

Išsilavinimas kaip darbingo amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijos veiksnys Lietuvoje

DAUMANTAS STUMBRYŠ

Lietuvos socialinių tyrimų centras

DOMANTAS JASILIONIS

Lietuvos socialinių tyrimų centras

Santrauka. Mokslinėje literatūroje epidemiologinių tyrimų ir sveikatos sociologijos teorijų integracijos trūkumas laikomas viena pagrindinių problemų sveikatos skirtumų tyrimuose.

Šiame straipsnyje vyrų mirtingumo diferenciacija nagrinėjama remiantis P. Bourdieu socialinės praktikos teorija, pasitelkiant sveikatos lauko ir kultūrinio kapitalo koncepcijas. Empirinio tyrimo tikslas – įvertinti darbingo amžiaus vyrų mirtingumo diferenciaciją pagal išsilavinimą Lietuvoje. Tyrime remiamasi 2011 m. Lietuvos gyventojų surašymo ir 2011–2013 m. Lietuvos mirties prižasčių registro duomenimis. Skaičiuojant gauti mirtingumo rodikliai lyginami su panašaus tyrimo, atlikto nagrinėjant 2001–2004 m. vyrų mirtingumą, rezultatais. Gyventojų mirtingumo rodiklių skirtumai apskaičiuoti taikant Puasono regresijos modeliavimo procedūras. Nustatyta, kad mažesni negu vidurinį išsilavinimą turinčių vyrų bendrojo mirtingumo rodikliai buvo 4,94 karto didesni, negu aukštąjį išsilavinimą turinčių vyrų. Gauti empirinio tyrimo rezultatai rodo, kad išsilavinimas kaip kultūrinio kapitalo dalis yra vienas svarbiausių veiksnių, darančių įtaką vidutinio amžiaus vyrų sveikatai. Darbingo amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacija, lyginant 2011–2013 m. ir 2001–2004 m. mirtingumo rodiklius, padidėjo, todėl galima daryti prielaidą, kad visuomenės sveikatos srityje vykstantys teigiami pokyčiai yra labai selektyvūs, iš jų daugiausiai naudos gauna aukštesniems socialiniams sluoksniams priklausantys darbingo amžiaus vyrai. Tokia sveikatos nelygybės rodiklių diferenciacija galėtų būti interpretuojama kaip sveikatos lauko galios santykių disproporcija, atspindinti darbingo amžiaus vyrų sveikatos skirtumus dabartinėje Lietuvoje. Vidutinio amžiaus vyrų sveikatos lauko analizė ateityje galėtų būti praplėsta įtraukiant platesnio istorinio ir ekonominio konteksto analizę.

Mokslinis tyrimas finansuojamas Europos socialinio fondo lėšomis pagal visuotinės dotacijos priemonę (sutarties Nr. VP1-3.1-ŠMM-07-K-02-067).

Raktažodžiai: Pierre'as Bourdieu, darbingo amžiaus vyrų mirtingumas, mirtingumo diferenciacija pagal išsilavinimą, gyventojų surašymas.

Įvadas

Remiantis Lietuvoje atliktais mirtingumo diferenciacijos tyrimais nustatyta, kad aukštąjį išsilavinimą turinčių gyventojų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodikliai yra geresni, negu mažesnę išsilavinimą turinčių gyventojų (Jasilionis et al. 2007; Jasilionis, Stankūnienė 2012 ir kt.). Kitos šalyse atlikti tyrimai rodo, kad pastaraisiais metais skirtumas tarp aukštąjį išsilavinimą turinčių gyventojų grupės mirtingumo rodiklių ir mažesnio išsilavinimo gyventojų grupių mirtingumo rodiklių didėja. Taigi šiuolaikinėse visuomenėse vykstantys pokyčiai yra nepalankūs žemiausiems socialiniams sluoksniams priklausantiems gyventojams. Šios tendencijos pastebimos net ir šiaurės Europos šalyse, kuriose sistemingai įgyvendinamos socialinės ir sveikatos politikos priemonės, turinčios sumažinti sveikatos skirtumus (Valkonen 2001; Mackenbach et al. 2003; Martikainen et al. 2005; Shkolnikov et al. 2006, 2012).

Išsilavinimą galima laikyti žmogiškuoju kapitalu, įgyjamu vaikystėje ir ankstyvoje jaunystėje, tačiau turinčiu didelį poveikį visapusiškai asmenybės raidai įvairiais gyvenimo laikotarpiais (Evans et al. 1994; Mirowsky, Ross 2003). Įgytas išsilavinimas dažnai siejamas su gebėjimui daryti sprendimus, kurie gali turėti poveikį individo sveikatai, ir, Pierre'o Bourdieu terminais kalbant, kaupiti socialinį, ekonominį bei kultūrinį kapitalą.

Pirmoje straipsnio dalyje aptariama sveikatos sociologijos ir socialinės epidemiologijos integracijos problema. Šiuolaikiniuose socialinės epidemiologijos tyrimuose pasitelkiami sudėtingi statistiniai metodai, tačiau juose dažnai trūksta nuodugnesnės socialinių ir ekonominių sveikatos skirtumų interpretacijos. Sveikatos sociologijos ir socialinės epidemiologijos integracija galėtų padėti geriau suvokti skirtingos sveikatos priežastis platesniame socialiniame-ekonominiame kontekste, atsižvelgiant į istorinę ir demografinę visuomenės raidą.

Šiame darbe išsilavinimas nagrinėjamas kaip vienas svarbiausių mirtingumo diferenciacijos veiksnių. Aptariant skirtingo išsilavinimo gyventojų grupių mirtingumo diferenciaciją, pagrindinis dėmesys skiriamas išsilavinimo kumuliaciniam efektui, kuris padeda aukštąjį išsilavinimą turintiems gyventojams kaupiti su sveikatos išteklius.

Darbingo amžiaus vyrų mirtingumo diferenciaciją nagrinėjama pasitelkiant P. Bourdieu socialinės praktikos teoriją ir jos koncepcijas. Remiantis šia teorija straipsnio autoriai teigia, kad išsilavinimas mirtingumo diferenciacijos tyrimuose gali būti interpretuojamas kaip tam tikra kultūrinio kapitalo forma. Viena vertus, šis kapitalas gali būti naudojamas įgyvendinant kasdienes su sveika gyvensena susijusias socialines praktikas. Kita vertus, jaunystėje įgytas išsilavinimas gali turėti poveikio individo disponuojamiems ištekliams ir užimamai pozicijai *sveikatos lauke*, kuriame veikėjai varžosi, turėdami tam tikrą sveikatos išteklių – t. y. kapitalo – rinkinį.

Epidemiologinio tyrimo rezultatai rodo, kad mažesnę išsilavinimą turinčių vyrų mirtingumo rodikliai yra kelis kartus didesni, negu aukštąjį išsilavinimą turinčių vyrų. Tokia skirtingos sveikatos rodiklių diferenciacija galėtų būti interpretuojama kaip *sveikatos lauko* galios santykių disproporcija, atspindinti darbingo amžiaus vyrų sveikatos skirtumus dabartinėje Lietuvoje.

Sveikatos sociologijos ir socialinės epidemiologijos integracijos problema

Šiuolaikiniuose mirtingumo diferenciacijos tyrimuose demografiniai duomenys dažniausiai nagrinėjami kaip makrosocialinio lygmens rodikliai. Gyventojų mirtingumo rodikliai, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė ar mirties priežastčių struktūra pateikiami kaip tam tikros administracinės teritorijos ar socialinės-ekonominės gyventojų grupės charakteristika. Taigi kalbėdami apie tam tikros teritorijos demografines ypatybes, dažniausiai kalbame apie agreguotus individualaus lygmens duomenis.

Atliekant sociologinius tyrimus, kuriuose nagrinėjami demografiniai ir epidemiologiniai duomenys, o ypač agreguoti demografiniai rodikliai, tyrėjui visuomet iškyla rizika peržengti ribą, už kurios demografinių duomenų analizė gali pavirsti *spekuliacija demografinėmis abstrakcijomis*. Formali demografinių rodiklių analizė, be platesnės sociologinės, istorinės ar kultūrinės interpretacijos, negali iki galo atskleisti visuomenėje vykstančių socialinių procesų bei tam tikrų reiškinų priežastinių mechanizmų.

Garethas H. Williamsas (2003) socialinės epidemiologijos ir sveikatos sociologijos integracijos trūkumą laiko viena esminių problemų sveikatos skirtumų tyrimuose. Autoriaus nuomone, sociologai, nagrinėjantys skirtingos sveikatos problemas, kol kas neišnaudoja visų galimybių, kurias galėtų suteikti bendradarbiavimas su epidemiologais. Kita vertus, *sociologinė vaizduotė* labai praverstų epidemiologiniuose tyrimuose, kuriuose sprendžiamos šiuolaikinei visuomenei labai aktualios socialinės problemos (Williams 2003, 149).

Dažnai epidemiologinių tyrimų išvados apsiriboja trumpu gautų rezultatų aptarimu, vengiant išsamesnio priežastinių mechanizmų aiškinimo. G. H. Williamso nuomone, šiuolaikiniuose sveikatos skirtumų tyrimuose kilo „poreikis kažko kito, negu daugiau ir geresnės epidemiologijos“ (Williams 2003, 135). Socialinės epidemiologijos ir sveikatos sociologijos integracijos problemą mato ir Jennie Popay. Ji nurodo tris pagrindinius šiuolaikinių sveikatos skirtumų tyrimų trūkumus. Visų pirma, šiuolaikiniai epidemiologiniai sveikatos skirtumų tyrimai, kuriuose nagrinėjami socialiniai skirtingos sveikatos veiksniai, ne visuomet atskleidžia priežastinių ryšių mechanizmus. Antra, sveikatos skirtumų tyrimuose mažai dėmesio tenka sociologinėms koncepcijoms, kurios padėtų paaiškinti individų ir socialinių grupių elgesį platesniame

kontekste, trūksta socialinio veiksmo ir socialinės struktūros tarpusavio sąveikos analizės. Trečia, atliekant erdvinę sveikatos skirtumų analizę per mažai dėmesio skiriama laiko perspektyvai, nuošalyje paliekamas istorinis kontekstas, galėjęs turėti poveikį sveikatos skirtumų susidarymui (Popay et al. 1998).

Šis straipsnis – tai mėginimas sujungti atliktą sudėtingą epidemiologinį tyrimą su šiuolaikinėmis sveikatos sociologijos teorijos koncepcijomis. Autorių nuomone, būtent P. Bourdieu socialinės praktikos teorija galėtų tapti *tiltu* tarp socialinės epidemiologijos ir sveikatos sociologijos. Remiantis ja šiame darbe nagrinėjamas vienas svarbiausių darbingo amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijos veiksnių – išsilavinimas.

Išsilavinimas kaip vienas svarbiausių mirtingumo diferenciacijos veiksnių

Socioekonominės mirtingumo diferenciacijos tyrimai rodo, kad išsilavinimas yra vienas svarbiausių mirtingumo diferenciacijos veiksnių (Murphy et al. 2006; Jasilionis et al. 2007; Marmot 2005 ir kt.). Epidemiologiniuose tyrimuose taikomi ir kiti socioekonominės būklės vertinimo rodikliai, tačiau išsilavinimas ir gyventojų ekonominis aktyvumas laikomi pagrindiniais socioekonominiais sveikatos veiksniais (Leonavičius, Jasilionis 2009, 378). Tiek Lietuvoje, tiek užsienyje atlikti tyrimai rodo, kad mirtingumo rodikliai yra didesni mažesnę išsilavinimą turinčių asmenų grupėse (Kotz, Doblhammer 2008; Jasilionis et al. 2007; Schumacher, Vilpert 2011; Jasilionis, Stankūnienė 2012).

Išsilavinimas yra unikalus socialinis veiksnys, nes jo poveikis individo sveikatai turi *kumuliacinį efektą*. Šis reiškinys gali būti apibrėžiamas kaip gebėjimas generuoti daugybę mažesnių efektų, kurie vėliau susilieja į bendrą teigiamą poveikį individo sveikatai (Mirowsky, Ross 2003, 141). Teigiama kumuliacinio efekto pasekmė – ilgesnė individo gyvenimo trukmė bei ilgesnė sveiko gyvenimo trukmė. Svarbu ne tik, kokį išsilavinimą individas sugebėjo įgyti per savo gyvenimą, bet ir kokį išsilavinimą turėjo jo tėvai. Tyrimai rodo, kad mažesnę išsilavinimą turinčių tėvų vaikai patenka į didesnio kūdikių mirtingumo rizikos grupę (Cochrane et al. 1982; Abuqamar et al. 2011).

Kumuliacinį efektą, kurį sukelia išsilavinimas, kaip vienas pagrindinių sveikatos diferenciacijos veiksnių, galima vadinti tam tikra socialinio kapitalo kaupimo forma. Johnas Mirowskis ir Catherine E. Ross (Mirowsky, Ross 2003, 141–143) skiria tris pagrindines išsilavinimo kumuliacinio efekto formas:

- socioekonominę akumuliaciją,
- elgesio akumuliaciją,
- biologinę akumuliaciją.

Socioekonominė akumuliacija siejama su geresnėmis darbo sąlygomis, kurias suteikia išsilavinimas. Su geresnėmis karjeros galimybėmis, aukštesniu atlyginimu ir, žinoma, aukštesne padėtimi socialinėje hierarchijoje. Visa tai suteikia galimybę gyventi patogesnę ir sveikesnę gyvenimą (Mirowsky, Ross 1998, 419–420).

Elgesio akumuliacija susijusi su individo polinkiu į sveiką gyvenseną. Aukštesnę išsilavinimą turintis individas yra geriau informuotas ir dažniausiai turi daugiau žinių apie žalingų įpročių sukeliama neigiamą poveikį sveikatai, rūpinasi sveika mityba ir fiziniu aktyvumu. Kitas svarbus aspektas – galimybė valdyti savo gyvenimą (stipresnis individų vidinis kontrolės *lokusas*). Aukštesnę išsilavinimą turintys asmenys įgyja daugiau galimybių suvokti jų sveikatai kylančias grėsmes ir turi daugiau galimybių pasirinkti tai, kas jiems naudinga. Suvokimas, kad pats gali valdyti savo gyvenimą, suteikia daugiau pasitikėjimo savimi, mažina neigiamą streso poveikį sveikatai (Mirowsky, Ross 1998, 419–420).

Biologinė akumuliacija susijusi su individo fiziologija ir teigiamais bei neigiamais socialinės aplinkos efektais, kurie gali paveikti individo sveikatą. Išsilavinęs individas turi daugiau galimybių išvengti neigiamų biologinių efektų – tokių, kaip stresas, viršsvoris ar kenksmingos medžiagos, galinčios neigiamai veikti organizmą darbo vietoje – akumuliacijos (Mirowsky, Ross 1998, 419–420).

Apibendrinant galima teigti, kad išsilavinimas netiesiogiai veikia kitus socialinius veiksnius, galinčius turėti poveikio individo sveikatai. Pavyzdžiui, profesija ar ekonominis aktyvumas yra glaudžiai susiję su įgytu išsilavinimu. Taigi, su išsilavinimu susijęs teigiamas ir neigiamas poveikis individo sveikatai akumuliuojamas, kol galiausiai aukštąjį išsilavinimą turinčiam vyresnio amžiaus asmeniui suteikia didelį pranašumą prieš mažai išsilavinusius asmenis. Kitaip tariant, išsilavinimas individo sveikatą veikia trimis etapais. Visų pirma jis persmelkia (angl. *permeate*) įvairias gyvenimo sritis, vėliau jis akumuliuojamas (angl. *accumulate*) ir taip jo poveikis individo sveikatai yra sustiprinamas (angl. *amplificate*) (Mirowsky, Ross 2005, 32).

Įgytas išsilavinimas yra glaudžiai susijęs su individo profesija ir užimama padėtimi socialinės hierarchijos struktūroje. Žiūrint iš mirtingumo diferenciacijos perspektyvos, nėra taip svarbu, kokia yra konkreti individo profesija. Svarbu, kokiai užimtumo grupei šią profesiją galima priskirti. Dideliais mirtingumo rodikliais labiausiai išsiskiria tos profesijų grupės, kurių kasdienė veikla susijusi su fiziniu darbu (Cockerham 2007b, 83 ir kt.). Viena vertus, priklausymas tam tikrai socialinei klasei, kurios profesinė veikla dažniausiai yra susijusi su fiziniu darbu, neturėtų kenkti sveikatai žiūrint iš modernios visuomenės, kurios individas vis mažiau juda ir būna gryname ore, perspektyvos. Vis dėlto fizinis darbas dažnai susijęs su buvimu ore bet kokiomis sąlygomis, kurios nebūtinai teigiamai veikia sveikatą. Pavyzdžiui, darbas žvejybos ar

statybos srityje. Be to, fizinis darbas dažnai būna susijęs su itin dideliais ir todėl neigiamais krūviais tam tikroms organizmo sistemoms. W. C. Cockerhamas pabrėžia, kad saikingas fizinis aktyvumas laisvalaikiu ar pramogaujant, jeigu jis tikslingai nukreiptas į sveikatinimą, yra daug naudingesnis, negu sunkus fizinis darbas. Pastarasis dažnai sukelia nuolatinės organizmo perkrovas (Cockerham 2013, 149; Dunn et al. 1999).

Nuo įgyto išsilavinimo priklauso gyventojų pajamos ir ekonominis aktyvumas. Tyrimai rodo, kad gyventojų sveikata koreliuoja su jų ekonominiu aktyvumu. Ilgalaikių bedarbių, ekonomiškai neaktyvių ar neįgalių gyventojų sveikatos ir mirtingumo rodikliai yra žymiai didesni negu dirbančiųjų (Blomgren, Valkonen 2007; Kunst et al. 2007; Jasilionis, Stankūnienė 2012 ir kt.). Lietuvoje atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad ekonomiškai neaktyvių vyrų standartizuoti mirtingumo rodikliai visų mirties priežasčių atžvilgiu yra 3,61 karto didesni negu dirbančiųjų, o mirties dėl alkoholio vartojimo atžvilgiu šis santykis siekia 4,49 karto (Jasilionis, Stankūnienė 2012, 69, 85). Dažniau su sveikatos problemomis susiduria ilgalaikiai bedarbiai. Ilgalaikis nedarbas paprastai susijęs su mažomis individo pajamomis, užtikrinančiomis tinkamą mitybą bei kitas materialines gyvenimo sąlygas. Be to, ilgalaikis nedarbas gali turėti neigiamą poveikį žmogaus savivertei ir pasitikėjimui savimi. Šios psichologinės problemos padidina depresijos ir savižudybės riziką (Diedrichsen et al. 2012, 47). Suomijoje atliktas tyrimas rodo, kad ilgai pastovaus darbo neturinčių vyrų savižudybių rizika išauga ir yra net 3 kartus didesnė, negu dirbančiųjų (Mäki, Martikainen 2012). Lietuvoje bedarbių ir ekonomiškai neaktyvių vyrų mirtingumo rizika yra atitinkamai 2,08 ir 2,20 karto didesnė, negu dirbančiųjų (Jasilionis, Stankūnienė 2012, 82).

Ilgalaikis nedarbas dažnai būna susijęs su kitais socialiniais-ekonominiais individo apibūdinimais: prastesniu išsilavinimu, žemesnėmis pareigomis (iki bedarbystės), žemesniu socialiniu statusu (Bartley, Owen 1996). Būtent žemesnio socialinio statuso asmenys dažniau patiria ilgalaikę bedarbystę. Dirbant nekvalifikuotą darbą yra sunkiau išlaikyti darbo vietą, ypač jeigu turima fizinė sveikatos problemų. Kvalifikuoti specialistai ir vadovai dažnai randa galimybių dirbti net ir sveikatos sutrikimų atveju. Kitas svarbus veiksnys – esant nepalankioms makroekonomikos aplinkybėms, darbo visų pirma netenka nekvalifikuoti specialistai. Svarbu pastebėti, kad ekonominei recesijai pasibaigus, darbą vėl susiranda tik tie nekvalifikuoti darbininkai, kurie neturi sveikatos problemų (Bartley, Owen 1996).

Išsilavinimas kaip kultūrinio kapitalo dalis Pierre'o Bourdieu teorijoje

Pastaraisiais metais vis dažniau kalbama apie tai, kad P. Bourdieu socialinės praktikos teorija gali būti tinkamu įrankiu nagrinėjant sveikatos skirtumą

ir mirtingumo diferenciacijos problemas (Cockerham 2007a; Cockerham 2007b; Cockerham 2013; Pinxten, Lievens 2014 ir kt.). Socialinio, ekonominio ir kultūrinio kapitalų koncepcijos gali būti pasitelkiamos nagrinėjant netolygų išteklių, reikalingų siekiant geros sveikatos ir ilgos gyvenimo trukmės, pasiskirstymą visuomenėje (Abel, Frohlich 2012; Pinxten, Lievens 2014).

Pats P. Bourdieu nenagrinėjo skirtingos sveikatos problemų ir nevykdė sveikatos tyrimų, tačiau socialinės praktikos teorija gali būti taikoma nagrinėjant tam tikrus sveikatos skirtumų klausimus (Pinxten, Lievens 2014, 1097). Specialiojoje literatūroje nurodoma keletas pranašumų, kuriuos epidemiologiniams tyrimams galėtų suteikti P. Bourdieu socialinės praktikos teorija (Pinxten, Lievens 2014). Visų pirma, sveikatos sociologijos teorijų, nagrinėjančių sveikatos skirtumus, taikymas epidemiologijos tyrimams suteikia tvirtą teorinį pagrindą, galintį padėti paaiškinti mirtingumo diferenciacijos priežastinius mechanizmus ir jų tarpusavio sąveiką (Popay et al. 1998). Antra, P. Bourdieu teorija atkreipia dėmesį į netolygų galios ir išteklių pasiskirstymą šiuolaikinėje visuomenėje. Tai yra svarbu siekiant suvokti sveikatos skirtumų priežastis ir pasekmes (Grineski 2009). Trečia, socialinės praktikos teorija nagrinėja socialinės struktūros poveikį individo elgesiui, todėl suteikia tyrėjui galimybę įvertinti makrosocialinio lygmens veiksnių poveikį mirtingumo diferenciacijai (Veenstra 2007; Cockerham 2007a; Cockerham 2007b; Cockerham 2013). Na ir paskutinis P. Bourdieu teorijos privalumas, kurį pabrėžia Wouteris Pinxtenas ir Johnas Lievensas yra tai, kad ji sutelkia dėmesį į individo sukauptą kapitalą, o ne į kokių nors išteklių trūkumą. Taip yra atveriamas kelias išsamesnei analizei, apimančiai įvairias socialinio ir kultūrinio kapitalo formas ir skirtingų kapitalo rūšių sąveiką (Pinxten, Lievens 2014).

Sveikatos sociologas W. C. Cockerhamas (2013) teigia, kad visos šiuolaikinės sociologijos teorijos turi vieną bendrą savybę – jose daroma prielaida, kad egzistuoja *kažkokia* išorinė jėga, turinti poveikį individo veiksmams. Ši jėga dažniausiai įvardinama kaip socialinė struktūra (Cockerham 2013, 138). Remiantis P. Bourdieu socialinės praktikos teorija, į sveikatos sociologiją galima įvesti socialinės struktūros dimensiją (Cockerham 2013, 138). Viena iš pagrindinių socialinės praktikos teorijos sąvokų yra *socialinis laukas* (pranc. *champs sociaux*), kuris gali būti suvokiama kaip tam tikra socialinės struktūros dalis. Socialinis laukas struktūruoja socialinių veikėjų elgesį pagal tam tikrus galios santykius. Kiekvienas socialinio lauko veikėjas patiria įvairių galios santykių ir tuo pat metu konkuruoja su kitais veikėjais dėl galimybės įgyti daugiau galios. Socialinis laukas – tai objektyvūs santykiai tarp tam tikrame lauke egzistuojančių galios pozicijų (Poviliūnas 2011, 28).

Socialinis sveikatos laukas arba tiesiog *sveikatos laukas* gali būti apibrėžtas kaip socialinės struktūros dalis, tam tikra socialinių santykių visuma, kurioje veikia socialinės grupės, institucijos ir atskiri asmenys, disponuojantys išteklių, būtinais užtikrinti gerą individo sveikatą. Remiantis P. Bourdieu teorija, *sveikatos lauke* nuolat kintančias socialinių veikėjų pozicijas apibūdina *habitus*

sąvoka, reiškianti *interiorizuotas struktūruojančias struktūras*, kurios organizuoja socialinių veikėjų praktikas ir daro įtaką tų praktikų suvokimui (Poviūnas 2011, 28). Pats P. Bourdieu pateikia ne vieną *habitus* apibrėžimą, tačiau apibendrinant galima teigti, kad *habitus* – tai individo įsisavintos socialinio pasaulio, kuriame jis gyvena, patirtys (Korp 2010, 805). W. C. Cockerhamas (2013, 135–136 p.) teigia, kad *habitus* veikia kaip kognityvinis žemėlapis arba minčių aibė, kuria paprastai vadovaujasi individas, atsižvelgdamas į gyvenimo suteikiamas galimybes.

P. Bourdieu (1986; 1987, 4) skiria keturias pagrindines kapitalo formas: kultūrinį, socialinį, ekonominį ir simbolinį kapitalą. Nepaisant to, kad P. Bourdieu kapitalo teorija plačiai taikoma socialiniuose moksluose, sveikatos skirtumų tyrimuose ši teorija imta taikyti tik pastaraisiais metais (Carpiano 2006; Song 2013; Pinxten, Lievens 2014 ir kt.). Dažniausiai sveikatos skirtumų tyrimuose pasitelkiama ekonominio kapitalo, kaip su sveikata susijusio išteklių, koncepcija, o socialinis kapitalas nagrinėtas gana mažai (Carpiano 2006, 166).

Kiekvienas individas ar socialinė grupė, besivaržanti *sveikatos lauke*, į jį patenka turėdama tam tikrą sukaupto kapitalo derinį. P. Bourdieu (1987, 4) socialinio lauko dalyvius lygina su žaidėjais, sėdinčiais prie kortų stalo. Žaidėjo kortų derinys (sveikatos lauko atveju – tam tikras su sveikata susijusių išteklių derinys), lemia jo galią šiame žaidime. Svarbu pabrėžti, kad skirtinguose socialiniuose laukuose tas pats kapitalo derinys gali turėti skirtingą galią.

Pasak P. Bourdieu (1986), kultūrinis kapitalas individui dažniausiai yra perduodamas šeimoje arba mokykloje. Pats P. Bourdieu skiria tris kultūrinio kapitalo rūšis. Pirmoji – tai objektyvuotas (pranc. *forme objective*) kapitalas. Jį sudaro kultūros vertybės, pavyzdžiui, dailės ar muzikos kūriniai, knygos ir pan. Viena vertus, šis kapitalas nesunkiai gali būti transformuojamas į ekonominį kapitalą, t. y. perduodamas už pinigus ar iškeičiamas į kitas ekonomines gėrybes. Kita vertus, objektyvuotasis kultūrinis kapitalas yra glaudžiai susijęs su kita kultūrinio kapitalo forma – inkorporuotu (pranc. *forme incorporée*), arba įsisavintu, kultūriniu kapitalu. Terminą *inkorporuotas* P. Bourdieu vartoja norėdamas pabrėžti, kad šis kapitalas yra susijęs su individo kūnu ir protu, yra neatsiejama individo dalis. Inkorporuotasis kultūrinis kapitalas, pasak autoriaus, susijęs su individo išprusimu. P. Bourdieu teigia, kad siekiant sukaupti šį kapitalą, reikia į save, į savo asmenybės tobulinimą investuoti daug laiko ir išteklių. Autoriaus žodžiais tariant, „inkorporuotasis kapitalas – tai materialus turtas, paverstas integralia individo dalimi“ (1986, 244).

Trečioji P. Bourdieu nagrinėjama kultūrinio kapitalo forma yra institucionalizuotas (pranc. *forme institutionnalisée*) kapitalas. Tai tokia kultūrinio kapitalo forma, kuri yra visuotinai pripažįstama, išduodant tam tikrą dokumentą, patvirtinantį įgytą kultūrinę ar kitokią kompetenciją. Kaip jau buvo minėta, ši kapitalo forma, o tiksliau – jos institucionalizavimas, suteikia galimybę išmatuoti ir palyginti skirtingų individų sukaupto kultūrinio kapitalo lygius

(P. Bourdieu 1986). Vienas iš institucionalizuoto išsilavinimo panaudojimo mirtingumo diferenciacijos tyrimuose pavyzdžių galėtų būti gyventojų mirtingumo rodiklių skirtumų įvertinimas, atsižvelgiant į tai, kokį išsilavinimą jie yra įgiję. Svarbu pabrėžti, kad institucionalizuotasis kultūrinis kapitalas, pavyzdžiui, išsilavinimas, taip pat gali virsti ekonominiu kapitalu. Tiesa, šis virsmas gali užtrukti ilgiau, negu objektyvuotojo kultūrinio kapitalo pavertimas ekonominiu. Vis dėlto tyrimai rodo, kad aukštesnį išsilavinimą turinčių asmenų darbo užmokestis yra didesnis.

Duomenys ir metodai

Tyrimė pasinaudota dviem pagrindiniais duomenų šaltiniais: Lietuvos gyventojų surašymu ir Lietuvos mirčių registru. Šie duomenys naudoti atliekant regresinę analizę. Gyventojų mirtingumo duomenys paimti iš 2011 m. kovo 1 d. – 2013 m. gruodžio 31 d. Lietuvos mirčių registro. Duomenys apie gyventojų sociodemografines charakteristikas paimti iš 2011 m. Lietuvos gyventojų surašymo anketos. Gyventojų surašymo ir mirčių registro duomenų susiejimo procedūra buvo atlikta Lietuvos statistikos departamento darbuotojų, kuriems leidžiama dirbti su individualaus lygmens duomenimis, turinčiais konfidencialią informaciją apie gyventojų asmens kodus. Šio tyrimo autoriai dirbo tik su antriniais (nuasmenintais) duomenimis.

Atliekant darbingo amžiaus vyrų mirtingumo analizę nuspręsta nagrinėti 30–59 metų amžiaus vyrų grupę. Ši amžiaus grupė pasirinkta dėl keleto priežasčių. Pirma, šio amžiaus vyrai paprastai yra aktyviausi visuomenės nariai. Dauguma šios amžiaus jaunų vyrų jau turi nuolatinį darbą, o pagyvenę vyrai vis dar nėra išėję į pensiją. Antra, į tyrimą įtraukus jaunesnius negu 30 metų asmenis, padidėja rizika, kad jų socialinis statusas (išsilavinimas, santuokinė būklė, užimtumas) stebėjimo laikotarpiu gali pasikeisti. Trečia, pasirinkus šio amžiaus asmenų grupę, atsiranda galimybė tyrimo rezultatus palyginti su anksčiau Lietuvoje atliktų panašių tyrimų rezultatais (Jasilionis et al. 2006; Jasilionis et al. 2007; Jasilionis, Stankūnienė 2011).

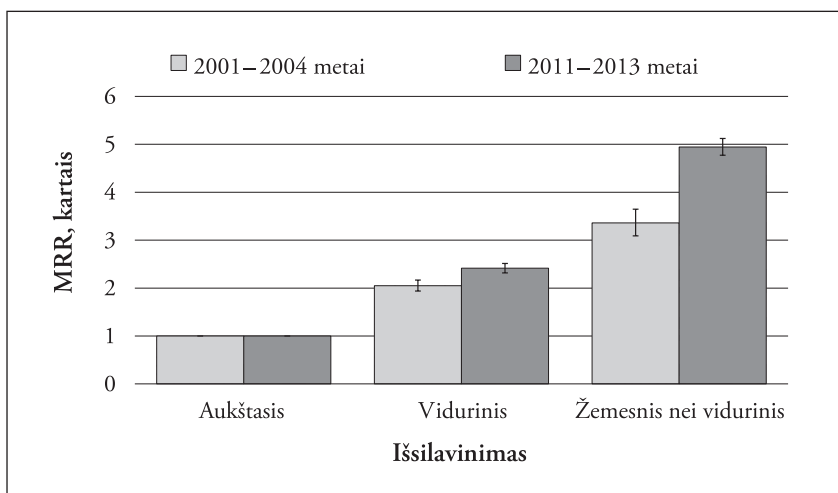
Pasirinktos amžiaus grupės vyrai toliau pagal amžių suskirstyti į 6 kategorijas, kurių kiekvieną sudaro 5 metų amžiaus tarpsnis. Skiriamos trys išsilavinimo kategorijos: aukštasis, vidurinis ir mažesnis nei vidurinis išsilavinimas. Individo lygmens kintamųjų kategorijos buvo sudarytos atsižvelgiant į gyventojų surašymo anketos specifiką ir į kintamųjų kategorizaciją panašiuose tyrimuose (Jasilionis et al. 2006; Jasilionis et al. 2007; Jasilionis, Stankūnienė 2011).

Šiame tyrime individų mirtingumo diferenciacija išnagrinėta trijų mirties priežasčių grupių atžvilgiu: visų mirties priežasčių, mirties dėl alkoholio vartojimo ir savizudybių. Visų mirties priežasčių analizės rezultatai parodo bendrojo vyrų mirtingumo lygio sąveiką su individualaus išsilavinimo kategorijomis.

Į savižudybių mirties priežasčių grupę įtrauktos mirtys dėl tyčinio apsinuodijimo ar susižalojimo (X60–X84, pagal ICD-10 klasifikaciją). Mirčių dėl alkoholio vartojimo grupėje tirti pasirinktos apsinuodijimo alkoholiu (X45) ir dėl alkoholio vartojimo kilusių kepenų ligų – alkoholinės kepenų ligos (K70) ir kepenų fibrozės bei cirozės (K74) – mirties priežastys.

Tyrimo rezultatai

Pasirinkta tyrimo metodika gautus rezultatus leidžia palyginti su prieš dešimtmetį atliktais panašaus tyrimo rezultatais. Remiantis 2001 m. Lietuvos gyventojų surašymo duomenimis mažesnę negu vidurinę išsilavinimą turinčių vyrų bendrojo mirtingumo (visos mirties priežastys) rodikliai 2001–2004 m. buvo 3,36 karto didesni, negu aukštąjį išsilavinimą turinčių vyrų (Jasilionis et al. 2006). Mūsų atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad 2011–2013 m. minėtas mirtingumo rodiklių skirtumas gerokai išaugo ir siekė beveik 5 kartus. Taigi galima daryti išvadą, kad pastarojo dešimtmečio prieštaringi socioekonominiai pokyčiai (tarp jų ir ekonominė recesija) koreliuoja su suaugusių vyrų mirtingumo diferenciacijos didėjimu. Būtent makrosocialiniame lygmenyje vykę pokyčiai turėjo neigiamos įtakos darbingo amžiaus vyrų sveikatai. Šis reiškinys gali būti susijęs ne tik su gerai sveikatai užtikrinti reikalingų išteklių sumažėjimu, bet ir ekonominės recesijos sukkelto psichosocialinio streso poveikiu labiau pažeidžiamoms vyrų grupėms. Akivaizdu, kad bedarbystės ir kitų problemų gilėjimas ekonominės recesijos metais labiausiai palietė menkiausiai išsilavinusius vyrus. Taigi galima teigti, kad per pastarąjį dešimtmetį vykę socialiniai ir ekonominiai



I PAV. MIRTINGUMO RODIKLIŲ SANTYKIS 2001–2004 M. IR 2011–2013 M., 30–59 METŲ AMŽIAUS VYRAI, LIETUVA

pokyčiai turėjo neigiamą poveikį darbingo amžiaus vyrų užimamai vietai *sveikatos lauke*.

Svarbu pabrėžti, kad labiausiai mirtingumo rodiklių skirtumai padidėjo mažesnią negu vidurinę išsilavinimą turinčių darbingo amžiaus vyrų grupėje (1 pav.). Galima daryti prielaidą, kad visuomenės sveikatos srityje vykstantys teigiami pokyčiai yra labai selektyvūs, iš kurių daugiausiai naudos gauna aukštesniems socialiniams sluoksniams priklausantys darbingo amžiaus vyrai.

Šiame tyrime išnagrinėti darbingo amžiaus vyrų mirtingumo rodiklių skirtumai trijų skirtingų mirties priežasčių grupių – visų mirties priežasčių, savižudybių ir mirties dėl alkoholio vartojimo – atžvilgiu. Nustatyta, kad didžiausia mirtingumo diferenciacija pagal išsilavinimą buvo mirties dėl alkoholio vartojimo atvejais (1 lentelė). Tai patvirtina prielaidą, kad nepaisant mažėjančio visos populiacijos mirtingumo dėl alkoholio rodiklių, žemesnėse socialinėse grupėse būklė iš esmės nesikeičia. Panašias išvadas galima padaryti ir vertinant vyrų savižudybių skirtumus. Didžiuliai mirtingumo rodiklių skirtumai rodo, kad savižudybių mastai kai kuriose socialinėse grupėse iš esmės nesikeičia ir išlieka ypač dideli.

I LENTELĖ. MIRTINGUMO RODIKLIŲ SANTYKIS (MRR),
30–59 METŲ AMŽIAUS VYRAI, LIETUVA, 2011–2013 M.

Išsilavinimas	MRR	Pasikliautiniai intervalai		P reikšmė 0,05	Atvejų skaičius (n)
		Apatinis	Viršutinis		
Mirtingumas dėl visų mirties priežasčių					
Aukštasis	1,000	–	–	–	1132
Vidurinis	2,415	2,302	2,533	0,000	8740
Mažesnis nei vidurinis	4,943	4,674	5,229	0,000	2606
Mirtingumas dėl alkoholio					
Aukštasis	1,000	–	–	–	106
Vidurinis	3,152	2,659	3,737	0,000	824
Mažesnis nei vidurinis	6,457	5,322	7,837	0,000	262
Mirtingumas dėl savižudybių					
Aukštasis	1,000	–	–	–	96
Vidurinis	2,992	2,504	3,575	0,000	810
Mažesnis nei vidurinis	5,945	4,861	7,271	0,000	263

Diskusija ir išvados

Pastaraisiais metais *socialinio lauko* koncepcija dažnai taikoma sociologiniuose tyrimuose, o P. Bourdieu tekstai yra vieni dažniausiai cituojamų sociologijos mokslo darbų. Vis dėlto kai kurie autoriai pabrėžia, kad P. Bourdieu koncepcijos dažnai interpretuojamos kiek kitaip, negu jas apibrėžė pats autorius. Martinas D. Munkas ir Troelsas M. Krarupas (2014) teigia, kad taikant kultūrinio kapitalo koncepciją švietimo tyrimuose šis išteklius dažnai suvokiamas kaip individuali asmens savybė, paliekant nuošalyje kontekstą, kuriame juo naudojamosi. Pats P. Bourdieu (1984, 106) teigia, kad socialinė klasė arba vieta socialinėje hierarchijoje (šiuo atveju – vieta *sveikatos lauke*) negali būti apibrėžiama vien tik socialiniais demografiniais kintamaisiais ar jų deriniu. Taigi *sveikatos lauko* tyrimuose taikyti paskirus sociodemografinius kintamuosius, atsižvelgiant tik į statistinių rodiklių reikšmingumą, būtų ne visiškai tikslu. Interpretuojant P. Bourdieu, koreliacijos tarp sociodemografinio kintamojo ir mirtingumo rodiklių nustatymas dar neparodo priežastinio ryšio. Autorius teigia, kad socialinė klasė turėtų būti apibrėžiama kaip tam tikra santykių visuma, egzistuojanti socialinėje struktūroje (Bourdieu 1984, 106). Būtent ši santykių visuma formuoja konkretiems individams ar jų grupėms būdingą su sveikata susijusią socialinę praktiką.

Taigi interpretuojant šiame straipsnyje pateikiamus mirtingumo diferenciacijos tyrimo rezultatus galima teigti, kad čia nagrinėjamas tik vienas *sveikatos lauko* aspektas – individo lygmens kintamųjų poveikis mirtingumo diferenciacijai. Siekiant išsamiai išnagrinėti darbingo amžiaus vyrų *sveikatos lauką* tolesniuose tyrimuose galima būtų plačiau aptarti istorinį demografinį mirtingumo diferenciacijos Lietuvoje susiformavimo aspektą, išryškinti makrosocialinio lygmens kintamųjų poveikį. Naudingos informacijos apie sveikatos skirtumų priežastinius mechanizmus galėtų suteikti kokybiniai tyrimai, kuriuose būtų išnagrinėti vidutinio amžiaus vyrų elgsenos modeliai, vyrų požiūris į su sveika gyvensena susijusias socialines praktikas ir *sveikatos lauko* dalyvių galios santykių struktūra.

Šio tyrimo rezultatai rodo, kad išsilavinimas išlieka vienas svarbiausių vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijos veiksnių šiuolaikinėje Lietuvoje. Didžiuliai mirtingumo nuo alkoholio ir savižudybių skirtumai patvirtina prielaidas, kad išsilavinimas Lietuvoje yra labai svarbus vyrų elgsenos modeliams, ypač stresinėse situacijose ar ilgalaikio streso sąlygomis. Galima teigti, kad labiau išsilavinusiems (t. y. žinių įgijusiems) vyrams būdingas stipresnis vidinis kontrolės *lokusas* ir todėl jie nepasiduoda sveikatą žalojančiai elgsenai. Taigi mūsų tyrimas patvirtina kumuliacinio efekto hipotezę ir kultūrinio kapitalo kaupimo reikšmę individų sveikatai ir mirtingumo rizikai (Mirowsky, Ross 2003). Lietuvoje šiuo požiūriu svarbios ne tik socioekonominės (pavyzdžiui, pajamų diferenciacija pagal išsilavinimą), bet ir elgsenos

(su sveikata susijusios elgsenos) bei biologinė (savižudybių – psichosocialinio streso rodiklio) dimensijos. Straipsnyje pateikti duomenys apie didėjančią vyrų mirtingumo diferenciaciją pagal išsilavinimą rodo ir augančią inkorporuoto bei institucinio kultūrinio kapitalo reikšmę (Bourdieu 1986).

Galima teigti, kad nustatytas vyrų su aukštuoju išsilavinimu santykinis gausėjimas leidžia pagrįstai tikėtis, kad vyrų mirtingumas visos šalies mastu mažės. Akivaizdu, kad net ir netobula aukštojo mokslo sistema vis dėlto sugeba įdiegti esminius, vyrų išgyvenimui sudėtingomis socioekonominėmis sąlygomis itin reikšmingus įgūdžius ir vertybes. Būtent aukštasis išsilavinimas duoda pagrindą sėkmingam kultūrinio kapitalo kaupimui ateityje. Žymiai mažesnis nei šalies vidurkis vyrų su aukštuoju išsilavinimu mirtingumas taip pat leidžia tikėtis esminio situacijos pagerėjimo kitose vyrų grupėse. Kitų šalių tyrimai rodo, kad aukštojo išsilavinimo asmenų grupę galima laikyti savotiška avangardo grupe, kurios patirtį (sveikatos srityje) vėliau perima ir likusioji populiacijos dalis (Jasilionis et al. 2014). Kita vertus, didžiulis darbingo amžiaus vyrų su mažesniu nei vidurinis išsilavinimu mirtingumas gali būti susijęs ir su didėjančia šios grupės marginalizacija visuomenėje. Penkis–šešis kartus didesni nei vyrų su aukštuoju išsilavinimu mirtingumo rodikliai atskleidžia, kad mirtingumo, sveikatos ir su sveikata susijusios elgsenos požiūriu ši vyrų grupė tampa vis labiau selektyvi. Tai reiškia, kad nepalankūs (didžiausi ES) visos šalies vyrų mirtingumo rodikliai yra didinami tokių marginalių grupių, kuriose koncentruojasi ir specifinės mirties priežastys (dėl alkoholio vartojimo ir smurto).

Reikia pabrėžti, kad padidėjusio mirtingumo vyrų su mažiausiu išsilavinimu grupė nėra negausi (22 proc.). Todėl itin nepalankūs šios grupės mirtingumo rodikliai lemia ir itin didelius demografinius praradimus. Taikant hipotetinį scenarijų, pagal kurį visose vyrų grupėse mirtingumo lygis būtų toks pats, kaip ir mažiausio mirtingumo vyrų (su aukštuoju išsilavinimu) grupėje, būtų galima išvengti 59,27 proc. mirčių. Straipsnyje aptarta didėjanti mirtingumo diferenciacija pagal išsilavinimą kelia grėsmę tiek pastaraisiais metais pastebimo gyventojų mirtingumo mažėjimo tvarumui, tiek ir apskritai šalies demografinėi bei socialinei raidai artimiausioje ateityje.

Apibendrinant galima teigti, kad išsilavinimas, kaip mirtingumo diferenciacijos veiksnys, turi didelį poveikį vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijai. Kalbant P. Bourdieu terminais, *sveikatos lauko* žaidėjai disponuoja tam tikru kapitalo deriniu, kuris leidžia žaidėjui naudotis išteklių, reikalingais gerai sveikatai užtikrinti. Jeigu šį kapitalo derinį palygintume su žaidėjo turimomis kortomis, tai išsilavinimo korta veikiausiai būtų koziris.

Gauta 2015 04 03
Priimta 2015 05 18

Literatūra

- Abel, T., Frohlich, K. L. 2012. “Capitals and Capabilities: Linking Structure and Agency to Reduce Health Inequalities.” *Social Science & Medicine* 74 (2): 236–244.
- Abuqamar, M., Coomans, D., Louckx, F. 2011. “The Impact of Parental Education on Infant Mortality in Gaza Strip, Palestine.” *Journal of Public Health and Epidemiology* 3 (1): 28–33.
- Bartley, M., Owen, C. 1996. “Relation between Socioeconomic Status, Employment, and Health during Economic Change, 1973–93.” *British Medical Journal* 313 (7055): 445–449.
- Blomgren, J., Valkonen, T. 2007. “Characteristics of Urban Regions and All-cause Mortality in Working-Age Population: Effects of Social Environment and Interactions with Individual Unemployment.” *Demographic Research* 17 (5): 109–134.
- Bourdieu, P. 1986. “The Forms of Capital.” In *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, ed. J. Richardson, 241–258. New York: Greenwood.
- _____. 1987. “What Makes a Social Class? On The Theoretical and Practical Existence of Groups.” *Berkeley Journal of Sociology* 32: 1–17.
- Carpiano, R. M. 2006. “Toward a Neighbourhood Resource-based Theory of Social Capital for Health: Can Bourdieu and Sociology Help?” *Social Science & Medicine* 62 (1): 165–175.
- Cochrane, S. H., Leslie, J., O’Hara, D. I. 1982. “Parental Education and Child Health: Intracountry Evidence.” *Health Policy and Education* 2: 213–250.
- Cockerham, C. W. 2007a. *Medical Sociology*, 10th Edition. New Jersey: Pearson Prentice-Hall.
- _____. 2007b. *The Social Causes of Health and Disease*. Cambridge: Polity Press.
- _____. 2013. “Bourdieu and an Update of Health Lifestyle Theory.” In *Medical Sociology on the Move. New Directions in Theory*, ed. W. C. Cockerham, 127–154. Dordrecht: Springer Science + Business Media.
- Diederichsen, F., Andersen, I., Manuel, C.; Andersen, A. M., Bach, E., Baadsgaard, M., Brønnum-Hansen, H., Hansen, F. K., Jeune, B., Jørgensen, T., Søgaard, J. 2012. “Health Inequality – Determinants and Policies.” *Scandinavian Journal of Public Health* 40 (8): 12–105.
- Dunn, A. L., Marcus, B. H., Kampert, J. B., Garcia, M. E., Kohl, H. W. III, Blair, S. N. 1999. “Comparison of Lifestyle and Structural Interventions to Increase Physical Activity and Cardiovascular Fitness.” *The Journal of the American Medical Association* 281: 327–334.
- Evans, R. G., Barer, M. L., Marmor, T. R. 1994. *Why are some People Healthy and Others Not? The Determinants of the Health of Populations*. New York: Aldine de Gruyter.
- Grineski, S. E. 2009. “Parental Accounts of Children’s Asthma Care: the Role of Cultural and Social Capital in Health Disparities.” *Sociological Focus*: 42 (2): 107–132.
- Jasilionis, D., Shkolnikov, V. M., Andreev, E. M., Jdanov, D. A., Ambrozaitiene, D., Stankuniene, V., Mesle, F., Vallin, J. 2007. “Sociocultural Mortality Differentials

- in Lithuania: Results Obtained by Matching Vital Records with the 2001 Census Data." *Population (English edition)* 62: 597–646.
- Jasilionis, D., Shkolnikov, V. M., Andreev, E. M., Jdanov, D. A., Vågerö, D., Meslé, F., Vallin, J. 2014. "Do Vanguard Populations Pave the Way towards Higher Life Expectancy among Other Population Groups?" *Population* 69: 589–615.
- Jasilionis, D., Stankūnienė, V., Shkolnikov, V. M. 2006. *Lietuvos gyventojų mirtingumo sociodemografiniai skirtumai 2001–2004*. Vilnius: Statistikos departamentas ir Socialinių tyrimų institutas.
- Jasilionis, D., Stankūnienė, V. 2012. *Socioeconomic Differences in Adult Mortality Lithuania: a Census-Linked Study*. Vilnius: LSTC.
- Korp, P. 2010. "Problems of the Healthy Lifestyle Discourse." *Sociology Compass* 4 (9): 800–810.
- Kotz, J., Doblhammer, G. 2008. "Trends in Educational Mortality Differentials in Austria between 1981/82 and 2001/2002: A Study Based on a Linkage of Census Data and Death Certificates." *Demographic Research* 19 (51): 1759–1780.
- Kunst, A. E. 2007. "Describing Socioeconomic Inequalities in Health in European Countries: an Overview of Recent Studies." *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 55 (1): 3–11.
- Leonavičius, V., Jasilionis, D. 2009. „Visuomenės sveikatos veiksniai: šeimos ir lyčių santykių įtaka sveikatos savijautai“. In *Lietuvos šeima: tarp tradicijos ir naujos realybės*, sud. V. Stankūnienė, A. Maslauskaitė, 367–416. Vilnius: STI.
- Mackenbach, J. P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., Reid, A., Hemström, O., Valkonen, T., Kunst, A. E. 2003. "Widening Socioeconomic Inequalities in Mortality in Six Western European Countries." *International Journal of Epidemiology* 32 (5): 830–837.
- Mäki, N., Martikainen, P. 2012. "A Register-based Study on Excess Suicide Mortality among Unemployed Men and Women during Different Levels of Unemployment in Finland." *Journal of Epidemiology and Community Health* 66: 302–307.
- Marmot, M. 2005. "Social Determinants of Health Inequalities." *The Lancet* 365 (9464): 1099–1104.
- Martikainen, P., Martelin, T., Nihtilä, E., Majamaa, K., Koskinen, S. 2005. "Differences in Mortality by Marital Status in Finland from 1976 to 2000: Analyses of Changes in Marital-Status Distributions, Socio-Demographic and Household Composition, and Cause of Death." *Population Studies* 59 (1): 99–116.
- Mirowsky, J., Ross, C. E. 1998. "Education, Personal Control, Lifestyle, and Health: A Human Capital Hypotheses." *Research on Aging* 20: 415–449.
- _____. 2003. *Education, Social Status, and Health*. New York: Aldinede Gruyter.
- _____. 2005. "Education, Cumulative Advantage, and Health." *Ageing International* 30 (1): 27–62.
- Munk, M. D., Krarup, T. 2014. "Field Theory in Cultural Capital Studies of Educational Attainment." *British Journal of Sociology of Education* 12: 37–41.
- Murphy, M., Bobak, M., Nicholson, A., Rose, R., Marmot, M. 2006. "The Widening Gap in Mortality by Educational Level in the Russian Federation, 1980–2001." *American Journal of Public Health* 96: 1293–1299.

- Pinxten, W., Lievens, J. 2014. "The Importance of Economic, Social and Cultural Capital in Understanding Health Inequalities: Using a Bourdieu-Based Approach in Research on Physical and Mental Health Perceptions." *Sociology of Health and Illness* 36 (7): 1095–1110.
- Popay, J., Williams, G., Thomas, C., Gatrell, A. 1998. "Theorising Inequalities in Health: the Place of Lay Knowledge." *The Sociology of Health and Illness* 20 (5): 619–644.
- Poviliūnas, A. 2011. „Profesinės veiklos lauko tyrimo ypatumai“. *Sociologija. Mintis ir veiksmai* 29: 16–34.
- Schumacher, R., Vilpert, S. 2011. "Gender Differences in Social Mortality Differentials in Switzerland (1990–2005)." *Demographic Research* 25 (8): 285–310.
- Shkolnikov, V. M., Andreev, E. M., Jasilionis, D., Leinsalu, M., Antonova, O. I., McKee M. 2006. "The Changing Relation between Education and Life Expectancy in Central and Eastern Europe in the 1990s." *Journal of Epidemiology and Community Health* 60 (10): 875–881.
- Shkolnikov, V. M., Andreev, E. M., Jdanov, D. A., Jasilionis, D., Kravdal, Ø. et al. 2012. "Increasing Absolute Mortality Disparities by Education in Finland, Norway and Sweden, 1971–2000." *Journal of Epidemiology and Community Health* 66 (4): 372–378.
- Song, L. 2013. "Social Capital and Health." In *Medical Sociology on the Move*, ed. W. C. Cockerham, 233–257. London: Springer.
- Valkonen, T. 2001. "Trends in Differential Mortality in European Countries." In *Trends in Mortality and Differential Mortality*, eds. J. Vallin, F. Meslé, T. Valkonen, 185–321. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Veenstra, G. 2007. "Social Space, Social Class and Bourdieu: Health Inequalities in British Columbia, Canada." *Health and Place* 13 (1): 14–31.
- Williams, G. H. 2003. "The Determinants of Health: Structure, Context and Agency." *Sociology of Health & Illness* 25: 131–154.

DAUMANTAS STUMBRYŠ, DOMANTAS JASILIONIS

Educational Differences in Mortality among Working-age Men in Lithuania

Summary

This article points to the need of social theory in studies of health inequalities. We suggest that sociological concepts could be very useful in explaining health inequalities. This article presents research on educational differences in mortality among working-age men in Lithuania. A Bourdieu-based approach to health inequality and the cultural capital concept to study educational mortality differentials among men are used in the article. This research is based on the census-linked mortality dataset based on the linkage between all records from the 2011 Population Census of Lithuania and death records from the Lithuanian Causes of Death Register between the 1st of March

2011 and 31st of December 2013. Relative educational mortality differentials were assessed by means of Poisson regression mortality rate ratios. Results of the study highlight a striking magnitude of relative mortality differences by education: all-cause mortality risk in lower-educated working-age males groups is about five times higher than in the group of those with higher education. This article confirms the value of approach based on Bourdieu social practice theory and indicates the need to expand the health field researches with wider analysis of historical and economical context.

This research is funded by the European Social Fund under the Global Grant measure (Project no. VP1-3.1-ŠMM-07-K-02-067).

Keywords: *Pierre Bourdieu, middle-age man mortality, educational mortality differences, census-linked.*