ЭНЦИКЛОПЕДИЯ
раннего детского
развития



Посещение на дому

Обновление июня 2015 г.

Редактор темы:
Донна Спайкер, PhD и Эрика Гейлор, PhD, Стэнфордский исследовательский институт, Центр образовательных и социальных услуг, США

Оглавление

Обобщение 5

Программы посещения на дому и их влияние на готовность детей к школе 10
ЭРИКА ГЕЙЛОР, PHD, ДОННА СПАЙКЕР, PHD, СЕНТЯБРЯ 2012 R.

Дородовые/послеродовые программы посещения на дому и их влияние на социальное и эмоциональное развитие маленьких детей (0–5) 21
НЭНСИ ДОНЕЛАН-МАККОЛ, PHD, ДЭВИД ОЛДС, PHD, СЕНТЯБРЯ 2012 R.

Влияние программ посещений на дому на психическое здоровье матери и ребенка 30
[1]РОБЕРТ Т. АММЕРМАН, PHD, [2]С. ДАРИУС ТАНДОН, PHD, СЕНТЯБРЯ 2012 R.

Роль программ посещения на дому в профилактике неподобающего обращения с детьми 41
КИМБЕРЛИ БОЛЛЕР, PHD, СЕНТЯБРЯ 2012 R.

Тиражирование научно-обоснованных программ посещения на дому и расширение их внедрения: роль исследования процесса реализации 51
ДАЙАНА ПАУЛСЕЛ, МАГИСТР ГОСУДАРСТВЕННОГО И МУНИЦИПАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ (MPA), СЕНТЯБРЯ 2012 R.

Тема разработана при финансовой поддержке:



©2012-2026 ABILIO | ПОСЕЩЕНИЕ НА ДОМУ

Обобщение

Насколько это важно?

Программы посещения на дому – это одна из стратегий профилактики, которая обеспечивает детям младшего возраста и их семьям доступ к широкому спектру структурированных услуг, предоставляемому в домашних условиях квалифицированными специалистами. Эти структурированные услуги включают в себя, среди прочего, курирование каждого случая, выдачу направлений в имеющиеся службы по месту жительства, обучение детей и родителей в области воспитания, социальную поддержку беременных женщин. Хотя большинство программ посещения на дому реализуется на добровольной основе, некоторые штаты и местные власти настоятельно рекомендуют семьям, в которых высок риск неподобающего обращения с детьми, принять в них участие. За последние два десятилетия в развитых и развивающихся странах постоянно росло число реализованных программ посещения на дому. Примеры программ в Канаде и Соединенных Штатах включают в себя такие как “Parents as Teachers” (Родители как учителя), “Nurse Family Partnership” (Партнерство медсестра-семья), “Early Head Start” (Раннее начало) и “Healthy Steps” (Здоровые шаги), в то время как в странах Латинской Америки и Карибского бассейна примерами могут служить программы “Educate Your Child” (Обучите вашего ребенка),[1] “The Roving Caregivers” (Мобильные помощники по уходу),[2] и “Madres Guías” (Материнские гиды)[3].

Программа «Обучите вашего ребенка» (Куба) является неинституализированной программой, реализуемой либо непосредственно в семье, либо по месту жительства, которая доступна для кубинских детей в возрасте до шести лет и для беременных женщин. Во время посещений на дому работники службы предлагают индивидуальный уход за детьми и демонстрируют родителям, какие стимулирующие развитие виды деятельности можно использовать. Было выявлено, что участие в программе оказало положительное влияние на социально-эмоциональное и моторное развитие детей. Методология программы была адаптирована в различных странах, в том числе в Эквадоре, Чили, Бразилии, Мексике, Венесуэле, Колумбии и Гватемале.

Программа «Мобильные помощники по уходу» (страны Карибского бассейна) является программой раннего детского развития и поддержки семьи, которая доступна для карибских детей в возрасте до трех лет, находящихся в группе риска. Работники службы регулярно посещают семьи, чтобы предоставить широкий спектр услуг, таких как прямая поддержка детей и их семей, качественный уход и внимание, улучшение здоровья и питания и дошкольная подготовка. У детей, которые участвовали в программе, были выявлены улучшения в их когнитивном развитии, речевых навыках, зрительном восприятии и общей готовности к школе.

Программа «Материнские гиды» (Гондурас) является одной из наиболее всесторонних программ, предоставляемых на дому или по месту жительства детям, начиная от рождения до возраста четырех-шести лет, и беременным женщинам, живущим за чертой бедности в муниципалитетах с высоким уровнем смертности и недоедания в Гондурасе (Центральная Америка). Madres Guías (то есть, материнские гиды) обеспечивают дородовое обучение, обследование новорожденных, раннюю развивающую стимуляцию, обучение и поддержку родителей, услуги питания и базовое образование. Все материалы, используемые для ребенка и/или обучения родителей, были адаптированы к местному языку и социокультурным условиям.

Хотя программы посещения на дому отличаются друг от друга с точки зрения целевых групп населения (дети с ограниченными возможностями, несовершеннолетние матери, семьи из группы риска), работников, оказывающих услуги (профессионалы, полупрофессионалы, волонтеры), видов деятельности и графиков посещений, все они имеют одну и ту же цель, которая заключается в поддержке здорового роста и развития ребенка. Говоря более точно, основные цели большинства программ посещения на дому заключаются в том, чтобы скорректировать убеждения родителей относительно воспитания детей, а также расширить их знания и повысить способности родителей создавать благоприятную атмосферу для своих детей. Вовлекая семьи и опекунов, которые в ином случае не обратились бы за поддержкой, такие программы способны улучшить родительские навыки, а также сократить неблагоприятные последствия для здоровья и развития ребенка в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

Что нам известно?

На протяжении многих лет число исследователей, оценивающих эффективность программ посещения на дому, постоянно увеличивалось. Данные этих работ показывают, что эффективность программ для каждого из сравниваемых показателей результативности может варьироваться. Если участие в нескольких программах домашних посещений оказало эффект на когнитивные и поведенческие показатели у детей (например, Early Head Start, The Nurse Family Partnership и The Infant Health and Development Program), немногие программы посещения на дому смогли значительно улучшить исходы беременности; для одних программ было зафиксировано сокращение количества случаев неподобающего обращения с детьми, в то время как для других – нет. Что касается влияния программ домашнего посещения на материнскую депрессию, то данные недавно проведенных исследований показывают, что некоторые компоненты помогают улучшить здоровье и развитие ребенка, а также восприимчивость матерей к подаваемым детьми сигналам. Сказанное подтверждается тем, что у матерей с глубокой депрессией, которые проходили Когнитивную терапию на дому (IH-TOC) в сочетании с услугами, предлагаемыми программами домашних посещений, как правило, обнаруживается большее ослабление депрессивных симптомов по сравнению с результатами тех женщин, которые пользовались только услугами программ домашних посещений. Совершенно очевидно, что многим работникам программ домашних посещений необходимо дополнительное обучение или поддержка при работе с матерями, находящимися в депрессии.

В дополнение к влиянию интересующих параметров, эффективность программ домашних посещений варьирует в зависимости от целевой группы населения, конкретных исполнителей программы и содержания визитов на дому. Программы посещений на дому, как правило, более эффективны в тех случаях, когда услуги предоставляются наиболее нуждающимся подгруппам населения (например, родителям с психологическими трудностями, живущим в бедности и детям с ограниченными возможностями) и когда участники в полной мере вовлечены в коррекционные мероприятия. Кроме того, больший положительный эффект от программ посещений на дому наблюдается в тех случаях, когда услуги семьям оказывают (мед)сестры и / или другие специалисты, а не полупрофессионалы. Достигнув необходимой квалификации благодаря специализированному обучению, супервизии и контролю, профессиональные работники службы домашних посещений имеют доступ к большему количеству ресурсов и поддержки, что, в свою очередь, позволяет им оказывать семьям услуги на высоком качественном уровне, а также продолжать реализацию программ посещений в строгом соответствии с

планом в течение долгого времени. Что касается содержания визитов, то программы домашних посещений, как правило, демонстрируют большую эффективность, если оказываемые услуги носят комплексный, многоаспектный характер, модель программы реализуется тщательно и последовательно, и семьи получают помощь при решении целого комплекса своих нужд и проблем. Наконец, программы посещений на дому, которые нацелены на развитие качественных взаимоотношений между родителями и ребенком и которые комбинируются с программами высококачественного обучения детей в раннем возрасте, более благоприятны/полезны для улучшения подготовленности детей к школе.

Что можно сделать?

Для точного измерения эффективности нескольких программ домашнего посещения предпочтение следует отдавать комплексной оценке, которая включает в себя множество показателей результативности детей и семей, зафиксированных при проведении нескольких срезов. Аналогичным образом, учитывая зависимость эффективности программ посещений на дому от целевой аудитории, было бы полезно собрать информацию о воздействии этих программ на различные подгруппы населения. Эта информация в дальнейшем помогла бы исследователям определить, какие параметры программ могут быть адаптированы к различным обстоятельствам и группам населения, не ставя под угрозу при этом общую эффективность программы и не нарушая строгое следование ее модели.

Дальнейшие исследования также необходимы для выявления программных компонентов и порогового значения объема и длительности услуг, необходимых для достижения наилучшего долгосрочного положительного эффекта. Другим направлением исследований, которое требует дальнейшего изучения, является влияние материнской депрессии на эффективность программ посещения на дому. Продвижение в исследованиях не только поможет службам, предоставляющим услуги, лучше понять, каким образом тяжесть депрессивного состояния и его протекания взаимодействуют с элементами программы и приводят к достижению положительных или отрицательных результатов, но и сможет помочь работникам службы домашних посещений улучшить профессиональную подготовку для работы с матерями, испытывающими сильную депрессию. По сути, супервизия и коучинг способствуют тому, что работники службы учатся распознавать, когда и как необходимо работать с материнской депрессией и / или другими факторами психосоциального риска, а также при каких обстоятельствах им следует направлять клиенток к специалистам в области психического здоровья.

Наконец, одним из способов улучшения долгосрочного участия в программах домашних посещений является их интеграция в широкую и многостороннюю систему. Необходимы дополнительные исследования, чтобы понять, как участие в программах домашних посещений в раннем возрасте стимулирует родителей из группы повышенного риска воспользоваться доступными для них программами раннего образования, что впоследствии может способствовать улучшению результатов готовности детей к школе.

Литература

1. UNICEF. La Contextualización del Modelo de Atención Educativa no Institucional Cubano “Educa a tu Hijo” en Países Latinoamericanos. http://www.encyclopedia-deti.com/sites/default/files/docs/contenu/educa_a_tu_hijo_unicef_siverio.pdf. Accessed September 11, 2017.
2. Foundation for the Development of Caribbean Children. Family & Community Intervention. http://www.fdcchildren.org/index.php?option=com_content&view=article&id=34. Accessed September 11, 2017.
3. Vargas-Barón E. Going to Scale: Early childhood development in Latin America. Washington, DC: The RISE Institute; 2009. http://www.issa.nl/newsletter/09/spring/files/GoingToScale_30Mar2009.pdf. Accessed September 11, 2017.

Программы посещения на дому и их влияние на готовность детей к школе

Эрика Гейлор, PhD, Донна Спайкер, PhD

Международный Стэнфордский исследовательский институт, Центр образовательных и социальных услуг, США

сентября 2012 г., Éd. rév.

Введение

Программы посещения на дому разрабатываются и реализуются для того, чтобы помочь семьям создать такую среду, которая будет способствовать здоровому росту и развитию детей. Подобные программы могут быть нацелены на то, чтобы оказывать услуги тем семьям или опекунам, для которых создание и поддержание необходимой среды для детей связано со значительными трудностями. Кроме того, такие программы могут быть ориентированы на семьи, в которых имеются дети, страдающие какими-либо заболеваниями или отклонениями в развитии, т.е. более уязвимые, чем обычные дети.

Предмет

Посещения на дому – это такой тип оказания услуг населению, который может применяться для предоставления различных видов помощи нуждающимся в ней участникам программы[1]. Программы домашних посещений могут различаться в зависимости от своих целей, потребителей, источников предоставления услуг, типа услуг, расписания и административной структуры. Тем не менее, у всех программ есть общие составляющие. Программы домашних посещений предоставляют регламентированные услуги:

1. на дому;
2. с привлечением специально обученного персонала;
3. с целью изменения знаний, убеждений и/или поведения детей, родителей и иных участников процесса ухода за ребенком, а также с целью оказания помощи в воспитании детей[2].

Определенная регламентированность программ посещения на дому призвана обеспечить последовательность в оказании услуг при посещениях, как в отношении участников, так и в отношении соответствующих служб, кроме того, предполагается, что структурно данные программы включают в себя деятельность, нацеленную на достижение заранее намеченного результата. В качестве основ для регламентирования посещений на дому могут служить разработанный «протокол» визита, официальная программа предоставления всего пакета услуг, индивидуальный план обслуживания и/или особая теоретическая платформа. Услуги домашнего наблюдения оказываются семьям-участникам непосредственно в местах их проживания и не выходят за рамки их повседневного распорядка и текущей деятельности. В качестве работников службы посещений на дому могут выступать аккредитованные или дипломированные специалисты, полупрофессионалы, волонтеры, которые, как правило, имеют определенную подготовку, владеют методами работы, знакомы с содержанием всей программы и поэтому способны оказать экспертную помощь родителям[3]. В довершение ко всему, программы посещений на дому ставят перед собой цель попытаться достичь изменений, с одной стороны, в понимании (убеждения относительно воспитания ребенка, знания о детском развитии) и/или поведении семей-участников (способы их взаимодействия с ребенком, организация среды), а с другой – изменений у ребенка (положительная динамика развития, состояние здоровья и т.д.). Программы посещений на дому могут использоваться в качестве способа управления конкретной семейной ситуацией, выдавать направления в существующие службы, доводить до сведения родителей и опекунов необходимую информацию и, тем самым, развивать у них способность создавать позитивную домашнюю атмосферу для детей[4]
.

Проблематика

Сведения об эффективности программ посещения на дому собирались в течение последних трех десятилетий. В последних проектах использовались рандомизированные планы исследований, построенные на учете данных из нескольких источников и множественных параметров измерений, которые предполагали проведение последуюшего лонгитюдного прослеживания. В целом эти исследования показали, что программы домашних посещений имеют ограниченный круг воздействия, и оказываемый ими эффект зачастую незначителен.[5,6] Однако с помощью детального анализа иногда можно выявить весьма значимый эффект, оказанный программой.[7] Например, среди некоторых групп участников

можно заметить долгосрочные положительные результаты по конкретным показателям.[8,9] Эти и другие заключения предполагают, что при оценке эффективности программ домашних посещений важно оценивать множество показателей состояния семьи и ребенка, используя серию временных срезов, а также собирать достаточно информации об участниках программы для возможности осуществления анализа эффектов, произведенных программой на различные типы подгрупп участников.

Другие трудности, возникающие при проведении и оценивании исследований в данной области, включают в себя необходимость обеспечения равноценности контрольной и экспериментальной групп при изучении двойным слепым методом (ДСМ),[10] осуществления контроля над выбыванием участников (которое может повлиять на достоверность результатов исследования за счет снижения равноценности групп) и пропусками посещений (которые могут повлиять на достоверность полученных данных путем снижения интенсивности программы),[11] документирования того, что программа была полностью и безошибочно реализована, и определения того, обеспечивает ли теоретический аппарат программы связь запланированных мероприятий с намеченными результатами.

Научный контекст

Поскольку программы домашних посещений различаются своими целями и содержанием, исследование эффективности этих программ должно быть согласовано с конкретными задачами, правилами, а также участниками программ. В целом программы посещений на дому можно разделить на две группы: с одной стороны, программы, направленные на оказание медицинской помощи и/или улучшение показателей физического здоровья, с другой стороны, программы, сосредоточенные на взаимодействии родителей с детьми, а также развитии ребенка. Целевую группу можно определить либо на уровне лица, осуществляющего уход (например, матери-подростки, малообеспеченные семьи), либо на уровне ребенка (например, дети-инвалиды). Некоторые программы преследуют обширные и разнообразные цели, такие как улучшение пренатального (дородового) и перинатального (внутриутробного) состояния, улучшение кормления, обеспечение безопасности и воспитание детей. У других программ может быть более узкий спектр целей: сокращение случаев жестокого и небрежного обращения с детьми. Результаты программы могут касаться родителей или детей; организаторы программ зачастую указывают различные цели (например, улучшенное развитие ребенка, социально-эмоциональная поддержка родителей, а также их обучение)[12].

В этой главе мы обращаем внимание на эффективность программ домашних посещений, направленных на стимуляцию физического и умственного развития детей, а также готовности ребенка к школе. Большинство услуг программ посещения на дому, а также исследований были сосредоточены на периоде развития ребенка от предродового этапа до возраста двух-трёх лет, и, соответственно, не охватывали результаты долгосрочного влияния программ на готовность детей к школе и на их успехи в учебе. Однако самые последние исследования анализировали косвенный эффект программ на данные результаты, например, посредством изменений в практике воспитания детей и в ранних предвестниках хорошей успеваемости в школе (например, положительные изменения в поведении ребенка, включая саморегуляцию и внимание).

Ключевые вопросы

Ключевые вопросы исследования включают следующее:

1. Каковы краткосрочные и долгосрочные приобретаемые преимущества у семей, принимающих участие в программе, по сравнению с семьями, не участвующими в программе, в частности, в отношении навыков подготовленности детей к школе и в отношении родительского участия в развитии ребенка?
2. Какие факторы влияют на согласие или отказ от участия в программе?
3. Отличаются ли результаты в различных подгруппах?

Результаты исследований

Недавно проведенный обзор семи моделей программ домашних посещений, скрупулезно проанализированных в 16 исследованиях в соответствии с заданными параметрами оценивания и учитывающих показатели уровня развития детей и их подготовленности к школе, выявил их положительное влияние на развитие и поведение детей. Шесть моделей программ показали положительное влияние на основные показатели достижений (например, стандартизованные показатели детского развития и уменьшение проблем поведения)[13]. В этот обзор были включены только те исследования, выводы которых базировались на данных, полученных в результате непосредственного наблюдения, прямого оценивания или учета административных записей. Из обзора следует, что проблемы, установленные больше десяти лет назад, до сих пор не разрешены.

В большинстве описанных исследований в качестве проблемы при проведении программ домашних посещений обозначены трудности, связанные с привлечением в программы семей-участников, поддержанием их заинтересованности и сохранением их в качестве участников до конца действия программ. Когда выявляются выгоды программ, обычно оказывается, что они приносят пользу только подгруппе семей, изначально включенных в программу, большинство преимуществ программ, связанных с целями, редко достигается, и полученные преимущества часто оказываются довольно невелики[5].

Исследования реализации программ посещений на дому подтвердило общий ряд сложностей в предоставлении услуг по назначению. Во-первых, выбранные семьи могут не давать согласия на первоначальную регистрацию в программе. В двух исследованиях, которые собирали данные по этому аспекту, было обнаружено, что от одной десятой до одной четверти семей отказывались от предложения участвовать в программе посещений на дому[14,15]. В другом исследовании 20 процентов семей, которые дали согласие на участие в программе, так и не начали ее после первого визита[11]. Во-вторых, общее количество посещений семьи может оказаться меньшим, чем это было запланировано. Оценка модели программы «Nurse Family Partnership» (Партнерство: медсестра – семья) показала, что семьи получили только половину запланированных визитов16. Оценка программ «Hawaii Health Start» (Гавайский здоровый старт) и «Parents as Teachers» (Родители как учителя) выявила, что в действительности были проведены только от 38 до 56 процентов запланированных визитов[14,17]. Даже в тех случаях, когда семьи посещались нужное количество раз, запланированная программа визита и намеченные виды деятельности могли выполняться с отклонениями от требуемой модели, более того, некоторые семьи могли не выполнять рекомендованных предписаний после окончания визита посещающего работника[18,19]. В довершение ко всему, в обзоре масштабного исследования программ домашних посещений Gomby, Culross and Berman[5] выяснили, что приблизительно от 20 до 67 процентов зачисленных в программу семей покинули ее до запланированной даты завершения. Недавние исследования программы «Early Head Start» (Раннее начало) также показывают, что бóльшая вероятность прекращения участия в программе наблюдается у семей с наибольшим количеством факторов риска[20].

Более примечательным, вероятно, является тот факт, что предполагаемая связь между изменением родительского поведения и улучшением результатов у детей не нашла широкого подтверждения в проведенных до настоящего времени исследованиях.

Выражаясь другими словами, даже в тех случаях, когда цель программы посещений на дому изменить родительское поведение в лучшую сторону была достигнута, положительной динамики в результатах у детей, как оказалось, программа не спровоцировала[21,22]. Единственным исключением стала «Home Instruction Program for Preschool Youngsters» (Программа домашнего обучения для дошколят (HIPPY)), в которую были вовлечены латиноамериканские малообеспеченные семьи. Результаты этой программы показали улучшение как родительского обращения с детьми, так и успеваемости по математике у третьеклассников. Ранее проведенная оценка эффективности программы HIPPY выявила смешанные результаты[23]. В некоторых группах участники программы по сравнению с не участвующими в программе детьми продемонстрировали лучшую степень адаптации к школьным условиям, а также более высокие достижения в течение второго года обучения в школе, однако данные результаты не были подтверждены при исследовании других групп в иных географических регионах.

Обзор некоторых программ посещений на дому, описанных выше, включал в себя только те исследования, которые были тщательно спланированы и использовали надежные методы. В действительности ряд моделей программ продемонстрировал значительное влияние на уровень детского развития и их готовности к школе. Например, в модели программы «Early Head Start» применялся дизайн, основанный на проведении двойного слепого эксперимента, который был направлен на изучение степени влияния смешанной схемы предоставления услуг (т.е. на дому и в центре услуг) на результаты развития детей, проанализированные через 2 и 3 года после окончания программы. В целом было установлено, что не через 2, а через 3 года у детей наблюдался небольшой, но важный скачок в когнитивном развитии. Одно исследование модели программы «Nurse Family Partnership» с помощью контрольных срезов у детей в течение шести лет выявило значительный эффект программы в сфере языкового и когнитивного развития детей, а другое, проводившееся двойным слепым методом, показало снижение уровня поведенческих проблем[24]. Вдобавок, наиболее свежие исследования программы «Healthy Families America» показали небольшие, но положительные сдвиги в развитии маленьких детей[25,26].

При оценке эффективности программ посещений на дому для раннего выявления задержек в языковом развитии были получены смешанные результаты. Программа «Nurse Family Partnership» продемонстрировала значительно более высокий уровень выявляемости

задержек в языковом развитии детей10, в то время как анализ программы «Hawaii Health Start» не выявил свидетельств того, что она позволяет предотвращать задержки в языковом развитии или существенно способствовать их раннему выявлению[27].

В ряде моделей программ патронажа было невозможно документально зафиксировать влияние программ на практику родительского воспитания или на факторы окружающей обстановки, которые при наблюдении и сравнении с результатами в контрольной группе способны предсказать детское раннее развитие и обучение. Оценка программы «Hawaii Health Start» не выявила различий в экспериментальной и контрольной группах при исследовании таких параметров как течение жизни матери (обретение образовательных или жизненных целей), злоупотребление наркотическими веществами, случаи насилия со стороны партнера, наличие симптомов депрессивного состояния, взаимодействие родителей с детьми, родительский стресс, дом как обучающая среда, показатели уровня развития и состояния здоровья детей[25]. Однако участие в программе повлекло за собой сокращение числа случаев жестокого обращения с детьми.

Оценка программы «Parents as Teachers», проведенная в 1990 г., также не выявила разницы между группами по таким показателям как родительские знания о процессе воспитания детей, поведение, здоровье и развитие ребенка[17]. По некоторым из упомянутых выше показателей у матерей-подростков и матерей латиноамериканского происхождения небольшие положительные сдвиги все же были обнаружены. Более поздние исследования двойным слепым методом учебного плана «Born to Learn» программы «Parents as Teachers» выявили значительное влияние на когнитивное развитие и на мотивацию овладения новыми навыками у двухлетних детей лишь из семей с низким социально-экономическим положением[28]. Двойное слепое исследование программы «Family Check-Up» продемонстрировало благоприятное воздействие на поведение детей в возрасте 3-5 лет из групп риска и на изменение в лучшую сторону методов родительского воспитания[29].

Исследования двойным слепым методом также показало, что программы имеют большую эффективность тогда, когда они нацелены на наиболее нуждающиеся слои населения. Например, участвовавшие в программе «Nurse Family Partnership» дети, рожденные у матерей со слабоустойчивой психикой, достигли бóльших успехов по математике и чтению с 1 по 6 классы, чем их сверстники из контрольной группы (т.е. рожденные у матерей со схожими проблемами, но с которыми не вели коррекционную работу)[30,31].

Крупнейшее исследование двойным слепым методом комплексной программы «Infant Health and Development Program» (Программа Здоровья и Развития Младенцев), нацеленной на раннее вмешательство в жизнь детей, рожденных с низким весом и недошенных, и рассчитанной на трехлетний период с момента рождения ребенка, включало в себя такие компоненты как патронажная помощь на дому и обучение в образовательном центре7. Малыши из экспериментальной группы в возрасте трех лет продемонстрировали значительно более высокие результаты когнитивного и поведенческого развития, а также улучшения во взаимодействии с родителями. Среди участников исследования наиболее явные положительные результаты наблюдаются у детей из малообеспеченных семей и у тех, кто наиболее активно участвовал в программе. Программа Центра родителей и детей в Чикаго предполагала совмещение организованного дошкольного образования с патронажным обслуживанием. Эта программа зафиксировала долговременные различия между участниками программы и участниками из контрольной группы. У детей, участвовавших в программе, были выявлены более высокие показатели по окончании обучения школе, более низкие показатели по количеству неуспевающих и распределению их по специальным учебным заведениям, а также низкое число арестов подростков[32].
Другой пример, показывающий более сильное влияние интенсивных программ, – это программа «Health Steps» (Шаги здоровья), оценка которой выявила значительное улучшение языкового развития у детей, матери которых участвовали в программе, начиная с дородового периода и далее, до достижения ребенком 24-месячного возраста[33]. Эти исследования доказывают, что более интенсивное вмешательство непосредственно с участием ребенка дает более значительные результаты.

Выводы

Исследование программ посещений на дому показало, что они не оказали значительного и устойчивого эффекта на участвующих в них детей и семьи, хотя небольшое влияние на раннее развитие детей и их поведение, а также на поведение родителей и их дисциплинарные методы все же было не раз показано. Программы, которые были разработаны и реализованы в строгом соответствии с планом, в итоге привели к более позитивным результатам. Как оказалось, программы посещений на дому более перспективны для реализации среди определенных слоев населения, таких, как семьи с низким уровнем доходов, неполные семьи, а также несовершеннолетние матери, для которых эти программы могут предоставить больше льгот.

Рекомендации

Программы, успешно реализуемые в семьях, в которых у детей немного шансов достичь высокого уровня развития, обнаруживают тенденцию преобразоваться в программы с комплексными целями воздействия, т.е. такими, которые нацелены на удовлетворение целого ряда нужд таких семей. Вследствие указанных обстоятельств разработка, реализация и поддержание подобных программ обходятся достаточно дорого. В своем текущем состоянии программы посещений на дому не могут рассматриваться в качестве малозатратного способа решения проблем, связанных с развитием и здоровьем детей, на что некогда рассчитывали административные работники и население в целом[5]. Однако постоянно накапливающаяся информация о долговременных результатах и конкретных случаях эффективной реализации программ может привести к разработке воспроизводимых программ, которые смогут показать пусть небольшие, но устойчивые и положительные результаты у целевых семей-участников.

Говоря о результатах развития ребенка и его готовности к школе, недавно проведенные исследования демонстрируют многообещающие перспективы косвенного влияния на эти результаты посредством внедрения и продвижения положительных методов воспитания, а также поддержки раннего обучения на дому. По мере изучения механизмов такого влияния, как прямого, так и косвенного, исследования смогут показать наиболее эффективный способ того, как соединить помощь на дому и программы воспитания и образования детей младшего возраста для того, чтобы положительные результаты проявились в полной мере. Например, возможное объяснение того, что модель «Nurse Family Partnetship» оказывает более сильное влияние на успеваемость детей по сравнению с другими программами заключается в том, что дети, чьи родители участвовали в патронажной модели, скорее всего, прошли обучение по программе раннего образования для детей в возрасте от 2 до 5 лет[24]. Для семей, входящих в группу повышенного риска, программы посещений на дому могут послужить толчком к участию в программах дошкольного образования, доступных для них и их детей и нацеленных на дальнейшую поддержку готовности детей к школе.

Литература

1. Roberts, R. N., & Wasik, B. H. (1990). Home visiting programs for families with children birth to three: Results of a national survey. *Journal of Early Intervention*, 14, 274-284.
2. Wasik, B. H., & Bryant, D. M. (2000). Home visiting: Procedures for helping families (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

3. Behrman, R. E. (Ed.). (1999). *The future of children. Home visiting: Recent program evaluations*(Vol. 9). Los Altos, CA: The David and Lucile Packard Foundation.
4. Halpern, R. (2000). Early childhood intervention for low-income children and families. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 361-386). New York, NY: Cambridge University Press.
5. Gomby, D. S., Culross, P. L., & Behrman, R. E. (1999). *Home visiting: Recent program evaluations-analysis and recommendations. The Future of Children*, 9(1), 4-26.
6. Wagner, M., Spiker, D., & Linn, M. I. (2002). *The effectiveness of the Parents as Teachers program with low-income parents and children*. Topics in Early Childhood Special Education, 22(2), 67-81.
7. Gross, R. T., Spiker, D., & Haynes, C. W. (Eds.). (1997). *Helping low birth weight, premature babies*. Stanford, CA: Stanford University Press.
8. Karoly, L. A., Greenwood, P. W., Everingham, S. S., Hoube, J., Kilburn, M. R., Rydell, C. P., et al. (1998). *Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions* (No. MR-898-TCWF). Santa Monica, CA: RAND Corporation.
9. Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trail. *Journal of the American Medical Association*, 278(8), 637-643.
10. Olds, D. L. (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 3(3), 153-172.
11. Wagner, M., Spiker, D., Linn, M. I., Gerlach-Downie, S., & Hernandez, F. (2003). Dimensions of parental engagement in home visiting programs: Exploratory study. Topics in Early Childhood Special Education, 23(4), 171-187.
12. Roberts, R. N., Wasik, B. N., Casto, G., & Ramey, C. T. (1991). Family support in the home: Programs, policy, and social change. *American Psychologist*, 46(2), 131-137.
13. Paulsell, D., Avellar, S., Sama Martin, E., & Del Grosso, P. (2010). Home visiting evidence of effectiveness review: Executive summary. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services.
14. Duggan, A. K., McFarlane, E. C., Windham, A. M., Rohde, C. A., Salkever, D. S., Fuddy, L., et al. (1999). Evaluations of Hawaii's Healthy Start Program. *The Future of Children*, 9(1), 66-90.
15. Olds, D. L., Henderson, C. R., Jr., Kitzman, H. J., Eckenrode, J. J., Cole, R. E., & Tatelbaum, R. C. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *The Future of Children*, 9(1), 44-65.
16. Korfmacher, J., Kitzman, H., & Olds, D. L. (1998). Intervention processes as predictors of outcomes in a preventive home visitation program. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 26(1), 49-64.
17. Wagner, M. M., & Clayton, S. L. (1999). The Parents as Teachers program: Results from two demonstrations. *The Future of Children*, 9(1), 91-115.
18. Baker, A. J. L., Piotrkowski, C. S., & Brooks-Gunn, J. (1999). The Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPY). *The Future of Children*, 9(1), 116-133.
19. Hebbeler, K. M., & Gerlach-Downie, S. G. (2002). Inside the black box of home visiting: A qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly*, 17, 28-51.
20. Roggman, L. A., Cook, G. A., Peterson, C. A., & Raikes, H. H. (2008). Who drops out of Early Head Start home visiting programs? *Early Education & Development*, 19(4), 574-599.
21. Caughy, M. O., Huang, K., Miller, T., & Genevro, J. L. (2004). The effects of the Healthy Steps for Young Children Program: Results from observations of parenting and child development. *Early Childhood Research Quarterly*, 19(4), 611-630.

22. Minkovitz, C. S., Strobino, D., Mistry, K. B., Scharfstein, D. O., Grason, H., Hou, W., et al. (2007). Healthy steps for young children: Sustained results at 5.5 years. *Pediatrics*, 120(3), 658−668.

23. Nievar, M. A., Jacobson, A., Chen, Q., Johnson, U., & Dier, S. (2011). Impact of HIPPY on home learning environments of Latino families. *Early Childhood Research Quarterly*, 26, 268-277.

24. Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., et al. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 6(6), 1550-1559.

25. Caldera, D., Burrell, L., Rodriguez, K., Crowne, S. S., Rohde, C., & Duggan, A. (2007). Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse & Neglect*, 31(8), 829-852.

26. Landsverk, J., Carrillo, T., Connelly, C. D., Ganger, W., Slymen, D., Newton, R., & al., e. (2002). Healthy Families San Diego clinical trial: Technical report. San Diego, CA: The Stuart Foundation, The California Wellness Foundation, State of California Department of Social Services: Office of Child Abuse Prevention.

27. King, T. M., Rosenberg, L. A., Fuddy, L., McFarlane, E., Sia, C., & Duggan, A. K. (2005). Prevalence and early identification of language delays among at-risk three year olds. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(4), 293-303.

28. Drotar, D., Robinson, J., Jeavons, L., & Lester Kirchner, H. (2009). A randomized, controlled evaluation of early intervention: The Born to Learn curriculum. Child: Care, *Health & Development*, 35(5), 643-649.

29. Shaw, D. S., Dishion, T. J., Supplee, L., Gardner, F., & Arnds, K. (2006). Randomized trial of a family-centered approach to the prevention of early conduct problems: 2-year effects of the family check-up in early childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 1−9.

30. Olds, D. L., Kitzman, H., Hanks, C., Cole, R., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., et al. (2007). Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: Age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 120(4), e832-e845.

31. Kitzman, H. J., Olds, D. L., Cole, R. E., Hanks, C. A., Anson, E. A., Arcoleo, K. J., et al. (2010). Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 164(5), 412-418.

32. Reynolds, A. J., Temple, J. A., Robertson, D. L., & Mann, E. A. (2001). Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest: A 15-year follow-up of low-income children in public schools. *Journal of the American Medical Association*, 285(18), 2339-2346.

33. Johnston, B. D., Huebner, C. E., Anderson, M. L., Tyll, L. T., & Thompson, R. S. (2006). Healthy steps in an integrated delivery system: Child and parent outcomes at 30 months. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(8), 793-800.

Дородовые/послеродовые программы посещения на дому и их влияние на социальное и эмоциональное развитие маленьких детей (0–5)

Нэнси Донелан-Маккол, PhD, Дэвид Олдс, PhD

Университет Колорадо Денвер, США

сентября 2012 г., Éd. rév.

Введение

Социальные и эмоциональные проблемы маленьких детей могут быть непосредственно связаны с дородовым состоянием здоровья матери[1,2], последующим родительским уходом за ребенком[3,4] и обстоятельствами жизни родителей (например, временем наступления последующих беременностей, трудоустройства, зависимости от государственного социального обеспечения).[5,6] Программы посещения на дому, которые нацелены на снижение вышеперечисленных рисков и формирование защитных факторов, могут сократить количество социальных и эмоциональных проблем у детей.

Предмет

В западных культурах посещение на дому уже длительное время используется для обслуживания уязвимых групп населения. Во многих европейских странах посещения на дому являются частью стандартного медицинского обслуживания матери и ребенка, в Канаде и Соединенных Штатах данная практика менее распространена.[7] В течение последних 30 лет программы медицинского обслуживания, родительского ликбеза и социальной поддержки беременных женщин и семей с маленькими детьми на дому стали одной из наиболее перспективных стратегий, нацеленных на профилактику и снижение количества случаев плохого обращения с детьми. Однако обзоры литературы по программам домашнего посещения демонстрируют сложную картину.[8,9]

Программы домашних посещений различаются по целевым группам населения, программным моделям, и тем, кто предоставляет услуги. Однако большинство из этих программ опирается на предположение о том, что дородовое поведение родителей в

отношении здоровья, их забота о детях, и жизненный уклад влияют на социальное и эмоциональное развитие их детей.[10]

Проблематика

Было установлено, что развитие у детей поведенческих проблем экстернализующего типа связано, в частности, с воздействием табака в предродовой период, а также с осложнениями при родах[1,2]; в настоящее время есть доказательства того, что при наличии определенной генетической уязвимости воздействие табака в предродовой период является наиболее пагубным.[11]

Насилие в отношении детей, небрежный уход за ними и чрезмерно грубое обращение с детьми ведут к формированию проблем поведения экстернализующего и интернализующего типа, а также к агрессивному поведению в более старшем возрасте[3,4,12], но, опять же, влияние плохого обращения с детьми на их последующее резкое антисоциальное поведение усиливается при наличии генетической уязвимости.[13] К числу факторов, способствующих нарушению социального и эмоционального развития детей, относятся зависимость семей от соцобеспечения, малая возрастная разница между детьми в больших семьях, неполные семьи[5,6].

Научный контекст

В то время как некоторые мета-анализы исследований программ домашних посещений указывают на то, что подобные программы способствуют уменьшению случаев плохого обращения с детьми и снижению уровня детского травматизма[14,15], следует помнить о том, что результаты таких мета-анализов могут привести к неточным выводам. Например, это может произойти в тех случаях, когда проводится недостаточное количество экспериментальных проверок программ, представленных в перекрёстной классификации, учитывающей целевые группы населения для таких программ, модели программ и образование посещающих работников. Так, обзор выявил, что у полупрофессионалов эффективность работы по предотвращению жестокого обращения с детьми и связанного с ним травматизма была ниже, чем у профессиональных (мед)сестер, работающих в программах домашних посещений.[8]

Ключевые вопросы

Понимание того, как программы домашних посещений влияют на социальное и эмоциональное развитие детей, начинается с выявления тех программ, которые оказали эффективное воздействие на факторы, с одной стороны, способствующие, а с другой – мешающие детям развиваться, в том числе социально и эмоционально. Точнее говоря, какие модели программ домашних посещений оказываются более перспективными и многообещающими для улучшения завершения беременности, уменьшения жестокого обращения с детьми и улучшения ухода за ними, улучшения жизненных обстоятельств родителей, а также социального и эмоционального развития детей?

Результаты последних исследований

Улучшение исходов беременности

Большая часть исследований дородового домашнего посещения принесли разочаровывающие результаты относительно таких показателей, как вес новорожденного и гестационный возраст плода,[9,16,17] хотя, по результатам двух замеров, в одной программе дородового и послеродового домашнего обслуживания с участием медсестер удалось снизить уровень потребления табака[18,19], а так же снизить уровень гипертонии, вызванный беременностью, у большой выборки афроамериканского происхождения.[20]

Уменьшение жестокого обращения с детьми, снижение уровня безнадзорности и детского травматизма.

Программа дородового и послеродового посещения на дому, проведенная в режиме эксперимента в основном с вовлечением белокожего населения, показала в экспериментальной группе уменьшение усредненных показателей фактически засвидетельствованных случаев жестокого обращения с детьми и недосмотра за ними (независимо от риска) на 48 % по сравнению с контрольной группой, а в семьях с низким уровнем дохода матерей или незамужними на момент записи в программу матерями на 80 %.[21] Соответствующие различия, полученные в последующем экспериментальном тестировании программы среди большой выборки городских афро-американских жителей[20], были слишком слабыми, чтобы считаться надежными. Тем не менее, влияние программы на количество обращений за медицинской помощью в случаях тяжелого травмирования детей в возрасте 2 лет и заглатывания ими посторонних предметов, а также на снижение уровня детской смертности в возрасте до 9 лет от предотвратимых травм доказало правомерность

программ профилактики жестокого и небрежного обращения с детьми.[20, 22]

Материнский жизненный цикл.

В целом эффективность влияния программ посещения на дому на жизненные обстоятельства матерей (последующие беременности, образование, трудоустройство, использование социальных пособий) вызывает разочарование.[10] После экспериментальной реализации программы домашних посещений с привлечением (мед)сестер, о которой упоминалось выше, ее эффект был устойчивым на протяжении 15 лет после рождения первого ребенка и положительно повлиял на жизненные обстоятельства матерей, а именно на продолжительность перерывов между беременностями, на использование социальных пособий, на проблемы женщин, вызванные их поведением при употреблении наркотиков и алкоголя, на количество арестов среди женщин с низким доходом и не состоящих в браке на момент регистрации в программе[21]. Схожие результаты были получены в независимых экспериментальных апробациях этой программы, проведенных среди городских афро-американских[20,23,24] и испаноязычных американских жительниц.[18]

Социальные и эмоциональные проблемы детей.

Возрастает количество программ домашнего посещения, обнаруживающих положительный эффект в сфере проявлений привязанности у младенцев, а также влияние на тип привязанности.[25-30] Степень надежности привязанности считается отражением качества родительской заботы и связана с последующей поведенческой адаптацией при общении со сверстниками привязанности.[31]

Описанные выше программы дородовых посещений на дому и патронажа младенцев, осуществляемые (мед)сестрами, оказали исправительный эффект, продемонстрировав снижение числа арестов девушек в возрасте пятнадцати лет, а также снижение количества арестов и обвинительных заключений среди девятнадцатилетних.[32,33] В последующем эксперименте, участниками которого стало большое число городских афро-американок, программа оказала исправительный эффект на 12-тилетних девочек, которые применяли запрещенные вещества и испытывали проблемы поведения интернализующего типа.[34]

В третьем эксперименте с осуществлением домашнего патронажа, у находящегося под наблюдением (мед)сестры шестимесячного младенца, мать которого обладала слабоустойчивой психикой (снижение таких показателей, как материнский IQ, психическое

здоровье, низкая самооценка), наблюдалось меньше отклонений при выражении эмоций (например, низкий уровень привязанности, недостаток обращений ребенка к матери в ходе общения), которые вызываются плохим уходом за ребенком.[18]

И в заключение, эксперимент по реализации общей программы посещения на дому в Финляндии[35], а также две программы в США, реализованные консультантами, имеющими степень магистров и специализирующимися в области психического здоровья и развития, показали значительный эффект программ в решении ряда важных поведенческих проблем детей.[36,37] В дополнение к этому, реализация программ домашних посещений полупрофессионалами повлияла на снижение проявлений экстернализующего и интернализующего проблемного поведения у детей 2-летнего возраста; однако, в связи с большим количеством оценивавшихся статистических связей, данное исследование требует независимого воспроизведения результатов.[38]

Выводы

Лишь немногие программы дородового и послеродового патронажа благоприятно повлияли на исход беременностей, улучшили жизненные обстоятельства родителей, помогли снизить уровень жестокого обращения с детьми или пренебрежения ними, решили проблему ухода за новорожденными, а также социальные и эмоциональные проблемы детей. В программах, которые продемонстрировали наибольший потенциал для решения указанных проблем, принимали участие профессионалы, при этом самые надежные свидетельства были получены в экспериментах, в реализации которых были вовлечены (мед)сестры. В эксперименте, который предполагал раздельную работу (мед)сестер и работников-полупрофессионалов, (мед)сестры показали результаты, которые в два раза превзошли результаты полупрофессионалов.[18]

Программа дородового и послеродового посещения на дому, осуществляемого медсестрами, продемонстрировала устойчивый эффект на клинически значимые результаты в трёх самостоятельных исследованиях, проведенных среди различных групп населения, проживающих в разных точках США и имеющих разную социально-экономическую историю. Эти результаты повышают вероятность того, что полученные данные в дальнейшем будут использованы при работе с различными слоями современного населения США.

Рекомендации

Весной 2010 года Управление Здравоохранения и Медицинского Обслуживания совместно с Управлением по делам Семьи и Детства объявило о запуске доступной программы патронажа матерей, младенцев и детей младшего возраста.[39] Программа направлена на осуществление наблюдения беременных и новорожденных на дому. Данная программа подтвердила свою эффективность и отвечает всем требованиям закона. Государство финансирует восемь патронажных программ: «Early Head Start», «the Early Intervention Program», «Family Check-up», «Healthy Families America», «Healthy Steps», «Home Instruction Program for Preschool Youngsters» (программа для дошкольников), «Nurse-Family Partnership» и «Parents as Teachers».[40] В августе 2011 года государство создало Coalition for Evidence-Based Policy (Коалицию администрирования на основе доказательных исследований) для оценки степени выполнения каждой программы, что должно помочь улучшить жизни детей и родителей из группы риска[41]. По результатам оценки, одна программа получила высокий рейтинг (the Nurse-Family Partnership), две – средний рейтинг (Early Intervention Program and Family Check-up), остальные программы получили низкий рейтинг.

Эффективные программы, то есть такие, которые характеризуются сильными доказательными стандартами и регулярно подтверждаемыми результатами при повторном осуществлении, могут снизить риски и неблагоприятные исходы в развитии плода, младенца и ребенка. Поскольку руководящие работники и врачи решили инвестировать деньги в программы наблюдения на дому во время беременности и в первые годы жизни ребенка, они должны тщательно изучить доказательную базу тех программ, в которые они вкладывают деньги. Все программы имеют различные теоретические и эмпирические основы, а также разные качественные ориентиры и шансы на успех.

Литература

1. Arseneault, L.T., R. E. Boulerice, B. Saucier, J. F., Obstetrical complications and violent delinquency: Testing two developmental pathways. *Child Dev*, 2002. 73(2): p. 496-508.
2. Wakschlag, L.S.P., K. E. Cook, E. JrBenowitz, N. L. Leventhal, B. L., Maternal smoking during pregnancy and severe antisocial behavior in offspring: a review. *Am J Public Health*, 2002. 92(6): p. 966-74.
3. Widom, C.S., Child abuse, neglect, and adult behavior: Research design and findings on criminality, violence, and child abuse. *Amer. J. Orthopsychiat*, 1989. 59(3): p. 355-367.
4. Widom, C.S., The cycle of violence. *Science*, 1989. 244: p. 160-166.

5. Furstenberg, F.F., J. Brooks-Gunn, and S.P. Morgan, *Adolescent mothers in later life. Human development in cultural and historical contexts*. 1987, New York, NY, USA: Cambridge University Press. xiv, 204 p.
6. Yeung, W.J.L., M. R. Brooks-Gunn, J., How money matters for young children's development: parental investment and family processes. *Child Dev*, 2002. 73(6): p. 1861-79.
7. Wasik, B.H., D.M. Bryant, and C.M. Lyons, *Home visiting : procedures for helping families*. 1990, Newbury Park, Calif.: Sage.
8. MacMillan, H.M., J.Offord, D.Griffith, L.MacMillan, A., Primary prevention of child sexual abuse: a critical review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1994, 32767.
9. Issel, M.L., et al., A review of prenatal home-visiting effectiveness for improving birth outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 2011. 40: p. 157-165.
10. Gomby, D.S.C., P. L. Behrman, R. E., Home visiting: recent program evaluations--analysis and recommendations. *Future Child*, 1999. 9(1): p. 4-26, 195-223.
11. Kahn, R.S.K., J. Nichols, W. C. Lanphear, B. P., Role of dopamine transporter genotype and maternal prenatal smoking in childhood hyperactive-impulsive, inattentive, and oppositional behaviors. *J Pediatr*, 2003. 143(1): p. 104-10.
12. Toth, S.L., D. Cicchetti, and J. Kim, Relations among children's perceptions of maternal behavior, attributional styles, and behavioral symptomatology in maltreated children. *J Abnorm Child Psychol*, 2002. 30(5): p. 487-501.
13. Caspi, A., et al., Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 2002. 297(5582): p. 851-4.
14. Guterman, N.B., *Stopping child maltreatment before it starts : emerging horizons in early home visitation services*. Sage sourcebooks for the human services. 2001, Thousand Oaks, Calif. ; London: Sage Publications. xv, 247 p.
15. Roberts, I., M.S. Kramer, and S. Suissa, Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*, 1996. 312(7022): p. 29-33.
16. Olds, D.L.H., P. Robinson, J.Song, N.Little, C., Update on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Curr Probl Pediatr*, 2000. 30(4): p. 107-41.
17. Olds, D.L.K., H., Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The Future of Children*, 1993. 3(3): p. 53-92.
18. Olds, D.L.R., J. O'Brien, R. Luckey, D. W. Pettitt, L. M. Henderson, C. R. JrNg, R. K. Sheff, K. L. Korfmacher, J. Hiatt, S. Talmi, A., Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 2002. 110(3): p. 486-96.
19. Olds, D.L.H., C. R. Jr Tatelbaum, R. Chamberlin, R., Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 1986. 77(1): p. 16-28.
20. Kitzman, H.O., D.Henderson, C.Hanks, C.Cole, R.Tatelbaum, R.McConnochie, K.Sidora, K.Luckey, D.Shaver, D.Engelhardt, K.James, D.Barnard, K., Effects of home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing: a randomized controlled trial. *JAMA*, 1997. 278(8): p. 644-652.
21. Olds, D.E., J.Henderson, C.Kitzman, H.Powers, J.Cole, R.Sidora, K.Morris, P.Pettitt, L.Luckey, D., Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: a 15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA*, 1997. 278(8): p. 637-643.
22. Olds, D.L.K., H. Hanks, C. Cole, R. Anson, E. Sidora-Arcoleo, K. Luckey, D. W. Henderson, C. R. JrHolmberg, J. Tutt, R. A. Stevenson, A. J. Bondy, J., Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 2007. 120(4): p. e832-45.
23. Kitzman, H.O., D. L. Sidora, K. Henderson, C. R. JrHanks, C. Cole, R. Luckey, D. W. Bondy, J. Cole, K. Glazner, J., Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: a 3-year follow-up of a randomized trial. *JAMA*, 2000. 283(15): p. 1983-9.

24. Olds, D.L., et al., Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2010. 164(5): p. 419-24.

25. Heinicke, C.M.F., N. R.Ruth, G.Recchia, S. L.Guthrie, D.Rodning, C, Relationship-based intervention with at-risk mothers: Outcome in the first year of life. *Infant Mental Health Journal*, 1999. 20(4): p. 349-374.

26. Jacobson, S.F., K., Effect of Maternal Social support on Attachment: Experimental Evidence. *Child Development*, 1991. 62: p. 572-582.

27. Juffer, F.H., R. A. Riksen-Walraven, J. M. Kohnstamm, G. A., Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 1997. 38(8): p. 1039-50.

28. Lieberman, A.W., D.Pawl, J., Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development*, 1991. 62: p. 199-209.

29. van den Boom, D.C., Do first-year intervention effects endure? Follow-up during toddlerhood of a sample of Dutch irritable infants. *Child Development*, 1995. 66(6): p. 1798-816.

30. van den Boom, D.C., The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants.[Erratum Appears in Child Dev 1994 Dec;65(6):Followi]. *Child Development*, 1994. 65(5): p. 1457-77.

31. Sroufe, A.C., E., Contribution of attachment theory to developmental psychopathology., in *Developmental Psychopathology Vol.1: Theory and Methods.*, D.C. Cicchetti, D., Editor. 1995, John Wiley and Sons Inc.: New York, NY. p. 581-617.

32. Olds, D., et al., Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA*, 1998. 280(14): p. 1238-44.

33. Eckenrode, J., et al., Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. Arch Pediatr Adolesc Med, 2010. 164(1): p. 9-15.

34. Kitzman, H.J., et al. (2010) Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Arch Pediatr Adolesc Med* 164, 412-8 DOI: 164/5/412 [pii] 10.1001/archpediatrics.2010.76.

35. Aronen, E.T.K., S. A., Long-term effects of an early home-based intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1996. 35(12): p. 1665-72.

36. Lowell, D.I., et al., A randomized controlled trial of Child FIRST: A comprehensive home-based intervention translating research into early childhood practice. *Child Development*, 2011. 82(1): p. 193-208.

37. Shaw, D., et al., Improvements in maternal depression as a mediator of intervention effects on early childhood problem behavior. *Development & Psychopathology*, 2009. 21(417-439).

38. Caldera, D., et al., Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse & Neglect*, 2007. 31(8): p. 829-852.

39. Affordable Care Act, H.R. 3590-216, Subtitle L,- Maternal and Child Health Services. 2010. Available from: http://docs.house.gov/energycommerce/ppacacon.pdf. Accessed July 30, 2012.

40. U.S. Department of Health and Human Services. Home visiting evidence of effectiveness. 2011; Available from: http://homevee.acf.hhs.gov. Accessed July 30, 2012.

41. Coalition for Evidence-Based Policy. HHS's maternal, infant, and early childhood home visiting program: Which program models identified by HHS as "Evidence-Based" are most likely to produce important improvements in the lives of children and parents? 2011 Aug, Available from: http://coalition4evidence.org/wordpress/wp-conent/uploads/Review-of-8-hv-

models-Aug-2011-Final.pdf. Accessed July 30, 2012.

Влияние программ посещений на дому на психическое здоровье матери и ребенка

[1]Роберт Т. Аммерман, PhD, [2]С. Дариус Тандон, PhD

[1]Медицинский центр Детской больницы Цинциннати и Медицинский колледж Университета Цинциннати, США, [2]Кафедра педиатрии университета Джонса Хопкинса, США

сентября 2012 г.

Введение

Проблемы психического здоровья (из которых материнская депрессия является наиболее частой) широко распространены среди женщин с низким уровнем доходов. Это не вызывает удивления, поскольку данные женщины находятся в группе риска в связи с воздействием таких факторов как стрессовые события жизни, слабая социальная поддержка, стресс, связанный с уходом за ребенком, трудности в браке и бедность.[1,2] Дети матерей, страдающих от депрессии, в том числе не достигающей клинического уровня, могут испытывать ряд негативных последствий, включая задержки развития, когнитивные нарушения и ненадежную привязанность.[3,4] С этой точки зрения программы посещений на дому занимают уникальное положение среди способов борьбы с материнской депрессией, если принять во внимание большое количество беременных женщин, которых они обслуживают. В этой главе мы сосредоточимся на последних исследованиях программ посещений на дому, ориентированных на выявление материнской депрессии и принятие ответных мер, выявим пробелы в существующих исследованиях и представим рекомендации, которые могут быть учтены обществом при реализации и разработке программ посещений на дому, направленных на работу с материнской депрессией.

Предмет

Программы посещений на дому программы широко распространены в развитых странах, что является отражением усилий, направленных на оптимизацию развития детей и жизненных обстоятельств матери. Эти программы потребовали существенных финансовых вложений. Исследования показали, что большая часть матерей, пользовавшихся услугами программ посещений на дому, испытывают определенные проблемы в сфере психического здоровья, при этом почти 50 процентов женщин страдают от повышенной депрессивности,

достигающей уровня клинического диагноза, в первые, критические, годы развития своего ребенка.[5] Существуют доказательства того, что многим матерям, находящимся в депрессии, не удается в полной мере воспользоваться всеми преимуществами обслуживания по программам посещений на дому.[6] Выявление среди участвующих в программах посещений на дому женщин тех матерей, которые страдают от депрессии или подвержены риску ее развития, а также лечение или профилактика этого состояния и его пагубных последствий могут улучшить результаты реализации этих программ и содействовать здоровому развитию ребенка.

Проблематика

У женщин, впервые ставших матерями, депрессия часто имеет глубокие и долговременные негативные последствия, сказывающиеся на воспитании и развитии ребенка. Находящиеся в состоянии депрессии матери настолько ошеломлены своей новой ролью родителя, что с трудом понимают сигналы младенцев, не справляются с тем, чтобы удовлетворить социальные и эмоциональные потребности своих детей в полной мере и менее терпимо относятся к трудностям в поведении ребенка.[7] В тех случаях, когда дети, особенно на первом году своей жизни, испытывают на себе последствия материнской депрессии, они развивают слабую привязанность к своим родителям, демонстрируют нарушения эмоциональной и поведенческой регуляции, обнаруживают трудности с вниманием и памятью и подвержены большему риску развития психических расстройств в течении детства.[8] Программы посещений на дому сосредоточены на том, чтобы всячески содействовать здоровому развитию ребенка посредством улучшения родительского обращения и материнских функций. В связи с тем, что во время участия в программах посещений на дому у испытывающих депрессию матерей возникают постоянные проблемы с настроением, они могут извлекать меньшую пользу из услуг, а их дети продолжают испытывать повышенный риск снижения возрастных показателей. Помимо этого, одной из целей программ посещений на дому в случае необходимости является направление матерей в другие организации, которые оказывают профессиональные услуги, в том числе и психиатрическое лечение. Тем не менее, сотрудники служб посещений на дому не всегда могут распознать необходимость направления испытывающих депрессию матерей в соответствующие службы, и, даже если они успешно идентифицировали нуждающуюся в помощи женщину и перенаправили ее в службу психического здоровья, немногие матерей получают эффективное лечение.[6]

Научный контекст

Несмотря на растущее число научных работ, посвященных эффективности программ посещений на дому, материнской депрессии внимание уделяется только в последнее время. Были проведены исследования для определения распространенности материнской депрессии среди потребителей услуги посещений на дому,[9,10,11,12] из которых следует, что доля депрессивных симптомов составляет около 50 процентов. Меньшее количество исследований посвящены проблемам диагностики материнской депрессии в условиях домашних посещений,[9,11] а также специфическим трудностям при проведении диагностических и коррекционных процедур в рамках таких программ.[13,14] После признания распространенности материнской депрессии и ограниченных возможностей ответного отклика программ посещений на дому, были разработаны мероприятия, направленные на профилактику и лечение материнской депрессии.

Ключевые вопросы

Существует три ключевых вопроса:

- Во-первых, каким образом материнская депрессия влияет на такие целевые показатели программ посещений на дому, как, например, воспитание детей родителями, течение жизни матери, здоровье и развитие детей?
- Во-вторых, каковы распространенность и течение материнской депрессии в контексте программ посещений на дому? С этим вопросом связана проблема понимания возможных последствий повышенного уровня депрессивности по сравнению с клинически диагностируемой глубокой депрессией.
- В-третьих, каким должен быть наилучший подход к профилактике и лечению депрессии у молодых матерей, участвующих в программах посещений на дому?

Результаты последних исследований

Программы посещений на дому и материнская депрессия

На сегодняшний день существует ограниченное количество доказательств того, что программы посещений на дому влияют на материнскую депрессию. В одном исследовании двойным слепым методом сравнивали семьи из программ посещений на дому с участниками из контрольной группы, получавшими другие общественные услуги, и

обнаружили статистически значимую разницу усредненного показателя депрессивных симптомов через два года после начала программы, однако через три года от начала участия этот контраст оказался несущественным.[15] Второе исследование «Early Head Start» не выявило никаких различий в депрессивных симптомах у участников из экспериментальной и контрольной групп по окончании программы, хотя была обнаружена разница на более позднем этапе, а именно в период перед поступлением детей в садик.[10] Другие исследования двойным слепым методом не обнаружили влияния посещений на дому на симптомы материнской депрессии.[12,16,17]

Существуют доказательства того, что депрессия может оказывать негативное влияние на результаты программ посещений на дому. Депрессия всегда была связана с негативными взглядами на воспитание и ограниченным знанием о развитии детей.[18] В проекте по исследованию и оценке программы «Early Head Start»[6] было установлено, что у страдающих от депрессии матерей ухудшалось взаимодействие с ребенком, кроме того, такие матери испытывали трудности при достижении своих целей в получении образования или в трудоустройстве по сравнению с теми, кто не был в депрессии. С другой стороны, испытывающие депрессию матери показали улучшение результатов по некоторым аспектам взаимодействия с детьми во время выполнения специально организованных заданий. Duggan и соавторы[19] обнаружили, что подверженные депрессии матери с низким уровнем тревожности в отношениях с ребенком, показали улучшения в восприимчивости к детским сигналам по сравнению с теми, у кого был более высокий уровень подобной тревожности, и теми, кто не участвовал в программе посещений на дому. Исследования программы «Nurse-Family Partnership»[20] получили надежные свидетельства того, что женщины со слабоустойчивой психикой, что включает некоторые симптомы депрессии, извлекают наибольшую выгоду из домашних визитов по программе. Учитывая все вышесказанное, очевидно, что влияние депрессии на результаты программ посещений на дому имеют неоднозначный характер.

Выявление материнской депрессии и ответные меры

Обычно сотрудники программ посещений на дому не выявляют материнскую депрессию и не предпринимают ответных мер в ходе домашних посещений.[11,12,17] Можно указать несколько причин, из-за которых специалисты служб не обращают внимания на материнскую депрессию: например, чувство, что у них нет специальной подготовки, позволяющей им обсуждать данные темы с потребителями услуги; представление о том,

что с депрессивными клиентами труднее работать; трудности в определении приоритетных проблем для обсуждения – плохого психического здоровья клиентов или их других насущных потребностей; а также отсутствие ясности относительно границ их полномочий в тех случаях, когда депрессию матери следует лечить.[13,14] Систематическое отслеживание и направление к специалистам женщин во время записи в программы посещений на дому может помочь выявить тех матерей, которым нужна помощь и поддержка при депрессии.

Работа с материнской депрессией

В силу того, что депрессивные матери редко получают эффективную терапию по месту жительства, были разработаны два подхода, которые обеспечивают работу в домашних условиях. Ammerman с коллегами создали Когнитивную поведенческую терапию на дому (In-Home Cognitive Behavioral Therapy, или IH-CBT).[21] IH-CBT является строго регламентированным подходом к работе, которая осуществляется терапевтом с магистерской степенью в точном соответствии с разработанным руководством. Это форма работы с депрессией, адаптированная и модифицированная для применения в домашних условиях на основе методов доказательного исследования (evidence-based); она учитывает уникальные потребности молодых, социально изолированных и живущих в нищете матерей и поощряет сотрудников служб посещений на дому выстраивать тесные отношения сотрудничества с целью достижения самых высоких возможных результатов у матерей и детей. В недавнем клиническом исследовании было обнаружено[22], что у матерей с диагнозом «глубокая депрессия», проходивших курс IH-CBT и участвовавших в программе посещений на дому, на послелечебной стадии диагностированная степень глубокой депрессии была ниже, по сравнению с теми, кто получал только сопровождение на дому (29,3 % по сравнению с 69,0 % соответственно), через три месяца после прохождения лечения эти показатели были 21,0 % и 52,6 % соответственно. Среди результатов также было отмечено значительное снижение проявлений депрессивных симптомов, оценивавшихся на основе самоотчета, увеличение социальной поддержки, снижение уровня других психиатрических симптомов и увеличение функциональных возможностей.

Beeber и соавторы[23] провели клиническое исследование межличностной психотерапии (interpersonal psychotherapy, IP), в которое были вовлечены 80 недавно иммигрировавших матерей из Латинской Америки в возрасте 15 лет и старше, которые участвовали в программе посещений на дому «Early Head Start». Посредством случайного выбора находящиеся в состоянии депрессии матери были записаны либо на курс IP, либо на курс «стандартного» лечения. Само лечение проводили психиатрические медсестры, которые

действовали в партнерстве с переводчиком с испанского языка. Командой исследователей было проведено одиннадцать сессий, и еще пять дополнительных стимулирующих сессий были проведены переводчиком. Результаты показали значительное снижение уровня депрессии по самоотчетам у участниц курса IP по сравнению с женщинами из группы «стандартного» лечения, при этом данные результаты оставались стабильными в течение одного месяца после завершения лечения.

Мероприятия по профилактике материнской депрессии

Учитывая большое количество потребителей услуги посещений на дому, находящихся в группе риска развития клинической депрессии, Tandon и коллеги адаптировали систему корректива вмешательства – «the Mothers and Babies Course» (Курс для мам и малышей) [24] – для использования во время домашних визитов как способ профилактики депрессии. Выводы недавнего исследования с использованием двойного слепого метода показали[25,26], что у участников программы корректива вмешательства симптомы депрессии снижались значительно быстрее, чем у тех, с кем работали традиционными методами, в течение первой недели после начала лечения, через три и шесть месяцев после прохождения курса лечения, при этом наибольший эффект зафиксирован через шесть месяцев после вмешательства. Результаты проведенного структурированного клинического интервью показали, что участники программы корректива вмешательства были менее подвержены вероятности рецидива депрессивного эпизода в течение шести месяцев после вмешательства по сравнению с участниками традиционных курсов лечения (14,6 % и 32,4 % соответственно).

Неисследованные области

Исследование депрессии в рамках программ посещения на дому все еще находится на начальном этапе. Существует потребность в теоретически обоснованном исследовании того, как материнская депрессия воздействует на результаты программ посещений на дому для матери и ребенка. Основное внимание в этой работе должно быть направлено на более глубокое понимание того, как степень тяжести депрессии и ее протекание взаимодействуют с элементами программы и приводят к положительным или отрицательным результатам. Кроме того, в немногих исследованиях разграничиваются повышенный уровень депрессивности и клинически диагностируемая глубокая депрессия. Вполне возможно, что такое различение может быть важно для понимания того, как

депрессия влияет на результаты работы служб посещения на дому, и какой подход к ней лучше всего использовать. Кроме того, для более полного удовлетворения потребностей нуждающихся необходимо идентифицировать смягчающие факторы и механизмы изменений, которые помогут усовершенствовать программы посещений на дому. Данные усовершенствования, скорее всего, коснутся подготовки и курирования сотрудников служб посещения на дому, приведут к изменению учебных программ, введению систематического контроля и диагностирования состояний, внедрению комплексных подходов, направленных на предотвращение депрессии или обеспечение эффективного лечения для тех, кто уже страдает от глубокой депрессии. Существует недостаток информации о долгосрочных последствиях таких дополнений к программам для профилактики и лечения. Глубокая депрессия возникает у человека время от времени, широко распространены рецидивы. Следовательно, самыми многообещающими для пользы матери и ребенка являются подходы к профилактике и лечению, которые снижают риск рецидивов и / или увеличивают интервалы между эпизодами глубокой депрессии в долгосрочной перспективе. Наконец, существует необходимость достичь лучшего понимания того, как распространить обоснованные эмпирическими исследованиями программы профилактики и лечения в более широких масштабах и внедрить их в различные модели программ посещений на дому.

Выводы

Психическое здоровье матери, в частности, депрессия, вызывает серьезную обеспокоенность у организаторов программ посещений на дому. Как показывают исследования, депрессия распространена очень широко. Сотрудники службы домашних посещений, как правило, часто сталкиваются с трудностями при работе с испытывающими депрессию матерями, испытывают затруднения при распознавании депрессии, им не всегда удается направить матерей на курс эффективного лечения психического здоровья по месту жительства. Результаты изучения влияния депрессии на показатели работы программ посещений на дому носят противоречивый характер: некоторые исследования сообщают об отрицательных результатах, а другие предполагают, что страдающие от депрессии матери могут извлечь выгоду из подобных программ. Тем не менее, исследования показывают, что одни только посещения на дому оказывают небольшое положительное влияние на симптомы материнской депрессии. В той степени, в которой матери находятся в состоянии депрессии во время посещений, этот фактор, скорее всего, будет иметь последствия для

здоровья и развития ребенка. Появилось несколько подходов к профилактике и терапии депрессии, основанных на доказательном исследовании. Принимая во внимание востребованность дальнейшей разработке этой проблемы, предварительные результаты оценки программ посещений на дому обнадеживают и позволяют предположить, что такие программы представляют собой один из важных путей выявления женщин, которые либо страдают от депрессии, либо подвержены риску развития этого состояния.

Рекомендации родителям, службам и администрации

В связи с тем, что депрессия весьма распространена среди женщин, участвующих в программах посещений на дому, необходимо использовать систематические комплексные подходы для эффективного и своевременного распознавания депрессии и принятия ответных мер. Во-первых, нужно проводить целенаправленное и систематическое обследование каждого вновь поступающего потребителя услуги посещения на дому. На данный момент уже существуют надежный, действенный и быстрый в применении инструментарий обследования, который может быть интегрирован в стандартную процедуру принятия в программу. Во-вторых, программы должны обеспечить обучение сотрудников служб тому, как иметь дело с материнской депрессией во время посещений на дому. Сотрудники служб посещений должны понимать, когда и как работать с материнской депрессией, и когда они должны направить женщину к специалистам в области психического здоровья. Обучение должно также предоставлять рекомендации в том, как найти баланс в разговоре об определении потребностей семьи с обсуждением тем, касающихся материнской депрессии и других психологических факторов риска, которые препятствуют эффективному воспитанию ребенка. Следует акцентировать развитие профессионально важных навыков сотрудников служб посещений на дому и обеспечить условия для реализации этих навыков. Существуют два подхода, которые уже эффективно применяются в иных контекстах для развития и поддержания навыков персонала: это рефлексивная супервизия[27] и коучинг.[28] В-третьих, в дальнейшем следует продолжить строго научное тестирование расширенного спектра услуг по коррекции психического состояния, предоставляемых программами посещений на дому, а также официально оценить их адекватность и пригодность для профилактики и лечения материнской депрессии. Следует предпринять усилия, направленные на интеграцию профилактических и лечебных мероприятий в рамках единой программы посещения на дому, чтобы охватить весь спектр женщин, нуждающихся в корректирующем вмешательстве в связи с материнской

депрессией. В каждую из этих рекомендованных областей администрирования и практической работы должны быть привлечены различные заинтересованные стороны (в том числе сотрудники и потребители услуги посещения на дому), чтобы обеспечить разработку экологически валидных подходов и удостовериться в том, что они восприняты местным сообществом и органично включены в его жизнь.

Литература

1. Mayberry, L. J., Horowitz, J. A., & Declercq, E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among US women during the first 2 years postpartum. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 36, 542-549.
2. Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., & Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression: The relative significance of three social status indices. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42, 316-321.
3. Center on the Developing Child. (2009). Maternal depression can undermine the development of young children (Working Paper 8). Boston, MA: Harvard University.
4. National Research Council and Institute of Medicine. (2009). Depression in parents, parenting and children: Opportunities to improve identification, treatment and prevention. Washington DC: The National Academies Press.
5. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Bosse, N. R., Teeters, A. R., & Van Ginkel, J. B. (2010). Maternal depression in home visitation: A systematic review. Aggression and Violent Behavior, 15, 191-200.
6. Administration on Children Youth and Families. (2002). Making a difference in the lives of children and families: The Impacts of Early Head Start Programs on infants and toddlers and their families. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
7. Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. Annual Review of Clinical Psychology, 3, 107-135.
8. Hay, D. F., Pawlby, S., Waters, C. S., Perra, O., & Sharp, D. (2010). Mothers' antenatal depression and their children's antisocial outcomes. Child Development, 81, 149-165.
9. Ammerman, R. T., Putnam, F. W. , Altaye, M., Chen, L., Holleb, L., Stevens, J., Short, J., & Van Ginkel, J. B. (2009). Changes in depressive symptoms in first time mothers in home visitation. Child Abuse & Neglect, 33, 127-138.
10. Chazan-Cohen, R., Ayoub, C., Pan, B. A., Roggman, L., Raikes, H., McKelvey, L., & Hart, A. (2007). It takes time: Impacts of Early Head Start that lead to reductions in maternal depression two years later. Infant Mental Health Journal, 28, 151-170.
11. Tandon, S. D., Parillo, K. M, Jenkins, C. J., & Duggan, A. K. (2005). Home visitors' recognition of and response to malleable risk factors among low-income pregnant and parenting women. Maternal Child Health Journal, 9, 273-283.
12. Duggan, A., Caldera, D., Rodriguez, K., Burrell, L., Rohde, C., & Crowne, S. S. (2007). Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. Child Abuse & Neglect, 31, 801-827.
13. Lecroy, C. W., & Whitaker, K. (2005). Improving the quality of home visitation: An exploratory study of difficult situations. Child Abuse & Neglect, 29, 1003-1013.

14. Tandon, S. D., Mercer, C., Saylor, E., & Duggan, A. K. (2008). Paraprofessional home visitors' perceptions of addressing poor mental health, substance abuse, and domestic violence: A qualitative study. Early Childhood Research Quarterly, 23, 419-428.

15. Landsverk, J., Carrilio, T., Connelly, C. D., Granger, W. C., Slymen, D. J., & Newton R. R. (2002). Healthy Families San Diego clinical trial: Technical report: San Diego, CA: San Diego Children's Hospital and Health Center.

16. Mitchell-Herzfeld, S., Izzo, C., Greene, R., Lee, E., & Lowenfels, A. (2005). Evaluation of Healthy Families New York (HFNY): First year program impacts. Albany, NY: Healthy Families New York.

17. Duggan, A. K., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S., McFarlane, E., Windham, A., & Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program to prevent child abuse: Impact in reducing parental risk factors. Child Abuse & Neglect, 28, 623-643.

18. Jacobs, S., & Easterbrooks, M. A. (2005). Healthy Familes Massachusetts final evaluation report. 2005; Retrieved from http://www.healthyfamiliesamerica.org/downloads/eval_hfm_tufts_2005.pdf.

19. Duggan, A., Berlin, L., Cassidy, J., Burrell, L., & Tandon, S. (2009). Examining maternal depression and attachment insecurity as moderators of the impacts of home visiting for at-risk mothers and infants. Journal of Consulting Clinical Psychology, 77, 788-799.

20. Olds, D. L. (2010). The nurse-family partnership: From trials to practice. In A. J. Reynolds, A. J. Rolnick, M. M. Englund, & J. A. Temple (Eds.) (2010). Childhood programs and practices in the first decade of life: A human capital integration (pp.40-75). New York, NY: Cambridge University Press.

21. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Stevens, J., Bosse, N. R., Short, J. A., Bodley, A. L., & Van Ginkel, J. B. (2011). An open trial of in-home CBT for depressed mothers in home visitation. Maternal and Child Health Journal, 15, 1333-1341.

22. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Altaye, M., Stevens, J., & Van Ginkel, J. B. (2012). A clinical trial of In-Home CBT for depressed mothers in home visitation. Unpublished manuscript, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, Ohio, USA.

23. Beeber, L. S., Holditch-Davis, D., Perreira, K., Schwartz, T., Lewis, V., Blanchard, H., Canuso, R., & Goldman, B. D. (2010). Short-term in-home intervention reduces depressive symptoms in early head start Latina mothers of infants and toddlers. Research in Nursing & Health, 33, 60-76.

24. Munoz, R. F., Le, H. N., Ippen, C. G., Diaz, M. A., Urizar, G. G., et al. (2007). Prevention of postpartum depression in low-income women: Development of the Mamas y Bebes/Mothers and Babies Course. Cognitive and Behavioral Practice, 14, 70-83.

25. Tandon, S. D., Mendelson, T., Kemp, K., Leis, J., Perry, D. (2011). Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: A randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79, 707-712

26. Tandon, S. D., Leis, J., Mendelson, T., Perry, D. F., & Kemp, K. (2012).6-month outcomes from a randomized controlled trial to prevent perinatal depression in low-income home visiting clients. Unpublished manuscript, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA.

27. Heller, S. S., & Gilkerson, L. (2011). Practical guide to reflective supervision. Washington, DC: Zero to Three.

28. Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R., & Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida.

Роль программ посещения на дому в профилактике неподобающего обращения с детьми

Кимберли Боллер, PhD

Научно-исследовательский центр Mathematica Policy Research, США

сентября 2012 г.

Введение

В 2010 г. в США агентствами и социальными службами по защите детей было получено 3.3 миллиона свидетельских показаний о неподобающем и грубом обращении, которому подверглись 5.9 миллионов детей. Расследования были проведены в отношении 1.8 миллиона заявлений, из них в 436 321 случае факты пренебрежительного и жестокого обращения с детьми подтвердились, и 24 976 случаях семьи были взяты на учет как оставшиеся под подозрением или потенциально способные проявить насилие при обращении с ребенком. По некоторым оценкам 1 560 детей умерли из-за недосмотра или неподобающего обращения, самый высокий показатель смертности – 20.6 на 1000 детей – наблюдается среди младенцев, не достигших года.1 Исследования показывают, что дети, испытавшие на себе неподобающее обращение (под которым понимается небрежное или жестокое обращение, а также и то и другое в совокупности), переживают невзгоды, и демонстрируют невысокие результаты в различных жизненных сферах, например, показатели уровня их психологического комфорта, успехов в учебе, когнитивного развития ниже среднестатистических.2,3,4 Если посчитать, во что финансово обходятся государству эти дети, не развившие в себе заложенный потенциал для будущей взрослой жизни, то получается, что США ежегодно теряет 50-90 миллиардов долларов из-за низкого уровня производительности таких людей, которая даже ниже, чем у взрослых жертв насилия.5,6 Эти данные подчеркивают насущную необходимость разработки государственных стратегий, направленных на предотвращение пренебрежительного и грубого обращения с детьми в семье для того, чтобы улучшить жизненные показатели для самих детей, их семей и общества в целом.

Предмет

Программа домашних посещений в период, когда ребенок находится во внутриутробном, младенческом и раннем детском возрасте – это одна из стратегий, которые вселяют надежду на сдерживание недолжного обращения с детьми. Программа домашнего посещения включает в себя работу с семьей в домашних условиях, визиты осуществляет опытный специалист, который посоветует как построить качественные взаимоотношения родитель-ребенок, снизить риски детской травматичности в доме и организовать ребенку благоприятную домашнюю среду. Большинство проектов домашнего посещения основаны на работе добровольцев, государство и общество направляют их в семьи, где потенциально возможно пренебрежительное и грубое обращение с детьми (например, семьи, где у родителей очень низкий уровень образования; семьи, живущие в бедности; семьи с одним родителем и семьи, в которых родители сами состояли на учете в социальных службах). За последние 40 лет было разработано более 250 моделей программ домашнего посещения, в разработке участвовали как ученые, так и представители служб; программы различались по подходу к подбору посещающего персонала, расписанию визитов и их составу, продолжительности участия семьи в программе, различалась также их эффективность в выявлении и предотвращении недолжного обращения с детьми7. Эта статья представляет собой обзор собранных данных, касающихся эффективности программ домашнего посещения при профилактике небрежного и грубого обращения с детьми, обозначает моменты, требующие дальнейшего изучения, и предлагает к обсуждению рекомендации для заинтересованных сторон и участников проекта.

Проблематика

Для государства и общества непростой задачей является выбор тех программ домашнего посещения из множества существующих, которые более всего подходят для работы с целевыми группами среди населения и которые наиболее эффективны для предотвращения недолжного обращения с детьми. Для того чтобы выбрать одну из программ домашнего посещения для реализации официальным лицам и службам, принимающим решения, необходимы аналитические данные. Во многих случаях предоставляемых данных просто недостаточно для надежных выводов о действенности и преимуществах какой-то одной программы в предотвращении небрежного и грубого обращения с детьми.8

Одна из проблем анализа и оценки данных заключается в том, что в каждом штате свои требования к отчетности и проведению расследований, что затрудняет сравнение показателей недолжного обращения с детьми. Согласно отчетам общее количество

подтвержденных случаев жестокого обращения с детьми, оставления их без присмотра и обращений в скорую помощь и больницы со следами побоев и со случайными отравлениями в результате недосмотра относительно невысокое, а это означает, что большинство исследовательских данных учло как показатели риска, такие как жесткий родительский стиль общения (то есть применение физических наказаний для поддержания дисциплины), послеродовую депрессию, злоупотребление алкогольными и наркотическими веществами и домашнее насилие, так и превентивные факторы, такие как благоприятная домашняя атмосфера и правильно выстроенные детско-родительские взаимоотношения. При оценке факторов риска использование измерительных методик и данных наблюдения за семьей могут обходиться недешево, но данные, предоставленные родителями о себе, семье и детях, хотя и не так дорого обходятся, часто являются недостоверными. Еще одна сложность при оценке данных это, так называемый, эффект «недремлющего ока». Эффект «недремлющего ока»9 означает существование потенциальной возможности того, что количество зарегистрированных случаев недолжного обращения с детьми в тех семьях, которые добровольно участвуют в государственных социальных программах или принимают участие в исследованиях, может исказить существующую реальную картину и статистику небрежного и грубого обращения с детьми за счет того, что чем дольше профессиональные специалисты наблюдают семью, тем больше у них шансов, благодаря неусыпному контролю, выявить, заметить и зарегистрировать в отчетности подозрения в жестоком обращении с ребенком и в связи с этим начать расследование. Это как раз увеличивает вероятность обнаружения подобных случаев у тех, кто добровольно участвует и открыт для корректива вмешательства, нежели среди тех, кто не впускает специалистов в свою жизнь.

Научный контекст

За последние 15 лет количество исследований неподобающего обращения с детьми возросло, более того, уже существуют статистически объединенные результаты исследований (мета-анализы), сводные и сравнительные обзоры отчетности по эффективности программ домашнего посещения в предотвращении недолжного обращения с детьми.10,11,12 Однако широкого и всеобъемлющего обзора всех данных по всем программам домашнего посещения до последнего времени не проводилось.7,13,14,15,16 Первая попытка такого обзора была предпринята Министерством здравоохранения и социальных служб США в 2009 году, результаты которой нашли отражение в «Отчете об

эффективности программ домашнего посещения», предоставившем системный обзор данных по программам домашнего посещения семей с детьми от 2-х до 5-ти лет, особое внимание в нем было уделено применению этих программ в качестве профилактики неподобающего обращения с детьми. Данный обзор имел целью оценить четко прописанные процедуры для документации данных и то, насколько эти процедуры качественны в оценке результатов. Министерство здравоохранения использовало результаты обзора, чтобы определить, какие из методик домашнего посещения имеют более четкие данные и более соответствуют критериям эффективности. Эти методики должны были пройти государственную экспертизу в рамках федерального проекта с бюджетом в 1,5 миллиарда долларов, что в конечном итоге было нацелено на увеличение количества семей, подпадающих под государственную научно-обоснованную программу домашнего посещения. Целью этого федерального проекта было создание благоприятной семейной атмосферы и улучшение качества жизни детей и родителей, снижение общего уровня недолжного обращения с детьми и освоение родителями педагогических практик, способных снизить риск некорректного обращения с детьми. По данным на октябрь 2011 г. девять моделей государственных программ соответствовали требованиям Министерства здравоохранения и социальных служб: Child FIRST, Early Head Start-Home Visiting, Early Intervention Program for Adolescent Mothers (EIP), Family Check-Up, Healthy Families America (HFA), Healthy Steps, Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPY), Nurse-Family Partnership (NFP), Parents as Teachers (PAT). В июле 2012 г. в рамках очередного «Отчета по эффективности программ домашнего посещения» еще три методики подтвердили свое право участвовать в государственной программе, удовлетворив требованиям Министерства здравоохранения и социальных служб США.17 Но, как оказалось, из девяти представленных методик не все предоставили достаточно объективные данные об эффективности программ домашнего посещения в уменьшении некорректного и пренебрежительного обращения с детьми и улучшения применения родительских подходов к воспитанию.7,8

Ключевые вопросы

В настоящем обзоре рассматриваются два исследовательских вопроса:

1.Каковы объективные данные, свидетельствующие о том, что программа домашнего посещения сокращает количество случаев недолжного и пренебрежительного обращения с детьми?

2.Каковы объективные данные, свидетельствующие о том, что программа домашнего посещения прививает навыки правильного обращения родителей с детьми, и в какой степени эти практики снижают риск дальнейшего плохого обращения с детьми?

Результаты последних исследований

Каковы объективные данные о том, что программа домашнего посещения снижает уровень некорректного и пренебрежительного обращения с детьми?

Систематизированные данные Отчета по эффективности программ домашнего посещения выявили, что программы Healthy Families America (HFA) и Nurse-Family Partnership (NFP) в своей работе исследовали статистику выявленных и подтвержденных случаев жестокого обращения с детьми и оставления детей без присмотра. Исследование программы Nurse-Family Partnership (NFP) показало отсутствие изменений в количестве зарегистрированных случаев плохого обращения с четырехлетними детьми18, хотя другое исследование отметило снижение количества жалоб на плохое обращение с детьми через 15 лет после зачисления семьи в программу.19 Анализ результатов ряда исследований программы Healthy Families America (HFA) не показал никаких изменений данных по жестокому и пренебрежительному обращению с детьми в краткосрочный период после участия семей в программах20,21,22,23, а в длительной перспективе эти семьи не отслеживались. Один из отчетов программы Child FIRST выявил положительное влияние программы, которое заключалось в том, что участие и контроль служб опеки и попечительства и организаций защиты детства усилились за последние три года. Есть данные, предоставленные программами Early Head Start–Home Visiting (EHS–HV), HFA, Healthy Steps и NFP, касающиеся статистики обращений в больницы и стационары с травмами и пищевыми отравлениями, но только у программы NFP отмечено сокращение количества подобных случаев.13,18,25,26

Исследования HFA принесли смешанные результаты, однако в большинстве случаев влияния на сокращение количества случаев применения родителями жестоких мер по отношению к детям (оценивалось с использованием родительских отчетов) обнаружено не было. Некоторые исследования продемонстрировали положительное влияние HFA на самоотчеты родителей о снижении частоты пренебрежительного, жесткого обращения с детьми за прошедшую неделю, а также других видов неподобающего обращения с ребенком.8,21,22,23,27

Каковы объективные данные, свидетельствующие о том, что программа домашнего посещения усиливает влияние защищающих факторов, связанных со снижением риска плохого обращения с детьми?

Семь из девяти методик, соответствующих критериям «Отчетности по эффективности программ домашнего посещения», имеют данные об улучшении защищающих факторов, таких как правильный родительский подход к воспитанию, качество взаимоотношений родитель-ребенок, а также безопасность и познавательная насыщенность домашней атмосферы (данные, предоставленные Child FIRST, не включали в себя эти параметры, а данные программы Early Intervention Program for Adolescent Mothers показали отсутствие влияния). Исследования показали, что у программ NFP и PAT также имелись и отрицательные результаты. Так, ожидаемый эффект не был достигнут из-за того, что участвующие в этих программах семьи (по сравнению с контрольной группой семей) либо имеют недостаточное количество развивающих материалов и игрушек, родители в этих семьях склонны к применению строгих дисциплинарных мер и не всегда способны правильно понять поведение своих детей. А вот данные программы EHS–HV показали положительное влияние программы на знания родителей о развитии и физиологии младенцев.8,14

Неисследованные области

Хотя существуют исследования программ домашнего посещения, которые предоставляют сведения о том, как некорректное и пренебрежительное обращение с ребенком влияет на ребенка и на будущее семьи, совсем немногие из этих научных анализов пользуются скрупулезными и строгими методиками отслеживания причинно-следственных связей влияния конкретных методов и действий специалистов и родителей на семью и ребенка. На самом деле, многие из исследований моделей программ домашних посещений, задача которых видится в стимуляции развития ребенка с раннего возраста, никак не учитывают данные о жестоком обращении с ребенком или же об оставлении его без присмотра в период отсутствия специалистов в доме. Анализ эффективности этих программ скорее сфокусирован на снижении риска патологий в развитии ребенка или профилактику его негативного поведения в будущем. Сложности с включением отчетных данных о плохом и безответственном обращении с ребенком состоят в том, чтобы получить согласие семьи на предоставление таких данных, а так же в том, чтобы получить разрешение на доступ к учетным записям по ребенку у социальных служб. Существует необходимость в

отслеживании как краткосрочных, так и долгосрочных результатов работы программы для верной оценки их эффективности, при этом остро стоит вопрос обеспечения надежности и объективности данных, поступающих как от родителей, так и от специалистов, участвующих в программе. Учитывая тот факт, что различные типы программ домашнего посещения могут сократить количество некорректного и пренебрежительного обращения с детьми, а также усилить воздействие защищающих факторов среды, исследователям программ домашнего посещения следует учитывать данные обоих упомянутых выше типов.

Имеющиеся в настоящий момент результаты тщательных научных исследований программ домашнего посещения опираются на анализ данных, полученных в результате наблюдения за относительно небольшими выборками участников, что не позволяет провести оценку влияния программ домашнего посещения на обращение с детьми среди различных расовых и этнических, языковых подгрупп, а также подгрупп населения, находящихся на грани выживания и бедности. Например, существуют исследования влияния программ домашнего посещения, направленных на целевую аудиторию – американских индейцев и коренных народностей Аляски и Крайнего севера, но ни одно из трех исследований, показавших общую эффективность этих программ, не содержит данных о детях из каждой вышеупомянутой социальной подгруппы.28

Выводы

Исследования эффективности программ домашнего посещения как коррекционного вмешательства, предназначенного предотвратить недолжное обращение с детьми, достаточно перспективны, но в сравнении с количеством проведенных исследований, которые учитывают распространенность некорректного и пренебрежительного обращения с детьми, степень риска неправильного обращения, а также факторы профилактики некорректного обращения с детьми, совокупные данные показывают скорее отсутствие влияния этих программ на общую картину в стране, чем сокращение количества случаев пренебрежительного и некорректного обращения с детьми и какие бы то ни было улучшения в положении детей и семейных ситуаций. Согласно исследовательским отчетам показатели эффективности различных моделей программ домашних посещений могут варьироваться, что говорит о важности решения в пользу той или иной модели применительно к конкретной цели. Законодательные власти на местном и государственном уровне, а также фонды могут пользоваться объективными данными об оценке эффективности той или иной программы при принятии решения о том, какие модели

выбрать для удовлетворения насущных потребностей населения в том или ином регионе страны.

В общем и целом объективность данных о влиянии программ домашнего посещения на профилактику и предотвращение неправильного обращения с детьми может быть увеличена при условии применения строго регламентированных научных методов изучения и адекватных показателей, проведения систематических срезов в более долгосрочной перспективе, а также включения в исследования отдельных социальных подгрупп. Новые исследования должны быть достаточно объемными, чтобы включать в себя качественную и количественную оценку воздействия каждой конкретной модели программ на разные подгруппы населения, чтобы улучшить понимание ситуации и узнать, что и в какой степени работает с разными социальными слоями. Для принятия решений на основе объективных данных требуется получение сведений высокого качества, что предполагает материальные вложения в научные исследования.

Рекомендации родителям, службам и администрации

Учитывая ограниченность данных о влиянии программ домашнего посещения на сокращение случаев недолжного обращения с детьми, такая практика как составление «Отчетности по эффективности программ домашнего посещения», привязывающая государственное финансирование к качеству отчетных данных, наглядно показала потенциальную пользу от проведения в глобальном масштабе дополнительных и качественных исследований мер предотвращения грубого и невнимательного обращения с детьми. Дальнейшее более глубокое исследование способно гарантировать администрации и службам конкретные данные, необходимые для принятия важных решений. Поскольку «Отчетность по эффективности программ домашнего посещения» и требования к ней, выдвинутые Министерством здравоохранения и социальных служб США, находятся в публичном доступе, они могут послужить основой для разработки более строгих и тщательных стратегий оценивания в дальнейших исследованиях. Подобным же образом, административные органы могут потребовать, чтобы при принятии решений относительно финансирования и дальнейших стратегий в области социальной политики и администрирования учитывались фактические данные.

Очень серьезным индикатором повышения интереса к точным и тщательным исследованиям эффективности программ домашнего посещения в предотвращении

недолжного обращения с детьми служит тот факт, что у исследовательских программ, нацеленных на анализ фактических показателей, возможностей получить финансирование на государственном и местном уровне гораздо больше, по сравнению с теми программами, которые предоставили мало форм отчетности или недолжный их уровень. В свою очередь, семьи получат консультации и помощь именно тех специалистов, которые и предоставили качественные результативные данные о профилактике некорректного и пренебрежительного обращения с детьми. Кроме того, семьи и общественность могут иметь гарантии, что программы, в которых они участвуют или поддерживают из своего кармана как налогоплательщики, имеют реальную возможность улучшить положение детей и благосостояние общества.

Литература

1. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2011). Child maltreatment 2010. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
2. RTI International (2008). *From early involvement with child welfare services to school entry: A 5- to 6-year follow-up of infants in the national survey of child and adolescent well-being*. Research Triangle Park, NC: RTI International.
3. RTI International (2008). *Adolescents involved with child welfare: A transition to adulthood*. Research Triangle Park, NC: RTI International.
4. RTI International (2010). *Children involved in child welfare: A transition to adolescence*. Research Triangle Park, NC: RTI International.
5. Corso, P.S. (n.d.). Dollars and lives: The economics of healthy children. Chicago, IL: The Doris Duke Charitable Foundation. Available at: http://www.preventchildabuse.org/publications/cap/documents/CorsoWHTPPR.pdf. Accessed July 30. 2012.
6. Corso, P. S., & Fertig, A.R. (2010). The economic impact of child maltreatment in the United States: Are the estimates credible? *Child Abuse & Neglect*, 34, 296–304.
7. Paulsell, D., Avellar, S., Sama Miller, E., & Del Grosso, P. (2011). *Home Visiting Evidence of Effectiveness: Executive summary*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
8. Supplee, L., Paulsell, D., & Avellar, S. (2012). What works in home visiting programs? In Curtis, P.A., Alexander, G. eds. *What Works in Child Welfare*. Washington, DC: Child Welfare League of American Press, 39-61.
9. Waldfogel, J. Prevention and the child protection system. (2009). *The Future of Children*, 19, 195-210.
10. Gomby, D. S. (2005). *Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents. Invest in kids working paper no. 7*. Washington, DC: Committee on Economic Development.
11. Sweet, M. A., & Applebaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75, 1435-1456.
12. Howard, K.S. & Brooks-Gunn, J. (2009). The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. *The Future of Children*, 19, 119-146.
13. Home Visiting Evidence of Effectiveness. (2011a). Reductions in child maltreatment. Available at: http://homvee.acf.hhs.gov/document.aspx?rid=2&sid=4. Accessed July 30, 2012.

14. Home Visiting Evidence of Effectiveness. (2011b). Positive parenting practices. Available at http://homvee.acf.hhs.gov/document.aspx?rid=2&sid=6. Accessed July 30, 2012.

15. The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. (n.d.). Home visiting for prevention of child abuse and neglect. Available at: http://www.cebc4cw.org/topic/home-visiting-for-prevention-of-child-abuse-and-neglect/. Accessed July 30, 2012.

16. The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. (n.d.). Home visiting for child well-being. Available at: http://www.cebc4cw.org/topic/home-visiting/. Accessed July 30, 2012.

17. Home Visiting Evidence of Effectiveness. (2011c). Latest releases. Available at http://homvee.acf.hhs.gov/document.aspx?rid=7&sid=29&mid=1. Accessed September 14. 2012.

18. Olds, D. L., Henderson Jr., C. R., Chamberlin, R., & Tatelbaum, R. (1986). Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 78, 65–78.

19. Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 278(8), 637–643.

20. Chambliss, J. W. (1998). An experimental trial of a home visiting program to prevent child maltreatment (Doctoral dissertation, Georgia State University, 1998). *Dissertation Abstracts International*, 61(03B), 152–1628.

21. Duggan, A., McFarlane, E., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S. M., Windham, A., et al. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program: Impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 28(6), 597–622.

22. Duggan, A., Caldera, D., Rodriguez, K., Burrell, L., Rohde, C., & Crowne, S. S. (2007). Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31(8), 801–827.

23. DuMont, K., Mitchell-Herzfeld, S., Greene, R., Lee, E., Lowenfels, A., Rodriguez, M., et al. (2008). Healthy Families New York (HFNY) randomized trial: Effects on early child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 32(3), 295–315.

24. Lowell, D.I., Carter, A.S., Godoy, L., Paulicin, B., &Briggs-Gowan, M.J. (2011). Child FIRST: A comprehensive home-based intervention translating research into early childhood practice. *Child Development*, 82 (1), 193-208.

25. Olds, D. L., Henderson, C. R., & Kitzman, H. (1994). Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics*, 93(1), 89–98.

26. Kitzman, H., Olds, D. L., Henderson, C. R., Hanks, C., Cole, R., Tatelbaum, R., et al. (1997). Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 278(8), 644–652.

27. Landsverk, J., Carrilio, T., Connelly, C. D., Ganger, W., Slymen, D., Newton, R., et al. (2002). *Healthy Families San Diego clinical trial: Technical report.* San Diego: The Stuart Foundation, California Wellness Foundation, State of California Department of Social Services: Office of Child Abuse Prevention.

28. Del Grosso, P., Kleinman, R., Esposito, A.M., Sama Martin, E., & Paulsell, D. (2011). *Assessing the evidence of effectiveness of home visiting program models implemented in tribal communities.* Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. Washington, DC.

29. Avellar, S. & Paulsell, D. (2011). *Lessons learned from the home visiting evidence of effectiveness review*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.

Тиражирование научно-обоснованных программ посещения на дому и расширение их внедрения: роль исследования процесса реализации

Дайана Паулсел, магистр государственного и муниципального управления (MPA)

Научно-исследовательский центр Mathematica Policy Research, США

сентября 2012 г.

Введение

В течение двух последних десятилетий на территории Северной Америки и в других регионах мира было разработано и внедрено большое количество программ посещений на дому, цель которых заключалась в оказании помощи родителям, воспитывающим детей младшего возраста. Программы домашнего посещения семей с будущими роженицами и семей с малолетними детьми действуют во всех 50 штатах США, и в рамках этих программ помощь получают от 400 000 до 500 000 семей.[1] В число этих программ входят как программы локально-применимого характера, так и программы экспериментальные, (то есть основанные на лучших научных методиках, но еще не прошедшие оценку эффективности на практике), и программы научно-обоснованные (прошедшие тщательную оценку эффективности).

В то же самое время среди работников руководящих структур, консультантов, работающих в практике, а также среди спонсоров и учредителей государственных и частных фондов Северной Америки, Великобритании и других стран возрос интерес к продвижению и применению методик и коррективных программ, имеющих научное подтверждение уровня их эффективности. Например, в США администрация Б. Обамы профинансировала ряд проектов, требующих применения доказательных стратегий экспертизы программ в таких сферах как профилактика подростковой беременности, программы домашнего посещения, образование и рационализация занятости населения.[2,3] Что касается программ посещений на дому, то все большее их число прошло тщательную экспертизу, что позволило выявить уровень эффективности этих программ в таких сферах как воспитание детей, здоровье матери и ребенка, подготовка к школе и развитие ребенка, сокращение числа случаев некорректного и пренебрежительного обращения с детьми и, наконец, экономическое самообеспечение семьи.[4,5,6]

Предмет

Критически важным для успешного тиражирования и расширения области внедрения программ посещений на дому является определение основополагающих компонентов таких программ воздействия, доказавших свою эффективность, а также понимание необходимости бережно сохранять эти составляющие в процессе реализации моделей программ. Соблюдение этих условий может способствовать успешной реализации программ в обществе с иной социальной структурой, национальным и культурным составом населения.[7] В обществе растет осознание того, насколько важным при работе с маленькими детьми является правильное внедрение подобных программ и изучение процесса их реализации, поскольку данные сведения могут послужить руководством к действию как на этапе выбора корректиной программы, так и на начальной стадии ее применения и в дальнейшем непрерывном процессе отладки и совершенствования[8,9,10]. Для эффективного управления программами обязательным является проведение их оценки и использование данных экспертизы для отладки работы программы, потому что в перспективе они позволяют сократить ту стабильную пропасть между результатами, которая отделяет детей, подверженных факторам риска, от их более удачливых ровесников. В настоящей статье обсуждается вопрос об изучении процесса внедрения программ домашнего посещения, о том, как такие исследования можно использовать для усиления программ и улучшения результатов в целевых областях, а также об условиях и поддержке, необходимых для успешной реализации программ.

Проблематика

Для гарантированного достижения у детей и семьи положительного эффекта, обозначенного в экспертном отчетном исследовании, недостаточно просто выбрать проверенную программу домашнего посещения и выполнить все изначальные требования разработчика[11]. Услуги домашнего посещения должны внедряться в строгом соответствии с моделью программы. Например, специалисты программы, посещающие семьи, должны соответствовать всем квалификационным требованиям, частота посещений и их продолжительность не должны нарушаться, содержательная наполненность посещения должна быть соблюдена, а общее качество тренингов и консультаций для семьи должно быть высоким и стабильным. Более того, организации, ответственные за осуществление программ домашнего посещения, нуждаются в необходимой информационной и методической поддержке, а также материальных вливаниях, чтобы обеспечить строгое

выполнение программы в течение выделенного времени[12].

Научный контекст

Если объем тщательных исследований уровня эффективности программ домашнего посещения существенно вырос за последние годы, то изучение их внедрения серьезно отстает.[4] Отчеты исследований и статьи обычно предоставляют минимум информации по поводу того, насколько успешно программы внедряются и насколько строго соблюдается их соответствие разработанной модели.[8] В связи с тем, что государственные и местные органы управления, локальные сообщества и службы ищут способы того, как расширить сферу применения прошедших оценку эффективности программ домашнего посещения, необходимы исследования, которые позволят разработать стандарты и критерии строгого соблюдения программ, понять условия, необходимые для внедрения программ с высокой степенью соответствия программным требованиям, и создать инструменты оценивания процесса внедрения и поддержки совершенствования программ.

Ключевые вопросы

Данный обзор составлен для того, чтобы ответить на два вопроса:

- Что мы знаем о том, как на самом деле соблюдаются стандарты прошедших экспертизу программ домашнего посещения при внедрении?
- Какие условия и ресурсы необходимы для обеспечения и поддержания высокого уровня соответствия стандартам программы при реализации последних в течение долгого времени?

Результаты последних исследований

Что мы знаем о том, как на самом деле соблюдаются стандарты прошедших экспертизу программ домашнего посещения при внедрении?

Исследователи программ домашнего посещения разработали несколько определенных теоретических критериев, по которым определяют качество реализации программы при ее внедрении.[13,14,15] Большинство из них включают в себя строгое соответствие параметрам модели программы, проведение именно того количества занятий, какое заявлено в программе, поддержание качества, уровень восприимчивости и вовлеченности участников программы в оказываемые услуги; некоторые теоретические положения учитывают и

качество взаимоотношений между участниками программы и работниками, оказывающими услуги по программе.

Если исследования строгого соответствия программам посещений на дому достаточно немногочисленны, то некоторые компоненты программ, как, например длительность визитов и сроки участия в программе, содержание самих посещений, а также данные о взаимоотношениях посетителей и клиентов программы нашли отражение в результатах. Исследования показывают, что большинство семей, участвующих в программе, как правило, получают половину положенных программой посещений.[16,17] Например, в отчетных данных отражено, что в результате трех срезов двойным слепым методом, проведенных в отношении программы Nurse Family Partnership, среднее количество посещений составило от 42 до 62% от положенного количества.[18] Также отчеты показывают, что многие семьи, возможно, даже большинство, зачисленные в программу домашнего посещения, отказываются от участия в программе до того, как истекает срок ее действия.[16,19,20] В разных исследованиях программ домашних посещений сведения о количестве посещений, полученных каждой семьей, различаются, кроме того, было обнаружено, что меньшее, чем должно быть, количество посещений привело к таким же результатам, как и при более многочисленных визитах.[21]

Систематическая отчетность о видах деятельности и о темах, которые обсуждались во время домашних посещений, имеет важное значение для понимания того, насколько полно выполнено содержание программы, насколько отличается содержание посещений в зависимости от конкретной семьи и по истечении времени. Хотя большинство программ обеспечивают сотрудников методическими рекомендациями и соответствующим тренингом, отчетные данные показывают, что запланированные занятия проходят не так, как положено, и отличаются по содержанию для разных семей. Например, многочисленные проверки обнаружили, что, не смотря на нацеленность программы на родительские навыки и подходы, совместной деятельности родителя и ребенка достаточного количества времени или внимания во время посещений уделено не было.[22,23] Последнее исследование программы Early Head Start, показало, что приходящие специалисты посвящают, в среднем, 14% от общего времени посещения занятиям и видам деятельности, предназначенным научить родителей, как построить взаимоотношения между родителем и ребенком.[24] Критерии оценки точности выполнения программы подчеркивают важность развития доброжелательных взаимоотношений между посещающим работником и участником

программы, поскольку благодаря этим отношениям возрастает степень вовлеченности и активного участия родителя или родителей в программе домашних посещений.[17,25,26] Некоторые данные показывают, что чем лучше отношения родителей и специалистов, тем лучше это для детей и тех результатов, которых они добиваются при участии в программе.[27,28]

Какие условия и ресурсы необходимы для обеспечения и поддержания стабильно высокого уровня качества при реализации программ в течение долгого времени?

Как показывают успешная практика и последние научные данные, для того чтобы поддерживать стандарт качества при реализации программ домашнего посещения сотрудникам необходимы обучение, супервизия, строгий контроль за выполнением методических указаний, обеспечение организаторами хорошего климата в коллективе и регулярной психологической поддержки. Влияние данных видов поддержки специалистов программы еще в полной мере не изучено, однако некоторые исследования аналогичных коррективных программ показывают, что внедрение прошедших экспертизу программ домашнего посещения при тщательном методическом контроле и регулярной консультационной и психологической поддержке работников может стать условием для более низкого уровня ротации кадров и эмоционального истощения сотрудников по сравнению с обычной практикой реализации подобных программ.[29,30,31] Более того, благоприятный организационный климат, включающий защиту и поддержку сотрудников, тесно связан с более позитивным отношением к применению научно-обоснованных программ[32].

Неисследованные области

Требуются дополнительные исследования для того, чтобы принимать взвешенные решения о внедрении, адаптации, воспроизведении и дальнейшем расширении реализации официально одобренных программ домашнего посещения. Например, необходимо провести исследования, чтобы выявить пороговое количество посещений и минимально необходимую продолжительность оказания услуг для того, чтобы данная программа положительно повлияла на семью и ребенка. Плановые сравнительные исследования, в которых компоненты программы, ее содержание, подготовка специалистов и длительность курса по-разному варьируются, могут определить как основополагающие параметры реализации, критически важные для достижения целей программы, так и параметры, которые можно варьировать для разных слоев и категорий населения, не ставя под угрозу эффективность

программы в целом.

Для проведения требуемых исследований необходимо разработать параметры оценки выполнения программы. Несмотря на то, что многие параметры уже были разработаны, например, параметры наблюдения за качеством домашних посещений, шкалы оценивания взаимоотношений между участниками и приходящими специалистами, правильность построения и точность этих параметров ранее не проверялись, в том числе на разных категориях населения и в различных условиях предоставления услуг.[33]

Выводы

Поскольку интерес к перспективам улучшения жизни детей и их родителей посредством официально одобренных программ домашнего посещения растет, руководящим работникам и специалистам-практикам нужна продуманная информационная поддержка о том, как эффективно внедрить и скрупулезно поддерживать реализацию программы длительное время. Хотя количество исследований процесса реализации программ домашних посещений постоянно увеличивается, многое еще предстоит сделать. Исследования показывают, что большинство программ не предоставляют положенного объема услуг, и семьи часто прекращают в них свое участие раньше срока. Также существуют расхождения в соблюдении предписанных видов деятельности и тем для занятий во время домашних посещений. Последние данные указывают на необходимость надзора за исполнителями и оказание им любой возможной поддержки, необходимость проверки точного соблюдения программы, создание благоприятного климата в организации для того, чтобы обеспечить должную работу одобренной программы домашнего посещения. Дополнительные исследования этих проблем могут обеспечить дальнейшие направления работы и инструменты для осуществления успешного внедрения программы и настройки программных модулей для различных слоев населения и под разную культурную и социальную среду.

Рекомендации родителям, службам и администрации

Поддержка реализации программ домашнего посещения в строгом соответствии с методическими и организационными требованиями способствует улучшению будущего детей, находящихся в группе риска, и их семей. Сотрудники администрации и представители фондовых организаций должны использовать результаты уже проведенных исследований внедрения программ и инициировать новые исследования для того, чтобы

принимать взвешенные решения о том, как эффективно расширять сферу внедрения прошедших экспертизу программ и оказывать им поддержку в течение длительного времени. Например, изучение реализации программ может помочь оценить готовность и желание местных исполнительных органов обеспечить работу программ без искажений их смысла и содержания. Правительство и другие фонды могут пользоваться результатами анализа внедрения программ, чтобы структурировать требования к мониторингу и отчетности по определенным параметрам реализации. Правительство и фонды любого уровня могут сделать все возможное для создания общей базы данных, чтобы обеспечить должный контроль исполнения программ и способствовать их совершенствованию. Кроме того, исследования реализации программ может предоставить информацию о необходимости обучения специалистов или оказания им технической или организационной помощи. Для родителей подобные исследования означают, что участие в программе и активное сотрудничество со специалистами имеют огромное значение и приносят результаты. Родители должны понимать цели программы, в которую они записываются, и осознавать преимущества от участия в ней. Для того, чтобы посетить семьи установленное количество раз, работники программы могут помочь родителям преодолеть препятствия, мешающие им участвовать в программе.

Исследователям необходимо продолжать пополнять знания о том, как эффективно внедрять программы посещений на дому. Для этого им необходимо своевременно предоставлять сведения о ходе реализации программ и одновременно проводить тщательную оценку эффективности самих программ. Следует также провести дополнительные исследования тиражирования программ и расширения сферы их применения для того, чтобы определить условия, процессы и типы поддержки, которые необходимы для внедрения этих программ и реализации в точном соответствии с программными требованиями.

Литература

1. Stoltzfus, E., & Lynch, H. (2009). *Home visitation for families with young children*. Washington, DC: Congressional Research Service.
2. Goesling, B. (2011). Building, evaluating, and using an evidence base to inform the DHHS Teen Pregnancy Prevention Program. Paper presented at the Society for Adolescent Health and Medicine Annual Meeting, Seattle, WA.
3. Haskins, R., & Baron, J. (2011). *Building the connection between policy and evidence*. London, UK: NESTA.
4. Paulsell, D., Avellar, S., Sama Miller, E., & Del Grosso, P. (2011). *Home visiting evidence of effectiveness: Executive summary*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
5. Daro, D. (2006). *Home visitation: Assessing progress, managing expectations*. Chicago, IL: Chapin Hall at the University of Chicago.

6. Gomby, D. S. (2005). Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents. (Invest in Kids Working Paper No. 7). Washington, DC: Committee on Economic Development.

7. Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, 19, 531-540.

8. Avellar, S., & Paulsell, D. (2011). *Lessons learned from the home visiting evidence of effectiveness review*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.

9. Kaderavek, J. N., & Justice, L. M. (2010). Fidelity: an essential component of evidence-based practice in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19, 369-379.

10. Paulsell, D., Porter, T., Kirby, G., Boller, K., Sama Martin, E, Burwick, A., Ross, C., & Begnoche, C. (2010). *Supporting quality in home-based child care: Initiative design and evaluation options*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.

11. Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.

12. Coffee-Borden, B., & Paulsell, D. (2010). *Recruiting and training home visitors for evidence-based home visiting: Experiences of EBHV grantees*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.

13. Daro, D. (2010). *Replicating evidence-based home visiting models: A framework for assessing fidelity*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.

14. Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balian, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2,40.

15. Berkel, C., Mauricio, A. M., Schoenfelder, E., & Sandler, I. N. (2010). Putting the pieces together: An integrated model of program implementation. *Prevention Science*, 12, 23-33.

16. Kitzman HJ. Effective early childhood development programs for low-income families: Home visiting interventions during pregnancy and early childhood. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2004:1-7. Available at: http://www.childencyclopedia.com/documents/KitzmanANGxp-Home.pdf. Accessed July 30. 2012.

17. Riley, S., Brady, A. E., Goldberg, J., Jacobs, F., & Easterbrooks, M. A. (2008). Once the door closes: Understanding the parent-provider relationship. *Children and Youth Services Review*, 30, 597-612.

18. Personal communication from Dr. David Olds to Dr. Kimberly Boller, January 25, 2012.

19. Love, J. M., Kisker, E. E., Ross, C. M., Schochet, P. Z., Brooks-Gunn, J., Paulsell, D., Brady-Smith, C. (2002). *Making a difference in the lives of infants and toddlers and their families: The impacts of Early Head Start*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.

20. Duggan, A., Windham, A., McFarlane, E., Fuddy, L., Rohde, C., Buchbinder, S., & Sia, C. (2000). Hawaii's healthy start program of home visiting for at-risk families: Evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. *Pediatrics*. 105, 250-259.

21. DePanfilis, D., & Dubowtiz, H. (2005). Family connections: A program for preventing child neglect. *Child Maltreatment*, 10, 108-123.

22. Peterson, C. A., Luze, G. J., Eshbaugh, E. M., Jeon, H. J., & Kantz, K. R. (2007). Enhancing parent-child interactions through home visiting: Promising practice or unfulfilled promise? *Journal of Early Intervention*, 29, 199-140.

23. Hebbeler, K. M., & Gerlach-Downie, S. G. (2002). Inside the black box of home visiting: A qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly*, 17, 28-51.

24. Vogel, C. A., Boller, K., Xue, Y., Blair, R., Aikens, N., Burwick, A., Stein, J. (2011). Learning as we go: A first snapshot of Early Head Start programs, staff, families, and children (OPRE Report #2011-7). Washington, DC: Department of Health and Human Services.

25. Korfmacher, J., Green, B., Spellmann, M., & Thornburg, K. R. (2007). The helping relationship and program participation in early childhood home visiting. *Infant Mental Health Journal*, 28, 459-480.

26. Korfmacher, J., Green, B., Staerkel, F., Peterson, C., Cook, G., Roggman, L., . . . Schiffman, R. (2008). Parent involvement in early childhood home visiting. *Child Youth Care Forum*, 37(4), 171-196.

27. Peterson, C. A., Roggman, L. A., Stearkel, F., Cook, G., Jeon, H. J., & Thornburg, K. (2006). Understanding the dimensions of family involvement in home-based Early Head Start. Unpublished manuscript. Iowa State University, Ames, Iowa.

28. Roggman, L. A., Christiansen, K., Cook, G. A., Jump, V. K., Boyce, L. K., & Peterson, C. A. (2006) *Home visits: Measuring how they work*. Logan, UT: Early Intervention Research Institute Mini-Conference.

29. Aarons, G. A., & Palinkas, I. A. (2007). Implementation of evidence-based practice in child welfare: Service provider perspectives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34, 411-419.

30. Aarons, G. A., Sommerfeld, D., Hecht, D., Silovsky, J., & Chaffin, M. (2009). The impact of evidence-based practice implementation and fidelity monitoring on staff turnover: Evidence for a protective effect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 270-280.

31. Aarons, G. A., Fettes, D. L., Flores, L. E., Jr., & Sommerfled, D. (2009). Evidence-based practice implementation and staff emotional exhaustion in children's services. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 954-960.

32. Aarons, G. A., & Sawitzky, A. C., (2006). Organizational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice. *Psychological Services*, 3, 61-72.

33. Paulsell, D., Boller, K, Hallgren, K., & Esposito, A. M. (2010). Assessing home visit quality: Dosage, content, and relationships. *Zero To Three*, 30, 16-21.