

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

magisterské kombinované studium
2010 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Eva Mikulová

Osobnost řidiče se zdravotním postižením a dopravní
nehodovost

Praha 2012

Vedoucí diplomové práce:

PaedDr. Anton Tomko, LL.A.

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined (Part-Time) Studies
2010 - 2012

DIPLOMA THESIS

Eva Mikulová

The Personality of the Driver with Disabilities and
Traffic Accident Rate

Prague 2012

The Master Thesis Work Supervisor:

PaedDr. Anton Tomko,LL.A.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

Ve Spomyšli dne 15. června 2012

Eva Mikulová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucímu diplomové práce, PaedDr. Antonu Tomkovi, LL.A. za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

Anotace

Diplomová práce vychází z teoretických východisek a zabývá se problematikou osobnosti zdravotně postiženého řidiče v kontextu s dopravní nehodovostí na pozemních komunikacích. Poukazuje na příčiny vzniku dopravních nehod, jejich průběh i následky a posuzuje vliv osobnosti řidiče, zejména pak řidiče zdravotně postiženého na tuto problematiku. V návaznosti se zabývá podmínkami pro získání řidičského oprávnění zdravotně postiženým jedincem a podává výčet vad a poruch, na základě kterých je již jedinec hodnocený jako nezpůsobilý k řízení motorového vozidla. Hlavní náplní práce je pak porovnání dopravní nehodovosti s účastí zdravotně postižených jedinců v minulém období a vzájemné porovnání zúčastněných kategorií řidičů. Stěžejním úkolem pro danou práci je posouzení míry zavinění dopravních nehod zdravotně postiženými řidiči. Závěr práce vyhodnocuje zjištěné aspekty jako celek a navrhuje alespoň teoretická řešení.

Klíčové pojmy:

dopravní nehoda
dopravní charakter
dopravní chování
osobnost
řidič
řidičské oprávnění
zdravotní postižení

Annotation

This thesis is based on the theoretical background and deals with issues of personality disabled drivers in the context of traffic accidents on roads. Points to the causes of accidents, the consequences of their proceedings and assesses the impact of personality drivers, especially drivers handicapped on this issue. Following deals with conditions for driving the disabled individual and gives a list of defects and faults on which the individual has been rated as unfit to drive a motor vehicle. The main work is the comparison of traffic accidents, with the participation of disabled individuals in the period of ten years and to compare the categories of drivers involved . The challenge for the job is to assess the degree of culpability of traffic accidents by disabled drivers. The conclusion assesses the aspects identified as a whole and suggests at least a theoretical solution.

Key words:

accident

transport character

transport behavior

personality

driver

driving license

disability

OBSAH

ÚVOD	9
1. DOPRAVNÍ NEHODA – POJEM A CHARAKTERISTIKA.....	11
1.1 Související nejčastěji užívané pojmy	14
1.2 Pohled do historie dopravních nehod	16
2. OSOBNOST	19
2.1 Univerzální znaky osobnosti	21
3. OSOBNOST ŘIDIČE	27
3.1 Dopravní charakter a dopravní chování.....	28
3.2 Typologie osobnosti v dopravní psychologii.....	31
4. OSOBNOST ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉHO Chyba! Záložka není definována. 4	
4.1 Příčiny vzniku poruch, vad, postižení a handicapu	36
4.1.1 Množství jedinců s postižením v populaci.....	37
4.2 Druhy postižení osob	39
5. PSYCHOLOGIE VZNIKU DOPRAVNÍCH NEHOD	49
6. ZÁVĚR TEORETICKÉ ČÁSTI.....	51
PRAKTICKÁ ČÁST	
7. ANALÝZA STATISTICKÝCH DAT.....	53
7.1 Cíl šetření a pracovní hypotézy	53
7.1.1 Pracovní hypotéza H1 a její zdůvodnění.....	53
7.1.2 Pracovní hypotéza H2 a její zdůvodnění.....	54
7.2 Popis výzkumného terénu a zkoumaného vzorku.....	54
7.2.1 Výzkumný terén - výzkumný prostor.....	54
7.2.2 Výzkumný vzorek.....	54
7.3 Metody a techniky sběru dat.....	55

7.3.1 Metody a techniky využití v šetření.....	55
7.3.2 Techniky sběru dat.....	55
8. PROCES VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	56
9. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	57
9.1 Verifikace hypotéz.....	57
9.2 Obecné zhodnocení faktorů dopravní nehodovosti.....	65
9.3 Dopravní nehodovost na území ČR	69
9.4 Vyhodnocení hypotéz.....	73
9.5 Závěr praktické části.....	74
ZÁVĚR	Chyba! Záložka není definována.5
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	77
SEZNAM PŘÍLOH.....	79

ÚVOD

Práce se zabývá problematikou dopravních nehod jako událostí v silničním provozu v kontextu s posouzením osobnosti řidiče a to zejména řidiče zdravotně postiženého. Snaží se prokázat vztahové možnosti mezi strukturou osobnosti, zdravotním postižením a vznikem dopravní nehody, respektive rizikem jejího zavinění ze strany různě strukturovaných osobností řidičů a řidičů s různým zdravotním postižením.

K volbě tématu vedlo pisatelku její profesní zaměření, které se vztahuje právě k dopravním nehodám, jejich šetření a následnému zpracování. Za dobu několikaletého působení u policejní složky, která se zabývá vyšetřováním dopravních nehod, se pisatelka setkala již s mnoha typy řidičů, kteří zavinili dopravní nehodu z různých příčin a z hlediska své osobnosti také k jejímu zavinění přistupovali.

Přestože práce vychází pouze z teoretických východisek, údaje čerpané z různých odborných zdrojů na teoretické bázi jsou značně výmluvné a více než alarmující. Když zhruba před necelými sto lety došlo k dopravní nehodě, při níž zahynula první oběť, jistá Angličanka, kterou jedoucí vozidlo zachytilo rychlostí necelých osm kilometrů v hodině, vyvolala tato událost mezi lidmi obrovský poprask a lidé se začali bát, co bude za pár let, až vozidla budou jezdit rychlostí patnáct či dokonce třicet kilometrů v hodině. Nastala panika, že by automobil mohl denně zabít i tři lidi na světě. Nikdo přitom tehdy ani v nejmenším netušil, kam až „pokrok“ po sto letech dojde a co s sebou přinese (Machutová, Čadek, Sudek, Tržil, *Historie dopravní policie*, 2009).

Dnešní realita je v ohledu dopravní nehodovosti doslova „ostrá jako břitva.“ Jenom na českých silnicích dojde každé tři minuty k dopravní nehodě, k lehkému zranění nějakého člověka při dopravní nehodě dojde každou osmnáctou minutu. Situace není o nic lepší ani v případech těžce zraněných, pouze interval se prodloužil z osmnácti na sto minut. A každých šest a půl hodiny zemře na silnicích při dopravní nehodě

jeden člověk. Jen v roce 2004 zemřel na silnici v České republice každý osmý člověk díky zavinění ze strany profesionálního řidiče nákladního vozidla. Pracovníci Centra dopravního výzkumu v Praze provedli už v roce 2002 výpočet týkající se zjištění ceny lidského života, přičemž výsledkem byla naprosto neuvěřitelná částka – 8 099 989 Kč. Tragické následky dopravních nehod velmi ovlivňují ekonomické ztráty v zemi a tyto ztráty každoročně narůstají. Jen od sledovaného roku 2002, kdy tyto ztráty činily částku padesát miliard korun, do roku 2003 narostly o další tři miliardy. Už v roce 1970 prohlásil jistý dopravní expert na konferenci o bezpečnosti silničního provozu na EXPO v japonské Ósace, že „automobil v rukou nezodpovědného řidiče je nebezpečnější než nabitá puška.“ Moment, kdy člověk nasedne do vozidla jako řidič znamená start řetězce nepřetržitých reakcí na obrovské množství různých podnětů a také koloběh neustálého obnovování dynamické rovnováhy mezi řidičem, vozidlem, komunikací, dopravní situací a účastníky silničního provozu (Havlík, *Psychologie pro řidiče: zásady chování za volantem a prevence dopravní nehodovosti*, 2010).

1. DOPRAVNÍ NEHODA – POJEM A CHARAKTERISTIKA

Dopravní nehoda je každá událost v silničním provozu, která má přímou souvislost s provozem vozidla na pozemní komunikaci, a při které dojde ke hmotné škodě na majetku, ke zranění či usmrcení člověka.

Valná většina dopravních nehod vzniká díky neukázněnosti a nezodpovědnosti řidičů i jiných účastníků silničního provozu, proto musela společnost, v souvislosti s rostoucím rozvojem dopravy, sáhnout po zavedení přísných právních předpisů, aby dokázala ochránit majetek a zdraví, potažmo i život osob. Zavedení právních předpisů s sebou nutně přináší i problematiku vyšetřování dopravních nehod. V souvislosti s vyšetřováním dopravních nehod pak existují různé typy samostatných metodik i metodiky dílčí, sloužící k vyšetřování jednotlivých druhů dopravních nehod a jejich příčin, průběhu a následků. Specifikum události zvané dopravní nehoda tkví v porušení určitých zakotvených pravidel o činnosti, zde respektive pravidel o bezpečnosti a plynulosti silničního provozu. Když následně dojde k porušení těchto pravidel při pohybu dopravních prostředků, zakládá takové jednání podmínky ke vzniku jakéhosi konfliktu na dopravní cestě, přičemž kritické prohlubování takového konfliktu ústí v silniční havárii, pro kterou se dobře vžil termín dopravní nehoda. Při dopravní nehodě tedy dochází k nekorektnímu pohybu dopravních prostředků, buď jednoho nebo i více zúčastněných, přičemž dochází k jejich vzájemné interakci, která má za následek silové působení a závěrečnou destrukci. Vzájemná interakce v silničním provozu se však nemusí nutně týkat pouze vozidel, ale může k ní docházet i v souvislosti s účastí dalších subjektů, míněno například chodců, řidičů nemotorových vozidel, zvířat i pevných překážek (Porada, *Silniční dopravní nehoda v teorii a praxi*, 2000).

Při vyšetřování dopravních nehod se poté berou v úvahu různá specifika. Jedná se zejména o osobu viníka dopravní nehody, rozsah a závažnost jeho jednání před vznikem dopravní nehody, míra a závažnost jeho následného zavinění, povaha příčiny dopravní nehody a závažnost jejích následků.

Osoba viníka dopravní nehody bývá většinou osoba bezúhonná, bez kriminální minulosti, a pokud se jedná o řidiče, tak s různou zkušeností v řízení vozidel. Pokud člověk dopravní nehodu zaviní, často se u něho projeví stres a zkratové jednání, které může mít za následek újezd z místa dopravní nehody či útěk z místa bez vozidla. Zavinění dopravní nehody je přitom nedbalostním jednáním, nejedná se tedy o jednání úmyslné. Hlavní rozdíl spočívá v tom, že viník dopravní nehody nemá pro své jednání žádný motiv a nesleduje jím žádný konkrétní cíl. Nedbalostní jednání vzniká náhle a neplánovaně, jedná se o reakci pramenící z rozporného jednání viníka vzhledem k dané konkrétní situaci. K dopravní nehodě dochází v důsledku určitých příčin, které vznikají porušením stanovených pravidel, jak již bylo zmíněno úvodem. Základním porušením stanovených pravidel a tudíž nejčastější příčinou dopravních nehod je nepřiměřená rychlost různým specifickým okolnostem, nesprávné a nebezpečné předjíždění, jízda po nesprávné straně vozovky, nedání přednosti v jízdě či nedodržení bezpečné vzdálenosti za dalším vozidlem, závažnou problematikou je pak jízda pod vlivem alkoholu i jiných látek.

Aby bylo možné považovat určité jednání za dopravní nehodu je důležité, aby se takové jednání vyznačovalo hned několika základními znaky, které dobře popisuje Porada (2000, s. 104-105):

1. Nepředvídatelnost (neočekávanost), ale zpravidla předvídatelnost nehody, tj. moment překvapení. Dopravní nehody jsou tedy události neočekávané, náhlé, u kterých však vzhledem k jednání účastníka silničního provozu lze očekávat, že k nim dojde. Např. u riskantní jízdy řidiče v nepřehledném úseku silnice a v hustém

provozu lze předvídat, že řidič způsobí dopravní nehodu. Zda skutečně k této nehodě dojde, je však dílem „náhody.“ Takový vznik dopravní nehody s sebou zákonitě přináší i moment překvapení pro účastníky nehody, který je závislý ve velké míře na psychických dispozicích osoby, ale také na stupni předvídatelnosti nehody. Tyto prvky jsou pro policisty, kteří nehodu vyšetřují, velmi důležité, protože se od nich odvíjí schopnost účastníka nehody, svědka nebo poškozeného reprodukovat událost. Určit hranici předvídatelnosti je velmi obtížné, vždy je potřebné pracovat s určitou mírou abstraktnosti. Předvídatelnost je rovněž důležitý znak z hlediska trestně právního, neboť předvídatelnost nachází svůj výraz v subjektivní stránce trestného činu, v tzv. nedbalosti nepřímé – „nevěděl, že svým jednáním může takové porušení nebo ohrožení způsobit, ač o tom vzhledem k okolnostem vědět měl a mohl“ (§ 5 písm. b) trestního zákona).

2. Událost v silničním provozu – za silniční dopravní nehodu lze událost považovat pouze tehdy, dojde-li k ní na místech, kde platí v celém rozsahu pravidla silničního provozu, tedy na silnicích, dálnicích, místních a účelových komunikacích. Dopravní nehodou tedy není událost, k níž došlo na poli, v lese, na zahradě, v tovární hale apod. Tyto případy budou řešeny podle jiných právních předpisů, nejčastěji vyhlášky o bezpečnosti práce, a proto je vyšetřují jiné orgány než orgány dopravní policie.

3. Způsobení škody na životě nebo zdraví osoby, nebo na majetku, tedy vznik škody je třetím pojmovým znakem každé dopravní nehody. Škodou se v tomto smyslu míní reálná, přímá škoda vzniklá v příčinné souvislosti s nehodovou událostí. Vzniklá škoda je základním znakem každé skutkové podstaty poruchových trestných činů, které jsou aplikovány na dopravní nehody. Pokud nenastane škodní následek, nelze dopravní nehodu kvalifikovat jako poruchový trestný čin. Pokud v příčinné souvislosti s dopravní nehodou vznikne obecné nebezpečí,

lze takové jednání účastníka silničního provozu kvalifikovat jako ohrožovací trestný čin, u kterého není podmínkou vznik následku.

4. Přímá souvislost s provozem vozidla – musí k ní dojít v přímé souvislosti s plněním účelu, pro který je vozidlo určeno, tedy s jízdou po pozemní komunikaci. Přitom není rozhodující, zda jde o vozidlo motorové či nemotorové nebo tramvaj ani to, zda vozidlo při této události bylo řízené řidičem nebo jelo bez něho.

1.1 Související nejčastěji užívané pojmy

V souvislosti se vznikem dopravní nehody i s jejím následným šetřením v ohledu příčin a následků, se užívají ustálené specifické pojmy, které vysvětluje Porada (2000, s. 35-40):

Účastník provozu na pozemních komunikacích – každá osoba, která se přímým způsobem účastní silničního provozu (řidič, spolujezdec, chodec, jezdec na zvířeti, osoba přibraná k zajištění bezpečnosti silničního provozu, nebo některých jízdních úkonů, apod.)

Chodec – je též osoba, která tlačí nebo táhne sáňky, dětský kočárek, vozík pro invalidy nebo ruční vozík o celkové šířce nepřevyšující 600 mm, pohybuje se na lyžích nebo kolečkových bruslích anebo pomocí ručního nebo motorového vozíku pro invalidy, vede jízdní kolo, motocykl o objemu válců do 50 cm³, psa apod.

Řidič – je osoba, která řídí motorové vozidlo nebo jiné vozidlo včetně jízdního kola nebo tramvaje, vozka nebo jezdec na zvířeti

Následky dopravních nehod u člověka – jsou úrazy, poškození tělesných orgánů různého stupně a závažnosti, jejichž dalším následkem je buď smrt, nebo takové poškození tělesných ústrojí, které vede k nutné změně povolání nebo jiných aktivit.

Způsobilost k řízení vozidla – řidič musí být dostatečně tělesně a duševně způsobilý a v potřebném rozsahu musí ovládat řízení vozidla a předpisy o silničním provozu.

Spolehlivost k řízení motorových vozidel – spolehlivým k řízení motorových vozidel není ten, kdo se v posledních třech letech opakovaně dopustil trestného činu nebo se opakovaně dopustil přestupku proti bezpečnosti a plynulosti silničního provozu na pozemních komunikacích, dále pak ten, kdo prokazatelně často a a nadměrně požívá alkoholické nápoje nebo prokazatelně požívá návykové (např. omamné nebo psychotropní) látky a ten, komu byl soudem nebo příslušným správním úřadem podle zvláštního zákona uložen trest zákazu činnosti spočívající v zákazu řízení motorových vozidel.

Motorové vozidlo – je každé vozidlo s vlastní pohonnou jednotkou, pojíždějící po pozemních komunikacích vlastní silou a je jiné než kolejové vozidlo, používá se pro přepravu osob nebo zboží po pozemní komunikaci anebo pro vlečení na pozemní komunikaci. Pod pojmem motorové vozidlo je zahrnut i trolejbus, tj. vozidlo spojené s dráhou (elektrickým vodičem).

Nemotorové vozidlo – je vozidlo pohybující se pomocí lidské nebo zvířecí síly, zejména jízdní kolo, ruční vozík, potahové vozidlo apod.

Brzdná dráha – dráha projetá vozidlem v době brzdění, tj. od okamžiku, kdy řidič začne působit na ovládací orgán brzdy, až do zastavení vozidla. Brzdnou dráhu určuje počáteční rychlost vozidla a průběh zpomalení.

Silniční doprava – souhrn činností, kterými se přemísťují osoby, náklady a samotná vozidla po pozemních komunikacích, dopravních plochách a na volném terénu.

Silniční komunikace – pozemní komunikace určená převážně pro provoz silničních motorových vozidel, jejímž charakteristickým znakem je zpevněná vozovka.

Jízdní pruh – základní část jízdního pásu určená pro jeden jízdní proud silničních vozidel nebo hlavní dopravní pruh jednopruhové silniční komunikace.

Krajnice – šířkový prvek koruny silniční komunikace mezi dopravním pásem a hranou koruny; skládá se zpravidla ze zpevněné a nezpevněné části; do šířky zpevněné části krajnice se funkčně (nikoliv stavebně) započítává i šířka přilehlého vodícího proužku.

Křižovatka – místo, v němž se pozemní komunikace v půdorysném průměru protínají nebo stýkají a alespoň dvě z nich jsou vzájemně propojeny.

1.2 Pohled do historie dopravních nehod

První událost, tehdy ještě s nemotorovým vozidlem, která byla posuzována a šetřena jako dopravní nehoda se datuje na 22. prosince 1706. Týkala se jisté baronky, která se v zimě projížděla zasněženou krajinou v kočáře taženém koňským spřežením. Na benešovské silnici ve směru od Prahy tehdy koně uklouzli a kočár dostal smyk, pak se několikrát převrátil. Během toho baronka z kočáru vypadla a kočár ji přimáčkl tak nešťastně, že na místě zemřela. Celý výjev dopravní nehody je vytesán do kamenného jehlanu a umístěn podél zmíněné komunikace. Mementem dnešní doby je pak zástup křížků a pomníčků podél různých silnic, které připomínají vyhaslý lidský život při dopravní nehodě. Myšlenka na zavedení vyšetřování dopravních nehod sílila s rostoucím rozvojem automobilismu a tím i se zvyšujícím se počtem dopravních nehod. Situace se začala hlouběji řešit až na přelomu dvacátých a třicátých let minulého století, kdy různí odborníci radili

bezpečnostním orgánům, jak ve věcech dopravní nehody postupovat, jaký postoj zaujmout v různých situacích či jak jednat s účastníky. Důraz se kladl zejména na energičnost a důslednost, která byla považována za základ při posuzování povahy věci směrem k civilně nebo trestně právnímu řízení. Již v tehdejších dobách byli viníci dopravních nehod většinou technicky zdatnější než policejní orgán, proto než-li vůbec došlo k projednání věci, uplynula mezi dobou skutku a samotným projednáním dost dlouhá doba, která byla zpravidla trávena tím, že se muži zákona radili s advokáty, znalci i jinými řidiči, kterým se již dříve podařilo spravedlnosti vyklouznout. Už tenkrát se hledělo na kvalitu zajišťování všech stop a dalších okolností, které mohly viníka usvědčit. Jednalo se v první řadě o prokázání, kdo vozidlo řídil, zda tato osoba má vůbec řidičský průkaz (tehdy zvalo „vůdčí list“) a oprávnění k řízení vozidla, u kočích se zkoumal list kočovský a u řidičů nájemních vozů i lístek povozní. Dále se řešilo případné opojení řidiče alkoholem, ačkoliv žádné testery jako dnes nebyly, jakmile se u řidiče objevily známky opilosti v podobě alkoholového zápachu z úst, rozšíření očních panenek, nesouvislá mluva či potácivá chůze, byl dotyčný obratem dopraven k lékaři, kde stačilo, aby lékař řidičův stav potvrdil a tomu pak byl ihned odebrán vůdčí list a stanovena vazba. Bezpečnostní orgány také musely zjistit rozsah a výši vzniklých hmotných škod způsobených dopravní nehodou, povahu zranění účastníků či zajistit veškeré úkony v době, kdy došlo k úmrtí některého z účastníků. Usmrcení účastníka bylo posuzováno jako škoda tzv. první kategorie, kterou posuzoval vždy zásadně úřední lékař, nicméně četník či stráž bezpečnosti museli zajišťovat lékařskou pomoc a odborné dobrozdání, které lékař později důkladně zkoumal (Machutová, Čadek, Sudek, Tržil, 2009).

Obzvláštní pozornost se také věnovala popisu rozsahu a výše vzniklých hmotných škod, přičemž popis poškození musel být vždy koncipován tak, aby každý, kdo se jimi bude později zabývat, si uměl přesně představit, o jakou škodu se jedná. Dalším úkolem policejních

orgánů, respektive četníků, mělo být zastavování vozidel, která nesla stopy po srážce a vytěžování řidičů ohledně příčiny vzniku toho kterého poškození a to z prozaického důvodu – už tenkrát se od dopravních nehod ujíždělo. Z uvedených důvodů měli být četníci v kontaktu se správkárnami a lakovnými automobilů i s prodejci náhradních dílů. Co do ohledání a popisu místa dopravní nehody platila taktéž přísná pravidla – ohledání včetně náčrtku místa dopravní nehody muselo být provedeno tak, aby se dalo i zpětně použít jako důkazní prostředek. Z toho důvodu se pro účely zdárného zaměření stop již tehdy volil stěžejní pevný bod, od kterého se odvíjelo zaměřování. Lze konstatovat, že tehdejší policejní protokol vyšetřované dopravní nehody se prakticky od své dnešní podoby neliší – bylo nutné zadokumentovat veškeré zjištěné stopy (krev, vyteklý benzín, rozbitou dlažbu aj.), popsat objektivně povětrnostní podmínky, čas dopravní nehody a určit míru zavinění jednotlivých účastníků, včetně příčiny dopravní nehody. Nejčastější příčinou dopravních nehod v této době, na přelomu dvacátých let, bylo, zejména ve městech, nerespektování jízdy v levé části vozovky, porušení pravidel odbočování velkým a malým obloukem či porušení pravidel při vzájemném předjíždění vozidel. Velké množství dopravních nehod zapříčinili také chodci nebo děti, které si hrály ve vozovce. Statistika příčin dopravních nehod pocházející z konce třicátých let pak vyhodnotila jako nejčastější příčinu nehod následek smyku vozidla a hned poté nevhodné předjíždění nebo potkávání vozidel (Machutová, Čadek, Sudek, Tržil, 2009).

2. OSOBNOST

Každý člověk je osobností, každý vyniká svou jedinečností a individualitou, neexistují dva zcela stejní jedinci. Totéž pravidlo platí i pro osobnost řidiče a osobnost zdravotně postiženého jedince. Hamerníková (*Základy dopravní psychologie nejen pro profesionální řidiče*, 2010, s. 6) definuje osobnost z psychologického hlediska „jakožto jedince se všemi jeho duševními a fyzickými vlastnostmi, jako jednotu psychických procesů, stavů a vlastností, souhrn determinant prožívání a chování. Osobnost se po celý život člověka utváří a sebeobnovuje.“

Každý člověk má tendenci hodnotit druhé jedince a vytvářet si na jejich osobnost určitý názor, ačkoliv psychologii nikdy nestudoval. Často se pak stává, že při jednání s druhým jedincem člověk sám podléhá vlastnímu subjektivnímu názoru na druhého podle toho, jaký obrázek si na něho utvořil a objektivita se vytrácí. Aby byl člověk schopný objektivně hodnotit druhého jedince, měl by nejdříve sám poznat co nejdokonaleji vlastní osobnost a dobře se orientovat sám v sobě. Poznání sebe sama a objektivní sebehodnocení však není lehká záležitost a člověk často mívá strach ze sebepoznání zejména z toho důvodu, že se bojí odhalení svých stinných stránek. Pro každého je jednodušší vidět sám sebe v co nejlepším světle, ať už je to objektivní či nikoliv. Dostí alarmující jsou v tomto ohledu výroky různých myslitelů napříč historií, Smékal (*Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk v zrcadle vědomí a jednání*, 2004, s. 12) cituje slova Lao c': „Moudrý, kdo rozumí druhým, osvícený, kdo rozumí sobě“ a Krista: „Jak to, že vidíš třísku v oku svého bratra, ale trám ve vlastním oku nepozoruješ?“ Příčiny zkresleného názoru na druhé, mohou být různého charakteru, nejčastěji se však jedná o vliv tradice, která nás životně formovala v rámci rodinného či jiného společenského prostředí (Smékal, 2004).

Osobnost je součástí každého lidského organismu a mezi ní a organismem existuje spojení v podobě temperamentu, vitality a vloh.

Tyto složky lze prakticky vnímat jako stabilní, vrozené dispozice, které ovlivňují systém prožívání, chování a výkonovou úroveň. Smékal (2004, s. 19) shrnuje tento funkční systém „jazykem klasické filozofie“ jako „složku první přirozenosti - látku osobnosti.“ Další propojení osobnosti se děje na úrovni jedinec – sociální prostředí, respektive společnost a kultura. Uvedené propojení je možné díky charakteru a schopnostem osobnosti. Smékal (2004, s. 19) charakterizuje toto propojení jako „druhou přirozenost, aby se zdůraznilo, že jsou výsledkem formování, že vznikají interiorizací a že funkční jednotky těchto systémů existují jako získané (naučené, návykové, zvykové, dovednostní) dispozice, které tvoří obsah osobnosti.“ Tzv. formativním principem výstavby osobnosti je spojení třetí a to je spojení osobnosti se složkou ideálního já a duchovní vrstvou osobnosti, které se realizuje skrze sebereflexi, k níž, dle Smékala (2004, s. 19), „jedinec dospívá cílevědomým autoregulačním úsilím.“

Smékal (2004. s. 28) se dále zamýšlí nad osobností jako nad celkem: „V osobnosti je vyjádřena jednota a úplnost lidského života, osobního plánu a životního způsobu člověka. Osobnost je bytí člověka jakožto lidského jedince. Osobnost je tím, co jsme ze sebe udělali díky výchově a zejména díky sebeutváření. Osobnost člověka není omezena na jeho nitro, na jeho úmysly nebo dokonce potřeby a city, jak by vyplývalo ze zdůraznění, že je subjektem, nýbrž k ní organicky patří i činy. Osobnost je dána především tím, co činí, jak se staví k druhým lidem, ale také tím, jak dovede komunikovat se svým nitrem a kontrolovat svou činnost svým svědomím a tím, jak uvědoměle, odpovědně a ohleduplně řeší úkoly svého života. Osobnost je systém neustále upravující své vztahy k okolí s cílem udržet svou vnitřní integritu a přitom se i v příznivých podmínkách rozvíjet, což vyžaduje aktivně měnit prostředí.“

2.1 Univerzální znaky osobnosti

Existuje řada specifických znaků, které odlišují osobnost od vedlejších procesů psychiky a funkcí a od tzv. retifikujícího, respektive zvěčňujícího pohledu na člověka. Smékal (2004, s. 34-38) uvádí následující znaky osobnosti:

Celistvost – když psycholog operuje s pojmem osobnost, většinou tím míní celek psychických projevů na rozdíl od zabývání se jednotlivými procesy, stavy nebo vlastnostmi, kterými se označují dílčí aktivity nebo jejich předpoklady. Jsou definice, které považují osobnost za primární celek, který teprve naše analyzující mysl rozkládá a hledá v něm složky, jednotky nebo dokonce elementy. Stoupenci tohoto pojetí trvají na tom, aby badatelé hledali zákony, které tato „celostnost“ produkuje a které určují, jak člověk jde životem, jak tematizuje své programy jednání. Mezi přírodovědně orientovanými psychology osobnosti je dosud mnoho těch, kteří po vzoru chemie hledají základní element osobnosti, Jsou to stoupenci pojetí, které lze označit jako atomizující. Jak jsme již viděli, osobnost je zde považována za soubor částí, za sklad, shluk, asociaci, integraci elementů (vlastností, schopností, potřeb atd.), které je nutno izolovaně zkoumat. V atomizujícím pojetí záleží na správném vymezení prvků jednotlivých složek osobnosti-rysů, potřeb, schopností atd. Atomizující pojetí zahrnuje (nebo vyjadřuje) předpoklad, že osobnost většiny lidí je uspořádána podobným způsobem, že rozdíly mezi lidmi jsou spíše kvantitativní, dané velikostí jednotlivých prvků.

Potenciály – člověk se rodí jako nehotová bytost s širokou škálou možností, z nichž mnohé se ani během života plně neuskuteční. Tradiční psychologie používala termínu „mohutnosti“. Termín „potenciál“ nebo „potencialita“ vyjadřuje, že jde o předpoklady a příležitosti, které představují hranici rozvoje jednotlivých dispozic – motivů, rysů, schopností, podmínek. Podle G. V. Caprara (1999) jde o:

- osobnostní dispozice
- lidskou způsobilost odolávat negativním vlivům, „sebeopravné tendence“, kvality pružnosti člověka,
- relační kvality, které se aktualizují v interakci se specifickými kvalitami situací,
- vlastnosti prostředí – výzvy, zdroje a příležitosti, které podporují osobní růst

Struktura a funkce – někteří psychologové zdůrazňují, že osobností se zabýváme, když výklady obecné psychologie o procesech a funkcích doplníme výkladem o dispozicích, které jsou chápány jako prvky struktury. Jestliže obecná psychologie zkoumá např. myšlení jako - proces řešení problémů a zobecňování informací o jevech skutečnosti, psychologie osobnosti hledá v inteligenci a schopnostech dispoziční základnu myšlenkových procesů. Ve svých důsledcích však přílišné vyhranění tohoto protikladu vede k odtrhování funkce a struktury, což znesnadňuje pochopení individuálnosti činnosti i její skutečnou determinanci, která je vždy i strukturální i funkční.

Individuálnost a specifičnost – často se tvrdí, že pojem osobnost byl do psychologie zaveden k vystižení skutečnosti, že se mezi sebou lidé liší v různých aspektech svého prožívání a chování. Pomocí jednotlivých složek osobnosti a vlastností tyto rozdíly vysvětlujeme (např. R. B. Cattel). Každá osobnost je svébytnou strukturou, liší se kvalitativně i kvantitativně od jiných osobností, ale současně mají všechny osobnosti z hlediska své struktury a fungování jakési společné komponenty. Vyčlenění těchto společných uzlových bodů struktury nám umožňuje najít objektivní cestu ke každému jedinci, ke každé osobnosti. To, co je kategoriálně, komponentově společné, je určitá stavba těla, systém průběhové, podněcující, adaptační a úrovňové regulace i určité vazebné mechanismy struktury osobnosti, jako je míra jednoty, členitosti, stálosti atd. Psychologové osobnosti, kteří považují osobnost

každého člověka za jedinečnou a neopakovatelnou, volí jiné přístupy k jejímu poznávání i ovlivňování než ti, kteří ji považují za konkretizaci obecného modelu, jen za „barevně a obrysově odlišný vzor na strukturně stejné osnově.“ Osobnost je v tomto smyslu jednotou v mnohosti a rozmanitosti.

Stálost a změna – pro osobnost je charakteristická dlouhodobost psychických daností. Trvání dispozičních jednotek osobnosti se počítá na léta. Vysvětlit, že člověk je sebou samým celý lidský život znamená objevit určité vnitřní determinanty, dispozice, které ve svém celku jsou právě osobností. Člověk však musí být otevřený též změně, má-li mít naději přežít v měnících se životních situacích a podmínkách.

Proaktivnost a reaktivnost – pro osobnost je podstatné, že nejen reaguje na podněty, ale především je s to záměrně sledovat cíle, plánovat a předvídat. V tom se snad nejvíce liší osobnost od věci, od mechanismů. V. E. Frankl tento rozdíl vyjádřil tezí, že člověk je mezi živými bytostmi jediným druhem, jehož jednání není ovládáno instinkty, ale smyslem.

Organizace – systémové pojetí osobnosti přesvědčivě prokazuje, že osobnost není shlukem charakteristik, ale organizovaným celkem, v němž každá jednotka i složka mají své místo a svou funkci. Jakmile člověk jedná chaoticky, neuspořádaně, svědčí to o poruchách organizace jeho osobnosti. Organizovanost osobnosti je výrazem tíhnutí řádu a strukturovanosti času i prostoru života.

Integrovanost – organizace osobnosti umožňuje jednotlivým složkám a jednotkám osobnosti vytvářet sehraný integrovaný systém. Důraz na intrapsychickou integraci klade zejména psychologie v pojetí C. G. Junga, který říká, že komplexů jako odštěpených částí osobnosti se nemusíme zbavovat, pokud je dokážeme integrovat do celku osobnosti,

vědět o nich a umět s nimi žít. Integrace jedince se sociálním okolím je výrazem jeho tíhnutí k zaujetí určité životní pozice.

Subjektovost – o osobnosti lze také uvažovat jako o vědomí sebe, o vědomí souvislosti vlastního psychického dění, vědomí vlastní jednoty v čase, a tím vědomí totožnosti osoby. Je popojetí osobnosti jako subjektu, které lze chápat také tak, že osobnost je subjektem jen tehdy, když do společenské činnosti vnáší něco svého, neopakovatelného, individuálního. Jestliže v činnosti zcela chybí individuální svéráz, jestliže je zcela standardizovaná a typizovaná, pak má neosobní, reaktivní ráz. Osobnost jako subjekt obsahuje vždy něco individuálního. Jako objekt sociálního působení člověk v závislosti na obecných sociálně historických podmínkách a díky své typické pozici ve společnosti a skupině získává řadu sociálně typických vlastností.

Vědomí – se subjektivostí souvisí zdůraznění, že hlavním znakem osobnosti je vědomí. Osobností je člověk jako nositel vědomí. Osobností je vždy konkrétní člověk v jednotě všech svých psychických vlastností a sil regulujících praktickou činnost. Osobností je člověk, který ve své interakci se světem a zejména s druhými lidmi vydělil své já z ne-já. Nejvyšší formou vědomí je sebevědomí, uvědomění si sebe sama jako osobnosti. Toto sebeuvědomování, uvědomělost mnoho psychologů i laiků považuje za základní znak osobnosti. O tom, že osobnost není možná bez vědomí, svědčí případy poruch vědomí nebo jeho ztráty, jde zejména o snížení nebo zánik schopnosti odpovídat za své jednání (etika a právní věda hovoří o snížené přičetnosti, psychiatrie užívá termínu nepřičetnost). Člověk je osobou o početí, ale osobností se stává úměrně tomu, jak získává výchovou a sebeutvářením schopnost odpovídat za své jednání. Osobnost není něco vrozeného, vytváří se a zraje celý život. Důraz na vědomí jako základ osobnosti se objevuje již u J. F. Herbarta: „*Osobnost tkví v jednotě vědomí, v zaměření, v uvědomění.*“ Tento znak nemůžeme

absolutizovat. Osobností je i člověk těžce retardovaný a autistický, a to v tom smyslu, že je účastný svým verbálně nesdělovaným prožíváním na životě druhých a je výzvou pro jejich spoluúčast a ohleduplné chápání. Život v jasě vědomí souvisí i s mírou racionality prožívání a jednání. Rozhoduje se člověk a jedná na základě racionálního kalkulu, nebo pod vlivem svých citů a vášní? Kolik je pravdy na rčení „Přání otcem myšlenky?“

Poznání – současná vládnoucí kognitivní teorie osobnosti chápe osobnost jako poznávací abstrakci z aktivit osoby a posléze jako generalizaci dané abstrakce na všechny sféry vztahů individua a k jiným osobám. Osobnost z pohledu kognitivní psychologie je spíše konstruktem, který psychologové vytvářejí jako model na základě studovaných procesů, než reálným objektem, který lze objevit psychologickými metodami. V pojetí G. Kellyho a jeho školy je osobnost systém názorů jedince na svět nebo též souhrn rozhodnutí, která dělá jedinec, když se pokouší anticipovat svou budoucnost. V největším zobecnění lze názor kognitivní psychologie na osobnost shrnout tak, že osobnost je organizací informací zakódovaných paměti jedince jakožto celek jeho zkušeností. Poznání se netýká jen toho, zda jádro osobnosti je soustavou konstruktů či mentálních reprezentací, které si tvoříme o sobě, o lidech a o světě. Zahrnuje i problém poznatelnosti osobnosti. Co jsme s to o své osobnosti a osobnosti druhého vědět? Které stránky je možné dokonale poznat, které bude i odborník spíše odhadovat? Dosavadní poznatky ukazují, že takové jednotky osobnosti jako upřímnost, opravdovost, loajálnost se dají jen obtížně zjistit. Je poznání vrcholem našeho vědění o osobnosti, nebo se hlouběji dostaneme porozuměním a pochopením?

Svoboda a determinismus – E. Fromm sice nastolil téma útěku před svobodou jako typický životní styl mnoha současných lidí, přesto však se dá říci, že každý člověk aspoň do určité míry touží po volnosti a

nezávislosti, resp. po dobrovolnosti v přijímání závazků. Otroctví je vnímáno jako omezení a vyvolává odpor. Pojetí svobody jako dobrovolného přijetí závazků a zodpovědnosti znamená, že svoboda není libovůlí, ale že je v ní vyjádřená spontaneita, možnost volit. V. E. Frankl chápe svobodu jako výsadu duchovní vrstvy osobnosti. Odpůrci svobody osobnosti považují osobnost za výsledek hry sil, které nemáme možnost kontrolovat a ovládat.

3. OSOBNOST ŘIDIČE

Důležité faktory pro osobnost řidiče spatřuje Hamerníková (2010, s. 6-7) v následujících typických vlastnostech:

- **vyrovnanost** (vztekloun ani hromádka neštěstí, která se při první neplánované objíždce zhroutlí, nemohou být dobrým řidičem)
- **emocionální stabilita** (ne člověk, u něhož se nálady střídají jako jarní počasí: chvíli se směje a žertuje a z ničeho nic se rozkřičí, urazí, odmítá spolupracovat, prostě pohodář, třeba sangvinik nebo flegmatik)
- **přízpůsobivost** (vždyť silnice je plná neočekávaných situací)
- **schopnost dobře se ovládat** (netroubit, nekopat do cizího vozidla, neoplácet agresivitu agresivním jednáním, např. troubením, křikem, nestoudnými gesty)
- **odolnost vůči stresu** (v dnešní dopravní situaci je mnoho stresových podnětů, a kdo se jim neumí postavit, snadno havaruje)
- **svědomitost, spolehlivost, přiměřená sebejistota**
- **altruismus** (schopnost nemyslet za volantem pouze na sebe, ale i na spolujezdce či ostatní účastníky silničního provozu)
- **schopnost umět dobře předvídat**

Dalšími aspekty, které jsou nedílnou součástí umění řidiče je posouzení zdravotní a psychické způsobilosti – v prvním případě ji posuzuje lékař a v případě druhém ji lékař pouze potvrzuje na základě vyšetření vedeného pod taktovkou psychologa, přičemž předmětné vyšetření je zaměřeno dopravně-psychologicky. Svou roli hrají i další důležité faktory jako je myšlení, vnímání, paměť, inteligence, sebekontrola, koncentrace, pozornost a zejména schopnost přiměřené reakce. Každý řidič musí být pro řízení vozidel vybaven potřebnými znalostmi a dovednostmi, později by měl vládnout zkušenostmi, které

dokáže za volantem prakticky využít a po celou dobu by měl také respektovat určité morální zásady – stěžejní je zejména slušné chování a ohleduplnost k ostatním účastníkům silničního provozu. Neschopnost či nezpůsobilost člověka k řízení motorových vozidel dokáže odhalit lékař, který v případě vlastní nejistoty může využít spolupráce se specialistou, který má na starosti určitá specifická vyšetření. Neschopnost k řízení motorového vozidla by měl rozpoznat rovněž zkušený instruktor v autoškole (Hamerníková, 2010).

Hamerníková (2010, s. 7-8) dále uvádí: „Do řízení vozidla se promítá celá struktura osobnosti. Osobnost každého řidiče je jedinečná a neopakovatelná. Každý člověk tvoří jedinečnou strukturu osobnostních vlastností, které jsou základem pro veškeré psychické procesy, které se během jeho duševního života odehrávají. Nelze také opomenout biologické charakteristiky, jakými jsou např. pohlaví, věk a zdravotní stav řidiče, neboť ty také při řízení dopravního prostředku hrají neopomenutelnou roli. Způsob řízení dopravního prostředku je ovlivněn především senzomotorickou koordinací, reakčním časem, usuzováním, pozorností, emocemi, motivací, dovednostmi řidiče, orientací, plánováním, rysy osobnosti, postoji, přesvědčením a předešlou zkušeností. Důležitou roli při řídicí činnosti hraje i psychosomatický stav a dispoziční faktory. Jakékoliv odchylky od optimálního psychosomatického stavu nesou riziko dopravní nehody.“

3.1 Dopravní charakter a dopravní chování

Základem dopravního charakteru je komplet jednotlivých složek osobnosti. Z dopravního charakteru se následně odvíjí tzv. dopravní chování, ačkoliv souvislosti jsou vzájemné – z chování lze vyvodit charakter a z charakteru zase chování. Dopravní charakter je určitý způsob jednání, které je obvyklé a aplikované řidičem za volantem dopravního prostředku (Havlík, 2005).

K dané problematice Havlík (2005, s. 15-16) dále uvádí: „Zatímco kvalita dopravního charakteru je svázána s jednotlivými složkami osobnosti – vlastnostmi a schopnostmi, dovednostmi, znalostmi a zkušenostmi, dopravní chování má sociální i situační dimenzi a je podmíněno dopravním prostředím s jeho formálními a neformálními normami. Na silnici se vyskytuje dopravní chování:

- **v souladu s formálními (právními) pravidly** a s normami sociálně-psychologickými, např. řidič jede v souladu s předpisy a chová se k druhým řidičům slušně a tolerantně
- **shodné s formálními pravidly**, ale odlišné od sociálně - psychologických norem, což znamená, že řidič dodržuje pravidla silničního provozu, ale např. prosazuje se, neuvolní místo v koloně motoristovi, který se potřebuje zařadit
- **odlišující se od formálních pravidel**, ale vyhovující pravidlům neformálním, např. když řidič nedbá některých předpisů a chová se spíše podle zkušeností, které v momentální dopravní situaci může bez rizika uplatnit
- **odlišné od obou uvedených norem**; znamená, že motorista většinou nedbá předpisů ani dopravního značení a často jede bez ohledu na ostatní.“

Výsledkem konfliktu formálních a neformálních norem je problematické dopravní chování, které souvisí s dopravním charakterem. Typický konfliktní typ chování spočívá v respektu k počtu norem ze strany řidičů – na jedné straně stojí řidič, který respektuje obě normy a na straně druhé je řidič respektující normu jedinou, přičemž důležitou roli v tomto konfliktu sehrávají povahové vlastnosti obou řidičů. Proti sobě stojí náhle řidič sobec, respektive egocentricky zaměřený, který nerespektuje pravidla ačkoliv je zná a řidič odpovědný a tolerantní, který pravidla respektuje. Řidič s respektem uvolní prostor i agresivnímu řidiči, kdežto řidič předpisů dbalý, avšak sociálně-

psychologicky nezralý agresivnímu řidiči cestu rozhodně neuvolní a to zejména z důvodu, že doslova visí na dodržování norem ze strany své osoby, což pochopitelně v návaznosti očekává a vyžaduje i od druhých, přičemž věří tomu, že řidiče nedbajícího norem, má stihnout zasloužený trest (Havlík, 2005).

Dle Havlíka (2005, s. 16-17): „Samotné vlastnictví automobilu může do jisté míry také formovat chování. Majitel moderního, výkonného vozu se chce cítit silnějším, sebevědomějším a neomezenějším ve srovnání s vlastníky vozidel malých. Volí proto např. razantní a svižný styl jízdy. Zakomplexovaným jedincům s nekritickými postoji, kteří si vynucují přednost všude a převahu nade všemi, takový vůz umožní uspokojit např. velikášské fantazie a poslouží jako nástroj moci.

Dopravní chování každého řidiče odráží jeho základní osobnostní orientaci, která zaujímá vůči schopnostem nadřazené postavení. Má-li např. sociopat vynikající schopnosti pro řízení, nedovolí mu je využívat jeho disharmonická struktura osobnosti tak, aby neselhával.

Naopak řidič s harmonicky strukturovanou osobností, se silným sklonem k odpovědnosti, spolehlivosti a svědomitosti, ale s mírně oslabenými schopnostmi selhává výjimečně, neboť jezdí ve shodě s vlastními možnostmi.

I když nelze nikdy pominout jedinečnost dopravní situace, prosazují se nejenom ve vyhocených okamžicích, nýbrž i za běžného dopravního provozu téměř vždy trvalejší osobnostní rysy a schopnosti, spjaté s typovým osobnostním zaměřením klonícím se k extroverzi nebo introverzi.

Prožívání a chování ovlivňuje do jisté míry jedinečnost situace, ve které se člověk nachází v dopravním provozu. Nicméně reakce na tuto situaci jsou převážně determinovány zmíněným zaměřením osobnosti, úrovní schopností, psychosomatickou kapacitou i aktuálním zdravotním a duševním stavem.“

3.2 Typologie osobnosti v dopravní psychologii

Existuje několik druhů typologií, ale jen málokdo by si je spojoval s problematikou silničního provozu a s osobou řidiče. Již dříve zmíněná fakta však jasně ukazují, že i řidič za volantem uplatňuje určitý specifický charakter a vyznačuje se temperamentem.

Temperament vysvětluje Hamerníková (2010, s. 23) jako: „souhrn duševních vlastností osobnosti. Určuje se podle toho, jak rychle probíhají a jak často se střídají duševní a citové procesy a stavy člověka a jak se navenek projevují v jeho chování. Existují čtyři základní typy temperamentu:

Sangvinik – je otevřený, jemný, touží po nových zážitcích, je dobře přizpůsobivý, jeho city jsou spíše ploché, letmé, přelétavé. Prožívá lehce, vesele, bezstarostně. Je důvěřivý, optimistický, lehkomyšlný, bezmyšlenkovitý. Jeho reakce jsou rychlé, sangvinik je sdílný, podnikavý, slovně obratný. Může se však chovat nerozvázně, nepromyšleně, povrchně, nesoustředěně, má sklon k hazardérství.

Flegmatik – prožívá stejnoměrně, je snášenlivý, ochotný podřídit se, tolerantní, ústupný, střízlivý, neschopný nadchnout se. Je klidný, vyrovnaný, spokojený, nezřídka lhostejný, spíše pasivní, trpělivý, důkladný, vytrvalý, spolehlivý, ale pomalý, neobratný, těžkopádný, nerozhodný a pohodlný.

Cholerik – je člověkem silných emocí. Má tendenci k výbušnosti, hněvivosti, podrážděnosti, zlosti. Jeho prožívání je nevyvážené, nemá dostatek sebevlády. Je často našťvaný, podrážděný, agresivní, nespokojený, dotčený. Vyhledává výzvy, je však netrpělivý.

Melancholik – chová hluboké city, je zdrženlivý, vše hluboce prožívá, je citlivý, dokáže se vcítit do druhých, tíhne k samotářství. Je vážný, zodpovědný, má smysl pro povinnost. Je však často smutný, úzkostný,

trápí se, je ustaraný, nejistý, trpí pocity méněcennosti. V emocích je stálý. Pracuje pilně, vytrvale, pečlivě, důkladně, svědomitě, pomalu se však přizpůsobuje změnám, jeho pohyby jsou pomalé, úsporné.“

Typologie temperamentu je spojena s obdobím antiky a se jmény antických lékařů Galena a Hippokrata. V dopravní psychologii se pro popis osobnosti využívá typologie dle Eysencka, která nahlíží temperament z psychometrického hlediska a rozlišuje přitom dvě dimenze – extroverzi a introverzi (Havlík, 2005). Parametry jednotlivých dimenzí popisuje Havlík (2005, s. 18) takto:

Introvert – je uzavřenější, zahleděný do svého vnitřního života, citovější, rezervovanější, přemýšlivější, hůře přizpůsobivý, spíše samotářský a nedůvěřivý, nesmělejší, spolehlivější a systematictější. Má blíže k flegmatickému typu a v labilní poloze k melancholikovi.

Extrovert - je adaptabilnější, orientovaný na vnější život, na lidi, miluje vzrušení a změny, navazuje kontakty, je optimističtější a družnější. Preferuje sice fakta, ale je vázaný na okolní názory. Má blíže k typu sangvinika. V labilní poloze kopíruje charakter cholerika.

Introverze a extroverze, jinak řečeno emoční labilita a stabilita, souvisí s emocemi, respektive je odpovědí na emocionální podněty. V případě lability jde většinou o reakce přehnané, s výkyvy nálad a hlubším prožíváním, v případě stability jde o reakce mírnějšího rázu, přechody mezi jednotlivými emočními stavy nejsou tak markantní a člověk se brzy dostává opět do rovnováhy. Tytéž projevy se vztahují na řidiče za volantem. Extrovertní řidiči se vlivem sníženého počtu okolních podnětů dokážou často rozrušit a jejich pozornost ochabuje. Introverti sice okolní podněty tolik neřeší, ale přesto se jich mohou také týkat utlumené tendence k prožívání. Přesto je však nutné podotknout, že protipóly introverze a extroverze nejsou nikdy jednostranně vyhrocené, spíše se

dá konstatovat, že člověk k jednomu z těchto pólů spíše inklinuje (Havlík, 2010).

Pro dopravní problematiku dle Havlíka (2010, s. 18) platí, že: „Teorie a praxe se shodují v tom, že mezi úspěšné, beznehodové řidiče patří v hojné míře osoby s převahou silnějšího a pohyblivějšího nervového systému, s přiměřenou strukturou vlastností z obou uvedených typů – vyrovnanost, přizpůsobivost, pohotovost, rozvážnost, obezřetnost, trpělivost, předvídavost, rozhodnost. K selhání v dopravě tíhnou motoristé spadající do labilní sféry projevů extroverze a introverze, trpící nedostatečnou zátěžovou a stresovou odolností. U jedněch poznamenávají dopravní chování tendence k úzkosti, strnulosti, náládovosti a u druhých sklony k vznětlivosti, zkratkovitým reakcím a podrážděnosti.“

I vzhledem k uvedenému však nelze vyvozovat charakter dopravního chování pouze z typologie temperamentu. Ačkoliv je temperament společně s povahovými vlastnostmi prakticky nejdůležitějším aspektem lidského chování, není aspektem rozhodujícím. Podmínkou řidičova chování v kontextu interakce je součinnost rysů a situací.

4. OSOBNOST ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉHO

Pipeková (*Kapitoly ze speciální pedagogiky*, 2010, s. 112-114) k dané problematice uvádí: „Zdravotní omezení, která jsme zvyklí označovat jako postižení, provázejí lidstvo od samého začátku jeho existence a přes veškeré úsilí budou existovat ve společnosti i nadále. Tato realita prostupující každou společnost je i akčním polem, na němž se řeší nejednoduchý vztah k osobám slabším, nemocným, postiženým, kteří jsou v postavení minoritním.

V této minoritě byli nejviditelnější právě osoby s postižením, což vyplývalo z jejich jinakosti a rozdílnosti od ostatních po fyzické stránce a mentální úrovni, ve způsobech komunikace a chování a vůbec v celkovém zjevu. Na člověku s postižením to vše bylo nějak vidět a zpravidla byl i omezen v životních možnostech, které se v daném sociokulturním prostředí a v dané době považovaly za normální. Ať byli tito lidé ze společnosti sebevíc vytlačováni a žili jakoby mimo ni, byli vždy její součástí.

K definici postižení se přiřazuje aspekt personální, sociální a ekonomický. Co se nezmění je to, že postižení bude vždycky obsahovat osobní dimenzi. I když uvažujeme o postižení jako výsledku poškození spíše ve smyslu sociálního vyřazování, je osoba označená jako postižená postavená před úkol naučit se zacházet s postižením a s jeho následky. Nakonec se vždy klade otázka, jaký subjektivní význam má postižení pro handicapovaného člověka (personální aspekt postižení).

V dnešní době se pojem postižený člověk stále více nahrazuje jinými termíny jako osoba s postižením, jedinec se speciálními potřebami, a to z několika důvodů. Především nastal posun ve formálně – právním posuzování postavení osob s postižením. Osoby s postižením nejsou pouze předmětem začleňování do společnosti, ale přispívají k její rozrůzněnosti. Jedinci s postižením nejsou jiní, mají pouze v různých fázích svého života svoje **specifické potřeby**. Obsah pojmu postižený se rozšířil.

Způsob uvažování o pojmu postižení se vyvíjel již od roku 1980, kdy se tímto pojmem zabývala Světová zdravotnická organizace. V mezinárodní klasifikaci postižení z roku 1980 jsou uvedeny termíny **poškození** (*impairment, Schädigung*), **omezení** (*disability, Beinträchtigung*) a **postižení** (*handicap, Behinderung*). Výhoda této diferenciacce spočívá především v oddělení těchto tří dílčích procesů. Existující poškození tělesného, smyslového nebo mentálního druhu u jednoho člověka nemusí nutně vést k omezení všech jeho schopností a dovedností. A když omezení způsobí zúžení kompetencí, pak to ještě nutně nemusí znamenat, že následkem bude postižení ve smyslu sociálního znevýhodnění (*handicapu*). S tím je současně spojeno oddělení mezi individuálním poškozením (ve smyslu deficitu nebo nedostatku) a postižením, které z něho vzniklo (ve smyslu sociálních následků poškození). Postižení je v tomto ohledu klasifikačním modelem WHO už **sociální kategorií**. Používání pojmu postižení se však v průběhu posledních dvaceti let nezměnilo. Jako dříve, tak i nyní se používá pojem postižení jako osobní znak a dokonce je často spojován s pojmem nemoc. Osoby bez postižení jsou naproti tomu právě z medicínské stránky často označovány jako zdraví. Toto srovnání postižení a nemoci by mělo být podle doporučení WHO už přes dvacet let vyloučeno.

V roce 1997 upravila Světová zdravotnická organizace (WHO) vlastní pojmový aparát používaný od roku 1980 a nahradila pojmy **poškození** (*impairment*), **omezení** (*disability*) a **postižení** (*handicap*) pojmy **poškození, aktivita a participace**.

Nový přístup ke klasifikaci WHO směřuje podstatně více k umožnění samostatnějšího života osob s poškozením při rozsáhlé společenské integraci. K tomu je rovněž potřeba, aby se bral v úvahu celý kontext individuálního životního prostředí. Společenská integrace tak směřuje k perspektivním cílům jakýchkoliv pedagogických snah u osoby s vyrovnáním se s postižením. Tak se stal pojem postižení definitivně

relativní kategorií, kterou lze přesně chápat jen v závislosti na personálních, sociálních a ekologických zdrojích člověka.“

4.1 Příčiny vzniku poruch, vad, postižení a handicapu

Každá porucha, vada, postižení i handicap mají svou příčinu, jinak řečeno etiologii. Hledání a zejména odhalování jejich příčin je důležité pro otázku včasné prevence, stanovení správné diagnózy a doporučení následné terapie. Vyhledání specifické příčiny je také velmi důležitým aspektem pro stanovení co nejrealističtější a nejobjektivnější prognózy.

Slowík (*Speciální pedagogika*, 2007, s. 45) v dané problematice zohledňuje i historické hledisko: „V historii byly zejména vrozené vady a poruchy často spojovány se sociálními, metafyzickými až tajemnými důvody (chování rodičů, zásah nadpřirozených sil, trest za hříchy předků, osudové znamení apod.) Jakkoliv dnes máme k dispozici moderní a velmi vyspělé možnosti a prostředky (např. v teratologii a genetice), ne vždy je možné jasnou příčinu určit. Mnoho postižení má totiž multifaktoriální etiologii, jsou tedy způsobena kombinací několika příčinných souvislostí.“

Různorodost a mnohost příčin jednotlivých lidských vad a poruch přímo souvisí s různorodostí a mnohostí jejich následných projevů, které se projevují v různé míře závažnosti či v různých obdobích lidského života.

Slowík (2007, s. 46) se také zmiňuje o riziku vzniku vývojových vad a poruch, které „bývá většinou vázáno na určité období ontogeneze. Typickým příkladem jsou např. zarděnky (rubeola) – infekční onemocnění mimořádně rizikové pro vývoj dítěte v **embryonálním (zárodečném) období** (do 9. týdne těhotenství), které může způsobit vážné srdeční vady, postižení sluchu a další komplikace; v **období fetálním (plodovém** – od 9. týdne těhotenství do porodu) je podobně nebezpečným onemocněním třeba cukrovka (diabetes melitus), která může být mimo jiné příčinou malformací páteře a dalších ortopedických

vad. Vždy tedy hrozí největší riziko poškození těch orgánů a funkcí, jejichž vývoj je právě v aktuálním ontogenetickém období nejvíce dynamický.

Za mimořádně rizikové je považováno **období perinatální** – tedy samotný porod a období krátce před ním a po něm. Dítě přicházející na svět musí absolvovat náročnou změnu prostředí, přestává být chráněno uvnitř těla matky a stává se svébytným lidským jedincem ve zcela otevřeném ekosystému. Do určité míry je ohrožující nejen porodní akt (ať už přirozenou cestou nebo operačním zákrokem), ale také období aklimatizace dítěte v radikálně nových životních podmínkách. Mezi nejčastější příčiny vzniku postižení v tomto ontogenetickém období patří drobné nebo závažnější poškození mozku dítěte (mechanickým pohmožděním hlavičky, omezením přístupu kyslíku), novorozenecké infekce nebo vážné poporodní komplikace.

Postižení získaná v postnatálním období jsou převážně následkem, resp. doprovodným jevem vážných onemocnění nebo úrazů. Jako příklady závažných onemocnění s vysokým rizikem trvalých následků můžeme uvést např. klíšťovou encefalitu, lymfskou boreliózu, meningitidu nebo cévní mozkové příhody (CMP).“

4.1.1 Množství jedinců s postižením v populaci

Slowík (2007, s. 47) dobře rozpracoval zastoupení osob s postižením v lidské populaci v celosvětovém měřítku: „Podle celosvětových průzkumů je možné v globálním měřítku předpokládat přibližně 11% zastoupení osob s postižením v lidské populaci. Stejně procentuální zastoupení platí i pro většinu evropských zemí a rovněž pro Českou republiku. Ve světě tedy žije asi půl miliardy tělesně, smyslově nebo mentálně handicapovaných obyvatel. Protože však nejlidnatější oblasti patří zároveň mezi nejméně rozvinuté (s mnoha problémy vyvěrajícími z chudoby, nedostatečné zdravotnické péče atd.) a zároveň také nelze řadu případů (zejména osob s lehkými formami

postižení) statisticky podchytit, můžeme skutečný počet handicapovaných lidí odhadovat pouze velice nepřesně. Reálný počet bude pravděpodobně vyšší než doposud předpokládaný. Přesnější je samozřejmě statistika jednoznačně diagnostikovaných vrozených vad (skutečně okolo 11% případů ze všech narozených dětí) a také případů těžkého postižení (asi 2 promile členů lidské populace).

Podle dokumentu nazvaného Zpráva o situaci zdravotně postižených zpracované Vládním výborem pro zdravotně postižené občany v roce 1992 (viz také Michalík, 2003) bylo mezi více než 1 milionem osob s handicapem žijících v České republice přibližně následující rozložení – podle zastoupení jednotlivých druhů postižení (počty osob nejsou přesné a vycházejí spíše ze statistického přepočtu než z výzkumem získaných údajů):

- 60 000 osob se zrakovým postižením (z toho až 4500 nevidomých)
- 300 000 osob se sluchovým postižením (z toho až 15 000 neslyšících)
- 60 000 osob s narušenou komunikační schopností
- 1500 osob hluchoslepých
- 300 000 osob s mentálním postižením (z toho 150 000 osob s těžkými pohybovými vadami)
- 100 000 osob s psychickou poruchou nebo onemocněním
- Osoby s jinými dlouhodobými poruchami nebo onemocněními (dostatečně průkazné statistické údaje nejsou k dispozici)

Etiologie vad a poruch není totožná s příčinami vzniku handicapu, který je determinován především sociálně.“

4.2 Druhy postižení osob

V populaci rozeznáváme několik druhů postižení, z nichž každé z nich má svá daná specifika, v případě tzv. kombinovaného postižení se pak jedná o postižení více vadami či poruchami najednou. Jednotlivá postižení dobře vyspecifikoval Slowík (2007, s. 59-147):

Zrakové postižení – zrak můžeme bez nadsázky považovat za jeden z nejdůležitějších smyslů pro člověka. Využíváme jej jako primární smysl při získávání až 90% všech informací. Jakékoliv zrakové omezení ztěžuje především orientaci – a pokud jde o dlouhodobé nebo trvalé postižení, pak je jím výrazně ovlivněna také komunikace, psychická integrita a celkově i sociální existence lidského jedince. Kdo je tedy považován za **osobu se zrakovým postižením**? Ne každý, u koho se vyskytne zraková vada. Většina lidí používá alespoň po část svého života brýle nebo kontaktní čočky, které fungují jako dostatečná korekce jejich snížených zrakových schopností (nejčastěji k němu dochází vlivem vady akomodace čočky); takováto vada prakticky neovlivňuje negativním způsobem život člověka nebo jen opravdu minimálně, projevy takového zrakového omezení nejsou tedy příliš významné. Jakmile ovšem běžná optická korekce nepostačuje a zraková vada člověku způsobuje komplikace při běžných každodenních činnostech, můžeme diagnostikovat zrakové postižení určitého stupně. **Za osobu se zrakovým postižením (z pohledu tyflopédie) považujeme toho jedince, který i po optimální korekci (medikamentózní, chirurgické, brýlové apod.) má v běžném životě problémy se získáváním a zpracováváním informací zrakovou cestou (např. čtení černotisku, zraková orientace v prostoru atd.).** (Vitásková; Ludíková; Suralová, 2003).

Zrakové vady a postižení můžeme samozřejmě rozdělovat do mnoha kategorií podle různých kritérií:

a) podle postižených zrakových funkcí:

- Snížení zrakové ostrosti

- Omezení zorného pole
- Poruchy barvocitu
- Poruchy akomodace (refrakční vady)
- Poruchy zrakové adaptace
- Poruchy okoohybné aktivity
- Poruchy hloubkového (3D) vidění

b) podle stupně zrakového postižení:

- Slabozrakost
- Zbytky zraku
- Nevidomost

c) podle doby vzniku:

- Vrozené
- Získané

d) podle etiologie:

- Orgánové (např. vady čočky nebo sítnice)
- Funkční (poruchy binokulárního vidění, např. tupozrakost, strabismus).

Sluchové postižení - pokud bychom jako slyšící ztratili sluch, přijdeme v okamžiku o přísun až 60% informací, což je újma relativně nižší než v případě ztráty zraku, ve skutečnosti by to však nepředstavovalo o mnoho snazší situaci. Lidé od narození neslyšící nebo těžce sluchově postižení mají sice rozvinuté určité kompenzační schopnosti, sluchový handicap dopadá však na jejich život podstatně výrazněji, než by se mohlo zdát; vytváří totiž:

- **Komunikační bariéru** (narušený vývoj řeči, omezená schopnost porozumění ostatním)
- **Deficit v orientačních schopnostech** (člověk si nemůže sluchem doplňovat zrakovou orientaci, jeho orientace v prostoru se omezuje prakticky na rámec zorného pole)
- **Psychickou zátěž** (život ve „vězení ticha“)

- **Omezení sítě sociálních vztahů** (především vzhledem k problémům v komunikaci)
- **Negativní vliv na vývoj myšlení**, které vychází z řeči (přemýšlíme totiž vždy v pojmech a pro rozvoj myšlení je velmi důležitá vnitřní řeč, která se u jedinců od narození neslyšících prakticky nevyvíjí).

Sluch má kromě jiného i bezpečnostní funkci: je jediným smyslem, který zůstává stále aktivní, dokonce i ve spánku. V bdělém stavu pomocí sluchových vjemů kontrolujeme okolí mimo naše zorné pole a jakýkoliv výstražný nebo nebezpečný zvuk okamžitě spontánní obrannou nebo únikovou reakci. Těžce sluchově postižený člověk se v tomto smyslu stává tedy výrazně zranitelnějším.

Sluchové postižení je následkem organické nebo funkční vady (resp. poruchy) v kterékoli části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy a sluchových korových center, příp. funkcionálně percepčních poruch.

Stejně jako zrakové postižení má i postižení sluchové svou klasifikaci:

a) podle typu:

- Převodní vady (vady vnějšího a středního ucha – jedinec špatně slyší, jde o kvantitativní postižení sluchu)
- Percepční vady (vady vnitřního ucha a CNS – jedinec špatně rozumí, jde o kvalitativní postižení sluchu)
- Smíšené vady

b) podle stupně (intenzity) sluchové ztráty:

- Nedoslýchaví
 - lehce (sluchová ztráta 26-40 dB)
 - středně (sluchová ztráta 41-55 dB)
 - středně těžce (sluchová ztráta 56-70 dB)
 - těžce (sluchová ztráta 71-91 dB)

- Neslyšící
- Ohluchlí

c) podle doby vzniku:

- Vrozené postižení
- Získané postižení (nelingvální nebo postlingvální sluchová ztráta)

d) podle etiologie:

- Orgánové postižení
- Funkční postižení

Vady a poruchy řeči - narušená komunikační schopnost se týká nejčastěji vad a poruch řeči. Narušená komunikační schopnost se netýká ani zdaleka pouze mluvené řeči, ale zahrnuje také její grafickou formu, mimoverbální prostředky, a dokonce i netradiční komunikační kanály. Mluvená řeč je ovšem nejpoužívanějším dorozumívacím prostředkem v sociálním prostředí naší společnosti, proto jsou vady a poruchy řeči dominantní problematikou logopedické oblasti. Klasifikace vad a poruch řeči je následující:

a) centrální vady a poruchy:

- Vývojová dysfázie – opožděný vývoj řeči s výrazně narušenou schopností sluchového rozlišování, vnímání a chápání řeči, stavby vět a výraznými dramatismy (má většinou dobrou prognózu vývoje a nápravy)
- Afázie – narušení již vyvinuté schopnosti porozumění a produkce řeči zpravidla po organickém poškození levé mozkové hemisféry (nejčastěji u dospělých osob po cévní mozkové příhodě, úrazu hlavy, nádorech mozku apod.)
- Breptavost – enormně rychlá, artikulační nedbalá, a proto špatně srozumitelná řeč (porucha tempa řeči) – bývá spojena s drobným organickým poškozením mozku (podle nálezu EEG)

- Koktavost – porucha plynulosti řeči, patrná především v dialogu, projevující se tonickými (spínavými), klonickými (škubavými) nebo smíšenými (tonoklonickými) křečemi svalstva mluvních orgánů

b) neurotické vady a poruchy:

- Mutismus – oněmění; příčinou bývá např. psychické trauma
- Elektivní mutismus – výběrová nemluvnost vůči konkrétní osobě, resp. v určité situaci nebo prostředí
- Surdomutismus – neurotická ztráta řeči spojená s útlumem slyšení řeči, s projevy nápadně živé schopnosti odezírat řeč podle mimiky a úst mluvícího

c) vady mluvidel:

- Huhňavost – patologicky snížená rezonance hlasité řeči buď vlivem překážky v nose nebo nosohltanu, hlásky jsou vyslovovány s „nosovým“ přízvukem
- Palatolalie – porucha výslovnosti při rozštěpu patra (patologická výslovnost v důsledku rozštěpových změn na mluvních orgánech)

d) poruchy artikulace:

- Dyslálie – patologická forma výslovnosti některých hlásek, resp. jejich nahrazování jinými hláskami nebo vynechávání hlásek
- Dysartrie – celková porucha artikulace (doprovází např. DMO, Parkinsonovu nemoc apod.), postiženy jsou řečové funkce, ne přímo fatická mozková centra

e) poruchy hlasu:

- Chraptivost – porucha způsobená zpravidla patologickými změnami na hlasivkách
- Mutace – nejčastěji jako fyziologická změna provázející změnu hlasového rejstříku při dynamickém vývoji hlasových orgánů v období puberty

f) symptomatické vady a poruchy:

- Vady a poruchy řeči způsobené jiným primárním postižením (např. nedoslýchavostí, mentálním postižením).

Tělesný handicap a zdravotní oslabení - většina lidí si v souvislosti s pojmem **tělesné postižení** představí patrně někoho na vozíku nebo s berlí pod paží. Tělesný handicap ovšem souvisí s daleko širší škálou projevů a patří sem i dlouhodobá zdravotní oslabení, která nemusí být navenek vlastně téměř vůbec zjevná. Přesto mohou působit větší znevýhodnění, než bychom očekávali a tušili. Pozornost **somatopedie** si proto zaslouží ten, komu chybí třeba jen palec na jedné ruce, stejně jako člověk s přerušenu páteřní míchou upoutaný na ortopedický vozík nebo jedinec, u kterého se čas od času objeví epileptický záchvat různého stupně. To vše totiž přímo souvisí se smyslem pojmu „soma“ (tělo), z něhož termín somatopedie vychází.

Okruh zájmu somatopedie zahrnuje osoby s postižením hybnosti (tělesně postižené), dlouhodobě nemocné a zdravotně oslabené.

U jediného člověka se samozřejmě mohou (ale nemusí) vyskytovat všechny uvedené aspekty (tedy kombinace tělesných vad a zdravotních obtíží), které bývají také označovány termínem **somatopatologie**. Klasifikace tělesných postižení a zdravotních oslabení je následující:

a) podle typu:

- **postižení hybnosti**
- **dlouhodobá onemocnění**
- **zdravotní oslabení**

b) podle doby vzniku:

- **vrozená** (např. vrozené vady lebky; rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra, páteře; nevyvinutí končetin nebo jejich částí, DMO)
- **získaná** (např. deformity páteře; úrazy – zlomeniny, amputace, následky onemocnění – revmatismus, myopatie atd.)

c) podle etiologie:

- **tělesné odchylky a oslabení** (vady páteře, luxace kloubů apod.)
- **tělesné vývojové vady** (vady lebky, rozštěpy, vady končetin apod.)
- **úrazy** (tělesná poškození různé závažnosti s dočasnými nebo trvalými následky – např. paraplegie v důsledku poranění páteře, amputace končetin atd.)
- **následky nemocí** (encefalitidy, žloutenky, TBC, lymfské boreliózy, nádorových onemocnění apod.)
- **dětská mozková obrna** (DMO – spastické i nespastické formy)
- **dlouhodobá (chronická) onemocnění a zdravotní oslabení** (alergie, astma, ekzematická onemocnění, oslabení imunity, onkologická onemocnění, epilepsie apod.).

Mentální postižení - patrně žádný jiný druh handicapu nečiní člověka v běžné populaci tak zvláštním a odlišným jako právě mentální postižení. Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit); doslovný překlad by tedy zněl „opozdění (zpomalení) mysli“. Ve skutečnosti je mentální retardace podstatně složitější syndromatické postižení, které postihuje nejenom psychické (mentální) schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Má tedy rozhodující vliv nejenom na vývoj a úroveň rozumových schopností, ale týká se rovněž emocí, komunikačních schopností, úrovně sociálních vztahů, možností společenského a pracovního uplatnění atd. Přístupy k definování mentálního postižení jsou následující:

a) biologický:

- postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku; syndrom podmíněný chorobnými procesy v mozku
- **psychologický:**

- primárně snížená úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy (tzn. vzhledem k populační normě)

b) sociální:

- postižení charakteristické dezorientací ve světě a ve společnosti, která omezuje zvládat vlastní sociální existenci samostatně bez cizí pomoci

c) pedagogický:

- snížená schopnost učit se navzdory využití specifických vzdělávacích metod a postupů

d) právní:

- snížená způsobilost k samostatnému právnímu jednání (provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí).

Mentální retardace je pojem vztahující se k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti.

Klasifikace mentálního postižení:

- lehká mentální retardace
- středně těžká mentální retardace
- těžká mentální retardace
- hluboká mentální retardace
- jiná mentální retardace
- nespecifikovaná mentální retardace

Postižení více vadami, specifické kombinace vad a poruch – ačkoliv teoreticky popisujeme a klasifikujeme jednotlivé druhy postižení zvlášť, v praxi se můžeme často setkat s kombinací dvou a více různých vad nebo poruch u jediného člověka. Jde o natolik různorodou skupinu znevýhodnění, že prakticky není možné vytvořit jednotný

klasifikační systém, a není dokonce ani ustálena terminologie používaná při deskripci případů takto handicapovaných osob: používají se pojmy **kombinované postižení**, **postižení více vadami**, **vícenásobné postižení** apod. (Ludíková, 2003).

Kombinace několika druhů postižení bývají často zapříčiněny genetickými anomáliemi a někdy se projevují formou souborů mnoha příznaků – tedy syndromů (Downův syndrom, Turnerův syndrom, Edwardsův syndrom, Patauův syndrom atd.). Primární postižení bývá v některých případech obtížné stanovit. Přestože není vyloučena prakticky žádná kombinace různých vad, některé se vyskytují častěji, jiné pouze výjimečně.

Mezi relativně často se vyskytující patří kombinace mentálního postižení s tělesnými, případně smyslovými vadami. Prakticky vždy se u jedinců s mentální retardací vyskytuje také narušená komunikační schopnost zapříčiněná symptomatickými vadami řeči. Mentální postižení se vyskytuje společně s tělesným handicapem nejčastěji u **dětské mozkové obrny (DMO)**. Tuto kombinaci provází většinou i další poruchy, jako je třeba dysartrie – vada řeči, která se projevuje problémy s ovládním artikulačních orgánů, a tedy hůře srozumitelným řečovým projevem. Míra mentálního deficitu může být různá a přibližně ve 20% případů DMO se mentální handicap nevyskytuje vůbec. Podobné zastoupení kombinace s mentálním retardací nacházíme také v případě diagnózy **autismus**. Tato pervazivní (všepronikající) porucha je charakteristická problémy v interpersonální komunikaci, omezenou schopností navazovat vztahy a dezorientaci ve vnímání okolního světa – ta se navenek projevuje jakousi chorobnou uzavřeností (odtud pojem „autismus“). Mentální postižení se může vyskytnout také v kombinaci se smyslovými vadami; ve vyšším množství se vyskytuje např. kombinace mentálního postižení a smyslových vad u jedinců s Downovým syndromem (Janicki; Prasher, 2002).

Pozoruhodnou kombinací je současný výskyt zrakové a sluchové vady, který je dnes už definován jako samostatně vymezený a zcela

specifický druh postižení zvaný **hluchoslepota**. Hluchoslepí lidé nebývají zcela nevidomí a současně neslyšící, vyskytuje se u nich kombinace zrakového a sluchového postižení různých stupňů. Výrazné procento případů hluchoslepotou (některé zdroje uvádějí až 50%) je zapříčiněno tzv. **Usherovým syndromem** – závažnou poruchou genetického původu, která postihuje současně zrak a sluch a v některých případech narušuje i rovnováhu těla; zraková vada se v průběhu dětství a dospívání výrazně zhoršuje, takže může končit až úplnou slepotou. Sluchové postižení v různých stupních závažnosti bývá prvním diagnostickým příznakem syndromu.

5. PSYCHOLOGIE VZNIKU DOPRAVNÍCH NEHOD

V předchozích kapitolách byla nastíněna problematika osobnosti v obecném měřítku i osobnost řidiče či osobnost zdravotně postiženého jedince. Hovořeno bylo velmi podrobně i o aspektech důležitých pro získání řidičského oprávnění a také o limitovanosti zdravotního stavu, respektive o vadách a poruchách, které již zcela znemožňují řidičské oprávnění získat a usednout tak za volant motorového vozidla. Jaké faktory však hrají skutečně roli při vzniku dopravních nehod?

Pokud bychom zvlášt zhodnotili jednotlivé dílčí složky dopravního systému sestávajícího ze složky – člověk, dopravní prostředek a dopravní prostředí a k jejich vyhodnocení použili statistická čísla, vyjde vždy jediné – z dlouhodobého statistického sledování jasně vyplývá, že 90% všech dopravních nehod zavíní vždy řidič motorového vozidla. Z uvedeného je tedy evidentní, že z výše popsaného dopravního systému je nejvíce selhávajícím faktorem řidič. Je tomu tak zejména proto, že i když je v dnešní době technická vyspělost společnosti na vysoké úrovni, není na takové úrovni, aby dokázala ovlivnit integritu a chování člověka a člověk tak zůstává stále člověkem. (Porada, 2000)

Už dlouhá léta také zůstávají příčiny dopravních nehod prakticky totožné – nepřiměřená rychlost a to zejména nepřizpůsobená dopravním okolnostem (stavu a povaze vozovky, schopnostem řidiče, vlastnostem vozidla atd.), další příčinou je nedání přednosti v jízdě, předjíždění či nesprávný způsob jízdy. Mezi nesprávný způsob jízdy přitom řadíme nedodržení bezpečné vzdálenosti, nevěnování se řízení vozidla (např. při telefonování za jízdy), nesprávné otáčení nebo couvání, jízda po nesprávné straně vozovky atd. Zajímavý je v tomto ohledu také psychologický výzkum osobnosti prováděný ČSTV již v roce 1972 u tisícovky předních sportovců, který u nich odhalil převažující rysy, které negativně ovlivňují i jejich chování za volantem – jedná se o emocionalitu, dominanci, nereálnou sebejistotu, agresivitu a ctižádostivost – vlastnosti, které se dobře uplatní ve sportu, ale

naprosto opačný efekt mají při řízení motorového vozidla. Další výzkum, prováděný tentokrát v New Yorku v roce 1992, byl zaměřen na řidiče s opakovanými zaviněnými dopravními nehodami v kontextu s jejich anamnestickými daty. Výzkum probíhal na bázi porovnání stovky řidičů s opakovanými nehodami a stovky řidičů zcela bez nehod. Výzkumem bylo zjištěno, že 66% řidičů s opakovanými nehodami vykazuje alespoň jeden sociálně nápadný znak a třetina z nich se dokonce dostala do konfliktu se zákonem i mimo dopravu. Naproti tomu u skupiny řidičů bez nehody byl sociálně nápadný znak shledán pouze u 9%.

Zároveň platí, že selhání osob s opakovanou nehodovostí nebývá dílem náhody, ale prakticky se formuje už od dětství a to v podobě nerespektování daných norem, v bezohledném sebeprosazování i egoismu. (Havlík, 2005).

6. ZÁVĚR TEORETICKÉ ČÁSTI

Je zajímavé, jaká fakta se pojí s řidiči, kteří opakovaně zaviní dopravní nehodu a k tomu se opakovaně dopouštějí přestupkového jednání v dopravě, Havlík (2005, s. 42) uvádí následující:

- neúplná rodina, dítě vyrůstalo bez otce nebo matky
- rozvod v rodině prožitý dítětem v období do čtrnácti let
- nejednotná, neúměrně přísná nebo protektivní výchova
- problémy v dětském kolektivu – dítě agresivní nebo obětí agresivity
- problémy v základní škole – dítě šikanuje ostatní nebo je šikanováno
- snížený stupeň z chování, záškoláctví, neplnění školních povinností
- zhoršený prospěch, propadnutí, nedokončení školní docházky
- obdobné problémy v učňovské škole, kterou zpravidla nedokončí
- kouření od dětství a pití alkoholu
- užívání drog, promiskuita
- opakované delikty, ukončené soudním potrestáním
- trest nemá žádoucí účinek na chování, které se k lepšímu nemění
- sklony k dobrodružnosti a předvádění se
- vyhýbání se povinností, dříve i základní vojenské službě
- nesnáze v navazování kontaktu s druhým pohlavím
- problémy ve vlastním manželství, domácí násilí, opakovaný rozvod
- konflikty se spolupracovníky a s nadřízenými v zaměstnání
- častá změna zaměstnání – neschopnost najít si adekvátní pracovní poměr
- neschopnost usadit se v odpovídající pracovní pozici
- nerespektování autority v jakémkoliv styku
- neznalost mravních zásad nebo jejich nedodržování

- potřeba prosazovat se za každou cenu bez ohledu na druhé.

Dle Havlíka (2005, s. 43): „Řidiči této nepočetné kategorie s „anamnestickými prohřešky a osobnostní disharmonií“ mají na svědomí velký počet kolizí pramenících z nedodržování závazných pravidel a nepřizpůsobivosti vůči dopravnímu prostředí, aktuálním podmínkám a situaci v provozu.

Nejpočetnější však zůstává kategorie motoristů, kteří selhávají pod tlakem situační zátěže, odvozené z dopravně - provozní intenzity, ze složitosti dopravních situací, z nedodržení režimu práce a odpočinku, z nepříznivých a náročných podmínek. Tato zátěž přesáhne jejich psychosomatickou situační kapacitu. V porovnání s výše citovanou kategorií řidičů se zpravidla nedopouštějí nehod opakovaně“.

V teoretické části diplomové práce jsou proto popsány nejdůležitější aspekty pro poznání osobnosti řidiče se zdravotním postižením v návaznosti na veškeré související prvky způsobující dopravní nehodovost.

PRAKTICKÁ ČÁST

7. ANALÝZA STATISTICKÝCH DAT A HODNOT

7.1 Cíl šetření a pracovní hypotézy

Cílem šetření v praktické části diplomové práce bylo zjistit na vybraných statistických údajích data a informace související s osobností řidičů se zdravotním postižením a související dopravní nehodovostí.

Druhým okruhem bylo zjišťování četnosti dopravních nehod v návaznosti na časové období a také skladba nehodovosti v časových úsecích uvedených dále.

Při výzkumu bylo použito analýzy a syntézy veřejně dostupných dat a následná dedukce souvislostí vztahujících se k nehodovosti řidičů se zdravotním postižením, v porovnání s nehodovostí obecně na území ČR v pásmu a horizontu 14 až 24 let, a to podle dostupných statistických dat.

Pro zpracování údajů a pro adekvátní zjištění stavu jsme použili dvě hypotézy a veřejně přístupná data.

Cílem výzkumu bylo najít souvislosti v dopravní nehodovosti osob se zdravotním postižením a osob bez zdravotního postižení.

7.1.1 Pracovní hypotéza H1 a její zdůvodnění

H1

Předpokládáme, že počet dopravních nehod obecně a nehod zdravotně postižených osob bude meziročně klesat minimálně o 10%.

Tento předpoklad uvedený v H1 je zkoumán proto, že je obecně známo, že v České republice roste vzdělanost obyvatelstva a tudíž předpokládáme, že vzdělaní lidé neporušují zákony ČR úmyslně.

7.1.2 Pracovní hypotéza H2 a její zdůvodnění

H2

Domníváme se, že poměr všech dopravních nehod v ČR k dopravním nehodám zdravotně postižených je vždy stejný a je neměnný.

V reálném prostředí dopravní nehodovosti předpokládáme, že počet zdravotně postižených osob je poměrně standardní, proto poměr dopravních nehod bude obdobný.

Potvrzení či vyvrácení této hypotézy snad osvětlí, že lidé jsou stejní a tudíž dopravní nehody – míra zavinění a chybovost je u zdravotně postižených či zdravých lidí stejná.

7.2 Popis výzkumného terénu a zkoumaného vzorku

7.2.1 Výzkumný terén – výzkumný prostor

Šetření bylo prováděno z dostupných materiálů získaných z resortu MV ČR, autoškol a Policie ČR.

7.2.2 Výzkumný vzorek

Analytické a syntetické šetření bylo prováděno za období uplynulých 14ti až 24 let.

Při následném sběru dat, jejich analýze a syntéze významně pomáhali a přispívali policisté z Policejního prezidia ČR, Ředitelství služby dopravní policie.

7.3 Metody a techniky sběru dat

7.3.1 Metody a techniky využité v šetření

Při zpracování výsledků praktické části diplomové práce byl prováděn tzv. kvantitativní výzkum a byla použita tzv. explorativní metoda sběru dat. Výsledky byly zpracovány tzv. matematicko-statistickou metodou - porovnáním.

- **Explorativní metoda sběru dat** – tato metoda sběru dat byla využita na vybraném vzorku respondentů

- **Metoda matematicko-statistická** - pomocí této metody bylo prováděno vyhodnocování jednotlivých uzavřených otázek dotazníkového šetření a analýza otevřených otázek dotazníkového šetření.

7.3.2 Techniky sběru dat

Data byla sesbírána z veřejně dostupných zdrojů a to zejména ze statistických údajů a přehledů dopravní nehodovosti, které jsou vždy aktuálně každoročně k dispozici.

8. PROCES VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pracovní hypotéza H1

H1 Předpokládáme, že počet dopravních nehod obecně a nehod zdravotně postižených osob bude meziročně klesat minimálně o 10%

a

Pracovní hypotéza H2

H2 Domníváme se, že poměr všech dopravních nehod v ČR k dopravním nehodám zdravotně postižených je vždy stejný a je neměnný.

Tyto hypotézy budou v následujících analýzách tedy buď potvrzeny nebo vyvráceny, a to na základě provedených analýz jednotlivých grafů a výsledků z dostupných dat dále uvedených.

9. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

9.1 Verifikace hypotéz

K údajům uvedeným v předchozích kapitolách bude přiřazen význam směřující k potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz (H1, H2).

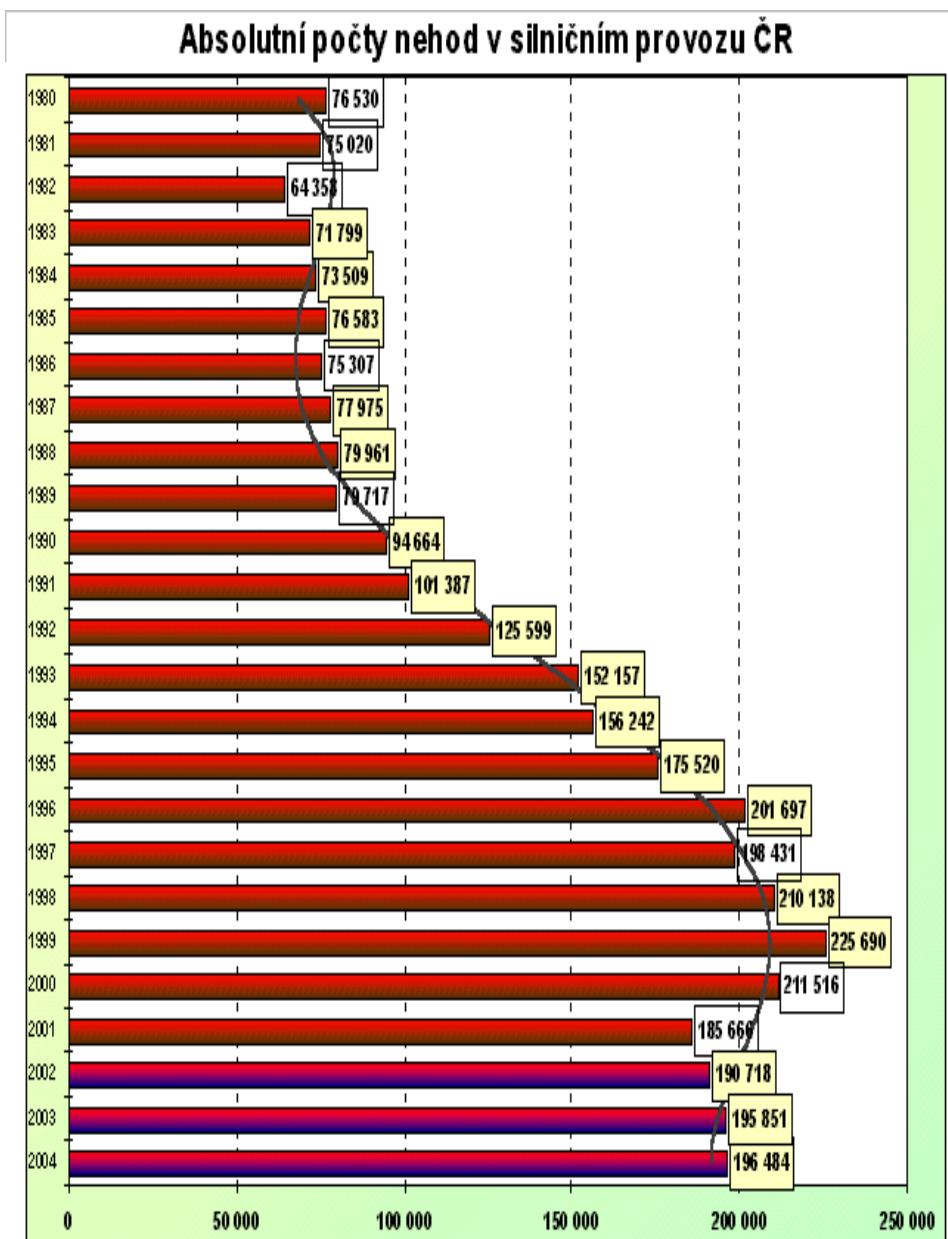
Legenda:

+	Hypotéza potvrzena
-	Hypotéza vyvrácena
+/-	Hypotéza nepotvrzena/nevyvrácena

Vzhledem k tomu, že byl výzkum proveden formou analýz dostupných údajů v mezičasovém období z veřejných zdrojů, nebylo možné verifikovat hypotézy formou verifikace jednotlivých otázek. Pro tento účel výzkumné otázky tvořeny nebyly a výsledky pro potvrzení a vyvrácení hypotéz byly zjišťovány z grafů a to formou srovnání, dedukce a syntéz.

Pro jednotlivé analýzy byla sesbírána data v rozsahu uvedeném v následujícím přehledu:

Obrázek 1: Graf – Absolutní počty nehod v silničním provozu ČR



CELKEM za znázorněné období: 3 372 519 nehod.

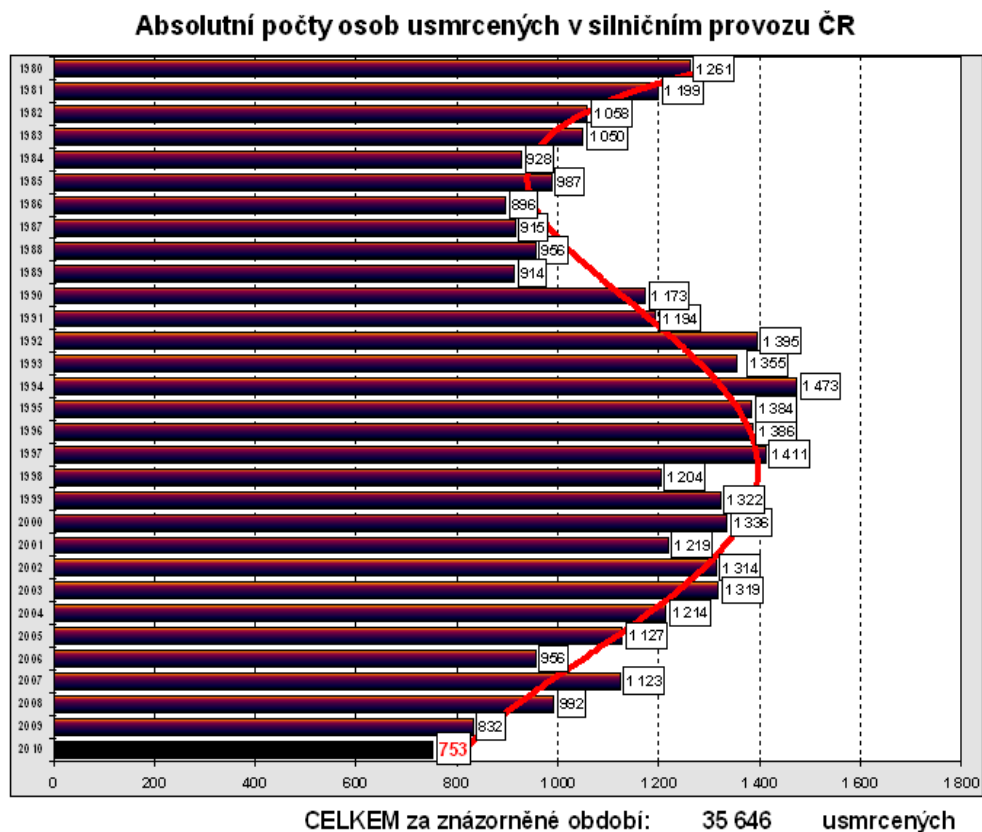
Pozn: Od roku 2001 došlo ke zvýšení povinné hranice pro nahlášení nehody na 20 000 Kč.

= pokles oproti předch. roku
 = nárůst oproti předch. roku

neh1.GIF

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že v letech 1980 až 1989 nebyly rozdíly v počtu dopravních nehod tak markantní. Až od roku 1990 je zaznamenán prudký nárůst celkového počtu dopravních nehod, a to až do roku 1999, kdy byl počet nehod 225 690. V roce 2000 došlo k mírnému poklesu a k výraznému poklesu došlo až v roce 2001.

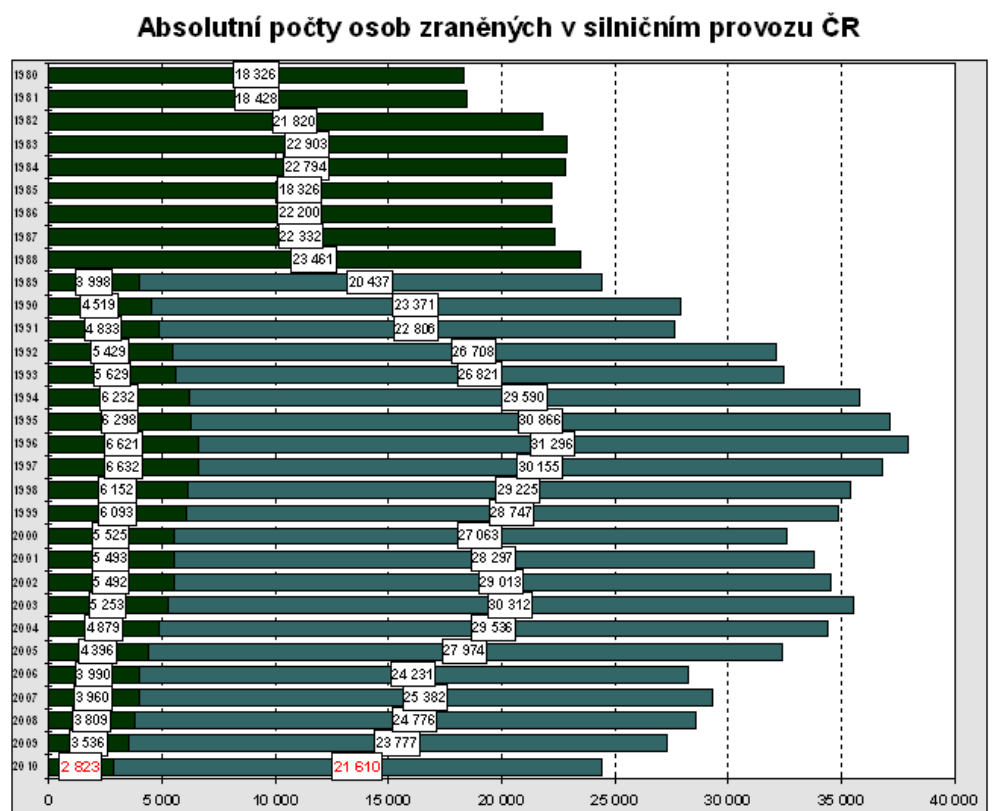
Obrázek 2: Graf – Absolutní počty osob usmrcených v silničním provozu ČR



Pozn: Od 1.7.2006 vstoupila platnost novela zákona o provozu na pozemních komunikacích (bodový systém).

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že počet usmrcených osob od roku 1980 klesal, a to až do roku 1986, kdy byl počet usmrcených osob 896. Od tohoto roku opět dochází k nárůstu počtu usmrcených, a to až do roku 1994, kdy byl tento počet 1473. Následně je zaznamenán mírný pokles usmrcených. V 2006 se dostáváme již pod 1 000 usmrcených osob, v roce 2007 je opět narůstající tendence, ale již v roce 2008 dochází opět k poklesu pod hranici 1 000 osob. Nejnižší počet usmrcených je pak následně v roce 2010, kdy došlo k 753 úmrtím při dopravních nehodách.

Obrázek 3: Graf – Absolutní počty osob zraněných v silničním provozu ČR

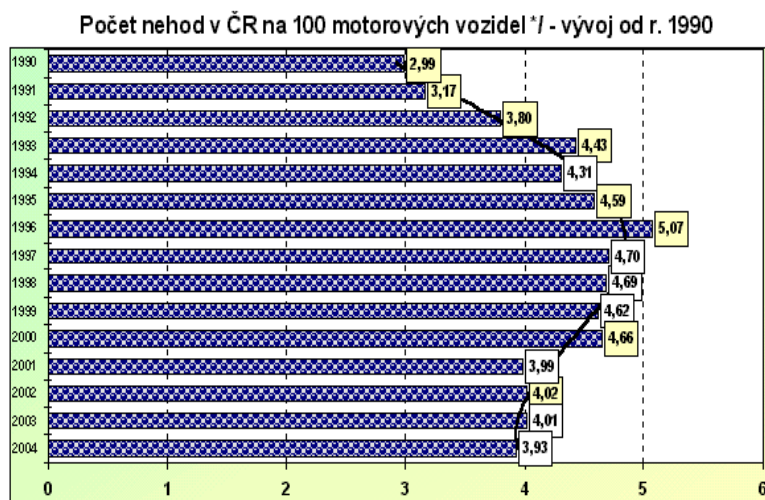


CELKEM za znázorněné období: 898 062 těžce a lehce zraněných.

Pozn: Od 1.7.2006 vstoupila platnost novela zákona o provozu na pozemních komunikacích (bodový systém).

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že v letech 1980 až 1988 nebyl rozlišen počet lehce a těžce zraněných a toto bylo sčítáno dohromady. Od roku 1989 se tyto údaje již rozlišují a počet těžce zraněných od tohoto roku narůstá až do roku 1997 a od roku 1998 až do roku 2010 je zaznamenán pokles až na 2 823 těžce zraněných.

Obrázek 4: Graf – Počet nehod v ČR na 100 motorových vozidel



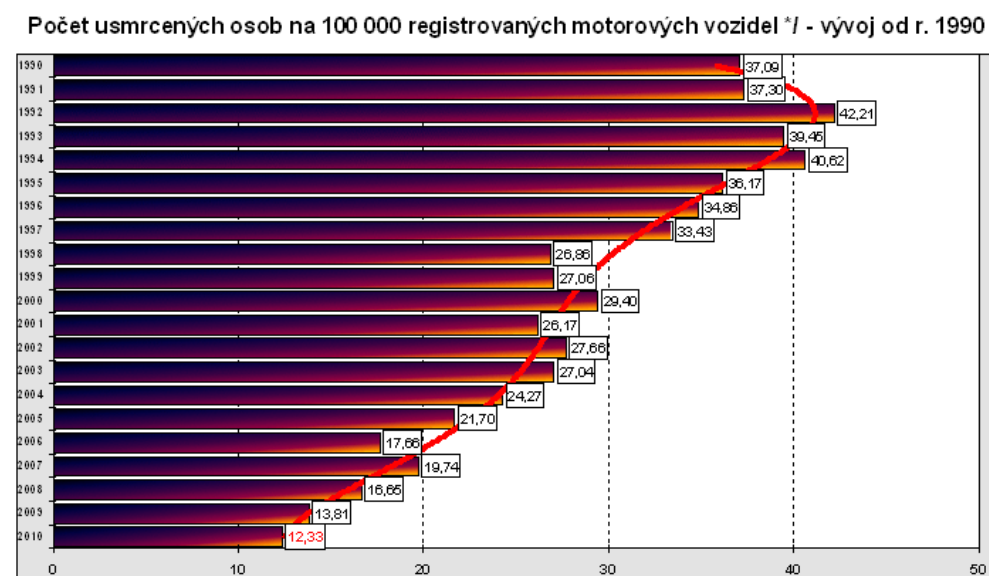
*I/ Nezahrnutý zemědělské traktory a do r. 1998 ani malé motocykly do 50 ccm.

Počty motorových vozidel pro výpočet = stav k polovině roku (k 30.6.)

= pokles oproti předch. roku
 = nárůst oproti předch. roku

Z výše uvedeného grafu plyne, že počet nehod na 100 vozidel má od roku 1990 vzrůstající tendenci, a to až do roku 1996. Od následujícího roku dochází k poklesu.

Obrázek 5: Graf – Počet usmrcených osob na 100 000 motorových vozidel

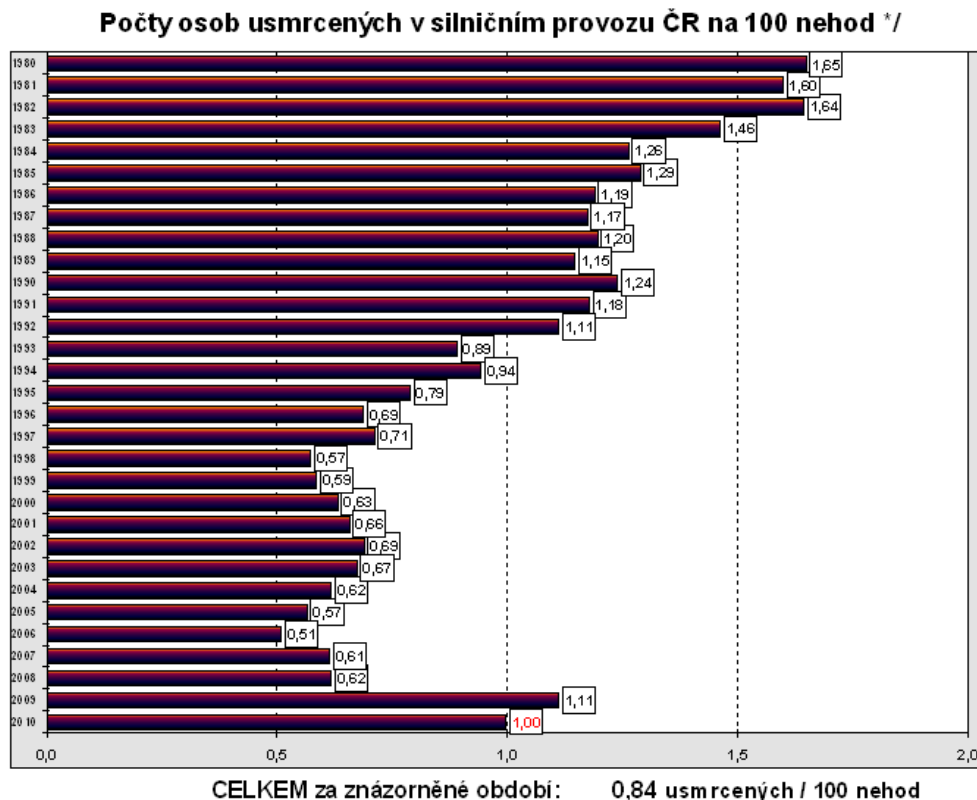


*I/ Nezahrnutý zemědělské traktory a do r. 1998 ani malé motocykly do 50 ccm.

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že od roku 1990 dochází ke vzrůstající tendenci do roku 1992, kdy je počet nejvyšší. V roce 1993

dochází k poklesu, v roce 1994 je opět nárůst a od roku 1995 až do roku 2010 je tendence již stabilně klesající.

Obrázek 6: Graf – Počty osob usmrcených v silničním provozu ČR na 100 nehod



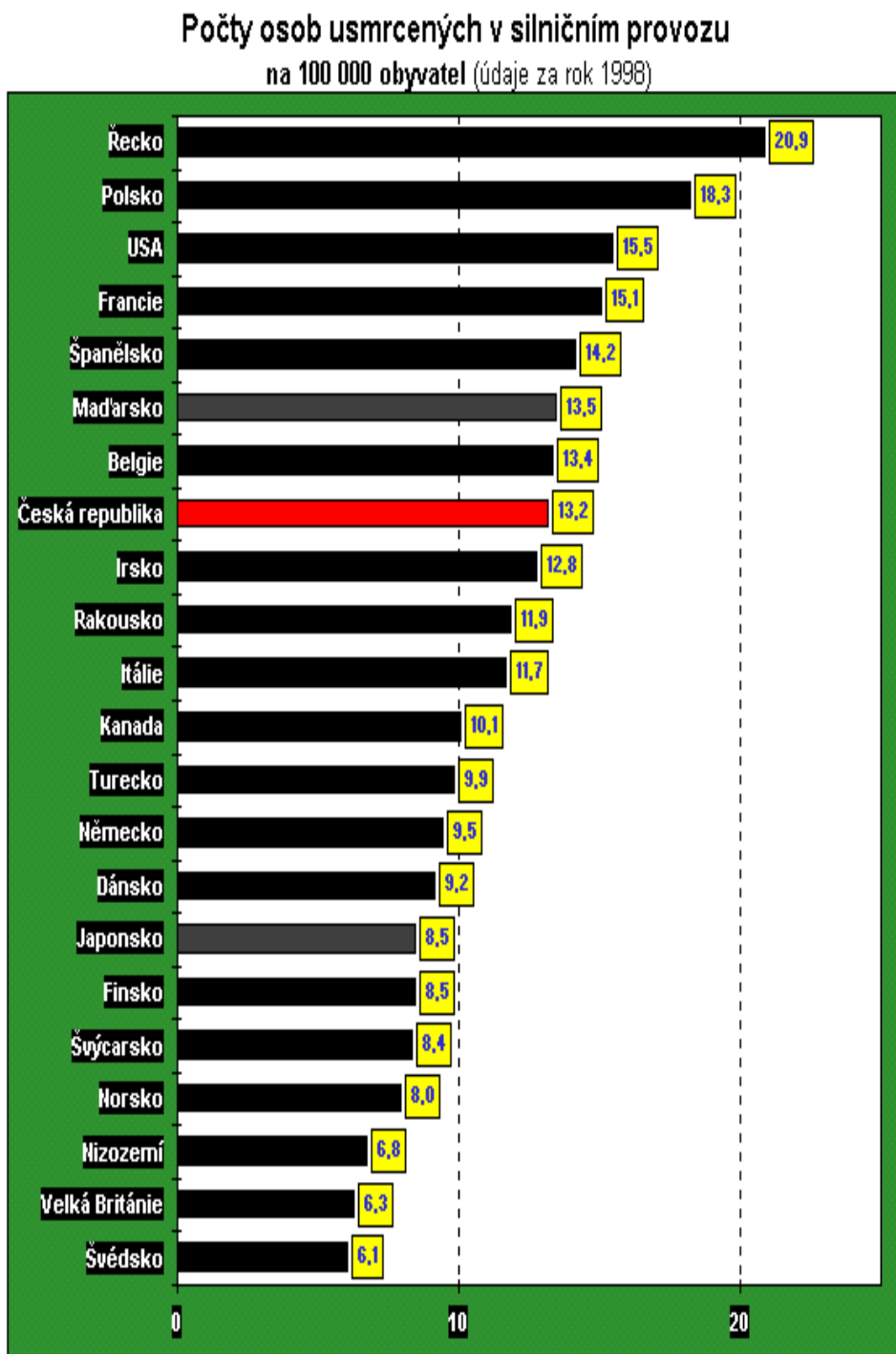
Od roku 2001 došlo ke zvýšení povinné hranice pro nahlášení nehody na 20 000 Kč a od 1.7.2006 na 50 000 Kč.

V roce 2009 se hranice pro povinné hlášení nehody zvýšila na 100 000 Kč.

**/šetřených Polcií ČR*

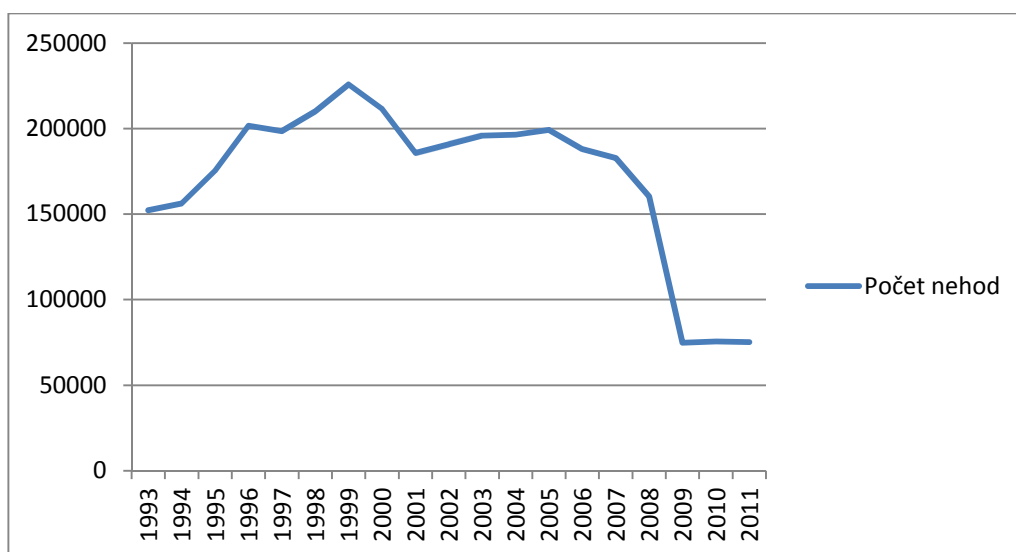
Z uvedeného grafu vyplývá, že od roku 1980, kdy bylo nejvíce usmrcených osob na 100 nehod, je tendence stabilně klesající až do roku 2010.

Obrázek 7: Graf – Počty osob usmrcených v silničním provozu na 100 000 obyvatel v Evropě (data z roku 1998)



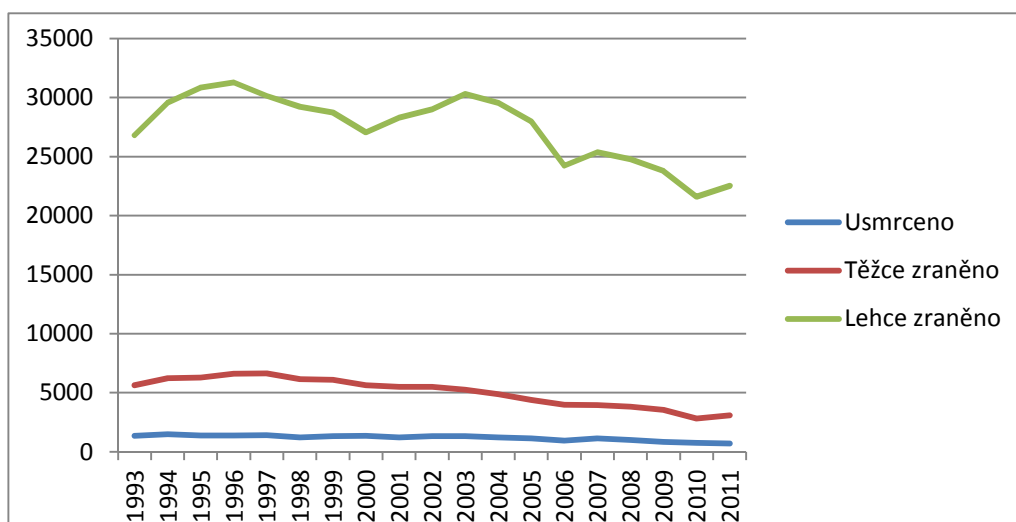
Z výše uvedeného grafu je patrné, že v roce 1998 byla Česká republika s počtem usmrcených osob na osmém místě z 22 evropských států, tudíž se nacházela poměrně na špičce uvedeného grafu.

Graf 1: Vývoj dopravní nehodovosti od roku 1993



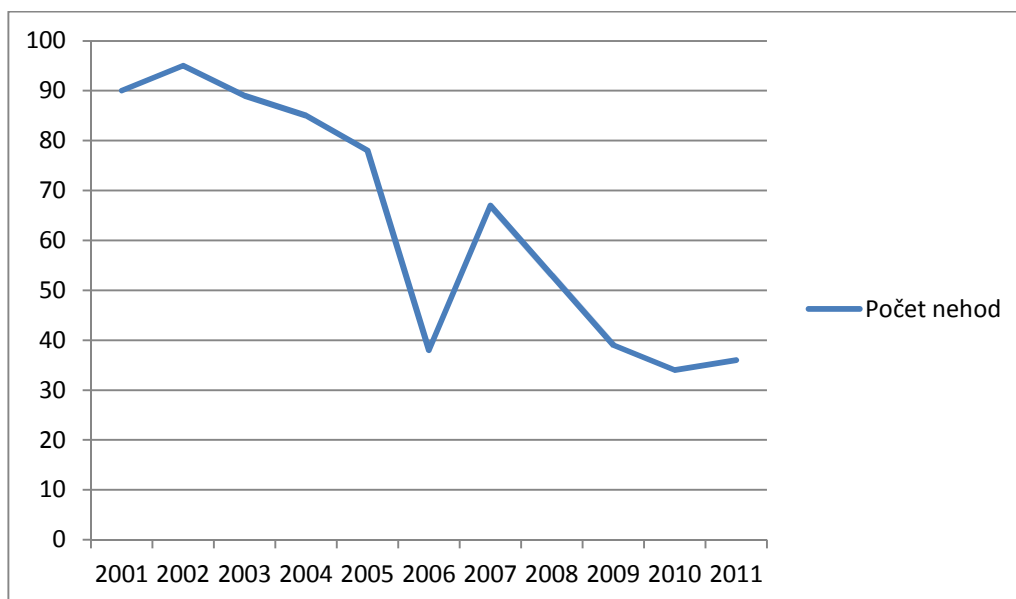
Z výše uvedeného grafu plyne, že od roku 1993 je patrný velký nárůst dopravní nehodovosti v ČR až do roku 1999. Od následujícího roku dochází k poklesu počtu nehod a od roku 2008 je tento pokles velmi markantní až do roku 2009, kdy se situace stabilizovala.

Graf 2: Vývoj následků dopravních nehod od roku 1993



Z výše uvedeného grafu plyne, křivka lehce zraněných osob při nehodách viditelně kolísá, kdežto křivka usmrcených a těžce zraněných osob si udržuje téměř stabilní linii.

Graf 3: Vývoj dopravní nehodovosti osob se zdravotním postižením od roku 2001



Z výše uvedeného grafu je patrné, že od roku 2002, kdy byl počet dopravních nehod s účastí zdravotně postižených osob nejvyšší, tak tato křivka následujícím rokem klesá až do roku 2006, kdy je pokles nejmarkantnější. V roce 2007 zaznamenáváme prudce vzrůstající tendenci nehod s účastí těchto osob, ale od roku 2008 dochází opět k poklesu této křivky.

9.2 Obecné zhodnocení faktorů dopravní nehodovosti

Pokud bychom obecně hodnotili, z čeho vycházejí statistická data týkající se dopravní nehodovosti, je nutné si připomenout, že dopravní nehoda je událost, která se bezprostředně vztahuje k silničnímu provozu a je to taková událost, jejímž následkem bývá vznik hmotné majetkové škody, zranění či úmrtí (Havlík, 2005).

Četnost dopravních nehod rozlišuje Havlík (2005, s. 51) podle:

- věku
- pohlaví
- denní a noční doby

- dní v týdnu
- měsíců

Havlík (2005, s. 51-53) dále rozebírá vliv jednotlivých faktorů na dopravní nehodovost takto: „Na nehodovosti mají zřetelně zvýšený podíl oproti jiným skupinám věkové skupiny řidičů do 25 let a nad 55 let. Nejméně selhávají lidé ve věku mezi 35 a 45 lety. Řidiči nad 65 let věku mívají častější, ale odlišné druhy kolizí a zřídka se podílejí na smrtelných zraněních na rozdíl od mladých řidičů kolem 20 let. U mužů je procentuální poměr nehod až třikrát větší než u žen. V pátek a v sobotu roste počet havárií. V noci dochází k více smrtelným nehodám než ve dne. V roce 2004 například usmrtila auta 87 chodců, z toho 69 v noci! Nejvyšší závažnost nehod registrovala v roce 2004 dopravní policie v srpnu, říjnu a prosinci. Nejhorším dnem byl 23. únor s počtem 1370 nehod.

Statistické rozbory tisícovky dopravních nehod (SRN, 1985) ve sledovaném období v minulém století potvrdily, že zhruba pět procent motoristů zavinilo skoro čtyřicet procent kolizí; zbylých šedesát procent bylo připsáno na konto „situačního selhání“, za kterým stál propletenec příčin bezprostředně spjatých s psychosomatickou kapacitou člověka – osobností, schopnostmi a aktuálním psychickým, fyziologickým a zdravotním stavem.

Náchylnost k opakovaným nehodám a úrazům se vztahuje na citovanou zhruba pětiprocentní rizikovou skupinu osob z populace. U nehod zaviněných situačním selháním jde zpravidla o dočasně psychosomatické oslabení, např. v podobě výpadku pozornosti. Výkonnost člověka doznává při řízení určitých proměn. Dopravní způsobilost se mění od mládí ke stáří, od nezkušenosti ke zkušenosti atd.

Dopravně-psychologické poznatky potvrzují existenci nestejných dispozic k selhání u nestejných jedinců. Někdo se dopouští podobných druhů nehod za podobných situací, jiný mívá stěty různých typů, další má jen lehké srážky. Někteří neselžou za celou řidičskou kariéru a u

jiných se hemží evidenční karta přestupky a nehodami. Jsou řidiči, kteří se skoro denně dostávají do kritických událostí a umějí z nich vyvázat.

Výsledky zahraničních výzkumů druhé poloviny padesátých let 20. Století (Ebbel, 1975) označily za zdroje selhání člověka v dopravním provozu ze 70 procent problémové povahové vlastnosti, z 22 procent nedostatečné schopnosti, ze 3 procent fyziologickou zdatnost, ze 2 procent psychický stav a pouhá tři procenta zůstala na ostatní příčiny, z nichž představoval např. narušený tělesný a zdravotní stav 0,25 procenta (ve Švýcarsku činil tento údaj 0,08 procenta a ve Francii dokonce 0,07 procenta), smyslové vady – zrak, sluch a barvocit 0,5 procenta a technická závada 1,5 procenta. Čerstvým důkazem je statistický údaj z roku 2004, kdy v ČR technická porucha zavinila 0,7 procenta z celkového počtu nehod (PP ČR 2005).

Ze studie Lékařského a psychologického ústavu (1975) pro bezpečnost silničního provozu ve Stuttgartu vyplynulo, že podle medicínských charakteristik je poměr skupiny řidičů bez nehod k řidičům - nehodářům 1 ku 1,7, zatímco podle psychologických charakteristik 1 ku 9,4. Z lékařských faktorů vystupují do popředí jako příčina selhání zejména příznaky chirurgické, neurologické a vegetativní v poměru 1 ku 1,8. Nápadnější rozdíly zjistili výzkumníci u faktorů psychologických. Defekty ve sféře osobnostních rysů, které způsobily selhání, byly v poměru 1 ku 24, u schopností a intelektu 1 ku 22 a sociálně – psychologické poruchy měly poměr 1 ku 16. Statisticky významná je opět převaha psychických faktorů.

Výsledky zkoumání jen potvrdily známou skutečnost – řidič řídí hlavou, která diriguje končetiny ovládající vozidlo. V Německu proto platí předpis, že osoby žádající o vydání řidičského průkazu, který ztratily např. vyčerpáním sady trestných bodů za opakované přestupky a nehody, pití alkoholu aj., se musí před absolvováním autoškoly podrobit speciálnímu dopravně – psychodiagnostickému a medicínskému vyšetření. Úzká součinnost praktického lékaře a

dopravního psychologa formou konzultací, které vyžadují psychodiagnostický závěr při posuzování zdravotního a duševního stavu motoristy, je běžná ve Francii, Finsku, Švédsku, Švýcarsku, Rakousku, Holandsku.

Uznávaným kritériem medicínských a psychologických vyšetření řidičů by měla být shoda odborných posudků s praxí. Ověření predikce dopravně-psychodiagnostických vyšetření uskutečnila v poslední třetině 20. století psychologická pracoviště u krajských ředitelství bývalého ČSAD, n.p., v Ostravě a Plzni. Pozoruhodné jsou publikované výsledky (1985) plzeňské laboratoře ČSAD. U řidičů z povolání hodnocených v závěrečných psychologických zprávách stupněm 1 a 2 (nadprůměrná dopravně – psychologická způsobilost k výkonu profese) se nedopustilo v pětiletém sledovaném období plných 50 procent dopravní nehody, zbylá polovina měla po jedné, většinou drobné nehodě, u které převažovalo oboustranné zavinění. Řidiči klasifikovaní stupněm 4 a 5 (podprůměrná způsobilost) způsobilo v tomtéž období skoro 93 procent nehod. 21 procent těchto řidičů mělo více jak pět havárií. Všech pět set nehodových a beznehodových řidičů absolvovalo pravidelné lékařské prohlídky na plzeňské klinice železničního zdravotnictví a každým rokem prospěli při zkouškách z testů dopravních předpisů na povinném školení.

Na nehodách nesly podle policejních vyšetřovatelů vinu pracovní zátěž, únava, mikrospánek, spánkový dluh, nedostatek odpočinku, nerespektování předpisů, nepozornost, nepřiměřená rychlost, nesprávný způsob jízdy, nedodržení bezpečné vzdálenosti, smyk, alkohol – a pouze tři prokazatelné technické závady na brzdovém systému. Analýza výsledků vyšetření osob s opakovanými nehodami v plzeňské laboratoři kopírovala uvedené zahraniční závěry. V popředí hlavních příčin selhání stála nevyrovnaná osobnost (nepřizpůsobivost, sklony k rizikovému jednání, emocionalita, impulzivnost, neodpovědnost, povrchnost, nepředvídavost, přemrštěná sebedůvěra, nízké sebeovládání, agresivita) a oslabené schopnosti, zejména

vizuální diskriminace a schopnost adekvátního reagování. Zatímco zdravotní a tělesný stav byl zastoupen mizivě, aktuální psychosomatický stav byl v komplexu příčin mnohem četnější.“

9.3 Dopravní nehodovost na území ČR

Dopravní nehodovost v ČR byla získána z dat z období let 2001 až 2011. Ze zpracovaných údajů evidencí dopravních nehod vyplývá, že v roce **2001** bylo policii oznámeno celkem 185 664 dopravních nehod, při kterých bylo usmrceno 1219 osob, 5493 osob bylo těžce zraněno a 28 297 bylo zraněno lehce. Oproti letům minulým tak došlo k nárůstu v kategorii lehce zraněných i v počtu dopravních nehod se zraněním nebo usmrcením celkově. Poklesl přitom počet těžce zraněných a usmrcených osob a rovněž celkový počet dopravních nehod se snížil. Nejmarkantnější je přitom pokles v kategorii počtu usmrcených a to celkem o 117 osob. Při celkovém hodnocení nehodové situace pak autoři konstatují, že od roku 1970 byl počet nehod v roce 2001 6. nejvyšší a počet usmrcených osob pak 17. nejvyšší od téhož roku. Nejčastější příčinou dopravních nehod byl nesprávný způsob jízdy, respektive fakt, že se řidič plně nevěnoval řízení vozidla. Za zmínku stojí též počet dopravních nehod, kdy byl řidič viník pod vlivem alkoholu – bylo jich celkem 9191. A jakou měrou se na zavinění dopravních nehod podíleli osoby s postižením? Předně je nutné vysvětlit, že osoby s postižením jsou pro statistické účely nazývány „invalidy“ a mají své specifické místo ve výčtu jednotlivých položek tzv. „stavu řidiče“ v době dopravní nehody. V roce 2001 zavinily osoby s postižením celkem 90 dopravních nehod, z toho největší počet v okrese České Budějovice, přičemž paradoxně nejmenší počet na území Hlavního města Prahy (Kolektiv autorů, 2002).

Roky **2002** a **2003** se vyznačují téměř shodnými statistickými údaji a to ve všech již zmiňovaných kategoriích, přičemž celkový počet

dopravních nehod se liší cca o pět tisíc událostí – v roce 2002 bylo evidováno 190 718 dopravních nehod a o rok později 195 851 dopravních nehod. Oba dva roky však celkovým počtem dopravních nehod předběhly rok 2001. Kolektiv autorů (2004, s. 4) hodnotí aktuální nebezpečnost na našich silnicích v kontextu zejména té skutečnosti, že „v průměru každé necelé 3 minuty (přesně 2,7 minut) byla Policii ČR nahlášena nehoda, každých 17 minut byl při nehodě lehce zraněn člověk a každých 100 minut těžce. V průměru každých 6,6 hodin zemřel při nehodě člověk. Každou hodinu pak byla způsobena hmotná škoda přesahující jeden milión Kč.“ Paradoxně v počtu těžce a lehce zraněných, i v počtu usmrcených osob, zaznamenaly roky 2002 i 2003 oproti roku 2001 pokles, v počtech zraněných pak pokles výrazný. Stejně tak jako v roce 2001, byl v letech 2002 i 2003 nejčastější hlavní příčinou dopravních nehod nesprávný způsob jízdy spočívající v nevěnování se řízení vozidla. Počet dopravních nehod zaviněných zdravotně postiženým však zůstává prakticky konstantní, v roce 2002 se jedná o 95 dopravních nehod a v roce 2003 evidujeme 89 případů, z toho nejvíce opět v Jihočeském kraji a nejméně na území Prahy (Kolektiv autorů, 2003, 2004).

V roce **2004** došlo opět pouze k mírnému nárůstu celkového počtu dopravních nehod oproti roku 2003 – jedná se o necelou tisícovku, v roce **2005** se počet oproti roku 2004 navýšil o cca tři tisíce a zastavil se na čísle 199 262 dopravních nehod. Zajímavostí je počet usmrcených osob v roce 2005, který je nejnižší od roku 1990, taktéž nejnižší je počet osob těžce zraněných. Dopravní nehody zaviněné řidiči pod vlivem alkoholu dosáhly v roce 2004 i 2005 prakticky stejného počtu, 8445 (2004) a 8192 (2005). Nejčastější hlavní příčinou dopravních nehod je opět nesprávný způsob jízdy ve formě nevěnování se řízení, přičemž v roce 2004 činí tato příčina necelých 50% a v roce 2005 naopak více než 50%, respektive 63,2%. Řidiči se zdravotním postižením se v roce 2004 dopustili 85 dopravních nehod, s největším počtem zastoupení v Jihomoravském kraji, kde počet činil 17 nehod.

V roce 2005 se počet těchto dopravních nehod snížil na 78 a změnilo se rovněž prvenství – k největšímu počtu dopravních nehod tentokrát došlo ve Středočeském kraji (Kolektiv autorů, 2005, 2006).

Rok **2006** se vyznačoval opětovným snížením počtu usmrcených osob při dopravních nehodách a dostal se tak na první místo v nejnižším počtu usmrcených osob od roku 1990. Rok **2007** se v tomto ohledu řadí hned za rok 2006, s druhým nejnižším počtem usmrcených od roku 1990 – počet dosahuje čísla 1123 oproti číslu 956 v roce 2006. Celkový počet dopravních nehod se v roce 2006 vyšplhal na 187 965 nehod, ale v roce 2007 se tento počet opět snížil a zastavil se na čísle 182 736. Přesto odborníci hodnotí rok 2007 negativně a to zejména z důvodu zvýšení následků nehod, přičemž se jedná o kategorii usmrcených a kategorii lehce zraněných osob. Společným faktorem pro roky 2006 a 2007 je nejčastější hlavní příčina dopravních nehod – opět se jedná o nesprávný způsob jízdy stejně jako v letech minulých, rovněž procentuální zastoupení v celkovém objemu nehod je prakticky stejné – v roce 2006 činí 65% a v roce 2007 63,8%, ve valné většině jde přitom vždy o nevěnování se řízení vozidla. Dopravní nehody zaviněné řidičem pod vlivem alkoholu jsou v roce 2006 zastoupeny počtem 6 807 nehod a v roce 2007 se počet zvýšil na 7 466 nehod. Počet dopravních nehod zaviněných řidičem se zdravotním postižením se v roce 2006 oproti rokům předchozím rapidně snížil a to na celkový počet 38, prvenství drží Severomoravský kraj s počtem 8 nehod. V roce 2007 se celkový počet těchto dopravních nehod téměř zdvojnásobil a vyšplhal se na konečný počet 67 nehod, o prvenství se tentokrát dělí Východočeský a Severomoravský kraj s 11 nehodami (Kolektiv autorů, 2007, 2008).

V roce **2008** a zejména v roce **2009** došlo oproti letům minulým ke snížení celkového počtu dopravních nehod, v roce 2009 pak ke snížení velmi markantnímu a to na počet 74 815 dopravních nehod. Toto rapidní snížení dopravních nehod je přikládáno nově vzniklé možnosti

pro účastníky dopravních nehod a to řešit dopravní nehodu sami mezi sebou bez účasti policie a to formou sepsání tzv. euroformuláře s možností věc bezprostředně likvidovat přes pojišťovnu. Ačkoliv je tato možnost daná pouze za určitých podmínek, stala se hojně využívanou a dílčím efektem je pokles počtu evidovaných dopravních nehod policií, neznamená to však, že by počet dopravních nehod klesl fakticky. Počet usmrcených osob při dopravních nehodách klesl v obou letech pod tisícovku a v roce 2009 byl dokonce nejnižší od roku 1990, zastavil se na čísle 832 usmrcených. Skutečnost, že fakticky nedošlo k úbytku dopravních nehod, dokládají i počty dopravních nehod se zraněnými účastníky a to v obou letech, kdy je jejich počet velmi podobný – v roce 2008 došlo k 18 350 dopravním nehodám s lehkým zraněním a 3223 s těžkým zraněním, v roce 2009 počet nehod s lehkým zraněním dosáhl čísla 17 883 a s těžkým zraněním čísla 3044. Nejčastější hlavní příčina dopravních nehod se nezměnila ani v těchto letech, v roce 2008 i 2009 se jedná opět o nesprávný způsob jízdy spočívající zejména v nevěnování se řízení vozidla. Dopravní nehody zaviněné řidičem pod vlivem alkoholu dosáhly v roce 2008 počtu 7252 a v roce 2009 počtu 5725. Řidiči se zdravotním postižením se v roce 2008 dopustili 53 dopravních nehod, z nichž nejvíce jich bylo ve Středočeském kraji a to 11 a v roce 2009 bylo těchto dopravních nehod způsobeno 39, přičemž o prvenství se dělí území Hlavního města Prahy a Středočeský kraj a to s počtem 7 dopravních nehod (Kolektiv autorů, 2009, 2010).

Zajímavé údaje vyplývají ze statistické ročenky pro rok **2010**, který byl přelomovým rokem na konci padesátiletého období od roku 1961. V roce 1961 došlo právě k nejmenšímu počtu dopravních nehod a to k 35 842 nehodám, nicméně pokud vezmeme v potaz hustotu provozu vozidel v tehdejší době a v době dnešní, nelze počet dopravních nehod zcela objektivně porovnávat. Poprvé byla hranice 100 000 nehod překročena v roce 1991 a hranice 200 000 nehod pak následně v roce 1996 (počet 201 697). K nejvíce dopravním nehodám v tomto padesátiletém období došlo v roce 1999 a to ke 225 690. V roce 2010

bylo policií šetřeno 75 522 dopravních nehod, přičemž počet usmrcených klesl na počet 753 osob, což je nejméně od roku 1961. Nejnižší je i počet těžce zraněných osob a počet osob zraněných lehce je 3. nejnižší za posledních dvacet let. Nejčastější hlavní příčina dopravních nehod z let minulých stále přetrvává – nesprávný způsob jízdy v podobě nevěnování se řízení vozidla. Dopravních nehod zaviněných řidičem pod vlivem alkoholu bylo celkem 5 015. Zdravotně postižení řidiči zavinili v tomto roce 34 dopravních nehod, přičemž prvenství patří Středočeskému kraji s 11 dopravními nehodami (Kolektiv autorů, 2011).

V roce **2011** policie šetřila 75 137 dopravních nehod, přičemž počet usmrcených v podobě 707 osob je definitivně nejnižší od roku 1990. Při dopravních nehodách bylo těžce zraněno 3092 osob a 22 519 bylo zraněno lehce. Nejčastější hlavní příčina dopravních nehod je stále stejná jako v předchozích letech – nesprávný způsob jízdy, respektive nevěnování se řízení vozidla. Dopravních nehod zaviněných řidiči pod vlivem alkoholu bylo vloni celkem 5242, čili celkový počet těchto dopravních nehod oproti roku loňskému mírně stoupl. Řidiči zdravotně postižení se v loňském roce dopustili 36 dopravních nehod, z toho k největšímu počtu z nich, což bylo 6 nehod, došlo shodně ve Středočeském i Jihomoravském kraji (Kolektiv autorů, 2012).

9.4 Vyhodnocení hypotéz

Pracovní hypotéza H1

H1 Předpokládáme, že počet dopravních nehod obecně a nehod zdravotně postižených osob bude meziročně klesat minimálně o 10%.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Meziročně nebyl prokázán pokles nehodovosti o 10%. Z výše uvedených statistických hodnocení vyplývá,

že matematický předpoklad poklesu nehod neodpovídá pravděpodobnostním předpokladům vycházejících z toho, že vzdělanější národ má méně dopravních nehod a že dopravní nehody osob se zdravotním postižením nebo i bez něho neklesají aritmetickou řadou a jsou více či méně nahodilou veličinou.

H1 – není potvrzena.

Pracovní hypotéza H2

H2 Domníváme se, že poměr dopravních nehod v ČR k dopravním nehodám zdravotně postižených je vždy stejný a je neměnný.

Poměrové hodnocení dopravních nehod osob bez zdravotního postižení a osob se zdravotním postižením na sobě nikterak nezávisí. Uvedené tabulky a grafy prokázaly, že poměr nehod není stejný ani neměnný, jak je patrné z výše uvedených grafů. Proto můžeme konstatovat, že ani tato hypotéza nebyla potvrzena.

H2 – není potvrzena.

9.5 Závěr praktické části

Z uvedených výsledků a zkoumaných hypotéz vyplývají jiná čísla a jiné údaje, než by se dalo očekávat. Jak již bylo podrobněji popsáno v závěrech jednotlivých hodnocených obrázků a statistických shrnutí, lze zcela jednoznačně říci, že dopravní nehodovost i přesto, že v ní lze objevit určité zákonitosti, tak klasickým matematickým či statistickým modelům neodpovídá.

ZÁVĚR

Dopravní nehody – záležitost nepředvídatelná, nezvratná, nevyzpytatelná, někdy těžko uchopitelná a nikdy nekončící. Záležitost vážící se historicky snad k vynálezu kola a poprvé šetřená už před sto lety, záležitost s nejasnou budoucností a jdoucí ruku v ruce s úrovní vývoje automobilismu. Za jistých okolností se dá ale také konstatovat, že dopravní nehodovost je odrazem úrovně společenského vývoje a je jakýmsi zrcadlem doby.

Práce měla za úkol prokázat, do jaké míry je osobnost zdravotně postiženého řidiče provázána s dopravní nehodovostí. Už na samém začátku se však začalo poměrně dobře rýsovat, s jakými faktory dopravní nehodovost skutečně souvisí a to zejména po rozboru a vysvětlení způsobu fungování osobnosti člověka. Mnohé napověděla typologie řidiče. Velmi podrobně byly také popsány jednotlivé kategorie vad a postižení, se kterými bychom se mohli setkat u účastníků silničního provozu, zároveň však bylo jasně prokázáno, že usednout oficiálně za volant vozidla jako řidič není zase tak jednoduché, existují velmi přísná pravidla, respektive podrobný výčet vad a omezení, která zkrátka jedince za volant nepustí.

Výmluvná byla také analýza obecných statistických dat a nejvýmluvnější byl závěrečný rozbor statistických hodnot ve statistických ročenkách v období deseti let.

Z nastíněné problematiky tedy celkem dost zřetelně vyplývá, že řidič se zdravotním postižením je posuzován za volantem stejným způsobem jako řidič bez zdravotního omezení, respektive, že o zdravotní postižení v zásadě vůbec nejde a podstata tkví zejména v osobnosti řidiče. Jedněmi z nejpodstatnějších složek osobnosti lidského jedince jsou totiž jeho vlastnosti a schopnosti, pod vlivem kterých ve svém životě jedná a pokud je právě za volantem, tak i řídí vozidlo. Řidič za volantem vozidla je tedy v zásadě ovlivňován svou psychikou, která různě reaguje v kontextu s aktuální situací v silničním provozu. Bohužel

fenomémem dnešní „moderní doby“ je zejména stres, se kterým se jedinec musí také nějakým způsobem „porovnat“ a pod vlivem kterého také řidič reaguje a chová se za volantem. Toto zjištění dobře vysvětluje některé z příčin dopravních nehod, např. nepřiměřenou rychlost či nesprávný způsob jízdy spočívající zejména v nevěnování se řízení vozidla, což je letitá nejčastější příčina dopravních nehod. Ze statistických přehledů vyplývá, že dopravní nehodovost se, co do počtů v jednotlivých kategoriích ustálila, patrné je toto zejména od roku 2009, kdy ještě navíc počet dopravních nehod poprvé výrazně klesl. Stabilitu si rovněž v posuzované „desetiletce“ drží dopravní nehody zaviněné řidiči se zdravotním postižením, které až do roku 2009 dosahovaly v průměru počtu 80 dopravních nehod ročně, přičemž od roku 2009 jejich počet klesá v průměru na polovinu.

Hrozivým mementem však zůstává počet zraněných a usmrcených osob při dopravních nehodách. Paradoxní je, že ačkoliv za poslední tři roky rapidně klesl počet dopravních nehod, počet zraněných a usmrcených zůstal oproti počtu vyšetřovaných dopravních nehod neúměrně vysoký. Tato skutečnost jasně vypovídá o tom, že statistická data zeštíhlila pouze o drobné dopravní nehody, jejichž šetření ze strany policie bylo celá léta spjato pouze s výší vzniklé hmotné škody, od které se odvíjel způsob jejich řešení.

Bohužel téměř veškerá dopravní nehodovost souvisí s lidským jedincem – s jedincem řidiče a jeho vlastnostmi, schopnostmi, s chováním, tedy s jeho osobností. Každý z nás by si měl proto alespoň občas uvědomit jakou osobností je a jak reaguje na určité podněty. Každý z nás by se měl zamyslet nad tím, jak málo stačí k tomu, aby se mu změnil celý život. Velmi výmluvné je v tomto ohledu motto neznámého autora, při kterém až mrazí: „Mrtví neslyší, co říkají živí, ale živí musí slyšet a rozumět tomu, co vypovídají mrtví.“

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

HAMERNÍKOVÁ, V. *Základy dopravní psychologie nejen pro profesionální řidiče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 57-855-10.

HAVLÍK, K. *Psychologie pro řidiče: zásady chování za volantem a prevence dopravní nehodovosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-542-3.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2001*. Praha: Ředitelství SDP PP ČR, 2002.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2002*. Praha: Ředitelství SDP PP ČR, 2003.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2003*. Praha: Ředitelství SDP PP ČR, 2004.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2004*. Praha: Ředitelství SDP PP ČR, 2005.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2005*. Praha: Ředitelství SDP PP ČR, 2006.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2006*. Praha: Ředitelství SDP PP ČR, 2007.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2007*. Praha: Ředitelství SDP PP ČR, 2008.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2008*. Praha: Ředitelství SDP PP ČR, 2009.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2009*. Praha: Ředitelství SDP PP ČR, 2010.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2010*. Praha: Ředitelství SDP PP ČR, 2011.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2011*. Praha: Ředitelství SDP PP ČR, 2012.

MACHUTOVÁ, M., ČADEK, J., SUDEK, Č., TRŽIL, L. *Historie dopravní policie*. Praha: MILPO MEDIA, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-87040-14-0.

PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

PORADA, V. a kol. *Silniční dopravní nehoda v teorii a praxi*. Praha: Linde, a.s., 2000. ISBN 80-7201-212-6.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister and Principal, 2004. ISBN 80-86598-65-9.

Vyhláška č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel s podmínkou a náležitosti lékařského potvrzení osvědčujícího zdravotní důvody, pro něž se za jízdy nelze na sedadle motorového vozidla připoutat bezpečnostním pásem (vyhláška o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel).

Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů (zákon o silničním provozu).

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – fotografie úprav vozidel pro zdravotně postižené

Příloha B – podmínky získávání řidičského oprávnění postiženým

PŘÍLOHY

Příloha A – fotografie úprav vozidel pro zdravotně postižené

Obr. 1: Otočná sedačka



Obr. 2: Zvedací deska



Obr. 3: Ruční ovládání brzdy a mechanický plyn - kruh



Příloha B – podmínky získávání řidičského oprávnění postiženým

PODMÍNKY ZÍSKÁVÁNÍ ŘIDIČSKÉHO OPRÁVNĚNÍ POSTIŽENÝM

Stěžejním aspektem pro získání řidičského oprávnění je prověření zdravotního stavu žadatele o řidičské oprávnění lékařem a vystavení tzv. posudku o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel. Problematiku týkající se podmínek provozu na pozemních komunikacích a udělení řidičského oprávnění upravuje zákon číslo **361/2000 Sb.** o provozu na pozemních komunikacích, ve znění pozdějších předpisů a to nejprve v **§ 3** s názvem **Základní podmínky účasti na provozu na pozemních komunikacích:**

1) Provozu na pozemních komunikacích se nesmí účastnit osoba, která by vzhledem k věku nebo ke sníženým tělesným nebo duševním schopnostem mohla ohrozit bezpečnost tohoto provozu. To neplatí, pokud osoba sama nebo jiná osoba učinila taková opatření, aby k ohrožení bezpečnosti provozu na pozemních komunikacích nedošlo.

2) Řídit vozidlo nebo jet na zvířeti může pouze osoba, která je dostatečně tělesně a duševně způsobilá k řízení vozidla nebo jízdě na zvířeti a v potřebném rozsahu ovládá řízení vozidla nebo jízdu na zvířeti a předpisy o provozu na pozemních komunikacích.

3) Řídit motorové vozidlo může pouze

a) osoba, která je držitelem příslušného řidičského oprávnění podle §81, nebo

b) žadatel o řidičské oprávnění, který se pod dohledem učitele autoškoly podrobuje výcviku v řízení motorového vozidla nebo skládá zkoušku z řízení motorového vozidla, nebo

c) osoba, která se pod dohledem učitele autoškoly připravuje k přezkoušení z odborné způsobilosti k řízení motorových vozidel nebo skládá zkoušku v rámci tohoto přezkoušení

Zdravotní způsobilostí osob jako nezbytným aspektem potřebným k řízení motorových vozidel se pak zabývají **§ 84** a **§ 85** téhož zákona a postup při shledání zdravotní nezpůsobilosti řidiče následně řeší **§ 86:**

Zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

§ 84

1) Zdravotní způsobilostí k řízení motorových vozidel se rozumí tělesná a duševní schopnost k řízení motorových vozidel (dále jen "zdravotní způsobilost").

2) Zdravotní způsobilost posuzuje a posudek o zdravotní způsobilosti (dále jen "posudek") vydává posuzující lékař na základě prohlášení žadatele o řidičské oprávnění nebo držitele řidičského oprávnění, výsledku lékařské prohlídky a dalších potřebných odborných vyšetření.

3) Zdravotně způsobilý k řízení motorového vozidla není ten, kdo má poruchy chování způsobené závislostí na alkoholu nebo jiných psychoaktivních látkách podle posudku o zdravotní způsobilosti.

4) Posuzujícím lékařem se pro účely tohoto zákona rozumí

a) registrující praktický lékař,

b) lékař zařízení závodní preventivní péče,

c) kterýkoli praktický lékař u osoby, která nemá registrujícího praktického lékaře nebo lékaře zařízení závodní preventivní péče.

5) Registrující praktický lékař je povinen předat lékaři zařízení závodní preventivní péče na jeho vyžádání výpis ze zdravotnické dokumentace obsahující údaje podstatné pro zjištění zdravotní způsobilosti.

6) U osoby, která nemá registrujícího praktického lékaře, musí posuzující lékař vyloučit nemoci, vady nebo stavy, které vylučují nebo podmiňují zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel.

7) Prováděcí právní předpis upraví podmínky zdravotní způsobilosti, rozsah lékařské prohlídky a odborného vyšetření, obsah prohlášení žadatele o řidičské oprávnění nebo držitele řidičského oprávnění, nemoci, vady nebo stavy, které vylučují nebo podmiňují zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel.

§ 85

1) Posouzení zdravotní způsobilosti provádí posuzující lékař na žádost žadatele o řidičské oprávnění nebo držitele řidičského oprávnění. Náklady na posouzení zdravotní způsobilosti hradí žadatel.

2) Po provedení lékařské prohlídky, popřípadě odborného vyšetření vydá posuzující lékař žadateli posudek o zdravotní způsobilosti.

3) Posudek o zdravotní způsobilosti musí mít písemnou formu.

4) Posuzující lékař v posudku o zdravotní způsobilosti uvede zjištěný zdravotní stav z hlediska zdravotní způsobilosti žadatele o řidičské oprávnění nebo držitele řidičského oprávnění a hodnocení jeho zdravotní způsobilosti.

5) Žadatel o řidičské oprávnění nebo držitel řidičského oprávnění je

- a) zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel,
- b) zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel s podmínkou,
- c) zdravotně nezpůsobilý k řízení motorových vozidel.

6) V hodnocení zdravotní způsobilosti podle odstavce 5 písm. b) se uvede důvod a podmínka zdravotní způsobilosti a v hodnocení zdravotní způsobilosti podle odstavce 5 písm. c) se uvede důvod zdravotní nezpůsobilosti k řízení motorových vozidel.

7) Prováděcí právní předpis stanoví obsah a vzor posudku o zdravotní způsobilosti a upraví podrobnosti hodnocení zdravotní způsobilosti.

§ 86

Je-li žadatel o řidičské oprávnění nebo držitel řidičského oprávnění podle posouzení zdravotní způsobilosti zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel s podmínkou nebo zdravotně nezpůsobilý k řízení motorových vozidel, oznámí posuzující lékař neprodleně tuto skutečnost obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností příslušnému podle obvyklého bydliště nebo místa studia žadatele o řidičské oprávnění nebo držitele řidičského oprávnění a zašle mu kopii posudku o zdravotní způsobilosti.

Samotný rozsah vyšetření zdravotní způsobilosti i nemoci a vady, které znemožňují potvrzení o zdravotní způsobilosti vydat, řeší ve svých ustanoveních vyhláška č. **277/2004 Sb.**, o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel s podmínkou a náležitosti lékařského potvrzení osvědčující zdravotní důvody, pro něž se za jízdy nelze na sedadle motorového vozidla připoutat bezpečnostním pásem, předmětná vyhláška byla v loňském roce novelizována a to vyhláškou č. **72/2011 Sb.**, nicméně ke změnám stran pravidelných lékařských prohlídek či podmínek zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, nedošlo. Novela vyhlášky se soustředí zejména na zapracování požadavků EU týkajících se zejména oblasti stavu zraku, diabetes mellitus a epilepsii.

Otázku vydání lékařského posudku s určitými podmínkami v závěru, řeší **§ 5:**

- 1) V případě, kdy je vydáván posudek se závěrem
 - a) o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel s podmínkou, se v posudku uvede tato podmínka vyplývající ze zjištěného zdravotního stavu posuzované osoby; podmínka spočívá v používání nezbytného zdravotnického prostředku, v technické úpravě motorového vozidla nebo v jiných omezeních posuzované osoby; za jiné omezení posuzované osoby se rovněž považuje termín, do kterého se má posuzovaná osoba podrobit další lékařské prohlídce,

b) o zdravotní nezpůsobilosti k řízení motorových vozidel, se v posudku uvede závěr o zdravotní nezpůsobilosti vyplývající ze zjištěného zdravotního stavu posuzované osoby.

2) Zjištěné nemoci, které vedly k vydání posudku podle odstavce 1, zaznamená posuzující lékař ve zdravotnické dokumentaci vedené o posuzované osobě.

Lékařské prohlídky, pravidelné lékařské prohlídky, odborná vyšetření

§ 6

1) Nezbytným rozsahem lékařské prohlídky a pravidelné lékařské prohlídky je

a) zjištění o zdravotním stavu posuzované osoby s cíleným zaměřením na nemoci, které zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel vylučují nebo podmiňují; nemoci, které zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel vylučují nebo podmiňují, jsou stanoveny v příloze č. 3,

b) komplexní fyzikální vyšetření, a to včetně orientačního vyšetření sluchu, zrakové ostrosti a barvocitu, orientačního vyšetření zorného pole a rovnováhy a orientačního neurologického vyšetření,

c) další potřebné odborné vyšetření vyžádané posuzujícím lékařem v případě, že u posuzované osoby je nezbytné vyloučit podezření na nemoc, která by mohla omezovat zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel,

d) odborné vyšetření vyžádané posuzujícím lékařem vždy, pokud posuzovaná osoba je v soustavné péči jiného lékaře nebo klinického psychologa pro nemoc, která vylučuje nebo omezuje zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel, jestliže je tato skutečnost posuzujícímu lékaři známa,

e) odborné vyšetření ošetřujícím lékařem neurologem u posuzovaných osob trpících epilepsií, epileptickými syndromy nebo jinými poruchami vědomí nebo v případě podezření na tyto nemoci; při odborném vyšetření je hodnocen vždy stav epilepsie nebo jiných poruch vědomí, klinická forma a postup nemoci, dosavadní léčba a její výsledky.

2) Odborné vyšetření se provádí v rozsahu potřebném pro posouzení zdravotní způsobilosti posuzované osoby k řízení motorových vozidel. V závěru každého odborného vyšetření musí být vymezena zdravotní způsobilost posuzované osoby k řízení motorových vozidel ve vztahu k zaměření odborného vyšetření a navržena podmínka umožňující řízení motorového vozidla, pokud byla zjištěna potřeba jejího stanovení, a to

- a) použití nezbytného zdravotnického prostředku,
- b) technická úprava motorového vozidla, nebo

c) jiné omezení posuzované osoby; pokud jiné omezení umožňující řízení motorového vozidla spočívá v podmínce podrobení se dalšímu odbornému vyšetření, musí být v závěru odborného vyšetření rovněž uveden termín, do kterého se má posuzovaná osoba podrobit dalšímu odbornému vyšetření.

Příloha č. 3 k vyhlášce č. 277/2004 Sb.

Nemoci, vady, nebo stavy, které vylučují nebo podmiňují zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

I. Nemoci, vady nebo stavy zraku vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

1. Nemoci, vady nebo stavy zraku **vylučující** zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel jsou nemoci, vady nebo stavy zraku, které způsobují takové zdravotní komplikace nebo odchylky, které jsou nebezpečné pro provoz na pozemních komunikacích, a to zejména

skupina 1

a) binokulární zraková ostrost, a to i za použití korektivních čoček,*)

menší než 0,5 při použití obou očí, nebo

b) zraková ostrost menší než 0,6 při úplné funkční ztrátě zraku na jednom oku nebo v případě používání pouze jednoho oka, například v případě diplopie, a to i za použití korektivních čoček.

skupina 2

a) nemoci, vady nebo stavy vylučující normální binokulární zorné pole nebo způsobující diplopii,

b) zraková ostrost v lepším oku menší než 0,8 a v horším oku menší než 0,5; pokud jsou k dosažení hodnot 0,8 a 0,5 použity korektivní čočky, nekorigovaná ostrost každého oka je menší než 0,05, nebo hodnoty minimální ostrosti (0,8 a 0,5) jsou dosaženy buď korekcí pomocí brýlí nebo kontaktních čoček se silou přesahující plus nebo minus 4 D

(nekorigované vidění = 0,05); osoba trpící uvedenými nemocemi, vadami nebo stavy korekci pomocí brýlí nebo čoček nesnáší dobře,

c) menší rozsah zorného pole než 120 stupňů v horizontále a 90 stupňů ve vertikále, porucha prostorového vidění.¹

2. Nemoci, vady nebo stavy zraku, které **ovlivňují** bezpečnost provozu na pozemních komunikacích a u kterých lze žadatele nebo řidiče uznat za zdravotně způsobilého k řízení motorového vozidla pouze na základě závěrů odborného vyšetření, a to zejména

skupina 1

a) nemoci oka a očních adnex, pokud způsobují snížení zrakové ostrosti pod 0,5 s příslušnou korekcí monokulárně nebo mění rozsah zorného pole pod 120 stupňů v horizontále a pod 90 stupňů ve vertikále,

¹ Pozn.: pro účely vyhlášky se nitrooční čočky nepovažují za korektivní čočky.

- b) monokulus za předpokladu úplné adaptace, nejdříve však za rok po vzniku tohoto stavu,
- c) poruchy vidění za šera s výjimkou lehkých nezávažných forem, nebo
- d) závažné poruchy barvocitu v oblasti základních barev.

skupina 2

- a) nemoci, vady nebo stavy stanovené pro skupinu 1, pokud není dále uvedeno jinak,
- b) nemoci oka a očních adnex, pokud způsobují snížení zrakové ostrosti pod 1,0 s příslušnou korekcí monokulárně,
- c) menší rozsah zorného pole než 130 stupňů v horizontále a 100 stupňů ve vertikále, nebo
- d) poruchy vidění za šera.

II. Nemoci, vady nebo stavy sluchu vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

skupina 1 a 2

Nemoci, vady nebo stavy sluchu, které ovlivňují bezpečnost provozu na pozemních komunikacích a u kterých je zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel podmíněna odborným vyšetřením, a to zejména

- a) nemoci středního ucha nebo bradavkového výběžku, pokud omezují schopnost řídit motorové vozidlo, nebo
- b) stále se zhoršující poruchy sluchu znemožňující komunikaci hovorovou řečí nebo při audiometrickém vyšetření je celková ztráta sluchu vyšší než 20% (dle Fowlera). Během odborného vyšetření bude věnována zvláštní pozornost možnosti kompenzace poruchy sluchu.

III. Nemoci, vady nebo stavy svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

skupina 1 a 2

1. Nemoci, vady nebo stavy svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně **vylučující** zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel jsou nemoci, vady nebo stavy svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, které omezují schopnost řídit motorové vozidlo a jsou nebezpečné pro provoz na pozemních komunikacích a které není možné kompenzovat pomocí nezbytného zdravotnického prostředku nebo technickou úpravou motorového vozidla.

2. Nemoci, vady nebo stavy svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, které **ovlivňují** bezpečnost provozu na pozemních komunikacích a u kterých lze žadatele nebo řidiče uznat za zdravotně způsobilé k řízení motorového vozidla pouze na základě závěrů odborného vyšetření, a to zejména

- a) nemoci, vady nebo stavy, které snižují pohyblivost a funkční schopnost řídit motorové vozidlo, nebo
- b) nemoci, vady nebo stavy, pokud lze předpokládat při dalším vývoji funkční neschopnost ovlivňující bezpečnost provozu na pozemních

komunikacích. Během odborného vyšetření bude věnována pozornost možnosti kompenzace pomocí nezbytného zdravotnického prostředku nebo technickou úpravou motorového vozidla.

IV. Nemoci, vady nebo stavy oběhové soustavy vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

1. Nemoci, vady nebo stavy oběhové soustavy **vylučující** zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel jsou nemoci, vady nebo stavy způsobující náhlé selhání kardiovaskulárního systému tak, že může nastat náhlá porucha mozkových funkcí, která je nebezpečná pro provoz na pozemních komunikacích, a to zejména

skupina 1

- a) vážné srdeční arytmie (poruchy srdečního rytmu),
- b) stenokardie během klidu nebo psychického zatížení (vzrušení),
- c) srdeční selhávání ve funkční třídě IV. NYHA klasifikace, nebo
- d) těžké formy chronické obstrukční plicní nemoci s globální respirační nedostatečností.

skupina 2

- a) nemoci, vady nebo stavy stanovené pro skupinu 1, pokud není dále stanoveno jinak,
- b) závažná onemocnění srdce a cév jako jsou například těžké formy srdečních onemocnění vrozených i získaných s funkčním omezením III. stupně, závažnějšími poruchami srdečního rytmu nebo prodělanou synkopou,
- c) těžší formy obliterující aterosklerózy periferních tepen s trofickými defekty nebo hemodynamicky závažnými stenózami karotid nebo většími aneuryzmaty aorty,
- d) opakovaný výskyt transitorních mozkových cévních příhod ischemického nebo embolického původu i bez trvalejšího funkčního omezení,
- e) stavy po cévních mozkových příhodách s těžkým omezením fyzických nebo duševních funkcí,
- f) cévní nemoci mozku s následnými poruchami,
- g) těžko korigovatelná hypertenze, hypertenzní nemoc s pokročilými orgánovými změnami vyvolávajícími závažné poruchy jejich funkcí a maligní hypertenze, nebo
- h) stavy po implantaci defibrilátoru a trvalá kardiostimulace.

2. Nemoci, vady nebo stavy oběhové soustavy, které **ovlivňují** bezpečnost provozu na pozemních komunikacích a u kterých lze žadatele nebo řidiče uznat za zdravotně způsobilé k řízení motorového vozidla pouze na základě závěrů odborného vyšetření, a to s výjimkou nemocí uvedených v položce 1 pro příslušnou skupinu, zejména

skupina 1

- a) infarkt myokardu s výjimkou nekomplikovaných, nezávažných stavů, kde odborné vyšetření provede posuzující lékař,

- b) stavy po implantaci defibrilátoru a trvalá kardiostimulace s výjimkou nekomplikovaných, nebo nezávažných stavů, kde odborné vyšetření provede posuzující lékař; pravidelná lékařská kontrola zdravotního stavu je podmínkou zdravotní způsobilosti vždy,
- c) těžko korigovatelné hypertenze, hypertenzní nemoc s pokročilými orgánovými změnami vyvolávajícími závažné poruchy jejich funkcí a maligní hypertenze,
- d) závažná onemocnění srdce a cév jako jsou například těžké formy srdečních onemocnění vrozených i získaných s funkčním omezením III. stupně, závažnějšími poruchami srdečního rytmu nebo prodělanou synkopou,
- e) těžší formy obliterující aterosklerózy periferních tepen s trofickými defekty nebo hemodynamicky závažnými stenózami karotid nebo většími aneuryzmaty aorty,
- f) opakovaný výskyt transitorních mozkových cévních příhod ischemického nebo embolického původu i bez trvalejšího funkčního omezení,
- i) stavy po cévních mozkových příhodách s těžkým omezením fyzických a nebo duševních funkcí, nebo
- g) cévní nemoci mozku s následnými poruchami.

skupina 2

- a) nemoci, vady nebo stavy stanovené pro skupinu 1, pokud dále není stanoveno jinak, nebo
- b) hypertenzní nemoc s výjimkou nekomplikovaných, nebo nezávažných stavů, kde odborné vyšetření provede posuzující lékař.

V. Nemoc diabetes mellitus vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

skupina 1 a 2

1. Nemoc diabetes mellitus vylučuje zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel, pokud je komplikována opakovaným výskytem hyperglykemických nebo hypoglykemických příhod až komat.
2. Žadatele nebo řidiče, který trpí nemocí diabetes mellitus, lze uznat za zdravotně způsobilého k řízení motorového vozidla, pokud se nejedná o stavy uvedené v bodě 1, pouze na základě závěrů odborného vyšetření; v případě kompenzované nemoci bez závažných orgánových změn odborné vyšetření provede posuzující lékař. Pravidelná lékařská kontrola zdravotního stavu je podmínkou zdravotní způsobilosti vždy.

VI. Nemoci, vady nebo stavy nervové soustavy vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

1. Nemoci, vady nebo stavy nervové soustavy vylučující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel jsou takové nemoci, vady nebo stavy nervové soustavy, které způsobují zdravotní komplikace nebo odchylky nebezpečné pro provoz na pozemních komunikacích, a to zejména

skupina 1

- a) epilepsie, epileptické syndromy nekompenzované nebo částečně kompenzované v případech, kdy délka bezzáchvatového období je kratší než 1 rok,
- b) stav po prvním epileptickém záchvatu, pokud byla nasazena antiepileptická léčba, po dobu minimálně 1 roky,
- c) záchvatové stavy s poruchou vědomí nebo hybnosti, například narkolepsie a kataplexie.

skupina 2

- a) nemoci, vady nebo stavy podle skupiny 1, pokud není dále stanoveno jinak,
- b) epilepsie, epileptické syndromy po dobu 10 let bezzáchvatového období po vysazení antiepileptické léčby,
- c) stavy po ojedinělém epileptickém záchvatu, kdy nebyla nasazena antiepileptická léčba po dobu 5 let od tohoto záchvatu,
- d) záchvatové stavy s poruchou vědomí nebo hybnosti, včetně stavů v anamnéze, například narkolepsie a kataplexie,
- e) stavy po chirurgických zákrocích nebo úrazech centrální nervové soustavy s trvalými neztižitelnými bolestmi nebo s poruchami pohybu, kognice, hluboké citlivosti nebo s těžkými trofickými změnami,
- f) nemoci nebo stavy po chirurgických zákrocích nebo zranění periferních nervů s trvalými poruchami pohybu, citlivosti nebo s trofickými změnami, které vylučují schopnost řídit motorové vozidlo, nebo
- g) hyperkinézy a spasticity.

2. Nemoci, vady nebo stavy nervové soustavy, které ovlivňují bezpečnost provozu na pozemních komunikacích a u kterých lze žadatele nebo řidiče uznat za zdravotně způsobilé k řízení motorového vozidla pouze na základě závěrů odborného vyšetření, a to zejména

skupina 1

- a) neurologické poruchy spojené s nemocemi nebo chirurgickými zákroky, které ovlivňují centrální nebo periferní nervový systém a způsobují psychické, smyslové nebo motorické poruchy a mají vliv na rovnováhu a koordinaci, a to
 - 1. stavy po úrazech a nemocech centrální nervové soustavy s trvalými neztižitelnými bolestmi nebo s poruchami pohybu, kognice (duševní pochody, vnímání, paměť, poznání), hluboké citlivosti nebo s těžkými trofickými změnami, nebo
 - 2. stavy po zranění nebo nemoci periferních nervů s trvalými poruchami pohybu, citlivosti nebo s trofickými změnami, pokud omezují schopnost řídit motorové vozidlo,
- b) epilepsie, epileptické syndromy plně kompenzované nebo kompenzované v případech,
 - 1. kdy délka bezzáchvatového období je delší než 1 rok, nebo
 - 2. po prvním epileptickém záchvatu, pokud byla nasazena antiepileptická léčba, po 1 roce od tohoto záchvatu, přičemž délku bezzáchvatového období stvrzuje žadatel čestným prohlášením, nebo

c) záchvatové stavy s poruchou vědomí nebo hybnosti v anamnéze, například narkolepsie a kataplexie. V případech uvedených v písmenu b) nebo c) je pravidelná lékařská kontrola podmínkou zdravotní způsobilosti vždy.

skupina 2

a) nemoci, vady nebo stavy podle skupiny 1, pokud není dále stanoveno jinak,

b) ojedinělý epileptický záchvat, pokud nebyla nasazena antiepileptická léčba, po 5 letech od tohoto záchvatu,

c) epilepsie, epileptické syndromy nebo stav po epileptickém záchvatu, pokud byla nasazena antiepileptická léčba, po 10 letech od vysazení léčby, nebo

d) těžší poruchy spánku ovlivňující zejména schopnost koncentrace a rychlost reakce. V případech uvedených v písmenu b) až d) je pravidelná lékařská kontrola podmínkou zdravotní způsobilosti vždy.

VII. Nemoci, vady nebo stavy způsobující duševní poruchy vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

skupina 1 a 2

1. Duševní poruchy **vylučující** zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel jsou nemoci nebo stavy, které způsobují takové zdravotní komplikace nebo odchylky, které jsou nebezpečné pro provoz na pozemních komunikacích, a to zejména

a) organické duševní poruchy projevující se demencí (demence u Alzheimerovy choroby, vaskulární demence, demence u chorob klasifikovaných jinde, nespecifikované demence),

b) organický amnestický syndrom,

c) organicky podmíněné poruchy osobnosti a poruchy chování,

d) nespecifické organické nebo symptomatické duševní poruchy

e) schizofrenie, schizotypní porucha, akutní a přechodné psychotické poruchy, schizoafektivní poruchy, trvalá duševní porucha s bludy, indukovaná porucha s bludy, jiné neorganické psychotické poruchy ve stadiu akutním, při znovuoobjevení příznaků této nemoci a při jejich přetrvávání,

f) mentální retardace, nebo

g) pervazivní vývojové poruchy.

2. Duševní poruchy, které **ovlivňují** bezpečnost provozu na pozemních komunikacích a u kterých lze žadatele nebo řidiče uznat za zdravotně způsobilého k řízení motorového vozidla pouze na základě závěrů odborného vyšetření, a to zejména - vážné duševní poruchy vrozené, způsobené nemocí, úrazem nebo neurochirurgickými operacemi, vážné poruchy chování způsobené stárnutím, nebo vady osobnosti vedoucí k vážným poruchám úsudku, chování nebo adaptability.

Poruchami nebo vadami osobnosti podle bodu 2, pokud je nelze podřadit pod duševní poruchy stanovené v bodě 1, se rozumí zejména:

- a) schizofrenie, schizotypní porucha, akutní a přechodné psychotické poruchy, schizoafektivní poruchy, trvalá duševní porucha s bludy, indukovaná porucha s bludy nebo jiné neorganické psychotické poruchy, a to v anamnéze,
- b) jiné duševní poruchy (v anamnéze) vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku nebo následkem somatického onemocnění,
- c) postencefalitický syndrom,
- d) delirium jiné než vyvolané alkoholem a jinými drogami (v anamnéze),
- e) závažné neurotické poruchy, behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, poruchy osobnosti a chování u dospělých, závažné poruchy psychického vývoje.

VIII. Nemoci, vady nebo stavy způsobené závislostí na alkoholu (alkoholismus) vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

skupina 1 a 2

1. Zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel je vyloučena u žadatele nebo řidiče, který je závislý na alkoholu (alkoholismus) nebo neschopný vzdát se požívání alkoholu tak, aby nebyla ovlivněna schopnost řídit motorové vozidlo (§ 84 odst. 3 zákona).

2. Zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel žadatele nebo řidiče,

a) který byl v minulosti závislý na alkoholu (alkoholismus) nebo neschopný vzdát se vlivu alkoholu při řízení, je podmíněna bezpečným abstinčním obdobím; za bezpečné abstinční období se považuje nezpochybněna důsledná a trvalá abstinence trvající alespoň 2 roky, jejíž prokázání vyplývá ze závěrů učiněných příslušným odborným lékařem, nebo

b) u kterého byly zjištěny opakované akutní intoxikace v anamnéze, lze uznat pouze na základě závěrů odborného vyšetření. Pravidelná lékařská kontrola je podmínkou zdravotní způsobilosti vždy.

IX. Nemoci, vady a stavy spočívající v závislosti na požívání psychoaktivních (psychotropních) látek, léčiv nebo jejich kombinací (toxikománie) vylučující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

skupina 1 a 2

1. Zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel je vyloučena u žadatele nebo řidiče, který

a) je závislý na požívání psychoaktivních látek, léčiv nebo jejich kombinací,

b) není závislý, ale pravidelně zneužívá psychoaktivní látky nebo léčiva nebo jejich kombinace
nebo

c) pravidelně užívá psychoaktivní látky nebo léčiva, jejichž účinek nebo jejich kombinace může snížit schopnost bezpečně řídit motorové vozidlo, a to v takovém množství, které má negativní vliv na jejich řízení.

2. Zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel žadatele nebo řidiče, který byl v minulosti závislý na psychoaktivních látkách nebo je neschopný vzdát se vlivu psychoaktivních látek při řízení, je podmíněna bezpečným abstinčním obdobím; za bezpečné abstinční období se považuje nezpochybněná dvouletá důsledná a trvalá abstinence, jehož prokázání vyplývá ze závěrů učiněných příslušným odborným lékařem; pravidelná lékařská kontrola je podmínkou zdravotní způsobilosti vždy.

X. Nemoci, vady a stavy způsobené vážnou nedostatečností činnosti ledvin podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

skupina 1 a 2

Žadatele nebo řidiče, kteří trpí nemocí, vadou nebo stavem způsobeným vážnou nedostatečností činnosti ledvin, která ovlivňuje bezpečnost provozu na pozemních komunikacích, lze uznat za zdravotně způsobilé k řízení motorového vozidla pouze na základě závěrů odborného vyšetření. Pravidelná lékařská kontrola zdravotního stavu je podmínkou zdravotní způsobilosti vždy.

XI. Stavy související s transplantací orgánu nebo umělého implantátu podmiňujícího zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

skupina 1 a 2

Žadatele nebo řidiče, kterým byl transplantován orgán nebo umělý implantát, pokud ovlivňuje schopnost řídit motorové vozidlo a jeho vliv nelze podřadit pod jinou položku, lze uznat za zdravotně způsobilé k řízení motorového vozidla pouze na základě závěrů odborného vyšetření.

XII. Další nemoci, vady nebo stavy, které mohou podmínit zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

skupina 1 a 2

Žadatele nebo řidiče, kteří trpí nemocí, vadou nebo stavem, které nejsou uvedeny v předchozích položkách a které mohou vyústit ve funkční neschopnost ovlivňující bezpečnost provozu na pozemních komunikacích, lze uznat za zdravotně způsobilé k řízení motorového vozidla pouze na základě závěrů odborného vyšetření.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Eva Mikulová

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Osobnost řidiče se zdravotním postižením a dopravní nehodovost

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 67

Celkový počet stran příloh: 13

Počet titulů české literatury a pramenů: 20

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 0

Vedoucí práce: PaedDr. Anton Tomko, LL.A.