

5.3. EGÉSZSÉGMAGATARTÁS ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT EURÓPAI ÖSSZEHAJONLÍTÁSBAN

BÍRÓ ANIKÓ

Ebben az alfejezetben a magyarországi lakosság egészségmagatartását vizsgáljuk meg európai összehasonlításban, valamint annak összefüggését az egészségi állapottal kérdőíves adatok alapján. A kutatáshoz az Eurostatnak az Európai lakossági egészségfelmérésen, valamint a Jövedelmi és életkörülmény adatfelvételén alapuló statisztikai mellett egyéni kérdőíves adatbázist is használunk: az Egészség, öregedés és nyugdíjazás felmérése Európában (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE*) adatait. Az egészségre káros és az egészségmegtartást szolgáló szokások gyakoriságát és egyenlőtlenségeit vizsgáljuk, valamint azok összefüggését objektív és szubjektív egészségindikátorokkal.

Az egészségmagatartás az egészségi állapot egyik fontos meghatározó tényezője. Alfejezetünkben az egészségmagatartásnak három aspektusát – három életmódbeli tényezőt – vizsgáljuk: az alkoholfogyasztást, a dohányzást és a fizikai aktivitást. Mindhárom életmódbeli tényező szoros összefüggésben van nemcsak az egészségi állapottal, hanem a munkapiaci helyzettel is. Az életmód és munkapiaci helyzet közötti oksági kapcsolat kétirányú, a szakirodalom számos tanulmánya igyekszik feltárni ezeket az oksági összefüggéseket.

Az alkoholfogyasztást tekintve Terza (2002) megmutatta, hogy a túlzott alkoholfogyasztás növeli a munkanélküliség esélyét. Az alkoholfogyasztás és a keresetek közötti összefüggés kevésbé egyértelmű. French–Zarkin (1995) és Bray (2005) is arra a következtetésre jutott, hogy az alkoholfogyasztás és a keresetek közötti kapcsolat fordított U alakú – a moderált alkoholfogyasztás pozitív hatása túlzott alkoholfogyasztás esetén negatívba fordul. Az oksági összefüggés másik irányát tekintve mind a stressz (Brady–Son-

ne, 1999), mind a munkanélküliség (Popovici–French, 2013) növeli az alkoholfogyasztást.

A dohányzást illetően Lång–Nystedt (2018) a dohányzás negatív bérhatását mutatta ki, de rámutatott, hogy ez a negatív hatás időben változott – erősebb lett a 21. században, mint az 1970-es években volt. Auld (2015) azt találta, hogy a dohányzás jelentősen csökkenti a bért. A munkapiaci helyzet hatása a dohányzási szokásokra kevésbé egyértelmű, és függ a társadalmi kontextustól. Xu (2013) például megmutatta, hogy a munkaórák nagyobb száma és a nagyobb keresetek pozitív összefüggésben vannak a dohányzással, ugyanakkor Heckman és szerzőtársai (2018) szerint a magasabb végzettség csökkenti a dohányzás valószínűségét.

A fizikai aktivitást tekintve Lechner–Sari (2015) megmutatta, hogy egy minimális szint felett a fizikai aktivitás pozitív hatással van a keresetekre, Kosteas (2011) szintén kimutatta a fizikai aktivitás pozitív bérhozádkát. Rootb (2011) pedig azt találta, hogy állaskeresésnél a sportos életmód jelzése megnöveli annak a valószínűségét, hogy az álláshirdető felveszi a pályázóval a kapcsolatot. Arra is vannak bizonyítékok az irodalomban, hogy az elhízás negatív hatással van mind a keresetekre (Cawley és szerzőtársai, 2005), mind a foglalkoztatási valószínűségre (Morris, 2007).

Alfejezetünkben európai összehasonlításban mutatjuk be a magyarországi lakosság alkoholfogyasztási, dohányzási és fizikai aktivitási szokásait, valamint ezen szokások összefüggéseit objektív és szubjektív egészségindikátorokkal.

Adatok

Elemzésünk a már említett Egészség, öregedés és nyugdíjazás (*Survey of Health, Ageing and Retirement*)

ment in Europe, SHARE) adatokon alapul.¹ A SHARE-adatbázis ingyenesen hozzáférhető, nemzetközileg harmonizált, multidiszciplináris panel-adatfelvétel, amely két évenként gyűjt információt az Európai Unió tagállamaiban, valamint Svájcban és Izraelben az ötvenévesnél idősebb népesség egészségéről, munkaerőpiaci helyzetéről és társadalmi-gazdasági jellemzőiről. Elemzésünkben a SHARE 9. adatfelvételi hullámának adatait használjuk – az adatok felvétele 2021 októbertől és 2022 októbertől zajlott. Az adatfelvételben 28 ország vett részt összesen 69 447 válaszadóval, köztük Magyarország is (1828 válaszadóval). A továbbiakban súlyozott adatokat használunk, a SHARE-adatbázis egyéni súlyait használva.

Egészségmagatartás Magyarországon és Európában

Az egészségmagatartást három kétértékű változóval ragadjuk meg. A következő kétértékű változókat használjuk elemzésünkben:

1. Dohányzik-e jelenleg (a továbbiakban: „dohányzik”).
2. Az elmúlt három hónapban legalább heti egy alkalommal ivott összesen hat vagy több egységnyi alkoholos italt, ahol az egységek számolásában ábrákkal segítik a válaszadókat, egy egységnyi alkohol körülbelül 1 deciliter bornak vagy 1 pohár sörnek felel meg (a továbbiakban: „fogyaszt alkoholt”).

3. Legalább hetente egyszer végez-e közepesen erőteljes vagy erőteljes fizikai tevékenységet (a továbbiakban: „fizikailag aktív”).

A kétértékű változók használata elmoshat jelentős fokozatbeli különbségeket, azonban finomabb bontásban hangsúlyosabbá válhatnak a mérési hibák miatti torzítások, mivel a mérési hibák feltehetően összefüggnek egyéb meg nem figyelt egyéni jellemzőkkel. A használt indikátorok az egészségmagatartásnak csak egy-egy oldalát tudják megragadni, nem tudnak teljes képet alkotni a szokásokról (ez különösen igaz a fizikai aktivitásra).

Az 5.3.1. ábra mutatja be a három vizsgált indikátor átlagát országoként. Magyarországon a válaszadók 18 százaléka dohányzik (a súlyozott mintát használva), ez az arány közel azonos a teljes SHARE mintán mért átlaggal (17 százalék). Az alkoholt jelentős mennyiségben fogyasztók aránya is az európai 8 százalékos átlaghoz áll közel a magyar válaszadók körében (9 százalék). A rendszeresen fizikai tevékenységet végzők aránya Magyarországon az 56 százalékos aránnyal azonban jelentősen elmarad az a SHARE mintán mért átlagtól (79 százalék). Ezek a mintázatok azt sugallják, hogy az 50 év feletti lakosság körében az egészségre káros szokások hasonlóan elterjedtek Magyarországon, mint átlagosan Európában, de az egészségmegőrzést elősegítő szokások – mint a fizikai aktivitás – kevésbé gyakoriak Magyarországon.

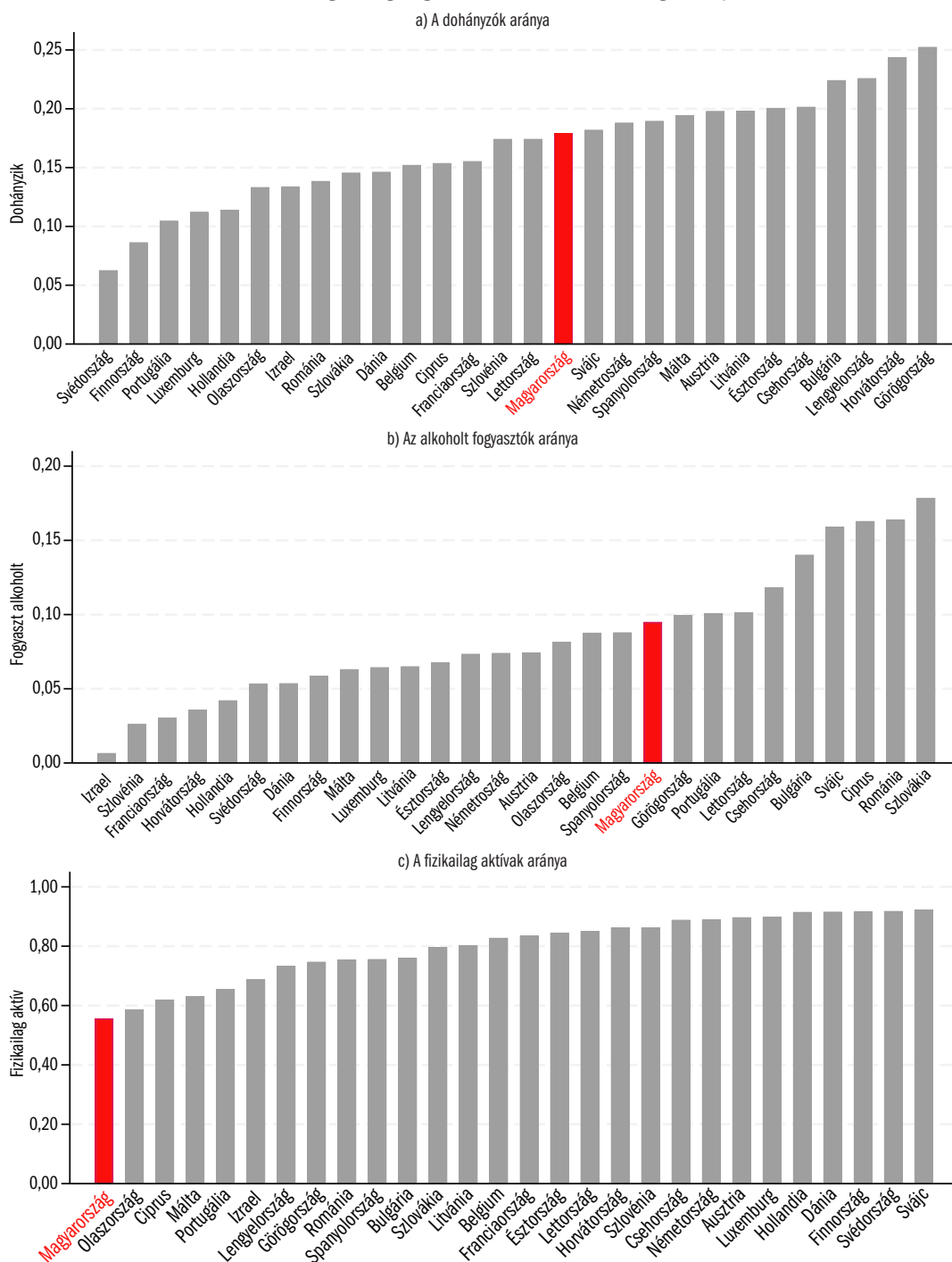
Az egészségmagatartás és az egészségi állapot összefüggései

Következő lépésként megvizsgáljuk, hogy az egészségmagatartás három indikátora milyen összefüggésben van az objektív és szubjektív egészségi állapottal, valamint az általános jólléttel (életminőséggel). Az egészségi állapotot és jóllétet három indikátorral írjuk le:

1. a krónikus betegségek száma, amely a válaszadó által megjelölt krónikus betegségek összeszámlálásából adódik (a SHARE súlyozott mintában az átlaga 1,8, a maximuma 14);

¹ A SHARE 9. hullámának adatait használjuk (*SHARE-ERIC*, 2014), módszertani részletekért lásd *Börsch-Supan és szerzőtársai* (2013). A SHARE-adatfelvételt az Európai Bizottság DG Research and Development finanszírozta az alábbi forrásokból: FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHAREI3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812), FP7 (SHARE-PREP: GA N°211909, SHARE-LEAP: GA N°227822, SHARE M4: GA N°261982, DASISH: GA N°283646) és Horizon 2020 (SHARE-DEV3: GA N°676536, SHARE-COHESION: GA N°870628, SERISS: GA N°654221, SSHOC: GA N°823782), és a DG Employment, Social Affairs & Inclusion az alábbi forrásokból: VS 2015/0195, VS 2016/0135, VS 2018/0285, VS 2019/0332, and VS 2020/0313. További finanszírozók a Német Oktatási és Kutatási Minisztérium, Max Planck Society for the Advancement of Science és U.S. National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C, R AG052527A) (lásd: www.share-eric.eu).

5.3.1. ábra: Az egészségmagatartás indikátorainak átlaga Európában



Forrás: SHARE 9. hullám adatai, a változók leírását lásd a főszövegben.

2. a szubjektív egészség 1-től (gyenge) 5-ig (kiváló) terjedő értéke (a SHARE súlyozott mintában az átlaga 2,9);
3. az életminőség CASP-12 indikátora, ahol a CASP a kontroll (*control*), autonómia (*autonomy*), önmegvalósítás (*self-realization*) és élvezet (*pleasure*) rövidítése (részletekért lásd *Knesebeck és szerzőtársai* (2005); a SHARE súlyozott mintában az életminőség indikátorának átlaga 37,5, a minimuma 12, a maximuma 48, ahol a magasabb érték jobb életminőséget jelöl.

Az egészségmagatartás és az egészségi állapot közötti összefüggések vizsgálatára lineáris regressziós becsléseket végzünk, ahol a függő változó a három felsorolt egészségi állapot és a jóllét indikátorok valamelyike, a fő magyarázó változó a három magatartásindikátor valamelyike, emellett kontrollálunk az életkorra, annak négyzetére, valamint a válaszadó nemére. A súlyozott mintát használjuk, és heterogenitásra robusztus standard hibát becsülünk. Fontos hangsúlyozni, hogy ezek a regressziók csak korrelációt ragadnak meg, nem oksági összefüggést, hiszen az egészségmagatartás és az egészségi állapot és jóllét között az oksági összefüggés kétirányú lehet, valamint számos tényezőre nem kontrollálunk (például családi állapot, anyagi helyzet), amelyek összefüg-

gésben lehetnek a függő és magyarázó változókkal is. A regressziós eredmények bemutatásának célja az összefüggések leíró jellegű bemutatása és azok összehasonlítása Magyarország és a többi európai ország között.

A becslési eredményeket az 5.3.1–5.3.3. táblázatban mutatjuk be. Mindegyik táblázatban a páratlan számú oszlopban az összes SHARE-ország adatait használjuk, a páros számú oszlopokban pedig Magyarországra szűkítjük a mintát. Az 5.3.1. táblázatban a dohányzás összefüggését mutatjuk az egészség-indikátorokkal, kiszűrve az életkor és a nem hatását. Az összefüggések hasonlóak Magyarországon és az európai átlagban. A dohányzók átlagosan 0,14–0,16-tal több krónikus betegségben szenvednek, rosszabb a szubjektív egészségük és életminőségük.

Az 5.3.2. táblázatban a túlzott alkoholfogyasztás összefüggését mutatjuk az egészség-indikátorokkal. A túlzott alkoholfogyasztók kevesebb krónikus betegségről számolnak be az európai országokban, míg Magyarországon nem találtunk ilyen összefüggést. Az európai országokban nem volt szignifikáns összefüggés az alkoholfogyasztás és a szubjektív egészség között, míg Magyarországon pozitív összefüggést találtunk, de csak 10 százalékos szignifikancia-szint mellett. Érdekes nem szem elől téveszteni, hogy ezek az összefüg-

5.3.1. táblázat: Az egészségindikátorok és a dohányzás összefüggése

	A krónikus betegségek száma		Szubjektív egészség		Életminőség	
	összes ország	Magyarország	összes ország	Magyarország	összes ország	Magyarország
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Dohányzik (igen/nem)	0,160*** (0,0424)	0,138 (0,107)	-0,228*** (0,0272)	-0,211*** (0,0794)	-1,577*** (0,179)	-1,724*** (0,533)
Életkor	0,0696*** (0,0168)	0,278*** (0,0624)	-0,0112 (0,0101)	-0,0451 (0,0370)	0,474*** (0,0606)	-0,0902 (0,244)
Életkor ²	-0,000144 (0,000117)	-0,00158*** (0,000458)	-0,000133* (0,00007)	9,71e-05 (0,000270)	-0,00425*** (0,000426)	-0,00102 (0,00177)
Férfi	0,140*** (0,0287)	0,245*** (0,0828)	-0,0774*** (0,0179)	-0,0941 (0,0604)	-0,925*** (0,110)	-0,750** (0,377)
Konstans	-2,434*** (0,607)	-10,08*** (2,096)	4,357*** (0,367)	5,633*** (1,280)	26,91*** (2,150)	49,54*** (8,357)
A megfigyelések száma	68 593	1806	68 607	1807	65 207	1764
R ²	0,101	0,166	0,092	0,095	0,052	0,112

Megjegyzés: Robusztus standard hibák zárójelben.
*** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

Forrás: SHARE 9. hullám adatai, a változók leírását lásd a főszövegben.

gések leíró jellegűek, nem mutatnak oksági hatást, a pozitív összefüggés akár azt is mutathatja, például, hogy az egészségesebb válaszadók inkább hajlamosak társaságba járni és ott több alkoholt fogyasztani. Ugyanakkor az utolsó két oszlopban azt is látjuk, hogy a túlzott alkoholfogyasztók életminősége átlagosan rosszabb mind a SHARE átlagban, mind Magyarországon.

A 5.3.3. táblázatban a fizikai aktivitás összefüggését mutatjuk be az egészségindikátorokkal. A fizikailag aktívak mindhárom indikátort tekintve átlagosan jobb egészségi állapotban vannak, és jobb az életminőségük. A szubjektív egészség és életminőség összefüggése a fizikai aktivitással azonban gyengébb Magyarországon, mint átlagosan Európában.

5.3.2. táblázat: Az egészségindikátorok és a túlzott alkoholfogyasztás összefüggése

	Krónikus betegségek száma		Szubjektív egészség		Életminőség	
	összes ország	Magyarország	összes ország	Magyarország	összes ország	Magyarország
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Fogyaszt alkoholt	-0,168*** (0,0642)	-0,131 (0,115)	0,0561 (0,0415)	0,171* (0,102)	-0,986*** (0,245)	-1,427** (0,642)
Életkor	0,0679*** (0,0169)	0,274*** (0,0630)	-0,00863 (0,0102)	-0,0398 (0,0367)	0,490*** (0,0610)	-0,0890 (0,247)
Életkor ²	-0,000143 (0,000117)	-0,00156*** (0,000460)	-0,000139** (0,00007)	7,33e-05 (0,000268)	-0,00430*** (0,000429)	-0,000955 (0,00179)
Férfi	0,118*** (0,0294)	0,205** (0,0853)	-0,0604*** (0,0183)	-0,0373 (0,0623)	-0,925*** (0,110)	-0,752* (0,386)
Konstans	-2,253*** (0,608)	-9,811*** (2,143)	4,143*** (0,372)	5,249*** (1,267)	25,88*** (2,164)	49,00*** (8,482)
A megfigyelések száma	68 593	1806	68 607	1807	65 207	1764
R ²	0,100	0,166	0,086	0,091	0,045	0,107

Megjegyzés: Robusztus standard hibák zárójelben.
*** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

Forrás: SHARE 9. hullám adatai, a változók leírását lásd a főszövegben.

5.3.3. táblázat: Egészség-indikátorok és fizikai aktivitás összefüggése

	Krónikus betegségek száma		Szubjektív egészség		Életminőség	
	összes ország	Magyarország	összes ország	Magyarország	összes ország	Magyarország
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Fizikailag aktív	-0,449*** (0,0379)	-0,332*** (0,0864)	0,582*** (0,0228)	0,163*** (0,0600)	4,412*** (0,141)	0,997** (0,396)
Életkor	0,0891*** (0,0168)	0,287*** (0,0632)	-0,0361*** (0,0101)	-0,0479 (0,0371)	0,303*** (0,0596)	-0,106 (0,250)
Életkor ²	-0,000319*** (0,000118)	-0,00168*** (0,000462)	0,00009 (0,00007)	0,000140 (0,000270)	-0,00271*** (0,000419)	-0,000740 (0,00182)
Férfi	0,115*** (0,0282)	0,188** (0,0822)	-0,0446** (0,0178)	-0,0466 (0,0586)	-0,687*** (0,106)	-0,389 (0,372)
Konstans	-2,518*** (0,604)	-9,960*** (2,128)	4,445*** (0,366)	5,421*** (1,273)	27,11*** (2,113)	47,88*** (8,524)
A megfigyelések száma	68 593	1806	68 607	1807	65 207	1764
R ²	0,111	0,175	0,136	0,095	0,122	0,108

Megjegyzés: Robusztus standard hibák zárójelben.
*** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

Forrás: SHARE 9. hullám adatai, a változók leírását lásd a főszövegben.

Egészségi állapot és egészségmagatartás Magyarországon és Európában Eurostat-statisztikák alapján

A SHARE-adatok használatának legfőbb előnye, hogy az egyéni szintű, részletes egészségügyi adatokat tartalmazó adatbázis alapján össze tudtuk hasonlítani az egészségmagatartás és az egészségi állapot összefüggéseit (kiszűrve a demográfiai jellemzők hatását) Európában és Magyarországon. Korlátja viszont az elemzésnek, hogy a minta csak az 50 évnél idősebb lakosságra szűkített. Annak érdekében, hogy képet kapjunk a fiatalabb lakosság egészségmagatartásáról és egészségi állapotáról Magyarországon és Európában, Eurostat-statisztikákat használunk fel. Ezek a statisztikák az Európai lakossági egészségfelmérésen, valamint a Jövedelmi és életkörülmény adatfelvételen (EU-SILC) alapulnak, és letölthetők az Eurostat honlapjáról.² Mivel az Európai lakossági egészségfelmérés utolsó adatfelvételi éve 2019 volt, ezért a 2019-es statisztikákkal dolgozunk. A 15–64 (az EU-SILC adatain alapuló statisztikák esetén 16–64) és 65 évnél idősebb korosztályok helyzetét hasonlítjuk össze iskolai végzettség szerinti bontásban.

Az 5.3.4. táblázat adatai alapján a tartós betegségben szenvedők aránya a 16–64 év közötti lakosság körében hasonló Magyarországon és az EU27 országokban, azonban a 65 évesnél idősebbek korosztályában 10–20 százalékponttal nagyobb a tartós betegségben szenvedők aránya Magyarországon, mint az EU27-országok átlagában. A különbség az alapfokú végzettségűek körében a legnagyobb. A 16–64 évesek körében mért relatíve jobb objektív egészség Magyarországon azonban eltakarhat rejtett, még nem diagnosztizált betegségeket, ami különösen azért lehet fontos tényező, mert Magyarországon a szűrővizsgálatokon való részvételi hajlandóság jelentősen elmarad az európai átlagtól – erre utalnak az OECD (2024) kiadványban közölt szűrési statisztikák is.

A jó vagy nagyon jó egészségi állapotot jelentők aránya Magyarországon kisebb, mint az EU27 országa-

iban mindkét vizsgált korcsoportban és mindegyik végzettségi csoportban, de a relatív eltérés itt is az idősebbek és alapfokú végzettségűek között a legnagyobb (5.3.5. táblázat).

5.3.4. táblázat: Tartós betegségben szenvedők aránya iskolai végzettség és korcsoport szerint

	EU27			Magyarország		
	alapfok	középfok	felsőfok	alapfok	középfok	felsőfok
16–64 éves	31,2	31,2	24,6	33,2	31,2	23,4
65 évesnél idősebb	62,1	60,0	56,0	83,0	72,5	66,2

Forrás: Eurostat, People having a long-standing illness or health problem, by sex, age and educational attainment level [hlth_silc_05], 2019.

5.3.5. táblázat: A jó vagy nagyon jó szubjektív egészségi állapotot jelentők aránya

	EU27			Magyarország		
	alapfok	középfok	felsőfok	alapfok	középfok	felsőfok
16–64 éves	71,5	76,1	85,2	62,2	68,2	78,9
65 évesnél idősebb	33,5	42,7	55,5	10,4	18,8	33,5

Forrás: Eurostat, Self-perceived health by sex, age and educational attainment level [hlth_silc_02], 2019.

Az egészségmagatartás-indikátorok közül az Eurostat-statisztikák alapján a dohányzás és alkoholfogyasztást vizsgáljuk csak, mivel ez Eurostat ezen két egészségmagatartás-indikátora a leginkább összehasonlítható a SHARE alapján vizsgált egészségmagatartás-indikátorokkal.

A dohányzók arányát a 5.3.6. táblázatban mutatjuk be. A táblázatban a naponta dohányzók aránya szerepel. Akárcsak a SHARE-adatok alapján, az Eurostat statisztikái alapján is a dohányzók aránya Magyarországon az európai átlaghoz közelebb. A 65 évesnél idősebb korosztályban az arány mintegy fele-harmada a 16–64 éves korosztályban dohányzókéhoz, viszont az iskolai végzettség szerinti mintázat csak a 16–64 évesek körében monoton, minél magasabb a végzettség szintje, annál kisebb a dohányzási arány.

Az alkoholfogyasztást tekintve sem tudjuk pontosan ugyanazt a változót használni az Eurostat-adatok alapján, mint a SHARE-adatokban. Ezért, két indikátorra vonatkozóan mutatunk be átlagokat: 1. a napon-

² Lásd Eurostat.

ta alkoholt fogyasztók arányára; 2. az az elmúlt 12 hónapban legalább egyszer, egyszerre nagy mennyiségű alkoholt (legalább 60 gramm etanol bevitelével járó alkoholt) fogyasztók arányára. A 5.3.7. táblázatban bemutatott statisztikák alapján az alkoholfogyasztási arány is valamelyest kisebb Magyarországon, mint az EU27 átlagában. A napi alkoholfogyasztás az idősebbek körében gyakoribb, mint a 16–64 évesek körében, viszont az egyszeri nagy mennyiségű alkohol fogyasztása fiatalok körében gyakoribb, különösen a felsőfokú végzettségűek esetében.

5.3.6. táblázat: A naponta dohányzók aránya

	EU27			Magyarország		
	alapfok	középfok	felsőfok	alapfok	középfok	felsőfok
16–64 éves	33,4	25,5	9,1	25,1	24,5	13,6
65 évesnél idősebb	9,2	11,1	6,5	7,3	10,8	7,7

Forrás: Eurostat, Daily smokers of cigarettes by sex, age and educational attainment level [hlth_chis_sk3], 2019.

5.3.7. táblázat: Az alkoholt fogyasztók aránya

	EU27			Magyarország		
	alapfok	középfok	felsőfok	alapfok	középfok	felsőfok
Az alkoholt naponta ivók aránya						
16–64 éves	7,8	5,5	5,5	4,5	6,2	3,8
65 évesnél idősebb	16,1	13,3	19,8	6,6	11,4	12,0
A nagy mennyiségű alkoholt legalább egyszer ivók aránya						
16–64 éves	30,4	46,1	44,2	24,9	37,5	40,7
65 évesnél idősebb	14,1	29,3	29,9	11,4	17,5	20,7

Forrás: Eurostat, Frequency of alcohol consumption by sex, age and educational attainment level [hlth_chis_al1e] és Frequency of heavy episodic drinking by sex, age and educational attainment level [hlth_chis_al3e], 2019.

Összegzés

Alfejezetünkben az egészségmagatartási szokásokat, azok egyenlőtlenségét és az egészségi állapottal való összefüggéseit vizsgáltuk Magyarországon, európai összehasonlításban. Az 50 évesnél idősebb lakosságra vonatkozó eredményeink alapján a dohányzás és túlzott alkoholfogyasztás aránya Magyarországon hasonló az európai átlaghoz, a fizikai aktivitás elterjedtsége viszont elmarad az európai átlagtól. A do-

hányzás negatív, a fizikai aktivitás pedig pozitív összefüggésben van az objektív és szubjektív indikátorokkal mért egészséggel és életminőséggel, a túlzott alkoholfogyasztás esetében nem rajzolódott ki egyértelmű összefüggés. A dohányzás és alkoholfogyasztás összefüggése az egészségi állapottal és életminőséggel hasonló Magyarországon az európai átlaghoz, viszont a fizikai aktivitás összefüggése a szubjektív egészség és életminőséggel gyengébb Magyarországon.

Eurostat-statisztikák alapján megállapítottuk, hogy bár az idősebb korosztály objektív és szubjektív egészségi állapota elmarad az uniós átlagtól, és nagyon jelentősek az iskolai végzettség szerinti eltérések, nem láthatók hasonló eltérések az uniós átlaghoz viszonyítva sem a végzettségi csoportok között, sem a dohányzási és túlzott alkoholfogyasztási szokások tekintetében.

Hivatkozások

- AULD, M. C. (2005): [Smoking, drinking, and income](#). Journal of Human Resources, Vol. 40. No. 2. 505–518. o.
- BÖRSCH-SUPAN, A.–BRANDT, M.–HUNKLER, C. at al. (2013): [Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe \(SHARE\)](#). International Journal of Epidemiology, Vol. 42, No. 4. 992–1001. o.
- BRADY, K. T.–SONNE, S. C. (1999): The role of stress in alcohol use, alcoholism treatment, and relapse. Alcohol Research & Health, Vol. 23. No. 4. 263–271. o.
- BRAY, J. W. (2005): [Alcohol use, human capital, and wages](#). Journal of Labor Economics, Vol. 23. No. 2. 279–312. o.
- CAWLEY, J.–GRABKA, M. M.–LILLARD, D. R. (2005): [A comparison of the relationship between obesity and earnings in the US and Germany](#). Journal of Contextual Economics – Schmollers Jahrbuch, Vol. 125. No. 1. 119–129. o.
- FRENCH, M. T.–ZARKIN, G. A. (1995): [Is moderate alcohol use related to wages? Evidence from four worksites](#). Journal of Health Economics, Vol. 14. No. 3. 319–344. o.
- HECKMAN, J. J.–HUMPHRIES, J. E.–VERAMENDI, G. (2018): [Returns to education: The causal effects of education on earnings, health, and smoking](#). Journal of Political Economy, Vol. 126. S1. S197–S246. o.
- KNESEBECK, VON DEM, O.–WAHRENDORF, M.–HYDE, M.–SIEGRIST, J. (2005): Quality of Life and Well-Being. Megjelent: Health, ageing and retirement in Europe: first results from the Survey of Health, Ageing and

- Retirement in Europe. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- KOSTEAS, V. D. (2012): The effect of exercise on earnings: Evidence from the NLSY. *Journal of Labor Research*, Vol. 33. No. 2. 225–250. o.
- LÅNG, E.–NYSTEDT, P. (2018): [Blowing up money? The earnings penalty of smoking in the 1970s and the 21st century](#). *Journal of Health Economics*, Vol. 60. 39–52. o.
- LECHNER, M.–SARI, N. (2015): [Labor market effects of sports and exercise](#). Evidence from Canadian panel data. *Labour Economics*, Vol. 35. 1–15. o.
- OECD (2024): [Health at a Glance: Europe 2024](#). State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Párizs.
- MORRIS, S. (2007). [The impact of obesity on employment](#). *Labour Economics*, Vol. 14. No. 3. 413–433. o.
- POPOVICI, I.–FRENCH, M. T. (2013): [Does unemployment lead to greater alcohol consumption?](#) *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, Vol. 52. No. 2. 444–466. o.
- ROOTH, D. O. (2011): [Work out or out of work](#). The labor market return to physical fitness and leisure sports activities. *Labour Economics*, Vol. 18. No. 3. 399–409. o.
- SHARE-ERIC (2024): [Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe \(SHARE\) Wave 9](#). Release version: 9.0.0. SHARE-ERIC. Data set.
- TERZA, J. V. (2002): [Alcohol abuse and employment: a second look](#). *Journal of Applied Econometrics*, Vol. 17. No. 4. 393–404. o.
- XU, X. (2013). [The business cycle and health behaviors](#). *Social Science & Medicine*, Vol. 77. 126–136. o.