



Koettu, mitattu, tuotettu? – Sterilisaation mahdollinen katuminen osana vapaaehtoisesti lapsettomien sterilisaatiota koskevaa tutkimuskeskustelua

Katsausartikkeli

Nina Väkeväinen

Sterilisaatio on yksi maailman käytetyimmistä ehkäisymenetelmistä, jonka myös osa vapaaehtoisesti lapsettomista henkilöistä katsoo itselleen parhaaksi ehkäisyvaihtoehdoksi. Toimenpiteen pysyvyyden ja eugeniikkaan liittyvän historian vuoksi sen suorittamista säädellään monissa maissa kansallisella lainsäädännöllä tai eettisillä ohjeistuksilla. Sterilisaatiota koskevissa päätöksissä merkittävässä roolissa ovat myös lääkärit. Vaikka vapaaehtoisesti lapsettomien omissa narratiiveissa sterilisaatio näyttäytyy usein positiivisena asiana, on lääketieteellisessä keskustelussa noussut esiin huoli toimenpiteen mahdollisesta katumisesta. Katsausartikkelissa selvitän 1970-luvulta nykypäivään sijoittuvan tutkimuskirjallisuuden avulla, millaiset tekijät ovat vaikuttaneet sterilisaation katumista koskevien käsitysten muodostumiseen ja samalla näkemyksiin sterilisaatiosta vapaaehtoisesti lapsettomien ehkäisymenetelmänä. Pyrin luomaan laajan kokonaiskuvan ilmiöstä tarkastelemalla lääketieteellistä, eettistä sekä kohderyhmän omaa näkökulmaa esiintuovaa tutkimusta kulttuurintutkimuksellisesta perspektiivistä.

Avainsanat: vapaaehtoinen lapsettomuus, sterilisaatio, ehkäisymenetelmät, bioetiikka, lääketiede, kulttuuri, normit, lisääntyminen

Keywords: voluntary childlessness, sterilization, contraceptive methods, bioethics, medicine, culture, norms, reproduction



Johdanto

Vapaaehtoinen lapsettomuus on lisääntynyt 2000-luvulla. Samalla se on noussut yhä enemmän tieteellisen tutkimuksen kiinnostuksen kohteeksi. Viime vuosikymmeninä tutkimuksellinen huomio on kiinnittynyt myös vapaaehtoisesti lapsettomien (*voluntarily childless, childfree*) sterilisaatioon. *Sterilisaatiolla* tarkoitetaan kirurgista toimenpidettä, jonka tarkoituksena on tuottaa yksilön pysyvä hedelmättömyys. Historiassa toimenpidettä on käytetty sekä väestönhallinnallisena pakkokeinona että vapaavalintaisena ehkäisymenetelmänä. Tässä katsausartikkelissa keskityn näistä jälkimmäiseen eli vapaaehtoiseen ehkäisymenetelmänä käytettyyn sterilisaatioon. Sterilisaatiota pidetään pääosin turvallisenä menetelmänä, joskin sekä naisille että miehille tehtävään toimenpiteeseen sisältyy yleinen leikkaustoimenpiteisiin liittyvä komplikaatoriski (Tiitinen 2022; Lincoln et al. 2020). Naisille tehtävä toimenpide suoritetaan yleensä yleisanestesiassa laparoskopiana eli vatsaontelon tähytyksessä, jossa munanjohtimet tukitaan, katkaistaan tai poistetaan, minkä seurauksena munasolu ei pääse kulkeutumaan kohtuun. Miesten sterilisaatio (vasektomia) tehdään polikliinisesti paikallispuudutuksessa. Toimenpiteessä estetään siittiöiden pääsy siemennesteeseen katkaisemalla siemenjohtimet kivespussin tyvestä. Nykykäsitysten valossa toimenpide ei vaikuta miehen tai naisen hormonitoimintaan eikä myöskään henkilön seksuaaliseen haluun tai toimintakykyyn. Toisaalta toimenpiteen jälkeisistä kiputiloista ja sen vaikutuksista kuukautisiin on saatu vaihtelevia tuloksia. [1] (Tiitinen 2022; *Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus* 2022; Lincoln et al. 2020; Siemons et al. 2022; Peterson et al. 2000.)

Vapaaehtoisesti lapsettomien henkilöiden omissa narratiiveissa sterilisaatio näyttäytyy yleensä hyvinvointia edistävänä tapahtumana, joka tarjoaa pysyvän ehkäisykeinoon (Veevers 1980; Campbell 1999; Richie 2013; Moore 2020; Höglund & Hildingsson 2022) ja, joka voidaan nähdä myös kehoa korjaavana toimenpiteenä (Moore 2020). Toisaalta juuri toimenpiteen pysyvyyden vuoksi etenkin lääketieteellisessä keskustelussa on noussut esiin huoli sen mahdollisesta katumisesta (Wilcox et al. 1991; Benn & Lupton 2005). Toistaiseksi vapaaehtoisesti lapsettoman kohderyhmän omiin kokemuksiin kohdentuva tutkimus on ollut melko vähäistä ja pääosa tutkimuksesta on keskittynyt tarkastelemaan sterilisaation katumista tilastollisesti mitattavana asiana tai eettisenä kysymyksenä. Yhteistä tutkimuksille on kuitenkin se, että niissä yleensä pohditaan sitä, kenelle sterilisaatio voidaan tehdä, ja millaisin perustein ja kuinka lääkärin tulisi toimenpiteeseen suhtautua.

Lisääntymistä koskevat käsitykset sekä yksilöiden omat lisääntymiseen liittyvät päätökset syntyvät aina tiettyssä historiallisessa ja yhteiskunnallisessa kontekstissa (López 2022, 165; Browner & Sargent 1990, 215; Meskus 2009). 1970-luvulta alkaen kontsruktivistisesti suuntautuneessa tieteenteoriassa on nostettu esiin modernin länsimaisen lääketieteen rooli instituutiona, jolla on ollut valta määrittellä kulloinkin voimassa olevat sairautta, terveyttä ja ”normaaliutta” koskevat käsitykset. Vallan on nähty paikantuvan etenkin yksilön ruumiissa, johon eri elämän alueita koskevat normit ja käytännöt heijastuvat. (Foucault 2010 [1976, 1984]; Ahlbeck & Oinas 2012.) Lääketieteellisenä toimenpiteenä sterilisaatio on ollut monenlaisten risteävien valtasuhteiden keskipisteessä. Viime vuosisadan aikana toimenpide on siirtynyt väestönhallinnallisesta pakkokeinosta suosituksi ehkäisymenetelmäksi samalla kun

vallitsevat lääketieteelliset ja poliittiset keskustelut sen ympärillä ovat muuttuneet. Vaikka sterilisaatiota koskevat lainsäädännölliset kehityskulut ovat vaihdelleet maakohtaisesti, on lääketieteellisen asiantuntijatiedon rooli toimenpiteen sääntelyssä kuitenkin pysynyt vahvana. Usein lääkäreitä onkin kutsuttu toimenpiteen portinvartijoiksi. (Denbow 2015; Lalonde 2018.)

Kulttuuritutkimuksellisesta perspektiivistä tarkasteltuna myös lääketiede itsessään voidaan nähdä omanlaisenaan kulttuurisena merkitysjärjestelmänä, joka tuottaa sitä todellisuutta, jossa lääkärit ja potilaat kohtaavat (Kleinman 1980). Lääketieteen antropologiassa asiaa on tarkasteltu kiinnittämällä huomiota siihen, kuinka erilaisten havaintojen mittaamiseen ja ylös kirjaamiseen perustuva biomedikaalinen tieto, ja yksilöiden tietyissä sosiaalisessa ympäristössä muodostama kokemustieto edustavat kahta erilaista – ja hoitoprosesseissa toisinaan myös eri arvoista – tietämisen lajia.[2] Samalla kun kehittyneiden tutkimusmenetelmien ja tietojärjestelmien myötä tietämys ihmisruumiista on kasvanut, ovat lääkärit siirtyneet arvioimaan potilaita yhä enemmän lääketieteellisen faktatiedon ja todennäköisyyksien kautta. Tämän voidaan nähdä aiheuttaneen sen, että lääkäreiden huomio on jossain määrin etääntynyt yksilöiden eletystä kokemuksesta. (Rhodes 1990, 165; Jones 2011, 74–77.) Toisaalta kuten lääketieteen antropologi Merrill Singer kumppaneineen (2020, 33) toteaa, ei lääketiedettä tai sen tuottamia käsityksiä voida pitää ympäröivästä kulttuurista irrallisina, sillä myös lääketieteelliset järjestelmät syntyvät ja kehittyvät tietyissä kulttuurisessa kontekstissa, jonka arvot ja normit vaikuttavat siihen, millaisiksi lääketieteelliset näkemykset muotoutuvat (ks. myös Kleinman 1980).

Tässä katsausartikkelissa selvitän 1970-luvulta nykypäähän sijoittuvan tutkimuskirjallisuuden avulla, millaiset tekijät ovat vaikuttaneet sterilisaation katumista koskevien käsitysten muodostumiseen ja samalla käsityksiin sterilisaatiosta vapaaehtoisesti lapsettomien ehkäisymenetelmänä. Tarkoitukseni on luoda laaja kokonaiskuva ilmiöstä tarkastelemalla lääketieteellistä, eettistä sekä kohderyhmän omaa näkökulmaa esiintuvaa tutkimusta kulttuuritutkimuksellisesta perspektiivistä. Kyseessä ei ole aukottomasti kaiken kattava systemaattinen kirjallisuuskatsaus, vaan teksti on lähempänä integroivaa eli kokoavaa kirjallisuuskatsausta (ks. esim. Wuokko 2020, 9), joka syntetisoi monenlaista teemaan liittyvää tutkimusta eri tieteenaloilta. Näin ollen katsausartikkeli tuottaa punnitun kokonaiskuvan varsin monisyisestä vapaaehtoisen lapsettomuuden ja sterilisaation tutkimuskentästä.

Artikkelin näkökulma on kansainvälinen painottuen Yhdysvaltoihin, Australiaan, Kanadaan sekä Länsi- ja Pohjois-Eurooppaan, joissa modernit ehkäisymenetelmät otettiin laajalti käyttöön 1960–70-luvuilla (Cleland 2009; Frejka 2008). Katsauksen maantieteellistä painotusta selittää osaltaan myös se, että suuri osa vapaaehtoisesti lapsettomien henkilöiden sterilisaatiota käsittelevistä tutkimuksista on toteutettu transatlanttisella akselilla Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa, joissa toimenpiteen ikäraja on ollut verrattain alhainen, ja sen sääntely painottunut lääkäreiden tapauskohtaiseen harkintaan (EngenderHealth 2002). [3] Tarkastelun ulkopuolelle on jätetty niihin Aasian ja Etelä-Amerikan maihin (esimerkiksi Intia, Kiina, Thaimaa, Brasilia) sijoittuva tutkimus, joissa sterilisaatioita toteutettiin osana 1900-luvun lopun laajoja väestöpoliittisia ohjelmia sekä entiset Neuvostomaat ja Etelä-Eurooppa, joihin modernit ehkäisymenetelmät ovat levinneet Länsi-Eurooppaa hitaammin tai jossa

niiden asema on ollut poliittisista syistä epävakaa (Frejka 2008; Eeckhaut & Sweeney 2016).

Katsauksen lähdemateriaalina toimivat PubMed, ScienceDirect, Scopus, ResearchGate ja Google Scholar -tietokannoista haetut englanninkieliset artikkelit ja kirjallisuus vuosilta 1970–2022. Hauissa käytin eri yhdistelminä hakusanoja ”voluntary childlessness”, ”childfree”, ”(voluntary) sterilization”, ”(voluntary) vasectomy”, ”(bio)ethics” ja ”regret”. Koska tietokannat ovat laajoja ja sterilisaatio ilmiönä hyvin moninainen, tuottivat haut tulokseksi yli 1000 hakutulosta, joista laajennettujen lisähakujen avulla rajasin esiin ne julkaisut, jotka keskittyvät nimenomaan vapaaehtoisesti lapsettomien henkilöiden sterilisaatioon.[4] Varsinaisesti vapaaehtoisesti lapsettomien henkilöiden sterilisaatiota käsitteleviä julkaisuja löytyi 15 kappaletta, jotka sijoittuvat filosofian tai bioetiikan (9), sukupuolentutkimuksen (3) ja viestintätieteiden (3) aloille. Vaikka sterilisaatioon keskittyneiden tutkimuksien määrä on vähäinen, sterilisaatiota sivutaan myös joissakin vapaaehtoista lapsettomuutta yleisellä tasolla käsittelevissä tutkimuksissa. Näistä olen hyödyntänyt tekstissä 10 julkaisua, jotka edustavat pääosin yhteiskuntatieteitä. Hakutulosten perusteella lääketieteellisiä tutkimusjulkaisuja, jossa olisi keskitytty nimenomaan vapaaehtoisesti lapsettomien henkilöiden sterilisaatioon ei ollut juurikaan löydettävissä, vaikka sterilisaation katumista käsittelevät haut itsessään tuottivat osumia pääosin juuri lääketieteen, psykologian ja perhesuunnittelun alaan sijoittuvissa tieteellisissä aikakauslehdissä. Ilmiö selittyy osaltaan sillä, että kyseisissä tutkimuksissa lapsettomia henkilöitä on usein tarkasteltu lapsia hankkineiden joukossa eikä lapsettomuuden taustatekijöitä ole määritelty (Shreffler et al. 2020). Lääketieteellisen näkökulman kartoittamiseksi päädyin valitsemaan tarkempaan tarkasteluun 27 lääketieteen ja lähialojen julkaisuihin sijoittuvaa tutkimusartikkelia, joissa on selvitetty sterilisaation katumisen todennäköisyyttä sekä mahdollisia riskitekijöitä.

Artikkelin alussa esittelen lyhyesti sterilisaatiotoimenpiteen historiaa, ja sitä kuinka toimenpide nousi yhdeksi maailman käytetyimmistä ehkäisymenetelmistä. Tämän jälkeen varsinaisissa käsittelyluvuissa tarkastelen ensin sterilisaation katumiseen liittyvää tilastollista tutkimusta ja tilastojen yhteyttä toimenpiteen säätelyyn. Tätä seuraavassa kappaleessa käsitelen sterilisaation ympärillä käytyä bioeettistä tutkimuskeskustelua ja päätäntöä edeltävässä osuudessa näkemyksiä lisääntymisen kulttuuristen normien vaikutuksesta toimenpidettä koskevan tiedon ja käsitysten muodostumiseen.

Eugeniikan pakkokeinosta maailmanlaajuisesti käytetyksi ehkäisymenetelmäksi

Sterilisaatiotoimenpiteen menneisyys on synkkä, sillä toimenpidettä käytettiin eri puolilla maailmaa väestönhallinnallisena pakkokeinona eugeenisen ajattelun ollessa vallalla 1900-luvun alusta 1970-luvulle saakka. Pakkosterilisaatioiden tarkoituksena oli pyrkiä estämään geneettisesti huonompina pidettyjen yksilöiden lisääntyminen. Yhdysvalloissa ja Euroopassa niiden huippukausi ajoittui vuosikymmenien 1920–1970 välille, jolloin satoja tuhansia ihmisiä steriloitiin esimerkiksi fyysisten poikkeaminen, mielenterveysongelmien tai erinäisten sosiaalisten syiden vuoksi. (Schickler et al. 2021;

Hietala 2009; Lock & Nguyen 2018, 133.) 1960–70-luvulla eugeenisesta ajattelusta pääosin luovuttiin, ja sterilisaatio muuttui maakohtaisilla lainsäädännöillä säädellyksi lääketieteelliseksi toimenpiteeksi (Stepan & Kellogg 1975; Ross, Huber & Hong 1986; World Health Organization 1992). Yhteiskunnallisen asenneilmapiirin modernisoituessa 1960-luvulla myös perhekoot pienenevät ja vapaaehtoinen lapsettomuus alkoi muodostua länsimaissa sosiaalisesti tunnistetuksi ilmiöksi (Rowland 2007; Moore & Geist-Martin 2013, 241; Kluchin 2009; Kreyenfeld & Konietzka 2017; Rijken & Merz 2014; Gillespie 2001).

Sterilisaation nousu suosituksi ehkäisymenetelmäksi kytkeytyy monin tavoin 1960–70-lukujen Yhdysvaltoihin, jossa ehkäisytabletti oli vallannut markkinat 1960-luvun alussa. Olemassa olevien ehkäisymenetelmien rinnalla pillerin helppokäyttöisyys ja ehkäisyteho olivat tehneet siitä kysytyn tuotteen, joskin kalleutensa vuoksi se oli usein vain varakkaan väestön saatavilla.[5] Vaikka ehkäisytabletin suosio oli alkuun suuri, vaihtui se pian huoleen mahdollisista terveysriskeistä. Vuonna 1969 Yhdysvaltain elintarvike- ja lääkevirasto (FDA) julkaisi tutkimuksensa, jonka mukaan e-pillereitä käyttävien naisten riski saada veritulppa oli 4,5-kertainen verrattuna naisiin, jotka eivät käyttäneet pillereitä. Samalla julkiseen keskusteluun nousivat lukuisat ilmoitukset e-pillerien sivuoireista, joihin kuuluivat esimerkiksi painonnousu ja pahoinvointi. Hieman myöhemmin vuonna 1973 oma kohunsa nousi myös kierukoiden vakavista terveyshaitoista. (Kluchin 2009, 51–53, 58; Blank 1984, 9.)

1960-luvun alussa vapautunut poliittinen ilmapiiri sekä e-pillerien vallinnut suosio olivat kuitenkin aiheuttaneet sen, että ehkäisyä koskevat kysymykset uskallettiin ottaa terveydenhuollossa rohkeammin esille. E-pillereitä koskeneen kohun myötä monet lapsilukuunsa tyytyväiset naiset päätyivätkin tavoittelemaan ehkäisymenetelmäkseen sterilisaatiota, joka katsottiin pillereiden jälkeen varmimmaksi pitkäaikaiseksi vaihtoehdoksi. Naisten sterilisaatioon pääsy ei ollut kuitenkaan helppoa, sillä Yhdysvalloissa oli 1950-luvulta alkaen ollut voimassa niin sanottu ”120-sääntö”, joka tarkoitti, että ehkäisytoimenpiteessä tehtävä sterilisaatio oli suositeltavaa toteuttaa ainoastaan naiselle, jonka ikä kerrottuna tämän lasten lukumäärällä ylitti luvun 120. Vaikka sääntö kumottiin vuonna 1969, jatkoivat monien sairaaloiden lääkärit ohjeistuksen noudattamista, mikä hankaloitti naisten pääsemistä toimenpiteeseen. 1960-luvun lopussa amerikkalaisten miesten hakeutuminen vasktomiaan lisääntyi merkittävästi, mihin vaikutti osaltaan miesten sterilisaation helpompi saatavuus sekä toimenpiteen yksinkertaisuus ja edullisuus naisten sterilisaatioon verrattuna. Myös miesten vasktomiaan pääsyä säänneltiin, mutta ei yhtä tiukasti. Monet vasktomioista toteutettiin yksityisten urologien vastaanotoilla, joissa lääkärit pystyivät itse valitsemaan potilaansa. (Lalonde 2018, 281; Kluchin 2009, 22, 51–56.)

Sterilisaation laajaan leviämiseen vaikuttivat myös 1960–70-luvun feministinen liikehdintä, ympäristöherääminen ja yleinen huoli maailman liikakansoituksesta. Vuonna 1972 perustettiin Amerikan ensimmäinen vapaaehtoisesti lapsettomien yhdistys The National Organization for Non-Parents (NON), johon kuuluvat henkilöt perustelivat lapsettomuutta muun muassa elämäntyyliin, ympäristökysymyksiin ja väestön kasvuun liittyvillä syillä. (Veevers 1980, 29–30; Healey 2016, 147; Kluchin 2009, 61–63.) 1970-luvulle tultaessa myös naisten sterilisaation suoritustavat olivat kehittyneet vaativista avoleikkauksista tähytysmenetelmiin, jotka vähensivät

toimenpiteeseen liittyviä riskejä, kuluja ja toipumisaikaa (Kluchin 2009, 50, 69–71). 1960–70-luvuilla Yhdysvalloissa toimi useita kansalaisjärjestöjä, joiden yhtenä pyrkimyksenä oli auttaa hakijoita sterilisaatioon pääsyssä esimerkiksi levittämällä tietoa toimenpiteestä ja siihen liittyvästä lainsäädännöstä. Merkittävin näistä oli Association for Voluntary Sterilization (AVS), joka kampanjoi laajasti ehkäisymenetelmänä käytettävän sterilisaation puolesta ja pyrki edistämään toimenpiteeseen pääsyä muun muassa auttamalla ihmisiä nostamaan oikeusjuttuja sairaaloille, jotka olivat kieltäytyneet täysivaltaisten hakijoiden sterilisaatiopyynnöistä. Myöhemmin järjestö siirtyi tekemään myös kansainvälistä työtä, jolla pyrittiin edistämään ehkäisymenetelmänä käytettävän sterilisaation saatavuutta muualla maailmassa. (Kluchin 2009, 69, 114–115; Tazkargy 2014, 152–153.) Osa Yhdysvaltojen sterilisaatiokampajoista kohdistui nimenomaan kolmansien maiden köyhään väestöön, joiden korkea syntyvyys nähtiin 1960–70-lukujen neo-malthusialaisen ideologian mukaan syynä globaalin talouskehityksen heikkenemiselle ja maailman liikakansoitukselle. Esimerkiksi Intiassa, Columbiassa ja Brasiliassa sterilisaatioita toteutettiin osana laajoja väestöpoliittisia kampanjoita, joita länsimaiset hyväntekeväisyysjärjestöt rahoittivat köyhyyden ja väestökriisin ehkäisemisen nimissä. (Frey 2011; Menandro & Barrett 2022; López 2022.) Vastaavasti 1970-lopun kommunistisessa Kiinassa sterilisaatioita suoritettiin osana ”yhden lapsen politiikkaa”, jonka tavoitteena oli maan väestönkasvun rajoittaminen (Reilly 2015; Lock & Nquyen 2018, 134).

1970-luvulta alkaen Yhdysvalloissa sekä monissa Länsi- ja Pohjois-Euroopan maissa, sterilisaatioon on ollut mahdollista hakeutua henkilön omasta tahdosta. Toimenpiteen säätelyssä on ollut kuitenkin maakohtaisia eroavaisuuksia, jotka liittyvät esimerkiksi ikään, puolison suostumukseen sekä siihen, tarvitseeko toimenpiteelle hakea jonkin valtiollisen toimielimen lupa. Yhdysvalloissa toimenpide on ollut liittovaltiotasolla laillinen kaikille täysi-ikäisille, mutta toimenpiteeseen hakeutumiseen on kuulunut esimerkiksi 30 päivän odotusaika sekä kirjallisen suostumuksen antaminen. Vastaavasti Iso-Britanniassa sterilisaatio on kuulunut vuodesta 1972 osaksi julkisen terveydenhuollon palveluita ja ollut teoriassa kaikkien täysi-ikäisten saatavilla. Skandinavian maissa sen toteuttamiselle on säädetty omat erityiset alaikärajaansa ja esimerkiksi Suomessa, Unkarissa, Slovakiassa ja Tšekissä toimenpidettä on säädelty ikäkriteerin lisäksi lapsilukua koskevilla säädöksillä. (EngenderHealth 2002, 93–94.) Tietyissä maissa kuten Belgiassa ja Ranskassa toimenpide oli pitkään kokonaan kielletty ja se liitettiin siviilioikeusjärjestelmässä vakavan ruumiinvamman tuottamista sääteleviin rikoslakeihin (Stepan & Kellogg 1975; Eeckhaut & Sweeney 2016). 1980-luvun puoliväliin tultaessa sterilisaatio oli kuitenkin sallittu useissa maissa ja nousut yhdeksi maailman käytetyimmistä ehkäisymenetelmistä (Ross, Huber & Hong 1986). Maailmanlaajuisen seksuaali- ja lisääntymisterveyttä tukevan EngenderHealt -järjestön julkaiseman katsauksen mukaan vuonna 2001 ehkäisytaimien tehty sterilisaatio oli laillinen 74 maassa, 55 maassa sen laillinen status oli epäselvä ja kahdeksassa maassa sterilisaatio oli sallittu ainoastaan sairaudenhoitoon liittyvänä toimenpiteenä (EngenderHealt 2002, 87–90).

YK:n vuonna 2019 tekemän selvityksen mukaan sterilisaation käyttö on laskenut, mutta naisten sterilisaatio oli edelleen maailman käytetyin ehkäisymenetelmä. Naisten sterilisaatio edusti 23,7 % kaikista käytössä olevista menetelmistä toimien 219

miljoonan naisen ehkäisymenetelmänä. Miehillä tehtävä vasektomia puolestaan oli käytössä 16 miljoonalla miehellä edustaen 2 % käytettävästä ehkäisystä. (United Nations 2019.)

Katumisen tilastolliset riskitekijät lääkärin ohjenuorana

Sterilisaation noustua suosituksi ehkäisymenetelmäksi, on ilmiöstä tullut laajemman tieteellisen tutkimuksen kohde. 1970-luvulta alkaen monissa maissa on toteutettu kyselytutkimuksia, joissa on selvitetty sterilisaation hakeutumisen syitä sekä toimenpiteen jälkiseuraamuksia. (Philliber S. & Philliber W. 1985.) Sterilisaation pysyvyyden vuoksi toimenpiteen mahdollinen katuminen on herättänyt etenkin lääketieteen piirissä huolta. Yleensä sen on katsottu olevan seurausta henkilön lastenhankintatoiveen muuttumisesta tai toimenpiteestä seuranneista komplikaatioista (esimerkiksi pitkittyneet kipuoireet) (Siemons et al. 2022). [6] Erityisesti lapsitoiveen muutokseen liittyvän katumisen välttämiseksi tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota katumisen riskitekijöihin. Sterilisaation potentiaaliset katujat on pyritty löytämään tarkastelemalla esimerkiksi sitä, millaiset demografiset ja sosiaaliset tekijät ovat yleisimmin edustettuina katumusta ilmaiseilla tutkittavilla tai niillä, jotka ovat päätyneet hedelmöityshoitoihin tai sterilisaation purkuleikkaukseen. (Curtis et al. 2006; Wilcox et al. 1991.)

Kuten johdannossa totesin, on yksinomaan lapsettomien henkilöiden sterilisaation katumiseen keskittyneitä tutkimuksia löydettävissä hyvin vähän. Suurimmassa osassa tutkimuksista lapsettomia henkilöitä tarkastellaan lapsia hankkineiden joukossa, mikä osaltaan vaikeuttaa todellisen kokonaiskuvan saamista. (Richie 2013; Benjamin et al. 1980.) Shrefflerin ja kumppaneiden (2020) mukaan monien sterilisaatiota tarkastelleiden tutkimuksien heikkous on siinä, ettei niissä ole kartoitettu lapsettomien henkilöiden osalta lapsettomuuden syitä. Näin ollen on vaikeaa tietää ketkä vastaajista ovat vapaaehtoisesti lapsettomia, ja ketkä hakeutuneet toimenpiteeseen esimerkiksi terveyssyistä. Omassa lapsettomien naisten sterilisaatiokokemuksia selvittäneessä tutkimuksessaan he havaitsivat, että otoksensa 105 lapsettomasta naisesta 69 % ilmaisi päätyneensä toimenpiteeseen ehkäisyyn liittymättömistä syistä. Noin puolet heistä koki leikkauksen estäneen heitä saamasta toivomaansa lasta. (Shreffler et al. 2020.) Vastaavasti Benjaminin ja kumppaneiden (1980) selvityksessä, jossa tarkasteltiin 35 lapsettomana sterilisaatioon hakeutuneen naisen toimenpiteen jälkeisiä tuntemuksia seuranta-ajan jälkeen 27 naisista oli operaatioon tyytyväisiä, 4 epävarmoja ja 4 tyytymättömiä. Tyytymättömistä kolme ilmoitti hakeutuneensa toimenpiteeseen lääketieteellisistä syistä, vaikka koko otosta tarkasteltaessa yleisin syy toimenpiteelle oli halu pysyä lapsettomana. Hakutulosten perusteella miesten sterilisaation jälkeiseen katumiseen kohdistuneita tutkimuksia vaikuttaa löytyvän vähemmän kuin naisiin kohdistuneita tutkimuksia. Osassa selvityksistä myös vasektomian jälkeistä katumusta tarkastellaan pariskunnan naisosapuolen näkökulmasta (esim. Jamieson et al. 2002).

Laajemmilla otoksilla toteutettuja naisiin kohdistuneita tutkimuksia verrattaessa katumisen keskeisimmäksi riskitekijäksi on osoittautunut hakijan alle 30 vuoden ikä sterilisaatioon hakeuduttaessa (Hillis et al. 1999; Karaminia et al. 2002; Wilcox et al. 1991; Henshaw & Singh 1986; Curtis et al. 2006; Marcil-Gratton 1988). Muita mainittuja tekijöitä ovat ymmärtämättömyys toimenpiteen pysyvyydestä (Moseman et

al. 2006), konfliktit parisuhteessa (Thranov et al. 1988; Jamieson et al. 2002; Moseman et al. 2006), heikompi sosioekonominen tausta (Wilcox et al. 1991; Henshaw & Singh 1986), elämäntilanteen muuttuminen esimerkiksi lapsen kuoleman tai uuden parisuhteen myötä (Miller et al., 1991a; Moseman et al. 2006; Karaminia et al. 2002), mielenterveysongelmat (Thranov et al. 1988; Becner 2015) sekä toimenpiteen suorittamisen abortin, synnytyksen tai keisarileikkauksen yhteydessä tai pian nuorimman lapsen syntymän jälkeen (Hillis et al. 1999; Børdahl 1985; Karaminia et al. 2002; Thranov et al. 1986). Sen sijaan tulokset sterilisaation aikaisen lapsiluvun vaikutuksesta katumiseen ovat vaihtelevia. Vuonna 2002 julkaistussa australialaistutkimuksessa alhainen lapsiluku (alle 2 lasta) oli naisilla yksi todennäköisistä katumisen syistä (Karaminia et al. 2002). Osassa tutkimuksista (esim. Henshaw & Singh 1986; Thranov et al. 1986) vastaavaa yhteyttä ei ole kuitenkaan havaittu ja joissakin (Hillis et al. 1999) ilmiö on päinvastainen.[7] Kuten edellä todettiin voi katumiseen vaikuttaa myös, jos toimenpiteeseen on hakeuduttu syystä, joka ei suoraan liity naisen haluun olla saamatta (enempää) lapsia kuten esimerkiksi terveyssyyt, taloudelliset vaikeudet tai muut tilannekohtaiset tekijät (Shreffler et al. 2016; 2020).

Nuori ikä (Rungby et al. 1994; Howard 1982; Potts et al.1999), toimenpiteen pysyvyyden ymmärtämättömyys (Sharma et al. 2013), parisuhteen konfliktit ja kommunikaatio-ongelmat (Miller et al. 1991b) sekä suhdetilanteen muutokset (Ehn & Liljestrand 1995; Rungby et al. 1994) ovat raportoitu riskitekijöiksi myös miesten vasektomian jälkeiselle katumiselle. Sen sijaan vasektomian purkutoimenpiteeseen hakeutumista käsittelevissä tutkimuksissa (Potts et al. 1999; Bryk et al. 2020) vapaaehtoisesti lapsettomat miehet edustivat joukkoa, joka ei ollut seuranta-ajan sisällä hakeutunut purkutoimenpiteeseen. Vaikka tutkimuksissa ei analysoitu katumiseen liittyviä tuntemuksia, ilmiön tulkittiin viestivän siitä, että vapaaehtoisesti lapsettomat miehet olivat motivoituneita pysymään lapsettomina. Sekä miehillä että naisilla sen sijaan toimenpiteeseen päättymisen esimerkiksi kumppanin painostuksesta tai lääkärin ehdotuksesta on katsottu lisäävän katumisen riskiä (Miller et al. 1991a; Børdahl 1985; Moseman et al. 2006; Howard 1982; Shreffler et al. 2016). Lisäksi joissain tutkimuksissa riskiä on katsottu suurentavan hakijan kuuluminen etniseen vähemmistöön, jolloin katuminen saattaa olla seurausta kommunikaatiohaasteista ja kulttuurierojen tuomista väärinkäsityksistä sterilisaatiota koskevissa konsultaatioissa (Shreffler et al. 2015; Sharma et al. 2013).

Tarkastelemissani pääosin Yhdysvaltoihin, Skandinaviaan, Kanadaan ja Australiaan sijoittuvissa selvityksissä varsinaiset katumisluvut vaihtelevat naisilla 0,9–39,5 % (Shain et al 1986; Marcil-Gratton 1988; Cutris et al. 2006) ja miehillä 4–9,2 % välillä (Ewalds-Kvist et al. 2003; Ehn & Liljestrand 1995; Rungby et al. 1994; Holden et al. 2005). Edellä mainituissa tutkimuksissa enemmistö sterilisaatioon hakeutuneista ei siis kadu toimenpidettä. Monet tutkimuksista sekä näiden pohjalta kootut suositukset kehottavat kuitenkin lääkäreitä kiinnittämään huomiota sterilisaatiota koskevaan tiedonantoon ja hakijoiden haastatteluun erityisesti niin sanottujen riskiryhmien kohdalla. Sekä naisten että miesten kohdalla tätä riskiryhmää edustavat useimmiten ne, jotka ovat hakeutuneet toimenpiteeseen nuorena. Se kuinka lääkärit hakijan sterilisaatiopyyntöön suhtautuvat, riippuu keskeisesti kansallisesta tai aluekohtaisesta lainsäädännöstä, jossa sterilisaation suorittamisesta säädetään. Toisaalta

päätöksentekoprosessia ohjaavat lääkärin oma harkinta ja mahdollisesti myös edellä kuvattu tutkimuksista saatava esitieto. (Mertes 2017, 315; Lawrence et al. 2011; Schickler et al. 2021).

Tutkimustietoa sterilisaatiota hakevien ja lääkärien kohtaamisista löytyy toistaiseksi melko vähän, mutta muutamat lääkärien asenteita tai potilaiden kanssa käytyjä keskusteluita tarkastelleista tutkimuksista viittaavat siihen, etteivät lääkärit yleensä suosittele sterilisaatiota nuorille ja/tai lapsettomille henkilöille (Lawrence et al. 2011; Obermair et al. 2021; Kimport 2018). Lääkäreiden huoli katumisesta ja kielteisyys etenkin nuorien, lapsettomien naisten sterilisaatiota kohtaan ovat tulleet mainituksi myös vapaaehtoisesti lapsettomien kokemuksia käsittelevissä tutkimusjulkaisuissa. Vuonna 1999 julkaistussa englantilaisessa tutkimuksessa, jossa 23 vapaaehtoisesti lapsetonta naista kertoi kokemuksiaan sterilisaatioon hakeutumisesta, raportoi osa naisista lääkärien suhtautuneen epäuskoisesti heidän tahtoonsa pysyä lapsettomana ja myös kyseenalaistaneen heidän päätöksentekokykynsä sterilisaation suhteen vetoamalla naisen nuoreen ikään ja mahdollisiin elämänmuutoksiin tulevaisuudessa (Campbell 1999). Vastaavista kokemuksista mainitaan naisten osalta myös Veeversin (1974; 1980) Gillespien (2000), Richien (2013), Mooren (2020) sekä Höglundin ja Hildingssonin (2022) tutkimuksissa. 2000-luvulla ilmiö on noussut aika ajoin esiin myös eri maiden medioissa, kun naisten saamia kielteisiä sterilisaatiopäätöksiä on käsitelty lehtikirjoituksissa (Mertes 2017).

Vaikka edellä mainituissa tutkimuksissa on käsitelty lähinnä naisten kohtaamia vaikeuksia sterilisaatioon pääsyssä, osoittaa tuoreempi selvitys, että myös miehet ovat kohdanneet sterilisaatioon liittyvää stigmatisointia. Viestintätieteilijät Elizabeth Hintz ja Clinton Brown vertailivat tutkimuksessaan (2019) 163 vapaaehtoisesti lapsettoman naisen ja 39 miehen kuvailemia kokemuksia sterilisaatiokonsultaatioista. Huolimatta siitä, että miesten määrä tutkimuksessa oli huomattavasti naisten määrää pienempi, prosentuaalisesti suhteutettuna molemmat ryhmät raportoivat yhtä usein sterilisaatiopyyntönsä tulleen hylätyksi. Molemmilla sukupuolilla lääkäritapaamiset, joissa oli keskusteltu potilaan iästä ja katumisriskistä ennustivat usein lääkärin kielteistä sterilisaatiopäätöstä. Hintzin ja Brownin tutkimuksessa ero naisten ja miesten välillä ilmeni kuitenkin siinä, että naiset saivat huomattavasti miehiä useammin kuulla todennäköisesti katuvansa toimenpidettä.

Kysymys suojelusta ja itsemääräämisoikeudesta

Viime vuosikymmeninä kertomukset lääkärien kielteisistä asenteista lapsettomien henkilöiden sterilisaatiota kohtaan ovat saaneet osakseen huomiota myös filosofian ja bioetiikan alan tutkimuksissa. Miesten kohtaamia haasteita sterilisaation saannissa ei ole ennen Hintzin ja Brownin (2019) tutkimusta juuri käsitelty, minkä vuoksi toimenpiteen tiukkaa säätelyä on pidetty enemmän naisiin kohdistuvana ilmiönä (Mikkola 2017; Richie 2013). Eettisissä kannanotoissa asia on liitetty laajempiin lisääntymisoikeuksia koskeviin keskusteluihin, joiden taustalla on huoli siitä, saako yksilö tehdä omat lisääntymistä koskevat päätöksensä. Sterilisaation saatavuuden rajoittamisen ja toimenpidettä hakevien omien perusteluiden sivuuttamisen on nähty loukkaavan itsemääräämisoikeutta ja olevan yhteydessä lääketieteessä harjoitettuun

paternalismiin [8]. (Richie 2013; McQueen 2019.) Toisaalta toimenpiteen sääntely on nähty myös ymmärrettävänä potilaiden suojelun nimissä (Buturovic 2022).

Lääketieteellisen etiikan kannalta tarkasteltuna sterilisaatio on monitasoinen kysymys, sillä lääketieteellisestä perspektiivistä terveen yksilön hedelmällisyys ei ole sairauden kaltainen parannettava tila (Benn & Lupton 2005). Kansallisen lainsäädännön lisäksi lääkäreitä ohjaavat erilaiset eettiset ohjeistukset, joissa usein painotetaan potilaan hyvinvoinnin edistämistä ja kaikenlaisen vahingonteon välttämistä. Katuminen itsessään nähdään yleensä negatiivisena tunnetilana, joka pahimmillaan voi heikentää yksilön hyvinvointia merkittävästi. Sterilisaatiolähetteen tekemättä jättäminen saattaa näyttäytyä oikeana ratkaisuna potilaan suojelun nimissä, etenkin jos lääkäri on aiemmin kohdannut tapauksia, joissa sterilisaation katuminen on seurausta henkilön lapsitoiveen muutoksesta. Nykyisin myös naisille tarkoitettujen pitkäaikaisten ehkäisymenetelmien kirjo on laaja, minkä vuoksi pysyvän, kirurgista leikkausta vaativan toimenpiteen toteuttaminen voidaan nähdä tarpeettomana. (Benn & Lupton 2005, 1324; McQueen 2017a.) Toisinaan myös lääkärin oma uskonnollinen vakaumus tai tietyissä maissa uskonnollisten instituutioiden vaikutus terveydenhuoltoon voivat vaikuttaa siihen, että toimenpiteeseen suhtaudutaan kielteisesti (Schickler 2021, 467; Lawrence et al. 2011).

Toisaalta toimenpiteen suorittaminen voi monella tavalla helpottaa sellaisen henkilön elämää, joka haluaa pysyä lapsettomana. Vapaaehtoisesti lapsettomilla syyksi sterilisaatioon hakeutumiselle on usein mainittu menetelmän pysyvyys ja ajatus siitä, että toimenpide tulisi parantamaan yksilön hyvinvointia vähentämällä huolta mahdollisesta vahinkoraskaudesta. Vapaaehtoista lapsettomuutta käsitelleissä tutkimuksissa osa vastaajista on maininnut kärsivänsä voimakkaasta raskauspelosta, joka tuottaa stressiä ja voi hankaloittaa henkilön sukupuolielämää. Toisinaan sterilisaatiopäätöksen taustalla vaikuttavat terveydelliset syyt, kuten muiden ehkäisymenetelmien sopimattomuus tai huoli niiden vaikutuksista omaan tai kumppanin terveyteen. Joissain tapauksissa sterilisaatiota voidaan toivoa, mikäli raskaus olisi hengenvaarallinen tai jos henkilö esimerkiksi vakavien kuukautisongelmien vuoksi toivoo kohdun poistoa tai lämpökäsittelyä (termoablaatio), jonka seurauksena normaali raskaus ei ole enää mahdollinen. (McQueen 2019; Richie 2013; Terry & Braun 2011; Campbell 1999; Höglund & Hildingsson 2022; Vevers 1980.) Hoitopäätöstä tehtäessä lääkärin velvollisuus edistää potilaan hyvinvointia voi näin ollen aiheuttaa ristiriitoja.

Vuonna 2005 julkaistussa artikkelissaan, jossa käsiteltiin nuoren ja lapsettoman henkilön sterilisaation eettisyyttä filosofi Piers Benn sekä obstetriikan ja gynekologian asiantuntija Martin Lupton pohtivat, tulisiko henkilön mahdollinen katuminen ottaa huomioon sterilisaatiota koskevassa päätöksenteossa ja tulisiko lääkärin jopa kieltäytyä suorittamasta toimenpidettä nuorelle henkilölle katumisriskin vuoksi. Artikkelissaan he kuitenkin päätyivät toteamaan, että mikäli sterilisaatiota hakeva henkilö toimii täydessä ymmärryksessä ja häntä on informoitu toimenpiteen riskeistä – katuminen mukaan lukien –, ei sterilisaation suorittamiselle ole eettistä estettä. Mahdolliseen lapsitoiveen muuttumiseen liittyen he toteavat, että vaikka yksilöä voidaan pitää iän kartuttua kokeneempana ja kypsempänä tekemään päätöksiä, ei se automaattisesti tee tulevaisuudessa tehdystä päätöksestä autonomisempaa tai yksilön kannalta parempaa. Kussakin hetkessä tehty päätöksenteko perustuu senhetkisen

tilanteen olosuhteisiin eivätkä nuorena tehdyt rationaaliset pohdinnat välttämättä ole huonompia kuin vanhempana tehdyt. (Benn & Lupton 2005, 1325.)

Vastaavasti sterilisaatiota filosofian ja etiikan perspektiivistä tarkastelleet yhteiskuntatieteilijät Paddy McQueen, Cristina Richie ja Diane Lalonde esittävät, ettei sterilisaation mahdollinen katuminen monessakaan mielessä ole hyvä syy toimenpiteen epäämiselle. Huolimatta siitä, että katumista käsittelevät tilastot ja kokemus aiemmista potilaista antavat lääkäreille suuntaa antavaa tietoa toimenpiteen katumismääristä, ei sterilisaatioon hakeutuvan henkilön kohdalla voida tietää tuleeko hän todella katumaan toimenpidettä tulevaisuudessa. Artikkeleissaan he toteavat, että tilastollisten todennäköisyyksien sijaan lääkäreiden tulisi kääntää huomionsa hakijoiden omiin perusteluihin. (McQueen 2017a; 2017b; 2019; Richie 2013; Lalonde 2018.) Lalonden (2018, 184) mukaan on myös syytä kiinnittää huomiota siihen, miten katumista mitataan ja kuinka se määritellään eri tutkimuksissa. Tutkimuksissa katumista koskevat kysymyksenasettelut ovat vaihdelleet paljon ja toisinaan sen mittarina on käytetty esimerkiksi purkutoimenpiteeseen hakeutumista (ks. myös Philliber S. & Philliber W. 1985, 14). Selvityksissä on myös todettu, että sterilisaatiota saatetaan katua syistä, jotka eivät liity lapsitoiveen muuttumiseen. Tietyissä tilanteissa syynä voivat olla esimerkiksi toimenpiteestä seuranneet komplikaatiot, muutokset kuukautisissa tai muut negatiiviset tuntemukset. (Becner et al 2015; Benjamin et al. 1980; Chandra 1998.)

On myös esitetty, ettei ole lääkärin vastuulla suojella potilastaan katumiselta, sillä autonomisesti, tekohetkellään perustellusti ja täydessä ymmärryksessä tehty sterilisaatiopäätös mahdollisine seurauksineen on lopulta aina yksilön itsensä harteilla (Denbow 2015; Richie 2013). Sen sijaan lääkärin tulisi keskittyä huolehtimaan siitä, että toimenpiteeseen hakeutuvat henkilöt ovat varmasti tietoisia toimenpiteen luonteesta ja sen mahdollisista riskeistä katuminen mukaan lukien (Benn & Lupton 2005; McQueen 2019). Länsimaisessa lääketieteessä potilaan autonomisen päätöksenteon varmistamiseksi keskeinen hoitoa ja tutkimusta ohjaava tekijä on *tietoon perustuva suostumus (informed consent)*, jonka tarkoituksena on varmistaa, että saatuaan tietoa toimenpiteestä henkilö ymmärtää toimenpiteen tarkoituksen ja suostuu siihen vapaaehtoisesti (Välimäki & Lehtonen 2002; Mikkola 2017). Vaikka suostumuksen yhtenä tarkoituksena on nimenomaan potilaan itsemääräämisoikeuden suojeleminen, on hakijan ymmärryksen ja päätöksentekokyvyn arvioimiseen nähty etenkin naisten sterilisaation osalta liittyvän epäselvyyttä. Naisten kohtaamien kielteisten asenteiden ja sterilisaatiopyyntöjen epäämisen on katsottu viittaavan siihen, että naisten usein oletetaan muuttavan mieltään lastenhankinnan suhteen, eikä heitä siksi nähdä kompetentteina tekemään sterilisaatioon liittyviä päätöksiä. [9] (McQueen 2017a, 312; Mikkola 2017, 480–482.) Sterilisaatioon liittyvää päätöksentekoprosessia käytännöllisen filosofian näkökulmasta tarkastelleessa artikkelissaan filosofi Mari Mikkola (2017, 486) toteaa, että sterilisaatiota koskevissa päätöksissä lääkärit eivät yleensä kyseenalaista naispuolisten hakijoiden nykyhetkessä toimenpiteelle esittämiä perusteluita vaan paremminkin naisten ajatukset siitä, mitä he tulevat haluamaan tulevaisuudessa. Näin ollen lääkärit saattavat kokea oikeaksi suojella naista todennäköiseltä katumiselta, mutta tulla samalla estäneeksi naisen autonomisen päätöksenteon.

Lääkäreiden suojeleva asenne on saanut myös ymmärrystä. Vuonna 2022 julkaistussa artikkelissaan bioetiikan tutkija Zeljka Buturovic toteaa, että lääkärien varovaisuus ja toimenpiteen harkittu rajoittaminen nuorten ja lapsettomien naisten kohdalla on usein järkevää, sillä hakijan toimenpiteelle esittämien perusteiden lisäksi taustalla voi vaikuttaa myös muita tekijöitä. Joissain tapauksissa sterilisaatioon saatetaan hakeutua esimerkiksi kumppanin painostuksesta, eikä sen yhteyttä itsetuhoiseen käyttäytymiseen tulisi myöskään poissulkea. Toimenpidettä voidaan tavoitella myös nuoruuden kapinan ilmaisuna tai keinona saada huomiota. (Buturovic 2022, 47.) Riippumatta siitä, huomioivatko lääkärit katumisriskiä sterilisaatioon liittyvässä päätöksenteossa, Buturovicin mukaan halu tulla steriloiduksi voidaan nähdä epätavallisena pyyntönä, johon lääkärien tulisikin suhtautua varauksella. Samalla toimenpiteen tavoittelussa kohdatut haasteet ovat olennainen osa prosessia, joka karsii hakijoista pois ne, jotka eivät ole harkinneet päätöstä kunnolla tai sitoutuneet siihen. Artikkelissaan hän kiinnittää huomion myös sukupuolten väliseen epätasa-arvoon ehkäisyssä. Suurin osa ehkäisykeinoista on suunnattu naisille, ja naiset kantavat yleensä myös suuremman taloudellisen ja terveydellisen taakan ehkäisystä. Näin ollen se, että miehet mahdollisesti pääsevät sterilisaatioon naisia helpommin, ei ole naisten häviö vaan päinvastoin edistää ehkäisyyn liittyvää tasa-arvoa. (Buturovic 2022, 49.)

Lisääntyminen kulttuuriset normit ja niiden horjuttajat

Kuten tekstin alussa totesin, yhteiskunnallinen ja historiallinen konteksti vaikuttavat siihen, millaiseksi lisääntymistä koskevat käsitykset tietyssä ajassa ja paikassa muodostuvat. Niin sterilisaatioon hakeutuvat potilaat kuin myös päätöksiä tekevät lääkärit elävät tietyssä kulttuurisessa ympäristössä, jonka arvot vaikuttavat siihen, kuinka esimerkiksi ehkäisyyn suhtaudutaan. (Browner & Sargent 1990, 215.) Toisaalta kulttuuriset normit voidaan nähdä myös vallankäytön välineinä. Valtiot sääntelevät kansalaisten lisääntymiskäyttäytymistä väestöpolitiikassaan, mikä heijastuu yksilöihin lakien, käytäntöjen ja erilaisten julkisten instituutioiden kautta. (Browner & Sargent 2022, 87–88.) Naisten lisääntymisoikeuksia Yhdysvaltain kontekstissa tarkastelleen politiikan ja juridiikan tutkija Jennifer Denbown mukaan lisääntymisen ja sterilisaation sääntely voidaan nähdä yhtenä *biovallan* muotona, jolla filosofi Michel Foucault tarkoitti yksilöiden ja kokonaisten väestöryhmien hallintaa erilaisten valtakurssien avulla (Foucault 2010 [1976, 1984]; Denbow 2014; 2015).

Hintzin ja Brownin (2019) mukaan sterilisaatiopäätöksissä lääkärien kielteisen suhtautumisen voidaan nähdä kytkeytyvän yhteiskunnassa vallitseviin pronatalistisiin asenteisiin sekä siihen, että lisääntyminen nähdään yhä usein oletettavana tapahtumana heteroseksuaalisen aikuisen elämässä. *Pronatalismilla* viitataan ajattelutapaan, jossa lisääntymistä pidetään luonnollisena ja perustavanlaatuisesti ihmisluontoon kuuluvana asiana. Pronatalistiset asenteet ilmenevät yhteiskunnassa esimerkiksi siten, että lastenhankinta määritellään yksilön aikuistumisen kannalta olennaisena kehitystehtävänä tai sosiaalisesti hyväksyttävän henkilön määreenä yhdistettynä esimerkiksi sukupuoleen, (avio)puolison rooliin tai kansalaisvelvollisuuden täyttämiseen. Toisaalta lasten hankinta voidaan nähdä edellytyksenä onnelliselle ja merkitykselliselle elämälle, johon ympäröivä yhteiskunta ohjaa yksilöitä erilaisin kannustimin. (Hintz & Brown 2019; 2020; Veevers 1980.) Kun suurin osa ihmisistä

päätyy hankkimaan lapsia, voivat vapaaehtoinen lapsettomuus ja etenkin päätöksen lopulliseksi tekevä sterilisaatio näyttäytyä poikkeavina valintoina, jotka herättävät epäilyä. Erving Goffmanin (1986 [1963]) ajatuksia mukaillen onkin usein puhuttu vapaaehtoiseen lapsettomuuteen liittyvästä *stigmasta*, jossa sosiaalista normia rikkovaan rooliin liitetään erilaisia negatiivisia oletuksia ja epäuskoa. (Veevers 1980; Park 2002; Ashburn-Nardo 2017.)

Aiemmissä tutkimuksissa etenkin naisiin kohdistuvan sterilisaation katumisriskin painottamisen on esitetty johtuvan siitä, että naiseuteen liitetään yhä usein oletus *luontaisesta halusta* tulla äidiksi (Gillespie 2000; Denbow 2014; 2015). Historiassa lisääntyminen on nähty naisen elämässä merkittävänä tapahtumana niin uskonnollisessa, poliittisessa kuin myös lääketieteellisessä kuvastossa, jossa naiseutta on tarkasteltu usein nimenomaan lisääntymistoimintojensa kautta (Denbow 2015; Gillespie 2001; Peterson & Engwall 2013). Lalonden mukaan naisten sterilisaatioon liitetty oletettu katuminen voidaankin nähdä omanlaisenaan sosiaalisena konstruktiona, joka myötäilee pronatalismia (2018, 285–287). Samaan asiaan on kiinnittänyt huomiota myös Denbow (2014), jonka mukaan katumisen diskursiivista kontekstia lääketieteessä tulisi tarkastella kriittisesti. Denbown mukaan oletus naisille luontaisesta äitiydestä on suurelta osin peräisin nimenomaan länsimaisesta lääketieteen muodostamista diskursseista, joissa naiseus on samaistettu kykyyn ja haluun tuottaa jälkeläisiä. Kyseinen oletus voi vaikuttaa myös siihen, että lääkärit kieltäytyvät nuorten ja lapsettomien naisten sterilisaatiopyynnöistä. (Denbow 2014, 111–113.) Myös Mikkolan (2017) mukaan lääkärien – toisinaan tiedostamattomat – ennakkoluulot voivat heijastua siihen, kuinka luotettavina päätöksentekijöinä he näkevät sterilisaatioon hakeutuvat naiset. Mikäli lasten hankkiminen nähdään naisen todellisena, mutta kenties vielä uinuvana haluna, voi tämä tuottaa ajatuksen siitä, ettei nainen sterilisaatioon hakeutuessaan todellisuudessa tiedä mitä tulevaisuudessa haluaa.

Samalla kun lapsettomaksi jääminen ja sterilisaatio nähdään sosiaalista normia rikkovina valintoina, voivat yhteiskunnan tai lääkärien asenteet heijastua myös yksilön omaan kokemukseen katumisesta. Kun katumisesta puhutaan oletettavana tai todennäköisenä tapahtumana, saattaa tämä ruokkia tunnetta siitä, että sterilisaatiota *pitäisi* katua. (Lalonde 2018; McQueen 2019.) Vastaavasti lääketieteellisen etiikan ja filosofian tutkija Heidi Mertes (2017) on kiinnittänyt huomiota siihen, että toimenpiteen perusteellista harkintaa ja katumisriskiä ei painoteta samalla tavalla esimerkiksi hedelmöityshoitojen kohdalla, vaikka vanhemmuus voidaan nähdä suurempaa vastuullisuutta vaativana päätöksenä.

Toisaalta tietoon liittyvä diskursiivinen valta on nähty myös vastarinnan välineenä (Foucault 2010 [1976, 1984]). Viime vuosina vapaaehtoisesti lapsettomiin kohdistunut tutkimus onkin keskittynyt tarkastelemaan sitä, millaisia diskursseja he itse tuottavat. Samalla kun lääketieteellinen tieto lisääntymisen ja eri ehkäisymenetelmien ympärillä on kasvanut, on se ollut paremmin myös yksilöiden itsensä saatavilla. Etenkin 2000-luvulla sterilisaatiokysymyksen käsittely on siirtynyt yhä enemmän yksilöiden omaan vaikutuspiiriin, kun internet on mahdollistanut helpomman tiedonsaannin toimenpiteestä. Facebookin ja Redditin kaltaiset verkkoyhteisöt ovat puolestaan luoneet vapaaehtoisesti lapsettomien tilan, jossa voi verkostoitua, etsiä vertaistukea, välittää

tietoa sekä vastustaa vapaaehtoiseen lapsettomuuteen liittyvää stigmatisointia. (Morison et al. 2016; Moore 2014; 2020; Hintz & Brown 2019; 2020; Hintz 2022.)

Viestintätieteilijä Julia Mooren (2020) mukaan verkkoyhteisöt toimivat paikkana, jossa voidaan myös purkaa ja uudelleen muotoilla lisääntymiseen liittyviä käsityksiä. Vapaaehtoisesti lapsettomien vuorovaikutusta Reddit-verkkoyhteisössä tarkastelleessa tutkimuksessaan hän havaitsi, että kohderyhmän omissa puheenvuoroissa sterilisaatiosta käytettiin usein nimenomaan positiivisia vertauskuvia, jotka haastoivat pronatalistista diskurssia sekä lääketieteessä esitettyjä väitteitä toimenpiteen todennäköisestä katumisesta. Sen sijaan, että puheenvuoroissa olisi keskusteltu katumisesta, sterilisaatiosta puhuttiin tavoiteltavana ja usein kehoa pysyvästi korjaavana toimenpiteenä. Lisäksi keskusteluissa kerrottiin positiivisista ja negatiivisista lääkärikohtauksista, sekä etsittiin ja jaettiin strategioita, joilla saada lääkäri myöntymään toimenpiteeseen. Mooren mukaan keskusteluissa jaetut tarinat sterilisaatioon hakeutumisesta ja toimenpiteen merkityksistä ovat keskeisiä monien vapaaehtoisesti lapsettomien identiteetin muodostamiselle. Samalla ne edustavat omanlaistaan performatiivista terveysaktivismia, jonka tarkoitus on edistää diskursiivista muutosta toimenpiteen yllä ja helpottaa yksilöitä sterilisaatioon pääsemisessä. Mooren mukaan verkkoyhteisöissä tapahtuvalla vuorovaikutuksella on myös konkreettisia vaikutuksia, sillä se rohkaisee yksilöitä toimenpiteen tavoittelussa ja horjuttaa itsestäänselvyyksinä pidettyjä oletuksia sterilisaation katumisesta ja vanhemmuudesta yleisesti toivottuna asiana. (Moore 2020, 5–8.) Vastaavasti myös Denbow on todennut, että vapaaehtoista lapsettomuutta ja sterilisaatioon hakeutumista voidaan pitää biologiseen essentialismiin nojaavaa lisääntymisoletusta horjuttavana ilmiönä, jonka esiintulo voi samalla muuttaa lääketieteellistä näkemystä sterilisaatiosta (2014, 116, 124).

Koettu, mitattu vai tuotettu katuminen?

Aiemman tutkimuskirjallisuuden perusteella sterilisaation mahdollinen katuminen on asia, joka on leimannut vahvasti toimenpidettä koskevaa länsimaista tutkimuskeskustelua. Ilmiö nousi laajemman tutkimuksellisen mielenkiinnon kohteeksi 1970–80-luvuilla, jolloin toimenpiteen käyttö ehkäisymenetelmänä alkoi lisääntyä. 1970-luvulta 2000-luvun alkuun tutkimuksellinen painopiste näyttää olleen eri maissa toteutetuissa tilastotutkimuksissa, joilla on pyritty kartoittamaan katumisen todennäköisyyttä ja riskitekijöitä. Katumisen määrällinen tutkimus on jatkunut näihin päiviin asti, mutta 2000-luvulle tultaessa on ilmiötä siirrytty tarkastelemaan myös yhteiskuntatieteellisestä perspektiivistä kiinnittäen huomiota katumista koskevien käsitysten sosiaaliseen rakentumiseen. 2010–20-luvuilla sterilisaatio on noussut bioeettisen tutkimuskeskustelun aiheeksi, jonka teemoina ovat olleet katumisriskin vaikutus toimenpiteen säätelyyn sekä kysymykset potilaiden itsemääräämisoikeudesta. Viime vuosina tuoreen näkökulman ovat tuoneet myös viestintätieteelliset selvitykset, joiden aineistona ovat toimineet sterilisaation merkityksiä ja toimenpiteeseen hakeutumista käsittelevät verkkokeskustelut.

Sterilisaatio on toimenpide, joka muuttaa yksilön kehoa pysyvästi poistamalla siitä sekä biologisessa että sosiaalisessa mielessä merkittävänä pidetyn ominaisuuden, lisääntymiskyvyn. Toimenpiteen katuminen nähdään usein hyvinvointia heikentävänä

tekijänä, jonka seurauksena yksilö voi joutua hakeutumaan esimerkiksi kalliisiin hedelmöityshoitoihin, jotka eivät aina tuota tulosta. Lähtökohtana monissa sterilisaatiota tarkastelleissa tutkimuksissa onkin ollut katumisen riskitekijöiden tunnistaminen ja samalla toimenpidettä todennäköisesti katuvien yksilöiden suojeleminen. Toisaalta hakijoiden hyvinvointiin liittyvä huoli on luonut sterilisaatiosta monitasoisen eettisen kysymyksen, sillä pelkkä katumisriskin olemassaolo ei kerro siitä, ketkä tulevat todellisuudessa katumaan toimenpidettä. Katumisriskillä perusteltujen kielteisten sterilisaatiopäätösten on nähty loukkaavaan yksilöiden ehkäisyvalintoihin liittyvää autonomiaa ja hankaloittavan niiden ihmisten elämää, joille toimenpide olisi tärkeä psyykkisen tai fyysisen hyvinvoinnin kannalta. (McQueen 2019; Hintz 2022.)

Samalla kun laajat kyselyihin perustuvat tilastotutkimukset ovat tuottaneet tärkeää tietoa katumisen riskitekijöistä, ovat ne vaikuttaneet myös käsityksiin siitä, millaiset yksilöt toimenpidettä todennäköisesti katuvat. Vapaaehtoisesti lapsettomien kokemuksia käsitellessä tutkimuksissa etenkin vapaaehtoisesti lapsettomat naiset, mutta myös miehet ovat kokeneet lääkärin suhtautuneen sterilisaatiopyyntönsä kielteisesti. Useimmiten syyksi kielteisten sterilisaatiopäätösten taustalla on mainittu nimenomaan toimenpiteen mahdollinen katuminen, jota on perusteltu henkilön nuorella iällä ja mahdollisella lapsitoiveen muutoksella. Tilastotutkimuksien muodostama kuva potentiaalisista katujista selittää jossain määrin lääkärin kielteisiä asenteita. Osa sterilisaatioon hakeutuneista katuu toimenpidettä, vaikka katumista kuvaavat luvut ovat vaihdelleet otoksesta ja katsontatavasta riippuen. Monissa tutkimuksissa nuori ikä sterilisaatioon hakeuduttaessa on noussut merkittäväksi katumisen riskitekijäksi sekä naisilla että miehillä. Toisaalta sterilisaation katumiseen kohdistuneita tutkimuksia leimaa nimenomaan vapaaehtoisesti lapsettomaan kohderyhmään keskittyneen tutkimuksen puuttuminen ja myös laajemmilla otoksilla toteutetuissa tutkimuksissa tulokset lapsien lukumäärän vaikutuksesta katumiseen ovat olleet vaihtelevia. Näin ollen tilastot eivät tarjoa täyttä selitystä lääkärin kielteisille asenteille tai sille, miksi etenkin vapaaehtoisesti lapsettomat naiset ovat raportoineet sterilisaatiopyyntönsä tulleen hylätyksi tai kuulleensa lääkäreiltä todennäköisesti katuvansa toimenpidettä.

Sterilisaatiota bioetiikan ja ihmistieteiden perspektiivistä tarkastelleet tutkijat ovat kiinnittäneet huomiota siihen, että tutkimustiedon lisäksi sterilisaation katumista koskevien käsityksien syntyyn vaikuttavat lisääntymiseen ja sukupuoleen liitetyt kulttuuriset normit sekä naisruumiin kytkeytyminen lisääntymistä koskevaan tutkimukseen länsimaisessa lääketieteessä. Katumista koskevat käsitykset voidaan nähdä sosiaalisina konstruktioina, jotka elävät ja muuttuvat kussakin ajassa ja paikassa. Käsityksiä voidaan myös haastaa ja muotoilla uudelleen, mikä näkyy vapaaehtoisesti lapsettomien kansainvälisissä verkkoyhteisöissä käydyissä keskusteluissa. Ilmiön tarkastelu on avannut suunnan sterilisaation tutkimiselle kehonkuvaan ja identiteettiin liittyvänä toimenpiteenä (Moore 2020).

Sterilisaation katumiseen liittyvillä käsityksillä on ollut konkreettisia vaikutuksia vapaaehtoisesti lapsettomien kohtaamisiin lääkärin kanssa. Lääkärin ja potilaiden verkkokeskusteluita analysoineessa tutkimuksessaan Hintz (2022) toteaa, että sterilisaatiota koskeviin keskustelutilanteisiin liittyy kummankin osapuolen osalta monenlaisia merkityksiä, tavoitteita, rooleja ja ennako-oletuksia, jotka vaikuttavat

siihen, että näkemykset toimenpiteestä saattavat muodostua ristiriitaisiksi. Lääkärien osalta ristiriita on usein eettinen ja liittyy tasapainoiluun potilaan autonomian kunnioittamisen ja vahingonteon välttämiseen liittyvän velvoitteen välillä. Toisaalta kuten tuoreet tutkimukset osoittavat, myös sterilisaatiota hakevilla potilailla on usein ennakkokäsityksiä katumisriskin vaikutuksesta lääkärin asenteisiin. Monet kokevat tarpeelliseksi valmistautua ennalta lääkärin kohtaamiseen esimerkiksi hankkimalla tietoa toimenpiteestä tai pohtimalla, kuinka argumentoida sen tarpeellisuus lääkärille etenkin, jos he ovat nuoria tai lapsettomia. (Hintz & Brown 2019; Hintz 2022; Moore 2020.) Lääkäreiden ja potilaiden väliset kohtaamiset ovat myös tilanteita, jotka itsessään vaikuttavat siihen millaisia käsityksiä eri osapuolille syntyy. Jotta vuorovaikutus onnistuisi ja olosuhteet sterilisaatiota koskeville päätöksille olisivat hyvät, tutkijat pitävät tärkeänä sitä, että molemmat osapuolet suhtautuisivat vastakkaisen osapuolen näkemyksiin avoimesti ja pyrkisivät tiedostamaan mahdollisten ennakkoluulojensa vaikutuksen näkemyksiinsä (Mikkola 2017; Hintz 2022).

Vaikka katumisen teema on vahvasti läsnä sterilisaatiota käsitelleissä tutkimuksissa, ovat vapaaehtoisesti lapsettomien kokemukset sterilisaation katumisesta jääneet tutkimuksellisesti hyvin vähälle huomiolle. Kohderyhmän näkökulma on tavoitettavissa lähinnä tutkimuksista, joissa on käsitelty sterilisaation merkityksiä osana vapaaehtoisesti lapsetonta elämää tai tarkasteltu toimenpiteeseen liittyviä verkkokeskusteluita (Veevers 1974; 1980; Terry & Brown 2011; Moore 2020; Hintz 2022). Näin ollen käsitykset sterilisaation katumisesta ovat edelleen rakentuneet pitkälti laajempaa väestöryhmää tarkastelleiden tilastomuuttujien ja bioetiikan sisällä käytyjen keskusteluiden varaan. Jotta sterilisaation vaikutuksista saataisiin luotua kattava kokonaiskuva, olisi tutkijoiden syytä tulevaisuudessa pureutua syvällisemmin sterilisaation läpikäyneiden kokemuksiin. Vapaaehtoisesti lapsettomien sterilisaatiota käsittelevällä tutkimuskentällä myös miesten kokemuksia on käsitelty erityisen vähän, mikä on osaltaan jättänyt pimentoon sen, millaisia merkityksiä miehet sterilisaatiolle antavat ja ovatko he kohdanneet vaikeuksia toimenpiteeseen pääsyssä. Tällä on ollut selkeä vaikutus siihen, että sterilisaation saatavuudessa kohdatut haasteet ovat nousseet esiin nimenomaan naisten kohtaamana ilmiönä, vaikka miesten kokemuksista ei todellisuudessa juuri tiedetä.

Sterilisaatio on edelleen kiistelty toimenpide, jonka vaikutuksia yksilön elämään ei voi ennustaa. Toisaalta se, miten toimenpiteeseen yhteiskunnassa suhtaudutaan, kertoo esimerkiksi siitä, millaisia lisääntymiseen ja sukupuoliin liittyviä normeja tai poliittisia valtasuhteita yhteiskunnassa vallitsee. Toimenpiteeseen liittyvien kokemusten laajempi tutkiminen on tärkeää niin yksilötason kysymyksiin liittyen kuin myös osana yhteiskunnallista lisääntymisoikeuksiin liittyvää keskustelua.

Nina Väkeväinen, FM, etnologian ja antropologian väitöskirjatutkija, Historian ja etnologian laitos, Jyväskylän yliopisto. Väkeväinen tutkii väitöskirjassaan vapaaehtoisesti lapsettomien henkilöiden hakeutumista sterilisaatioon ja heidän kokemuksiaan toimenpiteen vaikutuksista omaan hyvinvointiinsa. Lisäksi hän

kartoittaa tutkimuksessaan lääkäreiden ammatillisia näkemyksiä sterilisaatiosta lapsettomien henkilöiden ehkäisy menetelmänä.

Viitteet

[1] Tutkimuksissa kuukautismuutosten on usein katsottu selittyvän hormonaalisen ehkäisyn lopettamisella ja joissain tapauksissa munanjohdinten operoimiseen liittyvillä anatomisilla muutoksilla (Lindström & Ylikorkala 2001).

[2] Ero havainnollistuu lääketieteen antropologiassa usein käytetyssä jaottelussa, jossa sairaudesta voidaan puhua viittaamalla sen fysiologiseen alkuperään elimellisenä toimintahäiriönä (*disease*) tai henkilön omaan näkemykseen tilastaan (*illness*), johon vaikuttavat myös ympäröivän kulttuurin käsitykset sekä henkilön sosiaaliset suhteet. (Kleinman 1980, 72; Rhodes 1990, 165; Wiley & Allen 2009, 11–13.)

[3] Yhdysvalloissa toimenpiteen suorittaminen on liittovaltiotasolla sallittu kaikille täysi-ikäisille (21 vuotta), mutta osavaltiot voivat säädellä toimenpidettä omalla lainsäädännöllä. Iso-Britanniassa sterilisaatio on kuulunut vuodesta 1972 julkisen terveydenhoitojärjestelmän tarjoamiin palveluihin eikä sille ole säädetty erillistä ikärajaa. (EngenderHealth 2002.)

[4] Tulosten rajaamiseksi hauissa käytettiin esimerkiksi lapsettomuuteen viittaavia lääketieteessä yleisemmin käytettyjä rinnakkaissanoja kuten ”nulliparous” (suom. synnyttämätön).

[5] Kluchinin (2009, 58) mukaan pääosa e-pillerien käyttäjistä 1960-luvun Yhdysvalloissa oli valkoihoisia keskiluokkaisia naisia, sillä pilleri oli kustannuksiltaan kallis ja osa lääkäreistä katsoi kierukan keinoksi säädellä mustan väestön lisääntymistä. Kierukan käyttöaika oli useita vuosia ja se voitiin asentaa tai poistaa ainoastaan lääkärin vastaanotolla.

[6] Joissain tapauksissa hedelmällisyys voidaan palauttaa purkamalla sterilisaatio kirurgisesti. Naisilla sterilisaation jälkeinen raskaaksi tuleminen on mahdollista myös hedelmöityshoitojen avulla. Kyseiset toimenpiteet ovat kuitenkin kalliita, eivätkä ne aina tuota toivottua tulosta.

[7] Amerikkalaistutkimuksessa (Hillis et al. 1999), jossa seurattiin 11232 sterilisaatioon hakeutunutta naista 14 vuoden ajan, sterilisaation 18–30-vuotiaina hakeutuneista naisista katumusta ilmaisi 20,3 % ja yli 30-vuotiaana operaatioon hakeutuneista 5,9 %. Taustamuuttujia tarkasteltaessa toimenpiteeseen alle 30-vuotiaana hakeutuneista pienintä katumisprosenttia (6,3 %) edustivat kuitenkin naiset, joilla ei ollut toimenpiteeseen hakeuduttaessa lapsia.

[8] *Paternalismilla* viitataan yleensä yhteiskunnan, ammattikunnan tai yksittäisen henkilön harjoittamaan toimintaan, jonka tarkoituksena on suojella henkilöä vahingolta, jonka hän tietoisesti tai tietämättään uhkaa omalla toiminnallaan itselleen

aiheuttaa. Lääkäri voi esimerkiksi kieltäytyä määräämästä potilaalle tämän toivomaa lääkettä, katsoessaan hoidon olevan potilaalle haitaksi. (Ks. Launis 2010.)

[9] *Kompetenssilla* tarkoitetaan henkilön kykyä vastaanottaa ja ymmärtää toimenpiteestä annettuja tietoja ja punnita toimenpiteen jälkiseurauksia kuten riskejä ja hyötyjä. Lisäksi kompetenssi viittaa kykyyn tehdä rationaalisia päätöksiä edellä mainittujen ehtojen perusteella. (Launis 2010; Välimäki & Lehtonen 2002.)

Kirjallisuus

Ahlbeck, Jutta & Elina Oinas. 2012. Terveys, ruumis ja sukupuoli feministisessä tutkimuksessa. Teoksessa *Terveyttä kulttuurin ehdoilla*, toim. Marja-Liisa Honkasalo ja Hannu Salmi, 131–166. Turku: K&H.

Ashburn-Nardo, Leslie. 2017. Parenthood as a Moral Imperative? Moral Outrage and the Stigmatization of Voluntarily Childfree Women and Men. *Sex Roles* 76: 393–401. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0606-1> [Haettu 3.8.2022].

Becner, Anja, Anela Bečić Turkanović & Igor But. 2015. Regret following female sterilization in Slovenia. *International journal of gynecology and obstetrics* 130, 1: 45–48. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.024> [Haettu 3.8.2022].

Benjamin, Lloyd, Lidia M. Rubinstein & Vicki Kleinkopf. 1980. Elective Sterilization in Childless Women. *Fertility and Sterility* 34, 2: 116–120. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)44892-2](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)44892-2) [Haettu 31.10.2022].

Benn, Piers & Martin Lupton. 2005. Sterilisation of young, competent, and childless adults. *BMJ: British Medical Journal* 330, 7503: 1323–1325. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7503.1323> [Haettu 12.12.2022].

Blank, Robert H. 1984. Human Sterilization: Emerging Technologies and Reemerging Social Issues. *Science, Technology, & Human Values* 9, 3: 9–20. <http://www.jstor.org/stable/689259> [Haettu 12.12.2022].

Browner, Carole H. & Carolyn F. Sargent. 1990. Anthropology and studies of human reproduction. In *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, eds. Thomas M. Johnsson and Carolyn F. Sargent, 215–229. New York: Praeger.

Browner, Carole H. & Carolyn F. Sargent. 2022. Reproduction and the state. In *The Routledge Handbook of Anthropology and Reproduction*, eds. Sallie Han & Cecília Tomori, 87–95. Abingdon, Oxon; New York: Routledge.

Bryk, Darren J., Prithvi B. Murthy, Molly DeWitt-Foy, Andrew Y. Sun, Neel V. Parekh, Edmund Sabanegh & Sarah C. Vij. 2020. Childless Men at the Time of Vasectomy are Unlikely to Seek Fertility Restoration. *Urology* 136: 142–145. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.12.003> [Haettu 31.10.2022].

Buturovic, Zeljka. 2022. Voluntary sterilisation of young childless women: not so fast. *Journal of Medical Ethics* 48, 1: 46–49. <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2019-105933>. [Haettu 31.10.2022].

Børdahl, Per E. 1985. Long-term Regret Among 216 Sterilized Women: A six-year follow-up investigation. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 13, 1: 41–47. <https://www.jstor.org/stable/45142094> [Haettu 12.12.2022].

Campbell, Annily. 1999. *Childfree and Sterilized. Women's Decisions and Medical Responses*. London: Cassell.

Chandra, Anjani. 1998. Surgical Sterilization in the United States: Prevalence and Characteristics, 1965–95. National Center for Health Statistics. *Vital and Health Statistic* 23, 20: 1–33. https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_23/sr23_020.pdf [Haettu 27.12.2022].

Cleland, John. 2009. Contraception in historical and global perspective. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology* 23, 2: 165–176. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2008.11.002> [Haettu 31.10.2022].

Curtis, Cathryn M., Anshu P. Mohllajee & Herbert B. Peterson. 2006. Regret following female sterilization at a young age: A systematic review. *Contraception* 73, 2: 205–210. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2005.08.006> [Haettu 7.10.2022].

Denbow, Jennifer. 2014. Sterilization as Cyborg Performance: Reproductive Freedom and the Regulation of Sterilization. *Frontiers: A Journal of Women Studies* 35, 1: 107–131. <https://doi.org/10.5250/fronjwomestud.35.1.0107> [Haettu 7.10.2022].

Denbow, Jennifer. 2015. *Governed through Choice: Autonomy, Technology, and the Politics of Reproduction*. New York and London: NYU Press.

Eeckhaut, Mieke C. W. & Megan M. Sweeney. 2016. The perplexing links between contraceptive sterilization and (dis)advantage in ten low-fertility countries. *Population Studies* 70, 1: 39–58. <https://doi.org/10.1080/00324728.2015.1122209> [Haettu 2.8.2022].

Ehn, Bodil Ekman & Jerker Liljestrand. 1995. A Long-Term Follow-up of 108 Vasectomized Men. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology* 29, 4: 477–481. <https://doi.org/10.3109/00365599509180030> [Haettu 27.12.2022].

EngenderHealth. 2002. *Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends*. New York: EngenderHealth.

Ewalds-Kvist, S. B. M., M. Rantala, V. Nikkanen, R. K. Selander & K. Lertola. 2003. The response of the Finnish man to vasectomy. *Psychology, Health & Medicine* 8, 3: 355–369. <https://doi.org/10.1080/1354850031000135795> [Haettu 12.12.2022].

Foucault, Michel. 2010 [1976, 1984]. *Seksuaalisuuden historia*. Helsinki: Gaudeamus.

Frejka, Tomas. 2008. Overview Chapter 3: Birth regulation in Europe: Completing the contraceptive revolution. *Demographic research* 19: 73–84. <https://www.jstor.org/stable/26349246> [Haettu 31.10.2022].

Frey, Marc 2011. Neo-Malthusianism and development: shifting interpretations of a contested paradigm. *Journal of Global History* 6, 1: 75–97. <https://doi.org/10.1017/S1740022811000052> [Haettu 31.10.2022].

Gillespie, Rosemary. 2000. When No Means No: Disbelief, Disregard and Deviance as Discourses of Voluntary Childlessness. *Womens 's Studies International Forum* 23, 2: 223–234. [https://doi.org/10.1016/S0277-5395\(00\)00076-5](https://doi.org/10.1016/S0277-5395(00)00076-5) [Haettu 31.7.2022].

Gillespie, Rosemary. 2001. Contextualizing voluntary childlessness within a postmodern model of reproduction: implications for health and social needs. *Critical Social Policy* 21, 2: 139–159. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/026101830102100201> [Haettu 31.7.2022].

Goffman, Erving. 1986 [1963]. *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Harmondsworth: Penguin Books.

Healey, Jenna. 2016. Rejecting Reproduction: The National Organization for Non-Parents and Childfree Activism in 1970s America. *Journal of Women's History* 28, 1: 131–156. <https://doi.org/10.1353/jowh.2016.0008> [Haettu 31.7.2022].

Henshaw, Stanley K. & Susheela Singh. 1986. Sterilization Regret Among U.S. Couples. *Family Planning Perspectives* 18, 5: 238–340. <https://doi.org/10.2307/2134990> [Haettu 12.12.2022].

Hietala, Marjatta. 2009. Eugeniikan ja rotuhygienian tausta ja seuraukset. *Tieteessä tapahtuu* 27, 8: 14–19. <https://journal.fi/tt/article/view/2559/2363> [Haettu 31.7.2022].

Hillis, Susan D., Polly A. Marchbanks, Lisa Ratliff Tylor & Herbert B. Peterson. 1999. Poststerilization Regret: Findings From the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology* 93, 6: 889–895. https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/1999/06000/Poststerilization_Regret_Findings_From_the_United.1.aspx?trendmd-shared=0 [Haettu 12.12.2022].

Hintz, Elizabeth & Clinton Brown. 2019. Childfree by Choice: Stigma in Medical Consultations for Voluntary Sterilization. *Women's Reproductive Health* 6, 1: 62–75. <https://doi.org/10.1080/23293691.2018.1556427> [Haettu 31.7.2022].

Hintz Elizabeth & Clinton Brown. 2020. Childfree and “bingoed”: A relational dialectics theory analysis of meaning creation in online narratives about voluntary childlessness. *Communication Monographs* 87, 2: 244–266. <https://doi.org/10.1080/03637751.2019.1697891> [Haettu 11.11.2022].

Hintz, Elizabeth. 2022. Childfree sterilization: A normative rhetorical theory analysis of paradoxical dilemmas encountered by childfree patients and their providers. *Rhetoric*

of Health & Medicine 5, 3: 280–307. <https://doi.org/10.5744/rhm.2022.50014> [Haettu 11.11.2022].

Holden, C. A., R. I. McLachlan, R. Cumming, G. Wittert, D. J. Handelsman, D. M. de Kretser & M. Pitts. 2005. Sexual activity, fertility and contraceptive use in middle-aged and older men: Men in Australia, Telephone Survey (MATeS). *Human Reproduction* 20, 12: 3429–3434. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei307> [Haettu 12.12.2022].

Howard, Geraldine. 1982. Who asks for vasectomy reversal and why? *British Medical Journal (Clin Res Ed)* 285: 490–492. <https://doi.org/10.1136/bmj.285.6340.490> [Haettu 12.12.2022].

Höglund, Berit & Ingegerd Hildingsson. 2022. Perceptions and imagined performances of pregnancy, birth and parenting among voluntarily child-free individuals in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare* 31: 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100696> [Haettu 27.12.2022].

Jamieson, Denise J., Steve C. Kaufman, Caroline Costello, Susan D. Hillis, Polly A. Marchbanks & Herbert Peterson. 2002. A Comparison of Women’s Regret After Vasectomy Versus Tubal Sterilization. *Obstetrics & Gynecology* 99, 6: 1073–1079. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(02\)01981-6](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(02)01981-6) [Haettu 12.12.2022].

Jones, Nora, L. 2011. Embodied Ethics: From the Body as Specimen and Spectacle to the Body as Patient. In *A Companion to the Anthropology of the Body and Embodiment*, eds. Frances E. Mascia-Lees, 72–85. MA, Oxford: Wiley-Blackwell.

Karaminia Azar, Douglas M. Saunders & Marie Chamberlain. 2002. Risk factors for strong regret and subsequent IVF request after having tubal ligation. *Australia and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 42, 5: 526–529. <https://doi.org/10.1111/j.0004-8666.2002.00526.x> [Haettu 2.8.2022].

Kimport, Katrina. 2018. More than a physical burden: Women’s mental and emotional work in preventing pregnancy. *The Journal of Sex Research* 55, 9: 1096–1105. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1311834> [Haettu 31.10.2022].

Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley, California: University of California Press.

Kluchin, Rebecca M. 2009. *Fit to Be Tied: Sterilization and Reproductive Rights in America: 1950-1980*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.

Kreyenfeld, Michaela & Dirk Konietzka. 2017. Analyzing Childlessness. In *Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences*, eds. Michaela Kreyenfeld & Dirk Konietzka, 3–16. Rostock, Germany: Springer Open. https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/29707/2017_Book_ChildlessnessInEuropeContextsC.pdf?sequence=1 [Haettu 31.7.2022].

Lalonde, Dianne. 2018. Regret, Shame, and Denials of Women's Voluntary Sterilization. *Bioethics* 32, 5: 281–288. <https://doi.org/10.1111/bioe.12431> [Haettu 31.7.2022].

Launis, Veikko. 2010. Itsemääräämisoikeus ja paternalismi terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 47, 2: 136–139. <https://journal.fi/sla/article/view/2821> [Haettu 27.12.2022].

Lawrence, R. E., K.A. Rasinski, J.D. Yoon & F.A. Curlin. 2011. Factors influencing physicians' advice about female sterilization in USA: a national survey. *Human Reproduction* 26, 1: 106–111. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq289> [Haettu 31.10.2022].

Lincoln, Emma, Rebecca McKay & Catherine Schunmann. 2020. Male and female sterilisation. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 30, 7: 219–224. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2020.03.009> [Haettu 12.12.2022].

Lindström, Kaj & Olavi Ylikorkala. 2001. Naisen sterilisaation hyödyt – onko haittoja? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 117, 17: 1697–1699. <https://www.duodecimlehti.fi/duo92449> [Haettu 12.12.2022].

Lock, Margaret M. & Vinh-Kim Nguyen. 2018. *An anthropology of biomedicine*. Hoboken, USA: John Wiley & Sons.

López, Iris. 2022. Sterile choices: Racialized women, reproductive freedom, and social justice. In *The Routledge Handbook of Anthropology and Reproduction*, eds. Sallie Han & Cecília Tomori, 87–95. Abingdon, Oxon; New York: Routledge.

Marciel-Gratton, Nicole. 1988. Sterilization Regret Among Women in Metropolitan Montreal. *Family Planning Perspectives* 20, 5: 222–227. <https://doi.org/10.2307/2135624> [Haettu 12.12.2022].

McQueen, Paddy. 2017a. Autonomy, age and sterilisation requests. *Journal of Medical Ethics* 43, 5: 310–313. <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2016-103664> [Haettu 31.7.2022].

McQueen, Paddy. 2017b. The Role of Regret in Medical Decision-making. *Ethical Theory and Moral Practice* 20, 5: 1051–1065. <https://doi.org/10.1007/s10677-017-9844-8> [Haettu 31.7.2022].

McQueen, Paddy. 2019. A Defence of Voluntary Sterilisation. *Res Publica* 26: 237–255. <https://doi.org/10.1007/s11158-019-09439-y> [Haettu 31.7.2022].

Menandro, Leila Marchezi Tavares & Hazel Rose Barrett. 2022. Compulsory female sterilisation in Brazil: reproductive rights for whom? *Critical and Radical Social Work* 10, 1: 23–39. <https://doi.org/10.1332/204986021X16279107777662> [Haettu 30.10.2022].

Mertes, Heidi. 2017. The role of anticipated decision regret and the patient's best interest in sterilisation and medically assisted reproduction. *Journal of Medical Ethics* 43, 314–318. <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2016-103551> [Haettu 31.7.2022].

Meskus, Mianna. 2009. *Elämän tie - Tutkimus lääketieteellisestä teknologiasta, vanhemmuudesta ja perimän hallinnasta*. Tampere: Vastapaino.

Mikkola, Mari. 2017. Sex in Medicine: What Stands in the Way of Credibility? *Topoi* 36, 3: 479–488. <https://doi.org/10.1007/s11245-015-9350-3> [Haettu 12.12.2022].

Miller, Warren B., Rochelle N, Shain & David J. Pasta. 1991a. The Predictors of Post-Sterilization Regret in Married Women. *Journal of Applied Social Psychology* 21, 13: 1083–1110. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1991.tb00460.x> [Haettu 3.8.2022].

Miller, Warren B., Rochelle N, Shain & David J. Pasta. 1991b. The pre- and poststerilization predictors of poststerilization regret in husbands and wives. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 179, 10: 602–603.

Morison, Tracy, Catriona Macleod, Ingrid Lynch, Magda Mijas & Seemanthini Tumkur Shivakumar. 2016. Stigma Resistance in Online Childfree Communities: The Limitations of Choice Rhetoric. *Psychology of Women Quarterly* 40, 2: 184–198. <https://doi.org/10.1177/0361684315603657> [Haettu 27.12.2022].

Moore, Julia & Patricia Geist-Martin. 2013. Mediated representations of voluntary childlessness, 1900–2012. In *The essential handbook of women's sexuality*, eds. Donna Castañeda, 233–251. Santa Barbara; CA: Praeger.

Moore, Julia. 2014. Reconsidering Childfreedom: A Feminist Exploration of Discursive Identity Construction in Childfree LiveJournal Communities. *Women's Studies in Communication* 37, 2: 159–180. <https://doi.org/10.1080/07491409.2014.909375> [Haettu 27.12.2022].

Moore, Julia. 2020. The Fixed Childfree Subjectivity: Performing Meta-Facework about Sterilization on Reddit. *Health Communication* 36, 12: 1527–1536. <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1773697> [Haettu 31.7.2022].

Moseman, Cher P., Randal D. Robinson, G. Wright Bates & Anthony M. Propst. 2006. Identifying women who will request sterilization reversal in a military population. *Contraception* 73, 5: 512–515, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2005.11.005> [Haettu 10.12.2022].

Obermair, Helena M., Georgia Muir & Gregory B. Gard. 2021. Barriers to salpingectomy for permanent contraception: A qualitative study with obstetricians and gynaecologists. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 61, 6: 973–977. <https://doi.org/10.1111/ajo.13429> [Haettu 31.10.2022].

Park, Kristin. 2002. Stigma Management among the Voluntarily Childless. *Sociological Perspectives* 45, 1: 21–45. <https://doi.org/10.1525/sop.2002.45.1.21> [Haettu 27.12.2022].

Peterson, Herbert B., M.D. Gary Jeng, Suzanne G. Folger, Susan A. Hillis, Polly A. Marchbanks & Lynne S. Wilcox. 2000. The risk of menstrual abnormalities after tubal sterilization. *The New England Journal of Medicine* 23, 343: 1681–1687. <https://doi.org/10.1056/NEJM200012073432303> [Haettu 12.12.2022].

Peterson, Helen & Kristina Engwall. 2013. Silent Bodies: Childfree Women's Gendered and Embodied Experiences. *European Journal of Women's Studies* 20, 4: 376–389. <https://doi.org/10.1177/1350506812471338> [Haettu 12.12.2022].

Philliber, Susan G. & William W. Philliber. 1985. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. *Studies in Family Planning* 16, 1: 1–29. <https://www.jstor.org/stable/1965814> [Haettu 14.8.2022].

Potts, J. M. & F.F. Pasqualotto, D. Nelson, A. J. Thomas & A. Agarwal. 1999. Patient characteristics associated with vasectomy reversal. *The Journal of Urology* 161: 6, 1835–1839. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(05\)68819-2](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)68819-2) [Haettu 12.12.2022].

Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2022. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50104> [Haettu 5.8.2022].

Reilly, Philip R. 2015. Eugenics and involuntary sterilization: 1907–2015. *Annual Review of Genomics and Human Genetics* 16: 351–368. <https://doi.org/10.1146/annurev-genom-090314-024930> [Haettu 30.10.2022].

Rijken, Arieke, J. & Eva-Maria Merz. 2014. Double Standards: Differences in Norms on Voluntary Childlessness for Men and Women. *European Sociological Review* 30, 4: 470–482. <https://doi.org/10.1093/esr/jcu051> [Haettu 31.7.2022].

Richie, Cristina. 2013. Voluntary sterilization for childfree women: understanding patient profiles, evaluating accessibility, examining legislation. *Hastings Center Report* 43, 6: 36–44. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hast.216/epdf> [Haettu 31.7.2022].

Rhodes, Lorna A. 1990. Studying Biomedicine as a Cultural System. In *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*, eds. Thomas J. Johnson & Carolyn E. Sargent, 159–173. New York: Praeger.

Ross, John, Douglas H. Huber & Sawon Hong. 1986. Worldwide trends in voluntary sterilization. *International Family Planning Perspectives* 12, 2: 34–39. <https://doi.org/10.2307/2947947> [Haettu 29.7.2022].

Rowland, Donald T. 2007. Historical trends in childlessness. *Journal of Family Issues* 28, 10: 1311–1337. <https://doi.org/10.1177/0192513X07303823> [Haettu 31.10.2022].

Rungby J. A. & H. B. Dahl, J. Krogh & E. Kvist. 1994. Vasectomy: who regrets it and why? *Ugeskrift for Læger* 156, 16: 2377–2380.

Shain, Rochelle N., Warren B. Miller & Alan E. C. Holden. 1986. Married women's dissatisfaction with tubal sterilization and vasectomy at first-year follow-up: effects of perceived spousal dominance. *Fertility & Sterility* 45, 6: 808–819. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)49398-2](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)49398-2) [Haettu 2.8.2022].

Schickler, Robyn, Michelle Whittum, Nicole, Fanarjian, Rachel Rapkin & Brian T. Nguyen. 2021. The History of Female Surgical Sterilization: A Social and Ethics Perspective. *Journal of Gynecologic Surgery* 37, 6: 465–469. <http://doi.org/10.1089/gyn.2021.0102> [Haettu 31.7.2022].

Sharma, Vidit, Brian V. Le, Kunj R. Sheth, Sherwin Zargaroff, James M. Dupree, John Cashy & Robert E. Brannigan. 2013. Vasectomy demographics and postvasectomy desire for future children: results from a contemporary national survey. *Fertility and Sterility* 99: 7, 1880–1885. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.02.032> [Haettu 31.10.2022].

Shreffler, Karina. M., Julia McQuillan, Arthur L. Greil & Davis R. Johnson. 2015. Surgical sterilization, regret, and race: Contemporary patterns. *Social Science Research* 50, 31–45. <http://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2014.10.010> [Haettu 5.8.2022].

Shreffler, Karina. M., Arthur L. Greil, Julia McQuillan & Kami L. Gallus. 2016. Reasons for tubal sterilisation, regret and depressive symptoms. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 34, 3: 304–313. <http://doi.org/10.1080/02646838.2016.1169397> [Haettu 12.12.2022].

Shreffler, Karina. M., Stacy Tiemeyer, Julia McQuillan & Arthur L. Greil. 2020. Exploring experiences with sterilization among nulliparous women. *Women's Reproductive Health* 7, 1: 36–48. <http://doi.org/10.1080/23293691.2019.1690306> [Haettu 31.10.2022].

Siemons, Sara E., Michel P.H. Vleugels, Michael R. van Balken, Didi D.M. Braat & Theodoor E. Nieboer. 2022. Male or female sterilization – the decision making process: Counselling and regret. *Sexual & Reproductive Healthcare* 33. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100767> [Haettu 13.12.2022].

Singer, Merrill, Hans A. Baer, Debbi Long & Alex Pavlotski. 2020. *Introducing Medical Anthropology: A Discipline in Action*. Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield.

Stepan, Jan & Edmund H. Kellogg. 1975. The World's Laws Concerning Voluntary Sterilization For Family Planning Purposes. *California Western International Law Journal* 5, 2: 1–49 [72–120]. <https://scholarlycommons.law.cwsl.edu/cwilj/vol5/iss2/13/> [Haettu 31.7.2022].

Tazkargy, Ariel S. 2014. From Coercion to Coercion: Voluntary Sterilization Policies in the United States. *Minnesota Journal of Law & Inequality* 32, 1: 135–168. <https://scholarship.law.umn.edu/lawineq/vol32/iss1/5/> [Haettu 2.8.2022].

Terry, Gareth & Virginia Braun. 2011. Sticking My Finger up at Evolution: Unconventionality, Selfishness, and Choice in the Talk of Men Who have had “Preemptive” Vasectomies. *Men and Masculinities* 15, 3: 207–229. <https://doi.org/10.1177/1097184X11430126> [Haettu 3.8.2022].

Thranov, Ingrid, Anne G. Kjersgaard, Ole V. Rasmussen & Jens Hertz. 1988. Regret among 547 Danish sterilized women. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 16, 1: 41–48.

Tiitinen, Aila. 2022. Sterilisaatio. *Lääkärikirja Duodecim*. Kustannus Oy Duodecim. 6.9.2022. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00747 [Haettu 12.12.2022].

United Nations. 2019. *Contraceptive Use by Method 2019. Data Booklet*. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf [Haettu 1.8.2022]

Veevers, Jean E. 1974. Voluntary Childlessness and Social Policy: An Alternative View. *The Family Coordinator* 23, 4: 397–406. <https://www.jstor.org/stable/583116> [Haettu 31.10.2022].

Veevers, Jean E. 1980. *Childless by choice*. Toronto: Butterworths.

Välimäki, Maritta & Johannes Lehtonen. 2002. Tietoon perustuvan suostumuksen ongelmia. *Duodecim* 118, 7:723–727. <https://www.duodecimlehti.fi/duo92889> [Haettu 10.12.2022].

World Health Organization. 1992. *Female sterilization: a guide to provision of services*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40133>. [Haettu 31.7.2022].

Wilcox, Lynne S., Susan Y. Chu, Elaine D. Eaker, Scott L. Zeger & Herbert B. Peterson. 1991. Risk factors for regret after tubal sterilization: 5 years of follow-up in a prospective study. *Fertility and sterility* 55, 5: 927–933. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)54301-5](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)54301-5) [Haettu 14.8.2022].

Wiley, Andrea S. & John S. Allen. 2009. *Medical Anthropology. A Biocultural Approach*. New York: Oxford University Press Inc.

Wuokko, Maiju. 2020. Rajanvetoja ja ristiriitoja työ- ja vapaa-ajan välillä teollistumisesta nykypäivään. *J@rgonia* 18, 36: 190–220. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-202104272494> [Haettu 12.12.2022].