



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Symptomatologie ADHD u pracovníků zdravotnické záchranné služby

Symptomatology of ADHD in Emergency Medical Service Employees

Bakalářská práce

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Autor bakalářské práce: Daniela Drápalová

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Tibor Brečka, MBA, LL.M.

Kladno 2022

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Drápalová** Jméno: **Daniela** Osobní číslo: **491592**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**
Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**

II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:

Symptomatologie ADHD u pracovníků zdravotnické záchranné služby

Název bakalářské práce anglicky:

Symptomatology of ADHD in Emergency Medical Service Employees

Pokyny pro vypracování:

Předmětem bakalářské práce bude šetření a analýza symptomatologie u pracovníků Zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje, p. o. V teoretické části práce se bude student zabývat projevy a diagnostikou ADHD u pracovníků zdravotnické záchranné služby, existujícími statistikami o možných souvislostech mezi volbou povolání a diagnózou, praktickými dopady této diagnózy a možnostmi eliminace negativních dopadů do profesního života. V praktické části bude analyzovat získaná data za použitých standardizovaných metod a provede následnou komparaci, diskuzi a vyplývající doporučení pro praxi.

Seznam doporučené literatury:

- [1] MIOVSKÝ, Michal a kol., Diagnostika a terapie ADHD: Dospělí pacienti a klienti v adiktologii, ed. 1., Praha: Grada, 2018, 204 s., ISBN 978-80-271-0387-4
- [2] Hana ŽÁČKOVÁ, Drahomíra JUCOVIČOVÁ, Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: Zápory i klady ADHD v dospělosti, ed. 1., Praha: Grada, 2017, 164 s., ISBN 978-80-271-0204-4
- [3] ERNSTEN Hedvika, ADHD u dospělého pacienta /, ed. 1., Praha: Maxdorf, 2020, 56 s., ISBN 978-80-7345-669-6

Jméno a příjmení vedoucí(ho) bakalářské práce:

Mgr. Tibor Brečka, MBA, LL.M.

Jméno a příjmení konzultanta(ky) bakalářské práce:

Datum zadání bakalářské práce: **14.02.2022**

Platnost zadání bakalářské práce: **22.09.2023**

doc. Mgr. Zdeněk Hon, Ph.D.
vedoucí katedry

prof. MUDr. Jozef Rosina, Ph.D., MBA
děkan

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Symptomatologie ADHD u pracovníků zdravotnické záchranné služby vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Kladně dne 14.04.2022

.....
Daniela Drápalová

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Tiboru Brečkovi, MBA, LL.M. za odborné vedení, cenné připomínky a trpělivost, kterými mi pomohl při vypracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Zdravotnické záchranné službě Zlínského kraje za umožnění realizace praktické části a Krajské knihovně Františka Bartoše ve Zlíně za jejich neuvěřitelně vstřícný přístup ke studentům a vytvoření ideálního prostředí pro dodělání této práce. Neméně děkuju Terce Čopákové, bez které bych práci nejspíš nenapsala. Na závěr bych chtěla moc poděkovat celé mé milované rodině, která mě podporovala po celou dobu studia.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá symptomatologií ADHD u pracovníků zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje a možným vztahem mezi ADHD a volbou povolání zdravotnického záchranáře.

Teoretická část se přibližuje problematiku ADHD a především pak symptomatologii této diagnózy čtenářům této práce srozumitelným způsobem.

Praktická část je složená z dotazníkového šetření u Zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje, její analýza, vyhodnocení výsledků, porovnání s jinými podobnými výzkumy a doporučení pro praxi.

Hlavním cílem bylo zjistit, jestli prokazují záchranáři vybraného kraje symptomy ADHD a tudíž jestli můžeme říct, že je mezi tímto specifickým povoláním a diagnózou ADHD souvislost a jestli jde tuto souvislost prokázat na základě dotazníkového šetření v podobě sebe-diagnostické škály.

Klíčová slova

ADHD, zdravotnický záchranář, symptomatologie, povolání

ABSTRACT

This bachelor thesis discusses symptomatology of ADHD in paramedics workers from Zlín region and particular connection between ADHD and choice of profession as a paramedic.

The theoretical part aids to explain concept of ADHD and symptomatology of this diagnosis in a simple and easily understandable way.

The practical part is based on questionnaire survey of paramedics in Zlín region, it's analysis, evaluation of outcome, comparison with other similar researches and recommendation for practice.

The primary goal was to find out if there could be a connection between this specific profession and diagnosis of ADHD and if its possible to prove this on the basis of questionnaire survey in the form of self diagnose scale.

Keywords

ADHD, paramedic, symptomatology, career

Obsah

1	Úvod.....	8
2	Cíle práce	9
3	Přehled současného stavu	10
4	Terminologické vymezení.....	12
4.1	Subtypy ADHD	13
5	Historie.....	16
6	Etiologie	17
7	Symptomatologie.....	19
7.1	Další symptomy.....	21
8	Diagnostika	23
9	Povolání zdravotnického záchranáře a možná souvislost se symptomatologií ADHD	28
10	Metodika	33
11	Výsledky.....	35
11.1	Dotazníkové šetření	35
12	Diskuze	56
13	Závěr.....	61
14	Seznam použitých zkratk.....	62
15	Seznam použité literatury.....	63
16	Seznam použitých obrázků.....	67
17	Seznam použitých tabulek.....	68
18	Seznam Příloh.....	70

1 ÚVOD

Tématem bakalářské práce je symptomatologie ADHD a možný vztah mezi projevy a volbou zaměstnání u zdravotnické záchranné služby. Toto téma jsem si vybrala, protože mě psychologie vztahující se k výkonu mého budoucího povolání zajímá a chtěla jsem se dozvědět víc o této specifické diagnóze a tím pádem potvrdit nebo vyvrátit možnou souvislost s tímto neméně specifickým typem povolání. Navíc jsem se o téma ADHD a neurodiverzitní poruchy obecně zajímala ještě předtím, než jsem si tuto práci zvolila. Skutečnost že by ADHD mohlo souviset s povoláním, které jsem se rozhodla v životě vykonávat, mě velmi zaujalo. Navíc mi tato souvislost přišla velmi pravděpodobná a logická, obzvláště po absolvování mnoha praxí u zdravotnické záchranné služby. Důkladně jsem se tak seznámila s detaily, která tato práce obnáší.

Porucha ADHD je stále často mylně považována za problém pouze u dětí a její dopad na život dospělých jedinců už není brán jako podobně významný. Přitom může být původcem mnoha problémů, se kterými se v dnešní době dospělí potýkají. Řešení ovšem nemusí být tak složité, naopak, pokud se se svou diagnózou člověk naučí pracovat a využívat její, na první pohled, negativní stránky užitečným způsobem, může přinést nečekaně dobré výsledky a dokonce i zlepšit kvalitu života.

I přes řadu výzkumných prací, publikací a odborných článků, zůstává vůči lidem s ADHD spíše negativní postoj, respektive k jejich výkonnosti v běžném životě, což je bezesporu velmi zastaralý pohled na tuto skutečnost. Dle mého názoru jde o odlišné fungování mozku člověka a právě tuto tezi bych ráda chtěla ve své práci potvrdit. Proto se chci i v teoretické části zaměřit na pozitivní charakteristiky ADHD a čerpat z novějších publikací a zdrojů, které nabízejí nový pohled na celou problematiku.

V praktické části se pak práce zaměřuje na samotný výzkum pomocí sebehodnotící škály pro odlišení symptomatologie ADHD, který byl proveden u záchranářů ve vybraném kraji. Odpovědi pak byly vyhodnoceny podle stupnice WHO a z toho vyvozeny závěry, vyplývající z výsledků.

2 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem práce je zjistit jestli pracovníci zdravotnické záchranné služby vybraného kraje, projevují symptomy ADHD a odhadnout tak, jestli má tato diagnóza možnou spojitost s povoláním zdravotnického záchranáře.

V teoretické části se bude práce zabývat projevy a diagnostikou ADHD, existujícími výzkumy o možných souvislostech mezi volbou povolání a symptomatologií ADHD, praktickými dopady této symptomatologie a možnostmi eliminace jejich negativních dopadů do profesního života.

Praktická část má za cíl sběr a analýzu dat za použití standardizovaných metod a následná komparace a diskuze a z nich vyplývající doporučení do praxe. Dále pak zjištění a popis případného rizika u zdravotnického záchranáře při výkonu profesní činnosti ovlivněnou symptomatologií ADHD.

3 PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU

Zkratka ADHD pochází z anglických slov Attention Deficit Hyperactivity Disorder , česky porucha pozornosti s hyperaktivní poruchou byla ještě nedávno považována za poruchu postihující jen děti, a s dospíváním měli její projevy vymizet. Na literaturu, která by se zabývala problematikou dospělých s ADHD, na našem trhu téměř nenarazíme i když se postižení musí s projevy vypořádávat po celý zbytek života. (Jucovičová, Žáčková, 2017)

Kromě poruchy pozornosti či hyperaktivity mají lidé s ADHD unikátní uspořádání mozku, odlišného od zbytku populace. Označení neurodiverzitní se v České Republice spojuje spíše s poruchami autistického spektra (PAS), ačkoliv syndrom ADHD do něj spadá také. (NEURODIVERSITY FAQ, 2010)

Obecně panovalo přesvědčení, že toho o ADHD, kromě příčiny, víme poměrně dost, ovšem novější studie a odborné výzkumy ukazují třeba na fakt, že tento syndrom není záležitostí pouze dětí a že z něho člověk „prostě nevyroste“ jak bylo donedávna všude popisováno. (Cahová et al., 2010)

Stejně tak fakt, že u chlapců se vyskytuje častěji než u dívek by měl být přehodnocen, jelikož fakt, že je v dnešní době diagnostikovaných jedinců více v mužské části populace, neprokazuje že tomu tak opravdu je, naopak spíše že testy tak jak jsou konstruovány jednodušeji zachytí příznaky ADHD u mužů, oproti ženám, které mají větší tendenci kompenzovat (Drtlíková, Fiala, 2016)

Významným milníkem v pochopení syndromu ADHD ve smyslu poruchy ovlivňující život člověka od dětství až do smrti bylo v roce 2013 vydání 5. Verze Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické společnosti, která na podkladě množství klinických a empirických zjištění mění pohled na dosavadní chápání ADHD. (Ptáček, Ptáčková, 2018).

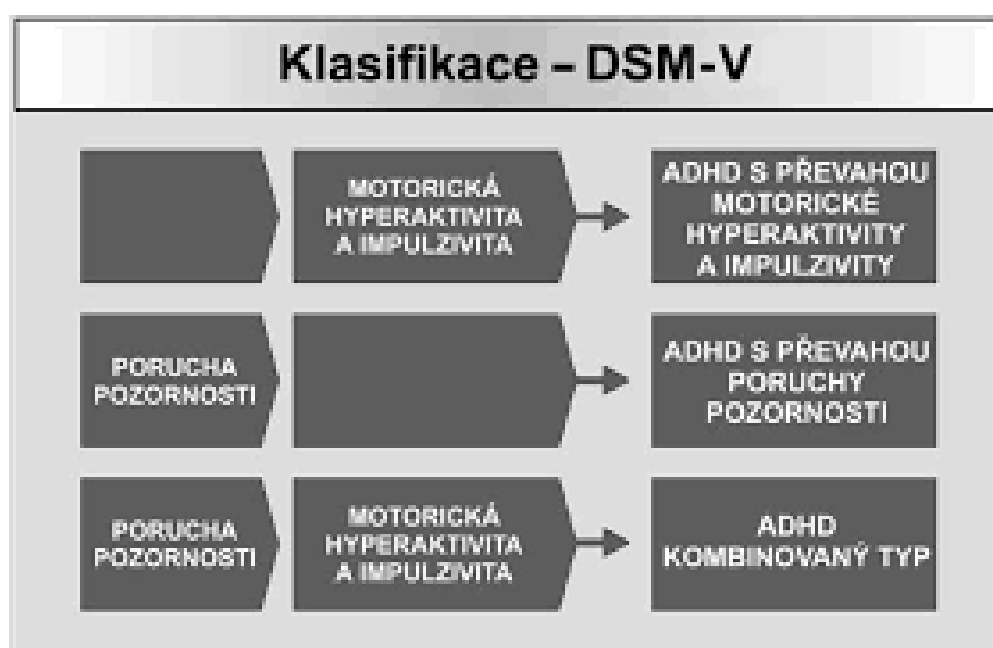
V úvodu knihy ADHD – variabilita v dětství a dospělosti je napsáno: „*V kontextu současné knižnické praxe i výzkumných studií je zřejmé, že tento koncept (fenomén ADHD) přináší více nových otázek než odpovědí.*“ (Ptáček, Ptáčková, 2018, s. 11). Což

přináší jednoznačnou informaci o tom, jak málo toho zatím, o fungování tak složité struktury, jako je lidský mozek, víme a mělo by to být dostatečným důvodem nevytvářet si předsudky spojené s diagnózou ADHD či jakékoliv jiné psychologické dysfunkce. I v dnešní době se překvapivě často setkáváme s negativním názorem a vnímáním lidí s ADHD a to jak na děti, tak i dospělé. Tento pohled je velmi omezený a pozitivní aspekty syndromu jsou upozaděny. (Jucovičová, Žáčková, 2017).

Je tedy důležité dostat do povědomí lidí, poznatky nových studií a že diagnóza ADHD neznamena být odsouzen k méně plnohodnotnému životu, naopak, může ze své „jinakosti“ těžit a využít ji k lepším výsledkům v profesním i osobním životě.

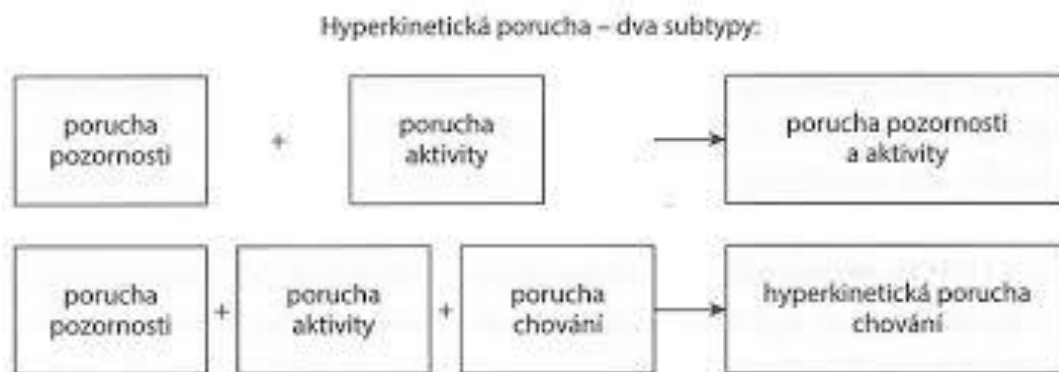
4 TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ

Dnes je označení ADHD vykládáno především jako syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou, ale podle DSM-V pod ní spadá i ADD jakožto jeho podtyp a tedy ne všichni diagnostikovaní s ADHD musejí být i hyperaktivní. Celkově jsou tyto podtypy tři. ADHD s převažující poruchou pozornosti, v minulosti označován jako převážně nesoustředěný typ. ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou a typ vznikající kombinací obou, kombinovaný typ. (Jucovičová, Žáčková, 2017)



Obrázek 1 – Klasifikace DSM-V (Jucovičová, Žáčková, 2015, s. 1)

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) naopak popisuje jenom dva podtypy a neužívá zkratku ADHD nýbrž název hyperkinetický syndrom. První typ – porucha pozornosti a aktivity – je na rozdíl od druhého – hyperkinetická porucha chování – lehčí a bez přidružené poruchy chování jako např. agresivita, která se může u hyperkinetické poruchy chování vyskytovat. (Jucovičová, Žáčková, 2017)



Obrázek 2 – Klasifikace MKN – 10 (Jucovičová, Žáčková, 2017, s. 15)

Oba pojmy (hyperkinetická porucha, ADHD) tedy označují poruchu pozornosti a aktivity, rozdíl je jen v oblastech užívání. Zatímco ADHD se běžněji používá v pedagogice a školství, hyperkinetický syndrom je častěji užit ve zdravotnictví. (Jucovičová, Žáčková, 2017)

4.1 Subtypy ADHD

Drtlíková ve svém článku popisuje tři subtypy ADHD podle klasifikace DSM-V označené písmeny podle toho, jaký symptom u nich převažuje. V populaci je nejčastěji se vyskytujícím typem ADHD-I (převážně nepozorný), jehož symptomy jsou ale často překryty poruchami, které se mohou vyskytnout u jakéhokoli subtypu ADHD, ovšem u ADHD-I se tak stává častěji, jelikož jeho projevy jsou méně nápadné a to může vést k nesprávné diagnóze a tedy i případné léčbě. Další dva typy, převážně hyperaktivně-impulzivní (ADHD-H), a kombinovaný (ADHD-C) mají společný pokles hyperaktivity a impulzivity v dospělosti, kdy se dostávají až na podprahovou hodnotu. Poruchy pozornosti přetrvávají do dospělosti u všech tří subtypů. Díky novodobým výzkumům můžeme určit rizika určitých komorbidních poruch, které mohou ADHD doprovázet, v různé míře podle subtypu o který se jedná. Můžeme tak předpokládat a rozlišit doprovázející symptomy jiné poruchy a efektivněji určit diagnózu se kterou pak můžeme správně pracovat. Díky analýze víme že ADHD-H má nižší dědičnost i riziko problémů v kognitivní a akademické oblasti, oproti ADHD-C a ADHD-I, které mají společný nejen druh adaptivního, neuropsychologického a akademického postižení, ale i parciálně obdobnou reakcí na psychosociální a farmakologické pomoc což ve výsledku dokazuje významnost

obou podtypů. V současnosti je tedy největší problém ve výzkumu a tím pádem i v našich znalostech všech podtypů ADHD, málo odpovídajících studií cílených na zobrazení mozku. (Drtlíková, Fiala, 2016; Miovský 2018)

Komorbidity spojené se subtypy

Míra komorbidit u ADHD-C typu je jasně vyšší a protože je to typ s kombinací nepozornosti a hyperaktivity/impulzivity, vyskytují se u něj jak externalizované (porucha chování, porucha opozičního vzdoru) a tikové poruchy charakteristické pro typ H, tak i depresivní fáze nebo poruchy učení, které jsou typické pro ADHD-I. (Drtlíková, Fiala, 2016)

Množství komorbidit s věkem roste, obzvláště u nedagnostikovaných lidí, což je při diagnostice v pozdějším věku problém stejně tak jako fakt že se jich k ADHD může přidružit takové množství. V minulosti kdy se diagnostika prováděla podle MKN 10 bylo stanovení diagnózy snazší díky jasně stanoveným symptomům zatímco dnes, kdy se diagnóza stanovuje podle DSM-V a připouští komorbidity nejčastěji komunikační poruchy nebo symptomy PAS musí psychiatr či psycholog být opravdu pozorný aby rozeznal nejednoznačnou kliniku a musí zvážit všechny symptomy diferenciální diagnostiky. Špatná diagnóza je nejčastěji především u typu ADHD-I ke kterému není přidružená hyperaktivita/impulzivita a tudíž je nejvýraznějším symptomem porucha pozornosti, která může být nesprávně přisuzována anxietě. To opět vede k neřešení pravé příčiny úzkosti a tedy k poddiagnostikovanosti ADHD jako takovému. V současnosti naštěstí stále přibývá studií zabývajících se jednak důvody přidružení komorbidit a druhak potížemi které znamenají při diagnostice a kromě poruch chování či opozičního vzdoru a dalších sekundárních komorbidit klade nový význam poruchám příjmu potravy, které mohou mít souvislost s impulzivitou hyperkinetického syndromu. (Stárková, 2016, Drtlíková, Fiala, 2016)

Mezi nejčastější komorbidity, které komplikují lidem s ADHD osobní i pracovní život patří: deprese, poruchy nálady, poruchy osobnosti a chování a úzkostné poruchy, přičemž ty ztěžují samotnou diagnostiku a mohou vést nejen k nižšímu fungování osobního života lidí s ADHD, ale také se díky nim může k obvyklým

komorbiditám přidružit fobie (např. sociální fobie), která opět vede ke snížení kvality života. Navíc úzkostná porucha je sama o sobě typická poruchami pozornosti a sníženým výkonem v aktivitách vyžadujících soustředěnost, což u pacientů s poruchou pozornosti jako takovou jen zvyšuje jejich symptomatologii. (Drtlíková, Fiala, 2016)

Jako komorbiditu můžeme také uvést i tendenci k závislostem. Podle studie, která se touto problematikou zabývala a jíž se zúčastnilo téměř 200 diagnostikovaných dospělých, byl u 35 % zjištěn abusus alkoholu. (Cahová et al., 2010; Drtlíková, Fiala, 2016)

Rozdíly jak u typů ADHD tak u jejich komorbidit jsou pak velmi patrné při porovnání mužů a žen. Zatímco, podle studií zabývajících se tímto tématem, u mužů převažuje kombinovaný typ ADHD a externalizované komorbidity jako delikventní nebo agresivní chování a poruchy pozornosti, u žen je více častější typ ADHD-I s kombinací internalizovaných poruch a to především deprese, úzkostné poruchy či potíže se spánkem. (Drtlíková, Fiala, 2016)

5 HISTORIE

Všechny zdroje, které o historii ADHD najdeme, popisují typické přesvědčení, které tolika lidem zkomplikovalo život, že tato vývojová porucha postihuje pouze děti a v dospívání vymizí. Všechny termíny které byly v minulosti používány tedy popisují poruchu pozornosti pouze u dětí a vůbec nepřipouštějí přetrvávání problémů do dospělosti. První zmínky o neklidných, nepozorných, impulzivních a nadměru živých dětech se objevují kolem roku 1830, ale první, později světově uznávaný termín MMD- minimální mozková dysfunkce (MBD – minimal brain dysfunction) se objevil až o téměř sto let později. Zhruba od roku 1950 se u nás začalo používat označení LDE (lehká dětská encefalopatie), asi o deset let později se zažil termín LMD (lehká mozková dysfunkce) a po roce 1970 jako hyperkinetický syndrom, jak je označována i v dnešní době. Už tehdy byly ale patrné rozdíly mezi dětmi hyperaktivními a dětmi, které jakoby „žili mimo realitu“ ovšem které spojovala společná absence pozornosti k dění kolem. Pro tyto pomalejší děti se používal termín hypoaktivní/hypokynetický syndrom a toto rozdělení bylo jakýmsi předchůdcem dělení podle DSM-V a přetrvávalo téměř do počátku 21. Století. Celých třicet let bylo o ADHD (tehdy hyperkinetické poruše) smýšleno pouze jako o dětské nemoci a až na přelomu osmdesátých let se začalo mluvit o možnosti přetrvávání syndromu do dospívání, přičemž problematika čistě dospělých lidí postižených touto poruchou začala být brána v potaz až po roce 2000 a i dnes se ještě najdou odborníci či diagnostikující lékaři, kteří zastávají názor o „vyrostení“ z diagnózy. (Jucovičová, Žáčková, 2015; Žáčková, Jucovičová, 2017)

6 ETIOLOGIE

„Prevalenci ADHD nelze přesně stanovit, ovlivňují ji kulturní vlivy, pohybuje se v mnoha zemích kolem 5 %, častěji jsou postiženi chlapci (poměr pohlaví 2–5 : 1)“ (Stárková, 2016, s. 17) Což je číslo které vyplývá z počtu diagnostikovaných dětí, ovšem ne všechny diagnostiku podstoupili, protože ne u všech se ADHD projevuje v takové míře a tudíž nemají tak velké problémy s fungováním ve společnosti, takže jejich rodiče nemají důvod se domnívat, že by diagnostiku potřebovali. Částečně je to také dáno nedostatečnými znalostmi společnosti a její určitou představou o obrazu a projevech ADHD, proto nezpozorují méně nápadné symptomy, což může vést ke vzniku komorbidit jako úzkostné nebo depresivní poruchy, jejichž symptomatologie poté zakryje původní příčinu problémů. (Stárková, 2016).

U dospělých, kdy je jejich nepozornost často označována jako rys osobnosti je tak poddiagnostikovanost mnohem větší než u dětí. Autoři studií, na které odkazuje ve své knize Miovský, popisují, že až 75 % dospělých s ADHD nebyli za svůj život diagnostikováni a jedním z důvodů této skutečnosti je i málo výzkumů zabývajících se především problematikou dospělých s ADHD, které by odborníky upozorňovali na možnost výskytu nediodagnostikovaných dospělých. (Miovský, 2018)

Neoddělitelnou součástí výzkumů zabývajících se příčinou tohoto onemocnění, jsou vzhledem k jeho povaze studie mozku a jeho zobrazení v souvislosti s podtypy ADHD. V současné době je jich ale málo na to, abychom mohli s jistotou vyvozovat závěry, ale náznaky u dosud proběhlých studií prokazují několik různých abnormalit objevujících se u poruch pozornosti a hyperaktivity/impulzivity. (Drtlíková, Fiala, 2016)

„Volumetrické studie, využívající strukturální zobrazování pomocí magnetické rezonance (MRI), zjistily, že vyšší úroveň příznaků hyperaktivity-impulzivity je asociována s úbytkem velikosti ventrálního 17elaxo, pravé amygdaly a laterálního talamu, což jsou mozkové oblasti zodpovědné za výběr akce a reakce na události typu odměna a trest. Symptomy poruchy pozornosti byly asociovány se zvětšením velikosti amygdaly a povrchu mediálního talamu.“ (Drtlíková, Fiala, s. 130, 2016)

Stárková ve svém článku z roku 2016 popisuje několik studií mozku, zabývajících se jeho změnami a odlišnostmi od mozku neurotypické populace s tím že sice přesný původ ADHD není znám, ale za posledních pár let výzkum velmi pokročil a můžeme tak efektivněji využívat farmakologickou léčbu psychostimulancii, které navyšují množství dopaminu, jehož nedostatek je u této poruchy doprovodným syndromem. Významným objevem byla též *relativní hypoaktivita kortikálního dopaminergního systému byla zjištěna v oblasti frontálního a 18. laloku, na jejichž funkci se váže schopnost organizovat a plánovat naše chování. Jsou to právě oblasti, které jsou významné pro funkci kognitivních procesů (pozornost, paměť, atd.)*. (Stárková, s. 17, 2016). I přes výzkum týkající se této nemoci však nemůžeme s jistotou určit například její propojení s genetikou, i když jisté zastoupení genů ADHD se u nejbližších příbuzných objevit může, jejich výskyt jako takový vůbec nemusí nemoc vyvolat. Stejně tak nebyl prokázán vliv např. nízké porodní váhy či požívání alkoholu či kouření v těhotenství, ale nedávné studie zaměřující se na potencionální souvislost s toxickými látkami ve vodě i v ovzduší by mohly vést k výzkumu více se zaměřujícím na životní prostředí a to jak ovlivňuje vývoj dítěte. (Stárková, 2016)

7 SYMPTOMATOLOGIE

Klinické projevy silných forem ADHD-H se mohou projevit už u novorozenců, obvykle ale pozorujeme hyperaktivitu až u pohybujících se dětí a problémem pak bývá nejen najít způsob jak dítě zabavit, ale i jeho začlenění do systémů školek a škol. Postupem času se hyperaktivita může snižovat a dítě si najde jiné prostředky jak ventilovat nutkání motorické aktivity, než je vstávání z místa či běhání. Dokáže pak sedět na místě, ale neustále si s něčím hraje, např. s tužkou, lahví na pití, cvaká propiskou atd. U dětí s hyperaktivním klinickým obrazem je častější správné a hlavně brzké určení diagnózy, vzhledem k jednoznačné symptomatologii. Naopak u subtypu poruchy pozornosti, kdy se potíže nejvíce objevují ve škole, kde má dítě problém se zapamatováním probírané látky, s udržením pozornosti při výkladu a právě z nepozornosti dělá spoustu chyb v úlohách či testech, je rozpoznání obrazu ADHD složitější a obzvláště u dívek bývá špatně diagnostikováno i vzhledem k množství komorbidit, které se k nemoci přidružují. (Žáčková, Jucovičová, 2017; Stárková, 2016)

U dospělých pak tyto symptomy mají přesah především do sociální sféry jejich života a myjí charakteristické rysy hlavně v mezilidských vztazích a začleňování do společnosti. Může pro ně být obtížné vyznat se v reakcích u společenských situací, především ale pociťují neustávající vnitřní neklid, mohou působit neorganizovaně a často mají problémy s plánováním, což většinou vede ke spoustě rozdělaných ale nikdy nedokončených projektů nebo úkolů, které si stanovili. Ze svého okolí pak mohou pociťovat nátlak kvůli výše jmenovaným věcem a to může vést k frustraci, úzkosti až k pocitům méněcennosti a „že na to nemají“ i když chceme-li hledat viníka, není to diagnostikovaný jedinec, avšak přímo jeho neurodiverzita. (Cahová et al., 2010)

Mezi základní symptomy ADHD patří tři hlavní. Porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita, ale, když pomineme komorbidity, můžou se objevit ještě další, většinou opomíjené projevy, které ovšem život lidí s touto diagnózou mohou ovlivnit stejně negativně jako tyto tři:

Porucha pozornosti

V dospělosti je nejčastějším projevem právě porucha pozornosti, i když nemusí být na první pohled patrná. Poruchu pozornosti můžeme rozdělit na tři podtypy:

1. Kolísavá – pozornost kolísá bez evidentního důvodu
2. Nevýběrová – jedinec vnímá vše co se kolem děje bez schopnosti vytrždit užitečné informace od nepodstatných
3. Ulpívavá – zaměření pozornosti na jedné věci či možnosti řešení od kterého se nedokáže oprostit

Tento projev zahrnuje celou škálu problémů spjatých s pozorností. Pacienti jsou roztržití, snadno přeskakují z jednoho tématu do druhého a velmi lehce se nechají vyrušit od původní práce, což vede k neschopnosti ji dokončit. Neméně obvyklé je také ztracení a zapomínání věcí, což se projevuje více ve školním věku a v očích společnosti pak mohou působit jako lehkomyšlní či marniví. Častá je také netrpělivost obzvláště např. při čekání ve frontě a problémy s organizací úkolů, instrukcí, údajů nebo třeba i termínů schůzek, které mohou opomíjet. Udržení pozornosti je stojí velké množství energie, proto se rychle unaví. Malé přestávky mezi jednotlivými úkony však napomáhají udržení pozornosti po delší dobu. Typické je pak odkládání věcí, které vyžadují velkou míru pozornosti, na poslední chvíli což kvůli stresu do kterého se pak dostávají, často končí selháním a nedokončením úkolu. I přes značné projevy se tento symptom často nebere v potaz, spousta dětí s převažujícím subtypem ADHD-I tak bývá nerozpoznána a dospělí poté vyhledají pomoc psychologa či psychiatra až při druhotných projevech jako např. anxieta nebo deprese pramenící z uvědomění si selhávání v oblasti pozornosti. (Žáčková, Jucovičová, 2017; Cahová et al., 2010)

Hyperaktivita

Hyperaktivní chování je typické převážně v dětství, ale během dospívání do značné míry klesá a pro pacienty se větší komplikací stává porucha pozornosti. Hyperaktivní děti mají problémy hlavně ve škole, vstávají z místa, ruší své spolužáky i výuku ať už mluvením nebo kvůli psychomotorickému neklidu, kdy se

vrčí nebo si hrají s předměty ve svém okolí. Jsou neustále v pohybu a extrémně upovídané, na všechno se ptají, všechno je zajímavá a ke všemu mají co říct. V dospělosti nemusí být hyperaktivita tak očividná, neklid, který jako děti ventilovali do okolí pocítují spíše vnitřně, což je jednak může nutit být neustále v pohybu či něco dělat, ale také může časem vést k úzkostným poruchám, protože nejde utišit. Dospělí lidé s hyperkinetickým syndromem tak často patří k workoholikům, a pokud se nenaučí se svou hyperaktivitou pracovat a správně odpočívat, může to vést k dalším psychickým potížím a problémům komplikující jejich osobní i pracovní život. (Cahová et al., 2010; Žáčková, Jucovičová, 2017).

Impulzivita

Impulzivita je obecně, jako jeden z hlavních symptomů ADHD, vnímána spíše negativně, protože nejen že ztěžuje pacientovi život po celou dobu školní docházky, později pak v práci a neméně v osobním životě, ale také má signifikantní dopad na jeho okolí. Netrpělivost a neustálé přerušování či skákání do řeči se objevuje jak v dětství, tak dospělost a jednání bez přemýšlení může být původcem mnoha problémů. Neméně charakteristickým projevem impulzivity je i absence zábran, což může hlavně v dětství vést k až k úrazům a v dospělosti pak člověk může působit neohrabaně ve společenských situacích. Stejně tak oslabená vůle, kdy pacient dává průchod realizaci náhlých nápadů, může vést ke spoustě nevhodných či nebezpečných situací. Ovšem nemusí to život člověka ovlivňovat vždy negativně. Pokud se s těmito tendencemi naučí pacienti pracovat, tak rychlé reakce a rozhodování může být velmi užitečné v profesní i osobní sféře. (Cahová et al.2010; Žáčková, Jucovičová, 2017)

7.1 Další symptomy

Kromě tří, výše uvedených, nejvýraznějších projevů ADHD, jsou s touto diagnózou spojeny další, méně nápadné symptomy, které však také výrazně ovlivňují život jedince.

Poruchy spánku

Problémy se spánkem se projevují především v dospělosti, kdy jedinci chodí spát později a jejich spánkový režim je nepravidelný, což vede k potížím s usínáním a snižuje kvalitu spánku. Přes den se pak objevuje únava mnohem častěji a mohou mít problémy s její kontrolou. Podle studie Kesslera jsou tyto problémy jednoznačně spjaté s ADHD v dospělosti a vůbec nemusí mít souvislost s farmakoterapií, nebo přidruženými komorbiditami týkajícími se např. úzkostné poruchy. (Gau et al., 2007; Surman et al., 2009)

Potíže s motorikou

U dospělých mohou být motorické potíže méně nápadné, díky možnostem jak se vyhnout problémovým oblastem. Nejvíce se projevují během školní docházky při psaní nebo při sportu, obzvláště pak třeba při míčových hrách a problémy s harmonizací pohybů se negativně promítají hlavně při tanci, kdy je sladění pohybu a jeho koordinace zásadní. (Žáčková, Jucovičová, 2017)

Sklon k závislostem

Užívání drog a experimentování s nimi se u jedinců s ADHD objevuje především v dospívání a to díky impulzivité, které u nich v tomto věkovém období převažují. Z výzkumů, které se touto problematikou zabývaly, vyplývá, že riziko závislosti na nikotinu je u adolescentů a dospělých s ADHD až dvakrát vyšší než u lidí bez ADHD a až šestkrát vyšší abúzus alkoholu. Užívání nikotinu může být formou osobní farmakoterapie, jelikož jeho spotřeba zvyšuje schopnost se soustředit, zlepšuje pozornost a může redukovat impulzivitu. V případech kdy se pak k původní diagnóze přidají i komorbidity poruch osobností může vést chování pacientů až ke konfrontaci se zákonem a kriminalitě. (Cahová et al., 2010; Miovský, 2018)

8 DIAGNOSTIKA

Protože je ADHD neurovývojová porucha, klinický obraz se mění spolu s věkem pacienta a proto je nutné, aby podmínky diagnostiky byly tomuto faktu přizpůsobené, obzvláště pokud se jedná o stanovení diagnózy v dospělém věku, kdy již mozek prošel dospíváním a klinika onemocnění se tak značně mění, nejen díky neurologickému vývoji, ale také kvůli snaze jedince, vyrovnat se s postižením a problémy se kterými se v životě díky ADHD potýká. (Cahová et al., 2010)

Diagnostika dospělého pacienta se musí řídit mnohem širším spektrem kritérií a podmínek, protože musí obsáhnout nejen současné pacientovy problémy, ale i klinický obraz v dětství. Problémy, které jsou onemocněním způsobeny, by měly přetrvávat od dětství až do dospělosti a měly by převážně negativně ovlivňovat pacientův život. Diagnostika by měla být objektivní, což není vždy lehké, vzhledem k tomu že symptomy ADHD nemusejí být zřetelné na první pohled a mohou být překryté přidruženými komorbiditami, proto existuje celá řada hodnotících škál a sebeposuzujících dotazníků, které se u diagnostiky využívají. Velmi nápomocná také může být anamnéza od příslušníků rodiny či blízkých přátel, kteří pacienta znají po většinu jeho života, a tudíž mohou kolikrát lépe než on popsat projevy nemoci, které mají dopad i na ně. Neméně důležité je souhrnné posouzení psychologického profilu jedince a odlišení potencionálně přidružených komorbidit, které jsou u ADHD tak časté. V neposlední řadě by se nemělo zapomenout ani na zvážení a případném vyloučení zevních důvodů projevů, jako např. trauma hlavy nebo epilepsie. (Miovský, 2018)

Variabilita ADHD je velká a projevy mohou u každého jedince vypadat různě a ovlivňovat jeho život v mnoha směrech. Ve své knize upozorňuje Miovský (2018), že pro správné určení diagnózy je nezbytné bedlivé posouzení námahy, kterou musí pacient věnovat na ovládání svých mentálních a fyzických činností. Neméně důležité je také zaměření se případné projevy diferenciacíálních diagnóz a jejich potencionální správnost. Vyšetření je složité a časově náročné a před stanovením diagnózy musíme zvážít všechny níže uvedené kritéria:

- *kritéria DSM-IV;*
- *diagnostický rozhovor;*
- *ADHD symptomy;*
- *související symptomy a funkční narušení;*
- *kognitivní testování;*
- *behaviorální aspekty pacientova psychického stavu v průběhu vyšetření;*
- *přesný seznam symptomů;*
- *kompenzační mechanismy, které pacient používá;*
- *projevy adekvátní k věku; (Miovský, s. 42, 2018)*

Dále by se mělo vzít v potaz:

- *zhodnocení současných symptomů ADHD (za posledních 6 měsíců) pomocí škál pro dospělé;*
- *zjištění anamnézy ADHD v dětství; zhodnocení funkčního postižení doma, v zaměstnání a ve vztazích;*
- *získání vývojové anamnézy včetně údajů o prenatálním průběhu, dětství a dospívání;*
- *zjištění psychiatrické anamnézy – vyloučení jiných psychiatrických poruch jako příčin symptomů nebo stanovení případných komorbidit;*
- *zjištění rodinné psychiatrické anamnézy, zejména pokud jde o poruchy učení, ADHD a tiky;*
- *provedení somatického vyšetření – vyloučení organických příčin symptomů (zranění hlavy, epilepsie, poruchy štítné žlázy, kardiální obtíže) a kontraindikací farmakoterapie (hypertenze, angina pectoris, tyreotoxikóza, glaukom). (Miovský, s. 42, 2018)*

Podle doporučení *The UK Adult ADHD Network*, které ve své knize Miovský (2018) uvádí, by měl protokol pro diagnostiku používaný v praxi obsahovat minimálně tyto záznamy:

- *formulář od lékaře (historie poranění hlavy, mozkových traumat; historie kardiovaskulárních nemocí se zaměřením pozornosti na dysrytmii*

a rodinnou historii náhlých úmrtí; somatické vyšetření, užívání drog a závislost; historie dalších zdravotních problémů; historie psychiatrických, psychických problémů zejména se zaměřením pozornosti na úzkost, depresi, schizofrenii nebo jiné psychotické onemocnění, obsesivně-kompulzivní poruchu, poruchu osobnosti, vývojové poruchy, antisociální chování; kriminální anamnéza);

- *screeningové dotazníky (např. ASRS, BAARS) a škály pro posouzení současných symptomů;*
- *posouzení deficitů (The Weiss Functional Impairment Rating Scale, Barkley Functional Impairment Scale);*
- *posouzení komorbidit (zaměření na bipolární afektivní poruchu, depresivní poruchu, úzkostnou poruchu, obsesivně-kompulzivní poruchu, schizofrenii, užívání drog, závislost, hraniční poruchu osobnosti, antisociální poruchu osobnosti, další poruchy osobnosti, tiky, poruchy autistického spektra, poruchy učení, dyslexii);*
- *diagnostický rozhovor (DIVA, CAADID). (Miovský, s. 42-43, 2018)*

Ke všem kritériím by se měl brát v úvahu i možný abúzus alkoholu ale i dalších návykových látek a při podezření na tuto skutečnost přidat také drogovou anamnézu nebo diagnostiku s odstupem jednoho až tří měsíců zopakovat. Obzvláště v těchto případech je pak anamnéza pocházející od blízkých příbuzných či přátel jedince důležitá a může být pro další postup velice přínosná. Nemělo by se také opomíjet celkové vyšetření psychologického stavu klienta. (Miovský, 2018)

Diagnostická kritéria ADHD u dospělých podle DSM-IV Musí být přítomno alespoň 12 chronických příznaků (A) výrazně častěji než u ostatních lidí v téže populaci (shodný věk, etnikum) a musí být splněna kritéria B, C.

12 Chronické příznaky

- 4. Pocit, že výkon neodpovídá schopnostem.*
- 5. Neschopnost organizovat každodenní drobnosti (zapomínají schůzky, termíny, ztrácejí stvrzenky, lístky atd.).*
- 6. Odkládají řešení, mají obavy něco začít.*
- 7. Mnoho věcí dělají současně.*
- 8. Nevhodné poznámky, sklon říci, co je právě napadne.*
- 9. Hledání stále nových podnětů.*
- 10. Často se nudí, mají stále nové zájmy, ale netrvají dlouho.*
- 11. Snadno zneklidní, ztratí pozornost, jsou nedůslední.*
- 12. Kreativní, intuitivní, vyšší IQ.*
- 13. Problémy s vžitými postupy, prosazování vlastních postupů.*
- 14. Netrpělivost.*
- 15. Impulzivita slovní, akční (utrácí bez rozmyslu, mění plány).*
- 16. Sklon trápit se nepotřebností, budoucností, kontrast k nevšímavosti k reálnému nebezpečí.*
- 17. Pocity hrozící záhuby a nebezpečí se střídají se vzrušením z rizika.*
- 18. Poruchy nálady, deprese.*
- 19. Neklid (bubnování prsty, změny pozice na židli, přecházení).*
- 20. Sklon k závislosti (drogy, alkohol, hry, nákupy, jídlo, práce).*
- 21. Snížená sebeúcta.*
- 22. Problémy se sebehodnocením.*
- 23. V rodinné anamnéze poruchy nálady, poruchy ovládní, různé typy závislosti.*

B) V anamnéze ADHD v dětství

C) Stav není vysvětlitelný jinou poruchou (Paclt, 2002, s. 117)

Díky výzkumům a studiím, kterých navíc stále přibývá, můžeme dnes nejen správně diagnostikovat dospělé, ale především jim dát šanci přijít na pravou příčinu jejich problémů a poté se naučit se svou diagnózu efektivně pracovat tak aby byl jejich život co nejméně negativně ovlivněn, či dokonce aby využili ADHD ve svůj prospěch. Také pokroky ve výzkumu léčby stimulancii nebo u přidružených depresí či úzkostných poruch léčba antidepresivy, jdou stále kupředu a jejich účinek je potvrzený v řadě případů. Nesmíme ovšem terapii léčivy podmiňovat celkovou léčbu, ale musíme se zaměřovat se především na psychoterapii a na práci samotných pacientů s jejich diagnózou. (Paclt,2002)

9 POVOLÁNÍ ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE A MOŽNÁ SOUVISLOST SE SYMPTOMATOLOGIÍ ADHD

Kompetence zdravotnického záchranáře jsou značně obsáhlé a jsou definované vyhláškou 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v §17:

Zdravotnický záchranář vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace vykonává činnosti v rámci specifické ošetrovatelské péče při poskytování přednemocniční neodkladné péče, a dále při poskytování akutní lůžkové péče intenzivní, včetně péče na urgentním příjmu. Přitom zejména může

a) monitorovat a hodnotit vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu, vyšetření a monitorování pulzním oxymetrem,

b) zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísicích vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,

c) zajišťovat periferní žilní nebo intraoseální vstup, aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci roztoků glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií,

d) provádět laboratorní vyšetření určená pro neodkladnou péči a hodnotit je,

e) obsluhovat a udržovat vybavení všech kategorií dopravních prostředků, řídit pozemní dopravní prostředky, a to i v obtížných podmínkách jízdy s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení,

f) provádět první ošetření ran, včetně zástavy krvácení,

g) zajišťovat nebo provádět bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci, transport pacientů a zajišťovat bezpečnost pacientů během transportu,

h) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při řešení následků mimořádných událostí při provádění záchranných a likvidačních prací v rámci integrovaného záchranného systému,

i) zajišťovat v případě potřeby péči o tělo zemřelého,

j) přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

k) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu,

m) provádět neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu a první ošetření novorozence,

n) přijímat, evidovat a vyhodnocovat tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti, zabezpečovat odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky,

o) provádět telefonní instruktáž k poskytování první pomoci a poskytovat další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu,

p) zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii.

To vše v rámci 12 hodinové noční či denní směny. Lze tedy jednoznačně říct, že toto povolání je velmi intenzivní, je potřeba jednat rychle a s chladnou hlavou, ale zároveň podle určitých předem daných postupů. Mnohdy je toto povolání stresující a určitě ho nemůže dobře vykonávat člověk, který by nemiloval to, co dělá. Už jen střídání nočních a denních směn značně ovlivňuje psychiku i životní styl člověka a ne každý dokáže zvládnout povolání s takovou zátěží, ať už fyzickou ale i psychickou. Spousta studií a publikací se tedy zabývá problematikou syndromu vyhoření, spánkových poruch a dalších psychických obtíží spojených s povoláním zdravotníka. V knize *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing* (Vendelářová, 2011) popisuje autorka nejen oblasti, které podněcují syndrom

vyhoření, ale také zde uvádí postupy pro úspěšné zvládnutí tohoto problému. Kapitola Mezní situace duše a záchranáře (Humpl, 2012) ze Sborníku „Varovné kazuistiky“ zase popisuje psychickou obtížnost tohoto povolání. Syndrom pomocníka: podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích (Schmidbauer, 2008) – publikace, která se zabývá péčí o vlastní psychické zdraví a to především u zdravotníků. Ze studie zabývající se spánkovou hygienou a znalostmi problematiky samotných zdravotnických záchranářů (Shriane, 2020) pak vyplývá, že díky nepravidelnému režimu je tato oblast života u zdravotníků velmi postižena, ovšem většina z nich neví, jak o sebe v této oblasti lépe pečovat.

V bakalářské práci zaměřené na životní styl záchranářů v ČR je pak uvedena podkapitola zaměřená jejich osobnost, ve které autorka uvádí část studie doktorů M. Friedmanna a R. H. Rosenmana týkající se „osobnostního typu A“ který podle jejího výzkumu nejvíce koresponduje s životním stylem zdravotnického záchranáře. Charakteristika, která u tohoto typu osobnosti dominuje je plánování velkého počtu činností v krátkém čase, netrpělivost až neklidnost která vede k uspěchanosti. Zároveň ale tento typ osobnosti prokazuje velké úsilí v práci a touhu po úspěchu spolu se snahou o vyšší životní úroveň či povýšení. Negativní dopad na osobní život má tendence k nezdravému životnímu stylu vyskytující se u této osobnosti, což ale není ve světle uspěchaného života plného stresu moc překvapující. V poslední řadě je pak díky negativním faktorům ovlivňujícím zdraví vysoká pravděpodobnost vzniku hypertenze a kardiálních onemocnění. (Homolková, 2017)

V této kapitole lze na konec uvést i článek s tématem Nejvhodnější povolání pro lidi s ADHD, ve kterém uvádí Williams (2019), že klíčem k profesionálnímu úspěchu dospělých s ADHD může být výběr kariéry, která těží ze silných stránek a příliš nezávisí na slabých oblastech symptomatologie. Některé pracovní pozice tak mohou díky specifickým charakteristikám skvěle doplňovat silné stránky dospělých s ADHD. Tyto charakteristiky jsou:

- Vášeň pro vykonávanou práci
- Velká míra intenzity

- Vysoká míra strukturovanosti
- Rychlé pracovní tempo
- Praktické možnosti uplatnění kreativity
- Nezávislost a určitá svoboda pracovníka spolu s jistou mírou riskování

Nalezení práce, která má v jedné z těchto vlastností nebo jejich kombinaci vysokou pozici, může být právě to, co povede k úspěšné kariéře. (Williams, 2019)

Vášeň pro vykonávanou práci poskytuje přirozenou motivaci a soustředění. Hlavním aspektem, na kterém při výběru oboru záleží, není tedy obor samotný, hloubka a dlouhodobý zájem. Williamsová uvádí dva příklady z praxe. Dětskou řečovou a jazykovou patoložku, Sarah Dhooge, která má diagnostikované ADHD a zároveň pomáhá rodinám s dětmi s ADHD, především díky vlastní zkušenosti. Ta tvrdí, že úspěch její práce spočívá hlavně v tom, že miluje to, co dělá. Pro sociální pracovnice Rossettu DeLoof-Primmer, která má rovněž ADHD, je „vášeň a touha nesmírně důležitá pro to co dělá a bez ní by to bylo těžké.“ (Williams, 2019)

Vzhledem k tomu, že mnoho lidí s ADHD je motivováno intenzitou, práce s přirozeným pocitem naléhavosti je pro lidi s ADHD nejvhodnější. Kariéra, ve které jde o život, poskytuje nejvyšší pocit naléhavosti. Klinická psychoterapeutka a odborná asistentka na Florida Atlantic University v Boca Raton, doktorka Stephanie Sarkis, kterou Williamsová ve svém článku cituje, zastává názor lepší pracovní výkonnosti u dospělých s ADHD v rychle se měnícím prostředí s vysokou intenzitou práce. Tímto prostředím může být například urgentní příjem či jednotka intenzivní péče. Někteří dospělí s ADHD si pak nejlépe vedou v zaměstnáních, která jsou vysoce strukturovaná. Je to dáno častými potížemi s řízením času, které je pro dospělé s ADHD velmi obtížné a práce s vestavěnou strukturou a rutinou mohou pomoci proměnit tuto výzvu v kariérní úspěch. (Williams, 2019)

Jedním z charakteristických znaků ADHD je, že myšlenky jsou konstantní a rychle se mění. Využití této vlastnosti může znamenat úspěch v práci. Mnoho dospělých s ADHD uvádí, že nacházejí potěšení v neustálých změnách a daří se jim v prostředí, ve kterém musí rychle analyzovat a adaptovat se. Praktické práce, které

vyžadují kreativitu, mohou být pro některé lidi s ADHD ideální. Tyto typy zaměstnání často kombinují kreativitu a řešení problémů – oblasti, kde lidé s ADHD často vynikají. (Williams, 2019)

10 METODIKA

V praktické části byla využita metoda dotazníkového šetření pomocí standardizovaných metod sebehodnotící škály ADHD pro dospělé. Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na záchranáře Zlínského kraje na pěti hlavních výjezdových základnách – Zlín, Kroměříž, Vsetín, Uherské hradiště a Valašské Meziříčí. Respondentům byl dotazník poskytnut v elektronické verzi, kde anonymně odpovídali na otázky, které byly převzaty ze standardizovaného sebehodnotícího testu. Dotazník obsahoval osmnáct otázek, na které odpovědělo 70 záchranářů z celkového počtu asi 180. Otázky byly konstruovány ve formě uzavřených odpovědí s jednou možností volby, se kterou se podle sebe respondenti ztotožňují v uplynulých šesti měsících.

ASRS v 1.1.

K provedení průzkumu byla použita sebehodnotící škála pro dospělé, vyvinutá za spolupráce WHO a WMH (world mental health organisation) – anglicky Adult Self-Report Scale (ASRS) složená z dvou částí a osmnácti otázek. Část A obsahuje otázky 1 až 6 a celkově může být ohodnocena až šesti body. Pokud je tato část ohodnocena 4 a více body, je u respondenta vysoká šance prokázání ADHD. Otázky 7 až 18 jsou pak zařazeny v části B, která se zaměřuje na nejčastější a nejzávažnější symptomy a problémy se kterými se respondent potýká a které jsou pro ADHD typické a jejich dopad na život dotazovaného. Celkově může tedy respondent získat 0 až 18 bodů a i když je část A stěžejní (tedy obsahuje nejčastější a nejvýznačnější symptomatologii ADHD), musíme brát v potaz celkové hodnocení, které může být vypovídající i když dotazovaný získá v části A jen 3 body. Nesmíme ale zapomínat, že pouhý dotazník nemůže sloužit ke stanovení diagnózy jako takové, navíc dotazník slouží pouze k rozlišení jedinců s ADHD od jedinců bez něho a proto může kladný výsledek ukazovat na jinou poruchu s podobnými symptomy. Diagnostika ADHD tedy musí vždy obsahovat také osobní pohovor, nejen s klientem, ale také s blízkým okolím kvůli objektivní anamnéze. (Kessler et al., 2005, Miovský, 2018).

Podle počtu získaných bodů v jednotlivých otázkách však můžeme už při vyhodnocování určit jednu ze tří oblastí (tzv. schémat), která jedinci v životě způsobuje největší problémy.

Nepozorné schéma

Otázky 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 a 11 s možným ohodnocením 0 až 9 bodů, které se zaměřují na problémy s organizací, pamětí, koncentrací, chybami z nepozornosti a soustředěním se na detaily. (Stanton et al., 2018)

Hyperaktivní/impulzivní schéma s převahou motorického projevu

Otázky 5, 6, 12, 13 a 14 s možným bodovým ohodnocením 0 až 5 bodů, které se zaměřují na problémy zůstat v klidu, sedět na místě a schopností relaxovat. (Stanton et al., 2018)

Hyperaktivní/impulzivní schéma s převahou verbálního projevu

Otázky 115, 16, 17 a 18 s možným ohodnocením 0 až 4 body zaměřující se na problémy s upovídaností, se sebe-kontrolou vyrušování ostatních a potížemi čekat, až na ně přijde řada. (Stanton et al., 2018)

Bodová převaha jednoho ze schémat může být v dalším diagnostickém postupu velmi přínosná při určování subtypu podle DSM-V, tedy nepozorný subtyp, hyperaktivně-impulzivní a kombinovaný a tedy rozdělení těchto schémat na hyperaktivně-impulzivní s verbálním nebo motorickým projevem není podle dělení DSM-V přesné, což musíme mít při diagnostice na paměti. (Stanton et al., 2018)

Bodování samotné závisí na odpovědi, kterou respondenti zvolili. Každá otázka může být ohodnocena maximálně 1 bodem a to u možností často nebo velmi často. U otázek 1, 2, 3, 9, 12, 16 a 18 je jedním bodem ohodnocena i odpověď občas. Zbylé volby se hodnotí 0 body. (Stanton et al., 2018)

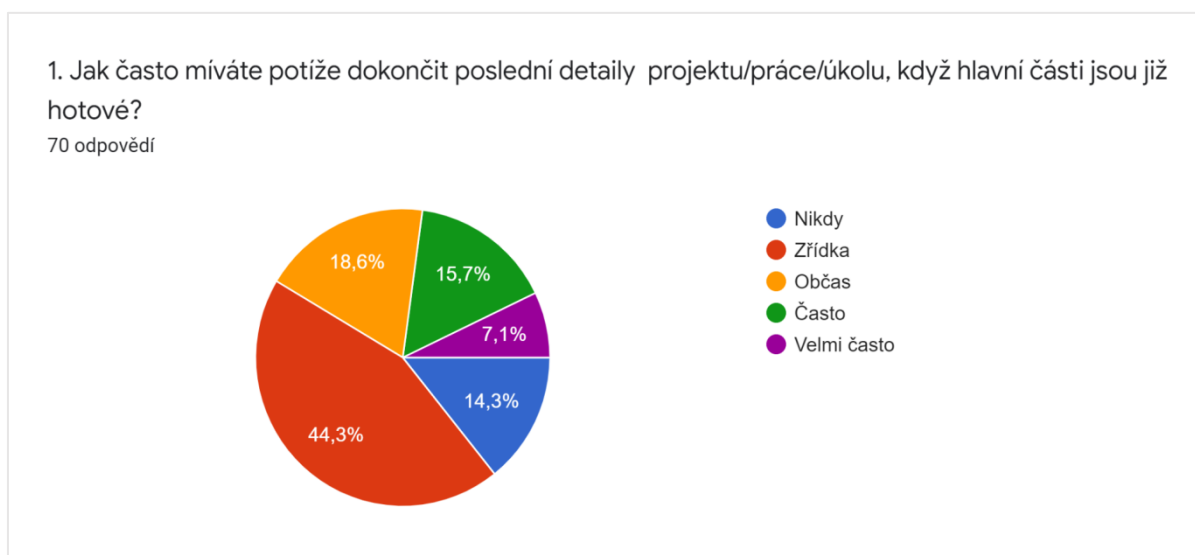
11 VÝSLEDKY

V této kapitole budou zpracovány a podrobně uvedeny výsledky zjištěné z dotazníkového šetření.

11.1 Dotazníkové šetření

Otázka 1

První otázka se zaměřuje na potíže s dokončováním posledních kroků a detailů práce/projektů/úkolů, pokud jsou stěžejní části už hotové. Bodované odpovědi jsou zde celkem vyrovnané. 14,3 % nepocituje potíže nikdy, 44,3 % zřídka, 18,6 % dotazovaných odpověděla občas, 15,7 % často a 7,1 % velmi často.



Obrázek 3 – Grafk dotazníkové otázky jedna (vlastní výzkum)

Nabízené možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	10	14,3 %
Zřídka	31	44,3 %
Občas	13	18,6 %
Často	11	15,7 %
Velmi často	5	7,1 %

Tabulka 1 – Jak často míváte potíže dokončit poslední detaily projektu/práce/úkolů, když hlavní části jsou již hotové? (vlastní výzkum)

Otázka 2

Další otázka se týká potíží s organizací. Z výsledků vidíme, že 20 % respondentů tyto potíže nepocituje nikdy. Skoro půlka, tedy 47,1 % zřídka. 21,4% dotazovaných občas tyto problémy má, často je pocituje 8,6 % a velmi často pouhých 2,9 %.



Obrázek 4 – Graf k dotazníkové otázce dva (vlastní výzkum)

Nabízené možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	14	20,0 %
Zřídka	33	47,1 %
Občas	15	21,4 %
Často	6	8,6 %
Velmi často	2	2,9 %

Tabulka 2 – Máte-li před sebou úkol, který vyžaduje organizaci, jak často míváte problém zorganizovat jednotlivé věci? (vlastní výzkum)

Otázka 3

Otázka číslo tři se dotazuje na problémy s pamětí, konkrétně se zapomínáním termínů schůzek nebo jiných povinností. Možnost nikdy zvolilo 18,6 % respondentů, zřídka pak 38,6 % odpovídajících. Občas 20 %, často 17,1 % a velmi často 5,7 %.



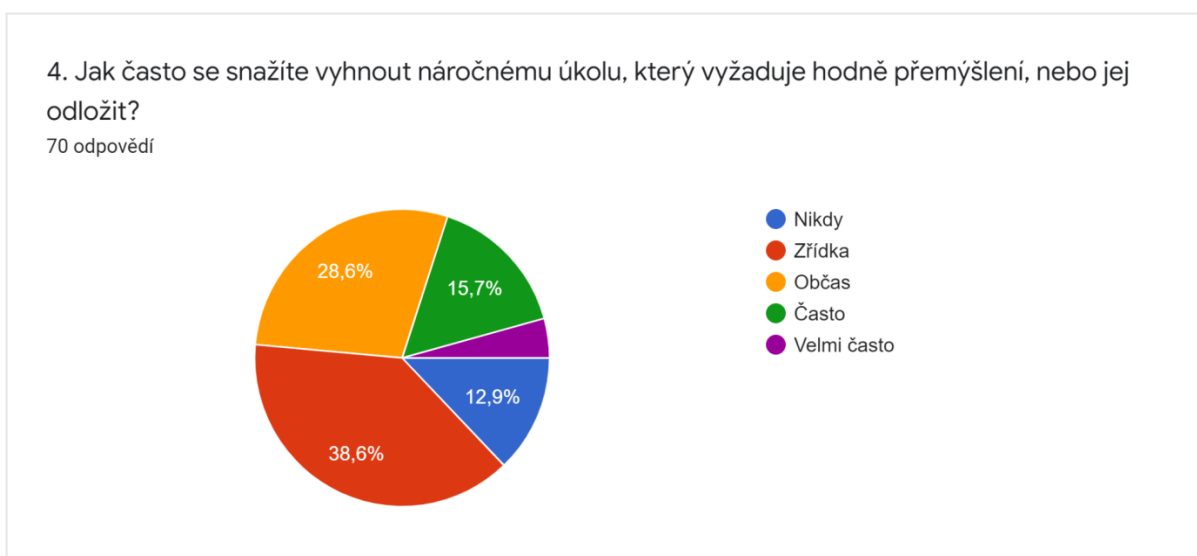
Obrázek 5 – Graf k dotazníkové otázce tři (vlastní výzkum)

Nabízené možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	13	18,5 %
Zřídka	27	38,6 %
Občas	14	20,0 %
Často	12	17,1 %
Velmi často	4	5,7 %

Tabulka 3 – Jak často míváte problém zapamatovat si schůzky a povinnosti? (vlastní výzkum)

Otázka 4

Tato otázka se zaměřuje na časté a typické odkládání těžkých věcí nebo úkolů na poslední chvíli, které je pro lidi s ADHD charakteristické, protože vědí, že vyžadovat vynaložení velkého úsilí o zachování pozornosti. 12,9 % respondentů zvolilo odpověď nikdy, 38,6 % zřídka, 28,6 % občas, variantu často volilo 15,7 % a velmi často 4,3 %.



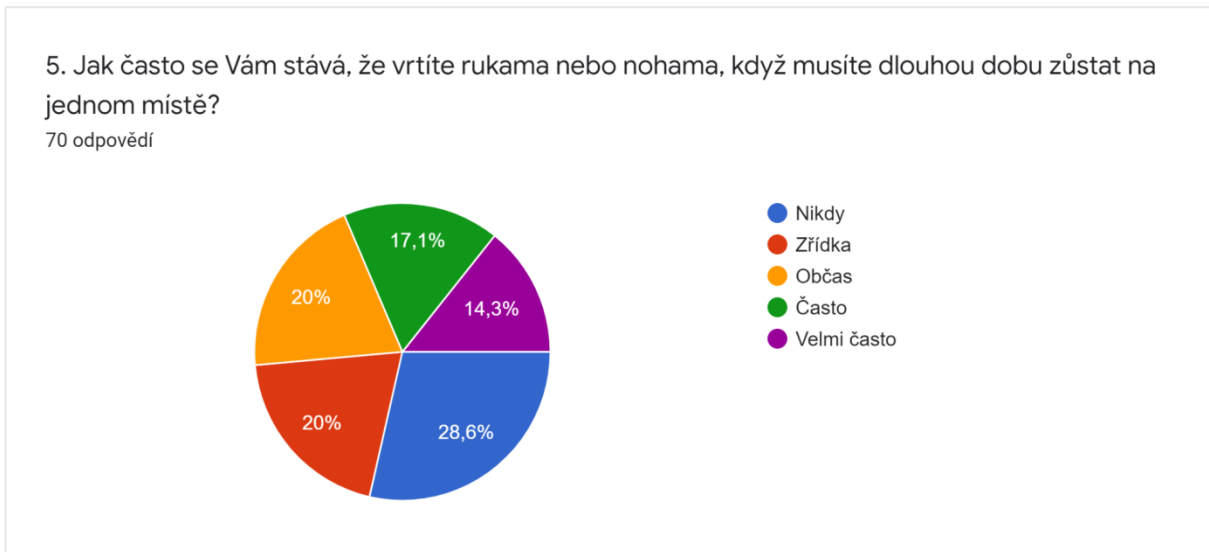
Obrázek 6 – Graf k dotazníkové otázce čtyři (vlastní výzkum)

Nabízené možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	9	12,9%
Zřídka	27	38,6%
Občas	20	28,6%
Často	11	15,7%
Velmi často	3	4,3%

Tabulka 4 – Jak často se snažíte vyhnout náročnému úkolu, který vyžaduje hodně přemýšlení, nebo jej odložit?
(vlastní výzkum)

Otázka 5

Pátá otázka se dotazuje na vyrovnávání se s nutností zůstat delší dobu na místě v podobě psychomotorického neklidu. Odpovědi byli téměř vyrovnané. Nejvíce respondentů zvolilo možnost nikdy (28,6 %). Zřídka a občas volilo 20 %, často 17,1 % a velmi často 14,3 %.



Obrázek 7 – Graf k dotazníkové otázce pět (vlastní výzkum)

Nabízené možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	20	28,6%
Zřídka	14	20,0%
Občas	14	20,0%
Často	12	17,1%
Velmi často	10	14,3%

Tabulka 5 – Jak často se Vám stává, že vrtíte rukama nebo nohama, když musíte dlouhou dobu zůstat na jedno místě? (vlastní výzkum)

Otázka 6

Tato otázka se zaměřuje na možnou hyperaktivitu, která se v dospělosti může projevovat ve formě vnitřního neklidu, kdy 22,9 % respondentů toto nepocítuje nikdy, 34,3 % zřídka, 21,4 % občas, 20 % často a 1,4 % velmi často.



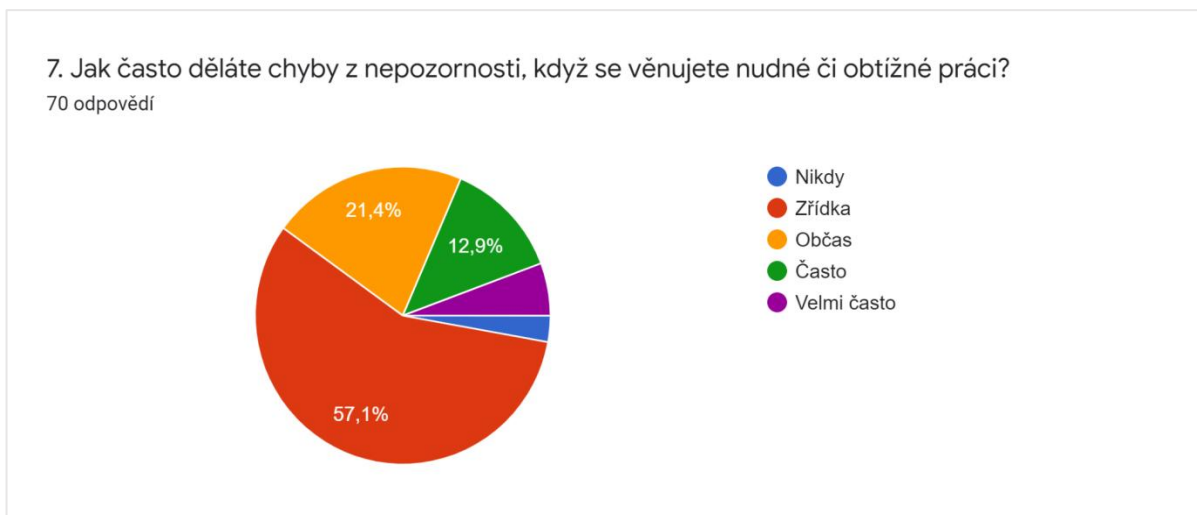
Obrázek 8 – Graf k dotazníkové otázce šest (vlastní výzkum)

Nabízené možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	16	22,9%
Zřídka	24	34,3%
Občas	15	21,4%
Často	14	20,0%
Velmi často	1	1,4%

Tabulka 6 – Jak často se cítíte být příliš aktivní a jako byste byli poháněni nějakým motorem? (vlastní výzkum)

Otázka 7

Otázka sedmá se dotazuje na problémy s chybami z nepozornosti, pokud se dotazovaný věnuje nudné či obtížné práci, která vyžaduje vynaložení spousty energie na udržení pozornosti. Možnost nikdy zvolilo 2,9 %, zřídka 57,1 %, občas zvolilo 21,4 %, často 12,9 % a velmi často 5,7% dotazovaných.



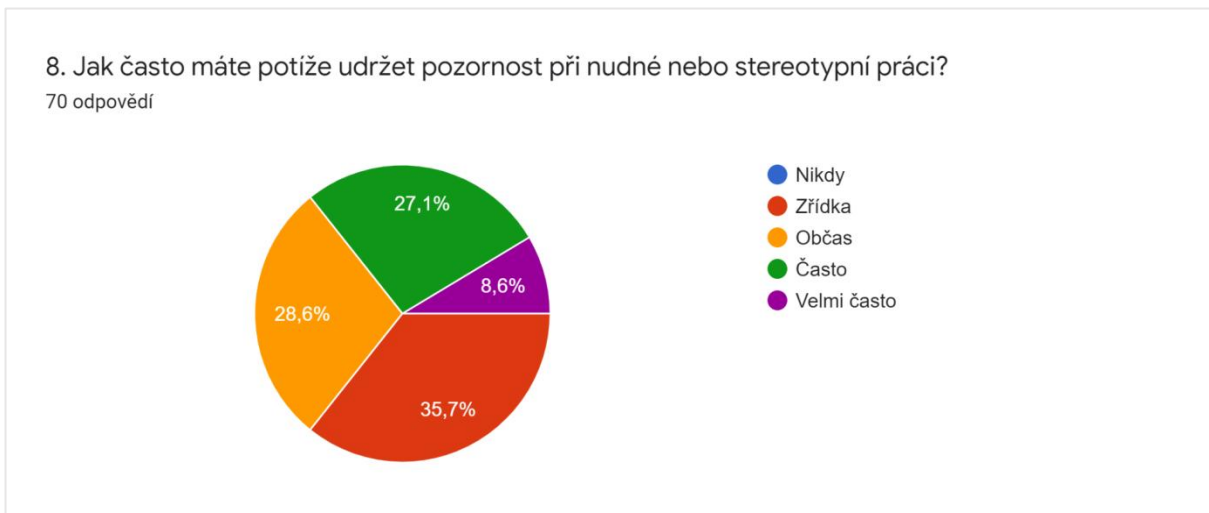
Obrázek 9 – Graf k dotazníkové otázce sedm (vlastní výzkum)

Nabízené možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	2	2,9%
Zřídka	40	57,1%
Občas	15	21,4%
Často	9	12,9%
Velmi často	4	5,7%

Tabulka 7 – Jak často děláte chyby z nepozornosti, když se věnujete nudné či obtížné práci? (vlastní zdroj)

Otázka 8

Osmá otázka cílí přímo na potíže s udržení pozornosti při stereotypní nebo nudné práci. Zde nezvolil možnost nikdy žádný z respondentů. Zřídka zvolilo 35,7 %, občas 27,6 %, často 27,1 % a velmi často 8,6 % respondentů.



Obrázek 10 – Graf k dotazníkové otázce osm (vlastní výzkum)

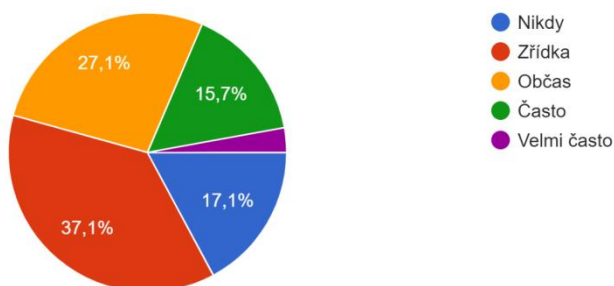
Nabízené možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	0	0,0%
Zřídka	25	35,7%
Občas	20	28,6%
Často	19	27,1%
Velmi často	6	8,6%

Tabulka 8 – Jak často máte potíže udržet pozornost při nudné nebo stereotypní práci? (vlastní výzkum)

Otázka 9

V této otázce se měli respondenti vyjádřit ke svým potížím obecně se soustředit na to, co lidé říkají a to i v případě kdy mluví přímo s nimi. Nikdy tyto potíže nepocituje 17,1 %, zřídka 37,1 %, občas 27,1 %, často 15,7 % a velmi často 2,9 % z dotazovaných.

9. Jak často máte potíže se soustředit na to, co lidé říkají, a to i v případě, kdy mluví přímo s Vámi?
70 odpovědí



Obrázek 11 – Graf k dotazníkové otázce devět (vlastní výzkum)

Nabízené možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	12	17,1%
Zřídka	26	37,1%
Občas	19	27,1%
Často	11	15,7%
Velmi často	2	2,9%

Tabulka 9 – Jak často máte potíže se soustředit na to, co lidé říkají, a to i v případě že mluví přímo s Vámi?
(vlastní výzkum)

Otázka 10

Tato otázka se týká krátkodobé paměti a zapomínání např. založených věcí doma i v práci a poté potýkání se s problémy je najít. U této otázky zvolilo možnost nikdy 4,3 %, zřídka 30 %, občas 34,3 %, často 25,7 % a velmi často 5,7 %.



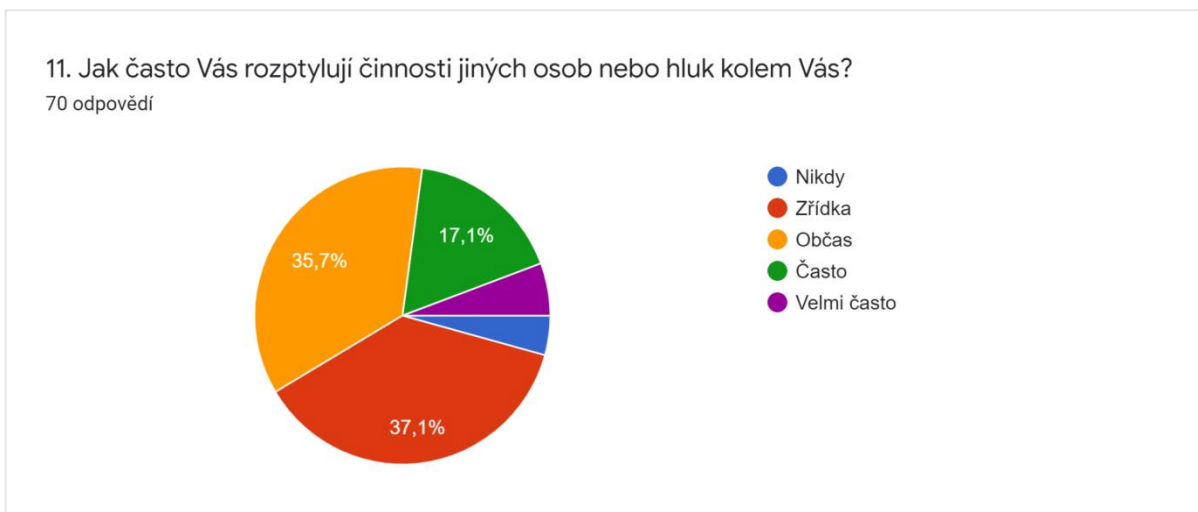
Obrázek 12 – Graf k dotazníkové otázce deset (vlastní výzkum)

Nabízené možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	3	4,3%
Zřídka	21	30,0%
Občas	24	34,3%
Často	18	25,7%
Velmi často	4	5,7%

Tabulka 10 – Jak často se Vám stane, že doma nebo v práci někam založíte věci a máte problémy je najít?
(vlastní výzkum)

Otázka 11

Jedenáctá otázka se dotazuje na potíže se soustředěním pokud je kolem hluk nebo pokud jsou respondenti rozptylováni činnostmi druhých. Zde zvolilo 4,3 % možnosti nikdy, 37,1 % zřídka, 35,7 % občas, 17,1 % často a velmi často zvolilo 5,7 % z dotazovaných.



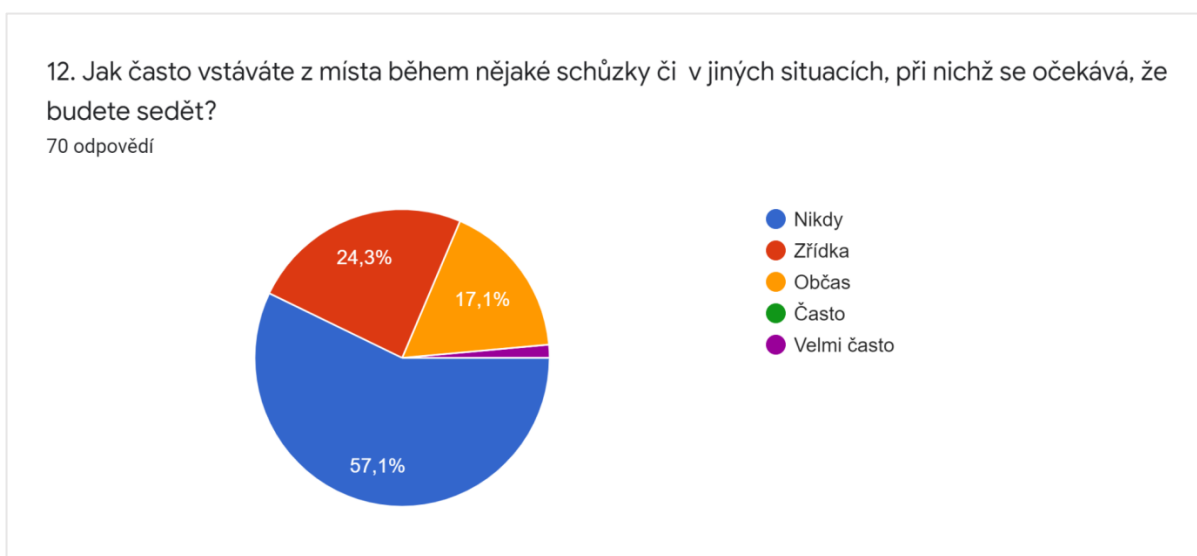
Obrázek 13 – Graf k dotazníkové otázce jedenáct (vlastní výzkum)

Nabízené možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	3	4,3%
Zřídka	26	37,1%
Občas	25	35,7%
Často	12	17,1%
Velmi často	4	5,7%

Tabulka 11 – Jak často Vás rozptylují činnosti jiných osob nebo hluk kolem Vás? (vlastní výzkum)

Otázka 12

Tato otázka se zaměřovala na potřebu pohybu během např. schůzky nebo v jiných situacích, kdy se vyžaduje dlouhodobé sezení či omezení pohybu. Více než polovina dotazovaných, tedy 57,1 % zvolilo možnost nikdy, 24,3 % zřídka, 17,1 % občas, možnost občas nezvolil nikdo a velmi často jeden z dotazovaných, tedy 1,4 %.



Obrázek 14 – Graf k dotazníkové otázce dvanáct (vlastní výzkum)

Nabízené možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	40	57,1%
Zřídka	17	24,3%
Občas	12	17,1%
Často	0	0,0%
Velmi často	1	1,4%

Tabulka 12 – Jak často vstáváte z místa během nějaké schůzky či v jiných situacích, při nichž se očekává, že budete sedět? (vlastní výzkum)

Otázka 13

Otázka třináct se ptá na pocit roztěkanosti či neklidnosti respondenta. Nikdy toto nepocituje 18,6 % dotazovaných, téměř polovina, tedy 48,6 % zřídka, občas 15,7 %, 12,9 % často a 4,3 % velmi často.



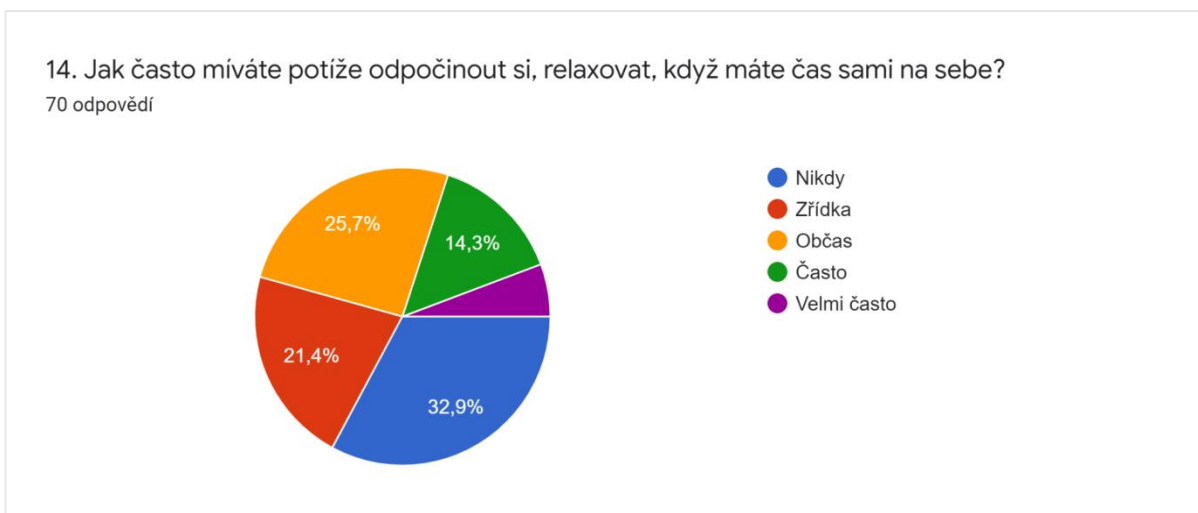
Obrázek 15 – Graf k dotazníkové otázce třináct (vlastní výzkum)

Nabízené možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	13	18,6%
Zřídka	34	48,6%
Občas	11	15,7%
Často	9	12,9%
Velmi často	3	4,3%

Tabulka 13 – Jak často se cítíte neklidný/á nebo roztěkaný/á? (vlastní výzkum)

Otázka 14

V této otázce se měli respondenti vyjádřit k možným problémům s odpočinkem a relaxací, když mají čas sami na sebe. 32,9 % z nich nikdy problémy nepocituje. 21,4 % zřídka, 25,7 % občas, 14,3 % často a 5,7 % má s tímto zkušenost velmi často.



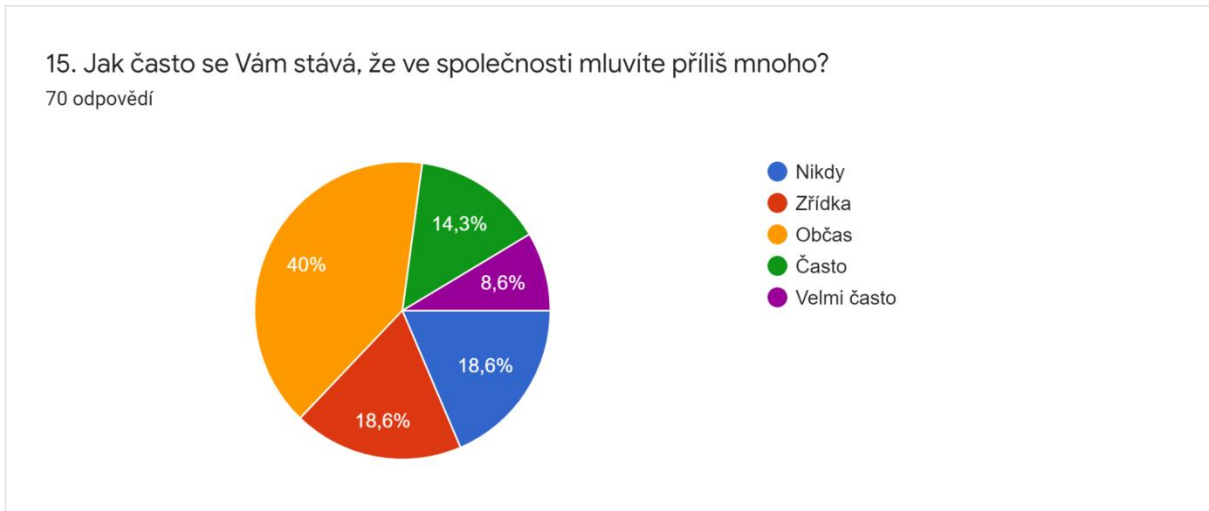
Obrázek 16 – Graf k dotazníkové otázce čtrnáct (vlastní výzkum)

Nabízené možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	23	32,9%
Zřídka	15	21,4%
Občas	18	25,7%
Často	10	14,3%
Velmi často	4	5,7%

Tabulka 14 – Jak často míváte potíže odpočinout si, relaxovat, když máte čas sami na sebe? (vlastní výzkum)

Otázka 15

Patnáctá otázka se ptá na přílišnou upovídanost ve společnosti druhých. Možnost nikdy stejně jako zřídka zvolilo 18,6 %, občas volilo celých 40 %, často 14,3 % a velmi často 8,6 % respondentů.



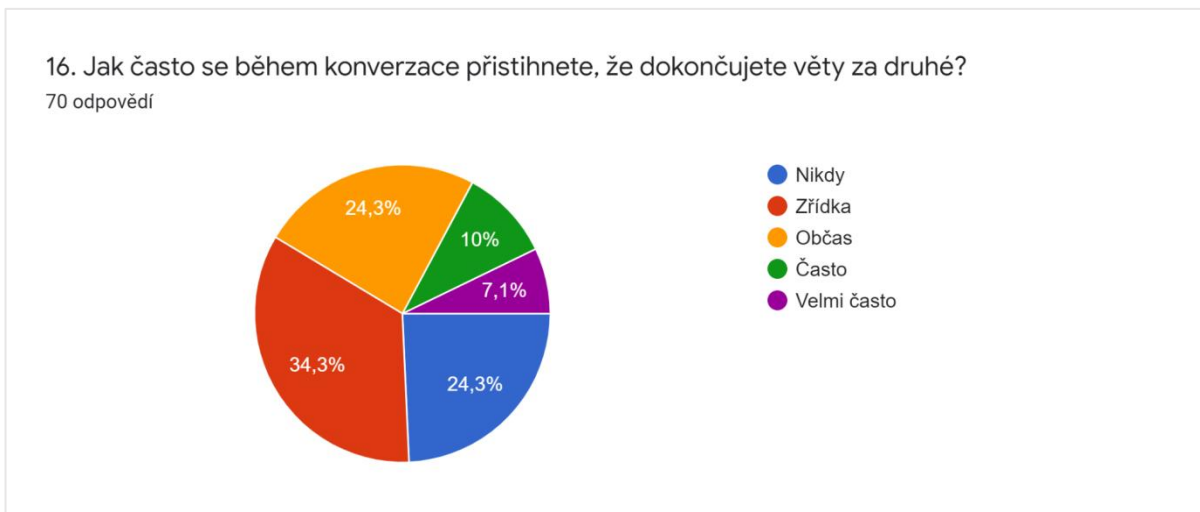
Obrázek 17 – Graf k dotazníkové otázce patnáct (vlastní výzkum)

Nabízené možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	13	18,6%
Zřídka	13	18,6%
Občas	28	40,0%
Často	10	14,3%
Velmi často	6	8,6%

Tabulka 15 – Jak často se Vám stává, že ve společnosti mluvíte příliš mnoho? (vlastní výzkum)

Otázka 16

Tato otázka také souvisí s upovídání a také impulzivitou v podobě dokončování vět při konverzaci s druhými. Tento problém nikdy nemívá 24,3 %, zřídka 34,3 %, občas 24,3 %, často 10 % a velmi často 7,1 % dotazovaných.



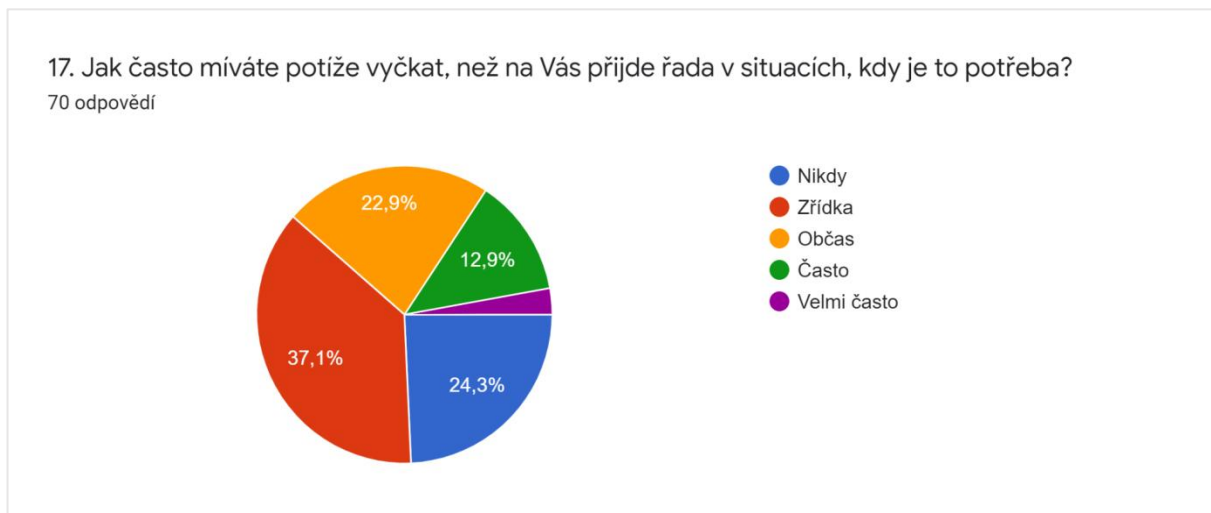
Obrázek 18 – Graf k dotazníkové otázce šestnáct (vlastní výzkum)

Nabízené možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	17	24,3%
Zřídka	24	34,3%
Občas	17	24,3%
Často	7	10,0%
Velmi často	5	7,1%

Tabulka 16 – Jak často se během konverzace přistihnete, že dokončujete věty za druhé? (vlastní výzkum)

Otázka 17

Předposlední otázka se zaměřuje na netrpělivost, například při čekání v řadě. Nikdy s tím nemívá problém 24,3 %, zřídka 37,1 %, občas 22,9 %, často 12,9 % a velmi často 2,9 % respondentů.



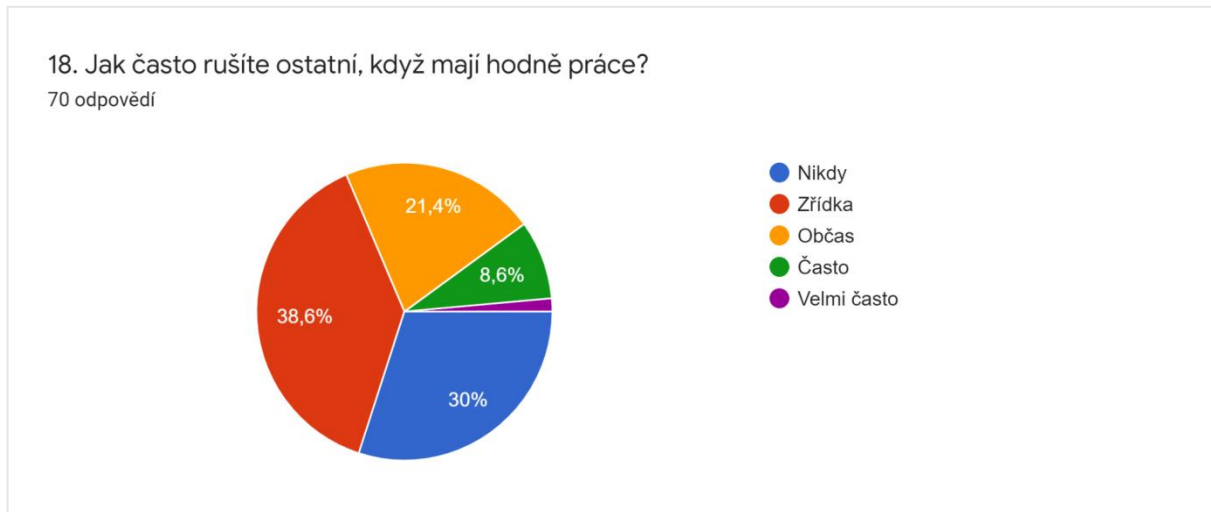
Obrázek 19 – Graf k dotazníkové otázce sedmnáct (vlastní výzkum)

Nabízené možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	17	24,3%
Zřídka	26	37,1%
Občas	16	22,9%
Často	9	12,9%
Velmi často	2	2,9%

Tabulka 17 – Jak často míváte potíže vyčkat, než na Vás přijde řada v situacích, kdy je to potřeba? (vlastní výzkum)

Otázka 18

Poslední otázka rovněž souvisí s impulzivitou, konkrétně s vyrušováním ostatních, i když mají hodně práce. Zde volilo možnost nikdy 30 %, zřídka 38,6 %, občas 21,4 %, často 8,6 % a velmi často 1,4 % dotazovaných.



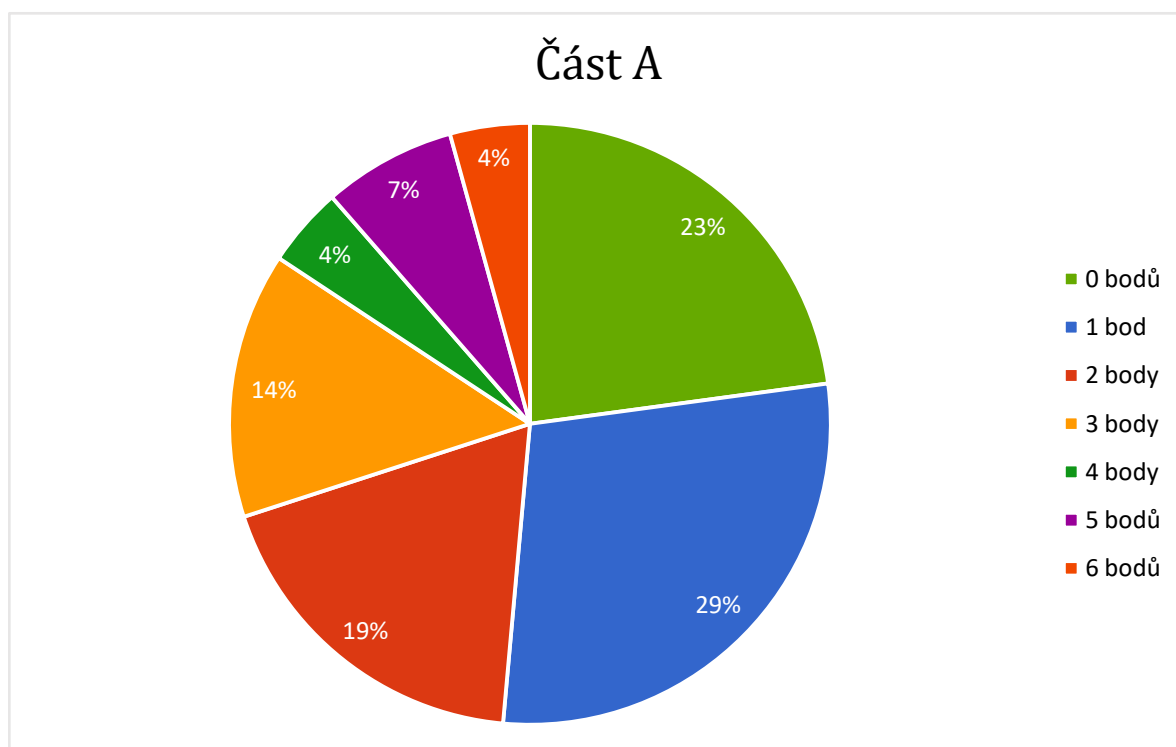
Obrázek 20 – Graf k dotazníkové otázce osmnáct (vlastní výzkum)

Nabízené možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	21	30,0%
Zřídka	27	38,6%
Občas	15	21,4%
Často	6	8,6%
Velmi často	1	1,4%

Tabulka 18 – Jak často rušíte ostatní, když mají hodně práce? (vlastní výzkum)

Část A

Celkově z části A získalo 23 %, tedy 16 respondentů 0 bodů, 29 %, tedy 20 respondentů po 1 bodu a 19 %, tedy 13 respondentů 2 body. Dohromady 49 respondentů (70 %), kteří neprokázali hlavní symptomatologii ADHD. 10 dotazovaných, tedy 14 %, získalo v této části 3 body, takže i když nejsou přímo klasifikováni k uvážení stanovení diagnózy na základě této části, nemělo by se opomenout jejich bodové hodnocení části B a při diagnostice ji brát v potaz. Více než 4 body získalo 11 respondentů (16 %), z toho 3 mělo plný počet bodů. Na základě této části, tedy můžeme říci, že u 11-ti respondentů se vyskytují zásadní symptomy ADHD a u 10-ti respondentů by se po přihlédnutí k druhé části, také mohlo hovořit o zvýšené symptomatologii ADHD.



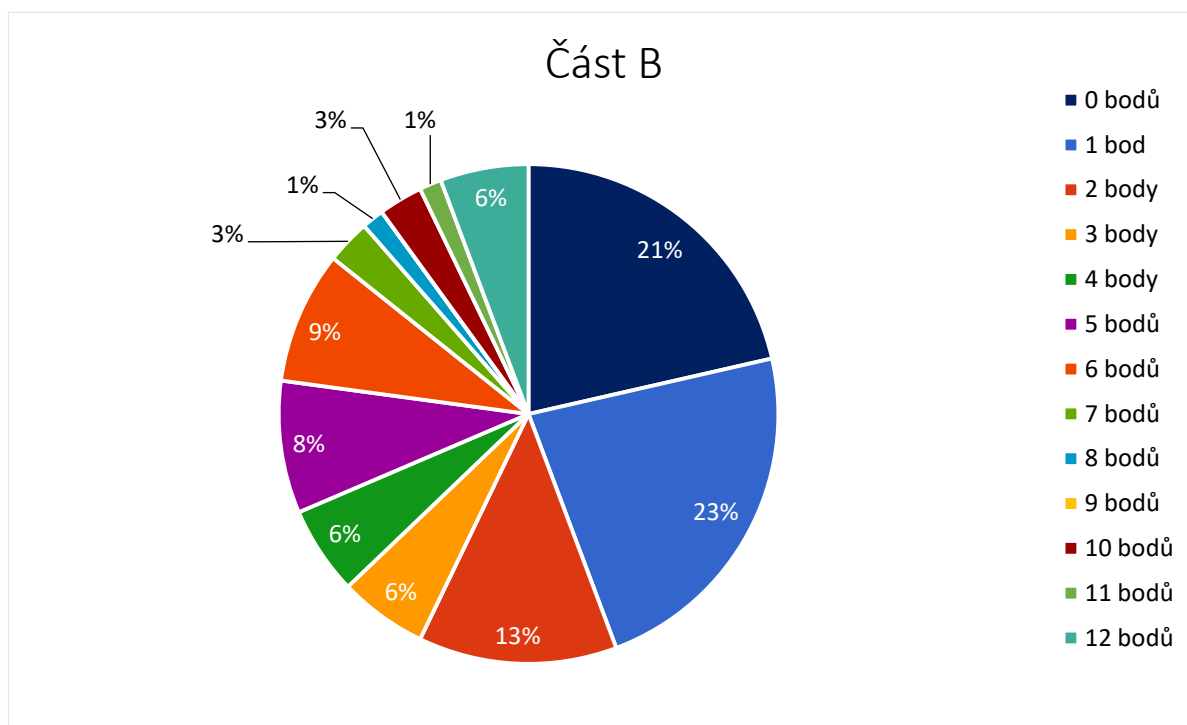
Obrázek 21 – Graf k bodovému vyhodnocení části A (vlastní výzkum)

Počet bodů část A	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
0 bodů	16	23%
1 bod	20	29%
2 body	13	19%
3 body	10	14%
4 body	3	4%
5 bodů	5	7%
6 bodů	3	4%

Tabulka 19 – Bodové vyhodnocení části A (vlastní výzkum)

Část B

Celkově v této části získalo 15 respondentů, tedy 21 %, 0 bodů, 16 (23 %) jich získalo po 1 bodě, 13 %, tedy 9 respondentů po 2 bodech. Skupinu 3, 4, a 12 bodů získali 4 respondenti, tedy 6 % z dotazovaných. Šest respondentů, získalo 5 bodů a stejný počet získal 6 bodů. Dva dotazovaní, tedy 3 %, získali 7 bodů. Osm bodů měl pouze jeden respondent, a jeden respondent měl také 11 bodů. 9 bodů nezískal nikdo. 10 bodů měli 2 respondenti, tedy 3 % z dotazovaných.



Obrázek 22 – Graf k bodovému vyhodnocení části B (vlastní výzkum)

Počet bodů část B	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
0 bodů	15	21%
1 bod	16	23%
2 body	9	13%
3 body	4	6%
4 body	4	6%
5 bodů	6	8%
6 bodů	6	9%
7 bodů	2	3%
8 bodů	1	1%
9 bodů	0	0%
10 bodů	2	3%
11 bodů	1	1%
12 bodů	4	6%

Tabulka 20 – Bodové vyhodnocení části B (vlastní výzkum)

Celkové vyhodnocení

Celkem 49 respondentů, tedy 70% nemělo dostatečný počet bodů v části A ani B potřebný k prokázání symptomatologie ADHD. Zbýlých 30 % tvoří 10 respondentů, kteří měli v části A pouze 3 body, ale v části B získali od 1 do 12 bodů, proto se zde může uvažovat o možné přítomnosti symptomů a 11 respondentů kteří měli v části A čtyři až šest bodů a v části B od 3 do 12 bodů, proto můžeme říct, že těchto 11 dotazovaných vykazuje jisté známky symptomatologie ADHD.

12 DISKUZE

Cílem mé práce, bylo mimo praktický výzkum, také shrnutí problematiky ADHD a symptomatologie především pro laickou veřejnost, realistické popsání problémů, se kterými se mohou lidé s touto neurodiverzní poruchou potýkat a použít k tomu pokud možno co nejnovější výsledky výzkumů, které popisují ADHD hlavně u dospělých pacientů. Myslím, že tento cíl jsem splnila. Nakonec i já bych se sama zařadila mezi laiky, neboť mým oborem je zdravotnictví a ne psychologie. Na druhou stranu, právě díky tomuto faktu jsem zvládla problematiku srozumitelně popsat. Zároveň jsem zjistila, že řešení problémů které ze symptomatologie vyplývají, nemusí být složité, nýbrž že je zásadní si především uvědomit příčiny těchto problémů. Na odstranění problémů můžeme efektivně pracovat, pouze pokud známe jejich pravý původ a u symptomatologie ADHD tomu není jinak. Problémem však může být, pokud si dospělý člověk nepřipouští tuto možnou souvislost právě kvůli stále ještě přetrvávajícímu stigma, že z ADHD dítě vyroste. Ve své práci jsem čerpala prakticky pouze ze zdrojů zabývajících se symptomatologií ADHD u dospělých a jsem přesvědčená, že s postupem času se tato problematika stane více známou i v širší společnosti.

Dalším cílem bylo prokázat souvislost mezi symptomatologií ADHD a volbou povolání, v tomto případě povolání zdravotnického záchranáře. Tuto skutečnost se mi z vlastního výzkumu nepovedlo prokázat, pravděpodobně kvůli velikosti vzorku, který byl dle mého mínění moc malý. Pokud bych měla možnost tento výzkum dělat znova, zvolila bych osobnější metodu sběru dat, než přes elektronický dotazník. Tato metoda je sice pro mě i pro respondenty pohodlnější, ovšem mé zapojení do výzkumu probíhalo pouze přes korespondenci s nadřizenými respondentů a myslím, že osobní interakce by mohla zajistit větší návratnost. Navíc bych do svého výzkumu kromě dotazníkového šetření také zahrнула osobní rozhovory na základě standardizovaných otázek s respondenty, kteří by s tím souhlasili. Tyto rozhovory bych poté se souhlasem respondentů konzultovala s erudovaným psychologem se zkušenostmi s diagnostikou ADHD u dospělých. S tímto pracovníkem bych vedla i osobní rozhovor zaměřený na mou osobu, který by mi pomohl hlouběji se seznámit s problematikou. Dále bych

v dotazníkovém šetření zahrnula i otázky s problematikou závislosti či nadměrné spotřebě návykových látek jako alkohol a stimulanty na bázi nikotinu.

V Česku zatím žádné výzkumy ani studie zabývající se souvislostí ADHD a výběrem zaměstnání neexistují a v jiných zemích světa je tomu podobně. Můžeme ale najít výzkumy týkající se této symptomatologie u personálu nemocnic, například v Jižní Korei, která se zabývala depresí, úzkostí, syndromem vyhoření, sebeúctou a životní spokojeností u zdravotních sester. Do svého výzkumu však zařadila i symptomatologii ADHD u dospělých. K tomu byla využita Barrattova škála impulzivity II a Korejské stupnice ADHD pro dospělé (K-AADHDS) velice podobná té, kterou využíváme v ČR (ASRS v. 1. 1). Z výsledků této studie vyplývá významný rozdíl impulzivity mezi sestrami a kontrolní skupinou, která byla u sester značně vyšší. Zajímavé je, že přes to nebyl statistický rozdíl v dalších faktorech jako kognitivní či motorická impulzivita. Jediný rozdíl byl v potížích s plánováním. Rovněž nebyl rozdíl mezi skupinami ani v další symptomatologii ADHD. Problémem téhle studie, stejně jako té mé, je sebe-hodnotící dotazník, kde je vcelku dobře rozeznatelné jaké odpovědi volit, aby vyšel výsledek negativní, proto tato metoda není stoprocentně průkazná. Dalším nedostatkem u této studie byl vzorek 95 sester žijících v jedné komunitě a autoři sami nakonec hodnotí tento vzorek jako příliš malý pro sběr dostatečných dat. Z toho vyplývá, že pokud bychom v budoucnu chtěli dělat výzkum této problematiky u zdravotníků, bude potřeba zapojit do něj mnohem více respondentů a pokusit se eliminovat možnosti nepravdivého vyplňování dotazníků.

Tím se dostávám k dalšímu cíli a to zjistit jaká je tedy symptomatologie ADHD u pracovníků zdravotnické záchranné služby vybraného kraje. Nemůžu tento cíl hodnotit jako úspěšný či nikoli, jelikož se týkal pouze sběru dat a jejich následným vyhodnocením. Zároveň bych u tohoto bodu diskuze ráda zdůraznila skutečnost, že několik záchranářů z tohoto kraje znám osobně a mohla jsem se jich zeptat na názor mého dotazníkového šetření. Jejich postoj a i postoj jejich kolegů nebyl obecně k tématu mé bakalářské práce nijak přívětivý a to především kvůli neznalosti problematiky a chápání syndromu ADHD jako velmi negativního při spojitosti s tak náročným a zodpovědným povoláním. Z tohoto důvodu byl můj

vzorek tak malý. Problém získat více respondentů totiž nespočíval délce dotazníku ani jeho časové náročnosti, nýbrž v prosté nechuti respondentů vystavit se případnému odhalení a nechtěnému vědomí o sobě samých a to i když byl dotazník striktně anonymní. Na základě tohoto poznatku můžeme vidět opakující se situaci, podobnou té v Jižní Korei, kdy se autoři studie potýkali se stejným problémem, lze tedy předpokládat, že i při dalších výzkumech v budoucnu dojde ke stejným nebo podobným obtížím nehledě na místo výzkumu (tj. škola, kraj, stát). Další otázkou je, kolik z těch, kteří ho vyplnili, ho vyplnili podle skutečnosti, tzn. tak jak to doopravdy cítí, protože přiznáním symptomatologie v dotazníku by pak museli přiznat tuto skutečnost i sami sobě. A přiznat si že má člověk problém je kolikrát ten nejtěžší krok k jeho vyřešení.

Celkem se podařilo získat data od 70 respondentů, což je téměř polovina původního vzorku. Ze získaných výsledků vyplývá, že 14 % respondentů má nejednoznačné symptomy ADHD a 16 % respondentů prokazuje specifickou symptomatologii ADHD. Což je podobný výsledek jako má výzkum z roku 2013, který proběhl na Zahedan University of Medical Science v Íránu a který se zaměřoval čistě na prevalenci ADHD u studentů univerzity. Na rozdíl od studie v Korei byl vzorek mnohem větší. Dotazník vyplnilo téměř 1 000 studentů z celkových 1 500, kteří na univerzitě studovali (zbylých 500 nebylo do výzkumu počítáno, kvůli nedokončení dotazníkového šetření, proto mohly být výsledky ještě rozdílnější). Těchto 1 000 respondentů studovalo obory související se zdravotnictvím, z toho nejvíce (25 %) bylo studentů zdravotnického záchranářství. Pro tento výzkum byl využit Conners' Adult ADHD Rating Scale–Self Report (Screening Version, CAARS-S:SV), rovněž velmi podobný ASRS v. 1. 1. Na základě téhle studie bylo potvrzeno, že ve všech třech aspektech symptomatologie ADHD (hyperaktivita, impulzivita, porucha pozornosti), dosáhli mužští respondenti většího procenta zastoupení než ženy, což potvrzuje, že je tato porucha častější u mužského pohlaví ovšem také potvrzuje, že i ženy mají významné zastoupení u této diagnózy (procentuální rozdíl mezi pohlavími nebyl totiž větší než 4 %). Výsledky této studie jsou překvapivé, jelikož 15,4 % respondentů prokázalo symptomatologii ADHD, což oproti jiným výzkumům, kteří autoři porovnávali je o 10 % více, než byly výsledky dalších studií. Závěry, které z toho vyvozují, se týkají

především nutnosti zvýšit screening populace pro další diagnostiku a možnost léčby, která by předcházela velmi častému jevu, který ADHD doprovází a tím je zneužívání návykových látek, což je obzvláště u mladých dospělých značným rizikem.

Symptomatologie ADHD může být zásadním problémem v životě dítěte, neméně však u dospělého člověka. Z mého výzkumu i dalších výzkumů vyplývá, že je tento problém u dospělých velmi aktuální. Otázkou je, jak moc jim tato symptomatologie komplikuje život a jejich práci. Osobně myslím, že práce zdravotnického záchranáře je pro lidi s touto symptomatologií víc než vhodná. Nemusí totiž celé hodiny nehnutě sedět, jsou neustále v pohybu, řeší problémy, které nejsou „běh na dlouhou trať“ a mají přesný postup pro tuto práci. Navíc mezi výjezdy mají čas se odreagovat, vyčistit si hlavu od předešlého případu a začít se zabývat něčím novým je tak jednodušší. Nemusejí udržet pozornost příliš dlouho, takže nedojde k její ztrátě a tudíž ani k chybám, které by kvůli nepozornosti dělali. Díky modernímu vybavení jako jsou pagery a tablety pro zápis navíc mají všechny informace snadno dohledatelné a tedy ani nemusejí pociťovat problémy se zapomnětlivostí. Proto ani nemusí mít pocit, že by je symptomatologie ADHD nějak omezovala. Nesmíme však zapomenout na množství komorbidit, které se mohou k této symptomatologii přidružovat, většinou kvůli kompenzačním snahám jedince, vypořádat se s určitými aspekty nemoci. Obzvláště pak tendence k zneužívání návykových látek by v souvislosti s touto problematikou měla být více řešena, neboť mezi návykové látky patří i alkohol a cigarety, i když v naší společnosti to tak spousta lidí nemusí vnímat. Další výzkumy by se tedy mohly zaměřit rovněž na procentuální zastoupení kuřáků a častých uživatelů alkoholu v souvislosti s ADHD a na samotný výskyt symptomatologie nejen u pracovníků zdravotnické záchranné služby, ale i u ostatních složek IZS. Zároveň by bylo vhodné více dostat do povědomí společnosti tuto problematiku a její řešení, aby se mohlo předcházet problémům, které způsobuje postiženým i jejich okolí a aby se na prevenci mohli podílet nejen erudovaní psychologové a psychiatři, ale i nejbližší okolí pacientů.

Jsem ráda, že jsem se nakonec rozhodla pro toto téma, i když mě poněkud zklamal nezájem a nespolupráce respondentů. Pokud by se mi naskytla příležitost

provádět tento výzkum znovu, nebo jej prohloubit, zaměřila bych se více i na studenty středních, vyšších odborných a vysokých škol zdravotnických oborů. Prevence by se tedy mohla uplatňovat už na středních školách. Další výhodou takového rozšířeného šetření by mohla být větší návratnost z dotazníkového šetření. U mladších respondentů bývá návratnost dotazníků větší i díky minimální předpojatosti vůči těmto typům výzkumů. Doufám také, že by se mohlo téma vhodného povolání pro lidi se symptomatologií ADHD stát více řešeným nejen mezi odborníky, ale i například na středních školách, kde je výběr vhodného zaměstnání aktuálnější a lidé jsou tak diskuzi k tomuto tématu více nakloněni. Zároveň by se už u studentů mohl provádět osobnostní test i se sebe-hodnotící škálou symptomatologie ADHD a z toho by vycházela doporučení na základě studií týkajících se tohoto tématu. Rovněž by mohlo být přínosné zahrnout do dalšího výzkumu i případný zájem již pracujících zdravotnických záchranářů o sebepoznávací a sebe-rozvojové aktivity, které by přispěly k porozumění sebe sama, osobním problémům se kterými se potýkají a pomohly jim nalézt způsob jak se s těmito problémy vypořádat a nalézt v životě rovnováhu.

13 ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo srozumitelně popsat problematiku symptomatologie ADHD pro neodbornou veřejnost, shrnout její hlavní problémy a propojit ji s povoláním zdravotnického záchranáře. Dále pak výzkum u zdravotnické záchranné služby vybraného kraje a jeho vyhodnocení. Z výsledků vyplývá, že tuto symptomatologii prokazuje značné množství respondentů, což by mohlo potvrzovat domnění souvislosti mezi touto symptomatologií a povoláním. Zároveň je jasné že toto téma je obecně podceňované a velmi málo zkoumané, což by do budoucna mohlo vést k rapidnímu navýšení studií, zabývajících se tímto tématem.

Tato práce by mohla poskytnout náhled do problematiky symptomatologie ADHD především zdravotníkům a více je seznámit s aspekty této poruchy, případně i vyvrátit negativní domněnky, které mezi nimi panují. Také by mohla poskytnout podklad pro další, odbornější výzkumy, které by se tímto tématem zabývali.

14 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADHD	Attention deficit hyperactivity disorder Porucha pozornosti s hyperaktivitou
ADHD-C	Attention deficit hyperactivity disorder – combined Porucha pozornosti s hyperaktivitou – typ kombinovaný
ADHD-H	Attention deficit hyperactivity disorder – hyperactive Porucha pozornosti s hyperaktivitou – typ hyperaktivní
ADHD-I	Attention deficit hyperactivity disorder – inattentive Porucha pozornosti s hyperaktivitou – typ impulzivní
ČR	Česká Republika
DSM-V	Diagnostický a statistický manuál – 5. vydání
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize
PAS	Porucha autistického spektra
WHO	World health organization – Světová zdravotnická organizace
WMH	World mental health – Světová organizace mentálního zdraví (podorganizace WHO)
ASRS	Adult Self-Report Scale – Sebehodnotící škála pro dospělé

15 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CAHOVÁ, Pavlína a Jana PEJČOCHOVÁ a Hana OLEJŠKOVÁ. *Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita*. Neurologie pro praxi. Olomouc: SOLEN, s.r.o., Lazecká 297/51, 2010, roč. 11/2010, č. 6, s. 373-377. ISSN 1213-1814

ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb. ze dne 14. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sběrka zákonů České republiky. 2011, částka: 20/2011 Sb. S. 482-543. Dostupný také z: https://www.fnkv.cz/soubory/87/vyhlaska_55-r-2011.pdf

DRTÍLKOVÁ, Ivana a Adam FIALA. *Rozdílné dimenze subtypů ADHD*. Česká a slovenská psychiatrie [online]. 2016, 112(3), 127-132 [cit. 2022-11-03]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: https://www.csppsychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_3_127_132.pdf

GAU, Susan S.F., Ronald C. KESSLER, Wan-Ling TSENG, Yu-Yu WU, Yen-Nan CHIU, Chin-Bin YEH a Hai-Gwo HWU. *Association Between Sleep Problems and Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Adults*. *Sleep* [online]. 2007, 30(2), 195-201 [cit. 2022-04-08]. ISSN 1550-9109. Dostupné z: doi:10.1093/sleep/30.2.195

HOMOLKOVÁ, Tereza. *Životní styl zdravotnických záchranářů v České Republice* [online]. Plzeň, 2017 [cit. 2022-04-08]. Dostupné z: <https://otik.zcu.cz/bitstream/11025/27272/1/Zivotni%20styl%20zdravotnickych%20zachranaru%20v%20Ceske%20republice%20-%20Bakalarska%20prace.pdf>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.

HUMPL, Lukáš. Mezní situace a duše záchranáře. In: SBORNÍK ABSTRAKT IV. odborné konference KZ ZZS ČR: „VAROVNÉ KASUISTIKY“. Ed. Pavel Böhm. 1. vyd. Olomouc: Komora záchranářů ZZS ČR, 2012, s. 15-17. ISBN 978-80-260-1969-5. Dostupné z: <http://www.komorazachranaru.eu>

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Máme dítě s ADHD: rady pro rodiče*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5347-8.

KESSLER, RONALD C., LENARD ADLER, MINNIE AMES, et al. *The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population*. *Psychological Medicine* [online]. 2005, **35**(2), 245-256 [cit. 2022-04-19]. ISSN 0033-2917. Dostupné z: doi:10.1017/S0033291704002892

KIM, Youn Sil, Namhee KIM, Ji Hee WEE, Beck Hee CHANG, Jung Ae PARK a Myung Ho LIM. *The Comparison Study of Nurses' Exhaustion and Depression, Anxiety, ADHD, and Impulsivity*. *STRESS* [online]. 2019, **27**(1), 17-22 [cit. 2022-05-10]. Dostupné z: doi:10.17547/kjsr.2019.27.1.17

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

MOSALANEJAD, Monire, Leili MOSALANEJAD a Kobra LASHKARPOUR. *Prevalence of ADHD Among Students of Zahedan University of Medical Science in Iran*. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* [online]. 2013, **7**(2), 83-90 [cit. 2022-05-10]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3939996/>

NEURODIVERSITY FAQ. *Thinking person's guide to autism* [online]. Forest Vivian, 2010 [cit. 2022-03-28]. Dostupné z: <https://thinkingautismguide.com/so-youre-doing-story-about>

PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1426-4.

PACLT, Ivo. *Diagnostika hyperkinetického syndromu v dospělosti*. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2002, (3), 115-117 [cit. 2022-04-08]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2002/03/05.pdf>

PTÁČEK, Radek a Hana PTÁČKOVÁ. *ADHD - variabilita v dětství a dospělosti*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-2930-8.

SHRIANE, Alexandra E., Alex M.T. RUSSELL, Sally A. FERGUSON, Gabrielle RIGNEY a Grace E. VINCENT, 2020. Sleep hygiene in paramedics: What do they know and what do they do?. *Sleep Health* [online]. **6**(3), 321-329 [cit. 2022-05-11]. ISSN 23527218. Dostupné z: doi:10.1016/j.sleh.2020.04.001

SCHMIDBAUER, Wolfgang, 2008. *Syndrom pomocníka: [podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích]*. Vyd. 2. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-369-7.

STANTON, Kasey, Miriam K. FORBES a Mark ZIMMERMAN. *Distinct dimension definic the Adult ADHD Self-Report Scale: Implications for assessing inattentive and hyperactive/impulsive symptoms*. *Psychological Assessment* [online]. 2018, **30**(12), 1549-1559. ISSN 1939-134X. Dostupné z doi:10.1037/pas0000604

STÁRKOVÁ, Libuše. *ADHD in the light of contemporary psychiatry and clinical practice*. *Pediatric pro praxi*. 2016, **17**(1), 16-21. ISSN 12130494. Dostupné z: doi:10.36290/ped.2016.004

SURMAN, Craig B. H., Joel J. ADAMSON, Carter PETTY, Joseph BIEDERMAN, Deborah C. KENEALY, Madeleine LEVINE, Eric MICK a Stephen V. FARAONE. Association Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Sleep Impairment in Adulthood. *The Journal of Clinical Psychiatry* [online]. 2009, **70**(11), 1523-1529 [cit. 2022-04-08]. ISSN 0160-6689. Dostupné z: doi:10.4088/JCP.08m04514

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

WILLIAMS, Penny. *Best Jobs for People with ADHD*. In: *Healthline* [online]. 2019 [cit. 2022-05-10]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/adhd/best-jobs>

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

16 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Klasifikace DSM-V (Jucovičová, Žáčková, 2015, s. 1).....	12
Obrázek 2 – Klasifikace MKN – 10 (Jucovičová, Žáčková , 2017, s. 15).....	13
Obrázek 3 – Graf k dotazníkové otázce jedna (vlastní výzkum).....	35
Obrázek 4 – Graf k dotazníkové otázce dva (vlastní výzkum).....	36
Obrázek 5 – Graf k dotazníkové otázce tři (vlastní výzkum).....	37
Obrázek 6 – Graf k dotazníkové otázce čtyři (vlastní výzkum).....	38
Obrázek 7 – Graf k dotazníkové otázce pět (vlastní výzkum).....	39
Obrázek 8 – Graf k dotazníkové otázce šest (vlastní výzkum).....	40
Obrázek 9 – Graf k dotazníkové otázce sedm (vlastní výzkum).....	41
Obrázek 10 – Graf k dotazníkové otázce osm (vlastní výzkum).....	42
Obrázek 11 – Graf k dotazníkové otázce devět (vlastní výzkum).....	43
Obrázek 12 – Graf k dotazníkové otázce deset (vlastní výzkum).....	44
Obrázek 13 – Graf k dotazníkové otázce jedenáct (vlastní výzkum).....	45
Obrázek 14 – Graf k dotazníkové otázce dvanáct (vlastní výzkum).....	46
Obrázek 15 – Graf k dotazníkové otázce třináct (vlastní výzkum).....	47
Obrázek 16 – Graf k dotazníkové otázce čtrnáct (vlastní výzkum).....	48
Obrázek 17 – Graf k dotazníkové otázce patnáct (vlastní výzkum).....	49
Obrázek 18 – Graf k dotazníkové otázce šestnáct (vlastní výzkum).....	50
Obrázek 19 – Graf k dotazníkové otázce sedmnáct (vlastní výzkum).....	51
Obrázek 20 – Graf k dotazníkové otázce osmnáct (vlastní výzkum).....	52
Obrázek 21 – Graf k bodovému vyhodnocení části A (vlastní výzkum).....	53
Obrázek 22 – Graf k bodovému vyhodnocení části B (vlastní výzkum).....	54

17 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1 – Jak často míváte potíže dokončit poslední detaily projektu/práce/úkolů, když hlavní části jsou již hotové? (vlastní výzkum)	35
Tabulka 2 – Máte-li před sebou úkol, který vyžaduje organizaci, jak často míváte problém zorganizovat jednotlivé věci? (vlastní výzkum)	36
Tabulka 3 – Jak často míváte problém zapamatovat si schůzky a povinnosti? (vlastní výzkum)	37
Tabulka 4 – Jak často se snažíte vyhnout náročnému úkolu, který vyžaduje hodně přemýšlení, nebo jej odložit? (vlastní výzkum)	38
Tabulka 5 – Jak často se Vám stává, že vrtíte rukama nebo nohama, když musíte dlouhou dobu zůstat na jedno místě? (vlastní výzkum)	39
Tabulka 6 – Jak často se cítíte být příliš aktivní a jako byste byli poháněni nějakým motorem? (vlastní výzkum)	40
Tabulka 7 – Jak často děláte chyby z nepozornosti, když se věnujete nudné či obtížné práci? (vlastní zdroj)	41
Tabulka 8 – Jak často máte potíže udržet pozornost při nudné nebo stereotypní práci? (vlastní výzkum)	42
Tabulka 9 – Jak často máte potíže se soustředit na to, co lidé říkají, a to i v případě že mluví přímo s Vámi? (vlastní výzkum)	43
Tabulka 10 – Jak často se Vám stane, že doma nebo v práci někde založíte věci a máte problémy je najít? (vlastní výzkum)	44
Tabulka 11 – Jak často Vás rozptylují činnosti jiných osob nebo hluk kolem Vás? (vlastní výzkum)	45
Tabulka 12 – Jak často vstáváte z místa během nějaké schůzky či v jiných situacích, při nichž se očekává, že budete sedět? (vlastní výzkum)	46
Tabulka 13 – Jak často se cítíte neklidný/á nebo roztěkaný/á? (vlastní výzkum)	47
Tabulka 14 – Jak často míváte potíže odpočinout si, relaxovat, když máte čas sami na sebe? (vlastní výzkum)	48
Tabulka 15 – Jak často se Vám stává, že ve společnosti mluvíte příliš mnoho? (vlastní výzkum)	49
Tabulka 16 – Jak často se během konverzace přistihnete, že dokončujete věty za druhé? (vlastní výzkum)	50

Tabulka 17 – Jak často míváte potíže vyčkat, než na Vás přijde řada v situacích, kdy je to potřeba? (vlastní výzkum).....	51
Tabulka 18 – Jak často rušíte ostatní, když mají hodně práce? (vlastní výzkum)	52
Tabulka 19 – Bodové vyhodnocení části A (vlastní výzkum)	54
Tabulka 20 – Bodové vyhodnocení části B (vlastní výzkum).....	55

18 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Podklad elektronického dotazníku	71
--	----

Příloha 1 - Podklad elektronického dotazníku Seznam Příloh

ADHD sebeposuzující škála pro dospělé (ASRS v. 1.1)

Odpovězte, prosím, na následující otázky. Na pravé straně stránky je umístěna stupnice. Svoji odpověď označte křížkem. Vaše odpovědi se vztahují k posledním 6 měsícům. Po vyplnění, prosím, odevzdejte tento dotazník svému lékaři. Dotazník bude dále projednáván během dnešního vyšetření.

Jméno:	Dnešní datum:				
	Nikdy	Zřídka	Občas	Často	Velmi často
1. Jak často míváte potíže dokončit poslední detaily projektu/práce/úkolu, když hlavní části jsou již hotové?					
2. Máte-li před sebou úkol, který vyžaduje organizaci, jak často míváte problémy zorganizovat jednotlivé věci?					
3. Jak často míváte problém zapamatovat si schůzky a povinnosti?					
4. Jak často se snažíte vyhnout náročnému úkolu, který vyžaduje hodně přemýšlení, nebo jej odložit?					
5. Jak často se Vám stává, že vrtíte rukama nebo nohama, když musíte dlouhou dobu zůstat na jednom místě?					
6. Jak často se cítíte být příliš aktivní a jako byste byli poháněni nějakým motorem?					
Část A					
7. Jak často děláte chyby z nepozornosti, když se věnujete nudné či obtížné práci?					
8. Jak často máte potíže udržet pozornost při nudné či stereotypní práci?					
9. Jak často máte potíže se soustředit na to, co lidé říkají, a to i v případě, kdy mluví přímo s Vámi?					
10. Jak často se vám stane, že doma nebo v práci někde založíte věci a máte problémy je najít?					
11. Jak často Vás rozptylují činnosti jiných osob nebo hluk kolem Vás?					
12. Jak často vstáváte z místa během nějaké schůzky či v jiných situacích, při nichž se očekává, že budete sedět?					
13. Jak často se cítíte neklidný nebo roztěkaný?					
14. Jak často míváte potíže odpočinout si, relaxovat, když máte čas sami na sebe?					
15. Jak často se Vám stává, že ve společnosti mluvíte příliš mnoho?					
16. Jak často se během konverzace přistihnete, že dokončujete věty za druhé?					
17. Jak často míváte potíže vyčkat, než na Vás přijde řada v situacích, kdy je to potřeba?					
18. Jak často rušíte ostatní, když mají hodně práce?					
Část B					