

# Скрытое лицо общественной службы психического здоровья в Африке: частнопрактикующие специалисты в Кении

Hanlon et al (1) в своем системном обзоре общественной службы психического здоровья Африки, опубликованном в журнале «Всемирная психиатрия», отмечает, что «в странах Африканского региона с низким уровнем дохода общественная служба психического здоровья, в основном, ограничивается психиатрической помощью, предоставляемой работниками первичной медицинской сети, при этом специалисты сферы психического здоровья (как правило, это психиатры и психиатрические медсестры) преимущественно обслуживают население на базе амбулаторных отделений при больницах». В статье McDaid et al (2), также опубликованной в этом журнале, отмечается, что негосударственные организации могут оказывать поддержку первичной сети, «опираясь на социальный капитал локальных сообществ». Настоящим лицом общественной службы психического здоровья Африки являются частные практики, представленные, в основном, психиатрами и психиатрическими медсестрами. Кения является ярким примером этого явления, в ней три четверти врачей и две трети медсестер работают в частном секторе (3).

Мы провели структурированные интервью с 11 специалистами сферы психического здоровья, работающими в частном порядке (8 психиатров, 3 психиатрические медсестры) с июля по сентябрь 2012 г. Пятеро из них были из Найроби, и шестеро, включая всех медсестер, - из центральной провинции. Трое из них были женщинами. Средний возраст составил 46 лет, стаж работы в частном секторе - 9,2 г. Средняя нагрузка респондентов составляла 128 психиатрических пациентов, среднее число посетителей в смену - 5.

В 55 % случаев диагнозами являлись распространенные психические расстройства, в 25 % случаев расстройства были тяжелыми, 15 % приходилось на расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами, 5 % составляли эпилепсия, детские психические расстройства и умственная отсталость. В отличие от больницы, где подавляющая часть пациентов является мужчинами, страдающими психозами (4), чуть более половины пациентов в данном случае составляли женщины (56 %). В условиях, когда социальный контекст связывает со словом «психический» психотическое поведение, частная клиника может предложить помощь, в меньшей степени нагруженную подобной стигмой. Кроме того, в условиях частной практики клиенты могут получить помощь конфиденциально.

В среднем, частные практики работали 24 часа в неделю (12-40 часов), специалисты тратили на первичный прием около часа (50-90 минут) и полчаса на последующий прием (15-45 минут). Время ожидания составило 20 минут (3-60 минут). Пациенты осматривались раз в месяц (минимум раз в 8 недель). За прошедший месяц 13 % пациентов было направлено специалистами в больницу. Две из трех психиатрических медсестер вели прием в клиниках общего профиля, при этом по поводу проблем с психическим здоровьем обращалось только 5% пациентов. Третья медсестра вела исключительно прием психиатрических пациентов.

Средняя плата, взимаемая психиатрической медсестрой, составляла 13 долларов (500 кенийских шиллингов), что соответствует 2,5 дням труда неквалифицированного сельскохозяйственного рабочего (5) - сумма существенная, но приемлемая. Средняя плата, взимаемая психиатром, составляла 55,3 доллара (2100 кенийских шиллингов) (в Найроби больше чем в провинции), что соответствует месячному заработку того же сельскохозяйственного рабочего и делает помощь недоступной для большинства. Около двух третей специалистов меняли сумму оплаты в зависимости от длительности визита и платежеспособности пациента, частично оцениваемой по его профессии.

Мы обнаружили существенное пересечение между частным и государственным сектором: восемь из одиннадцати специалистов совмещали работу в государственном секторе. Шестеро из них сообщили, что помощь, которую они оказывали в частной практике, имела отличия - в основном, они заключались в более широком выборе лекарств, особенно атипичных антипсихотиков. Один из респондентов отметил следующее: «В государственных больницах назначения зависят от того, какие препараты есть в наличии». Кроме того, подчеркивался непрерывный характер оказания помощи: «Я имею возможность наблюдать пациентов постоянно». В условиях, когда зарплата в государственных учреждениях здравоохранения является низкой, частный сектор может рассматриваться как часть системы общественного здравоохранения с перекрестным субсидированием (завышенные цены для более обеспеченных клиентов дают возможность снизить цены для менее обеспеченных граждан - прим.перев.).

**Victoria de Menil<sup>1</sup>, David Ndetei<sup>2</sup>, Milka Waruguru<sup>3</sup>, Martin Knapp<sup>1</sup>, David McDaid<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> London School of Economics and Political Science, London, UK (Великобритания);

<sup>2</sup> Africa Mental Health Foundation, Nairobi, Kenya (Кения);

<sup>3</sup> Basic Needs Kenya, Nairobi, Kenya (Кения).

Перевод: Буховец И.И.

Редактура: Алфимов П.В.

## Библиография

1. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9:185-9.
2. McDaid D, Knapp M, Raja S. Barriers in the mind: promoting an economic case for mental health in low-and middle-income countries. *World Psychiatry* 2008;7:79.
3. Barnes J, O'Hanlon B, Feeley F et al. Private health sector assessment in Kenya. Washington: World Bank, 2010.
4. Ndetei DM, Khasakhala L, Maru H et al. Clinical epidemiology in patients admitted at Mathari psychiatric hospital, Nairobi, Kenya. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:736-42.
5. Ministry of Labour Kenya. The regulation of wages (agricultural industry) (amendment). *Kenya Gazette* 2012:Suppl. 68.

DOI 10.1002/wps.20075