudesta, normaaliudesta, etiikasta ja uskonnosta olivat näkyvästi esillä (ks. esim. Heino 2004; Kanckos 2012; Lundström 2007, 62; Moring 2007; Voutilainen 2008). Kati Mustolan (2000) mukaan hedelmöityshoitoihin liittyvän lainsäädännön valmistelussa kansalaiset jaettiin kahteen ryhmään: heteroparisuhteessa eläviin lapsettomuudesta kärsiviin pareihin, joiden lisääntymistä haluttiin edistää, ja naisparien ja itsellisten naisten ryhmään, joiden lisääntymistä pyrittiin rajoittamaan.

Perhettä määritellään ja hallitaan julkisessa tilassa, jolloin se on myös yhteiskunnallinen asia (Kuosmanen 2007; Yesilova 2009). Hedelmöityshoitojen kohdalla eettisiksi ja poliittisiksi kysymyksiksi nousevat muun muassa se, kenellä on oikeus lapseen hedelmöityshoitojen avulla, mitkä hedelmöityshoitojen muodot ovat yhteiskunnassa hyväksytyjä ja sallittuja sekä millaisissa perheissä hoitojen tuloksena syntyvän lapsen on hyvä kasvaa. Rajojen asettaminen teknologian käytölle, esimerkiksi hoitojen epääminen joiltakin ryhmiltä tai tiettyjen hoitomenetelmien käytön kieltäminen, on yhteiskunnallinen kysymys. Vanhemmuuden edellytykset ja lapsen hankkimiseksi sallitut teknologian keinot ovat jatkuvan yhteiskunnallisen neuvottelun kohteena. Mianna Meskus (2014) kuvailee osuvasti hedelmöityshoitoja lääketieteellisenä käytäntönä, jossa politiikka, huippulääketeide ja henkilökohtaiset elämänkohtalot nivoutuvat kiinteästi toisiinsa.

Bourdieu (1984) teoriaa soveltaen sekä perhe että hedelmöityshoidot voidaan nähdä yhteiskunnallisina kenttinä, joilla taistellaan vallasta ja asemasta, kentällä olemisen oikeudesta ja sinne pääsyä sekä kentän sääntöjen ja rajojen muuttamisesta (esim. Bourdieu 1985, 105–110; Bourdieu & Wacquant 1995, 122–144.) Käsittelen artikkelissa näitä kahta toisiinsa limittyvää kenttää itsellisten naisten näkökulmasta. Sekä lapsiperhekentällä että hedelmöityshoitojen kentällä tavoitellaan lasta ja oikeutta olla perhe, mutta molemmilla kentillä on omat sääntönsä ja valta-asetelmansa. Molemmilla kentillä eri toimijaryhmät, kuten itselliset naiset, itselliset miehet, naisavoparit, rekisteröityneet naisparit, rekisteröityneet miesparit, heteroavioparit, heteroavoparit ja muut lasta tavoittelevat perheet, ovat keskenään eriarvoisessa asemassa. Toimijoiden kilpailu kentän sisällä ja kilpailu kentän rajoista muokkaavat kenttää vaikuttaen siihen, millä ryhmillä on pääsy kentälle ja millainen asema heillä siellä on. Lapsiperhekentällä esimerkiksi naisparit ovat taistelleet perheoikeuksista ja paremmasta asemasta 2000-luvun alusta saakka (Kuosmanen 2007). Suomen hedelmöityshoitojen kentän rajoja muokattiin näkyvästi lainsäädännön keinoin 2006, jolloin myös määriteltiin, mitkä toimijaryhmät saavat jatkossa toimia kentällä. Sijaissynnytysten kieltö hedelmöi-

tyshoitolaissa estää käytännössä itsellisten miesten ja miesparien lastenhankinnan Suomessa hedelmöityshoitojen avulla.

Bourdieu (1984) teorian mukaan kenttä on doksan tilassa, jos vallitsevaa järjestystä ei kyseenalaiteta, 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. (Heiskala 2000, 178–186.) Vaihtoehtoiset näkemykset ovat hedelmöityshoito- ja lapsiperhekentällä liittyneet esimerkiksi siihen, kenellä on oikeus perustaa perhe eli päästä mukaan kentälle. Kriittiset tulkinnat kriisiyttävät kentän ja saavat hallitsevat ryhmät tuottamaan vallitsevaa järjestystä tukevia diskursseja, ortodoksioita, joiden tarkoituksena on doksan hiljaisen hyväksymisen palauttaminen (emt.).

Hedelmöityshoitojen kentällä ortodoksista diskursssia tuottavat hyvässä asemassa olevat toimijat, kuten lääkärit sekä poliitikot ja virkamiehet, jotka pitävät käsissään lainsäädännöllistä valtaa (Hirvonen 2006; 2007; Malin 2006). Doksan voidaan ajatella kriisiytyneen, kun teknologiasavusteista lisääntymistä alkoivat heteroparien lisäksi käyttää myös muut toimijaryhmät. Teknologia, jonka piti paikata puutteellisuksina pidettyjä ydinperheitä ja auttaa heteropariskuntia saamaan biologisia jälkeläisiä, mahdollisti myös muunlaisia perheitä – perheitä, joihin ei ollut totuttu. Myös lapsiperhekentällä muiden kuin heteroparien lisääntyminen ja perheellistyminen on julkisessa keskustelussa nähty uhkana vallitsevalle järjestykselle. Esimerkiksi keskusteltaessa adoption sallimisesta samaa sukupuolta oleville pareille on nostettu esille pelko siitä, että heteroparien adoptiomahdollisuudet jatkossa heikentyisivät, jos myös nais- ja miesparit saisivat adoptio-oikeuden (ks. esim. Savolainen 2014). Sekä lapsiperhekenttä että hedelmöityshoitojen kenttä ovat luonteeltaan heteronormatiivisia (Hirvonen 2006; 2007; Kuosmanen 2007; Moring 2007). Muut kuin heteroparit joutuvat taistelemaan näillä kentillä saavuttaakseen samat oikeudet kuin heteroparit.

Bourdieu (1984) mukaan toimijaryhmien pääsy kentälle ja asema kentällä vaihtelevat sen mukaan,

kuinka paljon ryhmillä on kentällä arvostettuja pääomia. Pääomat ovat voimavaroja tai resursseja, joita toimijat pyrkivät hyödyntämään kentällä parhaalla mahdollisella tavalla. Pääoma määrittäytyä aina suhteessa kenttään, jolloin eri kentillä eri pääomat ovat arvokkaita. Osa pääoman lajeista on myös vaihdettavissa toisiksi pääomiksi. Bourdieu nimeää kolme perustavaa pääoman muotoa eli taloudellisen, kulttuurisen ja sosiaalisen pääoman, jotka kaikki jakautuvat edelleen alalajeihin. Taloudellisella pääomalla Bourdieu (1984) viittaa tuloihin ja rahaksi muutettavissa oleviin omistuksiin. Kulttuurinen pääoma voi koostua esimerkiksi koulutuksesta tai kentällä arvostetusta hyvästä mausta. Sosiaalinen pääoma on esimerkiksi erilaisia sosiaalisia suhteita tai jäsenyyttä ryhmässä. (Bourdieu 1985, 105–109; 1998, 10–24.) Toisinaan Bourdieun pääoman lajien ei ole koettu riittävän, ja esimerkiksi Anttila (2012) ehdottaa, että Bourdieun luokitusta tulisi jatkaa ruumiin pääomalla. Hedelmöityshoitojen kentällä ruumiin pääoma voidaan nähdä biologisena pääomana, jota voivat olla esimerkiksi kohtu tai siittiö- ja munasolut. Itsellinen nainen voi ostaa hedelmöityshoidoissa tarvittavat siittiösolut vaihtamalla taloudellista pääomaa sukusoluihin. Biologinen pääoma voi siis toimia vaihdon välineenä toiseen pääoman lajiin, mutta yhtälailla se toimii kentällä myös poissulkemisen välineenä. Hedelmöityshoitolaisten (Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006) myötä toimiva kohtu nostettiin symboliseen pääoman arvoon, jota ilman ei voi päästä Suomen hedelmöityshoitolaisten kentälle. Tällä rajauksella suljettiin pieni osa naisia ja kaikki itselliset miestoimijat kentältä ulos.

Kentillä arvostetut pääomat määrittävät siis toimijaryhmien asemaa. Erilaisista asemista seuraa toimijaryhmille myös toisistaan eroavat habitukset. Habitus koostuu käyttäytymisen ja toiminnan tavoista sekä asioiden erilaisesta arvottamisesta. Habitus vaikuttaa siihen, mitä koetaan itselle mahdollisena ja sopivana (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. Palaan tarkemmin habituksen ja pääomien käsitteisiin analyysiosioissa.

AINEISTONA KESKUSTELUPALSTA

Empiirinen aineistoni on kerätty internetin julkiselta keskustelupalstalta. Keskustelupalsta-aineisto sopii hyvin hedelmöityshoitoihin hakeutuvien toimijoiden tutkimiseen, sillä tahattomasta lapsettomuudesta etsitään tietoa ylivoimaisesti useimmin internetistä (Miettinen 2011, 46). Internet on siis toimijoiden ”luonnollinen” ympäristö. 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).

Tarkastelemalleni keskustelupalstalle kirjoitettiin nimettömästi nimimerkin suojin eikä viestien lukeminen edellyttänyt keskustelupalstalle rekisteröitymistä. Kyseessä oli siis kaikille avoin palsta. Kirjoittajat tiedostivat, että kuka tahansa voi lukea heidän tekstejään (ks. Kuula 2006, 184–187). Tämä kävi ilmi kirjoittajien reflektoidessa sitä, minkälaisia asioita he uskaltavat keskustelupalstalla kertoa. Osa keskustelijoista varoi kertomasta itsestään tunnistettavista tiedoista, kuten asuinkuntaa, jos kyseessä oli pieni kaupunki, ja keskustelijat vaihtoivat henkilökohtaiset yhteystiedot yksityisviestien kautta. Kirjoitusvaiheessa anonymisoin aineiston niin pitkälle kuin mahdollista. Yleistyneen käytännön mukaisesti poistin esimerkiksi kaikki hedelmöityshoitoklinikoiden nimet sitaateista enkä paljasta kirjoittajien nimimerkkejä (ks. esim. Malin 2006; Meskus 2014). Tutkimuseettisistä syistä päätin olla osallistumatta myöhemmin perustetulle suljetulle keskustelupalstalle. Tutkijan läsnäolo suljetussa ryhmässä olisi voinut karkottaa toimijoita heille tarpeelliselta ja tärkeältä vertaistukipalstalta.

Keskustelupalsta-aineiston vuoksi pystyn hyödyntämään Bourdieun (1984) kenttäteoriaa rajallisesti, sillä aineistoni ei mahdollista esimerkiksi keskustelijoiden taustatietojen, kuten sosioekonominen aseman, selvittämistä. Tästä syystä lähestyn luokan ja habituksen tutkimista kulttuuristen ja moraalisten eronteiden sekä arvottamisen kautta. Eronteita tehdään kertomalla, miten ei kuului-

si toimia tai mikä ei näyttäydy itselle sopivana vaihtoehtona.

Aineistoni keskustelupalsta toimii itsellisten naisten vertaistukiryhmänä ja harkinta- ja suunnitteluvaiheessa olevien naisten tiedonhankintakanavana. Aikaisemmat hedelmöityshoitoihin liittyvät tutkimukset ovat keskittyneet hedelmöityshoidoissa käyviin naisiin, niiden avulla jo äideiksi tullessiin naisiin tai äidin ja hoitojen tuloksena syntyneen lapsen kiintymyssuhteeseen. Harkintavaiheessa olevien naisten mukaan ottaminen tutkimukseen antaa laajemman kuvan hedelmöityshoitojen kentästä ja kentälle pyrkivistä toimijoista. Tällöin voi paljastua kentän rakenteellisia tekijöitä, jotka vaikuttavat siihen, kenen ylipäänsä on mahdollista päästä kentälle.

Aineistoni koostuu noin 900:sta keskustelupalstalle lähetetystä viestistä 110:ltä eri nimimerkiltä. Kirjoittajista 69 kertoo saaneensa lapsen hoitojen avulla, käyvänsä parhaillaan hedelmöityshoidoissa yksin, varanneensa ensiajan hedelmöityshoitoklinikalle tai jonottavansa hoitoihin pääsyä. Harkinta- tai suunnitteluvaiheessa on 35 keskustelijaa. Kuusi keskustelijaa ei tuo esille, missä vaiheessa hoitoprosessia he ovat. Anonyymisuuden vuoksi mukana voi olla myös valeidentiteettejä tai provosoiviksi tarkoitettuja viestejä. Tutkijan ammattitaitoon kuitenkin kuuluu tunnistaa analysoitavan keskustelun luonne, nähdä, missä sävyssä viestit on kirjoitettu, ja pystyä sen perusteella arvioimaan viestien aitoutta (Katainen 2011, 33). Keskustelun tyyli osoittaa, että keskustelijat ovat aikomustensa, suunnitelmiensa ja tekojensa kanssa tosissaan. Itselliset naiset kertovat yksityiskohtia hoidoistaan ja kokemistaan tunteista, joiden keksiminen vaatisi valeidentiteeteiltä huomattavaa perehtyneisyyttä hedelmöityshoitoihin. Viesteistä ilmenee myös, että toisilleen aluksi täysin vieraat, nimimerkin suojissa esiintyneet keskustelijat järjestävät myös kasvokaistapaamisia, joissa ainakin osa luopuu anonyymiuudestaan.

Keskustelupalsta-aineiston lisäksi analysoin dokumenttiaineistoja, kuten lakia hedelmöityshoidoista (Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006) sekä hedelmöityshoitoja myyvien yksityisten hedelmöityshoitoklinikoiden ja kansainvälisten spermapankkien kotisivuja. Dokumenttiaineisto luo ymmärrys-

tä toimintaympäristöstä sekä yhteiskunnallisista ja kulttuurista reunaehdoista, jotka vaikuttavat hedelmöityshoitoihin hakeutuvien tai niitä harkitsevien itsellisten naisten valintoihin (Alasuutari 1999, 155–157).

Tutkimusmenetelmänä käytän Tommi Hoikkalan (1993, 37–38, 242–244) muotoilemaa lähiluvun otetta. Lähiluvussa keskitytään tutkittavien tuottaman tekstin tai puheen sisällön, aiheiden ja teemojen kulttuuriseen ja sosiaaliseen tasoon, kun diskursianalyysi keskittyy lingvistiseen tasoon. Itsellisten naisten viestit ovat toimintaa ja sen kuvailua sekä merkitysmailman rakentamista. Nämä rakentuvat suhteessa kulttuurisesti vahvaan vastaversioon, joka hedelmöityshoito- ja lapsiperhekentillä on heteroydinperhe. Bourdieun (1984) teoria tarjoaa työkalut aineiston teemoitteluun ja toistojen etsimiseen. Teorialähtöisesti erittelen aineistosta ensin vanhemmuuteen ja hedelmöityshoitoihin liittyviä pääomia, joita itselliset naiset tuovat esille. Tämän jälkeen teemoittelen aineistossa ilmeneviä kentän rakenteellisia piirteitä, jotka joko helpottavat tai vaikeuttavat itsellisten naisten asemaa.

SYYT HAKEUTUA YKSIN HEDELMÖITYSHOITOIHIN

Olishan se ollut kiva, jos oma elämä olis 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 räjä elämä ole mennyt standardikaavojen mukaan ennenkään.

Lapsen hankkiminen itsellisesti ei noudata heteronormatiivista elämäntavan järjestystä, vaan itselliset naiset rikkovat lapsiperhekentän doksan eli itsestään selvänä pidetyn vallitsevan järjestyksen (ks. Kuosmanen 2007). Yrittäessään perheellistyä yksin itselliset naiset joutuvat vastaamaan ortodoksioihin, jotka kyseenalaistavat heidän tavoittelemansa perhemuodon oikeutuksen. Heteronormatiivisilla hedelmöityshoito- ja lapsiperhekentillä itselliset naiset ovat altavastaajan roolissa, ja heiltä odotetaan

selitystä siihen, miksi he haluavat hankkia lapsen yksin ilman (hetero)parisuhdetta. Analyysin aluksi selvitin itsellisten naisten syitä yrittää lapsen hankkimista yksin hedelmöityshoitoja apuna käyttäen. Tähän vastatakseni selvitin niitä tekijöitä, jotka ovat johtaneet ajatukseen yrittää lapsen hankintaa yksin. Sen jälkeen käyn läpi eri vaihtoehtoja, joita lapsiperheikentälle haluavilla itsellisillä naisilla on valittavanaan.

Itsellisesti lapsiperheikentälle

Vauvakuume on kulttuurissamme vakiintunut käsite, jolla viitataan yleensä naisen ja nykyisin myös miehen vahvaan kaipuuseen saada oma lapsi (Miettinen & Rotkirch 2008, 71–73; Rotkirch 2007). Vauvakuume ja äitiyden kokemuksen halu tulevat esille keskustelupalstalla. Osa naisista kommentoi näitä esittelyvaiheessa, esimerkiksi ”toive lapsesta on ollut jo vuosia” tai ”vauvakuume painanut päälle jo kuusi vuotta”. Näiden tunteiden ei koeta eroavan toisenlaisissa perhemuodoissa elävien lapsenkaipuusta. Halu päästä lapsiperheikentälle on keskustelussa jaettu itsestäänselvyys. Vahva halu saada lapsi on myös kulttuurissamme yksi ihanteellisen äitiyden ehto (Kelhä 2005, 203). Itselliset naiset ovat kuitenkin yksin lapsenkaipuunsa kanssa. Aineistossani lähes kaikki keskustelijat olivat sillä hetkellä ilman puolisoa. Joukossa on kuitenkin joitakin naisia, jotka elivät parisuhteessa miehen kanssa. Näissä tapauksissa parisuhteen toinen osapuoli ei halunnut lapsia, ja tämä sai naiset harkitsemaan lapsen hankkimista yksin. Näin voidaan varmistaa, että nykyisestä tai tulevasta parisuhdetilanteesta riippumatta voidaan välttää tahattomasti lapseton elämä.

Lapsenkaipuun ja sopivan parisuhteen puuttumisen lisäksi ikä on tekijä, joka nousee aineistossa toistuvasti esille¹. Kronologisen iän suhteen naiset eivät kuitenkaan muodosta homogeenistä

ryhmää. Nuorin hoitoihin hakeutunut keskustelija on 26-vuotias ja vanhimmat yli 40-vuotiaita. Aikaisempien kansainvälisten tutkimusten mukaan itsellisten naisten hedelmöityshoidot on nähty keski-ikäisten naisten ilmiönä (Bock 2000; Hertz & Ferguson 1997). Aineistoni perusteella naisten ikäskaala on laajempi. Aineiston nuorimmat eivät myöskään kaikki olleet harkintavaiheessa, vaan osa oli jo itsellisiä äitejä tai hakeutuneet hoitoihin.

Ikä ilmenee kirjoituksissa erilaisina perusteluina ja huolina. Vanhemmat naiset puhuvat iästä hedelmällisyyden heikentymisen kannalta. Iän myötä raskaaksi tuleminen käy omilla munasoluilla hankalammaksi ja lopulta mahdottomaksi myös hedelmöityshoitojen avulla. Nuorimmat keskustelijat sen sijaan perustelevat muille, miksi he jo näin aikaisin ”luopuvat” toivosta hankkia norminmukainen ydinperhe ja miksi nyt jo on lapsen aika, vaikka biologinen raja-aita ei ole vielä oletettavasti vuosiin tulossa vastaan. Kulttuuristen ikäjärjestysten noudattamatta jättäminen voidaan nähdä moraalisenä kysymyksenä (Kelhä 2005). Harkintavaiheessa olevat nuoret naiset mieltivät etukäteen, miten oma lähipiiri ja klinikoiden lääkärit suhtautuvat heidän suunnitelmiinsa. Eräs 26-vuotias keskustelija toi esille pelkonsa, ettei hoitava lääkäri välttämättä suostu antamaan hänelle hoitoja iän vuoksi. Yhteiskunnassamme 26-vuotias nainen ei ole liian nuori äidiksi, mutta häntä saatetaan pitää liian nuorena tullakseen äidiksi yksin hedelmöityshoidoin. Osa nuoremmista harkintavaiheessa olevista oli päättänyt, että jokin tietty ikä, kuten 30 tai 35 vuotta, tulisi olemaan sysäys hoitoihin hakeutumiselle. Harkintavaiheessa olevista osa kytkee vanhemmuuden ihanteet ydinperheeseen. Lykkäämällä hedelmöityshoitoihin hakeutumista annettiin harkinta-ajan lisäksi vielä hetki aikaa löytää sopiva parisuhde ennen päätöstä itsellisestä äitiydestä.

1 Hedelmöityshoitolaki ei aseta ikärajoja hoitojen antamiselle, mutta valtaosa klinikoista on asettanut yläikärajan (naisilla 39–46 vuotta) hoitoihin osallistumiselle (Tapper 2014). Ikärajat vaihtelevat klinikoittain, mutta yleisesti julkisella puolella yläikäraja on alhaisempi kuin yksityisellä. Lisäksi Kela rajoittaa hedelmöityshoitojen suorakorvaussopimusmenettelyn alle 43-vuotiaille naisille. Itselliset naiset eivät yleensä ole oikeutettuja suorakorvaussopimusmenettelyyn (ks. Taloudellinen pääoma -alaluku tässä artikkelissa), ja heidän on käytettävä yksityisiä hedelmöityshoitoklinikoita. Hedelmöityshoitojen ikärajat ohjaavat siis heteropareja muita toimijaryhmiä enemmän.

Valintana hedelmöityshoitojen kenttä

Itsellinen nainen voi yrittää päästä lapsiperhe-
kentälle hedelmöityshoitojen lisäksi myös muil-
la tavoin. Muita vaihtoehtoja ovat esimerkiksi
adoptioiminen, sijaisvanhemmaksi ryhtyminen,
koti-inseminatio tutun luovuttajan kanssa tai
raskaaksi tulon yrittäminen suojaamattoman
heteroseksin avulla. Strategiat toimia lapsiper-
he-*he* kentällä vaihtelevat toimijoiden aseman ja
habituksen mukaan. Asema ja habitus vaikutta-
vat siihen, mitä katsotaan järkeväksi tavoitteella,
mitä uskalletaan tavoitella ja mitä pidetään itsel-
le mahdollisena ja sopivana (ks. Bourdieu 1998;
Vanttaja 2003.)

Keskustelupalstalla sijaisvanhemmuudesta pu-
hutaan hyvin vähän. Puhumattomuus ja harvat
kommentit aiheesta antavat ymmärtää, ettei si-
jaisvanhemmuutta pidetä todellisena vaihtoehto-
na tahattomaan lapsettomuuteen. Adoptioimiseen
suhtaudutaan myönteisesti, mutta rakenteellisista
syistä se ei useinkaan ole itsellisille naisille mahdol-
linen vaihtoehto. Vaikka lainsäädäntö sallii lapsen
adoptioimisen yksin, käytännössä adoptioimiselle on
esteitä. Odotusaika on useita vuosia, eivätkä palve-
luntarjoajat välttämättä ota uusia yksinhakijoiden
hakemuksia vastaan. Adoptiolapsia on vähän, ja las-
ten syntymämaissa voidaan asettaa ehtoja ja mää-
ritelmiä sille, millaisille hakijoille lapsi saadaan an-
taa adoptoitavaksi. Osa maista on rajoittanut lasten
adoptioimisen ainoastaan heteropariskunnille. (Su-
kula 2009, 26–27.)

Koti-inseminatiovaihtoehto jakaa itsellisten
naisten mielipiteitä. Sen suurimpana riskinä pide-
tään lapsen osittaista menettämistä, mikäli suku-
solujen luovuttaja vaatii sovitusta poiketen isyyden
tunnustamista. Lisäksi osa itsellisistä naisista sairaa-
taa hedelmällisyyteen vaikuttavaa sairautta, jolloin
lapsen alulle saattaminen koti-insemination avulla
ei välttämättä onnistuisi. Koti-insemination hyvi-
nä puolina pidetään edullisuutta verrattuna hede-
lmöityshoitoihin ja mahdollisuutta valita sukusolu-
jen luovuttaja itse.

Itselliset naiset eivät pidä lapsen saattamis-
ta alulle satunnaisen seksikumppanin kanssa it-
selle sopivana vaihtoehtona. Sen esille tuominen
ylipäänsä vaihtoehdoksi osoittaa, kuinka kuka ta-

hansa voi halutessaan tehdä yksin lapsen. Myös epä-
tyydyttävään parisuhteeseen tyytyminen lapsen
saamisen vuoksi nostetaan esille, mutta sitäkään ei
pidetä itselle sopivana vaihtoehtona. Hankalat ero-
tilanteet ja huoltajuuskiistat ovat uhka sekä omalle
että lapsen hyvinvoinnille. Käsittelemällä vaihtoeht-
toja, jotka eivät ole itselle sopivia, tehdään eronte-
koa muihin yksinhuoltajiin. Nämä edustavat eri-
laista makua pyrkimällä lapsiperhe-*he* kentälle muita
reittejä. Eronteko muihin toimijaryhmiin määrit-
tää osaltaan identiteettiä ja tuottaa itsellisen nai-
sen habituksen.

Mulle klinikka oli ainut ja oikea vaihtoehto, vaika
oli siinä 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 päätöksen itse.

Keskustelijan sitaatissa esittämät vaihtoehtot ki-
teyttävät syitä, miksi lapsiperhe-*he* kentälle tullaan
hedelmöitysklinikan kautta. Monissa viesteissä
tuodaan esille, että ”klinikavaihtoehto nyt vaan
sopii minulle”. Kommentti tuo esille, että hede-
lmöityshoitojen kentän rakenne ja toimijan habitus
sopivat yhteen. Hedelmöityshoitojen kenttä tun-
tuu tällöin omalta: toimija on sisäistänyt kentän
lait ja hänellä on riittävä määrä kentällä arvokkai-
ta pääomia, jotka mahdollistavat kentällä toimi-
misen. Hedelmöityshoitojen valitseminen ilmen-
tää toimijan arvomaailmaa ja makua. Verrattuna
muihin vaihtoehtoihin päästä lapsiperhe-*he* kentälle
hedelmöityshoidot näyttäytyvät toimijalle turval-
lisena, juridisesti selkeänä ja saavutettavissa ole-
vana ratkaisuna tahattomaan lapsettomuuteen.
Klinikkaratkaisusta ollaan ylpeitä ja se esitetään
”rehellisenä lasta kohtaan”, kuten eräs keskuste-
lija kirjoitti. Lapselle voidaan kertoa ylpeänä alku-
perästä: ”äiti ja luovuttaja halusivat sinun syntyvän
juuri tällä tavalla”.

ITSELLISTEN NAISTEN PÄÄOMAT

Lapsen hankkiminen yksin hedelmöityshoidoin vaatii kentällä arvostettuja pääomia, ja usein hoitoin valmistaudutaan henkisesti ja taloudellisesti jo paljon etukäteen. Tarkastelen seuraavaksi, mitä pääoman lajeja itselliset naiset tarvitsevat hedelmöityshoito- ja jossain määrin myös lapsiperhe-kentällä.

Sosiaalista ja kulttuurista pääomaa

Tiedon hankkimista ja ajatusten jakamista samassa tilanteessa olevien kanssa voidaan pitää kulttuurisen pääoman kerryttämisenä, josta on hyötyä hedelmöityshoitojen kentälle pääsyssä. Keskustelupalstalta kerätään etukäteen tietoa hoitomuodoista, korvauksista ja klinikoista, jotka ottavat itsellisiä naisia asiakkaikseen. Itselliset naiset ovat hedelmöityshoitojen kentällä marginaalissa, joten tietoa yksin hoitoihin hakeutuville ei ole samalla tavalla saatavilla kuin heteropareille. Esimerkiksi valistusmateriaalit on suunnattu heteropareille, eivätkä klinikat mainosta erikseen itsellisten naisten hoitoja (Helosvuori 2012). Vertaistuen tarjoamisen lisäksi keskustelupalsta toimii siis myös tärkeänä tiedonvälityskanavana etenkin harkintavaiheessa oleville.

Hoitoihin hakeutuvan on kyettävä vakuuttamaan asiantuntijana toimiva hoitava lääkäri edellytyksistään tulla äidiksi. Hedelmöityshoitojen kentällä portinvartijana toimivat asiantuntijalääkärit. Hedelmöityshoitolain (Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006) mukaan lääkäri ei saa antaa hoitoja, mikäli ”on ilmeistä, ettei lapselle voida turvata tasapainoista kehitystä”. Hedelmöityshoitolain myötä Suomessa vakiintui käytäntö, jonka mukaan hedelmöityshoidoissa lahjoitettuja sukusoluja käyttävät, eli kaikki itselliset naiset ja naisparit, joutuvat ennen hoitoja asioimaan psykologin luona. Tärkeä kulttuurisen pääoman kerryttämisen prosessi aineistossani liittyykin pakolliseen psykologitapaamiseen valmistautumiseen. Psykologin tapaamista jännitettiin etukäteen, mutta jälkikäteen monet kokivat keskustelun hyödylliseksi. Psykologi antoi moraalisen oikeutuksen hankkia lapsi yksin hedelmöityshoitojen avulla. Kuitenkin tietyille toimijaryhmille pakollinen psykologitapaaminen voidaan nähdä vanhemmuutta arvioivana käytäntönä, jossa läh-

tökohtaisesti epäillään muiden kuin heteroparien vanhemmuuden edellytyksiä.

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...

Ympäristön paineiden ja normatiivisesta elämänkulusta poikkeamisen vuoksi osa harkintavaiheessa olevista naisista miettii, onko heidän eettisesti oikein tehdä lasta ilman, että lapsella on läsnä oleva isä. He miettivät, tarjoaako isä jotain sellaista, mitä äiti ei voi lapselle antaa: ”miehen mallia” lapsen elämään (ks. esim. Rantalaiho 2003, 218–220). Psykoanalyttinen isyyssäitys, jossa isä edustaa äitiin verrattuna eriaikaista ja erilaista vanhemmuutta, näkyy keskustelussa huolipuheena. Kuten saateenkaariperheissä (Moring 2013), myös itsellisten naisten keskustelussa ”toisen sukupuolen malli” halutaan tarjota lapselle. Keskustelijat tuovat esille muita mahdollisia miehen malleja: ”Mun esikoiselle vaari ja eno (mun isä ja veli) on ollu läheisemmät ja parhaat miehen mallit kuin isä.” Menemällä yksin hedelmöityshoitoihin itselliset naiset kyseenalaistavat lapsiperhekentällä arvostetun sosiaalisen pääoman, lapsen elämässä läsnä olevan isän. Samaa aikaan itselliset naiset myös vahvistavat yksinhuoltajuuteen ja isättömyyteen kulttuurissamme liitettyjä kielteisiä puolia osallistumalla huolikeskusteluun ja miettimällä, jääkö lapselta puuttumaan jotain ilman isää. Isäpääoman puute voidaan kuitenkin kääntää myös pääomaksi lapselle. Aineistossa kyseenalaistetaan näkemys miehen mallista pelkäämään myönteisenä asiana.

Ja se onkin jännä juttu, että monesti unohtetaan avioliittojen kariutumisasteen 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].

Aineistossa tuodaan esille niin sanottu huono miehen malli, joka nähdään lapsen kehityksen ja hyvinvoinnin kannalta haitallisena ja jota ei haluta välittää lapselle. Ideaaliydinperheisää pidetään pääomana lapselle. Koska hyvää isää lapselle ja puolisoa ei ole saatavilla, isättömyys voi suojella lasta huonolta isyydeltä, kasvatusmallilta ja isän hylkäyskokemukselta. Huono ydinperhe ja erotilanteet, jossa lapsesta taistellaan, näyttäytyvät uhkana lapselle (ja lapsen äidille).

Hedelmöityshoitojen avulla lasta ei tehdä yksin vahingossa, hetken mielijohteesta kevyin perustein. Riskien puntarointi, suunnitelmallisuus ja pääomien kerryttäminen leimaavat prosessia alusta alkaen. Suunnitelmallisuus ja harkinta ilmenevät aineistossa esimerkiksi tietoisena sosiaalisen pääoman kasvattamisena. Puuttuva isäpääoma voidaan korvata kattavalla sosiaalisella verkostolla. Itselliset naiset miettivät etukäteen tukiverkoston riittävyttä oman jaksamisen mutta myös tulevan lapsen kannalta. Suunnitelmallisuutta pidetään lapsiperhekentällä vastuullisuutena (Kelhå 2005).

Taloudellinen pääoma

Kulttuurisen ja sosiaalisen pääoman lisäksi hedelmöityshoidoissa käyminen edellyttää riittävästi taloudellista pääomaa, jota hoitojen kustannuksiin ja odotettuun vanhemmuuteen varautuvat itselliset naiset kerryttävät etukäteen. Aineistossa puhutaan vakaan elämän järjestämisestä ennen hoitoihin hakeutumista. Tällä viitataan esimerkiksi vakituiseen työhön ja omistusasuntoon sekä hedelmöityshoitoja ja lapsen elatusta varten kerrytettyihin säästöihin. Edelliset toimivat myös osoituksina riittävästä taloudellisesta pääomasta lapsiperhekentälle pääsyyn (ks. Ketokivi 2005). Raha nousee keskustelussa esille niukkana resurssina, jota hedelmöityshoidoissa käyminen kuitenkin välttämättä edellyttää.

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, ainaakaan ilman vastinetta.

Itsellisillä naisilla on käytettävänä hoitoihin ainoastaan yhden ihmisen tulot, mikä lisää hoitojen taloudellista raskautta pariskuntiin verrattuna. Riittävä taloudellinen pääoma on kentälle pääsyn edellytys, mutta mikään rahamäärä ei takaa lapsen saamista. Hoidot halutaan saada mahdollisimman edullisesti, jotta yrityskertoja on tarvittaessa mahdollista ostaa useampia. Välillä hoidoista pidetään taukoa ja kerätään lisää rahaa seuraavia hoitoja varten. Osa kääntyy myös pankin puoleen. Naisten eriarvoiset taloudelliset tilanteet vaikuttavat siihen, kuinka monta hoitojaksoa ja mitä hoitoja heidän on mahdollista ostaa.

Itselliset naiset voivat käytännössä ostaa hoitoja ainoastaan yksityisiltä hedelmöityshoitoklinikoilta, joissa kustannukset nousevat moninkertaisiksi julkisen sektorin hedelmöityshoitoihin verrattuna (Mietinen 2011, 6). Syyksi on virallisesti annettu se, ettei julkisessa terveydenhuollossa käytetä luovutettuja sukusoluja ja täten itsellisten naisten ja naisparien tahatonta lapsettomuutta ei voida hoitaa. Selvityksen mukaan kuitenkin osa julkisen terveydenhuollon toimintayksiköistä käyttää hoidoissaan myös luovutettuja sukusoluja, mutta hoitoja on annettu silti ainoastaan heteropareille (Tapper 2014, 14).

Hedelmöityshoitojen kustannuksia korvataan sairausvakuutuksesta, jos lapsettomuuden hoidon katsotaan olevan sairaudenhoitoa (Kansaneläkelaitos 2012a). Yleensä itsellisten naisten hedelmöityshoitojen toimenpide- ja lääkekuluja ei korvata, sillä itsellisten naisten lapsettomuuden hoitamista ei pidetä sairaudenhoitona. Kela voi harkita korvaamista, jos lääkärinlausunnosta ilmenee, että lasta on yritetty vuoden ajan ja naisella on sairausperuste saada korvauksia (Kansaneläkelaitos 2012b). Itsellisten naisten tulee osoittaa tämä käymällä kaksitoista kertaa inseminaatiohoidoissa. Hinnaston mukaan kaksitoista inseminaatiokertaa maksaa ilman lääkkeitä noin 10 000 euroa (Väestöliitto 2015). Mikäli näistä hoidoista ei ala raskautta, Kela voi myöntää jatko- hoidoista ja hedelmöityshoitoihin käytettävistä lääkkeistä sairausvakuutuskorvauksia (Kansaneläkelaitos 2012c). Aina lapsettomuuden taustalta ei

löydetä heteroparienkaan kohdalla sairautta, jolloin lapsettomuuden lääketieteellinen syy on selittämätön. Kuitenkin myös tällöin heteroparin alle 43-vuotiaan naisen hoidoille katsotaan olevan lääketieteellinen syy, jos lasta on kerrottu yritetyn tehdä yli vuosi. Heteropariskunta saa sairausvakuutuskorvauksen yleensä suoraan hedelmöityshoitoklinikalta.

Aineistossani itsellisten naisten saamat korvaukset vaihtelevat suuresti. Osa naisista kertoi saaneensa Kela-korvauksia lääkkeistä, mutta ei hoitotoimenpiteistä, osa taas molemmista, mutta suurin osa kertoi jääneensä kokonaan ilman sairausvakuutuskorvauksia. Lääkkeistä sairausvakuutuskorvauksia saaneet naiset toivat esille, etteivät he uskaltaneet olla Kelaan yhteydessä ja selvittää mahdollisuutta saada korvauksia myös toimenpiteistä. Yhteydenoton pelättiin vaarantavan jo saadut lääkekorvaukset. He siis epäilivät saaneensa ”aiheettomia” korvauksia ja välttivät tämän vuoksi hakemasta toimenpidekorvauksia, jotka suuri osa heteropariskunnista saa suorakorvaussopimusmenettelynä. Itselliset naiset ovat ensisijaisesti tyytyväisiä siitä, että he saavat toimia kentällä ja että kentällä toimii klinikoita, jotka hoitavat heidän tahatonta lapsettomuuttaan. Epäselvä ja vaihteleva korvauskäytäntö kuitenkin lisää toimijaryhmien välistä ja toimijaryhmän sisäistä epätasa-arvoa hedelmöityshoitojen kentällä.

ITSELLISTEN NAISTEN ASEMA HEDELMÖITYSHOIDOISSA

Itsellinen äitiys ei aineistoni mukaan näyttäytyä ideologisena valintana tehdä lapsi ilman puolisoa vaan parhaana mahdollisuutena saada lapsi ja päästä lapsiperhekentälle tietystä elämäntilanteesta. Sopivan puolison puuttumisen lisäksi lapsenkaipuu, hedelmällisyyden kannalta korkea ikä ja hedelmällisyyteen vaikuttavat sairaudet nousevat yleisimmin syiksi yrittää lapsen tekoa yksin. Hedelmöityshoidot valitaan keinoksi pyrkiä lapsiperhekentälle, koska muihin vaihtoehtoihin sisältyy niitä enemmän riskejä tai koska muut vaihtoehdot ovat lapsiperhekentän rakenteellisista syistä johtuen vaikeampia saavuttaa. Teknologia ja lainsäädäntö mahdollistavat lapsen itsellisen hankkimisen turvallisesti, ja hede-

lömöityshoitojen kentän rakenne sopii niiden itsellisten naisten habitukseen, jotka päättävät yrittää lasta tällä tavoin. Itsellisenä naisena hedelmöityshoitojen kentälle astuminen vaatii kuitenkin pääomia, joita kaikilla ei ole käytettävänä. Lapsen hankkiminen yksin on aina mittava taloudellinen sijoitus, etenkin hyödynnettäessä hedelmöityshoitoja tai adoptiota. Riittävän taloudellisen pääoman lisäksi itsellinen nainen tarvitsee riittävän määrän kulttuurista ja sosiaalista pääomaa, jotta hän uskaltaa poiketa normatiivisen perheellistymisen kaavasta ja jotta portinvartijana toimiva lääkäri päästää hänet kentälle.

Olen analyysissäni tuonut esille hedelmöityshoitojen kentän heteronormatiivisia rakenteita, jotka asettavat toimijaryhmät eriarvoisiin asemiin. Eriarvoisista asemista seuraa erilaiset mahdollisuudet hankkia lapsi hedelmöityshoidoin. Suomen hedelmöityshoitojen kentällä on kolme isoa rakenteellista epäkohtaa, jotka ylläpitävät itsellisten naisten heikompaa asemaa. Ensinnäkin itsellisten naisten on käytettävä kalliimpia yksityisiä hedelmöityshoitoklinikoita, sillä julkinen terveydenhuolto hoitaa ainoastaan heteroparien tahatonta lapsettomuutta. Toinen epäkohta liittyy hedelmöityshoitojen lääkkeiden ja hoitotoimenpiteiden epätasa-arvoisiin korvauskäytäntöihin, jotka antavat ymmärtää, että tahaton lapsettomuus olisi yksistään heteroparien lääketieteellinen ongelma. Hedelmöityshoitojen kentän muille toimijaryhmille nykyinen korvauskäytäntö näyttäytyy mielivaltaisena ja satunnaisena. Virallisesti yhteiskunta korvaa hedelmöityshoitojen kuluja kaikille samoin perustein siviilisäädystä riippumatta. Käytännössä Kansaneläkelaitoksen (Kela) korvauskäytännöissä on kuitenkin eroja sen mukaan, hakeutuuko nainen hedelmöityshoitoihin heteroparisuhteessa vai ei.

Kolmas eriarvoistava käytäntö liittyy hedelmöityshoitolain (Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006) yhdeksänteen pykälään, jossa velvoitetaan palvelun tarjoaja järjestämään luovutettuja sukusoluja hoidoissa käyttävälle keskusteluapua asiantuntijan kanssa. Nykyinen käytäntö on toimijoita syrjivä ja stigmatisoiva sen kohdistuessa lähinnä itsellisiin naisiin ja naispareihin. Hedelmöityshoitolaissa psykologitapaamisen tarpeellisuutta perustellaan sillä, että luovutettujen sukusolujen käyttäminen voi aiheuttaa ongelmia perheenjäsenten keskinäi-

sissä suhteissa. Itsellinen äiti on kuitenkin lähes poikkeuksetta lapsen biologinen vanhempi, eikä lapsi-äiti-suhteessa ole mitään erikoista. Pykälän voidaankin katsoa tarkoitetun ensisijaisesti heteropariskunnille, jotka käyttävät hoidoissa luovutettuja sukusoluja. Silti kaikki itselliset naiset ja naisparit joutuvat psykologitapaamiseen mutta heteropareista vain pieni osa. Hedelmöityshoidot ovat usein henkisesti raskaita, etenkin jos hoidot eivät tuota toivottua tulosta odotetussa ajassa. Keskusteluavun sisällyttäminen kaikkien toimijaryhmien hedelmöityshoitoihin siviilisäädystä riippumatta poistaisi nykyisen psykologitapaamisen tiettyjä toimijaryhmiä leimaavan luonteen.

Edellä esitetyt eriarvoistavat käytännöt tukevat hedelmöityshoito- ja lapsiperhekentällä hyvässä asemassa olevien heteroydinperheiden asemaa. Hedelmöityshoitojen kentällä parisuhde, seksuaalinen kanssakäyminen ja lisääntyminen on eriytetty toisistaan. Silti esimerkiksi parisuhde tai sen puuttuminen ja seksuaalinen suuntautuminen asettavat

toimijat keskenään eriarvoiseen asemaan. Hedelmöityshoitojen kentän säännöt on luotu heteroparisuhteen näkökulmasta. Itsellisillä naisilla on pääsy kentälle, mutta se ei takaa yhdenvertaista asemaa toimia kentällä.

Bourdieuuta mukaillen voidaan väittää, että halitsevana ilmenevä perhejärjestys on hyvin perusteltu illuusio, jota ylläpidetään ja uusinnetaan jatkuvasti. Yhteiskunta tukee legitiiminä pidettyä perhemuotoa. Muiden perhemuotojen taas katsotaan rikkovan sosiaalista järjestystä, minkä vuoksi niitä pitää hallita. Hedelmöityshoitojen kentällä rakenteellisella syrjinnällä vahvistetaan heteroydinperhenormia. Muut toimijaryhmät joutuvat kamppailemaan oikeuksistaan ja oikeudestaan olla kentällä.

VTM Suvi Nipuli toimii tutkijana ja projektikoordinaattorina Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Lapset, nuoret ja perheet -yksikössä.

KIRJALLISUUS

- Alasuutari, Pertti (1999) *Laadullinen tutkimus*. 3. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.
- Anttila, Anu-Hanna (2012) Uusi työ ja viides pääoma. *Niin & Näin* 1/12. <http://netn.fi/lehti/niin-nain-112/uusi-tyo-ja-viides-paaoma> (haettu 27.1.2015).
- Bock, Jane D. (2000) Doing the Right Thing? Single Mothers by Choice and the Struggle for Legitimacy. *Gender & Society* 14:1, 62–86.
- Bourdieu, Pierre (1998) Järjen käytännöllisyys. Tampere: Vastapaino.
- (1985) *Sosiologian kysymyksiä*. Tampere: Vastapaino.
- (1984) *Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste*. Lontoo: Routledge & Kegan Paul.
- Bourdieu, Pierre & Wacquant, Loïc J.D. (1995) *Refleksiiviseen sosiologiaan*. Joensuu: Joensuu University Press.
- Heino, Anna (2004) ”Ja mikäs on sen turvallisempaa kuin normaali perhe?” Eduskunnan konservatiivinen perhekeskustelu vuoden 2002 hedelmöityshoitolakiesityksestä. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Heiskala, Risto (2000) *Toiminta, tapa ja rakenne. Koh-ti konstruktionistista synteesiä yhteiskuntateoriassa*. Helsinki: Gaudeamus.
- Helosvuori, Elina (2012) *Lupaus lapsesta. Hedelmöityshoitojen oikeuttaminen valitusteksteissä*. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- 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.
- Hirvonen, Helena (2007) Biologinen sosiaalisen mallina. Valintoja uuden hedelmöityshoitolain kentällä. *Sosiologia* 44:4, 279–296.
- (2006) *Hedelmöityshoitolakiesitys ja sosiaalinen kansalaisuus. Inklusion ja eksklusion politiikat*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Hoikkala, Tommi (1993) *Katoaako kasvatus, himmeneekö aikuisuus? Aikuistumisen puhe ja kulttuurimallit*. Helsinki: Gaudeamus.
- Kanckos, Lise (2012) *Barnets bästa i politikens främsta rum. Finlands riksdags debatt om assisterad befruktning*. Åbo: Åbo Akademi University Press.
- Kansaneläkelaitos (2012a) *Hedelmöityshoitojen korvaami-*

- nen sairausvakuutuksesta. <http://www.kela.fi/in/inter-net/suomi.nsf/NET/02041112121MH?OpenDocument> (haettu 26.10.2012).
- (2012b) *Sairaanhoidon kustannusten korvaaminen Hedelmöityshoitojen kela-korvauksista*. Kirje asiakkaalle. (Saatu sähköpostitse Kelalta 24.10.2012).
- (2012c) Henkilökohtainen tiedonanto sähköpostitse 22.10.2012.
- Katainen, Anu (2011) *Tupakka, luokka ja terveyskäyttäytymisen ongelma*. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Kelhä, Minna (2005) Aikuisen naisen äitiys, kulttuuriset ikäjärjestykset ja naiskansalaisuus. Teoksessa Aapola, Sinikka & Ketokivi, Kaisa (toim.) *Polkuja ja poikkeamia. Aikuisuutta etsimässä*. Helsinki: Nuorisotutkimusseura, 196–218.
- 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.
- Kuosmanen, Paula (2007) Johdanto. Sateenkaariperheet, julkiset tilat ja queer-politiikka Suomessa. *SQS* 01/07, I–XXI.
- Kuula, Arja (2006) *Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Vastapaino.
- Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237> (haettu 27.1.2015).
- Lundström, Susanna (2007) *Perhe sukupuoli-instituutiona. Perhekkäsityksiä eduskunnan keskusteluissa parisuhdelaista ja hedelmöityshoitolaista*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Malin, Maili (2006) *Biovalta, toiseus ja naisten toimijuus hedelmöityshoidoissa*. Helsinki: Stakes.
- Meskus, Mianna (2014) Hedelmöityshoidot ruumiillisenä kokemuksena. Teoksessa Irni, Sari, Meskus, Mianna & Oikkonen, Venla (toim.) *Muokattu elämä*. Tampere: Vastapaino, 51–85.
- Miettinen, Anneli (2011) Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla. Helsinki: Väestöliitto, Väestöntutkimuslaitos.
- Miettinen, Anneli & Rotkirch, Anna (2008) *Milloin on lapsen aika? Lastenhankinnan toiveet ja esteet*. Perhebarometri 2008. Helsinki: Väestöliitto, Väestöntutkimuslaitos.
- Moring, Anna (2013) *Oudot perheet. Normeja ja ihanteita 2000-luvun Suomessa*. Helsinki: Helsingin yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-8852-0> (haettu 27.1.2015).
- (2007) Kolmen kerroksen vanhempia? Hetero- ja parisuhdenormatiivisuuksia Suomen ja Ruotsin hedelmöityshoitolaissa. *SQS* 01/07, 15–34.
- Mustola, Kati (2000) Uudet lisääntymismenetelmät, lääketieteellistäminen ja roluhygienian haamu. *Nais-tutkimus–Kvinnoforskning* 13:2, 76–88.
- Rantalaiho, Minna (2003) Pohjoismaisen isyyspolitiikan isäkuva. Teoksessa Forsberg, Hannele & Nätkin, Ritva (toim.) *Perhe murroksessa. Kriittisen perhetutkimuksen jäljillä*. Helsinki: Gaudeamus, 202–229.
- 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.
- Savolainen, Jaana (2014) Homoliitoissa kangertaa adoptio-oikeus. *Helsingin Sanomat* 17.5.2014.
- Sukula, Seija (2009) *Matka äidiksi. Tarinoita adoptiota ja yksinvanhemmuudesta*. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print.
- Tapper, Anna-Maija (2014) *Hedelmöityshoidon yhtenäiset perusteet*. Helsinki: sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3519-8> (haettu 27.1.2015).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2013) *Syntyneiden lasten rekisteri*. <http://www.thl.fi/fi/tilastot/tietoa-tilastoista/rekisteriselosteet/syntyneet-lapset> (haettu 27.1.2015).
- Vanttaja, Markku (2003) Koulumenestyjien urapolut. *Yhteiskuntapolitiikka* 68:2, 131–140.
- Voutilainen, Mari (2008) *Hyvä, suomalainen perhe. Perheen kategorian rakentuminen poliittisessa retoriikassa*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Väestöliitto (2015) *Tutkimusten ja hoitojen hinnat*. <http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuuskeskus/hinnasto> (haettu 26.1.2015).
- Yesilova, Katja (2009) *Ydinperheen politiikka*. Helsinki: Gaudeamus.

ABSTRACT**SINGLE WOMEN IN ASSISTED FERTILITY TREATMENTS
– FIGHTING FOR A POSITION IN HETERONORMATIVE STRUCTURES**

Assisted fertility treatments for single women are a socially interesting phenomenon, as they concern family research and the use of assisted reproductive technology (ART). By choosing single parenthood before the child is born, single women question the normative pattern of starting a family. As individuals without a partner and usually as fertile women, single women also break the norms of assisted fertility treatments. In this article, I examine the reasons of and opportunities for single women to seek assisted fertility treatment, as well as practices that create inequality. The data was collected from an Internet forum, and in the analysis I utilize Pierre Bourdieu's field theory. The article shows that the field of assisted fertility treatments in Finland is heteronormative, and that it contains structural defects placing groups in unequal positions. As regards single women, the greatest structural defects include unequal compensation practices for medication and treatments, the necessity to use private ART clinics, and a stigmatizing appointment with a psychologist before the onset of treatments.