

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Žaneta Olšanská

Problematika způsobilosti k řízení motorových vozidel u pacientů se
závislostí

Problems of driving ability in addicted patients

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Praha, 2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 22. 4. 2019

Žaneta Olšanská

.....

Identifikační záznam:

OLŠANSKÁ, Žaneta. *Problematiku způsobilosti k řízení motorového vozidla u pacientů se závislostí. [Problems of driving ability in addicted patients]*. Praha, 2019. 50 s., 3 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Svěcená, Kateřina.

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Kateřině Svěcené, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady a podnětné připomínky. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Haně Fidesové, Ph.D. za konzultaci při psaní mé práce. Mé poděkování také patří odborným pracovištím, která mi umožnila provedení dotazníkového šetření a především děkuji respondentům, kteří se toho šetření zúčastnili, protože bez nich by moje práce nemohla vzniknout.

ABSTRAKT

Každý, komu je diagnostikována závislost na alkoholu nebo jiných návykových látkách, přichází o zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel. Všichni lékaři mají povinnost oznamovat obecnímu úřadu pacienty, u kterých se dozví, že nejsou zdravotně způsobilí k řízení motorových vozidel, ale přesto vlastní řidičské oprávnění (Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů). Rozhodně ovšem nelze říci, že každý, kdo nastoupí do léčby, přijde o řidičské oprávnění.

Cílem této práce bylo zjistit, v jaké míře dochází k odebrání řidičských průkazů u osob léčících se ze závislosti na návykových látkách a zjistit, jestli k tomuto odebrání dochází právě na základě oznamovací povinnosti lékařů. Byly stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza byla, že o řidičské oprávnění přišlo méně než polovina respondentů. Druhá hypotéza byla, že k odebrání řidičského oprávnění z důvodu pozitivního testu na návykové látky docházelo častěji, než k odebrání na základě nahlášení lékaře pro ztrátu zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel.

Data byla získána prostřednictvím anonymního dotazníku, který byl rozdán pacientům v léčbě se závislostí. Celkem tento dotazník vyplnilo 235 respondentů.

Počet respondentů, kteří vlastnili v současnosti nebo v minulosti řidičské oprávnění, byl 164. Celkem 96 z nich o něj přišlo. Jako nejčastější důvod pro ztrátu řidičského oprávnění uváděli, že byli testováni policií během jízdy pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek, odpovědělo tak 46 respondentů. Dalších 20 respondentů uvedlo, že způsobili dopravní nehodu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek a 17 respondentů odpovědělo, že je lékař nahlásil pro ztrátu zdravotní způsobilosti k řízení. Zbylých 13 respondentů uvádělo jiné důvody. Z těchto výsledků vyšlo najevo, že první hypotéza byla vyvrácena a druhá naopak potvrzena.

Závěrem výzkumu bylo zjištění, že k odebrání řidičských průkazů na základě oznamovací povinnosti lékařů dochází, ale není to pravidlem. Faktorů, které ovlivňují, zda k nahlášení dojde, bude pravděpodobně víc. Nabízí se tedy možnost dalšího výzkumu, který by vedl k objasnění těchto faktorů.

KLÍČOVÁ SLOVA

Řidičské oprávnění – způsobilost k řízení – závislost – návykové látky

ABSTRACT

Anyone who is diagnosed with an addiction to alcohol or other addictive substances loses his/her medical fitness to drive motor vehicles. Every physician is obliged to notify the municipal authority concerning patients about whom s/he learns that s/he is not fit to drive a motor vehicle but still possess a driving licence. However, it cannot be said that everyone who enters treatment will automatically lose his/her driving licence.

The aim of this work was to find out to what extent driving licences are being withdrawn from people who are addicted to addictive substances and to find out if this takes place on the basis of the physicians' reporting duty. Two hypotheses have been established. The first hypothesis was that less than half of the respondents lost their driving licence. The second hypothesis was that the withdrawal of a driving licence due to a positive test for addictive substances was more frequent than withdrawal based on a physician's report concerning the loss of fitness to drive motor vehicles.

Data was obtained through an anonymous questionnaire that was distributed to patients in addiction treatment. In total 235 respondents completed this questionnaire.

The number of respondents who currently or in past possess(ed) the driving licence was 164. A total of 96 lost it. As the most common reason for losing their driving licence, they said that they were tested by the police while driving under the influence of alcohol or other addictive substances (46 respondents). Another 20 respondents reported that they caused an accident under the influence of alcohol or other addictive substances and 17 respondents said that they had been reported by the physician for loss of fitness to drive. The remaining 13 respondents stated other reasons. These results suggested that the first hypothesis was refuted and the second hypothesis confirmed.

The conclusion of the research was the finding that the withdrawal of driving licences on the basis of the physician's reporting obligation takes place but is not the rule. There are likely to be more factors that influence the reporting. There is, therefore, the possibility of further research to clarify these factors.

KEY WORDS

Driving licence – driving ability – addiction – addictive substance

Obsah

1	Úvod.....	9
2	Nehody pod vlivem v číslech.....	10
2.1	Nehody pod vlivem alkoholu v ČR.....	10
2.2	Nehody pod vlivem drog v ČR.....	11
3	Schopnosti řidiče.....	13
3.1	Kognitivní funkce řidiče.....	13
4	Alkohol a řízení.....	15
4.1	Riziko vzniku dopravní nehody.....	15
4.2	Vliv alkoholu na řízení.....	16
4.3	Řízení následující den po konzumaci alkoholu.....	17
4.4	Vliv závislosti na řízení.....	18
5	Drogy a řízení.....	19
5.1	Vliv na řízení podle typu drogy.....	19
6	Oznamovací povinnost lékaře pro nezpůsobilost k řízení.....	22
6.1	Zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel.....	23
6.2	Posouzení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel.....	24
7	Sankce za řízení pod vlivem návykových látek.....	25
8	Navrácení řidičského oprávnění.....	26
9	Metodologie výzkumu.....	27
9.1	Cíl výzkumu.....	27
9.2	Formulace hypotéz.....	27
9.3	Metody tvorby dat.....	27
9.4	Výzkumný soubor.....	27
9.4.1	Výběr výzkumného souboru.....	27
9.4.2	Popis výzkumného souboru.....	28
9.5	Provedení sběru dat.....	29
9.5.1	Etické aspekty.....	29
9.6	Metody analýzy dat.....	30
10	Výsledky.....	31
10.1	Prevalence řízení pod vlivem návykových látek.....	31

10.2	Počet respondentů, kteří přišli o řidičské oprávnění.....	33
10.3	Odebrání řidičského průkazu z důvodu nezpůsobilosti k řízení	36
11	Ověření hypotéz.....	39
11.1	Hypotéza 1	39
11.2	Hypotéza 2	39
12	Diskuze	40
13	Závěr	44
14	Citovaná literatura.....	45
15	Přílohy.....	49
15.1	Příloha č. 1: Dotazník.....	49
15.2	Příloha č. 2: Seznam tabulek.....	50
15.3	Příloha č. 3: Seznam grafů	50

1 Úvod

Moje bakalářská práce se zabývá problematikou odebrání řidičských průkazů u pacientů, kteří se léčí ze závislosti na návykových látkách. Cílem práce je zjistit, zda dochází k odebrání řidičského oprávnění na základě oznamovací povinnosti lékařů. Každý lékař je povinen ze zákona nahlásit obecnímu úřadu pacienta, který vlastní řidičské oprávnění a není zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel (Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů). Opravdu ale lékaři svoje pacienty nahlašují? Nabízí se otázka, zda to není pro pacienty demotivující. Člověk, který se rozhodne absolvovat léčbu, ať už protialkoholní nebo protitoxikomanickou, by měl být ve svém rozhodnutí co nejvíce podpořen a správně motivován. Mohlo by se zdát, že ten, kdo se rozhodne léčbu podstoupit, je sankciován odebráním řidičského průkazu, zatímco jinému závislému, který si svůj problém buď neuvědomuje, nebo nemá zájem ho řešit, není tato sankce udělena. Lidé, kteří jsou závislí na návykových látkách, ale doposud neabsolvovali žádnou léčbu, se možná chovají více nezodpovědně než ti, kteří se rozhodnou do léčby nastoupit. To jsou ale jen domněnky, které by bylo třeba ověřit. O řidičské oprávnění mohou velmi snadno přijít i lidé, kteří by nikdy pod vlivem návykových látek neřídili. Je možné, že to budou vnímat jako nespravedlivé. Možná to i ovlivní jejich důvěru v lékaře nebo samotnou instituci.

2 Nehody pod vlivem v číslech

Nejprve popíšu počty nehod, ke kterým došlo pod vlivem alkoholu a drog, aby bylo jasné, jak rozsáhlým problémem je řízení pod vlivem návykových látek. Také se zaměřím na počty úmrtí při těchto nehodách. Sledované období je od roku 2007 do roku 2017. Řízení pod vlivem návykových látek ale zdaleka není problém týkající se pouze naší republiky. Jde o problematiku zasahující do mnoha dalších zemí. V roce 2012 byly zveřejněny výsledky evropského projektu s názvem DRUID, který měl za cíl popsat, jak rozsáhlým problémem je řízení pod vlivem alkoholu a jiných drog v evropském měřítku. Prevalence užívání alkoholu a jiných drog u řidičů byla zjišťována ve 13 evropských zemích, mezi, kterými byla i Česká republika. Výzkumný soubor tvořilo 50 000 řidičů. Přítomnost alkoholu byla zjištěna u 3,45 % a u nelegálních drog se jednalo o 1,9 % řidičů (Schulze, et al., 2012).

2.1 Nehody pod vlivem alkoholu v ČR

I přes to, že Česká republika patří mezi země s největší spotřebou alkoholu, dalo by se říci, že v porovnání s jinými evropskými zeměmi je počet smrtelných dopravních nehod způsobených pod vlivem alkoholu relativně nízký. V České republice je alkohol příčinou přibližně 4 % smrtelných dopravních nehod. Například ve Finsku je alkohol na vině u 25 % smrtelných dopravních nehod, v Itálii je to 11 % a v Dánsku se jedná o 15 % (Ministerstvo vnitra České republiky, 2019). Jistou roli v tom také může hrát fakt, že na rozdíl od některých západních evropských států máme nulovou toleranci k alkoholu v dopravě (Centrum dopravního výzkumu, 2018).

Český statistický úřad každoročně shromažďuje data týkající se nehod pod vlivem alkoholu. Porovnala jsem tedy počty těchto nehod za posledních 10 let (viz tabulka 1). Do počtů usmrcených osob se počítají pouze ti, kteří zemřeli do 24 hodin od doby nehody.

Z tabulky 1 je patrné, že nehod pod vlivem alkoholu postupně ubývá. V roce 2007 to bylo celkem 7 466 nehod, každý následující rok bylo nehod pod vlivem alkoholu méně, kromě roku 2011 (5 242 nehod), během kterého došlo k více nehodám než v roce 2010 (5 015 nehod). V roce 2017 se událo celkem 4 251 nehod zaviněných pod vlivem alkoholu. Počty usmrcených osob během nehod pod vlivem alkoholu více kolísají. Během tohoto 10letého období došlo k nejvíce smrtelným nehodám pod vlivem alkoholu v roce 2009, jednalo se o 123 úmrtí. Následoval rok 2010 s celkovým počtem usmrcených 102. Nejlépe na tom byl rok 2007, přestože došlo k nejvíce nehodám pod vlivem alkoholu, zemřelo při nich 36 osob, což je nejméně za posledních 10 let. Následoval rok 2012 s počtem 45 osob a rok 2017 s počtem 48 usmrcených osob (Český statistický úřad, 2019).

Tabulka 1 Nehody pod vlivem alkoholu v ČR

Rok	Počet nehod	Počet usmrcených
2007	7 466	36
2008	7 252	80
2009	5 725	123
2010	5 015	102
2011	5 242	89
2012	4 974	45
2013	4 686	52
2014	4 637	63
2015	4 544	62
2016	4 373	52
2017	4 251	48

(Český statistický úřad, 2019)

Nejvíce nehod pod vlivem alkoholu zavinili řidiči motorových vozidel, dále se také na celkovém počtu nehod pod vlivem alkoholu podíleli chodci a cyklisté. V roce 2017 došlo k 4 251 nehodám pod vlivem alkoholu, řidiči motorových vozidel zavinili 3 463, chodci 135 a cyklisté 638, zbylých 15 zavinila jiná osoba. Při nehodách v roce 2017 zemřelo 48 lidí do 24 hodin od nehody a dalších 5 zemřelo na následky nehody během následujících 30 dní. Český statistický úřad dále udává počty zraněných osob. V roce 2017 utrpělo 203 lidí těžká zranění a dalších 1 750 osob zranění lehká (Český statistický úřad, 2019).

2.2 Nehody pod vlivem drog v ČR

Počet nehod pod vlivem nealkoholových drog je výrazně nižší než počet nehod pod vlivem alkoholu. Ve srovnání s nehodami pod vlivem alkoholu má ale naopak spíše rostoucí charakter. Počty těchto nehod jsem popsala rovněž v období od roku 2007 do roku 2017 (viz tabulka 2). K nejméně nehodám pod vlivem nealkoholových drog došlo v roce 2007, jednalo se o 78 nehod, v tomto roce došlo také pouze ke dvěma úmrtím. V následujícím roce 2008 došlo k 109 nehodám pod vlivem drog, v tomto roce na následky nehod zemřel pouze 1 člověk, což bylo ve sledované době nejméně. S každým dalším rokem se počty nehod pod vlivem drog zvyšovaly až do roku 2015, kdy se událo 301 nehod způsobených pod vlivem drog. Počty usmrcených osob v jednotlivých letech více kolísaly, nejhůře dopadl rok 2010 s celkovým počtem 15. Za ním následoval rok 2013 se 14 úmrtími. V posledních dvou letech došlo ke snížení nehod pod vlivem drog, v roce 2016 to bylo 251 nehod a v roce 2017 se jednalo o 231 nehod. Také počty usmrcených osob klesly, v roce 2016 na 10 úmrtí a v roce 2017 na 4 úmrtí.

Tabulka 2 Počet nehod pod vlivem drog v ČR

Rok	Počet nehod	Počet usmrcených
2007	78	2
2008	109	1
2009	137	6
2010	165	15
2011	165	10
2012	173	9
2013	244	14
2014	260	6
2015	301	12
2016	251	10
2017	231	4

(Zaostřeno na drogy, 2018)

3 Schopnosti řidiče

Pro mnohé lidi je řízení automobilu běžnou součástí každodenního života. Řízení ale sebou nese určitou zodpovědnost. Řidič svým počínáním během jízdy může ovlivnit jak svůj život a zdraví, tak i mnoha dalších účastníků dopravního provozu. Každý řidič, který usedá za volant, by měl být tedy v dobrém psychickém i fyzickém stavu. Aby bylo jasné, jak návykové látky ovlivňují schopnosti řidiče, budu se nejdříve věnovat právě těmto schopnostem. Popíšu tedy psychické vlastnosti řidiče a kognitivní funkce, které jsou nezbytné pro řízení. Mezi kognitivní funkce řadíme například vnímání, myšlení, paměť a mnoho dalších. Tyto funkce mohou být kromě vlivu návykových látek zhoršeny například stresem nebo únavou.

Šucha a Seitl (2013) popisují reakční čas jako jeden z faktorů, které hrají roli v bezpečnosti řízení. Reakční čas je definován jako doba od registrace podnětu do začátku reakce. Od jeho délky se následně odvíjí délka brzdné dráhy. Dále uvádí, že reakční čas pro sešlápnutí brzdy se za běžné situace pohybuje do jedné vteřiny. Záleží, do jaké míry řidič očekává, že dojde k dané situaci. Délce reakčního času se také věnuje také Green (2010), který rovněž popisuje očekávanost situace jako velmi významnou proměnnou. Pokud řidič předvídá, že k jisté situaci dojde, je schopen zareagovat v rozsahu 0,7 až 0,75 sekund. Reakce na neočekávané, ale běžné situace trvá přibližně 1,25 sekund. Nejdelší reakční čas bývá pochopitelně v případech, které jsou pro řidiče překvapivé a jen těžko odhadnutelné, v takových situacích se může reakční čas řidiče prodloužit až na 1,5 sekundy. Matija Svetina (2016) píše o reakčním čase v závislosti na věku řidiče. Uvádí data z výzkumu, kterého se účastnilo 351 řidičů ve věku od 20 do 80 let. Tímto výzkumem autor dokazuje, že s přibývajícím věkem se postupně prodlužuje reakční doba. Prodloužení s věkem je ovšem u každého řidiče individuální a není lehké říci, o kolik přesně se prodlužuje.

Šucha a Seitl (2013) dále uvádí, že reakční čas je do velké míry ovlivněn také pozorností. Pokud se pozornost upíná výhradně na řízení, je reakční doba kratší, než když je řidič rozptýlován jinými podněty, například: konverzování se spolujezdcem, telefonování, sledování navigace, přemýšlení o jiných věcech a další. Některé z těchto faktorů ale nejdou ovlivnit, protože není možné řidiči zakázat, aby myslel na jiné věci při řízení nebo aby mluvil se spolujezdcem. Pokud tedy řidič během jízdy konverzuje, jeho reakční čas je tím ovlivněn. Do jaké míry se prodlužuje, záleží na složitosti tématu, kterým se řidič zabývá. Pokud se jedná o složitější téma, řidič musí více přemýšlet a méně pozornosti mu zbývá na řízení. Tím je pak následně prodloužen i jeho reakční čas.

3.1 Kognitivní funkce řidiče

Kognitivní funkce mohou být vysvětleny také jako poznávací funkce. První nezbytnou kognitivní funkcí pro řízení je vnímání. Během jízdy řidič nejvíce podnětů získává zrakovým vnímáním, dále se také uplatňuje vnímání sluchové a hmatové.

Zrak je pro řidiče tedy zcela nezbytný (Šucha & Seidl, 2013). Nejdůležitějšími funkcemi zraku, které se uplatňují při řízení, jsou: zraková ostrost, citlivost na oslnění, akomodace, barevné a prostorové vidění. Zkušení řidiči také dokáží během jízdy více využívat periferní vidění. Velký význam má také rozsah vidění, který určuje, kolik podnětů je schopen řidič zaznamenat. Z množství podnětů pak následně musí být vybrány ty důležité, podle kterých jedinec reaguje na danou situaci (Šucha & Seidl, 2013). Dobrý zrak sám o sobě ale ještě není spolehlivým ukazatelem dobrého řidiče. Velmi důležité je, jakým způsobem jsou zrakové podněty zpracovány, protože to že oko něco vidí, ještě neznamená, že se na to zaměří i mozek (Havlík, 2005). Další kognitivní funkcí, která je pro řidiče významná, je rozhodování. To musí být často rychlé, je do velké míry ovlivněno předchozími zkušenostmi řidiče. Existují situace, kdy dochází ke konfliktu dvou tendencí. Jedna z nich vychází z toho, aby se řidič choval bezpečně a druhá, aby dosáhl cíle své cesty. Tento konflikt je typický pro řidiče zdravotnické záchranné služby, který se musí dostavit co nejrychleji na dané místo a zároveň jet bezpečně (Hamerníková, 2010).

Dalším procesem, který se využívá při řízení, je paměť. Lze ji rozdělit na sensorickou, krátkodobou a dlouhodobou. V sensorické paměti se podněty uchovávají pouze pár vteřin a její funkce úzce souvisí s pozorností. V krátkodobé paměti se podněty uchovávají v řádu minut až hodin, někdy se také mohou přesunout do paměti dlouhodobé. Krátkodobá paměť je při řízení uplatňována například při registrování dopravního značení. Příkladem využití dlouhodobé paměti je zapamatování si cesty nebo způsobu ovládání vozidla (Hamerníková, 2010). V neposlední řadě je důležitá schopnost udržení pozornosti. Pokud se jedná o koncentraci pozornosti na úkony související s řízením, mluvíme o takzvané záměrné pozornosti. Druhým typem je pozornost bezděčná, která může být pro řízení naopak nežádoucí. Bezděčná pozornost se zaměřuje na podněty, které člověka nějakým způsobem zaujmou sami od sebe, může jít například o výrazný billboard u silnice (Hamerníková, 2010). Havlík (2005) také píše o schopnosti předvídání u řidičů. Jde o schopnost, kterou řidič získává s přibývajícimi zkušenostmi. Předvídavost je kritická analýza situace a uplatňuje se například při předjíždění. Řidič musí umět odhadnout rychlosti a vzdálenosti vozidel.

4 Alkohol a řízení

V České republice se nachází přibližně 17 % lidí pijících rizikovým způsobem, dalších 8,2 % pije škodlivě nebo problémově. Přibližně 2-3 % populace konzumuje alkohol takovým způsobem, že vykazují známky závislosti na něm a měli by vyhledat odbornou pomoc (Šucha & Šťastná, 2015). Roční spotřeba alkoholu se pohybuje kolem 10 litrů na obyvatele a výrazně větší spotřebu alkoholu mají muži než ženy (Minařík & Kmoch, 2015). Česká republika se s těmi to čísly řadí spolu s Estonskem a Andorrou mezi země s největší spotřebou alkoholu na světě (Šucha & Šťastná, 2015).

Alonso, Esteban, Useche a Serge (2017) provedli výzkum, který měl za cíl zjistit informovanost veřejnosti ohledně bezpečnosti řízení. Výsledkem bylo, že většina lidí si uvědomuje, jak je řízení pod vlivem návykových látek nebezpečné. Naopak je to u nejrůznějších zdravotních komplikací (například stavy související s diabetes mellitus, migréna, onemocnění srdce nebo krátkozrakost), které mohou rovněž ovlivnit řízení, tuto skutečnost si ale příliš mnoho lidí neuvědomuje.

4.1 Riziko vzniku dopravní nehody

Z veškerých cest, které řidiči podnikají osobními automobily, připadá přibližně 2-3 % na řidiče, kteří jsou pod vlivem alkoholu (Šucha, Šťastná, & Zámečník, 2017).

S vyšším množstvím vypitého alkoholu postupně stoupá riziko vzniku dopravní nehody. V tabulce 3 jsem popsala dle Vorlové (2008), kolikrát se riziko vzniku dopravní nehody zvyšuje při stoupající hladině alkoholu v krvi řidiče.

Tabulka 3 Zvýšené riziko vzniku dopravní nehody podle množství alkoholu

Hladina alkoholu	Zvýšené riziko dopravní nehody
0,2 - 0,5 g/kg	3krát vyšší
0,5 - 0,8 g/kg	6krát vyšší
0,8 - 1 g/kg	11krát vyšší

Nejrizikovější skupinou pro řízení pod vlivem alkoholu jsou mladí řidiči. Jedná se nejčastěji o muže ve věku od 18 do 24 let, kteří jsou z nižší socioekonomické třídy, mají nízkou úroveň vzdělání, jsou svobodní a může se u nich vyskytovat nízké sebehodnocení (Hamerníková, 2010).

Vorel a Vorlová v roce 2008 publikovali výzkum s cílem zjistit míru vlivu požití alkoholu u řidiče na pravděpodobnost vzniku smrtelné dopravní nehody. Předmětem zkoumání bylo 371 řidičů osobních automobilů, kteří zemřeli při

dopravních nehodách v Jihočeském kraji v letech 1998 až 2007. Byl zkoumán poměr střízlivých řidičů a těch, co byli pod vlivem alkoholu. Výsledkem bylo zjištění, že řidiči, kteří zavinili smrtelnou dopravní nehodu, měli ve 40,2 % pozitivní vyšetření na přítomnost alkoholu. V případech, kdy řidič nebyl viníkem nehody, bylo vyšetření na alkohol pozitivní u 2,89 %. Z tohoto výzkumu tedy vyplývá, že řidič, který je při dopravní nehodě pod vlivem alkoholu, má 22krát větší pravděpodobnost, že zemře, než kdyby byl střízlivý.

4.2 Vliv alkoholu na řízení

Šucha, Šťastná a Zámečník (2017) popisují tři typy studií, kterými je možné zkoumat vliv alkoholu na řízení. Prvním z typů jsou studie na řidičských simulátorech, které ukazují ovlivnění řidiče při jízdě. Dalším typem jsou studie při reálném silničním provozu, jež poukazují především na prodloužení reakčního času, přeceňování řidičských schopností, sníženou plynulost jízdy a přesnost zatáčení. Posledním druhem jsou epidemiologické studie, ty dokazují nárůst rizika vzniku dopravní nehody, pokud je řidič pod vlivem alkoholu.

Vliv alkoholu na schopnost řídit motorové vozidlo je prokázáný mnoha studii. Hampl (2009) udává, že alkohol ovlivňuje řízení bez ohledu na to, zda řidič na první pohled jeví známky opilosti či nikoliv. K tomu, že jedinec neprojevuje známky opilosti, může docházet, pokud má zvýšenou toleranci k alkoholu. Šucha, Šťastná a Zámečník (2017) udávají, že k ovlivnění schopnosti řídit dochází již po malých dávkách alkoholu. Například i malé desetistupňové pivo může mít euforizační účinky. Popov (2003) popisuje účinky alkoholu, které se odvíjí podle toho, v jakých dávkách je podáván. Při nižších dávkách alkoholu dochází spíše ke stimulaci. Se zvyšujícími se dávkami dochází postupně naopak k útlumu organismu.

Během fáze, kdy alkohol působí stimulačně, dochází k euforické náladě, snížené soustředěnosti a prodlužování reakční doby. Takto ovlivnění řidiči nabývají zvýšeného sebevědomí a nejsou schopni správně vyhodnotit některé situace a odhadnout rizika, která mohou nastat (Hampl, 2009). V důsledku zvýšeného sebevědomí mohou mít řidiči sklony k větší soutěživosti a přeceňování svých schopností (Repado, 2018). V takovém případě hrozí rychlá a agresivní jízda, nebezpečné předjíždění a nerespektování ostatních řidičů (Hampl, 2009). Řidiči ovlivnění alkoholem často nedodržují správný odstup od ostatních účastníků silničního provozu a mohou mít tendenci vybočovat z vozovky (často doprava). Dále je typické nedodržování dopravních předpisů (například zapomené rozsvítit světla nebo se připoutat bezpečnostním pásem) (Hamerníková, 2010). Na toto téma proběhl v Norsku výzkum, jehož předmětem byli řidiči usmrceni při dopravních nehodách v letech 2005-2010. Mimo jiné vyšlo najevo, že řidiči, kteří zemřeli v důsledku dopravních nehod pod vlivem alkoholu nebo jiných drog, výrazně častěji překročili povolenou rychlost a nepoužili bezpečnostní pás. Bezpečnostní pás nepoužilo 64,6 %

řidičů a rychlost překročilo 71,7 % řidičů. Pro srovnání autoři uvádí, že mezi střízlivými řidiči nebyl bezpečnostní pás použit u 24,2 % případů a k překročení nejvyšší povolené rychlosti došlo u 33,2 % případů (Bogstrand, Larsson, Holtan, Staff, Vindenes & Gjerde, 2015).

Jak už bylo řečeno, při vyšších dávkách alkoholu dochází naopak k útlumu jedince. V tomto stádiu řidič na vnější podměty nereaguje nebo reaguje velmi zpomalně. Dochází například k tomu, že řidič nedá přednost v jízdě, projede na červenou, nepoužívá signalizaci o změně směru jízdy, vjede do protisměru nebo sjede z vozovky. Vlivem útlumu může dojít i k tomu, že řidič během jízdy usne (Hampl, 2009).

Tabulka 4 Vliv alkoholu na schopnost řídit motorové vozidlo

Etanol (alkohol) – dále je vliv etanolu rozdělen do kategorií podle jeho koncentrace v krvi (‰)	0,2 až 0,5 g /kg	Prokazatelné zhoršení schopnosti řídit. Přibývá tendence riskovat, roste nepřiměřená sebedůvěra; zhoršuje se schopnost rozeznat pohybující se světla a odhadnout vzdálenosti; řidič si neuvědomuje svůj stav a naopak má sklon se přeceňovat a riskovat.
	0,5 až 0,8 g/kg	Pronikavé prodloužení reakčního času (zhoršení postřehu). Roste přeceňování vlastních schopností, oči se obtížně přizpůsobují přechodu ze světla do tmy a naopak, horší se vnímání barev (červená!), zhoršuje se schopnost soustředění; poruchy rovnováhy, které mají praktický význam zejména u motocyklistů a cyklistů; dále se zhoršuje odhad vzdálenosti.
	0,8 až 1,2 g/kg	Zhoršení schopnosti vnímat okraje zorného pole (tzv. tunelové vidění), přibývá další zhoršování soustředění, další prodloužení reakčního času; roste bezohlednost při řízení.
	1,2 a více g /kg	Další snížení schopnosti řídit - poruchy soustředění, prodloužení reakčního času, další úbytek rovnováhy i nekritičnosti; zhoršení schopnosti orientace. I velmi zkušený řidič se v tomto stavu může dopustit hrubých chyb – např. sešlápnutí plynu místo brzdy.

(Zaostřeno na drogy, 2008)

4.3 Řízení následující den po konzumaci alkoholu

Velmi významný je také fakt, že schopnosti řidiče mohou být ovlivněny i po odbourání alkoholu, tedy následující ráno po jeho konzumaci. V tomto případě, jde nejčastěji o prodloužení reakční doby a narušení koncentrace a pozornosti (Šucha,

Šťastná, & Zámečník, 2017). Řízení v kocovině se věnují Verster, Bervoets, Klerk, Vreman, Olivier, Roth & Brookhuis (2014). Zmiňují, že řidiči se v tomto stavu mohou chovat nezodpovědně a nepředvídatelně. Typické je celkové zhoršení kvality a plynulosti jízdy. Dále popisují, že příznaky kocoviny mohou být zhoršeny v důsledku krátkého a nekvalitního spánku.

4.4 Vliv závislosti na řízení

Nešpor a Csémy (2008) se zabývají tím, jaké důsledky může mít pro řidiče závislost na alkoholu. Velkým problémem u závislého je skutečnost, že mívá často zvýšenou toleranci k alkoholu a sníženou kontrolu nad vypitým množstvím. To může vést k tomu, že alkoholu vypije mnohem více, než původně zamýšlel. S větším množstvím vypitého alkoholu se zvyšuje pravděpodobnost řízení v kocovině (Nešpor & Csémy, 2008).

Dalším jevem, který negativně ovlivňuje řízení, může být odvykací stav řidiče, který je už sám o sobě často nebezpečný (HAMPL, 2009). Mezi projevy odvykacího stavu řadíme také: úzkost, nevolnost až zvracení, třes, křeče, halucinace, iluze a v nejtěžších případech i delirium tremens (Minařík & Kmoch, 2015). Je tedy zřejmé, že během těchto projevů může mít řízení velmi vážné následky.

5 Drogy a řízení

Účinky nealkoholových drog mohou být ve srovnání s alkoholem velmi různorodé, různí jedinci mohou na látky reagovat různými způsoby, také eliminace těchto látek se může lišit (Pokora & Šťasný, 2002). Nemalým problémem je rovněž posuzování schopnosti řídit pod vlivem léků předepsaných lékařem (Vorlová, 2008).

Účinky jednotlivých drog se můžou lišit v závislosti na mnoha faktorech, které lze rozdělit do tří oblastí. Těmito oblastmi jsou: droga, uživatel a prostředí. V první řadě účinky závisí na tom, jakou drogu jedinec užije, jestli se jedná o látku tlumivou, stimulující nebo halucinogenní. Dále je důležitá velikost dávky, čistota drogy a případná kombinace jinými drogami nebo alkoholem. Pokud droga obsahuje nějaké příměsi, tak i ty mohou ovlivnit mechanismus jejího působení. Klinické projevy působení drogy dále zaleží na osobnosti uživatele, v této oblasti mluvíme o genetické výbavě jedince. Do této oblasti patří také různá psychická i somatická onemocnění. V neposlední řadě má svůj význam i prostředí, ve kterém se jedinec nachází (například pobyt v prostředí drogové subkultury nebo dopravní situace v jaké se nachází). Jistou roli hrají také zevní faktory, mezi které řadíme například teplotu prostředí nebo nedostatek tekutin (Hampl, 2009).

5.1 Vliv na řízení podle typu drogy

V následující části popíšu vliv jednotlivých nealkoholových drog ve vztahu k řízení. Budu se věnovat jejich nejčastějším účinkům, ty se ovšem mohou v některých případech lišit v závislosti na již výše uvedených faktorech.

Nejčastěji užívanou nelegální drogou je marihuana (Minařík, Kmoch, 2015). Jelikož se tato látka řadí mezi takzvané lehké drogy, mohou se někdy její uživatelé chybně domnívat, že její vliv na řízení je malý nebo téměř žádný. Účinky marihuany mohou být euforické nebo naopak tlumivé. V obou těchto případech dochází k nepozornosti řidiče, který může například přehlížet dopravní značení nebo chodce. Typické je rovněž prodloužení reakční doby a zhoršená časová a prostorová orientace. Jedním z účinků této drogy je také mydriáza, která může řidiče v noci ohrozit oslněním (Hampl, 2009). U řidiče, který je pod vlivem marihuany, hrozí chybné reakce na ostatní účastníky dopravního provozu a mohou se objevovat nepřiměřené změny rychlosti jízdy (Švarc, 2014). Některé z příznaků (například zhoršení pozornosti a prodloužení reakční doby) mohou přetrvávat i 24 hodin po užití látky (Minařík & Kmoch, 2015; Hamerníková, 2010). Pro schopnost řízení mohou být významné i účinky, které se pojí s častým dlouhodobým užíváním, jako například poruchy krátkodobé paměti, pomalejší myšlení a jednání a zabývání se přílišnými detaily na úkor správné selektivity pozornosti (Minařík & Kmoch, 2015). Pravidelní uživatelé marihuany se během řízení pod vlivem THC dopouštějí více chyb než její rekreační uživatelé (Downey, King, Papafotiou, Swann, Ogden, Boorman & Stough, 2013). Neavyn, Blohm, Babu a Bird (2014) se zaměřili na osoby, které užívají

marihuanu pro léčebné účely. Z jejich publikace vyplývá, že lékaři, kteří předepisují konopí, by měli své pacienty informovat o možných účincích. Pacienti, kteří konopí užívají, by neměli řídit během následujících 8 hodin po užití. Zároveň by měli pacienti pamatovat na to, že účinky konopí se mohou kumulovat s účinky dalších látek.

Psychomotorické stimulanty jsou další skupinou nelegálních drog, se kterými se můžeme u řidičů setkat. Pro tyto látky je typické dvoufázové působení. Nejprve způsobí stimulaci, ve druhé fázi potom dochází k celkovému útlumu. Se stimulanty je možné se setkat u dálkových řidičů, kteří je někdy používají pro udržení bdělosti (Hamerníková, 2010). Jejich užívání před jízdou je však velmi nebezpečné z následujících důvodů. Řidiči pod vlivem těchto látek mají sklony ke zvýšenému sebevědomí a může tak snadno dojít k přecenění svých řidičských schopností (Repado, 2018), to může vést k rychlému, agresivnímu a riskantnímu stylu jízdy (Hampl, 2009). Ve druhé fázi způsobí útlum s nepříjemnými pocity. Dochází k tomu, protože organismus je vyčerpán po první fázi působení. Nebezpečné také mohou být stavy, ke kterým dochází spíše u dlouhodobějšího užívání. V takovém případě může mít jedinec takzvané paranoidně-perzekuční bludy (Minařík & Kmoch, 2015), které se projevují pocitem pronásledování s nadměrnou vztahovačností (Velký lékařský slovník, nedatováno).

Další skupinou nelegálních nealkoholových drog jsou opioidy, které mají velmi negativní vliv na řízení. Po jejich užití dojde u řidiče k celkovému útlumu. Nastává prodloužení reakční doby, zpomalení motoriky a mióza, která vede ke zhoršenému vidění za šera. Velmi nebezpečný je u opioidů také odvykací stav, který se začíná projevovat už od 4 hodin po užití látky. Mezi projevy patří: bolesti, průjem, nevolnost, zvracení, třes, úzkosti, nevolnost a slzení. V tomto stavu jedinec většinou nebývá vůbec schopen řídit (Hampl, 2009). V souvislosti s opioidy také nesmíme opominout význam substituční léčby. Strand, Fjeld, Arnestad a Mørland (2012) se danou problematikou zabývají a uvádí, že metadonová i buprenorfinová substituční léčba má vliv na schopnosti řízení. Mezi jednotlivými pacienty ovšem mohou být značené rozdíly, a proto jako nejlepší způsob doporučují individuální ohodnocení způsobilosti k řízení u každého pacienta.

Halucinogeny jsou další skupinou nealkoholových drog. Po jejich užití může dojít k dezorientaci, halucinacím, problémům s mluvením a poruchám hybnosti. Řidič, který je těmito drogami ovlivněn ztrácí pozornost a má halucinace (zrakové, sluchové, taktilní). Vzhledem k účinkům těchto látek řidič nemusí rozpoznat realitu od halucinace. Pro halucinogeny jsou typické flashbaky, proto může být jejich užívání pro řidiče nebezpečné i když nesedá za volant během akutní intoxikace (Hampl, 2009).

U uživatelů návykových látek bývá obvyklé kombinování různých drog. V takovém případě se účinky odvíjí od toho, jaké látky mezi sebou jejich uživatel

kombinuje. Problémy mohou nastat hlavně, když jsou kombinovány látky, které mají opačný účinek na centrální nervovou soustavu (kombinace látek se stimulačními a tlumivými účinky). I přes to, že se některé účinky mohou navzájem potlačit, schopnost řídit motorové vozidlo se tím nezlepší. U jedince, který užil návykovou látku v kombinaci s další, můžeme jen těžko odhadnout jeho chování (HAMPL, 2009).

6 Oznamovací povinnost lékaře pro nezpůsobilost k řízení

Od roku 2012 platí novela zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů (dále jen „zákon o silničním provozu“), která ukládá lékařům povinnost oznamovat pacienty, u kterých zjistí, že mají řidičský průkaz a nejsou zdravotně způsobilí k řízení nebo jsou způsobilí k řízení s podmínkou. V § 89a je uvedeno: „*Lékař, který zjistí, že žadatel o řidičské oprávnění nebo držitel řidičského oprávnění je zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel s podmínkou nebo není zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel, je povinen o této skutečnosti neprodleně informovat obecní úřad obce s rozšířenou působností příslušný podle obvyklého bydliště nebo místa studia žadatele o řidičské oprávnění nebo držitele řidičského oprávnění.*“

Lékař ovšem nesděljuje pacientovu diagnózu, ale pouze to, že není zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel. Švarc (2012) uvádí příklad, jakou podobu může toto hlášení mít: „*Dle § 89a z. č. 361/2000 Sb. informuji, že jmenovaný uvedl, že je držitelem řidičského oprávnění, a zjistil jsem, že není zdravotně způsobilý k řízení MV, popř. je způsobilý s podmínkou...*“.

Přestože zákon ukládá všem lékařům povinnost hlášení pacientů, kteří mají řidičské oprávnění a nejsou způsobilí k řízení, nemusí se to ve skutečnosti dít. Pro některé pacienty může být tato právní úprava demotivující a může být dokonce jedním z důvodů, proč pacienti odkládají nástup do léčby. Mohlo by se zdát, že člověk, který se rozhodne léčbu podstoupit, je potrestán odebráním řidičského průkazu, zatímco jinému závislému, který si svůj problém buď neuvědomuje, nebo nemá zájem ho řešit, není tato sankce udělena.

Nešpor a Csémy (2008) kritizují stávající právní úpravu, protože počet diagnostikovaných alkoholiků se velmi liší od počtu lidí, kteří skutečně mají problém s alkoholem a jsou pravděpodobně rovněž závislí. V článku také popisují to, že většina závislých se nijak neléčí. Existují pro to nejrůznější důvody, mezi které patří: nedostatečná informovanost o alkoholu a rizicích, které přináší jeho nadměrná konzumace a o možnostech léčby mezi veřejností, stigmatizace (hlavně u žen), nedostatečná síť ambulantních zařízení, obavy ze ztráty zaměstnání nebo právě řidičského průkazu. Navrhují tedy jiný způsob hodnocení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, a to podle behaviorálních projevů (například hodnocení podle toho, zda se člověk dopustil řízení, nehody nebo násilné trestné činnosti pod vlivem alkoholu). Nabízí se otázka, jestli by právě existence tohoto zákona neměla sloužit jako prevence proti řízení a nehodám pod vlivem alkoholu.

6.1 Zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

Zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel je popsána v zákoně č. 361/2000 Sb., o silničním provozu jako tělesná a duševní schopnost k řízení motorových vozidel. Rozhoduje o ní posuzující lékař, kterým se rozumí buď praktický lékař, nebo lékař poskytovatele pracovně právních služeb. Lékař způsobilost k řízení posuzuje u žadatelů o řidičské oprávnění nebo jeho držitelů. V příloze č. 3 vyhlášky č. 277/2004 Sb. najdeme všechny nemoci, vady a stavy, které vylučují způsobilost k řízení motorových vozidel nebo ji podmiňují. Tyto nemoci jsou popsány a rozděleny podle jednotlivých orgánových soustav v těle. Postupně zde najdeme nemoci týkající se zraku, sluchu, svalové a kosterní soustavy, oběhové soustavy, stavy související s diabetes mellitus, nemoci nervové soustavy, nemoci způsobující duševní poruchy, nemoci způsobené nedostatečnou činností ledvin a další nemoci a vady, které mohou podmínit zdravotní způsobilost k řízení. Pro účely posuzování zdravotní způsobilosti k řízení jsou řidiči v této příloze rozděleni do dvou skupin. Jedna skupina jsou řidiči osobních automobilů a motocyklů, do druhé skupiny patří řidiči nákladních automobilů, autobusů a řidiči z povolání.

V příloze č. 3 vyhlášky č. 277/2004 Sb. v části VIII. je popsána závislost na alkoholu jako stav vylučující zdravotní způsobilost. *„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“* Dále je popsáno bezpečné abstinенční období, po jehož uplynutí se člověk stává opět zdravotně způsobilým k řízení. Jedná se o dobu alespoň jednoho roku, kdy jedinec abstínuje, je potřeba, aby během tohoto období také docházel pravidelně k lékaři, protože bezpečné abstinенční období je třeba doložit potvrzením od lékaře.

V příloze č. 3 vyhlášky č. 277/2004 Sb. v části IX. je věnována pozornost ostatním psychoaktivním látkám. *„Zdravotní způsobilost 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*
- 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.“*

Aby mohl člověk opět nabýt zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel, je i v tomto případě popsána bezpečná abstinенční doba. Ta je ale na rozdíl od alkoholu 2 roky. Stejně jako u alkoholu je potřeba bezpečné abstinенční období doložit potvrzením od lékaře.

Vzhledem k tomu, že je potřeba bezpečné abstinenci období doložit lékařským posudkem, mohou být v nevýhodě lidé, kteří se rozhodnou se svou závislostí bojovat sami nebo například využijí svépomocných skupin.

6.2 Posouzení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel

Ve chvíli, kdy lékař informuje obecní úřad obce s rozšířenou působností o nezpůsobilosti k řízení u svého pacienta, odstartuje proces, jehož výsledkem je rozhodnutí o tom, zda jedinec přijde o řidičské oprávnění či nikoliv. O odebrání řidičského průkazu totiž není rozhodováno jen na základě nahlášení lékaře pro nezpůsobilost k řízení. Po tom, co k nahlášení dojde, obecní úřad obce s rozšířenou působností vyzve pacienta, aby se podrobil přezkoumání zdravotní způsobilosti u posuzujícího lékaře. Ten následně vydá posudek o zdravotní způsobilosti (Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů). Posudek o zdravotní způsobilosti musí být jednoznačný a nesmí v něm být uvedena pacientova diagnóza. V posudku se lékař vyjádří k tomu, zda pacient je způsobilý, je způsobilý s podmínkou nebo není způsobilý k řízení motorových vozidel. Lékař o způsobilosti rozhoduje na základě výše zmíněného zákona, který přesně stanovuje nemoci, vady a stavy, které jsou důvodem pro nezpůsobilost k řízení motorových vozidel nebo pro způsobilost k řízení s podmínkou (Vyhláška č. 277/2004 Sb., o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel). Úřad obce s rozšířenou působností, také určí lhůtu, během které je řidič povinen se podrobit lékařskému přezkoumání. Tato lhůta musí být nejméně 15 dní, pokud se řidič nemůže ze závažných důvodů dostavit k posuzujícímu lékaři v této lhůtě, musí požádat příslušný úřad o prodloužení lhůty. V případě, že by to neudělal a lhůta mu uplynula, byl by automaticky považován za nezpůsobilého k řízení motorových vozidel (Zákon č. 361/2000 Sb., o silničním provozu).

7 Sankce za řízení pod vlivem návykových látek

Jako nejčastější důvod ztráty řidičského oprávnění respondenti uváděli, že byli kontrolováni policií během jízdy pod vlivem alkoholu nebo drog. V této kapitole jsem popsala, jaké právní následky může mít pro řidiče jízda pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek.

Trest za řízení pod vlivem alkoholu se liší v závislosti na tom, kolik má řidič promile. Velmi důležitá je hranice 1 promile, která určuje, zda se jedná o přestupek nebo o trestný čin. Jaké jsou udělovány tresty za řízení pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek, jsem popsala v tabulce 5. (Policie ČR, 2018).

Tabulka 5 Sankce za řízení pod vlivem návykových látek

	Peněžitý trest	Zákaz činnosti řízení	Trest odnětí svobody	Body
Méně než 0,3 promile	2.500–20.000 Kč	6-12 měsíců	-	-
Od 0,3 do 1 promile	2.500–20.000 Kč	6-12 měsíců	-	7 bodů
Více než 1 promile	25.000–50.000 Kč	1-10 roků	až 3 roky	7 bodů
Pod vlivem drog	25.000–50.000 Kč	1-10 roků	až 3 roky	7 bodů
Alkohol + drogy	25.000–50.000 Kč	1-10 roků	až 3 roky	7 bodů
Odmítnutí testu	25.000–50.000 Kč	1-2 roky	-	7 bodů

(Policie ČR, 2018)

V případě, že se u řidiče prokáže přítomnost alkoholu nebo jiných návykových látek, tak je policista podle zákona č. 361/2000 Sb., zákon o silničním provozu oprávněn zadržet řidičský průkaz. Řidičský průkaz může také zadržet v případě, kdy se řidič odmítne podrobit testování na alkohol nebo jiné návykové látky.

8 Navrácení řidičského oprávnění

Vrácení řidičského oprávnění je popsáno v zákoně 361/2000 Sb. Pokud bylo řidičské oprávnění odebráno z důvodu ztráty zdravotní způsobilosti k řízení a jedinec tuto způsobilost znovu získá, může požádat o jeho vrácení. Žádost je podávána písemnou formou na obecní úřad obce s rozšířenou působností a musí splňovat určité náležitosti, které jsou uvedeny v § 100. Žadatel k žádosti také musí přiložit potvrzení o zdravotní způsobilosti a platný doklad totožnosti (Zákon č. 361/2000 Sb., o silničním provozu).

Pokud bylo řidičské oprávnění odebráno z důvodu trestu zákazu řízení, postup podání žádosti o jeho vrácení je popsán v § 102 a je obdobný jako u odebrání pro ztrátu zdravotní způsobilosti. V žádosti ovšem musí být uvedeno datum, kdy končí trest spočívající v zákazu řízení a přiložen příslušný dokument, ve kterém je uvedeno rozhodnutí o výkonu tohoto trestu. Žadatel musí také prokázat psychickou způsobilost a bude rovněž potřebovat i potvrzení o zdravotní způsobilosti (Zákon č. 361/2000 Sb., o silničním provozu).

9 Metodologie výzkumu

9.1 Cíl výzkumu

Cílem mé práce bylo zjistit, v jaké míře dochází k odebrání řidičských oprávnění u osob, které se léčí ze závislosti na návykových látkách. Dále bylo mým cílem zjistit, jestli k případnému odebrání dochází na základě oznamovací povinnosti lékaře.

9.2 Formulace hypotéz

Hypotéza 1: O řidičské oprávnění přišlo méně než polovina respondentů.

Hypotéza 2: K odebrání řidičského oprávnění z důvodu pozitivního testu na návykové látky docházelo častěji, než k odebrání na základě nahlášení lékaře pro ztrátu zdravotní způsobilosti k řízení.

9.3 Metody tvorby dat

Pro svou práci jsem se rozhodla použít kvantitativní přístup. Tento přístup jsem zvolila, protože jsem chtěla zjistit, jestli se daný jev vůbec vyskytuje a v jaké míře. Ke sběru dat jsem se rozhodla použít dotazník, protože mi umožňuje v relativně krátkém časovém období oslovit větší počet respondentů. Mezi další výhody dotazníku patří, že pro respondenty je poměrně přesvědčivá anonymita. Sbíráni dat pomocí dotazníku může mít ovšem i svoje nevýhody. Jednou z nich je, že u dotazníků bývá nízká návratnost, další nevýhodou je, že dotazník klade vyšší nároky na ochotu respondenta, neboť je pro něj velmi snadné nějakou otázku vynechat (Disman, 2002). Abych zajistila co největší návratnost dotazníků, zadala jsem do nich pouze 9 otázek a oslovovala jsem respondenty osobně. Otázky jsem vytvořila tak, aby respondentům nezabralo příliš času na ně odpovědět, a abych zároveň získala potřebné informace pro ověření hypotéz. Většina otázek v dotazníku byla uzavřená, aby se na ně respondentům snadno odpovídalo, a aby bylo snadné je vyhodnotit. Některé otázky jsem vytvořila polouzavřené, na ně mohlo být odpovězeno mnoha různými způsoby. Zároveň, ale nabízeli možnosti, které jsem předpokládala, že se budou objevovat. Vytvořila jsem tedy pouze 3 možnosti, které jsem předpokládala, že se mezi odpovědi objeví a jako 4. možnost jsem nechala respondentům prostor pro formulování vlastní odpovědi. V průběhu vyplňování dotazníku existovala možnost pro jeho předčasné ukončení, bylo to v případě, že respondent nikdy nebyl vlastníkem řidičského průkazu nebo, že mu nebyl nikdy odebrán.

9.4 Výzkumný soubor

9.4.1 Výběr výzkumného souboru

Abych získala respondenty, kteří budou mít diagnostikovanou závislost na alkoholu nebo jiných návykových látkách, rozhodla jsem se oslovit aktuálně se léčící

osoby. Rozhodla jsem se tedy respondenty kontaktovat přes zařízení, ve kterých se léčí.

Podmínky pro účast ve výzkumu byli:

- věk 18 let a více
- léčit se ze závislosti na návykových látkách.

Dále byl výběr založen na ochotě klientů a jednotlivých zařízení.

Původně jsem zamýšlela oslovit zařízení pouze v Praze. Když jsem plánovala, jaká zařízení oslovím, rozhodla jsem se ale vybrat i mimopražské lokality, aby měl výsledek co nejširší vypovídající hodnotu. Celkem jsem oslovila 15 odborných pracovišť pro léčbu závislostí. Vybrala jsem zařízení, tak aby byly zastoupeny všechny kraje v ČR. Zaměřila jsem se pobyťová zařízení, protože mi umožnila oslovit více respondentů najednou.

Celkem 5 pracovišť mi nakonec umožnilo provést výzkum. Jednotlivá zařízení jsem kontaktovala telefonicky nebo emailem. Některá z nich měla etickou komisi, tudíž jsem se nejprve spojila s ní. Když etická komise schválila můj výzkumný záměr, kontaktovala jsem primáře nebo vedoucího lékaře, se kterými jsem se domlouvala na podrobnostech ohledně termínu provedení dotazníkového šetření. Někdy jsem komunikovala se zařízením, které nemělo etickou komisi, v takovém případě o schválení mého výzkumu rozhodoval ředitel zařízení. Bohužel jsem se v mnoha případech nedočkala odpovědi nebo se jednalo o zamítnutí mé žádosti. Důvody pro zamítnutí byli:

- zařízení umožňuje provádět výzkumy pouze studentům, kteří jsou u nich na stáži
- nejedná se o výzkumné ani akademické pracoviště, tudíž neumožňují studentům provádět výzkumy.

9.4.2 Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 235 respondentů. Šlo o 150 mužů a 85 žen. Nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 31-45 let, jednalo se o 114 respondentů. Nejmenším počtem byla zastoupena kategorie 61 a více, kde bylo 8 respondentů (viz tabulka 6).

Tabulka 6 Rozdělení respondentů podle věku a pohlaví

Věk	Počet mužů		Počet žen		Celkem	
18-30 let	25	10,64 %	16	6,81 %	41	17,45 %
31-45 let	80	34,04 %	36	15,32 %	116	49,36 %
46-60 let	42	17,87 %	28	11,91 %	70	29,79 %
61 a více	3	1,28 %	5	2,13 %	8	3,40 %
Celkem	150	63,83 %	85	36,17 %	235	100 %

Z celkových 235 respondentů mělo 164 řidičské oprávnění, zbylých 71 respondentů řidičské oprávnění nikdy nemělo. V tabulce 7 jsem popsala počet řidičů podle věku.

Tabulka 7 Počet respondentů, kteří měli řidičské oprávnění podle věku

Věk	Ano	Ne
18-30 let	22	19
31-45 let	84	32
46-60 let	53	17
61 a více	5	3
Celkem	164	71

9.5 Provedení sběru dat

V období od 25. 2. 2019 do 8. 4. 2019 jsem prováděla dotazníkové šetření ve čtyřech různých krajích.

Pro oslovení respondentů, jsem nejprve musela oslovit příslušná zařízení, která mi následně mohla umožnit kontakt s potencionálními respondenty. Rozhodla jsem se respondenty oslovit osobně, abych zajistila co nejvyšší návratnost dotazníků. S respondenty jsem se po domluvě setkávala v zařízení, kde se léčili. Nejprve jsem jim vysvětlila můj výzkumný záměr a poté je požádala o vyplnění dotazníku. Účast v dotazníkovém šetření byla pro respondenty dobrovolná. Ten, kdo se nechtěl účastnit, si ode mě dotazník nevzal nebo jej mohl vrátit nevyplněný. Také jsem respondentům zdůraznila jejich anonymitu.

9.5.1 Etické aspekty

Účast v dotazníkovém šetření byla pro respondenty dobrovolná. Nejprve jsem respondentům vysvětlila, jaký je můj výzkumný záměr a jakým způsobem budou data

použita. Respondenty jsem také ujistila o jejich anonymitě. Abych zajistila dostatečnou anonymitu, prováděla jsem dotazníkové šetření osobně. Klientům jsem rozdala dotazníky, které mi po vyplnění vrátili, a já s nimi odjela. Díky tomuto postupu nebylo možné, aby se data z dotazníků dostala například do rukou personálu nebo kohokoli jiného. V anonymitě jsem také ponechala zařízení, ve kterých jsem výzkum provedla. Myslím, že by nebylo v jejich zájmu, abych jejich výsledky porovnávala mezi sebou, protože by se mohly projevit případné rozdíly v jejich přístupu k dané problematice.

9.6 Metody analýzy dat

Data, která jsem sebrala pomocí dotazníku, jsem přepsala do programu Microsoft Excel, ve kterém jsem následně provedla jejich analýzu. Nejprve jsem ovšem musela dotazníky prohlédnout, abych zjistila, zda jsou všechny správně vyplněné. Během této kontroly jsem vyřadila přibližně 5 dotazníků, které nebyly řádně vyplněné, tudíž by nebylo možné je vyhodnotit. Nejčastěji se jednalo o to, že respondenti nejasně označili správnou odpověď. Pomocí programu Microsoft Excel jsem vytvořila kontingenční tabulky, které jsem poté okomentovala v mé práci.

10 Výsledky

Protože jsem se rozhodla zkoumat, zda dochází k odebrání řidičských průkazů u osob léčících se ze závislosti na návykových látkách, musela jsem nejprve oddělit ty respondenty, kteří nikdy neměli řidičské oprávnění. První způsob, kterým jsem mohla postupovat, bylo dát do podmínek účasti dotazníkového šetření vlastnictví (v současnosti nebo v minulosti) řidičského průkazu. Tento způsob jsem ovšem zavrhla, protože respondenti, kteří měli řidičské oprávnění, by se mohli bát, aby o něj nepřišli. Proto jsem zvolila druhou variantu, kterou bylo zeptat se respondentů na vlastnictví řidičského průkazu anonymně v dotazníku. Ti, kteří řidičské oprávnění nikdy nevlastnili, byli vyzváni, aby ukončili vyplňování dotazníku dříve.

Celkový počet respondentů, kteří vlastnili řidičské oprávnění, ať už v minulosti nebo v současnosti, byl 164. Jednalo se o 107 mužů a 57 žen. Nejvíce řidičů bylo ve věkové kategorii 31-45 let, jednalo se o 84 respondentů, 57 mužů a 27 žen. Naopak nejméně respondentů, kteří vlastnili řidičské oprávnění, bylo ve věkové kategorii 61 let a více, jednalo se o 5 řidičů, z toho 2 muže a 3 ženy (viz tabulka 8). Protože je výzkum zaměřen na odebrání řidičských průkazů, využila jsem ve výsledcích data, která se týkala pouze řidičů (a bývalých řidičů).

Tabulka 8 Počet respondentů, kteří vlastnili řidičské oprávnění

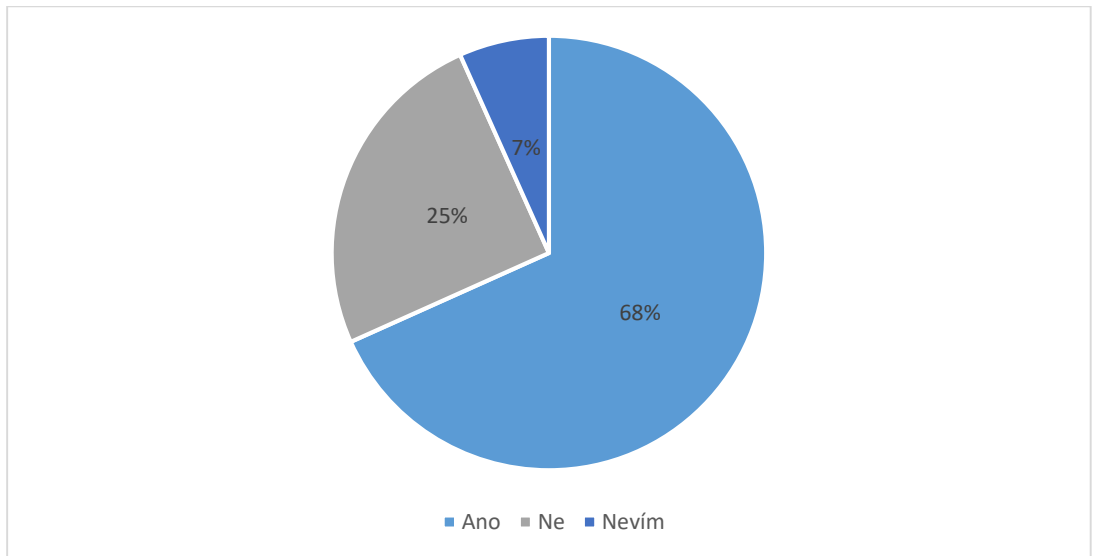
Věk	Počet mužů		Počet žen		Celkem	
18-30 let	15	9,15 %	7	4,27 %	22	13,41 %
31-45 let	57	34,76 %	27	16,46 %	84	51,22 %
46-60 let	33	20,12 %	20	12,20 %	53	32,32 %
61 a více	2	1,22 %	3	1,83 %	5	3,05 %
Celkem	107	65,25 %	57	34,75 %	164	100 %

10.1 Prevalence řízení pod vlivem návykových látek

Abych mohla porovnat počet respondentů, kterým byl odebrán řidičský průkaz s počtem, kteří řídili pod vlivem, zjišťovala jsem, jaká je prevalence řízení pod vlivem ve výzkumném souboru. Chtěla jsem vědět, jestli respondenti, kteří byli nahlášeni pro nezpůsobilost k řízení, někdy skutečně řídili pod vlivem návykových látek.

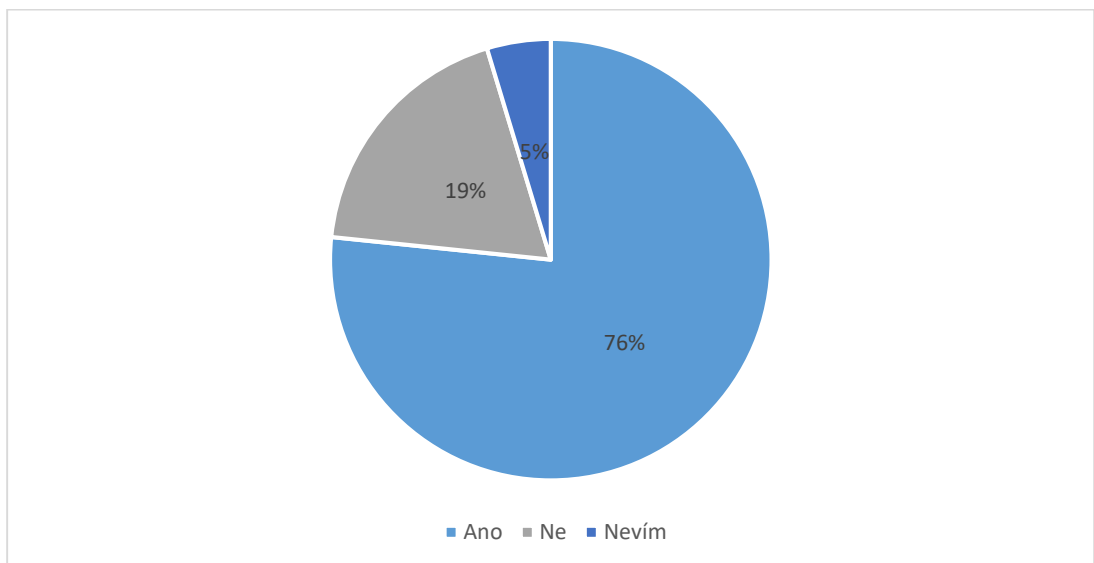
Z celkových 164 respondentů odpovědělo 112, že někdy řídili pod vlivem, dalších 11 si nebylo jistých, jestli někdy řídili pod vlivem a 41 odpovědělo, že pod vlivem alkoholu ani jiných drog nikdy neřídili (viz graf 1).

Graf 1 Prevalence řízení pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek

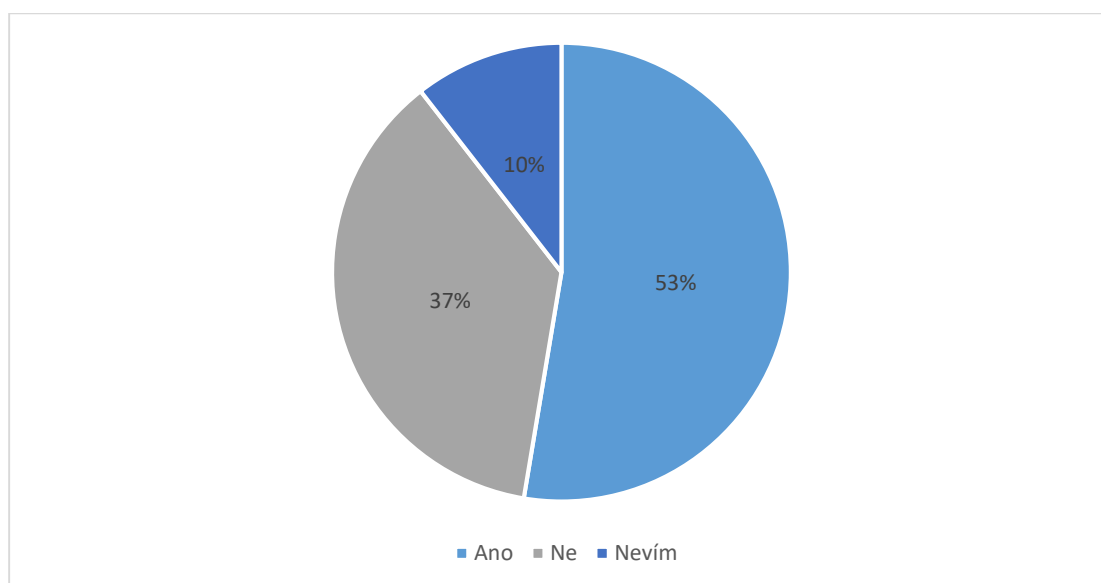


Prevalence řízení pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek byla u mužů vyšší o 26 % než u žen. Vyšlo to najevo při porovnání grafu 2 a grafu 3.

Graf 2 Prevalence řízení pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek u mužů



Graf 3 Prevalence řízení pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek u žen



Řidiče, kteří uvedli, že řídili pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek, jsem rozdělila podle věkových skupin (viz tabulka 9). V této tabulce jsem uvedla i počet v procentech z celkového počtu, aby bylo patrné, v jaké věkové skupině se řidiči dopouštěli nejčastěji jízdy pod vlivem. Nejčastěji tedy řídili pod vlivem řidiči ve věkové kategorii 18-29 let. Z celkových 22 řidičů v této skupině, uvedlo 16, že řídili pod vlivem alkoholu nebo drog, což bylo 72,72 %. Postupně s vyšším věkem se prevalence řízení pod vlivem snižovala. Ve skupině 61 a více bylo pouze 5 respondentů, ze kterých jen 1 odpověděl, že řídil pod vlivem alkoholu nebo návykových látek, což bylo 20 %.

Tabulka 9 Prevalence řízení pod vlivem podle věku řidičů

Věk	Počet řidičů	Řídilo pod vlivem	Řídilo pod vlivem v %
18–30 let	22	16	72,72 %
31–45 let	84	59	70,23 %
46–60 let	53	36	67,92 %
61 a víc	5	1	20 %
Celkem	164	112	68,29 %

10.2 Počet respondentů, kteří přišli o řidičské oprávnění

Z celkových 164 respondentů, kteří měli řidičské oprávnění, o něj přišlo 96 respondentů (58,54 %). Jednalo se o 72 mužů a 24 žen. V tabulce 10 jsem popsala, v kolika procentech došlo k odebrání řidičského oprávnění v jednotlivých kategoriích podle věku a pohlaví. Z celkových 107 mužů, kteří měli, řidičské oprávnění o něj přišlo 67,29 %. Z celkových 57 žen řidiček přišlo o řidičské oprávnění 42,11 %. U

mužů došlo v procentuálním zastoupení k nejvíce odebrání v kategorii 61 let a více, kdy 100 % mužů uvedlo, že jim byl odebrán řidičský průkaz. V této kategorii byli ovšem pouze 2 respondenti, tudíž výsledek není příliš relevantní. U mužů následovala kategorie 18-30 let, ve které uvedlo 73,33 % respondentů (z celkových 15), že přišli o řidičské oprávnění. Ve věkové kategorii muži 34-45 let o řidičský průkaz přišlo 68,42 % (z celkových 57 respondentů). V kategorii muži 46-60 let přišlo o řidičské oprávnění 60,61 % (z celkových 33 respondentů). Ženy (celkem 57) udaly ve 42,11 % procentech, že jim bylo odebráno řidičské oprávnění. Nejvíce žen tak odpovědělo v kategorii 61 a více, jednalo se o 66,67 %, v této kategorii ale byli jenom 3 respondentky. U žen následovala kategorie 31-45 let, ve které přišlo o řidičské oprávnění 51,85 % (z celkových 27). Naopak nejmenší procentuální zastoupení v odebrání řidičského průkazů bylo u kategorie ženy 46-60 let, kdy se jednalo o 25 % (z celkových 20 respondentek).

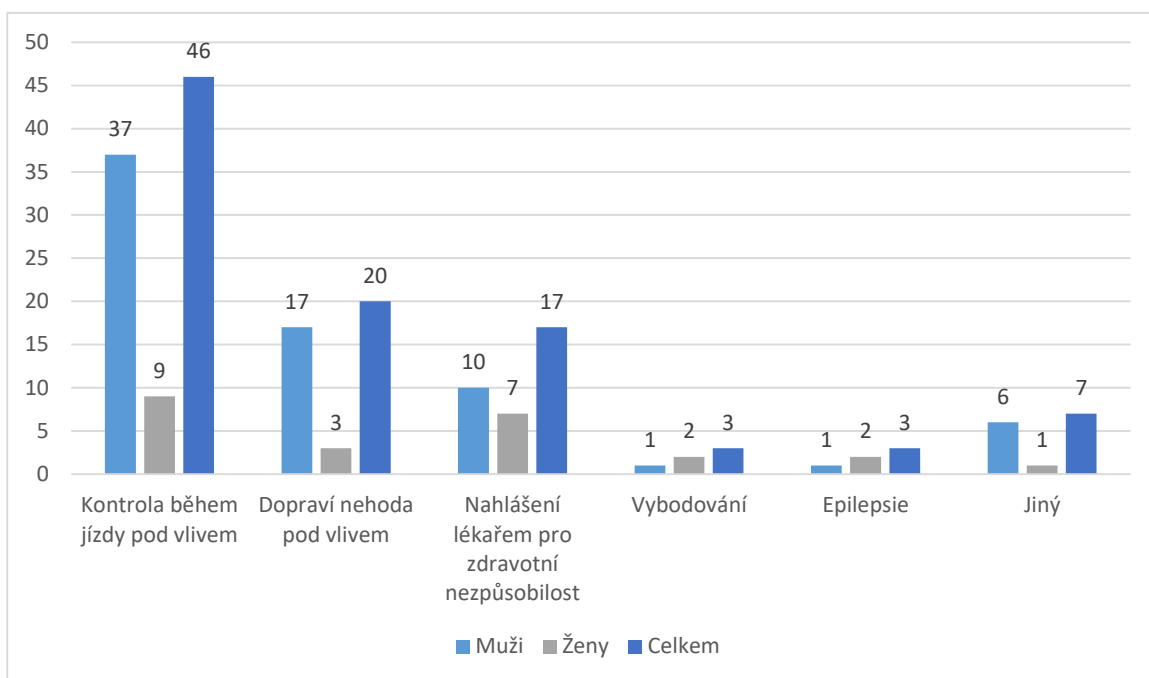
Tabulka 10 Míra odebrání řidičského oprávnění v procentuálním zastoupení

Věk	Počet mužů		Počet žen		Celkem	
18-30 let	11	73,33 %	3	42,86 %	14	63,64 %
31-45 let	39	68,42 %	14	51,85 %	53	63,10 %
46-60 let	20	60,61 %	5	25,00 %	25	47,17 %
61 a více	2	100 %	2	66,67 %	4	80,00 %
Celkem	72	67,29 %	24	42,11 %	96	58,54 %

O řidičské oprávnění přišlo celkem 96 dotazovaných. Jako nejčastější situace, která předcházela odebrání řidičského oprávnění, byla označována pozitivita při kontrole na přítomnost návykových látek (viz graf 4). Tímto způsobem přišlo o řidičský průkaz 46 respondentů. Druhým nejčastějším důvodem pro odebrání řidičského oprávnění bylo způsobení dopravní nehody pod vlivem návykové látky. Tuto možnost označilo 20 respondentů. Dalších 17 respondentů uvedlo jako důvod pro odebrání řidičského oprávnění nahlášení lékařem pro nezpůsobilost k řízení. Jednalo se o 10 mužů a 7 žen. Respondenti měli u této otázky možnost doplnit vlastní odpověď. Uváděli tyto odpovědi:

- „Epilepsie.“
- „Vybodování.“
- „Pobyt na záchytné stanici.“
- „Sám jsem odevzdal řidičský průkaz, když jsem si rozbil auto“

Graf 4 Důvod odebrání řidičského oprávnění



Pro větší přehlednost a snadnější ověření 2. hypotézy jsem vytvořila tabulku č. 11, která popisuje procentní rozložení mezi jednotlivými odpověďmi. Nejvíce respondentů uvedlo, že o řidičské oprávnění přišlo poté, co byli pozitivní v testování na návykové látky při silniční kontrole. Jednalo se o 47,92 % respondentů. Na druhém místě uváděli jako důvod odebrání řidičského průkazu, že způsobili dopravní nehodu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek, bylo to 20,83 % respondentů. Dalších 17,71 % přišlo o řidičské oprávnění, protože lékař oznámil, že nejsou zdravotně způsobilí k řízení motorových vozidel.

Tabulka 11 Důvod odebrání řidičského oprávnění včetně procentního rozložení

Důvod odebrání ŘP	Počet	Počet v %
Kontrola během jízdy pod vlivem	46	47,92 %
Dopravní nehoda	20	20,83 %
Nahlášení lékařem pro nezpůsobilost k řízení	17	17,71 %
Vybodování	3	3,13%
Epilepsie	3	3,13 %
Jiný	7	7,29 %
Celkem	96	100 %

Respondenti, kterým bylo odebráno řidičské oprávnění odpovídali na otázku, jak tuto situaci vnímali, měli na výběr z předepsaných možností, ale zároveň mohli

využit prostor pro vyjádření vlastního názoru. Z celkových 96 lidí, kterým byl odebrán řidičský průkaz, se 41 lidí po odebrání řidičského průkazu cítilo provinile. Dalších 25 respondentů vybralo možnost, že cítili zlost. Celkem 9 respondentů celou situaci vnímalo jako nespravedlivou. Dále 5 z celkového počtu vnímalo, že si odebrání řidičského průkazu zasloužili a 2 respondenti byli našťvaní sami na sebe (viz tabulka 12). Dalších 14 respondentů uvedlo buď jinou odpověď nebo zaškrtno variantu jinak, ale už nevyužili možnost vepsání vlastní odpovědi. Tyto odpovědi byli:

- „Bylo mi to jedno.“
- „Byl jsem v šoku.“
- „Nechtělo se mi používat jen MHD, protože jsem měl občas dost toho být v něm mezi lidmi.“
- „Brala jsem to jako motivaci k léčbě.“
- „Nikoho jsem neohrozila, ani neřídila pod vlivem. Byla jsem nešťastná a našťvaná.“
- „Uvědomil jsem si, že mám vážný problém a šel se léčit.“

Tabulka 12 Jak respondenti vnímali odebrání řidičského oprávnění

Vnímání odebrání ŘP	Počet	Počet v %
Bylo to nespravedlivé	9	9,38 %
Cítil se provinile	41	42,70 %
Cítil zlost	25	26,04 %
Bylo to spravedlivé	5	5,20 %
Našťvaný sám na sebe	2	2,08 %
Jiná odpověď	14	14,58 %
Celkem	96	100 %

10.3 Odebrání řidičského průkazu z důvodu nezpůsobilosti k řízení

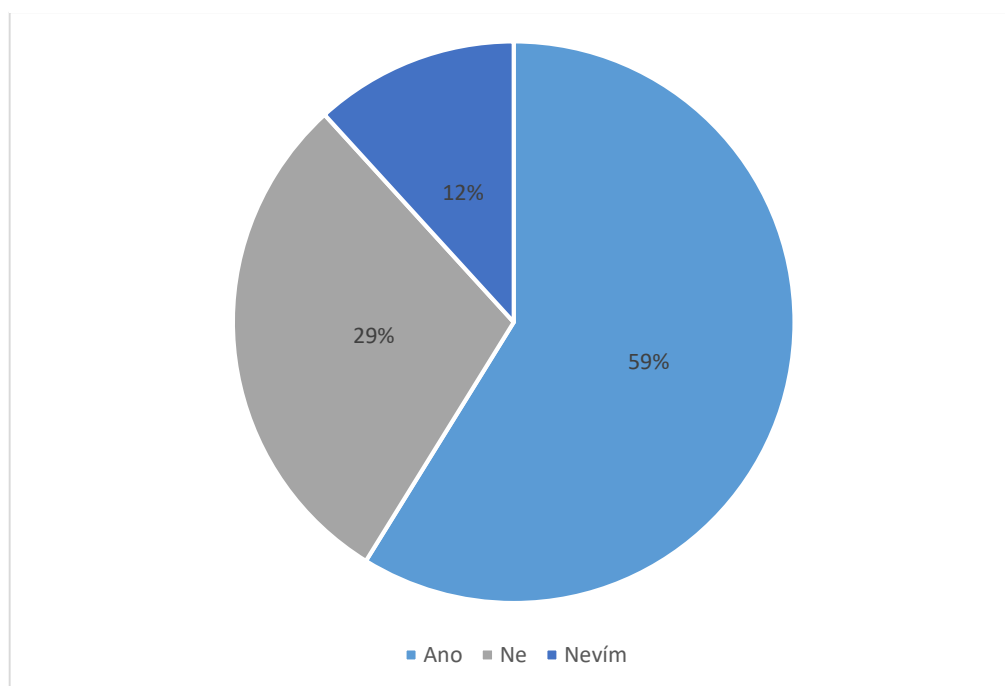
Celkem 17 respondentů přišlo o řidičské oprávnění v důsledku oznámení lékaře pro nezpůsobilost k řízení. V 10 případech se jednalo o muže a v 7 o ženy. Žádný z těchto respondentů nebyl ve věku od 18 do 30 let. Ve věkové kategorii 31-45 bylo 8 respondentů, 4 muži a 4 ženy. Dalších 6 spadalo do kategorie 46-60 let, jednalo se o 5 mužů a 1 ženu. Celkem 3 respondenti byli ve věku 61 a více, byl to 1 muž a 2 ženy (viz tabulka 13).

Tabulka 13 Odebrání řidičského oprávnění z důvodu nezpůsobilosti k řízení

Věk	Muži	Ženy	Celkem
18-30 let	0	0	0
31-45 let	4	4	8
46-60 let	5	1	6
61 a více	1	2	3
Celkem	10	7	17

Ze 17 respondentů, kteří byli nahlášeni pro nezpůsobilost k řízení, jich 5 nikdy pod vlivem návykových látek neřídilo, 10 respondentů odpovědělo, že pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky někdy řídilo. Další 2 respondenti udali, že neví, jestli někdy řídili pod vlivem (viz graf 5).

Graf 5 Prevalence řízení pod vlivem u těch, kteří byli nahlášeni pro nezpůsobilost k řízení



Tito respondenti také odpovídali na to, jak danou situaci vnímali (viz tabulka 14). Nejvíce z nich udalo, že se za to cítili provinile nebo se styděli, bylo to 6 respondentů. Další 3 vnímali celou situaci jako nespravedlivou a 3 byli naštvaní. Zbývajících 5 využilo možnost vepsat vlastní odpověď. Mezi těmito odpovědi bylo:

- „Brala jsem to jako fakt a motivaci k léčbě“
- „Byl jsem naštvaný sám na sebe“
- „Pochopil jsem to.“

Tabulka 14 Jak respondenti vnímali nahlášení pro nezpůsobilost k řízení

Vnímání situace	Počet
Bylo to nespravedlivé	3
Cítil/a jsem se provinile a styděl/a se	6
Byl/a jsem naštvaný/á	3
Jinak	5
Celkem	17

11 Ověření hypotéz

11.1 Hypotéza 1

Hypotéza 1: O řidičské oprávnění přišlo méně než polovina respondentů.

Abych mohla ověřit první hypotézu, musela jsem nejprve oddělit ty respondenty, kteří řidičské oprávnění nikdy neměli, tudíž o něj ani nemohli přijít. Celkový počet respondentů, kteří měli v současnosti nebo v minulosti řidičské oprávnění, byl 164. Ze 164 respondentů přišlo 96 (58,54 %) o řidičské oprávnění. Z toho vyplývá, že tato hypotéza byla vyvrácena.

11.2 Hypotéza 2

Hypotéza 2: K odebrání řidičského oprávnění z důvodu pozitivního testu na návykové látky docházelo častěji, než k odebrání na základě nahlášení lékaře pro ztrátu zdravotní způsobilosti k řízení.

Celkem 96 respondentů uvedlo, že přišli o řidičské oprávnění. Jako nejčastější důvod ztráty řidičského oprávnění uváděli právě silniční kontrolu, během které byli pozitivní na alkohol nebo jiné návykové látky. Jednalo se o 47,92 % (46 respondentů). Pouze 17,71 % udalo, že přišli o řidičské oprávnění po nahlášení lékaře pro nezpůsobilost k řízení. Rozdíl mezi těmito odpověďmi byl 30,21 %. Tato hypotéza se tedy potvrdila.

12 Diskuze

Výsledky mého výzkumu se určitě nedají zobecnit na populaci, protože výzkumný soubor není reprezentativní. Abych mohla označit výzkumný soubor jako reprezentativní, musel by obsahovat větší počet respondentů, kteří by pocházeli ze všech krajů a byli v nich rovnoměrně rozděleni. Rovněž zastoupení v jednotlivých kategoriích podle věku a pohlaví nebylo rovnoměrné. Abych zjistila, do jaké míry byl výzkumný soubor reprezentativní, rozhodla jsem se ho porovnat s počty lidí, kteří nastupují do léčby. Tyto data jsou dostupná ve výročních zprávách Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti. Procentuální zastoupení žadatelů o léčbu v kategoriích podle věku a pohlaví jsem porovnávala se zastoupením respondentů v jednotlivých skupinách podle věku a pohlaví. K tomuto srovnání jsem použila data z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2017. Tyto výpočty jsou pouze orientační, ale částečně mohou přiblížit, jestli je výzkumný vzorek reprezentativní. Zastoupení mužů a žen jsem uvedla v tabulce 15. Mého výzkumu se celkem účastnilo 235 respondentů, jednalo se o 150 mužů a 85 žen. Při procentuálním zobrazení jsou tato čísla srovnatelná s počtem dospělých mužů a žen, kteří nastupují do léčby. Pokud bych k těmto číslům připočítala ještě počet patologických hráčů, kteří se mého výzkumu neúčastnili, tak by se zastoupení mužů a žen ve výzkumném vzorku ještě více přiblížilo reálnému zastoupení mužů a žen v léčbě.

Tabulka 15 Zastoupení mužů a žen ve výzkumném vzorku

Pohlaví	Zastoupení ve výzkumném souboru		Zastoupení u žadatelů o léčbu	
Muži	150	63,83 %	5 509	69,23 %
Ženy	85	36,17 %	2 448	30,77 %
Celkem	235	100 %	7 957	100 %

Podobné srovnání jsem provedla u jednotlivých věkových skupin. Nejvíce se procentuální zastoupení respondentů a žadatelů o léčbu lišilo ve věkových skupinách 18-30 let a 46-60 let. V těchto skupinách se počet lišil přibližně o 10 %. Ve věkových skupinách 31-45 let a 61 a více byl rozdíl mezi respondenty a žadateli o léčbu přibližně 2 %. Do jisté míry je procentuální zastoupení ve výzkumném souboru srovnatelné s procentuálním zastoupením u žadatelů o léčbu. Výzkumný vzorek však není reprezentativní, protože zastoupení v jednotlivých kategoriích není přesné.

Tabulka 16 Zastoupení jednotlivých věkových skupin ve výzkumném vzorku

Věk	Zastoupení ve výzkumném souboru		Zastoupení u žadatelů o léčbu	
18-30 let	41	17,45 %	2 183	27,43 %
31-45 let	116	49,36 %	3 799	47,74 %
46-60 let	70	29,79 %	1 537	19,31 %
61 a více	8	3,4 %	438	5,50 %
Celkem	235	100 %	7 957	100 %

V této práci jsem také popsala počty smrtelných dopravních nehod pod vlivem alkoholu a jiných návykových látek. V České republice je alkohol příčinou přibližně 4 % smrtelných dopravních nehod. Například ve Finsku je alkohol na vině u 25 % smrtelných dopravních nehod, v Itálii je to 11 % a v Dánsku se jedná o 15 %. Centrum dopravního výzkumu zmiňuje, že v tom může hrát jistou roli fakt, že máme na rozdíl od mnoha jiných zemí nulovou toleranci k alkoholu v dopravě. V Brazílii zavedli v roce 2008 zákon, který nově udává rovněž nulovou toleranci k alkoholu v dopravě. Volpe, Ladeira a Fantoni (2017) publikovali výsledky evaluační studie, která měla za cíl porovnat úmrtnost při nehodách ve dvou časových liniích, před zavedením nulové tolerance a po jejím zavedení. Výsledkem této studie bylo, že neexistuje žádný důkaz o snížení počtu smrtelných dopravních nehod v souvislosti se zavedením nulové tolerance k alkoholu v dopravě. Tento výzkum by tedy mohl vyvracet teorii Centra dopravního výzkumu.

Při vyhodnocování výsledků jsem došla k zajímavému zjištění. Nešpor a Csémy (2008) zmiňují, že stávající právní úprava by mohla být jedním z faktorů, které mohou závislé odrazovat od léčby. V mém výzkumu bylo celkem 17 respondentů, kteří přišli o řidičské oprávnění z důvodu nahlášení lékaře pro ztrátu zdravotní způsobilosti k řízení. Při vyhodnocování výsledků výzkumu jsem zjistila, že někteří lidé mohou vnímat odebrání řidičského průkazu právě naopak a může je to motivovat k léčbě a jejímu dokončení. Celkem 2 respondenti tedy vyvraceli tuto teorii svými odpověďmi. Jeden z nich odpověděl, že když přišel o řidičské oprávnění, tak si uvědomil, že má vážný problém a šel se léčit, další dokonce uvedl, že ztráta řidičského oprávnění ho motivuje k dokončení léčby.

Vzhledem k tomu, že se mi nepodařilo dohledat práce jiných autorů, které by se zabývaly odebráním řidičských průkazů u závislých, rozhodla jsem se porovnat výsledky, které se týkají prevalence řízení pod vlivem alkoholu. Kaprasová (2013) ve své bakalářské práci popisuje řízení pod vlivem alkoholu u obecné populace a sestavuje profil rizikového řidiče. Z výzkumu jí vyšlo, že prevalence řízení pod vlivem u běžné populace je 61,4 %. Prevalence řízení pod vlivem u závislých na návykových látkách je 68 %. Je tedy přibližně o 7 % vyšší. Otázkou však je na kolik může být toto porovnání považované za relevantní, protože ani jeden z těchto

výzkumu nemá zcela reprezentativní výzkumný soubor. Myslím, že při případném dalším zkoumání by bylo vhodné zjistit, zda lidé, kteří jsou závislí na alkoholu nebo jiných drogách, řídí pod vlivem opakovaně, a případně jak často se to děje. Jelikož z výzkumu vyšlo najevo, že více než $\frac{2}{3}$ respondentů přišlo o řidičské oprávnění z důvodu dopravní nehody nebo jízdy pod vlivem návykových látek, předpokládám, že k řízení v tomto stavu došlo u mnoha respondentů opakovaně. Vzhledem k četnosti silničních kontrol nepředpokládám, že řidiči byli kontrolováni hned při jejich první jízdě pod vlivem. Jsou to ale jen moje úvahy a jak již bylo řečeno, bylo by třeba je ověřit dalším zkoumáním.

Při porovnání prevalence řízení pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek se ukázalo, že nejčastěji řídí pod vlivem mladí řidiči. Ve věkové skupině 18-30 let řídilo pod vlivem alkoholu nebo jiných drog 72,72 % řidičů. Tyto výsledky korespondují s daty v odborné literatuře. Právě mladí řidiči jsou považováni za nejrizikovější skupinu pro řízení pod vlivem. Uvádí to například Šucha, Šťastná a Zámečník (2017) nebo Hamerníková (2010). Mnoho výzkumů potvrzuje, že pro řízení pod vlivem alkoholu jsou více riziková muži. Italští autoři Cordellieri, Baralla, Ferlazzo, Sgalla, Piccardi a Giannini (2016) se zabývali genderovými rozdíly v řízení pod vlivem alkoholu. V jejich studii vyšlo najevo, že hlavní rozdíl spočívá v tom, že u žen jsou častější obavy z důsledků tohoto rizikového chování.

Z mého výzkumu vyšlo najevo, že u závislých dochází k odebrání řidičských průkazů pro nezpůsobilost k řízení, ale rozhodně to není pravidlem u každého, kdo nastoupí do léčby. Řidičské průkazy byly odebrány i některým respondentům, kteří nikdy pod vlivem návykových látek neřídili. Nabízí se tedy možnost dalšího výzkumu, který by mohl přiblížit faktory, které ovlivňují, u koho dojde k ohlášení pro nezpůsobilost k řízení. Bylo by možné to zkoumat například kvalitativním způsobem z pohledu lékařů.

Ke zkreslení celého výzkumu mohlo také dojít v případě, že respondenti neodpovídali pravdivě. I přes to, že byl dotazník anonymní a respondentům to bylo zdůrazněno, mohli otázky týkající se řidičského oprávnění v některých z nich vyvolat obavy, zda jim nebude hrozit odebrání řidičského oprávnění, když budou pravdivě odpovídat. To že respondenti nebudou odpovídat pravdivě, může být rizikem mnoha výzkumů. Jediný způsob, kterým je možné eliminovat nepravdivé odpovědi klientů, je zajistit respondentům anonymitu. Anonymitu respondentů jsem ošetřila a myslím, že jinak jsem jejich případným nepravdivým odpovědím zabránit nemohla.

V mém výzkumu mohlo dojít ke zkreslení vlivem špatně položené otázky v dotazníku. V otázce č. 8 jsem se ptala, za jakých okolností byl respondentovi odebrán řidičský průkaz, byli na výběr 4 možnosti. Možnost c. zněla: nahlášení lékařem pro nezpůsobilost k řízení. V této možnosti jsem měla specifikovat, že mám na mysli nahlášení pro nezpůsobilost k řízení z důvodu závislosti. Respondenti tuto odpověď mohli vybírat, pokud ztratili zdravotní způsobilost k řízení z jiných důvodů,

kteřé jsou popsány v příloze č. 3 vyhlášky č. 277/2004 Sb. Myslím, že také poslední otázku v dotazníku jsem mohla formulovat lépe. V této otázce jsem se ptala respondentů, jak se cítili, když jim byl odebrán řidičský průkaz a dala na výběr 4 možnosti. Poslední z nich byla prostorem pro respondentovu vlastní odpověď. Předpokládala jsem, že respondenti budou možnost vepsání vlastní odpovědi využívat častěji. Celkem 78,12 % respondentů vybralo jednu ze tří předepsaných možností a pouze 21,88 % respondentů využilo možnost uvedení vlastní odpovědi. Jelikož byla tato otázka zaměřená na subjektivní vnímání respondenta, přijde mi nepravděpodobné, aby se většina respondentů cítila tak, jak bylo na výběr ve třech možnostech. Pro respondenty bylo nejspíš snadnější označit jednu z předepsaných odpovědí, než vymýšlet vlastní. Myslím, že kdybych tuto otázku ponechala jako otevřenou, dostalo by se mi více různorodých odpovědí, které by pravděpodobně byli více pravdivé.

13 Závěr

V mé bakalářské práci jsem se zabývala tím, zda lékaři nahlašují své pacienty pro ztrátu zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel. Jelikož téma řízení pod vlivem alkoholu a jiných návykových látek považuji za poměrně významné, hned v úvodu teoretické části jsem se zabývala statistikami dopravních nehod způsobených pod vlivem návykových látek, aby přiblížila rozsah dopadů tohoto velmi nebezpečného chování. Dále jsem v teoretické části popsala schopnosti řidiče. V dalších kapitolách jsem se věnovala alkoholu, drogám a řízení. Popsala jsem účinky jednotlivých návykových látek ve vztahu k řízení. Přiblížila jsem tedy, jak tyto účinky ovlivňují schopnosti řidiče, které jsou popsány v předchozí kapitole. V následujících kapitolách jsem se zabývala tím, jak aktuální legislativa ukládá lékařům povinnost hlášení pacientů, u kterých zjistí, že mají řidičské oprávnění, ale nejsou způsobilí k řízení motorových vozidel. Popsala jsem, jak zákon vnímá zdravotní způsobilost k řízení a jakým způsobem dochází k jejímu posouzení. S ohledem na výzkumnou část, kde vyšla silniční kontrola během jízdy pod vlivem návykových látek jako nejčastější důvod k odebrání řidičského průkazu, jsem také zařadila kapitolu, která je o tom, jak probíhá testování na návykové látky během silniční kontroly, a jaké sankce za jízdu pod vlivem alkoholu nebo jiných drog hrozí. V závěru teoretické části jsem zařadila kapitolu, ve které jsem popsala proces navrácení řidičského oprávnění.

V další části jsem se věnovala popisu výzkumu, který jsem provedla ve čtyřech různých krajích, a měl celkem 235 respondentů. Cílem výzkumu bylo zjistit, v jaké míře dochází k odebrání řidičských průkazů u osob léčících se ze závislosti. Dále jsem chtěla objasnit, jestli se to děje na základě oznamovací povinnosti lékaře. Pro výzkum jsem stanovila dvě hypotézy, z nichž jednu jsem vyvrátila a jednu potvrdila. První hypotéza se týkala počtu respondentů, kteří přišli o řidičské oprávnění. Předpokládala jsem, že ztráta řidičského oprávnění se ukáže u méně než poloviny respondentů. Jelikož o řidičské oprávnění přišlo 58,54 % respondentů, tuto hypotézu jsem vyvrátila. Ve druhé hypotéze jsem se zaměřila na důvod ztráty řidičského oprávnění. Tvrdila jsem, že k odebrání řidičského průkazu kvůli řízení pod vlivem návykových látek bude docházet častěji než k odebrání kvůli ohlášení lékaře. Celkem 47,92 % respondentů uvedlo, že přišli o řidičský průkaz, protože byli kontrolováni při jízdě pod vlivem a 17,71 % respondentů odpovědělo, že jim bylo odebráno řidičské oprávnění, protože lékař oznámil, že nejsou způsobilí k řízení. Tuto hypotézu jsem tedy potvrdila.

14 Citovaná literatura

1. Alonso, F., Esteban, C., Useche, S., & Serge, A. (2017). Perception of the impact of certain health conditions on driving Performance. *Public Health Interantional*, 2 (1), 1 -7. Retrieved March 18, 2019 from https://www.researchgate.net/profile/Sergio_Useche/publication/312305124_Perception_of_the_Impact_of_Certain_Health_Conditions_on_Driving_Performance/links/5879199408ae9a860fe2c200/Perception-of-the-Impact-of-Certain-Health-Conditions-on-Driving-Performance.pdf
2. Blažejovský, M. (2015). *Drogy v dopravě*. Praha: Wolters Kuwer.
3. Bogstrand, S. T., Larsson, M., Holtan, A., Staff, T., Vindenes, V., & Gjerde, H. (2015). Associations between driving under the influence of alcohol or drugs, speeding and seatbelt use among fatally injured car drivers in Norway. *Accident Analysis & Prevention*, 78, 14-19. Retrieved March 21, 2019 from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001457515000457?via%3Dihub>
4. Centrum dopravního výzkumu. (2018, September 4). Návykové látky a jejich vliv na bezpečnost silničního provozu. Retrieved March 15, 2019 from <https://www.cdv.cz/tisk/navykovye-latky-a-jejich-vliv-na-bezpecnost-silnicniho-provozu/>
5. Cordellieri, P., Baralla, F., Ferlazzo, F., Sgalla, R., Piccardi, L., & Giannini, A. M. (2016). Gender Effects in Young Road Users on Road Safety Attitudes, Behaviors and Risk Perception. *Frontiers In Psychology*, 7, 1412. Retrieved April 20, 2019 from <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail/detail?vid=0&sid=d3fca317-e0ef-4c21-920d-e84f5ee56902%40pdc-v-sessmgr02&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=27729877&db=mdc>
6. Český statistický úřad. (2019, January 3). Nehody v silniční dopravě. Retrieved February 8, 2019 from https://www.czso.cz/csu/czso/nehody_v_doprave_casove_rady
7. Green, M. (2010). "How Long Does It Take to Stop?" Methodological Analysis of Driver Perception-Brake Times. *Transportation Human Factors*, 2 (3), 195-216. Retrieved March 25, 2019 from https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/STHF0203_1
8. Disman, M. (2002). Kulhavý poutník. In *Jak se vyrábí sociologická znalost* (p. 141). Praha: Karolinum.

9. Downey, L. A., King, R., Papafotiou, K., Swann, P., Ogden, E., Boorman, M., & Stough, C. (2013). The effects of cannabis and alcohol on simulated driving: Influences of dose and experience. *Accident Analysis & Prevention, 50*, 879-886. Retrieved March 15, 2019 from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001457512002709?via%3Dihub>
10. Hamerníková, V. (2010). Muži a ženy za volantem. In *Základy dopravní psychologie* (pp. 78-103). Brno: Národní centrum ošetrovatelství.
11. Hampl, K. (2009). Ovlivňování řidičů motorových vozidel návykovými látkami. *Alkoholismus a drogové závislosti, 44*(3), 153-162.
12. Havlík, K. (2005). Člověk v roli řidiče. In *Psychologie pro řidiče* (1st ed., pp. 11-37). Praha: Portál.
13. Kaprasová, K. (2013) *Řízení pod vlivem alkoholu u obecné populace*. (Bakalářská práce). Retrieved April 8, 2019 from <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/133142/?lang=en>
14. Minařík, J., & Kmoch, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In *Klinická adiktologie* (p. 51). Praha: Grada Publishing, a.s.
15. Ministerstvo vnitra České republiky. (2019). Evropská unie proti alkoholu za volantem. Retrieved March 18, 2019 from <https://www.mvcr.cz/clanek/evropska-unie-proti-alkoholu-za-volantem.aspx>
16. Neavyn, M. J., Blohm, E., Babu, K. M., & Bird, S. B. (2014). Medical Marijuana and Driving: a Review. *Journal of Medical Toxicology, 10*(3), 269-279. Retrieved March 25, 2019 from <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13181-014-0393-4>
17. Nešpor, K., & Csémy, L. (2008). Závislost na alkoholu a řízení motorového vozidla. *Adiktologie, 8* (3), 236-241.
18. Pokora, J., & Šťastný, V. (2002). Některé problémy spojené s posuzováním vlivu nealkoholových psychotropních látek na způsobilost k řízení motorového vozidla. *Alkoholismus a drogové závislosti, 37*(1), 57-61.
19. Polici ČR. (2018). Alkohol za volantem. Retrieved February 24, 2019 from https://www.policie.cz/clanek/alkohol-za-volantem-178658.aspx?fbclid=IwAR0h3uHveUcaDjD_ZTArUzz5P2-_DKUBiUxXB0mg7RWlwgIAi-qLoW33884
20. Popov, P. (2003). Rozdělení a účinky návykových. In *Drogy a drogové závislosti 1 : Mezioborový přístup* (p. 151). Praha: Úřad vlády České republiky.

21. Repando. (2018). Řízení pod vlivem drog a alkoholu. Retrieved February 24, 2019 from <https://www.repado.cz/projekt/rizeni-pod-vlivem-alkoholu-a-drog/>
22. Schulze, H., Schumacher, B., Urmeew, R., Auerbach, K., Alvarez, J., Bernhoft, I. M., ... Zlender, B. (2012). Summary. In *Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe - findings from the DRUID project* (pp. 6 -7). Retrieved March 25, 2019 from http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/743/TDXA12006EN_N_402402.pdf
23. Strand, M. C., Fjeld, B., Arnestad, M., & Mørland, J. (2013). Can Patients Receiving Opioid Maintenance Therapy Safely Drive? A Systematic Review of Epidemiological and Experimental Studies on Driving Ability With a Focus on Concomitant Methadone or Buprenorphine Administration. *Traffic Injury Prevention, 14*(1), 26-38.
24. Svetina, M. (2016). The reaction times of drivers aged 20 to 80 during a divided attention driving. *Traffic Injury Prevention, 17*(8), 810-814. Retrieved March 25, 2019 from <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15389588.2016.1157590>
25. Šucha, M., & Seidl, M. (2013). Psychické vlastnosti a funkce posuzované v dopravněpsychologickém vyšetření. In *Dopravní psychologie pro praxi* (pp. 44-46). Praha: Grada Publishing.
26. Šucha, M., & Šťastná, L. (2015). Chování účastníků dopravního provozu pod vlivem alkoholu. *Adiktologie, 15*(2), 175-182.
27. Šucha, M., Šťastná, L. & Zámečník, P. (2017). Osobnostní vlastnosti řidičů pod vlivem alkoholu. *Adiktologie, 17*(1), 34-44.
28. Švarc, J. (2014). Alkohol a drogy při řízení motorového vozidla a posouzení schopnosti řídit. *Psychiatrie pro praxi, 15*(3), 129-133.
29. Švarc, J. (2012). Povinnost oznamovat nezpůsobilost k řízení motorového vozidla obecnímu úřadu. Praktická doporučení. *Psychiatrie pro praxi, 13*(3), 136-137.
30. Velký lékařský slovník. Retrieved from March 11, 2019 <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/paranoidne-perzekuci>
31. Verster, J., Bervoets, A., Klerk, S., Vreman, R., Berend, O., Roth, T., & Brookhuis, K. (2014). Effects of alcohol hangover on simulated highway driving performance. *Psychopharmacology, 231*(15), 10. Retrieved March 15, 2019 from

<http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid,url&db=s3h&AN=97051791&lang=cs&site=ehost-live>

32. Volpe, F. M., Ladeira, R. M., & Fantoni, R. (2017). Evaluating the Brazilian zero tolerance drinking and driving law: Time series analyses of traffic-related mortality in three major cities. *Traffic Injury Prevention, 18*(4), 337-343. Retrieved April 20, 2019 from [https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4601/577/Zaostreno%20_na_drogy_200802_web.pdf](http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail/detail?vid=0&sid=f4531115-e07b-4157-b8db-db45d2e4db9a%40sessionmgr120&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=27588457&db=mdcVorel, F., & Vorlová, K. (2008). Vliv alkoholu u řidiče osobního automobilu na pravděpodobnost vzniku dopravní nehody. <i>Adiktologie, 8</i> (3), 208-215.33. Vorlová, K. (2008). Drogy, alkohol a řízení. <i>Prevence úrazů, otrav a násilí, 48</i>(3), 66-67.34. <i>Vyhláška č. 277/2004 Sb., o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel.</i>35. <i>Zákon č. 40/2009 Sb. trestní zákoník</i>36. <i>Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách pozdějších zákonů.</i>37. Zaostřeno na drogy. (2008). Drogy a řízení. Retrieved February 24, 2019 from <a href=)
38. Zaostřeno na drogy. (2018). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017. Retrieved February 24, 2019 from https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32962/837/VZdrogy2017_web181207.pdf

15 Přílohy

15.1 Příloha č. 1: Dotazník

1. Pohlaví
 - a. Muž
 - b. Žena
2. Věk
 - a. 18-30
 - b. 29-45
 - c. 46-60
 - d. 61 a více
3. Řídil/a jste někdy pod vlivem alkoholu nebo jiných drog?
 - a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevím, nejsem si jistý (např. zbytkový alkohol)
4. Jste vlastníkem řidičského průkazu nebo jste ho alespoň někdy v minulosti vlastnil/a ?
 - a. Ano
 - b. Ne

(pokud je odpověď na otázku č. 4 NE, dále nevyplňujte)

5. Jak často řídíte nebo jste řídil/a v době, kdy jste měl/a řidičský průkaz?
 - a. Téměř každý den (4krát a vícekrát týdně)
 - b. Alespoň jednou týdně
 - c. 2-3 krát do měsíce
 - d. Méně často
6. Používáte před jízdou alkohol tester?
 - a. Ano, pravidelně
 - b. Párkrát jsem ho použil/a
 - c. ne
7. Byl Vám někdy řidičský průkaz odebrán?
 - a. Ano
 - b. Ne

(pokud je odpověď na otázku č. 7 NE, dále nevyplňujte)

8. Pokud vám byl řidičský průkaz odebrán, za jakých okolností k tomu došlo?
 - a. Dopravní nehoda pod vlivem
 - b. Kontrola policií během jízdy pod vlivem
 - c. Nahlášení lékařem pro nezpůsobilost k řízení
 - d. Jiný:
9. Jak jste se cítil/a, když vám měli řidičský průkaz odebrat?
 - a. Cítil/a jsem zlost, vztek
 - b. Přišlo mi to nespravedlivé
 - c. Cítil/a jsem se provinile, styděl/a jsem se
 - d. Jinak:

15.2 Příloha č. 2: Seznam tabulek

Tabulka 1 Nehody pod vlivem alkoholu v ČR	11
Tabulka 2 Počet nehod pod vlivem drog v ČR	12
Tabulka 3 Zvýšené riziko vzniku dopravní nehody podle množství alkoholu	15
Tabulka 4 Vliv alkoholu na schopnost řídit motorové vozidlo	17
Tabulka 5 Sankce za řízení pod vlivem návykových látek	25
Tabulka 6 Rozdělení respondentů podle věku a pohlaví	29
Tabulka 7 Počet respondentů, kteří měli řidičské oprávnění podle věku.....	29
Tabulka 8 Počet respondentů, kteří vlastnili řidičské oprávnění	31
Tabulka 9 Prevalence řízení pod vlivem podle věku řidičů.....	33
Tabulka 10 Míra odebrání řidičského oprávnění v procentuálním zastoupení	34
Tabulka 11 Důvod odebrání řidičského oprávnění včetně procentního rozložení	35
Tabulka 12 Jak respondenti vnímali odebrání řidičského oprávnění.....	36
Tabulka 13 Odebrání řidičského oprávnění z důvodu nezpůsobilosti k řízení	37
Tabulka 14 Jak respondenti vnímali nahlášení pro nezpůsobilost k řízení	38
Tabulka 15 Zastoupení mužů a žen ve výzkumném vzorku	40
Tabulka 16 Zastoupení jednotlivých věkových skupin ve výzkumném vzorku	41

15.3 Příloha č. 3: Seznam grafů

Graf 1 Prevalence řízení pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek.....	32
Graf 2 Prevalence řízení pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek u mužů	32
Graf 3 Prevalence řízení pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek u žen	33
Graf 4 Důvod odebrání řidičského oprávnění	35
Graf 5 Prevalence řízení pod vlivem u těch, kteří byli nahlášení pro nezpůsobilost k řízení	37

**Univerzita Karlova v Praze, 1.
lékařská fakulta Kateřinská 32, Praha 2**

Prohlášení zájemce o nahlédnutí

**do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v
Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis