

Otyłość – choroba, a może zespół krzywdzonego dziecka?

Obesity – a disease, or maybe a battered child case?

¹Witold Kołtątaj, ¹Maria Klatka, ²Barbara Kołtątaj, ¹Iga Kapczuk, ¹Elżbieta Budzyńska

¹Klinika Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej z Pracownią Metaboliczną Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²Katedra i Zakład Epidemiologii i Metodologii Badań Klinicznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Słowa kluczowe

otyłość, błędy dietetyczne, dziecko zaniedbane, dziecko maltretowane, stan prawny

Key words

obesity, dietary mistakes, neglected child, abused child, legal status

Streszczenie

Otyłość, będąca zespołem polietiologicznym, w praktyce najczęściej jest następstwem zachwiania proporcji pomiędzy spożyciem a wydatkowaniem energii w wyniku nadmiernej konsumpcji pokarmów wysokoenergetycznych i zbyt niskiej aktywności fizycznej. Niewłaściwe żywienie i brak nadzoru nad prawidłową aktywnością fizyczną dziecka, prowadzące do otyłości, może być także rozumiane jako forma niewłaściwej opieki nad dzieckiem, a w szerszym znaczeniu – także zespołu dziecka maltretowanego/krzywdzonego. Celem pracy jest przedstawienie przykładów takiego właśnie podłoża otyłości u pacjentów kierowanych do opieki endokrynologicznej. W Polsce istnieje niewystarczająca świadomość dotycząca pojęcia „dziecko maltretowane/krzywdzone”. Tymczasem krzywdzenie dziecka to przestępstwo, które zagrożone jest sankcjami karnymi. W praktyce przypadki niewłaściwej opieki nad dzieckiem i zaniedbanie w zakresie prawidłowego żywienia rzadko bywają kojarzone przez lekarzy z postępowaniem godzącym w dobro dziecka i naruszającym porządek prawny w Polsce i krajach Unii Europejskiej.

Abstract

Obesity is a polyetiological syndrome, in practice it is most often a consequence of the disturbance of the proportion between consumption and energy expenditure resulting from excessive consumption of high energy foods and too low physical activity. Improper nutrition and lack of supervision over proper physical activity of a child leading to obesity can also be understood as a form of improper child care and therefore also as manifestation of child abuse. The aim of the work is to present examples of such causes of obesity in patients referred to endocrine care. There is insufficient awareness in Poland regarding the term “maltreated child” / “abused child”. Meanwhile, child abuse is regarded as a crime and is punishable by criminal penalties. In practice, cases of improper child care and child neglecting including improper feeding are rarely associated by doctors with circumstances being forbidden by Polish as well as European law.

Pediatr. Endocrinol. 2018.17.2.63.107-118.

© Copyright by PTEIDD 2018

Endokrynol. Ped. 2018.17.2.63.107-118.

© Copyright by PTEIDD 2018

Otyłość

Otyłość jest polietiologiczną przewlekłą chorobą cywilizacyjną. Szacunki Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) sugerują dramatyczny wzrost liczby otyłych na obszarze całej kuli ziemskiej i to nie tylko w krajach o ustabilizowanej, dobrej sytuacji gospodarczej. W roku 2016 szacowano, iż w skali globu 39% dorosłych w wieku ponad 18 lat (39% mężczyzn i 40% kobiet) miało nadwagę, 13% otyłość (11% mężczyzn i 15% kobiet). Liczba otyłych wzrosła trzykrotnie w okresie 1975–2016. Liczba przypadków nadwagi z otyłością (łącznie) osób w wieku 5–19 lat wzrosła z 4% w roku 1975 do ponad 18% w roku 2016 (18% płeć żeńska, 19% płeć męska) [1]. Dane te nie oddają skali dynamiki niekorzystnych zmian w krajach wysokocywilizowanych. W latach 2015–2016 w pięciu stanach USA odsetek osób otyłych przekroczył 35%, w 25 stanach 30% ludności. W stanie Colorado odsetek ten był najniższy wśród wszystkich stanów USA i wynosił 22,3%, ale i tak był 1,7 razy wyższy niż globalny wskaźnik otyłości [2].

Analiza udziału poszczególnych grup czynników sprawczych otyłości, przeprowadzona w roku 2016, sugeruje, iż w praktyce otyłość to następstwo zachwiania proporcji pomiędzy spożyciem a wydatkowaniem energii (na korzyść spożycia) w następstwie nadmiernego spożywania pokarmów wysokoenergetycznych lub zbyt niskiej aktywności fizycznej [1]. Właśnie tylko te przyczyny, statystycznie rzecz ujmując, mają decydujący wpływ na rozwój epidemii otyłości na świecie [3–7].

Inne czynniki, takie jak • genetyczne (jedno- i poligenowe wpływające na dojrzewanie, rozwój, stan metabolizmu tkanki tłuszczowej, regulację łaknienia i uczucia sytości) • pozagenetyczne czynniki biologiczne, wady rozwojowe i uszkodzenie podwzgórza i jąder brzuszno-przyśrodkowych podwzgórza • wpływ leków na regulację łaknienia i metabolizmu tkanki tłuszczowej (leki przeciwdepresyjne, przeciwłękowe, wiele neuroleptyków, lekiprzeciwpadaczkowe, kortykosteroidy, niektóre beta-adrenolityki i insulina) • schorzenia endokrynologiczne, stanowią, z punktu widzenia globalnej statystyki przypadków otyłości, margines wśród czynników sprawczych zachorowań [3, 8, 9]. Dla przykładu udział szeroko rozumianych czynników genetycznych w etiopatogenezie otyłości u dzieci jest niższy niż 5% [10]. Udział schorzeń endokrynologicznych w ogólnej puli otyłości jest też

niewielki, chociaż jeszcze do dziś spotkać można przekonanie głoszone w latach 30. ubiegłego wieku, iż to właśnie schorzenia endokrynologiczne (schorzenia tarczycy, przysadki i gonad) [11] są głównymi czynnikami sprawczymi, a rola czynników dietetycznych (przekarmiania) jest mało znacząca [11]. Podkreślić jednak należy, że mimo iż koncepcje z lat 30. straciły dziś na aktualności, a utożsamianie otyłości przede wszystkim z następstwami chorób układu wydzielania wewnętrznego jest błędne i szkodliwe (nieprzemysłane zakwalifikowanie otyłych jako pacjentów endokrynologicznych znacznie wydłuża kolejki do poradni endokrynologicznych i do nielicznych oddziałów endokrynologii dziecięcej), to w ogólnym przekonaniu (także lekarzy rodzinnych) właśnie endokrynolodzy mają za zadanie leczyć/diagnozować otyłość. Wynikać to ma między innymi z zaszeregowania otyłości w klasyfikacji ICD-10 (podstawa do rozliczania z płatnikiem w placówkach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) do grupy problemów medycznych kojarzonych z endokrynologią.

Codzienna praktyka wielu lekarzy rodzinnych sprowadza się do niemal automatycznego kierowania dzieci z nadwagą/otyłością właśnie do poradni endokrynologicznych. Jeżeli więc na lekarzy endokrynologów spada diagnozowanie problemu zdrowotnego, który statystycznie daleki jest od związków z endokrynologią, to warto poszerzyć ich wiedzę o kilka istotnych faktów związanych z etiopatogenezą otyłości – otyłość może być także rozumiana jako szeroko pojęty objaw zespołu dziecka maltretowanego.

Zespół dziecka maltretowanego/krzywdzonego

Historycznie rzecz ujmując, termin „dziecko maltretowane” wywodzi się z czasów, kiedy maltretowanie utożsamiano jedynie z przemocą fizyczną. Pierwsze wzmianki na temat znęcania się nad dziećmi, które opublikowano w literaturze medycznej, dotyczyły analizy urazów zadanych przez opiekunów, a zakończonych śmiercią dzieci (Ambrosse Tardieu 1860) [12]. Niemal do lat 60. XX wieku lekarze z dużą ostrożnością podchodzili do rozpoznawania następstw krzywdy poczynionej przez opiekunów. W terminologii medycznej obecne były określenia eufemistyczne, typu zespół Caffeya, zespół Silvermana, zespół Tardieu – sugerujące raczej chorobę o trudnym do wytłumaczenia podłożu, a nie następstwo znęcania się nad dzieckiem. Do dziś np. zespół Caffeya definiowany jest w dwójnasób: rzadka, uwarunkowana ge-

netycznie, samoograniczająca się zapalna choroba tkanki kostnej i łącznej, która może występować sporadycznie i rodzinnie [13], lub następstwa maltretowania fizycznego dzieci [14].

W literaturze światowej termin „dziecko maltretowane” (ang. *battered child*) po raz pierwszy pojawił się w latach 60. XX wieku, kiedy Kempe i Silverman wraz ze współautorami zamieścili szerszą analizę następstw znęcania się fizycznego opiekunów nad dziećmi [15]. W tym czasie w poszczególnych stanach USA zgłaszano do 440 przypadków maltretowania dzieci rocznie.

W momencie, kiedy pojęcie dziecka maltretowanego rozszerzono, traktując zaniedbania, przemoc psychiczną i wykorzystanie seksualne [16] jako formę przemocy wobec dziecka, statystyki wykazały szybki wzrost odsetka dzieci doświadczających krzywdy ze strony swoich najbliższych/opiekunów [17]. Adekwatnie do poszerzenia zakresu znaczeniowego terminu „maltretowanie”, określenie *battered child* (dziecko poturbowane, zmaltretowane fizycznie) zastąpiono terminem *child abused* [18] (dziecko maltretowane nie tylko fizycznie, dziecko wobec którego dopuszczono się złamania przysługujących mu praw).

W roku 1997 w bazie danych the *Child Protective Services (CPS)* w USA zarejestrowanych było 3 195 000 dzieci zaniedbanych lub tych, w stosunku do których opiekunowie dokonali różnego typu aktów przemocy [19]. Dane statystyczne z USA podają, iż w 2016 r. 1750 dzieci zmarło z powodu następstw przemocy fizycznej lub zaniedbań opiekuńczych, a liczbę nowych ofiar przemocy zgłoszonych do *Children's Advocacy Centers* szacowano na ponad 324 tys. [20].

W krajach europejskich problem ten wydawał się mniej bolesny. W roku 1994, jak szacował Hall, rocznie w Wielkiej Brytanii zgłaszanych było około 10 tys. przypadków maltretowania dzieci, w tym 200 zgonów wśród dzieci z powodu następstw fizycznej przemocy ze strony dorosłych [21]. Badanie z roku 2009 prowadzone w tymże kraju wykazało, iż 5,9% dzieci w wieku poniżej 11 lat doznało przynajmniej raz w życiu epizodu poważnego maltretowania, 18,6% młodych ludzi w wieku 11–17 lat spotkało się z „ciężkim maltretowaniem”, 25,3% młodych dorosłych w wieku od 18 do 24 lat wyznało, że w dzieciństwie zaznało „ciężkiego maltretowania” [22].

Dotychczas nie usystematyzowano nomenklatury związanej z tego typu łamaniem praw dziecka, dlatego trudno tu porównywać skalę zagrożenia w poszczególnych krajach. Wydaje się, że rosnąca

świadomość oraz lepsze i skuteczniejsze procedury związane ze zgłaszaniem nadużyć występują przede wszystkim w krajach o wysokiej stopie cywilizacyjnego rozwoju, stąd pochodzi najwięcej zgłoszeń; w krajach o mniejszej kulturze życia, bicie i zaniedbywanie dzieci jest zjawiskiem traktowanym jako „lokalny folklor” i niepisane prawo przysługujące rodzinie.

Problem ten jest także obecny w Polsce. Analiza danych literatury oraz treści przekazów medialnych wskazuje na to, że jest on znacznie niedoszacowany, a w opinii publicznej maltretowanie dzieci to wąski margines. Dobitnym przykładem tego, że maltretowanie dzieci zdarza się często, ale nie potrafimy go sobie dobrze uświadomić i dostrzec, jest wynik badania ankietowego opublikowanego w roku 2018 przez WHO. Wspomniane badanie objęło 1760 losowo wybranych studentów z pięciu specjalnie wybranych polskich uczelni i dotyczyło retrospekcji związanych z niekorzystnymi doświadczeniami z dzieciństwa, dotyczącymi doznanej kiedyś przemocy bądź zaniedbania w rodzinie. Wynik jest dla wielu szokujący, ale taka jest prawda. Wśród ankietowanych studentów 46% miało wspomnienia związane ze stosowaniem wobec nich przemocy fizycznej, 42% – znęcania emocjonalnego, 5% – wykorzystania seksualnego. Zaledwie 24% badanych nie miało żadnych negatywnych doświadczeń z dzieciństwa [23].

W Polsce zespół dziecka maltretowanego został zdefiniowany po raz pierwszy na sympozjum naukowym w roku 1981, zorganizowanym przez Sekcję Dziecięcej Chirurgii Urazowej Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych [24]. Dziś w Polsce pojęcie dziecka maltretowanego obejmuje szeroką gamę niewłaściwych zachowań mieszczących się w kategorii przemocy oraz innych działań na niekorzyść dziecka i obejmuje • maltretowanie fizyczne • krzywdzenia psychiczne (emocjonalne) • zaniedbanie • wykorzystanie seksualne, co znajduje odzwierciedlenie w stosowanych w polskiej literaturze naukowej synonimach dotyczących tego problemu: dziecko z urazami nieprzypadkowymi [25], dziecko krzywdzone [25], dziecko molestowane seksualnie, dziecko zaniedbane, dziecko bite, dziecko maltretowane czy dziecko wykorzystywane seksualnie.

Wspólną cechą wszystkich form maltretowania/wykorzystania jest działanie na niekorzyść dziecka, wbrew woli dziecka lub wykorzystujące jego braki doświadczenia życiowego, co prowadzi do niekorzystnych następstw w zakresie jego rozwoju

fizycznego lub / i psychicznego i czasami stwarzać może bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia.

W zasadzie każde uchybienie w jakości opieki nad dzieckiem (celowe lub nieświadome) może być rozumiane jako przejaw zespołu maltretowania. Tendencję do takiego pojmowania znaczenia słowa „maltretowanie” można dostrzec w praktyce związanej z funkcjonowaniem instytucji i urzędów zajmujących się ochroną dzieci w UE.

Otyłość jako wariant zespołu dziecka maltretowanego = zaniechanego

Analizując stronę znaczeniową terminu „dziecko maltretowane”, otyłość może być traktowana jako następstwo szeroko rozumianego maltretowania w następujących przypadkach • otyłość u dziecka zaniechanego – dziecko samo decyduje, co je, samo kupuje żywność • otyłość u dziecka zaniechanego, które ma do dyspozycji tylko ograniczony asortyment pokarmów • otyłość dziecka członka rodziny z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi (spełnia warunki zaniechania w zakresie nauki prawidłowego odżywiania się, niewłaściwe przykłady w domu rodzicielskim) • otyłość u dziecka, nad którym rodzice nie sprawują nadzoru, a opiekę scedowali na nieodpowiedzialnych/niewłaściwie uświadomionych dziadków (innych członków rodziny); dotyczy to także tak zwanych eurosierot • otyłość jako następstwo przemocy psychicznej i fizycznej – zmuszanie do jedzenia, karanie za niedojedzenie • otyłość u dziecka dręczonego fizycznie lub psychicznie (w domu, szkole), u którego spożywanie posiłków jest formą od reagowania i walki ze stresem.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie argumentów za tym, iż pojęcia dziecko otyłe i dziecko maltretowane w realnym życiu bywają niekiedy synonimami.

Materiał

Materiał stanowili pacjenci Kliniki Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej z Pracownią Metaboliczną Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Poradni Endokrynologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Lublinie oraz Poradni Endokrynologicznej Centrum Medycznego Chodźki 17 w Lublinie.

Metoda

Dane dotyczące pacjentów – ich warunków rodzinnych, wyżywienia i postaw żywieniowych – zbierano podczas wywiadu lekarskiego związanego z hospitalizacją lub udzielaniem pomocy poradnianej dziecku/nastolatki z otyłością. Należyne dobowe zapotrzebowanie kaloryczne wyliczono korzystając ze wzoru Harrisa i Benedicta oraz uwzględniając takie dane, jak wiek, płeć, aktywność ruchowa, wysokość ciała oraz masa ciała należna centylowi wysokości pacjenta.

Wyniki

Oto przykłady pacjentów spełniających kryteria otyłości lub znacznej nadwagi, którzy w swoich domach rodzinnych spotkali warunki niekorzystne dla prawidłowego rozwoju fizycznego. Dane z wywiadu przedstawiono w postaci opisu przypadków oraz tabeli podsumowującej najistotniejsze aspekty związane z nieprawidłową opieką nad dzieckiem.

a) Otyłość dziecka członka rodziny z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi; przymuszenie do jedzenia

Chłopiec S.S. l. 2 ⁴/₁₂ Wys. 93 cm, cc. 28,3 kg; BMI 34,4. Dziecko pochodzi z rodziny obciążonej nadwagą i otyłością, w której nieprawidłowe nawyki żywieniowe i mała aktywność ruchowa należą do standardu życia. W wieku 2³/₁₂ lat matka, zaniepokojona sylwetką i masą ciała dziecka, samodzielnie podjęła decyzję o rozpoczęciu diagnostyki przyczyn otyłości, zgłosiła się z dzieckiem do prywatnego centrum medycznego, skąd otrzymała skierowanie do Kliniki. Dokładny wywiad i obserwacja matki, która stale towarzyszyła dziecku, wskazywały, iż inicjatywa dotycząca karmienia dziecka S.S. wychodziła wyłącznie ze strony matki. Rzeczywista podaż kalorii 2,2-krotnie przekraczała wyliczone zapotrzebowanie. Matka karmiła i dokarmiła dziecko nawet podczas snu, a pacjent nigdy nie zgłaszał głodu. Swoje postępowanie matka tłumaczyła tym, iż dziecko było kiedyś wcześniakiem, miało niedobór masy ciała. Wtedy kazano jej karmić dziecko często, nawet przez sen, a później nikt nie zweryfikował jej postępowania. Lekarz rodzinny nie widział w nadwadze i otyłości problemu medycznego. Wykluczono endokrynologiczne przyczyny otyłości.

Nastolatka O.Ś. l. 11. Wys. 179 cm, cc. 119 kg; BMI 36,9. Nastolatka pochodzi z rodziny ze znaczną otyłością (BMI ojca 35,8, BMI matki 33,4). Otyłość od wczesnego dzieciństwa. W przeszłości i obecnie przymuszana do zjadania całości przygotowanych posiłków. Liczba posiłków głównych – 4. Liczba przekąsek 1–2. Posiłki bogatowęglowodanowe. Przekąski – owoce, jogurty. Kaloryczność stanowi minimum 110% zapotrzebowania. W przeszłości umiarkowany sport – siatkówka i basen. Obecnie aktywność ruchowa minimalna. Faktycznymi opiekunami są rodzice, aczkolwiek decydujący głos w sprawie wyżywienia ma matka. Rodzice są zdania, iż objętości i kaloryczność posiłków są prawidłowe. Życzyliby sobie, aby córka jadła więcej owoców, kasz, ryżu, warzyw i jogurtów. Pacjentka otrzymuje pieniądze na zakupy żywnościowe. Dotychczas tylko jedna próba redukcji masy ciała w wieku 9 lat (inicjatywa pacjentki, otyłość utrudniała jej udział w zajęciach sportowych) – bez powodzenia. Wykluczono endokrynologiczne przyczyny otyłości. Obecna insulinooporność prowadząca do zjawiska *adiposogigantismus*, będąca następstwem otyłości.

b) Otyłość u dziecka-eurosieroty, którego rodzic/rodzice faktycznie nie mają wpływu na żywienie, a opiekę scedowali na nieodpowiedzialnych/ niewłaściwie uświadomionych opiekunów

Nastolatek W.W. l. 13 $\frac{2}{12}$. Wys. 160 cm, cc. 89,0 kg; BMI 34,4. Chłopiec pochodzi z rodziny, w której ojciec przebywa za granicą (wyjechał w celach zarobkowych). Faktyczną opiekę nad dzieckiem sprawuje matka. Ma ona zbyt mało czasu na opiekę nad dzieckiem. Posiłki przygotowywane są w sposób zajmujący minimalny nakład czasu. Posiłki często bogate w węglowodany proste i dwucukry. Chłopiec spożywa 3 posiłki główne i 5 przekąsek. Przekąski – owoce, słodczy, soki owocowe i słodkie płyny (do 10 szklanek/dobę). Owoce codziennie, słodczy, słodkie przekąski do 6–7 razy dziennie. Matka przekonana jest, że pokarmy bogate w węglowodany są zdrowe (zwłaszcza owoce i soki owocowe), niezdrowe jej zdaniem są tylko pokarmy zawierające tłuszcze. Pacjent z objawami uzależnienia od jedzenia. To on sam ma decydujący głos w sprawie jakości, składu, wielkości posiłków i częstości spożywania pokarmów. Wykluczono endokrynologiczne przyczyny otyłości.

Dziewczynka G.P.l. 7 $\frac{10}{12}$. Wys. 140 cm, cc. 50 kg; BMI 25,5. Dziewczynka pochodzi z rodziny, w której ojciec przebywa za granicą (wyjechał

w celach zarobkowych) i praktycznie zerwał kontakty z rodziną. Matka pracuje, a faktyczną opiekę nad dzieckiem przez większość dnia sprawuje babcia BMI > 30. Matka – otyłość, przed rokiem BMI 40,4, obecnie 30,48. Matka aktywnie odchudza się. Otyłość u wszystkich członków rodziny ze strony matki. Ojciec – nadwaga (brak dokładnych danych). Dziecko spożywa 5 posiłków głównych i przynajmniej 5 przekąsek. Dziecko namawiane lub nawet zmuszane jest do spożywania posiłków (dba o to babcia), chociaż samo ma już cechy uzależnienia od słodczy (je, bo lubi, bo poprawia to nastrój, je, bo się nudzi; brak słodczy powoduje agresję). Próby nakłaniania babci do zmiany sposobu odżywiania dziecka, czynione przez odchudzającą się matkę, nie przynoszą rezultatu, gdyż zarówno babcia, jak i córka nie są skłonne do zmiany diety. Dziewczynka otrzymuje pieniądze, które spożytkowuje na zakupy żywnościowe. Matka referuje, iż widzi, że dziecku dzieje się krzywda, ale nie ma czasowych i finansowych możliwości zapewnienia innej opieki dziecku. Wykluczono endokrynologiczne przyczyny otyłości.

c) Otyłość/nadwaga jako efekt niewydolności wychowawczej i zmuszania do jedzenia

Nastolatek P.B. l. 12 $\frac{6}{12}$. Wys. 155 cm, c.c. 61kg; BMI 25,4. Pacjent pod opieką matki. Matka rozwiedziona, samotnie wychowująca chłopca. Matka decyduje o składzie diety. P.B. często ma własne zdanie na temat tego, co powinien jeść, niekiedy odmawia spożycia podanych pokarmów, mimo tego matka przymusza do jedzenia i zjadania „całych posiłków”. Posiłki bogate w cukry proste i dwucukry. Cechy uzależnienia od słodczy. Dużo owoców i soków owocowych. Nadwaga od 5 lat. Posiłki o zmiennych porach 4–5/db, przekąski między posiłkami 3–5/db. Matka nie widzi błędów żywieniowych, jej zdaniem syn jest żywiony prawidłowo. Wykluczono endokrynologiczne przyczyny otyłości.

Nastolatka S.G. l. 13 $\frac{4}{12}$. Wys. 157 cm, c.c. 72,2 kg; BMI 29,4. Pacjentka pod opieką obydwójga rodziców. Matka – otyłość, ojciec – nadwaga (BMI 25,9). Nastolatka sama decyduje o składzie diety. Otrzymuje pieniądze, za które kupuje soki owocowe i słodczy. Wykazuje cechy uzależnienia od węglowodanów prostych i dwucukrów. W przeszłości, pomimo nadwagi, matka przymuszała ją do jedzenia i zjadania „całych posiłków”. Posiłki bogate w cukry proste i dwucukry. Dużo owoców i soków owocowych. Posiłki o zmiennych porach,

obfite 2/db., przekąski między posiłkami 5/db. Matka nie widzi błędów żywieniowych, jej zdaniem skład diety córki jest prawidłowy, a wielkość posiłków zbyt mała, stąd czasami nakłania nastolatkę do tego, aby więcej jadła. Pacjentka sama podejmowała próby odchudzania – bez efektów. Na pytanie, dlaczego nie było efektów, odpowiedź rodzica: „nie wiem”. Wykluczono endokrynologiczne przyczyny otyłości.

Dyskusja

Przestawione przykłady niewątpliwie dają podstawy do zastanowienia na warunkami, w jakich wychowywane są dzieci/nastolatki. Wszyscy wymienieni pacjenci rozwijali się w okolicznościach niekorzystnych dla ich rozwoju fizycznego. Takie przykłady nie są odosobnione, a jednak rzadko się zdarza, aby interweniowali najbliżsi, sąsiedzi, czy nawet lekarze. W przypadku lekarzy rutyną jest pouczenie słowne, łagodna (a nawet bardzo łagodna) perswazja, by czymś nie urazić rozmówcy, i ewentualne (raczej rzadko podejmowane) nakłanianie do wizyty u dietetyka. Wynika to między innymi z tradycji i dużej autonomii rodziny w Polsce w zakresie wychowania dziecka.

Panuje dość powszechne przyzwolenie na to, aby to rodzice mieli wyłączne lub prawie wyłączne prawo do decydowania o zdrowiu dziecka i jeżeli nie wchodzi w rachubę tak zwany ciężki uszczerbek na zdrowiu, czy nie pojawia się bezpośrednie zagrożenia życia (ciężkie pobicie, urazy wewnętrzne, złamania), to raczej nikt nie interweniuje w imię właśnie złe pojętej zasady unikania interwencji w autonomię rodziny i przestrzegania zasad szeroko pojętej tolerancji. Nagłaśniane akcje propagujące tolerancję, w tym tolerancję zachowań, wyznania, poglądów, ale i wyglądu, stanowią właśnie istotną przeszkodę w pomocy dziecku otyłemu! Zwrócenie uwagi dziecku lub jego rodzicom może być potraktowane jako zanegowanie nieomyślności rodziców i brak akceptacji dla wyglądu dziecka, a w konsekwencji naruszenie prawa do godności osobistej.

Od roku 2014 w szkołach rozprowadzane są materiały dydaktyczne *Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej*, które mają pełnić rolę poradnika dla dyrektorów szkół, nauczycieli, pielęgniarek szkolnych i rodziców [26]. Treść broszury sprowadza się głównie do propagowania zajęć sportowych w szkole. Wśród materiałów dydaktycznych dla nauczycieli jest także broszura

Jak pracować z otyłym uczniem, by ćwiczenia dodawały mu skrzydeł? [27]. Treść poradnika zawiera m.in. sugestie, by starać się pomagać dziecku otyłemu. Poradnik sugeruje unikanie słów: „waga, otyłość, nadwaga, tuczące, kaloryczne jedzenie, niskokaloryczne produkty, złe nawyki”.

W roku 2014 Rzecznik Praw Obywatelskich powołał do życia organizację pozarządową: Fundację Osób Chorych na Otyłość OD-WAGA, która wspiera jego działania w walce z „dyskryminacją osób otyłych”. Fundacja m.in. gromadzi dane na temat *weightismu*, czyli dyskryminacji chorych na otyłość w Polsce. *Weightism* (termin angielski używany w języku polskim niemający jeszcze polskiego odpowiednika) – to formy dyskryminacji chorych na otyłość [28], wśród których wymienia się • bariery technologiczne, architektoniczne • fizyczne – potrącanie, bicie, poszturchiwanie • prawne – pomijanie tej grupy ludzi w pracach ustawodawczych • psychiczne – „zastraszanie, manipulowanie ich poczuciem winy, uzależnienie od bliskich, poniżanie, tworzenie sytuacji upokarzających i szykanujących” • werbalne – używanie przezwisk, obelg, nazw ośmieszających i upokarzających • społeczne (wykluczenie) • wzrokowe – patrzenie na nich „wzrokiem pełnym odrazy i obrzydzenia”. Jeżeli więc nie nauczyciel, nie sąsiad, nie szkoła, nie rodzice, nie rząd (próby interwencji rządu w asortyment artykułów spożywczych oferowanych w sklepikach szkolnych zakończyły się spektakularną porażką poprzedzoną olbrzymią falą hejtu w Internecie), to kto ma walczyć z otyłością? Lekarz rodzinny, instytucje pozarządowe, lekarz specjalista?

Jak pokazuje życie, inicjatywa lekarza w zakresie pomocy dziecku z otyłością może spotkać się ze sprzeciwem zainteresowanych. Internet daje wiele przykładów na to, iż otyłość bywa tematem zbyt drażliwym dla pacjenta, na tyle drażliwym, iż nie życzy on sobie uwag lekarza.

W roku 2018 w Wielkiej Brytanii skrytykowane zostało Centrum Badań nad Rakiem, które na ulicznych billboardach ostrzegało, iż otyłość zwiększa ryzyko rozwoju niektórych nowotworów. Inicjatywa została uznana za niegodną, „bo naśmiewa się z otyłości” i narusza godność osób otyłych. W efekcie został wystosowany apel o bojkot tego centrum i odebranie mu dotacji [29].

A więc kto ma pomóc otyłym? Pozostaje faktycznie endokrynolog i czekanie na inicjatywę pacjentów świadomych swojego problemu, tych którzy chcą się leczyć i mają na to przyzwolenie swoich opiekunów.

Tabela I. Porównanie najistotniejszych danych dotyczących prezentowanych pacjentów
Table I. Comparison of the most important data regarding the presented patients

| Pacjent | S.S. | O.Ś. | W.W. | G.P | P.B. | S.G |
|---|--------------------------------|----------------|---|--|---------------------------------|---------------------------------|
| Wiek [lata] | 2 ⁴ / ₁₂ | 11 | 13 ² / ₁₂ | 7 ¹⁰ / ₁₂ | 12 ⁶ / ₁₂ | 13 ⁴ / ₁₂ |
| Płeć | M | K | M | K | M | K |
| BMI (centyl) | 34,4 (>97) | 36,9 (>97) | 34,4 (>97) | 25,5 (>97) | 25,4 (90–97) | 29,4 (>97) |
| Podaż kalorii (%normy) | 220% | 110% | 125% | 130–150% | 130–140% | 130% |
| Zmuszanie do jedzenia w przeszłości lub aktualnie | TAK | TAK | NIE | TAK | TAK | TAK |
| Błędy dietetyczne w rodzinie | TAK | TAK | TAK | TAK | TAK | TAK |
| Faktyczni Opiekunowie | Rodzice | Rodzice | Matka | Babcia | Matka | Rodzice |
| Otyłość lub nadwaga u faktycznych opiekunów | TAK | TAK | TAK | TAK | NIE | TAK |
| Otyłość w rodzinie opiekunów | TAK | TAK | TAK | TAK | NIE | TAK |
| Kto decyduje o składzie posiłków | Rodzice | Matka | Matka, chłopiec | Babcia | Matka, nastolatek | Nastolatka |
| Pieniądze na samodzielny zakup jedzenie | NIE | NIE | TAK | TAK | TAK | TAK |
| Pokarmy z wysoką zawartością węglowodanów prostych i dwucukrów codziennie | TAK | TAK | TAK | TAK | TAK | TAK |
| Cechy uzależnienia od cukrów prostych i dwucukrów | NIE | TAK | TAK | TAK | TAK | TAK |
| Jak rodzic/rodzice ocenia/ją żywienie dziecka | Bez zastrzeżeń | Bez zastrzeżeń | Niewłaściwe | Niewłaściwe | Bez zastrzeżeń | Skład prawidłowy |
| Na czym, zdaniem rodziców, polega niewłaściwość stosowanej diety? | | | Zbyt duże porcje, za dużo pokarmów mącznych i słodczy | Zbyt duże porcje, zbyt dużo pokarmów wysokokalorycznych, zbyt wiele posiłków | | wielkość posiłków za mała |

| | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------------|---|---|
| Aktywność fizyczna | Mała | Mała | Mała | Mała | Mała | Średnia |
| Obiektywna ocena przyczyn złego żywienia | Postawa matki | Nawyki żywieniowe w domu | Matka niewydolna wychowawczo | Wina babci | Uzależnienie od cukrów prostych i dwucukrów | Scedowanie nadzoru odżywiania na nastolatkę |
| Czy lekarz rodzinny rozpoznał otyłość i zaproponował diagnostykę/leczenie? | NIE | NIE | NIE | TAK, od 5 r.ż. | NIE | NIE |
| Dlaczego dziecko jest otyłe – opinia rodzica/rodziców | Nie wiem, pewnie choroba | Choroba | Niewłaściwe żywienie | Niewłaściwe żywienie | Choroba | Choroba |
| Stwierdzono endokrynologiczne przyczyny otyłości | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |

Opisane w niniejszej pracy przypadki to pacjenci, którzy w odpowiednim czasie nie mogli znaleźć pomocy w postaci odpowiedniej porady dotyczącej prawidłowego żywienia, a ich opiekunowie nie zrozumieli istoty problemu ich podopiecznych. Przez lata lekarze rodzinni biernie obserwowali rozwój otyłości/nadwagi. Nie interweniowali być może z obawy przed reakcją rodziców, przed posądzeniem o ingerencję w wewnętrzne sprawy rodziny, a być może nie czynili tego z innych przyczyn – np. niedoceniania problemu, jakim jest nadwaga, braku umiejętności prawidłowej oceny rozwoju dziecka (siatki centylowe w książeczkach dziecięcych pozostały niewypełnione), nierzetelnego prowadzenia badań bilansowych?

O ile brak reakcji lekarzy POZ, wynikający z obaw przez agresją/niezrozumieniem ze strony rodziców, daje się psychologicznie uzasadnić, to pozostaje inny aspekt sprawy. Jest on jeszcze mało popularny, ale stopniowo nabierający znaczenia i rozgłosu medialnego.

Otyłość u dziecka w akceptowanym dziś szerokim kontekście prawnym może być też traktowana jako efekt nieprawidłowej opieki, a więc maltretowania/krzywdzenia.

Jeżeli tak będzie się rozumieć termin otyłość, to brak reakcji lekarza jest już co najmniej wykroczeniem, o czym dalej.

Maltretowanie dzieci – stan prawny w Polsce

W 1991 r. Polska ratyfikowała uchwaloną w 1989 r. Konwencję Praw Dziecka ONZ [30], która zawiera artykuły poświęcone przeciwdziałaniu

przemocy wobec dzieci. W Konwencji znajdują się między innymi postanowienia wyszczególnione w art. 19 i art. 34, które dotyczą chronienia dzieci przed wszelkimi formami przemocy domowej i instytucjonalnej oraz podejmowania działań prewencyjnych i leczniczych w tym zakresie. Polska jest członkiem Unii Europejskiej od 1 maja 2004 r. na mocy Traktatu akcesyjnego podpisanego 16 kwietnia 2003 r. w Atenach. Od roku 2004 wiele uregulowań prawnych w Polsce zostało dostosowanych do prawa unijnego.

Dotychczas brak jest ujednoczonego prawa unijnego, które regulowałoby definicję i zasady postępowania w razie zaistnienia naruszenia istotnych praw dziecka. Dziś ocena stanu faktycznego w kontekście podejmowania działań zaradczych i naprawczych, w tym penalizacji, pozostaje w rękach lokalnych wymiarów sprawiedliwości i obowiązujących lokalnie regulacji prawnych. Stąd duże różnice w podejściu do tematu w poszczególnych krajach, niekiedy prowadzące do bulwersujących ingerencji w życie rodziny (przykład funkcjonowania *Jugendamtów* w Niemczech czy decyzji *Barnevernet'u* czyli Norweskiego Urzędu Ochrony Praw Dziecka).

W roku 2006 wydano Komunikat Komisji Europejskiej *W kierunku strategii UE na rzecz praw dziecka* [31], zapowiadający opracowanie kompleksowej strategii związanej z propagowaniem i ochroną praw dziecka. W treści Komunikatu podkreślono: „Szczególnym priorytetem powinna być skuteczna ochrona praw dzieci, zarówno w odniesieniu do ekonomicznego wycisku, jak i wszyst-

kich form wykorzystywania, a Unia powinna służyć za przykład dla reszty świata”. Komunikat ten jednak dotąd nie pociąga za sobą ujednoczenia prawa i zmian w prawie polskim.

Stan prawny w Polsce określa Konstytucja obowiązująca w Polsce od roku 1997. Odniesienia do wychowania, bezpieczeństwa i podmiotowości dzieci oraz młodzieży znajdują się w artykułach 18, 40, 48, 72 ustawy zasadniczej [32]. Zapisy konstytucyjne są doprecyzowane w ustawach szczegółowych, w tym w regulacjach zebranych w ramach Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego, Kodeksu Cywilnego, Kodeksu Postępowania Cywilnego, Kodeksu Pracy (dotyczy m.in. pracy młodocianych) i Kodeksu Karnego.

Otyłość jako forma maltretowania a praktyka sądowicza

W odróżnieniu od tego, co dzieje się w krajach UE, dotychczas otyłość nie stanowi jeszcze w Polsce powszechnie stosowanego argumentu podważającego prawa/kompetencje rodziców do sprawowania opieki nad dzieckiem. Niemniej był już precedens polegający na próbie odebrania prawa do opieki na dzieckiem otyłym, przysługującego dotychczasowym opiekunom. Z takiego prawa części korzystają sądy, a nawet pracownicy socjalni działający bez nakazu sądowego, w Niemczech, Holandii, Wielkiej Brytanii, Australii i USA, gdzie przypadki odbierania otyłych dzieci opiekunom liczy się w dziesiątkach rocznie. W samym tylko mieście Manchester (GB) w roku 2017 odebrano rodzicom [33] 9 otyłych dzieci „niewydolnym wychowawczo”.

Przyjmując, iż otyłość może być następstwem stwarzania dziecku warunków życia drastycznie zakłócających jego rozwój (niewłaściwa dieta i/lub brak należytych starań rodzica zmierzających do zdiagnozowania i leczenia przyczyn problemu zdrowotnego i rażące zaniedbywanie obowiązków), należy wnioskować, iż właśnie otyłość może być wystarczającym powodem odebrania dziecka/nastolatka (w definicji prawa dotyczącego przemocy w rodzinie dziecko to osoba do 18 roku życia [34]) rodzicom/opiekunom. Zarzut wobec opiekunów może być formułowany jako czyn zabroniony wyszczególniony w Artykule 207 kodeksu karnego [35]. Paragraf 1 tego artykułu dopuszcza interpretację, iż przestępstwo znęcania może polegać na zaniechaniu (zaniedbanie właściwego żywienia i lub opieki lekarskiej).

Należy pamiętać, że w Polsce istnieje obowiązek prawny zgłaszania takich przypadków do sądu

opiekuńczego, prokuratury lub Policji – co reguluje treść art. 304 KPK (Kodeks Postępowania Karnego) § 1: „Każdy, dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub Policję [...]” oraz Art. 572 § 1 KPC (Kodeks Postępowania Cywilnego) [36], który mówi, że „każdy, komu znane jest zdarzenie uzasadniające wszczęcie postępowania z urzędu, zobowiązany jest zawiadomić o nim sąd opiekuńczy”. Nawet gdy nie ma pewności, że sytuacja rodzinna sprzyja faktycznemu maltretowaniu (krzywda czyniona „nie przez przypadek”), sugerowane jest składanie do sądu opiekuńczego wniosku o wgląd w sytuację rodzinną małoletniego.

W opublikowanej w 2010 r. nowelizacji Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie w artykule 12a znalazł się zapis wprowadzający możliwość odebrania dziecka z domu przez pracownika socjalnego „wykonującego obowiązki służbowe” (bez uprzedniego nakazu sądowego), gdy stwierdzono zagrożenie życia lub zdrowia dziecka [37].

A więc zmiany w obowiązującym w Polsce prawie idą w kierunku zaostrzenia sankcji wobec opiekunów dzieci otyłych, ale nie wychodzą naprzeciw osobom (nauczyciel, wychowawca, lekarz), które chciałyby pomóc dziecku poprzez uświadomienie problemu, nakłanianie do zmiany trybu życia i modyfikacji schematu odżywiania.

Wnioski

Otyłość jest zespołem polietiologicznym, który może mieć swoje podłoże w niewłaściwie sprawowanej opiece nad dzieckiem.

Niewłaściwa opieka nad dzieckiem, prowadząca do uszczerbku na zdrowiu, w tym do nadwagi lub otyłości, może być traktowana jako wykroczenie wobec prawa zakazującego maltretowania dzieci.

W naszym kraju maltretowanie dzieci jest zagrożone sankcjami opisanymi w artykułach Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego, Kodeksu Postępowania Cywilnego, Kodeksu Pracy (dotyczy m.in. młodocianych) i Kodeksu Karnego.

W Polsce istnieje niewystarczająca świadomość praw dziecka i obowiązków opiekunów, stąd niektóre działania o charakterze szeroko pojmowanego maltretowania dzieci umykają uwagi lekarzy.

- WHO. Obesity and overweight. Fact sheet. Reviewed February 2018. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> [Dostęp 30 kwietnia 2018].
- Adult Obesity in the United States, August 2017. <https://stateofobesity.org/rates/> [Dostęp 30 kwietnia 2018].
- Sahoo K., Sahoo B., Choudhury A.K. et al.: Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2015;4(2), 187-192.
- Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3-5 June 1997: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63854> [Dostęp 30 kwietnia 2018].
- Bhave S., Bavdekar A., Otiv M.: IAP National Task Force for Childhood, Prevention of Adult Diseases: Childhood Obesity. *Indian Pediatr.*, 2004;41, 559-575.
- Flodmark C.E., Lissau I., Moreno L.A. et al.: New insights into the field of children and adolescents' obesity: The European perspective. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.*, 2004;28, 1189-1196.
- Hurt R.T., Kulisek C., Buchanan L.A. et al.: Challenges, Health Initiatives, and Implications for Gastroenterologists. *Gastroenterology & Hepatology*, 2010;6(12), 780-792.
- Mitchell N., Catenacci V., Wyatt H.R. et al.: Obesity: Overview of an Epidemic. *The Psychiatric Clinics of North America*, 2011;34(4), 717-732.
- Kaur H., Hyder M.L., Poston W.: Childhood overweight: an expanding problem. *Treat Endocrinol.*, 2003;2(6), 375-388.
- Anderson P.M., Butcher K.E.: Childhood obesity: Trends and potential causes. *Future Child*, 2006;16, 19-45.
- Murray M.D., Gordon B.: Endocrine obesity in children: Clinical and laboratory studies and results of treatment. *The Journal of Pediatrics*, 1937;10(2), 204-220.
- Tardieu A.: Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. *Ann. Hyg. Publ. Méd. Lég.*, 1860;13, 361-398.
- Marshall G.S., Edwards K.M., Wadlington W.B.: Sporadic Congenital Caffey's Disease. *Clinical Pediatrics*, 1987;26(4), 177-180.
- Caffey J.: The parent-infant traumatic stress syndrome; (Caffey-Kempe syndrome), (battered babe syndrome). *Am. J. Roentgenol. Radium Ther. Nucl. Med.*, 1972;114(2), 218-229.
- Kempe Ch., Silverman F., Steele Bf. et al.: The battered-child syndrome. *JAMA*, 1962; 181, 17-24.
- Morris I., Scott I., Mortimer M. et al.: Physical and sexual abuse of children in the West Midlands. *Child Abuse & Neglect.*, 1997;21(3), 285-293.
- Richman H.A.: From a radiologist's judgement to public policy on child abuse and neglect: what have we wrought? *Pediatr. Radiol.*, 2000;30, 219-228.
- Warner-Rogers J.E., Hansen D.J., Hecht D.B.: Child Physical Abuse and Neglect. Faculty Publications, University of Nebraska – Lincoln Department of Psychology, Nebraska 1999.
- Wang C.T., Daro D.: Current trends in child abuse reporting and fatalities: The results of the 1997 annual fifty state survey. Center on Child Abuse Prevention Research, National Committee to Prevent Child Abuse, 1997.
- National Statistics on Child Abuse. U.S. Administration for Children & Families, Child Maltreatment 2016. <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm2016.pdf> [Dostęp 30 kwietnia 2018].
- Hall C.: Non – accidental injury. W: H. Carty, F. Brunelle, D. Shaw, B. Kendall, (red.) *Imaging children*. Churchill Livingstone. Edinburgh, London 1994;1188-1202.
- Radford L., Corral C., Bradley C. et al.: Child abuse and neglect in the UK today. National Society for the Prevention of Cruelty to Children, London 2011.
- Makaruk K., Włodarczyk J., Sethi D. et al.: Survey of adverse childhood experiences and associated health-harming behaviours among polish students. World Health Organization Regional Office for Europe UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.
- Oleszczuk-Raszke K., Unieska W.: Obraz rentgenowski zmian kostnych w zespole dziecka maltretowanego. *Materiały X Jednodniówki Sekcji Urazowej Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych, PZWL*, Warszawa, 1981, 52.
- Marciński A.: Dziecko maltretowane – urazy nieprzypadkowe. *Zakład Radiologii Pediatrycznej Akademii Medycznej w Warszawie*, Warszawa 2005. <http://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/download/208/153> [Dostęp 30 kwietnia 2018].
- Oblacińska A. (red.): *Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej. Ośrodek Rozwoju Edukacji*, Warszawa 2013.
- Jak pracować z otyłym uczniem, by ćwiczenia dodawały mu skrzydeł? *Poradnik dla nauczycielek i nauczycieli Wf z klasą. Odcinek 9.* https://www.szkolazklasa.org.pl/wp-content/uploads/2016/12/jak_pracowac_z_otylym_uczniem_do_publicacji.pdf [Dostęp 30 kwietnia 2018].
- Gajda M.: *Weightism, czyli nienawidzę cię, bo jesteś gruby. Poradnik Zdrowie.pl* http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/otylosc/weightism-czyli-nienawidze-cie-bo-jestes-gruby_45660.html http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/otylosc/weightism-czyli-nienawidze-cie-bo-jestes-gruby_45660.html [Dostęp 30 kwietnia 2018].
- Mills J.: *Sofie Hagen accuses Cancer Research UK of 'fatshaming' obese people.* *METRO* 1 Mar 2018 3:36 pm. <http://metro.co.uk/2018/03/01/cancer-research-uk-accused-fatshaming-obesity-poster-7353080/> [Dostęp 30 kwietnia 2018].
- ONZ. Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. *Dz.U.* 1991 nr 120 poz. 526.
- Komunikat Komisji w kierunku strategii UE na rzecz praw dziecka {SEC(2006) 888} {SEC(2006) 889}/* COM/2006/0367 końcowy */ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX%3A52006DC0367> [Dostęp 30 kwietnia 2018].
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r. *Dz.U.* 1997 nr 78 poz. 483.
- McDermott N. [Ed.]: *Obese Kid In Care. Fat child taken into care by after their parents let them eat too much* Social workers stepped in over fears for the safety of the obese youngster in Manchester. *The Sun*. 10th December 2017. <https://www.thesun.co.uk/news/5109067/fat-child-taken-into-care-by-after-their-parents-let-them-eat-too-much/> [Dostęp 30 kwietnia 2018].
- Podlewska J.: *Uwaga dziecko! Realizacja procedury „Niebieskie Karty” w sytuacji przemocy w rodzinie wo-*

- bec dziecka. Poradnik dla członków zespołów interdyscyplinarnych i grup roboczych. Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa 2013.
35. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 16 września 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Kodeks postępowania karnego. Dz.U.2016 poz. 1749.
36. Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego. Dz.U. 1964 nr 43 poz. 296.
37. Ustawazdnia10czerwca2010r.ozmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. 2010 Nr 125, poz. 842.