

Tiina Tolvanen

**INTERSEKTIONAALISUUDEN
OPERATIONALISOINTI
KVANTITATIIVISESSA
TERVEYSTUTKIMUKSESSA**

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Kandidaatintutkielma
Syyskuu 2023

TIIVISTELMÄ

Tiina Tolvanen: Intersektionaalisuuden operationalisointi kvantitatiivisessa terveystutkimuksessa
Kandidaatintutkielma
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden tutkinto-ohjelma
Syyskuu 2023

Intersektionaalinen näkökulma on levinnyt sukupuolentutkimuksesta myös terveystutkimukseen ja erityisesti terveyserojen tutkimukseen. Terveystutkimuksen kentällä tutkijat ovat peräänkuuluttaneet keinoja ymmärtää paremmin, miten sosiaaliset rakenteet vaikuttavat terveyteen ja terveyden eriarvoiseen jakautumiseen yhteiskunnissa, sekä miten yhteiskunnallisten rakenteiden taustalla vaikuttavat valtasuhteet tuottavat terveyteen vaikuttavaa epäoikeudenmukaisuutta. Terveyden eriarvoiseen jakautumiseen ja sen poistamiseen on myös asetettu tavoitteita eri kansainvälisten organisaatioiden asialistoilla.

Intersektionaalinen näkökulma tarkastelee sitä, miten useat yksilötason sosiaaliset lokaatiot, kuten sukupuoli, rotu ja luokka, risteävät sosiaalista epäoikeudenmukaisuutta tuottavien makrotason rakenteiden kanssa. Intersektionaalista näkökulmaa ei ole kehitetty empiirisesti mitattavaksi ja operationalisoitavaksi. Siksi on tärkeää tarkastella lähemmin, kuinka sitä sovelletaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa.

Tämän kandidaatintutkielman tarkoituksena oli tarkastella, kuinka intersektionaalista näkökulmaa on operationalisoitu eurooppalaisessa kvantitatiivisessa terveystutkimuksessa. Tutkielma toteutettiin aikaisempaan kirjallisuuteen perustuvana integroivana kirjallisuuskatsauksena. Tutkielmaan valikoituneissa tutkimuksissa kompleksiset sosiaaliset lokaatiot operationalisoitiin useimmiten binäärisinä muuttujina. Binääriset muuttujat eivät ota huomioon muuttujan sisäistä heterogeenisyyttä ja tilanteista luonnetta.

Intersektionaalisen näkökulman käytölle terveystutkimuksessa on tarvetta, mutta sen soveltamiseen kvantitatiivisessa tutkimuksessa tarvitaan uudenlaisia metodeja, jotka ottavat paremmin huomioon sosiaalisten lokaatioiden monimuotoisen ja tilanteisen luonteen. Muuttujien operationalisoinnissa tulee ottaa paremmin huomioon intersektionaalisen näkökulman ydinperiaatteet.

Avainsanat: Intersektionaalisuus, terveystutkimus, terveyserot

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 INTERSEKTIONAALISUUS	3
2.1 Intersektionaalisuuden lyhyt historia	3
2.2 Intersektionaalisen näkökulman metodologiset haasteet	5
2.3 Intersektionaalisuus terveystieteissä	8
3 OPERATIONALISOINTI	9
3.1 Mittaaminen tutkimuksessa.....	9
3.2 Intersektionaalisuuden operationalisointi terveystutkimuksessa	11
3.2.1 Sukupuoli.....	11
3.2.2 Rotu	14
3.2.3 Sosiaalinen luokka.....	16
4 MENETELMÄT	19
5 TULOKSET	20
5.1 Sukupuoli.....	20
5.2 Rotu.....	21
5.3 Sosioekonominen asema	21
5.4 Terveydentilat.....	22
5.4.1 Itsearvioitu terveys	22
5.4.2 Mielenterveys	22
5.4.3 Päihteet: tupakka.....	23
5.4.4 Fysiologiset tilat	23
5.5 Ikä.....	23
6 POHDINTA	25
LÄHTEET	31

1 JOHDANTO

Intersektionaalinen näkökulma on viime vuosina levinnyt sukupuolentutkimuksesta myös kansanterveystutkimukseen ja erityisesti terveyserojen tutkimukseen. Terveyden eriarvoinen jakautuminen yhteiskunnassa on ongelma, johon on etsitty ratkaisua pitkään. Terveystutkimuksen kentällä on yleisesti hyväksytty, että terveyteen vaikuttavat laajemmat yhteiskunnalliset seikat kuin yksilön biologia tai terveydenhuoltojärjestelmä. (mm. Hankivsky ym. 2017, 74; Bowleg 2012, 1269.) Tutkijat ovat peräänkuuluttaneet keinoja ymmärtää paremmin, miten sosiaaliset rakenteet vaikuttavat terveyteen ja terveyden eriarvoiseen jakautumiseen yhteiskunnissa (Bowleg 2012, 1269), sekä miten yhteiskunnallisten rakenteiden taustalla vaikuttavat valtasuhteet tuottavat epäoikeudenmukaisuutta eri yhteiskunnan tasoilla (Green ym. 2017, 214). Terveyserojen kaventaminen ja poistaminen on nostettu esiin eri maiden ja kansainvälisten organisaatioiden, kuten Maailman terveysjärjestön ja Yhdistyneiden kansakuntien asialistoilla, mikä on asettanut lisäpainetta terveyserojen syvällisempään ymmärrykseen (Hankivsky ym. 2017).

Intersektionaalinen näkökulma tarkastelee sitä, miten useat yksilötason sosiaaliset lokaatiot, kuten sukupuoli, rotu ja luokka, risteävät sosiaalista epäoikeudenmukaisuutta tuottavien makrotason rakenteiden kanssa (Alvidrez ym. 2021, 95). Terveyserojen tutkimuksen puutteena voidaan pitää sitä, että terveyseroja tutkitaan usein yhdessä sosiaalisessa lokaatiossa kerrallaan (Bowleg 2012, 1267). Tutkimuksessa ei ole otettu huomioon sosiaalisten lokaatioiden yhteisvaikutusta, ja sitä, miten yksilötason toisiaan risteävät sosiaaliset lokaatiot heijastavat laajemmin yhteiskunnan makrotason moninaisia epäoikeudenmukaisuutta tuottavia rakenteita, kuten rasismia, köyhyyttä ja seksismiä (Bowleg 2012, 1267). Intersektionaalisuuden ytimessä on ajatus siitä, että sosiaalisten lokaatioiden vaikutus on moninkertaista, yhteen kietoutunutta ja toisiaan vahvistavaa (Bowleg 2012, 1268).

Siirtymällä biomedikaalisesta terveysmallista ja yksilötason terveysdeterminanteista rakenteellisten voimasuhteiden tarkasteluun, intersektionaalinen näkökulma lisää ymmärrystä terveyteen vaikuttavista laajemmista seikoista (Alvidrez ym. 2021, 95). Intersektionaalisen näkökulmaan kuuluu ajatus moniperusteisuudesta. Sen mukaan miehet ja naiset voivat edustaa sukupuolensa lisäksi etuoikeutettuja sosiaalisia lokaatioita, ja he voivat samaan aikaan kokea syrjintää seksuaalisen suuntautumisensa, terveydentilansa, kokonsa, ikänsä tai ihonvärinsä vuoksi. (Karkulehto ym. 2012, 16.)

Intersektionaalisen näkökulman levitessä tieteenalalta toiseen sen eri puolet korostuvat. Intersektionaalista näkökulmaa ei ole kehitetty empiirisesti mitattavaksi ja operationalisoitavaksi (Guan ym. 2021, 17) ja siksi sen leviäminen kvantitatiivisen terveystutkimukseen on ollut hitaampaan kuin sen käyttöönotto kvalitatiivisessa tutkimuksessa (Bauer ym. 2021, 3). Koska kvantitatiivinen intersektionaalinen kansanterveystutkimus on vasta muotoutumassa, on tärkeää tarkastella lähemmin, kuinka sitä sovelletaan. Millaisia sosiaalisten lokaatioiden rajapintoja tutkimukseen valitaan? Miten näitä rajapintoja mitataan? Miten tutkimukset vastaavat intersektionaalisen näkökulman keskeisiin periaatteisiin?

Käytän tässä kandidaatintutkielmassa termiä rotu. Termi on ongelmallinen sen sisältämien rotusorron historian ja nykyisyyden sekä rasismien vuoksi (Valovirta 2010, 93). Olen valinnut käyttää termiä rotu, koska pyrin tässä tutkielmassa tuomaan esiin sen, ettei rotu tutkimuksen kategoriana ole koskaan historiastaan vapaa, ja rodun poistaminen tai piilottaminen sijaismuuttujiin, kuten etnisyys tai maahanmuuttaja, ei poista sen tarkoitusta, mikä on tehdä eroa väestöryhmien välille. Sijaismuuttajat eivät myöskään poista rodun ja siihen liittyvien merkitysten vaikutusta tutkittavien elämässä.

Tässä kandidaatintutkielmassa tarkastelen sitä, kuinka intersektionaalista näkökulmaa on operationalisoitu eurooppalaisessa kvantitatiivisessa terveystutkimuksessa. Olen valinnut tarkastelun kohteeksi eurooppalaiset terveystutkimukset, koska eurooppalaista intersektionalismia on kritisoitu värisokeudesta ja rodun unohtamisesta (mm. Rastas 2018; Bilge 2013).

2 INTERSEKTIONAALISUUS

Intersektionaalisuus käsitteenä viittaa siihen, miten rotu, sosiaalinen luokka, sukupuoli, ikä, seksuaalinen suuntautuminen, kyvykkyys, etnisyys ja asuinmaa vaikuttavat sosiaaliseen eriarvoisuuteen toisiinsa vaikuttavina ja toisiaan vahvistavina ilmiöinä, eivätkä toisistaan irrallisina ja toisensa poissulkevin kokonaisuuksina. (Collins 2015, 2.) Intersektionaalisuus tarkoittaa näiden sosiaalisten lokaatioiden risteymiä tai jakolinjoja. Kun näitä risteymiä tarkastellaan intersektionaalista näkökulmaa käyttäen, huomio kiinnittyy niissä ilmeneviin valtasuhteisiin. Valtasuhteet rakentuvat suhteessa toisiinsa. Valtasuhteita analysoidaan sekä niiden keskinäisten jakolinjojen kautta että vallan alueiden kautta, kuten yhteiskunnan rakenteiden ja instituutioiden, kulttuurin tai henkilöiden välisten suhteiden kautta. Valtasuhteisiin liittyy olennaisesti sosiaalinen epäoikeudenmukaisuus ja se, miten valta on jakautunut. Vallan jakautumiseen vaikuttaa relationaalisuus sekä konteksti, jossa sosiaalista epäoikeudenmukaisuutta tai etuoikeutta ilmenee. Tämä kaikki tekee intersektionaalista näkökulmaa käyttävästä tutkimuksesta kompleksista. (Collins & Bilge 2016, 25–29.)

Intersektionaalisen näkökulman levitessä tieteenalalta toiseen sen eri puolet ovat korostuneet. Tästä huolimatta intersektionaalisen näkökulman ydinperiaatteet ovat säilyneet. Ydinperiaatteet ovat intersektionaalisen näkökulman pyrkimys ymmärtää usean sosiaalisen valtaposition risteyksessä syntyviä uniikkeja kokemuksia ja se, että intersektionaalinen näkökulma on pohjimmiltaan poliittinen ja sen käyttämisen tulisi edistää sosiaalista oikeudenmukaisuutta. (Guan ym. 2021.)

2.1 Intersektionaalisuuden lyhyt historia

Käsitteenä intersektionaalisuus ei ole uusi. Sen ytimen, kritiikin rodun ja sukupuolen erottamisesta toisistaan, ilmaisi vapautettu orja Sojourner Truth kuuluisassa ”Ain’t I a Woman” -puheessaan vuonna 1851. Puheessaan Truth tuo esimerkin kautta esiin sen, ettei rotua ja sukupuolta voida erottaa toisistaan. Truth vertaa itseään vallalla olevaan käsitykseen naisista olentoina, jotka tulee nostaa vaunuihin ja yli ojien ja joille tulee antaa paras paikka kaikkialla. Truth ei itse koe näitä asioita ja tunnistaa syyksi hänen asemansa rodullistettuna naisena. (Bowleg 2012, 1267.) Truth piti puheensa pääasiassa valkoisista naisista koostuvalle yleisölle.

Vaikka Truth itse oli feministi, mustien naisten keskuudessa feminismi yleisesti nähtiin ensisijaisesti valkoisten naisten asiana. (Collins & Bilge 2016, 67–68.)

Intersektionaalisuuden juuret löytyvät 1960- ja 1970-lukujen amerikkalaisesta kansalaisaktivismista ja erityisesti ajan mustien, latinoiden ja muiden vähemmistöihin kuuluvien feministien kirjoituksista. Teksteissä korostui rodun, luokan, sukupuolen ja seksuaalisuuden keskinäinen vuorovaikutus arjen kokemuksissa. (Collins & Bilge 2016, 71–76.) 1980- ja 1990-luvulla instituutiot, kuten yliopistot, vastasivat kansalaisaktivistien esittämään kritiikkiin mm. palkkaamalla vähemmistöjen edustajia (Collins & Bilge 2016, 77). Ei-valkoiset feministit ja heidän liittolaisensa toivat akatemiaan mukanaan kansalaisaktivismin ideat sorron moninaisuudesta ja rodun, luokan, sukupuolen ja seksuaalisuuden yhteen kietoutumisesta. Varhainen intersektionaalinen tutkimus löysi kodin rodun-, luokan- ja sukupuolentutkimuksen kentältä. Tänä aikana kehittyi myös jaettu sanasto, jossa keskeisiä termejä oli riski (engl. jeopardy) ja siitä juonnetut kaksois- ja kolmoisriski sekä moninkertainen riski, jotka kuvastivat sukupuolen, rodun ja taloudellisen sorron yhteen kietoutumista. (Collins 2015, 76.) Muut merkittävät termit viittaavat riskin tuottamien vaikutusten monistumiseen, vuorovaikutukseen, yhteenliittymiseen ja samanaikaisuuteen (Collins 2015, 76).

Intersektionaalisuus käsitteen loi Kimberle Crenshaw 1990-luvun alussa. Crenshawn käsitteli artikkeleissaan ”Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine” (1989), ja ”Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color” (1991) mustan naisen subjektin ongelmallisuutta. Crenshaw käytti materiaalinaan mm. oikeustapausta, jossa viisi mustaa naista haastoi General Motorsin oikeuteen syrjivistä palkkauskäytännöistä. Oikeusistuimen mukaan naisten olisi tullut todistaa syrjinnän tapahtuneen joko heidän sukupuolensa tai rotunsa vuoksi. Naiset eivät onnistuneet näyttämään toteen rotuun perustuvaa palkkaussyrjintää, koska mustat miehet eivät syrjintää kokeneet. Ja koska valkoiset naiset eivät kokeneet palkkauskäytännöissä syrjintää, myöskään sukupuoleen perustuva syrjintä ei oikeusistuimen mukaan toteutunut. Oikeusistuin ei tunnistanut kategoriaa musta nainen, eikä sen mukaan sellaista voinut keksiä. (Crenshaw 1989, 141.)

Crenshaw käsittelee artikkelissaan ”Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color” (1991) mustien naisten kokemia pahoinpitelyjä ja raiskauksia. Tarkastelun keskiössä on sukupuolen ja rodun risteäminen. Crenshaw lähestyy ongelmaa alhaalta ylöspäin ja kuvaa, kuinka monet pahoinpitelyjen ja raiskausten uhreille

suunnitellut palvelut oli suunniteltu ottamatta huomioon, miten eri rotu- ja luokkataustaisten naisten tarpeet eroavat. Crenshaw erottaa artikkelissaan rakenteellisen ja poliittisen sekä representaatioiden intersektionalismin. (Crenshaw 1991.) Rakenteellinen intersektionaalisuus tarkastelee sitä, miten yhteiskunnassa ja sen instituutioissa tuotetaan ja ylläpidetään erilaisia etuoikeuksia ja valtasuhteita. Nämä suhteet jakavat ryhmät ja yksilöt eri valtapositiioihin suhteessa toisiinsa. Poliittinen intersektionaalisuus käsittelee sitä, miten ryhmien välisiä eroja ja käytänteitä tuotetaan. Representaatioiden intersektionaalisuudessa kiinnitetään huomiota siihen, miten eroja ja niihin perustuvia hierarkioita tuotetaan yksityisessä ja julkisessa keskustelussa sekä kulttuurin erilaisissa esityksissä ja teksteissä. (Karkulehto ym. 2012, 17.)

Crenshawn artikkeleiden merkitys intersektionaalisuudelle ulottuu sen nimeämistä pidemmälle. Crenshaw pohjaa artikkelinsa aikaisempien vähemmistötutkijoiden ideoille ja liittää kollektiivisen ja yksilön identiteetin toisiinsa, pitää huomion sosiaalisissa rakenteissa ja käyttäessään alhaalta ylöspäin suuntautuvaa teoretisointia Crenshaw osoittaa, kuinka mustien naisten kokemukset liittyvät rakenteellisiin, poliittisiin sekä edustuksellisiin yhteiskunnallisiin keskusteluihin, ja muistuttaa, että intersektionaalisuus liittyy vahvasti sosiaalisen oikeudenmukaisuuden kysymyksiin. (Collins & Bilge 2016, 83–84.) Crenshawn artikkelit nostavat esiin monet intersektionaalisuudelle keskeiset ideat, kuten valtasuhteet ja niiden suhteellisuuden sekä sosiaalisen oikeudenmukaisuuden kysymykset. Artikkelit myös osoittavat, miten intersektionaalisuutta voidaan käyttää analyttisenä työvälineenä. (Collins & Bilge 2016, 83.)

2.2 Intersektionaalisen näkökulman metodologiset haasteet

Intersektionaalisen näkökulman metodologinen haaste on ollut löytää tapoja tutkia yhtäaikaista ja risteäviä sekä monimuotoisia sosiaalisia suhteita ja samaan aikaan löytää tapoja kompleksisuuden hallintaan (McCall 2005, 1772). Artikkelissaan ”The Complexity of Intersectionality” (2005) McCall erottaa kolme erilaista metodologista lähestymistapaa.

Antikategorisessa lähestymistavassa tiivistyy McCallin mukaan naistutkimuksen historiallinen kehitys ja postmodernistinen ja poststrukturalistinen yhteiskunnallinen kritiikki, sekä ei-valkoisten feministien kritiikki valkoisten feministien käyttämille yhdenmukaisille ja homogeenisille kategorioille, joiden nähtiin kuvastavan kaikkien naisten kokemuksia. Nämä

suuntaukset kukin omasta näkökulmastaan haastoivat vallitsevat tutkimuksessa käytetyt analyttiset kategoriat. (McCall 2005, 1776.)

Antikategorinen lähestymistapa pyrkii olemassa olevien kiinteiden kategorioiden purkamiseen. Kategorioiden purkamisen perusteena on se, ettei kompleksisia sosiaalisia kokemuksia, identiteettejä ja lokaatioita voida tiivistää nk. pääkategorioiksi ilman, että kategorioiden sisäinen heterogeeninen sosiaalinen todellisuus väistämättä kapenee. Ja koska ryhmien välinen epäoikeudenmukaisuus on peräisin suhteista, joita määrittää rotu, sukupuoli ja luokka, näiden kategorioiden normatiivisten oletusten murtaminen on sosiaalisen muutoksen edellytys. Antikategorinen lähestymistapa myös kyseenalaistaa kategorioiden tarpeellisuuden ja olemassaolon. Kategorioinnin prosessin nähdään väistämättä johtavan rajautumiseen ja siten ulkopuolelle jättämiseen ja epäoikeudenmukaisuuden syntyyn. (McCall 2005, 1777.)

Intrakategorisen näkökulman juuret ovat intersektionaalisuuden ytimessä olevassa ei-valkoisten feministien kritiikissä. Intrakategorinen näkökulma tuo esiin aikaisemmin nimeämättömiä ryhmiä kategorian sisällä ja vertaa uusia ryhmiä jo olemassa oleviin tai aikaisemmin tutkittuihin ryhmiin. (McCall 2005, 1783.) Tutkimuksen ulottuvuus ei ole kategorian sisäinen vaan läpi eri kategorioiden, jolloin esimerkiksi musta heteroseksuaalinen keskiluokkainen nainen asettuu usean kategorian risteykseen (rotu, seksuaalisuus, luokka) ilmentäen yhtä ulottuvuutta kustakin kategoriasta (McCall 2005, 1781). Keskittyminen yhteen ulottuvuuteen on keino hallita tutkimuksen monimutkaisuutta. Olemassa olevia kategorioita voidaan käyttää tutkimuksen lähtökohtana, jolloin tavoite on löytää aikaisemmin tutkimattomia ryhmiä ja niiden asemoitumisia eri jakolinjojen risteyksissä sekä tarkastella ryhmien asemoitumiseen laajemmin vaikuttavia rakenteellisia seikkoja. Intrakategorinen näkökulma myös väistämättä paljastaa ryhmän sisäisen erilaisuuden ja moninaisuuden. (McCall 2005, 1782.)

Interkategorinen tai kategorinen näkökulma, tarkastelee olemassa olevien sosiaaliryhmien välisiä kompleksisia suhteita tarkastelun kohteena olevien kategorioiden sisällä ja yli. Kategorinen lähestymistapa olettaa ryhmien välillä olevan epäoikeudenmukaisuutta, ja on kiinnostunut siitä, miten ryhmät ja niiden välinen epäoikeudenmukaisuus muuttuvat ajassa, tai onko epäoikeudenmukaisuutta ylipäätään olemassa. Kategorinen lähestymistapa on vertaileva ja käsittää monta ryhmää ja lokaatiota, joissa etuoikeuksia ja haittoja tutkitaan eksplisiittisesti ja samanaikaisesti. (McCall 2005, 1785–1787.)

Hancock lähestyy intersektionaalisuutta rodun, sukupuolen, luokan ja muiden erojen tutkimuksen kautta. Yhdenmukaisessa (engl. unitary) lähestymistavassa tarkastelun kohteena on yksi yksilön tai instituution tasolla oleva oletusti ensisijainen ja pysyvät kategoria. Tämä kategoria nähdään tutkimuksen kannalta kaikkein oleellisimmaksi. Monikertaisessa (engl. multiple) lähestymistavassa tarkastelun kohteena on *a priori* monta saman arvoiseksi oletettua pysyvää kategoriaa, kuten rotu ja luokka tai rotu ja sukupuoli. Kategorioiden nähdään olevan yhtä tärkeitä ja kategorioilla oletetaan olevan keskinäinen suhde. (Hancock 2007, 67.)

Intersektionaalinen lähestymistapa yhdistää yhdenmukaisen ja monikertaisen tarkastelun niin, että se tunnistaa kategorioiden tärkeyden ja hyväksyy useamman kategorian voivan selittää ilmiötä. Se kuitenkin menee monikertaista lähestymistapaa pidemmälle siinä, ettei se oleta kategorioita *a priori* vaan kategoriat ovat avoimia. Intersektionaalinen lähestymistapa eroaa aikaisemmasta erityisesti isojen otoskokojen tutkimuksen kontekstissa, joissa oletetaan, että esimerkiksi rotu yhteisvaikutuksessa sukupuolen tai luokan kanssa, käyttäytyy samalla tavalla yhteiskunnan eri tasoilla. Intersektionaalinen lähestymistapa sen sijaan olettaa, että tarkastelun kohteena olevien kategorioiden väliset suhteet ovat muuttuvia, toisiaan vahvistavia ja avoimia. (Hancock 2007, 67.)

McCall ja Hancock lähestyvät intersektionaalisuutta kategorioinnin kautta. Crenshaw taas puhuu intersektionaalisista ryhmistä. Yhteistä lähestymistavoille on se, että ne eivät keskity tarkastelemaan kategorioiden sisäisiä vaan kategorioiden välisiä suhteita. Tarkastelun kohteena on erityisesti suhteet kategorioiden risteyskohdissa. Tällainen tarkastelu keskittyy usein kategorioiden huono-osaisiin ryhmiin laiminlyöden etuoikeutettujen ryhmien analyysin. Huono-osaisiin keskittyminen hämärtää valtaa pitävien ryhmien toiminnan epäoikeudenmukaisten sosiaalisten suhteiden rakentumisessa ja ylläpitämisessä. (Walby ym. 2012, 230.) Epäoikeudenmukaiset sosiaaliset suhteet ovat rakentuneet historian aikana, ja ne ovat juurtuneet olemassa oleviin instituutioihin. Instituutioihin ja niiden toimintaan vaikuttavat sosiaaliset suhteet muuttuvat ajassa. Ne voivat muuttua hitaasti tai nopeasti. Suhteet ovat saman aikaisesti pysyviä, mutta kykeneviä muutokseen. Muutoksen potentiaalin takia tutkimuksessa käytettyjä kategorioita ei tulisi olettaa muuttumattomaksi. (Walby ym. 2012, 231.)

2.3 Intersektionaalisuus terveystieteissä

Intersektionaalinen näkökulma on levinnyt sukupuolentutkimuksesta naisten terveyttä tarkastelevan liikkeen mukana terveystutkimukseen. Intersektionaalisen näkökulman tarpeellisuutta terveystutkimuksessa on perusteltu mm. sillä, että tutkimukset, jotka keskittyvät kuvailemaan terveyden eriarvoista jakautumista väestössä, eivät tuota tarpeeksi tarkkaa tietoa ryhmistä, joiden terveyttä voitaisiin eri politiikkatoimin parantaa. (Bauer 2014, 10.) Terveyseroja tutkitaan usein eroina yhdessä kategoriassa, jonka vaihtoehdot poissulkevat toisensa. Katgoria itsessään on yleensä yksinkertaistettu ja sitä pidetään muuttumattomana. Sillä ei myöskään nähdä olevan yhteyttä laajempaan sosiohistorialliseen kontekstiin. (Mandelbaum 2020, 761.) Esimerkiksi rotujen välisiä terveyseroja selitetään biologialla tai mahdollisia syitä selitetään erilaisten sosiaalisten mekanismien kautta ilman teoriapohjaa. Silloin, kun kategorioita on useampi, tarkastelun kohteena ovat edelleen yksinkertaiset kategoriat ilman, että kategorioiden välisiä risteyskäytöksiä tai kategorioiden sisäisiä intersektionaalisia jakolinjoja otetaan analyysiin mukaan. (Bauer 2014, 10.)

Intersektionaalista näkökulmaa on yleisimmin sovellettu terveystutkimuksessa interkategorisena. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa interkategorista lähestymistapaa on käytetty vallitsevien terveyserojen määrittelyyn ja dokumentointiin. Intrakategorista lähestymistapaa on sovellettu eniten kvalitatiivisessa tutkimuksessa, koska eletyn kokemuksen kompleksisuuden avaaminen vaatii laajoja kuvailevia selontekoja. (Evans 2019, 250.)

Antikategorista lähestymistapaa on käytetty paljon kvalitatiivisessa tutkimuksessa tai puhtaasti teoreettisesti. Sellaiset kvantitatiiviset menetelmät, kuten monitasomallit ja erottelu tarkkuuden mittaaminen (engl. discriminatory accuracy), ovat tuoneet uuden tavan käyttää antikategorista lähestymistapaa ja vauhdittaneet sen käyttöä terveystutkimuksessa. Erottelu tarkkuuden avulla voidaan tarkastella mm. sitä, kuinka tehokkaasti tutkimuksessa käytetyt kategoriat erottelevat tapaukset ei-tapauksista. (Green ym. 2017, 215.) Antikategorisen lähestymistavan tavoite purkaa kategorioiden normatiivisia oletuksia, jotka toisintavat vallitsevia systemisiä epäoikeudenmukaisuuksia, on kuitenkin ristiriidassa kvantitatiivisen tutkimuksen kanssa, koska kvantitatiivinen tutkimus on hyvin riippuvainen kategorisoinnista (Bauer ym. 2021, 7).

3 OPERATIONALISOINTI

Operationalisoinnissa sellaiset tutkimukselle keskeiset termit, joille ei ole vastinetta niin kutsutussa todellisessa maailmassa, muutetaan mitattavaan muotoon (Metsämuuronen 2003, 79). Operationalisoinnin tavoite on tuottaa teoreettisille käsitteille empiirisesti mitattava tai mitattavia vastineita (Eskola & Suoranta 2008, 75). Teoreettisten käsitteiden operationalisoinnissa joudutaan usein turvautumaan moniin indikaattoreihin tai sijaismuuttujiin, jotta käsitteen sisältö tulee operationalisoiduksi tarpeeksi kattavasti (Ketokivi 2015, 104). Sijaismuuttujia käytetään silloin, kun mitataan jotain sellaista suuretta tai ominaisuutta, jota ei voida mitata suoraan tai jonka mittaaminen olisi hankalaa (Dictionary of Statistics 2008). Sijaismuuttujat sisältävät varsinaisen operatiivisen määritelmän ominaisuudet mukaan lukien niiden vahvuudet ja heikkoudet (Ketokivi 2015, 87).

Operationalisointi on yksi tutkimuksen tekemisen tärkeimpiä vaiheita. Se on monivaiheinen prosessi, johon kuuluu tutkittavan käsitteen hahmottaminen ja määrittäminen sekä käsitteen osa-alueiden määrittäminen (Alkula ym. 2002, 75–76). Mikäli operationalisointi epäonnistuu vaarantaa se koko tutkimuksen uskottavuuden. (Ketokivi 2015, 129.) Operationalisointi liittyy olennaisesti myös tulosten tulkintaan. Suhdetta voidaan kuvailla käänteiseksi. Siinä missä operationalisoinnissa siirrytään teoreettisesta empiiriseen, tulosten tulkinnassa liikutaan päinvastaiseen suuntaan. Näin operationalisointi mahdollistaa oikeaan osuvan tulosten tulkinnan. (Alkula ym. 2002, 75.)

3.1 Mittaaminen tutkimuksessa

Operationalisointi tuottaa indikaattoreita tai muuttujia, joiden avulla tutkittavaa asiaa mitataan. Muuttujat voivat muodostaa laajoja kokonaisuuksia, jotka mittaavat tiettyä ominaisuutta useasta eri näkökulmasta. Joidenkin ilmiöiden mittaamiseen voi riittää pieni osa kokonaisuudesta. Mittaamisessa havaintoyksiköstä saatavan informaation perusteella määritetään kyseisen yksikön arvo sillä mittarilla, jota on valittu käyttää. (Alkula ym. 2002, 79, 82.) Mittaaminen sisältää itsessään aina kahden tyyppistä virhettä, jotka ovat määrittämis- ja mittaamisvirhe. Määrittämis- ja mittaamisvirhettä on usein mahdoton erottaa tutkimuksessa toisistaan ja siksi nämä yhdistetään yhdeksi muuttujaksi, jota kutsutaan virhetermiksi. Saatu mittaustulos

sisältää näin mitattavan suureen todellisen arvon sekä mahdollisen mittaus- ja määritysvirheen. (Ketokivi 2015, 83–84.)

Mittauksessa voi ilmetä myös muita ongelmia. Ulottuvuusongelmassa mittari mittaa oikeaa asiaa, mutta sen tulkinnallinen merkitys ei ole selvä. Mittari voi olla yksiulotteinen, jolloin se mittaa yhtä tarkasti määriteltyä ja selkeästi erottuvaa käsitettä. Moniulotteinen mittari kuvaa samanaikaisesti yhtä tai useampaa havaintoyksikön ominaisuutta. Moniulotteisten mittareiden etuna voidaan pitää niiden parempaa kykyä toimia ilmiöiden ennustamiseen tähtäävissä tarkoituksissa. Pyrittäessä selittämään mitattavien asioiden välistä vuorovaikutusta moniulotteisten mittarien käyttö on ongelmallista. (Alkula ym. 2002, 79, 82.)

Mittauksen luotettavuus jaetaan kahdeksi alaluokaksi. Nämä ovat reliabiliteetti eli toistettavuus ja validiteetti eli se, että mittari mittaa sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. Reliabiliteetti määritellään yleisesti siten, että samasta kohteesta uudelleen suoritettu mittaus tuottaa saman tuloksen myös toisella mittaus kerralla. Mikäli näin on, mittaustulosta voidaan pitää reliabelina. (Ketokivi 2015, 98.)

Validius liittyy suoraan operationalisoinnin vaikeuteen sekä mittarin suunnitteluun ja mittaamiseen (Alkula ym. 2002, 89–90). Validiteetin edellytys on toistettavuus. Validiteetin muotoja on useita. Sisällöllinen validius liittyy käsitteen kannalta järkevään ja perusteltuun mittarin valintaan (Alkula ym. 2002, 92). Koska teoreettisia käsitteitä joudutaan yleensä operationalisoimaan usean muuttujan avulla, tulee mittareiden valinta olla perusteltu, jotta mittarin voidaan sanoa olevan sisällöllisesti validi. Usean mittarin käyttö lisää sekä reliabiliteettia että sisältövaliditeettia, sillä se vähentää satunnaista mittausvirhettä ja pitää huolen teoreettisen käsitteen kattavasta operationalisoinnista. (Ketokivi 2015, 104–105.) Rakennevalidius liittyy tutkimuksen odotettuihin tuloksiin. Käytetyillä mittareilla voidaan sanoa olevan korkea rakennevalidius, jos ne tuottavat odotettuja tuloksia eli tutkimuskokonaisuuden kannalta katsottuna mittarit toimivat kuten voidaan olettaa. Rakennevalidius liittyy tiedon kumulatiivisuusperiaatteeseen. Rakennevalidius on ongelmallinen silloin, kun tulokset eivät vastaa oletettua. Tällöin on vaikeaa päätellä, johtuuko tulosten odotustenvastaisuus siitä, että valittu teoria on väärä vai siitä, että valitut mittarit eivät ole valideja. (Alkula ym. 2002, 92.) Rakennevalidius voi tuottaa ongelmia myös silloin, kun teoriaa tai mittaristoa siirretään tieteenalalta tai kulttuurista toiseen, koska usein käytetyt mittarit ovat kulttuuri- ja aikasidonnaisia. (Alkula ym. 2002, 93.)

3.2 Intersektionaalisuuden operationalisointi terveystutkimuksessa

Intersektionaalista näkökulmaa soveltavassa kvantitatiivisessa tutkimuksessa yleisimmät intersektionaalisuuden operationalisoinnissa käytetyt jakolinjat ovat sukupuoli, rotu tai etnisyys (tästä eteenpäin rotu/etnisyys), sosioekonominen asema, seksuaalinen suuntautuminen, ikä ja maahanmuuttostatus (Bauer ym. 2021, 7). Intersektionaalisessa terveystutkimuksessa keskeisiä tarkasteltavia jakolinjoja ovat sukupuoli, rotu/etnisyys ja sosioekonominen asema. Näiden lisäksi ikä, seksuaalinen suuntautuminen, vammaisuus/kyvyttömyys (engl. able body) sekä terveydentila nousevat usein käytetyiksi jakolinjoiksi. (Harari & Lee 2021.)

Yleisimmin intersektionaalisessa terveystutkimuksessa tutkimuksen kohteena on itse arvioitu terveys tai terveyteen liittyvä elämänlaatu, joka on operationalisoitu yhtenä arvona, mikä kuvastaa fyysisistä, psyykkistä tai yleistä terveydentilaa. Toiseksi yleisin tutkimuskohde on mielenterveyden ongelmat ja häiriöt, erityisesti depressiiviset oireet ja kohtaukset. Kolmanneksi yleisin tutkimuskohde on tupakointi tai päihteiden käyttö. Fyysisten terveystutkimuksissa yleisimpiä tutkittuja tiloja ovat painoindeksi, krooniset tilat, toiminnalliset rajoitteet tai vammat, sydän- ja verisuonitautien riskitekijät sekä erilaiset biomarkerit. (Harari & Lee 2021.)

Tutkimuksessa mitattavia ominaisuuksia ei tulisi pitää faktuaalisina vaan ne tulisi nähdä historiallisten prosessien tuotoksina ja näin sosiaalisesti rakennettuina käsitteinä. Vaikka nämä käsitteet olisivatkin hyväksytyt osaksi tieteellistä diskurssia ja näin objektivoituneet, niiden taustalla vaikuttavia seikkoja tarkemmin katsomalla paljastuu monimutkaisia prosesseja (Ketokivi 2015, 85), jotka yllättävillä tavoilla vaikuttavat siihen, miten muuttujia tulkitaan. Seuraavassa tarkastelen keskeisiä intersektionaalisia jakolinjoja sukupuolta, rotua ja luokkaa ja sitä, kuinka niitä yleensä operationalisoidaan terveystieteellisessä tutkimuksessa, millaisia sijaismuuttujia käytetään ja millaisia ongelmia valittujen sijaismuuttujien käyttämiseen liittyy.

3.2.1 Sukupuoli

Käsitteenä sukupuoli on monitasoinen ja se sisältää biologisen sukupuolen (engl. sex) sekä sukupuolen sosiaaliset ulottuvuudet (engl. gender). Historiallisesti biologinen ero sukupuolten

välillä voidaan jakaa yhden ja kahden sukupuolen malleihin. Yhden sukupuolen mallissa rakenteellisia sukupuolia katsottiin olevan yksi. Lähin representaatio tästä oli mies, josta nainen poikkesi sisäisten sukupuolielintensä kautta. Yhden sukupuolen mallin katsotaan olleen voimassa antiikin ajalta n. 1700-luvulle, jolloin sen korvasi kahden sukupuolen malli. (Laqueur 1995, 247.)

Kahden sukupuolen mallin syntymiseen vaikutti epistemologinen muutos ja sen mukanaan tuomat tieteelliset keksinnöt ja tieteellinen edistys mm. anatomiassa ja biologiassa, poliittinen ilmapiiri ja uusi sukupuolieron politiikka. Julkisella sfäärillä käydyt kamppailut vallasta ja asemasta vahvistivat tarvetta eronteolle naisten ja miesten välillä. Siinä, missä yhden sukupuolen mallissa naisen ja miehen nähtiin edustavan asteita samalla akselilla, kahden sukupuolen mallissa sukupuolet asetettiin toisiaan vastaa toistensa luontaisiksi vastakohtiksi. Erot sukupuolten välillä perustuivat toisenlaisuuteen. (Salomäki 2011, 97, 99.) Biologinen sukupuoli keskittyi puhtaasti fyysisiin faktoihin ja havaittuihin eroihin (Salomäki 2011, 93). Nämä erot siirrettiin sosiaalisen ulottuvuuden alueelle perusteluna sukupuolen soveltuvuudesta tiettyihin yhteiskunnallisiin toimintoihin ja rooleihin sekä näiden toisiaan täydentäviin teorioihin. Eroilla perusteltiin mm. työnjaon sukupuolittuneisuutta ja julkisen ja yksityisen erottamista naiselliseen kotipiiriin ja miehiseen julkiseen ja poliittiseen sfääriin. Näin biologia on toiminut modernille ajalle tyypillisten sukupuolieroja koskevien vakaiden ja puolueettomien totuuksien luojana ja sukupuolen ontologisena perustana. (Salomäki 2011, 100.)

Terveystieteellisessä tutkimuksessa sukupuoli termi pitää sisällään biologisen ja sosiaalisen sukupuolen ja termejä käytetään toistensa synonyymeinä (Luoto ym. 2003, 12). Termejä ei kuitenkaan tulisi käsitellä synonyymeinä, sillä silloin, kun puhutaan biologisesta sukupuolesta, sukupuoli liittyy olennaisesti eroihin naisten ja miesten biologiassa, kuten geneisissä, hormoneissa ja anatomiassa. Puhuttaessa sosiaalisesta sukupuolesta tarkastelun kohteena on sosiaaliset erot naisten ja miesten välillä. (Doyal 2003, 570.) Terveystieteellisessä tutkimuksessa biologista sukupuolta on pitkään pidetty nk. puhtaana sukupuolena, joka eroaa sosiaalisesta sukupuolesta ja johon sukupuolen sosiaalinen ulottuvuus ei vaikuta. Vaikutussuunnan on myös ajateltu olevan biologiasta sosiaaliseen eli niin, että biologinen sukupuoli selittää käyttäytymistä ja sosiaalista maailmaa. (Springer 2012, 1818.)

Sosiaalisen sukupuolen käsitteen monimerkityksellisyyttä ei voida tiivistää vain sosiaalisiin eroihin naisten ja miesten välillä. Sosiaalinen sukupuoli on kompleksinen käsite, joka toisaalta

perustuu binääriselle biologisen sukupuolen määritelmälle, mutta voidaan ymmärtää jatkumona (feminiinisyys < – > maskuliinisuus). Moniulotteisena se pitää sisällään mm. stereotypiat, ominaisuudet, normit, sukupuoliroolit ja velvollisuudet. Monitasoisena se pitää sisällään yksilöiden kokemuksen ja yhteiskunnalliset rakenteet ja instituutiot. Kokemuksena siihen liittyy suurta heterogeenisyyttä. Se risteää eri sosiaalisten lokaatioiden, kuten rodun, luokan, iän ja terveydentilan kanssa. Sosiaalinen sukupuoli on kontekstiriippuvainen ja se kehittyy ja muuttuu ajassa. Se myös vaikuttaa kaikilla elämän osa-alueilla. (Colineux ym. 2022.)

Ajatus sukupuolesta kaksiulotteisena (biologinen ja sosiaalinen) muuttujana on terveystieteissä verraten uusi. Vaikka sukupuoli kategoriana on tullut terveystieteelliseen tutkimukseen jo 1960-luvulla, tutkimus on tuottanut lähinnä kuvailevaa tutkimusta sukupuolten välisistä eroista terveydessä. Yleisimmin sukupuolten terveyserojen tutkimuksessa on keskitytty sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. (Luoto 2010, 223.) Esimerkiksi suomalaisessa kansanterveystutkimuksessa sukupuoli on ollut mukana pitkään korkeatasoisten rekisteriaineistojen ansiosta, mutta sukupuolten välisten terveyserojen tutkimus ja selittäminen on jäänyt vähemmälle huomiolle mm. siksi, että kansanterveystutkimuksen kentällä sosiaaliryhmien välisten terveyserojen tutkimus on ollut hallitsevammassa roolissa, ja sukupuolten välisten terveyserojen tutkimus on ollut aliarvostettua. (Luoto 2010, 224.)

Vaikka terveystutkimuksessa sukupuolimuttuja on ollut mukana, sukupuolten välisiä terveyseroja on raportoitu ilman syvällistä analyysia eroa tuottavista ja kasvattavista laajemmista yhteiskunnallisista seikoista (Luoto 2010, 224). Sukupuolen sosiaalinen ulottuvuus on noussut terveystutkimuksessa esiin vasta 2010-luvulta lähtien. Ongelmana ollut mm. se, että terveystutkimuksen omalla kentällä teoriapohja on heikko, ja se, ettei terveystutkijoilla ole vahvaa tuntemusta oman alansa ulkopuolisista teoreettisista viitekehyksistä, joita voisi soveltaa terveystutkimuksen kentällä. (Hammarström & Hensing 2018.) Ongelmana erityisesti kvantitatiivisessa terveystutkimuksessa on ollut se, miten sukupuolen sosiaalinen ulottuvuus voidaan operationalisoida väestötason konseptista yksilötason muuttujaksi, ja miten kausaaliketjuja sukupuolen eri ulottuvuuksien ja sairauksien synnyn välillä voidaan kattavasti tutkia. Myös sosiaalisen sukupuolen relationaalinen ja kontekstuaalinen luonne hidastaa operationalisointitapojen leviämistä. (Colineux ym. 2022.)

Sukupuoli terveystutkimuksessa operationalisoidaan yleensä binäärisenä, toisensa poissulkevinä kategorioina (mies/nainen). Ongelma tällaisessa tarkastelussa on mm. se, että

heterogeenisyys kategorioiden sisällä jää analyysin ulkopuolelle. Myöskään sukupuolikäsitteiden dynaamisuus ei tule esiin kategorisessa tarkastelussa. (Connell 2012, 1676.) Sosiaalista sukupuolta voidaan käsitellä yksilötason muuttujan sijaan sijaismuuttujana yhteiskunnassa vallitseviin sukupuolittuneisiin rakenteisiin, mutta tällöin muuttujan käsittelyyn tarvitaan vahvat teoriakehykset (Colineux ym. 2022).

3.2.2 Rotu

Ihmisten perimä on 99.5–99.9 prosenttisesti identtinen. Suurimmat geneettiset erot ihmisten välillä esiintyvät saman populaation yksilöiden välillä. Geneettisesti tarkasteltuna eroa rotujen välillä ei ole. Silti rotu usein tulkitaan biologisena realiteettina terveystutkimuksessa. Biologiselle rodulle ei ole olemassa selkeää määritelmää. Biologista rotua on yritetty jäsentää mm. yhden pisaran säännön kautta, määrittämällä prosentuaalinen syntyperä, ihonvärin sekä itseidentifioitumisen kautta. (Yearby 2021, 19.)

Euroopassa termillä rotu on monimutkainen historia ja siksi sen käyttöä on aktiivisesti vältetty. Rodun sijaan Euroopassa käytetään etnistä ryhmää tai etnistä taustaa ja maahanmuuttajaa kuvaamaan rodullistettuja ihmisiä. (Rastas 2018, 357.) Suomessa rodun ja etnisyyden kategorioiden tutkimuskäytön esteenä on lainsäädäntö, joka estää rotua ja etnisyyttä koskevan tiedon tallentamista väestörekisteriin. Tämä rajoittaa tapoja, joilla niitä voidaan operationalisoida tutkimuksessa ja siksi ne joudutaan operationalisoimaan sijaismuuttujien kautta. Käytetyimmät sijaismuuttujat ovat kansalaisuus, oma tai vanhempien synnyinmaa tai rekisteröity äidinkieli. (Rastas & Poelman 2021, 12.) Suomessa ja Pohjoismaissa ulkomaalaistaustaisuudelle on yhtäläinen määritelmä, jonka mukaan henkilö on ulkomaalaistaustainen, jos hänen molemmat tai toinen tiedossa oleva vanhempi on syntynyt ulkomailla. Ulkomaalaistaustaiset henkilöt jakautuvat Suomessa ja ulkomailla syntyneisiin. (Rastas & Poelman 2021, 13.)

Kategorioina rotu ja etnisyys ilmentävät niihin asetettuja sosiaalisia merkityksiä sekä vallitsevaa eriarvoista materiaalista jakautumista kuten sosioekonomisia eroja. Rotua ja etnisyyttä voidaan pitää sijaismuuttujina sellaiselle rasisiselle sosiaaliselle kerrostuneisuudelle, mikä on johtanut yhteiskunnan resurssien epätasaiseen jakautumiseen. Resurssien epätasaisella jakautumisella katsotaan olleen negatiivinen vaikutus rodullistettujen

ryhmien terveydelle. Näin rotu ei edusta biologialla vaan yhteistä kokemusta, jossa keskiössä on systeeminen ja rakenteellinen syrjintä. (Lett ym. 2022, 158.)

Tutkimuksessa rotua käytetään usein systeemisen rasismien sijaismuuttujana. Systeeminen rasismi huomioi kaikki rasismien muodot, jotka voidaan jakaa yksilön kokemaksi rasismiksi, rakenteelliseksi ja instituutionaaliseksi rasismiksi. Yksilöön kohdistuvat rasismien muodot voivat ilmetä sisäistettynä rasismina, jossa negatiivinen minäkuva johtuu vallitsevan kulttuurin asenteista, tai ihmisten välisissä suhteissa ilmenevänä rotuperusteisena epäsuorana ennakkoasenteena tai suorana syrjintänä. (Lett ym. 2022, 158.) Rakenteellinen rasismi pitää sisällään sellaiset yhteiskunnalliset rakenteet, kuten kulttuuriset normit, toimintatavat ja lait, jotka tuottavat rodullista epäoikeudenmukaisuutta. Instituutionaalinen rasismi käsittää sellaiset instituutionaaliset toimintatavat ja käytännöt, jotka tuottavat rodullista epäoikeudenmukaisuutta. (Lett ym. 2022, 158.)

Ongelmallista rodun käyttämisestä rasismien sijaismuuttujana terveystutkimuksessa on se, että sosiaalisena rakenteena rotu sisältää oletuksen hierarkiasta. Terveystutkimuksessa huomio kiinnittyy usein siihen, miten muut poikkeavat valkoisista. Erottavana tekijänä voidaan käyttää rotua, luokkaa tai sukupuolta, mutta ongelmana on, että erottelu tuottaa kyseenalaistamattoman valkoisuuden normin, jolloin valkoisuus itsessään ei enää sisällä rotua, luokkaa tai sukupuolta. (Weber & Parra-Medina 2003, 194.) Valkoisen rodun edustajia käytetään tutkimuksessa yleisesti referenssikategoriana ja tämä ylläpitää ajatusta rotujen välisestä hierarkiasta. Millään yksittäisellä rodulla ei kuitenkaan ole parempia terveystuloksia verrattuna toiseen. Myöskään kuolleisuus- ja sairastavuustilastot eivät tue oletusta rotujen välisestä paremmuusjärjestyksestä. (Yearby 2021, 20–21.)

Rotu vaikuttaa myös sairauksien luokitteluun ja hoidonsaantiin. Sairauksien luokittelu yleisemmäksi jollain tietyllä rodulla haittaa taudin tunnistamista ja hoidon saantia silloin, kun tautia esiintyy muiden rotujen edustajilla (Yearby 2021, 22). Hoidon saantiin vaikuttaa myös instituutionaaliset rakenteet, joissa esiintyvä syrjintä voi vaikeuttaa hoitoon pääsyä, myöhästyttää tai estää diagnoosin saamista. (Yearby 2021, 23.) Esimerkiksi sirppisoluanemiaa pidetään mustien sairautena, vaikka sitä esiintyy kaikkien rotujen edustajilla kaikilla mantereilla. Sirppisoluanemiaa ei välttämättä testata ja tunnisteta muiden rotujen edustajilla ja näin sitä sairastavat eivät saa tarvitsemaansa hoitoa. Myöskään kaikki lääkärit eivät tunnista tai osaa hoitaa tautia ja siksi monet potilaat jäävät ilman taudinseurainta. Sairauksien rodullistaminen vaikuttaa myös niiden saamaan tutkimusrahoitukseen. Esimerkiksi valkoisten

sairaudeksi mielletyn kystisen fibroosin tutkimusrahoitus on 3,5-kertainen verrattuna sirppisoluanemian tutkimusrahoitukseen huolimatta siitä, että kystisen fibroosin sairastavuus on matalampi. (Yearby 2021, 23.)

3.2.3 Sosiaalinen luokka

Sosiaaliluokat pitävät sisällään hierarkkisen rakenteen, joka kuvaa materiaalien ja ei-materiaalien resurssien jakautumista niin, että ylemmissä luokissa resursseja on paljon ja alemmissä luokissa niitä on niukasti (Lahelma & Rahkonen 2017, 23). Sosiologisessa luokkianalyysissä luokan terveysvaikutukset ovat usein jääneet huomioimatta, ja vastavuoroisesti luokkateoriat terveyden eriarvoisen jakautumisen selittämisessä ovat jääneet vähemmälle huomiolle (Lahelma & Rahkonen 2017, 22). Kuitenkin terveystutkimuksessa on todettu luokkapositiolla olevan keskeinen yhteys terveyttä suojaavien, edistävien ja toipumista edesauttavien resurssien saamiseen (Barata ym. 2013, 4). Yksinkertaistaen voidaan sanoa, että terveys on parempaa, mitä korkeammalla sosiaalisessa hierarkiassa on, riippumatta siitä mitä mittaria tarkasteluun käytetään (Lahelma & Rahkonen 2017, 32).

Kansanterveystutkimuksessa sosiaaliluokkia lähestytään yleisimmin kolmella tavalla. Sosiaaliluokkia voidaan tarkastella eri taloudellisten tai sosiaalisten muuttujien stratifikaation kautta. Stratifikaatio on hyvä keino kuvaamaan ja ennustamaan terveysongelmia ja niiden jakautumista, mutta se ei selitä ilmiöiden taustalla vaikuttavia yhteiskunnallisia mekanismeja. Stratifikaatiota käytetään terveystutkimuksessa yleisesti, ja sitä voidaan käyttää ilman viittauksia sosiologisiin luokkateorioihin. (Barata ym. 2013, 4.) Sosiaaliluokkia voidaan lähestyä myös marxilaisesta ja bourdieulaisesta näkökulmasta, jolloin sosiaalisen luokan vaikutuksen katsotaan läpäisevän kaikki sosiaaliseen elämään vaikuttavat rakenteet, asenteet ja tilat, ja näin vaikuttavan myös terveyteen ja terveystietoisuuteen (Barata ym. 2013, 4).

Käsitteenä sosiaaliluokka on yläkäsite, jonka suora mittaaminen tutkimuksessa on haasteellista (Lahelma & Rahkonen 2017, 27). Tutkimuksessa sosiaaliluokan sijaan käytetään sosioekonomista asemaa juuri operationaalisten haasteiden vuoksi (Kapilashrami ym. 2015). Sosioekonomisen aseman voidaan myös katsoa olevan poliittisesti vähemmän latautunut termi kuin sosiaalinen luokka, koska sosioekonominen asema painottaa yksilön olosuhteita enemmän kuin näihin olosuhteisiin vaikuttaneita sosiaalisia rakenteita (Kapilashrami ym. 2015). Sosioekonomista asemaa osoittavat koulutus, tulotaso ja ammattiasema. Yksilötason

indikaattorien, kuten koulutuksen, mittaaminen on helpompi tapa määrittää ihmisten asemaa sosiaalisessa hierarkiassa, mutta samalla vain yksilötason mittareiden käyttö hämärtää sosiaalisten rakenteiden osuutta resurssien jakautumisessa (Kapilashrami ym. 2015).

Koulutus pitää sisällään ei-aineelliset resurssit kuten tiedot ja taidot sekä arvot ja asenteet. Koulutustaso saavutetaan varhaiseen aikuisuuteen tultaessa ja se pysyy suhteellisen samana läpi elämän. (Lahelma & Rahkonen 2017, 27.) Koulutus pitää sisällään siirtymän vanhempien sosioekonomisesta asemasta omaan sosioekonomiseen asemaan. Koulutus myös indikoi vahvasti tulevaa tulotasoja ja asemaa työmarkkinoilla. (Galobardes ym. 2006, 8.) Koulutus voidaan mitata joko suoritettujen koulutusvuosien avulla jatkuvana muuttujana olettaen, että jokainen lisäkoulutusvuosi vaikuttaa samalla tavalla sosioekonomiseen asemaan, tai kategorisena järjestysasteikollisena muuttujana korkeimman suoritettujen koulutuksen kautta. Valittaessa mittaustavaksi koulutusvuodet oletus on, että koulutusvuosien määrä enemmän kuin koulutusaste, vaikuttaa saavutettuun sosioekonomiseen asemaan. Valittaessa mittariksi koulutusaste oletus on, että saavutettu koulutusaste selittää sosioekonomista asemaa. (Lahelma & Rahkonen 2017, 27; Galobardes ym. 2006, 8.)

Tulotaso ilmentää aineellisia resursseja. Tulot kumuloituvat elämän aikana. Tulot voivat vaihdella hyvinkin paljon lyhyellä aikajaksolla ja tätä dynaamista vaihtelua harvoin otetaan tutkimuksessa huomioon. (Galobardes ym. 2006, 10.) Tulot voidaan mitata yksilö tai kotitalous kohtaisesti. Tulojen mittaamiseen käytetään kotitalouden käytettävissä olevia tuloja kulutusyksikköä kohden, verot vähennettynä ja tulonsiirrot lisättynä. Mittaamiseen voidaan käyttää myös tuloryhmiä, jotka ovat järjestysasteikollisia. Näiden luokittelu voi perustua absoluuttisiin rahamääriin tai suhteellisiin tuloihin kuten tuloviidenneksiin. (Galobardes ym. 2006, 10; Lahelma & Rahkonen 2017, 28.) Tulot voidaan mitata myös relatiivisena indikaattorina esimerkiksi mitattaessa suhteellista köyhyyttä (Galobardes ym. 2006, 10).

Ammattiasema ilmentää yksilön paikkaa yhteiskunnassa. Ammattiasemalla voidaan kuvata joko yksilön asemaa ammattihierarkiassa, tuloja tai työmarkkinasuhteita. Ammattiasema kiinnittää yksilöt ja ryhmät sellaisiin yhteiskunnan rakenteisiin, jotka määrittyvät palkkatyön kautta (Galobardes ym. 2006, 10; Lahelma & Rahkonen 2017, 28). Ammattiasema voidaan operationalisoida nykyisenä tai pisimpään olleena ammattina. Ammattiasemaa voidaan tarkastella myös elämänsäkaari perspektiivissä, jolloin yksilön omien elämänsäkaarten ammattien lisäksi mielenkiinnon kohteena on hänen vanhempiansa ammattiasema. (Lahelma & Rahkonen 2017, 28.) Koulutus, tulotaso ja ammattiasema liittyvät kiinteästi toisiinsa, mutta mittaavat

jokainen sellaista sosiaaliluokan ulottuvuutta, jota muut eivät tavoita (Lahelma & Rahkonen 2017, 29). Koulutuksen ja ammattiaseman operationalisoinnissa ongelmallisia ovat ajassa muuttuvat ammatti- ja koulutusrakenteet (Lahelma & Rahkonen 2017, 28).

4 MENETELMÄT

Tässä tutkielmassa tarkastelun kohteena on, kuinka intersektionaalista näkökulmaa on operationalisoitu eurooppalaisessa kvantitatiivisessa terveystutkimuksessa. Tutkielma on toteutettu aikaisempaan kirjallisuuteen perustuvana integroivana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuushaussa käytettiin seuraavia hakusanoja yhdessä ja eri yhdistelmin ”intersectionality”, ”public health”, ”quantitative”, ”population health” ja ”study”.

Kirjallisuushaku toteutettiin pääosin kahdessa eri tietokannassa. Kirjallisuushaussa käytettiin Cinahl Complete ja PubMed tietokantoja. Lisäksi hakuja tehtiin Google Scholarissa. Haut tuottivat yhteensä 212 osumaa. Tietokantahakujen lisäksi aineistoa haettiin hyödyntämällä tiedonhaun tuottamien artikkelien lähdeluetteloita.

Artikkelien valintaprosessi oli kolmivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa artikkelit valittiin otsikon perusteella. Toisessa vaiheessa abstraktin ja kolmannessa vaiheessa koko tekstin perusteella. Valittujen artikkelien tuli olla vertaisarvioituja tutkimuksia tai katsauksia ja niiden koko tekstin olla saatavilla maksuttomana. Artikkelien tuli käsitellä eurooppalaisia kvantitatiivisia terveystutkimuksia, joissa on käytetty intersektionaalista näkökulmaa, ja joissa tutkimuspopulaatio koostui aikuisista. Rajauksen ulkopuolelle jäi pelkästään vähemmistö- tai erityisryhmiin, kuten nuoret ja maahanmuuttajat, keskittyneet tutkimukset. Artikkelien kielen tuli olla joko suomi tai englanti. Lopulliseen aineistoon valikoitui kahdeksan tutkimusta. Tutkimuksista seitsemän oli ruotsalaisia ja yksi espanjalainen. Tutkimukset käsittelevät keskeisiä kansanterveysongelmia kuten keuhkohtaumatautia, eroja tupakoijien sosioekonomisessa asemoitumisessa, itsearvioitua terveyttä, sosioekonomisia eroja painoindeksissä, masennuslääkkeiden käyttöä ja masennuksen ja hormonaalisen ehkäisyn käytön yhteyttä. Koska tutkimuksissa, joissa käytetään intersektionaalista näkökulmaa, ei ole vakiintuneita tarkastelun kohteena olevia sosiaalisten lokaatioiden risteymiä, tarkastelen tässä kandidaatintutkielmassa intersektionaaliselle näkökulmalle keskeisiä jakolinjoja sukupuolta, rotua ja luokkaa tarkemmin operationalisoinnin näkökulmasta, ja intersektionaalista näkökulmaa käyttävissä terveystutkimuksissa yleisesti käytettyjä jakolinjoja terveydentilaa ja ikää.

5 TULOKSET

Kaikissa tähän kandidaatintutkielmaan valikoituneissa tutkimuksissa tarkasteltiin intersektionaaliselle näkökulmalle keskeisiä jakolinjoja sukupuolta, rotua ja sosioekonomista asemaa luokan sijaismuuttujana. Tutkimuksissa selvitettyt terveydentilat noudattelivat yleisimmin intersektionaalisessa terveystutkimuksessa tutkimuksen kohteena olleita terveydentiloja (kts. kappale 3.2 tässä työssä).

Tutkimusten aineistot perustuivat joko rekisteriaineistoihin (Wemrell ym. 2017; Axelsson Fisk ym. 2018; Zettermark ym. 2021; Ljungman ym. 2022) tai olemassa oleviin laajoihin kansallisiin terveystutkimuksiin (Hernández-Yumar ym. 2018; Axelsson Fisk ym. 2021; Wemrell ym. 2021; Fagrell Trygg ym. 2021). Kaikissa tutkimuksissa ikä operationalisoitiin kategorisena muuttujana. Vain yhdessä tutkimuksessa muuttujana oli seksuaalinen suuntautuminen (Fagrell Trygg 2021), joka operationalisointiin binäärisenä muuttujana (heteroseksuaali vs. homo-, bi-seksuaali tai ei varma omasta seksuaalisuudestaan = ei heteroseksuaalinen).

5.1 Sukupuoli

Kaikissa tutkimuksissa sukupuoli operationalisoitiin binäärisenä muuttujana. Vaihtoehdot olivat mies ja nainen. Rekisteritutkimuksien kohdalla perustelut sukupuolen käsittelemiseksi binäärisenä muuttujana johtuivat lainsäädännöstä ja siitä, että laki tunnistaa vain kaksi sukupuolta (Wemrell ym. 2017; Axelsson Fisk ym. 2018; Zettermark ym. 2021; Ljungman ym. 2022). Aikaisempiin kyselyaineistoihin perustuvissa tutkimuksissa sukupuolen käsittelyä binäärisenä muuttujana perusteltiin sillä, että tarkempaa tietoa sukupuolesta ei ollut saatavilla (Hernández-Yumar ym. 2018; Axelsson Fisk ym. 2021; Wemrell ym. 2021; Fagrell Trygg ym. 2021).

5.2 Rotu

Tutkimuksissa (pois lukien Hernández-Yumar ym. 2018) pyrittiin tekemään eroa nk. natiiviväestön ja rodullistetun väestön välillä. Tutkimuksissa käytettiin rodullistetun väestön tunnistamiseksi sijaismuuttujia. Sijaismuuttujina käytettiin synnyinmaata (Ruotsi ja/tai Ruotsi ja muut Pohjoismaat vs. muu maa) (Axelsson Fisk ym. 2018; Fagrell Trygg ym. 2021; Wemrell ym. 2021; Axelsson Fisk ym. 2021; Ljungman ym. 2022;), maassa rekisteröitynä asukkaana ollutta aikaa (Wemrell ym. 2017) sekä perhetasolla mitattuna (ei yksikään yli 18-vuotias perheenjäsen syntynyt Ruotsissa) (Zettermark ym. 2021). Kaikki muuttajat olivat binäärisiä.

5.3 Sosioekonominen asema

Sosioekonomista asemaa mitattiin tutkimuksissa tulojen ja koulutuksen kautta (Axelsson Fisk ym. 2018; Hernández-Yumar ym. 2018) tai tulojen (Wemrell ym. 2017; Wemrell ym. 2021; Zettermark ym. 2021; Ljungman ym. 2022) tai koulutuksen kautta (Axelsson Fisk ym. 2021). Vain yhdessä tutkimuksessa tarkasteltiin kaikkia kolmea sosioekonomisen aseman osoitinta tuloja, koulutusta sekä ammattiasemaa (Fagrell Trygg ym. 2021).

Tulot operationalisoitiin tutkimuksissa kaksiluokkaiseksi muuttujaksi (alle mediaanin, mediaani ja yli mediaanin) (Fagrell Trygg ym. 2021) ja tertiileiksi (Wemrell ym. 2017; Wemrell ym. 2021; Zettermark ym. 2021; Ljungman ym. 2022;). Tulojen laskemiseksi käytettiin yksilöityjä kotitalouskohtaisia tuloja (Wemrell ym. 2017), yksilöityjä kotitalouden henkilömäärän mukaan painotettuja tuloja (Zettermark ym. 2021), kotitalouden tuloja (Wemrell ym. 2021) sekä kumuloituneita tuloja (Ljungman ym. 2022). Tertiilit (matala, keski ja korkea tuloaste) laskettiin vastaavan väestön erotuspisteiden perusteella (Wemrell ym. 2017; Zettermark ym. 2021) sekä ryhmittelemällä 20 prosenttia tuloista korkeaan ja matalaan tuloasteeseen ja 60 prosenttia keskituloiksi (Wemrell ym. 2021).

Koulutus operationalisoitiin kolmiluokkaiseksi muuttujaksi (matala, keski ja korkea koulutus) lukion ja lukion jälkeisten koulutusvuosien perusteella (Axelsson Fisk ym. 2021), uudelleen luokittelemalla alkuperäisen kyselyaineiston taitoihin ja koulutusasteeseen perustuva yhdeksänluokkainen koulutusmuuttuja (Hernández-Yumar ym. 2018) ja kaksiluokkaiseksi

muuttujaksi (matala, korkea) lukion ja sen jälkeisten koulutusvuosien perusteella (Axelsson Fisk ym. 2018; Fagrell Trygg ym. 2021).

Ammattiasema operationalisoitiin binäärisenä muuttujana perustuen nykyiseen tai edelliseen työsuhteeseen. Muuttujassa erotettiin ruumiillisen työn tekijät valkokaulustyöläisistä (toimistotyöläiset) ja itsensä työllistäjistä. (Fagrell Trygg ym. 2021.)

5.4 Terveydentilat

5.4.1 Itsearvioitu terveys

Itsearvioitu terveys operationalisoitiin kyselyaineiston muuttujasta ”Kuinka arvioisit yleistä terveydentilaasi?” (How do you assess your general state of health?) muuttamalla alkuperäinen viisi luokkainen muuttuja binääriseksi yhdistämällä luokat erinomainen/hyvä ja kohtalainen/huono/hyvin huono. (Wemrell ym. 2021.)

5.4.2 Mielenterveys

Tutkimuksissa mielenterveyttä käsiteltiin intersektionaalisenä mielenterveyden epätasa-arvona (Fagrell Trygg ym. 2021) ja intersektionaalisenä eroina mielialalääkkeiden käytössä (Ljungman ym. 2022) sekä tutkittiin hormonaalisen ehkäisyn yhteyttä masennukseen (Zettermark ym. 2021). Mielenterveys oli vastemuuttujana kolmessa tutkimuksessa (Zettermark ym. 2021; Fagrell Trygg ym. 2021; Ljungman ym. 2022).

Kun mielenterveys oli vastemuuttujana, sijaismuuttujana käytettiin masennuslääkkeiden käyttöä, mikä operationalisoitiin yhden vuoden aikaisen yksilöllisen seurannan aikana apteekista jaettuna ainakin yhtenä psykotrooppisen lääkkeen reseptinä (ATC: N05A, N05B, N06A) (Zettermark ym. 2021) tai tietynä aikana (2006–2011) jaettuna yhtenä masennuslääkereseptinä (ACT: N064) (Ljungman ym. 2022). Mielenterveyden operationalisointiin käytettiin myös tutkimuksen maahan validoitua yleistä terveystarkastusta (engl. General Health Questionnaire), jonka tuottaman summamuuttujan arvon perusteella voitiin tulkita tutkittavien mielentilaa (Fagrell Trygg ym. 2021). Mielenterveyden sijaismuuttujana käytettiin myös aikaisemmin joko sairaalassa tai erikoissairaanhoidon

avohoidossa diagnosoitua psykiatrista häiriötä (ICD-10: F01–F99) (Ljungman ym. 2022), aikaisemmin sairaalassa diagnosoitua psykiatrista häiriötä (ICD-10: F00–F99) tai psykotrooppisen lääkkeen (ATC: N05A, N05B, N06A) reseptin jakelua viimeisen kolmen vuoden ajalta (Zettermark ym. 2021; Wemrell ym. 2017).

5.4.3 Päähteet: tupakka

Tupakoinnin prevalenssia tutkittiin kyselytutkimuksen vastausten perusteella. Tupakointi oli itse ilmoitettua. Tupakointi operationalisoitiin binäärisenä muuttujana (tupakoi vs. ei tupakoi). Binäärinen muuttuja luotiin kyselylomakkeen kolmiluokkaisesta muuttujasta yhdistämällä tupakoijat ja joskus tupakoijat. (Axelsson Fisk ym. 2021.)

5.4.4 Fysiologiset tilat

Fysiologiset tilat esiintyivät tutkimuksissa vastemuuttujina. Tutkittaessa painoindeksin jakaantumista väestössä painoindeksi laskettiin itse ilmoitetun pituuden ja painon avulla painoindeksin laskemiseen käytetyllä kaavalla (kg/m^2) (Hernández-Yumar ym. 2018). Iskeeminen sydänsairaus operationalisoitiin iskeemisen sydänsairauden (ICD-10: 120–125) vuoksi sairaalaan joutumisena (kyllä/ei) tietyllä ajan jaksolla (Wemrell ym. 2017). Keuhkohtaumatauti operationalisoitiin uutena keuhkohtaumatautidiagnoosina (ICD-10: J40, J41, J42, J43, J44) (kyllä/ei) tietyllä ajan jaksolla. Diagnoosin perusteena tuli olla käynti sairaalassa tai sairaalasta kotiuttaminen. (Axelsson Fisk ym. 2018.)

5.5 Ikä

Ikä operationalisoitiin kaikissa tutkimuksissa kategorisena muuttujana. Kategorioiden määrä vaihteli tutkimuksissa kahdesta seitsemään. Ikää käytettiin tutkimuksissa joko kovariaattina (Wemrell ym. 2017; Hernández-Yumar ym. 2018; Axelsson Fisk ym. 2018; Wemrell ym. 2021; Zettermark ym. 2021;) tai sillä voitiin ilmaista epäoikeudenmukaisuuden ulottuvuutta (Axelsson Fisk ym. 2021; Ljungman ym. 2021).

Tutkimuksissa käytettiin erilaisia tutkittavan aiheen kannalta oleellisia ikärajoja. Ikämuuttujaa käytettiin kuvaamaan elämänkaarta, jolloin luokat kuvasivat eri elämänvaiheita, kuten nuorta aikuisuutta, keski-ikää ja vanhuutta, tai laajemmin varhaislapsuutta, lapsuutta, nuoruutta, nuorta aikuisuutta, varhaista ja myöhäistä keski-ikää, eläkeikää ja vanhuutta (Hernández-Yumar ym. 2018; Ljungman ym. 2021; Zettermark ym. 2021). Iän luokittelulla pyrittiin myös tuomaan esiin ryhmien samanlaisia elämäntilanteita ja oletettua samanlaista terveydentilaa (Hernández-Yumar ym 2018).

6 POHDINTA

Tämän kandidaatin tutkielman tavoite oli tarkastella, kuinka intersektionaalista näkökulmaa on operationalisoitu eurooppalaisessa kvantitatiivisessa terveystutkimuksessa. Tutkielmaan valikoituneissa tutkimuksissa esiintyi intersektionaaliselle näkökulmalle keskeiset jakolinjat sukupuoli, rotu ja luokka. Sukupuoli operationalisointiin kaikissa tutkimuksissa binäärisenä muuttujana. Rotu operationalisointiin eurooppalaisille tutkimuksille tyypillisesti sijaismuuttujin, jotka pyrkivät erottamaan rodullistetun väestön natiiviväestöstä, mutta jotka eivät suoraan kysyneet vastaajien rotua tai etnistä taustaa. Luokan operationalisoinnissa sijaismuuttujana käytettiin sosioekonomista asemaa ja useimmiten sosioekonomisen aseman määrittämiseksi käytettiin yhtä ulottuvuutta. Tutkimuksissa esiintyneet terveydentilat noudattelivat yleisimmin intersektionaalisessa terveystutkimuksessa tutkittuja terveydentiloja. Terveydentilojen operationalisointiin vaikutti se, oliko tutkimus rekisteriaineistoon vai aikaisempiin laajoihin kansallisiin terveystutkimuksiin perustuva. Rekisteritutkimuksissa terveydentilojen operationalisoinnissa sijaismuuttujina käytettiin virallisia diagnooseja ja reseptien jakelutietoja. Aikaisempiin tutkimuksiin perustuvissa tutkimuksissa operationalisointi perustui tutkimuksissa käytettyihin muuttujiin.

Tutkielmaan valikoituneiden tutkimusten operationalisoinnissa toistuu intersektionaalista näkökulmaa käyttävää tutkimusta tarkastelleiden metatutkimusten esiin nostamat ongelmat. Metatutkimusten mukaan operationalisoinnissa käytetään liian kapeita intersektionaalisten ryhmien ja terveydentilojen kategorioita (Harari & Lee 2021; Guan ym. 2021; Bauer ym. 2021). Kompleksisten sosiaalisten lokaatioiden tiivistäminen binäärisiksi kyllä/ei muuttujiksi hävittää kuvaamansa sosiaalisen lokaation dynaamisen ja muuttuvan luonteen (Harari & Lee 2021).

Tutkielmaan valikoituneissa tutkimuksissa esimerkiksi rotumuuttujan operationalisointi binäärisenä kyllä/ei maahanmuuttostatukseen perustuvana muuttujana ei ota huomioon kategorian monimuotoista ja tilanteista luonnetta. Tutkimuksissa tuotiin esiin binäärisen rotumuuttujan rajallista kykyä tuoda esiin muuttujan sisäistä heterogeenisyyttä (Wemrell ym. 2017; Axelsson Fisk ym. 2018; Axelsson Fisk ym. 2021; Zettermark ym. 2021; Wemrell ym. 2021; Fagrell Trygg ym. 2021), mutta tutkimuksissa ei kyseenalaistettu tapaa luoda muuttujaa tai esitetty vaihtoehtoisia tapoja muuttujan luomiseen.

Kaikissa tutkimuksissa sukupuoli operationalisoitiin binäärisenä muuttujana. Sukupuolen operationalisointia selittää mm. tutkimusmaiden lainsäädäntö, joka ei tunnista kuin kaksi sukupuolta. Tämä tuotiin esiin erityisesti rekisteritutkimuksissa (Wemrell ym. 2017; Axelsson Fisk ym. 2018; Ljungman ym. 2022; Zettermark ym. 2021). Aikaisempiin tutkimuksiin perustuvissa tutkimuksissa binääristä sukupuolimuuttujaa selitettiin alkuperäisen aineiston rajallisilla vastausvaihtoehdoilla (Axelsson Fisk ym. 2021; Wemrell ym. 2021; Hernández-Yumar ym. 2018; Fagrell Trygg ym. 2021).

Sosioekonominen asema operationalisoitiin tutkimuksissa useimmiten yhden ulottuvuuden kautta. Sosioekonomisen aseman käsittelyssä toistui terveystutkimukselle tyypillinen oletus, että muuttujat kuten rotu ja sosioekonominen asema selittävät tutkittua ilmiötä sellaisenaan (Bowleg 2008, 317, 322). Rodun ja sosiaaliluokan kaltaiset sosiaalisesti rakennetut käsitteet saavat merkityksen vasta, kun ne liitetään sosiohistorialliseen kontekstiin. Niiden käyttäminen ilman kontekstia ei ole yhdenmukaista intersektionaalisen näkökulman pyrkimysten kanssa.

Tutkielmaan valikoituneissa tutkimuksissa esiintyneet terveydentilat edustavat yleisimmin intersektionaalisisessa terveystutkimuksessa tutkittuja terveydentiloja (Harari & Lee 2021). Samojen terveydentilojen toistuva tutkiminen laiminlyö muiden tärkeiden terveydentilojen tutkimusta. Ikämuuttujan kohdalla Hernandez ja kumppanit käyttävät *a priori* oletuksia, joiden mukaan ikäryhmissä olevat ihmiset jakavat samantyyppisen elämäntilanteen ja terveydentilan (Hernández-Yumar ym. 2018). Ennakko-oletukset eivät tue intersektionaalisen lähestymistavan peräänkuuluttamia ennakko-oletuksista vapaita kategorioita (Hancock 2007, 67). Ennakko-oletukset eivät myöskään ota huomioon ikäryhmän sisällä olevaa heterogeenisyyttä elämäntilanteissa ja terveydentilassa.

Terveystutkimusta on laajemmin kritisoitu vajaasta tieteenalan ulkopuolisten teorioiden tuntemuksesta ja niiden soveltamisesta (Hammarström & Hensing 2018). Intersektionaalista näkökulmaa soveltavaa terveystutkimusta on kritisoitu mm. siitä, että intersektionaalisuuden ydinperiaatteiden soveltaminen on pinnallista ja ymmärrys sosiaalisista valtateorioista ja niiden soveltamisesta ja tulkinnasta on puutteellista (Bauer ym. 2021). Yhtenä syynä tähän voidaan pitää terveystutkimuksen keskittymistä yksilöön (Guan ym. 2021, 16). Myös kvantitatiivisen terveystutkimuksen otantatavat kuten satunnaisotokset, pitkittäisaineistot ja satunnaistaminen eivät tuo hyvin esiin vähemmistöjä ja marginalisoituja ryhmiä (Bowleg & Bauer 2016, 340). Keskustelua on herättänyt myös se, onko ylipäättään mahdollista kvantifioida kompleksisia intersektionaalisia jakolinjoja (Harari & Lee 2021).

Tutkielmaan valikoituneiden tutkimusten tutkimusryhmissä esiintyy samoja tutkijoita. Tämän voidaan toisaalta katsoa lisäävän tutkimusten luotettavuutta olettaen, että tutkijat ovat perehtyneet intersektionaaliseen näkökulmaan ja sisäistäneet sen ydinperiaatteet. Kuitenkin tässä tapauksessa samojen tekijöiden tutkimusten ongelma on, että tutkimukset toistavat metatutkimusten kritiikin tutkimusten puutteellisesta intersektionaalisuuden ydinperiaatteiden soveltamisesta, valta- ja terveystutkimuksen ulkopuolisten teorioiden soveltamisesta sekä yksinkertaisista binäärisistä muuttujista, jotka tuovat huonosti esiin muuttujien sisäistä heterogeenisyyttä. Ja vaikka tutkielmaan valikoituneissa tutkimuksissa tuotiin esiin seksismin, rasismin, patriarkaatin ja vallan epätasaisen jakautumisen mahdollinen vaikutus tutkittuun vastemuuttajaan, tutkimuksista ainoastaan yksi (Fagrell Trygg ym. 2021) käytti terveystutkimuksen ulkopuolista teoriaa selittämään tutkittua ilmiötä.

Tämä kandidaatintutkielma ei tarkastele intersektionaalisuuden mittaamiseksi käytettyjä tilastomenetelmiä tai ota kantaa eri tilastomenetelmien sopivuuteen intersektionaalisuuden mittaamisessa. Tilastomenetelmien analysoiminen olisi vaatinut oman kandidaatintutkielmansa. On kuitenkin huomioitava, että tutkielmaan valikoituneet tutkimukset kaikki käyttivät tilastoanalyysiin monitasomalleja (AIHDA eli analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy; MAIHDA eli multilevel analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy), jotka mahdollistavat analyysiin valittujen ryhmien keskiarvojen ja monitasoisen variaation tarkastelun ryhmien välillä ja sisällä. Erottelutarkkuuden (engl. discriminatory accuracy) mitatessa sitä, miten hyvin käytetty diagnostinen markkeri tai sosiaalinen kategoria erottelee tapaukset ei-tapauksista. Erottelutarkkuutta on perinteisesti käytetty arvioimaan ennustevaliditeettia. (Wemrell ym. 2017, 214.)

Monitasomallien etuna pidetään sitä, että ne mahdollistavat siirtymisen yksilötason riski-identiteettien tarkastelusta sosiaalisten lokaatioiden tarkasteluun. Oletuksen ollessa se, että samassa sosiaalisessa lokaatiossa olevat yksilöt jakavat sellaisen etuoikeuden tai sarron kokemuksen, jonka voidaan olettaa vaikuttavan heidän terveyteensä. (Merlo 2018, 75.) Huolena on se, että mikäli intersektionaalista näkökulmaa käyttävät tutkijat eivät ole sisäistäneet intersektionaalisen näkökulman ydinperiaatteita, tutkimukset onnistuvat tuottamaan vain yhä kapeampia riski-identiteettejä (Merlo 2018, 75). Tulevaisuuden haasteena intersektionaalisessa terveystutkimuksessa on, kuinka siirtyä kuvailevasta intersektionaalisuudesta analyttiseen intersektionaalisuuteen, ja millaisin metodein

kausaalisuhteissa esiintyvää terveyden eriarvoista jakautumista voidaan tutkia. (Bauer & Scheim 2019, 237.)

Intersektionaalista näkökulmaa käyttävää kvantitatiivista terveystutkimusta ei ole tämän tutkielman kirjoittamisen aikaan Suomessa tehty. Ja vaikka Suomen väestö monimuotoistuu, Suomen ulkomaalaistaustaista väestöä tutkitaan pääosin erillistutkimuksilla (esim. FinMonik, MoniSuomi), joiden tuloksia verrataan kantaväestön tuloksiin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023a). Nämä tutkimukset keskittyvät tutkimaan ensimmäisen polven ulkomaalaistaustaisia ihmisiä (ei syntynyt Suomessa). Toisen polven ulkomaalaistaustaiset (syntynyt Suomessa) eivät ole edustettuina laajoissa kansallisissa terveystutkimuksissa. Yksi syy tähän on otoskoon oletettu pienuus ja se, ettei yliotantaa tehdä. Tulevaisuudessa toisen polven suomalaisten sisällyttäminen kansallisiin väestötutkimuksiin on perusteltua jo siksi, että tämän ryhmän terveydestä tarvitaan tietoa. Suomen väestöstä vuonna 2022 yhdeksän prosenttia oli ulkomaalaistaustaisia (Tilastokeskus 2023). Määrän oletetaan jatkavan kasvua. Monimuotoistuvassa Suomessa intersektionaalista näkökulmaa käyttävälle tutkimukselle on tarvetta myös terveystutkimuksen ulkopuolella.

Operationalisoinnin näkökulmasta intersektionaalisuus antaa mahdollisuuden haastaa olemassa olevia tapoja rakentaa muuttujia. Viime vuosina tutkimuksessa sukupuolimuuttujan on ilmestynyt kategoria muu (engl. other). Muu-kategorian taustalla on tasa-arvolaki, joka kieltää syrjinnän sukupuolen, sukupuoli-identiteetin ja sukupuolen ilmaisun perusteella (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023b). Muu-kategoria on tarkoitettu niille vastaajille, jotka eivät identifioitu binääriiseen sukupuolikategorian mukaisesti. Tämä on askel oikeaan suuntaan, mutta muu-kategoria sellaisenaan ei kerro mitään tutkittavien sukupuoli-identiteetistä tai heihin sen vuoksi mahdollisesti kohdistuvasta syrjinnästä.

Kuten tässä tutkielmassa on tuotu esiin, rotumuuttujaa käsitellään eurooppalaisessa terveystutkimuksessa sijaismuuttujin. Mikäli kansallisiin terveystutkimuksiin halutaan toisen polven ulkomaalaistaustaisia, on perusteltua pohtia, miten tietoa heidän taustastaan saadaan kerättyä sensitiivisesti. Tämä voi mm. tarkoittaa uudenlaisia tiedonkeruumenetelmiä rekisteritutkimuksiin ja uudenlaisia demografisten tietojen keräämiseen luotuja muuttujia kansallisiin terveystutkimuksiin. Toisen polven ulkomaalaistaustaisten sisällyttäminen kansallisiin terveystutkimuksiin ja rekisteritutkimuksiin on perusteltua myös siksi, että samalla kun heidän määränsä lisääntyy, he muuttavat käsitystä suomalaisuudesta ja haastavat käsityksemme homogeenisestä suomalaisesta väestöstä.

Intersektionaalista näkökulmaa käyttävä terveystutkimus voi hyötyä monimetelmäisyydestä, missä yhdistetään kvalitatiiviset ja kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät. Tutkittaessa terveyden eriarvoiseen jakautumiseen vaikuttavia yhteiskunnallisia rakenteita ja niissä olevia eriarvoisuutta tuottavia toimintatapoja tarkastelun ja toimenpiteiden kohteeksi tulee valita rakenteet, eikä terveystutkimukselle tyypillisesti yksilöä. Mikäli tätä eroa ei huomioida tutkimuksessa intersektionaalinen näkökulman ydintä ei ole omaksuttu. Tutkimuksessa tulisi myös rohkeasti haastaa vallitsevia operationalisoinnin tapoja, käytettyjä sijaismuuttujia sekä referenssiryhmiä. Intersektionaalisen näkökulman tulisi läpäistä koko tutkimusprosessi aina suunnitteluvaiheesta tulosten tulkintaan. Tutkimuksessa tulee myös hyväksyä se, ettei analyysiin voi ottaa mukaan kaikkia intersektionaalisia jakolinjoja. Tutkijan tehtäväksi jää päättää, mitkä jakolinjat ovat tutkittavan aiheen kannalta oleellisimpia. Tässä terveystutkimuksen ulkopuoliset teoriat ja tutkijat voivat tuoda uusia näkökulmia tutkittuun aiheeseen. Intersektionaalista näkökulmaa käyttävän terveystutkimuksen tulisi myös laajentaa tutkittavien terveydentilojen määrää. Lisäksi tulee muistaa, että pohjimmiltaan intersektionaalinen näkökulma on poliittinen, ja sen käytöllä tulisi pyrkiä sosiaalisen oikeudenmukaisuuden kasvattamiseen.

Tämä kandidaatintutkielma toteutettiin integroivana kirjallisuuskatsauksena. Sen tekemiseen ei tarvittu erillistä tutkimuslupaa. Tutkielman tekemisessä on pyritty noudattamaan hyvän tieteellisen käytännön ohjeistusta ja otettu huomioon, että hyvä tieteellinen ohjeistus peräänkuuluttaa eettisesti vastuullisia toimintatapoja (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 4). Tämän tutkielman kirjallisuushaku ja tulosten raportointi on tehty noudattaen avoimuutta ja rehellisyyttä. Tutkielmassa muiden tutkijoiden työ on tuotu esiin käyttäen asianmukaisia lähdeviitteitä.

Tässä kandidaatintutkielmassa käytettiin systemaattista tiedonhakua. Tiedonhaussa hyödynnettiin myös artikkelien sisällysluetteloita. Tästä huolimatta hakujen ulkopuolelle on voinut jäädä tutkimuksia, jotka olisivat täyttäneet tutkielman sisäänottokriteerit. Ulkopuolelle on jäänyt myös sellaiset sisäänottokriteerit täyttävät tutkimukset, jotka on julkaistu muilla kielillä kuin suomeksi ja englanniksi. Tähän tutkielmaan haettiin lähteet käyttämällä hakusanaa intersektionaalisuus variaatioineen. Koska intersektionaalisuus on vielä suhteellisen uusi käsite sosiaaliepideemiologisessa ja terveystieteellisessä tutkimuksessa, aikaisemmissa tutkimuksissa on voitu soveltaa intersektionaalisuuden periaatteita nimeämättä niitä kuitenkaan sellaisiksi. Nämä tutkimukset ovat jääneet tutkielman ulkopuolelle. Mutta koska tämä tutkielma

tarkastelee nimenomaan intersektionaalisuuden operationalisointia, sellaisten tutkimusten, jotka eivät tituleeraa itseään intersektionaalisiksi, ulosrajautuminen voidaan sallia.

Tämän kandidaatintutkielman kansanterveydellisenä merkityksenä voidaan pitää sitä, että se lisää tietoutta intersektionaalisesta näkökulmasta ja sen operationalisoimisesta kvantitatiivisessa terveystutkimuksessa. Tutkielma tuo esiin muuttujien operationalisointiin liittyvää problematiikkaa ja kannustaa pohtimaan tutkimuksessa yleisesti käytettyjen muuttujien taustalla vaikuttavia yhteiskunnallisia valtasuhteita. Tutkielma myös tuo esiin, miten kritiikitön muuttujien toistaminen ylläpitää vallitsevia rakenteita.

LÄHTEET

- Alkula, T., Pöntinen, S., & Ylöstalo, P. 1994. *Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät*. 1–4.painos. Juva: WSOY.
- Alvidrez, J., Greenwood, G. L., Johnson, T. L., Parker, K. L. 2021. Intersectionality in public health research: A view from the National Institutes of Health. *American journal of public health* 111, 95–97.
- Axelsson Fisk, S., Lindström, M., Perez-Vicente, R., & Merlo, J. 2021. Understanding the complexity of socioeconomic disparities in smoking prevalence in Sweden: A cross-sectional study applying intersectionality theory. *BMJ Open* 2021,11. doi:10.1136/bmjopen-2020-042323.
- Axelsson Fisk, S., Mulinari, S., Wemrell, M., Leckie, G., Perez Vicente, R., & Merlo, J. 2018. Chronic obstructive pulmonary disease in Sweden: An intersectional multilevel analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy. *SSM - population health*, 4, 334–346.
- Barata, R. B., de Almeida Ribeiro, M. C. S., da Silva, Z. P., & Antunes, J. L. F. 2013. Social class: Concepts and operationalization models in health research. *Revista de Saúde Pública*, 47, 647–655.
- Bauer, G. R., Churchill, S. M., Mahendran, M., Walwyn, C., Lizotte, D., & Villa-Rueda, A. A. 2021. Intersectionality in quantitative research: A systematic review of its emergence and applications of theory and methods. *SSM - population health*, 14. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100798>.
- Bauer, G. R., & Scheim, A. I. 2019. Methods for analytic intercategory intersectionality in quantitative research: Discrimination as a mediator of health inequalities. *Social science & medicine* 226, 236–245.
- Bilge, S. 2013. Intersectionality undone: Saving intersectionality from feminist intersectionality studies. *Du Bois review*, 10, 405–424.
- Bowleg, L. 2008. When black plus Lesbian plus woman not equal black lesbian woman: The methodological challenges of qualitative and quantitative intersectionality research. *Sex roles*, 59, 312–325.
- Bowleg, L. 2012. The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality—an important theoretical framework for public health. *American journal of public health* 102, 1267–1273.
- Bowleg, L., & Bauer, G. 2016. Invited reflection: Quantifying intersectionality. *Psychology of women quarterly*, 40, 337–341.
- Cho, S., Crenshaw, K. W., & McCall, L. 2013. Toward a field of intersectionality studies: Theory, applications, and praxis. *Signs: Journal of women in culture and society*, 38, 785–810.
- Colineaux, H., Soulier, A., Lepage, B., & Kelly-Irving, M. 2022. Considering sex and gender in epidemiology: A challenge beyond terminology. From conceptual analysis to methodological strategies. *Biology of sex differences*, 13. <https://doi.org/10.1186/s13293-022-00430-6>.
- Connell, R. 2012. Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social science & medicine*, 74, 1675–1683.
- Collins, P. H. 2015. Intersectionality's definitional dilemmas. *Annual review of sociology*, 41, 1–20.
- Collins, P. H., & Bilge, S. 2016. *Intersectionality*. Cambridge: Polity Press.
- Crenshaw, K. 1989. Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *Teoksessa*

- K. Bartlett & R. Kennedy (toim.) *Feminist legal theory*. 1. painos. Oxfordshire: Routledge, 57–80.
- Crenshaw, K. 1991. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford law review*, 43, 1241–1299.
- Dictionary of statistics. 2008. Proxy variable. *Teoksessa Dictionary of statistics*. 2. painos. Oxford University Press. Online versio. Viitattu 30.8.2023. <https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199541454.001.0001/acref-9780199541454-e-1315>.
- Doyal, L. 2003. Sex and gender: The challenges for epidemiologists. *International journal of health services*, 33, 569–579.
- Eskola, J., & Suoranta, J. 2008. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 8. painos. Tampere: Vastapaino.
- Evans, C. R. 2019. Modeling the intersectionality of processes in the social production of health inequalities. *Social science & medicine*, 226, 249–253.
- Fagrell Trygg, N., Månsdotter, A., & Gustafsson, P. E. 2021. Intersectional inequalities in mental health across multiple dimensions of inequality in the Swedish adult population. *Social science & medicine*, 283. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114184>.
- Galobardes, B., Shaw, M., & Lawlor, D. A. 2006. Indicators of socioeconomic position (Part 1). *Journal of epidemiological community health* 60, 7–12.
- Green, M. A., Evans, C. R., & Subramanian, S. V. 2017. Can intersectionality theory enrich population health research?. *Social science & medicine*, 178, 214–216.
- Guan, A., Thomas, M., Vittinghoff, E., Bowleg, L., Mangurian, C., & Wesson, P. 2021. An investigation of quantitative methods for assessing intersectionality in health research: A systematic review. *SSM - Population health*, 16. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100977>.
- Hancock, A.–M. 2007. When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm. *Perspectives on politics*, 5, 63–79.
- Hammarström, A., & Hensing, G. 2018. How gender theories are used in contemporary public health research. *International Journal for equity in health*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0712-x>.
- Hankivsky, O., Doyal, L., Einstein, G., Kelly, U., Shim, J., Weber, L., & Repta, R. 2017. The odd couple: Using biomedical and intersectional approaches to address health inequities. *Global health action*, 10. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1326686>.
- Harari, L., & Lee, C. 2021. Intersectionality in quantitative health disparities research: A systematic review of challenges and limitations in empirical studies. *Social science & medicine*, 277. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113876>.
- Hernández-Yumar, A., Wemrell, M., Abásolo Alessón, I., González López-Valcárcel, B., Leckie, G., & Merlo, J. 2018. Socioeconomic differences in body mass index in Spain: An intersectional multilevel analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy. *PLoS ONE* 13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208624>.
- Kapilashrami, A., Hill, S., & Meer, N. 2015. What can health inequalities researchers learn from an intersectionality perspective? Understanding social dynamics with an inter-categorical approach? *Social theory & health*, 13. <https://doi.org/10.1057/sth.2015.16>.
- Karkulehto, S., Saresma, T., Harjunen, H., & Kantola, J. 2012. Intersektionaalisuus metodologiana ja performatiivisen intersektionaalisuuden haaste. *Naistutkimus*, 25, 17–28.
- Ketokivi, M. 2015. *Tilastollinen päättely ja tieteellinen argumentointi*. 2. laajennettu laitos. Helsinki: Gaudeamus.
- Laqueur, T. 1995. *Making sex: Body and gender from the Greeks to Freud*. 7. painos. Cambridge: Harvard University Press.

- Lett, E., Asabor, E., Beltrán, S., Cannon, A. M., & Arah Onyebuchi A. 2022. Conceptualizing, contextualizing, and operationalizing race in quantitative health sciences research. *The annals of family medicine*, 20, 157–163.
- Ljungman, H., Wemrell, M., Khalaf, K., Perez-Vicente, R., Leckie, G., & Merlo, J. 2022. Antidepressant use in Sweden: An intersectional multilevel analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy (MAIHDA). *Scandinavian journal of public health*, 50, 395–403.
- Luoto, R. 2010. Sukupuolten välisten terveyserojen tutkimus. Teoksessa T. Juvonen., L.-M. Rossi., & T. Saresma. (toim.) *Käsikirja sukupuoleen*. Tampere: Vastapaino, 223–225.
- Luoto, R., Viisainen, K., & Kulmala, I. 2003. Sukupuolinäkökulmia terveyteen. Teoksessa R. Luoto., K. Viisainen., & I. Kulmala. (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. Tampere: Vastapaino, 9–17.
- Mandelbaum, J. 2020. Advancing health equity by integrating intersectionality into epidemiological research: Applications and challenges. *Journal of epidemiology and community health*, 74, 761–762.
- McCall, L. 2005. The complexity of intersectionality. *Signs: Journal of women in culture and society*, 30, 1771–1800.
- Merlo, J. 2018. Multilevel analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy (MAIHDA) within an intersectional framework. *Social science & medicine*, 203, 74–80.
- Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. uudistettu painos. Helsinki: International Methelp.
- Lahelma, E., & Rahkonen, O. 2017. Sosiaalinen rakenne ja terveys. Teoksessa S. Karvonen., L. Kestilä., & T. Mäki-Opas. (toim.) *Terveyssosiologian linjoja*. Helsinki: Gaudeamus, 19–39.
- Rastas, A. & Poelman, S. 2021. Suomalaisen sosiologian värisokea piste. *Sociologia* 1/2021, 3–20.
- Rastas, A. 2018. The emergence of race as a social category in Northern Europe. Teoksessa P. Essed., & K. Farquharson. (toim.) *Relating worlds of racism: Dehumanisation, belonging, and the normativity of European whiteness*. Relating worlds of racism. Springer International Publishing. 357–381.
- Salomäki, V–M. 2011. Biologisen sukupuolen rakentaminen. Ruumis ja sosiaalinen sukupuoli antiikista nykypäivään. Turun yliopiston väitöskirjat. ANNALES C306.
- Springer, K. W., Stellman, J. M., & Jordan-Young, R. M. 2012. Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. *Social science & medicine*, 74, 1817–1824.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2023a. Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimus (Maamu). Viitattu 25.8.2023. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/maahanmuuttajien-terveys-ja-hyvinvointitutkimus-maamu->
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2023b. Sukupuolen moninaisuus. Viitattu 25.8.2023. <https://thl.fi/fi/web/sukupuolten-tasa-arvo/sukupuoli/sukupuolen-moninaisuus>
- Tilastokeskus. 2023. Maahanmuuttajat väestössä. Haettu 22.8.2023. <https://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestossa.html>.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki. Viitattu 30.8.2023. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Valovirta, Elina. 2010. Ylirajaisten erojen politiikkaa. Teoksessa T. Saresma., L.-M. Rossi., & T. Juvonen. (toim.) *Käsikirja sukupuoleen*. Tampere: Vastapaino, 92–105.
- Walby, S., Armstrong, J., & Strid, S. 2012. Intersectionality: Multiple inequalities in social theory. *Sociology*, 46, 224–240.
- Weber, L., & Parra-Medina, D. 2003. Intersectionality and women’s health: Charting a path to eliminating health disparities. Teoksessa M. Texler Segal., V. Demos., & J.J.

- Kronenfeld. (toim.) Gender perspectives on health and medicine (Advances in gender research, Vol. 7), Bingley: Emerald Group Publishing Limited, 181-230.
- Wemrell, M., Karlsson, N., Perez Vicente, R., & Merlo, J. 2021. An intersectional analysis providing more precise information on inequities in self-rated health. *International journal for equity in health*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01368-0>.
- Wemrell, M., Mulinari, S., & Merlo, J. 2017. Intersectionality and risk for ischemic heart disease in Sweden: Categorical and anti-categorical approaches. *Social science & medicine*, 177, 213–222.
- Yearby, R. 2021. Race based medicine, colorblind disease: How racism in medicine harms us all. *American journal of bioethics*, 21, 19–27.
- Zettermark, S., Khalaf, K., Perez-Vicente, R., Leckie, G., Mulinari, D., & Merlo, J. 2021. Population heterogeneity in associations between hormonal contraception and antidepressant use in Sweden: A prospective cohort study applying intersectional multilevel analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy (MAIHDA). *BMJ Open*, 11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049553>.