

UNIVERZITA KARLOVA
FARMACEUTICKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
KATEDRA BIOLOGICKÝCH A LÉKAŘSKÝCH VĚD



DIPLOMOVÁ PRÁCE

ADHD V DOSPĚLOSTI – KVALITA ŽIVOTA
ADHD IN ADULTHOOD – QUALITY OF LIFE

KAROLÍNA ČESLOVÁ

Vedoucí diplomové práce: doc. MUDr. JOSEF HERINK

HRADEC KRÁLOVÉ, 2022

Prohlašuji, že tato diplomová práce je mým původním autorským dílem. Literatura a další zdroje, ze kterých jsem při zpracování čerpala, jsou uvedené v seznamu použité literatury a v práci řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného anebo stejného titulu.

V Hradci Králové, srpen 2022

Karolína Česlová

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu doc. MUDr. Josefovi Herinkovi, DrSc. za odbornou pomoc, veškeré rady při zpracování práce a také za ochotu a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat paní MUDr. Halce Korcové, paní MUDr. Věře Bartůňkové a panu Mgr. Kamilovi Naščakovi za obrovskou pomoc a realizaci praktické části této práce. Dále bych chtěla poděkovat panu Assoc. Prof. Dipl. - Math. Erikovi Jurjen Duintjer Tebbensovi, Ph.D., který mi pomohl při zpracování praktické části. Moc děkuji svým přátelům za korektury v práci, nejvíce Maťovi.

Chtěla bych také poděkovat Honzovi za to, jaký je. Za inspiraci, možnost nahlédnout do celé problematiky ADHD a život s ním, který vydá za mnohem víc, než jakékoli přečtení všeho, co bylo o ADHD dosud napsáno. Bez něj by tato práce nevznikla, protože bych i já patřila k těm, kteří mají za to, že ADHD se týká pouze neposlušných dětí ve škole.

Velký dík patří mé rodině, hlavně mým rodičům a sestře za dlouholetou podporu a trpělivost.

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou) v dospělé populaci s cílem zjistit, jakým způsobem se projevuje tato porucha v každodenním životě dospělého jedince, zda mu jej ovlivňuje a v jaké míře. Formou strukturovaného dotazníku s možnostmi výběru byly získány informace od 37 již diagnostikovaných dospělých žen a mužů, kteří se do výzkumu dobrovolně zapojili. Získané poznatky pak byly zhodnoceny, porovnány s dostupnými informacemi a přispěly i k odpovědím na otázky, nad kterými jsem se zamýšlela již dříve. Díky odpovědím a jejich bližšímu zkoumání od takto diagnostikovaných osob, se ukazuje, že tato porucha jim do běžného života zasahuje, ovlivňuje jejich počínání i samotnou kvalitu života. Samotné povědomí jak laické, tak zčásti i odborné veřejnosti, o ADHD v dospělosti je stále poměrně nízké

Abstract

The thesis deals with the issue of ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) in the adult population with the aim of finding out how this disorder manifests itself in the everyday life of an adult, whether it affects him/her and to what extent. Information was obtained from 37 already diagnosed adult men and women who voluntarily participated in the research in the form of a structured multiple-choice questionnaire. The findings gathered were then evaluated, compared with available experience and also contributed to answering the questions I had previously considered. Thanks to the answers and its closer examination from the people so diagnosed, it appears that this disorder interferes with their daily lives, affecting their actions and their very quality of life. Awareness of ADHD in adulthood among both the general public and, to some extent, the professional public is still relatively low.

Obsah

ÚVOD	8
1. PORUCHA POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU (ADHD).....	9
1.1. VYMEZENÍ POJMU A SOUČASNÁ TERMINOLOGIE	9
1.2. ETIOLOGIE ADHD.....	10
1.3. DIAGNOSTIKA ADHD	11
2. ADHD V DOSPĚLOSTI	16
2.1. PROJEVY ADHD V DOSPĚLOSTI	17
2.2. DIAGNOSTIKA ADHD V DOSPĚLOSTI	19
2.3. LÉČBA ADHD V DOSPĚLOSTI.....	21
PRAKTICKÁ ČÁST	25
3. VÝZKUMNÝ PROBLÉM	25
4. CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	25
5. POPIS VÝZKUMU.....	26
5.1. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	27
5.2. ETIKA VÝZKUMU	27
6. VÝSLEDKY	28
6.1 První otázka	28
6.2 Druhá otázka	29
6.3 Třetí otázka	30
6.4 Čtvrtá otázka	31
6.5 Pátá otázka	33
6.6 Šestá otázka.....	34
6.7 Sedmá otázka	35
6.8 Osmá otázka.....	36
6.9 Devátá otázka.....	37
6.10 Desátá otázka	38
6.11 Jedenáctá otázka.....	40
6.12 Dvanáctá otázka	42
6.13 Třináctá otázka.....	44

6.14	Čtrnáctá otázka.....	45
6.15	Patnáctá otázka.....	47
6.16	Šestnáctá otázka	48
6.17	Sedmnáctá otázka.....	49
6.18	Osmnáctá otázka	50
6.19	Devatenáctá otázka	52
6.20	Dvacátá otázka	53
6.21	Dvacátá první otázka.....	55
6.22	Dvacátá druhá otázka	56
6.23	Dvacátá třetí otázka.....	58
6.24	Dvacátá čtvrtá otázka	59
7.	KOMENTÁŘ K VÝSLEDKŮM	60
8.	DISKUSE	64
9.	SOUHRN A ZÁVĚR.....	67
10.	POUŽITÁ LITERATURA	69
	PŘÍLOHA 1	73
	PŘÍLOHA 2	79

Úvod

Problematika ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou) v obecné rovině, je ve společnosti poměrně známá. Samotná zkratka většině lidí něco říká, někde ji už zaslechli. O ADHD v dětství vzniklo již nespočet publikací, knih, přednášek, studií. Diagnostika této poruchy v dětství tak není nic neznámého. Pokud se ale posuneme v čase a podíváme se na stejnou problematiku v dospělé populaci, situace je v současnosti poměrně odlišná. O ADHD v dospělosti se mluví o poznání méně, najít relevantní informace také není tak jednoduché, pokud bychom se chtěli zaměřit na určitou diskusi na toto téma ve společnosti, ADHD v dospělosti již není tak probírané, známé. Velká část z nás pravděpodobně zná ve svém okolí dítě s diagnostikovaným ADHD, najít dospělého člověka, který byl odborně diagnostikován, léčí se a nějakým způsobem tento problém vědomě řeší, už ale tak snadné není.

Práce je rozdělena na dvě části. Jako první je teoretická část, na ní navazuje část praktická. Teoretická část je pak také rozdělena do dvou celků. První seznamuje čtenáře s problematikou ADHD, vymezuje pojem jako takový, informuje o etiologii onemocnění, a dále se zabývá diagnostikou v obecné rovině jak u dětí, tak u dospělé populace. Druhá podkapitola teoretické části již cílí na problematiku ADHD v dospělosti, zabývá se projevy tohoto onemocnění, které jsou typické pro dospělé jedince, dále pak poukazuje na diagnostiku specificky v dospělosti. Navazuje léčba ADHD, respektive její relativně omezené možnosti.

Praktická část představuje vlastní výzkumný projekt. Seznamuje čtenáře s cílem výzkumu, jeho popisem, výzkumnými otázkami a s výsledky výzkumu. Výsledky dotazníku jsou rozděleny na jednotlivé otázky, součástí je i grafické znázornění. Následuje komentář k výsledkům, pak diskuse a shrnutí se závěrem, součástí je i vyslovení se k výzkumným otázkám. Navazují sekce s použitou literaturou a přílohy práce.

1. Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD)

ADHD patří mezi nejčastější neuropsychické poruchy dětského věku a přetrvává ve většině případů do dospělosti (Masopust a kol., 2014). Odhaduje se, že ADHD postihuje kolem 5 % dětí (Friedman a Rapoport, 2015). Povědomí o tom, že se nejedná výhradně o poruchu v dětském věku, ale že symptomy ve stejné nebo jiné intenzitě či manifestaci přetrvávají i do dospělého věku, předkládá několik studií (Ptáček a Ptáčková, 2018).

ADHD je poruchou, která je mimořádně variabilní ve všech ohledech – v příčinách, projevech, vývoji, reakci na léčbu atp. Zatímco u některých osob jsou zjištěny předpokládané genetické souvislosti, přesto se u nich symptomatika ADHD neprojeví, u jiných je tomu naopak. U řady dětí a dospělých s ADHD může mít tato porucha velmi negativní vliv na jejich sociální adaptaci a kvalitu života, u některých tomu tak není. ADHD tedy není v žádném případě statickou diagnostickou jednotkou, ale snahou o kategorizaci velmi variabilní skupiny příčin a projevů (Ptáček a Ptáčková, 2018).

Cílem této kapitoly je shrnout základní fakta o ADHD, poukázat na etiologii, symptomatiku onemocnění, zařazení ADHD do klasifikačních systémů duševních poruch, se kterými samozřejmě souvisí diagnostika, resp. diagnostická kritéria obecně – jak u dětí, tak v dospělé populaci. ADHD v dospělosti je pak věnována obsáhlejší druhá kapitola, která je zaměřena a poukazuje na projevy v dospělosti, odlišnosti oproti dětskému věku, možnosti léčby dospělých, stejně jako dopady na běžné fungování dospělých jedinců.

1.1. Vymezení pojmu a současná terminologie

ADHD je anglická zkratka neurovývojové poruchy s názvem Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Přeloženo do češtiny jde o hyperaktivitu s poruchou pozornosti (Kendíková, 2019). Odborná terminologie v oblasti hyperaktivity a poruch osobnosti historicky prošla řadou proměn. ADHD dříve neslo označení lehká mozková dysfunkce (light brain damage, česky LMD), s kterým se dnes již také nesetkáme (Ptáček a Ptáčková, 2018).

Současná terminologie označuje tuto poruchu jako ADHD nebo hypokinetický syndrom (Závěrková, 2018). Podle amerického Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí, 5. revize (DSM 5), se ADHD řadí do skupiny neurovývojových poruch, jejichž hlavními symptomy jsou nepozornost a/nebo hyperaktivita a impulzivita. Je to

porucha, u které není jen opožděný či nerovnoměrný vývoj centrálního nervového systému (CNS), ale je zde patrné i jeho odlišné fungování (Žáčková a Jucovičová, 2017).

V dětství je ADHD diagnostikována 3-5 x častěji u chlapců než u dívek (incidence 3:1), v dospělosti se však poměr vyrovnává (Masopust a kol., 2014). Všechny zdroje se shodují na tom, že ve 40–50 % porucha přechází do dospělosti, u dospívajících se vyskytuje až v 80 % (Závěrková, 2018).

1.2. Etiologie ADHD

Přesné příčiny rozvoje ADHD nejsou doposud plně objasněny. Je však zřejmé, že na rozvoji poruchy se podílí celá řada faktorů (Ptáček a Ptáčková, 2018). V určitém poměru se zde uplatňuje faktor dědičnosti i faktor prostředí (Žáčková a Jucovičová 2017).

Odhady dědičnosti tohoto onemocnění se liší podle toho, jaký způsob zjišťování je vybrán. Výsledky sedm let staré studie možného podílu dědičnosti této poruchy uvádí, že se jedná o široké rozpětí od 30 do 80 % (Brikell a kol., 2015). Studie s jednovaječnými dvojčaty prokázaly trvale vysokou míru shody (68-81 %), příbuzní prvního stupně však mají pouze mírné riziko manifestace ADHD (přibližně 20 %).

Významnou roli v etiologii ADHD také hrají enviromentální rizikové faktory. Patří mezi ně prenatální a perinatální faktory – medikamentózní léčba v těhotenství, alkohol, kouření, drogy, komplikované a stresující těhotenství/porod, předčasný porod (Neurobiology ADHD, 2020). Dále pak nízká porodní hmotnost, kdy jako škodlivější se ukazuje chronická hypoxie než její krátkodobý nedostatek (Goetz a Uhlíková, 2009).

Teorie o vlivu nevhodné či nedostatečné stravy (zejména nadbytek přijímání cukru) v dětství nebo v těhotenství matky nebyly nikdy objektivně potvrzeny jako příčiny vzniku ADHD (Hubáček, 2014).

Trendem v současnosti je sledovat příčiny ADHD na neurobiologické úrovni. Existuje mnoho studií, které se zabývají strukturálními, funkčními změnami a změnami na úrovni neuronové transmise, jako příčiny vzniku symptomů ADHD (Ptáček a Ptáčková, 2018). Empirické poznatky z neurobiologických studií naznačují, že spíše než změny v nervovém přenosu na molekulární úrovni, je porucha spojena s dysfunkcí vzájemné koordinace různých funkčních systémů CNS, včetně dopaminergních, adrenergních a serotonergních (Hicran a

kol., 2021). Mezi oblasti mozku, které se podílejí na patogenezi ADHD, patří prefrontální mozková kůra, mozeček, parietální kůra, temenní mozkový lalok a bazální ganglia (Neurobiology ADHD, 2020).

Z již zmíněného vyplývá, že příčiny vzniku ADHD nejsou doposud jednoznačně průkazné. Konzistentní jsou však následující zjištění:

- u většiny osob trpících ADHD se vyskytují změny v oblasti anatomie nebo fyziologie mozku
- ADHD má genetickou komponentu nebo se na rozvoji poruchy alespoň podílejí genetické faktory
- při projevech ADHD hraje roli prostředí
- prenatální expozice toxinům může vysvětlit některé případy ADHD, ale nejví se jako primární příčina všech případů ADHD (Ptáček a Ptáčková, 2018)
- spíše se zdá, že ADHD je způsobena interakcí velkého počtu genů s menšími účinky v kombinaci s enviromentálními vlivy, a to vše dohromady hraje významnou roli v patogenezi ADHD (Neurobiology ADHD, 2020)

1.3. Diagnostika ADHD

ADHD bývá diagnostikována nejčastěji v dětství (Čermáková a kol, 2013). Nicméně nejde jen o poruchu typickou pro dětský věk, ale poruchu, která se může projevovat během celého života, ale její počátek je i podle DSM-5 v dětství (Ptáček a Ptáčková, 2018).

Vyšetření ADHD u dětí probíhá v rámci škol, konkrétně pedagogicko-psychologických poraden, popř. speciálně pedagogických center. Školská poradenská zařízení dále doporučují pro potvrzení diagnózy spolupráci s dětským psychiatrem nebo neurologem. U dospělých je prováděno zpravidla psychiatrem nebo klinickým psychologem. Nejvýhodnější je však spolupráce obou (Žáčková a Jucovičová, 2017)

Diagnostická kritéria podle DSM-5 jsou stejná jak pro dětskou, tak dospělou populaci. Liší se však minimální množství příznaků, které musí být splněny pro udělení diagnózy ADHD v dětství a dospělosti. V případě dětí, musí přetrvávat šest a více příznaků z obou kategorií (viz. níže v tabulce) po dobu delší než šest měsíců a jsou takového stupně, který neodpovídá vývojové úrovni jedince, a mají přímý negativní dopad na sociální nebo

školní/pracovní aktivity. Pro starší adolescenty a dospělé (17 let a starší) je požadována přítomnost nejméně pěti příznaků.

Diagnostická kritéria ADHD podle DSM-5 lze shrnout v následujících bodech:

A. 6 a více (pro děti) nebo 5 a více (pro jedince ≥ 17 let) z následujících příznaků NEPOZORNOSTI (1) a/nebo HYPERAKTIVITY A IMPULZIVITY (2), které přetrvávají po dobu ≥ 6 měsíců a mají negativní dopad na vývoj, fungování a sociální, vzdělávací nebo pracovní aktivity:

1. Nepozornost

- a. Často není schopen se soustředit na detaily nebo dělá chyby z nepozornosti ve školních úlohách, v práci nebo při jiných aktivitách (např. přehlíží nebo vynechává detaily, práce je nepřesná).
- b. Často má problémy udržet pozornost na úkoly nebo při herních činnostech (např. má obtíže zůstat soustředěný na přednášky, rozhovory nebo delší čtení).
- c. Často vypadá, že neposlouchá, když je přímo osloven (např. je myšlenkami jinde i v nepřítomnosti zjevné příčiny rozptýlení).
- d. Často nesleduje instrukce do konce a není schopen dokončit školní úkoly, domácí práce nebo pracovní povinnosti (např. začne plnit úlohy, ale rychle ztrácí pozornost a snadno se nechá rozptýlit).
- e. Často má problémy organizovat úkoly a aktivity (např. obtíže zvládat následné úlohy; obtíže udržet si pořádek v materiálech a osobních věcech; nepořádný; dezorganizovaná práce; nezvládá organizaci času; nestíhá termíny).
- f. Často se vyhýbá, nemá rád nebo je neochotný plnit úlohy, které vyžadují setrvalé duševní úsilí (např. školní nebo domácí úkoly; u starších adolescentů a dospělých příprava zpráv, vyplňování formulářů, kontrola dlouhých článků).
- g. Často ztrácí věci potřebné pro úkoly nebo aktivity (např. školní materiály, tužky, knihy, pomůcky, peněženky a doklady, klíče, dokumenty, brýle, mobilní telefony).

- h. Často je rozptýlen zevními stimuly (u starších adolescentů a dospělých to mohou být i nesouvisející myšlenky).
- i. Při denních činnostech je často zapomnětlivý (např. udělat domácí práce, povinnosti; u starších adolescentů a dospělých zavolat nazpátek, zaplatit účty, dodržet schůzky).

2. Hyperaktivita a impulzivita

- a. Často se ošívá nebo poklepává rukama nebo se vrtí na židli.
- b. Často vstává ze židle v situacích, kdy se očekává, že by měl zůstat sedět (např. opouští svoje místo ve třídě, v kanceláři nebo jiném pracovišti nebo v jiné situaci, která vyžaduje zůstat na místě).
- c. Často běhá nebo šplhá v situacích, kdy to je nevhodné. (Poznámka: u adolescentů a u dospělých se může omezit na pocit neklidu.)
- d. Často je neschopen si tiše hrát nebo tiše trávit volný čas.
- e. Často je v poklusu, chová se jako by byl „poháněn motorem“ (např. nedokáže nebo mu je nepohodlné zůstat delší dobu v klidu např. v restauracích, na schůzkách; ostatní jej mohou vnímat jako neklidného, někoho, s kým je těžké udržet krok).
- f. Často nadměrně hovoří.
- g. Často vyhrkne odpověď ještě dříve, než byla otázka dokončena (např. dokončuje věty za druhé; nedokáže čekat, až na něj v rozhovoru dojde řada).
- h. Často má obtíže čekat, až na něj dojde řada (např. při čekání ve frontě).
- i. Často přerušuje nebo ruší druhé (např. se plete do rozhovoru, her nebo aktivit; může používat věci druhých bez dovolení; adolescenti nebo dospělí se vetrou nebo přebírají to, co dělají druzí).

B. Několik příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity – impulzivity bylo přítomno již před 12. rokem věku.

C. Několik příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity – impulzivity je přítomno ve dvou nebo více prostředích (např. doma, ve škole, v práci; s přáteli nebo příbuznými; při jiných činnostech).

- D. Existuje jasný důkaz, že příznaky narušují nebo snižují kvalitu sociálního, akademického nebo profesionálního fungování.
- E. E. Příznaky se nevyskytují výlučně v průběhu schizofrenie nebo jiné psychotické poruchy a nelze je lépe vysvětlit jinou duševní poruchou.

(Masopust a kol., 2014)

Behaviorální kritéria jsou rozdělena do tří kategorií: Nepozornost, Hyperaktivita a Impulzivita. Devět kritérií zahrnutých pod kategorií Nepozornost obsahuje primární problémy s pozorností (např. špatné vnímání detailů) a sekundární účinky nepozornosti (např. ztrácení nezbytných věcí). Devět kritérií v kategorii Hyperaktivita a Impulzivita zahrnuje motorické (např. vrtění rukama nebo nohama) i verbální projevy (např. vyhrknutí odpovědi bez rozmyslu). Všechny 18 slov obsahuje slovo „často“, které naznačuje, že symptomy, které se objevují pouze příležitostně, nepoukazují na diagnózu ADHD (Ptáček a Ptáčková, 2018).

K projevům těchto symptomů musí navíc děti, mladiství či dospělí splňovat kritéria, kterými jsou věk při manifestaci poruchy, viditelné maladaptace a přetrvávající charakter. Některé aspekty ADHD musí být přítomny před dvanáctým rokem života, dokonce i když není patrný komplexní projev (Ptáček a Ptáčková, 2018). Protože určité symptomy ADHD by mohly být považovány za projevy „neklínické“ (tedy vyskytující se i u intaktní populace, jako je prokrastinace, zapomnětlivost apod.), je v DSM-5 ošetřena tato skutečnost tím, že se problémy ADHD musí vyskytovat alespoň ve dvou odlišných prostředích (doma, ve škole, v práci apod.) a mít jasný dopad na kvalitu sociální, školní či pracovní oblasti (Miovský, 2018).

Syndrom ADHD obsahuje tři subtypy a podle převahy zastupujících projevů se dělí na ADHD s převažující poruchou pozornosti, ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou a kombinovaný typ (Čermáková a kol., 2013). DSM-5 definuje rovněž tři úrovně intenzity: mírná – střední – závažná, které se určují dle narušení sociálního, školního a pracovního fungování. Definována je také kategorie částečné remise, která se určuje, pokud byla v minulosti kritéria splněna zcela, během předchozích měsíců splněna částečně, ale symptomy ještě stále způsobují narušení v oblasti sociálního, školního nebo pracovního fungování (Ptáček a Ptáčková, 2018). Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) se užívá také termín hyperkinetický syndrom se dvěma subtypy – porucha pozornosti a aktivity a

hyperkinetická porucha chování, která již bývá komplikovanější, přidružují se potíže v oblasti chování např. agresivita, či opoziční chování (Závěrková, 2018).

První typ s převažující poruchou pozornosti, který je v populaci zastoupen přibližně v 30 %, bývá charakterizován výpadky pozornosti takového rázu, že jedinci působí jako duchem nepřítomní. Časté jsou potíže s pamětí, zapomínání na plnění denních povinností, roztržitost a netrpělivost, typické je vyhýbání se úkolům, které vyžadují trvalejší mentální úsilí, snížená schopnost až neschopnost organizace činností, své práce. Tito jedinci nedokáží adekvátně plánovat, odhadovat čas. Nezvládají systematické řešení úkolů a dokončování práce. Typická je pro ně také chaotičnost (Cahová a kol., 2010). Časté je zapomínání a ztrácení věcí. Tyto potíže bývají označovány jako poruchy exekutivních funkcí, tj. porucha schopnosti plánovat, organizovat a vykonávat činnosti (Žáčková a Jucovičová, 2017).

Pro druhý typ s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou, který je zastoupen pouze u 10 % jedinců, je typická přetrvávající motorická hyperaktivita, tzv. psychomotorický neklid, který se u dospělých projevuje již jen v mírnější formě (rozdíl oproti dětem, které nevydrží sedět na místě, pobíhají apod.) Mezi typické projevy patří poposedávání, nutnost mít neustále něco v ruce, pohrávání si s tužkou, s vlasy, ošívání se. Přetrvává u nich vnitřní neklid, který je nutí stále něco dělat. Může se také projevovat zvýšenou činností, pracovitostí až sklonem k workoholismu. Nudí je stereotypní nebo „příliš klidné“ činnosti. Jednají rychle, impulzivně a ukvapeně. Charakteristické je také skákání do řeči, mnohomluvnost. Dominujícím příznakem je impulzivita. (Žáčková a Jucovičová, 2017).

Nejčastěji je však zastoupen kombinovaný/smíšený typ, a to asi v 60 %. Je kombinací poruchy pozornosti, motorické hyperaktivity a impulzivity (Žáčková a Jucovičová, 2017).

2. ADHD v dospělosti

O problematice dospělých s ADHD se začalo mluvit přibližně před 30 lety, ale i v dnešní době je mnoho lidí neznalých, netuší, že tato porucha nevymizí, že symptomy přetrvávají do dospělosti, kde mohou představovat vážný problém (Závěrková, 2018). Výskyt ADHD v dospělé populaci samozřejmě úzce souvisí a je závislý na efektivním záchytu a léčbě dětí s touto diagnózou. Účinně nasazená léčba v dětství může velmi ovlivnit život těchto lidí v dospělosti. Z tohoto důvodu je proto nutné přistupovat k ADHD jako k celoživotnímu problému. Projevy je nutné řešit co nejdříve a nečekat, jestli v budoucnu samy vymizí. (Ptáček a Ptáčková, 2018). První vědecké studie na téma ADHD v dospělosti se začínají objevovat na konci 20. století (Barkley a kol., 2008). Co se týká diagnostiky ADHD v dospělosti, v současnosti není tato porucha dostatečně diagnostikována, což představuje problém zejména v sociálním uplatnění jedince. I v dospělosti mohou být poskytnuty účinné terapeutické intervence, měla by být výskytu a projevům ADHD v dospělosti věnována větší pozornost. Této skutečnosti vychází vstříc i nové pojetí ADHD v DSM-5 (Ptáček a Ptáčková, 2018).

Jedním z důvodů nedostatečného zájmu o tuto poruchu v dospělosti, je nízká znalost odborné veřejnosti o možnostech diagnostiky ADHD v dospělosti (Asherson a kol., 2016). Klinický obraz ADHD v dospělosti je velmi rozmanitý, a proto může být obtížné ho diagnostikovat a efektivně léčit (Ptáček a Ptáčková, 2018). Dalším důvodem nesprávné diagnostiky ADHD jsou přidružená, komorbidní onemocnění. Není vůbec neobvyklé, že porucha ADHD bývá v dětském věku nepoznána a dospělí jedinci navštíví lékaře až ve chvíli, kdy u nich dominují sekundární obtíže jako jsou úzkosti, deprese, poruchy spánku, kompulzivní jednání, závislosti, poruchy příjmu potravy, stres apod. (Závěrková, 2018). U dospělých jsou častými komorbidními poruchami také bipolární porucha, porucha osobnosti nebo antisociální chování (Asherson a kol., 2016). Je proto velmi důležité, aby v případě psychiatrickým poruch a onemocnění, lékaři cíleně pátrali po možné přítomnosti ADHD, resp. po možných komorbiditách v případě ADHD. Správná diagnostika zvyšuje efektivitu léčby, kompenzaci poruchy a celkovou kvalitu života jedince. V opačném případě může ADHD negativně ovlivňovat účinek psychoterapie nebo farmakoterapie u jiných psychiatrických poruch (Závěrková, 2018).

2.1. Projevy ADHD v dospělosti

Syndrom ADHD se v průběhu života vyvíjí, rozvíjí a mění. Některé příznaky v určitých stádiích vývoje vystupují více, v jiných se jejich projevy zmírňují. Na změny projevů syndromu ADHD působí jak dozrávání centrální nervové soustavy, tak i vlivy sociálního prostředí, ve kterém jedinec žije (na dítě zpočátku působí hlavně rodina, posléze školní zařízení a širší sociální okolí, na dospělého pracovní a volnočasové prostředí) (Žáčková a Jucovičová 2017).

Pro ADHD v období jak dospívání, tak dospělosti, jsou charakteristické poruchy exekutivních funkcí, které jsou odpovědné za plánování, sekvenční zpracování, kontrolování a sledování a schopnost iniciovat cílevědomou aktivitu. Souvisí také s kognitivními funkcemi, jejichž schopnosti mohou být vlivem ADHD porušeny. Vznikají potíže v oblasti abstraktního myšlení, schopnosti vhledu, logického úsudku, často také percepce, pozornosti a paměti. Do exekutivních funkcí dále patří schopnost organizovat, reagovat na nové skutečnosti (Hartl a Hartlová, 2015). Ukazuje se však, že nejde jen o problematiku exekutivních a kognitivních funkcí, ale že má ADHD dalekosáhlý dopad, a to i na sociální fungování jedince, jeho sebehodnocení a celkovou spokojenost se životem (Ptáček a Ptáčková, 2018).

Mezi hlavní (jádrové) příznaky onemocnění patří porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita (Závěrková, 2018).

Hyperaktivita, která bývá u dětí nejnápadnějším projevem poruchy, má později ve většině případů ADHD sestupný trend, proto se může stát, že se v pubertálních věku mylně považuje za odeznělou (Drtílková a kol., 2007). U dospělých se však motorická hyperaktivita často překlápí do formy vnitřního neklidu, který může ústít jak ke skákání z jedné činnosti na druhou, tak k přílišným obavám z budoucnosti. Častým projevem je pak workoholismus a období vysokého pracovního nasazení doprovázené rychlou unavitelností po podání výkonu. Zvládnutí hyperaktivity pak může být ovlivněno tím, jak se s ní v dětství v případě dospělého s ADHD, pracovalo a jestli si vybudoval určité strategie na zvládnutí jejích projevů. (Žáčková a Jucovičová, 2017). Dalším možným projevem je schopnost vykonávat několik činností najednou. Osoby s ADHD tak mohou mít podstatně zvýšenou pracovní výkonnost (Čermáková a kol., 2013). Mezi klasické symptomy patří potíže s pamětí, často zapomínají na denní povinnosti, jsou roztržití, netrpěliví, reagují na podněty z okolí nahodile a nevyběrově. Mají sníženou schopnost nebo úplnou neschopnost zorganizovat si čas, ten také nedokáží odhadovat (Cahová a kol., 2010). Dospělí lidé s ADHD nevydrží stát v klidu a na jednom

místě, nedodržují maximální povolenou rychlost v autě, sami popisují jakýsi vnitřní neklid, který je nutí ke změně, akci, projevy mohou být považovány za nervozitu nebo osobnostní rysy (Závěrková, 2018).

Porucha pozornosti je naopak v dospělém věku častá. Jedná se o příznak nejméně nápadný, často unikající pozornosti (Závěrková, 2018). Problémy s pozorností u ADHD neznamenaají, že se dospělá osoba nedokáže soustředit. Někdy se dokáže soustředit až moc, a jedinec pak není schopen vnímat další věci kolem sebe (Žáčková a Jucovičová, 2017). Obvyklé jsou potíže s organizací práce, zapomínají např. na důležité termíny, schůzky. Nezvládají systematicky řešit úkoly, charakteristická je chaotičnost, neschopnost dokončovat cíle (Závěrková, 2018). Časté jsou také chyby z nepozornosti, a dospělí tak potřebují vynaložit mnohem větší úsilí na to vydržet u jednoho úkonu (Žáčková a Jucovičová, 2017). Poněkud paradoxně častým problémem je oslabená schopnost reagovat na náhlou změnu, resp. na změnu algoritmu vykonávané činnosti. Své jednání řídí podle určitého typu algoritmu, lidé s ADHD si nevšimnou změny, a tudíž na ni nezareagují. Osoba s ADHD tedy často hledá jistotu ve stereotypch, protože se v nich cítí bezpečněji (Goetz a Uhlíková, 2009). Diagnóza ADHD bývá u dospělých zdravotnickými pracovníky často opomíjena a neřešena (Závěrková, 2018).

Impulzivita se výrazně manifestuje ve školním věku (vykřikování, skákání do řeči, odpovídání předčasně, přerušování ostatních, mnohomluvnost). V dospělém věku je impulzivita dominujícím symptomem a nejzásadnější příčinou řady osobnostních rysů a z nich vyplývajících konfliktů (Závěrková, 2018). Může vést i k nadměrnému vyhledávání vzrušení, hypersexualitě, poruchám v příjmu potravy (Kooij a kol., 2019). Pod vlivem impulzů často osoba s ADHD reaguje jen na část pokynu, nevyposlechne si ho celý, protože se domnívá, že ví, jak skončí (Žáčková a Jucovičová, 2017). Typické je konání ukvapených rozhodnutí, mohou nastat obtíže v odhadu situace a v neadekvátní reakci na ni (Ptáček a Ptáčková, 2018). Příznaky snížené sociální inteligence jako netaktnost, nedostatek úsudku a empatie, neodhadnutí následků jednání, pocity nejistoty a méněcennosti opět negativně ovlivňují mezilidské vztahy. Odmítání autority, nerespektování předpisů a nedodržování konvencí může být okolím vnímáno jako nespolehlivost, neplnění slibů a nedůvěryhodnost (Závěrková, 2018). Problémem bývá také nepředvídatelnost jednání, ostatní tak často neví, co od nich mohou očekávat (Žáčková a Jucovičová, 2017).

Společně jsou pak tyto charakteristiky odpovědné za nestálost v partnerských vztazích a vyšší míře rozvodovosti (Závěrková, 2018). Lidé s ADHD navazují vztahy většinou rychle a

snadno. Stejně rychle však může upoutat jejich pozornost někdo jiný. Důvodem k rychlému ukončení přátelských a partnerských vztahů mohou být problémy v komunikaci, případně nízká schopnost empatie (Goetz a Uhlíková, 2009). Hyperaktivní dospělí mohou mít potíže v práci, zejména v kolektivu. Je pro ně typická častá změna zaměstnání. Nedostatečná kontrola jednání v adolescentním věku má za následek experimentování s drogami, sexuální promiskuitu apod. (Závěrková, 2018). Lidé s ADHD začínají sexuálně žít v průměru dříve, než ostatní dospívající a je u nich zaznamenán vyšší výskyt nechtěných těhotenství a pohlavně přenosných chorob (Goetz a Uhlíková, 2009). Důsledkem těchto obtíží a kumulace problémů pak může dojít k dlouhodobé frustraci, pocitům méněcennosti. Následkem toho pak dochází i k rozvoji úzkostných poruch a deprese (Cahlová., 2010).

Lidé s ADHD ve srovnání s běžnou populací vnímají nevyběrově, reagují na více podnětů, což vede k jisté kreativě. Díky tomu vidí svět z jiného pohledu, a to může vést k originálním řešením a nápadům. Je pro ně typické prosazování nových postupů a originálních myšlenek (Žáčková a Jucovičová, 2017).

2.2. Diagnostika ADHD v dospělosti

Diagnostika syndromu ADHD v dospělém věku není snadnou záležitostí, určení diagnózy ADHD náleží vždy odborníkům. Je nutné zvážit mnoho faktorů, které na vývoje jedince s ADHD působily během jeho vývoje od dětství do dospělosti. Ne každý neklid a nesoustředěnost bývají projevem syndromu ADHD, může jít o reakci na zátěžovou životní situaci, projevy jiných duševních poruch. Pro stanovení správné diagnózy je nutné vzít v úvahu zejména bipolární poruchu, epilepsii, poruchy funkce štítné žlázy, depresi, úzkosti, abúzus návykových látek atp. Je proto žádoucí, aby diagnózu stanovil specialista v psychiatrii. (Čermáková a kol., 2013). Ta je založena primárně na klinickém hodnocení aktuální symptomatologie a dosavadního vývoje, což pro diagnózu ADHD představuje zcela nezbytnou podmínku (Cahová a kol., 2010). Diagnostika syndromu ADHD v dospělosti bývá prováděna na základě diagnostických kritérií uvedených v DSM (v současnosti DSM-5). Nutnou podmínkou k určení diagnózy ADHD jsou projevy ADHD v dětství a fakt, že příznaky nelze vysvětlit jinou poruchou (Žáčková a Jucovičová, 2017). Ke správné diagnostice může pomoci získání informací od blízkých osob z pacientova okolí (Cahová a kol., 2010).

Klinický obraz lze doplnit posuzovacími škálami, které jsou určeny pro ADHD v dospělosti. Jedná se například o modifikovanou škálu Connersové (Conners Adults ADHD Rating Scale) nebo Wender Utah Rating Scale (WURS) (Ptáček a Ptáčková, 2018). Pomocnou úlohu v diferenciální diagnostice ADHD mohou také hrát neuropsychologické a neurofyziologické metody, které se zaměřují na kvalitu pozornosti a impulzivitu. Někdy se používají i neurologické testy a zobrazovací metody, nejsou však používány běžně. (Masopust a kol., 2014).

Zásady diagnostiky ADHD v dospělosti lze shrnout v následujících bodech:

DIAGNOSTIKA ADHD V DOSPĚLOSTI

- diagnóza ADHD by měla být zvažována i v případě, že nebyla diagnostikována již v dětství; důležitější je přetrvávání symptomů a jimi způsobené funkční postižení než prokázaná diagnóza v dětském věku
- při určení diagnózy ADHD je potřeba brát v úvahu vysokou míru psychiatrické komorbidity s často se překrývajícími symptomy
- přítomnost ostatních duševních poruch existenci ADHD nevyklučuje (s výjimkou psychotické poruchy)
- klinické projevy ADHD v dospělosti se mohou od příznaků v dětském věku lišit a při jejich hodnocení je třeba posoudit přiměřenost projevů vzhledem k věku a funkčnímu postižení jedince
- diagnóza vychází primárně ze sebehodnocení a posouzení příznaků psychiatrem dle diagnostických kritérií DSM anebo MKN, vhodné je také doplnění o dodatečné informace z okolí pacienta
- diagnóza je stanovena po pečlivém a systematickém posouzení dlouhodobé přítomnosti typických jádrových příznaků ADHD (nepozornost, hyperaktivita, impulzivita) a souvisejícího funkčního narušení jedince
- nutné je zhodnocení počátku v dětství, současných příznaků ADHD a jejich přítomnost a narušení v nejméně dvou doménách (škola, zaměstnání, domov, mezilidské vztahy)
- ke screeningovému hodnocení slouží sebesposuzovací dotazníky (ASRS – Adult ADHD Self-Report Scale), k diagnostice lze použít strukturované rozhovory a

diagnostické nástroje (např. CAARS – Conner’s Adult ADHD Rating Scale a DIVA – Diagnostic Interview for ADHD in Adults)

- v diferenciální diagnostice ADHD mohou hrát pomocnou úlohu neuropsychologické a neurofyziologické metody

(Masopust a kol., 2014)

2.3. Léčba ADHD v dospělosti

ADHD je porucha, která zpravidla vyžaduje komplexní přístup. Léčba je zásadní z hlediska zlepšení uplatnění jedince jak v sociální, tak profesní oblasti. U neléčených dětí často přetrvávají příznaky do dospělosti a mohou vyústit v psychické poruchy, problémy v zaměstnání, osobním životě apod. (Ptáček a Ptáčková, 2018). Problematiku každého jedince s ADHD je nutné posoudit individuálně, podle projevů poruchy, síly, závažnosti a dopadů na studium, práci a osobní život. Dle výše zmíněného je pak třeba zvolit optimální způsob terapie (Žáčková a Jucovičová, 2017). Metod a postupů, které se v současné době využívají v léčbě ADHD, je mnoho. Obecně vycházejí z následujících směrů:

- farmakologický přístup
- behaviorální/psychosociální přístup
- kombinace postupů

(Ptáček a Ptáčková, 2018)

Farmakoterapie je v případě ADHD jednou z relativně neúspěšnějších metod léčby. Léčba by měla být zvolena na základě řádného zhodnocení pacientova stavu (Ptáček a Ptáčková, 2018). Možnosti farmakoterapie a terapeutické algoritmy, vycházejí z těch, které jsou užívány v dětském věku (Cahová a kol., 2010).

Léčivý první volby u ADHD jsou psychostimulancia. Jejich klinický efekt je rychlý, téměř bezprostřední, bohužel krátkodobý – je nutná častá častá frekvence užívání. Do této skupiny látek patří metylfenidát, dextroamfetamin, pemolin. Od roku 2013 je však v České republice z této skupiny dostupný pouze metylfenidát. (Ptáček a Ptáčková, 2018). Evropskou lékovou agenturou (EMA) jsou stimulancia schválena jen v indikaci léčby ADHD u dětí a dospívajících. Pro podání dospělým s ADHD, je schválen metylfenidát jen v případě, že jím byli tito pacienti léčeni již v dětském/adolescentním věku. Jde o silný inhibitor zpětného vychytávání dopaminu a obsazuje vazebné místo pro kokain na dopaminovém transportéru. Má vysokou afinitu k noradrenergickému transportéru, jeho inhibicí tak zamezuje zpětnému

vychytávání tohoto mediátoru. Zesiluje dopaminergní a noradrenergní přenos v určitých oblastech centrálního nervového systému (CNS) (Masopust a spol., 2014). Dostupná je krátkodobě působící forma léčivých přípravků Ritalin (jeho biologický poločas je 2,5 hod, klinický účinek trvá cca 2,5 – 4 hodiny) a Concerta – metylfenidát s dlouhodobým účinkem (klinický účinek 10–12 hodin) (Ptáček a Ptáčková, 2018). Pokud jde o riziko vzniku závislosti na metylfenidát, klinické studie a zkušenosti ukazují, že terapeutická aplikace metylfenidátu, zejména s prodlouženým uvolňováním, nevede u pacientů ke vzniku závislosti. (Masopust a spol., 2014).

Pozitivní účinky psychostimulancií jsou v klinických hodnoceních uváděny téměř u 70 % pacientů s ADHD (Biederman a kol., 2006). Účinky stimulancií můžeme pozorovat na více úrovních. Co se týče kognitivních funkcí, dochází ke zlepšení koncentrace, pozornosti, krátkodobé paměti, zmírnění roztěkanosti, zlepšení schopnosti dokončit práci. V rámci motoriky dochází ke snížení hyperaktivity, zlepšení kontroly jemné motoriky. Dochází k ovlivnění také sociálního fungování, k tlumení afektů vzteku, verbální a fyzické agrese, ke tlumení impulzivního ničení věcí (Ptáček a Ptáčková, 2018).

Vedlejší účinky jsou mírné a přechodné. Mohou se objevit bolesti hlavy, snížení chuti k jídlu, palpitace, nervozita, suchost v ústech, potíže s usínáním. Psychostimulancia mohou zvýšit krevní tlak a tepovou frekvenci. Nejsou vhodná během těhotenství/kojení. (Masopust a spol., 2014). Na animálních modelech byl prokázán vliv metylfenidátu na pubertální testikulární vývoj a pravděpodobně i opoždění vývoje testes, pokud byl podáván v předpubertálním období (Mattison a kol., 2011).

Další skupinou léčiv jsou centrální sympatomimetika s absencí přímého psychostimulačního účinku. Od roku 2003 je užíváno léčivo atomoxetin. Spolu s metylfenidátem je lékem volby, výhodou je dlouhodobější efekt. V České republice je od roku 2007 užíván jako registrovaný přípravek Strattera (Ptáček a Ptáčková, 2018). Atomoxetin je centrální sympatomimetikum, způsobuje inhibici zpětného vychytávání (reuptaku) noradrenalinu blokádu presynaptického noradrenalinového transportéru (Kratochvíl a kol., 2008). Zvyšuje rovněž hladinu dopaminu v oblasti prefrontálního kortexu modulací synaptického vychytávání dopaminu prostřednictvím noradrenalinového transportéru (Swanson a kol., 2006). Určitou nevýhodou ve srovnání s metylfenidátem je opožděný nástup účinku (Masopust a kol., 2014).

Účinky atomoxetinu jsou velmi podobné, ne-li stejné jako u metylfenidátu s tím rozdílem, že k plnému účinku dochází až po čtyřech týdnech užívání (Hrdlička, 2007).

Vedlejší účinky jsou obvykle přechodné. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří bolesti břicha, snížená chuť k jídlu, zvracení. Může se objevit časně ranní probouzení, kolísavá nálada, ospalost, zácpa, pokles tělesné hmotnosti. Pozitivem je, že léčba atomoxetinem nezpůsobuje riziko vzniku závislosti (Drtilková, 2008).

Další volbou v léčbě ADHD v dospělosti může být bupropion (antidepresivum) v lékové formě s prodlouženým uvolňováním, dále pak modafinil a guanfacin (Masopust a kol., 2014)

Zásady farmakoterapie ADHD v dospělosti můžeme shrnout v následujících bodech:

FARMAKOTERAPIE ADHD V DOSPĚLOSTI

- nejlépe prokázanou účinnost v krátkodobé i dlouhodobé léčbě mají stimulantia a atomoxetin
- atomoxetin je v současnosti jediným preparátem v ČR se schválenou indikací k léčbě ADHD v dospělosti; s výhodou jej lze použít především v případě obav ze zneužívání návykových látek (včetně alkoholu) a komorbidní úzkosti
- stimulantia lze použít zejména u pacientů, kteří jimi byli úspěšně léčeni v dětství/adolescenci; preferovány jsou přípravky s dlouhodobým uvolňováním (v ČR je schválený metylfenidát OROS)
- v dalším kroku lze zvážit podání ostatních psychofarmak (bupropion s prodlouženým uvolňováním, modafinil, guanfacin, desipramin)
- před zahájením farmakoterapie je třeba odebrat psychiatrickou a somatickou anamnézu, vyhodnotit riziko abúzu návykových látek, případně pacienta tělesně vyšetřit
- v průběhu léčby je třeba monitorovat potenciální nežádoucí účinky (zejména kardiovaskulární) a lékové interakce
- léčba komorbidní psychiatrické poruchy nevyklučuje současnou léčbu ADHD a naopak

- léčba by měla pokračovat tak dlouho, dokud je efektivní, s každoročním vyhodnocováním účinnosti a snášenlivosti

(Masopust a kol., 2014)

Psychoterapie nabízí velkou škálu možností léčby. Patří mezi ně hlavně behaviorální terapie, speciální sociální výcvik, klasická nebo skupinová terapie, koučink, EEG biofeedback (Ptáček a Ptáčková, 2018). Je důležité pacienta poučit o povaze poruchy, vysvětlit její vznik, symptomy, možnosti léčby. Vhodné je do edukace zahrnout i životního partnera pacienta, který se může na zvládnutí poruchy v každodenním životě podílet (Drtílková a kol., 2007).

Kognitivně – behaviorální terapie – KBT, se zaměřuje na potlačení nevhodných forem chování, nácviku výhodnějších forem, snížení dopadu psychopatologických příznaků v běžných denních situacích i životě obecně (Závěrková, 2018). Behaviorální terapie je vhodná, pokud je samotná medikace pouze částečně účinná nebo není účinná vůbec, pacient s ADHD má potíže tuto diagnózu přijmout (včetně farmakoterapie), objevují se komorbidní diagnózy, např. deprese nebo úzkostná porucha (Ptáček a Ptáčková, 2018).

Další alternativní metodou využívanou v léčbě ADHD je EEG biofeedback. Jedná se o terapii, kdy přístroj zaznamenává aktivitu mozku pomocí elektrod a pacient se učí vyvolat alfa-rytmus charakteristický pro relaxovaný stav. Je ale nutné absolvovat několik desítek sezení (Čermáková a kol., 2013).

V poslední době bývají využívány i metody koučinku a kognitivního tréninku. Při koučinku je klient podporován v nalézání optimálních postupů strategií a řešení, jsou tak využívány vnitřní zdroje člověka. Tento trénink je zaměřen na schopnosti řešit problémy pomocí rozvíjení kognitivních funkcí – paměti, pozornosti, porozumění informacím apod. (Žáčková a Jucovičová, 2017).

Ukazuje se, že kombinace behaviorální terapie a farmakologické léčby prospívají pacientům s ADHD nejlépe (Curatolo a kol., 2010).

Praktická část

3. Výzkumný problém

Nedostatečné povědomí ve společnosti ohledně ADHD v dospělosti, nesnadná dostupnost k možnosti efektivní léčby v reálném životě, hlavně mimo Prahu a velká města, obtížné nalezení odborníků, kteří se touto problematikou opravdu zabývají, nejen velmi okrajově, a nesnadná, velmi často časově velmi náročná cesta k nim. Toto je výčet těch nejpodstatnějších otázek, které jsem si již před hlubším zabýváním se tohoto problému, pokládala, a snažila se si sama na ně i odpovědět. Také jsem se zabývala otázkou, zda je vůbec nutné si na tyto odpovědi hledat odpovědi, zda je to vůbec podstatné.

Mnou navržené otázky v dotazníku pro dospělé s již diagnostikovaným ADHD, jejich odpovědi a zjištěné výsledky by mohly a snad také měly na otázku důležitosti zabývat se touto problematikou, relevantně odpovědět.

4. Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je získat hlubší povědomí o každodenním životě dospělých jedinců s ADHD. Zajímalo mě, jak reálně žijí, čím se zabývají, zda oni sami mají pocit, že jim tato porucha život ovlivňuje a pokud ano, jak. Zda se s tímto onemocněním léčí a jakým způsobem, pokud tomu tak je. Praktická část se zaměřuje na subjektivní výpověď 37 žen a mužů, kteří již před tímto výzkumem měli ADHD diagnostikováno.

Na základě stanovených cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Liší se počet jedinců, kteří se s ADHD léčí v dospělosti a v dětském věku?
2. Převládají v souboru dotazovaných osoby se základním nebo středoškolským vzděláním bez maturity?
3. Ovlivňuje dospělým jedincům diagnóza ADHD běžný život?
4. Je léčba ADHD v dospělosti úspěšná?
5. Je problematika ohledně ADHD v dospělosti dostatečně známá ve společnosti?

5. Popis výzkumu

Nad formou, kterou zvolím při svém výzkumu ohledně problematiky ADHD v dospělosti, jsem poměrně dlouho přemýšlela nejdříve sama, posléze s MUDr. Herinkem, mým vedoucím diplomové práce. Mým cílem bylo zachytit co nejautentičtější realitu běžného života dospělých lidí s ADHD. Možností bylo hned několik. Nabízela se varianta volného rozhovoru, který by nebyl dopředu detailně naplánován, dále pak také již strukturovaný rozhovor, který by své předem naplánované cíle a otázky měl. Tyto možnosti se ale při detailnějším rozboru s touto problematikou a posléze možnou interpretací určitých výsledků, ukázal jako nereálný a velmi těžce proveditelný. Od těchto možností jsme tedy ustoupili. Rozhodli jsme se pro zjišťování informací formou dotazníku. V současnosti již určité dotazníky řešící ADHD samozřejmě existují, všechny, které jsou dostupné, se týkaly pouze dotazů směřující a sloužící k získání odpovědí, které vedou a napomáhají dospělé jedince diagnostikovat. Diagnostický dotazník však nebyl naším cílem. Bylo tedy potřeba vytvořit zcela nový typ dotazníku, takový, který by splňoval naše požadavky výzkumu, tedy cílil na otázky ohledně běžného fungování v životě dospělých s poruchou ADHD. I v tomto okamžiku vyvstaly určité možnosti, jakým způsobem dotazník udělat. Zaobírali jsme se možnostmi dotazníku, který by měl stanovené otázky, odpovědi by ale byly ponechány zcela otevřené, nijak neohrazené. I zde by ale mohl vyvstat problém při sumarizaci většího množství odpovědí a jejich interpretaci. Finální varianta tedy vznikla taková, že jsme zvolili uzavřený typ dotazníku, který měl na otázky předem stanovené varianty s možností zaškrtnutí jedné z navrhaných odpovědí s výjimkou otázek č. 10, 11, 12, 14, 16 a 18.

Již během doby přípravy dotazníku jsem začala spolupracovat s několika psychiatrickými/psychiatry, psychoterapeutkami/psychoterapeuty, jedním výchovným poradcem a speciálním pedagogem. Díky nim a společné snaze se podařilo najít 37 dospělých dobrovolníků, které souhlasili s vyplněním dotazníku. Ten jim byl posléze předán a pokud to bylo možné, dotazník tyto lidé vyplnili v mé přítomnosti, pokud to možné nebylo, tak v přítomnosti výše zmíněných odborníků. To bylo velmi podstatné, v případě jakýchkoli nejasností bylo možné, aby se respondenti hned na cokoli zeptali, mohli jsme otázku společně probrat, aby byla formulace správně z obou stran pochopena. Sběr těchto dat se realizoval od října 2021 do dubna 2022.

5.1. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumným souborem byli dospělí jedinci, kterým ADHD bylo již diagnostikována jak v dětství, tak i v dospělosti. Obojí bylo přípustné. Jak bylo popsáno již výše, šlo celkem o 37 dospělých žen a mužů, kteří se zúčastnili výzkumu. Jednalo se o náhodný výběr těchto lidí, kteří se v rámci dobrovolnosti zapojili do výzkumu, po předchozí prosbě o tuto možnost. Tito lidé pravidelně navštěvují/ navštěvovali psychiatričky a psychiatry, se kterými jsem v rámci výzkumu spolupracovala, dále pak se jedná o studentky a studenty ostravského učiliště. S výchovným poradcem této školy jsem také měla možnost spolupracovat. Podmínkami v obou případech bylo dosažení plnoletosti a již diagnostikované ADHD. Předem stanovený limit alespoň 30 lidí byl naplněn, cílem bylo dosáhnout co největšího počtu lidí, aby byly výsledky co nejvíce průkazné s co největší mírou variability. Limitu při hledání těchto dospělých jedinců se podařilo dosáhnout po přibližně 7 měsících.

5.2. Etika výzkumu

Etika výzkumu byla zajištěna informovaným souhlasem, viz. Příloha 1. Každý, kdo vyhovoval podmínkám výzkumu, tj.

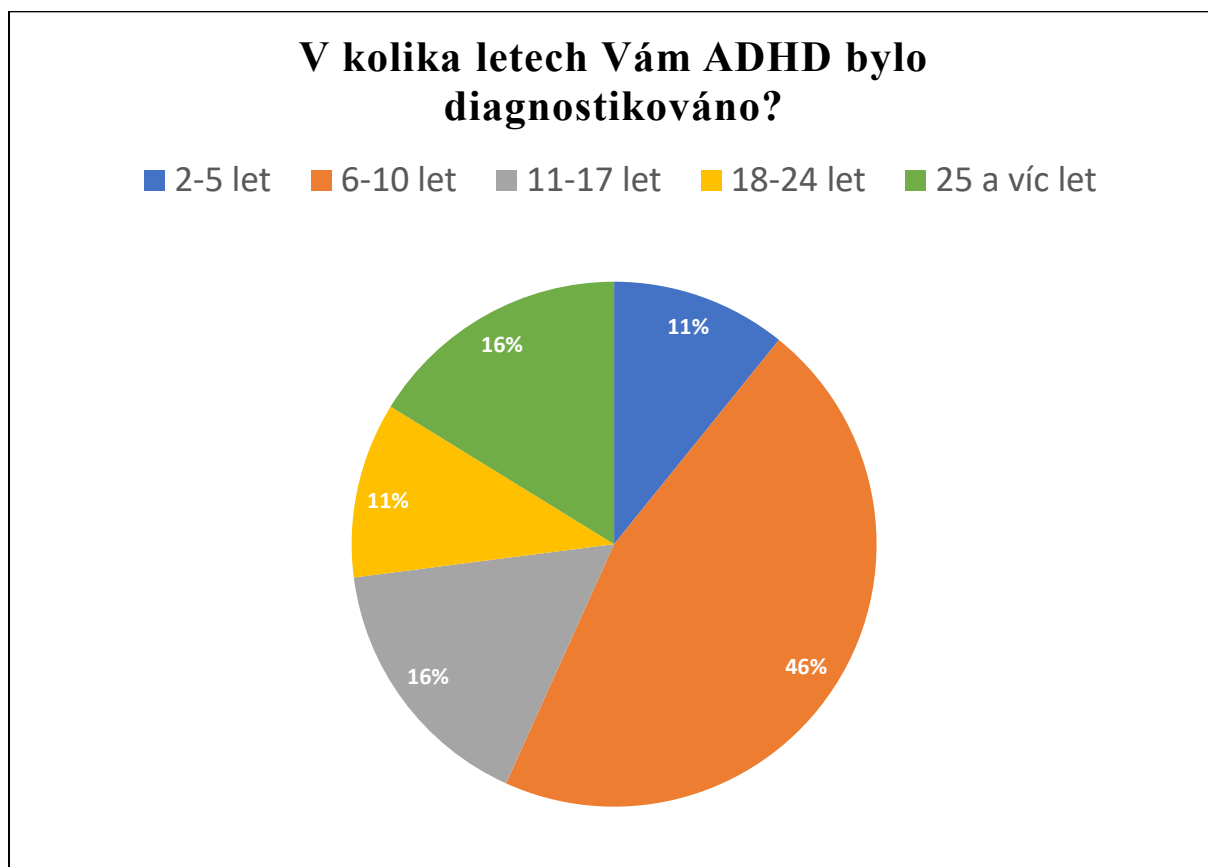
- 1) diagnostikovaná ADHD v době šetření
- 2) věk ≥ 18 let

byl seznámen s možností zúčastnit se tohoto výzkumu. Pokud souhlasil, došlo k bližšímu seznámení se s výzkumem, jeho důvodem apod. Všichni zúčastnění se samozřejmě mohli na cokoli zeptat, blíže vše prodebatovat. Všem byla zajištěna anonymita a možnost kdykoli výzkum opustit, dotazník nevyplnit. Jedinci také před samotným dotazníkem podepsali informovaný souhlas, který byl součástí dotazníku. Připsali k podpisu také datum konání výzkumu.

6. Výsledky

6.1 První otázka

V kolika letech Vám ADHD bylo diagnostikováno?

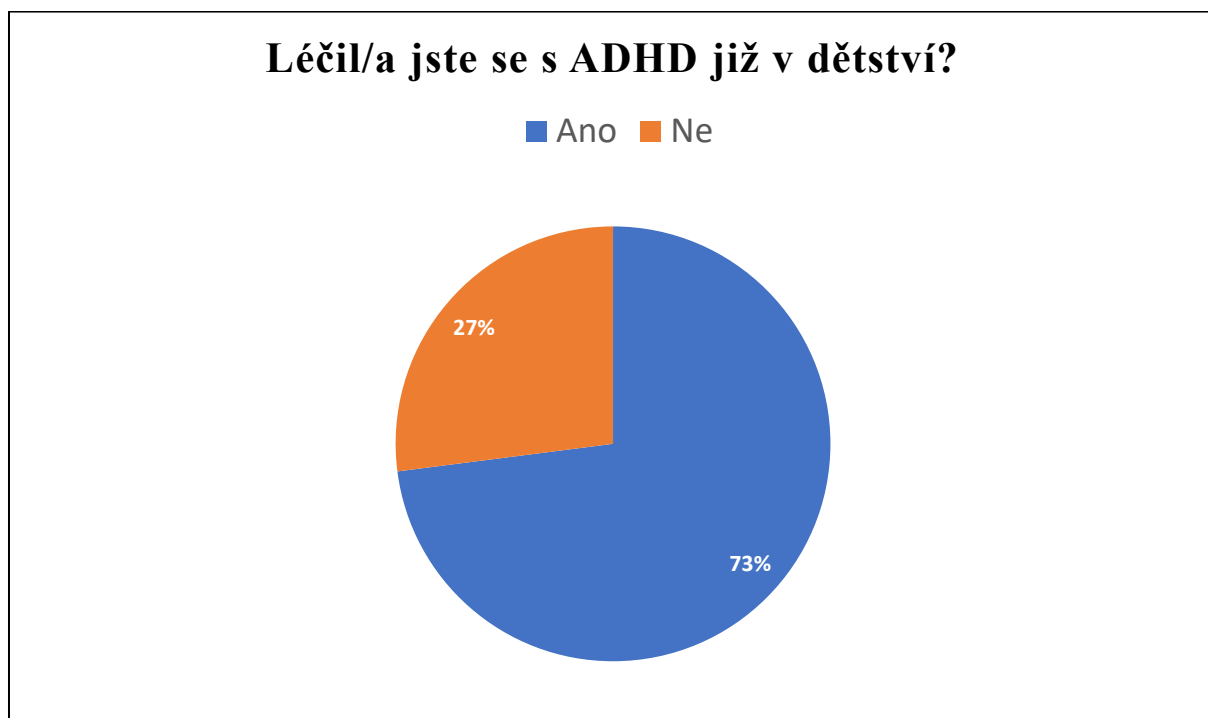


Graf č. 1

Co se týče výsledků této otázky, ty dopadly následovně. Čtyři odpovídající (11 %) zaškrtili první možnost 2-5 let, možnost 6–10 let zaškrtilo 17 lidí, což je 46 % z celku, dále pak 6 respondentů zakroužkovaly možnost 11–17 let (16 %), 18–24 let zaškrtili 4 jedinci (11 %) a poslední možnost, 25 a víc let zaškrtilo 6 lidí, tedy 16 %.

6.2 Druhá otázka

Léčil/a jste se s ADHD již v dětství?

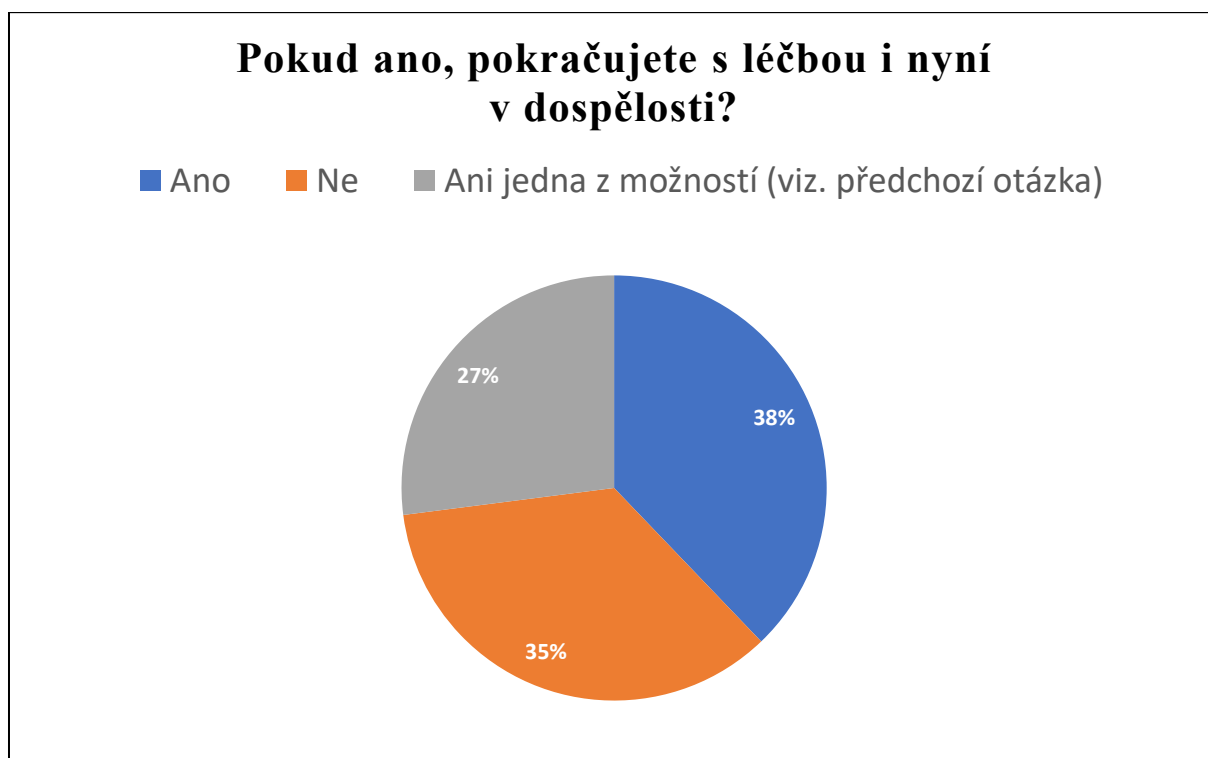


Graf č. 2

Zde byly jen dvě možné odpovědi, ano na tuto otázku odpovědělo 27 dotazovaných, tedy 73 %, odpověď ne pak zaškrtno 10 lidí, což je 27 %.

6.3 Třetí otázka

Pokud ano, pokračujete s léčbou i nyní v dospělosti?

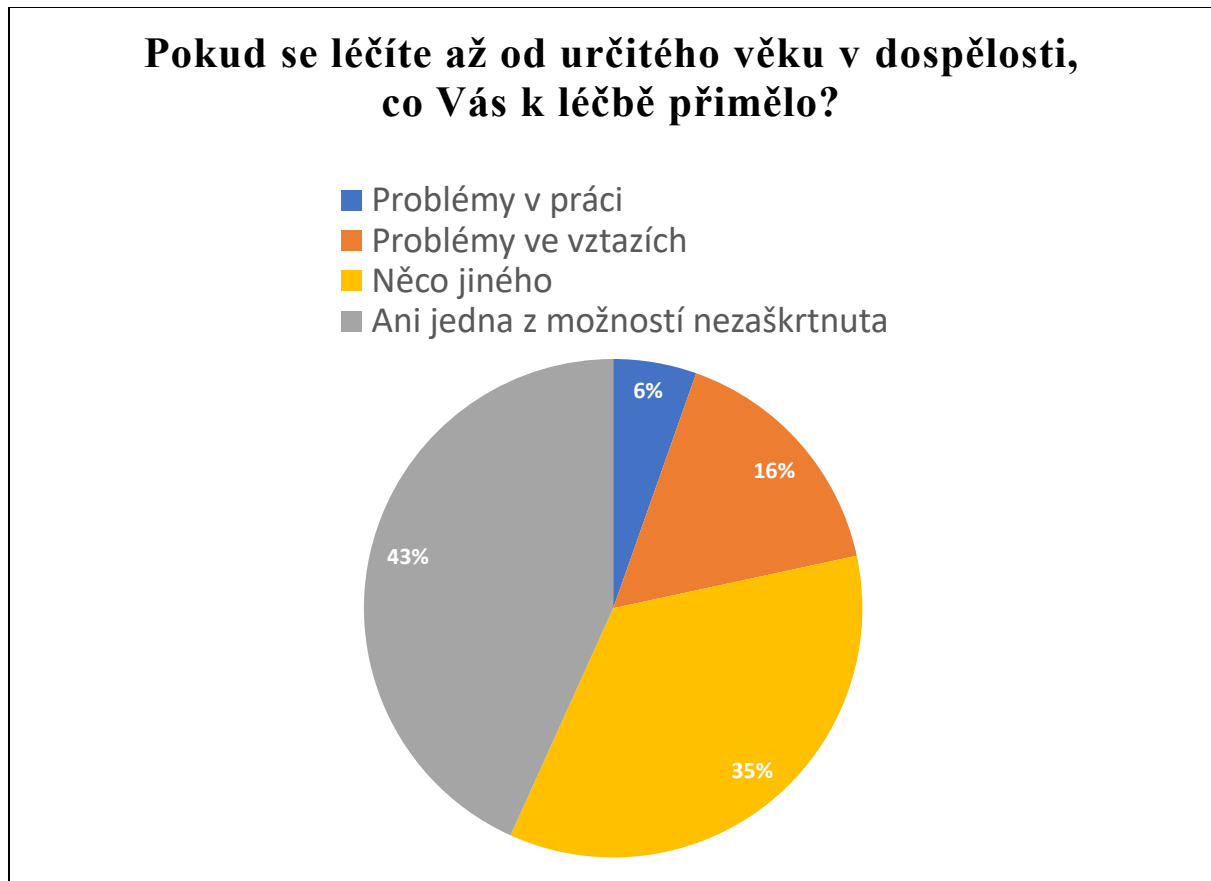


Graf č. 3

Odpovědi na tuto otázku jsou následující. Možnost ano zaškrtnulo 14 dotazovaných, tedy 38 %. Druhou možnost, tedy ne, označilo 13 jedinců (35 %). Nastala zde ještě jedna možnost, a to ta, že někteří respondenti nezaškrtnuli ani jednu z nabízených odpovědí. Bylo jich 10, tedy 27 %.

6.4 Čtvrtá otázka

Pokud se léčíte až od určitého věku v dospělosti, co Vás k léčbě přimělo?



Graf č. 4

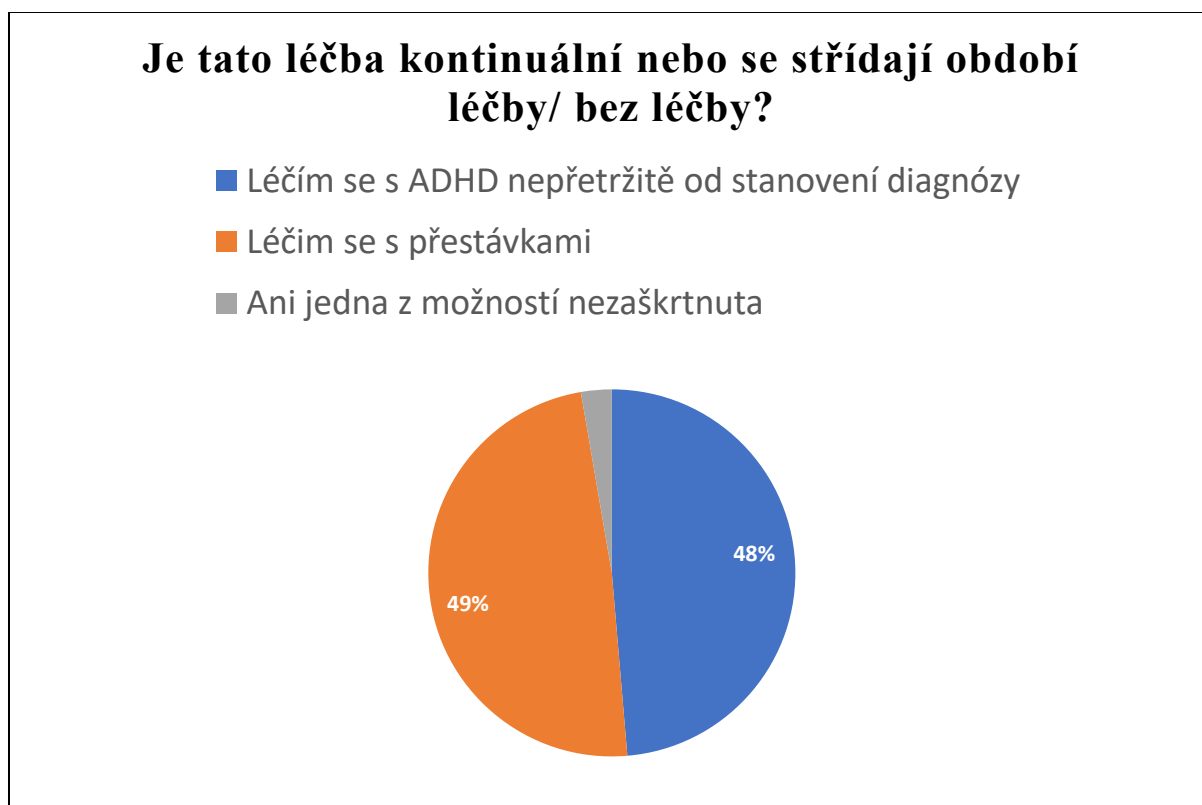
K možnosti *Něco jiného* dotazovatelé připsali:

- Diagnóza člena rodiny
- Neschopnost soustředit se
- Zapomínání na čas
- Neklid rukou a nohou
- Diagnózu jsem dostala při hospitalizaci v psychiatrické léčebně a od té doby se léčím
- Velmi často se mi stávalo, že jsem duchem mimo, myslím to tak, že se nad něčím zamyslím a nevnímám

Odpovědi na tuto otázku jsou tyto. Možnost problémy v práci zakroužkovali dva lidé (6 %), možnost problémy ve vztazích 6 dotazovaných (16 %), možnost něco jiného zaškrtno 13 osob (35 %), a ani jednu z možností nezaškrtno 16 jedinců (43 %).

6.5 Pátá otázka

Je tato léčba kontinuální nebo se střídají období léčby/ bez léčby?



Graf č. 5

Možnost léčím se s ADHD nepřetržitě od stanovení diagnózy označilo 18 jedinců (48 %), možnost léčím se s přestávkami, zaškrtnulo stejný počet dotazovaných, tedy opět 18 lidí (48 %), jeden respondent (3 %) nezaškrtnl ani jednu odpověď.

6.6 Šestá otázka

Máte nějaké další zdravotní problémy?



Graf č. 6

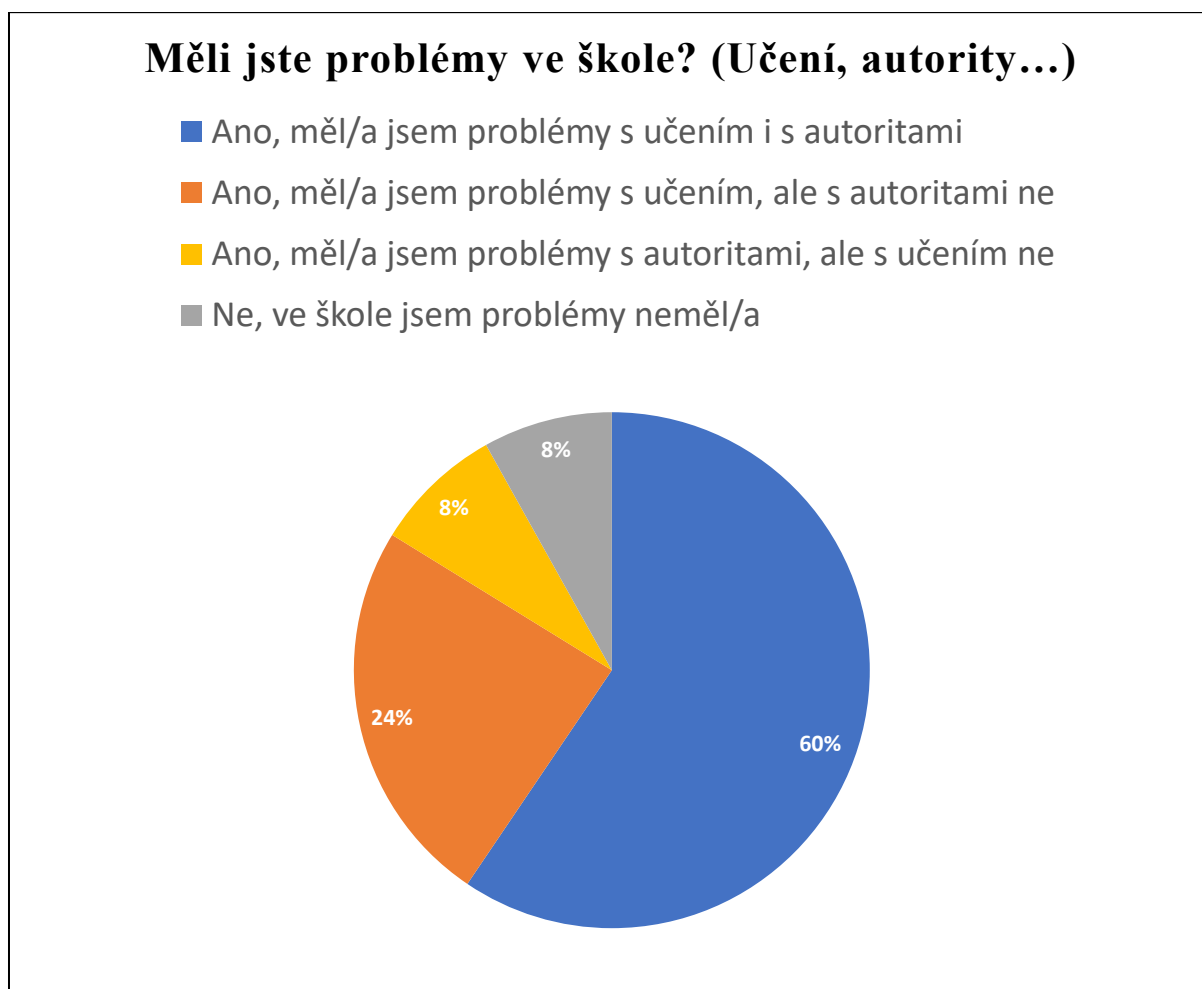
K možnosti *Ano* dotazovatelé připsali:

- Epilepsie
- Kardiologické problémy
- Atypická anorexie
- Lehké mentální postižení
- Hraniční porucha osobnosti ve dvou případech
- Úzkosti ve dvou případech
- Porucha autistického spektra ve třech případech
- Porucha řeči ve třech případech
- Deprese ve třech případech
- Poruchy učení ve čtyřech případech

Možnost ano označilo 23 osob, tedy 62 %, možnost ne 14 osob, tedy 38 %.

6.7 Sedmá otázka

Měli jste problémy ve škole? (učení, autority...)



Graf č. 7

Možnost ano, měl/a jsem problémy s učením i autoritami, označilo 22 osob (60 %), druhou možnost, která poukazuje na problémy s učením, ale autoritami ne zaškrtnulo 9 jedinců (24 %), možnost ano, měl/a jsem problémy s autoritami, ale s učením ne označily 3 osoby (8 %), a poslední, možnost ne, ve škole jsem problémy neměl zaškrtnuly také 3 osoby (8 %).

6.8 Osmá otázka

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf č. 8

Možnost základní označilo 15 jedinců (40 %), možnost středoškolské bez maturity pak 11 lidí (30 %), možnost středoškolské s maturitou 8 osob (22 %), vyšší odborné označil jeden člověk (3 %) a možnost vysokoškolské 2 osoby, tedy 5 %.

6.9 Devátá otázka

Měl fakt, že máte ADHD, význam při výběru Vašeho zaměstnání?

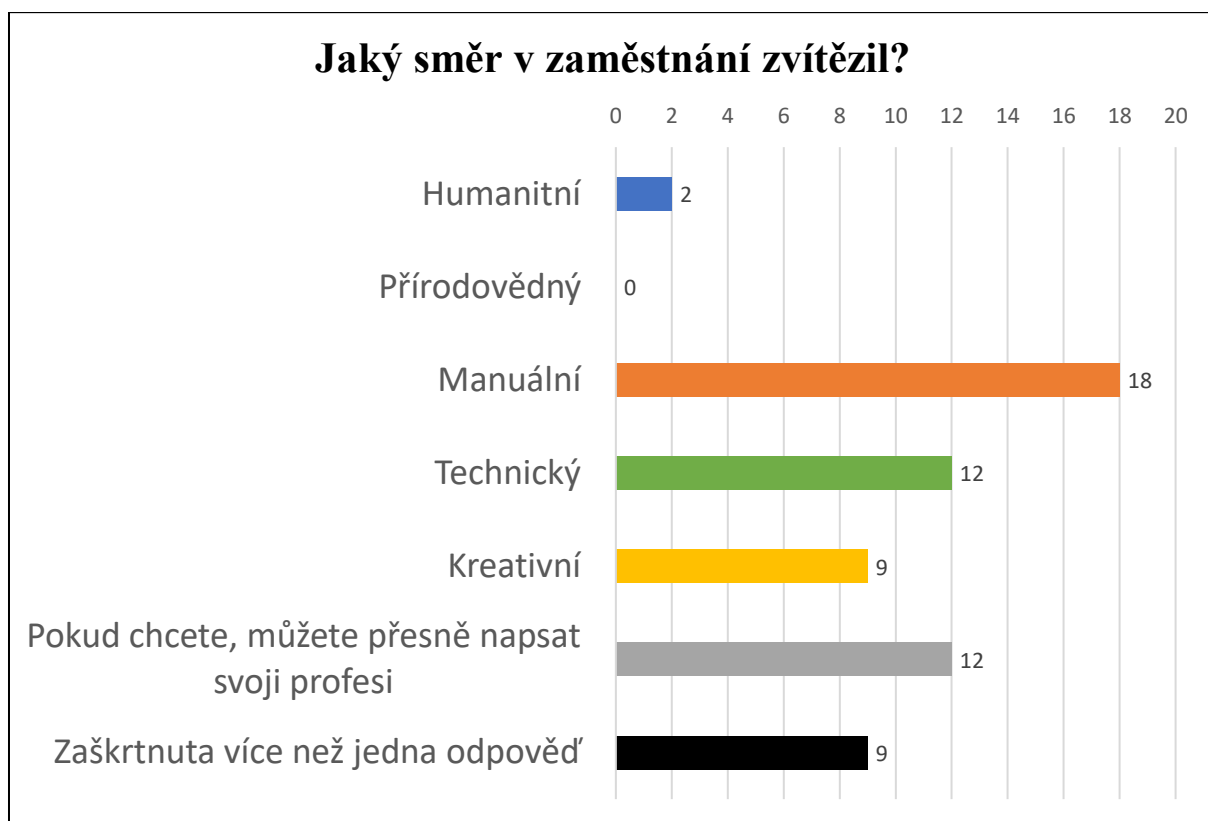


Graf č. 9

Možnost ano, při rozhodování to roli hrálo, označilo 20 osob (54 %), možnost ne, fakt, že mám ADHD roli při výběru zaměstnání nemělo zaškrtnulo 17 osob (46 %).

6.10 Desátá otázka

Jaký směr v zaměstnání zvítězil?



Graf č. 10

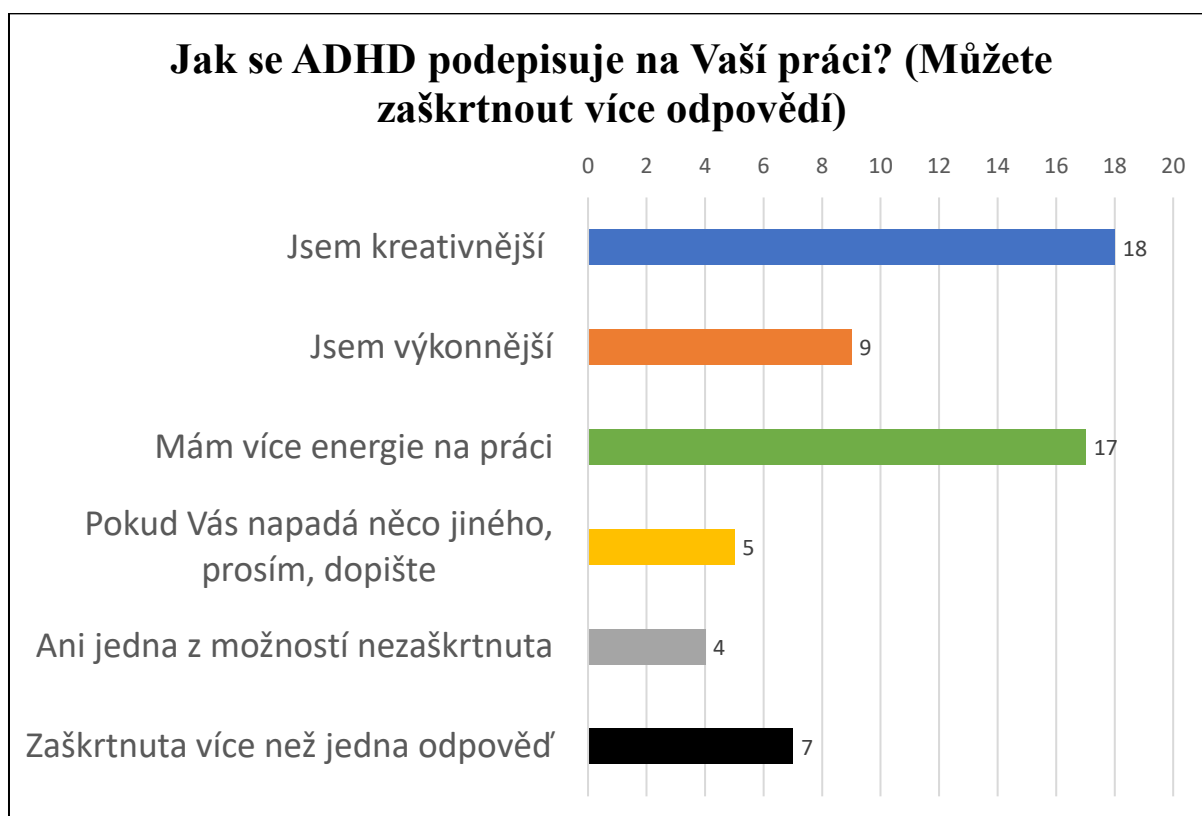
K možnosti, *pokud chcete, můžete přesně napsat svoji profesi*, dotazovatelé připsali:

- Tatér, piercer
- Práce se dřevem
- Produkční
- Akrobat
- Grafik, ilustrátor
- Softvérový tester
- Audiovizuální technik
- Zedník, obkladač
- Peer konzultant
- IT ve třech případech

V této otázce respondenti zaškrtnuli v 9 případech více než jednu odpověď. Humanitní směr zakroužkovaly 2 osoby, možnost přírodovědný směr nezaškrtnul nikdo, možnost manuální zaškrtnulo 18 dotazovaných, možnost technický označilo 12 jedinců, kreativní směr zakroužkovalo 9 lidí. 12 respondentů napsalo přesně svou profesi.

6.11 Jedenáctá otázka

Jak se ADHD podepisuje na Vaší práci? (můžete zaškrtnout více odpovědí)



Graf č. 11

K možnosti, *pokud Vás napadá něco jiného, prosím, dopište*, dotazovatelé připsali:

- Co si nenapíšu, to se nestalo
- Neumím udržet pořádek na pracovišti
- Nejsem schopný dělat rutinní činnost
- Zapomínám, co mi v práci řekli kolegové a klienti
- Nejsem schopný organizovat komplexní úkoly
- Pouze s léčbou nastaly benefity
- Když můžu, tak furt něco dělám

18 osob označilo možnost jsem kreativnější, 9 osob zaškrtnulo jsem výkonnější, dále pak 17 lidí označilo možnost mám více energie na práci, 5 dotazovaných vypsalo, pokud je napadlo ještě něco jiného, 4 lidé nezaškrtnuli ani jednu z nabízených možností, naopak 7 osob zaškrtnuli jednu a více možností.

6.12 Dvanáctá otázka

Jaké máte koníčky?



Graf č. 12

K možnosti **Jiné** dotazovatelé připsali:

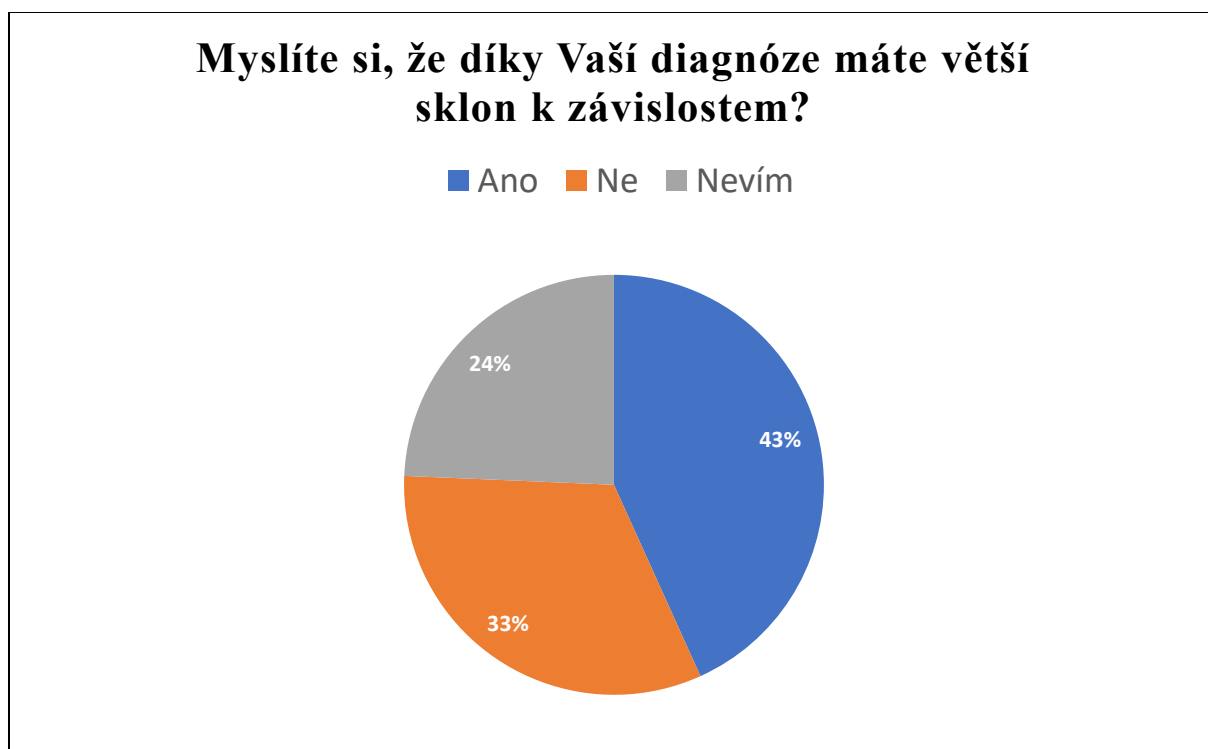
- Nemám nyní žádné, jsem na mateřské dovolené, nemám čas na nic jiného
- Jízda na kole
- Skládání puzzle
- Fotografování
- Zkoumání vesmíru
- Výlety do přírody
- Stavitelství, kreslení
- Práce na autě
- Dobrovolný hasič
- Všechno a nic
- Poezie

- Historie

18 respondentů zaškrtno možnost sport, 7 osob označilo možnost divadlo, kino, 24 dotazovaných zakroužkovalo možnost PC hry, 20 lidí pak možnost hudba, možnost četba knih označilo 7 osob, možnost zvířata zaškrtno 14 jedinců, možnost jiné, kde ony činnosti i konkrétně vypsal, využilo 12 lidí. A celkem 25 lidí zaškrtno více než jednu možnost.

6.13 Třináctá otázka

Myslíte si, že díky Vaší diagnóze máte větší sklon k závislostem?

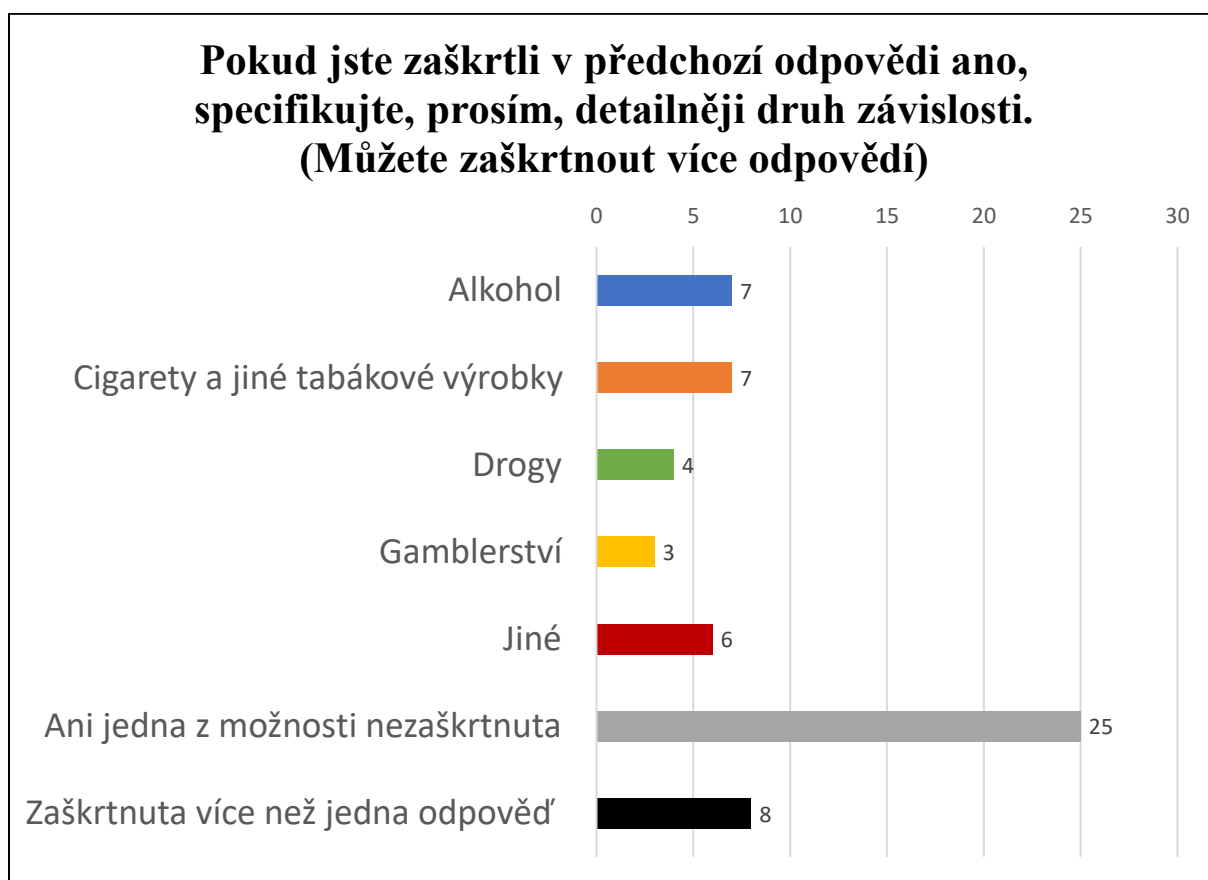


Graf č. 13

16 osob (43 %) označilo možnost ano, 12 osob (33 %) zaškrtnulo možnost ne a 9 lidí (24 %) označilo možnost nevím.

6.14 Čtrnáctá otázka

Pokud jste zaškrtnli v předchozí odpovědi ano, specifikujte, prosím, detailněji druh závislosti. (můžete zaškrtnout více odpovědí)



Graf č. 14

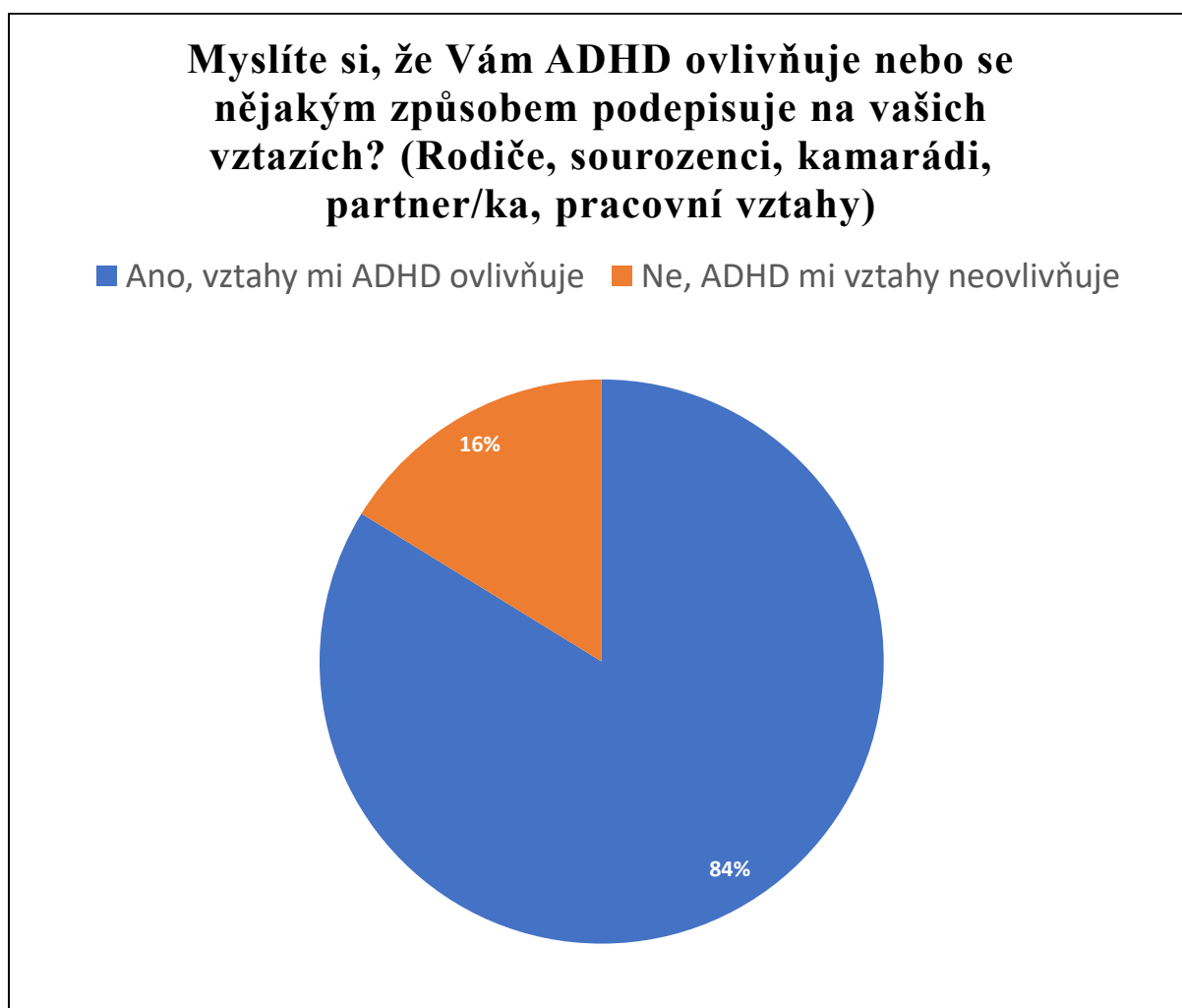
K možnosti *Jiné* dotazovatelé připsali

- Nakupování
- Sport
- Porno
- Cukr
- Sociální sítě
- Počítačové hry ve třech případech

Možnost alkohol označilo 7 osob, možnost cigarety a jiné tabákové výrobky zaškrtnulo také 7 jedinců. Drogy, třetí možnost označili 4 lidé. Možnost gamblerství zakroužkovaly 3 osoby. Možnost jiné označilo 6 osob. Více než jedna odpověď byla zaškrtnuta 8 respondenty, naopak 25 osob nezaškrtnulo ani jednu z možností.

6.15 Patnáctá otázka

Myslíte si, že Vám ADHD ovlivňuje nebo se nějakým způsobem podepisuje na Vašich vztazích? (rodiče, sourozenci, kamarádi, partner/ka, pracovní vztahy)



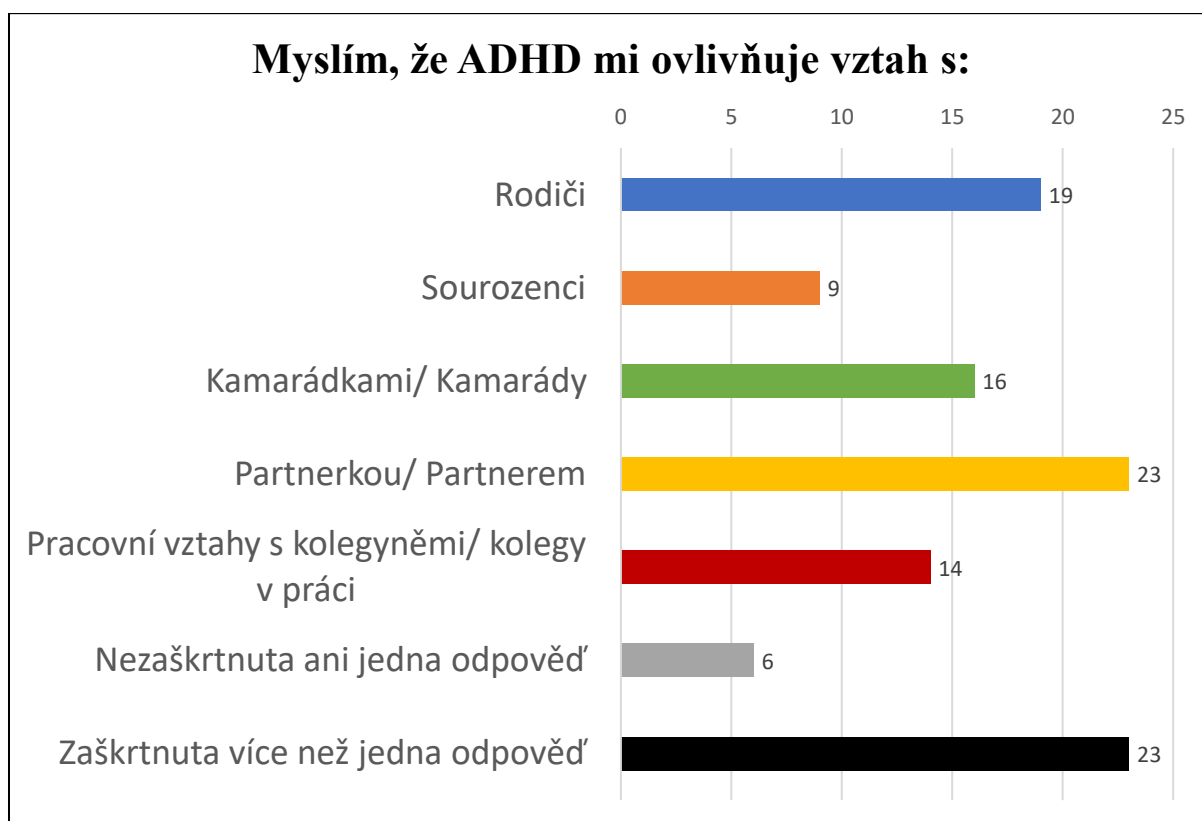
Graf č. 15

Poměrně jasně vyznívající výsledky na tuto otázku. 31 osob (84 %) označilo možnost ano, vztahy mi ADHD ovlivňuje, naopak 6 dotazatelů (16 %) zvolilo možnost ne, ADHD mi vztahy neovlivňuje.

6.16 Šestnáctá otázka

Pokud jste zaškrtnli v předchozí odpovědi ano, specifikujte, prosím, detailněji. (můžete zaškrtnout více odpovědí)

Myslím, že ADHD mi ovlivňuje vztah s:



Graf č. 16

19 dotazatelů zaškrtnlo možnost s rodiči, možnost sourozenci byla zakroužkována devíti osobami, 16 lidí zaškrtnlo také možnost kamarádky/kamarádi, a nejvíce, 23 osob zaškrtnlo možnost partnerka/partner. Ve 14 případech byla zaškrtnuta také možnost pracovní vztahy s kolegyněmi/kolegy. V 6 případech respondenti nezaškrtnli ani jednu odpověď a 23 lidí zaškrtnli více než jednu možnost.

6.17 Sedmnáctá otázka

Vyčetl Vám někdo ve Vašem okolí něco, co by dle Vašeho názoru mohlo souviset s ADHD? (zapomínání, chození pozdě, nedodržování smluveného...)

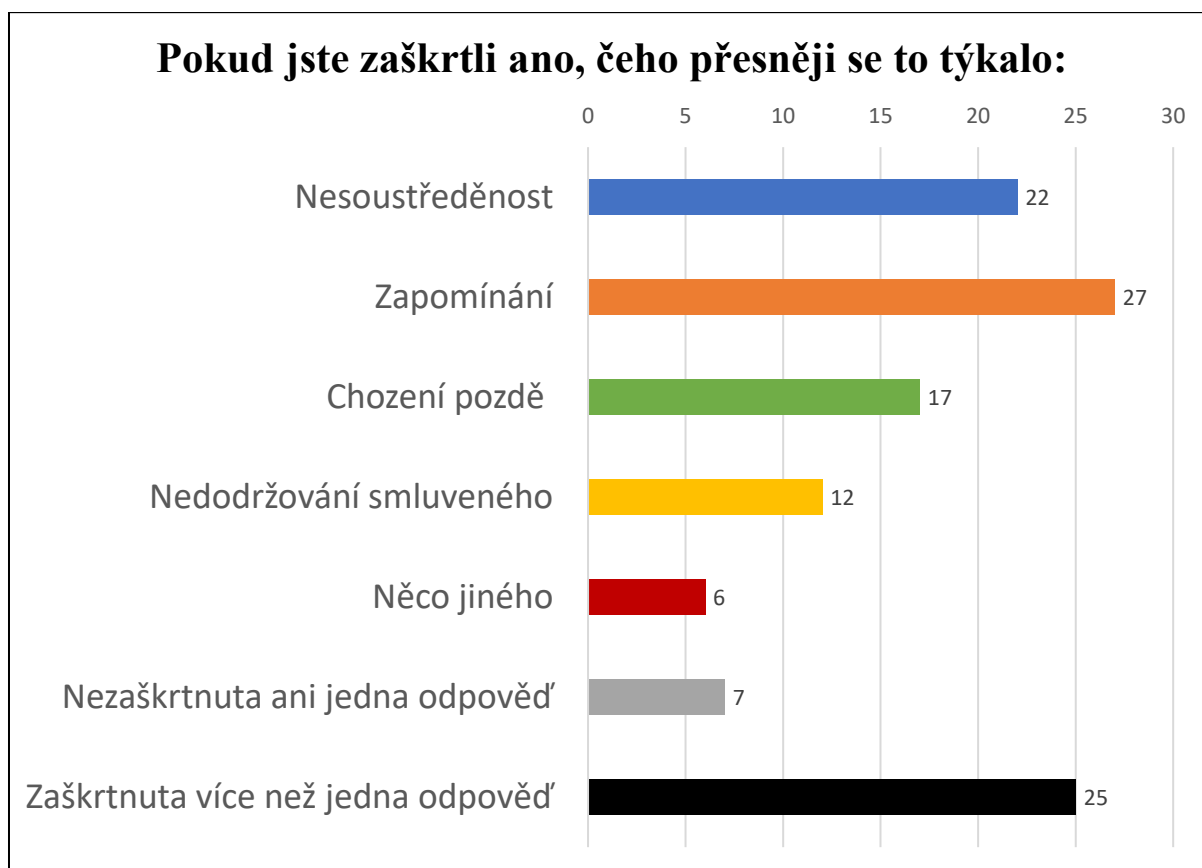


Graf č. 17

30 dotazovaných (81 %) odpovědělo na tuto otázku kladně a zvolilo tak možnost ano, 7 osob (19 %) zvolilo možnost ne.

6.18 Osmnáctá otázka

Pokud jste zaškrtnuli ano, čeho přesněji se to týkalo:



Graf č. 18

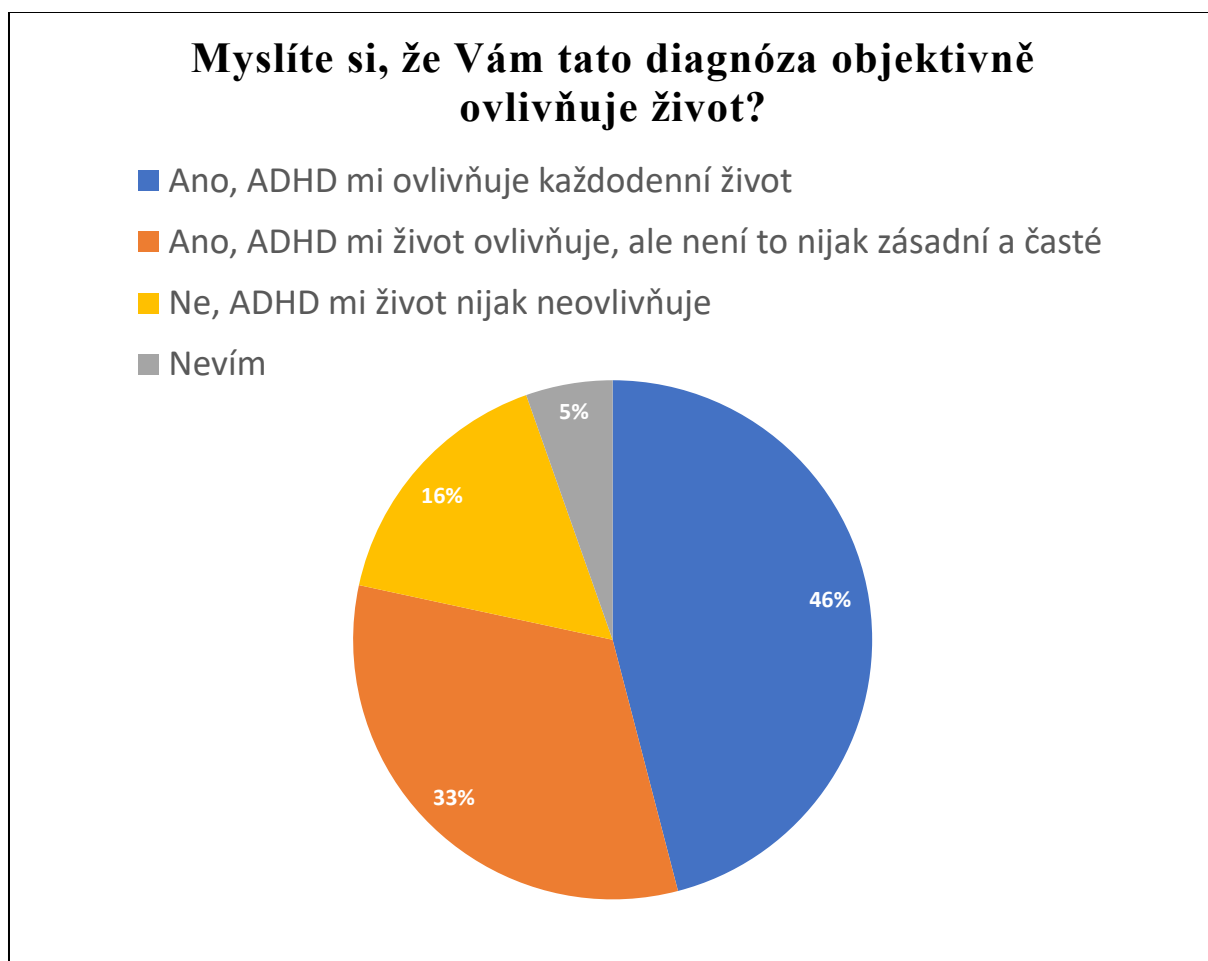
K možnosti *Něco jiného* dotazovatelé připsali:

- Zbrklé reakce
- Impulzivita
- Děláním věci povrchově
- Nejsem schopná splnit povinnosti, odkládám věci
- Špatné pochopení informací
- Mluvení – mluvím hodně, a skáču do řeči
- Mé představy často vítězí nad realitou

22 lidí zaškrtno možnost nesoustředěnost. Nejvíce, 27 osob označilo možnost zapomínání, 17 respondentů zvolilo možnost chození pozdě a 12 jedinců zakroužkovalo variantu nedodržování smluveného. 7 osob nezaškrtno ani jednu z nabízených možností, naopak 25 lidí zvolilo více než jednu odpověď. 6 dotazatelů zvolilo možnost něco jiného a konkrétně vypsali problematické situace, návyky, se kterými mají problém.

6.19 Devatenáctá otázka

Myslíte si, že Vám tato diagnóza objektivně ovlivňuje život?

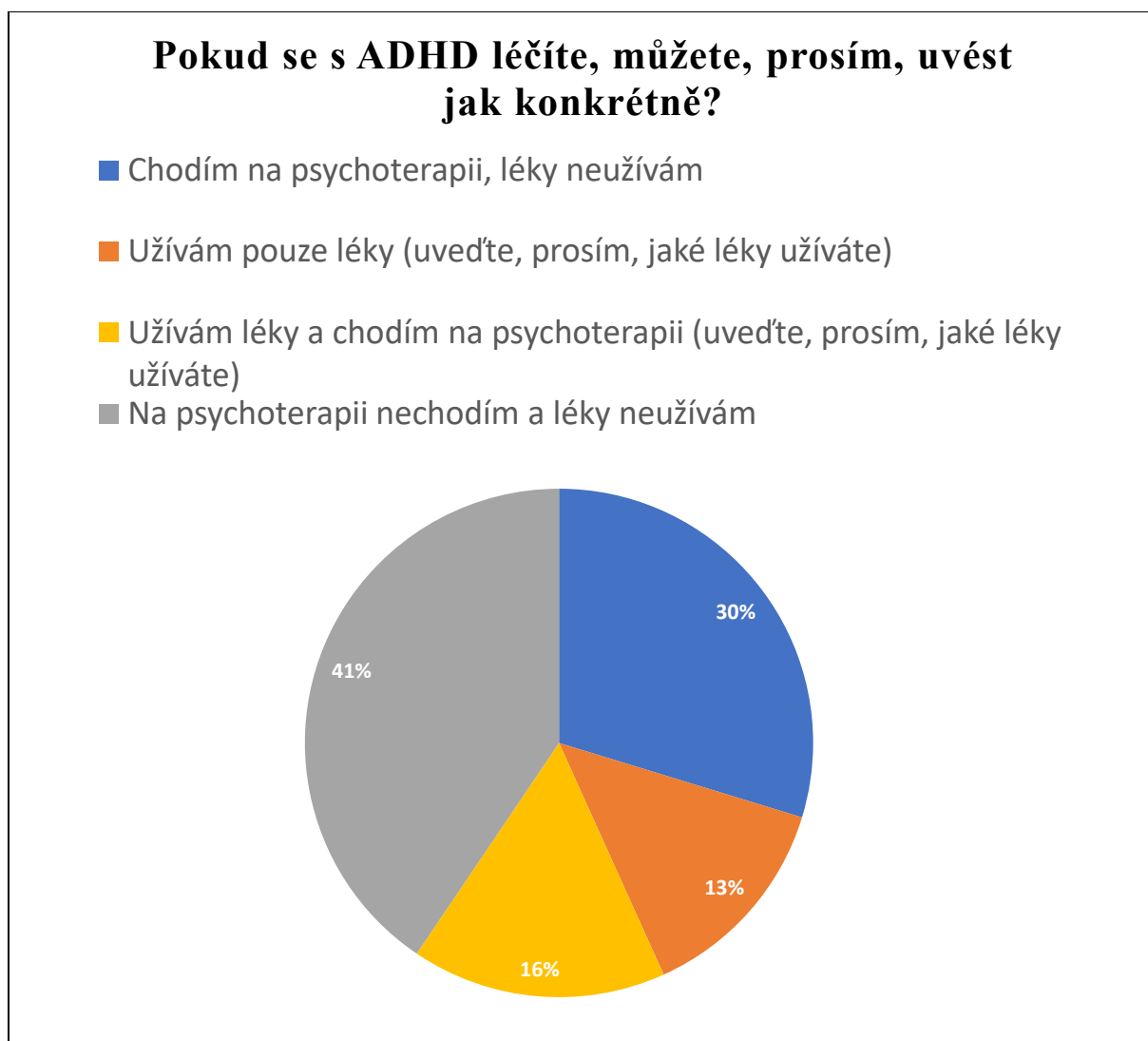


Graf č. 19

Možnost ano, ADHD mi ovlivňuje každodenní život, zvolilo 17 respondentů (46 %). Druhou možnost, ano, ADHD mi život ovlivňuje, ale není to nijak zásadní a časté, označilo 12 osob (33 %), 6 lidí (16 %) zakroužkovalo ne, ADHD mi život nijak neovlivňuje a 5 %, tedy 2 osoby neví.

6.20 Dvacátá otázka

Pokud se s ADHD léčíte, můžete, prosím, uvést jak konkrétně?



Graf č. 20

K možnostem *Užívám pouze léky* a *Užívám léky a chodím na psychoterapii* dotazovatelé připsali, jaké konkrétní léky užívají:

- Atomoxetin (Strattera) v deseti případech
- Escitalopram (Cipralox) + Vortioxetin (Brintellix) v jednom případě

Z předchozích dat také vychází:

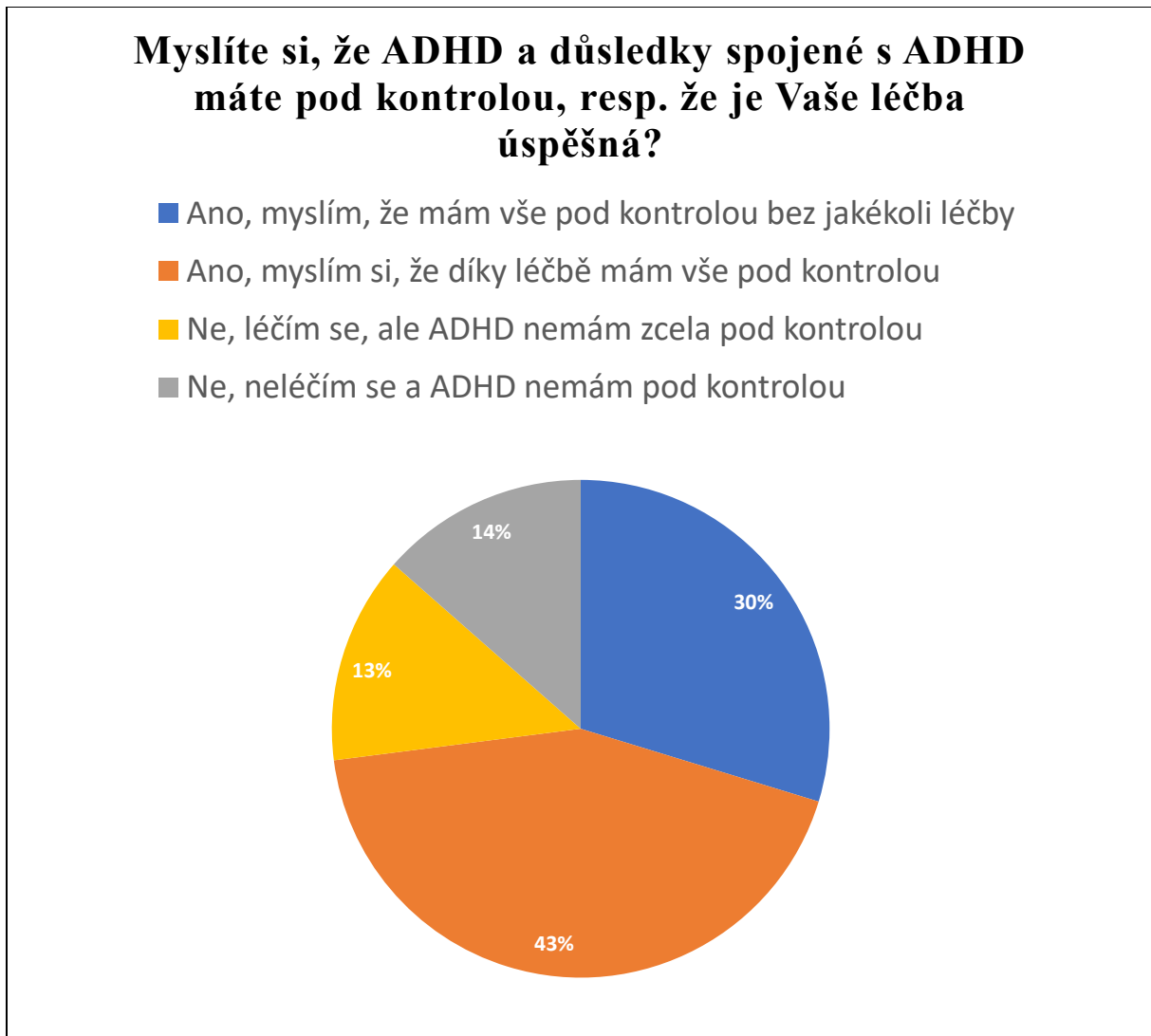


Graf č. 21

11 osob (30 %) zaškrtnulo možnost chodím na terapii, léky neužívám. 5 (13 %) dotazovaných užívá pouze léky, aniž by využili možnosti psychoterapie nebo dalších podpůrných nefarmakologických metod, dle zvolené možnosti. 6 lidí (16 %) zaškrtnulo možnost užívám léky a chodím na psychoterapii. 15 jedinců (41 %) označilo variantu na psychoterapii nechodím, léky neužívám.

6.21 Dvacátá první otázka

Myslíte si, že ADHD a důsledky spojené s ADHD máte pod kontrolou, resp. že je Vaše léčba úspěšná?

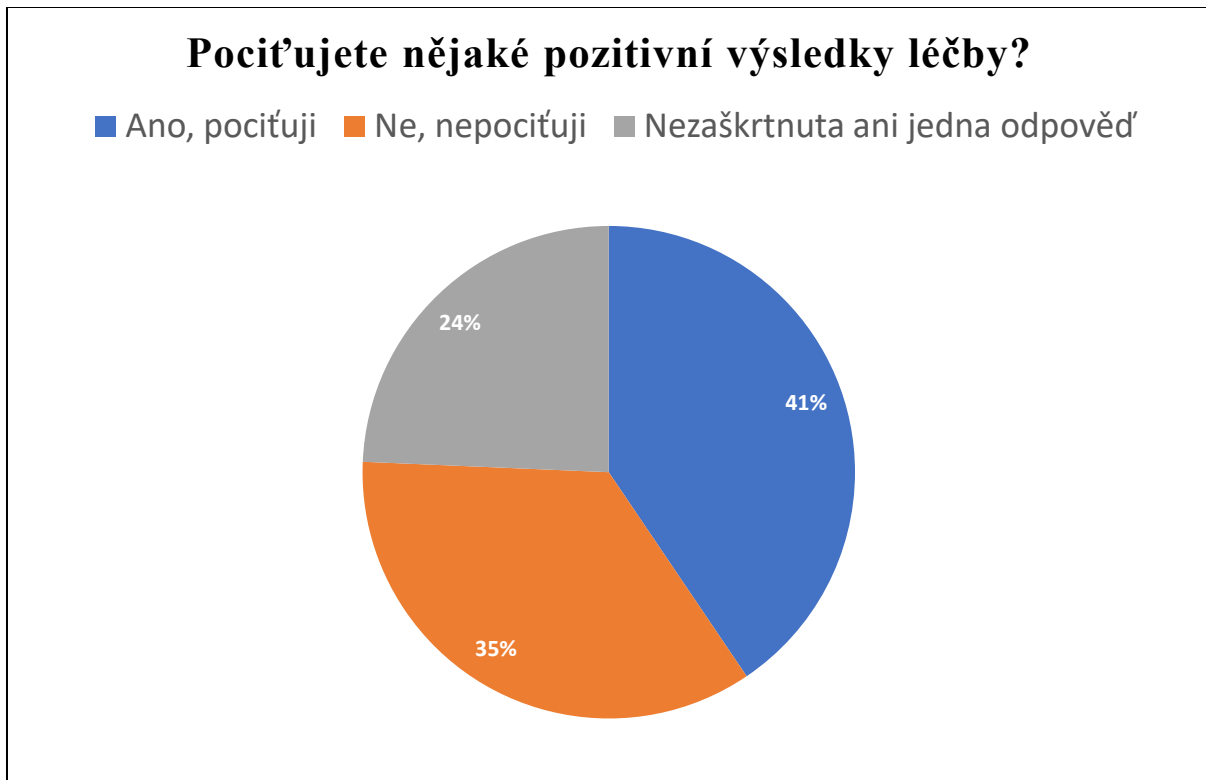


Graf č. 22

11 (30 %) respondentů označilo možnost ano, myslím, že mám vše pod kontrolou bez jakékoli léčby. Druhou variantu, tedy ano, myslím si, že díky léčbě mám vše pod kontrolou, zaškrtnulo 16 osob (43 %). Možnost ne, léčím se, ale ADHD nemám zcela pod kontrolou, uvedlo 5 lidí (13 %), poslední možnou variantu, ne, neléčím se a ADHD nemám pod kontrolou, označilo rovněž 5 jedinců (14 %).

6.22 Dvacátá druhá otázka

Pocitujete nějaké pozitivní výsledky léčby? (pokud se léčíte, prosím, odpovězte i na tuto otázku.)



Graf č. 23

K možnostem *Ano, pociťuji* dotazovatelé připsali:

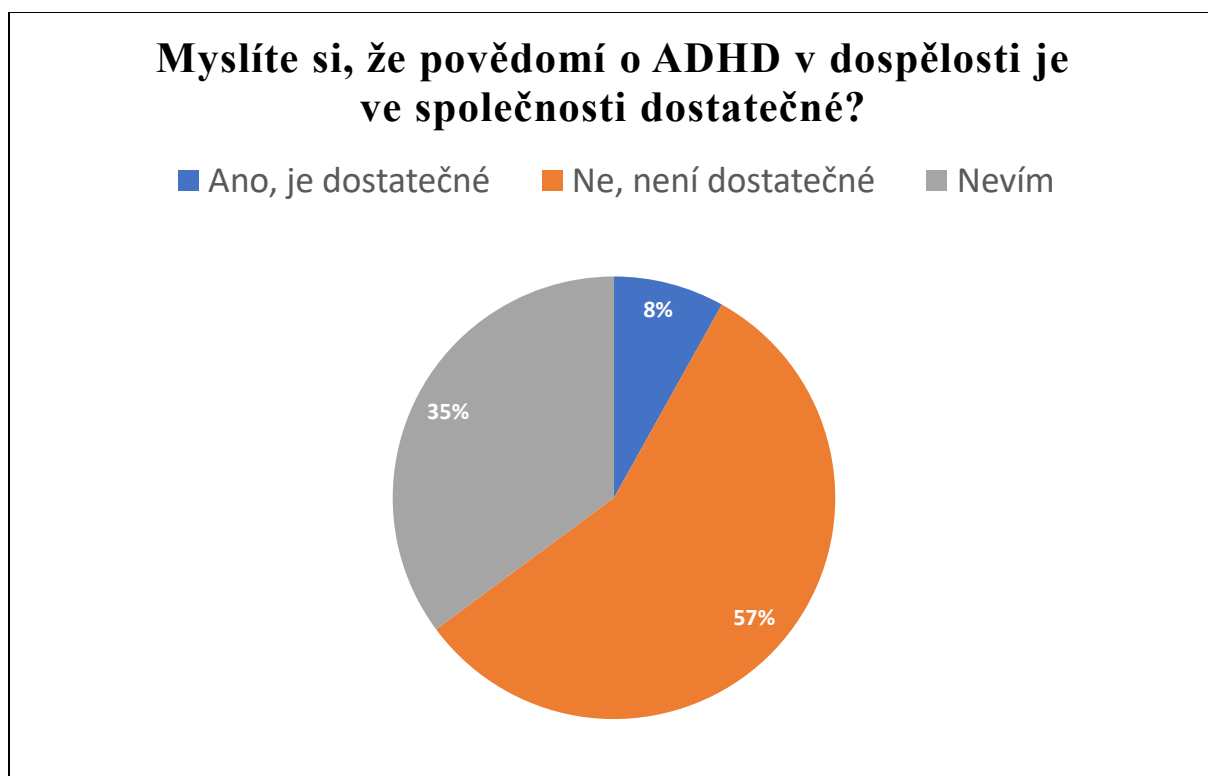
- Menší přecitlivělost
- Více si všímám detailů
- Mnohonásobně se mi zvýšila kapacita paměti, výkonnosti
- Mám méně konfliktů
- Lepší spánek
- Stablnější nálady
- Jsem méně agresivní a impulzivní
- Méně zapomínám
- Lepší vztahy

- Absence myšlenkových lavin
- Dokážu více vědomě udržet pozornost
- Díky lékům se mi zklidnily myšlenky
- Například mi u filmu stačí dvě desetiminutové pauzy místo čtyř
- Zlepšení pracovního tempa (o několik hodin)
- Lepší soustředění v sedmi případech

15 osob (41 %) uvedlo, že pocítují určité pozitivní výsledky léčby, naopak 13 jedinců (35 %) zaškrtnulo možnost ne, nepocítují tedy pozitivní výsledky své léčby. 9 osob (24 %) nezaškrtnulo ani jednu možnost.

6.23 Dvacátá třetí otázka

Myslíte si, že povědomí o ADHD v dospělosti je ve společnosti dostatečné?

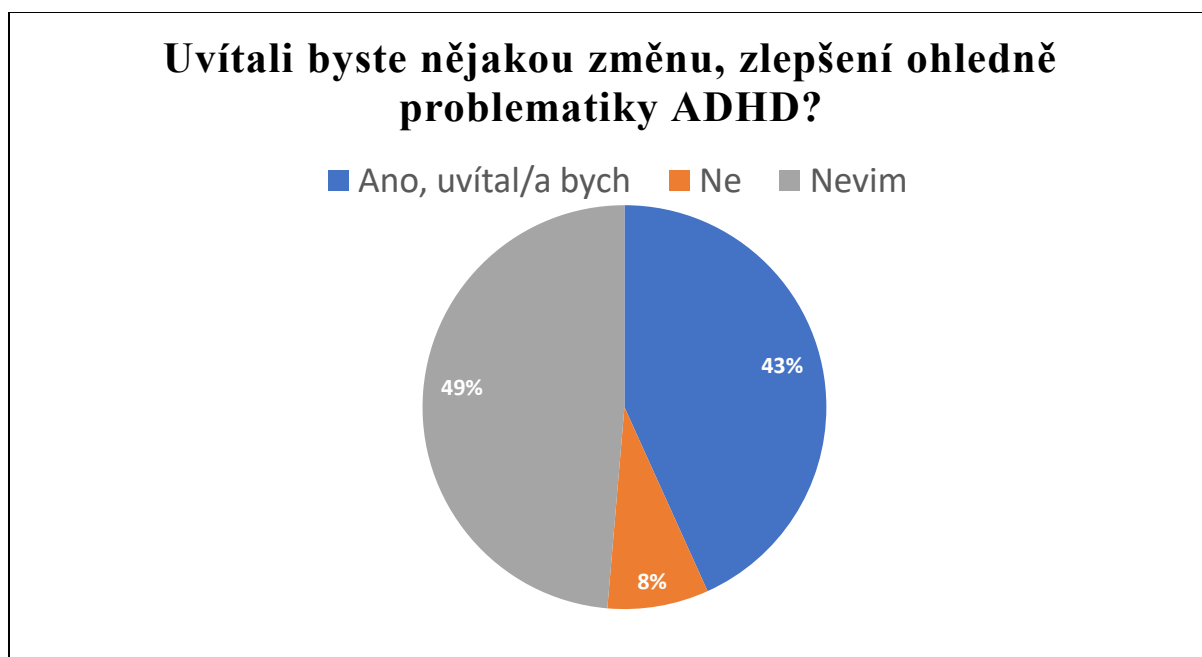


Graf č. 24

Možnost ano, je dostatečné (myšleno povědomí), zaškrtnly 3 osoby (8 %), naopak variantu ne, není dostatečné zvolilo 21 lidí (57 %). Odpověď nevím zakroužkovalo 13 jedinců (35 %).

6.24 Dvacátá čtvrtá otázka

Uvítali byste nějakou změnu, zlepšení ohledně problematiky ADHD?



Graf č. 25

K možnosti *Ano, uvítal/a bych*, dotazovatelé připsali:

- Kdyby na některých školách na to brali více ohledu a nezanedbávali to
- Aby se to bralo vážně, protože to opravdu dovede ničit život
- Aby lidé věřili, že to existuje a není to jen lenost/ jistá charakterová vada
- Lepší diagnostika a možnosti léčby
- Větší pochopení u zaměstnavatele
- Lepší informovanost mezi lidmi
- Větší povědomí, lidé znají převážně jen hyperaktivitu dětí
- Vzhledem k dědičnosti ADHD si myslím, že spousta věcí se naučit dá, ale nemá je v dětství někdy kdo naučit, například zdravé návyky, udržování pořádku

Variantu ano, uvítala bych, zvolilo 16 (43 %) dotazovaných, možnost ne zaškrtnli 3 lidé (8 %), nevím označilo 18 respondent.

7. Komentář k výsledkům

První výskyt ADHD řeší otázka 1. Z výsledků vyplývá, že věkové rozpětí ohledně diagnostiky je poměrně široké, rozhodně ne zcela jednoznačné. Nicméně největší procento zastoupení měla odpověď 6–10 let (v 46 % případů). Součtem dvou dospělých kategorií vyplývá, že v dospělosti byla ADHD diagnostikována v 27 % případů, zbytek respondentů byl diagnostikován v dětství. Na základě otázky 2 bylo zjištěno, že většina (75 % dotazovaných) zahájila léčbu ADHD v dětství. Otázka 3 se zabývá kontinuitou léčby od dětství směrem k dospělosti. Zde se ukazuje, že přibližně polovina osob diagnostikovaných v dětství s léčbou pokračuje i v dospělosti, druhá polovina nikoliv. Z toho vyplývá otázka, proč tomu tak je, proč téměř polovina dotazovaných, i když ADHD měla diagnostikováno, léčby zanechala. Podle mého názoru, právě toto může vypovídat o nedostatečné edukaci a všeobecné neznalosti faktu, že ADHD nemusí být jen záležitostí dětí. Alternativou může však být nedostatečná účinnost samotné léčby. Z otázek č. 2, resp. č. 3 můžeme také zjistit, že necelá třetina dotazovaných, přesněji 27 %, zahájila svou léčbu až v dospělosti. Podstatné je se zamyslet a poukázat na to, že si možných projevů ADHD u těchto respondentů nikdo nepovšiml. Rodiče, učitelé ve škole apod. se jimi nezabývali, nikomu problémy v tomto období nevadily. Začali je řešit až sami respondenti jako dospělí, i když je vysoce pravděpodobné, že symptomy ADHD se vykytovaly už v dětství. Mohlo to být tím, že byly tyto projevy v dětství zanedbatelné a více se projeví až v dospělosti nebo jim nebyla ze strany okolí věnována pozornost. Otázka 4 se zaměřuje na důvody k vyhledání odborné pomoci v dospělém věku. Odpovědi respondentů poukázaly na velkou různorodost, nedalo se v žádném případě udělat jeden závěr. Otázka 5 prokazuje rozdělení souboru respondentů na dvě poloviny. Téměř polovina z nich se léčí s ADHD nepřetržitě, druhá polovina má naopak ve své léčbě období, kdy se z nějakého důvodu neléčí, léčba tak není kontinuální. Důvody mohou být mnohé. Ti, kteří se léčí neustále, pravděpodobně mohou subjektivně pociťovat pozitivní výsledky léčby, což je může motivovat dále v léčbě pokračovat. Naopak opačná skupina dotazovaných motivaci možná z opačného důvodu mohla ztratit. Také to může znamenat, že ti, kteří se léčí kontinuálně, mají problémy takového stupně, že léčba je zde opravdu nezbytná.

Otázka 6, resp. odpovědi na ni, dokazují, že komorbidity, nejen samotné ADHD, ale kombinace škály více nemocí, je častá. Přes 60 % lidí tohoto vzorku respondentů nějakou komorbiditu uvedlo. Dokonce se určité odpovědi v několika případech opakovaly. Poukážu na

ty nejčastější a v literatuře také často uváděné. Nejvíce, tj. 4 osoby trpí nějakou formou poruchy učení; depresi, úzkost a poruchu autistického spektra uvedli shodně vždy 3 jedinci. Epilepsii uvedla jedna osoba.

Následující otázky se týkaly problematiky vzdělání. Z otázky 7 například vyplývá, že 92 % respondentů ve škole alespoň v jedné z nabízených možností, problémy měly. Odpovědi na otázku 9 zase potvrzují, že polovina dotazovaných jedinců se nad otázkou budoucího povolání ve vztahu k ADHD zamýšlela. Na základě otázky 10 lze zase zjistit, že nejčastěji u těchto lidí jako volba budoucí specializace zvítězil směr manuální, za ním pak technický. Mimoto lze uvést, že se u těchto lidí vyskytují ne zcela standardní pracovní pozice. Ani v jednom případě jsem se nesetkala s osobou, která by pracovala někde v kanceláři mající běžnou osmihodinovou pracovní dobu od pondělí do pátku. Může se sice jednat o náhodný jev, jen mám potřebu ho i přesto takto vyzdvihnout. Odpovědi na otázku 8 potvrzují, že největší procento dotazovaných, konkrétně 40 %, uvedlo, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je základní. Další velká část, 30 %, pak má středoškolské vzdělání bez maturity. 70 % osob tak mezi dotazovanými nemá maturitu. Při porovnání s dosaženým vzděláním v běžné populaci se ukazuje výrazný rozdíl v neprospěch respondentů, resp. lidí s ADHD. Dle údajů z roku 2017, lidí se základním vzděláním je ve společnosti 10,7 %, středoškolské vzdělání má 70,2 % (středoškolské vzdělání bez a s maturitou je zde zahrnuto dohromady), vysokoškolské pak 19,1 % osob (Český statistický úřad, 2017). Soubor respondentů se tak výrazně odlišuje od průměru ve společnosti. Je tak potřeba zdůraznit, že jedince s ADHD tato skutečnost v otázce vzdělání a budoucí kariéry zásadně ovlivňuje v negativním smyslu a je to bohužel velmi běžné. Na takto diagnostikované děti by proto v budoucnosti opravdu měl být brán větší zřetel tak, aby se jich tento problém týkal co nejméně a negativně i je ovlivňoval v jejich vzdělání v dlouhodobém horizontu.

11. otázka naznačuje, že vlastnosti jako větší kreativita, vyšší výkonnost až sklon k workoholismu, více energie na práci popisované v literatuře, jsou blízké i respondentům tohoto dotazníku. 18 osob zaškrtnulo, že se cítí být kreativnější, 17 osob má více energie na práci. V této otázce mě překvapily odpovědi skrývající se pod možností "pokud Vás napadá něco jiného, prosím, dopište", kterou využilo 5 osob. Tuto otázku jsem vnímala veskrze pozitivně a snažila jsem se jí cílit na možné pozitivní dovednosti osob s ADHD. Pokud chtěli dotazovatelé vypsát něco jiného, měla jsem za to, že opět „vypíchnou“ něco spíše pozitivního. Oni ale vypsali např. že neumí udržet pořádek na pracovišti nebo že není schopný dělat rutinní činnost. Další osoba vypsala, že není schopna organizovat komplexní úkoly. Důvodem takových

odpovědi může být možná má špatná formulace otázky nebo to může poukazovat na jistou míru nízkého sebevědomí a vidění sebe sama jen z toho horšího úhlu pohledu, což bohužel může být také typické pro osoby s ADHD.

Odpovědi na otázku 12 poukazují na nejrůznější koníčky dotazovatelů. Celkem 18 lidí z 37 zaškrtnulo sport. Jde o poměrně vysoký podíl, který může poukazovat na to, že lidé s ADHD se svou nadměrnou mírou energie snaží ventilovat právě sportem. Nicméně nejvíce zaškrťovanou možností byly PC hry, což podle mého názoru reflektuje současný stav zájmové aktivity společnosti. 12 lidí také připsalo různé jiné koníčky, například fotografují, zkoumají vesmír nebo jsou dobrovolnými hasiči. Jedna dotazovatelka připsala, že nyní žádné koníčky nemá, protože je na mateřské dovolené. To nejspíš s ADHD nesouvisí, pod toto by se podepsaly mnohé ženy bez této diagnózy.

Otázky 13 a 14 se zabývaly případnými závislostmi. 43 % lidí si myslí, že díky ADHD mají větší sklon k závislostem. Téměř čtvrtina osob odpověděla, že neví. Možná se nad tím nikdy takto nezamýšleli, nenapadla je tato souvislost nebo si to nejsou schopni připustit. Nevíce byly označeny možnosti alkohol a cigarety a jiné tabákové výrobky, shodně v sedmi případech. Jedná se o nejčastější závislosti ve společnosti obecně, není tak překvapivé, že i zde.

Další otázky byly zaměřeny na vztahovou problematiku. Získané odpovědi svědčí o podstatnosti ADHD ve vztazích, a to v nejrůznějších úrovních. Téměř 85 % dotazovatelů má za to, že jim ADHD vztahy ovlivňuje. Takto podstatná převaha kladné odpovědi na tuto otázku také svědčí o upřímnosti v odpovědi a možná i to, že se velká část dotazovatelů touto problematikou již někdy zabývala nebo zabývá. Dále je zřejmé, že se jedná o ovlivnění vztahů nejen v rámci partnera a rodiny, ale i v práci. Otázka 17 se zabývá možnými vlastnostmi či situacemi, které mohou být v každodenním životě pro osoby s ADHD problematické. Odpovědi na tuto otázku ukazují, že s výčitkami ohledně vlastností souvisejících s ADHD, trpěla naprostá většina osob s touto diagnózou, tj. 81 %. Nejčastěji jde o zapomínání (otázka 18). Téměř polovina osob je přesvědčena, že jim ADHD ovlivňuje život každodenně (otázka 19).

Léčbou se zabývala další série otázek. Odpovědi na tuto výzkumné otázky pokládám za velmi důležité, možný náhled tímto směrem by mohl lidem s touto diagnózou pomoci. Z praktického hlediska je to samozřejmě velmi podstatná část informací, které lze z práce získat. Z otázky 20 zjišťujeme, že respondentů, kteří se léčí, (psychoterapie, medikace nebo kombinace obojího) je téměř 60 %. Větší polovina tak léčby ADHD v dospělosti využívá; 30

% osob chodí na terapie. Zbylá část užívá pouze léky nebo kombinuje více možností léčby. Z 11 případů dotazovaných, kteří se léčí farmakologicky, 10 lidí užívá Atomoxetin (Strattera). Na základě otázky 21 lze říci, že 43 % lidí má pocit úspěšné kontroly ADHD vlivem léčby. Avšak dalších 30 % si myslí to samé bez jakékoli léčby. Tomu odpovídají i výsledky otázky 22, kdy pozitivní výsledky léčby pocíťovalo 41 % respondentů. Naopak 35 % dotazovaných odpovědělo, že zlepšení vlivem léčby nepocíťují. Nabízí se otázka, zda je jejich léčba dostatečná a správná, zda jistá změna v léčbě by nemohla těmto osobám více pomoci. Mezi nejčastějšími pozitivními účinky jsou uváděny lepší návyky, úprava spánku, zlepšení vztahů a lepší soustředění.

Odpovědi na otázku 23 přinášejí důležité poznatky týkající se reálného náhledu na celou problematiku. Ukazuje se, že bezmála 60 % respondentů je toho názoru, že povědomí ohledně problematiky ADHD v dospělosti dostatečné není. Podle otázky 24 se ukazuje, že pro 43 % dotazovatelů by určitá změna ve smyslu zvýšení informovanosti, byla přínosem. Velké procento lidí, téměř polovina, na tuto otázku odpověděla neví. I to o mnohém vypovídá. K této otázce respondenti také připsali své myšlenky. Poukazovali na lepší diagnostiku a možnosti léčby, fakt, že na některých školních zařízeních se setkali s bagatelizováním této problematiky, uvítali by tak, kdyby na ADHD bylo ještě i na školách brán větší ohled. Několikrát se opakovala jedna podstatná myšlenka, vždy interpretovaná jinak, přesto říkající to samé. Prosba ohledně větší informovanosti ve společnosti. Nyní doslova cituji: „Aby lidé věřili, že to existuje a není to jen lenost/jistá charakterová vada“. Zdaleka tak bohužel nejsme v bodě, ve kterém bychom měli být. Edukací, lepší informovaností společnosti, správnou diagnostikou a odbornou léčbou pak totiž snad bude možné, aby tito lidé, s touto svou součástí uměli lépe pracovat. A nastávaly tak co nejméně nepříjemné situace pro obě zúčastněné strany, člověka s ADHD i pro jeho okolí.

8. Diskuse

Výsledky praktické části práce se vztahují k souboru 37 žen a mužů. Hlavním cílem této diplomové práce bylo poukázat na běžný život diagnostikovaných dospělých jedinců s poruchou ADHD. Prezentované výsledky a naše postřehy získané v kontextu spojení jednotlivých odpovědí na otázky a jejich propojením do souvislostí daných podtémat, jsme poté porovnávali s dostupnými zdroji v rámci odborné literatury, dále pak s výsledky diplomových prací Z. Jiroutové (2020) a K. Gruberové (2017).

Výsledky dotazníku, resp. také přiložené grafy prezentované v jedné z předchozích kapitol, potvrzují řadu typických symptomů ADHD v dospělosti, problémy ve škole, následně v práci, ve vztazích apod., jak uvádí a poukazuje na ně odborná literatura.

Hyperaktivní nejsou pouze děti, ale hyperaktivitu a další symptomy ADHD si s sebou neseme (pokud ho máme) od dětství ve větší či menší míře po celý život (Žáčková a Jucovičová, 2017). Potvrzují to také odpovědi v dotazníku ohledně diagnostiky ADHD u respondentů v dětství, resp. v dospělosti, včetně léčby ADHD v průběhu podstatné části života jedince. Zjistili jsme, že 75 % respondentů bylo diagnostikováno už v dětství, symptomy ADHD, například hyperaktivita, se tak u nich projevovaly již v brzkém věku, 17 lidem (46 %) diagnostikovali ADHD mezi 6. a 10. rokem života. Projevy ADHD se tak vyskytují a ovlivňují jedince v průběhu celého jejich života. Dále jsme poměrně překvapivě zjistili, že 27 % dotazovaných odbornou pomoc vyhledalo až v dospělosti. Nicméně i tak se potvrzuje, že i přes možnou nevýraznost projevů v dětství, se symptomy ADHD projevují v dospělosti a ADHD tak samo nezaniká, jen se proměňuje.

Gruberová (2017) se ve své diplomové práci mimo jiné zabývala oblastí vzdělávání, posléze zaměstnáním u dospělých s ADHD. Vysledovala v této oblasti velký vliv ADHD a jeho projevů, jak uvádí v závěru své práce, její zjištění jsme v naší práci potvrdili tím, že u 92 % dotazovaných respondentů bylo zjištěno, že se potýkalo s problémy ve škole s učením nebo s autoritami. Problémy související s ADHD se manifestují s příchodem do školy, kdy se dítě musí podřídít režimu. Ve školním věku se již nejvýrazněji projevují kognitivní dysfunkce, nepozornost, nesoustředěnost vedoucí k neúspěšnosti (ačkoli má dítě dobrý intelekt) (Ptáček a Ptáčková, 2018). Je proto podstatné se na žáka s ADHD řádně připravit. Sebevědomí a poučení učitelé totiž nepodléhají tak snadno předsudkům a mýtům (Kendíková, 2019). Jak popisuje výše zmíněná odborná literatura, problematika ADHD je v rámci vzdělávání a následné volby povolání velké téma, které i z našich získaných výsledků může jedince velmi

zásadním způsobem ovlivnit. Ukázalo se, že až 40 % respondentů má pouze základní vzdělání, což naprosto neodpovídá procentuálnímu zastoupení základního vzdělání v běžné populaci.

Zajímavé je také porovnání našich výsledků s výsledky diplomové práce Gruberové (2017) v oblasti vztahů u osob s ADHD. Uvádí, že ve vztazích tyto lidé pocítují deficity, a to jak v oblasti komunikace, tak i v chování a komplikují jim život. Příznaky se podle ní projevují například impulzivním chováním. Výsledky našeho dotazníku, resp. otázek týkající se této oblasti ukázaly, že 85 % dotazovaných si myslí, že jim ADHD vztahy ovlivňuje, nejvíce vztah s partnerem/partnerkou. Výsledky jsou tedy v souladu.

Diplomová práce Z. Jiroutové (2020) se zabývala problematikou ADHD u rizikových řidičů motorových vozidel. Zjistila, že výskyt ADHD se u rizikových řidičů byl vyšší. Mezi nejčastější důvody zákazu řízení patřilo řízení pod vlivem alkoholu nebo také řízení pod vlivem návykové látky. V našem dotazníku se otázkou závislosti a celkového názoru na ně zabývaly 2 otázky. Ptala jsem se dotazovaných, zda si myslí, že díky své diagnóze mohou mít větší sklon k závislostem, 43 % odpovědělo kladně, ostatní odpověděli ne nebo nevnímali možnou spojitost. Pokud měli specifikovat druh závislosti, nejčastěji se jednalo právě o alkohol, ten zaškrtnlo 7 osob, drogy pak 4 lidé. V souvislosti s výzkumem Jiroutové, jejím zjištěním a možným propojením s výsledky našeho dotazníku, vyplývá, že možné vyšší procento závislosti si v souvislosti s ADHD příliš velké procento osob neuvědomuje, jako možný důsledek ADHD to velká část respondentů nevnímá. Obecně toto téma pro respondenty z našeho dotazníku nepatří k nejzásadnějším, které v souvislosti se svým onemocněním řeší.

Účinně nasazená léčba, pokud je shledána jako potřebná, může velmi zásadním způsobem pozitivně ovlivnit život těchto jedinců v dospělosti. Z tohoto důvodu je skutečně nutné přistupovat k ADHD jako celoživotnímu problému (Ptáček a Ptáčková, 2018). Tématem léčby se také zabývalo několik otázek v našem dotazníku. Téměř 60 % respondentů se nějakým způsobem léčí. Pomocí psychoterapie, farmakologicky nebo obojího. Pokud je odborníkem vyhodnocena léčba jako nutná, jak popisuje výše odborná literatura, shodují se tak s mírou důležitosti ji nepodceňovat v jakémkoli věku. Léčící se respondenti v dotazníku opakovaně vypsali, že jim léčba pomáhá například v lepším soustředění se. Což je jeden z naprosto typických příznaků.

Přínos práce vidím ve dvou aspektech. Prvním je skutečnost, že se nám podařilo potvrdit některé z výsledků prací Gruberové a Jiroutové. A výsledky dotazníku velmi často korespondovaly s poznatky, které jsou známé z odborné literatury. Druhým je fakt, že jsme shromáždili poměrně velký počet dotazníků, které vyplnili pouze již diagnostikovaní jedinci, objektivita v rámci důležitosti určitých témat je proto přiměřená.

9. Souhrn a závěr

Snahou této předkládané práce bylo zjistit, jakou kvalitu života mají lidé s ADHD v dospělém věku. Na základě vytvořeného dotazníku, spoluprací s nejrůznějšími odborníky a následné realizaci výzkumu, kterého se celkově zúčastnilo sedmatřicet dospělých jedinců s diagnózou ADHD, a interpretací výsledků se ukazuje, že ADHD i v dospělém věku může život jedinců velmi ovlivňovat.

Zde bych se také ráda vyjádřila k výzkumným otázkám, které jsem si na začátku své praktické části práce stanovila.

- Na otázku 1 (Liší se počet jedinců, kteří se s ADHD léčí v dospělosti a v dětském věku?) je díky získaným informacím má odpověď kladná, tedy ano, počet jedinců léčících se v dětství a v dospělosti, se liší. Dospělých léčících se osob je mnohem méně než léčících se dětí.
- Odpověď na otázku 2 (Převládají v soboru dotazovaných osoby se základním nebo středoškolským vzděláním bez maturity?) je také poměrně jasná. Ano, v souboru respondentů skutečně převládli jedinci se základním a středoškolským vzděláním bez maturity v 70 % z celku.
- Otázka 3 (Ovlivňuje dospělým jedincům diagnóza ADHD běžný život?), resp. odpověď na ni je také kladná. Důvodem kladné odpovědi jsou vysoké procenta kladných odpovědí dotazovaných ohledně problematiky ADHD a jejich vztahů, práce, vzdělání v minulosti nebo běžných denních úkonů, které je a jejich okolí každodenně ovlivňuje a s ADHD souvisí.
- Na otázku 4 (Je léčba ADHD v dospělosti úspěšná?) není tak snadné jasně odpovědět. Velké procento léčících se jedinců to potvrzuje a léčba těmto osobám pomáhá ADHD zvládat, ukázalo se ale také, že u 13 % léčících se lidí tomu tak není, oni sami takový dojem nemají. Je to tedy poměrně individuální, záleží na mnoha faktorech, které se u jednotlivců liší.
- Odpověď na otázku 5 (Je problematika ohledně ADHD v dospělosti dostatečně známá ve společnosti?) také není jednoznačná. Podstatná část dotazovaných si myslí, že povědomí ohledně ADHD není na takové úrovni, na jaké by mělo být. Nicméně, tématem ADHD v dospělosti se zabírá oproti minulosti více jak laiků, tak odborníků.

Povědomí ohledně ADHD v dospělosti se tak postupně zvyšuje, dostatečné však zatím není.

V následujících bodech jsou shrnuty nejpodstatnější fakta, která byla z dotazníku zjištěna:

- S diagnostikou a léčbou v dětském věku má osobní zkušenost 75 % dotazovaných, ale co se týká léčby ADHD v dospělosti, pokračuje v ní přibližně polovina, zbytek již ne.
- 92 % respondentů mělo problémy ve škole s učením, autoritami nebo případně s obojím.
- 85 % osob odpovědělo, že jim ADHD vztahy v obecné rovině ovlivňuje. Nejčastěji respondenti poukazovali na vztahy v partnerství, posléze s rodiči.
- Bylo zjištěno, že bezmála 60 % dotazovaných se ať už farmakologicky nebo pomocí psychoterapií, popř. obojího, léčí.
- Téměř 60 % dotazovaných si myslí, že povědomí ohledně ADHD v dospělosti není dostatečné.

Díky výsledkům proto musím konstatovat, že toto téma je ve společnosti stále málo známé, někdy dokonce i mezi samotnými odborníky. Zapomíná se, nebo lépe řečeno, nedomýšlí se fakt, že děti, které takto diagnostikovány jsou, a to je již v současnosti velmi běžné a známé, vyrostou a stanou se z nich dospělí lidé. Jak ale ukazují výzkumy, až u 50 % osob porucha přetrvává i nadále. Je proto potřeba tento fakt nebagatelizovat. Proto doufám, že více informací může velmi pomoci v běžném životě ADHD dospělých v budoucnosti. Zvýšená kvalita života těchto lidí za to jistě stojí. Mým cílem bylo, aby i tato práce mohla být zdrojem inspirace, edukace a do budoucna tak přispěje k rozšíření znalostí ohledně tohoto tématu.

10. Použitá literatura

Anon.: The Neurobiology of ADHD (2020), Supernus Pharmaceuticals.

Asherson P., Buitelaar J., Faraone S. V., Rohde L. A. (2016). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 568-575. [cit. 2022-05-25] [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30032-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30032-3)

Barkley R. A., Anderson D. L., Kruesi M. (2007). A Pilot Study of the Effects of Atomoxetine on Driving Performance in Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 10(3), 306-316 [cit. 2022-04-25]. <http://journals.sagepub.com/>

Biederman J., Lanier J., DiSalvo M., Noyes E., Fried R., Woodworth K. Y., Biederman I., Faraone S. V. (2019). Clinical correlates of mind wandering in adults with ADHD. *Journal of psychiatric research*, 117, 15–23. [cit. 2022-04-04]. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.06.012>

Brikell I., Kuja-Halkola R., Larsson H. (2015). Heritability of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 168(6), 406-413. [cit. 2022-07-03] <http://doi.org/10.1002/ajmg.b.32335>

Cahová P., Pejčochová J., Ošlejšková H. (2010). Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita. *Neurologie pro praxi*. 11(6), 367–377 [cit. 2022-04-04]. www.neurologiepropraxi.cz

Curatolo P., D'Agati E., Moavero R. (2010). The neurobiological basis of ADHD. *Italian journal of pediatrics*, 36(1), 79. [cit. 2022-06-04]. <https://doi.org/10.1186/1824-7288-36-79>

Čermáková M., Papežová H., Uhlíková P. (2013). Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD): *příručka pro dospělé*. [cit. 2022-05-23]. <http://www.nepozornidospeli.cz/>

Český statistický úřad (2019). Česko má nejvyšší podíl středoškolsky vzdělaných obyvatel v EU. *Česko 15 let v Evropské unii*. [cit. 2022-08-02] <https://www.statistikaamy.cz/cesko-15-let-v-evropske-unii/cesko-ma-nejvyssi-podil-stredoskolsky-vzdelanych-obyvatel-v-eu/>

Drtílková I., Šerý O. (2007). *Hyperkinetický syndrom*. Praha: Galén. 54–63.

Goetz M., Uhlíková P. (2009). *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou: Příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén 28–69.

Gruberová K. *Život a ADHD v dospělém věku*. Brno, 2017. Diplomová práce na Pedagogické fakultě Univerzity Masarykovy.

Friedman L. A., Rapoport J. L. (2015). Brain development in ADHD. *Current opinion in neurobiology*, 30, 106–111. [cit. 2022-05-25] <https://doi.org/10.1016/j.conb.2014.11.007>

Hartl P., Hartlová H. (2015). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Doğru H., Castellanos X., Cortese S., Aoki Y. (2021). Hyperactivity and inattention (ADHD): Neuroscience | *Encyclopedia on Early Childhood Development*. [cit. 2022-04-16]. <https://www.child-encyclopedia.com/hyperactivity-and-inattention-adhd/according-experts/adhd-and-neuroscience>

Hrdlička M. (2007). Postavení atomoxetinu v léčbě hyperkinetické poruchy u dětí a adolescentů. *Česká a slovenská psychiatrie*, 103(5), 230-239.

Hubáček J. *ADHD a výživa*. (2014). Praha: IKEM. [cit. 2022-05-23].

<http://www.dlouhovekostbezleku.cz/>

Jiroutová Z. *ADHD u rizikových řidičů motorových vozidel*. Olomouc, 2020. Diplomová práce na Filozofické fakultě Univerzity Palackého na katedře psychologie.

Kendíková J. (2019). *ADHD krok za krokem*. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe s.r.o.

Kooij J. J. S., Bijnenga D., Salerno L., Jaeschke R., Bitter I., Balazs J., ... Asherson P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD.

European psychiatry, 56(1), 14-29. [cit. 2022-04-04].

http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001_092

Kratochvíl C. J., Milton D. R., Vaughan B. S., Greenhill L. L. (2008). Acute atomoxetine treatment of younger and older children with ADHD: a meta-analysis of tolerability and efficacy. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 25

Masopust J., Mohr P., Anders M., Příkryl R. (2014). Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti. *Psychiatrie pro praxi* 15(3), 112-117 [cit. 2022-04-04]. www.psychiatriepropraxi.cz

Mattison D. R., Plant T. M., Lin H. M., Chen J. J., Twaddle N. C., et al. (2011) - Pubertal delay in male nonhuman primates (*Macaca mulatta*) treated with methylphenidate. *Proceedings of the Nation Academy of Sciences of the United States of America*, 108(39), 16301–16306.

Miovský M. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD: dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.

Ptáček R., Ptáčková H. (2018). *ADHD variabilita v dětství a dospělosti*. Praha: Karolinum.

Swanson J., Greenhill L. L., Wigal T., Kollins S. H., Stehli-Nguyen A., Davies M., et al. (2006). Stimulant-Related Reductions of Growth Rates in the PATS. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(11), 1303–1313.

Závěrková M. (2018). *O ADHD v dospívání a dospělosti*. Praha: Pasparta.

Žáčková H., Jucovičová. D. (2017). *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita. Zápory i klady ADHD v dospělosti*. Praha: Grada.

Příloha 1

ADHD v dospělosti – kvalita života

Dotazník

1. V kolika letech Vám ADHD bylo diagnostikováno?

- 2–5
- 6–10
- 11–17
- 18–24
- 25–a víc

2. Léčil jste se s ADHD již v dětství?

- Ano
- Ne

3. Pokud ano, pokračujete s léčbou i nyní v dospělosti?

- Ano
- Ne

4. Pokud se léčíte až od určitého věku v dospělosti, co Vás k léčbě přimělo? Jaký konkrétní problém?

- Problémy v práci
- Problémy ve vztazích
- Něco jiného (můžete přesněji specifikovat)

.....

.....

.....

5. Je tato léčba kontinuální nebo se střídají období léčby / bez léčby?

- Léčím se s ADHD nepřetržitě od stanovení diagnózy
- Léčím se s přestávkami

6. Máte nějaké další zdravotní problémy?

- Ne
- Ano (uveďte, prosím, jaké)

.....
.....
.....

7. Měli jste problémy ve škole? (učení, autority...)

- Ano, měl/a jsem problémy s učením i s autoritami
- Ano, měl/a jsem problémy s učením, ale s autoritami ne
- Ano, měl/a jsem problémy s autoritami, ale s učením ne
- Ne, ve škole jsem problémy neměl/a

8. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Středoškolské bez maturity
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

9. Měl fakt, že máte ADHD, význam při výběru Vašeho zaměstnání?

- Ano, při rozhodování to roli hrálo
- Ne, fakt že mám ADHD roli při výběru zaměstnání nemělo

10. Jaký směr v zaměstnání zvítězil?

- Duševní
- Manuální
- Technický
- Kreativní
- Pokud chcete, můžete přesně napsat svoji profesi

.....
.....
.....

11. Jak se ADHD podepisuje na Vaší práci? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- Jsem kreativnější
- Jsem výkonnější
- Mám více energie na práci
- Pokud Vás napadá něco jiného, prosím, dopište

.....
.....

- Myslím, že se ADHD na mé práci nijak nepodepisuje

12. Jaké máte koníčky?

- Sport
- Divadlo, Kino
- PC hry
- Hudba (aktivní: hra na nějaký nástroj / pasivní: poslech hudby, koncerty...)
- Četba knih
- Zvířata
- Jiné (můžete připsat jaké)

.....
.....

13. Myslíte si, že díky Vaší diagnóze máte větší sklon k závislostem?

- Ano
- Ne
- Nevím

14. Pokud jste zaškrtnli v předchozí odpovědi ano, specifikujte, prosím, detailněji druh závislosti. (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- Alkohol
- Cigarety a jiné tabákové výrobky
- Drogy
- Gamblerství
- Jiné (můžete připsat jaké)

.....
.....

15. Myslíte si, že Vám ADHD ovlivňuje nebo se nějakým způsobem podepisuje na Vašich vztazích? (rodiče, sourozenci, kamarádi, partner/ka, pracovní vztahy)

- Ano, vztahy mi ADHD ovlivňuje
- Ne, ADHD mi vztahy neovlivňuje

16. Pokud jste zaškrtnli v předchozí odpovědi ano, zspecifikujte, prosím, detailněji. (můžete zaškrtnout více odpovědí)

Myslím, že ADHD mi ovlivňuje vztah s:

- Rodiči
- Sourozenci
- Kamarádkami / Kamarády
- Partnerkou / Partnerem
- Pracovní vztahy s kolegyněmi / kolegy v práci

17. Vyčetl Vám někdo ve Vašem okolí něco, co by dle Vašeho názoru mohlo souviset s ADHD? (zapomínání, chození pozdě, nedodržování smluveného...)

- Ano
- Ne

18. Pokud jste zaškrtnli ano, čeho přesněji se to týkalo:

- Nesoustředěnost
- Zapomínání
- Chození pozdě
- Nedodržování smluveného
- Něco jiného

.....

.....

.....

19. Myslíte si, že Vám tato diagnóza objektivně ovlivňuje život?

- Ano, ADHD mi ovlivňuje každodenní život
- Ano, ADHD mi život ovlivňuje, ale není to nijak zásadní a časté
- Ne, ADHD mi život nijak neovlivňuje
- Nevím

20. Pokud se s ADHD léčíte, můžete, prosím, uvést jak konkrétně?

- Chodím na psychoterapii, léky neužívám
 - Užívám pouze léky (uveďte, prosím, jaké léky užíváte)
-
- Užívám léky a chodím na psychoterapii (uveďte, prosím, jaké léky užíváte)
-
- Na psychoterapii nechodím a léky neužívám

21. Myslíte si, že ADHD a důsledky spojené s ADHD máte pod kontrolou, resp. že je Vaše léčba úspěšná?

- Ano, myslím, že mám vše pod kontrolou bez jakékoli léčby
- Ano, myslím si, že díky léčbě mám vše pod kontrolou
- Ne, léčím se, ale ADHD nemám zcela pod kontrolou
- Ne, neléčím se a ADHD nemám pod kontrolou

22. Pociťujete nějaké pozitivní výsledky léčby? (pokud se léčíte, prosím, odpovězte i na tuto otázku.)

- Ano, pociťuji (jaké přesně)

.....
.....

- Ne, nepociťuji

23. Myslíte si, že povědomí o ADHD v dospělosti je ve společnosti dostatečné?

- Ano, je dostatečné
- Ne, není dostatečné
- Nevím

24. Uvítali byste nějakou změnu, zlepšení ohledně problematiky ADHD?

- Ano, uvítal/a bych

.....
.....

- Ne
- Nevím

Příloha 2

Informovaný souhlas pro dotazníkové šetření

Vypracovala: Karolina Česlová

Vážená slečno (paní), vážený pane,

nabízím Vám účast v diplomové práci, kterou provádím na Farmaceutické fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Má práce se bude zabývat problematikou ADHD u dospělých osob. ADHD je totiž stále ještě pokládána pouze za problém vyskytující se u dětí a školní mládeže ve věku zhruba do 15 let, který po pubertě víceméně spontánně odeznívá. Teprve v poslední době začíná být jisté povědomí o tom, že tato porucha přetrvává i v dospělosti a nemizí s věkem. Mnoho dospívajících a dospělých touto poruchou, třeba v poněkud obměněné podobě, nadále trpí a musí se s tímto stavem vyrovnávat. Z tohoto důvodu se zaměřuji na bližší osvětlení převládajících potíží a také na efektivitu jejich zvládnání.

Vaše účast spočívá ve vyplnění dotazníku, který Vám zabere **cca x minut** času. Dotazník je anonymní, proto Vaše osobní údaje, které by mohly vést k Vaší identifikaci, nebudou nikde zveřejněny. Uchovávány budou pouze v anonymizované podobě a v souladu s platnou legislativou České republiky, včetně obecného nařízení o ochraně osobních údajů.

Informace, které získám prostřednictvím dotazníků, budou použity výhradně pro studijní účely. V případě jejich zveřejnění ve formě odborného článku nebudou nikde uvedeny takové údaje, které by umožňovaly Vaši identifikaci. Má práce bude probíhat pod dohledem doc. MUDr. J. Herinka, který je členem etické komise při Fakultní nemocnici v Hradci Králové.

Vaše účast nepochybně přispěje k rozšíření poznatků o ADHD v dosud minimálně studované oblasti, včetně efektivitu jejího zvládnání. Ráda Vám zodpovím jakékoli otázky, které budete mít.

Děkuji za Vaši ochotu!

Potvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a nejdříve ústně informován/a o cílech studie a měl/a jsem možnost ptát se na všechno, co mě v souvislosti s žádostí o vyplnění dotazníku zajímalo. Proto souhlasím s vyplněním dotazníku a následným anonymním zpracováním získaných dat.

Vlevo: Podpis řešitelky studie nebo jím pověřeného spolupracovníka/spolupracovnice, který provádí dotazníkové šetření

Vpravo datum a podpis respondenta/respondentky