

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Informovanost sociálních pracovníků OSPOD
Jihočeského kraje o Münchhausenově syndromu
v zastoupení (by proxy)**

Bc. Lucie Tourková

Diplomová práce

Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

vedoucí práce: doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Praha 2019

Prague College of Psychosocial Studies

**Awareness of social workers of OSPOD from
Jihočeský kraj on Munchausen syndrome by proxy**

Bc. Lucie Tourková

Diploma Thesis

Diploma Thesis Work Supervisor: doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Praha 2019

Abstrakt

Diplomová práce je zaměřena na problematiku Münchhausenova syndromu v zastoupení. Teoretická část zahrnuje charakteristiku, symptomy, vývoj a prevenci Münchhausenova syndromu v zastoupení. Seznamuje s pojmem CAN, který úzce souvisí s Münchhausenovým syndromem v zastoupení. Praktická část se věnuje dotazníkovému šetření o infomovanosti sociálních pracovníků OSPOD Jihočeského kraje o Münchhausenově syndromu v zastoupení.

Klíčová slova: Münchhausenův syndrom by proxy, syndrom CAN, dítě, zneužívání, prevence, riziková skupina, rodina, diagnostika, dotazníkové šetření

Abstract

The diploma thesis deals with the problem of Munchausen syndrome by proxy. The theoretical part includes characteristics, symphoms, evolution and prevention of Munchausen syndrome by proxy. It enlightens with concept CAN wich is closely related with Munchausen syndrome by proxy. The practical part covers the research among social workers' awareness of OSPOD from Jihočeský kraj of Munchausen syndrome by proxy.

The key words: Munchausen syndrome by proxy, CAN syndrome, child, child abuse, prevention, risk group, family, diagnostics, questionnaire solution.

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Podpis

Poděkování

Děkuji panu doc. PhDr. Davidu Urbanovi, Ph.D. za jeho ochotu a odborné rady.

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav Münchhausenova syndromu by proxy u dětí adolescentů.....	10
1.1 Münchhausenův syndrom by proxy, teorie a výskyt u dětí a adolescentů.....	10
1.2 Münchhausenův syndrom – Syndrom Barona Prášila	11
1.2.1 Symptomy syndromu Münchhausen	12
1.3 Diagnostika Münchhausenova syndromu by proxy	14
1.4.1 Rizikové skupiny osob, způsobující Münchhausenův syndrom by proxy	15
1.4.2 Prevence a léčba Münchhausenova syndromu by proxy.....	17
1.5 Zneužívání a týrání dětí	19
1.5.1 Zanedbávání dětí.....	24
1.6. Funkce rodiny a poruchy rodičovství	26
1.7 Souvislost sociální práce s Münchhausenovým syndromem by proxy	29
1.8 Postoj veřejnosti k týrání a zneužívání dětí.....	31
1.8.2 Prevence týraného, zneužívaného a zanedbaného dítěte.....	32
2 Cíl práce a hypotéza.....	35
2.1 Cíl práce.....	35
2.2 Hypotéza	35
2.3 Operacionalizace pojmů	36
3 Metodika	37
3.1 Použité metody a techniky sběru dat	37
3.2 Charakteristika cílového souboru	40
4 Výsledky	41
5 Diskuse.....	62
6 Závěr	71
Seznam příloh	74
Seznam použité literatury	75
Přílohy.....	79

Seznam použitých zkratek

MSP-Münchhausenův syndrom v zastoupení

CAN-Child abuse and neglect (týrané, zneužívané a zanedbané dítě)

OSPOD-Orgán sociálně-právní ochrany dětí

Úvod

Pro svou práci jsem si vybrala téma „Informovanost sociálních pracovníků OSPOD Jihočeského kraje o Münchhausenově syndromu by proxy.“ Tento syndrom je pro mě jednou z nejsložitějších psychických poruch vůbec. Dětem ubližují právě ty osoby, které by je měly chránit a u kterých by se děti měly cítit v bezpečí. Jejich vlastní matky například. I přestože termín Münchhausenův syndrom není v České republice příliš známý, tento pojem je nám znám již téměř tři století a v roce 1977 informoval profesor Medow, že existuje Münchhausenův syndrom by proxy (Chadalíková, 2017), ale i přesto, neexistuje v české literatuře dostatek dostupných informací.

Cílem mé práce je zjistit, jak jsou pracovníci OSPOD Jihočeského kraje informováni o problematice Münchhausenově syndromu by proxy, zda znají příznaky, iniciátory a dopady syndromu. Dále je cílem mé práce seznámit čtenáře s problematikou MSP a jeho spojitostí se syndromem CAN.

Diplomová práce je rozdělena do pěti částí, a to teoretická část, cíl práce a hypotéza, metodiky, výsledky a diskuze. Teoretická část práce je rozdělena do osmi kapitol.

V první kapitole se zabývám základní charakteristikou Münchhausenova syndromu by proxy a jeho výskytu v České republice a zahraničí.

V další kapitole se zabývám symptomy, které jsou typické u Münchhausenova syndromu by proxy. Zároveň bych chtěla poukázat na to, že u lidí s tímto syndromem, se nejedná o simulování, ale o psychickou poruchu, kterou je třeba konzultovat s odborníky.

Ve třetí kapitole se věnuji diagnostice MSP. Při diagnostikování MSP je třeba, aby si poskytovatelé všimli stop, které vedou k odhalení toho to syndromu a následné diagnostice. V této kapitole se dále zabývám tím, že syndrom MSP se dá lehce přehlédnout, jelikož je pravděpodobnější, že se lékaři budou snažit diagnostikovat nemoc.

Čtvrtá kapitola je rozdělena do dvou podkapitol. V první podkapitole se zabývám rizikovými skupinami, které MSP způsobují. Druhou podkapitolu věnuji prevenci tohoto syndromu, která není úplně jednoznačná a následné léčbě MSP. V následující kapitole se věnuji problematice MSP v historickém kontextu. O jeho první zmínce a zavedení pojmu MSP v České republice.

V páté kapitole se zabývám týráním, zanedbáváním a zneužíváním adolescentů a dětí, skupinou, která je ohrožena ze všech nejvíce. MSP patří k méně známým formám zneužívání dětí, ale je posuzován stejně jako týráním a zároveň spadá do několika kategorií týraní.

Šestá kapitola je zaměřena na rodinu jako takovou a její funkce. V této kapitole se dále zabývám rodinou nefunkční, a jejím vlivem na vývoj dítěte. V této kapitole se věnuji i rizikovým faktorům, které vedou k negativnímu vlivu v rodinách.

Sedmá poukazuje na důležitost znalostí sociálních pracovníků a jejich orientaci v problematice MSP.

Poslední, osmá kapitola je rozdělena na dvě podkapitoly, první z nich je zaměřena na postoje veřejnosti k týraní a zneužívání dětí, které negativně stigmatizují dětské oběti. Druhá podkapitola se zabývá prevencí týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

Praktická část obsahuje vyhodnocení dotazníkového šetření o informovanosti sociálních pracovníků OSPOD Jihočeského kraje o MSP.

Jako základní literaturu pro svoji práci, jsem použila knihy od Tomáše Nováka, Marie Vágnerové, Jiřího Jankovského, Oldřicha Matouška a Hany Pazlarové a Lubomíra Kukly.

1 Současný stav Münchhausenova syndromu by proxy u dětí adolescentů

1.1 Münchhausenův syndrom by proxy, teorie a výskyt u dětí a adolescentů

Přesto, že Münchhausenův syndrom v zastoupení není novým fenoménem a pojem známe již od osmnáctého století, v české literatuře o něm nalezneme jen velmi málo informací. V první podkapitole se zabývám teoretickým vysvětlením MSP a jeho výskytem v České republice i zahraničí.

Slovo „by proxy“ znamená v zastoupení. Používá se při předstírání, zveličování nebo aktivním vytváření příznaků tělesného nebo duševního onemocnění vlastních dětí (Bednářová 2009). K Münchhausenově syndromu v zastoupení Novák (2012) uvádí, že se jedná o projektování na děti. Bhandari (2018) píše, že se jedná o vzácnou behaviorální poruchu, která nejčastěji postihuje přímého pečovatele o dítě. Tím zpravidla bývá matka. Osoba s MSP získává pozornost na základě neustálých potřeb lékařské péče. Zatímco se lékaři snaží odhalit příčinu potíží u dítěte, pečovatel nebo matka dítěte svým záměrným jednáním může příznaky ještě zhoršovat. Autorka dále uvádí, že osoby s MSP mohou několika způsoby ovlivňovat příznaky dítěte, například:

- lžou a zveličují příznaky,
- zaměňují, nebo falšují testy (například vzorek moči kontaminovaný),
- falšování lékařských záznamů,
- vyvolávání příznaků za moci různých prostředků, způsobují otravy, přidušení dítěte, hladovění, vyvolání infekce.

Charakteristické pro MSP je předstírání, nebo úmyslné vytváření fyzických či emocionálních symptomů, a to u jiné než vlastní osoby, s účelem umístit tuto osobu do role nemocného (Dryden-Edwards, 2017).

Kocourková (2000) uvedla, že Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení) „patří do skupiny předstíraných poruch, kdy jedna osoba (nejčastěji matka) předstírá nebo vytváří u dítěte potíže, pro které pak vyhledává s dítětem zdravotnickou péči. Jde o formu zneužívání dětí, která je vzácně identifikovaná, ale představuje nebezpečí pro dítě

a komplikaci pro systém zdravotnické péče. Přestože tato patologie bývá nejčastěji zachycena na pediatrických odděleních, je pro diagnostický a terapeutický proces potřebná role psychiatra a psychologa (Pelikán 2000). Dle Ferrara (2014) je průměrný věk dětí, které se stanou MSP oběťmi, obvykle okolo 4 let a 6 měsíců, existují ale záznamy, které dokazují přítomnost MSP u obětí ve věku 6 let. (Journal of Psychological Abnormalities, 2008-2018).

Němečková (2016) pro portál Rozvoj Osobnosti uvedla, že osoby, které trpí Münchhausenovým syndromem, jsou schopné ubližovat si drastickým způsobem, záměrně si také infikují rány. Stejným způsobem mohou jednat se svými nejbližšími, pokud tak činí, jedná se o Münchhausenův syndrom by proxy. Pečující osoby způsobují dětem symptomy, ty jsou pak opakovaně vyšetřované a lékaři nemohou odhalit příčiny. Jejich počínání může vést k nepřijatelnému chování, které dítě poškozuje a kvůli kterému je nutné dítě z jejich péče odejmout. Bednářová (2009), Novák (2012) uvádějí, že Münchhausenův syndrom by proxy, se řadí k zvláštním formám syndromu CAN, kvůli jeho důsledkům. Setkáváme se s ním vedle „běžných“ (tělesné, sexuální, psychické formy) forem syndromu CAN (ZAM, 2018).

Oběťmi MSP jsou z většiny děti předškolního věku, ojediněle se vyskytují případy u dětí až do 16 let, a to u chlapců i dívek stejně (Lyness, 2015).

1.2 Münchhausenův syndrom – Syndrom Barona Prášila

Samotný Münchhausenův syndrom nalezneme v Mezinárodní klasifikaci pod F68 – **Jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých.** „Záměrná produkce nebo předstírání symptomů nebo neschopnosti somatických nebo psychických. Subjekt opakovaně předstírá symptomy bez zjevného důvodu a může se dokonce i sebepoškozovat ,aby si způsobil symptomy nebo příznaky.“ (WHO/ÚZIS ČR, 2018). Ústav zdravotnických informací a statistik ČR (2018) dále uvádí, že motivace není zcela jasná. Lze se domnívat, že vnitřním důvodem je zřejmě přijetí role nemocného. Porucha bývá v mnoha případech kombinována s výraznými poruchami osobnosti a vztahů. Řadíme sem Syndrom „špitální vši“ a Syndrom barona Prášila (Münchhausenův syndrom).

Bhandari (2018) pro WebMD napsala, že Münchhausenův syndrom je duševní porucha, při které se jedinec záměrně, opakovaně chová, jako kdyby měl duševní či fyzickou chorobu, i když ji ve skutečnosti nemá. Jedná se o stav, při kterém osoba záměrně falšuje, zhoršuje, simuluje, sama si způsobuje zranění nebo nemoc (Dryden-Edwardsová, 2017). Němečková (2016) uvádí, že předstírání tělesných, psychických i zdravotních obtíží i nemocí, je podstatou syndromu, zatím není zcela známý důvod takového počínání. Autorka dále uvedla, že účelem jednání osob s touto poruchou je, zajistit si touto cestou opakovaná lékařská vyšetření, zákroky, a dokonce i hospitalizaci v nemocničních zařízeních. S jasným účelem, kterým je být lékařským pacientem (Dryden-Edwardsová, 2017). Münchhausenův syndrom je považován za onemocnění duše, jelikož je spojený se závažnými emocionálními potížemi (Bhandari, 2018). Postižené osoby trpí současně také bájnou lhavostí, která se nepojí pouze k popisu zdravotních obtíží, ale utváří celou jejich osobnostní identitu (Němečková, 2016).

1.2.1 Symptomy syndromu Münchhausen

Syndrom Münchhausen často předchází, nebo koexistuje s Münchhausenovým syndromem by proxy (Ferrara, 2014). V následující podkapitole budou zobrazené příznaky syndromu Münchhausen, lze tak vidět, že informace z kapitoly 1.1 na straně 10 se prolínají.

Dle Honzáka (2010) nejsou osoby s Münchhausenovým syndromem simulanti, tyto lidé nevyhledávají výhody a úlevy díky svému nepříznivému zdravotnímu stavu, netouží ani po důchodu, ale chtějí být hlavním bodem pozornosti, a to u všech zdravotníků. Jednotlivci si záměrně vyvolávají nebo zveličují příznaky, ty mohou spočívat na falešných příčinách, vyvolaných sebepoškozováním, nebo z důvodu změněných výsledků testů kontaminací vzorků (Dryden-Edwardsová, 2017; Bhandari, 2018). Honzák (2010) ke způsobům kontaminace vzorků uvádí: *„Ředí odebranou krví vodou, do moči přimíchávají cukr a bílkoviny, pojídají léky, které vyvolávají nejrůznější příznaky, způsobují si krvácení z kůže a sliznic, zkrátka „své“ nemoci, která by třeba lékaře nepřesvědčila, účinně napomohou.“*

Mezi varovné znaky, které mohou, poukázat na symptomy syndromu Münchhausen může patřit například:

- Příznaky, které nejsou příliš jasné a kontrolovatelné, zhorší se po zahájení léčby, nebo se změni na jiné příznaky,
- rozmanitá, dramatická, nekonzistentní lékařská historie,
- objevuje se více chirurgických jizev, ale chybí k nim lékařská dokumentace,
- osoba touží po různých, lékařských vyšetření, zákroců a operací,
- opakované relapsy, jakmile dojde ke zlepšení zdravotního stavu,
- osoba se léčí v různých zdravotnických zařízeních, navštěvuje různé kliniky a střídá také města,
- osoby nechtějí umožnit zdravotníkům setkat se s jejich rodinou, přáteli, nechtějí, aby navázali komunikaci s jejich minulými lékaři,
- problémy se sebedůvěrou a identitou,
- dalším vodítkem může být, že u osoby lze sledovat příznaky, které popisuje pouze, pokud ví, že jej někdo sleduje, pokud neví, že je pozorovaný, příznaky se nemusí objevovat,
- osoba vykazuje anamnézu závažné nemoci, ale detaily příznaků jsou nekonzistentní (například pacient popisuje zvracení a průjmy, ale nejeví žádné známky dehydratace) (Dryden-Edwardsová, 2017; Bhandari, 2018).

Münchhausenův syndrom sahá hluboko do historie, následující odstavce zobrazují některé významné události, které se jej týkají.

Pravděpodobně již Galén byl prvním, který popsal příznaky nemoci simulujícího člověka. Gavin, britský lékař roku 1838 publikoval esej „*On Feigned and Factitious Diseases*“, ta vznikla ze souboru lékařských a psychologických triků, které prováděli vojáci a námořníci, aby získali lékařskou péči (Feldman, 2000 in Urban a Masopust, 2004).

Urban (2004) uvádí: „*Samotný pojem Münchhausenův syndrom poprvé použil britský lékař Richard Asher v roce 1951. Pro pojmenování syndromu využil Asher postavu barona Hieronyma Karla Friedricha svobodného pána z Münchhausenu (1720-1797). Byl to německý jízdní důstojník. Proslul svým vypravěčským uměním a smyšlenými historkami a stal se předlohou pro hlavní postavu knihy „The Amazing Travels and*

Adventures of Baron von Münchhausen“; kterého v češtině známe jako Barona Prášila.“

Honzák (2010) a Šubrtová (2017) se shodují, že pojmenování po Hieronymovi Karlovi Friedrichovi von Münchhausen (1720–1797), není příliš zdárně zvolené, byl proslulý svým vynikajícím vyprávěním smyšlených příběhů, bájevitou lhavostí a zajímavými příhodami. Šubrtová (2017) dále uvádí, pro jeho vyprávění se stal Münchhausen inspirací k tvorbě knihy: Dobrodružství barona Prášila, proto vzniklo označení „syndrom barona Prášila“, kvůli mýtománii. *„Není však o něm známo, že by cestoval od jedné nemocnice ke druhé jen proto, aby se dával přijímat, vyšetřovat nebo bezdůvodně operovat!“* Uvádí Honzák (2010).

Münchhausenův syndrom může být projektován také na dítě, nazývá se Münchhausenův syndrom by proxy, v roce 1977 byla tato forma poprvé popsána Meadowem. O osm let později u nás na tuto formu syndromu by proxy upozornil Marten a od té chvíle se u nás pomalu dostává do informovanosti nejen lékařů, ale i široké veřejnosti (Bednářová, 2009; Novák, 2012).

1.3 Diagnostika Münchhausenova syndromu by proxy

Následující kapitola zobrazuje výstražné znaky, které mohou ukazovat na Münchhausenův syndrom by proxy, v případě jejich včasného odhalení a dání do souvislosti může být dítě zachráněno.

Stěžejním klíčem k odhalení MSP je všimnout si varovných signálů jednak u dětí, ale také u iniciátorů. Dítě může vykazovat následující znaky:

- časté nemoci, zranění i hospitalizace,
- dítě má příznaky, které se neshodují s výsledky testů,
- objevují se příznaky, které nejsou typickými k žádné nemoci,
- v případě, kdy se daří léčit příznaky během hospitalizace, v domácím prostředí se pak zase znovu zhoršují,
- dítě trpí psychickými nebo fyzickými příznaky, nebo má symptomy, které mu vytvořila jiná osoba,
- zdravotní stav se zhoršuje vždy, když je přítomný pachatel, pokud nejsou v kontaktu, léčba probíhá úspěšněji (Pietrangelo, 2016; Dryden-Edwards, 2017).

Pietrangelo (2016) dále popisuje, jak lze odhalit iniciátora MSP, podezřelý je například:

- pachatel se snaží vypadat příliš oddaně a obětavě,
- stále se snaží angažovat a napomáhat lékařům i ostatnímu zdravotnickému personálu,
- odmítá nechat dítě samotné,
- hovoří za dítě a zveličuje jeho příznaky,
- iniciátor vypadá, jako že si užívá prostředí nemocnice, libuje si v pozornosti, která se dítěti dostává.

Aby mohl být Münchhausenův syndrom by proxy diagnostikován, musí si poskytovatelé, všimnout stop, které vedou k jeho odhalení, následně přezkoumat všechny lékařské záznamy dítěte tak, aby zjistili co nejvíce informací o tom, co se s dítětem dělo za poslední dobu, mnoho případů MSP zůstává neodhalených, uvádí Kaneshiro (2017).

Diagnostikovat MSP je velice náročné, jelikož je pravděpodobnější, že lékař se nejdříve pokusí diagnostikovat nemoc dítěti s neurčitými příznaky, jestliže dítě vykazuje opakovaně známky nevysvětlitelných příznaků, až následně může lékař začít pátrat, zda se nejedná o MSP (Pietrangelo, 2016). Münchhausenův syndrom by proxy se také snadno přehlédne z toho důvodu, že lékaři a členové rodiny všechnu pozornost věnují nemocnému či zraněnému dítěti, a tak mohou snadno znaky MSP přehlédnout. Autorka dále uvádí, pokud je pachateli diagnostikován MSP, je důležité, aby své počínání přiznal a podrobil se psychiatrické léčbě.

1.4.1 Rizikové skupiny osob, způsobující Münchhausenův syndrom by proxy

Následující podkapitola zobrazuje osoby, které jsou podřízenější pro vznik Münchhausenova syndromu by proxy a rizikové faktory, které mohou později tento syndrom vyvolat.

Matky jsou prozatím v mnoha společnostech stále hlavními pečovatelkami, vzhledem k tomu jsou často identifikovanou osobou s Münchhausenovým syndromem právě ony, uvádí Dryden-Edwardsová (2017). Kaneshiro (2017) se domnívá, že většina osob

s tímto problémem jsou matky s malými dětmi. Autor dále uvádí, že podmíněnější skupinou pro vznik MSP, jsou matky, které pracují ve zdravotnictví jelikož:

- vědí mnoho informací o lékařských postupech,
- umí popisovat příznaky svého dítěte s odbornou terminologií a s podrobnými detaily,
- rády se ocitají v nemocnici,
- angažují se ve zdravotnickém týmu,
- mají rády zdravotnický personál, který pečuje o její dítě.

Novák (2012) srovnává prostředí nemocnice pro matky trpící MSP s britským klubem, dle jeho názoru se na chodbách nemocnice cítí při popíjení nemocniční kávy stejně příjemně, jako kdyby byly tam a popíjeli whisky, nebo víno. Matky jsou velmi aktivní vůči svým dětem působí naprosto oddaně a pro zdravotnický personál je náročné objevit diagnózu MSP (Kaneshiro, 2017).

MSP je ojedinělý stav, jeho přesná příčina doposud není známá, domněnky vědců poukazují na to, že se jedná o biologické i psychologické faktory (Pietrangelo, 2016). Ze sociálního hlediska, osoby vyvolávající příznaky u druhých, mají tendenci trpět z důvodu vlastní negativní zkušenosti, kterou prožili během své vlastní výchovy, jedná se zejména o zažité situace:

- sami byli obětí,
- byli zneužívaní, týraní či zanedbávaní,
- zažili v dětství smrt rodiče, rodičů, nebo pečující osoby (Dryden-Edwards, 2016).

Pietrangelo (2016) uvádí, že mnoho osob, kterým byl diagnostikován Münchhausenův syndrom by proxy, byly v dětství emocionálně, fyzicky nebo dokonce sexuálně zneužívané. Autor dále věří, že stres může hrát zásadní roli ve vývoji MSP, takový stres může být důsledkem prožité traumatické události, manželských potíží, nebo vážné nemoci.

1.4.2 Prevence a léčba Münchhausenova syndromu by proxy

Zatím neexistuje žádný účinný způsob, jakým lze zabránit MSP, ani způsob, který by předpovídal, kdo bude v budoucnu MSP rozvíjet, je tedy na ostatních, aby byli pozorní a rozpoznali příznaky MSP poruchy, jedinež tak lze zabránit vygradování Münchhausenova syndromu by proxy (Pietrangelo, 2016; Feldman, 2017). Bhandari (2018) pro WebMD uvedla, že dle výzkumu lze míru úmrtnosti obětí MSP určit na zhruba 10 % z postižených touto poruchou.

Prevence je koncipována tak, aby se v co nejvyšší míře zabránilo v pokračování MSP, pokud se nepodaří jeho identifikace (Dryden-Edwards, 2016). Každá domněnka, která vede k podezření, že je dítě v nebezpečí, nebo je obětí MSP by se měla ohlásit zdravotnickému personálu, pokud je dítě hospitalizováno, pokud ne tak polici nebo orgánu sociálně právní ochrany dítěte uvádí Feldman (2017). Právě včasnou identifikací by se měly spíše zabývat studie problematiky MSP a následnou léčbou, než samotnou prevencí uvádí Dryden-Edwards (2016).

Dle Feldmana (2017) by se prevence měla zaměřovat na osoby, které o dítě pečují, takovým způsobem, aby si uvědomily, že jejich pocity z nemoci dítěte nejsou normální. Autor dále uvádí, že aktivním vyhledáváním osob trpících MSP by se mohlo zabránit, aby dítě dále netrpělo.

Lyness (2015) uvádí, že pokud má zdravotnický personál podezření na Münchhausenův syndrom by proxy, je jejich povinnost ze zákona ohlásit své obavy orgánu sociálně právní ochrany dětí a poté, co je podezřelý obeznámený, je důležitá zvýšená pozornost k dítěti, jelikož obviněná osoba se může pokusit dokázat pomocí příznaků onemocnění dítěte. Hlavní prioritou léčby, je bezpečnost dítěte uvádí Feldman (2017). Autor dále uvádí, hned poté co je podezření na MSP potvrzeno, měla by být dítěti zajištěna ochrana před dalším zneužíváním a zahájena léčba, nezbytnou součástí může být také psychická léčba.

Zásadním významem pro léčbu MSP je sestavení a spolupráce multidisciplinárního týmu, na ochranu dítěte (Dryden-Edwards, 2017). Pietrangelo (2016) zdůraznila, že léčba by se měla zaměřovat jednak na dítě a jednak na pachatele, pokud je potřeba, je dobré zapojit celou rodinu.

Léčba zaměřená na dítě:

- nejdříve zajistit ochranu dítěte, kontaktovat orgán sociálně-právní ochrany dětí,
- pokud je potřeba, všechny děti jsou odebrány z péče pachatele,
- fyzická zranění a onemocnění z infekcí, operací, nevhodných léků a léčiv, jsou léčeny odbornými lékaři,
- psychologická, psychoterapeutická až psychiatrická léčba, dle závažnosti daného případu, tak aby se zamezilo psychickým onemocněním například: rozvinutí deprese, úzkostí, nebo posttraumatické stresové poruše (Pietrangelo, 2016; Kaneshiro, 2017).

Léčba zaměřená na opatrovníka:

- jeho léčba není příliš jednoduchá, tyto osoby často popírají, že jsou na vině, i přestože to jednoznačně dokazují důkazy,
- dokud nepřijmou pravdu, léčba je obtížnější,
- osoba obviněná, bude pravděpodobně čelit trestnímu stíhání kvůli týrání dětí (Pietrangelo, 2016; Kaneshiro, 2017; Bhandari, 2018).

Účinnou formou pomoci pro pachatele MSP, je psychoterapie, terapeut během terapeutických setkávání pomáhá ošetřovateli s identifikací jeho pocitů, které zapříčinily škodlivé jednání (Feldman, 2017). Autor dále uvádí, že dotyčný se postupem času učí, jak změnit své chování, aby tvořil zdravé vztahy, které nejsou upevněny nemocí.

Stirling (2007) sepsal seznam možných postupů v problematice MSP, podle závažnosti daného případu:

- léčba pomocí rodinné nebo individuální psychoterapie,
- hospitalizace dítěte v nemocnici, tak aby mohli lékaři sledovat sami skutečné příznaky dítěte, nikoli zveličované popisy od opatrovníka, pokud se zjistí, že opatrovník příznaky zveličuje, je nutné zapojit celou rodinu do programu na podporu vnímání dítěte jako zdravého,

- monitorování dítěte orgánem sociálně-právní ochrany dětí, tak aby měl sociální pracovník kontrolu, zda nedochází k nadužívání zdravotních služeb, dítě může být v případě nutnosti umístěno i do institucionální výchovy, následně se po zaléčení postupně vrací zpět do domácího prostředí, sociální pracovníci monitorují bezpečnost,
- trvalé umístění dítěte do jiného rodinného prostředí,
- zamezení přístupu opatrovníka k dítěti, kvůli spáchání trestného činu, z toho důvodu dochází k vazbě (Stirling, 2007).

Potenciální komplikace, pokud nedojde k včasné léčbě:

- komplikace některých zranění, onemocnění, které mohou být ohrožující na životě,
- dítě je mnohdy vystavováno bolestivým vyšetřením a zákrokům,
- deprese, úzkost,
- riziko pro vznik samotného Münchhausenova syndromu (Pietrangelo, 2016).

1.5 Zneužívání a týrání dětí

V následující kapitole se budu zabývat formami zneužívání dětí. Münchhausenův syndrom by proxy patří k méně známým formám zneužívání dětí, posuzuje se však stejně závažně a spadá do více ze základních kategorií zneužívání.

WHO (2016) klasifikuje zneužívání jako-zneužívání a zanedbávání, vyskytující se u dětí mladších 18 let, zahrnuje všechny typy špatného fyzického či emocionálního jednání, sexuálního zneužívání a zanedbávání, také nedbalosti a vykořisťování, jelikož následkem je potenciální, nebo skutečná újma na zdraví dítěte, jeho důstojnosti či přežití.

Brennan (2017) uvádí, že o zneužívání dětí mluvíme, pokud někdo poškozuje tělo dítěte, emocionální zdraví, narušuje jeho vývoj a pohodu. Zneužívání dětí lze rozdělit do čtyř základních kategorií:

- fyzické násilí,
- sexuální zneužívání,
- emocionální psychické týrání,

- zanedbávání (Tracy, 2016).

Vedle těchto základních forem zneužívání, týrání a zanedbávání se vyskytují také méně známé formy syndromu CAN, neznámá to ale, že by pro dítě byly menším ohrožením, jedná se o:

- systémové týrání,
- Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)
- sekundární viktimizace (Skasková, 2017).

Každoročně je zavražděno odhadem 41 000 dětí, které jsou mladší 15 let, toto číslo však není skutečné vyjádření problému, mnohá úmrtí jsou připisovány nesprávně úrazům, popáleninám, utonutím a dalším příčinám, i přesto, že děti zahynuly vlivem týrání (WHO, 2016).

Při fyzickém zneužívání dochází k ubližování na těle dítěte, nebo je dítě vystavováno fyzickému nebezpečí, nezáleží na tom, zda je dítě vážně zraněno, protože každá újma je zneužití (Brennan, 2017). Fyzické zneužívání představuje vážný problém, ve většině případů, jsou děti zneužívány doma, nebo někým blízkým, pachatele se mohou bát, a tak nikomu nic neřeknou, nebo jej naopak milují, a tak mlčí (Kaneshiro, 2006).

Jako znaky fyzického násilí uvádí Kaneshiro (2006) a Brennan (2017) například:

- pachatel dítě bije – rukama nebo předměty (pásek, násada),
- kope do něho, hází s ním, kouše ho,
- úmyslně jej popálí – například: horkou vodou, cigaretou, železem,
- hází předměty po dítěti,
- drží ho pod vodou,
- zavírá jej, nebo s ním těžce třese.

Projevy fyzického násilí na dítěti:

- časté „úrazy“, zhmožděniny, tržné ranky,
- tupá traumata, traumata hlavy,
- otravy, popáleniny,
- zlomeniny (Lenane, 2007).

Kaneshiro (2016) upozorňuje na výstražná znamení, která mohou upozornit na zneužívání dítěte dospělým:

- pokud dotyčný nedokáže vysvětlit, co způsobilo dítěti zranění, nebo podává podivuhodné, nereálné vysvětlení,
- negativně se o dítěti vyjadřuje,
- aplikuje přílišnou disciplínu,
- konzumace alkoholu, drogová závislost,
- podezřelý ze zneužívání byl sám v dětství zneužíván,
- podezřelý je pod neustálým stresem, má emocionální potíže,
- trpí onemocněním duše,
- nemá zájem o péči o dítě, nestará se o jeho hygienu,
- nechová se jako milující vůči dítěti,
- nevypadá, že by měl o dítě obavy (Kaneshiro, 2016)

Autorka Lenane (2007) uvádí, že mezi fyzické týrání lze zařadit komplexní syndromy, jedním z nich je Münchhausenův syndrom by proxy.

Za sexuální zneužívání se považuje jakýkoli čin sexuálního charakteru mezi dospělým a dítětem, zahrnuje pohlavní styk, znásilnění, otírání se, incest, orální sex (Tracy, 2016).

Sexuální zneužívání se dělí na kontaktní a nekontaktní. Sexuální chování nekontaktní:

- verbální sexuální návrhy,
- sexuální exploatace dítěte-zneužití dítěte pro dětskou pornografii,
- expozice genitálu eventuálně masturbace-exhibicionismus,
- voyerismus-sexuální vzrušení při pozorování nahého nebo svlékajícího se dítěte (Hanušová, 2006).

Dospělý je odpovědný za účast na sexuálních záležitostech mezi ním a dítětem, bez ohledu na to, zda se dítě chce samo účastnit a jeho reakce, sexuální zneužívání nikdy není považováno za chybu dítěte, dospělý se nesmí zapojit do žádných sexuálních akcí s dítětem (Tracy, 2016).

Sexuální chování kontaktní:

- nepenetrativní aktivity: dotýkání se, mazlení na genitálu nebo prsou předměty, rukou, genitálem (jak přes oblečení, tak na nahém těle),
- penetrativní aktivity: sexuální proniknutí prsty nebo předměty do genitálu (Hanušová, 2006).

Dětská terapeutka Natasha Daniels (2016) uvádí několik obecných znaků, které mohou poukazovat na sexuální zneužívání dětí, apeluje však, aby nejdříve byla vyhledaná odborná pomoc, a to co nejrychleji, jelikož se může jednat o jiné příčiny.

Uvádí například:

- nevysvětlitelné potíže se spánkem, noční můry,
- odmítá jídlo, nebo naopak zajídá,
- z nenadání změna nálady – obavy, vztek, uzavření se do sebe, strach,
- v komunikaci zanechává „stopy“, ty vedou k diskusi se sexuálním obsahem,
- kreslí si, píše sexuální obrazy, nebo má takové sny,
- hovoří o novém, starším příteli, sexuální promiskuita,
- útek z domova, strach z důvěrnosti, blízkosti,
- úzkosti, deprese, sebepoškozování, suicidální pokusy (Natasha Daniels, 2016).

Sexuální chování by mělo splňovat tři podmínky, aby mohlo být označeno jako zneužívání jak uvádí Hanušová (2006):

- aktér je mnohem starší a zralejší než dítě,
- je v pozici autority nebo v pečovatelském vztahu k dítěti,
- aktivity vymáhá silou nebo podvodem (např. dítě nutí, aby se pachatele dotýkalo) (Hanušová, 2006).

Někteří odborníci v rámci psychického týrání rozlišují u dětí psychické a emocionální, citové týrání, v této problematice se ujal také pojem „špatné psychické zacházení s dítětem“, jeho význam umožňuje možnost zahrnout vedle úmyslného chování také neúmyslné chování, uvádějí Ježková, Labusova (2017). Autorky dále popisují, že vlivy svého chování si mnoho rodičů ani neuvědomuje, dítě nemusí vykazovat ani viditelné

stopy způsobené psychickým týráním, je ohrožený duševní vývoj, projevy psychického týránění se tak mohou dostavit až v dospělosti.

Jakékoli chování, postoje či nečinnost, které zasahují do zdraví duše, ovlivňují sociální vývoj dítěte, je považováno za emocionální zneužívání, uvádí Croft (2016). Autor dále uvádí, že pokud je u dítěte jiná forma zneužívání, pravděpodobně je spolu s ním téměř vždy přítomné i emocionální zneužívání, to se pohybuje v mezích slovních urážek, až po extrémní formu trestu.

Existují různé formy psychického násilí páchaného na dětech, Bohm (2007) uvádí například:

- časté nadávky, ponižování, zesměšňování, pohrdání, křičení nebo opakované výbuchy,
- vyhrožování, cílené vyvolávání strachu u dítěte,
- odmítání, zavrhování, ignorování, přehlížení,
- vydírání, manipulace, neustálé srovnávání s úspěšnějším sourozencem či nepřiměřené vychvalování cizích dětí,
- nerespektování soukromí dítěte (přehnané kontrolování),
- odepírání pochvaly či ocenění,
- přetěžování dítěte domácími povinnostmi či péčí o sourozence,
- kladení nerealistických požadavků na dítě (v oblasti zájmové, studijní apod., věčná nespokojenost s výkony dítěte),
- násilná izolace (bránění dítěti ve styku s rodiči, kamarády, příbuznými apod.),
- neustálé neadekvátní obviňování dítěte,
- obecně celkový nedostatek či úplná absence projevů lásky k dítěti (rodič se na dítě nikdy neusměje, nehladí ho, nedotýká se ho, nelíbá ho), (Bohm, 2007).

Emoční zneužívání může mít překvapivě více závažných a dlouhodobých, negativních účinků na dětskou psychiku než fyzické týránění, či dokonce sexuální zneužívání (Croft, 2016). Děti, které jsou citově zneužívány, mohou dávat najevo ztráty různými znaky:

- poruchami příjmu potravy, které vedou k nebezpečnému úbytku váhy,
- mají problémy ve škole,

- neklidný spánek,
- emocionální ztrátu projevují nízkou sebeúctou, úzkostmi, deprese,
- různé formy extrémního chování, agresivita (Kaneshiro 2016).

Brennan (2017) ještě doplnil další projevy emocionálního zneužívání u dětí například:

- dítě má neustálé obavy, že něco dělá špatně,
- opožděný emocionální vývoj, řečové problémy a potíže s učením,
- žaludeční bolesti, nebo bolesti hlavy bez objektivní příčiny,
- u dítěte lze pozorovat, že nemá blízký vztah k rodičům.

1.5.1 Zanedbávání dětí

Mezi emočním zneužíváním a emočním zanedbáváním existuje spojitost a v některých definicích se vzájemně překrývají, zanedbávání je stav, ve kterém selhal vzor, při zajišťování základních životních potřeb dítěte uvádí Croft (2016). Autor dále uvádí, že jediný čin, který způsobil zanedbání, nemusí znamenat zneužívání dětí, ovšem opakované zanedbání zneužívání je. Zanedbání lze rozdělit na základní typy, podle toho, v jakých podobách jsou přítomny.

Morin (2017) uvádí následující dělení:

- **Fyzické zanedbávání** – Vyjadřuje skutečnost, že opatrovník nemá zájem naplňovat základní potřeby dítěte, kterými jsou hygiena, ošacení, výživa, poskytnutí přístřeší.
- **Lékařské zanedbání** – Odmítnutí, poskytnutí nezbytného lékařského ošetření, nebo pozdní ošetření.
- **Nedostatečný dohled** – Nad dítětem, které se nedokáže postarat samo o sebe, dotyčný nezajišťuje bezpečnost, nechrání jej před riziky, nebo zanechal dítě s nepřiměřenými pečujícími.
- **Emocionální zanedbání** – Dítě je vystaveno domácímu násilí, zneužívání návykových látek, nebo mu není poskytnuta dostačující náklonnost, či emoční podpora.
- **Vzdělávací zanedbání** – Dítě nebylo zapsáno do školy, opakovaně školu nenavštěvuje, ignoruje speciální vzdělávací potřeby dítěte.

Výzkumníci a média zanedbávání věnují mnohem méně pozornosti, než například fyzickému nebo sexuálnímu zneužívání, ale zanedbávání potřeb dětí může být pro ně stejně škodlivé. Vysvětlením může být například to, že zanedbávání lze obtížně identifikovat (Friedman, 2018).

Přestože největší pozornost odborníků, ale i laické veřejnosti budí fyzické týrání a sexuální zneužívání, je skupina zanedbávaných dětí, nejde-li o nejzávažnější formy, jako je podvýživa, spolu s psychickým týráním nejméně viditelnou a nejhůře detekovatelnou skupinou dětí se syndromem CAN (Pemová, Ptáček, 2006).

Varovné signály zanedbávání rozpozná často učitel ve škole, nebo soused, učitel například, když dítě navštěvuje školu jen příležitostně, soused si může všimnout, když si malé dítě hraje venku stále samo, bez dohledu rodičů, a to i ve všední dny, kdy má být ve škole, pak je třeba zasáhnout (Morin, 2017).

Projevy zanedbávání, kterých si lze všimnout a které nás mohou upozornit na dítě nacházející se v ohrožení, definují Morin (2017) a Friedman (2018) například:

- zdravotní problémy a podvýživa, může upozorňovat na opomíjené děti, u závažnějších případů může vést až k ohrožení života,
- viditelnějšími znaky jsou: neumyté děti – špinavá kůže, mastné vlasy, tělesný zápach, nevyčištěné zuby,
- dítě je oblečené stále v jednom oděvu, ten má špinavý, roztrhaný, nebo nevhodný vzhledem k počasí či situaci,
- pokud dítě krade, žebra o jídlo nebo peníze,
- chybí mu dostatečná lékařská péče – očkování, potřebuje brýle, ale nemá je, nenavštěvuje zubaře,
- užívání návykových látek v dětském věku – alkohol, drogy,
- dítě hovoří o tom, že o něj doma nikdo nepečuje, musí se starat samo o sebe nepřiměřeně věku,
- rodič, nebo jiná osoba, které je dítě svěřeno do péče se projevuje k dítěti lhostejně, neprojevuje mu lásku, zdá se, že je depresivní, nebo se chová iracionálně,

- pokud je dítě v péči osoby, která je závislá na drogách, alkoholu.

Jelikož různé kultury mají různé normy, zanedbávání dětí je složitou záležitostí, každá zvažuje zanedbávání podle jiných měřítek, například náboženská ideologie může bránit rodičům, aby poskytovali dětem dostatečnou lékařskou péči, uvádí Croft (2016). Autor dále uvádí, že závažnější problém, než nedbalost rodičů je chudoba, kvůli ní se pak rodiče mohou chovat nedbalostně, nikoli úmyslně.

1.6. Funkce rodiny a poruchy rodičovství

Jankovský (2003) uvádí: „*Přirozenou primární skupinou, institucí je rodina. Přes všechny její krize, jimiž prošla a prochází, stále tvoří základní článek společnosti.*“

„*Rodina je unikátní a nenahraditelnou institucí proto, že optimálně spojuje osobní zaujetí dospělých na prospěchu partnerů i dětí s univerzálním zájmem společnosti na stabilizovaném soužití mužů a žen i na socializaci „řádných občanů“.* Dítě nemůže získat základní pocit jistoty bez jistoty v blízkých lidech. Dítě si nemůže osvojit žádoucí dovednosti, postoje a hodnotovou orientaci, aniž by nebylo vystaveno trvalému působení angažovaných dospělých pečovateli.“ uvádí Matoušek et al. (2003).

Abychom mohli říci, že se jedná o poruchu rodičovství, musíme nejdříve řádně posoudit funkčnost rodiny, neboť nesprávným obviněním bychom mohli rodině ukřivdit a poškodit ji. O poruchách rodičovství hovoříme například, pokud se rodiče nedokážou s dítětem sladit, a to jak trvale, tak i na základě aktuálního stresu, zanedbávají dítě, chovají se intruzivně (Matoušek; Pazlarová, 2003). Autoři dále uvádějí, že o poruše rodičovství hovoříme, také pokud rodiče neberou v potaz potřeby dítěte, nebo jeho aktuální stav, ve kterém se nachází.

Labusová (2012): „*Je dobré si uvědomit, že ubližujícím se může stát i rodičovský přístup, kdy rodič po celé dětství dítěti tzv. zametá cestičky, nenechá ho samotné o ničem rozhodovat ani nic udělat, vše za něj zařizuje, přehnaně ho opečovává a snaží se ho uchránit konfliktů a nepříjemných zkušeností. Přílišná benevolence je jen jiným*

typem zanedbávající výchovy. Stejně jako přehnané chválení nebo třeba uplácení dítěte stálými odměnami.“

Pietrangelo (2016), uvádí, že o poruchu rodičovství se jedná, také pokud dítě vyrůstá v rodinném prostředí, ve kterém lze získat lásku a pozornost pouze pokud je dítě zraněné, nebo nemocné, to může být časem riziko pro vznik samotného Münchhausenova syndromu.

Rodiny, v nichž dochází k týrání dítěte, jsou charakterizovány jako rodiny, kde jsou časté konflikty, a to jak mezi rodiči a všemi dětmi, tak mezi dospělými. Tyto konflikty mohou u sourozenců týraného dítěte i u dospělých přecházet do násilí. Také situace osamělé mladé matky pečující o dítě nebo děti zvyšuje riziko jejího násilného chování k dítěti či dětem.

Dělení příčin poruch rodiny dle Lovasové (2006):

- objektivní – nejsou závislé na vůli rodičů, jde například o nemoc, invaliditu, chudobu, úmrtí, či válku,
- subjektivní – jsou závislé na vůli rodičů, rodiče nechtějí pečovat o své potomky, neuznávají, nebo nechtějí přijímat společensky uznávané normy, nejsou dostatečně zralí,
- smíšené.

Mezi rizikové faktory v širším prostředí, rodiny shledává Matoušek, Pazlarová (2003) zejména:

- nezaměstnanost v rodině a to zejména, pokud je nezaměstnaný otec, může vzniknout nevhodný přístup k dítěti, nebo dětem,
- chudoba a zejména extrémní chudoba, může být spouštěčem nevhodného jednání s dětmi v rodinách.

Posuzování funkčnosti rodiny je složitý proces, který vyžaduje přímý, spravedlivý kontakt s rodinou, zkušenosti a znalosti odborníka, uvádí Matoušek et al (2003). Autor dále uvádí, že existují případy, ve kterých pracovníci nepostupovali odborně a na základě domněnek způsobili odebrání dítěte z rodiny do institucionální péče, jelikož soud dal za pravdu doporučení pracovníků.

Při hodnocení funkčnosti rodiny je nutné znát typy rodin, uvádím je dle Lovasové (2006):

- Funkční rodina – v podstatě intaktní, v níž je zajištěn dobrý vývoj dítěte a jeho prospěch. Takových rodin je v běžné populaci valná většina, až 85 %.
- Problémová rodina – rodina, v níž se vyskytují závažnější poruchy některých nebo všech funkcí, které však vážněji neohrožují rodinný systém či vývoj dítěte. Rodina je schopna tyto problémy vlastními silami řešit či kompenzovat za případné jednorázové či krátkodobé pomoci zvenčí. Pro pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) znamenají tyto rodiny potřebu zvýšené pozornosti a sledování. Problémových rodin se v populaci vyskytuje okolo 12–13 %.
- Dysfunkční rodina – je chápána jako rodina, kde se vyskytují vážné poruchy některých nebo všech funkcí rodiny, které bezprostředně ohrožují nebo poškozují rodinu jako celek, a zvláště vývoj a prospěch dítěte. Tyto poruchy již rodina není schopna zvládnout sama, a je proto nutno učinit řadu opatření zvenčí, známých pod pojmem sanace rodiny. Toto pásmo je nejsvízelnější, protože jde o to, kam až podporovat takovou rodinu a od kdy se postavit v zájmu dítěte proti ní (např. zbavením rodičovských práv). Takové rodiny tvoří asi 2 %.
- Afunkční rodina – poruchy jsou tak velkého rázu, že rodina přestává plnit svůj základní úkol a dítěti závažným způsobem škodí nebo je dokonce ohrožuje v samotné existenci. Sanace takové rodiny je bezpředmětná a zbytečná; jediným řešením, které dítěti může prospět, je vzít ho z této rodiny a umístit do rodiny náhradní, popř. není-li to možné, tak jinam. V populaci se vyskytuje asi 0,5 % takových rodin (Lovasová, 2006).

1.7 Souvislost sociální práce s Münchhausenovým syndromem by proxy

Cílem následující podkapitoly je, nastínit důležitost znalostí sociálních pracovníků a jejich základní orientaci v problematice Münchhausenova syndromu by proxy, jelikož mají zákonem stanovené pravomoci a povinnosti, čímž se v zájmu dítěte řídí.

Libor Musil (2007) pro časopis Sociální práce uvedl, jaké pravomoci má sociální pracovník z hlediska vzdělání posuzovat klientovu životní situaci. Uvádí, že pracovník je schopen aplikovat různé přístupy, jak rozpoznat klientovu situaci, jak k němu přistupovat a na co klást důraz. Věřím tomu, že čím více znalostí sociální pracovník má, tím lépe se pak může při práci s klienty orientovat. Pokud ale problematiku Münchhausenova syndromu nezná, jak se má v klientově situaci orientovat a pracovat s ním. Addinall (2014) ve své výzkumné studii o znalostech sociálních pracovníků uvádí výrok jednoho anonymního respondenta, který uvedl, tím že poruchu MSP nikdy předtím neznal, tak s ní ani možná právě proto nikdy nepracoval. Addinall (2014) dále vysvětluje že, schopnost pojmenování problematiky podle hodnocení a obecných diagnostických kritérií je její znalost. Také Musil (2007) uvádí, aby sociální pracovník dokázal klientovi pomoci překlenout se přes potíže, a to pramenících z různých okolností, například psychických, sociálních, ekonomických, etnických či zdravotních, učí se znát teorie a pojmy, aby je mohl v praxi využívat a v zájmu klienta pomáhat, či pomoc zprostředkovat.

Baláž (2011) v časopise Sociální Práce uvedl: „*Když to velmi zjednoduším, tak smyslem každodenních činností pracovníků oddělení sociálně-právní ochrany dětí na úrovni obce s rozšířenou působností je ochrana dětí, které mohou být jakýmkoliv způsobem ohroženy na zdravém vývoji, ať je toho příčinou cokoliv.* V případě Münchhausenova syndromu by proxy na dítě, dochází k zneužívání. K čemuž se vážou zákonem stanovené povinnosti, které jsou nařízeny Zákonem č. 401/2012 Sb. *Zákon, kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.*

Zákonem je vymezená sociálně-právní ochrana dětí, v případě, kdy dojde k ohrožení vývoje či výchovy dítěte. Je-li to potřeba na ochranu dítěte, a v jeho zájmu obecní úřad obce s rozšířenou působností může:

- zvolit vhodný způsob, kterým napomene osoby narušující řádnou péči o dítě,

- dále umožňuje stanovit dohled nad dítětem za součinnosti OSPOD a dalších institucí,
- uložit osobám odpovědným za výchovu omezení, která zajistí omezit působení nežádoucích vlivů na vývoj dítěte,
- v neposlední řadě může nařídit povinnost osobám zodpovědným za vývoj dítěte odbornou poradenskou pomoc,
- dále může požádat příslušný obecní úřad, aby dohlédl, zda jsou všechna nařízená výchovná opatření, dodržována (Zákony pro lidi, 2019).

Právě sociální pracovníci OSPOD nejčastěji zajišťují, či se účastní při plnění povinností obecního úřadu obcí s rozšířenou působností, při zajišťování sociálně-právní ochrany dětí. MPSV uvádí: „Protože především obecní úřady obcí s rozšířenou působností a obecní úřady mají možnost bezprostředně sledovat ochranu práv dítěte a včas činit potřebná opatření se znalostí problému a místních podmínek, ukládá jim zákon nejvíce povinností v ochraně dětí a pomoci rodičům a dalším osobám, které jsou odpovědné za výchovu dětí“ (MPSV, 2019).

V zákoně č. 401/2012 Sb. je obsažen také individuální plán ochrany dítěte, který:

- klade důraz na opatření, která by umožnila, setrvání dítěte v rodičovské péči, či v péči osob odpovědných za jeho výchovu,
- vypracuje se, již od zařazení dítěte do evidence obecního úřadu obce s rozšířenou působností k poskytnutí sociálně-právní ochrany,
- neustále se upravuje, podle aktuální situace, zejména pokud je nařízené výchovné opatření, ochranná výchova, ústavní nařízená výchova, pokud je dítě svěřené do zařízení pro děti potřebující okamžitou pomoc, do pěstounské péče či jiné náhradní výchovy (Zákony pro lidi, 2019).

Pro dítě, jakožto nositele práv, je nezbytné, aby se práva mohlo domáhat, uvádí Hofmannová (2014). Autorka dále uvádí, vzhledem k faktu, že dítě není způsobilé k právním úkonům, nemá přístup k soudu, aby byla tato bariéra překonána a byla zajištěna ochrana dětských práv, je nutné zastoupení dítěte. Orgán sociálně-právní ochrany dětí, má jako opatrovník velký vliv na rozhodnutí ve věcech péče o dítě (Hofmanová, 2014).

Jsou-li dětská práva závažně porušena, například tělesně nebo duševně zneužívané dítě, které potřebuje okamžitou pomoc, je umístěno do Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, dětem je poskytována ochrana a pomoc. V zařízení je dítě ubytované, dokud se nevyřeší jeho situace, nejedná se o trvalé řešení, smyslem pomoci je poskytnout dítěti a rodině souhrn služeb, vycházející z jejich individuálních potřeb. Vedle zajišťování veškerých potřeb dítěte, zařízení spolupracuje a komunikuje s pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí, za účelem umožnit dítěti brzké navrácení do jeho přirozeného prostředí (Šiplová, Michálková, 2015).

1.8 Postoj veřejnosti k týrání a zneužívání dětí

Veřejnost často netuší, jak by se měla k obětem týrání či zneužívání chovat, oběti nestojí o přehnanou lítost a upozorňování na jejich utrpení. Postoje společnosti ať jsou záporné či kladné, mohou mít negativní dopady na psychický stav obětí. A pokud je obětí dítě, stigmatizace z dětství, ho mohou ovlivňovat i v dospělosti.

V některých případech se rodina a rodinné prostředí mohou stát zdrojem vzniku a rozvoje různých psychických problémů a následných sociálně patologických jevů. Syndrom CAN je definován jako poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vznikne v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby, jež je v dané společnosti hodnocené jako nepřijatelné. Toto poškození má závažné důsledky pro rozvoj jedince i v jeho dospělosti (Fischer, Škoda 2014).

Jakékoli násilnosti páchané na dětech jsou laickou veřejností jednoznačně odmítány a odsuzovány. Postoj odmítání takového jednání je spojen s vyjádřením hostility a agresivity, resp. s požadavkem, aby příslušné instituce udělily pachateli velice přísný trest. Vzácností nejsou ani vyjádření: „*Jsou to zvířata, je třeba je zavřít.*“ Z tohoto postoje pak jednoznačně vyplývá komplementární opatření-dítě z rodiny odejmout a dát je jinam, kde bude v bezpečí. Pro laika je těžko pochopitelné, že by dítě, jemuž je doma ubližováno, mohlo být na svou rodinu citově vázáno. Nechápe, jak je možné, že se dítě bojí lidí, kteří mu chtějí pomoci, a naopak se přeje zůstat tam, kde mu ubližují. Postoj veřejnosti k násilnostem páchaných na dětech je sice negativní, ale převážně pasivní (Vágnerová, 1999).

Vágnerová roku 2004 dále doplnila, že dítě, které bylo týráno či zneužíváno, získává určité sociální stigma. Stejným způsobem je poznamenána jeho rodina z pohledu veřejnosti, jsou to lidé, kteří se chovali nepatříčně, a proto do normální společnosti nepatří. Dítě je obětí, ale lidé k němu zachovávají určitý odstup. Zejména pokud bylo zneužíváno. Dítě-oběť bývá veřejností obvykle přijímáno ambivalentně. Lidé je litují, ale zároveň se od něj distancují. Je poznamenán, zneuctěněn, a tudíž mimo sociální normu. Toto stigma mu může vydržet velmi dlouho a poznamenat je i v dospělosti. Zejména na malém městě, kde všichni vědí, co se stalo. Dětská sexualita je společensky tabuizována a zneužívání se v tomto případě stává větším stigmatem. Oběť (dítě) ztrácí dětskou roli s jejími privilegii, což se projevuje v reakcích společnosti-jen těžko by např. nějaký rodič připustil, aby se jeho potomek kamarádil s vrstevníkem, který byl sexuálně zneužíván. Jde o projev potřeby bránit se nepřijatelné skutečnosti jejím popíráním, eventuálně striktním oddělením od lidí, kteří páchají takové věci (Vágnerová, 2004).

1.8.2 Prevence týraného, zneužívaného a zanedbaného dítěte

Prevenici týraného, zneužívaného a zanedbaného dítěte lze rozdělit do tří skupin:

- Primární prevence
- Sekundární prevence
- Terciální prevence

Účelem primární prevence je zabránit násilí. Toho lze dosáhnout buď odstraněním příčin, nebo vytvořením takových podmínek, aby se násilí nemohlo uplatnit. Tato opatření na celospolečenské úrovni vytvářejí klima společnosti a hovoříme tak o nespécifické primární prevenci (Kukla a kol., 2016).

Další opatření, zejména osvěta, vzdělávání atd. jsou již specifickou primární prevencí, kde je jasně definovaný cíl změny postojů a chování občanů i odborníků. Součástí osvěty jsou všechny instituce, které se nějakým způsobem dotýkají života dětí:

- orgány státní správy a samosprávy,
- politické strany se svými programy,
- církve
- školy a školství jako celek,

- zdravotnictví, kulturní instituce,
- sdělovací prostředky-televíze, v současné době především i internet
- organizace zabývající se rodinou a další (Kukla a kol., 2016).

Prevence primární – spočívá hlavně v kvalitní přípravě dětí do manželství a rodičovství od nejranějšího věku, dále v programech pro těhotné ženy a nastávající otce, v posilování vztahu obou rodičů k dítěti. Znalost a dovednost dětí chránit samy sebe před nejrůznějším nebezpečím, např. úrazy počínaje a sexuálními útoky konče (Hanušová, 2006).

Sekundární prevence je zaměřena na pozitivní ovlivňování určitých rizikových skupin (Langmeier, Krejčířová, 2006). V sekundární prevenci jde o vyhledávání rizikových skupin (rodina, dítě, situace) a jejich následnou terapii. V této oblasti musí být vytvořené systémy kontroly ve společnosti. Systémy kontroly pak musí posuzovat nejen chování ve smyslu práva, ale i ve smyslu pedagogickém a psychologickém, kde bohužel není zcela evidentní a kontrolovatelná norma chování. Systémy kontroly jsou zabezpečovány institucemi s určitými kompetencemi a odbornými diagnostickými klíči. V sekundární prevenci je nutné vytvářet koordinační strategie mezi sociálními, pedagogickými, zdravotnickými institucemi a orgány v trestním řízení. Pracovníci těchto institucí musí být vyzbrojeni nejen kvalitními vědomostmi, ale jasnými kompetencemi, které jim umožní kvalitní diagnózu rizikové rodiny a současně možnost eliminace ohrožení dítěte (Weiss a kol, 2005).

Terciální prevencí rozumíme takové chování pedagoga, lékaře, rodiče, když reaguje na situaci, v níž došlo k týrání, zneužívání dítěte. Následně zabraňuje jeho dalšímu týrání a zneužívání. Smyslem terciální prevence je tedy zamezení dalšího násilí či zneužívání dítěte. Dítě nesmí být dále týráno, zneužíváno. K tomu musí být vytvořen určitý systém opatření. Do terapie a rehabilitace lze zahrnout celou rodinu, je-li to z hlediska zájmu dítěte možné, dále školu a další odborníky. Vycházet z interdisciplinární spolupráce.

Do prevence patří i tzv. kvartální prevence. Jedná se o návrat dítěte zpět domů, jestliže v rámci léčby a ochrany dítěte bylo umístěno jinde. Je však třeba uvést, že tento požadavek se objevuje hlavně v anglosaské literatuře, kde je význam a postavení biologické rodiny zvláště zdůrazněn. Tento typ prevence by se jistě osvědčil i v našich

podmínkách, musela by však fungovat již zmíněná interdisciplinární spolupráce mezi jednotlivými státními i nestátními zařízeními apod (Hanušová, 2006).

2 Cíl práce a hypotéza

V následující kapitole bude popsán cíl, který jsem si stanovila pro tvorbu praktické části diplomové práce. Cíl práce mě vedl jednak k výběru celého tématu Münchhausenova syndromu by proxy, ale i k zjišťování skutečností této problematiky, na jejichž základě jsem si stanovila hypotézu.

2.1 Cíl práce

Cílem mé práce je identifikovat informovanost sociálních pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí Jihočeského kraje a následně popsat jejich dosavadní znalosti, které o této problematice mají. U sociálních pracovníků OSPOD Jihočeského kraje chci zjistit, zda se orientují v problematice Münchhausenova syndromu by proxy a zda znají příznaky a dopady u obětí tohoto syndromu. Dále bych ráda zjistila, jestli se již osobně s touto problematikou setkali anebo vědí o kolezích, kteří s MSP pracovali. Jelikož problematika Münchhausenova syndromu by proxy není příliš známá mezi širokou veřejností, pokusím se zjistit, zda je tomu tak i mezi sociálními pracovníky OSPOD Jihočeského kraje. Vzhledem k tomu, že v české literatuře se o problematice Münchhausenova syndromu by proxy autoři spíše okrajově zmiňují, budu také zkoumat, zda by respondenti uvítali více informací k této problematice

2.2 Hypotéza

Na základě určeného cíle byla stanovena hypotéza pro výzkum.

Hypotéza:

Předpokládám, že sociální pracovníci OSPOD Jihočeského kraje, budou informovaní v problematice Münchhausenova syndromu by proxy. Myslím si, že znají příznaky, vědí, jaké dopady tohoto syndromu mohou být a umí odhadnout případné iniciátory MSP.

2.3 Operacionalizace pojmů

Sociální pracovníci: Sociální pracovník plánuje, realizuje, monitoruje a vyhodnocuje poskytované sociální služby. Pracuje přímo s cílovou skupinou, vede a vyhodnocuje plány uživatelů této služby. Poskytuje sociálně-právní poradenství. Při realizaci sociálních opatření může spolupracovat se zdravotnickými pracovníky. Minimální požadované vzdělání: Vyšší odborné nebo bakalářský studijní program.

Informovanost: Dosavadní dosažené znalosti v problematice Münchhausenova syndromu by proxy.

Příznaky: Projevy nemocí, vlivem následku narušení fyziologického procesu v organismu. Jsou měřitelné-objektivní, pozorovatelné například lékařem.

Iniciátoři: Ti, co něco vyvolávají z vlastního popudu. U MSBP je iniciátorem rodič, či opatrovník dítěte, nejčastěji matky obětí, či osoby, kterým se jako dětem nedostávalo dostatek pozornosti anebo naopak byly sami obětí MSBP.

Problematika: Souhrn problémů zkoumaného tématu.

Münchhausenův syndrom by proxy: *Znamená v zastoupení. Používá se při předstírání, zveličování nebo aktivním vytváření příznaků tělesného nebo duševního onemocnění vlastních dětí (Bednářová 2009).*

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Pro potvrzení či vyvrácení stanovené hypotézy o informovanosti sociálních pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí Jihočeského kraje byla použita metoda kvantitativního výzkumu pro sběr dat formou dotazníkového šetření. Byla použita technika dotazníků, které byly určeny pro sociální pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí Jihočeského kraje.

Nejdříve po vyhotovení dotazníku byla provedena pilotáž u dvou praktikantů, kteří na orgánu sociálně právní ochrany dětí vykonávali odbornou stáž, na jejímž základě byla zkoumána hlavně srozumitelnost dotazníku. Praktikanti nejdříve samostatně vyplnili dotazník a po jeho dokončení byly metodou kvalitativního výzkumu formou dotazování zjišťovány nedostatky dotazníku. Bylo zjištěno, že v dotazníku je otázka s obsahovou nesrozumitelností „Varovnými příznaky Münchhausenova syndromu by proxy u dítěte může být“ z uvedených možností bylo možné vybrat pouze jednu správnou odpověď, která nebyla dle praktikantů příliš jasná. Dále byly zjištěny příliš dlouhé odpovědi u některých otázek, a tak byly zestručněny.

Dotazník byl opraven a v nové verzi (Příloha 1) předložen sociálním pracovníkům na orgánu sociálně-právní ochrany dětí Jihočeského kraje. Konkrétně byly osloveny orgány sociálně-právní ochrany dětí měst: Blatná, České Budějovice, Český Krumlov, Dačice, Jindřichův Hradec, Kaplice, Milevsko, Písek, Prachatice, Soběslav, Strakonice, Tábor, Trhové Sviny, Třeboň, Týn nad Vltavou, Vimperk a Vodňany.

Sociální pracovníci se sídlem v blízkosti mého bydliště, byli po domluvení předem stanoveného data a času navštíveni. Osobně jsem jim rozdala natištěné dotazníky (Příloha 1) a následně proběhlo výzkumné šetření. Sociální pracovníci byli v úvodu dotazníku pozdraveni, dále seznámeni s mou osobou a následně jim byl vyličen účel výzkumu formou anonymního dotazníku. Při rozdávání dotazníků jsem sociální pracovníky raději i ústně upozorňovala, aby dotazník nepodepisovali, že je anonymní a taktéž jsem je požádala, aby dotazník vyplňovali modrou propisovací tužkou, aby byla anonymita zachována. V případě potřeby modré propisovací tužky, o ně mohli

pracovníci žádat u mne, jelikož jsem jimi byla vybavena a na tuto možnost jsem je upozornila. Sociální pracovníci byli seznámeni také s pokyny, jak dotazník vyplnit a s možnostmi, jak lze změnit variantu, kterou již zvolili a následně si jí rozmysleli.

Sociální pracovníci, kteří nebyli navštíveni osobně, byli požádáni o vyplnění elektronického dotazníku (Příloha 2) prostřednictvím e-mailu. Kontakt na ně jsem vyhledávala na internetových stránkách jednotlivých pracovišť. Následně jsem je prostřednictvím e-mailu (Příloha 3) jednotlivě, jejich příjmením, nebo po malých skupinkách oslovovala a žádala o vyplnění elektronického dotazníku.

Dotazník obsahoval celkem 17 otázek. Dotazníkové šetření jsem zahájila nejdříve úvodními, identifikačními otázkami 1-3. Pokud bylo zaškrtnuto, u identifikační otázky číslo 2 nejsem sociálním pracovníkem OSPOD, nebyly odpovědi použity pro zkoumání výsledků výzkumu.

Dále následovaly dvě otázky zaměřené na vlastní ohodnocení dosavadních znalostí o zkoumané problematice.

Po nichž přišla první otázka zkoumající znalosti pracovníků, otázka obsahovala jednu správnou odpověď a zjišťovala, zda pracovníci vědí, co to Münchhausenův syndrom by proxy je. Na tuto otázku navazovala informativní otázka, která nebyla bodově hodnocena. Cílem otázky bylo, aby mne informovala, pokud respondenti vědí, co problematika Münchhausenova syndromu by proxy je, zda se s ní oni sami setkali, nebo zda o někom s tímto syndromem vědí. Tato otázka byla v tištěné podobě polozavřená, respondenti měli možnost v případě, že se s problematikou setkali, vyjádřit kolikrát již.

Dále následovalo 9 uzavřených otázek, které jsem bodově hodnotila. Z čehož u 4 otázek byla možnost zaškrtnout více správných odpovědí a získat tak více bodů. U všech, čtyř otázek byli respondenti upozorněni, že lze zaškrtnout více správných odpovědí. Zbýlých pět otázek obsahovalo pouze jednu správnou odpověď a bylo tedy možné z nich získat 5 bodů. Celkem, z těchto devíti otázek, bylo možné získat 14 bodů.

Maximální počet, kterého mohl informovaný respondent dosáhnout, bylo 15 bodů. Celkový počet respondentů: 56, za respondenta, který je znalý považuji takového, který dosáhl 70 % úspěšnosti, to je 11 bodů (49 úspěšných).

V závěrečné otázce byli respondenti vyzváni, aby vyjádřili anonymně svůj názor, zda by chtěli o problematice Münchhausenův syndrom by proxy znát více informací.

Výzkum pro mou diplomovou práci probíhal ve čtyřech fázích, stejně jako u bakalářské práce. Přípravná, (první) fáze – byla časově velice náročná, a byla rozdělena na několik kroků. V přípravné fázi jsem si v první řadě sepsovala obecné orientační informace a získávala jsem přehled o problematice Münchhausenův syndrom by proxy studiem literatury.

Ve druhém kroku jsem vyhotovila konkretizaci práce, při níž jsem sepsala cíl práce, hypotézu a následně jsem provedla operacionalizaci pojmů. Jako třetí krok následovala pilotáž s již vyhotoveným dotazníkem, na základě, kterého byl proveden čtvrtý a poslední krok přípravné fáze, během níž byla stanovena definitivní podoba dotazníku.

Druhá neboli realizační fáze byla uskutečněna jednak v terénu (na pracovištích orgánů sociálně-právní ochrany dětí), kde probíhal sběr dat pomocí dotazníkového šetření od základního souboru, tedy sociálních pracovníků pracujících na orgánu sociálně-právní ochrany dětí. A jednak elektronicky, tedy online, kde ke sběru dat byl využitý elektronický Google dotazník, určený taktéž pro základní soubor. Data byla následně statisticky vyhodnocena. Na zpracování zjištěných informací a vytvoření grafů byl použitý program Microsoft Excel a matematicko-statistické tabulky. Na základě statistického výzkumu jsem musela přijmout hypotézu, která předpokládá informovanost odborné veřejnosti, konkrétně sociálních pracovníků Jihočeského kraje.

Ve třetí závěrečné fázi byly formou kvalitativní deskripce, sepsány zjištěné informace.

Poslední, čtvrtá fáze, byla zaměřena na formulaci doporučení zjištěných informací pro praxi.

3.2 Charakteristika cílového souboru

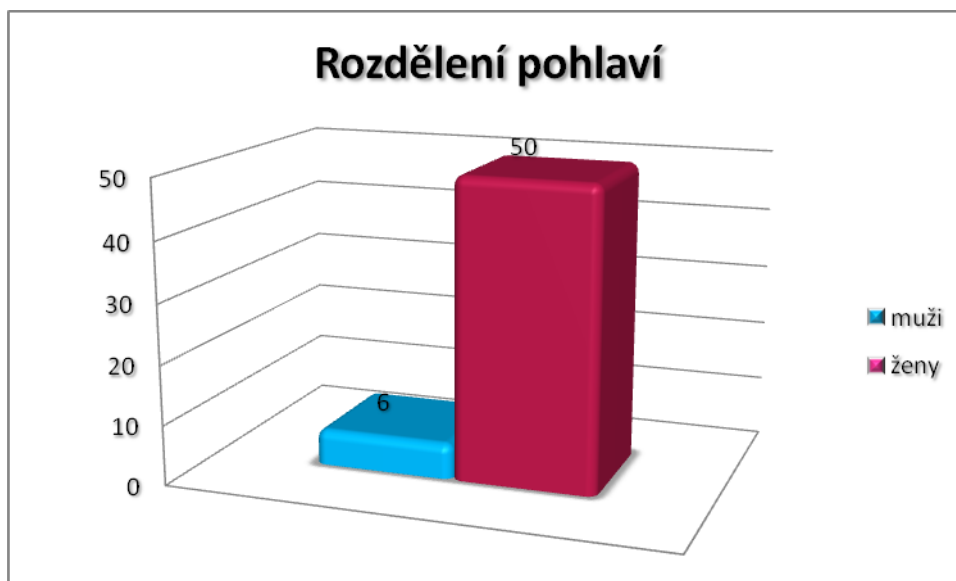
Zkoumaným souborem dotazníkového šetření byli respondenti, kteří u otázky číslo 2 zaškrtnuli, že jsou sociálními pracovníky na orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Celkem jich bylo 56. Tyto jednotky, se staly výběrovým statistickým souborem, zkoumala jsem pracovníky Jihočeského kraje, neaplikovala jsem náhodný výběr, použila jsem všech 56 respondentů, výsledky nebudu zobecňovat. Základním statistickým souborem bylo 68 respondentů.

Zkoumaný soubor splňoval následující kritérium: Sociální pracovník, vykonávající sociální práci na pracovišti orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Dotazník byl sociálním pracovníkům předložen buď osobně, během pracovní doby anebo elektronicky, prostřednictvím e-mailu. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 68 respondentů, z toho 12 respondentů zvolilo u otázky č. 2., že nejsou sociálními pracovníky sociálně-právní ochrany dětí, a tak jejich odpovědi nebyly hodnoceny. Byla přítomna převaha ženského zastoupení v počtu 50 žen a 6 mužů.

4 Výsledky

Jelikož jsem nemohla navštívit všechna pracoviště osobně, musela jsem zvolit také možnost elektronického dotazování. Nejdříve jsem si za pomoci internetu vyhledala seznam měst Jihočeského kraje, která disponují orgánem sociálně-právní ochrany dětí. Následně jsem na stránkách jednotlivých měst vyhledala seznam pracovníků OSPOD, každý pracovník má u svého jména uvedený pracovní email, na který jsem je všechny oslovila převážně příjmením a žádala je o vyplnění dotazníku.

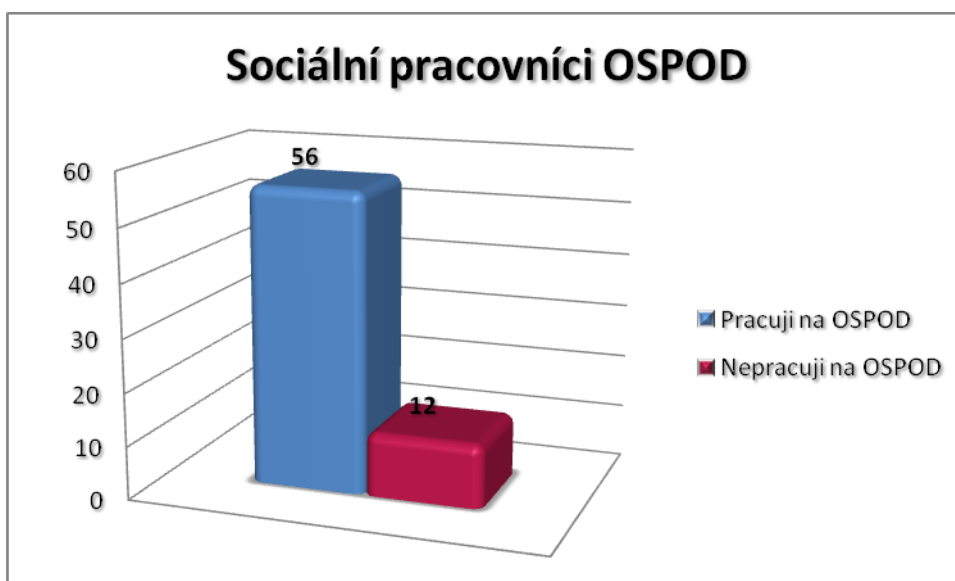
K vyplnění dotazníku bylo vyzváno 107 osob, někteří z nich byli požádáni, aby dotazník přeposlali mezi své kolegy. Z 68 odpovídajících respondentů splnilo 56 respondentů požadovaná kritéria a jejich odpovědi se staly součástí výzkumu. První otázka zjišťovala, v jakém zastoupení dle pohlaví se výzkumu zúčastnily ženy a v jakém muži. Podrobné zastoupení zobrazuje Graf 1.



Graf 1: Zastoupení respondentů z hlediska pohlaví

Zdroj: vlastní výzkum

Sociálními pracovníky na orgánu sociálně-právní ochrany dětí Jihočeského kraje jsou v hojnějším počtu ženy. Na Grafu jedna lze vidět modrý sloupec, který znázorňuje zastoupení mužů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření. Zatím co na modrém sloupci lze vidět pouze šest odpovědí od mužů, fialový sloupec zobrazuje padesát ženských odpovědí. Z větší části se tedy na výzkumu podílely svými odpověďmi ženy.

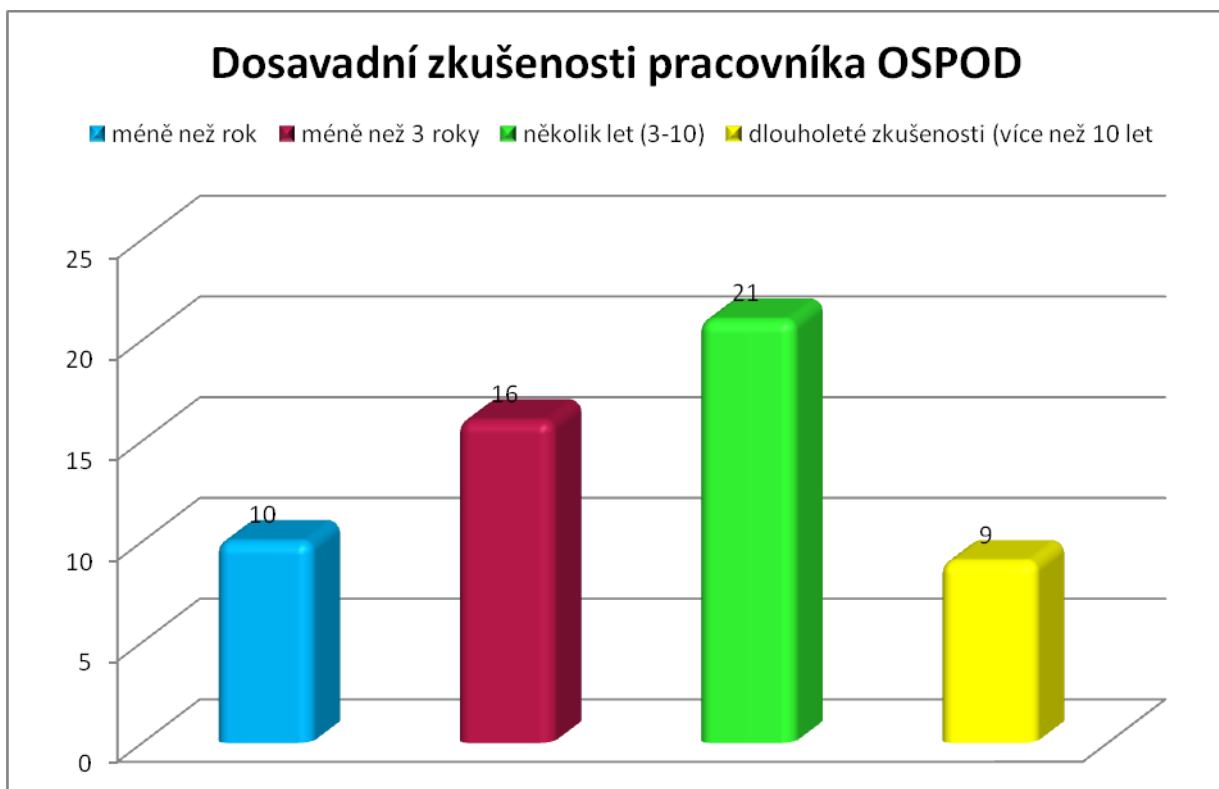


Graf 2: Sociální pracovníci OSPOD

Zdroj: vlastní výzkum

Druhá otázka byla rozhodujícím kritériem, její zodpovězení bylo povinností pro vyplnění dotazníku. V elektronickém Google dotazníku byla označena červenou hvězdičkou, jako povinné pole, bez jejího zodpovězení nebylo možné dotazník odeslat.

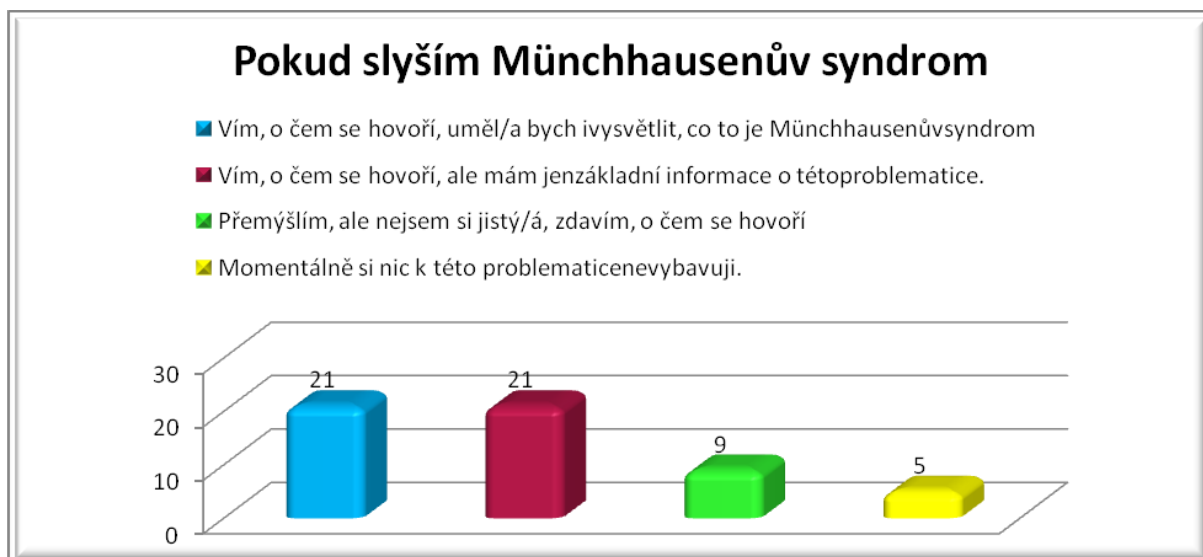
Na grafu lze pod fialovým sloupcem vidět, že se dotazník dostal ke dvanácti osobám, které nesplňovaly požadavky výzkumného souboru. Jejich odpovědi nejsou zohledňovány ve statistickém zpracování, ani v následujících grafech, které rozebírají odpovědi respondentů podrobněji. Modrý sloupec zobrazuje zkoumaný soubor o padesáti šesti respondentech, jejichž odpovědi byly použity, jak již bylo výše zmíněno.



Graf 3: Dosavadní zkušenosti pracovníka OSPOD

Zdroj: vlastní výzkum

Na Grafu lze vidět, že mezi respondenty převažovali sociální pracovníci, kteří již několik let pracují v oboru, bylo jich celkem dvacet jedna a jejich zastoupení zobrazuje sloupec zelené barvy. O pět méně respondentů tedy šestnáct, zodpovědělo, že v oboru pracují méně než tři roky a jejich zastoupení zobrazuje fialový sloupec. Sloupec modré barvy ukazuje respondenty se zkušenostmi v oboru, které jsou kratší než jeden rok, je to ještě o šest méně než na sloupci fialové barvy, jejich celkový počet je deset. Nejmenší počet ze zúčastněných respondentů zobrazuje žlutý sloupec, do něhož spadají pracovníci, kteří pracují v oboru minimálně deset let i déle a mají tak dlouholeté zkušenosti.



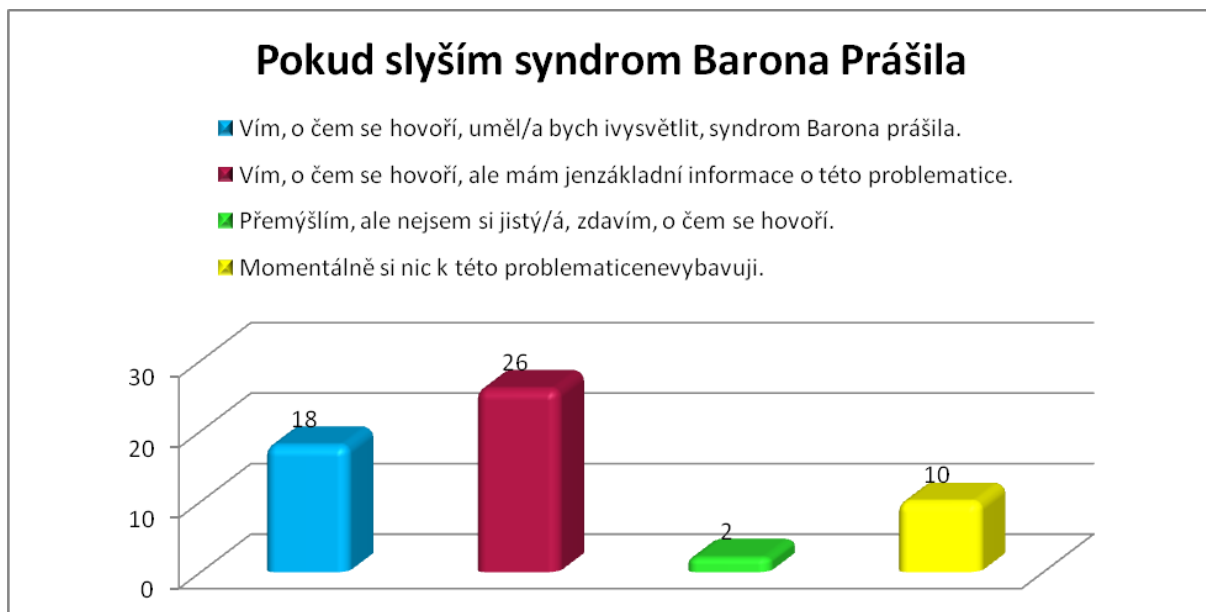
Graf 4: Pokud slyším Münchhausenův syndrom

Zdroj: vlastní výzkum

Na Grafu 4 lze vidět zobrazení výsledků otázky č. 4 z dotazníku (Příloha 1). Otázka byla zaměřená na vlastní hodnocení respondentů, jejich dosavadních znalostí o zkoumané problematice. Modrý sloupec ukazuje, že dvacet jedna respondentů se ohodnotilo, že o problematice Münchhausenova syndromu mají takové znalosti, že vědí, co syndrom znamená a uměli by i vysvětlit někomu dalšímu, co Münchhausenův syndrom by proxy znamená. Naprosto stejný počet zobrazuje i fialový sloupec, dvacet jedna respondentů se domnívá, že vědí, o čem se hovoří, když slyší Münchhausenův syndrom by proxy, ale mají v této problematice pouze základní informace.

Devět respondentů, kteří jsou uvedeni v zeleném sloupci na Grafu 4, odpověděli, že přemýšlejí, ale nejsou si jistí, zda vědí, o čem se hovoří, když slyší Münchhausenův syndrom by proxy.

Pouze 5 sociálních pracovníků, kteří jsou uvedeni ve žlutém sloupci na Grafu 4, uvedlo, že je k Münchhausenově syndromu by proxy nic nenapadá.



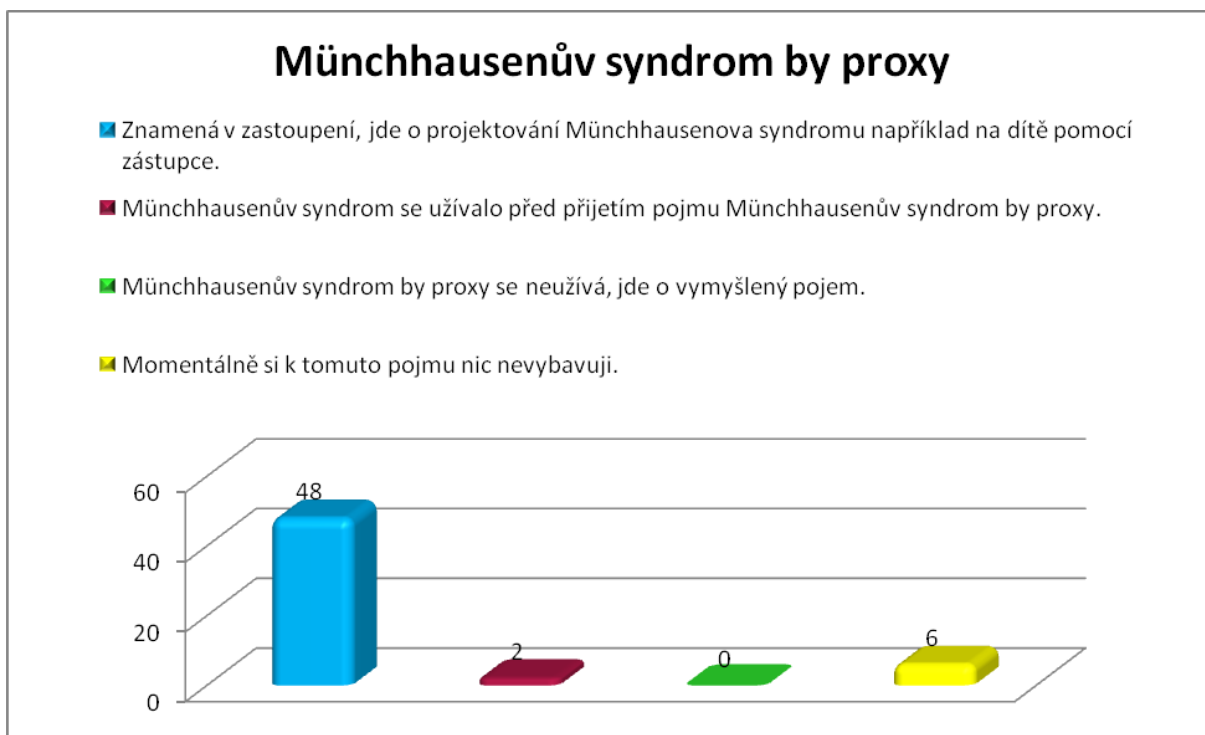
Graf 5: Pokud slyším, syndrom Barona Prášila

Zdroj: vlastní výzkum

Na pátém Grafu je zobrazené vlastní hodnocení respondentů k problematice syndromu Barona Prášila. Na fialovém sloupci je zobrazeno 26 respondentů, kteří se domnívají, že mají o této problematice pouze základní informace. Z výsledků lze tedy usuzovat, že respondenti lépe znají zkoumanou problematiku pod názvem Münchhausenův syndrom než syndrom Barona Prášila. Zatím co u Münchhausenova syndromu se dvacet jedna respondentů domnívalo, že problematiku znají a uměli by i vysvětlit, co syndrom znamená, pod názvem syndromu Barona Prášila, se tuto možnost rozhodlo zvolit o tři respondenty méně. Celkový počet byl 18 respondentů, jak je zobrazeno modrým sloupcem na Grafu 5.

Zatím co u Münchhausenova syndromu volilo možnost d. (Příloha 1, otázka 4.), „momentálně si k tomuto pojmu nic nevybavuji“ pouze pět respondentů, u názvu syndromu podle Barona Prášila, jak lze vidět na Grafu 5 ve žlutém sloupci, si nic nevybavilo respondentů deset.

Zeleným sloupcem jsou zobrazení dva respondenti, kteří o názvu přemýšleli, ale nebyli si jistí, zda vědí, co syndrom Barona Prášila přesně znamená.



Graf 6: Münchhausenův syndrom by proxy znamená

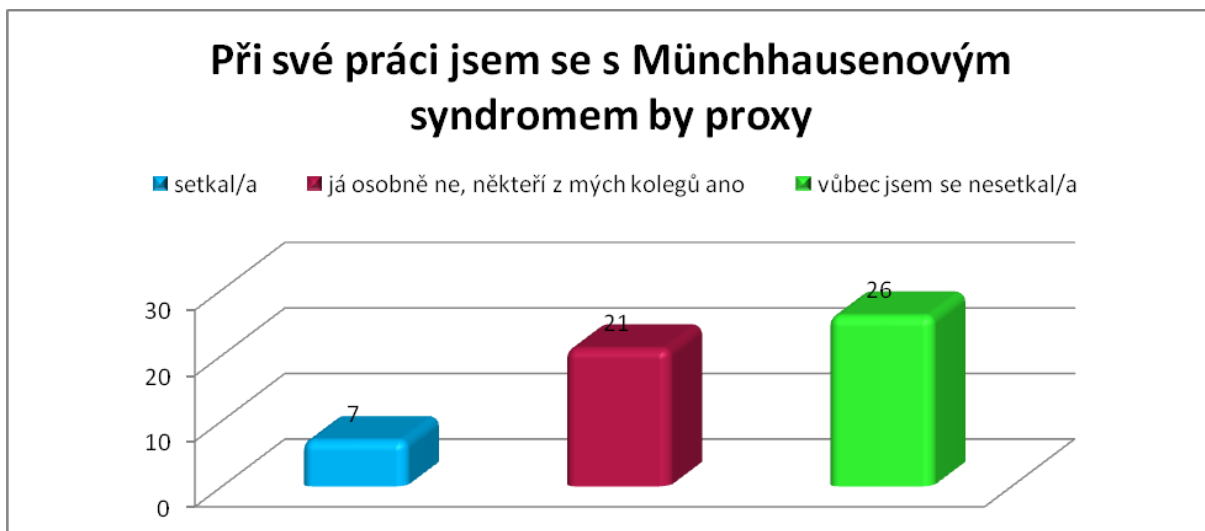
Zdroj: vlastní výzkum

Na Grafu 6 je zachycena první bodově hodnocená otázka. Nejvíce respondentů odpovědělo správně, Münchhausenův syndrom by proxy znamená v zastoupení, jde o projektování například na dítě pomocí zástupce. Jeden možný bod získalo 48 respondentů a jsou zobrazení na Grafu 6, pod modrým sloupcem.

Dva respondenti se mylně domnívali, že Münchhausenův syndrom se užívalo před tím, než byl přijat pojem Münchhausenův syndrom by proxy. Tato možnost byla smyšlená, odpovídající nezískali žádný bod. Zobrazuje je fialový sloupec na Grafu 6.

Na Grafu 6 lze dále vidět pod zeleným sloupcem – nikdo z dotazovaných správně nezvolil možnost, že by Münchhausenův syndrom by proxy byl vymyšlený pojem, který se neuzívá.

Šest respondentů uvedlo, že si momentálně k pojmu Münchhausenův syndrom by proxy nic nevybavují. Za tuto odpověď nezískali žádný bod a jsou znázorněni žlutým sloupcem Grafu 6.



Graf 7: Setkání s Münchhausenovým syndromem by proxy při výkonu sociální práce

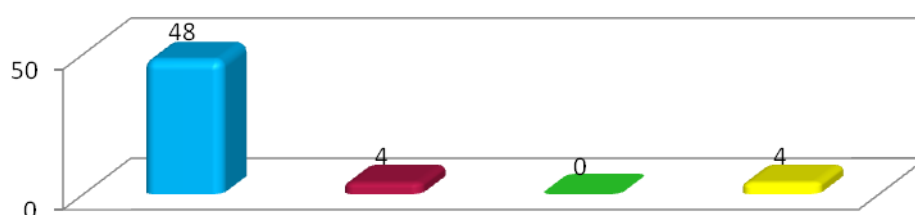
Zdroj: vlastní výzkum

Sociálních pracovníků jsem se zeptala, zda se při své práci již setkali s Münchhausenovým syndromem by proxy (Příloha 1, otázka 7.) Z padesáti šesti respondentů mělo sedm respondentů vlastní zkušenost se zkoumanou problematikou. Fialový sloupec zobrazuje 21 respondentů, kteří uvedli, že se při výkonu sociální práce osobně s Münchhausenovým syndromem by proxy nesetkali, ale vědí o kolezích, kteří již s touto problematikou pracovali. Dva respondenti na tuto otázku neodpověděli vůbec. Volby možnosti d. Jiné, prosím uveďte (Příloha 1, otázka 7.) na tištěných dotaznících také nikdo nevyužil.

Zelený sloupec Grafu 7 zobrazuje dvacet šest osob odpovídajících, že se ještě s Münchhausenovým syndromem by proxy nesetkali. Tato otázka nebyla bodově hodnocena.

Münchhausenův syndrom by proxy nejlépe vystihuje

- Předstírání, nebo úmyslné vytváření fyzických či emocionálních symptomů a to u jiné než vlastní osoby.
- Předstírání fyzických symptomů.
- Časté návštěvy lékařů za účelem vyhýbání se práci
- nevím, nedokážu odhadnout



Graf 8: Münchhausenův syndrom by proxy nejpřesněji vystihuje tvrzení

Zdroj: vlastní výzkum

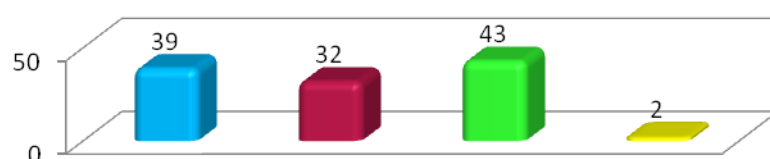
Čtyřicet osm sociálních pracovníků správně odpovědělo, že Münchhausenův syndrom by proxy nejpřesněji vystihuje předstírání, nebo úmyslné vytváření fyzických či emocionálních symptomů, a to u jiné než vlastní osoby. Za správnou odpověď získali respondenti jeden bod. Správnou odpověď vyznačuje sloupec modré barvy na Grafu 8, a lze vidět, že téměř všichni odpověď znali.

Chybně odpovědělo osm respondentů. Na žlutém sloupci Grafu 8, jsou zobrazení, čtyři respondenti, kteří odpovídali: „Nevím, nedokážu odhadnout.“ Dále je z Grafu patrné pod zeleným sloupcem, že nikdo nevolil možnost, která tvrdila: „Münchhausenův syndrom by proxy nejpřesněji vystihují časté návštěvy u lékaře za účelem vyhýbání se práci.“ Možnost b. (Příloha 1, otázka 8.) Předstírání fyzických symptomům je zobrazena fialovým sloupcem, tuto možnost volili pouze čtyři respondenti.

Na tuto otázku odpovídali respondenti neúspěšněji z celého dotazníku.

Iniciátoři Münchhausenova syndromu by proxy mohou několika způsoby ovlivňovat příznaky nemocného dítěte, například

- Lžou a zveličují příznaky.
- Způsobují dětem otravy, přidušení dítěte, hladovění.
- Zaměňují, nebo falšují testy - například kontaminují vzorek moči.
- Nenavštěvují lékaře.



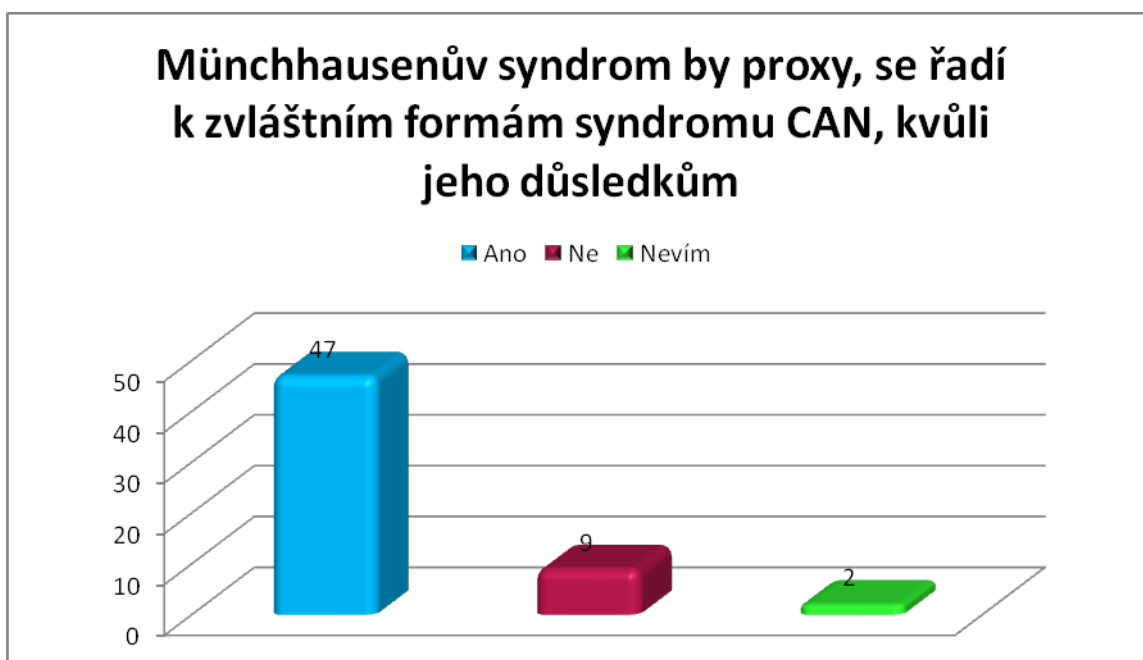
Graf 9: Iniciátoři Münchhausenova syndromu by proxy mohou několika způsoby ovlivňovat příznaky nemocného dítěte

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka číslo 9. (Příloha 1) disponovala třemi správnými odpověďmi. Bylo zde možné získat tři body. Respondenti získali počet bodů podle toho, kolik zvolili správných odpovědí. Kromě dvou respondentů získali ostatní minimálně jeden bod, maximálně však tři body.

Pouze dva respondenti se mylně domnívali, že iniciátoři Münchhausenova syndromu by proxy nenavštěvují s nemocným dítětem lékaře. Tyto odpovědi jsou zobrazeny žlutým sloupcem Grafu 9.

Nejčastěji respondenti volili možnost, zobrazující se na zeleném sloupci Grafu 9. Správně odpovědělo 43 respondentů: „Iniciátoři Münchhausenova syndromu by proxy zaměňují, nebo falšují testy.“ Druhou nejčastější volbu zobrazuje modrý sloupec: „Iniciátoři lžou a zveličují příznaky“, tato odpověď byla správně třicet devětkrát zvolena. Poslední správná odpověď je znázorněná fialovým sloupcem. Nejméně respondentů ze správných odpovědí zvolilo: „Iniciátoři způsobují dětem otravy, přidušení i hladovění.“ Tuto správnou odpověď odhalilo třicet dva respondentů.

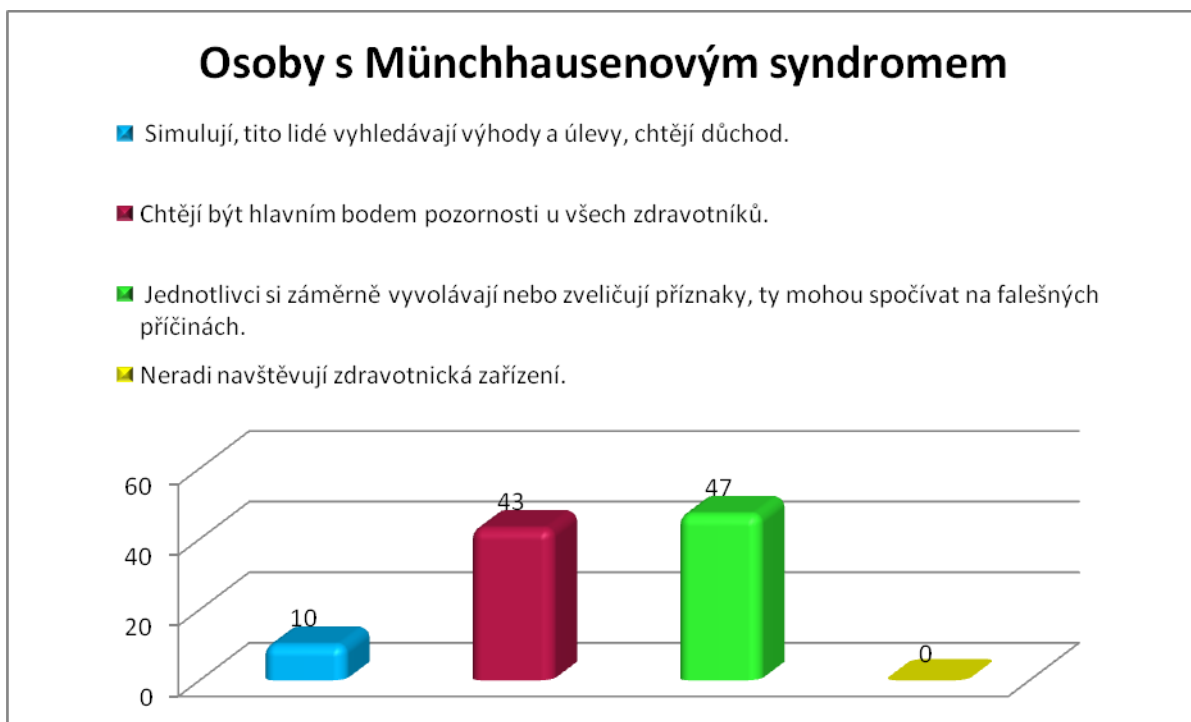


Graf 10: Münchhausenův syndrom by proxy, se řadí k zvláštním formám syndromu CAN, kvůli jeho důsledkům

Zdroj: vlastní výzkum

Respondentům jsem položila otázku za jeden bod, zda se Münchhausenův syndrom by proxy řadí k zvláštním formám syndromu CAN, kvůli jeho důsledkům. Správná odpověď zněla ano, všichni respondenti neodpověděli správně, většina ale správnou odpověď věděla a je zobrazená modrým sloupcem na Grafu 10 s celkovým počtem čtyřicet sedm.

Na zeleném sloupci Grafu 10 lze vidět, že dva respondenti nevěděli správnou odpověď a fialovým sloupcem je znázorněno, že devět respondentů se mylně domnívalo, že Münchhausenův syndrom by proxy nepatří do problematiky syndromu CAN.



Graf 11: Jací jsou osoby s Münchhausenovým syndromem

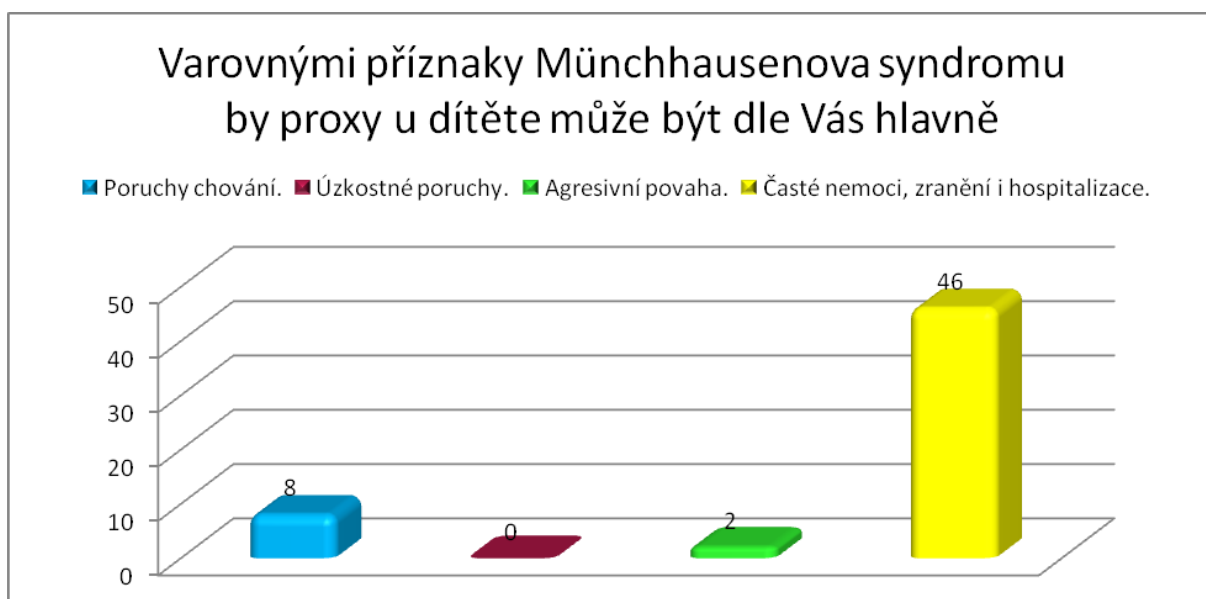
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11 zobrazuje otázku za dva body, uprostřed, na nejvyšších sloupcích vidíme správné odpovědi. Postranní sloupce znázorňují chybné odpovědi, z toho žlutý sloupec znázorňuje, že nikdo z respondentů nezvolil možnost, která uváděla: „Lidé s Münchhausenovým syndromem nenavštěvují zdravotnická zařízení. „

Modrý sloupec Grafu 11 vyobrazuje deset respondentů, kteří se domnívali, že lidé s Münchhausenovým syndromem simulují, jelikož vyhledávají výhody a úlevy, protože chtějí důchod. Tato odpověď byla chybná, nezískali tedy žádné body.

Nejvíce respondentů vědělo, že lidé s Münchhausenovým syndromem si záměrně vyvolávají, nebo zveličují příznaky, které mohou spočívat na falešných příčinách. Těchto správných odpovědí bylo celkem 47 a jsou zobrazené na Grafu 11, zelený sloupec.

„Osoby s Münchhausenovým syndromem chtějí být hlavním bodem pozornosti u zdravotnického personálu“, byla druhá správná odpověď. Čtyřicet tři respondentů ji správně zvolilo a získalo tak bod, tyto odpovědi zachycuje fialový sloupec Grafu 11.



Graf 12: Varovnými příznaky Münchhausenova syndromu by proxy u dítěte může být dle Vás hlavně

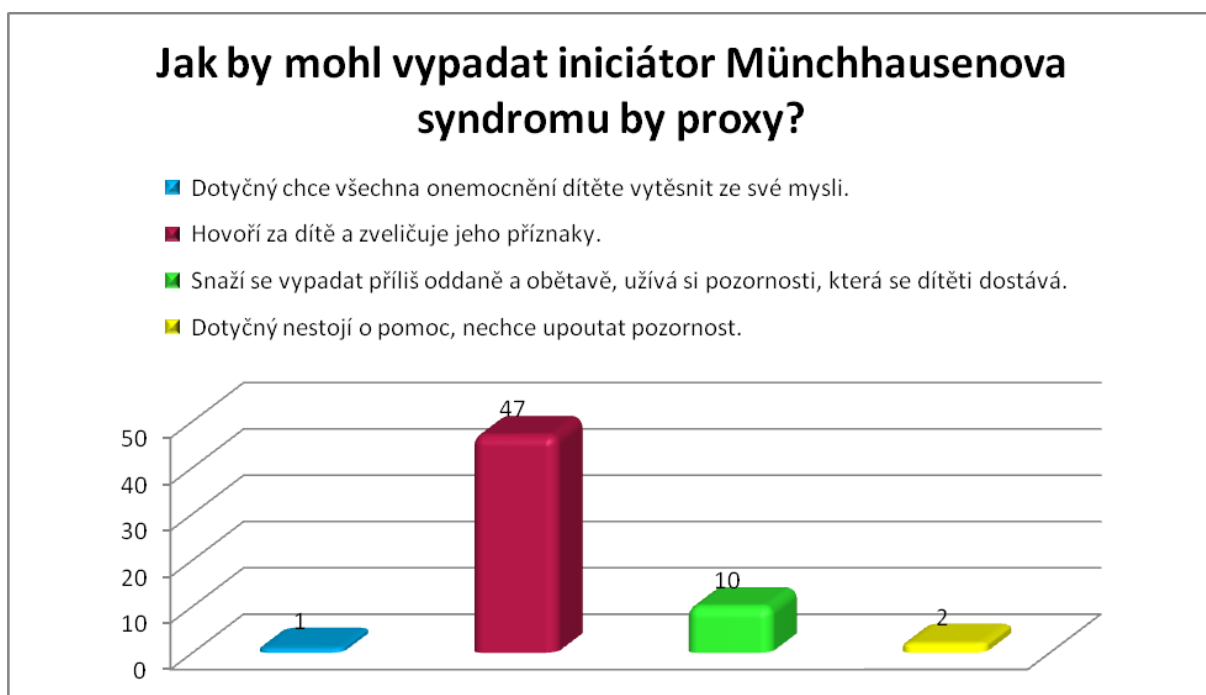
Zdroj: vlastní výzkum

Varovné příznaky Münchhausenova syndromu by proxy u dětí jsou mezi sociálními pracovníky Jihočeského kraje z velké části známé. Čtyřicet šest jich správně odpovědělo, že varovnými signály mohou být časté nemoci, zranění i hospitalizace. Správné odpovědi představuje žlutý sloupec Grafu 12.

Na modrém sloupci lze vidět, že osm respondentů se domnívalo, že mezi hlavní signály upozorňující na Münchhausenův syndromu by proxy patří poruchy chování u dítěte. Tato odpověď nebyla správná.

Nikdo se nedomníval, že by úzkostné poruchy byly hlavním příznakem Münchhausenova syndromu by proxy u dítěte. A pouze dva respondenti, jak je patrné ze zeleného sloupce Grafu 12 uvedli, že agresivní povaha je vodítkem k odhalení Münchhausenova syndromu by proxy.

U této otázky (Příloha 1, otázka 12.) bylo možné zvolit pouze jednu správnou odpověď a získat tak jeden bod.



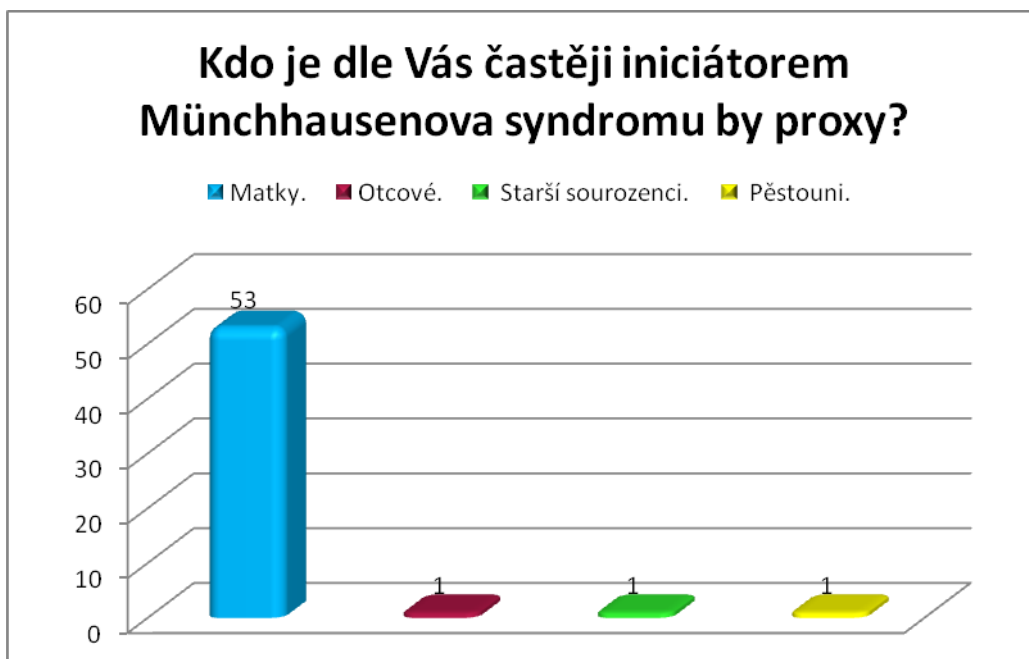
Graf 13: Jak by mohl vypadat iniciátor Münchhausenova syndromu by proxy?

Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti odpovídali, jak by mohl vypadat iniciátor Münchhausenova syndromu by proxy, čtyřicet sedm jich správně odpovědělo, že hovoří za dítě a zveličuje jeho příznaky. Tato správná tvrzení jsou zachycena fialovým sloupcem Grafu 13. Tato odpověď však nebyla jediná správná, respondenti byli upozorněni, že je obsaženo více správných odpovědí. Na zeleném sloupci lze pozorovat, že další správnou variantu již odhalilo o značný počet méně osob, konkrétně pouze deset respondentů.

„Dotyčný chce vytěsnit všechna onemocnění dítěte ze své mysli“, byla mylná odpověď jednoho respondenta, kterou nám zobrazuje modrý sloupec Grafu 13.

Správnou odpovědí nebyla ani poslední varianta: „Dotyčný nestojí o pomoc, nechce upoutat pozornost.“ Zmýlili se dva respondenti, jak lze vidět na žlutém sloupci Grafu 13. Pokud respondenti odhalili obě správné odpovědi, získali dva body.



Graf 14: Kdo je dle Vás častěji iniciátorem Münchhausenova syndromu by proxy?

Zdroj: vlastní výzkum

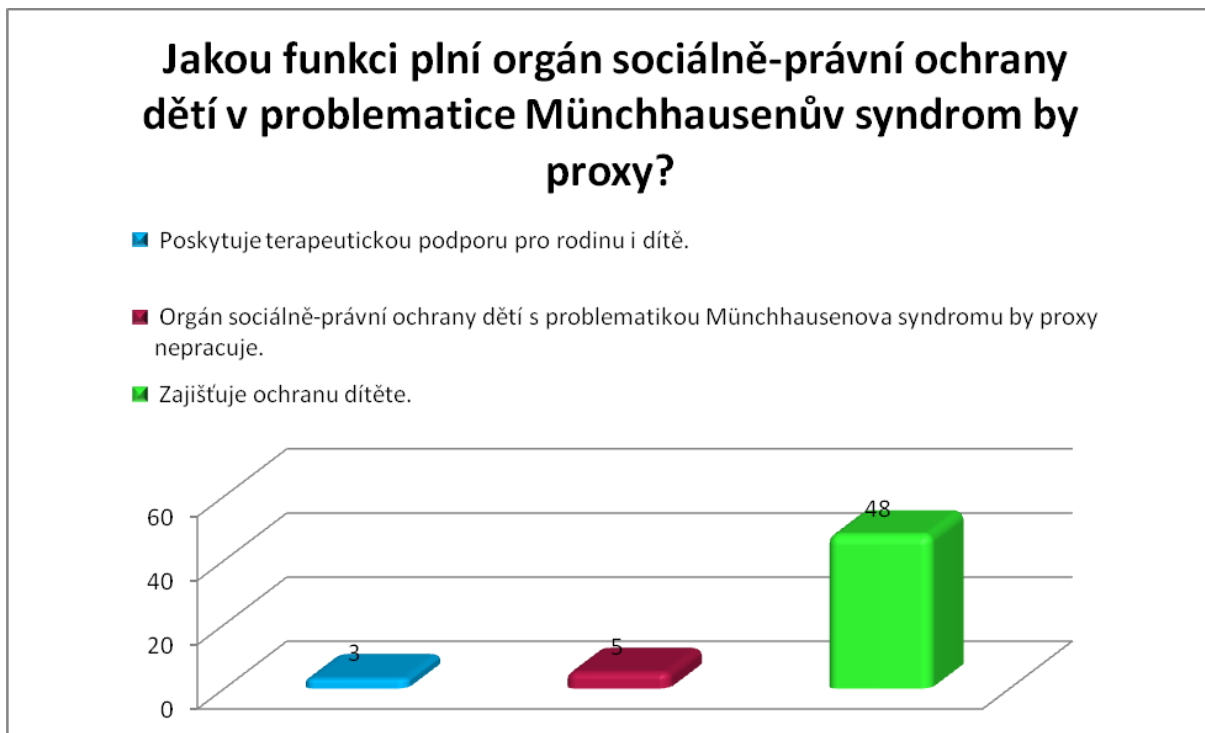
Téměř všichni respondenti odpověděli správně: „Matky jsou nejčastěji iniciátorem Münchhausenova syndromu by proxy.“ Modrý sloupec ukazuje, že z padesáti šesti respondentů padesát tři odpovědělo správně.

Dále lze vidět na Grafu 14 pod fialovým sloupcem jednoho respondenta domnívajícího se: „Otcové jsou nejčastěji iniciátorem Münchhausenova syndromu by proxy.“

Předposlední, zelený sloupec Grafu 14 zobrazuje jednoho respondenta, který se domnívá: „Starší sourozenci jsou nejčastěji iniciátorem Münchhausenova syndromu by proxy.“

Na posledním, žlutém sloupci vidíme také jednoho respondenta, který se domnívá: „Opatrovníci jsou nejčastěji iniciátorem Münchhausenova syndromu by proxy.“

Otázka 14 (Příloha 1) byla taktéž bodově hodnocená, respondenti zde mohli získat jeden bod, který jak lze vidět na Grafu 14 většina respondentů získala.



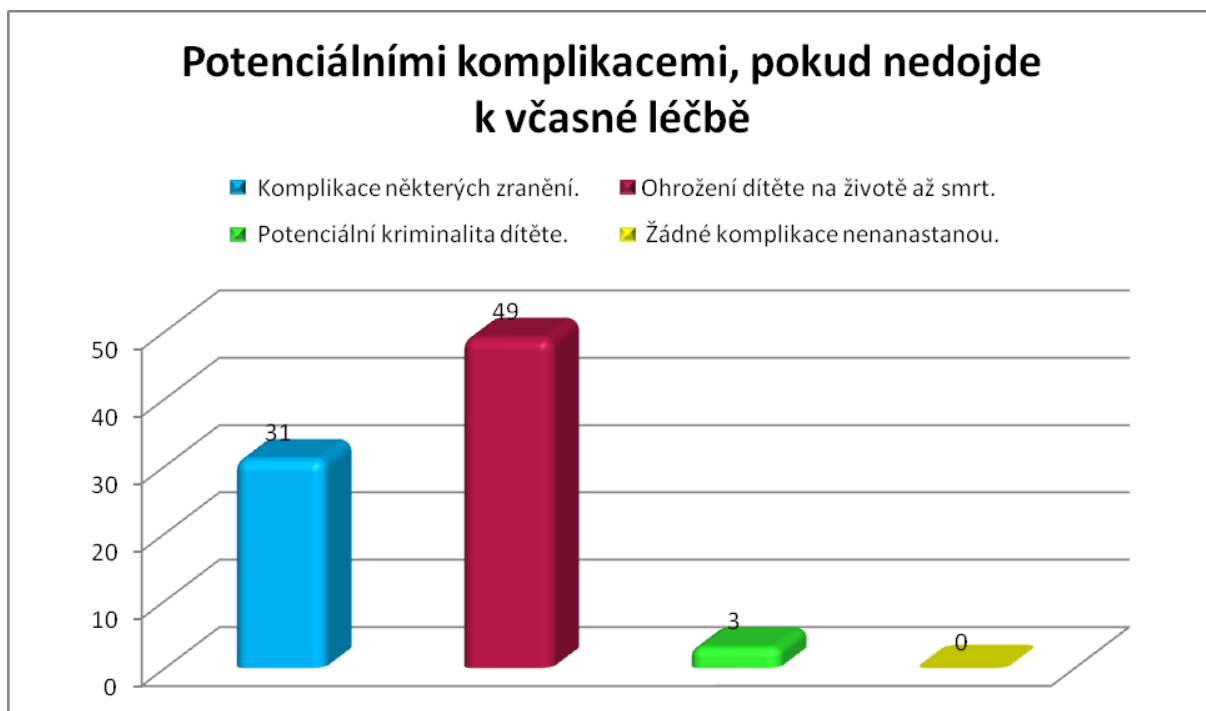
Graf 15: Jakou funkci plní orgán sociálně-právní ochrany dětí v problematice Münchhausenův syndrom by proxy?

Zdroj: vlastní výzkum

Jedinou správnou odpověď, funkce, kterou zajišťuje orgán sociálně-právní ochrany dětí, ve zkoumané problematice zobrazuje zelený sloupec Grafu 15. Správně odpovědělo, a tudíž získalo jediný možný bod 48 respondentů.

Pod fialovým sloupcem na Grafu 15 vidíme, že se pět sociálních pracovníků OSPOD Jihočeského kraje domnívalo, že s problematikou Münchhausenova syndromu by proxy na svých pozicích nepracují. Takové domněnky byly chybné a nepřinesly jim žádný bod v této otázce.

Tři respondenti, jak můžeme vidět na modrém sloupci Grafu 15, se dokonce domnívali, že při své práci na orgánu sociálně-právní ochrany dětí v problematice Münchhausenova syndromu by proxy poskytují terapeutickou podporu pro rodinu i dítě. Tato varianta byla z uvedených možností chybná.



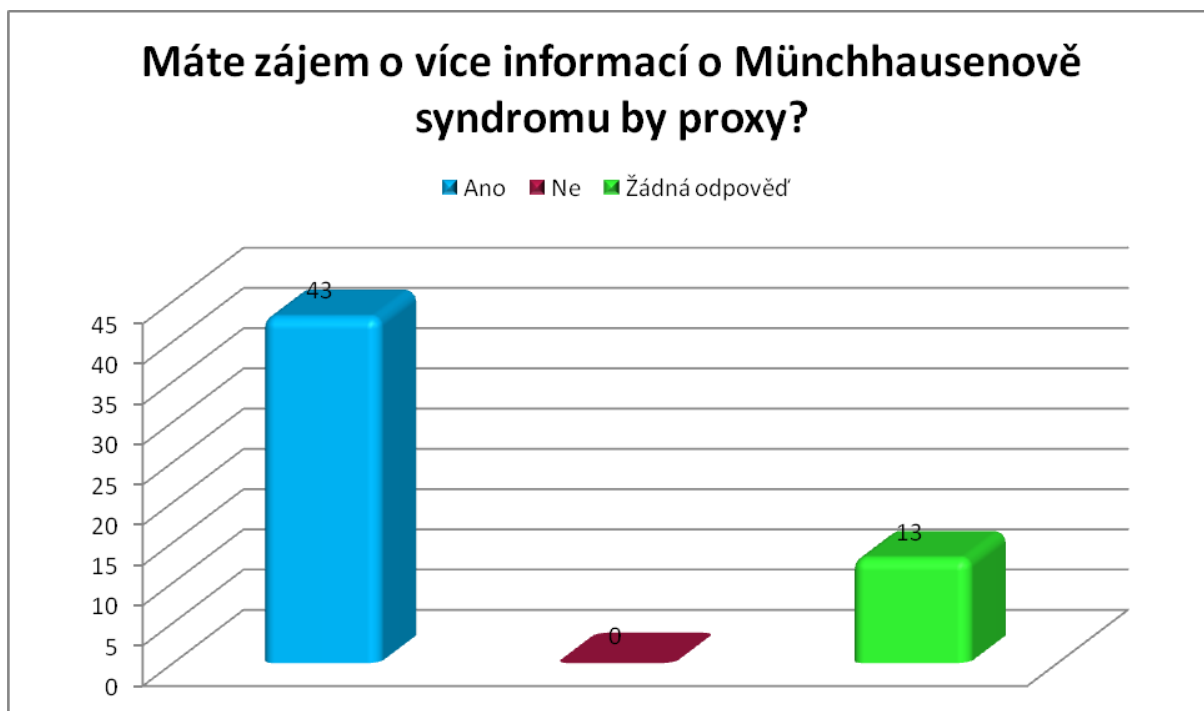
Graf 16: Hrozící komplikace, pokud nedojde k včasné léčbě

Zdroj: vlastní výzkum

Komplikace některých zranění, a ohrožení dítěte na životě až smrt byly dvě správné odpovědi u otázky 16. (Příloha 1). Správné odpovědi zobrazují modrý a fialový sloupec. Třicet jedna respondentů správně odpovědělo, že hrozí komplikace některých zranění. Druhá správná odpověď, znázorněná fialovým sloupcem, byla ještě o osmnáctkrát více zvolená.

Potenciální kriminalita dítěte, jako hrozící komplikace, pokud nedojde k včasné léčbě, nebyla správnou odpovědí. Tři nesprávné odpovědi jsou vyznačené zeleným sloupcem Grafu 16.

Nikdo z dotazovaných osob se nedomníval, že pokud nedojde k včasné léčbě Münchhausenova syndromu by proxy, nenastanou žádné komplikace.



Graf 17: Máte zájem o více informací o Münchhausenově syndromu by proxy?

Zdroj: vlastní výzkum

Poslední otázkou dotazníkového šetření byli respondenti vyzváni, aby dle svého uvážení sdělili, zda by chtěli vědět více informací o Münchhausenově syndromu by proxy. V elektronickém Google dotazníku nebyly připravené žádné odpovědi, pouze prázdné pole připravené pro text. Třináct respondentů jej nevyplnilo, jsou zobrazeni zeleným sloupcem Grafu 17.

Na modrém sloupci Grafu 17, lze vidět, že čtyřicet tři respondentů, by mělo zájem o další informace. V diskusi budou některé z odpovědí sociálních pracovníků OSPOD podrobně přepsané. Zde jsou pouze zařazeny podle významu do odpovědí ano. Někteří pracovníci velice přínosně využili prostoru k vyjádření vlastního názoru, v diskusi na straně 68 si jej můžete přečíst.

Nikdo z oslovených do dotazníkového šetření neuvedl, že by ho další informace o Münchhausenově syndromu by proxy nezajímaly. V tištěném dotazníku (Příloha 1) měli dotazovaní na výběr také možnosti: „Ne, domnívám se, že všechny potřebné informace o této problematice již vím“, dále také: „Ne, o problematice zatím nic nevím, ani nechci vědět.“ Nikdo ani jednu z těchto dvou možností ne zvolil.

Jak bylo uvedeno již v metodice práce – celkový počet respondentů byl 56.

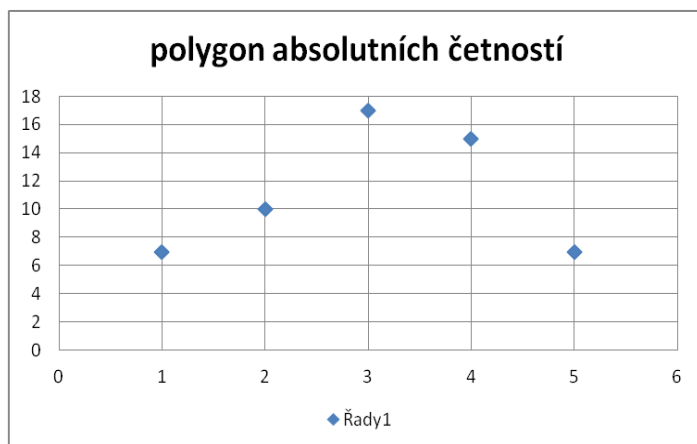
Maximální počet bodů 15, za respondenta, který má dobré znalosti považují takového, který dosáhl 70 % úspěšnosti, to je 11bodů (49 úspěšných). Na základě statistického výzkumu jsem musela přijmout hypotézu, která předpokládá informovanost odborné veřejnosti, konkrétně sociálních pracovníků OSPOD Jihočeského kraje.

Počty bodů:

	x_i	n_i	n_i/n	$\Sigma n_i/n$	$x_i n_i$	$x_i^2 n_i$	$x_i^3 n_i$	$x_i^4 n_i$
0-8	1	7	0,125	0,125	7	7	7	7
9-10	2	10	0,178571	0,303571	20	40	80	160
11-12	3	17	0,303571	0,607143	51	153	459	1377
13-14	4	15	0,267857	0,875	60	240	960	3840
15	5	7	0,125	1	35	175	875	4375
		56	1		173	615	2381	9759

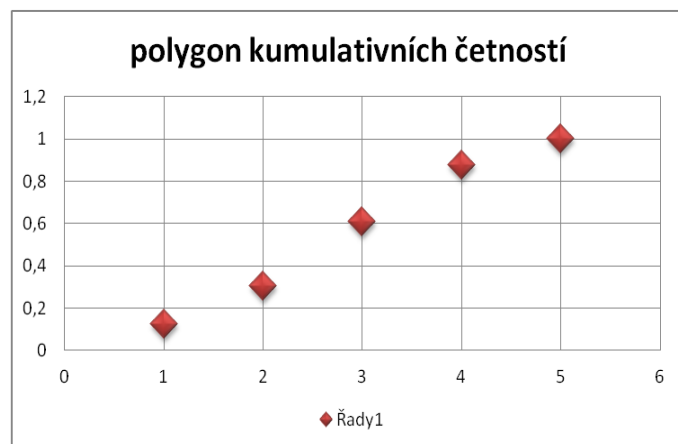
Tabulka 1: Počet bodů

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 18: polygon absolutních četností

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 19: polygon kumulativních četností

Zdroj: vlastní výzkum

Parametr polohy (obecný moment)

$$O_1 = \Sigma(x_i n_i) / n = 173 / 56 = 3,09 \rightarrow 11,8 \text{ bodu (respondenti průměrně dosáhli)}$$

$$O_2 = \Sigma(x_i^2 n_i) / n = 615 / 56 = 10,98$$

$$O_3 = \Sigma(x_i^3 n_i) / n = 2381 / 56 = 42,52$$

$$O_4 = \Sigma(x_i^4 n_i) / n = 9759 / 56 = 174,27$$

Parametr variability (centrální moment)

- $C_2 = O_2 - O_1^2 = 1,43$
- $C_3 = O_3 - (3 * O_2 * O_1) + 2 * (O_1)^3 = -0,25$
- $C_4 = O_4 - (4 * O_3 * O_1) + 6 * O_2 * (O_1)^2 - 3 * (O_1)^4 = 277,75$
- Směrodatná odchylka $S_x = \sqrt{C_2} = 1,2$

Parametr šikmosti a špičatosti

- $N_3 = C_3 / C_2 * \sqrt{C_2} = -0,21$
- $N_4 = C_4 / C_2^2 = 138,83$
- Exces: $N_4 - 3 = 132,83$

Normovaná náhodná veličina u

- $u_1 = (x_1 - O_1) / S_x = (0,5 - 3,09) / 1,2 = -2,16$
- $u_2 = (x_2 - O_1) / S_x = (1,5 - 3,09) / 1,2 = -1,33$
- $u_3 = (x_3 - O_1) / S_x = (2,5 - 3,09) / 1,2 = -0,49$
- $u_4 = (x_4 - O_1) / S_x = (3,5 - 3,09) / 1,2 = 0,34$
- $u_5 = (x_5 - O_1) / S_x = (\infty - 3,09) / 1,2 = \infty$

Distribuční fce F(u): (stat. Tab.)

- F: $u_1 = -2,16 \rightarrow 0,01539$
- F: $u_2 = -1,33 \rightarrow 0,09176$
- F: $u_3 = -0,49 \rightarrow 0,31207$
- F: $u_4 = 0,34 \rightarrow 0,63307$
- F: $u_5 = \infty \rightarrow 1$

Výpočet jednotlivých ploch grafů

- $p_n = \int_{d_m}^{h_m} \rho(u) du = F_{u_n} - F_{u_{n-1}}$
- $p_1 = F_{u_1} - F_{u_0} = 0,01539$
- $p_2 = F_{u_2} - F_{u_1} = 0,09176 - 0,01539 = 0,07637$
- $p_3 = F_{u_3} - F_{u_2} = 0,31207 - 0,09176 = 0,22031$
- $p_4 = F_{u_4} - F_{u_3} = 0,63307 - 0,31207 = 0,321$
- $p_5 = F_{u_5} - F_{u_4} = 0,36693$

zk: $p_1 + p_2 + p_3 + p_4 + p_5 = 1$

Testování χ^2

$$\chi^2 = 628,75$$

Výpočet kritické hodnoty pro χ^2 :

$$\chi^2_{\text{teor}} = \chi^2_{v \text{ krit}} \quad v_{\text{krit}} = k - r - 1$$

Hodnoty pro výpočet:

- hladina statistické významnosti $\alpha = 0,05$
- počet intervalů intervalového rozdělení četností $k = 5$
- počet teoretických parametrů normálního rozdělení $r = 2$

- $\chi^2_{(\text{exp})} = \sum (n_i - np_i)^2 / np_i = 628,75$
- $\chi^2_{\text{teor}} = \chi^2_{v \text{ krit}}; \chi^2_{\text{teor}} = 5,99$
- $v_{\text{krit}} = k - r - 1 \rightarrow v_{\text{krit}} = 5 - 2 - 1$
- $k = 5; r = 2$
- $W = (; \infty) \rightarrow \chi^2_{(\text{exp})}$ náleží W
- Výsledná experimentální hodnota $\chi^2_{\text{exp}} = 628,75$ náleží kritickému oboru, na základě tohoto musím zamítnout H_0 empirické rozdělení znalostí nelze na hladině statistické významnosti $\alpha = 0,05$ nahradit normálním rozdělením.

→ znalosti respondentů nemají normální normované rozdělení, což jsem předpokládala, jelikož se jedná o odbornou veřejnost.

Bodové odhady

Momentová metoda:

- $E(x) = \mu$ (střední hodnota) = 3,09 $\mu = o_1$
- $D(x) = \sigma$ (rozptyl) $\sigma^2 = C_2 = Sx^2 \rightarrow \sigma = Sx$ $\sigma^2 = 1,2$

Bodové odhady

- Věrohodnostní fce L: $\rho(x) = \frac{1}{\sigma\sqrt{2\pi}} \exp\left(-\frac{(x-\mu)^2}{2\sigma^2}\right) = 0,91$
- Důkaz 68% pravděpodobnosti: $(\mu - \sigma; \mu + \sigma) = (O_1 - S_x; O_1 + S_x) = (1,89; 4,29)$

68 % respondentů získalo 9,8 – 13,6 bodu

5 Diskuse

Na začátku diskuse bych ráda zdůraznila, že sociální pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí Jihočeského kraje předem nevěděli, že se budou účastnit kvantitativního výzkumu, ve kterém bude zjišťována jejich informovanost v problematice Münchhausenův syndrom by proxy. Nemohli se tak předem účelně informovat v této oblasti, aby dosáhli záměrně lepších výsledků, jejich informovanost byla testována náhodně, ve chvíli, kdy získali dotazník, zda vědí, mají informace o zkoumané problematice, či nikoliv.

Informovanost sociálních pracovníků, je nesmírně důležitá v problematice Münchhausenova syndromu by proxy, k sociální práci na OSPOD neodmyslitelně patří individuální plán ochrany dítěte, aby byl nastaven účinně, v zájmu dítěte, je důležité, aby byl sociální pracovník znalý v této problematice, jinak hrozí riziko, že nebude správně od sociálního pracovníka vytvořen, postupy budou chybné, nebo neúspěšné a individuální plán ochrany dítěte tak bude pouhým plánem, se kterým bude možné jen těžko uspět, plán může být dokonce zcela bez šance. Sociální pracovník na OSPOD zastupuje práva dítěte. MPSV (2014) uvádí, že orgán sociálně-právní ochrany dětí není vždy opatrovníkem dítěte při soudním zřízení, ale většinou jím je. Orgán sociálně-právní ochrany dětí je stanoven opatrovníkem ve všech rozporech mezi dětmi a rodičem, a to i při těch hypotetických, sociální pracovník OSPOD, zastupuje dítě v případě týrání, zneužívání či zanedbávání (MPSV2014). Sociální pracovník tak zastupuje dítě v případě Münchhausenova syndromu by proxy. Je-li dítě umístěno do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, sociální pracovník OSPOD spolupracuje se zařízením a napomáhá k přirozenému návratu dítěte ze zařízení (Šiplová, Michálková 2015).

Úvodní otázkou jsem zjišťovala, v jakém poměru se výzkumu zúčastní ženy vůči mužům. Tato otázka byla pouze informativní, již předem jsem věděla, že bude velká převaha žen, jelikož všeobecně na OSPODU pracují převážně ženy. Oslovila jsem celkem osm mužů, šest se jich zúčastnilo dotazníkového šetření. Neshledávám vliv na výsledky výzkumu v nerovném zastoupení mezi muži a ženami pro účel mého zkoumání. Dle mého názoru by byli muži užiteční, kdyby se zvýšilo jejich zastoupení

na pracovištích OSPOD, na některých oslovených pracovištích nepracovali dokonce muži žádní. Podrobné zastoupení respondentů dle pohlaví lze vidět na Grafu 1.

Pro případ, že by se dotazník dostal mezi osoby, které nepracují na orgánu sociálně-právní ochrany dětí, uvedla jsem v dotazníku druhou otázku, která vyplňující vyzývala k odpovědi, zda pracují, či nikoliv na OSPOD. Tato otázka byla povinná, bez jejího vyplnění nebylo možné elektronický dotazník odeslat. Díky tomuto kroku jsem vyloučila dvanáct odpovědí. Bez tohoto opatření by mohl být celý výzkum nepravdivý. Jistě by byl negativně ovlivněn, jelikož některé dotazníky od respondentů, kteří uvedli, že nepracují na OSPOD, byli významně méně znalí v problematice Münchhausenův syndrom by proxy. Deset z nich do elektronického dotazníku u poslední otázky napsalo, že mají zájem o více informací o této problematice. Dva respondenti nepracující ve zkoumaném oboru neodpověděli, zda by měli zájem o více informací k Münchhausenově syndromu by proxy.

Povinným kritériem druhé otázky (Příloha 1) prošlo 56 respondentů, na základě všech jejich odpovědí jsem zpracovala výzkum.

Na respondenty jsem si připravila drobný test, když jsem je vyzvala, aby sami ohodnotili své znalosti v problematice Münchhausenova syndromu a syndromu Barona Prášila. Jelikož se jedná o stejný význam, teoreticky by se měl Graf 4 s Grafem 5 shodovat. Urban (2004) uvádí, baron Hieronym Karl Friedrich byl svobodný pán z Münchhausenu, tento jízdní důstojník z Německa, který se proslavil svými vymyšlenými historkami, které vyprávěl, se stal pro knihu námětem hlavního hrdiny, kterého v České republice známe, jako Barona Prášila.

V české literatuře bývá o Münchhausenově syndromu převážně jen zmínka jednou větou. Na českých internetových stránkách, se dají lépe vyhledávat informace této problematiky pod názvem syndromu Barona Prášila, nebo dokonce špitální vši. Domnívala jsem se, že z toho důvodu více respondentů bude odpovídat, že znají a uměli by i vysvětlit syndrom Barona Prášila než Münchhausenův syndrom, i přesto, že se jedná o totožný význam. Překvapilo mne, že sociální pracovníci hodnotili kladněji své znalosti v případě Münchhausenova syndromu. Dle mého názoru může být vysvětlením, že samotný Münchhausenův syndrom nalezneme v Mezinárodní klasifikaci pod kódem F68. Vzhledem k tomu, že se jedná o odbornou veřejnost, získané znalosti problematiky

mohou být spíše z odborných zdrojů, kde se užívá stejný název, jako v Mezinárodní klasifikaci.

Münchhausenův syndrom by proxy, znamená v zastoupení, správně odpovědělo čtyřicet osm respondentů, tento pojem by měl být mezi sociálními pracovníky OSPOD nejznámější, jelikož pokud by se měl sociální pracovník, pracující na orgánu sociálně-právní ochrany dětí při své práci s Münchhausenovým syndromem setkat, bylo by to právě „by proxy“, tedy v zastoupení. Bývá to právě pečující osoba o dítě, která projektuje syndrom na dítě, uvádí Novák (2012). Kdo jiný by pak měl zajišťovat ochranu dítěte, pokud selže osoba, která o dítě pečuje než sociální pracovník OSPOD.

V otázce 15. (Příloha 1) jsem se sociálních pracovníků Jihočeského kraje ptala, jakou funkci plní orgán sociálně-právní ochrany dětí v problematice Münchhausenův syndrom by proxy. Pět pracovníků odpovědělo, že OSPOD s touto problematikou nepracuje. Nepracuje, pokud jí nezná. Jsem si téměř jistá, že pokud bych napsala, zda OSPOD pracuje s problematikou syndromu CAN, každý sociální pracovník, který na OSPOD pracuje, by napsal ano. Münchhausenův syndrom by proxy patří k syndromu CAN, bohužel prozatím není tak známý, jako syndrom CAN. V obou případech ale mohou být důsledky stejně fatální.

Další z možností, kterou měli respondenti, u otázky 15. na výběr byla: „Orgán sociálně-právní ochrany dětí v problematice Münchhausenova syndromu by proxy poskytuje terapeutickou podporu pro rodinu i dítě.“ Tuto odpověď volili tři respondenti. Já osobně si nedovedu představit, že by OSPOD zajišťoval ještě terapeutickou pomoc. Mnoho sociálních pracovníků nemá ani terapeutický výcvik a měli by za povinnost vést terapii v takto složité problematice, která by nebyla jednoduchá ani pro zkušeného terapeuta. Jistě je velkým přínosem, pokud je sociální pracovník OSPOD znalý v terapii a má sebezkušenostní výcvik. I tak by se ale měl, dle mého názoru držet své funkce, a terapii klientům, popřípadě potřeby doporučit. Své znalosti z této oblasti může využít právě pro doporučení vhodného terapeuta, ale výběr už musí nechat na klientovi.

„Sociální pracovníci v problematice Münchhausenova syndromu by proxy zajišťují ochranu dítěti“, správně odpovědělo 48 respondentů. Lyness (2015) uvádí, že již při podezření na Münchhausenův syndrom by proxy, je povinnost ze zákona ohlásit své

obavy orgánu sociálně-právní ochrany dětí a poté, co je podezřelý obeznámený, je důležitá zvýšená pozornost k dítěti. V některých nezbytných případech musí OSPOD zajistit ochranu dítěti odebráním z péče.

„Pokud nedojde k včasnému zásahu u zkoumané problematiky, mohou nastat komplikace některých zranění“, správně odpovědělo 31 respondentů, někteří na tuto možnost opomněli a volili jen druhou správnou odpověď, kterou byla ohrožení dítěte na životě až smrt, tuto možnost volilo 49 respondentů. Pietrangelo (2016) jako další komplikace uvádí, dítě je mnohdy vystavováno bolestivým vyšetřením, zákrokům a hrozí riziko pro vznik samotného Münchhausenova syndromu. Tři respondenti se domnívali, že potenciálními komplikacemi by mohla být dětská kriminalita. Souvislosti mezi kriminalitou z důvodu Münchhausenova syndromu nebyly prozatím prokázány, a tak nebyla odpověď považována za správnou.

„Charakteristické pro MSP je předstírání, nebo úmyslné vytváření fyzických či emocionálních symptomů, a to u jiné než vlastní osoby“, měli odpovídat respondenti u otázky číslo 8. (Příloha 1). Dryden-Edwards (2017) dále uvádí, s účelem umístit tuto osobu do role nemocného. Radkin Honzák by měl jistě radost ze sociálních pracovníků OSPOD Jihočeského kraje, že nikdo v dotazníku neuvedl, že by osoby s Münchhausenovým syndromem navštěvovali lékaře, aby se vyhnuly práci. Osoby s Münchhausenovým syndromem nejsou simulanti, tito lidé nevyhledávají výhody a úlevy díky svému nepříznivému zdravotnímu stavu, netouží ani po důchodu, ale chtějí být hlavním bodem pozornosti, a to u všech zdravotníků Honzák (2010).

Dále jsem zjišťovala, zda respondenti vědí, jak iniciátoři Münchhausenova syndromu by proxy mohou několika způsoby ovlivňovat příznaky nemocného dítěte. Podrobné výsledky jsou zobrazeny na Grafu 9. Pouze dva respondenti zvolili možnost, že „iniciátoři MSP nenavštěvují lékaře.“ To je ovšem úplně naopak, iniciátoři MSP si přejí, aby jejich dítě bylo středem pozornosti, centrem dění. Uspokojuje je pocit, když se o jejich dítě všichni zajímají a starají. Toho se jim dostává právě v nemocnici, když je dítě nemocné. Pro to, aby mělo dítě symptomy nejrůznějších nemocí, jsou schopni zajít opravdu daleko. Němečková (2016) uvedla, že jsou iniciátoři schopni ubližovat drastickým způsobem, například záměrně infikovat rány. Pečující osoby způsobují dětem symptomy, ty jsou pak opakovaně vyšetřované a lékaři nemohou odhalit příčiny.

„Iniciátoři Münchhausenova syndromu by proxy zaměňují, nebo falšují testy“, byla nejrozšířenější odpověď mezi respondenty. Honzák (2010) ke způsobům kontaminace vzorků uvádí: „Ředí odebranou krev vodou, do moči přimíchávají cukr a bílkoviny, pojídají léky, které vyvolávají nejrůznější příznaky, způsobují si krvácení z kůže a sliznic, zkrátka „své“ nemoci, která by třeba lékaře nepřesvědčila, účinně napomohou.“ Podrobné způsoby aplikace, by raději měly zůstat nezveřejňované, aby se nestaly negativní inspirací. Aby pachatelé lékaře přesvědčili o příznacích, lžou a zveličují příznaky, tato odpověď byla správně třicet devětkrát zvolena. Poslední správnou odpověď, která uváděla, že iniciátoři způsobují dětem otravy, přidušení i hladovění, znali respondenti méně než předchozí dvě odpovědi. Takové činy však v této problematice nejsou žádnou výjimkou, v praxi se odborníci setkávají ještě s daleko drastičtějšími akty při cestě za příznaky.

Z výše zmíněných informací je nyní již jasné, že u otázky 12. (Příloha 1) pokud měla být zvolena pouze jedna správná odpověď: „Co hlavně může být varovnými příznaky Münchhausenova syndromu by proxy u dítěte?“ Mělo být zaškrtnuto: „Časté nemoci, zranění i hospitalizace.“ To samozřejmě neznamená, že budeme kontrolovat každé dítě, které se zdá být často nemocné, to u dětí bývá normální. Jde spíše o to být ve střehu, pokud se často objevují nemoci s nejasnými příznaky, nebo naopak příznaky zdánlivě jasně identifikovatelné nemoci, ale léčba nefunguje. Takových věcí si může povšimnout například i všímavý soused, nebo dobrý přítel pečujícího o dítě. Soused například vidí, že je dítě opět doma, je nemocné, a tak nechodí do školky, školy. Vyptává se pečujícího, co dítě trápí tentokrát, protože je starostlivý. To bývají běžné otázky při konverzaci. Ovšem pokud si dotazovaný všimne, že pečující osoba téměř s nadšením popisuje diagnózy, rozplývá se nad nemocničním prostředím, vyžaduje pozornost, lítost k nemocnému dítěti a opět se jedná o zajímavou nemoc, kterou lékaři nemohou identifikovat, nebo se jim nedaří běžnou nemoc zaléčit, měl by zbystřit a popřípadě uvědomit o těchto skutečnostech orgán sociálně-právní ochrany dětí, nebo policii, která se s OSPOD spojí. Pietrangelo (2016) a Feldman (2017) upozorňují, že zatím neexistuje žádný účinný způsob, jakým lze zabránit MSP, ani způsob, který by předpovídal, kdo bude v budoucnu MSP rozvíjet, je tedy na ostatních, aby byli pozorní a rozpoznali příznaky MSP, jedině tak lze zabránit vygradování Münchhausenova syndromu by proxy.

Varovné příznaky Münchhausenova syndromu by proxy u dítěte již víme, další z možností, kterou měli respondenti na výběr, byly úzkostné poruchy. Na Grafu 12. lze vidět, že nikdo tuto možnost nezvolil. Odpověď nebyla správně, jelikož bylo možné zvolit pouze jednu odpověď a mezi odpověďmi byla přítomná vhodnější odpověď, jelikož jsem se ptala na hlavní varovné příznaky pro MSP. To ale neznamená, že by úzkostné poruchy nemohly být u MSP přítomny. Nerada bych je opomněla, je třeba brát je v potaz i u léčby, pokud jsou přítomny. Léčba pro dítě je psychologická, psychoterapeutická až psychiatrická, dle závažnosti daného případu, tak aby se zamezilo psychickým onemocněním například: rozvinutí deprese, úzkostí, nebo posttraumatické stresové poruše (Pietrangelo, 2016; Kaneshiro, 2017).

Mezi dalšími možnostmi u dotazování se na varovné příznaky Münchhausenova syndromu byly agresivita, která se u obětí MSP může později také rozvinout, navíc hrozí riziko, že sami pak budou mít Münchhausenův syndrom, nebo ke svému dítěti budou iniciátorem Münchhausenova syndromu by proxy.

Matky jsou prozatím v mnoha společnostech stále hlavními pečovatelky, vzhledem k tomu jsou často identifikovanou osobou s Münchhausenovým syndromem právě ony uvádí Dryden-Edwardsová (2017). Kaneshiro (2017) se domnívá, že většina osob s tímto problémem jsou matky s malými dětmi. Téměř všichni respondenti odpověděli správně: „Matky jsou nejčastěji iniciátorem Münchhausenova syndromu by proxy.“ Také se domnívám, i přesto, že role tradiční rodiny procházejí reformou, stále ještě platí, že matky jsou hlavními pečovatelkami o děti. Zbytek odpovědí byl zvolen po jednom respondentovi. Iniciátorem MSP může být i otec, starší sourozenec či pěstoun, já jsem se však respondentů ptala, kdo častěji bývá iniciátorem MSP. Z toho důvodu byla za správnou odpověď považována pouze možnost matky.

Výše bylo již zmiňováno, jak by mohl například soused odhalit iniciátora Münchhausenova syndromu by proxy. Respondentů jsem se v otázce za dva body ptala, jak iniciátor MSP vypadá. Většina jich správně odpověděla, že hovoří za dítě a zveličuje jeho příznaky. Tato správná tvrzení jsou zachycena na Grafu 13. Takové chování může být vodítkem zejména pro lékaře a zdravotnický personál. Druhou správnou odpovědí této otázky bylo, že se dotyčný snaží vypadat příliš oddaně, obětavě, užívá si

pozornosti, která se dítěti dostává. Tuto správnou variantu odhalilo o značný počet méně osob, konkrétně pouze deset respondentů. Pietrangelo (2016) iniciátor MSP, se snaží vypadat příliš oddaně a obětavě, stále se snaží angažovat a napomáhat lékařům i ostatnímu zdravotnickému personálu, nebo odmítá nechat dítě samotné, iniciátor vypadá, jako že si užívá prostředí nemocnice, libuje si v pozornosti, která se dítěti dostává. Chybně odpovídali respondenti: „ Dotyčný nestojí o pomoc, nechce upoutat pozornost.“ Je to přesně naopak, chtějí upoutat veškerou pozornost pro své dítě.

Ještě jednou bych ráda zmínila, že kvůli tomu, jak iniciátoři Münchhausenova syndromu by proxy zacházejí s dětmi, aby dosáhli onemocnění a kam až jsou schopní zajít, patří Münchhausenův syndrom by proxy do problematiky syndromu CAN. Bednářová (2009), Novák (2012) uvádějí, že Münchhausenův syndrom by proxy, se řadí k zvláštním formám syndromu CAN, kvůli jeho důsledkům. A je tedy pravděpodobné, že osoba obviněná z Münchhausenova syndromu by proxy, bude čelit trestnímu stíhání kvůli týrání dětí (Pietrangelo,2016; Kaneshiro,2017; Bhandari,2018)

Sociálních pracovníků Jihočeského kraje jsem se ptala, zda mají osobní zkušenost s Münchhausenovým syndromem by proxy, nebo zda vědí o kolegovi, který se osobně s touto problematikou setkal, či nikoliv. Sedm pracovníků má vlastní zkušenost a dvacet jedna ví o kolegovi, který se s problematikou MSP setkal. Osobně mohu říci, že jsem tak vysoký počet nečekala. Domnívala jsem se, že to v součtu bude mnohem méně. Tři respondenti uvedli, že se v minulosti zúčastnili školení na toto téma.

V elektronických dotaznících, jsem respondenty vyzývala k napsání odpovědi, zda by měli zájem o více informací k problematice MSP. Velice jim děkuji za přínosné poznámky, které mi k této otázce někteří připsali. Mnohokrát se objevilo stručné „ano“, „jistě“, nebo „rozhodně ano.“ Dále bych ráda ukázala například: *“Pro laickou veřejnost by byla určitě přínosná větší informovanost”*, s tímto názorem souhlasím, veřejnost by měla okrajově syndrom znát, aby mohli například čistě náhodou, jako soused, či přítel, díky zvědavé osobnosti zjistit hrozící nebezpečí a dokonce dítě zachránit upozorněním orgánu sociálně-právní ochrany dětí.

Dále například: *„Syndrom se často stává námětem knih či filmů/seriálů“*, tato odpověď mě překvapila, prozatím jsem se takto s MSP nesečkala. Děkuji dotyčnému respondentovi za upozornění. *„Ano, ale v našem oboru nejsme příliš kompetentní s*

tímto problémem u rodiny pracovat, je potřeba terapie, což OSPOD nedělá – pouze třeba zprostředkuje terapeuta.“ Velice děkuji dotyčnému za odpověď, naprosto souhlasím s dotyčným ohledně terapie, výše v diskusi jsem podobnou informaci také zmiňovala. Domnívám se ale, že právě OSPOD má v této problematice velkou kompetenci a troufám si říci, že je nepostradatelnou složkou multidisciplinárního týmu při řešení konkrétního případu. OSPOD zajišťuje ochranu dítěti, zastupuje ho, podává návrhy k soudu, na jejichž základě soud může vydat předběžné opatření, které může být ve vážných případech Münchhausenova syndromu by proxy záchranou života. Bhandari (2018) uvedla, že dle výzkumu lze míru úmrtnosti obětí MSP určit na zhruba 10 % z postižených touto poruchou.

„Setkala jsem se s tímto tématem pouze dvakrát na školení (1x Dr. Jeroným Klimeš a 1x Dr. Andrej Drbohlav).“ Pokud jezdím na školení specificky zaměřená na OSPOD, tak o této problematice se nehovoří. Myslím, že v povědomí širší odborné veřejnosti není vůbec (PČR, soud, státní zastupitelství atd.). V povědomí laické veřejnosti pak snad vůbec. Což ale možná může být lepší, když příklady táhnou :-(Více informací bych tedy uvítala, ale zřejmě jen v kruhu odborníků.“ Přínosný názor jedné sociální pracovnice. Jistě by se nemělo zapomínat se školením také na širší odbornou veřejnost. Souhlasím také s tím, že některé informace by měly zůstat v kruhu odborníků. Například některé způsoby, jakými dotyční falšují testy, jsem neuváděla ani do diplomové práce, aby se nestaly pro někoho inspirující.

„Ano, zejména by se o něm mělo více hovořit, aby se dostal do širšího povědomí“, „Ano, uvítala, téma je zajímavé“, „ano, formou osvěty“, „Ano, nevím, jak často se u nás vyskytuje, ale informace bych vzhledem k profesi rozhodně přivítala“, „Vzhledem k tomu, že o této problematice se hovoří velice málo, bylo by vhodné o ní hovořit více“. Byly názory dalších sociálních pracovníků OSPOD Jihočeského kraje.

Dotazníkového šetření se zúčastnili respondenti s různými pracovními zkušenostmi, devět jich mělo dokonce více jak desetiletou zkušenost s výkonem práce na OSPOD. Jeden respondent uvedl, že pracuje méně jak jeden rok na orgánu sociálně-právní ochrany dětí, ale předtím vykonával 18 let práci na sociální ochraně. Nejvíce respondentů mělo několikaletou zkušenost s výkonem sociální práce. Všichni respondenti, kteří na dotazovanou otázku, zda by měli zájem o více informací,

odpovídali ano. O informace Münchhausenova syndromu by proxy mají zájem jednak sociální pracovníci Jihočeského kraje, kteří prozatím nemají dlouholetou zkušenost s výkonem práce na OSPOD, tak i pracovníci, kteří již tyto zkušenosti mají. Předpokládám, že tato problematika je pro ně jednak natolik zajímavá, že by přivítali školení z této oblasti a na druhou stranu natolik složitá, že cítí potřebu více se v problematice MSP vzdělávat. Sociální pracovníci povědomí o Münchhausenově syndromu by proxy mají, ale v mnoha dotaznících bylo pozorovatelné, že by potřebovali více informací, aby si mohli o zkoumané problematice některé znalosti ještě utřídit a ujasnit.

5 Závěr

Problematika Münchhausenova syndromu by proxy bývá opomíjená. Mnoho lidí z široké odborné veřejnosti tento syndrom ani nezná, nebo jen okrajově. Pokud něco neznáme, pak ani nemůžeme soudit, jak často se s problematikou v naší společnosti potýkáme. Dle mého názoru zůstalo a zůstává spousta případů neodhalených. Neznalost by ale neměla omlouvat, a zejména ne tehdy, pokud se balancuje s dětským zdravím a to jak po fyzické, tak i po psychické a sociální stránce. Dokonce až s dětským životem, jelikož není tak neobvyklé, když tento syndrom skončí úmrtím dítěte. Některým lidem tento syndrom dokonce připadá tak zvrácený, že ani nevěří, že se v naší společnosti může něco takového odehrávat. Ještě složitější u této problematiky je, že se dokonce můžeme stát i svědkem Münchhausenova syndromu by proxy, ale vzhledem k tomu, že by nás ani nenapadlo, že naše milá sousedka trpí tímto syndromem, nebo tuto problematiku ani neznáme, popřejeme vždy, ať už se dítě brzo uzdraví a jdeme po svém.

V případě iniciátora Münchhausenova syndromu by proxy, jde o to, aby si za pomoci léčby uvědomili, že praktiky, jakými získávají pozornost pro své dítě, nejsou zdravé, jsou nebezpečné a život ohrožující. Iniciátoři převážně sami byli obětí Münchhausenova syndromu by proxy a jejich počínání se jim tak nejeví divné. U spousty případů bylo zjištěno, že dětem, kterým se nedostávalo dostatek pozornosti v dětství, rodiče byli vyčerpáni a neměli čas se jim věnovat, jen když byly nemocní, pak hrozí riziko, že ke svým dětem se budou chovat tak, aby byli středem pozornosti. Dalším rizikovým faktorem Münchhausenova syndromu by proxy je, když osoba, která o dítě pečuje, sama trpí Münchhausenovým syndromem.

Münchhausenův syndrom, syndrom Barona Prášila či syndrom špitální vší je často chybně vykládán, už jen podle přezdívky špitální vší, můžeme slyšet, že tyto osoby nejsou oblíbené. Často mívají nálepky mezi zdravotnickým personálem, že jsou líní, nechtějí pracovat a tak stále navštěvují lékaře, aby měli výhody a úlevy. To ale není pravda, jedná se o onemocnění duše, jediné co chtějí, je být středem pozornosti, aby se o ně někdo zajímal. Tento syndrom nemá nic společného s hypochondrií.

Zatím co někteří pachatelé syndromu CAN zneužívají návykových látek, mají problémy s kriminalitou, či hledí pouze nato, aby uspokojili své potřeby, u Münchhausenova syndromu by proxy je to jinak. Iničiátoři MSP své oběti až nezdravě milují a přejí si, aby byly jen ony středem vši pozornosti. A téměř každý z nás z vlastní zkušenosti ví, že pokud byl nemocný, dostávalo se mu buď v rodině, u přátel, či u lékaře větší pozornosti. Zákon ale motiv k činům, které negativně ovlivňují vývoj dítěte, neomlouvá. Münchhausenův syndrom by proxy kvůli důsledkům patří ke zvláštním projevům syndromu CAN.

Pro výzkumné šetření jsem si stanovila hypotézu, sociální pracovníci jsou odborná veřejnost, předpokládáme informovanost v problematice Münchhausenova syndromu by proxy. Na základě statistického vyhodnocení jsem přijala hypotézu. Sociální pracovníci Jihočeského kraje pracující na orgánu sociálně-právní ochrany dětí, mají znalosti v problematice Münchhausenova syndromu by proxy.

Dále bylo zjištěno, že bez ohledu na zkušenosti v oboru chtějí pracovníci více informací o zkoumané problematice.

V rámci výzkumu jsem nezjistila 100 % informovanost sociálních pracovníků. Byly patrné nesrovnalosti, které pracovníci k této problematice mají. Nicméně, kritériu, které jsem si stanovila na 70 % úspěšnosti u znalého respondenta, vyhověli. Pracovníci by potřebovali více informací například o iničiátorech Münchhausenova syndromu by proxy, jak by mohli vypadat a ovlivňovat příznaky. Dále o varovných znacích poukazujících na oběti MSP. Někteří respondenti volili vzájemně popírající se odpovědi, což také upozorňuje na potřebu doplnění informací.

Přínosem mé diplomové práce sledávám, že čtenář získá základní orientaci v problematice Münchhausenova syndromu by proxy. Pokud již nějaké znalosti v oblasti MSP má, ujasní si, zda má přesné informace, či je potřeba aby načerpal informace nové. Přínosem je také vysvětlení rozdílu mezi Münchhausenově syndromu by proxy a Münchhausenově syndromu, s kterým souvisí, syndrom Barona Prášila, u kterého si mnoho respondentů nebylo jistých, co syndrom znamená. Přínosem své práce sledávám také to, že jsem rozproudila mezi sociálními pracovníky toto opomíjené téma. Po vyplnění tištěných dotazníků, se mne vždy ptali na různé informace o zkoumané problematice, procházeli jsme správné odpovědi a na jednom pracovišti jsme

dokonce řešili kazuistiku klienta, který je obětí Münchhausenova syndromu by proxy. Věřím, že někteří pracovníci po vyplnění elektronického dotazníku, když mohli opět použít internetový prohlížeč, zjišťovali, zda věděli správné odpovědi. Už jen tímto získali minimálně jednu novou informaci k problematice MSP a i malý krůček je cestou vpřed.

Seznam příloh

Graf č. 1	41
Graf č. 2	42
Graf č. 3	43
Graf č. 4	44
Graf č. 5	45
Graf č. 6	46
Graf č. 7	47
Graf č. 8	48
Graf č. 9	49
Graf č. 10.....	50
Graf č. 11.....	51
Graf č. 12.....	52
Graf č. 13.....	53
Graf č. 14.....	54
Graf č. 15.....	55
Graf č. 16.....	56
Graf č. 17.....	57
Graf č. 18.....	58
Graf č. 19.....	58
Příloha č. 1.....	69
Příloha č. 2	83

Seznam použité literatury

- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- KUKLA, Lubomír. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-3874-1.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- LOVASOVÁ, Lenka. *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-66-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny v kontextu plánování péče*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-739-8.
- NOVÁK, Tomáš. *Péče o dítě po rozvodu a její úskalí*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4110-9.
- PEMOVÁ, Terezie a Radek PTÁČEK. *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5695-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.
- WEISS, Petr. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0929-5

Internetové zdroje:

- ADDINAL, Ronald. *A minor dissertation submitted in partial fulfilment of the requirements for Masters of Social Science in Clinical Social Work* [online]. 2014 [cit. 2019-02-09]. Dostupné z:

https://open.uct.ac.za/bitstream/handle/11427/12848/thesis_hum_2014_oosthuysen_m.pdf?sequence=1

BALÁŽ, Roman. *Sociální práce* [online]. 2014 [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=3&clanek=385>

BHANDARI. *Web MD: Munchausen Syndrome* [online]. 2018. [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/mental-health/munchausen-syndrome#1>

BHANDARI. *Munchausen Syndrome By Proxy* [online]. 20.5.2018 [cit. 2018-07-05]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/mental-health/munchausen-by-proxy#1>

DANIELS.: *Sexual Abuse* [online]. 2016 [cit. 2018-07-09]. Dostupné z: <https://www.anxioustoddlers.com/signs-of-sexual-abuse/#.WycOiaczbDc>

DRYDEN-EDWARDSOVÁ, Roxanne. *EMedicinehealth: Munchausen Syndrome* [online]. [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: https://www.emedicinehealth.com/munchausen_syndrome/article_em.htm#what_is_munchausen_syndrome

FELDMAN. *Familydoctor* [online]. 2017 [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <https://familydoctor.org/condition/munchausen-syndrome-proxy/#prevention3>

FRIEDMAN. *WebMD* [online]. 2017 [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <https://www.verywellfamily.com/domestic-violence-in-child-custody-cases-2997623>

HANUŠOVÁ, Jaroslava.: *Násilí na dětech-syndrom CAN* [online]. 2006 [cit. 2018-07-03]. Dostupné z: <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1378735494.pdf>

HOFERKOVÁ, Stanislava a Linda ŠVRČINOVÁ. *Projekt FRVŠ č. 648/2009/G5: Syndrom CAN* [online]. [cit. 2018-07-15]. Dostupné z: http://www.ospod.cz/e_download.php?file=data/editor/16cs_2.pdf&original=Syndro

HOFMANOVÁ, PH.D., doc. JUDr. Helena. *Postavení orgánu sociálně-právní ochrany dětí jako opatrovníka ohroženého dítěte a jeho role v řízení ve věcech péče o dítě. Úloha soudů a orgánů veřejné moci v těchto řízeních.: MPSV* [online]. In: 2014 [cit. 2019-02-10].

HONZÁK. *PSYCHOLOGIE.CZ: Munchausen Syndrome* [online]. 2010. [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/baron-prasil-lekarske-peci/>

Journal of Psychological Abnormalities: The Thin Line between Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy [online]. [cit. 2018-06-9]. Dostupné z: <https://www.omicsonline.org/open-access/the-thin-line-between-munchausen-syndrome-and-munchausen-syndrome-by-proxy-2329-9525.1000115.php?aid=26451>

KANESHIRO. *MedlinePlus* [online]. 2018 [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/ency/article/001555.htm>

KidsHealth: Munchausen by proxy syndrome [online]. [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <https://kidshealth.org/en/parents/munchausen.html>

LABUSOVA, Eva. *O nevhodných přístupech v rodičovské výchově, psychickém násilí a jeho vlivu na vývoj dítěte* [online]. 2012 [cit. 2018-07-13]. Dostupné z: http://www.evalabusova.cz/clanky/nevhodne_formy.php

LABUSOVA, Eva a JEŽKOVÁ. *Šance Dětem: O nevhodných přístupech v rodičovské výchově, psychickém násilí a jeho vlivu na vývoj dítěte* Zdroj: <https://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/clanky/o-nevhodnych-pristupech-v-rodicovske-vychove-psychickem-nasili-a-jeho-vlivu-na-vyvoj-ditete-48.html> [online]. 2017 [cit. 2018-07-03]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/clanky/o-nevhodnych-pristupech-v-rodicovske-vychove-psychickem-nasili-a-jeho-vlivu-na-vyvoj-ditete-48.html>

LENANE, Ann M. *Science Direct: Physical Child Abuse* [online]. 2007 [cit. 2018-07-09]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/physical-child-abuse>

LYNESS, D'Arcy. *KidsHealth* [online]. 2015 [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <https://kidshealth.org/en/parents/munchausen.html>

MASOPUST, Jiří. [online]. 2004 [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <https://www.medicinapopraxi.cz/pdfs/med/2004/02/07.pdf>

MedicineNet.com: Munchausen Syndrome by Proxy [online]. [cit. 2018-06-5]. Dostupné z: https://www.medicinenet.com/munchausen_syndrome_by_proxy/article.htm#munchausen_syndrome_by_proxy_facts

MedlinePlus: Child abuse [online]. [cit. 2018-07-09]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/ency/article/001552.htm>

MPSV, ODBOR 21. *OSPOD: Informační portál pro orgány sociálně právní ochrany dětí* [online]. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <http://www.ospod.cz/informace/obecne/system-socialne-pravni-ochrany-deti-v-cr/>

MORIN. *Signs That a Child May Be Neglected* [online]. 2017 [cit. 2018-07-08]. Dostupné z: <https://www.verywellfamily.com/what-is-child-neglect-4151259>

MUSIL, Libor. [online]. In: 2007 [cit. 2019-02-10]. ISSN 1213-6204. Dostupné z: http://www.socialniprace.cz/soubory/1-2007_rolesocialnihopracovnika-120116134909.pdf

NĚMEČKOVÁ. *Rozvoj osobnosti: Syndrom barona Prášila* [online]. 2016 [cit. 2018-07-02]. Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/rozvoj-osobnosti/syndrom-barona-prasila-se-projevuje-predstiranim-zdravotnich-potizi-a-soustavnym-lhanim>

NSK: *Odborná veřejnost* [online]. [cit. 2018-07-19]. Dostupné z: <https://www.narodnikvalifikace.cz/Clanky/odborna-verejnost>

Pelikan: Akademický bulletin 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze [online]. 2000 [cit. 2018-06-9]. Dostupné z: <http://pelikan.lf2.cuni.cz/archiv8/cerv00/cerv00.htm#clan%20ek6>

PIETRANGELO, Ann. *Munchausen Syndrome by Proxy* [online]. 2016 [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/munchausen-syndrome-by-proxy>

Poruchy duševní a poruchy chování [online]. [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F60-F69.html>

Prace.cz: Encyklopedie profesí [online]. [cit. 2018-07-19]. Dostupné z: <https://www.prace.cz/encyklopedie-profesi/s/socialni-pracovnik/>

SKASKOVÁ. *Šance dětem: Syndrom CAN* [online]. 2017 [cit. 2018-07-09]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/rizikove-chovani-dospeloho-k-diteti/syndrom-can.shtml>

STIRLING.: *Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Treatment of Child Abuse in a Medical Setting* [online]. 2007. [cit. 2018-07-09]. Dostupné z: <http://pediatrics.aappublications.org/content/119/5/1026>

ŠIPLOVÁ, Markéta a MICHÁLKOVÁ Hana. *Cíle a způsoby činnosti zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc* [online]. 2015 [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: http://www.detskecentrumplzen.cz/wp-content/uploads/2016/03/Chmelnice_Standard_c_1.pdf

ŠUBTOVÁ. *Psychosom: BÁJIVÁ LHAVOST A MÜNCHAUSENŮV SYNDROM* [online]. 2017. [cit. 2018-07-09]. Dostupné z: <https://www.psychosom.cz/psychosom/vydani-3-2017/642-subrtova-bajiva-lhavost>

World Health Organization: Child maltreatment [online]. [cit. 2018-07-09]. Dostupné z: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

ZAM: *Podezření na syndrom CAN* [online]. 2018 [cit. 2018-07-02]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/podezreni-na-syndrom-can-435418>

[online]. [cit. 2018-07-5]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/mental-health/munchausen-by-proxy#1>

Zákony pro lidi. Zákon č. 401/2012 [online]. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-401#cast1>

Zákony pro lidi. Zákon č. 359/1999 [online]. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-401#cast1>

Přílohy

Příloha č. 1 – Tištěný dotazník

Dobrý den, jsem studentka Pražské vysoké školy psychosociálních studií, ke své diplomové práci provádím výzkum formou anonymních dotazníků o problematice Münchhausenův syndrom by proxy.

Tento dotazník je ANONYMNÍ, prosím, nepodepisujte se a vyplňujte modrou propisovací tužkou, aby byla zachována anonymita. Děkuji.

(Pokud potřebujete půjčit propisovací tužku modré barvy, je k dispozici u mne.)

Pokyny pro vyplnění: Zakroužkujte jednu odpověď, není-li uvedeno jinak, v případě opravy přeškrtněte křížkem původní zakroužkovanou odpověď a následně zakroužkujte odpověď novou.

1. Jsem:

- a. muž.
- b. žena.

2. Vykonávám práci sociálního pracovníka na OSPOD

- a. **ano.**
- b. ne.

3. Mé dosavadní pracovní zkušenosti na pozici sociálního pracovníka OSPOD jsou:

- a. Méně než 1 rok.
- b. Méně než 3 roky.
- c. Několik let (3-10 let)
- d. Dlouholeté zkušenosti (10 a více let)

4. Pokud slyším Münchhausenův syndrom:

- a. Víím, o čem se hovoří, uměl/a bych i vysvětlit, co to je Münchhausenův syndrom.
- b. Víím, o čem se hovoří, ale mám jen základní informace o této problematice.
- c. Přemýšlím, ale nejsem si jistý/á, zda víím, o čem se hovoří.
- d. Momentálně si k tomuto pojmu nic nevybavuji.

5. Pokud slyším, syndrom Barona Prášila:

- a. Víím, o čem se hovoří, uměl/a bych i vysvětlit, co to je syndrom Barona Prášila.
- b. Víím, o čem se hovoří, ale mám jen základní informace o této problematice.
- c. Přemýšlím, ale nejsem si jistý/á, zda víím, o čem se hovoří.
- d. Momentálně si k tomuto pojmu nic nevybavuji.

6. Münchhausenův syndrom by proxy:

- a. **Znamená v zastoupení, jde o projektování Münchhausenova syndromu například na dítě pomocí zástupce.**
- b. Münchhausenův syndrom se užívalo před přijetím pojmu Münchhausenův syndrom by proxy.
- c. Münchhausenův syndrom by proxy se neužívá, jde o vymyšlený pojem.
- d. Momentálně si k tomuto pojmu nic nevybavuji.

7. Při své práci jsem se s Münchhausenovým syndromem by proxy:

- a. Setkal/a a to (doplňte počet).
- b. Víím o kolezích, kteří se s Münchhausenovým syndromem by proxy setkali, já osobně ne.
- c. Nikdy jsem se s Münchhausenovým syndromem by proxy nesetkal/a
- d. Jiné, prosím, uveďte
.....

8. Münchhausenův syndrom by proxy nejspíše vystihuje:

- a. **Předstírání, nebo úmyslné vytváření fyzických či emocionálních symptomů, a to u jiné než vlastní osoby.**
- b. Předstírání fyzických symptomů.
- c. Časté návštěvy lékařů za účelem vyhýbání se práci.
- d. Nevím, nedokážu odhadnout.

9. Iničiátoři Münchhausenova syndromu by proxy mohou několika způsoby ovlivňovat příznaky nemocného dítěte, například (více správných odpovědí, zakroužkujte):

- a. **Lžou a zveličují příznaky.**
- b. **Způsobují dětem otravy, přidušení dítěte, hladovění.**
- c. **Zaměňují, nebo falšují testy - například kontaminují vzorek moči.**
- d. Nenavštěvují lékaře.

10. Münchhausenův syndrom by proxy, se řadí k zvláštním formám syndromu CAN, kvůli jeho důsledkům:

- a. **ANO**

- b. NE
- c. NEVÍM

11. Osoby s Münchhausenovým syndromem (více správných odpovědí, zakroužkujte):

- a. Simulují, tito lidé vyhledávají výhody a úlevy, chtějí důchod.
- b. **Chtějí být hlavním bodem pozornosti u všech zdravotníků.**
- c. **Jednotlivci si záměrně vyvolávají nebo zveličují příznaky, ty mohou spočívat na falešných příčinách.**
- d. Neradi navštěvují zdravotnická zařízení.

12. Varovnými příznaky Münchhausenova syndromu by proxy u dítěte může být z odpovědí hlavně:

- a. Poruchy chování.
- b. Úzkostné poruchy.
- c. Agresivita.
- d. **Časté nemoci, zranění i hospitalizace.**

13. Jak by mohl vypadat iniciátor Münchhausenova syndromu by proxy? (více správných odpovědí):

- a. Dotyčný chce všechna onemocnění dítěte vytěsnit ze své mysli.
- b. **Hovoří za dítě a zveličuje jeho příznaky.**
- c. **Snaží se vypadat příliš oddaně a obětavě, užívá si pozornosti, která se dítěti dostává.**
- d. Dotyčný nestojí o pomoc, nechce upoutat pozornost.

14. Kdo je dle Vás častěji iniciátorem Münchhausenova syndromu by proxy?

- a. **Matky.**
- b. Otcové.
- c. Starší sourozenci.
- d. Pěstouni.

15. Jakou funkci plní orgán sociálně-právní ochrany dětí v problematice Münchhausenův syndrom by proxy?

- a. Poskytuje terapeutickou podporu pro rodinu i dítě.
- b. Orgán sociálně-právní ochrany dětí s problematikou Münchhausenova syndromu by proxy nepracuje.
- c. **Zajišťuje ochranu dítěte.**

16. Potenciálními komplikacemi, pokud nedojde k včasné léčbě (více správných odpovědí):

- a. **Komplikace některých zranění.**
- b. **Ohrožení dítěte na životě až smrt.**

- c. Potenciální kriminalita dítěte.
- d. Žádné komplikace nenastanou.

17. Münchhausenův syndrom by proxy není příliš známý, uvítal/a byste více informací o této problematice?

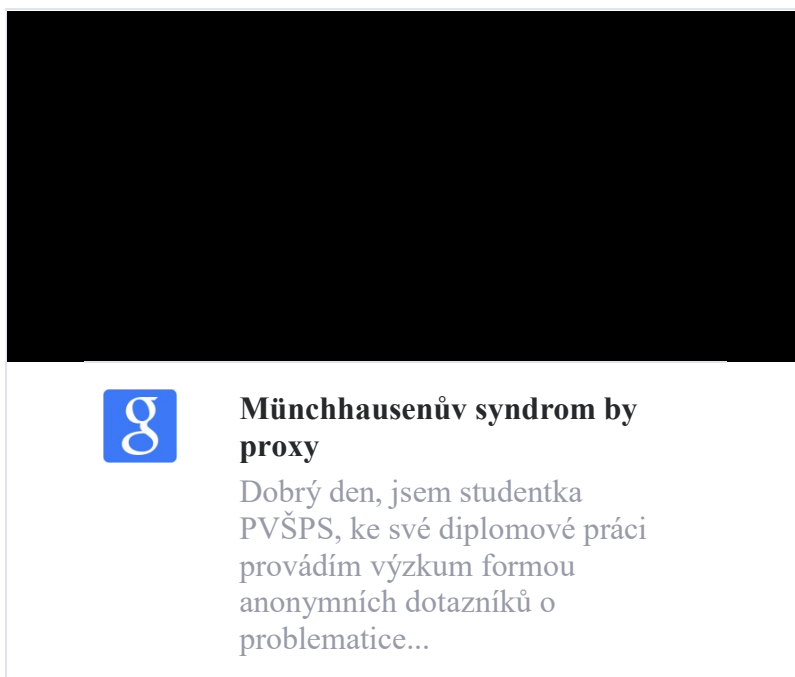
- a. Ano, zajímalo by mne více informací.
- b. Ne, domnívám se, že všechny potřebné informace o této problematice již vím.
- c. Ne, o problematice zatím nic nevím, ani nechci vědět.
- d. Jiná možnost

Děkuji za Váš čas ☺

Příloha č. 2 – Elektronický dotazník

Dobrý den paní XYX,

studuji Pražskou vysokou školu psychosociálních studií, ke své diplomové práci provádím kvantitativní výzkum formou anonymních dotazníků. Dotazník je na cca 5 minut, pouze zaškrťovací otázky. Moc bych Vás chtěla poprosit o jeho vyplnění. Zde: Münchhausenův



Mnohokrát Vám děkuji,
krásné letní dny,

Bc. Lucie Tourková

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Lucie Tourková

Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Informovanost sociálních pracovníků OSPOD Jihočeského kraje o Münchhausenově syndromu v zastoupení (by proxy)

Vedoucí práce: doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2019

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 4 484

Ostatní text: 110 919

Celkový počet znaků: 115 403

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD

Text práce ve formátu PDF: *Bc. Lucie Tourková - Diplomová práce*

Text práce ve formátu DOC nebo DOCX: *Bc. Lucie Tourková - Diplomová práce*

Další soubory:

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Lucie Tourková
Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
Název práce: Informovanost sociálních pracovníků OSPOD Jihočeského kraje o
Münchhausenově syndromu v zastoupení (by proxy)
Vedoucí práce: doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 78
Počet stránek příloh: str. 79 - 83
Počet titulů v seznamu literatury: 52

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

		2		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěla

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Mohl být Váš výzkum nějak/něčím zkreslen?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Předložená diplomová práce se skládá z části teoretické a z části praktické. V teoretické části práce autorka prezentuje informace, které se vztahují k tématu práce (informace jsou přílehlivé). Kladně hodnotím úvodní informace, prezentované na začátku jednotlivých kapitol, ve kterých autorka odůvodňuje, co a proč v následující kapitole prezentuje.

Drobnou připomínku mám ke stylu psaní, kdy text působí poněkud roztržštěně – autorka popisuje informace a čerpá z jednotlivých autorů, kdy citovaný text dělí do několika odstavců, které i graficky odděluje mezerou. Uvítal bych spíše souvislý text

V rámci praktické části práce autorka prezentuje výsledky z vlastního výzkumného šetření. Kladně hodnotím množství posbíraných informací - 56 dotazníků od pracovníků OSPODu, což je velmi dobrý výsledek (i s ohledem na vytíženost pracovníků).

Získané informace jsou prezentované prostřednictvím komentovaných grafů, prezentace dat je přehledná, stejně jako i popsaná metodiky pro vlastní sběr dat.

Studentka zjištěné informace i statisticky vyhodnocuje (str. 58 – 61), nicméně vhodné by bylo tyto informace a vzorce i slovně komentovat – co dané výsledky vlastně znamenají.


Bez těchto komentářů (na což byla autorka upozorněna i při konzultaci) nejsou pouze prezentované vzorce příliš užitečné, a spíše působí rušivě.

Práce obsahuje některé nepřesnosti a chyby, nicméně předložená práce splňuje požadavky kladené na tento typ prací, proto ji doporučuji k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis:


14.5.19

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: **Bc. Lucie Tourková**

Obor studia: **Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii**

Název práce: **Informovanost sociálních pracovníků OSPOD Jihočeského kraje o
Münchhausenově syndromu v zastoupení (by proxy)**

Oponent práce: PhDr. Hana Hejná

Technické parametry práce:

Počet znaků textu (bez příloh): 115 403

Počet stránek příloh: 5

Počet titulů v seznamu literatury: 46

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy,
stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace,
parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace,
cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu,
přívodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost,
iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké možnosti včasné diagnostiky Münchhausenova syndromu by proxy vidíte v praxi pracovníků OSPOD?

Celkové hodnocení práce:

Diplomová práce se zabývá velmi závažným tématem. Autorka velmi dobře ve své práci zpracovala obsah pojmu a historicko-teoretické podklady pro dnešní poznatky o tomto velmi těžce detekovatelném problému.

V teoretické části se autorka zabývá Münchhausenovým syndromem by proxy z mnoha hledisek, která lze považovat za ta hlavní. Autorka vystihla podstatu, rozsah i následky pro dítě, které se stalo obětí tohoto typu týrání.

Ve výzkumné části se autorka zabývá informovaností sociálních pracovníků OSPOD o tomto syndromu a zjišťuje, jaké informace pracovníci mají a zda se v problematice orientují. Výzkum realizovala s využitím kvantitativní metody – dotazníkového šetření a statistickým zpracováním získaných dat. Přestože výsledky šetření nepřinášejí nečekané výsledky, jsou průkazné o schopnosti autorky výzkumné šetření optimálně realizovat.

Hlavní přínos práce lze spatřit především v komplexním zpracování tématu, které je opravdu velmi nedostatečně zpracováno v běžně dostupné odborné literatuře. Autorka tudíž musela využít i dostupné zdroje zahraničních i českých autorů, především dostupných na internetu. Práce splňuje všechny důležité požadavky na práci tohoto typu. Diplomovou práci hodnotím jako výbornou.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**

Navrhovaná klasifikace: **v ý b o r n ě**

3.5.2019

PhDr. Hana Hejná