

Страновой обзор

**Состояние
репродуктивного
и сексуального
здоровья и прав
в Кыргызской
Республике**



ВВЕДЕНИЕ: ОТ ДОСТИЖЕНИЙ К ПОТЕРЯМ СОЦИАЛЬНОЙ СПРАВЕДЛИВОСТИ

Кыргызская Республика это относительно молодое государство с очень древней и богатой кочевнической историей и культурой. Важно отметить с самого начала два текущих процесса структурных изменений оказали влияние на контекст современного развития и гендерное равенство, на права женщин, включая сексуальные и репродуктивные здоровье и права (СРЗП) в стране: переход от социализма к капитализму и растущее вмешательство религиозного фундаментализма.

Кыргызская Республика является суверенным, демократическим и светским государством. В Кыргызской Республике парламентская демократия. Страна была частью Советского Союза и она стала независимым государством в 1991 году. Кыргызская Республика это горная страна в Центральной Азии с населением чуть более 5.5 миллионов людей. Страна имеет общие границы с Казахстаном, Узбекистаном, Таджикистаном и Китаем.

Кыргызская Республика это многонациональное государство с более 80 национальностями, живущими в ней. Кыргызы составляют большинство населения, более 70 процентов всего населения. Другие основные этнические группы это узбеки, русские, дунгане и уйгуры¹.

Кыргызская Республика состоит из семи областей: Иссык-Кульская, Джалал-Абадская, Нарынская, Баткенская, Чуйская и Ошская. Из 5663,1 тысяч людей 3762, 9 тысяч живут в сельских районах², что составляет 66, 45процентов всего населения.

Важно обращать внимание на пропорцию молодежи в населении Кыргызстана. В стране идет повышенный прирост населения (27.1 на 1,000 людей в 2011 году) и сниженный рост уровня смерти (6.5 на 1,000 людей в 2011 году). В результате данной демографической тенденции 32 процента населения Кыргызской Республики по возрасту ниже 15 лет, в то время как население в возрасте старше 65 лет составляет 4%³.

Переход от социализма к капитализму с рыночной экономикой привел страну к бедно-

сти, социальному неравенству, приватизации многих государственных услуг, потерям в сфере здоровья женщин и прав женщин, и также роли женщин. Страна приложила много усилий, чтобы начать собственное политическое, общественное и экономическое развитие. За последние десять лет, благодаря экономическому переходу, под руководством государства, и благодаря инициативам самого населения, и входящему в страну международному бизнесу, в Кыргызской Республике произошло снижение уровня общей бедности с 64.0% до 31.7% в период между 2000 и 2008 годами. С 2010 года до 2012 года бедность выросла, и доля бедных увеличилась до 38 процентов в 2012 г.⁴

Несмотря на высокий уровень сокращения бедности, сегодня в стране растет разрыв между богатыми и бедными, расслоение населения по доходам в Кыргызстане продолжает увеличиваться. В частности, коэффициент P80/P208 увеличился с 6,8 в 2010 г. до 7,3 в 2011 г.⁵.

Сельское хозяйство, промышленность (преимущественно добыча золота), торговля и туризм являются основными секторами, вносящими вклад в экономику Кыргызской Республики.

Система здравоохранения Кыргызской Республики кардинально изменилась при переходе от социализма к капитализму. Многие услуги, которые предоставлялись государством бесплатно, и широко и хорошо функционировавшая инфраструктура услуг здравоохранения исчезают или деградирует из-за низкого уровня государственных вложений, приватизации, и становятся коммерческим сектором.

С точки зрения прав женщин, страна приобрела некоторые свойства и потеряла другие важные свойства. У женщин была работа, трудовая миграция не была проблемой, каждая женщина могла бесплатно пользоваться услугами роддомов, все девочки ходили в школы, состояние здоровья было намного лучше, и так далее. Например, в период между 1991-2001 годами, первым десятилетием переходного периода, более чем в тридцать раз увеличилось число заболеваний зобом в результате того, что государство прекратило добавление йода в соль⁶. В этот же период мы видим, что «Из всех 93573 беременных женщин, у которых беременность проходила успешно и они родили детей, у 52967 была анемия, у 1283 – болезни системы кровообращения, ...»⁷ среди других симптомов. Спустя десять лет, в 2012 году

из 134934 беременных женщин у 71195 была анемия⁸.

Наблюдаются тенденции, которым женщины рады, и тенденции, которые разочаровывали женщин.

В 1995 году, четыре года спустя после приобретения независимости, Кыргызская Республика присоединилась к Пекинской платформе действий (ППД), к Программе действий международной Конференции по народонаселению и развитию (МКНР).

Важно отметить, что Кыргызская Республика известна своим активным гражданским обществом, которое находится на передовой линии борьбы за права людей, включая сексуальные и репродуктивные права граждан Кыргызской Республики.

Данная брошюра «Сведения по стране» кратко освещает контекст развития Кыргызстана и поможет понять положение, перемены, проблемы, а также заинтересованные стороны в сфере сексуальных и репродуктивных здоровья и прав человека (СРЗП).

ПОЛОЖЕНИЕ СЕКСУАЛЬНЫХ И РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Пекинская Платформа Действий в параграфе 106 (b) призывает государства к «подтверждению права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, защита и содействие использованию этого права женщинами и девочками и внесение его, например, в национальное законодательство; пересмотр существующего законодательства, включая законодательство, посвященное вопросам здравоохранения, а также, если это необходимо, политики, с тем чтобы в них нашла отражение приверженность обеспечению охраны здоровья женщин и чтобы они соответствовали изменению ролей и функций женщин, независимо от места их проживания»

В следующем разделе мы разъясним политику, относящуюся к сексуальным и репродуктивным здоровьем и правам, абортam, сексуальным и репродуктивным услугам для подростков, к ВИЧ и СПИД, для проведения мониторинга того, насколько эффективно женщины в Кыргызской Республике могут пользоваться своими сексуальными и репродуктивными правами.

Политика в сфере сексуальных и репродуктивных здоровья и прав

Кыргызская Республика присоединилась к Пекинской платформе действий (ППД), Программе действий международной Конференции по народонаселению и развитию (МКНР), а также к Целям развития тысячелетия.

Кыргызская Республика ратифицировала ключевые конвенции и договоры, включая Международный Пакт об экономических, социальных и культурных правах (1994), Конвенцию о правах ребенка, Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, (1997) и Конвенцию о правах людей с инвалидностью (2011).⁹ Кыргызская Республика также присоединилась к Конвенции о минимальном возрасте, регистрации и согласии на брак.

В отношении национального законодательства по сексуальным и репродуктивным здоровью и правам в стране нет комплексного закона по сексуальным и репродуктивным здоровью и правам. Однако, Кыргызская Республика приняла закон «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации» в 2007.¹⁰ Этот закон поддерживает репродуктивные права, гарантированные законом в Конституции Кыргызской Республики, предоставляет равные права для мужчин и женщин, доступ к контрацепции наряду с прерыванием беременности. Если доступ к контрацепции гарантирован законом, то на практике такой доступ затруднен из-за высоких цен на противозачаточные средства. В то же время необходимость получения согласия родителей для прерывания беременности для подростков младше 18 лет препятствует доступ к безопасным абортam для подростков и молодых людей, и тем самым толкая на опасные аборты.¹¹ Закон выделили в качестве приоритета здоровье матери и новорожденных.¹² Принятие этого закона стало вехой. Однако закон является более деклара-

тивным, в нем нет специально выделенных средств или механизма введения в действие и наблюдения за проведением в жизнь.¹³

Пекинская Платформа Действий в параграфе 107 (d) призывает государства к «усилению законодательства, реформе учреждений и содействию применению норм и практики, которые обеспечивают ликвидацию дискриминации в отношении женщин и поощряют как женщин, так и мужчин брать на себя ответственность за свое половое и репродуктивное поведение; обеспечению полного уважения неприкосновенности личности, принятие мер по обеспечению необходимых условий для осуществления женщинами своих репродуктивных прав и упразднение законов и практики, основанных на принуждении».

В настоящее время новая версия закона Кыргызской Республики «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации» предложена, и данный законопроект был представлен общественности для обсуждения 31 мая 2013 года. Он был одобрен Парламентом в первом чтении.¹⁴ Данный законопроект признает сексуальные и репродуктивные права граждан и укрепляет гарантии его реализации, как составную часть прав человека и также устанавливает гарантии государства. Он предоставляет правовые рамки для услуг в сфере сексуальных и репродуктивных здоровья и прав граждан Кыргызской Республики. Данный законопроект направлен на выполнение всех международных обязательств страны в сфере сексуальных и репродуктивных здоровья и прав. Он решает проблемы прав на равенство и свободы от всех форм дискриминации, включая проблемы прав граждан на образование и информацию для обеспечения того, что принимаемые решения в сфере сексуального и репродуктивного здоровья основаны на свободном и информированном согласии. Законопроект охватывает вопросы сексуального здоровья, сексуальных прав, сексуального образования, подростков и суррогатного материнства.

Этот законопроект все еще не одобрен Парламентом, несмотря на то, что он был одобрен во время первого Парламентского слушания более одного года назад в 2013 г. Важно, что-

бы прогрессивные элементы законопроекта были сохранены в окончательной редакции, учитывая рост консервативного окружения и влияния консервативных политических партий–членов национального Парламента, религиозных, патриархальных групп в стране.

Кыргызская Республика приняла национальную стратегию по репродуктивному здоровью, которая была реализована на двух этапах: в 2006-2010 и в 2011-2015 годы¹⁵. Национальная программа «Ден Соолук» на период 2012-2016 годы продолжает предыдущие национальные программы и стратегии «Манас» (1996 -2005) и «Манас Таалими» по реформе системы здравоохранения (2006-2011). Национальная программа устойчивого развития Кыргызской Республики на 2013-2017 годы призывает удовлетворить потребность изменить отношение людей к своему здоровью, и улучшить качество услуг здравоохранения. Национальная программа реформирования здравоохранения «Ден Соолук» также направлена на решение этих проблем.¹⁶

Основания, на которых разрешены аборты

В Пекинской Платформе Действий в параграфе 106 (k) «Всем правительствам и соответствующим межправительственным и неправительственным организациям настоятельно предлагается придавать более важное значение охране здоровья женщин, заниматься проблемой воздействия на здоровье абортов, производимых в неадекватных условиях¹⁶, как одной из основных проблем здравоохранения и сокращать прибежание к аборту путем расширения и совершенствования услуг в области планирования семьи. Предотвращению нежелаемых беременностей должно всегда уделяться первоочередное внимание, и следует прилагать все усилия в целях устранения потребности в абортах. Женщинам, которые имеют нежелательную беременность, следует обеспечивать беспрепятственный доступ к надежной информации и

сострадательному консультированию. Любые меры или изменения в отношении абортов в рамках системы здравоохранения можно осуществлять на национальном или местном уровне лишь в соответствии с национальным законодательством. В случаях, в которых аборт не противоречит закону, его следует производить в адекватных условиях. Во всех случаях женщинам следует обеспечивать доступ к качественным услугам для устранения осложнений, связанных с абортом. После аборта следует своевременно предоставлять услуги по консультированию, просвещению и планированию семьи, что поможет также избежать повторных абортов», рассмотрение возможности пересмотра законодательства, содержащего карательные меры в отношении женщин, которые прервали беременность противозаконным образом».

Аборты разрешены на всех основаниях в Кыргызской Республике, включая для спасения жизни женщины, сохранения физического и умственного здоровья, в случаях изнасилования или инцеста, по причине повреждения плода и по социальным и экономическим причинам.¹⁷

Законодательство Кыргызской Республики руководствуется Советским Постановлением от 23 ноября 1955, позже, в 1982 году было принято постановление, которое заявило о праве на аборт.¹⁸

Закон КР о репродуктивных правах граждан страны от 2001 года в статье 12 посвящен аборту.

В дополнение к этому, Отдел здравоохранения Фонда обязательного страхования выпустил постановление от 10.07. 2002 за № 167, которое описывает условия и процедуры для абортов, которые включают следующее:

- Аборт является легальным до 12 недель по запросу.
- Аборты на 12-22 неделях производятся по запросу пациента, часто приводящей со-

циальные причины в качестве оправдания.

- Нет ограничений – если беременность является угрозой здоровью.

Аборты в Кыргызстане требуют согласия беременной женщины; аборт имеют права делить только лицензированные врачи в больнице, или другими признанными медицинскими учреждениями. Аборт по запросу доступен во время первых 12 недель беременности. Поэтому искусственный аборт доступен в период первых 28 недель от зачатия на судебном, генетическом, жизненном, широко медицинском или судебном основаниях, а также по личным причинам, если есть разрешение от комиссии местных врачей¹⁹.

Девочки, девушки сталкиваются с трудностями в доступе к безопасному аборту, так как им необходимо согласие родителей, если они младше 18 лет. В таких ситуациях есть возможность, что девочки будут искать опасные процедуры аборта.²⁰

Политика по услугам в сфере сексуальных и репродуктивных прав подростков

Пекинская Платформа Действий в параграфе 107 (g) признает особые потребности подростков и призывает к осуществлению конкретных соответствующих программ, «касающихся, например, просвещения и предоставления информации по вопросам полового и репродуктивного здоровья и о заболеваниях, передаваемых половым путем, включая ВИЧ/СПИД...»

Далее за этим параграф 108 (k) ППД настоятельно призывает государства к «уделению всестороннего внимания содействию установлению основанных на взаимном уважении и равноправных отношений между полами и, в частности, удовлетворению потребностей подростков в образовании и услугах с тем, чтобы

дать им возможность конструктивно и ответственно относиться к своему половому поведению».

Хотя политика по молодежи существует в стране, сексуальные и репродуктивные права подростков и молодежи и доступ к СРП услугам редко решается этой политикой²¹. Национальная стратегия репродуктивного здоровья (2006-2015) упоминает СРП услуги для молодежи. В Кыргызской Республике не достаточно СРП услуг, дружественных для молодежи.

Закон Кыргызской Республики от 2007 года о репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации также не выделяет молодежь, как отдельную категорию. Он относит ответственность уполномоченным государственным органам, министерство здравоохранения ответственно за репродуктивное здоровье²².

В настоящее время нет политики о всеобъемлющем сексуальном образовании для подростков и молодежи, хотя предоставляются навыки безопасной жизнедеятельности. В стране недостаточно обучающих профилактических программ, отсутствует полноценного профилактического полового образования для подростков. Образование не удовлетворяет потребности подростков и молодежи по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья. Образовательные учреждения не укомплектованы в полном объеме учебными и методическими пособиями по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья²³.

За эти годы молодежная политика в Кыргызской Республике не способствовала доступу молодежи к сексуальным и репродуктивным услугам здравоохранения. В стране не хватает дружественных молодежи услуг, наряду с информацией, хотя правительство и НПО делали отдельные попытки в этой области.²⁴

У молодежи Кыргызской Республики много трудностей в сфере доступа к услугам, получения информации о репродуктивном здоровье, о дружественных молодежи услугах, включая ИППП, о репродуктивных заболеваниях, из-за отсутствия политики в области услугах для подростков и молодежи по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья. Стигма и моральные суждения

еще больше осложняют доступ подростков и молодежи к СРЗ услугам.²⁵

Политика в сфере ВИЧ и СПИД

Параграф 108(т) ППД призывает правительства обеспечить «предоставление супружеским парам и отдельным лицам через систему первичной медико-санитарной помощи всеобщего доступа к соответствующим и доступным профилактическим услугам, касающимся заболеваний, передаваемым половым путем, включая ВИЧ/СПИД, и оказание женщинам более широкой консультативной помощи и добровольных и конфиденциальных услуг, связанных с диагностикой и лечением; обеспечение, когда это возможно, снабжения медицинских служб высококачественными презервативами, а также медикаментами для лечения заболеваний, передаваемых половым путем». Далее за этим, параграф 108 (d), призывает к признанию «масштабов распространения пандемии ВИЧ/СПИДа в своих странах, с особым учетом ее последствий для женщин, для обеспечения того, чтобы инфицированные женщины не подвергались оскорблениям и дискриминации в том числе во время поездок».

Кыргызская Республика подписала ряд международных договоров по ВИЧ/СПИДу, включая Декларацию по ВИЧ/СПИДу, принятой ООН в 2001 году; Дублинскую Декларацию по партнерству по борьбе с ВИЧ/ СПИД в Европе и Центральной Азии в 2004г.

На национальном уровне программа реформирования здравоохранения «Манас Таалими» (2006-2010) описывает профилактику ВИЧ и СПИД, как приоритет, и это дальше продолжено в последующей программе реформирования здравоохранения «Ден Соолук» (2012-2016).

Кыргызская Республика²⁶ разработала свой первый закон в 1990-х годах, а именно по профилактике ВИЧ в Кыргызской Республике;

дальнейшие обзоры и совершенствование политики происходили в период 2004-2007 годы, сконцентрированные на защите прав человека групп лиц, которые наиболее подвержены риску, людей, живущих с ВИЧ, и других подверженных риску групп. Закон по ВИЧ была принят в 2005 году и 13.08.2005 года подписан Президентом страны под №149, позже в 2011 в него были введены поправки.²⁷

Несмотря на то, что Кыргызская Республика была одной из первых стран, применившей много-секторальные рамки для решения проблем ВИЧ и СПИД, деятельность не была подкреплена выделением государственных ресурсов. В 2011 году из использованных 5.7 миллионов долларов только около 1.4 миллионов долларов было выделено из государственных ресурсов, и остальные были из средств международных доноров.²⁸

Закон о ВИЧ и СПИД описывает процедуру профилактики распространения СПИД, и защищает права людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Этот закон является историческим, так как впервые кыргызский закон ввел понятие стигмы и дискриминации, ответственности за незаконные действия, связанных с тестированием на ВИЧ инфекцию, психологическое и социальное консультирование, соблюдение принципа конфиденциальности результатов тестирования на ВИЧ инфекцию.²⁹

Тем не менее, преграды существуют в сфере реализации законов по ВИЧ и СПИД, включая профилактику и лечение, и уход за ЛЖВ.

Политическая воля и лидерство, направленные на сокращение распространения ВИЧ были продемонстрированы в применении много-секторального подхода Кыргызской Республикой. Однако в ситуации роста ВИЧ инфекции по сравнению с предыдущими годами, особенно среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), сексуальных работников, мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами, лиц, находящихся в заключении, и через инфекции, приобретенной в больницах, и особенно период политической, социальной и экономической нестабильности, в период сокращения донорских средств, большое значение играет устойчивость деятельности для изменения направления распространения ВИЧ.³⁰

Законодательство по сексуальной ориентации и половой принадлежности

С точки зрения законодательства гомосексуальные действия считаются легальными, после реформы 1998 года в этой области, включая равный возраст согласия, как для гомосексуальных, так и для гетеросексуальных действий в Кыргызской Республике.³¹

Тем не менее, наблюдался региональный откат с введением в России закона о запрете пропаганды гомосексуализма, что отрицательно повлияло на страны в регионе, стимулируя принятие подобных законов. В марте 2014 национальный парламент Кыргызской Республики (Жогорку Кенеш) принял законопроект «О внесении дополнений в некоторые законодательные акты Кыргызской Республики», который нарушает права людей с различной сексуальной ориентацией и половой принадлежностью.³²

Данный законопроект в отношении законов о так называемой «гомосексуальной пропаганде» вводит ограничения и запрет на пропаганду нетрадиционных сексуальных отношений. Этот закон является полным нарушением прав и свобод человека разных сексуальных ориентаций и половой принадлежности, и также противоречит нескольким статьям Конституции Кыргызской Республик³³. Конституция Кыргызской Республики в статье 16 отмечает, что «Никто не может подвергаться дискриминации по признаку пола, расы, языка, инвалидности, этнической принадлежности, вероисповедания, возраста, политических или иных убеждений, образования, происхождения, имущественного или иного положения, а также других обстоятельств».

Запрет на распространение информации, относящейся к вопросам сексуальной ориентации и половой принадлежности, является дискриминационным и нарушает права человека на доступ к информации, согласно статье 33, пункт 1 Конституции Кыргызской Республики - «Каждый имеет право свободно искать, получать, хранить, использовать информацию и распространять ее устно, письменно или иным способом», и также нарушает статью 31, пункт 2 Конституции КР - «Каждый имеет право на свободу выражения своего мнения, свободу слова и печати.»³⁴

Принятие этого законопроекта также нарушило бы международные обязательства Кыргызской Республики, которые Кыргызская Республика взяла на себя, подписав международные договоры, включая Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП), Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Конвенцию о правах ребенка, и также Конвенцию об уничтожении всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДОЖ).

Статья 26 МПГПП признает, что «Все люди равны перед законом и имеют право без всякой дискриминации на равную защиту закона. В этом отношении всякого рода дискриминация должна быть запрещена законом, и закон должен гарантировать всем лицам равную и эффективную защиту против дискриминации по какому бы то ни было признаку, как-то расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, рождения или иного обстоятельства».³⁵

Принятие этого закона может усилить насилие и дискриминацию лиц с различной сексуальной ориентацией и половой принадлежностью, так закон предоставил бы возможность для дозволенно дискриминации лиц с различной сексуальной ориентацией и половой принадлежностью.

Положение сексуальных и репродуктивных прав в Кыргызской Республике

Пекинская Платформа Действий призывает правительства к обеспечению «более доступного, распространенного и недорогогостоящего высококачественного первичного медико-санитарного обслуживания, в том числе охрану сексуального и репродуктивного здоровья, которая включает информацию и услуги в области планирования семьи и уделение особого внимания охране здоровья матери и оказанию срочной акушерской помощи, как это предусматривается в Программе действий

Международной конференции по народонаселению и развитию».³⁶

Пекинская Платформа действий также призывает поддержать и выполнять обязательства, взятые в Программе действий международной конференции по народонаселению и развитию, и обязательства в рамках Конвенции по уничтожению всех форм дискриминация в отношении женщин, и других международных договоров, для того, чтобы удовлетворить потребности девочек и женщин всех возрастов.³⁷

В следующем разделе мы рассмотрим ключевые индикаторы, касающиеся здоровья матери, контрацепции и планирования семьи, ВИЧ и СПИД, сексуального и репродуктивного здоровья и прав подростков для мониторинга того, насколько молодые женщины и подростки могут добиваться услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья.

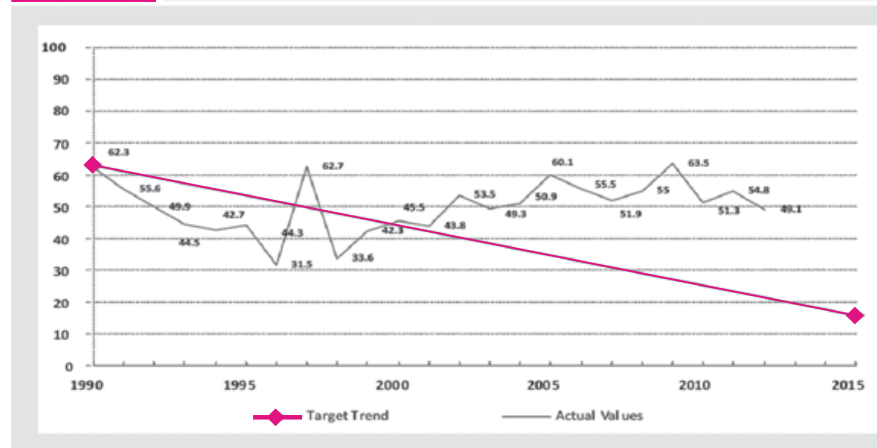
Материнское здоровье

Пекинская Платформа Действий призывает правительства признать, что «сокращение материнской смертности является приоритетом в секторе здравоохранения, и что женщины должны иметь беспрепятственный доступ к акушерской помощи, хорошо оборудованным и адекватно укомплектованным услугам здравоохранения, профессиональной помощи при родах, срочной акушерской помощи, при необходимости эффективному направлению и транспортировке на более высокий уровень оказания помощи, к послеродовому уходу и планированию семьи для того, чтобы, среди прочего, укреплять безопасное материнство»».³⁸

Материнская смертность в Кыргызстане осталась на высоком уровне в последнее десятилетие по сравнению со странами Восточной Европы и Центральной Азии. Материнская смертность в Кыргызской Республике в 2000 году, когда были приняты Цели Развития Тысячелетия (ЦРТ), согласно отчетам составляла 45.5. Целевая задача в ЦРТ заключалась в сокращении уровня смертности на три четвер-

FIGURE 1.

MATERNAL MORTALITY IN THE KYRGYZ REPUBLIC PER 100,000 LIVE BIRTHS



Source: National Statistical Committee

ти, что составляет примерно 15.7 к 2015 году.³⁹ Данная задача снижения уровня смертности до 15.7 остается серьезно недостигнутой при уровне смертности 49.1 в 2012 году.⁴⁰ Согласно данным Национального статистического комитета материнская смертность в 2012 году составляла 49.1 на 100,000 живорожденных. Данная цифра выше чем, уровень смертности 2000 году, когда она составляла 45.5 на 100,000 живорожденных. Данные о материнской смертности, разделенные по признаку сельского или городского места жительства, показывают, что смертность среди сельских женщин выше (56.4 в 2012 г городскими (35.3).

Среди причин материнской смертности эдема, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и послеродовой период.⁴¹ Ключевые барьеры включают доступ к качественным услугам здравоохранения,

особенно, у женщин в отдаленных сельских районах.

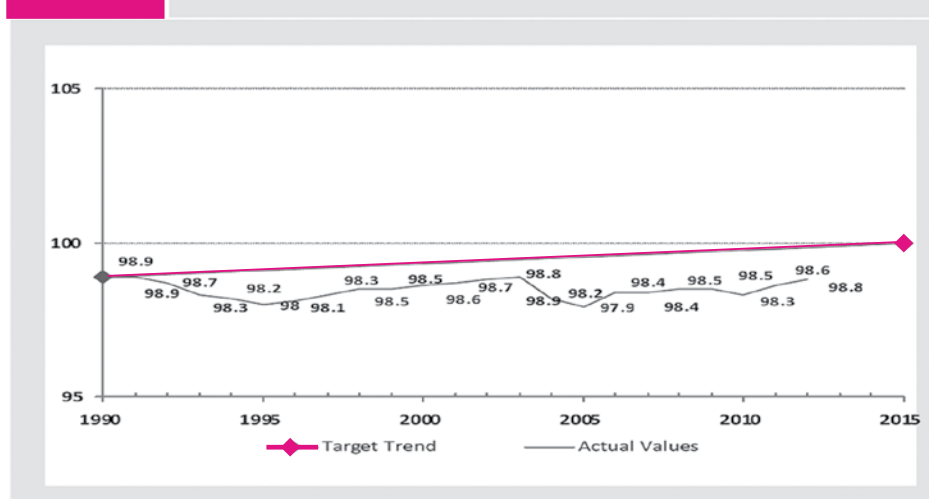
Изучение индикаторов, таких как доля родов в присутствии обученных акушеров, доступ к срочной акушерской помощи, к предродовой и послеродовой помощи, указывает на стагнацию, чем на прогресс.

Доля родов в присутствии обученных акушеров тесно связана с материнской смертностью. Согласно Национальному статистическому комитету доля родов в присутствии обученного медицинского персонала не изменилась с 2000 года. 98.8% родов в присутствии обученного медицинского персонала в 2012 г. по сравнению с 98.6% в 2000 г.

Однако, исследования отмечают низкое качество услуг, предоставляемых обученными акушерами. Неадекватная инфраструктура

FIGURE 2.

RATIO OF BIRTHS ATTENDED BY SKILLED HEALTH PERSONNEL (%)



Source: National Statistical Committee

здравоохранения была также отмечена, как барьер для качественных услуг. Отмечается, что более чем 90% сельских зданий здравоохра-нения не имеют достаточного отопления, тем самым создавая проблемы для женщин, осо-бенно, если предстоят роды в зимний период. Учреждения первичной медицинской помощи испытывают хронический дефицит лекарств, медицинских предметов, они не предоставляют круглосуточных услуг, им не хватает подготов-ленных санитаров в больницах, все это ставит преграды для обеспечения качества оказания помощи при родах.⁴²

Хорошо известно, что качество и доступность срочной акушерской помощи оказывают влияние на результаты родов, и значительно снижают материнскую смертность. Срочная помощь не достаточно развита в соответствии с установленными стандартами и протокола-ми. Отсутствие механизма, регулирующего частный сектор, также стало препятствием для обеспечения качественных услуг по охране материнского здоровья.

Исследования указали на низкий потенциал персонала, участвующего в оказании срочной акушерской помощи, включая анестезиологов, неонатологов, акушерок и гинекологов в селах в пунктах первой помощи сельских клиник с кроватями. Согласно оценке, проведенной в 2012 году, в обследованных медицинских учреждениях, ни один сотрудник не прошел полного обучения по оказанию срочной акушерской помощи. В 38% всех родильных домов не применялась эффективные перинатальные технологии. Система мониторинга и обучения на рабочем месте не введена, и клинические протоколы не полностью выполняются. Система направления/передачи пациентов между первичным, вторичным и третичным уровнями медицинской помощи является несовершенной.⁴³

Дородовой период является критически важным в поддержании здоровья материи предотвращения материнской смертности. the promotion of maternal health and preven- tion of maternal deaths. Охват антенатальным уходом, согласно отчетам, составляет 96.9%, по крайней мере, в виде одного посещения, и 84% - по крайней мере для 4 посещений⁴⁴. Однако, документально подтверждено, что содержание и качество антенатального ухода нуждается в улучшении. Наблюдалась нехватка ряда услуг в сфере антенатального ухода для беременных

женщин с разным состоянием здоровья, включая недостаток систем, обеспечивающих своевременное направление беременных женщин, информация по определению признаков осложнений беременности мало известна среди женщин.

В области ухода в постнатальном периоде данные обследования демографии и здоровья отмечают, что 96% женщин получили уход в постнатальном периоде (УПН) в течение двух дней после родов, и из них большинство женщин (85%) получили УПН в течение первых четырех часов после родов, и другие 11% получили уход в течение двух дней после родов. Обследование также отмечает, что два процента женщин не получили никакой послеродовой помощи в течение первых шести недель после родов.

Из этих данных мы видим стагнацию и недостаточный прогресс в улучшении материнского здоровья и сокращения материнской смертности в Кыргызской Республике. К серьезным барьерам для доступа у беременных женщин к услугам здравоохранения относятся поиск денег для лечения, расстояние до медицинского учреждения и отсутствие транспорта.

Среди женщин, девушек, многодетных матерей, замужних, безработных и женщин, живущих в сельской местности, женщин со средним или более низким образованием, и среди женщин в нижнем квинтеле имущественного положения есть большая вероятность проблем связанных с доступом у услугам здравоохранения, чем у других женщин.

Среди других факторов находятся общее плохое состояние здоровья женщин, неадекватное питание беременных женщин, анемия среди беременных, беременность в раннем возрасте, недостаточные интервалы между родами.⁴⁵ Согласно данным национального статистического комитета процент женщин с анемией составляет 64 % и это в 2.5 раза выше, чем в 1990 году. Кроме бедности недостаток квалифицированного медицинского персонала, включая в группе семейных врачей, и в Центре семейной медицины, затрудняет доступ женщинам к услугам здравоохранения.

Система здравоохранения испытывает много проблем, включая проблемы с уменьшением

выделения средств, недостаток качественных услуг, и обученных профессионалов. Недостаток правового регулирования, стандартов и протоколов затрудняют предоставление срочной акушерской помощи.

Плохая инфраструктура здравоохранения в областях, затрудненный доступ к чистой питьевой воде, водопроводу и канализации, плохие дороги, все это вносит вклад в слабый уровень доступа к услугам здравоохранения для беременных женщин.

Внутренняя и внешняя миграция негативно повлияли на состояние материнского здоровья, когда женщины-мигранты оказывались без доступа к консультациям и врачебной помощи. Рост материнской смертности наблюдался среди женщин-мигрантов.⁴⁶

Предупреждение беременности / Планирование семьи

Пекинская Платформа Действий четко признает и подтверждает права всех женщин на контроль за всеми аспектами своего здоровья, в частности их собственной фертильностью.⁴⁸ ППД также подчеркивает мужчин и женщин быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам планирования семьи по их выбору⁴⁹.

Таблица 1. Ключевые индикаторы предупреждения беременности и планирования семьи в Кыргызской Республике

	DHS 1997	DHS 2012
Общий уровень фертильности	3.4	3.6
Коэффициент распространенности противозачаточных средств (Любой метод) %	59.5	36.3
Коэффициент распространенности противозачаточных средств (Любой современный метод) %	48.9	33.7
Неудовлетворенная потребность в противозачаточных средствах	11.8	18.0

Источник: Kyrgyz Republic Demographic and Health Survey 1997 and 2012

Общий уровень фертильности (ОУФ)⁵⁰ является критически важным индикатором хорошего или плохого репродуктивного здоровья среди женщин репродуктивного возраста. ОУФ в Кыргызской Республике отмечался на уровне 3.6 родившихся на женщину в 2012 г.⁵¹ Данные из других источников, таких как национальный статистический комитет и другие официальные статданные подтверждают увеличение общего уровня фертильности в последние годы. Различия в общем уровне фертильности наблюдались среди разных слоев населения – сельского, городского, в разных областях, разного уровня образования и благосостояния. Женщины в селах имеют на одного ребенка больше (4.0 родившихся на женщину) по сравнению с городскими женщинами (3.0 родившихся на женщину⁵²). Региональные различия также наблюдались. С точки зрения образования, чаще всего женщины с более высоким образованием имеют меньше ОУФ (3.2 родившихся на женщину), чем женщины с относительно более низким образованием (3.7- 4.0 родившихся на женщину). Оказалось, что фертильность негативно ассоциируется с благосостоянием у женщин в высшем квинтиле имущественного положения, у которых был самый низкий ОУФ - 2.7 родившихся на женщину в сравнении с женщинами в других квинтилях имущественного положения⁵³.

Коэффициент распространенности противозачаточных средств (КРПС) является чувствительным индикатором, как доступа к услугам в области репродуктивного здоровья, так и доступа к ряду противозачаточных методов среди женщин.⁵⁴ Данные из Кыргызской Республики (DHS за 2012 год показывают значительный спад в использовании противозачаточных средств среди замужних женщин за последние 15 лет от 60% в 1997 до 36% в 2012г. Из 36% замужних женщин, использующих любой метод контрацепции в 2012, 33.7% полагались на современные методы. Исследование тенденции использования современных противозачаточных методов показывает снижение применения современных методов от 48.9% в 1997 до 33.7% в 2012 году.

Таблица 2: Коэффициент распространенности противозачаточных средств

Метод	Кыргызская Республика DHS 1997	Кыргызская Республика DHS 2012
Любой метод	59.5	36.3
Любой современный метод	48.9	33.7
Женская стерилизация	1.8	1.6
Таблетки	1.7	1.5
ВМК	38.2	22.1
Инъекционные препараты	1.3	0.5
Мужские презервативы	5.7	7.7
Женские презервативы	NA	0.0
ЛАМ	NA	0.2
Диафрагма/Пена/ Гель	0.0	0.0
Любой традиционный метод	10.7	2.6
Календарный метод	3.2	0.2
Выведение	6.0	2.3
Другие традиционные методы	1.3	0.1

Источник: Kyrgyz Republic Demographic and Health Survey 1997 and 2012

Среди противозачаточных методов значительно снизилось использование внутриматочных контрацептивов (ВМК)) от 38.2% в 1997 до 22.1% в 2012 г. Среди традиционных методов, особенно метода прерывания полового акта, метод вывода, также было снижение применения от 10.7% в 1997 до 2.6% в 2012 г. С точки зрения мужских противозачаточных методов произошло увеличение использования мужских презервативов с 5.7% в 1997 до 7.7% в 2012 г., хотя рост использования мужских противозачаточных средств не является чем тог феноменальным, это указывает на мужскую ответственность в применении противозачаточных средств.

Различия в применении противозачаточных средствах среди разных групп населения – по экономическому положению, по месту проживания – село (35.1%) - город, (38.9%), не были существенными. С точки зрения образования, у женщин с базовым или начальным образованием был меньше коэффициент распространенности противозачаточных средств (любой метод) of 28% по сравнению с женщинами со средним (36.2%), профессиональным (39.1%) или высшим образованием (37.7%).⁵⁵

Данные по неудовлетворенной потребности в противозачаточных средств а показывают, что 18% замужних женщин нуждаются в противозачаточных средствах, среди них 12% хотели бы сделать интервал между родами, или отложить беременность, а 6% не хотят детей вообще. Самая неудовлетворенная потребность в противозачаточных средствах (22.9%) у возрастной группы от 20 до 24 лет, особенно для сохранения интервала между родами (22.3%). Неудовлетворенная потребность в противозачаточных средствах слегка выше в сельских районах (12.9%), чем в городских (11.1%). У женщин с базовым образованием наблюдалась высокая неудовлетворенная потребность в противозачаточных средствах и составляла 23%.

Данные выше показывают рост уровня фертильности в ситуации ухудшения состояния здоровья и отсутствие контроля над своей фертильностью, высокую неудовлетворенную потребность в и низкий уровень использования противозачаточных средствах, особенно современных методов среди женщин. Высокая неудовлетворенная потребность в противозачаточных средствах указывает на слабый доступ к услугам репродуктивного здравоохранения. Препятствия для использования противозачаточных средств включают недостаток приверженности со стороны правительства обеспечить

доступ к ряду противозачаточных методов. Рост личных расходов, как формальных, так и неформальных, вносят свой вклад в неравенство доступа к услугам здравоохранения, включая к семейному планированию.⁵⁶

ВИЧ и СПИД

В Кыргызской Республике низкий коэффициент распространенности ВИЧ, и вспышка сосредоточена среди лиц, принимающих инъекционные наркотики (ПИН), заключенных, и мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ) с 5% охватом распространения. Распространенность среди беременных женщин ниже и составляла 0.03% в 2013 году. Несмотря на то, что вспышка все еще считается низкого уровня распространенности, наблюдается, что произошел рост людей подвергнувшихся воздействию ВИЧ и СПИД. Также отмечается, что отсутствует всеобщий доступ к АРВТ для всех людей, живущих с ВИЧ. Число зарегистрированных взрослых по АРВТ оценивается в 457, а предварительно подсчитанный охват АРВТ, основанный на руководстве ВОЗ от 2010 года, составляет 20%t (14-30).⁵⁷

В 2012 году правительство удвоило внутренние расходы на мероприятия в сфере ВИЧ⁵⁸. Проблема состоит в сохранении внутренних расходов, и выделении ресурсов на профилактику, лечение и оказание помощи людям, подвергнувшимся воздействию ВИЧ и СПИД.

Согласно данным Обследования демографической тенденции и состояния здравоохранении от 2012 года половина женщин и мужчин Кыргызстана знают о том, где пройти тест на ВИЧ. Более 90% женщин и мужчин слышали о ВИЧ, но комплексное знание о мерах профилактики ВИЧ намного ниже.⁵⁹

Таблица 3. ВИЧ и СПИД Прогнозная оценка 2013

Число людей, живущих с ВИЧ	8,700 [6,000 - 13,000]
Ожидаемый коэффициент распространенности ВИЧ (возраст: от 15 до 49)	0.3% [0.2% - 0.4%]
Процент молодежи в возрасте от 15 до 24 лет, живущих с ВИЧ в 2012 году	0.2 (0.1<-0.2)
Женщины в возрасте 15 лет и выше, живущих с ВИЧ	1,300 [1,100 - 1,600]

Источник: UNAIDS Global Report 2013

Сексуальное и Репродуктивное Здоровье Подростков и Молодых Людей

*Пекинская Платформа Действий в параграфе 267 отмечает: «Международная конференция по народонаселению и развитию в пункте 7.3 Программы действий14 признала, что «следует уделять пристальное внимание поощрению равноправных отношений между полами на основе взаимного уважения и, в частности, удовлетворению потребностей подростков в просвещении и услугах, с тем чтобы они могли позитивно и ответственно относиться к своей сексуальности», и с учетом прав ребенка на доступ к информации, личную жизнь, конфиденциальность, уважение и осознанное согласие, а также функций, прав и обязанностей родителей и законных опекунов обеспечивать, по мере развития способностей ребенка, надлежащее руководство и ориентацию при осуществлении ребенком своих прав и в соответствии с Конвенцией о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин...».*⁶⁰

Низкая осведомленность населения, в том числе молодых людей и подростков, в Кыргызстане в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья и прав повышает их уязвимость и способствует росту количества случаев инфицирования ИППП/ВИЧ, увеличению числа нежелательной беременности и абортов, распространению гендерного насилия, прекра-

щению обучения девочек в образовательных учреждениях, безработице и бедности.⁶¹ Подростки и молодые люди уязвимы в результате репродуктивного созревания и вступления в сексуальную жизнь без соответствующего сексуального образования.

Уровень подростковой фертильности (15-19 лет) согласно сообщениям составляет 44 на1000 женщины в той же возрастной группе в 2012 г.⁶² Согласно обследованию демографической тенденции и состояния здравоохранения в 2012 году 6% подростков в возрасте от 15 до 19 лет в Кыргызской Республике рожают детей. Изучение различий между сельскими и городскими жителями показывает, что 8% подростков в сельских районах и 4% подростков в городских районах рожают детей. Подростки и молодые люди в сельских районах сталкиваются со специфическими проблемами в доступе к услугам в области сексуальных и репродуктивных здоровья и прав, включая доступ к противозачаточным средствам.

Плохое социальное и экономическое положение в стране привело к тому, что молодежь стала особенно уязвимой к ИППП и ВИЧ и СПИДу. Сообщается, что в 27% зарегистрированных ВИЧ случаях инфекция была передана через половой контакт, и это растет среди молодых людей.⁶³

Несмотря на то, что государство предприняло шаги для введения специальных услуг в учреждениях здравоохранения. Но они оказались недостаточными и не отвечают потребностям молодежи в полном объеме, а также являются не специализированными в учреждениях, предоставляющих помощь взрослому населению.

В Кыргызстане имеется опыт реализации обучающих профилактических программ, направленных на сохранение здоровья под-

ростков и молодежи. Данные программы осуществляются как небольшие пилотные проекты профильными министерствами и неправительственными организациями при финансовой поддержке со стороны международных организаций. При этом, в образовательных учреждениях полноценное профилактическое половое образование, как правило, не имеет статуса обязательного. Образовательные учреждения не укомплектованы в полном объеме учебными и методическими пособиями по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья. Отсутствие или неразвитость системы профессиональной подготовки будущих педагогов в колледжах и ВУЗах по вопросам профилактического образования в сфере СРЗП частично компенсируется эпизодическими тренингами для работающих педагогов. Есть потребность провести оценку существующих программ сексуального образования и сделать их соответствующим полностью потребностям подростков и молодых людей.⁶⁴

Молодежь, особенно девочки, сталкивается с растущим давлением в вопросах сексуального здоровья и жизни со стороны религиозных, традиционалистических и патриархальных групп. Эти группы оказали воздействие на доступ к сексуальному образованию и к услугам в области сексуальных и репродуктивных здоровья и прав подростков и молодых людей.

Современное положение дел призывает к всеобъемлющему образованию и к информации и услугам, дружественным для молодежи СРЗ.⁶⁵

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Из вышесказанного мы делаем вывод, что прогресс в сфере сексуальных и репродуктивных прав был незначительным или медленным. Более того, во многих случаях шел откат в прогрессивном законодательстве.

2-3 октября 2014 года 52 участника собрались в Бишкеке для проведения обзора выполнения ППД в Кыргызской Республике. По итогам дискуссии участники Конференции подчеркнули необходимость скорейшей разработки специальной политики, направленной на сохранение и поддержку сексуального и репродуктивного здоровья. Эта политика должна быть основана на принципах соблюдения прав

человека, развития и общественного активизма для содействия справедливости, равенству и свободе.

Права должны соответствовать международным соглашениям и договорам, конвенциям, включая Программу действий международной Конференции по народонаселению и развитию, Пекинскую Платформу Действий, Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Конвенцию о правах ребенка и Международный Пакт об экономических, социальных и культурных правах.

Участники конференции отметили отсутствие специальной политики, направленной на сохранение и поддержку сексуального и репродуктивного здоровья и прав, и что существующее законодательство и нормативные акты Кыргызстана не отвечают потребностям населения в реализации сексуальных и репродуктивных прав, а зачастую противоречат самому понятию прав человека

В Кыргызстане женщины из уязвимых групп – сельские женщины, ЛЖВ, ЛОВЗ, потребители наркотиков, секс работницы - до сих пор сталкиваются со значительными правовыми, институциональными и культурными препятствиями к получению услуг, информации и ресурсов в области СРЗП. По-прежнему главным препятствием к получению высококвалифицированных государственных и частных медицинских услуг для многих является необходимость оплачивать их самостоятельно.⁶⁶

Свидетельства, представленные в разделах выше, показывают, что потребности сельских и других уязвимых групп, включая женщин с ограниченными возможностями, в информации, в доступе к информации и услугам в области безопасного материнства и СРЗ в сельской местности не удовлетворены на должном уровне. У тех, кто предоставляет СРЗ услуги в сельской местности, не хватает поддержки и мотивации работать (финансовой, профессиональной, структурной), у многих нет соответствующих знаний и навыков, не хватает медицинского оборудования. Доступ к СРЗ услугам затруднен также низкой квалификацией медицинского персонала, предоставляющего СРЗ услуги. Отсутствуют межведомственная координация, преемственность и интеграция, особенно, в системе образования и здравоохранения для решений потребностей людей в области СРЗ.

Слабое финансирование здравоохранения, особенно в области СРЗ, отсутствие механизма мониторинга бюджетных индикаторов также способствует снижению прогресса.

Необходима координация и лидерство со стороны государства и ключевых ведомств в разработке политик, стандартов и стратегий для продвижения образования, СРЗ услуг для того, чтобы обеспечить всеобщий доступ к СРЗП.

Необходимо дальше развивать и сделать целостным существующее сексуальное образование для подростков и молодежи для того, чтобы удовлетворить их потребности. В стране отсутствуют хорошо финансируемые программы для поддержки сексуального и репродуктивного здоровья подростков и молодежи (существующие центры услуг, дружественных для молодежи, не удовлетворяют потребности всех молодых людей).

Роль семьи в области сексуального образования не определена ни в законе, ни в общественной политике. Политика и идеология в системе образования не учитывает СРЗП молодых людей, не усиливает знания и навыки подростков о своем сексуальном и репродуктивном здоровье. Также отсутствует общественная политика и единые стандарты для сферы образования (включая в сфере сексуального образования, здоровья, гендера, роли родителей, навыков учителей), и для сферы здравоохранения (обучение и переобучение персонала, предоставление услуг через государственные институты, информации по СРЗ услугам).

Продолжается давление со стороны сторонников ограничения роли НПО и патриархализации общества, чему свидетельствуют последние законодательные инициативы парламентариев в отношении сообщества ЛГБТ, сексуального образования и общественных организаций.

Однако, мы вынуждены констатировать, что существующее законодательство и нормативные акты Кыргызстана не отвечают потребностям населения в реализации сексуальных и репродуктивных прав, а зачастую противоречат самому понятию прав человека.

Правительство и Жогорку Кенеш в соответствии с обязательствами, взятыми Кыргызстаном перед международным сообществом и своими гражданами, должны нести ответственность за продвижение Пекинской

платформы действий, и Целей развития тысячелетия, в том числе в области СРЗП и полноценную реализацию прав человека.

Разделяя обеспокоенность общественности, связанную с реализацией сексуальных и репродуктивных прав в Кыргызстане, участники Конференции обращаются к Жогорку Кенешу и Правительству Кыргызской Республики и призывают предпринять усилия для решения проблем. На конференции участники разработали и приняли рекомендации для разных ветвей власти, бизнесу, донорам и общественности.

Рекомендации Жогорку Кенешу и Правительству Кыргызской Республики:

- Политика по сексуальным и репродуктивным здоровью и правам
- Улучшить и усилить законодательство Кыргызстана в отношении обеспечения реализации сексуальных и репродуктивных прав граждан через принятие Закона «О сексуальных и репродуктивных правах» и других нормативных актов, содействующих применению норм и практики, которые обеспечивают ликвидацию дискриминации в отношении доступа женщин и девочек к образованию, информации и услугам по вопросам СРЗП, поощряющих участие и ответственность мужчин за свое половое и репродуктивное поведение; обеспечивающих полное уважение неприкосновенности личности не зависимо от пола, возраста, сексуальной ориентации, вероисповедания и национальности
- Продолжить совершенствовать законодательство по предупреждению и реагированию на гендерную дискриминацию и насилие (ст.129 УК КР дополнить мерами ужесточения наказания во время вооруженных конфликтов)
- Привести в соответствие законодательство, касательно семейного насилия, с другими нормативно – правовыми актами.
- Ратифицировать Дополнительный протокол к Международному пакту об экономических, социальных и культурных правах, который предоставляет физическим лицам возможность защиты их экономических, социальных и культурных прав на международном уровне

- Разработать устойчивые механизмы вовлечения женщин в процесс мониторинга и оценки программ и политик на всех уровнях и во всех областях, которые оказывают влияние на их жизнь и здоровье, при этом создавать условия, когда голос молодых людей так же будет услышан и принят во внимание;
- Приоретизировать деятельность молодежных комитетов и женсоветов в каждом ОМСУ и обеспечить выделение финансовых средств из местного бюджета на борьбу с насилием в отношении женщин и девочек.
- В обязательном порядке каждые полгода прослушивать отчет глав МСУ об исполнении Законодательства в сфере Гендерного равенства, Гендерного бюджета, Закон об охране материнства и детства, Семейный Кодекс, Закон о Социально заказе.
- Полностью реализовать закон о защите матери и ребенка. Семейный Кодекс должен включать обязательное выделение средств из местного бюджета для профилактических мероприятий.
- Усилить контроль исполнения Закона о Гендерном равенстве включая гендерный бюджет во всех МСУ.
- Разработать / внедрить, адекватно финансировать механизмы контроля и мониторинга о реализации государственных программ по борьбе с насилием в отношении .
- Систематизировать учет и сбор статистических данных по гендерному насилию во всех правоохранительных органах на всех уровнях, с обязательным разделением по формам насилия.
- Внести изменения и дополнения в УПК КР по статьям насилия в отношении женщин и девочек, включая вопросы инцеста.
- Создать Государственную Комиссию по делам женщин и семьи при Правительстве КР.
- Обеспечить, чтобы местные органы власти использовали механизмы поддержки репродуктивного здоровья из своего местного бюджета.

Сексуальные и репродуктивные здоровье и права подростков и молодежи

- С целью мониторинга и адекватной оценки рентабельности и эффективности национальных программ, направленных на молодежь разработать и использовать межведомственные индикаторы и показатели изменений, гармонизированных для всех секторов, чтобы гарантировать большую государственную и международную сопоставимость, для этого интегрировать вопросы молодежи в национальную систему статистики и обследования домохозяйств.
- Сделать обязательным, доступным и всеобъемлющим образование в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав во всех школах, СУЗах и ВУЗах, которое основано на единых и общепринятых стандартах.
- Улучшить кадровый потенциал в области интегрированного сексуального образования через систему до- и пост дипломной подготовки педагогов и медицинских специалистов по вопросам СРЗП подростков и молодежи.
- Обеспечить поддержку и выделение ресурсов для правительственных и неправительственных программ (включая организации гражданского общества), направленных на работу с уязвимой молодежью и молодыми людьми, не посещающими школу.
- Укрепить межведомственное взаимодействие и определить обязательства партнеров в рамках реализации и оценки национальной стратегии образования в области СРЗП, таких как: Министерство труда, миграции и молодежи, Министерство Образования и Науки, Министерство Здравоохранения.
- На основе оценки потребностей молодежи, а так же в соответствии с утвержденными стандартами интегрировать на уровне первичного звена здравоохранения и постоянно поддерживать услуги, дружественные к молодежи, через улучшение финансирования из национального и местного бюджетов.
- Обеспечить соответствующую подготовку кадров для работы с молодежью и подростками, способных не только оказывать

медицинскую помощь, но и эффективно и своевременно информировать и консультировать молодежь по вопросам СРЗП, предупреждая и предотвращая риски и их последствия.

- Признать за подростками и молодежью право на образование и информацию в сфере СРЗП и обеспечить через внедрение государственной политики, стандартов формального и неформального полового образования, поддерживающих реализацию их права на информированный ответственный выбор.
- Принять меры по улучшению качества услуг СРЗ для молодежи и подростков, через повышение потенциала медицинских провайдеров на первичном, вторичном и третичном уровнях медицинской помощи.
- Снизить возраст для подростков с 18 лет до 16 лет в получении медицинских услуг без согласия родителей.
- Гарантировать включение товаров и услуг здравоохранения для подростков и молодежи, в национальные схемы медицинского страхования, особенно, в отношении людей с поведением высокого риска.
- Обеспечить соответствующую подготовку кадров для работы с молодежью и подростками, способных не только оказывать медицинскую помощь, но и эффективно и своевременно информировать и консультировать молодежь по вопросам СРЗП, предупреждая и предотвращая риски и их последствия.
- Разработать и обеспечить через выделенные соответствующие статьи государственного бюджета, включая участие местных бюджетов, программы всеобщего доступа, особенно молодежи и подростков к профилактическим услугам, касающимся заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ, и оказание женщинам более широкой консультативной помощи и добровольных и конфиденциальных услуг по вопросам профилактики нежелательной беременности.

Материнское здоровье, противозача-

точные средства/планирование семьи

- Предусмотреть и обеспечить финансирование из государственного бюджета и за счет обязательного медицинского страхования механизмы закупа контрацептивных средств для предоставления наиболее уязвимым группам населения и группам риска материнской смертности (таким как: малоимущим, подросткам до 18 лет, ЛОВЗ, женщины с заболеваниями, влияющими на качество беременности и родов).
- Улучшить качество услуг в сфере материнского здоровья, особенно в сельской местности и среди уязвимых групп населения.

ВИЧ и СПИД

- Разработать и обеспечить через выделенные соответствующие статьи государственного бюджета, включая участие местных бюджетов, программы всеобщего доступа, особенно молодежи и подростков к профилактическим услугам, касающимся заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ, и оказание женщинам более широкой консультативной помощи и добровольных и конфиденциальных услуг по вопросам профилактики нежелательной беременности.
- Принимая во внимание сокращение донорского финансирования и рост числа ЛЖВ в стране, выработать механизмы обеспечения данной группы качественной информацией и услугами тестирования и АРВТ из государственных средств.

Рекомендации для ОГО

- Добиваться включения в повестку на всех уровнях обсуждение, мониторинг и продвижение СРЗП
- Улучшить процесс сбора и документирования практических примеров в вопросах продвижения СРЗП для использования в адвокации и влиянии на принятие решений на всех уровнях.
- Поддерживать и развивать молодежные

организации и ассоциации, которые способны реализовывать национальные и международные программы и проекты и выступать в качестве независимых экспертов в оценке эффективности программ.

- Формировать потенциал молодых женщин-лидеров, которые могут выступать экспертами в оценке стратегий, программ и проектов, направленных на СРЗП
- Поощрять взаимодействие женщин на национальном, региональном и международном уровнях, оказывая поддержку созданию соответствующих платформ и сетей для обмена и сотрудничества по вопросам продвижения их сексуальных и репродуктивных прав.
- Расширять участие молодежи в работе международных форумов в частности, посредством включения молодых представителей в национальные делегации на значимые международные встречи, а также сессии Генеральной Ассамблеи ООН.
- Донорам выполнять свои обязательства по ОПР и выделить в качестве приоритет СРЗП в пост-2015 повестке.

Рекомендации международным организациям и донорам

Примечания

¹<http://stat.kg/images/stories/Demography6.pdf>

² Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. Мужчины и женщины Кыргызской Республики. 2008-2012. Бишкек: 2013. С. 45.

³ National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic (NSC), Ministry of Health [Kyrgyz Republic], and ICF International.(2013). Kyrgyz Republic Demographic and Health Survey 2012. Bishkek, Kyrgyz Republic, and Calverton, Maryland, USA: NSC, MOH, and ICF International. Источник <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR283/FR283.pdf> и Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. Мужчины и женщины Кыргызской Республики. 2008-2012. Бишкек: 2013. Источник http://www.unfpa.kg/wp-content/uploads/2014/08/Myjchin_Jenchini_ENG.pdf

⁴ Кыргызская Республика: Третий отчет о прогрессе в достижении Целей развития тысячелетия. Б.: 2013. С. 15. http://www.kg.undp.org/content/dam/kyrgyzstan/Publications/povred/KGZ_Third_MDG_Progress_Report_2014_ENG.pdf

⁵ Кыргызская Республика: Третий отчет о прогрессе в достижении Целей развития тысячелетия. Бишкек: 2013. С. 15. http://www.kg.undp.org/content/dam/kyrgyzstan/Publications/povred/KGZ_Third_MDG_Progress_Report_2014_ENG.pdf

⁶ Нургуль Джнаева. Кыргызские женщины в переходный период. Бишкек: 2002. Р. 35.

⁷ Нургуль Джнаева. Кыргызские женщины в переходный период. Бишкек: 2002. Р. 34.

⁸ Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. Мужчины и женщины Кыргызской Республики. 2008-2012. Бишкек: 2013. С. 35.

⁹ United Nations Human Rights Bodies. (2014). The ratification of International Human Rights treaties. Источник: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/TreatyBodyExternal/Countries.aspx

¹⁰ Репродуктивные права граждан и гарантии их соблюдения”.(2007). Источник http://med.kg/index.php/dokumenty-2/zakony-2.htmlhttp://notpalata.kg/index.php?Itemid=17&catid=13:2010-12-16-03-55-26&id=91:2011-06-28-07-11-42&option=com_content&view=article

¹¹ Репродуктивные права граждан и гарантии их соблюдения ». Международная федерация планирования семьи (МФПС), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) .и Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ / СПИДу (ЮНЭЙДС). (2010). Резюме доклада о результатах быстрой оценки сексуального и репродуктивного здоровья и ВИЧ связей в Кыргызстане. Источник <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/linkages/RASKyrgyz.pdf>

¹² Минди С, Райзер. (2011). Оценка страновой программы 2005-2011гг. Страновой офис Фонда ООН в Области народонаселения в Кыргызстане (ЮНФПА).

¹³ Министерство Здравоохранения, Министерство Экономики и Система Организации Объединенных Наций в Кыргызской Республике. (2013). РАМКИ УСКОРЕНИЯ ЦРТ -улучшение материнского здоровья в Кыргызской Республике. Источник http://www.kg.undp.org/content/dam/kyrgyzstan/Publications/povred/KGZ_MAF_Report_280114_RUS.pdf

¹⁴ Пресс служба Жогорку Кенеш. На <http://kenesh.kg/RU/Pages/ViewNews.aspx?id=8&NewsID=17319>

¹⁵ Организация Объединенных Наций (2013). ЕЭК ООН Региональный отчет МКНР после 2014 года: перспективы ЕЭК ООН региона. Женева: ООН. Источник http://www.unecsc.org/fileadmin/DAM/pau/icpd/Conference/Other documents/Report_ICPD_beyond_2014.pdf

¹⁶ Министерство Здравоохранения, Министерство Экономики и Система Организации Объединенных Наций в Кыргызской Республике. (2013). РАМКИ УСКОРЕНИЯ ЦРТ -улучшение материнского здоровья в Кыргызской Республике. Источник http://www.kg.undp.org/content/dam/kyrgyzstan/Publications/povred/KGZ_MAF_Report_280114_RUS.pdf

¹⁷ Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения (2014). Политика в области аборта и репродуктивного здоровья во всем мире. Нью Йорк: Организация Объединенных Наций. Источник <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf>

¹⁸ Женщины на волнах. Закон Кыргызской Республики об аборт. Источник <http://www.womenonwaves.org/en/page/4843/abortion-law-kyrgyzstan>

¹⁹ Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения (2014). Политика в области аборта и репродуктивного здоровья во всем мире. Нью Йорк: Организация Объединенных Наций. Источник <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf>

²⁰ Обсуждение во время конференции по обзору выполнения ППД в Кыргызской Респу-

блике, прошедшей в Бишкеке, Кыргызстан 2-3 октября 2014 г.

²¹ Чинара Эсенгулова, Баглан Мамаев, Наталья Ефимова- (2012). Молодежь и государственная политика в Кыргызстане. Нью Йорк: Международная дебатная образовательная ассоциация. Источник http://www.youthpolicy.org/national/Kyrgyzstan_2012_Youth_Policy_Review.pdf

²² Обсуждение во время конференции по обзору выполнения ППД в Кыргызской Республике, прошедшей в Бишкеке, Кыргызстан 2-3 октября 2014 г.

²³ Обсуждение во время конференции по обзору выполнения ППД в Кыргызской Республике и Чинара Эсенгулова, Баглан Мамаев, Наталья Ефимова- (2012). Молодежь и государственная политика в Кыргызстане. Нью Йорк: Международная дебатная образовательная ассоциация. Источник http://www.youthpolicy.org/national/Kyrgyzstan_2012_Youth_Policy_Review.pdf

²⁴ Чинара Эсенгулова, Баглан Мамаев, Наталья Ефимова- (2012). Молодежь и государственная политика в Кыргызстане. Нью Йорк: Международная дебатная образовательная ассоциация. Источник http://www.youthpolicy.org/national/Kyrgyzstan_2012_Youth_Policy_Review.pdf

²⁵ Чинара Эсенгулова, Баглан Мамаев, Наталья Ефимова- (2012). Молодежь и государственная политика в Кыргызстане. Нью Йорк: Международная дебатная образовательная ассоциация. Источник http://www.youthpolicy.org/national/Kyrgyzstan_2012_Youth_Policy_Review.pdf

²⁶ Программа Развития ООН. UNAIDS. Глобальная комиссия Организации Объединенных Наций по ВИЧ и законодательству. (2011). Региональный Тематический обзор - подготовленный для Регионального диалога Глобальной комиссии по ВИЧ и законодательству в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Источник <http://ecuo.org/en/ecuo/news/2013/12/18/hivaid-policy-making-kyrgyzstan-stakeholder-analysis/>

²⁷ Политика по ВИЧ и СПИД. (2005). Источник <http://www.hivpolicy.ru/upload/File/RelatedFiles/documents/334/AIDS%20Law.pdf>

²⁸ Региональный Тематический обзор - подготовленный для Регионального диалога Глобальной комиссии по ВИЧ и законодательству в странах Восточной Европы и

Центральной Азии. Источник <http://ecuo.org/en/ecuo/news/2013/12/18/hivaid-policy-making-kyrgyzstan-stakeholder-analysis/>

²⁹ См национальные комитеты - Центральная Азия АФПНР записку о Кыргызстане, Источник <http://www.afppd.org/national-parliamentary-groups/central-asia/>

³⁰ Обзор Центральной Азии. (2013). Кыргызстан: все еще «региональный пионер» в области ВИЧ / СПИДа или живет на этой репутации? Специальный выпуск: Тема выпуска: Сосредоточьтесь на здоровье и исцелении в Центральной Азии. Источник <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02634937.2013.771965#.VDURLvmSwtM>

³¹ Lucas Paoli Itaborahy and Jingshu Zhu. (2014). Государство спонсирует гомофобию. Мировой обзор законов: Криминализация, защиты и признания однополый любви .Международная ассоциация ЛГБТ и интерсекса(ILGA). Источник http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_SSHR_2014_Eng.pdf

³² Коалиция за справедливость и недискриминацию в Кыргызстане.(2014). Анализ изменений в законодательстве «О создании положительного отношения к нетрадиционным формам сексуальных отношений» с точки зрения закона и права человека. Источник <http://hiv-legalaid.org/en/index.php?id=1399051766>

³³ Коалиция за справедливость и недискриминацию в Кыргызстане.(2014). Анализ изменений в законодательстве «О создании положительного отношения к нетрадиционным формам сексуальных отношений» с точки зрения закона и права человека. Источник http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_SSHR_2014_Eng.pdf

³⁴ Рассмотрение докладов, представленных государствами-участниками в соответствии со статьей 40 Пакта. Заключительные замечания Комитета по правам человека. Кыргызстан. Источник <http://hiv-legalaid.org/en/index.php?id=1399051766>

³⁵ Международный пакт о гражданских и политических правах. Ст. 26. Источник http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactpol.shtml

³⁶ Пекинская платформа действий, принятая на Четвертой Всемирной конференции по по-

ложению женщин, параграф 106 (е) Источник <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/>

³⁷ Пекинская платформа действий, принятая на Четвертой Всемирной конференции по положению женщин, параграф 106 (а) Источник <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/>

³⁸ Пекинская платформа действий, принятая на Четвертой Всемирной конференции по положению женщин, параграф 72 (b) Источник <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/>

³⁹ См. Материнская смертность в Кыргызской Республике. Источник <http://www.unfpa.org/public/home/news/pid/13673>

⁴⁰ Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. Мужчины и женщины Кыргызской Республики. 2008-2012. Бишкек: 2013.

⁴¹ Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. Мужчины и женщины Кыргызской Республики. 2008-2012. Бишкек: 2013. Источник http://www.unfpa.kg/wp-content/uploads/2014/08/Myjchin_Jenchini_ENG.pdf

⁴² National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic. Department of Social Statistics. (2013). WOMEN AND MEN OF THE KYRGYZ REPUBLIC 2008-2012. Bishkek. Kyrgyz Republic: NSC

⁴³ Министерство Здравоохранения, Министерство Экономики и Система Организации Объединенных Наций в Кыргызской Республике. (2013). РАМКИ УСКОРЕНИЯ ЦРТ -улучшение материнского здоровья в Кыргызской Республике. Источник http://www.kg.undp.org/content/dam/kyrgyzstan/Publications/povred/KGZ_MAF_Report_280114_RUS.pdf

⁴⁴ Министерство Здравоохранения, Министерство Экономики и Система Организации Объединенных Наций в Кыргызской Республике. (2013). РАМКИ УСКОРЕНИЯ ЦРТ -улучшение материнского здоровья в Кыргызской Республике. Источник http://www.kg.undp.org/content/dam/kyrgyzstan/Publications/povred/KGZ_MAF_Report_280114_RUS.pdf

⁴⁵ Национальный статистический комитет Кыргызской Республики (НСК), Министерство здравоохранения [Кыргызская Республика], и ICF International. (2013). Кыргызская Республика демографическое и медицинское обследование 2012 года Бишкек, Кыргызская Республика, и Калвертон, Мэриленд, США: NSC, МОН, ICF International. Источник <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR283/FR283.pdf>

⁴⁶ См. Материнское здоровье. (2014). Альянс по репродуктивному здоровью, Кыргызстан. Источник <http://www.rhak.kg/english/index.php>

⁴⁷ См. ПРООН в Кыргызстане. Быстрые факты - Третий доклад о прогрессе, достигнутом ЦРТ в Кыргызстане. Источник http://www.kg.undp.org/content/dam/kyrgyzstan/Publications/povred/Fast%20Facts_Kyrgyzstan_National%20MDGs_060514_Final_ENG.pdf

⁴⁸ Министерство Здравоохранения, Министерство Экономики и Система Организации Объединенных Наций в Кыргызской Республике. (2013). РАМКИ УСКОРЕНИЯ ЦРТ -улучшение материнского здоровья в Кыргызской Республике. Источник http://www.kg.undp.org/content/dam/kyrgyzstan/Publications/povred/KGZ_MAF_Report_280114_RUS.pdf

⁴⁹ Пекинская платформа действий, параграф 94 Источник <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/>

⁵⁰ Он определяется как число детей, которых женщина могла бы иметь в конце своей репродуктивной жизни, если бы у нее был, существующий в настоящий момент, коэффициентов рождаемости в возрасте от 15 до 49 лет.

⁵¹ Национальный статистический комитет Кыргызской Республики (НСК), Министерство здравоохранения [Кыргызская Республика], и ICF International. (2013). Кыргызская Республика демографическое и медицинское обследование 2012 года Бишкек, Кыргызская Республика, и Калвертон, Мэриленд, США: NSC, МОН, ICF International. Источник <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR283/FR283.pdf>

⁵² Национальный статистический комитет Кыргызской Республики (НСК), Министерство здравоохранения [Кыргызская Республика], и ICF International. (2013). Кыргызская Республика демографическое и медицинское обследование 2012 года Бишкек, Кыргызская Республика, и Калвертон, Мэриленд, США: NSC, МОН, ICF

International. Источник <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR283/FR283.pdf>

⁵³ Национальный статистический комитет Кыргызской Республики (НСК), Министерство здравоохранения [Кыргызская Республика], и ICF International. (2013). Кыргызская Республика демографическое и медицинское обследование 2012 года Бишкек, Кыргызская Республика, и Калвертон, Мэриленд, США: NSC, МОН, ICF International. Источник <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR283/FR283.pdf>

⁵⁴ Национальный статистический комитет Кыргызской Республики (НСК), Министерство здравоохранения [Кыргызская Республика], и ICF International. (2013). Кыргызская Республика демографическое и медицинское обследование 2012 года Бишкек, Кыргызская Республика, и Калвертон, Мэриленд, США: NSC, МОН, ICF International. Источник <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR283/FR283.pdf>

⁵⁵ Национальный статистический комитет Кыргызской Республики (НСК), Министерство здравоохранения [Кыргызская Республика], и ICF International. (2013). Кыргызская Республика демографическое и медицинское обследование 2012 года Бишкек, Кыргызская Республика, и Калвертон, Мэриленд, США: NSC, МОН, ICF International. Источник <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR283/FR283.pdf>

⁵⁶ Тереза Яневик, Паллас W Сара., Исмаилова Лейла и Брэдли Н Элизабет. (2012). Индивидуальные и общинные социально-экономические неравенства использования контрацептивных средств в 10 Новых Независимых Государств: многоуровневый анализ поперечного сечения. Международный журнал по справедливости в отношении здоровья, 11:69.Источник <http://www.equityhealthj.com/content/11/1/69>

⁵⁷ Кыргызская Республика. (2014). Доклад о прогрессе, достигнутом в осуществлении глобальных мер в ответ на ВИЧ-инфекции в 2014. Источник http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/KGZ_narrative_report_2014.pdf

⁵⁸ Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ / СПИДу (ЮНЭЙДС). (2013). Глобальный отчет: Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа 2013. Источник <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/>

[epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/KGZ_narrative_report_2014.pdf)

⁵⁹ Национальный статистический комитет Кыргызской Республики (НСК), Министерство здравоохранения [Кыргызская Республика], и ICF International. (2013). Кыргызская Республика демографическое и медицинское обследование 2012 года Бишкек, Кыргызская Республика, и Калвертон, Мэриленд, США: NSC, МОН, ICF International. Источник <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR283/FR283.pdf>

⁶⁰ Пекинская платформа действий, принятая на Четвертой Всемирной конференции по положению женщин, параграф 267. Источник <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/>

⁶¹ Обсуждение во время конференции по обзору выполнения ППД в Кыргызской Республике, прошедшей в Бишкеке, Кыргызстан 2-3 октября 2014 г.

⁶² Национальный статистический комитет Кыргызской Республики (НСК), Министерство здравоохранения [Кыргызская Республика], и

ICF International. (2013). Кыргызская Республика демографическое и медицинское обследование 2012 года Бишкек, Кыргызская Республика, и Калвертон, Мэриленд, США: NSC, МОН, ICF International.

Источник <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR283/FR283.pdf>

⁶³ Обсуждение во время конференции по обзору выполнения ППД в Кыргызской Республике, прошедшей в Бишкеке, Кыргызстан 2-3 октября 2014 г.

⁶⁴ Обсуждение во время конференции по обзору выполнения ППД в Кыргызской Республике, прошедшей в Бишкеке, Кыргызстан 2-3 октября 2014 г.

⁶⁵ Обсуждение во время конференции по обзору выполнения ППД в Кыргызской Республике, прошедшей в Бишкеке, Кыргызстан 2-3 октября 2014 г.

⁶⁶ Обсуждение во время конференции по обзору выполнения ППД в Кыргызской Республике, прошедшей в Бишкеке, Кыргызстан 2-3 октября 2014 г.

О Форуме ЖНПО Кыргызстана

Форум женских НПО Кыргызстана- некоммерческая организация, созданная в 1994 году, официально зарегистрированная в 1996 г. и получившая специальный консультативный статус в ЭКОСОК ООН в 2005 году. Форум работает как сеть женских НПО в Кыргызстане. В настоящее время в сеть Форума входит более 80 женских организаций Кыргызстана.

Форум женских НПО Кыргызстана рассматривает улучшение положения женщин с точки зрения прав человека женщин, достижения равных прав и возможностей в рамках концепции гендерного равенства, усиления роли женских организаций в развитии страны, укрепления консолидации и потенциала женских НПО.

Форум женских НПО Кыргызстана работает по следующим программам:

участие женщин в политических процессах, насилие в отношении женщин, женщина и экономика, сквозные инициативы, гендерное равенство, сетевая консолидация

Форум женских НПО является членом: Азиатско-Тихоокеанский Форум Женщины, Право и Развитие, Ассоциация за права женщин в развитии, Азиатско-Тихоокеанское женское наблюдение, Реальность помощи, Карат Коалиция, Азиатско-Тихоокеанская исследовательская сеть, Центрально Азиатский Форум женских НПО.

Контактные данные:
Кыргызская Республика, 720033,
г. Бишкек, ул Исанова 147, кв. 7
Тел: +996-312-323638
Сайт:
<http://forumofwomenngos.kg>

Команда подготовки публикации

Авторы

Сай Жойтимай Рачерла
Нургуль Джанаева

Редактор

Нургуль Джанаева

Рецензенты

Бермет Стакеева
Гульмира Суранаева
Мария Мелинда Алдо
Юкари Хории

Дизайнер матрицы

ТМ Али Басар

Типография

ИД «ПРИНТХАУС»

О страновом обзоре

Данный страновой обзор был подготовлен Форумом женских НПО Кыргызстана (ФЖНПО). Этот обзор является одним из страновых обзоров состояния сексуальных и репродуктивных здоровья и прав, изданных при поддержке Азиатско-Тихоокеанской исследовательской сети (ARROW), Форд Фонда (Ford Foundation) and Sida. Другие страновые обзоры охватывают Бангладеш, Камбоджу, Китай, Индонезию, НДР Лаос, Мальдивы, Малайзию, Монголию, Непал, Пакистан, Филиппины Шри-Ланку, Таиланд и Вьетнам. Ответственность за публикацию несет полностью ФЖНПО, и доноры ни в коей мере не отражают взгляды доноров. Электронные копии доступны на сайтах ФЖНПО (<http://forumofwomenngos.kg>) и ARROW (<http://www.arrow.org.my>) и на сайте кампании «СРЗП для ВСЕХ» (www.srhforall.org).

