

TOKARCZYK Ewa¹

Czynniki powstrzymujące przed zachowaniami ryzykownymi w ruchu drogowym – na przykładzie trzeźwości kierujących

Kierowca, diagnoza psychologiczna, psychologiczne badania kierowców

Streszczenie

W najnowszych naukowych pracach z zakresu profilaktyki różnych negatywnych zjawisk społecznych zwraca się uwagę na fakt, że nie wystarczy już jedynie eliminowanie czy ograniczanie wpływu czynników negatywnych, sprzyjających zachowaniom ryzykownym. Aby działania profilaktyczne były skuteczne konieczne jest równoczesne oddziaływanie na czynniki chroniące, powstrzymujące przed takimi zachowaniami poprzez ich promowanie i wzmacnianie. Aby to było jednak możliwe niezbędna jest wiedza na temat tych czynników. W pracy zaprezentowane zostały wyniki badań nad identyfikacją czynników powstrzymujących przed takim zachowaniem ryzykownym, jakim jest kierowanie pojazdem w stanie nietrzeźwości.

FACTORS PREVENTING THE BEHAVIOUR OF DIFFICULTY ON THE ROAD – FOR EXAMPLE NON DRUNK DRIVERS

Abstract

In the most recent scientific work from the scope of the prevention of various negative phenomena of social attention is the fact that it is not enough to have only eliminate or reduce the impact of negative factors, conducive to anti-social risky. To be effective preventive action, it is necessary to the simultaneous impact factors for protection, repress against such behavior by promoting and strengthening. This was, however, possible, it is necessary to know about these factors. In the work presented are the results of research on the identification of the factors hampering before giving risky, which is DUI (Driving Under Influence)

1. WSTĘP

Profilaktyka społeczna to system metod i środków, które podejmowane są celem usuwania przyczyn ujemnych zjawisk społecznych i stworzenia warunków prawidłowego funkcjonowania i rozwoju jednostek oraz grup społecznych (B. Hołyst 1994). Takim ujemnym zjawiskiem powodującym nie tylko określone koszty jednostkowe (bezpośrednie oraz związane z zahamowaniem lub znaczącym utrudnieniem rozwoju) ale również wymierne (choć trudne do policzenia) koszty społeczne jest występowanie w społeczeństwie osób będących bezpośrednimi lub/i pośrednimi ofiarami wypadków drogowych. Stąd w programach długofalowych działań w różnych sferach funkcjonowania społecznego, gospodarczego, socjalnego, zdrowotnego itd. pojawiają się postulaty, zobowiązania, zadania zmierzające do zmniejszenia liczby ofiar wypadków drogowych oraz stworzenia systemu pomocy ofiarom.

Udział wypadków drogowych powodowanych przez sprawców kierujących pojazdami w stanie nietrzeźwości od lat nie maleje. Stąd problematyka trzeźwości kierujących pojazdami, nie tylko w Polsce, ale i w innych krajach europejskich, stanowi przedmiot zainteresowania wszystkich, którzy podejmują jakiegokolwiek działania na rzecz podniesienia bezpieczeństwa w ruchu drogowym. Wydaje się, że zmniejszenie liczby kierujących pojazdami w stanie nietrzeźwości może stanowić liczący się czynnik zmniejszenia liczby zabitych i rannych w wypadkach drogowych. Problematyka trzeźwości kierujących pojazdami traktowana jest w kategoriach zdrowia publicznego, i jako taka znajduje się wśród priorytetowych zadań rządów krajów Europy. (K. Rumara 1999)

2. CELE I POZIOMY PROFILAKTYKI

W ostatnich latach zmieniło się podejście do programów z zakresu profilaktyki społecznej. Podkreśla się, że nie mogą być skuteczne, a mogą wręcz przynieść efekt odwrotny od zamierzonego programy oparte na intuicji ich twórców i realizatorów, dowolnie przenoszone z jednych grup na inne, czy też z opracowanych dla jednych problemów na inne, traktowanie ich jako uniwersalne (J. Szymańska 2000, Z.B. Gaś 1998). Stąd problematyka konstruowania, realizacji i oceny programów profilaktycznych stała się przedmiotem zainteresowań nauki. Interdyscyplinarne analizy pozwoliły na opracowanie określonych prawidłowości i zasad – standardów - odnoszących się do programów profilaktycznych niezależnie od tego, jakiego szczegółowo zjawiska społecznego dotyczą.

Punktem wyjścia planowania działań profilaktycznych w zakresie bezpieczeństwa ruchu drogowego jest zdefiniowanie i określenie zagrożenia stania się sprawcą / ofiarą wypadku w kategoriach zachowania ryzykownego.

¹Instytut Transportu Samochodowego, Zakład Psychologii Transportu i Fizjologii; 03-301 Warszawa; ul. Jagiellońska 80; tel. 22 43 85 539, e-mail: ewa.tokarczyk@its.waw.pl.

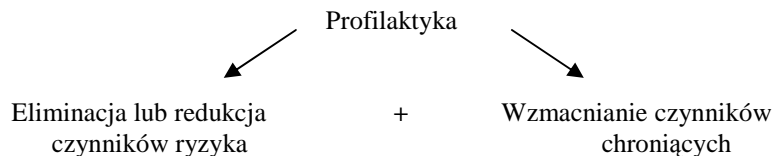
Przez *zachowanie ryzykowne* rozumiemy różne działania niosące ryzyko negatywnych konsekwencji zarówno dla zdrowia fizycznego i psychicznego jednostki, jak i dla jej otoczenia społecznego (J. Szymańska 2000). Przy takim definiowaniu każdy uczestnik ruchu drogowego, przez sam fakt uczestnictwa, jest potencjalnie narażony na bycie ofiarą bezpośrednią wypadku, a jako członek rodziny, członek społeczeństwa czy pracownik służb ratowniczych ofiarą pośrednią. Osoba może stać się ofiarą na skutek własnych zachowań ryzykownych lub poprzez to, że nie udało jej się uniknąć skutków takich zachowań innych (kierujących pojazdami). Zatem celem profilaktyki byłoby z jednej strony wspomaganie człowieka w radzeniu sobie z zagrożeniami wynikającymi z uczestnictwa w ruchu drogowym, a w odniesieniu do osób, które już stały się sprawcami / ofiarami likwidowanie lub ograniczanie czynników, które blokują prawidłowy rozwój, zaburzają zdrowy styl życia, obniżają jego jakość.

Analiza sytuacji zagrożenia, w tym zachowań ryzykownych pozwala określić, że odpowiedzialnymi za tendencję do takich zachowań potęgującymi zagrożenie są: **czynniki zewnętrzne**, tj. otoczenie społeczne, w tym stosunek do norm, **czynniki wewnętrzne**, tj. system osobowości jednostki, jak i interakcja czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Wśród czynników mających wpływ na zachowania ryzykowne powodujące zagrożenie wyróżnia się czynniki ryzyka i czynniki chroniące. **Czynniki ryzyka** to cechy osobowe, sytuacje, warunki sprzyjające powstawaniu i wywołujące zachowania ryzykowne. **Czynniki chroniące** to cechy, sytuacje i warunki zwiększające odporność na działanie czynników ryzykownych bądź powstrzymujące przed takimi działaniami w konkretnym przypadku. Przy takim ujmowaniu przyczyn zachowań ryzykownych i sprzyjających zagrożeniu określonego znaczenia nabiera traktowanie i planowanie działalności profilaktycznej. Akcentowanie bądź tym bardziej opieranie profilaktyki na oddziaływaniu na jeden typ czynników pozwoliło wyróżnić dwie podstawowe koncepcje profilaktyki:

a/ koncepcję profilaktyki defensywnej wykorzystującą wiedzę na temat czynników ryzyka, zmierzającą do niedopuszczenia do wystąpienia negatywnych zjawisk poprzez eliminację lub ograniczenie występowania czynników ryzyka,

b/ koncepcję profilaktyki kreatywnej wykorzystującą wiedzę o czynnikach chroniących, powstrzymujących zmierzającą do wzmocnienia jednostki poprzez stosowanie środków pozytywnych, inicjujących, konstruktywnych.

Każda z tych koncepcji stosowana jako jedyna, wyłączna nie pozwala osiągnąć oczekiwanych efektów w skali ogólnej. Może być skuteczna w skali jednostkowej (M. Dziewięcki 2008, J. Szymańska 2000). Aktualnie prezentowane stanowisko zakłada, że celem interwencji profilaktycznej powinno być równoczesne oddziaływanie zarówno na czynniki ryzyka, jak i na czynniki chroniące.



W każdej populacji, w tym populacji uczestników ruchu drogowego, znajdują się osoby w różnym stopniu narażone i podatne na czynniki ryzyka. W celu prawidłowego, profesjonalnego planowania działań profilaktycznych niezbędna jest diagnoza stopnia zagrożenia zachowaniami ryzykownymi, w tym zachowaniami ryzykownymi ze strony innych.

W planowaniu działalności profilaktycznej bardzo ważny jest etap rzetelnej diagnozy, tak grupowej (populacji), jak i indywidualnej. Dopiero wszechstronna diagnoza rozmiarów i etiologii zjawiska pozwala określić, z jakim stopnie zagrożenia mamy do czynienia i właściwie planować działania profilaktyczne. Adresowanie niewłaściwych działań do niewłaściwej grupy nie tylko nie przynosi oczekiwanych efektów, ale może okazać się szkodliwe.

Tradycyjnie, w zależności od stopnia ryzyka i zagrożenia ryzykiem profilaktyka prowadzona jest na trzech poziomach. W odniesieniu do większości zachowań ryzykownych (uzależnienia, agresja, zachowania ryzykowne itd.) wyróżnia się trzy poziomy zagrożenia (J. Szymańska 2000, J. Szymańska, J.Zamecka 2002, Z.B. Gaś 1998).

Grupa **niskiego ryzyka**, do której należą wszystkie osoby potencjalne narażone na podejmowanie zachowań ryzykownych i na konsekwencje ryzykownych zachowań innych (kierujących) chociaż same nie podejmują (nie stwarzają własnym zachowaniem) ryzyka. Do grupy tej należy zaliczyć wszystkich uczestników ruchu drogowego, gdyż każdy z nich, nawet w sposób całkowicie niezawiniony może stać się ofiarą bezpośrednią lub pośrednią (jako osoba bliska, świadek, osoba pracująca w służbach ratowniczych) wypadku drogowego.

Grupa **podwyższonego ryzyka**. Do grupy tej, w odniesieniu do zagrożenia bycia sprawcą lub/i ofiarą wypadku drogowego, należałoby zaliczyć tych kierujących, którzy dopuszczają się wykroczeń lub/i przestępstw w ruchu drogowym, nie stosują się do zasad i przepisów ruchu, preferują agresywny styl jazdy, zachowują się ryzykownie w ruchu drogowym. Będą to przede wszystkim kierujący, którzy przekroczyli limit punktów karnych, ci, którzy zmniejszyli sobie limit poprzez udział w odpowiednim szkoleniu, osoby zatrzymane za kierowanie pojazdem w stanie po spożyciu alkoholu i w stanie nietrzeźwości oraz kierujący pod wpływem innych środków odurzających, kierujący – sprawcy kolizji drogowych. Osoby te określa się jako będące po inicjacji zachowań ryzykownych mogących prowadzić do wypadku drogowego, choć zachowania te jeszcze do takiego wypadku nie doprowadziły i zalicza do grupy kierujących o wysokim stopniu zagrożenia wypadkiem drogowym.

Grupa **wysokiego ryzyka** (zagrożenia) to osoby, które stały się już bezpośrednio lub/i pośrednio ofiarami wypadku drogowego w którym był zabity lub ranny. U osób tych odnotowujemy głębokie negatywne konsekwencje zarówno zdrowotne jak i psycho-społeczne.

Trzem poziomem zagrożenia odpowiadają trzy poziomy profilaktyki.

Profilaktyka pierwszorzędowa – najbliższa promocji – adresowana jest do najszerszej populacji osób potencjalnie zagrożonych, zaliczonych do grup niskiego ryzyka. Celem profilaktyki na tym poziomie jest promocja zdrowego stylu życia, życia i zdrowia jako wartości, poczucia odpowiedzialności za siebie i innych, właściwego stosunku do norm i zasad, innych ludzi, uczenie radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych (trudnych, stresowych, pokusy itp.). Docelowo chodzi o zmniejszenie rozmiarów zachowań ryzykownych i tym samym poziomu zagrożenia. Profilaktyka pierwszorzędowa ma charakter proaktywny (poszerzanie zakresu aktywności własnej) i przedterapeutyczny a strategie (działania) najczęściej wykorzystywane na tym etapie to strategie informacyjne i edukacyjne.

Profilaktyka drugorzędowa – adresowana jest do osób, które podejmują zachowania ryzykowne, a więc do osób zaliczonych do grupy podwyższonego ryzyka. Celem działań jest ograniczenie czasu trwania dysfunkcji i ograniczenie jej konsekwencji oraz umożliwienie wycofania się z zachowań ryzykownych. W przypadku analizowanej profilaktyki bezpieczeństwa ruchu drogowego i zmniejszenia liczby ofiar wypadków drogowych profilaktyka drugorzędowa powinna być adresowana do kierowców z grup wysokiego ryzyka wypadkowego a jej celem winno być ograniczenie zachowań ryzykownych w ruchu oraz zapobieganie ich konsekwencjom. Każde oddziaływanie na tym poziomie powinna poprzedzać pogłębiona diagnoza indywidualna (badanie psychologiczne). Profilaktyka drugorzędowa ma już bowiem charakter reaktywny, interwencyjny i po części terapeutyczny. Strategie najczęściej realizowane na tym poziomie to, oprócz stosowanych na wcześniejszym poziomie strategie interwencyjne, a w uzasadnionych przypadkach strategie zmniejszania szkód.

Profilaktyka trzeciorzędowa kierunkowana jest do grup wysokiego ryzyka obejmujących osoby, które doświadczyły już negatywnych konsekwencji wypadku drogowego jako sprawca/uczestnik/ofiara bezpośrednia lub/i pośrednia. Celem oddziaływań na tym poziomie profilaktyki jest przeciwdziałanie pogłębianiu się dysfunkcji i ewentualnego procesu chorobowego będących konsekwencją urazów fizycznych lub/i psychicznych oraz ukazanie szansy i wspomaganie powrotu do normalnego życia i funkcjonowania (w tym w charakterze kierującego pojazdem). Podobnie jak w przypadku poziomu drugorzędowego, podstawę planowania i podejmowania działań powinna stanowić wieloaspektowa, pogłębiona diagnoza nie tylko bezpośrednich ale i innych konsekwencji zdarzenia, mechanizmów obserwowanych dysfunkcji, ich nasilenia oraz warunków utrzymywania się. Zależnie od skali i rodzajów dysfunkcji na tym poziomie profilaktyki stosuje się najczęściej strategie interwencyjne oraz strategie zmniejszania szkód: terapię, rehabilitację, resocjalizację.

3. CZYNNIKI CHRONIĄCE PRZED ZACHOWANAMI RYZYKOWNYMI

W literaturze wskazuje się, że u podłoża różnorodnych zachowań ryzykownych leżą podobne czynniki psychiczne. Stąd na ogół oddziaływanie na nie prowadzić może nie tylko do eliminacji określonych zjawisk i zachowań, ale może mieć bardziej uniwersalny charakter (J. Szymańska 2000, Z.B. Gaś 1998, K. Ostaszewski 2002, 2005).

W ruchu drogowym jednym z istotnych zachowań ryzykownych jest kierowanie pojazdem w stanie nietrzeźwości. Stąd badania tego zjawiska, które przeprowadzane były w Instytucie Transportu Samochodowego w Warszawie w latach 2005 – 2009 (E. Tokarczyk 2005, 2005a).

Badania właściwe zostały przeprowadzone w trzech grupach badanych:

Grupa „Z” - zatrzymani to osoby zatrzymane za prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości. Badaniami objęci zostali ci kierujący, którzy zostali skierowani na badania psychologiczne przez policję w związku z zatrzymaniem za prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości. W grupie tej na pewno doszło już do inicjacji zachowania ryzykownego, jakim jest kierowanie pojazdem w stanie nietrzeźwości. Celem badania tej grupy była **identyfikacja czynników ryzyka** takich zachowań, w tym czynników ich powtarzalności. W podejściu naukowym do problematyki profilaktyki różnych nieprawidłowych zachowań społecznych grupę taką określa się jako grupę podwyższonego zagrożenia zachowaniami ryzykownymi.

Grupa „ZK” - to osoby odbywające karę pozbawienia wolności za przestępstwa w ruchu drogowym popełnione w stanie nietrzeźwości – głównie za prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości. Z wcześniejszych analiz wynika (patrz też; E. Tokarczyk 2005), że jest to grupa najbardziej zbliżona do grupy określonej jako grupa szczególnego (wysokiego) ryzyka wypadkowego spowodowanego prowadzeniem pojazdu w stanie nietrzeźwości. W kategoriach zagrożenia zachowaniami nieaprobowanymi społecznie można tę grupę określić jako grupę podwyższonego i wysokiego ryzyka. U osób z tej grupy nie tylko odnotowujemy zachowanie ryzykowne jakim jest prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości, ale również inne czynniki ryzyka. Ponadto można postawić hipotezę, że również koszty psychiczne i społeczne poniesione z tytułu zachowań ryzykownych są w tej grupie największe. **Celem badania tej grupy była identyfikacja czynników ryzyka** zachowań trzeźwościowych kierowców **oraz czynników recydywy tych zachowań**. Badaniami objęte zostały osoby aktualnie odbywające karę pozbawienia wolności za prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości lub spowodowanie wypadku drogowego w stanie nietrzeźwości..

Grupa „T” – zawsze trzeźwi „za kierownicą” – to grupa kontrolna osób, którym nigdy nie zdarza się prowadzenie pojazdu po spożyciu jakiegokolwiek ilości alkoholu – osoby zawsze trzeźwe „za kierownicą”. Badanie przeprowadziło 20 psychologów transportu z terenu całego kraju. Ponieważ dotarcie do takich osób nie jest łatwe, osoby badające proszone były o to, aby dotarły do różnych – ze względu na wiek, wykształcenie, zatrudnienie, miejsce zamieszkania – kierowców. Jedynym kryterium było to, aby z całkowitą pewnością był to kierowca, któremu nie zdarza się kierowanie pojazdem po alkoholu. Nie miało znaczenia, czy jest to abstynent w ogóle, a więc osoba nie pijąca alkoholu, czy też osoba umiejąca zachować całkowitą trzeźwość w sytuacji ruchu drogowego. Celem badania tej grupy

była identyfikacja czynników powstrzymujących przed zachowaniem ryzykownym jakim jest kierowanie pojazdem po spożyciu alkoholu. Chodziło przy tym o to, aby nie byli to jedynie kierowcy „zawodowi”, to jest tacy, dla których utrata prawa jazdy za jazdę po pijanemu wiązałyby się z utratą pracy. W tej grupie, i bez prowadzenia badań można założyć, że istotnym czynnikiem powstrzymującym jest obawa o utratę pracy. Z informacji od osób przeprowadzających badania wynika, że nie brali oni pod uwagę (rezygnowali z przeprowadzenia badania), jeżeli okazało się, że osoba jest wprawdzie zawsze trzeźwa w pracy (kierowcy prowadzący pojazd w związku z pracą zawodową, choć niekoniecznie zatrudnieni na stanowisku kierowcy), ale zdarza się, że nie do końca jest pewna swojej trzeźwości w różnych sytuacjach prywatnych (powrót z imprezy, sytuacje „wyjątkowe”). Oprócz deklaracji osoby badanej fakt jej trzeźwości był potwierdzany przez pracodawców, kolegów z pracy, bliskich znajomych, członków rodziny. Wreszcie część badanych była osobiście znana psychologom przeprowadzającym badanie. Można więc zasadnie przyjąć, że w grupie tej znalazły się osoby rzeczywiście zawsze trzeźwe „za kierownicą”.

Badania przeprowadzane były indywidualnie.

Badania w grupach „Z”, „ZK” i „T” przeprowadzone zostały z wykorzystaniem dokładnie tych samych narzędzi. Możliwe więc było porównanie wyników badań a tym samym ujawnienie podobieństw i różnic pomiędzy grupami. Porównanie takie może dać informacje na temat czynników ryzyka oraz czynników chroniących. Do analizy danych wykorzystane zostały testy statystyczne stosownie do rodzaju danych: analiza rozkładów, porównanie rozkładów, analiza różnic wyników średnich, analiza korelacji, analiza dendrytów.

Ujawnione w badaniu czynniki chroniące (powstrzymujące) przed zachowaniem ryzykownym, jakim jest kierowanie pojazdem w stanie nietrzeźwości zawarto w tabeli 1.

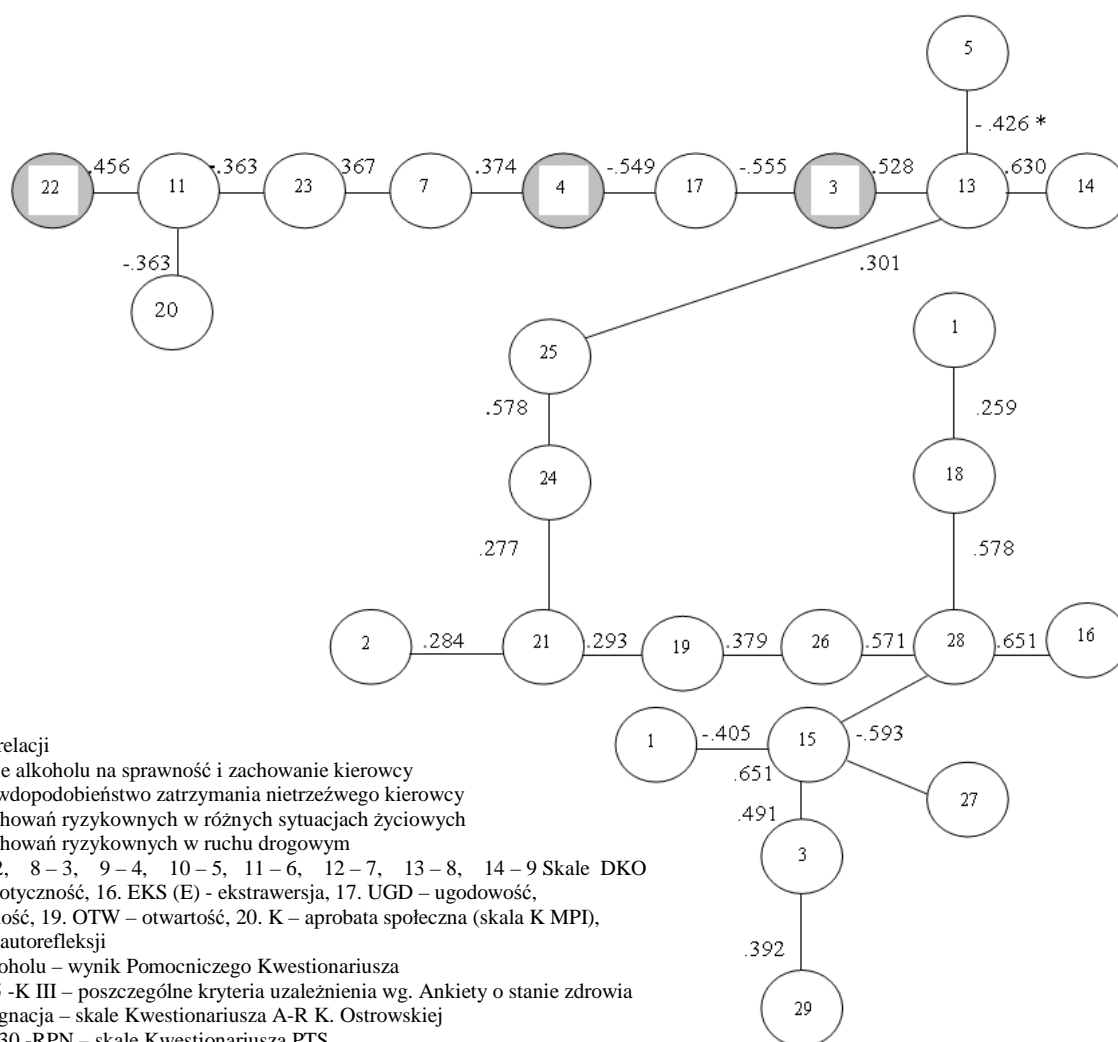
Tab. 1. Czynniki chroniące przed zachowaniem ryzykownym, jakim jest kierowanie pojazdem w stanie nietrzeźwości

CZYNNIK Cecha psychiczna, właściwość	Charakterystyka opisowa – poziom sprzyjający powstrzymaniu się od zachowań ryzykownych
Wiedza o wpływie alkoholu na sprawność i zachowanie się kierowcy	Wystarczająca jest ogólna wiedza, świadomość wpływu, nie jest potrzebna wiedza szczegółowa w przypadku osób zachowujących abstynencję w ruchu drogowym.
Subiektywne prawdopodobieństwo zatrzymania osoby prowadzącej pojazd w stanie nietrzeźwości	Czynnik obojętny ze względu na ogół bardzo niskie subiektywne prawdopodobieństwo zatrzymania
Wzory zachowań trzeźwościowych w najbliższym otoczeniu.	Bez znaczenia, gdy osoba ma: - cechy osobowości nonkonformistycznej - posiada umiejętność asertywnego odmawiania
Tendencja do zachowań ryzykownych w różnych sytuacjach życiowych, w tym w ruchu drogowym	Niska i bardzo niska potrzeba zachowań ryzykownych, w tym w ruchu drogowym.
Potrzeba aprobaty społecznej.	Przeciętne lub niskie zapotrzebowanie na aprobatę społeczną, niezależność.
Neurotyczność	Niska i bardzo niska
Introwersja / Ekstrawersja	Osobowość raczej i zdecydowanie ekstrawertywna.
Otwartość na nowe doświadczenia, ugodowość	- Wysoka i bardzo wysoka otwartość. - Ugodowość wysoka lub bardzo wysoka.
Tendencja do reagowania niezadowolaniem w różnych sytuacjach życiowych.	Brak tendencji do reagowania niezadowolaniem.
Stosunek samooceny do niezadowolenia.	Samoocena istotnie wyższa niż tendencja do reagowania niezadowolaniem.
Cechy osobowości depresyjnej: nieśmiałość, łatwa męczliwość, nieznaczna tendencja do wycofywania się, duży krytycyzm wobec siebie, skłonność do melancholii, martwienia się, przejmowania.	Podwyższone nasilenie cech osobowości depresyjnej.
Cechy osobowości histerycznej: ambicja sumienność, poczucie odpowiedzialności, podatność na sugestię, zainteresowanie sobą, chętnie korzystanie z rad, częste przeżywanie obniżonego nastroju, skłonność do wypierania przyczyn napotykanym trudności, do demonstrowania zaburzeń funkcjonalnych.	Podwyższone nasilenie cech osobowości histerycznej.
Cechy osobowości psychopatycznej: skłonność do przeciwstawiania się autorytetom, problemy w zakresie współżycia społecznego, trudności w adaptacji do różnych sytuacji życiowych (w tym zawodowych), brak stałości emocjonalnej, brak pełnej integracji osobowości.	Nasilenie cech psychopatycznych nie wyższe lub niższe niż przeciętne.
Cechy osobowości schizofrenicznej: skłonność do dyskusji z każdym i na dowolny temat w tym do sporów,	Poziom przeciętny lub poniżej przeciętnego.

dziwaczny, nieobliczalny w zachowaniu, możliwość wyraźnych cech aspołecznych,, rozwijanie przekonania o tym „że jest się prześladowanym, marzyciel na jawie, problemy z akceptacją ze strony środowiska, tendencja do izolowania się,	
Dominujące cechy osobowości:	- Cechy osobowości hipochondrycznej - Cechy osobowości depresyjnej - Cechy osobowości histerycznej
Cechy o najniższym nasileniu:	- Tendencja do reagowania niezadowolaniem w różnych sytuacjach życiowych - Poczucie winy. - Cechy osobowości schizofrenicznej
Lokalizacja poczucia kontroli.	Wewnętrzne poczucie kontroli.
Wewnętrzne poczucie kontroli.	Rezygnacja jako strategia dominująca.
Stan zdrowia psychicznego	Stan zdrowia psychicznego
Stosunek do spożywania alkoholu.	- Picie rozsądne, kontrolowane. - Abstynencja „za kierownicą”. - Całkowita abstynencja

Źródło: opracowanie własne

Analizy wzajemnych związków badanych cech dokonano z wykorzystaniem wrocławskiej taksonomii dendrytów. Wynik ilustruje rysunek 1.



Oznaczenia:

* współczynniki korelacji

1. Wiedza o wpływie alkoholu na sprawność i zachowanie kierowcy
2. Subiektywne prawdopodobieństwo zatrzymania nietrzeźwego kierowcy
3. Tendencja do zachowań ryzykownych w różnych sytuacjach życiowych
4. Tendencja do zachowań ryzykownych w ruchu drogowym
- 5 - 0, 6 - 1, 7 - 2, 8 - 3, 9 - 4, 10 - 5, 11 - 6, 12 - 7, 13 - 8, 14 - 9 Skale DKO
15. NEU (N) – neurotyczność, 16. EKS (E) - ekstrawersja, 17. UGD – ugodowość,
18. SUM – sumienność, 19. OTW – otwartość, 20. K – aprobata społeczna (skala K MPI),
21. ? – zdolność do autorefleksji
22. Stosunek do alkoholu – wynik Pomocniczego Kwestionariusza
- 23 -K I, 24 -K.II, 25 -K III – poszczególne kryteria uzależnienia wg. Ankiety o stanie zdrowia
- 26 -Atak , 27 -Rezygnacja – skale Kwestionariusza A-R K. Ostrowskiej
- 28 -SPP, 29 - SPH, 30 -RPN – skale Kwestionariusza PTS
- 31-I – E –Lokalizacja poczucia kontroli.

Rys. 1. Dendryt cech w grupie kierowców zawsze trzeźwych „za kierownicą”. (N = 59)

Poza dendrytem, niezwiązane w istotny sposób z żadną inną cechą znalazły się następujące zmienne: 12 tj. – skala 7 w teście DKO a więc poczucie winy, 9 tj. – skala 4 w teście DKO a więc cechy osobowości depresyjnej oraz 5 tj. – skala 0 w teście DKO co oznacza cechy osobowości maniakalnej.

Analiza dendrytu wskazuje na znaczenie **ugodowości**. Z ugodowością negatywnie skorelowana jest zarówno tendencją do zachowań ryzykownych w różnych sytuacjach życiowych jak i tendencją do zachowań ryzykownych w ruchu drogowym. Te dwie tendencje nie wykazują bezpośredniego związku – pośredniczy między nimi właśnie ugodowość. Marginalną rolę w tej grupie badanych kierowców odgrywa stosunek do alkoholu. Przypomnieć należy, że w grupie tej tylko 3 osoby to całkowici abstynenci.

Kolejne cechy skupiające to skorelowane ze sobą negatywnie neurotyczność i siła procesów pobudzania w układzie nerwowym.

Peryferyjne pozycje zajmują wiedza o wpływie alkoholu na sprawność i zachowanie się kierowcy w ruchu drogowym oraz subiektywne prawdopodobieństwo zatrzymania nietrzeźwego kierowcy.

Kierujący pojazdami, którym nie zdarza się kierowanie pojazdem w stanie nietrzeźwym to osoby, które jeżeli mają jechać samochodem nie piją, a jeżeli wypili nawet małą ilość alkoholu rezygnują z jazdy samochodem. Są to zatem osoby, które skutecznie oddzielają sytuację picia alkoholu i prowadzenia pojazdy, gdyż jedynie 3 z nich jest całkowitymi abstynentami również w innych sytuacjach. 32,2% badanych z tej grupy to osoby pijące kontrolowanie. Są to kierowcy, którym wprawdzie zdarza się wypicie alkoholu w sytuacji, gdy są samochodem, ale dokładnie kontrolują jego ilość i nie decydują się na kierowanie pojazdem przed całkowitym wytrzeźwieniem. Fakt ten - analogicznie jak w całej badanej grupie – był potwierdzony przez inne osoby. Pozostali, tj. 67,8% badanych to zwolennicy całkowitej abstynencji w sytuacji, gdy jechali lub mają jechać samochodem.

Osoby zawsze trzeźwe zachowują taką postawę pomimo niepełnej wiedzy o wpływie alkoholu na sprawność i zachowanie się kierowcy. Oznacza to, iż wystarczającym czynnikiem powstrzymującym przed jazdą w stanie nietrzeźwym jest wiedza ogólna lub sama wiedza o tym, że jest to zagrażające. Wskazuje na taki motyw zachowań 35,6% badanych, którzy twierdzą, że tym co powstrzymuje ich przed siadaniem za kierownicą po spożyciu alkoholu jest świadomość zmian funkcjonowania. Czynnikiem decydującym o wyborze zachowania bezpiecznego jest również szacunek dla życia własnego oraz innych osób (25,4%) oraz świadomość ewentualnej krzywdy, jaką można spowodować prowadząc samochód po pijanemu (30,5%). Dla części badanych jest to kwestia zasad, norm etycznych (15,3) lub postawy legalistycznej wobec prawa (10,2%). Jedynie dla 2 badanych (3,4%) jest to kwestia ewentualnej utraty możliwości wykonywania zawodu (przypomnijmy, że w grupie 18,7% to osoby, w przypadku których prowadzenie pojazdu ma związek z pracą zawodową). Motywami najrzadziej występującymi wśród wskazywanych przez badanych są motywy zewnętrzne, związane z ewentualnym zatrzymaniem w stanie nietrzeźwym. Jedynie 11,8% badanych nie decyduje się na zachowania ryzykowne z obawy przed utratą prawa jazdy, 1,7% wskazuje na ewentualne zagrożenie więzieniem, dla tylu też byłoby to wstyd. Jak wspomniane zostało to już wcześniej 2 badanych to osoby uzależnione, które zachowują całkowitą abstynencję w związku z podjętym leczeniem. Wskazane motywy zachowań trzeźwościowych w ruchu drogowym kierowców wskazują, że są to w zdecydowanej mierze motywy wewnętrzne związane z określonymi wartościami, zasadami, postawami, w zdecydowanie mniejszym zakresie czynniki zewnętrznej kontroli. To wyjaśnia dlaczego osoby te zachowują swoją postawę pomimo, iż subiektywnie oceniają prawdopodobieństwo zatrzymania nietrzeźwego kierowcy przez policję jako znikome.

Osoby zawsze trzeźwe „za kierownicą” nie wykazują tendencji do zachowań ryzykownych również w innych sytuacjach życiowych. 78,0% z nich uzyskuje wyniki niskie lub przeciętne, jedynie co piąty wyniki nieznacznie podwyższone. Nieco większa jest tendencja do ryzyka w ruchu drogowym. Ponad 1/3 badanych (36,2%) przejawia tendencję do zachowań ryzykownych, w tym uważanych za agresywne w ruchu drogowym, nie obejmuje to jednak jazdy „na podwójnym gazie”. Ponad połowa jednak (63,8%) zachowuje się w ruchu drogowym nie podejmując ryzyka. Nie ma też w tej grupie problemu z alkoholem. Jedynie niewielki odsetek zgłasza problemy psychiczne związane z piciem, ale wydaje się, że są to problemy wynikające z postawy perfekcjonistycznej niż z rzeczywistego ich nasilenia. W tych przypadkach, w których wynik badania przesiewowego mógłby sugerować picie ryzykowne należałoby sprawdzić, do jakiego okresu życia badania odnosiła pytania. Użyty kwestionariusz nie zakreśla bowiem ram czasowych. Z pytań zadawanych w toku badania oraz rozmów z badanymi można wnosić, iż niejednokrotnie odnosili się oni do odległych okresów życia a nie koniecznie do ostatniego.

Losowo wybrane studia przypadków osób zawsze trzeźwych „za kierownicą”.

1. Przypadek Nr 20 T.

Mężczyzna lat 20. Kawaler. Wykształcenie średnie. Aktualnie student. Miejsce zamieszkania: duże miasto. Jeździ samochodem wyłącznie prywatnie.

Poziom wiedzy o wpływie alkoholu na sprawność i zachowanie kierowcy w ruchu drogowym wyższy niż przeciętnie w tej grupie kierujących, zdecydowanie wyższy niż w całej zbadanej populacji kierowców. Oceniając stężenie alkoholu w różnych napojach badany kierowca się ilością spożytego napoju a nie brał pod uwagę zawartości alkoholu w danym napoju. Przy ocenie stężenia alkoholu po spożyciu określonego napoju przecenił to stężenia. Taki błąd to błąd ostrożności sprzyjający zachowaniom bezpiecznym.

Badany nie wierzy w żadne mity dotyczące spożywania alkoholu. Uznaje, że jest to zjawisko uwarunkowane wieloma różnorodnymi przyczynami, wśród których są czynniki zewnętrzne oraz wewnętrzne.

Bardzo nisko ocenia prawdopodobieństwo zatrzymania przez policję nietrzeźwego kierowcy.

W swoim najbliższym otoczeniu nie ma ani jednego abstynenta „za kierownicą”, a jeden ze znajomych kierowców prowadzi nawet w stanie znacznego upojenia alkoholowego. Są to więc wzory różne. Sam badany deklaruje postawę picia kontrolowanego. Posiadając dostateczną wiedzę może rzeczywiście zachowywać się w sposób bezpieczny.

Badany kierowca posiada zadowalający poziom zdolności do autorefleksji, przeciętne zapotrzebowanie na aprobatę społeczną. Ukształtowało się u niego wewnętrzne poczucie kontroli.

W układzie nerwowym odnotowano nieznaczną przewagę procesów pobudzania nad procesami hamowania, ale na niskim poziomie. Ruchliwość procesów nerwowych – w normie wiekowej.

Poziom neurotyzmu kształtuje się na poziomie przeciętnym. Badany jest raczej introwertykiem o ponadprzeciętnym poziomie ugodowości. Otwartość i sumienność – nieznacznie obniżone.

Badany jest nieśmiały, łatwo męczliwy, wycofujący się, krytyczny wobec siebie, martwiący się, zazwyczaj zamknięty w sobie, skryty. Przejawia słabe zainteresowanie sprawami, które go bezpośrednio nie dotyczą. W działaniu ostrożny, nie lubi podejmować żadnego ryzyka. Silnie rozwinięta jest u niego samokontrola. Samoocena kształtuje się wprawdzie na poziomie przeciętnym, ale badanemu na ogół brak wiary we własne możliwości. Sam siebie opisuje jako wesołego, leniwego, życzliwego, szybkiego, figlarnego, gadatliwego i prawdopodobnego.

W sytuacjach trudnych, problemowych, wymagających wyborów wartości nie przejawia silnie utrwalonej strategii preferując strategię rezygnacji.

Tendencja do zachowań ryzykownych w różnych sytuacjach życiowych kształtuje się na poziomie niskim, natomiast taka sama tendencja w ruchu drogowym na poziomie przeciętnym.

Badany pije alkohol w sposób rozsądny, odpowiedzialny.

2. Przypadek Nr 42 T.

Mężczyzna w wieku 46 lat, żonaty po raz pierwszy. Wykształcenie średnie, prowadzący własną działalność gospodarczą w dużym mieście. Samochodem jeździ zarówno prywatnie jak i w związku z wykonywaną pracą zawodową.

Poziom wiedzy o wpływie alkoholu na sprawność i zachowanie się kierowcy na poziomie przeciętnym, co oznacza obiektywnie wiedzę niedostateczną. Analiza szczegółowa wskazuje jednak, że tam gdzie tej wiedzy brak, gdzie jest ona błędna to są to na ogół błędy prowadzące do zachowań bardziej ostrożnych niż ryzykownych (np. przecenianie stężenia alkoholu we krwi przy określonym spożyciu).

Badany częściej niż inni nie ma sprecyzowanego zdania na temat etiologii zjawiska nietrzeźwości wśród kierowców. Tam, gdzie te przyczyny określa widzi je częściej jako leżące po stronie samego kierowcy. Z przyczyn zewnętrznych wskazuje na rzadkie kontrole. Potwierdza to oceniając prawdopodobieństwo zatrzymania nietrzeźwego kierowcy – bardzo niskie.

W najbliższym otoczeniu badany spotyka się jedynie z pozytywnymi wzorami zachowań trzeźwościowych. Sam deklaruje postawę całkowitej abstynencji w sytuacji, gdy jest lub ma jechać samochodem, chociaż nie jest abstynentem w innych sytuacjach.

Analiza cech temperamentu wskazuje na przeciętny, zrównoważony poziom procesów pobudzania i hamowania oraz przeciętną ruchliwość procesów nerwowych.

Badany kierowca wykazuje zdolność do autorefleksji i małe zapotrzebowanie na aprobatę społeczną. Ukształtowało się u niego zdecydowanie wewnętrzne poczucie kontroli.

W badaniu nie stwierdzono cech neurotyzmu, osobowość nieznacznie bardziej ekstrawertywną, przeciętny poziom otwartości na nowe doświadczenia oraz sumienności. Badany jest natomiast osobą o wysokiej ugodowości.

Dominującą cechą organizującą osobowość jest u badanego wysoka samoocena przy niższym niezadowoleniu z życia. Badany kierowca jako osoba jest ambitny, powściągliwy. Cechuje go wysokie poczucie odpowiedzialności. Możemy liczyć się z pewnym zaleganiem (przedłużaniem się) afektów w przypadku przeżywania trudności. Badany poddaje swoje działania kontroli intelektualnej, jest przyjacielski, łatwo dostosowujący się, uczuciowy. Na ogół jest uległy i silnie podporządkowany autorytetom. W działaniu rzetelny, oszczędny. Przejawia silne zainteresowanie ludźmi i sprawami praktycznymi. Zrównoważony, opanowany, spokojny. Sam siebie opisuje jako życzliwego, zręcznego i prawdopodobnego.

W sytuacjach zadaniowych, trudnych czy problemowych badany stosuje różne strategie. Żadna nie wykazuje przewagi – zarówno strategia ataku jak i rezygnacji kształtują się na poziomie przeciętnym

U badanego nie stwierdzono tendencji do zachowań ryzykownych w różnych sytuacjach życiowych ani w sytuacji ruchu drogowego.

Badany kierowca, chociaż nie jest abstynentem, nie ma problemów ze spożywaniem alkoholu. Pije jedynie piwo i to rzadko.

4. WNIOSKI

Z dokonanej analizy wynika, że grupa osób zawsze trzeźwych, którym nie zdarza się prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwym to osoby wolne od czynników ryzyka różnych zachowań ryzykownych. Czynnikiem powstrzymującym przed takimi zachowaniami to czynniki wewnętrzne: cechy osobowości, system norm i zasad, postawy, zdolność do samokontroli osób badanych. Nie pełnią roli powstrzymującej czynniki zewnętrzne: prawdopodobieństwo zatrzymania, kary. Niejednoznaczna jest rola wiedzy o wpływie alkoholu na sprawność i zachowanie się kierowcy ze względu na niski (w porównaniu z oczekiwaniami) poziom tej wiedzy. Okazuje się więc, że szczegółowa wiedza nie jest niezbędna, aby zachowywać się zgodnie z zasadami, zgodnie z uogólnioną wiedzą.

5. BIBLIOGRAFIA

- [1] Gaś Z.B., (1998); *Psychoprofilaktyka, procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*, Lublin
[2] Ostaszewski K., (2002); *Nowe definicje poziomów profilaktyki*, Remedium, 7 – 8 (149-150)s. 40 – 41,

- [3] Ostaszewski K., (2005); *Interaktywna profilaktyka*; Remedium, 11 – 12 (153 – 154), 36 - 37
- [4] Rumara K. (1999); *I Europejskie Sympozjum Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego zorganizowane przez ETSC* (European Transport Safety Council). *Bezpieczeństwo Ruchu Drogowego*. 4. 25 – 27
- [5] Szymańska J., (2000); *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej profilaktyki*, Warszawa
- [6] Szymańska J., (2002), *Standardy szkolnych programów profilaktyki*, Remedium, grudzień, s. 5 - 7
- [7] Szymańska J., Zamecka J., (2002); *Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki* (w) G. Świątkiewicz (red) *Profilaktyka w środowisku lokalnym*; Warszawa
- [8] Tokarczyk E. (2005); *Metodyka psychologicznych badań kierowców zatrzymanych za prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości. Założenia i wstępne opracowanie metod i narzędzi badawczych*. Praca statutowa Nr 6439/ZPK/04, ITS, Warszawa, praca niepublikowana
- [9] Tokarczyk E. (2005a), *Aktualne i modelowe działania na rzecz zmniejszenia liczby nietrzeźwych kierowców. Rola służb psychologicznych w działaniach profilaktycznych*. Prace 2005, Zeszyty Naukowe ITS, Zeszyt 97, Warszawa, Instytut Transportu Samochodowego, s. 65 – 80