Złożenie pracy online:
2026-10-03 18:20:57
Kod pracy:
17446/55121/CloudA

Maria Fryzowicz-Ptaśnik
(nr albumu: 26778)

Praca magisterska

Wiedza oraz błędne przekonania na temat ADHD. Adaptacja, normalizacja oraz walidacja zrewidowanej Skali KADDS (Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale).

Knowledge and misconceptions about ADHD. Adaptation, standardization and validation of the revised KADDS (Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale).

Wydział: Wydział Nauk Społecznych i Informatyki

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr n. med. Magdalena Sikora

Nowy Sącz, 2026

Streszczenie

Celem pracy jest polska adaptacja i wstępna ocena właściwości psychometrycznych zrewidowanej wersji skali Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS) z 2025 roku (Sciutto, Terjesen, Goldrich). Wybór wersji zrewidowanej, zamiast oryginalnej z 2000 roku, wynika z uwzględnienia aktualnych kryteriów DSM-5-TR i ICD-11 oraz dorobku badań nad funkcjami wykonawczymi i dysregulacją emocjonalną. Materiały zostały udostępnione bezpośrednio przez autora narzędzia.

Praca dzieli się na część teoretyczną i empiryczną. Rozdział pierwszy omawia współczesne ujęcie kliniczne ADHD, jego rozpowszechnienie, etiologię i kryteria diagnostyczne. Rozdział drugi dotyczy roli wiedzy otoczenia społecznego (rodziców i nauczycieli) oraz weryfikacji powszechnych mitów. Rozdział trzeci charakteryzuje skalę KADDS, jej strukturę, właściwości psychometryczne oraz podstawy metodologiczne adaptacji.

Część empiryczna obejmuje rozdział czwarty (cel, hipotezy, procedura adaptacji, opis próby i plan analiz), rozdział piąty z wynikami badań własnych oraz rozdział szósty, zawierający ich dyskusję na tle literatury międzynarodowej, ograniczenia i implikacje praktyczne.

Słowa kluczowe

ADHD, Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS), skala wiedzy na temat zaburzeń z deficytem uwagi, wiedza o ADHD, błędne przekonania na temat ADHD

Abstract

The aim of this study is the Polish adaptation and preliminary psychometric evaluation of the revised Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS) from 2025 (Sciutto, Terjesen, Goldrich). Choosing the revised version over the original 2000 edition stems from its alignment with updated DSM-5-TR and ICD-11 criteria, as well as recent research on executive functions and emotional dysregulation. Materials were provided directly by the instrument's author.

The study consists of a theoretical part and an empirical part. Chapter one discusses the contemporary clinical framework of ADHD, including its prevalence, etiology, and diagnostic criteria. Chapter two focuses on the role of social context knowledge (parents and teachers) and addresses common misconceptions. Chapter three describes the KADDS scale, its structure, original psychometric properties, and the methodological foundations of psychological tool adaptation.

The empirical section includes Chapter four (study aim, hypotheses, adaptation procedure, sample characteristics, and analysis plan), Chapter five (results of the present study), and Chapter six, which provides a discussion of the findings against international literature, study limitations, and practical implications.

Keywords

ADHD, Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS), ADHD knowledge, ADHD misconceptions.

Spis treści

WSTĘP 7

ROZDZIAŁ 1. Współczesne ujęcie kliniczne ADHD oraz trudności diagnostyczne 10

1.1. Obraz kliniczny i rozpowszechnienie ADHD 10

1.1.1 Rozpowszechnienie 11

1.1.2 Rys historyczny 12

1.2. Etiologia i uwarunkowania neurobiologiczne 13

1.2.1 Uwarunkowania genetyczne 13

1.2.2 Czynniki środowiskowe okresu prenatalnego i okołoporodowego 14

1.2.3 Neurobiologiczne podstawy ADHD 14

1.2.4 Czynniki dietetyczne 15

1.3. Kryteria diagnostyczne w aktualnych systemach klasyfikacyjnych 15

1.3.1 DSM-5-TR 15

1.3.2 ICD-11 16

1.3.3 Porównanie klasyfikacji i konsekwencje odejścia od ICD-10 17

1.4. Obraz kliniczny w cyklu życia 18

1.4.1 Wiek przedszkolny i wczesnoszkolny 18

1.4.2. Adolescencja i dorosłość 19

1.4.3. Różnice związane z płcią i niedodiagnozowanie dziewcząt 19

1.5. Proces diagnostyczny, diagnoza różnicowa i ryzyko błędnego rozpoznania 20

1.5.1. Zasady postępowania diagnostycznego u dzieci i młodzieży 20

1.5.2. Narzędzia kwestionariuszowe i testy 21

1.5.3. Specyfika diagnozy u osób dorosłych 22

1.5.4. Zaburzenia współwystępujące i ryzyko błędnego rozpoznania 23

ROZDZIAŁ 2. Rola wiedzy otoczenia w procesie interwencji oraz charakterystyka błędnych przekonań na temat ADHD 26

2.1. Wiedza rodziców i nauczycieli w modelu procesu interwencji 26

2026

2.1.1. Założenia modelu....26
2.1.2. Etap rozpoznania problemu i skierowania....27
2.1.3. Etap diagnozy i wdrożenia oddziaływań....27
2.2. Brak wiedzy a błędne przekonania....28
2.2.1. Problem pomiarowy....28
2.2.2. Definicje operacyjne....28
2.2.3. Uzasadnienie empiryczne formatu trójopcjowego....29
2.3. Poziom wiedzy o ADHD w badaniach empirycznych....30
2.3.1. Wiedza nauczycieli....30
2.3.2. Wiedza rodziców i postawy społeczne....32
2.3.3. Stan badań w Polsce....32
2.4. Najczęstsze błędne przekonania na temat ADHD....33
2.4.1. Przekonania dotyczące objawów....33
2.4.2. Przekonania dotyczące rozpoznawania i diagnozy....34
2.4.3. Przekonania dotyczące etiologii i cech towarzyszących....35
2.4.4. Przekonania dotyczące leczenia....36
2.5. Media społecznościowe jako źródło błędnych przekonań....38
ROZDZIAŁ 3. Skala KADDS jako narzędzie pomiaru wiedzy na temat ADHD. Analiza wersji oryginalnej i zrewidowanej....40
3.1. Pomiar wiedzy o ADHD jako problem metodologiczny....40
3.2. Geneza i konstrukcja wersji oryginalnej....41
3.2.1. Powody powstania narzędzia....41
3.2.2. Struktura treściowa....41
3.2.3. Kontrola negatywnego błędu odpowiedzi....42
3.2.4. Zasady punktacji....43
3.2.5. Etapy konstrukcji narzędzia....43
3.3. Właściwości psychometryczne wersji oryginalnej....44

3.3.1. Zgodność wewnętrzna....44
3.3.2. Stabilność bezwzględna....44
3.3.3. Dowody trafności....45
3.3.4. Interpretacja wskaźników rzetelności w testach wiedzy....46
3.4. Zastosowania międzynarodowe i adaptacje kulturowe....47
3.4.1. Zakres stosowania....47
3.4.2. Przegląd adaptacji....47
3.4.3. Wnioski z przeglądu adaptacji....49
3.4.4. Brak wersji polskiej....49
3.5. Zrewidowana wersja skali (KADDS-R)....50
3.5.1. Przyczyny modyfikacji narzędzia....50
3.5.2. Zakres zmian....50
3.5.3. Wstępne dane psychometryczne....52
3.5.4. Uzasadnienie wyboru wersji zrewidowanej jako podstawy adaptacji....53
3.6. Metodologiczne podstawy adaptacji kulturowej narzędzia....53
3.6.1. Adaptacja a tłumaczenie....53
3.6.2. Standardy proceduralne....54
3.6.3. Wyzwania specyficzne dla adaptacji skali KADDS....55
ROZDZIAŁ 4. Metodologia badań własnych....58
4.1. Cel i przedmiot badania....58
4.2. Problemy badawcze i hipotezy....58
4.2.1. Problemy badawcze....58
4.2.2. Hipotezy....59
4.3. Procedura adaptacji kulturowej skali....61
4.3.1. Założenia proceduralne....61
4.3.2. Przebieg prac adaptacyjnych....62
4.3.3. Rozstrzygnięcia dotyczące pozycji zależnych od kontekstu kulturowego....78

4.4. Charakterystyka narzędzia badawczego 80
4.4.1. Struktura skali 80
4.4.2. Sposób obliczania wyników 80
4.4.3. Zmienne dodatkowe 81
4.5. Osoby badane i procedura badania 82
4.5.1. Charakterystyka próby 82
4.5.2. Procedura 83
4.5.3. Kwestie etyczne 84
4.6. Plan analizy statystycznej 84
4.6.1. Analiza rzetelności 84
4.6.2. Analiza pozycji 84
4.6.3. Analiza struktury wewnętrznej 85
4.6.4. Analiza trafności 85
4.6.5. Statystyki opisowe i analiza błędnych przekonań 86
ROZDZIAŁ 5. Wyniki badań własnych 87
5.1. Charakterystyka próby 87
5.2. Statystyki opisowe wyników skali 89
5.3. Rzetelność polskiej wersji skali 92
5.4. Analiza pozycji 93
5.5. Struktura wewnętrzna 96
5.6. Dowody trafności 99
5.6.1. Wiedza a doświadczenie kontaktu z ADHD 99
5.6.2. Wiedza a przeszkolenie 100
5.6.3. Dowody różnicowe 101
5.6.4. Porównanie grup zawodowych i edukacyjnych 102
5.7. Porównanie z badaniem walidacyjnym wersji źródłowej 103
5.8. Najczęstsze błędne przekonania i obszary niewiedzy 104

2026

5.9. Podsumowanie wyników 108
ROZDZIAŁ 6. Dyskusja wyników 111
6.1. Omówienie wyników w odniesieniu do postawionych hipotez 111
6.1.1. Rzetelność narzędzia (H1) 111
6.1.2. Profil wiedzy w obszarach treściowych (H2) 112
6.1.3. Trafność oparta na doświadczeniu i przeszkoleniu (H3, H4) 113
6.1.4. Dowody różnicowe (H5) 114
6.1.5. Struktura błędnych przekonań (H6, H7) 116
6.1.6. Struktura wewnętrzna narzędzia i artefakt kierunku kluczowania 118
6.2. Polska wersja skali na tle adaptacji obcojęzycznych 119
6.3. Ograniczenia badania 121
6.4. Implikacje praktyczne 122
6.5. Kierunki dalszych badań 123
ZAKOŃCZENIE 125
BIBLIOGRAFIA 127
SPIS TABEL 141
SPIS RYSUNKÓW 143
ANEKSY 144
Aneks A. Pozycje zrewidowanej wersji skali KADDS - wersja źródłowa, klucz odpowiedzi i przyporządkowanie do obszarów treściowych 144
Aneks B. Polska wersja skali KADDS-R zestawiona z wersją źródłową 146
Aneks C. Kwestionariusz danych demograficznych i zmiennych dodatkowych 148
Blok wspólny 149
Blok A - nauczyciele 149
Blok B - studenci 150
Blok C - pozostałe osoby badane 150

2026

WSTĘP

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi należy do najczęściej rozpoznawanych zaburzeń neurorozwojowych wieku dziecięcego, a jego objawy utrzymują się u znacznej części osób w wieku dorosłym. Skuteczność oddziaływań terapeutycznych i edukacyjnych nie zależy jednak wyłącznie od bezpośredniej pracy z osobą z rozpoznaniem. Decydującym, choć często pomijanym czynnikiem pozostaje poziom wiedzy jej najbliższego otoczenia - rodziców, nauczycieli oraz profesjonalistów pierwszego kontaktu. To oni jako pierwsi interpretują zachowanie dziecka, podejmują decyzję o skierowaniu na diagnozę, dostarczają informacji niezbędnych do oceny klinicznej i wdrażają zalecenia w środowisku domowym oraz szkolnym.

Wiedza otoczenia nie jest zatem czynnikiem towarzyszącym procesowi pomocy, lecz warunkiem jego uruchomienia. Deficyty w tym zakresie przybierają przy tym dwie jakościowo odmienne postaci. Pierwszą jest brak informacji - stan poznawczo neutralny, który można skorygować przez dostarczenie rzetelnej wiedzy. Drugą stanowią błędne przekonania, a więc fałszywe sądy przyjmowane z pełnym przekonaniem o ich prawdziwości. Ten drugi stan jest znacznie trudniejszy do modyfikacji, ponieważ osoba przekonana o posiadaniu wiedzy nie poszukuje informacji uzupełniających, a przekaz z nią sprzeczny może wywoływać opór. Rozróżnienie to ma bezpośrednie konsekwencje praktyczne: te same braki wiedzy wymagają odmiennych oddziaływań w zależności od tego, czy wynikają z niewiedzy, czy z utrwalonego mitu.

Pomiar tak rozumianej zmiennej wymaga narzędzia zdolnego do rozróżnienia obu stanów. Wymóg ten spełnia skala Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS), skonstruowana przez Marka J. Sciutto i współpracowników, w której obok odpowiedzi „prawda” i „fałsz” wprowadzono trzecią opcję „nie wiem”. W przeglądzie systematycznym obejmującym 96 narzędzi pomiaru wiedzy o ADHD KADDS uzyskała status jednego z zaledwie trzech instrumentów o ugruntowanych właściwościach psychometrycznych i została wskazana jako najszerzej stosowana metoda w tym obszarze. Narzędzie wykorzystano dotąd w ponad 550 badaniach w około 75 krajach, a jego wersje językowe funkcjonują między innymi w Hiszpanii, Kolumbii, Brazylii, Niemczech, Czechach, Grecji i Korei Południowej.

2026

W polskim piśmiennictwie psychologicznym skala KADDS nie funkcjonuje. Przeprowadzona kwerenda nie doprowadziła do odnalezienia jej polskiego tłumaczenia, adaptacji ani zastosowania, a Polska nie uczestniczyła w międzynarodowym badaniu porównawczym obejmującym dziewięć krajów. Co istotniejsze, nie istnieje również żadne inne zwalidowane polskie narzędzie pomiaru wiedzy o ADHD. W konsekwencji nie dysponujemy ani danymi o poziomie wiedzy nauczycieli i rodziców porównywalnymi z danymi międzynarodowymi, ani instrumentem umożliwiającym ocenę skuteczności programów psychoedukacyjnych. Luka ta jest tym bardziej dotkliwa, że dostępne dane pośrednie - badania jakościowe oraz sondaże z użyciem narzędzi autorskich - wskazują na rozpowszechnienie w polskim środowisku szkolnym przekonań przypisujących trudności ucznia z ADHD niedostosowaniu społecznemu lub zaniedbaniom wychowawczym.

Celem niniejszej pracy jest adaptacja zrewidowanej wersji skali Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale do warunków polskich oraz wstępna ocena jej właściwości psychometrycznych. Przedmiotem prac adaptacyjnych uczyniono wersję zrewidowaną, opracowaną w 2025 roku przez Sciutto, Terjesena i Goldrich, a nie wersję oryginalną z roku 2000. Rozstrzygnięcie to wynika z faktu, że wersja pierwotna została skonstruowana w oparciu o kryteria czwartej edycji klasyfikacji DSM i w kilku pozycjach odzwierciedla rozwiązania nieaktualne w świetle DSM-5-TR oraz ICD-11, podczas gdy wersja zrewidowana uwzględnia zarówno zmiany klasyfikacyjne, jak i dorobek ostatnich dwudziestu pięciu lat badań nad funkcjami wykonawczymi, dysregulacją emocjonalną i następstwami zaburzenia. Materiały niezbędne do przeprowadzenia adaptacji - podręcznik wersji oryginalnej, zestaw pozycji wersji zrewidowanej oraz raport z danych wstępnych - zostały udostępnione przez autora narzędzia bezpośrednio na potrzeby niniejszej pracy.

Praca składa się z części teoretycznej i empirycznej. Rozdział pierwszy przedstawia współczesne ujęcie kliniczne ADHD: jego obraz, rozpowszechnienie, uwarunkowania etiologiczne, kryteria diagnostyczne w aktualnych systemach klasyfikacyjnych oraz specyfikę procesu diagnostycznego wraz z ryzykiem błędnego rozpoznania. Rozdział drugi poświęcono roli wiedzy otoczenia społecznego w procesie udzielania pomocy - omówiono w nim model procesu interwencji, rozróżnienie między brakiem wiedzy a błędnymi przekonaniami, stan badań nad poziomem wiedzy nauczycieli i rodziców oraz katalog najczęstszych błędnych przekonań wraz z dowodami

2026

empirycznymi pozwalającymi je zweryfikować. Rozdział trzeci zawiera szczegółową charakterystykę skali KADDS: przesłanki jej konstrukcji, strukturę, właściwości psychometryczne wersji oryginalnej, przegląd adaptacji kulturowych, opis wersji zrewidowanej oraz metodologiczne podstawy adaptacji narzędzi psychologicznych.

Część empiryczną otwiera rozdział czwarty, przedstawiający cel i problemy badawcze, hipotezy, procedurę adaptacji skali, charakterystykę narzędzia i osób badanych oraz plan analizy statystycznej. Rozdział piąty zawiera wyniki badań własnych, rozdział szósty - ich omówienie w odniesieniu do postawionych hipotez i wyników badań międzynarodowych, wraz z ograniczeniami i implikacjami praktycznymi. Pracę zamyka zakończenie oraz aneksy obejmujące polską wersję narzędzia wraz z kluczem odpowiedzi.

ROZDZIAŁ 1. Współczesne ujęcie kliniczne ADHD oraz trudności diagnostyczne

1.1. Obraz kliniczny i rozpowszechnienie ADHD

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD) jest zaburzeniem neurorozwojowym charakteryzującym się utrwalonym wzorcem nieuwagi i/lub nadmiernej aktywności oraz impulsywności, który wykracza poza normę rozwojową właściwą dla wieku jednostki. W istotnym stopniu również zakłóca jej funkcjonowanie społeczne, edukacyjne lub zawodowe (American Psychiatric Association, 2023; World Health Organization, 2019/2021). Objawy często już ujawniają się we wczesnym okresie rozwojowym, a ich obecność musi zostać stwierdzona w co najmniej dwóch odrębnych środowiskach życia, co pozwala między innymi odróżniać ADHD od trudności wynikających z niekorzystnych warunków wychowawczych (Grzegorzewska i in., 2020; Racicka-Pawlukiewicz i Wolańczyk, 2021).

Trudności osób z ADHD dotyczą trzech powiązanych obszarów. Nieuwaga przejawia się jako ograniczona zdolność do podtrzymywania koncentracji na zadaniach, które nie przynoszą natychmiastowej satysfakcji, podatność na rozproszenia, trudności w organizacji działania i w zarządzaniu czasem oraz skłonność do gubienia przedmiotów i zapominania o codziennych obowiązkach. Nadmierna aktywność obejmuje nadruchliwość, niepokój ruchowy i trudność w zachowaniu bezruchu w sytuacjach tego wymagających. U osób dorosłych częściej przybiera ona postać odczuwanego napięcia wewnętrznego niż widocznej aktywności. Impulsywność polega na natychmiastowym reagowaniu na bodźce bez zastanowienia się nad ich konsekwencjami oraz na trudnościach z hamowaniem reakcji (American Psychiatric Association, 2023; World Health Organization, 2019/2021).

Aktualnie coraz częściej zauważane są deficyty w funkcjach wykonawczych dotyczących planowania, organizacji, hamowania reakcji i zarządzania czasem oraz trudności w regulacji emocji. Metaanaliza trzynastu badań obejmujących 2535 osób dorosłych wykazała, że nasilenie dysregulacji emocjonalnej w grupie osób z ADHD jest istotnie wyższe niż w grupach porównawczych (Beheshti i in., 2020). Faraone i współpracownicy (2019) argumentują, że trudności w samoregulacji emocji są na tyle

2026

charakterystyczne dla ADHD, że zasługują na uwzględnienie w rozważaniach nad kryteriami diagnostycznymi.

1.1.1 Rozpowszechnienie

Oszacowania rozpowszechnienia ADHD różnią się w zależności od zastosowanej klasyfikacji, źródła informacji i procedury diagnostycznej. Metaanaliza Polanczyka i współpracowników (2007), obejmująca 102 badania i 171 756 uczestników ze wszystkich kontynentów wskazała na występowanie ADHD u 5,29% dzieci i młodzieży. Kluczowe znaczenie ma to, że po uwzględnieniu różnic metodologicznych nie stwierdzono istotnych różnic między Ameryką Północną a Europą. Obserwowana zmienność wyników wynika przede wszystkim z odmiennych procedur badawczych, nie zaś z uwarunkowań geograficznych czy kulturowych.

Zaktualizowany przegląd tego samego zespołu, obejmujący 154 badania z trzech dekad, nie dostarczył dowodów na wzrost odsetka dzieci spełniających kryteria ADHD w czasie, o ile stosowane były ustandaryzowane procedury diagnostyczne (Polanczyk i in., 2014). Wniosek ten ma istotne znaczenie dla rozdziału drugiego tej pracy: rozpowszechnione przekonanie o „epidemii ADHD" nie znajduje potwierdzenia w danych epidemiologicznych, a wzrost liczby rozpoznań wskazuje raczej na poprawę wykrywalności i zmiany kryteriów niż realny przyrost częstości zaburzenia.

Nowsze opracowania potwierdzają zgodność z danymi uzyskanymi przez Polanczyka. Metaanaliza Salariego i współpracowników (2023), oparta na 61 badaniach przekrojowych, wskazuje na występowanie ADHD u 7,6% dzieci w wieku 3–12 lat i 5,6% u młodzieży w wieku 12–18 lat. Przegląd obejmujący łącznie 588 badań i ponad 3,2 miliona uczestników, dał wynik 8,0%, przy czym rozpowszechnienie wśród chłopców (10%) było dwukrotnie wyższe niż wśród dziewcząt (5%) (Ayano i in., 2023). Międzynarodowe stanowisko konsensusowe World Federation of ADHD przyjmuje wartość 5,9% dla dzieci i młodzieży oraz 2,5–2,8% dla osób dorosłych (Faraone i in., 2021).

W odniesieniu do populacji dorosłych metaanaliza Songa i współpracowników (2021), obejmująca 40 badań z 30 krajów, wykazała rozpowszechnienie ADHD z udokumentowanym początkiem w dzieciństwie na poziomie 2,58% po standaryzacji do struktury populacji świata z 2020 roku, co odpowiada blisko 140 milionom osób. Rozpowszechnienie ADHD bez wymogu ustalenia wieku początku, oszacowano na 6,76%, czyli około 366 milionów osób. Dane te stanowią najmocniejszy argument liczbowy przeciw traktowaniu ADHD jako zaburzenia występującego wyłącznie u dzieci.

2026

Dla Polski źródłem danych populacyjnych pozostaje raport z badania EZOP II (Moskalewicz i Wciórka, 2021), w którym w grupie wiekowej 7–17 lat (N = 2188) rozpowszechnienie ADHD oszacowano na 2,0% - 3,3% wśród chłopców i 0,8% wśród dziewcząt. Wynik ten jest wyraźnie niższy od oszacowań światowych i wymaga ostrożnej interpretacji. Według ustaleń Polanczyka i współpracowników (2014) rozbieżność ta z dużym prawdopodobieństwem wskazuje na specyfikę zastosowanego narzędzia i procedury, a także niedostateczną wykrywalność zaburzenia w polskich warunkach, nie zaś realnie niższą częstość ADHD w populacji polskiej.

1.1.2 Rys historyczny

Za jeden z najwcześniejszych opisów ADHD uznaje się charakterystykę „braku uwagi" (*Mangel der Aufmerksamkeit*, *attentio volubilis*) sformułowaną w 1775 roku przez niemieckiego lekarza Melchiora Adama Weikarda, którą Barkley i Peters (2012) uznają za wcześniejszą niż powszechnie przywoływany opis Alexandra Crichtona. Szkocki lekarz Crichton przedstawił w 1798 roku koncepcję „niepokoju umysłowego" (*mental restlessness*), wskazując na trudności w utrzymaniu uwagi jako źródło niepowodzeń szkolnych i uzasadnienie dla indywidualizacji wymagań pedagogicznych. Należy jednak podkreślić, że opis Crichtona odnosił się wyłącznie do problemów związanych z nieuwagą i odpowiada on raczej dzisiejszemu obrazowi z przewagą deficytów uwagi niż ADHD ogółem (Palmer i Finger, 2001).

Kolejnym punktem odniesienia są wykłady goulstońskie George'a F. Stilla (1902), w których autor opisał grupę 43 dzieci wykazujących (przy zachowanej sprawności intelektualnej) trwały „defekt kontroli moralnej" (*defect of moral control*). Jednak opisana przez Stilla grupa była wysoce różnorodna i obejmowała przede wszystkim dzieci z nasilonymi zaburzeniami zachowania oraz agresją. Przyjęcie jego charakterystyki jako „pierwszy opis ADHD" w dzisiejszym rozumieniu stanowiłoby nadinterpretację.

Ewolucja nazewnictwa w systemach klasyfikacyjnych odzwierciedla zmieniające się rozumienie natury zaburzenia. W drugiej edycji klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-II) posługiwano się terminem „reakcja hiperkinetyczna wieku dziecięcego" (*hyperkinetic reaction of childhood*), akcentującym nadmierną aktywność ruchową. W trzeciej edycji mocniej zaakcentowano deficyty uwagi, natomiast czwarta edycja wprowadziła nazwę obowiązującą do dziś, obejmującą zarówno element uwagowy, jak i ruchowo-impulsywny. Równolegle w klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia funkcjonował „zespół hiperkinetyczny" (ICD-8),

2026

zmieniony w 1978 roku na „zaburzenia hiperkinetyczne", które to nazewnictwo utrzymało się w ICD-10 (Gorzkowska i Samochowiec, 2012; Racicka-Pawlukiewicz i Wolańczyk, 2021). Przełomowe znaczenie miało piąte wydanie DSM, które przeniosło ADHD do grupy zaburzeń neurorozwojowych, podniosło graniczny wiek ujawnienia się objawów z siódmego do dwunastego roku życia, obniżyło próg diagnostyczny dla osób powyżej siedemnastego roku życia oraz zniosło zakaz jednoczesnego rozpoznawania ADHD i zaburzeń ze spektrum autyzmu.

1.2. Etiologia i uwarunkowania neurobiologiczne

1.2.1 Uwarunkowania genetyczne

ADHD należy do zaburzeń psychicznych o wysoce udokumentowanej dziedziczności. Przegląd Faraone'a i Larssona (2019), obejmujący 37 badań bliźniąt, wskazuje na średnią odziedziczalność wynoszącą 74%. Zgodność wyników badań rodzinnych, bliźniaczych i adopcyjnych czyni ten wskaźnik jednym z najlepiej ugruntowanych ustaleń w psychopatologii rozwojowej. Autorzy zwracają przy tym uwagę, że niższe oszacowania uzyskiwane w badaniach osób dorosłych opartych na samoopisie (30–40%) wynikają z błędu pomiaru, a nie z rzeczywistego osłabienia wpływu czynników genetycznych wraz z wiekiem.

Architektura genetyczna ADHD ma charakter poligeniczny. Pierwsze badanie asocjacyjne całego genomu, które przyniosło wyniki istotne na poziomie genomowym, objęło 20 183 osoby z rozpoznaniem ADHD i 35 191 osób z grupy kontrolnej, identyfikując dwanaście loci ryzyka (Demontis i in., 2019). Rozszerzona analiza, obejmująca 38 691 osób z ADHD i 186 843 osoby z grupy kontrolnej, zwiększyła tę liczbę do 27 loci i wskazała 76 potencjalnych genów ryzyka, ze szczególnym udziałem genów ulegających ekspresji we wczesnym rozwoju mózgu (Demontis i in., 2023). Autorzy podkreślają jednocześnie, że od 84% do 98% wariantów genetycznych związanych z ADHD jest współdzielonych z innymi zaburzeniami psychicznymi. Ustalenie to pozwala nie traktować ADHD jako osobnej jednostki o swoistym podłożu genetycznym i pomaga wyjaśnić wysoką współchorobowość omawianą w podrozdziale 1.5.

Wyniki te mają bezpośrednie znaczenie dla problematyki niniejszej pracy. Stanowią one najmocniejszy dostępny argument przeciw utrzymującemu się w przestrzeni społecznej przekonaniu, że ADHD jest następstwem nieskutecznych praktyk

2026

wychowawczych - przekonaniu, którego rozpowszechnienie mierzy jedna z pozycji skali KADDS-R.

1.2.2 Czynniki środowiskowe okresu prenatalnego i okołoporodowego

Wśród czynników niegenetycznych najlepiej udokumentowany jest związek ADHD z wcześniactwem i niską masą urodzeniową. Metaanaliza 34 badań wykazała, że u dzieci urodzonych jako wcześniaki lub z bardzo małą masą urodzeniową ryzyko ADHD jest ponad dwukrotnie wyższe, a w grupie skrajnych wcześniaków ponad czterokrotnie wyższe (Franz i in., 2018).

Znacznie bardziej złożony okazuje się obraz w przypadku ekspozycji na substancje psychoaktywne w okresie prenatalnym. Analiza norweskiej kohorty MoBa, obejmująca ponad 100 000 dzieci, wykazała, że palenie tytoniu przez matkę w ciąży nie wiązało się z ADHD u dziecka silniej niż palenie przez ojca, palenie przez babkę (w czasie ciąży z matką badanego dziecka) ani palenie matki w ciążach poprzednich. W analizach rodzeństwa różniącego się ekspozycją związek zanikał (Gustavson i in., 2017). Badacze dochodzą do wniosku, że związek ten wynika ze wspólnych czynników rodzinnych (genetycznych i środowiskowych), a nie z bezpośredniego, szkodliwego wpływu na płód. Podobnie metaanaliza dotycząca niskiego i umiarkowanego spożycia alkoholu w ciąży nie wykazała podwyższonego ryzyka ADHD (San Martin Porter i in., 2019). Ustalenie to nie odnosi się jednak do spożycia intensywnego ani do spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych.

Wyciąganie wniosków o przyczynach na podstawie zwykłych korelacji tworzy błędne przekonania. Gdy społeczeństwo uznaje je za fakty, rodzice mogą być niesłusznie obarczani winą za zaburzenie dziecka.

1.2.3 Neurobiologiczne podstawy ADHD

Największym dotąd badaniem strukturalnym w tym obszarze jest megaanaliza konsorcjum ENIGMA, obejmująca 1713 osób z ADHD i 1529 osób z grupy kontrolnej w wieku od 4 do 63 lat, pochodzących z 23 kohort (Hoogman i in., 2017). Wykazano w niej mniejsze objętości pięciu struktur podkorowych: ciała migdałowatego ($d = -0{,}19$), jądra półleżącego ($d = -0{,}15$), skorupy ($d = -0{,}14$), jądra ogoniastego ($d = -0{,}11$) i hipokampa ($d = -0{,}11$), a także nieznacznie mniejszą objętość wewnątrzczaszkową. Różnice były najwyraźniejsze u dzieci poniżej piętnastego roku życia i nieistotne w grupie osób dorosłych powyżej dwudziestego pierwszego roku życia, co autorzy interpretują jako przejaw opóźnienia dojrzewania struktur podkorowych.

2026

Interpretacja tych wyników wymaga jednak istotnego zastrzeżenia. Uzyskane wielkości efektu są bardzo małe ($d \approx 0{,}11–0{,}19$), co oznacza rozległe nakładanie się rozkładów w obu grupach. Wyniki neuroobrazowe mają zatem wartość wyłącznie na poziomie porównań grupowych i nie mogą stanowić podstawy rozpoznania u konkretnej osoby. Wskazanie to jest istotne o tyle, że jedna z pozycji skali KADDS bada właśnie przekonanie o istnieniu swoistych cech fizycznych umożliwiających jednoznaczne rozpoznanie ADHD w badaniu lekarskim.

1.2.4 Czynniki dietetyczne

Ze względu na występowanie przekonania o roli cukru i dodatków do żywności w powstawaniu ADHD, obszar ten wymaga odrębnego omówienia. Metaanaliza badań z podwójnie ślepą próbą i kontrolą placebo, obejmująca 14 uśrednionych wielkości efektu, wykazała, że dla każdej z nich 95-procentowy przedział ufności zawierał zero - spożycie cukru nie wpływało ani na zachowanie, ani na funkcjonowanie poznawcze dzieci (Wolraich i in., 1995). Wynik ten potwierdziło badanie eksperymentalne, w którym dieta bogata w sacharozę nie różnicowała zachowania i wyników poznawczych nawet w podgrupie dzieci uznawanych przez rodziców za szczególnie wrażliwe na cukier (Wolraich i in., 1994). Wnioski oparte na metaanalizie siedmiu badań i ponad 25 000 uczestników, wskazują jednoznacznie, że nie ma dowodów na związek między spożyciem cukru a ADHD (Faraone i in., 2021).

Więcej wątpliwości budzi kwestia syntetycznych barwników spożywczych. W metaanalizie Nigga i współpracowników (2012) oszacowano, że około 8% dzieci z ADHD może reagować na syntetyczne barwniki. Wniosek jest zatem następujący: dodatki do żywności nie powodują ADHD, choć u niewielkiej podgrupy mogą w ograniczonym stopniu modulować nasilenie objawów. Zasadnicze zagrożenie związane z rozpowszechnieniem przekonania o dietetycznej etiologii zaburzenia polega na tym, że skłania ono opiekunów do zastępowania skutecznych interwencji modyfikacjami żywieniowymi, opóźniając tym samym dostęp dziecka do właściwej pomocy.

1.3. Kryteria diagnostyczne w aktualnych systemach klasyfikacyjnych

1.3.1 DSM-5-TR

Zgodnie z kryteriami piątej edycji klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego rozpoznanie ADHD wymaga stwierdzenia utrwalonego wzorca

2026

nieuwagi i/lub nadmiernej aktywności i impulsywności, utrzymującego się przez co najmniej sześć miesięcy w nasileniu niezgodnym z poziomem rozwoju i negatywnie wpływającego na funkcjonowanie społeczne, edukacyjne lub zawodowe (American Psychiatric Association, 2023).

Kryterium A1 obejmuje dziewięć objawów nieuwagi: trudność w koncentracji na szczegółach i popełnianie błędów wynikających z nieuwagi; trudność w utrzymaniu uwagi podczas zadań i aktywności; sprawianie wrażenia nieobecności myślami podczas bezpośredniej rozmowy; niedoprowadzanie zadań do końca i niestosowanie się do instrukcji; trudności w organizowaniu zadań i zarządzaniu czasem; unikanie zadań wymagających dłuższego wysiłku umysłowego; gubienie przedmiotów niezbędnych do wykonania zadań; łatwe rozpraszanie się pod wpływem bodźców zewnętrznych, a u osób dorosłych także myśli niezwiązanych z bieżącą aktywnością; zapominanie o codziennych obowiązkach.

Kryterium A2 obejmuje dziewięć objawów nadmiernej aktywności i impulsywności: niespokojne ruchy rąk lub stóp oraz wiercenie się; opuszczanie miejsca w sytuacjach wymagających jego zajmowania; bieganie lub wspinanie się w sytuacjach nieodpowiednich, u osób dorosłych przejawiające się jako subiektywny niepokój ruchowy; trudność w cichym uczestniczeniu w zajęciach lub podczas czasu wolnego; nadmierną aktywność opisywaną jako działanie „w ciągłym ruchu”; nadmierną gadatliwość; udzielanie odpowiedzi przed dokończeniem pytania; trudność w oczekiwaniu na swoją kolej; przerywanie i wtrącanie się w wypowiedzi lub aktywności innych osób.

U dzieci i młodzieży do szesnastego roku życia rozpoznanie wymaga stwierdzenia co najmniej sześciu objawów w danym wymiarze; od siedemnastego roku życia próg obniża się do pięciu objawów. Objawy muszą być obecne przed ukończeniem dwunastego roku życia, występować w co najmniej dwóch środowiskach oraz nie dawać się lepiej wyjaśnić obecnością innego zaburzenia psychicznego. Klasyfikacja wyróżnia trzy obrazy kliniczne: z przewagą nieuwagi, z przewagą nadmiernej aktywności i impulsywności oraz złożony, w którym spełnione są kryteria obu wymiarów (American Psychiatric Association, 2023).

1.3.2 ICD-11

W jedenastej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ADHD widnieje pod kodem 6A05, co stanowi zmianę o zasadniczym znaczeniu, ponieważ zostało

2026

przeniesione do rozdziału zaburzeń neurorozwojowych (World Health Organization, 2019/2021). Klasyfikacja ta wyróżnia, analogicznie do DSM-5-TR, wzorzec nieuwagi oraz wzorzec nadmiernej aktywności i impulsywności, które mogą występować pojedynczo lub współistnieć. Wymagane jest utrzymywanie się objawów przez co najmniej sześć miesięcy, ich ujawnienie się w okresie rozwojowym (przed dwunastym rokiem życia) oraz obecność w wielu środowiskach funkcjonowania.

ICD-11 wprost uwzględnia zmienność obrazu klinicznego w cyklu życia oraz jego zróżnicowanie indywidualne. Rozpoznanie wymaga wykluczenia, że objawy dają się lepiej wyjaśnić innym zaburzeniem albo że są następstwem działania substancji lub leków.

1.3.3 Porównanie klasyfikacji i konsekwencje odejścia od ICD-10

Choć oba aktualne systemy są do siebie zbliżone, różnice między nimi mają znaczenie praktyczne. Gomez i współpracownicy (2023) wskazują, że DSM-5-TR wymienia po dziewięć objawów w każdej domenie i podaje konkretne progi liczbowe, podczas gdy ICD-11 wyodrębnia po jedenaście objawów i posługuje się nieostrym sformułowaniem „kilka objawów", pozostawiając większy zakres swobody klinicystom. ICD-11 wprost ujmuje impulsywność jako działanie w odpowiedzi na bezpośredni bodziec bez wcześniejszego namysłu, podczas gdy DSM-5-TR opisuje ją głównie poprzez obserwowalne zachowania. Autorzy zwracają też uwagę na istotny problem praktyczny: nie istnieją obecnie skale oceny ADHD skonstruowane na podstawie kryteriów ICD-11, co ogranicza możliwość standaryzacji badań i praktyki klinicznej opartej na tej klasyfikacji.

Znacznie głębsze różnice dzielą jednak systemy aktualne od ICD-10, w której odpowiednikiem ADHD były „zaburzenia hiperkinetyczne" (F90), umieszczone w rozdziale zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (World Health Organization, 2019). Rozwiązanie to niosło cztery istotne konsekwencje. Po pierwsze, ICD-10 wymagała jednoczesnego występowania wszystkich trzech grup objawów, nie przewidując wyodrębnionego obrazu z przewagą nieuwagi. Systematycznie ograniczało to rozpoznawalność zaburzenia u dzieci nie wykazujących nadruchliwości, w szczególności u dziewcząt. Po drugie, umieszczenie zaburzenia poza kategorią zaburzeń neurorozwojowych sprzyjało interpretowaniu trudności dziecka w kategoriach zaburzeń zachowania. Po trzecie, klasyfikacja nie odnosiła się do występowania zaburzenia u osób dorosłych. Po czwarte, wykluczała ona

2026

jednoczesne rozpoznanie zaburzeń hiperkinetycznych i całościowych zaburzeń rozwojowych (F84), podczas gdy współczesne dane wskazują na częste współwystępowanie ADHD i zaburzeń ze spektrum autyzmu, co szerzej omówiono w dalszej części pracy.

Wieloletnie funkcjonowanie klasyfikacji ICD-10 w polskiej praktyce klinicznej stanowi zatem jedno ze źródeł utrzymujących się w społeczeństwie nieaktualnych przekonań na temat ADHD. Przede wszystkim przekonania o wyłącznie dziecięcym charakterze zaburzenia oraz o nierozłączności ADHD i zachowań zakłócających. Kwestia ta stanowi bezpośrednie uzasadnienie dla systematycznego monitorowania poziomu wiedzy o ADHD, któremu poświęcono rozdział drugi.

1.4. Obraz kliniczny w cyklu życia

1.4.1 Wiek przedszkolny i wczesnoszkolny

Pierwsze sygnały wskazujące na ADHD bywają zauważalne już około drugiego roku życia, jednak najczęściej zwracają uwagę opiekunów między trzecim a szóstym rokiem życia (Racicka-Pawlukiewicz i Wolańczyk, 2021). U dzieci w wieku przedszkolnym dominuje nadmierna aktywność ruchowa, wspinanie się w miejscach do tego nieprzeznaczonych, ograniczona zdolność do przewidywania niebezpieczeństwa oraz bardzo krótki czas utrzymania zaangażowania w pojedynczą aktywność. Częste jest także przerywanie zabawy rówieśnikom i trudność w podporządkowaniu się jej regułom.

Rozpoznawanie ADHD w tej grupie wiekowej jest trudne ze względu na dużą zmienność rozwojową i szeroki zakres normy. Wytyczne Amerykańskiej Akademii Pediatrii obejmują jednak dzieci już od czwartego roku życia, rekomendując w tej grupie trening behawioralny rodziców oraz interwencje w środowisku przedszkolnym, a farmakoterapię dopiero w razie ich nieskuteczności (Wolraich i in., 2019). Podstawę tej rekomendacji stanowią między innymi wyniki wieloośrodkowego badania PATS, w którym metylofenidat u dzieci w wieku 3–5,5 roku istotnie redukował objawy, jednak przy wielkościach efektu mniejszych niż u dzieci w wieku szkolnym i przy niskim odsetku remisji (Greenhill i in., 2006). Przekonanie, że z rozpoznaniem ADHD należy bezwzględnie czekać do ukończenia szóstego roku życia, nie znajduje zatem oparcia w aktualnych wytycznych.

U dzieci w wieku szkolnym na pierwszy plan wysuwają się trudności w utrzymaniu uwagi na zadaniach wymagających dłuższego wysiłku, łatwe rozpraszanie

2026

się, zapominanie, trudność w zachowaniu spokoju w sytuacjach tego wymagających oraz unikanie zadań wymagających koncentracji. Częste są konflikty rówieśnicze i trudności w przestrzeganiu obowiązujących zasad (Racicka-Pawlukiewicz i Wolańczyk, 2021).

1.4.2. Adolescencja i dorosłość

W okresie dorastania obraz kliniczny ulega przesunięciu: nadmierna aktywność ruchowa słabnie, ustępując miejsca subiektywnie odczuwanemu niepokojowi wewnętrznemu, natomiast na plan pierwszy wysuwają się trudności w planowaniu, organizacji i gospodarowaniu czasem, a także podejmowanie zachowań ryzykownych (Racicka-Pawlukiewicz i Wolańczyk, 2021). U osób dorosłych objawy ujawniają się przede wszystkim jako trudność w dotrzymywaniu terminów, prokrastynacja, chaotyczna organizacja obowiązków, impulsywne podejmowanie decyzji (w tym decyzji finansowych) oraz problemy w relacjach interpersonalnych.

Kwestia utrzymywania się ADHD w dorosłości wymaga precyzyjnego omówienia, ponieważ funkcjonujące w obiegu wartości procentowe bywają przytaczane bez wskazania ich znaczenia. Metaanaliza badań wykazała, że w wieku 25 lat pełne kryteria diagnostyczne spełnia około 15% osób, natomiast kryteria częściowej remisji - a więc utrzymywania się objawów podprogowych powodujących istotne klinicznie upośledzenie funkcjonowania - około 65% (Faraone i in., 2006). Autorzy podkreślają, że oszacowania te zależą w decydującym stopniu od przyjętej definicji.

Najnowsze dane podważają jednak przekonanie, że ADHD ustępuje albo się utrzymuje. W badaniu obejmującym 558 osób obserwowanych przez szesnaście lat, od około dziesiątego do dwudziestego piątego roku życia, w ośmiu pomiarach, trwałą remisję osiągnęło zaledwie 9,1% uczestników, podczas gdy 63,8% wykazywało przebieg z naprzemiennymi okresami remisji i nawrotów. ADHD utrzymujące się nieprzerwanie stwierdzono u 10,8% badanych (Sibley i in., 2022). Spośród osób, u których w którymkolwiek momencie wystąpiła pełna remisja, u blisko 60% doszło następnie do nawrotu. Przebieg ADHD należy opisywać w kategoriach zmiennego nasilenia objawów w zależności od wymagań środowiska i zasobów jednostki, a nie w kategoriach trwałego „wyrastania" z zaburzenia.

1.4.3. Różnice związane z płcią i niedodiagnozowanie dziewcząt

Dysproporcja płci w rozpoznaniach ADHD stanowi jeden z najlepiej udokumentowanych problemów współczesnej diagnostyki. Klasyczne metaanalizy

2026

wykazały, że dziewczęta z ADHD uzyskują niższe oceny nasilenia nadruchliwości, impulsywności i problemów eksternalizacyjnych niż chłopcy, przy jednoczesnym większym nasileniu problemów internalizacyjnych i deficytów w zakresie funkcjonowania poznawczego (Gaub i Carlson, 1997; Gershon, 2002).

Konsekwencje tej różnicy dla dostępu do diagnozy ujawniło badanie oparte na szwedzkiej kohorcie bliźniąt (N = 19 804), w którym objawy eksternalizacyjne okazały się istotnie silniejszym predyktorem rozpoznania klinicznego u dziewcząt niż u chłopców - zarówno w odniesieniu do samej diagnozy, jak i do wdrożenia farmakoterapii (Mowlem i in., 2019). Innymi słowy, dziewczynka musi przejawiać wyraźnie nasilone zachowania zakłócające, by w ogóle zostać skierowana na diagnozę.

Stanowisko eksperckie dotyczące ADHD u dziewcząt i kobiet formułuje ten problem jednoznacznie: stosunek płci w próbach klinicznych wynosi od 3:1 do 16:1, podczas gdy w próbach populacyjnych wynosi około 3:1 - sama ta rozbieżność dowodzi, że znaczna liczba dziewcząt pozostaje nierozpoznana (Young i in., 2020). W próbach osób dorosłych różnice międzypłciowe wyraźnie się zacierają, co przemawia za opóźnioną diagnozą kobiet, nie zaś za realnie niższą częstością zaburzenia.

Typowym przykładem jest uczennica przejawiająca wyłącznie objawy nieuwagi: niezakłócająca przebiegu lekcji, uprzejma i dobrze przystosowana pod względem zachowania, a jednocześnie doświadczająca narastających trudności w nauce, które przekładają się na obniżoną samoocenę (Słopień i in., 2025). Przypadek ten dobrze ilustruje, w jaki sposób przekonania nauczycieli i rodziców na temat tego, „jak wygląda ADHD", współtworzą barierę w dostępie do rozpoznania.

1.5. Proces diagnostyczny, diagnoza różnicowa i ryzyko błędnego rozpoznania

1.5.1. Zasady postępowania diagnostycznego u dzieci i młodzieży

Rozpoznanie ADHD ma charakter kliniczny i nie może opierać się na pojedynczym źródle informacji ani na wyniku jednego narzędzia. Wytyczne Amerykańskiej Akademii Pediatrii wymagają uzyskania informacji o objawach i ich wpływie na funkcjonowanie z co najmniej dwóch środowisk, wykluczenia alternatywnych przyczyn obserwowanych trudności oraz systematycznej oceny zaburzeń współwystępujących (Wolraich i in., 2019). Analogiczne wymagania formułują wytyczne brytyjskie (National Institute for Health and Care Excellence, 2019).

2026

Podstawowym elementem postępowania pozostaje pogłębiony wywiad z rodzicami lub opiekunami, obejmujący przebieg rozwoju psychoruchowego i społecznego dziecka, historię chorób i urazów, obraz funkcjonowania rodziny, stosowane metody wychowawcze oraz występowanie zaburzeń psychicznych u krewnych. Zebranie danych o sytuacji rodzinnej służy nie tyle poszukiwaniu „winnych", ile odróżnieniu objawów ADHD od trudności wynikających z czynników sytuacyjnych, przewlekłego stresu lub niespójnych oddziaływań wychowawczych (Racicka-Pawlukiewicz i Wolańczyk, 2021).

Równie istotne są informacje pochodzące ze środowiska szkolnego. Opinia nauczyciela lub wychowawcy jest uzyskiwana zwykle w formie pisemnej, a za zgodą rodziców może być również uzupełniana rozmową. Pozwala ona ocenić funkcjonowanie dziecka w grupie rówieśniczej i w sytuacji zadaniowej, a więc w warunkach, których rodzice nie mogą bezpośrednio obserwować. Kluczowe znaczenie tego źródła informacji dla trafności rozpoznania stanowi jeden z głównych argumentów za badaniem poziomu wiedzy nauczycieli o ADHD.

Bezpośredni kontakt z dzieckiem umożliwia zebranie informacji o subiektywnym doświadczaniu objawów, ich uciążliwości oraz o wypracowanych dotąd strategiach radzenia sobie. Należy przy tym uwzględniać, że młodsze dzieci mają ograniczoną zdolność do wglądu, a sytuacja badania jest dla nich nowa i może hamować spontaniczność wypowiedzi. Obserwacja zachowania w gabinecie ma ograniczoną wartość diagnostyczną - nowa, ustrukturyzowana i wysoce stymulująca sytuacja sprzyja czasowej redukcji objawów, co bywa błędnie interpretowane jako dowód ich nieobecności.

1.5.2. Narzędzia kwestionariuszowe i testy

Standaryzowane narzędzia kwestionariuszowe pełnią funkcję pomocniczą wobec oceny klinicznej, umożliwiając ilościowe oszacowanie nasilenia objawów oraz porównanie perspektyw różnych informatorów. W praktyce polskiej najczęściej wykorzystywanym narzędziem jest zestaw kwestionariuszy CONNERS 3 w polskiej adaptacji, przeznaczony dla dzieci i młodzieży w wieku 6–18 lat, obejmujący wersje dla rodziców, nauczycieli i osoby badanej oraz pozwalający na ocenę zaburzeń współwystępujących (Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, b.d.). Stosowane są także kwestionariusze z systemu ASEBA: Child

2026

Behavior Checklist dla rodziców, Youth Self-Report dla młodzieży oraz Teacher's Report Form dla nauczycieli.

W diagnostyce osób dorosłych wykorzystuje się narzędzia przesiewowe i skale nasilenia objawów - między innymi Adult ADHD Self-Report Scale, Wender Utah Rating Scale służącą retrospektywnej ocenie objawów z okresu dzieciństwa, Skalę ADD Browna oraz Skalę Wendera-Reimherra - a także narzędzia oceniające następstwa funkcjonalne i jakość życia, takie jak Weiss Functional Impairment Rating Scale czy Adult ADHD Quality of Life Questionnaire. Standard postępowania stanowią częściowo ustrukturyzowane wywiady diagnostyczne, w szczególności DIVA-5 (Kooij i in., 2019).

Odrębnego omówienia wymagają testy wykonaniowe typu ciągłego wykonania (*continuous performance test*, CPT), takie jak TOVA, Conners CPT, IVA+ czy MOXO, coraz częściej wykorzystywane w praktyce i przedstawiane niekiedy jako obiektywna podstawa rozpoznania. Metaanaliza dziewiętnastu badań wykazała, że dla wyniku ogólnego CPT czułość wynosi 0,75 (95% CI 0,66–0,82), a swoistość 0,71 (95% CI 0,62–0,78); dla wskaźnika opuszczeń, odpowiadającego nieuwadze, wartości te wynoszą odpowiednio 0,63 i 0,74, a dla reakcji przedwczesnych, odpowiadających impulsywności - 0,59 i 0,66 (Arrondo i in., 2024). Pole pod krzywą ROC mieściło się w przedziale określonym przez autorów jako ledwie akceptowalny. Wniosek jest jednoznaczny: testy wykonaniowe stosowane samodzielnie mają jedynie umiarkowaną zdolność różnicowania i mogą pełnić wyłącznie funkcję uzupełniającą wobec pełnej oceny klinicznej.

Ocena funkcji poznawczych z wykorzystaniem prób go/no-go, testu Stroopa czy Testu Sortowania Kart z Wisconsin dostarcza informacji o profilu funkcjonowania wykonawczego pacjenta, użytecznych w planowaniu oddziaływań, nie stanowi jednak podstawy rozpoznania. Badania lekarskie, w tym ocena słuchu i wzroku, oznaczenie stężenia hormonów tarczycy czy badanie EEG przy podejrzeniu padaczki, służą wykluczeniu somatycznych i neurologicznych przyczyn obserwowanych trudności.

1.5.3. Specyfika diagnozy u osób dorosłych

Rozpoznawanie ADHD u osób dorosłych stało się możliwe w szerszym zakresie dopiero po zmianach wprowadzonych w piątej edycji DSM. Postępowanie diagnostyczne w tej grupie napotyka jednak specyficzne trudności. Konieczne jest ustalenie obecności objawów przed dwunastym rokiem życia, co bywa utrudnione przez zatarcie wspomnień, brak dostępu do dokumentacji szkolnej oraz niedostępność informatorów z okresu

dzieciństwa. Dodatkową trudność stanowi maskowanie objawów przez wypracowane przez lata strategie kompensacyjne oraz nakładanie się obrazu klinicznego zaburzeń współwystępujących (Kooij i in., 2019).

Wywiad z osobą dorosłą powinien obejmować charakterystykę objawów i wynikających z nich ograniczeń w poszczególnych obszarach życia, ocenę środowiska funkcjonowania, historię leczenia, przyjmowane leki i substancje psychoaktywne mogące wywoływać podobne objawy, występowanie zaburzeń w rodzinie oraz oczekiwania pacjenta wobec procesu diagnostycznego i terapeutycznego.

Istotnym problemem praktycznym jest interpretacja wyników ujemnych. Wytyczne europejskie wyraźnie wskazują, że narzędzia kwestionariuszowe pełnią funkcję pomocniczą, a ujemny wynik testu nie wyklucza rozpoznania (Kooij i in., 2019). Znajduje to potwierdzenie w danych o właściwościach różnicujących poszczególnych narzędzi (Pettersson i in., 2018) oraz w cytowanych wyżej wynikach dotyczących CPT (Arrondo i in., 2024). Podstawą rozpoznania pozostaje wywiad kliniczny i analiza funkcjonowania pacjenta w naturalnych warunkach życia.

1.5.4. Zaburzenia współwystępujące i ryzyko błędnego rozpoznania

Wysoka współchorobowość stanowi regułę, a nie wyjątek. W badaniu obejmującym 14 825 pacjentów w wieku 4–17 lat, korzystających ze wszystkich duńskich placówek psychiatrycznych, co najmniej jedno współwystępujące zaburzenie psychiczne stwierdzono u 52,0% osób, a dwa lub więcej u 26,2%. Najczęstsze były zaburzenia zachowania (16,5%), zaburzenia rozwojowe mowy, uczenia się i funkcji motorycznych (15,4%), zaburzenia ze spektrum autyzmu (12,4%) oraz niepełnosprawność intelektualna (7,9%) (Jensen i Steinhausen, 2015). Wśród osób dorosłych odsetek ten sięga 80%, przy czym ryzyko zaburzeń lękowych szacuje się nawet na 50%, a rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych na 18,6–53,3%; ryzyko zaburzeń używania substancji jest dwukrotnie wyższe niż w populacji ogólnej (Katzman i in., 2017).

Szczególnej uwagi wymaga relacja ADHD i zaburzeń ze spektrum autyzmu. Metaanaliza 22 badań obejmujących 61 985 uczestników wykazała, że 21% dzieci i młodzieży z ADHD osiąga próg kliniczny dla ASD, przy bardzo dużej wielkości efektu dla nasilenia cech autystycznych (d = 1,23) (Hollingdale i in., 2020). W kierunku odwrotnym metaanaliza 63 badań wykazała rozpowszechnienie ADHD wśród osób z ASD na poziomie 38,5% (95% CI 34,0–43,2) dla współwystępowania aktualnego i 40,2%

2026

dla współwystępowania życiowego (Rong i in., 2021). Dwukierunkowość tego nakładania się uzasadnia zniesienie w DSM-5 zakazu jednoczesnego rozpoznawania obu zaburzeń i unieważnia rozwiązanie przyjęte w ICD-10.

Wysoka współchorobowość rodzi dwojakiego rodzaju ryzyko diagnostyczne. Po pierwsze, objawy, z którymi pacjent zgłasza się w kierunku diagnozy ADHD, mogą lepiej odpowiadać kryteriom innej jednostki na przykład: zaburzeń lękowych, depresyjnych, zaburzeń ze spektrum autyzmu, specyficznych trudności w uczeniu się, spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych, choroby afektywnej dwubiegunowej czy zaburzenia osobowości typu borderline. Po drugie, obecność rzeczywistych zaburzeń współistniejących może przesłaniać właściwy obraz kliniczny i utrudniać rozpoznanie ADHD. Sygnałem skłaniającym do ponownej analizy diagnostycznej jest brak oczekiwanej odpowiedzi na prawidłowo prowadzone leczenie.

Odrębnym problemem różnicowym są zachowania pozornie przypominające objawy innych zaburzeń, w istocie stanowiące strategie kompensacyjne. Wielokrotne sprawdzanie obecności przedmiotów czy drobiazgowe zapisywanie wszystkich zobowiązań w kalendarzu bywa interpretowane jako przejaw zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, podczas gdy u osób z ADHD stanowi wypracowaną odpowiedź na deficyty pamięci. Różnicowanie wymaga tu ustalenia funkcji zachowania: w OCD czynność redukuje lęk wywołany natrętną myślą, w ADHD kompensuje realny deficyt funkcjonalny.

Ryzyko błędnego rozpoznania jest tym większe, im więcej osób zgłasza się na diagnozę z gotowymi przekonaniami ukształtowanymi przez przekazy medialne. Analiza stu najpopularniejszych materiałów o ADHD na platformie TikTok wykazała, że 52% z nich zakwalifikowano jako wprowadzające w błąd, a jedynie 21% jako użyteczne (Yeung i in., 2022). Nowsze badanie, obejmujące 98 filmów o łącznej liczbie blisko 496 milionów wyświetleń, wykazało, że tylko 48,7% zawartych w nich twierdzeń o objawach odpowiadało kryteriom DSM-5, a średnia ocena przydatności psychoedukacyjnej wyniosła 1,78 w skali pięciostopniowej (Karasavva i in., 2025). Zagadnienie to, ze względu na jego znaczenie dla kształtowania się błędnych przekonań w populacji ogólnej, zostało szerzej omówione w rozdziale drugim.

Przedstawiony przegląd prowadzi do czterech wniosków istotnych dla dalszych części pracy. Po pierwsze, ADHD jest zaburzeniem neurorozwojowym o dobrze udokumentowanym podłożu genetycznym, którego rozpowszechnienie pozostaje

2026

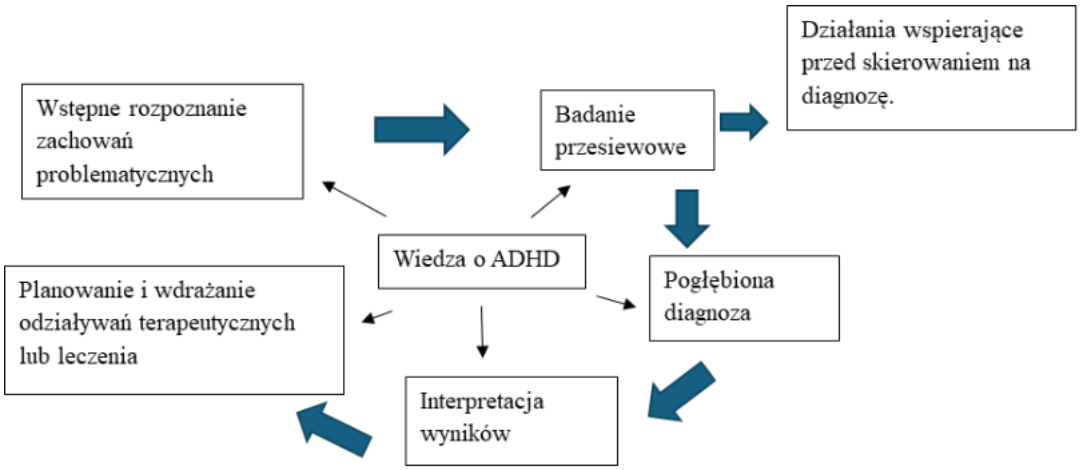
stabilne w czasie i porównywalne między kontynentami; przekonania o jego wychowawczej lub dietetycznej etiologii nie znajdują oparcia w dowodach. Po drugie objawy zaburzenia zmieniają się wraz z wiekiem pacjenta i mogą mieć zmienne nasilenie. Przebieg ADHD nie jest zero-jedynkowy, co wyklucza zarówno przekonanie o całkowitym „wyrastaniu" z niego, jak i założenie, że objawy trwają bezustannie w tej samej formie. Po trzecie, rozpoznanie wymaga wieloźródłowej oceny klinicznej, w której informacje pochodzące od rodziców i nauczycieli mają status danych niezastępowalnych żadnym narzędziem psychometrycznym ani testem wykonaniowym. Po czwarte, wysoka współchorobowość oraz zmiany w systemach klasyfikacyjnych czynią proces diagnostyczny podatnym na błędy, których źródłem bywa nieaktualna lub nierzetelna wiedza - zarówno po stronie otoczenia dziecka, jak i osób zgłaszających się na diagnozę. Ostatni z tych wniosków wskazuje na rozważania rozdziału drugiego: znaczenie wiedzy najbliższego otoczenia dla przebiegu procesu rozpoznawania ADHD i udzielania pomocy.

ROZDZIAŁ 2. Rola wiedzy otoczenia w procesie interwencji oraz charakterystyka błędnych przekonań na temat ADHD

2.1. Wiedza rodziców i nauczycieli w modelu procesu interwencji

2.1.1. Założenia modelu

Punktem wyjścia dla konstrukcji skali KADDS był model procesu interwencji (*The Intervention Process*) opracowany przez Sciutto i Feldhamer (2005), opisujący kolejne etapy drogi, jaką przebywa dziecko z podejrzeniem ADHD - od dostrzeżenia pierwszych sygnałów, przez skierowanie na diagnozę i przeprowadzenie oceny klinicznej, po wdrożenie i monitorowanie oddziaływań terapeutycznych.



Rysunek 1. Model procesu interwencji (Sciutto i Feldhamer, 2005)

Model ma strukturę zamkniętej pętli, co odzwierciedla dwie właściwości procesu pomocy w zaburzeniach neurorozwojowych. Po pierwsze, każdy etap warunkuje przebieg następnego i zarazem wynika z poprzedniego, przez co błąd popełniony wcześniej wpływa na cały proces. Po drugie, oddziaływanie nie kończy się wraz z wdrożeniem terapii: zmienność obrazu klinicznego w cyklu życia, przedstawiona jest w rozdziale pierwszym (Sibley i in., 2022), wymaga stałego monitorowania i modyfikowania planu pomocy.

Elementem umieszczonym w centrum modelu jest wiedza o ADHD, od której poprowadzono strzałki do każdego z etapów. Autorzy argumentują, że niedostateczna lub nierzetelna wiedza może przyczyniać się zarówno do nadmiernego, jak i do niedostatecznego identyfikowania dzieci z ADHD, a więc do obu rodzajów błędu

2026

diagnostycznego jednocześnie (Sciutto i Feldhamer, 2005). Konstrukcja modelu porządkuje zarazem układ niniejszego rozdziału: kolejne podrozdziały omawiają rolę wiedzy na poszczególnych etapach procesu.

2.1.2. Etap rozpoznania problemu i skierowania

Pierwszym ogniwem procesu jest dostrzeżenie przez opiekunów lub nauczycieli, że obserwowane zachowania wykraczają poza normę rozwojową. Etap ten w całości zależy od interpretacji, jaką dorośli nadają zachowaniu dziecka, a interpretacja ta jest wskazuje na poziom ich wiedzy.

Po stronie rodziców udokumentowano bezpośredni związek między poziomem wiedzy a zachowaniami poszukiwania pomocy. W badaniu obejmującym 486 rodziców dzieci z grupy podwyższonego ryzyka wykazano, że o ADHD słyszało 95% rodziców białych, ale tylko 69% rodziców afroamerykańskich. Różnica ta przekładała się bezpośrednio na mniejszą szansę uzyskania pomocy przez dzieci z grup mniejszościowych (Bussing i in., 1998). Wiedza rodzica funkcjonuje zatem jako warunek wstępny dostępu do systemu pomocy.

Po stronie szkoły kluczowe znaczenie ma decyzja nauczyciela o zgłoszeniu problemu. W badaniu, w którym 199 nauczycieli szkół podstawowych oceniało opisy przypadków różniące się wyłącznie płcią dziecka i typem objawów, stwierdzono, że nauczyciele istotnie częściej kierowali na diagnozę chłopców niż dziewczynki, przy czym największa różnica dotyczyła prezentacji z przewagą nadruchliwości (Sciutto i in., 2004). Percepcja nauczyciela stanowi więc realny filtr dostępu do diagnozy i współtworzy opisaną w rozdziale pierwszym dysproporcję płci w rozpoznaniach.

Filtr ten działa również na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Badanie 399 lekarzy rodzinnych wykazało, że głównymi barierami ograniczającymi ich zaangażowanie w rozpoznawanie ADHD są ograniczenia czasowe, złożoność procedury diagnostycznej, niewystarczające przeszkolenie oraz obawy dotyczące uzależniającego potencjału leków stymulujących (Shaw i in., 2002). Ostatni z wymienionych czynników jest szczególnie ważny, ponieważ błędne przekonanie funkcjonuje tu nie w populacji ogólnej, lecz wśród profesjonalistów pierwszego kontaktu.

2.1.3. Etap diagnozy i wdrożenia oddziaływań

Na etapie oceny klinicznej wiedza otoczenia wpływa na jakość danych wejściowych. Jak wykazano w podrozdziale 1.5, rozpoznanie wymaga informacji o

2026

funkcjonowaniu dziecka w co najmniej dwóch środowiskach, przy czym informacje ze środowiska szkolnego są niezastępowalne żadnym narzędziem psychometrycznym. Trafność opinii nauczyciela zależy bezpośrednio od tego, czy potrafi on odróżnić objawy ADHD od zachowań opozycyjnych, od reakcji na trudności w nauce lub od przejawów lęku.

Po ustaleniu rozpoznania wiedza otoczenia warunkuje wdrożenie i utrzymanie oddziaływań. W badaniu obejmującym 81 dzieci z ADHD i ich rodziców wykazano, że wyższy poziom wiedzy rodzicielskiej istotnie przewidywał przystąpienie do leczenia zarówno farmakologicznego, jak i niefarmakologicznego. Nie przewidywał on natomiast utrzymania się w terapii przez dwanaście miesięcy (Corkum i in., 1999). Wiedza pełni zatem funkcję warunku wejścia do systemu pomocy, nie gwarantuje jednak wytrwałości w leczeniu, co wskazuje na potrzebę odrębnych oddziaływań wspierających.

2.2. Brak wiedzy a błędne przekonania

2.2.1. Problem pomiarowy

Kluczowym wyzwaniem metodologicznym w badaniu wiedzy o ADHD jest ustalenie źródła nieprawidłowej odpowiedzi. Narzędzia oparte na formacie prawda/fałsz nie pozwalają odróżnić sytuacji, w której osoba badana nie dysponuje informacją na dany temat, od sytuacji, w której działa pod wpływem utrwalonego, fałszywego przekonania. Ograniczenie to nie ma charakteru wyłącznie technicznego - jak wykazano poniżej, oba stany wymagają odmiennych oddziaływań.

W literaturze metodologicznej rozróżnienie to formalizuje się przez zestawienie poprawności odpowiedzi z poziomem pewności respondenta. Hasan i współpracownicy (1999), proponując wskaźnik pewności odpowiedzi (*certainty of response index*), przyjęli, że odpowiedź błędna udzielona z wysoką pewnością wskazuje na błędne przekonanie (*misconception*), natomiast odpowiedź błędna udzielona z niską pewnością wskazuje na brak wiedzy (*lack of knowledge*). Trójopcjowy format skali KADDS oraz KADDS-R wprowadza wybór opcji „nie wiem” jest ona zatem deklaracją braku pewności, a wybór odpowiedzi błędnej - deklaracją przekonania.

2.2.2. Definicje operacyjne

Brak wiedzy stanowi postawę neutralną poznawczo. Osoba badana rozpoznaje granice własnych kompetencji, powstrzymuje się od zgadywania i wybiera opcję „nie

2026

wiem". Z perspektywy oddziaływań psychoedukacyjnych jest to stan sprzyjający zmianie: wystarczające jest dostarczenie brakującej informacji.

Błędne przekonanie występuje wówczas, gdy osoba badana nie dysponuje rzetelną wiedzą, lecz jest przekonana o prawdziwości informacji, które do niej dotarły. Nie doświadcza ona niepewności, ponieważ udziela odpowiedzi na podstawie przyswojonego przekazu traktowanego jako fakt. Stan ten jest znacznie trudniejszy do modyfikacji: osoba przekonana o posiadaniu wiedzy nie poszukuje informacji uzupełniających, a przekaz z nią sprzeczny może wywoływać opór.

Różnicę tę dobrze ilustruje pozycja skali dotycząca wpływu cukru i dodatków do żywności na objawy ADHD. Wybór opcji „nie wiem" informuje badacza, że respondent jest gotowy przyjąć wiedzę opartą na dowodach. Wybór odpowiedzi twierdzącej wskazuje natomiast na przekonanie, którego korekta wymaga nie tyle przekazania informacji, ile zakwestionowania wcześniej przyjętego przekonania. Konsekwencje praktyczne są przy tym odmienne: rodzic przekonany o dietetycznej etiologii zaburzenia może wdrażać modyfikacje żywieniowe zamiast oddziaływań o udokumentowanej skuteczności, opóźniając dostęp dziecka do właściwej pomocy.

2.2.3. Uzasadnienie empiryczne formatu trójopcjowego

Zasadność wprowadzenia trzeciej opcji odpowiedzi znajduje potwierdzenie w badaniach nad pomiarem wiedzy. Wakabayashi i Guskin (2010) porównały w projekcie z randomizacją format prawda/fałsz z formatem prawda/fałsz/niepewny w badaniu wiedzy 271 osób zawodowo zajmujących się wczesną edukacją, przeprowadzonym przed szkoleniem i po nim. Odpowiedzi oznaczone jako niepewne w pomiarze wstępnym istotnie częściej stawały się poprawne w pomiarze końcowym niż odpowiedzi udzielone z przekonaniem. Autorki wyróżniły trzy wzorce: pewna odpowiedź poprawna, pewna odpowiedź błędna (odpowiadająca błędnemu przekonaniu) oraz odpowiedź niepewna, następnie poprawna (odpowiadająca luce w wiedzy). Format trójopcjowy okazał się przy tym czulszy na przyrost wiedzy.

Argumentację tę uzupełniają analizy dotyczące wpływu zgadywania na rzetelność pomiaru. Burton (2001) wykazał, że przy teście złożonym z 36 pozycji w formacie prawda/fałsz oczekiwany wynik przy czystym zgadywaniu wynosi 50%, a związana z tym wariancja losowa poważnie zniekształca porównania międzygrupowe. W kolejnej pracy autor wykazał, że zgadywanie w warunkach punktacji nagradzającej wyłącznie

2026

odpowiedzi poprawne obniża rzetelność testu silniej niż ostrożność wywołana punktacją z karą za błąd (Burton, 2002).

2.3. Poziom wiedzy o ADHD w badaniach empirycznych

2.3.1. Wiedza nauczycieli

Badania prowadzone w różnych krajach i przy użyciu różnych narzędzi ujawniają zaskakująco spójny wzorzec: wysoką znajomość objawów przy znacznie niższej wiedzy o etiologii, przebiegu i leczeniu zaburzenia. Przegląd uzupełniony badaniem 528 duńskich nauczycieli wykazał, że rozpoznawanie objawów było poprawne w 79–96% przypadków, a znajomość strategii pracy w klasie w 75–98%, podczas gdy wiedza dotycząca etiologii i leczenia była o wiele niższa. Jedynie 56% badanych poprawnie odrzuciło dietę jako przyczynę ADHD, a zaledwie 17% wiedziało, że interwencje dietetyczne nie stanowią skutecznej metody leczenia (Mohr-Jensen i in., 2019).

Badanie przeprowadzone z użyciem skali KADDS na próbie 552 nauczycieli szkół podstawowych w Republice Południowej Afryki przyniosło ogólny wynik 42,6% odpowiedzi poprawnych, przy 35,4% odpowiedzi „nie wiem” i 22% odpowiedzi błędnych. Ponad 75% badanych trafnie rozpoznawało rozpraszalność i nadruchliwość, jednak 70,8% nie dysponowało wiedzą o genetycznych uwarunkowaniach zaburzenia, a 65,2% błędnie sądziło, że ograniczenie spożycia cukru lub dodatków do żywności redukuje objawy (Perold i in., 2010).

Najszerszym opracowaniem porównawczym pozostaje badanie międzynarodowe obejmujące 2307 nauczycieli z dziewięciu krajów - Czech, Niemiec, Grecji, Iraku, Korei Południowej, Arabii Saudyjskiej, Republiki Południowej Afryki, Stanów Zjednoczonych i Wietnamu (Sciutto i in., 2016). Uczestnicy wypełniali skalę KADDS w wersjach przygotowanych na potrzeby badania. Stwierdzono znaczną zmienność ogólnego poziomu wiedzy między krajami. Odsetek odpowiedzi poprawnych wyniósł 62% w Stanach Zjednoczonych, 57% w Czechach, 54% w Niemczech, 52% w Republice Południowej Afryki, 47% w Grecji, 45% w Iraku, 39% w Korei Południowej, 33% w Wietnamie i 15% w Arabii Saudyjskiej. Odsetek odpowiedzi błędnych, klasyfikowanych jako błędne przekonania, mieścił się w przedziale od 15% do 33%, a odsetek odpowiedzi „nie wiem” był najwyższy w Arabii Saudyjskiej (średnio 25,52 pozycji z 36) i w Wietnamie (15,66).

2026

Szczególnie ciekawe jest zestawienie najczęstszych błędnych przekonań. W skali wszystkich badanych krajów 38% nauczycieli sądziło, że diety eliminujące cukier redukują objawy ADHD, 38% błędnie przypisywało ADHD sztywne przywiązanie do rutyn i rytuałów - cechę charakterystyczną dla zaburzeń ze spektrum autyzmu - a 28% było przekonanych o istnieniu swoistych cech fizycznych umożliwiających rozpoznanie ADHD w badaniu lekarskim. Rozpowszechnienie poszczególnych przekonań różniło się przy tym istotnie między krajami: przekonanie o skuteczności diet eliminacyjnych deklarowało 73,6% nauczycieli w Republice Południowej Afryki i 16,8% w Wietnamie, a przekonanie o uzależniającym działaniu leków stymulujących - 65,2% w Grecji i 16,0% w RPA. Autorzy interpretują tę zmienność jako następstwo różnic w organizacji systemów ochrony zdrowia, dostępności usług psychologicznych oraz kulturowych postaw wobec farmakoterapii.

Choć czynniki wpływające na poziom wiedzy różniły się między krajami, w pięciu z ośmiu analizowanych krajów formalne szkolenie, udział w warsztatach, kursach lub lektura publikacji fachowych istotnie przewidywało wyższy poziom wiedzy. Nie stwierdzono natomiast związku między długością stażu pracy a poziomem wiedzy, sam upływ czasu w zawodzie nie zastępuje zatem kształcenia na temat ADHD.

Odrębnego odnotowania wymaga ustalenie o charakterze psychometrycznym, istotne dla rozdziału trzeciego: współczynniki α Cronbacha dla wyniku wiedzy wahały się od 0,48 w Iraku do 0,84 w Czechach i RPA, a dla wyniku błędnych przekonań od 0,38 do 0,67. Ze względu na niską rzetelność w części prób autorzy ograniczyli analizy wnioskujące do wyniku ogólnego wiedzy, rezygnując z interpretacji podskal. Rzetelność narzędzia okazała się zatem silnie zależna od wersji językowej i kontekstu kulturowego, co stanowi bezpośredni argument za koniecznością przeprowadzenia odrębnej walidacji dla każdej nowej adaptacji, a nie poprzestawania na tłumaczeniu.

Odrębne znaczenie ma pytanie o trwałość efektów szkoleń. Metaanaliza 29 badań wykazała, że programy szkoleniowe silnie podnoszą wiedzę nauczycieli bezpośrednio po interwencji, jednak efekt ten nie utrzymuje się w pomiarach odroczonych, a wpływ na zachowanie uczniów pozostaje niejednoznaczny (Ward i in., 2022). Podobny wzorzec, istotny przyrost wiedzy z częściowym jej utrzymaniem po miesiącu uzyskano w badaniu 274 nauczycieli szkół podstawowych (Latouche i Gascoigne, 2019). Wnioskiem praktycznym jest konieczność projektowania oddziaływań powtarzalnych, a nie jednorazowych, oraz co istotne dla uzasadnienia tej pracy - dysponowania narzędziem umożliwiającym systematyczne monitorowanie poziomu wiedzy.

2026

2.3.2. Wiedza rodziców i postawy społeczne

Przegląd dziesięciu badań przeprowadzonych w latach 2014–2020 w Australii, Szwecji, Niemczech, Finlandii, Korei Południowej, Indonezji i Stanach Zjednoczonych wykazał, że postawy społeczne wobec ADHD pozostają w przeważającej mierze negatywne. Dominują przekonania o nadmiernym rozpoznawaniu zaburzenia i nadużywaniu farmakoterapii oraz niechęć do bliskiego kontaktu społecznego z osobami z rozpoznaniem. Autorzy wskazują podnoszenie kompetencji zdrowotnych społeczeństwa jako główną drogę zmiany (Bisset i in., 2022).

Przegląd danych z reprezentatywnych badań ogólnokrajowych, badań eksperymentalnych i jakościowych wykazał, że osoby z objawami ADHD podlegają stygmatyzacji na każdym etapie rozwoju - od dzieciństwa po dorosłość, przy czym różnice między grupami wiekowymi dotyczą treści postaw, nie zaś samej obecności piętna (Lebowitz, 2016). Mueller i współpracownicy (2012) wyróżniają stygmatyzację publiczną, autostygmatyzację oraz stygmatyzację rodziny osoby z rozpoznaniem. Istotne dla niniejszej pracy jest ustalenie, że nietrafne przekonania społeczne - ADHD jako wymówka, jako następstwo zaniedbań wychowawczych, jako zaburzenie nadmiernie rozpoznawane funkcjonują nie tylko jako błąd poznawczy, lecz prowadza do realnej stygmatyzacji i jej społecznych konsekwencji.

2.3.3. Stan badań w Polsce

Najbliższe tej problematyce jest badanie ankietowe przeprowadzone wśród rodziców uczniów trzech szczecińskich szkół podstawowych, w którym zastosowano autorski kwestionariusz obejmujący 39 pytań, z czego 15 dotyczyło bezpośrednio ADHD (Nermend i in., 2024). Spośród 2100 rozesłanych ankiet uzyskano 116 odpowiedzi. Wśród respondentów 66,4% deklarowało znajomość dziecka z ADHD, 82% wskazywało, że wie, gdzie szukać pomocy. Jednocześnie 61,2% badanych nie klasyfikowało ADHD jako zaburzenia, 71,6% uważało, że dzieci z ADHD zakłócają przebieg lekcji, a 57,8% zetknęło się z negatywną oceną otoczenia kierowaną wobec rodziców dziecka z ADHD, obejmującą zarzuty zaniedbań wychowawczych. Ze względu na skrajnie niski wskaźnik zwrotu ankiet, lokalny charakter próby i zastosowanie narzędzia autorskiego wyniki te należy traktować jako sygnał wymagający weryfikacji.

Uzupełniającego materiału dostarcza badanie jakościowe oparte na wywiadach narracyjnych z nauczycielami klas czwartych–ósmych pracującymi z uczniami z

2026

rozpoznaniem ADHD (Myśliwczyk, 2023). Badanie to pokazuje, jak nauczyciele interpretują zachowania ucznia z ADHD, klasyfikując je w kategoriach niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem, nie zaś zaburzenia neurorozwojowego. Zestawienie tych ustaleń z brakiem zwalidowanego polskiego narzędzia pomiaru wiedzy o ADHD wskazuje na wyraźną lukę badawczą, której wypełnieniu służy niniejsza praca.

2.4. Najczęstsze błędne przekonania na temat ADHD

Poniższy przegląd uporządkowano zgodnie ze strukturą podskal kwestionariusza KADDS: przekonania dotyczące objawów i rozpoznawania zaburzenia, przekonania dotyczące cech towarzyszących i etiologii oraz przekonania dotyczące leczenia. Dla każdego z omawianych przekonań wskazano dowody empiryczne stanowiące podstawę jego weryfikacji.

2.4.1. Przekonania dotyczące objawów

Przekonanie, że ADHD nie obejmuje trudności w regulacji emocji. Jak wykazano w podrozdziale 1.1, metaanaliza trzynastu badań na próbie 2535 osób dorosłych ujawniła bardzo dużą różnicę w nasileniu dysregulacji emocjonalnej między osobami z ADHD a osobami z grup porównawczych (Beheshti i in., 2020). Faraone i współpracownicy (2019) wskazują, że objawy emocjonalne są u osób z ADHD częste, trwałe i powodują klinicznie istotne upośledzenie funkcjonowania. Traktowanie trudności emocjonalnych jako zjawiska niezwiązanego z ADHD prowadzi w praktyce do przypisywania ich cechom charakteru lub do rozpoznawania odrębnych zaburzeń.

Przekonanie o jednakowym obrazie klinicznym niezależnie od płci. Metaanalizy wykazują odmienny profil objawowy u dziewcząt i chłopców, z mniejszym nasileniem objawów eksternalizacyjnych i większym nasileniem trudności internalizacyjnych u dziewcząt (Gaub i Carlson, 1997; Gershon, 2002). Konsekwencją tej różnicy w połączeniu z przekonaniami dorosłych o tym, jak „wygląda" ADHD jest systematyczne niedodiagnozowanie dziewcząt (Mowlem i in., 2019; Young i in., 2020).

Przekonanie o niezmienności obrazu klinicznego w cyklu życia. Objawy osiowe utrzymują się, jednak ich postać zmienia się wraz z rozwojem i zmianą wymagań środowiska, co szczegółowo omówiono w podrozdziale 1.4. Dodatkowo przebieg zaburzenia ma zmienny charakter: trwałą remisję osiąga zaledwie 9,1% osób, podczas gdy 63,8% doświadcza naprzemiennych okresów remisji i nawrotów (Sibley i in., 2022).

2026

Przekonanie, że nadruchliwość zawsze przybiera postać wyraźnej aktywności ruchowej. Kryteria DSM-5-TR wprost przewidują, że u osób dorosłych nadmierna aktywność może ograniczać się do poczucia niepokoju (American Psychiatric Association, 2023). Utożsamianie nadruchliwości wyłącznie ze skrajnymi zachowaniami motorycznymi prowadzi do pomijania osób, u których przyjmuje ona postać napięcia wewnętrznego lub drobnych, powtarzalnych czynności.

Przekonanie o hiperfokusie jako szczególnej zdolności osób z ADHD. Zjawisko intensywnego pochłonięcia aktywnością bywa przedstawiane w przekazach popularnych jako zasób. Wyniki przeglądów naukowych pokazuja jednak, że pojęcie to nie ma spójnej definicji naukowej ani sprawdzonych narzędzi pomiarowych, a dowody na jego mechanizmy są znikome (Ashinoff i Abu-Akel, 2021). Co więcej, pierwsze systematyczne badanie hiperfokusu u osób dorosłych z ADHD wykazało jego dodatni związek z nasileniem objawów. Sytuuje go to raczej wśród cech towarzyszących zaburzeniu niż jego pozytywnych następstw (Hupfeld i in., 2019).

2.4.2. Przekonania dotyczące rozpoznawania i diagnozy

Przekonanie, że testy komputerowe wystarczają do postawienia rozpoznania. Metaanaliza dziewiętnastu badań wykazała, że testy ciągłego wykonania stosowane samodzielnie osiągają czułość 0,75 i swoistość 0,71, a wartości pola pod krzywą ROC pozostają na poziomie określonym przez autorów jako ledwie akceptowalny (Arrondo i in., 2024). Narzędzia te mogą pełnić wyłącznie funkcję uzupełniającą wobec pełnej oceny klinicznej.

Przekonanie, że wystarcza jeden kwestionariusz lub jedno spotkanie. Wytyczne kliniczne wymagają wieloźródłowej oceny obejmującej informacje z co najmniej dwóch środowisk, wykluczenie alternatywnych przyczyn oraz ocenę współchorobowości (Wolraich i in., 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2019; Kooij i in., 2019).

Przekonanie o istnieniu swoistych cech fizycznych umożliwiających rozpoznanie w badaniu lekarskim. Jak wykazano w podrozdziale 1.2.3, różnice strukturalne stwierdzane w badaniach neuroobrazowych mają bardzo małe wielkości efektu i wartość wyłącznie na poziomie porównań grupowych (Hoogman i in., 2017). Nie istnieje badanie biologiczne pozwalające na rozpoznanie ADHD u pojedynczej osoby.

Przekonanie, że ADHD można rozpoznać wyłącznie w dzieciństwie. Rozpowszechnienie ADHD spełniającego kryteria diagnostyczne od dzieciństwa wśród

2026

osób dorosłych oszacowano na 2,58%, a ADHD z pojedynczymi, częściowymi objawami na 6,76% populacji światowej (Song i in., 2021). Międzynarodowe stanowisko konsensusowe przyjmuje wartość 2,5–2,8% (Faraone i in., 2021). Wymóg ujawnienia się objawów przed dwunastym rokiem życia nie oznacza wymogu rozpoznania w tym okresie. Konsekwencje braku wczesnego rozpoznania są przy tym poważne i dotyczą osiągnięć edukacyjnych, sytuacji zawodowej i funkcjonowania społecznego (Kessler i in., 2006; Brod i in., 2012).

Przekonanie, że ujemny wynik testu wyklucza rozpoznanie. Wytyczne europejskie wskazują, że narzędzia kwestionariuszowe mają charakter pomocniczy, a wynik ujemny nie wyklucza obecności zaburzenia (Kooij i in., 2019). Znajduje to potwierdzenie w danych o właściwościach różnicujących narzędzi neuropsychologicznych i diagnostycznych (Pettersson i in., 2018) oraz w wynikach dotyczących testów wykonaniowych (Arrondo i in., 2024).

Przekonanie, że z rozpoznaniem należy czekać do ukończenia szóstego roku życia. Wytyczne Amerykańskiej Akademii Pediatrii obejmują dzieci od czwartego roku życia, rekomendując w tej grupie interwencje behawioralne jako postępowanie pierwszego rzutu (Wolraich i in., 2019). Podstawę empiryczną stanowią wyniki badania PATS, wskazujące na skuteczność farmakoterapii w wieku przedszkolnym przy mniejszych wielkościach efektu niż u dzieci starszych (Greenhill i in., 2006).

2.4.3. Przekonania dotyczące etiologii i cech towarzyszących

Przekonanie o wychowawczej etiologii ADHD. Odziedziczalność zaburzenia oszacowana na podstawie 37 badań bliźniąt wynosi 74% (Faraone i Larsson, 2019), a badania asocjacyjne całego genomu zidentyfikowały 27 loci ryzyka i 76 potencjalnych genów (Demontis i in., 2023). Przekonanie o odpowiedzialności rodziców za zaburzenie dziecka nie znajduje oparcia w dowodach, ma natomiast udokumentowane konsekwencje w postaci stygmatyzacji rodzin (Mueller i in., 2012; Nermend i in., 2024).

Przekonanie o dietetycznej etiologii ADHD. Metaanaliza badań z kontrolą placebo nie wykazała wpływu cukru na zachowanie ani funkcjonowanie poznawcze dzieci (Wolraich i in., 1995). Wniosek ten potwierdza twierdzenie 45 międzynarodowego stanowiska konsensusowego, oparte na metaanalizie siedmiu badań i ponad 25 000 uczestników (Faraone i in., 2021). W odniesieniu do syntetycznych barwników spożywczych stwierdzono efekt niewielki i widoczny głównie w ocenach rodziców, przy braku istotności w ocenach niezależnych obserwatorów (Nigg i in., 2012).

2026

Przekonanie o sztywnym przywiązaniu do rutyn i rytuałów jako cesze ADHD. Cecha ta stanowi objaw charakterystyczny dla zaburzeń ze spektrum autyzmu, nie zaś dla ADHD. Jej błędne przypisanie stwierdzono u 38% uczestników badania międzynarodowego (Sciutto i in., 2016). Wskazuje ono na deficyt w zakresie diagnozy różnicowej i może prowadzić do doboru nieadekwatnych oddziaływań.

Przekonanie o przypisywaniu osobom z ADHD zachowań agresywnych i antyspołecznych. Pozycje skali KADDS dotyczące okrucieństwa wobec innych, kradzieży czy zawyżonej samooceny odnoszą się do objawów zaburzeń zachowania i choroby afektywnej dwubiegunowej, a nie ADHD. Zostały włączone do narzędzia celowo, w celu kontroli negatywnego błędu odpowiedzi, polegającego na przypisywaniu ADHD wszelkich trudnych zachowań dziecka (Sciutto i Feldhamer, 2005). Badania nad postawami społecznymi wskazują, że tendencja ta jest rozpowszechniona i stanowi jeden z głównych mechanizmów stygmatyzacji (Bisset i in., 2022; Nermend i in., 2024).

2.4.4. Przekonania dotyczące leczenia

Przekonanie o niebezpieczeństwie farmakoterapii. Sieciowa metaanaliza 133 randomizowanych badań z podwójnie ślepą próbą, obejmująca 10 068 dzieci i młodzieży oraz 8131 osób dorosłych w analizie skuteczności, wykazała przewagę wszystkich badanych leków nad placebo. U dzieci standaryzowana różnica średnich wyniosła −1,02 dla amfetamin, −0,78 dla metylofenidatu i −0,56 dla atomoksetyny, u dorosłych odpowiednio −0,79 i −0,49. Autorzy rekomendują metylofenidat jako lek pierwszego wyboru u dzieci i młodzieży oraz amfetaminy u osób dorosłych w leczeniu krótkoterminowym (Cortese i in., 2018).

Znaczenie ma również ocena ryzyka związanego z zaniechaniem leczenia. Badanie oparte na szwedzkich rejestrach narodowych, obejmujące 17 408 osób z ADHD, wykazało, że u mężczyzn farmakoterapia wiązała się z redukcją ryzyka poważnego wypadku komunikacyjnego o 58%, przy czym oszacowano, że 41–49% wypadków w tej grupie można byłoby zapobiec przy leczeniu ciągłym (Chang i in., 2014b). Analiza obejmująca blisko 2 miliony osób wykazała, że w okresach przyjmowania leków ryzyko urazu wymagającego pomocy na oddziale ratunkowym było o 28–36% niższe niż w okresach bez leczenia (Ghirardi i in., 2020). Obniżone ryzyko w okresach leczenia stwierdzono również w odniesieniu do prób samobójczych (Chang i in., 2020).

Przekonanie, że leki stymulujące prowadzą do uzależnienia. Jest to jedno z najtrwalszych błędnych przekonań, obecne także wśród profesjonalistów (Shaw i in., 2002). Dostępne dane układają się w spójny obraz. Metaanaliza piętnastu badań

2026

obejmujących 2565 uczestników nie wykazała istotnych różnic w używaniu alkoholu, nikotyny, kokainy i marihuany między osobami leczonymi a nieleczonymi stymulantami w dzieciństwie (Humphreys i in., 2013). Badanie oparte na szwedzkich rejestrach narodowych, obejmujące 38 753 osoby z ADHD, wykazało o 31% niższy wskaźnik nadużywania substancji wśród osób, którym przepisano leki, przy czym dłuższy czas leczenia wiązał się z niższym ryzykiem (Chang i in., 2014a). Największe badanie w tym obszarze, obejmujące blisko 3 miliony nastolatków i osób dorosłych, wykazało, że w okresach przyjmowania leków szanse wystąpienia zdarzeń związanych z substancjami były o 35% niższe u mężczyzn i o 31% niższe u kobiet niż w okresach bez leczenia (Quinn i in., 2017). Ośmioletnia obserwacja w ramach badania MTA nie wykazała związku między skumulowaną ekspozycją na stymulanty a używaniem substancji w okresie dorastania. Podwyższone ryzyko wiązało się z samym ADHD, niezależnie od leczenia (Molina i in., 2013). Żadne z przywołanych badań nie wykazało wzrostu ryzyka uzależnienia w następstwie leczenia.

Przekonanie, że rozpoznanie ADHD oznacza konieczność farmakoterapii. Wytyczne kliniczne przewidują zróżnicowane postępowanie w zależności od wieku i nasilenia objawów. U dzieci w wieku przedszkolnym postępowaniem pierwszego rzutu są oddziaływania behawioralne, w tym trening umiejętności rodzicielskich (Wolraich i in., 2019). Plan terapeutyczny powinien być dobierany indywidualnie i łączyć psychoedukację, oddziaływania psychoterapeutyczne oraz w uzasadnionych przypadkach farmakoterapię (Kooij i in., 2019). W odniesieniu do osób dorosłych badania nad terapią dialektyczno-behawioralną wskazują na jej użyteczność w redukcji objawów poznawczych i emocjonalnych (Basiri, 2025).

Przekonanie, że leki stanowią formę ułatwienia. Przekonanie to opiera się na założeniu, że stymulanty poprawiają funkcjonowanie poznawcze w sposób uniwersalny. Metaanaliza 48 badań obejmujących 1409 uczestników bez ADHD wykazała, że efekty stymulantów na hamowanie reakcji, pamięć roboczą i pamięć epizodyczną u osób zdrowych są małe (Ilieva i in., 2015). Przegląd systematyczny nie wykazał spójnych dowodów na działanie wzmacniające poza obszarem pamięci (Repantis i in., 2010). Szczególnie wartościowe wnioski płyną z badania z użyciem zrównoważonego placebo, w którym uczestnicy nie potrafili odróżnić leku od substancji obojętnej (trafność zgadywania wyniosła zaledwie 47%). Substancja czynna poprawiła wyniki zaledwie w 2 z 31 zastosowanych testów poznawczych. Jednocześnie samo przekonanie uczestników, że otrzymali stymulant, wiązało się z lepszym wykonaniem zadań, niezależnie od tego,

2026

co faktycznie zażyli. Wyniki te wskazują, że wiara w zdolność leków do poprawy funkcji poznawczych u osób zdrowych w znacznej mierze opiera się na efekcie oczekiwań (placebo). (Cropsey i in., 2017). Dane te wskazują, że przekonanie o poznawczym wzmacnianiu u osób zdrowych ma w znacznej mierze charakter efektu oczekiwań.

Przekonanie, że farmakoterapia tłumi kreatywność. Badania z podwójnie ślepą próbą nie wykazują, aby leki negatywnie wpływały na myślenie kreatywne, a ich wpływ na myślenie analityczne zależy od wyjściowych możliwości pacjenta (Farah i in., 2009). Nowsze badania obrazowe mózgu (PET) wyjaśniają, że działanie metylofenidatu zależy od indywidualnego poziomu syntezy dopaminy. U osób z niskim jej poziomem lek obniżał elastyczność myślenia, natomiast u osób z wysokim – podwyższał ją (Sayali i in., 2023). Wpływ leków na kreatywność ma zatem charakter zróżnicowany i osobniczy, a nie jednostronnie hamujący.

Przekonanie, że leczenie zmienia osobowość. Badanie jakościowe z udziałem ponad 150 rodzin w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii wykazało, że choć dzieci rozumieją obawy dotyczące autentyczności swojego zachowania, większość z nich nie doświadcza takich zmian. Pacjenci wskazywali wręcz, że leczenie zwiększa ich poczucie sprawczości i ułatwia realizację celów (Singh, 2013). Metaanaliza badań klinicznych również nie potwierdza trwałej zmiany osobowości. Zjawiska określane przez opiekunów tym mianem wynikają zazwyczaj ze źle dobranej dawki leku i podlegają korekcie medycznej (Cortese i in., 2018).

2.5. Media społecznościowe jako źródło błędnych przekonań

Rozpowszechnianie treści o ADHD za pośrednictwem platform społecznościowych stanowi zjawisko nowe i wymagające odrębnego omówienia, ponieważ zmienia ono strukturę źródeł, z których osoby z otoczenia dziecka a także sami pacjenci czerpią wiedzę. Analiza stu najpopularniejszych materiałów o ADHD na platformie TikTok wykazała, że 52% z nich zakwalifikowano jako wprowadzające w błąd, 27% jako relacje z osobistego doświadczenia, a jedynie 21% jako użyteczne. Materiały wprowadzające w błąd tworzyli przede wszystkim autorzy niebędący profesjonalistami, podczas gdy treści wyższej jakości pochodziły od pracowników ochrony zdrowia (Yeung i in., 2022).

Nowsze i metodologicznie bogatsze badanie objęło dwa etapy. W pierwszym analizie poddano 98 filmów o łącznej liczbie blisko 496 milionów wyświetleń. Według ocen psychologów jedynie 48,7% zawartych w nich twierdzeń o objawach odpowiadało

2026

kryteriom DSM-5, a średnia ocena przydatności psychoedukacyjnej wyniosła 1,78 w skali pięciostopniowej, przy czym żaden z materiałów nie uzyskał oceny najwyższej. W drugim etapie 843 młodych dorosłych oceniało te same materiały. Uczestnicy oceniali filmy najgorsze znacznie wyżej niż eksperci (2,32 wobec 1,10), a najlepsze - niżej (2,82 wobec 3,60), co wskazuje na ograniczoną zdolność różnicowania jakości przekazu. Intensywniejsze korzystanie z platformy wiązało się z zawyżonym szacowaniem rozpowszechnienia ADHD w populacji oraz z oczekiwaniem cięższego przebiegu zaburzenia (Karasavva i in., 2025).

Zjawisko to ma konsekwencje dla procesu diagnostycznego. Z jednej strony sprzyja ono upowszechnianiu uproszczonej autodiagnozy, w której pojedyncze trudności z koncentracją bywają utożsamiane z ADHD. Z drugiej - pacjenci i ich rodziny zgłaszają się na diagnozę z gotowym, ukształtowanym medialnie obrazem zaburzenia, który diagnosta musi uwzględnić w procesie oceny. Równolegle utrzymują się przekonania o przeciwnym kierunku, przypisujące trudności dziecka zaniedbaniom wychowawczym lub brakowi motywacji (Nermend i in., 2024). Oba typy przekonań tworzą barierę diagnostyczną, a ich obecność wymaga od specjalistów systematycznego oddzielania faktów klinicznych od utrwalonych mitów.

Przedstawione dane prowadzą do trzech wniosków. Po pierwsze, wiedza otoczenia społecznego nie jest czynnikiem towarzyszącym procesowi pomocy, lecz warunkiem jego uruchomienia: decyzja o skierowaniu na diagnozę, jakość danych wejściowych do oceny klinicznej oraz przystąpienia do leczenia zależą bezpośrednio od przekonań rodziców, nauczycieli i profesjonalistów pierwszego kontaktu. Po drugie, badania prowadzone w różnych krajach ujawniają spójny wzorzec: dobrą znajomość objawów przy istotnych deficytach wiedzy o etiologii, przebiegu i leczeniu - przy czym deficyty te przybierają postać nie tylko braku informacji, lecz także utrwalonych, fałszywych przekonań, wymagających odmiennych oddziaływań. Po trzecie, w polskim piśmiennictwie brakuje zwalidowanego narzędzia umożliwiającego systematyczny pomiar tej zmiennej, co uniemożliwia zarówno diagnozę stanu wyjściowego, jak i ocenę skuteczności programów psychoedukacyjnych. W rozdziale trzecim skupiono się na charakterystyce skali KADDS oraz KADDS-R jako narzędziu skonstruowanym specjalnie w celu odróżnienia braku wiedzy od błędnych przekonań oraz jej adaptacji do warunków polskich.

2026

ROZDZIAŁ 3. Skala KADDS jako narzędzie pomiaru wiedzy na temat ADHD. Analiza wersji oryginalnej i zrewidowanej

3.1. Pomiar wiedzy o ADHD jako problem metodologiczny

Wnioski z drugiego rozdziału prowadzą do pytania o odpowiednie narzędzie badawcze. Wiedza otoczenia wpływa na to, czy i jak udzielana jest pomoc, a jej braki mogą wynikać z dwóch zupełnie różnych przyczyn. Nieznajomości faktów albo utrwalonych błędnych przekonań (mitów), a więc jej pomiar wymaga narzędzia, które potrafi je od siebie odróżnić. Taka właściwość wcale nie jest oczywista i większość dostępnych metod jej nie posiada.

Skalę problemu ukazuje przegląd systematyczny obejmujący 163 artykuły, w których zidentyfikowano 96 odrębnych narzędzi służących pomiarowi wiedzy o ADHD (Golson i in., 2023). Autorzy poddali je ocenie według kryteriów oceny dowodów psychometrycznych, wyróżniając cztery kategorie. Status narzędzia o ugruntowanych właściwościach (*well-established*) uzyskały jedynie trzy narzędzia, co odpowiada 3,1% analizowanego zbioru. Siedem kolejnych (7,3%) zakwalifikowano jako zbliżające się do tego statusu, siedemnaście (17,8%) jako obiecujące, natomiast 69 narzędzi, a więc 71,8% całości nie dysponowało wystarczającymi dowodami psychometrycznymi. Wśród trzech narzędzi o najwyższym statusie znalazła się skala KADDS, wskazana przez autorów jako najszerzej stosowana i najlepiej udokumentowana pod względem właściwości psychometrycznych oraz zakresu populacji, w których była walidowana - obejmującego nauczycieli edukacji ogólnej i specjalnej, nauczycieli w trakcie kształcenia, asystentów nauczycieli, psychologów szkolnych, pedagogów, lekarzy i rodziców.

Wniosek ten ma podwójne znaczenie dla niniejszej pracy. Po pierwsze, uzasadnia wybór kwestionariusza KADDS jako podstawy do polskiej adaptacji, gdyż spośród niemal stu dostępnych narzędzi tylko nieliczne posiadają wystarczające dowody psychometryczne do zastosowań badawczych. Po drugie, zwraca uwagę na szerszy problem w tej dziedzinie, gdzie powszechną praktyką jest tworzenie autorskich kwestionariuszy na potrzeby jednego badania bez weryfikacji ich właściwości psychometrycznych. Uniemożliwia to porównywanie wyników między różnymi projektami oraz budowanie spójnej wiedzy naukowo-badawczej.

Wśród narzędzi alternatywnych na uwagę zasługuje kwestionariusz ASKAT (*ADHD-Specific Knowledge and Attitudes of Teachers*), którego węgierska wersja,

2026

zastosowana na próbie 732 nauczycieli, uzyskała α Cronbacha na poziomie 0,819 przy czteroczynnikowej strukturze i średnim odsetku odpowiedzi poprawnych wynoszącym 68,75% (Tóth-Szerecz i in., 2025). Wyższa rzetelność została tu jednak osiągnięta kosztem znacznego skrócenia narzędzia do dziewiętnastu pozycji oraz rezygnacji z opcji „nie wiem", a więc z możliwości odróżnienia braku wiedzy od błędnego przekonania. Przykład ten wyraźnie pokazuje kompromis, na jaki zdecydowali się twórcy skali KADDS. Niższe wskaźniki zgodności wewnętrznej zostały zaakceptowane w zamian za znacznie wyższą wartość diagnostyczną.

3.2. Geneza i konstrukcja wersji oryginalnej

3.2.1. Powody powstania narzędzia

Skala KADDS (*Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale*) została skonstruowana w celu pomiaru wiedzy i błędnych przekonań na temat ADHD wśród rodziców, nauczycieli i profesjonalistów ochrony zdrowia psychicznego (Sciutto i in., 2000; Sciutto i Feldhamer, 2005). Bezpośrednią przesłanką jej opracowania było ograniczenie dostępnych wówczas narzędzi, opartych na dychotomicznym formacie odpowiedzi prawda/fałsz.

Autorzy wskazali, że format ten jest wysoce podatny na zgadywanie, a w konsekwencji obarczony znacznym błędem pomiaru. Zmuszanie respondentów do rozstrzygnięcia zero-jedynkowego w sytuacji braku wiedzy prowadzi do sztucznego zawyżenia oszacowań poziomu wiedzy w populacji, a jednocześnie uniemożliwia identyfikację obszarów, w których niepoprawna odpowiedź wynika z utrwalonego przekonania. Rozwiązaniem było wprowadzenie trzeciej opcji odpowiedzi w postaci „nie wiem" (*don't know*), pozwalającej odróżnić brak informacji od przekonania błędnego.

Instrukcja narzędzia wprost formułuje oczekiwanie wobec respondenta: w razie braku pewności należy wybrać opcję „nie wiem" i nie zgadywać (Sciutto i Feldhamer, 2005).

3.2.2. Struktura treściowa

Narzędzie w wersji oryginalnej obejmuje 36 pozycji przyporządkowanych trzem podskalom odzwierciedlającym obszary wiedzy istotne dla podejmowania decyzji diagnostycznych i projektowania oddziaływań edukacyjnych (Sciutto i in., 2000; Sciutto i Feldhamer, 2005):

2026

- Cechy towarzyszące (*associated features*) - 15 pozycji dotyczących ogólnej charakterystyki zaburzenia, jego etiologii, uwarunkowań biologicznych, rozpowszechnienia i przebiegu;
- Objawy i diagnoza (*symptoms/diagnosis*) - 9 pozycji dotyczących znajomości kryteriów klasyfikacyjnych i objawów osiowych;
- Leczenie (*treatment*) - 12 pozycji dotyczących oddziaływań farmakologicznych, psychoterapeutycznych i behawioralnych.

Przyporządkowanie poszczególnych pozycji do podskal przeprowadzono metodą sędziów kompetentnych. Czterdziestu doktorantów psychologii klinicznej i szkolnej, dysponując opisem trzech obszarów treściowych, niezależnie przypisywało każdą pozycję do jednej z podskal. Pozycję uznawano za należącą do danej podskali, jeżeli opowiedziało się za tym co najmniej 75% sędziów (Sciutto i Feldhamer, 2005). Procedura ta stanowi w kategoriach współczesnej terminologii psychometrycznej dowód trafności opartej na treści testu (American Educational Research Association i in., 2014).

Przy konstruowaniu poszczególnych pozycji autorzy przyjęli zasadę uwzględniania wyłącznie twierdzeń o silnym i jednoznacznym potwierdzeniu empirycznym, świadomie unikając zagadnień spornych w literaturze naukowej. Do każdej pozycji przypisano źródło uzasadniające przyjętą odpowiedź poprawną, zestawione w aneksie podręcznika (Sciutto i Feldhamer, 2005). Narzędzie zatem nie mierzy zgodności przekonań respondenta z poglądami autorów, lecz z ustaleniami wskazanego piśmiennictwa. Czyni je to podatnym na aktualizację wraz z rozwojem wiedzy, z czego autorzy skorzystali przy opracowaniu wersji zrewidowanej.

3.2.3. Kontrola negatywnego błędu odpowiedzi

Odrębnym rozwiązaniem konstrukcyjnym o istotnym znaczeniu merytorycznym jest uwzględnienie w kwestionariuszu zarówno twierdzeń prawdziwych, jak i fałszywych, przy czym część twierdzeń fałszywych przypisuje osobom z ADHD zachowania jawnie niepożądane, charakterystyczne dla innych zaburzeń - fizyczne okrucieństwo wobec innych osób, historię kradzieży lub niszczenia cudzej własności, zawyżoną samoocenę o charakterze wielkościowym.

Celem tego zabiegu jest kontrola negatywnego błędu odpowiedzi (*negative response bias*), polegającego na przypisywaniu ADHD wszelkich trudnych czy buntowniczych zachowań dziecka (Sciutto i Feldhamer, 2005). Skala mierzy zatem nie tylko wiedzę o tym, czym ADHD jest, lecz również o tym, czym nie jest, a więc

2026

kompetencję w zakresie różnicowania. Jak wykazano w rozdziale drugim, deficyt w tym obszarze ma bezpośrednie konsekwencje praktyczne. Błędne przypisanie ADHD cech charakterystycznych dla innych zaburzeń może skutkować doborem nieadekwatnych oddziaływań, a nadmierne przypisywanie zaburzeniu zachowań zakłócających stanowi jeden z mechanizmów stygmatyzacji.

3.2.4. Zasady punktacji

Procedura punktowania odzwierciedla dwustopniową logikę pomiaru (Sciutto i Feldhamer, 2005). W pierwszym kroku odpowiedzi kodowane są w trzech kategoriach (prawda, fałsz, nie wiem), co umożliwia obliczenie wskaźnika błędnych przekonań. Za błędne przekonanie uznaje się odpowiedź niezgodną z kluczem, natomiast odpowiedzi „nie wiem" nie są do tej kategorii zaliczane. W drugim kroku odpowiedzi przekodowuje się: odpowiedziom poprawnym przypisuje się wartość 1, a odpowiedziom błędnym oraz odpowiedziom „nie wiem" - wartość 0, co pozwala obliczyć wynik wiedzy dla skali ogólnej i dla poszczególnych podskal.

Wyprowadza się zatem trzy odrębne wskaźniki: wynik wiedzy, wynik błędnych przekonań oraz odsetek odpowiedzi „nie wiem" jako wskaźnik luk informacyjnych.

3.2.5. Etapy konstrukcji narzędzia

Ostateczna postać skali była rezultatem wieloetapowego procesu obejmującego systematyczną kontrolę właściwości psychometrycznych na każdym etapie (Sciutto i Feldhamer, 2005). W fazie pilotażowej opracowano pulę 27 pozycji w klasycznym formacie dwuopcjowym, którą zastosowano w grupie 73 nauczycieli przedszkoli i szkół podstawowych. Uzyskany współczynnik α Cronbacha dla skali ogólnej wyniósł zaledwie 0,38, co wskazywało na poważne wady konstrukcyjne. W odpowiedzi zmodyfikowano pozycje wykazujące ujemną korelację z wynikiem ogólnym oraz wprowadzono trzecią opcję odpowiedzi. Tak zmieniona wersja, zastosowana w grupie 46 studentów studiów licencjackich i magisterskich kierunków pedagogicznych, uzyskała $\alpha = 0{,}71$. W ostatnim etapie doprecyzowano brzmienie kilku pozycji i dodano dziewięć nowych twierdzeń, uzyskując narzędzie 36-pozycyjne. Badanie weryfikacyjne przeprowadzone w grupie 63 kandydatów na nauczycieli szkół podstawowych przyniosło $\alpha = 0{,}81$ (Bender, 1996, za: Sciutto i Feldhamer, 2005).

Warto odnotować, że aneks podręcznika zawiera 39 pozycji: 36 przyporządkowanych podskalom oraz trzy dodatkowe, włączone do narzędzia na

2026

potrzeby dalszych prac rozwojowych i nieprzypisane do żadnej z podskal (Sciutto i Feldhamer, 2005).

Systematyczny wzrost wskaźników zgodności wewnętrznej w kolejnych fazach prac - od 0,38 przez 0,71 do 0,81 - stanowi metodologiczne potwierdzenie zasadności przyjętych rozwiązań konstrukcyjnych, w szczególności wprowadzenia trzeciej opcji odpowiedzi.

3.3. Właściwości psychometryczne wersji oryginalnej

3.3.1. Zgodność wewnętrzna

Podręcznik testu przedstawia statystyki opisowe i współczynniki rzetelności uzyskane w pięciu badaniach obejmujących zróżnicowane grupy związane ze środowiskiem edukacyjnym: nauczycieli szkół podstawowych z Nowego Jorku (N = 149), nauczycieli szkół podstawowych z Ohio (N = 199), studentów szkół wyższych (N = 273), pracowników systemu szkolnego (N = 51) oraz studentów kierunków pedagogicznych (N = 63) (Sciutto i Feldhamer, 2005).

Dla skali ogólnej, złożonej z 36 pozycji, współczynniki α Cronbacha mieściły się w przedziale od 0,80 do 0,90, co wskazuje na wysoką i stabilną zgodność wewnętrzną niezależnie od charakteru próby. Średnie odsetki odpowiedzi poprawnych wahały się od 42,11% wśród studentów kierunków pedagogicznych do 56,80% wśród pracowników systemu szkolnego.

Dla podskal uzyskane wartości były niższe i mieściły się w przedziale od 0,52 do 0,75. Autorzy wyjaśniają tę rozbieżność mniejszą liczbą pozycji wchodzących w skład poszczególnych podskal w porównaniu z pełną skalą (Sciutto i Feldhamer, 2005).

Analiza średnich w rozbiciu na podskale ujawnia wzorzec obserwowany następnie konsekwentnie w badaniach międzynarodowych. Najwyższe wyniki uzyskiwano w podskali „Objawy i diagnoza” (58,60–66,47%), niższe w podskali „Leczenie” (40,32–60,71%), a najniższe w podskali „Cechy towarzyszące” (33,66–47,86%).

3.3.2. Stabilność bezwzględna

Stabilność pomiaru zweryfikowano w badaniu obejmującym 185 studentów szkół wyższych, przeprowadzonym dwukrotnie w odstępie dwóch tygodni. W okresie między pomiarami uczestnicy nie brali udziału w żadnych oddziaływaniach edukacyjnych dotyczących ADHD ani nie otrzymywali informacji na ten temat, co pozwoliło oddzielić

2026

stabilność pomiaru od rzeczywistego przyrostu wiedzy (Sciutto i Terjesen, 2004, za: Sciutto i Feldhamer, 2005).

Uzyskane współczynniki korelacji między pomiarami mieściły się w przedziale od 0,59 do 0,76. Dla wyniku ogólnego stabilność wyniosła 0,76, dla podskali „Cechy towarzyszące" 0,70, dla podskali „Leczenie" 0,72, natomiast najniższą wartość odnotowano dla podskali „Objawy i diagnoza" (0,59). Wartości te odpowiadają poziomowi umiarkowanemu do wysokiego i wskazują, że narzędzie dostarcza wyników stabilnych w krótkim okresie.

3.3.3. Dowody trafności

Weryfikację trafności oparto na kilku niezależnych strategiach, opartych na wspólnym założeniu: jeżeli narzędzie mierzy rzeczywisty zasób wiedzy o ADHD, to osoby o większym doświadczeniu i szerszym przeszkoleniu powinny uzyskiwać w nim wyższe wyniki.

Dowody oparte na relacji z doświadczeniem osobistym i zawodowym. Nauczyciele szkół podstawowych, którzy w swojej pracy uczyli co najmniej jedno dziecko z rozpoznaniem ADHD, uzyskiwali istotnie wyższe wyniki zarówno w skali ogólnej (51,13% wobec 41,98%), jak i w podskalach „Cechy towarzyszące" (45,52% wobec 35,24%) oraz „Objawy i diagnoza" (68,57% wobec 56,38%) niż nauczyciele bez takiego doświadczenia (Sciutto i in., 2000, za: Sciutto i Feldhamer, 2005). Analogiczny wzorzec stwierdzono wśród studentów: osoby mające bliskiego przyjaciela lub członka rodziny z rozpoznaniem ADHD uzyskiwały wyższe wyniki ogólne (50,93% wobec 46,43%) (Sciutto i Terjesen, 2004, za: Sciutto i Feldhamer, 2005).

Wyniki korelowały również z zakresem doświadczenia, a nie tylko z jego obecnością. Liczba uczniów z ADHD, których nauczyciel uczył w dotychczasowej karierze, wiązała się dodatnio z wynikiem ogólnym ($r = 0{,}305$ w próbie z Ohio i $r = 0{,}231$ w próbie nowojorskiej), a wśród studentów deklarowany zakres kontaktu z dziećmi z ADHD korelował z wynikiem na poziomie $r = 0{,}178$.

Dowody oparte na relacji ze szkoleniem. Liczba przeczytanych publikacji o ADHD korelowała z wynikiem ogólnym na poziomie $r = 0{,}40$ w próbie nauczycieli z Ohio i $r = 0{,}36$ w próbie studentów. Stwierdzono również różnice między grupami zawodowymi w obrębie systemu szkolnego: nauczyciele o najmniejszym zakresie przeszkolenia uzyskiwali niższe wyniki niż psycholodzy szkolni i pedagodzy.

2026

Nauczyciele z doświadczeniem w pracy w edukacji specjalnej oraz ci, którzy odbyli kursy z tego zakresu, osiągali wyniki istotnie wyższe (Sciutto i Feldhamer, 2005).

Dowody oparte na wrażliwości na oddziaływanie. Szczególne znaczenie ma czwarta strategia, weryfikująca zdolność narzędzia do wykrywania zmiany. W badaniu z grupą kontrolną, w którym skalę zastosowano przed godzinnym wykładem edukacyjnym o ADHD i po nim, grupa eksperymentalna (N = 32) wykazała istotny przyrost wyników, podczas gdy w grupie kontrolnej (N = 185), nieotrzymującej żadnych informacji, zmiany nie odnotowano (Sciutto i Terjesen, 2004, za: Sciutto i Feldhamer, 2005). Analogiczny efekt uzyskano w badaniu studentów kierunków pedagogicznych poddanych oddziaływaniu edukacyjnemu w dwóch wariantach - pasywnym i opartym na uczeniu aktywnym - w obu przypadkach stwierdzając istotną poprawę wyników (Bender, 1996, za: Sciutto i Feldhamer, 2005).

Ostatnia z wymienionych właściwości ma bezpośrednie znaczenie: narzędzie nadaje się nie tylko do opisu stanu wiedzy w populacji, lecz również do ewaluacji programów psychoedukacyjnych, co w świetle ustaleń o nietrwałości efektów szkoleń (Ward i in., 2022) czyni je szczególnie użytecznym.

3.3.4. Interpretacja wskaźników rzetelności w testach wiedzy

Niższe wartości współczynnika α obserwowane w podskalach – zarówno w badaniach oryginalnych, jak i w adaptacjach bywają błędnie interpretowane jako słabość narzędzia. Współczynnik alpha Cronbacha stanowi trafne oszacowanie rzetelności wyłącznie przy spełnieniu założenia tau-ekwiwalentności, czyli równości ładunków czynnikowych wszystkich pozycji (McDonald, 1999). Założenie to jest praktycznie niespełnialne w testach wiedzy o zróżnicowanej trudności pytań. Ponadto, jak wskazuje Schmitt (1996), nie istnieje uniwersalna wartość progowa, a niska wartość α nie przesądza o nieużyteczności skali, jeśli mierzy ona konstrukt z założenia heterogeniczny. Właśnie z taką sytuacją mamy do czynienia w przypadku podskali „Cechy towarzyszące", obejmującej zagadnienia etiologii, rozpowszechnienia, przebiegu i rokowania. Stanowi ona przekrój wiedzy z różnych obszarów, a nie wskaźnik odnoszący się do jednej, jednorodnej zmiennej.

Zestawienie dostępnych danych wskazuje, że umiarkowane wartości α dla podskal są dla tego narzędzia normą międzynarodową, nie zaś odstępstwem: przegląd systematyczny podaje dla KADDS zakres α od 0,38 do 0,92 (Golson i in., 2023), badanie dziewięciu krajów - od 0,48 do 0,84 dla wyniku wiedzy (Sciutto i in., 2016), a wersja

2026

niemiecka α = 0,69 dla skali ogólnej przy zaledwie 0,29–0,52 dla podskal, zachowując przy tym wrażliwość na efekty oddziaływania edukacyjnego (Schmiedeler, 2017). Uzyskanie w polskiej próbie wartości rzędu 0,50–0,70 dla podskal należy zatem uznać za wynik typowy, a nie za świadectwo nieudanej adaptacji.

3.4. Zastosowania międzynarodowe i adaptacje kulturowe

3.4.1. Zakres stosowania

Od pierwszej publikacji w 2000 roku skala KADDS została wykorzystana w ponad 550 badaniach przeprowadzonych w około 75 krajach (Sciutto i in., 2025). Skala tego rozpowszechnienia czyni ją standardem pomiaru wiedzy o ADHD, umożliwiającym porównywanie wyników między badaniami, co, jak wykazano w podrozdziale 3.1, jest w tym obszarze rzadkością.

Zakres zastosowań nie przekłada się jednak automatycznie na liczbę formalnych adaptacji. Należy odróżnić trzy sytuacje: zastosowanie wersji anglojęzycznej w populacjach anglojęzycznych, wykonanie tłumaczenia roboczego na potrzeby konkretnego badania oraz przeprowadzenie pełnej adaptacji kulturowej wraz z walidacją psychometryczną. Trzecia sytuacja jest zdecydowanie najrzadsza.

3.4.2. Przegląd adaptacji

Tabela 1

Adaptacje i wersje językowe skali KADDS

Kraj i język	Autorzy	Próba	A	Charakter opracowania
Hiszpania, hiszpański	Jarque Fernández i in. (2007)	193 nauczycieli	0,89	adaptacja z pełnym raportem psychometrycznym
Kolumbia, hiszpański	Robledo-Castro i in. (2024)	269 nauczycieli	b.d.	walidacja psychometryczna
Brazylia, portugalski	Silva i Kristensen (2021)	32 (pretest)	—	adaptacja transkulturowa, trafność treściowa
Niemcy, niemiecki	Schmiedeler (2013, 2017)	350	0,69	adaptacja zdeponowana w archiwum testów
Czechy, czeski	Sciutto i in. (2016)	482 nauczycieli	0,84	tłumaczenie z tłumaczeniem zwrotnym
Grecja, grecki	Sciutto i in. (2016)	198 nauczycieli	0,70	tłumaczenie zwrotne i badanie pilotażowe
Irak, arabski	Sciutto i in. (2016)	200 nauczycieli	0,48	weryfikacja przez filologa

2026

Kraj i język	Autorzy	Próba	A	Charakter opracowania
Korea Płd., koreański	Sciutto i in. (2016)	146 nauczycieli	0,74	tłumaczenie zwrotne
Arabia Saud., arabski	Sciutto i in. (2016)	429 nauczycieli	0,67	tłumacz zawodowy i weryfikacja ekspercka
RPA, angielski	Sciutto i in. (2016)	212 nauczycieli	0,84	wersja oryginalna, bez tłumaczenia
Wietnam, wietnamski	Sciutto i in. (2016)	131 nauczycieli	0,75	tłumaczenie zwrotne i redakcja zespołowa
USA, angielski	Sciutto i in. (2000, 2016)	wiele prób	0,74–0,90	wersja oryginalna

Uwaga. Wartości α dotyczą wyniku wiedzy dla skali ogólnej. Dla wersji hiszpańskiej i niemieckiej rzetelność podskal wyniosła odpowiednio 0,74–0,77 i 0,29–0,52. Wersje uwzględnione w badaniu Sciutto i in. (2016) powstały jako tłumaczenia na potrzeby tego badania i nie były przedmiotem odrębnych publikacji walidacyjnych. Skrót b.d. oznacza brak danych w dostępnej wersji publikacji.

Adaptacja hiszpańska (Jarque Fernández i in., 2007) jest najbliższym odpowiednikiem przedsięwzięcia podjętego w niniejszej pracy. Uzyskana w niej rzetelność skali ogólnej (α = 0,89) przewyższyła wartości raportowane dla wersji oryginalnej, a struktura trzech podskal została zachowana. Na uwagę zasługuje rozkład wyników: odsetek odpowiedzi poprawnych wyniósł 31,67% w podskali dotyczącej informacji ogólnych, 63,88% w podskali objawów i diagnozy oraz 40,46% w podskali leczenia, przy odsetku odpowiedzi „nie wiem” sięgającym odpowiednio 46,52%, 29,39% i 48,56%.

Adaptacja brazylijska (Silva i Kristensen, 2021) zasługuje na uwagę przede wszystkim ze względu na przejrzystość procedury. Objęła ona sześć etapów: tłumaczenie przez trzech niezależnych tłumaczy dwujęzycznych, ocenę przez komisję czterech niezależnych psychologów według kryteriów jasności językowej oraz adekwatności praktycznej i teoretycznej, recenzję językoznawczą, badanie pilotażowe w populacji docelowej, tłumaczenie zwrotne oraz ocenę przez autorów wersji oryginalnej. Po korekcie czterech pozycji uzyskano współczynnik trafności treściowej (CVC) na poziomie 0,92 przy wartościach powyżej 0,8 dla wszystkich pozycji oraz współczynnik zgodności sędziów κ Fleissa równy 0,84. Autorzy zaznaczają jednak, że przeprowadzone

2026

prace obejmowały wyłącznie etap trafności treściowej, a pełna weryfikacja psychometryczna wymaga dalszych badań.

Wersja niemiecka jest jedynym przypadkiem formalnego udostępnienia adaptacji KADDS w otwartym archiwum narzędzi badawczych wraz z dokumentacją (Schmiedeler, 2017) - rozwiązanie to warte jest rozważenia również w odniesieniu do wersji polskiej.

3.4.3. Wnioski z przeglądu adaptacji

Przeprowadzony przegląd prowadzi do trzech ustaleń istotnych dla planowania polskiej adaptacji.

Po pierwsze, formalnych walidacji psychometrycznych KADDS jest pomimo ogromnej popularności narzędzia zaledwie kilka. Większość wersji językowych powstała jako tłumaczenia robocze na potrzeby pojedynczych badań, bez odrębnej weryfikacji właściwości psychometrycznych.

Po drugie, istnieje wyraźna zależność między rygorem procedury adaptacyjnej a uzyskaną rzetelnością. Wersje opracowane z zastosowaniem pełnej procedury tłumaczenia zwrotnego uzyskiwały wskaźniki w przedziale 0,70–0,84, natomiast wersja iracka, powstała w wyniku uproszczonej procedury uzyskała $\alpha = 0{,}48$ - wartość na tyle niską, że autorzy wyłączyli te dane z analiz porównawczych (Sciutto i in., 2016). Przykład ten stanowi argument przeciw traktowaniu adaptacji narzędzia jako zadania czysto translatorskiego.

Po trzecie, w badaniu dziewięciu krajów wartości α przekroczyły próg 0,6 dla wszystkich trzech podskal jedynie w jednym kraju, co skłoniło autorów do rezygnacji z interpretacji wyników podskal. Wskazuje to, że struktura wewnętrzna narzędzia nie musi być równoważna między kulturami a problem ten wymaga uwzględnienia w analizach polskiej wersji.

3.4.4. Brak wersji polskiej

Przegląd obejmujący bazy międzynarodowe, polskie repozytoria instytucjonalne i czasopisma naukowe oraz katalog Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego nie doprowadził do odnalezienia polskiego tłumaczenia, adaptacji ani zastosowania skali KADDS. Polska nie znalazła się również wśród dziewięciu krajów uczestniczących w badaniu międzynarodowym (Sciutto i in., 2016).

Ustalenie to wskazuje na lukę o podwójnym charakterze. Nie istnieje polska wersja narzędzia uznanego za najlepiej udokumentowane w swojej klasie (Golson i in.,

2026

2023), a jednocześnie, jak wykazano w podrozdziale 2.3.3 nie istnieje żadne inne zwalidowane polskie narzędzie pomiaru wiedzy o ADHD. W konsekwencji nie dysponujemy w Polsce ani danymi o poziomie wiedzy nauczycieli i rodziców porównywalnymi z danymi międzynarodowymi, ani narzędziem umożliwiającym ewaluację programów psychoedukacyjnych.

3.5. Zrewidowana wersja skali (KADDS-R)

3.5.1. Przyczyny modyfikacji narzędzia

Od czasu opublikowania skali w 2000 roku wiedza na temat ADHD uległa istotnemu poszerzeniu, a systemy klasyfikacyjne uległy zasadniczym zmianom. W szczególności piąta edycja DSM przeniosła ADHD do grupy zaburzeń neurorozwojowych, podniosła graniczny wiek ujawnienia się objawów, dopuściła rozpoznawanie zaburzenia u osób dorosłych i zniosła zakaz jednoczesnego rozpoznawania ADHD i zaburzeń ze spektrum autyzmu. ICD-11 wprowadziła analogiczne rozwiązania. Równolegle znacząco rozwinęła się wiedza o roli funkcji wykonawczych, dysregulacji emocjonalnej oraz o niefarmakologicznych metodach oddziaływania.

W tej sytuacji autorzy narzędzia przeprowadzili w 2025 roku przegląd treści pozycji w świetle dowodów zgromadzonych w ciągu dwudziestu pięciu lat od jego opracowania, którego rezultatem jest zrewidowana wersja skali (Sciutto i in., 2025). Bezpośrednim impulsem był również przywoływany wyżej przegląd systematyczny, w którym KADDS uznano za najszerzej stosowane narzędzie pomiaru wiedzy o ADHD (Golson i in., 2023).

3.5.2. Zakres zmian

Wersja zrewidowana zachowuje podstawowe rozwiązania konstrukcyjne wersji oryginalnej, a więc liczbę 36 pozycji oraz trójopcjowy format odpowiedzi prawda/fałsz/nie wiem. Zmiany dotyczą treści pozycji: 19 pozycji zachowano w brzmieniu niezmienionym, 11 poddano przeformułowaniu, a 6 stanowi pozycje całkowicie nowe (Sciutto i in., 2025).

Analiza wprowadzonych modyfikacji pozwala wyróżnić kilka kluczowych obszarów aktualizacji. Pozycja dotycząca możliwości rozpoznania ADHD u osoby przejawiającej głównie objawy nieuwagi przy nielicznych objawach nadruchliwości i

2026

impulsywności stanowi bezpośrednie odzwierciedlenie wyodrębnienia obrazów klinicznych w DSM-5 i jest istotna w kontekście omówionego w rozdziale pierwszym problemu niedodiagnozowania dziewcząt. Przeformułowano również pozycję dotyczącą utrzymywania się objawów w dorosłości oraz pozycję dotyczącą rozpowszechnienia, w której zastąpiono sformułowanie „około 15%" sformułowaniem „więcej niż 15%".

Uwzględnienie aktualnego stanu wiedzy klinicznej. Wprowadzono pozycje dotyczące hiperfokusu, deficytów funkcji wykonawczych w zakresie organizacji, zarządzania czasem i planowania oraz podwyższonego ryzyka urazów i wypadków, a więc obszarów, których znaczenie ugruntowało się po roku 2000 (por. Faraone i in., 2021; Ghirardi i in., 2020). Dodano także pozycję dotyczącą zmienności zdolności do podtrzymywania uwagi w zależności od atrakcyjności zadania, odnoszącą się do rozpowszechnionego przekonania, że zdolność dziecka do długotrwałej koncentracji na aktywnościach preferowanych wyklucza rozpoznanie ADHD.

Aktualizacja obszaru leczenia. Pozycję dotyczącą leków przeciwdepresyjnych zastąpiono ogólniejszym sformułowaniem odnoszącym się do leków niestymulujących, co odzwierciedla rozwój farmakoterapii ADHD. Doprecyzowano pozycje dotyczące treningu umiejętności rodzicielskich, wprowadzając odrębne twierdzenie o pierwszeństwie wzmacniania zachowań pożądanych przed wprowadzaniem oddziaływań o charakterze karzącym. Dodano pozycję dotyczącą czasu wystąpienia efektu leków stymulujących, odnoszącą się do przekonania o kilkutygodniowym okresie oczekiwania na poprawę.

Neutralizacja językowa. Konsekwentnie zastąpiono określenia typu „dzieci z ADHD" (*ADHD children*) sformułowaniami stawiającymi na pierwszym miejscu osobę (*children with ADHD*, *individuals with ADHD*), zgodnie z obowiązującymi standardami języka niestygmatyzującego. Zmiana ta ma znaczenie nie tylko formalne. Jak wykazano w rozdziale drugim, sposób mówienia o zaburzeniu jest jednym z nośników piętna (Mueller i in., 2012).

Uściślenie kontekstu kulturowego. W pozycji dotyczącej uprawnień do kształcenia specjalnego dodano wskazanie kontekstu prawnego („w Stanach Zjednoczonych"), co czyni ją jawnie zależną od systemu edukacyjnego. Pozycja ta wymaga szczególnej uwagi przy adaptacji do warunków polskich, o czym mowa w podrozdziale 3.6.3.

2026

3.5.3. Wstępne dane psychometryczne

Autorzy prowadzą obecnie badania dotyczące wersji zrewidowanej. Dostępne dane wstępne pochodzą z badania przeprowadzonego na próbie rekrutowanej za pośrednictwem platformy internetowej w Stanach Zjednoczonych (Sciutto i in., 2025).

Spośród 500 zrekrutowanych osób kryteria włączenia, obejmujące pozytywne przejście dwóch kontroli uważności, spełniło 438 uczestników. Wiek badanych mieścił się w przedziale 19–81 lat (M = 45,64; SD = 15,17), a 57,8% legitymowało się wykształceniem co najmniej licencjackim. Wśród osób, które podały tożsamość płciową, 48,6% zidentyfikowało się jako kobiety, 48,9% jako mężczyźni, a 2,0% jako osoby niebinarne lub płynne płciowo. Reprezentowane były wszystkie dziewięć regionów geograficznych Stanów Zjednoczonych. Rozpoznanie ADHD deklarowało 25,8% uczestników.

Zgodność wewnętrzna. Dla 421 osób, które wypełniły wszystkie pozycje, współczynnik α Cronbacha dla ogólnego wyniku wiedzy wyniósł 0,88. Wartość ta była porównywalna w podgrupach: 0,88 dla mężczyzn, 0,88 dla kobiet, 0,88 dla osób bez rozpoznania ADHD oraz 0,80 dla osób z rozpoznaniem (Sciutto i in., 2025). Uzyskany wskaźnik przewyższa wartości raportowane dla wersji oryginalnej i wskazuje na skuteczność przeprowadzonej rewizji.

Dowody trafności oparte na doświadczeniu osobistym. Osoby z rozpoznaniem ADHD uzyskiwały istotnie wyższe wyniki niż osoby bez rozpoznania, $t(269{,}584) = 4{,}72$; $p < 0{,}001$; $d = 0{,}46$. Analogiczną różnicę stwierdzono wśród osób deklarujących obecność ADHD u członka rodziny lub przyjaciela, $t(237{,}177) = 2{,}59$; $p = 0{,}010$; $d = 0{,}29$, a wśród rodziców - u tych, których dziecko ma rozpoznanie ADHD, $t(214{,}625) = 3{,}62$; $p < 0{,}001$; $d = 0{,}45$.

Dowody trafności oparte na szkoleniu. Osoby, które ukończyły formalne szkolenie dotyczące ADHD trwające co najmniej dwie godziny, uzyskiwały istotnie wyższe wyniki (M = 22,13; SD = 7,09) niż osoby bez takiego szkolenia (M = 16,75; SD = 6,56), $t(436) = 5{,}22$; $p < 0{,}001$; $d = 0{,}81$. Wyniki korelowały dodatnio z liczbą godzin szkolenia ($r = 0{,}33$) oraz z liczbą przeczytanych publikacji ($r = 0{,}37$).

Dowody różnicowe. Istotne jest wykazanie, że narzędzie nie mierzy zmiennych teoretycznie z wiedzą o ADHD niezwiązanych. Wyniki wiązały się z wiekiem jedynie w stopniu słabym ($r = 0{,}10$; $p = 0{,}031$) i nie różnicowały kobiet i mężczyzn, $t(425) = 0{,}06$;

2026

$p = 0{,}956$; $d = 0{,}005$. Korelacja wyników z ogólną liczbą lat kształcenia ($r = 0{,}10$) była wyraźnie niższa niż korelacja ze wskaźnikami kształcenia specyficznego dla ADHD.

Dane dotyczące stabilności bezwzględnej oraz wrażliwości na oddziaływanie edukacyjne pozostają w opracowaniu (Sciutto i in., 2025).

3.5.4. Uzasadnienie wyboru wersji zrewidowanej jako podstawy adaptacji

Wybór wersji zrewidowanej jako podstawy polskiej adaptacji, mimo że wersja oryginalna dysponuje nieporównanie szerszą bazą danych empirycznych, wymaga uzasadnienia. Przemawiają za nim cztery argumenty.

Po pierwsze, wersja oryginalna została skonstruowana w oparciu o kryteria DSM-IV i w kilku pozycjach odzwierciedla stan wiedzy oraz rozwiązania klasyfikacyjne nieaktualne w świetle DSM-5-TR i ICD-11. Adaptacja narzędzia w tej postaci oznaczałaby wprowadzenie do polskiego piśmiennictwa instrumentu wymagającego rewizji w momencie publikacji.

Po drugie, sześć nowych pozycji odnosi się do obszarów, których znaczenie dla współczesnego rozumienia ADHD wykazano w rozdziale pierwszym - funkcji wykonawczych, ryzyka urazów, zmienności zdolności koncentracji w zależności od charakteru zadania - a które w wersji oryginalnej nie były reprezentowane.

Po trzecie, dostępne dane wstępne wskazują na wyższą zgodność wewnętrzną wersji zrewidowanej ($\alpha = 0{,}88$) w porównaniu z wartościami raportowanymi dla wersji oryginalnej (0,80–0,90 przy większej zmienności między próbami) oraz na zachowanie dotychczasowego wzorca dowodów trafności.

Po czwarte, materiały niezbędne do przeprowadzenia adaptacji - podręcznik wersji oryginalnej, zestaw pozycji wersji zrewidowanej wraz z oznaczeniem charakteru zmian oraz raport z danych wstępnych zostały udostępnione przez autora narzędzia bezpośrednio na potrzeby niniejszej pracy, co zapewnia zarówno dostęp do dokumentacji, jak i podstawę formalną do prowadzenia prac adaptacyjnych.

3.6. Metodologiczne podstawy adaptacji kulturowej narzędzia

3.6.1. Adaptacja a tłumaczenie

Różnica między zwykłym tłumaczeniem a adaptacją kulturową jest kluczowym zagadnieniem w metodyce tworzenia i przenoszenia narzędzi psychologicznych. Sam przekład językowy sprowadza się jedynie do dosłownego przetłumaczenia słów z języka obcego na język polski. Nie gwarantuje to jednak, że badane pojęcie będzie rozumiane w

2026

nowym kraju dokładnie tak samo, jak w oryginalnym. Głównym celem adaptacji kulturowej jest zachowanie równoważności mierzonej cechy lub zjawiska, czyli upewnienie się, że narzędzie działa poprawnie w nowym kontekście społecznym i kulturowym (Hornowska i Paluchowski, 2011). W literaturze przedmiotu wskazuje się na konieczność zachowania pięciu podstawowych typów równoważności (Guillemin i in., 1993): semantycznej - zapewniającej jednolite znaczenie użytych słów, idiomatycznej - polegającej na zastąpieniu zwrotów potocznych lub wyrażeń idiomatycznych ich kulturowymi odpowiednikami, doświadczeniowej - dbającej o to, aby opisywane w pytaniach sytuacje były bliskie i zrozumiałe dla badanej populacji, pojęciowej - gwarantującej, że mierzona cecha lub pojęcie są w taki sam sposób pojmowane w obu kulturach, operacyjnej - odnoszącej się do dopasowania samej formy badania, np. sposobu instrukcji czy skali odpowiedzi. Przedstawiony w pracy przykład irackiej adaptacji skali KADDS wyraźnie pokazuje, że ograniczenie się wyłącznie do przetłumaczenia treści pytań może prowadzić do poważnych błędów metodologicznych i zniekształcenia wyników badania. Problem odpowiedniego przystosowania narzędzi badawczych w polskich realiach podejmowali m.in. Drwal (1995) oraz Hornowska i Paluchowski (2011), a na potrzebę popularyzacji tych standardów w naukach o edukacji zwraca uwagę również Maciejewska (2025). Należy przy tym pamiętać, że procedury stosowane przy testach osobowości (np. kontrolowanie zmiennej aprobaty społecznej czy używanie skal kłamstwa) nie zawsze znajdują bezpośrednie zastosowanie w przypadku testów wiedzy, które opierają się na obiektywnym kluczu prawidłowych odpowiedzi.

3.6.2. Standardy proceduralne

Kanoniczną procedurę adaptacji międzykulturowej sformułowali Beaton i współpracownicy (2000), wyróżniając pięć etapów: (1) tłumaczenie przez co najmniej dwóch niezależnych tłumaczy, z których jeden zna cel badania, a drugi nie; (2) syntezę tłumaczeń; (3) tłumaczenie zwrotne przez co najmniej dwóch tłumaczy nieznających wersji oryginalnej; (4) pracę komisji ekspertów uzgadniającej wersję przedfinalną i oceniającej wszystkie typy równoważności; (5) badanie pilotażowe na próbie 30–40 osób z populacji docelowej, obejmujące weryfikację rozumienia poszczególnych pozycji. Bardziej szczegółowe zalecenia operacyjne, wraz ze wskazaniami dotyczącymi liczebności prób na poszczególnych etapach, formułują Sousa i Rojjanasrirat (2011).

Ramy normatywne dla całości przedsięwzięcia wyznaczają wytyczne Międzynarodowej Komisji ds. Testów (International Test Commission, 2017),

2026

obejmujące osiemnaście zaleceń uporządkowanych w sześciu blokach tematycznych: kontekstu przedwstępnego, opracowania testu, potwierdzania równoważności, administrowania, punktacji i interpretacji oraz dokumentacji. Blok dotyczący potwierdzania równoważności, obejmujący zagadnienia inwariancji pomiarowej i zróżnicowanego funkcjonowania pozycji, ma bezpośrednie znaczenie dla planowania analiz statystycznych. Typologię projektów badawczych stosowanych w adaptacji - z wykorzystaniem tłumaczenia wprost, tłumaczenia zwrotnego oraz grup dwujęzycznych - wraz z omówieniem ich ograniczeń przedstawia Hambleton (2005).

Nadrzędny charakter mają Standardy dla testów stosowanych w psychologii i edukacji (American Educational Research Association i in., 2014), w których trafność zdefiniowano jako jednolity konstrukt oparty na argumentacji, a nie jako zbiór odrębnych „rodzajów trafności". W konsekwencji właściwym sposobem raportowania jest wskazywanie dowodów trafności opartych na treści testu, na jego strukturze wewnętrznej oraz na relacjach ze zmiennymi zewnętrznymi - konwencję tę przyjęto w podrozdziale 3.3.3 niniejszej pracy.

3.6.3. Wyzwania specyficzne dla adaptacji skali KADDS

Adaptacja narzędzia mierzącego wiedzę różni się od adaptacji kwestionariusza osobowości lub skali postaw w sposób, który wymaga odrębnego omówienia.

Zależność klucza odpowiedzi od stanu wiedzy. W teście wiedzy odpowiedź poprawna nie jest kwestią konwencji, lecz wynika z aktualnego stanu piśmiennictwa. Rozwiązanie przyjęte przez autorów KADDS - przypisanie każdej pozycji źródła uzasadniającego klucz - pozwala na weryfikację, czy dana pozycja pozostaje aktualna. Przy adaptacji konieczne jest sprawdzenie, czy klucz odpowiedzi zachowuje ważność w świetle najnowszych dowodów, a nie wyłącznie przeniesienie go z wersji oryginalnej.

Zależność części pozycji od kontekstu systemowego. Pozycja dotycząca uprawnień do kształcenia specjalnego odwołuje się w wersji zrewidowanej wprost do systemu prawnego Stanów Zjednoczonych. W polskim systemie oświaty odpowiednikiem funkcjonalnym jest orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydawane przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną, przy czym zasady jego wydawania różnią się od rozwiązań amerykańskich. Pozycja ta wymaga zatem adaptacji do realiów polskich, przeformułowania na poziomie ogólniejszym lub wyłączenia z analiz. Analogicznego rozważenia wymagają pozycje odwołujące się do praktyki farmakoterapeutycznej, której dostępność i organizacja różnią się między krajami.

2026

Zmienność norm kulturowych dotyczących ról rodzicielskich. Pozycja wersji oryginalnej dotycząca porównania podporządkowania dziecka wobec ojca i matki opiera się na ustaleniach badawczych osadzonych w określonym kontekście kulturowym. W wersji zrewidowanej pozycja ta została usunięta, co eliminuje ten problem, jednak przykład ten ilustruje ogólniejszą zasadę: równoważność doświadczeniowa wymaga weryfikacji, czy sytuacja opisana w pozycji jest w danej kulturze porównywalnie rozpoznawalna.

Konieczność weryfikacji struktury wewnętrznej. Jak wykazano w podrozdziale 3.4.3, w badaniu dziewięciu krajów wartości α przekroczyły próg 0,6 dla wszystkich trzech podskal jedynie w jednym kraju, co skłoniło autorów do przypuszczenia, że wymiary mierzone przez KADDS mogą nie być równoważne między kulturami (Sciutto i in., 2016). Przy odpowiedniej liczebności próby polska adaptacja powinna zatem obejmować weryfikację struktury wewnętrznej, a nie przyjmować podziału na trzy podskale.

Przedstawiona analiza prowadzi do następujących ustaleń. Skala KADDS została skonstruowana w odpowiedzi na konkretny problem metodologiczny - niemożność odróżnienia braku wiedzy od błędnego przekonania w narzędziach o formacie dychotomicznym - a przyjęte rozwiązania konstrukcyjne, w szczególności trójopcjowy format odpowiedzi oraz kontrola negatywnego błędu odpowiedzi, znajdują uzasadnienie zarówno teoretyczne, jak i empiryczne. Właściwości psychometryczne narzędzia w wersji oryginalnej są dobrze udokumentowane: wysoka zgodność wewnętrzna skali ogólnej, umiarkowana do wysokiej stabilność bezwzględna oraz spójne dowody trafności oparte na relacji z doświadczeniem, szkoleniem i wrażliwości na oddziaływanie edukacyjne. Umiarkowane wartości współczynników rzetelności dla podskal stanowią właściwość typową dla testów wiedzy o heterogenicznej treści i nie podważają użyteczności narzędzia.

Przegląd zastosowań międzynarodowych wykazał, że mimo ogromnej popularności narzędzia formalnych adaptacji z pełną walidacją psychometryczną jest zaledwie kilka, a rzetelność uzyskiwanych wersji językowych pozostaje w wyraźnym związku z rygorem zastosowanej procedury adaptacyjnej. Wersja polska nie istnieje, podobnie jak jakiekolwiek inne zwalidowane polskie narzędzie pomiaru wiedzy o ADHD.

2026

Wersja zrewidowana skali, opracowana w 2025 roku, zachowuje strukturę i format wersji oryginalnej, aktualizując treść pozycji wobec zmian w systemach klasyfikacyjnych i stanu wiedzy klinicznej. Dostępne dane wstępne wskazują na wysoką zgodność wewnętrzną oraz zachowanie dotychczasowego wzorca dowodów trafności. Wersja ta, wraz z dokumentacją udostępnioną przez autora narzędzia, stanowi podstawę badania własnego.

ROZDZIAŁ 4. Metodologia badań własnych

4.1. Cel i przedmiot badania

Celem badania jest adaptacja zrewidowanej wersji skali Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (Sciutto i in., 2025) do warunków polskich oraz wstępna ocena właściwości psychometrycznych powstałej wersji językowej.

Cel ten obejmuje trzy zadania szczegółowe. Pierwszym jest opracowanie polskiej wersji narzędzia zgodnie ze standardami adaptacji międzykulturowej. Drugim jest ocena rzetelności i struktury wewnętrznej polskiej wersji skali. Trzecim - zgromadzenie wstępnych dowodów trafności opartych na relacjach ze zmiennymi zewnętrznymi, a więc wykazanie, że uzyskiwane wyniki różnicują osoby o odmiennym poziomie doświadczenia i przeszkolenia w zakresie ADHD.

Zadaniem pobocznym, wynikającym z samej natury zastosowanego narzędzia, jest opis poziomu wiedzy oraz struktury błędnych przekonań na temat ADHD w badanej grupie. Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że badanie ma charakter walidacyjny, nie zaś epidemiologiczny. Dobór próby nie ma charakteru losowego, w związku z czym uzyskane wyniki nie uprawniają do wnioskowania o poziomie wiedzy w populacji generalnej. Rozstrzygnięcie to jest zgodne z praktyką przyjętą w dotychczasowych adaptacjach skali (Jarque Fernández i in., 2007; Robledo-Castro i in., 2024; Silva i Kristensen, 2021).

4.2. Problemy badawcze i hipotezy

4.2.1. Problemy badawcze

Na podstawie celu pracy sformułowano następujące problemy badawcze:

P1. Jaka jest rzetelność polskiej wersji skali KADDS-R, oceniana jako zgodność wewnętrzna wyniku ogólnego oraz wyników podskal?

P2. Jaka jest struktura wewnętrzna polskiej wersji skali i w jakim stopniu odpowiada ona trójwymiarowej strukturze treściowej przyjętej w wersji źródłowej?

P3. Jakie są właściwości poszczególnych pozycji skali w polskiej próbie, oceniane na podstawie wskaźników trudności i mocy dyskryminacyjnej?

2026

P4. Czy wyniki uzyskiwane w polskiej wersji skali różnicują osoby badane ze względu na bezpośredni kontakt z osobą z rozpoznaniem ADHD?

P5. Czy wyniki uzyskiwane w polskiej wersji skali różnicują osoby badane ze względu na zakres formalnego przeszkolenia oraz kontaktu z literaturą fachową dotyczącą ADHD?

P6. Czy wyniki uzyskiwane w polskiej wersji skali pozostają niezależne od zmiennych teoretycznie niezwiązanych z wiedzą o ADHD, takich jak płeć, wiek i ogólny poziom wykształcenia?

P7. Jaki jest poziom wiedzy o ADHD w badanej grupie, z uwzględnieniem podziału na wynik wiedzy, wynik błędnych przekonań oraz odsetek odpowiedzi „nie wiem", i jak rozkłada się on pomiędzy obszary treściowe skali?

P8. Które błędne przekonania na temat ADHD występują w badanej grupie najczęściej?

4.2.2. Hipotezy

Hipotezy sformułowano na podstawie dotychczasowych ustaleń dotyczących właściwości skali KADDS w wersji oryginalnej i zrewidowanej oraz w adaptacjach obcojęzycznych, omówionych szczegółowo w rozdziale trzecim.

H1. Polska wersja skali KADDS-R wykaże zadowalającą zgodność wewnętrzną wyniku ogólnego, przy niższych wartościach współczynników rzetelności dla poszczególnych podskal.

Podstawę hipotezy stanowią zarówno dane dotyczące wersji oryginalnej (α = 0,80–0,90 dla skali ogólnej wobec 0,52–0,75 dla podskal; Sciutto i Feldhamer, 2005), jak i wynik uzyskany dla wersji zrewidowanej (α = 0,88; Sciutto i in., 2025) oraz rezultaty adaptacji obcojęzycznych (Jarque Fernández i in., 2007; Schmiedeler, 2017). Jak wykazano w podrozdziale 3.3.4, rozbieżność ta jest oczekiwaną konsekwencją mniejszej liczby pozycji w podskalach oraz heterogenicznej treści mierzonego konstruktu, nie zaś wskaźnikiem nieudanej adaptacji.

H2. Rozkład wyników pomiędzy obszary treściowe skali będzie odpowiadał wzorcowi obserwowanemu konsekwentnie w badaniach międzynarodowych: najwyższy odsetek odpowiedzi poprawnych wystąpi w obszarze objawów i diagnozy, najniższy zaś w obszarze cech towarzyszących.

2026

Wzorzec ten udokumentowano w badaniach nad wersją oryginalną (Sciutto i Feldhamer, 2005), w adaptacji hiszpańskiej (Jarque Fernández i in., 2007), w badaniu dziewięciu krajów (Sciutto i in., 2016) oraz w badaniach prowadzonych innymi narzędziami (Mohr-Jensen i in., 2019; Perold i in., 2010).

H3. Osoby deklarujące bezpośredni kontakt z osobą z rozpoznaniem ADHD uzyskają istotnie wyższe wyniki wiedzy niż osoby bez takiego doświadczenia.

Zależność tę wykazano zarówno dla wersji oryginalnej (Sciutto i in., 2000; Sciutto i Terjesen, 2004, za: Sciutto i Feldhamer, 2005), jak i dla wersji zrewidowanej, gdzie wielkość efektu dla rozpoznania własnego wyniosła d = 0,46, dla rozpoznania u członka rodziny lub przyjaciela d = 0,29, a dla rozpoznania u dziecka d = 0,45 (Sciutto i in., 2025).

H4. Osoby deklarujące ukończenie formalnego szkolenia dotyczącego ADHD oraz osoby czytające literaturę fachową na ten temat uzyskają istotnie wyższe wyniki wiedzy niż osoby bez takiego przygotowania.

W badaniu nad wersją zrewidowaną różnica między osobami po formalnym szkoleniu a osobami bez szkolenia odpowiadała wielkości efektu d = 0,81, a wyniki korelowały dodatnio z liczbą godzin szkolenia (r = 0,33) oraz liczbą przeczytanych publikacji (r = 0,37) (Sciutto i in., 2025). Analogiczne zależności stwierdzono w badaniu dziewięciu krajów, gdzie formalne przeszkolenie okazało się istotnym predyktorem wiedzy w pięciu z ośmiu analizowanych prób (Sciutto i in., 2016).

H5. Wyniki uzyskiwane w polskiej wersji skali nie będą istotnie różnicowane przez płeć osób badanych i będą wykazywać jedynie słaby związek z wiekiem oraz z ogólnym poziomem wykształcenia.

Hipoteza ta dotyczy dowodów różnicowych. W badaniu nad wersją zrewidowaną nie stwierdzono różnic między kobietami a mężczyznami (d = 0,005), a korelacje z wiekiem i ogólną liczbą lat kształcenia były słabe (r = 0,10) i wyraźnie niższe niż korelacje ze wskaźnikami kształcenia specyficznego dla ADHD (Sciutto i in., 2025). Potwierdzenie tej hipotezy wykazałoby, że narzędzie mierzy wiedzę specyficzną, a nie ogólny poziom wykształcenia lub sprawność intelektualną.

H6. Najczęstsze błędne przekonania w badanej grupie będą dotyczyć skuteczności interwencji dietetycznych oraz różnicowania ADHD z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

2026

W badaniu obejmującym dziewięć krajów przekonanie o skuteczności diet eliminujących cukier wystąpiło u 38% nauczycieli, przekonanie o sztywnym przywiązaniu do rutyn i rytuałów jako cesze ADHD - również u 38%, a przekonanie o istnieniu swoistych cech fizycznych umożliwiających rozpoznanie w badaniu lekarskim - u 28% badanych (Sciutto i in., 2016).

H7. Odsetek odpowiedzi „nie wiem" będzie zróżnicowany pomiędzy obszarami treściowymi skali, osiągając najwyższe wartości w obszarze dotyczącym leczenia oraz cech towarzyszących.

W adaptacji hiszpańskiej odsetek odpowiedzi „nie wiem" wyniósł 46,52% w podskali informacji ogólnych, 48,56% w podskali leczenia i 29,39% w podskali objawów i diagnozy (Jarque Fernández i in., 2007). Weryfikacja tej hipotezy ma znaczenie praktyczne: wskazuje obszary, w których oddziaływania psychoedukacyjne mogą przynieść najszybszy efekt, ponieważ nie wymagają przełamywania utrwalonych przekonań.

4.3. Procedura adaptacji kulturowej skali

4.3.1. Założenia proceduralne

Procedurę adaptacji opracowano na podstawie zaleceń Beaton i wsp. (2000), International Test Commission (2017) oraz Sousa i Rojjanasrirat (2011), wprowadzając modyfikacje wynikające ze specyfiki projektu i przyjętej procedury badawczej. Procedura obejmuje: tłumaczenie wprost przez co najmniej dwóch niezależnych tłumaczy, syntezę wersji, tłumaczenie zwrotne przez tłumaczy nieznających wersji oryginalnej, pracę komisji ekspertów uzgadniającej wersję przedfinalną oraz badanie pilotażowe w populacji docelowej.

Przyjęcie tej procedury jako ramy odniesienia wynika z ustalenia przedstawionego w podrozdziale 3.4.3: rzetelność uzyskiwanych wersji językowych skali KADDS pozostaje w wyraźnym związku z rygorem zastosowanej procedury adaptacyjnej. Wersje opracowane z zastosowaniem pełnego tłumaczenia zwrotnego osiągały współczynniki w przedziale 0,70–0,84, natomiast wersja powstała w wyniku uproszczonej weryfikacji językowej uzyskała $\alpha = 0{,}48$ - wartość na tyle niską, że autorzy badania wyłączyli uzyskane nią dane z analiz porównawczych (Sciutto i in., 2016).

2026

Przed rozpoczęciem prac uzyskano zgodę autora narzędzia na przeprowadzenie adaptacji oraz otrzymano od niego materiały źródłowe: podręcznik wersji oryginalnej (Sciutto i Feldhamer, 2005), zestaw pozycji wersji zrewidowanej wraz z oznaczeniem charakteru wprowadzonych zmian oraz raport z badania walidacyjnego wersji zrewidowanej (Sciutto i in., 2025).

4.3.2. Przebieg prac adaptacyjnych

Prace adaptacyjne przeprowadzono w pięciu etapach, których przebieg opisano poniżej. Pełną dokumentację przekładu - brzmienie kolejnych wersji roboczych, uwagi ekspertów, tłumaczenie zwrotne oraz wersję ostateczną każdej z 36 pozycji - zamieszczono w Tabelach 2 i 3.

Etap I - tłumaczenie wprost. Kwestionariusz przetłumaczono z języka angielskiego na język polski niezależnie przez dwie osoby: autorkę niniejszej pracy oraz promotorkę, dr n. med. Magdalenę Sikorę. Obie tłumaczki znały cel pomiaru i posiadały przygotowanie merytoryczne w zakresie psychopatologii rozwojowej, co zapewniło adekwatność terminologii klinicznej.

Etap II - synteza wersji. Obie wersje zestawiono i porównano pozycja po pozycji. Rozbieżności rozstrzygano w drodze dyskusji, dążąc do zachowania równoważności semantycznej wobec wersji źródłowej przy jednoczesnym zachowaniu naturalności sformułowań w języku polskim. Wynikiem tego etapu było robocze tłumaczenie wszystkich 36 pozycji, przedstawione w kolumnie drugiej Tabeli 2.

Etap III - ocena przez ekspertów. Wersję roboczą przekazano dwóm niezależnym ekspertom, których zadaniem była ocena poprawności językowej, adekwatności kulturowej oraz zrozumiałości poszczególnych pozycji. Pierwszy ekspert zgłosił uwagi do 15 pozycji, drugi - do 23; w odniesieniu do 8 pozycji uwagi zgłosili obaj eksperci, a 6 pozycji nie wzbudziło zastrzeżeń żadnego z nich. Propozycje ekspertów omówiono następnie z promotorką, przyjmując je w całości, w części lub odrzucając, zależnie od tego, czy prowadziły do wierniejszego oddania treści pozycji źródłowej. W wyniku tego etapu zmieniono brzmienie 22 z 36 pozycji. Zestawienie wersji roboczej, uwag obu ekspertów oraz wersji powstałej po ich uwzględnieniu przedstawiono w Tabeli 2.

2026

Etap IV - badanie rozumienia pozycji. Wersję powstałą po uwzględnieniu uwag ekspertów przedstawiono grupie 5 osób, aby sprawdzić, w jaki sposób pozycje są odbierane i rozumiane w praktyce.

Etap V - tłumaczenie zwrotne. Wersję polską przekazano tłumaczowi, który wykonał jej przekład na język angielski. Tłumaczenie zwrotne zestawiono następnie z brzmieniem wersji źródłowej, co pozwoliło zidentyfikować pozycje, w których przekład polski przesuwał znaczenie względem oryginału. Na tej podstawie wprowadzono ostatnie korekty, obejmujące 24 z 36 pozycji. Zmiany miały charakter doprecyzowujący i dotyczyły przede wszystkim doboru wyrażeń określających częstość i natężenie objawów oraz sformułowań opisujących kryteria diagnostyczne. Pełne zestawienie wersji przekazanej do tłumaczenia zwrotnego, jego wyniku, brzmienia wersji źródłowej oraz wersji ostatecznej przedstawiono w Tabeli 3.

Tabela 2

Tłumaczenie robocze pozycji skali KADDS-R oraz propozycje zmian zgłoszone przez ekspertów

Item	Wersja 1 tłumaczenia - tłumaczenie robocze (promotor oraz autorka)	Propozycje zmiany- ekspert	Propozycje zmiany - ekspert 2	Wersja 2 tłumaczenia - po uwzględnieniu uwag od ekspertów
1	Większość szacunków wskazuje, że ADHD występuje u ponad 15% dzieci w wieku szkolnym.	Większość badań wskazuje, że ADHD występuje u ponad 15% dzieci w wieku szkolnym.	Brak uwag	Większość szacunków wskazuje, że ADHD występuje u ponad 15% dzieci w wieku szkolnym.
2	Aktualne badania wskazują, że ADHD jest w dużej mierze skutkiem nieskutecznych	Brak uwag	Aktualne badania wskazują, że ADHD jest w dużej mierze skutkiem niewłaściwych metod wychowawczych	Aktualne badania wskazują, że ADHD jest w dużej mierze skutkiem nieskutecznych

2026

	metod wychowawczych stosowanych przez rodziców.		stosowanych przez rodziców.	metod wychowawczych stosowanych przez rodziców.
3	Dzieci z ADHD często łatwo rozpraszają się pod wpływem bodźców z otoczenia.	Dzieci z ADHD częściej łatwo rozpraszają się pod wpływem bodźców zewnętrznych.	Brak uwag	Dzieci z ADHD często łatwo rozpraszają się pod wpływem bodźców z otoczenia.
4	Aby można było rozpoznać ADHD, objawy muszą być obecne przed 12. rokiem życia.	Aby rozpoznanie ADHD było możliwe, objawy muszą być obecne przed 12. rokiem życia.	Aby można było rozpoznać ADHD, objawy muszą być obecne u osoby badanej już/również przed 12. rokiem życia.	Aby diagnoza ADHD była możliwa, objawy muszą być obecne przed 12. rokiem życia.
5	ADHD występuje częściej u krewnych biologicznych pierwszego stopnia dzieci z ADHD, na przykład u matki lub ojca, niż w populacji ogólnej.	ADHD występuje częściej u najbliższych biologicznych krewnych dzieci z ADHD, na przykład u matki lub ojca, niż w populacji ogólnej.	Brak uwag	ADHD występuje częściej u biologicznych krewnych pierwszego stopnia dzieci z ADHD, (na przykład u matki lub ojca), niż w populacji ogólnej.
6	Jednym z objawów ADHD u dzieci jest fizyczne okrucieństwo wobec innych osób.	Jednym z objawów ADHD u dzieci jest fizyczne krzywdzenie wobec innych osób.	Brak uwag	Jednym z objawów ADHD u dzieci jest fizyczne krzywdzenie innych osób.
7	Leki niestymulujące okazały się skuteczne w zmniejszaniu objawów u wielu dzieci z ADHD.	Brak uwag	Leki nie będące stymulantami/ nie należące do stymulantów okazały się skuteczne w zmniejszaniu objawów u wielu dzieci z ADHD.	Leki nie będące stymulantami okazały się skuteczne w zmniejszaniu objawów u wielu dzieci z ADHD.
8	Dzieci z ADHD często wiercą się lub kręcą na krześle.	Brak uwag	Brak uwag	Dzieci z ADHD często wiercą się lub kręcą na krześle.
9	Badania wskazują, że programy	Badania wskazują, że psychoedukacja	Badania wskazują, że programy treningu dla rodziców są skuteczne	Badania wskazują, że programy

	treningu rodzicielskiego są skuteczne w zmniejszaniu objawów ADHD u dzieci.	rodziców/program umiejętności wychowawczych są skuteczne w zmniejszaniu objawów ADHD u dzieci.	w zmniejszaniu objawów ADHD u dzieci.	treningu dla rodziców są skuteczne w zmniejszaniu objawów ADHD u dzieci.
10	ADHD można rozpoznać także u osoby dorosłej.	Brak uwag	Brak uwag	ADHD można rozpoznać także u osoby dorosłej.
11	Dzieci z ADHD zazwyczaj mają w przeszłości zachowania takie jak kradzieże lub niszczenie cudzych rzeczy.	Dzieci z ADHD zazwyczaj miały w przeszłości epizody takie jak kradzieże lub niszczenie cudzych rzeczy.	Dzieci z ADHD zazwyczaj wykazywały/przejawiały w przeszłości zachowania takie jak kradzieże lub niszczenie cudzych rzeczy.	Dzieci z ADHD zazwyczaj przejawiały w przeszłości zachowania takie jak kradzieże lub niszczenie cudzych rzeczy.
12	Częstym działaniem niepożądanym leków stymulujących stosowanych w leczeniu ADHD jest zmniejszenie apetytu.	Brak uwag	Brak uwag	Częstym działaniem niepożądanym leków stymulujących stosowanych w leczeniu ADHD jest zmniejszenie apetytu.
13	Osoba, u której dominują objawy nieuwagi, przy niewielkim nasileniu objawów nadruchliwości i impulsywności, może otrzymać rozpoznanie ADHD.	Brak uwag	Osoba, u której dominują objawy nieuwagi, przy jednocześnie niewielkim nasileniu objawów nadruchliwości i impulsywności, może otrzymać rozpoznanie ADHD.	Osoba, u której dominują objawy nieuwagi, przy niewielkim nasileniu objawów nadruchliwości i impulsywności, może otrzymać rozpoznanie ADHD.
14	Indywidualna terapia poznawcza jest skuteczna w zmniejszaniu podstawowych objawów ADHD u dzieci w wieku szkolnym	Brak uwag	Indywidualna terapia poznawcza jest skuteczna w zmniejszaniu kluczowych/ rdzennych/ osiowych objawów ADHD u dzieci w wieku szkolnym.	Indywidualna terapia poznawcza jest skuteczna w zmniejszaniu kluczowych objawów ADHD u dzieci w wieku szkolnym.
15	Większość dzieci z ADHD	Większość dzieci z ADHD	Większość dzieci z ADHD „wyrasta” z	Większość dzieci z ADHD

	„wyrasta” z objawów do okresu dojrzewania i w dorosłości ma już niewiele objawów.	„wyrasta” z objawów do okresu dojrzewania i w dorosłości ma ich już niewiele.	objawów w trakcie/do końca/przed końcem okresu dojrzewania i w dorosłości wykazuje już niewiele objawów.	„wyrasta” z objawów przed okresem dojrzewania i w dorosłości ma ich już niewiele.
16	Aby można było rozpoznać ADHD u dziecka, istotne objawy muszą występować w co najmniej dwóch środowiskach, na przykład w domu i w szkole.	Aby u dziecka można było rozpoznać ADHD, istotne objawy muszą występować w co najmniej dwóch środowiskach, na przykład w domu i w szkole.	Aby można było rozpoznać ADHD u dziecka, istotne objawy muszą wpływać na funkcjonowanie w co najmniej dwóch środowiskach życia dziecka, na przykład w domu i w szkole.	Aby u dziecka można było rozpoznać ADHD, musi ono przejawiać istotne objawy w dwóch lub więcej środowiskach, np. w domu i w szkole.
17	Dzieci z ADHD zazwyczaj mają takie same trudności z utrzymaniem uwagi podczas zadań interesujących, jak i nieinteresujących.	Brak uwag	Dzieci z ADHD zazwyczaj mają takie same trudności z utrzymaniem uwagi podczas wykonywania zadań interesujących, jak i nieinteresujących.	Dzieci z ADHD zazwyczaj mają takie same trudności z utrzymaniem uwagi podczas wykonywania zadań interesujących, jak i nieinteresujących.
18	Ograniczenie spożycia cukru lub dodatków do żywności jest zazwyczaj skuteczne w zmniejszaniu objawów ADHD	Brak uwag	Ograniczenie spożycia cukru lub substancji dodatkowych dodawanych do żywności, tj. sztuczne barwniki, konserwanty, wzmacniacze smaku, jest zazwyczaj skuteczne w zmniejszaniu objawów ADHD.	Ograniczenie spożycia cukru lub dodatków do żywności jest zazwyczaj skuteczne w zmniejszaniu objawów ADHD.
19	W Polsce samo rozpoznanie ADHD automatycznie kwalifikuje dziecko do *objęcia kształceniem specjalnym /*	W Polsce samo rozpoznanie ADHD automatycznie kwalifikuje dziecko do *uzyskania orzeczenia o potrzebie*	W Polsce samo rozpoznanie ADHD automatycznie kwalifikuje dziecko do *objęcia kształceniem specjalnym / uzyskania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego (jeśli to nie dla*	W Polsce samo rozpoznanie ADHD automatycznie kwalifikuje dziecko do objęcia kształceniem specjalnym.

	uzyskania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.	*kształcenia specjalnego.*	*nauczycieli, to wersja pierwsza, dla nauczycieli wersja nr 2).*	
20	Leki stymulujące są najczęściej stosowanym rodzajem leków w leczeniu dzieci z ADHD.	Leki stymulujące są najczęściej stosowanym rodzajem leków w leczeniu ADHD u dzieci.	Stymulanty są najczęściej stosowanym rodzajem leków w leczeniu dzieci z ADHD.	Stymulanty są najczęściej stosowanym rodzajem leków w leczeniu dzieci z ADHD.
21	Dzieci z ADHD często mają trudności z organizowaniem zadań i aktywności.	Brak uwag	Brak uwag	Dzieci z ADHD często mają trudności z organizowaniem zadań i aktywności.
22	Dzieci z ADHD zazwyczaj mają więcej trudności w sytuacjach nowych lub nieznanych niż w sytuacjach znanych i powtarzalnych.	Brak uwag	Dzieci z ADHD zazwyczaj mają więcej trudności w sytuacjach niepowtarzalnych/ niecodziennych lub nieznanych niż w sytuacjach znanych i powtarzalnych.	Dzieci z ADHD zazwyczaj mają więcej trudności w sytuacjach nowych lub nieznanych niż w sytuacjach znanych i powtarzalnych.
23	Istnieją konkretne cechy fizyczne, które lekarz, na przykład pediatra, może rozpoznać i na tej podstawie jednoznacznie zdiagnozować ADHD.	Istnieją konkretne cechy fizyczne, które lekarz, na przykład pediatra, może rozpoznać i na tej podstawie jednoznacznie zdiagnozować ADHD.	Brak uwag	Istnieją konkretne cechy fizyczne, które lekarz, na przykład pediatra, może rozpoznać i na tej podstawie jednoznacznie zdiagnozować ADHD.
24	Wśród dzieci w wieku szkolnym ADHD występuje równie często u chłopców i dziewcząt.	Wśród dzieci w wieku szkolnym ADHD występuje równie często u chłopców jak i u dziewcząt.	Brak uwag	Wśród dzieci w wieku szkolnym ADHD występuje równie często u chłopców jak i u dziewcząt.
25	Dzieci z ADHD zazwyczaj mają więcej trudności podczas zajęć w klasie niż	Brak uwag	Dzieci z ADHD zazwyczaj mają więcej trudności podczas wykonywania zadań	Dzieci z ADHD zazwyczaj mają więcej trudności podczas zajęć w klasie niż

	podczas swobodnej zabawy.		szkolnych niż podczas swobodnej zabawy.	podczas swobodnej zabawy.
26	Większość dzieci z ADHD osiąga w szkole podstawowej wyniki poniżej swoich możliwości.	Brak uwag	Większość dzieci z ADHD uzyskuje w szkole podstawowej gorsze wyniki w nauce, niż wskazywałby na to ich potencjał.	Większość dzieci z ADHD osiąga w szkole podstawowej wyniki poniżej swoich możliwości.
27	Objawy depresji występują częściej u dzieci z ADHD niż u dzieci bez ADHD.	Brak uwag	Brak uwag	Objawy depresji występują częściej u dzieci z ADHD niż u dzieci bez ADHD.
28	Interwencje oparte na treningu rodzicielskim dla dzieci z ADHD zazwyczaj koncentrują się na trudnościach dziecka z nieuwagą.	Interwencje dla dzieci z adhd omawiane podczas treningu umiejętności wychowawczych dla dzieci z ADHD zazwyczaj koncentrują się na trudnościach dziecka z nieuwagą.	Interwencje oparte na działania takie jak wprowadzenie treningu dla rodziców dzieci z ADHD zazwyczaj koncentrują się na trudnościach dziecka z nieuwagą.	Trening dla rodziców dzieci z ADHD zazwyczaj skupia się na problemach dziecka z utrzymaniem uwagi.
29	Oparte na dowodach programy treningu rodzicielskiego w ADHD kładą nacisk na wzmacnianie pozytywnych zachowań i uczenie umiejętności przed wprowadzaniem strategii opartych na karach.	Brak uwag	Programy treningu dla rodziców oparte na dowodach naukowych/badaniach naukowych dotyczących ADHD kładą nacisk na wzmacnianie pozytywnych zachowań i uczenie umiejętności przed wprowadzaniem strategii opartych na karach.	Programy treningu dla rodziców oparte na badaniach naukowych dotyczących ADHD kładą nacisk na wzmacnianie pozytywnych zachowań i uczenie umiejętności przed wprowadzaniem strategii opartych na karach.
30	Badania wykazały, że długotrwałe	Badania wykazały, że długotrwałe	Brak uwag	Badania wykazały, że długotrwałe

	stosowanie leków stymulujących prowadzi do zwiększonego ryzyka uzależnień, na przykład od narkotyków lub alkoholu, w dorosłości.	stosowanie leków stymulujących prowadzi w dorosłości prowadzi do zwiększonego ryzyka uzależnień, na przykład od narkotyków lub alkoholu.		stosowanie stymulantów prowadzi w dorosłości do zwiększonego ryzyka uzależnień, na przykład od narkotyków lub alkoholu.
31	Jeśli dziecko reaguje na leki stymulujące, na przykład Medikinet, to prawdopodobnie ma ADHD.	Brak uwag	Jeśli podczas stosowania stymulantów (tj. medikinet,) objawy ADHD u dziecka zmniejszają się, to prawdopodobnie ma ono/występuje u niego ADHD.	Jeśli dziecko reaguje na stymulanty, na przykład Medikinet, to prawdopodobnie ma ADHD.
32	Dzieci z ADHD zazwyczaj wykazują sztywne przywiązanie do określonych rutyn lub rytuałów.	Brak uwag	Dzieci z ADHD zazwyczaj wykazują sztywność zachowań dotyczącą określonych rutyn lub rytuałów.	Dzieci z ADHD zazwyczaj wykazują sztywność zachowań dotyczącą określonych rutyn lub rytuałów.
33	Osoby z ADHD często doświadczają intensywnych okresów hiperfokusu.	Brak uwag	Osoby z ADHD często doświadczają stanów hiperfokusu, czyli bardzo intensywnego skupienia uwagi na wykonywanym zadaniu	Osoby z ADHD często doświadczają stanów hiperfokusu,: czyli stanu bardzo intensywnego skupienia uwagi na wykonywanym zadaniu.
34	U osób z ADHD częściej występują	Brak uwag	Osoby z ADHD częściej doświadczają urazów i wypadków,	Osoby z ADHD częściej doświadczają

	niezamierzone urazy i wypadki, na przykład wypadki samochodowe lub urazy głowy.		na przykład wypadków samochodowych lub urazów głowy.	niezamierzonych urazów i wypadków, na przykład wypadków samochodowych lub urazów głowy.
35	Na efekty działania leków stymulujących trzeba zazwyczaj czekać kilka tygodni	Brak uwag	Brak uwag	Na efekty działania stymulantów trzeba zazwyczaj czekać kilka tygodni.
36	Osoby z ADHD zazwyczaj doświadczają istotnych trudności w zakresie funkcji wykonawczych, takich jak organizacja, zarządzanie czasem i planowanie.	Brak uwag	Osoby z ADHD zazwyczaj doświadczają istotnych trudności w zakresie funkcji wykonawczych wymagających m.in. organizacji zadań, pracy, zarządzania czasem, planowania.	Osoby z ADHD zazwyczaj doświadczają istotnych trudności w zakresie funkcji wykonawczych, takich jak organizacja, zarządzanie czasem i planowanie.

Uwaga. N = 36 pozycji. „Brak uwag” oznacza, że ekspert nie zgłosił zastrzeżeń do danej pozycji. Kolumna ostatnia przedstawia brzmienie pozycji przyjęte po omówieniu uwag ekspertów z promotorką.

Tabela 3

Tłumaczenie zwrotne pozycji skali KADDS-R oraz ostateczne brzmienie wersji polskiej

Item	Wersja wysłana do tłumaczenia zwrotnego	Tłumaczenie zwrotne	Brzmienie wersji źródłowej	Wersja finalna
1	Większość szacunków wskazuje, że ADHD występuje u ponad 15% dzieci w wieku szkolnym.	Most estimates indicate that ADHD occurs in more than 15% of school-aged children.	Most estimates suggest that ADHD occurs in more than 15% of school age children.	Większość szacunków wskazuje, że ADHD występuje u ponad 15% dzieci w wieku szkolnym.
2	Aktualne badania wskazują, że ADHD jest w dużej mierze skutkiem nieskutecznych metod wychowawczych stosowanych przez rodziców.	Current research indicates that ADHD is largely the result of ineffective parenting methods used by parents.	Current research suggests that ADHD is largely the result of ineffective parenting skills.	Aktualne badania wskazują, że ADHD jest w dużej mierze skutkiem nieskutecznych praktyk wychowawczych rodziców.
3	Dzieci z ADHD często łatwo rozpraszają się pod wpływem bodźców z otoczenia.	Children with ADHD are often easily distracted by stimuli in their environment.	Children with ADHD are frequently distracted by extraneous stimuli.	Dzieci z ADHD często łatwo rozpraszają się pod wpływem bodźców z otoczenia.
4	Aby diagnoza ADHD była możliwa, objawy muszą być obecne przed 12. rokiem życia.	For a diagnosis of ADHD to be made, symptoms must have been present before age 12.	In order to be diagnosed with ADHD, the person's symptoms must have been present before age 12.	Aby można było rozpoznać ADHD, objawy muszą być obecne przed 12. rokiem życia.
5	ADHD występuje częściej u biologicznych krewnych pierwszego	ADHD occurs more often in the first-degree biological	ADHD is more common in the 1st degree biological relatives (i.e. mother, father) of children	ADHD występuje częściej u biologicznych krewnych pierwszego

2026

	stopnia dzieci z ADHD, (na przykład u matki lub ojca), niż w populacji ogólnej.	relatives of children with ADHD, (for example, in the mother or father), than in the general population.	with ADHD than in the general population.	stopnia dzieci z ADHD, na przykład u matki lub ojca, niż w populacji ogólnej.
6	Jednym z objawów ADHD u dzieci jest fizyczne krzywdzenie innych osób.	One symptom of ADHD in children is physically harming other people.	One symptom of children with ADHD is that they have been physically cruel to other people.	Jednym z objawów ADHD u dzieci są okrutne zachowania fizyczne wobec innych osób.
7	Leki nie będące stymulantami okazały się skuteczne w zmniejszaniu objawów u wielu dzieci z ADHD.	Nonstimulant medications have been shown to be effective in reducing symptoms in many children with ADHD.	Non-stimulant medications have been effective in reducing symptoms for many children with ADHD.	Leki niestymulujące okazały się skuteczne w zmniejszaniu objawów u wielu dzieci z ADHD.
8	Dzieci z ADHD często wiercą się lub kręcą na krześle.	Children with ADHD often fidget or squirm in their seats.	Children with ADHD often fidget or squirm in their seats.	Dzieci z ADHD często wiercą się lub kręcą na krześle.
9	Badania wskazują, że programy treningu dla rodziców są skuteczne w zmniejszaniu objawów ADHD u dzieci.	Research indicates that parent training programs are effective in reducing ADHD symptoms in children.	Research suggests that parent training programs have been effective in reducing symptoms of ADHD in children.	Badania wskazują, że programy treningu dla rodziców są skuteczne w zmniejszaniu objawów ADHD u dzieci.
10	ADHD można rozpoznać także u osoby dorosłej.	ADHD can also be diagnosed in an adult.	It is possible for an adult to be diagnosed with ADHD.	ADHD można rozpoznać także u osoby dorosłej.
11	Dzieci z ADHD zazwyczaj przejawiały w przeszłości zachowania takie jak kradzieże lub	Children with ADHD have usually shown behaviors such as stealing or destroying	Children with ADHD typically have a history of stealing or destroying other people's things.	Dzieci z ADHD zazwyczaj w przeszłości przejawiały zachowania takie jak kradzieże lub

	niszczenie cudzych rzeczy.	other people's property in the past.		niszczenie cudzych rzeczy.
12	Częstym działaniem niepożądanym leków stymulujących stosowanych w leczeniu ADHD jest zmniejszenie apetytu.	A common side effect of stimulant medications used to treat ADHD is decreased appetite.	A common side effect of stimulant medication used for treatment of ADHD is appetite reduction.	Częstym działaniem niepożądanym leków stymulujących stosowanych w leczeniu ADHD jest zmniejszenie apetytu.
13	Osoba, u której dominują objawy nieuwagi, przy niewielkim nasileniu objawów nadruchliwości i impulsywności, może otrzymać rozpoznanie ADHD.	A person whose symptoms of inattention predominate, with low levels of hyperactivity and impulsivity symptoms, may receive a diagnosis of ADHD.	A person with primarily inattentive symptoms (but few hyperactive/impulsive symptoms) can be diagnosed with ADHD.	Osoba, u której dominują objawy nieuwagi, przy niewielkim nasileniu objawów nadruchliwości i impulsywności, może otrzymać rozpoznanie ADHD.
14	Indywidualna terapia poznawcza jest skuteczna w zmniejszaniu kluczowych objawów ADHD u dzieci w wieku szkolnym.	Individual cognitive therapy is effective in reducing the core symptoms of ADHD in school-aged children.	Individual cognitive therapy has been effective in reducing the core symptoms of ADHD in school age children.	Indywidualna terapia poznawcza jest skuteczna w zmniejszaniu osiowych objawów ADHD u dzieci w wieku szkolnym.
15	Większość dzieci z ADHD „wyrasta" z objawów przed okresem dojrzewania i w dorosłości ma ich już niewiele.	Most children with ADHD "outgrow" their symptoms before adolescence and have few symptoms in adulthood.	Most children with ADHD 'outgrow' their symptoms by the onset of puberty and show few symptoms in adulthood.	Większość dzieci z ADHD „wyrasta" z objawów przed rozpoczęciem okresu dojrzewania i w dorosłości wykazuje niewiele objawów.
16	Aby u dziecka można było rozpoznać	For a child to be diagnosed with ADHD,	In order to be diagnosed with ADHD, a child must	Aby można było rozpoznać ADHD u dziecka, objawy

	ADHD, musi ono przejawiać istotne objawy w dwóch lub więcej środowiskach, np. w domu i w szkole.	the child must show significant symptoms in two or more settings, e.g., at home and at school.	exhibit relevant symptoms in two or more settings (e.g., home, school).	charakterystyczne dla ADHD muszą występować w co najmniej dwóch środowiskach, na przykład w domu i w szkole.
17	Dzieci z ADHD zazwyczaj mają takie same trudności z utrzymaniem uwagi podczas wykonywania zadań interesujących, jak i nieinteresujących.	Children with ADHD usually have the same difficulty sustaining attention while doing interesting tasks as they do while doing uninteresting tasks.	Children with ADHD typically have equal difficulty in sustaining their attention on both interesting and uninteresting tasks.	Dzieci z ADHD zazwyczaj mają takie same trudności z utrzymaniem uwagi podczas wykonywania zadań interesujących i nieinteresujących.
18	Ograniczenie spożycia cukru lub dodatków do żywności jest zazwyczaj skuteczne w zmniejszaniu objawów ADHD.	Restricting sugar or food additives is usually effective in reducing ADHD symptoms.	Reducing dietary intake of sugar or food additives is generally effective in reducing the symptoms of ADHD.	Ograniczenie spożycia cukru lub dodatków do żywności jest zazwyczaj skuteczne w zmniejszaniu objawów ADHD.
19	W Polsce samo rozpoznanie ADHD automatycznie kwalifikuje dziecko do objęcia kształceniem specjalnym.	In Poland, a diagnosis of ADHD alone automatically qualifies a child for special education.	In the United States, a diagnosis of ADHD by itself makes a child eligible for placement in special education.	W Polsce samo rozpoznanie ADHD automatycznie kwalifikuje dziecko do uzyskania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.
20	Stymulanty są najczęściej stosowanym rodzajem leków w leczeniu dzieci z ADHD.	Stimulants are the most commonly used type of medication in the treatment of children with ADHD.	Stimulants are the most common type of medication used to treat children with ADHD.	Leki stymulujące są najczęściej stosowanym rodzajem leków w leczeniu ADHD u dzieci.

21	Dzieci z ADHD często mają trudności z organizowaniem zadań i aktywności.	Children with ADHD often have difficulty organizing tasks and activities.	Children with ADHD often have difficulties organizing tasks and activities.	Dzieci z ADHD często mają trudności z organizowaniem zadań i aktywności.
22	Dzieci z ADHD zazwyczaj mają więcej trudności w sytuacjach nowych lub nieznanych niż w sytuacjach znanych i powtarzalnych.	Children with ADHD usually have more difficulty in new or unfamiliar situations than in familiar and repetitive situations.	Children with ADHD generally experience more problems in unfamiliar/novel situations than in familiar/repetitive situations.	Dzieci z ADHD zazwyczaj mają więcej trudności w sytuacjach nowych lub nieznanych niż w sytuacjach znanych i powtarzalnych.
23	Istnieją konkretne cechy fizyczne, które lekarz, na przykład pediatra, może rozpoznać i na tej podstawie jednoznacznie zdiagnozować ADHD.	There are specific physical characteristics that a physician, for example a pediatrician, can identify and use as a basis for clearly diagnosing ADHD.	There are specific physical features which can be identified by medical doctors (e.g., pediatrician) in making a definitive diagnosis of ADHD.	Istnieją swoiste cechy fizyczne, które lekarz, na przykład pediatra, może stwierdzić i na ich podstawie jednoznacznie rozpoznać ADHD.
24	Wśród dzieci w wieku szkolnym ADHD występuje równie często u chłopców jak i u dziewcząt.	Among school-aged children, ADHD occurs just as often in boys as in girls.	Among school age children, the prevalence of ADHD in males and females is equivalent.	Wśród dzieci w wieku szkolnym ADHD występuje równie często u chłopców, jak u dziewcząt.
25	Dzieci z ADHD zazwyczaj mają więcej trudności podczas zajęć w klasie niż podczas swobodnej zabawy.	Children with ADHD usually have more difficulty during classroom activities than during free play.	Children with ADHD typically show more difficulties in a classroom setting than in a free play situation.	Dzieci z ADHD zazwyczaj mają więcej trudności podczas zajęć w klasie niż podczas swobodnej zabawy.

26	Większość dzieci z ADHD osiąga w szkole podstawowej wyniki poniżej swoich możliwości.	Most children with ADHD perform below their potential in elementary school.	The majority of children with ADHD show academic underachievement in elementary school.	W szkole podstawowej większość dzieci z ADHD osiąga wyniki poniżej swoich możliwości.
27	Objawy depresji występują częściej u dzieci z ADHD niż u dzieci bez ADHD.	Symptoms of depression occur more often in children with ADHD than in children without ADHD.	Symptoms of depression are found more frequently in ADHD children than in non-ADHD children.	Objawy depresji występują częściej u dzieci z ADHD niż u dzieci bez ADHD.
28	Trening dla rodziców dzieci z ADHD zazwyczaj skupia się na problemach dziecka z utrzymaniem uwagi.	Parent training for children with ADHD usually focuses on the child's problems with sustaining attention.	Parent-training interventions for children with ADHD typically focus on the child's problems with inattention.	Interwencje w formie treningu dla rodziców dzieci z ADHD zazwyczaj koncentrują się na trudnościach dziecka z utrzymaniem uwagi.
29	Programy treningu dla rodziców oparte na badaniach naukowych dotyczących ADHD kładą nacisk na wzmacnianie pozytywnych zachowań i uczenie umiejętności przed wprowadzaniem strategii opartych na karach.	Parent training programs based on scientific research on ADHD emphasize reinforcing positive behaviors and teaching skills before introducing punishment-based strategies.	Evidence-based parent-training programs for ADHD emphasize reinforcing positive behaviors and teaching skills before introducing punitive strategies.	Oparte na dowodach naukowych programy treningu dla rodziców dzieci z ADHD kładą nacisk na wzmacnianie pozytywnych zachowań i uczenie umiejętności przed wprowadzaniem strategii opartych na karach.
30	Badania wykazały, że długotrwałe stosowanie stymulantów prowadzi w dorosłości do	Research has shown that long-term use of stimulants leads to an increased risk of addiction	Research has shown that prolonged use of stimulant medications leads to increased addiction (i.e., drug, alcohol) in adulthood.	Badania wykazały, że długotrwałe stosowanie leków stymulujących prowadzi w dorosłości do

	zwiększonego ryzyka uzależnień, na przykład od narkotyków lub alkoholu.	in adulthood, for example to drugs or alcohol.		zwiększonego ryzyka uzależnień, na przykład od narkotyków lub alkoholu.
31	Jeśli dziecko reaguje na stymulanty, na przykład Medikinet, to prawdopodobnie ma ADHD.	If a child responds to stimulants, for example Medikinet, then the child probably has ADHD.	If a child responds to stimulant medications (e.g., Ritalin), then they probably have ADHD.	Jeśli po zastosowaniu leków stymulujących, na przykład Medikinetu, objawy u dziecka się zmniejszają, to dziecko prawdopodobnie ma ADHD.
32	Dzieci z ADHD zazwyczaj wykazują sztywność zachowań dotyczącą określonych rutyn lub rytuałów.	Children with ADHD usually show behavioral rigidity related to specific routines or rituals.	Children with ADHD generally display an inflexible adherence to specific routines or rituals.	Dzieci z ADHD zazwyczaj wykazują sztywne przywiązanie do określonych rutyn lub rytuałów.
33	Osoby z ADHD często doświadczają stanów hiperfokusu,: czyli stanu bardzo intensywnego skupienia uwagi na wykonywanym zadaniu.	People with ADHD often experience episodes of hyperfocus, that is, a state of very intense concentration on the task at hand.	Individuals with ADHD often experience intense periods of hyperfocus.	Osoby z ADHD często doświadczają stanów hiperfokusu, czyli bardzo intensywnego skupienia uwagi na wykonywanym zadaniu.
34	Osoby z ADHD częściej doświadczają niezamierzonych urazów i wypadków, na przykład wypadków samochodowych lub urazów głowy.	People with ADHD more often experience unintended injuries and accidents, for example car accidents or head injuries.	Individuals with ADHD have a higher rate of unintended injuries and accidents (e.g., car accidents, head injuries).	U osób z ADHD częściej występują niezamierzone urazy i wypadki, na przykład wypadki samochodowe lub urazy głowy.

35	Na efekty działania stymulantów trzeba zazwyczaj czekać kilka tygodni.	It usually takes several weeks for the effects of stimulants to appear.	It generally takes several weeks before seeing the effects of stimulant medications.	Na efekty działania leków stymulujących trzeba zazwyczaj czekać kilka tygodni.
36	Osoby z ADHD zazwyczaj doświadczają istotnych trudności w zakresie funkcji wykonawczych, takich jak organizacja, zarządzanie czasem i planowanie.	People with ADHD usually experience significant difficulties with executive functions, such as organization, time management, and planning.	Individuals with ADHD typically experience significant challenges in their executive function systems (e.g., organization, time management, planning).	Osoby z ADHD zazwyczaj doświadczają istotnych trudności w zakresie funkcji wykonawczych, takich jak organizacja, zarządzanie czasem i planowanie.

Uwaga. N = 36 pozycji. Kolumna „Brzmienie wersji źródłowej" przytacza pozycje za Sciutto, Terjesenem i Goldrichem (2025).

4.3.3. Rozstrzygnięcia dotyczące pozycji zależnych od kontekstu kulturowego

Adaptacja narzędzia mierzącego wiedzę różni się od adaptacji kwestionariusza osobowości tym, że poprawność odpowiedzi wynika z aktualnego stanu wiedzy oraz w części pozycji z rozwiązań systemowych obowiązujących w danym kraju. Zagadnienie to omówiono szczegółowo w podrozdziale 3.6.3. W toku prac adaptacyjnych wymagały rozstrzygnięcia następujące kwestie.

Pozycja dotycząca uprawnień do kształcenia specjalnego. W wersji zrewidowanej pozycja ta odwołuje się wprost do systemu prawnego Stanów Zjednoczonych, stwierdzając, że samo rozpoznanie ADHD czyni dziecko uprawnionym do objęcia kształceniem specjalnym. W polskim systemie oświaty funkcję analogiczną pełni orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydawane przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną, przy czym zasady jego wydawania różnią się od rozwiązań amerykańskich. Przyjęto rozwiązanie polegające na adaptacji treści pozycji do realiów polskiego systemu oświaty: odniesienie do prawa Stanów Zjednoczonych

2026

zastąpiono odniesieniem do orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, przy zachowaniu struktury logicznej twierdzenia i kierunku klucza odpowiedzi. Pozycja w brzmieniu polskim głosi, że samo rozpoznanie ADHD automatycznie kwalifikuje dziecko do uzyskania takiego orzeczenia, co pozostaje twierdzeniem fałszywym. Orzeczenie wydaje zespół orzekający poradni psychologiczno-pedagogicznej po ustaleniu, że dziecko wymaga stosowania specjalnej organizacji nauki, a samo rozpoznanie kliniczne takiej potrzeby nie przesądza. Zabieg ten odpowiada wskazaniu Międzynarodowej Komisji do spraw Testów (International Test Commission, 2017), zgodnie z którym w adaptacji należy zachowywać równoważność funkcjonalną pozycji, a nie jej dosłowne brzmienie.

Pozycje odwołujące się do praktyki farmakoterapeutycznej. Pozycje dotyczące rozpowszechnienia leków stymulujących jako metody leczenia oraz dostępności leków niestymulujących opisują stan faktyczny, który różni się między krajami pod względem rejestracji preparatów, zasad refundacji i uprawnień do ich przepisywania. Pozycje te zachowano w brzmieniu odpowiadającym wersji źródłowej, ponieważ opisywany w nich stan rzeczy - przewaga leków stymulujących wśród stosowanych farmakoterapii oraz skuteczność leków niestymulujących u części pacjentów pozostaje aktualny również w warunkach polskich. Modyfikacji wymagała natomiast nazwa preparatu przywołanego w pozycji dotyczącej wnioskowania o rozpoznaniu na podstawie reakcji na leczenie. Zamiast nierejestrowanego w Polsce Ritalinu wskazano Medikinet, czyli preparat metylofenidatu powszechnie stosowany w polskiej praktyce klinicznej. Zmiana dotyczy wyłącznie przykładu ilustrującego i nie narusza treści twierdzenia.

Pozycje odwołujące się do kryteriów klasyfikacyjnych. Pozycje dotyczące granicznego wieku ujawnienia się objawów, wymogu ich występowania w więcej niż jednym środowisku oraz możliwości rozpoznania obrazu z przewagą nieuwagi zachowują ważność zarówno w świetle DSM-5-TR, jak i ICD-11, w związku z czym nie wymagały modyfikacji treściowej.

2026

4.4. Charakterystyka narzędzia badawczego

4.4.1. Struktura skali

Zrewidowana wersja skali Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale składa się z 36 twierdzeń dotyczących ADHD, do których osoba badana ustosunkowuje się w formacie trójopcjowym: „prawda", „fałsz" lub „nie wiem". Instrukcja wprost zaleca wybór opcji „nie wiem" w razie braku pewności i odradza zgadywanie (Sciutto i in., 2025).

Spośród 36 pozycji 19 zachowano w brzmieniu niezmienionym względem wersji oryginalnej, 11 poddano przeformułowaniu, a 6 stanowi pozycje nowe. Klucz odpowiedzi obejmuje 19 twierdzeń prawdziwych i 17 fałszywych.

Wersja oryginalna skali dzieliła pozycje na trzy podskale: cechy towarzyszące (15 pozycji), objawy i diagnoza (9 pozycji) oraz leczenie (12 pozycji). Przyporządkowania dokonano metodą sędziów kompetentnych, przy progu zgodności wynoszącym 75% (Sciutto i Feldhamer, 2005). Dokumentacja wersji zrewidowanej nie zawiera zaktualizowanego przyporządkowania pozycji do podskal, w związku z czym wykonano rekonstrukcję opartą na identyfikacji pozycji zachowanych i przeformułowanych. Rekonstrukcja ta obejmuje 30 pozycji; pozostałych 6 pozycji nowych nie ma odpowiednika w wersji oryginalnej i wymaga przyporządkowania na podstawie danych empirycznych.

Ze względu na ten stan rzeczy analizy podskalowe przeprowadzono w sposób eksploracyjny, a wnioskowanie oparto przede wszystkim na wyniku ogólnym. Rozwiązanie to odpowiada postępowaniu przyjętemu w badaniu dziewięciu krajów, gdzie ze względu na niskie wskaźniki rzetelności podskal autorzy ograniczyli analizy wnioskujące do wyniku ogólnego (Sciutto i in., 2016).

4.4.2. Sposób obliczania wyników

Punktacja przebiega dwustopniowo, zgodnie z procedurą opisaną w podręczniku narzędzia (Sciutto i Feldhamer, 2005).

W pierwszym kroku odpowiedzi kodowane są w trzech kategoriach, co umożliwia obliczenie **wskaźnika błędnych przekonań**. Za błędne przekonanie uznaje się

2026

odpowiedź niezgodną z kluczem; odpowiedzi „nie wiem” nie są do tej kategorii zaliczane.

W drugim kroku odpowiedzi przekodowuje się dychotomicznie: odpowiedziom zgodnym z kluczem przypisuje się wartość 1, a odpowiedziom błędnym oraz odpowiedziom „nie wiem” - wartość 0. Suma tak zakodowanych odpowiedzi stanowi **wynik wiedzy**.

Trzecim wskaźnikiem jest **odsetek odpowiedzi „nie wiem”**, interpretowany jako miara luk informacyjnych.

Kolejność operacji nie jest dowolna: wskaźnik błędnych przekonań musi zostać obliczony przed przekodowaniem dychotomicznym, po którym informacja o kategorii odpowiedzi zostaje bezpowrotnie utracona. W pracy wyniki raportowano jako odsetek odpowiedzi poprawnych, zgodnie z konwencją dominującą w piśmiennictwie dotyczącym tego narzędzia.

4.4.3. Zmienne dodatkowe

Poza skalą KADDS-R w kwestionariuszu uwzględniono pytania służące pomiarowi zmiennych wykorzystywanych w analizach trafności. Obejmowały one dane demograficzne oraz wskaźniki doświadczenia i przeszkolenia w zakresie ADHD.

Kwestionariusz metryczkowy skonstruowano jako kwestionariusz warunkowy: po bloku pytań wspólnych dla wszystkich osób badanych respondent był kierowany do jednego z trzech bloków szczegółowych, zależnie od deklarowanej sytuacji zawodowej lub edukacyjnej.

Blok wspólny obejmował:

- wiek podawany w pełnych latach, płeć, najwyższe ukończone wykształcenie, wielkość miejscowości zamieszkania oraz pytanie o to, czy język polski jest językiem używanym na co dzień (pytanie kontrolne dla trafności pomiaru w wersji polskojęzycznej);
- doświadczenie kontaktu z ADHD: własne rozpoznanie, rozpoznanie u dziecka, rozpoznanie u bliskiego członka rodziny lub przyjaciela oraz kontakt zawodowy, studencki, praktykancki lub wolontariacki z osobami z ADHD;
- przygotowanie merytoryczne: udział w formalnym szkoleniu trwającym co najmniej dwie godziny, łączny wymiar godzinowy szkoleń, liczba ukończonych szkoleń, warsztatów lub kursów, liczba przeczytanych artykułów naukowych lub tekstów profesjonalnych, źródła czerpanej wiedzy (pytanie wielokrotnego wyboru) oraz samoocena dotychczasowej wiedzy na temat ADHD na pięciostopniowej skali;
- pytanie rozdzielające, w którym osoba badana wskazywała, czy pracuje jako nauczycielka lub nauczyciel w przedszkolu albo szkole, czy studiuje pedagogikę, pedagogikę specjalną, kierunek nauczycielski lub psychologię, czy też nie należy do żadnej z tych grup.

2026

Blok dla nauczycieli obejmował staż pracy, etap edukacyjny, stanowisko, typ i charakter placówki, przeciętną liczebność klasy lub grupy, formalne przygotowanie z zakresu pedagogiki specjalnej, fakt uczenia ucznia z rozpoznaniem ADHD, łączną liczbę takich uczniów w dotychczasowej pracy oraz obecność takiego ucznia w aktualnie prowadzonej klasie lub grupie.

Blok dla studentów obejmował kierunek, poziom i rok studiów, odbycie praktyk zawodowych lub pedagogicznych wraz z ich wymiarem, bezpośredni kontakt z osobą z rozpoznaniem ADHD podczas studiów, praktyk lub wolontariatu, uwzględnienie tematyki ADHD w programie zajęć oraz pracę w zawodzie związanym z edukacją, psychologią, pomocą społeczną lub ochroną zdrowia.

Blok dla pozostałych osób badanych obejmował sytuację zawodową, obszar wykonywanej pracy oraz pytanie o to, czy wykonywany zawód wymaga specjalistycznej wiedzy dotyczącej ADHD.

4.5. Osoby badane i procedura badania

4.5.1. Charakterystyka próby

W badaniu wzięły udział 253 osoby. Kryterium włączenia stanowiła pełnoletność oraz udzielenie odpowiedzi na wszystkie 36 pozycji skali; ze względu na przyjętą w kwestionariuszu internetowym walidację pól obowiązkowych zbiór danych nie zawierał braków w zakresie pozycji skali, w związku z czym żadnej obserwacji nie wykluczono z tego powodu. Zaproszenie do udziału w badaniu rozpowszechniano w internetowych grupach tematycznych skupiających nauczycieli, studentów kierunków pedagogicznych i psychologicznych oraz rodziców, a także za pośrednictwem sieci kontaktów osobistych autorki.

Ze względu na taki sposób doboru próba nie ma charakteru reprezentatywnego dla populacji ogólnej. Jest to jednak próba celowo zróżnicowana. Obok osób zawodowo związanych z edukacją i psychologią objęła ona osoby spoza tych środowisk, co odpowiada założeniu przyjętemu w badaniu walidacyjnym wersji zrewidowanej, gdzie próbę stanowili uczestnicy panelu internetowego bez specjalistycznego przygotowania (Sciutto i in., 2025). Zróżnicowanie próby jest przy tym warunkiem sensownej weryfikacji hipotez dotyczących trafności. Gdyby badanie objęło wyłącznie nauczycieli, nie byłoby możliwe wykazanie, że skala różnicuje osoby o odmiennym poziomie

2026

przygotowania merytorycznego. Szczegółową charakterystykę demograficzną próby przedstawiono w podrozdziale 5.1.

Przy ustalaniu wymaganej liczebności próby uwzględniono dwa kryteria. Pierwszym jest moc statystyczna analiz porównawczych. Wykrycie efektu o wielkości odpowiadającej wynikom uzyskanym dla wersji zrewidowanej (d = 0,46 dla kontaktu osobistego; d = 0,81 dla formalnego szkolenia; Sciutto i in., 2025) przy poziomie istotności $\alpha = 0,05$ i mocy $1 - \beta = 0,80$ wymaga próby rzędu kilkudziesięciu do stu kilkudziesięciu osób w porównywanych grupach (Cohen, 1988). Drugim kryterium jest wymóg wynikający z planowanej analizy struktury wewnętrznej. Analiza czynnikowa 36 pozycji wymaga próby istotnie liczniejszej, a niedostateczna liczebność była powodem odstąpienia od takiej analizy w badaniu dziewięciu krajów (Sciutto i in., 2016).

4.5.2. Procedura

Badanie przeprowadzono w formie kwestionariusza internetowego, który sporządzono i udostępniono przy użyciu platformy GoogleForms. Dane zbierano od 14 lipca do 23 sierpnia 2026 roku. Strona informacyjna poprzedzająca właściwą część badania zawierała informacje o celu badania, dobrowolności oraz anonimowości udziału. Pozycje skali prezentowano w kolejności odpowiadającej numeracji wersji źródłowej, z trzema wariantami odpowiedzi: „prawda", „fałsz" i „nie wiem". Blok metryczkowy zamieszczono po skali, aby uniknąć uwrażliwienia osób badanych na tematykę pytań o doświadczenie i przeszkolenie przed wypełnieniem właściwej części narzędzia. Zastosowano logikę warunkową kierującą respondenta do właściwego bloku pytań szczegółowych.

W badaniu nie stosowano pytań kontrolujących uważność osób badanych. W badaniu walidacyjnym wersji zrewidowanej zastosowano dwie takie kontrole, na skutek czego z próby liczącej 500 osób do analiz zakwalifikowano 438 uczestników (Sciutto i in., 2025). Brak analogicznego zabezpieczenia w badaniu własnym oznacza, że nie można wykluczyć obecności w zbiorze odpowiedzi udzielonych bez uważnego czytania pozycji; ograniczenie to omówiono w podrozdziale 6.3. Pośrednią przesłanką przemawiającą przeciwko znacznemu udziałowi takich odpowiedzi jest rozkład kategorii „nie wiem", który okazał się silnie zróżnicowany między pozycjami i uporządkowany treściowo - wzorzec ten trudno wyjaśnić losowym udzielaniem odpowiedzi.

2026

4.5.3. Kwestie etyczne

Badanie przeprowadzono zgodnie z zasadami etycznymi dotyczącymi badań z udziałem ludzi (World Medical Association, 2013). Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, a osoby badane przed przystąpieniem do wypełniania kwestionariusza otrzymały informację o celu badania, sposobie wykorzystania danych oraz możliwości rezygnacji na każdym etapie bez podawania przyczyny. Nie zbierano danych umożliwiających identyfikację uczestników.

4.6. Plan analizy statystycznej

4.6.1. Analiza rzetelności

Zgodność wewnętrzną oceniono dla wyniku ogólnego oraz dla poszczególnych obszarów treściowych. Ponieważ pozycje skali po przekodowaniu mają charakter dychotomiczny, formalnie właściwym wskaźnikiem jest współczynnik KR-20 (Kuder i Richardson, 1937), stanowiący szczególny przypadek współczynnika α dla pozycji binarnych i dający wynik z nim tożsamy. Ze względu na przyjęte w piśmiennictwie dotyczącym skali KADDS konwencje raportowania wskaźnik ten oznaczono jako α Cronbacha, co umożliwia bezpośrednie porównanie z wynikami badań międzynarodowych.

Dodatkowo obliczono współczynnik ω McDonalda, wolny od założenia tau-ekwiwalentności, które w testach wiedzy o zróżnicowanej trudności pozycji pozostaje niespełnione (McDonald, 1999; Dunn i in., 2014). Zestawienie obu wskaźników pozwala ocenić, w jakim stopniu współczynnik α zaniża rzetelność narzędzia, przy jednoczesnym uwzględnieniu ograniczeń samego współczynnika ω (Hayes i Coutts, 2020).

Przy interpretacji uzyskanych wartości przyjęto punkty odniesienia wskazane w podrozdziale 3.3.4, zgodnie z którymi wartości rzędu 0,50–0,70 dla podskal mieszczą się w zakresie typowym dla tego narzędzia w skali międzynarodowej.

4.6.2. Analiza pozycji

Dla każdej pozycji obliczono wskaźnik trudności, rozumiany jako odsetek odpowiedzi zgodnych z kluczem, oraz moc dyskryminacyjną, wyrażoną jako skorygowana korelacja pozycji z wynikiem ogólnym. Dodatkowo dla każdej pozycji

2026

przedstawiono rozkład trzech kategorii odpowiedzi, co pozwala odróżnić pozycje trudne od pozycji generujących błędne przekonania.

Rozróżnienie to ma znaczenie diagnostyczne przy ocenie jakości adaptacji. Pozycja, w której dominują odpowiedzi „nie wiem", wskazuje na lukę w wiedzy badanych. Pozycja, w której dominuje odpowiedź niezgodna z kluczem, wskazuje na rozpowszechnione błędne przekonanie. Pozycja o ujemnej lub bliskiej zeru mocy dyskryminacyjnej wymaga natomiast analizy pod kątem możliwych błędów tłumaczenia lub niejednoznaczności sformułowania w języku polskim.

4.6.3. Analiza struktury wewnętrznej

Celem analizy nie było potwierdzenie trójwymiarowej struktury przyjętej w wersji źródłowej - struktura ta ma charakter treściowy i wynika z procedury sędziów kompetentnych, a nie z analizy empirycznej - lecz ustalenie, czy w polskiej próbie występują spójne wymiary, oraz identyfikacja pozycji nieprzystających do pozostałych.

4.6.4. Analiza trafności

Dowody trafności oparte na relacjach ze zmiennymi zewnętrznymi zgromadzono zgodnie ze strategią zastosowaną przez autorów narzędzia (Sciutto i in., 2025), obejmującą trzy grupy analiz.

Po pierwsze, porównano wyniki osób różniących się doświadczeniem kontaktu z ADHD, stosując test t dla prób niezależnych wraz z wielkością efektu d Cohena; przy naruszeniu założenia o jednorodności wariancji stosowano korektę Welcha, a przy naruszeniu założenia o normalności rozkładu - test U Manna-Whitneya.

Po drugie, oceniono związek wyników ze wskaźnikami przeszkolenia, stosując analizę korelacji. Ze względu na porządkowy charakter części zmiennych opisujących zakres szkolenia zastosowano współczynnik rho Spearmana, analogicznie do postępowania autorów wersji zrewidowanej.

Po trzecie, zgromadzono dowody różnicowe, weryfikując, czy wyniki pozostają nieistotnie związane ze zmiennymi teoretycznie niezwiązanymi z wiedzą o ADHD. Za dowód przemawiający na korzyść trafności narzędzia uznaje się sytuację, w której korelacje ze zmiennymi demograficznymi są istotnie niższe niż korelacje ze wskaźnikami doświadczenia i przeszkolenia.

2026

4.6.5. Statystyki opisowe i analiza błędnych przekonań

Dla wyniku wiedzy, wyniku błędnych przekonań oraz odsetka odpowiedzi „nie wiem” obliczono podstawowe statystyki opisowe, oddzielnie dla skali ogólnej i dla obszarów treściowych. Rozkłady zweryfikowano pod kątem normalności, co warunkowało dobór testów w analizach porównawczych.

Analizę błędnych przekonań przeprowadzono na poziomie poszczególnych pozycji, ustalając odsetek osób udzielających odpowiedzi niezgodnej z kluczem. Zestawienie to umożliwia bezpośrednie porównanie z danymi z badania dziewięciu krajów, w którym przedstawiono odsetki dla ośmiu najczęstszych błędnych przekonań (Sciutto i in., 2016).

Zgodnie z ustaleniem przedstawionym w podrozdziale 2.2.3 odsetek odpowiedzi „nie wiem” analizowano jako odrębny wskaźnik, a nie wyłącznie jako składnik wyniku wiedzy. Rozwiązanie to pozwala uwzględnić zastrzeżenie Ravesloota i współpracowników (2015), zgodnie z którym skłonność do wybierania opcji „nie wiem” stanowi cechę indywidualną wnoszącą do pomiaru wariancję nieistotną dla mierzonego konstruktu.

ROZDZIAŁ 5. Wyniki badań własnych

5.1. Charakterystyka próby

W badaniu wzięły udział 253 osoby. Wszystkie udzieliły odpowiedzi na komplet 36 pozycji skali, w związku z czym żadnej obserwacji nie wykluczono z analiz. Charakterystykę demograficzną badanej grupy przedstawiono w Tabeli 4.

Tabela 4

Charakterystyka demograficzna badanej grupy

Zmienna	Kategoria	n	%
Płeć	Kobiety	185	73,1
	Mężczyźni	66	26,1
	wolę nie odpowiadać	2	0,8
Wiek (w kategoriach)	do 30 lat	99	39,1
	31–40 lat	80	31,6
	41–50 lat	58	22,9
	powyżej 50 lat	16	6,3
Wykształcenie	podstawowe lub gimnazjalne	3	1,2
	zasadnicze zawodowe / branżowe	11	4,3
	Średnie	91	36,0
	Wyższe	146	57,7
	stopień doktora lub wyższy	2	0,8
Miejsce zamieszkania	Wieś	121	47,8
	miasto do 20 tys. mieszkańców	30	11,9
	miasto od 20 do 100 tys.	46	18,2
	miasto od 100 do 500 tys.	31	12,3
	miasto powyżej 500 tys.	25	9,9
Sytuacja zawodowa	Nauczyciele	42	16,6
	studenci kierunków pedagogicznych i psychologii	28	11,1
	Pozostali	183	72,3
Język polski na co dzień	Tak	251	99,2
	Nie	2	0,8

Uwaga. N = 253.

Wiek osób badanych mieścił się w przedziale od 18 do 65 lat (M = 34,64; SD = 10,15; Me = 34). Grupa była zdominowana przez kobiety, co odpowiada strukturze płci w zawodach związanych z edukacją i opieką, a zarazem stanowi typowy efekt doboru wygodnego w badaniach internetowych. Ponad połowa osób badanych legitymowała się wykształceniem wyższym, a niemal połowa mieszkała na wsi.

2026

Rozkład zmiennych opisujących doświadczenie kontaktu z ADHD oraz przygotowanie merytoryczne, wykorzystywanych w analizach trafności, przedstawiono w Tabeli 5.

Tabela 5

Doświadczenie kontaktu z ADHD i przygotowanie merytoryczne osób badanych

Zmienna	Kategoria	n	%
Własne rozpoznanie ADHD	Tak	35	13,8
	Nie	187	73,9
	jestem w trakcie diagnozy	7	2,8
	podejrzewam, brak rozpoznania	23	9,1
	wolę nie odpowiadać	1	0,4
Dziecko z rozpoznaniem ADHD	Tak	22	8,7
	Nie	148	58,5
	nie mam dzieci	72	28,5
	dziecko w trakcie diagnozy	10	4,0
	wolę nie odpowiadać	1	0,4
Bliska osoba z rozpoznaniem ADHD	Tak	105	41,5
	Nie	108	42,7
	nie wiem	40	15,8
Kontakt zawodowy lub studencki	tak, regularnie	42	16,6
	tak, sporadycznie	53	20,9
	Nie	132	52,2
	trudno powiedzieć	26	10,3
Formalne szkolenie (min. 2 godziny)	Tak	33	13,0
	Nie	216	85,4
	nie pamiętam	4	1,6
Przeczytane artykuły naukowe	Żadnego	141	55,7
	1–3	62	24,5
	4–6	21	8,3
	7–9	4	1,6
	10 lub więcej	16	6,3
	trudno powiedzieć	9	3,6
Samoocena wiedzy o ADHD	bardzo mała	67	26,5
	Mała	83	32,8
	umiarkowana	79	31,2
	Duża	20	7,9
	bardzo duża	4	1,6

Uwaga. N = 253.

Badana grupa okazała się wyraźnie zróżnicowana pod względem doświadczenia kontaktu z ADHD: 41,5% osób deklarowało rozpoznanie ADHD u bliskiej osoby, a 37,5% - kontakt zawodowy, studencki lub wolontariacki z osobami z tym rozpoznaniem.

2026

Jednocześnie przygotowanie merytoryczne było w tej grupie rzadkie. Formalne szkolenie trwające co najmniej dwie godziny ukończyło 13,0% osób, a ponad połowa (55,7%) nie przeczytała ani jednego artykułu naukowego lub tekstu profesjonalnego poświęconego ADHD. Dokładnie 59,3% oceniło swoją wiedzę o ADHD jako małą lub bardzo małą. Zestawienie to należy odnotować już na tym etapie, ponieważ wyznacza ono kontekst interpretacyjny dla wyników przedstawionych w dalszych podrozdziałach: badana grupa miała szeroki kontakt z ADHD i jednocześnie ograniczone przygotowanie formalne.

Odnotowania wymaga rozbieżność dotycząca zmiennej opisującej udział w formalnym szkoleniu. W zestawieniach liczba osób deklarujących ukończenie szkolenia wynosi 42, podczas gdy w zbiorze danych źródłowych odpowiedź twierdzącą na pytanie o udział w szkoleniu zaznaczyły 33 osoby. Weryfikacja wykazała, że dziewięć osób udzieliło odpowiedzi przeczącej na pytanie o szkolenie, a jednocześnie wskazało niezerowy wymiar godzinowy szkoleń w pytaniu następnym. W niniejszej pracy przyjęto wartość wynikającą z odpowiedzi na pytanie bezpośrednie (n = 33), traktując wskazania niespójne jako odpowiedzi odnoszące się do form doskonalenia niespełniających kryterium formalnego szkolenia trwającego co najmniej dwie godziny.

5.2. Statystyki opisowe wyników skali

Ze skali wyprowadzono trzy wskaźniki: wynik wiedzy (liczba odpowiedzi zgodnych z kluczem), wynik błędnych przekonań (liczba odpowiedzi niezgodnych z kluczem, z wyłączeniem kategorii „nie wiem”) oraz liczbę odpowiedzi „nie wiem”. Statystyki opisowe tych wskaźników, dla skali ogólnej oraz dla obszarów treściowych zawiera Tabela 6.

Tabela 6

Statystyki opisowe wyników polskiej wersji skali KADDS-R

Wskaźnik i obszar treściowy	k	M	SD	Min	Maks	% popr.
Wynik wiedzy						
Skala ogólna	36	18,57	7,21	1	36	51,6
Cechy towarzyszące	11	5,67	2,43	0	11	51,5
Objawy i diagnoza	7	5,01	1,49	0	7	71,5
Leczenie	9	3,20	2,03	0	9	35,6
Pozycje nieprzyporządkowane	3	1,06	1,05	0	3	35,4

2026

Wskaźnik i obszar treściowy	k	M	SD	Min	Maks	% popr.
Pozycje nowe	6	3,63	1,77	0	6	60,5
Wynik błędnych przekonań						
Skala ogólna	36	5,72	4,21	0	17	15,9
Cechy towarzyszące	11	1,96	1,66	0	8	17,8
Objawy i diagnoza	7	0,88	1,05	0	4	12,6
Leczenie	9	1,53	1,38	0	5	17,0
Odpowiedzi „nie wiem”						
Skala ogólna	36	11,70	7,97	0	35	32,5
Cechy towarzyszące	11	3,38	2,68	0	11	30,7
Objawy i diagnoza	7	1,11	1,35	0	7	15,9
Leczenie	9	4,27	2,62	0	9	47,5

Uwaga. N = 253. k - liczba pozycji. Kolumna „% popr.” dla wyniku wiedzy oznacza odsetek odpowiedzi poprawnych, dla pozostałych wskaźników - odsetek odpowiedzi danej kategorii.

Rozkład wyniku ogólnego okazał się zbliżony do normalnego: skośność wyniosła 0,10 (*SE* = 0,15), a kurtoza −0,56 (*SE* = 0,31); obie wartości mieszczą się w przedziale ±1 uznawanym za dopuszczalny. Test Shapiro-Wilka wykazał jednak istotne statystycznie odstępstwo od normalności ($W = 0{,}986$; $p = 0{,}015$), co przy tej liczebności próby jest wynikiem oczekiwanym i przy tak niewielkich wartościach skośności i kurtozy nie przesądza o naruszeniu założeń. Ze względu na dychotomiczny charakter zmiennych wyjściowych oraz nierównoliczność porównywanych grup w dalszych analizach zastosowano testy nieparametryczne, raportując równolegle wielkości efektu d Cohena, co umożliwia porównanie z wynikami badań zagranicznych.

Rozkład wyniku ogólnego w przedziałach przedstawiono w Tabeli 7.

Tabela 7

Rozkład wyniku ogólnego skali KADDS-R

Przedział wynikun	%
1–5 pkt	8 3,2
6–10 pkt	228,7
11–15 pkt	6525,7
16–20 pkt	6626,1
21–25 pkt	4216,6
26–30 pkt	3413,4
31–36 pkt	166,3

Uwaga. N = 253.

2026

Przeciętny odsetek odpowiedzi poprawnych wyniósł 51,6%, co lokuje badaną grupę w środkowej części przedziału obserwowanego w badaniach międzynarodowych, rozciągającego się od 15% w Arabii Saudyjskiej do 62% w Stanach Zjednoczonych (Sciutto i in., 2016), oraz w przedziale uzyskanym w adaptacji hiszpańskiej, gdzie wyniki poszczególnych podskal mieściły się między 31,67% a 63,88% (Jarque Fernández i in., 2007). Zwraca uwagę rozpiętość wyników: skrajne wartości obejmowały cały możliwy zakres skali, od 1 do 36 punktów.

Porównanie obszarów treściowych wykazało istotne zróżnicowanie poziomu wiedzy (test Friedmana: $\chi^2(2) = 317{,}43$; $p < 0{,}001$). Najwyższy odsetek odpowiedzi poprawnych odnotowano w obszarze objawów i diagnozy (71,5%), niższy w obszarze cech towarzyszących (51,5%), a najniższy w obszarze leczenia (35,6%). Wszystkie porównania parami okazały się istotne: objawy i diagnoza wobec cech towarzyszących ($d_z = 1{,}07$), objawy i diagnoza wobec leczenia ($d_z = 1{,}55$) oraz cechy towarzyszące wobec leczenia ($d_z = 0{,}88$).

Hipoteza H2 została potwierdzona częściowo. Zgodnie z przewidywaniem najwyższe wyniki uzyskano w obszarze objawów i diagnozy. Przewidywanie dotyczące najniższych wyników w obszarze cech towarzyszących nie potwierdziło się - najsłabiej wypadł obszar leczenia. Interpretację tej rozbieżności przedstawiono w podrozdziale 6.1.

Zróżnicowany okazał się również odsetek odpowiedzi „nie wiem” (test Friedmana: $\chi^2(2) = 260{,}79$; $p < 0{,}001$): najwyższy w obszarze leczenia (47,5%), pośredni w obszarze cech towarzyszących (30,7%) i najniższy w obszarze objawów i diagnozy (15,9%). Układ ten odpowiada dokładnie przewidywaniu sformułowanemu w hipotezie H7, która została potwierdzona. Wartość uzyskana dla obszaru leczenia jest przy tym niemal identyczna z wartością raportowaną w adaptacji hiszpańskiej (48,56%; Jarque Fernández i in., 2007).

Trzy wskaźniki wyprowadzone ze skali okazały się od siebie wyraźnie odrębne. Wynik wiedzy korelował silnie ujemnie z liczbą odpowiedzi „nie wiem” ($r = -0{,}851$), natomiast jego związek z wynikiem błędnych przekonań był słaby ($r = -0{,}101$). Oznacza to, że o niskim wyniku ogólnym w badanej grupie decydowała przede wszystkim przyznawana przez badanych niewiedza, a nie posiadanie błędnych przekonań. Ustalenie to ma bezpośrednie znaczenie praktyczne, omówione w podrozdziale 6.4.

2026

5.3. Rzetelność polskiej wersji skali

Wskaźniki zgodności wewnętrznej przedstawiono w Tabeli 8.

Tabela 8

Zgodność wewnętrzna polskiej wersji skali KADDS-R

Wskaźnik / obszar treściowy	k	α (KR-20)	95% CI	ω McDonalda
Wynik wiedzy - skala ogólna	36	0,891	[0,871; 0,910]	0,902
Cechy towarzyszące	11	0,702	[0,644; 0,753]	
Objawy i diagnoza	7	0,561	[0,473; 0,639]	
Leczenie	9	0,678	[0,615; 0,734]	
Pozycje nowe	6	0,689	[0,625; 0,745]	
Wynik błędnych przekonań	36	0,784	[0,744; 0,821]	
Odpowiedzi „nie wiem”	36	0,918	[0,903; 0,932]	

Uwaga. N = 253. Przedziały ufności wyznaczono metodą Feldta. Współczynnik ω obliczono dla wyniku wiedzy skali ogólnej.

Współczynnik rzetelności dla skali ogólnej wyniósł α = 0,891 (95% CI [0,871; 0,910]), a współczynnik ω McDonalda - 0,902. Rzetelność połówkowa, oszacowana przez podział na pozycje parzyste i nieparzyste, wyniosła *r* = 0,821, co po korekcie wzorem Spearmana-Browna daje 0,902. Uzyskana wartość jest praktycznie tożsama z wartością raportowaną dla wersji zrewidowanej w próbie amerykańskiej (α = 0,88; Sciutto i in., 2025) i mieści się w górnej części przedziału 0,80–0,90 uzyskanego dla wersji oryginalnej w pięciu próbach normalizacyjnych (Sciutto i Feldhamer, 2005). Jest to wartość w pełni wystarczająca do stosowania narzędzia w badaniach grupowych.

Współczynniki dla obszarów treściowych mieściły się w przedziale od 0,561 do 0,702, a więc były wyraźnie niższe niż dla skali ogólnej. Jak wykazano w podrozdziale 3.3.4, jest to właściwość typowa dla tego narzędzia: w przeglądzie systematycznym odnotowano dla skali KADDS zakres od 0,38 do 0,92 (Golson i in., 2023), w badaniu dziewięciu krajów - od 0,48 do 0,84 dla wyniku wiedzy (Sciutto i in., 2016), a w wersji niemieckiej wartości podskalowe wyniosły od 0,29 do 0,52 przy zachowanej wrażliwości narzędzia na efekty oddziaływania edukacyjnego (Schmiedeler, 2017). Wartości uzyskane w niniejszym badaniu mieszczą się zatem w przedziale typowym dla podskal tego narzędzia - pokrywają się z zakresem 0,52–0,75 odnotowanym dla wersji oryginalnej, są wyraźnie wyższe od wartości niemieckich i niższe od hiszpańskich (0,74–0,77). Najniższa z nich - dla siedmiopozycyjnego obszaru objawów i diagnozy nie uprawnia do formułowania wniosków na poziomie indywidualnym.

2026

Hipoteza H1 została potwierdzona: skala ogólna wykazała wysoką zgodność wewnętrzną przy niższych wartościach współczynników dla podskal.

Osobnego odnotowania wymaga wysoka rzetelność wskaźnika odpowiedzi „nie wiem" (α = 0,918). Wskazuje ona, że skłonność do przyznawania się do niewiedzy jest w badanej grupie właściwością spójną, przejawiającą się konsekwentnie w całym narzędziu - a zatem że wskaźnik ten, traktowany w dotychczasowych badaniach jako uzupełniający, sam w sobie stanowi rzetelną miarę.

5.4. Analiza pozycji

Właściwości poszczególnych pozycji skali przedstawiono w Tabeli 9, a pełny rozkład trzech kategorii odpowiedzi - w Tabeli 10.

Tabela 9

Analiza pozycji polskiej wersji skali KADDS-R

Nr	Klucz	Obszar	% popr.	% błędnych	% „nie wiem"	r (poz.–og.)	α bez poz.
1	F	CT	13,0	37,5	49,4	0,356	0,889
2	F	L	83,0	8,3	8,7	0,392	0,889
3	P	OD	97,2	1,6	1,2	0,176	0,891
4	P	OD	34,8	32,4	32,8	0,575	0,885
5	P	CT	47,4	10,7	41,9	0,545	0,886
6	F	OD	75,5	13,0	11,5	0,281	0,891
7	P	L	27,3	9,9	62,8	0,414	0,888
8	P	OD	89,7	7,5	2,8	0,149	0,892
9	P	L	53,8	6,7	39,5	0,211	0,892
10	P	CT	95,3	1,2	3,6	0,220	0,891
11	F	OD	64,8	9,9	25,3	0,225	0,892
12	P	L	32,0	4,0	64,0	0,568	0,886
13	P	—	68,4	7,1	24,5	0,501	0,887
14	F	L	5,9	50,2	43,9	0,314	0,890
15	F	CT	65,2	5,9	28,9	0,475	0,887
16	P	OD	56,9	15,8	27,3	0,494	0,887
17	F	—	65,6	19,4	15,0	0,403	0,889
18	F	L	28,9	28,1	43,1	0,320	0,890
19	F	CT	62,5	9,9	27,7	0,420	0,888
20	P	L	40,3	7,5	52,2	0,502	0,887
21	P	OD	81,8	7,9	10,3	0,451	0,888
22	F	CT	20,2	58,5	21,3	0,258	0,891
23	F	CT	58,1	12,6	29,2	0,527	0,886
24	F	CT	34,8	29,2	36,0	0,432	0,888

2026

Nr	Klucz	Obszar	% popr.	% błędnych	% „nie wiem”	r (poz.–og.)	α bez poz.
25	P	CT	83,4	5,5	11,1	0,313	0,890
26	P	CT	45,5	15,0	39,5	0,395	0,889
27	P	CT	41,5	9,5	49,0	0,494	0,887
28	F	L	9,5	28,9	61,7	0,297	0,890
29	P	L	39,5	9,1	51,4	0,335	0,890
30	F	n.p.	38,7	11,5	49,8	0,558	0,886
31	F	n.p.	21,3	23,3	55,3	0,387	0,889
32	F	n.p.	46,2	27,7	26,1	0,533	0,886
33	P	—	55,7	15,4	28,9	0,421	0,888
34	P	—	53,8	9,5	36,8	0,436	0,888
35	F	—	39,1	19,4	41,5	0,557	0,886
36	P	—	80,6	2,8	16,6	0,511	0,887

Uwaga. N = 253. Klucz: P - odpowiedź prawidłowa „prawda”; F - odpowiedź prawidłowa „fałsz”. Obszar treściowy: CT - cechy towarzyszące; OD - objawy i diagnoza; L - leczenie; n.p. - pozycja nieprzyporządkowana w wersji oryginalnej; - - pozycja nowa.

Tabela 10

Rozkład odpowiedzi na poszczególne pozycje skali

Nr	Prawda n (%)	Fałsz n (%)	Nie wiem n (%)
1	95 (37,5)	33 (13,0)	125 (49,4)
2	21 (8,3)	210 (83,0)	22 (8,7)
3	246 (97,2)	4 (1,6)	3 (1,2)
4	88 (34,8)	82 (32,4)	83 (32,8)
5	120 (47,4)	27 (10,7)	106 (41,9)
6	33 (13,0)	191 (75,5)	29 (11,5)
7	69 (27,3)	25 (9,9)	159 (62,8)
8	227 (89,7)	19 (7,5)	7 (2,8)
9	136 (53,8)	17 (6,7)	100 (39,5)
10	241 (95,3)	3 (1,2)	9 (3,6)
11	25 (9,9)	164 (64,8)	64 (25,3)
12	81 (32,0)	10 (4,0)	162 (64,0)
13	173 (68,4)	18 (7,1)	62 (24,5)
14	127 (50,2)	15 (5,9)	111 (43,9)
15	15 (5,9)	165 (65,2)	73 (28,9)
16	144 (56,9)	40 (15,8)	69 (27,3)
17	49 (19,4)	166 (65,6)	38 (15,0)
18	71 (28,1)	73 (28,9)	109 (43,1)
19	25 (9,9)	158 (62,5)	70 (27,7)
20	102 (40,3)	19 (7,5)	132 (52,2)
21	207 (81,8)	20 (7,9)	26 (10,3)

2026

Nr	Prawda n (%)	Fałsz n (%)	Nie wiem n (%)
22	148 (58,5)	51 (20,2)	54 (21,3)
23	32 (12,6)	147 (58,1)	74 (29,2)
24	74 (29,2)	88 (34,8)	91 (36,0)
25	211 (83,4)	14 (5,5)	28 (11,1)
26	115 (45,5)	38 (15,0)	100 (39,5)
27	105 (41,5)	24 (9,5)	124 (49,0)
28	73 (28,9)	24 (9,5)	156 (61,7)
29	100 (39,5)	23 (9,1)	130 (51,4)
30	29 (11,5)	98 (38,7)	126 (49,8)
31	59 (23,3)	54 (21,3)	140 (55,3)
32	70 (27,7)	117 (46,2)	66 (26,1)
33	141 (55,7)	39 (15,4)	73 (28,9)
34	136 (53,8)	24 (9,5)	93 (36,8)
35	49 (19,4)	99 (39,1)	105 (41,5)
36	204 (80,6)	7 (2,8)	42 (16,6)

Uwaga. N = 253.

Najwyższy odsetek odpowiedzi poprawnych uzyskano dla pozycji opisujących bezpośrednio obserwowalne przejawy zaburzenia: rozpraszalności pod wpływem bodźców z otoczenia (97,2%), możliwości rozpoznania ADHD u osoby dorosłej (95,3%) oraz niepokoju ruchowego podczas siedzenia (89,7%). Najniższy odsetek odnotowano dla pozycji wymagających znajomości danych z badań nad skutecznością oddziaływań: skuteczności indywidualnej terapii poznawczej wobec osiowych objawów ADHD (5,9%), przedmiotu oddziaływań w programach treningu rodziców (9,5%) oraz rozpowszechnienia ADHD w populacji dzieci w wieku szkolnym (13,0%).

Układ ten jest spójny i wymaga podkreślenia: pozycje rozpoznawane poprawnie niemal powszechnie dotyczą tego, co można zaobserwować u dziecka, natomiast pozycje rozwiązywane najsłabiej dotyczą tego, co wiadomo z badań. Rozróżnienie to wraca w interpretacji przedstawionej w podrozdziale 6.1.

Moc dyskryminacyjna pozycji, mierzona skorygowaną korelacją pozycji z wynikiem ogólnym, mieściła się w przedziale od 0,149 do 0,575 (*Me* = 0,417). Wartości poniżej progu 0,20 odnotowano dla dwóch pozycji: pozycji dotyczącej niepokoju ruchowego podczas siedzenia (pozycja 8; r = 0,149) oraz pozycji dotyczącej rozpraszalności pod wpływem bodźców z otoczenia (pozycja 3; r = 0,176). Obie należą do pozycji najłatwiejszych w całym narzędziu - odpowiedzi poprawnej udzieliło odpowiednio 89,7% i 97,2% badanych. Niska moc dyskryminacyjna jest w takim przypadku konsekwencją arytmetyczną skrajnej łatwości pozycji, a nie wskaźnikiem jej

2026

wadliwości: pozycja, na którą niemal wszyscy odpowiadają poprawnie, z definicji nie może różnicować badanych. Ponieważ usunięcie żadnej z nich nie podniosłoby rzetelności skali ogólnej (α po usunięciu wynosi odpowiednio 0,892 i 0,891 wobec 0,891 dla pełnej skali), a obie odpowiadają pozycjom zachowanym bez zmian z wersji oryginalnej, pozostawiono je w narzędziu.

5.5. Struktura wewnętrzna

Ze względu na dychotomiczny charakter pozycji KADDS-R analizę eksploracyjną przeprowadzono na macierzy korelacji tetrachorycznych, która jest właściwa dla pozycji o charakterze binarnym. Do ekstrakcji czynników zastosowano metodę minimum residual (MINRES), a ze względu na możliwość współwystępowania zależności między czynnikami zastosowano rotację ukośną oblimin. Adekwatność danych do analizy czynnikowej była ograniczona: ogólny wskaźnik KMO wyniósł 0,505, natomiast test sferyczności Bartletta był istotny, $\chi^2(630) = 42\ 218{,}90$, $p < 0{,}001$. Wynik testu Bartletta wskazywał zatem, że macierz korelacji zawiera zależności umożliwiające przeprowadzenie analizy czynnikowej, natomiast wartość KMO wskazywała na jedynie graniczną adekwatność danych do tego typu analizy.

Liczbę czynników oceniono przede wszystkim za pomocą analizy równoległej Horna. Analiza równoległa wykonana na danych binarnych z wykorzystaniem właściwej macierzy korelacji wskazała na zachowanie 12 czynników. Dla pierwszych 12 czynników wartości własne obserwowane w danych były większe od średnich wartości uzyskanych w danych symulowanych, natomiast od 13. czynnika relacja ta ulegała odwróceniu. Wynik ten nie prowadził jednak do interpretowalnego rozwiązania psychometrycznego. Rozwiązanie dwunastoczynnikowe charakteryzowało się występowaniem licznych czynników opartych na pojedynczych lub bardzo nielicznych pozycjach, a ponadto nie odtwarzało w sposób przejrzysty trzech obszarów treściowych przyjętych w konstrukcji narzędzia. Z tego względu rozwiązania dwunastoczynnikowego nie przyjęto jako podstawy interpretacji struktury wewnętrznej skali.

Ze względu na teoretycznie przyjmowaną dla KADDS-R trójobszarową organizację treściową dodatkowo oszacowano wymuszone rozwiązanie trójczynnikowe. Należy jednak podkreślić, że rozwiązanie to nie wynikało z kryterium analizy równoległej, lecz zostało oszacowane jako rozwiązanie teoretycznie określone, umożliwiające ocenę, w jakim stopniu dane empiryczne odpowiadają założonej

2026

strukturze trzech obszarów treściowych. Wymuszone rozwiązanie trójczynnikowe wyjaśniło łącznie 46,5% wariancji, gdzie pierwszy czynnik odpowiadał za 20,7%, drugi za 19,0%, a trzeci za 6,8% wariancji. Korelacja między pierwszym i drugim czynnikiem wyniosła $r = 0{,}484$, natomiast korelacje pierwszego z trzecim oraz drugiego z trzecim były niewielkie i wyniosły odpowiednio $r = 0{,}109$ oraz $r = 0{,}102$ (tabela 11). Uzyskany wzorzec był więc częściowo zgodny z założeniem, że w strukturze narzędzia mogą występować zależności między wymiarami, co przemawiało za zastosowaniem rotacji ukośnej.

Tabela 11

Związki pomiędzy wyodrębnionymi czynnikami z rozwiązania trójczynnikowego

Zmienna		F1	F2
F1	*r* Pearsona	-	
F2	*r* Pearsona	**0,48**	-
F3	*r* Pearsona	**0,11**	**0,10**

Uzyskane wymuszone rozwiązanie trójczynnikowe nie odtwarzało w sposób jednoznaczny trzech obszarów treściowych przyjętych w konstrukcji KADDS-R. Pozycje przypisane w założeniu do poszczególnych domen treściowych rozkładały się między wszystkie trzy czynniki, a część pozycji wykazywała jednocześnie istotne ładunki na więcej niż jednym czynniku. Szczególnie wyraźne było występowanie pozycji o ładunkach krzyżowych, m.in. pozycji 14, 17, 18, 21, 26, 32, 34 i 35. Trzy pozycje (1, 16 i 33) nie osiągnęły poziomu 0,40 na żadnym z czynników.

2026

Tabela 12

Struktura czynnikowa polskiej wersji skali KADDS-R - rozwiązanie trójczynnikowe

Nr	Klucz		Klucz		
	Klucz	**Obszar**	**F1**	**F2**	**F3**
1	F	CT	0	0	0
2	F	L		0,606	0,402
3	P	OD			0,651
4	P	OD	0,481	0,411	
5	P	CT	0,578		
6	F	OD		0,52	
7	P	L	0,597		
8	P	OD			0,567
9	P	L	0,489		
10	P	CT		0,511	
11	F	OD		0,567	
12	P	L	0,734		
13	P	—	0,556		
14	F	L	0,617		−0,475
15	F	CT		0,465	
16	P	OD			
17	F	—		0,438	0,454
18	F	L		0,558	−0,415
19	F	CT		0,433	
20	P	L	0,684		
21	P	OD	0,527		0,529
22	F	CT		0,51	
23	F	CT		0,672	
24	F	CT	0,43		
25	P	CT			0,64
26	P	CT	0,564		0,441
27	P	CT	0,708		
28	F	L	0,545		
29	P	L	0,649		
30	F	n.p.		0,703	
31	F	n.p.		0,479	
32	F	n.p.		0,637	0,445
33	P	—			
34	P	—	0,436		0,502
35	F	—		0,505	0,454
36	P	—	0,553		
Procent wariancji			**20,7**	**19**	**6,8**

Uwaga. N = 253. Analizę przeprowadzono na macierzy korelacji tetrachorycznych metodą minimum residual (MINRES), z rotacją oblimin. W tabeli przedstawiono ładunki o wartości bezwzględnej ≥ 0,40. P – odpowiedź prawidłowa „prawda"; F – odpowiedź prawidłowa „fałsz". CT – cechy towarzyszące; OD – objawy i diagnoza; L – leczenie; n.p. – pozycja nieprzyporządkowana w wersji oryginalnej; — – pozycja nowa.

2026

Wymuszone rozwiązanie wykazało również, że drugi czynnik był w znacznej mierze zbudowany z pozycji, dla których prawidłową odpowiedzią była odpowiedź „fałsz", natomiast trzeci czynnik obejmował przede wszystkim pozycje kluczowane jako „prawda". Wzorzec ten jest zgodny z obserwowanym wcześniej wpływem kierunku kluczowania na współwystępowanie odpowiedzi, jednak w świetle wyników analizy równoległej nie stanowi podstawy do uznania tych grup pozycji za odrębne, substantywne wymiary wiedzy o ADHD. W konsekwencji uzyskane czynniki należy traktować jako element eksploracyjnej analizy struktury wewnętrznej, a nie jako empirycznie potwierdzone podskale.

Ostatecznie analiza struktury wewnętrznej nie dostarczyła wystarczających podstaw do wyodrębnienia stabilnych podskal polskiej wersji KADDS-R na podstawie struktury czynnikowej uzyskanej w badanej próbie. Analiza równoległa wskazała większą liczbę czynników niż zakładana w konstrukcji narzędzia, natomiast wymuszone rozwiązanie trójczynnikowe nie odtworzyło w sposób jednoznaczny struktury trzech domen treściowych. Z tego względu w dalszych analizach nie wykorzystywano wyników czynnikowych jako odrębnych wymiarów. Interpretacja wyników KADDS-R opierała się na wyniku wiedzy dla całej skali oraz na wcześniej zdefiniowanych obszarach treściowych, zgodnych z konstrukcją narzędzia.

5.6. Dowody trafności

5.6.1. Wiedza a doświadczenie kontaktu z ADHD

Porównanie wyników osób różniących się doświadczeniem kontaktu z osobą z rozpoznaniem ADHD przedstawiono w Tabeli 13.

Tabela 13

Wyniki wiedzy w zależności od doświadczenia kontaktu z ADHD

Zmienna	Grupa	N	M	SD	U	p	d
Własne rozpoznanie ADHD	tak	35	25,71	4,74	5514	< 0,001	1,30
	nie	187	17,10	6,94			
Dziecko z rozpoznaniem ADHD	tak	22	23,73	5,93	2506	< 0,001	0,99
	nie	148	17,03	6,84			
Bliska osoba z rozpoznaniem	tak	105	21,90	6,48	8395	< 0,001	0,90
	nie	108	15,83	6,94			

2026

Zmienna	Grupa	N	M	SD	U	p	d
Kontakt zawodowy lub studencki	tak	95	21,75	6,63	8822	< 0,001	0,75
	nie	132	16,63	6,96			

Uwaga. N = 253. Porównania testem U Manna-Whitneya. Grupa „kontakt zawodowy lub studencki: tak" obejmuje odpowiedzi „tak, regularnie" i „tak, sporadycznie".

Wszystkie cztery porównania okazały się istotne statystycznie, a uzyskane wielkości efektu - umiarkowane do dużych. W obrębie zmiennej opisującej kontakt zawodowy widoczna jest przy tym gradacja: osoby deklarujące kontakt regularny uzyskały wynik wyższy (M = 23,67; SD = 6,08) niż osoby deklarujące kontakt sporadyczny (M = 20,23; SD = 6,70), a te z kolei wyższy niż osoby bez kontaktu (M = 16,63; SD = 6,96); różnica między trzema grupami była istotna (test Kruskala-Wallisa: $H(2) = 32,27$; $p < 0,001$). Uporządkowanie monotoniczne wzdłuż natężenia zmiennej wyjaśniającej stanowi silniejszy dowód trafności niż samo porównanie dwóch grup.

Uzyskane wielkości efektu są wyraźnie większe od raportowanych dla wersji zrewidowanej w próbie amerykańskiej, gdzie wyniosły one d = 0,46 dla rozpoznania własnego, d = 0,29 dla rozpoznania u bliskiej osoby oraz d = 0,45 dla rozpoznania u dziecka (Sciutto i in., 2025). Porównanie to omówiono szczegółowo w podrozdziale 5.7 i zinterpretowano w podrozdziale 6.1.

Hipoteza H3 została potwierdzona.

5.6.2. Wiedza a przeszkolenie

Wyniki dotyczące związku wiedzy z przygotowaniem merytorycznym przedstawiono w Tabeli 14.

Tabela 14

Wyniki wiedzy w zależności od przeszkolenia w zakresie ADHD

Zmienna	Grupa / wskaźnik	n	M (SD)	Statystyka	p	Wielkość efektu
Formalne szkolenie	tak	33	25,36 (5,70)	U = 5704	< 0,001	d = 1,15
	nie	216	17,66 (6,84)			
Łączny wymiar godzinowy szkoleń	korelacja	246	—	rho = 0,310	< 0,001	—
Liczba ukończonych szkoleń	korelacja	248	—	rho = 0,312	< 0,001	—
Liczba przeczytanych artykułów	korelacja	244	—	rho = 0,287	< 0,001	—
Samoocena wiedzy o ADHD	korelacja	253	—	rho = 0,672	< 0,001	—

2026

Uwaga. N = 253. Dla zmiennych porządkowych zastosowano współczynnik rho Spearmana. Różnice liczebności wynikają z wykluczenia odpowiedzi „trudno powiedzieć".

Różnica między osobami po formalnym szkoleniu a osobami bez szkolenia odpowiadała wielkości efektu d = 1,15, a więc przekraczała wartość uzyskaną w próbie amerykańskiej (d = 0,81; Sciutto i in., 2025). Korelacje z wymiarem godzinowym szkoleń (rho = 0,310) oraz liczbą przeczytanych artykułów (rho = 0,287) okazały się bliskie wartościom amerykańskim (odpowiednio 0,33 i 0,37). Dla liczby ukończonych szkoleń, dla której badanie amerykańskie nie podaje odpowiednika, uzyskano rho = 0,312.

Na szczególną uwagę zasługuje siła związku wyniku skali z samooceną wiedzy (rho = 0,672). Osoby badane potrafiły zatem trafnie ocenić własny poziom wiedzy o ADHD, co stanowi dodatkowy, nieprzewidziany w hipotezach dowód trafności narzędzia - i zarazem ustalenie samo w sobie interesujące, ponieważ w literaturze dotyczącej wiedzy o ADHD częściej opisuje się rozbieżność między wiedzą deklarowaną a rzeczywistą (podrozdział 2.3).

Hipoteza H4 została potwierdzona.

5.6.3. Dowody różnicowe

Związki wyniku wiedzy ze zmiennymi teoretycznie niezwiązanymi z wiedzą o ADHD przedstawiono w Tabeli 15.

Tabela 15

Związek wyników skali ze zmiennymi demograficznymi

Zmienna	Statystyka	Wartość	p	Wielkość efektu
Płeć (kobiety vs mężczyźni)	U	6558	0,372	d = 0,10
Wiek	rho	−0,052	0,409	—
Poziom wykształcenia	rho	0,236	< 0,001	—
Miejsce zamieszkania (wieś vs miasto)	U	4599	< 0,001	d = 0,76

Uwaga. N = 253; dla porównania według płci n = 251 (wyłączono dwie osoby, które wybrały odpowiedź „wolę nie odpowiadać").

Zgodnie z przewidywaniem nie stwierdzono różnicy między kobietami a mężczyznami (d = 0,10; p = 0,372) ani związku wyniku z wiekiem (rho = −0,052; p = 0,409). Dwa pozostałe wyniki są jednak niezgodne z hipotezą.

2026

Poziom wykształcenia okazał się istotnie związany z wynikiem skali (rho = 0,236; $p < 0,001$). Zależność jest umiarkowana i wyraźnie słabsza niż związki z wskaźnikami przygotowania specyficznego dla ADHD (rho = 0,287–0,312) oraz z samooceną wiedzy (rho = 0,672), a także słabsza niż wszystkie efekty związane z doświadczeniem kontaktu (d = 0,75–1,30). Relacja między dowodami zbieżnymi a różnicowymi została zatem zachowana, jednak wartość bezwzględna korelacji z wykształceniem przekracza wartość raportowaną w próbie amerykańskiej (r = 0,10; Sciutto i in., 2025) i nie pozwala uznać hipotezy za potwierdzoną. Analiza uzupełniająca wykazała, że po kontroli samooceny wiedzy korelacja cząstkowa między wykształceniem a wynikiem skali spada do 0,114, a po kontroli liczby ukończonych szkoleń - do 0,183. Wskazuje to, że związek z wykształceniem jest w znacznej mierze pośredniczony przez ekspozycję na informacje o ADHD, a nie stanowi bezpośredniego wpływu ogólnego poziomu kształcenia.

Nieprzewidziany w hipotezach okazał się natomiast silny związek wyniku z miejscem zamieszkania: osoby mieszkające na wsi uzyskały wynik istotnie niższy (M = 15,90; SD = 7,34) niż osoby mieszkające w miastach (M = 21,02; SD = 6,16), przy wielkości efektu d = 0,76. Zmienna ta jest jednak silnie powiązana z pozostałymi charakterystykami próby: wśród mieszkańców wsi 45% legitymowało się wykształceniem wyższym wobec 70% wśród mieszkańców miast, a samoocena wiedzy o ADHD była niższa (M = 1,92 wobec M = 2,56 na skali pięciostopniowej). Wobec braku możliwości rozdzielenia tych wpływów w obecnym planie badania wynik ten przedstawiono jako obserwację wymagającą odrębnej weryfikacji, a nie jako ustalenie dotyczące właściwości narzędzia.

Hipoteza H5 została potwierdzona częściowo: przewidywania dotyczące płci i wieku znalazły potwierdzenie, przewidywanie dotyczące poziomu wykształcenia - nie.

5.6.4. Porównanie grup zawodowych i edukacyjnych

Porównanie trzech grup wyodrębnionych na podstawie sytuacji zawodowej i edukacyjnej przedstawiono w Tabeli 16.

Tabela 16

Wyniki wiedzy w grupach wyodrębnionych na podstawie sytuacji zawodowej i edukacyjnej

2026

Grupa	n	M	SD	Me
Nauczyciele	42	19,50	7,43	18,5
Studenci kierunków pedagogicznych i psychologii	28	22,43	7,17	24,0
Pozostali	183	17,77	6,98	18,0

Uwaga. N = 253. Test Kruskala-Wallisa: $H(2) = 10,08$; $p = 0,006$; $\varepsilon^2 = 0,032$.

Różnica między grupami okazała się istotna statystycznie, jednak jej źródłem nie była przewaga nauczycieli. W porównaniach post hoc z poprawką Bonferroniego istotna okazała się wyłącznie różnica między studentami a pozostałymi osobami badanymi ($p = 0,005$; d = 0,67). Różnica między nauczycielami a pozostałymi osobami badanymi była nieistotna i odpowiadała małej wielkości efektu ($p = 0,847$ po poprawce; d = 0,24).

Wynik ten wymaga podkreślenia, ponieważ jest sprzeczny z oczekiwaniem wynikającym z roli zawodowej. Czynnikiem różnicującym nauczycieli okazało się nie samo wykonywanie zawodu, lecz konkretne doświadczenie: nauczyciele, którzy uczyli ucznia z formalnym rozpoznaniem ADHD (n = 21), uzyskali wynik $M = 23,48$, podczas gdy nauczyciele bez takiego doświadczenia (n = 15) - $M = 15,33$. Wśród 42 nauczycieli 17 osób (40,5%) nie uczyło dotąd żadnego ucznia z rozpoznaniem ADHD, a ich przeciętny wynik wyniósł 14,41 punktu, czyli poniżej średniej dla całej próby. Formalne przygotowanie z zakresu pedagogiki specjalnej nie różnicowało wyników nauczycieli ($M = 18,50$ wobec $M = 19,52$ u osób bez takiego przygotowania).

5.7. Porównanie z badaniem walidacyjnym wersji źródłowej

Zestawienie kluczowych wskaźników uzyskanych w niniejszym badaniu z wartościami raportowanymi dla wersji zrewidowanej w próbie amerykańskiej przedstawiono w Tabeli 17.

Tabela 17

Porównanie właściwości psychometrycznych wersji polskiej i wersji źródłowej

Wskaźnik	Wersja polska (N = 253)	Wersja źródłowa (N = 421–438)
α dla wyniku wiedzy	0,891	0,88
Własne rozpoznanie ADHD	d = 1,30	d = 0,46
Rozpoznanie u bliskiej osoby	d = 0,90	d = 0,29
Rozpoznanie u dziecka	d = 0,99	d = 0,45
Ukończone formalne szkolenie	d = 1,15	d = 0,81
Wymiar godzinowy szkoleń	rho = 0,310	r = 0,33
Liczba przeczytanych publikacji	rho = 0,287	r = 0,37
Płeć	d = 0,10 (n.i.)	d = 0,005 (n.i.)

2026

Wskaźnik	Wersja polska (N = 253)	Wersja źródłowa (N = 421–438)
Wiek	rho = −0,052 (n.i.)	r = 0,10; p = 0,031
Poziom wykształcenia	rho = 0,236; p < 0,001	r = 0,10; p = 0,031

Uwaga. Dane porównawcze za Sciutto i in. (2025). n.i. - różnica nieistotna statystycznie. W badaniu amerykańskim korelacje z wymiarem szkoleń i liczbą publikacji obliczono współczynnikiem rho Spearmana mimo oznaczenia symbolem *r*.

Zestawienie wskazuje na zbieżny obraz narzędzia w obu próbach. Wszystkie porównania międzygrupowe dały w wersji polskiej wyraźnie większe wielkości efektu, natomiast korelacje ze wskaźnikami porządkowymi - wymiarem godzinowym szkoleń i liczbą przeczytanych publikacji okazały się w obu próbach niemal identyczne, a nawet nieco niższe w wersji polskiej. Wśród wskaźników trafności różnicowej płeć pozostaje w obu próbach nieistotna, wiek okazał się w wersji polskiej nieistotny wobec słabego, lecz istotnego związku w wersji źródłowej, a poziom wykształcenia - odwrotnie - wykazał w wersji polskiej związek silniejszy. Możliwe przyczyny tej różnicy omówiono w podrozdziale 6.1.

5.8. Najczęstsze błędne przekonania i obszary niewiedzy

Zestawienie pozycji, dla których odnotowano najwyższy odsetek odpowiedzi niezgodnych z kluczem, przedstawiono w Tabeli 18.

Tabela 18

Najczęstsze błędne przekonania na temat ADHD w badanej grupie

Nr	Treść przekonania	% w badanej grupie	% w badaniu 9 krajów
22	Dzieci z ADHD mają więcej trudności w sytuacjach nowych niż powtarzalnych	58,5	—
14	Indywidualna terapia poznawcza redukuje osiowe objawy ADHD	50,2	—
1	ADHD występuje u ponad 15% dzieci w wieku szkolnym	37,5	—
4	Objawy nie muszą być obecne przed 12. rokiem życia	32,4	—
24	ADHD występuje równie często u chłopców i dziewcząt	29,2	—
28	Trening rodziców koncentruje się na trudnościach dziecka z uwagą	28,9	—
18	Ograniczenie spożycia cukru redukuje objawy ADHD	28,1	38
32	Dzieci z ADHD sztywno trzymają się rutyn i rytuałów	27,7	38
31	Reakcja na leki stymulujące potwierdza rozpoznanie ADHD	23,3	—
17	Trudności z uwagą są takie same przy zadaniach interesujących i nieinteresujących	19,4	—
35	Na efekty leków stymulujących trzeba czekać kilka tygodni	19,4	—
16	Objawy nie muszą występować w co najmniej dwóch środowiskach	15,8	—

2026

Uwaga. N = 253. Dane porównawcze za Sciutto i in. (2016); wartości dotyczą łącznego odsetka dla wszystkich krajów uczestniczących w badaniu. Znak „—” oznacza, że dana pozycja nie występowała w badaniu porównawczym albo nie podano dla niej wartości zbiorczej.

Najczęstszym błędnym przekonaniem w badanej grupie okazało się przekonanie, że dzieci z ADHD mają więcej trudności w sytuacjach nowych niż w powtarzalnych (58,5%). Wartość ta jest wyższa niż w próbie amerykańskiej (50,6%), południowoafrykańskiej (55,2%) i wietnamskiej (40,5%), lecz niższa niż w próbach europejskich uczestniczących w badaniu dziewięciu krajów - czeskiej (72,8%), niemieckiej (82,0%) i greckiej (71,7%) - oraz niższa niż w Korei Południowej (63,0%) i Iraku (59,0%).

Porównanie odsetka najczęstszych błędnych przekonań z wartościami uzyskanymi w badaniu dziewięciu krajów przedstawiono w Tabeli 19. Zestawienie objęło te przekonania, dla których pozycje polskiej wersji mają bezpośrednie odpowiedniki w narzędziu użytym w badaniu porównawczym.

Tabela 19

Rozpowszechnienie wybranych błędnych przekonań - porównanie z badaniem dziewięciu krajów

2026

Treść przekonania	PL	CZ	DE	GR	IQ	KR	SA	ZA	US	VN
Więcej trudności w sytuacjach nowych niż powtarzalnych	**58,5**	72,8	82,0	71,7	59,0	63,0	12,6	55,2	50,6	40,5
Objawy nie muszą być obecne we wczesnym wieku	**32,4**	45,9	42,0	20,2	17,0	33,6	12,6	41,7	59,7	33,8
Trening rodziców koncentruje się na nieuwadze	**28,9**	37,3	38,0	51,0	59,0	40,4	21,0	42,0	30,7	40,5
Ograniczenie spożycia cukru redukuje objawy	**28,1**	31,4	50,3	43,9	28,0	42,5	27,1	73,6	37,7	16,8
Sztywne przywiązanie do rutyn i rytuałów	**27,7**	47,9	24,9	70,7	42,5	31,5	17,2	60,8	30,5	33,6
Swoiste cechy fizyczne pozwalają rozpoznać ADHD	**12,6**	24,7	9,7	78,3	36,5	59,6	17,2	23,1	9,7	26,7
Stymulanty prowadzą do uzależnień w dorosłości	**11,5**	23,4	30,6	65,2	53,5	37,7	15,6	16,0	17,6	25,2

Uwaga. Wartości oznaczają odsetek osób, które udzieliły odpowiedzi niezgodnej z kluczem. PL - badanie własne (N = 253); pozostałe kolumny za Sciutto i in. (2016): CZ - Czechy; DE - Niemcy; GR - Grecja; IQ - Irak; KR - Korea Południowa; SA - Arabia Saudyjska; ZA - Republika Południowej Afryki; US - Stany Zjednoczone; VN - Wietnam. W badaniu porównawczym próby stanowili nauczyciele.

We wszystkich siedmiu porównywanych przekonaniach odsetek uzyskany w próbie polskiej jest niższy od mediany wartości międzynarodowych, a w przypadku przekonania o swoistych cechach fizycznych umożliwiających rozpoznanie ADHD (12,6%) oraz przekonania o prowadzeniu przez leki stymulujące do uzależnień w dorosłości (11,5%) należy do najniższych w całym zestawieniu. Najmniejszy dystans do wartości międzynarodowych dotyczy przekonania o funkcjonowaniu w sytuacjach nowych, gdzie wynik polski (58,5%) jest niemal równy medianie (59,0%). Porównanie to wymaga jednak ostrożności: próby w badaniu dziewięciu krajów składały się wyłącznie z nauczycieli, podczas gdy próba polska obejmowała w większości osoby spoza środowiska edukacyjnego.

Drugie co do częstości przekonanie - o skuteczności indywidualnej terapii poznawczej wobec osiowych objawów ADHD (50,2%) jest szczególnie istotne praktycznie, ponieważ dotyczy wyboru oddziaływania. Podobnie przekonanie o tym, że programy treningu rodziców koncentrują się na trudnościach dziecka z utrzymaniem uwagi (28,9%), a nie na modyfikacji zachowania i relacji rodzic–dziecko.

Hipoteza H6 nie została potwierdzona. Przekonanie o skuteczności diet eliminujących cukier wystąpiło u 28,1% badanych, a przekonanie o sztywnym przywiązaniu do rutyn i rytuałów jako cesze ADHD - u 27,7%. Oba plasują się zatem poniżej wartości odnotowanych w badaniu dziewięciu krajów (po 38%) i żadne z nich nie znalazło się wśród czterech najczęstszych przekonań w badanej grupie. Zajmują odpowiednio siódme i ósme miejsce w rankingu częstości. Przekonanie o istnieniu swoistych cech fizycznych umożliwiających rozpoznanie ADHD w badaniu lekarskim wystąpiło u 12,6% badanych wobec 28% w badaniu porównawczym.

Odrębnego omówienia wymaga zestawienie odsetka odpowiedzi błędnych z odsetkiem odpowiedzi „nie wiem” dla tych samych pozycji. Jak wykazano w podrozdziale 2.2.2, oba wskaźniki mają odmienne implikacje praktyczne: przewaga odpowiedzi „nie wiem” wskazuje na lukę informacyjną możliwą do skorygowania przez dostarczenie wiedzy, natomiast przewaga

odpowiedzi błędnych wskazuje na utrwalone przekonanie, którego modyfikacja wymaga oddziaływań o innym charakterze. Zestawienie to przedstawiono w Tabeli 20.

Tabela 20

Pozycje o najwyższym odsetku odpowiedzi „nie wiem”

Nr	Treść pozycji	Obszar	% „nie wiem”	% błędnych
12	Zmniejszenie apetytu jako działanie niepożądane leków	L	64,0	4,0
7	Leki niestymulujące są skuteczne u wielu dzieci	L	62,8	9,9
28	Trening rodziców koncentruje się na nieuwadze dziecka	L	61,7	28,9
31	Reakcja na stymulanty potwierdza rozpoznanie ADHD	n.p.	55,3	23,3
20	Leki stymulujące są najczęściej stosowane	L	52,2	7,5
29	Programy dla rodziców: wzmacnianie przed karaniem	L	51,4	9,1
30	Długotrwałe leczenie stymulantami prowadzi do uzależnień	n.p.	49,8	11,5
1	ADHD występuje u ponad 15% dzieci w wieku szkolnym	CT	49,4	37,5
27	Objawy depresji częstsze u dzieci z ADHD	CT	49,0	9,5
14	Terapia poznawcza redukuje osiowe objawy ADHD	L	43,9	50,2
18	Ograniczenie cukru redukuje objawy ADHD	L	43,1	28,1
5	ADHD częściej u krewnych pierwszego stopnia	CT	41,9	10,7

Uwaga. N = 253. Obszar treściowy: CT - cechy towarzyszące; OD - objawy i diagnoza; L - leczenie; n.p. - pozycja nieprzyporządkowana; -- pozycja nowa.

Zestawienie to porządkuje obraz wyłaniający się z całego rozdziału. Wśród dwunastu pozycji o najwyższym odsetku odpowiedzi „nie wiem” siedem należy do obszaru leczenia - dotyczą one działań niepożądanych leków, skuteczności leków niestymulujących, przebiegu leczenia farmakologicznego oraz zawartości programów treningu rodziców - a kolejne dwie do pozycji nieprzyporządkowanych, również odnoszących się do farmakoterapii. W przypadku tych pozycji odsetek odpowiedzi błędnych jest niski - badani nie tyle mylą się, ile przyznają, że nie wiedzą. Przeciwny układ występuje w pozycjach wymienionych w Tabeli 18, gdzie wysokiemu odsetkowi odpowiedzi błędnych towarzyszy stosunkowo niski odsetek odpowiedzi „nie wiem”. Rozróżnienie to ma bezpośrednie przełożenie na projektowanie oddziaływań psychoedukacyjnych, omówione w podrozdziale 6.4.

5.9. Podsumowanie wyników

Zestawienie rozstrzygnięć dotyczących hipotez badawczych przedstawiono w Tabeli 21.

Tabela 21

Zestawienie rozstrzygnięć dotyczących hipotez badawczych

Hipoteza	Treść (skrót)	Rozstrzygnięcie
H1	Zadowalająca rzetelność wyniku ogólnego przy niższej rzetelności podskal	potwierdzona
H2	Najwyższe wyniki w obszarze objawów i diagnozy, najniższe w obszarze cech towarzyszących	potwierdzona częściowo
H3	Wyższe wyniki osób z doświadczeniem kontaktu z ADHD	potwierdzona
H4	Wyższe wyniki osób po szkoleniu i czytających literaturę fachową	potwierdzona
H5	Brak różnic ze względu na płeć oraz jedynie słaby związek z wiekiem i poziomem wykształcenia	potwierdzona częściowo
H6	Najczęstsze błędne przekonania dotyczą diety i różnicowania z ASD	niepotwierdzona
H7	Zróżnicowanie odsetka odpowiedzi „nie wiem” między obszarami	potwierdzona

W odniesieniu do problemów badawczych sformułowanych w podrozdziale 4.2.1 uzyskano następujące rozstrzygnięcia.

P1. Polska wersja skali KADDS-R wykazała wysoką zgodność wewnętrzną wyniku ogólnego ($\alpha = 0{,}891$; $\omega = 0{,}902$), porównywalną z wersją źródłową. Rzetelność podskal była niższa (0,561–0,702) i pozwala na wnioskowanie wyłącznie na poziomie grupowym.

P2. Struktura wewnętrzna narzędzia nie odpowiada trójwymiarowej strukturze treściowej przyjętej w wersji źródłowej. Analiza równoległa wskazała na rozwiązanie dwunastoczynnikowe, które nie było psychometrycznie interpretowalne i nie odtwarzało zakładanych obszarów treściowych. Dodatkowo oszacowane, wymuszone rozwiązanie trójczynnikowe również nie odtworzyło jednoznacznie trzech domen przyjętych w konstrukcji KADDS-R.

P3. Pozycje skali cechowała szeroka rozpiętość wskaźników trudności (od 5,9% do 97,2% odpowiedzi poprawnych) przy zadowalającej mocy dyskryminacyjnej (0,149–0,575; *Me* = 0,417). Dwie pozycje o najniższej mocy dyskryminacyjnej są zarazem pozycjami najłatwiejszymi.

P4. Wyniki skali różnicują osoby badane ze względu na bezpośredni kontakt z osobą z rozpoznaniem ADHD, przy umiarkowanych i dużych wielkościach efektu (d = 0,75–1,30) i monotonicznym uporządkowaniu wzdłuż natężenia kontaktu.

P5. Wyniki skali różnicują osoby badane ze względu na zakres formalnego przeszkolenia (d = 1,15) oraz korelują z wymiarem godzinowym szkoleń, liczbą ukończonych szkoleń i liczbą przeczytanych publikacji (rho = 0,287–0,312).

P6. Wyniki skali pozostają niezależne od płci i wieku, natomiast wykazują umiarkowany związek z poziomem wykształcenia (rho = 0,236) oraz z miejscem zamieszkania (d = 0,76). Związki te są słabsze niż związki ze wskaźnikami kształcenia specyficznego dla ADHD, a analiza korelacji cząstkowych wskazuje na ich pośredniczenie przez ekspozycję na informacje o zaburzeniu.

P7. Przeciętny poziom wiedzy o ADHD w badanej grupie wyniósł 51,6% odpowiedzi poprawnych, przy 15,9% odpowiedzi błędnych i 32,5% odpowiedzi „nie wiem". Wiedza była najwyższa w obszarze objawów i diagnozy (71,5%), niższa w obszarze cech towarzyszących (51,5%) i najniższa w obszarze leczenia (35,6%). Odsetek odpowiedzi „nie wiem" układa się w porządku odwrotnym.

P8. Najczęstsze błędne przekonania dotyczyły funkcjonowania dzieci z ADHD w sytuacjach nowych (58,5%), skuteczności indywidualnej terapii poznawczej (50,2%), rozpowszechnienia zaburzenia (37,5%) oraz granicznego wieku ujawnienia się objawów (32,4%).

ROZDZIAŁ 6. Dyskusja wyników

6.1. Omówienie wyników w odniesieniu do postawionych hipotez

Spośród siedmiu postawionych hipotez cztery znalazły pełne potwierdzenie (H1, H3, H4, H7), dwie potwierdziły się częściowo (H2, H5), a jedna nie znalazła potwierdzenia (H6). Poniżej omówiono kolejno uzyskane rozstrzygnięcia, ze szczególnym uwzględnieniem tych, które odbiegają od przewidywań.

6.1.1. Rzetelność narzędzia (H1)

Ocena rzetelności polskiej wersji skali wymaga odniesienia do trzech układów porównawczych. Pierwszym jest wynik uzyskany dla wersji zrewidowanej w próbie amerykańskiej ($\alpha = 0{,}88$; $N = 421$), stanowiący najbardziej bezpośredni punkt odniesienia, ponieważ dotyczy tej samej wersji narzędzia (Sciutto i in., 2025). Drugim są wartości raportowane dla wersji oryginalnej w pięciu próbach normalizacyjnych, mieszczące się w przedziale 0,80–0,90 dla skali ogólnej i 0,52–0,75 dla podskal (Sciutto i Feldhamer, 2005). Trzecim - zakres wartości odnotowanych w adaptacjach obcojęzycznych, obejmujący przedział od 0,38 do 0,92 (Golson i in., 2023).

Szczególne znaczenie interpretacyjne ma przypadek wersji niemieckiej, w której współczynnik rzetelności skali ogólnej wyniósł 0,69, a podskal jedynie 0,29–0,52, przy jednoczesnym zachowaniu wrażliwości narzędzia na efekty oddziaływania edukacyjnego (Schmiedeler, 2017). Przypadek ten pokazuje, że umiarkowana zgodność wewnętrzna nie przesądza o nieużyteczności narzędzia, jeżeli zachowuje ono trafność w relacji ze zmiennymi zewnętrznymi.

Uzyskana w niniejszym badaniu wartość $\alpha = 0{,}891$ ($\omega = 0{,}902$) sytuuje polską wersję na poziomie praktycznie tożsamym z wersją źródłową ($\alpha = 0{,}88$) i w górnej części przedziału odnotowanego dla wersji oryginalnej. Oznacza to, że przekład nie wprowadził do narzędzia szumu na tyle istotnego, by obniżyć jego spójność - jest to podstawowe kryterium powodzenia adaptacji językowej i zostało spełnione.

Rzetelność obszarów treściowych mieściła się w przedziale 0,561–0,702, a więc powyżej wartości typowych dla wersji niemieckiej i w górnej części zakresu raportowanego dla wersji oryginalnej. Najniższą wartość odnotowano dla obszaru objawów i diagnozy ($\alpha = 0{,}561$), co jest

zrozumiałe z dwóch powodów jednocześnie: obszar ten liczy zaledwie siedem pozycji, a zarazem obejmuje pozycje najłatwiejsze w całym narzędziu, w tym dwie rozwiązywane poprawnie przez ponad 89% badanych. Ograniczona wariancja pozycji skrajnie łatwych z konieczności obniża współczynnik zgodności wewnętrznej. Nie ma zatem podstaw, by upatrywać źródła tej wartości w problemach tłumaczeniowych - analiza pozycji (podrozdział 5.4) nie ujawniła pozycji o ujemnej lub bliskiej zeru mocy dyskryminacyjnej, co byłoby typowym wskaźnikiem niejasnego przekładu.

6.1.2. Profil wiedzy w obszarach treściowych (H2)

Wzorzec zakładający najwyższe wyniki w obszarze objawów i diagnozy oraz najniższe w obszarze cech towarzyszących należy do najlepiej udokumentowanych regularności w badaniach nad wiedzą o ADHD. Odnotowano go w badaniach nad wersją oryginalną, gdzie odsetek odpowiedzi poprawnych wyniósł 58,60–66,47% w obszarze objawów i diagnozy wobec 33,66–47,86% w obszarze cech towarzyszących (Sciutto i Feldhamer, 2005), w adaptacji hiszpańskiej (63,88% wobec 31,67%; Jarque Fernández i in., 2007), a także w badaniach prowadzonych odmiennymi narzędziami, gdzie rozpoznawanie objawów było poprawne w 79–96% przypadków, podczas gdy zaledwie 17% badanych wiedziało, że interwencje dietetyczne nie stanowią skutecznej metody leczenia (Mohr-Jensen i in., 2019; zob. też Perold i in., 2010).

Interpretacja tej regularności ma istotne znaczenie praktyczne. Wiedza o objawach jest przyswajana w sposób naturalny, poprzez obserwację i kontakt z dziećmi przejawiającymi trudności, natomiast wiedza o etiologii, przebiegu i leczeniu wymaga celowego kształcenia. Zarazem, jak wskazali autorzy narzędzia, znajomość objawów osiowych ma ograniczoną wartość dla procesu diagnostycznego, ponieważ część z nich cechuje się niską mocą predykcyjną - informacja, że dziecko jest oceniane jako wiercące się, niewiele wnosi do rozstrzygnięcia diagnostycznego (Sciutto i Feldhamer, 2005). Deficyty koncentrują się zatem dokładnie w tych obszarach, które decydują o trafności decyzji podejmowanych przez otoczenie.

Uzyskany profil potwierdził pierwszy człon przewidywania i podważył drugi. Najwyższy odsetek odpowiedzi poprawnych wystąpił, zgodnie z oczekiwaniem, w obszarze objawów i diagnozy (71,5%) - wartość ta przewyższa nawet zakres odnotowany dla wersji oryginalnej (58,60–66,47%). Najniższy wynik uzyskano jednak nie w obszarze cech towarzyszących (51,5%), lecz w obszarze leczenia (35,6%).

Rozbieżność ta jest interpretowalna i nie podważa regularności leżącej u podstaw hipotezy - przeciwnie, wzmacnia ją. Zasadnicze rozróżnienie przebiega bowiem nie między trzema obszarami treściowymi jako takimi, lecz między wiedzą przyswajalną przez obserwację a wiedzą wymagającą kształcenia. Obszar leczenia jest tym, w którym udział wiedzy niedostępnej obserwacji jest największy: działania niepożądane leków, profil skuteczności leków niestymulujących, zawartość programów treningu rodziców czy przebieg farmakoterapii to informacje, których nie sposób uzyskać przez kontakt z dzieckiem. Obszar cech towarzyszących zajmuje pozycję pośrednią, ponieważ część jego pozycji - trudności szkolne, współwystępowanie objawów depresyjnych, gorsze funkcjonowanie w klasie niż podczas swobodnej zabawy - również poddaje się obserwacji.

Odczytanie to znajduje bezpośrednie potwierdzenie w rozkładzie odpowiedzi „nie wiem", który układa się w dokładnie tym samym porządku: 47,5% w obszarze leczenia, 30,7% w obszarze cech towarzyszących i 15,9% w obszarze objawów i diagnozy. Badani nie mylili się w kwestiach dotyczących leczenia - oni ich po prostu nie znali. Sam profil polski jest przy tym niemal identyczny z profilem hiszpańskim, gdzie odsetek odpowiedzi „nie wiem" w podskali leczenia wyniósł 48,56% (Jarque Fernández i in., 2007).

6.1.3. Trafność oparta na doświadczeniu i przeszkoleniu (H3, H4)

Założenie leżące u podstaw obu hipotez jest następujące: jeżeli narzędzie mierzy rzeczywisty zasób wiedzy o ADHD, to osoby mające z tym zaburzeniem większą styczność oraz osoby lepiej przeszkolone powinny uzyskiwać w nim wyższe wyniki. Strategia ta stanowi podstawową drogę gromadzenia dowodów trafności dla skali KADDS i była konsekwentnie stosowana zarówno w badaniach nad wersją oryginalną (Sciutto i in., 2000; Sciutto i Feldhamer, 2005), jak i zrewidowaną (Sciutto i in., 2025).

Warto przy tym zwrócić uwagę na asymetrię wielkości efektów odnotowaną w próbie amerykańskiej: efekt formalnego szkolenia (d = 0,81) był tam wyraźnie silniejszy niż efekt samego kontaktu osobistego (d = 0,29–0,46) (Sciutto i in., 2025). Wzorzec ten jest zgodny z ustaleniem z badania dziewięciu krajów, w którym nie stwierdzono systematycznego związku między długością stażu pracy nauczyciela a poziomem wiedzy, podczas gdy formalne przeszkolenie okazało się istotnym predyktorem w pięciu z ośmiu analizowanych prób (Sciutto i in., 2016). Wniosek praktyczny jest jednoznaczny: doświadczenie zawodowe nie zastępuje kształcenia ustawicznego.

Obie hipotezy znalazły pełne potwierdzenie, przy czym uzyskane wielkości efektu są wyraźnie większe niż w próbie amerykańskiej: d = 1,30 wobec 0,46 dla rozpoznania własnego, d = 0,90 wobec 0,29 dla rozpoznania u bliskiej osoby, d = 0,99 wobec 0,45 dla rozpoznania u dziecka oraz d = 1,15 wobec 0,81 dla formalnego szkolenia. Szczególnie przekonującym dowodem trafności jest monotoniczne uporządkowanie wyników wzdłuż natężenia kontaktu zawodowego: 23,67 punktu przy kontakcie regularnym, 20,23 przy sporadycznym i 16,63 przy jego braku. Gradacja taka jest trudna do wyjaśnienia inaczej niż rzeczywistą zależnością mierzonej cechy od zmiennej wyjaśniającej.

Asymetria odnotowana w próbie amerykańskiej - przewaga efektu szkolenia nad efektem kontaktu - w próbie polskiej nie wystąpiła. Efekt własnego rozpoznania (d = 1,30) okazał się tu nawet silniejszy niż efekt formalnego szkolenia (d = 1,15). Możliwym wyjaśnieniem jest specyfika polskiego kontekstu: przy ograniczonej dostępności zorganizowanych form kształcenia w zakresie ADHD - formalne szkolenie ukończyło zaledwie 13,0% badanych - główną drogą zdobywania wiedzy pozostaje własne doświadczenie i związane z nim aktywne poszukiwanie informacji. Za taką interpretacją przemawia również fakt, że 33,6% osób badanych wskazało własną diagnozę lub diagnozę bliskiej osoby jako źródło wiedzy o ADHD, a 56,5% - media społecznościowe.

Systematycznie większe wielkości efektu w próbie polskiej mają przy tym prawdopodobnie wyjaśnienie metodologiczne, a nie merytoryczne. Wielkość efektu zależy od zróżnicowania próby: próba polska obejmowała zarówno osoby zawodowo związane z edukacją i psychologią, jak i osoby całkowicie spoza tych środowisk, co przekłada się na większą rozpiętość wyników i przy tej samej sile rzeczywistej zależności - na wyższe wartości d. Próba amerykańska, zrekrutowana za pośrednictwem panelu internetowego, była pod tym względem bardziej jednorodna. Uzyskanych różnic nie należy zatem odczytywać jako dowodu, że skala „działa lepiej” w wersji polskiej.

6.1.4. Dowody różnicowe (H5)

Weryfikacja hipotezy H5 służy wykazaniu, że skala mierzy wiedzę specyficzną dotyczącą ADHD, a nie ogólny poziom wykształcenia, sprawność intelektualną czy kompetencje językowe. Za dowód przemawiający na korzyść trafności uznaje się sytuację, w której związki wyników ze zmiennymi demograficznymi są istotnie słabsze niż związki ze wskaźnikami doświadczenia i przeszkolenia. W próbie amerykańskiej korelacja z wiekiem oraz z ogólną liczbą lat kształcenia

wyniosła r = 0,10, podczas gdy korelacje ze wskaźnikami kształcenia specyficznego dla ADHD mieściły się w przedziale 0,33–0,37 (Sciutto i in., 2025).

Hipoteza H5 potwierdziła się częściowo. Przewidywania dotyczące płci (d = 0,10; p = 0,372) i wieku (rho = −0,052; p = 0,409) znalazły pełne potwierdzenie - narzędzie okazało się pod tym względem nawet „czystsze" niż wersja źródłowa, w której korelacja z wiekiem była wprawdzie słaba, lecz istotna statystycznie. Przewidywanie dotyczące poziomu wykształcenia nie potwierdziło się: uzyskana korelacja (rho = 0,236; p < 0,001) ponad dwukrotnie przewyższa wartość amerykańską (r = 0,10).

Ustalenie to wymaga rzetelnego omówienia, ponieważ dotyka podstawowego zarzutu, jaki można postawić narzędziu mierzącemu wiedzę: że mierzy ono w istocie ogólną sprawność w rozwiązywaniu testów. Za takim odczytaniem przemawiałoby to, że związek z wykształceniem jest istotny. Przeciwko niemu przemawiają natomiast trzy przesłanki.

Po pierwsze, zachowana została relacja porządkowa, która stanowi właściwe kryterium oceny dowodów różnicowych. Korelacja z wykształceniem (0,236) jest słabsza od korelacji ze wskaźnikami przygotowania specyficznego dla ADHD (0,287–0,312), znacznie słabsza od korelacji z samooceną wiedzy (0,672) i słabsza od wszystkich efektów związanych z doświadczeniem kontaktu (d = 0,75–1,30). Gdyby skala mierzyła głównie sprawność testową, należałoby oczekiwać układu odwrotnego.

Po drugie, analiza korelacji cząstkowych wskazuje na pośredniczenie. Po kontroli samooceny wiedzy o ADHD związek wykształcenia z wynikiem skali spada do 0,114, a po kontroli liczby ukończonych szkoleń do 0,183. Związek ten nie jest zatem bezpośredni: osoby lepiej wykształcone częściej mają kontakt z informacjami o ADHD, a to z kolei przekłada się na wynik.

Po trzecie, rozkład wykształcenia w badanej próbie był silnie skośny - 57,7% osób z wykształceniem wyższym wobec 1,2% z podstawowym i 0,8% ze stopniem doktora - przez co współczynnik korelacji porządkowej opiera się w znacznej mierze na kontraście między dwiema licznymi kategoriami (średnie wobec wyższego), a skrajne kategorie reprezentowane są przez pojedyncze obserwacje.

Odrębnej uwagi wymaga nieprzewidziany w hipotezach związek wyniku z miejscem zamieszkania (d = 0,76 na korzyść mieszkańców miast). Zmienna ta jest jednak w badanej próbie powiązana z wykształceniem i samooceną wiedzy. Możliwe wyjaśnienie merytoryczne - mniejsza

dostępność usług diagnostycznych i terapeutycznych oraz rzadszy kontakt z rozpoznaną diagnozą poza dużymi ośrodkami - pozostaje na obecnym etapie hipotezą wymagającą osobnej weryfikacji w planie badania uwzględniającym te zmienne jako kontrolne.

Odrębnym i istotniejszym zagrożeniem dla trafności okazała się natomiast struktura wewnętrzna narzędzia, omówiona w podrozdziale 6.1.6.

6.1.5. Struktura błędnych przekonań (H6, H7)

Analiza struktury błędnych przekonań ma znaczenie wykraczające poza walidację narzędzia, ponieważ wskazuje konkretne treści wymagające korekty w programach psychoedukacyjnych.

W badaniu dziewięciu krajów trzy przekonania okazały się rozpowszechnione niezależnie od kontekstu kulturowego: przekonanie o skuteczności diet eliminujących cukier (38% badanych), przekonanie o sztywnym przywiązaniu do rutyn i rytuałów jako cesze ADHD (38%) oraz przekonanie o istnieniu swoistych cech fizycznych umożliwiających rozpoznanie w badaniu lekarskim (28%) (Sciutto i in., 2016). Zarazem rozpowszechnienie poszczególnych przekonań różniło się między krajami bardzo wyraźnie - przekonanie o skuteczności diet deklarowało 73,6% nauczycieli w Republice Południowej Afryki i 16,8% w Wietnamie, a przekonanie o uzależniającym działaniu leków stymulujących 65,2% w Grecji i 15,6% w Arabii Saudyjskiej. Autorzy wiążą tę zmienność z różnicami w organizacji systemów ochrony zdrowia, dostępności usług psychologicznych oraz kulturowych postawach wobec farmakoterapii.

Zestawienie polskich wyników z tym rozkładem pozwala ustalić, czy struktura błędnych przekonań w Polsce jest bliższa wzorcowi obserwowanemu w krajach europejskich uczestniczących w badaniu (Czechy, Niemcy, Grecja), czy też wykazuje własną specyfikę.

Szczególnej uwagi wymaga przekonanie o sztywnym przywiązaniu do rutyn, które w rzeczywistości stanowi objaw charakterystyczny dla zaburzeń ze spektrum autyzmu. Jego rozpowszechnienie wskazuje na deficyt w zakresie diagnozy różnicowej - deficyt o realnych konsekwencjach praktycznych, zważywszy na udokumentowaną dwukierunkowość współwystępowania obu zaburzeń, omówioną w podrozdziale 1.5.4 (Hollingdale i in., 2020; Rong i in., 2021).

Hipoteza H6 nie znalazła potwierdzenia. Oba przewidywane przekonania wystąpiły w badanej grupie, lecz w natężeniu niższym niż międzynarodowe: przekonanie o skuteczności diet eliminujących cukier u 28,1% badanych (wobec 38% w badaniu dziewięciu krajów), a przekonanie o sztywnym przywiązaniu do rutyn i rytuałów u 27,7% (również wobec 38%). Żadne z nich nie znalazło się wśród czterech najczęstszych. Podobnie przekonanie o swoistych cechach fizycznych umożliwiających rozpoznanie ADHD w badaniu lekarskim wystąpiło u 12,6% badanych wobec 28% w badaniu porównawczym.

Obraz polski okazał się zatem odmienny od przewidywanego, a różnica ma charakter treściowy. Najczęstsze błędne przekonania w badanej grupie dotyczyły nie etiologii ani diagnozy różnicowej, lecz funkcjonowania dziecka i skuteczności oddziaływań: przekonania, że dzieci z ADHD mają większe trudności w sytuacjach nowych niż w powtarzalnych (58,5%), oraz przekonania o skuteczności indywidualnej terapii poznawczej wobec osiowych objawów ADHD (50,2%). Pierwsze z nich jest odwróceniem rzeczywistej zależności - nowość i nieprzewidywalność sytuacji działają u dzieci z ADHD aktywizująco, a największe trudności ujawniają się w sytuacjach monotonnych i powtarzalnych - i wiąże się prawdopodobnie z potocznym utożsamieniem ADHD z ogólną „wrażliwością na bodźce". Drugie ma bezpośrednie konsekwencje praktyczne, ponieważ dotyczy wyboru formy pomocy: oczekiwanie, że indywidualna terapia poznawcza zredukuje objawy osiowe, prowadzi do kierowania dzieci na oddziaływania o udokumentowanie ograniczonej skuteczności wobec tych objawów, kosztem interwencji behawioralnych i pracy z rodzicami.

Warto przy tym odnotować, że przekonanie o sztywnym przywiązaniu do rutyn - wskazujące na trudność w różnicowaniu ADHD z zaburzeniami ze spektrum autyzmu - mimo że nie znalazło się wśród najczęstszych, występuje u ponad jednej czwartej badanych. Przy udokumentowanej dwukierunkowości współwystępowania obu zaburzeń (Hollingdale i in., 2020; Rong i in., 2021) skala tego zjawiska pozostaje niepokojąca.

Hipoteza H7 została natomiast potwierdzona w pełni. Odsetek odpowiedzi „nie wiem" okazał się istotnie zróżnicowany między obszarami treściowymi ($\chi^2(2) = 260{,}79$; $p < 0{,}001$) i przyjął wartości najwyższe dokładnie tam, gdzie przewidywano: w obszarze leczenia (47,5%) oraz cech towarzyszących (30,7%), przy najniższej wartości w obszarze objawów i diagnozy (15,9%). Zgodność z wynikami adaptacji hiszpańskiej jest przy tym wyraźna w obszarze leczenia (47,5%

wobec 48,56%) oraz w obszarze objawów i diagnozy (15,9% wobec 29,39%, przy zachowaniu tej samej, najniższej pozycji w porządku), natomiast w obszarze cech towarzyszących wynik polski jest wyraźnie niższy (30,7% wobec 46,52% w hiszpańskiej podskali informacji ogólnych; Jarque Fernández i in., 2007). Sam porządek trzech obszarów jest jednak w obu adaptacjach identyczny, co przemawia za uniwersalnością tego wzorca.

Zestawienie obu wskaźników prowadzi do ustalenia o największym znaczeniu praktycznym w całym badaniu. Wynik wiedzy korelował z liczbą odpowiedzi „nie wiem" na poziomie $r = -0{,}851$, a z wynikiem błędnych przekonań jedynie $r = -0{,}101$. Oznacza to, że o niskiej wiedzy o ADHD w badanej grupie decydowała przede wszystkim przyznawana niewiedza, a nie fałszywe przekonania. Jest to sytuacja korzystniejsza z punktu widzenia projektowania oddziaływań: luki informacyjne daje się wypełnić przez dostarczenie wiedzy, podczas gdy utrwalone przekonania wymagają strategii nastawionej na ich zakwestionowanie.

6.1.6. Struktura wewnętrzna narzędzia i wpływ kierunku kluczowania pozycji

Najpoważniejsze zastrzeżenie wobec polskiej wersji skali dotyczy jej struktury wewnętrznej. Analiza równoległa przeprowadzona na macierzy korelacji tetrachorycznych wskazała na zachowanie 12 czynników. Rozwiązanie to nie było jednak psychometrycznie interpretowalne, ponieważ wiele czynników opierało się na pojedynczych lub bardzo nielicznych pozycjach i nie odtwarzało trzech obszarów treściowych przyjętych w konstrukcji KADDS-R. Z tego względu dodatkowo oszacowano wymuszone rozwiązanie trójczynnikowe, odpowiadające teoretycznej organizacji treści narzędzia. Również ono nie odtworzyło jednoznacznie zakładanych trzech domen.

Zjawisko to jest w psychometrii dobrze rozpoznane i nosi nazwę artefaktu kierunku kluczowania. W narzędziach o formacie dychotomicznym skłonność do potwierdzania twierdzeń - niezależna od ich treści - tworzy wspólną wariancję między pozycjami kluczowanymi w tym samym kierunku, która przy eksploracyjnej analizie czynnikowej ujawnia się jako pozorny wymiar treściowy. W badanej grupie odsetek odpowiedzi poprawnych wyniósł 59,2% dla pozycji kluczowanych jako „prawda" i 43,1% dla pozycji kluczowanych jako „fałsz", a liczba udzielonych odpowiedzi „prawda" korelowała z wynikiem wiedzy na poziomie $r = 0{,}650$.

Ustalenie to prowadzi do trzech wniosków. Po pierwsze, wymuszonego rozwiązania trójczynnikowego nie należy interpretować jako potwierdzenia trzech odrębnych wymiarów wiedzy o ADHD. Analiza równoległa nie potwierdziła struktury trójczynnikowej, a uzyskane rozwiązanie wskazywało dodatkowo na możliwy wpływ kierunku kluczowania pozycji. Po drugie, ustalenie to nie podważa użyteczności wyniku ogólnego: obie grupy pozycji wykazały wysoką i zbliżoną rzetelność (α = 0,841 i 0,820) oraz silnie ze sobą korelowały (r = 0,613), a wszystkie dowody trafności zewnętrznej opierają się na wyniku ogólnym, nie na podskalach. Po trzecie, ustalenie to stanowi argument za ostrożnością w posługiwaniu się wynikami podskalowymi - argument dodatkowy wobec tego, który wynika z ich niższej rzetelności.

Warto odnotować, że zjawisko to nie jest specyficzne dla wersji polskiej. Autorzy badania dziewięciu krajów odstąpili od analizy czynnikowej ze względu na niewystarczającą liczebność prób, formułując zarazem przypuszczenie, że wymiary mierzone przez skalę mogą nie być równoważne między kulturami (Sciutto i in., 2016); uzyskany tu wynik wskazuje, że problem może mieć źródło wcześniejsze, w samej konstrukcji narzędzia. Weryfikacja tego przypuszczenia wymagałaby porównania rozwiązań czynnikowych uzyskanych w kilku wersjach językowych - analizy, której dotąd nie przeprowadzono.

6.2. Polska wersja skali na tle adaptacji obcojęzycznych

Umiejscowienie uzyskanych wyników wśród dotychczasowych adaptacji wymaga uwzględnienia zasadniczego rozróżnienia przedstawionego w podrozdziale 3.4.1: formalnych walidacji psychometrycznych skali KADDS jest - mimo jej wykorzystania w ponad 550 badaniach w około 75 krajach - zaledwie kilka. Większość wersji językowych powstała jako tłumaczenia robocze na potrzeby pojedynczych badań, bez odrębnej weryfikacji właściwości psychometrycznych.

Najbliższym punktem odniesienia pozostaje adaptacja hiszpańska, w której uzyskano rzetelność wyższą niż w wersji oryginalnej (α = 0,89 dla skali ogólnej, 0,74–0,77 dla podskal) przy zachowaniu trójwymiarowej struktury treściowej (Jarque Fernández i in., 2007). Adaptacja brazylijska, zrealizowana według sześcioetapowej procedury z udziałem trzech niezależnych tłumaczy i czteroosobowej komisji ekspertów, doprowadziła do współczynnika trafności treściowej CVC = 0,92 i zgodności sędziów κ Fleissa = 0,84, obejmowała jednak wyłącznie etap

trafności treściowej i nie została uzupełniona o pełną weryfikację psychometryczną (Silva i Kristensen, 2021). Adaptacja kolumbijska stanowi natomiast jedyną pracę wprost poświęconą walidacji psychometrycznej narzędzia w nowym kontekście kulturowym, a jej autorzy uzasadniają podjęcie tematu w sposób analogiczny do uzasadnienia przyjętego w niniejszej pracy - brakiem wersji umożliwiającej stosowanie narzędzia w danym kraju (Robledo-Castro i in., 2024).

Pod względem wskaźników psychometrycznych polska wersja plasuje się wśród adaptacji o najwyższym rygorze. Uzyskana rzetelność skali ogólnej ($\alpha = 0{,}891$) jest praktycznie tożsama z wartością adaptacji hiszpańskiej ($\alpha = 0{,}89$), a rzetelność podskal (0,561–0,702) jest wprawdzie niższa niż hiszpańska (0,74–0,77), lecz wyraźnie wyższa niż niemiecka (0,29–0,52) i mieści się w górnej części zakresu odnotowanego dla wersji oryginalnej. Zgromadzone dowody trafności zbieżnej i różnicowej są przy tym szersze niż w którejkolwiek z dotychczasowych adaptacji: obejmują cztery niezależne wskaźniki doświadczenia kontaktu, cztery wskaźniki przygotowania merytorycznego oraz cztery zmienne demograficzne.

Pod względem rygoru proceduralnego obraz jest bardziej złożony. Zastosowana procedura objęła niezależne tłumaczenia, ich syntezę, ocenę przez dwóch niezależnych ekspertów, sprawdzenie rozumienia pozycji oraz tłumaczenie zwrotne z porównaniem do wersji źródłowej - a więc wszystkie zasadnicze etapy schematu Beatona i współpracowników (2000). Od adaptacji brazylijskiej, stanowiącej wzorzec rygoru proceduralnego, wersja polska odbiega jednak pod trzema względami: liczbą tłumaczy, brakiem tłumacza niezorientowanego w celu pomiaru oraz liczebnością grupy sprawdzającej rozumienie pozycji. Nie zastosowano również ilościowych wskaźników zgodności sędziów, takich jak CVC czy κ Fleissa. Ograniczenia te omówiono w podrozdziale 6.3.

Zasadnicza różnica na korzyść niniejszej pracy polega natomiast na tym, że w odróżnieniu od adaptacji brazylijskiej, zatrzymanej na etapie trafności treściowej - przeprowadzono pełną weryfikację psychometryczną na próbie $N = 253$.

Odrębnego omówienia wymaga fakt, że niniejsza praca dotyczy wersji zrewidowanej, podczas gdy wszystkie wymienione adaptacje odnoszą się do wersji oryginalnej. Porównania mają zatem charakter przybliżony: 17 z 36 pozycji różni się treścią, a 6 nie ma w wersji oryginalnej odpowiednika. Ograniczenie to omówiono szerzej w podrozdziale 6.3.

6.3. Ograniczenia badania

Ograniczenia przeprowadzonego badania można ująć w pięciu grupach.

Ograniczenia doboru próby. Dobór miał charakter nielosowy, w związku z czym uzyskane wyniki nie uprawniają do wnioskowania o poziomie wiedzy o ADHD w populacji generalnej. Rekrutacja prowadzona w internetowych grupach tematycznych i za pośrednictwem sieci kontaktów osobistych autorki, wiąże się dodatkowo z ryzykiem autoselekcji. Osoby zainteresowane problematyką ADHD są bardziej skłonne do udziału w badaniu na ten temat, co może prowadzić do zawyżenia obserwowanego poziomu wiedzy. Ryzyko to dotyczy również badań porównawczych przywoływanych w niniejszej pracy i powinno być uwzględniane przy interpretacji wszelkich porównań międzynarodowych.

Ograniczenia zakresu walidacji. Badanie miało charakter jednorazowy i przekrojowy, w związku z czym nie objęło oceny stabilności bezwzględnej wyników. Dla wersji oryginalnej stabilność w odstępie dwutygodniowym wyniosła 0,76 dla wyniku ogólnego (Sciutto i Terjesen, 2004, za: Sciutto i Feldhamer, 2005); analogicznych danych dla wersji polskiej brak. Nie przeprowadzono również badania wrażliwości narzędzia na oddziaływanie edukacyjne, które w wersji oryginalnej stanowiło jedną z czterech strategii walidacyjnych i ma największe znaczenie aplikacyjne. Nie zgromadzono ponadto dowodów trafności zbieżnej, ponieważ w języku polskim nie istnieje inne zwalidowane narzędzie pomiaru wiedzy o ADHD, z którym można byłoby zestawić uzyskane wyniki - sam ten fakt stanowi zresztą uzasadnienie podjęcia tematu.

Ograniczenia wynikające ze specyfiki wersji zrewidowanej. Wybór wersji zrewidowanej jako podstawy adaptacji, uzasadniony w podrozdziale 3.5.4, wiąże się z istotnym kosztem: uzyskane wyniki nie są bezpośrednio porównywalne z rezultatami setek badań przeprowadzonych wersją oryginalną. Baza porównawcza dla wersji zrewidowanej ogranicza się obecnie do jednego badania walidacyjnego w próbie amerykańskiej. Ponadto dokumentacja wersji zrewidowanej nie zawiera zaktualizowanego przyporządkowania pozycji do obszarów treściowych, w związku z czym analizy podskalowe oparto na rekonstrukcji przedstawionej w Aneksie A, obejmującej 30 z 36 pozycji. Wyniki dotyczące podskal należy zatem traktować jako wstępne.

Ograniczenia wynikające z formatu odpowiedzi. Wprowadzenie trzeciej opcji odpowiedzi, stanowiące zasadniczą zaletę narzędzia, wnosi zarazem do pomiaru wariancję

nieistotną dla mierzonego konstruktu. Ravesloot i współpracownicy (2015) wykazali, że sama skłonność do wybierania opcji „nie wiem" oraz jej interakcja z płcią wyjaśniały w ich badaniu 8% wariancji ponad wariancję przypisywaną wiedzy. Oznacza to, że osoby o wysokiej awersji do ryzyka mogą uzyskiwać zaniżone wyniki niezależnie od rzeczywistego poziomu wiedzy. W niniejszym badaniu odsetek odpowiedzi „nie wiem" analizowano jako odrębny wskaźnik, co częściowo pozwala kontrolować to zjawisko, nie eliminuje go jednak całkowicie.

6.4. Implikacje praktyczne

Uzyskanie polskiej wersji narzędzia o zadowalających właściwościach psychometrycznych otwiera trzy obszary zastosowań.

Ewaluacja programów psychoedukacyjnych. Metaanaliza 29 badań wykazała, że programy szkoleniowe dla nauczycieli silnie podnoszą poziom wiedzy bezpośrednio po interwencji, jednak efekt ten nie utrzymuje się w pomiarach odroczonych (Ward i in., 2022). Analogiczny wzorzec - istotny przyrost wiedzy z częściowym jej utrzymaniem po miesiącu odnotowano w badaniu 274 nauczycieli szkół podstawowych (Latouche i Gascoigne, 2019). Ustalenia te prowadzą do wniosku, że oddziaływania powinny mieć charakter powtarzalny, a nie jednorazowy, co z kolei wymaga dysponowania narzędziem umożliwiającym systematyczny pomiar. Wersja oryginalna skali wykazała wrażliwość na takie oddziaływania: po godzinnym wykładzie edukacyjnym grupa eksperymentalna odnotowała istotny przyrost wyników, podczas gdy w grupie kontrolnej zmiany nie stwierdzono (Sciutto i Terjesen, 2004, za: Sciutto i Feldhamer, 2005).

Różnicowanie oddziaływań edukacyjnych. Możliwość odróżnienia braku wiedzy od błędnych przekonań pozwala różnicować strategię oddziaływania. Obszary, w których dominują odpowiedzi „nie wiem", wymagają przede wszystkim dostarczenia rzetelnej informacji. Obszary, w których dominują odpowiedzi błędne, wymagają natomiast strategii nastawionej na zakwestionowanie utrwalonego przekonania - samo przekazanie informacji może tu okazać się nieskuteczne, ponieważ osoba przekonana o posiadaniu wiedzy nie poszukuje uzupełnień. Rozróżnienie to, omówione teoretycznie w podrozdziale 2.2, zyskuje dzięki narzędziu wymiar operacyjny.

Diagnoza potrzeb szkoleniowych. Profil wyników w obszarach treściowych wskazuje, gdzie koncentrować kształcenie. Jeżeli - zgodnie z regularnością obserwowaną międzynarodowo - deficyty dotyczą przede wszystkim etiologii, przebiegu i leczenia, to programy skupione na rozpoznawaniu objawów adresują problem, który w najmniejszym stopniu tego wymaga.

Odrębną rekomendacją o charakterze organizacyjnym jest rozważenie zdeponowania polskiej wersji narzędzia wraz z dokumentacją w otwartym repozytorium. Rozwiązanie takie zastosowano dotąd wyłącznie w odniesieniu do wersji niemieckiej (Schmiedeler, 2017), a umożliwia ono innym badaczom korzystanie ze zwalidowanej wersji i kumulowanie danych porównawczych - czego brak jest, jak wykazano w podrozdziale 3.1, zasadniczym problemem całego obszaru badań nad wiedzą o ADHD.

6.5. Kierunki dalszych badań

Przeprowadzone badanie stanowi pierwszy etap prac nad polską wersją narzędzia. Jego kontynuacja powinna objąć cztery kierunki.

Po pierwsze, ocenę stabilności bezwzględnej w schemacie test–retest z odstępem dwutygodniowym, analogicznym do zastosowanego w badaniach nad wersją oryginalną, co umożliwi bezpośrednie porównanie uzyskanych współczynników.

Po drugie, badanie wrażliwości narzędzia na oddziaływanie edukacyjne w schemacie z grupą kontrolną. Jest to strategia walidacyjna o najwyższej wartości aplikacyjnej, ponieważ przesądza o przydatności narzędzia do ewaluacji programów szkoleniowych.

Po trzecie, weryfikację struktury wewnętrznej na próbie o liczebności wystarczającej do przeprowadzenia analizy czynnikowej oraz - w dalszej perspektywie - ocenę inwariancji pomiarowej między grupami zawodowymi. Kwestia ta ma znaczenie wykraczające poza kontekst polski: w badaniu dziewięciu krajów wartości rzetelności przekroczyły próg 0,6 dla wszystkich trzech podskal jedynie w jednej próbie, co skłoniło autorów do przypuszczenia, że wymiary mierzone przez skalę mogą nie być równoważne między kulturami (Sciutto i in., 2016).

Po czwarte, rozszerzenie badań na zróżnicowane grupy zawodowe i porównanie poziomu wiedzy nauczycieli, rodziców, pedagogów szkolnych i pracowników podstawowej opieki zdrowotnej. Ta ostatnia grupa zasługuje na szczególną uwagę: badanie 399 lekarzy rodzinnych

wykazało, że wśród barier ograniczających ich zaangażowanie w rozpoznawanie ADHD znajdują się obawy dotyczące uzależniającego potencjału leków stymulujących (Shaw i in., 2002) - a więc błędne przekonanie funkcjonujące wśród profesjonalistów pierwszego kontaktu, którego rozpowszechnienie w Polsce pozostaje nieznane.

Kierunkiem najbardziej ambitnym, wykraczającym poza problematykę walidacyjną, byłoby powiązanie poziomu wiedzy z rzeczywistymi zachowaniami - decyzjami o skierowaniu dziecka na diagnozę, stosowaniem zaleceń w klasie czy przystąpieniem do leczenia. Dotychczasowe badania wskazują, że takie związki istnieją (Corkum i in., 1999; Sciutto i in., 2004), jednak ich weryfikacja wymaga schematu badawczego wykraczającego poza pomiar kwestionariuszowy.

ZAKOŃCZENIE

Celem niniejszej pracy była adaptacja zrewidowanej wersji skali Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale do warunków polskich oraz wstępna ocena jej właściwości psychometrycznych.

Część teoretyczna prowadziła do trzech ustaleń uzasadniających podjęcie tego zadania. Po pierwsze, ADHD jest zaburzeniem neurorozwojowym o dobrze udokumentowanym podłożu genetycznym, którego rozpowszechnienie pozostaje stabilne w czasie i porównywalne między kontynentami, a którego rozpoznanie wymaga wieloźródłowej oceny klinicznej - w tym informacji pochodzących od rodziców i nauczycieli, niezastępowalnych żadnym narzędziem psychometrycznym ani testem wykonaniowym. Po drugie, wiedza otoczenia społecznego warunkuje uruchomienie i przebieg procesu pomocy na każdym jego etapie, a deficyty w tym zakresie przybierają dwie jakościowo odmienne postaci, wymagające odmiennych oddziaływań: braku informacji oraz utrwalonych błędnych przekonań. Po trzecie, mimo że skala KADDS należy do zaledwie trzech narzędzi pomiaru wiedzy o ADHD o ugruntowanych właściwościach psychometrycznych spośród 96 zidentyfikowanych w przeglądzie systematycznym, w polskim piśmiennictwie nie funkcjonuje ani ona, ani żadne inne zwalidowane narzędzie służące temu celowi.

Badanie własne, przeprowadzone na próbie 253 osób, prowadzi do wniosku, że polska wersja zrewidowanej skali KADDS jest narzędziem rzetelnym i trafnym na poziomie wyniku ogólnego. Zgodność wewnętrzna wyniosła $\alpha = 0{,}891$ ($\omega = 0{,}902$), a więc na poziomie tożsamym z wersją źródłową. Zgromadzone dowody trafności zbieżnej okazały się konsekwentne i silne: wyniki różnicowały osoby badane ze względu na własne rozpoznanie ADHD, rozpoznanie u dziecka, rozpoznanie u bliskiej osoby oraz kontakt zawodowy ($d = 0{,}75–1{,}30$), a także ze względu na ukończenie formalnego szkolenia ($d = 1{,}15$) i korelowały z wymiarem szkoleń oraz liczbą przeczytanych publikacji. Dowody różnicowe wypadły pomyślnie w odniesieniu do płci i wieku; umiarkowany związek z poziomem wykształcenia ($rho = 0{,}236$) okazał się w znacznej mierze pośredniczony przez ekspozycję na informacje o zaburzeniu.

Zasadnicze zastrzeżenie dotyczy struktury wewnętrznej narzędzia. Analiza równoległa wskazała na strukturę bardziej złożoną niż zakładana teoretycznie, obejmującą 12 czynników,

jednak rozwiązanie to nie było psychometrycznie interpretowalne. Wymuszone rozwiązanie trójczynnikowe również nie odtworzyło jednoznacznie trzech obszarów treściowych KADDS-R, a obserwowany układ ładunków wskazywał dodatkowo na możliwy wpływ kierunku kluczowania pozycji. Wyniki te przemawiają za ostrożnością w interpretacji podskal i za traktowaniem wyniku ogólnego jako podstawowego wskaźnika polskiej wersji narzędzia.

Obraz wiedzy o ADHD wyłaniający się z badania jest niejednorodny. Przeciętny odsetek odpowiedzi poprawnych wyniósł 51,6%, przy 15,9% odpowiedzi błędnych i 32,5% odpowiedzi „nie wiem". Wiedza okazała się najwyższa w obszarze objawów i diagnozy (71,5%), a najniższa w obszarze leczenia (35,6%) - a zatem najlepiej rozpoznawane jest to, co można u dziecka zaobserwować, najsłabiej zaś to, co decyduje o wyborze skutecznej pomocy. Najbardziej rozpowszechnione błędne przekonania dotyczyły funkcjonowania dzieci z ADHD w sytuacjach nowych (58,5%) oraz skuteczności indywidualnej terapii poznawczej wobec objawów osiowych (50,2%). Przekonania przewidywane na podstawie badań międzynarodowych - dotyczące diet eliminujących cukier oraz sztywnego przywiązania do rutyn - wystąpiły w natężeniu niższym niż międzynarodowe (po około 28%).

Ustaleniem o największym znaczeniu praktycznym jest jednak to, że o niskim poziomie wiedzy w badanej grupie decydowała przede wszystkim przyznawana niewiedza, a nie fałszywe przekonania ($r = -0{,}851$ dla odpowiedzi „nie wiem" wobec $r = -0{,}101$ dla odpowiedzi błędnych). Jest to sytuacja wyjściowo korzystna: luki informacyjne można wypełnić przez rzetelną psychoedukację, podczas gdy utrwalone błędne przekonania wymagałyby oddziaływań trudniejszych i kosztowniejszych. Warunkiem wykorzystania tej sytuacji pozostaje dysponowanie narzędziem umożliwiającym pomiar i to właśnie narzędzie niniejsza praca udostępnia.

Przeprowadzone prace stanowią pierwszy etap wprowadzenia narzędzia do polskiego obiegu naukowego. Ich kontynuacja - obejmująca ocenę stabilności bezwzględnej, badanie wrażliwości na oddziaływanie edukacyjne oraz weryfikację struktury wewnętrznej na większej próbie - pozwoliłaby na uzyskanie wersji w pełni zwalidowanej, nadającej się nie tylko do opisu stanu wiedzy, lecz także do ewaluacji programów psychoedukacyjnych. Potrzeba takich programów, a zarazem potrzeba ich rzetelnej oceny, wynika bezpośrednio z ustalenia, że efekty szkoleń dla nauczycieli nie utrzymują się w pomiarach odroczonych, a samo doświadczenie zawodowe nie zastępuje kształcenia ustawicznego.

BIBLIOGRAFIA

American Educational Research Association, American Psychological Association i National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.

American Psychiatric Association. (2023). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5-TR* (P. Gałecki, red. nauk. wyd. pol.). Edra Urban & Partner. (Oryginał opublikowano 2022)

Arrondo, G., Mulraney, M., Iturmendi-Sabater, I., Musullulu, H., Gambra, L., Niculcea, T., Banaschewski, T., Simonoff, E., Döpfner, M., Hinshaw, S. P., Coghill, D. i Cortese, S. (2024). Systematic review and meta-analysis: Clinical utility of continuous performance tests for the identification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 63*(2), 154–171. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.03.011

Ashinoff, B. K. i Abu-Akel, A. (2021). Hyperfocus: The forgotten frontier of attention. *Psychological Research, 85*(1), 1–19. https://doi.org/10.1007/s00426-019-01245-8

Ayano, G., Demelash, S., Gizachew, Y., Tsegay, L. i Alati, R. (2023). The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *Journal of Affective Disorders, 339*, 860–866. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.071

Barkley, R. A. i Peters, H. (2012). The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of „attention deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *Journal of Attention Disorders, 16*(8), 623–630. https://doi.org/10.1177/1087054711432309

Basiri, N. (2025). The effects of dialectical behavioural therapy (DBT) on cognitive and emotional symptoms of adult ADHD: A randomised pilot study. *Counselling and Psychotherapy Research, 25*(1), Artykuł e12900. https://doi.org/10.1002/capr.12900

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. i Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine, 25*(24), 3186–3191. https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014

Beheshti, A., Chavanon, M.-L. i Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *BMC Psychiatry, 20*, Artykuł 120. https://doi.org/10.1186/s12888-020-2442-7

Bisset, M., Winter, L., Middeldorp, C. M., Coghill, D., Zendarski, N., Bellgrove, M. A. i Sciberras, E. (2022). Recent attitudes toward ADHD in the broader community: A systematic review. *Journal of Attention Disorders, 26*(4), 537–548. https://doi.org/10.1177/10870547211003671

Brod, M., Schmitt, E., Goodwin, M., Hodgkins, P. i Niebler, G. (2012). ADHD burden of illness in older adults: A life course perspective. *Quality of Life Research, 21*(5), 795–799. https://doi.org/10.1007/s11136-011-9981-9

Burton, R. F. (2001). Quantifying the effects of chance in multiple choice and true/false tests: Question selection and guessing of answers. *Assessment & Evaluation in Higher Education, 26*(1), 41–50. https://doi.org/10.1080/02602930020022273

Burton, R. F. (2002). Misinformation, partial knowledge and guessing in true/false tests. *Medical Education, 36*(9), 805–811. https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01299.x

Bussing, R., Schoenberg, N. E. i Perwien, A. R. (1998). Knowledge and information about ADHD: Evidence of cultural differences among African-American and white parents. *Social Science & Medicine, 46*(7), 919–928. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00219-0

Chang, Z., Lichtenstein, P., Halldner, L., D'Onofrio, B., Serlachius, E., Fazel, S., Långström, N. i Larsson, H. (2014a). Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*(8), 878–885. https://doi.org/10.1111/jcpp.12164

Chang, Z., Lichtenstein, P., D'Onofrio, B. M., Sjölander, A. i Larsson, H. (2014b). Serious transport accidents in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effect of medication: A population-based study. *JAMA Psychiatry, 71*(3), 319–325. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4174

Chang, Z., Quinn, P. D., O'Reilly, L., Sjölander, A., Hur, K., Gibbons, R., Larsson, H. i D'Onofrio, B. M. (2020). Medication for attention-deficit/hyperactivity disorder and risk for suicide attempts. *Biological Psychiatry, 88*(6), 452–458. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.12.003

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (wyd. 2). Lawrence Erlbaum Associates.

Corkum, P., Rimer, P. i Schachar, R. (1999). Parental knowledge of attention-deficit hyperactivity disorder and opinions of treatment options: Impact on enrolment and adherence to a 12-month treatment trial. *The Canadian Journal of Psychiatry, 44*(10), 1043–1048. https://doi.org/10.1177/070674379904401011

Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Carucci, S., Atkinson, L. Z., Tessari, L., Banaschewski, T., Coghill, D., Hollis, C., Simonoff, E., Zuddas, A., Barbui, C., Purgato, M., Steinhausen, H.-C., Shokraneh, F., Xia, J. i Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry, 5*(9), 727–738. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4

Cropsey, K. L., Schiavon, S., Hendricks, P. S., Froelich, M., Lentowicz, I. i Fargason, R. (2017). Mixed-amphetamine salts expectancies among college students: Is stimulant induced cognitive enhancement a placebo effect? *Drug and Alcohol Dependence, 178*, 302–309. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.05.024

Demontis, D., Walters, R. K., Martin, J., Mattheisen, M., Als, T. D., Agerbo, E., Baldursson, G., Belliveau, R., Bybjerg-Grauholm, J., Bækvad-Hansen, M., Cerrato, F., Chambert, K., Churchhouse, C., Dumont, A., Eriksson, N., Gandal, M., Goldstein, J. I., Grasby, K. L., Grove, J., … Neale, B. M. (2019). Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature Genetics, 51*(1), 63–75. https://doi.org/10.1038/s41588-018-0269-7

Demontis, D., Walters, G. B., Athanasiadis, G., Walters, R., Therrien, K., Nielsen, T. T., Farajzadeh, L., Voloudakis, G., Bendl, J., Zeng, B., … Børglum, A. D. (2023). Genome-wide analyses of ADHD identify 27 risk loci, refine the genetic architecture and implicate several cognitive domains. *Nature Genetics, 55*(2), 198–208. https://doi.org/10.1038/s41588-022-01285-8

Drwal, R. Ł. (1995). *Adaptacja kwestionariuszy osobowości: Wybrane zagadnienia i techniki* (P. Brzozowski i P. Oleś, oprac.). Wydawnictwo Naukowe PWN.

Dunn, T. J., Baguley, T. i Brunsden, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology, 105*(3), 399–412. https://doi.org/10.1111/bjop.12046

Farah, M. J., Haimm, C., Sankoorikal, G. i Chatterjee, A. (2009). When we enhance cognition with Adderall, do we sacrifice creativity? A preliminary study. *Psychopharmacology, 202*(1–3), 541–547. https://doi.org/10.1007/s00213-008-1369-3

Faraone, S. V., Biederman, J. i Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine, 36*(2), 159–165. https://doi.org/10.1017/S003329170500471X

Faraone, S. V. i Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry, 24*(4), 562–575. https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0

Faraone, S. V., Rostain, A. L., Blader, J., Busch, B., Childress, A. C., Connor, D. F. i Newcorn, J. H. (2019). Practitioner review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder - implications for clinical recognition and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 60*(2), 133–150. https://doi.org/10.1111/jcpp.12899

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., … Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 128*, 789–818. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022

Franz, A. P., Bolat, G. U., Bolat, H., Matijasevich, A., Santos, I. S., Silveira, R. C., Procianoy, R. S., Rohde, L. A. i Moreira-Maia, C. R. (2018). Attention-deficit/hyperactivity disorder and very preterm/very low birth weight: A meta-analysis. *Pediatrics, 141*(1), Artykuł e20171645. https://doi.org/10.1542/peds.2017-1645

Gaub, M. i Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(8), 1036–1045. https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00011

Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders, 5*(3), 143–154. https://doi.org/10.1177/108705470200500302

Ghirardi, L., Larsson, H., Chang, Z., Chen, Q., Quinn, P., Hur, K., Gibbons, R. D. i D'Onofrio, B. M. (2020). Attention-deficit/hyperactivity disorder medication and unintentional injuries in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 59*(8), 944–951. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.06.010

Golson, M. E., Brunson McClain, M., Ha, J., Stigler, R., Bera, J., Kieffer, K. E. B. i Gibson, A. (2023). A systematic review of ADHD knowledge measures and their psychometric support. *Journal of Pediatric Psychology, 48*(4), 356–374. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsac095

Gomez, R., Chen, W. i Houghton, S. (2023). Differences between DSM-5-TR and ICD-11 revisions of attention deficit/hyperactivity disorder: A commentary on implications and opportunities. *World Journal of Psychiatry, 13*(5), 138–143. https://doi.org/10.5498/wjp.v13.i5.138

Gorzkowska, I. i Samochowiec, J. (2012). Historia zaburzenia hiperkinetycznego (ADHD) na świecie i w Polsce przed ICD-10 i DSM IV-TR. *Psychiatria, 9*(3), 91–99.

Greenhill, L., Kollins, S., Abikoff, H., McCracken, J., Riddle, M., Swanson, J., McGough, J., Wigal, S., Wigal, T., Vitiello, B., Skrobala, A., Posner, K., Ghuman, J., Cunningham, C., Davies, M., Chuang, S. i Cooper, T. (2006). Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*(11), 1284–1293. https://doi.org/10.1097/01.chi.0000235077.32661.61

Grzegorzewska, I., Cierpiałkowska, L. i Borkowska, A. R. (red.). (2020). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Guillemin, F., Bombardier, C. i Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology, 46*(12), 1417–1432. https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-N

Gustavson, K., Ystrom, E., Stoltenberg, C., Susser, E., Surén, P., Magnus, P., Knudsen, G. P., Davey Smith, G., Langley, K., Rutter, M., Aase, H. i Reichborn-Kjennerud, T. (2017). Smoking in pregnancy and child ADHD. *Pediatrics, 139*(2), Artykuł e20162509. https://doi.org/10.1542/peds.2016-2509

Hambleton, R. K. (2005). Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. W: R. K. Hambleton, P. F. Merenda i C. D. Spielberger (red.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (s. 3–38). Lawrence Erlbaum Associates.

Hasan, S., Bagayoko, D. i Kelley, E. L. (1999). Misconceptions and the certainty of response index (CRI). *Physics Education, 34*(5), 294–299. https://doi.org/10.1088/0031-9120/34/5/304

Hayes, A. F. i Coutts, J. J. (2020). Use omega rather than Cronbach's alpha for estimating reliability. But… *Communication Methods and Measures, 14*(1), 1–24. https://doi.org/10.1080/19312458.2020.1718629

Hollingdale, J., Woodhouse, E., Young, S., Fridman, A. i Mandy, W. (2020). Autistic spectrum disorder symptoms in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytical review. *Psychological Medicine, 50*(13), 2240–2253. https://doi.org/10.1017/S0033291719002368

Hoogman, M., Bralten, J., Hibar, D. P., Mennes, M., Zwiers, M. P., Schweren, L. S. J., van Hulzen, K. J. E., Medland, S. E., Shumskaya, E., Jahanshad, N., de Zeeuw, P., Szekely, E., Sudre, G., Wolfers, T., Onnink, A. M. H., Dammers, J. T., Mostert, J. C., Vives-Gilabert, Y., Kohls, G., … Franke, B. (2017). Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: A cross-sectional mega-analysis. *The Lancet Psychiatry, 4*(4), 310–319. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30049-4

Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika, 30*(2), 179–185. https://doi.org/10.1007/BF02289447

Hornowska, E. i Paluchowski, W. J. (2011). Kulturowa adaptacja testów psychologicznych. W: J. Brzeziński (red.), *Metodologia badań społecznych: Wybór tekstów* (s. 177–242). Zysk i S-ka.

Humphreys, K. L., Eng, T. i Lee, S. S. (2013). Stimulant medication and substance use outcomes: A meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 70*(7), 740–749. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1273

Hupfeld, K. E., Abagis, T. R. i Shah, P. (2019). Living „in the zone": Hyperfocus in adult ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 11*(2), 191–208. https://doi.org/10.1007/s12402-018-0272-y

Ilieva, I. P., Hook, C. J. i Farah, M. J. (2015). Prescription stimulants' effects on healthy inhibitory control, working memory, and episodic memory: A meta-analysis. *Journal of Cognitive Neuroscience, 27*(6), 1069–1089. https://doi.org/10.1162/jocn_a_00776

International Test Commission. (2017). *ITC guidelines for translating and adapting tests* (wyd. 2). https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf

Jarque Fernández, S., Tárraga Mínguez, R. i Miranda Casas, A. (2007). Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema, 19*(4), 585–590.

Jensen, C. M. i Steinhausen, H.-C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 7*(1), 27–38. https://doi.org/10.1007/s12402-014-0142-1

Karasavva, V., Miller, C., Groves, N., Montiel, A., Canu, W. i Mikami, A. (2025). A double-edged hashtag: Evaluation of #ADHD-related TikTok content and its associations with perceptions of ADHD. *PLOS ONE, 20*(3), Artykuł e0319335. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319335

Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A. i Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: Clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry, 17*, Artykuł 302. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E. i Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry, 163*(4), 716–723. https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716

Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., McCarthy,

J. M., Richarte, V., Kjems Philipsen, A., Pehlivanidis, A., … Asherson, P. (2019). Updated European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry, 56*, 14–34. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001

Kuder, G. F. i Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika, 2*(3), 151–160. https://doi.org/10.1007/BF02288391

Latouche, A. P. i Gascoigne, M. (2019). In-service training for increasing teachers' ADHD knowledge and self-efficacy. *Journal of Attention Disorders, 23*(3), 270–281. https://doi.org/10.1177/1087054717707045

Lebowitz, M. S. (2016). Stigmatization of ADHD: A developmental review. *Journal of Attention Disorders, 20*(3), 199–205. https://doi.org/10.1177/1087054712475211

Maciejewska, M. (2025). Kulturowa adaptacja narzędzi badawczych w pedagogice: Argumenty za upowszechnieniem tej praktyki. *Forum Oświatowe, 38*(2), 75–90. https://doi.org/10.34862/fo.2025.2.5

McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Lawrence Erlbaum Associates.

Mohr-Jensen, C., Steen-Jensen, T., Bang-Schnack, M. i Thingvad, H. (2019). What do primary and secondary school teachers know about ADHD in children? Findings from a systematic review and a representative, nationwide sample of Danish teachers. *Journal of Attention Disorders, 23*(3), 206–219. https://doi.org/10.1177/1087054715599206

Molina, B. S. G., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Swanson, J. M., Pelham, W. E., Hechtman, L., Hoza, B., Epstein, J. N., Wigal, T., Abikoff, H. B., Greenhill, L. L., Jensen, P. S., Wells, K. C., Vitiello, B., Gibbons, R. D., Howard, A., Houck, P. R., Hur, K., Lu, B. i Marcus, S. (2013). Adolescent substance use in the Multimodal Treatment Study of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) (MTA) as a function of childhood ADHD, random assignment to childhood treatments, and subsequent medication. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52*(3), 250–263. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.12.014

Moskalewicz, J. i Wciórka, J. (red.). (2021). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań - EZOP II"*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Mowlem, F. D., Rosenqvist, M. A., Martin, J., Lichtenstein, P., Asherson, P. i Larsson, H. (2019). Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry, 28*(4), 481–489. https://doi.org/10.1007/s00787-018-1211-3

Mueller, A. K., Fuermaier, A. B. M., Koerts, J. i Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 4*(3), 101–114. https://doi.org/10.1007/s12402-012-0085-3

Myśliwczyk, I. (2023). Uczeń z ADHD - niedostosowany społecznie czy zagrożony niedostosowaniem? Rekonstrukcja doświadczeń nauczycielskich. *Colloquium, 15*(2), 101–118.

National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management* (NICE guideline NG87). https://www.nice.org.uk/guidance/ng87

Nermend, M., Flaga-Gieruszyńska, K., Tarczyńska-Łuniewska, M., Grima, S. i Nermend, K. (2024). Public awareness and perception of autism and ADHD in the Polish educational system. *European Research Studies Journal, 27*(2), 799–826.

Nigg, J. T., Lewis, K., Edinger, T. i Falk, M. (2012). Meta-analysis of attention-deficit/hyperactivity disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms, restriction diet, and synthetic food color additives. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(1), 86–97. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.10.015

Palmer, E. D. i Finger, S. (2001). An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and „mental restlessness" (1798). *Child Psychology and Psychiatry Review, 6*(2), 66–73. https://doi.org/10.1111/1475-3588.00324

Perold, M., Louw, C. i Kleynhans, S. (2010). Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *South African Journal of Education, 30*(3), 419–435.

Pettersson, R., Söderström, S. i Nilsson, K. W. (2018). Diagnosing ADHD in adults: An examination of the discriminative validity of neuropsychological tests and diagnostic assessment instruments. *Journal of Attention Disorders, 22*(11), 1019–1031. https://doi.org/10.1177/1087054715618788

Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. i Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry, 164*(6), 942–948. https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942

Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C. i Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology, 43*(2), 434–442. https://doi.org/10.1093/ije/dyt261

Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. (b.d.). *CONNERS 3® - Zestaw kwestionariuszy do diagnozy ADHD i zaburzeń współwystępujących*. Pobrano 3 lipca 2026 z https://www.practest.com.pl/sklep/test/CONNERS3

Quinn, P. D., Chang, Z., Hur, K., Gibbons, R. D., Lahey, B. B., Rickert, M. E., Sjölander, A., Lichtenstein, P., Larsson, H. i D'Onofrio, B. M. (2017). ADHD medication and substance-related problems. *American Journal of Psychiatry, 174*(9), 877–885. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16060686

Racicka-Pawlukiewicz, E., & Wolańczyk, T. (2021). Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD). W M. Janas-Kozik & T. Wolańczyk (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży* (t. 1, s. 305–334). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Ravesloot, C. J., Van der Schaaf, M. F., Muijtjens, A. M. M., Haaring, C., Kruitwagen, C. L. J. J., Beek, F. J. A., Bakker, J. i Van Schaik, J. P. J. (2015). The don't know option in progress testing. *Advances in Health Sciences Education, 20*(5), 1325–1338. https://doi.org/10.1007/s10459-015-9604-2

Repantis, D., Schlattmann, P., Laisney, O. i Heuser, I. (2010). Modafinil and methylphenidate for neuroenhancement in healthy individuals: A systematic review. *Pharmacological Research, 62*(3), 187–206. https://doi.org/10.1016/j.phrs.2010.04.002

Robledo-Castro, C., Hederich-Martínez, C. i Montoya-Londoño, D. M. (2024). Psychometric characteristics of the Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Scale (KADDS) in a sample of Colombian teachers. *Children and Youth Services Review, 156*, Artykuł 107374. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107374

Rong, Y., Yang, C. J., Jin, Y. i Wang, Y. (2021). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders, 83*, Artykuł 101759. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101759

Salari, N., Ghasemi, H., Abdoli, N., Rahmani, A., Shiri, M. H., Hashemian, A. H., Akbari, H. i Mohammadi, M. (2023). The global prevalence of ADHD in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics, 49*, Artykuł 48. https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1

San Martin Porter, M., Maravilla, J. C., Betts, K. S. i Alati, R. (2019). Low–moderate prenatal alcohol exposure and offspring attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): Systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 300*(2), 269–277. https://doi.org/10.1007/s00404-019-05204-x

Sayalı, C., van den Bosch, R., Määttä, J. I., Hofmans, L., Papadopetraki, D., Booij, J., Verkes, R.-J., Baas, M. i Cools, R. (2023). Methylphenidate undermines or enhances divergent creativity depending on baseline dopamine synthesis capacity. *Neuropsychopharmacology, 48*(13), 1849–1858. https://doi.org/10.1038/s41386-023-01615-2

Schmiedeler, S. (2013). Wissen und Fehlannahmen von deutschen Lehrkräften über die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Psychologie in Erziehung und Unterricht, 60*, 143–153.

Schmiedeler, S. (2017). *KADDS - Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale - deutsche Fassung* [narzędzie badawcze]. ZPID (Leibniz Institute for Psychology) - Open Test Archive. https://doi.org/10.23668/psycharchives.6551

Schmitt, N. (1996). Uses and abuses of coefficient alpha. *Psychological Assessment, 8*(4), 350–353. https://doi.org/10.1037/1040-3590.8.4.350

Sciutto, M. J., Terjesen, M. D. i Bender Frank, A. S. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools, 37*(2), 115–122. https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6807(200003)37:2<115::AID-PITS3>3.0.CO;2-5

Sciutto, M. J., Nolfi, C. J. i Bluhm, C. (2004). Effects of child gender and symptom type on referrals for ADHD by elementary school teachers. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 12*(4), 247–253. https://doi.org/10.1177/10634266040120040501

Sciutto, M. J. i Feldhamer, E. (2005). *Test manual for the Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS)* [niepublikowany podręcznik testu]. Muhlenberg College.

Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., Kučerová, A., Michalová, Z., Schmiedeler, S., Antonopoulou, K., Shaker, N. Z., Lee, J., Alkahtani, K., Drake, B. i Rossouw, J. (2016). Cross-national comparisons of teachers' knowledge and misconceptions of ADHD. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation, 5*(1), 34–50. https://doi.org/10.1037/ipp0000045

Sciutto, M. J., Terjesen, M. D. i Goldrich, C. (2025). *The revised Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale* [niepublikowane dane z prac nad konstrukcją testu]. Muhlenberg College.

Shaw, K. A., Mitchell, G. K., Wagner, I. J. i Eastwood, H. L. (2002). Attitudes and practices of general practitioners in the diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Paediatrics and Child Health, 38*(5), 481–486. https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2002.00033.x

Sibley, M. H., Arnold, L. E., Swanson, J. M., Hechtman, L. T., Kennedy, T. M., Owens, E., Molina, B. S. G., Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Roy, A., Chronis-Tuscano, A., Newcorn, J. H. i Rohde, L. A. (2022). Variable patterns of remission from ADHD in the Multimodal Treatment Study of ADHD. *American Journal of Psychiatry, 179*(2), 142–151. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.21010032

Silva, M. A. S. i Kristensen, C. H. (2021). Adaptação transcultural: Knowledge of Attention Deficit Disorders (KADDS) para o português do Brasil. *International Journal of Development Research, 11*(10), 50698–50702. https://doi.org/10.37118/ijdr.22898.10.2021

Singh, I. (2013). Not robots: Children's perspectives on authenticity, moral agency and stimulant drug treatments. *Journal of Medical Ethics, 39*(6), 359–366. https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100224

Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X. i Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health, 11*, Artykuł 04009. https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009

Słopień, A., Wolańczyk, T., Jerzak, M., Wydra, M., Olszewska, B., Rosa, A. i Kowalska, S. (2025). *Uczniowie z ADHD w klasie: Poradnik dla nauczycieli*. Instytut Badań Edukacyjnych - Państwowy Instytut Badawczy.

Sousa, V. D. i Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 17*(2), 268–274. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x

Still, G. F. (1902). The Goulstonian Lectures on some abnormal psychical conditions in children. *The Lancet, 159*(4102), 1008–1012; *159*(4103), 1077–1082; *159*(4104), 1163–1168.

Tóth-Szerecz, Á., Oo, T. Z. i Csima, M. (2025). Knowledge about attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among kindergarten and primary school teachers in Hungary. *Education Sciences, 15*(7), Artykuł 922. https://doi.org/10.3390/educsci15070922

Wakabayashi, T. i Guskin, K. (2010). The effect of an „unsure" option on early childhood professionals' pre- and post-training knowledge assessments. *American Journal of Evaluation, 31*(4), 486–498. https://doi.org/10.1177/1098214010371818

Ward, R. J., Bristow, S. J., Kovshoff, H., Cortese, S. i Kreppner, J. (2022). The effects of ADHD teacher training programs on teachers and pupils: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Attention Disorders, 26*(2), 225–244. https://doi.org/10.1177/1087054720972801

Wolraich, M. L., Lindgren, S. D., Stumbo, P. J., Stegink, L. D., Appelbaum, M. I. i Kiritsy, M. C. (1994). Effects of diets high in sucrose or aspartame on the behavior and cognitive performance of children. *The New England Journal of Medicine, 330*(5), 301–307. https://doi.org/10.1056/NEJM199402033300501

Wolraich, M. L., Wilson, D. B. i White, J. W. (1995). The effect of sugar on behavior or cognition in children: A meta-analysis. *JAMA, 274*(20), 1617–1621. https://doi.org/10.1001/jama.1995.03530200053037

Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Jr., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S. W., Flinn, S. K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J. R., Lehmann, C. U., Lessin, H. R., Okechukwu, K., Pierce, K. L., Winner, J. D. i Zurhellen, W. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics, 144*(4), Artykuł e20192528. https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (wyd. 10). https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F90-F98

World Health Organization. (2019/2021). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (wyd. 11). https://icd.who.int/browse11

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA, 310*(20), 2191–2194. https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053

Yeung, A., Ng, E. i Abi-Jaoude, E. (2022). TikTok and attention-deficit/hyperactivity disorder: A cross-sectional study of social media content quality. *The Canadian Journal of Psychiatry, 67*(12), 899–906. https://doi.org/10.1177/07067437221082854

Young, S., Adamo, N., Ásgeirsdóttir, B. B., Branney, P., Beckett, M., Colley, W., Cubbin, S., Deeley, Q., Farrag, E., Gudjonsson, G., Hill, P., Hollingdale, J., Kilic, O., Lloyd, T., Mason, P., Paliokosta, E., Perecherla, S., Sedgwick, J., Skirrow, C., … Woodhouse, E. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry, 20*, Artykuł 404. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9

SPIS TABEL

Tabela 1. Adaptacje i wersje językowe skali KADDS

Tabela 2. Tłumaczenie robocze pozycji skali KADDS-R oraz propozycje zmian zgłoszone przez ekspertów

Tabela 3. Tłumaczenie zwrotne pozycji skali KADDS-R oraz ostateczne brzmienie wersji polskiej

Tabela 4. Charakterystyka demograficzna badanej grupy

Tabela 5. Doświadczenie kontaktu z ADHD i przygotowanie merytoryczne osób badanych

Tabela 6. Statystyki opisowe wyników polskiej wersji skali KADDS-R

Tabela 7. Rozkład wyniku ogólnego skali KADDS-R

Tabela 8. Zgodność wewnętrzna polskiej wersji skali KADDS-R

Tabela 9. Analiza pozycji polskiej wersji skali KADDS-R

Tabela 10. Rozkład odpowiedzi na poszczególne pozycje skali

Tabela 11. Związki pomiędzy wyodrębnionymi czynnikami z rozwiązania trójczynnikowego

Tabela 12. Struktura czynnikowa polskiej wersji skali KADDS-R – rozwiązanie trójczynnikowe

Tabela 13. Wyniki wiedzy w zależności od doświadczenia kontaktu z ADHD

Tabela 14. Wyniki wiedzy w zależności od przeszkolenia w zakresie ADHD

Tabela 15. Związek wyników skali ze zmiennymi demograficznymi

Tabela 16. Wyniki wiedzy w grupach wyodrębnionych na podstawie sytuacji zawodowej i edukacyjnej

Tabela 17. Porównanie właściwości psychometrycznych wersji polskiej i wersji źródłowej

Tabela 18. Najczęstsze błędne przekonania na temat ADHD w badanej grupie

Tabela 19. Rozpowszechnienie wybranych błędnych przekonań - porównanie z badaniem dziewięciu krajów

Tabela 20. Pozycje o najwyższym odsetku odpowiedzi „nie wiem”

Tabela 21. Zestawienie rozstrzygnięć dotyczących hipotez badawczych

Tabela A1. Pozycje zrewidowanej wersji skali KADDS wraz z kluczem odpowiedzi

Tabela A2. Liczba pozycji w obszarach treściowych - wersja oryginalna i rekonstrukcja dla wersji zrewidowanej

Tabela B1. Pozycje skali KADDS-R - wersja źródłowa i wersja polska

SPIS RYSUNKÓW

Rysunek 1. Model procesu interwencji

ANEKSY

Aneks A. Pozycje zrewidowanej wersji skali KADDS - wersja źródłowa, klucz odpowiedzi i przyporządkowanie do obszarów treściowych

Tabela A1

Pozycje zrewidowanej wersji skali KADDS wraz z kluczem odpowiedzi

Nr	Treść pozycji (wersja źródłowa)	Klucz	Zm.	Obszar
1	Most estimates suggest that ADHD occurs in more than 15% of school age children.	F	P	CT
2	Current research suggests that ADHD is largely the result of ineffective parenting skills.	F	B	L
3	Children with ADHD are frequently distracted by extraneous stimuli.	P	B	OD
4	In order to be diagnosed with ADHD, the person's symptoms must have been present before age 12.	P	B	OD
5	ADHD is more common in the 1st degree biological relatives (i.e. mother, father) of children with ADHD than in the general population.	P	B	CT
6	One symptom of children with ADHD is that they have been physically cruel to other people.	F	B	OD
7	Non-stimulant medications have been effective in reducing symptoms for many children with ADHD.	P	P	L
8	Children with ADHD often fidget or squirm in their seats.	P	B	OD
9	Research suggests that parent training programs have been effective in reducing symptoms of ADHD in children.	P	P	L
10	It is possible for an adult to be diagnosed with ADHD.	P	B	CT
11	Children with ADHD typically have a history of stealing or destroying other people's things.	F	B	OD
12	A common side effect of stimulant medication used for treatment of ADHD is appetite reduction.	P	P	L
13	A person with primarily inattentive symptoms (but few hyperactive/impulsive symptoms) can be diagnosed with ADHD.	P	N	—
14	Individual cognitive therapy has been effective in reducing the core symptoms of ADHD in school age children.	F	P	L
15	Most children with ADHD "outgrow" their symptoms by the onset of puberty and show few symptoms in adulthood.	F	P	CT
16	In order to be diagnosed with ADHD, a child must exhibit relevant symptoms in two or more settings (e.g., home, school).	P	B	OD
17	Children with ADHD typically have equal difficulty in sustaining their attention on both interesting and uninteresting tasks.	F	N	—
18	Reducing dietary intake of sugar or food additives is generally effective in reducing the symptoms of ADHD.	F	B	L
19	In the United States, a diagnosis of ADHD by itself makes a child eligible for placement in special education.	F	P	CT
20	Stimulants are the most common type of medication used to treat children with ADHD.	P	B	L
21	Children with ADHD often have difficulties organizing tasks and activities.	P	B	OD
22	Children with ADHD generally experience more problems in unfamiliar/novel situations than in familiar/repetitive situations.	F	P	CT

Nr	Treść pozycji (wersja źródłowa)	Klucz	Zm.	Obszar
23	There are specific physical features which can be identified by medical doctors (e.g., pediatrician) in making a definitive diagnosis of ADHD.	F	B	CT
24	Among school age children, the prevalence of ADHD in males and females is equivalent.	F	B	CT
25	Children with ADHD typically show more difficulties in a classroom setting than in a free play situation.	P	B	CT
26	The majority of children with ADHD show academic underachievement in elementary school.	P	P	CT
27	Symptoms of depression are found more frequently in ADHD children than in non-ADHD children.	P	B	CT
28	Parent-training interventions for children with ADHD typically focus on the child's problems with inattention.	F	P	L
29	Evidence-based parent-training programs for ADHD emphasize reinforcing positive behaviors and teaching skills before introducing punitive strategies.	P	P	L
30	Research has shown that prolonged use of stimulant medications leads to increased addiction (i.e., drug, alcohol) in adulthood.	F	B	n.p.
31	If a child responds to stimulant medications (e.g., Ritalin), then they probably have ADHD.	F	B	n.p.
32	Children with ADHD generally display an inflexible adherence to specific routines or rituals.	F	B	n.p.
33	Individuals with ADHD often experience intense periods of hyperfocus.	P	N	—
34	Individuals with ADHD have a higher rate of unintended injuries and accidents (e.g., car accidents, head injuries).	P	N	—
35	It generally takes several weeks before seeing the effects of stimulant medications.	F	N	—
36	Individuals with ADHD typically experience significant challenges in their executive function systems (e.g., organization, time management, planning).	P	N	—

Uwaga. Treść pozycji i klucz odpowiedzi za Sciutto, Terjesen i Goldrich (2025). Klucz: P - odpowiedź prawidłowa „prawda"; F - odpowiedź prawidłowa „fałsz". Zmiana względem wersji oryginalnej (Zm.): B - pozycja zachowana bez zmian; P - pozycja przeformułowana; N - pozycja nowa. Obszar treściowy: CT - cechy towarzyszące; OD - objawy i diagnoza; L - leczenie; n.p. - pozycja nieprzyporządkowana do żadnego obszaru już w wersji oryginalnej; - pozycja nowa, bez odpowiednika w wersji oryginalnej.

Uwaga metodologiczna do przyporządkowania obszarów treściowych. Dokumentacja wersji zrewidowanej nie zawiera zaktualizowanego przyporządkowania pozycji do obszarów treściowych. Przedstawione w kolumnie „Obszar" przyporządkowanie stanowi rekonstrukcję opracowaną na potrzeby niniejszej pracy, opartą na identyfikacji pozycji zachowanych i przeformułowanych oraz na przyporządkowaniu ich odpowiedników w wersji oryginalnej, ustalonym metodą sędziów kompetentnych przy progu zgodności 75% (Sciutto i Feldhamer, 2005). Rekonstrukcja obejmuje 30 z 36 pozycji: 11 przypisano do obszaru cech towarzyszących, 7 do obszaru objawów i diagnozy, 9 do obszaru leczenia, a 3 pozycje pozostawały

nieprzyporządkowane już w wersji oryginalnej, gdzie włączono je do narzędzia na potrzeby dalszych prac rozwojowych. Sześć pozycji nowych nie ma w wersji oryginalnej odpowiednika i wymaga przyporządkowania na podstawie danych empirycznych.

Tabela A2

Liczba pozycji w obszarach treściowych - wersja oryginalna i rekonstrukcja dla wersji zrewidowanej

Obszar treściowy	Wersja oryginalna	Wersja zrewidowana (rekonstrukcja)
Cechy towarzyszące	15	11
Objawy i diagnoza	9	7
Leczenie	12	9
Nieprzyporządkowane	3	3
Pozycje nowe	—	6
Łącznie	**36 (39)**	**36**

Uwaga. Wersja oryginalna: liczba w nawiasie obejmuje trzy pozycje zamieszczone w aneksie podręcznika, lecz nieprzyporządkowane do obszarów treściowych (Sciutto i Feldhamer, 2005).

Aneks B. Polska wersja skali KADDS-R zestawiona z wersją źródłową

Format odpowiedzi: trzy warianty - „prawda", „fałsz", „nie wiem" - przedstawiane przy każdej pozycji. Pozycje prezentowano w kolejności odpowiadającej numeracji wersji źródłowej.

Tabela B1

Pozycje skali KADDS-R - wersja źródłowa i wersja polska

Nr	Wersja źródłowa	Wersja polska
1	Most estimates suggest that ADHD occurs in more than 15% of school age children.	Większość szacunków wskazuje, że ADHD występuje u ponad 15% dzieci w wieku szkolnym.
2	Current research suggests that ADHD is largely the result of ineffective parenting skills.	Aktualne badania wskazują, że ADHD jest w dużej mierze skutkiem nieskutecznych praktyk wychowawczych rodziców.
3	Children with ADHD are frequently distracted by extraneous stimuli.	Dzieci z ADHD często łatwo rozpraszają się pod wpływem bodźców z otoczenia.
4	In order to be diagnosed with ADHD, the person's symptoms must have been present before age 12.	Aby można było rozpoznać ADHD, objawy muszą być obecne przed 12. rokiem życia.
5	ADHD is more common in the 1st degree biological relatives (i.e. mother, father) of children with ADHD than in the general population.	ADHD występuje częściej u biologicznych krewnych pierwszego stopnia dzieci z ADHD, na przykład u matki lub ojca, niż w populacji ogólnej.

Nr	Wersja źródłowa	Wersja polska
6	One symptom of children with ADHD is that they have been physically cruel to other people.	Jednym z objawów ADHD u dzieci są okrutne zachowania fizyczne wobec innych osób.
7	Non-stimulant medications have been effective in reducing symptoms for many children with ADHD.	Leki niestymulujące okazały się skuteczne w zmniejszaniu objawów u wielu dzieci z ADHD.
8	Children with ADHD often fidget or squirm in their seats.	Dzieci z ADHD często wiercą się lub kręcą na krześle.
9	Research suggests that parent training programs have been effective in reducing symptoms of ADHD in children.	Badania wskazują, że programy treningu dla rodziców są skuteczne w zmniejszaniu objawów ADHD u dzieci.
10	It is possible for an adult to be diagnosed with ADHD.	ADHD można rozpoznać także u osoby dorosłej.
11	Children with ADHD typically have a history of stealing or destroying other people's things.	Dzieci z ADHD zazwyczaj w przeszłości przejawiały zachowania takie jak kradzieże lub niszczenie cudzych rzeczy.
12	A common side effect of stimulant medication used for treatment of ADHD is appetite reduction.	Częstym działaniem niepożądanym leków stymulujących stosowanych w leczeniu ADHD jest zmniejszenie apetytu.
13	A person with primarily inattentive symptoms (but few hyperactive/impulsive symptoms) can be diagnosed with ADHD.	Osoba, u której dominują objawy nieuwagi, przy niewielkim nasileniu objawów nadruchliwości i impulsywności, może otrzymać rozpoznanie ADHD.
14	Individual cognitive therapy has been effective in reducing the core symptoms of ADHD in school age children.	Indywidualna terapia poznawcza jest skuteczna w zmniejszaniu osiowych objawów ADHD u dzieci w wieku szkolnym.
15	Most children with ADHD 'outgrow' their symptoms by the onset of puberty and show few symptoms in adulthood.	Większość dzieci z ADHD „wyrasta" z objawów przed rozpoczęciem okresu dojrzewania i w dorosłości wykazuje niewiele objawów.
16	In order to be diagnosed with ADHD, a child must exhibit relevant symptoms in two or more settings (e.g., home, school).	Aby można było rozpoznać ADHD u dziecka, objawy charakterystyczne dla ADHD muszą występować w co najmniej dwóch środowiskach, na przykład w domu i w szkole.
17	Children with ADHD typically have equal difficulty in sustaining their attention on both interesting and uninteresting tasks.	Dzieci z ADHD zazwyczaj mają takie same trudności z utrzymaniem uwagi podczas wykonywania zadań interesujących i nieinteresujących.
18	Reducing dietary intake of sugar or food additives is generally effective in reducing the symptoms of ADHD.	Ograniczenie spożycia cukru lub dodatków do żywności jest zazwyczaj skuteczne w zmniejszaniu objawów ADHD.
19	In the United States, a diagnosis of ADHD by itself makes a child eligible for placement in special education.	W Polsce samo rozpoznanie ADHD automatycznie kwalifikuje dziecko do uzyskania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.
20	Stimulants are the most common type of medication used to treat children with ADHD.	Leki stymulujące są najczęściej stosowanym rodzajem leków w leczeniu ADHD u dzieci.
21	Children with ADHD often have difficulties organizing tasks and activities.	Dzieci z ADHD często mają trudności z organizowaniem zadań i aktywności.
22	Children with ADHD generally experience more problems in unfamiliar/novel situations than in familiar/repetitive situations.	Dzieci z ADHD zazwyczaj mają więcej trudności w sytuacjach nowych lub nieznanych niż w sytuacjach znanych i powtarzalnych.
23	There are specific physical features which can be identified by medical doctors (e.g., pediatrician) in making a definitive diagnosis of ADHD.	Istnieją swoiste cechy fizyczne, które lekarz, na przykład pediatra, może stwierdzić i na ich podstawie jednoznacznie rozpoznać ADHD.

Nr	Wersja źródłowa	Wersja polska
24	Among school age children, the prevalence of ADHD in males and females is equivalent.	Wśród dzieci w wieku szkolnym ADHD występuje równie często u chłopców, jak u dziewcząt.
25	Children with ADHD typically show more difficulties in a classroom setting than in a free play situation.	Dzieci z ADHD zazwyczaj mają więcej trudności podczas zajęć w klasie niż podczas swobodnej zabawy.
26	The majority of children with ADHD show academic underachievement in elementary school.	W szkole podstawowej większość dzieci z ADHD osiąga wyniki poniżej swoich możliwości.
27	Symptoms of depression are found more frequently in ADHD children than in non-ADHD children.	Objawy depresji występują częściej u dzieci z ADHD niż u dzieci bez ADHD.
28	Parent-training interventions for children with ADHD typically focus on the child's problems with inattention.	Interwencje w formie treningu dla rodziców dzieci z ADHD zazwyczaj koncentrują się na trudnościach dziecka z utrzymaniem uwagi.
29	Evidence-based parent-training programs for ADHD emphasize reinforcing positive behaviors and teaching skills before introducing punitive strategies.	Oparte na dowodach naukowych programy treningu dla rodziców dzieci z ADHD kładą nacisk na wzmacnianie pozytywnych zachowań i uczenie umiejętności przed wprowadzaniem strategii opartych na karach.
30	Research has shown that prolonged use of stimulant medications leads to increased addiction (i.e., drug, alcohol) in adulthood.	Badania wykazały, że długotrwałe stosowanie leków stymulujących prowadzi w dorosłości do zwiększonego ryzyka uzależnień, na przykład od narkotyków lub alkoholu.
31	If a child responds to stimulant medications (e.g., Ritalin), then they probably have ADHD.	Jeśli po zastosowaniu leków stymulujących, na przykład Medikinetu, objawy u dziecka się zmniejszają, to dziecko prawdopodobnie ma ADHD.
32	Children with ADHD generally display an inflexible adherence to specific routines or rituals.	Dzieci z ADHD zazwyczaj wykazują sztywne przywiązanie do określonych rutyn lub rytuałów.
33	Individuals with ADHD often experience intense periods of hyperfocus.	Osoby z ADHD często doświadczają stanów hiperfokusu, czyli bardzo intensywnego skupienia uwagi na wykonywanym zadaniu.
34	Individuals with ADHD have a higher rate of unintended injuries and accidents (e.g., car accidents, head injuries).	U osób z ADHD częściej występują niezamierzone urazy i wypadki, na przykład wypadki samochodowe lub urazy głowy.
35	It generally takes several weeks before seeing the effects of stimulant medications.	Na efekty działania leków stymulujących trzeba zazwyczaj czekać kilka tygodni.
36	Individuals with ADHD typically experience significant challenges in their executive function systems (e.g., organization, time management, planning).	Osoby z ADHD zazwyczaj doświadczają istotnych trudności w zakresie funkcji wykonawczych, takich jak organizacja, zarządzanie czasem i planowanie.

Uwaga. Wersja źródłowa za Sciutto, Terjesenem i Goldrichem (2025). Wersja polska stanowi ostateczne brzmienie przyjęte po zakończeniu procedury adaptacyjnej opisanej w podrozdziale 4.3.2. Klucz odpowiedzi zamieszczono w Tabeli A1.

Aneks C. Kwestionariusz danych demograficznych i zmiennych dodatkowych

Poniżej przedstawiono treść pytań metryczkowych wraz z opcjami odpowiedzi. Kwestionariusz miał strukturę warunkową: po bloku wspólnym osoba badana była kierowana do jednego z trzech bloków szczegółowych na podstawie odpowiedzi na pytanie 13.

Blok wspólny

1. Ile ma Pani/Pan lat? Proszę podać wiek w pełnych latach. *(odpowiedź otwarta)*
2. Jak określa Pani/Pan swoją płeć? - kobieta; mężczyzna; wolę nie odpowiadać.
3. Jakie jest Pani/Pana najwyższe ukończone wykształcenie? - podstawowe lub gimnazjalne; zasadnicze zawodowe / branżowe; średnie; wyższe; stopień doktora lub wyższy.
4. W jakiej miejscowości Pani/Pan obecnie mieszka? - wieś; miasto do 20 tys. mieszkańców; miasto od 20 do 100 tys. mieszkańców; miasto od 100 do 500 tys. mieszkańców; miasto powyżej 500 tys. mieszkańców.
5. Czy język polski jest językiem, którym posługuje się Pani/Pan na co dzień? - tak; nie.
6. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pani/Pana ADHD? - tak; nie; jestem obecnie w trakcie diagnozy; podejrzewam u siebie ADHD, ale nie mam formalnego rozpoznania; wolę nie odpowiadać.
7. Czy ma Pani/Pan dziecko z formalnym rozpoznaniem ADHD? - tak; nie; nie mam dzieci; dziecko jest obecnie w trakcie diagnozy; wolę nie odpowiadać.
8. Czy wśród Pani/Pana bliskich członków rodziny lub przyjaciół jest osoba z formalnym rozpoznaniem ADHD? - tak; nie; nie wiem.
9. Czy w związku z pracą zawodową, studiami, praktykami lub wolontariatem miała Pani / miał Pan bezpośredni kontakt z osobami z ADHD? - tak, regularnie; tak, sporadycznie; nie; trudno powiedzieć.
10. Czy uczestniczyła Pani / uczestniczył Pan w formalnym szkoleniu dotyczącym ADHD, które trwało co najmniej dwie godziny? - tak; nie; nie pamiętam.
11. Ile łącznie godzin formalnych szkoleń dotyczących ADHD Pani/Pan odbyła lub odbył? - mniej niż 2 godziny; 2–5 godzin; 6–10 godzin; 11–20 godzin; więcej niż 20 godzin; trudno powiedzieć.
12. W ilu szkoleniach, warsztatach lub kursach zawodowych dotyczących ADHD Pani/Pan uczestniczyła lub uczestniczył? - w żadnym; 1–2; 3–4; 5 lub więcej; trudno powiedzieć.
13. Ile artykułów naukowych lub profesjonalnych tekstów dotyczących ADHD Pani/Pan przeczytała lub przeczytał? - żadnego; 1–3; 4–6; 7–9; 10 lub więcej; trudno powiedzieć.
14. Jak ocenia Pani/Pan swoją dotychczasową wiedzę na temat ADHD? - bardzo mała; mała; umiarkowana; duża; bardzo duża.
15. Z jakich źródeł czerpała Pani / czerpał Pan wiedzę na temat ADHD? *(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)* - zajęcia na studiach; studia podyplomowe; szkolenia lub warsztaty; książki specjalistyczne; artykuły naukowe; materiały przygotowane przez szkołę, poradnię lub placówkę medyczną; własne doświadczenie zawodowe; własna diagnoza lub diagnoza bliskiej osoby; media społecznościowe; podcasty, filmy lub strony popularnonaukowe; nie poszukiwałam / nie poszukiwałem informacji o ADHD; inne.
16. Które z poniższych określeń najlepiej opisuje Pani/Pana obecną sytuację? *(pytanie rozdzielające, jedna odpowiedź)* - obecnie pracuję jako nauczycielka lub nauczyciel w przedszkolu albo szkole; obecnie nie pracuję jako nauczycielka lub nauczyciel, ale studiuję pedagogikę, pedagogikę specjalną, kierunek nauczycielski lub psychologię; nie pracuję jako nauczycielka lub nauczyciel i nie studiuję obecnie pedagogiki, kierunku nauczycielskiego ani psychologii.

Blok A - nauczyciele

17. Ile pełnych lat pracuje Pani/Pan jako nauczycielka lub nauczyciel? - do 10 lat; 11–20 lat; powyżej 20 lat.
18. Na jakim etapie edukacyjnym Pani/Pan obecnie pracuje? *(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)* - przedszkole; klasy I–III szkoły podstawowej; klasy IV–VI szkoły podstawowej; klasy VII–VIII szkoły podstawowej; szkoła branżowa; liceum; technikum; szkoła policealna; szkoła specjalna; inne.
19. Jakie jest Pani/Pana główne stanowisko? - nauczyciel wychowania przedszkolnego; nauczyciel edukacji wczesnoszkolnej; nauczyciel przedmiotowy; nauczyciel współorganizujący kształcenie; pedagog specjalny; wychowawca; inne.
20. W jakim typie placówki Pani/Pan obecnie pracuje? - publicznej; niepublicznej; pracuję w placówkach publicznych i niepublicznych.
21. Jaki charakter ma klasa, oddział lub placówka, w której Pani/Pan przede wszystkim pracuje? - ogólnodostępny; integracyjny; specjalny; terapeutyczny.

22. Ilu uczniów liczy przeciętnie klasa lub grupa, z którą Pani/Pan pracuje? - do 15 osób; 16–25 osób; powyżej 25 osób.
23. Czy posiada Pani/Pan formalne przygotowanie z zakresu pedagogiki specjalnej? - tak; nie; obecnie jestem w trakcie zdobywania takiego przygotowania.
24. Czy kiedykolwiek uczyła Pani / uczył Pan ucznia z formalnym rozpoznaniem ADHD? - tak; nie; nie wiem / nie miałam lub nie miałem informacji o diagnozie.
25. Ilu uczniów z formalnym rozpoznaniem ADHD uczyła Pani / uczył Pan w całej dotychczasowej pracy zawodowej? - żadnego; 1–2; 3–5; 6–10; 11–20; więcej niż 20; trudno powiedzieć.
26. Czy obecnie w klasie lub grupie, z którą Pani/Pan pracuje, znajduje się co najmniej jeden uczeń z formalnym rozpoznaniem ADHD? - tak; nie; nie wiem / nie mam takiej informacji.

Blok B - studenci

27. Jaki kierunek Pani/Pan obecnie studiuje? - psychologia; pedagogika; pedagogika specjalna; pedagogika przedszkolna i wczesnoszkolna; kierunek nauczycielski; inne.
28. Na jakim poziomie studiów Pani/Pan jest? - studia pierwszego stopnia; studia drugiego stopnia; jednolite studia magisterskie; studia podyplomowe.
29. Na którym roku studiów Pani/Pan jest? - 1; 2; 3; 4; 5.
30. Czy odbyła Pani / odbył Pan praktyki zawodowe lub pedagogiczne? - tak; nie; obecnie jestem w trakcie.
31. Jaki był dotychczasowy łączny wymiar praktyk? - mniej niż 50 godzin; 50–100 godzin; 101–200 godzin; 201–400 godzin; więcej niż 400 godzin; trudno powiedzieć; nie odbywałam / nie odbywałem praktyk.
32. Czy podczas studiów, praktyk lub wolontariatu miała Pani / miał Pan bezpośredni kontakt z dzieckiem, nastolatkiem lub osobą dorosłą z formalnym rozpoznaniem ADHD? - tak, regularnie; tak, sporadycznie; nie; nie wiem.
33. Czy w programie Pani/Pana studiów ADHD było omawiane podczas zajęć? - nie; tak, podczas pojedynczych zajęć; tak, podczas kilku zajęć.
34. Czy obecnie pracuje Pani/Pan w zawodzie związanym z edukacją, psychologią, pomocą społeczną lub ochroną zdrowia? - tak; nie. *(jeśli tak: jakie stanowisko Pani/Pan zajmuje? - odpowiedź otwarta)*

Blok C - pozostałe osoby badane

35. Jaka jest Pani/Pana obecna sytuacja zawodowa? - pracuję zawodowo; prowadzę własną działalność; nie pracuję zawodowo; jestem osobą bezrobotną; jestem na emeryturze lub rencie; studiuję kierunek inny niż pedagogika lub psychologia; inne.
36. W jakim obszarze Pani/Pan obecnie pracuje lub pracowała/pracował najdłużej? - edukacja; psychologia, psychoterapia lub pomoc społeczna; ochrona zdrowia; administracja; handel lub usługi; przemysł lub budownictwo; informatyka lub technologie; kultura lub media; inne.
37. Czy wykonuje Pani/Pan zawód, w którym wymagana jest specjalistyczna wiedza dotycząca ADHD? - tak; nie; trudno powiedzieć. *(jeśli tak: jaki jest to zawód lub rodzaj pracy? - odpowiedź otwarta)*

Uwaga. Numeracja pytań wprowadzona na potrzeby niniejszego zestawienia. Treść pytań i opcje odpowiedzi odtworzono na podstawie zbioru danych oraz zestawień sporządzonych w toku opracowania statystycznego.