

**СОДЕЙСТВИЕ ПРОГРАММАМ  
РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО  
ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ  
ТАДЖИКИСТАН**

**УРОКИ, ИЗВЛЕЧЕННЫЕ ПО  
РЕЗУЛЬТАТАМ БЫСТРОГО  
ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ОБЗОРА  
МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА В  
ОБЛАСТИ ПРОГРАММ  
РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО  
ВОЗРАСТА**

**Часть 1: Ключевые  
особенности Программ  
РДРВ**

**Наоми Рупасингх, Лорна Бентон, Кейт  
Мэндевилл и Мутриба Латыпова**

---

**Декабрь 2020 г.**



© 2020 Всемирный банк  
1818 H Street NW, Вашингтон, О.К. 20433  
Телефон: 202-473-1000; Интернет: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)

Некоторые права защищены

Настоящая работа подготовлена сотрудниками Всемирного банка. Результаты, интерпретации и выводы, представленные в настоящей работе, могут не отражать взгляды Исполнительных директоров Всемирного банка или правительств, которые они представляют. Всемирный банк не гарантирует точность данных, включенных в данную работу. Границы, цвета, обозначения и другая информация, отображенная на любой карте в настоящей работе, не предполагает какое-либо суждение со стороны Всемирного банка в отношении правового статуса какой-либо территории или одобрение или принятие таких границ.

#### **Права и разрешения**

Материал, представленный в настоящей работе, является объектом авторского права. Всемирный банк приветствует распространение своих знаний, поэтому воспроизводство настоящей работы в некоммерческих целях, как полностью, так и частично, разрешается при условии полной ссылки на настоящую работу.

Все запросы в отношении прав и лицензий, включая производные права, следует направлять в Издательский отдел Всемирного банка по адресу: World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Вашингтон, О.К. 20433, США; факс: 202-522-2625; e-mail: [pubrights@worldbank.org](mailto:pubrights@worldbank.org).



## **Содержание**

---

**Глава 1: Почему содействие развитию детей раннего возраста (РДРВ) является приоритетом для Республики Таджикистан?**

**Глава 2: Что можно узнать о ключевых особенностях программы РДРВ из обзора международного опыта в области программ РДРВ?**

**Глава 3: Как мы проводили быстрый обзор?**

**Глава 4: Учет возрастных групп при разработке программы РДРВ**

**Глава 5: Учет целевых участников при разработке программы РДРВ**

**Глава 6: Учет условий реализации при разработке программы РДРВ**

**Глава 7: Учет поставщиков услуг при разработке программы РДРВ**

**Глава 8: Учет графика (продолжительности программы и частоты проведения мероприятий) при разработке программы РДРВ**

---

## ПОЧЕМУ СОДЕЙСТВИЕ РАННЕМУ РАЗВИТИЮ ДЕТЕЙ (РДРВ) ЯВЛЯЕТСЯ ПРИОРИТЕТОМ ДЛЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН?

### Ключевые пункты

- **Продуктивность ребенка, родившегося в Таджикистане сегодня, будет на 50% ниже, чем если бы у него был доступ к высококачественному медицинскому обслуживанию и образованию.**
- **В Таджикистане самый высокий уровень рождаемости в регионе Европы и Центральной Азии (ЕЦА) – 29 родившихся на 1000 человек, при этом дети в возрасте до 6 лет составляют 17 процентов населения. Инвестиции в РДРВ являются одним из примеров наиболее экономически эффективных мер, а учитывая демографический контекст, Таджикистан может получить более значительные выгоды за счет наращивания своего человеческого капитала и усиления рабочей силы в будущем.**

По всему миру инвестирование в детей раннего возраста с целью наращивания человеческого капитала является одной из лучших инвестиций, которые может осуществить страна для преодоления крайней бедности и формирования рабочей силы завтрашнего дня. Опыт, который мы получаем в раннем детстве, оказывает глубокое и долгосрочное влияние на развитие мозга, определяя нашу способность учиться, быть здоровыми, эффективно работать и общаться с другими людьми. Треть детей в настоящее время не получает соответствующего питания, стимуляции умственного развития и защиты, необходимых для достижения своего потенциала развития (Центр развития ребенка, 2016 г.), что отражает потребность в увеличении инвестирования.

Индекс человеческого капитала (ИЧК) Таджикистана – 0,50 – ниже, чем в среднем по региону, что показывает, что для оказания поддержки детям в достижении их потенциала нужно сделать намного больше. ИЧК Таджикистана за 2020 г. значительно ниже, чем средний показатель по региону ЕЦА, составляющий 0,71, и чем показатели сравнимых стран в регионе, таких как Армения (0,58), Кыргызстан (0,60) и Казахстан (0,63). В Таджикистане от задержки роста страдает почти каждый пятый ребенок. Задержка роста является одной из главных движущих сил, определяющих низкий показатель ИЧК. Роль образования в формировании человеческого капитала является критическим фактором. Хотя в последние десятилетия в Таджикистане был достигнут прогресс, значения нескольких ключевых показателей (показаны в Таблице 1 ниже) здоровья, питания и образования показывают состав деятельности для достижения прогресса в будущем и указывают на

неудовлетворенные потребности. Согласно результатам репрезентативного в масштабах страны обследования детей в возрасте до 6 лет, проводившегося в 2019 г. с использованием Индекса раннего человеческого потенциала (ИРЧП), общие конечные результаты развития детей находятся на довольно низком уровне, составляя 0,54 по шкале от 0 до 1. Однако, особенно низкими являются показатели по более формальным или академическим аспектам развития, таким как навыки, необходимые для обучения чтению и счету, что, вероятно, связано с низкими показателями посещения дошкольных учреждений. Хотя балльные показатели развития детей с возрастом улучшаются, даже оценка детей, достигших шестилетнего возраста, в целом составляет только 0.68.

Таблица 1: Конечные результаты РДРВ в Таджикистане

<b>Конечные результаты в отношении здоровья матерей и детей</b>	
Уровень младенческой смертности (смертей на 1000 живорождений)	30
Уровень смертности детей до 5 лет (смертей на 1000 живорождений)	34
Уровень материнской смертности (смертей на 100 000 живорождений)	33
Низкий вес ребенка при рождении (<2 500 г)	6
<b>Конечные результаты в отношении здоровья матерей и детей в части питания</b>	
Недостаточный вес (% детей в возрасте 0-59 месяцев*)	7,6
Задержка роста (% детей в возрасте 0-59 месяцев)	17,5
Истощение (% детей в возрасте 0-59 месяцев)	8,9
Избыточный вес (% детей в возрасте 0-59 месяцев)	5,6
Недостаточный вес/Худоба (ИМТ<18,5 кг/м <sup>2</sup> ), % среди женщин репродуктивного возраста (ЖРВ)	7
Избыточный вес (ИМТ 25,0-29,9 кг/м <sup>2</sup> ), % ЖРВ	24,3
Ожирение (ИМТ >30 кг/м <sup>2</sup> ), % ЖРВ	13
<b>Конечные результаты развития детей</b>	
Физическое развитие	0,78
Коммуникационное	0,78
Культурное	0,72
Социально-эмоциональное	0,68
Упорство	0,43
Подходы	0,65
Счет	0,47
Чтение	0,14
Письмо	0,24
В целом	0,54
Показатель развития детей: мальчики	0,53
Показатель развития детей: девочки	0,56
Показатель развития детей в возрасте 2 лет	0,39
Показатель развития детей в возрасте 3 лет	0,50
Показатель развития детей в возрасте 4 лет	0,57
Показатель развития детей в возрасте 5 лет	0,63
Показатель развития детей в возрасте 6 лет	0,68
Показатель развития детей по Душанбе	0,56
Показатель развития детей по Согдийской области	0,60
Показатель развития детей по Хатлонской области	0,51
Показатель развития детей в Районах республиканского подчинения	0,53

Таблица 1: Конечные результаты РДРВ в Таджикистане

Конечные результаты развития детей	
Показатель развития детей по Горно-Бадахшанской автономной области	0,54
Источники: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Медико-демографическое исследование Таджикистана 2017 г. (Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2018 г.) <a href="https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR341/FR341.pdf">https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR341/FR341.pdf</a></li> <li>• Конечные результаты развития детей указаны на основе исследования, проводившегося по заказу Всемирного банка под руководством Салли Бринкман с использованием Индекса раннего человеческого развития.</li> </ul>	

Учитывая, что в Таджикистане одни из самых высоких темпов роста численности населения и уровней рождаемости в ЕЦА, инвестиции в РДРВ являются возможностью для развития и национальным приоритетом. В мире Таджикистан входит в число 25 стран с самыми высокими темпами роста населения. Дети до 6 лет составляют 17 процентов населения, и сегодня каждый третий гражданин Таджикистана младше 15 лет. Учитывая, что уровень рождаемости в стране в 2016 году составил 29 родившихся на 1 000 человек, Таджикистан имеет самый высокий уровень рождаемости в регионе ЕЦА. Ожидается, что в период с 2015 по 2025 год количество детей до 9 лет увеличится почти на 23 процента, приблизительно с 2,2 до 2,7 миллионов человек. Данный демографический контекст предоставляет Таджикистану уникальную возможность инвестировать в свое самое молодое население и таким образом изменить траекторию своего развития и роста.

Инвестирование в РДРВ также критически важно для достижения ЦУР, снижения потерь ВВП и является первым обязательным шагом в наращивании человеческого капитала. В серии статей журнала «Ланцет» (Lancet) по раннему развитию детей подчеркивается роль инвестиций в РДРВ в более широкой повестке ЦУР (Л.М. Рихтер и др., 2017 г.). В случаях, когда возможности оказания поддержки развитию детей были упущены, это приводило к снижению уровня доходов взрослого населения в среднем на 26 процентов ежегодно (Л. Рихтер и др., 2019 г.). В работе Рихтер и др. отмечено, что если предположить, что каждый год рождается 125 миллионов детей и с учетом роста числа младенцев из бедных семей, расчетная потеря дохода по всему миру составляет 17 миллиардов долларов США в год (Финк и др., 2016 г.; Л. Рихтер и др., 2019 г.). Это негативно влияет на экономический рост. Одни только последствия задержки роста оцениваются на уровне 7% ВВП, и это только одно из направлений задержки развития (Галассо и Вагстафф, 2019 г.). Учитывая высокий уровень экономических и социальных результатов качественного инвестирования в РДРВ, мероприятия по улучшению здоровья детей, доступа к образованию и качества образования, а также когнитивного и психосоциального развития крайне важны для обеспечения выгод от этого демографического сдвига и для поддержания роста за счет производительности рабочей силы, способной реагировать на изменения в мировой экономике (Всемирный банк, 2019 г.).

---

## ЧТО МОЖНО УЗНАТЬ О КЛЮЧЕВЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ПРОГРАММЫ РДРВ ИЗ ОБЗОРА МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА В ОБЛАСТИ ПРОГРАММ РДРВ?

### Ключевые уроки

- Программы РДРВ могут включать в себя такие компоненты, как питание, социальная защита, здравоохранение, образование, водоснабжение и санитария, но, в целом, наиболее успешные и эффективные программы направлены на объединение множества отраслей и обеспечение поддержки детям и семьям в получении доступа к целому ряду услуг.
- По результатам нашего обзора 14 программ по 10 странам мы определили ключевые различия в возрасте, целевых участниках, условиях реализации, частоте и продолжительности мероприятий и поставщиках услуг. Цель настоящего отчета – поделиться этими результатами с тем, чтобы определяющие политику руководители получили лучшие возможности для выбора ключевых решений и разработки эффективных программ РДРВ.

Настоящий краткий отчет разработан в поддержку определяющим политику руководителям в их понимании ключевых особенностей программы РДРВ, на основе быстрого обзора программ РДРВ в разных странах. Учитывая, что к РДРВ имеет отношение целый ряд отраслей и систем, перед определяющими политику руководителями стоит ключевой вызов – определение максимальных выгод от проведенных или запланированных мероприятий. На основе описательного анализа особенностей предыдущих программ настоящий отчет разработан в поддержку определяющим политику руководителям и министерствам в понимании того, как формировать ключевые компоненты более долгосрочного и устойчивого подхода к разработке программ РДРВ.

В настоящем отчете представлены общие результаты предварительного обзора 17 опубликованных исследований по 14 программам РДРВ в 10 странах, при этом в начале каждого раздела мы определили ключевые уроки для Таджикистана. На Рисунке 1 приведена иллюстрация мирового охвата программ, рассмотренных в обзоре, представленном в настоящем отчете, а в Таблице 2 представлен перечень этих программ. В него включены 4 исследования из Бангладеш, 3 исследования из Колумбии, 3 исследования из Пакистана, 2 исследования из Кении, по одному исследованию из Мексики, Малави, Китая и Австралии и одно из Бразилии и Зимбабве. Поиск не ограничивался конкретной



географией или регионом и позволил выявить исследования, отражающие самые разные географические условия, в том числе: 9 исследований по сельским регионам, 1 городское исследование и 7 исследований территорий со смешанными условиями.

Одной из особенностей успешных программ РДРВ является то, что они способствуют реализации межотраслевого подхода в течение всего жизненного цикла. В программы могут включаться направления, обозначенные на Рисунке 2 на следующей странице: питание, социальная защита, здравоохранение, образование, водоснабжение и санитария. В работе Блэк и др. подчеркивается важность жизненного цикла в повышении качества программ РДРВ и в реализации экономических выгод инвестиций в РДРВ (Блэк и др., 2017 г.). Подход жизненного цикла является эффективным способом понимания путей максимизации межотраслевого подхода. Так как программы нередко охватывают несколько отраслей, а их разработка может быть связана с трудностями, подход жизненного цикла часто может быть полезен в качестве руководящей основы.

Рисунок 1: Географический охват 17 коллегиально рецензированных исследований, выявленных в результате систематического поиска для настоящего обзора

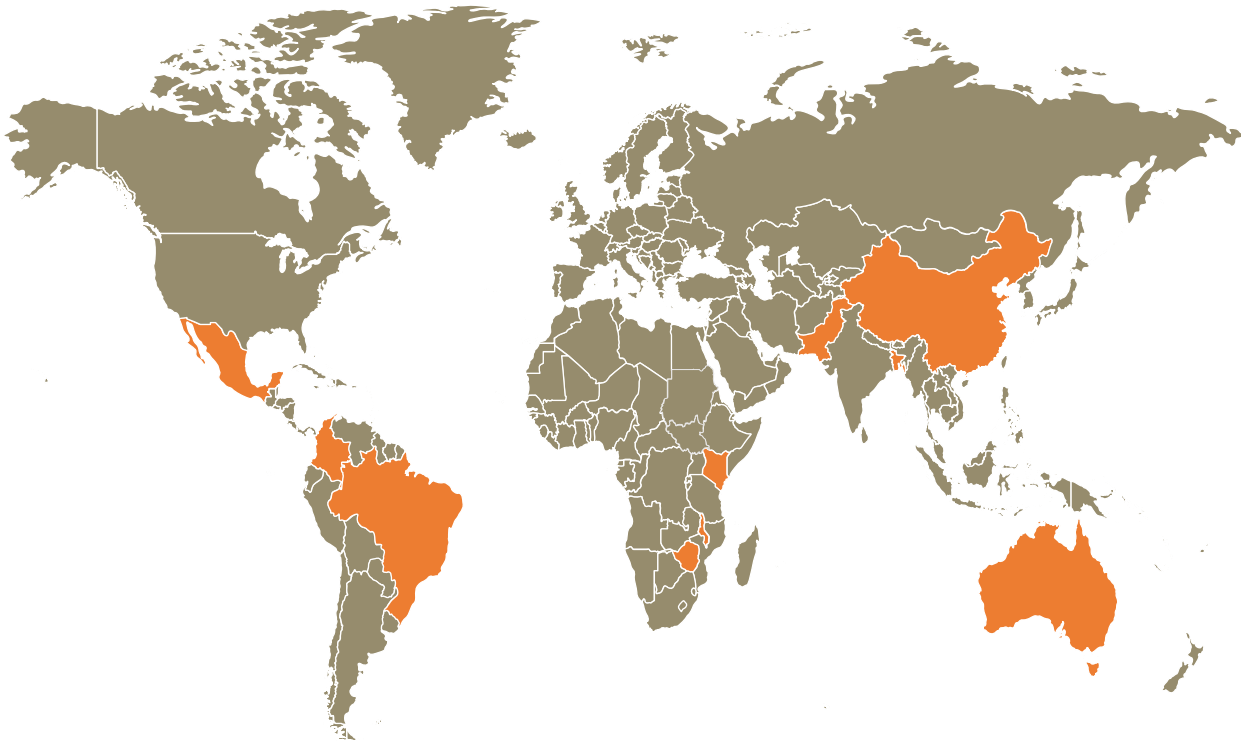


Таблица 2: Наименования и страны программ

Программа	Страны
Пробный проект «WASH Benefits»	Бангладеш Кения
10-Месячная программа по родительскому воспитанию («Спасите детей»)	Бангладеш
Программа «Alive and Thrive»	Бангладеш
Цикл «Participatory Learning and Action» (PLA) с участием женских групп	Бангладеш
Программа "Мониторинг роста и развития детей"	Колумбия
Программа «Familias en Acción»	Колумбия
Программа «Hogares Comunitarios de Bienestar»	Колумбия
«Action Against Hunger» – программы денежных трансфертов	Пакистан
Программа «Женщина - медработник»	Пакистан
Программа «Oportunidades» (нынешнее название «Prospera»)	Мексика
Программа «Забота о развитии ребенка»	Малави
Программа «Интегрированное раннее развитие детей»	Китай
Программа «Reach Up»	Бразилия и Зимбабве
Программа «Right @ home»	Австралия

Рисунок 2: Состав возможных отраслей для включения в программы РДРВ



В данном контексте концептуальная основа подхода жизненного цикла указывает на важность проведения систематических мероприятий на нескольких этапах жизни. Эти этапы включают период до зачатия и беременность, родительское воспитание и заботу, периоды новорожденности, раннего детства, средний детский возраст, подростковый возраст и период взрослой жизни. В качестве базы используется концепция «заботливого ухода» (nurturing care), с выделением межотраслевой важности мероприятий по обеспечению здоровья, питания, безопасности, заботы и обучения, а также, в более широком смысле, благоприятных условий и социально-экономического и культурного контекста. В рамках подхода жизненного цикла подчеркивается связь между факторами защиты и факторами риска, которые оказывают влияние на здоровье и другие социально-экономические конечные результаты в течение всей жизни. В подходе учитывается то, как планирование семьи, питание и здоровье матери до зачатия закладывают основу для здоровой беременности. Данный подход также можно применять в качестве руководства по реализации путем проведения оценки имеющегося контекста. Например, путем определения отрасли, выстроившей

прочные связи с родителями и семьями, и сосредоточения на определении пакета услуг и разработке системы направлений к специалистам и связей с услугами данной отрасли.

В ходе нашего обзора для определяющих политику руководителей был определен набор вариантов по пяти направлениям разработки программ РДРВ. Мы наблюдали данные варианты по следующим пяти направлениям: возраст детей, целевая ориентация (по виду услуг или бенефициарам), условия реализации, график (продолжительность программы и частота проведения мероприятий) и поставщики услуг. В рамках каждого из этих направлений определяющим политику руководителям приходится принимать решения о том, как формировать и разрабатывать программы, обеспечивающие меры реагирования с учетом имеющегося контекста и потребностей детей. Ключевые соображения обобщенно представлены на Рисунке 3. Подробное описание всех исследований и программ приведено в Приложении 1.

Рисунок 3. Сводка ключевых особенностей разработки программы РДРВ



---

## КАК МЫ ПРОВОДИЛИ БЫСТРЫЙ ОБЗОР?

### Ключевые уроки

- Мы провели двухэтапный предварительный обзор, чтобы сформировать общую картину для практического использования в помощь определяющим политику руководителям. Обзор проводился с целью обеспечить руководство по ключевым характеристикам разработки программ РДРВ и осуществлялся посредством обобщенного обзора и систематического поиска.
- Проведение исчерпывающего исследования не планировалось; было принято решение сосредоточиться на анализе практических аспектов. Поэтому существуют важные ограничения, так как систематическая работа по оценке риска предвзятости и критической оценке не проводилась, вследствие чего имеются определенные различия в качестве информации об исследованиях, включенных в обзор.

В состав первого этапа был включен обзор опыта Всемирного банка по разработке программ, существующих публикаций в «серой литературе» и тестирование критериев поиска для систематического обзора. Был выявлен ряд знаковых публикаций по РДРВ (Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.; Центр развития ребенка, 2016 г.; Бритто и др., 2017 г.; Л. М. Рихтер и др., 2017 г.; Дэльманс и др., 2015 г.; WaterAid, SHARE и Healthy Start, 2016 г.; ЮНИСЕФ, 2017 г.; Перкинс и др., 2017 г.; Банержии и др., 2019 г.; Боггз и др., 2019 г.; Милнер, Бхопал и др., 2019 г.; Милнер, Бернал Салазар и др., 2019 г.; Аррегосес и др., 2019 г.). Дополнительно, в нашем подходе также учитывалось несколько систематических обзоров, в которых рассматривались различные участники программы и проводилось тестирование различных компонентов РДРВ (Бодри и др., 2017 г.; Грэнтэм-Макгрегор и др., 2014; Рэйс и др., 2017 г.; Смит и др., 2018 г.). Широкий поиск литературы определил выбор тематических направлений для настоящего обзора и структуру критериев включения и исключения для второго этапа. Источники включают в себя Всемирный банк, Google Scholar и оценочную базу данных ЮНИСЕФ.

Разработка второго этапа, включившего в себя систематический поиск коллегиально рецензированной литературы, осуществлялась с целью оценки убедительности имеющихся данных и охвата любых крупных исследований, которые не были включены в последний из имеющихся систематических обзоров. Были выявлены публикации, в рамках которых производилась оценка мероприятий в области РДРВ

как по компоненту «образование», так и по компоненту «питание» (Блок 1), вышедшие начиная с 1 февраля 2013 г., в продолжение работы Грэнтэм - Макгрегор и др. Источники включают Medline и ProQuest (Научная база данных по сельскому хозяйству; База данных по образованию; База данных по инженерному проектированию; База данных по психологии; База данных по общественному здравоохранению). Критерии включения и исключения представлены в Блоке 2.

#### Блок 1. Условия поиска и включение

**Образование** - Раннее развитие детей ИЛИ родительское воспитание ИЛИ дошкольное ИЛИ раннее обучение ИЛИ стимуляция ИЛИ образовательные мероприятия ИЛИ оценка  
**Питание** - Питание ИЛИ пропаганда грудного вскармливания ИЛИ адаптивное питание ИЛИ обеспечение добавками, содержащими микроэлементы ИЛИ макроэлементы ИЛИ питательные вещества  
**Умственное развитие** - Развитие ребенка ИЛИ познание ИЛИ языковое развитие ИЛИ поведение ИЛИ психология ИЛИ социально-эмоциональное развитие ИЛИ развитие моторики  
**Здоровье** - Здоровье ИЛИ питание ИЛИ микроэлементы ИЛИ малярия ИЛИ интегрированный ИЛИ заболеваемость ИЛИ гельминты ИЛИ ВИЧ  
**Элементы жизненного цикла** - Психическое здоровье ИЛИ депрессия ИЛИ санитария ИЛИ гигиена ИЛИ бедность ИЛИ денежный трансферт ИЛИ ВСГ  
*Адаптировано на основе работы (Грэнтэм-Макгрегор и др., 2014 г.)*

#### Блок 2: Критерии включения и исключения для систематического подхода к обзору исследований в области РДРВ, опубликованных в период с 2013 года

Включение	Исключение
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Только на английском языке</li> <li>• Опубликовано после 1 февраля 2013 г.</li> <li>• Содержит как компонент «питание», так и компонент «образование» И/ИЛИ является одним из наших четырех видов программ РРД, охватывающих весь жизненный цикл</li> <li>• Содержит оценку эффективности реализации программы</li> <li>• Содержит данные об инструментах оценки с учетом условий проведения мероприятий по РРД</li> <li>• Содержит оценку факторов, влияющих на реализацию РРД (т.е. качество РРД)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Содержит оценку конкретных инструментов или отдельных компонентов, а не самой программы</li> <li>• Рассматривает только мероприятие по обеспечению конкретными витаминами или добавками</li> <li>• Рассматривает только программы, связанные с ожирением или физической активностью</li> </ul>

Данный подход действительно заключал в себе важные ограничения, так как предусматривал не исчерпывающее исследование, а рассмотрение практических аспектов. Требования к предварительному / обобщенному обзору не включают систематические шаги, такие как критическая оценка или оценка риска предвзятости, которые обычно присутствуют в систематическом обзоре, вследствие чего имеются различия в качестве информации по включенным исследованиям. Кроме того, возможны трудности с установлением границ в рамках широкого охвата такой крупной дисциплины, как РДРВ и смежных областей, таких как раннее образование и уход за детьми. Возможны также различия в терминологии и определениях в зависимости от направлений исследования. Из терминов поиска могли быть исключены некоторые темы, если они не включали в

себя компоненты как питания, так и образования (поэтому исследования в области социальной защиты и денежных трансфертов в настоящем обзоре могут быть мало представлены). И наконец, ввиду ограничений в отношении дат публикации и языка, исследования, опубликованные не на английском языке или до 2013 года, могли быть исключены. Для дальнейшего расширения настоящего обзора можно провести более систематический обзор эмпирических исследований с целью оценки существующих данных об интеграции и реализации высококачественных программ РДРВ на основе подхода жизненного цикла. Более систематический поиск мог бы позволить выявить эмпирические исследования, содержащие дополнительные доказательства эффективности программных компонентов и информацию об уроках, извлеченных по результатам реализации.

---

## УЧЕТ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПРИ РАЗРАБОТКЕ ПРОГРАММЫ РДРВ

### Ключевые уроки для Таджикистана

- **Возраст до 3 лет является главной основой программы РДРВ, так этот период охватывает важнейшие этапы когнитивного, моторного, социально-эмоционального и языкового развития ребенка. Приоритетом для Таджикистана является немедленное сосредоточение на разработке программ в поддержку здоровья матерей и детей на этих этапах. Как только эти возрастные группы будут полностью охвачены, следующим шагом будет расширение программ за счет других групп.**
- **В рамках многих программ в прошлом возможность максимизации их подхода за счет внедрения подхода жизненного цикла была упущена. Принятие во внимание этого подхода поможет проложить устойчивый поэтапный путь к построению комплексной системы РДРВ, направленной на работу с подростками и беременными матерями, обеспечение здоровья младенцев и благополучия школьников, хорошо подготовленных к успешной трудовой деятельности в будущем.**

**Охват детей до 3 лет является главной основой программы РДРВ. В предыдущих обзорах и в данной работе, как показано в Таблице 2, отмечено, что мероприятия в области РДРВ направлены на целый ряд возрастных групп на всем протяжении жизненного цикла, при этом особое внимание уделяется беременным матерям и детям до 8-10 лет. Однако, вмешательство на ранних этапах определено как оптимальный период, с реализацией концепции заботливого ухода в отношении детей до 3 лет (Всемирная организация здравоохранения, 2018 год). Первые три года жизни ребенка – это критически важное «окно», период, когда происходит до восьмидесяти процентов развития мозга (Центр развития ребенка, 2016 год). Это указывает на то, что страны, в которых программы для детей до 3 лет не разрабатываются, могли бы добиться значительных выгод, сосредоточившись на данной возрастной группе; однако, для стран, имеющих развитую систему программ для данной возрастной группы, более актуальными могут быть другие возрастные группы.**

**Если возрастная группа до 3 лет должным образом охвачена, следующим приоритетом может быть расширение программ за счет других возрастных групп. В рамках национальных инициатив в области РДРВ достижение возраста 3 лет или близкого к нему нередко**

выделяется как отдельный этап, в зависимости от возраста поступления в начальную школу, установленного в данной стране. Это связано с разделением услуг дошкольного обучения и раннего образования. Однако, в Колумбии домашний уход предоставляется детям до 6 лет, а в России, Польше и Эстонии дети остаются в дошкольных учреждениях до поступления в начальную школу в возрасте 7 лет.

Хотя поступление в начальную школу может рассматриваться как естественный верхний порог для программы РДРВ, сосредоточение на разделении между дошкольным обучением и ранним образованием может стать препятствием в построении более комплексного и интегрированного подхода. Широко признанные программы, такие как колумбийская программа «Мониторинга роста и развития», рассчитаны на детей от рождения до 10 лет и вписана в систему здравоохранения. Аналогично, в Дании и Эстонии мероприятия по РДРВ направлены на детей от рождения до младшего школьного возраста. В результате, применение таких моделей указало путь к максимизации возможностей содействия развитию детей с учетом признания критической важности первых 1000 дней, при этом подход жизненного цикла является фундаментом для разработки более успешных программ.

Исследования, выявленные в рамках нашего предварительного обзора, как показано в Таблице 3, в основном, фокусируются на детях от рождения до 5 лет, что указывает на то, что при существующем состоянии разработки программ РДРВ нередко упускается возможность внедрения подхода жизненного цикла. В целом, программы, рассмотренные в предварительном обзоре, отражают совокупность мероприятий по РДРВ для детей от рождения до 8 лет. В обзор включены данные о серии пробных мероприятий «WASH Benefits», осуществлявшихся в Бангладеш и Кении, программе обусловленных денежных трансфертов «Familias en Acción» (возраст 12-24 месяцев), программе трансфертов «Action Against Hunger» (возраст от 6 месяцев до 4 лет) и инициативе «Alive and Thrive» (возраст до 4 лет). Эти результаты важны в двух отношениях: во-первых, потому что совокупность мероприятий выходит за рамки дихотомии дошкольного или школьного возраста; во-вторых, потому что она демонстрирует отсутствие подхода жизненного цикла – рассмотрения периодов от подросткового возраста и от зачатия до 10 лет включительно. Это отражает тот факт, что страны упускают возможность построения фундамента для обеспечения более значительного накопления человеческого капитала, улучшения здоровья и обеспечения счастья детей. В этом контексте также выгодно выделяется программа Колумбии.



Таблица 3: Сводка возрастных групп, охваченных программами

Программа / Исследование	Возрастная группа
Пробный проект «WASH Benefits»	• Беременность – 24 месяца
10-Месячная программа по родительскому воспитанию («Спасите детей»)	• 0-24 месяца
Программа «Alive and Thrive»	• 0-47,9 месяцев
Цикл «Participatory Learning and Action» (PLA) с участием женских групп	• Женщины могли вступать в женские группы, если их возраст составлял 15–49 лет, и они проживали на территориях реализации мероприятий.
Программа "Мониторинг роста и развития детей"	• 1–120 месяцев
Программа обусловленных денежных трансфертов «Familias en Acción»	• 12-24 месяца
Программа «Hogares Comunitarios de Bienestar»	• 0-72 месяца
«Action Against Hunger» («Действия по борьбе с голодом») – программа денежных трансфертов	• 6-48 месяцев
Программа «Женщина - медработник»	• 0-24 месяца
Программа «Oportunidades» (нынешнее название «Prospera»)	• 24-72 месяца
Программа «Забота о развитии ребенка»	• 0-24 месяца
Программа «Интегрированное раннее развитие детей» в сельских регионах Китая	• 0-36 месяцев
Программа «Reach Up»	• 6-48 месяцев
Программа «Right @ home»	• Беременность – 24 месяца

---

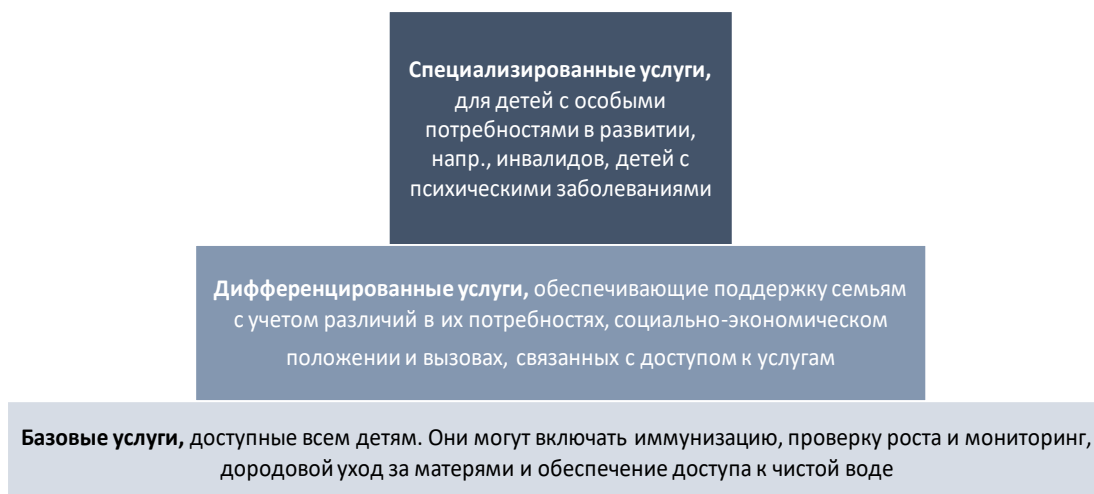
## УЧЕТ ЦЕЛЕВЫХ УЧАСТНИКОВ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ПРОГРАММЫ РДРВ

### Ключевые уроки для Таджикистана

- Целевую ориентацию можно рассматривать с точки зрения вида услуги и с точки зрения конкретных бенефициаров или участников. В рамках одного из подходов рассматривается, как населению предоставляются услуги трех разных видов: базовые, дифференцированные и специализированные. Для построения успешной системы РДРВ в Таджикистане потребуется рассмотреть вопрос о том, как проводить работу по обеспечению эффективного охвата услугами всех трех типов.
- Программы мониторинга роста и развития детей могут обеспечить возможность всеобщего охвата, так что системы здравоохранения, образования и социальной защиты будут иметь основу, позволяющую охватить всех детей, а затем обеспечить направления к поставщикам дифференцированных и специализированных услуг.

Целевая ориентация программ РДРВ может определяться видом услуг или конкретными участниками. В отношении услуг, существует подход, в рамках которого рассматривается, как предоставляются услуги трех разных видов: базовые, дифференцированные и специализированные (Всемирный банк, 2018 г.). Успешная разработка программ требует продвижения к эффективному охвату услугами всех трех видов. Определения этих услуг приведены на Рисунке 4 на следующей странице, при этом имеется опыт применения различных подходов к предоставлению этих услуг. Однако, в идеале успешный подход к РДРВ должен обеспечивать возможность всеобщего охвата базовыми услугами. Данный уровень услуг обеспечивается с учетом принципа равенства, так чтобы каждый человек имел к ним доступ, что помогает заложить прочный фундамент. Это также требует наличия сильной системы предоставления услуг следующих двух уровней. Здесь большой вес имеет идея справедливости – для достижения успеха людям с различными потребностями требуются более дифференцированные услуги. Детям и семьям из более бедных и незащищенных групп населения для удовлетворения своих потребностей могут потребоваться дифференцированные услуги. И наконец, успешное предоставление базовых и дифференцированных услуг, вероятно, позволит выявить детей, имеющих задержку в развитии или особые потребности. Здесь этическое соображение, требующее обеспечения заботы о таких детях, определяет необходимость обеспечения предоставления специализированных услуг.

Рисунок 4: Определения различных видов услуг



Источник: Всемирный банк, 2018

Во всех исследованиях, включенных в наш обзор, целевые группы включали в себя целый ряд участников, и применялись различные механизмы предоставления базовых, дифференцированных и специализированных услуг целевым участникам, как показано в Таблице 4. В случае всеобщего охвата национальные программы, такие как программа "Мониторинг роста и развития" в Колумбии или программа «Oportunidades» в Мексике, направлены на обеспечение всеобщего охвата, а не на адресную работу с домохозяйствами. Адаптивное питание и обеспечение питательных добавок являются эффективными компонентами РДРВ, которые могут обеспечиваться в рамках базовых услуг как вместе, так и по отдельности. Преимуществом базовых услуг нередко является то, что они предоставляются специально обученными исполнителями, например медсестрами в рамках программы визитов на дом «Right@Home» в Австралии или подготовленными специалистами по домашнему уходу и обучению в рамках программы «Hogares Comunitarios de Bienestar» в Колумбии. Однако, обеспечение РДРВ в рамках базовых услуг может быть связано с осложнениями в части реализуемости, как показало исследование, проведенное в Малави, посвященное внедрению модулей «Забота о развитии ребенка» в состав существующих услуг. Низкий охват медицинскими контролерами ограничил возможность масштабирования системы «Забота о развитии ребенка» за счет МК, при этом авторы исследования отметили необходимость изучения других моделей предоставления таких услуг.

Применение подхода всеобщего охвата в рамках колумбийской программы «Мониторинг роста и развития» оказало наибольшее влияние на беднейшие регионы, что отражает важность предоставления базовых и дифференцированных услуг. Программа «Мониторинг роста и развития» была создана в 2000 году для обеспечения комплексного раннего ухода за детьми, включающего антропометрическую оценку, оценку моторных навыков, слуха и личностно-социального языкового развития, а также образование для родителей по вопросам сбалансированного питания, иммунизации,

ранней стимуляции, предотвращения несчастных случаев, гигиены рта, острой диареи (Каррильо и др., 2015 г.). Программа была направлена на работу с семьями и детьми до 10 лет. В ней определен график оценки состояния здоровья, проведения вакцинации и обеспечения железосодержащих добавок для детей в возрасте до 84 месяцев. В работе Каррильо и др. установлено всеобщее положительное влияние вакцинации и профилактики острой недостаточности питания в более бедных регионах страны. Дальнейшая оценка указывает на то, что обеспечение образования по практике ухода за грудными детьми дает максимальный эффект в беднейших регионах, где хуже показатели недостаточности питания и низкий уровень образования матерей.

Таблица 4: Сводка целевых групп населения, охваченных программами

Программа / Исследование	Целевая группа населения
Пробный проект «WASH Benefits»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Домохозяйства имели право на участие в программе, если: в семье была женщина на втором или третьем триместре беременности; эта женщина планировала жить в данном сообществе не менее 2 лет; эта женщина говорила на местном или английском языке. При проведении оценок 2-го года были исключены дети с нарушениями слуха, зрения, моторной функции или другими физическими недостатками.</li> </ul>
10-Месячная программа по родительскому воспитанию («Спасите детей»)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Целевыми бенефициарами были матери детей младше 2 лет в сельских регионах Бангладеш</li> </ul>
Программа «Alive and Thrive»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Беременные женщины и матери детей в возрасте 2 лет.</li> </ul>
Цикл «Participatory Learning and Action» (PLA) с участием женских групп	<ul style="list-style-type: none"> <li>Женщины могли вступать в женские группы, если их возраст составлял 15–49 лет, и они проживали на территориях реализации мероприятий.</li> </ul>
Программа "Мониторинг роста и развития детей"	<ul style="list-style-type: none"> <li>Программа направлена на всеобщий охват детей в национальном масштабе.</li> </ul>
Программа обусловленных денежных трансфертов «Familias en Acción»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дети в возрасте 12-24 месяцев и их главные опекуны из 96 муниципалитетов Колумбии, расположенных в восьми из 32 департаментов страны (где высокий уровень заболеваемости анемией)</li> </ul>
Программа «Hogares Comunitarios de Bienestar»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дети младше 6 лет из малообеспеченных семей</li> </ul>
«Action Against Hunger» («Действия по борьбе с голодом») – программа денежных трансфертов	<ul style="list-style-type: none"> <li>Бедные и очень бедные домохозяйства, имеющие одного или более детей в возрасте 6±48 месяцев</li> </ul>
Программа «Женщина - медработник»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Посещение матерей на дому в рамках сообщества – пары «мать - ребенок» в сельском районе Пакистана (младенцы до 2,5 месяцев), с последующим отслеживанием детей в возрасте 12, 24 и 48 месяцев</li> </ul>

Таблица 4: Сводка целевых групп населения, охваченных программами

Программа / Исследование	Целевая группа населения
Программа «Oportunidades» (нынешнее название «Prospera»)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Уязвимые домохозяйства с детьми, живущие в крайней бедности в Мексике (с определением целевых географических территорий и тестированием средств)</li> </ul>
Программа «Забота о развитии ребенка»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Пары «опекун - дети», возраст детей – менее 2 лет (30 сельских и 30 городских)</li> </ul>
Программа «Интегрированное раннее развитие детей» в сельских регионах Китая	<ul style="list-style-type: none"> <li>Семьи с детьми младше 2 лет</li> </ul>
Программа «Reach Up»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Пары «мать - ребенок»</li> </ul>
Программа «Right @ home»	<ul style="list-style-type: none"> <li>В исследование были включены беременные женщины, находившиеся в тяжелой ситуации; визиты к ним осуществлялись в течение первых двух лет жизни ребенка.</li> </ul>

С целью улучшения предоставления дифференцированных услуг применялись денежные трансферты и регулятивные меры. Программы денежных трансфертов могут быть направлены на самые экономически уязвимые домохозяйства и являются примером дифференцированных услуг. Например, программа денежных трансфертов «Action Against Hunger» («Действия по борьбе с голодом») в Пакистане (Фенн и др., 2017 г.) или программа «Familias en Acción» в Колумбии (Аттанасио и др., 2014 г.), нацеленная на беднейшие двадцать пять процентов страны. Эти программы были определены как эффективный метод предоставления дифференцированных услуг и профилактики недостаточности питания (Арриагада и др., 2018 г.). На основе национальных нормативно-правовых актов и местных критериев для предоставления услуг был установлен приоритет включения в программы целевых групп населения для предоставления специализированных и дифференцированных услуг. Например, домохозяйств и с учетом акцента на дифференцированных услугах. Применение денежных трансфертов для поддержки малообеспеченных семей определено как эффективный способ профилактики задержки роста и истощения у детей до 6 месяцев. В работе Фенн и др. проводится оценка результатов различных монетарных показателей и говорится о том, что денежные трансферты являются эффективным способом профилактики истощения и задержки роста у детей до 6 месяцев, и о важности финансовых показателей: чем больше сумма денежного трансферта, тем больше степень влияния на истощение. Проведение инструктажа по раннему уходу за детьми оказало значительное влияние в беднейших регионах, где ниже уровень образования матерей и показатели питания и доказало эффективность в рамках рассмотренных в обзоре программ, направленных на предоставление дифференцированных услуг. Кроме того, как в Бангладеш, так и в Колумбии целенаправленная работа с детьми раннего возраста и инструктаж для

родителей рассматривались как эффективные меры реагирования на дифференцированные потребности.

Что касается специализированных услуг, по таким направлениям, как языковое развитие успехи были более значительными в отличие от направления по обеспечению психического здоровья матерей – об успехах реализации мероприятий по данному направлению известно меньше. Что касается детей с особыми потребностями в части языкового развития и образования, реализация пакетов мероприятий позволила улучшить конечные результаты языкового развития. Хотя эти дети будут включены во всеобщие подходы, дети-инвалиды также исключаются из некоторых пробных проектов, особенно из программ по водоснабжению и санитарии. Тем не менее, пакеты мероприятий «Забота о развитии ребенка», конкретно направленные на детей-инвалидов, позволили улучшить конечные результаты языкового развития. Психическое здоровье матерей оказалось трудно эффективно охватить в качестве целевого направления в рамках комплексных мероприятий; среди выявленных исследований мало таких, где рассматриваются уроки, извлеченные из опыта реализации в данном контексте (Сингла, Кумбакубма и Абу, 2015 г.). В работе Глэдстоун и др. не было выявлено какого-либо значительного влияния на конечные результаты в отношении психического здоровья матерей, что авторы приписывают недостаточной целевой направленности компонентов мероприятий (Глэдстоун и др., 2018 г.).

Интегрированное предоставление услуг по РДРВ в условиях малообеспеченности населения остается направлением, в рамках которого полезно было бы увеличить доказательную базу и проводить научный анализ реализации с тем, чтобы системы имели больше возможностей для отслеживания и стратегического предоставления услуг нуждающимся в них детям. Как только в рамках систем будет развито предоставление каждого вида услуг, следующим важнейшим шагом станет обеспечение возможности отслеживания каждого ребенка и предоставления ему необходимых услуг и направлений к специалистам для поддержки ребенка. Например, если в рамках системы здравоохранения обнаружена задержка речи, важно выдать направления к специалистам по речи, языку и образованию. Это требует не только интеграции услуг, но и возможности выявления и направления детей в рамках интегрированной сети. Примеры успешного выполнения таких задач при работе с населением с более высоким уровнем дохода показывают важность построения этих систем, но о том, как двигаться к этой цели в условиях малообеспеченности, где предоставление услуг нередко бывает намного более фрагментированным, известно гораздо меньше.

---

## УЧЕТ УСЛОВИЙ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ПРОГРАММЫ РДРВ

### Ключевые уроки для Таджикистана

- Модели РДРВ могут разрабатываться для множества разных условий реализации, включая условия медицинских учреждений, групп сообществ, школ, домохозяйств, яслей и детских садов.
- Визиты на дом и группы сообществ доказали свою полезность в программах, где используются демонстрационные материалы в качестве метода, который позволяет детям и опекунам вместе практиковаться в использовании новых материалов в интегрированной среде.
- В интересах сокращения различий, в условиях ограниченности ресурсов могут оказаться полезными меры политики в сфере образования, направленные на конкретные группы риска (особенно на обучающихся самого младшего возраста).
- В условиях, когда ресурсы ограничены, порядок и последовательность реализации мероприятий по РДРВ может значительно повлиять на их эффективность и устойчивость.
- Масштабирование мероприятий в соответствии с государственными услугами может быть полезным для охвата детей / достижения результатов в условиях географической удаленности.

Модели РДРВ могут разрабатываться для широкого набора условий реализации, в том числе как показано на Рисунке 5 и Таблице 5. Условия включают дошкольные учреждения или центры по уходу за детьми (ясли, детские сады, ясельные группы или группы детского сада в начальных школах, детские клубы, учреждения дошкольного образования, дневные детские сады и интегрированные центры), домашние детские сады, программы дополнительного питания, программы визитов на дом и программы в сфере здравоохранения. Условия, как показано на Рисунке 5, могут различаться в диапазоне от домашних до более формализованных (дошкольные и медицинские учреждения), а также варьироваться в отношении часов работы: от продленного дня до полудневных. Реализация программы РДРВ также возможна через ряд партнерских каналов, в том числе через правительство, сообщество, частный сектор и гражданское общество.

Рисунок 5: Условия, в которых предоставляются услуги по РДРВ



Имеющиеся данные о результатах программ указывают на ценность визитов на дом и групп сообществ, так как они обеспечивают благоприятные возможности для реализации программ родительского воспитания и дополнительного питания (Всемирный банк, 2017 г.). Визиты на дом и группы сообществ особенно полезны для осуществления программ родительского воспитания, в рамках которых используются демонстрационные материалы и упражнения по решению проблем, а также для опекунов и детей, получающих возможность вместе практиковаться с новым материалом. Они также позволяют применять интегрированный подход, с посещением родителей детей соответствующего возраста и на соответствующих этапах до достижения детьми возраста 6-8 лет.

Таблица 5: Сводка условий реализации по программам

Программа / Исследование	Условия
Пробный проект «WASH Benefits»	Посещение домохозяйств
10-Месячная программа по родительскому воспитанию («Спасите детей»)	Встречи групп сообществ и посещение матерей на дому
Программа «Alive and Thrive»	1. Усиленное межличностное консультирование (УМЛК) путем посещения домохозяйств. 2. Средства массовой информации (СМИ) 3. Мобилизация сообщества (МС)
Цикл «Participatory Learning and Action» (PLA) с участием женских групп	Женские группы сообществ (мобилизация сообщества)
Программа "Мониторинг роста и развития детей"	Медицинское учреждение



Таблица 5: Сводка условий реализации по программам

Программа / Исследование	Условия
Программа обусловленных денежных трансфертов «Familias en Acción»	Сообщество / посещение домохозяйств
Программа «Hogares Comunitarios de Bienestar»	Домашний уход за детьми
«Action Against Hunger» («Действия по борьбе с голодом») – программа денежных трансфертов	Денежные трансферты
Программа «Женщина - медработник»	Визиты на дом в сообществах и групповые встречи для обсуждения вопросов родительского воспитания детей
Программа «Oportunidades» (нынешнее название «Prospera»)	Образовательные гранты, первичное медико-санитарное обслуживание и денежные трансферты
Программа «Забота о развитии ребенка»	Встречи групп сообществ и занятия в домохозяйствах
Программа «Интегрированное раннее развитие детей» в сельских регионах Китая	На базе клиники, центра или информационно-разъяснительной работы
Программа «Reach Up»	Визиты на дом
Программа «Right @ home»	Программа визитов медсестер на дом

### Блок 3. Домашние центры раннего обучения детей в Колумбии

**Коротко об идее:** традиционные дома социального ухода в сообществах, действующие под «матери общины» (МО), которая ухаживает за детьми в возрасте от 6 месяцев до 5 лет в количестве до 15 человек в домашней обстановке.

**Предоставляемые услуги:** уход за детьми, пищевые добавки, мониторинг состояния питания, работа по психосоциальному развитию детей, продвижение здоровой и профилактика нездоровой практики, руководство родительским стимулированием детей.

**Финансовая поддержка:** Матерям общин были предоставлены обучение и займы на модернизацию удобств и оборудования в их домах.

**Влияние:** по прошествии не менее чем 15 месяцев участия в программе дети стали получать более высокие оценки по результатам тестов на уровень когнитивного развития и социально-эмоциональных навыков по сравнению с аналогичными детьми, которые присоединились к программе позднее.

Источник: (Всемирный Банк, 2017 г.)

Детские сады, ясли и услуги для дошкольников могут обеспечиваться в различных форматах и получать смешанное государственное или частное финансирование; имеются сведения об отдельных случаях, дающие некоторое представление о существующих вариантах. Центры дошкольного образования и полудневные детские сады в Российской Федерации финансируются из государственных и частных источников, но являются уникальными по своему спектру специализации, который включает: развитие детей, коррекцию отклонений в развитии детей (детские сады компенсирующего вида), а также санитарию, гигиену и оздоровление. Некоторые польские детские сады имеют отделения или предоставляют специализированные услуги для детей-инвалидов и получают финансирование из государственных или частных источников. Детские сады раннего образования детей в Чили (Jardines Infantiles JUNJI) являются хорошим примером услуг, предоставляемых за счет государственного финансирования, которые являются бесплатными в пункте ухода и предназначены для детей из малообеспеченных семей. Такие детские сады являются главными учреждениями, где применяется целый ряд специализированных подходов к детским садам, в том числе детские сады, работающие за счет трансфертов средств, детские сады сообществ и частные детские сады с делегированным административным управлением. Они обслуживают детей в возрасте от рождения до 3 лет и работают 11 часов в день.

---

## УЧЕТ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ПРОГРАММЫ РДРВ

### Ключевые уроки для Таджикистана

- Модели РДРВ могут разрабатываться для множества разных условий реализации, включая условия медицинских учреждений, групп сообществ, школ, домохозяйств, яслей и детских садов.
- Ключевым аспектом разработки интегрированных программ РДРВ является формирование многопрофильной команды, которая включает родителей, родственников, членов сообщества и профессиональных медиков, которые могут предоставлять услуги в самых разных условиях. В программах также важно учитывать финансовые возможности родителей.
- В странах с низким уровнем дохода для дальнейшей реализации с масштабированием критически важно учитывать ресурсные требования, в том числе в части кадров, обучения и надзора.
- Хотя значительная часть имеющихся данных указывает на наличие родительского компонента в программах, влияние на развитие ребенка трудно оценить количественно несмотря то, что отмечено улучшение взаимоотношений между родителем и ребенком и повышение материнской чувствительности к поведенческим сигналам ребенка. Результаты зависят от частоты последующих мероприятий и продолжительности программ родительского воспитания.
- В условиях ограниченности ресурсов адаптация и усиление существующих программ на базе сообществ стимулируют ответственность и участие и повышает финансовую доступность.

Мероприятия могут осуществляться штатом непосредственных исполнителей в области РДРВ. Он может включать в себя родителей, родственников, членов сообщества и профессиональных медиков. Различные варианты штата могут включать в себя обычных членов сообщества, учителей, учителей дошкольных учреждений и профессиональных медиков, как описано на Рисунке 6. Более свежие данные, в основном, относятся к образованию и поддержке, которые обеспечиваются матерями, отцами и главными опекунами. Мероприятиям, направленным на учителей и роль школ, уделено меньше внимания.

Рисунок 6: Кадровый состав непосредственных исполнителей в области РДРВ



В целом, в проведении мероприятий по РДРВ может участвовать целый ряд поставщиков услуг. В Таблице 6 представлено описание поставщиков услуг, участвовавших в каждом из исследований, включенных в обзор, и продемонстрирован их состав. Один из уроков, которые можно извлечь, проанализировав эти исследования, – необходимо сосредоточиться на формировании многопрофильных команд, которые смогут предоставлять услуги в самых разных условиях. Включаются квалифицированные медики, учителя, родители, члены сообщества, при этом имеющийся опыт показывает, как можно мобилизовать различные функции для обеспечения РДРВ.

Таблица 6: Поставщики услуг, по исследованиям

Программа / Исследование	Поставщик(и) услуг
Пробный проект «WASH Benefits»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Местные матери выдвинули кандидатуры лиц на роль ответственных за продвижение способствующих здоровью практик, которые затем проходили обучение в течение 3-7 дней. Впоследствии, каждые 6 месяцев проводились курсы повышения квалификации для конкретных групп.</li> </ul>
10-Месячная программа по родительскому воспитанию («Спасите детей»)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ответственный за реализацию программы передавал рекомендации по родительскому воспитанию детей</li> </ul>
Программа «Alive and Thrive»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Три типа исполнителей: медработники, получающие заработную плату (Shasthya Kormi) и медицинский волонтер от сообщества (Shasthya Shebika), плюс новый вид исполнителя: Pushti Kormi (ПК).</li> </ul>
Цикл «Participatory Learning and Action» (PLA) с участием женских групп	<ul style="list-style-type: none"> <li>Выбирается местная женщина репродуктивного возраста со средним образованием для оплачиваемой работы в качестве женщины-фасилитатора</li> </ul>
Программа "Мониторинг роста и развития детей"	<ul style="list-style-type: none"> <li>Обычные поставщики медико-санитарных услуг</li> </ul>
Программа обусловленных денежных трансфертов «Familias en Acción»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Семьи-бенефициары и местные чиновники программы выбрали женщин-лидеров сообществ, также известных как «лидеры матерей». Эти лидеры матерей влиятельны и имеют хорошие связи в своих сообществах.</li> <li>Для визитов на дом были отобраны женщины из числа лидеров матерей с учетом их доступности и уровня грамотности.</li> </ul>
Программа «Hogares Comunitarios de Bienestar»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Домашние детские сады в рамках программы работают под руководством «общинной матери», предоставляющей услуги домашнего детского сада в том же сообществе</li> </ul>

Таблица 6: Поставщики услуг, по исследованиям

Программа / Исследование	Поставщик(и) услуг
«Action Against Hunger» («Действия по борьбе с голодом») – программа денежных трансфертов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не применимо (денежные трансферты)</li> </ul>
Программа «Женщина - медработник»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Женщины-медработники – местные медработники общины, работающие за плату и прошедшие дополнительное обучение</li> </ul>
Программа «Oportunidades» (нынешнее название «Prospera»)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обычные поставщики услуг образования и первичного медико-санитарного обслуживания</li> </ul>
Программа «Забота о развитии ребенка»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Медицинские контролеры (МК) – это централизованно нанимаемые кадры, получающие плату от правительства. Им было предоставлено 12 дополнительных недель обучения заботе о развитии ребенка.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
Программа «Интегрированное раннее развитие детей» в сельских регионах Китая	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Деревенские врачи, волонтеры, женский штат, акушерки и работники по уходу за детьми, а также мобильные эксперты по педиатрической помощи, раннему образованию и социальной работе</li> </ul>
Программа «Reach Up»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лица, осуществляющие посещения на дому, из числа медработников и работников по развитию детей в Бразилии и ассистентов преподавателей в области РРД в Зимбабве</li> </ul>
Программа «Right @ home»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Квалифицированная медсестра</li> </ul>

#### **Матери и отцы: Программы родительского воспитания, направленные на изменение поведения**

В предыдущих обзорах подчеркивалось то, как родительские программы применяются для продвижения заботливого ухода, и отмечалась важность продолжительности участия в программе и дальнейших мероприятий. Визиты на дом эффективны для дородового образования по вопросам развития, здоровья, питания младенца и навыков родительского воспитания. Известно о высокой эффективности мероприятий в случаях, когда они включают в себя два или более методов улучшения знаний, поведения, социального участия и памяти. Значительная часть данных по программам РДРВ включает в себя родительский компонент программы и демонстрирует значение продолжительности участия в программе и последующих мероприятий. Две наиболее широко реализуемые программы – это «Забота о развитии ребенка» и программа «*Reach up and Learn*», как описано в Блоке 4.

#### Блок 4: Программы «Забота о развитии ребенка» и «Reach up and learn»

**«Забота о развитии ребенка»** – программа ВОЗ-ЮНИСЕФ по содействию психосоциальному развитию детей раннего возраста путем осуществления визитов на дом, с привлечением социальных работников и поставщиков услуг соответствующих учреждений. Программа развилась на базе модуля в рамках инициативы «Интегрированное ведение болезней детского возраста» и доказала свою полезность как экономически эффективное мероприятия по улучшения здоровья, роста и развития детей в различных условиях (Шэферхофф и др., 2015 г.; Рихтер и др., 2017 г.).

Программа **«Reach up and learn»** – структурированный учебный курс на основе оценки ямайской программы визитов на дом «Jamaica Home Visit» (JHV). Программа «JHV» является одной из оригинальных и наиболее широко признанных источников доказательных сведений и была протестирована и скопирована в таких странах, как Бангладеш, Уганда и Колумбия (Сингла, Кумбакумба и Абу, 2015 г.; Атанасио и др., 2014; Хамадани и др., 2006 г.).

Имеющиеся данные указывают на то, что программы по родительскому воспитанию детей позволяют улучшить взаимоотношения между родителем и ребенком и повысить материнскую чувствительность к поведенческим сигналам ребенка, но при этом трудно количественно оценить их влияние на развитие детей. В рамках систематического обзора мероприятий в области родительского воспитания в 2017 году (Рейс и др., 2017 г.) было выявлено 19 отчетов, представляющих 16 пробных проектов, в рамках которых были исследованы результаты мероприятий в области родительского воспитания, которые проводились до июня 2016 года с родителями из групп риска, имеющих младенцев в возрасте до 12 месяцев. Было установлено небольшое, но значительное положительное влияние на поведение детей в целом, но значительного влияния на когнитивное поведение детей или подшкалы поведения детей в части интернализации или экстернализации обнаружено не было. Было установлено умеренное влияние на общие взаимоотношения между родителем и ребенком и чувствительность матери к поведенческим сигналам ребенка. По мере появления дополнительных данных о программах «Заботливый уход», «Забота о развитии ребенка» и «Reach Up and Learn» мы получим дальнейшее понимание влияния реализации данных учебных программ.

Имеющиеся данные о мероприятиях в области родительского воспитания являются неполными; остаются вопросы по качеству реализации, продолжительности участия в программе и последующих мероприятий. В рамках мета-анализа (Бодри и др., 2017 г.) проводилось исследование взрослых матерей с целью определить, может ли вмешательство на ранних этапах способствовать более позитивному когнитивному развитию у детей до 4 лет матерей-подростков. Был проведен обзор 22 исследований, в которых рассматривалось 29 разных стратегий вмешательства. Мероприятия давали больший эффект, когда они были конкретно направлены на улучшение взаимодействия между родителем и ребенком или включали в себя это взаимодействие, по сравнению с мероприятиями, в рамках которых был сделан акцент на поддержке и образовании матерей. Настоящий предварительный обзор подтвердил наличие указанных в отчетах вызовы, связанных с оценкой влияния программ по родительскому воспитанию на

антропометрические показатели и здоровье детей. 10-месячная родительская программа по адаптивному питанию и стимуляции в сельских регионах Бангладеш эффективно способствовала улучшению показателей когнитивного и языкового развития, но не показателей заболеваемости и отношения роста к возрасту. Следует особо отметить, что данный подход на основе работы в сообществах показал, что групповые занятия позволили значительно снизить симптомы депрессии по сравнению с мероприятиями, в которых преобладали посещения на дому или в клинике (Юсафзаи и Абу, 2014 г.)

### **Члены сообществ**

Существующая литература по опыту успешного привлечения членов сообществ в качестве непосредственных исполнителей в области РДРВ в различных условиях, связанных с недостатком ресурсов и реализацией в сельской местности. Хорошо известные примеры включают колумбийских «матерей общины» (*Madre comunitaria*) в рамках программы «Hogares Comunitarios de Bienestar» и лидеров матерей в программе «Familias en Acción», программе обусловленных денежных трансфертов, также в Колумбии.

Потенциал подходов на основе широкого участия в части стимулирования ответственности и участия бенефициаров также оказался полезен; однако, необходимо детальное понимание потребностей, связанных с финансовой доступностью. В рамках проекта «Раннее образование и развитие детей» (Индонезия) сообщества выбирали из списка вариантов услуг, включавшего игровые группы, официальные детские сады, медпункты, общественные центры с интегрированными услугами по раннему образованию для детей и информационно-разъяснительные услуги, такие как визиты на дом или собрания по вопросам взаимоотношений матери и ребенка. Кроме того, сообщества могли комбинировать несколько услуг. Затраты для родителей обычно бывают номинальными – на оплату товаров, таких как форменная одежда и канцелярские принадлежности. Модели различаются стратегиями финансирования: от государственного финансирования (на базе школ) до взимания платы на компенсацию затрат (на базе сообществ, учреждений и домашних центров). Выбор наиболее подходящей модели зависит от ее финансовой доступности для родителей. Например, домашние центры услуг по раннему образованию и уходу за детьми (РОУД) в Колумбии успешно работали, взимая ежемесячную плату с родителей. Тем не менее, отмена взимания с родителей платы за детский сад оказалась наиболее прямым методом устранения барьера финансовой доступности раннего образования и повышения участия детей из очень бедных семей в проекте «Трамплин для подготовки к школе» в Болгарии.

В ходе обзора опубликованных исследований мы установили, что мобилизацию сообществ можно эффективно сочетать с другими каналами коммуникации для улучшения языковых навыков, питания, гигиены и практики ухода. В работе Фронгильо и др. приведены результаты сравнительного анализа двух подходов в Бангладеш. Во-первых, комплексное мероприятие по мобилизации сообществ (более подробная информация представлена в Блоке 5). Во-вторых, консультирование по вопросам питания путем посещения на дому матерей с детьми до 2 лет. Анализ показал улучшение языковых навыков и развития крупной моторики у детей в возрасте от 6 до 48 месяцев, что частично объяснялось улучшением минимального разнообразия питания и потреблением продуктов питания, богатых железом. Другие исследования иллюстрируют выгоды подходов, предусматривающих создание групп в сообществах и мобилизацию сообществ. Цикл «Participatory Learning and Action» (PLA), реализуемый на основе организации женских групп в сообществах также демонстрирует эффективность мобилизации сообществ для улучшения питания, гигиены и практики ухода, что позволяет снизить конечные показатели заболеваемости (Юнес и др., 2015 г.). Однако отсутствие видимых изменений в разнообразии питания может отражать отсутствие адресной информационной работы по данной теме.

#### Блок 5: Программа «Alive and Thrive»

- Усиленное межличностное консультирование (УМЛК), средства массовой информации (СМИ) и мероприятия по мобилизации сообществ (МС)
- Компонент СМИ включал в себя трансляцию по телевидению 7 информационных роликов, адресованных матерям, членам семей, медработникам и местным врачам и освещающим различные аспекты питания детей грудного и раннего возраста (ПДГРВ).
- Мобилизация сообществ (МС) включала в себя привлечение внимания лидеров сообществ к важности ПДГРВ и показ театральные представления о ПДГРВ в сообществах.

В ходе исследований, рассмотренных в настоящем обзоре, было установлено, что продолжительность обучения для членов сообществ часто составляла менее 2 недель, гораздо меньше, чем для специалистов в области здравоохранения и образования. Продолжительность конкретных программ составляла: четыре дня (Абу и др., 2013 г.), 40 часов (программа «Hogares Comunitarios de Bienestar»), 3-7 дней (пробные проекты «WASH Benefits»), одну неделю (Цикл «PLA»), 10 дней (программа «Reach Up») и две недели (программа «Familias en Acción»). Выделяется учебная программа «Женщина-медработник» в Пакистане, которая предусматривала обучение женщин-медработников в течение 15 месяцев по вопросам профилактики и лечения распространенных болезней детского возраста. Содержание учебной программы также в значительной степени варьировалось в зависимости от целевой ориентации программы. Пробный проект «WASH Benefits» демонстрирует обширные учебные программы для членов сообществ, отвечающих за продвижение способствующих здоровью практик, которые



охватывали: мероприятия по изменению поведения, пользование оборудованием, предоставление пищевых добавок, измерение антропологических показателей и выдачу направлений (Нулл и др., 2018 г.; Стюарт и др., 2018 г.). Обучение, которое проводится международной некоммерческой общественной организацией BRAC в Пакистане, демонстрирует активный сдвиг в сторону от более дидактического обучения и консультирования к более передовому подходу, в рамках которого приветствуется, когда женщины-медики слушают, задают вопросы и решают проблемы. Курсы повышения квалификации или дальнейшей подготовки также являются распространенным элементом программ и проводятся на более позднем этапе или приблизительно через 6 месяцев после начала программы (например, в рамках программ «Familias en Acción», «Reach Up», «WASH benefits»).

Предыдущие исследования и уроки, извлеченные по результатам исследований, рассмотренных в настоящем обзоре, позволили определить вспомогательный надзор как постоянный элемент программы, осуществляемой на базе сообществ. Контролерами обычно являются квалифицированные специалисты; наставники в рамках программы «Familias en Acción» имеют степень бакалавра по психологии или социальной работе или соответствующий опыт работы, а также проходят шестимесячное обучение. Члены надзорных групп могут обладать различными навыками, что видно на примере программной стратегии BRAC по проведению регулярного мониторинга и надзора силами: персонала BRAC, районных менеджеров, персонала штаб-квартиры и независимой команды наблюдателей. Подходы к проведению вспомогательного надзора различались во всех исследованиях. В BRAC и в рамках пробного проекта «WASH Benefits» применялось прямое и косвенное наблюдение. В частности, надзор в рамках «WASH Benefits» осуществлялся контролерами путем персональных точечных проверок «один-на-один», а также путем предоставления поддержки по телефону или с помощью текстовых сообщений.

#### Учителя и школы

Подготовка учителей проводилась в сочетании с массовыми информационными кампаниями, посвященными здоровью, питанию и образованию детей, но данные о влиянии этих мероприятий ограничены. Оценить результаты программы для широких слоев населения зачастую бывает трудно, когда отсутствует контрольная группа и когда мероприятия осуществляются в составе более обширной программы. Однако, считается, что средства информации и коммуникации позволяют эффективно работать с семьями и детьми раннего возраста в сельских регионах и могут быть эффективно реализованы с помощью инструментов частного партнерства (Катаока и др., 2011 г.). В Занзибаре и Мексике было проведено масштабирование подходов, предусматривающие массовую коммуникацию, при этом целевая работа в районах с низким

программы «RISE» были «обеспечены возможности РДРВ для более чем 35 000 детей Занзибара и проведено обучение более 809 официальных учителей и неофициальных фасилитаторов по педагогике интерактивного аудио-обучения (IAI), организации работы в классе и по другим ключевым направлениям. В рамках проекта также было распространено более 28 000 экземпляров учебно-методических материалов, разработанных командой». (Катаока и др., 2011 г.)

**Доказательные данные нашего обзора подчеркивают потенциал переподготовки учителей в части учебных программ для дошкольного обучения.** В Пакистане местные женщины в сообществах и учителя начальных школ более низкой категории проходили обучение для работы учителями дошкольного образования и попечителями в рамках программы «Дать свободу уверенности и творчеству». В исследованиях представлены убедительные доказательства необходимости обучения и вспомогательного надзора, в том числе обучения навыкам и коучинга на месте работы с регулярным повышением квалификации. Стратегии вспомогательного надзора включают в себя моделирование, решение проблем, взаимное обучение, надзорные контрольные списки и обратную связь. В рамках рассмотренных в настоящем обзоре программ соблюдение мероприятий являлось значительным вызовом, культурная приемлемость и местное влияние избранных поставщиков услуг также продемонстрировали свою важность в качестве фактора, определяющего качество участия родителей в программе РДРВ и их доступа к ней.

**Зачастую обучение по компонентам интегрированной программы РДРВ требуется многим непосредственным исполнителям.** В рамках программы денежных трансфертов «Oportunidades» учителей и медработников в Мексике учили предоставлять ряд услуг, в том числе в области образования в пренатальный период, медико-санитарной помощи, скрининга новорожденных, услуг, связанных с питанием и пищевыми добавками и проведением оценки детей. В рамках рассмотренных исследований был сделан акцент на том, что медиков следует рассматривать как партнеров менеджеров в сфере здравоохранения, чтобы стимулировать ответственное отношение к реализации программ. В рамках программы «Образование и повышение информированности сообществ по вопросам раннего развития детей» в Либерии проведено обучение медработников и акушерок, специалистов в области психического здоровья, учителей дошкольного образования, законодателей и других специалистов и персонала, осуществляющего визиты на дом, с целью повышения информированности в сообществах и развития навыков поставщиков услуг. Отдельные данные свидетельствуют об успешном влиянии на культурные нормы и стимулировании включения мужчин в программу, хотя необходимо провести формальную оценку.

Опыт разных стран, рассматриваемый в настоящем обзоре, показывает различия в подходах к обучению, от моделей повышения квалификации специалистов одной отрасли до реализации интегрированных многопрофильных программ обучения. Опыт Малави и Китая демонстрирует применение различных подходов к обучению. В Малави в рамках Программы «Забота о развитии ребенка» производится обучение наняваемых централизованно и получающих заработную плату от государства медицинских контролеров (МК). МК проходят 12-недельное обучение, в состав которого включаются такие темы, как: здравоохранение в сообществе, семейное здравоохранение, санитарное состояние окружающей среды, профилактика и контроль инфекционных заболеваний и ведение случаев заболеваний на уровне сообщества, включая ВИЧ, малярию, острые кишечные инфекции, пневмонию и недоедание (Глэдстоун и др., 2018 г.). В сельских регионах Китая, в рамках программы «Интегрированное раннее развитие детей», напротив, производился набор кадров в смешанные команды, в том числе: врачей, волонтеров, сотрудников-женщин, акушерок и работников по уходу за детьми, а также мобильных экспертов по педиатрической помощи, раннему образованию и социальной работе (Ли и др., 2018 г.). И наконец, медицинские сестры, участвующие в программе визитов на дом на основе модели «right@home» (Голдфельд и др., 2018) прошли 4-часовое обучение в режиме онлайн, 12-часов очного обучения и дополнительные 7 часов обучения в рамках целевых модулей программы «Right@home».

Наконец, в случаях, когда в рамках программы РДРВ можно использовать поставщиков услуг различной специализации, вознаграждение определяется в зависимости от вида кадров и условий реализации. Работа непосредственных исполнителей на базе сообществ может быть неоплачиваемой (программа «Familias en Acci6n»), оплачиваемой (инициатива «Женщина-медработник» в Пакистане, цикл «PLA» в Бангладеш, пробный проект «WASH Benefits»), или же могут применяться смешанные схемы (программа «Alive and Thrive», Бангладеш). В программе «Alive and Thrive» участвовали исполнители трех видов: медработник, получающий заработную плату, медицинский волонтер от сообщества и исполнитель нового типа (Фронгильо и др., 2017 г.).

---

## УЧЕТ ГРАФИКА (ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПРОГРАММЫ И ЧАСТОТЫ МЕРОПРИЯТИЙ) ПРИ РАЗРАБОТКЕ ПРОГРАММЫ РДРВ

### Ключевые уроки для Таджикистана

- Установлено, что проведение более продолжительных программ с частым проведением мероприятий было ключом к успеху, так как они обеспечивают более широкий охват и больше возможностей для проведения последующих мероприятий. Так как Таджикистан стремится построить комплексную систему РДРВ, важно рассмотреть вопрос о том, как обеспечить устойчивое развитие услуг, чтобы они позволяли регулярно контактировать с детьми и семьями.
- Стимулирование соблюдения мероприятий программы также является вызовом, а для успеха программы в долгосрочной перспективе также важно рассмотреть меры стимулирования для семей, чтобы они не прекращали свое участие в программе.

Установлено, что продолжительность и частота программных мероприятий способствует успеху; более долгосрочные программы с высокой частотой контактов с целевыми участниками обеспечивают лучшие результаты. Анализ программы «Интегрированное раннее развитие детей» в Китае показал, что в сельских регионах результаты проявились не раньше чем через год участия в программе участников (Лиу и др. 2018 г.). Однако, результаты программы могут не проявиться и через год. Пробный проект «WASH Benefits» является примером того, как результаты по некоторым балльным показателям развития появились через год, но через 2 года исчезли, что можно объяснить низким уровнем соблюдения мероприятий. Предполагается, что при менее частых контактах (т.е. раз в месяц) между лицом, осуществляющим продвижение способствующих здоровью практик, и опекуном ребенка потенциал улучшения конечных результатов развития ограничен. Данные о результатах программы «Женщина - медработник» также показывают, что балльные показатели развития детей могут улучшиться в возрасте 1 года, а затем исчезнуть через два года. Данная тенденция, вероятно, обусловлена отсутствием непрерывного воздействия в рамках программы. Отсюда аргумент необходимости непрерывного ухода для поддержания положительных результатов мероприятий. В домашних центрах услуг по раннему образованию и уходу за детьми (Колумбия)

положительные результаты проявились только после 15 месяцев участия в программе.

Оптимальные структуры программы отличались по условиям проведения; объем данных, показывающих эффективность визитов на дом каждые две недели с проведением целенаправленных занятий продолжительностью от 30 до 60 минут, ограничен. В целом, было установлено, что работа в сравнительно небольших группах более эффективна, при этом продолжительность групповых занятий может составлять от 1 до 2 часов. Могут быть полезны последующие дополнительные занятия, особенно в рамках краткосрочных программ.

Сведения, проанализированные в ходе проведенного нами обзора литературы, обобщенного в Таблице 7, говорят в пользу более частых визитов, в особенности в целях обеспечения соблюдения мероприятий в отношении водоснабжения и санитарии. В рамках пробных проектов «WASH benefits» в Кении и Бангладеш медики сообществ ежемесячно посещали домохозяйства, что входило в более обширный пакет мероприятий, который предусматривал сочетание компонентов, связанных с водоснабжением, санитарией, гигиеной рук и мероприятий по улучшению питания (но, как было отмечено, не включал компонент по адаптивному уходу). Имеющиеся данные указывают на то, что комбинированные мероприятия, возможно, позволили улучшить показатели развития моторных навыков у детей через год, но по достижении 2 лет изменения не сохранились, как не было различий по сравнению с другими группами или изменения конечных результатов умственного развития в случае Кении. Авторы указывают, что снижение частоты контактов (т.е. раз в месяц) между лицом, осуществляющим продвижение способствующих здоровью практик, и опекуном ребенка могло ограничить потенциал улучшения конечных результатов развития, но такая практика является более реалистичной в рамках программы, финансируемой правительством.

В рамках настоящего обзора было установлено, что несоблюдение мероприятий программы является препятствием эффективности, что указывает на важность стимулирования соблюдения. Мы проанализировали программы продолжительностью шести месяцев до 14 лет. Средняя продолжительность пробных программ составляет два года; одно из исследований предусматривало проведение последующих мероприятий по прошествии двух лет. Аналогично другим исследованиям, при оценке колумбийской программы «Мониторинг роста и развития» было установлено, что несоблюдение мероприятий программы является одним из ключевых ограничений. В работе *Каррильо и др.* в качестве одного из вариантов решения этой проблемы было предложено ввести ограничение допустимого количества случаев отсутствия на мероприятиях за определенный период времени как условие участия в программе, чтобы побудить участников оставаться в программе. В рамках национальных программ, таких как «Bolsa Familia» в Бразилии и «Oportunidades» в

Мексике, успешно применяются условия, обеспечивающие прохождение мероприятий участниками. Однако, данный подход создает риск исключения участников, нуждающихся в услугах, и, в целом, он еще не прошел полную оценку, которая дала бы понимание его последствий.

Нужны дополнительные данные, чтобы понять, как регулировать качество и увеличивать последовательность оценки процессов реализации. Что касается регулирования качества, остается вопрос об объеме и формате регулирования. В странах ОЭСР инспектирование применялось чаще, чем аккредитация; однако в условиях ограниченности ресурсов — это может оказаться неосуществимым. Что касается реализации, оценка процессов проводилась непоследовательно, а инструменты для различных контекстов не всегда были стандартизированы.

Таблица 7: Сводка по продолжительности программ и частоте мероприятий

Программа / Исследование	Общая продолжительность программы	Частота мероприятий
Пробный проект «WASH Benefits»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Протяженность пробного проекта – 2 года</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ежемесячные визиты на дом</li> </ul>
10-Месячная программа по родительскому воспитанию («Спасите детей»)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Продолжительность программы – 10 месяцев</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>14 занятий, каждые две недели в течение 4 месяцев и ежемесячно в течение 6 месяцев</li> </ul>
Программа «Alive and Thrive»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Продолжительность программы – 4 месяца</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ежемесячные визиты на дом</li> <li>7 телевизионных роликов</li> <li>Текущая разъяснительная работа</li> </ul>
Цикл «Participatory Learning and Action» (PLA) с участием женских групп	<ul style="list-style-type: none"> <li>Продолжительность программы – 21 месяцев</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ежемесячно</li> </ul>
Программа "Мониторинг роста и развития детей"	<ul style="list-style-type: none"> <li>Продолжительность программы – 10 месяца</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Множество пунктов соприкосновения <ul style="list-style-type: none"> <li>Мониторинг младенцев в ходе трех-четырёх осмотров в возрасте от 1 до 12 месяцев.</li> <li>Предоставление железосодержащих добавок в течение 30 дней каждые 6 месяцев с 6-месячного возраста.</li> <li>Текущий мониторинг детей от 2 до 7 лет в периоды: 25–30 месяцев, 31–36 месяцев, 37–48 месяцев, 49–60 месяцев, 61–66 месяцев, 67–72 месяцев, 73–78 месяцев и 79–84 месяцев.</li> </ul> </li> </ul>
Программа «Familias en Acción»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Продолжительность пробного проекта – 18 месяцев</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Еженедельные визиты на дом</li> </ul>
Программа «Hogares Comunitarios de Bienestar»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Создана в 1972 г.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ежедневный домашний уход</li> <li>Родители-участники обязаны вносить ежемесячную плату, но в сумме не более 25% минимального размера дневной оплаты труда</li> </ul>

Таблица 7: Сводка по продолжительности программ и частоте мероприятий

Программа / Исследование	Общая продолжительность программы	Частота мероприятий
«Action Against Hunger» («Действия по борьбе с голодом») – программа денежных трансфертов	<ul style="list-style-type: none"> <li>Продолжительность программы – 6 месяцев</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Сумма наличными деньгами или в виде ваучера выдавалась каждый месяц в течение шести месяцев подряд</li> </ul>
Программа «Женщина - медработник»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Продолжительность программы – 3 месяца</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ежемесячные визиты на дом</li> <li>Проведение групповых собраний время от времени</li> </ul>
Программа «Oportunidades» (нынешнее название «Prospera»)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Создана в 1997 г.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>В период настоящего исследования – выплата наличными деньгами каждые два месяца в распределительных пунктах, расположенных в городах. В 2011 году введены электронные банковские переводы и дебетовые карты</li> </ul>
Программа «Забота о развитии ребенка»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Продолжительность программы – 6 месяцев</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Шести медицинским контролерам было поручено охватить не менее 2 групп в месяц (12 групп за 6 месяцев) и 2 визита в месяц к каждому участнику (120 визитов за 6 месяцев)</li> </ul>
Программа «Интегрированное раннее развитие детей» в сельских регионах Китая	<ul style="list-style-type: none"> <li>Продолжительность программы – 2 месяца</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Осмотры в клинических условиях, мониторинг и консультации осуществлялись по достижении детьми возраста 7 дней, 28 дней, 3 месяцев, 6 месяцев, 8 месяцев, 12 месяцев, 18 месяцев, 24 месяцев, 30 месяцев и 36 месяцев</li> <li>Групповые занятия проводились в учреждениях в течение 3-4 дней в неделю.</li> <li>Визиты для проведения информационно-разъяснительной работы проводились каждые два месяца</li> </ul>
Программа «Reach Up»	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 года (Зимбабве) и 1 год (Бразилия)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Визиты на дом каждые две недели продолжительностью 30-50 минут (Зимбабве) или 20-50 минут (Бразилия)</li> </ul>
Программа «Right@home»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Первые 2 года жизни ребенка</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>График программы включает в себя не менее 25 визитов на дом (продолжительностью порядка 60–90 минут)</li> </ul>

---

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Arregoces, Leonardo, Rob Hughes, Kate M. Milner, Victoria Ponce Hardy, Cally Tann, Arjun Upadhyay, and Joy E. Lawn. 2019. "Accountability for Funds for Nurturing Care: What Can We Measure?" *Archives of Disease in Childhood* 104 (April): S34–42. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-315429>. // Аррегосес, Леонардо, Роб Хьюз, Кейт М. Милнер, Виктория Понс Харди, Калли Танн, Арджун Упадхьяй и Джой Э. Лон. 2019 г. «Подотчетность по средствам на финансирование заботливого ухода: Что мы можем оценить количественно?» *Archives of Disease in Childhood* 104 (Апрель): S34–42 <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-315429>.

Banerjee, Anshu, Pia Rebello Britto, Bernadette Daelmans, Esther Goh, and Stefan Peterson. 2019. "Reaching the Dream of Optimal Development for Every Child, Everywhere: What Do We Know about 'How To'?" *Archives of Disease in Childhood*. BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-317087>. // Банерджи, Аншу, Пиа Ребелло Бритто, Бернадетт Дэльманс, Эстер Гох и Стефан Петерсон. 2019 г. «Осуществление мечты оптимального развития для каждого ребенка, повсюду: Что нам известно о том «Как это делается?» *Archives of Disease in Childhood*. BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-317087>.

Baudry, Claire, George M. Tarabulsi, Leslie Atkinson, Jessica Pearson, and Audrey St-Pierre. 2017. "Intervention with Adolescent Mother–Child Dyads and Cognitive Development in Early Childhood: A Meta-Analysis." *Prevention Science* 18 (1): 116–30. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0731-7>. // Бодри, Клэр, Джордж М. Тарабулси, Лесли Аткинсон, Джессика Пирсон и Одри Сен-Пьер. 2017 г. «Вмешательство при работе с парами «мать – ребенок» и когнитивное развитие в раннем детстве: Мета-анализ». *Prevention Science* 18 (1): 116–30. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0731-7>.

Black, Maureen M, Susan P Walker, Lia C H Fernald, Christopher T Andersen, Ann M DiGirolamo, Chunling Lu, Dana C McCoy, et al. 2017. "Early Childhood Development Coming of Age: Science through the Life Course." *The Lancet* 389 (10064): 77–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7). // Блэк, Морин М, Сюзан П. Уокер, Лиа С. Х. Ферналд, Кристофер Т. Андерсен, Энн М. Диджироламо, Чунлинг Лу, Дана Ч. Маккой и др., 2017 г. «Совершеннолетие раннего развития детей: Наука через жизненный цикл». *The Lancet* 389 (10064): 77–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7).

Boggs, Dorothy, Kate M. Milner, Jaya Chandna, Maureen Black, Vanessa Cavallera, Tarun Dua, Guenther Fink, et al. 2019. "Rating Early Child Development Outcome Measurement Tools for Routine Health Programme Use." *Archives of Disease in Childhood* 104 (April): S13–21. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-315431>. // Боггз, Дороти, Кейт М. Милнер, Джая Чандна, Морин Блэк, Ванесса Каваллера, Тарун Дуа, Гюнтер Финк и др., 2019 г. «Ранжирование инструментов для количественной оценки раннего развития детей для регулярного использования в рамках программ здравоохранения». *Archives of Disease in Childhood* 104 (Апрель): S13–21. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-315431>.



Britto, Pia R, Stephen J Lye, Kerrie Proulx, Aisha K Yousafzai, Stephen G Matthews, Tyler Vaivada, Rafael Perez-Escamilla, et al. 2017. "Nurturing Care: Promoting Early Childhood Development." *The Lancet* 389 (10064): 91–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3). // Бритто, Пиа Р., Стивет Дж. Лье, Керри Прулкс, Аиша К. Юсафзаи, Стивет Дж. Мэттьюс, Тайлер Вайвада, Рафаэль Перез-Эскамилля и др., 2017 г. «Заботливый уход: Продвижение практики раннего развития детей». *The Lancet* 389 (10064): 91–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3).

Center on the Developing Child. 2016. "From Best Practices to Breakthrough Impacts." *Harvard*, 1–52. [papers3://publication/uuid/E7B72260-6FCB-4F0D-8F58-13986B7B04F0](https://publication/uuid/E7B72260-6FCB-4F0D-8F58-13986B7B04F0). // Центр развития ребенка, 2016 г. От передовой практики к прорыву в достижениях. *Harvard* 1–52. [papers3://publication/uuid/E7B72260-6FCB-4F0D-8F58-13986B7B04F0](https://publication/uuid/E7B72260-6FCB-4F0D-8F58-13986B7B04F0).

Daelmans, Bernadette, Maureen M. Black, Joan Lombardi, Jane Lucas, Linda Richter, Karlee Silver, Pia Britto, et al. 2015. "Effective Interventions and Strategies for Improving Early Child Development." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 351: h4029. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4029>. // Дэльманс, Бернадетт, Морин М. Блэк, Джоан Ломбарди, Джейн Лукас, Линда Рихтер, Карли Сильвер, Пиа Бритто и др., 2015 г. «Эффективные вмешательства и стратегии по улучшению раннего развития детей». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 351: h4029. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4029>.

Fink, Günther, Evan Peet, Goodarz Danaei, Kathryn Andrews, Dana Charles McCoy, Christopher R. Sudfeld, Mary C. Smith Fawzi, Majid Ezzati, and Wafaie W. Fawzi. 2016. "Schooling and Wage Income Losses Due to Early-Childhood Growth Faltering in Developing Countries: National, Regional, and Global Estimates." *American Journal of Clinical Nutrition* 104 (1): 104–12. <https://doi.org/10.3945/ajcn.115.123968>. // Финк, Гюнтер, Эван Пит, Гоодарз Данаэей, Катрин Эндрюс, Дана Чарльз Маккой, Кристофер Р. Зудфельд, Мэри К. Смит Фози, Маджид Эззати и Уафайу У. Фози. 2016 г. «Школьное обучение и потери в доходах от заработной платы вследствие замедленного роста у детей раннего возраста в развивающихся странах: Национальные, региональные и глобальные оценки». *American Journal of Clinical Nutrition* 104 (1): 104–12. <https://doi.org/10.3945/ajcn.115.123968>.

Galasso, Emanuela, and Adam Wagstaff. 2019. "The Aggregate Income Losses from Childhood Stunting and the Returns to a Nutrition Intervention Aimed at Reducing Stunting." *Economics and Human Biology* 34 (August): 225–38. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2019.01.010>. // Галассо, Эмануэла и Адам Вагстафф, 2019 г. «Совокупные потери дохода вследствие задержки роста и отдача от мероприятий в области питания, направленных на снижение задержки роста». *Economics and Human Biology* 34 (Август): 225–38. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2019.01.010>.

Grantham-Mcgregor, Sally M., Lia C.H. Fernald, Rose M.C. Kagawa, and Susan Walker. 2014. "Effects of Integrated Child Development and Nutrition Interventions on Child Development and Nutritional Status." *Annals of the New York Academy of Sciences* 1308 (1): 11–32. <https://doi.org/10.1111/nyas.12284>. // Грэнтэм-Макгрегор, Салли М., Лиа К.Х. Ферналд, Роуз М. К. Кагава и Сюзан Уокер. 2014 г. «Влияние интегрированных вмешательств по развитию и питанию детей на состояния развития и питания детей». *Annals of the New York Academy of Sciences* 1308 (1): 11–32. <https://doi.org/10.1111/nyas.12284>.

Milner, Kate M., Raquel Bernal Salazar, Sunil Bhopal, Alexandra Brentani, Pia Rebello Britto, Tarun Dua, Melissa Gladstone, et al. 2019. "Contextual Design Choices and Partnerships for Scaling Early Child Development Programmes." *Archives of Disease in Childhood* 104 (April): S22–33. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-315433>. // Милнер, Кейт М., Ракель Бернал Салазар, Сунил Бхопал, Александра Брентани, Пиа Ребелло Бритто, Тарун Дуа, Мелисса Гэдстоун и др., 2019 г. «Варианты при контекстуальной разработке и партнерство при масштабировании программ раннего развития детей». *Archives of Disease in Childhood* 104 (Апрель): S22–33. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-315433>.

Milner, Kate M., Sunil Bhopal, Maureen Black, Tarun Dua, Melissa Gladstone, Jena Hamadani, Rob Hughes, et al. 2019. "Counting Outcomes, Coverage and Quality for Early Child Development Programmes." *Archives of Disease in Childhood* 104 (April): S3–12. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-315430>. // Милнер, Кейт М., Сунил Бхопал, Морин Блэк, Тарун Дуа, Мелисса Гэдстоун, Джена Хамадани, Роб Хьюз и др., 2019 г. «Оценка конечных результатов, охвата и качества программ раннего развития детей». *Archives of Disease in Childhood* 104 (Апрель): S3–12. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-315430>.

Perkins, Jessica M., Rockli Kim, Aditi Krishna, Mark McGovern, Victor M. Aguayo, and S. V. Subramanian. 2017. "Understanding the Association between Stunting and Child Development in Low- and Middle-Income Countries: Next Steps for Research and Intervention." *Social Science and Medicine*. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.039>. // Перкинс, Джессика М., Рокли Ким, Адити Кришна, марк Макговерн, Виктор М. Агуайо и С. В. Субраманиан. 2017 г. «Понимание взаимосвязи между задержкой роста и развитием детей в странах с низким и средним уровнем дохода: Дальнейшие шаги по проведению научных исследований и вмешательств». *Social Science and Medicine*. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.039>.

Rayce, Signe B., Ida S. Rasmussen, Sihy K. Klest, Joshua Patras, and Maiken Pontoppidan. 2017. "Effects of Parenting Interventions for At-Risk Parents with Infants: A Systematic Review and Meta-Analyses." *BMJ Open* 7 (12): 1–20. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015707>. // Рэйс, Сигне Б., Ида С. Расмуссен, Сиху К. Клест, Джошуа Патрас и Маикен Понтоппидан, 2017 г. «Результаты мероприятий в области родительского воспитания для родителей из групп риска, имеющих грудных детей: Систематический обзор и мета-анализ». *BMJ Open* 7 (12): 1–20. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015707>.

Richter, Linda, Maureen Black, Pia Britto, Bernadette Daelmans, Chris Desmond, Amanda Devercelli, Tarun Dua, et al. 2019. "Early Childhood Development: An Imperative for Action and Measurement at Scale." *BMJ Global Health* 4 (Suppl 4): e001302. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001302>. // Рихтер, Линда, Морин Блэк, Пиа Бритто, Бернадетт Дельманс, Крис Десмонд, Аманда Деверчелли, Тарун Дуа и др., 2019 г. «Раннее развитие детей: Необходимы действия и измерение по шкале». *BMJ Global Health* 4 (Suppl 4): e001302. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001302>.

Richter, Linda M, Bernadette Daelmans, Joan Lombardi, Jody Heymann, Florencia Lopez Boo, Jere R Behrman, Chunling Lu, et al. 2017. "Investing in the Foundation of Sustainable Development: Pathways to Scale up for Early Childhood Development." *The Lancet* 389 (10064): 103–18. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31698-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-1). // Рихтер, Линда М,

Бернадетт Дельманс, Джоан Ломбарди, Джоди Хейманн, Флоресия Лопес Боо, Джир Р. Берман, Чунлинг Лу и др., 2017 г. «Инвестирование в основу устойчивого развития: Пути расширения масштабов деятельности в области раннего развития детей». *The Lancet* 389 (10064): 103–18. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31698-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-1).

Smith, Joanne A., Helen Baker-Henningham, Alexandra Brentani, Rose Mugweni, and Susan P. Walker. 2018. "Implementation of Reach up Early Childhood Parenting Program: Acceptability, Appropriateness, and Feasibility in Brazil and Zimbabwe." *Annals of the New York Academy of Sciences*. <https://doi.org/10.1111/nyas.13678>. // Смит, Джоанн А., Хелен Бейкер-Хеннингэм, Александра Брентани, Роуз Мугвени и Сюзан П. Уокер, 2018 г. «Реализация программы раннего развития детей «Reach up»: Приемлемость, уместность и реализуемость в Бразилии и Зимбабве». *Annals of the New York Academy of Sciences*. <https://doi.org/10.1111/nyas.13678>.

Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и ICF. 2018 г. «Таджикистан. Медико-демографическое исследование 2017».

The World Bank. 2018. "10 Years of Chile Grows With You (Chile Crece Contigo)." Washington, D.C. // Всемирный банк, 2018 г. «10 лет реализации инициативы «Чили растёт с тобой» (Chile Crece Contigo)». Вашингтон, О.К.

UNICEF. 2017. "Early Moments Matter for Every Child." // ЮНИСЕФ. 2017 г. «Ранние моменты важны для каждого ребенка».

WaterAid, SHARE, and Healthy Start. 2016. "The Missing Ingredients: Are Policy-Makers Doing Enough on Water, Sanitation and Hygiene to End Malnutrition?" // WaterAid, SHARE и Healthy Start. 2016 г. «Недостающие ингредиенты: Достаточны ли усилия определяющих политику руководителей в сфере водоснабжения, санитарии и гигиены в контексте решения проблемы недостаточности питания?».

World Bank. 2019. "World Development Report 2019: The Changing Nature of Work ." Washington, DC. // Всемирный банк 2019 г. "Доклад о мировом развитии 2019 г.: Изменение характера труда". Вашингтон О.К.

World Health Organization. 2015. "The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030): Survive, Thrive, Transform." // Всемирная организация здравоохранения, 2015 г. «Глобальная стратегия обеспечения здоровья женщин, детей и подростков (2016-2030 гг.): Выжить, преуспеть, преобразиться».

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1: СВОДНЫЙ ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ

Таблица 1: Сводный обзор исследований

Программа	Страна	Ссылки на исследования	Краткое описание
Пробный проект «WASH Benefits»	Бангладеш	<ul style="list-style-type: none"> <li>Влияние качества воды, санитарии, мытья рук и мероприятий по улучшению питания на диарею и рост детей в сельских районах Бангладеш: кластерный рандомизированный контролируемый пробный проект. (Луби и др. 2018 год)</li> </ul>	<p><b>Описание мероприятия:</b> «WASH Benefits»- это кластерный рандомизированный пробный проект в Бангладеш и Кении, предназначенная для оценки независимого и комбинированного воздействия водоснабжения, санитарии, мытья рук и мероприятий по улучшению питания на рост, здоровье и развитие ребенка после 2 лет проведения мероприятий. В этом испытании были протестированы шесть групп: хлорированная питьевая вода; улучшенная санитария; мытье рук с мылом; сочетание водоснабжения, санитарии и гигиены рук; улучшенное питание за счет консультирования и предоставления питательных добавок на основе липидов. Три контрольные группы включали в себя двойной активный контроль (ежемесячные посещения домохозяйств для измерения окружности средней части плеча ребенка) и пассивный контроль (без посещений).</p> <p><b>Результаты:</b>  <b>Диарея:</b> Значительное влияние на рост при улучшенном питании, снижение заболеваемости диареей при улучшении водоснабжения, санитарии, мытья рук или питания в Бангладеш (Луби и др. 2018 год) В отличие от Кении, в этом исследовании, проведенном в Бангладеш, была отмечена высокая степень соблюдения (70%) и значительное воздействие на снижение заболеваемости диареей. Сообщалось о незначительных улучшениях в росте при улучшении питания, отсутствие групп вмешательства уменьшило распространенность диареи в Кении (Нулл и др. 2018 год). Разница может быть объяснена соблюдением правил; для санации, мытья рук и питания соблюдение правил гигиены составило более 70% в 1 году, для мытья рук - менее 25% во 2 году, для воды - менее 45% в 1 году и менее 25% во 2 году.</p>
	Кения	<ul style="list-style-type: none"> <li>Влияние качества воды, санитарии, мытья рук и мероприятий по улучшению питания на развитие детей в</li> </ul>	

	<p>сельских районах Кении ("WASH Benefits" Кения): кластерный рандомизированный контролируемый пробный проект. (Стюарт и др. 2018 год)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Влияние качества воды, санитарии, мытья рук и мероприятий по улучшению питания на диарею и рост детей в сельских районах Кении: кластерный рандомизированный контролируемый пробный проект. (Нулл и др. 2018 год)</li> </ul>	<p><b>Развитие:</b> Также были выявлены ограниченные данные о независимом и комбинированном водоснабжении, санитарии, мытье рук и воздействии мероприятий по улучшению питания в отношении результатов развития детей в Кении (Стюарт и др. 2018 год) Очевидных различий между группами по коммуникациям, крупной моторике, личностно-социальным или комбинированным баллам EASQ не было, но они обнаружили небольшое увеличение моторики, языка и личностно-социального развития в большинстве индивидуальных и комбинированных групп вмешательства. (Эти результаты отличаются от выводов Тофаила и др. 2018 год которые сообщили об улучшении показателей развития детей по всем группам вмешательства. Улучшилось развитие моторики, языка и личностно-социального развития в обеих группах улучшения питания, получающих питательные добавки на основе липидов среди беременных женщин в Бангладеш).</p> <p><b>Питание:</b> Значительно более высокие Z показатели отношения роста к возрасту и отношения веса к возрасту и, соответственно, более низкие показатели задержки в росте и дефицита веса были отмечены в группе комбинированного водоснабжения, санитарии, мытья рук и питания и в группе улучшения питания (Стюарт и др. 2018 год)</p> <p><b>Интерпретация:</b> Комбинированные мероприятия по водоснабжению, санитарии и мытью рук не принесли большой пользы по сравнению с отдельными мероприятиями, но это зависит от условий. Тестовая программа "WASH Benefits" проверила идею о том, что мероприятия в области здравоохранения или ВСГ могут влиять на результаты развития. Они включают в себя ряд методик по изменению поведения в соответствии с рекомендациями литературы и предусматривают выплату стипендии плюс вспомогательный надзор. Они не находят убедительных доказательств того, что, как и в других исследованиях, воздействие не было устойчивым ко второму году во всех условиях.</p>
<p>10-Месячная программа по родительскому воспитанию («Спасите детей»)</p>	<p>Бангладеш</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Эффективность программы по родительскому воспитанию в Бангладеш, направленной на обеспечение</li> </ul>	<p><b>Описание мероприятия:</b> Программа по родительскому воспитанию, предусматривающая сочетание групповых встреч и посещений на дому для групп сообществ матерей. Эта программа предоставляла адаптивное кормление и стимулирующую информацию с иллюстративными карточками для: гигиены, адаптивного кормления, игр, общения, шадящей дисциплины и питательной пищи.</p>

	<p>здоровья, роста и развития детей в раннем возрасте. (Абуд и др. 2013 год)</p>	<p><b>Результаты:</b> Эта программа сообщила о положительном влиянии на когнитивные, рецептивные и экспрессивные речевые показатели развития, а также на родительскую практику, связанную со стимуляцией и знанием основных этапов развития. Пищевое разнообразие в этой программе значительно улучшилось, но дети младшего возраста продемонстрировали более совершенное пищевое разнообразие, чем дети более старшего возраста. Все дети стали более отстающими в росте; однако, в контрольной группе в два раза больше детей отставали в росте по сравнению с теми, кто был зачислен в программу. Матери, принимающие участие в программе, получили лучшие показатели знаний, а депрессивные симптомы значительно снизились среди женщин, встречающихся в группе дважды в месяц, по сравнению с теми женщинами, которых в основном посещали дома или в клинике.</p> <p><b>Интерпретация:</b> Эта родительская программа была эффективной в плане содействия когнитивному и языковому развитию детей, но не в плане заболеваемости и отношения роста к возрасту. Высокая распространенность отставания в росте отражает сложную сельскую обстановку с типично плохим пищевым разнообразием, но различия в изменениях отражают незначительное положительное воздействие программы.</p>
<p><b>Программа "Alive and Thrive"</b></p>	<p>Бангладеш</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Крупномасштабная инициатива по изменению поведения для улучшения питания детей грудного и раннего возраста (ПДГРВ), развития речи и моторики в рамках кластерной рандомизированной оценки программы в Бангладеш.</li> </ul>	<p><b>Описание мероприятия:</b> "Интенсивная" программа включала в себя компоненты интенсивного Межличностного психологического консультирования (МПК), Средств массовой информации (СМИ) и Мобилизации сообщества (МС) по сравнению со стандартными консультациями по питанию + менее интенсивные компоненты СМИ + МС (неинтенсивные). Организация "Pushti Kormi" (ПК) совместно с SS провела многочисленные ориентированные на возраст, сосредоточенные на ПДГРВ консультационные посещения домашних хозяйств с беременными женщинами и матерями детей в возрасте 2-х лет.</p> <p><b>Результаты:</b> Данное исследование выявило значительные улучшения в развитии речи и развитии крупной моторики у детей в возрасте 6-48 месяцев. Улучшение развития в возрасте 6-23,9 месяцев частично объяснялось улучшением минимального пищевого разнообразия и потреблением пищи, богатой железом.</p>

		(Фронгильо и др. 2017 год)	<b>Интерпретация:</b> Разнообразный набор результатов для детей, включая функциональные результаты, такие как развитие ребенка, может быть улучшен с помощью комплексной программы питания.
<b>Цикл «Participatory Learning and Action» (PLA) с участием женских групп</b>	Бангладеш	<ul style="list-style-type: none"> <li>Влияние групп женщин, основанных на широком участии, на знания о питании младенцев и здоровье детей, их поведение и результаты в сельских районах Бангладеш: Контролируемое исследование до и после. (Юнес и др. 2015 год)</li> </ul>	<p><b>Описание мероприятия:</b> Женщины имеют право стать членами женских групп, если им от 15 до 49 лет и они проживают в районах проведения мероприятий. Цикл PLA разработан в виде четырех этапов: выявление и приоритизация проблем со здоровьем детей в возрасте до 5 лет (этап 1), помощь в определении возможных стратегий (этап 2) и поддержка планирования, реализации (этап 3) и мониторинга стратегий, осуществляемых под руководством членов женской группы (этап 4).</p> <p><b>Результаты:</b> Женщины сообщили о значительном увеличении исключительно грудного вскармливания по крайней мере в течение 6 месяцев и снижении заболеваемости детей в возрасте до 5 лет по сравнению с контрольными зонами. Однако никаких различий в показателях пищевого разнообразия или показателях вакцинации не наблюдалось.</p> <p><b>Интерпретация:</b> Авторы пришли к выводу, что "мобилизация сообществ с помощью женских групп, основанных на принципе широкого участия, может быть успешно адаптировано для решения проблем, связанных со здоровьем ребенка, что приведет к улучшению ряда показателей здоровья детей и форм поведения", что может быть верно для многих форм поведения, однако в настоящее время имеется мало свидетельств того, что дополнительное питание (помимо внебюджетных фондов) является одним из таких видов поведения.</p>
<b>Программа "Мониторинг роста и развития детей"</b>	Колумбия	<ul style="list-style-type: none"> <li>Достижения и ограничения программы раннего развития детей в Колумбии. (Каррильо и др. 2015 год)</li> </ul>	<p><b>Описание мероприятия:</b> Программа "Мониторинг роста и развития детей" была создана в 2000 году с целью снижения уровня младенческой заболеваемости и смертности путем обеспечения комплексного ухода за детьми младшего возраста. Программа "Мониторинг роста и развития детей" направлена на всеобщий охват детей и обеспечивает знания родителей о сбалансированном питании, иммунизации, мероприятия по стимуляции, предупреждении несчастных случаев, гигиене полости рта, острой диарее, ОРВИ и др. Младенцы в период между первым месяцем и первым годом жизни находятся под наблюдением в ходе трех-четырёх осмотров, которые проводятся ежегодно.</p>

**Результаты:** В этом исследовании сообщалось о воздействии программы "Мониторинг роста и развития детей" только на вакцинацию, поскольку она повышает вероятность иммунизации. Каррильо и др. сообщили о том, что они не оказывают заметного воздействия на недоедание. Однако, когда выборка была разделена между более благополучными регионами и остальной частью страны, авторы сообщили о более позитивном воздействии на острое недоедание в этих регионах.

**Интерпретация:** Программа "Мониторинг роста и развития детей" является одной из многих программ Раннего развития детей (РДРВ) в Колумбии, уникальный и конкретный контекст. В этом исследовании описание статистических данных показывает, что семьи, имеющие доступ к таким схемам в Колумбии, как правило, лучше образованы, имеют более высокий социально-экономический статус и проживают в городах, однако образование родителей в области ухода за детьми младшего возраста оказывает наибольшее воздействие в самых бедных регионах, где уровень образования матери низок. Еще один урок, извлеченный из этой программы, касается вопроса соблюдения - только 13% участвующих детей выполнили количество посещений, требуемое в соответствии с программой "Мониторинг роста и развития детей". В связи с этим авторы рекомендуют установить условия строгого соблюдения, аналогичные бразильской программе " Bolsa Familia" и мексиканской "Oportunidades".

**Программа "Familias en Acción"** Колумбия

- Использование инфраструктуры программы обусловленных денежных трансфертов для реализации масштабной комплексной программы раннего развития детей в Колумбии: Кластерный

**Описание мероприятия:** Программа "Familias en Acción" является программой обусловленных денежных трансфертов / комплексной программы раннего развития детей, оценивается Атанасио и др. в 2014 году как кластерный рандомизированный контролируемый пробный проект. Программа "Familias en Acción" является новаторской в своем подходе, связывающей программу "Мониторинг роста и развития детей" с существующей системой социального обеспечения, разработанную таким образом, что дети естественным образом "выпускаются" в существующие службы по уходу за детьми на уровне сообществ в рамках масштабируемого мероприятия. Компоненты вмешательства включают: психосоциальную стимуляцию (еженедельные посещения на дому с демонстрацией игр), ежедневное опрыскивание питательными микроэлементами, и то и другое вместе. Программа психосоциальной стимуляции была основана на ямайской модели



	<p>рандомизированный контролируемый пробный проект. (Аттанасио и др. 2014 год)</p>	<p>посещений на дому, а обеспечение питательными микроэлементами состояло из опрыскивания (препарат Hexagon Nutrition, Мумбаи, Индия), предназначенного для лечения анемии.</p> <p><b>Результаты:</b> Никакое мероприятие не повлияло на рост, вес или уровень гемоглобина. Стимуляция значительно улучшила когнитивные показатели и рецептивные показатели речи. Добавка питательных микроэлементов не оказала существенного влияния на какие-либо результаты, и не было обеспечено взаимодействие между мероприятиями.</p> <p><b>Интерпретация:</b> Это исследование добавляет к литературе еще одно комбинированное мероприятие, которое показывает доказательства улучшения показателей развития без влияния на линейный рост. Важность выявления первопричины анемии очевидна из этой программы. В основе этого мероприятия лежит предположение, что анемия является результатом дефицита микроэлементов, а не хронических инфекций и гемоглобинопатий. Однако, это исследование не показало влияния обеспечения питательными микроэлементами на уровень гемоглобина. Невозможно полностью выяснить эффективные компоненты из данного исследования, которые не измеряли соблюдение (изучить удивительный вывод о том, что обеспечение добавками не влияло на уровень гемоглобина) или поведение родителей (предположительно, это были значимые опосредованные факторы). Авторы рекомендуют измерять уровень железа в качестве критического шага на пути к включению ВСГ в качестве компонента мероприятия.</p>
<p><b>Программа "Hogares Comunitarios de Bienestar"</b></p>	<p>Колумбия</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Субсидированный уход за детьми и развитие детей в Колумбии: Влияние программы "Hogares Comunitarios de Bienestar" в зависимости от времени и длительности</li> </ul>	<p><b>Описание мероприятия:</b> Программа "Hogares Comunitarios de Bienestar" - это субсидируемая программа по уходу за детьми на дому, созданная в 1972 году. Эта программа обеспечивает уход за детьми на дому, дополнительное питание и психосоциальную стимуляцию для 783 399 детей с низким уровнем дохода в возрасте до 6 лет (охват 32%) в большинстве из 1100 муниципалитетов Колумбии. Данное исследование было разработано с целью определить влияние воздействия программы "Hogares Comunitarios de Bienestar" на положение с питанием детей, их когнитивное и социально-эмоциональное развитие, сравнивая детей-получателей помощи, которые долгое время участвовали в программе, с детьми-получателями помощи, участвующими в программе в течение месяца или менее, в</p>

		<p>воздействия. (Бернал и Фернандез 2013 год)</p>	<p>разбивке по возрастным группам. Они использовали короткую родительскую форму Инструмента раннего развития (ИРР). <b>Результаты:</b> Улучшилось когнитивное развитие детей в возрасте от 3 до 6 лет после, по крайней мере, 15 месяцев воздействия. Улучшение социально-эмоциональных навыков у детей старше 3 лет после, по крайней мере, 15 месяцев воздействия программы. Никаких значительных улучшений в положении по питанию обнаружено не было. <b>Интерпретация:</b> Продолжительность имеет значение: Это комбинированное мероприятие, включавшее в себя пищевые добавки и психосоциальную стимуляцию, привело к небольшому улучшению когнитивного развития и социально-эмоциональных навыков после по крайней мере 15-месячного воздействия. Кадры и подготовка специалистов по уходу за детьми, возможно, внесли положительный вклад в данное исследование, но не были протестированы.</p>
<p>«Action Against Hunger» («Действия по борьбе с голодом») – программа денежных трансфертов</p>	<p>Пакистан</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Оценка воздействия различных форм мероприятий, основанных на денежных средствах, на положение дел с питанием детей и матерей в провинции Синдх, Пакистан, за период от 6 месяцев до 1 года: Кластерный рандомизированный контролируемый пробный проект. (Фенн и др. 2017 год)</li> </ul>	<p><b>Описание мероприятия:</b> К трем группам вмешательства относятся: стандартная наличность (SC), денежные трансферты в размере 1500 пакистанских рупий (PKR) (примерно 14 долл. США; 1 PKR = 0,009543 долл. США); двойная наличность (DC), денежные трансферты в размере 3000 PKR; или ваучер на свежие продукты питания (ваучер на свежие продукты питания) в размере 1500 PKR. Сумма наличных или ваучер выдавались каждый месяц в течение шести месяцев подряд. Контрольная группа (КГ) не проводила никаких конкретных мероприятий, связанных с денежными средствами. <b>Результаты:</b> Первичными результатами, представляющими интерес, были распространенность истощения (соотношение вес/рост Z показатель [WHZ] &lt; -2) и среднее значение WHZ в период возраста от 6 месяцев и до 1 года. Существенные различия по первичному результату наблюдались только к 6 месяцам. Более крупный денежный трансферт оказал наибольшее влияние на истощение, но только к 6 месяцам. Все три группы вмешательства показали аналогичные значительно более низкие шансы на отставание в росте. Непредвиденный результат наблюдался в группе, пользовавшейся ваучером на свежие продукты питания: негативное воздействие вмешательства на средний уровень гемоглобина (Hb). <b>Интерпретация:</b> Денежные трансферты являются эффективным способом лечения истощения и задержки в росте до 6 месяцев, но их ценность имеет значение. Необходимо проявлять осторожность при</p>

			<p>применении ограничений к продовольственным ваучерам, чтобы обеспечить разнообразную продовольственную корзину, обеспечивающую достаточный объем макро- и микроэлементов. Уроки могут быть извлечены из непредвиденных последствий продовольственных ваучеров на уровень гемоглобина в данном исследовании.</p>
<p><b>Программа «Женщина - медработник»</b></p>	<p>Пакистан</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обзор процессов реализации комплексных мероприятий в области питания и психосоциальной стимуляции. (Юсафзай и Абуд 2014 год)</li> <li>• Влияние адаптивной стимуляции и мероприятий по улучшению питания на развитие и рост детей в возрасте 4 лет в неблагополучной группе населения Пакистана: длительное последовательное выполнение кластерной рандомизированной факториальной тестовой программы по</li> </ul>	<p><b>Описание мероприятия:</b> Ежемесячные посещения на дому и родительские группы для детей младшего возраста до 2-х лет и их опекунов. Вмешательство включало четыре группы: обучение по вопросам питания и многочисленные порошки, содержащие микроэлементы (улучшенное питание; добавление питательных микроэлементов опрыскиванием), адаптивную стимуляцию (местная адаптация подхода "Забота о развитии ребенка"); комбинированное адаптивную стимуляцию и улучшенное питание, а также обычные услуги в области здравоохранения и питания. Контрольная группа получала стандартные услуги Медико-санитарных работниц, ежемесячные посещения на дому и нерегулярные групповые встречи, которые включали консультации по вопросам здоровья и гигиены, рекомендации по кормлению младенцев и детей младшего возраста (обучение основам питания), мониторинг роста детей и иммунизацию.</p> <p><b>Результаты:</b>  Дети, получившие адаптивную стимуляцию, имели значительно более высокие показатели развития по когнитивной, речевой и моторной шкале в возрасте 12 и 24 месяцев (Юсафзай и др. 2014 год) и при последующем наблюдении в возрасте 4 лет (Юсафзай и др. 2016 год). Те, кто получает адаптивную стимуляцию также имели более высокие социально-эмоциональные показатели в возрасте 12 месяцев, но никаких различий не было отмечено при дальнейшем наблюдении. Дети, получившие усиленное питание, в возрасте 6 месяцев и 18 месяцев имели значительно лучшие Z показатели роста к возрасту, чем дети, не получавшие усиленного питания, но эти различия не наблюдались в возрасте 4 лет. Те, кто получал усиленное питание, также имели значительно более высокие показатели развития по когнитивной, речевой и социально-эмоциональной шкале в 12-месячном возрасте. Тем не менее, только речевые показатели оставались значительно выше к 24 месяцам.</p>

		<p>изучению эффективности. (Юсафзай и др. 2016 год)</p>	<p>В этом исследовании мы не обнаружили дополнительных преимуществ сочетания адаптивной стимуляции с мероприятиями по улучшению питания.</p> <p><b>Интерпретация:</b> Данное исследование отражает эффективную адаптированную версию программы "Забота о развитии ребенка". Результаты показывают, что эффект вмешательства на ранней стадии может быть утрачен без устойчивого вмешательства. Авторы отмечают, что ямайская когорта (на которой базируется ЗРР) получала устойчивое вмешательство до взрослого возраста, в отличие от детей в данном исследовании. Важно отметить, что не было никаких доказательств в поддержку добавления группы усиленного питания для улучшения показателей развития в этой ситуации.</p>
<p><b>Программа «Oportunidades» (нынешнее название - «Prospera»)</b></p>	<p>Мексика</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Распределительное влияние программы "Oportunidades" в области раннего развития детей. (Фигероа 2014 год)</li> </ul>	<p><b>Описание мероприятия:</b> Созданная в 1997 году государственная программа социальной помощи, направленная на увеличение человеческого капитала за счет инвестиций в образование, здравоохранение и питание детей, живущих в крайней нищете. В 2003 году в ходе оценки данной программы были оценены четыре показателя когнитивного развития и один показатель не когнитивного развития.</p> <p><b>Результаты:</b> Авторы сообщили о положительных (и значительных) доказательствах программы, защищающей детей от пищевой уязвимости. Эффект был выше для детей в возрасте от 2 до 5 лет, и о различных последствиях осуществления программ сообщалось также в разбивке по полу и между детьми из числа коренных народов и не принадлежащих к коренным народам детей.</p> <p><b>Интерпретация:</b> Данное исследование уникально тем, что в нем рассматривается влияние программы "деньги/продовольствие за труд" без каких-либо требований к участникам, которые инвестируют в детское питание или другой человеческий капитал, демонстрируя положительное влияние на не когнитивные способности через программу социальной помощи.</p>
<p><b>Программа "Забота о развитии ребенка"</b></p>	<p>Малави</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Программа "Забота о развитии ребенка" в сельских районах Малави:</li> </ul>	<p><b>Описание мероприятия:</b> Пилотный проект программы "Забота о развитии ребенка" с использованием адаптированных учебных материалов для Малави, которые были предоставлены шестью помощниками по наблюдению за состоянием здоровья (HSAs) в ходе групповых и индивидуальных занятий.</p>

	<p>Осуществимость модели и пилотное исследование. (Гладстоун и др. 2018 год)</p>	<p><b>Результаты:</b> В этом исследовании были отмечены улучшенные речевые и социальные показатели, улучшение некоторых показателей по уходу за членами семьи и отсутствие изменений в показателях стресса, испытываемого матерями в течение 6-месячного периода. В этом исследовании рассматриваются различные подходы к реализации и извлеченные уроки для масштабирования, что является полезным ресурсом для исполнителей.</p> <p><b>Интерпретация:</b> Очевидно, что модель ЗРР лучше всего работает при надзоре и поддержке, и Малави была одной из первых африканских стран, получивших поддержку программы Раннего развития детей (РДРВ) через центры по уходу за детьми на базе сообществ, в возрасте 3-5 лет, одобренные Министерством по вопросам гендерного равенства, детей, инвалидов и социального обеспечения, что свидетельствует о потенциале непрерывного ухода за детьми в Малави. Тем не менее, может быть непросто надлежащим образом решать проблему стресса у матерей, живущих с распространенными психическими расстройствами, такими как депрессия. Данное исследование сообщило об огромных трудностях, связанных с соблюдением и добросовестностью при посещении сообществ.</p>
<p><b>Программа «Интегрированное раннее развитие детей» в сельских регионах Китая</b></p>	<p>Китай</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Влияние раннего комплексного вмешательства на неврологическое развитие детей в бедных сельских районах Китая: Модерируемый анализ медиации. (Лю и др. 2018 год)</li> </ul> <p><b>Описание мероприятия:</b> Проект "«Интегрированное раннее развитие детей» в бедных сельских районах Китая, ориентированный на детей младше 3 лет в провинции Шаньси (северный Китай). Услуги, предоставляемые клиниками, включают в себя обследование состояния здоровья ребенка, мониторинг развития, консультирование по вопросам питания и кормления и консультирование по программе "Забота о развитии ребенка", а также обеспечение питанием детей в возрасте от 6 до 24 месяцев. Центры Раннего развития детей (РДРВ) предоставляли групповые занятия по ранней стимуляции 3-4 дня в неделю. Каждые два месяца группа в составе экспертов в области здравоохранения и образования вместе с социальным работником проводила информационно-разъяснительную работу.</p> <p><b>Результаты:</b> Семьи-участники мероприятий показали значительно более высокие общие результаты "измерения домашней среды", чем контрольные семьи, и дети показали значительно лучшие результаты, чем дети в контрольных семьях по общим показателям развития.</p>

			<p><b>Интерпретация:</b> Эта программа добавляет доказательную базу, подчеркивающую важность домашней обстановки. Это свидетельствует о том, что важным посредником при таком многостороннем воздействии является срок его осуществления, составляющий более одного года.</p>
<p><b>Программа "Reach Up"</b></p>	<p>Бразилия и Зимбабве</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Реализация родительской программы для детей младшего возраста "Reach Up": приемлемость, уместность и осуществимость в Бразилии и Зимбабве. (Смит и др. 2018 год)</li> </ul>	<p><b>Описание мероприятия:</b> Родительской программы для детей младшего возраста, на основе ямайской модели посещения на дому и организации посещений продолжительностью 30-50 минут (Зимбабве) или 20-50 минут (Бразилия) раз в две недели</p> <p><b>Результаты:</b> В исследовании были изучены темы агентств и общих адаптаций, восприятие приемлемости, уместности и осуществимости среди матерей, посетителей на дому и контролеров, а также качество посещений в Зимбабве.</p> <p><b>Интерпретация:</b> Эта программа делится полезными знаниями о том, как адаптировать научно обоснованные меры воздействия, сохраняя при этом основные компоненты, важные для эффективности программы.</p>
<p><b>Программа "Right @ home"</b></p>	<p>Австралия</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Проектирование, тестирование и реализация устойчивой программы посещения на дому медицинскими сестрами: программа "Right @ home." (Голдфельд и др. 2018 год)</li> </ul>	<p><b>Описание мероприятия:</b> Медсестра вела программу посещений на дому. График программы включает как минимум 25 посещений на дому (приблизительно 60-90 минут) с фокусными модулями, направленными на поддержку родителей, развитие и обучение детей.</p> <p><b>Результаты:</b> Это исследование показало улучшение аспектов родительской заботы, ответственности и домашней учебной среды по сравнению с обычным уходом. Факторный анализ показывает, что воздействие было осуществлено в соответствии с ожидаемым содержанием. Обратная связь по вопросам реализации не изменила среднего числа посещений на дому. Врачи сообщают о позитивных изменениях в их опыте оказания услуг, а также о высоких показателях добросовестности и удержания, что позволяет предположить, что репликация в масштабах возможна.</p> <p><b>Интерпретация:</b> Теоретическое мероприятие по посещению на дому может улучшить показатели программы «HOME», если оно проводится обученными специалистами.</p>



