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 r., 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.