

Lucie Sikorová

Dětská sestra v primární a komunitní péči





Lucie Sikorová

Dětská sestra v primární a komunitní péči



GRADA Publishing

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována ani šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **restně stíháno**.

PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.

DĚTSKÁ SESTRA V PRIMÁRNÍ A KOMUNITNÍ PÉČI

TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE:

Recenze:

Prof. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.

Doc. Mgr. Martina Tomagová, PhD.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství
Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2012

Cover Photo © fotobanka allphoto, 2012

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 4785. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Iveta Pasáková

Sazba a zlom Antonín Plicka

Počet stran 184

1. vydání, Praha 2012

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Názvy produktů, firem apod. použité v této knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-247-3592-4

ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE:

ISBN 978-80-247-7992-8 (ve formátu PDF)

ISBN 978-80-247-7993-5 (ve formátu EPUB)

Obsah

Seznam zkratk	7
Úvod	9
1 Primární péče	11
2 Primární prevence	19
2.1 Podpora uspokojování potřeb dítěte	19
2.1.1 Uspokojování potřeb v rodině	24
2.2 Ochrana zdraví a předcházení zdravotním problémům v rodině	29
2.3 Ochrana zdraví a předcházení zdravotním problémům v jeslích	39
2.4 Ochrana zdraví a předcházení zdravotním problémům v mateřské škole	49
2.5 Ochrana zdraví a předcházení zdravotním problémům v základní škole	54
2.6 Ochrana zdraví a předcházení zdravotním problémům dospívajících na středních a vysokých školách	58
2.7 Posouzení růstu a vývoje	65
2.7.1 Posouzení růstu dítěte	66
2.7.2 Posouzení psychomotorického a sociálního vývoje dítěte	79
2.8 Preventivní prohlídky	97
2.9 Očkování	104
2.10 Zdravotní výchova	106
2.11 Prevence úrazů v dětském věku	108
3 Sekundární prevence	111
3.1 Dispenzarizace	114
4 Terciární prevence	115
5 Administrativa	117
5.1 Vedení individuální zdravotnické dokumentace	117
5.2 Hlášení výskytu infekcí	118
5.3 Vykazování zdravotní péče	118

6	Hygienická a protiepidemická opatření v ambulanci	121
7	Komunitní péče	125
	7.1 Komunitní péče poskytovaná dětem a dospívajícím	128
	7.2 Plánování komunitní péče poskytované dětem a dospívajícím	130
	7.2.1 Instituce podílející se na komunitní péči	131
8	Adiktologie v primární a komunitní péči u dětí a dospívajících	137
	8.1 Prevence návykového chování u dětí a dospívajících	139
	8.1.1 Primární prevence	139
	8.1.2 Sekundární prevence	142
	8.1.3 Terciární prevence	145
	8.2 Psychopatologie závislostí	147
	8.3 Návykové chování – patologické hráčství, počítačové hry, internet	149
	8.4 Návykové chování – komunikační média (TV)	150
9	Edukace dětskou sestrou v primární a komunitní péči	151
	9.1 Fáze edukace u dětí a dospívajících	154
	Příloha	157
	Edukační plán	157
	Literatura	163
	Souhrn	175
	Summary	177
	Rejstřík	179

Seznam zkratk

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndrom získaného selhání imunity)
BMI	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
CAN	Child Abuse and Neglect (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte)
CCN	Community Children's Nursing
CNS	centrální nervová soustava
ČSÚ	Český statistický úřad
DDST	Denver Developmental Screening Test (Denverský vývojový dotazník)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MŠ	mateřská škola
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Association International (Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku)
NOC	Nursing Outcomes Classification (klasifikace očekávaných výsledků)
PL	praktický lékař
SRCH-D	Syndrom rizikového chování v dospívání
SŠ	střední škola
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VŠ	vysoká škola
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZŠ	základní škola

Úvod

Primární péče je úrovní prvního kontaktu se zdravotnictvím pro jedince, rodiny a komunity. Ve 21. století získává stále větší význam – v moderní pediatrii tvoří významnou část péče, protože rodiny s dětmi si žádají péči co nejbližší místu, kde žijí, kde děti vyrůstají, hrají si a dospívají. Světová zdravotnická organizace dokládá, že zdravotnické systémy poskytující primární péči vykazují lepší výsledky, jsou výkonnější, mohou dosáhnout vyšší spokojenosti uživatelů a mají nižší náklady na zdravotní péči než systémy, které mají orientaci na primární péči menší.

Těžiště činností primární péče o děti a dorost spočívá v aktivitách praktického lékaře pro děti a dorost a aktivitách dětské sestry. Praktický lékař pro děti a dorost a dětská sestra se stávají koordinátory péče o dítě zdravé, ale i ohrožené nemocí, rodinným prostředím či prostředím ve výchovně vzdělávacích institucích. Významnou roli sehrává tandem lékaře a dětská sestra také při řízení péče o chronicky nemocné děti, jejichž problémy přetrvávají mnohdy do dospělosti. Úsilím lékaře a sestry je nejen léčba, ale i snaha usnadnit spolupráci se sociálními službami a vzdělávacími institucemi. Úzká spolupráce mezi praktickým lékařem pro děti a dorost a dětskou sestrou efektivně podporuje fyzické i duševní zdraví dítěte a citovou harmonii a pohodu v rodinném prostředí.

Klíčovou úlohu v podpoře zdraví dětí a dospívajících v primární péči zastává dětská sestra, jejíž kompetence se postupně s vyšším či specializačním studiem rozšiřují. Jejím základním posláním v primární péči je ochrana a podpora životních podmínek optimálních pro růst a vývoj dítěte. Sestra je totiž mnohdy prvním zdravotníkem, kterému se rodiče dítěte nebo samo dítě poprvé svěří se svými starostmi a obavami týkajícími se zdraví. Právě dětská sestra se může cíleně věnovat propagaci intervencí podporujících zdraví dítěte v kontextu rodiny, popřípadě komunity, kde dítě vyrůstá. Je osobou, jejíž profesní zaměření je určováno potřebami dětí, je odborníkem, který by měl využít každou příležitost ke konzultaci o zdravém životním stylu dítěte i rodičů, je to ona, kdo aktivně nabízí podporu při potížích v náročném období dospívání – je tedy podstatným a nenahraditelným členem týmu, jenž o dítě či dospívajícího pečuje.

Činnosti, které dětská sestra v rámci primární péče poskytuje, jsou dominantně zaměřeny na prevenci (primární, sekundární a terciární). Prevenci je proto věnována podstatná část předkládané publikace, a to na úrovni péče o dítě v rodině, v předškolních zařízeních nebo v zařízeních školních.

Součástí primární péče dětské sestry jsou rovněž edukační, administrativní a protiepidemické aktivity, kterým se publikace také věnuje.

Vzhledem k šíři problematiky primární péče však nebylo možné zahrnout do publikace všechna témata. Snahou autorky bylo předložit důležité informace týkající se pracovní náplně dětské sestry v primární péči a upozornit na její roli při koordinaci, vedení a realizaci ošetrovatelské péče. Plné využití ošetrovatelských dovedností a potenciálu sester v primární péči si žádá opatření v oblasti legislativy i vzdělávání, avšak současná situace nebrání vhodným inovacím a angažovanosti na úrovni jednotlivce. Monografie je výchozím zdrojem informací pro již praktikující dětské a všeobecné sestry (pečující o děti a dospívající) a nezbytnou podmínkou orientace v dané oblasti pro studenty zabývající se péčí o děti zdravé či nemocné.

1 Primární péče

Již v roce 1978 na mezinárodní konferenci o základní zdravotní péči v Alma-Atě bylo mimo jiné uvedeno, že klíčem k dosažení cíle *Zdraví populace do roku 2000* (zdraví definované na 30. valném shromáždění WHO v roce 1977), který umožní populaci vést společensky a ekonomicky produktivní život, je **primární zdravotní péče**. Z konference vyplynulo, že primární péče by měla být poskytována co nejbližší jedincům, kteří ji potřebují. Péče je uskutečňována jako péče primární (v místě prvního kontaktu) a péče komunitní (jako součást komunitních služeb). Zdůrazněna byla zejména přístupnost všem jedincům, rodinám a komunitám při zachování jejich autonomie.

V roce 1984 byl Evropským zdravotnickým shromážděním zahájen program *Zdraví pro všechny do roku 2000*, který podle Mahlera (1980) zdůrazňoval, že je třeba zajistit takovou úroveň zdraví, jež by umožnila všem lidem bez rozdílu žít společensky a ekonomicky produktivní život („minimálně důstojnou životní úroveň“). Odkaz na rok 2000 znamenal, že k tomuto datu by všechny země světa vytvořily vhodné politické strategie a že budou provádět konkrétní opatření k dosažení tohoto sociálního cíle, i když v rozdílných časových rámcích (Rivero, 2003).

Komplexní primární péče a její rozvoj zůstává i po roce 2000 jednou z priorit WHO. O tom svědčí program *Zdraví 21* (WHO, 2001). Od první světové konference uběhlo již více než čtvrt století a je možné konstatovat, že došlo k mnohým změnám v oblasti primární a komunitní péče i na území České republiky. Pozvolna se přibližujeme i k cílům uvedeným v *Mnichovské deklaraci*, kterou v roce 2000 podepsalo 48 ministrů zdravotnictví nebo jejich zástupců, včetně zástupců ČR. Mimo jiné se zde vlády zavázaly k hledání příležitostí k založení a podpoře programů a služeb na rodinu zaměřeného komunitního ošetřovatelství, včetně zapojení rodinných sester (tam, kde je to vhodné), a dále k posilování rolí sester ve veřejném zdravotnictví, podpoře zdraví a vývoji komunity (MZ ČR, 2001).

Koncepce **sester v primární péči** jako zdravotníků, kteří zaujímají první linii obrany, se poprvé objevila na Evropské konferenci WHO o ošetřovatelství ve Vídni v roce 1988. Směrnice WHO se od té doby zaměřily hlavně na způsoby, jimiž sestry přispívají ke zlepšování funkce systémů primární zdravotní péče (MZ ČR, 2003).

Z hlediska primární ošetřovatelské péče v pediatrii je významným historickým mezníkem výnos z roku 1914. Šlo o výnos vydaný zdravotním odborem rakouského ministerstva vnitra, podle kterého se školení ošetřovatelek

stanovilo na dva roky a péče byla rozšířena kromě ústavní a nemocniční i na preventivní, zdravotní a sociální, zaměřenou na děti a návštěvní službu v rodinách (Hanzlíková, 2004). Po roce 1918 se u nás rozvinul systém rodinných lékařů, kteří zabezpečovali široké spektrum lékařských služeb pro své pacienty. Tento systém pokrýval na velmi dobré úrovni potřeby péče, takže se zdravotní stav populace zlepšil a docházelo k dalšímu rozvoji primární péče (Seifert, Beneš et al., 2005).

Systém zdravotnické péče zahrnuje všechny služby poskytované jednotlivými zdravotnickými obory. Tradičně poskytuje zdravotnický systém dva všeobecné typy služeb, a to služby nemocným (léčebnou péči) a služby zdravým (preventivní péči). V současnosti je zdůrazňována komplexní, holistická a humanistická zdravotní péče. Lidé si žádají všestrannou péči, mají zájem o uspokojování zdravotních potřeb na jednom místě, ve stejném čase, stejným lékařem a sestrou. Očekávají schopnost zdravotnického týmu podílet se na řešení jejich zdravotních potíží, respektive léčbě, stejně jako schopnosti podporovat jejich zdraví a doporučovat strategie k udržení zdraví nebo poskytovat péči při dlouhodobé nemoci. Tyto atributy splňuje **primární péče**. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou navíc poskytovány co nejbližší vlastnímu sociálnímu prostředí klienta, a respektují tak jeho bio-psycho-sociální potřeby. Primární péče je koordinovaná, komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci (Seifert, Beneš et al., 2005).

Hierarchicky je zahrnována do **komunitní péče**. Součástí komunitní péče je dále sekundární a terciární péče a rovněž prevence.

Primární péče je charakterizována:

- přímou dostupností,
- otevřeností, tzn. bez bariér kulturních, geografických či ekonomických,
- porozuměním potřebám občanů a schopností reagovat na ně,
- maximálním zachováním lidské důstojnosti (dignity),
- nejlepším prostředím pro prevenci.

Poskytovateli primární péče jsou v rámci ČR:

- praktičtí lékaři pro dospělé,
- praktičtí lékaři pro děti a dorost,

- agentury domácí péče,
- ambulantní gynekologové,
- stomatologové,
- lékařské služby první pomoci,
- lékárny a další.

Každý občan ČR má právo na svobodnou volbu praktického lékaře, který s převzetím do péče souhlasí. V roce 2010 připadalo v krajích ČR průměrně 10 praktických lékařů (PL) pro děti a dorost na 10 000 dětí a dorostu do 19 let. Průměrně jeden dětský lékař vykonal v témže roce 5 791 ošetření. Nejvíce ošetření na jednoho lékaře se uskutečnilo v Jihočeském, Pardubickém a Moravskoslezském kraji. Návštěvní službou provedli PL pro děti a dorost průměrně 1,1 % všech ošetření, nejméně v Karlovarském a Moravskoslezském kraji. Jeden dětský pacient navštíví pediatra v průměru 6krát za rok z důvodu léčebných nebo preventivních vyšetření či ošetření (ÚZIS ČR, 2011).

K vysoce frekventovaným důvodům návštěvy PL pro děti a dorost náleží:

- v kojeneckém věku záněty středouší, ekzémy, dyspepsie, infekce močových cest,
- v batolecím věku respirační infekce,
- ve školním věku respirační infekce, angíny,
- v dorostovém věku se přidávají mononukleóza, infekce močových cest u dívek, únavový syndrom.

Registrace u praktického lékaře je písemný souhlas dvou stran – pacienta a lékaře, při kterém se lékař zavazuje o pacienta pečovat, tím mu vzniká nárok na platby od pacientovy zdravotní pojišťovny. Praktického lékaře je možné změnit jednou za tři měsíce. Praktičtí lékaři pro dospělé registrují pacienty od 15 let a starší, praktický lékař pro děti a dorost děti od narození až do 14–19 let.

Charakteristickými znaky praktického (všeobecného/rodinného) lékařství jsou:

- *Všeobecnost* péče – řeší problémy celé populace v plné šíři bez ohledu na věk, pohlaví, původ, sociální postavení, rasu, víru, zdravotní problém apod.
- *Dostupnost* péče – bez bariér geografických, kulturních, administrativních či funkčních.

- *Kontinuita* péče – lékařství primárně orientované na člověka spíše než na nemoc a založené na dlouhodobém vztahu mezi pacientem, lékařem a sestrou, jejichž péče pokrývá nejen období nemoci, ale podstatnou část života.
- *Komplexnost* péče – poskytuje komplexní léčebně-preventivní péči, zahrnující podporu zdraví, prevenci nemocí, léčbu, rehabilitaci, podpůrnou péči. Respektuje etické a humánní aspekty vztahu lékař–pacient.
- *Koordinovanost* péče – lékař a sestra jsou pro pacienty koordinátory ve využívání specializovaných zdravotních a sociálních služeb (konziliární vyšetření, odborná doporučení).
- *Spolupráce* při péči – odborníci primární péče spolupracují s ostatními poskytovateli a respektují jejich kompetence.
- *Orientace na rodinu* – praktický lékař a sestra v ordinaci praktického lékaře vnímá zdravotní problémy člověka v kontextu jeho rodinných, sociálních a kulturních vztahů a prostředí, ve kterém žije.
- *Orientace na komunitu* – problémy pacientů jsou vnímány v kontextu života komunity (Seifert et al., 2004).

Organizace práce praktického lékaře pro děti a dorost a dětské sestry

V ordinaci praktického lékaře (PL) pro děti a dorost je obvyklá spolupráce v malém týmu nebo tandemu ve složení lékař a dětská sestra. Při dobré spolupráci se jejich činnosti doplňují. Dětská sestra se podílí na preventivní, primární a speciální péči. Zajišťuje bezchybný, plynulý chod praxe, podmínky pro poskytování kvalitní péče, pomoci a podpory pacientům a plní další úkoly v oblasti organizační, odborné a administrativní.

Ordinační doba v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost činí 25–30 hodin týdně, pracovní náplň zahrnuje dále návštěvní službu, administrativní činnosti a ranní aktivity (např. odběry). Ordinační doba by měla být strukturovaná – měla by vyhrazovat čas pro akutní stavy, pro poradny dětí vybraných věkových kategorií, pro objednané, pro očkování apod. Časovou organizaci chodu ordinace má na starosti sestra – plánuje pozvání pacientů, ale také jejich čekání v čekárně.

Čekárna by měla být vybavena pro potřeby dětí různých věkových kategorií (hračky, knihy, pastelky, veselé obrázky na stěnách apod.), aby se dítě při čekání rozptýlilo. Sestra má obvykle svůj pracovní prostor v samostatné místnosti, což může vyhovovat dospívajícím pacientům, kteří chtějí při vyšetřování zachovat soukromí. Pracuje-li sestra ve společné místnosti s lékařem, může klást doplňující otázky, je svědkem při úkonech lékaře, případně může upozornit na chyby. V ambulantním provozu PL pro děti a dorost je

nutno respektovat podmínky základního prostoru uvedené ve společném ustanovení pro zdravotnická zařízení ambulantní péče a současně doplňující požadavky na vybavení pro ordinace praktického lékaře pro děti a dorost, které jsou uvedeny ve vyhlášce MZ ČR č. 219/2006 Sb.

Ke společným ustanovením náleží:

- Zdravotnická zařízení ambulantní péče se musí skládat ze základních prostorů, tj. provozních místností, ve kterých je poskytována zdravotní péče (ordinace, přípravná nebo místnosti, kde se vykonává základní činnost), z čekárny pro pacienty a z vedlejších prostor, tj. sociálního zařízení. Zajištěn musí být přístup osobám s omezenou schopností pohybu. Telefonické spojení je již samozřejmostí.
- Ordinace by měla být řešena jako jedna místnost (společný prostor lékaře a sestry) s minimální plochou 15 m². K základnímu vybavení patří potřebný kancelářský nábytek pro administrativní práce lékaře a sestry, vyšetřovací stůl nebo lehátko, tonometr a fonendoskop, skříň na léčivé přípravky, zdravotnický materiál a nástroje, základní vybavení pro poskytování neodkladné péče, chladnička, pracovní plocha pro přípravu zdravotnického materiálu a orientačního laboratorního vyšetření, sterilizátor (pokud není možnost spolupráce se smluvním pracovištěm), umývadlo a dvoudřez.
- Čekárna musí mít plochu minimálně 2 m² na jedno místo pacienta při nejmenší ploše místnosti 8 m². Čekárna musí mít přebalovací stůl.
- Hygienické zařízení sestává z WC a umývadla. Dveře WC musí mít z bezpečnostních důvodů otevírání směrem ven (přípustné je společné WC pro pacienty a zaměstnance).

K doplňujícím požadavkům na vybavení ordinace praktických lékařů pro děti a dorost náleží:

- přebalovací stůl s váhou pro kojence, bodymetr,
- optotypy, osobní váha,
- odsávačka,
- pomůcka pro testování sluchu a fixace zrakem pro kojence.

Dětská sestra musí, kromě způsobilosti k výkonu povolání bez odborného dohledu, splňovat podmínky specializačního vzdělání dětské sestry zahrnující ukončení specializačního (př. magisterského) studia zakončeného

atestační (př. státní závěrečnou) zkouškou. Dalším požadavkem je zaškolení ve formě praxe na lůžkovém oddělení. Obvyklé jsou i další požadavky – schopnost práce s počítačem, obsluha přístrojů, jazyková vybavenost (komunikace v cizím jazyce). K požadovaným senzomotorickým dovednostem náleží šikovnost, zručnost, neporušené smyslové vnímání, vyžadovány jsou i předpoklady estetické (smysl pro úpravu vlastního zevnějšku i okolí), předpoklady intelektové (schopnost řešit proměnlivé situace, schopnost zvládat reakce dětí a jejich rodičů), předpoklady sociální (schopnost navázat kontakt s dětmi i rodiči, pozitivní vztah k dětem, schopnost empatie) a další. Významné jsou komunikační dovednosti, např. pozitivní mimika (úsměv, oční kontakt), schopnost ve správné chvíli dítě pohladit nebo jej držet za ruku.

Preventivní péče v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost zahrnuje aktivity dětské sestry, které jsou rozděleny pouze na akademické úrovni, protože v praxi se vzájemně více či méně prolínají. Uvedené aktivity vychází z cílů komunitní péče uvedených Skokňovou (2006).

Aktivity, na kterých se podílí dětská sestra v oblasti primární péče:

I. Aktivity primární prevence:

- hodnocení a podpora normálního růstu a vývoje dítěte,
- podpora uspokojování potřeb dítěte v rodině, vývoj pozitivních vztahů mezi rodiči a dětmi,
- ochrana zdraví a předcházení zdravotním problémům dětí a dorostu (v rodině, jeslích, MŠ, ZŠ, SŠ, VŠ),
- účast na preventivních prohlídkách,
- organizace očkování,
- zdravotní výchova,
- prevence úrazovosti,
- prevence rizikového chování.

II. Aktivity sekundární prevence:

- podpora při tvorbě přesných ošetřovatelských diagnóz dysfunkčních potřeb dětí,
- ulehčení léčby a péče u dětí s již existujícím zdravotním problémem,
- eliminace existujících ošetřovatelských problémů při zdravotních potížích dítěte,
- organizace dispenzarizace.

III. Aktivity terciární prevence:

- stabilizace ošetrovatelských problémů při poškozených funkcích organismu, prevence opakování problémů a zhoršování zdravotního stavu dítěte,
- prevence komplikací existujících zdravotních problémů,
- podpora adaptace dítěte na chronický stav.

*IV. Protiepidemická opatření**V. Administrativa*

2 Primární prevence

Činnosti primární prevence jsou zaměřeny na **podporu zdraví dítěte a prevenci chorob**. Největší důraz je kladen na podporu normálního růstu a vývoje dítěte. Porozumění zákonitostem růstu a vývoje jedince i jeho jednotlivých tělních systémů je pro primární prevenci východiskem pro včasné odhalení odchylek a faktorů, které k těmto odchylkám vedou. Včasnou detekcí rizik se primární prevence snaží předejít vážným komplikacím. Normální růst a vývoj dítěte je podmíněn optimálním prostředím, v němž se dítě vyvíjí. Vliv prostředí na vývoj jedince byl doceněn až v posledních desetiletích, a to na příkladu dětí z dysfunkčních rodin či nízkých socioekonomických vrstev (Lebl, Krásničanová, 2007). Prostor je faktorem, který ovlivňuje vývoj jedince, ovšem v kontextu jeho genetických vloh. Podpora normálního růstu a vývoje dítěte tedy zahrnuje optimální uspokojování potřeb dítěte v rodině, efektivní uspokojování potřeb v mateřské škole a vyhovující uspokojování potřeb dítěte ve škole (viz tab. 2.1).

Tab. 2.1 *Vliv faktorů a potřeb na rozvoj dítěte*

Faktory		Dítě
<ul style="list-style-type: none"> • genetický potenciál • vnější prostředí (sociokulturní vlivy: rodina, MŠ, ZŠ, sociální role, hodnoty, morálka, etnikum, onemocnění a další vlivy prostředí) • životní styl • zdravotnické služby 	↔	<ul style="list-style-type: none"> • růst • vývoj • chování • prožívání • poznávací procesy • motivační procesy • citové stavy • schopnosti, dovednosti • návyky, zájmy, postoje atd.

2.1 Podpora uspokojování potřeb dítěte

Potřeby dětí lze shrnout do několika kategorií, na jejichž charakteristice se významně podílel Dunovský (1999). Potřeby dělí na základní biologické, základní psychické, základní sociální a základní vývojové.