

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Dopady ADHD na život dospělých jedinců

Impact of ADHD on lives of adults

Bc. Dominika Hošová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Pavlína Šumníková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Odevzdáním této diplomové práce na téma Dopady ADHD na život dospělých jedinců potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 2023

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí mé diplomové práce PhDr. Mgr. Pavlíně Šumníkové Ph.D. za čas, který mi věnovala, vstřícný přístup a cenné připomínky.

Rovněž děkuji všem účastníkům výzkumného šetření za jejich ochotu, otevřenost a upřímnost.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) u dospělých, jejím cílem je popsat konkrétní dopady této poruchy na život dospělých z jejich pohledu. Teoretická východiska se zabývají pojmy spojenými s ADHD včetně vývoje konceptu diagnózy a související terminologie. Dále se zaměřuje na informace o vzniku, vývoji a epidemiologii ADHD, představuje klasifikaci poruchy dle platných diagnostických manuálů. Prezentuje diagnózu ADHD v kontextu dospělosti včetně symptomatologie, komorbidit a možností diagnostiky a léčby. V rámci výzkumného šetření jsou představeny metody sběru dat, výběru výzkumného souboru a analýzy získaných informací. Výsledky ukazují, že lidé s diagnózou ADHD vnímají vliv poruchy pozornosti ve většině svých denních aktivit. Primární příznaky dále pozitivně i negativně působí na všechny oblasti života. Práce představila kompenzační strategie zmírňující negativní dopady ADHD a poskytla vhled do problematiky dopadů ADHD na život dospělých jedinců s touto poruchou.

KLÍČOVÁ SLOVA

ADHD, dospělí, diagnóza, dopady, kompenzační techniky

ABSTRACT

This master's thesis deals with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults, and aims to describe the specific effects of this disorder on the lives of adults from their perspective. The theoretical background explores the concepts associated with ADHD, including the development of the concept of diagnosis and related terminology. It also focuses on information about the origins, development, and epidemiology of ADHD, and presents the classification of the disorder according to current diagnostic manuals. Presents the diagnosis of ADHD in the context of adulthood, including symptomatology, comorbidities, and diagnostic and treatment options. Methods of data collection, selection of the research population and analysis of the obtained information are presented. Results show that people diagnosed with ADHD perceive the impact of attention deficit disorder in most of their daily activities. Furthermore, the primary symptoms have both positive and negative effects on all areas of life. The paper presented compensatory strategies to mitigate the negative effects of ADHD and provided insight into the impact of ADHD on the lives of adults with the disorder.

KEYWORDS

ADHD, adults, diagnosis, impact, compensatory techniques

OBSAH

ÚVOD	6
1 VYMEZENÍ POJMU ADHD.....	8
1.1 VÝVOJ KONCEPTU ADHD A TERMINOLOGIE.....	8
1.2 ETIOLOGIE	9
1.3 PREVALENCE	12
1.4 SOUČASNÁ KLASIFIKACE	13
2 ADHD V KONTEXTU ŽIVOTA DOSPĚLÝCH	17
2.1 SYMPTOMATOLOGIE ADHD V DOSPĚLOSTI.....	17
2.2 ADHD JAKO PORUCHA KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ.....	18
2.3 MOŽNOSTI DIAGNOSTIKY V DOSPĚLOSTI.....	21
2.4 KOMORBIDITA	24
2.5 MOŽNOSTI LÉČBY V DOSPĚLOSTI	25
3 DOPADY ADHD NA ŽIVOT DOSPĚLÝCH.....	27
3.1 CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	27
3.2 METODOLOGIE.....	28
3.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	33
3.4 INTERPRETACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	36
3.5 ZÁVĚRY ŠETŘENÍ	59
3.6 DISKUSE.....	60
ZÁVĚR.....	64
SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ.....	65
SEZNAM TABULEK	72
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	72
SEZNAM PŘÍLOH	72

Úvod

Porucha pozornosti s hyperaktivitou, často známá terminologicky zaužívanou zkratkou ADHD, je jednou z nejčastěji se vyskytujících neurovývojových poruch dětského věku a u 40 – 60 % jedinců přetrvává do dospělosti (Weibel et al., 2020). Dle nejnovějších výzkumů se prevalence ADHD u dospělých pohybuje mezi 2,5 % až 7,11 % (Posner, 2020; Yallop et al., 2015), což bylo potvrzeno i u českého reprezentativního vzorku populace (Vňuková et al., 2021). ADHD je charakteristické triádou základních symptomů, mezi které patří nepozornost, hyperaktivita a impulzivita. Rovněž byly u osob s ADHD prokázány deficity v oblasti exekutivních funkcí. V průběhu života se symptomatologie výrazně mění. Projevy způsobují mnoho specifických potíží v každodenním fungování s dopadem do všechny oblasti života (Kooij, 2022). ADHD bylo dlouhou dobu považováno výhradně za onemocnění dětského věku a věnuje se mu podstatně méně prací. Cílem prezentované diplomové práce je popsání konkrétních dopadů ADHD na život dospělých z pohledu samotných osob s touto poruchou.

Teoretický základ pro provedené výzkumné šetření představují první dvě kapitoly, které vycházejí z poznatků odborných publikací a studií. První kapitola se zabývá vymezením pojmu ADHD, seznamuje s vývojem konceptu této diagnózy a s tím související terminologií, poskytuje informace o jejím vzniku, vývoji a prevalenci a prezentuje klasifikaci poruchy dle aktuálně platných diagnostických manuálů. Druhá kapitola představuje diagnózu ADHD v kontextu života dospělých, konkrétněji popisuje symptomatologii této poruchy, nastiňuje její propojení s dalšími psychiatrickými onemocněními a seznamuje s možnostmi diagnostiky a léčby v dospělosti.

Třetí kapitola představuje zrealizované výzkumné šetření. Seznamuje s metodologickými východisky v kontextu prezentovaného šetření. S ohledem na povahu stanovených výzkumných otázek byla pro naplnění jeho cílů využita kvalitativní metodologie. V rámci sběru dat bylo realizováno dvanáct polostrukturovaných rozhovorů s osobami dospělého věku. Pro následnou analýzu získaných dat byla zvolena metoda tematické analýzy. Kapitola dále obsahuje charakteristiku výzkumného souboru, interpretaci výzkumného šetření a jeho závěry. V diskusi jsou porovnávány závěry prezentovaného výzkumného šetření s dalšími

odbornými studii, dále obsahuje upozornění na limity, shrnuje přínos zjištění a přináší inspiraci pro další výzkum.

1 Vymezení pojmu ADHD

1.1 Vývoj konceptu ADHD a terminologie

V současnosti často používaná zkratka ADHD vychází z anglického názvu *attention deficit hyperactivity disorder*, v překladu do českého jazyka *porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Jedná se o neurovývojovou poruchu, která se na poli psychiatrie objevuje již přes 200 let, za tuto dobu prošla koncepce ADHD a s tím související odborná terminologie dynamickým vývojem (Žáčková a Jucovičová, 2017; Ptáček a Ptáčková 2018).

Za vůbec nejstarší ověřitelné zmínky související s poruchou ADHD považují Barkley a Peters (2012) informace uveřejněné v roce 1775 v učebnici lékaře Melchoira Adama Weikarda, který jednu kapitolu věnoval nedostatku pozornosti. Projevy popsané v této kapitole jsou shodné s projevy ADHD. Problematikou pozornosti a jejího narušení se zabýval také skotský lékař Alexandr Crichton ve své učebnici z roku 1798, kde mimo jiné informuje o specifické poruše pozornosti, která je dále popisovaná jako neschopnost udržení pozornosti na jednom objektu po delší dobu. Za příčinu považuje vysokou citlivost nervů, která způsobuje obtížně regulovatelné přesouvání pozornosti z jednoho vjemu na jiný. Za další zmínky mohou být považovány dvě básně lékaře Heinricha Hoffmana z roku 1845, které s největší pravděpodobností popisují chování chlapce s poruchou pozornosti a hyperaktivitou. Podle Barkleyho (2015) existuje z období 19. století několik dalších zmínek souvisejících s problematikou ADHD, ale nejsou již považovány za tak podstatné. Významné zdokumentované zmínky vztahující se k charakteristikám ADHD pocházejí z roku 1902, kdy britský lékař George Frederik Still přednášel a publikoval o dětech s poruchami mravní kontroly. Pozoroval skupinu 20 dětí, které vykazovaly problém se sníženou schopností sebekontroly a přehnanou aktivitou. Děti pocházely z příznivého rodinného zázemí, projevům proto připisoval organickou příčinu. Zkoumané odchylky v chování popisoval jako neobvykle výrazný nedostatek morální kontroly a svévolnou zlomyslnost a ničivost (Still, 1902). Weikard, Crichton i Still ve svých publikacích zmiňovali, že projevy poruch pozornosti mohou přetrvávat až do dospělosti. Still (1902) však dodává, že období dětství je vhodnější pro pozorování. V následujících letech se i někteří další odborníci zabývali projevy poruch, které by dnes pravděpodobně byly

připisovány k syndromu ADHD. Například Ebaugh popsal v dokumentu z roku 1923 chování 17 dětí, které byly považovány za nevladatelné a neschopné dále pokračovat ve škole. Projevy jejich chování rozdělil do šesti kategorií, většina dětí nevykazovala všechny symptomy, často byly popisovány jako neklidné a impulzivní. V souvislosti s výsledky dalších výzkumů a pozorování vznikl termín *lehké poškození mozku*, který byl později nahrazen názvem *lehká mozková dysfunkce*. Začátkem druhé poloviny 20. století bylo zavedeno několik dalších termínů, většina z nich vycházela z předpokladu narušené centrální nervové soustavy. V původním diagnostickém a statistickém materiálu z roku 1952 byl použit termín *minimální mozková dysfunkce (Minimal Brain Damage – MBD)* a *hyperkinetický syndrom*. Druhá edice DSM připisuje *hyperkinetické dětské reakci* sníženou koncentraci pozornosti, neklid a hyperaktivitu.

V České republice se přes více než 30 let nejčastěji používal termín *lehká mozková dysfunkce*. Od konce 20. století do současnosti se zpravidla užívají dva termíny. V souladu s Americkou psychiatrickou asociací DSM je používán termín *ADHD – syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou*. V českém prostředí méně využívaný název *hyperkinetický syndrom* vychází z desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) Světové zdravotnické organizace (Žáčková a Jucovičová, 2017; Ptáček a Ptáčková 2018).

Odborná terminologie vychází zejména z lékařského prostředí, její vývoj je zároveň odrazem pokroku ve výzkumu této poruchy. Dřívější názvosloví vycházelo zejména z etiologie syndromu, v 90. letech 20. století již termíny vycházely především z charakteristických projevů. Až od počátku 21. století se odborná veřejnost začala pozorněji věnovat problematice ADHD u dospělých.

1.2 Etiologie

ADHD je neurovývojovou poruchou s multifaktoriální etiologií projevující se od raného dětství. Přesný komplexní obraz vzniku a vývoje ADHD zatím není známý. Z dosavadních vědeckých poznatků vyplývá, že jej může ovlivňovat několik vzájemně interagujících faktorů, a to zejména genetické a neurobiologické faktory spolu s vlivy vnějšího prostředí (Kooij, 2022).

1.2.1 Neurofyziologie a neuroanatomie

Vědeckou společností je věnována velká pozornost neurochemickým procesům a odlišnostem ve struktuře mozku. U jedinců s ADHD dochází k odlišnostem v dopaminergní, noradrenergní a serotonergní neurotransmisi. Lidé s poruchou pozornosti mají nedostatek neurotransmiteru dopaminu, který přímo ovlivňuje motorické aktivity, pozornost, emoce, jednání a motivaci (Buitellar et al., 2019). U lidí s poruchou pozornosti není uvolňován dopamin před samotným získáním odměny, což výrazně narušuje motivaci k činnosti (Brown, 2013). Jedinci s ADHD mají rovněž nižší množství neurotransmiteru noradrenalinu, jehož fungování má vliv na klíčové kognitivní funkce, jako je např. pracovní paměť, učení nebo udržení a koncentrace pozornosti (Buitellar et al., 2019). V souvislosti s ADHD je dále zkoumán neurotransmitter serotonin, který se podílí na regulaci nálady. Vědecké studie se ale v otázce snížené hladiny serotoninu u osob s poruchou pozornosti neshodují (např. Banerjee & Nandagopal, 2015; Buitellar et al., 2019). Neurochemické procesy souvisí se sníženou aktivitou některých mozkových center. Taktéž byly díky zobrazovacím studiím potvrzeny odchylky v strukturách mozku, zapojování jiných oblastí mozku při řešení určitých úkolů a menší objem mozku v porovnání s vrstevníky (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015). V několika oblastech mozku je snížen objem šedé hmoty, a to např. v pravé frontální a prefrontální oblasti, v přední mozkové kůře, v bazálních gangliích a mozečku. Ze závěrů studie z roku 2017 vyplývá, že abnormality v šedé hmotě jsou u dětí výraznější než u dospělé populace. Dá se tak předpokládat, že se dané podkorové oblasti mozku vyvíjí, což koresponduje s již dříve předkládaným zjištěním, že se na vzniku a vývoji ADHD podílí opožděný vývoj částí centrální nervové soustavy (Hoogman et al., 2017). Tomasi a Volkow (2012) upozorňují také na dysfunkci některých neuronových sítí mezi různými oblastmi mozku, zejména ve frontostriálních a frontocerebelárních neuronových sítích.

1.2.2 Genetické odchylky

Genetika hraje velkou roli ve vývoji a vzniku ADHD. Studie na dvojčatech, které jsou často užívanou metodou pro určení dědičnosti, potvrdily vliv heritability na etiopatogenezi ADHD. Nad mírou tohoto podílu nepanuje vědecký konsensus, jedná se o rozpětí od 30 do 80 % (Birkell et al., 2015). Faraone a Larsson (2019) v přehledovém článku shrnuli 37 studií

na dvojčatech, dle kterých počítají s dědičností ve výši 74 %. Heritabilitu podporují i retrospektivní studie zaměřené na adoptivní rodiny, ve kterých adoptivní rodiče vykazovali nižší míru hyperaktivity než biologičtí rodiče. Odborníci se snažili najít specifický gen zodpovědný za ADHD, genetické výzkumy byly zaměřeny především na geny dopaminergního systému. Z dosavadních výzkumů vyplývá, že se na vzniku většiny forem ADHD podílí více genů. Genetické odchylky pocházejí zejména ze strany otců (Pugnerová a Kvitová, 2016; Banerjee et al., 2007).

1.2.3 Environmentální faktory

Některé faktory, které jsou spojovány se vznikem ADHD, souvisí s průběhem těhotenství a porodem matky. U předčasně narozených dětí a dětí s nízkou porodní hmotností se ADHD vyskytuje až čtyřikrát častěji. Studie prokázaly postupné navyšování pravděpodobnosti vzniku ADHD s rostoucí nedonošeností (Lindstrom et al., 2011; Sucksdorff et al., 2015). Tyto faktory souvisejí se změnami v neurogenezi a neuroanatomii, které jsou spojovány s ADHD. Rovněž dostatečný přísun kyslíku ovlivňuje vývoj a fungování centrální nervové soustavy, nedostatečné okysličení mozku se proto také může podílet na vzniku poruch pozornosti (Núñez-Jaramillo et al., 2021).

S etiologií ADHD souvisí mimo jiné působení těžkých kovů. Vyšší koncentrace olova v mléčných zubech a krvi koreluje s příznaky ADHD, ne všechny děti s touto poruchou ale vyšší hladinu olova mají. Za rizikový je považován také mangan, kadmium, chrom, kobalt, nikl, měď, molybden, cín a baryum (Núñez-Jaramillo et al., 2021). Lidé s poruchou pozornosti mají v anamnéze častěji uvedeno kouření matky v průběhu těhotenství. Pravděpodobnost, že se matce, která během těhotenství kouří, narodí dítě s ADHD, je 50 %. (Dong et al., 2018). Ptáček a Ptáčková (2019) upozorňují, že rodiče, kteří mají poruchu pozornosti, více užívají alkohol a tabákové výrobky. Není tudíž jednoznačné, zda se jedná o přímý kauzální vztah nebo o genetickou komponentu. Genetický vliv podporuje také studie Langleyho et al. (2012), ve které byl prokázán signifikantní vztah mezi kuřákem otcem, kdy matka byla nekuřačka, a rozvojem ADHD u dítěte.

S výskytem ADHD pravděpodobně souvisí několik dalších environmentálních faktorů. Přestože se faktory prostředí nevyskytují u všech případů ADHD, doposud uskutečněné

studie potvrzují význam prostředí, a to v různých vývojových stádiích (Núñez-Jaramillo et al., 2021).

1.3 Prevalence

ADHD je jednou z nejčastěji se vyskytujících psychiatrických diagnóz osob dětského věku. Prevalence u dětí se odhaduje na 4 – 8 % (Faraone et al., 2006). ADHD se vyskytuje v rozvojových i ve vyspělých zemích světa. Dle Polanczyka et al. (2014) nebyly zjištěny žádné významné rozdíly v prevalenci mezi jednotlivými kontinenty. Ještě koncem 20. století bylo ADHD diagnostikováno pouze na dětské a dorostové psychiatrii. Předpokládalo se, že dítě z poruchy do dospělosti „vyroste“. V současnosti je již potvrzeno, že ADHD přetrvává až do dospělosti, jednotlivé projevy se ale mohou s přibývajícím věkem měnit. Téměř neměnné příznaky přetrvávají u přibližně 15 % osob, částečně přetrvávají u 40 až 76 % případů (Posner et al., 2020). Co nejpřesnější zmapování výskytu ADHD je pro odborníky složitým úkolem. Dle nejnovějších výzkumů se prevalence ADHD u dospělých pohybuje mezi 2,5 % až 7,11 % (Posner, 2020; Yallop et al., 2015). Rozdílná data mohou být zapříčiněna několika faktory, mezi které patří např. volba diagnostického procesu, metodika výzkumu nebo stáří výzkumu. Dle nejnovějších studií se prevalence u dospělé populace pohybuje kolem 2,5 % (Posner, 2020). Vňuková et al. (2021) zjistila v rámci výzkumu s využitím sebehodnotící škály ASRS 3% prevalenci u české dospělé populace. Nepříznivý vývoj poruchy se dá předpokládat u těch případů, kde se ADHD objevuje spolu s agresivním chováním v nižším věku, nízkou inteligencí, problémy s učením, poruchou pozornosti v rodinné anamnéze, problémy v rodině a špatnými vztahy s vrstevníky. Naopak vysoká inteligence, nízká komorbidita a stabilní domácí prostředí ovlivňují prognózu pozitivně (Biederman et al., 1996).

Z novějších metaanalýz nevyplývá, že by se prevalence ADHD u dětí a dospívajících v posledních třech desetiletích zvýšila (Polanczyk et al., 2014). Odborníci ale upozorňují, že v posledních letech je ADHD častěji diagnostikováno, což odráží změny v klinické praxi (Xu et al., 2018).

Odborníci se neshodují v otázce rozdílů ve výskytu ADHD mezi muži a ženami. Výzkumy zaměřené na osoby dětského věku poukazují na převahu diagnostikovaných mužů. Studie

cílící na dospělou populaci ukazují, že výskyt je rovnoměrný nebo s malou převahou mužů. Willcut (2012) upozorňuje na postupné snižování rozdílů mezi pohlavími s rostoucím věkem. Podle Ptáčka a Ptáčkové (2019) mohou být údaje v literatuře zabývající se genderovou podmíněností a poukazující na jednoznačně vyšší výskyt u chlapců ovlivněny dřívějším pohledem na ADHD, který kladl velký důraz na motorickou hyperaktivitu. U žen se projevy ale často liší, jsou méně nápadné a porucha u nich tak bývá méně často odhalena. ADHD u chlapců se častěji než u dívek vyskytuje s poruchami chování, projevy takových jedinců jsou mnohdy natolik rušivé, že rodiče či učitelé mají potřebu požádat o odbornou pomoc. ADHD s převahou nepozornosti se vyskytuje dvakrát častěji u dívek než u chlapců (Biederman et al., 2002), tato diagnóza je přehlédnuta v 50 % případů, zatímco ADHD s převahou hyperaktivity je přehlédnuto pouze v 5 % případů. Chlapci, který má problém zejména s pozorností, bude poskytnuta odborná pomoc s menší pravděpodobností než chlapci, u kterého převažují projevy hyperaktivity. Jeho šance na včasnou pomoc bude ale stále vyšší než u dívky s obdobnými potížemi. Problematika ADHD u dívek je poskytovatelům zdravotních a sociálních služeb méně známá (Kooij et al., 2022).

1.4 Současná klasifikace

Od 70. let 20. století vedle sebe existují dva teoretické rámce, které různě nahlížejí na ADHD. Manuál DSM vychází z modelu poruch pozornosti od Douglasové, MKN je ovlivněn Wenderovou teorií lehké mozkové dysfunkce. Obě aktuálně platné klasifikace se v mnoha aspektech diagnostických kritérií shodují, zároveň mezi nimi existují výrazné rozdíly.

1.4.1 Klasifikace dle DSM-V

V současnosti hojně používaná zkratka ADHD vychází z Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch, který je vydáván Americkou psychiatrickou asociací. Nejnovější manuál DSM-V je v platnosti od roku 2013. Jedná se o mezi odborníky nejčastěji využívané vodítko pro diagnostiku ADHD u dětí i dospělých. V tomto manuálu je ADHD nově klasifikována jako neurovývojová porucha, která se může vyskytovat u osob v dětském i dospělém věku. Za hlavní znaky poruchy pozornosti jsou zde považovány přetrvávající deficity v oblasti nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity, které ovlivňují běžné fungování

a výkon jedince. Behaviorální diagnostická kritéria jsou rozdělena do dvou kategorií. První kategorie obsahuje devět projevů spjatých s nepozorností, druhá skupina zahrnuje devět kritérií týkajících se hyperaktivity a impulzivity. Pro stanovení diagnózy ADHD musí být v jedné nebo obou kategoriích přítomno minimálně šest příznaků u osob v dětském věku a pět příznaků u osob starších 17 let. Symptomy musí být přítomny již před dvanáctým rokem věku a být perzistentní a časté. Pro diagnózu ADHD je dále podstatné, aby se dané problémy projevovaly ve dvou a více různých prostředích (např. v rodině, ve škole, ve společnosti, ...) a narušovaly kvalitu fungování v sociální, školní či pracovní oblasti. Zároveň projevy nemohou být způsobeny aktuální vývojovou úrovní jedince, nebo být zapříčiněny jinou duševní poruchou.

Diagnostická kritéria

1. Nepozornost

- Detailům nevěnuje plnou pozornost, dělá chyby z nepozornosti.
- Má nižší schopnost udržet pozornost při plnění úkolů a při hře (např. během vyučování, při čtení, konverzaci).
- Neposlouchá, co se mu říká.
- Nerespektuje instrukce, selhává v dokončení úkolů.
- Vykazuje problémy s organizací.
- Nemá rád úkoly vyžadující soustavné dlouhotrvající úsilí nebo se jim vyhýbá.
- Ztrácí věci.
- Je snadno rozptýlitelný okolními podněty (u adolescentů a dospělých je zahrnuta i přítomnost vlastních nesouvisejících myšlenek).
- Zapomíná na plnění běžných denních činností a povinností (u dospělých např. placení účtů, vyřizování telefonátů).

2. Hyperaktivita a impulzivita

- Je neklidný, často pohybuje končetinami, vrtí se na židli.
- Opouští místo v situaci, kdy je předpokládáno, že by měl sedět.
- Pobíhá nebo po něčem leze, a to i v situacích, kdy to není vhodné (u adolescentů a dospělých je zahrnut i pocit neklidu).
- Nedokáže se v tichosti zapojit do volnočasových aktivit.

- Je v neustálém pohybu. Pokud má někde déle vydržet v klidu, je mu to nepříjemné.
- Nadměrně mluví.
- Odpovídá ještě před dokončením otázky, věty dokončuje za ostatní.
- Má problémy s čekáním (např. ve frontě).
- Vyrušuje a přerušuje ostatní (např. plete se do her či konverzací ostatních, bez zeptání si půjčuje věci ostatních).

Dle převažující symptomatologie jsou dle manuálu americké psychiatrické asociace rozlišovány tři subtypy ADHD:

- F90.0 Porucha s převahou nepozornosti
- F90.1 Porucha s převahou hyperaktivity/impulzivity
- F90.2 Kombinovaná porucha

V DSM-V jsou definovány tři úrovně intenzity – mírná, střední, závažná, a to v závislosti na míře narušení fungování v sociální, školní a pracovní oblasti (APA, 2013).

1.4.2 Klasifikace dle MKN-10

Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů je klíčovým systémem užívaným v klinické medicíně. V České republice je v současnosti od roku 1994 platná její desátá revize (MKN-10). Porucha, která je podle DSM-5 označována jako ADHD, je v této klasifikaci zařazena do kategorie poruch chování a emocí a je označena pojmem *hyperkinetická porucha*, do níž dále spadá:

- F90.0 porucha aktivity a pozornosti
- F90.1 hyperkinetická porucha chování
- Jiné hyperkinetické poruchy
- Hyperkinetická porucha nespecifikovaná

Behaviorální diagnostická kritéria jsou rozdělena do třech kategorií. První skupina obsahuje devět projevů spjatých s nepozorností, druhá kategorie zahrnuje pět kritérií týkajících se hyperaktivity a třetí skupina zahrnuje čtyři projevy spjaté s impulzivitou. Pro stanovení diagnózy hyperkinetické poruchy musí být v první kategorii přítomno šest příznaků, v druhé tři příznaky a ve třetí alespoň jeden příznak. Projevy se musí objevovat již před sedmým rokem věku a přetrvávat nejméně šest měsíců. Pro stanovení diagnózy musí být kritéria

splněna alespoň ve dvou různých prostředích (např. v rodině, ve škole, na klinice) a některé z nich musí negativně působit na školní, společenské nebo sociální fungování. Projevy nemohou být způsobeny aktuální vývojovou úrovní jedince a splňovat kritéria pro manickou epizodu, depresivní epizodu, úzkostnou poruchu nebo pervazivní vývojové poruchy.

Diagnostická kritéria

1. Nepozornost

- Detailům nevěnuje plnou pozornost, dělá chyby z nepozornosti.
- Má nižší schopnost udržet pozornost při plnění úkolů a při hře (např. během vyučování, při čtení, konverzaci).
- Neposlouchá, co se mu říká.
- Nerespektuje instrukce, selhává v dokončení úkolů.
- Vykazuje problémy s organizací.
- Nemá rád úkoly vyžadující soustavné dlouhotrvající úsilí nebo se jim vyhýbá.
- Ztrácí věci.
- Je snadno rozptýlitelný okolními podněty.
- Zapomíná na plnění běžných denních činností a povinností.

2. Hyperaktivita

- Je neklidný, často pohybuje končetinami, vrtí se na židli.
- Opouští místo v situaci, kdy je předpokládáno, že by měl sedět.
- Pobíhá nebo po něčem leze, a to i v situacích, kdy to není vhodné.
- Je nadměrně hlučný, nedokáže se v tichosti zapojit do volnočasových aktivit.
- Vykazuje nadměrnou motorickou aktivitu, která často není v souladu s danou sociální situací nebo společenskými požadavky.

3. Impulzivita

- Odpovídá ještě před dokončením otázky.
- Má problémy s čekáním (např. ve frontě, ve hře).
- Vyrušuje a přerušuje ostatní (např. plete se do her či konverzací ostatních).
- Mluví bez ohledu na společenské normy (WHO, 1994).

2 ADHD v kontextu života dospělých

2.1 Symptomatologie ADHD v dospělosti

Syndrom ADHD se vyznačuje třemi základními symptomy, a to poruchou pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou. Se zvyšujícím se věkem doprovázeným vývojem jedince a přibývajících povinnostmi se mohou projevy pozměňovat (Kooij, 2022).

2.1.1 Porucha pozornosti

Porucha pozornosti může být méně nápadným, avšak nejčastěji přetrvávajícím projevem ADHD (Mohr et al., 2013). Právě jedinci, u kterých deficit pozornosti výrazně převažuje nad ostatními symptomy, vyhledají odbornou pomoc až v dospělosti, a to především kvůli úzkostným a depresivním poruchám, které mnohdy bývají způsobené neléčeným ADHD (Weiss, Murray, 2003).

Deficit pozornosti způsobuje různorodé obtíže. Často je vyznačován potížemi s udržením pozornosti, a to i bez zjevné příčiny a snadnou vyrušitelností okolními podněty, ale i vlastními myšlenkami. Jedinci s ADHD mnohdy vnímají více podnětů současně a nejsou schopni oddělit důležité od nepodstatného. Koncentrace pozornosti je pro ně náročná, jsou snadno unavitelní a dokáží se soustředit po kratší dobu, a to zejména při rutinních činnostech a plnění povinností, které považují za nezajímavé (Žáčková, Jucovičová 2017). Naopak při činnostech, které považují za velmi zajímavé, může dojít k nadměrné koncentraci, kdy se dokáží soustředit až několik hodin bez přestávky a od dané činnosti se nemohou odpoutat (Kooij, 2022).

2.1.2 Hyperaktivita

U dětí se hyperaktivita projevuje především nadměrnou, obtížně kontrolovanou motorickou aktivitou, prezentace u dospělých se ale ve většině případů výrazně liší. U dospělých s ADHD ve většině případů dochází pouze k jemnému psychomotorickému neklidu. Rovněž mívají pocit neustálého vnitřního neklidu, nadměrně mluví a mají potíže s odpočinkem a spánkem (Kooij, 2022).

Typické příznaky hyperaktivity, které se vyskytují u dětí s ADHD se v dospělosti zmírní až ze 70 % (Mohr et al., 2013).

2.1.3 Impulzivita

Impulzivní chování se vyznačuje především ukvapeným jednáním bez předchozího přemýšlení nad následky a důsledky. Jedinci s ADHD mají oslabené ovládací a volní schopnosti, mnohdy se tak zachovávají neadekvátně vlivem náhlého impulzu, který nejsou schopni ovlivnit pomocí vůle (Žáčková, Jucovičová, 2017).

S impulzivitou úzce souvisí vyhledávání vzrušení a nadměrná zvědavost. To se mimo jiné projevuje neustálým vyhledáváním nových zážitků. Impulzivní chování má dopad na mezilidské vztahy, zaměstnání i hospodaření s penězi a mnohdy vede k rizikovému a nezodpovědnému chování. Někteří jedinci mají problém se záchvatovitým přejídáním, protože nejsou schopni pomocí vůle jít proti pocitu uspokojení (Mohr et al., 2013; Kooij, 2022).

2.2 ADHD jako porucha kognitivních funkcí

Kognitivní funkce jsou nezbytné pro vykonávání jakéhokoliv úkolu a patří k nim veškeré myšlenkové procesy, díky kterým jsme schopni se učit, rozpoznávat, pamatovat si a adaptovat se na podmínky prostředí. Dříve byly kognitivní deficity u osob s ADHD považovány za důsledek poruchy pozornosti. V posledních letech je ADHD stále více chápána jako porucha kognitivních funkcí.

Kognitivní funkce mohou být rozděleny do několika skupin (Ptáček a Ptáčková, 2019):

- paměť,
- pozornost a koncentrace,
- tempo zpracování informací,
- vyjadřovací schopnosti a porozumění řeči,
- prostorová orientace a vnímání,
- exekutivní funkce – plánování, organizování, řešení problémů, seberegulace emocí.

Většina jedinců má deficity pouze v jedné nebo dvou kognitivních oblastech, 10 – 20 % v neuropsychologickém testování nevykazuje žádný deficit a jen minimum se potýká s obtížemi ve všech oblastech (Coghill et al. 2014). Abnormality v kognitivních funkcích

jsou proměnlivé, u mnohých jedinců se neprojevují ve všech situacích, ale jsou ovlivněny kontextem činnosti (Brown, 2013).

2.2.1 Exekutivní funkce

Exekutivní systém slouží k řízení, kontrole a regulaci poznávacích procesů a z toho vyplývajícího emočního prožívání a chování (Jurado a Roselli, 2007). K postupnému vývoji exekutivních funkcí dochází od raného věku až do mladé dospělosti. Závisí na zrání příslušných mozkových struktur, interakci s dalšími psychickými kompetencemi, učení a získaných zkušenostech (Vágnerová, 2007).

Brown (2013) shrnul potíže v exekutivních funkcích do šesti skupin, které jsou v neustálé vzájemné interakci a nevědomě ovlivňují každodenní fungování jedince. Zahrnuje dysfunkce v těchto oblastech:

1. Aktivace

Dospělý s ADHD mají často potíže s organizací úkolů a materiálů, stanovením priorit a odhadem času. Shluk těchto obtíží snižuje schopnost plánování. Rovněž popisují nadměrnou prokrastinaci, která se vyznačuje častým odkládáním zahájení činnosti. Do práce se pouští až na poslední chvíli.

2. Soustředění

Další narušené kognitivní funkce jsou zahrnuty do skupiny soustředění a zahrnují potíže s pozorností, jejím udržením a zároveň s problémy s přesouváním pozornosti na aktuálně důležité podněty. Jedinci se snadno rozptýlí nejen vnějšími podněty, ale i vlastními myšlenkami. Na druhou stranu se jim mnohdy stává, že se na činnost plně koncentrují a nedokáží se odtrhnout.

3. Úsilí

Dlouhodobé úkoly vyžadující trvalé úsilí po delší dobu mohou činit jedincům s ADHD potíže, to má za následek pozdní odevzdávání takových úkolů, zejména pokud jsou v psané formě.

4. Emoce

Potíže s regulací a zvládnutím emocí bývá častým projevem ADHD. Prožívání emocí jim znemožňuje věnovat pozornost čemukoliv jinému.

5. Paměť

Jedinci s poruchou pozornosti bývají mnohdy zapomětliví, a to zejména při běžných denních činnostech. Nemohou si vzpomenout, kam odložili své věci, co jim kdo řekl nebo co se sami chystali říci. Na druhou stranu mají až výjimečně dobrou paměť na události, které se uskutečnily i dávno v minulosti.

6. Aktivita a sebekontrola

Bez ohledu na subtypy ADHD mohou mít jedinci nižší schopnost regulovat své chování, což má za následek časté impulzivní jednání, to se odráží v komunikaci i způsobu přemýšlení. Mohou dělat ukvapené závěry. Často si nedokážou povšimnout, že ostatní lidé jsou zmateni, zraněni nebo rozčíleni tím, co právě řekli nebo udělali, a proto nedokážou změnit své chování v reakci na konkrétní okolnosti. Dospělí s ADHD rovněž popisují potíže s regulací tempa svého jednání, se zpomalením sebe sama a/nebo zrychlením podle potřeby konkrétních úkolů. Schopnost ihned si uvědomovat a potlačovat impulzivní jednání je jedním z kritických aspektů.

Primární symptomy ADHD dále působí na všechny oblasti života a mohou způsobit mnohé závažné potíže (Žáčková a Jucovičová, 2017). Dle Lee et al. (2019) je v porovnání s ostatními vrstevníky kvalita života jedinců s ADHD výrazně zhoršena. Ačkoliv projevy syndromu ADHD nelze zcela eliminovat, je možné je zmírnit pomocí různých technik a postupů. Mnoho jedinců s touto neurovývojovou poruchou tak žije plnohodnotný a spokojený život (Faraone et al., 2021).

2.3 Možnosti diagnostiky v dospělosti

Motivace k provedení diagnostiky ADHD a následně využití způsoby její realizace se liší v závislosti na věku klienta. Děti a dospívající nejčastěji přicházejí na vyšetření z podnětu školy či rodiny, kdežto dospělí cítí potřebu odborné pomoci z vlastní vůle, protože jim projevy ADHD mnohdy narušují kvalitu života (Theiner, 2012). Dříve používaná kritéria v DSM-IV (APA, 1994) byla těžko využitelná pro diagnostiku dospělých, změna formulace kritérií v DSM-V vychází z pojetí ADHD jako celoživotní poruchy. V novějším manuálu je uvedeno více konkrétních příkladů chování pro dospívající a dospělé, byl snížen počet požadovaných symptomů pro stanovení diagnózy a zvýšena věková hranice, od kdy se mají symptomy objevovat. V dříve používaném manuálu měly tyto symptomy prokazatelně snižovat kvalitu života, nyní stačí, aby ji pouze narušovaly. Díky změnám je stanovení diagnózy ADHD pro dospívající a dospělé dosažitelnější (Čermáková, Papežová, Uhlíková, 2013). MKN 10 nicméně stále pracuje pouze s pojmem hyperkinetická porucha, která má na rozdíl od ADHD přísnější symptomatická kritéria a jejíž příznaky se musí objevit před šestým rokem života. V České republice, ale i ve většině dalších zemí světa, přináší nedostatečné přijetí ADHD jako celoživotní poruchy řadu problémů. Mohou existovat jedinci, kterým nebyla stanovena správná diagnóza a poskytnuta adekvátní pomoc z důvodu nedostatku vhodných nástrojů pro diagnostiku a pochopení toho, jak se příznaky proměňují v průběhu života jedince. Nejen nový diagnostický manuál, jako je MKN 11, ale také adekvátní nástroje pro diagnostiku, by mohly zaručit hlubší pochopení této problematiky (Vňuková et al., 2022). Ptáček a Ptáčková (2019) považují efektivní diagnostiku ADHD v dospělosti za důležitou výzvu pro nadcházející období.

Při diagnostice ADHD lze využít několik nástrojů. Nejčastějšími metodami bývají diagnostické klinické rozhovory, které jsou zaměřeny zejména na klinické hodnocení příznaků a jejich vlivu na sebepojetí jedince (Theiner, 2012). Součástí diagnostického rozhovoru by mělo být rovněž mapování vývoje ADHD, prvních pozorovaných příznaků a následného vlivu na různé oblasti života (Mohr et al., 2013).

K diagnostice je dále možné využít sebehodnotící škály, mezi nejčastěji využívané patří ASRS (Adult ADHD Self-Report Scale), CAARS (Conner's Adult ADHD Rating Scale) a WURS (Wender Utah Rating Scale). Jednotlivé často užívané škály blíže

představuje Tabulka 1. Sebehodnotící nástroje spoléhají na upřímnost, objektivní hodnocení a často i na vzpomínky. Mnohdy může být obtížné správně posoudit a rozpoznat možnou přítomnost příznaků ADHD. Navíc se projevy s postupem věku mohou pozměňovat. V dospělosti se jedinci často naučí se svými příznaky vyrovnávat a pomocí různých strategií mohou maskovat skutečné projevy základních příznaků nebo se podvědomě vyhýbat obtížným situacím (Vňuková et al., 2022). Miovský (2018) doporučuje při diagnostice zohledňovat snahu, která je vkládána do kontroly a ovládnání svého chování.

Vyšetření dospělých klientů vychází především z prezentace vlastních aktuálních i dřívějších odlišností. Se souhlasem diagnostikovaného jedince je vhodné získat informace od jeho blízkých osob (Cahová et al., 2010). Klinický obraz lze doplnit o neuropsychologické vyšetření, které se zaměřuje na kognitivní funkce, a o některou ze zobrazovacích metod. Nedílnou součástí diagnostického procesu je přímé pozorování odborníkem a diferenciatní diagnostika. Některé příznaky ADHD jsou podobné symptomům jiných psychických poruch. Je nutné provést důkladnou diferenciatní diagnostiku, na základě které bude rozhodnuto, zda se jedná o ADHD či jinou poruchu, nebo zda se vyskytují obě diagnózy společně (Ptáček a Ptáčková, 2019).

Stanovení diagnózy může jedincům s ADHD přinést velkou úlevu, pro některé může být těžko přijatelné, že osobité charakterové rysy jsou „pouhou“ součástí poruchy. Z těchto důvodů je důležité v léčbě dbát na sebepojetí a přijetí diagnózy (Kooij, 2022).

Tabulka 1 Charakteristika vybraných diagnostických nástrojů

Název	Stručná charakteristika
DIVA-5	<ul style="list-style-type: none">▪ Diagnostic Interview for ADHD in Adult▪ Retrospektivní strukturovaný rozhovor vycházející z kritérií DSM-V.▪ Umožňuje posouzení symptomů v dětství i dospělosti.▪ Zahrnuje posouzení nepozornosti, posouzení hyperaktivity/impulzivity a posouzení vlivu symptomů ADHD na fungování jedince v důležitých oblastech života (práce a vzdělání, vztahy a rodinný život, sociální kontakty, volný čas a koníčky, sebevědomí a sebeobraz).▪ Ideálně se provádí za přítomnosti blízké osoby, což umožňuje vyhodnocení retrospektivních informací a informací získaných heteroanamnézou.
WURS	<ul style="list-style-type: none">▪ Wender Utah Rating Scale▪ Sebehodnotící škála zabývající se zejména symptomy emoční dysregulace.▪ Zaměřuje se na retrospektivní symptomatologii v dětství pro stanovení diagnózy v dospělosti.▪ Zahrnuje sedm hlavních kategorií – nepozornost, hyperaktivita, náladovost, podrážděnost a výbušná povaha, nízká stresová odolnost, dezorganizace, impulzivita.
ASRS	<ul style="list-style-type: none">▪ The Adult ADHD Self-Report Scale▪ Sebehodnotící škála vycházející z kritérií DSM-IV/DSM-V.▪ Umožňuje posouzení symptomů v období dospívání a dospělosti.▪ Posuzuje frekvenci příznaků za posledních šest měsíců.▪ Zahrnuje posouzení nepozornosti a posouzení hyperaktivity/impulzivity.
CAARS	<ul style="list-style-type: none">▪ Conner's Adult ADHD Rating Scale▪ Sebehodnotící škála a dotazník pro hodnotitele vycházející z kritérií DSM-IV.▪ Umožňuje posouzení symptomů v období dospívání a dospělosti.

-
- Posuzuje frekvenci i závažnost příznaků.
 - Zahrnuje symptomy z důležitých oblastí života (domov, práce, vztahy a sociální kontakty).
-

2.4 Komorbidita

Diagnóza ADHD se v 60 až 80 % vyskytuje alespoň s jednou další psychickou poruchou (Katzman et al., 2017; Kooij et al., 2022; Jensen et al., 2001). U 33 % dospělých s ADHD se kromě ADHD vyskytnou ještě dvě další diagnózy (Kooij et al., 2022). Komorbidity představují důležitou klinickou výzvu, protože jejich společný výskyt vede k závažnějšímu průběhu nemoci než psychická porucha vyskytující se samostatně.

Odborníci jsou často mnohem lépe obeznámeni s poruchami nálady a úzkostnými poruchami, což může přispívat k nesprávné diagnóze a zpoždění v léčbě ADHD u dospělých. Předpokládá se, že stres, deprese a úzkost se mohou projevit jako důsledek nediodagnostikované a neléčené ADHD.

Tabulka 2 Míra komorbidit

Duševní porucha	Míra komorbidity u dospělých s ADHD
Bipolární porucha	5,1 až 47,1 %
Poruchy nálad/deprese	18,6 až 53,3 %
Úzkostné poruchy	až 50 %
Poruchy osobnosti	více než 50 %
Užívání návykových látek	25 až 55 %
Tikové poruchy	11 až 20 %
Poruchy příjmu potravy	cca 9 %

Vytvořeno a modifikováno dle Katzman et al. (2017) a Kooij et al. (2022).

V souvislosti s poruchou pozornosti jsou dále mnohdy zmiňovány např. mentální retardace nebo autismus (Spencer et al., 2002). U pervazivních vývojových poruch je často pozorováno hyperaktivní chování, které nelze přisuzovat diagnóze ADHD. Je obtížně prokazatelné, zda mají děti rysy obou poruch (Dudová, Hrdlička, 2003).

2.5 Možnosti léčby v dospělosti

ADHD je způsobeno odlišným fungováním centrální nervové soustavy a není plně vyléčitelné. Pomocí některých postupů může jedinec s ADHD žít spokojený plnohodnotný život. Léčba ADHD je zaměřena především na:

1. farmakologický přístup,
2. behaviorální/psychosociální přístup,
3. kombinace více postupů.

Projevy ADHD se u každého liší. Péče by měla být přizpůsobena individuálním potřebám, obtížím a vlastnostem jedince. Kombinace postupů umožňuje komplexní přístup k řešení obtíží, a je proto odborníky považována za nejefektivnější (Čermáková, Papežová, Uhlíková, 2013).

Je nezbytné klienta seznámit s povahou diagnózy ADHD, informovat o vzniku, projevech a možnostech léčby. Vhodné je poučit i partnera či jinou blízkou osobu, jež je s klientem ve velmi častém kontaktu a může se podílet na zvládnání poruchy (Drtílková et al., 2007).

2.5.1 Farmakoterapie

Existuje několik účinných a bezpečných léků, které napomáhají zmírnění příznaků ADHD. V lehčích případech nemusí být farmakologický přístup do léčby zařazen. Někteří dospělí považují užívání léků, které jim pomohou se zvládnáním projevů ADHD, za osobní selhání (Čermáková, Papežová, Uhlíková, 2013). Mertin (2004) upozorňuje, že se v České republice medikace mnohdy nedostává těm, kterým by mohla přinést pozitivní účinek. Naproti tomu např. v USA bývá lék Ritalin, který se k léčbě ADHD využívá, nadužívaný.

Ve farmakologické léčbě jsou nejčastěji využívány dvě látky, a to stimulant metyfenidát a nestimulační atomoxetin. Ze skupiny psychostimulancií je v České republice registrován lék Ritalin, který působí okamžitě po dobu 2,5 až 3 hodin a lék Concerta, který metyfenidát

uvolňuje postupně a působí až 12 hodin. Psychostimulancia jsou v Evropě schválena jen pro léčbu ADHD u dětí a dospívajících. Avšak pokud byli klienti v dětství úspěšně léčeni lékem Concerta, může jim být předepsán i v dospělosti. V České republice je účinná látka atomoxetin registrována pod názvem Strattera, který působí až po dobu 24 hodin (Masopust et al., 2015; Stráková, 2016).

2.5.2 Nefarmakologické postupy

Farmakoterapie sehraává u spousty pacientů důležitou roli při zvládnání projevů ADHD, samotná medikace je u dospělých klientů často nedostatečná. Dopady poruchy a případných dalších komorbidit na všechny oblasti života jedince bývají podstatnější než samotné základní projevy ADHD (Philipsen et al., 2010). Přínosná je jak individuální, tak skupinová práce s klientem (Čermáková, Papežová, Uhlíková, 2013).

Z psychoterapeutických směrů se ke zlepšení obtíží nejčastěji užívá kognitivně behaviorální terapie, v rámci které je snaha o potlačení nevhodných vzorců chování a nácvik vhodnějších schémat, které mají pozitivní dopad na život jedince (Drtílková et al., 2007). Terapie řeší konkrétní obtíže, kterých si klient musí být vědom. Aktivní spolupráce klienta a terapeuta je nezbytná (Ramsay, 2008).

Další oblíbenou podpůrnou metodou je koučink, v rámci kterého kouč klienta podporuje v hledání a dosahování vlastních cílů. Pro léčbu ADHD je mimo jiné možné využít EEG biofeedback/neurofeedback, který funguje na principu biologické zpětné vazby. V průběhu je klient snímán elektoreencefalogramem (EEG) a v reálném čase se učí ovládat a regulovat mozkové vlny. Do léčby mohou být zahrnuty i další méně uváděné podpůrné metody, jako jsou např. relaxace nebo kognitivní trénink (Čermáková, Papežová, Uhlíková, 2013).

Farmakoterapeutický i odborný terapeutický přístup bezesporu pomáhá při zvládnání příznaků ADHD. Léčbu je vhodné doplnit o další svépomocné aktivity, upravit své životní a pracovní prostředí a využívat vyhovující dostupné pomůcky (Čermáková, Papežová, Uhlíková, 2013).

3 Dopady ADHD na život dospělých

3.1 Cíl výzkumného šetření

ADHD je neurovývojovou poruchou, se kterou se mohou potýkat lidé každého věku. Za posledních 10 až 20 let bylo diagnostikováno u mnohem více dospělých lidí než dříve, zároveň se odborníkům daří poruchu identifikovat i u jedinců, u kterých je méně nápadná. Projevy se u dětí, ale i jednotlivých dospělých, velmi často liší, jejich závažnost může být rovněž rozdílná.

Hlavním cílem výzkumného šetření je popsání konkrétních dopadů ADHD na život dospělých z pohledu samotných jedinců s touto poruchou.

Dílčím cílem je popsat možné způsoby pomoci a podpory snižující negativní dopady ADHD na život.

Za těmito účely byly stanoveny výzkumné otázky, které jsou rozděleny do několika obecných okruhů.

VO 1: V jakých oblastech života dospělí s ADHD nejvíce pociťují důsledky této poruchy?

VO 2: Jaké jsou pozitivní dopady ADHD na život z pohledu osob s touto poruchou?

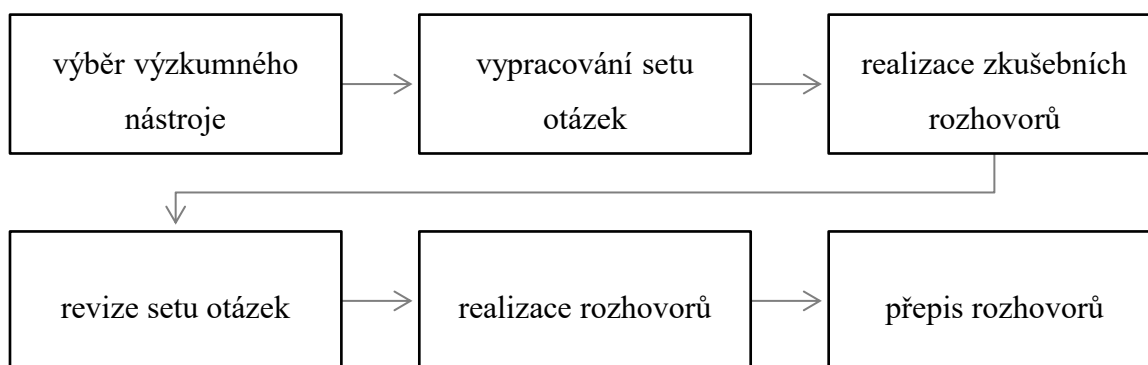
VO 3: Jaké jsou negativní dopady ADHD na život z pohledu osob s touto poruchou?

3.2 Metodologie

Prezentované výzkumné šetření, jež je součástí diplomové práce, probíhalo od dubna do června roku 2023. Pro naplnění jeho cílů a s ohledem na povahu následně stanovených výzkumných otázek byla využita metodologie kvalitativního výzkumného šetření.

3.2.1 Sběr dat

Pro sběr dat byla využita forma polostrukturovaného rozhovoru, během kterého se zpravidla dotazuje jeden tazatel jednoho respondenta na otevřené otázky. Tato metoda je využívána k bližšímu pochopení osob ze specifické sociální skupiny, členů určité skupiny nebo osob s dalšími společnými znaky (Švaříček, Šed'ová, 2007). V průběhu provádění polostrukturovaného rozhovoru je možné upravit pořadí a formulaci otázek, podávat dodatečné otázky a v případě potřeby požádat o vysvětlení (Gavora, 2000).



Obrázek 1 Průběh sběru dat

Před uskutečněním samotných rozhovorů bylo připraveno schéma určitých okruhů s několika připravenými otázkami tak, aby byl pokryt zájem výzkumu. Jak doporučuje Brinkmann a Kvale (2018), otázky byly navrženy s ohledem na ponechání dostatečného prostoru pro zjištění nových a nečekaných jevů.

Pro ověření validity výzkumného nástroje byly provedeny dva zkušební rozhovory, které dopomohly zjistit, zda jsou připravené otázky srozumitelné a relevantní pro cíl výzkumného šetření. Zkušebními rozhovory byly zjištěny drobné nedostatky. Na základě těchto zjištění došlo k úpravě původního setu otázek.

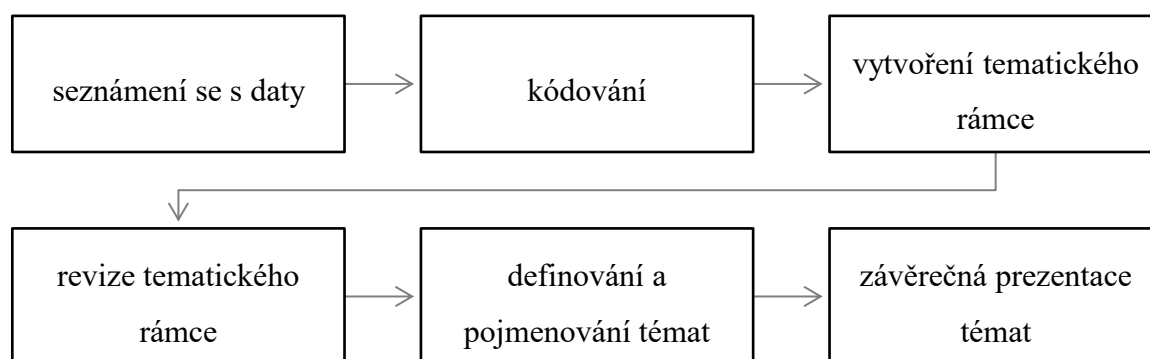
Rozhovory byly prováděny osobně v kanceláři tazatelky nebo prostřednictvím platformy Google Meet. Před zahájením samotného rozhovoru byli respondenti znovu seznámeni s účelem výzkumného šetření, průběhem rozhovoru a následně podepsali informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a jeho následným využitím pro účely diplomové práce. Byl jim poskytnut prostor pro jakékoliv dotazy. Respondenti byli seznámeni se zahájením nahrávané části rozhovoru. Délka rozhovorů se pohybovala mezi 40 až 90 minutami.

Autorkou práce byl následně proveden anonymizovaný přepis zvukových nahrávek do textových souborů, který byl dále analyzován a interpretován.

3.2.2 Analýza dat

Pro analýzu získaných dat byla zvolena metoda tematické analýzy, kterou lze využít pro bližší porozumění zkušenostem, myšlenkám a chování určité skupiny (Kiger, Varpio, 2020). Kvalitativní výzkum s využitím tematické analýzy spočívá v hledání opakujících se významových vzorců v souboru dat (Braun, Clarke, 2006). Identifikace opakujících se dat umožňuje odhalit a identifikovat hlavní témata, vzorce a motivy v rámci zkoumaného fenoménu. Opakující se témata jsou důležitými aspekty, které odrážejí podstatu a klíčové prvky výzkumného šetření (Brinkmann a Kvale, 2018).

Proces analýzy dat probíhal dle šestikrokového postupu zpracovaného autorkami Braun a Clarke (2006).



Obrázek 2 Průběh analýzy dat

1. Seznámení se s daty

Prvním krokem v procesu tematické analýzy je seznámení se s celým souborem dat. Seznámení s daty probíhá již v přepisování rozhovorů, dále zahrnuje aktivní čtení získaných dat. Seznámení se s celým souborem dat poskytne cennou orientaci v nezpracovaných datech a je základem pro všechny následující kroky. Výzkumníci si již mohou zaznamenávat poznámky na potenciální položky dat, které je zajímají, souvislosti mezi položkami dat apod.

2. Kódování

Fáze generování počátečních kódů zahrnuje přiřazování základních významových jednotek, tzv. kódů, k relevantním částem textu.

3. Vytvoření tematického rámce

Po dokončení kódování celého souboru dat výzkumník rozřazuje jednotlivé kódy do významově obsáhlejších tematických kategorií. Témata by měla být samostatně smysluplná, ale zároveň společně tvořit koherentní celek. Vytváření tematického rámce pomáhá vytvořit strukturu a hierarchii mezi tématy. Některé pasáže obsahují prvky, které lze interpretovat a zařadit do více než jednoho tématu. Ukázkou analýzy dat prezentuje Tabulka 3.

V prezentovaném výzkumném šetření byl pro identifikaci témat využit induktivní přístup, který vychází ze získaných dat a umožňuje objevovat nové a neočekávané myšlenky a jiné zajímavé aspekty.

4. Revize tematického rámce

Kontrola témat zahrnuje posuzování správnosti zařazení jednotlivých kódů k tématům. Zároveň se výzkumník znovu zamýšlí nad stanovenými tématy. V této fázi je prostor pro jakékoliv úpravy. Rovněž dochází ke kontrole témat ve vztahu k celému souboru získaných dat. Je podstatné posoudit, zda témata smysluplně reprezentují celý datový soubor. Soubor je znovu přečten s cílem neopomenutí žádných důležitých aspektů.

5. Definování a pojmenování témat

Pátý krok se věnuje vyhodnocování a interpretaci jednotlivých témat a prozkoumávání vzájemných vztahů mezi nimi. Výzkumník hledá oblasti, kde se témata překrývají, identifikuje vznikající podtémata a vymezuje rozsah toho, co každé téma zahrnuje. Zároveň

je vhodné vybrat úryvky z dat, které budou prezentovány v závěrečné interpretaci a přiblíží daná témata.

6. Závěrečná prezentace témat

V posledním kroku tematické analýzy dochází k prezentování výsledků výzkumného šetření. Závěrečná zpráva by měla přesáhnout pouhý popis kódů a témat, měla by zahrnovat jasný a logický popis nejen toho, jak výzkumník interpretuje data, ale také toho, proč je jeho výběr témat a interpretace dat důležitý a správný.

Tabulka 3 Ukázka analýzy dat

Výrok	kód	téma	kategorie	
R10: „ <i>Někdy si připadám strašně nezodpovědná a štvě mě to, protože to může odnášet i zdraví. Já jsem se třeba k vyšetření na štítnou žlázu dokopávala tři roky. Nejhorší je, že to odnášej i ty moje děcka pak. Je prostě taky nejsem schopná objednat. Vždycky si řeknu, tak dnes to udělám, ale neudělám to hned, pak zapomenu a furt dokola.</i> “	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pocit nezodpovědnosti ▪ odkládání povinností ▪ nežádoucí dopady na zdraví ▪ nežádoucí dopady na rodinu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ střídavé odkládání a zapomínání ▪ mezilidské vztahy ▪ zdraví a sebezpečí 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zahajování činností ▪ dopady do všech oblastí života 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dopady na průběh plnění činností ▪ sekundární dopady
R1: „ <i>Já dělám něco do práce, jdu si udělat čaj a skončím tím, že umývám prostě balkonový vybavení. A na ten balkon mě dostane jen nějaká rychlá nenápadná myšlenka, která ale úplně z hlavy vymaže to, co jsem chtěl původně dělat.</i> “	<ul style="list-style-type: none"> ▪ střídání činností bez vědomého výběru 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ fluktuace pozornosti 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ plnění aktivit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dopady na průběh plnění činností
R7: „ <i>...pomáhá psát si ty věci, odškrtnout si, co je hotovo. Tohleto, že to vidím jako černý na bílém, co je potřeba, co je hotovo a tak. No nějaký upomínky, třeba jako já to tolik nedělám, ale když to udělám tak to pomůže, že mi to zazvoní něco a připomene.</i> “	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zapisování povinností a seznamů ▪ odškrtnutí si v seznamech ▪ vytváření upomínek 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ organizace a plánování 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kompenzační techniky a strategie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sekundární dopady

3.2.3 Etika výzkumného šetření

V průběhu celého procesu souvisejícího s prací na prezentovaném výzkumném šetření byly dodržovány etické zásady a byla přijata opatření pro ochranu práv a pohodlí respondentů.

Účast všech respondentů byla zcela dobrovolná, zároveň byli seznámeni s tím, že by se výzkumného šetření neměly zúčastnit osoby, pro které je nepřijatelné hovořit o obtížích spojených s ADHD a domnívají se, že by je konverzace na toto téma mohla velmi rozrušit. Byly jim poskytnuty podrobné informace o účelu výzkumného šetření a způsobu zpracování získaných údajů. Byli informováni o možnosti neodpovídat na otázky a možnosti případného ukončení své účasti ve výzkumu bez jakýchkoliv důsledků. Všichni informanti podepsali informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a jeho následným využitím pro účely diplomové práce. Podmínky prostředí, ve kterém rozhovory probíhaly, byly uzpůsobeny tak, aby poskytovaly soukromí a maximální komfort.

Všechna data a informace získané z rozhovorů byly zpracovány a analyzovány s ohledem na ochranu anonymity a všech práv respondentů. Každý respondent měl přidělen unikátní kód R1 – R12, který byl použit zejména k identifikaci výpovědí. Ke zvukovým nahrávkám i přepisům měla přístup pouze autorka práce.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Pro získání potřebných respondentů byl vytvořen letáček, který byl sdílen prostřednictvím sociálních sítí. Kritériem pro účast ve výzkumném šetření byl dosažený věk 18 let, diagnostikované ADHD a podepsání informovaného souhlasu. Předem byl zvolen vzorek čítající 12 lidí, z toho polovina žen a polovina mužů. Zájem o účast vyjádřilo celkem 19 lidí, z toho 11 žen a 8 mužů. S cílem zajistit náhodný výběr a minimalizovat případný vliv předsudků či preferencí výzkumníka byli respondenti voleni on-line náhodným generátorem. Všichni zájemci byli informováni o procesu výběru.

Výzkumný soubor je složen z celkového počtu dvanácti respondentů, konkrétněji šesti žen a šesti mužů. Věkové rozpětí účastníků prezentovaného výzkumného šetření je od 20 do 52 let, jejich průměrný věk je 30,8 let. Souhrnné informace o respondentech prezentuje Tabulka 4.

Všichni účastníci prezentovaného výzkumného šetření mají kvalifikovaným odborníkem stanovenou diagnózu, ta byla pěti respondentům stanovena již v dětství, tedy před 18. rokem života, ostatním bylo ADHD diagnostikováno až v dospělosti. Všichni respondenti diagnostikovaní v dětství byli klienty pedagogicko-psychologické poradny, jedna respondentka již od dětství dochází ke klinické psycholožce. Dalším pěti informantům byla diagnóza stanovena psychiatrem, zbylým dvěma klinickým psychologem. Osm respondentů v době výzkumného šetření využívalo možnosti klinické léčby, která zahrnuje léčebné metody v interakci s odborníky. Čtyři z nich zvolili medikaci v kombinaci s psychoterapiemi, jeden medikaci s koučinkem a tři podstupují pouze farmakologickou léčbu. Ostatní z účastníků výzkumného šetření nevyužívají žádné formy klinické léčby.

V době realizace rozhovorů žije jedenáct respondentů v různých částech České republiky, jeden respondent bydlí v jiném státě na území Evropy. Rovněž dosažené vzdělání dotazovaných je různorodé. Nejvyšší dosažené vzdělání šesti z nich je vysokoškolské, čtyři mají dokončené středoškolské vzdělání s maturitou a dva středoškolské vzdělání s výučním listem. Čtyři dotazovaní studují na vysoké škole, zároveň jsou ale zaměstnaní. Všichni respondenti jsou zaměstnaní nebo vykonávají samostatnou činnost na živnostenský list. Jejich pracovní zaměření je rozmanité, uváděna je např. práce ve školství, sociálních službách, jako divadelní herec, elektrikář, instalatér, violoncellistka v orchestru, elektroinženýr nebo masér.

Kromě jednoho respondenta mají všichni zkušenost s partnerským vztahem, který trval déle než jeden rok. V době výzkumného šetření jsou tři respondenti svobodní, čtyři v partnerském vztahu a pět v manželství. Šest z nich již je rodiči. Osm informantů žije v domácnosti se svým partnerem a případně se svými dětmi, dva žijí sami ve své vlastní domácnosti, jeden žije se svými rodiči a jeden žije ve společném bydlení s osobou, s kterou není v příbuzenském ani partnerském vztahu.

Tabulka 4 Charakteristika výzkumného souboru

	pohlaví	věk	věk dg.	klinická léčba	bydliště	vzdělání
R1	muž	24	8		okolo 6 000 obyvatel	vysokoškolské bakalářské, studující
R2	žena	20	5	terapie, plánovaná medikace	nad 1 000 000 obyvatel	středoškolské s maturitou, studující
R3	muž	22	4		nad 1 000 000 obyvatel	středoškolské s maturitou, studující
R4	muž	28	11		nad 1 000 000 obyvatel	vysokoškolské magisterské
R5	žena	32	8	medikace, terapie	okolo 1 500 obyvatel	středoškolské s maturitou
R6	muž	30	30	medikace	okolo 400 000 obyvatel	vysokoškolské doktorské
R7	žena	34	33	medikace, terapie	okolo 100 000 obyvatel	vysokoškolské magisterské
R8	žena	39	38	medikace, terapie	okolo 1 000 obyvatel	vysokoškolské bakalářské
R9	muž	52	47	medikace, koučink	okolo 30 000 obyvatel	středoškolské s výučním listem
R10	žena	30	28	terapie	okolo 500 obyvatel	vysokoškolské magisterské
R11	muž	29	28	medikace	okolo 10 000 obyvatel	středoškolské s výučním listem
R12	žena	37	34	Medikace	okolo 300 000 obyvatel	středoškolské s maturitou, studující

3.4 Interpretace výzkumného šetření

Kapitola prezentuje výsledky analýzy rozhovorů s účastníky výzkumného šetření a je rozdělena do dvou podkapitol. S ohledem na kvalitativní charakter výzkumného šetření jsou zmiňována zejména opakující se data. Neopakující se data a výpovědi jsou zahrnuta v případě, že jsou ve zkoumaném kontextu relevantní a mohou poskytnout další perspektivu a vhléd do problematiky.

Dotazovaní dospělí s ADHD pociťují dopady této poruchy každodenně do všech oblastí svého života.

„Spousta mých vlastností jsou projevy ADHD, je těžký to rozdělit. Dřív jsem nevěděla, co s tím, ale teď si říkám, ADHD mění mozkovou architekturu, je to součást mojí mozkový architektury, tak je to prostě součást mě. Přirozeně to tak zasahuje úplně do všeho.“ (R2)

Dle výpovědí respondentů mohou mít některé projevy ADHD nejen negativní, ale také pozitivní dopad na život. Tematická analýza identifikovala v tomto kontextu dvě hlavní kategorie:

- dopady na průběh plnění činností,
- sekundární dopady.

3.4.1 Dopady na průběh plnění činností

Náplň dne se skládá z různorodých aktivit. Během dne člověk vykonává širokou škálu činností, které se mohou lišit např. životním stylem, pracovním prostředím a individuálními preferencemi. Do běžných denních činností jsou zahrnuty povinnosti vyplývající ze zaměstnání a vzdělávání, povinnosti v domácnosti, sebek péče, socio-kulturní aktivity a odpočinek. Respondenti pociťují v různé míře i způsobu dopady na plnění všech druhů činností (12/12).

Úspěšné plnění činností zahrnuje několik dílčích kroků. Mezi tyto kroky patří:

1. organizace a plánování činností,
2. zahájení činnosti,
3. samotné vykonávání činnosti,
4. dokončení činnosti.

Účastníci prezentovaného výzkumného šetření zaznamenávají dopady ADHD na všechny kroky procesu, a to negativní i pozitivní (12/12).

Organizace a plánování

Organizace a plánování činností zahrnuje soubor procesů a postupů, jako je např. identifikace cílů, prioritizace aktivit či jednotlivých kroků a plánování času. K organizaci a plánování dochází před samotným zahájením aktivity. Někteří dospělí s ADHD popisují potíže s organizací a plánováním (10/12).

Zapomínání

Jedním ze zmiňovaných faktorů negativně působících na uspořádání činností je časté zapomínání (10/12). V souvislosti s organizací a plánováním respondenti zmiňují zapomínání např. předem domluvených schůzek, termínů a úkolů i instrukcí. Mimo jiné popisují zapomínání na povinnosti či věci, které jsou běžnou součástí jejich každodenního života, jako je např. braní léků, vyndání vypraného prádla nebo sbalení potřebných věcí při odchodu z domova.

„Pamatuju si některé situace i z dětství jako úplně dopodrobna, nikdo jiný si to ani nepamatuje. A pak si nejsem schopnej zapamatovat, kam jsem zrovna položil telefon, že si mám vzít léky na srdce nebo že bych měl zaplatit fakturu, která už takhle je po splatnosti. Je to každodenní boj.“ (R11)

„... jinak si lidi podle mě všímají, že jsem zmatkař. To si moc nejde nevšimnout, že prostě furt něco zapomínám, hledám. Mívám okna v krátkodobý paměti, jsem schopná zapomenout, co se před chvílí stalo, co jsem měla v plánu, kam jsem co teď položila.“ (R7)

Někteří z informantů, kteří pocítují potíže způsobené zapomnětlivostí, zmiňují, že nepovažují v širším kontextu svou paměť za nekvalitní, pozitivně hodnotí zejména výbavnost některých zážitků, a to i těch, které proběhly v minulosti, a zajímavých faktů.

Časoslepota

Negativní vliv na organizaci a plánování má dle výpovědí rovněž špatný odhad náročnosti aktivit, kdy nedokážou správně odhadnout, kolik času a energie daná činnost zabere (10/12). Tato obtíž se týká jak dlouhodobých projektů, dílčích úkolů, tak každodenních běžných povinností v domácnosti.

„Já si nedokázal třeba představit, jak dlouho něco zabere jako v práci. Jo, jsem říkal, jo, to je za týden, to je v pohodě. Jo a trvá to měsíc, a ještě pořád to nemám hotový. Nedokázal jsem si představit, jak něco může bejt ve skutečnosti složitý.“ (R6)

„Včera jsem si napsala seznam úkolů na ten den. Třeba na dopoledne jsem měla napsány různé věci v domácnosti, jako mytí nádobí, vysávání a tak, pak jsem potřebovala udělat něco do práce, jen rychlovka a že ještě před obědem půjdu plavat. Tu domácnost jsem odhadovala tak na hodinu a půl a trvalo to tak třiceti minut, ale zase to do práce, jsem myslela, že bude do půl hod'ky, dělala jsem to tři hodiny a furt to nemám.“ (R10)

Prioritizace aktivit

Pro některé je náročné efektivně prioritizovat úkoly a činnosti (8/12). Neschopnost prioritizace aktivit se vyznačuje obtížemi s upřednostněním důležitějších a naléhavějších činností nad těmi atraktivnějšími. Při plánování tak upřednostňují činnosti, u kterých očekávají přínos většího potěšení. Respondenti uvádějí, že jsou povětšinou schopni vyhodnotit důležitost jednotlivých aktivit, ale nedokáží se podle svého rozumového vyhodnocení řídit.

I tato překážka se týká každodenního fungování a všech oblastí života. Respondenti uvádějí např. upřednostnění volnočasových aktivit nad pracovními a vzdělávacími povinnostmi nebo práci na zajímavém pracovním projektu nad přípravou jídla nebo objevování nového místa nad trávením času se svými blízkými.

„... říkal udělej si nejdřív možná to jídlo, ať máš všechno hotový, a pak až řeš nějaký věci, který jsou navíc. Ale ale to je přesně ono, takhle uvažuje on, ale já takhle neuvažuju. Já ty priority mám prostě trochu jinak. Jo, já si říkám, dobrý to jídlo, prostě ráno, když bude potřeba, tak ho dětem asi budu muset dodělat. Ale přípravu na to učení těch dětiček, tak to chci mít jako fakt dobrý, že jo, to mě baví, takže i když to tolik nespěchá a šlo by to bez toho, jdu si prostě radši laminovat.“ (R7)

Zahajování činnosti

Dle výpovědí většiny respondentů může být zahájení některých činností nesnadným úkolem (11/12). Samotnému zahájení činnosti může často předcházet její opakované odkládání.

Zejména dlouhodobé, nezajímavé či psychicky náročné povinnosti a úkoly jsou odkládány na pozdější dobu (11/12).

Střídavé odkládání a zapomínání

Ze sdělených informací vyplývá, že se odkládání často prolíná se zapomínáním (8/12). To se projevuje tím způsobem, že si jedinci na povinnost vzpomenou, její splnění odloží na později, a následně na ni zase zapomenou. Tento proces se může několikrát opakovat. Jako konkrétní příklady uvádějí respondenti např. odepisování na zprávy, braní léků, placení faktur, rušení nechtěných trvalých příkazů či objednání se k lékaři. Odkládání se tak týká časově náročných i nenáročných aktivit a odsouvání může trvat až několik let.

„Někdy si připadám strašně nezodpovědná a štve mě to, protože to může odnášet i zdraví. Já jsem se třeba k vyšetření na štítnou žlázu dokopávala tři roky. Jako nejhorší je, že to odnášej i ty moje děcka pak, no. Je prostě taky nejsem schopná objednat. Vždycky si řeknu, tak dnes to udělám, ale neudělám to hned, pak zapomenou a furt dokola.“ (R10)

„... zrovna mi nějak během dne přišla zpráva od O2, že je dávno po splatnosti a budu platit dvakrát tolik. Přitom už předtím přišlo tolik upomínek, že jo. Ale já to prostě odsouvám, a to mám se spoustou těchto otravných věcí, nebo asi klidně i těch neotravných.“ (R9)

Motivace

Dospělí s ADHD uvádějí, že je zejména nezajímavé činnosti nedokáží sami účinně motivovat (9/12). V souvislosti s plněním úkolů, které jsou kontrolovány, zmiňují někteří pozitivní účinek negativní motivace a stresu (8/12). Ve chvíli, kdy na splnění úkolu zbývá už pouze velmi málo času nebo by jim mohla být udělena sankce, zhostí se úkolu tak, že jej zvládnou.

„Mám samozřejmě pocit, že mám na všechno strašně času, do toho se mi nechce, nebo prostě to ani nejde jakoby. U těch úkolů dlouhodobých to prostě furt nechávám na později, myslím tím třeba nějaký projekty v práci, něco domluvit, nebo ve škole to bylo furt. Jediný, co mi vždy pomohlo to splnit, byl nějaký deadline. Já to vlastně všechno nakonec splním, ale jde to jen pod tlakem. Takže pak jsou věci, jako je úklid nebo sportování... tam už to nikdo nekontroluje, jestli to dělám, takže já se do toho prostě nedokopu.“ (R10)

Pozitivní dopad takového druhu motivace avšak není u lidí s ADHD pravidlem, někteří informanti zmiňují, že vlivem časového stresu a negativních emocí dochází ke zhoršení pozornosti, a jejich práce tak často končí neúspěchem, a to především u dlouhodobých úkolů (3/12).

„Připadala jsem si jak v začarovaném kruhu. Nešlo mi s úkoly začít, jak s důležitými, tak s maličkostmi. A když už se blížil čas, že bych to měla mít hotové, tak strašně mě to stresovalo, a tak strašně jsem se bála selhání, že i když jsem s prací začala, nemohla jsem se na ni soustředit. Většinu věcí jsem tak nezvládla, dělalo mi to problém v práci i v rodině. Pomohla mi až medikace a terapie.“ (R5)

Škála činností, u kterých se dospělí potýkají s nedostatečnou motivací, je široká, individuální a různorodá. Mezi nejčastěji zmiňované příklady patří např. úklid, základní hygienické návyky, odepisování na e-maily nebo vaření.

„Za to se třeba jako mega stydím, ale takový čištění zubů, bože to je tak velkej problém. Já si je prostě večer nevyčistím. A jak bych chtěla jo, mně to není jedno a vím, že je to fakt důležitý. Vždycky si řeknu, že dnes to zvládnou, pak přijde čas, kdy by k tomu mělo dojít a ne, nejde to.“ (R10)

„... úklid to je jako velká kapitola, Tam se projeví tolik věcí, který my máme. Odkládáš to, když už se do toho pustíš, chybí ti smysl pro nějakou organizaci. Na něco narazíš, začneš se tomu věnovat. No, a když nějakým zázrakem ten úklid jako už skoro máš dokončenej, tak tam nějaký poslední dropky necháš, protože na to už síla není. A nejlepší na tom je, že když po klidně x měsících uklidiš, za nejdýl dva dny je tam ten bordel zase.“ (R12)

Příprava prostředí a potřebných prostředků

Někteří z respondentů popisují specifika v přípravě pracovního a prostředí a potřebných prostředků, a to zejména před plněním studijních nebo pracovních povinností (5/12). Před zahájením činnosti se snaží předem minimalizovat rušivé podněty a vytvořit si komfortní prostředí, konkrétněji zmiňují např. úklid pracovního místa i jeho okolí, přípravu pití nebo udělení přehledu. Několik jedinců uvádí, že tato příprava je zdoluhavá a chaotická a může je i vyčerpat. Zároveň se domnívají, že jim déle trvá ponoření se do své práce (5/12).

„Než jsem začal psát tu práci, musel jsem uklidit stůl i obývací, protože bych na to jinak furt myslel. Sednu si, že začnu, ale radši si ještě dojdou pro pití. Zase si sednu, ale pro jistotu jdu ještě na záchod. Pak už sednu k počítači, a ještě nějakou dobu mi trvá si nějak naplánovat, co teď jak budu dělat.“ (R11)

Chtíč

Ačkoli dospělé s ADHD často trápí obtížné zahajování některých činností, dokáží na druhou stranu v některých situacích jednat téměř okamžitě bez přechodného zamýšlení, a to zejména při zaujetí něčím přitažlivým (12/12). Tento projev může mít pozitivní i negativní dopady.

Pokud nějaká činnost vyvolá u respondentů zvýšený zájem a vzrušení, snáze se na ni zaměří a začnou s ní (12/12). Mezi takové aktivity řadí novou pracovní výzvu, poznávání nových míst, řešení zajímavého problému apod.

„Včera se stal takovej, no, zajímavěj problém v práci a řekli jsme si, že bude potřeba v dalším roce na to připravit nějaký materiály. V příštím roce jo, ale já to začal prostě hned dělat, protože mám tohle strašně rád, takže to bylo hned.“ (R11)

Respondenti uvádějí, že reakce bez předchozího zamýšlení může mít rovněž negativní důsledky (10/12). Popisují, že chtíč a touhu pocítují intenzivně a těžko se jim jedná v rozporu s nimi. Jako příklad několik dotazovaných zmiňuje např. jezení nezdravých jídel či přejídání se, impulsivní nakupování, zapojování se do zakázaných, rizikových či obtěžujících aktivit (6/12).

„Já když něco chci, tak to prostě musím mít hned. Nejde čekat. Jak kdybych ani neviděl jinou možnost. Na nic to je třeba u nakupování, úplně bezmyšlenkovitě kupuju naprostý zbytečnosti, protože v tu chvíli jako vidím jen to, jak to potřebuji.“ (R3)

„... těžko jsem se ovládala, i když jsem něco chtěla. Už je to lepší, ale třeba s jídlem mám furt největší problém. Nemám kvůli tomu nějaké zdravé stravovací návyky. Když jdu do krámu, nakoupím prasárny a v tom, jak je jím, jsem nezastavitelná. A zase, já vím, že bych neměla, nechci to tak, ale neumím to zastavit.“ (R5)

S okamžitým jednáním se dle výpovědí potýkají také v komunikaci, kdy mají nutkání přerušovat ostatní nebo se samotným přerušováním (7/12). K tomu dochází zejména v případech, kdy je k tématu napadne myšlenka, kterou chtějí s ostatními sdílet.

Většina respondentů majících osobní zkušenost se skákáním do řeči se domnívá, že se jim tuto obtíž ve většině situací daří do přijatelné míry kontrolovat, někdy ale takovým způsobem, že se více soustředí na svou kontrolu než na zbytek sdělení.

„Rozhodně su vždycky skákala lidem do řeči. V určitým věku jsem se to musela odnaučit, ředitelce prostě skákat do řeči nejde. To jsem pak jako i věděla, kam ten rozhovor směřuje a už jsem vnímala jenom sama sebe, co chcu říct.“ (R8)

Někteří dotazovaní sdělují, že vlivem ADHD měli nebo stále mají problém s impulzivním reagováním (9/12), zmiňují reakce bez zvažování možných následků a filtrování svých myšlenek. Někteří své reakce v některých situacích považují za velmi přehnané (9/12) až agresivní (6/12). I tento projev se jim dle výpovědí daří ve většině situací regulovat, nejméně se jim to daří ve vypjatých situacích.

Rozhodovací paralýza

Dalšími faktory, které dle respondentů nepřispívají k včasnému zahájení činností, je rozhodovací paralýza (7/12). K rozhodovací paralýze dochází zejména v situacích, kdy mají více povinností a je pro ně obtížné vybrat tu, které se budou věnovat.

„Děje se, že toho mám fakt hodně, ale nevím, čím začít. Tak jenom prostě sedím a čumím, ale to jako klidně i několik hodin, než se jako uráčím něco udělat.“ (R9)

„... vždycky když mám víc úkolů, co už bych fakt měl splnit, tak je to těžký. Dřív jsem se cítil tak zahlcenenj, že jsem nemohl začít. Nemohl jsem udělat ani to, co mě vlastně baví.“ (R11)

Plnění aktivit

Odlišnosti způsobené ADHD pocítují respondenti i po úspěšném zahájení činnosti při jejím samotném vykonávání (12/12).

Fluktuace pozornosti

Všichni dotazovaní uvádějí, že jsou snadno rozptýlitelní, a to nejen okolními podněty, ale také vlastními myšlenkami (12/12). Popisují nepřetržité vnímání velkého množství podnětů, na které automaticky reagují bez předchozího výběru. Nedokáží oddělit podstatné podněty od nepodstatných. Nevýběrové přesouvání pozornosti z jednoho objektu na jiný se projevuje v průběhu celého dne a negativně působí na každodenní fungování.

Nevýběrová fluktuace pozornosti dle výpovědí dospělých s ADHD negativně působí zejména na plnění různých povinností, a to jak v práci, tak při plnění běžných denních aktivit (12/12).

„Třeba včera jsem dávala nádoby do myčky, během toho mě napadne, jestli máme jogurty, tak se jdu podívat. Nemáme, tak chci napsat manželovi, ať je jde koupit. Jak si ale vezmu mobil, tak vidím e-mail, na který automaticky jdu odpovědět. Nedoplněné myčky jsem si všimla až po x hodinách a o jogurty jsem si samozřejmě taky nenapsala.“ (R5)

„...jsem seděl a teď něco mě napadlo. Najednou mě jako poplácal manažer a ptá se, co dělám? Říkám, tady dělám jako seznam prostě inventury a on, že jsem čuměl z okna, tak říkám, že jsem se jen zamyslel. Tak mi říká, ať miň přemýšlím a víc makám. Já ho chápu, ale mě to vlastně urazilo. Jako takhle, nejde to moc ovlivnit a vlastně to, že nad něčím přemejšlím, si uvědomím až po.“ (R1)

Potíže s nevýběrovým přesouváním pozornosti popisují rovněž při volnočasových aktivitách, vícekrát je zmiňováno např. čtení, sexuální aktivity nebo poslouchání rozhovorů.

„... mě zaujme něco dalšího, a to klidně můžu do té činnosti bejt fakt zabraná. A nejsou to jen věci, který vidím, nebo slyším. Snad častěji to jsou myšlenky. Čtu zajímavou knížku, ale začnu najednou přemejšlet nad něčím jiným. A i třeba u sexu, zažíváš vášeň, baví tě to, ale stejně tam klidně naskočí myšlenka na to, co si dát k snídani. Ta hlava nejde vypnout.“ (R5)

Snadná odklonitelnost pozornosti se projevuje i v komunikaci, během které se jedinci snadno odkloní od vnímaného zdroje (11/12). Následné reakce na situaci, kdy dojde k přesunutí pozornosti od konverzace, se liší. V některých případech na skutečnost druhého komunikanta upozorní a doptávají se na sdělované informace, naopak v některých situacích další účastníky konverzace neupozorňují a často doufají, že si odklonu pozornosti nepovšimli. Odklon pozornosti od sdělovaného může v sociálních situacích působit nevhodně, účastníci konverzace mohou mít pocit, že dospělí s ADHD nemají o sdělované téma zájem, což ale nemusí být nutně faktorem způsobujícím přesunutí pozornosti.

„... a ona mi o tom vypráví. Já prostě jsem schopnej pobrat třeba ty jo z těch pěti minut, co já vím, tak třeba maximálně tu minutu. No, nebo třeba, když jsme jeli teďka od našich, tak

posloucháme podcast a já jsem prostě se přistihl, že jsem fakt jako během toho několikrát, třeba šestkrát, odběhl úplně jinam, přemýšlel jsem úplně nad něčím jiným.“ (R4)

Někteří respondenti popisují potíže s porozuměním sdělovaného (7/12), za příčinu považují nejčastěji právě fluktuaci pozornosti. Část z těch, kteří se s touto překážkou potýkají, upozorňuje také na problém s porozuměním instrukcím, ke kterému dochází i v situacích, kdy pokyny pozorně poslouchají (5/12). Přesouvání pozornosti pociťují respondenti i v situacích, ve kterých oni sami sdělují informace (9/12). Snadno se nechají strhnout vnějšími podněty, ale i vlastními myšlenkami. Dochází tak k odcházení od původního tématu.

Hyperfokus

Ačkoliv se všichni informanti potýkají s problémy s udržení pozornosti, na druhou stranu zažívají v různých časových intervalech tzv. hyperfokus, který se vyznačuje intenzivní koncentrací pozornosti na jednu činnost, od které se nemohou odtrhnout. Tento projev je všemi vnímán spíše pozitivně, protože napomáhá k dosažení velmi dobrých výkonů.

Respondenti popisují, že během hyperfokusu nepociťují základní tělesné potřeby, dokážou tak i několik hodin pracovat bez přijímání potravy a pití, vyměšování či na úkor svého spánku (9/12).

„... pracovala jsem na nějaké infografice, strašně mě to bavilo. Začala jsem v sedm večer a dělala to do noci. Vůbec jsem se od toho neodtrhla a vlastně asi jen dvakrát za těch několik hodin mě napadlo, že bych se měla jít aspoň najíst, ale nešla jsem, protože jsem vůbec nechtěla opustit tu infografiku.“ (R10)

„Mně se dobře učí v noci, když mám na všechno klid, a ještě když se učím něco, co mě fakt baví, tak pak se dostanu do takový flow. No, ale chodím kvůli tomu spát třeba až k ránu. Ani si neuvědomuju, jak ten čas utíká, a najednou jsou třeba čtyři ráno, no.“ (R11)

Dokončování úkolů

Pro některé z respondentů je občas náročné činnost dokončit, a to zejména poslední detaily (7/12). S takovou překážkou se opět potýkají jak při dlouhodobějších úkolech, tak při běžných denních činnostech.

„Jako donutila jsem se uklidit tak nějak celý byt. Jo a tam si taky myslím, že za to pak může ta moje neurodivergenze, protože mi chybělo uklidit pár posledních věcí, jako maličkostí a už jsem to neudělala, protože prostě já už jsem jako nemohla. A s tím dokončováním to mám často, no. A většinou to jsou jako maličkosti, který ani nezaberou nějak víc času.“ (R12).

Další specifika doprovázející proces plnění aktivit

Výkonnost

Dotazovaní dospělí s ADHD se setkávají s nadměrným množstvím energie a zvýšenou pracovní aktivitou (10/12). Dokáží pracovat i několik hodin v kuse. Zároveň někteří popisují neustavičné nutkání k vykonávání nějaké činnosti (5/12). Tento projev hodnotí většina respondentů velmi pozitivně, protože se dokáží v průběhu dne věnovat několika činnostem a splnit více povinností.

„Mám nějaký přebytek energie, který mohu do něčeho investovat, takže zvládám víc věcí, protože mám víc energie než třeba většina lidí.“ (R3)

„... můj jako workoholismus v uvozovkách nebo overage, jako tady ty prost věci vychází z toho, že potřebujou prostě ty stimuly do mého mozku a jako umožňuje mi to dělat, být jako k něčemu dobrá, produktivní... spousta mých kamarádů prostě oni nepracují. Já jsem jakoby jedna třeba ze tří lidí z mého oboru a ročníku, která pracuje 20 hodin týdně.“ (R2)

Někteří ale upozorňují na skutečnost, že projev může vést až k workoholismu a z dlouhodobého hlediska negativně působit na psychické i fyzické zdraví (6/12).

„... nic se mi nechce a neudělám v práci za ten den v podstatě nic, koukám na youtube, nudím se. A naopak, když třeba panikařím, že něco už musím stihnout, tak pracuji, jsou čtyři hodiny a řeknu si, měl bych jet dom a vůbec, já jsem ani nic nesnědl, všechno vezu domů.“ (R6)

„Já jsem furt jela, jela, a to bych řekla, že dřív to byl ten druhý extrém. Já jsem ho celej život vnímala jako pozitivně, že jsem byla mega výkonná, ale až moc mega výkonná. Jako na úkor svého zdraví. V tu chvíli prostě člověk to nevidí. Nedokázala jsem vnímat, co už jedu přes ten max, co už nedávám, já jsem si přidávala furt ty aktivity. Měla jsem plnej den, pak

jsem seděla v devět hodin večer a přemýšlela jsem, co mám dělat, protože jako musím něco dělat.“ (R8)

Ačkoliv díky ADHD pocítují velké množství energie, pocítuje většina respondentů problém s rychlou unavitelností, kvůli které nemohou podávat adekvátní výkon (10/12). Pocit vyčerpání může přicházet i při plnění zdánlivě nenáročných úkolů nebo po jejich dokončení, dotazovaní uvádějí např. drobné domácí práce, jako je věšení prádla nebo luxování.

„Já bych řekl, že jsem takový ten stereotypně hyperaktivní člověk, mám furt hodně energie, furt si s něčím hraji. Takhle to často působí, ale někdy to tak fakt není. Něco mě dokáže fakt úplně vyštvávit. Mam prostě chvíle, kdy zvládnou nezvládnutelný, a pak mám zase chvíle, kdy mě odrovná umytí nádobí a musím reálně jít odpočívat.“

Hypersenzitivita

Většina účastníků výzkumného šetření považuje za projev ADHD hypersenzitivitu (11/12), která se projevuje zvýšenou citlivostí na vnější stimuly a intenzivními emocionálními reakcemi. Z vnějších podnětů popisují přecitlivělost na zvukové podněty (např. některé frekvence hudby, hlasy z vedlejších místností, hlučné prostředí), na vizuální podněty (světlo, neuklizené prostředí) nebo na dotek (pevný stisk, hlazení, objímání). Přecitlivělost na vnější stimuly je velmi různorodá a individuální, někteří dokonce vypovídají, že hypersenzitivita na určitý vjem není pravidlem v každé situaci.

„Obecně jsem úplně nepoužitelný, když něco slyším, nedokážu to v té hlavě jakoby vypnout. Když něco slyším, nedokážu se soustředit na práci, ale ani třeba na spánek. Zás ale někdy mi to nevádí, třeba v restauracích jsem s tím hlukem úplně v pohodě, to stejný u písniček, ty mi taky většinou nevádej.“ (R9)

Z výpovědí respondentů rovněž vyplývá, že si ADHD spojují s intenzivnějším prožíváním svých emocí (10/12), to zahrnuje prožívání radosti, nadšení, smutku, ale také smutku, podrážděnosti či frustrace. Vzhledem k tomu, že emoce podle nich silněji prožívají, může být jejich reakce v některých situacích považována za přehnanou (8/12).
„... ten vztah ztroskotal na tom, že já jsem žil jen tou holkou. A je to takhle opakovaně, strašně rychle se na někoho navážu, a to co cítím, je strašně až nezdravě silný, musím na tom pracovat.“ (R3)

Někteří dotazovaní uvádí, že mají obtíže regulovat své chování při výměně názorů a při hádkách, z výpovědí vyplývá, že reakce mohou být až agresivní a často svého chování později litují.

„Já jsem poměrně klidnej člověk. Dokázala jsem být zlá, když jsem byla mladší, když něco nebylo po mým, nebo jsem někde viděla nespravedlnost. Už se ale dost držím. Kdy mi to nejde, tak to je doma s partnerem. Nedokážu se v hádce ovládat. Jsem hodně sprostá, někdy ho i mlátím. Tohle chování by do mě nikdo neřekl, nevím, kde se to bere. Vím, že to není dobře, snažím se na tom pracovat, ale v tu chvíli nejsem schopná něco jinýho udělat.“ (R12)

Vyhledávání nových stimulů a netrpělivost

Respondenti se shodují, že mají potřebu vyhledávat nové stimuly a vzrušující zážitky (11/12). Popisují rychlé nadchnutí se pro nové projekty, zájmy nebo dobrodružství, někteří popisují stejné nadšení i při poznávání nových lidí. V důsledku těchto skutečností považuje své spektrum zájmů většina za široké (9/12). Všichni dotazovaní, kteří u sebe pozorují zvědavost, touhu po získávání nových informací a zažívání nových zážitků, vnímají tento projev spíše pozitivně. Přináší jim to spoustu zkušeností a rozmanitých dovedností a informací.

„... se nadchnu pro nějaký téma nebo pro nějaký koníček, v tu chvíli jak kdybych si bez toho neuměla představit život. Často mi to ale vydrží jen třeba pár týdnů. K něčemu se vrátím, k něčemu už vůbec. Podobný nadšení mám vlastně i s lidmi. Někoho poznám, jsem z něj unešená, ale taky to pak opadne. Mam asi prostě ráda novinky.“ (R12)

Někteří popisují, že v kombinaci s intenzivním prožíváním svých pocitů dochází k intenzivnímu zájmu až posedlosti danou činností či osobou. Intenzivní zájem může dle výpovědí mít jak dlouhodobý, tak krátkodobý charakter a může zapříčinit odsunutí dalších činností do pozadí.

„... jsem chodíval věčně na to tancování na ty kurzy. Já jsem to potom si od toho dal trochu pauzu, protože já jsem to trošičku přeháněl, že jsem v podstatě každý den tam chodil a měl jsem dvakrát po sobě zánět šlach na lýtkách.“ (R6)

Jako negativní dopad širokého spektra heterogenních zájmů uvádějí rovněž potíže při výběru zaměstnání či při plánování volnočasových aktivit. Často se jim nedaří stíhat vše, co by si přáli.

Někteří informanti u sebe vlivem ADHD pocítují nadměrnou zvědavost také ve spojitosti se získáváním nových informací o jiných lidech (5/12). Tento projev se ale větší části z nich daří ve většině situací regulovat.

Dlouhotrvající nebo klidové aktivity často nepřinášejí dostatečné množství nových podnětů, proto je jejich vykonávání považováno některými za obtížné (10/12). Čekání na něco je pro ně často velmi frustrující, uvádějí např. čekání na příjezd dopravního prostředku nebo načítání webových stránek. Někteří rovněž zmiňují, že jsou pro ně vyčerpávající dlouhá setkání nebo hodinové přednášky, zejména ty, ve kterých se nemohou aktivně zapojit. Právě u tohoto typu aktivit se nejčastěji projevuje psychomotorický neklid, který prožívá většina respondentů (9/12), uvádějí např. hraní si s čímkoliv, co mají po ruce, časté měnění pozic při sezení či ležení nebo popobíhání.

Kreativita

Většina respondentů považuje za pozitivní dopad ADHD svou kreativitu (9/12), která je popisována rozmanitě různými způsoby. Někteří popisují časté nekonvenční a originální myšlenky a nápady, které jim mimo jiné umožňují vidět věci z jiné perspektivy. Zároveň uvádějí, že jsou originální nápady schopni vymyslet velmi rychle.

V souvislosti s kreativitou a velkým množstvím nápadů někteří opět zmiňují časté překážky, se kterými se setkávají v průběhu plnění aktivit. Své nápady často nejsou schopni uskutečnit či dokončit.

„Já jsem v životě měl tolik nápadů, tolik business plánů. Třeba se někdo zmíní o tom, nevím, třeba že nikdy neměl koláčky štěstí. A já už vymyslím, jak je hned dostat, nebo jak si takovou restauraci otevřít. Když už jsem ale s něčím v životě začal, tak jsem to nedokončil.“ (R9)

Odpočinek a usínání

Na každodenní fungování a celkovou pohodu má vliv kvalitní spánek a odpočinek. Většina jedinců s ADHD má nebo měla alespoň s jednou z těchto aktivit potíže (10/12). Z výpovědí vyplývá, že za příčinu považují myšlenkový neklid a nadměrnou aktivitu.

„ ... za to mě teď zrovna moje psycholožka hrozně ráda přirovnává k border kolii, protože říkala, že to jsou pracovní psi a oni se upracují k smrti. Musíte odpočívat, takže snažím se, ale furt mi v té hlavě něco jako jede a já jako neumím vypnout prostě. Ale je to strašně těžký, protože furt mě jako žene taková ta potřeba jako že musím něco dělat.“ (R2)

V následující ukázce je popsán myšlenkový neklid a jeho změny po použití medikace.

„ ...tady je nějaký takový ticho, jo, že prostě já jsem vždycky přemýšlel nad třema věcma najednou, ještě mě hrála nějaká písnička. Spíš to byl takovej ten pocit, jako když jsem na oslavě a všimnu si, že oni všichni odešli, Všimnu si, až když už je ticho, skončí takový ten šrumec.“ (R6)

3.4.2 Sekundární dopady ADHD

Z výpovědí respondentů vyplývá, že projevy a primární příznaky dále různými způsoby zasahují do všech oblastí života (12/12).

Vyhledávání pomoci

Dle sdělení respondentů je pro kvalitní každodenní fungování s ADHD nutné hledat různé kompenzační techniky a strategie, jak zmírňovat negativní projevy. Většina dotazovaných se potýkala různě dlouhou dobu s překážkami způsobenými ADHD, aniž by znali příčinu specifík ve svém chování (10/12).

Pěti účastníkům výzkumného šetření byla diagnóza ADHD stanovena již v dětství. Pouze dva z této skupiny respondentů si vzpomínají, že byli oni či jejich rodiče informováni o perzistenci ADHD do dospělosti. Zbylí tři informanti věděli, že jim bylo v dětství diagnostikované ADHD a jak se v daném období nejvíce projevovalo, ale nebyli obeznámeni s problematikou ADHD v dospělosti. Až postupem času si začali uvědomovat, jaká specifika jim ADHD do života přináší. Všichni z této tříčlenné skupiny respondentů uvádějí, že ADHD měli spojené zejména s viditelnými projevy hyperaktivity a nepozornosti. V pozdějším věku už ale tyto projevy nebyly tak výrazné, proto si odlišnosti ve svém chování nespojovali s diagnózou ADHD nebo si ani neuvědomovali, že by jejich chování bylo něčím specifické. Dva z nich vyhledali v dospělosti pomoc odborníka kvůli dlouhotrvajícím obtížím, o kterých se později dozvěděli, že mohou být zapříčiněny právě ADHD.

„V tom dětství se to řešilo hlavně ve škole, byla jsem ten typickej naspeedovanej příklad. Taková už jsem pak ale nebyla. Na střední jsem to vůbec neřešila, a když jsem pak začala bydlet sama, takže třeba od 20, tak jsem až do 30 bojovala sama se sebou. Byla jsem ve všem hroznej extrém. Neuměla jsem si nic zorganizovat, nedokopala jsem se dělat maličkosti v domácnosti, na manžela jsem byla až agresivní. Všechno jsem dělala na poslední chvíli, že jsem třeba ani několik dní nespala. Ale byly to věci, co vlastně ani okolí nevidí. Pro ně jsem byla ta pohodářka, co vše krásně zvládá, je zodpovědná a neviděli ten děs za tím. Až nějak před třicítkou jsem šla s úzkostma a panickéjma atakama na terpaie, kde jsme došli k tomu, že to je ADHD.“ (R5)

Jeden z nich se začal více zabývat otázkou ADHD v dospělosti na podnět své bývalé přítelkyně studující humanitní vědy.

„Já jsem to nikdy moc neřešil, třeba na střední vůbec. Až postupem času mi došlo, co všechno vlastně ADHD je.“ (R1)

Zbylých sedm respondentů bylo diagnostikováno až v dospělosti. Všichni z nich se rozhodli odbornou pomoc vyhledat v důsledku déletrvajících obtíží různého druhu a různé intenzity. Tři z této skupiny respondentů se k odborníkovi objednali za účelem diagnostiky ADHD. Tři z nich se rozhodli vyhledat pomoc na základě úzkostných stavů a jednomu byla stanovena diagnóza ADHD v průběhu léčby závislosti na návykových látkách. Všichni se shodují, že pro ně bylo určení diagnózy především ulevující (12/12).

„... vysvětlovalo to spoustu věcí a já jsem vlastně z toho měla radost. Jo, já jsem i chtěla, aby toto řekla, aby to byla ta diagnóza, jako protože jsem si říkala, jo, konečně bych věděla vlastně jakým směrem jako dál jít, jak to třeba řešit, jak kompenzovat některý ty věci.“ (R7)

Samotný proces vyhledávání odborné pomoci ztěžovala několika respondentům plná kapacita, která zpomalovala zahájení léčby. Dva ze tří respondentů, kteří předpokládali, že mají ADHD, popisují negativní zkušenost s některými odborníky. Z jejich strany se vícekrát setkali s popíráním existence této poruchy.

„Hledání mě strašně vyčerpávalo, několikrát jsem to vzdala. Měla jsem tipy na nějaký ověřený psychiatry, ale asi u třech bylo plno, tak jsem musela psát jinam. A další dva se mi

skoro vysmáli, že ADHD u dospělých je výmysl a že tuhle diagnostiku nedělaj. Takže až šestej pokus mi vyšel. Hledala jsem přes rok.“ (R12)

Někteří z respondentů mají zkušenosti s klinickou léčbou, tedy takovou léčbou, která probíhá ve spolupráci s kvalifikovaným odborníkem (8/12). Pozitivně hodnotí farmakologickou i psychologickou formu léčby. Někteří z respondentů, kterým byla doporučena medikace, ji původně odmítali, po dohodě s psychiatrem se rozhodli tuto formu léčby vyzkoušet a všichni u ní nakonec zůstali.

„Já jsem léky nechtěla. Psychiatr ale říkal, že je můžu vysadit vždycky, což je pravda. Je to docela dobrý, že vlastně vy vidíte, co vám dělá to ADHD, co je vlastně jakoby vaše osobnost. Protože vám třeba vám pomůžou se líp soustředit a najednou vidíte dobrý, tak já se soustředím, nejsem tolik zmatečná, ale furt jsem jako kreativní, to je dobrý. No a pak jsem si říkala, že s těma dětma, abych byla víc v pohodě, víc to zvládala. Vyšlo mi z toho, že je to vlastně jako asi v pohodě.“ (R7)

Jeden respondent odmítl tento farmakologický přístup léčby a svého rozhodnutí nelituje, již několik let chodí na terapie. Někteří respondenti se potýkali s komplikacemi při hledání nebo v průběhu klinické léčby (6/12), vícekrát uvádějí negativní účinky léků ve fázi zahájení medikace nebo pocíťování nepochopení u některých odborníků. I přes tyto překážky se všichni shodují na pozitivním dopadu odborné pomoci a upozorňují na důležitost vyhledání pomoci v případě potřeby.

Kompenzační techniky a strategie

Téměř všichni dotazovaní jedinci s ADHD považují za důležité vědomě pracovat na zmírnění projevů poruchy pozornosti (11/12). Jedinci s ADHD se snaží vyrovnávat a minimalizovat negativní dopady ADHD na svůj každodenní život nalézáním a využíváním různých strategií a technik pomáhajících zvládat příznaky poruchy a dosahovat lepšího fungování v osobním, akademickém i pracovním životě (12/12).

V průběhu rozhovoru uvedli respondenti několik svépomocných strategií, které jim pomáhají zmírňovat negativní projevy ADHD. Uvedeny jsou tipy, s kterými mají pozitivní zkušenost alespoň tři účastníci výzkumného šetření.

Organizace a plánování

Většina respondentů uvádí, že se jim do určité míry daří zmírňovat negativní dopady ADHD na organizaci a plánování používáním různých plánovačů a kalendářů, kam si zapisují důležité termíny, úkoly a události (10/12). Někteří doporučují vytvářet denní a týdenní seznamy úkolů pro komplexní přehled o svých povinnostech. Mají zkušenost např. s klasickými diáři, upomínkovými aplikacemi, které termíny a úkoly připomínají, nebo vizuálními pomůckami jako jsou barevné štítky. Ačkoliv jsou si respondenti vědomi pozitivního účinku používání takových pomůcek, někteří popisují, že u jejich využívání dlouho nevydrží, nebo nenachází potřebnou motivaci si úkol či činnost zapsat. Častým problémem je rovněž chybné zapsání si termínu (5/12). Některým se osvědčuje předem upozorňovat druhé na to, že je možné, že na domluvené zapomenou a budou rádi za připomenutí (6/12).

Dále někteří doporučují snažit se o ustanovení pravidelných a strukturovaných rutin (6/12). Popisují pozitivní zkušenost s vytvořením si pravidelného rozvrhu nebo pro specifické aktivity. Jako konkrétní příklady uvádějí určení pevných časů pro vstávání a ukládání ke spánku, rutinu pro ranní přípravu zahrnující například osobní hygienu a správné stravování nebo rutinu pro způsob plnění pracovních či studijních aktivit.

Náročné aktivity si někteří rozdělují do menších částí a naplánují si pro ně konkrétní čas plnění (5/12). Například úklid je možné rozčlenit podle jednotlivých aktivit nebo místností. *„Když vím, že je fakt už potřeba udělat doma víc věcí, tak si předem řeknu a někde napíšu dobře, zítra vynesu koše a vysaju, pozítří vyperu apod. K malým krokům se donutím snáz než když si představuji, že mám uklidit celý byt. No a když už začnu, tak se někdy i stane, že nakonec udělám všechno.“ (R5)*

Pro snadnější dodržení časového rámce se osvědčuje používat časovače nebo alarmy (5/12). Někteří respondenti také doporučují snažit se o prioritizaci úkolů podle důležitosti a naléhavosti (7/12), dle některých je vhodné si důležité úkoly vyznačit barevně. Malá skupina respondentů se snaží řídit tzv. pravidlem dvou minut, které říká, že pokud lze nějaký krok zvládnout do dvou minut, ať je provedeno okamžitě (4/12). Tato metoda zahrnuje plnění úkolů, jejichž plnění činí většinu respondentů problémy, např. placení faktur, objednání k lékaři, odepsání na zprávu.

Soustředění a pozornost

Účastníci výzkumného šetření doporučují vytvořit si klidné pracovní prostředí s minimem rušivých elementů (10/12). Rovněž se některým osvědčuje vykonávat aktivity na místě k nim určeném, např. studium u pracovního stolu nebo v knihovně (5/12). Dále pozorují pozitivní dopad rozdělení úkolů na menší části a zaměření se vždy na dokončení jednoho kroku (4/12), zmiňují například metodu Pomodoro, která je vymyšlena na principu rozdělení práce na úseky za účelem udržení pozornosti.

„... takže když toho mám takhle, napíšu si na lísteček, co všechno mám udělat a plním to i podle toho pořadí, postupně odškrťávám. Dělam to i u úplně malých úkolů.“ (R11).

Pro lidi, kteří mají v průběhu plnění úkolů nutkání kontrolovat mobilní telefon, se osvědčilo vypnutí oznámení u některých aplikací nebo používání aplikací, které na stanovenou dobu znepřístupní otevírání vybraných aplikací (5/12). Někteří respondenti si v průběhu práce zapisují opakující se myšlenky na papír, velmi často je po jejich zapsání již nerozptylují (4/12).

Zvládání emocí

Většina respondentů uvádí, že je pro ně obtížné provádět klidové aktivity, přesto někteří doporučují zkusit hledat vyhovující způsoby odpočinku (10/12), zmiňují například vedené meditace, imaginaci, procházky v přírodě nebo hluboké dýchání. Alespoň krátkodobou relaxaci někteří zařazují do své rutiny, a to třeba večer před spaním.

Všichni účastníci prezentovaného výzkumného šetření jsou si vědomi specifik ve svém chování způsobených ADHD. Pro snazší zvládání svých emocí, ale také pro zlepšení mezilidských vztahů většině pomáhá o svých potížích komunikovat s těmi, kterých se vaše chování týká (8/12).

„Dřív jsem to agresivní chování moc neřešila, neuměla jsem o tom mluvit. Styděla jsem se za to. Ted' to řeším na terapiích a je důležitý o tom mluvit i s tím přítelem. Společně hledáme nějaký techniky, jak to zlepšit. Furt to není ideální, ale je to mnohem lepší. Kdybychom o tom nemluvili, tak se to asi nikam nehne.“ (R12)

Pro učení se rozpoznávat své emoce a jejich vyjadřování zdravým způsobem si někteří píšou deník nebo se svěřují blízké osobě. Často zmiňovanou podporou jsou podpůrné skupiny na

sociálních sítích (10/12), kde si sdílí své pozitivní i negativní zkušenosti, příběhy ze života a rady.

„ ... ona mi doporučila tu skupinu na facebooku ADHD v dospělosti. Tak jsem se tam hnedka přihlásila, a to bylo úplně jako supr, protože tam byla spousta prostě těch informací, který člověk hledá, podpora a zkušenosti těch lidí, kteří to mají, nebo si jako myslej, že to mají. Takže to mě fakt jako hodně pomohlo, a i se rozhoupat někam jít.“ (R7)

Vzájemná podpora a spolupráce

Ačkoliv existuje spousta kompenzačních strategií a technik, které snižují negativní dopady na život dospělých jedinců, a respondenti jsou si vědomi jejich pozitivních účinků na jejich každodenní fungování, přesto někteří popisují potíže s jejich využíváním, které jsou opět zapříčiněny nedostatečnou motivací a odkládáním (5/12). Někteří respondenti popisují pozitivní vliv vzájemné podpory a sdílení, kdy si najdou osobu ze svého blízkého okolí nebo z podpůrné skupiny a snaží se zavádět vybrané kompenzační mechanismy či plnit úkoly. Vzájemně se tak podporují a motivují (4/12).

Druhý člověk může být nápomocný i při organizaci a plánování běžných denních činností a dodržování rutin (7/12). Dle výpovědí respondentů dokáže partner často dopomoci s dodržováním plánu dne a plněním každodenních aktivit, pomáhá společné dodržování rutin. Informanti, kteří jsou otevření o svých problémech hovořit, se se svým partnerem nebo spolupracovníky domlouvají na rozdělení jednotlivých aktivit, často tak nemusí plnit pro ně vyčerpávající a náročné úkoly (4/12).

Jelikož je pro většinu informantů náročné plnit běžné povinnosti v domácnosti, jako je např. úklid nebo vaření jídla. Doporučují si v případě finančních možností objednat služby, které vám s těmito úkoly pomohou.

Sebekontrola

Někteří respondenti se potýkají až s přehnanou sebekontrolou, která se projevuje nadměrným přemýšlením o svém chování, jeho dopadech a přílišnou snahou maskovat projevy ADHD (8/12). Většina z těchto dotazovaných se zároveň potýká s častým přemýšlením o svém obrazu ve vnímání ostatních lidí (7/12). Nadměrnou analýzu

svého chování a názorů ostatních lidí na jejich osobu popisují i u zdánlivě nepodstatných detailů.

„Já přemýšlím fakt nad úplnýma maličkostma, třeba strašně přemýšlím nad tím, jestli už dlouho nekoukám někomu do očí a jestli náhodou už nemám teď uhnout a kdy je ta správná chvíle uhnout.“ (R5)

„Mně je občas strašně trapně za uplný maličkosti. Třeba tohle, to je mi trapně ještě teď, když si vzpomenu a fakt mi je vždy nepříjemně, jen na to pomyslím. Jednou jsme měli nějaký meeting, šéf se na něco zeptal, já to špatně pochopil a odpověděl trochu mimo. Když nám jako všem došlo, že jsme se špatně pochopili, tak se všichni pousmáli, ale normálně mile. Úplně racionálně vím, že to nic trapného nebylo, vlastně to byla fakt normální. Ale už jsou to tak tři roky a mně je z toho furt tak trapně. Na druhou stranu pak dělám vyloženě ostudu a vyžívám se v tom, jo. Jsem schopnej běžet nahej po náměstí a žádnou trapnost necejtim.“ (R11)

Ačkoliv z výpovědí respondentů vyplývá, že se mohou potýkat s přehnaným přemýšlením nad svým chováním a názory ostatních, zároveň většina sděluje, že je jejich chování někdy excentrické a pouštějí se do věcí, které by většina lidí z důvodu studu neudělala (9/12).

Někteří z respondentů se domnívají, že přehnaná sebekontrola může být způsobena tlakem způsobeným okolím (6/12), do kterého jsou zahrnuty zkušenosti s nepochopením jejich potřeb a projevů a stigma a předsudky spojené s ADHD.

Sebekontrola, do které je zahrnuta schopnost ovládat a regulovat své chování, potlačovat impulzy a odložit okamžité uspokojení ve prospěch dlouhodobých cílů, je některými dotazovanými považována za vyčerpávající (7/12).

Většina dotazovaných uvádí, že míra schopnosti regulovat své chování se liší v závislosti na dané situaci a je ovlivněna mnoha faktory (8/12), jako je vnější prostředí, aktuální životní situace, zažité zkušenosti, únava apod. Větší část respondentů se shoduje, že se jim s postupným získáváním různých životních zkušeností a nalézáním kompenzačních strategií daří lépe regulovat své chování (9/12). Rovněž někteří uvádějí, že ve známém prostředí s blízkými lidmi se méně zaměřují na kontrolu svého chování (8/12). V takových situacích mohou být méně opatrní a více se přizpůsobovat svým impulsům a emocím.

„ ... máme hroznou itálii doma. Já prostě řvu fakt hodně sprostě, všechno jsem schopnej říct. A přitom v práci a tak jsem úplně klidnej. Já se úplně stydim, že bych to někomu měl říkat.“
(R4)

Dopady do všech oblastí života

Účastníci prezentovaného výzkumu uvádějí, že specifika v plnění aktivit a prožívání zasahují pozitivně i negativně do všech oblastí života (12/12).

Vzdělávání a práce

Práce společně se vzděláváním patří mezi dvě nejčastěji se uvádějící oblasti v souvislosti s negativními dopady ADHD. Překážky objevující se při plnění úkolů mohou vést k obtížím s udržení pozornosti při studiu nebo při plnění pracovních povinností (12/12). Dospělí s ADHD nejvíce zmiňují problémy s dokončováním úkolů, dodržováním termínů a organizací svého pracovního prostředí. Tyto obtíže způsobují sníženou produktivitu, častější chyby a negativní zpětnou vazbu od učitelů nebo nadřízených.

Přestože ADHD může mít negativní dopad na akademické a pracovní výkony, existují také některé pozitivní aspekty. Lidé s ADHD uvádějí kreativní myšlení a schopnost přemýšlet mimo zaběhnuté vzorce. Díky tomu mohou přinášet inovativní nápady a přístupy.

Mezilidské vztahy

Mezilidské vztahy, a to především ty blízké rodinné, jsou spolu se vzděláváním a prací nejčastěji zmiňovanou oblastí v souvislosti s negativními dopady ADHD. Respondentům ve vztazích nejčastěji způsobuje problémy impulzivita a emoční dysregulace (9/12), uvádějí např. snadné rozčílení nebo přehnanou upřímnost. Specifika v plnění činností způsobují komplikace ve vedení domácnosti, což dle slov dotazovaných způsobuje časté konflikty (8/12). Komunikace je důležitou součástí mezilidských vztahů, skákání do řeči a neposlouchání sdělení je negativně ovlivňuje (5/12). Dále někteří uvádějí nedostatečnou péči o mezilidské vztahy (5/12), do které je řazeno neodepisování na zprávy a upřednostňování aktivit, které jim aktuálně přinášejí potěšení.

Přestože ADHD může představovat nesnadné výzvy v mezilidských vztazích, přináší zároveň pozitivní dopady. Všichni dotazovaní se považují za velmi tolerantní k odlišnostem

jiných lidí (12/12). Podle většiny z nich je tato vlastnost způsobena především vlastními prožitými zkušenostmi.

„ ... pozitivní je nějaká ta tolerance a otevřenost k lidem. Vím, že to ADHD částečně působí jako nějaká divnost, takže toleruju i ostatní divnosti.“ (R3)

Rovněž se většina dotazovaných považuje za spontánní, komunikativní a zábavné. Tyto vlastnosti dle nich ADHD zesiluje. Někteří upozorňují na to, že se ve velké míře liší jejich vystupování před blízkými a méně známými lidmi. V nové skupině lidí jsou někteří mnohem více uzavření (5/12).

Zdraví a sebeděče

Z výpovědí dospělých vyplývá, že pocítují dopady ADHD na jejich sebeděči a fyzické i psychické zdraví (12/12). Někteří uvádějí potíže s dodržováním základních hygienických návyků, zdravým stravováním, dodržováním zdravotních opatření jako jsou např. pravidelné prohlídky u lékaře nebo braní medikace. Rovněž většina respondentů uvádí, že mají potíže s dodržováním zdravých stravovacích návyků (7/12). Tento problém připisují primárním symptomům ADHD. Popisují např. přejídání se, časté jezení nezdravých jídel nebo nepravidelné stravovací návyky.

Většina účastníků výzkumného šetření se shoduje, že má ADHD negativní vliv na jejich duševní zdraví (10/12). Jako konkrétní příklady uvádějí potíže se sebedůvěrou, náročné překonávání četných překážek nebo neschopnost regulovat své emoce. Z výpovědí vyplývá, že někteří mají potíže s nalezením optimální rovnováhy mezi pracovními požadavky a osobním životem, do kterého je zařazen i volný čas a zdraví.

Finance

Dospělí s ADHD často čelí výzvám v oblasti finančního řízení (6/12). Problémy s plánováním, impulzivitou a nedostatkem pozornosti mohou dle výpovědí vést k nekontrolovanému utrácení, potížím s dodržováním rozpočtu a neschopností efektivně spravovat finance.

„ ... neschopnost šetřit mám už asi od mala, co si tak pamatuju. Ale souvisí to zase s tím, jak moc těžko dám stranou něco, co bych měla, na úkor toho, co bych ráda. Prostě když něco chci, vyloženě cítím, že si to koupit musím. Mám ráda to potěšení. Do toho mám problémy

se včasným placením faktur a tak, takže to jsou pak taky další peníze. Milionář ze mě asi nebude.“ (R12)

3.5 Závěry šetření

Předkládané výzkumné šetření se zabývalo konkrétními dopady diagnózy ADHD na život dospělých jedinců s touto poruchou. Ze sdělených informací vyplynulo, že působení poruchy pozornosti pocítují osoby s touto diagnózou na téměř všechny činnosti, které během dne vykonávají. Specifika vyskytující se v průběhu plnění aktivit mají dále vliv na všechny oblasti života.

Dospělí s ADHD pocítují dopady této poruchy na jednotlivé kroky, jež jsou součástí plnění aktivity. První překážky pocítují již ve fázi organizace a plánování, popisují zapomínání na úkoly a schůzky, špatný odhad energetické a časové náročnosti aktivit a potíže s efektivní prioritizací úkolů a činností. Před samotným zahájením činnosti se potýkají s jejím častým odkládáním a obtížemi spojenými s nacházením účinné motivace, déle jim také trvá připravit si pracovní prostředí a ponořit se do své práce. Do některých činností se dokáží rychle nadchnout a ihned reagovat. V situacích, kdy by měli splnit více úkolů, se mohou setkat s rozhodovací paralýzou. Po zahájení činnosti, v samotném průběhu jejího plnění, pocítují velký vliv nevýběrové fluktuace pozornosti. Zároveň se setkávají i s intenzivní koncentrací pozornosti na jednu činnost, od které se nemohou odtrhnout. Rovněž jim ADHD přináší schopnost kreativního myšlení. Potýkají se také s potížemi v poslední fázi procesu vykonávání aktivit, kdy je pro ně občas velmi náročné dokončit poslední detaily. Celý proces plnění jednotlivých činností doprovází další specifika, která souvisí s výkonností, hypersenzitivitou a sklону k vyhledávání nových stimulů. Mohou se objevovat také potíže se spánkem a odpočinkem, které působí na každodenní fungování každého jedince.

Z výpovědí respondentů vyplývá, že projevy a primární příznaky dále různými způsoby zasahují do všech oblastí života. Diagnóza ADHD může být stanovena osobám v dětském i dospělém věku. Jedinci, kteří jsou diagnostikováni již v dětství, ani jejich rodiče, často nejsou obeznámeni s problematikou ADHD v dospělosti a s možnostmi návazné péče. Vyskytující se projevy se ale v průběhu života výrazně mění, a tak i ti, kterým byla diagnóza již dříve stanovena, nevědí, že potíže, s kterými se potýkají v dospělosti, mohou mít rovněž spojitost s ADHD. Jedincům, kterým byla porucha pozornosti zjištěna až v dospělosti, je často prováděna diagnostika z důvodu déle trvajících duševních obtíží, které mohou vyústit ve vážné psychické problémy. Na cestě za hledáním odborné pomoci se mohou objevovat

překážky, jako je např. nedostatečná kapacita specializovaných pracovníků nebo popírání existence diagnózy ADHD v dospělosti odborníky. Určení diagnózy obvykle jedincům s touto poruchou přináší pocity úlevy. Zvyšovat kvalitu každodenního fungování pomáhá mimo využívání klinických forem léčby, kterými je nejčastěji medikace a psychoterapie, používání různých kompenzačních technik a strategií. Uplatňují je zejména ke zmírnění negativních dopadů na schopnost organizace a plánování, k podpoře soustředění, pozornosti a zvládnutí svých emocí. Překážky objevující se ve fázi zahajování činností jim však mohou znesnadňovat i využívání těchto technik. Tomuto problému může napomoci vzájemná podpora a sdílení.

Neustálá sebekontrola zahrnující vědomou regulaci chování, potlačování impulzů či odkládání okamžitých uspokojení ve prospěch dlouhodobých cílů může být velmi vyčerpávající. V kombinaci se zkušenostmi s nepochopením jejich potřeb a projevů a s předsudky spojenými s ADHD se dospělí s touto poruchou mohou následně potýkat až s přehnaným přemýšlením nad svým chováním, jeho dopadech a přílišnou snahou maskovat projevy ADHD.

Specifika v plnění aktivit a prožívání zasahují pozitivně i negativně do všech oblastí života, tedy do studia a zaměstnání, mezilidských vztahů, zdraví, sebeděče a financí.

3.6 Diskuse

Předmětem prezentovaného výzkumného šetření je diagnóza ADHD v kontextu života dospělých. Hlavním cílem bylo popsání konkrétních dopadů ADHD na život dospělých z pohledu samotných jedinců s touto poruchou. Dílčím cílem bylo nalezení a popsání možných způsobů pomoci a podpory snižující negativní dopady ADHD na život. Cíle výzkumného šetření byly naplněny. Pro jeho účely byly stanoveny výzkumné otázky, které jsou rozděleny do několika obecnějších okruhů. Jejich zodpovězení přineslo cenné poznatky.

První výzkumná otázka si kladla za cíl zjistit oblasti života, ve kterých dospělí s ADHD nejvíce pociťují důsledky své poruchy (VO 1: V jakých oblastech života dospělí s ADHD nejvíce pociťují důsledky této poruchy?) Z výpovědí respondentů vyplývá, že dospělí jedinci s ADHD pociťují dopady této poruchy v průběhu dne na téměř všechny činnosti, které vykonávají. Vzhledem ke skutečnosti, že během dne dochází k provádění aktivit různého

charakteru, je toto zjištění v souladu s dalším zjištěním, dle kterého zasahují projevy poruchy pozornosti různým způsobem a intenzitou do všech oblastí života. Odborné publikace konstatují totožný závěr (např. Jucovičová, Žáčková, 2017; Kooij, 2022). Projevy diagnózy zasahují sice podobnou měrou do jednotlivých oblastí, ale závažnost jejich dopadů se liší. Negativní dopady ADHD jsou nejčastěji pociťovány v kontextu zaměstnání, vzdělávání a mezilidských vztahů, a to především v rodině. Zejména s ohledem na minulost respondentů je pozorován nežádoucí dopad také na psychické zdraví jedinců. Pozitivní dopady jsou pociťovány nejvíce v kontextu zaměstnání, mezilidských vztahů a volnočasových aktivit.

Cílem druhé a třetí výzkumné otázky bylo zjistit, jaké jsou pozitivní a negativní dopady ADHD (VO 2: Jaké jsou pozitivní dopady ADHD na život z pohledu osob s touto poruchou? VO 3: Jaké jsou negativní dopady ADHD na život z pohledu osob s touto poruchou?). Dotazovaní dospělí s ADHD pociťují mnoho pozitivních i negativních dopadů diagnózy ADHD na jejich život. Její projevy přímo působí na jednotlivé kroky plnění činností. Byla zjištěna specifika již ve fázi plánování a organizace, při jejím zahájení, v průběhu samotného plnění i ve fázi dokončování. Specifické znaky vyskytující se v jednotlivých krocích zcela korespondují se symptomatologií ADHD uváděnou v odborných publikacích (Kooij 2022; Mohr et al., 2013; Brown 2013; Weiss, Murray, 2013; Jucovičová, Žáčková, 2017). Práce navíc prezentuje, jak konkrétně tyto projevy zasahují do jednotlivých etap vykonávání aktivit a otevírá tak prostor pro snazší a komplexní porozumění celému procesu. V jeho průběhu pociťují jak negativní, tak pozitivní dopady. Projevy a primární příznaky dále různými způsoby zasahují do všech oblastí života, a to opět jak negativně, tak pozitivně.

3.6.1 Limity výzkumného šetření

Výzkumné šetření se zabývalo dopady ADHD na život dospělých jedinců, a to z pohledů samotných jedinců s touto poruchou. Rozsáhlost tématu s sebou přináší omezení zejména v hlubším pochopení dílčích aspektů a potenciálnímu opomenutí či zjednodušení detailů. Na druhou stranu vede ke komplexnímu pohledu na danou problematiku.

Účast na výzkumném šetření byla zcela dobrovolná a respondenti měli zájem se ho zúčastnit. Z jejich proaktivního přístupu a výpovědí vyplývá, že jsou motivovaní na svých negativních projevech pracovat a své chování kriticky reflektují. V rámci populace dospělých jedinců s ADHD lze ale dle dalších odborných studií identifikovat i jednotlivce, kteří nevykazují

záměrnou snahu zmírnit projevy spojené s touto poruchou (Núñez-Jaramillo et al., 2021; Kooij, 2022). Výzkumné závěry jsou tak zobecnitelné spíše pro populaci motivovaných dospělých jedinců s ADHD.

Pro sběr dat byla zvolena metoda polostrukturovaných rozhovorů, během kterých může dojít k menší otevřenosti respondentů. K minimalizaci tohoto jevu se autorka snažila vytvořit důvěrnou a podporující atmosféru.

Výzkumné šetření obsahuje několik dílčích oblastí, kterým by se mohly věnovat další výzkumy. Pro co nejhlubší pochopení problematiky života dospělých s ADHD se nabízí použít přístup interpretativní fenomenologické analýzy se sběrem dat pomocí hloubkových rozhovorů nebo přístup zakotvené teorie, do které by pro triangulaci bylo možné zahrnout i další data například od kolegů, členů rodiny či odborníků.

3.6.2 Přínos výzkumného šetření a jeho další využití

Ze závěrů výzkumného šetření vyplývá, že diagnóza ADHD má významný dopad na život dospělých jedinců s touto poruchou. Výzkumné šetření poskytuje hlubší a komplexní pochopení této problematiky. Četnost konkrétních příkladů a úryvků z rozhovorů poskytuje hlubší vhled do životních zkušeností osob s ADHD a umožňuje získat konkrétní představu o této poruše. Šetření odhaluje rozmanité aspekty života s ADHD, zahrnující jak negativní, tak pozitivní atributy. Výsledky ukazují, že nejvýznamnější dopady ADHD jsou často spojeny se zaměstnáním, vzděláváním a mezilidskými vztahy. Tato identifikace umožňuje zaměřit se na tyto oblasti a poskytnout specifickou podporu a intervence, které zlepší kvalitu života těchto jedinců.

Výsledky výzkumu pomáhají identifikovat nedostatky v poskytovaných službách, zejména nedostatek specializovaných odborníků a popírání existence diagnózy. Rovněž jedinci s ADHD, kterým byla diagnóza stanovena již v dětství, nemají od odborníků dostatečné povědomí o tom, jaké projevy mohou očekávat v dospělosti a jaké formy péče jsou jim k dispozici. Výsledky šetření mohou sloužit jako zdroj informací pro tyto jedince, jejich rodiny a odborníky, což přispěje k větší informovanosti a lepšímu porozumění této poruše. Nedostatečná informovanost nebo nedostatečné předávání informací o ADHD ze strany některých specializovaných odborníků má negativní dopad na život jedinců s touto poruchou.

Výzkumné šetření identifikuje různé strategie a techniky, které jedinci s ADHD mohou využít ke zmírnění negativních dopadů poruchy na jejich každodenní život. Tyto kompenzační techniky a strategie, které jsou osvědčené samotnými dospělými s ADHD, zahrnují podporu organizace a plánování, zlepšení soustředění a pozornosti a lepší zvládnání svých emocí. Tyto informace mohou být přínosné jak pro jednotlivce s ADHD, tak pro odborníky, kteří jim poskytují pomoc.

Závěr

Tématem diplomové práce byly dopady diagnózy ADHD na život dospělých jedinců. Cílem bylo popsat její konkrétní dopady na život dospělých z pohledu samotných jedinců s touto poruchou.

Teoretický základ pro provedené výzkumné šetření vymezil pojem ADHD, seznámil s vývojem konceptu této diagnózy a s tím související terminologií, představil informace o jejím vzniku, vývoji a prevalenci a představil klasifikaci poruchy dle aktuálně platných diagnostických manuálů. Rovněž představil diagnózu ADHD v kontextu života dospělých, a to symptomatologii této poruchy, komorbiditu a možnosti diagnostiky a léčby v dospělosti.

Součástí výzkumného šetření je popis metodologických východisek, dle kterých bylo postupováno při sběru dat, výběru výzkumného souboru a analýze dat. Ze sdělených informací vyplynulo, že působení poruchy pozornosti pociťují osoby s touto diagnózou na téměř všechny činnosti, kterými se během dne zabývají. Specifika se vyskytují ve všech fázích procesu vykonávání aktivity. Projevy a primární příznaky dále různými způsoby zasahují do všech oblastí života. Zvyšovat kvalitu každodenního fungování pomáhá mimo využívání klinických forem léčby, jako je medikace a psychoterapie, používání různých kompenzačních technik a strategií. Uplatňují je zejména ke zmírnění negativních dopadů na schopnost organizace a plánování, k podpoře soustředění, pozornosti a zvládnutí svých emocí.

Diplomová práce poskytuje hlubší vhled do problematiky dopadů ADHD na život dospělých jedinců s touto poruchou.

Seznam použitých informačních zdrojů

AMERICAN PSYCHIATRIC ASOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - V* [online]. 2013 [cit. 26.2.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

BANERJEE, T. D., MIDDLETON, F., FARAONE, S. V. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta paediatrica* [online]. 2007, **96**(9), 1269–1274 [cit. 15.3.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00430.x>

BANERJEE, E., NANDAGOPAL, K. Does serotonin deficit mediate susceptibility to ADHD?. *Neurochemistry international* [online]. 2015, **82**, 52–68 [cit. 26.2.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neuint.2015.02.001>

BARKLEY, R. A., PETERS, H. The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit". *Journal of attention disorders* [online]. 2012, **16**(8), 623–630 [cit. 26.11.2022]. DOI: <https://doi.org/10.1177/1087054711432309>

BIEDERMAN, J., PETTY, C. R., EVANS, M., SMALL, J., FARAONE, S. V. How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Research* [online]. 2010, **177**(3), 299–304 [cit. 1.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.12.010>

BIEDERMAN, J., MICK, E., FARAONE, S. V., BRAATEN, E., DOYLE, A., SPENCER, T., WILENS, T. E., FRAZIER, E., JOHNSON, M. A. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *The American journal of psychiatry* [online]. 2002, **159**(1), 36–42 [cit. 9.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.1.36>

BIEDERMAN, J., FARAONE, S., MILBERGER, S., GUILTE, J., MICK, E., CHEN, L., MENNIN, D., MARRS, A., OUELLETTE, C., MOORE, P., SPENCER, T., NORMAN, D., WILENS, T., KRAUS, I., PERRIN, J. A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Archives of general psychiatry* [online]. 1996, **53**(5), 437–446 [cit. 9.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830050073012>

BRAUN, V., CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* [online]. 2006, **3**(2), 77-101 [cit. 25.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

BRIKELL, I., KUJA-HALKOLA, R., LARSSON, H. Heritability of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *American journal of medical genetics. Part B, Neuropsychiatric genetics: the official publication of the International Society of Psychiatric Genetics* [online]. 2015, **168**(6), 406–413 [cit. 15.3.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32335>

BRINKMANN, S., KVALE, S. *Doing interviews* [online]. London: SAGE Publications Ltd, 2018 [cit. 4.5.2023]. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781529716665>

BROWN, T. E. *A New Understanding of ADHD in Children and Adults: Executive Function Impairments*. New York: Routledge, 2013. ISBN 978-0-203-06753-6.

COGHILL, D. R., SETH, S., MATTHEWS, K. A comprehensive assessment of memory, delay aversion, timing, inhibition, decision making and variability in attention deficit hyperactivity disorder: advancing beyond the three-pathway models. *Psychological medicine* [online]. 2014, **44**(9), 1989–2001 [cit. 11.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291713002547>

CAHOVÁ, P., PEJČOCHOVÁ, J., OŠLEJŠKOVÁ, H. Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita. *Neurologie pro praxi* [online]. 2010, **11**(6), 373-377 [cit. 12.4.2023]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/06/04.pdf>

CROSS-DISORDER GROUP OF THE PSYCHIATRIC GEONOMICS CONSORTIUM. Genomic Relationships, Novel Loci, and Pleiotropic Mechanisms across Eight Psychiatric Disorders. *Cell* [online]. 2019, **179**(7), 1469-1482 [cit. 9.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2019.11.020>

ČERMÁKOVÁ, M., PAPEŽOVÁ, H., UHLÍKOVÁ, P. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD): příručka pro dospělé* [online]. Praha, 2013 [cit. 12.4.2023]. Dostupné z: <http://www.nepozornidospeli.cz/>

DONG, T., HU, W., ZHOU, X., LIN, H., LAN, L., HANG, B., LV, W., GENG, Q., XIA, Y. Prenatal exposure to maternal smoking during pregnancy and attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring: A meta-analysis. *Reproductive toxicology* [online]. 2018, **76**, 63–70 [cit. 23.3.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2017.12.010>

DRTÍLKOVÁ, I. ŠERÝ, O. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-419-5
EBAUGH F. G. Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children. 1923. *Journal of attention disorders* [online]. 2007, **11**(3), 336–340 [cit. 28.11.2022]. DOI: <https://doi.org/10.1177/1087054707305340>

DUDOVÁ, I., HRDLIČKA M. Hyperkinetické poruchy v dětství. *Postgraduální medicína*. 2003, **5**(7), 721-726. ISSN 1212-4184 [cit. 15.4.2023].

FARAONE, S. V., BIEDERMAN, J., MICK, E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine* [online]. 2006, **36**(2), 159–165 [cit. 1.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1017/S003329170500471X>

FARAONE, S. V., et. al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and biobehavioral reviews* [online]. 2021, **128**, 789-818 [cit. 9.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>

GAVORA, P. Výzkumné metody v pedagogice. Brno: Paido, 1996. ISBN 978-80-7290-472-3.

HOOGMAN, M., et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *The Lancet Psychiatry* [online]. 2017 **4**(4), 310–319 [cit. 26.2.2023]. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30049-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30049-4)

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

JURADO, M. B., ROSSELLI, M. The elusive nature of executive functions: a review of our current understanding. *Neuropsychology review* [online]. 2007, **17**(3), 213–233 [cit. 11.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11065-007-9040-z>

JENSEN, P. et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* [online]. 2001, **40**(2), 147–158 [cit. 15.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004583-200102000-00009>

KATZMAN, M. A., BILKEY, T. S., CHOKKA, P. R., FALLU, A., KLASSEN, L. J. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC psychiatry* [online]. 2017, **17**(1), 302 [cit. 12.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>

KIGER, M. E., VARPIO, L. Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. *Medical teacher* [online]. 2020, **42**(8), 846-854 [cit. 25.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1755030>

KOOIJ, J. J. S. *Adult ADHD: Diagnostic Assessment and Treatment*. Amsterdam: Springer, 2022 [cit. 25.2.2023]. ISBN 978-3-030-82812-7.

LANGLEY, K., HERON, J., SMITH, G. D., THAPAR, A. Maternal and paternal smoking during pregnancy and risk of ADHD symptoms in offspring: testing for intrauterine effects. *American journal of epidemiology* [online]. 2012, **176**(3), 261–268 [cit. 25.3.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1093/aje/kwr510>

LINDSTRÖM, K., LINDBLAD, F., HJERN, A. Preterm birth and attention-deficit/hyperactivity disorder in schoolchildren. *Pediatrics* [online]. 2011, **127**(5), 858–865 [cit. 15.3.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1279>

MASOPUST, J., MOHR, P., ANDERS, M., PŘIKRYL, R.. Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti. *Psychiatria pre prax* [online]. 2015, **15**(3), 112–116 [cit. 15.4.2023]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/03/05.pdf>

MERTIN, V. ADHD – pohled psychologa. *Pediatric pro praxi* [online]. 2004, **2**, 58-61 [cit. 15.4.2023]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2004/02/02.pdf>

MIOVSKÝ, M. *Diagnostika a terapie ADHD: dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0387-4

- MOHR, P., ANDERS, M., PŘIKRYL, R., MASOPUST, J., PRAŠKO, J., HOSCHL, C. Konsensus ČNPS o diagnostice a léčbě ADHD v dospělosti. *Psychiatrie* [online]. 2013, **17**(4), 189-202 [cit. 9.4.2023].
- NÚÑEZ-JARAMILLO, L., HERRERA-SOLÍS, A., HERRERA-MORALES, W. V. ADHD: Reviewing the Causes and Evaluating Solutions. *Journal of personalized medicine* [online]. 2021, **11**(3) [cit. 23.3.2023]. DOI: <https://doi.org/10.3390/jpm11030166>
- PHILIPSEN A. Psychotherapy in adult attention deficit hyperactivity disorder: implications for treatment and research. *Expert review of neurotherapeutics* [online]. 2012, **12**(10), 1217–1225 [cit. 16.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1586/ern.12.91>
- PTÁČEK, R., PTÁČKOVÁ, H. *ADHD – Variabilita v dětství a dospělosti*. Praha: Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-2930-8.
- POLANCZYK, G. V., WILLCUTT, E. G., SALUM, G. A., KIELING, C., ROHDE, L. A. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology* [online]. 2014, **43**(2), 434–442 [cit. 1.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- POSNER, J., POLANCZYK, G. V., & SONUGA-BARKE, E. Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet Psychiatry* [online]. 2020, **395**(10222), 450-462 [cit. 1.4.2023]. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)
- PUGNEROVÁ, M., KVINTOVÁ, J. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada, 2016. Psyché. ISBN 978-80-247-5452-9.
- SPENCER, T., HEILIGENSTEIN, J. H., BIEDERMAN, J., FARIES, D. E., KRATOCHVIL, C. J., CONNERS, C. K., POTTER, W. Z. Results from 2 proof-of-concept, placebo-controlled studies of atomoxetine in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of clinical psychiatry* [online]. 2002, **63**(12), 1140–1147 [cit. 15.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.4088/jcp.v63n1209>
- ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

RAMSAY, J. R., ROSTAIN, A. L. *Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD: an integrative psychosocial and medical approach*. New York: Routledge, 2008. ISBN 978-0415955010

STILL, G. F. Some Abnormal Psychological Conditions in Children: Excerpts From Three Lectures. *Journal of Attention Disorders* [online]. 2006, **10**(2), 126–136 [cit. 26.11.2022]. DOI: <https://doi.org/10.1177/1087054706288114>

STRÁKOVÁ, L. ADHD ve světle současné psychiatrie a klinické praxe. *Pediatric pro praxi* [online]. 2016, **17**(1), 16-21 [cit. 16.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.36290/ped.2016.004>

SUCKSDORFF, M., LEHTONEN, L., CHUDAL, R., SUOMINEN, A., JOELSSON, P., GISSLER, M., SOURANDER, A. Preterm Birth and Poor Fetal Growth as Risk Factors of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* [online]. 2015, **136**(3), 599–608 [cit. 17.3.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1043>

THEINER, P. ADHD od dětství do dospělosti. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2012, **13**(4), 148-150 [cit. 11.4.2023]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/04/02.pdf>

TOMASI, D., VOLKOW, N. D. Abnormal functional connectivity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry* [online]. 2012, **71**(5), 443–450 [cit. 3.3.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.11.003>

VÁGNEROVÁ, M. *Obecná psychologie: Dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Praha: Karolinum, 2017. ISBN: 978-80-246-3268-1.

VŇUKOVÁ, M., PTÁČEK, R., DĚCHTĚRENKO, F., WEISSENBERGER, S., PTÁČKOVÁ, H., BRAATEN, E., RABOCH, J., ANDERS, M., KLICPEROVÁ-BAKER, M., GOETZ, M. Prevalence of ADHD Symptomatology in Adult Population in the Czech Republic—A National Study. *Journal of Attention Disorders* [online]. 2021, **25**(12), 1657-1664 [cit. 9.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1177/1087054720934042>

VŇUKOVÁ, M., PTÁČEK, R., DĚCHTĚRENKO, F., RABOCH, J., ANDERS, M., GOETZ, M. Validity of the Czech Translation of the Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) SelfReport Scale (ASRS). *Frontiers in Psychology* [online]. 2022, **13**, 799344 [cit. 12.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.799344>

WEIBEL, S., MENARD, O., IONITA, A., BOUMENDJEL, M., CABELGUEN, C., KRAEMER, C., MICOULAUD-FRANCHI, J. A., BIOULAC, S., PERROUD, N., SAUVAGET, A., CARTON, L., GACHET, M., LOPEZ, R. Practical considerations for the evaluation and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults. *Encephale* [online]. 2020, **46**(1), 30-40 [cit. 12.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.06.005>

WEISS, M., MURRAY, C. Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Canadian Medical Association Journal* [online]. 2003, **168**(6), 715-722 [cit. 9.4.2023]. Dostupné z: <http://www.cmaj.ca/content/168/6/715.full.pdf.html>

WILLCUTT, E. G. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics* [online]. 2012, **9**(3), 490-499 [cit. 9.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>

WORDL HEALTH ORGANIZATION. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. Praha: ÚZIS, 2016 [cit. 9.4.2022]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008414/mkn-10-tabelarni-cast-20230101.pdf>

XU, G., STRATHEARN, L., LIU, B., YANG, B., & BAO, W. Twenty-Year Trends in Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among US Children and Adolescents, 1997-2016. *JAMA network open* [online]. 2018, **1**(4), e181471 [cit. 9.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.1471>

YALLOP, L., BROWNELL, M., CHATEAU, D., WALKER, J., WARREN, M., BAILIS, D., & LEBOW, M. (2015). Lifetime Prevalence of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Young Adults: Examining Variations in the Socioeconomic Gradient. *Canadian journal of psychiatry* [online]. 2015, **60**(10), 432-440 [cit. 12.4.2023]. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674371506001004>

ŽÁČKOVÁ, H., JUCOVIČOVÁ, D. *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: záporý i klady ADHD v dospělosti*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0204-4.

Seznam tabulek

TABULKA 1 CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH DIAGNOSTICKÝCH NÁSTROJŮ	23
TABULKA 2 MÍRA KOMORBIDIT	24
TABULKA 3 UKÁZKA ANALÝZY DAT	32
TABULKA 4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	35

Seznam obrázků

OBRÁZEK 1 PRŮBĚH SBĚRU DAT	28
OBRÁZEK 2 PRŮBĚH ANALÝZY DAT	29

Seznam příloh

PŘÍLOHA 1 INFORMOVANÝ SOUHLAS	73
PŘÍLOHA 2 SCÉNÁŘ ROZHOVORU	74
PŘÍLOHA 3 NÁBOROVÝ LETÁČEK	76

Informovaný souhlas

s poskytnutím rozhovoru a jeho následným vyžitím pro účely diplomové práce na téma
Dopady ADHD na život dospělých jedinců

Cílem výzkumného šetření, které je součástí diplomové práce, je popsání konkrétních dopadů ADHD na běžný život dospělých z pohledu samotných jedinců s touto poruchou. Diplomová práce je vedena na Univerzitě Karlově na katedře speciální pedagogiky Pedagogické fakulty. Autorem diplomové práce je Bc. Dominika Hošová, vedoucím je PhDr. Mgr. Pavlína Šumníková, Ph.D.

Způsob provedení rozhovoru

Výzkumné šetření bude vedeno formou rozhovoru. Průběh rozhovoru bude nahráván, ze zvukového záznamu bude následně pořízen doslovný přepis, který bude dále analyzován a interpretován. Zvukový záznam bude sloužit pouze pro potřebu doslovného přepisu. Doslovný přepis bude důsledně anonymizován tak, aby byla zaručena anonymita a ochrana všech osob zmíněných v průběhu rozhovoru a aby nebylo možné tyto osoby identifikovat. Doslovné citace částí anonymizovaného doslovného přepisu mohou být použity v závěrečné diplomové práci.

Informanti mají možnost na otázky kladené v rámci rozhovoru neodpovídat, případně kdykoliv odstoupit.

Výzkumného šetření by se neměly zúčastnit osoby, pro které je nepřijatelné hovořit o obtížích spojených s ADHD a domnívají se, že by je konverzace na toto téma mohla velmi rozrušit.

Souhlas informanta

Já, níže podepsaný/á, souhlasím se svou účastí na výzkumném šetření a s využitím poskytnutých informací při zpracování šetření, jež je součástí diplomové práce Dominiky Hošové. Byl/a jsem informován/a o cíli výzkumného šetření, o jeho průběhu, použitých technikách a očekáváních, která jsou na mě v rámci výzkumu kladena. Prohlašuji, že je pro mě přijatelné o mých zkušenostech s ADHD hovořit a jsem seznámen/a s možností odstoupení z výzkumného šetření. Porozuměl/a jsem tomu, že veškeré informace, které poskytnu, jsou anonymní a mé jméno nebude autorkou práce s tímto výzkumem nikdy spojováno. Souhlasím se zveřejněním výsledků této studie.

Jméno a podpis informanta, datum: _____

Jméno a podpis zkoušejícího, datum: _____

Bc. Dominika Hošová
hosova.dominika@gmail.com

Seznámení s výzkumným šetřením

- Představení autora DP
- Seznámení s cílem DP
- Informace k průběhu rozhovoru a následnému zpracování informací
- Informovaný souhlas

Úvodní otázky

- Můžete mi sdělit následující základní informace o sobě?
 - věk, bydliště, vzdělání, rodinná situace, profese
- Vzpomínáte si, v kolika letech a jakým odborníkem Vám bylo ADHD diagnostikováno?
- Máte diagnostikované i další psychiatrické onemocnění? Pokud ano, jaké?
- Podstupujete nebo jste v minulosti podstupovala nějaký typ léčby?

Hlavní otázky

- Co vás vedlo k návštěvě odborníka?
 - motivace (podnět okolí/vlastní vůle)
 - pociťované problémy
- Co jste pociťoval/a po stanovení diagnózy?
 - přijetí diagnózy
 - seznámení s projevy
- Jaké bylo vaše povědomí o této poruše před tím, než vám byla diagnostikována?
(pro diagnostikované v dospělosti)
- Byl/a jste vy nebo vaši rodiče seznámeni seznámeni s tím, že projevy ADHD mohou přetrvávat až do dospělosti?
(pro diagnostikované v dětství a dospívání)
 - informovanost o návazné péči
- Domníváte se, že Vás v některých oblastech života ADHD brzdí? Pokud ano, ve kterých?
Uveďte prosím konkrétní situace.
- Považujete naopak v některých oblastech života ADHD za svou výhodu? Pokud ano, ve kterých?
- Zkuste mi blíže popsat váš včerejší a dnešní den. Pociťujete dopad ADHD na některé konkrétní momenty z těchto dnů?

- Jaké projevy ADHD jsou podle vás vašemu okolí nejnápadnější?
- S jakými projevy ADHD se potýkáte, ale vaše okolí o nich podle vás nemá tušení?
- Co myslíte, že by mohlo být ve vašem životě jinak, kdybyste se nepotýkal/a s ADHD?

- Seznamujete své blízké okolí (rodinu, partnera/partnerku, blízké přátele) s tím, že máte ADHD?
 - důvod (proč ano, proč ne)
- Zkuste si nyní představit, že právě navazujete nový partnerský vztah a chcete seznámit svého nového partnera/partnerku s tím, že máte ADHD. Co byste mu/jí řekli?
- Informujete o ADHD zaměstnavatele a kolegy v práci?
 - důvod (proč ano, proč ne)

- Které vaše charakterové vlastnosti, které hodnotíte jako negativní, jsou podle vás spojené s tím, že máte ADHD? Zkuste si vzpomenout na nějaké konkrétní situace, ve kterých se tyto vlastnosti projevují.
- Jaké charakterové vlastnosti, které na sobě máte rád/a, spojujete s tím, že máte ADHD? Opět zkuste vyjmenovat konkrétní situace, ve kterých se tyto vlastnosti projevují.

Závěr

- Máte nějaké další připomínky, které byste k tématu chtěla sdělit?

Ukončení rozhovoru

- Poděkování
- Rozloučení

ZÚČASTNĚTE SE VÝZKUMU



JAK ADHD OVLIVŇUJE VÁŠ ŽIVOT?

PODĚLTE SE O SVÉ ZKUŠENOSTI A POMOZTE TÍM
PŘIBLÍŽIT ŽIVOT S ADHD V DOSPĚLOSTI OSTATNÍM.

KOHO HLEDÁME?

ženy a muže starší 18 let
s diagnózou ADHD

CO ÚČAST OBNÁŠÍ?

osobní či on-line rozhovor

OZVĚTE SE NA:

hosova.dominika@gmail.com

Bc. Dominika Hošová