

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

КАЛИНИНА ТАТЬЯНА ВЛАДЛЕНОВНА  
МОСЬКО ПЕТР ЛЕОНИДОВИЧ

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ.  
ВОСПРОИЗВОДСТВО НАСЕЛЕНИЯ:  
РОЖДАЕМОСТЬ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ**

Учебно-методическое пособие

Минск, БелМАПО  
2021

УДК 314.12:314.116(075.9)  
ББК 60.7я73  
К 17

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия  
НМС государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия  
последипломного образования»  
протокол № 8 от 23.11.2021

**Авторы:**

*Калинина Т.В.*, проректор по учебной работе государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук, доцент  
*Мосько П.Л.*, главный врач УЗ «Клинический родильный дом Минской области»

**Рецензенты:**

*Семенов А.В.*, заместитель директора по научной работе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», кандидат медицинских наук  
*Кафедра* общественного здоровья и здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет»

**Калинина Т.В.**

К 17      Общественное здоровье. Воспроизводство населения: рождаемость и репродуктивное поведение : учеб.-метод. пособие / Т.В. Калинина, П.Л. Мосько. – Минск : БелМАПО, 2021. – 40с.

ISBN 978-985-584-664-3

В учебно-методическом пособии представлены закономерности воспроизводства населения, типы воспроизводства, общие и специальные коэффициенты воспроизводства. Рассмотрены основные показатели, характеризующие процесс рождаемости, методики расчёта общих и специальных коэффициентов рождаемости, причины снижения рождаемости в экономически развитых странах. Дана характеристика репродуктивного поведения и репродуктивных потребностей человека. Представлена структура и индикаторы репродуктивного поведения. Изложены основные понятия репродуктивного здоровья населения.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательной программы переподготовки по специальности «Организация здравоохранения» (дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение»), а также повышения квалификации руководителей и заместителей руководителей организаций здравоохранения, врачей-специалистов, специалистов со средним специальным медицинским образованием.

УДК 314.12:314.116(075.9)  
ББК 60.7я73

ISBN 978-985-584-664-3

© Калинина Т.В., Мосько П.Л., 2021  
© Оформление БелМАПО, 2021

## ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	Введение	4
2.	Воспроизводство населения	6
2.1.	Общие показатели воспроизводства населения	7
2.1.1.	Естественный прирост	7
2.1.2.	Коэффициент естественного прироста	7
2.1.3.	Индекс жизненности (индекс Покровского)	8
2.2.	Специальные коэффициенты воспроизводства	8
2.2.1.	Брутто-коэффициент воспроизводства	8
2.2.2.	Нетто-коэффициент воспроизводства	8
2.2.3.	Истинный коэффициент естественного прироста	10
3.	Рождаемость населения	11
3.1.	Статистические коэффициенты рождаемости	12
3.1.1.	Общий коэффициент рождаемости	13
3.1.2.	Специальный коэффициент рождаемости	14
3.1.3.	Возрастные коэффициенты рождаемости	15
3.1.4.	Суммарный коэффициент рождаемости	16
3.1.5.	Коэффициент брачной (внебрачной) рождаемости	19
3.2.	Структурные характеристики рождаемости	19
3.2.1.	Распределение новорожденных по очередности их рождения	21
3.2.2.	Средний возраст женщин, рождающих детей	22
4.	Репродуктивное поведение	24
4.1.	Репродуктивные потребности	24
4.2.	Репродуктивные установки	24
4.3.	Репродуктивные мотивы	25
4.4.	Индикаторы репродуктивного поведения	26
5.	Репродуктивное здоровье	28
5.1	Индикаторы репродуктивного здоровья	29
5.2	Бесплодие	30
5.3	Репродуктивное здоровье молодежи	32
6.	Глоссарий	35
7.	Список литературы	38

## ВВЕДЕНИЕ

Демографический потенциал страны является важнейшим фактором ее социально-экономического развития. Процессы, происходящие в демографической сфере, имеют долговременный характер и оказывают влияние на все сферы жизни общества.

Тенденции демографического развития Республики Беларусь в конце XX – начале XXI века (сокращение численности населения, снижение рождаемости и рост смертности, старение нации, трансформация института семьи) стали серьезными вызовами, на которые нужно было найти ответ в ближайшей перспективе. Государство приняло в связи с этим ряд мер, направленных на обеспечение демографической безопасности [1]. Правовые и организационные основы демографической безопасности определены Законом Республики Беларусь «О демографической безопасности Республики Беларусь», принятым в 2002 году. Основным инструментом государственной демографической политики, предусматривающим комплекс мер по обеспечению демографической безопасности, выступает Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь. К настоящему времени выполнены три Национальные программы (на 2007–2010 гг., на 2011–2015 гг., 2016–2020 гг.) и начата реализация четвертой – «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021–2025 гг.[2].

В соответствии с Программой деятельности Правительства Республики Беларусь на период до 2025 года семейная политика Республики Беларусь направлена на создание предпосылок для роста демографического потенциала страны - стимулирование рождения второго ребенка и последующих детей, укрепление института семьи на основе укрепления здоровья населения, улучшения условий жизнедеятельности семей с детьми[3].

Воспроизводство населения это ключевое понятие, характеризующее общественное здоровье, и является не только его важнейшей составляющей, но в значительной степени предопределяет социальный и экономический потенциал общественного развития. Рождаемость, наряду со смертностью, в настоящее время в нашей стране и других экономически развитых странах оказывает решающее влияние на характер воспроизводства населения. От рождаемости, главным образом, зависит то, как в обществе осуществляется процесс замещения поколений.

В этой связи рождаемости отводится особое место в демографической политике. От того, удастся ли существенно изменить ее уровень и тенденции, решающим образом зависят перспективы демографической динамики, изменения численности населения и его состава. Для того чтобы повышалась рождаемость, надо очень хорошо представлять себе, от чего зависит её уровень, число детей в семьях, что определяет то или иное репродуктивное поведение. Это, в свою очередь, предполагает всесторонний и глубокий

анализ рождаемости и репродуктивного поведения с использованием различных показателей и источников информации.

На VI Всебелорусском народном собрании большое внимание было уделено вопросам семейной политики. Было предложено разработать программу «Многодетная Беларусь» с серьезными новациями, касающимися таких моментов, как расширение границ использования семейного капитала, социальных и трудовых преференций для многодетных матерей.

В учебно-методическом пособии представлены закономерности воспроизводства населения, типы воспроизводства, общие и специальные коэффициенты воспроизводства. Рассмотрены основные показатели, характеризующие процесс рождаемости, методики расчёта общих и специальных коэффициентов рождаемости, причины снижения рождаемости в экономически развитых странах. Дана характеристика репродуктивного поведения и репродуктивных потребностей человека. Представлена структура и индикаторы репродуктивного поведения. Изложены основные понятия репродуктивного здоровья населения.

## ВОСПРОИЗВОДСТВО НАСЕЛЕНИЯ

Воспроизводство населения - это процесс смены поколений в результате рождений и смертей. Совокупность параметров, определяющих этот процесс, называется режимом воспроизводства населения.

Процесс естественного воспроизводства населения включает в себя возобновление населения по полу, возрасту, семейному положению, социальному статусу, территориальному, религиозному и этническому составу. В содержании процесса воспроизводства населения выделяют биологический и социальный аспекты. Биологический аспект обусловлен состоянием здоровья, позволяющим воспроизводить потомство и увеличивать продолжительность жизни, а социальный аспект - социально-экономическими и политическими условиями жизни, этнокультурными традициями и мотивами, влияющими на репродуктивное поведение и миграцию.

Воспроизводство населения подчиняется действию естественного закона постоянного самообновления человечества. Различают три культурно-исторических типа воспроизводства населения: традиционный, промежуточный и современный. Переход от традиционного к современному типу воспроизводства получил название демографическая революция.

Наиболее распространенной концепцией, объясняющей последовательность развития демографических процессов и их долгосрочные тенденции, является «концепция демографического перехода». Разработка первой концепции демографического перехода принадлежит французскому демографу А. Ландри [4]. Согласно его концепции все страны проходят через одни и те же этапы развития, а каждой фазе соответствует определенный тип воспроизводства населения.

На основе динамики основных демографических индикаторов выделяются четыре фазы демографического перехода. Большинство экспертов понимает их в основном следующим образом [5].

В первой фазе демографического перехода смертность сокращается быстрее, чем сокращается рождаемость. В результате образуется, как правило, незначительный естественный прирост населения. В промышленно развитых странах первая фаза была завершена к середине XX в.

Во второй фазе демографического перехода продолжает снижаться смертность, при этом снижается и рождаемость. Однако смертность снижается медленнее - в результате прирост населения замедляется.

В третьей фазе из-за старения населения смертность начинает расти, а рождаемость постепенно снижается, в результате формируется простое воспроизводство населения, когда поколение родителей численно воспроизводится поколением детей.

В четвертой фазе смертность продолжает расти и сближается по уровню интенсивности с рождаемостью. Формируется состояние демографической стабилизации.

По мнению некоторых ученых, в промышленно развитых странах в основном завершилась третья фаза демографического перехода, а развивающиеся страны находятся только в первой или в начале второй фазы. Уровень смертности в них снизился, но рождаемость, хотя и снижается очень медленными темпами, продолжает оставаться высокой.

В Беларуси, начиная с середины 60-х гг., рождаемость не обеспечивает простого воспроизводства населения - детей меньше, чем их родителей. В 90-е гг. негативные тенденции рождаемости были усилены общей динамикой общественно-политической и социально-экономической обстановки в стране. Начиная с 1993 г., в республике регистрируется такой социальный феномен, как «демографические ножницы», когда смертность превышает рождаемость.

Существует тесная взаимосвязь между экономическим развитием страны и воспроизводством ее населения. Изучением взаимосвязи экономического развития и воспроизводства населения занимались ученые с древнейших времен.

При примитивном типе воспроизводства населения, с высокой смертностью и низкой продолжительностью жизни, человек полностью зависел от окружающей среды. Высокая рождаемость, которая закреплялась вековыми традициями и религией, была экономически целесообразна. В древности многодетная семья была успешна и в экономическом, и в социальном плане.

С развитием промышленности менялись функции семьи. Производственная деятельность происходила за ее пределами. Это влекло изменения в динамике демографических процессов, в том числе воспроизводства населения.

На формирование характера воспроизводства населения и его структурные изменения оказывает влияние сложный комплекс социально-экономических факторов. Например, на уровень смертности населения существенно влияют качество жизни, условия труда, уровень развития медицины. На рождаемость - уровень развития экономики, обеспечение общества рабочими местами, вовлечение женщины в общественное производство, наличие дошкольных и школьных учреждений, стоимость воспитания детей, образования, медицины, миграция населения и др.

### **Показатели воспроизводства населения**

Самыми распространенными количественными характеристиками воспроизводства населения в силу своей простоты и доступности статистической информации являются естественный прирост и коэффициент естественного прироста.

Естественный прирост - это разница между числом родившихся и умерших за год.

Коэффициент естественного прироста - разница общих коэффициентов рождаемости и смертности.

Основной недостаток этого коэффициента - зависимость его величины и динамики от особенностей возрастной структуры населения. Так, при более

молодой возрастной структуре даже при умеренном уровне рождаемости будет наблюдаться относительно высокое число рождений за счет большого удельного веса в общей численности населения молодых супружеских пар. В результате, соответственно, большей будет и разность между числом рождений и смертей, т. е. естественный прирост и коэффициент естественного прироста.

Простым показателем, характеризующим воспроизводство населения, является индекс жизненности, который применялся русским историком М.Н. Покровским для характеристики процессов воспроизводства в Российской империи почти 100 лет, начиная с конца XVIII века. В России и в нашей стране этот показатель также называют индексом Покровского.

Индекс жизненности рассчитывается по формуле:

$$I_V = \frac{N}{M},$$

где  $I_V$  – индекс жизненности;  $N$  – число детей, родившихся живыми за год;  $M$  – число умерших за год.

И коэффициент естественного прироста, и индекс жизненности измеряют скорость «естественного движения» населения и являются общими характеристиками замещения поколений. Если число рождений превышает число смертей, то можно предположить, что старшие поколения заменяются более многочисленными поколениями детей и внуков. В противном случае старшие поколения, количественно не воспроизводят себя.

Существуют еще два индикатора замещения поколений: брутто- и нетто-коэффициенты воспроизводства. Они были предложены немецким демографом Р. Кучинским.

Поскольку замещение поколений характеризуется соотношением уровней рождаемости и смертности, а последняя существенно различается у мужского и женского полов, традиционно показатели воспроизводства населения рассчитываются отдельно для каждого пола, чаще для женского.

Брутто-коэффициент воспроизводства населения показывает число девочек, которое рождает в среднем одна женщина за всю свою жизнь. Этот показатель учитывает возрастной состав женщин фертильного возраста, не подвержен влиянию состава населения по полу, но не учитывает смертность женщин в фертильном возрасте. Очевидно, что исключение возможности смерти женщин в течение репродуктивного периода, нереально. В этой связи брутто-коэффициент не представляет интереса для применения в аналитических исследованиях. В последние годы этот показатель фактически не используется.

Наиболее распространенной и точной характеристикой воспроизводства материнского поколения служит нетто-коэффициент воспроизводства, «чистый коэффициент воспроизводства», при расчете которого учитывается фактор смертности женщин репродуктивного возраста. Нетто-коэффициент воспроизводства показывает среднее число девочек,



рожденных за всю жизнь одной женщиной, дожившей до конца репродуктивного периода.

Рассчитывается нетто-коэффициент воспроизводства по следующей формуле:

$$R_n = d \cdot \sum_{x=15}^{49} n_x \cdot L_x^F,$$

где  $R_n$  - нетто-коэффициент воспроизводства;  $d$  - доля девочек среди родившихся;  $n_x$  - возрастные коэффициенты для женщин, находящихся в возрасте  $x$  лет;  $L_x^F$  - среднее число живущих женщин в стационарном населении таблиц дожития в интервале возраста от  $x$  до  $x+1$ .

Если нетто-коэффициент равен 1, это означает, что соотношение уровней рождаемости и смертности обеспечивает простое воспроизводство женской популяции (поколение девочек численно равно поколению матерей). Если нетто-коэффициент больше 1, это означает расширенное воспроизводство населения (поколение девочек численно больше материнского); если меньше 1 - это суженное воспроизводство населения (поколение девочек численно меньше материнского).

На рисунке 1 представлена динамика нетто-коэффициента воспроизводства населения в Республике Беларусь в период с 1950 по 2018 гг. [6]. Начиная с 1976 г. нетто-коэффициент воспроизводства меньше единицы, что свидетельствует о суженном воспроизводстве, то есть режим воспроизводства населения в Беларуси не обеспечивает даже простого замещения поколений.

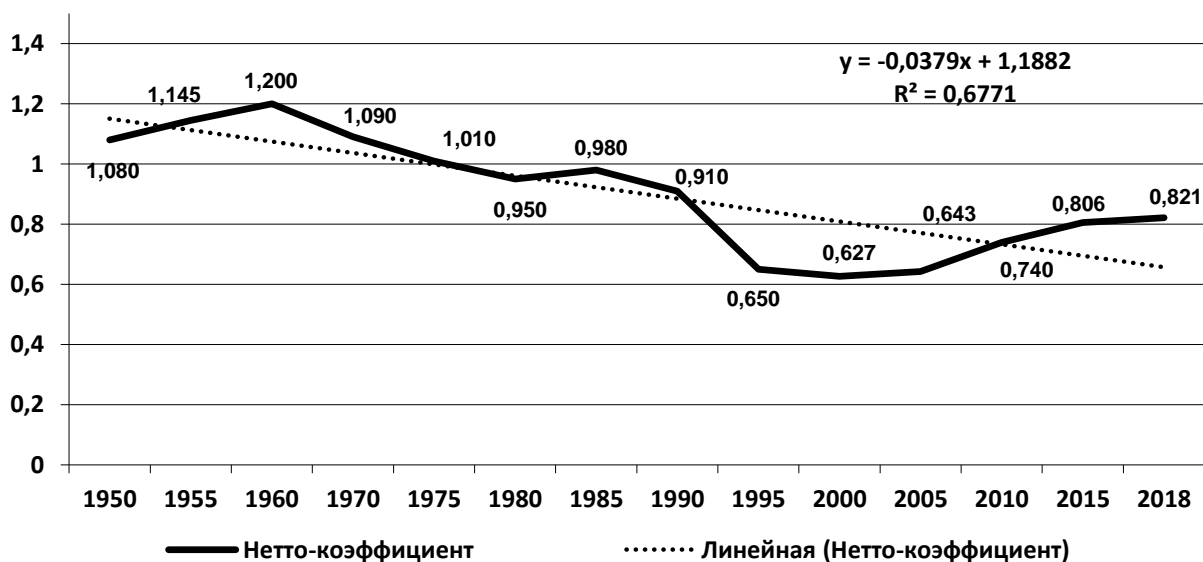


Рисунок 1. Динамика нетто-коэффициента воспроизводства населения в Республике Беларусь (1950-2018 гг.) [6].

В то же время рост уровня рождаемости и снижение смертности, начиная с 2006 г. дали рост нетто-коэффициента в 2018 г. до 0,821. Несмотря на отмеченные положительные сдвиги, естественная убыль населения в стране сохраняется. Кроме того, при длительном сохранении нынешних уровней рождаемости и смертности на смену 100 матерям будет приходиться

82-83 дочери, то есть с каждым новым поколением можно ожидать уменьшение численности населения на 18%.

Анализ закономерностей процессов воспроизводства в Беларуси свидетельствует о том, что нетто-коэффициент воспроизводства населения Республики Беларусь вырос в основном за счет увеличения уровня плодovitости женщин и за счет некоторого снижения смертности женщин фертильного возраста. Если принять общее увеличение нетто-коэффициента за 100%, то 95,7% этого роста обусловлено увеличением рождаемости и лишь 4,3% - снижением смертности. Из этого простого расчета можно видеть, что роль смертности в нашей стране в изменениях воспроизводства населения весьма невелика, а главным фактором, от которого всецело зависит демографическое будущее нашей страны, является рождаемость [7].

Нетто-коэффициент воспроизводства характеризует интенсивность замены старых поколений новыми при условии, что уровни рождаемости и смертности не изменяются, а само население развивается в условиях стабильного состояния, не зависящего от его первоначальной половозрастной структуры.

Для нивелирования этого недостатка рассчитывается специальный коэффициент естественного прироста ( $Q$ ), называемый в статистической литературе истинным коэффициентом естественного прироста, коэффициентом прогрессивности. Основное назначение этого показателя — показать, какой коэффициент естественного прироста обеспечил бы существующий режим воспроизводства населения при присущей ему половозрастной структуре.

Истинный коэффициент естественного прироста населения рассчитывается по формуле, предложенной американским демографом Энсли Коулом в 1955 г.:

$$Q = \frac{\ln R_n}{T} \cdot 1000,$$

где  $Q$  - истинный коэффициент естественного прироста;  $R_n$  - нетто-коэффициент воспроизводства;  $T$  - средний возраст матерей в момент рождения детей (длина поколения).

Следует понимать, что истинный коэффициент естественного прироста носит прогностический характер. На любой критический момент наблюдения население представляет собой сложную статистическую совокупность поколений родителей, детей и прадедов.

Важный параметр процесса воспроизводства населения – длина поколения ( $T$ ) – средний возраст матерей (отцов) при рождении дочерей (сыновей), доживающих, как минимум, до возраста своих матерей в момент их рождения. Иными словами длина поколения – это возраст матери при рождении первой дочери (возраст отца при рождении первого сына).

В практической демографии чаще используют длину женского поколения, которая также может быть представлена как средний возраст матерей, родивших девочку

## РОЖДАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

Одной из главных составляющих воспроизводства населения является рождаемость. Рождаемость - это частота случаев рождений в определенной совокупности населения в определенный календарный период и на конкретной, определенной территории. В демографии это одна из ключевых характеристик. Рождаемость определяет воспроизводство населения в условиях относительно низкого и стабильного уровня смертности.

Часто рождаемость отождествляют с плодовитостью. Ставить знак равенства между двумя этими понятиями нельзя. Плодовитость - это биологическая способность женщины, мужчины, брачной пары к зачатию и рождению живых детей. Рождаемость является реализацией плодовитости. Это результат репродуктивного поведения женщины, семейной пары в целом, под влиянием ряда природно-биологических и социально-экономических факторов [5].

Природно-биологические факторы:

- физическая среда, прежде всего климат, влияющий на начало и конец детородного периода женщин;
- наследственность.

Социально-экономические факторы:

- законодательство, отражающее демографическую политику в стране;
- занятость женщины в общественном производстве;
- детская, в том числе младенческая смертность;
- развитие системы здравоохранения;
- уровень удовлетворения материальных и культурных потребностей населения;
- культурный уровень родителей, полученное ими образование;
- обеспеченность детскими учреждениями, наличие возможностей дать детям дополнительное образование;
- войны, когда значительное число брачных союзов остается нереализованным;
- национальный и религиозный фактор, традиции, запрещающие регулирование числа детей в семье.

Основными задачами демографической статистики в области изучения рождаемости являются:

1. Характеристика уровня рождаемости всего населения страны и отдельных его групп.
2. Анализ динамики рождаемости.
3. Изучение влияния отдельных факторов на изменение рождаемости.
4. Характеристика влияния рождаемости на социально-экономические процессы и демографическую структуру населения.
5. Исследование репродуктивных установок населения.

Для характеристики рождаемости используются различные источники данных: переписи населения и специально организованные выборочные обследования.

Статистический учет рождаемости основывается на записях актов гражданского состояния (ЗАГС) [8]. В соответствии с Гражданским Кодексом Республики Беларусь в нашей стране регистрации подлежат следующие демографические события: рождение, заключение брака, смерть, расторжение брака.

### **Статистические показатели рождаемости**

Рождаемость оценивается в демографии рядом абсолютных и относительных показателей.

Основной абсолютный показатель, характеризующий рождаемость — это число детей, родившихся на определенной территории в определенный календарный период. Этот показатель зависит от количества населения на изучаемой территории. Во многом абсолютное число новорожденных детей зависит от состава населения, в первую очередь от возрастного состава. В связи с этим сравнивать процесс рождаемости на различных территориях, используя абсолютный показатель - число родившихся, нельзя. Иногда рождаемость отождествляют с числом детей, родившихся живыми. Например, сравнивают рождаемость в нескольких районах и приводят абсолютные числа родившихся. Следует понимать, что этот показатель в данном контексте не информативен и не пригоден для анализа рождаемости. Чем больше численность населения района, тем больше, при прочих равных условиях, будет случаев деторождений.

На 100 рождений девочек в среднем приходится 105-106 рождений мальчиков. Такое соотношение является постоянным и называется вторичным соотношением полов.

Число родившихся зависит и от структуры населения. Если в численности населения высока доля пожилых людей, то число родившихся будет ниже, чем в населении с преобладанием лиц молодого возраста.

Росту числа рождений способствует увеличение численности женщин детородного возраста (в первую очередь в возрасте до 30 лет). Распределение родившихся детей по месяцу рождения позволяет сделать вывод о наличии сезонности рождаемости. Так, наибольшее число рождений приходится на январь (майские зачатия) и на период с марта по июль. Наименьшее число рождений отмечается в ноябре и декабре (зачатия в марте и апреле) [9].

Абсолютное число родившихся может быть использовано для расчета других показателей рождаемости, а также для разработки мероприятий по организации медицинской помощи женщинам и детям на административных территориях.

Для сравнительного анализа рассчитываются интенсивные показатели рождаемости.

Общий коэффициент рождаемости представляет собой отношение числа детей рожденных живыми в отчетном году к среднегодовой численности населения на подотчетной территории:

$$CBR = \frac{P}{S} \cdot 1000,$$

где  $CBR$  – общий коэффициент рождаемости;  $P$  – число детей, рожденных живыми за год;  $S$  — среднегодовая численность населения.

Динамика общего коэффициента рождаемости в Республике Беларусь за послевоенный период отличается выраженной тенденцией к снижению ( $R^2=0,8338$ ) (рисунок 2). В 1940 г. уровень данного показателя составлял 26,8‰, в 2019 г. – 9,3‰. За послевоенный период уровень рождаемости снизился в 2,9 раза. Периоды подъема и снижения рождаемости коррелируют с возрастно-половой структурой населения, которая сформировалась в Республике Беларусь после войны 1941-1945 гг.

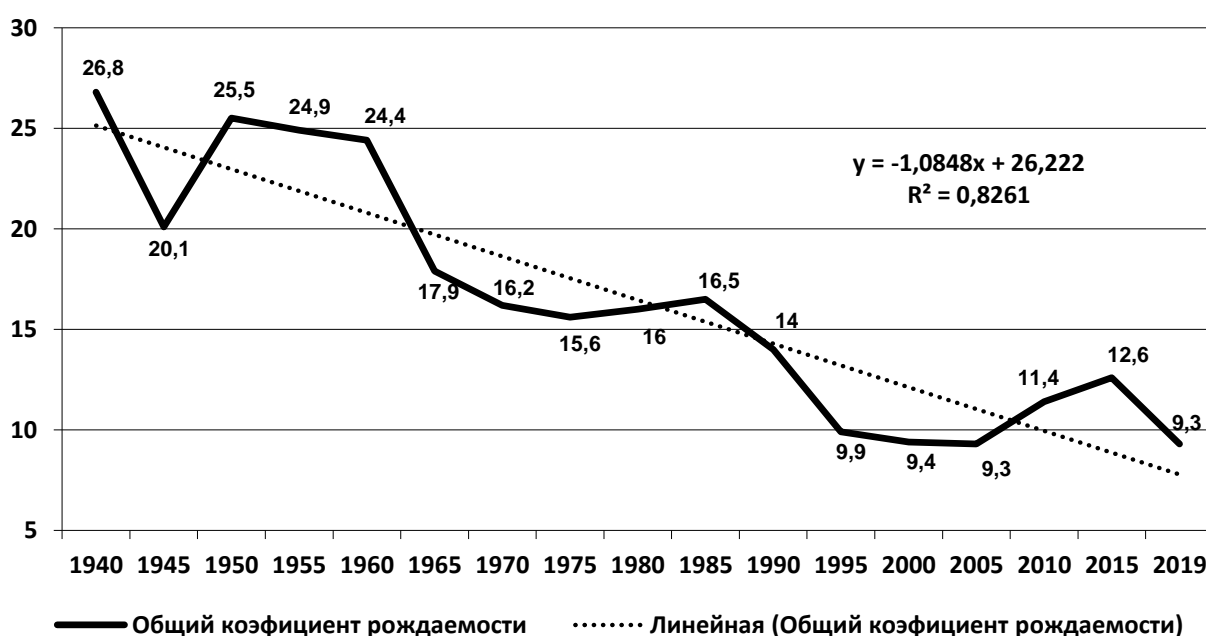


Рисунок 2. Динамика общего коэффициента рождаемости в Республике Беларусь (1940-2019 гг.) [10].

Величина общего коэффициента рождаемости меняется в зависимости от брачного состояния населения и интервалов между рожденьями детей на протяжении репродуктивного периода и зависит от многих факторов:

- семейной политики государства в отношении многодетных семей;
- экономических возможностей семей;
- доступности жилья, особенно для молодых семей;
- брачного состояния населения;
- числа детей, которое семьи желают иметь;
- состояния здоровья и физических возможностей семей;
- семейных традиций;
- религиозной принадлежности членов семей;
- вовлечения женщины в общественное производство;

- наличия и доступности детских дошкольных учреждений;
- доступности эффективных противозачаточных средств и др.

Причиной снижения общего коэффициента рождаемости в Беларуси являются вышеперечисленные факторы, а также сокращение доли сельского населения, где традиционно уровни рождаемости выше, чем в городах.

Таблица 1. Общий коэффициент рождаемости в некоторых странах мира в 2020 году [11]

Ранг	Страна	Общий коэффициент рождаемости (‰)
1	Республика Нигер	47,5
47	Республика Ирак	25,7
105	Республика Казахстан	16,4
157	США	12,4
161	Королевство Швеция	12,1
165	Французская Республика	11,9
168	Китайская Народная Республика	11,6
169	Республика Грузия	11,6
191	Российская Федерация	10,0
194	Украина	9,6
196	Республика Беларусь	9,5
197	Литовская Республика	9,5
204	Латвийская Республика	9,2
206	Польская Народная Республика	8,9
218	Итальянская Республика	8,4
226	Япония	7,3
229	Княжество Монако	6,4

Общий коэффициент рождаемости для серьезного анализа рождаемости непригоден, поскольку в процессе деторождения принимает участие не все население, а только женщины репродуктивного возраста. Чем выше будет доля этих женщин в общей численности населения, тем, при прочих равных условиях, будет выше и общий коэффициент рождаемости.

Более адекватную характеристику уровня рождаемости дает использование специального коэффициента рождаемости.

Специальный коэффициент рождаемости рассчитывается применительно к той части населения, которая «производит» рождения, т. е. по отношению только к численности женщин репродуктивного возраста (15-

49 лет). Рассчитывается специальный коэффициент рождаемости по формуле:

$$GBR = \frac{B}{F_{(15-49)}} * 1000,$$

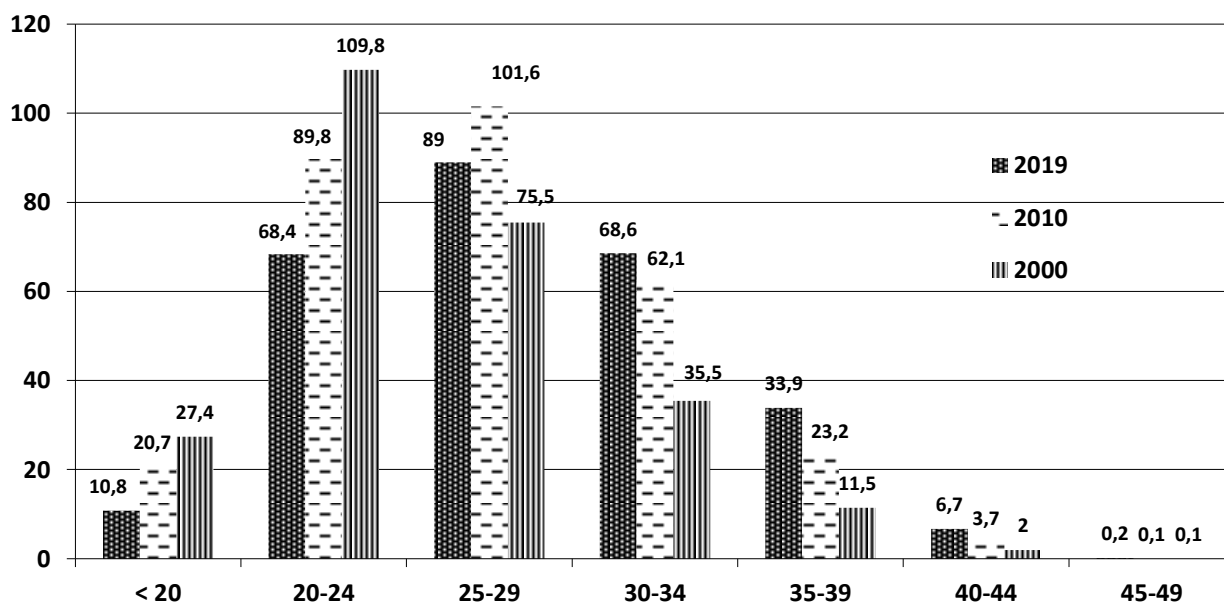
где  $GBR$  – специальный коэффициент рождаемости ;  $B$  – абсолютное число рождений за год;  $F_{(15-49)}$  – среднегодовая численность женщин репродуктивного возраста.

Специальный коэффициент рождаемости информативнее общего коэффициента. Он адекватнее характеризует истинный уровень рождаемости, в меньшей степени зависит от особенностей возрастного состава населения. Однако все же зависит. Дело в том, что даже внутри возрастной группы 15-49 лет интенсивность деторождения, естественно, различается по возрастам.

Наиболее адекватную характеристику рождаемости дают возрастные коэффициенты рождаемости. Использование возрастных коэффициентов при анализе рождаемости в динамике, а также сравнениях уровней рождаемости на разных административных территориях, позволяет устранить влияние возрастного состава женщин репродуктивного возраста. Кроме того, на основе возрастных коэффициентов рождаемости рассчитываются суммарный коэффициент рождаемости и показатели воспроизводства населения.

Возрастные коэффициенты рождаемости рассчитываются по формуле:

$$F_x = \frac{N_x}{W_x} * 1000,$$



где  $F_x$  – возрастной коэффициент рождаемости;  $N_x$  – число детей, родившихся у женщин в возрасте «x»;  $W_x$  – численность женщин в возрасте «x».

Рисунок 3. Возрастные коэффициенты рождаемости в Республике Беларусь (2000, 2010, 2019 гг.) [10].

Возрастные коэффициенты рождаемости рассчитываются для однолетних и пятилетних возрастных групп. Самые, подробные — однолетние возрастные коэффициенты. Они наиболее объективно отражают состояние и динамику процесса рождаемости. Когда не требуется очень высокая точность, достаточно использовать пятилетние возрастные коэффициенты, которые, хотя и подвержены небольшому влиянию колебаний возрастной структуры внутри пятилетних возрастных групп, дают хорошие возможности для анализа рождаемости. Как правило, возрастные коэффициенты рассчитываются для возрастных групп женщин: 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49 лет.

В Республике Беларусь динамика возрастных коэффициентов рождаемости имеет определенную закономерность: у женщин до 25 лет они снижается, а в старших возрастах – увеличивается, особенно в группах 30–34 и 35–39 лет (рисунок 3).

Применительно к процессу рождаемости в демографическом анализе применяется еще один важный показатель - суммарный коэффициент рождаемости, характеризующий среднее число рождений у одной женщины в течение всей жизни при существующих уровнях рождаемости в каждом возрасте.

Суммарный коэффициент рождаемости является более точным, итоговым, сводным измерителем уровня рождаемости. Этот показатель позволяет оценить состояние уровня рождаемости с позиций обеспечения ею воспроизводства населения. Суммарный коэффициент выше 4,0 считается высоким, ниже 2,15 — низким.

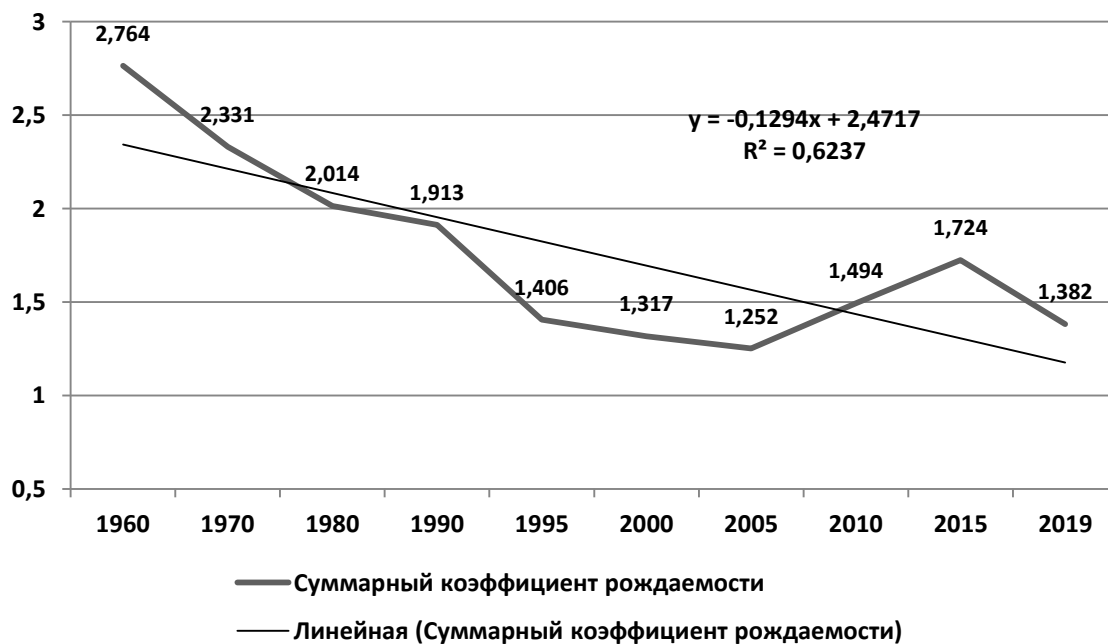
При низких показателях смертности, суммарный коэффициент рождаемости, равный 2,15, обеспечивает только простое воспроизводство населения. При современном состоянии здравоохранения большинство рожденных детей доживает до половой зрелости и в свою очередь обзаводятся детьми. Если предположить, что все дети выживают, то суммарный коэффициент рождаемости, равный 2,0 - 2,15, обеспечит неизменную численность населения: два ребенка заменят мать и отца, когда те умрут, т.е. численность популяции остается неизменной — происходит простое воспроизводство населения. При такой величине коэффициента численность населения остается примерно одинаковой от поколения к поколению [5].

При величине суммарного коэффициента рождаемости ниже 2,0 происходит сокращение численности населения, так как родительское поколение будет замещено не полностью — происходит суженное воспроизводство (де-популяция) населения, возобновление населения во все уменьшающихся масштабах, когда от поколения к поколению численность населения сокращается.

Когда величина суммарного коэффициента рождаемости выше 2,15 – 2,20 (при низком уровне смертности), происходит расширенное воспроизводство населения и численность населения растет от поколения к поколению.



Для расчета суммарного коэффициента рождаемости сумма возрастных коэффициентов умножается на длину принятого возрастного интервала (на 1 - при однолетних и на 5 - при пятилетних интервалах) и делится на 1000.



$$F_{\text{сум}} = n \cdot \sum_{15}^{49} F_x \cdot 0,001,$$

где  $F_{\text{сум}}$  – возрастные коэффициенты рождаемости;  $n$  – величина возрастного интервала.

Рисунок 4. Динамика суммарного коэффициента рождаемости в Республике Беларусь (1960-2019 гг.) [10].

В Республике Беларусь суммарный коэффициент рождаемости сокращался, особенно заметно — с 1990 г., затем с 2006 г. по 2016 он увеличивался, но с 2017 г. регистрируется снижение показателя, и не обеспечивается простое воспроизводство населения (рисунок 4). В 2019 г. уровень данного показателя в Беларуси составил 1,382.

В высокоразвитых странах суммарный коэффициент рождаемости в 2019 г. составлял в среднем 1,6, т.е. был несколько ниже уровня простого воспроизводства населения (таблица 2). Однако численность населения во многих этих странах до сих пор растет. Это связано с миграционными процессами, а также с тем, что более высокая рождаемость в прошлом привела к тому, что нынешнее поколение достаточно многочисленно. В этих странах, несмотря на невысокое значение суммарного коэффициента рождаемости в настоящее время, из-за низкой смертности число новорожденных превышает число умерших. Но уже можно прогнозировать стабилизацию, а затем и снижение численности населения, так как нынешнее поколение родителей стареет, умирает и не полностью замещается. Доля населения развитых стран будет составлять все меньший процент от общемирового, и через 50–70 лет она снизится до 10% против нынешних 25% [5].

В наименее развитых странах суммарный коэффициент рождаемости в 1995 г. в среднем составлял 4,8; в 2019 г. – 4,1; по прогнозам, в 2050 г. он будет равен 2,1. В настоящее время значения суммарного коэффициента рождаемости в этих странах более чем в два раза превышает простую воспроизводящую рождаемость. Таким образом, население развивающихся стран обладает демографическим потенциалом удвоения населения в недалеком будущем. В развивающихся странах около 40% населения моложе 15 лет, а доли людей среднего и старшего возрастов относительно небольшие [5].

Таблица 2. Суммарный коэффициент рождаемости в некоторых странах мира в 2019 году [12].

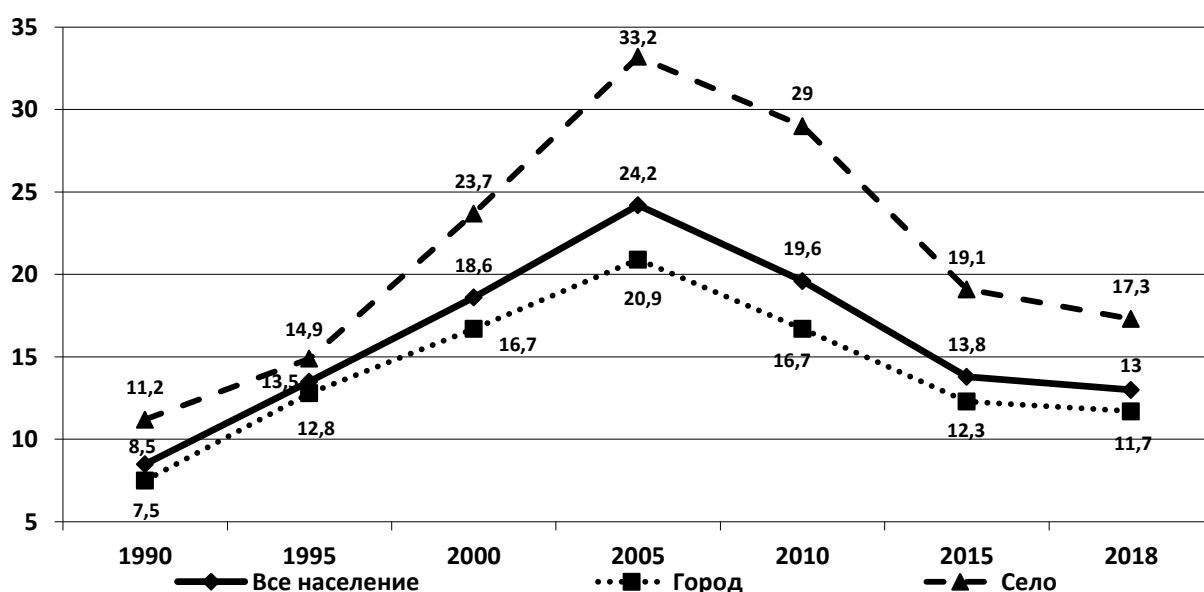
Ранг	Страна	Суммарный коэффициент рождаемости
1.	Республика Нигер	7,0
51.	Республика Ирак	3,6
66.	Республика Казахстан	3,0
113.	Республика Грузия	2,1
140.	Королевство Швеция	1,8
141.	Французская Республика	1,8
144.	США	1,7
161.	Китайская Народная Республика	1,6
162.	Латвийская Республика	1,6
163.	Литовская Республика	1,6
168.	Республика Беларусь	1,6
170.	Российская Федерация	1,6
181.	Польская Народная Республика	1,5
190.	Украина	1,4
186.	Япония	1,4
198.	Итальянская Республика	1,3
209.	ОАР Макао КНР	0,9

Предпринимаемые в мире усилия в области ограничения роста численности населения («планирование семьи») привели в последнее время к существенному снижению суммарного коэффициента рождаемости. Если эта тенденция сохранится в будущем, то можно ожидать, что развивающиеся страны все-таки приблизятся к уровню простой воспроизводящей рождаемости примерно к 2025 г. Но при нынешнем демографическом потенциале их население, тем не менее, будет заметно расти до 2080 г., тогда

как в высокоразвитых странах рост населения замедлится или вовсе прекратится.

Уровень рождаемости зависит в определенной степени и от брачного состояния населения. Для изучения проблемы брачной и внебрачной рождаемости рассчитываются соответствующие частные коэффициенты — брачной и внебрачной рождаемости. Такой подход дает возможность учесть в показателях рождаемости не только возраст, но и социальный статус женщин - состояние в браке [13].

Коэффициент брачной (внебрачной) рождаемости – это соотношение числа детей, родившихся у замужних (незамужних) женщин, к общему числу замужних (незамужних) женщин репродуктивного возраста за календарный период на определенной территории.



Коэффициент внебрачной рождаемости рассчитывается по формуле:

$$F_n = \frac{N_n}{W_n T} * 1000,$$

где  $N_n$  – число рождений вне брака за период  $T$ ;  $W_n$  – численность незамужних женщин (15-49 лет);  $T$  – длина периода (в годах).

Рисунок 5. Родившиеся живыми у женщин, не состоявших в браке, в Республике Беларусь (1990-2018 гг.) [14].

Недостатком показателя является то, что он дает возможность отслеживать брачную и внебрачную рождаемость по данным выборочных наблюдений или переписей населения, официальная статистика такие данные не рассчитывает и не публикует.

В Республике Беларусь показатель внебрачной рождаемости с 1990 года стал заметно расти, достигнув своего пика в середине 2000-х (увеличившись в относительном выражении в 2,8 раза) (рисунок 5). На рост внебрачной рождаемости в этот период сильное влияние оказало введение государством различного рода пособий и льгот в отношении женщин, воспитывающих детей без мужа. Начиная с 2005 г. внебрачная рождаемость

в республике снижается, однако в 2018 г. показатель оставался выше уровня 1990 г.

Пики внебрачной рождаемости наблюдаются у женщин в возрасте до 20 лет и старше 35 лет. Причины рождения внебрачных детей разные. У матерей до 20 лет частота рождения внебрачных детей составляет 30,4% (основная причина - низкая культура контрацепции). В возрасте 35-39 лет частота внебрачной рождаемости - 21,5%, в возрасте 40-44 года – 27,4%, в возрастной группе 45-49 лет – 23,9%. Основная причина рождения детей вне брака женщинами в этих возрастных группах – осознанное намерение женщины родить ребенка, не вступая в зарегистрированный брак.

Сегодня внебрачную рождаемость в значительной мере формируют не одинокие матери, как это было в 1950-1970-х годах, а супружеские пары, в которых брак по разным причинам юридически не оформлен.

Рождения вне брака тесно связаны с образованием матери. Женщины с высшим образованием предпочитают рожать ребенка в браке. Регистрируют ребенка без установления отцовства чаще всего женщины с низким уровнем образования. По «раскладу» внебрачных рождений в зависимости от уровня образования матери Беларуси близки к России и США: там внебрачные рождения, особенно у одиноких матерей, стали символом неблагополучия.

Внебрачный ребенок – далеко не всегда единственный в семье. Рождаемость вне брака охватила все порядки рождения – от первенцев до пятых и последующих детей, констатируют российские исследователи [15]. Минимальная доля внебрачных рождений – среди вторых по счету детей (20%), максимальная – среди четвертых и последующих детей (33%). Первые рождения дают промежуточную цифру – 26%.

Доля рождений женщинами, не состоящими в браке в общем количестве рождений, сильно различается по регионам республики (в 2018 году от 9,6% в Гродненской и Брестской областях до 17,1% в Могилевской и Гомельской областях). Существенные отличия в Беларуси регистрируются также для городского и сельского населения: в 2018 г. - 11,7% и 17,3%, соответственно.

В Европейском регионе вступление в брак уже не рассматривается как единственный путь для создания семьи. На это долго не обращали внимания и отказывались называть это тенденцией, объясняя то особенностью скандинавской культуры (поскольку в Европе это началось с Исландии, Швеции, Норвегии), то способом бедных слоев населения добиться пособий от государства, то проблемой забеременевших «по глупости» молодых девушек, то обнищанием народа. Однако в настоящее время количество внебрачных рождений во многих развитых странах превышает 30% и даже 50% (рисунок 6).

Самыми «традиционными» странами Европы, жители которых в основном считают, что необходимо сначала зарегистрировать отношения, а потом заводить детей, являются Турция и Греция (в этих странах в 2018 г. 2,0% и 11,1% детей рождены вне брака, соответственно).

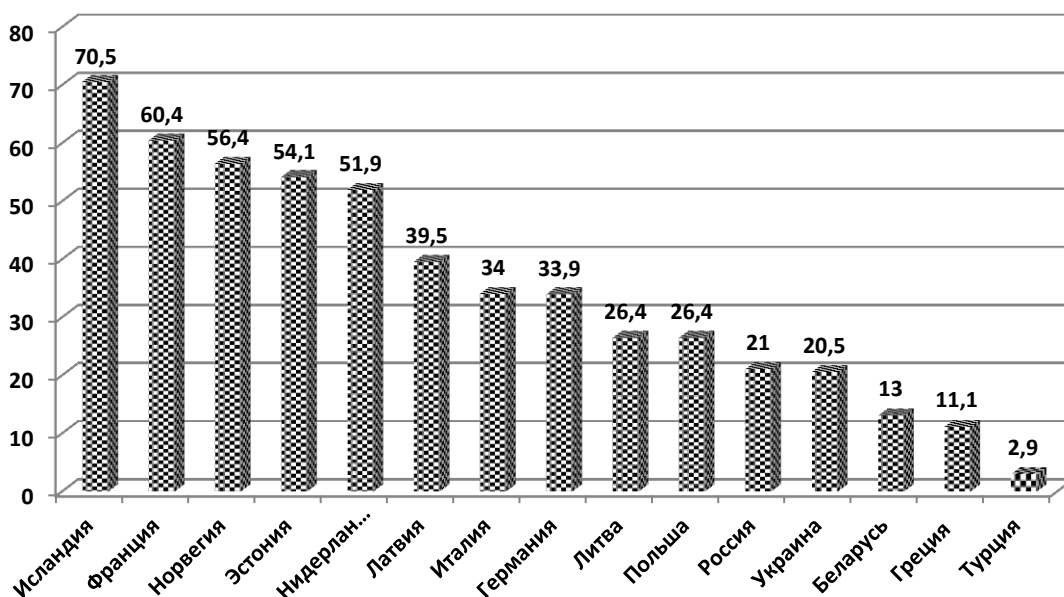


Рисунок 6. Удельный вес детей, родившихся вне зарегистрированного брака в некоторых странах Европейского региона (2018 г.) [16].

Лидерами по частоте внебрачных рождений в Европейском регионе являются Исландия и Франция: удельный вес внебрачных рождений 70,5% и 60,4%, соответственно.

Одной из причин, объясняющих рост внебрачных рождений в Европе, является полное уравнивание в правах детей, рожденных в браке и вне брака. Возможной причиной также стали социальные пособия для матерей-одиночек при том, что почти 60% детей, рожденных вне брака, живут не с матерью-одиночкой, а в семьях, где родители не состоят в официальных отношениях. Запрет аборт также является причиной внебрачных рождений. В Польше, где одно из самых жестких в Европе законодательств против абортов, в 2018 г. 26,4% детей родились вне брака. Больше внебрачных детей в неблагополучных слоях общества и у этнических меньшинств. Также возможным фактором, влияющим на растущие показатели внебрачного рождения и воспитания детей, являются гомосексуальные пары, которые либо не желают узаконить свои отношения, либо не имеют такой возможности из-за того, что во многих странах однополые браки не разрешены.

Распределение новорожденных по очередности их рождения - важная структурная характеристика рождаемости, которая характеризует репродуктивную деятельность населения.

Длительный период демографической истории Беларуси характеризовался устойчивым ростом доли первенцев и сокращением доли детей остальных очередностей среди новорожденных. В годы самой низкой рождаемости удельный вес детей, родившихся первыми, достигал 59—60 %. После 2005 г. наметилась новая тенденция: снижение доли первенцев и увеличения удельного веса рожденных второй и последующих очередностей.

Такая ситуация была сформирована под влиянием проводимых в Беларуси мер семейной политики, направленных на поддержку семей с несколькими детьми. Среди этих мер - льготное жилищное кредитование многодетных семей, единовременное пособие, дифференцированное по очередности рождений. Кроме того, начиная с 2015 г. при рождении или усыновлении третьего или последующих детей семья получает право на единовременное предоставление безналичных денежных средств (материнский капитал).

Анализ рождаемости проводится также путем расчетов среднего возраста женщин, рожаящих детей. В отличие от всех рассмотренных выше показателей, он характеризует не уровень рождаемости, а возраст женщин, рожаящих детей. Изменение этого показателя в динамике говорит о «постарении» или «омоложении» рождаемости.

Несколько последних десятилетий в Европе наблюдается повышение среднего возраста рождения первого ребенка. В некоторых странах средний возраст матери при рождении первого ребенка превысил 30 лет. Эта тенденция не изменится в ближайшее время, более того, средний возраст матерей и отцов будет только увеличиваться, что повышает риски развития генетических нарушений у детей, рожденных у «зрелых» родителей.

В Европейском регионе возраст женщин при рождении первого ребенка в 2019 г. варьировал от 31,1 года в Италии до 25,9 лет в России (рисунок 7). Очевидно, что чем благополучнее страна, тем в более позднем возрасте женщины начинают рожать детей.

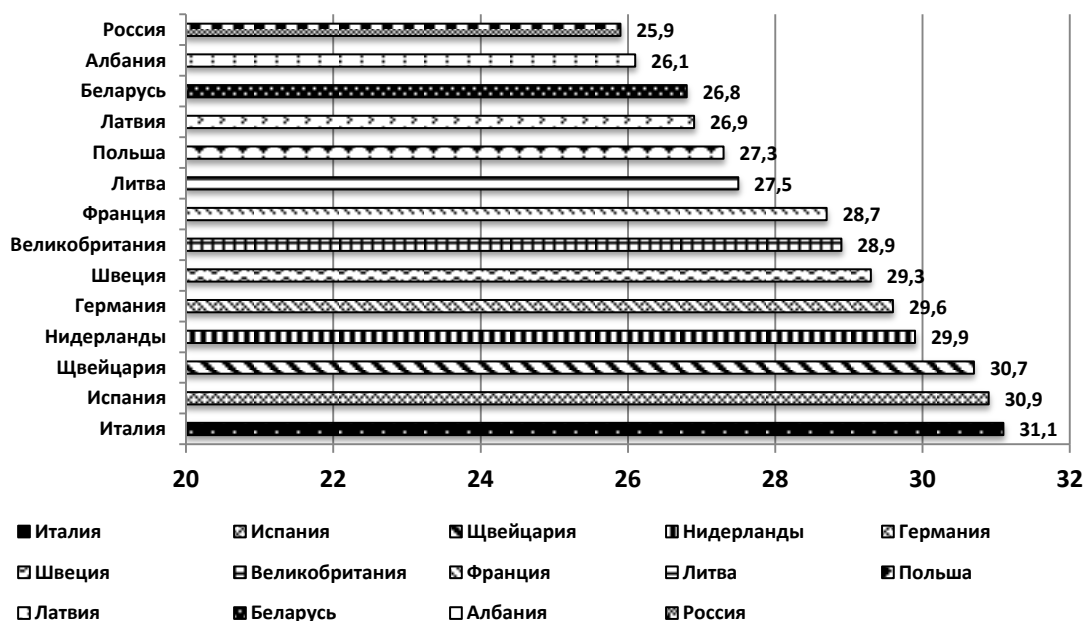


Рисунок 7. Средний возраст женщин при рождении первого ребенка в некоторых странах Европейского региона (2019 г.) [10, 17, 18]

В Республике Беларусь, как и в развитых странах, повышается возраст вступления в брак, и возрастает вклад женщин средних и старших репродуктивных групп в суммарную рождаемость (рисунок 8). Средний

возраст матери при рождении ребенка (все очередности рождений) вырос с 25,3 года в 1990 г. до 29,6 года в 2019 г.

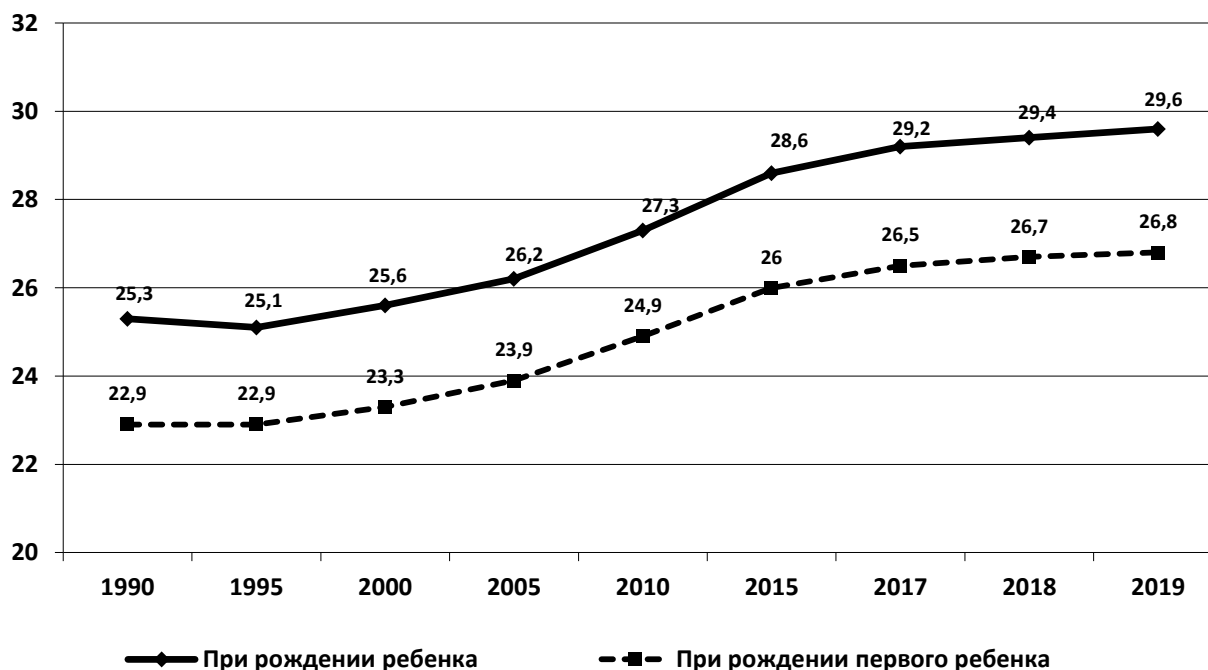


Рисунок 8. Средний возраст матери при рождении ребенка в Республике Беларусь (1990-2019 гг.) [10].

Постарение рождаемости связывается со многими факторами. Во-первых, это следствие перехода к регулируемой рождаемости, и распространение высокоэффективных средств контрацепции. Во-вторых, это обусловлено многочисленными трансформациями в сфере семьи и брака. В-третьих, это удлинение периода взросления, что приводит к экономической неопределенности в молодых возрастах: отсутствие гарантий трудоустройства, низкая отдача от образования в первые годы.

Современные женщины все чаще откладывают материнство в целях профессионального развития, закрепления на рабочем месте, пытаясь таким образом снизить карьерные риски и потери, связанные с рождением ребенка. Чаще откладывают рождение первого ребенка женщины с более высоким уровнем образования.

Планирование позднего материнства может иметь неблагоприятные последствия для здоровья и благополучия детей. С возрастом матери увеличивается вероятность рождения детей с генетическими аномалиями. Известно, что поздний репродуктивный возраст женщины связан с повышенным риском рождения ребенка с трисомией по 21-й хромосоме, одним из тяжелейших синдромов - болезнью Дауна [27].

## РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Уровень рождаемости, является функцией двух переменных: демографической структуры населения и репродуктивного поведения.

Репродуктивное поведение – это система действий, отношений и психологических состояний человека, связанных с рождением или отказом от рождения ребенка в браке (или вне его) [19]. Структура репродуктивного поведения включает такие понятия как репродуктивные потребности, установки, мотивы [13]. Результатом репродуктивного поведения становятся не только рождения детей, но и ограничения рождений.

Репродуктивные потребности - это усвоенные человеком в процессе социализации репродуктивные или социальные нормы рождаемости (т.е. социальные образцы и принципы поведения, относящиеся к рождению определенного числа детей). Это главный двигатель «репродуктивного поведения». Потребность в детях не меняется под влиянием текущих условий жизни и их изменений. Величина потребности в детях неизменна на протяжении жизни человека. В связи с этим различают малодетное, среднететное и многодетное репродуктивное поведение.

Репродуктивные установки - это психологические состояния человека, обуславливающие взаимную согласованность разного рода действий, характеризующихся положительным или отрицательным отношением к рождению определенного числа детей. Они делятся на два класса:

- установки детности, регулирующие рождение определенного числа детей;
- установки на применение контрацепции и искусственное прерывание беременности.

Демографы выделяют три компонента репродуктивных установок: когнитивный (познавательный), аффективный (эмоциональный) и поведенческий (побудительный) [20].

Когнитивный компонент репродуктивных установок касается установки на рождение детей - на предпочитаемый пол ребенка, на время протекания беременности и т.д. Количественные аспекты репродуктивной установки выражаются в ориентации на то или иное число детей, на интервалы между рождениями. Когнитивный компонент можно рассматривать как комплекс социальных норм: законодательных («Кодекс Республики Беларусь о браке и семье», «Гражданский Кодекс Республики Беларусь» и др.), научных и образовательных, бытовых (традиции, обычаи, слухи), политических (демографическая и семейная политика). Социальные нормы создают рамки, в которых функционирует и развивается общество.

Эмоциональный компонент репродуктивных установок - это позитивные или негативные ощущения, связанные с рождением того или иного числа детей.



Поведенческий компонент репродуктивных установок проявляется в готовности или не готовности совершить определенные репродуктивные действия.

Репродуктивные установки формируются в раннем возрасте и затем мало изменяются в течение всей жизни человека. Уменьшение среднего желаемого числа детей с переходом от старшего поколения к младшему указывает на снижение потребности людей в большем, по сравнению с предыдущим поколением, числе детей.

Мнения социологов и медиков относительно наиболее благоприятных значений репродуктивных установок совпадают. Согласно точке зрения социологов демографически благоприятна репродуктивная установка на рождение 3 детей (не менее 2,1 ребенка на одну женщину или 2,6 ребенка на эффективный брак) [20].

Семейная политика в Республике Беларусь направлена на поддержание семей с 3–4 детьми и более. В таблице 3 представлены оптимальные условия для реализации репродуктивных установок в Беларуси [21].

Таблица 3. Оптимальные условия для реализации репродуктивных установок [21].

Критерий	Оптимальная установка
Характер воспроизводства	3 детей
Тип создания семьи	В браке
Исход первой беременности	Роды
Время рождения первого ребенка	До 2 лет в браке
Интергенетический интервал	2-4 года

Репродуктивные мотивы - это психологические состояния людей, побуждающие к достижению личных целей через рождение определенного числа детей.

Выделяют следующие репродуктивные мотивы:

- экономические мотивы рождения детей – это мотивы, через которые достигаются определенные экономические цели, т.е. цели, связанные со стремлением приобрести какие-то материальные выгоды или повысить (сохранить) свой экономический статус;

- социальные мотивы – это мотивы, которые являются индивидуальной реакцией на социокультурные нормы детности. Выражаются в желании человека жить «как все» и иметь столько же детей «как и все»;

- психологические мотивы – это мотивы, через которые достигаются сугубо личностные, социально-психологические, внутренние цели человека. Например, иметь ребенка, чтобы опекать его, проявлять свою любовь к нему; стремление продолжить себя в своих детях и т.п.

Выяснение мотивов рождения детей дает информацию для управления репродуктивным поведением. С учетом выявленных наиболее значимых мотивов можно разрабатывать направления и меры демографической политики в отношении рождаемости.

Среди индикаторов репродуктивного поведения, прежде всего, нужно отметить три наиболее распространенных в социологической демографии: идеальное, желаемое и ожидаемое число детей. Это характеристики репродуктивных ориентаций, которые могут быть получены в результате социологических опросов населения.

Идеальное число детей - это представление о социальных нормах детности в обществе, о наилучшем числе детей в семье при определённых обстоятельствах и жизненных условиях.

Однозначно определить, что скрывается за этим показателем достаточно сложно из-за неоднозначной трактовки этого вопроса. Часть респондентов могут ориентироваться на то число детей, которое они предполагают иметь в своей семье или хотели бы иметь, но не могут в силу каких-то причин; другие не связывают этот вопрос непосредственно со своей семьей и ориентируются на некоторую абстрактную семью или семью, характерную для большинства окружающих людей; третьи ориентируются на число детей в семье, которое, с их точки зрения, наилучшим образом отвечает интересам развития общества [22].

Желаемое число детей – это показатель, характеризующий индивидуальную потребность человека в конкретном числе детей.

Данный показатель более конкретный в том смысле, что привязан непосредственно к семье респондента. Однако величина этого показателя, скорее всего, будет выше того числа детей, которое респондент действительно хотел бы иметь при полном устранении помех к рождению желаемого числа детей. Это важно понимать при оценке возможного эффекта от мер демографической политики, направленных на устранение в семьях помех к рождению детей.

Ожидаемое (планируемое) число детей - это показатель, характеризующий реальные намерения и репродуктивные планы человека с учетом конкретных обстоятельств жизни. Аналитические и прогностические возможности этого показателя наилучшие. Однако, возможно, что и ожидаемое число детей несколько превышает то число детей, которое реально будет в конечном итоге в семьях.

Ограничение числа детей в семье во второй половине XX – начале XXI века вызвано сложными социально-экономическими процессами, и в первую очередь:

- снижением детской смертности, что уменьшило риск потери уже рожденного ребенка;
- изменением положения женщины в обществе и семье;
- ростом требований к качеству воспроизводства рабочей силы, повышающей затраты времени на поддержание необходимого профессионального уровня;
- расширением пенсионного обеспечения, при котором престарелые родители материально не зависят от своих детей;
- повышением требований к воспитанию детей;
- изменением характера труда и образа жизни семей;

- ростом образовательного уровня родителей;
- расширением возможностей для учебы и повышения культурного уровня;
- высокой занятостью женщин в общественном производстве;
- возрастанием потребностей семей и изменениями в их ценностных ориентациях.

## РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Состояние репродуктивного здоровья является одним из важнейших факторов, обеспечивающих рост народонаселения страны и ее демографическую устойчивость в долгосрочной перспективе. Как категория общественного здоровья репродуктивное здоровье является одним из основных критериев эффективности социальной и экономической политики государства, фактором национальной безопасности.

Демографическая политика Республики Беларусь на период до 2025 года приоритетными направлениями в области охраны здоровья и демографической безопасности определила разработку мер по укреплению репродуктивного здоровья, совершенствование системы поддержки семей с детьми, улучшение условий их жизнедеятельности, укрепление института семьи [2]. От успешного развития этих направлений зависит не только уровень рождаемости, но и жизнеспособность будущих поколений.

Репродуктивное здоровье представляет собой состояние полного физического, умственного и социального благополучия при отсутствии заболеваний репродуктивной системы на всех этапах жизни, включая воспроизводство и гармонию психосоциальных отношений в семье.

Охрана репродуктивного здоровья включает совокупность факторов, методов, процедур, которые направлены на поддержку репродуктивного здоровья и содействуют повышению благосостояния семьи или отдельного человека, путем профилактики проблем, связанных с репродуктивным здоровьем [21].

Государственная политика в сфере охраны репродуктивного здоровья успешно реализуется на основе законодательства и через соответствующие целевые программы.

В мае 2004 года была принята глобальная стратегия ВОЗ в области репродуктивного здоровья. В основном она ориентирована на пять приоритетных аспектов репродуктивного и сексуального здоровья [23]:

- улучшение дородовой помощи, помощи при родах, после родов и помощи новорожденным;
- предоставление высококачественных услуг по планированию семьи, включая услуги, связанные с бесплодием;
- ликвидация небезопасных аборт;
- борьба с инфекциями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ, инфекции половых путей, рак шейки матки и другие гинекологические заболевания;
- укрепление сексуального здоровья.

К показателям оценки репродуктивного здоровья относятся:

1) демографические показатели (общие и специальные коэффициенты естественного движения населения, младенческая и перинатальная смертность, материнская смертность);

2) некоторые показатели, характеризующие состояние здоровья населения (частота экстрагенитальной патологии беременных, частота

бесплодия в браке, распространенность генитальной и экстрагенитальной патологии, распространенность инфекций, передаваемых половым путем);

3) статистические данные о распространенности использования тех или иных методов контрацепции и частота искусственных прерываний беременности.

К индикаторам репродуктивного здоровья, относятся:

1. Показатели безопасного материнства:

- уровень неонатальной смертности;
- мертворождаемость;
- удельный вес новорожденных с низкой и очень низкой массой тела;
- материнская смертность;
- дородовой патронаж;
- частота криминальных и самопроизвольных абортов;
- своевременность оказания квалифицированной помощи при послеабортных осложнениях;
- распространенность акушерских осложнений;
- знание женщинами фертильного возраста не менее двух симптомов угрожающих акушерских осложнений;
- медицинская помощь при родах, в том числе процент родов путем кесарева сечения;
- распространенность противостолбнячной вакцинации;
- распространенность послеродового патронажа;
- распространенность БЦЖ и противополиомиелитной вакцинации новорожденных.

2. Показатели, отражающие уровень профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), включая ВИЧ/СПИД:

- ВИЧ-безопасность переливаемой крови;
- распространенность ИППП, распределение их по возрасту и полу;
- качество оказания медицинской помощи пациентам с ИППП;
- подготовленность медицинского персонала для оказания помощи при ИППП;
- использование медицинскими работниками общих мер профилактики;
- знание населением назначения и правильного использования презервативов;
- уровень использования населением презервативов при случайных сексуальных контактах.

3. Показатели, отражающие развитие системы планирования семьи:

- распространенность контрацептивов среди женщин репродуктивного возраста;
- степень подготовленности медицинских работников по вопросам планирования семьи;
- знание населением основных вопросов планирования семьи;
- уровень эффективности системы снабжения контрацептивами.

4. Показатели, характеризующие репродуктивное здоровье молодежи:

- частота ИППП среди молодежи;
- удельный вес родов и абортов среди молодых женщин;
- распространение использования контрацептивов среди молодежи;
- качество услуг репродуктивного здравоохранения для молодежи.

5. Показатели, отражающие профилактику сексуального насилия:

- частота случаев сексуального насилия (распределение по возрасту и полу);

- наличие во всех медицинских учреждениях средств для предотвращения передачи ВИЧ/СПИД;

- степень удовлетворения потребности населения в презервативах;

- распространенность и своевременность (не позднее первых 3 дней) специализированной помощи (медицинской и психосоциальной) для пострадавших;

- наказание виновных в сексуальном насилии (раскрываемость преступлений);

- распространенность обучения оказанию помощи пострадавшим среди медицинских работников.

Репродуктивное здоровье женщин подразумевает под собой отсутствие заболеваний репродуктивной системы, способность к воспроизведению потомства и определяет количество детей в семье. Женское репродуктивное здоровье зависит от многих факторов: наследственности, образа жизни, профессиональных вредностей, заболеваний других органов и систем.

Репродуктивный потенциал мужчины зависит от факторов, которые можно разделить на две группы:

- к первой относятся генетические или наследственные (в частности, синдром Клайнфельтера),

- ко второй – приобретенные или предотвратимые факторы, которые зависят от образа жизни человека (табакокурение, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ, не соблюдение норм питания, стресс, различные заболевания органов мочеполовой системы и, прежде всего, инфекции, передающиеся половым путем).

Инфекции, передаваемые половым путем (далее - ИППП), представляют значимую проблему для репродуктивного здоровья. ИППП вызывают хронические воспалительные процессы органов мочеполовой системы как женщин, так и мужчин, снижают качество репродуктивного здоровья и, во многих случаях, приводят к бесплодию. Наличие у человека ИППП повышает риск заражения ВИЧ. Среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных более 80% относятся к активному, способному к деторождению возрасту.

### **Бесплодие**

ИППП и воспалительные заболевания репродуктивных органов являются наиболее частой причиной нарушения репродуктивного здоровья, приводя к бесплодию и невынашиванию беременности.

По данным ряда исследований в Беларуси частота бесплодия в браке достигает 14-15%, и не отмечается тенденции к его снижению. При этом Всемирная организация здравоохранения утверждает, что, если в стране частота бесплодия превышает 15%, это становится не только медицинской, но и социально-демографической проблемой.

По определению ВОЗ, бесплодный брак - это брак, в котором не возникает беременности при регулярной половой жизни без применения каких-либо противозачаточных средств в течение 1 года при условии детородного возраста супругов.

Классификация женского бесплодия осуществляется по следующим критериям [24]:

1. Наличие беременностей в анамнезе: первичное и вторичное.
2. Возможность наступления беременности: абсолютное и относительное.
3. Механизм развития: врожденное и приобретенное.
4. Длительность: временное, постоянное, физиологическое.
5. Этиопатогенез: эндокринное бесплодие; трубное и перитонеальное бесплодие; иммунологическое бесплодие; психогенное бесплодие; бесплодие неясного генеза.

Причины женского бесплодия многообразны. К числу важнейших причин относятся следующие:

- трубный фактор (выявляется в 35–40% случаев);
- заболевания желез внутренней секреции;
- недоразвитие половых органов;
- неправильное положение половых органов;
- эндометриоз;
- опухоли половых органов;
- экстрагенитальные заболевания (ревматизм, туберкулез и др.);
- иммунологические факторы;
- неполноценное питание.

Мужское бесплодие связано с отсутствием сперматозоидов и с их качественными изменениями.

Выделяют следующие клинические формы мужского бесплодия:

- секреторное - снижение гормонпродуцирующей и сперматогенетической функции яичек;
- экскреторное - нарушение выведения сперматозоидов по семявыносящим путям;
- сочетанное - секреторная недостаточность половых желез разного генеза в сочетании с воспалительными, обструктивными и иммунными процессами;
- иммунологическое - иммунологический ответ на субфертильную сперму либо аутоиммунизация мужского организма компонентами спермы;
- относительное - редкая форма, возникает при индивидуальной несовместимости партнеров.

Основные причины мужского бесплодия:

- инфекционно-воспалительные заболевания половых органов;
- варикоцеле;
- патозооспермия неустановленной этиологии;
- изолированные патологические изменения семенной жидкости (вискозипатия);
- иммунологические нарушения;
- врожденные аномалии (крипторхизм, монорхизм, гипоспадия, эписпадия);
- системные заболевания (туберкулез, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, хронические заболевания органов дыхания, цирроз печени, эпидемический паротит, осложненный орхитом и др.);
- оперативные вмешательства по поводу паховой грыжи, гидроцеле, стриктуры уретры, операции на мочевом пузыре;
- лучевая, гормональная терапия, химиотерапия, применение некоторых психотропных, гипотензивных средств, антибиотиков, препаратов нитрофуранового ряда;
- нарушения эякуляции;
- обструктивная азооспермия;
- эндокринные нарушения (гипогонадизм, гиперпролактинемия);
- генетические заболевания.

Дополнительные причины мужского бесплодия:

- злоупотребление алкоголем и никотином;
- ионизирующее излучение, контакт с органическими и неорганическими токсинами;
- температурный фактор (длительный период лихорадки с повышением температуры тела выше 38 °С, работа в условиях высоких и низких температур);
- травма мошонки;
- психологические травмы;
- алиментарный фактор (нерациональное питание, авитаминоз).

### **Репродуктивное здоровье молодежи**

В настоящее время особую актуальность приобретает проблема сохранения репродуктивного здоровья молодежи. Исследования подтверждают, что тенденция ухудшения здоровья молодежи в последние годы приняла устойчивый характер [25].

Многие формы заболеваний репродуктивной системы взрослого человека корнями уходят в детство. Около 60% заболеваний детского и подросткового возраста могут представлять угрозу фертильности [26].

Основными факторами ухудшения репродуктивного здоровья молодежи являются:

- низкая информированность населения в вопросах охраны сексуального и репродуктивного здоровья;
- отсутствие системы полового воспитания детей и подростков;



- распространенность инфекций, передаваемых половым путем, особенно среди подростков и молодежи;
- высокий уровень подростковой беременности и аборт;
- недостаточная вовлеченность специалистов в процесс охраны репродуктивного здоровья и подготовки к планируемой беременности;
- недостаточная насыщенность фармацевтического рынка качественными контрацептивами и их высокая стоимость;
- отсутствие исследований по изучению потребностей населения в услугах по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

Формирование репродуктивного поведения молодых людей зависит от социальной среды, в которой они живут; взаимоотношений в семье, со сверстниками и другими взрослыми людьми; усиления процессов урбанизации; утраты традиционных устоев общества; использования средств связи и коммуникаций, включая интернет; возможностей для общения со сверстниками из других стран; соматических заболеваний и заболеваний репродуктивной системы; экологических, социальных, экономических факторов. Это все способствуют более быстрому распространению, как позитивных, так негативных явлений в поведении молодежи. Молодежь и подростки в силу своих возрастных особенностей недостаточно учитывают последствия вредных привычек, влияющих на их репродуктивное здоровье. Одной из серьезных проблем среди подростков и молодежи являются ранние половые отношения, которые приводят к ИППП, воспалительным заболеваниям репродуктивной системы, последующему бесплодию.

Охрана репродуктивного здоровья – одно из важных направлений политики многих стран. В этой области разработаны национальные стратегии и программы, обеспечивающие свободу выбора при планировании семьи, широкий доступ к выбору методов контрацепции и услугам по искусственному прерыванию беременности. Отказ от использования или неудачное применение методов контрацепции может привести к незапланированной беременности, которая в большинстве случаев заканчивается искусственным абортом. Частота «несвоевременных» или «нежелательных» беременностей намного выше в развивающихся странах, чем в развитых, – 65 и 45 на 1000 женщин репродуктивного возраста, соответственно [28].

Все страны условно делятся на пять групп в зависимости от причин, по которым разрешено искусственное прерывание беременности [29]:

1. Спасение жизни женщины. В 39 странах легально можно сделать аборт только с целью спасения жизни женщины ( $\approx 21\%$  женщин).

2. Спасение жизни и защита физического здоровья женщины. В 36 странах аборт разрешен для спасения жизни женщины и защиты ее физического здоровья ( $\approx 11\%$  женщин).

3. Спасение жизни и защита физического или психического здоровья женщины. В 24 странах вышеперечисленные условия и для защиты психического здоровья ( $\approx 4\%$  женщин).

4. Спасение жизни / защита физического или психического здоровья женщины / социально-экономические причины. В 13 странах аборт доступен по социально-экономическим причинам, которые по-разному трактуются в разных странах (это может быть низкий доход или трудности в уходе за уже имеющимися детьми) ( $\approx 21\%$  женщин). Во многих странах аборт допускается, если беременность наступила в результате изнасилования или инцеста, и в случае аномалий развития плода.

5. Желание женщины. В 61 стране (включая Россию, Беларусь) не требуется специальных оснований для прерывания беременности и достаточно желания женщины, законодательство ограничивает только срок беременности, на котором допустим аборт (обычно в течение первого триместра) ( $\approx 37\%$  женщин).

В 26 странах искусственное прерывание беременности не допускается ни при каких обстоятельствах, то есть эти страны не входят ни в одну из пяти указанных групп ( $\approx 6\%$  женщин). К ним относятся 3 развитые (Андорра, Мальта, Сан-Марино) и 23 развивающиеся страны.

Чем богаче страны, тем больший процент женщин живет в условиях широких легальных оснований для аборта. Доля женщин репродуктивного возраста (15-44 года), проживающих в развитых странах выполняет аборт в 14% случаев по социально-экономическим причинам и в 81% случаев по желанию женщины, а в развивающихся странах: в 25% случаев для спасения жизни женщины, в 22% случаев по социально-экономическим причинам и в 29% случаев по желанию женщины [28].

Чаще на аборт идут замужние женщины фертильного возраста, которые уже имеют одного или двух детей, а также женщины, которые не хотят менять привычный уровень жизненного комфорта и в чем-то ограничить себя из-за рождения ребенка. В 70% всех случаев инициатором аборта является мужчина [30].

Для улучшения репродуктивного здоровья необходимо укрепление роли семьи, сохранение семейных ценностей, воспитание ответственного материнства и отцовства, повышение престижа и значимости мужчины в семье, создание благоприятных материальных условий для рождения и воспитания детей.

## ГЛОССАРИЙ

**Бездетность** (*Childlessness*) - отсутствие детей у лица или супружеской пары вследствие отсутствия рождений (инфертильность) или младенческой и детской смертности.

**Бесплодие** (*Sterility*) - неспособность человека или брачной пары воспроизводить потомство, обусловленное либо неспособностью мужчины или женщины к зачатию (стерильность), либо неспособностью женщины выносить и родить живого ребенка.

**Брачная рождаемость** (*Marital fertility*) - рождаемость, рассчитанная только для женщин, состоящих в браке.

**Брутто-коэффициент воспроизводства населения** (*Gross reproduction rate*) - среднее число девочек, которое родит женщина гипотетического поколения при условии отсутствия смертности и сохранения в течение всей ее жизни возрастных коэффициентов рождаемости данного года.

**Возрастной коэффициент рождаемости** (*Age-specific fertility rate*) - отношение числа детей, родившихся живыми за год у женщин определенной возрастной группы к среднегодовой численности женщин соответствующего возраста.

**Воспроизводство населения** (*Reproduction, or Population Replacement*) - постоянное возобновление поколений в результате процессов рождаемости и смертности.

**Демографический кризис** (*Demographic crisis*) - глубокое нарушение воспроизводства населения, которое несет угрозу существованию самого населения.

**Демографический переход** (*Demographic transition*) - концепция, применяемая в современной демографии, объясняющая причины смены типов воспроизводства населения в процессе исторического развития человечества.

**Депопуляция** (*Depopulation*) - систематическое уменьшение численности населения.

**Длина поколения** (*Length of a generation*) - средний интервал времени, разделяющий поколения родителей и детей.

**Естественная рождаемость** (*Natural fertility*) - рождаемость, не ограничиваемая противозачаточными средствами и искусственными абортами.

**Естественное движение населения** (*Natural movement of population*) - принятое в демографии обозначение процессов рождаемости, смертности, брачности и разводимости

**Естественный прирост населения** (*Natural increase or Reproductive change*) - абсолютная величина разности между числом родившихся и числом умерших за определенный период времени.

**Желаемое число детей в семье** (*Wanted family size or Wanted number of children*) - число детей, которое индивид или семья хотели бы иметь при наличии всех необходимых для этого, с точки зрения индивида, условий.

**Идеальное число детей в семье** (*Ideal family size or Ideal number of children*) - представления индивида о наилучшем числе детей в семье без учета конкретной жизненной ситуации и личных предпочтений или при идеальных, наилучших для всех людей условиях.

**Инфертильность** (*Infertility*) - отсутствие рождений у женщины в течение всего или части репродуктивного периода.

**Коэффициент естественного прироста** (*Natural increase rate*) - разность общих коэффициентов рождаемости и смертности.

**Коэффициент рождаемости** (*Birth rate*) - отношение числа живорожденных детей к соответствующей численности населения. Классифицируется на общие, специальные (по полу) и частные (возрастные) коэффициенты.

**Коэффициент внебрачной рождаемости** (*Exnuptial (illegitimacy) birth rate*) - число живорождений у женщин, не состоящих в браке, на 1000 женщин репродуктивного возраста, не состоящих в браке.

**Нетто-коэффициент воспроизводства населения** (*Net reproduction rate*) - среднее число девочек, рожденных за всю жизнь одной женщиной, дожившей до конца репродуктивного периода при данных уровнях рождаемости и смертности.

**Общий коэффициент рождаемости** (*Crude birth rate*) - отношение числа родившихся живыми в течение календарного года к среднегодовой численности населения.

**Ожидаемое число детей в семье** (*Expected family size or Expected number of children*) - число детей, которое индивид намерен иметь в своей семье в нынешних условиях своей семьи или, иными словами, учитывая конкретную жизненную ситуацию и личные предпочтения.

**Планирование семьи** (*Family planning*) - 1) принятие и реализация супружеской парой (индивидом) решений о числе детей в семье и сроках их появления на свет; 2) деятельность государственных и негосударственных агентств, направленная на создание условий для достижения каждой семьей желаемого числа детей в желаемые сроки.

**Плодовитость** (*Fecundity*) - физиологическая способность мужчины, женщины, брачной пары к зачатию и рождению детей.

**Поколение** (*Birth cohort*) - совокупность лиц, рожденных в одном и том же году или в один и тот же период времени. Лица, принадлежащие к одному и тому же поколению, имеют одинаковый или близкий возраст и одновременно проживают свою жизнь.

**Репродуктивное поведение** (*Reproductive behavior*) - система действий и отношений, опосредующих рождение ребенка в браке или вне брака.

**Репродуктивный период** (*Reproductive period*) - период времени, в течение которого женщина способна к рождению детей. Обычно принимается равным возрастному интервалу 15–49 лет.

**Рождаемость** (*Fertility*) - процесс деторождения в совокупности людей, составляющих поколение, или совокупности поколений - населения.

**Семья** (*Family*) - основанное на браке или кровном родстве объединение людей, связанных общностью быта и взаимной ответственностью.

**Специальный коэффициент рождаемости** (*General fertility rate*) - отношение числа рождений за период к числу человеко-лет, прожитых женщинами репродуктивного возраста в течение этого периода.

**Средний возраст матери при рождении ребенка** (*Mean age of child bearing in the population*) - средняя арифметическая, полученная путем деления общего числа человеко-лет (сумма произведений значений возраста матерей на число родившихся детей в этом возрасте) на общее число родившихся детей.

**Суммарный коэффициент рождаемости** (*Total fertility rate*) – среднее число детей, которых могла бы родить одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода (15-49 лет) при сохранении в каждом возрасте уровня рождаемости того года, для которого вычисляется показатель

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Румак, А.А. Социально-трудовая сфера и демографическое развитие Республики Беларусь : материалы Междунар. науч.-практ. конф. молодых ученых 28–29 нояб. 2017 г. / НИИ труда Минтруда и соцзащиты ; редкол.: Т.Н. Миронова (гл. ред.) [и др.]. – Минск, 2018. – С. 3-5.

2. Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021 - 2025 годы [Электронный ресурс]: Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 19.01.2021 N 28 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.

3. Об утверждении Программы деятельности Правительства Республики Беларусь на период до 2025 года [Электронный ресурс]: Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 24.12.2020 N 758 //КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

4. Landry, A. La Révolution Démographique: études et essais sur les problèmes de la population / A. Landry // International Affairs. – 1934. – V.13 (6). – P.854.

5. Щербаков, А.И. Демография : учеб. пособие / А.И. Щербаков, М.Г. Мдинарадзе, А.Д. Назаров, Е.А. Назарова ; под общ. ред. д-ра экон. наук, профессора А.И. Щербакова. — М. : ИНФРА-М, 2017. — 216 с.

6. Нетто-коэффициент воспроизводства населения в 15 новых независимых государствах, 1950-2018 // Демоскоп Weekly, 2 ноября - 15 ноября 2021. - № 919 – 920 / [Электронный ресурс]: <http://www.demoscope.ru/weekly/ssp/graphnetto1.php> (дата обращения: 04.11.2021).

7. Козловская, К.Е. Статистическое изучение режима воспроизводства населения Республики Беларусь / К.Е. Козловская // НИРС БГЭУ : сборник научных статей. Вып. 5 / М-во образования Респ. Беларусь, УО "Белорусский гос. экон. ун-т" ; [редкол.: Г.А. Короленок (пред.) и др.]. - Минск : РИВШ, 2016. - С. 131-135.

8. Гражданский кодекс Республики Беларусь [Электронный ресурс]: Кодекс Республики Беларусь от 07.12.1998 N 218-З // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

9. Подольная, Н.Н. Демография и статистика населения: учебное пособие / Н.Н. Подольная, М.В. Бикеева, А.В. Катынь. - Мордов. гос. ун-т. – Саранск, 2015.

10. Статистический ежегодник Республики Беларусь // Статистический сборник. - Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2020. – С. 51.

11. Коэффициент рождаемости в странах мира на 2020 год // Рейтинги стран и компаний. Страны мира / [Электронный ресурс]: URL: <https://total-rating.ru/20-rozhdaemost-v-stranah-mira-na-2020-god.html>.

12. Основные демографические показатели по всем странам мира в 2019 году // Демоскоп Weekly, 19 октября - 1 ноября 2021. - № 917 – 918 / [Электронный ресурс]: [http://www.demoscope.ru/weekly/app/world2019\\_1.php](http://www.demoscope.ru/weekly/app/world2019_1.php) (дата обращения: 27.10.2021).

13. Долбик-Воробей, Т.А. Статистика населения и демография: учебник / Т.А. Долбик-Воробей, О.Д. Воробьева. — Москва : КНОРУС, 2018. — 314 с.

14. Демографический ежегодник Республики Беларусь: статистический сборник / И.В.Медведева [и др.]. - Минск: Национальный статистический комитет, 2019. – 429 с.

15. Соболевская, О.В. Внебрачные дети – не значит безотцовщина / О.В. Соболевская // Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». Научно-образовательный портал IQ. – 2014 / [Электронный ресурс]: <https://iq.hse.ru/news/177666403.html> (дата обращения: 01.11.2021).

16. Eurostst, 2021 [Электронный ресурс]: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> (дата обращения: 02.12.2021).

17. Архангельский, В.Н. Рождаемость // Информационная база, 2020. – 17 с. / [Электронный ресурс]: <https://niioz.ru/doc> (дата обращения: 02.12.2021).

18. Возраст женщин при рождении первенца (инфографика) // Латвия, 2021 / [Электронный ресурс]: <https://gorod.lv/novosti/303335-voznrast-zhenschin-pri-rozhdenii-perventsa-infografika> (дата обращения: 02.12.2021).

19. Медков, В.М. Демография: учебник 2-е издание / В.М. Медков. – Москва: ИНФРА-М. – 2014. – 332 с.

20. Социология семьи : учебник / Под ред. А.И. Антонова. - М., 2005. – 363 с.

21. Сурмач, Марина Юрьевна. Репродуктивное здоровье и поведение молодежи: медико-социологический анализ : автореф. дис. ... д-ра мед. наук по специальностям 14.02.05 - социология медицины, 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение / Сурмач Марина Юрьевна ; ГУО "Бел. мед. акад. последиплом. образования". – Минск, 2015. – 43 с.

22. Практическая демография / Учебник под ред. Л.Л. Рыбаковского // - Рос. акад. наук, Ин-т соц.-полит. исслед. – Москва : Центр соц. прогнозирования, 2005. – 203 с.

23. Стратегия в области репродуктивного здоровья // ВОЗ, 2004. – 34 с. / [Электронный ресурс]: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68754/WHO\\_RHR\\_04.8\\_rus.pdf?sequence=4](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68754/WHO_RHR_04.8_rus.pdf?sequence=4) (дата обращения: 08.11.2021).

24. Основы вспомогательных репродуктивных технологий в лечении бесплодия: учебно-методическое пособие / С. Д. Шилова [и др.]. – Минск : БГМУ, 2017. – 44 с.

25. Левшук, Л. М. Репродуктивное здоровье молодежи: проблемы и решения / Л.М. Левшук, С.В. Альшевская и др. Минск // ЭБ БГУ: Технические и прикладные науки. Отрасли экономики: Медицина и здравоохранение, 2017 / [Электронный ресурс]: URL: <https://elib.bsu.by/handle/123456789/169491> (дата обращения: 14.12.2021).

26. Рищук, С.В. Оздоровление молодежи России – основная задача демографической политики государства / С.В. Рищук, В.Е. Мирский // Terra medica: журнал для врачей всех специальностей, 2010. - № 3. - С. 11-18.

27. Паскарь, С.С., Калугина А. С. Современные тенденции позднего материнства / С.С. Паскарь, А.С. Калугина // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2018. - №18(3). С.9-12.

28. Singh S., et al. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Guttmacher Institute, U.S., 2018.

29. Сакевич, В.И. Аборты в мире: неравномерная динамика и неравный доступ / В.И. Сакевич // Демоскоп Weekly, 2018. - № 773-774.

30. Шевелева, Е. Большинство аборт происходит по причине межличностных проблем – психолог. - 2017 / [Электронный ресурс]. – 2017. – Режим доступа: <https://news.21.by/society/2015/01/09/1045008.html> (дата доступа: 14.12.2021).



Учебное издание

**Калинина** Татьяна Владленовна

**Мосько** Петр Леонидович

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ.  
ВОСПРОИЗВОДСТВО НАСЕЛЕНИЯ:  
РОЖДАЕМОСТЬ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 23.11.2021. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,5. Уч.- изд. л. 1,9. Тираж 120 экз. Заказ 214.

Издатель и полиграфическое исполнение –  
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская  
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

КАЛИНИНА ТАТЬЯНА ВЛАДЛЕНОВНА  
МОСЬКО ПЕТР ЛЕОНИДОВИЧ

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ.  
ВОСПРОИЗВОДСТВО НАСЕЛЕНИЯ:  
РОЖДАЕМОСТЬ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ**

Минск, БелМАПО  
2021

