

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: A rasszizmussal, a szexizmussal, a heteroszexizmussal és a nemi binarizmussal kapcsolatos mérések az egészségmúltányosság kutatásában – A strukturális igazságtalanságtól a beépült ártalomig – ökoszociális elemzés (fordítás)

Review: Measures of Racism, Sexism, Heterosexism, and Gender Binarism for Health Equity Research: From Structural Injustice to Embodied Harm—An Ecosocial Analysis (translation)

Fordítók: [Vitrai József](#), [Tarkó Klára](#)

Fordított cikk: Krieger N. (2020). Measures of Racism, Sexism, Heterosexism, and Gender Binarism for Health Equity Research: From Structural Injustice to Embodied Harm—An Ecosocial Analysis. Annual review of public health, 41, 37–62. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040119-094017

Kulcsszavak: nemi identitás; egészség-múltányosság; heteroszexizmus; rasszizmus; szexizmus; strukturális igazságtalanság

Keywords: gender identity; health equity; heterosexism; racism, sexism; structural injustice

Összefoglaló

Rasszizmus. Szexizmus. Heteroszexizmus. Nemi binarizmus. Ezek együttesen az egészség-múltánytalanságok beépülését strukturáló öncélú hatalom és kiváltságok igen ártalmas, elkülönülő és összefonódó társadalmi rendszereit alkotják. A betegségek eloszlásának ökoszociális elmélete alapján szintetizálom a kiválasztott "izmusok" fő jellemzőit, és a globális északi és a globális déli országok kutatásai alapján mérési sémát is adok. A tárgyalt mérőszámok között szerepelnek (a) strukturális mérőszámok, beleértve az explicit szabályokat és törvényeket, az implicit szabályokat és törvényeket, valamint a területi vagy intézményi, nem szabályozási intézkedéseket; és (b) egyéni szintű (kítettségi és internalizált) mérőszámokat, beleértve az explicit önbevalláson alapuló, nyilvánított, rejtett és kísérleti mutatókat. Az ajánlások közé tartozik (a) a strukturális hatások mérésének kiterjesztése, hogy azok túlmutassanak a pszicho-szociális, egyéni szintű mérések jelenlegi elsődleges használatán; (b) a kítetség elemzése mind az életút, mind a korábbi generációk vonatkozásában; (c) az „anti-izmusok” mérésének kidolgozása; és (d) olyan területi alapú mérések kidolgozása, amelyek feltárhatják az igazságtalan „izmusok” strukturális meghatározói közötti kapcsolatokat, valamint azok környezetromlásra, éghajlatváltozásra és egészség-múltánytalanságokra gyakorolt hatásait.

Summary

Racism. Sexism. Heterosexism. Gender binarism. Together, they comprise intimately harmful, distinct, and entangled societal systems of self-serving domination and privilege that structure the embodiment of health inequities. Guided by the ecosocial theory of disease distribution, I synthesize key features of the specified “isms” and provide a measurement schema, informed by research from both the Global North and the Global South. Metrics discussed include (a) structural, including explicit rules and laws, nonexplicit rules and laws, and area-based or institutional nonrule measures; and (b) individual-level (exposures and internalized) measures, including explicit self-report, implicit, and experimental. Recommendations include (a) expanding the use of structural measures to extend beyond the current primary emphasis on psychosocial individual-level measures; (b) analyzing exposure in relation to both life course and historical generation; (c) developing measures of anti-isms; and (d) developing terrestrially grounded measures that can reveal links between the structural drivers of unjust isms and their toll on environmental degradation, climate change, and health inequities

BEVEZETÉS

Rasszizmus. Szexizmus. Heteroszexizmus. Nemi binarizmus.¹ E látszólag elvont fogalmak mindegyike nagyon is valóságos, káros és különböző öncélú társadalmi elnyomó és kiváltságrendszereket (13, 67, 74) foglal magában, amelyeket az emberek hoznak létre, és amelyek strukturálják az egészség-méltánytalanságokat (99) – vagyis a társadalmi csoportok egészségi állapota közötti méltánytalan, szükségtelen és megelőzhető különbségeket (26, 194).

Az „izmusok” által okozott elkerülhető és méltánytalan szenvedés számbavétele olyan kitettségi méréseket igényel, amelyek (a) a kérdéses társadalmi csoportokat kódoló írott és íratlan szabályokra, valamint a felsőbbrendű/alsóbbrendű és a normális/rendellenes polarításra vannak hangolva, és (b) nemcsak azt tisztázza, hogy ki szenved kárt, hanem azt is, hogy ki húz hasznot társadalmi és anyagi értelemben ezekből a megosztottságokból (13, 99). Szükséges továbbá a biológiai

esszencializmus² megkérdőjelezése, és az emberi hatalmi viszonyok elhelyezése a földi élet tágabb kontextusában (57, 61, 65, 97, 117).

Ezek nyilvánvaló kijelentéseknek tűnhetnek. Az 1990-es évek előtt azonban csak kevés kutatás mérte a diszkrimináció és az egészség közötti összefüggést, és az azóta – főként a globális északon – végzett kutatások nagyrészt a diszkriminációval kapcsolatos, önbevalláson alapuló tapasztalatok egyéni szintű mérését használták (91, 99, 157, 196) (1. sz. kiegészítő táblázat).³ Csak az elmúlt 10 évben jelent meg egy sor kutatás, a felváltva használt strukturális vagy intézményi diszkrimináció (8, 58, 77, 99, 196) egészségre gyakorolt hatásáról, heterogén társadalmi mérőszámok zavaros sokaságát használva. E munkáknak csak egy kis része foglalkozott a környezeti rasszizmussal (43, 182); még kevesebb foglalkozott a globális éghajlatváltozással (57, 162) (1. sz. kiegészítő táblázat). Ennek megfelelően ebben az

¹ Fordító: Az említett fogalmak értelmezéséhez lásd Vitrai és Tarkó (2021)

² Fordító: A biológiai tulajdonságokat döntőnek, lényegesnek tartó szemlélet

³ A kiegészítő táblázatok az eredeti cikkből érhetők el.

áttekintésben elsősorban azokra az elvekre összpontosítok, amelyek alapján végiggondolható, hogy az "izmusok" mérése mit jelent – akár azokra az izmusokra vonatkozóan, amelyekre ebben az írásban fókuszálok, akár azokra, amelyek nem tartoznak ennek az áttekintésnek a tárgykörébe.

Megvizsgálom, miért térnek el a mérési elvek nemcsak a méltánytalanság különböző típusai és a különböző társadalmi kontextusok mentén, hanem az idő múlásával is, az igazságos társadalmak építésére irányuló kollektív erőfeszítések előrelépéseitől és kudarcaitól függően.

A betegségek eloszlásának ökoszociális elméletére támaszkodva összefoglalom ezeknek az izmusoknak a legfontosabb jellemzőit [1. táblázat], továbbá felállítok egy mérési rendszert [2. táblázat], amelyek együttesen szolgálnak alapul a Globális Északról és Globális Délről származó, konkrét kutatások megvitatásához. [3. táblázat] A közleményben felsorolt források között egyaránt szerepel olyan irodalom, amellyel az elmúlt 35 év során amerikai szociálandemiológusként (90–99, 109) foglalkoztam, és olyan új anyagok, amelyeket e cikkhez tekintetem át (a keresőkifejezések a 2. sz. kiegészítő táblázatban találhatóak).⁴ Amint az alábbi példákból kiderül, a megfelelő mutatók elérhetősége – és gyakrabban azok hiánya – azt jelenti, hogy világszerte komoly szükség van a jobb munkára, hogy javítsuk ezeknek a nagyon is nélkülözhetetlen mérőszámoknak a fogalmi és módszertani szigorát, valamint alkalmazási körét és teljességét.

AZ IZMUSOKRÓL ÉS AZ EGÉSZSÉG-MÉLTÁNYOSSÁGRÓL⁵: FOGALMAK ÉS KIEMELT SZEMPONTOK

Minden izmus ötvözi a hitet és a cselekvést, de nem mindegyik jár igazságtalansággal

Az első pont az, hogy az izmusok nem dolgok. Az "izmus" kifejezés egy utótag, amely cselekvés eredményének kifejezésére szolgáló főneveket képez (153). Néha az érintett tevékenység emberi közreműködés nélkül történik, mint például a mágnesség (ford. megj. angolul *magnetism*) esetében (153). Gyakoribb azonban, hogy az izmus olyan eszmék, hiedelmek és gyakorlatok összefüggő rendszere, amellyel az embereknek célja van (153). A cselekvéshez útmutatást nyújtó izmusok lehetnek vallási, egyházi, filozófiai, politikai vagy társadalmi jellegűek, és különbözőképpen fejeződnek ki intézményeken keresztül, illetve olyan tanok vagy elvek révén, amelyek önmagukban nem intézményesítettek (153). Az *Oxford English Dictionary* az előbbiekre olyan ismert példákat sorol fel, mint a "buddhizmus, kálvinizmus, katolicizmus, ... konzervatívizmus, epikureizmus, judaizmus, ... liberálisizmus, ... platonizmus, pozitívizmus, presbiterianizmus, protestantizmus, puritanizmus, ... kvékerizmus, taoizmus, ... whiggizmus" (153, az eredeti műben ferdével szedve); az utóbbiakat illusztrálja az "agnoszticizmust, altruizmust, animizmust, ateizmust, bimetallizmust, deizmust, egoizmust, egotizmust, empiricizmust, evangelizmust, fanatizmust, feminizmust, hedonizmust, idealizmust, imperializmust, sovinizmust, libertinizmust, monarchizmust, naturalizmust, opportunizmust, pædobaptizmust, politeizmust, realizmust, romantizmust, szanszku-lottizmust, szkepticizmust, sztoicizmust, teizmust, univerzalizmust" (153, az eredeti

⁴ Fordító: A kereső kifejezések az ismertetésben nem szerepelnek, szükség esetén az eredeti cikkben kersendők.

⁵ Fordító: Az Egészségügyi Világszervezet Egészségfejlesztési szótára szerint: „az egészségkülönbség (*disparity*) és az egészségyenlőtlenség (*inequality*). Az egészségkülönbség a tényleges eltérésekre, az egészségyenlőtlenség az elkerülhető különbségekre, az egészség-méltánytalanság (*health inequity*) pedig az igazságtalan különbségekre vonatkozik.” (WHO, 2021)

műben ferdével szedve) felölelő lenyűgöző lista. Az izmusokkal kapcsolatban semmi sem követeli meg, hogy igazságtalansággal járjanak együtt. Az *Oxford English Dictionary* azonban 2004-ben két új tétellel egészítette ki az izmusok definícióját, ami közvetlenül kapcsolódik ehhez az áttekintéshez (153):

„a) Olyan főnevek képzése, amelyek jelentése 'az egyik ember felsőbbrendűségébe vetett hit egy másik emberrel szemben'; mint a *rasszizmus*, *szexizmus*, *fajgyűlölet* (ford. megj. angolul *speciesism*), satöbbi. b) Főnevek képzése 'megkülönböztetés vagy előítélet az alábbiak alapján' jelentéssel; mint az *életkorizmus*, *testizmus*, *magasságizmus*, *arcizmus*, *kinézizmus*, *méretizmus*, *súlyizmus*, satöbbi.” Az izmusok ezen halmazai szintén útmutatást adnak a cselekvéshez, ebben az esetben az államok, nem állami intézmények és egyének által a társadalmi kontextusukon belül különbözőképpen megvalósított igazságtalan gyakorlatokhoz.

Az 1. táblázat ennek megfelelően az ebben a cikkben tárgyalt izmusok jellemzőit mutatja be az egészség-méltánytalanságokkal kapcsolatban. A kérdés az, hogy az igazságtalan bánásmód meghatározott formái milyen típusú káros bio-fizikai és társadalmi jelenségeknek való kitétséget, és hogyan strukturálnak, az életút mely pontján, milyen etiológiai periódusokban, és milyen generációk közötti károsodási potenciállal.

Az izmusok és az egészség-méltánytalanságok elemzésére vonatkozó elvek: a betegségek eloszlásának ökoszociális elmélete

A második pont az, hogy bár az igazságtalansággal járó izmusok a hiedelmekről szólnak, alapvetően a hatalom és a tulajdon feletti valós anyagi konfliktusokban gyökereznek (13, 67, 74) – és a különböző politikai gazdaságtani izmusok, például a kapitalizmus (beleértve a neoliberalizmust), a szocializmus, a kommuniz-

mus, a feudalizmus, a kommunitarizmus, satöbbi, működéséhez kötődnek. Olyan társadalmi struktúrákról van szó, amelyek összekapcsolják a politikai kormányzást, a gazdasági szabályokat és azokat a szabályokat, amelyek meghatározzák, hogy ki nek milyen az élethez, a termeléshez és a reprodukcióhoz (vagy ahhoz kapcsolódó hiányhoz) való joga, hol, milyen közösségi és családi struktúrákban, és milyen jogokkal használhatja, birtokolhatja és nyerheti ki a különböző földek, vizek, erdők és más fajok erőforrásait (13, 21, 57, 66, 67, 117, 162). A betegségek eloszlásának ökoszociális elmélete – amelyet először 1994-ben vettem fel, és azóta továbbfejlesztettem – ennek megfelelően az egészség-méltánytalanságokat a hatalom, a társadalmi szintek, az életút, a korábbi generációk, a biológia és az ökoszisztémák viszonylatában fogalmazza meg (91, 93, 95–97). [1. ábra]

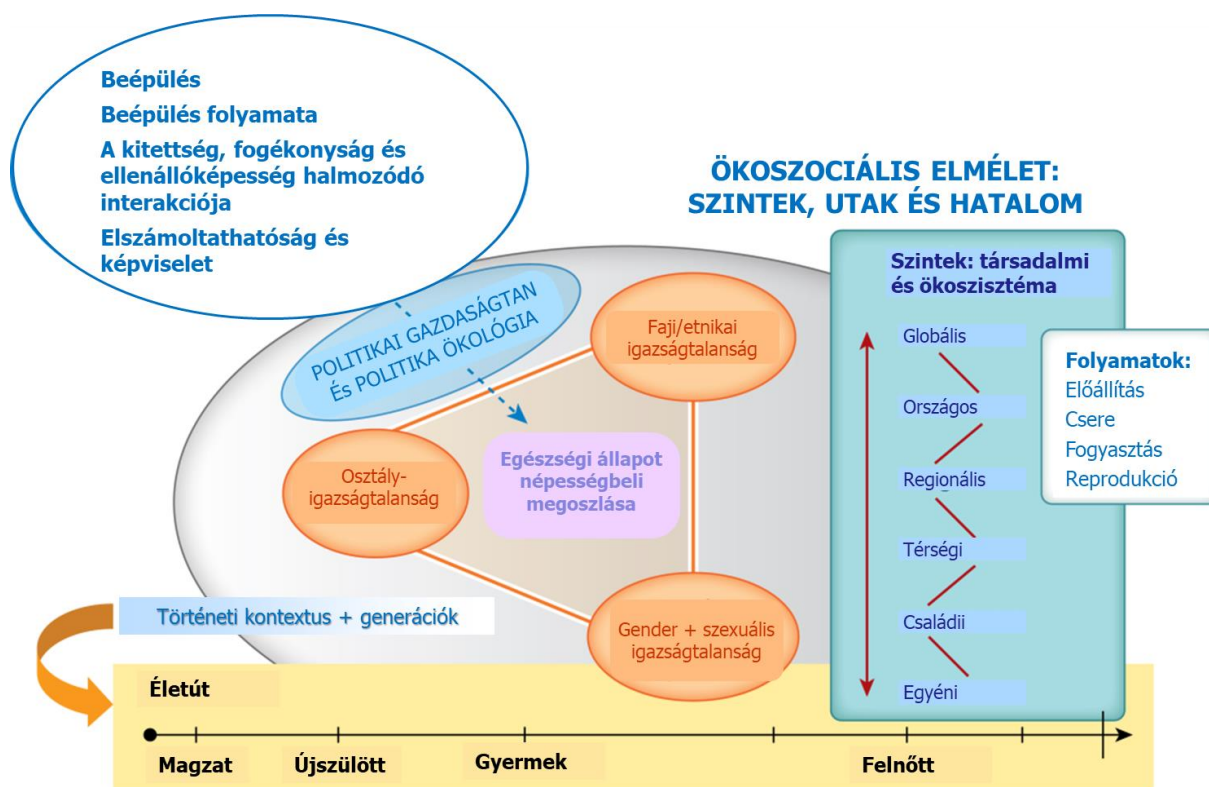
Négy alapvető, egymással összefüggő eleme a) a beépülésre; b) a beépülés folyamataira; c) a kitétség, a fogékonyság és az ellenállás halmozódó kölcsönhatására az életút során, és az egyes társadalmi szinteken keresztül; valamint d) az elszámoltathatóságra és a cselekvőképességre vonatkozik. Ahogy a beépülés ökoszociális konstrukciója már a kezdetektől fogva tisztázta (91, 95, 97), közösen éljük meg számtalan, jogilag és társadalmilag hozzárendelt kategóriánkat és identitásunkat, amelyek különösen egyéneként, idővel és kontextusonként változhatnak (25, 86, 122, 151, 190). Ehelyett a beépülés határozza meg az életünket – és a testünk minden egyes nap biológiailag integrál minden egyes olyan méltánytalan és hasznos hatást is, amelyeknek minden egyes szinten ki vagyunk téve (96, 97). A jog- és társadalomtudományokból (67, 74) származó metszetszemlélethez⁶ hasonlóan közvetíti az igazságtalanság többféle típusának társadalmilag strukturált összefonódását, bár anélkül, hogy a tényleges biológiai beépülés útjaira és folyamataira összpontosítana (91–99)

⁶ Fordító: A metszetszemlélet abból indul ki, hogy az emberek különböző társadalmi identásaival szemben fellépő megkülönböztetések átfedhetik, felerősíthetik egymást

1. táblázat: Az igazságtalan izmusok legfontosabb sajátos és közös jellemzői: a megkülönböztetett és a kiváltságos csoportokról, a biológiáról és az egészségi állapotról alkotott alapvető hiedelmek, valamint az ezeket megkérdőjelező anti-izmusok ellentétes nézetei

Tulajdonság	Rasszizmus	Szexizmus	Heteroszexizmus	Nemi binarizmus
Téves, igazságtalan előfeltevés(ek)	A faji felsőbbrendűség természetes tény	A férfi felsőbbrendűség természetes tény	A heteroszexualitás az egyetlen természetes szexuális irányultság	A születéskori biológiai nemnek megfelelő nemi identitás az egyetlen természetes nemi identitás
	Az emberek biológiailag különálló "fajokra" oszlanak	A férfiak és nők (és a fiúk és lányok) státusza és szerepe természetes módon következik a biológiai nemek különbözőségéből adódó biológiai különbségekből	Az azonos neműek vonzalma, viselkedése és identitása természetellenes (és ezáltal deviáns és erkölcstelen)	A fentitől eltérő nemi identitás természetellenes (és ezáltal deviáns)
	Egyes "fajok" biológiailag felsőbbrendűek			
	A többi "faj" biológiailag alacsonyabb rendű			
	A biológiai felsőbbrendűség megteremti az alapot a politikai, gazdasági, társadalmi és kulturális felsőbbrendűséghez			
Kiváltságos csoport	"Magasabb rendű faj(ok)"	Férfiak és fiúk	Heteroszexuálisok	Cisznemű személyek, akik megfelelnek a társadalom uralkodó nemi normáinak
	Általában, de nem mindig "fehéreként" határozzák meg, mert a megjelölés a társadalmi kontextustól függ			
	Jellemzően a hódítások történetét, valamint a mások leigázásától függő politikai rendszerek és gazdaságok létrehozását tükrözi			

Megkülönböztetett csoport	"Alacsonyabb rendű faj(ok)"	Nők és lányok	Azok a személyek, akik magukat lesbikusként, melegként, biszexuálisnak vagy queernek vallják, vagy akiket a lesbikus, meleg, biszexuális vagy queer kategóriába sorolnak (a terminológia társadalmi kontextusonként változik)	Olyan személyek, akik magukat transzneműnek, változékony neműnek (ford. megj. gender fluid) vagy genderqueernek vallják, vagy akiket transzneműnek, változékony neműnek (ford. megj. gender fluid) vagy genderqueernek kategorizálnak, a terminológia a társadalmi kontextus és a nyelvezet szerint változik (pl. hijra Indiában, muxok Mexikóban, travesztiták (Dél-Amerikában))
	Általában, de nem mindig, "feketésként" és "óslakosként" meghatározott csoportok, mert a megnevezés a társadalmi kontextustól függ			
Támogató hiedelmek és intézményi ideológiák	Fehér felsőbbrendűség "vér" ("faji" alapú) nacionalizmus	Nőgyűlölet	Homofóbia	Transzfóbia
	Vallási fundamentalizmus	Vallási fundamentalizmus	Vallási fundamentalizmus	Vallási fundamentalizmus
Biológiai meghatározottságra való támaszkodás	A "biológiai faj" alapvető természeti kategóriaként történő kezelése	A biológiai nemet szigorúan bináris kategóriaként kezelik, amelynek természetes bináris kifejeződése a heteroszexuális, a ciszgender és a gender-konform		
Téves hiedelmek a csoport egészségi állapotával kapcsolatban	A megkülönböztetett csoportok és a kiváltságos csoportok egészségi állapotában megfigyelt különbségek alapvetően a veleszületett (és feltételezett genetikai) biológiai különbségekből fakadnak, beleértve a megkülönböztetett csoport feltételezett alacsonyabb rendű vagy deviáns biológiáját is			
Támogató struktúrák és gyakorlatok (az igazságtalan izmusok minden egyes típusához)	Strukturális: explicit és nem explicit igazságtalan "játékszabályok" (törvények, politikák és szabályok), valamint az igazságtalanság területi vagy intézményi örökségei és indikátorai			
	Interperszonális: a kiváltságos társadalmi csoporthoz tartozó személyek által a megkülönböztetett társadalmi csoportba tartozó személyek ellen irányuló diszkriminatív gyakorlatok és hiedelmek			
	Internalizált: a megkülönböztetett társadalmi csoportokba tartozó személyek önmagukat alárendelő gyakorlatai és hiedelmei			
Kapcsolódás a politikai gazdaságtanhoz, a politikai szociológiához és a politikai ökológiához	Milyen gazdasági hasznot húz a kiváltságos csoport, és milyen gazdasági kárt okoz a megkülönböztetett csoportnak az igazságtalan izmus?			
	Milyen társadalmi hasznot húz a kiváltságos csoport az igazságtalan izmusból, és milyen társadalmi kárt okoz a megkülönböztetett csoportnak?			
	Hogyan védi a kiváltságos csoport biofizikai, ökológiai környezetét, és hogyan károsítja a megkülönböztetett csoportot az igazságtalan izmus?			
Az anti-izmusok ellentétes nézetei	A biológiai esszencializmusra és a biológia alapú felsőbbrendűségekre vagy alsóbbrendűségekre vonatkozó állítások elutasítása			
	A társadalmi normalitás vagy deviancia biológiai esszencializmuson alapuló meghatározásainak elutasítása			
	Az emberi jogok tiszteletben tartása: "az emberi nem minden tagjának eredendő méltóságának, valamint egyenlő és elidegeníthetetlen jogainak", valamint annak elismerése, hogy a méltóság megvonása és e jogok megtagadása igazságtalanságot jelent és egészség-méltánytalanságot okozhat			
	Annak felismerése (különböző mértékben, a politikai szociológia, a politikai gazdaságtan és a politikai ökológia meglátásai alapján), hogy az igazságtalan társadalmi "játékszabályokat" a kiváltságos csoporthoz tartozó emberek alakítják ki, akiknek érdekük fűződik hatalmuk, kiváltságaik, tulajdonuk és erőforrásaik megőrzéséhez, vagy akár bővítéséhez, elsősorban a megkülönböztetett csoport(ok) tagjainak kárára			



1. ábra: A betegségek eloszlásának ökoszociális elmélete: az egészség-méltánytalanságok az igazságtalanságok biológiai kifejeződései (forrás: ismertett cikk 1. ábra) Megjegyzés: Ez az ábra vázlatosan mutatja be, hogy a betegségek eloszlásának ökoszociális elmélete miként értelmezi a népesség egészségmegoszlását, a szintek, a folyamatok és a hatalom között fennálló kapcsolatot, így rávilágítva arra, hogy az egészség-méltánytalanságok hogyan hozzák létre az igazságtalanság biológiai kifejeződéseit. A betegségek eloszlásának ökoszociális elmélete négy, egymással összefüggő központi elemet (fehér ovális kék körvonallal) jelenít meg (91–98): (i) a beépülés; (ii) a beépülés folyamata; (iii) a kitétségi, a fogékony és az ellenálló képesség halmozódó kölcsönhatása; és (iv) az elszámoltathatóság és a képviselő. Ezek az elemek alapvető fontosságúak az egészségi állapot népszerűségi megoszlásának ok-okozati magyarázatához. Mindezek az alapelemek (v) az életút során, az adott korábbi generációhoz (azaz a születési kohorszhoz) viszonyítva (sárga téglalap), és (vi) a szintek mentén (türkiz téglalap), a társadalom politikai gazdasága és politikai ökológiája (világoskék ovális) által közvetítve (vii) működnek. E fogalmak további kifejtéséért lásd Az öko-szociális elmélet alapjai és a Beépülés útjai című kiemeléseket

Az izmusok elemzése megköveteli a biológiával való foglalkozást, és a biológiai esszencializmus megkérdőjelezését

A harmadik pont az, hogy az ökoszociális elmélettel (91, 97) összhangban az izmusok strukturális rendszerszemléletű megértése szükségszerűen megkérdőjelezi a biológiai esszencializmus két hibás előfeltevését: (a) a biológiai faj hamis konstrukcióját, amely tévesen feltételezi, hogy az emberiséget olyan különböző biológiai „fajokra” lehet osztani, amelyek eredendően különböznek egymástól az egészségi állapot és más tulajdonságok tekintetében (169, 203), beleértve a boldoguláshoz

szükséges jogok és erőforrások iránti emberi szükségleteket is; és (b) azt a téves hiedelmet, hogy a nem és a szexuális orientáció rögzített, bináris és a nemhez kötött biológia által meghatározott (54, 61, 86, 94, 161, 190). Szintén vitatandók (a) a hagyományos jogi meghatározások, amelyek a "diszkriminációt" az állítólagosan veleszületett, megváltoztathatatlan és elkülönülő tulajdonságokon alapuló tisztességtelen bánásmódra korlátozzák, pl. "faj", "nem" vagy "szexuális irányultság", és (b) a hagyományos – és ellentmondásos – ok-okozati következtetések, amelyek szerint a "faj", a "nem" és a "szexuális irányultság" vagy "nem módosítható"

jellemzők (és így nem lehetnek "okok"), vagy pedig önmagukban véve az egészség-különbségek "okai" (105). Sőt, maga az elképzelés, hogy ezek olyan rögzített tulajdonságok, amelyek meghatározzák az embereket – ugyanakkor önmagukban ok-okozati szempontból elegendők a csoportos egészségkülönbségek magyarázatához (anélkül, hogy hivatkoznának az okozó rendszerszintű és egyéni elkövetőkre) – része a szóban forgó izmusok hitrendszerének. Figyelemre méltó, hogy a megkülönböztetés egyéb, törvény által elismert és tiltott formái közé tartozik a vallási meggyőződésen és politikai nézeteken alapuló megkülönböztetés (3), amelyeket ugyan potenciálisan befolyásolhat a családi kontextus, de bizonyára nem veleszületettek és nem megváltoztathatatlanok.

Tudás előállítása a cselekvés és az elszámoltathatóság érdekében, nem pedig az igazságtalanság bizonyítására

Az utolsó pont az, hogy – megismételve azt, amit 20 évvel ezelőtt már elmondtam – az igazságtalanság egészségkárosító hatása tanulmányozásának oka nem az, hogy bebizonyítsuk, hogy az igazságtalanság helytelen, mivel definíció szerint az (92). Ehelyett az okok inkább abban rejlenek, hogy elmélyítsük annak megértését, hogy az igazságtalanság hogyan alakítja a népesség egészségét, kinek a javára és kinek a kárára; hogy megkérdőjelezzük a méltánytalanságokat legalizáló narratívákat; és hogy bizonyítékokat gyűjtsünk az elszámoltathatósághoz. Végülis, ha az emberek méltánytalan társadalmi rendszereket és struktúrákat hoztak létre, akkor az emberek meg is kérdőjelezhetik ezeket a rendszereket és struktúrákat, és helyettük síkra szállhatnak az emberi jogok, az egészség-méltányosság és az ökológiai fenntarthatóság mellett (13, 21, 67, 74, 97, 155, 162, 181).

Az ökoszociális elmélet alapelvei

A beépülés arra utal, hogy a szó szoros értelmében, biológiailag hogyan építjük be az anyagi (biofizikai) és társadalmi világot, amelyben élünk. A beépülés útjainak fogalma arra utal, hogy a beépülés folyamatait miként alakítják egyidejűleg a társadalmi hatalmi és tulajdonviszonyok történeti alakulása, valamint a kifejlődött biológiánk ökológiai kontextusban rejlő korlátai és lehetőségei, beleértve a génexpressziót is, és nem csak a génfrekvenciát. A kitétség, a fogékonyság és az ellenállóképesség halmozódó kölcsönhatása az életút során és az egyes szinteken keresztül a hatások idejének és felhalmozódásának, valamint az ezekre adott válaszoknak a fontosságára utal, figyelembe véve mind az egyének életútbeli társadalmi és biológiai fejlődését, mind azt a nemzedéket, amelybe beleszülettek, valamint azokat a szinteket, amelyeken a hatások – és az ezekre való fogékonyság és ellenállóképesség – bekövetkeznek (pl. globális, nemzeti, regionális, területi vagy csoportos, családi, egyéni).

Az elszámoltathatóság és a képviselő fogalma egyaránt vonatkozik (a) azokra az intézményekre és személyekre, akik felelősek az egészség-méltánytalanságok létrehozásáért vagy fenntartásáért, valamint (b) a népegészségügyi kutatókra az ezen igazságtalanságok magyarázatára vagy figyelmen kívül hagyására használt elméletekért. Ezek az összekapcsolódó konstrukciók együttesen alátámasztják, hogy az izmusok mérésének miért kell figyelembe vennie (a) azokat a strukturális, jogi és politikai összefüggéseket, amelyek a politikai és gazdasági hatalom változásaihoz kapcsolódnak (különböző szinteken) az izmusok fenntartása vagy megkérdőjelezése érdekében, és (b) mind a kitétségek, mind azok hatásainak

időkereteit, mind a biofizikai és társadalmi világhoz, mind pedig a fellépő hatások etiológiai időszakához viszonyítva generációkon belül és között.

A beépülés útjai

A beépülés útjai, melyek különösen fontosak az igazságtalan izmusoknak való kitettség szempontjából, magukban foglalják a társadalmi és gazdasági nélkülözéseknek való kedvezőtlen kitettséget (95–99); a környezeti veszélyeket (pl. mérgező anyagok, kórokozók és veszélyes körülmények); a társadalmi traumákat (pl. diszkrimináció és a mentális, fizikai és szexuális trauma egyéb formái); ártalmas árucikkek (pl. dohány, alkohol, egyéb törvényes és tiltott kábítószer) célzott forgalmazása; nem megfelelő vagy megalázó orvosi ellátás; és az ökoszisztémák leromlása, beleértve az őslakosok földjüktől való elidegenítését is. Ezek az utak és a többszörös izmusok egyszerre és kölcsönhatásban fordulnak elő és épülnek be.

AZ IZMUSOK HATÁSÁNAK MÉRHETŐSÉGE AZ EGÉSZSÉGMÉLTÁNYTALANSÁG-KUTATÁSÁBAN: EGY SÉMA ÉS KONKRÉT PÉLDÁK

A 2. táblázat egy sémát mutat be az egészségmúltánytalanság-kutatás szempontjából releváns, meghatározott izmusok – és anti-izmusok – különböző típusú mérőeszközeinek meghatározásához, a vizsgálattervezés kérdéseire is figyelmet fordítva. Az anti-izmusok bevonása azért fontos, mert az oksági következtetéstől a legjobb magyarázatig érvényes (105, 124), hogyha a kedvezőtlen izmusok feltételezhetően az egészség-múltánytalanságok okozói, akkor az anti-izmusoknak az egészség-múltányosságok kialakulását kell elősegíteniük. A 3. táblázat viszont

olyan, az egészség-múltányosságokra irányuló kutatások kiválasztott példáit mutatja be, melyek különböző szinteken végeztek méréseket, mind a Globális Délen, mind a Globális Északon. A 3. kiegészítő táblázat tartalmazza a szóban forgó kutatásokra vonatkozó technikai részleteket és mérőszámokat.

Strukturális hatások mérése: izmusok és anti-izmusok

A strukturális kifejezés – az izmusokra alkalmazva – az elmúlt évtizedben kezdett megjelenni a kis, de növekvő számú egészség-múltánytalansági vizsgálatokban (8, 14, 58, 77, 99, 196). [3. táblázat; 1. kiegészítő táblázat] A „strukturális” kifejezéssel azon „módok összességét” akarjuk kifejezni, ahogyan a társadalmak az igazságtalan izmusokat olyan „egymást erősítő rendszereken” keresztül támogatják, amelyek különbözőképpen érinthetik „a lakhatást, az oktatást, a foglalkoztatást, a jövedelmeket, a juttatásokat, a hiteleket, a médiát, az egészségügyet és a büntető igazságszolgáltatást” (8, 1453. o.), valamint a házassági jogot, a családjogot, a személyazonossági okmányokat és a tulajdonjogot (13, 21, 67).

Ezek a törvények, szabályok és gyakorlatok viszont „megerősítik a diszkriminatív hiedelmeket, értékeket és az erőforrások elosztását” (8, 1453. o.). A strukturális igazságtalanság tehát a szóban forgó izmusokhoz igazodó igazságtalan személyközi kapcsolatok és egyéni meggyőződések felett és azokon túl létezik – miközben alakítja is azokat. [1. táblázat] A strukturális izmusok mérésekor azonban nagyobb pontosságra van szükség. A „struktúra” különböző típusainak és jelentéseinek tisztázása kulcsfontosságú az etiológia, az elszámoltathatóság és a képviselő pontos azonosításához, és így a cselekvési lehetőségek meghatározásához.

Explicit törvények és szabályok

A strukturális hatások mérőszámainak egyik csoportja az expliciten kimondott "játékszabályokra" (13, 11. o.) vonatkozik. [2., 3. táblázat, 3. kiegészítő táblázat] Ezek a szabályok törvényekben, politikákban vagy algoritmusokban fogalmazódhatnak meg, amelyekért akár kormányzati, akár nem kormányzati intézmények viselik a felelősséget, és ezáltal felvetik a potenciális jogi felelősség, jogorvoslati vagy jóvátételi igények és alternatív jogalkotás lehetőségét (13, 181, 187). Jól ismert példák erre az Egyesült Államokban a jogilag szentesített fehér felsőbb-rendűség, a feketék rabszolgasorba taszítása, és az ezt követő legális faji megkülönböztetés (pl. Jim Crow-törvények) (1, 4, 56, 151; a legális és népi "faji higiéné" a náci Németországban (az amerikai Jim Crow-törvények alapján); a legális apartheid Dél-Afrikában (amely szintén a Jim Crow-törvényekből merített); a nők hosszú ideje tartó legális jogfosztása a világ legtöbb országában (a nőknek először 1893-ban Új-Zélandon adtak országos szavazati jogot, leg-utóbb pedig 2015-ben Szaúd-Arábiában nyerték el, bár csak helyi szinten (184)); az azonos neműek kapcsolatát tiltó nemzeti törvények 72 országban (2017-ig) (34); és egy

új, jogorvoslati szakaszban lévő amerikai szövetségi politika, amely tiltja a transzneműek katonai besorozását (123).

Az ilyen típusú strukturális hatások mérése két szempontból jelenthet nehézséget: a megkülönböztetésnek való kitettség és egyéb kapcsolódó kitettség megfelelő mérése vonatkozásában.

Először is, az ilyen típusú mérőszámokat alkalmazó egészség-méltánytalansági tanulmányok jellemzően az explicit szabályok jelenlétére összpontosítanak; kevesebb vagy semennyi figyelmet sem fordítanak annak értékelésére, hogy ezeket a szabályokat (szelektíven) érvényesítik-e, és ha igen, hogyan, így a tényleges kitettség fontos eltéréseit figyelmen kívül hagyhatják (13, 66, 181).

Másodszor, az egészség-méltánytalansági kutatások jellemzően kizárólag egyfajta izmusra vonatkozó szabályokra összpontosítanak, és bár ez a megközelítés néha indokolt lehet, az állami politikák ideológiai irányultsága gyakran azt jelenti, hogy a kapcsolódó ártalmas izmusokra vonatkozó szabályok együttesen hatnak (13, 35); amit olyan mutatók használatával lehetne korrigálni, amelyek több kapcsolódó politikát ragadnak meg (13, 35).

2. táblázat: Séma az egészség-méltánytalansági kutatás szempontjából releváns, meghatározott izmusok – és anti-izmusok – különböző típusú mérőeszközeinek meghatározásához (forrás: ismertett cikk 2. táblázat)

Izmu- soknak kitett- ség: szintek	Mérendő tényező típusa	Példák mérhető mutatókra	Vizsgálettervezéskor megfontolandók (mindegyik mutatóra)
Strukturális	Explicit "játékszabályok": igazságtalan törvények, politikák és szabályok)	<p>Igazságtalan izmus: olyan törvények, politikák és szabályok, amelyek explicit módon hátrányosan megkülönböztetik a megkülönböztetett, és előnyben részesítik a kiváltságos csoportot</p> <p>Anti-izmus: olyan törvények, politikák és szabályok, amelyek explicit módon tiltják a hátrányos megkülönböztetést vagy támogatják a pozitív megkülönböztetést (pozitív diszkrimináció és a méltányossági kritériumok; jóvátétel)</p>	<p>ÖSSZEHASONLÍTANDÓ CSOPORTOK</p> <p>Strukturális: Összehasonlító elemzéseket igényel az uralkodó politikai rendszerek vagy intézmények vonatkozásában:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Időbeli (longitudinális), egy politikán vagy intézményen belül: a megkülönböztetett csoport egészségi állapotának vagy a kiváltságos és a megkülönböztetett csoportok közötti egészség-méltánytalanság mértékének összehasonlítása a méltánytalan törvény vagy politika elfogadása vagy hatályon kívül helyezése előtt és után • Politikai rendszereken vagy intézményeken átívelően: a megkülönböztetett és a kiváltságos csoportok egészségi állapotának összehasonlítása a meghatározott törvényekkel vagy politikákkal rendelkező és nem rendelkező szintereken <p>Egyéni (az izmusoknak való kitettség és az internalizált izmusok esetében is), releváns összehasonlítások:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A megkülönböztetett csoporton belül (a megkülönböztetett csoporton belüli kitettség mértékének és annak egészségre gyakorolt hatásának számszerűsítése érdekében) • A megkülönböztetett és a kiváltságos csoport között (annak számszerűsítése érdekében, hogy a kitettség hogyan járul hozzá a megkülönböztetett és a kiváltságos csoport közötti egészség-méltánytalanságokhoz) <p>IDŐBELI SZEMPONTOK</p> <p>Strukturális: eltérő időkeretek: (a) a történelmi igazságtalanság hosszú távú hatása az igazságtalan izmusok miatt; b) az igazságtalan izmusok miatt aktuálisan fennálló igazságtalanság jelenkori hatása</p> <p>Egyének: az igazságtalan izmusoknak való kitettség és internalizációjuk hatása az élet során, beleértve a nemzedékek közötti kitettséget és internalizációt is</p> <p>Etiológiai időszak: figyelembe kell venni az egészségkárosodás kialakulásához szükséges időt, adott kitettség mellett</p>

			<p>A KITETTSÉGI ADATOK ELÉRHETŐSÉGE ÉS ÉRVÉNYSÉGE</p> <p>Strukturális: a jogszabályok, politikák és szabályok nem feltétlenül nyilvánosak vagy könnyen hozzáférhetőek, és a végrehajtásukra vonatkozó adatok nem feltétlenül elérhetőek</p> <p>Egyéni (az izmusoknak és az internalizált izmusoknak való kitettség esetében): az önbevalláson alapuló adatok csak azt tükrözik, amit az emberek hajlandóak vagy képesek elmondani arról, amit tudatosan tapasztaltak, és a válaszokat torzíthatja a társadalmi elvárás, a kényelmetlenség vagy a félelem; az implicit mérések feltárhatják az én és a csoport mint megkülönböztetett mögöttes érzését, de nem szolgáltatnak adatokat az expozíció kontextusáról; a kísérleti forgatókönyvek feltárhatják a biológiai mechanizmusokat, de nem biztos, hogy a valós kontextusokra általánosítható hatásbecsléseket adnak</p>
	<p>Implicit "játékszabályok": igazságtalan törvények, politikák és szabályok</p>	<p>Igazságtalan izmus: olyan törvények, politikák és szabályok, amelyeket szándékosan úgy alakítottak ki, hogy megkerüljék az antidiszkriminációs törvényeket annak érdekében, hogy ténylegesen, de nem kifejezetten diszkriminálják a megkülönböztetett, és előnyben részesítsék a kiváltságos csoportot</p> <p>Anti-izmus: olyan törvények, politikák és szabályok, amelyek megakadályozzák a megkülönböztetett csoporttal szembeni implicit diszkriminációt</p>	
	<p>Az igazságtalanság területi vagy intézményi hagyományai és indikátorai</p>	<p>Igazságtalan izmus: A megkülönböztetett és a kiváltságos csoportok esetében keletkező társadalmi kimenetek különbségei</p> <p>Népességalapú adatok az igazságtalan izmusokat támogató attitűdökről és meggyőződésekről (explicit felmérések; internet)</p> <p>Az igazságtalan izmusokat kifejező intézményi vagy állami gyakorlatok vizsgálata</p> <p>Az igazságtalan izmusokat támogató köztéri emlékművek és megemlékezések jelenléte</p> <p>Anti-izmus: ugyanazok a megközelítések, mint az igazságtalan izmusok esetében, de az anti-izmus támogatásával összefüggésben</p>	
<p>Egyéni</p>	<p>Explicit önbevallás Implicit mérés Kísérleti</p>	<p>Igazságtalan izmusok: explicit kutatási kérdésfeltevés, vagy implicit asszociációs tesztek (IAT-k), vagy igazságtalan izmusoknak való kitettséget vizsgáló kísérletek</p> <p>Anti-izmus: ugyanazok a megközelítések, mint az igazságtalan izmusok esetében, de az anti-izmusnak való kitettséggel összefüggésben</p>	
<p>Internalizált</p>	<p>Explicit önbevallás Implicit mérés</p>	<p>Igazságtalan izmusok: explicit kutatási kérdésfeltevés, vagy IAT-k, vagy az igazságtalan izmusok internalizálását magukba foglaló kísérleti elrendezések.</p> <p>Anti-izmus: ugyanazok a megközelítések, mint az igazságtalan izmusok esetében, de az anti-izmus internalizálásával kapcsolatban</p>	

3. táblázat: Konkrét egészség-méltányossági kutatások a rasszizmus, a szexizmus, a heteroszexizmus és a nemi binarizmus izmusok és anti-izmusok mérésére (hivatkozások az eredeti cikkben); forrás: ismertetett cikk 3. táblázat

Szin- tek	Mérendő tényezők típusa	Az egészségméltánytalanság-kutatásokból vett válogatott példák
Strukturális	Explicit "játékszabályok": igazságtalan törvények, politikák és szabályok	<p>Rasszizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Az Egyesült Államokban a csecsemőhalandósággal kapcsolatban végzett, az 1960-as évekből származó polgárjogi intézkedések vizsgálata (2) • Az USA államainak Jim Crow státusza (törvényes faji diszkrimináció), és annak az 1960-as évek közepén történő eltörlése, és az akkori és az azt követő csecsemőhalálozási ráták (101), a korai halálozás (102) és az emlőrák ösztrogénreceptor-státusza közötti összefüggések nemzeti szintű mérése • Az Egyesült Államok szövetségi azon politikái, amelyek faji megkülönböztetést írnak elő a városrészek fejlesztése és a lakáshitelek ("újrarájzolás": 1930-as évektől az 1960-as évek közepéig (170)), a városon belüli városi erőszak (79), az önértékelt egészségi állapot (130), a rák stádiuma a diagnózis felállításkor jelenlegi arányaival (N. Krieger, E. Wright, J.T. Chen, P.D. Waterman, E.R. Huntley, M. Arcaya, bírálattal), és a koraszüléssel (N. Krieger, G. Van Wye, M. Huynh, P.D. Waterman, G. Maduro, W. Li, R.C. Gwynn, O. Barbot, M.T. Bassett, bírálattal) összefüggésben <p>Szexizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> • A nők élelmezésbiztonsági jogainak nemzeti szintű mérése 42 alacsony és közepes jövedelmű országban (20) • A nők földhöz fűződő jogai és a családon belüli erőszak összefüggésére vonatkozó országos mérések Kína vidéki területein (177) • A nők legális gazdasági jogai és a malária előfordulási arányainak összefüggéseire vonatkozó országos szintű mérések 90 kevésbé fejlett országban (7) • 11 európai jóléti államnak a megbetegedési és halálozási eredmények tekintetében mutatózó nemi méltányosságra irányuló 12 szociális beruházási politikája hatásának nemzeti szintű mérése (15) • A nők választójoga és a gyermekek életben maradása összefüggéseinek nemzeti szintű mérése az Egyesült Államokban (1869–1920, a nők nemzeti alkotmányos választójogának 1920-as elfogadása előtt) (138) <p>Heteroszexizmus és nemi binarizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> • A diszkriminációmentességre vonatkozó LGBT-jogszabályok amerikai állami szintű mérései a szexuális kisebbséghez tartozó nők egészségügyi szolgáltatókkal való elégedettségével kapcsolatban (9) • Az azonos neműek házasságának amerikai állami szintű tiltása és pszichiátriai rendellenességek az LGBT-populációkban (73) • Az USA állami szintű transzneműekkel kapcsolatos politikái és a transzneműek egészségének kapcsolata (50) • A nemi identitással kapcsolatos nemzeti törvények és az argentin transznemű nők egészségi állapotának kapcsolata (5)
	Implicit "játékszabályok": igazságtalan törvények, politikák és szabályok	<p>Rasszizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> • A „gerrymandering” (a szavazóközetek határainak pártpolitikai manipulációja) kifejezetten faji kritériumok használata nélkül), valamint a színes bőrű népességnek az amerikai Superfund telephelyekhez (nagy veszélyt jelentő mérgező hulladéklerakók) való közelsége amerikai állami szintű mérése (88) • A demenciastátuszt becsülő algoritmusok és a faji/etnikai hovatartozás szerinti eltérő pontosság kapcsolata egy amerikai országos reprezentatív adatbázisban (60) <p>Szexizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> • A nemek szerint nyilvánosan hozzáférhető illemhelyek (beleértve a piszoárokat is) helyi felmérései a közterületeken (repülőterek, pályaudvarok, bevásárlóközpontok) négy dél-afrikai városban (179) • A munkaidő-küszöbértékek (nem tesz kifejezett említést a nemekről) és a mentális egészség terén mutatózó nemek közötti egyenlőtlenségek nemzeti szintű mérése Ausztráliában (48) <p>Heteroszexizmus és nemi binarizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Országos tanulmány a szexuális irányultságra és a nemi identitásra vonatkozó kérdések kihagyásáról az egészségügyi adatokból az Egyesült Államokban (159)

	<p>Az igazságtalanság területi vagy intézményi hagyományai és jelzői</p>	<p>Megjegyzés: Az egészség-egyenlőségi kutatásokban használt, az igazságtalan izmusokra vonatkozó, területalapú mérőszámok túlnyomórészt a lakóhelyi faji szegregáció városi szintű mérésére vonatkoznak (99, 192, 196); a térbeli polarizáció új mérőszámai lehetővé teszik a faji, gazdasági és faji alakra helyezett gazdasági szegregáció részletesebb, többszintű méréseinek használatát (108, 112, 115). Az alábbi példák a lakóhelyi szegregáció mérésén túlmutatnak.</p> <p>Rasszizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Az Egyesült Államokban a környékbeli kockázati tényezők, pl. a raktárépületek (Los Angeles egyesített statisztikai területén) faji/etnikai hovatartozás szerinti méltánytalan területi eloszlásának helyi mérése (202) • Az USA megyei és állami szintű mutatói a feketék és fehérek közötti különbségek különböző társadalmi és gazdasági indikátorainak kapcsolata vonatkozásában a születési eredményekkel (39, 189), a halálos kimenetelű rendőrségi lövöldözésekkel (134) és a szívinfarkttal kapcsolatban (125) • Területi alapú amerikai internetes adatok a csecsemők egészségi állapotával kapcsolatban, pl. a gyűlöletbeszédre vonatkozó internetes adatok (36) vagy az implicit előítéletességre vonatkozó felmérések (137, 152) felhasználásával <p>Szexizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nemzeti mérése a nemek arányára (nők/férfiak) a különböző társadalmi és politikai mutatók esetében és a nőgyilkosságok arányának kapcsolata 61 országban (156) • A nemek közötti egyenlőtlenségek mérése a következő területeken: (a) az Egyesült Államok állami törvényhozásában való politikai képviselet, (b) a keresetek, a munkaerő-piaci részvétel és a szegénységi arány tekintetében, valamint a (c) vallási konzervatívok aránya az állam lakosságában és (d) abortuszt végző szervezet nélküli megyében élő nők aránya és ezek kapcsolata a krónikus egészség állapotokkal, az önértékelt egészségi állapottal és a fizikai teljesítőképességgel (77) • Nemzeti mérések a nők parlamenti képviseletére és a halálra ítélt arányokra vonatkozóan 155 országban (126) <p>Heteroszexizmus és nemi binarizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Az azonos neműek házasságáról szóló népszavazás szavazási eredményeinek és az ausztráliai LMB népesség mentális egészségének kapcsolatára vonatkozó nemzeti szintű mérések (163) • Amerikai közösségi adatok az explicit és implicit HIV-előítéletek és a HIV-fertőzöttek pszichológiai és fizikai jóléte kapcsolatára vonatkozóan a New England-i közösségekben (137)
<p>Egyéni: izmusnak kitettség</p>	<p>Explicit önértékelés</p>	<p>Rasszizmus</p> <p><i>Megjegyzés: A faji megkülönböztetés és az egészség (viselkedési, mentális és fizikai) vizsgálatában a legszélesebb körben a kitettség önbevalláson alapuló mérését használják (99, 121, 157, 196). Az alábbiakban felsorolt áttekintések és példák kiválasztásának indoka az ilyen mérések világszerte történő jelenlegi használatának szemléltetése.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • A faji megkülönböztetésnek (mint célpont vagy áldozat) való kitettségre vonatkozó nemzeti és közösségi alapú lakossági önbevalláson alapuló adatok és a különböző egészségmutatók kapcsolatára vonatkozó áttekintések az USA színes bőrű lakossága és más országok faji alapon megkülönböztetett lakossága körében (12, 89, 99, 157, 158, 196) • Nemzeti és közösségi alapú lakossági önbevalláson alapuló adatok a faji, etnikai és kasztok szerinti megkülönböztetéssel kapcsolatos tanulmányokban és ezek kapcsolata az egészségi állapottal és az egészségmagatartással Braziliában (160), Európában (46), Izraelben (45), Indiában (84) és Új-Zélandon (72) <p>Szexizmus</p> <p><i>Megjegyzés: Az egyéni önbevalláson alapuló adatok a legszélesebb körben használt mérőszámok a szexizmus és az egészség témakörében végzett világméretű kutatásokban, bár elsősorban a nemi alapú erőszakkal kapcsolatban, amely néha a szexuális zaklatást is magában foglalja (86, 133, 188). Az alább felsorolt példák kiválasztásának indoka azoknak a mai egészség-méltányossági tanulmányok szemléltetése, amelyek a nemi megkülönböztetés és a szexizmus kevésbé gyakran használt mérőszámaikat alkalmazzák, és amelyek kifejezetten a szexuális zaklatásra is összpontosítanak.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Önbevalláson alapuló adatok a nemi megkülönböztetésről és a nők drogfogyasztásáról az Egyesült Államokban (32) • Önbevalláson alapuló adatok a szexista ideológiáról és a férfiaknak a nők reprodukív egészséggel kapcsolatos döntései feletti ellenőrzéséről az Egyesült Államokban (164) • Önbevalláson alapuló adatok az amerikai nők szexizmussal kapcsolatos tapasztalatairól és a szexuális kockázati viselkedésről (41) • Önbevalláson alapuló adatok a szexuális zaklatásról és a mért fizikai egészségről az Egyesült Államokban (103, 183), valamint az önértékelt egészségről és az önbevalláson alapuló pszichológiai egészségről az Egyesült Államokban (28, 71) és világszerte (40) • Önbevalláson alapuló adatok a párkapcsolati nemek közötti egyenlőség és az önértékelt egészség kapcsolatáról Svédországban (178)

Egyéni izmusnak kitettség	Implicit mérés	<i>Megjegyzés: Úgy tűnik, hogy csak négy közzétett egészség-méltányossági vizsgálat használta az IAT-ot annak felmérésére, hogy az emberek mennyire érzik magukat a faji diszkrimináció célpontjának, illetve elkövetőjének (33, 100, 113, 114); ezek közül az egyik a nemi diszkrimináció célpontjának, illetve elkövetőjének érzetét vizsgáló IAT-ot is tesztelte (33); ezeket a méréseket a dohányzási státusszal és a mért vérnyomással hozták összefüggésbe (100, 114)</i>
	Kísérleti	<p>Rasszizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> A faji megkülönböztetésnek való kitettség kísérleti manipulációja amerikai vizsgálatokban: a faji stresszoroknak történő kitettség a nem-faji stresszoroknak való kitettséggel szemben (pl. vizuális címkék használata, írásos anyagok vagy szövetséges személyek beszámolóinak felhasználása) és a mért vérnyomás, a kardiovaszkuláris reaktivitás és a kortizolszintek kapcsolatának elemzése (6, 76, 78, 119, 171) <p>Szexizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> A szexizmusnak való kitettség kísérleti manipulációja amerikai vizsgálatokban (pl. szövetséges személyek beszámolóinak és írásos anyagok felhasználásával) és a kortizolszintek és a kardiovaszkuláris reaktivitás kapcsolatának elemzése (51, 185) <p>Heteroszexizmus és nemi binarizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> Nem találtunk kísérleti elrendezést alkalmazó egészség-méltányossági tanulmányokat
Egyéni: internalizált	Explicit önértékelés	<p>Rasszizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> Önbevalláson alapuló adatok az internalizált negatív faji csoportos attitűdök és a szív- és érrendszeri betegségek kapcsolatáról afroamerikai férfiak körében (37) Önbevalláson alapuló adatok az internalizált rasszizmus és a mentális egészség kapcsolatáról az afroamerikaiak, az Egyesült Államokban született karibi feketék és a külföldön született karibi feketék körében az Egyesült Államokban (143) <p>Szexizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> Nem találtunk egészség-méltánytalansági tanulmányokat <p>Heteroszexizmus és nemi binarizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> Önbevalláson alapuló adatok az internalizált heteroszexizmus vagy homofóbia és a mentális és fizikai egészség kapcsolatáról az Egyesült Államokban (132, 166, 180) Önbevalláson alapuló adatok az internalizált nemi kisebbségi stresszről és a depressziós tünetekről az amerikai transznemű és nemi szempontból nem konform fiatalok (42) és svájci transznemű felnőttek körében (80) Önbevalláson alapuló adatok az internalizált transzfóbia és az öngyilkossági kísérletek kapcsolatáról az argentin transznemű felnőttek körében (129)
	Implicit mérés	<i>Megjegyzés: Úgy tűnik, hogy csak egy közzétett egészség-méltányossági tanulmány alkalmazta az IAT-t az implicit előítéletességre, mint az internalizált elnyomás mérésére vonatkozóan, az afroamerikai férfiak körében a depresszióval kapcsolatos internalizált faji előítéletesség mérésére (38).</i>

Implicit törvények és szabályok

Máskor a törvények vagy szabályok szándékosan nem nevezik meg a megkülönböztetett csoportokat, például mert ez törvénytelen, de ennek ellenére a kialakítása vagy a hatása negatívan diszkriminál. [2., 3. táblázat, 3. kiegészítő táblázat] Két klasszikus példa az Egyesült Államokból, amelyek az afro-amerikaiakat célozzák anélkül, hogy a vonatkozó törvények kifejezetten megneveznék ezt a csoportot: a) a Kábítószer Elleni Háború, és annak a tömeges bebörtönzéssel való kapcsolata, melyek mindegyike az egészség-méltánytalansággal kapcsolatos kutatások közepontjában áll, és b) a választók elnyomása, akár a (ma már törvényen kívül helyezett) közvélemény-kutatások és a műveltségi tesztek, akár a (még mindig legális) gerrymandering, a korlátozó szavazóazonosító törvények, a szavazási idők és helyek korlátozása (4, 151), melyek ezzel szemben kevés figyelmet kaptak az egészség-méltánytalansággal kapcsolatos kutatásokban (88). Az implicit szabályalapú diszkrimináció újabb formája az algoritmikus-diszkrimináció, amikor a torzított adatokra alkalmazott elemzési algoritmusok torzított előrejelzéseket eredményeznek, amint ez megtörtént a gépi tanulás, az óriási adatbázisok esetében, valamint a foglalkoztatással, a büntetőítéletekkel, a jelzaloghitelek jóváhagyásával és az orvosi ellátással kapcsolatos intézményi döntések esetében (63, 148, 168). Mindkét esetben az ilyen típusú méltánytalanságok elleni fellépéshez anti-izmus mérések szükségesek, hogy a megkülönböztetett csoportok védelme érdekében az izmus-tudatos szabályokat alkalmazni lehessen (1, 4, 70, 148, 168, 187).

Területi vagy intézményi nem szabályalapú mérések

Az egészség-méltánytalansági szakirodalomban megjelenő, strukturálisnak is nevezett egyéb mutatószámok nem közvetlenül a hatályos (akár explicit, akár implicit) szabályok hatásait, hanem a strukturális

méltánytalanság korábbról megörökölt területi vagy intézményi következményeit mérik. [2., 3. táblázat, 3. kiegészítő táblázat] Az ilyen mérések leggyakrabban népességalapú adatokat használnak, és a megkülönböztetett csoport és a kiváltságos csoport közötti (relatív vagy abszolút) különbséget számszerűsítik egy vagy több meghatározott társadalmi mutatóra, mint például a csoportkülönbségek a jövedelem, az oktatás, a foglalkoztatás, a lakástulajdon, a lakóhelyi szegregáció, a politikai képviselet, a rendfenntartás, a tömeges bebörtönzés, a közlekedéshez való hozzáférés, a reprodukív egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés, a mérgező hulladéklerakók vagy szennyező iparágak vagy létesítmények közelsége, satöbbi tekintetében. [2., 3. táblázat, 3. kiegészítő táblázat] Az egészségméltánytalanságkutatásokban eddig használt mérőszámok igen különfélék, ami megnehezíti a különböző vizsgálatok eredményeinek összehasonlítását. E mérőszámok megbízhatóságát egyelőre korlátozza, hogy csak a nyilvánosan hozzáférhető, az érintett társadalmi csoportok szerint rétegezhető adatokból származnak. Ugyancsak potenciálisan érdekesek, de a kvantitatív, népességalapú egészség-méltánytalansági kutatásokban még nem használtak olyan területi mérőszámokat, amelyek a méltánytalan izmusokat támogató köztéri emlékműveknek (pl. az Egyesült Államokban a konföderációt támogató emlékműveknek) való kitettség-re, valamint – mint anti-izmusoknak – az ilyen emlékművek eltávolítására, illetve a méltánytalan izmusokat leleplező köztéri művészettel való helyettesítésükre vonatkoznak (23, 82, 136, 172). Az egészségméltánytalanságkutatásokban újabban használt további területi mutatók az izmusokra vonatkozó társadalmi normák mérésére töreksenek kérdőíves vagy internetes adatok felhasználásával. [2., 3. táblázat, 3. kiegészítő táblázat] Óvatosságra van azonban szükség, tekintettel a) a hátrányos diszkriminatív attitűdökre vonatkozó önbevallásos adatok jól ismert torzításaira (különösen az alacsonyabb számú bejelentésre) (10, 92, 99, 145, 154, 157), valamint b) a politikai

megosztottságot szító, család internetes bejegyzések gyors terjedésére, különösen az aktuálisan felkapott izmusok esetében (30, 148). Alternatíva lehet az ilyen torzításokat kiküszöbölő, de egyelőre nemigen használt megközelítés a népeség-alapú kutatásokban az olyan vizsgálat, amely során azonos önéletrajzokat – vagy hasonló testalkatú, azonos öltözetű emberek képeit – küldenek a potenciális munkaadóknak vagy bérbeadóknak, amik szerint a jelentkezők kizárólag faji/etnikai vagy nemi megjelenésükben vagy párkapcsolati státuszukban (pl. egyedülálló, azonos nemű pár, heteroszexuális pár) különböznek (118, 145, 154, 167). Egy másik újonnan alkalmazott megközelítés az egészség-méltánytalanság-kutatásban a területi alapú implicit elfogultsági adatok használata (137, 152); fontos azonban figyelembe venni, hogy a szelekciós torzítás befolyásolhatja azt, hogy kik keresik és töltik ki önként az ilyen webalapú tesztek (pl. főként a magasan képzett és jómódú személyek) (18, 22, 201). Az ilyen típusú területi mérőszámok együttesen kizárólag az úgynevezett statisztikai diszkriminációról szolgáltatnak bizonyítékot (azaz a csoport-különbségek statisztikai bizonyítékai, amelyek feltehetően méltánytalan folyamatok miatt merülnek fel, de nincs explicit bizonyíték a válaszolók motivációira), és bár az ilyen bizonyítékok nem felelnek meg a szándékosság bizonyítását megkövetelő jogi normáknak (3, 174), mégis hasznosan tájékoztathatnak és ösztönözhetnek a méltányosság érdekében tett intézkedésekre.

Történelmi eshetőség, valamint a strukturális mérőszámok és az összehasonlító csoportok kiválasztása

Az, hogy milyen típusú strukturális mutatók alkalmazhatók, a társadalmi és történelmi kontextustól függ. Kulcsfontosságú szempont, hogy a szóban forgó méltánytalanság típusa jogilag vitatott-e. Vegyük először a hátrányos, faji alapú lakóhelyi szegregáció esetét az Egyesült Államokban. A körvonalait az USA-beli szövetségi, valamint állami törvények és politikák

alakították ki hivatalos térképekre lefordítva, melyek engedélyezték a lakóhelyi faji szegregációt és dezintegrációt a Jim Crow törvényt alkalmazó államokban és azokon kívül az 1930-as évektől az 1960-as évek közepéig, mely időszak után az ilyen legális faji megkülönböztetést országosan betiltották (55, 135, 170). Mivel 1965 után megszűnt a lakhatásban a faji megkülönböztetést engedélyező törvények helyi vagy időbeni különbözősége, az egészségmértánytalanság-kutatások elsősorban olyan területi mutatókra támaszkodtak, amelyek tükrözték a korábbi legális lakóhelyi szegregáció és a jelenlegi illegális faji megkülönböztetés hatását. Az ilyen mutatók különbözőképpen vonatkoztak a környék összetételére (pl. faji/etnikai, jövedelmi) és körülményeire (pl. fizikai környezet, lakóépületek), a lakhatási méltányossághoz kötődő vagy az elszegényedés generációk közötti átörökítésére, valamint a szavazóközetekhez és a választási létesítményekhez kötődő politikai hatalomra (4, 8, 58, 99, 135, 157, 192, 196). Csak az eredeti 1930-as térképek közelmúltbeli feltárással és digitalizálásával vált lehetővé, hogy az egészségmértányosság kutatói elkezdjék vizsgálni az eredeti legális diszkrimináció hosszú távú hatásait mind a lakóhelyi összetétel megváltozására, mind az egészség-méltánytalanságokra vonatkozóan (79, 130, 135; N. Krieger, E. Wright, J. T. Chen, P.D. Waterman, E. R. Huntley, M. Arcaya, nem publikált adatok; N. Krieger, G. Van Wye, M. Huynh, P.D. Waterman, G. Maduro, W. Li, R. C. Gwynn, O. Barbot, M.T. Bassett, nem publikált adatok). Ezzel szemben a jelenlegi jogi és politikai konfliktusok, például az azonos neműek házassága és élettársi viszonya (19, 34), valamint a transznemű és harmadik nemű személyek jogai (pl. travesztiták Dél-Amerikában, hijrák Indiában és muxok Mexikóban), lehetővé teszik a szóban forgó explicit szabályok egyidejű egészségi hatásainak elemzését. Ugyanez érvényes a szexizmussal kapcsolatban a szexuális zaklatással (81, 86, 149, 204), a nemi alapú erőszakkal (24, 86, 133, 188), valamint a szexuális és reprodukció-jogok-

kal és egészséggel kapcsolatos törvényekkel és politikákkal kapcsolatos jelenlegi konfliktusokra, például a fogamzásgátláshoz, az abortuszhoz vagy a szexuális vagy nemi kisebbségeket elfogadó egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel, vagy a terhességi és szülői szabadsággal kapcsolatos politikák vonatkozásában (13, 24, 53, 59, 62, 67, 68, 86, 144, 181). Az alkalmazott strukturális mutatók típusától függetlenül alaposan át kell gondolni mind az összehasonlítandó csoportokat, mind az etiológiai periódusokat (14, 97). Az is kérdéses, hogy az emberek jogszerűen milyen mértékben képesek változtatni annak érdekében, hogy részüljenek a politikai változások előnyeiből vagy elkerüljék azok hátrányait (13, 135). Az összehasonlítások magukban foglalhatják a) a megkülönböztetett csoportok egészségi állapotának összehasonlítását a törvény vagy politika hatálybalépése előtt és után; b) a megkülönböztetett csoport és a kiváltságos csoport egészségi állapotában mutatkozó méltánytalanság mértékében bekövetkező, a politika változása előtti vagy utáni változásokat; és c) a megkülönböztetett csoport egészségi állapotának vagy a megkülönböztetett csoport és a kiváltságos csoport egészségi állapotában mutatkozó méltánytalanság mértékének keresztmetszeti összehasonlítását a vonatkozó törvény vagy politika alkalmazása tekintetében eltérő államok között. A rövid távú (vagy akár keresztmetszeti) időbeli összehasonlítások alkalmazásai lehetnek a rövid etiológiai periódussal rendelkező mutatók (pl. pszichológiai distressz) esetében; hosszabb etiológiai periódus esetében figyelembe kell venni az idő-eltolódást (13, 97). Különösen fontos szempont a beépült ártalmak hosszú ideig való fennmaradása és intergenerációs megvalósulása. Ami jogi vagy politikai szempontból "réginek" tűnhet, az a biológiai generációk szempontjából lehet, hogy csak egy pillanat (97, 104, 107). A Jim Crow törvényeket például az Egyesült Államokban 1964-ben illegálisnak nyilvánították (1, 4, 151). Azonban bárki, aki 2019-ben 55 éves, vagy idősebb volt az Egyesült Álla-

mokban, az akkor született, amikor a Jim Crow törvény volt az ország törvénye, és bármelyik gyermekük egy olyan személy gyermeke, aki potenciálisan megtapasztalta ezt a mindent átfogó strukturális rasszizmust (2, 83, 101). A kisszámú Jim Crow törvénnyel és annak eltörlésével kapcsolatos egészségmértánytalanság-kutatás bizonyítja, hogy a törvény hatással volt a csecsemőhalandóságra, a korai halálózásra, és növelte több halálos típusú mellrák jelenlegi kockázatát (2, 70, 83, 101, 102, 106, 107). A beépült történelem ilyen értelmezése az, amit az egészség-mértánytalanság kutatói az izmusok hatásának méréséhez figyelembe vehetnek.

Egyéni: Az izmusoknak és anti-izmusoknak való kitettség

Az emberek kitettségét alakító strukturális feltételek fontossága ellenére az izmusokkal és az egészséggel kapcsolatos egészségmértánytalanság-kutatásokban mégis a leggyakrabban használt mérési mód a diszkriminációnak való kitettség egyéni szintű explicit önbevallása (akár célpontként, akár szemtanúként). [2., 3. táblázat, 1-3. kiegészítő táblázatok] Más, ritkábban használt egyéni szintű mérőszámok közé tartoznak a diszkriminációnak való kitettség implicit és a beépült elnyomást mérő mutatói.

Explicit önbevallás

Amint azt más közelmúltbeli szakirodalmi áttekintésekben hosszasan tárgyalták (12, 89, 98, 99, 121, 141, 142, 157, 158, 196), a rasszizmus, a heteroszexizmus és a nemi binarizmus esetében a legtöbb kutatás önbevalláson alapuló explicit mérésekre támaszkodik. Ezek a mérések általában azt vizsgálják, hogy az izmusnak való kitettség megtörtént-e; milyen kontextusban (pl. munkahelyen, közterületen, iskolában, a rendőrségtől vagy a bíróságon, online, orvosi ellátásban stb.); a kitettség milyen intenzitású, gyakoriságú és időtartamú volt (a kitettséggel érintett életkort is

beleértve); és azt is, hogy a kitett személy hogyan reagált (pl. az ellenállástól az internalizációig). [2., 3. táblázat, 1-3. kiegészítő táblázatok] Ezzel szemben a szexizmus esetében a mérőszámok döntően a szexizmusra jellemző hiedelmek és gyakorlatok tevékenységben történő megjelenéseként értelmezhetők, például szexuális zaklatás (különösen a munkahelyen, de közterületen is), (31, 103, 150, 204) nemi alapú erőszak, valamint a szexuális és reprodukív jogok és egészség feletti ellenőrzés (24, 77, 86, 99, 133, 139, 161, 188). [2., 3. táblázat, 1-3. kiegészítő táblázatok] Mint minden önbevalláson alapuló mérésnél, itt is óvatosnak kell lenni. [2. táblázat] Először is, az önbevalláson alapuló mérések csak azt közölhetik (92, 99), amit az emberek hajlandóak és képesek elmondani, amit a félelem, a társadalmi elvárás, a trauma, az internalizált elnyomás és a tudáshiány alakít (10, 33, 98, 145, 154, 157). Ezen túlmenően a kiváltságos csoport tagjai fordított diszkriminációra hivatkozhatnak, amikor szem-besülnek a korábbi kiváltságaik potenciális csökkenésével (99, 144, 165, 191, 200); a kiváltságos csoportok tagjait is bevonó egészség-méltányosság vizsgálatok az eredmények értelmezésének megkönnyítése érdekében alkalmazhatnák – de ritkán alkalmazzák – az ellenszenv releváns mérőszámait (pl. faji ellenszenv vagy ellenséges szexizmus (164)). A diszkriminációval kapcsolatos önbevalláson alapuló tapasztalatot ráadásul jellemzően kizárólag pszicho-szociális stresszorként elemzik (12, 89, 92, 98, 99, 121, 141, 142, 157, 158, 196), még akkor is, ha egyes kitettségek (pl. a tisztességtelen rendőri fellépés) nem csak pszicho-szociális, hanem fizikai kockázatot is jelentenek (1, 52, 75, 98). A kizárólag pszicho-szociális fókusz korlátaira utalva gondoljunk a bérdiszkrimináció esetére, amely anyagi (gazdasági) károkat okozva károsíthatja az emberek egészségét (92, 99, 155, 174). Az Egyesült Államokban a munkahely a faji, nemi és LMBT-ellenes (leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű) diszkrimináció leggyakrabban jelzett színtere (99, 147). A munkavállalók azonban nehezen tudják meg, hogy történik-e bérdiszkrimináció. Miért?

A válasz nem egyszerűen a társadalmi normákban rejlik. Inkább amiatt, hogy az USA államai közül jelenleg csak 15-ben, valamint Columbia Körzetben törvényes, hogy a munkavállalók megosszák a bérükkel kapcsolatos információkat (198). Nem meglepő, hogy az Egyesült Államokban a közelmúltban számos nagy visszhangot kiváltó bérdiszkriminációs pert indítottak olyan felperesek, akik véletlenül megtudták olyan munkatársaik bérét, akik ugyanazért a munkáért magasabb fizetést kaptak (120, 199). Szintén nem meglepő, hogy kutatások szerint azokban az államokban, ahol a bérek átláthatósága jogilag védett, ott a legalacsonyabbak a nemek közötti bér-méltánytalanságok a munkakörökön belül (85). Így, ahol szabályozzák, hogy az egyének mit nem tudhatnak meg, valószínű, hogy a strukturális mérőszámok pontosabb információt jelentenek, mint az önbevalláson alapuló kitettség mutatói. Az önbevalláson alapuló mérésekkel kapcsolatos további, más szakirodalmakban (11, 27, 99, 121, 157, 196) hosszasan tárgyalt aggályok arra vonatkoznak, hogy a kérdéseknek kifejezetten a diszkriminációra (mint a "tapasztalatok a diszkriminációról" mutatóban (110, 111)), vagy a tisztességtelen bánásmódra (mint a "mindennapi diszkrimináció skála" (196, 197)) kell-e utalniuk, vagy csupán a kérdéses viselkedést kell megnevezniük. Még a szexuális zaklatás és a nemi alapú erőszak kutatásában is, ahol a konszenzus szerint a viselkedésre kell összpontosítani (a visszaélés vagy a szexizmus kifejezett említése nélkül), sok az ellentmondás azzal kapcsolatban, hogy mely viselkedéseket, kik által, kik ellen kell figyelembe venni, és hogyan lehet a legjobban ellensúlyozni a félelmeket és az internalizált hibáztatást, amelyek hozzájárulnak az alacsonyabb számú bejelentésekhez (133, 188, 204). Egy másik problémás kérdés, hogy a diszkrimináció és az egészség irodalma számos olyan vizsgálatot tartalmaz, amely kizárólag egy vagy két itemes mérőeszközt alkalmaz, annak ellenére, hogy jól ismertek az ennyire kevés itemet tartalmazó eszközök megbízhatóságát és érvényességét befolyásoló pszichometriai hibák (12, 44, 99, 141,

142). E kihívások ellenére a világ minden tájáról származó vizsgálatok igazolják, hogy a méltánytalan izmusokban gyökerező különféle típusú diszkrimináció és gyűlölet-bűncselekmények önbevalláson alapuló tapasztalatai erőteljesen összefüggenek a pszichológiai distresszel, és összetett módon kapcsolódnak az egészség-károsító magatartásformákhoz, a biomarkerekhez és a betegségekhez (99, 128, 157, 158, 193, 196). Ennek megfelelően ezek fontos kiegészítői a strukturális mérőszámoknak, betekintést nyújtanak azokba a személyes tapasztalatokba, amelyek a beépülés módjára utalnak, és összekötik a strukturális meghatározókat a beépült ártalmakkal és a népességi szintű egészség-méltánytalanságokkal.

Implicit mérés

Egy másik lehetőséget kínál az implicit asszociációs teszt (IAT), egy megbízhatóan validált és széles körben elfogadott kognitív idő-reakció teszt, amelyet a pszichológiai szakirodalom jól körülír, és amelyet úgy terveztek, hogy kezelje a szociálisan érzékeny témák önbevalláson alapuló mérését érintő jól ismert problémákat (10, 44, 64, 146). Az általunk kifejlesztett, a diszkriminációs célpontérzetet felmérő új IAT-okkal kapcsolatos előzetes vizsgálatokban (33, 100, 113, 114) azt találtuk, hogy ezek az IAT-ok nem kapcsolódtak a társadalmi elfogadottsághoz (ahogyan az önbevalláson alapuló adatok esetében általában előfordul), nem mutatták azokat a jól ismert személy-csoport diszkriminációs eltéréseket, amelyek az önbevalláson alapuló méréseket befolyásolják (amelyről korábban azt feltételezték, hogy a társadalmi elfogadottság termékének tekinthető), és a dohányzással és az emelkedett vérnyomással is összefüggésbe hozhatók (33, 144). Az ezekkel a mérésekkel kapcsolatos munka még gyerekcipőben jár.

Kísérlet

Az izmusok egészségre gyakorolt hatásainak pszicho-szociális kutatásában ritkábban kísérleti technikákat is alkalmaztak, a

résztevőket képzelt vagy ellenőrzött helyzeteknek tették ki, melyek célja, hogy megfeleljenek az izmusok által kialakított tapasztalatoknak, hogy felmérjék azok pszichológiai állapotra, fiziológiai izgalomra vagy különböző biomarkerekre gyakorolt hatását (44, 99, 128, 145, 158). Annak ellenére, hogy kétséges az ilyen eredményeknek a valós pszicho-szociális stresszorok hatásaira vonatkozó általánosíthatósága (44, 145, 154), e vizsgálatok betekintést nyújthatnak azon pszichológiai és biológiai mechanizmusokba, melyek részt vehetnek a méltánytalan izmusok ártalmas hatásainak beépülésében (44, 99, 116, 128).

Egyéni: Internalizált izmusok és anti-izmusok

Végül a rasszizmussal, heteroszexizmus-sal és nemi binarizmussal, de a szexizmus-sal alig foglalkozó egészség-méltánytalansági vizsgálatok az úgynevezett internalizált izmusok, például internalizált elnyomás vagy megbélyegzés mutatóit alkalmazták. [2., 3. táblázat, 3. kiegészítő táblázat] A kérdés az, hogy a megkülönböztetett személyek tudatosan vagy tudattalanul milyen mértékben fogadják el a kiváltságos csoportnak az őket alsóbbrendűnek, deviánsnak vagy szégyenletesnek tekintő nézetét. Az elfogadás ugyanis növelheti a megkülönböztetett csoportban a pszicho-szociális folyamatokon keresztül kialakuló egészségkárosodás kockázatát, mind viselkedéses, mind biológiai értelemben (99, 128, 157, 193, 196). Az anti-izmusok mérése [1. táblázat] ezzel szemben egyéni szinten képes felmérni, hogy a megkülönböztetett csoportba tartozó személyek milyen mértékben büszkék (esetleg érznek dacot) a csoportjukkal kapcsolatban. Ilyen adatok informálhatnak arról, hogy ki és miért diszkriminálja őket (99, 157), valamint a népesség szintjén szintén fontos mutató a nyilvános demonstrációk és szlogenek megjelenése, mint például az LGBT büszkeség vagy a "fekete szép" szlogen (74, 127, 176, 187, 190). A diszkriminációnak való kitettség önbevalláson alapuló méréseihez

hasonlóan az internalizált elnyomás és büszkeség mérése is jellemzően explicit önbevalláson alapuló mérőeszközökre (az önbevalláson alapuló adatokkal kapcsolatos összes fenntartással egyetemben) (44, 99, 157), vagy ritkábban implicit mérésekre támaszkodik (10, 38).

Előttünk álló kihívások: a cselekvéshez vezető tudás az igazságtalan izmusok okozta egészség-méltánytalanságok megszüntetése érdekében

Amint annak nyilvánvalónak kellene lennie, az egészség-méltánytalanságok kutatása megérett az igazságtalan izmusok és anti-izmusok mérésének fejlesztésére, hogy jobban hasznosítható ismereteket nyújtson az egészség-méltányosságot előmozdító megértéshez és cselekvéshez. Az egyéni szintű pszicho-szociális méréseket alkalmazó kutatások túlsúlyán való túllépéshez a következő intézkedéseket javaslom:

- Az validált strukturális mérőszámok körének típus és időkeret szerinti kiterjesztése, hogy felölelje azokat a történelmi méltánytalanságokat, amelyek beépült egészségkárosodásai generációkon belül és generációkon átívelve jelentkeznek (97, 101, 102, 104), és hogy integrálja a különböző típusú izmusoknak való kitettséget (ahogyan a tesztünk teszi ezt minden nap [67, 74, 92, 95, 99, 162]), annak tisztázása mellett, hogy a strukturális mutatók szabályalapúak vagy feltételezett szabályok indikátorai.
- Az anti-izmus hatásának kiegészítő mérése a strukturálistól az internalizáltig terjedő mutatókkal, támaszkodva az egészség-igazságossággal kapcsolatos új munkára (21, 69, 155, 162).
- Az összehasonlító egészség-méltányosság kutatások (13, 15) körének bővítése, kihasználva a méltánytalan izmusoknak és a korrekciós anti-izmu-

soknak való kitettség nemzetek közötti vagy nemzeten belüli) és időbeli eltéréseit.

- Olyan területi mérések kidolgozása, amelyek feltárják az igazságtalan izmusok strukturális meghatározói és a környezet-romlás, az éghajlati válság és az egészség-méltánytalanság közötti kapcsolatokat (16, 21, 57, 87, 117, 162, 182).

Arra bátorítom az olvasót, hogy csatlakozzon a közös erőfeszítésekhez, hogy közösen felvállaljuk ezeket a kihívásokat, mint a sokoldalú, multiszektorális munka egy kis részét, amely ahhoz szükséges, hogy az egészség-méltányosságot előmozdítsuk egy veszélyeztetett bolygón.

NYILATKOZAT

A szerzőnek nincs tudomása olyan hovatartozásról, tagságról, finanszírozásról vagy pénzügyi érdekeltségről, amely befolyásolhatná e közlemény objektivitását.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezt a munkát részben az American Cancer Society, a Clinical Research Professor Award (N.K.) és a Harvard T.H. Chan School of Public Health (Boston, Massachusetts) ösztöndíja támogatta.

AJÁNLÁS

A fordításban ismertetett cikk fontos tanulságokkal szolgál a magyarországi igazságtalan társadalmi hatások, mint a különféle diszkriminációk egészségi állapotban jelentkező hatásainak kimutatásához. A közleményben bemutatott vizsgálati megközelítések és hivatkozott kutatások mintaként használhatók hazai egészség-méltánytalanságok elemzéséhez.

HIVATKOZÁSOK

1. Alexander M. 2010. *The New Jim Crow: Mass Incarceration in the Age of Colorblindness*. New York: New Press
2. Almond DV, Chay KY, Greenstone M. 2006. Civil rights, the War on Poverty, and black-white convergence in infant mortality in the rural South and Mississippi. *Work. Pap. 07-04, Dep. Econ., Mass. Inst. Technol., Cambridge*. http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=961021
3. Altman A. 2016. Discrimination. In *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, ed. EN Zalta. Stanford, CA: Me-taphys. Res. Lab, Stanford Univ. Winter ed. <https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/discrimination/>
4. Anderson C. 2018. *One Person, No Vote: How Voter Suppression Is Destroying Our Democracy*. New York: Blo-omsbury
5. Arístegui I, Radusky PD, Zalazar V, Romero M, Schwartz J, Sued O. 2017. Impact of the gender identity law in Argentinean transgender women. *Int. J. Transgend.* 18(4):446–56
6. Armstead CA, Lawler KA, Gorden G, Cross J, Gibbons J. 1989. Relationship of racial stressors to blood pressure responses and anger expression in black college students. *Health Psychol.* 8:541–56
7. Austin KF, Noble MD, Mejia MT. 2014. Gendered vulnerabilities to a neglected disease: a comparative investigation of the effect of women’s legal economic rights and social status on malaria rates. *Int. J. Comp. Sociol.* 55(3):204–28
8. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett M. 2017. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet* 389:1453–63
9. Baldwin AM, Dodge B, Schick V, Sanders SA, Fortenberry JD. 2017. Sexual minority women’s satisfaction with health care providers and state-level structural support: investigating the impact of lesbian, gay, bisexual and transgender nondiscrimination legislation. *Women’s Health Issues* 27(3):271–78
10. Banaji MR, Greenwald AG. 2013. *Blindspot: Hidden Biases of Good People*. New York: Delacourt
11. Barkan S. 2018. Measuring perceived mistreatment: potential problems in asking about “discrimination.” *Sociol. Inq.* 88(2):245–53
12. Bastos JL, Celeste RK, Faerstein E, Barros AJD. 2010. Racial discrimination and health: a systematic review of scales with a focus on their psychometric properties. *Soc. Sci. Med.* 70(7):1091–99
13. Beckfield J. 2018. *Political Sociology and the People’s Health*. New York: Oxford Univ. Press
14. Beckfield J, Krieger N. 2009. Epi + demos + cracy: linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities—evidence, gaps, and a research agenda. *Epidemiol. Rev.* 31(1):152–77
15. Beckfield J, Morris KA, Bamba C. 2018. How social policy contributes to the distribution of population health: the case of gender health equity. *Scand. J. Public Health* 46:6–17
16. Bell K. 2016. Bread and roses: a gender perspective on environmental justice and public health. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 13(10):1005
17. Berkman LF, Kawachi I, Glymour M, eds. 2014. *Social Epidemiology*. New York: Oxford Univ. Press. 2nd ed.
18. Bethlehem J. 2010. Selection bias in web surveys. *Int. Stat. Rev.* 78:161–88
19. Beyrer C. 2014. Pushback: the current wave of anti-homosexuality laws and impacts on health. *PLOS Med.* 11(6):e1001658
20. Bhandari A, Burroway R. 2018. Hungry for equality: a longitudinal analysis of women’s legal rights and food security in developing countries. *Sociol. Q.* 59(3):424–48
21. Birn A-E, Pillay Y, Holtz TH. 2017. *Textbook of Global Health*. New York: Oxford Univ. Press
22. Blair IV, Brondolo E. 2017. Moving beyond the individual: community-level prejudice and health. *Soc. Sci. Med.* 183:169–72
23. Blinder A, Burch ADS. 2019. Fate of Confederate monuments is stalled by competing legal battles. *New York Times*, Jan. 20. <https://www.nytimes.com/2019/01/20/us/confederate-monumentslegal-battles.html>
24. Bonifacio GT, ed. 2018. *Global Currents in Gender and Feminisms: Canadian and International Perspectives*. Bingley, UK: Emerald

25. Bosse JD, Chiodo L. 2016. It is complicated: gender and sexual orientation in LGBTQ youth. *J. Clin. Nurs.* 25:3665–75
26. Braveman P, Gruskin S. 2003. Defining equity in health. *J. Epidemiol. Community Health* 57:254–58
27. Brown TN. 2001. Measuring self-perceived racial and ethnic discrimination in social surveys. *Sociol. Spectr.* 21(3):377–92
28. Buchanan NT, Settles IH, Wu IHC, Hayashino DS. 2018. Sexual harassment, racial harassment, and well-being among Asian American women: an intersectional approach. *Women Therapy* 41(3–4/S1):261–80
29. Burks AC, Cramer RJ, Henderson CE, Stroud CH, Crosby JW, Graham J. 2018. Frequency, nature and correlates of hate crime victimization experiences in an urban sample of lesbian, gay, and bisexual community members. *J. Interpers. Violence* 33(3):402–20
30. Cadwalladr C. 2018. Our Cambridge Analytica scoop shocked the world. But the whole truth remains elusive. *The Guardian*, Dec. 23. <https://www.theguardian.com/uk-news/2018/dec/23/cambridgeanalytica-facebook-scoop-carole-cadwalladr-shocked-world-truth-still-elusive>
31. Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Artacoiz L, Moen BE, Benavides FG. 2013. Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. *Int. J. Equity Health* 12:57
32. Carliner H, Sarvet AL, Gordon AR, Hasin DR. 2017. Gender discrimination, educational attainment, and drug use among U.S. women. *Soc. Psychol. Psychiatr. Epi.* 52(3):279–89
33. Carney DR, Banaji MR, Krieger N. 2010. Implicit measures reveal evidence of personal discrimination. *Self Identity* 9(2):162–76
34. Carroll A, Mendos LR. 2017. State sponsored homophobia 2017: a world survey of sexual orientation laws: criminalization, protection, and recognition. Rep., Int. Lesbian, Gay, Bisex., Trans Intersex Assoc. (ILGA), Geneva. https://ilga.org/sites/default/files/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2017_WEB.pdf
35. Caughey D, Warshaw C. 2016. The dynamics of state policy liberalism: 1936–2014. *Am. J. Political Sci.* 60(4):899–913
36. Chae DH, Clouston S, Martz CD, Hatzenbuehler ML, Cooper HLF, et al. 2018. Area racism and birth outcomes among blacks in the United States. *Soc. Sci. Med.* 199(SI):49–55
37. Chae DH, Lincoln KD, Adler NE, Syme SL. 2010. Do experiences of racial discrimination predict cardiovascular disease among African American men? The moderating role of internalized negative racial group attitudes. *Soc. Sci. Med.* 71(6):1182–88
38. Chae DH, Powell WA, Nuru-Jeter AM, Smith-Bynum MA, Seaton EK, et al. 2017. The role of racial identity and implicit racial bias in self-reported racial discrimination: implications for depression among African American men. *J. Black Psychol.* 43:789–812
39. Chambers BD, Erausquin JT, Tanner AE, Nichols TR, Brown-Jeffy S. 2018. Testing the association between traditional and novel indicators of county-level structural racism and birth outcomes among black and white women. *J. Racial Ethn. Disparities* 5(5):966–77
40. Chan DK-S, Lam CB, Chow SY, Cheung SF. 2008. Examining the job-related, psychological, and physical outcomes of workplace sexual harassment: a meta-analytic review. *Psychol. Women's Q.* 32(4):362–76
41. Choi KH, Bowleg L, Neilands TB. 2011. The effects of sexism, psychological distress, and difficult sexual situations on U.S. women's sexual risk behaviors. *AIDS Educ. Prev.* 23:397–411
42. Chodzen G, Hidalgo MA, Chen D, Garofalo R. 2019. Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender-nonconforming youth. *J. Adolesc. Health* 64(4):467–71
43. Coburn J. 2017. Concepts for studying urban environmental justice. *Curr. Env. Health Rep.* 4(1):61–67
44. Correll J, Judd CM, Park B, Wittenbrink B. 2010. Measuring prejudice, stereotypes, and discrimination. In *The SAGE Handbook of Prejudice, Stereotyping and Discrimination*, ed. JF Dovidio, MHewstone, PGlick, VM Esses, pp. 45–62. Thousand Oaks, CA: Sage
45. Daoud N, Gao M, Osman A, Muntaner C. 2018. Interpersonal and institutional ethnic discrimination and mental health in a random sample of Palestinian minority men smokers in Israel. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 53(10):1111–22
46. de Freitas DF, Fernandes-Jesus M, Ferreira PD, Coimbra S, Teixeira PM, et al. 2018. Psychological correlates of perceived ethnic discrimination in Europe: a meta-analysis. *Psychol. Violence* 8(6/SI):712–25

47. Diehl A, Vieira DL, Zaneti MM, Fanganiello A, Sharan P, et al. 2017. Social stigma, legal and public health barriers faced by the third gender phenomenon in Brazil, India, and Mexico: travesties, hijras and muxes. *Int. J. Soc. Psychiatry* 63(5):389–99
48. Dinh H, Strazdins L, Welsh J. 2017. Hour-glass ceilings: work-hour thresholds, gendered health inequities. *Soc. Sci. Med.* 176:42–51
49. Doyal L, Gough I. 1991. *A Theory of Human Need*. Basingstoke, UK: MacMillan
50. Du Bois SN, Yoder W, Guy AA, Manser K, Ramos S. 2018. Examining associations between state-level transgender policies and transgender health. *Transgend. Health* 3(1):220–24
51. Eliezer D, Major B, Mendes WB. 2010. The costs of caring: Gender identification increases threat following exposure to sexism. *J. Exp. Soc. Psychol.* 46(1):159–65
52. English D, Bowleg L, del Río-González AM, Tschann JM, Agans R, Malebranche DJ. 2017. Measuring black men's police-based discrimination experiences: development and validation of the Police and Law Enforcement (PLE) scale. *Cult. Divers. Ethn. Minor. Psychol.* 23(2):185–99
53. Espey E, Dennis A, Landy U. 2019. The importance of access to comprehensive reproductive health care, including abortion: a statement from women's health professional organizations. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 220(1):67–70
54. Fausto-Sterling A. 2012. *Sex/Gender: Biology in a Social World*. New York: Routledge
55. FHA (Fed. Housing Adm.). 1934. *Underwriting Manual: Underwriting and Valuation Procedure Under Title II of the National Housing Act*. Washington, DC: Fed. Hous. Adm.
56. Frederickson GM. 2002. *Racism: A Short History*. Princeton, NJ: Princeton Univ. Press
57. Friel S. 2019. *Climate Change and the People's Health*. New York: Oxford
58. Gee GC, Ford CL. 2011. Structural racism and health inequities: old issues, new directions. *Du Bois Rev.* 8(1):115–32
59. Gezinski LB. 2012. The global gag rule: impacts of conservative ideology on women's health. *Int. Soc. Work* 55(6):837–49
60. Gianattasio KZ, Wu Q, Glymour MM, Power MC. 2019. Comparison of methods for algorithmic classification of dementia status in the Health and Retirement Study. *Epidemiol.* 30:291–302
61. Gilbert SF, Epel D. 2015. *Ecological Developmental Biology: The Environmental Regulation of Development, Health, and Evolution*. Sunderland, MA: Sinauer Assoc.
62. Gold RB, Starrs AM. 2017. US reproductive health and rights: beyond the global gag rule. *Lancet Public Health* 2(3):e122–23
63. Goodman SN, Goel S, Cullen MR. 2018. Machine learning, health disparities, and causal reasoning (editorial). *Ann. Int. Med.* 169:883–84
64. Greenwald AG, Poehlman TA, Uhlmann EL, Banaji MR. 2009. Understanding and using the implicit association test: III. Meta-analysis of predictive validity. *J. Pers. Soc. Psychol.* 97:17–41
65. Grene M. 1975. People and other animals. In *The Understanding of Nature: Essays in the Philosophy of Biology*, ed. M Grene, pp. 346–60. Dordrecht, Neth.: D. Reidel
66. Grodin MA, Tarantola D, Annas GJ, Gruskin S, eds. 2013. *Health and Human Rights in a Changing World*. New York: Routledge. 3rd ed.
67. Grusky DB, Hill J, eds. 2018. *Inequality in the 21st Century*. Boulder, CO: Westview
68. Guillaume A, Rossier C. 2018. Abortion around the world: an overview of legislation, measures, trends, and consequences, transl. P Reeve. *Population* 73:271–306
69. Haberle M, Kumiawan H, eds. 2018. *Strategies for health justice: lessons from the field*. Field Rep., Poverty Race Res. Action Council. (PPRAC), Washington, DC. <https://pprac.org/strategies-for-health-justice-lessons-from-the-field/>
70. Hahn RA, Truman BI, Williams DR. 2018. Civil rights as determinants of public health and racial and ethnic health equity: health care, education, employment, and housing in the United States. *Soc. Sci. Med. Popul. Health* 4:17–24

71. Harnois CE, Bastos JL. 2018. Discrimination, harassment, and gendered health inequities: Do perceptions of workplace mistreatment contribute to the gender gap in self-reported health? *J. Health Soc. Behav.* 59(2):283–99
72. Harris RB, Stanley J, Cormack DM. 2018. Racism and health in New Zealand: prevalence over time and associations between recent experience of racism and health and wellbeing measures using national survey data. *PLoS ONE* 13(5):e0196476
73. Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Keyes KM, Hasin DS. 2010. The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: a prospective study. *Am. J. Public Health* 100(3):452–59
74. Hill Collins P, Bilge S. 2016. *Intersectionality*. Cambridge, UK: Polity Press
75. Hinton EK. 2016. *From the War on Poverty to The War on Crime: The Making of Mass Incarceration in America*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press
76. Hoggard LS, Hill LK, Gray DL, Sellers RM. 2015. Capturing the cardiac effects of racial discrimination: Do the effects “keep going”? *Int. J. Psychophysiol.* 97:163–70
77. Homan P. 2019. Structural sexism and health in the United States: a new perspective on health inequality and the gender system. *Am. Sociol. Rev.* 84(3):486–516
78. Huynh VH, Hunyh Q-L, Stein M-P. 2017. Not just sticks and stones: indirect ethnic discrimination leads to greater physiological reactivity. *Cult. Divers. Ethn. Minor. Psychol.* 23(3):425–34
79. Jacoby SF, Dong B, Beard JH, Wiebe DJ, Morrison CN. 2018. The enduring impact of historical and structural racism on urban violence in Philadelphia. *Soc. Sci. Med.* 199:87–95
80. Jäggi T, Jellestad L, Corbisiero S, Schaefer DJ, Jenewein J, et al. 2018. Gender minority stress and depressive symptoms in transitioned Swiss transpersons. *Biomed. Res. Int.* 2018:8639263
81. Jane EA. 2017. *Misogyny Online: A Short (And Brutish) History*. London: SAGE 56
82. Kabel C. 2017. Health, equity and the narrative of place: commentary. *NAM Perspect.* Nov. 27. <https://nam.edu/health-equity-and-the-narrative-of-place>
83. Kaplan GR, Ranjit N, Burgard SA. 2008. Lifting gates, lengthening lives: Did civil rights policies improve the health of African American women in the 1960s and 1970s? In *Making Americans Healthier: Social and Economic Policy as Health Policy*, ed. RF Schoeni, JS House, G Kaplan, H Pollack, pp. 145–70. New York: Russell Sage Found.
84. Khubchandani J, Soni A, Fahey N, Raithatha N, Prabhakaran A, et al. 2018. Caste matters: perceived discrimination among women in rural India. *Arch. Women’s Ment. Health* 21(2):163–70
85. Kim M. 2015. Pay secrecy and the gender wage gap. *Ind. Relat.* 54(4):648–67
86. Kimmel G. 2017. *The Gendered Society*. New York: Oxford Univ. Press. 6th ed.
87. Klein N. 2014. *This Changes Everything: Capitalism versus the Climate*. New York: Simon & Schuster
88. Kramar DE, Anderson A, Hilfer H, Branden K, Gutrich JJ. 2018. A spatially informed analysis of environmental justice: analyzing the effects of gerrymandering and the proximity of minority populations to U.S. superfund sites. *Environ. Justice* 11(1):29–39
89. Kressin NR, Raymond KL, Manze M. 2008. Perceptions of race/ethnicity-based discrimination: a review of measures and evaluation of their usefulness for the health care setting. *J. Health Care Poor Underserved* 19(3):697–730
90. Krieger N. 1987. Shades of difference: theoretical underpinnings of the medical controversy on black/white differences in the United States, 1830–1870. *Int. J. Health Serv.* 17(2):259–78
91. Krieger N. 1994. Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Soc. Sci. Med.* 39(7):887–903
92. Krieger N. 1999. Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *Int. J. Health Services* 29:295–352. Repr., 2000. *Discrimination and health*. In *Social Epidemiology*, ed. L Berkman, I Kawachi, pp. 36–75. New York: Oxford Univ. Press
93. Krieger N. 2001. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int. J. Epidemiol.* 30(4):668–77
94. Krieger N. 2003. Genders, sexes, and health: What are the connections—and why does it matter? *Int. J. Epidemiol.* 32:652–57

95. Krieger N. 2005. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *J. Epidemiol. Community Health* 59(5):350–55
96. Krieger N. 2008. Proximal, distal, and the politics of causation: What's level got to do with it? *Am. J. Public Health* 98:221–30
97. Krieger N. 2011. *Epidemiology and the People's Health: Theory and Context*. New York: Oxford Univ. Press
98. Krieger N. 2012. Methods for the scientific study of discrimination and health: an ecosocial approach. *Am. J. Public Health* 102:936–44
99. Krieger N. 2014. Discrimination and health inequities. See Ref. 17, pp. 63–125. Repr., 2014. *Int. J. Health Services* 44:643–710
100. Krieger N, Carney D, Lancaster K, Waterman PD, Kosheleva A, Banaji M. 2010. Combining explicit and implicit measures of racial discrimination in health research. *Am. J. Public Health* 100(8):1485–92
101. Krieger N, Chen JT, Coull B, Waterman PD, Beckfield J. 2013. The unique impact of abolition of Jim Crow laws on reducing inequities in infant death rates and implications for choice of comparison groups in analyzing societal determinants of health. *Am. J. Public Health* 103(12):2234–44
102. Krieger N, Chen JT, Coull BA, Beckfield J, Kiang MV, Waterman PD. 2014. Jim Crow and premature mortality among the US black and white population, 1960–2009: an age-period-cohort analysis. *Epidemiology* 25(4):494–504
103. Krieger N, Chen JT, Waterman PD, Hartman C, Stoddard AM, et al. 2008. The inverse hazard law: blood pressure, sexual harassment, racial discrimination, workplace abuse and occupational exposures in US low-income black, white, and Latino workers. *Soc. Sci. Med.* 67(12):1970–81
104. Krieger N, Chen JT, Waterman PD, Kosheleva A, Beckfield S. 2013. History, haldanes, and health inequities: exploring phenotypic changes in body size by generation and income level in the US-born white and black non-Hispanic populations, 1959–1962 to 2005–2008. *Int. J. Epidemiol.* 42:281–95
105. Krieger N, Davey Smith G. 2016. The tale wagged by the DAG: broadening the scope of causal inference and explanation for epidemiology. *Int. J. Epidemiol.* 45:1787–808
106. Krieger N, Jahn JL, Waterman PD. 2017. Jim Crow and estrogen-receptor-negative breast cancer: US-born black and white non-Hispanic women, 1992–2012. *Cancer Causes Control* 28:49–59
107. Krieger N, Jahn JL, Waterman PD, Chen JT. 2018. Breast cancer estrogen receptor status according to biological generation: US black and white women born 1915–1979. *Am. J. Epidemiol.* 187:960–70
108. Krieger N, Kim R, Feldman J, Waterman PD. 2018. Using the Index of Concentration at the Extremes at multiple geographic levels to monitor health inequities in an era of growing spatial social polarization: Massachusetts, USA (2010–2014). *Int. J. Epidemiol.* 47(3):788–819
109. Krieger N, Rowley DL, Herman AA, Avery B, Phillips MT. 1993. Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being. *Am. J. Prev. Med.* 9(Suppl.):82–122
110. Krieger N, Sidney S. 1996. Racial discrimination and blood pressure: the CARDIA study of young black and white adults. *Am. J. Public Health* 86(10):1370–78
111. Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. 2005. Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Soc. Sci. Med.* 61(7):1576–96
112. Krieger N, Waterman PD, Gryparis A, Coull BA. 2015. Black carbon exposure, socioeconomic and racial/ethnic spatial polarization, and the Index of Concentration at the Extremes (ICE). *Health Place* 34:215–28
113. Krieger N, Waterman PD, Kosheleva A, Chen JT, Carney DR, et al. 2011. Exposing racial discrimination: implicit & explicit measures—the My Body, My Story study of 1005 US-born black & white community health center members. *PLOS ONE* 6(11):e27636
114. Krieger N, Waterman PD, Kosheleva A, Chen JT, Smith KS, et al. 2013. Racial discrimination & cardiovascular disease risk: My Body My Story study of 1005 US-born black and white community health center participants (US). *PLOS ONE* 8(10):e77174
115. Krieger N, Waterman PD, Spasojevic J, Li W, Maduro G, VanWye G. 2016. Public health monitoring of privilege and deprivation with the Index of Concentration at the Extremes (ICE). *Am. J. Public Health* 106(2):256–63
116. Kubzansky LD, Seeman TE, Glymour MM. 2014. Biological pathways linking social conditions and health: plausible mechanisms and emerging puzzles. See Ref. 17, pp. 512–61

117. Latour B. 2018. *Down to Earth: Politics in the New Climatic Regime*. Cambridge,UK/Medford, MA: Polity. Engl. Ed.
118. Lauster N, Easterbrook A. 2011. No room for new families? A field experiment measuring rental discrimination against same-sex couples and single parents. *Soc. Probl.* 58(3):389–409
119. Lepore SJ, Revenson TA, Weinberger SL, Weston P, Frisina PG, et al. 2006. Effects of social stressors on cardio-vascular reactivity among black and white women. *Ann. Behav. Med.* 31(2):120–27
120. Levin S. 2019. Oracle systematically underpaid thousands of women, lawsuit says. *The Guardian*, Jan. 18. <https://www.theguardian.com/technology/2019/jan/18/oracle-women-workers-lawsuitsalaries-pay>
121. Lewis TT, Cogburn CD, Williams DR. 2015. Self-reported experiences of discrimination and health: scientific advances, ongoing controversies, and emerging issues. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 11:407–40
122. Liebler CA, Porter SR, Fernandez LE, Noon JM, Ennis SR. 2017. America's churning races: race and ethnic response changes between Census 2000 and the 2010 Census. *Demography* 54(1):259–84
123. Liptak A. 2019. Supreme Court revives transgender ban for military service. *New York Times*, Jan. 22. <https://www.nytimes.com/2019/01/22/us/politics/transgender-ban-military-supremecourt.html>
124. Lipton P. 2004. *Inference to the Best Explanation*. London: Routledge/Taylor and Francis Group. 2nd ed.
125. Lukachko A, Hatzenbuehler ML, Keyes KM. 2014. Structural racism and myocardial infarction in the United States. *Soc. Sci. Med.* 103(S1):42–50
126. Macmillan R, Shofia N, SigleW. 2018. Gender and the politics of death: female representation, political and developmental context, and population health in a cross-national panel. *Demography* 55(5):1905–34
127. MacPhee J, ed. 2010. *Celebrate People's History: The Poster Book of Resistance and Revolution*. New York: Fem. Press, City Univ. N. Y.
128. Major B, Dovidio JF, Link BG, eds. 2017. *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*. New York: Oxford Univ. Press
129. Marshall BD, Socias ME, Kerr T, Zalazar V, Sued O, Arístegui I. 2016. Prevalence and correlates of lifetime suicide attempts among transgender persons in Argentina. *J. Homosex.* 63(7):955–67
130. McClure E, Feinstein L, Cordoba E, Douglas C, Emch M, et al. 2019. The legacy of redlining in the effect of foreclosure on Detroit residents' self-rated health. *Health Place* 55:9–19
131. Mereish EH, Katz-Wise SL, Woulfe J. 2017. Bisexual-specific minority stressors, psychological distress, and suicidality in bisexual individuals: the mediating role of loneliness. *Prev. Sci.* 18(6/S1):716–25
132. Mereish HE, Poteat VP. 2015. A relational model of sexual minority mental and physical health: the negative effects of shame on relationships, loneliness, and health. *J. Couns. Psychol.* 62(3):425–37
133. Merry SE. 2016. *The Seductions of Quantification: Measuring Human Rights, Gender Violence, and Sex Trafficking*. Chicago: Univ. Chicago Press
134. Mesic A, Franklin L, Cansever A, Potter F, Sharma A, et al. 2018. The relationship between structural racism and black-white disparities in fatal police shootings at the state level. *J. Natl. Med. Assoc.* 110(2):106–16
135. Metzger MW, Webber JS, eds. 2019. *Facing Segregation: Housing Policy Solutions for a Stronger Society*. New York: Oxford Univ. Press
136. Milevska S, ed. 2016. *On Productive Shame, Reconciliation, and Agency*. Berlin: Sternberg
137. Miller CT, Varni SE, Solomon SE, DeSarno MJ, Bunn JY. 2016. Macro-level implicit HIV prejudice and the health of community residents with HIV. *Health Psychol.* 35(8):807–15
138. Miller G. 2008. Women's suffrage, political responsiveness, and child survival in American history. *Q. J. Econ.* 123:1287–327
139. Molix L. 2014. Sex differences in cardiovascular health: Does sexism influence women's health? *Am. J. Med. Sci.* 348(2):153–55
140. Moore LD, Elkavich A. 2008. Who's using and who's doing time: incarceration, the war on drugs, and public health. *Am. J. Public Health* 98(5):782–86
141. Morrison MA, Bishop CJ, Morrison TG. 2018. What is the best measure of discrimination against trans people?: A systematic review of the psychometric literature. *Psychol. Sex.* 9(3):269–87
142. Morrison TG, Bishop CJ, Morrison MA, Parker-Taneo K. 2016. A psychometric review of measures assessing discrimination against sexual minorities. *J. Homosex.* 63(8):1086–126

143. Mouzon DM, McLean JS. 2017. Internalized racism and mental health among African-Americans, USborn Caribbean Blacks, and foreign-born Caribbean blacks. *Ethn. Health.* 22:36–48
144. Nadler JT, Lowery MR, eds. 2018. *The War on Women in the United States: Beliefs, Tactics, and the Best De-fense.* Santa Barbara, CA: Praeger
145. Natl. Res. Coun. 2004. *Measuring Racial Discrimination*, ed. RMBLank, R Babady, CF Citro. Washington, DC: National Acad. Press
146. Nosek BA, Hawkins CB, Frazier RS. 2011. Implicit social cognition: from measures to mechanisms. *Trends Cogn. Sci.* 15:152–59
147. NPR/Harvard T. H. Chan Sch. Public Health/Robert Wood Johnson Found. 2017. *Discrimination in America. Race, Racism, and Health.* <https://www.rwjf.org/en/library/research/2017/10/discrimination-in-america--experiences-and-views.html>
148. O’Neil C. 2016. *Weapons of Math Destruction: How Big Data Increases Inequality and Threatens Democracy.* New York: Crown
149. O’Neil A, Sojo V, Fileborn B, Scovel AJ, Milner AJ. 2018. The #MeToo movement: an opportunity in public health? *Lancet* 391(10140):2587–859
150. Okechukwu CA, Souza K, David KD, de Castro AB. 2014. Discrimination, harassment, abuse, and bullying in the workplace: contribution of workplace injustice to occupational health disparities. *Am. J. Ind. Med.* 57(5):573–856
151. Omi M, Winant H. 2015. *Racial Formation in the United States.* New York: Routledge/Taylor & Francis Group. 3rd ed.
152. Orchard J, Price J. 2017. County-level racial prejudice and the black-white gap in infant health outcomes. *Soc. Sci. Med.* 181:191–98
153. Oxford Engl. Dict. 2018. *Ism.* Oxford English Dictionary Online. <https://www-oed-com.ezp-prod1.hul.harvard.edu/view/Entry/100006>
154. Pager D. 2010. Measuring discrimination. In *Discrimination in an Unequal World*, ed. MA Centeno, KS Newman, pp. 45–62. New York: Oxford Univ. Press
155. PAHO (Pan Am. Health Organ.). 2018. *Just societies: health equity and dignified lives. Executive summary of the report of the Commission of the Pan American Health Organization on Equity and Health Inequalities in the Americas. Rep., PAHO, Washington, DC.* http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49505/9789275120217_eng.pdf
156. Palma-Solis M, Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C. 2008. Gender progress and government expenditure as determinants of femicide. *Ann. Epidemiol.* 18:322–29
157. Paradies Y, Bastos JL, Priest N. 2017. Prejudice, stigma, bias, discrimination, and health. In *Cambridge Hand-book of the Psychology of Prejudice*, ed. CG Sibley, FK Barlow, pp. 559–81. Cambridge, UK: Cambridge Univ. Press
158. Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, et al. 2015. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE* 10(9):e0138511
159. Patterson JG, Jabson JM, Bowen DJ. 2017. Measuring sexual and gender minority populations in health surveillance. *LGBT Health* 4(2):82–105
160. Pavão ALB, Ploubidis GB, Werneck G, Campos MR. 2012. Racial discrimination and health in Brazil: evidence from a population-based survey. *Ethn. Dis.* 22:353–59
161. Payne S, Doyal L. 2015. Women, men, and health. In *Oxford Textbook on Global Health*, ed. R Detels, M Gulliford, QA Karim, CC Tan, pp. 1328–44. New York: Oxford Univ. Press. 6th ed.
162. People’s Health Movement. 2017. *Global Health Watch 5: An Alternative World Health Report.* London: Zed Books
163. Perales F, Todd A. 2018. Structural stigma and the health and wellbeing of Australian LGB populations: exploring geographic variation in the results of the 2017 same-sex marriage plebiscite. *Soc. Sci. Med.* 208:190–99
164. Petterson A, Sutton RM. 2018. Sexist ideology and endorsement of men’s control over women’s decisions in reproductive health. *Psychol. Women Q.* 42(2):235–47
165. Pincus FL. 2003. *Reverse Discrimination: Dismantling the Myth.* Boulder, CA: Lynne Rienner

166. Puckett JA, Newcomb ME, Ryan DT, Swann G, Garofalo R, Mustanski B. 2017. Internalized homophobia and perceived stigma: a validation study of stigma measures in a sample of young men who have sex with men. *Sex. Res. Soc. Policy* 14(1):1–16
167. Quillian L, Pager D, Hexel O, Midtbren AH. 2017. Meta-analysis of field experiments shows no change in racial discrimination in hiring over time. *PNAS* 114:10870–75
168. Rajkomar A, Hardt M, Howell MD, Corrado G, Chin HM. 2018. Ensuring fairness in machine learning to advance health equity. *Ann. Intern. Med.* 169:866–72
169. Rosenberg NA, Edge MD, Pritchard JK, Feldman MW. 2018. Interpreting polygenic scores, polygenic adaptation, and human phenotypic differences. *Evol. Med. Public Health* 2019:26–34
170. Rothstein R. 2017. *The Color of Law: A Forgotten History of How Our Government Segregated America*. New York: Liveright
171. Sawyer PJ, Major B, Casad BJ, Townsend SSM, Mendes WB. 2012. Discrimination and the stress response: psychological and physiological consequences of anticipating prejudice in interethnic interactions. *Am. J. Public Health* 102(5):1020–26
172. Sayej N. 2018. J. Marion Sims: controversial statue taken down but debate still rages. *The Guardian*, April 21. <https://www.theguardian.com/artanddesign/2018/apr/21/j-marion-sims-statue-removed-new-york-city-black-women>
173. Schwartz S, Meyer IH. 2010. Mental health disparities research: the impact of within and between group analyses of tests of the social stress hypotheses. *Soc. Sci. Med.* 70(8):1111–18
174. Shen W, Dhanani L. 2015. Measuring and defining discrimination. In *The Oxford Handbook of Workplace Discrimination*, ed. AJ Colella, EB King, pp. 297–314. New York: Oxford Univ. Press
175. Shires DA, Jaffee KD. 2016. Structural discrimination is associated with smoking status among a national sample of transgender individuals. *Nicotine Tob. Res.* 18(6):1502–8
176. Solnit R. 2016. *Hope in The Dark: Untold Histories, Wild Possibilities*. Chicago: Haymarket Press. 3rd ed.
177. Song Y, Dong X-Y. 2017. Domestic violence and women’s land rights in rural China: findings from a national survey in 2010. *J. Dev. Stud.* 53(9):1471–85
178. Sörlin A, Lindholm L, Ng N, Öhman A. 2011. Gender equality in couples and self-rated health—a survey study evaluating measurements of gender equality and its impact on health. *Int. J. Equity Health* 10:37
179. Steyn R. 2012. Expanding the suite of measures of gender-based discrimination: gender differences in abortion facilities in South Africa. *S. Afr. J. Econ. Manag. Sci.* 15(2):222–34
180. Szymanski DM, Gupta A. 2009. Examining the relationship between multiple internalized oppressions and African American lesbian, gay, bisexual, and questioning persons’ self-esteem and psychological distress. *J. Couns. Psychol.* 56(1):110–18
181. Tarantola D, Gruskin S. 2018. The recognition and evolution of the HIV and human rights interface: 1981–2017. In *Research Handbook on Global Health Law*, ed. GL Burci, B Toebes, pp. 303–39. Northampton, MA: Edward Elgar
182. Taylor DE. 2014. *Toxic Communities: Environmental Racism, Industrial Pollution, and Residential Mobility*. New York: N. Y. Univ. Press
183. Thurston RC, Chang Y, Matthews KA, von Känel R, Koenen K. 2019. Association of sexual harassment and sexual assault with midlife women’s mental and physical health. *JAMA Intern. Med.* 179(1):48–53
184. Towns A. 2018. Global patterns and debates in the granting of women’s suffrage. In *The Palgrave Handbook of Women’s Political Rights*, ed. S Franceschet, ML Krook, N Tan, pp. 3–20. London: Palgrave MacMillan
185. Townsend SSM, Major B, Gangi CE, Mendes WB. 2011. From “in the air” to “under the skin”: cortisol responses to social identity threat. *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 37(2):151–64
186. UN Gen. Assem. Resolut. 217 A (III). 1948. Universal Declaration of Human Rights, Dec. 10. UN Doc. A/810. <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html>
187. Valls A. 2018. *Rethinking Racial Justice*. New York: Oxford Univ. Press
188. Walby S, Towers J, Balderston S, Corradi C, Francis B, et al. 2017. *The Concept and Measurement of Violence Against Women and Men*. Bristol, UK: Policy Press

189. Wallace M, Crear-Perry J, Richardson L, Tarver M, Theall K. 2017. Separate and unequal: structural racism and infant mortality in the US. *Health Place* 45:140–44
190. Weeks J. 2017. *Sexuality*. London: Routledge. 4th ed.
191. Wetts R, Willer R. 2018. Privilege on the precipice: perceived racial status threats that lead white Americans to oppose welfare programs. *Soc. Forces* 97(2):793–822
192. White K, Borrell LN. 2011. Racial/ethnic segregation: framing the context of health risk and health disparities. *Health Place* 17(2):438–48
193. White Hughto JM, Reisner SL, Pachankis JE. 2015. Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc. Sci. Med.* 147:222–31
194. Whitehead M. 1992. The concepts and principles of equity and health. *Int. J. Health Serv.* 22(3):429–45
195. Wildeman C, Wang EA. 2017. Mass incarceration, public health, and widening inequality in the USA. *Lancet* 389(10077):1464–74
196. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. 2019. Racism and health: evidence and needed research. *Annu. Rev. Public Health* 40:105–25
197. Williams DR, Yu Y, Jackson JS, Anderson NB. 1997. Racial differences in physical and mental health: socioeconomic status, stress and discrimination. *J. Health Psychol.* 2(3):335–51
198. Women’s Bur. 2017. Equal pay and pay transparency protections. US Department of Labor. <https://www.dol.gov/wb/equalpay/equalpaymap.htm>
199. Wong K. 2019. Want to close the pay gap? Pay transparency will help. *New York Times*, Jan. 20. <https://www.nytimes.com/2019/01/20/smarter-living/pay-wage-gap-salary-secrecytransparency.html>
200. Woo B. 2018. Racial discrimination and mental health in the USA: testing the reverse racism hypothesis. *J. Rac. Ethn. Health Disparities* 5:766–73
201. Yazdy MM, Werler MM. 2015. Comparison of web versus interview participants in a case-control study. *Ann. Epidemiol.* 25:794–96
202. Yuan Q. 2018. Mega freight generators in my backyard: a longitudinal study of environmental justice in ware-housing location. *Land Use Policy* 76:130–43
203. Yudell M. 2014. *Race Unmasked: Biology and Race in the Twentieth Century*. New York: Columbia Univ. Press
204. Zippel KS. 2006. *The Politics of Sexual Harassment: A Comparative Study of the United States, the European Union, and Germany*. Cambridge, UK: Cambridge Univ. Press

HIVATKOZÁSOK A FORDÍTÁSBAN

- Vitrai, J., & Tarkó, K. (2021). Cikkismertetés: A Kiváltságok Érmemodellje és a Kritikus Szövetséges – Az egészségre gyakorolt hatások (fordítás). *Egészségfejlesztés*, 62(4), 56–75. doi: 10.24365/ef.v62i4.7640
- Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

INFORMÁCIÓK A FORDÍTÓKRÓL

Vitrai József

Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület, Multidiszciplináris Egészség és Jólét folyóirat, Budapest;
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar Preventív Egészségtudományi Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

Tarkó Klára

Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti
Nevelés Intézet, Szeged, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged

CIKKINFORMÁCIÓK

Doi: [10.58701/mej.9582](https://doi.org/10.58701/mej.9582)

Beküldve: 2022. 11. 30.

Elfogadva: 2022. 12. 07.

Megjelentetve: 2023. 03. 06.

Copyright © 2022 Vitrai József, Tarkó Klára. Kiadó: Multidiszciplináris Egészség és Jólét. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.