

Małgorzata Waszkowska

Dorota Merecz

## PSYCHOLOGICZNE SKUTKI UCZESTNICTWA W WYPADKACH DROGOWYCH – WYZWANIE DLA ZDROWIA PUBLICZNEGO

PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF ROAD ACCIDENTS: A CHALLENGE FOR PUBLIC HEALTH

Zakład Psychologii Pracy

Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera w Łodzi

### STRESZCZENIE

Artykuł przedstawia problematykę psychologicznych konsekwencji wypadków drogowych i konieczności wspierania ofiar tych zdarzeń i ich rodzin. Najczęstszymi psychologicznymi konsekwencjami wypadków są: zaburzenia zdrowia psychicznego, nadużywanie środków psychotropowych oraz zakłócenia funkcjonowania zawodowego. Dlatego konieczne jest dokonanie zmian systemu bezpieczeństwa ruchu drogowego i uzupełnienie go o system wsparcia dla ofiar wypadków drogowych i ich rodzin. Osiągnięcie tego celu jest możliwe poprzez stworzenie warunków do prowadzenia wielodyscyplinarnych badań dotyczących skutków wypadków drogowych. Dane z tych badań powinny pozwolić na tworzenie efektywnych programów leczenia i rozwinięcie instytucjonalnego wsparcia ofiar wypadków i ich rodzin. Niektóre ze sposobów pomocy, jak wczesna interwencja u ofiar wypadków już podczas hospitalizacji, wsparcie dla sprawców wypadków, którzy nie doznali obrażeń oraz krewnych śmiertelnych ofiar zdarzeń drogowych możliwe są do wprowadzenia już dziś. Med. Pr., 2006;57(5):479–484

Słowa kluczowe: zdrowie psychiczne, zaburzenia psychiczne, wypadki drogowe

### ABSTRACT

The authors discuss psychological consequences of road accidents and the need for providing support for the victims and their families. The most common psychological effects include mental health problems, increased use of psychotropic drugs, and difficulty in performing occupational functions. Therefore, it is necessary to remodel the system of traffic safety and supplement it with a comprehensive system of support for both direct victims of accidents and their close relatives. To reach this goal, we need to develop optimal conditions for multidisciplinary research to investigate the effects of road accidents in Poland. This would make it possible to design effective psychological treatment and develop an institutional system for relevant support. However, some preventive measures can be taken right now, e.g., early intervention for severely injured victims during their hospital stay or providing support for non-injured victims and their families. Med Pr 2006, 57(5):479–84

Key words: mental health, psychological disturbances, road accidents

Adres autorek: św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: waszko@imp.lodz.pl

Nadesłano: 2.08.2006

Zatwierdzono: 5.09.2006

### WPROWADZENIE

Jedną z głównych przyczyn problemów zdrowotnych społeczności europejskiej są wypadki drogowe. To wysokie miejsce w statystykach jest spowodowane zarówno ogromną liczbą ofiar, jak i długookresowymi konsekwencjami tych wydarzeń, ponoszonymi przez ofiary zdarzeń drogowych, a także ich rodziny.

Każdego roku w Europie ginie w wypadkach drogowych ponad 50 tysięcy osób, a ponad 150 tysięcy pozostaje na całe życie niepełnosprawnymi. Wyniki badań Europejskiej Federacji Ofiar Ruchu Drogowego (European Federation of Road Traffic Victims – FEVR) przeprowadzonych w 1995 r. wykazały, że 90% rodzin zmarłych ofiar i 85% rodzin ofiar dotkniętych kalectwem stwierdzało znaczny, a nawet dramatyczny spadek jakości życia, który u ponad połowy tych rodzin miał charakter długotrwały (1). Polska w tej statystyce wypada niestety

bardzo niekorzystnie. W lutym 2006 r. Komisja Europejska opublikowała raport nt. stanu bezpieczeństwa na drogach europejskich. Wynika z niego, że Polska należy do krajów o wysokim ryzyku kolizji i wypadków drogowych. W naszym kraju w wypadkach drogowych ginie niemal tyle samo osób, co w 90 mln Niemczech i prawie dwukrotnie więcej niż w 60 mln Wielkiej Brytanii (tab. 1). Zagrożenie stwarzają jednak nie tylko kierowcy, ale również piesi, rowerzyści, którzy są sprawcami ok. 15% wypadków, a w niektórych miastach nawet 60% wypadków (2,3). Chociaż statystyki odnotowały w ubiegłym roku spadek liczby tych wydarzeń w porównaniu do lat poprzednich, to jednak corocznie w wypadkach ginie ponad 5 tys. osób, a ponad 60 tys. zostaje w nich rannych (tab. 1). Koszty wypadków i kolizji są ogromne. W krajach Unii Europejskiej wynoszą one rocz-



**Tabela 1.** Ofiary wypadków drogowych w wybranych krajach Europy w 2004 r

| Kraj            | Wypadki | Zabici | Ranni   |
|-----------------|---------|--------|---------|
| Austria         | 42 657  | 878    | 55 857  |
| Czechy          | 26 516  | 1 382  | 34 254  |
| Dania           | 6 209   | 369    | 7 546   |
| Finlandia       | 6 767   | 375    | 8 791   |
| Francja         | 85 390  | 5 530  | 108 272 |
| Niemcy          | 339 310 | 5 842  | 440 126 |
| Norwegia        | 8 194   | 259    | 11 494  |
| Polska          | 51 069  | 5 712  | 64 661  |
| Szwajcaria      | 22 891  | 510    | 28 746  |
| Szwecja         | 18 029  | 480    | 26 582  |
| Wielka Brytania | 207 410 | 3 221  | 277 619 |

nie ponad 250 mld USD (1). W Polsce według danych Krajowej Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego np. w 2003 r. wyniosły one ponad 30 mld zł (4).

### PSYCHOLOGICZNE KONSEKWENCJE UCZESTNICTWA W TRAUMATYCZNYCH ZDARZENIACH DROGOWYCH

Wymierne i policzalne starty wynikające z wypadków drogowych stanowią zaledwie wierzchołek negatywnych społecznie konsekwencji omawianego zjawiska. Oprócz nich istnieją jeszcze koszty, które niezwykle trudno oszacować, jak: ból, cierpienie fizyczne i psychiczne zarówno ofiar wypadków, jak i ich najbliższych.

Dla tych, którzy przeżyli wypadek są to cierpienia spowodowane doznanymi obrażeniami, przebiegiem leczenia, niepełnosprawnością, jak również stresem towarzyszącym czynnościom administracyjnym, prawnym, związanym z dochodzeniem, procesem sądowym, odszkodowawczym, z barierami socjalnymi, a także z przejmującym, egzystencjalnym doświadczeniem kruchości życia, załamania dotychczasowych perspektyw życiowych.

W latach 90. ubiegłego stulecia w krajach Unii Europejskiej prowadzono badania w ramach programu COST 313 dotyczące społecznych skutków wypadków drogowych (1). Wykazały one m.in., że szczególnie dotkliwie skutki wypadków odczuwały osoby, które doznały urazów głowy: 78% cierpiało z powodu zaburzeń pamięci i zdolności koncentracji uwagi, 70% było niezdolnych do wykonywania codziennych zajęć, 59% miało zaburzenia mowy. Po trzech latach odsetek osób, które zgłaszały takie trudności spadł odpowiednio do 61%, 52% i 29%. Ponadto ofiary cierpią na zaburzenia

snu (trudności z zasypianiem, sen płytki i przerwany) (49%), koszmary nocne (41%), bóle głowy (55%), ogólne problemy ze zdrowiem (58%). W omawianym raporcie podkreśla się, że dolegliwości powyższe mają charakter przewlekły.

Podobnie, jak ofiary wypadków, tak i ich bliscy cierpią na zaburzenia stanu zdrowia psychicznego. Przejawy tych zaburzeń, to najczęściej: utrata zainteresowań codziennymi sprawami, tj. pracą zawodową, życiem domowym, nauką, utrata energii, utrata pewności siebie, napady lęku, fobie, myśli samobójcze, depresja, zaburzenia jedzenia, dysforia, wzmożone odczuwanie negatywnych emocji. Częstość występowania i intensywność powyższych objawów i zaburzeń, jak podają autorzy raportu, jest szczególnie wysoka u członków rodzin osób, które poniosły śmierć w wypadku drogowym. W tej grupie respondentów, po trzech latach od wypadku, średnia częstość zgłaszanych dolegliwości spadła zaledwie o 10%. Psychiczne konsekwencje uczestnictwa w wypadku drogowym, to również ostra reakcja na stres, zespół stresu pourazowego (PTSD), zaburzenia nastroju, w tym wspomniana depresja, zaburzenia lękowe. Literatura przedmiotu nie dostarcza jednoznacznych danych, dotyczących częstości występowania tych zaburzeń. Przykładowo Mayou (5) na podstawie przeprowadzonych badań retrospektywnych podaje, że odsetek osób, u których rozpoznano PTSD w ciągu 3 miesięcy od wypadku drogowego wynosił 8%, a w ciągu 12 miesięcy sięgnął 11,1%, zaś Blanchard (6) podaje nawet 39,2%. Ten sam autor stwierdza również, że u 43,5% osób uczestniczących w wypadkach drogowych, u których rozpoznano PTSD, rozwinął się także epizod depresyjny, zaś 56,5% ocalałych z wypadków miało zaburzenia nastroju. Wspomniany Mayou stwierdził u 6,9% osób zaburzenia nastroju lub lęk, a u 13,3% zaburzenia psychotyczne, które pojawiły się w ciągu 3 miesięcy od wypadku (5).

Skutki wypadków mają także wpływ na późniejsze życie ofiar i ich rodzin. We wspomnianym raporcie czytamy, że około 50% tych osób deklarowało większe niż w okresie przed wypadkiem zażywanie leków psychotropowych, uspokajających, nasennych i używek, tj. alkoholu, narkotyków i papierosów (1). Wtórnie może to prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia.

U wielu osób zaburzenia stanu zdrowia psychicznego utrzymują się niekiedy przez długi okres, powodując znaczne obniżenie jakości życia, jak i zaburzenia funkcjonowania zawodowego. Około 60% krewnych zmarłych ofiar wypadków, 80% tych, którzy stali się niepełnosprawnymi i 70% krewnych poszkodowanych zmieniło pracę. Przyczyną były przede wszystkim problemy na-



tury psychicznej i fizjologicznej, które uniemożliwiały kontynuację pracy na dotychczasowych stanowiskach, bądź zmieniona sytuacja życiowa, czy materialna (1).

Psychologiczne skutki wypadków dotyczą ich uczestników w różnym zakresie i nasileniu. Na podstawie wielu badań dotyczących psychologicznych konsekwencji zdarzeń traumatycznych należy stwierdzić, że istnieją czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia zaburzeń w stanie zdrowia psychicznego osób uczestniczących tych zdarzeniach. Za klasyczne czynniki ryzyka należy uznać cechy samego zdarzenia, tj. jego rodzaj, poziom zagrożenia dla życia i zdrowia, charakter doznanych obrażeń, liczbę ofiar. Szerokie spektrum różnic indywidualnych poczynając od cech społeczno-demograficznych, takich jak wiek, stan cywilny, status społeczno-zawodowy, po cechy osobowości, takie jak: neurotyzm, introwersja, otwartość na doświadczenia, niski poziom poczucia koherencji, wysoki poziom cech lęku (7,8). Przyjmuje się, że im większe zagrożenie niesie ze sobą wypadek i im większe są faktyczne straty poniesione przez uczestników zdarzenia, tym większe jest prawdopodobieństwo pojawienia się negatywnych skutków w obszarze zdrowia psychicznego (9). Ponadto niektóre cechy osobowości mogą negatywnie oddziaływać na proces dochodzenia do równowagi po zdarzeniu traumatycznym. I tak na przykład lęk, czy neurotyczność, poprzez obniżenie progu odporności na bodźce mogą z jednej strony zwiększać subiektywną stresogenność wydarzeń i utrudniać radzenie sobie z nimi, z drugiej strony mogą sprzyjać rozwojowi i utrwalaniu się funkcjonalnych struktur mózgowych, nazywanych przez badaczy siecią strachu (10), która to sieć odpowiedzialna jest za wzmożone uogólnione pobudzenie organizmu o charakterze lękowym (11). Rola innych cech osobowości, np. otwartości na doświadczenie, czy ekstrawersji, nie jest już tak jednoznaczna. Część badaczy na podstawie przeprowadzonych analiz skłonna jest twierdzić, że cechy te również stanowią czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego na skutek doświadczeń traumatycznych (12,13), podczas gdy inni stoją na stanowisku, że te cechy osobowości sprzyjają pojawieniu się pozytywnych zmian, będących bezpośrednim następstwem doświadczeń traumatycznych i określanym mianem wzrastania potraumatycznego (posttraumatic growth) (14–17). Współczesne badania pokazują, że dla wielu uczestników zdarzeń traumatycznych, pomimo doświadczanych symptomów stresu, doświadczenie traumatyczne jest punktem zwrotnym w życiu, od którego rozpoczyna się wiele pozytywnych zmian. W badaniach Tedeschi i Clahoun ok. 50% badanych uczestni-

ków zdarzeń traumatycznych relacjonowało wystąpienie pozytywnych zmian, jako konsekwencji dramatycznych, zagrażających życiu bądź zdrowiu wydarzeń (16). Czterema podstawowymi obszarami, w których zaznacza się najczęściej wzrastanie potraumatyczne są: pozytywne zmiany w obrazie własnego Ja, w relacjach z innymi ludźmi, filozofii życia, włączając stosunek do własnego życia i życia innych osób, i poziomie empatii. Z punktu widzenia psychologicznych skutków uczestnictwa w wypadkach drogowych, u osób kierujących pojazdami, objawami wzrastania potraumatycznego mogą być: uświadomienie sobie własnej odpowiedzialności za swoje życie, życie pasażerów i innych uczestników ruchu drogowego, poprawa bezpieczeństwa i kultury jazdy, w szczególności dostosowanie szybkości jazdy do obowiązujących przepisów i warunków drogowych, lepsze przewidywanie potencjalnych zdarzeń na drodze, dbałość o odpoczynek w czasie długiej jazdy etc.

## UCZESTNICTWO W WYPADKU DROGOWYM A ZDOLNOŚĆ KIEROWANIA POJAZDAMI

Znajomość zagrożeń, jakie niosą za sobą psychologiczne konsekwencje uczestnictwa w zdarzeniach traumatycznych, prowokuje postawienie zasadniczego pytania o to, czy i w jaki sposób mogą one wpływać na zachowania na drodze. Istnieje stosunkowo niewielka liczba badań, w których to zagadnienie jest poruszane. W większości z nich wykazano związki pomiędzy występowaniem objawów zaburzeń zdrowia psychicznego a zdolnością do kierowania pojazdami. Sagberg (18) podaje, że lęk, obniżenie nastroju (depresja), używanie antydepresantów są obok zmęczenia, bezsenności istotnymi czynnikami ryzyka spowodowania wypadku w ruchu drogowym. Jednak nawet wówczas, gdy w wyniku uczestnictwa w wypadku drogowym nie rozwijają się w pełni opisane wyżej zaburzenia zdrowia psychicznego, można mówić o pewnych, często pojedynczych objawach, które mogą negatywnie wpływać na zdolność kierowania pojazdami. Po pierwsze zdarzenie traumatyczne w postaci wypadku może być ponownie przeżywane – kierowca doświadcza wtedy intruzywnych myśli, wyobrażeń, czy wrażeń odnoszących się do pewnych aspektów wypadku. Takie nagłe, niechciane wspomnienia mogą powodować wzrost pobudzenia o podobnym obrazie, jak w zaburzeniach lękowych. Objawy nawracania mogą być szczególnie niebezpieczne jeśli pojawiają się w trakcie prowadzenia pojazdu, w warunkach lub miejscach podobnych do tych, w których doszło do wypadku. W skrajnych sytuacjach intruzyje przybierają formę intensywnych wtargnięć, któ-



re charakteryzują się powielaniem zachowań, które wystąpiły w trakcie faktycznego wypadku, co bezpośrednio może zagrażać bezpieczeństwu ruchu drogowego. Innym objawem mogącym utrudniać kierowanie pojazdami, zadaniem Kramera (19), jest czynienie wysiłków, aby unikać sytuacji lub miejsc kojarzonych z wypadkiem. Ten objaw, wchodzący w skład symptomatologii PTSD, może występować samodzielnie, a u kierowców uczestniczących w wypadkach przejawiać się może pod postacią unikania pewnych rodzajów dróg, czy jazdy w określonych warunkach atmosferycznych lub o pewnej porze dnia. Natomiast w przypadku gdy, ze względu na wymagania pracy, podróży nie można odłożyć, u kierowców mogą pojawiać się objawy wzmożonego lęku czy napięcia. Te objawy z kolei sprzyjają większej męczliwości, a w konsekwencji może pojawiać się uczucie irytacji czy rozdrażnienia, negatywnie oddziałujące na właściwe zachowanie na drodze.

Niektóre osoby kierujące pojazdem, z powodu nękających ich niepokojących objawów lub powstałych zaburzeń zdrowia psychicznego rezygnują z prowadzenia pojazdów lub ograniczają jego częstotliwość. Są jednak tacy, którzy nadal kierują pojazdami, pomimo ich zmienionej kondycji psychofizycznej. Są to dwie grupy kierowców. Pierwszą stanowią ci, którzy nie są świadomi tego, jak ich zmieniony stan psychiczny wpływa na zachowanie za kierownicą i jakie stwarzają zagrożenie dla bezpieczeństwa ruchu drogowego. Druga grupa kierujących to ci, dla których jazda samochodem (kierowanie) stanowi podstawowe zadanie, czynność zawodową. Są to kierowcy wykonujący transport drogowy, przewóz osób, czy pracujący jako przedstawiciele handlowi. Pomimo złej kondycji psychofizycznej nadal jeżdżą samochodami, gdyż ograniczenie lub rezygnacja z kierowania pojazdami oznacza dla nich utratę pracy.

Z perspektywy bezpieczeństwa ruchu drogowego wyżej wymienione grupy kierowców- uczestników wypadków drogowych, stanowią potencjalne zagrożenie dla siebie samych jak i dla innych uczestników ruchu drogowego. Dlatego w wielu krajach świata do nich właśnie adresowane są specjalne programy pomocowe, których celem jest minimalizowanie objawów potraumatycznych, ograniczających zdolność bezpiecznego kierowania pojazdami.

## POMOC OFIAROM WYPADKÓW

Obecnie, na całym świecie poprawa bezpieczeństwa ruchu drogowego i pomoc ofiarom wypadków drogowych stanowi jeden z priorytetowych elementów polityki, nie

tylko w poszczególnych państwach, ale także na poziomie ponadnarodowym. Ma to swoje odzwierciedlenie w wielu dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia, czy Unii Europejskiej, które wyznaczają główne kierunki działań w tym zakresie, związane z bezpieczeństwem dróg, pojazdów, doskonaleniem prawa związanego z ruchem drogowym, edukacją uczestników ruchu drogowego, systemem pomocy ofiarom wypadków. W Raporcie Sekretarza Generalnego Organizacji Narodów Zjednoczonych, pn. „Globalny kryzys bezpieczeństwa drogowego” (Global road safety crisis) z dnia 7 sierpnia 2003 r. (20) podkreśla się, że ważną rolę w prewencji „szkodom” ruchu drogowego odgrywa zdrowie publiczne. Polega ona przede wszystkim na:

- gromadzeniu danych, mających na celu przedstawienie zdrowotnych i ekonomicznych skutków wypadków drogowych i koordynowanie ich z danymi instytucji, organizacji związanych z tą dziedziną (np. policji, służb ratunkowych),
- zapewnieniu opieki i rehabilitacji wszystkim poszkodowanym,
- monitorowaniu i ewaluacji interwencji w bezpieczeństwo drogowe,
- promowaniu wielosektorowego podejścia do prewencji wypadków w ruchu drogowym.

Podkreśla się również konieczność różnicowania pomocy ofiarom wypadków i prowadzenie analiz skutków wypadków dla różnych uczestników tych zdarzeń i opracowywanie na ich podstawie odpowiednich strategii postępowania z nimi.

W omawianym dokumencie wskazuje się także na konieczność włączenia różnych agencji rządowych w działania na rzecz bezpieczeństwa ruchu drogowego i precyzyjnego określenia ich kompetencji oraz zasad współpracy wzajemnej, a także z organizacjami pozarządowymi, jak chociażby z producentami samochodów, stowarzyszeniami ofiar wypadków. Przedstawione zadania wypełniają treść definicji zdrowia publicznego, jako „całościowego podejścia do ochrony i promowania zdrowia odnoszące się zarówno do jednostki, jak i do społeczności, opartego na wzajemnie kompensujących się przedsięwzięciach służb zapobiegawczych, zorientowanych na tworzenie warunków sanitarnych, środowiskowych oraz promujących zdrowie osób i zbiorowości, skoordynowanych z odpowiednimi świadczeniami zakładów opieki medycznej prowadzących leczenie, rehabilitację oraz opiekę długoterminową” (21). Są to zatem działania wielosektorowe, wymagające skoordynowania rządowej polityki zdrowotnej z działaniami resortów centralnych i lokalnych, wprowadzania rozwiązań legi-



slacyjnych, systemowych, działania opieki zdrowotnej, kształcenia profesjonalistów, prowadzenia badań naukowych.

W październiku 2003 r. w Weronie na nieformalnym posiedzeniu ministrów transportu państw Unii Europejskiej, krajów przystępujących i kandydujących oraz krajów EEA i EFTA uzgodniono deklarację (tzw. Deklaracja Werońska), dotyczącą poprawy bezpieczeństwa ruchu drogowego. W deklaracji tej m.in. uznano za konieczne „zapewnienie ofiarom wypadków drogowych najwyższej jakości pomocy medycznej, psychologicznej i prawnej” (22).

Polska również jest zaangażowana w działania na rzecz poprawy bezpieczeństwa ruchu drogowego, w tym zapewnienia lepszej opieki ofiarom wypadków. Dowodem tego jest to, że w Krajowym Programie Poprawy Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego GAMBIT 2005 zamieszczono działania mające na celu dokonanie zmian aktów prawnych, dotyczących systemu pomocy i informacji ofiarom wypadków drogowych. Wskazuje się w nim również na konieczność prowadzenia badań naukowych i tworzenie systemu opieki zdrowotnej tym osobom (4). Proponuje się, aby w celu ułatwienia poszkodowanym uzyskania odpowiedniej pomocy powołać jednostki lokalne, specjalizujące się w udzielaniu bezpłatnych porad w zakresie prawa, medycyny, psychologii, wspierających ofiary wypadków oraz ich rodziny materialnie. Zaleca się zaangażować w tym celu istniejący w Polsce system ośrodków pomocy społecznej do udzielania pomocy prawnej i materialnej oraz system opieki zdrowotnej do udzielenia pomocy medycznej i psychologicznej.

Realizacja tych zadań wymaga rozwiązania wielu problemów związanych z szeroko rozumianym bezpieczeństwem ruchu drogowego, a w związku z tym wiele wysiłku i nakładów finansowych. O ile w naszym kraju od kilku lat podejmuje się coraz intensywniejsze działania na rzecz poprawy warunków na drogach, organizacji ruchu, warunków technicznych pojazdów, kwalifikacji kierowców, o tyle działania na rzecz pomocy ofiarom wypadków są znacznie skromniejsze. Brak jest instytucji, które zajmowałyby się taką działalnością. Ofiary wypadków zdane są wyłącznie na pomoc fundacji i stowarzyszeń typu non profit, jak na przykład Stowarzyszenie na Rzecz Poprawy Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego „Droga i Bezpieczeństwo”, czy Fundacja na Rzecz Pomocy Ofiarom Wypadków Drogowych i Bezpieczeństwa na Drodze „Koniczynka”, które przede wszystkim zajmują się pomocą prawną, pomocą w uzyskaniu świadczeń re-

habilitacyjnych, ewentualnie wsparciem psychologicznym. Brakuje natomiast ośrodków, które zajmowałyby się terapią. Informacje na temat tych placówek dostępne są głównie na stronach internetowych, bądź można je uzyskać w ośrodkach interwencji kryzysowej.

Bardzo ograniczone są także możliwości zmniejszania ryzyka ponownego uczestnictwa kierowców w wypadkach. Na mocy ustawy Prawo o ruchu drogowym (23) wszyscy kierowcy uczestniczący w wypadkach drogowych są objęci obowiązkowymi badaniami lekarskimi, a w przypadku gdy uczestnik wypadku jest jego sprawcą, również badaniami psychologicznymi. Celem tych badań jest ocena stanu zdrowia fizycznego i psychicznego pod kątem występowania przeciwwskazań do kierowania pojazdami. Niestety ani w orzecznictwie lekarskim, ani psychologicznym nie przywiązuje się większej wagi do opisanych wcześniej zaburzeń (24,25), jako przeciwwskazań do prowadzenia pojazdów. Ponadto kierowcy trafiają na badania po upływie długiego czasu od zdarzenia, często posiadając dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu. Stąd też wykrywalność tych zaburzeń u kierowców jest niewielka, a tym samym zapobieganie rozwojowi zaburzeń stanu psychicznego uczestników wypadków drogowych oraz zmniejszanie ryzyka spowodowania przez nich kolejnego zdarzenia jest bardzo ograniczone.

## PODSUMOWANIE

Przedstawione dane przemawiają za konieczną szybką zmianą poprawy sytuacji w zakresie psychologicznej pomocy uczestnikom wypadków tzn. zarówno ofiarom, jak i sprawcom oraz profilaktyki wypadkowej.

Zgodnie z sugestią programu GAMBIT 2005 wydaje się konieczne podjęcie szerokich, wielodyscyplinarnych badań, dotyczących zdrowotnych (medycznych i psychicznych), społecznych, prawnych i społecznych skutków wypadków drogowych w Polsce. Ich wyniki powinny dostarczyć danych, które pozwoliłyby na stworzenie sprawnego systemu pomocy uczestnikom wypadków, zwiększenie dostępności do instytucji udzielających wsparcia psychologicznego, prawnego, socjalnego, empirycznych podstaw tworzenia skutecznych programów interwencji, pomocy i profilaktyki psychologicznej. Działania te będą mogły być wdrożone po upływie kilku lat, ale już dziś naszym zdaniem możliwa jest poprawa sytuacji. Przede wszystkim konieczne jest umożliwienie wczesnej interwencji psychologicznej u uczestników wypadków. Osobom, które doznały obrażeń powinno się umożliwić uzyskanie pomocy psychologicznej już



w trakcie hospitalizacji, co pozwoliłoby na złagodzenie skutków psychicznych wypadku i zapobiegło ich rozwojowi. Ponadto, ofiary wypadków zaopatrzone ambulatoryjnie, krewni ofiar śmiertelnych, a także sprawcy wypadków, którzy nie doznali obrażeń fizycznych, powinni jak najszybciej otrzymywać informację na temat możliwych sposobów otrzymania pomocy psychologicznej, prawnej itd. oraz instytucji, które mogą jej udzielić. Informacji takich powinny udzielać służby ratownicze, policja, służba zdrowia, mające bezpośredni kontakt z uczestnikami wypadków.

Jeśli natomiast chodzi o profilaktykę ponownych wypadków, zasadne wydaje się wprowadzenie zmian legislacyjnych, umożliwiających skrócenie do minimum czasu oczekiwania na badanie lekarskie i psychologiczne uczestników zdarzeń drogowych. Pozwoliłoby to na wczesną diagnostykę zaburzeń zdrowia psychicznego, będących następstwem traumy u osób kierujących pojazdami i na podjęcie odpowiednich działań zapobiegawczych, poczynając od skierowania na terapię do odpowiedniej placówki po okresowe cofnięcie uprawnień do kierowania pojazdami w przypadku wystąpienia zaburzeń znacząco ograniczających zdolność do kierowania pojazdami. Z uwagi jednak na to, że proces legislacyjny jest długotrwały, na dzień dzisiejszy można jedynie zalecić, aby lekarze i psychologowie uprawnieni do badań kierujących pojazdami więcej uwagi poświęcili diagnostyce zaburzeń potraumatycznych, które w skrajnych przypadkach powinny stanowić przeciwwskazanie do kierowania pojazdami.

## PIŚMIENNICTWO

1. FEVR. Impact of Road Death and Injury – Research into the Principal Causes of the Decline in Quality of Life and Living Standards Suffered by Road Crash Victims and Victims Families. European Federation of Road Traffic Victims, Berne, Suisse, 1995
2. Ryteł K. Polscy kierowcy najgorsi w całej Unii [cytowany 2 sierpnia 2006]. Zielone Mazowsze, Warszawa. Adres: <http://www.zm.org.pl>
3. Stan bezpieczeństwa ruchu drogowego w krajach OECD. Biuletyn Informacyjny. Instytut Transportu Samochodowego. Centrum Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, Warszawa, 2005
4. GAMBIT 2004” Program realizacyjny na lata 2006–2007. Załącznik C. [cytowany 2 sierpnia 2006]. Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, Warszawa. Adres: <http://www.krbrd.gov.pl>
5. Mayou R., Bryant B., Duthie R.: Psychiatric consequences of road traffic accidents. *Brit. Med. J.*, 1993;307:647–651
6. Blanchard E.B., Hickling E.J., Taylor A.E., Loos W.R., Forneris C.: Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1995;183:495–504
7. Meichenbaum D.: *Treating Posttraumatic Stress Disorder*. Wiley, New York 1997
8. Cox B.J., Macpherson P.S.R., Enns M.W., McWilliams La.: Neurotism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in nationally representative sample. *Behav. Res. Ther.*, 2004;42:105–114
9. Joseph S., Williams R., Youle W.: *Understanding Posttraumatic Stress*. Wiley, New York 1997
10. Dudek B.: *Zaburzenie po stresie traumatycznym*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003
11. Foa E.B., Steketee G., Rothbaum B.O.: Behavioural cognitive conceptualization of posttraumatic stress disorder. *Behav. Ther.*, 1989;20:155–176
12. Fauerbach J.A., Lawrence J.W., Schmidt C.W., Munster A.M., Costa P.T.: Personality predictors of injury-related posttraumatic stress disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2000;188:510–517
13. Hyer L., Braswell L., Albrecht W., Boyd S., Boudewyns P., Talbert S.: Relationship of NEO-PI to personality styles and severity of Trauma in chronic PTSD victims. *J. Clin. Psychol.*, 1994;50:699–707
14. Janoff-Bulman R.: *Shattered assumption*. Free Press, New York 1992
15. Tedeschi R.G., Calhoun L.G.: *Trauma and transformation. Growing in the aftermath of suffering*. CA Sage Publication, Newbury Park (CA) 1995
16. Tedeschi R.G., Calhoun L.G.: The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J. Trauma Stress*, 1996;9:455–471
17. Tedeschi R.G., Calhoun L.G.: Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol. Inquiry*, 2004;15(1):1–18
18. Sagberg F.: Driver health and crash involvement: A case-control study. *Accid. Anal. Prev.*, 2006;38(1):28–34
19. Kramer D.: The emotional toll of motor vehicle accidents. *Transport Topics*, 2001;27:9
20. Sekretarz Generalny WHO: Global road safety crisis. Raport of the Secretary-General, 2003 [cytowany 2 sierpnia 2006]. European Federation of Road Traffic Victims, Geneva. Adres: <http://www.fevr.org>
21. Nosko J.: Koncepcja zdrowia publicznego w programie EUROFAMILI.W: J. Nosko [red.]. *Zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie i w Polsce*. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2004, ss.155–159
22. Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego: Deklaracja Werońska oraz program „Europa dla życia”. Informacja. Warszawa, październik 2003 [cytowany 2 sierpnia 2006]. Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, Warszawa. Adres: <http://www.krbrd.gov.pl>
23. Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (tekst jednolity). *DzU* 2005, nr 108, poz. 908 [z późniejszymi zmianami]
24. Iżycki J.: Postępowanie orzecznicze u kandydatów na kierowców i kierowców z zaburzeniami psychicznymi. W: Wągrowa-Koski E. [red.]. *Orzecznictwo lekarskie o predyspozycjach zdrowotnych do kierowania pojazdami silnikowymi i pracy na stanowisku kierowcy*. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2006, ss. 63–64
25. Rotter T. [red.]: *Metodyka psychologicznych badań kierowców*. Wydawnictwo Instytut Transportu Samochodowego, Warszawa 2003

