

---

KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS  
LIETUVOS SOCIALINIŲ TYRIMŲ CENTRAS  
VYTAUTO DIDŽIOJO UNIVERSITETAS

---

Daumantas Stumbrys

# Lietuvos vyrų mirtingumo diferenciacijos sociologiniai demografiniai veiksniai

Mokslo daktaro disertacija  
Socialiniai mokslai, sociologija (05 S)

---

Vilnius, 2016

---

Mokslo daktaro disertacija rengta 2011–2015 metais Lietuvos socialinių tyrimų centre pagal doktorantūros teisę, suteiktą Kauno technologijos universitetui, Lietuvos socialinių tyrimo centrui ir Vytauto Didžiojo universitetui (2011 m. birželio 8 d. įsakymu Nr. V–1019).

Mokslinė vadovė: vyr. m. d. dr. Aušra Maslauskaitė (Lietuvos socialinių tyrimų centras, socialiniai mokslai, sociologija 05 S).

Mokslinis konsultantas: m. d. dr. Domantas Jasilionis (Makso Planko demografinių tyrimų institutas (Vokietija), socialiniai mokslai).

## PADĖKA

Pirmiausia norėčiau padėkoti savo mokslinei vadovei Aušrai Maslauskaitei ir konsultantui Domantui Jasilioniui už suteiktas žinias ir visapusišką palaikymą doktorantūros studijų metu. Taip pat esu nuoširdžiai dėkingas daugeliui kolegų iš skirtingų akademinų institucijų: Vlada Stankūnienei – už patarimus rengiant akademinį tekstą ir demografinę disertacijos dalį; Pavelui Grigorievui – už konsultacijas atliekant socioerdvinę ir daugiapakopę analizę; Vladimirui M. Shkolnikovui – už idėjas ir galimybę stažuotis Makso Planko demografinių tyrimų instituto Demografinių duomenų laboratorijoje; disertacijos recenzentams – Donatui Burneikai, Ilonai Tamutienei ir Vyliui Leonavičiui – už vertingas pastabas ir komentarus tobulinant disertaciją. Taip pat norėčiau padėkoti Lietuvos socialinių tyrimų centro administracijai už pagalbą sprendžiant su doktorantūra susijusius klausimus; Joanai Pribušauskaitei ir Gretai Tikužytei – už pagalbą redaguojant disertacijos tekstą. Pabaigoje norėčiau padėkoti savo šeimai už nuoširdų palaikymą, kurį jaučiau visus penkerius metus.

Tyrimo įgyvendinimas būtų sunkiai įmanomas be finansinės paramos, gautos iš Lietuvos socialinių tyrimų centro, Makso Planko demografinių tyrimų instituto (Vokietija) ir Lietuvos mokslo tarybos. Mokslinis tyrimas iš dalies buvo finansuojamas Europos socialinio fondo lėšomis pagal visuotinės dotacijos priemonę (sutarties Nr. VP1-3.1-ŠMM-07-K-02-067).

# TURINYS

SĄVOKOS .....	6
ĮVADAS .....	7
1. MIRTINGUMO DIFERENCIACIJOS TYRIMO TEORINIAI IR METODOLOGINIAI PAGRINDAI .....	14
<b>1. 1. Sveikatos nelygybės problematika šiuolaikinėse sveikatos     sociologijos ir socialinės epidemiologijos teorijose</b> .....	14
1. 1. 1. Sveikatos nelygybės samprata .....	15
1. 1. 2. Sveikatos nelygybės teorinės prieigos .....	17
1. 1. 3. Socialinio veiksmo ir socialinės struktūros sąveikos problema sveikatos sociologijoje .....	25
1. 1. 4. Kapitalas kaip sveikatos ištekliai .....	29
1. 1. 5. Socialinė erdvė ir sveikata .....	36
<b>1. 2. Sveikatos nelygybė ir mirtingumo diferenciacija:     tyrimų kryptys ir problemos</b> .....	40
1. 2. 1. Sveikatos nelygybės ir mirtingumo diferenciacijos veiksniai .....	40
1. 2. 2. Mirtingumo diferenciacijos tyrimų problematika .....	42
1. 2. 3. P. Bourdieu teorinės prieigos taikymas sveikatos nelygybės tyrimuose .....	51
1. 2. 4. Lietuvos vyrų sveikatos nelygybės ir mirtingumo diferenciacijos tyrimų problematika .....	54
<b>1. 3. Mirtingumo diferenciacijos tyrimo modelis ir metodai</b> .....	58
1. 3. 1. P. Bourdieu socialinės praktikos teorija kaip mirtingumo diferenciacijos tyrimo prieiga .....	59
1. 3. 2. Tyrimo sąvokų operacionalizacija .....	62
1. 3. 3. Empirinio tyrimo duomenys, metodai ir apribojimai .....	64
2. LIETUVOS VYRŲ MIRTINGUMAS: RAIDA IR KONTEKSTAS .....	72
<b>2. 1. Lyginamoji demografinė Lietuvos vyrų mirtingumo analizė</b> .....	72
2. 1. 1. Vyrų tikimybinių mirtingumo rodiklių kaitos lyginamoji analizė ...	72
2. 1. 2. Lietuvos vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės dekompozicinė analizė .....	76

2. 2. Lietuvos vyrų specifinio mirtingumo modelio bruožai .....	79
2. 2. 1. Lietuvos vyrų mirties priežasčių struktūra .....	79
2. 2. 2. Lietuvos vyrų mirtingumo diferenciacija pokomunistinės transformacijos kontekste .....	87
3. LIETUVOS VYRŲ MIRTINGUMO DIFERENCIACIJOS VEIKSNIŲ TYRIMO REZULTATAI .....	89
3. 1. Socioerdvinės vyrų mirtingumo diferenciacijos analizė .....	89
3. 1. 1. Mirtingumas dėl kraujotakos ligų ir bendrasis mirtingumas .....	89
3. 1. 2. Mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių ir alkoholio vartojimo .....	91
3. 1. 3. Mirtingumas dėl savižudybių .....	93
3. 2. Daugiapakopė mirtingumo diferenciacijos veiksnių analizė .....	95
3. 2. 1. Individualaus lygmens socioekonominių veiksnių sąsajos su vyrų mirtingumo diferenciacija .....	97
3. 2. 2. Gyvenamosios vietovės socioekonominių veiksnių sąsajos su vyrų mirtingumo diferenciacija .....	103
3. 3. <i>Mikrosocialinio</i> lygmens veiksnių analizė: sveikatai žalingas vyrų gyvenimo stilius .....	110
3. 3. 1. Nesaikingas alkoholio vartojimas, neigiamos emocijos ir vienatvė .....	110
3. 3. 2. Socioekonominio statuso ir sveikatai žalingo gyvenimo stiliaus sąsajos .....	115
3. 4. Rezultatų aptarimas ir diskusija .....	121
3. 4. 1. Teorinio modelio vertinimas ir jo perspektyvos sveikatos nelygybės tyrimuose .....	121
3. 4. 2. Tyrimo rezultatų santykis su kitų tyrėjų darbais, taikytų metodų privalumai ir kritiniai aspektai .....	125
IŠVADOS .....	128
LITERATŪRA .....	132
PRIEDAI .....	147
PUBLIKACIJŲ IR PRANEŠIMŲ SĄRAŠAS .....	171

## SĄVOKOS

**Sveikatos nelygybė**<sup>1</sup> – dėsningi sveikatos skirtumai tarp individų ar socialinių grupių, užimančių nevienodas socioekonominės pozicijas (pagal McCartney ir kt. 2013, 221).

**Sociologiniai demografiniai mirtingumo diferenciacijos veiksniai** – individų ar socialinių grupių, užimančių nevienodas socioekonominės pozicijas, mirtingumo skirtumus lemiantys veiksniai. Šie veiksniai gali būti susiję su integraliomis individo savybėmis, gyvenimo stiliumi ar socialine aplinka.

**Vidutinio amžiaus vyrai** – 30–59 metų amžiaus vyrai.

**Kapitalas** – su sveikata susiję materialūs ir nematerialūs ištekliai, akumuluojami individų ar socialinių grupių. Kapitalas, arba su sveikata susiję ištekliai, skirstomi į tris rūšis: ekonominį kapitalą – finansinį ir kitą turtą, kuris įgalina susikurti sveikatai palankią fizinę ir socialinę aplinką; kultūrinį kapitalą – išsilavinimą, žinias ir įgūdžius, kurie įgalina individą sveikai gyventi; socialinį kapitalą – socialinius ryšius, kurie įgalina panaudoti ekonominį ir kultūrinį kapitalą taip, kad būtų gauta kuo didesnė nauda sveikatai (pagal Bourdieu 1984; 1986).

**Gyvenimo stilius** – kolektyvinio elgesio forma, paremta individų priimtais sprendimais, kuriuos formuoja socialinė aplinka (Cockerham 2013, 138).

**Habitus** – individo internalizuota socialinio pasaulio, kuriame jis gyvena, patirtis, organizuojanti socialinių veikėjų praktikas, susijusias su sveikata, ir daranti įtaką tų praktikų suvokimui. *Habitus* sąvoka vartojama paaiškinti, kaip individų grupė sukuria savitą gyvenimo stilių ir kaip šis gyvenimo stilius išlieka laike ir erdvėje (pagal P. Bourdieu 1984; Korp 2010, 805; Cockerham 2013, 135–136).

**Socialinis sveikatos laukas** – socialinė erdvė, kurioje skirtingo socioekonominio statuso vyrai, disponuodami skirtingais sveikatos ištekliais, siekia geros sveikatos. *Socialiniame lauke* esančių vyrų grupių sveikatos skirtumai priklauso nuo šių grupių gyvenimo stiliaus, kurį sąlygoja kapitalo ir *habitus* sąveika (pagal Bourdieu 1984).

---

<sup>1</sup> Angl. *health inequality*.

## ĮVADAS

**Problema ir aktualumas.** Daugelio epidemiologinių tyrimų rezultatai rodo, kad išsilavinimas, ekonominis aktyvumas, santuokinė padėtis, pajamos ir kiti veiksniai turi poveikį socialinių grupių sveikatos skirtumams (Marmot 2006). Pastaraisiais dešimtmečiais socioekonominė mirtingumo diferenciacija daugelyje Europos Sąjungos šalių augo atnešdama didžiulius demografinius ir ekonominius nuostolius (Mackenbach ir kt. 2010; 2015). Augant gyventojų sveikatos nelygybės skirtumams, kyla grėsmė ne tik bendrai visuomenės sveikatos būklei, bet ir tvariai socialinei bei ekonominei šalių raidai (European Commission 2013a; 2013b). Taigi šiuolaikiniuose sveikatos ir socialinės politikos dokumentuose sveikatos nelygybė dažnai įvardijama kaip viena iš svarbiausių visuomenės sveikatos problemų, o siekiant įgyvendinti efektyvias sveikatos nelygybės mažinimo priemones, būtina užtikrinti moksliniais tyrimais pagrįstą sveikatos politikos priemonių įgyvendinimą (European Commission 2013b; LR SAM 2014). Lietuva iš kitų Europos Sąjungos šalių išsiskiria didžiausiais vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklių skirtumais (Eurostat 2016), o sociodemografiniai ir socioekonominiai mirtingumo diferenciacijos rodikliai šalies viduje pastaraisiais metais didėja (Jasilionis ir kt. 2015). Taigi naujų mokslo žinių, kuriomis remiantis būtų galima pagrįsti veiksmingas sveikatos nelygybės mažinimo priemones, poreikis Lietuvoje yra didelis.

Nuo XX a. paskutiniojo dešimtmečio Lietuvos gyventojai susidūrė su dideliais ekonominiais ir socialiniais iššūkiais, juos sekė prastėjanti demografinė situacija – mažėjantis gimstamumas, didėjantys emigracijos mąštai ir išaugę mirtingumo rodikliai. Aukštas Lietuvos gyventojų mirtingumo lygis tapo viena iš pagrindinių Lietuvos depopuliacijos priežasčių. Didelė socioekonominė mirtingumo diferenciacija, aukštas mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių lygis ir itin dideli darbingo amžiaus vyrų mirtingumo rodikliai laikomi pagrindiniais Lietuvos ir kitų posovietinių valstybių specifinio gyventojų mirtingumo modelio bruožais (Stankūnienė, Jasilionis 2011, 335). Tyrimai rodo, kad dėl aukšto vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo lygio Lietuvos visuomenė kasmet patiria didžiulius demografinių ir ekonominių nuostolių, todėl sumažinus socioekonominius mirtingumo skirtumus būtų galima išvengti daugybės darbingo amžiaus gyventojų mirčių (Jasionis ir kt. 2007; 2015; Jasilionis;

Stankūnienė 2012). Dideli Lietuvos gyventojų mirtingumo dėl išvengiamų ir mediciniškai pagydomų<sup>2</sup> ligų rodikliai pastaraisiais metais išsiskiria ne tik tarp Vakarų Europos valstybių, bet ir tarp Baltijos šalių, kelis dešimtmečius ėjusių panašiu demografinės raidos keliu (Jasilionis ir kt. 2011; Gudžinskas 2012).

Pastaruoju laikotarpiu atliekama nemažai epidemiologinių ir demografinių tyrimų, kuriuose nagrinėjama Lietuvos gyventojų mirtingumo diferenciacija. Atlikti išsamūs sociodemografinių ir socioekonominių Lietuvos gyventojų mirtingumo diferenciacijos veiksnių tyrimai (Jasilionis ir kt. 2015; 2006; 2007; Jasilionis, Stankūnienė 2011; Smailytė ir kt. 2013; 2015), Lietuvos gyventojų mirtingumo raida nagrinėjama platesniame demografinių ir epidemiologinių mirtingumo raidos teorijų kontekste (Jasilionis 2003; Stankūnienė, Jasilionis 2011; Jasilionis ir kt. 2011). Demografiniuose ir epidemiologiniuose tyrimuose daug dėmesio skiriama mirties priežasčių struktūros pokyčių analizei, mirtingumo dėl vėžio, rūkymo ir alkoholio vartojimo, savižudybių skirtumams (Kalediene 1999; Sauliune ir kt. 2008; Štelemėkas 2014; Kalėdienė ir kt. 2004; 2010; Veryga 2009; Štelemėkas, Veryga 2012; Smailytė ir kt. 2013; 2015).

**Darbo naujumas ir reikšmė.** Išvardytus mirtingumo diferenciacijos tyrimus, galima būtų priskirti socialinės epidemiologijos, demografijos ar visuomenės sveikatos mokslo kryptims, bet ne sveikatos sociologijai. Šiuose tyrimuose mažai dėmesio skiriama mirtingumo diferenciacijos sociologiniams aspektams, o epidemiologinių tyrimų atotrūkis nuo sveikatos sociologijos metodologinėje literatūroje (pavyzdžiui, Popay et al, 1998) įvardijamas kaip viena iš pagrindinių šiuolaikinės socialinės epidemiologijos problemų. Jane Popay su bendraautoriais (1998, 627) teigia, kad pozityvistinėje epidemiologijoje dėmesys yra sutelkiamas į *makrosocialiniame* lygmenyje vykstančius procesus, nuošalyje paliekant *mikrosocialinį* lygmenį, kurį analizuoti būtina siekiant visapusiškai atskleisti sveikatos nelygybės problemą. Tokia analizė atsiejama individą nuo socialinio konteksto. Autorių nuomone (Popay et al. 1998), ši problema galėtų būti sprendžiama pasitelkiant sveikatos sociologijos teorinius modelius. Taigi šis darbas užpildo mirtingumo diferenciacijos tyrimų nišą, kurioje, remiantis sociologijos teorijomis, nagrinėjami socioekonominiai vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo veiksniai ir jų tarpusavio sąveika. Disertacijos tyrime sveikatos sociologijos

---

<sup>2</sup> Angl. *amenable to health care*.



teorija derinama su epidemiologijos ir formaliosios demografijos metodais. Disertacijos autoriaus žiniomis, tokia prieiga nagrinėjant Lietuvos gyventojų mirtingumo diferenciaciją taikyta pirmą kartą.

Pagrindinis mirtingumo diferenciacijos tyrimo metodologinio naujumo aspektas yra P. Bourdieu *socialinio lauko* tyrimo logikos pritaikymas sveikatos nelygybės tyrimui. Disertacijos empirinio tyrimo modeliui pagrįsti pasirinkta P. Bourdieu (1977; 1984; 1986; 1990) socialinės praktikos teorija, įgalinanti *makrosocialinio* ir *mikrosocialinio* lygmenų mirtingumo diferenciacijos veiksnius nagrinėti kaip visumą. Pastaraisiais metais sveikatos nelygybės tyrimuose pradėtos taikyti P. Bourdieu koncepcijos, tačiau dažniausiai apsiribojama atskirų sąvokų – *socialinio lauko*, *kapitalo* arba *habitus* – įvedimu (Pinxten, Lievens 2014; Grineski 2009; McGovern ir kt. 2015; Veenstra 2007). Visas socialinės praktikos teorijos modelis, kuriame būtų nuosekliai remiamasi *socialinio lauko* tyrimo logika, mirtingumo diferenciacijos tyrimuose iki šiol nebuvo taikytas. Vienas iš pagrindinių socialinės praktikos teorija pagrįsto modelio privalumų yra tas, kad jis susieja mirtingumo diferenciacijos veiksnius su sveikatai žalingu vyrų gyvenimo stiliumi.

Kitas svarbus tyrimo naujumo aspektas – tai daugiapakopės regresinės analizės taikymas nagrinėjant vyrų sveikatos nelygybės veiksnius. Mirtingumo diferenciacijos tyrimų, kuriuose taikant šia metodiką būtų nagrinėjamos individualaus ir gyvenamosios vietovės socioekonominių veiksnių sąsajos, nėra daug (Merlo ir kt. 2005; Blomgren ir kt. 2004; Martikainen ir kt. 2003; Martikainen ir kt. 2004; Blomgren, Valkonen 2007). O žinių apie gyvenamosios vietovės socioekonominių veiksnių sąsajas su Lietuvos vyrų mirtingumo diferenciacija iki šiol nebuvo. Taigi šis darbas pretenduoja būti pirmasis, kuriame pasitelkiant daugiapakopės regresinės analizės metodiką išsamiai nagrinėjamos ne tik individualaus lygmens, bet ir gyvenamosios vietovės lygmens socioekonominių veiksnių sąsajos su Lietuvos gyventojų mirtingumo diferenciacija.

Svarbu paminėti tyrime naudotų duomenų naujumo aspektą. Disertacijos mirtingumo diferenciacijos tyrimas remiasi unikalios visos Lietuvos populiacijos lygio gyventojų mirtingumo duomenų baze. Lietuva<sup>3</sup> kartu su Vengrija, Slovėnija ir Bul-

---

<sup>3</sup> Su 2001 ir 2011 m. Lietuvos gyventojų surašymo duomenimis paremtų mirtingumo diferenciacijos tyrimų pagrindiniais rezultatais galima susipažinti moksliniuose straipsniuose ir jų pagrindu išleistose mokslo studijose (Jasilionis ir kt. 2006; Jasilionis, Stankūnienė 2012; Jasilionis ir kt. 2015).

garija patenka tarp pirmųjų buvusio sovietinio bloko šalių, kuriose atlikti surašymo duomenimis paremti mirtingumo diferenciacijos tyrimai (Jasilionis ir kt. 2015).

**Tyrimo duomenys ir metodai.** Metodologiniu požiūriu disertacijos tyrimą galima suskirstyti į tris etapus. Pirmasis tyrimo etapas – tai socioerdvinė vidutinio amžiaus Lietuvos vyrų mirtingumo rodiklių analizė. Šioje analizėje naudojant agreguotus 2010–2013 metų Lietuvos gyventojų mirtingumo duomenis buvo siekiama nustatyti aukšto vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo lygio savivaldybių klasterius. Autokoreliacinė standartizuotų mirtingumo rodiklių analizė buvo atlikta pagal gausiausias vidutinio amžiaus vyrų mirties priežasčių grupes.

Antrasis tyrimo etapas – vidutinio amžiaus mirtingumo diferenciacijos pagal individualaus lygmens ir gyvenamosios vietovės socioekonominius veiksnius analizė. Ji pagrįsta daugiapakopės regresinės analizės metodu, kuris taikomas nagrinėti su gyventojų surašymu susietiems mirties registro duomenims. Tyrimui naudoti su 2011 m. Lietuvos gyventojų surašymu susieti mirtingumo duomenys, teikiantys itin tikslūs visos populiacijos lygmens informacija paremtus rezultatus. Daugelis šiuolaikinių mirtingumo diferenciacijos tyrimų yra pagrįsti su gyventojų surašymu nesusietais agreguotais oficialiosios statistikos mirtingumo duomenimis arba atrankinių tyrimų metu gauta informacija. Naudojant tokius duomenis susiduriama su dviem pagrindinėmis problemomis (Jasilionis ir kt. 2015, 11). Pirma, su gyventojų surašymu nesusietuose mirtingumo duomenyse yra naudojama mirties įrašuose trečiųjų asmenų pateikta informacija apie mirusiųjų sociodemografinį ir socioekonominį statusą, o ji ne visuomet yra tiksli (Shkolnikov ir kt. 2007; Jasilionis ir kt. 2012). Todėl labai padidėja tam tikrų sociodemografinių gyventojų grupių mirtingumo rodiklių paklaidų tikimybė. Antra, atrankiniai tyrimai dažnai susiduria su ribotos aprėpties bei reprezentatyvumo trūkumo problema. Už atrankinių tyrimų imties ribų dažnai atsiduria tokios aukštos mirtingumo rizikos grupės kaip benamiai, kaliniai ar globos namų gyventojai.

Tiriant taikytas daugiapakopės regresinės analizės metodus<sup>4</sup> yra pasitelkiamas nagrinėjant hierarchines duomenų struktūras (Diez-Roux 2000). Ši analitinė prieiga pastaraisiais metais pradėta taikyti sveikatos nelygybės tyrimuose nagrinėjant šalies, regiono, bendruomenės, mokyklos, šeimos socioekonominių charakteristikų sąsajas su individų sveikatos skirtumais (Merlo ir kt. 2005; Martikainen ir kt. 2003; 2004;

---

<sup>4</sup> Angl. *multilevel analysis*.

Blomgren ir kt. 2004; Diez-Roux 2000). Šiame tyrime daugiapakopės analizės metodas taikomas dviejų mirtingumo diferenciacijos veiksnių lygmenų sąveikai analizuoti. Pirmasis lygmuo – tai sociodemografinės ir socioekonominės individo charakteristikos (išsilavinimas, santuokinė padėtis, ekonominis aktyvumas ir pan.), kurios remiasi gyventojų surašymo duomenimis. Antrasis lygmuo – tai gyvenamosios vietovės socioekonominiai veiksniai (savivaldybių socioekonominiai rodikliai – nedarbo, gyventojų pajamų, išsilavinimo lygis ir pan.), kurie remiasi agreguotais regioninės statistikos duomenimis.

Trečiasis tyrimo etapas – *mikrosocialinio* lygmens veiksnių analizė – sudaryta iš dviejų dalių. Pirmoje dalyje, taikant kokybinius sociologinių tyrimų metodus, nagrinėjamos žemą socioekonominį statusą užimančių vyrų neigiamų emocijų sąsajos su sveikatai žalingu gyvenimo stiliumi. Šis tyrimas pagrįstas kokybine pusiau struktūruotų interviu analize, atlikta naudojant atvirąjį tekstinių duomenų kodavimą. Tiriant naudojami antriniai duomenis, gauti analizuojant Lietuvos gyventojų nesaikingo alkoholio vartojimo padarinius (Tamutienė 2015). Antroje dalyje, taikant kiekybinius sociologinių tyrimų metodus, nagrinėjami vyrų socioekonominio statuso ryšiai su sveikatai žalingos gyvensenos praktikomis. Šis tyrimas pagrįstas atrankinio gyvensenos tyrimo duomenų paprastąja (dviejų kintamųjų) atitikties analize<sup>5</sup>, kuriai naudojami antriniai *Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimo 2014 m.* duomenys (Grabauskas ir kt. 2015).

**Disertacijos tyrimo objektas** – vidutinio amžiaus Lietuvos vyrų mirtingumo diferenciacijos socioekonominiai veiksniai ir jų tarpusavio sąveika.

**Tyrimo tikslas** – derinant sveikatos sociologijos ir socialinės epidemiologijos teorines prieigas su formaliosios demografijos ir sociologijos metodais, nustatyti socioekonominų veiksnių poveikį šiuolaikinei vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijai Lietuvoje ir atskleisti šių veiksnių sąsajas su sveikatai žalingu gyvenimo stiliumi.

#### **Uždaviniai:**

1. Išnagrinėjus sveikatos nelygybės teorinius modelius ir mirtingumo diferenciacijos tyrimų kryptis, išryškinti pagrindines mirtingumo diferenciacijos tyrimų teorines ir metodologines problemas.

---

<sup>5</sup> Angl. *simple correspondence analysis*.

2. Išnagrinėjus šiuolaikinių mirtingumo diferenciacijos tyrimų metodiką ir gautus rezultatus, sukurti P. Bourdieu socialinės praktikos teorija paremtą tyrimo modelį, skirtą nagrinėti vidutinio amžiaus vyrų socioekonominių mirtingumo diferenciacijos veiksnių sąveikai su sveikatai žalingu gyvenimo stiliumi.
3. Atlikti vidutinio amžiaus Lietuvos vyrų mirtingumo raidos ir konteksto analizę atskleidžiant ilgalaikių istorinių ir demografinių veiksnių sąsajas su didelės mirtingumo diferenciacijos problema.
4. Derinant sukurtą mirtingumo diferenciacijos tyrimo teorinį modelį su formaliosios demografijos metodais, nustatyti vidutinio amžiaus Lietuvos vyrų mirtingumo diferenciacijos veiksnių tarpusavio sąsajas.
5. Derinant sukurtą mirtingumo diferenciacijos tyrimo teorinį modelį su sociologiniais empirinių tyrimų metodais, atskleisti sveikatai žalingo gyvenimo stiliaus sąsajas su socioekonominiu statusu.

#### **Ginamieji disertacijos teiginiai:**

1. P. Bourdieu socialinės praktikos teorija pagrįstas mirtingumo diferenciacijos tyrimo teorinis modelis, kuriame nagrinėjama gyvenimo sąlygų, *habitus* ir gyvenimo stiliaus sąveika, leidžia atskleisti vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijos veiksnių sąsajas su sveikatai žalingu gyvenimo stiliumi.
2. Individualaus lygmens veiksniai turi didesnę poveikį vidutinio amžiaus vyrų bendrojo mirtingumo diferenciacijai Lietuvoje negu gyvenamosios vietovės socioekonominiai veiksniai. Kitaip tariant, priklausymas žemo socioekonominio statuso grupei (pavyzdžiui, bedarbiams), labiau padidina vyrų bendrojo mirtingumo riziką negu gyvenimas socialiai ar ekonomiškai nepalankioje vietovėje (pavyzdžiui, vietovėje, kurioje aukštas nedarbo lygis).
3. Didžiausią įtaką vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijai Lietuvoje tiek individualiu lygmeniu, tiek gyvenamosios vietovės lygmeniu turi ekonominiai veiksniai.

**Disertacijos struktūra.** Disertaciją sudaro trys skyriai. Pirmajame skyriuje pristatomi teoriniai ir metodologiniai vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijos tyrimo pagrindai; aptariamos sveikatos nelygybės teorinės prieigos, nagrinėjama socialinio veiksmo ir socialinės struktūros sąveikos sveikatos sociologijoje problema; aptariama šiuolaikinių mirtingumo diferenciacijos tyrimų problematika; pristatomos mirtingumo diferenciacijos tyrimo teorinės prielaidos. Šiame skyriuje daug dėmesio

skiriama P. Bourdieu socialinės praktikos teorijos taikymui sveikatos sociologijoje, pristatomas šia teorija grindžiamas disertacijos tyrimo teorinis modelis. Skyriaus pabaigoje pristatomi empirinio tyrimo duomenys ir metodai.

Antrame skyriuje nagrinėjama vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo kaita Lietuvoje ir aptariamas šių pokyčių kontekstas. Šiame skyriuje pateikiama istorinė demografinė Lietuvos vyrų mirtingumo analizė, vertinamas vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo poveikis bendrai Lietuvos vyrų vidutinei tikėtina gyvenimo trukmei. Antroje skyriaus dalyje nagrinėjamas pokomunistinėms šalims, tarp jų ir Lietuvai, būdingas specifinis mirtingumo modelis ir jo bruožai, aptariama vidutinio amžiaus vyrų mirties priežasčių struktūra.

Trečiame disertacijos skyriuje pateikiami Lietuvos vyrų mirtingumo diferenciacijos veiksnių tyrimo rezultatai. Aptariama socioerdvinė Lietuvos vyrų mirtingumo diferenciacija, pagrindinį dėmesį skiriant šioms mirties priežasčių grupėms: bendrajam mirtingumui, mirtingumui dėl kraujotakos sistemos ligų, išorinių mirties priežasčių, alkoholio vartojimo ir savižudybių. Toliau aptariami daugiapakopės regresinės analizės rezultatai, nagrinėjami individualaus lygmens ir gyvenamosios vietovės socioekonominiai mirtingumo diferenciacijos veiksniai ir jų sąveika. Skyriaus pabaigoje nagrinėjamos sveikatai žalingo vyrų gyvenimo stiliaus sąsajos su socioekonominiais mirtingumo diferenciacijos veiksniais.

Darbo pabaigoje aptariami mirtingumo diferenciacijos tyrimo rezultatai, suformuluojamos išvados. Pristatomi iškeltus ginamuosius teiginius patvirtinantys argumentai. Trumpai aptariamas tyrimo rezultatų santykis su kitų tyrėjų atliktais darbais, taikytų empirinių metodų ir teorinio modelio teikiamos galimybės ir ribotumai, aptariamos tolesnių sveikatos nelygybės ir mirtingumo diferenciacijos tyrimų gairės.

# 1. MIRTINGUMO DIFERENCIACIJOS TYRIMO TEORINIAI IR METODOLOGINIAI PAGRINDAI

Nuo XX a. paskutinio dešimtmečio Lietuvoje prasidėję socialiniai ir ekonominiai pokyčiai buvo lydimi sparčios demografinių procesų kaitos: didžiulės gyventojų emigracijos (Sipavičienė, Stankūnienė 2011; Sipavičienė, Stankūnienė 2013), šeimos modelio transformacijos (Stankūnienė, Maslauskaitė 2009; Stankūnienė ir kt. 2013), visuomenės senėjimo, gyventojų skaičiaus mažėjimo (Kanopienė, Mikulionienė 2006), mirtingumo lygio stagnacijos (Jasilionis ir kt. 2015; Jasilionis, Stankūnienė 2012; Stankūnienė, Jasilionis 2011). Nuo 2007 m. tiek vyrų, tiek moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė didėja, tačiau šie rodikliai išlieka vieni mažiausių Europos Sąjungoje (Human Mortality Database 2016; Lietuvos statistikos departamentas 2016; Eurostat 2016). Demografiniai ir epidemiologiniai tyrimai rodo, kad viena iš pagrindinių didelio Lietuvos gyventojų mirtingumo lygio priežasčių yra išaugusi sociodemografinė ir socioekonominė mirtingumo diferenciacija (Jasilionis ir kt. 2015; Stankūnienė, Jasilionis 2011). Itin dideli mirtingumo diferenciacijos rodikliai yra vidutinio amžiaus vyrų.

Sveikatos sociologijos tyrimuose, kuriuose nagrinėjama socioekonominė gyventojų mirtingumo diferenciacija, vyrauja keletas požiūrių į sveikatos nelygybės susiformavimo priežastis. Taikant skirtingas priemogis atskleidžiami vis kiti sveikatos nelygybės aspektai. Taigi prieš pradėdant nagrinėti Lietuvos vyrų mirtingumo diferenciaciją ir jos priežastis, svarbu išanalizuoti, kokios teorinės priemogis dominuoja šiuolaikinių sveikatos nelygybės tyrimų problematikoje ir kaip skirtingos priemogis padeda gauti naujų mokslo žinių.

## 1. 1. Sveikatos nelygybės problematika šiuolaikinėse sveikatos sociologijos ir socialinės epidemiologijos teorijose

Keletą pastarųjų dešimtmečių intensyviai atliekamų epidemiologinių tyrimų rezultatai patvirtina hipotezę, kad žemesnė individo socioekonominė pozicija yra susijusi su didesne tikimybe būti prastos sveikatos (Abel, Frohlich 2012; Klotz, Doblhammer 2008; Jasilionis ir kt. 2006; 2007; Jasilionis, Stankūnienė 2012; Mackenbach ir kt. 2015; Marmot 1995; 2005; 2013; Marmot ir kt. 2015; Pickett, Wilkinson 2015; Schumacher ir Vilpert 2011; Wilkinson, Pickett 2006 ir kt.). Vis dėlto nagrinėjant,

kaip šis reiškinys susiformuoja ir kokios jo priežastys, iškyla daug neatsakytų klausimų. Todėl sveikatos sociologijoje ir socialinėje epidemiologijoje pastaraisiais metais daug diskutuojama, kurios sveikatos nelygybę nagrinėjančios teorijos galėtų tenkinti naujų mokslo žinių poreikį šioje srityje (Abel 2008; Abel, Frohlich 2012; Cockerham 2005; 2013; Frohlich ir kt. 2001; McCartney ir kt. 2013; Popay 1998; Popay ir kt. 2003; Williams 2003).

### *1. 1. 1. Sveikatos nelygybės samprata*

*Sveikatos nelygybės* sąvoka socialinės epidemiologijos ir sveikatos sociologijos tyrimuose yra problemiška. Mokslinėje literatūroje šis terminas dažniausiai apibrėžiamas kaip sveikatos skirtumai tarp gyventojų ir jų grupių, užimančių skirtingas socio-ekonomines pozicijas (Evans ir kt. 2001, 3; Graham 2007, 4; McCartney ir kt. 2013, 221). *Sveikatos nelygybės* sąvoka dažnai vartojama socialinio teisingumo kontekste, todėl Timothy Evansas (2003) siūlo vartoti *sveikatos neteisybės*<sup>6</sup> terminą. Autorius teigia, kad terminas *sveikatos nelygybė* apibrėžia tik sveikatos skirtumus tarp tam tikrų socialinių grupių, paliekant nuošalyje socialinį teisingumą. Pasak T. Evanso, neteisingumo dimensijos įvedimas į sveikatos tyrimus leistų įvertinti, ar konkretus sveikatos nelygybės atvejis yra socialiai teisingas, ar šių sveikatos skirtumų galima būtų išvengti (Evans ir kt. 2001, 3).

Strateginiuose sveikatos dokumentuose ir visuomenės sveikatos moksliniuose tyrimuose gyventojų sveikatos skirtumai apibrėžiami įvairiai. Pasaulio sveikatos organizacija (WHO 2016) *sveikatos nelygybę* apibrėžia kaip sveikatos skirtumus tarp tam tikrų socialinių grupių. Apibrėžiant šią sąvoką pažymima, jog esama neišvengiamų sveikatos skirtumų, tačiau kai kurių sveikatos skirtumų priežastys yra susijusios su socialine neteisybe ir diskriminacija. Pasaulio sveikatos organizacija tokią sveikatos nelygybės rūšį apibrėžia kaip *sveikatos neteisybę*. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintame *Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plane* (2014) sveikatos skirtumams apibūdinti vartojamas *sveikatos netolygumų* terminas. Sveikatos netolygumai apibrėžiami kaip socialinė diferenciacija pagal sveikatos būklę ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą (LR SAM 2014). Šis terminas vartojamas ir kai kurių Lietuvos autorių mokslo darbuose (Jasilionis ir kt. 2015; Jasilionis, Stankūnienė 2011; Aguonytė ir kt. 2013).

---

<sup>6</sup> Angl. *health inequity*.

Svarbu *sveikatos nelygybės* sąvoką vertinti kritiškai. Vienas iš šiuolaikinės gerovės visuomenės tikslų galėtų būti siekis užtikrinti *sveikatos lygybę*. Angusas Forbesas ir Stevenas P. Wainwrightas (2001, 811) kelia filosofinį klausimą: *kas yra sveikatos lygybė ir ar ji iš viso yra įmanoma?* Autorių nuomone, *sveikatos nelygybės* sampratos nagrinėjimas turėtų prasidėti nuo suvokimo, kad žmonės jau gimsta nelygūs. Individų sveikatos skirtumai yra susiję su fiziologinėmis kūno savybėmis ir socialinėmis sąlygomis, į kurias patenka atėję į šį pasaulį. Be to, „vienodos individų galimybės nebūtinai veda link vienodų pajamų, vienodas turtas nebūtinai veda link vienodos laimės, vienodas laimės pojūtis gali būti susijęs su labai skirtingų poreikių patenkiniu“ (Forbes, Wainwright 2001, 811–812). Taigi individų sveikatos skirtumų priežastys yra kompleksinės: jos gali būti susijusios su žmogaus fiziologinėmis savybėmis, jo elgesiu ar socialine aplinka.

Skirtingo socioekonominio statuso grupių egzistavimo faktas suponuoja, kad tam tikra socialinių sveikatos skirtumų forma yra neišvengiama. Taigi sveikatos skirtumai ne visuomet gali būti siejami su diskriminacija ar socialiniu teisingumu. Akivaizdu, kad visiško *sveikatos nelygybės* panaikinimo siekis visuomenėje yra neįgyvendinamas ir neturi prasmės. Vis dėlto šiuolaikiniuose sveikatos ir socialinės politikos dokumentuose (European Commission 2013b; LR SAM 2014) deklaruojamas tikslas – sumažinti visuomenėje egzistuojančius sveikatos skirtumus – gali prisidėti prie sveikatos ir socialiai teisingesnės visuomenės kūrimo.

Apibendrinant *sveikatos nelygybės* sąvokos probleminius aspektus galima teigti, kad ši sąvoka nebūtinai reiškia socialinių grupių sveikatos skirtumus, kurių priežastys – socialinė neteisybė ar diskriminacija. Vis dėlto šiuolaikinėje mokslinėje literatūroje *sveikatos nelygybės* terminas dažniausiai yra siejamas su tam tikrų socialinių grupių sveikatos problemomis, kurių priežastys – nevienodas sveikatai reikalingų išteklių prieinamumas skirtinguose socioekonominiuose sluoksniuose (European Social Survey 2015; Whitehead, Dahlgren 2006, 4). Taigi, atsižvelgiant į sveikatos sociologijos diskurse nusistovėjusią praktiką, šiame darbe vartojamas *sveikatos nelygybės* terminas. Šis terminas dažniau negu kiti šiame skyrelyje aptariamai terminai randamas svarbiausiuose sveikatos skirtumų vertinimo ir mirtingumo diferenciacijos tyrimuose (Graham 2009; Mackenbach, Kunst 1997; Marmot ir kt. 1991; Marmot 2005; 2006; 2013; McCartney ir kt. 2013; Pickett, Wilkinson 2015; Schumacher, Vilpert 2011; Wilkinson, Pickett 2006 ir kt.), todėl pasirinktas vartoti ir šiame darbe.



### 1. 1. 2. Sveikatos nelygybės teorinės prieigos

Šiuolaikinėje sveikatos sociologijoje ir socialinėje epidemiologijoje yra daug teorinių modelių sveikatos nelygybės problematikai nagrinėti. Socialinio veiksmo prieigos sutelkia dėmesį į individo elgesį ir pasirinkimus, socialinės struktūros teorinės prieigos akcentuoja aplinkos poveikį individo sveikatai (Cockerham 2013; 2005; Cockerham ir kt. 1993). *Materialistinė / struktūralistinė* prieiga gyventojų sveikatos skirtumus aiškina materialinių gyvenimo sąlygų skirtumais (Macleod, Davey Smith 2003; McCartney ir kt. 2013; Marmot ir kt. 2005), psichosocialinio streso prieiga akcentuoja socialinio streso poveikį individo sveikatai (Martikainen 2002; Pickett, Wilkinson 2015; Wilkinson, Pickett 2006). Gyvenimo kelio teorinėje perspektyvoje sveikatos problemų priežasčių ieškoma nagrinėjant sveikatos rizikos veiksnius ankstyvoje vaikystėje (Kuh ir kt. 2003; Ben-Shlomo, Kuh 2002), lyčių studijų teorijoje sveikatos skirtumų priežastys nagrinėjamos lytiškumo diskursų kontekste (Lohan 2002). Taigi teoriniame sveikatos sociologijos diskurse vyksta nuolatinė diskusija ieškant teorinio modelio, kuris galėtų atskleisti sveikatos nelygybės priežastis šiuolaikinėje visuomenėje.

Vienas pirmųjų moderniosios socialinės epidemiologijos darbų, kuriame buvo nagrinėjama ne tik ilgalaikė sveikatos rodiklių socioekonominė diferenciacija, bet ir pateikiamos išsamios teorinės įžvalgos bei socialinės ir sveikatos politikos rekomendacijų, epidemiologijos mokslo diskurse žinomas kaip *Blacko ataskaita*<sup>7</sup> (angl. *Black Report*). *Blacko ataskaita* laikoma vienu svarbiausių socialinės epidemiologijos darbų, padėjusių pagrindus šiuolaikiniams sveikatos nelygybės tyrimams (Davey Smith ir kt. 1994; Macintyre 1997; McCartney ir kt. 2013). Šioje ataskaitoje nagrinėjamos sveikatos nelygybės teorinės prieigos vėliau tapo atspirties tašku daugeliui autorių, besigilinančių į sveikatos sociologijos ir socialinės epidemiologijos teorijos problemas (Blane 1985; Davey Smith ir kt. 1994; Lohan 2007; Macintyre 1997; McCartney ir kt. 2013). Ataskaitos autoriai išskyrė keturias teorinės prieigas, kuriomis remiantis nagrinėjamos sveikatos nelygybės priežastys šiuolaikinėje visuomenėje (DHSS 1980):

---

<sup>7</sup> Visas *Blacko ataskaitos* pavadinimas yra *Pajamų nelygybė: Siro Douglaso Blacko vadovaujamos darbo grupės ataskaita* (angl. *Inequalities in Health: Report of a Working Group Chaired by Sir Douglas Black*). Ši ataskaita išleista Didžiosios Britanijos sveikatos ir socialinių reikalų departamento užsakymu 1980 m. Darbo grupės tikslas buvo „surinkti informaciją apie sveikatos nelygybę tarp skirtingų socialinių klasių, įvertinti galimas šios nelygybės priežastis ir parengti sveikatos ir socialinės politikos priemonių gaires bei įžvalgas ateities tyrimams“ (Macintyre 1997, 726).

- *artefakto prieiga*: remiantis šia prieiga, sveikatos nelygybė visuomenėje yra tik artefaktas – matavimo klaida;
- *socialinės selekcijos prieiga*: sveikatos nelygybė aiškinama kaip selekcijos pasekmė;
- *materialistinė / struktūralistinė prieiga*: remiantis šia prieiga, sveikatos nelygybės priežastis yra gyvenimo sąlygos, priklausančios nuo socioekonominės klasės;
- *kultūralistinė / biheivoristinė prieiga*: ši prieiga teigia, kad sveikatos skirtumus tarp skirtingų klasių individų lemia skirtingas gyvenimo stilius.

**Artefakto prieiga.** Artefakto prieigoje teigiama, kad ryšys tarp sveikatos nelygybės ir socioekonominės klasės neegzistuoja, o klasiniai mirtingumo rodiklių skirtumai galėtų būti paaiškinti kaip matavimo klaida (Macintyre 1997, 727). Iš esmės ši prieiga buvo atmesta jau pačioje *Blacko ataskaitoje*. Vis dėlto artefakto hipotezė vėliau privertė tyrėjus kritiškai pasižiūrėti į tai, kaip apskritai yra matuojama sveikata, kaip apibrėžiamos socioekonominės klasės epidemiologiniuose tyrimuose (Davey Smith ir kt. 1994; Blane 1985, McCartney ir kt. 2013 ir kt.). Dažniausiai yra išskiriama keletas pagrindinių metodologinių problemų, kurios gali turėti neigiamą poveikį sveikatos nelygybės matavimo procesui. Visų pirma, tai *skaitiklio-vardiklio problema* (DHSS 1980). Ši problema atsiranda tuomet, kai mirčių ir gyventojų pasiskirstymas pagal socioekonominės grupes nustatomas remiantis skirtingais duomenų šaltiniais (Jasilionis ir kt. 2006). Antra, mirtingumo skirtumai tarp skirtingų socioekonominių grupių gali atsirasti pasikeitus socioekonominės grupės kategorizacijai ar šios grupės dydžiui (Davey Smith ir kt. 1994). Trečia, mirtingumo diferenciacijos tyrimo rezultatams poveikį gali turėti pasirinkti gyventojų mirtingumo ar socioekonominio statuso matavimo rodikliai (Davey Smith ir kt. 1994). Kaip teigia Davidas Blane'as (1985, 425), jeigu artefakto hipotezė būtų buvusi patvirtinta, vadinasi, būtų įrodyta, kad gyventojų sveikatos ir socioekonominio statuso rodiklių sąsajos nieko nesako apie mirtingumo rodiklių skirtumų priežastis.

**Socialinės selekcijos prieiga.** Pagrindinė socialinės selekcijos teorijos tezė teigia, kad individo sveikata turi didesnę poveikį socialiniam statusui, negu socialinis statusas – individo sveikatai (DHSS 1980; Davey Smith ir kt. 1994). Remiantis šia teorija, prastesnės sveikatos individai laikui bėgant leidžiasi socioekonominių pozicijų laiptais žemyn. Ši slinktis prasideda dar vaikystėje, kai prastesnė sveikata tampa trukdžiu siekti išsilavinimo, įgyti profesiją ir sėkmingai socializuotis. Socialinės se-

lekcijos hipotezė buvo gana išsamiai išnagrinėta ir atmesta tiek *Blacko ataskaitoje* (DHSS 1980), tiek kitose sveikatos nelygybės tyrimų apžvalgose (Davey Smith ir kt. 1994). Šiai hipotezei patikrinti gali būti taikomi longitudiniai tyrimai, kurių metu tikrinamos pirminio (vaikystėje arba prieš susergant konkrečia liga) socialinio statuso sąsajos su socialiniu statusu, kuris yra užfiksuotas mirties liudijime ar asmens sveikatos istorijoje. Tokių tyrimų rezultatai atmeta socialinės selekcijos hipotezę (McCartney ir kt. 2013). Galima tik pažymėti, kad yra socialinės epidemiologijos darbų, kuriuose remiamasi socialinės selekcijos hipoteze, tačiau juose užfiksuotas ryšys tarp individo sveikatos poveikio socioekonominiam statusui silpnas (Davey Smith ir kt. 1994). Be to, tyrimų, paneigiančių socialinės selekcijos hipotezę, yra kur kas daugiau (Brimblecombe 2000).

**Materialistinė / struktūralistinė prieiga.** Pagrindinė materialistinės / struktūralistinės priegios tezė yra ta, kad sveikatos ir mirtingumo rodiklių skirtumai tarp socioekonominių klasių atsiranda dėl nevienodų gyvenimo sąlygų (DHSS 1980; McCartney ir kt. 2013; Lynch ir kt. 2000 ir kt.). Šios teorinės priegios validumas grindžiamas empirinių tyrimų rezultatais. Tyrimai rodo, kad žemesnes socioekonominės pozicijas užimančių grupių sveikatos rodikliai yra patys prasčiausi (Marmot 2005; Marmot ir kt. 2010; Jasilionis, Stankūnienė 2012 ir kt.), o mažėjant socioekonominei nelygybei, mažėja ir sveikatos nelygybės rodikliai (Thomas ir kt. 2010; Krieger ir kt. 2008). Mažos pajamos, skurdus būstas, nesaugi gyvenamoji aplinka, prasta mityba, nepakankamas fizinis aktyvumas, pavojingos darbo sąlygos, mažas kokybiškų medicinos paslaugų prieinamumas – tai keletas pagrindinių sveikatos rizikos veiksnių, kurie nagrinėjami šiuolaikiniuose socialinės epidemiologijos tyrimuose. Materialistinė / struktūralistinė prieiga, remiantis pastaraisiais metais atliktomis socialinės epidemiologijos tyrimų apžvalgomis, buvo dominuojantis teorinis modelis, taikomas sveikatos nelygybei nagrinėti (Acheson 1997 ir kt.; Marmot ir kt. 2005). Svarbu pažymėti, kad ne tik *Blacko ataskaitoje* (DHSS 1980), bet ir kitų autorių darbuose (McCartney ir kt. 2013; Macleod, Davey Smith 2003) struktūralistinė prieiga buvo įvardyta kaip turinti didesnę analitinę galią ir geriau pagrįsta empirinių tyrimų duomenimis negu kitos sveikatos nelygybės teorinės priegios.

**Kultūralistinė / biheivoristinė prieiga.** Taikant kultūralistinę / biheivoristinę priegią, sveikatos nelygybė šiuolaikinėje visuomenėje nagrinėjama remiantis prielaida, kad kiekvieno individo sveikata ir jos istorija yra unikali ir priklauso nuo paties individo pasirinkto elgesio. Biheivoristinis sveikatos nelygybės modelis individo

sveikatos problemas sieja su sveikatai rizikinga elgsena: nesaikingu alkoholio, tabako, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu, fizinio aktyvumo trūkumu, prevencinių sveikatos priemonių (pavyzdžiui, skiepų) vengimu, nesveika mityba ir panašiai (DHSS 1980; McCartney ir kt. 2013).

Sally Macintyre (1997, 727) pateikia dvi bihevioristinės prieigos aiškinimo versijas: *griežtąją* ir *švelniąją*<sup>8</sup>. *Griežtojoje* bihevioristinės prieigos versijoje akcentuojama, kad sveikatai žalingas elgsensy skirtingose socioekonominėse klasėse yra laisvai pasirinkamas pačių individų. *Švelnioji* versija sveikatai žalingą elgesį įvardija kaip diferencijuotą priklausomai nuo socioekonominės klasės, pabrėžiant socialinės aplinkos poveikį individo pasirinktam elgesiui.

Nagrinėjant bihevioristinę prieigą, reikėtų pažymėti kelis šio teorinio modelio trūkumus. Daugybės sveikatos nelygybės tyrimų rezultatai rodo, kad sveikatai rizikingas elgsensy yra labiau paplitęs tarp žemesnės socioekonominės klasės atstovų. Vis dėlto gretinant dvi socioekonominio statuso grupes, kurioms būdingas vienodas sveikatai rizikingo elgesio intensyvumas (pavyzdžiui, per dieną surūkomų cigarečių skaičius), prastesni sveikatos rodikliai išlieka žemesnio socioekonominio statuso grupėje (McCartney ir kt. 2013). Be to, kaip pažymi Garry McCartney (2013), sutelkus dėmesį vien į sveikatai rizikingą elgesį, nuošalyje paliekamos šio elgesio priežastys. Juk tam tikrai socioekonominėi klasei būdingas sveikatai rizikingas elgsensy yra internalizuojamas per rutinines socialines praktikas.

Be *Blacko ataskaitoje* nagrinėtų keturių teorinių sveikatos nelygybės perspektyvų, svarbu aptarti keletą kitų pastaraisiais metais vis dažniau taikomų teorinių modelių. Vienas iš tokių modelių integruoja materialistinę / struktūralistinę ir kultūralistinę / bihevioristinę prieigas. Taip pat nagrinėjant skirtingus sveikatos nelygybės aspektus svarbu aptarti gyvenimo kelio, psichosocialinio streso ir lyčių studijų teorijų indėlį.

**Materialistinė / struktūralistinė ir kultūralistinė / bihevioristinė prieigų sąsajos.** Šios dvi prieigos skirtingai interpretuoja sveikatos nelygybės priežastis, nepaisant to, jos gali būti naudojamos kaip vienas kita papildantys teoriniai modeliai. Davidas Blane'as (1985) teigia, kad materialistinė / struktūralistinė ir kultūralistinė / bihevioristinė galėtų būti sujungtos į vieną teorinę kryptį, nes, priešingai negu artefakto ir socialinės selekcijos prieigos, ši kryptis patvirtina socioekonominės klasės poveikį individų sveikatai. Kiti autoriai (McCartney ir kt. 2013) pažymi, kad bihevioristinė

---

<sup>8</sup> Angl. *hard and soft*.

prieiga gali būti suvokiama kaip papildanti struktūralistinę prieigą. Pasak jų, bihevo-ristiniai ir kultūralistiniai modeliai gali būti taikomi nagrinėjant sveikatos nelygybės ir struktūrinių veiksnių sąsajų mechanizmus, tačiau šie modeliai negali padėti nustatyti socialinės nelygybės priežasčių (McCartney ir kt. 2013, 224).

Kitas svarbus aspektas, išryškėjantis nagrinėjant šias dvi teorines prieigas, yra jų santykis su socialinio veiksmo ir socialinės struktūros paradigmomis. Materialistinė / struktūralistinė prieiga akcentuoja socioekonominės klasės poveikį individo gyvenimo sąlygoms, todėl galėtų būti priskirta socialinės struktūros paradigmai. Kultūralistinė / bihevo-ristinė prieiga dėmesį sutelkia į individo elgesį, tačiau pripažįsta, kad individų elgesys gali būti nulemtas socioekonominės klasės, kuriai jie priklauso. George'as Davey Smithas su bendraautoriais (1994, 140) pažymi, kad pripažinimas, jog individų elgesys nėra visiškai nepriklausomas nuo socialinės struktūros, suponuoja, kad struktūralistinė / materialistinė ir kultūralistinė / bihevo-ristinė prieigos galėtų viena kitą papildyti.

**Gyvenimo kelio perspektyva**<sup>9</sup>. Gyvenimo kelio perspektyva yra apibrėžiama kaip teorinis modelis nagrinėti daugiasluoksnei biologinių, elgesio, psichologinių, aplinkos ir socialinių veiksnių sąveikai. Šie veiksniai ilguoju laikotarpiu gali turėti poveikį ne tik individo, bet ir jo palikuonių bei aplinkinių sveikatai (pagal Lynch, Davey Smith 2005; Lu ir Halfon 2003; 5; Kuh ir kt. 2003, 778). Gyvenimo kelio perspektyva sutelkia dėmesį į socialinės rizikos veiksnių, patirtų vaikystėje, paauglystėje ir ankstyvoje jaunystėje, sąsajas su suaugusių gyventojų socioekonominė mirtingumo diferenciacija. Ši teorinė prieiga vis dažniau taikoma šiuolaikiniuose epidemiologiniuose tyrimuose, todėl toliau pateikiama trumpa gyvenimo kelio perspektyvos apžvalga.

Diana Kuh (2003, 778) su bendraautoriais teigia, kad gyvenimo kelio perspektyva nėra paprastas longitudinalinis tyrimas. Remiantis šia perspektyva nagrinėjami priežastiniai teoriniai modeliai, padedantys įvertinti sveikatos rizikos veiksnių, socioekonominio statuso ir mirtingumo diferenciacijos sąsajas. Toliau pateikiama keletas pagrindinių gyvenimo kelio perspektyvos tyrimuose taikomų priežastinių ryšių teorinių modelių (pagal Kuh ir kt. 2003; Ben-Shlomo):

- *rizikos akumuliacijos modelis*: pagrindinė šio modelio tezė ta, kad, laikui bėgant, įvairių individo sveikatai neigiamą poveikį turinčių veiksnių žala yra akumuliuojama žmogaus organizme;

---

<sup>9</sup> Angl. *life course perspective*.

- *gimimo kartos efektas*: akcentuojamas sveikatos rizikos veiksnių poveikis tam tikrais metais gimusių individų sveikatai; čia didžiausias dėmesys skiriamas socialinei aplinkai ir istoriniam laikotarpiui būdingiems sveikatos rizikos veiksniams (medicinos sistemos ypatumams, žalingiems įpročiams ir pan.);
- *rizikos veiksnių grandinės modelis*: remiantis šiuo modeliu, neigiamą poveikį individo sveikatai gali turėti tam tikra biologinių, psichosocialinių, socialinių veiksnių seka;
- *konteksto priežastiniai modeliai*: remiantis šiais modeliais, akcentuojamas specifinis erdvės ir laiko poveikis sveikatos rizikos veiksniams.

Gyvenimo kelio perspektyva taikoma nagrinėjant longitudinalinius duomenis, atliekant biografinius tyrimus ar nagrinėjant atskirų kohortų mirtingumo diferenciaciją. Sveikatos nelygybės tyrimuose, grindžiamuose gyvenimo kelio perspektyva, akcentuojamas socialinio streso poveikis, kuris patiriamas per pasikartojančius ekonominius sunkumus ar diskriminacines situacijas, į kurias dažniau patenka žemesnio socialinio statuso individai (Pearlin ir kt. 2005). Remiantis šiuo teoriniu modeliu nagrinėjama, kaip sveikatos rizikos veiksniai, su kuriais individai susiduria ankstyvoje vaikystėje, priklauso nuo tėvų ar globėjų užimamos socialinės padėties visuomenėje, gaunamų pajamų ar išsilavinimo.

**Psichosocialinio streso teorija.** Pagrindinė psichosocialinės prieigos tezė yra ta, kad *makrosocialiniame* ir *mezosocialiniame* lygmenyse vykstantys socialiniai procesai gali turėti psichologinį poveikį individui ir jo sveikatai (Martikainen ir kt. 2002, 1091). Pasak Makkio Martikaineno su bendraautorais (2002, 1091), psichosocialiniai sveikatos nelygybės veiksniai gali būti apibrėžiami kaip tarpininkai tarp socialinės struktūros ir individo. Šie veiksniai yra sąlygoti socialinės aplinkos, kurioje jie egzistuoja. Psichosocialinių veiksnių pavyzdžiais galėtų būti stresas, neviltis, gyvenimo kontrolės praradimas, vargas arba socialinis kentėjimas<sup>10</sup> (Macleod, Davey Smith 2003, 565; Lohan 2002, 499). Taigi stresas, kylantis dėl socialinės įtampos namuose ar darbe, nepateisintų visuomenės ar šeimos lūkesčių, sukelia emocinį atsaką, kuris gali turėti neigiamą poveikį normaliam organizmo funkcionavimui (Lohan 2002, 499).

---

<sup>10</sup> *Vargo*, arba *socialinio kentėjimo*, sąvoką (angl. *misery*) gana išsamiai nagrinėjo P. Bourdieu su bendraautorais (1999). *Vargą* autorius apibrėžė ne tik kaip materialinių išteklių trūkumą, bet ir kaip gyvenimiškas situacijas, kuriose tam tikros socialinės grupės yra atstumiamos, marginalizuojamos.

Neigiamas psichosocialinio streso poveikis organizmui yra labai individualus ir priklauso ne tik nuo individo organizmo fiziologinių savybių ar genetikos, bet ir nuo socialinės aplinkos, kurioje stresas yra patiriamas. Stresas gali sumažinti imuninės organizmo sistemos atsparumą (Adamson ir kt. 2006), turėti neigiamą poveikį centrinei nervų sistemai ir kraujotakos sistemai (Bird 2010). Nuolat patiriamas socialinis stresas gali tapti ir savižudybės priežastimi (Durkheim 2002; Jasilionis ir kt. 2015; Martikainen ir kt. 2004 ir kt).

Tyrėjų nuomonė apie psichosocialinio streso hipotezės validumą – prieštaringa. Socialinės epidemiologijos tyrimų apžvalgoje daroma išvada, kad šiuolaikinių tyrimų rezultatai pateikia pakankamai įrodymų apie psichosocialinio streso poveikį individo sveikatai (Wilkinson, Pickett 2006; Pickett, Wilkinson 2015). Vis dėlto kai kurie autoriai pažymi, kad psichosocialinio streso hipotezę patvirtinančių įrodymų yra mažai, o užfiksuotas ryšys tarp psichosocialinių veiksnių poveikio individo sveikatai yra silpnas (Lynch ir kt. 2002; Macleod, Davey Smith 2003).

**Lyčių studijų teorijos.** Lyčių studijų teorijų ir sveikatos nelygybės teorinių prielaidų santykis problemiškas. Sveikatos nelygybės teoriniai modeliai dažniausiai remiasi pozityvistinėmis prielaidomis, pagrįstomis empirinių epidemiologinių tyrimų rezultatais. Lyčių studijų teorinius modelius galima būtų priskirti interpretatyvistinei paradigmą, kur lytis nagrinėjama kaip socialinis konstruktas. Šios dvi teorinių modelių kryptis dažnai randamos tyrimuose, kuriuose nagrinėjama vyrų sveikatos problematika. Vis dėlto darbų, kuriuose lyčių studijų teoriniai modeliai būtų integruoti nagrinėjant socioekonominės sveikatos nelygybės problemas, yra mažai (Lohan 2002).

Kritinių vyriškumo studijų<sup>11</sup> teorijomis pagrįstuose tyrimuose vyrų sveikatos problematika nagrinėjama pasitelkiant tris pagrindinius principus: pirma, lytis nagrinėjama kaip socialinis konstruktas, antra, permąstoma vyriškumo samprata ir, trečia, nagrinėjami lyčių galios santykiai (Lohan 2002, 494). Vienas iš pagrindinių lyčių studijų teorijomis pagrįstuose vyrų sveikatos tyrimuose nagrinėjamų klausimų – kokį poveikį vyrų sveikatai gali turėti visuomenėje vyraujanti vyriškumo samprata? Visų pirma reikėtų apsibrėžti, kaip apskritai yra apibrėžiamas *vyriškumas*. Lyčių studijų teoretikė Raewyn Connell *vyriškumą* apibrėžia kaip vietą lyčių santykiuose, praktikas, patvirtinančias šią vietą, ir praktikų socialinius padarinius (Connell 2005, 71; Tereškinas 2011,

---

<sup>11</sup> Kritinės vyriškumo studijos (angl. *critical studies on men*) – tyrimai, kuriuose nagrinėjama vyrų lytiškumo problematika. Šios tyrimų krypties ištakos yra feminizmas ir *queer* studijos (Lohan 2002, 494).



15). Nagrinėdama skirtingas vyriškumo formas, R. Connell išskiria kelias vyriškumo sampratas: *hegemoninį* vyriškumą ir subordinuotą, arba *marginalizuotą*, vyriškumą (Connell 2005). Hegemoninis vyriškumas gali būti apibrėžiamas kaip visuomenėje dominuojantis vyriškumo sampratos modelis, socialinis konstruktas (pagal Connell 2005, 71; Carrigan ir kt. 1985), apibrėžiantis vyro fizines, psichologines, ekonomines ir socialines savybes. Taigi sveikatos nelygybės tyrimuose gali būti nagrinėjamos skirtingų vyriškumo sampratų ir su sveikata susijusių socialinių praktikų sąsajos.

Vyriškumo ir mirtingumo diferenciacijos sąsajos gali būti nagrinėjamos remiantis keletu teorinių aspektų. Pirma, vyriškumo ir vyrų sveikatos ryšys gali būti interpretuojamas remiantis kultūralistine / bihevioristine prieiga. Tokiu atveju vyrų sveikatos rodikliai galėtų būti siejami su socioekonominėi klasei būdingu vyriškumo suvokimu, kuris per sveikatai žalingas praktikas neigiamai veikia vyrų sveikatos rodiklius. Antra, problemos, susijusios su atstovavimu *marginalizuotą* vyriškumą praktikuojančioms socialinėms grupėms ar neįgyvendintu *hegemoninio* vyriškumo siekiu, gali būti nagrinėjamos remiantis psichosocialinio streso prieiga. Trečia, gyvenimo kelio perspektyva taip pat galėtų atskleisti vertingos informacijos apie tai, kokį poveikį vyrų sveikatai turėjo vyriškumo suvokimas paauglystėje ir jaunystėje.

**Pamatinių priežasčių teorija**<sup>12</sup>. Pamatinių socialinių priežasčių teorijoje nagrinėjamas su sveikata susijusių išteklių poveikis individo sveikatai ir netolygus šių išteklių pasiskirstymas tarp skirtingų socioekonominių grupių. Teorinį modelį jo autoriai priskiria viduriniojo lygmens teorijų kryptčiai. Pasak Jo Phelan ir Bruce'o Linko (2013), šis modelis nepretenduoja tapti holistine teorija, tačiau jis yra lengvai pritaikomas šiuolaikiniuose sveikatos nelygybės tyrimuose ir gali būti lengvai patikrinamas empiriškai.

Teorinio modelio autoriai teigia, kad socialinis ekonominis statusas užtikrina gerai sveikatai reikalingų resursų prieinamumą (Link, Phelan 1995, 2010; Phelan, Link 2013). Pasak J.Phelano ir B. Linko, pamatinės socialinės sveikatos nelygybės priežastys yra susijusios su socioekonominiu statusu ir turi keturis pagrindinius bruožus:

- pirma, jos gali būti susijusios su įvairiomis ligomis, sužalojimais ar kitomis sveikatos problemomis;
- antra, jos gali turėti poveikį individo sveikatai per sudėtingą įvairiapusį rizikos veiksnių kompleksą;

---

<sup>12</sup> Angl. *fundamental causes theory*.



- trečia, jos apriboja individų priėjimą prie išteklių, kurie galėtų būti naudojami siekiant išvengti ligų ar sužalojimų neigiamų pasekmių individo sveikatai;
- ketvirta, jų poveikis sveikatai yra reprodukuojamas laike, per išorinius priežastinius mechanizmus (Phelan, Link 2013, 106).

Vis dėlto pamatinių socialinių priežasčių teorija mažai dėmesio skiria galios santykiams, istorinių ir demografinių veiksnių poveikiui sveikatos nelygybės susiformavimui. Tačiau šios teorijos autoriai teigia, kad pamatinių socialinių priežasčių teorija turi kitų privalumų. Remiantis Jo C. Phelan ir Bruce'o G. Linko (2013) koncepcija, galima nagrinėti socialinės ekonominės padėties poveikį daugybei susirgimų, įvertinti, kaip ir kodėl šis poveikis yra reprodukuojamas skirtingose erdvėse ir skirtingais laikotarpiais.

Šiame poskyryje aptartų teorinių sveikatos nelygybės prieigų gausa atskleidė sveikatos nelygybės analizės perspektyvas. Empiriniuose ir teoriniuose darbuose skirtingomis teorinėms priegomis besiremiantys autoriai stengiasi išryškinti pasirinkto teorinio modelio pranašumus ir atskleisti oponentų trūkumus. Vis dėlto, disertacijos autoriaus nuomone, skirtingomis teorinėmis kryptimis grindžiami tyrimai ir jų rezultatai dažnai vienas kitą papildo, o ne prieštarauja vienas kitam. Taigi į pastaraisiais metais sveikatos nelygybės tyrimuose taikomų teorinių prieigų įvairovę galima būtų žiūrėti kaip į galimybę derinti šias prieigas tarpusavyje ir atskleisti naujas sveikatos nelygybės priežastis.

### ***1. 1. 3. Socialinio veiksmo ir socialinės struktūros sąveikos problema sveikatos sociologijoje***

Sveikatos sociologijos teoriniuose modeliuose socialinio veiksmo ir socialinės struktūros problema yra vienas iš pagrindinių šio akademinio lauko diskusijų objektų. Teoriniai sveikatos sociologijos ir socialinės epidemiologijos modeliai, kuriuose nagrinėjamos sveikatos nelygybės priežastys, dažnai sutelkia dėmesį į *mikrosocialinį* arba *makrosocialinį* lygmenį. *Mikrosocialiniame* lygmenyje nagrinėjami sveikatai rizikingos gyvenamosios modeliai, su sveikata susijusios socialinės praktikos, individo požiūris į sveikatą ir sveiką gyvenimą. *Makrosocialiniame* lygmenyje nagrinėjamas socialinės, ekonominės, politinės aplinkos sąsajos su individo sveikata. Jau kelis dešimtmečius socialinės epidemiologijos teoriniai modeliai yra kritikuojami dėl nesugebėjimo integruoti socialinio veiksmo ir socialinės struktūros prieigas (Abel, Frohlich 2012; Frohlich ir kt. 2001; Popay ir kt. 1998; Williams 1995 ir kt.). Todėl

pastaraisiais metais atsiranda mėginimų sukurti socialinės epidemiologijos teorinį modelį, sujungiantį *mikrosocialinius* ir *makrosocialinius* lygmenis ir besiremiantį klasikinės ir šiuolaikinės sociologijos teorijos koncepcijomis (Abel, Frohlich 2012; Cockerham 2013; Popay ir kt. 2003; Williams 2003). Toliau aptariami keli svarbūs socialinio veiksmo ir socialinės struktūros sąsajos problemas nagrinėjantys šiuolaikinės sveikatos sociologijos teoriniai modeliai (Cockerham 2013; Popay ir kt. 2003 ir kt.), grindžiami Makso Weberio (1946), Pierro Bourdieu (1977; 1984) ir Anthony Giddenso (1984) idėjomis.

Nagrinėjant socialinio veiksmo ir socialinės struktūros sąveikos problematiką sveikatos nelygybės tyrimuose, svarbu apibrėžti vieną pagrindinių socialinės struktūros elementų – socialinę klasę. *Socialinės klasės* apibrėžimas gali padėti suvokti *mikrosocialinio* ir *makrosocialinio* lygmenų sąsajas sveikatos nelygybės teoriniuose modeliuose. Sveikatos sociologijoje dažnai randamas M. Weberio *socialinės klasės* ar *socialinio statuso grupės* apibrėžimas (Cockerham 2013; Frohlich 2001; Abel, Frohlich 2012). M. Weberis teigė, kad vienai socialinei klasei gali būti priskirti individai, užimantys panašią ekonominę poziciją visuomenėje (Weber 1946, 180 ir 405). Ši pozicija gali būti susijusi su valdomu turtu ar užimamomis pareigomis. M. Weberio nuomone, tai pačiai socialinei klasei priklausantys individai turi panašius *gyvenimo šansus*, gauna panašias pajamas, gali įsigyti panašų kiekį ekonominių gėrybių ir gyvena panašiomis materialinėmis sąlygomis (Weber 1946, 180–181). M. Weberis vartojo ir *socialinio statuso grupės* terminą. Pasak šio autoriaus, statuso grupės dažniausiai sutampa su socialine klase, tačiau socialinio statuso grupės požymiai yra susiję ne tik su materialine padėtimi, bet ir išsilavinimu, prestižu visuomenėje, politine įtaka ir gyvenimo stiliumi. M. Weberis teigė, kad individo gyvenimo stilius priklauso nuo socialinio statuso grupės, kuriai individas galėtų būti priskirtas. Būdamas tam tikros socialinės grupės nariu, individas internalizuoja grupės nariams būdingą gyvenimo stilių (Weber 1946, 180–181). Apibūdindamas gyvenimo stiliaus koncepciją, M. Weberis akcentuoja socialinės struktūros ir socialinio veiksmo sąveiką. Autorius teigia, kad gyvenimo stilius priklauso nuo *gyvenimo šansų*<sup>13</sup> ir *gyvenimo pasirinkimų*<sup>14</sup> sąveikos (Weber 1946, 180–181 ir 190–194).

M. Weberio įžvalgas apie socialinio statuso grupės ir gyvenimo stiliaus sąsajas vėliau panaudojo sveikatos sociologas W. C. Cockerhamas (1997; 2007a; 2007b; 2013),

---

<sup>13</sup> Angl. *life chances*.

<sup>14</sup> Angl. *life choices*.

kurdamas savitą *sveikos gyvensenos*<sup>15</sup> teorinį modelį. Šio modelio pagrindine ašimi autorius pasirinko socialinio veiksmo ir socialinės struktūros sąveikos problemą, gyvenimo stilių susiedamas su sveikatos dimensija (Jasilionis ir kt. 2015). W. C. Cockerhamas *sveiką gyvenseną* arba *sveiką gyvenimo stilių* apibrėžia kaip kolektyvinio elgesio formą, grindžiamą individų priimtais sprendimais, kuriuos formuoja *gyvenimo šansai* (Cockerham 2013, 138). Autorius teigia, kad kiekvieno individo gyvensenos pasirinkimas priklauso tiek nuo paties individo veiksmų, tiek nuo socialinės aplinkos. *Gyvenimo šansai* – tai priklausymas tam tikroms sociodemografinėms grupėms, į kurias skirstoma pagal klasę, lytį, amžių, tautybę ar gyvenimo sąlygas. *Gyvenimo pasirinkimai* – tai kiekvieno individo elgesys kasdienėse gyvenimo situacijose. Autorius teigia, kad kiekvieno individo elgesį veikia įgyta patirtis ir socializacija. Viena svarbiausių W.C. Cockerhamo teorijos idėjų teigia, kad *gyvenimo šansai* ir *gyvenimo pasirinkimai* yra vienas nuo kito priklausomi (Cockerham 2005, 57; 2008 59; 2013, 147).

Nagrinėjant socialinio veiksmo ir socialinės struktūros sąsajas sveikatos sociologijoje naudingos galėtų būti sociologo Anthony Giddenso (1984) *struktūracijos* teorijos išvalgos. Autorius teigė, kad socialinis veiksmas ir socialinė struktūra yra vienas nuo kito priklausomi, o *struktūracijos* procesas yra abipusė veikėjo ir socialinės struktūros sąveika. Viena vertus, socialinė struktūra yra neįmanoma be socialinio veiksmo, nes pasikartojantys veiksmai reprodukuoja struktūrą. Kita vertus, socialinis veiksmas nėra įmanomas be socialinės struktūros, nes veiksmas vyksta pačioje struktūroje, kuri savo ruožtu yra ankstesnių socialinių veiksmų pasekmė. A. Giddensas tai vadina socialinio veiksmo ir socialinės struktūros *dualumu*. Taigi socialinis veiksmas yra apribotas socialinės struktūros, bet kartu jis užtikrina struktūros buvimą ir kaitą (Giddens 1984). Šiomis A. Giddenso išvalgomis apie abipusę socialinio veiksmo ir socialinės struktūros priklausomybę buvo remiamasi konstruojant *sveikos gyvensenos* (Cockerham 1997; 2013) ir  *bendro gyvenimo stiliaus* (Frohlich ir kt. 2001) teorinius modelius.

Kitas sveikatos sociologijai svarbus struktūracijos teorijos terminas yra *rutinizacija*. Pasak A. Giddenso (1984), socialinė struktūra egzistuoja per socialinių praktikų rutinizaciją. Taigi socialinių praktikų rutina yra pagrindinis kasdienės veiklos

---

<sup>15</sup> W. C. Cockerhamo (1997; 2007a; 2007b; 2013) vartojamas terminas *sveikos gyvensenos teorija* (angl. *health lifestyle theory*) kai kurių autorių (Jasilionis ir kt. 2015) darbuose verčiamas kaip *su sveikata susieto gyvenimo stiliaus teorija*.

elementas ir socialinės struktūros pagrindas<sup>16</sup>. A. Giddensas teigia, kad struktūra neegzistuoja laike ir erdvėje, priešingai negu socialinių praktikų rutinos. Socialinę struktūrą autorius apibrėžia kaip *struktūruojančias taisykles*, egzistuojančias socialinėse praktikose kaip atminties pėdsakai (Giddens 1984, 84). Taigi, remiantis struktūracijos teorija, galima teigti, kad nuolat pasikartojančios su sveikata susijusios socialinės praktikos formuoja tam tikrus gyvensenos modelius. Dėl struktūros dvilypumo gyvensenos modeliai yra atkuriami ir reprodukuojami.

W. C. Cockerhamas konstruodamas *sveikos gyvensenos* teorinį modelį pabrėžė A. Giddenso išvalgų svarbą nagrinėjant *gyvenimo šansų* ir *gyvenimo pasirinkimų* sąveiką, tačiau savo teorijoje struktūracijos idėjos neišplėtojo. Čia autoriaus daugiau rėmėsi P. Bourdieu pasiūlyta *habitus* koncepcija. W. C. Cockerhamas *habitus* sąvoką vartojo siekdamas paaiškinti, kaip tam tikra socialinė individų grupė kuria savitą gyvenimo stilių ir kaip šis gyvenimo stilius išlieka laike ir erdvėje. Autorius teigia, kad *habitus* veikia kaip kognityvinis žemėlapis arba minčių aibė, kuri rutiniškai veda individą atsižvelgdama į gyvenimo suteikiamas galimybes (Cockerham 2013, 135–136).

P. Bourdieu (1984) pateikia ne vieną *habitus* apibrėžimą. Autorius teigia, kad kalbėti apie *habitus* reiškia teigti, kad tai, kas individualu ir subjektyvu, kartu yra ir socialu. Kitaip tariant, habitus yra „socializuotas subjektyvumas“ (Bourdieu, Wacquant 2003, 131). Sveikatos tyrimuose *habitus* galima būtų interpretuoti kaip tam tikrą su sveikata susijusias *socialines praktikas* generuojantį principą. Svarbu pabrėžti, kad *habitus* ir socialinės aplinkos, kurią P. Bourdieu įvardijo kaip *socialinį lauką*<sup>17</sup>, santykis yra dvejopas (Bourdieu, Wacquant 2003, 165). Iš vienos pusės, *socialinis laukas* struktūruoja *habitus*. Socialinė struktūra ir socialinių santykių visuma formuoja tam tikrus principus, kuriuos individas internalizuoja kaip su sveikata susijusias socialines praktikas. Tačiau iš kitos pusės, *habitus* egzistuoja ir individų viduje, yra jų formuojamas. Per tam tikras socialines praktikas individai ar jų grupės gali daryti poveikį *socialiniam laukui*. Taigi galima teigti, kad *habitus* yra „struktūruojanti ir struktūruota struktūra“ (Bourdieu, Wacquant 2003, 165) arba, kitais žodžiais tariant, *habitus* – tai individo internalizuota socialinio pasaulio, kuriame jis gyvena, patirtis (Korp 2010, 805).

*Habitus* sąvoka sveikatos nelygybės tyrimuose vartojama nagrinėjant tam tikrus sveikatos nelygybės formavimosi priežastinius mechanizmus. Analizuojant skirtin-

---

<sup>16</sup> Vertimas iš Valantiejus 2004, 719.

<sup>17</sup> Pranc. *champs sociaux*.

gų socialinių grupių *habitus*, yra pagrindžiama sveikatos nelygybės socialinės reprodukcijos logika. Kitaip tariant, būtent *habitus* sąvoka yra savotiškas saitas, leidžiantis išsamiau nagrinėti abipusę *mikrosocialinio* ir *makrosocialinio* lygmenų veiksmų sąveiką.

Apibendrinant *mikrosocialinio* ir *makrosocialinio* lygmenų sąveikos problemą sveikatos sociologijoje, galima teigti, kad pastaraisiais metais atsiranda vis daugiau teorinių modelių, kuriuose bandoma integruoti šiuos du lygmenis. Taigi, remiantis M. Weberio, P. Bourdieu ir A. Giddenso teorinėmis įžvalgomis, formuojasi nauja teorinė sveikatos nelygybės prieiga, kurios pagrindą sudaro socialinio veiksmo ir socialinės struktūros sąveikos analizė. Akivaizdu, kad šios sąveikos analizė gali suteikti sveikatos sociologijai ir kitiems visuomenės sveikatos mokslams naujų žinių, kurių poreikis, didėjant sveikatos nelygybei šiuolaikinėse visuomenėse, auga. Vis dėlto tokiose gyvenimo stiliaus teorijose trūksta socialinio laiko ir erdvės dimensijų, todėl gali būti prarandama svarbi socialinio konteksto informacija.

#### 1. 1. 4. Kapitalas kaip sveikatos ištekliai

Sveikatos ir kapitalo santykis – dvejopas. Viena vertus, sveikata gali būti nagrinėjama kaip išteklis, kuris naudojamas didinant gyvenimo trukmę, siekiant geresnės savijautos ar profesinių tikslų (Cockerham 2013, 133). Kita vertus, sveikata priklauso nuo išteklių, kuriuos individas gali skirti sveikatai gerinti. Taigi sveikata gali būti siejama su socioekonominėi klasei būdingu gyvenimo stiliumi. M. Weberis teigė, kad specifinių ekonominių gėrybių vartojimas yra vienas iš klasės požymių (Weber 1946, 190–194). Taip šis autorius gyvenimo stilių susiejo su vartojimu ir disponuojamu kapitalu. Taigi individas gali būti laikomas ne tik sveikatos gamintoju, bet ir sveikatos vartotoju, todėl *sveikatos vartojimas* yra neatsiejamas nuo *sveikatos gamybos* (Cockerham 2013, 133).

P. Bourdieu (1986) kapitalą apibrėžė kaip materialius ir nematerialius dalykus (išteklius), kurie yra akumuliuojami individų ar individų grupių ir atspindi jų disponuojamą galią *socialiniame lauke*. Autorius teigė, kad socialiniai veikėjai yra išsidėstę socialinėje erdvėje pagal turimo kapitalo kiekį ir struktūrą (P. Bourdieu 1986). P. Bourdieu savo darbuose išskiria keturias pagrindines kapitalo formas: kultūrinį, socialinį, ekonominį ir simbolinį kapitalą. Svarbiausias, P. Bourdieu nuomone, yra simbolinis kapitalas, kuris turi didžiausią poveikį pozicijai socialiniame lauke. Taigi simboliu kapitalu gal tapti bet kuri iš trijų kapitalo rūšių, priklausomai nuo socia-

linio lauko, kuriame kapitalas naudojamas. Pabrėžtina, kad simbolinis kapitalas nėra atskira kapitalo rūšis, o tik vienos kapitalo rūšies santykis su *socialiniu lauku*<sup>18</sup>.

Nors P. Bourdieu kapitalo koncepcija plačiai taikoma socialiniuose moksluose, sveikatos nelygybės tyrimuose ji pradėta taikyti tik pastaraisiais metais (Carpiano 2006; Song 2013; Pinxten, Lievens 2014 ir kt.). Nagrinėjant sveikatos skirtumų ir sukaupto kapitalo sąsajas daug dėmesio skiriama ekonominiam kapitalui. Remiantis ekonominio kapitalo koncepcija, sveikatos skirtumai gali būti nagrinėjami per materialinę prieigą, kuri akcentuoja materialių gyvenimo sąlygų poveikį sveikatai. Ekonominio kapitalo stygius gali būti nagrinėjamas pasitelkiant psichosocialinio streso teorinę prieigą, kuri prastą individų sveikatą sieja su patiriamu stresu, socialiniu kentėjimu ir neviltimi (Pinxten, Lievens 2014, 1098). Socialinio kapitalo sąsajos su sveikatos skirtumais nagrinėtos gana mažai (Carpiano 2006, 166), tačiau pastaraisiais metais atsiranda teorinių darbų, kuriuose nagrinėjamos socialinio kapitalo koncepcijos taikymo sveikatos sociologijoje galimybės (pavyzdžiui, Song 2013).

**Kultūrinis kapitalas**<sup>19</sup>. Pastaraisiais metais sveikatos nelygybės tyrimuose vis daugiau dėmesio skiriama kultūrinio kapitalo teorinei prieigai (Abel 2008; Veenstra 2007; Veenstra ir kt. 2014; Macenbach 2012). Epidemiologinių tyrimų rezultatai rodo, kad sveikatos nelygybė siejasi su individų požiūriu, elgesio normomis ir žiniomis apie sveikatą (Abel 2008). Visi šie žmogiškieji išteklių gali būti įvardijami kaip kultūrinis kapitalas, kuris diferencijuoja priklausomai nuo individų socioekonominės klasės ir turi poveikį individų sveikatos skirtumams. Su sveikata susijusios socialinės praktikos yra reprodukuojamos šeimoje, mokykloje ar kitoje artimoje socialinėje aplinkoje.

P. Bourdieu (1986) išskyrė tris kultūrinio kapitalo rūšis. Pirmoji – tai objektyvuotas<sup>20</sup> kultūrinis kapitalas. Jį sudaro kultūros vertybės, pavyzdžiui, dailės ar muzikos kūriniai, knygos ir pan. Šis kapitalas gali būti nesunkiai transformuojamas į ekonominį kapitalą, t. y. parduodamas už pinigus ar iškeičiamas į kitas ekonomines gėrybes. Objektyvuotas kapitalas sveikatos nelygybės tyrimuose svarbus dėl to, kad jis gali būti susijęs su ekonominiu kapitalu, kuris užtikrina geresnes gyvenimo sąlygas, ir socialinėmis praktikomis, įgūdžiais ar žiniomis, kurios gali būti įgytos turint priėjimą prie tam tikrų informacijos šaltinių.

---

<sup>18</sup> Vertimas iš Leonavičius ir kt. 2005, 377 ir Poviliūnas 2012, 22.

<sup>19</sup> Pranc. *capital culturel*.

<sup>20</sup> Panc. *forme objective*.

Objektyvuotas kultūrinis kapitalas yra glaudžiai susijęs su kita kultūrinio kapitalo forma – *inkorporuotu*<sup>21</sup>, arba įsisavintu, kultūriniu kapitalu. Terminas *inkorporuotas* P. Bourdieu vartojamas norint pabrėžti, kad šis kapitalas yra susijęs su individo kūnu ir protu, yra neatsiejama individo dalis. Inkorporuotas kultūrinis kapitalas, pasak autoriaus, tai kapitalas, susijęs su individo išprusimu. P. Bourdieu vartoja ekonominį terminą norėdamas pabrėžti, kad, siekiant sukaupti šį kapitalą, reikia investuoti daug laiko ir išteklių į save, į savo asmenybės tobulinimą. Autoriaus žodžiais tariant, „inkorporuotas kapitalas – tai materialus turtas, paverstas integralia individo dalimi“ (Bourdieu 1986, 244).

Trečioji P. Bourdieu nagrinėjama kultūrinio kapitalo forma yra *institucionalizuotas*<sup>22</sup> kultūrinis kapitalas. Tai tokia kultūrinio kapitalo forma, kuri yra visuotinai pripažįstama išduodant tam tikrą dokumentą, patvirtinantį įgytas kultūrinės ar kitokias kompetencijas. Kaip jau buvo minėta, ši kapitalo forma, o tiksliau jos institucionalizavimas, suteikia galimybę išmatuoti ir palyginti sukaupto institucionalizuoto kultūrinio kapitalo lygius tarp skirtingų individų (Bourdieu 1986). Vienas iš institucionalizuoto išsilavinimo panaudojimo mirtingumo diferenciacijos tyrimuose pavyzdžių galėtų būti gyventojų mirtingumo rodiklių skirtumų vertinimas atsižvelgiant į gyventojų išsilavinimo rodiklius (Pinxten ir kt. 2014).

Nagrinėdami išsilavinimo poveikį individo sveikatai ilgalaikėje perspektyvoje, Johnas Mirowsky ir Catherine E. Ross (1998; 2003; 2005) atkreipia dėmesį į išsilavinimo poveikio savybę kauptis. Autoriai šį poveikį sveikatai įvardija kaip *akumuliacinį efektą*. Šis reiškinys gali būti apibrėžiamas kaip gebėjimas generuoti daugybę mažesnių efektų, kurie vėliau susijungia į bendrą teigiamą efektą individo sveikatai (Mirowsky, Ross 2003, 141 p.). Teigiama *akumuliacinio efekto* pasekmė – ilgesnė individo gyvenimo trukmė ir geresnė sveikata. *Akumuliacinį* išsilavinimo efektą sveikatai galime vadinti tam tikra kultūrinio kapitalo kaupimo forma. J. Mirowsky ir C. Ross (2003, 141–143 p.) išskiria tris pagrindines išsilavinimo *akumuliacinio efekto* formas:

- *socioekonominę akumuliaciją*;
- *elgesio akumuliaciją*;
- *biologinę akumuliaciją*.

---

<sup>21</sup> Pranc. *forme incorporée*.

<sup>22</sup> Pranc. *forme institutionnalisée*.



*Socioekonominė akumuliacija* siejama su geresnėmis gyvenimo sąlygomis, kurias suteikia aukštesnė socioekonominė pozicija. Geras išsilavinimas individui atveria platesnes karjeros galimybes, laikui bėgant atsiranda galimybė kilti karjeros laiptais, gauti didesnį atlyginimą. Visi išvardyti teigiami išsilavinimo efektai suteikia galimybę pasiekti aukštesnę socioekonominę klasę, gyventi patogesnę ir sveikesnę gyvenimą (Mirowsky, Ross 1998, 419–420). Taigi, remiantis socioekonominės akumuliacijos efekto hipoteze, išsilavinimo poveikis sveikatai nagrinėjamas per materialistinės sveikatos nelygybės prieigos prizmę.

*Elgesio akumuliacija* susijusi su individo gyvenimo stiliumi ir sveika gyvensena. Aukštąjį išsilavinimą turintis individas yra geriau informuotas apie žalingų įpročių sukeltą neigiamą poveikį sveikatai, turi pakankamai laiko ir kitų išteklių, kurie leidžia tinkamai rūpintis mityba, fiziniu aktyvumu ir kokybišku laisvalaikiu. Kitas svarbus aspektas – galimybė kontroliuoti savo gyvenimą. Aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys įgyja daugiau galimybių suvokti kylančias grėsmes savo sveikatai, todėl gali vengti potencialių rizikos veiksnių. Suvokimas, kad pats gali kontroliuoti savo gyvenimą, suteikia daugiau pasitikėjimo savimi, mažina neigiamą streso poveikį sveikatai (Mirowsky, Ross 1998, 419–420).

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

Taigi teigiami išsilavinimo efektai individo sveikatai akumuliuojami, kol galiausiai aukštąjį išsilavinimą turinčiam vyresnio amžiaus individui suteikia didelį pranašumą prieš žemą išsilavinimą turinčius individus. J. Mirowsky ir C. Ross teigia, kad išsilavinimo *akumuliacinis* efektas sveikatą veikia trimis etapais. Pirma, efektas *pasklinda* į įvairias gyvenimo sritis, antra, šio efekto poveikis yra *akumuliuojamas* ir, trečia, efekto poveikis individo sveikatai yra *sustiprinamas* (Mirowsky, Ross 2005, 32). Apibendrinant galima teigti, kad *akumuliacinis* išsilavinimo efektas atspindi vieną iš pagrindinių kapitalo savybių – kaupimą. P. Bourdieu terminais kalbant, teigiamas kultūrinio kapitalo efektas yra internalizuojamas. Vėliau sukauptas kapitalas veikia individo sveikatą per gyvenimo stilių ir su sveikata susijusias socialines praktikas.



**Socialinis kapitalas**<sup>23</sup>. Mirtingumo diferenciacijos ir sveikatos nelygybės tyrimuose vartojamos kelios pagrindinės socialinio kapitalo sampratos: Jameso Colemano (1988; 2005); Roberto Putnamo (1995) ir Pierre'o Bourdieu (1986). Visos socialinio kapitalo sampratos turi du bendrus bruožus. Pirma, socialinis kapitalas yra apibrėžiamas kaip išoriškas individui, egzistuojantis socialinėje struktūroje. Antra, šis kapitalas yra viešoji gėrybė<sup>24</sup>, kurios pagrindinė savybė – nesuvaržomumas (Kawachi, Berkman 2010). Nors socialinis kapitalas nėra materialus, o priklauso nuo socialinės struktūros, jis užtikrina priėjimą prie materialių išteklių, reikalingų sveikatai užtikrinti.

P. Bourdieu (1986, 247) socialinį kapitalą apibrėžė kaip išteklių, susijusių su socialiniais ryšiais ar priklausymu socialinei grupei, visumą. Autorius teigė (1986), kad socialinis kapitalas gali egzistuoti įvairiose erdvėse ir būti perduodamas įvairiomis formomis. Pasak P. Bourdieu, bėgant laikui, ekonominis ir kultūrinis kapitalas individui atneša tam tikrą naudą, kuri priklauso nuo socialinių ryšių, arba socialinio kapitalo. Todėl individai, sukaukę vienodą ekonominį kapitalą (gaunantys vienodą atlyginimą) ar kultūrinį kapitalą (turintys vienodą išsilavinimą), sugeba iš to gauti skirtingą naudą. Ekonominio kapitalo įsisavinimas priklauso nuo ryšių su socialinėmis grupėmis, galinčiomis padėti sėkmingai investuoti įgytą ekonominį kapitalą. Realizuoti kultūrinį kapitalą gali padėti narystė profesinėje bendrijoje ar prestižinio universiteto alumnų draugijoje.

J. Colemanas (2005, 270) teigia, kad socialinis kapitalas yra apibrėžiamas pagal savo funkciją. Sveikatos srityje socialinio kapitalo funkcija yra užtikrinti gerą individų sveikatą. Taigi socialinis kapitalas, prisidedant kitiems ištekliams, kuria tam tikrą vertę, kuri naudojama individų interesams tenkinti. Pasak autoriaus, socialinis kapitalas skiriasi nuo kitų kapitalo formų, nes jis neturi fizinio pavidalo ir nėra internalizuotas individų viduje – socialinis kapitalas „yra būdingas santykių tarp žmonių struktūrai“ (Coleman 2005, 70). J. Colemanas teigia, kad socialinis kapitalas yra sukuriamas tada, kai „santykiai tarp žmonių pasikeičia taip, kad palengvėja veikimas“ (Coleman 2005, 272). Autorius (2005) pateikia keletą socialinio kapitalo pavyzdžių: pasitikėjimo lygis bendruomenėje, veiksmingos socialinės institucijos, socialinės normos, socialiniai informacijos kanalai.

---

<sup>23</sup> Pranc. *capital social*.

<sup>24</sup> Angl. *public good*.

R. Putnamas (1995, 664–665) teigia, kad socialinis kapitalas – „tai socialinės struktūros ypatybės (socialiniai tinklai, socialinės normos, pasitikėjimas), kurios padeda siekti bendrų tikslų.“ Autoriaus nuomone, naudos iš socialinio kapitalo gali gauti ne tik individai, bet ir socialinės grupės. Pasak L. Song (2013), nagrinėdamas socialinio kapitalo poveikį visuomenei, R. Putnamas dėmesį sutelkė į makrosocialiniame lygmenyje vykstančius pokyčius. R. Putnamo tyrimų rezultatai rodo, kad socialinio kapitalo visuomenėje lygis yra susijęs su visuomenės sveikata ir gyventojų mirtingumu.

Nors P. Bourdieu socialinio kapitalo samprata yra plačiai taikoma įvairiose sociologinių tyrimų kryptyse, sveikatos nelygybės empirinių tyrimų, grindžiamų šia koncepcija, nėra daug (Song 2013, 242). Viena iš to priežasčių galėtų būti socialinio kapitalo matavimo problema. P. Bourdieu išsamiai nenagrinėjo socialinio kapitalo matavimo problemos (Song 2013, 242), be to, nesigilino į sveikatos nelygybės problematiką (Pinxten, Lievens 2014, 1097). Mirtingumo diferenciacijos tyrimuose socialinis kapitalas yra matuojamas įvertinant individo santuokinę padėtį, priklausymą tam tikroms socialinėms grupėms, pilietinį aktyvumą (Martikainen ir kt. 2003). Lijun Song (2013) teigia, kad empiriniuose tyrimuose, vertinant individo sukauptą socialinį kapitalą, galėtų būti įtraukiama ir daugiau kintamųjų. Be to, galima būtų įvertinti ir neigiamą socialinio kapitalo – socialinių ryšių – įtaką individo sveikatai. Ne visi socialiniai ryšiai, pažintys ar socialinės grupės, kurioms priklauso individas, turi tik teigiamą poveikį individo sveikatai (Song 2013).

Apibendrinant galima teigti, kad J. Colemanas (2005) ir R. Putnamas (1995) pasiūlyti socialinio kapitalo apibrėžimai kiek skiriasi nuo P. Bourdieu (1986) socialinio kapitalo sampratos. Pirmieji du galėtų būti priskirti normatyvinei prieigai, besiremiančiai funkcionalizmo tradicija. J. Colemanas ir R. Putnamas akcentuoja du socialinio kapitalo aspektus: socialinius ryšius ir moralines normas (Song 2013, 242). Struktūralistinė P. Bourdieu prieiga socialinį kapitalą apibrėžia kaip santykinį išteklių, kuriuo disponuoja individai. Taigi P. Bourdieu socialinio kapitalo samprata taikytina sveikatos nelygybės tyrimuose, kuriuose nagrinėjami individualaus lygmens kintamieji, o R. Putnamo teorinė prieiga tinkamesnė nagrinėti socialinį kapitalą kaip socialinio konteksto lygmens kintamąjį (Song 2013, 242; Ziersch 2005, 2119).

**Ekonominis kapitalas**<sup>25</sup>. Socioekonominės klasės ir gyventojų sveikatos skirtumų sąsajos yra viena dažniausiai nagrinėjamų problemų sveikatos nelygybės tyrimuose. Tyrimų rezultatai rodo, kad žemesnę socioekonominę poziciją užimančių socialinių grupių mirtingumo rodikliai yra didesni (DHSS 1980; Marmot ir kt. 1991; Marmot 1995 ir kt.). Prasta žemesnės socioekonominės klasės gyventojų sveikata yra susijusi su ekonominiu kapitalu, kuriuo disponuoja šios klasės individai. Tokiuose tyrimuose dažnai taikomos dvi sveikatos nelygybės teorinės prieigos. Pirmoji – materialistinė prieiga, ekonominio kapitalo trūkumą siejanti su prastesnėmis gyvenimo sąlygomis. Antroji – psichosocialinio streso prieiga, kuri nagrinėja streso, patiriamo dėl netolygaus ekonominio kapitalo pasiskirstymo visuomenėje, poveikį gyventojų sveikatos nelygybei.

Ekonominis kapitalas sveikatos nelygybės tyrimuose apibrėžiamas kaip materialūs ištekliai (pavyzdžiui: finansai, žemė ar kitas turtas), kurie gali būti naudojami gerai sveikatos būklei palaikyti (Pinxten, Lievens 2014, 1097). P. Bourdieu (1986) teigia, kad ekonominis kapitalas dažnai turi institucionalizuotą formą, kuri vadinama nuosavybės teise, o viena iš pagrindinių ekonominio kapitalo savybių – likvidumas. Šis kapitalas gali būti labai greitai paverčiamas pinigais, reikalingais siekiant užtikrinti kitų su sveikata susijusių išteklių prieinamumą. Individas, disponuojantis dideliu ekonominiu kapitalu, gali jį operatyviai panaudoti tiesiog sveikatos būklei pagerinti.

Ekonominis kapitalas gali turėti dvejopą poveikį individo sveikatai. Pirma, didesniu ekonominiu kapitalu disponuojantis individas gali sau leisti sveikiau maitintis, skirti daugiau laiko ir kitų išteklių kūno priežiūrai ir fiziniam aktyvumui, kokybiškam laisvalaikiui. Šis kapitalas gali užtikrinti didesnę aukštos kokybės medicininių paslaugų ir vaistų pasiekiamumą. Antra, ekonominis kapitalas yra susijęs su netiesioginiu poveikiu individo sveikatai. Tėvų ekonominiai ištekliai yra susiję su geresniu vaikų išsilavinimu, kuris yra vienas iš svarbiausių mirtingumo diferenciacijos veiksnių. Išsilavinimas ne tik užtikrina didesnes pajamas, bet ir yra susijęs su žiniomis ir kompetencijomis, kurios reikalingos įgyvendinant su sveikata susijusias socialines praktikas.

P. Bourdieu į medicinos sociologiją ir sveikatos nelygybės tyrimus įvedė labai svarbią sąvoką. Toji sąvoka – tai *atstumas nuo skurdo*<sup>26</sup> (Cockerham 2013, 135). Šis terminas paaiškina individo gyvenimo priklausomybę nuo socialinės klasės ir dis-

---

<sup>25</sup> Pranc. *capital économique*.

<sup>26</sup> Angl. *distance from necessity*.

ponuojamo ekonominio kapitalo. P. Bourdieu (1984, 177) teigia, kad kuo individo *atstumas nuo skurdo* yra didesnis, tuo jis įgyja daugiau laiko ir galimybių pats formuoti savo skonį ir gyvenimo stilių. Kuo *atstumas nuo skurdo* yra mažesnis, tuo individas yra labiau priklausomas nuo žemesnei socialinei klasei būdingo gyvenimo stiliaus ir yra priverstas formuoti savo skonį rinkdamasis pirmo būtinumo prekes

**Simbolinis kapitalas**<sup>27</sup>. Simboliniu kapitalu, pasak P. Bourdieu, tampa viena iš anksčiau aptartų trijų kapitalo formų, kai ji yra „suvokiama ir pripažįstama legitimia“ tam tikrame socialiniame lauke (Bourdieu 1987, 4). Simbolinis kapitalas gali būti apibrėžiamas kaip „socialiniame lauke dominuojančios galios sureikšmintas arba socialinis, arba kultūrinis, arba ekonominis kapitalas“ (Poviliūnas 2012, 22). Taigi simboliniu kapitalu gali tapti bet kuri iš kapitalo rūšių, priklausomai nuo lauko pobūdžio (Poviliūnas 2011, 28). Viename socialiniame lauke didesnę galią gali turėti viena kapitalo forma, kitame – kita. Be to, individas, disponuojantis dideliu kapitalo kiekiu, skirtinguose laukuose gali užimti skirtingas pozicijas, priklausomai nuo kapitalo formos. Taigi šis kapitalas yra tarsi kreditas, suteikiantis pranašumą prieš kitas socialiniame lauke veikiančias grupes ir užtikrinantis priėjimą prie simbolių ir materialių gėrybių (Bourdieu 1990, 120).

Disertacijos autoriui nėra žinoma sveikatos nelygybės tyrimų, kuriuose, remiantis P. Bourdieu teorija, būtų išsamiai nagrinėjamas simbolinio kapitalo ir individų sveikatos skirtumų sąsajos. Tyrimuose, kuriuose nagrinėjamos P. Bourdieu išskirtų kapitalo rūšių sąsajos su individų sveikata, pasitelkiamos kultūrinio, socialinio ir ekonominio kapitalo sampratos (Pinxten, Lievens 2014; Song 2013; Stephens 2008 ir kt.). Viena iš priežasčių, kodėl yra sunku įvardyti *sveikatos socialinio lauko* simbolinį kapitalą, galėtų būti sveikatos nelygybės priežasčių sudėtingumas. Taigi P. Bourdieu nuostata, kad tik viena iš kapitalo rūšių socialiniame lauke tampa simboliniu kapitalu, gali būti įvardyta kaip šios teorinės priegos taikymo sveikatos nelygybės tyrimuose ribotumas.

### 1. 1. 5. *Socialinė erdvė ir sveikata*

P. Bourdieu socialiniam kontekstui įvardyti vartoja *socialinio lauko* sąvoką. Ši sąvoka gali būti apibrėžiama kaip „objektyvių santykių tarp pozicijų tinklas arba išsidėstymas“ (Bourdieu, Wacquant 2003, 131). P. Bourdieu socialinį lauką suvokė per

---

<sup>27</sup> Pranc. *capital symbolique*.

galios santykių prizmę. Autorius teigė, kad socialiniame lauke vyksta nuolatinė kova tarp galios santykių pozicijų. Kiekvienas *socialinio lauko* veikėjas yra veikiamas įvairių galios santykių ir tuo pat metu konkuruoja dėl galimybės įgyti daugiau galios.

Pasak P. Bourdieu ir L. J. D. Wacquant (2003, 131), šiuolaikinėse visuomenėse socialinį pasaulį sudaro keletas *socialinių laukų* – „santykinai autonomiškų socialinių mikropasaulių“, objektyvių socialinių santykių sričių, turinčių savitą logiką. P. Bourdieu (1984) išskiria švietimo, ekonomikos, meno, kultūros, muzikos, filosofijos ir literatūros laukus. Vis dėlto tokių *socialinių laukų* galima būtų išskirti ir daugiau. Remiantis P. Bourdieu socialinio lauko samprata, tiek užsienio, tiek Lietuvos autorių darbuose yra nagrinėjami šie socialiniai laukai: *karjeros laukas* (Walther 2013), *profesinis laukas* (Poviliūnas ir kt. 2012), *vyriškumo laukas* (Coles 2008; Tereškinas 2011), *sveikatos apsaugos sistemos laukas*<sup>28</sup> (Collyer ir kt. 2015), *vyrų sveikatos laukas* (Robinsons, Robertson 2014).

P. Bourdieu (2003, 134–135) teigia, kad ypač keblus yra lauko buvimo ir lauko ribų klausimas. Autorius pateikia keletą svarbių teiginių, kurie gali tyrėjui padėti apibrėžti lauką:

- „lauko ribas galima nustatyti tik empiriškai tiriant“;
- „lauko ribos yra ten, kur baigiasi lauko veikmė“;
- „negalima empiriškai tirti primestinais sukonstruoto lauko“.

Kalbėdamas apie lauko ribų nustatymo problemškumą, autorius pabrėžia, kad objektui būdingos savybės negali būti jo priskyrimo vienam ar kitam laukui priešastimi. P. Bourdieu teigia, kad „lauką galima įsivaizduoti kaip erdvę, kur pasireiškia lauko veikimas“, o „lauko ribos yra ten, kur baigiasi lauko veikmė“ (Bourdieu, Wacquant 2003, 131). P. Bourdieu nagrinėjami socialiniai laukai – švietimo, ekonomikos ar meno – apima pakankamai plačią socialinių santykių visumos sritį. Autorius suabejoja, ar pakankamai plati, bet tarpusavyje mažai susijusi socialinių santykių visumos dalis, pavyzdžiui, šalies regiono kultūrinių draugijų visuma, gali būti įvardijama kaip atskiras laukas.

Kai kurie tyrėjai praplečia socialinio lauko sąvoką įvesdami *socialinio polaukio*<sup>29</sup> terminą. Pavyzdžiui, T. Colesas (2008, 235), nagrinėdamas vyriškumo socialinį lauką, teigia, kad šio lauko viduje egzistuoja keletas vyriškumo *polaukių*: darbininkų,

---

<sup>28</sup> Angl. *healthcare field*.

<sup>29</sup> Angl. *subfields*.

gėjų, pagyvenusių vyrų, neįgaliųjų vyriškumo *polaukiai*. Skirtinguose vyriškumo *polaukiuose* vyriškumas suvokiamas skirtingai, čia vertinamas skirtingos kapitalo rūšys. Markas Robinsonas ir Steve'as Robertsonas (2014, 351), nagrinėdami vyriškumo sampratą ir vyrų sveikatos sąsajas, vartoja *futbolo fanų lauko* sąvoką. Šis *socialinis laukas*, disertacijos autoriaus nuomone, taip pat galėtų būti vadinamas *polaukiu*, nes yra didesnio *vyriškumo lauko* dalis. Tai gi P. Bourdieu *socialinio lauko* samprata šiuolaikiniuose sociologiniuose tyrimuose interpretuojama įvairiai, operacionalizuojant sąvokas skirtinguose kontekstuose.

Fran M. Collyer su bendraautoriais (2015, 690) vartoja *sveikatos apsaugos sistemos socialinio lauko* sąvoką. Autoriai teigia, kad šis socialinis laukas gali būti apibrėžiamas kaip galios santykių visuma, kurioje veikia sveikatos sistemos dalyvių interesams atstovaujanti grupė: medikai, farmacininkai, vyriausybė ar pacientų organizacijos. Šio socialinio lauko dalyviai varžosi ne tik dėl didesnių išteklių ar galios, bet ir dėl dominuojančios sveikatos sampratų įtvirtinimo.

*Socialinis sveikatos laukas*<sup>30</sup> gali būti apibrėžtas kaip socialinių santykių visuma ar socialinė erdvė, kurioje veikia skirtingas pozicijas užimančios individų grupės, disponuojančios skirtingu kapitalu ir skirtingus *habitus*. Šį lauką galima suvokti kaip *sveikatos apsaugos sistemos socialinio lauko* dalį ar *polaukį*, kuriame siekiama geresnės sveikatos. Remiantis P. Bourdieu teorija (1984), *socialiniame sveikatos lauke* nuolat kintančias socialinių veikėjų pozicijas apibūdina *habitus* sąvoka, apibrėžianti *interiorizuotas struktūruojančias struktūras*, kurios organizuoja socialinių veikėjų praktikas ir daro įtaką tų praktikų suvokimui (P. Bourdieu 1984, 170; Poviliūnas 2011, 28). Tai gi *socialiniame sveikatos lauke* esančių individų grupių sveikatos skirtumai priklauso nuo šių grupių socialinių praktikų, kurias sąlygoja kapitalo ir *habitus* sąveika.

---

<sup>30</sup> Terminas *sveikatos laukas* pirmą kartą sveikatos politikos dokumentuose paminėtas Kanados sveikatos apsaugos ir socialinės gerovės ministro Marco Lalondėo (1974) ataskaitoje apie kanadiečių sveikatą (Groff, Goldberg 2000, 4). Šios ataskaitos tikslas – nubrėžti naujas Kanados sveikatos politikos gaires. M. Lalondėo ataskaitoje buvo akcentuojama, kad šiuolaikinė sveikatos politika į visuomenės sveikatą turėtų žiūrėti šiek tiek plačiau, neapsiriboti vien tik medicina. M. Lalondėo pasiūlyta *sveikatos lauko* koncepciją sudaro keturios pagrindinės sritys (Groff, Goldberg 2000, 4): 1) individo biologija – sveikatos (tiek fizinės, tiek psichinės) veiksniai, susiję su individo, kaip gyvo organizmo, vystymusi; 2) fizinė ir socialinė aplinka – sveikatos veiksniai, susiję su išorine individui aplinka, kurios jis negali (arba beveik negali) kontroliuoti; 3) gyvenimo stilius – individo kontroliuojami veiksniai, susiję su gyvenimo stiliumi ir priimamais sprendimais; 4) sveikatos apsaugos sistema – veiksniai, susiję su sveikatos sistemos paslaugų kokybe ir jų prieinamumu.

Santykiai tarp individų ir jų grupių *socialiniame sveikatos lauke* remiasi simboline galia, kuria disponuoja ir dėl kurios varžosi skirtingos socialinės demografinės individų grupės. Pasak P. Bourdieu (1991), simbolinė galia nėra nepriklausoma nuo individų. Ši galia negali veikti individo be tam tikro jo pritarimo. Kitaip tariant, simbolinė galia privalo būti legituota tų individų, prieš kuriuos ją pasireiškia. Taigi, P. Bourdieu žodžiais tariant, simbolinė galia neturėtų būti suvokiama kaip „skalpelis, kuris pjausto dominuojamųjų kūnus“ (1991, 93). Legitimacija ir pripažinimas yra būtina simbolinės galios raiškos dalis. P. Bourdieu teigia, kad *simbolinis kapitalas* yra tarsi kreditas, kuris gali būti paverčiamas simboline galia, „galimybe formuoti pasaulį“ (1989, 23). Kitaip tariant, daugiausia simbolinės galios turinčios socialinės grupės įgyja privilegiją formuoti socialinę tikrovę.

Sveikatos sociologijoje socialinė erdvė ar socialinis kontekstas gali būti suvokiamas kaip socialinių santykių (Frohlich ir kt. 2001) arba socialinių praktikų visuma (A. Giddens 1984; 87). K. Frohlich su bendraautorais (2001; 792) teigia, kad kontekstas yra reflektuojamas *bendrame gyvenimo stiliuje*. Ši refleksija vyksta per individų santykį su vietos savybėmis ir socialinėmis praktikomis. Tačiau vieta negali turėti poveikio socialinėms praktikoms be socialinių grupių, kurios keičia vietą per savo socialines praktikas (Frohlich ir kt. 2001; 792). Taigi *bendras gyvenimo stilius*<sup>31</sup> gali būti apibrėžiamas kaip socialinio veiksmo ir socialinės sąveikos išraiška, egzistuojanti konkrečiame socialiniame kontekste (Frohlich ir kt. 2001).

Apibendrinant *socialinio lauko* prieigos taikymo specifiką, galima teigti, kad „mąstyti lauko požiūriu reiškia mąstyti santykių požiūriu, reliacionistiškai“ (Bourdieu, Wacquant 2003, 131). Reliacionistinio požiūrio įvedimas į mirtingumo diferenciacijos tyrimus galėtų atnešti vertingos mokslinės informacijos. Remiantis šia paradigma, individų sveikatos skirtumai galėtų būti nagrinėjami reliacionistiškai (santykių požiūriu), atskleidžiant su sveikata susijusių socialinių praktikų ir individų mirtingumo diferenciacijos sąsajas platesniame istoriniame ir socialiniame kontekste. *Habitus* sąvokos taikymas nagrinėjant socialinės struktūros ir socialinio veiksmo sąsajos problemą būtų vertingas siekiant atskleisti priežastinius sveikatos nelygybės mechanizmus.

Išnagrinėjus sveikatos nelygybės teorinių prieigų problematiką, galima daryti išvadą, kad šiame tyrimų lauke susiduria skirtingų sveikatos sociologijos ir socialinės epidemiologijos teorinių kryptių koncepcijos. Iš pirmo žvilgsnio gali pasirodyti, kad

---

<sup>31</sup> Angl.: *collective lifestyles*.



skirtingos teorinės kryptys prieštarauja viena kitai, tačiau išsamiau susipažinus su sveikatos nelygybės tyrimų lauko problematika, išryškėja skirtingi analitiniai požiūriai, kurie, derinami tarpusavyje, gali atskleisti vis kitus sveikatos nelygybės aspektus. Viena iš tokių teorijų, integruojančių *mikrosocialinius* ir *makrosocialinius* lygmenis, yra P. Bourdieu socialinės praktikos teorija. Disertacijos autoriaus nuomone, ši teorinė prieiga suteikia unikalias sveikatos sociologijoje mažai išnaudojamas galimybes į sveikatos nelygybės tyrimus įvesti reliacionistinį požiūrį, kuris padėtų atskleisti daugialypes šio sudėtingo reiškinių priežastis.

## **1. 2. Sveikatos nelygybė ir mirtingumo diferenciacija: tyrimų kryptys ir problemos**

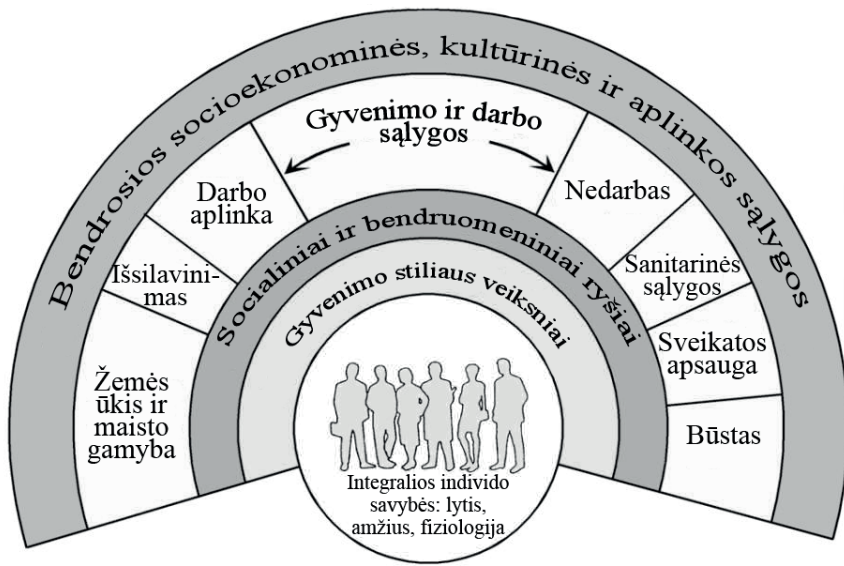
Sveikatos nelygybės teorinių prieigų analizė atskleidė, kad šis mokslinių tyrimų laukas pasižymi taikomų teorinių modelių įvairove. Priklausomai nuo pasirinktos teorinės prieigos ir empirinio tyrimo metodologijos, mirtingumo diferenciacijos tyrimų kryptis nagrinėja skirtingus sveikatos nelygybės veiksnius ir pateikia skirtingas išvadas. Šiame poskyryje sveikatos nelygybės ir mirtingumo diferenciacijos tyrimų kryptis nagrinėjamos remiantis M. Whitehead ir G. Dahlgreno (1991) sveikatos veiksmų schema.

### **1. 2. 1. Sveikatos nelygybės ir mirtingumo diferenciacijos veiksniai**

Šiuolaikiniuose sveikatos nelygybės tyrimuose M. Whitehead ir G. Dahlgreno (1991) sveikatos veiksmų schema dažnai naudojama nagrinėjant skirtingus gyventojų sveikatos veiksmų lygmenis ir jų tarpusavio sąveiką (European Social Survey 2015; Leonavičius, Jasilionis 2009, 372; Marmot 2013; Whitehead ir kt. 2001, 314; Institute of Medicine 2002, 52). M. Whitehead su bendraautoriais (2001) išskiria 5 gyventojų sveikatos veiksmų lygmenis, kurie tarpusavyje sąveikauja (1 pav.). Toks analitinis požiūris yra artimas reliacionistinei prieigai, kuria P. Bourdieu (1984) grindžia socialinės praktikos teoriją.

Pirmajame sveikatos nelygybės ir mirtingumo diferenciacijos veiksmų modelio lygmenyje yra nagrinėjamos integralios individo savybės. Tai demografinės ir biologinės charakteristikos: lytis, amžius ar fiziologinės organizmo savybės. Sveikatos nelygybės tyrimuose lyties ir amžiaus veiksniai dažniausiai naudojami kaip pamatiniai sociodemografiniai kintamieji nagrinėjant visas sveikatos nelygybės veiksmų grupes.





**1 pav.** Sveikatos nelygybės ir mirtingumo diferenciacijos veiksniai ir jų lygmenys  
Šaltinis: Dahlgren, Whitehead 1991

Antrajame sveikatos nelygybės veiksnių modelio lygmenyje nagrinėjamas individo gyvenimo stilius. Gyvenimo stilių modelio autoriai apibrėžia kaip sveikatai rizikingą elgseną ir kitas su sveikata susijusias socialines praktikas: žalingus įpročius, lytinio gyvenimo praktikas, fizinį aktyvumą, mitybą (Whitehead ir kt. 2001, 313). Nagrinėjant antrojo lygmens veiksnių sąsajas su individų sveikata, šiuolaikiniuose sveikatos nelygybės tyrimuose dažnai remiamasi W. Cockerhamo (1995; 2005; 2013) gyvenimo stiliaus koncepcija.

Trečiajame lygmenyje nagrinėjami socialiniai ir bendruomeniniai ryšiai<sup>32</sup>. M. Whitehead ir G. Dahlgrenas (1991) pabrėžia socialinių ryšių svarbą sveikatos nelygybės formavimuisi. Autoriai teigia, kad stiprūs socialiniai ryšiai tarp šeimos narių, draugų, kolegų, dalyvavimas savanoriškoje ar vietos bendruomenės veikloje sukuria palankias sąlygas spręsti individams iškilančias sveikatos problemas. Trečiasis svei-

<sup>32</sup> Į socialinių veiksnių ir bendruomenės įtakos lygmenį V. Leonavičius ir D. Jasilionis (2009) įtraukia ir tokius socioekonominius kintamuosius kaip išsilavinimas ar santuokinė padėtis. Kiti autoriai (Institute of Medicine 2002; Whitehead, Dahlgren 1991) šiuos kintamuosius priskiria ketvirtajam lygmeniui – socialinėms gyvenimo sąlygoms.

katos nelygybės veiksnių schemos lygmuo yra artimas P. Bourdieu (1984) socialinio kapitalo koncepcijai.

Ketvirtajame sveikatos veiksnių lygmenį M. Whitehead ir G. Dahlgrenas (1991) nagrinėja gyvenimo ir darbo sąlygas. Šiame lygmenyje galima išskirti materialines ir socialines gyvenimo sąlygas. Prie materialinių sąlygų priskiriama mityba, sanitarinės sąlygos, būstas, švari ir patogi aplinka. Socialines gyvenimo sąlygas autoriai sieja su socioekonominio statusu (pajamomis, išsilavinimu, profesija). Į šį lygmenį patenka tokie veiksniai kaip sveikatos ir socialinės apsaugos paslaugų prieinamumas (Dahlgren, Whitehead 1991; Institute of Medicine 2002, 52). Tyrimų, kuriuose nagrinėjamas ketvirtasis sveikatos veiksnių lygmuo, teorinį pagrindą dažniausiai sudaro dvi teorinės priegijos: materialistinė ir psichosocialinio streso.

Penktasis sveikatos veiksnių lygmuo – tai bendrosios socioekonominės, kultūrinės ir aplinkos sąlygos. Šios sąlygos nagrinėjamos platesniame istoriniame ar demografiniame kontekste, tyrimo objektų pasirenkant šalies ar didesnio regiono sveikatos nelygybės problematiką. *Makrosocialinių* sveikatos veiksnių tyrimai remiasi ekonominės demografinės visuomenės raidos (Omran 1971; Vallin, Meslé 2004), psichosocialinio streso (Wilkinson 1996) teorinėmis priegijomis.

### *1. 2. 2. Mirtingumo diferenciacijos tyrimų problematika*

Mirtingumo diferenciacijos tyrimų problematikos analizė remiasi M. Whitehead ir G. Dahlgreno (1991) sveikatos veiksnių schemoje išskirtais lygmenimis. Skirtingus sveikatos veiksnių lygmenis nagrinėjantys tyrimai analizuojami atsižvelgiant į disertacijos tyrimo temai aktualius klausimus. Disertacijos empirinio tyrimo tema susijusi su aktualiomis socialinėmis problemomis, todėl nagrinėjant mirtingumo diferenciacijos tyrimus daug dėmesio skiriama toms tyrimų kryptims, kuriose nagrinėjamos Lietuvos vyrų sveikatos nelygybei artimos temos: savižudybės, alkoholio vartojimas, didelis mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių.

**Integralios individo savybės kaip mirtingumo diferenciacijos tyrimų kintamieji.** Išskirti atskirą mirtingumo diferenciacijos tyrimų kryptį, kurioje nagrinėjamos integralios individų savybės, būtų netikslu. Šios savybės, pavyzdžiui, amžius ir lytis, nepriklausomai nuo nagrinėjamos problematikos, yra vieni iš dažniausiai pasitaikančių kintamųjų mirtingumo diferenciacijos tyrimuose. Svarbu pažymėti, kad amžius ir lytis gali būti naudojami tiek kaip *mikrosocialinio* lygmens kintamieji, tiek kaip *makrosocialinio* lygmens kintamieji – gyventojų struktūrų savybės.

Istoriniai demografiniai duomenys rodo, kad vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės skirtumas modernėjančioje visuomenėje kito. Šiandien šio rodiklio reikšmės varijuoja tarp skirtingų šalių ir regionų (Leonavičius, Jasilionis 2009, 377). Jacques'as Vallinas (2006) teigia, kad vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės skirtumas nuo XX a. pradžios pradėjo mažėti dėl moterų mirtingumo mažėjimo. Medicinos pažanga sumažino gimdyvių infekcinių ligų riziką, pasikeitė socialinis moterų statusas visuomenėje, pagerėjo gyvenimo ir darbo sąlygos. Ilgesnę moterų vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę galima būtų sieti ir su atsakingesniu moterų požiūriu į sveikatą. Kitas svarbus veiksnys, darantis poveikį vyrų ir moterų mirtingumo rodikliams, yra susijęs su sveikatai rizikinga vyrų elgsena. Mokslininkai didesnius vyrų mirtingumo rodiklius sieja su specifinėmis vyrų mirties priežastimis: transporto įvykiais, savižudybėmis, sveikatos sutrikimais, sukeltais tabako ir alkoholio vartojimo, kitomis išorinėmis mirties priežastimis (Vallin 2006; Leonavičius, Jasilionis 2009, 377).

Nagrinėdamas lytį kaip mirtingumo diferenciacijos veiksnių W. C. Cockerhamas (2007b) pažymi, kad moterų sergamumas daugeliu ligų yra didesnis negu vyrų. Ypač kalbant apie chroniškas ligas. Tačiau vyrų sveikatos problemos dažniau negu moterų baigiasi mirtimi. Viena iš šio reiškinių priežasčių galėtų būti moterų požiūris į savo kūną, jo priežiūrą ir sveiką gyvenseną. Moterys dažniau lankosi pas šeimos gydytojus, todėl atsiranda galimybė anksčiau diagnozuoti sunkias ligas, kurios gali baigtis mirtimi. Nėštumo metu moterys labiau rūpinasi savo organizmu, kad nepakenktų vaisiui. Po nėštumo, žindymo laikotarpiu, moterys dažnai praktikoja sveikesnę mitybą ir gyvenseną (Cockerham 2007b, 135–137 p.).

**Gyvenimo stiliaus tyrimai.** Mirtingumo diferenciacijos tyrimų (Marmot at el. 1991) rezultatai rodo, kad žemesnė socialinė klasė yra susijusi su nesveikos gyvensenos praktikomis. Žemesnių socioekonominių klasių individai dažniau linkę rūkyti, jų fizinis aktyvumas mažesnis, didesnis polinkis vartoti alkoholinius gėrimus. Nagrinėjant gyvenimo stiliaus ir sveikatos nelygybės sąsajas, svarbu apibrėžti *kohortas*, arba kartas, efekto sąvoką. W. C. Cockerhamas (2007b, 129) pateikia tyrimo, kuriame buvo nagrinėjamas rūkymo poveikis britų gydytojų sveikatai. Tyrimo rezultatai parodė, kad gydytojų, gimusių 1900–1930 m. ir gyvenusių tuo laikotarpiu, kai rūkymas buvo labai paplitęs tarp jaunų vyrų, mirtingumas nuo plaučių vėžio ir rūkymo sukeltų ligų buvo daug didesnis negu kitų kohortų vyrų (Doll ir kt. 2004). Minėto tyrimo rezultatai parodė, kad tam tikru laikotarpiu gimę vyrai arba visa jų karta gali turėti labai panašių sveikatos problemų. Skirtingų kartų sveikatos skirtumų formavimąsi

gali lemti politinis, ekonominis ar kultūrinis laikmečio kontekstas ir tuo metu paplitusios su sveikata susijusios socialinės praktikos.

Tyrimai rodo, kad gyvenamosiose vietovėse, kuriose santykinai didesnė nekvalifikuotų darbininkų dalis, mirtingumo dėl alkoholio lygis yra aukštesnis (Blomgren ir kt. 2004). Viena iš prielaidų, aiškinančių tokių ryšių, yra žemo socioekonominio statuso vyrų sveikatai žalingas gyvenimo stilius. Tarp žemos kvalifikacijos darbininkų dažnai būna paplitusios nesaikingo alkoholio vartojimo praktikos, vadinamos išgertuvėmis<sup>33</sup>. Gyvenamojoje vietovėje, kurioje didelę dalį gyventojų sudaro sveikatai žalingą gyvenimo stilių praktikuojančios socialinės grupės, rizikingo alkoholio vartojimo praktikos gali tapti visuotinai priimtinos ir plisti tarp kitų socialinių grupių. Ir priešingai – nekvalifikuotas darbininkas, gyvenantis vietovėje, kurioje nėra paplitusios rizikingos alkoholio vartojimo praktikos, bus mažiau linkęs į šį žalingą įprotį (Blomgren ir kt. 2004, 2532).

**Socialinių ir bendruomeninių ryšių tyrimai.** Socialinių ryšių tarp bendruomenės narių egzistavimas užtikrina tam tikros socialinės tvarkos išlaikymą, kuri remiasi bendrais tikslais ir bendromis vertybėmis. Stiprūs socialiniai ryšiai susiję su tokiais kintamaisiais kaip aktyvus dalyvavimas pilietinėje ir bendruomeninėje veikloje, darnus socialinis ir ekonominis bendruomenės vystymasis, prisirišimas prie vietovės ir bendruomenės (Forrest, Kearns 2001, 2129). Tai, kas mirtingumo diferenciacijos tyrimuose įvardijama kintamaisiais, rodančiais socialinių ryšių ar socialinės sanglaudos stiprumą, galėtų būti interpretuojami kaip P. Bourdieu nagrinėjamas socialinis kapitalas.

*Socialinių ryšių*, arba *socialinės sanglaudos*, terminai mirtingumo diferenciacijos tyrimuose interpretuojamas įvairiai, todėl socialinių ryšių stiprumui matuoti pasirenkami skirtingi kintamieji. Pekka Martikainen su bendraautoriais (2003) regiono socialinę sanglaudą matuoja naudodamas tris charakteristikas: suaugusių vyrų, gyvenančių su partnere, dalį bendroje suaugusių vyrų struktūroje, rinkėjų aktyvumą bei gyventojų migracijos rodiklius. Autoriaus teigimu, šios trys charakteristikos įvertina gyventojų požiūrį į tradicines bendrabūvio formas, pilietinį aktyvumą ir gyventojų sėslumą (Martikainen ir kt. 2003, 212). Remiantis šiais trimis rodikliais galima įvertinti gyventojų socialinius ryšius su kitais žmonėmis ir domėjimąsi bendruomeniniais bei politiniais klausimais. Tyrimo rezultatai rodo, kad mirtingumo rodikliai buvo aukštesni tuose regionuose, kuriuose socialinės sanglaudos rodikliai buvo mažesni. Ypač ši tendencija buvo ryški tarp 25–64 metų amžiaus vyrų (Martikainen ir kt. 2003).

---

<sup>33</sup> Angl. *binge drinking*.

Prie rodiklių, matuojančių socialinių ryšių stiprumą, priskiriami kintamieji, susiję su santuokine padėtimi. Daugelio mirtingumo diferenciacijos tyrimų rezultatai rodo (Robards ir kt. 2012; Martikainen ir kt. 2004; Jasilionis ir kt. 2007; Johnson ir kt. 2000; ir kt.), kad santuokoje gyvenančių vyrų mirtingumo rodikliai yra mažesni palyginti su kitomis santuokinės padėties grupėmis: nevedusiais, išsiskyrusiais ar našliais. Mirtingumo diferenciacijos tyrimuose santuokinė padėtis dažnai vertinama kaip tam tikras socialinio kapitalo rodiklis, parodantis individo galimybes susidoroti su gyvenimo iššūkiais pasitelkiant artimą socialinę aplinką.

Matuojant regiono socialinės sanglaudos rodiklius vertinami skyrybų rodikliai, vienišų motinų skaičius bendroje šeimų struktūroje ir vieno asmens namų ūkių skaičius bendroje namų ūkių struktūroje. Asmenys, gyvenantys regionuose su aukštesniais socialinės ar šeimyninės sanglaudos rodikliais, dažnai jaučiasi labiau susaistyti su kitais bendruomenės nariais, todėl šiuose regionuose mažesni savižudybių rodikliai (Martikainen ir kt. 2004).

Nagrinęjant santuokos ir geros sveikatos sąsajas, nustatyta, kad santuoka gali veikti kaip ekonominis veiksnys. Gyvenant santuokoje, dėl masto ekonomijos sutau-poma dalis išlaidų, kurios gali būti skirtos maistui, laisvalaikui ar kitoms gyvenimo sąlygoms gerinti. Be to, vienam iš sutuoktinių netekus pajamų, kito sutuoktinio pajamos garantuoja tam tikrą finansinį saugumą. Santuokoje formuojami tvaresni sveikos gyvensenos įpročiai, sutuoktiniai patiria mažiau streso negu viengungiai, gauna didesnę psichologinę paramą – vienas kitą palaiko kriziniais gyvenimo momentais (Blomgren ir kt. 2012).

**Gyvenimo ir darbo sąlygų tyrimai.** *Materialinės sąlygos.* Istoriniai demografiškai duomenys rodo, kad iki XIX–XX amžių miestuose gyventojų mirtingumas buvo didesnis negu kaimo gyventojų. Ilgesnę kaimo gyventojų vidutinę tikėtiną trukmę galėjo lemti keletas veiksnių. Miestuose nebuvo išvystytos centralizuotos nuotekų ir vandentiekio sistemos, o dėl santykinai didelio gyventojų tankumo kylančios epidemijos išplisdavo labai greitai ir nusinešdavo daug aukų. Sanitarinę būklę tuometiniuose miestuose atspindi socialinės epidemiologijos klasiko Johno Snow darbas (Rosen 1993, 262). Autorius išanalizavo erdvinę mirtingumo nuo choleros diferenciaciją Londono mieste 1854 m. ir nustatė, kad šios epidemijos priežastis buvo užterštas vienos iš vandens pompų vanduo. Johnas Snow žemėlapyje sužymėjo namus, kuriuose užfiksuoti mirtingumo nuo choleros atvejai, ir nustatė, kad dauguma jų yra netoli *Broad* gatvėje esančios vandens pompos (Rosen 1993, 262).

*Gyvenamoji vieta.* Šiuolaikinės visuomenės išsivystymo požiūriu, didelio skirtumo tarp miesto ir kaimo gyventojų mirtingumo rodiklių neturėtų būti. Išskyrus vieną svarbų veiksnį – geresnį modernios medicinos ir socialinių paslaugų prieinamumą didžiuosiuose miestuose (Woods 2003, 29). Vis dėlto toks požiūris atspindi tik vieną mirtingumo diferenciacijos pagal gyvenamąją vietovę aspektą. Dauguma tyrimų rodo, kad tiek Lietuvoje, tiek kitose šalyse kaimo gyventojų mirtingumo rizika yra didesnė palyginti su miesto gyventojais (Woods 2003; Jasilionis 2003b), nors miesto gyventojai gyvena labiau užterštoje aplinkoje ir patiria daugiau streso (Valkonen 2003, 668). Nagrinėjant miesto ir kaimo gyventojų mirtingumo skirtumus, svarbu atkreipti dėmesį į kitas kaimo gyventojų socialines ir ekonomines charakteristikas. Kaimo gyventojai dažnai gauna mažesnes pajamas ir yra prasčiau išsilavinę (Valkonen 2003, 668), o tai veikia bendruosius kaimo ir miesto gyventojų mirtingumo rodiklių skirtumus. Todėl atliekant mirtingumo diferenciacijos tyrimus pagal gyvenamąją vietovę svarbu eliminuoti kitų individualaus lygmens socioekonominių veiksnių poveikį gyventojų mirtingumo diferenciacijai. Tyrimų apžvalgos rodo, kad kaimo gyventojų savižudybių rodikliai didesni (Hirsch 2006), tai patvirtina ir Lietuvoje atlikti tyrimai (Jasilionis ir kt. 2006; 2015). Ši tendencija siejama su prastesne socioekonominė kaimo vietovių situacija, didesniu psichosocialinio streso lygiu, prastu psichologinės pagalbos prieinamumu.

*Ekonominis aktyvumas ir pajamos.* Mirtingumo diferenciacijos tyrimai rodo, kad gyventojų sveikata ir mirtingumo rodikliai yra glaudžiai susiję su gyventojų ekonominiu aktyvumu. Ilgalaikių bedarbių, ekonomiškai neaktyvių ar neįgalių gyventojų sveikatos ir mirtingumo rodikliai yra žymiai didesni negu dirbančiųjų (Blomgren, Valkonen 2007; Kunst ir kt. 2007; Jasilionis ir kt. 2012 ir pan.). Ilgalaikis nedarbas dažnai būna susijęs su kitomis socialinėmis ekonominėmis individo charakteristikomis: prastesniu išsilavinimu, žemesnėmis pareigomis (iki bedarbystės), žemesniu socialiniu statusu (Bartley, Owen 1996). Būtent žemesnio socialinio statuso asmenys dažniau susiduria su ilgalaikė bedarbyste. Dirbant nekvalifikuotą darbą yra sunkiau išlaikyti darbo vietą, ypač jeigu susiduriama su fizinės sveiktos problemomis, o kvalifikuoti specialistai ir vadovai dažnai randa galimybes, kaip derinti darbą su sveikatos sutrikimas. Kitas svarbus aspektas yra tas, kad esant nepalankioms makroekonominėms sąlygoms darbo visų pirma netenka nekvalifikuoti specialistai. Ekonominei recesijai pasibaigus, darbą vėl suranda tik tie nekvalifikuoti darbininkai, kurie neturi sveikatos problemų (Bartley, Owen 1996).

Nedarbo lygis yra vienas dažniausiai nagrinėjamų ekonominių regiono lygmens mirtingumo diferenciacijos veiksmių. Regionai, kuriuose aukštas nedarbo lygis, dažnai pasižymi aukštesniais savižudybių rodikliais (Blomgren ir kt. 2004; Martikainen ir kt. 2004). Tikėtina, kad asmenys, gyvenantys didelio nedarbo lygio regionuose, dažniau susiduria su aplinkinių gyventojų nevilimi ir pasitikėjimo savimi problemomis, o tai gali paskatinti pačių savižudybių elgesį kaip alkoholio vartojimas ar savižudybė (Martikainen ir kt. 2004, 344). Suomijoje atliktas mirtingumo diferenciacijos tyrimas naudojant daugialypę regresinę analizę, parodė, kad regioninių ekonominių veiksmių poveikis mirtingumui buvo didesnis nedirbančių gyventojų grupėse. Tai rodo, kad į socialinės aplinkos poveikį daug jautriau reaguoja žemesnio socialinio statuso grupės (Blomgren ir Valkonen 2007). Taip pat svarbu pabrėžti, kad aukštas nedarbo lygis veikia ne tik pačių bedarbių sveikatą. Tyrimai rodo, kad užfiksavus individualaus lygmens kintamuosius, neigiamas socialinės aplinkos poveikis sveikatai išlieka (Blomgren ir kt. 2004; Martikainen ir kt. 2004). O tai reiškia, kad asmenų, gyvenančių aukšto nedarbo lygio regione, sveikatos rodikliai yra prastesni, nors asmuo turi darbą ir gauna stabilias pajamas.

*Išsilavinimas ir profesija.* Socioekonominės mirtingumo diferenciacijos tyrimai rodo, kad išsilavinimas yra vienas svarbiausių mirtingumo diferenciacijos veiksmių (Murphy ir kt. 2006; Jasilionis ir kt. 2007; Marmot 2006 ir kt.). Epidemiologiniuose tyrimuose taikomi ir kiti socioekonominio statuso rodikliai (pajamos, gyvenimo sąlygų pobūdis), tačiau išsilavinimas ir užimtumo statusas laikomi pagrindiniais socioekonominiais sveikatos veiksniais (Leonavičius ir Jasilionis 2009, 378). Tiek Lietuvoje, tiek užsienyje atlikti tyrimai rodo, kad mirtingumo rodikliai yra didesni žemesnį išsilavinimą turinčių asmenų grupėse (Klotz, Doblhammer 2008; Jasilionis ir kt. 2007; Schumacher, Vilpert 2011; Jasilionis, Stankūnienė 2012).

Klasikinis ir vienas pirmųjų išsamių šiuolaikinės socioekonominės mirtingumo diferenciacijos tyrimas yra britų valstybės tarnautojų mirtingumo diferenciacijos tyrimas – vadinamoji *Whitehall* studija<sup>34</sup>. Tyrimo rezultatai parodė, kad kuo aukštesnes pareigas užima valstybės tarnautojas, tuo mažesnė jo sergamumo ir mirtingumo ri-

---

<sup>34</sup> *Whitehall* tyrimams (jų buvo du: 1967–1969 m. ir 1985–1988 m.) buvo renkama informacija apie valstybės tarnautojų sveikatą, jų socialines ekonomines charakteristikas ir mirtingumo duomenis. Iš viso tyrime dalyvavo 28 314 asmenų (Marmot 1995, 245). Tyrimo autoriai darė prielaidą, kad tinkamiausias socialinės klasės indikatorius yra užimamos pareigos, t. y. priklausymas tam tikrai valstybės tarnautojų hierarchijos grupei. Be to, šis rodiklis yra stipriai susijęs su individo gaunamomis pajamomis (Marmot 1995, 245).



zika. Žemesnes pareigas užimantys tarnautojai dažnai pasižymėjo ir kitomis rizikos grupei priskiriamomis socialinėmis ekonominėmis charakteristikomis (Marmot at el. 1991, 1389), o jos tokios:

- prastesnė tėvų socialinė padėtis;
- mažesnė dalis gyvenančių santuokoje ar kohabitacijoje;
- žemesnis išsilavinimas;
- mažesnė dalis turinčių nuosavą būstą ir automobilį.

Socioekonominė klasė, kaip ir minėtasis išsilavinimas, turėjo tam tikrą akumuliacinį efektą sveikatai. Kuo žemesnes pareigas užėmė valstybės tarnautojas, tuo prastesnėmis kitomis socialinėmis ekonominėmis charakteristikomis jis pasižymėjo (Marmot at el. 1991). Kitas svarbus veiksnys buvo psichosocialinis stresas. Aukštesnio socialinio statuso tarnautojai dažniau bendravo su savo draugais, o žemesnio statuso tarnautojai – su giminaičiais. Žemiausiai tarnautojų grupei priklausantys asmenys teigė, kad turi mažai laisvalaikio ir mažiau draugų, kuriais pasitikėtų ir iš kurių galėtų sulaukti pagalbos, dažniau susiduria su neigiamomis emocijomis artimoje aplinkoje (Marmot at el. 1991).

*Tautybė ir etniškumas.* Mirtingumo diferenciacijos tyrimai rodo, kad vienoje šalyje gyvenančių skirtingų etninių grupių ar tautybių gyventojai dažnai priklauso skirtingoms mirtingumo rizikos grupėms. Ši tendencija gali būti susijusi su skirtingomis socialinėmis ar kultūrinėmis gyvenimo stiliaus praktikomis tarp skirtingų etninių grupių. Šio reiškinio priežastis gali būti etninių mažumų integracijos į visuomenę problemos.

Lietuvoje ir kitose Rytų Europos šalyse atlikti tyrimai rodo, kad etninių grupių mirtingumo rodiklių diferenciacija yra didelė, o mirtingumo skirtumai pastaruoju metu auga (Leinsalu ir kt. 2004; Jasilionis ir kt. 2006; Jasilionis ir kt. 2007). Estijoje labai išsiskiria aukštas rusų tautybės gyventojų mirtingumas (Leinsalu ir kt. 2004, Jasilionis ir kt. 2006). Po Sovietų Sąjungos žlugimo Estijoje išaugęs rusų tautybės gyventojų mirtingumas nagrinėjamas kaip politinės ir ekonominės restruktūrizacijos padarinys. Dauguma rusų tautybės gyventojų į Estiją atvyko okupacijos metais, o jų gyvenimas buvo susijęs su darbu tuometiniame pramonės sektoriuje. Toks darbas nereikalavo įgyti išsilavinimo Estijoje ar mokytis estų kalbos. Prasidėjus ekonominės ir politinės transformacijos laikotarpiui Estijoje, tarp rusų tautybės gyventojų stipriai išaugo nedarbas, sumažėjo jų gaunamos pajamos (Leinsalu ir kt. 2004). Todėl galima daryti prielaidą, kad per ekonomines ir politines transformacijas rusų tautinė bendri-



ja sunkiai prisitaikė prie kintančių ekonominių sąlygų Estijoje, o tai turėjo didelį neigiamą poveikį rusų tautybės gyventojų sveikatai. Lietuvoje didžiausiais mirtingumo rodikliais pasižymi lenkų tautybės gyventojai (Jasilionis ir kt. 2006; Jasilionis ir kt. 2007). Šis reiškinys taip pat galėtų būti siejamas su istoriniais ir politiniais veiksniais bei lenkų tautybės gyventojų adaptacijos problemomis (Grigoriev ir kt. 2016).

Sveikatos sociologijoje plačiai nagrinėjamas ir rasinis mirtingumo diferenciacijos aspektas. Tačiau šie tyrimai labiau paplitę tokiose daugiakultūre visuomenėse kaip JAV, Jungtinė Karalystė, Kanada ar Prancūzija. Tyrimų rezultatai rodo, kad rasinės grupės, kurios nėra dominuojančios konkrečioje visuomenėje, dažnai susiduria su tokiomis problemomis kaip rasinė diskriminacija ar skurdas. Šios problemos dažnai yra prastesnės fizinės ir psichinės sveikatos priežastimi (Cockerham 2007, 140–148).

**Bendrųjų socioekonominių, kultūrinių ir aplinkos sąlygų tyrimai.** *Istorinis demografinis kontekstas.* Šiuolaikinės mirtingumo diferenciacijos priežastys nagrinėjamos plačiame *makrosocialiniame* kontekste, pasitelkiant klasikinius mirtingumo raidos modelius (pavyzdžiui, Vallin, Meslé 2004). Teoriniuose mirtingumo raidos modeliuose nagrinėjamos bendrųjų mirtingumo rodiklių ir mirties priežasčių struktūros pokyčių sąsajos su visuomenės modernizacijos procesu. Abdelis Omranas (1971, 511) teigė, kad „mirtingumas yra pamatinis visuomenės kaitos veiksnys“, o staigūs gyventojų skaičiaus pokyčiai dažniausiai būna susiję su mirtingumo pokyčiais. XX a. pabaigoje tobulėjant medicinai, keičiantis visuomenės sociodemografini struktūrai, sparčiai ilgėjant vidutinei tikėtina gyvenimo trukmei, kito ir mirties priežasčių struktūra.

*Pajamų nelygybė.* Sveikatos nelygybę nagrinėjančių mokslinių tyrimų apžvalgos rodo, kad egzistuoja priežastinis visuomenės sveikatos ir pajamų nelygybės ryšys (Kondo ir kt. 2009). Kuo pajamų nelygybė šalies viduje didesnė, tuo prastesni visuomenės sveikatos rodikliai. Dauguma mokslinių tyrimų, kuriuose nagrinėjama pajamų nelygybės ir gyventojų sveikatos ryšys, patvirtino teiginį, kad gyventojų sveikata yra prastesnė tose visuomenėse, kurių pajamų nelygybės lygis yra aukštesnis (Wilkinson, Pickett 2006; Pickett, Wilkinson 2015).

R. Wilkinsono (1996) atliktas tyrimas rodo, kad išsivysčiusiose šalyse santykiniai pajamų nelygybės rodikliai stipriau koreliuoja su visuomenės sveikatos rodikliais negu absoliutūs gyventojų pajamų rodikliai. R. Wilkinsons remiasi psichosocialinio streso prieiga ir teigia, kad pajamų nelygybė individo sveikatą veikia per socioekonominės padėties visuomenėje suvokimą. Individo supratimas, kad jis priklauso

santykinai žemą poziciją užimančiai socioekonominei klasei, gali sukelti neigiamas emocijas, gėdos jausmą, nepasitikėjimą savimi. Autorius teigia, kad šios emocijos veidamos individo nervų sistemą, gali tapti prastesnės sveikatos priežastimi. Be to, psichosocialinis stresas gali vesti link destraktyvaus elgesio, pavyzdžiui, rūkymo ar alkoholio vartojimo. Iš kitos pusės, psichosocialinio streso paveiktas individas pats gali pradėti elgtis asocialiai: mažėja individo pilietinis aktyvumas, bendruomenišku- mas, atsiranda nenoras bendrauti su buvusiais draugais, kurie užima aukštesnę so- cioekonominę poziciją, taip prarandamas sukauptas socialinis kapitalas (Wilkinson 1996, Lynch ir kt. 2000).

Neomaterialistinės priegios atstovai (Lynch ir kt. 2000) oponuoja R. Wilkinsono (1996) santykinės pajamų nelygybės teorijai<sup>35</sup>. Jie kritikuoja psichosocialinį požiūrį, kuriuo remiantis sveikatos nelygybė nagrinėjama per subjektyvų savo socioekono- minės padėties suvokimą. Neomaterialistai teigia, kad epidemiologinių tyrimų prak- tika pateikia daugiau įrodymų apie gyventojų sveikatos nelygybės sąsajas su individų ir jų grupių disponuojamais materialiniais ištekliais ir gyvenimo sąlygomis (Lynch ir kt. 2000).

Mirtingumą dėl savižudybių K. Pickett ir R. Wilkinsonas (2015) laiko santykinės pajamų nelygybės teorijos išimtimi. Tyrimai rodo, kad savižudybės labiau paplitusios šalyse, kurios pajamų nelygybė santykinai maža. Šis fenomenas galėtų būti paaiškintas tuo, kad savižudybė dažnai būna susijusi su nesėkmėmis ir nusivylimais asmeniniame gyvenime. O šalyse, kur pajamų nelygybė yra mažesnė, socialiniai skirtumai tarp gy- ventojų yra mažesni, todėl asmeninė nesėkmė gali atrodyti labai didelė (Pickett ir Wil- kinson 2015, 323). Vis dėlto savižudybės priežastiniai mechanizmai skirtingose šalyse gali būti labai skirtingi, todėl ne visos savižudišką elgesį aiškinančios teorijos gali būti taikomos tarptautiniuose palyginimuose (Burrows, Laflamme 2010). Pavyzdžiui, Lie- tuvoje, kur pajamų nelygybės rodikliai vieni didžiausių Europos Sąjungoje, ir savižudy- bių rodikliai jau ilgą laiką išlieka didžiausi pasaulyje (HFA–MDB 2016; Eurostat 2016).

---

<sup>35</sup> J. Lynchas su bendraautorais (2000) viešoje akademinėje diskusijoje oponuoja R. Wilkinsono prietai išvadai, esą didesne pajamų nelygybe pasižyminčios visuomenės išsiskiria ir prastesne sveikata. J. Lynchas kritikuoja R. Wilkinsono pasirinktą metodiką, nes analizėje nebuvo įtraukta valstybių, kurių BVP, tenkantis vienam gyventojui, buvo didesnis negu 10 000 JAV dolerių. Tokiu būdu analizės rezultatai nerodė ryšio tarp pajamų ir gyventojų sveikatos. J. W. Lynchas (2000) atliko tokią pačią analizę, tačiau įtraukė ir turtingiausias pasaulio valstybes. Analizės rezultatai parodė, kad ryšys tarp BVP ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės yra teigiamas (Lynch ir kt. 2000).

### 1. 2. 3. P. Bourdieu teorinės prieigos taikymas sveikatos nelygybės tyrimuose

Pastaraisiais metais atliekamų sveikatos nelygybės tyrimų, kurie remiasi P. Bourdieu socialinės praktikos teorine prieiga, problematika gana plati. Vyrų socialinės praktikos, susijusios su sveikata, nagrinėjamos integruojant P. Bourdieu ir vyriškumo studijų teorijas (Robinson, Robertson 2014; Lohan 2007). *Habitus* koncepcija pasiūtelkiama nagrinėjant alkoholio vartojimo kultūros sąsajas su sveikata (Brierley-Jones ir kt. 2014). Atskirą sveikatos nelygybės tyrimų kryptį sudaro individų ir socialinių grupių disponuojamo kapitalo sąsajų su sveikata tyrimai. Nors šie tyrimai ne visuomet remiasi P. Bourdieu kapitalo samprata, tačiau pastaraisiais metais atsiranda darbų, taikančių šio autoriaus teorines išvagas (Pinxten, Lievens 2014; Grineski 2009; McGovern ir kt. 2015; Veenstra 2007).

P. Bourdieu socialinės praktikos taikymas sveikatos tyrimuose dažnai būna susijęs su kokybiniais tyrimais, suteikiančiais platesnes galimybes nagrinėti skirtingus *habitus* ir su jais susijusias socialines praktikas (pavyzdžiui, Brierley-Jones ir kt. 2014; Grineski 2012). Tokie kokybiniai tyrimai kaip giluminiai interviu ar fokusuotų diskusijų grupės leidžia atskleisti su sveikata susijusias socialines praktikas ir jas formuojančius veiksnius, kuriuos tyrėjai apibrėžia kaip skirtingus *habitus* tipus. Kokybinių tyrimų metodologija taikyta nagrinėjant su alkoholio vartojimo įpročiais susijusius *habitus* (Brierley-Jones ir kt. 2014). Lyn Brierley-Jones su bendraautorais (2014) nagrinėjo vidurinėsios klasės alkoholio vartojimo praktikas Anglijoje. Tirdami alkoholio vartojimo įpročius autoriai susiejo su dviem pagrindiniais *habitus* tipais: *saikingu* ir *tradiciniu*<sup>36</sup>. *Saikingas habitus* buvo susijęs su saikingu alkoholio vartojimu namuose, kelis kartus per savaitę, kai alkoholis – dažniausiai vynas – vartojamas su maistu. *Tradicinis habitus* siejamas su alaus ir stipriųjų alkoholinių gėrimų vartojimu dažniausiai savaitgaliais, siekiant atsipalaiduoti, pabendrauti ar pasilinksinti su draugais (Brierley-Jones ir kt. 2014). Antrasis *habitus* tipas galėtų būti siejamas su Lietuvoje ir kitos posovietinės šalyse paplitusiomis alkoholio vartojimo tradicijomis, vadinamomis išgertuvių kultūra (Cockerham 2008). Išgertuvėms būdingas didelio alkoholio kiekio suvartojimas per trumpą laiką. Nesaikingas alkoholio vartojimas gali trukti nuo kelių valandų iki kelių dienų. Išgertuvių dalyviai dažniausiai geria tiek, kiek gali, arba tol, kol baigiasi alkoholis (Cockerham 2008).

Kitas svarbus sveikatos nelygybės tyrimų, pagrįstų P. Bourdieu teorine prieiga, metodologinis aspektas yra atitikties analizės metodo taikymas (pavyzdžiui, Veenstra

<sup>36</sup> Vertimas laisvas, angl. *home drinking and traditional drinking habitus*.

2007: Gatrell ir kt. 2004). Šis metodas taikomas nagrinėti sąsajoms tarp kategorinių kintamųjų, kurie yra pavaizduojami kaip taškai daugiamatėje erdvėje<sup>37</sup>. Kalbamasis metodas atitinka P. Bourdieu pasiūlytą reliacionistinės sociologijos sampratą. Remiantis šia samprata, „socialinis pasaulis yra santykiai – ne agentų tarpusavio sąveika arba individų tarpusavio ryšiai, o objektyvūs santykiai“ (Bourdieu, Wacquant 2003, 131).

Anthony Gatrellas su bendraautoriais (2004), naudodamiesi atitikties analize, nagrinėjo sveikatos nelygybės veiksnius ir jų sąsajas remdamiesi anketinės apklausos metu surinktais duomenimis. Autorių teigimu, jie integravo klasikinius epidemiologinius metodus ir vaizdinę analizę, siekdami įvertinti sveikatos veiksnių tarpusavio sąveiką (Gatrell ir kt. 2004). Tyrimas parodė, kad kai kurios socialinės grupės, gyvenančios skurdžiose vietovėse, gyveno visiškai kitoje socialinėje erdvėje. Kitaip tariant, nepaisant skurdžios aplinkos, dideliu socialiniu ir ekonominiu kapitalu disponuojančių socialinių grupių sveikatos rodikliai buvo santykinai geri (2004, 255).

Sveikatos nelygybės tyrimuose, kuriuose remiamasi P. Bourdieu kapitalo koncepcija, yra daroma prielaida, kad tam tikri socioekonominiai kintamieji atspindi individo disponuojamą socialinį, kultūrinį ar ekonominį kapitalą. W. Pinxtenas ir J. Lievensas (2014), remdamiesi apklausos duomenimis, individo socioekonominius kintamuosius siejo su subjektyviu savo sveikatos vertinimu. Tyrimo rezultatai parodė, kad egzistuoja sąsajos tarp disponuojamo kapitalo ir savo sveikatos vertinimo: didesniu kapitalu disponuojantys individai savo sveikatą vertino geriau (Pinxten, Lievens 2014).

Panašūs rezultatai gauti ir kitame sveikatos nelygybės tyrime, taip pat paremtame anketinės apklausos duomenimis (McGovern ir kt. 2015). Čia buvo vertinamos vyresnio amžiaus gyventojų disponuojamo kapitalo, savo sveikatos vertinimo ir socialinio statuso sąsajos. Autoriai išskyrė subjektyvų ir objektyvų socialinį statusus. Objektyvus socialinis statusas buvo susijęs su priklausymu tam tikrai socioekonominei klasei – profesijų grupei. Subjektyvų socialinį statusą įvertino patys respondentai<sup>38</sup>.

<sup>37</sup> Atitikties analizėje nėra nustatomi priklausomi ir nepriklausomi kintamieji, todėl ši analizė yra dažniau naudojama žvalgomoisiais tikslais, o ne siekiant įvertinti priežastinio ryšio stiprumą (Veenstra 2007; Gatrell ir kt. 2004). Kitaip tariant, pasitelkiant atitikties analizę galima pavaizduoti santykius tarp dviejų ir daugiau kategorinių kintamųjų tokiu būdu, kuris yra daug informatyvesnis ir patogesnis sveikatos tyrimo duomenų sociologinei interpretacijai (Veenstra 2007).

<sup>38</sup> Matuojant subjektyvų socialinį statusą, respondentų buvo prašoma įvertinti savo padėtį visuomenėje pagal 10 balų skalę, kur 1 balu vertinami žemiausio statuso individai – turintys prastą išsilavinimą, mažas pajamas, neturintys darbo, o 10 balų vertinami aukščiausio socialinio statuso individai – turintys gerą išsilavinimą, daug pinigų, užimantys aukštas pareigas (McGovern ir kt. 2015).

Tiriant nustatyta, kad tiek objektyvus, tiek subjektyvus socialinis statusas turi poveikį individų sveikatos vertinimui. Pauline McGovern su bendraautoriais (2015) daro prielaidą, kad subjektyvus socialinis statusas gali turėti neigiamą poveikį sveikatai kaip psichosocialinio streso veiksnys. Autoriai pažymi, kad dalis vyresnio amžiaus respondentų jau nebedirba ir jų priklausymas tam tikrai socioekonominei klasei (profesijų grupei) tiesioginio poveikio sveikatai neturi. Vis dėlto socialinis statusas per sukauptą ekonominį kapitalą ir praktikuojamą gyvenimo stilių gali turėti poveikį savo sveikatos vertinimui vyresniame amžiuje.

P. Bourdieu teorinės įžvalgos naudojamos vyrų sveikatos tyrimuose, kuriuose nagrinėjama socialinės nelygybės problematika, tačiau tokių tyrimų nėra daug. P. Bourdieu (2001) vyriškumo dominavimo<sup>39</sup> samprata yra siejama su vyrų sveikata (Lohan 2007). Asimetrija lyčių galios santykiuose ir didesnė simbolinė vyriškumo galia (palyginti su moteriškumo galia) siejama su vyrų sveikatai žalingomis socialinėmis praktikomis ir neigiamu vyrų požiūriu į rūpinimąsi sveikata (Lohan 2007). Dominuojančioje vyriškumo sampratoje vyrų sveikata asocijuojasi su fizine jėga, nepažeidžiamumu, todėl rūpinimasis sveikata gali būti tolygus pripažinimui, kad turi sveikatos problemų, taigi nesi *tikras vyras*. Vis dėlto empirinių sveikatos nelygybės tyrimų, kuriuose būtų integruojamos P. Bourdieu ir vyriškumo studijų teorijos, nėra daug. Viena iš tokių tyrimų nagrinėjama nuolat kintančių socialinių laukų (šeimos, profesinio ar laisvalaikio laukų) sąsajos su sveikatos nelygybe, akcentuojant socialinės aplinkos poveikį vyrų socialinėms praktikoms (Robinson, Robertson 2014). Autoriai pateikia vienos socialinės kampanijos, nukreiptos į savižudišką elgesį, analizę, kurios rezultatai rodo, kaip socialinis laukas gali veikti su sveikata susijusias socialines praktikas.

Apibendrinant pastarųjų metų sveikatos nelygybės tyrimus, kuriuose remiamasi P. Bourdieu socialinės praktikos teorijos prieiga, galima priėti prie vienos svarbios išvados. P. Bourdieu kapitalo, *habitus* ir socialinio lauko koncepcijos vis dažniau taikomos sveikatos nelygybės tyrimuose, tačiau trūksta tyrimų, kuriuose socialinės praktikos teorija būtų taikoma integruojant visą socialinio lauko tyrimo logiką. Tokių socialinio lauko tyrimų galima rasti paties P. Bourdieu ir kitų autorių darbuose, nagrinėjančių įvairių kitų socialinių laukų problematiką<sup>40</sup>.

---

<sup>39</sup> Angl. *masculine domination*.

<sup>40</sup> Pavyzdžiui, P. Bourdieu „Homo Academicus“ (1988), kuriame nagrinėjamas švietimo laukas arba M. Walther „Repatriation to France and Germany“ (2013), kuriame nagrinėjamas karjeros laukas.

#### *1. 2. 4. Lietuvos vyrų sveikatos nelygybės ir mirtingumo diferenciacijos tyrimų problematika*

Lietuvos vyrų sveikatos nelygybės tyrimų problematika aprėpia keletą pagrindinių sričių. Svarbią vyrų sveikatos tyrimų dalį sudaro demografiniai ir epidemiologiniai Lietuvos gyventojų mirtingumo diferenciacijos darbai, kuriuose didelis dėmesys skiriamas socioekonomicinei mirtingumo diferenciacijai (Jasilionis ir kt. 2006; 2007; 2011; 2015; Jasilionis, Stankūnienė 2012), mirtingumo skirtumams dėl alkoholio vartojimo ir išorinių mirties priežasčių, vėžio (Jasilionis ir kt. 2014; Grigoriev ir kt. 2016; Smailytė ir kt. 2013; 2015). Kita tyrimų kryptis – tai visuomenės sveikatos mokslininkų tyrimai, paremti epidemiologiniais gyventojų mirtingumo (Kalėdienė ir kt. 2004; 2010; Radisauskas ir kt. 2011; Jakubonienė, Gurevičius 2003) arba anketinių apklausų, susijusių su sveika gyvensena (Grabauskas ir kt. 2015; Savičiūtė 2013), duomenimis. Šie tyrimai nėra skirti vyrų sveikatos nelygybės klausimams nagrinėti, tačiau jų rezultatai rodo, kad vyrų sveikatos ir mirtingumo rodikliai yra prastesni, palyginti su moterų rodikliais. Tyrimai, kuriuose nagrinėjama alkoholio vartojimo žala sveikatai, alkoholio kontrolės politikos poveikis mirtingumui (Veryga ir kt. 2013; Sauliune ir kt. 2008; 2012; Grabauskas ir kt. 2009; Štelemėkas 2014; Štelemėkas, Veryga 2012; Klumbienė ir kt. 2012; Petronytė ir kt. 2007; Tamutienė 2013), taip pat yra labai svarbūs nagrinėjant vyrų mirtingumo diferenciaciją. Vidutinio amžiaus vyrų (30–59 metų) mirties atvejai nuo apsinuodijimo alkoholiu 2014 m. sudarė 64,88 proc. visų<sup>41</sup> Lietuvoje užfiksuotų mirčių nuo apsinuodijimo alkoholiu (Sveikatos rodiklių sistema 2016). Sociologiniai tyrimai, kuriuose iš dalies nagrinėjami kai kurie socialiniai vyrų sveikatos nelygybės aspektai, vyrų sveikatos nelygybės klausimus nagrinėja per socialinio kentėjimo, vyriškumo prizmę (Tereškinas 2011). Yra kokybinių tyrimų, kuriuose nesaikingas alkoholio vartojimas siejamas socialine atskirtimi, nagrinėjamos su alkoholio vartojimu susijusios socialinės praktikos (Tamutienė 2015).

Nagrinėjant sociodemografinę ir socioekonomicinę Lietuvos gyventojų mirtingumo diferenciacijos tyrimų problematiką, svarbu pažymėti Lietuvos demografų darbus, kuriuose mirtingumo duomenys yra susieti su gyventojų surašymų duomenimis (Jasilionis ir kt. 2006; 2007; 2014; 2015; Jasilionis, Stankūnienė 2012; Smailytė ir kt. 2013; 2015). Remiantis šia metodika gauti patikimi mirtingumo sociodemografinės ir socioekonomicinės mirtingumo diferenciacijos duomenys atskleidė didžiulius mir-

---

<sup>41</sup> Vyrų ir moterų mirties atvejai kartu sudėti, visose amžiaus grupėse.

tingumo rodiklių skirtumus tarp skirtingų socialinio statuso grupių. Tyrimų rezultatai rodo didžiulę vidutinio amžiaus vyrų (30–59 metų amžiaus grupėje) mirtingumo diferenciaciją pagal išsilavinimą, santuokinę padėtį, gyvenamąją vietovę, ekonominį aktyvumą, profesijų grupes. Ypač dideli vyrų mirtingumo diferenciacijos rodikliai pagal mirties priežastis, susijusias su alkoholio vartojimu, išorines mirties priežastis, savižudybes (Jasilionis ir kt. 2015).

Palyginus 2001 ir 2011 m. gyventojų surašymo duomenimis paremtų tyrimų rezultatus, paaiškėjo, kad per šį laikotarpį dalis mirtingumo diferenciacijos rodiklių liko panašaus lygio, o kai kurie iš jų išaugo. Pavyzdžiui, išaugo bendrojo mirtingumo diferenciacijos rodikliai pagal užimtumo statusą (mirtingumo rodiklių skirtumai tarp dirbančių, bedarbių, neįgaliųjų ir ekonomiškai neaktyvių gyventojų). Nagrinėjant mirtingumo diferenciacijos rodiklių pokyčius pagal mirties priežastis, nustatyta, kad išaugo Lietuvos vyrų mirtingumo diferenciacija pagal išsilavinimą dėl savižudybių, išorinių ir su alkoholio vartojimu susijusių mirties priežasčių (Jasilionis ir kt. 2015; 159). Autoriai teigia, kad didėjanti mirtingumo diferenciacija yra „susijusi su pastarojo dešimtmečio prieštaringa ir nesubalansuota socioekonominė raida“ (2015, 160), kuri turėjo neigiamą poveikį labiausiai pažeidžiamų žemiausio socialinio sluoksnio gyventojų sveikatai.

Socialinėje atskirtyje esančių vyrų sveikata galėtų būti siejama su Lietuvoje dominuojančia vyriškumo samprata ir su sveikata susijusiomis socialinėmis praktikomis. Nagrinėjant vyriškumo sampratos sąsajas su sveikata, galima paminėti A. Tereškino (2011) tyrimą, kuriame darbininkų ir kitų žemesnę socialinę poziciją užimančių vyrų vyriškumas siejamas su socialiniu kentėjimu, socialine atskirtimi, skurdu<sup>42</sup>. Autorius teigia, kad socialinio kentėjimo sąvoka atkreipia dėmesį į tokias socialines problemas kaip alkoholizmas, smurtas, skurdas, kurios yra susijusios su „platesniu socialinių nelaimių kontekstu“, pavyzdžiui, bedarbyste ar prasta socioekonominė padėtimi (Tereškinas 2011, 53). Nors šis tyrimas nėra skirtas nagrinėti vyriškumo sampratos sąsajoms su vyrų sveikata ar sveikatos nelygybe, tačiau knygoje galima rasti vertingos kokybiniais tyrimais paremtos informacijos, kaip socialinis kentėjimas, socialinės vyrų praktikos, skirtingas kūno suvokimas gali veikti vyrų sveikatą.

Su sveikata susijusias vyrų praktikas ir jų kaitą galima vertinti remiantis Lietuvoje periodiškai atliekamais gyvensenos tyrimais. Visų pirma tai *Lietuvos gyventojų*

---

<sup>42</sup> Vyrų socialinės atskirties ir socialinio kentėjimo tematika nagrinėjama ir kituose A. Tereškino su bendraautoriais darbuose (Tereškinas ir kt. 2015; Tereškinas ir kt. 2016).



sveikatos statistinis tyrimas<sup>43</sup> (Lietuvos statistikos departamentas 2015) ir *Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimas*<sup>44</sup> (Grabauskas ir kt. 2015). Šių tyrimų rezultatai rodo, kad Lietuvos vyrų gyvenimo yra susijusi su sveikatai žalingomis praktikomis. Pavyzdžiui, 2014 m. kasdien rūkė 33 proc. Lietuvos vyrų, stipriuosius alkoholinius gėrimus bent kartą per savaitę vartojo 26 proc. vyrų, alų – 50 proc. vyrų (Grabauskas ir kt. 2015). Mitybos įpročiai, fizinis aktyvumas, eismo saugumas – tai dar keletas svarbių gyvenimo sričių, kuriose sveikos gyvenimo praktikų paplitimas tarp vyrų buvo mažesnis negu tarp moterų (Lietuvos statistikos departamentas 2015; Grabauskas ir kt. 2015). Kitas disertacijos tyrimui svarbus aspektas yra tas, kad dauguma sveikatai žalingų praktikų buvo susijusios su žemesniu socialiniu statusu: prastesniu išsilavinimu, žemesnėmis pareigomis, bedarbyste.

Išskirtinė Lietuvos vyrų sveikatos problema – dideli savižudybių rodikliai. Tiek agreguoti duomenys (Sveikatos rodiklių sistema, 2016), tiek individualaus lygmens duomenimis paremtų tyrimų rezultatai rodo (Jasilionis ir kt. 2015, 155), kad kaime gyvenančių vyrų mirtingumo rodikliai yra didesni negu mieste gyvenančių vyrų. Danutė Gailienė (2005) išskiria du svarbius ilgalaikius veiksnius, turėjusius poveikį aukštiesiems kaimo gyventojų savižudybių rodikliams. Visų pirma, tai istorinės aplinkybės, turėjusios poveikį sovietmetį išgyvenusiems vyrams. Autorė teigia, kad priverstinė kolektyvizacija, visiškas privačios nuosavybės sunaikinimas, sumenkino žmonių savivertę ir prisidėjo prie savidestruktyvaus elgesio kultūros susiformavimo (Gailienė 2005, 12). Antra, nepakankama šiuolaikinės Lietuvos sveikatos sistemos pagalba, kuri remiasi vien medicininio modeliu. Savižudybių prevencinių priemonių, net tiems žmonėms, kurie jau mėgino žudyti, nėra. Pasak autorės, po mėginimo nusižudyti, jeigu asmeniui nėra nustatoma psichikos liga, kitą dieną jis yra priverstas grįžti į darbą ir į savo įprastą aplinką (Gailienė 2005).

Tyrimai, kuriuose nagrinėjami Lietuvos gyventojų mirtingumo skirtumai pagal gyvenamąją vietovę, rodo, kad šis skirtumas yra vienas iš svarbiausių mirtingumo diferenciacijos veiksnių, ypač vidutinio amžiaus vyrų grupėje (Jasilionis ir kt. 2006,

---

<sup>43</sup> Lietuvos gyventojų sveikatos statistinio tyrimo ataskaitoje yra pateikiama informacija apie gyventojų sveikatos būklę, lėtines ligas ir ilgalaikius sveikatos sutrikimus, su tuo susijusius savipriežiūros bei namų ruošos darbų sunkumus, gyvenimą, naudojimąsi sveikatos priežiūros paslaugomis ir jų prieinamumą, medikamentų vartojimą ir kt.

<sup>44</sup> Tyrimas Lietuvoje vykdomas nuo 1994 m. kas antri metai. Tiriamas rūkymo paplitimas, alkoholinių gėrimų ir narkotinių medžiagų vartojimas, fizinis aktyvumas, daržovių ir vaisių vartojimas, kūno masės indeksas.



20–21; Jasilionis 2015 ir kt.). Tiesa, nagrinėjant Lietuvos gyventojų mirtingumo vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę, galima pastebėti, kad pastaraisiais metais pastebimas mirtingumo rodiklių skirtumų tarp miesto ir kaimo gyventojų mažėjimas, ypač tarp moterų (Lietuvos statistikos departamentas 2016). Svarbu pažymėti, kad miesto ir kaimo vyrų mirtingumo skirtumai dažniausiai veikiami didesnės kaimo gyventojų mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių rizikos (Jasilionis ir kt. 2007, 619).

Bedarbystė sveikatos sociologijos tyrimuose dažnai siejama su tokiomis socialinės atskirties problemomis kaip socialinių ryšių su šeima, draugais, kolegomis sutrūkinėjimu. Ekonomiškai neaktyvūs gyventojai susiduria su ekonominėmis problemomis, išauga sveikatai žalingos elgsenos – rūkymo, nesaikingo alkoholio vartojimo, smurto – rizika. Lietuvoje atlikti tyrimai rodo, kad ekonomiškai neaktyvių vyrų standartizuoti bendrojo mirtingumo rodikliai yra 3,61 karto didesni negu dirbančiųjų. Mirtingumo dėl mirties priežasčių, susijusių su alkoholio vartojimu, rizika tarp bedarbių yra 4,49 karto didesnė negu tarp dirbančių vyrų (Jasilionis ir Stankūnienė ir kt. 2012, 69, 85). Dažniau su sveikatos problemomis susiduria ilgalaikiai bedarbiai. Ilgalaikė bedarbystė gali turėti neigiamą poveikį individo gaunamoms pajamoms, užtikrinančioms tinkamą mitybą bei kitas materialines gyvenimo sąlygas. Be to, ilgalaikis nedarbas gali turėti neigiamą poveikį žmogaus savivertei ir pasitikėjimu savimi. Šios psichologinės problemos padidina depresijos ir savižudybės riziką (Diderichsen ir kt. 2012, 47). Suomijoje atliktas tyrimas rodo, kad savižudybių rizika tarp ilgalaikių bedarbių vyrų išauga ir yra 3 kartus didesnė negu tarp dirbančiųjų (Mäki, Martikainen 2012). Lietuvoje bedarbių ir ekonomiškai neaktyvių vyrų mirtingumo rizika yra atitinkamai 2,08 ir 2,20 karto didesnė negu dirbančių vyrų (Jasilionis ir kt. 2012, 82).

Aukštą mirtingumą dėl alkoholio vartojimo galima įvardyti kaip vieną iš specifinių Lietuvos vyrų mirtingumo modelio bruožą. Lietuvoje atlikti tyrimai rodo, kad nesaikingas alkoholio vartojimas 2003–2011 m. buvo susijęs su 9,01 proc. visų mirties atvejų (Veryga ir kt. 2013). Aurelijaus Verygos su bendraautoriais (2013) atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad 25–44 metų amžiaus grupėje 33 proc. visų mirties atvejų galėtų būti siejami su alkoholio vartojimu. Svarbu pažymėti, kad Lietuvoje 67,15 proc. visų su alkoholio vartojimų susijusių mirties atvejų<sup>45</sup> sudaro vyrų mirtys. Nagrinėjant Lietuvos gyventojų mirtingumo dėl alkoholio vartojimo diferenciaciją,

---

<sup>45</sup> Vertinant pagal dažniausiai su alkoholio vartojimu siejamas tris mirties priežastis: apinuodijimą alkoholiu (X45), alkoholinę kepenų ligą (K70), kepenų fibrozę ir cirozę (K74) (Sveikatos rodiklių sistema 2016; 2014 metų duomenys).

didžiausi skirtumai užfiksuoti tarp skirtingų ekonominio aktyvumo statuso grupių: ekonomiškai neaktyvių ir bedarbių mirtingumo rodiklių skirtumai buvo didesni negu dirbančių vyrų nuo 6,36 iki 10,42 karto (Jasilionis ir kt. 2015). Iš vienos pusės, tokie rezultatai galėtų būti nagrinėjami per ekonominio kapitalo vyrų sveikatai svarbą, juk bedarbystė tiesiogiai susijusi su gaunamomis pajamomis, kurios ne tik užtikrina geras gyvenimo sąlygas, bet ir atspindi socialinį vyro statusą visuomenėje. Iš kitos pusės, bedarbystė susijusi su socialine atskirtimi, socialinių ryšių artimiausioje aplinkoje silpnėjimu. Taigi dideli socioekonominės mirtingumo diferenciacijos dėl alkoholio vartojimo rodikliai atspindi vieną svarbiausių vidutinio amžiaus vyrų problemų. Šioje gyventojų grupėje alkoholio vartojimas pasirenkamas kaip kasdienių socialinių problemų sprendimo būdas.

Į atskirą tyrimų grupę vertėtų išskirti tyrimus, kuriuose nagrinėjamas Lietuvos alkoholio kontrolės politikos poveikis gyventojų sveikatai. Šie *makrosocialiniame* lygmenyje vykstantys teisinės sistemos pokyčiai gali turėti netiesioginį poveikį vyrų socialinėms praktikoms, susijusioms su alkoholio vartojimu. Tyrimai rodo, kad tokios alkoholio prieinamumo ribojimo priemonės kaip alkoholio pardavimo laiko trumpinimas, pardavimo taškų mažinimas, akcizų didinimas gali turėti poveikį mirtingumo rodiklių pokyčiams (Šelemėkas, Veryga 2012; Veryga ir kt. 2013).

Apibendrinant tyrimus, kuriuose nagrinėjama Lietuvos gyventojų sveikatos nelygė ir mirtingumo diferenciacija, galima daryti išvadą, kad dominuoja kelios pagrindinės tyrimų kryptys: mirtingumo diferenciacijos tyrimai, alkoholio vartojimo žalos tyrimai, sveikos gyvensenos praktikų tyrimai. Vis dėlto daugumoje šių tyrimų vyrų sveikatos nelygės klausimai nėra pagrindinis tyrimo objektas, o ši tema paliečiama nagrinėjant bendrą socialinės nelygės, alkoholio vartojimo, aukšto gyventojų mirtingumo problematiką. Taigi šios disertacijos autoriui nėra žinoma sociologijos mokslo darbų, kuriuose derinant skirtingų mokslo kryptių metodologines prieigas būtų išsamiai nagrinėjama vidutinio amžiaus vyrų sveikatos nelygės problematika.

### **1. 3. Mirtingumo diferenciacijos tyrimo modelis ir metodai**

Pagrindinis šios darbo dalies tikslas – sukurti teorinį modelį, leidžiantį įvairiausiškai įvertinti vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijos sociodemografinius ir socioekonominis veiksnius, atsižvelgiant į platesnį istorinį demografinį kontekstą ir paplitusias su sveikata susijusias socialines praktikas. Tiriant vidutinio

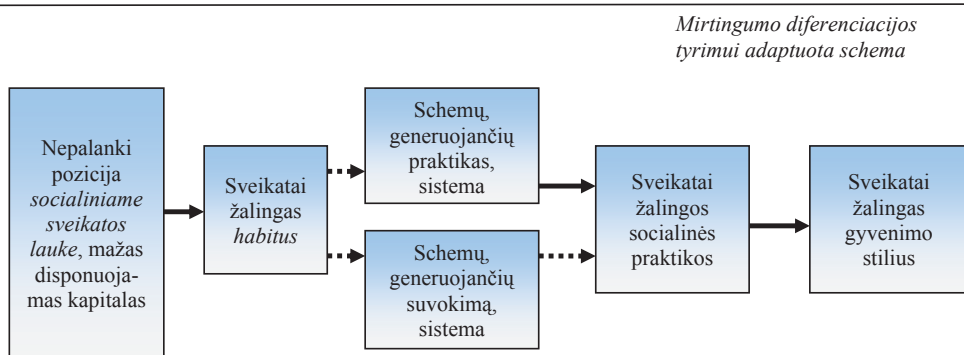
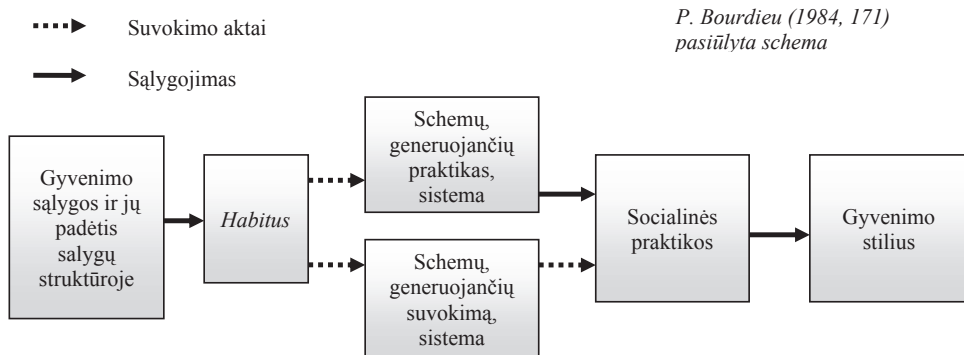
amžiaus mirtingumo diferenciaciją taikoma P. Bourdieu socialinės praktikos teorija, kuri galėtų būti priskirta metodologinio reliacionizmo krypčiai. Ši kryptis, priešingai negu daugelis kitų socialinių teorijų, nesiekia įrodyti socialinės struktūros ar socialinio veiksmo pirmenybės. P. Bourdieu teigia, jog „pirmesni yra santykiai“ (Bourdieu, Wacquant 2003, 35–37).

### **1. 3. 1. P. Bourdieu socialinės praktikos teorija kaip mirtingumo diferenciacijos tyrimo prieiga**

Nagrinėjant vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijos veiksnius ir jų sąveiką, empirinio tyrimo teoriniu pagrindu pasirinkta P. Bourdieu gyvenimo sąlygų, *habitus* ir gyvenimo stiliaus sąveikos schema (2 pav.). Ši schema integruoja tris pagrindinius elementus, kurie gali padėti atskleisti, kaip susiformuoja mirtingumo diferenciacija. Pirmasis elementas – tai individo ar socialinės grupės gyvenimo sąlygos ir tų sąlygų santykis su socialine struktūra. Šis elementas apibūdina socialinį kontekstą ir gali būti nagrinėjamas kaip pozicija *socialiniame lauke*. Antrasis elementas yra *habitus*, kuris priklauso nuo individo ar socialinės grupės pozicijos socialiniame lauke. *Habitus* yra svarbiausia P. Bourdieu teorijos sąvoka, apibrėžianti internalizuo- tų socialinių patirčių sistemą, kuri organizuoja socialines praktikas (Bourdieu 1984, 170; Korp 2010, 805). P. Bourdieu pabrėžia *habitus* sąvokos dualumą. Iš vienos pusės, *habitus* yra formuojamas socialinės struktūros, tačiau iš kitos pusės, individai per kasdienes praktikas patys formuoja *habitus* (Bourdieu 1984; Walther 2013). Trečiasis elementas – tai gyvenimo stilius, kurį suformuoja skirtingus *habitus* turinčių indi- vidų praktikų visuma. Taigi galima teigti, kad individų ar socialinių grupių sveikata priklauso nuo su sveikata susijusių socialinių praktikų. Apibendrinant socialinės praktikos teorijos logiką, ji gali būti išreikšta formule: (Bourdieu 1984, 101):

$$[ ( \textit{habitus} ) ( \textit{kapitalas} ) ] + \textit{laukas} = \textit{praktika}.$$

Gyvenimo sąlygos, arba padėtis *socialiniame sveikatos lauke*, vertinama nagrinė- jant individų ir socialinių grupių disponuojamo kapitalo santykį su socialiniu kon- tekstu. Mažas ekonominis, socialinis ir kultūrinis kapitalas dažnai būna susijęs su prastomis materialinėmis gyvenimo sąlygomis, skurdu, socialine atskirtimi, dažnai patiriamu psichosocialiniu stresu. Visi šie veiksniai sąlygoja sveikatai nepalankų *ha- bitus*, kuris per sveikatai nepalankias socialines praktikas suformuoja sveikatai žalin- gą gyvenimo stilių.



**2 pav.** Gyvenimo sąlygų, *habitus* ir gyvenimo stiliaus sąveika

Didžiausios socialinės struktūros elementų priešingybės (pavyzdžiui, turtingas–neturtingas) yra linkusios būti pagrindiniais socialines praktikas ir jų suvokimą struktūruojančiais principais. Taigi skirtingi *habitus*, veikdami per socialines praktikas, sąlygoja skirtingus gyvenimo stilius, kurie, suvokti per skirtingas schemų, generuojančių suvokimą, sistemas, tampa socialiai atpažįstamomis ženklų sistemomis (Bourdieu 1984, 172). Šios ženklų sistemos ir apibūdina individo gyvenimo stilių. Remiantis P. Bourdieu teorija, *socialiniame sveikatos lauke* skirtingų gyvenimo stilių ir juos sąlygojančių skirtingų *habitus* galima būtų ieškoti nagrinėjant mirtingumo diferenciacijos veiksnus, nurodančius priešingus socialinės struktūros elementus.

Šio tyrimo modelio pranašumas – reliacionistinis (santykių) požiūris į mirtingumo diferenciacijos susiformavimo veiksnus, leidžiantis sveikatos nelygybės problemą nagrinėti įvairiapusisškai. Pasak P. Bourdieu, *socialinių laukų* tyrimo objektas visų pirma yra tam tikra santykių visuma, o ne paskiri individai, jų grupės ar visa socialinė struktūra (Bourdieu, Wacquant 2003). Šis svarbus socialinio lauko analizės aspektas akcentuojamas ir kitų mokslininkų darbuose (Martin 2011; Munk, Krarup 2014).

Taigi nagrinėjant *socialinį sveikatos lauką* svarbu ne tik atkreipti dėmesį į pavienius sociodemografinius ar socioekonominius mirtingumo diferenciacijos veiksnius, bet ir atskleisti skirtingų mirtingumo diferenciacijos veiksnių tarpusavio santykius.

Tyrimo modelio schemą trumpai galima apibendrinti šiais teiginiais. Gyvenimo sąlygos apibūdina individo ar individų grupės poziciją *socialiniame sveikatos lauke*, nuo kurios priklauso individo *habitus*, generuojantis su sveikata susijusias socialines praktikas ir tų praktikų suvokimą. Skirtinga pozicija *socialiniame sveikatos lauke* sąlygoja skirtingus *habitus*, kurie per socialinės praktikas sąlygoja skirtingus gyvenimo stilius.

Lietuvos vyrų mirtingumo diferenciacijos tyrimo logika yra panaši į P. Bourdieu pasiūlytą socialinio lauko tyrimo logiką. Autorius teigė, kad *socialinio lauko* analizė turėtų būti atliekama trimis etapais: 1) *socialinio lauko* padėties analizė kitų galios laukų atžvilgiu; 2) *socialinio lauko* struktūros rekonstrukcija; 3) *habitus* rekonstrukcija (Bourdieu, Wacquant 2003, 139). Remiantis P. Bourdieu pateikta *socialinių laukų* tyrimo logika, galima pasiūlyti tokią vyrų *socialinio sveikatos lauko* analizės etapų seką. Pirmiausia reikėtų išanalizuoti *socialinio lauko* savitumą ir padėti kitų galios laukų atžvilgiu nagrinėjant mirtingumo diferenciacijos pokyčius politiniame, ekonominiame ir socialiniame kontekste. Nagrinėjant šiuolaikinius sveikatos nelygybės susiformavimo procesus vidutinio amžiaus vyrų *socialiniame lauke* ypač svarbu atkreipti dėmesį į istorines aplinkybes, kurios lėmė šių procesų raidą. P. Bourdieu teigia, kad „sociologijos ir istorijos atskyrimas yra pragaištingas“ (Bourdieu, Wacquant 2003, 123), todėl visa sociologija turėtų būti istorinė. Autoriaus nuomone, išeitis iš susidariusios situacijos – dirbtino sociologijos ir istorijos mokslų atskyrimo – galėtų būti struktūralistinė sociologija, nagrinėjanti socialinės struktūros transformacijas, socialines įtampas ir galios santykius, kurie tampa tolesnių transformacijų priežastimis (Bourdieu, Wacquant 2003, 123).

Disertacijos tyrimas pradedamas istorine demografinė Lietuvos vyrų mirtingumo analize. Lyginamoji Lietuvos ir kitų Europos šalių mirtingumo lygio rodiklių analizė leidžia nuosekliai pagrįsti tyrimo problemą platesniame istoriniame, ekonominiame, politiniame kontekste. Ši tyrimo dalis padeda įvertinti vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo raidą per paskutinius penkiasdešimt metų, aptarti šiuolaikinę sveikatos nelygybę suformavusius veiksnius. Istorinis demografinis kontekstas analizuojamas nagrinėjant vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės, tikimybės numirti ir standartizuotų mirtingumo rodiklių pokyčius. Daug dėmesio skiriama socialinio, ekonominio kon-

teksto pokyčiams, turėjusiems poveikį su sveikata siejamoms socialinėms praktikoms politinės ir ekonominės transformacijos laikotarpiu.

Antras *socialinio lauko* analizės etapas – skirtingų socioekonominio statuso grupių santykių struktūros analizė. Šis tyrimo etapas remiasi individualaus lygmens ir gyvenamosios vietovės socioekonominių mirtingumo diferenciacijos veiksnių analize. Atlikus tyrimą buvo įvertinta skirtingų socioekonominių vyrų grupių, disponuojančių skirtingais su sveikata susijusiais ištekliais, mirtingumo diferenciacija. Atliekant tyrimą buvo daroma prielaida, kad socioekonominių grupių mirtingumo rodiklių santykiai atspindi šių grupių pozicijas *socialiniame lauke*. Grupių, kurios disponavo didesniais sveikatos ištekliais, mirtingumo rodikliai buvo mažesni.

Trečias etapas – *socialinio lauko* veikėjų *habitus* analizė. Ši analizė atskleidė, kaip individų internalizuotos socialinio gyvenimo patirtys veikia *socialinį lauką* ir kaip pats *laukas* struktūruoja socialinių veikėjų *habitus*. Svarbu pažymėti, kad socialinis laukas metodologiniu požiūriu yra neatskiriamas nuo individų nuostatų ir požiūrių. Kitaip tariant, *socialinio lauko* analizė atliekama apibrėžiant pačių veikėjų pozicijų suvokimą galios lauke. Kitaip tariant, vyrų požiūris į sveikatą ir su sveikata susijusias praktikas atskleidžia jų santykį su *socialiniu sveikatos lauku*.

### 1. 3. 2. Tyrimo sąvokų operacionalizacija

Nagrinėjant socioekonominių veiksnių sąsajas su vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo skirtumais, tyrime daroma prielaida, kad individualaus lygmens socioekonominiai kintamieji gali būti siejami su P.Bourdieu apibrėžtomis skirtingomis kapitalo formomis. Atliekant tyrimo sąvokų operacionalizaciją buvo stengtasi kritiškai įvertinti daromos prielaidos validumą, tiksliai apibrėžiant, į kokius klausimus pasirinktas operacionalizacijos metodas leidžia atsakyti.

**Ekonominis kapitalas.** Atsižvelgiant į tai, kad viena kapitalo forma siejama tik su vienu socioekonominiu kintamuoju, toks sąvokų operacionalizacijos metodas neleidžia daryti apibendrinamųjų išvadų apie viso tam tikros kapitalo rūšies poveikį individo pozicijai *socialiniame sveikatos lauke*. Pavyzdžiui, būtų netikslu teigti, kad ekonominis aktyvumas atspindi visą individo sukauptą ekonominį kapitalą. Juk ekonominio kapitalo dydis priklauso ne tik nuo individo ekonominio aktyvumo, bet ir nuo santaupų, disponuojamo turto ir investicijų. Vis dėlto individo ekonominį aktyvumą būtų galima įvardyti kaip vieną iš ekonominio kapitalo rodiklių. Anksčiau atliktų sveikatos nelygybės tyrimų rezultatai rodo (1.2. poskyris), kad ilgalaikių be-

darbių ir ekonomiškai neaktyvių gyventojų sveikatos rodikliai yra prastesni palyginti su dirbančiųjų. Bedarbiai ar ekonomiškai neaktyvūs gyventojai dažnai susiduria su pajamų sumažėjimu, kuris gali lemti ilgalaikes finansines problemas. Pajamų sumažėjimas ne tik riboja išteklius, kuriuos individai gali skirti sveikatai tiesiogiai, bet ir gali turėti neigiamą poveikį individų saugumui, mitybai ar kitiems su sveikata susijusiems veiksniams.

**Kultūrinis kapitalas.** P. Bourdieu teigė (1986), kad išsilavinimas yra viena iš kultūrinio kapitalo sudedamųjų dalių. Šiame tyrime daroma prielaida, kad individų išsilavinimo rodikliai iš dalies atspindi individų sukauptą kultūrinio kapitalo kiekį. Tyrime išskirtos trys išsilavinimo kategorijos: aukštasis, vidurinis ir žemesnis nei vidurinis išsilavinimas. Remiantis P. Bourdieu kultūrinio kapitalo klasifikacija, tyrime matuojamas kultūrinis kapitalas galėtų būti priskirtas institucionalizuotam kultūriniam kapitalui. Svarbu pažymėti, kad išsilavinimas nėra vienintelė kultūrinio kapitalo forma<sup>46</sup>, kurią nagrinėjo P. Bourdieu (1984, 1986), todėl šiame tyrime naudojamas rodiklis tiksliausiai atspindi institucionalizuoto kultūrinio kapitalo lygį.

**Socialinis kapitalas.** Socialinis kapitalas P. Bourdieu (1984, 1986) darbuose apibrėžiamas kaip ištekliai, susiję su socialiniais ryšiais. Vienas iš svarbiausių socialinės struktūros elementų, užtikrinančių tvarius artimus socialinius ryšius, yra šeima. Tai gi socialiniam kapitalui matuoti šiame tyrime pasirinkta vyrų santuokinė padėtis, darant prielaidą, kad susituokę vyrai turi galimybę disponuoti didesniu socialiniu kapitalu. Santuokinė padėtis gali būti susijusi ir su ekonominiu kapitalu, nes masto ekonomija, kurią sukuria santuoka, gali prisidėti prie geresnių materialinių gyvenimo sąlygų. Sveikatos nelygybės tyrimų apžvalgos rezultatai rodo (1.2. poskyris), kad iširusi santuoka yra susijusi su tokiais sveikatos rizikos veiksniais kaip nedarbas, pajamų sumažėjimas ar padidėjęs psichosocialinio streso lygis. Šios sąsajos leidžia daryti prielaidą, kad santuokinė padėtis gali būti vertinama kaip vienas iš socialinio kapitalo indikatorių.

**Socialinis sveikatos laukas.** *Socialinio sveikatos lauko* analizė pradedama nuo istorinės demografinės Lietuvos vyrų mirtingumo diferenciacijos rodiklių analizės. Šios analizės tikslas – identifikuoti specifinius Lietuvos vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo modelio bruožus, arba atskleisti *socialinio sveikatos lauko* savitumą: „struktūrų santykius, išliekančius palyginti ilgą ir aiškiai apibrėžtą istorinį tarpinį“ (Povi-

---

<sup>46</sup> Plačiau apie P. Bourdieu (1986) išskirtas kultūrinio kapitalo formas 1.1.4. skyrelyje.



liūnas 2012, 21). *Socialinio sveikatos lauko* savitumui apibūdinti naudojami tarptautinėse ir Lietuvos duomenų bazėse viešai prieinami gyventojų mirtingumo duomenys, leidžiantys išsamiai nagrinėti ilgalaikius bendrojo mirtingumo ir mirties priežasčių struktūros raidos pokyčius.

Vyrų *socialinis sveikatos laukas* gali būti suvokiamas kaip socialinė erdvė, kurioje skirtingo socioekonominio statuso vyrai, disponuodami skirtingu kapitalu, siekia geros sveikatos. Taigi *socialinis sveikatos laukas* yra tarsi su sveikata susijusių gyvensenos „praktikų arena“ (Walther 2013; Chudzikowski, Mayrhofer 2011). Vyrų pozicija *socialiniame lauke* gali būti vertinama pagal atskirų socioekonominių grupių mirtingumo rodiklių santykius. Kitaip tariant, vyrai, kurių mirtingumo rizika yra didesnė, *socialiniame sveikatos lauke* užima mažiau palankias pozicijas. Remiantis P. Bourdieu socialinės praktikos teorija, galima daryti prielaidą, kad prasta vyrų sveikata yra sveikatai žalingo gyvenimo stiliaus, kurį sąlygoja mažas disponuojamas kapitalas ir sveikatai nepalankus *habitus*, pasekmė.

**Habitus, socialinės praktikos ir gyvenimo stilius.** *Socialinio sveikatos lauko habitus* – tai su sveikata susijusias praktikas generuojantis internalizuotas principas, kuris nuolat veikia kintančias individų pozicijas galios lauke. Kitaip tariant, *habitus* gali būti apibrėžiamas kaip tam tikras priežastinis mechanizmas, kuris daro poveikį su sveikata susietoms socialinėms praktikoms, taip formuodamas skirtingus vyrų gyvenimo stilius. Šiame tyrime nepalankus vyrų *socialinio sveikatos lauko habitus* yra nagrinėjamas atliekant vyrų biografinių naratyvų analizę, taip siekiama atskleisti, kaip neigiamos emocijos formuoja sveikatai žalingas praktikas, ir atliekant vyrų gyvensenos praktikų analizę. Tyrime daroma prielaida, kad žemo socioekonominio statuso grupių sveikatai nepalankus *habitus* per socialinis praktikas formuoja sveikatai žalingą gyvenimo stilių. Taigi tam tikroms sociodemografinėms ir socioekonominėms grupėms būdingas gyvenimo stilius siejamas su sveikatai nepalankiu *habitus*, kuris sąlygoja socioekonominių mirtingumo diferenciacijos skirtumų susiformavimą.

### **1. 3. 3. Empirinio tyrimo duomenys, metodai ir apribojimai**

Disertacijos empiriniame tyrime nagrinėjama 30–59 metų amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacija. Vidutinio amžiaus vyrų grupė pasirinkta dėl keleto svarbių priežasčių. Pirma, tai socialinė demografinė vyrų grupė, sudaranti šalies darbingo amžiaus gyventojų pagrindą, nuo kurio priklauso šalies socialinė ir ekonominė gerovė. Antra, aukštas vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo lygis yra įvardijamas kaip vienas



iš svarbiausių specifinių posovietinio mirtingumo modelio bruožų (Stankūnienė, Jasilionis 2011, 336), todėl iškyla poreikis išsamiai analizuoti šią problemą.

Vidutinio amžiaus Lietuvos vyrų mirtingumo sociodemografiniai ir socioekonominiai diferenciacijos veiksniai analizuojami derinant kiekybinius ir kokybinius tyrimų metodus. Disertacijos tyrimą sudaro trys etapai. Pirmasis etapas – tai socioerdvinė vidutinio amžiaus Lietuvos vyrų mirtingumo diferenciacijos analizė, kuri pagrįsta kiekybiniais formaliosios demografijos metodais<sup>47</sup>. Antrasis etapas – individualaus lygmens ir gyvenamosios vietovės socioekonominių veiksnių sąsajų su vyrų mirtingumo diferenciacija analizė, kurios pagrindą taip pat sudaro kiekybiniai formaliosios demografijos metodai. Trečiasis etapas – mikrosocialinio lygmens veiksnių analizė, atlikta derinant kiekybinius ir kokybinius sociologinių tyrimų metodus. Empirinio tyrimo logika ir metodai pasirinkti atsižvelgiant į teorinį tyrimo modelį, kuris remiasi P. Bourdieu socialinės praktikos teorija (žr. 2 pav.).

**Socioerdvinė vyrų mirtingumo diferenciacijos analizė.** Pirmajame mirtingumo diferenciacijos tyrimo etape atlikta Lietuvos savivaldybių 30–59 metų amžiaus vyrų socioerdvinė mirtingumo rodiklių analizė. Taikant tiesioginį standartizacijos metodą<sup>48</sup>, apskaičiuoti mirtingumo rodikliai dėl kraujotakos sistemos ligų (I00–I99), išorinių mirties priežasčių (V00–Y89), savižudybių (X60–X84), alkoholio vartojimo (K70, K74 ir X45)<sup>49</sup> ir bendrojo mirtingumo rodikliai. Vidutinio amžiaus vyrų standartizuotų mirtingumo rodiklių analizė atlikta naudojant agreguotus Lietuvos Respublikos *Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registro* (toliau: *Mirčių registro*) duomenis. Nagrinėjamu laikotarpiu Lietuvoje 30–59 metų amžiaus grupėje užfiksuoti 25 087 vyrų mirties atvejai. Mirtingumo rodikliams skaičiuoti naudojamas *Lietuvos*

---

<sup>47</sup> *Formalioji demografija* šiuolaikiniuose demografijos tyrimuose yra suprantama kaip matematinė arba statistinė demografija (Nobile, De Rose 2005, 783). Šios demografijos mokslo krypties pagrindą sudaro matematinių demografinių skaičiavimų metodologija. Formalioji demografija yra apibrėžiama kaip demografinių duomenų matematinė analizė (Nobile, De Rose 2005, 783). Dauguma šiame darbe taikomų formaliosios demografijos metodų remiasi Samuelio R. Prestono su bendraautorais (2001) išleista knyga *Demography: Measuring and Modelling Population Processes*.

<sup>48</sup> Skaičiuojant standartizuotus mirtingumo rodiklius naudotas 1976 m. Pasaulio sveikatos organizacijos Europos populiacijos standartas.

<sup>49</sup> Mirtingumui dėl alkoholio vartojimo vertinti pasirinktos su alkoholio vartojimu siejamos kepenų ligos ir apsinuodijimas alkoholiu. Šios mirties priežastys epidemiologinėje ir demografi-  
nėje literatūroje įvardijamos kaip tinkami indikatoriai mirtingumo dėl alkoholio lygiui vertinti (Jasilionis ir kt. 2015).

*statistikos departamento Oficialiosios statistikos portale* pateikiamas vyrų skaičius savivaldybėse metų pradžioje, perskaičiuotas remiantis Lietuvos Respublikos 2011 m. visuotinio gyventojų ir būstų surašymo rezultatais.

Socioerdvinė analizė atlikta remiantis panašaus tyrimo, kuriame nagrinėjama Lietuvos ir Baltarusijos gyventojų mirtingumo dėl alkoholio diferenciacija 2003–2007 m., metodika (Grigoriev ir kt. 2016). Analizuojant apskaičiuoti erdvinės autokoreliacijos<sup>50</sup> koeficientai, dar vadinami *Moran I* koeficientais<sup>51</sup>. Erdvinės autokoreliacijos metu atsakoma į klausimą, kiek gretimos savivaldybės pagal mirtingumo rodiklius yra panašios viena į kitą. Kaimyninės savivaldybės nustatytos naudojant *bokšto gretimumo*<sup>52</sup> metodą. Vidutinio amžiaus vyrų standartizuotų mirtingumo rodiklių autokoreliacijos analizė atlikta naudojant *GEODA* programinę įrangą *LISA* žemėlapių funkciją, siekiant nustatyti statistiškai reikšmingus aukšto arba žemo vyrų mirtingumo klasterius.

Socioerdvinės analizės apribojimai susiję su santykinai mažu mirties atvejų skaičiumi, kuris neleido atlikti išsamios mirtingumo diferenciacijos analizės pagal smulkesnes mirties priežasčių grupes, pavyzdžiui, žmogžudystes ar eismo įvykius. Kitas apribojimas susijęs su skirtingu gyventojų skaičiumi Lietuvos savivaldybėse. Mažose savivaldybėse kai kuriose vidutinio amžiaus vyrų mirties priežasčių grupėse užfiksuotas labai mažas mirties atvejų skaičius. Siekiant išvengti netikslumų, kurie galėtų kilti dėl mažo atvejų skaičiaus, apskaičiuoti ketverių metų mirtingumo rodikliai – 2010–2013 m. Dėl labai mažo atvejų skaičiaus nagrinėjamoje amžiaus grupėje Birštono ir Neringos savivaldybių mirtingumo rodikliai apskaičiuoti kartu su gretimų Prienų raj. ir Klaipėdos raj. savivaldybių mirtingumo rodikliais.

**Daugiapakopė regresinė analizė.** Antrajame mirtingumo diferenciacijos tyrimo etape, taikant daugiapakopės regresinės analizės metodą, atlikta individualaus lygmens ir gyvenamosios vietovės socioekonominių veiksnių sąsajų su vyrų mirtingumo diferenciacija analizė. Atliekant daugiapakopę regresinę analizę, naudojami susieti Lietuvos gyventojų surašymo ir Lietuvos mirčių registro duomenys. Gyventojų sociodemografinių ir socioekonominių charakteristikų duomenys remiasi 2011 m. Lietuvos gyventojų surašymo rezultatais. Skaičiuojant individualaus lygmens mirtingumo diferenciacijos rodiklius į analizę įtraukti visi 30–59 metų amžiaus vyrų

<sup>50</sup> Angl. *spatial autocorrelation*.

<sup>51</sup> Erdvinės autokoreliacijos (*Moran I*) formulė pateikiama 1 priede.

<sup>52</sup> Angl. *rook contiguity*.

mirties atvejai, užfiksuoti 2011 kovo 1 d. – 2013 m. gruodžio 31 d. Lietuvos mirčių registre. Gyventojų surašymo ir mirčių registro duomenų jungimo procedūra atlikta Lietuvos statistikos departamente. Nagrinėjant socioekonominių gyvenamosios vietovės veiksnių sąsajas su vyrų mirtingumo diferenciacija, buvo naudojami Lietuvos statistikos departamento Oficialiosios statistikos portale pateikiami Lietuvos savivaldybių ekonominiai ir socialiniai kultūriniai rodikliai.

Tyrimo metu sociodemografinių ir socioekonominių individualaus lygmens kintamųjų kategorizacija atlikta remiantis kitų Lietuvos gyventojų surašymų duomenų analize paremtų tyrimų metodika (Jasilionis ir kt. 2006; Jasilionis ir kt. 2007; Jasilionis, Stankūnienė 2011; Jasilionis ir kt. 2015). Kiekvienas sociodemografinis kintamasis suskirstytas į 2–6 kategorijas. Pagal amžių vyrai 30–59 m. amžiaus grupėje suskirstyti į 6 kategorijas, kurių kiekvieną sudaro 5 metų amžiaus tarpsnis (30–34, 35–39 ir t. t.). Tyrime taikomos keturios surašymo informacija pagrįstos santuokinės padėties kategorijos: vedę, niekada nevedę, išsiskyre, našliai. Gyvenamosios vietos sociodemografinis kintamasis suskirstytas į dvi kategorijas: miestą ir kaimą. Pagal tautybę išskirtos keturios kategorijos: lietuviai, lenkai, rusai ir kitų tautybių vyrai. Išsilavinimas sugrupuotas į tris stambesnes kategorijas: aukštasis išsilavinimas, vidurinis išsilavinimas ir žemesnis nei vidurinis išsilavinimas. Ekonominis aktyvumas suskirstytas į penkias kategorijas: dirbantieji, bedarbiai, neįgalieji, neaktyvūs ir vyrų grupė, kurios užimtumas nežinomas.

Savivaldybių socioekonominiai veiksniai pasirinkti remiantis anksčiau atliktų panašių tyrimų metodologija (Blomgren ir kt. 2004; Martikainen ir kt. 2003; Martikainen ir kt. 2004; Blomgren, Valkonen 2007). Ekonominio konteksto poveikis mirtingumo diferenciacijai savivaldybėse vertinamas į tyrimo modelį įtraukiant nedarbo lygį, darbo užmokesčio *neto* santykį su šalies vidurkiu, nekvalifikuotų darbininkų dalį bendroje savivaldybės dirbančių gyventojų struktūroje ir gyventojų dalį, kurių pagrindinis pragyvenimo šaltinis – pašalpa. Socialinis kultūrinis kontekstas vertinamas pagal gyventojų išsilavinimo ir tautinės sudėties rodiklius (kitų tautybių gyventojų skaičiaus santykis su bendru gyventojų skaičiumi), vieno asmens namų ūkių skaičių, rodantis socialinės atskirties lygį, rinkėjų aktyvumą savivaldybių tarybų rinkimuose, atspindintis savivaldybės gyventojų pilietinį aktyvumą.

Analizė atlikta taikant daugiapakopės *Puasono* regresijos analizės modelį. Tokie modeliai yra taikomi panašiuose mirtingumo diferenciacijos tyrimuose (Blomgren ir kt. 2004; Martikainen ir kt. 2004; Snijders, Bosker 2012). Šiame tyrime naudotas

dviejų lygių *Puasono* regresijos modelis su atsitiktinai kintančiu laisvuju nariu<sup>53</sup>. Modelyje yra daroma prielaida, kad kovariacijos regresijos koeficientai nekinta tarp savivaldybių (yra fiksuoti), o laisvieji nariai gali kisti ir yra atsitiktiniai. Išsamiai šio modelio taikymas aprašytas Snijders ir Bosker (2012). Daugiapakopės analizės modelis taikytas naudojant *R* programinį paketą *lme4* funkciją *glmer*.

Tyrimo rezultatai yra pateikiami kaip mirtingumo rodiklių santykiai (toliau – MRS). Šių rodiklių reikšmės yra eksponentiniai regresijos koeficientai, gauti atliekant daugiapakopę analizę. Lyginamosios kintamųjų kategorijos grupės mirtingumo rodiklių santykis visuomet yra lygus vienetui (MRS=1). Didesnės negu vienetą MRS rodiklių reikšmės konstatuoja, kad šios kintamųjų grupės mirtingumo rizika yra didesnė negu lyginamosios grupės. Ir atvirkščiai, mažesnės už vienetą MRS reikšmės rodo mažesnę kintamųjų kategorijos mirtingumo riziką. *Puasono* regresijos su atsitiktinai kintančiu laisvuju nariu modelio formulė pateikiama 1 priede.

Vienas iš daugiapakopės regresinės analizės apribojimų yra tas, kad naudojant su gyventojų surašymu susietus mirtingumo duomenis, kyla tam tikra su tyrimo metodologija susijusi rizika – tikimybė, kad stebėjimo laikotarpiu pasikeis stebimųjų sociodemografinis ir / ar socioekonominis statusas. Stebėjimui pasirinkus labai jauną vyrų populiaciją kyla santuokinės padėties, išsilavinimo ar kitos kintamųjų reikšmės pasikeitimo pavojus. Todėl šiam tyrimui pasirinkta 30–59 metų amžiaus vyrų populiacija ir palyginti trumpas stebėjimo periodas – 2 metai ir 10 mėnesių.

***Mikrosocialinio lygmens veiksnių analizė.*** *Mikrosocialinio* lygmens mirtingumo diferenciacijos veiksnių analizė sudaryta iš dviejų dalių. Pirmoje analizės dalyje, taikant kokybinius sociologinių tyrimų metodus, nagrinėjamos žemą socioekonominį statusą užimančių vyrų neigiamų emocijų sąsajos su sveikatai žalingu gyvenimo stiliumi. Antroje dalyje, taikant kiekybinius sociologinių tyrimų metodus, nagrinėjami vyrų socioekonominio statuso ryšiai su sveikatai žalingos gyvensenos praktikomis.

Pirma *mikrosocialinio* lygmens mirtingumo diferenciacijos veiksnių analizės dalis pagrįsta kokybine pusiau struktūruotų interviu analize, kai nagrinėjamos priklausomybę nuo alkoholio turinčių vyrų patirtys. Analizuojant buvo keliami klausimai: su kokiomis neigiamomis emocijomis kasdien susiduria žemą socioekonominį statusą turintys vyrai ir kaip šios emocijos formuoja sveikatai žalingą gyvenimo stilį. *Mikrosocialinio* lygmens veiksnių analizei pasitelkti antriniai duomenys, gauti įgy-

---

<sup>53</sup> Angl. *random intercept Poisson regression model*.

vendinant tyrimą „Socialinė atskirtis ir socialinis dalyvavimas pokyčių Lietuvoje“ (Tamutienė 2015)<sup>54</sup>. Informantai atrinkti naudojant sniego gniūžtės metodą, interviu atlikti 2013 metais Kaune. Analizei atrinkti 6 interviu, kuriuose dalyvavo 49–67 metų amžiaus vyrai. Siekiant išsaugoti konfidencialumą, informantų vardai tekste pakeisti į identifikacinius numerius (toliau ID). Kokybinė pusiau struktūruotų interviu analizė atlikta naudojant atvirąjį tekstinių duomenų kodavimą, išskiriant teksto elemento kategorijas ir subkategorijas. Duomenys apie informantų socioekonominį statusą ir sociodemografinės charakteristikas pateikiami 1 lentelėje.

**1 lentelė.** Kokybinio tyrimo informantų sociodemografinės ir socioekonominės charakteristikos

Informanto ID	Ekonominis aktyvumas	Santuokinė padėtis	Amžius, metais	Išsilavinimas
Inf_01	Dirbantis	Vedęs (II santuoka)	55	Profesinis
Inf_02	Pensininkas	Nevedęs	67	Aukštasis
Inf_03	Bedarbis	Nevedęs	55	Nebaigtas vidurinis
Inf_04	Bedarbis	Išsiskyres	49	Spec. vidurinis
Inf_05	Bedarbis	Išsiskyres	58	Nebaigtas vidurinis
Inf_06	Neįgalus	Išsiskyres	58	Profesinis

Antra *mikrosocialinio* lygmens mirtingumo diferenciacijos veiksnių analizės dalis pagrįsta kintamųjų atitikties analize, per kurią nagrinėjamos vyrų socioekonominio statuso sąsajos su sveikatai žalingos gyvenenos praktikomis. Kintamųjų atitiktis analizuojama naudojant antrinius *Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenenos tyrimo, 2014* (toliau – gyvenenos tyrimo) duomenis<sup>55</sup>. Gyvenenos tyrimo tikslas – „įvertinti įvairių socialinių ir demografinių Lietuvos gyventojų grupių subjektyvios sveikatos, naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis bei gyvenenos pokyčius“ (Grabauskas ir kt. 2015). Tyrimo ataskaitoje vyrų sveikos gyvenenos įpročių dažniai pateikiami pagal sociodemografinės ir socioekonominės kategorijas, kurios iš esmės sutampa

<sup>54</sup> Disertacijos tyrime nagrinėjami interviu atlikti I. Tamutienės, įgyvendinant projektą „Socialinė atskirtis ir socialinis dalyvavimas pokyčių Lietuvoje“ (Nr. VP1-3.1-ŠMM-07-K-02-045). Interviu medžiaga panaudota rengiant kolektyvinės monografijos „Socialinė atskirtis ir geras gyvenimas Lietuvoje“ (ats. red. A. Tereškinas ir J. Bučaitė-Vilkė) skyrių „Nesaikingo alkoholio vartojimo padariniai: socialinės žalos ir atskirties kontekstas“ (Tamutienė 2015).

<sup>55</sup> *Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenenos tyrimo, 2014* duomenys yra metodai detalai aprašyti tyrimo ataskaitoje (Grabauskas ir kt. 2015), kuri yra viešai prieinama internetu: [http://www.ntakd.lt/files/Apklausos\\_ir\\_tyrimai/nacionalinio/2015/SGT2014.pdf](http://www.ntakd.lt/files/Apklausos_ir_tyrimai/nacionalinio/2015/SGT2014.pdf).

su disertacijos tyrime naudojamomis kintamųjų kategorijomis. Tai leido gyvensenos tyrimo duomenis panaudoti nagrinėjant mirtingumo diferenciacijos sąsajas su gyvensenos praktikomis. Be to, anketinės apklausos respondentų amžius (20–65 metai) persidengė su disertacijos tyrime nagrinėjamomis vidutinio amžiaus vyrų grupės amžiaus intervalu (30–59 metai).

Kintamųjų atitikties analizės statistiniams skaičiavimams atlikti naudotas R programinės aplinkos paketas *FactoMineR*, duomeniui vaizdavimui – paketas *factoextra*. Analizė atlikta remiantis Mike Bendixen (2003) atitikties analizės vadovu. Tyrimo metu buvo atlikta paprastoji, arba klasikinė, atitikties analizė, kurios metu yra nagrinėjami dviejų kintamųjų reikšmių ryšiai (Morkevičius, Norkus 2012, 134). Socialiniuose mokslose dažnai taikoma ir daugelio kintamųjų atitikties analizė, kurios metu nagrinėjami didesnio skaičiaus kintamųjų sąryšiai (pavyzdžiui, Morkevičius 2013; Žilys 2015; Mačerinskaitė ir kt. 2016). Šio tyrimo metu atitikties analizė atlikta nagrinėjant ryšius tarp dviejų kintamųjų reikšmių – gyvensenos praktikų ir socioekonominių kategorijų reikšmių dažnių. Atitikties analizei pasirinktos trys gyvensenos tyrimo naudotos socioekonominės kategorijos – darbo pobūdis<sup>56</sup>, mokymosi metų trukmė<sup>57</sup>, šeiminių padėtis<sup>58</sup>, – kurios atitiko mirtingumo diferenciacijos tyrime naudojamas kintamųjų kategorijas. Atitikties analizei buvo atrinkta 12 klausimų, susijusių su vyrų gyvensena: žalingais įpročiais, mityba, darbo ir gyvenimo sąlygomis, savo sveikatos vertinimu, ligomis, higiena, požiūriu į sveikatą, pasitenkinimu gyvenimo kokybe. Visų 12 atitikties analizėje naudotų klausimų ir atsakymų dažnių lentelė pateikiama 15 ir 16 prieduose.

Pagrindinis abiejų *mikrosocialinio* lygmens tyrimų apribojimas yra tas, kad tiek gyvensenos tyrimo klausimynas, tiek kokybinio pusiau struktūruoto interviu gairės nebuvo kurtos siekiant patikrinti šio tyrimo teorinį modelį. Taigi galima konstatuo-

---

<sup>56</sup> Nagrinėjant darbo pobūdžio sąsajas su vyrų gyvensena, buvo naudojami 4 iš 7 kintamųjų, labiausiai atitinkantys disertacijos tyrime naudojamus kintamuosius. Tokie kintamieji kaip „namų šeiminkė“, „mokosi“, „pensijoje“ iš analizė buvo pašalinti, dėl mažo atvejų skaičiaus ir neatitikimo disertacijoje nagrinėjamai vyrų amžiaus grupei.

<sup>57</sup> Išsilavinimo kategorijoje naudoti trys kintamieji, nurodantys mokymosi metų trukmę: 1) nuo 0 iki 9 metų; 2) nuo 10–iki 12 metų; 3) per 12 metų. Šie kintamieji didžiąja dalimi atitinka išsilavinimo kategorijas, naudotas disertacijos mirtingumo diferenciacijos tyrime: 1) žemesnis nei vidurinis; 2) vidurinis; 3) aukštasis.

<sup>58</sup> Santuokinės padėties kategorijoje naudoti trys kintamieji: 1) vedęs; 2) nevedęs; 3) išsiskyręs. Kintamasis *našlys* iš analizės buvo pašalintas dėl labai mažo atvejų skaičiaus.

ti, kad nagrinėjant *mikrosocialinio* lygmens mirtingumo diferenciacijos veiksnius pasirinktas sprendimas nagrinėti per kitus tyrimus surinktus antrinius empirinius duomenis yra silpnoji *mikrosocialinio* lygmens veiksnių analizės pusė. Vis dėlto *mikrosocialinio* lygmens veiksnių analizė leido atskleisti sveikatai žalingą Lietuvos vyrų *habitus*, kas buvo svarbu siekiant nuosekliai įgyvendinti pasirinktą teorinio modelio schemą. Pažymėtina, kad ateityje nagrinėjant Lietuvos vyrų sveikatos nelygybės problematiką, išsami *mikrosocialinio* lygmens mirtingumo diferenciacijos veiksnių analizė galėtų būti perspektyvi tyrimų kryptis.

## 2. LIETUVOS VYRŲ MIRTINGUMAS: RAIDA IR KONTEKSTAS

Ši disertacijos dalis gali būti įvardyta kaip pirmasis *socialinio lauko* tyrimo etapas – lauko savitumo ir padėties analizė. Analizė remiasi istoriniais demografiniais duomenimis, kurie padėjo apsibrėžti vidutinio amžiaus vyrų *socialinio sveikatos lauko* problematiką, atsižvelgiant į platesnio politinio, ekonominio ir socialinio konteksto pokyčius. Lyginamosios Lietuvos ir kitų Europos šalių mirtingumo raidos analizės metu buvo pagrįstas išsamaus skirtingų socialinių lygmenų vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijos veiksnių tyrimo poreikis.

### 2. 1. Lyginamoji demografinė Lietuvos vyrų mirtingumo analizė

Gyventojų mirtingumo pokyčiai yra vienas iš svarbiausių demografinės raidos veiksnių (Omran 1971, 511), todėl nagrinėjant šiuolaikinės visuomenės demografinę, socialinę ir ekonominę raidą būtina atsižvelgti į mirtingumo lygio ir mirties priežasčių struktūros pokyčius. Remiantis A. Omrano (1971) epidemiologinio perėjimo teorija, staigus vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės didėjimas besivystančiose šalyse buvo mažėjančio mirtingumo dėl infekcinių ligų pasekmė. Visuomenės modernizacija, gerėjančios gyvenimo sąlygos ir medicinos pažanga sudarė palankias sąlygas mirtingumo rodiklių mažėjimui ir mirties priežasčių struktūros pokyčiams, todėl degeneracinės ligos (kraujotakos sistemos susirgimai ir vėžys) tapo pagrindinėmis gyventojų mirties priežastimis. Lietuvos ir kitų Rytų Europos šalių mirtingumo raida iki XX a. septintojo dešimtmečio atitiko epidemiologinio perėjimo modelį, tačiau vėliau vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės augimas Lietuvoje sustojo (Stankūnienė, Jasilionis 2011). Vakarų šalyse nuoseklus mirtingumo rodiklių mažėjimas buvo susijęs su „kraujotakos sistemos ligų revoliucija“, per kurią mažėjo mirtingumas dėl kraujotakos sistemos ligų (Valin, Meslé, 2004). Lietuvoje mirtingumas dėl kraujotakos sistemos ligų vis dar išlieka labai didelis, o vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodikliai stagnuoja.

#### 2. 1. 1. Vyrų tikimybinių mirtingumo rodiklių kaitos lyginamoji analizė

Siekiant identifikuoti specifinius Lietuvos vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo modelio bruožus, šios analizės metu Lietuvos vyrų tikimybiniai mirtingumo rodi-



kliai<sup>59</sup> gretinami su kitų trijų Europos šalių – Prancūzijos, Čekijos, Estijos – vyrų mirtingumo rodikliais. Šioms keturioms šalims būdingi skirtingi ilgalaikių mirtingumo pokyčių modeliai. Per pastaruosius kelis dešimtmečius vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė Vakarų Europos valstybėse nuosekliai didėjo. Vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės didėjimas prasidėjo iš karto po Antrojo pasaulinio karo ir tęsiasi iki pat šių dienų. Teigiami mirtingumo rodiklių pokyčiai visų pirma siejami su mirtingumo dėl degeneracinių ligų mažėjimu, kuri sąlygojo stabili politinė padėtis, nuoseklus ekonomikos vystymasis, efektyviai veikianti sveikatos ir socialinės apsaugos sistema. Remiantis A. Omrano (1971) teorija, Prancūzijos gyventojų mirtingumo raida galėtų būti įvardyta kaip klasikinis epidemiologinio perėjimo modelis, būdingas ir kitoms išsivysčiusioms Vakarų Europos valstybėms (Jasilionis 2003, 64). Šių šalių mirtingumo raida laikoma klasikinio epidemiologinio perėjimo etalonu, kuriam būdingas nuoseklus mirtingumo lygio mažėjimas ir vidutinės gyvenimo trukmės didėjimas.

Vidurio ir Rytų Europos valstybių – Čekijos, Estijos ir Lietuvos – mirtingumo raida galėtų būti priskirtos greitesniam epidemiologinio perėjimo tipui. Šiose šalyse mirtingumo rodiklių mažėjimas prasidėjo pavėluotai, palyginti su klasikinio modelio šalimis, tačiau pokyčiai vyko labai sparčiai (Jasilionis 2003, 64). Nuo 7-ojo XX a. dešimtmečio Vidurio ir Rytų Europos valstybių mirtingumo raida nukrypo nuo greitesnio epidemiologinio perėjimo modelio: vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės augimas šiose šalyse emė stagnuoti, prasidėjo nenuoseklūs mirtingumo lygio pokyčiai (3 pav.). Šis reiškinys mokslinėje literatūroje vadinamas „sovietiniu“ mirtingumo modeliu (Stakūnienė, Jasilionis 2011) arba „sovietinių“ šalių mirtingumo krize (Moslé, 2004; Jasilionis ir kt. 2015).

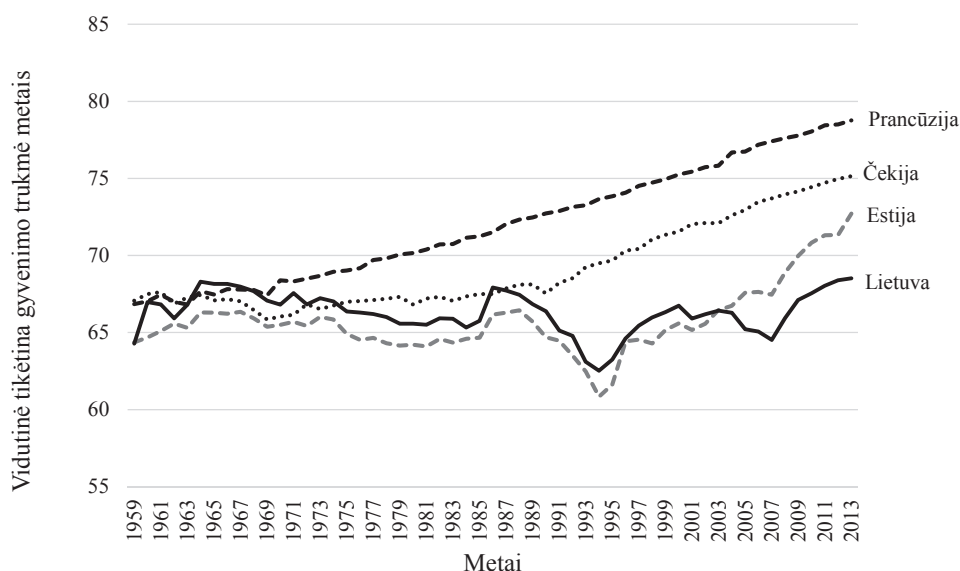
Vis dėlto „sovietiniam“ mirtingumo modeliui priskiriamų valstybių gyventojų mirtingumo raida skirtinga. Čekija yra įvardijama kaip pirmoji Vidurio ir Rytų Europos šalis, kurios vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklių pokyčiai XX a. 9-ajame dešimtmetyje grįžo prie klasikiniam epidemiologiniam perėjimui būdingų

---

<sup>59</sup> Nagrinėjant vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo kaitą 1959–2011 m., atlikta tikimybinų gyventojų mirtingumo rodiklių analizė. Pirminės analizės metu buvo nagrinėjami penkių amžiaus grupių vyrų mirtingumo rodikliai (2 priedas). Pirmąją grupę sudarė kūdikiai (iki 1 metų), antrąją – vaikai (1–14 metų), trečiąją – jaunimas (15–29 metų), ketvirtąją – vidutinio amžiaus vyrai (30–59 metų), penktąją – vyresnio amžiaus vyrai (60–74 metų). Tyrime daugiausia dėmesio skiriama vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo rodiklių analizei. Mirtingumo rodikliai apskaičiuoti remiantis S. R. Prestono su bendraautoriais (2001) parengta mirtingumo lentelių sudarymo metodika.

desningumų (Moslé 2004, 49), rodančių sistemingą artėjimą prie labiau pažengusių Vakarų Europos šalių mirtingumo lygio. Estijos mirtingumo rodikliai nuo paskutiniojo XX a. dešimtmečio vidurio taip pat nuosekliai gerėja.

Per pastaruosius 50 metų Lietuvos vyrų mirtingumo lygis kito gana sparčiai, tačiau ši kaita buvo nenuosekli (3 pav.). Po vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklių didėjimo, sekdamo šių rodiklių mažėjimas, todėl 2014 m. vidutinė tikėtina vyrų gyvenimo trukmė Lietuvoje buvo panaši kaip XX a. septintojo dešimtmečio viduryje ir siekė tik 69,13 metų<sup>60</sup>. Taigi, nepaisant trumpalaikių mirtingumo rodiklių pokyčių, bendras vyrų mirtingumo lygis išlieka panašus jau keletą dešimtmečių.



**3 pav.** Skirtingiems ilgalaikiams mirtingumo raidos modeliams priskiriamų valstybių – Čekijos, Estijos, Lietuvos ir Prancūzijos – vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčiai

Šaltinis: Human Mortality Database 2016, skaičiavimai autoriaus

Nagrinėjant vidutinio amžiaus Lietuvos vyrų mirtingumo pokyčius, užfiksuota šuoliška tikimybės numirti kaita. Po mirtingumo rodiklių stagnacijos, kuri tęsėsi iki XX a. aštuntojo dešimtmečio pradžios, sekė staigus vyrų mirtingumo lygio mažėji-

<sup>60</sup> Laikotarpiu nuo 1959 iki 2011 m. didžiausia Lietuvos vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė buvo 1964 m. ir siekė 68,30 metų. Tik 2012 m. šis rodiklis viršijo 1964 m. reikšmę ir pasiekė 68,39 (Human Mortality Database 2016). Lietuvos statistikos departamento duomenimis 2014 m. vidutinė tikėtina vyrų gyvenimo trukmė Lietuvoje buvo 69,13 metų.

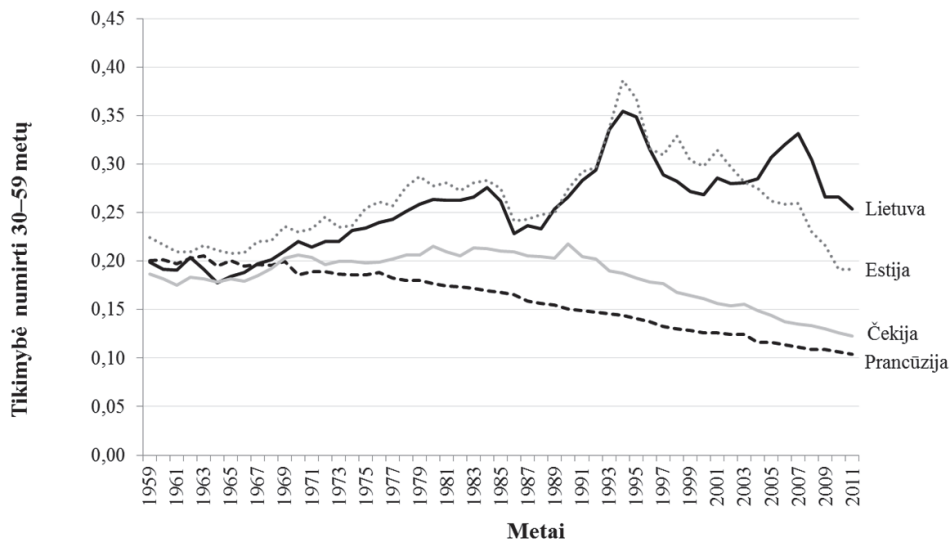
mas, kuris siejamas su Sovietų Sąjungoje vykdyta alkoholio kontrolės politikos pertvarka, sumažinusia alkoholio prieinamumą<sup>61</sup> (Nemtsov 2002; Leon ir kt. 1997). Vis dėlto šie teigiami mirtingumo rodiklių pokyčiai buvo trumpalaikiai. Dėl politinių ir ekonominių iššūkių, sekusių po Sovietų Sąjungos griūties (Nemtsov 2002; Shkolnikov, Nemtsov 1997; McKee, Shkolnikov 2001), vidutinio amžiaus vyrų tikimybės numirti rodikliai nuo 1988 iki 1994 m. Lietuvoje padidėjo 1,52 karto (4 pav.). Panašūs negatyvūs mirtingumo rodiklių poslinkiai užfiksuoti ir Estijoje. Pasak Vladimiro Shkolnikovo (2003, 676), pagrindinės tokio staigaus mirtingumo lygio išaugimo priežastys buvo socialiniai ir ekonominiai pokyčiai ir jų sukeltas psichosocialinis stresas bei sveikatai žalingų praktikų paplitimas.

Po staigaus mirtingumo rodiklių didėjimo 1990–1994 m. vidutinio amžiaus vyrų tikimybė numirti sugrįžo į 1990 metų lygį tik 2000 m. Tačiau pirmajame XXI a. dešimtmetyje ir toliau tęsėsi nenuosekli vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo kaita. Nuo 2000 m. vyrų mirtingumo rodikliai vėl pradėjo didėti ir tai tęsėsi iki 2007 m. Lietuvos vyrų mirtingumo rodiklių mažėjimas nuo 2007 m. siejamas su alkoholio kontrolės politikos priemonėmis, nukreiptomis į alkoholio vartojimo ribojimą (Veryga ir kt. 2013; Jasilionis ir kt. 2011). Priešingai negu Lietuvoje, Estijoje vyrų mirtingumas nuosekliai mažėjo jau nuo 2000 m. Ši tendencija siejama su ankstyva ir nuoseklia Estijos sveikatos sistemos pertvarka, dėl kurios optimizuotas sveikatos priežiūrų tinklas, apribotas „politikų kišimasis į kasdienę sistemos veiklą“, sumažintas korupcijos mastas (Gudžinskas 2012). Lietuvoje sveikatos apsaugos reforma buvo fragmentuota ir ne tokia greita kaip Estijoje. Mirtingumo dėl išvengiamų mirties priežasčių mažėjimas Estijoje – viena iš pagrindinių teigiamų mirtingumo rodiklių pokyčių priežasčių. Ši tendencija visų pirma sietina su efektyvesne sveikatos apsaugos sistema ir sėkmingu prevencinių programų įgyvendinimu (Jasilionis ir kt. 2011).

Lyginamoji tikimybių mirtingumo rodiklių analizė rodo, kad 2011 m. 30–59 metų amžiaus grupėje Lietuvoje vyrų tikimybė numirti buvo 1,33 karto didesnė negu Estijoje, 2,07 karto didesnė negu Čekijoje ir 2,45 karto didesnė negu Prancūzijoje (4 pav.). Taigi Lietuvos ir Estijos, priskiriamų „posovietiniam“ mirtingumo raidos modeliui, vyrų mirtingumo rodikliai vis dar stipriai atsilieka nuo klasikiniam epidemiologinio perėjimo modelio tipui priskiriamų valstybių.

---

<sup>61</sup> Michailo Gorbačiovo antialkoholinių įstatymų paketas, sumažinęs alkoholio prieinamumą, buvo priimtas 1985 m. ir galiojo trejus metus iki 1988 m. (Shkolnikov, Nemtsov 1997; Shkolnikov ir kt. 2004).



4 pav. Vyrų tikimybė numirti 30–59 metų amžiaus

Šaltinis: Human Mortality Database 2015, skaičiavimai autoriaus

Tikimybinių mirtingumo rodiklių lyginamoji analizė rodo, kad vidutinio amžiaus Lietuvos vyrų mirtingumo raida kontrastuoja su klasikiniam epidemiologinio perėjimo tipui priskiriamos Prancūzijos vyrų mirtingumu. Nagrinėjant Čekijos vyrų mirtingumo raidą, aštuntajame XX a. dešimtmetyje stebima mirtingumo rodikliu stabilizacija, po kurios sekė nuoseklus artėjimas prie klasikiniam epidemiologinio perėjimo tipui būdingo stabilaus vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės augimo. Estijos ir Lietuvos vidutinio amžiaus vyrų mirtingumas išsiskiria itin dideliais mirtingumo rodikliais, tačiau nuo paskutiniojo XX a. dešimtmečio pabaigos Estijoje stebimas nuoseklus tikimybės numirti (30–59 metų amžiaus) mažėjimas. Taigi apibendrinant galima teigti, kad didelė tikimybė numirti esant vidutinio amžiaus apibūdina Lietuvos vyrų mirtingumo situaciją kaip itin problemišką, reikalaujančią išsamesnės šio reiškinio analizės.

### 2. 1. 2. Lietuvos vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės dekompozicinė analizė

Tikimybinių vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo rodiklių analizė parodė, kad Lietuvos vyrų mirtingumas iš kitų Europos Sąjungos šalių išsiskiria itin aukštais mirtingumo rodikliais ir šuoliška jų kaita. Siekiant visapusiškai įvertinti šios demografi-

nės problemos mastą, svarbu nustatyti, kokį poveikį vidutinio amžiaus vyrų mirtinumas turi bendrųjų Lietuvos vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklių pokyčiams. Šie pokyčiai yra veikiami gyventojų mirtingumo kaitos ne tik vidutinio amžiaus, bet ir kitų amžiaus grupių vyrų.

Vertinant vidutinio amžiaus vyrų indėlį į bendruosius vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklių svyravimus, buvo atlikta dekompozicinė analizė. Dekompozicijos metodas<sup>62</sup> leido nustatyti, kaip mirtingumo pokyčiai skirtingose amžiaus grupėse veikė bendruosius vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės svyravimus. Nuo 1959 m. buvo nustatyti 6 Lietuvos vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės lūžio taškai, dalijantys nagrinėjamą laikotarpį į septynis intervalus. Kiekviename iš intervalų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė mažėjo arba didėjo (2 lentelė).

**2 lentelė.** Lietuvos vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčiai

Laikotarpis			VTGT, metais		
Pradžia	Pabaiga	Trukmė	Pradžioje	Pabaigoje	Pokytis
1959	1964	5	64,28	68,30	4,02
1964	1984	20	68,30	65,33	-2,97
1984	1986	2	65,33	67,92	2,59
1986	1994	8	67,92	62,52	-5,40
1994	2000	6	62,52	66,74	4,22
2000	2007	7	66,74	64,50	-2,24
2007	2011	4	64,50	68,02	3,52

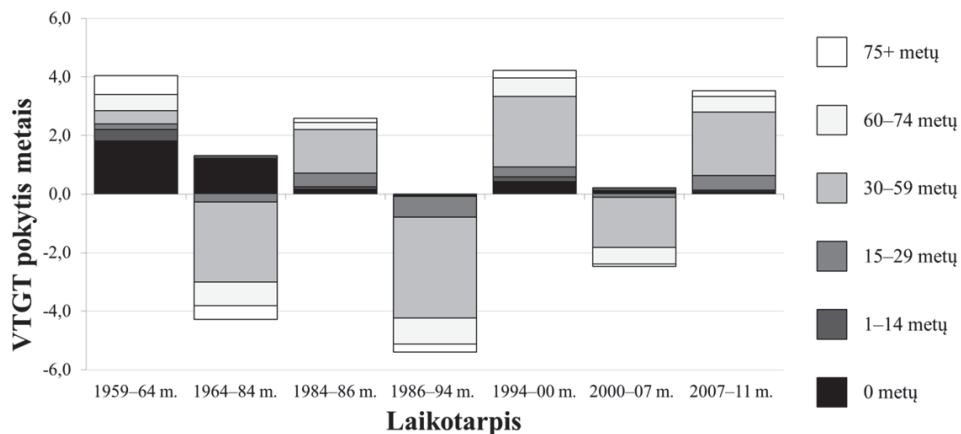
Šaltinis: Human Mortality Database 2014, skaičiavimai autoriaus

Atliekant keturių Europos valstybių vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės dekompoziciją, labiausiai kontrastavo Lietuvos ir Prancūzijos vyrų mirtingumas, todėl šiame skyrelyje gretinami šių dviejų šalių mirtingumo rodikliai. Čekijos ir Estijos dekompozicinės analizės rezultatai pateikiami 3 ir 4 prieduose.

Dekompozicinės analizės rezultatai rodo, kad didžiausią poveikį Lietuvos vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės svyravimams nagrinėjamu laikotarpiu turėjo 30–59 metų amžiaus vyrai (5 pav.). Tik pirmajame (1959–1964 m.) ir antrajame

<sup>62</sup> Dekompozicinė analizė atlikta naudojant *Makso Planko Demografinių tyrimų instituto* mokslininkų parengtą metodologinę medžiagą (Andreev, Shkolnikov 2012). Analizėje naudojamos *Human Mortality Database* (2015) mirtingumo lentelės. Dekompozicinės analizės formulė pateikiama priede Nr. 1.

(1964–1984 m.) intervale mažėjantis kūdikių mirtingumas ženkliai prisidėjo prie vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės didėjimo. Vėliau Lietuvos vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčiai buvo stipriausiai veikiami vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo kaitos.

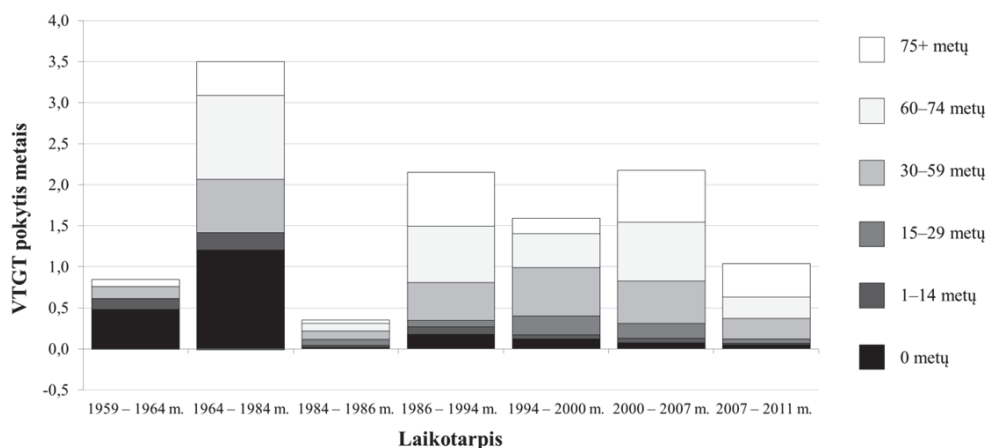


5 pav. Vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčių dekompozicija, Lietuva

Šaltinis: Human Mortality Database 2015, skaičiavimai autoriaus.

Prancūzijos vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės dekompozicinės analizės rezultatai, priešingai negu Lietuvos, rodo nuoseklų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės augimą. Pagrindinės šio augimo priežastys – mirtingumo mažėjimas vyresnio negu 60 metų amžiaus grupėje. Tiesa, pirmajame ir antrajame intervale matome gyvenimo trukmės pokyčių panašumus, kuriems poveikį darė mažėjantis kūdikių mirtingumas tiek Lietuvoje, tiek Prancūzijoje (5 ir 6 pav.). Remiantis analizės rezultatais, galima teigti, kad Lietuvos ir Prancūzijos vyrų mirtingumas nuo XX a. septintojo dešimtmečio vidurio pasuko skirtingais keliais. Prancūzijoje vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė nuosekliai ir tolygiai augo, o Lietuvos vyrų mirtingumui būdinga šuoliška kaita. Jos rezultatas – Lietuvos vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės stagnacija.

Apibendrinant galima teigti, kad pastarųjų dešimtmečių Lietuvos vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčiai buvo stipriausiai veikiami mirtingumo pokyčių vidutinio amžiaus vyrų (30–59 metų) grupėse. Taigi itin didelis šios sociodemografinės Lietuvos gyventojų grupės mirtingumas reikalauja išsamesnės šios problemos analizės. Siekiant atskleisti vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo sąsajas su jų gyvenimu, būtina atlikti išsamią mirties priežasčių struktūros analizę.



6 pav. Vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčių dekompozicija, Prancūzija  
Šaltinis: Human Mortality Database 2015, skaičiavimai autoriaus.

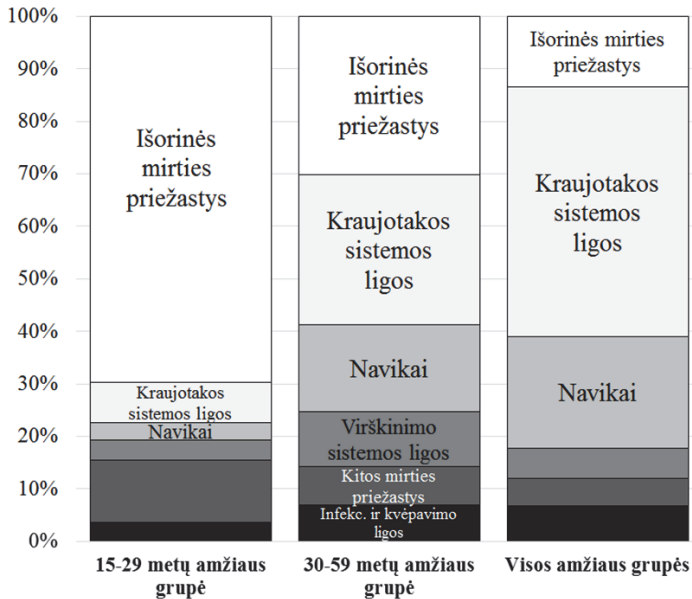
## 2. 2. Lietuvos vyrų specifinio mirtingumo modelio bruožai

Lietuvos vyrų mirtingumo raidos modelis pasižymi ne tik šuoliška vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės kaita, kurią nulemia vidutinio amžiaus vyrų mirtingumas, bet ir specifine mirties priežasčių struktūra. Sugretinus Lietuvos ir kitų Europos Sąjungos mirties priežasčių struktūrą, labiausiai į akis krito aukštas mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių lygis, kuris galėtų būti siejamas su sveikatai žalingu Lietuvos vyrų gyvenimo stiliumi.

### 2. 2. 1. Lietuvos vyrų mirties priežasčių struktūra

**Mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių.** Didelis mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių galėtų būti įvardytas kaip specifinis vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo modelio bruožas. Palyginus bendrą (visų amžiaus grupių) vyrų mirties priežasčių struktūrą su 15–29 ir 30–59 metų amžiaus vyrų mirties priežasčių struktūra, matome, kad išorinės mirties priežastys yra dominuojanti mirties priežasčių grupė tiek tarp jaunų, tiek tarp vidutinio amžiaus vyrų (7 pav.). Tarp 15–29 metų amžiaus vyrų 2013 m. išorinės mirties priežastys sudarė net 69,78 proc. visų mirties priežasčių. Didelis mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių susijęs su jauno ir vidutinio amžiaus vyrų polinkiu į sveikatai rizikingą elgseną: rizikingo vairavimo, nesaikingo alkoholio vartojimo, rizikingo elgesio vandens telkiniuose, smurto ir pan. Išorinių

mirties priežasčių struktūra rodo (3 lentelė), kad čia dominuoja tokios mirties priežastys kaip savižudybės, apsinuodijimas alkoholiu, transporto įvykiai, paskendimai, sušalimai ir nužudymai.



7 pav. Vyrų mirties priežasčių struktūra Lietuvoje 2013 m.

Šaltinis: Higienos institutas 2014.

3 lentelė. Gausiausios išorinių mirties priežasčių grupės pagal TLK–10 kodus, 30–59 metų amžiaus vyrai, Lietuva, 2014 m.

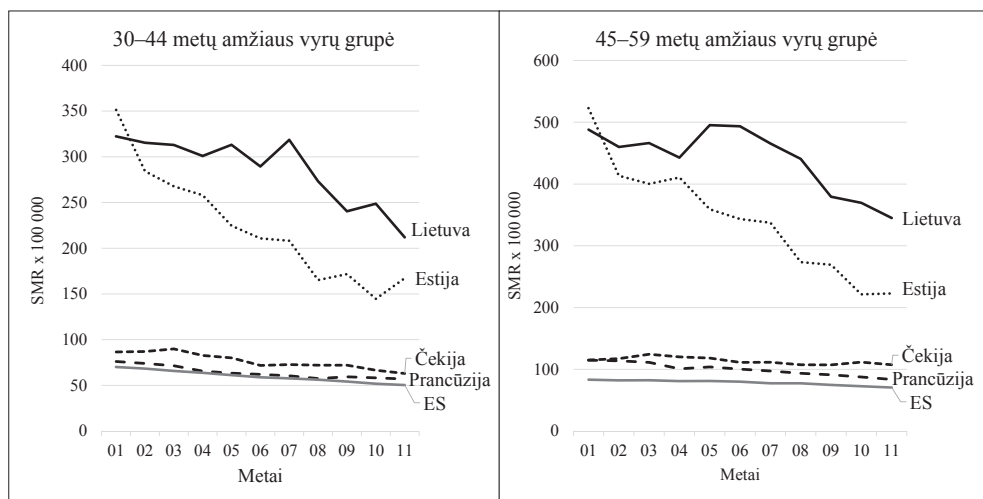
TLK–10 kodai	Išorinių mirties priežasčių grupė	Mirties atvejai, vnt.	Mirties atvejai, proc.
V00–V99	Transporto įvykiai	114	7,89%
W00–W19	Nukritimai	103	7,13%
W65 – W74	Atsitiktinis paskendimas	104	7,20%
X31	Natūralaus šalčio poveikis	78	5,40%
X45	Atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu	157	10,87%
X60–X84	Savižudybės	433	29,99%
X85–Y09	Nužudymas	55	3,81%
–	Kitos išorinės mirties priežastys	400	27,70%
–	<b>Iš viso</b>	<b>1444</b>	<b>100%</b>

Šaltinis: Higienos institutas 2016



Iš vienos pusės, aukšti jauno ir vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių rodikliai, palyginti su kitomis vyrų amžiaus grupėmis, gali atrodyti natūraliai, nes vidutinio amžiaus vyrai nemiršta nuo degeneracinių ligų. Kitaip tariant, visuomenėje, kurioje mirtingumas nuo infekcinių ligų labai mažas, o pagrindinės mirties priežastys yra kraujotakos sistemos ligos ir vėžiniai susirgimai, dominuojančiomis mirties priežastimis jauno ir vidutinio amžiaus vyrų grupėje tampa išorinės mirties priežastys.

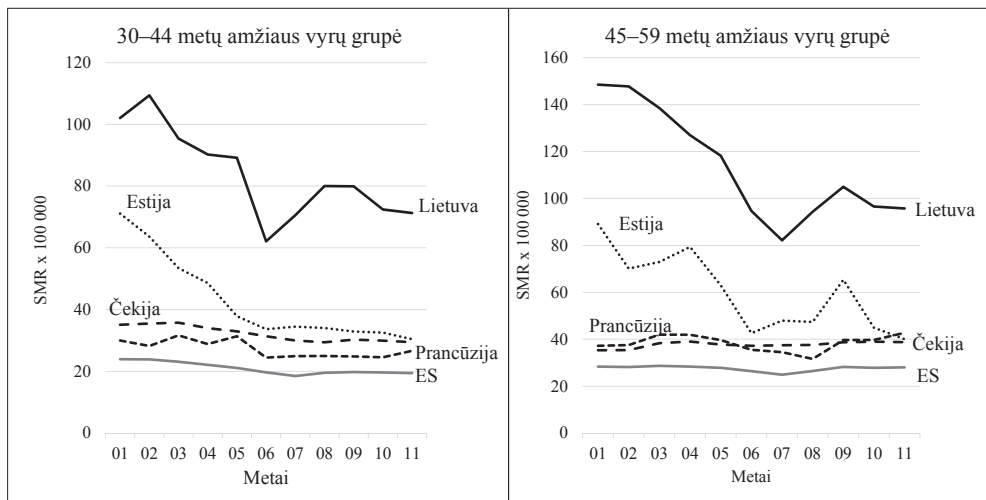
Iš kitos pusės, didelio mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių problema atskleidžia palyginti standartizuotus Lietuvos vyrų mirtingumo rodiklius su kitų Europos šalių vyrų mirtingumo rodikliais (8 pav.). Lietuvos vyrų standartizuoti mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių rodikliai 2011 m. buvo didesni už ES vidurkį 4,21 karto 30–44 metų amžiaus grupėje ir 3,15 karto – 45–59 metų amžiaus grupėje. Palyginti su ES vidurkiu, aukštu mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių lygiu pasižymėjo ir Estijos vyrai, tačiau jų mirtingumo rodikliai buvo gerokai mažesni negu Lietuvos. Svarbu pažymėti, kad nors per nagrinėjamą laikotarpį Lietuvos vyrų mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių ženkliai mažėjo, tačiau vis dar išliko didžiausias ES.



**8 pav.** Standartizuoti vyrų mirtingumo rodikliai dėl išorinių mirties priežasčių (V00–Y89), 100 000 gyv., 2001–2011 m.

Šaltinis: HFA–MDB 2016

**Savižudybės.** Sugretinus Lietuvos, Estijos, Čekijos ir Prancūzijos vidutinio amžiaus vyrų standartizuotus mirtingumo rodiklius, matome, kad Lietuvos vyrų savižudybių rodikliai 2011 m. buvo kelis kartus didesnis, o bendrus Europos Sąjungos savižudybių rodiklius lenkė 3,42 karto (45–59 metų amžiaus grupėje). Estijos, kuri taip pat priskiriama posovietiniam mirtingumo modeliui, vidutinio amžiaus vyrų savižudybių rodikliai buvo artimi kitų trijų tyrime nagrinėjamų šalių rodikliams (9 pav.). Lietuvoje ir kitose šalyse atlikti tyrimai (Benošis, Žukauskas 2008; Razvodovsky 2011; Hintikka ir kt. 1999; Värnik ir kt. 2006) rodo, kad aukštas savižudybių lygis galėtų būti siejamas su nesaikingu alkoholio vartojimu.



**9 pav.** Standartizuoti vyrų mirtingumo rodikliai dėl savižudybių (X60–X84), 100 000 gyv., 2001–2011 m.

Šaltinis: HFA–MDB 2016

Nuo 2001 iki 2011 m. vidutinio amžiaus vyrų standartizuoti mirtingumo rodikliai Lietuvoje ženkliai sumažėjo (9 pav.), tačiau vis tiek išliko didžiausi Europos Sąjungoje (HFA–MDB 2016). Nagrinėjamu laikotarpiu savižudybių rodiklio kilimas užfiksuotas tik 2007–2009 m., laikotarpiu, iš dalies sutampančiu su ekonominės recesijos Lietuvoje pradžia. Savižudybių rodiklių didėjimas galėtų būti siejamas su padidėjusio psichosocialinio streso lygiu, kurį patiria žemiausio socioekonominio statuso grupės ekonominės recesijos laikotarpiu. Vis dėlto tyrimų, nagrinėjusių ryšį tarp ekonominių recesijos ir savižudybių lygio, rezultatai yra priešaringi (Gailienė 2005, 11; Hintikka ir kt. 1999).

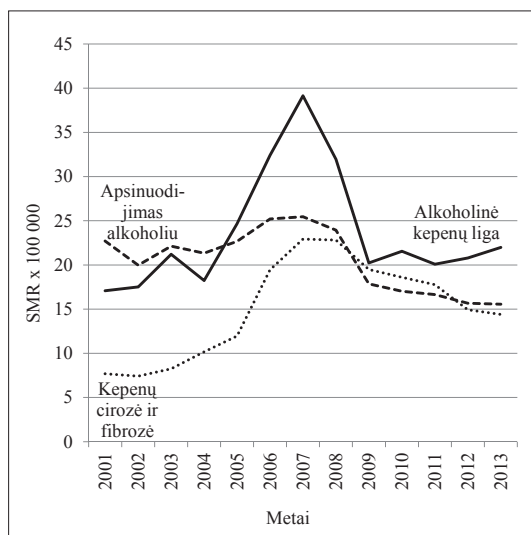
**Transporto įvykiai.** Nuo 2007 metų tiek bendras, tiek vidutinio amžiaus vyrų mirtingumas dėl transporto įvykių Lietuvoje ženkliai sumažėjo. Standartizuotas 30–44 metų amžiaus vyrų mirtingumo dėl transporto įvykių rodiklis nuo 48,62 žuvusiųjų, tenkančių 100 000 vyrų, 2007 m. nukrito iki 15,63 žuvusiųjų 2011 m. (HFA–MDB 2016). Viena iš mirtingumo dėl transporto įvykių mažėjimo priežasčių galėtų būti 2008 m. sugriežtinta atsakomybė už vairavimą neblaiviems (Bartaševičiūtė ir kt. 2011, 61). Vis dėlto Lietuvos mirtingumo rodikliai dėl transporto įvykių tebėra vieni aukščiausių Europos Sąjungoje, o transporto įvykiai – viena pagrindinių jaunų vyrų mirties priežasčių. Be to, naujais duomenimis rodo, kad mirtingumas dėl transporto įvykių nuo 2011 m. stagnuoja.

**Nužudymai.** Standartizuotas mirtingumo rodiklis dėl nužudymų vidutinio amžiaus grupėje Lietuvoje pastaraisiais metais mažėjo, tačiau, palyginti su ES vidurkiu, vis dar išliko labai aukštas. Šie rodikliai tarp 30–44 metų amžiaus Lietuvos vyrų buvo 8,20 karto didesni negu ES vidurkis ir 10,86 karto didesni negu to paties amžiaus Prancūzijos vyrų. Tiesa, nužudymai – tai vienintelė šiame darbe nagrinėjamų mirties priežasčių grupė, kurioje Estijos vyrų mirtingumo rodikliai 2011 m. buvo didesni negu Lietuvos. Vis dėlto Lietuvos ir kitų posovietinių šalių standartizuoti mirtingumo rodikliai buvo kelis ar net keliasdešimt kartų aukštesni negu Vakarų Europos šalių. Pavyzdžiui, 2001 m. Estijos vyrų mirtingumo rodiklis 30–44 metų amžiaus grupėje buvo 41,24 karto didesnis negu Prancūzijos. Taigi galima daryti prielaidą, kad posovietinėse šalyse dalis vyrų tiek smurtą prieš save, tiek smurtą prieš kitus asmenis pasirenka kaip išeitį iškilusioms socialinėms ir ekonominėms problemoms spręsti. Beje, Lietuvoje atliktas autopsijų tyrimas rodo, kad 71 proc. nužudytų vyrų kraujyje rasta alkoholio (Benošis, Žukauskas 2008).

**Mirties priežastys, susijusios su alkoholio vartojimu.** Lietuvos vyrų mirtingumo dėl alkoholio vartojimo standartizuoti rodikliai jau kelis dešimtmečius yra vieni didžiausių Europos Sąjungoje. Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos *Sveikata visiems* duomenų bazeje (HFA–DB, 2016) pateikiama statistika, standartizuoti vyrų mirtingumo dėl alkoholio rodikliai (tenkantys 100 000 gyv.) Lietuvoje 2013 m. buvo kelis kartus didesnis negu Vakarų Europos šalyse, o Europos Sąjungos vidurkį lenkė 2,90 karto<sup>63</sup>. Remiantis šia statistika galima teigti, kad pastaruosius kelerius metus

---

<sup>63</sup> PSO naudojamas mirtingumo dėl alkoholio vartojimo rodiklis apskaičiuojamas įtraukiant su alkoholio vartojimu susijusias ligas ir visas išorines mirties priežastis, todėl jo reikšmė neparodo tikslaus su alkoholio vartojimu siejamų mirčių skaičiaus. Vis dėlto remiantis šiais rodikliais



10 pav. Mirtingumas dėl alkoholio Lietuvoje 2001–2013 m., vyrai 0–64 m.

Šaltinis: Sveikatos rodiklių sistema 2016

*somų valstybių sandraugai* (pavyzdžiui, Rusijai ir Baltarusijai), būdingi dar aukštesni mirtingumo dėl alkoholio rodikliai. Tyrimai rodo, kad mirtingumas dėl alkoholio posovietinėse šalyse turi didžiulį poveikį bendros vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčiams (Shkolnikov, Nemtsov 1997; Grigoriev ir kt. 2010). Didelis Lietuvos vyrų mirtingumas dėl alkoholio vartojimo siejamas su išgertuvių kultūra – kai didelis kiekis alkoholio yra suvartojamas vienu kartu, geriant kelias dienas iš eilės (McKee, Britton 1998; Chenet ir kt. 2001; Jasilionis 2003b).

**Kraujotakos sistemos ligos.** Kitas svarbus Lietuvos vyrų mirties priežasčių struktūros bruožas yra tas, kad apie pusę visų mirties priežasčių sudaro širdies ir kraujotakos sistemos ligos. Nors 30–59 m. amžiaus grupėje šis rodiklis yra mažesnis negu bendroje mirties priežasčių struktūroje, tačiau ši mirties priežasčių grupė užima santykinai didelę mirties priežasčių struktūros dalį, palyginti su kitomis išsivysčiusio-

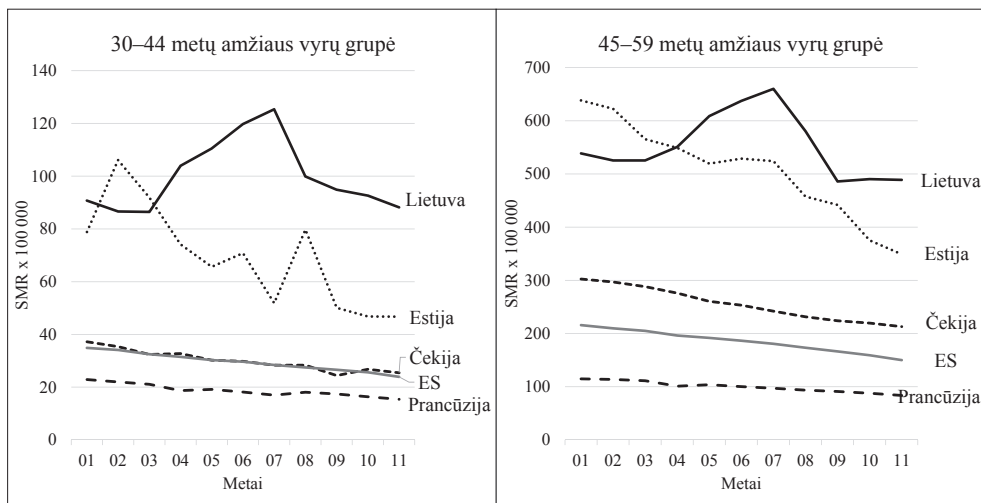
stebime mirtingumo dėl alkoholio stagnaciją. Po 2007 m. prasidėjusio staigaus mirtingumo rodiklių mažėjimo, siejamo su antialkoholine kampanija (Veryga ir kt. 2013; Štelemėkas 2014), sekė kelerių metų laikotarpis, kuriame standartizuoti mirtingumo dėl alkoholio rodikliai išlieka gana stabilūs (10 pav.).

Dideli mirtingumo dėl alkoholio vartojimo rodikliai – dar vienas specifinis Lietuvos vyrų mirtingumo modelio bruožas, būdingas ir kitoms posovietinėms šalims. Buvusioms sovietinėms respublikoms, dabar priklausančioms *Nepriklausomų valstybių sandraugai*

galima palyginti Lietuvos ir kitų šalių mirtingumo rodiklių pokyčių tendencijas. Lietuvos sveikatos rodiklių sistemoje pateikiama mirtingumo dėl alkoholio vartojimo statistika remiasi šiek tiek siauresniu mirčių, kurių 100 proc. siejama su alkoholio vartojimu, sąrašų. Šis sąrašas beveik atitinka A. Verygos su bendraautoriais (2013) naudojamą tik alkoholio vartojimo lemiamų mirčių sąrašą. Sveikatos rodiklių sistemoje atskirai pateikiama pagrindinių su alkoholio vartojimu siejamų mirties priežasčių mirtingumo statistika: apsinuodijimo alkoholiu, kepenų cirozės ir fibrozės, alkoholinės kepenų ligos standartizuoti mirtingumo rodikliai.

mis šalimis. Dideliems mirtingumo dėl kraujotakos sistemos ligų rodikliams svarbų vaidmenį vaidina su sveikata susijusios gyvenamosios praktikos: nesaikingas alkoholio vartojimas, fizinio aktyvumo trūkumas, nesubalansuota mityba, vengimas kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigas ir pan.

Vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo dėl kraujotakos ligų diferenciacija skirtingose šalyse atskleidžia skirtingus mirtingumo raidos modelius. Nagrinėjant Lietuvos, Estijos, Čekijos ir Prancūzijos mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių standartizuotų mirtingumo rodiklių skirtumus buvo užfiksuota gana ryški valstybių stratifikacija į du blokus: Rytų Europos ir Vakarų Europos. Mirtingumo rodiklių dėl kraujotakos sistemos ligų pokyčiai, ypač 45–59 metų amžiaus grupėje, rodo, kad Estija ir Čekiją galima būtų priskirti tarpiniam mirtingumo modeliui. Šio modelio bruožas – spartesnis, palyginti su Lietuva, mirtingumo dėl kraujotakos ligų mažėjimas (11 pav.).



**11 pav.** Standartizuoti vyrų mirtingumo rodikliai dėl kraujotakos sistemos ligų (I00–I99), 100 000 gyv., 2001–2011 m.

Šaltinis: HFA–MDB 2016

Nagrinėjant pastarojo dešimtmečio vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo kaitą Lietuvoje ir Estijoje, išryškėja dvi skirtingos kryptis, kuriomis pirmojo XXI a. dešimtmečio viduryje pasuko šios dvi šalys (11 pav.). Tiek 30–44, tiek 45–59 metų Estijos vyrų amžiaus grupėse užfiksuotas gana tolygus mirtingumo dėl kraujotakos ligų mažėjimas. Lietuvoje nagrinėjamu laikotarpiu galima būtų išskirti dvi vidutinio am-

žiaus mirtingumo kaitos fazes. Nuo 2001 iki 2007 m. vyrų mirtingumo lygis Lietuvoje stagnavo, o laikotarpio pabaigoje netgi didėjo. O nuo 2007 m. stebimas ženklus mirtingumo dėl kraujotakos ligų mažėjimas. Taigi, atrodo, kad Lietuvoje vykstantys mirties priežasčių struktūros pokyčiai, palyginti su Estijos vyrų mirtingumu, šiek tiek vėluoja. Kaip jau minėta anksčiau, ši tendencija gali būti siejama su sėkminga ir ankstyva Estijos sveikatos sistemos reforma (Gudžinskas 2012) ir nuo 2007 m. Lietuvoje pradėta įgyvendinti antialkoholine kampanija (Štelemėkas, Veryga 2012).

**Piktybiniai navikai (vėžys).** Mirtingumas nuo piktybinių navikų bendroje vyrų mirties priežasčių struktūroje 2013 m. sudarė 21,20 procento visų mirties priežasčių (Higienos institutas 2014). Ši mirties priežasčių grupė pateko tarp trijų didžiausių Lietuvos vyrų mirties priežasčių grupių, kurios sudaro 82,24 proc. visų vyrų mirties atvejų. Jaunesnio amžiaus vyrų grupėje (15–29 metų amžiaus) mirtingumas dėl piktybinių navikų sudaro tik 3,38 proc. Sergamumo ir mirtingumo dėl vėžio rizika dažnai siejama su įvairiais rizikos veiksniais, kurių galima išvengti. Manoma, kad išvengiami sveikatos rizikos veiksniai gali būti susiję su 1/3 visų onkologinių ligų (Weiderpass 2010; Smailytė ir kt. 2012). Alkoholio vartojimas siejamas su didesne burnos ertmės ir ryklės, gerklų, stemplės, kepenų, storosios žarnos vėžio rizika (Smailytė 2012). Epidemiologiniai tyrimai rodo, kad Lietuvoje piktybinių navikų rizika yra didesnė tarp žemesnį išsilavinimą turinčių vyrų (Smailytė ir kt. 2012; Jasilionis ir kt. 2015). Vėžio rizikos tyrimuose rūkymas įvardijamas kaip vienas pagrindinių sergamumo ir mirtingumo diferenciacijos veiksnių. Šis rizikos veiksnys padidina susirgimo burnos ertmės, ryklės, stemplės, skrandžio, kepenų vėžiu riziką (Smailytė ir kt. 2012). Mirtingumo dėl rūkymo sukulto vėžio rizika taip pat yra didesnė žemesnio socioekonominio statuso vyrų grupėse (Jasilionis ir kt. 2015).

Taigi apibendrinant galima teigti, kad Lietuvos vyrų mirties priežasčių struktūra iš kitų Europos valstybių išsiskiria vis dar labai aukštais mirtingumo dėl kraujotakos sistemos ligų rodikliais. Vakarų Europos valstybėse, priskiriamose klasikinio epidemiologinio perėjimo tipui, mirtingumo dėl kraujotakos sistemos ligų pradėjo mažėti XX a. 7-ajame dešimtmetyje, o Lietuva kartu su kitomis posovietinėmis valstybėmis gali būti įvardijama kaip epidemiologinio perėjimo išimtis. Kitas svarbus Lietuvos vyrų mirtingumo bruožas – tai itin aukšti mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių rodikliai. Standartizuoti vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo dėl alkoholio, savižudybių ar eismo įvykių rodikliai Lietuvoje yra vis dar išlieka aukščiausi Europos Sąjungoje.

## 2. 2. 2. Lietuvos vyrų mirtingumo diferenciacija pokomunistinės transformacijos kontekste

Aiškinant aukšto vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo lygio priežastis Vidurio ir Rytų Europoje mokslinėje literatūroje nagrinėjama keletas hipotezių. E. Carlsonas ir R. Hoffmanas (2011) teigia, kad sovietmečiu prasidėjęs vyrų mirtingumo lygio augimas komunistinėse valstybėse buvo susijęs su staigiu sunkiosios pramonės vystymusi, sukūrusiu *anominę* aplinką žemės ūkio sektorių paliekantiems darbininkams. Autoriai teigia, kad kaimo gyventojams persikėlus gyventi į miestus ir pradėjus dirbti sunkiosios pramonės sektoriuje, sumažėjo kaimo bendruomenėse egzistavusi socialinė kontrolė. Taigi socialistinės valstybės ekonominės sistemos vystymosi politika sukūrė *anominę* situaciją, kuri vidutinio amžiaus vyrus pavertė didelio mirtingumo rizikos grupe. Šiai grupei būdingos sveikatai rizikingos gyvenamosios praktikos ir savi-destruktyvus elgesys (Carlson, Hoffmann 2011, 369).

W. C. Cockerhamas (1997) padidėjusį vidutinio amžiaus vyrų mirtingumą siejo su gyvenimo stiliaus pokyčiais, tačiau mažai dėmesio skyrė šių pokyčių priežastims nagrinėti (Carlson, Hoffmann 2011, 363). Gyvenamosios pokyčiai, sąlygoję sveikatai žalingų praktikų paplitimą, kai kurių autorių (Cornia, Paniccia 2000; Shkolnikov 2001; 2003; Shkolnikov ir kt. 1998) teigimu, galėtų būti siejami su *makrosocialiniame* lygmenyje vykusiais pokyčiais, sukėlusiais psichosocialinį stresą žemiausio socioekonominio statuso grupėms. Taigi, tiek vykstant industrializacijos procesams sovietmečiu, tiek rinkos liberalizavimo procesams pokomunistinės transformacijos laikotarpiu, mirtingumo rodikliai labiausiai išaugo žemo socioekonominio statuso vyrų grupėse. Šiuolaikiniai mirtingumo diferenciacijos tyrimai rodo, kad mažai išsilavinusių, nekvalifikuotų pramonės ir žemės ūkio darbininkų bendrojo mirtingumo rodikliai yra kelis kartus didesni negu išsilavinusių, aukštesnio rango tarnautojų profesijų grupėje (Jasilionis, Stankūnienė 2011; Jasilionis ir kt. 2015). Šį reiškinį galima būtų aiškinti tuo, kad žemiausio socioekonominio sluoksnio gyventojai jautriausiai reaguoja į bet kokius ekonominius ir socialinius pasikeitimus.

P. Bourdieu (1999), nagrinėdamas socialinės ir ekonominės nelygybės problematiką, siūlo neapsiriboti vien tik materialaus nepritekliaus vertinimu. Taigi, siekiant visapusiškai įvertinti žemiausių socialinių sluoksnių gyventojų sveikatos problemų priežastis, reikėtų atsižvelgti į visas nedideles skurdo ir kančių apraiškas<sup>64</sup>, kurias

<sup>64</sup> Pranc. *la petite misere* (P. Bourdieu 1999, 4).

skirtingai reiškiasi ir yra skirtingai reprodukuojamos įvairiuose socialiniuose laukuose ir polaukiuose. Akivaizdu, kad ekonominės ir politinės transformacijos laikotarpiu, kai didelė dalis dirbančių vyrų neteko darbo arba turėjo persikvalifikuoti, jie susidūrė su ilgalaikėmis finansinėmis problemomis, sumažėjusiu socialinės kontrolės lygiu, socialine atskirtimi ir skurdu. Taigi nepalankus socialinis kontekstas sudarė sąlygas sveikatai žalingos gyvenamos tarp vidutinio amžiaus vyrų paplitimui.

Apibendrinant galima teigti, kad nepalankus socialinis kontekstas, ekonominiai bei politiniai pokyčiai turėjo didelį poveikį posovietinių valstybių vidutinio amžiaus vyrų mirtingumui. Pokomunistinės transformacijos laikotarpiu visose šalyse buvo fiksuojamas vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo didėjimas, apie 1994–1995 m. jis buvo didžiausias. Vis dėlto kitose Rytų ir Vidurio Europos valstybėse, pavyzdžiui, Estijoje ar Čekijoje, po komunistinės sistemos griuvimo praėjus dešimtmečiui, vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo rodikliai pradėjo stabiliai mažėti, o Lietuvos vyrų mirtingumas liko stagnuoti. Šis faktas išskiria Lietuvos vyrų mirtingumą iš kitų posovietinių Europos Sąjungos valstybių ir iškelia dar neatsakytus klausimus, susijusius su pastarojo dešimtmečio Lietuvos gyventojų mirtingumo raida. Kodėl Lietuvos vyrų mirtingumo lygis išlieka toks aukštas, palyginti su kitomis posovietinėmis šalimis? Kokie sociodemografiniai ir socioekonominiai skirtingų socialinių lygmenų veiksniai lemia vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciaciją? Į šiuos klausimus bandoma atsakyti kitame disertacijos skyriuje.



### 3. LIETUVOS VYRŲ MIRTINGUMO DIFERENCIACIJOS VEIKSNIŲ TYRIMO REZULTATAI

Lietuvos vyrų mirtingumo diferenciacijos veiksnių tyrimas susideda iš trijų pagrindinių dalių: socioerdvinės, daugiapakopės ir *mikrosocialinio* lygmens mirtingumo diferenciacijos veiksnių analizės. Socioerdvinės analizės metu nustatyti didelės vyrų mirtingumo rizikos savivaldybių klasteriai pagal pagrindines vidutinio amžiaus vyrų mirties priežasčių grupes. Antroje tyrimo dalyje atlikta daugiapakopė regresinė analizė ir įvertintas individualaus lygmens bei gyvenamosios vietovės socioekonominių veiksnių poveikis vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijai. Trečioje tyrimo dalyje nagrinėjama, kaip žemo socioekonominio sluoksnio vyrai per sveikatai žalingas praktikas ir jų suvokimą formuoja sveikatai žalingą gyvenimo stilių.

#### 3. 1. Socioerdvinės vyrų mirtingumo diferenciacijos analizė

Vidutinio amžiaus vyrų standartizuotų mirtingumo rodiklių socioerdvinės analizės metu buvo nustatyti Lietuvos savivaldybių klasteriai, pasižymintys dideliais mirtingumo rodikliais ir besiribojantys su kitomis aukšto mirtingumo lygio savivaldybėmis. Šiuos klasterius mokslininkai (Grigoriev ir kt. 2016) įvardija kaip mirtingumo *karštuošius taškus*<sup>65</sup>. Atliekant socioerdvinę analizę buvo nagrinėjamos gausiausios vidutinio amžiaus vyrų mirties priežasčių grupės: bendrasis mirtingumas, mirtingumas dėl kraujotakos sistemos ligų, alkoholio vartojimo, savižudybių ir išorinių mirties priežasčių.

##### 3. 1. 1. Mirtingumas dėl kraujotakos ligų ir bendrasis mirtingumas

Atlikus vidutinio amžiaus vyrų standartizuotų bendrojo mirtingumo rodiklių autokoreliacinę analizę užfiksuotas tik vienas *karštasis taškas* (5 priedas). Vienintelė Visagino savivaldybė, kurioje buvo aukštas bendrojo mirtingumo lygis, buvo apsupta taip pat aukšto mirtingumo savivaldybių. Tačiau šis reiškinys galėtų būti paaiškintas geografinio savivaldybių išsidėstymo specifika. Visagino savivaldybė ribojasi tik su dviem savivaldybėmis – Zarasų ir Ignalinos rajonų, – kurios pasižymi dideliais mirtingumo rodikliais. Kitas svarbus aspektas – Visagino savivaldybės standartizuotų mirtingumo rodiklių skirtumas nuo Lietuvos vidurkio yra statistiškai nereikšmingas (12 pav.).

<sup>65</sup> Angl. *hot spots*.



**12 pav.** Vyrų mirtingumas dėl visų mirties priežasčių 2010–2013 m. Lietuvos savivaldybėse, 30–59 metų amžiaus, standartizuoti mirtingumo rodikliai (SMR)  
 Šaltinis: Higienos institutas 2014, skaičiavimai autoriaus

Savivaldybės, kuriose mažesnis gyventojų tankumas ir kuriose didesnę dalį sudaro kaimo gyventojai, pasižymi didesniais bendrojo vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo rodikliais. Ši tendencija sutampa su D. Jasilionio (2003b, 140) atlikto tyrimo nustatytais dėsningumais. Autorius teigia, kad „sovietinis“ mirtingumo modelis, kuriam būdingas aukštas vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo lygis, yra labiau paplitęs Lietuvos kaime. Tai galėtų būti aiškinama kaimo gyventojų socioekonominė struktūra: žemesniu kaimo gyventojų išsilavinimo lygiu, mažesnėmis pajamomis, prastesniu socialinių ir medicinos paslaugų prieinamumu (Jasilionis 2003b, 140).

Bendrojo vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo rodiklių autokoreliacinės analizės rezultatai parodė, kad Lietuvoje 2010–2013 metais buvo du mažo mirtingumo savivaldybių klasteriai, kuriuos supo savivaldybės, pasižyminčios taip pat mažais mirtingumo rodikliais. Vienas iš tokių mažos mirtingumo rizikos klasterių – tai didieji miestai, kitas – Šiaurės Vakarų Lietuva. Šiame klasteryje net ir kaimiškose savivaldybėse mirtingumo rodikliai yra santykinai maži. Autokoreliacinė analizė išskyrė dvi savivaldybes – Kretingos ir Plungės rajonų, – kurios ne tik pasižymėjo žemais mirtingumo rodikliais, bet ir buvo apsuptos žemo mirtingumo savivaldybių. Šį regioną galima įvardyti kaip žemos vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo rizikos regioną.

Mirtingumo dėl kraujotakos sistemos ligų autokoreliacinės analizės rezultatai buvo panašūs į bendrojo mirtingumo rezultatus. Šį fenomeną galima paaiškinti tuo, kad kraujotakos sistemos ligos yra antra gausiausia vidutinio amžiaus mirties priežasčių grupė, todėl socioerdvinės bendrojo mirtingumo diferenciacijos dėsningumai didžiąja dalimi sutampa su mirtingumo dėl kraujotakos sistemos ligų dėsningumais. Vienas iš pagrindinių skirtumų yra tas, kad savivaldybės pagal mirtingumą dėl kraujotakos ligų yra homogeniškesnės. Nagrinėjant standartizuotų mirtingumo rodiklių skirtumus buvo nustatyta, kad savivaldybių skaičius, kuriose mirtingumo dėl kraujotakos ligų rodiklių skirtumai būtų statistiškai reikšmingi, buvo santykinai nedidelis.

### *3. 1. 2. Mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių ir alkoholio vartojimo*

Autokoreliacinės analizės rezultatai parodė, kad aukšto mirtingumo dėl alkoholio vartojimo ir išorinių mirties priežasčių lygio klasteriai iš esmės sutapo. Be to, šiose mirties priežasčių grupėse klasterizacija buvo ryškiausia, palyginti su kitomis mirties priežasčių grupėmis. Didelio mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių ir alkoholio vartojimo *karštųjų taškų* persidengimą galima paaiškinti tuo, kad alkoholio vartojimas yra vienas iš išorinių mirties priežasčių rizikos veiksnių. Lietuvoje atlikti tyrimai rodo (Benošis, Žukauskas 2008), kad 72,9 proc. visų nuo išorinių mirties priežasčių žuvusių vyrų kraujyje buvo rasta daugiau negu 0,41 promilės alkoholio<sup>66</sup>. Anksčiau atliktų epidemiologinių ir demografinių tyrimų rezultatai rodo, kad mirtingumas dėl alkoholio yra svarbus aukšto bendrojo Lietuvos vyrų mirtingumo lygio veiksnys (Grigoriev ir kt. 2010; Jasilionis ir kt. 2007; Jasilionis ir kt. 2006; Meslé 2004; Stankūnienė, Jasilionis 2011; Veryga ir kt. 2013). Nustatyta, kad aukštas mirtingumo dėl alkoholio vartojimo lygis priklauso nuo itin didelių mirtingumo rodiklių žemo socioekonominio statuso vyrų grupėse. Mirtingumo rodikliai skirtingose pagal išsilavinimą, ekonominį aktyvumą vyrų grupėse skiriasi net keletą kartų (Jasilionis ir kt. 2006; 2007; 2015). Taigi galima daryti prielaidą, kad mirtingumo dėl alkoholio rodiklių skirtumai tarp Lietuvos savivaldybių priklauso nuo ten gyvenančios vidutinio amžiaus vyrų populiacijos socioekonominės struktūros.

---

<sup>66</sup> A. Benošio ir G. P. Žukausko (2008) tyrimas atliktas Vilniaus apskrityje 2003–2005 metais. Svarbu pažymėti, kad autokoreliacinės analizės rezultatai rodo, jog Vilniaus apskritis pasižymi itin aukštais mirtingumo dėl alkoholio vartojimo rodikliais. Taigi kitose Lietuvos apskrityse išorinių mirties priežasčių sąsajos su alkoholio vartojimu gali būti ne tokios stiprios.

Socioerdvinės analizės rezultatai parodė, kad 2010–2013 metais ypač didelio mirtingumo dėl alkoholio vartojimo klasteris buvo susidaręs Pietryčių Lietuvoje (13 pav.). Į šį klasterį pateko Varėnos, Šalčininkų, Trakų, Molėtų, Lentvario, Vilniaus rajonų ir Vilniaus miesto savivaldybės. Panašūs rezultatai gauti ir kitų autorių atliktoje analizėje, kurioje buvo nagrinėjama Lietuvos ir Baltarusijos mirtingumo dėl alkoholio vartojimo socioerdvinė diferenciacija 2003–2007 metais (Grigoriev ir kt. 2016). P. Grigorievo su bendraautoriais atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad aukšto mirtingumo dėl alkoholio lygio regionai Šiaurės Vakarų Baltarusijoje ir Pietryčių Lietuvoje sudarė vientisą klasterį. Tyrimo autoriai iškėlė istorinę sociokultūrinę hipotezę, kurioje teigiama, kad panašus mirtingumas dėl alkoholio galėtų būti susijęs su bendra regionų istorija. Pietryčių Lietuva ir Šiaurės vakarinė Baltarusijos dalis pateko į Vilniaus krašto teritoriją, kuri 1918–1940 m. buvo okupuota Lenkijos (Grigoriev ir kt. 2016). Taigi socioerdvinės analizės rezultatai rodo, kad mirtingumo dėl alkoholio vartojimo *karštieji taškai* Lietuvoje išlieka nepakitę, nors pastaraisiais metais mirtingumo dėl alkoholio vartojimo lygis ženkliai mažėjo.



**13 pav.** LISA klasterių žemėlapių (autokoreliacinė) analizė. Standartizuotas vyrų mirtingumas dėl mirties priežasčių, susijusių su alkoholio vartojimu 2010–2013 m. Lietuvos savivaldybėse

Skaičiavimai atlikti naudojant GeoDa programinę įrangą,  $p=0,05$ ; 999 bandymai  
Šaltinis: Higienos institutas 2014, skaičiavimai autoriaus.

Reikia pažymėti, kad mirties priežasčių statistiką ir jos interpretaciją reikėtų vertinti kritiškai, atsižvelgiant į galimas mirties priežasčių nustatymo paklaidas. Lietuvoje atlikti tyrimai rodo (Benošis, Žukauskas 2008; Radisauskas ir kt. 2011), kad registruojant su alkoholio vartojimu susijusias mirties priežastis yra galimos gana didelės paklaidos. Jų atsiranda dėl to, kad mirusiojo artimųjų prašymu, kai kurios su alkoholio vartojimu susijusios mirties priežastys gali būti registruojamos kaip išeminė širdies liga ar kitos širdies ir kraujotakos sistemos ligos. Be to, nedidelio regiono mirtingumo statistika gali priklausyti nuo tam tikroje medicinos įstaigoje paplitusios mirties priežasčių klasifikavimo praktikos.

Apibendrinant mirtingumo dėl alkoholio socioerdvinės analizės rezultatus, galima teigti, kad Lietuvoje pastarąjį dešimtmetį yra išryškėjęs aiškus didelės mirtingumo rizikos klasteris Pietryčių Lietuvoje. Nagrinėjant šio fenomeno susidarymo priežastis, svarbu įvertinti Pietryčių Lietuvos regione gyvenančios vyrų populiacijos sociodemografinę ir socioekonominę struktūrą, nuo kurios priklauso agreguoti savivaldybių mirtingumo rodikliai. Be to, nepalanki socioekonominė gyvenamosios vietovės aplinka taip pat gali turėti neigiamą poveikį regiono psichosocialiniam klimatui, dėl kurio poveikio plinta sveikatai žalingos gyvensenos praktikos.

### *3. 1. 3. Mirtingumas dėl savižudybių*

Remiantis Pasaulio sveikatos duomenimis, standartizuoti mirtingumo dėl savižudybių rodikliai Lietuvoje 2011 metais buvo patys didžiausi pasaulyje (WHO Mortality Database 2016) ir beveik tris kartus didesni už Europos Sąjungos valstybių vidurkį. Tačiau oficiali statistika gali neparodyti tikrojo mirtingumo dėl savižudybių lygio, nes šios mirties priežastys gali „slėptis“ po kai kuriomis kitomis išorinėmis mirties priežastimis – nelaimingais atsitikimais arba įvykiais, kai ketinimas nepatikslintas (Kaledienė 1999, 421). Standartizuotų mirtingumo dėl savižudybių rodiklių analizės rezultatai rodo, kad Lietuvoje galima išskirti du aukšto mirtingumo dėl savižudybių klasterius (14 pav.). Pirmasis – tai Šiaurės ir Šiaurės Rytų Lietuvos savivaldybės: Rokiškio, Kupiškio, Biržų, Zarasų, Molėtų, Joniškio, Pakruojo, Radviliškio raj. Šiose savivaldybėse vidutinio amžiaus vyrų standartizuotas mirtingumo rodiklis 2010–2013 metais buvo nuo 131 iki 191 savižudybių, tenkančių 100 000 gyventojų, o bendras Lietuvos vidurkis yra 88 savižudybes. Antrasis klasteris – Pietų Lietuva: Varėnos, Lazdijų, Marijampolės, Šakių, Prienų raj. savivaldybės. Pavyzdžiui, Varė-

nos raj. savivaldybėje standartizuotas vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo dėl savižudybių rodiklis siekė 234 savižudybes ir buvo pats didžiausias Lietuvoje<sup>67</sup>.



**14 pav.** Vyrų mirtingumas dėl savižudybių 2010–2013 m. Lietuvos savivaldybėse, 30–59 metų amžiaus, standartizuoti mirtingumo rodikliai (SMR)

Šaltinis: Higienos institutas 2014, skaičiavimai autoriaus.

Autokoreliacinės analizės rezultatai parodė (6 priedas), kad žemo mirtingumo dėl savižudybių klasteriai formuojasi didžiuosiuose Lietuvos miestuose ir Pietryčių Lietuvoje. Čia esančios savivaldybės kartu su kaimyninėmis savivaldybėmis pasižymi žemais savižudybių rodikliais. Taigi šios analizės rezultatai patvirtina kitų tyrimų duomenis, kurie rodo, kad savižudybės labiau paplitusios tarp kaimo gyventojų (Jasilionis ir kt. 2006). Didesni kaimo gyventojų savižudybių rodikliai gali būti susiję su gyventojų išsilavinimo struktūra. Kaime gyvenančių vyrų išsilavinimo rodikliai yra žymiai prastesni negu mieste gyvenančių vyrų, o ankstesnių tyrimų rezultatai parodė, kad vyrų, turinčių žemesnį nei vidurinį išsilavinimą, mirtingumo dėl savižudybių rodikliai 4,49 karto didesni už turinčių aukštąjį išsilavinimą (Jasilionis ir kt. 2015).

<sup>67</sup> Dėl santykinai mažo savižudybių atvejų skaičiaus kai kuriose savivaldybėse standartizuotų mirtingumo rodiklių 95 proc. pasikliautieji intervalai buvo gana dideli, todėl didelės dalies savivaldybių mirtingumo rodiklių skirtumas nuo Lietuvos vidurkio buvo statistiškai nereikšmingas. Vis dėlto beveik trečdalyje (18 iš 60) savivaldybių mirtingumo rodikliai buvo didesni negu Lietuvos vidurkis, o skirtumas nuo Lietuvos vidurkio buvo statistiškai reikšmingas.

Aukšto savižudybių lygio priežastys gali būti susijusios su prasta periferinių regionų socioekonominė situacija, aukštu psichosocialinio streso lygiu, su kuriuos susiduria socialinėje atskirtyje atsidūrusios gyventojų grupės. Socioerdvinės analizės rezultatai rodo, kad didesniais savižudybių rodikliais pasižymi tos savivaldybės, kuriose nėra didelių miestų ir kurios yra labiau nutolusios nuo Lietuvos ekonominių ir politinių centrų. Šios savivaldybės dėl mažėjančio gyventojų skaičiaus susiduria su įvairiomis socialinėmis, demografinėmis ir ekonominėmis problemomis (Daugirdas ir kt. 2013).

Taigi bendriesiems vidutinio amžiaus Lietuvos vyrų savižudybių rodikliams neišvengiamą poveikį 2010–2013 metais darė aukšto mirtingumo savivaldybių klasteriai Šiaurės Rytų ir Pietų Lietuvoje. Šiose savivaldybėse gyvenančių vyrų sociodemografinė struktūra pasižymėjo santykinai didele kaimo gyventojų dalimi. Mažiausiais mirtingumo dėl savižudybių rodikliais pasižymėjo didieji Lietuvos miestai ir Šiaurės Vakarų Lietuvoje esančios savivaldybės. Apibendrinant visos socioerdvinės analizės rezultatus galima teigti, kad ryškiausi didelės vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo rizikos klasteriai yra susiformavę išorinių mirties priežasčių ir mirties priežasčių, susijusių su alkoholio vartojimu, grupėse.

### **3. 2. Daugiapakopė mirtingumo diferenciacijos veiksnių analizė**

Šiuolaikiniuose sveikatos nelygybės tyrimuose diskutuojama, ar socialiniai ekonominiai gyvenamosios vietovės veiksniai gali turėti poveikį individo sveikatai. Vieni autoriai teigia, kad regionai, kuriose didesni socialinės ir ekonominės nelygybės rodikliai, pasižymi aukštesniais mirtingumo rodikliais, (Lynch ir kt. 2004; Wilkinson ir Pickett 2006; Pickett ir Wilkinson 2015 ir kt.), o kiti – priešingai. Jų nuomone, socialinio ir ekonominio konteksto poveikis individo sveikatai yra silpnas (Pickett, Pearl 2001; Martikainen ir kt. 2003; 2004). Socioerdvinės vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo rodiklių analizės rezultatai rodo, kad Lietuvoje yra susiformavę keli savivaldybių klasteriai, pasižymintys ypač aukštu mirtingumo lygiu. Taigi iškyla klausimas, ar toks specifinis mirtingumo rodiklių pasiskirstymas Lietuvos savivaldybėse yra veikiamas individualaus lygmens socioekonominių kintamųjų, ar yra susijęs su regiono socialine ir ekonomine padėtimi?

Jeigu darytume prielaidą, kad individo sveikatai didelį poveikį turi gyvenamosios vietovės socioekonominė aplinka, tuomet sveikatos nelygybės priežasčių reikėtų ieškoti nagrinėjant socialinės rizikos veiksnius individo gyvenamojoje aplinkoje. Tokiu atveju kaimynystėje egzistuojantis skurdas ar kiti neigiami socioekonominiai



veiksniai turėtų neigiamą poveikį individo sveikatai, nepaisant to, kad jis priklauso privilegijuotai socialinei grupei. Savivaldybės socioekonominių rodiklių sąsajos su vyrų sveikatos skirtumais galėtų būti interpretuojamos pasitelkiant psichosocialinio streso hipotezę.

Jeigu darytume prielaidą, kad didesnę įtaką sveikatai turi individualaus lygmens kintamieji, tuomet sveikatos nelygybės priežasčių reikėtų ieškoti nagrinėjant individo gyvenimo stilių, su sveikata susijusias socialines praktikas. Nagrinėjant individualaus lygmens kintamuosius galima daryti prielaidą, kad skirtingų sociodemografinių ar socioekonominių grupių sveikatos skirtumai priklauso nuo šioms grupėms būdingo gyvenimo stiliaus. Remiantis P. Bourdieu teorija, būtent individualaus lygmens kintamuosius galima nagrinėti kaip rodiklius, susijusius su kapitalu, kuris lemia individo padėtį *socialiniame sveikatos lauke*. Kintamųjų reikšmės apibrėžia individo poziciją socialinėje erdvėje, kuri reiškiasi per santykį su kitomis pozicijomis (aukštesnė, žemesnė, tarpinė) ir atstumą, skiriantį šias pozicijas (Bourdieu 1999, 124).

Nagrinėjant individualaus lygmens ir savivaldybių socioekonominių veiksnių poveikį sveikatos nelygybei, reikėtų įvertinti skirtingo lygmens veiksnių sąveiką. Viena vertus, individas, priklausantis privilegijuotai socialinei grupei, tačiau gyvenantis skurdžioje aplinkoje, gali internalizuoti sveikatai žalingas gyvenamosios praktikas. Kita vertus, toks asmuo turi galios pakeisti skurdžią aplinką į tokią, kuri atitinka jo socialinį statusą ir disponuojamus resursus. P. Bourdieu teigia (1999, 124), kad socialinė aplinka yra perkeliama į fizinę aplinką, tačiau šis virsmas nėra toks akivaizdus. Galia socialiniame lauke, kuri pasireiškia per disponavimą kapitalu, įgyja galios fiziniame lauke formą, o jos raišką galima apibrėžti kaip disponavimą įvairiomis materialiomis ir nematerialiomis gėrybėmis. Todėl individas, priklausantis privilegijuotai socialinei grupei, disponuoja resursais, kurie įgalina susikurti sveikatai palankią fizinę aplinką, nors gyvena regione, kurio socialinė ir ekonominė padėtis yra santykinai prasta. Taigi, remiantis šia išvalga, galima daryti prielaidą, kad individualaus lygmens veiksnių poveikis sveikatai turėtų būti didesnis negu gyvenamosios vietovės socioekonominių veiksnių poveikis. Ši hipotezė patikrinta naudojant daugiapakopės analizės metodiką.

Pirmoje daugiapakopės regresinės analizės dalyje buvo įvertintas individualaus lygmens kintamųjų poveikis vyrų mirtingumo diferenciacijai šešiose mirties priežasčių grupėse (bendrasis mirtingumas, mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių, alkoholio vartojimo, žmogžudysčių, eismo įvykių ir savižudybių). Šioje analizėje vyrų amžius buvo fiksuotas kintamasis. Antroje daugiapakopės regresinės analizės dalyje



buvo vertinamas savivaldybių socioekonominių kintamųjų poveikis (kiekvieno kintamojo atskirai) vyrų mirtingumo diferenciacijai tose pačiose mirties priežasčių grupėse. Šioje analizėje buvo taikomi du modeliai:

- pirmasis modelis – vertinti savivaldybės socioekonominio rodiklio poveikį vyrų mirtingumo diferenciacijai, užfiksavus amžių;
- antrasis modelis – vertinti savivaldybės socioekonominio rodiklio poveikį vyrų mirtingumo diferenciacijai užfiksavus visus individualaus lygmens kintamuosius: amžių, gyvenamąją vietovę, santuokinę padėtį, tautybę, ekonominį aktyvumą ir išsilavinimą.

### **3. 2. 1. Individualaus lygmens socioekonominių veiksnių sąsajos su vyrų mirtingumo diferenciacija**

Analizuojant individualaus lygmens mirtingumo diferenciacijos veiksnius nagrinėjami skirtingo socioekonominio statuso vyrų mirtingumo rodiklių skirtumai. Pirmoje analizės dalyje nagrinėjamos amžiaus, gyvenamosios vietovės ir tautybės sąsajos su vyrų mirtingumu. Antroje analizės dalyje vertinamas santuokinės padėties, išsilavinimo ir ekonominio aktyvumo poveikis vyrų mirtingumo diferenciacijai. Remiantis P. Bourdieu teorija, šie trys individualaus lygmens kintamieji yra susiję su trimis skirtingomis kapitalo formomis: santuokinė padėtis – su socialiniu kapitalu, išsilavinimas – su institucionalizuotu kultūriniu kapitalu ir ekonominis aktyvumas – su ekonominiu kapitalu. Taigi analizuojant daroma prielaida, kad skirtingų socioekonominių vyrų grupių mirtingumo rodiklių santykiai atspindi šių grupių poziciją *socialiniame sveikatos lauke*.

**Amžius.** Nagrinėjant vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciaciją pagal amžiaus grupės ir mirties priežastis, galima išskirti du dėsningumus. Pirma, tyrimo rezultatai rodo, kad bendrojo vyrų mirtingumo ir mirtingumo dėl kraujotakos sistemos ligų rizika didėjo vyresnio amžiaus grupėse (3 lentelė; išsamiau – 7 priedas). Mirtingumo rizika dėl šių mirties priežasčių 55–59 metų amžiaus grupėje yra atitinkamai 5,70 ir 15,41 karto didesnė negu lyginamojoje 30–34 metų amžiaus grupėje. Antra, nagrinėjant išorinių mirties priežasčių – mirtingumo dėl alkoholio, savižudybių, žmogžudysčių, eismo įvykių – diferenciaciją skirtingose amžiaus grupėse, nustatyta, kad mirtingumo rodikliai yra aukščiausi ne vyriausioje amžiaus grupėje, bet 40–54 metų amžiaus grupėse.

**3 lentelė.** Vidutinio amžiaus vyrų (30–59 metų amžiaus) mirtingumo rodiklių santykiai pagal amžiaus grupes ir mirties priežastis

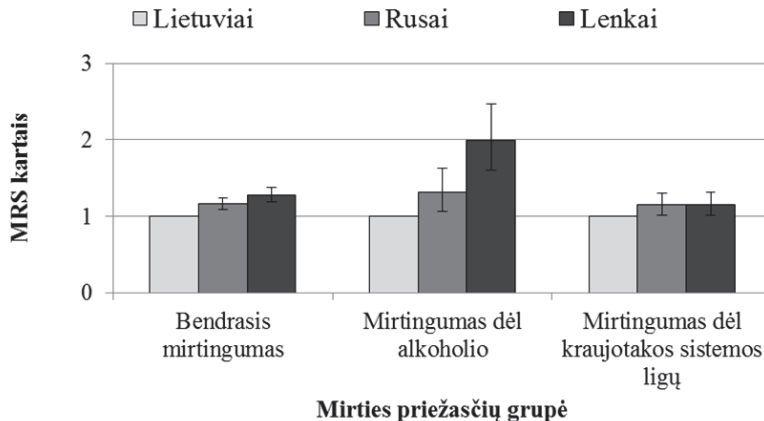
Amžiaus grupės, metais	Bendras mirtingumas	Kraujotakos sistemos ligos	Išorinės mirties priežastys	Mirtingumas dėl alkoholio	Savižudybės	Žmogžudystės	Eismo įvykiai
30–34	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
35–39	<b>1,35</b>	<b>1,67</b>	1,10	<b>2,36</b>	0,87	1,72	0,66
40–44	<b>2,11</b>	<b>3,62</b>	<b>1,50</b>	<b>3,51</b>	1,13	<b>2,48</b>	1,07
45–49	<b>3,06</b>	<b>6,03</b>	<b>1,82</b>	<b>4,04</b>	<b>1,46</b>	2,01	1,11
50–54	<b>4,25</b>	<b>10,01</b>	<b>2,10</b>	<b>4,32</b>	<b>1,37</b>	1,80	<b>1,70</b>
55–59	<b>5,70</b>	<b>15,41</b>	<b>2,07</b>	<b>4,14</b>	<b>1,35</b>	<b>2,20</b>	1,43

Pastaba. Statistiškai patikimi skirtumai yra pažymėti paryškintu šriftu ( $p < 0,05$ ). Lyginamosios grupės – 30–34 metų amžiaus vyrų – mirtingumo rodiklių santykis lygus vienetui.

**Tautybė.** Individualaus lygmens kintamųjų analizės rezultatai patvirtino anksčiau atliktų tyrimų rezultatus (Jasilionis ir kt. 2007; 2012; 2015), kurie parodė, kad ne lietuvių tautybės asmenų, o ypač lenkų, mirtingumo dėl alkoholio vartojimo rodikliai yra didesni. Šis tyrimas rodo, kad Lietuvoje gyvenančių lenkų tautybės vyrų mirtingumo dėl alkoholio vartojimo rodikliai 1,99 karto viršija lyginamosios grupės (lietuvių) mirtingumo rodiklius (15 pav.). Taigi socioerdvinės mirtingumo rodiklių analizės metu atskleistas aukštas Pietryčių Lietuvoje gyvenančių vyrų mirtingumo lygis galėtų būti siejamas su Lietuvos lenkų tautine bendrija, kurios didžioji dalis gyvena šioje teritorijoje. Tačiau nagrinėjant lenkų tautybės gyventojų mirtingumo duomenis, svarbu paminėti Pietryčių Lietuvos regiono gyventojų tapatybės klausimą. Kai kurie autoriai teigia (Korzeniewska 2013; Merkys ir kt. 2004), kad Vilniaus krašto daugiakultūroje ir daugiakalbėje aplinkoje tautybės klausimas yra labai problemiškas, o šio krašto gyventojai yra labiau linkę save tapanti su gyvenamąja vietove. Dalis Pietryčių Lietuvos gyventojų save identifikuoja kartu ir kaip lenkus, ir kaip lietuvius, o tautybė neretai yra įvardijama remiantis pragmatiniais interesais (Korzeniewska 2013). Taigi nagrinėjant mirtingumo dėl alkoholio ir gyventojų tautybės sąsajas reikėtų atlikti išsamesnius tyrimus.

Nagrinėjant mirtingumo dėl savižudybių diferenciaciją pagal tautybę, nustatyta, kad skirtumai tarp skirtingų tautybių asmenų savižudybių rodiklių yra statistiškai nepatikimi. Tačiau kitų tyrimų rezultatai rodo (Jasilionis ir kt. 2015), jog lietuvių tautybės gyventojų savižudybių rodikliai yra didesni už kitų Lietuvoje gyvenančių tauti-

nių bendriųjų savižudybių rodiklius. Socioerdvinės analizės rezultatai taip pat parodė, kad aukštesnis savižudybių lygis yra būdingas toms savivaldybėms, kuriuose lietuvių tautybės gyventojų dalis yra didesnė.



**15 pav.** Vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacija pagal tautybę

Pastaba. Grafike pateikiami tik statistiškai patikimi skirtumai ( $p < 0,05$ ). Lyginamosios grupės – lietuvių – mirtingumo rodiklių santykis lygus vienetui.

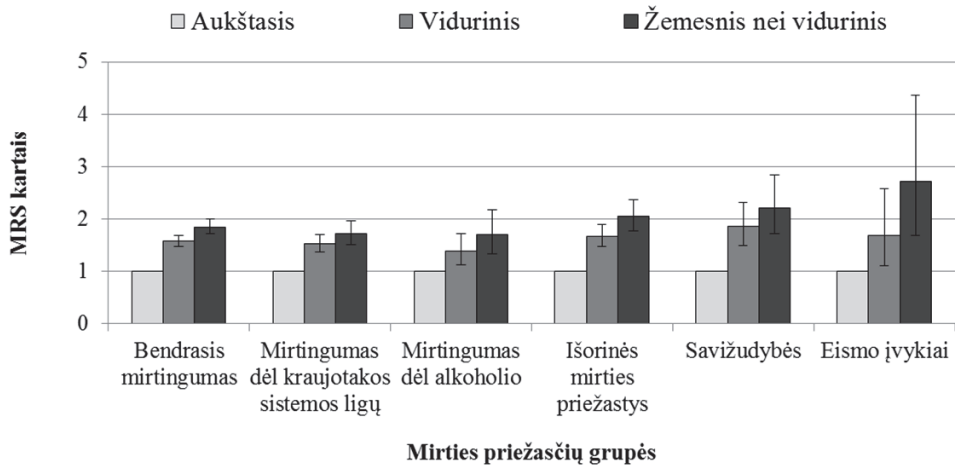
**Gyvenamoji vieta.** Bendrojo vyrų mirtingumo skirtumai pagal gyvenamąją vietovę buvo neįreikšmingi. Kaimo vietovėse gyvenančių vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo rodikliai buvo 1,06 karto didesni negu miesto. Didžiausi mirtingumo rodiklių skirtumai užfiksuoti nagrinėjant mirtingumą dėl eismo įvykių: kaimo vyrų mirtingumo rodikliai buvo 1,87 karto didesni negu miesto. Mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių kaime buvo 1,29 karto, o dėl savižudybių – 1,34 karto didesnis negu mieste. Dideli kaime gyvenančių vyrų mirtingumo rodikliai dėl išorinių mirties priežasčių gali būti siejami su pavojingu fiziniu darbu žemės ūkyje. Tyrimai rodo, kad ūkio darbininkų mirtingumo rodikliai yra kelis kartus didesni negu kitų profesijų asmenų (Jasilionis, Stankūnienė 2012). Be to, dideliems mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių rodikliams turi įtakos savižudybės – jos sudaro nemažą šios mirties priežasčių grupės dalį.

Šio tyrimo rezultatai rodo, kad kaime gyvenančių vyrų mirtingumo dėl alkoholio vartojimo rodikliai yra 0,81 karto mažesni negu miesto gyventojų. Panašūs rezultatai gauti nagrinėjant 2001 m. surašymo ir vyrų mirtingumo sąsajas – užfiksuoti neįreikšmingi vyrų mirtingumo dėl alkoholio skirtumai pagal gyvenamąją vietovę (Jasilionis

ir kt. 2006, 111). Nagrinėjant mirtingumo dėl alkoholio skirtumus pagal gyvenamąją vietovę, svarbu atkreipti dėmesį, nuo kokių su alkoholio vartojimu susijusių mirties priežasčių miršta kaimo ir miesto vyrai. Į mirtingumo dėl alkoholio analizę buvo įtrauktos trys mirties priežastys: apsinuodijimas alkoholiu (X45), alkoholinė kepenų liga (K70) ir kepenų cirozė ir fibrozė (K74). Apsinuodijimo alkoholiu mirtingumo rodikliai buvo didesni kaime, o su alkoholio vartojimu susijusių kepenų ligų – mieste. Taigi galima daryti prielaidą, kad dideli kaimo gyventojų mirtingumo rodikliai nuo apsinuodijimo alkoholiu yra susiję su alkoholio vartojimo praktikomis. Kaime labiau paplitusios išgertuvės, kurios susijusios su gausiu alkoholio suvartojimu vienu kartu. O miesto gyventojai yra linkę alkoholį vartoti dažniau, tačiau mažesniais kiekiais. Šis įprotis yra labiau susijęs su tokiais lėtinėmis ligomis kaip alkoholinė kepenų liga ar kepenų cirozė.

**Išsilavinimas.** Tiriant nustatyta, kad išsilavinimas buvo vienas iš svarbiausių vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijos veiksnių. Aukštojo išsilavinimo vyrų grupėje mirtingumo rodikliai buvo mažesni negu vidurinį ar žemesnį nei vidurinį turinčių vyrų. Ši tendencija užfiksuota visose nagrinėtose mirties priežasčių grupėse, o visi mirtingumo rodiklių skirtumai buvo statistiškai reikšmingi (16 pav.). Aukštąjį išsilavinimą turinčių vyrų bendrojo mirtingumo rodikliai buvo 1,85 karto mažesni negu žemesnį nei vidurinį išsilavinimą turinčių vyrų. Prastesnį išsilavinimą turintys vyrai priklausė didesnio mirtingumo dėl alkoholio vartojimo ir savižudybių rizikos grupei. Žemesnio nei vidurinio išsilavinimo vyrų grupėje savižudybių rodikliai buvo 2,22 karto didesni, o mirtingumo dėl alkoholio vartojimo 1,71 karto didesni negu lyginamosios vyrų grupės.

Tyrimo rezultatai patvirtino teorinėje disertacijos dalyje iškeltą hipotezę, kurioje nagrinėjamas išsilavinimo akumuliacinis efektas. Išsilavinimo suteikiamas visapusiškas pranašumas atsispindi nagrinėjant mirtingumo skirtumus visose mirties priežasčių grupėse. Mažesni išsilavinusių vyrų savižudybių rodikliai gali būti siejami su mažiau sveikatai žalingu psichosocialiniu stresu, kurį patiria išsilavinę vyrai. Dideli prastą išsilavinimą turinčių vyrų mirtingumo dėl alkoholio rodikliai galėtų būti siejami su šioje vyrų grupėje paplitusiomis sveikatai žalingomis praktikomis. Taigi galima teigti, kad aukštasis išsilavinimas vyrams suteikia pranašumą, kuris ne tik leidžia susikurti materialinę gerovę, bet ir suteikia žinių bei įgūdžių, reikalingų praktikuojant sveiką gyvenimą.



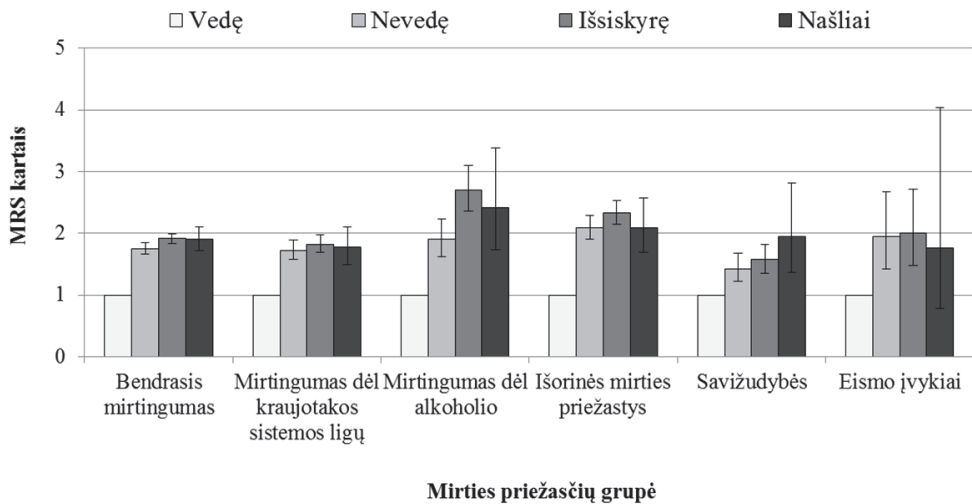
**16 pav.** Vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacija pagal išsilavinimą

Pastaba. Grafike pateikiami tik statistiškai patikimi skirtumai ( $p < 0,05$ ). Lyginamosios grupės – aukštojo išsilavinimo vyrų – mirtingumo rodiklių santykis lygus vienetui.

**Santuokinė padėtis.** Vidutinio amžiaus vedusių vyrų bendrojo mirtingumo rodiklių skirtumai buvo nuo 1,75 iki 1,91 karto didesni negu ne santuokoje gyvenančių vyrų. Didžiausia mirtingumo rodiklių diferenciacija užfiksuota nagrinėjant mirtingumo dėl mirties priežasčių, susijusių su alkoholio vartojimu, diferenciaciją. Išsiskyrusių vyrų mirtingumo dėl alkoholio rodikliai buvo 2,70 karto didesni negu lyginamosios grupės (17 pav.). Galima daryti prielaidą, kad didesni nevedusių ir išsiskyrusių vyrų mirtingumo rodikliai yra susiję su gyvenimo stiliumi. Lietuvoje atlikti tyrimai rodo (Grabauskas ir kt. 2015), kad ne santuokoje gyvenantys vyrai yra labiau linkę į žalingas praktikas: dažniau vartoja alkoholį, rūko, mažiau rūpinasi higiena, sveika mityba, fiziniu aktyvumu. Tačiau kitų tyrimų rezultatai rodo (Wyke, Ford 1992), kad prastesni ne santuokoje gyvenančių vyrų sveikatos rodikliai yra labiau susiję su prastesne materialine padėtimi, didesniu streso lygiu ir socialinės paramos artimiausioje aplinkoje trūkumu.

Gyvenimas santuokoje yra svarbus, tačiau ne vienintelis kriterijus, pagal kurį galima būtų matuoti individų socialinį kapitalą. Taigi šis metodologinis aspektas gali būti įvardytas kaip tyrimo ribotumas, susijęs su socialinio kapitalo operacionalizacija. Kiti autoriai, matuodami socialinį kapitalą, įtraukė tokius kintamuosius kaip gyvenimas partnerystėje, pilietinis aktyvumas ar migracijos patirtis (Martikainen ir kt. 2003,

2012). Autorių teigimu, šie kriterijai leido įvertinti, ar asmuo turi tvirtus ryšius artimoje socialinėje aplinkoje, ar aktyviai dalyvauja vietos bendruomenės ir politinėje veikloje, ar yra užmezgęs ilgalaikius santykius su kaimynais. Pirma, stabilių socialinių ryšių palaikymas leidžia individui jaustis saugiam ir tikėtis prirėikus sulaukti pagalbos. Antra, nuolatinis bendravimas su žmonėmis gali padėti išvengti skaudžių pasekmių sveikatai, nesulaukus reikiamos medicinos pagalbos, pavyzdžiui, ištikus insultui.



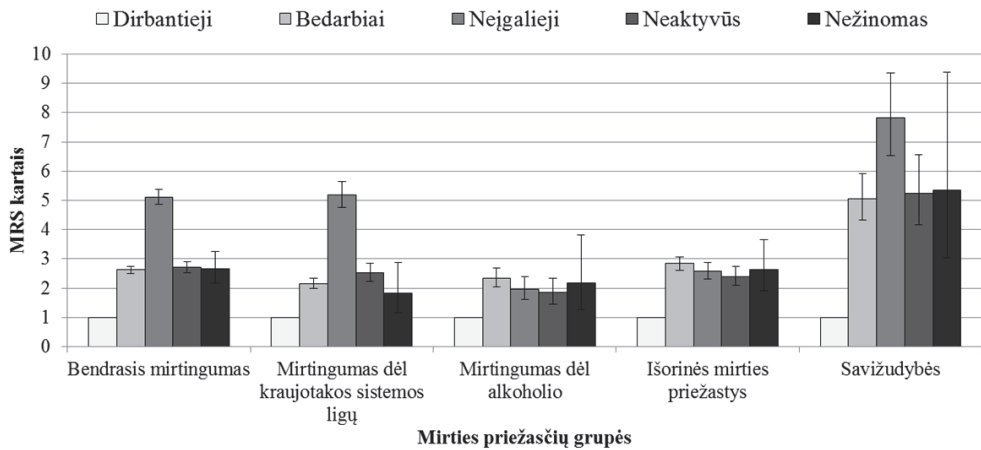
**17 pav.** Vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacija pagal santuokinę padėtį

Pastaba. Grafike pateikiami tik statistškai patikimi skirtumai ( $p < 0,05$ ). Lyginamosios grupės – vedusių vyrų – mirtingumo rodiklių santykis lygus vienetui.

**Ekonominis aktyvumas.** Tyrimo rezultatai rodo, kad bendrojo vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacija pagal ekonominę aktyvumą buvo didžiausia, palyginti su kitais socioekonominiais kintamaisiais (išskyrus amžių). Bendrojo mirtingumo rodikliai tarp bedarbių ir ekonomiškai neaktyvių vyrų buvo nuo 2,63 iki 5,11 karto didesni negu dirbančių. Didžiausia mirtingumo diferenciacija pagal ekonominę aktyvumą užfiksuota tarp savižudžių. Tarp ekonomiškai neaktyvių neįgaliųjų savižudybės rizika buvo 7,82 karto didesnė negu tarp dirbančiųjų (18 pav.).

Aukštą bedarbių ir ekonomiškai neaktyvių vyrų savižudybių lygį galima nagrinėti iškeliant keletą viena kitą papildančių hipotezių. Pirma, ilgalaikiai bedarbiai susiduria su sumažėjusiomis pajamomis ir dėl to kylančiais finansiniais sunkumais. Taigi

netekus darbo yra prarandama dalis ekonominio kapitalo, kuris reikalingas užtikrinti sveikatai palankias gyvenimo sąlygas, be to, susilpninami socialiniai ryšiai. Antra, netekę darbo vyrai dažnai susiduria su psichologiniu spaudimu šeimoje, išaugusia skyrybų rizika. Trečia, nagrinėdami savižudybių rodiklius, matome, kad šie rodikliai didžiausi ekonomiškai neaktyvių neįgaliųjų grupėje. Taigi savižudybių priežastys gali būti susijusios su patiriamu psichosocialiniu stresu, kuris kyla dėl socialinės atskirties ar žmonių su negalia stigmatizacijos. Apibendrinant galima teigti, kad nedarbas, o ypač ilgalaikis, stipriai pablogina vyrų pozicijas *socialiniame sveikatos lauke*. Svarbu pažymėti, kad ilgalaikis nedarbas gali turėti neigiamą poveikį ne tik ekonominiam, bet ir socialiniam kapitalui.



**18 pav.** Vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacija pagal ekonominę aktyvumą

Pastaba. Grafike pateikiami tik statistiškai patikimi skirtumai ( $p < 0,05$ ). Lyginamosios grupės – dirbančių vyrų – mirtingumo rodiklių santykis lygus vienetui.

### 3. 2. 2. Gyvenamosios vietovės socioekonominių veiksnių sąsajos su vyrų mirtingumo diferenciacija

Atlikus daugiapakopę regresinę analizę, įvertintas gyvenamosios vietovės socioekonominių veiksnių poveikis vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijai. Analizės metu nagrinėtos mirtingumo diferenciacijos sąsajos su savivaldybių socioekonominiiais rodikliais septyniose mirties priežasčių grupėse: bendrojo mirtingumo, mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių, kraujotakos sistemos ligų, alkoholio var-

tojimo, žmogžudysčių, savižudybių ir eismo įvykių. Savivaldybių socioekonominiai rodikliai suskirstyti į dvi grupes: ekonominius ir socialinius-kultūrinius veiksniai:

1. Ekonominiai veiksniai:

- gyventojų dalis, kurių pagrindinis pragyvenimo šaltinis – pašalpa;
- nedarbo lygis;
- vidutinis darbo užmokestis;
- nekvalifikuotų darbininkų dalis.

2. Socialiniai-kultūriniai veiksniai:

- aukštąjį išsilavinimą turinčių asmenų dalis;
- nelietuvių tautybės gyventojų dalis;
- vieno asmens namų ūkių dalis;
- rinkėjų aktyvumas.

**Ekonominiai veiksniai.** Šiame tyrimo etape nagrinėjami ekonominiai savivaldybių rodikliai atspindi bendrą regiono ekonominio išsivystymo lygį, darbo rinkos padėtį ir struktūrą bei gyventojų užimtumo lygį. Išanalizavus bendrojo vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo ir mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių diferenciaciją, nustatyta, kad ekonominio konteksto poveikis mirtingumo rodiklių skirtumams yra sąlygotas socioekonominės gyventojų struktūros. Pašalinus visų individualaus lygmens kintamųjų poveikį mirtingumo diferenciacijai (2 modelis), savivaldybių socioekonominių kintamųjų sąsajos su mirtingumo skirtumais buvo labai silpnos arba mirtingumo rodiklių skirtumas – statistiškai nepatikimas (4 lentelė). Nagrinėjant mirtingumą dėl alkoholio vartojimo, žmogžudysčių ir eismo įvykių, mirtingumo rodiklių skirtumai buvo statistiškai nepatikimi, todėl plačiau nenagrinėjami.

Didžiausias gyvenamosios vietovės ekonominių veiksnių poveikis mirtingumo diferenciacijai nustatytas nagrinėjant mirtingumą dėl savižudybių. Per tyrimą nustatyta, kad savivaldybėse, kurių ekonominiai rodikliai buvo prastesni, savižudybių lygis buvo aukštesnis. Tačiau užfiksavus visus individualaus lygmens kintamuosius, mirtingumo rodiklių skirtumai sumažėjo, o tai reiškia, kad dalis mirtingumo dėl savižudybių diferenciacijos buvo sąlygota savivaldybių socioekonominės gyventojų struktūros. Vis dėlto tyrimo rezultatai rodo, kad savižudybių rizika buvo didesnė tose savivaldybėse, kuriose nedarbo lygis buvo aukštesnis, vidutinis darbo užmokestis – mažesnis, o nekvalifikuotų darbininkų dalis – didesnė. Svarbu pažymėti, kad šie skirtumai išliko reikšmingi ir statistiškai patikimi net ir užfiksavus visus individualaus lygmens kintamuosius.



**4 lentelė.** Vidutinio amžiaus vyrų (30–59 metų amžiaus) mirtingumo rodiklių santykiai pagal mirties priežastis ir savivaldybių ekonominius rodiklius

Savivaldybių ekonominiai rodikliai	Bendrasis mirtingumas		Kraujotakos sistemos ligos		Savižudybės		Išorinės mirties priežastys	
	Modelis		Modelis		Modelis		Modelis	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Gyventojų dalis, kurių pagrindinis pragyvenimo šaltinis – pašalpa								
Maža (3,1–7,5)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Vidutinė (7,6–8,3)	<b>1,14</b>	1,04	<b>1,26</b>	<b>1,16</b>	<b>1,63</b>	<b>1,41</b>	1,17	1,05
Didelė (8,4–11,9)	<b>1,28</b>	1,05	<b>1,33</b>	<b>1,12</b>	<b>1,56</b>	1,22	<b>1,38</b>	1,07
Nedarbo lygis								
Mažas (6,7–12,5)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Vidutinis (12,6–14,9)	<b>1,24</b>	<b>1,10</b>	<b>1,35</b>	<b>1,19</b>	<b>1,47</b>	<b>1,30</b>	<b>1,38</b>	<b>1,20</b>
Didelis (15,0–20,0)	<b>1,25</b>	1,05	<b>1,31</b>	<b>1,12</b>	<b>1,41</b>	1,16	<b>1,31</b>	1,04
Vidutinis darbo užmokestis								
Mažas (0,70–0,79)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Vidutinis (0,80–0,85)	1,00	1,01	1,00	1,00	0,86	0,87	0,94	0,96
Didelis (0,86–1,18)	<b>0,84</b>	1,01	<b>0,82</b>	0,95	<b>0,57</b>	<b>0,73</b>	<b>0,73</b>	0,94
Nekvalifikuotų darbininkų dalis								
Maža (6,1–9,9)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Vidutinė (10,0–11,1)	<b>1,18</b>	1,03	<b>1,20</b>	1,07	<b>1,65</b>	<b>1,37</b>	<b>1,30</b>	1,07
Didelė (11,2–14,8)	<b>1,14</b>	1,00	1,12	1,01	<b>1,51</b>	<b>1,24</b>	<b>1,26</b>	1,03

Pastaba. 1 modelyje fiksuotas amžius, 2 modelyje fiksuoti visi individualaus lygmens kintamieji. Statistiškai patikimi skirtumai yra pažymėti paryškintu šriftu ( $p < 0,05$ ).

Nagrinėjant socioekonominio konteksto sąsajas su gyventojų mirtingumo diferenciacija, galima iškelti dvi hipotezes, paaiškinančias šį reiškinį (Blomgren ir kt. 2004, 2532). Pirma, sveikatai žalingos gyvenamosios praktikos, kurios yra tapusios tam tikroje vietovėje gyvenančių žemo socioekonominio statuso vyrų gyvenimo stiliaus dalimi, gali būti perduodamos kitiems toje pat vietoje gyvenantiems vyrams, nepriklausomai nuo jų socialinio statuso. Antra, ekonominės regiono problemos gali neigiamai veikti gyventojų sveikatą per psichosocialinio streso mechanizmus. Šią hipotezę patvirtina tai, kad didžiausia mirtingumo rodiklių diferenciacija užfiksuota nagrinėjant mirtingumą dėl savižudybių. Taigi vidutinio amžiaus vyrai, gyvenantys savivaldybėse, kurios turi ekonominių problemų, patenka į didesnės savižudybių rizikos grupę, nors patys priklauso socialiai privilegijuotoms gyventojų grupėms.

Tyrimo metu nustatyta, kad savivaldybėse, kuriose santykinai daugiau pašalpos gavėjų, mirtingumo diferenciacija buvo didesnė. Vis dėlto šiuos rezultatus reikėtų įvertinti kritiškai, atsižvelgiant į naudojamų rodiklių sudarymo metodiką. Į pašalpos

gavėjų grupę buvo įtraukti ne tik tie asmenys, kuriems pašalpa paskirta dėl sunkios ekonominės padėties, bet ir tėvai, gaunantys motinystės (tėvystės) pašalpas (Lietuvos statistikos departamentas 2016). Turint omenyje, kad šios pašalpos buvo skiriamos visiems vaikus auginantiems tėvams, nepaisant jų ekonominės padėties, šis rodiklis galėjo ne visai tiksliai atspindėti savivaldybės ekonominę situaciją. Taigi šis aspektas turėtų būti įvertintas naudojant santykinę pašalpos gavėjų skaičių kaip savivaldybės ekonominį rodiklį ateities tyrimuose.

**Socialiniai-kultūriniai veiksniai.** Šiame tyrime nagrinėjamos socialinių-kultūrinių gyvenamosios vietovės veiksnių sąsajos su vidutinio amžiaus vyrų mirtingumu. Gyventojų išsilavinimo lygio ir tautinės sudėties rodikliai siejami su kultūriniais gyvenamosios vietovės veiksniais, o vieno asmens namų ūkių dalies ir rinkėjų aktyvumo rodikliai – su socialiniais veiksniais. Per tyrimą nustatyta, kad ryšys tarp gyvenamosios vietovės tautinės sudėties ir bendrojo vyrų mirtingumo buvo silpnas arba statistiškai nepatikimas. Tačiau savivaldybėse, kuriose didesnę dalį sudarė ne lietuvių tautybės gyventojai, mirtingumo dėl alkoholio vartojimo rodikliai buvo daugiau negu 1,4 didesni. Šie rodikliai buvo panašūs tiek užfiksavus amžių, tiek ir visus kitus individualaus lygmens kintamuosius. Tai reiškia, kad eliminavus gyventojų socioekonominės struktūros poveikį, mirtingumo dėl alkoholio vartojimo rodikliai vis tiek liko didesni tose savivaldybėse, kurios gyvena daugiau ne lietuvių tautybės gyventojų. Kitaip tariant, šiose savivaldybėse gyvenantys vyrai, nepriklausomai nuo savo tautybės, pateko į didelio mirtingumo dėl alkoholio vartojimo rizikos grupę.

Daugumą savivaldybių, kuriose yra didelė ne lietuvių tautybės gyventojų dalis, sudaro Pietryčių Lietuvos savivaldybės. Todėl nagrinėjant mirtingumo dėl alkoholio vartojimo sąsajas su gyvenamosios vietovės tautine sudėtimi, reikia atkreipti dėmesį į Pietryčių Lietuvos regioną. Viena iš galimų šio regiono gyventojų aukšto mirtingumo dėl alkoholio vartojimo lygio priežasčių galėtų būti aukštas psichosocialinio streso lygis, kuris kyla dėl žemo Pietryčių Lietuvos ekonominio, socialinio ir kultūrinio išsivystymo lygio. Donatas Burneika su bendraautorais teigia (2013, 50), kad Pietryčių Lietuva, išskyrus Vilniaus miestą, tapo „retai apgyvendinta teritorija, kuriai būdingas mažas gyventojų tankumas, prasta ekonominė padėtis ir socialinės infrastruktūros stoka“. Po Antrojo pasaulinio karo visi išsilavinę Vilniaus krašto lenkai, turtingi ūkininkai, miesto gyventojai išvyko į Lenkiją, todėl radikaliai „pakito socialinė-ekonominė lenkų bendruomenės struktūra, pasilikę lenkai atsidūrė kultūrinėje tuštumoje“ (Stravinskienė 2005, 25). Šis procesas turėjo ilgalaikių pasekmių Vilniaus krašto politinei ir ekonominei raidai.

**5 lentelė.** Vidutinio amžiaus vyrų (30–59 metų amžiaus) mirtingumo rodiklių santykiai pagal mirties priežastis ir savivaldybių socialinius-kultūrinius rodiklius

Savivaldybių socialiniai-kultūriniai rodikliai	Bendrasis mirtingumas		Kraujotakos sistemos ligos		Mirtingumas dėl alkoholio		Savižudybės		Išorinės mirties priežastys	
	Modelis		Modelis		Modelis		Modelis		Modelis	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Ne lietuvių tautybės gyventojų dalis										
Maža(0, 8–2,1)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Vidutinė (2,2–5,6)	0,92	0,97	0,94	0,98	1,10	1,17	0,78	0,83	0,94	0,91
Aukšta (5,7–89,2)	1,02	<b>1,10</b>	1,01	1,07	<b>1,44</b>	<b>1,41</b>	<b>0,63</b>	<b>0,76</b>	1,01	1,08
Vieno asmens namų ūkių dalis										
Maža (23,2–30,1)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Vidutinė (30,2–32,8)	1,07	1,04	1,14	1,10	<b>0,88</b>	0,87	1,03	0,98	0,97	0,95
Didelė (32,9–37,7)	1,02	1,04	1,02	1,02	<b>1,14</b>	<b>1,14</b>	0,85	0,89	0,98	1,03
Rinkėjų aktyvumas										
Mažas (33,5–43,4)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Vidutinis (43,5–48,5)	<b>1,16</b>	<b>1,08</b>	1,13	1,06	<b>1,29</b>	1,21	1,17	1,11	<b>1,28</b>	<b>1,17</b>
Didelis (48,6–66,6)	<b>1,28</b>	<b>1,12</b>	<b>1,28</b>	<b>1,13</b>	<b>1,69</b>	<b>1,38</b>	1,12	1,03	<b>1,46</b>	<b>1,21</b>
Aukštąjį išsilavinimą turinčių asmenų dalis										
Maža (8,1–12,0)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Vidutinė (12,1–14,3)	0,96	1,00	0,94	0,97	1,05	1,09	0,85	0,90	0,93	0,97
Didelė (14,4–37,5)	<b>0,74</b>	0,95	<b>0,72</b>	<b>0,88</b>	0,89	1,06	<b>0,53</b>	<b>0,73</b>	<b>0,67</b>	0,91

Pastaba. Statistiškai patikimi skirtumai yra pažymėti paryškintu šriftu. Visa savivaldybių socialinių-kultūrinių rodiklių analizė pateikiama 8–14 prieduose. 1 modelis – fiksuotas amžius; 2 modelis – fiksuoti visi individualaus lygmens kintamieji

Vertinant mirtingumą dėl savižudybių, galima daryti dvi išvadas. Pirma, savižudybių standartizuotų rodiklių santykiai yra aukštesni regionuose, kuriuose gyvena daugiau lietuvių. Užfiksavus visus individualaus lygmens kintamuosius, nustatyta, kad mirtingumo rizika savivaldybėse, kuriose gyvena daugiau ne lietuvių tautybės gyventojų, yra 0,76 karto mažesnė. Taigi polinkis į savižudybę, visų pirma, galėtų būti siejamas su lietuvių tautybės vyrais. Vis dėlto daugiapakopės analizės metu individualaus lygmens kintamieji, tarp jų ir tautybė, buvo fiksuoti. O tai reiškia, kad nepaisant tautybės, gyvenant savivaldybėse, kuriose didesnė lietuvių tautybės gyventojų dalis, savižudybių riziką buvo didesnė.

Antra, savižudybių rodikliai yra mažesni savivaldybėse, kuriose gyventojų išsilavinimas aukštesnis. Užfiksavus individualaus lygmens kintamuosius, nustatyta, kad savivaldybėse, kuriose gyventojų išsilavinimas aukštesnis, savižudybių rizika yra 0,73 karto mažesnė. Svarbu pažymėti, kad teigiamą poveikį vyrų sveikatai gali turėti aplinkinių praktikuojamos su sveikata susijusios socialinės praktikos. Mažesnis vyrų polinkis į savižudybę regionuose, kur daugiau aukštąjį išsilavinimą turinčių asmenų, galėtų būti siejamas su geresne regiono ekonomine padėtimi, mažesniais nedarbo rodikliais.

Vertinant savivaldybių socialinių veiksnių sąsajas su vyrų mirtingumo diferenciacija, buvo daroma prielaida, kad rinkėjų aktyvumas parodo tam tikrą socialinio dalyvavimo lygį. Remiantis kitų autorių tyrimų rezultatais (Martikainen ir kt. 2003; Martikainen ir kt. 2004), regionuose, kuriuose rinkėjai yra aktyvesni, labiau įsitraukę į visuomeninę ir pilietinę veiklą, gyventojų mirtingumo rodikliai turėtų būti mažesni. Tačiau disertacijos tyrimo rezultatai buvo priešingi – bendrojo mirtingumo rodikliai buvo didesni tose savivaldybėse, kuriose rinkėjų aktyvumo lygis buvo aukštesnis. Ši tendencija buvo ypač ryški nagrinėjant mirtingumą dėl išorinių mirties priežasčių ir alkoholio vartojimo. Taigi šis fenomenas prieštarauja kitų autorių tyrimų rezultatams (Martikainen ir kt. 2004), todėl reikalauja išsamesnės analizės. Didelis rinkėjų aktyvumas galėtų būti siejamas su Pietryčių Lietuvos, pasižyminčios aukštais mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių ir alkoholio vartojimo rodikliais, gyventojų rinkiminio elgesio specifika. Vyriausiosios rinkiminės komisijos duomenys rodo, kad Pietryčių Lietuvoje savivaldybių tarybų rinkimuose politinė partija Lietuvos lenkų rinkimų akcija (toliau LLRA) arba šios partijos sudaryta koalicija laimi arba būna viena daugiausiai balsų surinkusių partijų (VRK 2015). Politologės Ainės Ramonaitės (2014, 16) atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad LLRA rinkėjo ryšys su partija yra labai svarbus, o šios partijos rinkėjas, palyginti su kitų partijų rinkėjais, yra labiausiai prisirišęs prie konkrečios partijos. Gali būti, kad tai yra viena iš priežasčių, skatinančių itin aukštą LLRA rinkėjo susitelkimą ir aktyvumą. Beje, didžiausias 2015 m. savivaldybių tarybų rinkimų rinkėjų aktyvumas vėl buvo užfiksuotas Pietryčių Lietuvoje (VRK 2015).

Kitas veiksnys, galimai paaškinantis Pietryčių Lietuvos rinkėjų aktyvumą, galėtų būti LLRA politinė retorika. Politologas Mindaugas Jurkynas (2014, 337) teigia, kad didelis LLRA politinės partijos rinkėjų aktyvumas susijęs su nuosekliu keleto problemų eskalavimu viešajame diskurse. Pirmoji problema – švietimo įstatymo pataisos, pagal kurias nustatytas didesnis pamokų, kurios dėstomos lietuvių kalba, skaičius

bendrojo lavinimo mokyklose. Antroji problema – draudimas vartoti lenkų kalbą gatvių, vietovardžių pavadinimuose ir oficialiuose dokumentuose (Jurkynas 2014, 337). Nors šios problemos nėra susijusios su svarbiais ekonominiais ar socialiniais klausimais, tačiau potencialaus LLRA rinkėjo sąmonėje jos gali asocijuotis su mėginimu pasikėsinti į Lietuvos lenkų tapatybę, nes kalba yra suvokiama kaip viena iš svarbiausių tautinės tapatybės dalių.

Mirtingumo diferenciacijos tyrimo rezultatai parodė, kad ryšys tarp vieno asmens namų ūkių dalies ir vyrų mirtingumo beveik visose mirties priežasčių grupėse yra labai silpnas arba statistiškai nepatikimas. Vieno asmens namų ūkių skaičius parodo tam tikrą savivaldybės socialinės integracijos lygį. Galima daryti prielaidą, kad savivaldybėse, kuriose yra daug vieno asmens namų ūkių, didesnė dalis gyventojų patiria socialinės atskirties problemų, sunkiai integruojasi į visuomenę, susiduria su ekonominiais sunkumais. Vienintelė mirties priežasčių grupė, kurioje vieno asmens namų ūkių rodiklis turėjo poveikį mirtingumo diferenciacijai, buvo mirtingumas dėl alkoholio. Tačiau ir čia rezultatai prieštaringi. Savivaldybėse, kuriose socialinės integracijos lygis yra vidutinis, mirtingumas dėl alkoholio mažesnis negu savivaldybėse, kurių socialinės integracijos lygis didesnis. O mažiausio socialinės integracijos lygio savivaldybėse mirtingumo dėl alkoholio vartojimo lygis pats didžiausias. Taigi šiuos rezultatus reikėtų vertinti atsargiai.

Apibendrinant gyvenamosios vietovės socioekonominių veiksnių sąsają su vyrų mirtingumo diferenciacija analizę, galima teigti, kad ekonominiai rodikliai didžiausią poveikį turėjo mirtingumo dėl savižudybių diferenciacijai. Analizės rezultatai parodė, kad savižudybių lygis buvo aukštesnis tose savivaldybėse, kurios pasižymėjo prastesniais ekonominiais rodikliais. Socialinių-kultūrinių veiksnių analizė atskleidė didelio mirtingumo dėl alkoholio, etninės gyventojų sudėties ir rinkėjų aktyvumo fenomenalias sąsajas, kurios prieštarauja užsienyje atliktų tyrimų rezultatams.

Daugiapakopės regresinės analizės metu nustatyta, kad bendrojo mirtingumo rodikliai savivaldybėse, turinčiose prastesnius ekonominio ir socialinio išsivystymo rodiklius, buvo didesni, palyginti su kitomis savivaldybėmis. Tačiau didžioji dalis mirtingumo diferenciacijos gali būti paaiškinta skirtinga vidutinio amžiaus vyrų socio-demografinė ir socioekonominė struktūra. Užfiksavus visus individualaus lygmens kintamuosius, savivaldybės lygmens kintamųjų poveikis beveik visose kintamųjų grupėse susilpnėjo, išnyko arba buvo statistiškai nepatikimas. Taigi tyrimo rezultatai rodo, kad socialinės politikos priemonės, skirtos bendrajam vidutinio amžiaus vyrų

mirtingumui mažinti, galėtų būti dažniau kreipiamos į socioekonominių mirtingumo rizikos grupių gyvenimo sąlygų gerinimą, o ne probleminių savivaldybių socioekonominės aplinkos gerinimą.

Palyginus individualaus lygmens ir savivaldybių socioekonominių veiksnių poveikį vyrų mirtingumo diferenciacijai, galima daryti išvadą, kad individualaus lygmens veiksnių ryšys su vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo skirtumais buvo stipresnis. Taigi tiriant atlikta analizė patvirtino teorinėje disertacijos dalyje aptartą tezę, kad vidutinio amžiaus vyrai, gyvenantys toje pačioje vietovėje, gali gyventi visiškai kitoje socialinėje erdvėje, kuriai būdingas kitoks socialinio, kultūrinio ir ekonominio kapitalo pasiskirstymas (pagal Gatrell ir kt. 2004; 255). Taigi pozicija socialinių santykių žemėlapyje, arba *socialiniame sveikatos lauke*, turi daug didesnę poveikį vyrų sveikatos nelygybei negu gyvenamosios vietovės socioekonominė aplinka.

### **3. 3. *Mikrosocialinio* lygmens veiksnių analizė: sveikatai žalingas vyrų gyvenimo stilius**

Teorinėje disertacijos dalyje nagrinėjamų tyrimų analizės rezultatai rodo, kad žemesnė socioekonominė pozicijoje esantys vyrai dažniau susiduria su sveikatos rizikos veiksniais, kurie didina jų mirtingumo riziką. Sveikatai žalingas gyvenimo stilius dažniausiai internalizuojamas pirminės (šeimoje) ir antrinės (mokykloje, darbovietėje) socializacijos metu. Siekiant atskleisti vidutinio amžiaus vyrų sveikatos nelygybės priežastis, būtina įvertinti, kaip vyrų mirtingumo diferenciaciją per sveikatai žalingą gyvenimo stilių veikia *mikrosocialinio* lygmens veiksniai.

#### **3. 3. 1. *Nesaikingas alkoholio vartojimas, neigiamos emocijos ir vieatvė***

Mirtingumo diferenciacijos tyrimo rezultatai rodo, kad alkoholio vartojimas yra vienas iš pagrindinių aukšto vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo rizikos veiksnių. Nagrinėjant sveikatai žalingo gyvenimo stiliaus *mikrosocialinio* lygmens veiksnius, buvo atlikta interviu su priklausomybę nuo alkoholio turinčiais vyrais naratyvų analizė. Buvo siekiama atskleisti, kokios socialinės aplinkos jėgos vyrų biografijose generuoja sveikatai žalingas praktikas. Kitaip tariant, buvo siekiama rekonstruoti vidutinio amžiaus vyrų sveikatai žalingą *habitus*.

P. Bourdieu (1999, 4) teigia, kad žemo socioekonominio statuso individai susiduria ne tik su ekonominiu nepritekliaus ar skurdo problemomis. Pasak autoriaus, socialinis kentėjimas susideda iš kasdienų smulkmenų, socialinės atskirties ir pažeminimo prak-

tikų, su kurioms žemo socioekonominio statuso grupių individai susiduria veikdami skirtinguose socialiniuose laukuose ir polaukiause. Patiriamo psichosocialinio streso lygis yra didesnis, kai socialinė erdvė, kurioje veikia žemo statuso individai, pasižymi socioekonominiais kontrastais. Pasak P. Bourdieu (1999, 4), toks socialinis, arba pozicinis, kentėjimas<sup>68</sup>, jaučiamas iš *mikrosocialinio* lygmens perspektyvos, atrodo labai reliatyvus žiūrint iš *makrosocialinio* lygmens ir lyginant šias kančias su „tikru skurdu“. Tačiau jis įgyja labai realų vaizdą nagrinėjant socialinėje atskirtyje esančių vyrų patirtis.

P. Bourdieu nuomone (2000, 507), socialinio kentėjimo priešasčių visų pirma reiktų ieškoti šeimoje. Pasakodami apie savo vaikystę, informantai teigė jautę gėdą ir nusvylimą dėl prastos savo šeimos ekonominės padėties (*jautiesi nuskriaustas, kad tam nuskilo gyvenime, o tau ne...* (Inf\_01)) ar socialiai nepriimtino girtaujančių tėvų elgesio (*Matydavo žmonės. Sako: „Tėvą girtą veda“.* **Buvo sarmata.** *O ką man daryt? Nepaliksi jo ant gatvės.* (Inf\_06)). Šį jausmą galima įvardyti „pozicinių kentėjimu“, patiriamu dėl santykinai žemo socioekonominio statuso, ribojančio gyvenimo pasirinkimus ir sukeliančio psichosocialinį stresą. Informantai teigė, kad vaikystėje juos nuolat lydėjo tėvų girtavimas ir jų destruktivus elgesys, fizinis ir psichologinis smurtas:

*Labai stipriai gėrė. Išryt padaro 200–300 g. Dirbo muzikantu, grojo restoranuose, kasvakar grįždavo ar negrįždavo... Kai grįždavo, primušdavo visus. Kai negrįždavo – šventė. **Smurta-vo namie** (Inf\_03) (pasakoja apie tėvą. – Aut. past.).*

***Taip prisikentėjęs.** Mane tėvai skriausdavo, motina siųsdavo cigarečių, duonos, kiekvieną dieną gaudavau į kuprą. Laukiau brolio iš kalėjimo. Kad taip nebūtų. Kai grįžo, tai buvo geriau. Bet pabuvo laisvėj 4 mėnesius ir vėl sėdo (Inf\_06).*

Pasak P. Bourdieu (1984, 172), gyvenimo stilius yra sistemingai reprodukuojamas per individo internalizuotą *habitus*. Taigi sveikatai žalingas gyvenimo stilius, kurio neatsiejama dalimi yra nesaikingas alkoholio vartojimas, visų pirma yra perduodamas šeimoje, formuojantis pirminiam *habitus*. Interviu metu vyrai teigė, kad alkoholį pradėjo vartoti dar paauglystėje, septintoje–aštuntoje klasėje. Nesaikingas alkoholio vartojimas buvo toleruojamas tiek šeimoje, tiek kitoje artimoje aplinkoje, todėl ankstyva berniukų alkoholio vartojimo patirtis buvo įprasta praktika:

*Mes važiavom į ekskursiją su klase, kažkur į Aukštaitiją prie Puntuko ir su nakvyne palapinėje, o mes jau kaip vaikinai susiorganizavę jau visi po vyno butelaitį vežėmės ir pabėgę pabandėm ragauti. Durnavojom. Suprato ir auklėtoja, nes **viskas kaip ir įprasta** (Inf\_01).*

<sup>68</sup> Angl. *positional suffering*.



Svarbu pažymėti, kad kai kurie informantai tokias sveikatai žalingas praktikas kaip alkoholio vartojimas pagirioms įvardijo kaip savaime suprantamas ir visiems įprastas. Tokios alkoholio vartojimo tradicijos internalizuojamos dar vaikystėje, stebint vyresnių vyrų elgesį pagirių metu. Vyrų teigimu, žinojimas, kad reikia daryti „pachmielą“, ateina iš patyrimo artimiausioje aplinkoje:

*Žinojau, ką reikia daryti, iš tos patirties, ką mačiau, kad kuo susirgai, tai tuo ir gydykis, kad reikia pagiriom bent alaus, kad palengvėtų. Tai aš nesikankinau, žinojau, reikia pachmielą ir va taip vat. Po to tapau, po rimto pašventimo, jau mintys pradėjo suktis, kad savaitgalį su draugais tai jau reikia būtinai alaus pagerti (Inf\_01).*

Kalbėdami apie tai, kaip alkoholio vartojimas tapo informantų kasdiene praktika, vyrai pabrėžė, kad priklausomybei nuo alkoholio susiformuoti padėjo draugai ir kita artima socialinė aplinka. Informantai teigė (Inf\_03; Inf\_02), kad kasdien vartojant alkoholį susiformuoja tam tikras draugų ratas, kuris palaiko ryšius tol, kol yra bendras interesas: „Nueini į turgų, jau prisistato“. Kai kurie informantai teigė, kad alkoholį vartoti pradėjo todėl, kad darbovietėje tokia praktika buvo toleruojama ir jai sudarytos tinkamos sąlygos:

*Su tuo diplomu taip ir buvo. Gamybinei praktikai pakliuvau į tokią labai gerą gamyklą auto-remonto, kai jau pirmą dieną brigadininkas atvedė ir parodė spintelę, sako: „Čia visada stovi ir jei tik yra poreikis, tai ateini ir įsipili, ir net neklausi“ (Inf\_01).*

Kalbant P. Bourdieu terminais, socialinė aplinka padeda susiformuoti sveikatai žalingoms praktikoms, kurios sąlygoja sveikatai žalingo gyvenimo stiliaus internalizaciją. Vienas informantas teigė, kad pasikeitus draugų ir kolegų ratui, jis penkerius metus nevartojo alkoholio. Tačiau sugrįžus į tą pačią socialinę aplinką, alkoholio vartojimas vėl tapo kasdiene praktika:

*Danijoje dirbau, rate niekas negėrė nei alaus, nei šnapso. Tai nei lašo ten negėriau, o čia tik grįžau į tą patį ratą ir vėl gėriau, neatsispyriau (Inf\_06).*

Taigi galima daryti prielaidą, kad vidutinio amžiaus vyrų sveikatai žalingas gyvenimo stilius, kurio vienas iš svarbiausių bruožų – nesaikingas alkoholio vartojimas, yra reprodukuojamas per sveikatai žalingą *habitus*, kuris susiformuoja pirminės ir antrinės socializacijos metu. Pirminės socializacijos metu individas internalizuoja suvokimo ir veikimo schemas, kurios priklauso nuo tėvų socioekonominės padėties (Walther 2013, 12). P. Bourdieu (1984) teigė, kad pirminis *habitus* gali būti įvardytas kaip socioekonominės klasės *habitus*, nes jis atspindi skirtingus socioekonominių



klasių gyvenimo stilius, įpročius ir tradicijas. Antrinės socializacijos metu sveikatai žalingas gyvenimo stilius formuojasi priklausomai nuo individo išsilavinimo, profesinės aplinkos ir gyvenimiškos patirties.

Nagrinęjant vidutinio amžiaus vyrų sveikatai žalingą gyvenimo stilių, svarbu atkreipti dėmesį į kasdienėse situacijose patiriamas neigiamas vyrų emocijas, kurios formuoja sveikatai žalingas praktikas. Jonathanas H. Turneris ir Jan E. Stets teigia, kad analizuojant emocijas galima atskleisti ryšį tarp *makrosocialinio* ir *mikrosocialinio* lygmens – sąsajas tarp socialinio konteksto ir individų veiksmų (Turner, Stets 2005, 1–2). Vyrų biografiniai naratyvai atskleidžia, kaip neigiamos emocijos, patiriamos dėl neišsipildžiusių lūkesčių, prarasto artimųjų pasitikėjimo ar vienatvės, skatina vyrus elgtis savidestruktyviai.

Viena iš vyrų patiriamų emocijų, susijusių su neigiamu požiūriu ne tik į gyvenimo perspektyvą, bet ir į valstybę, buvo abejingumas. Pirma, informantai teigė jaučiantys abejingumą savo ekonominėms ir socialinėms problemoms iš valstybės pusės. Vyrų buvo nusivylę ekonominėmis ateities perspektyvomis, teigė susiduriantys su problemomis ieškodami darbo. Taigi neviltis ir netikėjimas, kad savo gyvenime galima ką nors pakeisti, valstybės institucijų abejingumas informantų problemoms, skatino vyrus abejingai žiūrėti į ateities perspektyvas:

*Ekonominė padėtis, visa neviltis, visa ekonominė – dėl žmogaus nieko nedaroma... Kalbose tik daroma. Tas biurokratizmas. Juk Lietuva daugiau geria nei prie ruso... Ji labiau geria, kad ten prie Smetonos. Lietuva gėrė ir prie Smetonos. Mes šiauriečiai skaitomės, ir skandinavai pijokai. Ar estai, visi geriantys yra (Inf\_04).*

Antra, alkoholio vartojimas buvo susijęs su abejingumu sau ir savo aplinkai. Informantai teigė, kad nesaikingai vartodami alkoholį jie abejingai žiūrį į savo šeimos ir artimųjų problemas. Kai kuriems informantams nesaikingas alkoholio vartojimas buvo studijų nutraukimo, darbo praradimo ar šeimos iširimo priežastimi:

*Tai kokius 2–3 metus lyg ir džiaugėmės, o po to jai kantrybė trūko, o manęs įkalbinėti nereikėjo. Nes man nereikėjo daug, nes pašmonėje buvo, jei kažkas trukdo gėrimui, tai reikia viską mest, jei šeima trukdo – reikia mest, jei darbas – reikia mest (Inf\_01)...*

Nagrinęjant sveikatai žalingo gyvenimo stiliaus sąsajas su dideliais vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo rodikliais, vyrų abejingumas galėtų būti siejamas su dideliu mirtingumu dėl kai kurių išorinių mirties priežasčių: nukritimo, paskendimo, autoįvykių ir kt. Individualaus lygmens mirtingumo diferenciacijos veiksnių analizė rodo,

kad didesnė mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių rizika yra tarp ne santuokoje gyvenančių, ekonomiškai neaktyvių, žemesnį nei vidurinį išsilavinimą turinčių vyrų.

Tyrimė dalyvavusių vyrų naratyvuose buvo atskleistas stiprus gėdos jausmas. Ši emocija buvo susijusi su nevisaverčiu gyvenimu, vidiniais kompleksais, savirealizacijos trūkumu, neįgyvendintais siekais ir nuolat patiriamais nusivylimais. Dažnas nesaikingai alkoholi vartojantis vyras susidūrė su problemomis asmeninių finansų srityje, įklimpo į skolas, prarado darbą ar būstą. Nesėkmės asmeninių finansų srityje tapo prastesnių gyvenimo sąlygų priežastimi. Dalis tyrimė dalyvavusių informantų gyveno nakvynės namuose ir nenorėjo, kad apie šį jų gyvenimo faktą sužinotų artimieji ar draugai:

*Bet man gėda užsigrūzint važiuot, man labai gėda prieš tuos senus draugus, kad nusivažiavęs, kad nakvynėj (nakvynės namuose. – Aut. past.). Buvo ir geresnių laikų, paskui vėl... (Inf\_04)*

Nagrinėjant sveikatai žalingo gyvenimo stiliaus sąsajas su žemą socioekonominę poziciją užimančių vyrų patiriamų gėdos jausmu, pravartu paminėti vieno iš interakcionizmo pradininkų C. H. Cooley (1902) gėdos sampratą. Autorius teigė, kad gėdos ir pasididžiavimo jausmai yra suvokiami kaip „internalizuota emocija“, arba įsivaizduojamas savęs suvokimas kitų akimis (Cooley 1902, 152). Gėdos samprata yra platesnės „savęs veidrodyje“<sup>69</sup> koncepcijos dalis. Ši koncepcija teigia, kad individas įsivaizduoja, kaip kiti jį suvokia, ir patiria emocijas, kurios atsiranda dėl įsivaizduojamos kitų reakcijos į individą (Cooley 1902, 152). Taigi vyrų patiriamą gėdos jausmą galima interpretuoti kaip socialinių normų neatitinkančios gyvenamosios pasmerkimą visuomenės akyse. Socialinę atskirtį patiriantys vyrai suvokia, kad jų „gyvenimo projektas“ yra žlugęs, jiems nepavyko įgyvendinti visuomenėje įprasto gyvenimo modelio, susijusio su visuotinai pripažintų tikslų siekimu:

*Rytą prabundu ir vėl blogai, po to vėl užpilu, viskas nusiūgsta. Būna, geriau iš nevilties, nes jau gyvenimas – viskas... Jau nepasieksiu, ką buvau pasiekęs.<...> Jau į gyvenimą neįsikabinsiu, neįsikabinsiu (Inf\_06)...*

Visi tyrimė dalyvavę informantai susidūrė su problemomis šeimoje, kurios kilo dėl nesaikingo alkoholio vartojimo. Dauguma informantų buvo išsiskyrę arba gyveno vieni, nutraukę ryšius su artimiausiais šeimos nariais: *čia viską gėrimas padarė,*

---

<sup>69</sup> Angl. *looking-glass self* (Cooley 1902).

*čia tik dėl gėrimo, žmoną praradau, su artimais, su kitais ryšius praradau“ (Inf\_06).* Neviltis ir vienatvės baimė buvo jaučiama pasakojant apie santykius su šeima ir artimais draugais. Nesėkmės asmeninių finansų srityje, prarastas darbas ir turtas vedė vyrus į neviltį, iš kurios jie nematė jokios išeities. Informantai jautėsi bejėgiai ką nors pakeisti savo gyvenime, o dažnas iš jų dėl nenusisekusio gyvenimo kaltino patį save. Socialinėje atskirtyje atsidūrę vyrai jautėsi vieniši ir niekam nereikalingi. Kai kurie informantai prisipažino galvoję apie savižudybę:

*Norėdavau išnykti, jei manęs nemato, aš neegzistuoja, man šilta, man gera, palikit mane ramybėje... Buvo tokių minčių. Žudytis bijojau, ir dabar bijau (Inf\_03).*

*Taip, aš vienas, vienas, vienas... Nors ir su tėvais... Vienišumas. Tėvai paliko, žmona paliko. Tik su brolio žmona bendrauju. Su niekuo (Inf\_06).*

Vienatvė ir neviltis galėtų būti siejama su aukštu vidutinio amžiaus vyrų savižudybių lygiu. Daugiapakopės regresinės analizės rezultatai rodo, kad aukštas mirtingumo dėl savižudybių visų pirma turėtų būti siejamas su ekonominiais veiksniais. Individualaus lygmens mirtingumo diferenciacijos veiksnių analizė rodo, kad ekonomiškai neaktyvių ir darbo neturinčių vyrų mirtingumo rodikliai yra atitinkamai 5,23 ir 5,05 karto didesni negu dirbančių. Be to, gyvenamosios vietovės ekonominių rodiklių poveikis vyrų mirtingumo dėl savižudybių diferenciacijai taip pat buvo didelis.

Kokybinio tyrimo rezultatai rodo, kad pirminės ir antrinės socializacijos metu susiformavęs sveikatai nepalankus *habitus* ir internalizuotos alkoholio vartojimo praktikos padėjo pamatus sveikatai žalingam gyvenimo stiliui. Analizuojant naratyvus atskleista, kad neigiamos emocijos – *abejingumas, gėda, vienatvės baimė ir neviltis* – formavo sveikatai žalingas gyvensenos praktikas. Vyrai buvo abejingi artimiesiems, nesirūpino karjera, materialine gerove, finansinėmis ir sveikatos problemomis. Gėdos jausmas buvo patiriamas dėl žemos socioekonominės pozicijos, sužlugdytos šeimos, paliktų vaikų, neišsipildžusių lūkesčių, prarasto darbo ir turto. Vienatvės baimė buvo jaučiama vyrams pasakojant apie santykius su šeima ir kitais artimais žmonėmis, o neviltis – kalbant apie asmeninių finansus ir ateities perspektyvas.

### **3. 3. 2. Socioekonominio statuso ir sveikatai žalingo gyvenimo stiliaus sąsajos**

Nagrinėjant socioekonominio statuso ir sveikatai žalingo gyvenimo stiliaus sąsajos buvo pasirinkta kintamųjų atitikties analizės metodika. Pasitelkus šią metodiką, buvo atlikta vyrų gyvensenos praktikų ir socioekonominių pozicijų sąsajų analizė.

Buvo daroma prielaida, kad sveikatai žalingos praktikos yra reprodukuojamos per sveikatai žalingą *habitus*, kuris susiformuoja pirminės ir antrinės socializacijos metu ir priklauso nuo vyrų socioekonominio statuso.

Prieš atliekant dviejų kintamųjų atitikties analizę, buvo suformuoti trys duomenų rinkiniai, kuriuose pateikiami su sveikata susijusių praktikų dažniai pagal sociodemografinius ir socioekonominius kintamuosius: santuokinę padėtį, mokymosi metų trukmę ir ekonominį aktyvumą. Naudojant *Chi*-kvadrato kriterijų buvo nustatyta, kad visuose trijuose duomenų rinkiniuose egzistuoja stipri priklausomybė tarp kintamųjų, o gautos *Chi*-kvadrato kriterijaus reikšmės yra statistiškai reikšmingos (6 lentelė). Vadinas, šiuos duomenis galima analizuoti taikant atitikties analizės metodą.

**6 lentelė.** Paprastosios atitikties analizė rezultatų pagrindiniai rodikliai<sup>70</sup>

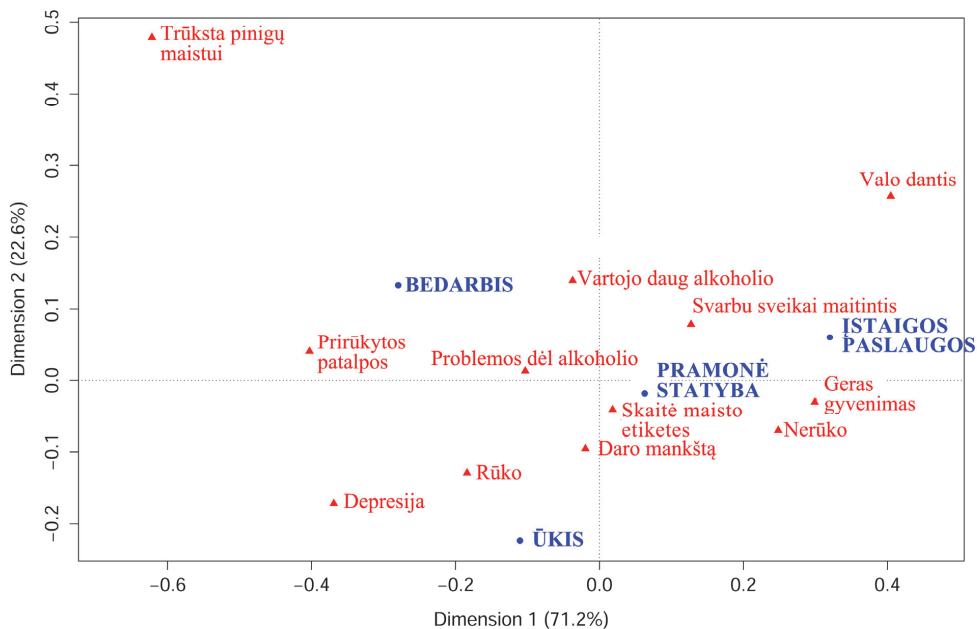
Socioekonominis veiksnys	Dimensija	Tikrinė reikšmė	Paaškinamos variacijos dalis, proc.	<i>Chi</i> -kvadratas	<i>p</i> reikšmė
Santuokinė padėtis	1	0,02999	78,89	51,01	0,0004
	2	0,00803	21,11		
Mokymosi metų trukmė	1	0,05648	89,83	79,47	0,0000
	2	0,00639	10,17		
Ekonominis aktyvumas	1	0,05227	71,15	130,11	0,0000
	2	0,01658	22,57		
	3	0,00461	6,28		

Paprastosios atitikties analizės rezultatai rodo, kad *santuokinės padėties* duomenų rinkinyje pirmoji dimensija paašškina 78,89 proc., *mokymosi metų trukmės* duomenų rinkinyje – 89,83 proc., *ekonominio aktyvumo* duomenų rinkinyje – 71,15 proc. duomenų rinkinio variacijos. Atsižvelgiant į tai, kad šie sociodemografiniai ir socioekonominiai kintamieji darbe yra siejami su skirtingomis kapitalo formomis, dimensijas galima įvardyti atitinkamai socialiniu, kultūriniu ir ekonominiu kapitalu. Paaškinamos variacijos dalis rodo, kurią dalį informacijos išlaiko kiekviena iš dimensijų.

<sup>70</sup> Priede Nr. 17 pateikti paprastosios (dviejų kintamųjų) atitikties analizės, atliktos *R* programinio paketo *FactoMineR* išvesties lango duomenys: kiekvieno duomenų rinkinio (santuokinės padėties, mokymosi metų trukmės ir ekonominio aktyvumo) *Chi*-kvadrato reikšmė, tikrinės reikšmės ir variacijos dalis paašškina kiekvienos dimensijos, taip pat stulpelių ir eilučių svoriai (angl. *masses*), *Chi*-kvadrato atstumai iki vidutinės reikšmės (angl. *distances of points to their average*), inercijos (angl. *inertias*) ir standartinės koordinatės (angl. *standard coordinates*).

Visuose sociodemografinių ir socioekonominių kintamųjų duomenų rinkiniuose didžiausia aiškinamoji bendrosios dispersijos dalis yra pirmojoje dimensijoje, taigi ši dimensija yra reikšmingiausia interpretuojant rezultatus. Dimensijos pateiktos mažėjimo tvarka pagal paaiškinamos variacijos dalį (6 lentelė).

**Ekonominis aktyvumas ir profesinė sritis.** Atitikties analizės rezultatai rodo (19 pav.), kaip socialinėje erdvėje yra išsidėstę kintamieji, apibūdinantys ekonominį aktyvumą ir gyvenenos praktikas. Vienas iš šių praktikų galime vertinti kaip sveikatai nepalankias, kitas – priešingai. Mirtingumo diferenciacijos tyrimo individualaus lygmens kintamųjų analizė rodo, kad ekonomiškai neaktyvūs ir darbo neturintys vyrai susiduria su išaugusia bendrojo mirtingumo rizika. Atitikties analizės koordinatinių plokštumoje aplink *bedarbį* yra išsidėstę taškai, žymintys sveikatai nepalankias praktikas, susijusias su sveikatai pavojingomis darbo sąlygomis, alkoholio ir tabako vartojimu, ekonominiais sunkumais, prasta mityba. Kitoje vertikaliuos ašies pusėje matome išsidėsčius taškus, atspindinčius įstaigoje ir paslaugų sferoje dirbančio vyro sąsajas su sveikatai palankioms socialinėmis praktikomis: sveika mityba, tinkama higiena, teigiamu gyvenimo kokybės vertinimu.

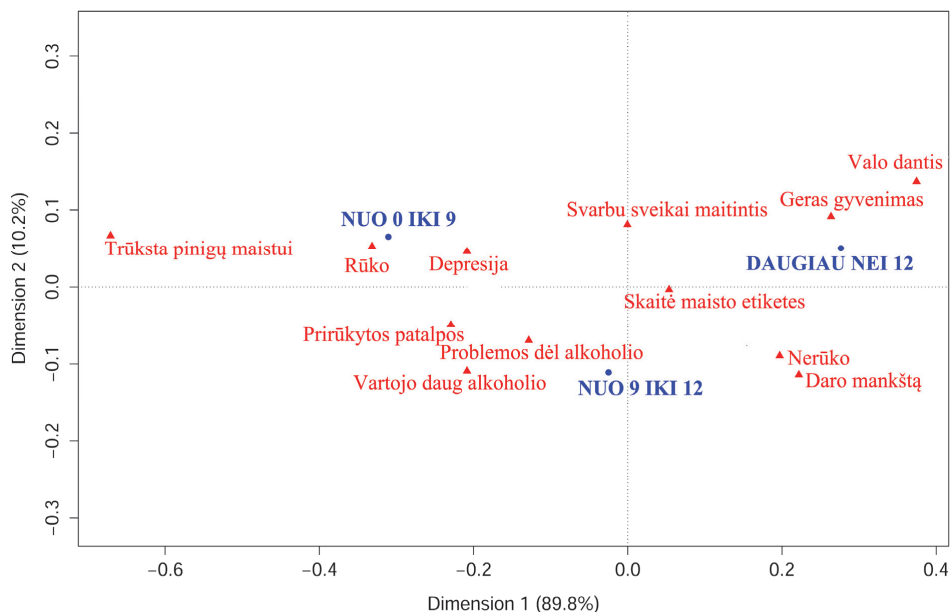


19 pav. Vidutinio amžiaus vyrų gyvenenos ir ekonominio aktyvumo sąsajos (atitikties analizės rezultatai)

Šaltinis: Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenenos tyrimas, 2014; skaičiavimai autoriaus

Taigi kairėje koordinacių plokštumos pusėje esančios socialinės praktikos yra susijusios su sveikatai žalingu *habitus*, kuris reprodukuoja sveikatai nepalankų ekonomiškai neaktyvių ir nekvalifikuotų darbininkų gyvenimo stilių. Ekonominio kapitalo trūkumas sukuria socialinei atskirčiai palankias sąlygas, kuriose kyla vis daugiau problemų siekiant užtikrinti bent minimalią gyvenimo kokybę. Išteklių, teisių ir paslaugų trūkumas neigiamai veikia socialiai atskirtų vyrų sveikatą. Dėl ekonominio kapitalo stygiaus atsirandantis negebėjimas palaikyti tvarius socialinius santykius ar dalyvauti socialinėje veikloje mažina atskirtyje esančių vyrų pasitenkinimą gyvenimu, sukelia psichosocialinį stresą, didina savižudybių riziką (pagal Tereškinas 2015, 24).

**Išsilavinimas (mokymosi metų trukmė).** Nagrinėjant vyrų išsilavinimo ir gyvenamosios praktikų sąsajas, nustatyta, kad sveikatai palankias praktikas žymintys taškai yra išsidėstę koordinacių plokštumos dešinėje pusėje, aplink tašką, žymintį ilgiausią mokymosi trukmę turinčių vyrų padėtį *socialiniame sveikatos lauke* (20 pav.). Taigi atitikties analizės rezultatai patvirtina individualaus lygmens veiksmų analizės rezultatus, rodančius, kad aukštąjį išsilavinimą turinčių vyrų mirtingumo rizika yra kelis kartus mažesnė negu žemesnį nei vidurinį išsilavinimą turinčių vyrų. Galima daryti prielaidą, kad horizontali ašis žymi kultūrinį kapitalą, kuris didėja einant šia ašimi iš kairės į dešinę.



**20 pav.** Vidutinio amžiaus vyrų gyvenamosios ir mokymosi metų trukmės sąsajos (atitikties analizės rezultatai)

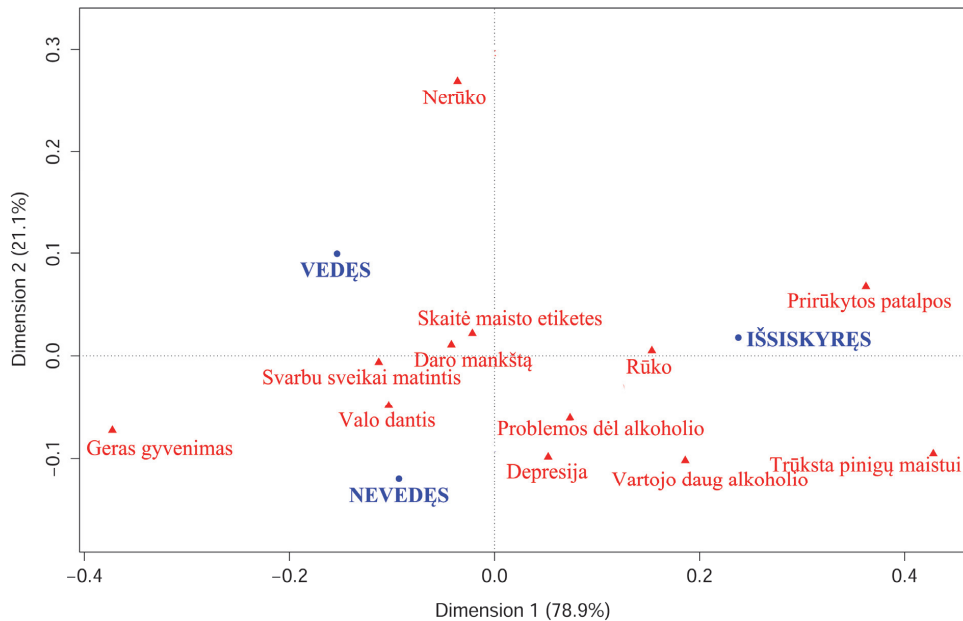
Šaltinis: *Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimas, 2014*; skaičiavimai autoriaus

Mažesniu kultūrinio kapitalu disponuojantis vyrai buvo dažniau linkę į sveikatai žalingas gyvenimo praktikas. *Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimo* rezultatai rodo, kad vyrai, kurių mokymosi trukmė buvo iki 9 metų, dažniau rūkė ir vartojo alkoholį, prastai vertino savo sveikatą ir gyvenimo kokybę, susidūrė su ekonominėmis problemomis (Grabauskas ir kt. 2015). Kaip jau buvo aptarta disertacijos teorinėje dalyje, prastesnį išsilavinimą įgiję vyrai turi mažiau žinių ir įgūdžių, reikalingų sveikai gyvenimui. Šiuolaikiniuose visuomenės sveikatos dokumentuose yra deklaruojama, kad sveikata yra kuriama kasdienėmis praktikomis, todėl būtina turėti žinių apie šių praktikų sąsajas su sveikata (WHO 1986; Leonavičius ir kt. 2014). Mažas kultūrinis kapitalas taip pat susijęs su ekonominėmis problemomis, nes žemesnį išsilavinimą turintys gyventojai uždirba mažiau, todėl disponuoja mažesniais sveikatai reikalingais ekonominiais ištekliais.

**Santuokinė padėtis.** Santuokinės padėties ir gyvenimo praktikų sąsajų analizės rezultatai rodo, kad sveikatai palankios socialinės praktikos yra išsidėsčiusios greta taško, žyminčio vedusio vyro vietą *socialiniame sveikatos lauke* (21 pav.). Galima daryti prielaidą, kad kairėje vertikaliuosios ašies pusėje esančios socialinės praktikos susijusios su didesniu socialiniu kapitalu, o dešinėje koordinatinių plokštumos pusėje vyrauja sveikatai nepalankios socialinės praktikos. Atitikties analizei naudotos dažnių lentelės reikšmės rodo, kad išskyrę vyrai dažniau negu vedę rūko ir būna prirūkytose patalpose darbe, turi problemų dėl alkoholio vartojimo. Be to, išsiskyrusių vyrų dalis, kuri įvertino savo gyvenimo kokybę labai gerai ar gerai, siekė tik 18 proc., o vedusių ir nevedusių atitinkamai 46 ir 47 proc. (Grabauskas ir kt. 2015).

Nagrinėjant santuokinės padėties ir gyvenimo praktikų sąsajas, svarbu aptarti alkoholio vartojimą kaip vieną iš didžiausių rizikų, kurios kyla iširus santuokai ar mirus sutuoktinei. Individualaus lygmens mirtingumo diferenciacijos veiksnių analizė rodo, kad mirtingumo dėl alkoholio rizika yra ypač didelė tarp našlių ir išsiskyrusių vyrų. Atitikties analizės rezultatai rodo, kad nesaikingą alkoholio vartojimą ir problemas dėl alkoholio žymintys taškai koordinatinių plokštumoje yra nedaug nutolę nuo išsiskyrusio vyro. Iš vienos pusės, sveikatai nepalankus išsiskyrusio vyro gyvenimo stilius gali būti siejamas su nutrūkusiais socialiniais ryšiais šeimoje, kurie užtikrina sveikatai palankias praktikas. Iš kitos pusės, tyrimai rodo, kad neigiamų socialinių ryšių sąsajos yra glaudžiai susijusios su piktnaudžiavimu alkoholiu. I. Tamutienė (2015) pažymi neigiamą draugų rato įtaką, su kuria susiduria socialinėje atskirtyje esantys ir alkoholiu piktnaudžiaujantys vyrai. Autorė teigia, kad išgertuvių kultūra

ar nesaikingo alkoholio vartojimo praktikos gali būti suvokiamos kaip disfunkcionalus elgesys. Dažnai vyrai neatsilaiko „socialiniam spaudimui gerti“ (Tamutienė 2015, 298), kurį patiria tapę priklausomi nuo alkoholio ir patekę į socialinę erdvę, kurioje dominuoja sveikatai žalingas gyvenimo stilius.



**21 pav.** Vidutinio amžiaus vyrų gyvenimo ir santuokinės padėties sąsajos (atitikties analizės rezultatai)

Šaltinis: *Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimas, 2014*; skaičiavimai autoriaus

Analizuojant *mikrosocialinio* lygmens vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijos veiksnius, mėginta atsakyti į klausimą, kaip galima apibrėžti sveikatai nepalankų vidutinio amžiaus vyrų *habitus*? Kartu buvo nagrinėjamas klausimas, kaip socialinė atskirtis ir skurdas yra reprodukuojami ir kaip jie veikia sveikatos nelygybės susiformavimą? Taip pat buvo nagrinėjamos sveikatai žalingo gyvenimo stiliaus ir vidutinio amžiaus vyrų socioekonominio statuso sąsajos.

Atitikties analizės rezultatai rodo, kad tiek ekonominio aktyvumo, tiek išsilavinimo, tiek santuokinės padėties kintamųjų kategorijos, pasižyminčios dideliais mirtingumo rodikliais, buvo susijusios su tomis pačiomis sveikatai nepalankiomis praktikomis: darbu kenksmingomis sąlygomis, nesaikingu alkoholio ir tabako vartojimu, prasta mityba. Taigi galima daryti prielaidą, kad sveikatai nepalankios socialinės



praktikos yra reprodukuojamos per sveikatai žalingą vidutinio amžiaus vyrų *habitus*. O sveika gyvensena galėtų būti siejama su geru išsilavinimu, sėkminga santuoka ir profesine veikla, sveikatai palankiomis gyvensenos praktikomis: subalansuota mityba, asmenine higiena, fiziniu aktyvumu.

Svarbu pažymėti, kad vienas iš pagrindinių veiksnių, susijusių su sveikatai žalingu gyvenimo stiliumi, buvo nesaikingas alkoholio vartojimas ir su tuo susijusios gyvensenos praktikos. Pažymėtina, kad šios praktikos, sukeliančios daugybę ekonominių, socialinių ir demografinių problemų, gali būti keičiamos ne tik *mikrosocialiniu*, bet ir *makrosocialiniu* lygmeniu, formuojant alkoholio prieinamumą mažinančią sveikatos politiką.

### 3. 4. Rezultatų aptarimas ir diskusija

P. Bourdieu socialinės praktikos teorijos taikymas tiek sveikatos sociologijoje, tiek sveikatos nelygybės tyrimuose yra gana naujas reiškinys, todėl šiame poskyryje yra įvertinamos pasirinkto teorinio modelio teikiamos analitinės galimybės ir probleminiai aspektai. Šiame poskyryje taip pat aptariamas mirtingumo diferenciacijos tyrimo rezultatų santykis su anksčiau atliktais tyrimais, įvertinamas metodų patikimumas ir taikytos metodikos kritiniai aspektai.

#### 3. 4. 1. Teorinio modelio vertinimas ir jo perspektyvos sveikatos nelygybės tyrimuose

Adaptavus P. Bourdieu (1984; 171) socialinės praktikos teorinį modelį mirtingumo diferenciacijos tyrimui, buvo sukurtos teorinės prielaidos susieti *makrosocialinius* veiksnius su individų gyvenimo stiliumi. Toks teorinis požiūris aktualus šiuolaikinės socialinės epidemiologijos konceptualių teorinių modelių kontekste, kuriame nagrinėjama *mikrosocialinio* ir *makrosocialinio* lygmens sąveikos problema. Vertinant šio modelio potencialą sveikatos nelygybės tyrimuose, galima teigti, kad socialinės praktikos modelis sudarė prielaidas vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijos problemą nagrinėti kaip visumą, neatsiejant sveikatai žalingo gyvenimo stiliaus nuo socialinio konteksto. Pažymėtina, kad tyrimo metu buvo nagrinėjama ir specifinio vyrų mirtingumo modelio raida platesniame istoriniame demografiniame kontekste, ir socioerdviniai mirtingumo diferenciacijos veiksniai, ir individualaus bei gyvenamosios vietovės socioekonominių veiksnių sąveika, ir sveikatai žalingos gyvensenos praktikos bei jas generuojančios suvokimo schemas.

Į mirtingumo diferenciacijos tyrimo modelį įvedus *socialinio sveikatos lauko* koncepciją sudarytos prielaidos sveikatos nelygybės problemą nagrinėti platesniame socialiniame kontekste – į analizę įtraukiant istorinius, ekonominius ir politinius nagrinėjamo *socialinio lauko* raidos aspektus. Be to, modelyje naudojamas reliacionistinis požiūris leido konkrečią sveikatos nelygybės problemą nagrinėti kaip atskirą socialinių santykių sritį, tačiau neatsietą nuo kitų *socialinių laukų* įtakos. Vyrų *socialinio sveikatos lauko* savitumas ir santykis su kitais laukais buvo atskleistas atlikus Lietuvos vyrų mirtingumo raidos ir konteksto analizę. Itin aukštas bendras vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo lygis ir šuoliška mirtingumo rodiklių kaita siejama su Lietuvos gyventojų demografinės raidos specifika, ekonominiais ir politiniais pokyčiais. Staigus vyrų mirtingumo rodiklių šuolis XX a. 10-ojo dešimtmečio pradžioje siejamas su po Sovietų Sąjungos griuvimo vykusiais pokyčiais *ekonominiame* ir *politiniame laukuose*. Mirtingumo rodiklių mažėjimas XX a. 9-ojo dešimtmečio viduryje ir XXI a. 1-ojo dešimtmečio pabaigoje siejami su alkoholio kontrolės politikos pokyčiais, sumažiniais alkoholio prieinamumą. Taigi skirtingos socialinės erdvės yra tarpusavyje susijusios, todėl pokyčiai vykstantys kituose *socialiniuose laukuose* turi įtakos vidutinio amžiaus vyrų *socialiniam sveikatos laukui*.

*Socialinis sveikatos laukas* tyrime yra interpretuojamas kaip su sveikata susijusių gyvensenos „praktikų arena“ (Walther 2013; Chudzikowski, Mayrhofer 2011). Atliekant tyrimą daroma prielaida, kad skirtingų sociodemografinių ir socioekonominių grupių vyrai veikia *socialiniame sveikatos lauke* turėdami skirtingą kapitalą ir skirtingus *habitus*, nuo kurių sąveikos su lauku ir priklauso jų gyvenimo stilius. Šiuolaikinėje visuomenėje sveika gyvensena yra susijusi ne tik su palankiomis materialinėmis gyvenimo sąlygomis, bet ir su tikslinga sveikatos stiprinimo veikla<sup>71</sup>. Taigi keičiantis požiūriui į sveikatą, ji imama suvokti kaip vienas iš pagrindinių visuomenės gerovei užtikrinti reikalingų resursų, todėl ypatingas dėmesys skiriamas tikslingam sveikatos stiprinimui ir sveikai gyvensenai (WHO 1986). Šis procesas demografinėje literatūroje nagrinėjamas pasitelkiant sveikatos perėjimų (Vallin, Meslé 2004) koncepciją, o sveikatos sociologijoje įvardijamas kaip trečioji visuomenės sveikatos revoliucija<sup>72</sup> (Potvin ir kt. 2007).

<sup>71</sup> Angl. *health promotion*.

<sup>72</sup> Pirmoji ir antroji visuomenės sveikatos revoliucijos buvo siejamos atitinkamai su visuomenės sveikatos laimėjimais gydant infekcines ir lėtines ligas (Potvin ir kt. 2007; Leonavičius ir kt. 2014).

Mirtingumo diferenciacijos tyrimo rezultatai rodo, kad mažiau išsilavinę, ekonomiškai neaktyvus, gyvenantys ne santuokoje vyrai susiduria su didesne mirtingumo rizika. Tyrime naudojami individualaus lygmens kintamieji yra siejami su skirtingomis P. Bourdieu (1986) išskirtomis kapitalo rūšimis. Gyvensenos tyrimo rezultatai parodė, kad bedarbiai buvo dažniau linkę į tokias gyvensenos praktikas kaip alkoholio vartojimas, rūkymas ir prasta mityba. Jie dažniau teigė sirgę depresija, prasčiau vertino savo gyvenimo kokybę. Nors bedarbystė yra susijusi ir su socialinio kapitalo praradimu, pavyzdžiui, ryšių su bendradarbiais ar draugais nutrūkimu, skyrybomis, tačiau ekonominio aktyvumo kintamasis labiausiai atspindi ekonominį kapitalą, nes yra tiesiogiai susijęs su individų finansiniais ištekliais. Atsižvelgiant į tai, kad mirtingumo rodiklių skirtumai skirtingose ekonominio aktyvumo grupėse buvo didžiausiai, galima daryti išvadą, kad bedarbystė yra vienas iš socioekonominių veiksnių, labiausiai susilpninančių vyrų poziciją *socialiniame sveikatos lauke*.

Aptariant socialinės teorijos taikymo mirtingumo diferenciacijai tirti metodologinius aspektus, reikėtų įvertinti naudojamų rodiklių validumą. Akivaizdu, kad vyrų ekonominis aktyvumas yra susijęs su jų disponuojamu ekonominiu kapitalu. Tačiau norint visapusiškai įvertinti ekonominį kapitalą ateities tyrimuose būtų tikslinga įtraukti tokius rodiklius kaip pajamos, turtas ar valdomo būsto tipas. Vis dėlto reikėtų atsižvelgti ir į šiame tyrime naudojamą duomenų šaltinį – gyventojų surašymo duomenis, kurie suteikia ribotą informaciją apie gyventojų sukauptą ekonominį kapitalą. Taigi siekiant išsamesnės informacijos apie vyrų ekonominį kapitalą, būtų galima naudoti atrankinių tyrimų duomenis, tačiau tokiu atveju mažėtų tyrimo reprezentatyvumas.

Socialinio kapitalo sąsajų su vyrų sveikata analizei naudotas santuokinės padėties kintamasis, siejamas su socialiniais ryšiais, kuriuos užtikrina santuoka ir šeima. Kokybinio tyrimo rezultatai atskleidė, kad dažnas socialinėje atskirtyje atsidūręs ir problemų dėl alkoholio turintis vyras, buvo nutraukęs ryšius su artimiausiais. Dėl prarastos šeimos ir nutrukusių santykių su vaikais, vyrai teigė jaučiantis nusivylimą gyvenimu, vieatvės baimę ir savigraužą. Neigiamos vyrų emocijos ir žema jų savivertė sudarė palankias sąlygas sveikatai žalingoms praktikoms, pavyzdžiui, nesaugiam alkoholio vartojimui. Individualaus lygmens veiksnių analizės rezultatai rodo, kad mirtingumo diferenciacija skirtingose santuokinės padėties kategorijose yra didžiausia nagrinėjant mirtingumą dėl alkoholio. Svarbu pažymėti, kad geresnė susituokusių vyrų sveikata gali būti siejama ir su ekonominiu kapitalu, kurį užtikrina

palankesnė santuokoje gyvenančių vyrų finansinė padėtis. Taigi galima daryti išvadą, kad ne santuokoje gyvenantys vyrai buvo sukaukę mažesnę socialinį kapitalą, todėl nevedusių ir išsikyrusių vyrų pozicija socialiniame sveikatos lauke buvo ne tokia palanki kaip vedusių.

Nagrinėjant kritinius P. Bourdieu socialinės praktikos teorinio modelio taikymo aspektus, reikėtų aptarti *socialinio sveikatos lauko* ribų klausimą. Iš pirmo žvilgsnio gali susidaryti įspūdis, kad *socialinis sveikatos laukas* tyrime apibrėžiamas remiantis vien tik „objektui būdingomis savybėmis“, o toks laukas, pasak P. Bourdieu, galėtų būti laikomas „primestinais sukonstruotu“ (Bourdieu, Wacquant 2003, 131). Atrodytų, kad socialinėje atskirtyje esantys vyrai mažai dalyvauja tikslinėje sveikatos stiprinimo veikloje, jie tikslingai nepraktikuoja sveikos gyvensenos, todėl atsiduria už *socialinio sveikatos lauko* ribų. Tačiau socialinio lauko ribos baigiasi ten, kur baigiasi lauko veikmė (Bourdieu, Wacquant 2003, 134–135), o žemą socioekonominį statusą užimantys vyrai vis tiek yra veikiami lauko. *Socialinio sveikatos lauko* veikimas šiame tyrime matuojamas pasitelkiant gyventojų mirtingumo rodiklius. Šių rodiklių sociodemografiniai ar socioekonominiai skirtumai rodo, kad socialinėje atskirtyje esančios grupės susiduria su sveikatos problemomis. Kitaip tariant, individai veikia pagal socialiniame lauke galiojančias „žaidimo“ taisykles, šios taisyklės lemia individų sveikatos skirtumus. Taigi *socialinis sveikatos laukas* galėtų būti priskirtas tokiems laukams, kurių veikimas yra labai platus – kaip, pavyzdžiui, *ekonominis laukas*, kurio dalyviais iš esmės tampa visi šiuolaikinės visuomenės individai.

Atliekant mirtingumo diferenciacijos veiksnių analizės empirinį tyrimą, kuris remiasi adaptuota P. Bourdieu (1984, 171) gyvenimo sąlygų, *habitus* ir gyvenimo stiliaus sąveikos schema (žr. 2 pav.), buvo nagrinėjami ir *mikrosocialinio* lygmens veiksniai. Ši analizė atlikta kaip bandomasis tyrimas<sup>73</sup>, siekiant parodyti nuoseklus P. Bourdieu teorinio modelį taikymo potencialą sveikatos nelygybės tyrimuose. Taigi ateityje, siekiant visapusiškai ištirti vidutinio amžiaus vyrų sveikatos nelygybės problemą Lietuvoje, būtų tikslinga atlikti išsamų sveikatai žalingą vyrų gyvenimo stilių sąlygojančių *mikrosocialinio* lygmens veiksnių tyrimą.

Tyrimo metu sveikatai žalingas vidutinio amžiaus vyrų *habitus* buvo nagrinėjamas per socialinėje atskirtyje esančių, žemo socioekonominio statuso vyrų suvokimo prizmę. Tačiau sveikatai žalingos praktikos yra paplitusios ir kitose vidutinio

---

<sup>73</sup> Angl. *pilot study*.

amžiaus vyrų grupėse. Gyvensenos tyrimo rezultatai rodo (Grabauskas et al. 2015), kad sveikatai žalingos praktikos yra dažnesnės tarp kaimo gyventojų, tai patvirtina ir didesni kaime gyvenančių vyrų bendrojo mirtingumo rodikliai. Svarbu pažymėti, kad nevedusių vyrų grupė, pasižyminti didesne mirtingumo rizika, nėra homogeniška. Pavyzdžiui, tarp 30–49 metų amžiaus vyrų sveikatai žalingų praktikų paplitimas tarp nevedusių vyrų yra panašus kaip ir tarp vedusių. Taigi tiek nagrinėjant sveikatai žalingas vidutinio amžiaus vyrų praktikas, tiek nagrinėjant sveikatai palankias praktikas, ateities tyrimuose galima išskirti daugiau *habitus* rūšių, būdingu skirtingoms socioekonominėms ir sociodemografinėms vyrų grupėms.

### ***3. 4. 2. Tyrimo rezultatų santykis su kitų tyrėjų darbais, taikytų metodų privalumai ir kritiniai aspektai***

Disertacijos tyrimo metu atliktos socioerdvinės analizės rezultatai iš dalies patvirtino ankstesnių tyrimų rezultatus (Grigoriev ir kt. 2016), kuriuose užfiksuotas aukšto mirtingumo lygio dėl alkoholio vartojimo savivaldybių klasteris Pietryčių Lietuvoje. Be to, užfiksuoti aukšto savižudybių lygio klasteriai Šiaurės Rytų ir Pietų Lietuvoje. Nors Lietuvos vyrų mirtingumo diferenciacijos problemos plačiai nagrinėjamos, žinių apie gyvenamosios vietovės socioekonominių veiksnių sąsajas su mirtingumo diferenciacija iki šiol nebuvo. Pažymėtina, kad kitose šalyse šiai temai skirtų mirtingumo diferenciacijos tyrimų taip pat nėra daug, o atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad gyvenamosios vietovės socioekonominių veiksnių ryšys su mirtingumo diferenciacija yra silpnas (Pickett, Pearl 2001; Martikainen ir kt. 2003; 2004).

Disertacijos tyrimo metu atliktos daugiapakopės regresinės analizės rezultatai atskleidė, kad individualaus lygmens veiksnių poveikis mirtingumo diferenciacijai Lietuvoje buvo didesnis negu gyvenamosios vietovės veiksnių. Svarbu pažymėti, kad užfiksavus visus individualaus lygmens kintamuosius, gyvenamosios vietovės veiksnių sąsajos su vyrų mirtingumo skirtumais susilpnėdavo arba tapdavo statistiškai nereikšmingos. Taigi aukštas kai kuriose savivaldybėse gyvenančių vyrų mirtingumo lygis buvo labiau susijęs su tyrimo imties sociodemografinė ir socioekonominė struktūra, negu su pačios savivaldybės socioekonominiais rodikliais.

Daugiapakopės regresinės analizės rezultatai rodo, kad mirtingumo dėl savižudybių sąsajos su gyvenamosios vietovės socioekonominiais rodikliais yra didžiausios, palyginti su kitomis mirties priežasčių grupėmis. Savivaldybėse, kuriose socioekonominė aplinka buvo nepalanki – didelis nedarbo lygis, santykinai mažas vidutinis

atlyginimas, žemesnis gyventojų išsilavinimo lygis, didesnė žemos kvalifikacijos darbuotojų dalis, – savižudybių lygis buvo aukštesnis. Ši tendencija išliko ir užfiksuotas individualaus lygmens kintamuosius. Pažymėtina, kad disertacijos tyrimo metu nebuvo nagrinėta, kodėl gyvenamosiose vietovėse, kurių socioekonominiai rodikliai yra prastesni, savižudybių lygis buvo didesnis. Galima daryti prielaidą, kad nepalanki socioekonominė aplinka gali turėti poveikį savižudybių lygiui per aukštą psichosocialinio streso lygį (Martikainen ir kt. 2004). Beje, Jenni Blomgren ir Tapani Valkonen atliktas tyrimas (2007) rodo, kad prasti gyvenamosios vietovės socioekonominiai rodikliai didesnę neigiamą poveikį turi socialiai atskirtų ar žemo socioekonominio statuso grupių, pavyzdžiui, ilgalaikių bedarbių, mirtingumui.

Vertinant tyrimo rezultatus, reikia atkreipti dėmesį į pasirinktos metodologijos ribotumus. Nagrinėjant gyvenamosios vietovės veiksnių sąsajas su mirtingumo diferenciacija, naudotas administracinis vienetas – savivaldybė – apima skirtingas teritorijas, kuriose gyventojų skaičius gana stipriai varijuoja. Nors analizėje naudoti santykiniai mirtingumo rodikliai, jie atspindi labai skirtingą gyventojų skaičių turinčias gyvenamąsias vietoves. Taigi ateityje, nagrinėjant skirtingų veiksnių sąsajas su mirtingumo diferenciacija, į modelį būtų tikslinga įtraukti ir daugiau lygmenų, pavyzdžiui, seniūnijos ar namų ūkio socioekonominius rodiklius. Be to, atsižvelgianti į tai, kad analizuojant individualaus lygmens mirtingumo diferenciacijos veiksnius buvo užfiksuoti itin dideli ekonomiškai neaktyvių vyrų mirtingumo rodikliai, būtų tikslinga įvertinti gyvenamosios vietovės socioekonominių veiksnių sąsajas su socialinėje atskirtyje esančių grupių mirtingumo diferenciacija.

Tiek nagrinėjant individualaus lygmens veiksnių, tiek gyvenamosios vietovės socioekonominių veiksnių sąsajas su vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacija, ekonominių veiksnių poveikis mirtingumo rodiklių skirtumams buvo didžiausiais, palyginti su kitais veiksniais. Užfiksuotus visus individualaus lygmens kintamuosius, bendrojo mirtingumo rizikos rodiklių skirtumai pagal gyvenamosios vietovės ekonominius veiksnius sumažėdavo arba tapdavo statistiškai nereikšmingi. Nors individualiu ir gyvenamosios vietovės lygmeniu ekonominių veiksnių poveikis mirtingumo diferenciacijai skiriasi, galima daryti išvadą, kad ekonominiai veiksniai buvo patys svarbiausi formuojantis vidutinio amžiaus vyrų sveikatos nelygybei Lietuvoje.

Kitas svarbus klausimas yra susijęs su gyvenamosios vietovės socioekonominiais veiksniais ir jiems naudojamų savivaldybių socialinių ir ekonominių rodiklių validumu. Užsienio tyrėjai, nagrinėdami pilietinio aktyvumo ir socialinės sanglaudos

sąsajas su gyventojų mirtingumo diferenciacija, naudoja rinkėjų aktyvumo rodiklius (Martikainen ir kt. 2003; Martikainen ir kt. 2004). Disertacijos tyrimo rezultatai rodo, kad mirtingumo lygis beveik visose nagrinėtose mirties priežasčių grupėse yra aukštesnis tuose regionuose, kuriuose rinkėjų aktyvumas yra didesnis. Nagrinėjant skirtingų sociodemografinių Lietuvos gyventojų grupių rinkiminę elgseną buvo prieita prie išvados, kad didelis tam tikrų regionų rinkėjų aktyvumas galėtų būti siejamas ne su pilietinio aktyvumo lygiu, bet su vienos partijos gebėjimu sutelkti elektoratą (Ramonaitė 2014; Jurkynas 2014). Taigi rinkėjų aktyvumo rodikliai, nagrinėjant juos kaip Lietuvos gyventojų pilietinio aktyvumo lygio indikatorių, turėtų būti vertinami labai atsargiai.

Vertinant pasirinktos daugiapakopės regresinės analizės tinkamumą nagrinėti sveikatos nelygybės problemas, reikėtų pažymėti šio metodo teikiamas galimybes taikyti sociologines prieigas. Daugiapakopės analizės metodas leido vertinti skirtingų socialinių lygmenų veiksnius ir jų tarpusavio sąsajas. Tai atvėrė galimybę atskleisti sudėtingus sveikatos nelygybės susiformavimo mechanizmus ir jų priežastis, integruojant *makrosocialinį* ir *mikrosocialinį* lygmenis nagrinėjančias sveikatos nelygybės teorijas.

## IŠVADOS

1. Pastaraisiais dešimtmečiais, augant sveikatos nelygybės lygiui Lietuvoje ir kitoje Europos Sąjungos šalyse, didėjo patikimų mokslinių tyrimų, kuriuose būtų nagrinėjama įvairių sveikatos nelygybės veiksnių sąveika, poreikis. Atsižvelgiant į šią problemą, šiuolaikinių sveikatos nelygybės tyrimų lauke yra atliekama vis daugiau epidemiologinių tyrimų, kuriose nagrinėjami skirtingi mirtingumo diferenciacijos veiksnių lygmenys. Vis dėlto teorinių modelių, nagrinėjančių *mikrosocialinio* ir *makrosocialinio* lygmens sveikatos veiksnių sąveiką, trūkumas yra laikomas viena iš pagrindinių šio tyrimų lauko problemų.
2. Naudojant daugiapakopės regresinės analizės metodiką, buvo įvertinti skirtingų socialinių lygmenų mirtingumo diferenciacijos veiksniai ir jų tarpusavio sąsajos. Tyrimo rezultatai atskleidė socioekonominius mirtingumo diferenciacijos skirtumus tiek individualiu lygmeniu, tiek gyvenamosios vietovės lygmeniu. Siekiant išsamiau atskleisti sveikatos nelygybės priežastis, ateityje į daugiapakopę analizę rekomenduojama įtraukti papildomus socioekonominių veiksnių lygmenis (šeimos, namų ūkio ar seniūnijos).
3. Mirtingumo diferenciacijos tyrimo metu gauti unikalūs Lietuvos gyventojų surašymo duomenimis paremti rezultatai. Naudojant susietus gyventojų surašymo ir mirčių registro duomenys buvo atlikta visos populiacijos lygmens mirtingumo diferenciacijos socioekonominių veiksnių analizė. Atsižvelgiant į tai, kad naudojant susietų demografinių duomenų bazių informaciją gauti itin tikslūs ir reprezentatyvūs gyventojų mirtingumo diferenciacijos rodikliai, ateityje rekomenduojama kurti naujas ir tobulinti esamas demografinių bei gyventojų sveikatos duomenų bazes, ir užtikrinti šių duomenų pasiekiamumą mokslo tikslams.
4. Per pastaruosius 50 metų Lietuvos vyrų mirtingumo raida iš kitų Europos Sąjungos šalių išsiskyrė dideliais vyrų mirtingumo rodikliais ir šuoliška mirtingumo lygio kaita. Taikant dekompozicinės analizės metodiką nustatyta, kad pastarųjų dešimtmečių Lietuvos vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčiai buvo stipriausiai veikiami mirtingumo pokyčių vidutinio amžiaus vyrų (30–59 metų) grupėje, kurioje užfiksuoti itin dideli mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių, kraujotakos sistemos ligų, savižudybių ir alkoholio vartojimo rodikliai. Didelis



vyrų mirtingumas dėl šių mirties priežasčių grupių išlieka pagrindine mažos Lietuvos vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės priežastimi.

5. Socioerdvinės analizės rezultatai parodė, kad Pietryčių Lietuvoje išlieka specifinis vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo modelis, užfiksuotas per ankstesnius tyrimus. Šiam modeliui būdingi dideli mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių ir alkoholio vartojimo rodikliai. Aukštas Pietryčių Lietuvoje gyvenančių vyrų mirtingumo lygis galėtų būti siejamas su nepalankia regiono socioekonominė situacija, kurią lėmė istorinės, politinės ir geografinės aplinkybės.
6. Daugiapakopės regresinės analizės rezultatai parodė, kad didžiausią įtaką vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijai tiek individualiu lygmeniu, tiek gyvenamosios vietovės lygmeniu turėjo ekonominiai veiksniai. **Tai patvirtino trečiąjį ginamąjį teiginį.** Ekonomiškai neaktyvūs ir darbo neturintys vyrai susidūrė su sveikatos problemomis, susijusiomis su prastu būstu, nesaugia gyvenamąja aplinka, prasta mityba, nepakankamu fiziniu aktyvumu, pavojingomis darbo sąlygomis, medicinos paslaugų neprieinamumu. Taigi mažas ekonominis kapitalas negalėjo užtikrinti palankios pozicijos *socialiniame sveikatos lauke*. Kokybinio tyrimo rezultatai atskleidė, kad žemą socioekonominį statusą turintys vyrai susidūria su psichosocialiniu stresu, kylančiu dėl socialinės įtampos namuose ar darbe, nepateisintų visuomenės ar šeimos lūkesčių.
7. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad didesnė nevedusių ir išsiskyrusių vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo rizika gali būti siejama su šių socialinių grupių sveikatai žalingu gyvenimo stiliumi. Atitikties analizės rezultatai parodė, kad išsiskyrę vyrai dažniau rūkė ir dirbo prirūkytose patalpose, prastai maitinosi, susidūrė su problemomis dėl alkoholio vartojimo. Išsiskyrę vyrai buvo labiau linkę į sveikatai žalingas gyvensenos praktikas, todėl galima daryti prielaidą, kad skyrybos, nutrūkę socialiniai ryšiai su artimaisiais, yra susiję su padidėjusia mirtingumo rizika. Tačiau skyrybos taip pat gali tapti sveikatai žalingo gyvenimo stiliaus pasekme. Kokybinio tyrimo rezultatai atskleidė, kad problemos šeimoje kildavo dėl nesaikingo alkoholio vartojimo ir baigdavosi skyrybomis.
8. Daugiapakopės analizės rezultatai rodo, kad individualaus lygmens socioekonominių veiksnių poveikis vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijai yra didesnis negu gyvenamosios vietovės socioekonominių veiksnių. Gauti rezultatai

sutampa su kitose šalyse atliktų panašių tyrimų rezultatais ir **patvirtina antrąjį disertacijos ginamąjį teiginį**, kuris teigia, kad priklausymas tam tikrai socioekonominėi grupei (pavyzdžiui, bedarbiams), labiau padidina vyrų bendrojo mirtingumo riziką negu gyvenimas socialiai ar ekonomiškai nepalankioje vietovėje (pavyzdžiui, savivaldybėje, kurioje aukštas nedarbo lygis). Taigi galima daryti prielaidą, kad socialinės politikos priemonės, skirtos mažinti bendrąjį vidutinio amžiaus vyrų mirtingumą, turėtų būti dažniau kreipiamos į socioekonominių mirtingumo rizikos grupių gyvenimo sąlygų gerinimą, o ne probleminių vietovių socioekonominės aplinkos gerinimą.

9. Aukštesnis vidutinio amžiaus vyrų savižudybių lygis užfiksuotas tose vietovėse, kuriose didesnę dalį populiacijos sudarė žemesnio išsilavinimo ir mažesnes pajamas gaunantys gyventojai. Svarbu pažymėti, kad šiose savivaldybėse į aukšto savižudybių lygio rizikos grupes pateko tiek socialinėje atskirtyje esančios vidutinio amžiaus vyrų grupės, tiek socialiai privilegijuotos (aukštojo išsilavinimo, ekonomiškai aktyvių, vedusių vyrų). Gauti rezultatai patvirtino kitose šalyse atliktų tyrimų rezultatus, rodančius stiprų ryšį tarp nepalankių gyvenamosios vietovės socioekonominių rodiklių ir aukšto savižudybių lygio.
10. Kokybinio tyrimo metu buvo rekonstruotas nesaikingai alkoholi vartojančių vyrų *habitus*, kuris per suvokimą ir praktikas generuojančias sistemas formavo sveikatai žalingą gyvenimo stilių. Naratyvų analizė atskleidė, kad nesaikingo alkoholio vartojimo praktikos internalizuojamos pirminės ir antrinės socializacijos metu – šeimos, draugų ir profesinėje aplinkoje. Nagrinėjant socialinės aplinkos ir sveikatai žalingų praktikų sąsajas, buvo pasitelkta vyrų naratyvuose atsispindinčių emocijų analizė. Analizės metu atskleistos keturios pagrindinės emocijos – *abejingumas, gėda, vienatvės baimė ir neviltis* – kurios formavo sveikatai žalingas vyrų gyvenimo stiliaus sąsajas su socioekonominiu statusu. Reliacionistinė prieiga lei-
11. Disertacijos tyrimo metu sukurtas mirtingumo diferenciacijos tyrimo modelis, kuriame P. Bourdieu socialinės praktikos teorija derinama su socialinės epidemiologijos bei demografijos metodais, leido įvairiapusiškai įvertinti skirtingus vidutinio amžiaus vyrų sveikatos nelygybės problemos aspektus: socioerdvinius mirtingumo skirtumus, mirtingumo diferenciacijos sąsajas su individualaus lygmens ir gyvenamosios vietovės socioekonominiais veiksniais, sveikatai žalingo gyvenimo stiliaus sąsajas su socioekonominiu statusu. Reliacionistinė prieiga lei-

do atlikti mirtingumo diferenciacijos veiksnių analizę platesniame istoriniame ir socialiniame kontekste. Taigi tyrimo rezultatai **leido patvirtinti pirmąjį disertacijos ginamąjį teiginį**, kuriame tvirtinama, kad P. Bourdieu teorija paremtas teorinis modelis, yra tinkamas atskleisti vidutinio amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijos veiksnių sąsajoms su sveikatai žalingu gyvenimo stiliumi.

12. Taikant P. Bourdieu socialinės praktikos teorinį modelį, į mirtingumo diferenciacijos empirinį tyrimą buvo įtraukta *mikrosocialinio* lygmens veiksnių analizė, kuri remiasi antriniais kitų tyrimų duomenimis. Atliktas bandomasis tyrimas papildė daugiapakopę mirtingumo diferenciacijos veiksnių analizę ir išryškino nuoseklų P. Bourdieu teorinio modelio taikymo potencialą sveikatos nelygybės tyrimuose. Išsami sveikatai žalingo vyrų gyvenimo stiliaus analizė galėtų būti atlikta plėtojant šią tyrimų kryptį ateityje.

## LITERATŪRA

1. Abel T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(7): e13.
2. Abel T., Frohlich K. L. (2012). Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine*, 74(2): 236–44.
3. Acheson D. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report*. London: The Stationery Office.
4. Adamson J. A., Ebrahim S., Hunt K. (2006). The psychosocial versus material hypothesis to explain observed inequality in disability among older adults: data from the West of Scotland Twenty-07 Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60: 974–980.
5. Aguonytė V., Valentienė J., Nedzinskienė L., Beržanskytė A., Zolubienė E. (2013). Vyresnio amžiaus asmenų sveikatos netolygumai. Literatūros apžvalga. *Visuomenės sveikata*, 4(63): 13–19.
6. Andreev E. M., Shkolnikov V. M. (2012). *MPIDR Technical Report, TR-2012-002*, An Excel spreadsheet for the decomposition of a difference between two values of an aggregate demographic measure by stepwise replacement running from young to old ages. Rostock, Max Planck Institute for Demographic Research.
7. Bartaševičiūtė L., Janutėnienė B., Šimaitis A., Šulienė D., Krivelienė G. (2011). Valstybės alkoholio ir tabako kontrolės programų vykdymo patirties analizė ir efektyvių priemonių, orientuotų į rezultatą, siūlymai. *Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2011. Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados*. Vilnius.
8. Bartley M., Owen C. (1996). Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973–93. *British Medical Journal*, 313(7055): 445–9.
9. Bendixen M. (2003). A Practical Guide to the Use of Correspondence Analysis in Marketing Research. *Marketing Bulletin*, 14, Technical Note 2.
10. Benošis A., Žukauskas G. P. (2008). Kai kurios susijusios su alkoholio vartojimu, mirties priežastys tarp pagyvenusių žmonių. *Sveikatos mokslai*, 1: 1499–1506.
11. Ben-Shlomo Y., Kuh D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31: 285–93.
12. Bertley M., Owen C. (1996). Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973-93. *British Medical Journal*, 313: 445-9.
13. Bird C. E.; Conrad P., Fremont A. M., T immermans S. (Eds.). (2010). *Handbook of Medical Sociology. Sixth Edition*. Nashville: Vanderbilt University Press.

14. Blane D. (1985). An assessment of the Black Report's explanations of health inequalities. *Sociology of Health and Illness*, 7(3): 423–445.
15. Blomgren J., Martikainen P., Grundy E., Koskinen S. Marital history 1971–91 and mortality 1991–2004 in England & Wales and Finland (2010). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(1): 30–6.
16. Blomgren J., Martikainen P., Mäkelä P., Valkonen T. (2004). The effects of regional characteristics on alcohol-related mortality – a register-based multilevel analysis of 1.1 million men. *Social Science & Medicine*, 58(12): 2523–2535.
17. 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.
18. Bourdieu P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge and New York: Cambridge Univ Press.
19. Bourdieu P. (1984). *Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste*. London: Routledge.
20. Bourdieu P. (1986). The forms of capital. *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Ed. Richardson J. New York: Greenwood.
21. Bourdieu P. (1987). What Makes a Social Class? On The Theoretical and Practical Existence Of Groups. *Berkeley Journal of Sociology* 32: 1–17.
22. Bourdieu P. (1989). Social Space and Symbolic Power. *Sociological Theory*, 7(1): 14–25.
23. Bourdieu P. (1990). *The logic of practice*. Stanford: Stanford University Press.
24. Bourdieu P. (1991). *Language and Symbolic Power*. Polity Press.
25. Bourdieu P. ir kt. (1999). *The Weight of the World: Social Suffering in Contemporary Society*. Stanford: Stanford University Press.
26. Bourdieu P., Wacquant L. J. D. (2003) [1992]. *Įvadas į refleksyviają sociologiją*. Vilnius: Baltos lankos.
27. Brierley-Jones L., Ling J., McCabe K. E., Wilson G. B., Crosland A., Kaner E. F. S., Haighton C. A. (2014). Habitus of home and traditional drinking: a qualitative analysis of reported middle-class alcohol use. *Sociology of Health & Illness*, 36: 1054–1076.
28. Brimblecombe N., Dorling D., Shaw M. (2000). Migration and geographical inequalities in health in Britain. *Social Science & Medicine*, 50: 861–878.
29. Burneika D., Ubarevičienė R., Pociūtė G., Kriaučiūnas E. (2013). The Impact of Vilnius City on the Transformation Trends of the Sparsely Populated EU East Border Region. *Ethnicity studies, Ethnicity in southeastern Lithuania: between history and current social processes*, 2013/2: 49–68.
30. Burrows S., Laflamme L. (2010). Socioeconomic disparities and attempted suicide: state of knowledge and implications for research and prevention. *International journal of injury control and safety promotion*, 17: 23–40.

31. Carlson E., Hoffmann R. (2011). The State Socialist Mortality Syndrome. *Population Research and Policy Review*, 30: 355–379.
32. Carpiano R. M. (2006). Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: Can Bourdieu and sociology help? *Social Science & Medicine*, 62(1): 165–75.
33. Carrigan T., Connell R., Lee J. (1985). Towards a New Sociology of Masculinity. *Theory and Society*, 14(5): 551–604.
34. Chenet L., Britton A., Kalėdienė R., Petrauskienė J. (2001). Daily Variations in Deaths in Lithuania: the Possible Contribution of Binge Drinking. *International Journal of Epidemiology*, 30: 743–748.
35. Chudzikowski K., Mayrhofer W. (2011). In search of the blue flower? Grand social theories and career research: The case of Bourdieu's Theory of Practice. *Human Relations*, 64(1): 19-36.
36. Cockerham W. C. (1995). *Medical Sociology*. Prentice Hall, New Jersey.
37. Cockerham W. C. (2005). Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46: 51–67.
38. Cockerham W. C. (2007a). *Medical Sociology*, 10th Edition, Pearson Prentice-Hall.
39. Cockerham W. C. (2007b). *The social causes of health and disease*. – Cambridge: Polity Press.
40. Cockerham W. C. (2008). *Social Causes of Health and Disease*. Cambridge: Polity.
41. Cockerham W. C. (2013). Bourdieu and an update of health lifestyle theory. *Medical Sociology on the Move. New Directions in Theory*. Ed. William C. Cockerham. Springer Science+Business Media Dordrecht.
42. Cockerham W. C., Abel T., Thomas, Luschen G. (1993). Max Weber, Formal Rationality, and Health Lifestyles. *Sociological Quarterly*, 34: 413–435.
43. Cockerham W. C., Rutten A., Abel T. (1997). Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving Beyond Weber. *Sociological Quarterly*, 38: 321–342.
44. Coleman J. S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94: 95–120.
45. Coleman J. S. (2005). *Socialinės teorijos pagrindai*. Vilnius: Margi raštai.
46. Coles T. (2009). Negotiating the field of masculinity: The production and reproduction of multiple dominant masculinities. *Men and Masculinities*, 12(1): 30–44.
47. Collyer F. M., Willis K. F., Franklin M. (2015). Healthcare choice: Bourdieu's capital, habitus and field. *Current Sociology Monograph*, 63(5): 685–699.
48. Connell R. (2005). *Masculinities*, 2nd ed. Berkeley: University of California Press.
49. Cooley C. H. (1902). *Human Nature and the Social Order*, New York, Chicago, Boston: Charles Scribner's Sons,

50. Cornia G., Panizza R. (2000). Mortality crisis of the early 1990s: A historical perspective. *The mortality crisis in transitional economies*. Eds. Cornia A. G., Panizza R. Oxford: Oxford University Press.
51. Dahlgren G., Whitehead M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity*. Stockholm: Institute for Future Studies.
52. Daugirdas V., Burneika D., Kriaučiūnas E., Ribokas G., Stanaitis S., Ubarevičienė R. (2013). *Lietuvos retai apgyvendintos teritorijos*. Vilnius: Lietuvos socialinių tyrimų centras.
53. Davey Smith G., Blane D., Bartley M. (1994). Explanations for socio-economic differentials in mortality. Evidence from Britain and elsewhere. *European Journal of Public Health*, 4:131–144.
54. DHSS (Department of Health and Social Security). (1980). *Inequalities in Health: Report of a Working Group. Chaired by Sir Douglas Black*. DHSS, London.
55. Diderichsen 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). *Scandinavian Journal of Public Health*, 40 (8): 12–105
56. Diez-Roux A. V. (2000). Multilevel Analysis in Public health Research. *Annual Review of Public Health*, 21: 171–92.
57. Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 328, 1519.
58. Durkheim É. (2002). *Savižudybė: sociologinis etiudas*. Vilnius: Pradai.
59. European Commission. (2013a). *Health inequalities in the EU - Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot*.
60. European Commission. (2013b). *Report on health inequalities in the European Union*, SWD 328 final, Brussels.
61. European Social Survey. (2015). Round 7 Module on Social Inequalities in Health and their Determinants - Question Design Final Module in Template. London: Centre for Comparative Social Surveys, City University London.
62. Eurostat. (2016). Eurostat Database. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
63. Evans T., Whitehead M., Diderichsen F., Bhuiya A., Wirth M. (2001). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford University Press.
64. Forbes A., Wainwright S. P. (2001). On the methodological, theoretical and philosophical context of health inequalities research: a critique. *Social Science & Medicine*, 53: 801–816.
65. Forrest R., Kearns A. (2001). Social cohesion, Social Capital and the Neighbourhood. *Urban Studies*, 38(12): 2125–2143.

66. Frohlich K. L., Corin E., Potvin, L. (2001). A theoretical proposal for the relationship between context and disease, *Sociology of Health and Illness*, 23(6): 776–97.
67. Gailienė D. (2005). Užburtame rate: savižudybių paplitimas Lietuvoje po nepriklausomybės atkūrimo. *Psichologija. Mokslo darbai*, 31: 5–17.
68. Giddens A. (1984). *The Constitution of Society*. Cambridge: Polity Press.
69. Grabauskas V., Klumbienė J., Petkevičienė J., Šakytė E., Kriaučionienė V., Veryga A. (2015). *Suaugusių lietuvių gyvenimo tyrimas 2014*. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.
70. Grabauskas V., Prochorskas R., Veryga A. (2009). Lietuvos gyventojų mirtingumo sąsajos su alkoholinių gėrimų vartojimu. *Medicina (Kaunas)*, 45(12): 1000–1012.
71. Graham H. (2007). *Unequal Lives: Health and Socioeconomic Inequalities*. Open University Press
72. Grigoriev P., Jasilionis D., Shkolnikov V. M., Meslé F., Vallin J. (2016). Spatial variation of male alcohol-related mortality in Belarus and Lithuania. *The European Journal of Public Health*, 26(1): 95–101.
73. Grigoriev P., Shkolnikov V. M., Andreev E., Jasilionis D., Jdanov D., Meslé F., Vallin J. (2010). Mortality in Belarus, Lithuania, and Russia: Divergence in recent trends and possible explanations. *European Journal of Population*, 26: 245–74.
74. 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): 107–32.
75. Groff P., Goldberg S. (2000). *Towards a New Perspective on Health Policy. Background Paper. The Health Field Concept Then and Now: Snapshots of Canada*. A Document of the Health Network, Canadian Policy Research Networks.
76. Gudžinskas L. (2012). Lietuvos ir Estijos sveikatos apsaugos raida: panašios sąlygos, skirtingi rezultatai, *Politologija*, 3: 61–94.
77. HFA–DB. (2014). European Health for All database. Prieiga per internetą: <http://data.euro.who.int/hfad/>.
78. HFA–MDB – European mortality database (2016). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Prieiga per internetą: <http://data.euro.who.int/hfamdb/>.
79. Higienos institutas. Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registras (žiūrėta 2014 ir 2016 metais). Prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/mapr1/>.
80. Hintikka J., Saarinen P. I., Viinamäki H. (1999). Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985–1995. *Scandinavian Journal of Public Health* 27(2): 85–8.
81. Hirsch J. K. (2006). A Review of the Literature on Rural Suicide. Risk and Protective Factors, Incidence, and Prevention. *Crisis*, 27(4): 189–199.
82. Human Mortality Database. (2016). University of California, Berkeley (USA), and Max Planck Institute for Demographic Research (Germany). Prieiga per internetą: [www.mortality.org](http://www.mortality.org).



83. Institute of Medicine of the National Academies. (2002). *The Future of the Public Health in the 21st Century*. Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century, Board on Health Promotion and Disease Prevention. Washington, D. C.: The National Academies Press.
84. Jakubonienė D., Gurevičius R. 2003. Mirtingumas nuo išorinių mirties priežasčių. Lyties ir amžiaus įtaka. *Medicina*, 39(8): 773–787.
85. Jasilionis D. (2003a). Lietuvos gyventojų mirtingumo raida – epidemiologinio perėjimo teorijos išimtis, *Filosofija. Sociologija* 2: 63–67.
86. Jasilionis D. (2003b). Lietuvos gyventojų mirtingumo miesto–kaimo skirtumų sociodemografiniai veiksniai. Daktaro disertacija. Vilnius: Socialinių tyrimų institutas.
87. Jasilionis D., Meslé F., Shkolnikov V. M., Vallin J. (2011). Recent life expectancy divergence in Baltic countries. *European Journal of Population*, 27(4): 403–431.
88. Jasilionis D., Shkolnikov V. M., Andreev E. M., Jdanov D. A., Ambrozaitiene D., Stankuniene V., Meslé 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.
89. Jasilionis D., Stankūnienė V. (2011). Suaugusių Lietuvos gyventojų socioekonominiai mirtingumo skirtumai, *Gyventojų studijos, Nr. 03*. Lietuvos socialinių tyrimų centras, Demografinių tyrimų institutas.
90. Jasilionis D., Stankuniene V., Ambrozaitiene D., Jdanov D. A., Shkolnikov V. M. (2012). Ethnic mortality differentials in Lithuania: contradictory evidence from census–linked and unlinked mortality estimates. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66:7.
91. Jasilionis D., Stankūnienė V., Maslauskaitė A., Stumbrys D. (2015). *Lietuvos demografinių procesų diferenciacija*. Vilnius: Lietuvos socialinių tyrimų centras.
92. Jasilionis D., Stankūniene V., Shkolnikov V. M. (2006). Lietuvos gyventojų mirtingumo sociodemografiniai skirtumai 2001–2004. Vilnius: Statistikos departamentas ir Socialinių tyrimų institutas.
93. Johnson N. J., Backlund E., Sorlie P. D., Loveless C. A. (2000). Marital status and mortality: The national longitudinal mortality study. *Annals of Epidemiology*, 10(4): 224–238.
94. Jurkynas M. (2014). The parliamentary election in Lithuania, October 2012. *Electoral Studies*, 34: 291–379.
95. Kalediene R. (1999). Time trends in suicide mortality in Lithuania. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99: 419–422.
96. Kalediene R., Starkuviene S., Petrauskiene J. (2004). Mortality from external causes in Lithuania: looking for critical points in time and place. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32: 374.

97. Kalėdienė R., Starkuvienė S., Petrauskienė J., Kaselienė S. (2010). Lietuvos vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės netolygumai bei juos lemiančios mirties priežastys. *Medicina (Kaunas)*, 46(11): 774–80.
98. Kanopienė V., Mikulionienė S. (2006). Gyventojų senėjimas ir jo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai. *Gerontologija*, 7(4): 188–200.
99. Klotz 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.
100. Klumbiene J., Kalasauskas D., Petkeviciene J., Veryga A., Sakyte E. (2012). Trends and Social Differences in Alcohol Consumption during the Postcommunist Transition in Lithuania. *The Scientific World Journal*, ID 615183.
101. Kondo N., Sembajwe G., Kawachi I., van Dam R. M., Subramanian S. V., Yamagata Z. (2009). Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. *British Medical Journal*, 339: b4471.
102. Korp P. (2010). Problems of the Healthy Lifestyle Discourse. *Sociology Compass*, 4(9): 800–810.
103. Korzeniewska K. (2013). „Vietinis“ (tutejszy), lenkas, katalikas: Pietryčių Lietuvos gyventojų religinė-etninė tapatybė (tyrimas Dieveniškėse, Kernavėje ir Turgeliuose). *Etniškumo studijos*, 2013/2: 149–179.
104. Krieger N., Rehkopf D. H., Chen J.T., Waterman P.D., Marcelli E., M. Kennedy. (2008). The fall and rise of US inequities in premature mortality: 1960–2002. *PLoS Medicine*, 5(2): e46.
105. Kuh D., Ben-Shlomo Y., Lynch J., Hallqvist J., Power C. (2003). Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 778–783.
106. 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.
107. Lalonde M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. 1981 ed. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
108. Leinsalu M., Vagero D., Kunst A. E. (2004). Increasing ethnic differences in mortality in Estonia after the collapse of the Soviet Union. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58: 583–589.
109. Leon D. A., Chenet L., Shkolnikov V. M. (1997). Huge variation in Russian mortality rates 1984–94: artifact, alcohol, or what? *Lancet*, 350: 383–8.
110. Leonavičius V., Baltrušaitytė G., Večiorskytė E. (2014). Lėtine neinfekcinė liga sergančiųjų asmenų socialinė atskirtis : makro ir mezo socialinis lygmuo. *Kultūra ir visuomenė: socialinių tyrimų žurnalas*, 5(2): 148-177.

111. Leonavičius V., Jasilionis D. (2009). Visuomenės sveikatos veiksniai: šeimos ir lyčių santykių įtaka sveikatos savijautai. *Lietuvos šeima: tarp tradicijos ir naujos realybės*. Ats. red. Stankūnienė V. ir Maslauskaitė A. Vilnius: STI.
112. Leonavičius V., Norkus Z., Tereškinas A. (2005). *Sociologijos teorijos*. Kaunas: VDU leidykla.
113. Lietuvos statistikos departamentas. (2015). *2014 m. Lietuvos gyventojų sveikatos statistinio tyrimo rezultatai*. Vilnius.
114. Lietuvos statistikos departamentas. (2016). Oficialiosios statistikos portalas. Prieiga per internetą: <http://osp.stat.gov.lt/>.
115. Lynch J. W., Davey Smith G., Kapla, G. A., House J. S. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal*, 320: 12004.
116. Lynch J., Smith G. D. (2005). A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annual Review of Public Health*, 26:1-35.
117. Lynch J., Smith G. D., Harper S., Hillemeier M., Ross N., Kaplan G. A., Wolfson M. (2004). Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *The Milbank Quarterly*, 82(1): 5-99.
118. Link B. G., Phelan J. C. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior* (extra issue), 80-94.
119. Link B. G., Phelan J. C. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities. *Handbook of medical sociology*, 6th ed. Eds. Bird C., Conrad P., Fremont A., Timmermans S. Nashville: Vanderbilt University Press, 3-17.
120. Lohan M. (2007). How might we understand men's health better? Integrating explanations from critical studies on men and inequalities in health. *Social Science and Medicine* 65(3): 493-504.
121. LR SAM. (2014). *Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų planas*. Patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-815.
122. Lu M. C., Halfon N. (2003). Racial and ethnic disparities in birth outcomes: A life-course perspective. *Maternal and Child Health Journal*, 7: 13-30.
123. Macintyre S. (1997). The Black report and beyond what are the issues? *Social Science and Medicine* 44(6): 723-45.
124. Mackenbach J. P., Kulhánová I., Menvielle G. ir kt. (2015). Trends in inequalities in premature mortality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 69: 207-217.
125. Mackenbach J. P., Kunst A. E. (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science & Medicine*, 44 (6): 757-771.

126. Mackenbach J. P., Meering W. J., Kunst A. E. (2010). Economic costs of health inequalities in the European Union. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 69: 207–217.
127. Macleod J., Davey Smith G. (2003). Psychosocial factors and public health: a suitable case for treatment? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 565–570.
128. Mačerinskaitė R.; Kėdaitis V.; Baležentis T. (2016). Minimaliojo darbo užmokesčio ir makroekonominių rodiklių sąsajos Europos Sąjungoje. *Vadybos mokslas ir studijos – kaimo verslų ir jų infrastruktūros plėtrai*, 38(1): 36–47.
129. 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.
130. Marmot M. (1995). Social differentials in mortality: the Whitehall studies. *Adult mortality in developed countries: from description to explanation*. Eds. Lopez A. D., Caselli G., Valkonen T. Oxford, England: Clarendon Press, 243–60.
131. Marmot M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365 (9464): 1099–1104.
132. Marmot M. (2006). Health in an unequal world. *Lancet*, 368: 2081–94.
133. Marmot M. (2010). *The Marmot Review. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review Executive Summary. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*. London.
134. Marmot M. (2013). *Health inequalities in the EU — Final report of a consortium*. Consortium lead: Sir Michael Marmot.
135. Marmot M., Smith G. D., Stansfeld S., Patel C., North F., Head J., White I., Brunner E., Feeney A. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 337 (8754): 1387–1393.
136. Martikainen P., Bartley M., Lahelma E. (2002). Psychosocial determinants of health in social epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 31 (6): 1091–1093.
137. Martikainen P., Kauppinen T., Valkonen T. (2003). Effects of the characteristics of neighbourhoods and the characteristics of people on cause specific mortality: a register based follow up study of 252000 men. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 210–217.
138. Martikainen P., Mäki N., and Blomgren J. (2004). The effects of area and individual social characteristics on suicide risk: A multilevel study of relative contribution and effect modification, *European Journal of Population*, 20: 323–350.
139. Martin J. L. (2011). *The explanation of social action*. Oxford, New York: Oxford University Press.
140. McCartney G., Collins C., Mackenzie M. (2013). What (or who) causes health inequalities: Theories, evidence and implications? *Public Health Policy*, 113: 221– 227.
141. McGovern P., Nazroo J. Y. (2014). Patterns and causes of health inequalities in later life: a Bourdieusian approach. *Sociology of Health & Illness*, 37: 143–160.

142. McKee M., Britton A. (1998). The positive relationship between alcohol and heart disease in Eastern Europe: Potential physiological mechanisms. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91: 402–407.
143. McKee M., Shkolnikov V. M. (2001). Understanding the toll of premature death among men in Eastern Europe. *British Medical Journal*, 323(3): 1051–1055.
144. Merkys G., A. Balžekienė, A. Telešienė, A. Lapėnienė, Ž. Pauliukaitė, S. Balčiūnas. (2004). *Mokymosi prieinamumas Vilniaus rajono gyventojams*. Tyrimo ataskaita.
145. Merlo J., Chaix B., Yang M., Lynch J., Rastam L. (2005). A brief conceptual tutorial on multilevel analysis in social epidemiology: interpreting neighbourhood differences and the effect of neighbourhood characteristics on individual health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59: 1022–1029.
146. Meslé F. (2004). Mortality in Central and Eastern Europe: long-term trends and recent upturns. *Demographic Research Special collection*, 2: 45–70.
147. Mirowsky J., Ross C.E. (1998). Education, personal control, lifestyle, and health: A human capital hypotheses. *Research on Aging*, 20: 415–449.
148. Mirowsky J., Ross C.E. (2003). *Education, social status, and health*. New York: Aldine de Gruyter.
149. Mirowsky J., Ross C.E. (2005). Education, Cumulative Advantage, and Health. *Ageing International*, 30(1): 27–62.
150. Morkevičius V. (2013). Viešojo ir privačiojo sektoriaus darbuotojų darbo sąlygų vertinimai: Europos socialinio tyrimo duomenų analizė. *Viešojo politika ir administravimas*, 12 (3): 417–429.
151. Morkevičius V., Norkus Z. (2012). Šiuolaikinės Lietuvos klasinė struktūra: neovėberiška analizė. *Sociologija. Mintis ir veiksmai*, 2(31): 75-152.
152. Munk M. D., Krarup T. (2014). Field Theory in Cultural Capital Studies of Educational Attainment. *British Journal of Sociology of Education*, 37 (5): 761-779.
153. 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.
154. Nemtsov A. V. (2002). Alcohol-related human losses in Russia in the 1980s and 1990s. *Addiction*, 97 (11): 1413–25.
155. Nobile A., De Rose A. (2006). Demographic Textbooks and Treatises: Some Considerations. Chapter 139. *Demography: analysis and synthesis: a treatise in population studies*. Eds. Caselli G., Vallin J., Wunsch G. Academic Press, 1<sup>st</sup> ed., 779–792.
156. Omran A. R. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 494(4): 509–538.

157. Pearlin L. I., Schieman S., Fazio E. M., Meersman S. C. (2005). Stress, Health, and the Life Course: Some Conceptual Perspectives. *Journal of Health and Social Behavior*, 46 (2): 205–219.
158. Phelan J. C., Link, B. G. (2013). Fundamental Cause Theory in William C. Cockerham (red.). *Medical Sociology on the Move. New Directions in Theory*, 105–125. Springer Science+Business Media Dordrecht.
159. Pickett K. E., Pearl M. (2001). Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55: 111–122.
160. Pickett K. E., Wilkinson R. G. (2015). Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine*, 128: 316–326.
161. 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.
162. Popay J., Thomas C., Williams G., Bennett S. Gatrell A., Bostock L. (2003). A proper place to live: health inequalities, agency and the normative dimensions of space. *Social Science & Medicine*, 57: 55–69.
163. Popay J., Williams G., Thomas C., Gatrell A. (1998). Theorising inequalities in health: the place of lay knowledge. Eds. Bartley M., Blane D., Davey Smith G. *The Sociology of Health Inequalities*. Oxford: Blackwell.
164. Potvin L., McQueen D. (2007). Modernity, Public Health and Health Promotion: Reflexive Discourse. Health and Modernity. *The Role of Theory in Health Promotion*. Eds. McQueen D., Kickbusch I. New York: Springer, 12–20.
165. Poviliūnas A. (2011). Profesinės veiklos lauko tyrimo ypatumai. *Sociologija. Mintis ir veiksmai*, 2(29): 16–34.
166. Poviliūnas, A. Žiliukaitė R., Beresnevičiūtė V. (2012). *Profesinės veiklos lauko tyrimas*. Vilnius.
167. Preston H. S., Heuveline P., Guillot M. (2001). *Demography. Measuring and Modeling Population Processes*. Blackwell Publishers.
168. Putnam R. D. (1995). Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 6(1): 64–78.
169. Radisauskas R., Prochorskas R., Grabauskas V., Bernotiene G., Tamosiunas A., Veryga A. (2011). Recent Heavy Alcohol Consumption at Death Certified as Ischaemic Heart Disease: Correcting Mortality Data from Kaunas (Lithuania). *Alcohol and Alcoholism*, 46(5): 614–619.
170. Ramonaitė A. (2014). Partinė tapatybė Lietuvoje – šeimos socializacijos, politinių skirčių ar įpročio padarinys? *Politologija*, 2014/1 (73): 3–35.

171. Razvodovsky Y. E. (2011). Alcohol consumption and suicide rates in Russia. *Suicidology Online*, 2:67–74.
172. Robards J., Evandrou M., Falkingham J. Vlachantoni A. (2012). Review. Marital status, health and mortality. *Maturitas*, 73: 295– 299.
173. Robinson M., Robertson S. (2014). Challenging the field: Bourdieu and men's health. *Social Theory & Health*, 12: 339–360.
174. Rosen G. (1993). *The History of Public Health*. Maryland: Johns Hopkins University.
175. Sauliune S., Petrauskiene J., Kalediene R. (2012). Alcohol-Related Injuries and Alcohol Control Policy in Lithuania: Effect of the Year of Sobriety, 2008. *Alcohol and Alcoholism*, 47(4): 458-63
176. Savičiūtė R. (2013). *Sveikatos ir socialinių veiksnių sąsajų tyrimas*. Daktaro disertacija. Biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (09 B). Vilnius: Vilniaus universitetas.
177. Schumacher R., Vilpert S. (2011). Gender differences in social mortality differentials in Switzerland (1990–2005). *Demographic Research*, 25(8): 285–310.
178. Shkolnikov M. V.; Nemtsov A. (1997). The anti-alcohol campaign and variations in Russian mortality. *Premature Death in the New Independent States*. Eds. Bobadilla J. L., Costello C. A., Mitchell F. 239–261.
179. Shkolnikov V. M. (2003). Mortality reversals. *Encyclopedia of Population*. Eds. Demeny P., McNicoll G. Macmillan Reference, 676–679.
180. Shkolnikov V. M., Andreev E. M., Leon D. A., McKee M., Meslé F., Vallin J. (2004) Mortality reversal in Russia: the story so far. *Hygiea Internationalis*, 4: 29–80.
181. Shkolnikov V. M., Cornia G. A., Leon D. A., Meslé F. (1998). Causes of the Russian mortality crisis: Evidence and interpretations. *World Development*, 26 (11):1995–2011.
182. Shkolnikov V. M., Jasilionis D., Andreev E.M., Jdanov D.A., Stankuniene V., Ambrozaitiene D. (2007). Linked versus unlinked estimates of mortality and length of life by education and marital status: Evidence from the first record linkage study in Lithuania. *Social Science & Medicine*, 64(7): 1392–1406.
183. Sipavičienė A., Stankūnienė V. (2011). Lietuvos gyventojų (e)migracijos dvidešimtmetis: tarp laisvės rinktis ir išgyvenimo strategijos. *Filosofija Sociologija*, 4: 323–333.
184. Sipavičienė A., Stankūnienė V. (2013). The social and economic impact of emigration on Lithuania. *Coping with Emigration in Baltic and East European Countries*. Paris: OECD, 45–64.
185. Smailyte G., Jasilionis D., Kaceniene A., Krilaviciute A., Ambrozaitiene D., Stankuniene V. (2013). Suicides among cancer patients in Lithuania: A population-based census-linked study. *Cancer Epidemiology*, 37(5): 714–718.
186. Smailyte G., Jasilionis D., Vincerzevskiene I., Krilaviciute A., Ambrozaitiene D., Stankuniene V., Shkolnikov V. M. (2015). Educational differences in incidence of cancer



- in Lithuania, 2001–2009: evidence from census-linked cancer registry data. *European Journal of Cancer Prevention*, 24(3): 261–266.
187. Smailytė G., Krilavičiūtė A., Jasilionis D., Ambrozaitienė D., Stankūnienė V. (2012). Su rūkymu ir alkoholio vartojimu susijusių piktybinių navikų rizikos diferenciacija pagal išsilavinimą Lietuvoje. *Visuomenės sveikata*, 1(56): 34–40.
188. Snijders T. A. B., Bosker R. J. (2012). *Multilevel analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modeling*, 2nd edition. London etc.: Sage Publications.
189. Song L. (2013). Social capital and health. *Medical Sociology on the Move*. Ed. Cockerham W. CLondon: Springer, 233–257.
190. Stankūnienė V., Jasilionis D. (2011). Lietuvos gyventojų mirtingumo lygio ir mirties priežasčių struktūros prieštaringi pokyčiai. *Filosofija. Sociologija. Lietuvos mokslų akademija*, 22(4): 334–347.
191. Stankūnienė V., Maslauskaitė A. (ats. red). (2009). *Lietuvos šeima: tarp tradicijos ir naujos realybės*. Vilnius: LSTC.
192. Stankūnienė V., Maslauskaitė A., Baublytė M. (2013). *Ar Lietuvos šeimos bus gausesnės?* Vilnius: LSTC.
193. Stankūnienė V., Sipavičienė A., Jasilionis D. (2012). Demografiniai pokyčiai ekonominių nestabilumų kontekste. *Lietuvos socialinė raida. Lietuvos socialinė raida ekonomikos nuosmukio sąlygomis*, 1: 23–53.
194. Stephens C. (2008). Social capital in its place: Using social theory to understand social capital and inequalities in health. *Social Science and Medicine*, 66: 1174–1184.
195. Stravinskienė V. (2005). Lietuvos lenkų teritorinis pasiskirstymas ir skaičiaus kaita (1944 m. antrasis pusmetis – 1947 metai). *Lituanistica*, 64(4): 13–27.
196. Sveikatos rodiklių sistema. (2016). Lietuvos sveikatos rodiklių informacinė sistema. Higienos institutas. Prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/html/srs.htm>.
197. Štelemėkas M. (2014). *Alkoholio vartojimo socialinė ir ekonominė žala Lietuvoje*. Daktaro disertacija. Biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (09 B). Lietuvos sveikatos mokslų universitetas: Kaunas.
198. Štelemėkas M., Veryga A. (2012). Alkoholio vartojimo nulemtų prarastų potencialių gyvenimo metų kaita Lietuvoje 2003–2010 metais. *Visuomenės sveikata*, 4(59): 26–32.
199. Tamutienė I. (2013). Alkoholio pardavimų kontrolės priemonių vertinimas Lietuvoje: socialinės žalos valdymo perspektyva. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, 68: 123–137.
200. Tamutienė I. (2015). Nesaikingo alkoholio vartojimo padariniai: socialinės žalos ir atskirties kontekstas in *Socialinė atskirtis ir geras gyvenimas Lietuvoje*. Ats. red. Bučaitė-Vilkė, J., Tereškinas A. Kaunas: VDU, 309–340.



201. Tereškinas A. (2011). *Vyrų pasaulis: vyrai ir žaizdos vyriškumas Lietuvoje*. Baltos lankos, Vilnius.
202. Tereškinas A. (2015). Socialinės atskirties genealogijos: normatyvumas, pripažinimas, subjektyvi gerovė. *Socialinė atskirtis ir geras gyvenimas Lietuvoje*. Ats. red. J. Bučaitė-Vilkė, A. Tereškinas. Kaunas: VDU, 15–38.
203. Thomas B., Dorling D., Davey Smith G. (2010). Inequalities in premature mortality in Britain: observational study from 1921 to 2007. *British Medical Journal*, 341:c3639.
204. Thomas B., Dorling D., Davey Smith G. (2010). Inequalities in premature mortality in Britain: observational study from 1921 to 2007. *British Medical Journal*, 341:c3639.
205. Turner J. H., Stets J. E. (2005). University of California. *The Sociology of Emotions*. Cambridge University Press.
206. Valantiejus A. (2004). *Kritinis sociologijos diskursas. Tarp pozityvizmo ir postmodernizmo*. Vilnius: VU leidykla.
207. Valkonen T. (2003). Mortality Differentials, Socioeconomics. *Encyclopedia of Population*. Eds. Demeny P., McNicoll G., Macmillan Reference USA, 665–668.
208. Vallin J. (2006). Mortality, sex and gender. *Demography: analysis and synthesis: a treatise in population studies*. Eds. Caselli G., Vallin J., Wunsch G. Academic Press, 1<sup>st</sup> ed., 177–194.
209. Vallin J., Meslé F. (2004). Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition, *Demographic Research Special Collection*, 2: 11–44.
210. Värnik A., Kõlves K., Väli M., Tooding L., Wasserman D. (2006). Do alcohol restrictions reduce suicide mortality? *Addiction*, 102: 251–256.
211. Veenstra G. (2007). Social space, social class and Bourdieu: health inequalities in British Columbia, Canada. *Health and Place*, 13(1): 14–31.
212. Veryga A. (2009). 2008—Lithuania's Year of Sobriety: alcohol control becomes a priority of health policy. *Addiction*, 104: 1258–9.
213. Veryga A., Prochorskas R., Štelemėkas M. (2013). *Alkoholio kontrolės politikos vertinimas, alkoholio vartojimo daromos žalos vertinimas*. Studija parengta įgyvendinant projektą „Alkoholio kontrolės politikos vertinimas, alkoholio vartojimo daromos žalos vertinimas“, Vilnius: Valstybinis psichikos sveikatos centras.
214. VRK. (2015). Lietuvos Respublikos vyriausiosios rinkimų komisijos tinklalapis. Prieiga per internetą: [www.vrk.lt](http://www.vrk.lt).
215. Walther M. (2013). *Repatriation to France and Germany A Comparative Study Based on Bourdieu's Theory of Practice*. Springer Gabler.
216. Weber M. (1946). *From Max Weber: Essays in Sociology*. New York: Oxford University Press.

217. Weiderpass E. (2010). Lifestyle and Cancer Risk. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 43(6): 459–471.
218. Whitehead M., Dahlgren G. (2006). *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. Liverpool: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health.
219. Whitehead M., Dahlgren G., Gilson L. (2001). Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective. *Challenging inequities in health care: from ethics to action*. New York: Oxford University Press, 309–322.
220. WHO (World Health Organization). (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
221. WHO Mortality Database. (2016). Prieiga per internetą: [http://www.who.int/healthinfo/mortality\\_data/](http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/).
222. Wyke S, Ford G. (1992). Competing explanations for associations between marital status and health. *Social Science & Medicine*, 34: 523–532.
223. Wilkinson R. G. (1996). *Unhealthy Societies: the Afflictions of Inequality*. London: Routledge.
224. Wilkinson R. G., Pickett K. E. (2006). Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science and Medicine*, 62: 1768–1784.
225. Williams G. H. (2003). The determinants of health: structure, context and agency. *Sociology of Health & Illness*, 25 (Silver Anniversary Issue): 131–154.
226. Williams S. J. (1995). Theorizing class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociology of Health and Illness*, 17: 577–604.
227. Woods R. (2003). Urban–Rural Mortality Differentials: An Unresolved Debate. *Population and Development Review*, 29(1): 29–46.
228. Žilys A. (2015). *Moderniosios visuomenės miesto plėtra: rezidencinė diferenciacija Lietuvos didmiesčiuose*. Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai, sociologija (05 S). Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.

# PRIEDAI

## 1 priedas. Demografinių rodiklių formulės

1 formulė. Tikimybė numirti amžiaus intervale tarp  $x$  ir  $y$  (angl. *probability of dying between ages  $x$  and  $y$* ). Šis rodiklis yra žymimas simboliu  $q_{(y-x)}$  ir skaičiuojamas pagal formulę (Preston ir kt. 2000, 54 p.):

$$q_{(y-x)} = \frac{1 - l_y}{l_x}$$

Kur  $l_x$  – išgyvenusių žmonių skaičius laikotarpio  $x$  pradžioje, jeigu darytume prielaidą, kad  $l_0 = 100000$ , o  $l_y$  – išgyvenusių žmonių skaičius laikotarpio  $y$  pabaigoje.

2 formulė. Standartizuoti mirtingumo rodikliai (SMR) apskaičiuoti naudojant šią formulę (Preston ir kt. 2001, 24 p.):

$$SMR = \sum_{i=1}^{\infty} M_i \cdot C_i$$

Kur  $M_i$  pasirinktos populiacijos amžiaus grupės  $i$  paprastojo mirtingumo rodiklis, o  $C_i$  – standartinės populiacijos amžiaus grupės  $i$  proporcija standartinėje populiacijoje.

3 formulė. Vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės dekompozicija atlikta naudojant Makso Planko Demografinių tyrimų instituto mokslininkų parengtą metodologinę medžiagą (Andreev, Shkolnikov 2012). Dekompozicinė analizė atliekama analizuojant dviejų populiacijų mirtingumo lenteles. Analizėje naudojami populiacijos mirtingumo rodikliai paimti iš Human Mortality Database (2015).

Jeigu mes norime atlikti dviejų populiacijų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės skirtumo  $\delta T = T(\theta_1^2, \dots, \theta_n^2) - T(\theta_1^1, \dots, \theta_n^1)$  dekompoziciją, šį veiksmą galima išreikšti formule:

$$\begin{aligned} \delta T = & \left[ T(\theta_1^2, \theta_2^2, \theta_3^2, \dots, \theta_n^2) - T(\theta_1^1, \theta_2^2, \theta_3^2, \dots, \theta_n^2) \right] + \\ & + \left[ T(\theta_1^1, \theta_2^2, \theta_3^2, \dots, \theta_n^2) - T(\theta_1^1, \theta_2^1, \theta_3^2, \dots, \theta_n^2) \right] + \\ & + \left[ T(\theta_1^1, \theta_2^1, \theta_3^2, \dots, \theta_n^2) - T(\theta_1^1, \theta_2^1, \theta_3^1, \dots, \theta_n^2) \right] + \dots + \\ & + \left[ T(\theta_1^1, \theta_2^1, \dots, \theta_{n-1}^1, \theta_n^2) - T(\theta_1^1, \theta_2^1, \dots, \theta_{n-1}^1, \theta_n^1) \right] \end{aligned}$$

Kur  $T(\theta_1, \dots, \theta_n)$  yra koks nors agreguotas demografinis rodiklis (šiuo atveju vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė), kuri galima išreikšti  $n$  kintamųjų funkcija,  $\theta_1, \dots, \theta_n$ .

4 formulė. Erdvinės autokoreliacijos (Moran I) formulė:

$$I_i = z_i \sum_j w_{ij} z_j$$

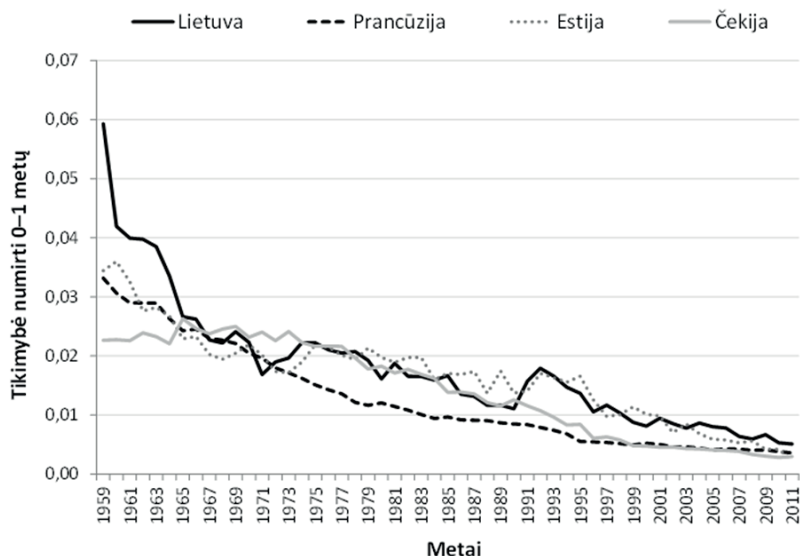
Kur  $z_i$  ir  $z_j$  yra standartizuoti savivaldybių  $i$  ir  $j$  mirtingumo rodikliai, o  $w_{ij}$  yra kaimyninė savivaldybės savivaldybei  $i$ , remiantis kaimynystės matrica  $w_{ij}$ .

5 formulė. Puasono regresijos su atsitiktinai kintančiu laisvuju nariu modelio formulė:

$$\ln y_{ij} = \ln(E_{ij}) + b_0 + b_1 x_{ij} + b_2 v_j + u_{0j} + \varepsilon_{ij}$$

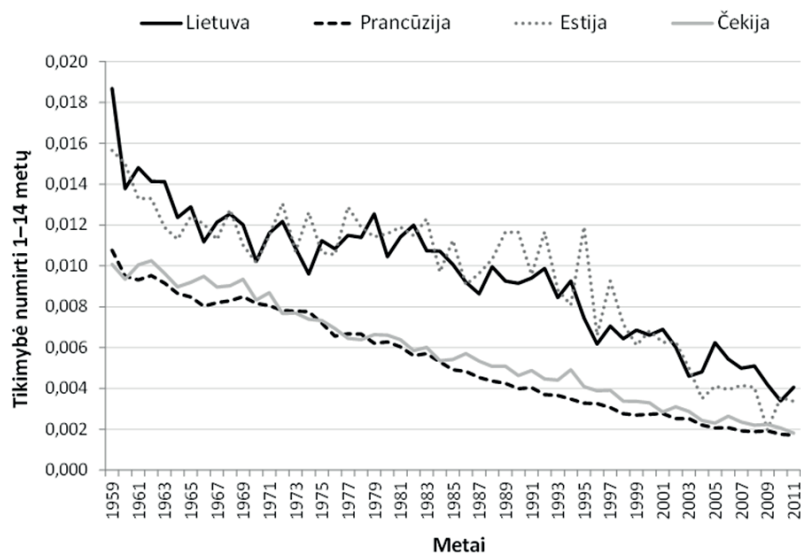
Kur  $E_{ij}$  yra žmonių metų skaičius,  $b_0$  – atsitiktinai kintantis laisvasis narys,  $x_{ij}$  – individualaus lygmens kintamasis,  $b_1$  – individualaus lygmens kintamojo regresijos koeficientas,  $v_j$  – savivaldybių socioekonominis kintamasis,  $b_2$  – savivaldybių socioekonominio kintamojo regresijos koeficientas,  $u_{0j}$  – individualaus lygmens kintamųjų paklaida,  $\varepsilon_{ij}$  – savivaldybių kintamojo atsitiktinė liekana, rodanti vidutinį standartinį nuokrypį nuo individualaus lygmens kintamųjų vidurkio  $i$ , susieto su kiekviena savivaldybių kintamuoju  $j$ .

**2 priedas.** Lietuvos, Estijos, Čekijos ir Prancūzijos vyrų tikimybės mirti rodikliai.



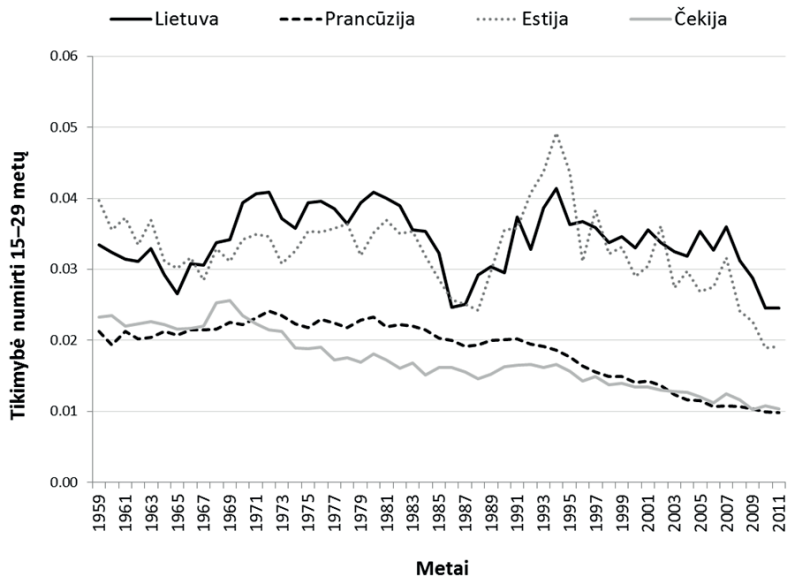
a) Vyriskos lyties kūdikių (0–1 metų) tikimybė numirti

Šaltinis: Human Mortality Database 2015, skaičiavimai autoriaus



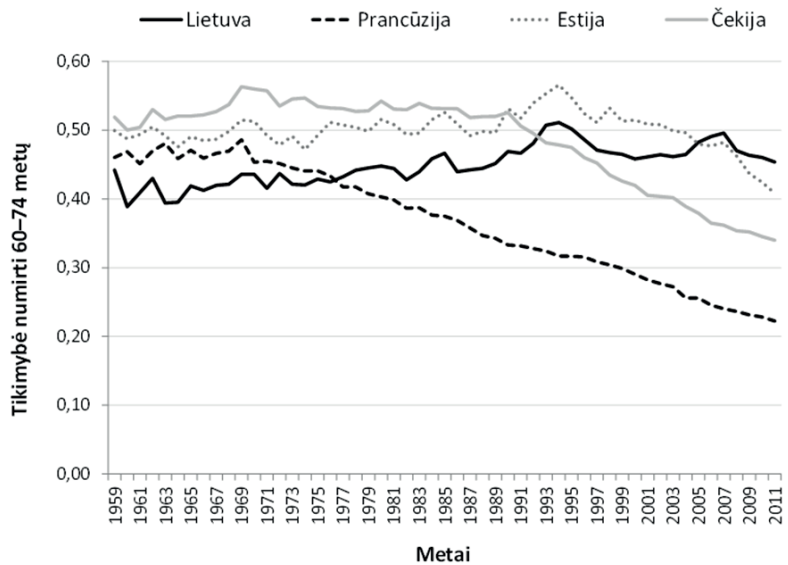
b) 1–14 metų amžiaus vyrų tikimybė numirti

Šaltinis: Human Mortality Database 2015, skaičiavimai autoriaus



c) 15–29 metų amžiaus vyrų tikimybė numirti

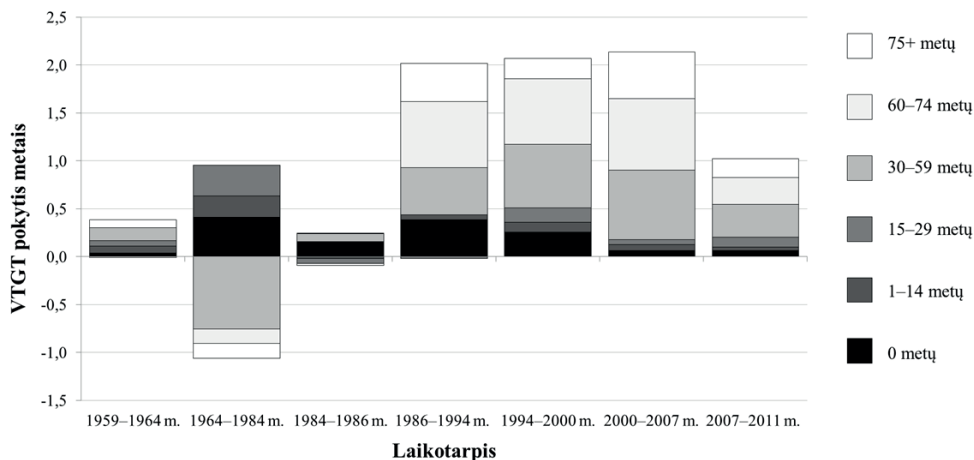
Šaltinis: Human Mortality Database 2015, skaičiavimai autoriaus



d) 60–74 metų amžiaus vyrų tikimybė numirti

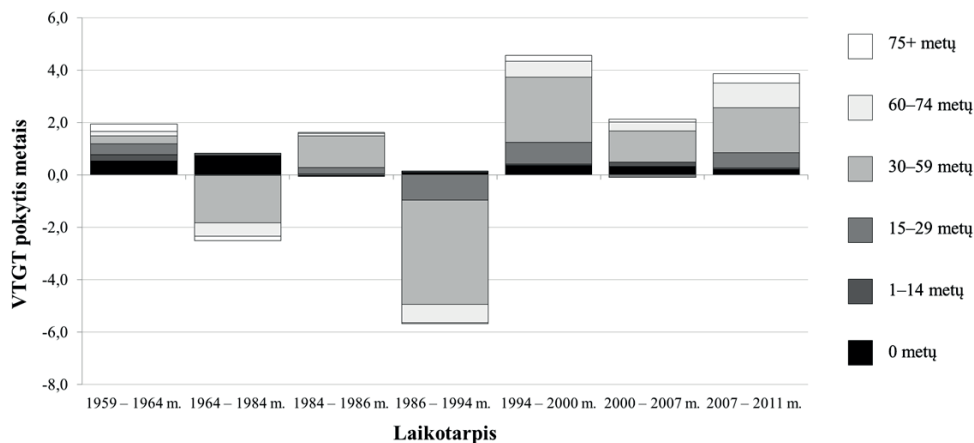
Šaltinis: Human Mortality Database 2015, skaičiavimai autoriaus

**3 priedas.** Vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčių dekompozicija, Čekija



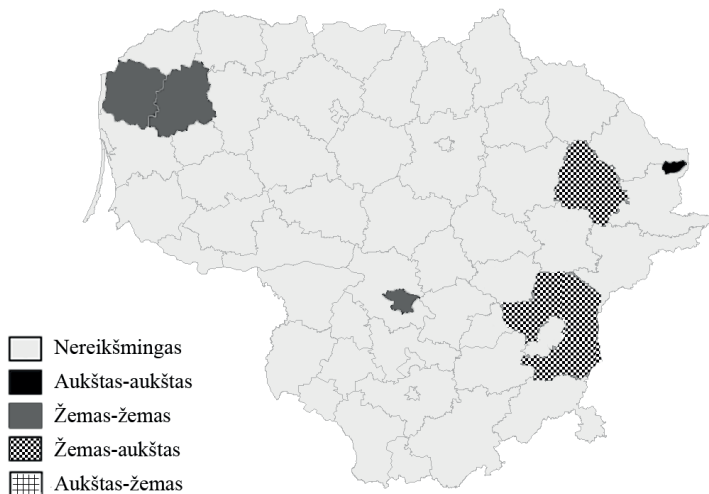
Šaltinis: Human Mortality Database 2015, skaičiavimai autoriaus.

**4 priedas.** Vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčių dekompozicija, Estija



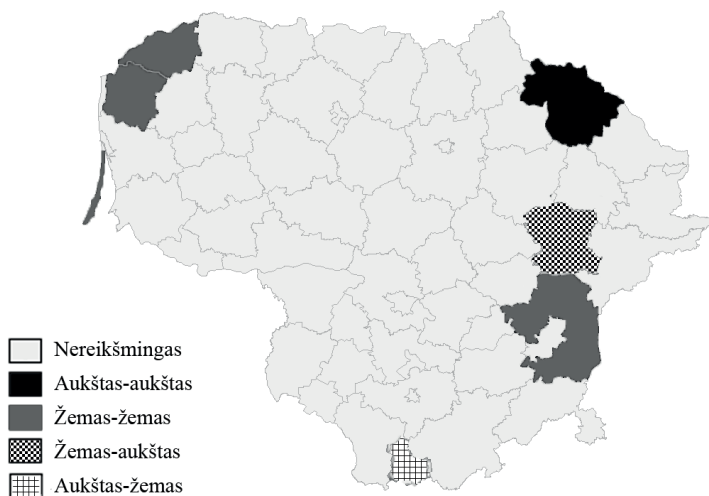
Šaltinis: Human Mortality Database 2015, skaičiavimai autoriaus.

**5 priedas.** LISA klasterių žemėlapių (autokoreliacinė) analizė. Standartizuotas vyrų mirtingumas dėl visų mirties priežasčių 2010–2013 m. Lietuvos savivaldybėse



Skaičiavimai atlikti naudojant GeoDa programinę įrangą,  $p=0,05$ ; 999 bandymai  
Šaltinis: Higienos institutas 2014, skaičiavimai autoriaus.

**6 priedas.** LISA klasterių žemėlapių (autokoreliacinė) analizė. Standartizuotas vyrų mirtingumas dėl savižudybių 2010–2013 m. Lietuvos savivaldybėse



Skaičiavimai atlikti naudojant GeoDa programinę įrangą,  $p=0,05$ ; 999 bandymai  
Šaltinis: Higienos institutas 2014, skaičiavimai autoriaus.



**7 priedas.** Mirtingumo diferenciacijos tyrimo rezultatai (individualaus lygmens kintamieji).

a) Mirtingumo rodiklių santykiai (MRS), bendrasis mirtingumas, 30–59 metų amžiaus vyrai, Lietuva 2011–2013 m.

Bendrasis mirtingumas	MRS	Pasikliautiniai intervalai		P reikšmė 0,05	Atvejų skaičius (n)
		Apatinis	Viršutinis		
<b>Individualaus lygmens kintamieji</b>					<b>12478</b>
Amžiaus grupės					
30–34 metai	1,000	–	–	–	607
35–39 metai	<b>1,349</b>	1,216	1,496	0,000	882
40–44 metai	<b>2,106</b>	1,913	2,318	0,000	1495
45–49 metai	<b>3,059</b>	2,789	3,355	0,000	2236
50–54 metai	<b>4,245</b>	3,880	4,644	0,000	3369
55–59 metai	<b>5,703</b>	5,214	6,239	0,000	3889
Gyvenamoji vietovė					
Miesto gyventojai	1,000	–	–	–	6937
Kaimo gyventojai	<b>1,058</b>	1,012	1,106	0,013	5541
Santuokinė padėtis					
Vedę	1,000	–	–	–	5977
Nevedę	<b>1,752</b>	1,667	1,841	0,000	2787
Išsiskyre	<b>1,911</b>	1,830	1,996	0,000	3300
Našliai	<b>1,900</b>	1,718	2,100	0,000	414
Tautybė					
Lietuviai	1,000	–	–	–	9903
Rusai	<b>1,163</b>	1,086	1,246	0,000	1009
Lenkai	<b>1,279</b>	1,188	1,377	0,000	1170
Kiti	1,013	0,913	1,124	0,809	396
Išsilavinimas					
Aukštasis	1,000	–	–	–	1132
Vidurinis	<b>1,582</b>	1,483	1,687	0,000	8740
Žemesnis nei vidurinis	<b>1,851</b>	1,717	1,995	0,000	2606
Ekonominis aktyvumas					
Dirbantieji	1,000	–	–	–	3944
Bedarbiai	<b>2,628</b>	2,510	2,752	0,000	4054
Neįgalieji	<b>5,105</b>	4,856	5,366	0,000	3373
Neaktyvūs	<b>2,711</b>	2,525	2,909	0,000	1004
Nežinomas	<b>2,664</b>	2,175	3,263	0,000	103

b) Mirtingumo rodiklių santykiai (MRS), mirtingumas dėl alkoholio (K70, K74, X45), 30–59 metų amžiaus vyrai, Lietuva 2011–2013 m.

Mirtingumas dėl alkoholio	MRS	Pasikliautiniai intervalai		P reikšmė 0,05	Atvejų skaičius (n)
		Apatinis	Viršutinis		
<b>Individualaus lygmens kintamieji</b>					<b>1192</b>
<b>Amžiaus grupės</b>					
30–34 metai	1,000	–	–	–	51
35–39 metai	<b>2,360</b>	1,708	3,261	0,000	132
40–44 metai	<b>3,507</b>	2,571	4,784	0,000	213
45–49 metai	<b>4,040</b>	2,966	5,501	0,000	253
50–54 metai	<b>4,319</b>	3,176	5,872	0,000	296
55–59 metai	<b>4,144</b>	3,028	5,671	0,000	247
<b>Gyvenamoji vietovė</b>					
Miesto gyventojai	1,000	–	–	–	728
Kaimo gyventojai	<b>0,813</b>	0,702	0,941	0,005	464
<b>Santuokinė padėtis</b>					
Vedę	1,000	–	–	–	466
Nevedę	<b>1,907</b>	1,625	2,237	0,000	290
Įsiskyrę	<b>2,699</b>	2,354	3,095	0,000	398
Našliai	<b>2,422</b>	1,736	3,378	0,000	38
<b>Tautybė</b>					
Lietuviai	1,000	–	–	–	857
Rusai	<b>1,318</b>	1,066	1,630	0,011	108
Lenkai	<b>1,990</b>	1,606	2,466	0,000	187
Kiti	1,128	0,813	1,566	0,472	40
<b>Išsilavinimas</b>					
Aukštasis	1,000	–	–	–	106
Vidurinis	<b>1,390</b>	1,127	1,715	0,002	824
Žemesnis nei vidurinis	<b>1,710</b>	1,343	2,178	0,000	262
<b>Ekonominis aktyvumas</b>					
Dirbantieji	1,000	–	–	–	258
Bedarbiai	<b>2,339</b>	2,043	2,678	0,000	515
Neįgalieji	<b>1,957</b>	1,603	2,390	0,000	291
Neaktyvūs	<b>1,847</b>	1,454	2,347	0,000	114
Nežinomas	<b>2,190</b>	1,255	3,823	0,006	14

c) Mirtingumo rodiklių santykiai (MRS), kraujotakos sistemos ligos (I00–I99), 30–59 metų amžiaus vyrai, Lietuva 2011–2013 m.

Kraujotakos sistemos ligos	MRS	Pasikliautiniai intervalai		P reikšmė 0,05	Atvejų skaičius (n)
		Apatinis	Viršutinis		
<b>Individualaus lygmens kintamieji</b>					<b>3896</b>
<b>Amžiaus grupės</b>					
30–34 metai	1,000	–	–	–	85
35–39 metai	<b>1,672</b>	1,282	2,181	0,000	153
40–44 metai	<b>3,623</b>	2,855	4,598	0,000	364
45–49 metai	<b>6,028</b>	4,789	7,587	0,000	628
50–54 metai	<b>10,007</b>	7,992	12,530	0,000	1142
55–59 metai	<b>15,407</b>	12,315	19,276	0,000	1524
<b>Gyvenamoji vietovė</b>					
Miesto gyventojai	1,000	–	–	–	2220
Kaimo gyventojai	1,001	0,927	1,081	0,974	1676
<b>Santuokinė padėtis</b>					
Vedę	1,000	–	–	–	1985
Nevedę	<b>1,723</b>	1,572	1,889	0,000	753
Išsiskybę	<b>1,825</b>	1,689	1,972	0,000	1020
Našliai	<b>1,771</b>	1,488	2,107	0,000	138
<b>Tautybė</b>					
Lietuviai	1,000	–	–	–	3114
Rusai	<b>1,150</b>	1,020	1,298	0,023	319
Lenkai	<b>1,154</b>	1,012	1,316	0,032	314
Kiti	1,171	0,989	1,387	0,067	149
<b>Išsilavinimas</b>					
Aukštasis	1,000	–	–	–	375
Vidurinis	<b>1,524</b>	1,363	1,704	0,000	2778
Žemesnis nei vidurinis	<b>1,719</b>	1,505	1,964	0,000	743
<b>Ekonominis aktyvumas</b>					
Dirbantieji	1,000	–	–	–	1289
Bedarbiai	<b>2,151</b>	1,976	2,341	0,000	1063
Neįgalieji	<b>5,184</b>	4,760	5,645	0,000	1208
Neaktyvūs	<b>2,516</b>	2,219	2,852	0,000	316
Nežinomas	<b>1,830</b>	1,167	2,870	0,008	20

d) Mirtingumo rodiklių santykiai (MRS), savižudybės (X60–X84), 30–59 metų amžiaus vyrai, Lietuva 2011–2013 m.

Savižudybės	MRS	Pasikliautiniai intervalai		P reikšmė 0,05	Atvejų skaičius (n)
		Apatinis	Viršutinis		
<b>Individualaus lygmens kintamieji</b>					<b>1169</b>
<b>Amžiaus grupės</b>					
30–34 metai	1,000	–	–	–	143
35–39 metai	0,872	0,689	1,103	0,253	137
40–44 metai	1,126	0,900	1,408	0,299	193
45–49 metai	<b>1,462</b>	1,177	1,815	0,001	255
50–54 metai	<b>1,372</b>	1,102	1,708	0,005	248
55–59 metai	<b>1,349</b>	1,071	1,700	0,011	193
<b>Gyvenamoji vietovė</b>					
Miesto gyventojai	1,000	–	–	–	562
Kaimo gyventojai	<b>1,344</b>	1,167	1,547	0,000	607
<b>Santuokinė padėtis</b>					
Vedę	1,000	–	–	–	602
Nevedę	<b>1,427</b>	1,220	1,670	0,000	278
Išsiskyrę	<b>1,570</b>	1,353	1,823	0,000	258
Našliai	<b>1,953</b>	1,358	2,809	0,000	31
<b>Tautybė</b>					
Lietuviai	1,000	–	–	–	1033
Rusai	0,768	0,576	1,025	0,073	52
Lenkai	0,855	0,646	1,130	0,271	70
Kiti	<b>0,453</b>	0,266	0,771	0,004	14
<b>Išsilavinimas</b>					
Aukštasis	1,000	–	–	–	96
Vidurinis	<b>1,863</b>	1,496	2,319	0,000	810
Žemesnis nei vidurinis	<b>2,217</b>	1,728	2,845	0,000	263
<b>Ekonominis aktyvumas</b>					
Dirbantieji	1,000	–	–	–	484
Bedarbiai	<b>5,053</b>	4,322	5,908	0,000	451
Neįgalieji	<b>7,819</b>	6,532	9,359	0,000	139
Neaktyvūs	<b>5,233</b>	4,178	6,553	0,000	81
Nežinomas	<b>5,347</b>	3,049	9,378	0,000	14

e) Mirtingumo rodiklių santykiai (MRS), išorinės mirties priežastys (V00–Y89), 30–59 metų amžiaus vyrai, Lietuva 2011–2013 m.

Išorinės mirties priežastys	MRS	Pasikliautiniai intervalai		P reikšmė 0,05	Atvejų skaičius (n)
		Apatinis	Viršutinis		
<b>Individualaus lygmens kintamieji</b>					<b>3536</b>
<b>Amžiaus grupės</b>					
30–34 metai	1,000	–	–	–	607
35–39 metai	1,101	0,953	1,272	0,190	882
40–44 metai	<b>1,501</b>	1,308	1,722	0,000	1495
45–49 metai	<b>1,819</b>	1,589	2,082	0,000	2236
50–54 metai	<b>2,097</b>	1,836	2,396	0,000	3369
55–59 metai	<b>2,067</b>	1,799	2,375	0,000	3889
<b>Gyvenamoji vietovė</b>					
Miesto gyventojai	1,000	–	–	–	1782
Kaimo gyventojai	<b>1,290</b>	1,186	1,404	0,000	1754
<b>Santuokinė padėtis</b>					
Vedę	1,000	–	–	–	1493
Nevedę	<b>2,089</b>	1,910	2,284	0,000	971
Išsiskyrę	<b>2,333</b>	2,147	2,534	0,000	980
Našliai	<b>2,083</b>	1,684	2,575	0,000	92
<b>Tautybė</b>					
Lietuviai	1,000	–	–	–	2817
Rusai	1,106	0,966	1,268	0,145	248
Lenkai	<b>1,399</b>	1,225	1,597	0,000	386
Kiti	0,850	0,682	1,060	0,149	85
<b>Išsilavinimas</b>					
Aukštasis	1,000	–	–	–	304
Vidurinis	<b>1,672</b>	1,477	1,893	0,000	2412
Žemesnis nei vidurinis	<b>2,051</b>	1,781	2,362	0,000	820
<b>Ekonominis aktyvumas</b>					
Dirbantieji	1,000	–	–	–	1218
Bedarbiai	<b>2,839</b>	2,620	3,077	0,000	1484
Neįgalieji	<b>2,582</b>	2,312	2,883	0,000	512
Neaktyvūs	<b>2,398</b>	2,100	2,739	0,000	281
Nežinomas	<b>2,635</b>	1,900	3,652	0,000	41

f) Mirtingumo rodiklių santykiai (MRS), eismo įvykiai (V00–V99), 30–59 metų amžiaus vyrai, Lietuva 2011–2013 m.

Eismo įvykiai	MRS	Pasikliautiniai intervalai		P reikšmė 0,05	Atvejų skaičius (n)
		Apatinis	Viršutinis		
<b>Individualaus lygmens kintamieji</b>					<b>277</b>
<b>Amžiaus grupės</b>					
30–34 metai	1,000	–	–	–	41
35–39 metai	0,661	0,407	1,071	0,093	28
40–44 metai	1,066	0,687	1,656	0,775	45
45–49 metai	1,110	0,711	1,734	0,645	46
50–54 metai	<b>1,696</b>	1,120	2,569	0,013	71
55–59 metai	1,425	0,906	2,239	0,125	46
<b>Gyvenamoji vietovė</b>					
Miesto gyventojai	1,000	–	–	–	121
Kaimo gyventojai	<b>1,868</b>	1,457	2,394	0,000	156
<b>Santuokinė padėtis</b>					
Vedę	1,000	–	–	–	130
Nevedę	<b>1,948</b>	1,421	2,670	0,000	76
Įsiskyrę	<b>2,002</b>	1,474	2,717	0,000	65
Našliai	1,768	0,775	4,036	0,176	6
<b>Tautybė</b>					
Lietuviai	1,000	–	–	–	233
Rusai	1,047	0,637	1,721	0,857	17
Lenkai	1,087	0,707	1,669	0,704	23
Kiti	0,526	0,195	1,417	0,204	4
<b>Įsilavinimas</b>					
Aukštasis	1,000	–	–	–	26
Vidurinis	<b>1,693</b>	1,109	2,585	0,015	176
Žemesnis nei vidurinis	<b>2,718</b>	1,693	4,364	0,000	75
<b>Ekonominis aktyvumas</b>					
Dirbantieji	1,000	–	–	–	130
Bedarbiai	<b>1,729</b>	1,311	2,279	0,000	101
Neįgalieji	0,961	0,598	1,543	0,868	22
Neaktyvūs	<b>1,642</b>	1,034	2,608	0,036	22
Nežinomas	1,132	0,278	4,614	0,863	2

g) Mirtingumo rodiklių santykiai (MRS), žmogžudystės (X85–Y05), 30–59 metų amžiaus vyrai, Lietuva 2011–2013 m.

Žmogžudystės	MRS	Pasikliautiniai intervalai		P reikšmė 0,05	Atvejų skaičius (n)
		Apatinis	Viršutinis		
<b>Individualaus lygmens kintamieji</b>					<b>129</b>
<b>Amžiaus grupės</b>					
30–34 metai	1,000	–	–	–	10
35–39 metai	1,715	0,795	3,703	0,169	19
40–44 metai	<b>2,479</b>	1,181	5,205	0,016	29
45–49 metai	2,012	0,931	4,351	0,076	24
50–54 metai	1,803	0,824	3,943	0,140	23
55–59 metai	<b>2,204</b>	1,004	4,840	0,049	24
<b>Gyvenamoji vietovė</b>					
Miesto gyventojai	1,000	–	–	–	74
Kaimo gyventojai	0,848	0,583	1,232	0,386	55
<b>Santuokinė padėtis</b>					
Vedę	1,000	–	–	–	36
Nevedę	<b>2,724</b>	1,650	4,498	0,000	36
Įsiskyrę	<b>4,601</b>	2,968	7,131	0,000	50
Našliai	<b>6,635</b>	2,909	15,136	0,000	7
<b>Tautybė</b>					
Lietuviai	1,000	–	–	–	99
Rusai	0,853	0,389	1,871	0,692	7
Lenkai	<b>2,182</b>	1,214	3,919	0,009	18
Kiti	1,563	0,620	3,942	0,344	5
<b>Išsilavinimas</b>					
Aukštasis	1,000	–	–	–	6
Vidurinis	<b>2,616</b>	1,123	6,095	0,026	85
Žemesnis nei vidurinis	<b>4,188</b>	1,706	10,280	0,002	38
<b>Ekonominis aktyvumas</b>					
Dirbantieji	1,000	–	–	–	31
Bedarbiai	<b>3,895</b>	2,478	6,122	0,000	60
Neįgalieji	<b>3,777</b>	2,100	6,791	0,000	21
Neaktyvūs	<b>5,081</b>	2,734	9,441	0,000	16
Nežinomas	1,736	0,234	12,902	0,590	1

**8 priedas.** Mirtingumo rodiklių santykiai (MRS), **bendrasis mirtingumas**, 30–59 metų amžiaus vyrai, Lietuva 2011–2013 m., pagal savivaldybių socioekonominius rodiklius

Bendrasis mirtingumas	1 modelis. Fiksuotas amžius				2 modelis. Fiksuoti visi kintamieji			
	MRS	95 % pasikliautiniai intervalai		P-reikšmė	MRS	95 % pasikliautiniai intervalai		P-reikšmė
		apatinis	viršutinis			apatinis	viršutinis	
<b>Ne lietuvių tautybės gyventojų dalis</b>								
Maža(0,8–2,1)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (2,2–5,6)	0,921	0,807	1,050	0,218	0,972	0,910	1,039	0,410
Aukšta (5,7–89,2)	1,021	0,894	1,167	0,757	<b>1,102</b>	1,027	1,181	0,006
<b>Vieno asmens namų ūkių dalis</b>								
Maža (23,2–30,1)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (30,2–32,8)	1,065	0,933	1,215	0,352	1,039	0,969	1,114	0,283
Didelė (32,9–37,7)	1,020	0,890	1,170	0,774	1,042	0,970	1,119	0,256
<b>Gyventojų dalis, kurių pagrindis pragyvenimo šaltinis – pašalpa</b>								
Maža (3,1–7,5)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (7,6–8,3)	<b>1,140</b>	1,010	1,287	0,035	1,039	0,968	1,114	0,288
Didelė (8,4–11,9)	<b>1,277</b>	1,131	1,443	0,000	1,051	0,978	1,129	0,179
<b>Nedarbo lygis</b>								
Mažas (6,7–12,5)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (12,6–14,9)	<b>1,244</b>	1,103	1,403	0,000	<b>1,098</b>	1,027	1,175	0,006
Didelis (15,0–20,0)	<b>1,249</b>	1,107	1,408	0,000	1,047	0,979	1,121	0,182
<b>Rinkėjų aktyvumas</b>								
Mažas (33,5–43,4)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (43,5–48,5)	<b>1,159</b>	1,032	1,301	0,012	<b>1,078</b>	1,012	1,149	0,021
Didelis (48,6–66,6)	<b>1,284</b>	1,145	1,440	0,000	<b>1,116</b>	1,044	1,193	0,001
<b>Vidutinis darbo užmokestis</b>								
Mažas (0,70–0,79)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (0,80–0,85)	1,000	0,886	1,129	0,997	1,007	0,938	1,082	0,839
Didelis (0,86–1,18)	0,843	0,741	0,958	0,009	1,006	0,933	1,085	0,874
<b>Nekvalifikuotų darbininkų dalis</b>								
Maža (6,1–9,9)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (10,0–11,1)	<b>1,179</b>	1,042	1,333	0,009	1,025	0,956	1,098	0,484
Didelė (11,2–14,8)	<b>1,141</b>	1,003	1,298	0,044	1,003	0,931	1,081	0,937
<b>Aukštąjį išsilavinimą turinčių asmenų dalis</b>								
Maža (8,1–12,0)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (12,1–14,3)	0,958	0,858	1,069	0,440	1,000	0,932	1,075	0,989
Didelė (14,4–37,5)	<b>0,743</b>	0,666	0,828	0,000	0,952	0,886	1,023	0,181



**9 priedas.** Mirtingumo rodiklių santykiai (MRS), **mirtingumas dėl alkoholio** (K70, K74, X45), 30–59 metų amžiaus vyrai, Lietuva 2011–2013 m., pagal savivaldybių socioekonominius rodiklius

Mirtingumas dėl alkoholio	1 modelis. Fiksuotas amžius				2 modelis. Fiksuoti visi kintamieji			
	MRS	95 % pasikliautiniai intervalai		P-reikšmė	MRS	95 % pasikliautiniai intervalai		P-reikšmė
		apatinis	viršutinis			apatinis	viršutinis	
<b>Ne lietuvių tautybės gyventojų dalis</b>								
Maža(0,8–2,1)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (2,2–5,6)	1,100	0,840	1,441	0,489	1,167	0,945	1,443	0,152
Aukšta (5,7–89,2)	<b>1,438</b>	1,100	1,881	0,008	<b>1,413</b>	1,137	1,755	0,002
<b>Vieno asmens namų ūkių dalis</b>								
Maža (23,2–30,1)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (30,2–32,8)	0,881	0,671	1,157	0,361	0,867	0,707	1,065	0,174
Didelė (32,9–37,7)	1,135	0,866	1,488	0,359	1,139	0,936	1,385	0,195
<b>Gyventojų dalis, kurių pagrindis pragyvenimo šaltinis – pašalpa</b>								
Maža (3,1–7,5)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (7,6–8,3)	0,979	0,747	1,283	0,878	0,923	0,744	1,145	0,467
Didelė (8,4–11,9)	1,239	0,946	1,622	0,120	1,053	0,847	1,310	0,640
<b>Nedarbo lygis</b>								
Mažas (6,7–12,5)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (12,6–14,9)	0,928	0,703	1,225	0,598	0,837	0,674	1,038	0,105
Didelis (15,0–20,0)	1,150	0,877	1,510	0,312	0,966	0,781	1,193	0,746
<b>Rinkėjų aktyvumas</b>								
Mažas (33,5–43,4)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (43,5–48,5)	<b>1,290</b>	1,026	1,622	0,029	1,205	0,995	1,459	0,056
Didelis (48,6–66,6)	<b>1,691</b>	1,347	2,124	0,000	<b>1,383</b>	1,133	1,689	0,001
<b>Vidutinis darbo užmokestis</b>								
Mažas (0,70–0,79)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (0,80–0,85)	1,004	0,761	1,326	0,976	1,015	0,814	1,265	0,896
Didelis (0,86–1,18)	0,953	0,716	1,268	0,742	1,092	0,869	1,374	0,450
<b>Nekvalifikuotų darbininkų dalis</b>								
Maža (6,1–9,9)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (10,0–11,1)	1,172	0,903	1,523	0,233	1,060	0,860	1,308	0,584
Didelė (11,2–14,8)	1,257	0,955	1,654	0,103	1,165	0,932	1,458	0,180
<b>Aukštąjį išsilavinimą turinčių asmenų dalis</b>								
Maža (8,1–12,0)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (12,1–14,3)	1,049	0,790	1,393	0,739	1,087	0,865	1,366	0,472
Didelė (14,4–37,5)	0,888	0,673	1,172	0,402	1,058	0,843	1,327	0,629

**10 priedas.** Mirtingumo rodiklių santykiai (MRS), **mirtingumas dėl kraujotakos sistemos ligų** (I00–I99), 30–59 metų amžiaus vyrai, Lietuva 2011–2013 m., pagal savivaldybių socioekonominius rodiklius

Kraujotakos sistemos ligos	1 modelis. Fiksuotas amžius				2 modelis. Fiksuoti visi individualaus lygmens kintamieji			
	MRS	95 % pasikliautiniai intervalai		P-reikšmė	MRS	95 % pasikliautiniai intervalai		P-reikšmė
		apatinis	viršutinis			apatinis	viršutinis	
<b>Ne lietuvių tautybės gyventojų dalis</b>								
Maža (0,8–2,1)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (2,2–5,6)	0,935	0,799	1,094	0,400	0,976	0,873	1,091	0,667
Aukšta (5,7–89,2)	1,010	0,862	1,184	0,903	1,072	0,952	1,206	0,251
<b>Vieno asmens namų ūkių dalis</b>								
Maža (23,2–30,1)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (30,2–32,8)	1,140	0,980	1,326	0,089	1,104	0,995	1,226	0,061
Didelė (32,9–37,7)	1,019	0,872	1,191	0,814	1,019	0,915	1,134	0,736
<b>Gyventojų dalis, kurių pagrindis pragyvenimo šaltinis – pašalpa</b>								
Maža (3,1–7,5)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (7,6–8,3)	<b>1,264</b>	1,103	1,450	0,001	<b>1,160</b>	1,050	1,280	0,003
Didelė (8,4–11,9)	<b>1,326</b>	1,154	1,524	0,000	<b>1,115</b>	1,005	1,238	0,040
<b>Nedarbo lygis</b>								
Mažas (6,7–12,5)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (12,6–14,9)	<b>1,347</b>	1,178	1,540	0,000	<b>1,193</b>	1,081	1,316	0,000
Didelis (15,0–20,0)	<b>1,311</b>	1,146	1,499	0,000	<b>1,121</b>	1,014	1,239	0,026
<b>Rinkėjų aktyvumas</b>								
Mažas (33,5–43,4)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (43,5–48,5)	1,134	0,986	1,305	0,078	1,062	0,959	1,176	0,246
Didelis (48,6–66,6)	<b>1,279</b>	1,111	1,472	0,001	<b>1,132</b>	1,015	1,261	0,026
<b>Vidutinis darbo užmokestis</b>								
Mažas (0,70–0,79)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (0,80–0,85)	0,998	0,867	1,148	0,973	1,003	0,901	1,117	0,950
Didelis (0,86–1,18)	<b>0,821</b>	0,709	0,951	0,009	0,949	0,846	1,065	0,373
<b>Nekvalifikuotų darbininkų dalis</b>								
Maža (6,1–9,9)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (10,0–11,1)	<b>1,200</b>	1,040	1,383	0,012	1,067	0,961	1,184	0,226
Didelė (11,2–14,8)	1,123	0,964	1,307	0,136	1,013	0,903	1,137	0,820
<b>Aukštąjį išsilavinimą turinčių asmenų dalis</b>								
Maža (8,1–12,0)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (12,1–14,3)	0,935	0,821	1,065	0,310	0,973	0,875	1,081	0,609
Didelė (14,4–37,5)	<b>0,722</b>	0,636	0,819	0,000	<b>0,883</b>	0,794	0,982	0,021

**11 priedas.** Mirtingumo rodiklių santykiai (MRS), **savižudybės** (X60–X84), 30–59 metų amžiaus vyrai, Lietuva 2011–2013 m., pagal savivaldybių socioekonominius rodiklius

Mirtingumas dėl savižudybių	1 modelis. Fiksuotas amžius				2 modelis. Fiksuoti visi kintamieji			
	MRS	95 % pasikliautiniai intervalai		P-reikšmė	MRS	95 % pasikliautiniai intervalai		P-reikšmė
		apatinis	viršutinis			apatinis	viršutinis	
<b>Ne lietuvių tautybės gyventojų dalis</b>								
Maža (0,8–2,1)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (2,2–5,6)	<b>0,776</b>	0,602	0,999	0,049	0,829	0,679	1,011	0,064
Aukšta (5,7–89,2)	<b>0,628</b>	0,484	0,816	0,001	<b>0,762</b>	0,612	0,947	0,014
<b>Vieno asmens namų ūkių dalis</b>								
Maža (23,2–30,1)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (30,2–32,8)	1,033	0,787	1,356	0,817	0,982	0,797	1,210	0,867
Didelė (32,9–37,7)	0,845	0,636	1,121	0,242	0,894	0,719	1,112	0,315
<b>Gyventojų dalis, kurių pagrindis pragyvenimo šaltinis – pašalpa</b>								
Maža (3,1–7,5)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (7,6–8,3)	<b>1,630</b>	1,265	2,100	0,000	<b>1,405</b>	1,152	1,714	0,001
Didelė (8,4–11,9)	<b>1,555</b>	1,201	2,015	0,001	1,218	0,988	1,502	0,065
<b>Nedarbo lygis</b>								
Mažas (6,7–12,5)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (12,6–14,9)	<b>1,474</b>	1,131	1,923	0,004	<b>1,301</b>	1,060	1,596	0,012
Didelis (15,0–20,0)	<b>1,407</b>	1,078	1,837	0,012	1,161	0,943	1,430	0,159
<b>Rinkėjų aktyvumas</b>								
Mažas (33,5–43,4)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (43,5–48,5)	1,170	0,889	1,540	0,263	1,105	0,896	1,363	0,352
Didelis (48,6–66,6)	1,121	0,847	1,482	0,424	1,027	0,822	1,284	0,812
<b>Vidutinis darbo užmokestis</b>								
Mažas (0,70–0,79)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (0,80–0,85)	0,858	0,680	1,084	0,200	0,870	0,716	1,057	0,162
Didelis (0,86–1,18)	<b>0,569</b>	0,444	0,728	0,000	<b>0,729</b>	0,589	0,902	0,004
<b>Nekvalifikuotų darbininkų dalis</b>								
Maža (6,1–9,9)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (10,0–11,1)	<b>1,645</b>	1,295	2,090	0,000	<b>1,367</b>	1,123	1,664	0,002
Didelė (11,2–14,8)	<b>1,508</b>	1,168	1,947	0,002	<b>1,240</b>	1,002	1,536	0,048
<b>Aukštąjį išsilavinimą turinčių asmenų dalis</b>								
Maža (8,1–12,0)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (12,1–14,3)	0,852	0,674	1,078	0,182	0,895	0,729	1,098	0,286
Didelė (14,4–37,5)	<b>0,531</b>	0,421	0,670	0,000	<b>0,728</b>	0,590	0,898	0,003

**12 priedas.** Mirtingumo rodiklių santykiai (MRS), išorinės mirties priežastys (V00–Y89), 30–59 metų amžiaus vyrai, Lietuva 2011–2013 m., pagal savivaldybių socioekonominius rodiklius

Išorinės mirties priežastys	1 modelis. Fiksuotas amžius				2 modelis. Fiksuoti visi individualaus lygmens kintamieji			
	MRS	95 % pasikliautiniai intervalai		P-reikšmė	MRS	95 % pasikliautiniai intervalai		P-reikšmė
		apatinis	viršutinis			apatinis	viršutinis	
<b>Ne lietuvių tautybės gyventojų dalis</b>								
Maža(0,8–2,1)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (2,2–5,6)	0,935	0,799	1,094	0,400	0,907	0,801	1,027	0,122
Aukšta (5,7–89,2)	1,010	0,862	1,184	0,903	1,076	0,945	1,225	0,268
<b>Vieno asmens namų ūkių dalis</b>								
Maža (23,2–30,1)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (30,2–32,8)	0,968	0,791	1,184	0,753	0,947	0,835	1,074	0,394
Didelė (32,9–37,7)	0,976	0,793	1,200	0,816	1,033	0,909	1,173	0,624
<b>Gyventojų dalis, kurių pagrindis pragyvenimo šaltinis – pašalpa</b>								
Maža (3,1–7,5)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (7,6–8,3)	1,172	0,970	1,415	0,100	1,046	0,921	1,188	0,491
Didelė (8,4–11,9)	<b>1,379</b>	1,141	1,668	0,001	1,070	0,940	1,218	0,308
<b>Nedarbo lygis</b>								
Mažas (6,7–12,5)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (12,6–14,9)	<b>1,384</b>	1,149	1,668	0,001	<b>1,196</b>	1,064	1,345	0,003
Didelis (15,0–20,0)	<b>1,306</b>	1,083	1,575	0,005	1,043	0,925	1,175	0,494
<b>Rinkėjų aktyvumas</b>								
Mažas (33,5–43,4)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (43,5–48,5)	<b>1,280</b>	1,074	1,524	0,006	<b>1,173</b>	1,047	1,314	0,006
Didelis (48,6–66,6)	<b>1,459</b>	1,225	1,737	0,000	<b>1,205</b>	1,070	1,358	0,002
<b>Vidutinis darbo užmokestis</b>								
Mažas (0,70–0,79)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (0,80–0,85)	0,941	0,786	1,125	0,503	0,956	0,843	1,084	0,480
Didelis (0,86–1,18)	<b>0,725</b>	0,600	0,875	0,001	0,935	0,817	1,069	0,324
<b>Nekvalifikuotų darbininkų dalis</b>								
Maža (6,1–9,9)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (10,0–11,1)	<b>1,296</b>	1,078	1,558	0,006	1,073	0,948	1,214	0,267
Didelė (11,2–14,8)	<b>1,257</b>	1,036	1,525	0,021	1,031	0,902	1,179	0,652
<b>Aukštąjį išsilavinimą turinčių asmenų dalis</b>								
Maža (8,1–12,0)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (12,1–14,3)	0,929	0,780	1,108	0,413	0,973	0,855	1,106	0,671
Didelė (14,4–37,5)	<b>0,669</b>	0,562	0,797	0,000	0,912	0,801	1,039	0,168

**13 priedas.** Mirtingumo rodiklių santykiai (MRS), **eismo įvykiai** (V00–V99), 30–59 metų amžiaus vyrai, Lietuva 2011–2013 m., pagal savivaldybių socioekonominius rodiklius

Eismo įvykiai	1 modelis. Fiksuotas amžius				2 modelis. Fiksuoti visi individualaus lygmens kintamieji			
	MRS	95 % pasikliautiniai intervalai		P-reikšmė	MRS	95 % pasikliautiniai intervalai		P-reikšmė
		apatinis	viršutinis			apatinis	viršutinis	
<b>Ne lietuvių tautybės gyventojų dalis</b>								
Maža(0,8–2,1)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (2,2–5,6)	0,935	0,799	1,094	0,400	<b>1,486</b>	1,072	2,059	0,017
Aukšta (5,7–89,2)	1,010	0,862	1,184	0,903	1,383	0,964	1,983	0,078
<b>Vieno asmens namų ūkių dalis</b>								
Maža (23,2–30,1)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (30,2–32,8)	1,016	0,681	1,515	0,938	1,038	0,757	1,423	0,816
Didelė (32,9–37,7)	1,109	0,741	1,660	0,614	1,235	0,899	1,695	0,193
<b>Gyventojų dalis, kurių pagrindis pragyvenimo šaltinis – pašalpa</b>								
Maža (3,1–7,5)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (7,6–8,3)	0,987	0,669	1,456	0,949	0,854	0,627	1,162	0,315
Didelė (8,4–11,9)	1,312	0,895	1,923	0,164	0,971	0,715	1,320	0,852
<b>Nedarbo lygis</b>								
Mažas (6,7–12,5)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (12,6–14,9)	<b>1,607</b>	1,118	2,311	0,010	1,320	0,988	1,765	0,060
Didelis (15,0–20,0)	1,322	0,903	1,937	0,151	1,013	0,742	1,383	0,937
<b>Rinkėjų aktyvumas</b>								
Mažas (33,5–43,4)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (43,5–48,5)	1,304	0,898	1,893	0,163	1,108	0,812	1,513	0,516
Didelis (48,6–66,6)	1,437	0,979	2,108	0,064	1,127	0,809	1,572	0,480
<b>Vidutinis darbo užmokestis</b>								
Mažas (0,70–0,79)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (0,80–0,85)	0,888	0,608	1,296	0,538	0,952	0,697	1,299	0,755
Didelis (0,86–1,18)	0,699	0,477	1,024	0,066	1,083	0,774	1,517	0,641
<b>Nekvalifikuotų darbininkų dalis</b>								
Maža (6,1–9,9)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (10,0–11,1)	1,286	0,892	1,854	0,178	0,973	0,720	1,315	0,860
Didelė (11,2–14,8)	1,233	0,827	1,839	0,305	0,910	0,651	1,273	0,582
<b>Aukštąjį išsilavinimą turinčių asmenų dalis</b>								
Maža (8,1–12,0)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (12,1–14,3)	1,218	0,836	1,776	0,304	1,307	0,943	1,813	0,108
Didelė (14,4–37,5)	0,708	0,490	1,024	0,067	1,098	0,784	1,537	0,588

**14 priedas, Mirtingumo rodiklių santykiai (MRS), žmogžudystės (X85–Y05), 30–59 metų amžiaus vyrai, Lietuva 2011–2013 m., pagal savivaldybių socioekonominius rodiklius**

Pasikėsinimai (žmogžudystės)	1 modelis. Fiksuotas amžius				2 modelis. Fiksuoti visi individualaus lygmens kintamieji			
	MRS	95 % pasikliautiniai intervalai		P-reikšmė	MRS	95 % pasikliautiniai intervalai		P-reikšmė
		apatinis	viršutinis			apatinis	viršutinis	
<b>Ne lietuvių tautybės gyventojų dalis</b>								
Maža(0,8–2,1)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (2,2–5,6)	1,203	0,739	1,956	0,457	1,315	0,814	2,124	0,263
Aukšta (5,7–89,2)	0,892	0,534	1,489	0,661	0,904	0,532	1,536	0,709
<b>Vieno asmens namų ūkių dalis</b>								
Maža (23,2–30,1)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (30,2–32,8)	0,966	0,588	1,585	0,890	1,030	0,632	1,680	0,905
Didelė (32,9–37,7)	1,004	0,624	1,613	0,988	1,124	0,706	1,790	0,621
<b>Gyventojų dalis, kurių pagrindis pragyvenimo šaltinis – pašalpa</b>								
Maža (3,1–7,5)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (7,6–8,3)	1,066	0,661	1,721	0,793	0,925	0,582	1,469	0,740
Didelė (8,4–11,9)	1,178	0,731	1,900	0,501	0,835	0,513	1,361	0,470
<b>Nedarbo lygis</b>								
Mažas (6,7–12,5)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (12,6–14,9)	1,467	0,942	2,285	0,090	1,209	0,804	1,818	0,361
Didelis (15,0–20,0)	0,806	0,480	1,353	0,414	<b>0,561</b>	0,338	0,933	0,026
<b>Rinkėjų aktyvumas</b>								
Mažas (33,5–43,4)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (43,5–48,5)	1,277	0,801	2,034	0,304	1,036	0,656	1,638	0,879
Didelis (48,6–66,6)	0,953	0,557	1,630	0,861	0,585	0,326	1,049	0,072
<b>Vidutinis darbo užmokestis</b>								
Mažas (0,70–0,80)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinis (0,80–0,86)	0,770	0,459	1,292	0,322	0,787	0,474	1,306	0,354
Didelis (0,86–1,18)	0,854	0,524	1,392	0,527	1,167	0,706	1,931	0,546
<b>Nekvalifikuotų darbininkų dalis</b>								
Maža (6,1–9,9)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (10,0–11,1)	1,063	0,681	1,659	0,788	0,797	0,492	1,291	0,357
Didelė (11,2–14,8)	<b>1,790</b>	1,182	2,711	0,006	1,385	0,875	2,191	0,164
<b>Aukštąjį išsilavinimą turinčių asmenų dalis</b>								
Maža (8,1–12,0)	1,000	–	–	–	1,000	–	–	–
Vidutinė (12,1–14,3)	0,894	0,542	1,475	0,661	0,976	0,588	1,620	0,926
Didelė (14,4–37,5)	0,683	0,430	1,084	0,105	0,928	0,561	1,533	0,769

**15 priedas.** Paprastosios (dviejų kintamųjų) atitikties analizėje naudotų klausimų dažnių lentelė, proc.

Kintamasis		Klausimo numeris											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Santuokinė padėtis	Vedęs	14	32	15	45	32	7	54	83	17	44	56	46
	Nevedęs	18	34	14	22	33	12	52	77	24	52	53	47
	Išsiskyręs	18	27	31	35	46	22	43	80	30	57	52	18
Mokymosi rukmė metais	0–9	19	14	19	20	52	24	48	62	21	46	25	24
	10–12	16	20	19	38	39	14	46	77	24	53	53	32
	>13	14	42	13	43	28	4	58	87	15	41	59	55
Darbo pobūdis	Žemės ūkio, miško darbai	24	9	20	29	43	6	33	75	11	41	62	28
	Pramonė, statybos	14	23	22	35	39	7	50	79	24	49	48	43
	Ištaigoje, aptarnavimo sferoje	9	47	9	47	27	6	62	88	18	42	62	54
	Bedarbis	26	22	36	23	46	32	49	84	24	59	61	24

Šaltinis: *Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimos tyrimas 2014* (Grabauskas et al. 2015).

**16 priedas.** Paprastosios (dviejų kintamųjų) atitikties analizėje naudoti *Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimos tyrimo, 2014* klausimai.

Nr.	Klausimo santrumpa	Klausimas
1	Depresija	14.B. Asmenų, kuriuos šiek tiek labiau arba daug labiau nei anksčiau buvo apėmusi depresija, dalis (%) pagrindinėse socialinėse ir demografinėse grupėse.
2	Valo dantis	21.B. Asmenų, valančių dantis dažniau nei vieną kartą per dieną, dalis (%) pagrindinėse socialinėse ir demografinėse grupėse.
3	Prirūkytos patalpos	27.B. Asmenų, būnančių prirūkytose patalpose darbe kasdien nors 1 val., dalis (%) pagrindinėse socialinėse ir demografinėse grupėse.
4	Nerūko	31.B. Dabar nerūkančių asmenų dalis (%) tarp kada nors rūkusiųjų pagrindinėse socialinėse ir demografinėse grupėse.
5	Rūko	32.B. Kasdien rūkančiųjų dalis (%) pagrindinėse socialinėse ir demografinėse grupėse.
6	Trūksta pinigų maistui	73.B. Asmenų, pakeitusių mitybą dėl pinigų trūkumo, dalis (%) pagrindinėse socialinėse ir demografinėse grupėse.
7	Svarbu sveikai maitintis	74.B. Atsakiusiųjų, kuriems svarbu arba labai svarbu sveikai maitintis, dalis (%) pagrindinėse socialinėse ir demografinėse grupėse.
8	Skaitė maisto etiketes	75.B. Asmenų, nors kartais skaitančių etiketėse pateiktą informaciją, dalis (%) pagrindinėse socialinėse ir demografinėse grupėse.
9	Vartojo daug alkoholio	94.B. Asmenų, išgeriančių 60 g gryno alkoholio vieno pobūvio metu, dalis (%) pagrindinėse socialinėse ir demografinėse grupėse.
10	Problemos dėl alkoholio	95.B. Galimai turinčiųjų problemų dėl alkoholinių gėrimų vartojimo pagal CAGE klausimyną (2 ir daugiau teigiamų atsakymų), dalis (%) pagrindinėse socialinėse ir demografinėse grupėse.
11	Daro mankštą	103.B. Asmenų, laisvalaikiu besimankštinančių bent 2 kartus per savaitę, dalis (%) pagrindinėse socialinėse ir demografinėse grupėse.
12	Geras gyvenimas	122.B. Asmenų, įvertinusių savo gyvenimo kokybę labai gerai ar gerai, dalis (%) pagrindinėse socialinėse ir demografinėse grupėse.

Šaltinis: *Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimos tyrimas 2014* (Grabauskas et al. 2015).



## 17 priedas. Paprastosios (dviejų kintamųjų) atitikties analizės rezultatų, atliktų naudojant R programinį paketą *FactoMineR*, išvesties lango duomenys

---

**data: santuoka**

Pearson's Chi-squared test

X-squared = 51.013, df = 22, p-value = 0.0004271

Principal inertias (eigenvalues):

	1	2
Value	0.029988	0.008025
Percentage	78.89%	21.11%

Rows:

	Vedęs	Nevedęs	Išsiskyres
Mass	0.331595	0.326379	0.342027
ChiDist	0.182866	0.151402	0.238423
Inertia	0.011089	0.007481	0.019443
Dim. 1	-0.886601	-0.538133	1.373071
Dim. 2	1.108905	-1.332044	0.196019

Columns:

	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10
Mass	0.037258	0.069300	0.044709	0.076006	0.082712	0.030551	0.111028	0.178838	0.052906	0.114009
ChiDist	0.111516	0.114009	0.368477	0.271585	0.153517	0.438394	0.113050	0.030440	0.212083	0.095516
Inertia	0.000463	0.000901	0.006070	0.005606	0.001949	0.005872	0.001419	0.000166	0.002380	0.001040
Dim. 1	0.302185	-0.595773	2.091614	-0.208255	0.886054	2.470958	-0.651773	-0.124599	1.073983	0.425426
Dim. 2	-1.099297	-0.541596	0.755657	3.004895	0.054746	-1.064521	-0.071670	0.239692	-1.137870	-0.678645

	X11	X12
Mass	0.119970	0.082712
ChiDist	0.043351	0.379641
Inertia	0.000225	0.011921
Dim. 1	-0.242859	-2.151743
Dim. 2	0.117408	-0.811399

---

## 17 priedo tęsinys

---

**data: mokymasis**

Pearson's Chi-squared test

X-squared = 79.4727, df = 22, p-value = 1.978e-08

Principal inertias (eigenvalues):

	1	2
Value	0.056481	0.006393
Percentage	89.83%	10.17%

Rows:

	Nuo 0 iki 9 metų	10–12 metų	Daugiau nei 13 metų
Mass	0.295886	0.340981	0.363133
ChiDist	0.317324	0.113619	0.281023
Inertia	0.029794	0.004402	0.028678
Dim. 1	-1.306377	-0.105081	1.163127
Dim. 2	0.820401	-1.386244	0.633205

Columns:

	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10
Mass	0.038766	0.060127	0.040348	0.079905	0.094146	0.033228	0.120253	0.178797	0.047468	0.110759
ChiDist	0.213640	0.398497	0.234614	0.216357	0.335851	0.674095	0.081172	0.053677	0.235283	0.146133
Inertia	0.001769	0.009548	0.002221	0.003740	0.010619	0.015099	0.000792	0.000515	0.002628	0.002365
Dim. 1	-0.877504	1.575714	-0.965065	0.828794	-1.395355	-2.822366	-0.002173	0.225382	-0.877244	-0.540229
Dim. 2	0.580048	1.704084	-0.617814	-1.119580	0.664961	0.838249	1.015169	-0.043556	-1.363920	-0.872879

	X11	X12
Mass	0.108386	0.087816
ChiDist	0.249387	0.279000
Inertia	0.006741	0.006836
Dim. 1	0.933559	1.109038
Dim. 2	-1.424275	1.144310

---

**data: darbas**

Pearson's Chi-squared test

X-squared = 130.1109, df = 33, p-value = 1.791e-13

Principal inertias (eigenvalues):

	1	2	3
Value	0.052273	0.016582	0.004612
Percentage	71.15%	22.57%	6.28%

Rows:

	Zemės ir miškų ūkis	Pramonė, statybos	Įstaiga, aptarnavimo sfera	Bedarbis
Mass	0.215133	0.244495	0.265951	0.274421
ChiDist	0.252737	0.134490	0.329789	0.310037
Inertia	0.013742	0.004422	0.028925	0.026378
Dim. 1	-0.483001	0.274644	1.399825	-1.222665
Dim. 2	-1.732547	-0.141493	0.469552	1.029234

Columns:

	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10
Mass	0.041220	0.057030	0.049125	0.075663	0.087521	0.028797	0.109543	0.184077	0.043478	0.107849
ChiDist	0.415049	0.485946	0.413976	0.258221	0.227420	0.792507	0.150658	0.046234	0.227385	0.113590
Inertia	0.007101	0.013467	0.008419	0.005045	0.004527	0.018087	0.002486	0.000393	0.002248	0.001392
Dim. 1	-1.613996	1.769582	-1.761366	1.086147	-0.804369	-2.718794	0.556238	0.079864	-0.162949	-0.450895
Dim. 2	-1.337818	1.988688	0.313716	-0.547930	-1.001773	3.710321	0.612286	-0.317837	1.079095	0.100768

	X11	X12
Mass	0.131564	0.084133
ChiDist	0.136786	0.305290
Inertia	0.002462	0.007841
Dim. 1	-0.085535	1.307226
Dim. 2	-0.743706	-0.236518

# PUBLIKACIJŲ IR PRANEŠIMŲ SĄRAŠAS

## Publikacijos

1. Stumbrys, D., Jasilionis, D. (2015). Išsilavinimas kaip darbingo amžiaus vyrų mirtingumo diferenciacijos veiksnys Lietuvoje. *Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas*, 6 (1): 27–43.
2. Jasilionis D., Stankūnienė V., Maslauskaitė A., Stumbrys D. (2015). *Lietuvos demografinių procesų diferenciacija*. Vilnius: Lietuvos socialinių tyrimų centras.
3. Stumbrys D., Jasilionis D., Ambrozaitienė D., Stankūnienė V. (2014). Demografiniai praradimai, susiję su alkoholio vartojimu: Lietuvos respublikos 2011 m. Visuotinio gyventojų ir būstų surašymo ir mirtingumo duomenų jungimo tyrimas. *Lietuvos statistikos darbai*, 53(1): 15–23.
4. Stumbrys D. (2014). Didelis priešlaikinis Lietuvos vyrų mirtingumas. Kaita ir priežastys. *Socialinė Teorija, Empirija, Politika ir Praktika (STEPP)*, 8: 79–88.
5. Stumbrys D. (2014). Lietuvos vyrų savižudybių žemėlapis. *Lietuvos socialinė raida. Lietuvos gyventojai XXI a. pradžioje: sociodemografiniai aspektai*, 3: 66–77.

## Pranešimai tarptautiniuose mokslo renginiuose

1. Stumbrys D. Socio-economic determinants of high mortality due to alcohol-related causes of death among males at working ages in Lithuania. Tarptautinė konferencija *Population change and demographic differentials: determinants, consequences, and challenges*. Lietuvos socialinių tyrimų centras, Vilnius, 2015-09-16.
2. Stumbrys D. High Premature Morality Rates among Men in Lithuania. Patterns and Causes. *IEA International Course on Epidemiological Methods*, Vytauto Didžiojo universitetas, Vilnius, 2014-05-07.
3. Stumbrys D. Jaunimo mirtingumo tendencijos Lietuvoje. Tarptautinė konferencija *Ar aš pažįstu jauną žmogų?*, Lietuvos Respublikos Seimas, Vilnius, 2012–09–26.

## Pranešimai nacionaliniuose mokslo renginiuose

1. Stumbrys D. Lietuvos savižudybių žemėlapis: karštųjų taškų paieška. *Nacionalinė Lietuvos sociologų konferencija*, Vilniaus universitetas, Vilnius, 2014-11-14.
2. Stumbrys D. Ar aukšti Lietuvos vyrų mirtingumo rodikliai – nesaikingo alkoholio vartojimo pasekmė? *Lietuvos socialinių mokslų forumas*, Molėtų observatorija, 2013-05-25.
3. Stumbrys D. Darbingo amžiaus vyrų mirtingumo kaita Lietuvoje. *Lietuvos sociologų konferencija*, Lietuvos mokslų akademija, Vilnius, 2012-11-30.