

Przemoc w środkach masowego przekazu

Rada ds. Środków
Masowego Przekazu
i Mediów

American
Academy of
Pediatrics



Zasady organizacji opieki
zdrowotnej oraz poprawy
stanu zdrowia dzieci

Streszczenie

Narażenie dzieci i młodzieży na oglądanie scen przemocy w środkach masowego przekazu, w tym w telewizji, kinie, muzyce oraz grach wideo, stanowi znaczne zagrożenie dla ich zdrowia. Dane pochodzące z szeroko zakrojonych badań naukowych wskazują, że przemoc w środkach masowego przekazu może przyczynić się do występowania zachowań agresywnych, koszmarów sennych, lęku przed byciem skrzywdzonym oraz znieczulicy w odniesieniu do incydentów przemocy. Pediatrzy powinni określać zakres kontaktu swoich pacjentów ze środkami masowego przekazu i interweniować w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia spowodowanego ich wpływem. Pediatrzy oraz inni pracownicy ochrony zdrowia sprawujący opiekę nad dziećmi powinni opowiadać się za bezpiecznym otoczeniem medialnym dzieci przez zachęcanie do poznawania zagadnień związanych ze środkami masowego przekazu, bardziej przemyślane i aktywne korzystanie z nich przez dzieci oraz rodziców, bardziej odpowiedzialne przedstawianie przemocy przez producentów medialnych oraz użyteczniejszą i skuteczniejszą kategoryzację wiekową w środkach masowego przekazu. Wykazano też skuteczność poradnictwa prowadzonego w gabinetach lekarskich.

Wprowadzenie

Wprawdzie strzelaniny, do jakich dochodzi w szkołach na całym świecie, zmuszają od czasu do czasu polityków i społeczeństwo do zwrócenia uwagi na skutki przemocy obecnej w środkach masowego przekazu, środowisko lekarskie jest zaniepokojone tym problemem już od lat 50. XX wieku.¹⁻³ Obecnie dostępne dowody są jasne i przekonujące: przemoc w środkach masowego przekazu jest pierwszym z czynników przyczynowych występowania przemocy i agresji w realnym życiu. Z tego powodu pediatrzy oraz rodzice muszą podjąć odpowiednie działania.⁴

Słowa kluczowe:

przemoc w środkach masowego przekazu

Skróty

AAP – American Academy of Pediatrics

Niniejszy dokument jest chroniony prawem autorskim i stanowi własność American Academy of Pediatrics i jej Rady Naczelnej. Wszyscy autorzy przedstawili American Academy of Pediatrics oświadczenia w sprawie konfliktu interesów. Wszelkie przypadki konfliktu interesów zostały rozwiązane za zgodą Rady Naczelnej AAP. American Academy of Pediatrics nie zwracała się ani nie wyrażała zgody na jakikolwiek udział podmiotów komercyjnych w tworzeniu treści niniejszej publikacji.

Wszystkie zalecenia American Academy of Pediatrics tracą ważność automatycznie po upływie 5 lat od publikacji, o ile nie zostaną ponownie potwierdzone, zweryfikowane lub wycofane w tym czasie lub przed jego upływem.

W 1972 roku minister zdrowia Stanów Zjednoczonych wydał specjalny raport na temat skutków przemocy występującej w środkach masowego przekazu dla zdrowia publicznego, który oparto na stale rosnącym i prawie jednorodnym w swej treści materiale dowodowym.⁵ Dziesięć lat później National Institute of Mental Health opublikował kompleksowy przegląd wyników badań poświęconych przemocy w środkach masowego przekazu i jej skutkom, w którym zaakcentowano obawy dotyczące zdrowia psychicznego dzieci.⁶ Na szczycie poświęconym zdrowiu publicznemu, zorganizowanym przez amerykański Kongres w lipcu 2000 roku, American Academy of Pediatrics wspólnie z American Medical Association, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry oraz American Psychological Association wydały bezprecedensowe wspólne stanowisko na temat wpływu przemocy obecnej w programach rozrywkowych na dzieci.⁷ Również w 2000 roku Federal Bureau of Investigation (FBI) opublikowało raport na temat strzelanin w szkołach, w którym podano, że przemoc w środkach masowego przekazu jest czynnikiem ryzyka tego typu zdarzeń.⁸ W 2003 roku panel ekspertów zajmujących się przemocą w środkach masowego przekazu, zgromadzonych przez National Institute of Mental Health na prośbę ministra zdrowia Stanów Zjednoczonych, wydał obszerny raport na temat wpływu przemocy występującej w środkach masowego przekazu na młodzież, w którym ujawniono, że jest to istotny czynnik przyczynowy agresji oraz przemocy.⁹ W 2007 roku Federal Communications Commission (FCC) wydała raport na temat programów telewizyjnych zawierających sceny przemocy oraz ich wpływu na dzieci i przyznała rację ministrowi zdrowia Stanów Zjednoczonych, że istnieją mocne dowody potwierdzające, iż narażenie na przemoc w środkach masowego przekazu może nasilać zachowania agresywne u dzieci.¹⁰ Doniosłość uzyskanych dowodów naukowych była przekonująca dla pediatrów, przy czym w jednym badaniu ponad 98% lekarzy tej specjalności wyraziło osobiste przekonanie, że przemoc spotykana w środkach masowego przekazu wpływa na stopień agresji u dzieci.¹¹ Przemysł rozrywkowy, amerykańska opinia publiczna, politycy oraz rodzice nie chcieli jednak zaakceptować tych spostrzeżeń i podjąć stosownych działań.⁴ Dyskusja powinna się zatem zakończyć.^{9,12}

Ekspozycja

Dzieci amerykańskie w wieku 8-18 lat codziennie średnio przez 6 godzin i 21 minut korzystają z różnych środków masowej rozrywki (telewizja, komercyjne lub kręcone samodzielnie filmy wideo, filmy kinowe, gry wideo [w Stanach Zjednoczonych termin ten obejmuje także gry komputerowe i konsolowe – przyp. tłum.], grafika, radio, nagrania muzyczne, komputery oraz Internet).¹³ Dzieci w wieku 0-6 lat spędzają codziennie średnio prawie 2 godziny, korzystając z ekranowych środków masowego przekazu (telewizja, filmy, komputer).^{14,15} Często również w sypialniach dziecięcych znajdują się telewizory. Dotyczy to 19% niemowląt,

29% dzieci w wieku 2-3 lat, 43% 4-6-latków oraz 68% dzieci w wieku powyżej 8 lat.^{13,15,16} Skutki wyposażenia w telewizor dziecięcej sypialni zaczęto dopiero badać, ale wstępne wyniki są alarmujące. Dzieci posiadające telewizor w swojej sypialni mają wydłużony czas oglądalności o około godzinę dziennie.^{13,17} Ryzyko rozwoju otyłości u tych dzieci zwiększa się o 31%, zaś popadnięcia w nałóg palenia tytoniu się podwaja.¹⁸ Ponadto, gdy dziecko posiada telewizor w sypialni, rodzice mają mniejsze możliwości kontrolowania rodzaju oglądanych programów oraz mniejsze szanse na ustalenie konsekwentnych zasad korzystania przez dzieci ze środków masowego przekazu. Poza tym te dzieci rzadziej biorą udział w innych zajęciach, takich jak czytanie, hobby czy gry, gorzej także radzą sobie w szkole.^{19,20}

Znaczny odsetek kontaktów dzieci ze środkami masowego przekazu obejmuje akty przemocy, których młodzi ludzie są świadkami lub wirtualnie je popełniają (podczas gier wideo). Do 18 roku życia przeciętny młody człowiek tylko w samej telewizji widuje szacunkowo 200 000 aktów przemocy.²¹ W krajowym badaniu National Television Violence, poświęconym przemocy w telewizji, oceniono niemal 10 000 godzin programów nadawanych w latach 1995-1997 i okazało się, że przemoc wobec ludzi pokazano w 61% programów, w większości w sposób rozrywkowy lub ubarwiony.²² Największy odsetek scen przemocy stwierdzono w programach dla dzieci. Spośród wszystkich filmów animowanych wyprodukowanych w Stanach Zjednoczonych w latach 1937-1999 obrazy przemocy przedstawiono w 100% z nich, a liczba scen przemocy z intencją zranienia bohatera kreskówki zwiększyła się na przestrzeni lat.²³ W badaniu oceniającym wysoko notowane filmy kategorii PG-13 (dla dzieci od lat 13 – przyp. tłum.) z lat 1999-2000 obrazy przemocy zawierało 90% z nich, w tym połowa – sceny śmierci.²⁴ Około 12% spośród 22 milionów dzieci w wieku 10-14 lat widziało 40 najbardziej brutalnych filmów w 2003 roku.²⁵ Ponad 80% aktów przemocy przedstawianych we współczesnych teledyskach muzycznych popełnili atrakcyjni bohaterowie w stosunku do nieproporcjonalnie dużej liczby kobiet oraz osób rasy czarnej.²⁶ Analogicznie do tego muzyka nastolatków stała się bardziej brutalna, szczególnie rap.^{2,27,28} Ponieważ młodzież coraz częściej sięga po Internet, także i tam narażona jest na sceny przemocy. W sondażu przeprowadzonym wśród ponad 1500 młodych osób w wieku 10-15 lat ujawniono, że 38% z nich było narażonych na sceny przemocy w Internecie.²⁹ Również gry wideo są pełne przemocy. Ostatnia analiza kategoryzacji wiekowej gier wideo wykonana przez Entertainment Software Ratings Board (ESRB) ujawniła, że ponad połowę wszystkich gier należy kwalifikować jako zawierające sceny przemocy, wliczając w to ponad 90% gier zaliczonych do kategorii E10+ oraz T (jako odpowiednie dla dzieci od 10 roku życia).³⁰

Długotrwały kontakt z tego rodzaju obrazami w środkach masowego przekazu powoduje narastającą akceptację dla przemocy jako właściwego sposobu rozwiązywania

problemów i osiągnięcia celów.^{2,3,9} Szczególnie amerykańskie środki masowego przekazu wykazują tendencję do przedstawiania bohaterów korzystających z przemocy jako usprawiedliwionego sposobu rozwiązywania konfliktów oraz panowania nad innymi ludźmi.^{24,31} Przekaz płynący z telewizji, filmów oraz teledysków sprawia, że noszenie broni oraz jej użycie zaczyna być uznawane za normalne, a także gloryfikuje broń jako źródło osobistej siły.^{22,32} Dzieci klas 7-8 wybierają przede wszystkim gry wideo, w których przemoc wobec innych nagradzana jest punktami, natomiast 7 na 10 dzieci z klas 4-12 przyznaje, że grało w gry kategorii M (przeznaczone dla młodzieży od 17 lat – przyp. tłum.), a 78% chłopców, że posiada tego rodzaju gry.^{33,34} Wśród 33 popularnych gier 21% przedstawia przemoc wobec kobiet.³⁵ Ponieważ kontakt dzieci z środkami masowego przekazu jest duży, mają one większy dostęp oraz więcej czasu na kształtowanie postaw i działań młodych ludzi niż rodzice lub nauczyciele, zastępując ich w roli wychowawców, wzorów do naśladowania oraz głównych źródeł informacji o świecie i zachowaniach ludzi w nim żyjących.³⁶

Po tragicznej strzelaninie w Columbine High School w 1999 roku Federal Trade Commission (FTC) zbadała, czy przemysł filmowy, muzyczny oraz gier wideo w określony sposób reklamował i prowadził działania marketingowe wśród dzieci i młodzieży w odniesieniu do materiałów zawierających sceny przemocy. Wykorzystując dokumentację dostarczoną przez wspomniane firmy, komisja ustaliła, że mimo zaklasyfikowania przez nie owych materiałów jako przeznaczonych dla dorosłych, praktykowały wśród dzieci „jednoznaczne co do swego charakteru oraz agresywne działania marketingowe dotyczące filmów, muzyki i gier elektronicznych zawierających sceny przemocy” w postaci promowania takich filmów kategorii R (dzieci i młodzież do lat 17 tylko w towarzystwie rodziców – przyp. tłum.), jak na przykład nagrania z koncertu zespołu rockowego Campfire Girls.³⁷

Badania ujawniły, że dzieci i młodzież mogą i uzyskują łatwy dostęp do środków masowego przekazu promujących przemoc, które uznano za nieodpowiednie na podstawie różnych systemów kategoryzacji wiekowej oraz przez rodziców.^{13,38,39} W badaniu, w którym oceniono filmy kategorii PG (filmy, które dziecko może oglądać za zgodą rodziców – przyp. tłum.), PG13 (za zgodą rodziców, ale po 13 roku życia – przyp. tłum.) oraz R, na podstawie uzyskanej kategorii nie można było przewidzieć częstości występowania scen przemocy w różnych filmach.³⁹ Wielu rodziców stwierdza, że systemy kategoryzacji wiekowej środków masowego przekazu stosowane przez przemysł rozrywkowy są trudne do użycia.⁴⁰ Około trzy czwarte rodziców używa skal oceny filmów, ale około połowa przyznaje, że nigdy nie korzystała z nich dla gier wideo, telewizji lub z porad dotyczących muzyki w celu pokierowania wyborem dokonywanym przez dziecko.⁴¹ Wielu rodziców stwierdza też, że wyniki kategoryzacji wiekowej są niewiarygodnie zaniżone, a obiektywna ocena przeprowadzona

przez rodziców wykazała, że aż 50% programów telewizyjnych sklasyfikowanych jako odpowiednie dla widzów od lat 14 była nieodpowiednia dla ich nastoletnich dzieci.⁴² Jednocześnie większość rodziców nawet nie wie, że ich telewizor jest wyposażony w tzw. V-chip (V od terminu angielskiego viewer control, tj. nadzór nad widzem) i jedynie 20% rodziców tak naprawdę go używa.⁴⁰ Gry wideo przeznaczone dla starszych dzieci mogą w rzeczywistości przyciągnąć uwagę większej liczby małych dzieci (teoria owocu zakazanego).⁴³ Kategoryzację wiekową różnych środków masowego przekazu ustalają komisje do tego powołane, ale są one sponsorowane przez przemysł rozrywkowy lub przez samych artystów czy producentów. Opierają się na wieku dziecka, przyjmując tym samym, że wszyscy rodzice zgadzają się z osobą dokonującą oceny, które treści są odpowiednie dla dzieci w określonym wieku. Ponadto różne systemy kategoryzacji wiekowej dla każdego środka masowego przekazu (telewizja, kino, muzyka oraz gry wideo) powodują, że te klasyfikacje wprowadzają zamieszanie, gdyż mało jest między nimi podobieństw. American Academy of Pediatrics oferuje broszurę informacyjną, którą pediatricy mogą zaproponować rodzicom i dzieciom, aby im pomóc w korzystaniu z różnych systemów kategoryzacji wiekowej w celu dokonania lepszego wyboru środków masowego przekazu.⁴⁴

Oddziaływanie

Badania naukowe wykazały istnienie związku narażenia na oglądanie scen przemocy w środkach masowego przekazu z różnymi problemami z zakresu zdrowia fizycznego i psychicznego dzieci i młodzieży, w tym z zachowaniami agresywnymi i brutalnymi, zastraszaniem, brakiem wrażliwości na przejawy przemocy, strachem, depresją, koszmarami sennymi oraz zaburzeniami snu. Logiczny i znaczący związek między kontaktem z środkami masowego przekazu a zwiększeniem nasilenia agresji i przemocy stwierdzono w badaniach amerykańskich oraz międzykulturowych i to zarówno w terenie, doświadczeniach laboratoryjnych, badaniach przekrojowych, jak i długotrwałych prowadzonych wśród dzieci, młodzieży oraz młodych dorosłych.^{9,45-47} Nowy organ badający wpływ środków masowego przekazu na zdrowie dzieci (Center on Media and Child Health) na Uniwersytecie Harvarda zgromadził ponad 2000 doniesień naukowych.⁴⁸ Siła związku między przemocą obecną w środkach masowego przekazu a zachowaniami agresywnymi, którą określono w metaanalizach,^{9,49} jest większa niż w przypadku związku między spożyciem wapnia a masą kostną, spożyciem ołowiu a mniejszym ilorazem inteligencji, a także między niestosowaniem prezerwatyw a zakażeniem HIV drogą płciową, i jest niemal tak duża, jak w przypadku związku między paleniem tytoniu a rakiem płuc,⁵⁰ czyli są to zależności, które lekarze klinicyści akceptują, i na których bez zastrzeżeń opiera się medycyna prewencyjna.

innej.⁸⁷ Co więcej, odsetek młodych ludzi przyznających się do popełnienia różnych czynów związanych z przemocą w ciągu minionych 12 miesięcy się nie zmienił lub nawet nieco zwiększył w ostatnich latach.⁸⁸ W krajowym sondażu poświęconym zachowaniom ryzykownym u młodych ludzi (National Youth Risk Behavior Survey) z 2007 roku 18% uczniów z klas 9-12 przyznało, że nosiło broń do szkoły w miesiącu poprzedzającym badanie, a ponad jedna trzecia w ciągu roku poprzedzającego sondaż uczestniczyła w bójce.⁸⁵ Około 30% uczniów klas 6-10 podało, że albo uczestniczyło w terroryzowaniu innych uczniów, albo było jego celem.⁸⁹ W ostatnio przeprowadzonym dużym badaniu, którym objęto uczniów z Nowego Jorku, stwierdzono, że blisko 10% dziewcząt oraz ponad 5% chłopców było molestowanych przez całe swoje życie, zaś 10% zarówno dziewcząt, jak i chłopców stwierdziło, że doświadczyło przemocy podczas randki w ciągu minionego roku.⁹⁰ Wprowadzenie kontaktu z przemocą w środkach masowego przekazu nie jest jedynym czynnikiem przyczyniającym się do wystąpienia agresji, postaw społecznych oraz brutalnych zachowań wśród dzieci i młodzieży, jest ona jednak ważnym czynnikiem ryzyka utraty zdrowia, w którym my, jako pediatrzy oraz członkowie towarzystwa rozumiejący te problemy, możemy interweniować. Wyniki niektórych badań wskazują, że interwencje w rodzaju omówionych poniżej mogą zmniejszyć stopień przyswajania przemocy zawartej w środkach masowego przekazu i jej wpływ na dzieci i młodzież.^{2,3,54,91,92}

Zalecenia

1. Pediatrzy muszą sobie uświadomić wszechogarniający wpływ, jaki coraz bardziej różnorodne i coraz szerzej dostępne środki masowej rozrywki mają na zdrowie fizyczne i psychiczne dzieci i młodzieży.^{4,93} Konferencje szkoleniowe dla rezydentów, prezentacje przypadków oraz kursy szkolenia ustawicznego dla lekarzy są ważnymi narzędziami, które należy wykorzystywać do kształcenia pediatrów na temat wpływu środków masowego przekazu na dzieci i młodzież.
2. Podczas każdej wizyty zdrowego dziecka pediatrzy powinni zadawać przynajmniej 2 pytania poświęcone środkom masowego przekazu: 1) ile czasu dziecko lub nastolatek spędza dziennie, korzystając ze środków masowego przekazu? 2) czy w sypialni dziecka lub nastolatka znajduje się telewizor lub połączenie z Internetem?^{24,93} Wszystkie dzieci należy namawiać na zdrowe rozwiązania alternatywne, takie jak sport, zabawy interaktywne oraz czytanie.⁹⁴ Gdy pediatra stwierdzi, że dziecko nadużywa kontaktu ze środkami masowego przekazu, powinien je zbadać pod kątem zachowań agresywnych, lęku oraz zaburzeń snu i odpowiednio interweniować.^{95,96}
3. Pediatrzy powinni zachęcać rodziców do stosowania się do zaleceń AAP dotyczących korzystania ze środków masowego przekazu:^{11,95}
 - Usunąć telewizor, dostęp do Internetu oraz gry wideo z sypialni dziecięcych.
 - Dokonywać przemyślanych wyborów propozycji ze strony środków masowego przekazu i oglądać je wspólnie z dziećmi. Wspólne oglądanie powinno obejmować omawianie niestosowności brutalnych rozwiązań proponowanych przez określone programy telewizyjne, filmy lub gry wideo oraz pomoc dziecku w wywołaniu alternatywnej reakcji pozbawionej przemocy. Rodzice wykazują większą skłonność do eliminowania treści seksualnych niż przedstawiających przemoc,³⁸ jednak badania naukowe wykazały, że te drugie potencjalnie bardziej szkodzą zdrowiu dziecka.^{2,3}
 - Ograniczyć czas korzystania (łącznie z telewizji, filmów wideo, gier komputerowych oraz gier wideo) do 1-2 godzin dziennie, używając techniki kontroli widza V-chip, oraz zabraniać dostępu do brutalnych gier wideo (określonych jako zawierające sceny związane ze świadomym wyrządzaniem krzywdy innym bohaterom gry, w tym przemocy w formie animowanej, czyli nierealistycznej, a także w postaci przemocy realistycznej, czyli krwawej, drastycznej). Wykazano, że poradnictwo w warunkach gabinetu lekarskiego dotyczące ograniczenia czasu oglądania przynosi dobre rezultaty.⁹⁷ Na przykład tylko jedna, dwie minuty takiego poradnictwa poświęconego przemocy oraz używaniu broni w środkach masowego przekazu może prowadzić do zmniejszenia narażenia na przemoc u ponad 800 000 dzieci rocznie.⁹⁷ Rodzicom należy też przypomnieć, że są ważnym wzorem do naśladowania w aspekcie korzystania ze środków masowego przekazu.
 - Unikać ekspozycji niemowląt i dzieci w wieku do 2 lat na ekranowe środki masowego przekazu.⁹⁸ Nie ma badań wskazujących, że czas spędzony przed ekranem korzystnie wpływa na rozwój niemowlęcia,^{99,100} a obecnie istnieje 7 badań, w których udokumentowano możliwe opóźnienie rozwoju umiejętności językowych u dzieci do lat 2 narażonych na wpływ telewizji lub filmów wideo.¹⁰⁰⁻¹⁰⁸
4. Pediatrzy i inni pracownicy ochrony zdrowia zajmujący się dziećmi powinni się upewnić, że w poczekalniach poradni przyszpitalnych oraz na oddziałach szpitalnych dostępne są wyłącznie programy pozbawione przemocy i brutalności.
5. Na poziomie lokalnym pediatrzy powinni zachęcać rodziców, szkoły oraz społeczności lokalne do edukowania dzieci, aby zapoznały się z podstawowymi informacjami na temat środków masowego przekazu, co stanowi sposób ich ochrony przed szkodliwym wpływem zdrowotnym tej formy rozrywki.^{93,109,110} W badaniach naukowych wykazano, że edukacja oraz przemyślane korzystanie ze środków masowego przekazu może zmniejszyć brutalne zachowania u dzieci.^{9,92,111}
6. Na poziomie stanowym i krajowym pediatrzy powinni współdziałać z AAP oraz jej sekcjami i oddziałami regionalnymi w prowadzeniu współpracy z innymi organizacjami ochrony zdrowia, wychowawcami, rządem

oraz instytucjami finansującymi badania naukowe w celu stałego przypominania instytucjom ochrony zdrowia o występowaniu przemocy w środkach masowego przekazu. W sferze publicznej opisuje się ją często jako kwestię wartości, a nie to, czym jest w rzeczywistości: problemem dotyczącym zarówno zdrowia publicznego, jak i środowiskowym. W niedawno opublikowanej pracy stwierdzono, że dwie trzecie rodziców tak naprawdę opowiada się za zwiększonym nadzorem rządowym nad środkami masowego przekazu, jeśli chodzi o dzieci i młodzież.⁴⁰

7. Pediatrizy powinni opowiadać się za środkami masowego przekazu pozytywnie nastawionymi na dziecko. Powinni wspierać i współpracować z producentami, wykorzystywać nasze doświadczenia dotyczące zdrowia i rozwoju dzieci w tworzeniu środków masowego komunikowania się przyjaznych dziecku i rzetelnych. AAP opracowała następujące zalecenia przeznaczone dla przemysłu rozrywkowego:
 - Należy unikać gloryfikowania noszenia broni oraz uznawania przemocy jako akceptowanego sposobu rozwiązywania konfliktów.
 - Należy eliminować wykorzystywanie przemocy w kontekstach komediowych i seksualnych, a także w jakiegokolwiek innej sytuacji, w której przemoc jest zabawna, rozbudza wyobraźnię lub ulega trywializacji.
 - Należy eliminować nieuzasadnione przedstawianie przemocy oraz sytuacji i języka nienawiści, rasistowskiego, mizoginistycznego albo homofobicznego, o ile nie mówi się otwarcie, jak bardzo niszczące mogą być takie słowa lub działania. Niezależnie od tego przemoc nie powinna być pokazywana w środkach masowego przekazu przeznaczonych dla bardzo małych dzieci.
 - Jeśli już wykorzystuje się obrazy przemocy, to tylko w sposób przemyślany, jako poważny dramat, zawsze pokazując ból i stratę, które odczuwają ofiary i sprawcy.
 - Słowa piosenek powinny być łatwo dostępne dla rodziców, aby mogli je przeczytać przed podjęciem decyzji o nabyciu nagrań.
 - W grach wideo nie należy wykorzystywać postaci ludzkich ani żadnych innych istot żywych jako celów oraz przyznawać punktów za ich zabicie, ponieważ uczy to dzieci kojarzenia przyjemności i sukcesu ze zdolnością do zadawania bólu i cierpienia innym.
 - Korzystanie z gier wideo powinno się ograniczyć do sal z automatami do gier przeznaczonych dla użytkowników z limitem wieku. Dystrybucję filmów i gier wideo, a także wyświetlanie filmów kinowych, należy ograniczyć do odpowiednich grup wiekowych.
8. Pediatrizy powinni popierać stworzenie uproszczonego, uniwersalnego i opartego na prezentowanych treściach systemu kategoryzacji wiekowej środków masowego przekazu, który pomógłby rodzicom w pokierowaniu ich dziećmi przez dokonywanie zdrowych wyborów. Treści powinny być oceniane na podstawie wyników badań na-

ukowych określających, jaki rodzaj obrazów rozpowszechnianych w środkach masowego przekazu może być potencjalnie szkodliwy dla dzieci, a nie wyłącznie na podstawie tego, co dorośli uznają za ordynarne. Tak jak ważne jest, aby rodzice znali skład pożywienia, którym mogą karmić swoje dzieci, tak też powinni być w pełni poinformowani o treściach dostarczanych przez środki masowego przekazu, z których mogą korzystać ich dzieci.^{4,30,112,113}

KOMITET WYKONAWCZY RADY DS. ŚRODKÓW MASOWEGO PRZEKAZU I MEDIÓW 2009-2010

Gilbert L. Fuld, MD, przewodniczący
 Deborah Ann Mulligan, MD, przewodnicząca – elekt
 Tanya Remer Altmann, MD
 Ari Brown, MD
 Dimitri A. Christakis, MD
 Kathleen Clarke-Pearson, MD
 Benard P. Dreyer, MD
 Holly Lee Falik, MD
 Kathleen G. Nelson, MD
 Gwenn S. O’Keeffe, MD
 *Victor C. Strasburger, MD

CZŁONKOWIE POPRZEDNIEGO KOMITETU WYKONAWCZEGO

Regina M. Milteer, MD
 Donald L. Shifrin, MD

WSPÓŁPRACA

Michael Brody, MD
 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
 Brian Wilcox, PhD
 American Psychological Association

KONSULTACJA

Craig A. Anderson
 Douglas A. Gentile
 Regina M. Milteer, MD
 Donald L. Shifrin, MD

PRACOWNICY

Gina Ley Steiner
 Veronica Laude Noland

*Główny autor

Artykuł ukazał się oryginalnie w *Pediatrics*, Vol. 124, No. 5, November 2009, p. 1495: Policy Statement – Media Violence, wydawanym przez American Academy of Pediatrics (AAP). Polska wersja publikowana przez *Medical Tribune Polska*. AAP i *Medical Tribune Polska* nie ponoszą odpowiedzialności za nieścisłości lub błędy w treści artykułu, w tym wynikające z tłumaczenia z angielskiego na polski. Ponadto AAP i *Medical Tribune Polska* nie popierają stosowania ani nie ręczą (bezpośrednio lub pośrednio) za jakość ani skuteczność jakichkolwiek produktów lub usług zawartych w publikowanych materiałach reklamowych. Reklamodawca nie ma wpływu na treść publikowanego artykułu.

Piśmiennictwo

1. Smith A. Influence of TV crime programs on children's health. *J Am Med Assoc.* 1952;150(1):37
2. Hogan MJ. Adolescents and media violence: six crucial issues for practitioners. *Adolesc Med Clin.* 2005;16(2):249–268, vii
3. Strasburger VC, Wilson BJ, Jordan AB. Children, Adolescents, and the Media. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2009
4. Strasburger VC. Go ahead punk, make my day: it's time for pediatricians to take action against media violence. *Pediatrics.* 2007; 119(6). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/119/6/e1398
5. US Surgeon General's Scientific Advisory Committee on Television and Social Behavior. Television and Growing Up: The Impact of Televised Violence—Report to the Surgeon General. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, US Public Health Service; 1972. Publication No. HSM 72-9090
6. Pearl D, Bouthilet L, Lazar J. Television and Behavior: Ten Years of Scientific Progress and Implications for the Eighties. Rockville, MD: National Institute of Mental Health; 1982
7. American Academy of Pediatrics; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; American Psychological Association; American Medical Association; American Academy of Family Physicians; American Psychiatric Association. Joint statement on the impact of entertainment violence on children: Congressional public health summit—July 26, 2000. Available at: www.aap.org/advocacy/releases/jstmtevc.htm. Accessed January 26, 2009
8. O'Toole ME. The School Shooter: A Threat Assessment Perspective. Quantico, VA: Federal Bureau of Investigation, US Department of Justice; 2000
9. Anderson CA, Berkowitz L, Donnerstein E, et al. The influence of media violence on youth. *Psychol Sci Public Interest.* 2003;4(3): 81–110
10. Federal Communications Commission. In the matter of violent television programming and its impact on children: statement of Commissioner Deborah Taylor Tate. MB docket No. 04-261, April 25, 2007. Available at: <http://hraunfoss.fcc.gov/edocspublic/attachmatch/FCC-07-50A1.pdf>. Accessed August 31, 2009
11. Gentile DA, Obert C, Sherwood NE, Story M, Walsh DA, Hogan M. Well-child exams in the video age: pediatricians and the American Academy of Pediatrics guidelines for children's media use. *Pediatrics.* 2004;114(5):1235–1241
12. Murray JP. Media violence: the effects are both real and strong. *Am Behav Sci.* 2008;51(8):1212–1230
13. Roberts DF, Foehr UG, Rideout V. Generation M: Media in the Lives of 8–18 Year-Olds. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation; 2005
14. Rideout VJ, Vandewater EA, Wartella EA. Zero to Six: Electronic Media in the Lives of Infants, Toddlers and Preschoolers. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation; 2003
15. Vandewater EA, Rideout VJ, Wartella EA, Huang X, Lee JH, Shim MS. Digital childhood: electronic media and technology use among infants, toddlers, and preschoolers. *Pediatrics.* 2007;119(5). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/119/5/e1006
16. Rideout V, Hamel E. The Media Family: Electronic Media in the Lives of Infants, Toddlers, Preschoolers and Their Parents. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation; 2006
17. Dennison BA, Erb TA, Jenkins PL. Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics.* 2002;109(6):1028–1035
18. Jackson C, Brown JD, L'Engle KL. R-rated movies, bedroom televisions, and initiation of smoking by white and black adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(3):260–268
19. Gentile DA, Walsh DA. A normative study of family media habits. *J Appl Dev Psychol.* 2002;23(2):157–178
20. Borzekowski DL, Robinson TN. The remote, the mouse, and the No. 2 pencil: the household media environment and academic achievement among third grade students. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159(7):607–613
21. Huston AC, Donnerstein E, Fairchild H, et al. Big World, Small Screen: The Role of Television in American Society. Lincoln, NE: University of Nebraska Press; 1992
22. Federman J, ed. National Television Violence Study. Vol 3. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998
23. Yokota F, Thompson KM. Violence in G-rated animated films. *JAMA.* 2000;283(20):2716–2720
24. Webb T, Jenkins L, Browne N, Afifi AA, Kraus J. Violent entertainment pitched to adolescents: an analysis of PG-13 films. *Pediatrics.* 2007;119(6). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/119/6/e1219
25. Worth KA, Chambers JG, Naussau DH, Rakhra BK, Sargent JD. Exposure of US adolescents to extremely violent movies. *Pediatrics.* 2008;122(2):306–312
26. Rich M, Woods ER, Goodman E, Emans SJ, DuRant RH. Aggressors or victims: gender and race in music video violence. *Pediatrics.* 1998;101(4 pt 1):669–674
27. Herd DA. Changes in the prevalence of violent rap song lyrics 1979–1997. Presented at: American Public Health Association annual meeting; October 28, 2008; San Diego, CA
28. Espejo R. Should Music Lyrics Be Censored for Violence and Exploitation? Detroit, MI: Greenhaven Press; 2008
29. Ybarra ML, Dierner-West M, Markow D, Leaf PJ, Hamburger M, Boxer P. Linkages between Internet and other media violence with seriously violent behavior by youth. *Pediatrics.* 2008;122(5):929–937
30. Gentile DA. The rating systems for media products. In: Calvert S, Wilson B, eds. *Handbook on Children and Media.* Boston, MA: Blackwell; 2007:527–551
31. Comstock G, Strasburger VC. Media violence: Q & A. *Adolesc Med.* 1993;4(3):495–510
32. DuRant RH, Rich M, Emans SJ, Rome ES, Allred E, Woods ER. Violence and weapon carrying in music videos: a content analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997;151(5):443–448
33. Funk JB, Buchman DD. Playing violent video and computer games and adolescent selfconcept. *J Commun.* 1996;46(2):19–32
34. Walsh D, Gentile DA, Walsh E, et al. Tenth Annual MediaWise Video Game Report Card. Minneapolis, MN: National Institute on Media and the Family; 2006. Available at: www.mediafamily.org/research/reportvgrc2005.shtml. Accessed January 26, 2009
35. Dietz TL. An examination of violence and gender role portrayals in video games: implications for gender socialization and aggressive behavior. *Sex Roles.* 1998;38(5–6):425–442
36. Strasburger VC. Risky business: what primary care practitioners need to know about the influence of the media on adolescents. *Prim Care.* 2006;33(2):317–348
37. US Federal Trade Commission. Marketing Violent Entertainment to Children: A Review of Self-regulation and Industry Practices in the Motion Picture, Music Recording and Electronic Game Industries. Washington, DC: US Federal Trade Commission; 2000
38. Cheng TL, Brenner RA, Wright JL, Sachs HC, Moyer P, Rao MR. Children's violent television viewing: are parents monitoring? *Pediatrics.* 2004;114(1):94–99
39. Jenkins L, Webb T, Browne N, Afifi AA, Kraus J. An evaluation of the Motion Picture Association of America's treatment of violence in PG-, PG-13-, and R-rated films. *Pediatrics.* 2005;115(5). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/115/5/e512
40. Rideout V. Parents, Children and Media. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation; 2007
41. Rideout V. Parents, Media and Public Policy: A Kaiser Family Foundation Survey. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation; 2004
42. Walsh DA, Gentile DA. A validity test of movie, television, and video-game ratings. *Pediatrics.* 2001;107(6):1302–1308
43. Bijvank MN, Konijn EA, Bushman BJ, Roelofsma PHMP. Age and violent-content labels make video games forbidden fruits for youth. *Pediatrics.* 2009;123(3):870–876
44. American Academy of Pediatrics. The Ratings Game. Choosing Your Child's Entertainment. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2000

45. Huesmann LR, Moise-Titus J, Podolski CL, Eron LD. Longitudinal relations between children's exposure to TV violence and their aggressive and violent behavior in young adulthood: 1977–1992. *Dev Psychol.* 2003;39(2):201–221
46. Slater MD, Henry KL, Swaim RC, Anderson LL. Violent media content and aggressiveness in adolescents: a downward spiral model. *Commun Res.* 2003;30(6):713–736
47. Bushman BJ, Huesmann LR. Short-term and long-term effects of violent media on aggression in children and adults. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(4):348–352
48. Center on Media and Child Health. Available at: www.cmch.tv. Accessed January 28, 2009
49. Paik H, Comstock G. The effects of television violence on antisocial behavior: a metaanalysis. *Commun Res.* 1994;21(4):516–546
50. Bushman BJ, Huesmann LR. Effects of televised violence on aggression. In: Singer D, Singer JL, eds. *Handbook of Children and the Media*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2001:223–254
51. Bandura A. Social cognitive theory of mass communication. In: Bryant J, Zillmann D, eds. *Media Effects: Advances in Theory and Research*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1994:61–90
52. Flavell JH. The development of children's knowledge about the appearance-reality distinction. *Am Psychol.* 1986;41(4):418–425
53. Wright JC, Huston AC, Reitz AL, Pieymat S. Young children's perceptions of television reality: determinants and developmental differences. *Dev Psychol.* 1994;30(2):229–239
54. Anderson CA, Gentile DA, Buckley KE. *Violent Video Game Effects on Children and Adolescents: Theory, Research, and Public Policy*. New York, NY: Oxford University Press; 2007
55. Johnson JG, Cohen P, Smailes EM, Kasen S, Brook JS. Television viewing and aggressive behavior during adolescence and adulthood. *Science.* 2002;295(5564):2468–2471
56. Cantor J. *Mommy, I'm Scared: How TV and Movies Frighten Children and What We Can Do to Protect Them*. New York, NY: Harcourt Brace; 1998
57. Linz DG, Donnerstein E, Penrod S. Effects of long-term exposure to violent and sexually degrading depictions of women. *J Pers Soc Psychol.* 1988;55(5):758–768
58. Grossman D, Degaetano G. *Stop Teaching Our Kids to Kill: A Call to Action Against TV, Movie, and Video Game Violence*. New York, NY: Crown; 1999
59. Kuntsche E, Pickett W, Overpeck M, Craig W, Boyce W, Gaspar de Matos M. Television viewing and forms of bullying among adolescents from eight countries. *J Adolesc Health.* 2006;39(6):908–915
60. Gerbner G, Gross L, Morgan M, Signorielli N. The "mainstreaming" of America: violence profile No. 11. *J Commun.* 1980;30(3):10–29
61. Bryant J, Carveth RA, Brown D. Television viewing and anxiety: an experimental examination. *J Commun.* 1981;31(1):106–119
62. Anderson CA, Dill KE. Video games and aggressive thoughts, feelings, and behavior in the laboratory and in life. *J Personal Soc Psychol.* 2000;78(4):772–790
63. Singer MI, Slovak K, Frierson T, York P. Viewing preferences, symptoms of psychological trauma, and violent behaviors among children who watch television. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37(10):1041–1048
64. Zimmerman FJ. *Children's Media Use and Sleep Problems: Issues and Unanswered Questions*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation; 2008
65. Bickham DS, Rich M. Is television viewing associated with social isolation? Roles of exposure time, viewing context, and violent content. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(4):387–392
66. Berkowitz L, Rawlings E. Effects of film violence on inhibitions against subsequent aggression. *J Abnorm Soc Psychol.* 1963;66(3):405–412
67. Geen RG, Quanty MB. The catharsis of aggression: an evaluation of a hypothesis. In: Berkowitz L, ed. *Advances in Experimental Social Psychology*. NY: Academic Press; 1977:1–37 Vol 10. New York
68. Bushman BJ, Baumeister RF, Stack AD. Catharsis, aggression, and persuasive influence: self-fulfilling or self-defeating prophecies? *J Pers Soc Psychol.* 1999;76(3):367–376
69. Drabman RS, Thomas MH. Does media violence increase children's toleration of real-life aggression? *Dev Psychol.* 1974;10(3):418–421
70. Thomas MH, Horton RW, Lippincott EC, Drabman RS. Desensitization to portrayals of real-life aggression as a function of exposure to television violence. *J Pers Soc Psychol.* 1977;35(6):450–458
71. Carnagey NL, Anderson CA, Bushman BJ. The effect of video game violence on physiological desensitization to real-life violence. *J Exp Soc Psychol.* 2007;43(3):489–496
72. Bushman BJ, Anderson CA. Comfortably numb: desensitizing effects of violent media on helping others. *Psychol Sci.* 2009;20(3):273–277
73. Irwin AR, Gross AM. Cognitive tempo, violent video games, and aggressive behavior in young boys. *J Fam Violence.* 1995;10(3):337–350
74. Silverman SB, Williamson PA. The effects of video game play on young children's aggression, fantasy, and prosocial behavior. *J Appl Dev Psychol.* 1987;8(4):453–462
75. Krahé B, Möller I. Playing violent electronic games, hostile attributional style, and aggression-related norms in German adolescents. *J Adolesc.* 2004;27(1):53–69
76. Anderson CA, Carnagey NL, Flanagan M, Benjamin AJ, Eubanks J, Valentine JC. Violent video games: specific effects of violent content on aggressive thoughts and behavior. *Adv Exp Soc Psychol.* 2004;36:199–249
77. Anderson CA, Sakamoto A, Gentile DA, et al. Longitudinal effects of violent video games on aggression in Japan and the United States. *Pediatrics.* 2008;122(5). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/122/5/e1067
78. Hopf WH, Huber GL, Weib RH. Media violence and youth violence. *J Media Psychol.* 2008;20(3):79–96
79. Wallenius M, Punamaki RL. Digital game violence and direct aggression in adolescence: a longitudinal study of the roles of sex, age, and parent-child communication. *J Appl Dev Psychol.* 2008;29(4):286–294
80. Gentile DA, Anderson CA, Yukawa S, et al. The effects of prosocial video games on prosocial behaviors: international evidence from correlational, longitudinal, and experimental studies. *Pers Soc Psychol Bull.* 2009;35(6):752–763
81. Gentile D. Pathological video-game use among youth ages 8 to 18: a national study. *Psychol Sci.* 2009;20(5):594–602
82. The impact of interactive violence on children: hearing before the Senate Committee on Commerce, Science, and Transportation. 106th Congress, 1st session (March 21, 2000) [statement of Craig Anderson, Department of Psychology, Iowa State University]. Available at: www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/contentstorage01/0000019b/80/23/4b/03.pdf. Accessed August 31, 2009
83. Griffiths MD, Hunt N. Dependence on computer games by adolescents. *Psychol Rep.* 1998;82(2):475–480
84. Carnagey NL, Anderson CA, Bartholow BD. Media violence and social neuroscience: new questions and new opportunities. *Curr Dir Psychol Sci.* 2007;16(4):178–182
85. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, et al; Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance: United States, 2007. *MMWR Surveill Summ.* 2008;57(4):1–131
86. Miniño AM, Heron MP, Smith BL. Deaths: preliminary data for 2004. *Natl Vital Stat Rep.* 2006;54(19):1–49
87. National Adolescent Health Information Center. 2007 Fact Sheet on Violence: Adolescents & Young Adults. San Francisco, CA: University of California, San Francisco; 2007. Available at: <http://nahic.ucsf.edu/downloads/violence.pdf>. Accessed January 28, 2009
88. Bureau of Justice Statistics. *Sourcebook of Criminal Justice Statistics*. 31st ed. Washington, DC: US Department of Justice; 2003. Available at: www.albany.edu/sourcebook. Accessed June 29, 2007
89. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA.* 2001;285(16):2094–2100
90. Olshen E, McVeigh KH, Wunsch-Hitzig RA, Rickert VI. Dating violence, sexual assault, and suicide attempts among urban teenagers. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(6):539–545

91. Huesmann LR, Eron LD, Klein R, Brice P, Fischer P. Mitigating the imitation of aggressive behaviors by changing children's attitudes about media violence. *J Pers Soc Psychol.* 1983;44(5):899–910
92. Robinson TN, Wilde ML, Navracruz LC, Haydel KF, Varady A. Effects of reducing children's television and video game use on aggressive behavior: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2001;155(1):17–23
93. Strasburger VC. "Clueless": why do pediatricians underestimate the media's influence on children and adolescents? *Pediatrics.* 2006;117(4):1427–1431
94. Ginsburg KR; American Academy of Pediatrics, Committee on Communications and Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics.* 2007;119(1):182–191
95. American Academy of Pediatrics, Committee on Public Education. Media education. *Pediatrics.* 1999;104(2 pt 1):341–343
96. Christakis DA, Zimmerman FJ. Children and television: a primer for pediatricians. *Contemp Pediatr.* 2007;24(3):31–45
97. Barkin SL, Finch SA, Ip EH, et al. Is office-based counseling about media use, timeouts, and firearm storage effective? Results from a cluster-randomized, controlled trial. *Pediatrics.* 2008;122(1). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/122/1/e15
98. Strasburger VC. First do no harm: why have parents and pediatricians missed the boat on children and media? *J Pediatr.* 2007;151(4):334–336
99. Christakis DA. The effects of infant media usage: what do we know and what should we learn? *Acta Paediatr.* 2009;98(1):8–16
100. Schmidt ME, Rich M, Rifas-Shiman SL, et al. Television viewing in infancy and child cognition at 3 years of age in a US cohort. *Pediatrics.* 2009;123(3). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/123/3/e370
101. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Associations between media viewing and language development in children under age 2 years. *J Pediatr.* 2007;151(4):364–368
102. Linebarger DL, Walker D. Infants' and toddlers' television viewing and language outcomes. *Am Behav Sci.* 2005;48(5):624–625
103. Nelson K. Structure and strategy in learning to talk. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1973;38(1–2):1–135. Serial No. 149
104. Tanimura M, Okuma K, Kyoshima K. Television viewing, reduced parental utterance, and delayed speech development in infants and young children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(6):618–619
105. Chonchaiya W, Prusksananonda C. Television viewing associates with delayed language development. *Acta Paediatr.* 2008;97(7):977–982
106. Fisch SM, Truglio RT. "G" is for Growing: Thirty Years of Research on Children and Sesame Street. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2001
107. Okuma K, Tanimura M. A preliminary study on the relationship between characteristics of TV content and delayed speech development in young children. *Infant Behav Dev.* 2009;32(3):312–321
108. Christakis DA, Gilkerson J, Richards JA, et al. Audible television and decreased adult words, infant vocalizations, and conversational turns. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009;163(6):554–558
109. Huston AC, Wright JC. Educating children with television: the forms of the medium. In: Zillmann D, Bryant J, Huston AC, eds. *Media, Children, and the Family: Social Scientific, Psychodynamic, and Clinical Perspectives.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1994:73–84
110. McCannon B. Media literacy/media education: solution to big media? In: Strasburger VC, Wilson BJ, Jordan A, eds. *Children, Adolescents, and the Media.* 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2009:519–569
111. Rosenkoetter LI, Rosenkoetter SE, Acock AC. Television violence: an intervention to reduce its impact on children. *J Appl Dev Psychol.* 2009;30(4):381–397
112. Christakis DA, Zimmerman FJ. *The Elephant in the Living Room: Make Television Work for Your Kids.* New York, NY: Rodale Press; 2006
113. Strasburger VC. Media and children: what needs to happen now? *JAMA.* 2009;301(21):2265–2266

Komentarz



Dr Anna Piekarska,
Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

Problematyka roli mediów, a szczególnie wpływu medialnej przemocy na zachowanie, rozwój i zdrowie dzieci oraz młodzieży, ma już swoją wieloletnią tradycję badawczą zarówno na świecie, jak i w Polsce. Wyraźnie daje się zauważyć istnienie poważnych kontrowersji wokół metodologii oraz wyników badań, a tym samym dyskusje dwóch „obozów” badaczy. Jedni są przekonani o istnieniu dowodów na szkodliwe wpływy negatywnych treści w mediach na dzieci i młodzież, pozostali zaś twierdzą (np. opierając się na metaanalizach), że pomimo tysięcy przeprowadzonych badań ciągle nie dysponujemy wystarczającymi danymi rozstrzygającymi o istnieniu szkodliwego wpływu przemocy w mediach na młodego odbiorcę.

Należę do „przekonanych”, co więcej, na podstawie wyników znaczących badań naukowych oraz kilku własnych studiów nie mam wątpliwości, że współczesne media w istotny sposób wpływają na dzieci i młodzież, przy

czym negatywne aspekty tego oddziaływania przewyższają potencjalne korzyści. Jak podkreśla AAP, przemoc w środkach masowego przekazu niesie ryzyko różnorodnych problemów, w tym zachowań agresywnych, zaburzeń snu, wzrostu poziomu lęku i wreszcie obniżenia wrażliwości na krzywdę, jaką niesie przemoc. Badania psychologiczne ukazują jeszcze bardziej rozległe, negatywne skutki, zaburzające w zasadzie wszystkie sfery rozwoju i funkcjonowania dziecka. Jestem wręcz zdania, że nie byłoby przesadą stwierdzenie, iż współczesne podręczniki psychologii rozwojowej należałoby napisać od nowa, poświęcając zagadnieniom nowoczesnych mediów nie kilka zaledwie stron (jak to się czyni do tej pory), ale włączając treści oraz mechanizmy oddziaływania mediów (televizji, Internetu, gier wideo i komputerowych, telefonów komórkowych itd.) jako znaczący kontekst rozwojowy, o sile oddziaływania dorównującej roli środowiska rodzinnego czy grupy rówieśniczej.

AAP dowodzi (a należy zauważyć, że jest to kolejny już raport AAP na temat przemocy w mediach i związanych z tym zagrożeń dla zdrowia dzieci i młodzieży), że media są niemal wszechobecne w codziennym życiu młodych ludzi. Potwierdzają to różnorodne wskaźniki ilościowe: duża liczba nowoczesnych urządzeń medialnych przypadających już nie tylko na rodzinę, ale w wielu krajach na każde dziecko w rodzinie, znaczna ilość czasu (co najmniej 3-5 godzin dziennie) spędzanego z użyciem mediów (czyli ekspozycja na treści medialne, w tym przemoc), wreszcie przejęcie przez tzw. nowoczesne portale internetowej komunikacji społecznej wiodącej roli w sposobach poszukiwania rozrywki, informacji oraz, co ważniejsze, komunikowania się. Wirtualna rzeczywistość jest faktyczną codziennością dzieci i młodzieży.

Analiza jakościowa różnorodnych produktów medialnych (np. programów i filmów telewizyjnych, gier, wideoklipów muzycznych itd.) istotnie uzupełnia ten obraz, dając wgląd nie tylko w liczbę przekazów związanych z przemocą oferowanych przez media, ale także w ich specyficzne treści, znaczenie czy siłę oddziaływania na widza. Dzięki badaniom w tym zakresie wiemy już, że zagrożenie negatywnymi wpływami medialnymi na psychikę młodego widza nasila się w określonych okolicznościach.

Następuje to szczególnie wtedy, gdy sprawca medialnej przemocy jest „atrakcyjny”, demonstrowana przemoc „uzasadniona”, w użyciu jest groźna broń, obrazy są drastyczne i realistyczne, akty przemocy gloryfikowane, a agresor bezkarny oraz gdy brutalnej przemocy nie towarzyszą naturalne skutki w postaci bólu, cierpienia, obrażeń czy śmierci. Poza obrazami filmowymi z tego typu zagrożeniami mamy do czynienia głównie w grach interaktywnych, nazywanych przez młodzież strzelankami, polegających na wirtualnym zabijaniu dla zabawy.

Do szczególnej kategorii należą też obrazy (głównie filmy rysunkowe dla dzieci), w których poważna przemoc ukazywana jest w humorystycznym kontekście, pozbawiając dziecko możliwości empatycznego współodczuwania z ofiarami. Badanie, jakie przeprowadziłam z oficerami policji w Nowej Zelandii, analizującymi akty przemocy w filmach rysunkowych dla dzieci, wykazało, że z ich punktu widzenia znaczna część agresywnych zachowań medialnych bohaterów miała znamiona poważnych przestępstw. Policjanci twierdzili, że w oglądanych filmach przeznaczonych dla dzieci średnio co kilka sekund rysunkowe postacie popełniały przestępstwo, które w warunkach normalnej rzeczywistości wymaga interwencji policyjnej. Nasuwa to uzasadnione przypuszczenie, podobnie jak w przypadku wyników wielu innych badań, że przemoc w produktach medialnych dla dzieci należy analizować z uwzględnieniem perspektywy zjawiska krzywdzenia dziecka. Innymi słowy, umieszczanie

w nich nieodpowiednich czy wręcz szkodliwych obrazów i treści krzywdzi dzieci, narażając je na różnorodne negatywne skutki, od wielorakich zaburzeń zachowania począwszy, a na zaburzeniach rozwojowych i zdrowotnych kończąc.

Niepokojące wyniki ilościowych i jakościowych analiz obrazów przemocy medialnej doskonale uzupełniają dane z badań długotrwałych i epidemiologicznych. W pierwszych wykazano wyraźne związki zwiększonej ekspozycji medialnej na różne aspekty rozwoju poznawczego, emocjonalnego i społecznego, osiągnięcia szkolne, a nawet akademickie oraz stan zdrowia (w tym np. epidemiczne zwiększenie liczby przypadków nadwagi i otyłości). Okazuje się, że im więcej czasu dziecko spędza przed telewizorem czy komputerem, mając do czynienia ze szkodliwymi treściami, tym większe ryzyko różnorodnych problemów, niepowodzeń i zaburzeń zarówno w dzieciństwie i okresie dojrzewania, jak i życiu dorosłym. Uzyskany w tych badaniach wynik przypisano istotnej, pośredniczącej roli braku wystarczającej kontroli wychowawczej w domu rodzinnym, co według autorów pozwala (paradoksalnie) uznać te wyniki za dowód na poważne skutki zaniedbania rodzicielskiego, a nie medialnej przemocy.

Tymczasem badania epidemiologiczne z ostatniej dekady alarmują o nasilających się rozmiarach i natężeniu szkodliwych skutków ekspozycji dzieci i młodzieży na przemoc w mediach. Dotyczy to już nie tylko przemocy fizycznej, ale też w coraz większym stopniu seksualnej. Zwraca się także uwagę na rosnącą częstotliwość korzystania z nowoczesnych mediów (np. Internet używany jest nie tylko w domu, ale także w szkole, przez telefony komórkowe). Oznacza to, między innymi, nie tylko możliwość biernego korzystania z medialnych produktów, ale niemal nieograniczone możliwości używania ich w interaktywnym kontekście społecznym, głównie w grach oraz internetowych komunikatorach. Z jednej strony wiąże się to z zagrożeniem uzależnieniami od produktów medialnych (w coraz poważniejszym stopniu raportowanymi przez klinicystów), ale też stosowaniem mediów (Internetu, telefonów komórkowych) jako narzędzi przemocy, w tym głównie tzw. prześladowania oraz mobbingu rówieśniczego.

Należy więc docenić stanowisko AAP z całą powagą odnoszące się do wpływu przemocy w mediach na dzieci i młodzież oraz wynikające stąd rekomendacje dotyczące praktyki medycznej. Jednocześnie zastanawiająca jest postawa psychologów zdających się nie dostrzegać czy może nie doceniać znaczenia problemu. Zalecane przez AAP pytania diagnostyczne, które powinno się włączyć do wstępnej rozmowy z dzieckiem i jego opiekunami, nie rozwiążą problemu, ale pozwolą go rozpoznać i odpowiednio interweniować.

Czas pobytu zdrowego donoszonego noworodka w szpitalu

Komisja ds. Płodów
i Noworodków

American
Academy of
Pediatrics



Zasady organizacji opieki
zdrowotnej oraz poprawy
stanu zdrowia dzieci

Streszczenie

Czas pobytu matki i jej zdrowego donoszonego noworodka w szpitalu powinien być na tyle długi, aby pozwolił na wykrycie problemów zdrowotnych ujawniających się we wczesnym okresie życia oraz na upewnienie się, że rodzina jest przygotowana do zaopiekowania się noworodkiem w domu. Określając czas pobytu w szpitalu, należy też uwzględnić jedyne w swoim rodzaju cechy charakteryzujące każdą parę matka-noworodek, w tym zdrowie matki, zdrowie oraz stabilność stanu noworodka, umiejętności i pewność matki, że będzie potrafiła zaopiekować się swoim dzieckiem, adekwatność systemów wsparcia w domu oraz dostęp do odpowiedniej opieki po wypisie. Zanim podejmie się decyzję o wypisaniu noworodka ze szpitala, należy wziąć pod uwagę zdanie matki oraz opinię położnika, jak również uczynić wszystko, aby matka przebywała razem z noworodkiem i propagować równoczesne wypisy matki i dziecka ze szpitala do domu.

Wprowadzenie

Czas pobytu matki i jej zdrowego donoszonego noworodka (para matka-noworodek) w szpitalu powinien być na tyle długi, aby pozwolił na wykrycie problemów zdrowotnych ujawniających się we wczesnym okresie życia oraz na upewnienie się, że rodzina jest przygotowana do zaopiekowania się noworodkiem w domu. Wiele chorób układu krążenia oraz oddechowego związanych z przejściem ze środowiska wewnątrzmacicznego do zewnętrznego ujawnia się w ciągu pierwszych 12 godzin po urodzeniu.¹ Wykrycie istotnej klinicznie żółtaczki,² przewodozależnej wady serca,^{3,4} niedrożności przewodu pokarmowego⁵ oraz innych problemów zdrowotnych może wymagać dłuższej obserwacji przez doświadczony i posiadający odpowiednie umiejętności zespół specjalistów.⁶ Od lat 70. do połowy lat 90. XX wieku średni okres pobytu pary matka-noworodek po urodzeniu stopniowo się skracał.⁷ Wczesny wypis noworodka wprowadzono w latach 90., ale w odpowiedzi na dyskusję, która dotyczyła opieki oraz bezpieczeństwa matek i ich noworodków, w większości stanów oraz w Kongresie Stanów Zjednoczonych

Słowa kluczowe:

noworodek, szpital, wypis ze szpitala

Wszystkie zalecenia American Academy of Pediatrics tracą ważność automatycznie po upływie 5 lat od publikacji, o ile nie zostaną ponownie potwierdzone, zweryfikowane lub wycofane w tym czasie lub przed jego upływem.

Niniejszy dokument jest chroniony prawem autorskim i stanowi własność American Academy of Pediatrics i jej Rady Naczelnej. Wszyscy autorzy przedstawili American Academy of Pediatrics oświadczenia w sprawie konfliktu interesów. Jakikolwiek przypadek konfliktu interesów zostały rozwiązane za zgodą Rady Naczelnej AAP. American Academy of Pediatrics nie zwracała się ani nie wyrażała zgody na jakikolwiek udział podmiotów komercyjnych w tworzeniu treści niniejszej publikacji.

uchwalono przepisy prawa, które zagwarantowały pobyt w szpitalu do 48 godzin w przypadku porodu drogą naturalną oraz do 96 godzin po porodzie drogą cięcia cesarskiego. W kilku kolejnych badaniach stwierdzono, że przepisy prawne dotyczące czasu pobytu noworodka w szpitalu doprowadziły do jego wydłużenia, ale wpływ dłuższego pobytu na wskaźnik ponownych przyjęć noworodków do szpitala był niejednoznaczny.⁷⁻¹⁰

RYZIKO PONOWNEJ HOSPITALIZACJI

Do kryteriów wypisu noworodka ze szpitala należą stabilny stan ogólny dziecka, umiejętności rodziny oraz gotowość zapewnienia noworodkowi opieki w domu, możliwości uzyskania wsparcia ze strony służb socjalnych oraz dostęp do systemu opieki zdrowotnej i jej zasobów. Nieodpowiednia ocena przeprowadzona w którymkolwiek z tych obszarów przez pracowników opieki zdrowotnej może narazić noworodka na różne zagrożenia i doprowadzić do powtórnej hospitalizacji. W kilku dużych badaniach epidemiologicznych do oceny adekwatności czasu pobytu noworodka w szpitalu wykorzystano wskaźnik powtórnej hospitalizacji. W tych pracach odnotowano szeroki zakres zmian we wskaźnikach powtórnej hospitalizacji po wczesnym wypisie noworodka do domu, od braku zwiększenia do zwiększenia znacznego stopnia.^{7,11-14} Różnice w definiowaniu wczesnego wypisu ze szpitala, opieki po wypisie oraz wsparcia, a także czasu ponownej hospitalizacji utrudniają porównywanie wyników. W niektórych badaniach oceniono także czynniki ryzyka powtórnej hospitalizacji w celu identyfikacji noworodków, w przypadku których korzystne mogłoby być albo wydłużenie pobytu na oddziale, albo baczniejsza obserwacja po wypisie. We wspomnianych badaniach stwierdzono, że najczęstszym powodem powtórnego przyjęcia noworodka do szpitala była żółtaczka, odwodnienie oraz trudności w karmieniu.^{14,15} Innymi często wymienianymi czynnikami ryzyka powtórnej hospitalizacji była rasa żółta, pierwszy poród, współistniejące choroby matki, skrócony wiek ciążowy lub mniejsza masa urodzeniowa, poród kleszczowy, płęć męska oraz mała masa ciała w stosunku do wieku ciążowego.^{11,13-16} Ważnymi czynnikami zmniejszającymi wskaźniki ponownej hospitalizacji była ścisła obserwacja dziecka po urodzeniu oraz lepsza koordynacja opieki nad noworodkiem po wypisaniu ze szpitala.^{11,15}

GOTOWOŚĆ NOWORODKA DO WYPISU ZE SZPITALA

Gotowość zdrowego donoszonego noworodka do wypisania ze szpitala tradycyjnie określają pediatrzy po przeprowadzeniu oceny zdolności matki oraz członków rodziny dziecka do sprawowania nad nim opieki w domu. Postrzeganie gotowości lub jej braku w momencie wypisu noworodka ze szpitala często jednak różni się między pediatrami, położnicami i matkami.¹⁷ Czynnikiem wiążącym się z brakiem gotowości noworodka do opuszczenia szpitala jest pierwsze żywe urodzenie, przewlekła choroba

matki w wywiadzie lub zachorowanie matki po porodzie, choroba noworodka w szpitalu, chęć karmienia noworodka piersią, nieodpowiednia opieka prenatalna lub słabe wsparcie służb socjalnych udzielone matce, a także rasa czarna niełatynoska.^{12,17} Wprawdzie obecnie nie ma jeszcze dostępnego swoistego narzędzia klinicznego służącego do oceny gotowości matek oraz ich rodzin do wypisu noworodka ze szpitala, pakiet narzędzi American Academy of Pediatrics Safe and Healthy Beginnings zawiera spis cech określających gotowość noworodka do wypisu do domu, który może pomóc lekarzom w jego przygotowaniu. Omawiane narzędzie przetestowano w 22 zespołach praktyki klinicznej podczas realizacji projektu mającego na celu ulepszenie pakietu Safe and Healthy Beginnings. Skupiono się w nim na ryzyku wystąpienia ciężkiej hiperbilirubinemii, wspomaganie karmienia piersią oraz koordynacji opieki nad noworodkiem w celu jej poprawienia.¹⁸ Oprócz tego należy zrobić wszystko, aby noworodki przebywały z matkami i propagować jednoczesne wypisy matki i dziecka ze szpitala. Aby zrealizować te cele, decyzję o wypisaniu noworodka do domu powinien podjąć pediatra po zasięgnięciu opinii matki, wspólnie z położnicą oraz innymi pracownikami ochrony zdrowia, również personelem pielęgniarskim i pracownikami socjalnymi, którzy uczestniczą w sprawowaniu opieki nad matką i jej dzieckiem.

Zalecenia

Długość pobytu zdrowego donoszonego noworodka na oddziale należy uzależnić od jedynych w swoim rodzaju cech charakteryzujących każdą parę matka-noworodek, w tym zdrowia matki, zdrowia i stabilności stanu noworodka, umiejętności matki oraz pewności, że będzie umiała opiekować się swoim dzieckiem, adekwatności systemów wsparcia w domu oraz dostępu do odpowiedniej opieki po wypisie. Zanim podejmie się decyzję o wypisaniu noworodka ze szpitala, należy wysłuchać opinii matki oraz położnika, a także personelu pielęgniarskiego i uczynić wszystko, aby noworodek przebywał z matką, a także propagować jednoczesny ich wypis ze szpitala do domu. Zaleca się, aby przed wypisaniem do domu noworodka donoszonego, czyli urodzonego między pełnym 37 a 41 tygodniem ciąży, spełnione były przynajmniej poniższe kryteria.

1. Przebieg kliniczny po urodzeniu oraz badanie przedmiotowe przed wypisem nie ujawniły nieprawidłowości wymagających przedłużenia hospitalizacji.
2. Udokumentowano, że parametry życiowe noworodka mieszczą się w zakresie wartości prawidłowych, ich fizjologiczne wahania są adekwatne do wieku oraz w ciągu 12 godzin poprzedzających wypis parametry te były stabilne. Liczba oddechów nie przekracza 60 na minutę i nie występują żadne objawy zaburzeń oddychania, częstość akcji serca waha się od 100 do

- 160 uderzeń na minutę, a ciepłota ciała mierzona pod pachą wynosi od 36,5-37,4°C, przy prawidłowo przeprowadzonym pomiarze, w odśloniętym łóżeczku, u dziecka odpowiednio ubranego.¹⁹⁻²¹
3. Noworodek regularnie oddaje mocz oraz wydalil samodzielnie przynajmniej jeden stolec.
 4. Noworodek odbyl pomyślnie przynajmniej 2 kolejne karmienia oraz przeprowadzono u niego ocenę weryfikującą zdolność koordynacji ssania, polykania i oddychania podczas karmienia.
 5. U noworodka nie stwierdza się istotnego krwawienia z rany po obrzezaniu.
 6. Oceniono klinicznie ryzyko wystąpienia hiperbilirubinemii i opracowano odpowiednie plany postępowania lub kontroli zgodne z wytycznymi praktyki klinicznej dotyczącymi postępowania w hiperbilirubinemii, opracowanymi przez American Academy of Pediatrics.²
 7. Noworodka poddano odpowiedniej ocenie oraz monitorowaniu pod kątem posocznicy na podstawie matczynek czynników ryzyka oraz zgodnie z bieżącymi wytycznymi zapobiegania okołoporodowemu zakażeniu paciorkowcem grupy B.²²
 8. Są dostępne i zostały przeanalizowane wyniki badań przesiewowych oraz badań krwi matki, w tym:
 - badania w kierunku kiły oraz obecności antygenu powierzchniowego wirusa zapalenia wątroby typu B,
 - badania przesiewowe, w tym test w kierunku zakażenia HIV wykonany zgodnie z przepisami.
 9. Są dostępne i zostały zanalizowane wyniki badań krwi noworodka, w tym badania grupy krwi pobranej bezpośrednio od noworodka lub krwi pępowinowej oraz bezpośredniego testu Coombsa, zależnie od wskazań klinicznych.²
 10. Zaszczepiono noworodka pierwszą dawką szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B zgodnie z aktualnym kalendarzem szczepień.²³
 11. Przeprowadzono u noworodka badanie przesiewowe słuchu i w kierunku chorób metabolicznych zgodnie z protokołem szpitalnym oraz przepisami.
 12. Oceniono kompetencje matki noworodka pod kątem jej wiedzy, umiejętności oraz pewności w odniesieniu do sprawowania prawidłowej opieki nad dzieckiem, analizując:
 - sposób karmienia naturalnego lub butelką (matkę, która karmi piersią oraz jej dziecko powinien ocenić przeszkolony personel, zwracając uwagę na pozycję dziecka podczas karmienia, chwytanie piersi oraz właściwe polykanie),²⁴
 - znaczenie oraz korzyści płynące z karmienia naturalnego dla matki i noworodka,
 - właściwą częstość oddawania moczu i stolca przez noworodka,
 - pielęgnację skóry, narządów płciowych oraz kikutu pępowiny, a także rany po obrzezaniu u noworodka,
 - zdolność spostrzegania objawów choroby oraz zwyczajnych problemów wieku noworodkowego, zwłaszcza żółtaczki,
 - bezpieczeństwo noworodka (w tym korzystanie z odpowiednich fotelików samochodowych, układanie noworodka do snu w pozycji na wznak, zachowanie środowiska dziecka wolnego od dymu tytoniowego oraz przebywanie razem z dzieckiem w pomieszczeniu).²⁴⁻²⁶
 13. Oceniono rodzinne, środowiskowe i społeczne czynniki ryzyka oraz przeszkolono matkę i członków jej rodziny w zakresie bezpieczeństwa dziecka w środowisku domowym. Jeśli stwierdza się występowanie czynników ryzyka, należy opóźnić wypis noworodka ze szpitala do momentu rozwiązania stwierdzonych problemów lub wdrożenia planu zapewnienia bezpieczeństwa dziecku. Plan ów może obejmować omówienie zaistniałych problemów ze służbami socjalnymi lub agencjami stanowymi, takimi jak służby czuwające nad bezpieczeństwem dzieci. Do wspomnianych czynników ryzyka zalicza się (nie jest to lista wyczerpująca):
 - nieleczone nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodziców lub dodatni wynik badania toksykologicznego moczu u matki lub noworodka,
 - stwierdzone w wywiadzie maltretowanie lub zaniebdywanie dziecka,
 - występowanie choroby psychicznej u rodzica przebywającego w domu noworodka,
 - brak wsparcia socjalnego, zwłaszcza dla samotnej matki, która urodziła pierwsze dziecko,
 - zamieszkiwanie matki w schronisku dla bezdomnych, domu samotnej matki lub na ulicy,
 - występowanie przemocy domowej w wywiadzie, zwłaszcza w okresie ostatniej ciąży,
 - występowanie choroby zakaźnej u rodzica lub innych członków rodziny wspólnie zamieszkujących,²⁷
 - nastoletni wiek matki, szczególnie wtedy, gdy dodatkowo występuje jeden z wyżej wymienionych czynników.
 14. Zidentyfikowano lekarza rodzinnego, który zapewni stałą opiekę medyczną nad noworodkiem oraz wdrożono plan przekazywania mu w porę istotnych informacji klinicznych. W przypadku noworodków wypisanych ze szpitala przed upływem 48 godzin od urodzenia należy umówić wizytę kontrolną w celu zbadania noworodka przez fachowego pracownika opieki zdrowotnej, najlepiej w ciągu 48 godzin od wypisu, zależnie od występujących czynników ryzyka, ale w większości przypadków nie później niż 72 godziny po wypisaniu do domu.^{10,11,15,28,29} Jeśli nie można takiej wizyty zapewnić, wypis należy odroczyć do czasu określenia sposobu przeprowadzenia kontrolnej oceny noworodka. Wizyta kontrolna może się odbyć w domu lub w gabinecie lekarskim pod warunkiem, że pracownik opieki zdrowotnej badający noworodka