

## ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ, ПОВ'ЯЗАНОЇ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ, У РОЗРІЗІ ТРУДОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТА БЕЗРОБІТТЯ (МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД)

Світлана Індіка<sup>1</sup>, Наталія Бєлікова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Волинський національний університет імені Лесі Українки, м. Луцьк, Україна, indyka.svitlana@vnu.edu.ua

<https://doi.org/10.29038/2220-7481-2023-03-12-18>

### Анотації

**Актуальність.** Працездатність розглядається як важливий аспект благополуччя та стану здоров'я. Одним із найважливіших факторів, пов'язаних із працездатністю, є показник якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (HRQOL), який оцінює фізичні, психічні й соціальні аспекти здоров'я людини. **Мета дослідження** – здійснити аналіз міжнародного досвіду оцінки показників якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, у розрізі трудової діяльності та безробіття. **Методи дослідження** – бібліосемантичний метод дослідження з наступним проведенням контент-аналізу наукових літературних джерел й електронних ресурсів. **Результати дослідження.** HRQOL детерміновано системою чинників, аналіз яких здійснювався з акцентом уваги на таких напрямках, як трудова діяльність і безробіття. Багатофакторний аналіз низки досліджень підтвердив, що стрес, який пов'язаний із певними видами професій, вплив небезпек на робочому місці, нещасні випадки на виробництві, призводять до низького рівня HRQOL або пов'язаних із трудовою діяльністю проблем зі здоров'ям. Якість життя безробітних нижча, ніж у працевлаштованих. Окрім того, вона є вищою в жінок у порівнянні з чоловіками. Представники окремих професій (учителі, юристи, медичні працівники, інженери, страхові агенти) унаслідок високого рівня робочого стресу мають нижчі показники якості життя. Працівники з вищим професійним статусом мають вищі показники якості життя. Якість життя населення, зайнятого в економіках країн, що розвиваються, знижена. **Висновки.** Отже, отримані результати вказують на важливість виявлення факторів, які прямо чи опосередковано впливають на всі сфери якості життя, пов'язаної зі здоров'ям осіб працездатного віку, задля їх корекції, оскільки підвищення якості життя є одним із ключових завдань стратегії планування розвитку країни та її відбудови в післявоєнний період.

**Ключові слова:** якість життя, здоров'я, безробіття, вік, стать.

**Svitlana Indyka, Nataliia Bielikova. Study of Indicators of the Quality of Life Related to Health by Labor Activity and Unemployment (International Experience). Topicality.** Work capacity is seen as an important aspect of well-being and health. One of the most important factors related to work capacity is health-related quality of life (HRQOL), which assesses the physical, mental, and social aspects of a person's health. **The purpose of the study** was to analyze the international experience of assessing indicators of the quality of life related to health in terms of labor activity and unemployment. **Research methods:** bibliosemantic research method followed by content analysis of scientific literary sources and electronic resources. **Research Results.** HRQOL is determined by a system of factors, the analysis of which was carried out with an emphasis on such areas as labor activity and unemployment. Multivariate analysis of a number of studies confirmed that occupational stress, exposure to workplace hazards, occupational accidents contribute to low HRQOL or work-related health problems. The quality of life of the unemployed is lower than that of the employed, besides, it is higher for women compared to men. Representatives of certain professions (teachers, lawyers, medical workers, engineers, insurance agents) have lower quality of life indicators due to a high level of work stress. Employees with higher professional status have higher indicators of quality of life. The quality of life of the population employed in the economies of developing countries is reduced. **Conclusions.** Thus, the obtained results indicate the importance of identifying factors that directly or indirectly affect all areas of the quality of life related to the health of persons of working age in order to correct them. Since improving the quality of life is one of the key tasks of the country's development planning strategy and its reconstruction in the post-war period.

**Key words:** quality of life, health, unemployment, age, gender.

**Вступ.** За прогнозами Ради ЄС, трагічні наслідки тривалої війни з РФ, які тільки посилюються з повномасштабним уторгненням, можуть призвести до втрати Україною, за даними статистики, до 33 % населення. [49]. Підтвердженням цієї загрози є зменшення чисельності тих, хто живе й працює в Україні вже зараз: від початку російської агресії кількість населення скоротилася на 6,7 млн [50]. Крім того, змінюється статево-вікова структура українського суспільства – скоротилася частка осіб продуктивного віку [51], що матиме критичні наслідки для її економічної відбудови в майбутньому [1].

Наразі рано робити остаточні висновки щодо впливу війни на якість життя (ЯЖ) населення України, оскільки конфлікт триває, призводячи до збільшення масштабів трагедії та руйнування людських життів. Проте вже зараз наукове співтовариство повинно активно досліджувати проблему подолання наслідків війни. Це важливо робити не лише з погляду відновлення після війни, але й з огляду на перспективи досягнення високих стандартів ЯЖ людей у найкоротший час.

**Мета дослідження** – аналіз міжнародного досвіду оцінки показників якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, у розрізі трудової діяльності та безробіття.

**Матеріал і методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети використовували бібліо-семантичний метод дослідження з наступним проведенням контент-аналізу наукових літературних джерел й електронних ресурсів.

**Результати дослідження.** Якість життя, пов'язана зі здоров'ям (HRQOL), – це задоволеність людини своїми функціями та благополуччям щодо багатовимірних аспектів життя, на які впливає здоров'я. Це відображення того, як люди сприймають і реагують на фактори, пов'язані зі своїм здоров'ям, такі як фізичне, функціональне, емоційне та психічне благополуччя, а також на важливі аспекти свого життя, такі як родина, друзі й діяльність [8; 22].

Оцінка HRQOL може дати вичерпну інформацію щодо загального стану здоров'я, уключаючи фізичну й емоційну складові частини здоров'я, а також про захворювання, яким можна запобігти, травми на робочому місці, попередити інвалідність тощо [46; 48]. Тобто оцінка HRQOL розглядається не лише як відповідний показник серед популяцій пацієнтів із різними нозологіями, але й також як загальноприйнятий показник для здорових груп населення, уключаючи осіб працездатного віку [35].

HRQOL детерміновано системою чинників, аналіз яких ми здійснювали, акцентуючи увагу на таких напрямках, як трудова діяльність та безробіття.

Трудова діяльність відома як соціальна складова частина, котра може позитивно або зворотно впливати на ЯЖ людини. Незважаючи на те, що працевлаштовані особи, зазвичай, здорові, потрібно проводити оцінку їх ЯЖ із погляду здоров'я, оскільки незадовільний стан здоров'я, пов'язаний з утратою професійних фахівців, тимчасовою втратою працездатності через хворобу, зниженням ефективності роботи та передчасним виходом на пенсію через низку проблем, пов'язаних зі здоров'ям [35].

У повсякденному житті більшості працюючих існує суттєвий вплив психологічної атмосфери на робочому місці, оскільки робота потребує затрат часу й енергії [19]. Як свідчать результати низки досліджень, різні умови праці, стрес, який пов'язаний із певними видами професій, вплив небезпек на робочому місці, нещасні випадки на виробництві спричиняють низький рівень HRQOL або пов'язані з трудовою діяльністю, проблемами зі здоров'ям [38].

Працездатне населення значну частину часу проводить на своєму робочому місці. Отже, робоче середовище має істотний вплив на психічне та фізичне благополуччя людини. Економіка країн, що швидко розвивається, характеризується підвищенням вимог до професіоналізму та зосередженістю на продуктивності й конкуренції, що тим самим чинить тиск на працівників та вимагає продуктивності праці. Отже, як наслідок, добробут працівників або показники ЯЖ можуть бути знижені, що тим самим викликає зниження продуктивності та може призвести до великих витрат для компанії [6].

Як свідчать результати досліджень, навантаження на роботі [21], відсутність соціальної підтримки та стрес через роботу були пов'язані з нижчими показниками HRQoL [26; 33; 40].

За даними науковців, стрес, який пов'язаний із роботою, впливає на психічне й фізичне здоров'я та залежить від вікової групи, статі й освіти. Загальне сприйняття HRQoL також може визначатися факторами індивідуального способу життя, такими як куріння, уживання алкоголю [47], фізичною активністю [42] та надмірною вагою/ожирінням [45].

Зважаючи на швидку індустріалізацію й економічне зростання в Сингапурі, протягом останнього десятиліття рівень зайнятості в цій країні значно зріс. За даними аналітиків, усе більша частка літнього населення працює через підвищення працездатного віку до 67 років (а згодом – до 70 років) у 2030 р.) [25].

У дослідженні, проведеному серед сингапурців середнього й старшого віку, продемонстровано, що трудова активність сприяє покращенню психічного благополуччя, оскільки зайнятість надає можливості для соціальної взаємодії та когнітивної активності [32]. На відміну від молодшої вікової групи, старші працівники виробили стійкість до стресових факторів у робочому середовищі завдяки багаторічному досвіду роботи [20].

D. Mahirah та співавтори (2020) оцінювали детермінанти HRQoL серед 464 учасників із чотирьох компаній у Сингапурі. Як свідчать результати досліджень, етнічна приналежність, надмірна вага/ожиріння й роки роботи в компанії були суттєво пов'язані з фізичною складовою частиною ЯЖ, а вік і стрес на роботі – із психічним компонентом ЯЖ. Якість сну була суттєво пов'язана як із фізичним, так і з психічним рівнями ЯЖ [24].

Інші відповідні дослідження виявили, що в працюючих професіоналів фіксували сильний негативний зв'язок між професійним стресом і ЯЖ [19]. Працівники з меншою автономією та контролем у роботі відчували вищий рівень стресу. Також у певній послідовності щодо роду занять, такі представники професій, як учителі, юристи, медичні сестри, інженери, страхові агенти та лікарі, також повідомляли про високий рівень стресу [6]. Показано, що підвищене навантаження на роботі має значний негативний вплив на психічне здоров'я працівників, на додаток до втрати продуктивності через неможливість працювати в оптимальних умовах [21].

Крім того, різні професійні групи відрізняються щодо фізичних і психічних вимог, пов'язаних зі сферою роботи, що може мати різні наслідки для здоров'я [6]. Наприклад, робота в нічні зміни може призвести до негативних наслідків для здоров'я в порівнянні з роботою в денні зміни [11]. Так, медичні працівники мають більше виснаження, ніж ті, робота яких не пов'язана з медичною допомогою [31].

За даними досліджень, займана посада, яка визначається різницею в обсягах роботи та вимогами на робочому місці, значно впливає на фізичне й емоційне благополуччя [7; 44]. Обґрунтуванням цих результатів може бути твердження, що працівники, які мали вищий професійний статус, мали такі переваги, як гнучкий графік роботи, відпустка й участь у програмі оздоровлення на робочому місці, повага з боку інших колег, що тим самим підвищувало самооцінку та комфортну роботу в команді.

Тип професії також був суттєво пов'язаний із фізичною складовою частиною ЯЖ, причому в офісних працівників були вищі показники, на відміну від тих осіб, які працювали не в офісі [24]. Низка досліджень підтвердила ці твердження. Так, у державних службовців показник HRQOL виявився вищим, ніж у працівників залізниці в Китаї; медсестер у Греції; банківських працівників в Індії; працівників транспортної галузі, промисловості й університетів Сингапуру [17; 24; 49].

Сьогодні Малайзія, як і більшість країн, зосередилася на зміцненні економіки, професіоналізмі та конкуренції на робочому місці, таким чином спонукаючи працівників до високоякісних результатів. Значна частина опублікованих досліджень у Малайзії враховувала лише фактори, пов'язані з HRQOL серед населення з певними нозологіями та людей похилого віку, а результати оцінки якості життя працездатного населення повною мірою не були висвітлені.

Ashri, Muhamad Hasrol Mohd, Hazizi Abu Saad, and Siti Nur'Asyura Adznam. (2021) здійснили оцінку HRQOL та пов'язаних із нею факторів серед 460 державних службовців у Путраджайї (Малайзія). Учасники дослідження займалися переважно адміністративною роботою в міністерствах, працювали вісім годин на день і лише в денну зміну. Результати дослідження свідчать, що більшість державних службовців мали дещо нижчі показники HRQOL у порівнянні з іншими верствами населення Малайзії [4].

Оскільки в Китаї активно розвиваються технології з метою підвищення рівня життя працюючих, то, в порівнянні з попереднім дослідженням, у держслужбовців Китаю відзначали кращі показники HRQOL [47].

Отже, оцінка HRQOL держслужбовців відіграє вирішальну роль щодо покращення продуктивності праці та забезпечення задовільного результату роботи відповідно до потреб. Отже, керівництву установ потрібно зосередитися на покращенні HRQOL співробітників для оптимізації їхнього добробуту.

Метою перехресного дослідження Andrade Louzado J. та співавторів (2021) було визначення факторів, пов'язаних із якістю життя молодих працівників соціальної сфери. У дослідженні взяли участь 1270 осіб. Дані були зібрані за допомогою цифрового опитувальника, створеного на платформі KoBoToolbox, який уключав індекс EUROHIS-QOL із восьми пунктів для оцінки ЯЖ. Як засвідчили результати, середня якість життя чоловіків і жінок становила 31,1 і 29,4 відповідно. Працівники, які оцінили своє здоров'я як «дуже добре», мали співвідношення шансів 7,4 (95 % довірчий інтервал (ДІ) = 5,17–10,81), а ті, хто оцінив його як «добре», мали співвідношення шансів 2,9 (95 % ДІ = 2,31–3,77). Обидві групи працівників мали вищий рівень ЯЖ у порівнянні з працівниками з «нормальною», «поганою» або «дуже поганою» самооцінкою здоров'я [2]. У цьому дослідженні не виявлено статистично значимих відмінностей щодо показників ЯЖ із погляду віку та сімейного стану. Проте

працівники старші 50 років мали найвищі середні показники ЯЖ, що суперечить результатам інших досліджень. Отже, цей факт потрібно інтерпретувати так, що цей контраст може бути зумовлений більшими фінансовими ресурсами й професійною стабільністю працівників старшого віку. За результатами цього дослідження, працівники вищих соціально-економічних класів мали вищі доходи, а отже – вищу купівельну спроможність товарів і послуг, стабільність у робочих відносинах і більшу задоволеність роботою, що є визначальними факторами фізичного й психічного здоров'я, важливими елементами для ЯЖ [2].

Результати низки досліджень продемонстрували, що наявність хронічного захворювання та тривале застосування ліків були суттєво пов'язані з погіршенням показників HRQOL [9; 34; 49]. У зв'язку з цим наявність одного або кількох хронічних захворювань знижувала результативність роботи серед працівників, оскільки хронічні захворювання обмежували фізичні можливості й соціальну інтеграцію, впливали на розвиток кар'єри. Тобто, зрештою, це впливає на фізичне, психологічне та соціальне благополуччя [13; 30]. За даними науковців, безробіття й, зокрема, тривале безробіття пов'язане з погіршенням стану здоров'я [12; 28] і, як наслідок – обмеженою працездатністю [16; 36].

Безробіття є однією з головних індивідуальних і соціальних проблем у країнах із високим рівнем доходу, таких як Фінляндія. Статистика свідчить, що кількість безробітних у Фінляндії зменшується, проте кількість безробітних із тривалістю безробіття щонайменше рік залишається високою. Частково це пов'язано з тим, що люди з проблемами зі здоров'ям здебільшого залишилися без роботи [29; 43] та мають менше шансів знайти нову роботу [27]. За даними досліджень виявлено, що лише 15 % фінських безробітних із довготривалим стажем безробіття мали можливість працевлаштуватись [18].

В епоху глобалізації система управління та робочі технології розвиваються відповідно до швидкого економічного розвитку, безпосередньо роблячи працівників цінним ресурсом [15]. Окрім того, нині чоловіки вже не є основною складовою частиною трудового ресурсу, адже жінки також роблять свій внесок у різні сфери, пов'язані з роботою в сучасному світі, який створив нові робочі середовища й робочі вимоги [15].

Hult, M., Pietilä, A.M. & Saaranen, T. (2020) аналізували значущість здоров'я та працездатність як предиктори ЯЖ серед фінських безробітних [16]. У цьому дослідженні взяли участь 1158 осіб у віці 20–65 років, які втратили роботу. Як свідчать результати, показники ЯЖ були кращими серед жінок, у порівнянні з чоловіками.

За даними дослідження Norström, F. та ін. (2019), показники HRQoL, серед безробітних були нижчими, у порівнянні з працевлаштованими. Окрім того, найбільш негативний вплив справляло безробіття на одружених чоловіків і молодих людей [26]. Extremera N. (2014) та його колеги виявили, що чоловіки більше страждали від негативних наслідків безробіття через свою традиційну роль годувальника родини. Чоловіки схильні частіше використовувати самозвинувачення й звинувачувати інших у втраті роботи, використовувати менш перспективні стратегії пошуку роботи, на відміну від жінок [10]. Також André van Hoorn and Maseland van Hoorn, A., & Maseland, R. (2013) стверджували, що в протестантських культурах безробітні страждають більше, ніж в інших культурах, через центральну роль зайнятості в ідентичності та статусі особи [3]. Однак негативні наслідки безробіття є індивідуальними й контекстними. Наприклад, їх менший негативний вплив фіксується в країнах, які пропонують кращі виплати з безробіття [5].

Van der Meer, P. H. (2014) досліджував суб'єктивне благополуччя людей, працездатність і гендерні особливості ЯЖ, оскільки є вагомі докази того, що чоловіки, зазвичай, більше страждають від негативних наслідків безробіття, ніж жінки. Результати дослідження продемонстрували, що безробітні жінки мали кращі показники ЯЖ, ніж чоловіки. Адже, імовірно, жінки звикли бути в декретній відпустці, доглядаючи дітей і тому могли знайти важливі заняття, пов'язані зі своєю родиною чи соціальними мережами, брали участь у волонтерській роботі [41], на відміну від чоловіків.

За даними дослідження Gough, M. (2017), окрім соціальних мереж, одним із джерел значущості для жінок, які втратили роботу, на відміну від чоловіків, було збільшення фізичної активності [14].

Tavakoli-Fard, N. та ін. досліджували ЯЖ та її зв'язок із працездатністю в 328 працівниць промислового підприємства в місті Карадж (Іран). Як свідчать результати дослідження, фізичні й психічні компоненти HRQoL були важливими факторами, пов'язаними з працездатністю, яка в більшості жінок (середній вік досліджуваних – 27,6 років) була середньою, проте не задовільною. Також працівниці з вищою освітою мали кращу працездатність ( $p = 0,002$ ), на відміну від працівниць позмінної роботи ( $p = 0,03$ ) [37].

**Висновки.** Отже, потрібно зауважити, що:

- стрес, який пов'язаний із певними видами професій, вплив небезпек на робочому місці, нещасні випадки на виробництві спричиняють низький рівень HRQOL або пов'язані з трудовою діяльністю з проблемами зі здоров'ям;
- якість життя безробітних нижча, ніж у працевлаштованих. Окрім того, вона є вищою в жінок у порівнянні з чоловіками;
- представники окремих професій (учителі, юристи, медичні працівники, інженери, страхові агенти) унаслідок високого рівня робочого стресу мають нижчі показники якості життя;
- працівники з вищим професійним статусом мають вищі показники якості життя;
- якість життя населення, зайнятого в економіках країн, що розвиваються, знижена.

Отже, отримані результати вказують на важливість виявлення факторів, які прямо чи опосередковано впливають на всі сфери якості життя осіб працездатного віку, із метою їх корекції, оскільки підвищення якості життя є одним із ключових завдань стратегії планування розвитку країни та її відбудови в післявоєнний період; це прямо чи опосередковано позитивно впливає на всі сфери якості життя.

**Перспективи подальших досліджень** плануються в напрямі вивчення впливу фізичної активності на якість життя людини, що тим самим дасть змогу визначити вектор державної політики, спрямованої на стимулювання фізичної активності серед населення загалом.

#### References

1. Stavvitskiy, A., Molokanova, K. (2020). Modeliuvannya yakosti zhyttia naselennia v Ukraini ta krainakh Yevropy. *Visnyk Kyivskoho natsionalnoho universytetu imeni Tarasa Shevchenka*, 6(213), 20–31. <https://doi.org/10.17721/1728-2667.2020/213-6/3> (in Ukrainian).
2. Andrade Louzado, J., Lopes Cortes, M., Oliveira, M. G., Moraes Bezerra V., Mistro, S., Souto de Medeiros, D., Arruda Soares, D., Oliveira Silva, K., Nicolaevena Kochergin, C., Honorato dos Santos de Carvalho, V. C. et al. (2021). Quality of Life and Associated Factors in Young Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2153. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042153>
3. André van Hoorn and Maseland van Hoorn, A., & Maseland, R. (2013). Does a Protestant work ethic exist? Evidence from the well-being effect of unemployment. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 9, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2013.03.038>
4. Ashri, M. H. M., Saad, H. A., Adznam, S. N. (2021). Factors Associated with Health-Related Quality of Life among Government Employees in Putrajaya, Malaysia. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 5, 18(5), 2626. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052626>
5. Bergqvist, K., Yngwe, M. Å., & Lundberg, O. (2013). Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities - An analytical review. *BMC Public Health*, 13, 1234. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1234>
6. Chan, K. B., Lai, G., Ko, Y. C., Boey, K. W. (2000). Work stress among six professional groups: the Singapore experience. *Soc Sci Med*. May, 50(10), 1415–32. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00397-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00397-4)
7. Clougherty, J. E., Souza, K., Cullen, M. R. (2010). Work and its role in shaping the social gradient in health. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1186, 102. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05338.x>
8. Emmanuel, E. N., Sun, J. (2014). Health related quality of life across the perinatal period among Australian women. *J Clin Nurs*, Jun, 23(11–12), 1611–9. <https://doi.org/10.1111/jocn.12265>
9. Etxeberria, I., Urdaneta, E. & Galdona, N. (2019). Factors associated with health-related quality of life (HRQoL): differential patterns depending on age. *Qual Life Res*, 28, 2221–2231. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02182-0>
10. Extremera, N., & Rey, L. (2014). Health-related quality of life and cognitive emotion regulation strategies in the unemployed: A cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0172-6>
11. Ferri, P., Guadi, M., Marcheselli, L., Balduzzi, S., Magnani, D., Di Lorenzo, R. (2016). The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general hospital: a comparison between rotating night shifts and day shifts. *Risk Manag Healthc Policy*, 9, 203–211. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S115326>
12. Gebel, M., & Voßemer, J. (2014). The impact of employment transitions on health in Germany. A difference-in-differences propensity score matching approach. *Social Science and Medicine*, 108, 128–136. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.039>.
13. Gholami, A., Nadjafi, S., Moradpour, F., Jahromi, Z. M., Montazeri, A., Vaez-Mahdavi, M. R., Mehrizi, A. A. H., Abbasi-Ghahramanloo, A., Hatamian, S., Sohrabi, M. et al. (2018). Application of the short form of quality of life instrument version 2 in a large population of Tehran. *Med. J. Islamic Repub. Iran*, 32, 101 <https://doi.org/10.14196/mjiri.32.101>
14. Gough, M. (2017). A couple-level analysis of participation in physical activity during unemployment. *SSM—Population Health*, 3(March), 294–304. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.03.001>

15. Hassan, N.; Lapok, F. (2014). The effect of quality of work life (QWL) programs on quality of life (QOL) among employees at multinational companies in Malaysia. *Procedia Soc. Behav. Sci*, 112, 24–34 <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.1136>
16. Hult, M., Pietilä, A.-M., & Saaranen, T. (2019). Improving employment opportunities of the unemployed by health and work ability promotion in Finland. *Health Promotion International*. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz048>.
17. Ioannou, P., Katsikavali, V., Galanis, P., Velonakis, E., Papadatou, D., Sourtzi, P. (2015). Impact of job satisfaction on Greek nurses' health-related quality of life. *Saf. Health Work*, 6, 324–328. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2015.07.010>
18. Kerätär, R., Taanila, A., Jokelainen, J., Soukainen, J., & Ala-Mursula, L. (2016). Work disabilities and unmet needs for health care and rehabilitation among jobseekers: a community-level investigation using multidimensional work ability assessments. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(4), 343–351. <https://doi.org/10.1080/02813432.2016.1248632>
19. La Torre, G., Sestili, C., Mannocci, A., Sinopoli, A., De Paolis, M., De Francesco, S., Rapaccini, L., Barone, M., Iodice, V., Lojodice, B. et al. (2018). Association between work related stress and health related quality of life: The impact of socio-demographic variables. A cross sectional study in a region of central Italy. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15, 159. <https://doi.org/10.3390/ijerph15010159>
20. Leijten, F. R., van den Heuvel, S. G., van der Beek, A. J., Ybema, J. F., Robroek, S. J., Burdorf, A. (2015). Associations of work-related factors and work engagement with mental and physical health: a 1-year follow-up study among older workers. *J Occup Rehabil*. Mar, 25(1), 86–95. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9525-6>
21. Lerner, D. J., Levine, S., Malspeis, S., D'Agostino, R. B. (1994). Job strain and health-related quality of life in a national sample. *Am J Public Health*, Oct. 84(10), 1580–5. <https://doi.org/10.2105/ajph.84.10.1580>
22. Lin, X.-J., Lin, I.-M., Fan, S.-Y. (2013). Methodological issues in measuring health-related quality of life. *Tzu Chi Med J.*, 25(1), 8–12. <https://doi.org/10.1016/j.tcmj.2012.09.002>
23. Lu, P.; Liang, Y. (2016). Health-related quality of life of young Chinese civil servants working in local government: Comparison of SF-12 and EQ5D. *Appl. Res. In Qual. Life*, 11, 1445–1464. <https://doi.org/10.1007/s11482-015-9446-3>
24. Mahirah, D., Sauter, C., Thach, T. Q., Dunleavy, G., Nazeha, N., Christopoulos, G. I., Soh, C. K., Car, J. (2020). Factors associated with health-related quality of life in a working population in Singapore. *Epidemiol Health*, 42:e2020048, 1–10. <https://doi.org/10.4178/epih.e2020048>
25. Ministry of Manpower. Responsible re-employment; 2019 [cited 2019 Nov 1]. URL: <https://www.mom.gov.sg/employment-practices/re-employment>.
26. Norström, F., Waenerlund, A. K., Lindholm, L., Nygren, R., Sahlén, K. G., & Brydsten, A. (2019). Does unemployment contribute to poorer health-related quality of life among Swedish adults? *BMC Public Health*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6825-y>
27. Nwaru, C. A., Nygard, C.-H., & Virtanen, P. (2016). Musculoskeletal pain and re-employment among unemployed job seekers: A three-year follow-up study. *BMC Public Health*, 16, 531. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3200-0>
28. Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264–282. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>
29. Porru, F., Burdorf, A., & Robroek, S. J. W. (2019). The impact of depressive symptoms on exit from paid employment in Europe: A longitudinal study with 4 years follow-up. *European Journal of Public Health*, 29(1), 134–139. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky136>.
30. Rasooly, D., Ioannidis, J. P., Khoury, M. J., Patel, C. J. (2019). Family history-wide association study to identify clinical and environmental risk factors for common chronic diseases. *Am. J. Epidemiol*, 188, 1563–1568. <https://doi.org/10.1093/aje/kwz125>
31. Schooley, B., Hikmet, N., Tarcan, M., Yorgancioglu, G. (2016). Comparing burnout across emergency physicians, nurses, technicians, and health information technicians working for the same organization. *Medicine (Baltimore)*, 95:e2856. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002856>
32. Schwingel, A., Niti, M. M., Tang, C., Ng, T. P. (2009). Continued work employment and volunteerism and mental well-being of older adults: Singapore longitudinal ageing studies. *Age Ageing*, Sep. 38(5), 531–7. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp089>
33. Silva, L. S., Barreto, S. M. (2012). Adverse psychosocial working conditions and poor quality of life among financial service employees in Brazil. *J Occup Health*, 54, 88–95. <https://doi.org/10.1539/joh.11-0072-oa>
34. Silvaggi, F., Eigenmann, M., Scaratti, C., Guastafierro, E., Toppo, C., Lindstrom, J., Rantala, E., Imaz-Iglesia, I., Barnfield, A., Maassen, A. et al. (2020). Employment and chronic diseases: Suggested actions for the implementation of inclusive policies for the participation of people with chronic diseases in the labour market. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 820. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030820>
35. Suddin, L.S. (2019). Working in perceived dangerous workplace will lower the healthy workers' health-related quality of life (HRQOL) status: A cross sectional online survey. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 9, 410–417. <https://doi.org/10.6007/IJARBS/v9-i12/6737>

36. Szlachta, E., Gawlik-Chmiel, B., & Kallus, K. W. (2012). Do the long-term unemployed regard themselves as able to work? *Journal of Public Health*, 20(5), 505–511. <https://doi.org/10.1007/s10389-012-0505-z>
37. Tavakoli-Fard, N., Mortazavi, S., Kuhpayehzadeh, J., Nojomi, M. (2016). Quality of life, work ability and other important indicators of women's occupational health. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 29(1), 77–84. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00329>
38. Teles, M. A. B., Barbosa, M. R., Vargas, A. M. D., Gomes, V. E., e Ferreira, E. F., de Barros Lima, A. M. E., Ferreira, R. C. (2014). Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: A cross sectional study. *Health Qual. Life Outcomes*, 12, 72. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-72>
39. Tøge, A. G. (2016). Health effects of unemployment in Europe during the great recession: The impact of unemployment generosity. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 46(4), 614–641. <https://doi.org/10.1177/0020731416664688>
40. Tsai, S. Y. (2012). A study of the health-related quality of life and work-related stress of white-collar migrant workers. *Int J Environ Res Public Health*, 9, 3740–3754. <https://doi.org/10.3390/ijerph9103740>
41. Van der Meer, P. H. (2014). Gender, unemployment and subjective well-being: Why being unemployed is worse for men than for women. *Social Indicators Research*, 115, 23–44. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0207-5>
42. Vuillemin, A., Boini, S., Bertrais, S., Tessier, S., Oppert, J. M., Hercberg, S., et al. (2005). Leisure time physical activity and health-related quality of life. *Prev Med*, 41, 562–569. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2005.01.006>
43. Wagenaar, A. F., Kompier, M. A. J., Houtman, I. L. D., van den Bossche, S. N. J., & Taris, T. W. (2015). Who gets fired, who gets re-hired: the role of workers' contract, age, health, work ability, performance, work satisfaction and employee investments. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(3), 321–334. <https://doi.org/10.1007/s00420-014-0961-6>. Return to ref 2015 in article
44. Wang, R., Wu, C., Zhao, Y., Yan, X., Ma, X., Wu, M., Liu, W., Gu, Z., Zhao, J., He, J. (2008). Health related quality of life measured by SF-36: A population-based study in Shanghai, China. *BMC Public Health*, 8, 292. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-292>
45. Wee, H. L., Wu, Y., Thumboo, J., Lee, J., Tai, E. S. (2010). Association of body mass index with Short-Form 36 physical and mental component summary scores in a multiethnic Asian population. *Int J Obes (Lond)*, 34, 1034–1043. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.24>
46. Wu, M., Brazier, J. E., Kearns, B., Relton, C., Smith, C., Cooper, C. L. (2015). Examining the impact of 11 long-standing health conditions on health-related quality of life using the EQ-5D in a general population sample. *Eur. J. Health Econ.*, 16, 141–151. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0559-z>
47. Xu, J., Qiu, J., Chen, J., Zou, L., Feng, L., Lu, Y., et al. (2017). Lifestyle and health-related quality of life: a cross-sectional study among civil servants in China. *BMC Public Health*, 12, 330. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-330>
48. Yin, S., Njai, R., Barker, L., Siegel, P. Z., Liao, Y. (2016). Summarizing health-related quality of life (HRQOL): Development and testing of a one-factor model. *Popul. Health Metr.*, 14, 22. <https://doi.org/10.1186/s12963-016-0091-3>
49. Zhang, X.; Chen, G.; Xu, F.; Zhou, K.; Zhuang, G. (2016). Health-related quality of life and associated factors of frontline railway workers: A cross-sectional survey in the Ankang Area, Shaanxi Province, China. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 13, 1192. <https://doi.org/10.3390/ijerph13121192>
50. URL: <https://nobrainerddata.com/2022/06/17/the-demographic-tragedy-of-ukraine-a-second-holodomor/>
51. URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/pubFile/1527959>
52. URL: <http://migrantlife.wp.st-andrews.ac.uk/files/2022/03/The-War-and-the-Future-of-Ukraines-Population.pdf>

Стаття надійшла до редакції 24.08.2023 р.