



中国发展研究基金会

研究参考

第 8 号 (总 183 号)

2014 年 6 月 9 日

儿童家访的国际经验及启示

内容摘要：儿童是国家的希望和未来。0-6 岁是儿童发展的关键时期，对个体未来发展有决定性影响。国际经验表明，基于项目和社区的家访服务则是提升贫困和弱势儿童早期发展水平的重要方法和手段。系统家访服务可以显著增进父母与儿童的关系，减少风险，促进儿童的早期发展和健康成长，同时有助于贫困和弱势家庭的家长就业和经济独立。家访能够连接早期发展和医疗保健，连接家庭和社区，连接不同的儿童早期发展项目。目前许多国家都开展了儿童家访项目，有一套较为成熟的项目运作模式和研究评估经验。借鉴这些经验有助于尽快将家访项目引入中国，实现项目的本土化，制定适合我国儿童的家访课程、服务标准，招募合适的家访员，并通过对项目的跟踪研究，及时总结经验，提供项目效果评估，为政府的相关决策提供科学依据。

关键词：家访；国际经验；启示

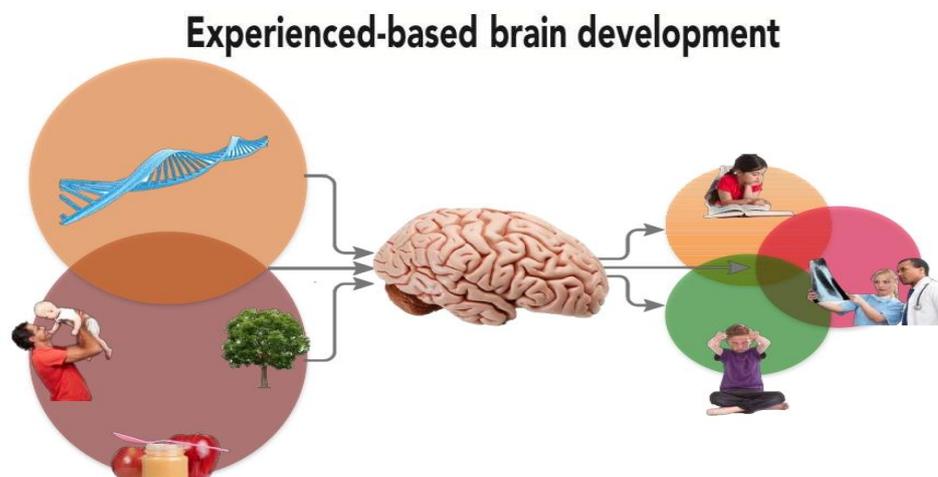
儿童家访的国际经验及启示

杜智鑫¹

一、家访的背景和意义

儿童是国家的希望和未来。0-6岁是个体生命发展中最关键的时期。投资儿童保育、健康和教育的早期发展是提升人力资本，打破贫困代际传递，促进社会公平的根本途径。

国际研究表明，大脑发展有敏感期，分娩前的4个月到分娩后40个月，是婴幼儿视觉听觉能力、语言能力、对符号和数字的认知能力、情感控制能力发展的敏感期，约80%的相关能力在此期间发展形成。从出生到2岁的时候，在人脑重量不断增加的同时，每秒钟有700个神经细胞突触连接发生。2-3岁婴幼儿大脑突触数量是新生儿的20倍，3岁幼儿的神经细胞突触连接是成人的两倍。神经细胞突触连接是基因与婴幼儿所处环境及其经验的相互作用的结果。敏感期的存在表明存在机会之窗。早期经验能为终身的学习、行为能力和生理、心理健康创造良好的基础。对0-3岁婴幼儿进行早期的学习训练和经验积累，将加强并维持大脑神经元细胞的突触联系，促进大脑结构和功能发育，为以后的学习、应对挑战、社会交往和情感发展奠定良好基础，否则，神经细胞突触连接则会被更多修剪。



¹ 杜智鑫，中国发展研究基金会儿童发展中心副主任。

研究还表明，在婴幼儿 36 个月大的时候，不同社会群体就会在词汇积累方面出现显著的差异。来自美国的研究数据，职业家庭里长大的孩子平均每小时听到 2153 个词汇，工人家庭的孩子平均每小时接触 1251 个词汇，生活在领取救济金家庭的孩子是 616 个词汇；在儿童 3 岁时，来自职业家庭孩子的词汇量是 1100 个，工人家庭孩子词汇量是 750 个，而社会救济家庭孩子只有 500 个。厄瓜多尔的研究也表明，3 岁婴幼儿的语言技能上的差距反映出他们社会经济地位的差异，到 5 岁时，差距继续扩大。这些研究意味着贫困家庭孩子在进入正规学校教育时已经处于明显不利的地位，这种不利地位越来越突显，使贫困的代际循环更难打破。

大脑发展是基因、生物因素和心理因素影响的互动过程。生物因素包括因贫困带来的慢性营养不足、缺乏铁和碘、受到疟疾和 AIDs 感染，母亲怀孕期间营养不良带来的宫内生长限制等。心理因素包括遭遇虐待、在孤儿院抚养、看护人有心理疾病、处于单亲家庭、母亲受教育程度较低等。负面的生物因素和心理因素会损害婴幼儿认知和社会情感的发展。在生命的最初 3 年，当一个婴幼儿遭遇 6-7 个生物、心理方面的风险因子时，有 90-100% 的可能性会出现发育迟缓。当一个人在儿童时期有 7-8 次严重的负面体验时，其成人阶段患心脑血管疾病的几率是其他人的 3 倍。具体风险因子包括：虐待儿童（100%）、弱势地位（58%）、单身看护人（48%）、贫困（46%）、家庭暴力（40%）、看护人滥用药物（39%）、看护人有精神健康疾病（30%）、看护人受教育程度低（29%）、生物医学危险条件（22%）、看护人未成年（19%）、家庭有 4 个或以上子女（14%）。对孤儿的研究表明，忽视比虐待的危害更大，会对身体、社会情感行为和认知发育都造成持久的影响。

■ 早年生活与生命全过程中的健康



全球跟踪研究显示，儿童早期发展阶段每投入 1 美元，将获得 4.1-9.2 美元的回报；在美国，这一回报在 7-16 美元之间。诺贝尔经济学奖获得者赫克曼教授的研究显示，在儿童早期发展阶段的投资回报远高于在学校教育阶段和成人继续教育阶段的投资回报。**ABCD 项目**：在 30 岁时，完成 4 年大学毕业的人数，参与项目组为 23%，对照组为 6%，相差约 4 倍；21 岁时，抑郁症较少；成年期采取更健康的生活方式是对照组的 3.92 倍；吸大麻的比例显著减少（18%对 39%）；未成年家长比例显著减少（26%对 45%）、18 岁时危险性行为减少。**Perry 项目**：参与项目组的婴幼儿在成人阶段时，收入增加，就业增加，犯罪比例低，使用社会救济少。

针对上述状况，国内外研究和项目经验表明，基于项目和社区的家访制度则是提升贫困和弱势儿童早期发展水平的重要方法和手段。所谓家访就是通过家访员定期走访项目家庭，通过与项目家庭儿童游戏互动，提升儿童家长营养和早教知识，记录项目家庭问题和需求，并充分结合社区合作伙伴提供多种服务的儿童早期发展方法。系统家访服务可以显著增进父母与儿童的关系，减少风险促进儿童的早期发展和健康成长，同时有助于贫困和弱势家庭的家长就业和经济独立。家访能够连接早期发展和医疗保健，连接家庭和社区，连接不同的儿童早期发展项目。通过家访有助于实施从评估需求，提供服务，到追踪评估效果等整套儿童早期发展实验和评估。家访是保障流动和贫困家庭儿童早期发展的重要手段。

二、各国的家访项目

（一）美国

美国各级政府及非政府组织长期以来对于儿童早期教育发展非常重视。美国儿童早期发展项目不仅提供营养所需食品、教育所需照顾场所，还十分重视家庭的作用，为家庭提供儿童养育所需营养和教育知识。为了促进家庭积极参与儿童早期发展，美国各地都有由幼师和社会工作者进行的家庭访问计划。奥巴马政府上台后提出在 5 年内用 75 亿美元进行家访项目。目前在美国，为孕妇和幼儿设立各类家访项目在全 50 个州皆有实施，惠及了大约 400,000 到 500, 000

家庭。这些家访项目的主要运行机构为各类 NGO 组织，而政府机关提供整合与合作的运行渠道。

具体到项目上，目前美国家访主要有 6 个较大的项目，分别是护工—家庭合作项目、父母儿童家庭计划、父母为师计划、早期开端计划、美国健康家庭计划和(HIPPY)学前儿童家庭辅导计划。

护工——家庭合作项目的主要目标是保证怀孕质量，促进儿童健康和发展，提高家庭的经济自足能力。项目主要针对低收入家庭，第一次做母亲的女性及各种族家庭。家访服务从胎儿期到 2 岁，从每周一次逐渐减少到每月一次。项目家访员主要为公共健康护士。家访员在第一年服务期间接受两周培训；在亲子互动评估等方面接受 46 小时的继续教育。

父母儿童家庭计划的主要目标是提高儿童的语言和识字技能，鼓励帮助父母成为儿童的第一位也是最重要的老师；为儿童入学做准备；提高父母抚育孩子的能力；挖掘儿童未来的学术发展潜力，倡导父母对儿童学术追求的支持。项目主要针对低收入、低教育水平的家庭；各种族家庭；英语为第二外语家庭；年幼的父母；居无定所的家庭。家访服务一般从 2 到 4 岁，也有从 16 个月开始，每周两次。家访员主要为社区中的辅助专职人员，其中许多人接受过该计划的服务，一小部分为志愿者。在成为家访人员之前接受 16 小时培训；每周接受至少 2 小时的继续培训和指导。

父母为师计划主要目的是帮助父母为儿童的未来发展提供最好的开端，为儿童未来的入学表现打下坚实基础；预防和减少儿童受虐待的现象；增强父母的自信和能力；为儿童提供学校和家庭的联动纽带，增进社区一体化。项目主要针对美国和其他 6 个国家的家庭，对家庭的经济实力和种族差异一视同仁。家访服务从胎儿期至 3 岁，也有到 5 岁的。根据家庭的需求和经济能力不同，频率在每周一次、每月两次到每月一次不等。家访员为辅助专职人员，要求有本科及以上学历。家访员需接受 1 周前期训练，10-20 小时的实际操作训练，每年都接受计划全国总部进行的评估。

早期开端计划主要目标是保障孕妇健康妊娠，促进婴幼儿健康发

展，促进家庭健康运行。项目主要针对低收入孕妇和有婴儿或幼儿的家庭；10%的儿童可能来自收入较高的家庭；为残疾儿童保留一定比例。家访服务从0-3岁，每周一次，每次90分钟。家访员是已有照料婴儿和幼儿经验者优先。家访员的培训不同计划有不同要求，但一定的培养计划和专业培训是必需的。

美国健康家庭项目的主要目标是倡导健康的家庭教育方式，预防对儿童的虐待和忽视。项目主要针对美国大陆和加拿大的父母（不受家庭经济状况和种族差异影响），被认为存在一定受虐待或忽视风险儿童。家访服务从0到5岁，从每周一次过渡至每季度一次。家访员为具备本科学历的辅助专职人员。家访员必须接受1周前期培训；每季度1天的继续培训。此外，“美国预防儿童虐待协会”建议在服务前6个月接受80小时的额外培训。

学前儿童家庭辅导计划(HIPPY)的主要目标是让父母成为儿童的第一老师，使父母更多地融入儿童的学校生活和社区生活，最大程度保证儿童在早期学校生活中顺利。项目的服务人群为美国、关岛和其他六个国家的家庭（不分种族）；大量包括低收入和未受正规教育的家庭。家访服务从开始学习到幼儿园结束，每两周一次（至少15次，在所有学年中占30周以上）。家访员主要为辅助专职人员，其中很多来自于社区和之前的计划参与者，大部分为兼职（每周20-25小时）。家访员需要接受2天的前期培训，每周一次继续培训和人员建设。

健康开端计划的目标是倡导健康的家庭教育方式，预防对儿童的虐待和忽视。项目的服务人群主要是失业率高、贫穷和犯罪率高的边缘社区。家访服务没有固定的模式。家访员构成也不固定。培训也因人而异，因地制宜。

健康美国项目的目标是倡导健康的家庭教育方式，预防对儿童的虐待和忽视。服务的人群是有发展残疾或障碍的0-3岁婴幼儿的美国家庭。家访服务没有固定模式。家访员构成也不固定。培训也因人而异，因地制宜。

美国对包括家访在内的儿童早期发展项目有很好的跟踪和评估研究。这方面最知名的是卡罗莱纳 Abecedarian 项目。该项目是一个

定点、随机控制的实验项目。项目幼儿全部来自极其贫困且受教育程度低的家庭。项目分为实验组和对照组。项目为对照组家庭提供了儿科跟进服务、无限量富铁配方奶粉、社会工作服务和家访。项目幼儿教师接受家访并参加家长小组会。到 3 岁时，干预组和对照组的 IQ 平均值分别为 101 和 84。与父母受教育程度较高的儿童相比，早期干预对母亲教育程度较低儿童的积极影响相对更大。到儿童 12 岁和 15 岁时，项目再次对这些儿童进行了调查和测试；当他们 21 岁时，干预组的心理测试和阅读测试得分较高，仍然在校读书的人较多（40% 相对于 20%），就读大学或大学毕业的人较多（35% 相对于 14%），干预组的就业率较高（65% 相对于 50%）。

根据美国相关部门所统计的数据，投资在家访上的回报率很高，1 美元的投资约产生 9.5 美元的回报。家访的效果十分明显，接受家访的青少年犯罪率下降 80%；青年女性非正常怀孕下降 65%；申请美国家庭贫困资助的家庭下降 60%。但值得注意的是，美国国内对家访项目的效果也存在争议。争议的主要来源在于部分家访项目的执行质量不高，由此导致其项目效果评价偏低的情况。

（二）拉丁美洲

拉丁美洲各国虽然处于发展阶段，但对儿童早期教育发展尤为重视。在联合国儿童基金会的帮助下，许多拉美国家加入联合国儿童早期发展 ECD（Early Child Development）计划中，并根据自身国情制定相应的早期发展计划。家访是其中被较多采纳的模式之一。

1. 巴西

作为新兴经济体的巴西在 1998 年至 2008 年实施了“国家教育规划”，该规划在 10 年内，以每年不低于 5% 的速度扩大日托接受率，使至少 1/3 的三岁以下儿童参与日托，并优先关注贫困儿童。巴西 2012 年又实施了“亲爱的巴西”婴幼儿扶贫计划。到 2014 年巴西政府将共为该计划拨款 100 亿雷亚尔，帮助 200 万个贫困家庭改善婴幼儿生活质量和健康状况。联邦政府还和地方政府合作，在全国新建 1500 多所幼儿园，使更多的婴幼儿能够获得正规的学前教育。

2003 年在州政府和联合国儿童基金会、联合国教科文组织的支

持下，巴西的南部建立了“更好地童年”（PIM）计划。借鉴古巴的经验，有 224 个市政府参与了这项计划，旨在让父母更重视和参与儿童的早期教育。该计划通过定期的家访活动将教育、卫生和社区服务结合到市政社会保障中。当地的领导人成为 ECD（Early Child Development）项目的组织者，使地区资源更好地协助于家访项目的进行。定期的家访和会面，主要服务于 0 到 6 岁的儿童。项目主要惠及较为贫困、居住较为偏远的家庭和儿童，以弥补收入差距和城乡差距带来的不平等。

以南大河州的阿莱德雷港市儿童家访项目为例。该项目由州政府出资，卫生厅负责，招募家访员，为贫困的 0-6 岁儿童家庭提供家访服务。每个家访员负责 15-20 个家庭，每周访问一次，每次一个小时。家访员都是大学生，基本上是教育、心理、社会等专业的，她们利用课余时间参与这个项目来抵免（公立）大学学费。家访过程中，家访员和家長、孩子互动，用最简单的工作与孩子游戏，比如报纸、纸篓、呼啦圈等，游戏都是设计好的，有助于提高孩子的认知、动作等方面的能力。同时家访员也会询问孩子过去一周的情况，并传授给家長这些游戏，保证孩子平时可以和家長继续玩儿。对于这种方式，孩子很开心、家長也很满意。项目的运行方面，州政府出资负责家访员的人头费，以及制定计划、培训、督导等等。地方政府自愿参与该项目，但需要配套在当地的项目执行费用。目前，全州 500 个县市已经有多一半参与了这个项目，平均每个孩子每年的成本大约是 500 美元。其他县市没有参与主要是缺乏配套资金。另外政府编制受限也是一个重要原因，所以卫生厅建议请大学生做兼职的方式。但在偏远地区，就必须聘请专业人士全职担任家访员。

2. 牙买加

由于父母缺乏知识、时间和资源，再加上情感压力大，牙买加贫困社区中的儿童面临巨大劣势，处于被忽视、虐待与保育不当的困境中。大家庭的传统支持力度减弱，缺乏为父母和儿童提供补偿惠益的实惠方案，所以儿童面临的风险更大。家访项目为促进牙买加贫困家庭参与儿童早期发展干预，促进人力资本和社会资本，提供了一个重

要的替代做法。

目前，牙买加主要有三个家访计划正在运行：1) 流动保育项目对少女妈妈与青少年家庭中的儿童需求；2) 社区康复方案，旨在协助残疾儿童；3) 营养不良儿童计划，解决营养不良儿童的营养和心理社会需求。

上述3个项目中以流动保育项目最为典型。该项目由牙买加政府与联合国儿童基金会共同制定。项目的目标是确保发展和扩大有效的低成本儿童早期服务，以满足0-3岁儿童的发展需要。项目基本内容包括儿童保育、环境教育、信息查询、个人发展、技能培训和帮助家庭创收等。项目的具体实施，首先是社区儿童保健站帮助锁定项目受益儿童。然后是家访员定期到项目家庭提供家访服务，通过游戏、阅读等活动示范亲子互动，提供亲子教育信息。家访员主要是年青的中学毕业生，来自于各自所居住的社区。家访员的招募主要参考所在学校的校长和辅导员的建议。项目干预措施按个人或小组进行组织，具体视离家远近而定。家访员必须接受一周的职前培训，每两周接受一次常规在职培训，每三个月参加为期一周的课程。培训班主要探讨与家访相关的每周工作计划，并针对刺激活动制定游戏材料。项目官员每两周开展现场督导，密切监督家访工作。在约6年的时间内，流动保育项目由15个区扩大到25个区，目前，3500名0-3岁儿童和近60个社区中的700个家庭从中获益。1998年，根据政府消除贫困的倡议，流动保育的模式在城市里大获成功，11个不景气的城市社区中开展了家访项目，1300名儿童从中受益。

项目效果方面，有关研究表明，牙买加接受家访服务的干预组儿童的发展商（Development quotient）（100）要高于对照组（91）；22岁时，接受了家访服务的发育迟缓儿童的智商要高于未接受服务的发育迟缓儿童（-0.02：-0.41）；22岁时实验组儿童的阅读、数学和常识得分高于对照组，实验组在校学习成绩更好，更少失学，更多完成初中教育；22岁时，实验组的儿童更少抑郁，社会互动性更好，有更高的收入，暴力性行为更少。对幼儿母亲的影响方面，实验组幼儿的母亲的儿童早期发展和保育知识大幅提升，在家庭中对幼儿的游戏、

互动等刺激提升，抑郁发生率降低。

3.古巴

“教育你的孩子”（Educa a Tu Hijo）计划。该项目由古巴教育部主持，具有非体制性、多方参与、社区为基的特点，以家庭为主要参与单位。在完成 1983 年至 1992 年的前期准备后，该项目在 1992 年至 1998 年间逐渐发展壮大。项目由运行人员和义务工作者共同推动。教师、教育研究者和专业健康导师为主要运行人员，他们将当地的项目组织者与社区相互联通。在该项目的安排下，0 到 2 岁的儿童每周接受 1 到 2 次家访，接受项目人员的个别化照料。家访内容包括干预性和激励性的儿童活动，由项目人员演示，并指导父母应该如何完成该类早期教育活动。

1994 年对该项目的评估发现存在一些问题：当地组织机构较少参与；家庭参与不规律；缺乏对于项目组织运行人员的专门化培训，以适应不同儿童的不同需求；在地区层面对于项目人员的培训力度不够，无法完成项目预期目标。

1999 年对该项目的评估表明有一些积极效果：儿童与父母之间的关系和父母对儿童的态度有了显著积极改变；96.3%的父母认识到了玩在儿童早期成长发育中的重要性；然而，在儿童智力发育、家庭整体参与、多方合作运行和参与人员的延续性方面，改进的空间仍然存在。

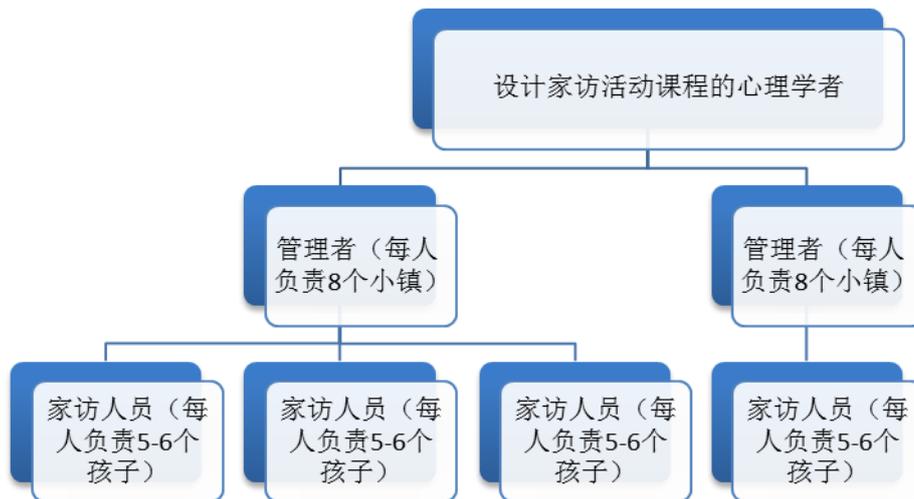
4.哥伦比亚

哥伦比亚的家访项目主要由哥伦比亚儿童早期发展机构实施（ECD-Colombia）。项目的目标人群是 12-24 个月大的儿童；20%的全国最贫困家庭，4000 到 5000 户小镇家庭；每月收到贫困补助 450 美元的家庭；12%的儿童发育不良，40%的儿童贫血；40%的母亲严重抑郁、消沉。

家访内容主要包括：长达 18 个月的每周家访，由受过特别训练的家访人员进行；借鉴牙买加的家访项目经验，与哥伦比亚心理学家 Camila Fernandez 合作改进家访课程方案使之更适合哥伦比亚的家庭

和儿童，并针对处于不同阶段的儿童设计不同的课程；维生素和矿物质的辅助营养补充。

家访人员的选择和培训。与牙买加的经验不同，哥伦比亚项目的访人员是社区当地妇女而非专业的社会工作者；这些妇女来自于接受哥伦比亚 CCT 家庭福利救助计划的家庭，被称为：“Madres Lideres” (ML)；她们和受帮助的家庭来自相同的社区，但这些妇女受教育程度更高并有更强的积极性；在实施家访计划的 48 个小镇中设置 6 位管理者，训练有儿童早教经验的妇女担任该职务，每人分管 8 个小镇并训练和指导下属的家访人员；家访人员每周工作 5-6 小时，每月补贴 50 美元；前期训练为 3 周，在项目进展过程中始终保持与管理者的联系并继续接受培训。



该项目的目标主要是在四方面对儿童的发展进行干预：行动能力、语言、认知和社会情感。让母亲学会从生活中找到教育孩子的契机与方法。让家庭成员（包括其他孩子）参与到家庭经营、儿童发展中来。让更多的非专业人员拥有儿童早教意识。

（四）欧洲

家庭健康访问计划在西欧和北欧的绝大多数国家是国家健康福利系统的一部分，已经有悠久的历史传统，根植于欧洲的福利社会体制中。儿童健康保障政策与其他社会福利政策相互依存，共同保障社会的福利与运行。自婴儿出生后，注册公共健康护士就开始对他们进行定期家访和检查。所有的家访服务都是志愿性、无报酬的，并惠及

社会中的全部居民。大部分西欧和北欧国家的家访项目被包括在完备的母婴健康保障系统（包括资金资助和实际服务）里，至今运行良好。家访人员为新生儿及其父母提供健康教育、疾病预防知识和社会支持服务。这些服务主要来源于国家的母婴健康保障系统所提供的卫生健康服务或全国健康保险系统所提供的私人医护服务。

欧洲各国之间的家访制度差别较小。在丹麦、英国、爱尔兰和荷兰等国，婴儿出生第一年至少家访数次；而在芬兰、法国、德国和意大利，婴儿出生后家访一到两次，之后根据需要增加访问次数。在比利时、法国、匈牙利和意大利等国家，为了便于管理，0到3岁的儿童健康服务被囊括在国家健康疾病预防机构的运行下。

1. 英国

英国的家访服务由各地地方政府提供（由医疗健康委员会管理），属于国家母婴健康保障系统的一部分。在面向全社会的同时，更关注于面临存在较大健康、疾病隐患的家庭。

家访护士在新生儿出生后立即开始探访，出院、6周、8个月、21个月和39个月时各探访一次，主要为新生儿及其家庭提供医疗服务，并且鼓励、指导父母更好地养育孩子。健康保障并非家访项目的唯一目标，他们同样关注于培养父母的养育技能、儿童社会心理认知发展和对于儿童受暴力事件的预防。

英国国家健康服务系统的资金基本来源于公共集资，78%来自于国家财政税收，16%来自于企业捐赠，另有4%来自于部分服务收费。和其他服务项目一样，家访项目对于父母来说是免费的。该项目主要的成本来源于家访人员的工资和交通费。

2. 丹麦

丹麦1937年的法律推动了家访项目的实施，政府将一半的市政收入投入于该服务的运行。丹麦国家母婴健康保障体系为母亲和儿童提供现金支持（哺育期和产假津贴，疾病保险等）以及健康医疗服务，如今家访项目已经成为这一社会福利体系的重要组成部分，在丹麦高度分散的权力体系中，市政机关在国家财政补贴和税收之外为该类别服

务筹资，因此家访护工们隶属于政府管辖下的社会服务机制。

与欧洲其他国家相同，丹麦的家访项目以及其他家庭福利项目的宗旨都在于为每个家庭提供相应服务，不因家庭经济收入情况区别对待；与此同时，更关注需要帮助的儿童和家庭。另外，由于丹麦同样有完备的家庭外健康护理服务，因此家访项目对于不同家庭的关注程度和频率并不相同，有些儿童和父母享受更多的家庭外护理服务。每位家访者每年大约探访 150 户家庭。儿童出生一年后，更需要帮助的家庭会得到更多的探访。

新生幼儿、单身母亲、年轻母亲、第一次生育的母亲、移民母亲、贫穷的母亲以及被边缘化群体中的母亲是优先帮助对象。80% 以上的家访主要针对于 1 岁半以下儿童。

3. 荷兰

每一个在荷兰的女性及其孩子都享有获得产后母婴护理的权利。该护理系统主要分为两部分：**(Kraamverzorgende)** 医护专业型护理和 **(Doula)** 非医护型支持。

(1) 医疗护工

医疗护工是受过专业医学训练的护士，为产妇及幼儿在分娩后的健康提供入户服务。医疗护工提供的帮助主要包括：1) 帮助家中分娩；2) 指导母亲哺乳、洗澡等育儿技巧，以及如何从生理和心理上体会并满足婴儿的需求；3) 检查母婴的健康状况，时刻联系家庭与助产士或家庭医生；4) 保证该家庭的环境卫生，监督卫生间、洗浴区域、母婴卧室的每天保洁；5) 在一些简单的家务上对该家庭进行帮助，以确保母亲得到充足的睡眠。医疗护工的主要任务是对于新生儿家庭进行辅导和帮助，而不是强制干预。他们完全尊重家庭的文化习惯和对于新生儿抚育的意愿，根据家庭的自主选择来进行服务。在孕期第 12 周之前孕妇及其家庭均可以在 **Kraamzorg** 中心登记接受服务。同时，助产士也会介绍家庭与相应地区的护工服务中心联络。另外，医疗护工的选择必须经过健康保险公司的同意与认可。医疗护理的家访时长根据每一位产妇的不同情况而定。一般情况下，新生儿家庭会接受总计 49 小时的家访服务，每小时 4 欧元。根据不同的需要，

当服务内容基本完成时，按照实际的服务时间可以退费。如果母婴的健康保险公司不在荷兰境内，相关费用需要咨询 **Kraamzorg** 中心。

(2) Doula 育儿护工

Doula 服务是近年来在荷兰兴盛起来的。育儿护工在孕期、分娩期和儿童早教期为家庭提供服务，主要关注于婴幼儿的情感培养和实践能力培养。育儿护工对于新妈妈进行家访，给予她们情感和物质上的支持，甚至包括分娩催眠等心理治疗。在婴儿出生后，育儿护工 24 小时在线等待家庭的预约，并且有 1-2 次主动探访。与 **Kraamzorgende** 不同，**Doula** 服务的费用并不涵盖在

(五) 亚洲、非洲和澳大利亚

1. 韩国

2013 年首尔市政府开始在三个区试行家访服务项目 (“home visiting service”), 并于 2014 年扩展至 8 个区 (**Gangbuk-gu, Dongjak-gu, Gangdong-gu, Dobong-gu, Yangcheon-gu, Seodaemun-gu, Gangseo-gu,** 和 **Jungnang-gu**)。

首尔市的家访项目包含两种类型：普通家访和继续家访。普通家访主要面向 0-4 周大的婴儿。护士对于婴儿家庭进行家访并教授母乳喂养、安抚婴儿、睡眠习惯等必要的抚育技能。继续家访面向一些特殊家庭（多元文化家庭、低收入家庭、单身母亲、低龄母亲以及在生产前后遇到生活或精神困难的家庭）。家访服务包括了怀孕、分娩至幼儿 2 岁以前的各个阶段，并可以延续至最多 25 次。

每次家访时长为 1.5 小时，护士主要负责检查母亲和孩子的身体健康状况。首尔市政府希望通过这项计划来提高母乳喂养比例并且巩固母亲与孩子之间的亲密关系；同时，减少产后抑郁、婴儿行动迟缓的情况并为儿童提供健康的成长环境。这个项目的原型为悉尼的母婴与童年早期家访计划 **MECSH (Maternal and Early Childhood Sustained Home-Visiting)**，根据韩国家庭的实际情况进行了一定的调整后，在首尔市开始实施。

2. 日本

日本的家访服务主要集中与新生儿（1-2月龄）和婴儿（4个月）阶段。日本的新生儿家访服务计划服务对象为1-2个月大的新生儿及其家庭。家访内容为：1）新生儿健康检查（体重、头围、进食、消化和泌尿系统问题等）；2）解答父母关于抚养新生儿的问题（通过指导和帮助间接减轻新生儿母亲的心理负担）；3）帮助新生儿家庭与当地医院等医疗保障系统建立长久联系。项目的家访人员主要为护士和助产士，毕业于4年专业护理学校（为公共护士、护工和助产士开设，需要通过国家统一资格考试）。

婴儿家访计划的服务对象为4个月之前的婴儿及其家庭。家访的主要内容：1）倾听母亲在照顾孩子过程中遇到的困难和压力；2）提供社区父母互助的相关信息，以及对于父母和婴幼儿抚养的支持渠道；3）检查婴儿和母亲的健康状况以及家庭环境状况；4）检查母亲是否有严重焦虑或精神压力。家访人员主要为受过训练的社区工作者，曾为社区健康、儿童福利或志愿者活动服务。

日本政府规定，婴儿出生后母亲或其他家人将夹在母子健康手册别册中的“出生联络票”（明信片）邮寄出去。出生一个月前后（原则上满28天前）根据需要，保健师或新生儿访问指导员、访问营养师会到新生儿家庭进行访问，给予关于健康和育儿的相关教导，还会进行婴儿的体重测定和发育等方面的确认。以大阪为例。宝宝出生时家长填写附在母子健康手册新生儿中出生备忘录，提交并发送到保健福利中心。根据以上备忘录的信息，公共卫生护士和助产士在新生儿出生28天内进行家访，进行育儿咨询和指导。主要关于如何预防生长发育迟缓、防治疾病、护理婴儿提供指导，并对母亲（或照顾者）的身体状况进行咨询指导。着重预防和观察产后焦虑和抑郁的产生。

3. 香港

20世纪90年代的调查显示，香港地区67.7%的家长对孩子有过心理或身体虐待倾向的行为。为了应对这个问题，香港开始了家访项目的尝试。香港屯门地区（香港儿童受虐待比例最高的地区）1997年起开始率先实施家访计划。香港的家访计划主要致力于减少儿童所

受的家庭暴力。在社工和志愿者的定期家访和友情陪同下，减少新妈妈和家庭其他成员的压力和焦虑，在经济、社会心理、怀孕哺育过程方面提供帮助。评估随着项目进行，该项目原计划为3年，后由于效果显著延长2年。

项目主要负责人为两名全职社工（组织者）志愿者。志愿者的选择标准较为严格：志愿者必须为具有哺育照料孩子经验的母亲，住在社区范围内，愿意为2户以下家庭提供1年以上服务，同意遵守志愿者条例，致力于在项目活动、监督、培训课程等方面为受访者提供帮助。志愿者的职责包括：提供教育信息，为家庭安全、儿童照料提供支持，帮助应对家庭变化，联结家庭与社区等等。

志愿者在母亲怀孕和生育后对家庭进行访问，和母亲成为朋友，分享育儿经验。参与项目的母亲和家庭通过家访和社区活动与其他家庭建立相互扶持、共享信息的社会网络，同时，父亲的参与对于家访项目的实施也非常重要。

4. 南非

南非的健康发展干预家访（Health Visitor Preventive Intervention program）旨在为母亲提供情感支持和帮助，鼓励她们与婴儿亲密互动。在实施地，主要的家访人员为由市政委员会选出的社会工作者。这些女性社会工作者并没有高学历或专业资质，而是在服务之前接受基本咨询和母婴互动干预培训。

每次家访历时1小时。母亲在婴儿出生前共接受2次家访。婴儿出生后，前四周每周2次家访，第4周到第8周每周一次，之后1个月2次，从此以后每2个月1次家访。每次家访事后都完成文字记录和录音记录归档，在每周的项目讨论会中进行总结，以便进一步的研究和计划。在对于受访母亲的问卷调查中，94%的母亲对于家访人员的工作表示满意。

5. 澳大利亚

澳大利亚在已有的产后婴幼儿家庭服务基础上，启动了母婴与童年早期家访项目（MECSH）。项目为母婴提供产前全方位帮助，以保

障母亲、儿童和家庭的健康和幸福。该项目为澳大利亚新南威尔士大学负责运营的注册社会服务项目。MECSH 计划以弱势群体母亲、高危孕妇为主要帮助对象，由注册护士进行最多 25 次的 60-90 分钟家访。家访从孕期开始延续至至儿童 2 周岁。在家访中，护士们主要着力于对家长的教育指导、母婴健康检查、家庭关系观测、儿童发展目标制定以及住房和经济问题等。对于 1 个月以上的婴儿开始进行 1 年的早期教育课程指导。同时，该项目也为社区各家庭、不同父母之间的沟通和互相帮助建立纽带，并将专业的饮食、药物和酒精问题咨询师介绍给个家庭。

MECSH 团队中包含护士、护士长和社区工作者，还有管理人员和经理人员，也有专业的健康与儿童福利专家、精神科专家、营养饮食和药物酒精问题专家等咨询团队的支持。进行家访计划的护士必须拥有本科及同等学历并接受儿童与家庭健康护理的研究生专业培训。管理人员需要经受专业培训，有临床医护经验和一定管理经验，并且能够对于项目运行时刻监督和反馈。

全职家访护士一般每年负责 30 户家庭，兼职家访护士或者负责家庭情况较为复杂的家庭的护士承担的家庭数会较少一些。一般每位护士负责 6 户孕期家庭，6 户婴儿在 0-6 个月大的家庭，6 户婴儿在 6-12 个月大的家庭和 12 户儿童在 1 岁以上的家庭。每位家庭的每年家访成本为 6000 美元左右，包括工作人员的薪金和早教材料费用等。家庭均免费享受本项服务。

此外，在澳大利亚的一些偏远和资源匮乏地区还开展有“ABC 儿童启蒙教学法”项目。项目主要针对贫困和土著民族 6 岁以下的儿童。初学儿童启蒙法是指通过成人与孩子之间有意识的频繁互动，在儿童生长的早期阶段，教授儿童基本的入门知识。启蒙法包括三种不同的方法，“读中学”、“养中学”和“玩中学”，成人与孩子在不同生活场景里互动阅读、养教结合、寓教于乐，从而达到对孩子初始认知和能力的培养。为了达到更好的效果，对父母的培训机制显得至关重要。除此之外，项目对资源依赖程度不高，可以把游戏需要的图书进行本地化，甚至把一些地方的风景、物件照下来，打印成图书，这个图书

不一定是印刷出来的非常精美的书，能够起到寓教于乐效果就行。因此启蒙法在一些偏远和资源匮乏的地区同样适用。

目前项目主要是在澳大利亚一个州的 20 个边远的村庄实施。每个村庄至少有两个驻地的项目工作人员。大一些的村庄会派 10 个工作人员入驻。每季度会开一次会，把这些工作人员召集起来，做一周的强化培训。这些人成为项目的顾问，20 个村庄分为四个区，每一个区再派一个负责人。这些层级之外还有一个办公室，有一个项目的专职负责人，他是一个政府官员，来监督这几个层级项目的执行。

三、启示

1. 家访项目尽早纳入儿童政策日程

国际经验表明，对儿童的早期干预越早越好，要全程关怀、全程干预。家访恰恰是对 0-6 岁儿童早期发展进行干预的重要方法。家访项目有助于促进儿童早期发展，消除代际贫困传递，促进社会公平。随着中国城市化的加速，大量留守儿童和流动儿童群体出现，通过家访项目对其进行儿童早期发展干预是一项重要的人力资本和社会投资，应尽快纳入当前儿童社会政策的制定日程上。国际上，目前对将儿童早期发展纳入后 2015 发展政策框架的呼声很高。

2. 尽快进行家访项目的社会试验和评估

国际经验表明，在国家制定相关政策并大规模推广之前，在一些条件适宜的地区进行家访的社会实验和评估是十分必要的。家访的地方实验有助于实现国际经验的本土化，制定适合本国本地区儿童的家访课程、服务标准，招募合适的家访员。通过对项目的跟踪研究，及时总结经验，提供项目儿童的效果评估，为各级政府的相关决策提供科学依据。

3. 优先关注贫困和弱势儿童及家庭

由于父母缺乏知识、时间和资源，再加上情感压力大，贫困农村和城市贫困社区中的儿童面临巨大劣势，处于被忽视与保育不当的困境中。一方面，大家庭的传统支持力度在不断减弱，缺乏为父母和儿童提供补偿的实惠方案。另一方面，对于贫困家庭而言，儿童保育中

心和专业干预机构的正规方案费用过高，并且在很多情况下，这些方案对家庭需求不敏感。这些家庭及儿童所处的风险很大。必须将家访方案纳入为贫困家庭提供的社会服务中。系统家访服务可以显著增进这些家庭中父母与儿童的关系，减少风险促进儿童的早期发展和健康成长，同时有助于贫困和弱势家庭的家长就业和经济独立。

4. 政府发挥主导作用，社会多元参与

作为对儿童尤其是贫困及弱势儿童进行早期干预的家访项目，政府应该发挥主导作用，积极制定相关政策，加大项目投入，加强项目的管理、培训和评估。积极鼓励社会的多元参与。企业捐赠项目资金，社会组织提供家访专业服务，科研院校积极进行相关研究和评估。

5. 持续投入，资金来源多元化

美国从 1965 年起推行开端计划(Project Head Start)，财政拨款从 1965 年的 9640 万美元，增长到 2009 年的 71.1 亿美元，是 1965 年的 70 多倍。奥巴马政府上台后提出在 5 年内用 75 亿美元进行家访项目。丹麦 1937 年的法律推动了家访项目的实施，政府将一半的市政收入投入于该服务的运行。除了政府公共财政资金投入外，还积极鼓励企业和家庭的投入。英国国家健康服务系统的资金基本来源于公共集资，78%来自于国家财政税收，16%来自于企业捐赠，另有 4%来自于部分服务收费。

6. 质量是家访项目的保证

家访项目要取得成功，质量是关键。这包括建立执行力强的项目团队，制定适合当地特色的家访课程，为家访员提供持续的培训、辅导和支持，对项目进行持续的监测和评估，以保证质量、良好管理和财务可持续性。建立清晰、标准严格的项目绩效考核机制，对不符合标准的项目要严格停止或退出。只有高质量的家访项目才能使项目家庭和儿童真正受益。

7. 持续的跟踪研究和评估

持续的跟踪研究和评估是家访项目的重要组成部分。研究和评估工作有助于证实项目的有效性，可以帮助政府扩大方案规模，增强社

会各界对家访项目的认知。美国卡罗莱纳 **Abecedarian** 项目和牙买加的家访项目都有长达 20-30 年的跟踪研究。这些研究和评估清晰表明家访项目对儿童发展具有重要影响，在确保项目高质量的同时，为政府相关决策提供了坚实的科学依据。

8. 购买家访服务，创造就业

家访项目的实施可以采取政府购买服务的方法。国外的经验表明，针对贫困和高危儿童的家访项目主要是由专业组织和社会工作组织承担和实施的。这些组织提供的家访服务更专业、针对性强，管理和执行效率更高，并能根据本地区的具体情况进行灵活的调整。此外，家访服务还可以创造大量的就业岗位，可以为贫困农村和城市高危社区的青年人提供就业机会，实现经济效益和社会效益的双赢。目前，美国大约有 200 多万人从事与儿童早期发展的社会工作。

9. 家访与其他儿童早期项目相结合

贫困和弱势儿童需要的不是单独某一项干预措施。他们需要一套儿童早期营养和养育的综合措施。提供综合性服务是取得成功的前提，这对于婴幼儿来说尤其如此。家访项目可以利用其定期家访的工作优势，将早期发展和医疗保健连接起来，将家庭和社区连接起来，将针对孩子和家庭的特殊需求的各种机构或项目的服务连接起来。美国目前许多的儿童营养和早期项目都将家访作为其重要工作。

10. 学习国际经验和加强国际合作

各国在儿童家访方面已开展多个项目，积累了丰富的实践经验，中国应通过考察、研讨等多种方式加强这方面的学习。在项目开展过程中，可以通过合作开展项目，联合开展研究评估，举行国际研讨会等方式加强国际合作。同时，通过与国际组织和各国政府的积极对话和合作，努力争取将儿童家访在内的儿童早期发展纳入后 2015 发展政策框架中。

11. 模式创新

中国当前正处于快速的城市化过程中，农村留守儿童和城市流动儿童的规模和数量都是前所未有的。这些儿童所面临的早期发展挑战

既有和其他国家儿童相同的地方，也有许多自身独特的问题，这需要在开展家访项目过程中，在国外好的经验基础上，因地制宜、因人制宜，探索具有中国特色的“低成本、广覆盖、高质量、可推广”的家访项目模式。

地 址：	北京市东城区安定门外大街 136 号皇城国际中心 A 座 15 层		
电 话：	(010) 64255855	邮 编：	100011
传 真：	(010) 84080850	网 址：	www.cdrf.org.cn
责任编辑：	任晶晶	电子邮箱：	renjj@cdrf.org.cn
