

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАЩЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

РЕКОМЕНДОВАНО



Экспертным советом по науке  
Департамента здравоохранения  
города Москвы № 1

\_\_\_\_\_ 2022 г.

**«ПОРТРЕТ» ПАЦИЕНТА КАК ВАЖНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ  
ПЛАНИРОВАНИЯ И ВНЕДРЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В  
НАРКОЛОГИИ Г. МОСКВЫ**

Методические рекомендации № 4

Москва 2022

УДК 614.2 615.05  
ББК 5с51  
А11

**Организация разработчик:** Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы».

**Составители:** Тетендова Е.Ю., Надеждин А.В., Колгашкин А.Ю., Кучеров Ю.Н., Надеждин С.А., Федоров М.В.

**Рецензенты:**

Кинкулькина М.А. член-корр. РАН, д.м.н., проф. Директор института электронного медицинского образования. Зав. кафедрой психиатрии и наркологии ИКМ им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ

Новиков Е.М., д.м.н., профессор кафедры наркологии ФГБОУ РМАНПО Минздрава России

«Портрет» пациента как важный инструмент для планирования и внедрения телемедицинских услуг в наркологии г. Москвы / составители: Тетендова Е.Ю., Надеждин А.В., Колгашкин А.Ю., Кучеров Ю.Н., Надеждин С.А., Федоров М.В. М.: ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», 2022. – 25с.

Методические рекомендации ««Портрет» пациента как важный инструмент для планирования и внедрения телемедицинских услуг в наркологии г. Москвы» подготовлены в рамках НИР «Изучение и разработка информационно-коммуникационных технологий в наркологической службе Москвы».

**Предназначение:** методические рекомендации адресованы врачам психиатрам-наркологами, специалистам организационно-методических отделов, организаторам здравоохранения. Материалы методических рекомендаций представляют обоснование необходимости учета реального уровня цифровой грамотности и приверженности пациентов наркологического профиля к внедрению телемедицинских услуг и дистанционных форм поддержки при планировании мероприятий по достижению целей цифрового здравоохранения.

Данный документ является собственностью департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

ISSN

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2022  
© ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», 2022  
© Коллектив авторов, 2022

## СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	4
ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	4
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	5
ВВЕДЕНИЕ.....	6
ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ .....	8
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	9
РЕЗУЛЬТАТЫ.....	11
ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	19
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	20
ЛИТЕРАТУРА.....	21
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	22

## НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем документе использованы ссылки на следующие нормативно правовые акты:

Приказ от 18 ноября 2020 г. N 600 «Об утверждении методик расчета целевых показателей национальной цели развития российской федерации «Цифровая трансформация»

Проект Постановления Правительства Российской Федерации «О реализации пилотного проекта по дистанционному наблюдению за состоянием здоровья пациента с использованием платформы централизованных диагностических сервисов на территории Российской Федерации» разработан во исполнение поручения Первого заместителя Председателя Правительства Российской Федерации А.Р. Белоусова от 21.09.2022 № АБ-П12-236пр

Приказ Минздрава РФ от 30.12.2015 N 1034н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия – наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 22.03.2016 N 41495)

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящем документе применяются следующие термины с соответствующими значениями:

**«Цифровая грамотность»** - понятие «цифровая грамотность» в настоящее время еще не имеет четкого определения. В настоящем исследовании под «цифровой грамотностью» понималось наличие представлений и навыков, позволяющих взаимодействовать и выполнять необходимые задачи в цифровой среде.

**Телемедицинские консультации (услуги)** - дистанционные отсроченные медицинские консультации, консультации в реальном времени, контроль физиологических параметров организма пациента, проведение диагностических и лечебных манипуляций, обмен результатами обследования пациента, прочие медицинские услуги.

**Дистанционная поддержка пациента** - удаленная (совершаемая на расстоянии) поддержка/помощь пациенту для поддержания трезвости

**Электронное здравоохранение** - оказание медицинской помощи пациентам, повышение квалификации и обучение медработников, выявление заболеваний и мониторинг тенденций общественного здоровья

**Онлайн сервис** – это сервис (синоним веб-сервис или сайт), который доступен через интернет практически в любое время.

**Мобильное приложение** - это компьютерная программа или программное приложение, предназначенное для работы на мобильном устройстве, таком как телефон, планшет или часы.

**«Цифровое неравенство»** (или «цифровой разрыв») - это неравномерный и неравный доступ пользователей к сетевой телекоммуникационной инфраструктуре, цифровым устройствам, услугам и контенту в силу разных причин, в том числе экономической, социально-политической, индивидуальной природы.

**Цифровое вмешательство** - это оказание помощи с помощью цифровых технологий

**Социальные сети** - это онлайн-платформа, которая используется для общения, создания социальных отношений между людьми, которые имеют схожие интересы или офлайн-связи, а также для развлечения (музыка, фильмы) и работы.

## **ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ**

ЕМИАС - Единая медицинская информационно-аналитическая система Москвы

F10 – F19 - это перечень расстройств различной тяжести из раздела Международной классификации болезни десятого пересмотра, включающий психические и поведенческие расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ

IBM SPSS 25.0 - Компьютерная программа для статистической обработки данных

## ВВЕДЕНИЕ

Словосочетание «цифровая трансформация» в настоящее время означает не только цифровое преобразование, но и содержит в себе конкретные цели развития цифровых технологий, в том числе и в здравоохранении. Приказ Министерства цифрового развития, связи и массовых коммуникаций Российской Федерации от 18.11.2020 года № 600 [1] утверждает методики расчета целевых показателей «достижения цифровой зрелости» всех ключевых отраслей экономики, в том числе увеличение доли доступных в электронном виде массовых социально значимых услуг, к которым относится и медицинская помощь. Запланировано, что телемедицинские услуги к 2030 году должны достичь почти 50% в государственном секторе здравоохранения.

В настоящее время московские врачи уже успешно работают в системе ЕМИАС и активно используют медицинские информационные системы с электронными картами больных, базами данных лабораторных исследований и реестрами пациентов, проходят дистанционное обучение в рамках дополнительного профессионального образования. Пандемия COVID-19 послужила мощным стимулом для развития и внедрения телемедицинских услуг, даже невзирая на некоторое отставание имеющихся технологий и законодательного обеспечения этого процесса. Кроме того, с 1 января 2023 года, согласно проекту постановления Правительства РФ может начаться пилотный проект по дистанционному мониторингу пациентов с сахарным диабетом и артериальной гипертензией с помощью специализированных медицинских изделий [2]

В связи с этим профессиональным сообществом специалистов в области лечения зависимости от психоактивных веществ были внесены предложения по изменению Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» (Приказ 1034н) [3]. В частности, предложено предусмотреть организацию оказания наркологической помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями.

При изучении современных научных работ в области электронного здравоохранения и разнообразного спектра уже используемых сегодня в терапии различных заболеваний телемедицинских услуг мы сталкиваемся с недостаточностью доказательных данных об эффективности телемедицинских вмешательств при наркологических заболеваниях. Телемедицина в области психического здоровья и, в частности, в аддиктологии, чаще всего ограничивается коррекцией медикаментозного лечения и проведением когнитивно-поведенческой терапии. В последнее время отмечается рост работ, исследующих эффективность телепсихиатрии в странах с различным уровнем дохода. Почти половина исследований направлена на оценку цифрового вмешательства при депрессии и расстройствах настроения, остальные – на тревожные расстройства, посттравматическое стрессовое расстройство и употребление психоактивных веществ [4]. Так, ряд исследователей приводит данные о том, что цифровые технологии, включая мониторинг медикаментозного лечения, психообразование, составление плана лечения, использование приложений для мобильных устройств могут улучшить лечение лиц, перенесших впервые возникший психотический эпизод [5, 6].

Многие исследования предоставили доказательства эффективности вмешательств при психических расстройствах, сочетающей в себе «классическое» (очное) и дистанционное интернет-вмешательство [7]. Большое количество работ посвящено психотерапевтическим вмешательствам и мотивационным интервью у пациентов с психическими заболеваниями и зависимостью от психоактивных веществ [8-10]. Вероятно, что вопросы оценки эффективности телемедицинских услуг для пациентов наркологического и психиатрического профиля рассматриваются без учета приверженности пациентов к такого рода вмешательствам и соблюдения информационной безопасности, зависящей от многих причин. На сегодняшний день дистанционное оказание

медицинских услуг сопровождается многочисленными этическими, юридическими и техническими проблемами. Например, до конца не решены вопросы идентификации пациента, получения письменного согласия на проведение дистанционной консультации, не в должной мере исследован феномен «цифрового неравенства». При подготовке настоящих рекомендаций нам не встретилось ни одного исследования, рассматривающего вероятную приверженность к получению телемедицинских услуг, или оценивающего предикторы (например, социально-демографические, клинические данные, уровень цифровой грамотности), влияющие на эффективность цифрового вмешательства.

В этой связи представляется актуальным изучение доступных для выявления врачом-наркологом предикторов, определяющих отношение пациентов наркологического профиля к терапевтическим интервенциям, проводимым средствами электронного здравоохранения.

## ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования: Определить социально-демографические факторы и уровень цифровой грамотности, влияющие на приверженность пациентов наркологического профиля к телемедицинским консультациям, для определения целевой аудитории и планирования телемедицинских консультаций в наркологии.

Задачи исследования:

1. Изучить социально-демографический профиль пациентов с учетом их цифровой грамотности;
2. Изучить отношение к различным видам возможного телекоммуникационного взаимодействия с врачом психиатром-наркологом;
3. Представить предложения для оптимизации работы в рамках оказания телемедицинских консультаций больным наркологического профиля с учетом полученных результатов.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В качестве основы для написания настоящих рекомендаций были использованы результаты кросс-секционного исследования недетерминированной выборки 330 пациентов-мужчин, проходивших стационарное лечение в клинике ГБУЗ Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ в период с июля по октябрь 2022 года. Все пациенты имели клинически значимые психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ (F10 – F19), которые обуславливали необходимость в стационарном лечении.

Исследование проводилось специально созданной исследовательской группой из числа сотрудников научного подразделения центра, с привлечением врачей из соответствующих отделений. Исследовательская группа подразделялась на исследовательский сегмент (разработка методики проведения работ, текста опросника, систематизация и анализ полученной информации) и сегмент обеспечения (сбор опросников, ведение баз данных исследования).

Основным инструментом исследования являлась нестандартизированная анонимная анкета для самостоятельного заполнения, разработанная на основе анализа отечественной и зарубежной литературы. Она состояла из 10 блоков вопросов, охватывавших 9 доменов: социально-демографические характеристики респондента (8 вопросов); опыт использования компьютера/ноутбука (2 вопроса), опыт и паттерн использования мобильного телефона (9 вопросов); опыт использования онлайн-сервисов (2 вопроса); практикуемое опрашиваемым подключение к сети Интернет и поведение в ней (3 блока, 6 вопросов); опыт использования мессенджеров (2 вопроса); опыт использования и паттерн поведения в социальных сетях (9 вопросов); отношение к онлайн-программам помощи при зависимости (7 вопросов). При этом в зависимости от характера вопроса предусматривался дихотомический или множественный ответ. В случае, если перечисленные ответы не отражали ситуацию респондента, имелась возможность выбора таких вариантов, как «не знаю», «иное», в ряде случаев были предусмотрены поля для свободного заполнения. Каждой анкете присваивался индивидуальный регистрационный номер.

На первом этапе было проведено фокус-групповое исследование нескольких вариантов анкеты (полная и сокращенная) с непосредственным участием исследователей. Его целью была оценка понятности формулировок вопросов и эргономичности их размещения на листах анкеты. На основании результатов проведенных фокус-групп в анкету были внесены изменения и дополнения. После этого весь пакет документов (бланк анкеты, информация для пациента об исследовании, бланк информированного согласия) был одобрен локальным этическим комитетом ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗМ (Заключение № 02-21 от 15 апреля 2021 года).

В исследовании предлагалось принять участие всем пациентам, поступившим в стационар в указанный выше период времени и находившимся на лечении достаточное время для стабилизации когнитивных функций. Критериями исключения из исследования были: 1) нежелание или неспособность дать информированное согласие на проведение исследования; 2) неспособность эффективно объясняться на русском языке; 3) тяжесть состояния больного, препятствующая продуктивному контакту; 4) перевод в другое лечебное учреждение по неотложным показаниям.

После ознакомления с краткой информацией об исследовательском проекте потенциальному участнику предлагалось заполнить форму информированного добровольного согласия на участие в нем. В случае положительного ответа пациент заполнял анкету. Отказ от участия в исследовании не предполагал каких-либо дополнительных мотивирующих воздействий. Поощрение за участие в исследовании не предусматривалось.

Раздача и сбор анкет проводилась персоналом соответствующих отделений. Анкета заполнялась пациентом самостоятельно, без контроля со стороны исследователя, чтобы снизить влияние медицинского персонала на характер формулируемых ответов. Это также обеспечивало большую спонтанность ответов на задаваемые вопросы. В этой связи необходимо заметить, что «самостоятельность» заполнения опросной документации в некоторых случаях приводила к пропускам как отдельных ответов, так и целых сегментов опросника. В подобных случаях для исследования отбирались только те ответы, которые не допускали разночтений и двояких толкований.

Для проведения исследования была использована ранее разработанная авторами настоящих методических рекомендаций проприетарная система управления данными, позволившая в наибольшей степени учесть требования исследовательской группы и с минимальными временными затратами экспортировать собранные сведения в статистическую программу. Перенос информации в базу данных с бумажных носителей осуществлялся методом «двойного ввода», что позволяло корректировать неизбежно возникавшие в процессе ошибки. Более подробно принципы формирования базы данных и работы с ней изложены в более ранней работе [11].

Статистический анализ проводился с использованием лицензионного программного обеспечения IBM SPSS 25.0 (Armonk, NY).

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследовании приняло участие 330 пациентов мужского пола в возрасте от 18 до 76 лет, проживающих в городе Москва. Медианный возраст составил 45,0 лет, межквартильный диапазон – 22,0. Распределение возрастов в исследуемой популяции было отлично от нормального (рис. 1).

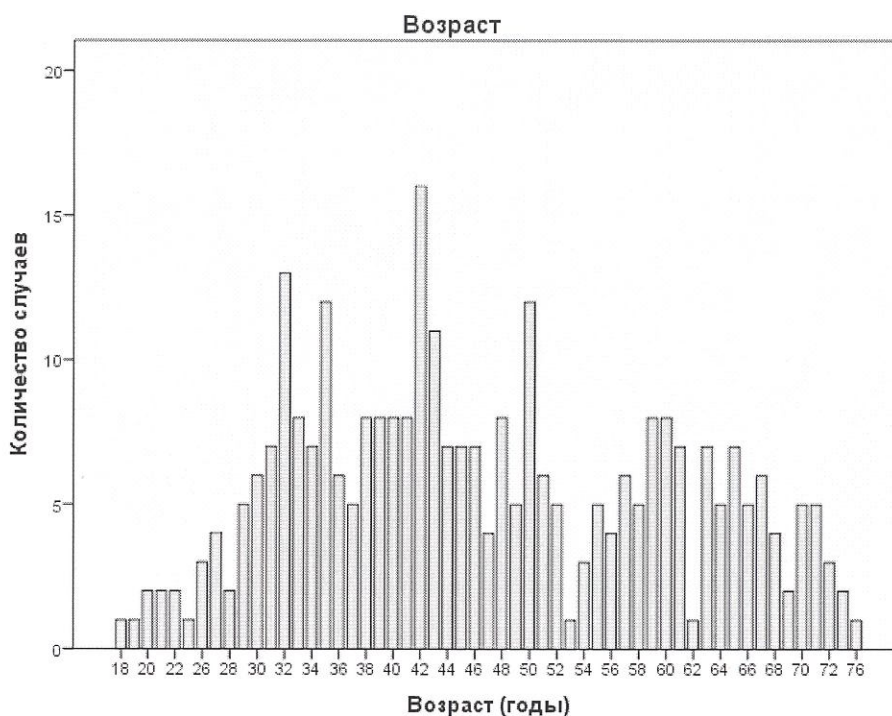


Рисунок 1 – Возраст участников исследования

Для удобства статистической обработки все респонденты были разделены на 4 возрастные группы, охватывающие как трудоспособные возраста, так и пенсионеров. Наибольшей по численности была группа 18-44 года (49,8%), за ней следовали 45-59 лет (28,0%) 60-74 года (21,2%) и свыше 75 лет (1%). (рис. 2)

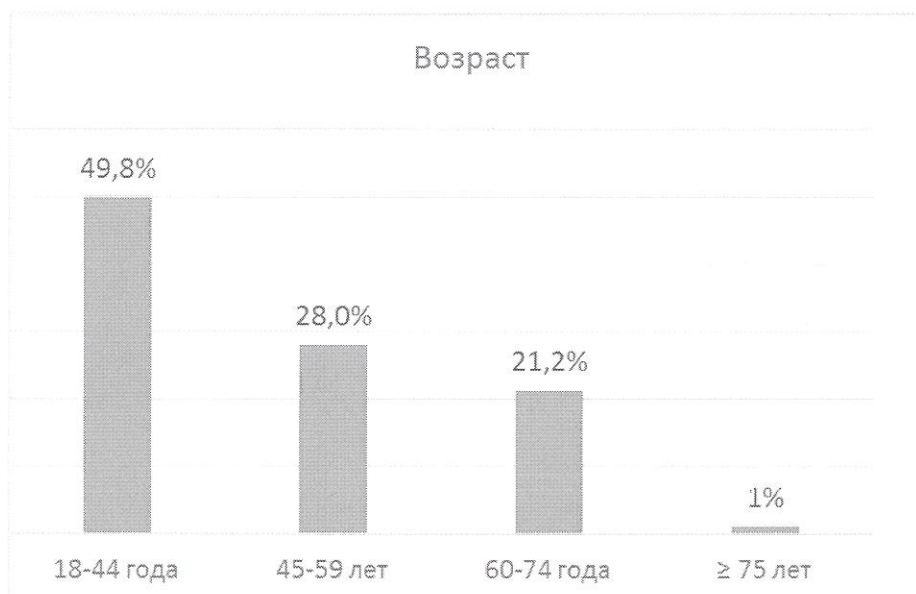


Рисунок 2 – Возрастное распределение респондентов (4 категории)

По семейному положению неженатые составили 25,6% от всех участников исследования, женатые – 29,1%, в гражданском браке жили 15,8%, 4,7% были вдовцами, 22,2% – разведенными, 2,4% находились в браке, но жили отдельно. Для увеличения статистической мощности исследования было решено перегруппировать исследуемую популяцию по двум категориям – проживающие отдельно и проживающие с партнером (рис. 3)

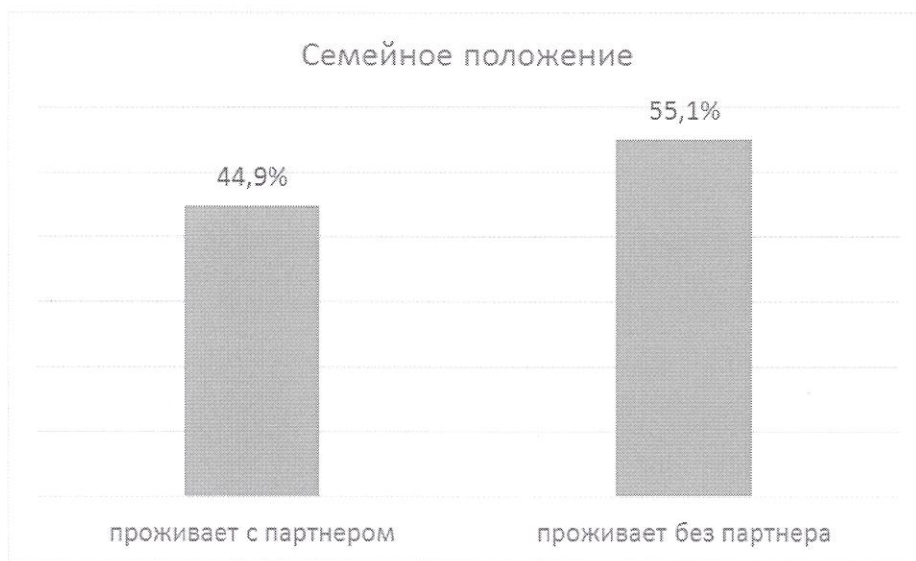


Рисунок 3 – Участники исследования, проживающие раздельно или с партнером

По уровню образования участники исследования распределились следующим образом: неполное среднее – 9,1%, среднее – 22,1%, среднее специальное – 31,5%, незаконченное высшее – 8,8%, законченное высшее – 28,2%, иное (два высших) – 0,3%, что позволяет обобщенно выделить три образовательных уровня – низкий (неполное среднее и среднее образование) – 31,2%, средний (среднее специальное и незаконченное высшее образование) – 40,3%, и высокий (высшее образование и «иное») 28,6% (рис. 4).

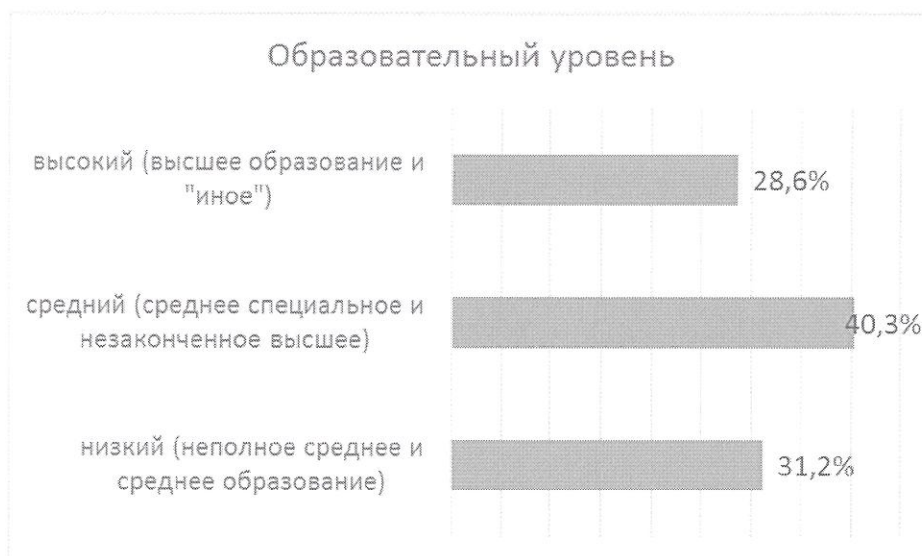


Рисунок 4 – Разделение участников на 3 категории в зависимости от образовательного уровня.

Занятость участников исследования оценивалась по следующим категориям: трудоустроен – 35,2%; безработный в поисках работы – 32,7%; безработный, но работу не ищет – 4,4%; инвалид – 8,9%; домработник – 0,6%; учащийся – 1,0%; пенсионер – 17,1%. Для обеспечения надлежащей статистической мощности исследуемого параметра эта группа данных была реструктурирована следующим образом – лица экономически активные (трудоустроенные и учащиеся) 36,2% и лица экономически неактивные (безработные, инвалиды, пенсионеры и т.д.) 63,8% (рис. 5). Детей имели 70,2% опрошенных.

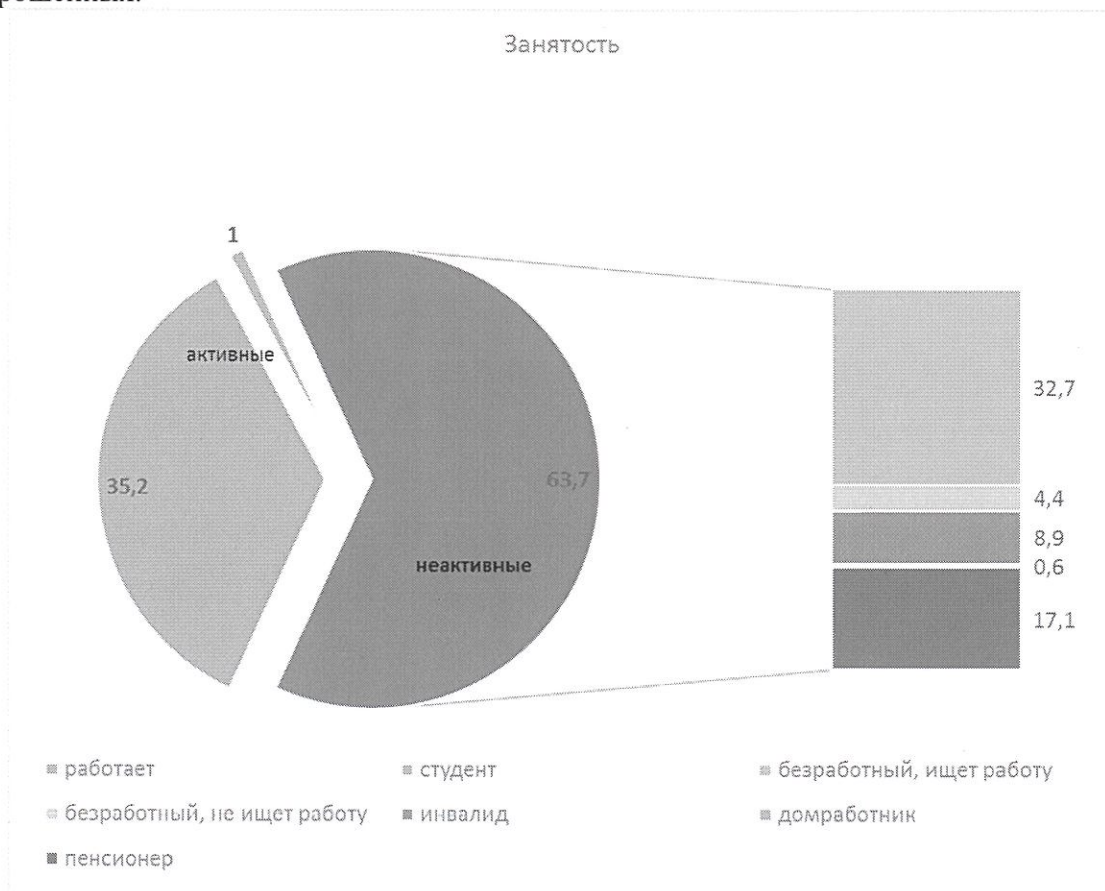


Рисунок 5 – Занятость участников исследования

Отвечая на вопрос об уровне доходов, 4,7% участников исследования оценили его как высокий, 48,8% – средний и 46,5% – низкий (рис. 6).

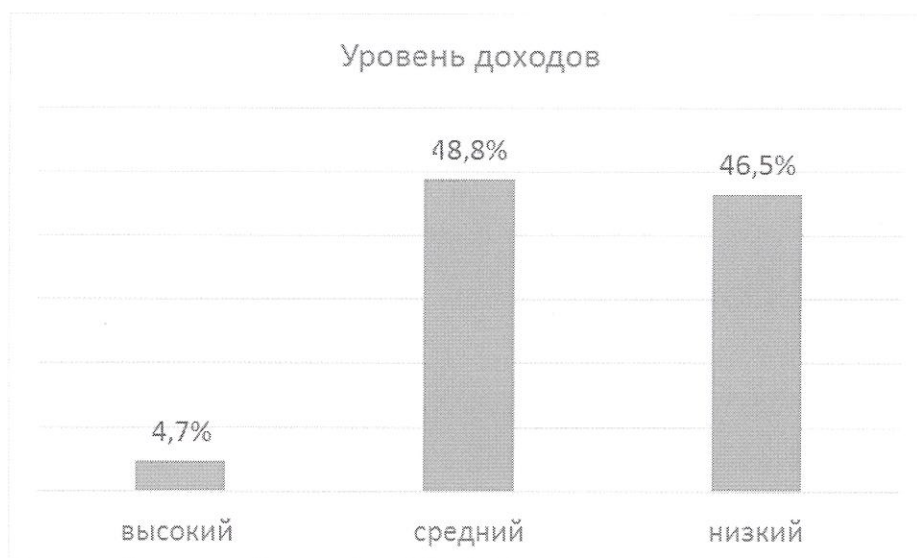


Рисунок 6 – Уровень доходов участников исследования

Несмотря на то, что только 36,2% опрошенных заявляют о себе как об экономически активных, а 46,5% относят себя к лицам с низким уровнем доходов, компьютерами и ноутбуками пользуется 63,9% опрошенных (рис. 7) причем 65,4% делают это ежедневно, а мобильными телефонами – 94,2% (89,2% – ежедневно). При этом 82,5% респондентов самостоятельно оплачивают свою мобильную связь, а более половины (64,5%) пользуются тарифными планами с условно безлимитным Интернетом.

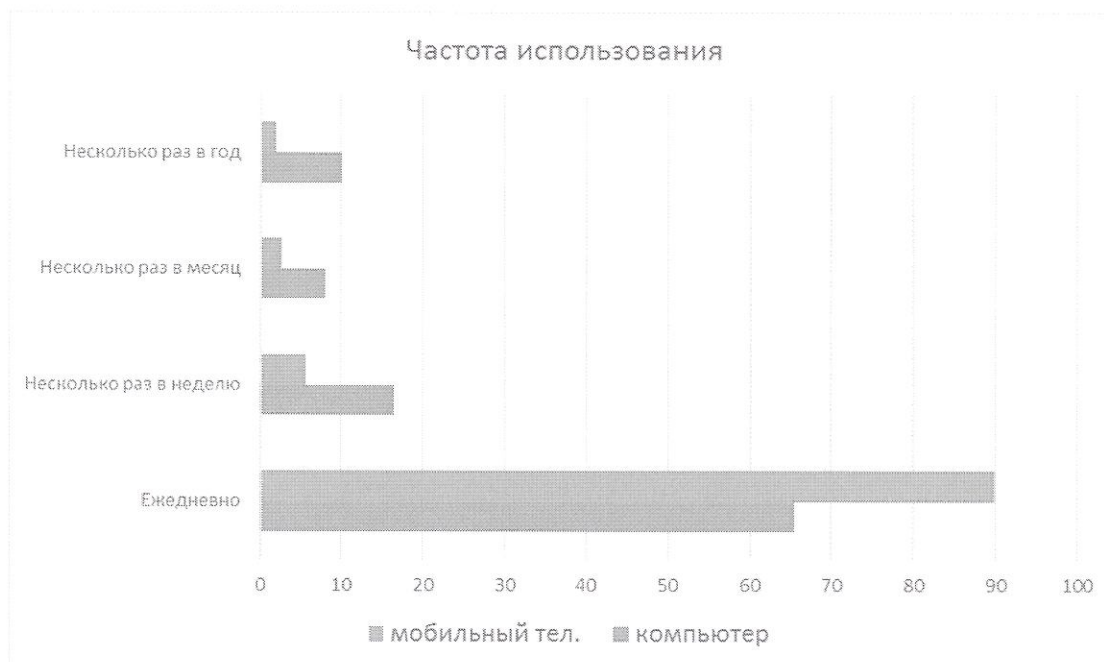


Рисунок 7 – Использование респондентами компьютеров и мобильных телефонов

Несколько иная картина сформировалась при ответе на блок вопросов о пользовании мобильным телефоном. Число пользователей этого устройства составило 94,2% от числа опрошенных, в 80% случаев это был смартфон, при этом в 90,6% случаев телефон являлся собственностью респондента. Таким образом был подтвержден достаточно очевидный

факт, что мобильные устройства (смартфоны) используются значительно чаще, чем стационарные компьютеры/ноутбуки, что делает их более перспективной платформой для реализации терапевтического воздействия в формате телемедицинских интервенций.

Также респондентам был задан вопрос о частоте смены ими телефона и телефонного номера. Из числа ответивших на этот вопрос несколько раз в год аппарат меняет 17,0% респондентов, 17,4% делают это ежегодно, 20,0% – раз в два года, 16,7% – раз в три года, реже указанных сроков – 18,0% и никогда не меняли телефона 10,8% опрошенных.

Значительно отличающаяся картина была продемонстрирована при ответе на вопрос о частоте смены телефонного номера. Свыше половины пользователей не меняли его никогда (52,5%), 19,0% делают это реже одного раза в три года, 7,2% – раз в три года, 7,9% – раз в два года, 6,9% – ежегодно и 6,6% - несколько раз в год. Приведенные данные снимают вопрос о нестабильности возможного канала связи для телемедицинских интервенций, обусловленный известной социальной и поведенческой волатильностью лиц, страдающих наркологическими заболеваниями. 71,5% опрошенных пациентов либо никогда не меняли номер мобильного телефона, либо делали это реже, чем один раз в три года.

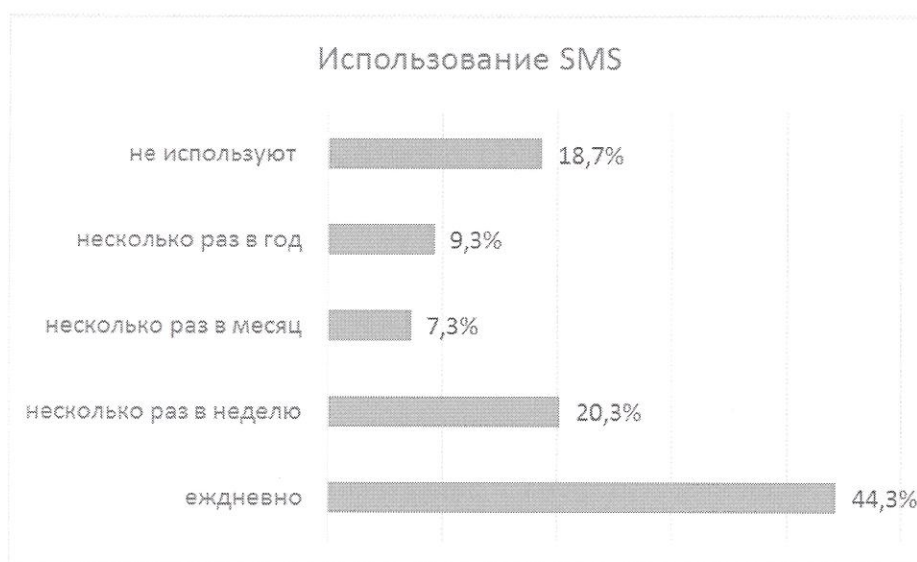


Рисунок 8 – Частота использования SMS респондентами

Сервисом SMS ежедневно пользуется 44,3% респондентов, 20,3% делают это несколько раз в неделю, 7,3% – несколько раз в месяц, 9,3% несколько раз в год, а 18,7% не используют этот вид связи (рис. 8).

Цифровую компетентность нашей исследовательской выборки мы оценивали по уровню использования базовых онлайн-сервисов, уверенности пользования компьютером и смартфоном (см. выше), активности в социальных сетях. Принимавшие участие в исследовании пациенты совершают покупки в онлайн-магазинах в 42,4% случаев, услугами онлайн-банкинга пользуются 49,2% опрошенных, оплачивают услуги ЖКХ с помощью сетевых инструментов 33,6% респондентов, а ищут информацию о своих заболеваниях и дистанционно записываются к врачу 26,7% и 40,3% соответственно (таблица 1).

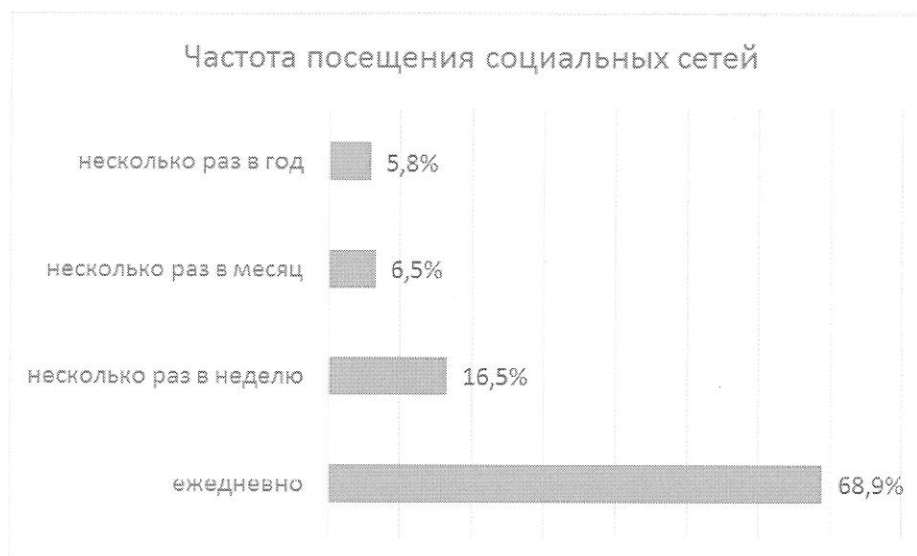


Рисунок 9 – Частота посещения респондентами социальных сетей

Социальные сети являются важным элементом повседневной жизни значительной части опрошенных. Не обозначили свою активность в этой среде только 30% респондентов. Среди тех, кто пользовался социальными сетями ежедневно используют их 68,9% респондентов, 16,5% делают это несколько раз в неделю, 6,5% - несколько раз в месяц и 5,8% - несколько раз в год (рис. 9). Информацию о выздоровлении от зависимости в социальных сетях постоянно встречают 4,8%, очень часто – 8,7%, иногда – 29,6%, редко – 30,0%, никогда – 27,0% респондентов.

Информацию о своих проблемах, вызванных употреблением психоактивных веществ, размещали в социальных сетях 12,4% респондентов, а сведениями о своем отказе от употребления в социальных сетях поделились 10,8% респондентов. Полагают, что социальные сети – это подходящее место для того, чтобы получить информацию о том, как избежать рецидива зависимости 41,7% участников исследования.

Как правило респонденты имели аккаунты и пользовались несколькими социальными сетями, наиболее популярными из которых были ВКонтакте – 57,6%, YouTube – 47,2%, Одноклассники – 35,4%, Facebook – 28,8%, Instagram – 24,5%, TikTok – 21,0%. При ответе имелась возможность множественного выбора из предложенного списка социальных сетей, и свободного ввода. Краткие результаты ответа на этот вопрос представлены на рисунке 10.

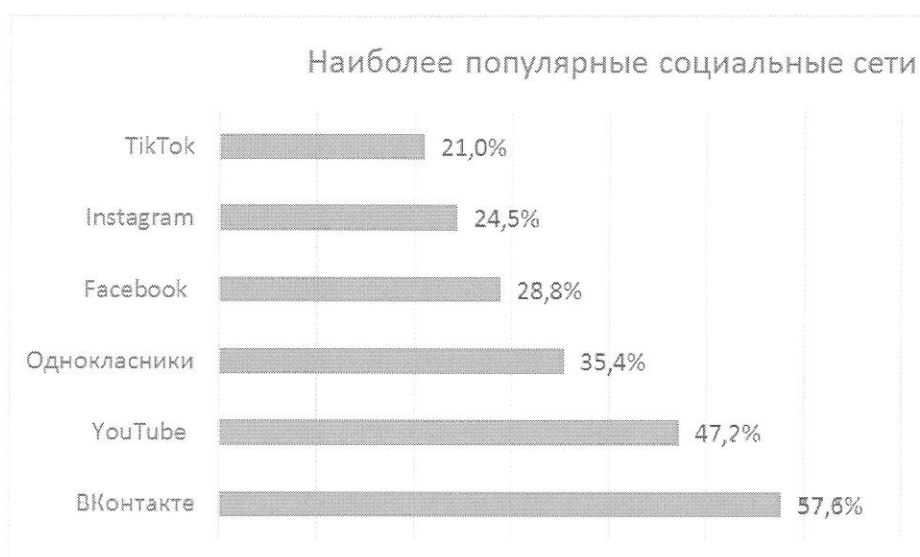


Рисунок 10 – Наиболее популярные среди респондентов социальные сети

Принципиально важным для целей настоящих методических рекомендаций являются ответы на группу вопросов, посвященных оценке респондентами наиболее понятных и приемлемых для них форм онлайн-поддержки процесса выздоровления.

Самым популярным оказалось мобильное приложение для смартфона, помогающее в процессе выздоровления от употребления алкоголя или наркотиков. Подобный программный продукт хотели бы установить себе свыше половины опрошенных (50,5%), 27,0% не видят в нем необходимости, не определились – 22,5%. Возрастное распределение демонстрирует явное предпочтение сервиса среди молодых пациентов: около 60% в возрасте 18-44 года, 48,8% в возрасте 45-59 лет и около 30% в старших возрастах. Различия статистически значимы (таблица 2). По уровню образования статистически значимых различий выявлено не было (таблица 3). В то же время работающие пациенты значительно отличались от экономически неактивных в выборе мобильного приложения в качестве инструмента поддержки (59,6% и 45,0% соответственно, таблица 4).

К группе поддержки, реализованной в социальных сетях готовы присоединиться 32,7% респондентов (в возрастах 18-44 года и 45-59 лет 39,6% и 30,9% соответственно), ответило отказом 37,8%, не определилось – 29,6%. Различия статистически значимы (таблица 5). При этом согласие на открытие доступа к своим аккаунтам в социальных сетях для врача или консультанта по зависимостям высказало 33,0% опрошенных, 43,9% ответило отказом, а 23,1% не определилось с ответом. По уровню образования статистически значимых различий выявлено не было (таблица 6). Было выявлено статистически значимое различие между экономически активными и неактивными пациентами в отношении к возможному использованию поддержки с помощью социальных сетей (экономически активные – 40,4%, экономически неактивные – 27,6%, таблица 7).

К группе онлайн-поддержки процесса выздоровления на интернет-сайте выразило готовность присоединиться 36,1% респондентов, отказались 29,9%, не смогли сформулировать своего отношения к вопросу 34,0%. Наибольшую приверженность продемонстрировали 46,6% пациентов в возрасте 18-44 лет. Существенно меньше было пациентов в возрасте 45-59 лет и 60-74 года – 27,2% и 21,3% соответственно. Различия статистически значимы (таблица 8). Высказали заинтересованность в онлайн-поддержке на web-сайте 46,2% респондентов с высшим образованием, 35,6% и 25,6% со средним и низким образовательными уровнями соответственно (таблица 9). Различия статистически значимы. Занятость респондента не оказала статистически значимого влияния на выбор данного вида дистанционной поддержки (таблица 10).

Наименее популярным вариантом стала рассылка поддерживающих SMS сообщений – готовность присоединиться к ней высказали 29,7% опрошенных, отказ зафиксировало 44,8%, не сформулировали ответ – 25,5%. Распределение опрошенных по возрасту приведено в таблице 11. Около трети пациентов с высшим, средним и низким образовательным уровнем высказали желание воспользоваться сервисом (таблица 12). Одинаковый процент (29%) экономически активных и экономически неактивных пациентов выбрали поддержку с помощью SMS-сообщений (таблица 13).

Полученные результаты позволяют предположить, что большинство пациентов не видят принципиальных различий между способами реализации дистанционного взаимодействия и недостаточно хорошо представляют себе практическую реализацию конкретного решения.

Наиболее актуальным для целей исследования является вопрос отношения пациентов наркологического профиля к возможности использования телемедицинских консультаций. Хотя телемедицинские технологии активно вошли в практику московского здравоохранения сравнительно недавно, во время пандемии COVID-19, уже 41,0% опрошенных наркологических больных высказал готовность наблюдаться у врача психиатра-нарколога дистанционно, 28,6% ответило отказом, а 30% не дало определенного ответа.

Семейное положение не оказывает статистически значимого влияния на выбор респондентом способа онлайн-поддержки.

## ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Результаты проведенного исследования показывают, что большая часть пациентов-мужчин, проходящих лечение в наркологическом стационаре, находятся в трудоспособном возрасте, проживают без партнера, имеют среднее, среднее специальное или незаконченное высшее образование и не являются экономически активными. Уровень личных доходов в основном оценивается респондентами как средний или низкий. При этом свыше двух третей опрошенных пользуются компьютером или ноутбуком, а большая часть из них делает это ежедневно. Мобильными телефонами обладает 94,2% опрошенных, причем 89,2% пользуется ими ежедневно. Около трех четвертей респондентов или никогда не меняли номер своего мобильного телефона, либо делают это реже чем один раз в три года, что делает мобильную связь достаточно эффективным способом коммуникации с лицами, прошедшими курс лечения от зависимости и наблюдающимися по месту жительства. Достаточно велика доля респондентов, пользующихся базовыми онлайн-сервисами и различными социальными сетями.

Исходя из полученных данных достаточный уровень цифровой грамотности в изучаемой выборке имеет треть пациентов.

При этом респонденты с интересом относятся к перспективам использования технологий дистанционной помощи пациентам, считая наиболее приемлемыми для себя вариантами специализированное мобильное приложение, поддержку с помощью web-сайта и социальной сети. Следует отметить, что 41,0% опрошенных высказал готовность наблюдаться у врача психиатра-нарколога дистанционно.

Приверженность использованию телемедицинских технологий в определенной степени зависит от социально-демографических характеристик респондентов. При анализе возможного использования таких сервисов как группа онлайн-поддержки на интернет-сайте, специализированное мобильное приложение или группа поддержки в социальных сетях, были получены статистически значимые различия, показывающие их востребованность в первую очередь в возрастной группе 18-44 года.

Семейное положение (проживание с партнером или без) практически не сказывается на отношении респондентов к применению технологий электронного здравоохранения. Статистически значимых отличий в этом сегменте выявлено не было.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При планировании дистанционных консультаций пациентов наркологического профиля и их онлайн-поддержки необходимо учитывать полученные в ходе данного исследования результаты, то что только 30% пациентов наркологического профиля имеют необходимый уровень релевантных компетенций для участия в телемедицинском сопровождении и интервенциях. Это несколько меньше 40% пациентов которые хотят принять участие в дистанционном взаимодействии с наркологическими учреждениями и иными поддерживающими структурами.

При отборе пациентов для удаленного консультирования необходимо опираться на такие критерии, как цифровая грамотность пациента, а также готовность к получению подобной помощи.

Близкий к 95% уровень пользования мобильными телефонами и смартфонами среди наркологических больных, отсутствие склонности у большинства пациентов к частой смене телефонного номера, обеспечивает уверенность в возможности поддержания терапевтического контакта в течение длительного времени.

Наиболее перспективными направлениями для поддержки пациентов представляются создание специализированных мобильных приложений, работа в социальных сетях и создание специализированных онлайн-групп на web-сайтах.

Для дальнейшего изучения необходимо рассмотреть гендерные различия цифровой грамотности и готовности к новым способам поддержки, включить в исследование выборку женщин, страдающих наркологическими расстройствами

Важным также является изучение влияния аддикции, различных ее форм, степени когнитивного снижения, на способность пациентов пользоваться современными технологиями.

Результаты настоящего исследования показывают наличие большого количества неизученных вопросов применения цифровых технологий в наркологии, что диктует необходимость продолжения данной научной работы.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Приказ от 18 ноября 2020 г. N 600 «Об утверждении методик расчета целевых показателей национальной цели развития Российской Федерации "Цифровая трансформация"» URL: <https://docs.cntd.ru/document/573320665> (дата обращения 11.11.2022)
2. Проект постановления Правительства Российской Федерации «О реализации пилотного проекта по дистанционному наблюдению за состоянием здоровья пациента с использованием платформы централизованных диагностических сервисов на территории Российской Федерации» разработан во исполнение поручения Первого заместителя Председателя Правительства Российской Федерации А.Р. Белоусова от 21.09.2022 № АБ-П12-236пр URL: <https://regulation.gov.ru/projects#search=132711&npr=132711> (дата обращения 11.11.2022)
3. Приказ Минздрава РФ от 30.12.2015 N 1034н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия - наркология" и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 22.03.2016 N 41495) URL: <https://minjust.consultant.ru/documents/19079?items-1&page-1#:~:text=Приказ%20Минздрава%20РФ%20от%2030.12.2015,Минюсте%20РФ%2022.03.2016%20n%2041495>
4. Carter H, Araya R, Anjur K, Deng D, Naslund JA. The emergence of digital mental health in low-income and middle-income countries: A review of recent advances and implications for the treatment and prevention of mental disorders. *J Psychiatr Res.* 2021 Jan;133:223-246. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.12.016. Epub 2020 Dec 13. PMID: 33360867; PMCID: PMC8801979.
5. Torous J, Woodyatt J, Keshavan M, Tully LM. A new hope for early psychosis care: the evolving landscape of digital care tools. *Br J Psychiatry.* 2019 May;214(5):269-272. doi: 10.1192/bjp.2019.8. Epub 2019 Feb 11. PMID: 30739613; PMCID: PMC6478506.
6. Niendam TA, Tully LM, Iosif AM, Kumar D, Nye KE, Denton JC, Zaksorn LN, Fedechko TL, Pierce KM. Enhancing early psychosis treatment using smartphone technology: A longitudinal feasibility and validity study. *J Psychiatr Res.* 2018 Jan;96:239-246. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.10.017. Epub 2017 Oct 21. PMID: 29126059.
7. Erbe D, Eichert HC, Riper H, Ebert DD. Blending Face-to-Face and Internet-Based Interventions for the Treatment of Mental Disorders in Adults: Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2017 Sep 15;19(9):e306. doi: 10.2196/jmir.6588. PMID: 28916506; PMCID: PMC5622288.
8. Wang W, Chau AKC, Kong P, Sun X, So SH. Efficacy of Motivational Interviewing in Treating Co-occurring Psychosis and Substance Use Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry.* 2021 Dec 28;83(1):21r13916. doi: 10.4088/JCP.21r13916. PMID: 34963202.
9. Peynenburg V, Hadjistavropoulos H, Thiessen D, Titov N, Dear B. Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Postsecondary Students: Randomized Factorial Trial for Examining Motivational Interviewing and Booster Lessons. *J Med Internet Res.* 2022 Sep 7;24(9):e40637. doi: 10.2196/40637. PMID: 36069785; PMCID: PMC9494224.
10. Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, Hayden JA, Stewart SH. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Mar 12;3(3):CD011565. doi: 10.1002/14651858.CD011565.pub2. PMID: 26968204; PMCID: PMC7077612.
11. Надеждин, А. В. Система информационно-технической поддержки клинического научного исследования / А. В. Надеждин // Наркология. – 2018. – Т. 17. – № 8. – С. 33-39. – DOI 11.25557/1682-8313.2018.07.33-39. – EDN OZLSSN.

## ТАБЛИЦЫ

Таблица 1

Онлайн-активность	Да	Нет
Онлайн-покупки	42,4%	57,6%
Онлайн-банкинг	49,7%	52,1%
Онлайн-оплата ЖКХ	33,6%	66,4%
Поиск медицинской информации	26,7%	73,3%
Онлайн-запись к врачу	40,3%	59,7%

Виды онлайн-активности респондентов.

Таблица 2

## Мобильное приложение. Возраст

			Да	Нет	Всего
<b>Возраст 4 категории</b>	18 - 44 года	%	59,7%	40,3%	100,0%
	45 - 59 лет	%	48,8%	51,2%	100,0%
	60 - 74 года	%	32,0%	68,0%	100,0%
	75+ лет	%	33,3%	66,7%	100,0%
<b>Всего</b>		%	51,4%	48,6%	100,0%

$\chi^2=12,291$ ;  $df=3$ ;  $p=0,006$

Распределение ответов на вопрос «Хотели бы Вы использовать на Вашем телефоне мобильное приложение, помогающее в процессе выздоровления от употребления алкоголя или наркотиков?» в зависимости от возраста респондента.

Таблица 3

## Мобильное приложение. Образование

			Да	Нет	Всего
<b>Образоват. уровень, 3 категории</b>	Низкий	%	41,7%	58,3%	100,0%
	Средний	%	52,1%	47,9%	100,0%
	Высший	%	55,1%	44,9%	100,0%
<b>Всего</b>		%	49,8%	50,2%	100,0%

$\chi^2=3,360$ ;  $df=2$ ;  $p=0,186$

Распределение ответов на вопрос «Хотели бы Вы использовать на Вашем телефоне мобильное приложение, помогающее в процессе выздоровления от употребления алкоголя или наркотиков?» в зависимости от образования респондента.

Таблица 4

## Мобильное приложение. Занятость

			Да	Нет	Всего
<b>Занятость, 2 категории</b>	Экономически активные	%	59,6%	40,4%	100,0%
	Экономически неактивные	%	45,0%	55,0%	100,0%
<b>Всего</b>			50,5%	49,5%	100,0%

$$\chi^2=5,815; df=1; p=0,016$$

Распределение ответов на вопрос «Хотели бы Вы использовать на Вашем телефоне мобильное приложение, помогающее в процессе выздоровления от употребления алкоголя или наркотиков?» в зависимости от занятости респондента.

Таблица 5

## Социальные сети. Возраст

			Да	Нет	Всего
<b>Возраст 4 категории</b>	18 – 44 года	%	39,6%	60,4%	100,0%
	45 – 59 лет	%	30,9%	69,1%	100,0%
	60 – 74 года	%	14,0%	86,0%	100,0%
	75+ лет	%	66,7%	33,3%	100,0%
<b>Всего</b>			32,9%	67,1%	100,0%

$$\chi^2=12,827; df=3; p=0,005$$

Распределение ответов на вопрос «Присоединились бы Вы в процессе выздоровления к группе поддержки в социальных сетях?» в зависимости от возраста респондента.

Таблица 6

## Социальные сети. Образование

			Да	Нет	Всего
<b>Образоват. уровень, 3 категории</b>	Низкий	%	28,6%	71,4%	100,0%
	Средний	%	29,4%	70,6%	100,0%
	Высокий	%	38,8%	61,3%	100,0%
<b>Всего</b>			31,8%	68,2%	100,0%

$$\chi^2=2,498; df=2; p=0,287$$

Распределение ответов на вопрос «Присоединились бы Вы в процессе выздоровления к группе поддержки в социальных сетях?» в зависимости от образования респондента.

Таблица 7

## Социальные сети. Занятость

			Да	Нет	Всего
<b>Занятость, 2</b> <b>категории</b>	Экономически активные	%	40,4%	59,6%	100,0%
	Экономически неактивные	%	27,6%	72,4%	100,0%
<b>Всего</b>		%	32,4%	67,6%	100,0%

$$X^2=5,042; df=1; p=0,025$$

Распределение ответов на вопрос «Присоединились бы Вы в процессе выздоровления к группе поддержки в социальных сетях?» в зависимости от занятости респондента.

Таблица 8

## Онлайн-поддержка на web-сайте. Возраст

			Да	Нет	Всего
<b>Возраст 4</b> <b>категории</b>	18 - 44 года	%	46,6%	53,4%	100,0%
	45 - 59 лет	%	27,2%	72,8%	100,0%
	60 - 74 года	%	21,3%	78,7%	100,0%
	75+ лет	%	33,3%	66,7%	100,0%
<b>Всего</b>		%	36,5%	63,5%	100,0%

$$X^2=14,161; df=3; p=0,003$$

Распределение ответов на вопрос «Присоединились бы Вы в процессе выздоровления к группе онлайн-поддержки на интернет-сайте?» в зависимости от возраста респондента.

Таблица 9

## Онлайн-поддержка на web-сайте. Образование

			Да	Нет	Всего
<b>Образоват.</b> <b>уровень, 3</b> <b>категории</b>	Низкий	%	25,6%	74,4%	100,0%
	Средний	%	35,6%	64,4%	100,0%
	Высокий	%	46,2%	53,8%	100,0%
<b>Всего</b>		%	35,6%	64,4%	100,0%

$$X^2=7,358; df=2; p=0,025$$

Распределение ответов на вопрос «Присоединились бы Вы в процессе выздоровления к группе онлайн-поддержки на web-сайте?» в зависимости от образовательного уровня респондента.

Таблица 10

**Онлайн-поддержка на web-сайте. Занятость**

			Да	Нет	Всего
<b>Занятость, 2 категории</b>	Экономически активные	%	42,1%	57,9%	100,0%
	Экономически неактивные	%	32,8%	67,2%	100,0%
<b>Всего</b>			36,3%	63,7%	100,0%

$\chi^2=2,489$ ;  $df=1$ ;  $p=0,115$

Распределение ответов на вопрос «Присоединились бы Вы в процессе выздоровления к группе онлайн-поддержки на интернет-сайте?» в зависимости от занятости респондента.

Таблица 11

**SMS-сообщения. Возраст**

			Да	Нет	Всего
<b>Возраст 4 категории</b>	18 - 44 года	%	31,3%	68,7%	100,0%
	45 - 59 лет	%	28,7%	71,3%	100,0%
	60 - 74 года	%	26,5%	73,5%	100,0%
	75+ лет	%	33,3%	66,7%	100,0%
<b>Всего</b>			29,7%	70,3%	100,0%

$\chi^2=0,467$ ;  $df=3$ ;  $p=0,926$

Распределение ответов на вопрос «Присоединились бы Вы в процессе выздоровления к сервису рассылки поддерживающих текстовых сообщений (SMS)?» в зависимости от возраста респондента.

Таблица 12

**SMS-сообщения. Образование**

			Да	Нет	Всего
<b>Образоват. уровень, 3 категории</b>	Низкий	%	31,7%	68,3%	100,0%
	Средний	%	24,4%	75,6%	100,0%
	Высокий	%	30,8%	69,2%	100,0%
<b>Всего</b>			28,3%	71,7%	100,0%

$\chi^2=1,609$ ;  $df=2$ ;  $p=0,447$

Распределение ответов на вопрос «Присоединились бы Вы в процессе выздоровления к сервису рассылки поддерживающих текстовых сообщений (SMS)?» в зависимости от образования респондента.

**SMS-сообщения. Занятость**

			Да	Нет	Всего
<b>Занятость, 2 категории</b>	Экономически активные	%	29,9%	70,1%	100,0%
	Экономически неактивные	%	29,1%	70,9%	100,0%
<b>Всего</b>			29,4%	70,6%	100,0%

$\chi^2=0,024$ ;  $df=1$ ;  $p=0,878$

Распределение ответов на вопрос «Присоединились бы Вы в процессе выздоровления к сервису рассылки поддерживающих текстовых сообщений (SMS)?» в зависимости от занятости респондента.