

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Karolína Floderová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Znalosti studentů středních škol a jejich postoje v
problematice sexuálně přenosných infekcí

Olomouc 2021

vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Karolína Floderová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2022

Název práce:	Znalosti studentů středních škol a jejich postoje v problematice sexuálně přenosných infekcí
Název v angličtině:	Knowledge of secondary schools students and their attitudes in the field of sexually transmitted infections
Anotace práce:	<p>Tato kvantitativní observační analytická průřezová studie zkoumá úroveň znalostí a postoje žáků a žákyň čtyřletých gymnázií a oboru Praktická sestra k sexuálně přenosným infekcím. Konkrétně zjišťuje úroveň znalostí a postoje k sexuálně přenosným infekcím v závislosti na škole, ročníku studia, sexuální aktivitě a také korelaci mezi znalostmi a postoji. Souhlas s účastí ve studii udělilo 150 respondentů a respondentek z 215 plánovaných. K realizaci sběru dat byla využita metoda dotazníku, konkrétně české překlady dotazníků The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire (STD-KQ) od autorů Jaworski a Carey z roku 2007 zjišťující znalosti o sexuálně přenosných infekcích a dotazník Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale (STDAS) vyvinutý v roce 1989 autory Yarberem, Torabim a Veenkerem, který zjišťuje postoje. Také byly zjišťovány sociodemografické údaje respondentů a respondentek, konkrétně škola, ročník studia, věk a sexuální aktivita. Sběr dat probíhal od 5.10.2021 do 22.10.2021. Na gymnáziu výzkumné šetření proběhlo prezenčně, na střední zdravotnické škole online formou. Pro statistické zpracování dat byly použity programy Microsoft Excel a SPSS. Pro vyhodnocení dat byly</p>

	<p>využity metody deskriptivní i induktivní statistiky: četnost, relativní četnost, medián, minimální hodnota, maximální hodnota, aritmetický průměr, směrodatná odchylka, dvouvýběrový t-test, analýza rozptylu, Mann-Whitneyův test pro dva nezávislé výběry, Kruskal-Wallisův test, Pearsonův korelační koeficient a Spearmanův korelační koeficient. Na základě výsledků výzkumu byl vytvořen edukační materiál.</p>
<p>Klíčová slova:</p>	<p>znalosti, postoje, sexuálně přenosné infekce, sexuálně přenosné nemoci, žáci a žákyně středních škol, studenti a studentky středních škol, adolescenti/adolescentky, střední zdravotnická škola, praktická sestra, čtyřleté gymnázium, The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire, STD-KQ, Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale, STDAS</p>
<p>Anotace v angličtině:</p>	<p>This quantitative observational cross-sectional study examines the level of knowledge of sexually transmitted infections and attitudes towards sexually transmitted infections of four-year grammar school students and students with practical nurse field of study. Specifically, it finds out the level of knowledge of sexually transmitted infections and attitudes towards sexually transmitted infections depending on school, year of study, sexual activity. The study further describes the correlation between mentioned knowledge and attitudes. The agreement to participate in the study was provided by 150 respondents out of 215 planned respondents. The questionnaire method was used to gather the data, namely the Czech translations of The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire (STD-KQ) by Jaworski and Carey from 2007 measuring the knowledge of sexually transmitted infections and the Sexually Transmitted</p>

	<p>Diseases Attitude Scale (STDAS) introduced in 1989 by Yarber, Torabiand Veenker, which surveyed the attitudes towards sexually transmitted infections. The study also ascertains the socio-demographic data of respondents, namely school, year of study, age and sexual activity. Data collection took place from 5.10.2021 to 22.10.2021. At the grammar school, the research was conducted in person, at the secondary school of nursing it was in online form. Microsoft Excel and SPSS software were used for statistical data processing. To evaluate the data, following methods of descriptive and inductive statistics were used: frequency, relative frequency, median, minimum value, maximum value, arithmetic mean, standard deviation, two-sample t-test, analysis of variance, Mann-Whitney test for two independent samples, Kruskal-Wallis test, Pearson's correlation coefficient and Spearman's correlation coefficient. An educational material was created based on the research results.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>knowledge, attitudes, sexually transmitted infections, sexually transmitted diseases, secondary schools students, high school students, adolescents, secondary school of nursing, practical nurse, four-year grammar school, The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire, STD-KQ, Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale, STDAS</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>Informovaný souhlas, Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat (Gymnázium Ústí nad Orlicí), Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat (VOŠ a SŠZS Ústí nad Orlicí), Sociodemografické údaje respondentů a respondentek, Dotazník The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire STD-KQ (Jaworski a Carey, 2007), Dotazník Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale</p>

	STDAS (Yarber, Torabi a Veenker, 1989), Online dotazník, Edukační materiál
Rozsah práce:	95 s. + 41 s. příloh
Jazyk práce:	čeština

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 7.12.2021



Bc. Karolína Floderová

Děkuji doc. PhDr. Janě Marečkové, Ph.D., za vedení mé diplomové práce, věnovaný čas a cenné rady. Dále děkuji Mgr. Petře Peškové za odbornou korekturu českých překladů použitých dotazníků, Ing. et Ing. Anetě Mazouchové, Ph.D., za pomoc se statistickým zpracováním dat, ředitelce Vyšší odborné školy a střední školy zdravotnické a sociální Ústí nad Orlicí Mgr. Marii Klementové a řediteli Gymnázia Ústí nad Orlicí Mgr. Marku Hoffmannovi za udělení souhlasu pro sběr dat na těchto školách, pedagožkám a pedagogům, kteří mi byli nápomocní při realizaci výzkumu a v neposlední řadě žákům, žákyním a jejich zákonným zástupcům a zástupkyním, kteří souhlasili s účastí na výzkumném šetření, vyplnili dotazník a umožnili tak vznik této diplomové práce.

OBSAH

ANOTACE.....	2
1. ÚVOD	9
2. PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ K TÉMATU DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	11
2.1 POVĚDOMÍ A ZNALOSTI O SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH INFEKČÍCH	13
2.2 POSTOJE SOUVISEJÍCÍ S PROBLEMATIKOU SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH INFEKČÍ	29
2.3 VLIV ZNALOSTÍ A POSTOJŮ NA SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ A VNÍMÁNÍ RIZIKA.....	32
2.4 VLIV INTERVENČÍ SEXUÁLNÍ VÝCHOVY NA ZNALOSTI, POSTOJE A SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ	36
2.5 METODIKA A VÝSLEDKY LITERÁRNÍCH REŠERŠÍ	41
3. PRAKTICKÁ ČÁST	46
3.1 METODIKA.....	46
3.2 VÝSLEDKY	54
4. DISKUSE A ZÁVĚRY	77
REFERENČNÍ SEZNAM	82
SEZNAM ZKRATEK, OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ	91
SEZNAM PŘÍLOH	95
PŘÍLOHY	96

1. ÚVOD

Sexuálně přenosné infekce (SPI) jsou infekce, které se přenáší převážně pohlavním stykem a jsou velkým problémem veřejného zdraví v rozvojových i vyspělých zemích. Míra prevalence je však vyšší v rozvojových zemích, kde je péče hůře dostupná (Lim et al., 2017). Každý den se na světě více než 1 milion lidí nakazí některou sexuálně přenosnou infekcí. Odhaduje se, že každý rok se celosvětově vyskytne 376 milionů případů nákazy chlamydiemi, kapavkou, syfilidou a trichomoniázou. Více než 500 milionů lidí je nositeli genitální infekce virem herpes simplex (HSV) a přibližně 300 milionů žen je infikováno lidským papilomavirem (HPV). Toto číslo je u mužů pravděpodobně podobné. Některé sexuálně přenosné choroby mohou trojnásobně zvýšit riziko nákazy virem lidské imunodeficiency (HIV) (World Health Organization, 2019).

Podle nejnovějších statistických dat bylo v České republice v roce 2019 diagnostikováno 876 případů různých forem syfilidy, 1636 gonokokové infekce, 41 nově zjištěných hepatitid typu B a 222 pozitivních na HIV. Oproti roku 2019 bylo v roce 2010 diagnostikováno méně případů kapavky (756) a HIV (180). Naopak zvýšený výskyt byl v roce 2010 pozorován u hepatitidy B (244) a syfilidy (1022) (Český statistický úřad, 2020). V České republice (ČR) jsou diagnostikovány SPI častěji u mužů. Například v roce 2017 bylo u mužů odhaleno 465 případů časný syfilis. U žen to bylo pouze 70. Podobně u kapavky (muži 1083, ženy 340) či lymfogranuloma venereum (muži 39, ženy 0 případů) (Národní zdravotnický informační systém, 2017).

Jako u většiny nemocí jsou některé skupiny obyvatel více ohrožené než jiné. Obecně platí, že každý, kdo je sexuálně aktivní, je vystaven riziku nákazy sexuálně přenosnými chorobami. Mezi vysoce rizikové skupiny patří dospívající a mladí dospělí, sexuální pracovníci/pracovníci, muži provozující sex s muži, uvěznění a injekční uživatelé/uživatelky drog. Věk však zůstává nejrizikovějším determinantem. Dospívající a mladí dospělí (15–24 let) tvoří pouze 25 % sexuálně aktivní populace, avšak přibližně 50 % všech nově diagnostikovaných případů SPI je právě v této věkové skupině (Anyanwu a Fulton, 2017). Vysoká prevalence je způsobena nedostatečnou sexuální výchovou, nedůsledným používáním kondomů, častým střídáním sexuálních partnerů/partnerek a především nedostatkem znalostí o SPI. Proto je nutné stále zvyšovat povědomí a znalosti o těchto infekcích především u rizikových skupin, kterou mládež nepochybně je (Mahmutovic et al., 2019).

Sexuální výchova (zahrnující i informace o SPI) by měla být poskytována už v raném věku s využitím kulturně a věkově vhodných výukových materiálů. Školské instituce jsou vhodné pro poskytování sexuální výchovy, jelikož sdružují velké množství dětí a mladých lidí (často z různých sociálních či etnických prostředí), kteří zde tráví mnoho času. Také jsou považovány za spolehlivý zdroj informací. Poskytování sexuální výchovy ve školách je také ekonomicky efektivní možností jak oslovit velké množství žáků, předat jim důležité znalosti, ovlivnit jejich postoje a modifikovat jejich sexuální chování ve vhodném období jejich života (Fernandes a Magagula, 2015).

Toto téma si autorka zvolila z důvodu jeho důležitosti a vnímaného nedostatku informovanosti, znalostí a negativních postojů žáků/žákyň středních škol, kteří jsou právě z těchto důvodů nejvíce ohroženi nákazou sexuálně přenosnými infekcemi.

V české legislativě je jedinec studující střední školu označován pojmem žák/žákyně, proto v této práci bude používán tento pojem (Česko, 2004).

Cíle práce

Předmět zkoumání: Znalosti a postoje žáků a žákyň 1.–4. ročníků středních zdravotnických škol a čtyřletých gymnázií v problematice sexuálně přenosných infekcí.

Hlavní cíl: Cílem této kvantitativní studie v praktické části diplomové práce bylo zjistit úroveň znalostí o sexuálně přenosných infekcích u vybraného souboru žáků a žákyň čtyřletých gymnázií a oboru Praktická sestra (PS) a jejich postoje k této problematice.

Dílčí cíle:

1. Sumarizovat aktuální vyhledané poznatky o znalostech a postojích žáků a žákyň středních škol o sexuálně přenosných infekcích v ČR a ve světě.
2. Zjistit úroveň znalostí a postoje žáků a žákyň v závislosti na navštěvované škole, ročníku studia a sexuální aktivitě.
3. Zjistit korelaci mezi úrovní znalostí žáků/žákyň a jejich postoji.
4. Doplnujícím cílem bylo vytvořit edukační materiál o sexuálně přenosných infekcích pro žáky/žákyně středních škol.

2. PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ K TÉMATU DIPLOMOVÉ PRÁCE

Sexuálně přenosné infekce způsobuje více než 30 různých druhů původců (bakterie, viry, paraziti aj.) a šíří se převážně pohlavní stykem (vaginálním, análním i orálním). Část těchto infekcí lze přenášet z matky na dítě během těhotenství nebo porodu (chlamydie, kapavka, hepatitida typu B, HIV, HPV, HSV a syfilis). Infekcí se však lze nakazit i jinými způsoby (např. infikovanými krevními deriváty či tkáněmi). Sexuálně přenosné choroby (převážně včasně neléčené) mohou mít vážné následky přesahující aktuální infekci jako např. prenatální poškození plodu či infikování dítěte během porodu, dále neplodnost, rakovinu děložního čípku či jiné zhoubné novotvary (World Health Organization, 2019). Neléčené infekce dále mohou způsobit dyspareunii, chronické pánevní bolesti či zvýšené riziko mimoděložních těhotenství a potratů v budoucnu (Amu a Adegun, 2015). Kromě fyzických potíží SPI znamená také velkou psychologickou a sociální zátěž. Pro stát tyto infekce zase představují především ekonomický problém (Von Rosen et al., 2018).

Co se týče správné terminologie, doporučuje se spíše používat pojem sexuálně přenosná infekce (anglicky Sexually transmitted infection – STI) než sexuálně přenosná nemoc (Sexually transmitted disease – STD), který byl používán především v minulosti. Důvodem může být zdůraznění jejich nakažlivosti a dále to, že ne vždy se musí infekce projevit příznaky a způsobit tak nemoc (Driák, 2012). Například chlamydie a lidský papilomavirus (HPV), dvě z nejčastějších sexuálně přenosných infekcí mezi dospívajícími v průmyslových zemích jsou, podobně jako HIV, často asymptomatické. Lidé, kteří jsou nakaženi pak nevědomě šíří infekci dál (Samkahge- Zeeb, Pöttgen a Zeeb, 2013).

Sexuálně přenosné infekce můžeme rozdělit na dvě skupiny:

A. *Klasické venerické choroby*, které jsou téměř výhradně přenášeny pohlavním stykem. Do této skupiny patří kapavka (gonorrhoea), syfilis, ulcus molle (měkký vřed, chancroid), lymphogranuloma venereum a granuloma inguinale (donovanóza). Poslední tři jmenované nemoci se v ČR vyskytují zřídka (spíše zavlečené z rozvojových zemí tropů a subtropů).

B. *Nemoci sexuálně přenositelné*, kde je sexuální kontakt pouze jednou z možných cest infikování se. Podle původce se dělí na bakteriální SPI (chlamydiové

urogenitální infekce), protozoární SPI (nejčastější je trichomoniáza), virové SPI (lidské papilomaviry – HPV, viry hepatitidy B a C – HBV, HCV, herpes viry – HSV, cytomegalovirus, virus lidské imunodeficience – HIV a virus molluscum contagiosum), mykotické (kvasinky, nejčastěji *Candida albicans*), ektoparazitární (svrab, pediculosis pubis) a mykoplazmatické (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*) (Driák, 2012).

Mezi běžné příznaky sexuálně přenosných chorob patří vaginální výtok, výtok z močové trubice u mužů, vředy na genitáliích a bolest břicha. Z nejčastějších SPI jsou v současné době vyléčitelné syfilis, kapavka, chlamydie a trichomoniáza. Začíná však narůstat rezistence mikrobů na antibiotika, čímž se léčba stává obtížnější. Virové infekce (HBV, HSV, HIV, HPV) jsou nevyléčitelné, ale jejich příznaky a dopady lze léčbou mírnit a korigovat (World Health Organization, 2019).

Jako u většiny nemocí je nejvhodnější forma ochrany primární prevence. Sem patří poradenské a behaviorální intervence, které poskytují komplexní sexuální výchovu zdůrazňující bezpečné sexuální aktivity, správné používání kondomů, včasné vyhledání lékařské pomoci atp. Překážkami většího a efektivnějšího využívání intervencí bohužel zůstává nedostatečné povědomí veřejnosti, nedostatečné školení zdravotnických a pedagogických pracovníků/pracovnic a stigmatizace SPI. Další velmi účinnou formou primární prevence je vakcinace. V současné době existují vakcíny pouze proti dvěma SPI (virové hepatitidě typu B a HPV). Určitou formu ochrany proti SPI může mít i mužská obřízka a u žen použití mikrobicidů (World Health Organization, 2019). Vakcíny jsou sice velmi účinné, ale kvůli jejich úzkému zaměření na konkrétního původce zcela neřeší tento problém. Oproti tomu používání kondomů, i když neposkytují tak vysokou formu ochrany jako vakcinace, má výhodu v širším spektru ochrany proti mnoha SPI. Při správném a důsledném používání nabízejí kondomy jednu z nejúčinnějších metod ochrany před nákazou a dalším šířením SPI. Správné použití zahrnuje bezpečné vyjmutí, nasazení kondomu ve správnou dobu před pohlavním stykem, jednorázové použití a také použití při všech formách styku (vaginálním, análním i orálním). Nejvyšší účinek při ochraně proti SPI má samozřejmě sexuální abstinence (Anyanwu a Fulton, 2017). Avšak vzdělávací programy, které cílily na sexuální abstinenci a zahájení pohlavního styku v pozdějším věku, nebyly příliš úspěšné (Mason-Jones et al., 2016).

Dospívající mají větší riziko, že se nakazí nějakou SPI. V období dospívání procházejí mnohými fyzickými, duševními a emocionálními změnami. Začínají mít vlastní názory a snaží se zapadnout mezi vrstevníky, kteří mohou mít velký vliv na jejich

postoje a chování. Kvůli změně hladin hormonů mohou mít také větší tendenci riskovat a experimentovat, často právě v sexu (Niemkulrak, 2017). Rizikové sexuální aktivity je však vystavují riziku neblahých důsledků jejich chování, především kvůli nedostatečným znalostem a podceňování rizika nákazy. V mnoha zemích brání dostatečné informovanosti mladých kulturní a především náboženské aspekty, které sexualitu tabuizují a brání tak osvětě a vzdělání o SPI (Awang et al., 2019).

2.1 Povědomí a znalosti o sexuálně přenosných infekcích

Barták (2008, s. 25) definuje **znalost** jako: *„Informace zušlechtěná našimi předchozími zkušenostmi, dovednostmi, vztahy, hodnotami, principy, mentálními modely, uschopněná a způsobilá k využití.“*

Mezi hlavní rizikový faktor pro nákazu SPI u dospívajících a mladých dospělých patří kromě rizikového sexuálního chování také nízká úroveň znalostí o SPI, zejména o možných cestách přenosu (Awang et al., 2014). Úroveň znalostí je tedy významným faktorem v prevenci sexuálně přenosných infekcí a jejich komplikací (Relic et al., 2018), protože díky těmto znalostem mohou adolescenti dělat informovanější a zodpovědnější rozhodnutí o jejich budoucím sexuálním chování (Awang et al., 2019).

Znalost definice pojmu sexuálně přenosná infekce

Z nalezených studií dvě zkoumaly znalost žáků/žákyň správné definice SPI. Ve studii z Kosova 49 % žáků/žákyň vybralo správnou odpověď (ze čtyř možných), tj. SPI jsou infekce nejčastěji přenositelné při pohlavním styku, ale jsou možné i jiné cesty přenosu (32,6 % dívek a 16,4 % chlapců). Možnost *„SPI se přenášejí pouze pohlavním stykem“* zvolilo 20,3 % žáků. Další možnou odpovědí bylo *„SPI se lze infikovat jakýmkoliv fyzickým kontaktem s druhou osobou“* (15,2 %) nebo *„SPI přenositelné výhradně pohlavním stykem bez použití ochrany“* (15,5 % žáků/žákyň). Věk respondentů/respondentek měl největší vliv na správné definování SPI (znalosti vzrostly 2,8 krát každý rok) (Relic et al., 2018). V Italské studii měli žáci/žákyně na výběr z pěti definic SPI. Správnou odpověď znalo 52,3 % respondentů/respondentek bez významného rozdílu mezi pohlavím (chlapci 54,1 %; dívky 51,0 %) a oborem studia (Bergamini et al., 2013).

Povědomí o sexuálně přenosných infekcích

V turecké studii, která zkoumala znalosti žáků/žákyň z odborných učilišť bylo zjištěno, že 60,9 % žáků/žákyň mělo povědomí alespoň o jedné SPI. Nejvíce známou infekcí byl HIV/AIDS (67,4 %). Velmi málo byla uváděna hepatitida typu B (19,4 %), kapavka (7,7 %) nebo syfilida (2,2 %). Nejvíce rozšířené infekce jako je HPV či herpes virus paradoxně nezmínil skoro nikdo (0,8 %). Muži a žáci/žákyň z oboru holičství a kadeřnictví vykazovali v této oblasti lepší znalosti než ženy a žáci/žákyň z technických nebo gastronomických oborů. Předchozí vzdělání o SPI mělo také významný vliv (Oncel et al., 2012). Ve studii z Kypru bylo HIV/AIDS také nejznámější nemocí mezi žáky/žáněmi (91,96 %), dále virus molluscum contagiosum (52,72 %), kapavka (48,23 %), hepatitida B (28,61 %), genitální bradavice/HPV (24,35 %), syfilis (21,04 %), trichomoniáza (20,33 %), hepatitida C (18,68 %), hepatitida A (18,44 %), HSV (13,7 %) a chlamydiové infekce (6,86 %). Někteří také označili jiné nemoci, které nejsou klasifikovány jako sexuálně přenosné: brucelóza (7,09 %), tuberkulóza (7,8 %) a rotavirové infekce (6,86 %) (Kaptanoğlu et al., 2013). V jihoafrické studii mělo nejvíce žáků/žákyň povědomí o kapavce (77 %), syfilidě (66,2 %) a HIV/AIDS (62 %). Více než polovině byl znám genitální herpes (53 %), chlamydiová infekce pouze 43 %, HPV 38 %, trichomoniáza také 38 % a Hepatitida B 34 % (Leferela, Malema a Tladi, 2013). V Německu již slyšelo o HIV/AIDS dokonce 99 % žáků/žákyň. O genitálním oparu pak 83 %, hepatitidě B 83 %, syfilidě 51 %, chlamydiích 23 %, kapavce 17 % a HPV 13 %. Podstatně více dívek již slyšelo o HPV (18 % vs 8 %) a chlamydiích (31 % vs 16 %) oproti chlapcům. Naopak více chlapců mělo povědomí o syfilidě (58 % vs 45 %) a kapavce (24 % vs 16 %) oproti dívkám (Samkange-Zeeb, Mikolajczyk a Zeeb, 2013). V italské studii většina žáků/žákyň (95 %) taktéž měla povědomí o HIV/AIDS bez rozdílu mezi pohlavím. Hepatitidu B identifikovalo jako SPI 74,6 % žáků/žákyň, herpetickou infekci 69,1 % a kandidózu 65,5 %. Lepší povědomí měli starší respondenti/respondentky a dívky, protože jsou z podstaty lépe informované o gynekologických infekcích. Určitá část žáků/žákyň také nesprávně označila určité nemoci jako sexuálně přenosné např. leptospirózu (37,8 %), cholera (32,8 %), spalničky (28,8), tetanus (27,8 %), chřipku (25,9 %) nebo Downův syndrom (8,1 %). Obor studia neměl významný vliv na jejich odpovědi (Bergamini et al., 2013). V jiné italské studii byli žáci/žákyň požádáni, aby ze seznamu nemocí vybrali ty, které patří mezi sexuálně přenosné. Vybírali mezi HIV, syfilidou, hepatitidou A, hepatitidou B, hepatitidou C,

HSV, kandidózou a genitálními bradavicemi. Pouze 15 žáků z 2867 (0,5 %) na tuto otázku odpovědělo správně (tzn. vybrali všechny uvedené kromě hepatitidy A). Nejčastěji správně identifikovanou infekcí byl HIV (90 %), méně pak syfilis (65,3 %) a herpes (46,6 %) (Drago et al., 2016). Malajští muži ve věku 15–24 let nejčastěji slyšeli o HIV/AIDS (90 %), syfilidě (59 %) a genitálních bradavicích (36 %). Nejméně známými SPI byly chlamydie a trichomoniáza (přibližně 13 %). Lepší povědomí vykazovali žáci z měst a s vyšší úrovní vzdělání (Awang et al., 2014). Malajské ženy z azylových domů ve věku 13–25 let měly též největší povědomí o HIV/AIDS (95 %), 66,7 % o syfilidě, 43,3 % o kapavce, 30 % o genitálním oparu, 26,7 % o chlamydiích a pouze 3,3 % z nich o trichomoniáze. Naproti tomu některé označily jako SPI horečku dengue (5 %), uretritidu (13,3 %) a brucelózu (1,7 %) (Zin, Ishak a Manoharan, 2019). V bangladéšské studii pouze 10,9 % respondentů/respondentek někdy slyšelo o kapavce nebo syfilidě, s výrazně vyšším podílem mužů (17,6 % vs 5,9 %) a obyvatelů/obyvatelek měst (15,4 % vs 9,4 %). Celkem 76,1 % respondentů/respondentek již slyšelo o HIV/AIDS s výrazně vyšším podílem respondentů/respondentek z měst oproti těm z venkova (91,1 % vs 71,1 %) a vyšším podílem mužů (83,6 %) oproti ženám (70,5 %) (Gani, Chowdhury a Nyström, 2014). Ve studii z Nigérie 80,2 % respondentů/respondentek znalo pouze jednu SPI a jen 2,8 % znalo čtyři. Nejčastěji žáci/žákyně uváděli opět HIV/AIDS (78 %), výrazně méně kapavku (23 %), herpes (6,5 %) a syfilis (2,8 %). HPV, hepatitidu B nebo chlamydie neuvedl nikdo. Malé procento žáků/žákyně (3,7 %) nesprávně zařadilo srpkovitou anémii mezi SPI i přes to, že to je onemocnění genetické. Tato neznalost může způsobit neopodstatněnou stigmatizaci jedinců s touto nemocí (Amu a Adegun, 2015). Ve studii z Kosova 94,9 % žáků/žákyně slyšelo pojem „sexuálně přenosné infekce“ (96,3 % žen a 92,5 % mužů). Žákům/žákyním bylo formou otevřené otázky zadáno, aby vyjmenovali všechny jim známé SPI. Dokonce 42 % respondentů/respondentek uvedlo pouze jednu SPI (nejčastěji HIV/AIDS nebo syfilis). Dále 25,6 % žáků/žákyně uvedlo SPI dvě (HIV/AIDS a syfilis nebo syfilis a kapavku). Žádnou SPI neuvedlo 11,32 % respondentů/respondentek. V druhé části otázky měli žáci/žákyně zaškrtnout, zda o dané SPI někdy slyšeli či nikoliv. Ze všech žáků/žákyně 82,4 % mělo povědomí o HIV/AIDS (83,9 % žen, 80 % mužů). O syfilidě pak pouze 40,9 %, 15,9 % o kapavce, 6,5 % o genitálních bradavicích a 6,7 % o chlamydiích. Žádný z respondentů/respondentek neměl povědomí o trichomoniáze (Relic et al., 2018). V nepálské studii taktéž vysoké procento zúčastněných již někdy slyšelo o pojmu SPI (99,6 %), ale jen 66 % mělo povědomí o HIV/AIDS, 20 % syfilidě, 11 % kapavce a 4 % o hepatitidě (Thapa a Chand,

2018). Ve výsledcích studie provedené v Sarajevu měli žáci/žákyně gymnázia a dentální školy vybrat, zda jsou jmenované nemoci sexuálně přenosné. Vybírali mezi chlamydiemi, tuberkulózou, syfilidou, chřipkou, HIV, spalničkami a kapavkou. Celkově žádný z respondentů/respondentek neoznačil více jak 4 nemoci správně. Celkem 34,2 % žáků/žákyně dentální školy a 53,7 % žáků/žákyně gymnázia označilo 4 infekce správně. Dále 33,7 % žáků/žákyně z dentální školy a 29,3 % z gymnázia mělo 3 správné odpovědi. Žáci/žákyně studující na gymnáziu častěji správně identifikovali chlamydie jako SPI oproti žákům/žákyním studujícím na dentální střední škole (87,8 % vs 45,8 %). Tyto výsledky jsou pozoruhodné, protože žáci/žákyně z dentální školy měli výuku zaměřenou na medicínu a zdravotnictví. Ve znalostech o jiných SPI nebyl významný rozdíl v oboru studia žáků/žákyně (Mahmutovic et al., 2019).

Z uvedených údajů je zřejmé, že nejznámější SPI celosvětově zůstává HIV. HIV a následně vzniklý AIDS je velmi vážnou a obávanou nemocí, která je pandemicky rozšířená. Zřejmě proto se začaly pořádat preventivní a osvětové programy, které měly za úkol zvýšit povědomí o HIV/ AIDS a motivovat obyvatele k prevenci. Je očividné, že tyto programy dosáhly kýženého efektu. V důsledku toho však mohou lidé vnímat vyšší riziko nákazy HIV oproti jiným SPI (např. chlamydiemi nebo HPV), jejichž výskyt je ale mnohem častější a mohou taktéž velmi vážně poškodit zdraví člověka. Je tedy důležité, aby se sexuální výchova a vzdělávací programy ve školách zaměřily kromě HIV také na ostatní SPI (Samkahge-Zeeb, Pöttgen a Zeeb, 2013).

Celková úroveň znalostí dle sociodemografických charakteristik

V mnoha zemích začíná vzdělávání o SPI v raném věku, zejména v dospívání. Mnoho středních škol (nejčastěji odborných učilišť) jsou zaměřené převážně na získávání znalostí a dovedností v daném řemesle, tudíž nezbyvá mnoho času pro všeobecné vzdělávání. Tato skupina žáků/žákyně je pak nedostatečně informovaná a vystavena většímu riziku nákazy některou SPI. Je tedy důležité, aby sexuální výchova s důrazem na SPI, byla poskytována i žákům/žákyním z odborných učilišť. Na tureckých odborných učilištích byl provedený výzkum, který mimo jiné zjišťoval znalosti o SPI u učňů/učnic z různých oborů studia. Průměrný věk respondentů/respondentek byl 17,41 let (rozmezí 12–28). Studie se účastnilo 1186 žáků/žákyně z nichž pouze 13,2 % byly ženy. Učni/ce ve věku 17 a 18 let vykazovali nejvyšší míru znalostí ve všech oblastech zkoumání. Co se týče pohlaví, muži vykazovali vyšší úroveň znalostí ve srovnání s ženami. Dále žáci/žákyně z oboru holičství a kadeřnictví vykazovali lepší znalosti než žáci/žákyně

z technických nebo gastronomických oborů. Pokud měli učni předchozí vzdělání o SPI, taktéž měli vyšší úroveň znalostí (Oncel et al., 2012).

V úrovni znalostí o SPI hraje roli mnoho socioekonomických a demografických faktorů. Cílem studie z roku 2014 bylo zjistit vliv sociodemografických faktorů na znalosti bangladéšských žen o SPI. Studie se zúčastnilo 10 996 žen ve věku 15–49 let. Většina respondentek (70,6 %) měla dobré znalosti o SPI, zatímco 29,4 % z nich nemělo znalosti žádné. Pro účely hodnocení byly respondentky rozděleny do tří věkových skupin: 15–19 let (31,1 %), 20–29 let (46,6 %) a 30–49 let (22,3 %). Věk respondentek byl shledán nejvýznamnějším faktorem. Čím starší žena byla, tím vyšší měla úroveň znalostí: 30–49 let (32 %), 20–29 let (29 %), 15–19 let (9,6 %). Taková míra nízké informovanosti u nejmladších respondentek může být způsobena skutečností, že tato věková skupina je často brána jako samostatná entita, která není považována za dítě ani dospělého, tudíž uniká pozornosti sociálního i zdravotnického systému. Adolescentní věk také může být překážkou v komunikaci s rodiči a jinými dospělými, kteří mají významný vliv na informování mladých o sexuálních otázkách. Vyšší úroveň znalostí také vykazovaly vzdělanější respondentky a ty z městských oblastí. Vzdělání lidé mají více příležitostí získat informace, protože mají k dispozici mnoho zdrojů informací, jako jsou počítače, internet, knihy, noviny, plakáty, brožury atp. Expozice hromadným sdělovacím prostředkům, jako je rozhlas či televize byla u respondentek pozitivně spojena s lepšími znalostmi o SPI. Prostřednictvím hudby, zpráv, kinematografie, reklamy, dokumentů a vzdělávacích pořadů může člověk také získat cenné informace o SPI a následně modifikovat své postoje a chování (Hossain et al., 2014).

V německém průzkumu byla 1148 žáků/žákyním (12–20 let) položena otázka, zda si myslí, že jsou dobře informováni o sexu. Velká většina (80 %) z nich se domnívala, že jejich informovanost je dobrá. Když jim ale byly položeny otázky týkající se znalostí o SPI, pouze čtyři žáci (0,3 %) správně odpověděli na všechny čtyři otázky. Na tři otázky odpovědělo správně 10 %, na dvě 43 % a na jednu 37 % žáků/žákyní. Dokonce 10 % žáků/žákyní neodpovědělo správně na žádnou otázku. Více vědomostí měli starší žáci/žákyně, ženy, sexuálně aktivní a ti bez migračního původu (Samkange-Zeeb, Mikolajczyk a Zeeb, 2013). Naopak kyperská studie odhalila, že ženy nebyly tak dobře informované o SPI jako muži (Kaptanoğlu et al., 2013).

Do nigerijské studie z roku 2015 bylo zahrnuto 540 žáků/žákyní ve věku 10–19 let (průměrný věk byl 15,7 let). Po vyplnění dotazníku mohl žák/žákyně získat maximálně 17 bodů. Ti, kteří získali šest bodů nebo méně, byli považováni

za respondenty/respondentky se špatnými znalostmi, s uspokojivými znalostmi byli ti, co získali 7–12 bodů a ti s 13–17 body byli označeni jako osoby s velmi dobrými znalostmi o SPI. Celkem 103 (19,1 %) respondentů/respondentek mělo špatné znalosti, 400 (74,1 %) uspokojivé a pouze 37 (6,9 %) vykazalo velmi dobrou znalost SPI. Žáci/žákyně v tomto výzkumu měli převážně dobré povědomí o SPI (nejvíce o HIV/AIDS), ale znalosti o těchto infekcích byly spíše nedostatečné (Amu a Adegun, 2015). Podobné výsledky přinesla nepálská studie, ve které se 504 respondentů/respondentek ve věkové skupině 15–27 let (průměrný věk 17,66 let) zúčastnilo výzkumu znalostí o SPI. Přibližně jedna třetina respondentů/respondentek (38,10 %) vykazovalo dobré znalosti a zbývajících 61,90 % znalosti nedostatečné. Asi dvě třetiny žáků/žákyně mělo dostatečné povědomí o SPI, ale vhodné znalosti měla pouze jedna třetina. Studenti/studentky přírodovědných (73,8 %) a humanitních věd (49,3 %) měli lepší znalosti oproti studentům/studentkám pedagogiky (28,4 %). Důvodem nejlepších výsledků u studentů/studentek přírodovědných oborů může být, že v jejich kurikulu je zahrnuta biologie člověka, kde mají vyšší šanci získat znalosti o SPI oproti ostatním oborům. Respondenti/respondentky, kteří měli vzdělanější rodiče získali vyšší skóre než ti, jejichž rodiče byli méně vzdělaní nebo negramotní (Thapa a Chand, 2018). Na Sarajevském gymnáziu a střední dentální škole byl provedený výzkum, kterého se zúčastnilo 278 žáků s průměrným věkem 17,79 let. Žen se zúčastnilo 189 (68 %) a mužů 89 (32 %). Co se týče střední školy, 234 (84,2 %) respondentů/respondentek navštěvovalo dentální školu 44 (15,8 %) gymnázium. Bylo možné získat maximálně 4 body, ty však nezískal nikdo. Tři správné odpovědi uvedlo 23,3 % žáků/žákyně dentální školy a 0 % gymnázia. Dále 36,2 % žáků/žákyně dentální školy a 69,1 % žáků/žákyně gymnázia získalo dvě správné odpovědi. Respondenti/respondentky z gymnázia v této studii prokázali lepší znalosti o sexuálně přenosných chorobách, což je podivuhodné s ohledem na to, že kurikulum gymnázií nezahrnuje zdravotnické vzdělání jako je tomu u dentální školy (Mahmutovic et al., 2019).

Nízká úroveň znalostí může být důvodem zvýšené incidence SPI u dospívajících. Neznalost rizik, které sexuálně přenosné choroby přináší může vést k předčasnému zahájení sexuálního života a rizikovému sexuálnímu chování. V brunejské studii se 303 účastníky/účastnicemi a jejich průměrným věkem 14,2 let, byli žáci/žákyně podle výsledků testu rozdělení na ty s nízkou úrovní znalostí (0–33,3 % správných odpovědí ve znalostním testu), s průměrnou úrovní znalostí (33,4–66,6 %) a s vysokou úrovní znalostí (66,7–100 %). Celkové skóre znalostí se pohybovalo od 0,0 % do 88,7 %. Pouze

2,6 % žáků/žákyn mělo vysokou úroveň znalostí. Nejvíce jich mělo úroveň znalostí nízkou (63 %) a 34,4 % žáků/žákyn vykazovalo znalosti průměrné. Chlapci vykazovali lepší znalosti než dívky (30,9 % vs 25,8 %). Tento fakt může být zapříčiněn kulturními faktory. Jelikož je téma SPI velmi citlivé a osobní, dívky mohou být stydlivější o něm mluvit a chtít se informovat. Respondenti/respondentky navštěvovali dva druhy škol: *„Pure Science“* a *„Combined Science“*. Studenti/studentky *„Pure Science“* vykazovali vyšší úroveň znalostí (38,6 % vs 24,6 %). Tyto výsledky byly očekávatelné, protože studenti/studentky této školy jsou obecně akademicky zdatnější a častěji pochází z přívětivého socioekonomického prostředí s lepším přístupem k hromadným sdělovacím prostředkům mimo školu. Jsou tedy více informovaní a zkušenější ve vyhledávání informací v knihách a na internetu. Nedostatečné znalosti mohou vést k mylným představám o SPI. Kromě celkové úrovně znalostí byli žáci/žákyně požádáni o hodnocení výroků souvisejících se SPI. Na výběr měli z možností *„pravda“*, *„nepravda“* nebo *„nevím“*. Velké množství žáků u těchto tvrzení volilo odpověď *„nevím“*. Celkově byl podíl správných odpovědí spíše nízký. Pohyboval se mezi 7,6 % a 24,4 %. Nejvyšší míra špatných odpovědí (20,5 %) byla u výroku *„Nemohu se nakazit HIV, pokud sportuji a zdravě se stravuji.“* (Lim et al., 2017).

Studie z roku 2019 mimo jiné zjišťovala úroveň znalostí o SPI u obyvatelk azylových domů v Malajsii. Studie se zúčastnilo 60 respondentek ve věku 13–25 let (průměrný věk 17,9 let). Při získání méně než 9 bodů z testu byla úroveň znalostí označena jako nízká. Průměrnou úroveň znalostí měla respondentka, pokud získala 9–13 bodů. Při získání 13–16 bodů byly znalosti o SPI označeny jako vysoké. Průměrné skóre znalostí bylo 10,9 bodů. Nejméně získaných bodů bylo 5 a nejvíce 15. Vysokou úroveň znalostí vykazovalo 33,3 % respondentek, průměrné znalosti 35 % z nich a 31,7 % nízkou úroveň znalostí. Úroveň znalostí o SPI se statisticky významně nelišila věkem, etnikem, úrovní vzdělání nebo finančním příjmem účastnic studie (Zin, Ishak a Manoharan, 2019).

Znalosti o konkrétních sexuálně přenosných infekcích

V Berlínské studii (1177 účastníků/účastnic) měli žáci/žákyně za úkol označit, zda o daných SPI již slyšeli a zhodnotit své znalosti o konkrétních infekcích. Průměrný věk zúčastněných byl 14,6 let v rozmezí 13–16. Svě znalosti hodnotili pomocí Likertovy škály s možnostmi *„dobré“*, *„spíše dobré“*, *„průměrné“*, *„spíše špatné“*, *„špatné“* nebo *„nikdy jsem o této SPI neslyšel/a“*. HIV byl znám skoro všem účastníkům/účastnicím (98,5 %), přičemž mnozí hodnotili své znalosti o tomto viru jako dobré (38,2 %) nebo

spíše dobré (33,0 %). Znalosti a povědomí byly znatelně nižší u ostatních SPI, z nichž druhou nejčastěji známou infekcí byla hepatitida B. Dobré a spíše dobré znalosti uvedlo 12,5 % a 15 % žáků/žákyň. Další v pořadí byl herpes (9,7 % a 11,4 %), syfilis (7,1 % a 11,4 %), HPV (5,9 % a 7,3 %), kapavka (7,5 % a 6,8 %) a chlamydie (5,6 % a 6,3 %). Dokonce 42,8 % žáků/žákyň uvedlo, že nikdy neslyšeli o kapavce, chlamydiích (46,2 %) a HPV (37,4 %), navzdory faktu, že infekce HPV má nejvyšší prevalenci. Respondentky vykazovaly nižší znalosti, než respondenti u každé SPI, kromě chlamydií. Dále byli žáci/žákyň požádáni, aby u každé infekce uvedli, zda je vyléčitelná a jestli existuje vakcína. Správné odpovědi byly následující: HIV (nevléčitelný, vakcína neexistuje), hepatitida B (nevléčitelná, vakcína existuje), chlamydie (vyléčitelné, vakcína neexistuje), HPV (nevléčitelný, vakcína existuje), genitální herpes (nevléčitelný, vakcína neexistuje). Nejvíce účastníků/účastnic vědělo, že HIV je nevléčitelné (83,6 %) a neexistuje vakcína (63,2 %). U ostatních nemocí však tato čísla opět klesala. Například pouze 18,8 % vědělo o vyléčitelnosti chlamydií a 2,2 % že infekci HPV vyléčit nelze. Dále 48,7 % žáků/žákyň vědělo o existenci vakcíny proti hepatitidě B a pouze 10,8 % o vakcíně proti HPV. Povědomí o vakcíně proti HPV bylo u chlapců větší než u dívek (12,9 % vs 7,9 %). Tento výsledek je překvapivý vzhledem k tomu, že vakcína proti HPV se podává primárně dívkám. Výsledky této studie opět ukazují, že o jiných SPI než o HIV/AIDS mají adolescenti/adolescentky výrazně nižší znalosti i přes to, že jiné infekce jsou výrazně více rozšířené. Takový nedostatek znalostí může z důvodu nízkého vnímání rizika snížit motivaci k používání prezervativů a/nebo využívání dalších forem primární (očkování) či sekundární prevence (cervikální cytologický screening nebo screening jiných SPI). Dostatečné znalosti jsou tedy nezbytným předpokladem pro využívání prevence, včasnou diagnostiku a léčbu SPI (Von Rosen et al., 2018).

V jiné německé studii mimo jiné také zjišťovali informovanost žáků/žákyň o HPV infekci. Byly jim položeny 3 otázky s možností získat 0–3 body: *„Slyšeli jste někdy o pojmu HPV?“*, *„Může HPV způsobit rakovinu děložního čípku?“* a *„Existuje vakcína proti HPV?“*. Více než polovina (62 %) žáků/žákyň neodpověděla správně na žádnou z otázek. Dvacet dva procent odpovědělo správně na jednu otázku, 10 % na 2 otázky a pouze 6 % na všechny tři otázky. Že HPV může způsobit rakovinu děložního čípku, vědělo 26 % žáků/žákyň vědělo, (36 % dívek, 15 % chlapců) a 20 % o možnosti očkování (29 % dívek, 9 % chlapců). Starší respondenti/respondentky a dívky měli výrazně lepší znalosti (Samkange-Zeeb, Mikolajczyk a Zeeb, 2013). V italské studii s 2867 účastníky/účastnicemi ve věku 14–21 let (průměr 17) bylo zjištěno, že ženy a starší

respondenti/respondentky měli také více znalostí o HPV než muži a respondenti/respondentky mladší. Přestože 72,6 % účastníků/účastnic tvrdilo, že vědí, co je to pap test (cervikální cytologický screening), pouze 23 % bylo schopno popsat jeho účel. Dále jenom 17 % respondentů/respondentek vědělo o existenci vakcíny proti HPV a rekordní 0,1 % o existenci vakcíny proti hepatitidě B. Na otázku, zda je u infekce HPV více ohrožena vznikem rakoviny žena nebo muž uvedlo 57 % účastníků/účastnic, že je více ohrožený muž, což však byla nesprávná odpověď. V této studii však žáci/žákyně podivuhodně vykazovali nižší míru znalostí o HIV/AIDS oproti HPV (Drago et al., 2016). Jihoafrická studie dospěla k podobnému závěru. Respondenti/respondentky totiž vykazovali nižší úroveň znalostí o HIV/AIDS a vyšší o jiných SPI. Dalším překvapivým výsledkem bylo to, že mladší respondenti/respondentky měly lepší znalosti než ti starší (Nyasulu et al., 2018).

Míra pohlavně přenosných chorob u latinskoamerických adolescentů/adolescentek je dvakrát vyšší než u bělošských. Existuje málo informací o rozdílech ve znalostech jedinců stejného etnického původu, kteří však žijí v jiných zemích. Cílem této studie tedy mimo jiné bylo posoudit znalosti o kapavce, syfilidě a HIV u latinskoamerických adolescentů/adolescentek (13–18 let) ve Spojených státech amerických (USA) a Dominikánské republice (DR). Byla analyzována data od 364 účastníků/účastnic. Vzorek tvořilo 242 (66 %) účastníků/účastnic z USA a 122 (34 %) z DR, přičemž muži tvořili 52 %. Většina respondentů/respondentek už slyšela o kapavce (69 % z USA, 83 % z DR), ale pouze 46 % správně identifikovalo příznaky tohoto onemocnění, 70 % znalo způsoby přenosu a pouze 27 % vědělo, že kapavku lze vyléčit antibiotiky. Ačkoli 66 % respondentů/respondentek mělo povědomí o syfilidě, pouze 11 % uvedlo správné příznaky, 64 % vědělo o způsobech přenosu a pouze 22 % vědělo, že antibiotika jsou standardní léčbou. Nejvíce respondentů/respondentek mělo povědomí o HIV (94 %), avšak 30 % z nich se domnívalo, že lze na první pohled poznat osobu infikovanou HIV. Příznaky této infekce dokázalo identifikovat 44 % účastníků/účastnic studie a 89 % znalo cesty přenosu. Šedesát osm procent uvedlo, že neexistuje žádná léčba HIV. Pouze 11 % vědělo, že k léčbě HIV jsou využívána antivirotická léčiva. Celkově bylo průměrné skóre znalostí vyšší u dívek (71 % vs 64 %) a respondentů/respondentek z DR (72 % vs 65 %). Sexuálně aktivní američtí žáci/žákyně vykazovali vyšší skóre správných odpovědí než sexuálně neaktivní (68 % vs 63 %). V DR mezi těmito dvěma skupinami nebyl rozdíl (72 % vs 72 %). Celkově byly znalosti o způsobech přenosu a symptomech SPI spíše nízké. Tyto výsledky opět zdůrazňují potřebu komplexní

sexuální výchovy o jiných SPI než jen o HIV s důrazem na dlouhodobý negativní dopad na zdraví jedince a jeho pohlavní život. Tato výchova by se také měla zaměřit na mylnou představu o nevyhnutelnosti smrti a neúčinné léčbě u HIV pozitivních. Silnou stránkou této studie je, že poskytuje přímé srovnání znalostí mezi dvěma populacemi s podobnými kulturními a jazykovými charakteristikami, ale velmi odlišným sociálním prostředím (Brito, Davis a Chakrabarti, 2014). Ve svazijské studii 71,1 % respondentů/respondentek ve věku 15–19 let vědělo, že HIV pozitivní člověk nemusí vypadat nemocně. Většina žáků/žákyň (81,7 %) věděla, že mohou podstoupit jednoduchý krevní test k zjištění, zda nejsou nosiči HIV a pouze 57,6 % vědělo, že HIV/AIDS nelze vyléčit (Fernandes a Magagula, 2015).

V České republice byl v roce 2018 proveden výzkum, který u žáků/žákyň 7., 8. a 9. ročníků základních škol a příslušných ročníků gymnázií zjišťoval úroveň znalostí o HIV/AIDS. Zúčastnilo se celkem 1 627 adolescentů/adolescentek z 25 škol. Vzorek tvořilo 794 chlapců (48,80 %) a 786 dívek (48,31 %). Čtyřicet sedm respondentů/respondentek neuvedlo své pohlaví. Zastoupení žáků/žákyň podle ročníků: 565 žáků/žákyň (34,7 %) navštěvovalo 7. ročník, 535 (32,9 %) navštěvovalo 8. ročník a 527 (32,4 %) bylo žáky/žákyněmi 9. ročníku nebo odpovídajících ročníků gymnázia. Z dotazníku bylo možné získat 0–21 bodů. Průměrné skóre znalostí činilo 14,71 bodu (medián byl 15 bodů). Úroveň znalostní měla rostoucí trend ve vyšších ročnících (7. ročník: medián 13 bodů; 8. ročník: 15 bodů; 9. ročník: 17 bodů). Znalosti adolescentů/adolescentek tedy byly závislé na navštěvovaném ročníku, avšak nebyly závislé na pohlaví či velikosti obce, kde byla škola umístěna. Znalostní skóre mezi žáky/žákyněmi základních škol a gymnázií se významně lišilo. Žáci/žákyně gymnázií měli průměrně vyšší skóre znalostí než ti ze základních škol (rozdíl 1,33 bodu). Žákům/žákyním byla položena otázka, zda si myslí, že mají dostatečné informace o HIV/AIDS. Nedostatečné informace uvedlo 41,6 % adolescentů/adolescentek, 30,8 % se považovalo za dostatečně informované a 27,6 % nedokázalo ohodnotit jejich informovanost o HIV/AIDS. Ti, kteří čerpali informace především ve škole, na internetu či u rodinných příslušníků vykazovali vyšší úroveň znalostí než ti, kteří měli jako hlavní zdroj informací své přátele. Žádoucí je posílit trend získávání informací ve školách, vyvíjet vzdělávací a osvětové programy a motivovat učitele/učitelky k jejich realizaci. Nejčastěji nesprávně zodpovězenou otázkou bylo: *„Za jak dlouho po rizikovém chování by se člověk měl nechat otestovat na HIV aby byl výsledek spolehlivý?“*. Správná odpověď byla *„za 1–3 měsíce“* a tu znalo pouze 11,3 % žáků/žákyň. Žákům/žákyním chyběli

informace o významu postexpoziční profylaxe (pouze 14,6 % správných odpovědí). Na druhou stranu, 90,5 % adolescentů/adolescentek vědělo, že i zdravě vypadající člověk může být HIV pozitivní, že HIV je přenositelný pohlavním stykem (97,3 %), krví (93,3 %), sdílením injekčních jehel (92,1 %) a není přenositelný objetím (95,0 %). Na základě těchto výsledků lze říci, že většina adolescentů/adolescentek měla dobré znalosti o primární prevenci HIV, avšak chybějící znalosti o sekundární a terciální prevenci (Mičulková et al., 2018).

Znalosti o prevenci, způsobech přenosu, příznacích a komplikacích sexuálně přenosných infekcí

Výše uvedená studie od autorů Brito, Davis a Chakrabarti (2014) také mimo jiné zkoumala znalosti žáků/žákyně o prevenci SPI. Účastníci/účastnice odpověděli správně na dvě třetiny otázek bez výrazných rozdílů mezi národností, pohlavím nebo sexuální aktivitou. Více údajů je uvedeno v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 – Znalosti žáků/žákyně o prevenci SPI (Brito, Davis a Chakrabarti, 2014)

Otázka	Správná odpověď	Žáci/žákyně z USA (v %)	Žáci/žákyně z DR (v %)
Nákaze SPI lze přecházet:			
užíváním hormonální antikoncepce	nepravda	73	62
používáním kondomů	pravda	70	82
důvěrováním svému sex. partnerovi/partnerce	pravda	46	67
užitím antibiotik po pohlavním styku	nepravda	64	63
umytím genitálií po pohlavním styku	nepravda	58	54
vymočením po pohlavním styku	nepravda	64	57
sexuální abstinencí	pravda	79	44

Dále byly zjišťovány znalosti žáků/žákyně o správném používání kondomů. Celkem 66 % účastníků/účastnic uvedlo, že zná pravidla pro správné používání kondomu. Žáci/žákyně z USA, starší žáci/žákyně a sexuálně aktivní uváděli větší sebedůvěru ve znalosti

a dovednosti jejich správném používání. V návaznosti na sebehodnocení byly položeny konkrétní otázky k posouzení znalostí účastníka/účastnice o správném používání kondomu. Pouze 41 % vědělo, že kondom musí při aktu těsně přiléhat ke kořeni penisu a před nasazením se musí stlačit špička prezervativu, aby v ní nezůstal vzduch. Na tuto otázku odpovídali správně především muži, starší účastníci/účastnice a sexuálně aktivní jedinci. V odpovědích podle národnosti nebyl zaznamenán významný rozdíl. Dále pouze 18 % účastníků/účastnic vědělo, že lubrikační gely na olejové bázi mohou narušit celistvost prezervativu. Prediktor správné odpovědi na tuto otázku byl vyšší věk a sexuální aktivita. Výsledky tedy ukazují, že ačkoli většina dospívajících (66 %) vyjádřila sebedůvěru ve správné používání kondomů, na konkrétní znalostní otázky odpověděla správně méně než polovina žáků/žákyň. Mladší žáci/žákyňe a ženy měli horší skóre znalostí, tudíž byli více ohroženi nákazou SPI (Brito, Davis a Chakrabarti, 2014). Ve svazijské studii 71 % účastníků/účastnic vědělo, že kondomy jsou účinnou formou ochrany před SPI. Dokonce 90 % žáků/žákyň vědělo, že kondom se nesmí použít víc než jedenkrát (Fernandes a Magagula, 2015).

V turecké studii celých 71,9 % učňů/učnic nevědělo, jak se chránit před nákazou SPI. Nejčastější formou ochrany byl uváděn kondom (85,5 %), dále např. monogamní vztah (5,7 %), vztah se zdravou osobou (5,4 %) nebo nevyužívání služeb sexuálních pracovníků/pracovníků (2 %). Asi 23 % učňů/učnic znalo pouze jeden způsob přenosu SPI. Nejčastěji byl uváděn přenos krevní cestou (45,8 %), líbáním/slinami (18,4 %) a sdílením osobních pomůcek (14,9 %). Překvapivě žádný z účastníků/účastnic neuvedl pohlavní styk jako možný způsob přenosu SPI, avšak uváděli přenos například dýcháním, otevřenými ranami nebo používáním toalet. Pouze 16,4 % učňů/učnic vědělo alespoň jeden příznak SPI. Nejčastěji zmíněným příznakem byla slabost (22,9 %), dále bolesti (14,7 %), úbytek hmotnosti (12,8 %), nevolnost nebo zvracení (10,7 %) a genitální výtok (9,2 %). Téměř polovina žáků/žákyň věděla (51,4 %), že zdravě vypadající osoby mohou i přesto být infekční. Muži ve věku 17–18 let z oborů kadeřnictví a holičství a žáci/žákyňe, kteří již měli předešlé vzdělání o SPI vykazovali lepší míru znalostí v těchto oblastech (Oncel et al., 2012). V německé studii dokonce 94 % žáků/žákyň vědělo, že použitím kondomu se lidé můžou chránit před získáním SPI, avšak 26 % uvedlo jako ochranné opatření užívání hormonální antikoncepce, umytí se po pohlavním styku nebo sexuální vztah se stálým/stálou partnerem/partnerkou. Šedesát sedm procent respondentů/respondentek správně uvedlo, že SPI mohou být přenášeny nevědomky, protože infikovaný člověk nemusí mít příznaky. Avšak 23 % uvedlo, že pouze HIV/AIDS

Ize přenášet nevědomě (Samkange-Zeeb, Mikolajczyk a Zeeb, 2013). Mnoho žáků/žákyň z kosovské studie uvedlo, že spíše nemají dostatečné informace o prevenci SPI (68,1 %). Asi 35,6 % chlapců a 30 % dívek uvedlo, že rizikové sexuální chování souvisí s pohlavně přenosnými chorobami. Více než polovina dotazovaných (67,9 %) s tímto tvrzením nesouhlasila (70 % chlapců; 64,4 % dívek) (Relic et al., 2018). Ve studii z Malajsie se vzorkem 2858 respondentů/respondentek ve věku 13–18 let, 57,8 % z nich správně odpovědělo, že časté střídání sexuálních partnerů/partnerek zvyšuje riziko nakažení se SPI (ženy 59,2 %, muži 55,3 %). O možném přenosu HIV při pohlavním styku vědělo 71,6 % účastníků/účastnic a pouze 15,6 %, že člověk se SPI může vypadat zdravě (muži 18,8 %, ženy 13,9 %) (Awang et al., 2019). V italské studii pouze 15,5 % žáků/žákyň vědělo, že SPI se lze nakazit i během jediného nechráněného pohlavního styku s jakýmkoliv člověkem (ne pouze se sexuálními pracovníky/pracovnicemi či homosexuály při opakovaném pohlavním styku). Dále 42 % žáků/žákyň vědělo, že SPI se lze nakazit i při orálním styku a pouze 26 % správně uvedlo rizikové tělní tekutiny (krev, sperma a vaginální sekret). Pouze 22 % respondentů/respondentek správně uvedlo používání kondomu a/nebo sexuální abstinenci jako prevenci SPI. Dle výsledků bylo zřejmé, že žáci/žákyně zaměňovali preventivní metody s antikoncepčními, protože jako ochranu před SPI hojně uváděli hormonální antikoncepci, antikoncepční náplast nebo přerušovanou soulož (Drago et al., 2016). V jiné italské studii mělo 2695 respondentů/respondentek ve věku 14–19 let za úkol určit u jednotlivých metod prevence, zda jsou velmi spolehlivé, částečně spolehlivé nebo nespolehlivé v ochraně proti SPI. I když většina žáků/žákyň (89 %) považovala kondom za velmi spolehlivou metodu prevence, určitá část z nich považovala za velmi spolehlivou také hormonální antikoncepci (22,1 %), spermicidní krémy (14,6 %) nebo nitroděložní tělísko (18,2 %). Pouze 53,6 % žáků/žákyň považovalo přerušovanou soulož za nespolehlivou metodu ochrany a 38,3 % za částečně spolehlivou. Ženy a starší žáci/žákyně vykazovali lepší znalosti o prevenci SPI. Tyto výsledky opět ukazují, že adolescenti/adolescentky často zaměňují metody prevence SPI s antikoncepčními metodami. V další části žáci/žákyně u jednotlivých forem přenosu SPI přiřazovali míru rizika (vysoké riziko, nízké riziko nebo žádné riziko nákazy). Vysoká míra rizika byla vnímána nejvíce u těchto možností: pohlavní styk bez kondomu (96 %), sdílení injekčních jehel (94,9 %), sexuální násilí (92,6 %) a více sexuálních partnerů/partnerek (76,8 %). Pokud však jde o více sexuálních partnerů/partnerek, ženy vnímali znatelně větší riziko než muži (84,3 % vs 66,7 %). Pozitivní bylo, že celých 80,3 % žáků/žákyň považovalo nedostatek informací za vysoce

rizikový faktor bez rozdílu mezi pohlavím či věkem. Bohužel menší část respondentů/respondentek uvedla vaginální, anální a orální styk jako vysoce rizikový faktor pro nákazu SPI (60,3 %; 47,6 %; 23,3 %). Naproti tomu pouze mizivé procento uvedlo vysoké riziko u líbání (2,2 %), podání rukou (0,9 %) a objímání (0,6 %) (Bergamini et al., 2013).

V nepálské studii 95 % respondentů/respondentek (476 z 502) uvedlo, že nákaze SPI lze předcházet. Těchto 476 jedinců uvedlo jako preventivní opatření používání kondomu, avšak pouze 8 % z nich vědělo, že nemůže zajistit kompletní ochranu. Sexuální kontakt pouze s jedním/jednou neinfikovaným/neinfikovanou partnerem/partnerkou uvedlo 78 %, neprovozování sexu s více partnery/partnerkami 81 %, sexuální abstinenci 49 % a 47 % uvedlo očkování. Co se týče možností přenosu 74 % žáků/žákyň uvedlo pohlavní styk, 57 % více sexuálních partnerů/partnerek, 24 % pohlavní styk s infikovanou osobou, 12 % krevní cestu, 9 % přenos z matky na dítě a 7 % předchozí anamnézu SPI. V této studii se dále respondentů/respondentek dotazovali na znalost příznaků SPI. Téměř dvě třetiny (65 %) žáků/žákyň uvedlo, že znají projevy těchto chorob. Přibližně 22 % uvedlo úbytek hmotnosti, 17 % horečku, 15 % bolesti hlavy, 12 % bolesti a svědění genitálu, 12 % výtok z penisu nebo vagíny, 11,5 % otok genitálií, 9 % pálení při močení a 60 % neodpovědělo. Někteří (18 %) uvedli další příznaky jako kašel, zhoršené hojení ran, krev v moči, nechutenství, vyrážka, zvracení atd. Pouze 12 % uvedlo správné příznaky (bolest a svědění genitálu, výtok z penisu nebo vagíny, otok genitálií a pálení při močení). Z tohoto údaje lze konstatovat, že v této studii měli žáci/žákyňe nedostatečné znalosti o symptomech SPI, ačkoli většina z nich měla dobré povědomí a znalosti o metodách přenosu. To svědčí o nedostatku detailnějších klinických znalostí (Thapa a Chand, 2018). V jihoafrické studii s 201 respondenty/respondentkami v rozmezí 12–26 let a průměrným věkem 16,7 let bylo zjištěno, že (11,9 %) žáků/žákyň znalo možné způsoby přenosu HIV. Pouze 42,3 % si bylo vědomo, že SPI zvyšují riziko nákazy HIV (muži 57,6 %, ženy 42,4 %). Asi 45 % bylo toho názoru, že alkohol má vliv na sexuální chování a činí tak sex rizikovějším (muži 59,8 %, ženy 40,2 %). Tato zjištění zdůrazňují potřebu zvýšit povědomí o jiných metodách rizikového chování kromě pohlavního styku, které též představují riziko nákazy SPI. Většina (70,2 %) žáků/žákyň znala příznaky SPI, 12,9 % je neznalo a 16,9 % si nebylo jistých. Oproti ženám měli lepší znalosti o symptomech SPI muži (Nyasulu et al., 2018). Asi 95 % malajských mužů znalo alespoň jednu formu přenosu SPI. Nejvíce z nich uvádělo jako preventivní opatření vyhýbání se sdílení jehel a pomůcek na holení (88,4 %). Následně uváděli nejčastěji zamezení

transfúze infikované krve (86,6 %), sexuální abstinenci (84,9 %), mít jednoho sexuálního partnera/partnerku (65,2 %) a pouze 78,7 % uvedlo použití kondomu. Muži žijící ve městech a ti s vyšším vzděláním vykazovali vyšší úroveň znalostí o metodách přenosu SPI, pravděpodobně proto, že mají snadnější přístup k informacím (Awang et al., 2014).

V kyperské studii, které se zúčastnilo 423 žáků/žákyň ve věku 14–17 let, byly zjišťovány pozitivní přínosy prevence SPI. Nejčastěji uváděný přínos prevence bylo snížení šíření HIV/AIDS (81 %) dále udržení zdravého sexuálního života (66 %), ochrana veřejného zdraví (50 %), porod zdravého dítěte (33 %), snížení rizika rakoviny pohlavních orgánů (30 %) a snížení množství jiných problémů souvisejících s reprodukcí (28 %). Jako nejběžnější způsob přenosu SPI byl uváděn nechráněný pohlavní styk (93 %), následovaný krevním přenosem (72 %), orálním sexem (40 %), líbáním (28 %) a chráněným pohlavním stykem (9 %) (Kaptanoğlu et al., 2013).

V nigerijské studii respondenti/respondentky uváděli jako způsob přenosu SPI nejčastěji nechráněný pohlavní styk (87,6 %), sdílení injekčních jehel (82,6 %), přenos krevní cestou (73,1 %) a přenos z matky na dítě (70,9 %). Určitá část účastníků/účastnic byla také mylně přesvědčená, že SPI lze přenášet kýcháním či kašláním (22 %), používáním veřejných toalet (16,1 %) a sdílením nádobí (12,2 %). V další části byly pomocí otevřené otázky zjišťovány znalosti respondentů/respondentek o symptomech SPI. Nejčastěji byla uváděna ztráta hmotnosti (77,4 %), bolest při močení (68,9 %), vřed na genitálu (54,1 %), otok genitálu (48,3 %), vyrážka (48 %) a výtok (47,2 %). Žáci/žákyň pravděpodobně jmenovali symptomy nemocí, o kterých měli dostatek znalostí (Amu a Adegun, 2015). SPI jsou na jedné straně ovlivňovány řadou biologických a medicínských faktorů a na straně druhé také faktory geografickými, sociokulturními, ekonomickými či politickými. Ve studii z roku 2014 se 5119 mužů a 6867 žen ve věku 12–24 let zúčastnilo výzkumného šetření, které zjišťovalo znalosti o metodách přenosu HIV, syfilidy a kapavky v závislosti na sociodemografických charakteristikách. Průměrný věk byl 17,5 let. Znalosti byly považovány za uspokojivé, pokud respondent/respondentka dokázal/a jmenovat alespoň 1 ze 4 možných způsobů přenosu kapavky a syfilidy. Možné odpovědi byly následující: 1. pohlavní styk, 2. sdílení nesterilních injekčních stříkaček/jehel, 3. krevní transfúze, 4. přenos z matky na dítě během těhotenství nebo porodu. Alespoň jeden způsob přenosu SPI (nejčastěji přenos pohlavním stykem) byl znám 4,5 % respondentů/respondentek (8,5 % mužům a 1,5 % žen; 6,9 % z městských oblastí a 3,7 % z venkova). Naštěstí pouze 0,1 % respondentů/respondentek bylo přesvědčených že kapavkou nebo syfilidou se lze nakazit

pobodáním hmyzem. Za uspokojivé znalosti o přenosu HIV bylo považováno, když respondent označil všechny uvedené možnosti jako možnou formu přenosu HIV. 1. přenos pohlavním stykem, 2. použití infikované jehly, 3. krevní transfúze od HIV pozitivního, 4. přenos z matky na dítě. Další, avšak nesprávné možnosti přenosu byly: vztah s HIV pozitivním člověkem, společné stravování, postel, oblečení, koupelna nebo bazén. Dále přenos kýcháním/kašláním, líbáním nebo dotekem či pobodání hmyzem. Asi 68 % respondentů/respondentek znalo správné způsoby přenosu HIV, avšak 5,6 % mělo mylné přesvědčení o jeho přenosu. Starší účastníci/účastnice (věk 20–24 let) měli lepší znalosti o možnostech přenosu syfilidy, kapavky a HIV než ti mladší (12–19 let) Podobně také muži oproti ženám, více vzdělaní respondenti/respondentky s příznivějším ekonomickým stavem a ti žijící ve městech vykazovali vyšší úroveň znalostí (Gani, Chowdhury a Nyström, 2014).

V jihoafrické studii 168 žáků/žákyň z 298 (63 %) ve věku 16–20 let uvedlo kondom jako efektivní preventivní metodu. Sexuální abstinenci uvedlo 55 %, 30 % sex bez penetrace a 55 % léčbu všech sexuálních partnerů/partnerek. Co se týče metod přenosu, nejčastěji byl uváděný nechráněný pohlavní styk (83 %) následovaný přenosem krví nebo jinými tělesnými tekutinami (80 %) a přenosem z matky na dítě (65 %). Sdílení kontaminovaných jehel uvedlo 52 %, kojení 54 %, bodnutí hmyzem 42 %, líbání 30 % a 27 % dokonce uvedlo, že možná cesta infekce je být s nemocným člověkem v jedné místnosti. Průměrné skóre znalostí o cestách přenosu bylo 68 %. V další části výzkumného šetření autoři zjišťovali znalosti o příznacích SPI. Nejčastěji správně uváděné příznaky těchto nemocí bylo pálení a bolest při močení (72,3 %), bolestivý pohlavní styk (70,9 %), zapáchající vaginální výtok (59 %), bolest podbřišku (54,1 %), bradavice na genitáliích (50 %) a pouze 38,2 % uvedlo otok lymfatických uzlin. Jako komplikace a zdravotní následky SPI byli nejčastěji jmenovány neplodnost (67 %), mimoděložní těhotenství (64,3 %), porod mrtvého dítěte (62,2 %), potraty (59,4 %), záněty varlat nebo nadvarlat (57 %) aj. Celkové průměrné skóre činilo 56 % (Leferela, Malema a Tladi, 2013). Ve studii ze Sarajeva 84,8 % žáků/žákyň dentální školy a 79,5 % z gymnázia uvedlo kondom jako spolehlivou metodu prevence proti nákaze SPI. Perorální hormonální antikoncepci považovalo za spolehlivou ochranu 7,6 % žáků/žákyň dentální školy a 2,3 % z gymnázia a nitroděložní tělísko uvedlo 6,8 % gymnazistů a 3,3 % žáků/žákyň dentální střední školy. Žáci/žákyně gymnázia vykazovali oproti těm z dentální školy výrazně vyšší úroveň znalostí o tom, jestli může mít SPI negativní vliv také na plod (94,5 % vs 74,1 %) nebo pouze na infikovaného člověka (88,1 % vs 62,2 %)

(Mahmutovic et al., 2019). Vysoké procento žen z malajské studie uvedlo, že více sexuálních partnerů/partnerek zvyšuje riziko nakažení se SPI (95 %). Přenos SPI z matky na dítě během těhotenství nebo porodu byl znám 71,7 % respondentek. Co se týče komplikací a nežádoucích důsledků SPI na zdravotní stav člověka, 91,7 % respondentek uvedlo neplodnost (u žen i mužů) a 8,3 % bylo přesvědčených že SPI může způsobit neplodnost pouze u žen. Přibližně 50 % uvedlo, že SPI mohou způsobit rakovinu, ale velké procento žen bylo přesvědčeno o opaku (41,7 %) (Zin, Ishak a Manoharan, 2019).

2.2 Postoje související s problematikou sexuálně přenosných infekcí

Postoj můžeme definovat jako stabilní systém pozitivního či negativního hodnocení, emocí a jednacích technik týkajících se sociálních cílů. To tedy znamená, že postoje jsou spojené s jednáním a mohou ovlivňovat chování člověka. Ne vždy je však tomu tak. V určitých případech může osoba jednat v rozporu se svými postoji (Hayes, 2011). Nesprávné přesvědčení, postoj, víra či domněnka o SPI činí dospívající zranitelnými pro jejich získání. Žáci/žákyně uváděli jako primární důvod pro nepoužívání kondomů sníženou sexuální rozkoš (63 %). Cena a dostupnost kondomů se nejevily jako významné faktory vedoucí žáky/žákyně k nepoužívání kondomu (Brito, Davis a Chakrabarti, 2014).

Kvalitativní výzkumné šetření, provedené u 28 mužů ve věku 16–20 let v Kongu mělo za cíl zjistit, jaké má tato skupina postoje k prezervativům a vícečetným sexuálním vztahům. Byly využity metody skupinových diskusí (28 respondentů) a individuálních rozhovorů (20 respondentů). Individuální rozhovory byly doplňkovou technikou k získání postojů, o kterých by bylo pro chlapce obtížné mluvit před celou skupinou. První otázkou probíranou v diskusních skupinách bylo, zda si účastníci myslí, že je důležité používat kondomy. Většina respondentů preferovala pohlavní styk bez kondomu. Důvodem bylo vnímané snížení sexuálního potěšení. Jako důvod pro nepoužívání kondomů chlapci uváděli přirovnání: *„Bonbóny přece také nejíte v obalu!“*. Chlapci uváděli, že pokud by jim dívka navrhla, aby při sexu použili kondom, mysleli by si, že je dostatečně nemiluje a paradoxně by v nich vzbudila nedůvěru. O takové dívce by si mysleli, že je promiskuitní, nemocná či jim byla nevěrná nebo je dostatečně nemiluje. Menšina účastníků s těmito názory nesouhlasila a uznávala důležitost používání

prezervativů jako prevenci proti SPI a nechtěným těhotenstvím. Mnoho respondentů vyjádřilo názor, že propagování kondomů podporuje sexuální promiskuitu, protože slibuje ochranu před SPI a těhotenstvím. Někteří z nich vyjádřili požadavek, aby se zastavila jejich produkce a prodej. Postoj ke kondomům také ovlivňuje náboženská víra. V Konžské republice je nejčastější náboženství křesťanství, které použití kondomu zakazuje a propaguje sexuální abstinenci a monogamii. Negativní postoj chlapců ke kondomům byl ještě zesílen přesvědčením, že kondomy obsahují miniaturní perforace, tudíž jsou nespolehlivé, protože nemohou zabránit těhotenství nebo nákaze SPI. Nedůvěra ve funkčnost kondomů byla navíc zesílena zkušeností chlapců, kdy jim kondom v průběhu aktu prasknul nebo sklouznul a uváznuv v pochvě. Někteří chlapci dokonce věřili, že materiály a látky, které kondomy obsahují, mohou způsobit rakovinu. Preference chlapců pro sex bez ochrany mohou být jedním z faktorů výrazně přispívajících k šíření SPI. V diskusních skupinách se dále chlapců dotazovali, zda je dle jejich názoru v pořádku, mít více sexuálních vztahů současně a kolik sexuálních partnerství v současnosti udržují. Většina účastníků chovala pozitivní postoj k souběžným sexuálním vztahům. Jako výhodu uváděli možnost porovnávání dívek mezi sebou, kdy si následně vyberou za manželku tu nejlepší. Tudíž jim toto chování pomůže v budoucnu s výběrem nejvhodnější partnerky. Naproti tomu však mnoho chlapců má dvě přítelkyně, kdy ale pouze s jednou mají pohlavní styk. Účastníci totiž uvedli negativní vnímání žen, které uvolí k pohlavnímu styku. Praxe je tedy taková, že s touto dívkou chlapci mají sex, ale jako životní partnerku si zvolí tu, která k sexu neuvolila. Chlapci uváděli, že udržováním více sexuálních vztahů před uzavřením manželství je pak více pravděpodobné, že v budoucnu budou své manželce věrní. Více než dvě přítelkyně však chlapci mít nechtěli z finančních důvodů. Další výhodou souběžných sexuálních vztahů pro chlapce bylo to, že pokud je jedna z dívek opustí, nezůstanou sami. Postoje vyjádřené v této studii byly velmi podobné mezi chlapci z měst i z venkova a mezi účastníky diskusních skupin i individuálních rozhovorů. Rozdílné postoje byly zaznamenány pouze u účastníků z měst, kteří nepovažovali dívku, která navrhne použití kondomu za promiskuitní. Výsledky tedy ukazují, že účastníci nedůvěřují kondomům a zároveň mají více sexuálních vztahů, čímž u nich výrazně stoupá riziko nákazy SPI. Zároveň dívky, které trvají na použití kondomu nejsou vnímány jako zodpovědné, ale spíše jako promiskuitní a nedůvěryhodné. Tato skutečnost poté ženy staví do velmi obtížné situace, kde si nemohou zajistit bezpečný sex, protože o použití kondomu rozhodují především muži. Chlapci také vnímali silný vliv vrstevníků na jejich sexuální život. Mnoho z nich

uvádělo, že začali sexuálně žít, aby se jim vyrovnali a začlenili se do skupiny. Mladí lidé, kteří mají negativní postoj k používání kondomů a zároveň udržují více sexuálních vztahů, jsou velmi ohroženi nákazou SPI a je tedy na místě vyvracet mýty a edukovat je o bezpečném sexuálním chování (Mulumeoderhwa, 2018).

V malajské studii z roku 2012 u respondentů/respondentek ve věku 14–26 let bylo provedeno 34 skupinových diskusí za účelem zmapovat postoje k používání kondomů. Negativní postoj ke kondomům měli jedinci především kvůli sníženému sexuálnímu potěšení při jeho používání. Uváděli, že kondomy činí sex méně příjemným. Hlavním důvodem, proč používali kondom, byla touha zabránit nechtěnému těhotenství spíše, než nákaze SPI. Respondenti/respondentky totiž vnímali své riziko nákazy jako nízké, protože mají pouze jednu/jednoho sexuální/ho partnerku/partnera a nepovažují se za promiskuitní osoby (Wong, 2012).

Na tureckých učilištích byly mimo jiné zjišťovány postoje žáků k SPI a lidem žijícím se SPI. Většina účastníků/účastnic (84,1 %) byla přesvědčená, že nemohou uzavřít manželství s osobou, která má SPI. Pouze 17,9 % učňů/učnic by bydlelo s takovou osobou a 29,7 % by s takovou osobou bylo ochotno pracovat. Na druhou stranu většina (82,4 %) uvedla, že poskytne podporu jedinci, který trpí SPI a pomůže mu vyhledat lékařskou či jinou pomoc a 76,8 % by s ním neukončilo kontakt. Asi 21 % učňů/učnic by ignorovalo skutečnost, že je někdo nositelem SPI. Na otázku, co by žáci/žákyně dělali, pokud by zjistili nebo měli podezření, že se nakazili SPI, 79,8 % z nich odpovědělo, že by vyhledalo lékařskou pomoc a/nebo s nikým neměli pohlavní styk (1,7 %). Někteří dokonce odpověděli, že by spáchali sebevraždu (7,4 %) nebo se psychicky zhroutili (8,4 %). Asi dvě procenta žáků/žákyně by neudělalo nic a 1 % bohužel uvedlo, že by úmyslně nakazilo infekcí někoho dalšího (Oncel et al., 2012).

V malajské studii většina žen souhlasila s neprovozováním sexuálních aktivit s osobou nakaženou SPI (93,3 %). Dále 96,7 % žen uvedlo, že infikovaná osoba by měla vyhledat lékařskou pomoc a stejný počet žen uvedl, že pokud by se u nich objevily příznaky pohlavních chorob, lékařskou pomoc by vyhledaly. Průměrné skóre postojů bylo celkem vysoké (23,1 z 25). Vysoké procento respondentek nesouhlasilo s předmanželským sexuálním životem (88,3 %) a s udržováním více sexuálních vztahů současně (90 %). Na postoje respondentek neměl výrazný vliv jejich socioekonomický či rodinný stav, ale jejich postoje se zlepšovaly s vyšším věkem (Zin, Ishak a Manoharan, 2019).

V kyperské studii byly zkoumány postoje adolescentů/adolescentek ke vzdělávání o SPI. Většina souhlasila s potřebou vzdělávání o SPI (93,1 %). Více než polovina (67,1 %) upřednostňovala vzdělávání o SPI na středních školách, pouze 21,3 % by upřednostňovalo dřívější vzdělávání a zbývajících 4,3 % preferovalo vzdělávání o SPI až na vysokých školách. Většina žáků/žákyň by se ráda zapojila do vzdělávacích aktivit o SPI (69,7 %), ale 11,8 % žen a 3,8 % mužů by toto vzdělávání podstoupilo jen ve skupinách rozdělených podle pohlaví a 4,3 % žáků/žákyň by se kvůli studu do těchto aktivit nebylo schopno zapojit. Na otázku: *„Jak byste reagovali, pokud byste měli rizikový sexuální kontakt?“* žáci/žákyň nejčastěji odpovídali, že by vyhledali lékařskou pomoc (71,4 %). Někteří by se svěřili se svým problémem rodině (30,3 %), vyhledali si informace o samoléčbě na internetu (15,6 %), počkali, zda se projeví symptomy nemoci (8 %) nebo neudělali nic (2,1 %). Oproti 20 % mužů by se pouze 5 % žen svěřilo a poradilo se svými přáteli (Kaptanoğlu et al., 2013).

V ČR Mičulková et al. provedla v roce 2018 výzkum, který u 1 627 žáků/žákyň 7., 8. a 9. ročníků základních škol a příslušných ročníků gymnázií zjišťoval postoje k lidem žijícím s HIV. Tyto postoje byly zjišťovány otázkou: *„Koupili byste si čerstvou zeleninu od HIV pozitivního prodáváče?“* Na tuto otázku odpovědělo kladně jen 31 % zúčastněných, 49,4 % odpovědělo *„ne“* a 19,6 % odpovědělo *„nevím“*. Na druhou otázku: *„Myslíte si, že HIV pozitivní děti by měly mít možnost navštěvovat školu společně s HIV negativními dětmi?“* odpovědělo kladně 52,2 %, 30,6 % odpovědělo záporně a 17,2 % nevědělo, jaký chovají k této otázce postoj. Výsledky ukazují, že i přes relativně dobré znalosti o primární prevenci HIV měli adolescenti/adolescentky tendenci stigmatizovat HIV pozitivní lidi (Mičulková et al., 2018). V italské studii by 54 % žáků/žákyň odmítlo jít v restauraci, kde by pracoval HIV pozitivní člověk (Drago et al., 2016).

2.3 Vliv znalostí a postojů na sexuální chování a vnímání rizika

Míra znalostí SPI může být významným determinantem rizikového sexuálního chování. Proto je důležité určit úroveň povědomí a znalostí o SPI u rizikových skupin, aby bylo možné přijmout vhodná opatření k prevenci rizikového chování (Lim et al., 2017). Úroveň povědomí a znalostí o SPI dále úzce souvisí s vnímáním rizika nákazy a též se předpokládá, že ovlivňuje sexuální chování. Abychom mohli stanovit míru osobního rizika pro konkrétní SPI, je třeba o ní mít dobré znalosti (např. prevalence, diagnostika, možnosti léčby, následky atp.). Uvědomění si rizika nákazy vede ke snaze

vyhnout se jí a chovat se zodpovědně a bezpečně. Povědomí, znalosti a vnímání rizika jsou vzájemně propojené a jsou důležitými složkami sexuální výchovy, které podporují informovaná a zdravá rozhodnutí. Koncept vnímání rizika je tedy založen na vyšší pravděpodobnosti přijetí preventivních opatření bezpečného sexu, pokud se jedinec obává nákazy. Ve studii, provedené ve dvou městech v severním Německu, bylo zjišťováno vnímání rizika nákazy HIV, chlamydiemi a HPV u žáků/žákyní ve věku 12–20 let. Dotazník vyplnilo celkem 1 148 žáků/žákyní (632 dívek a 516 chlapců), kteří měli za úkol stanovit míru rizika nákazy těmito třemi infekcemi u svých vrstevníků/vrstevnic pokud byli sexuálně aktivní, tak také u sebe. Možné odpovědi byly: vysoké, střední a nízké riziko nákazy nebo nevím. Co se týče vnímání rizika u vrstevníků/vrstevnic, 68 % uvedlo jejich riziko nákazy HIV jako střední nebo vysoké. U chlamydií to bylo 25 % a u HPV pouze 19 %. Dívky a mladší žáci/žákyně častěji hodnotili riziko nákazy vrstevníků/vrstevnic jako vysoké nebo střední oproti chlapcům a žákům/žákyním starším. Sexuálně aktivní žáci/žákyně častěji hodnotili riziko nákazy HPV a chlamydiemi u vrstevníku/vrstevnic jako vysoké nebo střední oproti těm, co sexuálně aktivní nebyli. Dále sexuálně aktivní jedinci (314) hodnotili vlastní vnímání rizika nákazy těmito infekcemi. Odpověď ‚nevím‘ uvedlo u HIV 5 %, 34 % u HPV a 29 % u chlamydií. Vysokou nebo střední míru rizika nákazy uváděli žáci/žákyně nejčastěji u HIV (16 %), poté u chlamydií (13 %) a nejméně u HPV (9 %). Při porovnání těchto dvou analýz, nízkou míru rizika nákazy HIV u svých vrstevníků/vrstevnic uvedlo 27 % žáků/žákyní. Nízkou míru rizika nákazy vlastní osoby však uvedlo 51 %. U HPV to bylo 15 % vs 17 % a u chlamydií 15 % vs 25 %. Tyto výsledky dokazují, že žáci/žákyně měli tendenci předpokládat vyšší míru rizika nákazy u svých vrstevníků/vrstevnic než u sebe. Tento fenomén se nazývá optimistické zkreslení. Adolescenti/adolescentky pak mohou získat falešné přesvědčení, že riziko nákazy SPI se týká jen jejich vrstevníků/vrstevnic. Pravdou ale je, že při rizikovém sexuálním chování jsou ohroženi zcela stejně. Dále je z výsledků zřejmé, že žáci/žákyně udávali vyšší míru rizika nákazy HIV oproti chlamydiím či HPV. Výrazně nižší vnímání rizika nákazy těmito dvěma infekcemi lze přičíst nedostatečnému povědomí a znalostem. HIV je z důvodu výukových a osvětových programů nejvíce známou SPI, i přes to, že není tolik rozšířená jako právě chlamydiová infekce nebo HPV (Samkahge-Zeeb, Pöttgen a Zeeb, 2013). V jihoafrické studii s 201 respondenty/respondentkami v rozmezí 12–26 let a průměrným věkem 16,7 let bylo zjištěno, že úroveň znalostí o SPI neměla výrazný vliv na vnímání rizika nákazy. Nejvíce respondentů/respondentek nevědělo, jaké má riziko nákazy (43,3 %), 32,3 % uvedlo

nízké vnímané riziko nákazy SPI a 24,4 % uvedlo vyšší míru rizika. Mezi odpověďmi žen a mužů nebyl významný rozdíl. Co se týče vnímání rizika nákazy HIV vztaženého k vlastní osobě, 39,3 % nedokázalo stanovit míru rizika, 34,3 % se neobávalo nákazy HIV a pouze 26,4 % uvedlo vyšší míru rizika nákazy HIV. Dle výsledků této studie je zřejmé, že respondenti/respondentky nebyli často schopni odhadnout míru rizika vztaženého k vlastní osobě, nebo uváděli nízké riziko nákazy HIV i ostatními SPI (Nyasulu et al., 2018).

V malajské studii, navzdory vysoké úrovni znalostí respondentek o rizicích většího počtu současných sexuálních partnerství (95 %) a nesouhlasných postojů k tomuto chování (90 %), celých 55 % žen připustilo, že má více než jednoho sexuálního partnera současně. Dále 55 % respondentek vědělo, že používání kondomu může zabránit nákaze SPI, ale 77 % žen přiznalo, že během pohlavního styku kondom ani jinou formu antikoncepce nepoužívají. Nakonec 88,3 % respondentek uvedlo, že nesouhlasí s předmanželským sexem, což ale nekorespondovalo s jejich chováním, protože 100 % účastnic studie bylo svobodných, ale přitom mělo předešlou sexuální zkušenost. Vysoká úroveň znalostí a správné postoje tedy ne vždy zaručují, že se jedinec bude chovat s nimi v souladu (Zin, Ishak a Manoharan, 2019).

Mičulková et al. ve studii z ČR mimo jiné zjišťovala jaká je souvislost mezi znalostmi žáků/žákynů o HIV/AIDS a jejich postoji k HIV pozitivním lidem. Údaje od 1627 žáků ukázaly pozitivní korelaci, tzn. čím více měli žáci/žákyně znalostí o HIV/AIDS, tím spíše projevili pozitivní postoj k HIV pozitivním lidem (Mičulková et al., 2018).

Cílem thajské studie bylo u 349 žáků/žákynů bangkokských středních škol ve věku 15–19 let zmapovat souvislosti mezi znalostmi, postoji a sexuálním chováním. Výsledky studie naznačují negativní korelaci znalostí a postojů. To znamená, že žáci/žákyně s nízkou úrovní znalostí o prevenci SPI projevili k prevenci příznivý postoj, zatímco žáci/žákyně s vyšší úrovní znalostí projevili k prevenci SPI méně příznivý postoj. Korelace mezi postoji a sexuálním chováním respondentů byla mírně pozitivní. Tudiž u žáků/žákynů s příznivými postoji k prevenci SPI bylo pravděpodobnější, že se při sexu budou chovat bezpečně a zodpovědně a naopak. Žákyně vykazovaly vyšší skóre u bezpečného sexuálního chování oproti žákům (průměr 2,44 vs 2,30). Zřejmé je, že znalosti, postoje a chování spolu úzce souvisí a navzájem se ovlivňují (Niemkulrak, 2017).

Studie z Nigérie zjišťovala znalosti o správném používání prezervativů, postojích k nim a jejich používání u mladých lidí ve věku 16–29 let. Výzkumný vzorek činilo 102 účastníků/účastnic (49 mužů a 53 žen), kteří již byli sexuálně aktivní. Převážná část (78,4 %) uvedla, že kondom je efektivní způsob ochrany proti nákaze SPI. Bohužel znalosti o správném používání byly nižší. Pouze 20,6 % uvedlo, že během pohlavního styku v posledních 3 měsících vždy používalo kondomy. Více než polovina účastníků/účastnic správně nasazovala kondomy před zahájením pohlavního styku (59,8 %) a sundávala až po ejakulaci a ukončení penetrace (58,8 %). Bohužel, asi polovina respondentů/respondentek (47 %) nenasazovala a nesundávala kondomy ve správný čas. Bylo zjištěno, že vyšší úroveň vzdělání a vyšší věk měli významný vliv na úroveň znalostí o účinnosti kondomů a jejich správné používání. Důsledné používání kondomů u starších účastníků/účastnic mohlo být způsobeno tím, že v minulosti již měli vlastní negativní zkušenost se SPI, tudíž se poučili a dbají na jejich používání. Pouze 20,6 % účastníků/účastnic používalo kondomy při análním styku a 31,3 % je se stálými sexuálními partnery/partnerkami nepoužívalo. Asi 42 % respondentů/respondentek bylo přesvědčeno, že propagace a používání kondomů podporuje sexuální promiskuitu. Někteří respondenti/respondentky hlásili negativní zkušenosti při používání kondomů, konkrétně snížení sexuální rozkoše (45,1 %), prasknutí nebo sklouznutí kondomu (35,3 %) a ztrátu erekce po nasazení (13,7 %). Pouze 17,6 % žádné z výše uvedených negativních zkušeností nezažilo. Společnost může mít negativní vliv na formování postojů i znalostí o kondomech, což pak může vést jedince k jejich nesprávnému nebo žádnému používání a vystavení se riziku nákazy SPI. Vzhledem k tomu, že pouze 20,6 % účastníků/účastnic během posledních 3 měsíců při pohlavním styku vždy použilo kondom, je potřeba podporovat důsledné používání kondomů při každém styku, zejména s příležitostnými partnery/partnerkami. K dosažení tohoto cíle je třeba vyvracet negativní postoje, jako je např. spojování kondomů s promiskuitou, nepotřebnost používání kondomů ve stálých sexuálních vztazích atp. Kromě sociálních faktorů může mít na používání a postoje ke kondomům výrazný vliv také náboženství. Hlavním zjištěním byla nízká míra znalostí a negativní postoje k použití kondomů u respondentů/respondentek, které následně negativně ovlivňovaly jejich rozhodování o použití kondomů (Anyanwu a Fulton, 2017).

2.4 Vliv intervencí sexuální výchovy na znalosti, postoje a sexuální chování

Sexuální výchova představuje podstatnou součást primární prevence SPI. Vhodně koncipované edukační programy mohou adolescenty/adolescentky významně motivovat k sexuální abstinenci nebo oddálení začátku sexuálního života, k snížení počtu sexuálních partnerů/partnerek a používání ochranných prostředků pro zamezení nákaze SPI a nechtěným těhotenstvím. Školní prostředí poskytuje příležitost oslovit velké množství mladých lidí ještě před zahájením jejich sexuálního života (Mičulková et al., 2018). Školy a rodiče by měli být hlavním zdrojem informací o sexuálním zdraví, přiměřeným věku, kultuře a náboženské víře žáků/žákyně. Školní prostředí je obvykle považováno za spolehlivý zdroj informací a je to také ekonomicky efektivní způsob, jak oslovit mnoho mladých lidí v nejvhodnější době (nejlépe ještě před začátkem jejich sexuálního života), zvýšit úroveň znalostí, ovlivnit jejich postoje a modifikovat chování (Fernandes a Magagula, 2015). Bylo by vhodné, když by všechny typy středních škol do svých vzdělávacích programů zařadily sexuální výchovu, kterou by vyučovali především učitelé/učitelky výchovy ke zdraví či přírodovědných předmětů. V oblasti sexuální výchovy lze také žáky/žákyně vzdělávat formou vzdělávacích programů vedených odborníky, kteří mají teoretické i praktické znalosti a zkušenosti v problematice SPI (gynekologové, urologové, dermatovenerologové či porodní asistentky). Bylo by také žádoucí, aby žáci/žákyně měli v rámci školy možnost využít psychologickou pomoc (Drago et al., 2016).

V ČR není sexuální výchova vyučována jako samostatný předmět, ale nejčastěji je součástí výuky předmětu *‘Výchova ke zdraví‘*. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) vydalo *‘Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách‘*, které stanovuje, jakou formu by měla sexuální výchova na školách mít. Pro snadnější zařazení sexuální výchovy do výuky vydalo MŠMT také příručku pro učitele *‘Sexuální výchova – vybraná témata‘* (Koliba, 2019).

HIV patří mezi nejvíce stigmatizované nemoci. Nesprávné a nedostatečné informace o této infekci mohou vést ke stigmatizaci jedinců s HIV/AIDS. Toto stigma má následně negativní dopad na sociální i pracovní život těchto lidí. Proto je důležité, zlepšit znalosti dospívajících a zmapovat souvislosti mezi znalostmi o HIV a stigmatizujícími postoji k lidem s HIV/AIDS. V čínské studii byl zkoumán vliv intervence sexuální výchovy na znalosti, postoje a záměry k budoucímu chování

souvisejícím s HIV. Výzkumného šetření se zúčastnilo 140 žáků/žákyň, kteří byli přiřazeni do intervenční skupiny a 164 do skupiny kontrolní. Účinek intervence byl zkoumán před intervencí a 6 měsíců po ní. Sběr dat byl proveden pomocí dotazníků. Věkové rozmezí bylo 15–19 let. Na začátku studie tedy bylo 304 žáků/žákyň a po půl roce ze základní kohorty zbylo 287 žáků/žákyň. Edukační intervence byla přizpůsobená kulturnímu prostředí a skládala se z osmi sezení s celkovou časovou dotací přibližně 12 hodin. Úroveň znalostí o HIV byla hodnocena podle 13 otázek o způsobech jeho přenosu. Čím vyšší skóre účastník/účastnice získal/a, tím lepší měl/a úroveň znalostí. Postoj k lidem žijícím s HIV/AIDS byl hodnocen podle toho, zda respondenti/respondentky souhlasili s výrokem *‘Od člověka s HIV se budu distancovat’*. Možné odpovědi byly 4 (rozhodně nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím a rozhodně souhlasím). Bylo možné získat 1–4 body, kdy nejméně bodů značilo nejméně stigmatizující postoj k lidem žijícím s HIV/AIDS. Ve výchozích znalostech o HIV nebyly mezi intervenční a kontrolní skupinou žádné rozdíly. V intervenční skupině došlo po intervenci k významnému zvýšení skóre znalostí (8,49 vs 9,08 bodů). V kontrolní skupině k výrazné změně nedošlo (8,03 vs 8,01 bodů). Stigmatizující skóre postojů bylo před intervencí podobné u obou skupin. U intervenční skupiny se skóre po intervenci snížilo z 2,62 bodů na 2,57 a u skupiny kontrolní z 2,77 na 2,81 bodů. Výsledná data potvrzují, že intervenční program *‘Focus on Kids’* měl mimo jiné pozitivní vliv na zvýšení znalostí o HIV a snížení stigmatizujících postojů k lidem žijícím s HIV/AIDS u žáků/žákyň středních škol v Číně. Lze tedy říci, že vzdělávací intervence snižují stigmatizaci jedinců žijících s HIV/AIDS pomocí zvyšování znalostí o této nemoci. Zlepšování znalostí a postojů může motivovat k bezpečnějšímu chování, testování, včasnému zachycení případné infekce HIV, léčbě a zabránění tak dalšímu šíření tohoto viru (Li et al., 2011).

Vysoká morbidita a mortalita adolescentů/adolescentek spojená se sexuálně přenosnými infekcemi či předčasnými graviditami je hrozbou, které lze účinně přecházet výchovnými intervencemi, které zvyšují znalosti a podporují bezpečné chování. Účelem studie z roku 2017 bylo vyhodnotit účinek online vzdělávací intervence na zvýšení znalostí o SPI a zlepšení postojů vůči důslednému používání kondomů u mexických adolescentů/adolescentek. Žáci/žákyňe ve studii měli 14–15 let a pocházeli z nejméně sociálně a ekonomicky znevýhodněných čtvrtí hlavního města Mexika. Žáci/žákyňe z jedné školy byli zařazeni do intervenční skupiny (IS) a žáci/žákyňe z druhé školy do skupiny kontrolní (KS). V intervenční skupině bylo 246 žáků/žákyň a v kontrolní 210.

V obou skupinách tvořily dívky zhruba polovinu účastníků (52,8 % v IS skupině a 57,6 % v KS). V online vzdělávacích materiálech byly použity komiksové ilustrace dívků a chlapců, kteří spolu vedli neformální dialogy o kondomech (např. vyjednávání o použití kondomu s příležitostným/příležitostnou i stálým/stálou partnerem/partnerkou v různých situacích atp.) Jeden z dialogů zněl následovně: „*Kondomy mi nejsou příjemné a zhoršují sexuální potěšení.*“ Odpověď: „*To není tak úplně pravda. Pokud budeme kondomy používat, můžeme se oba uvolnit, protože se nemusíme bát těhotenství nebo nemoci. Kondom také zamezuje předčasně ejakulaci, tudíž nám zajistí více sexuálního potěšení.*“

Cílem bylo umožnit dospívajícím identifikovat se s těmito postavami a aktivně se zapojit do procesu učení. Na konci těchto sezení byli adolescenti/adolescentky vyzváni, aby vytvořili své vlastní komiksy o tom, jak vyjednávat o použití kondomu se svými partnery/partnerkami. Účastníci/účastnice intervenční skupiny dále absolvovali čtyři hodinové online kurzy. Žáci/žákyně z obou skupin vyplnili dotazníky na začátku výzkumného šetření, na konci všech čtyř kurzů (1. měsíc) a následně po 3 měsících (4. měsíc). Úroveň znalostí o SPI byla zjišťována pomocí dotazníku s 23 uzavřenými otázkami. Postoje k používání kondomů byly zjišťovány pomocí *Multidimensional Condom Attitudes Scale*. Tato škála obsahuje 25 položek, které jsou rozdělené do pěti tematických skupin (domén): 1. spolehlivost a účinnost kondomů, 2. potěšení při používání kondomů, 3. stigma spojené s používáním kondomů, 4. rozpaky spojené s vyjednáváním o používání kondomů, 5. rozpaky spojené s nákupem kondomů. Na konkrétní položky lze odpovídat pomocí Likertovy stupnice od 1 (zcela nesouhlasím) do 7 (zcela souhlasím). Každá doména byla hodnocena samostatně. Skóre domény bylo zjišťováno součtem číselných odpovědí děleno pěti. Skóre každé domény se pohybuje od 1 (nejnegativnější přístup) do 7 (nejpozitivnější přístup). Při zahájení studie měli účastníci/účastnice intervenční skupiny nižší úroveň znalostí o SPI oproti skupině kontrolní (51,8 vs 58,5 bodů). Skóre postojů ke kondomům v jednotlivých doménách bylo následující: spolehlivost a účinnost kondomů (IS 5,48 vs KS 5,68), potěšení při používání kondomů (IS 4,83 vs KS 5,13), stigma spojené s používáním kondomů (IS 5,77 vs KS 6,10 bodů), rozpaky spojené s vyjednáváním o používání kondomů (IS 4,5 vs KS 4,81), rozpaky spojené s nákupem kondomů (IS 4,37 vs KS 4,79). Před intervencí tudíž kontrolní skupina vykazovala pozitivnější postoje ke kondomům oproti intervenční skupině. První měsíc po intervenci byla zaznamenána zvýšená úroveň znalostí o SPI u intervenční skupiny (rozdíl 9,12 bodů) a ve 3. měsíci zrovna tak (rozdíl 30,34 bodů). Co se týče postojů k používání kondomů v prvním měsíci po intervenci nebyl mezi

skupinami zaznamenán významný rozdíl. Třetí měsíc po intervenci však u intervenční skupiny byly pozorovány pozitivnější postoje oproti skupině kontrolní ve všech doménách dotazníku. Výsledky tedy jasně dokazují, že takováto online výchovná a vzdělávací intervence, doplněná diskusemi ve třídě, měla vliv na zvýšení úrovně znalostí o SPI a zlepšení postojů k používání kondomů. Dobré znalosti o SPI a pozitivní postoje ke kondomům jsou významným předpokladem pro osvojení si zásad zodpovědného a nerizikového sexuálního chování. Výhodou bylo, že tato intervence byla prováděna online. Protože mladí lidé internet často používají, virtuální prostředí jim je dobře známo a mají k němu pozitivní vztah. Takto zprostředkované předávání informací navíc snižuje ekonomické náklady a potřebu lidských zdrojů (Doubova et al., 2017).

Školní prostředí je vhodné pro intervence, které mají za úkol zlepšit povědomí, znalosti, postoje, záměry k chování, sociální normy a chování spojené se sexuálním a reprodukčním zdravím, protože školy sdružují velké množství mladých lidí a do jejich výuky lze dobře zahrnout intervence sexuální výchovy. Jelikož adolescenti/adolescentky ve školách tráví značné množství času, je to také vhodné prostředí pro budování a rozvoj vztahů, které ovlivňují individuální a skupinové chování žáků/žákyň ve škole i mimo ni. Není tedy divu, že školy hrají významnou roli v koncipování a konání intervencí majících za úkol snížit míru nákazy HIV i jiných SPI a předčasných nechtěných těhotenství. Nástrojem těchto programů je buď podpora sexuální abstinence, odkládání zahájení sexuálního života do pozdějšího věku nebo apelace na důsledné a správné používání kondomů u těch, co jsou již sexuálně aktivní. Studie, které hodnotily efekt intervencí, byly často založené na sebehodnocení účastníků/účastnic. U takovýchto výsledků je však značné riziko zaujatosti, a tudíž nepřesných údajů. Z toho důvodu je vhodnější zaměřit se na objektivně měřitelné údaje, jako je počet nově zjištěných SPI nebo těhotenství po vzdělávací intervenci. V systematickém review autorů Mason-Jones et al. z roku 2016 bylo seskupeno 8 randomizovaných studií, které porovnávaly počet těhotenství a nově získaných infekcí HIV, HSV a syfilidy u adolescentů/adolescentek v intervenčních a kontrolních skupinách. Věkové rozmezí žáků/žákyň bylo 10 až 19 let s celkovým počtem 55 157 účastníků/účastnic. Navzdory vysokému počtu respondentů/respondentek však nebylo zaznamenáno, že by školní vzdělávací intervence měly významný vliv na snížení počtu vzniklých těhotenství nebo snížení prevalence HIV, HSV či syfilidy v intervenčních skupinách (Mason-Jones et al., 2016).

Cílem italské studie bylo vyhodnotit úroveň znalostí o SPI u žáků/žákyň a studentů/studentek středních a vysokých škol před a po uskutečnění vzdělávací

intervence. Studie se zúčastnilo celkem 436 respondentů/respondentek ve věku 15 až 24 let z nichž 67,7 % bylo žen. Sto třicet čtyři respondentů/respondentek navštěvovalo střední zdravotnické školy (skupina č. 1), 96 střední školy bez zdravotnického zaměření (skupina č. 2), 104 vědecké obory na univerzitách (skupina č. 3) a 102 vysokoškolské obory bez vědeckého zaměření (skupina č. 4). Správné odpovědi o SPI před intervencí častěji věděli žáci/žákyně středních zdravotnických škol oproti těm z jiných středoškolských oborů (39,2 % vs 28,3 %). Na univerzitách vykazovali lepší míru znalostí studenti/studentky vědeckých oborů (49,5 % vs 35,3 %). Nejvíce znalostí prokázali respondenti/respondentky ze všech skupin v otázkách o způsobech přenosu HIV a ostatních SPI. Naopak nejnižší míra správných odpovědí ve všech skupinách byla pozorována u otázek zaměřených na definici HIV pozitivní osoby, znalost doby, za kterou podstoupit test na HIV po rizikovém kontaktu a existenci vakcíny proti chlamydiové infekci. Nejnižší míra znalostí před intervencí byla pozorována u skupiny č. 2 (střední školy bez zdravotnického zaměření). Po vzdělávací intervenci dosáhli respondenti/respondentky ze skupiny č. 1 a 3 nejvyšší nárůst znalostí oproti testování před intervencí (65,9 % vs 71,7 %), ale u všech skupin bylo patrné zlepšení znalostí. Nejvyšší nárůst znalostí u nejvyššího počtu otázek byl však zjištěn u žáků/žákyně středních škol. Tento výsledek může dokazovat vyšší zájem o SPI u mladších dospívajících oproti jejich starším protějškům, a proto je vhodnější zahrnout takovéto intervence do vzdělávacích plánů středních škol. Dalším důvodem může být také skutečnost, že při nástupu na střední školu (15 let) mnoho jedinců zahajuje sexuální aktivitu a potřeba znalostí o SPI a jejich prevenci se významně zvyšuje. Výsledky studie dokazují pozitivní vliv vzdělávací intervence na znalosti o SPI (Zizza et al., 2021).

Cílem studie z Ugandy bylo zjistit jaký vliv má vzdělávací intervence na úroveň znalostí o SPI a zda se tato úroveň výrazně liší podle sociodemografických faktorů, sexuální aktivity či školních výsledků žáků/žákyně střední školy. Průměrný věk 129 účastníků/účastnic byl 16,7 let (rozmezí 15–19 let), 53 % z nich byly ženy a 31 % účastníků/účastnic bylo sexuálně aktivních. Úroveň znalostí byla hodnocena před vzdělávací intervencí, bezprostředně po a tři týdny po ní. Před vzdělávací intervencí vyplnilo dotazník 129 žáků/žákyně, bezprostředně po 125 z nich a po třech týdnech pouze 80. Výuková intervence byla prováděná formou interaktivní diskuse. Kromě SPI, jejich prevenci, symptomů a formách antikoncepce byli žáci vzděláváni o ženské a mužské reprodukční soustavě, menstruačním cyklu a těhotenství. Z části dotazníku o znalostech SPI mohli žáci/žákyně získat 0–4 body. V další části dotazníku měli za úkol aplikovat

znalosti o SPI a antikoncepčních metodách v 10 otázkách týkajících se rizika nakažení se SPI a účinnosti kondomů. Z této části bylo možné získat 0–10 bodů. Před intervencí žáci/žákyně, z části zjišťující úroveň znalostí o SPI, získali průměrné skóre 72 % a z části aplikace znalostí 64 %. Skóre znalostí o SPI bezprostředně po intervenci se ve srovnání skóre před intervencí zvýšilo průměrně o 0,76 bodů a skóre aplikace znalostí o 2,32 bodů. Při srovnání skóre znalostí před intervencí a 3 týdny po jejím uskutečnění se zvýšilo o 0,73 bodů a skóre aplikace znalostí o 2,27 bodů. Při hodnocení bezprostředně po intervenci a tři týdny po intervenci nebyl zjištěn významný rozdíl v získaném skóre. Starší účastníci/účastnice si spíše uchovali získané znalosti až do finálního hodnocení po třech týdnech a průměrně získali více bodů z obou částí dotazníku. Školní výsledky, náboženství, pohlaví nebo sexuální aktivita neměly vliv na výsledná skóre. Výsledky ukazují, že vzdělávací intervence měla pozitivní vliv na úroveň znalostí o SPI (Wolf et al., 2017).

Za účelem rozvoje vzdělávacích programů a intervencí prevence SPI je třeba nejprve zjistit znalosti, postoje a chování dospívajících. Před zahájením sexuálního života adolescentů/adolescentek by měly být organizovány vzdělávací programy sexuální výchovy, aby se zabránilo budoucímu rizikovému chování nebo se omezilo rizikové chování u mládeže, která je již sexuálně aktivní. Vzdělávání o SPI je velmi dobrý způsob, jak předejít nákaze, dalšímu šíření a jejím následkům (Kaptanoğlu et al., 2013).

2.5 Metodika a výsledky literárních rešerší

Před zpracováním *Přehledu publikovaných poznatků k tématu diplomové práce* byla provedena literární rešerše. Vyhledávání literárních zdrojů a jejich třídění bylo provedeno podle níže popsanych kroků. Soubor sedmi rešeršních otázek (RO) byl formulován pomocí komponent P (participant/účastník/osoba), Co (concept/hlavní pojem/předmět zkoumání) a Co (context/okolnost/souvislost).

Znění rešeršních otázek:

1. Jaké mají žáci/žákyně středních škol povědomí o sexuálně přenosných infekcích?
2. Jaké jsou znalosti žáků/žákyní středních škol o sexuálně přenosných infekcích?
3. Jaké mají žáci/žákyně středních škol postoje k sexuálně přenosným infekcím?

4. Jaké mají žáci/žákyně středních škol postoje k lidem se sexuálně přenosnými infekcemi?
5. Jaké mají žáci/žákyně středních škol postoje k prezervativům?
6. Jak znalosti a postoje k sexuálně přenosným infekcím ovlivňují sexuální chování žáků/žákyně středních škol?
7. Jak vzdělávací intervence sexuální výchovy ovlivňují znalosti a postoje žáků/žákyně středních škol k sexuálně přenosným infekcím?

K jednotlivým rešerším v českém jazyce byla uplatněna tato **primární hesla**:

Tabulka č. 2 – Primární hesla v českém jazyce

Číslo RO	P (<i>participant/ účastník/ osoba</i>)	Co (<i>concept/hlavní pojem/ předmět zkoumání</i>)	Co (<i>context/ okolnost/ souvislost</i>)
1.	žáci středních škol	povědomí	sexuálně přenosné infekce
2.	žáci středních škol	znalosti	sexuálně přenosné infekce
3.	žáci středních škol	postoje	sexuálně přenosné infekce
4.	žáci středních škol	postoje	lidé se sexuálně přenosnými infekcemi
5.	žáci středních škol	postoje	prezervativ
6.	žáci středních škol	vliv na sexuální chování	znalosti a postoje
7.	žáci středních škol	znalosti a postoje	vzdělávací intervence sexuální výchovy

Tabulkou prezentovaná primární hesla byla při realizaci rešerši rozšiřována/nahrazována synonymy a příbuznými pojmy takto:

Participant: žáci OR studenti OR studenti středních škol OR adolescenti OR dospívající

Concept: informovanost OR úroveň znalostí OR vědomosti OR přístup OR názor OR vztah OR vzájemná souvislost OR souvztažnost k chování OR chování

Context: sexuálně přenosné nemoci OR pohlavně přenosné infekce OR pohlavně přenosné nemoci OR osoby se sexuálně přenosnými infekcemi OR jedinci se

sexuálně přenosnými infekcemi OR osoby žijící se sexuálně přenosnými infekcemi OR osoby žijící s HIV/AIDS OR kondom OR sexuální výchova OR edukační programy OR vzdělávání o sexuálně přenosných infekcích OR vzdělávací programy OR vzdělávací intervence

Pro vyhledávání v **anglickém jazyce** byla uplatněna tato **primární hesla**:

Tabulka č. 3 – Primární hesla v anglickém jazyce

Číslo RO	P (<i>participant</i>)	Co (<i>concept</i>)	Co (<i>context</i>)
1.	secondary schools students	awareness	sexually transmitted infections
2.	secondary schools students	knowledge	sexually transmitted infections
3.	secondary schools students	attitudes	sexually transmitted infections
4.	secondary schools students	attitudes	people with sexually transmitted infections
5.	secondary schools students	attitudes	condom
6.	secondary schools students	influence on sexual behavior	knowledge and attitudes
7.	secondary schools students	knowledge and attitudes	sexual education intervention programs

Tabulkou prezentovaná primární hesla byla při realizaci rešerši rozšiřována/nahrazována synonymy a příbuznými pojmy takto:

Participant: student OR pupil OR secondary schools pupils OR high schools students OR high schools pupils OR adolescents OR teenage

Concept: level of awareness OR level of knowledge OR perception OR approach OR opinion OR point of view OR sexual behavior OR behavior

Context: sexually transmitted diseases OR STD OR STI OR people living with sexually transmitted infections OR people living with HIV/AIDS OR sheath OR protection OR sexual health programs OR sexual education

interventions OR sexually transmitted infections educational programs OR
sexually transmitted infections educational interventions

Uplatněné elektronické zdroje:

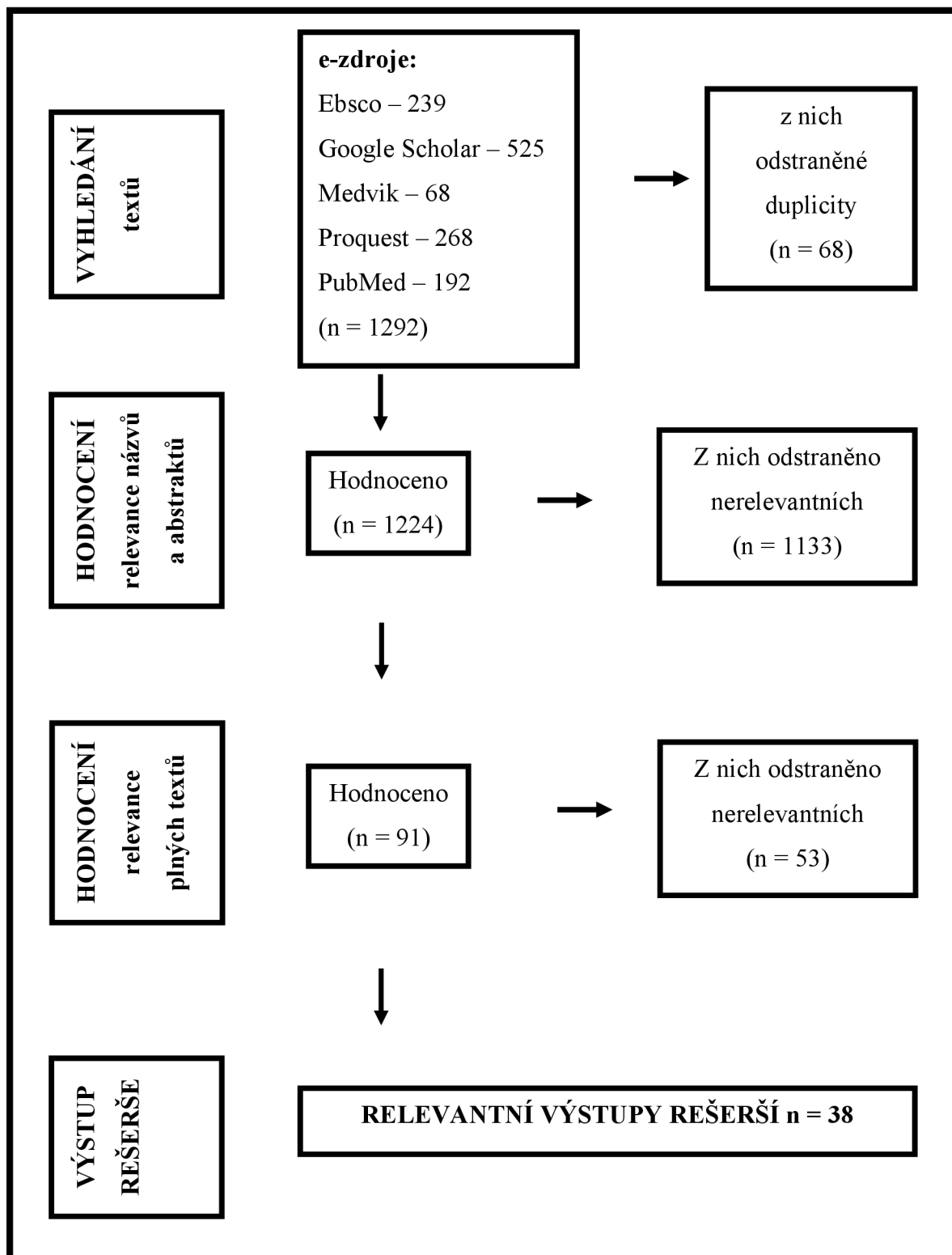
Vyhledávání bylo provedeno v prostředí elektronických zdrojů: Ebsco, Google Scholar, Medvik, Proquest a PubMed

Období realizace a limitace rešerší:

Jednotlivé rešerše byly provedeny v období leden 2020 až duben 2021. Uplatněna byla tato omezení/limitace výstupů: publikační období za posledních deset let (2011– 2021), recenzované, anglický, český, popřípadě slovenský jazyk, bez: kvalifikačních prací.

Postupový diagram rešerší je uvedený na obrázku č. 1.

Obrázek č. 1 – Postupový diagram rešerší



3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Metodika

Hlavní cíl zkoumání

Cílem této kvantitativní studie bylo zjistit úroveň znalostí o sexuálně přenosných infekcích u vybraného souboru žáků/žákyně čtyřletých gymnázií a oboru Praktická sestra a jejich postoje k této problematice.

Dílčí cíle výzkumné části práce:

- Dílčí cíl č. 1: Zjistit úroveň znalostí a postoje žáků/žákyně v závislosti na navštěvované škole.
- Dílčí cíl č. 2: Zjistit úroveň znalostí a postoje žáků/žákyně v závislosti na ročníku studia.
- Dílčí cíl č. 3: Zjistit úroveň znalostí a postoje žáků/žákyně v závislosti na sexuální aktivitě.
- Dílčí cíl č. 4: Zjistit korelaci mezi úrovní znalostí žáků/žákyně a jejich postoji.
- Dílčí cíl č. 5: Doplnujícím cílem bylo vytvořit edukační materiál pro žáky/žákyně středních škol.

Typ/design výzkumné studie

Pro toto výzkumné šetření byl použit kvantitativní design z kategorie primárního výzkumu, který lze dále zařadit mezi observační analytické průřezové studie.

O observační typ studie se jedná, jelikož expozice nebyla přiřazována, nýbrž pozorována. Analytická studie je charakteristická srovnáváním jednotlivých skupin zahrnutých do výzkumu, v této práci např. srovnání žáků/žákyně z různých typů středních škol, ročníků, na základě již zahájené partnerské sexuální aktivity atp. Průřezový design studie v daném čase zjišťuje charakteristiky proměnných, v tomto případě navštěvovaná střední škola, ročník, věk, pohlaví, zahájení partnerské sexuální aktivity, úroveň znalostí a postoje. Autorka práce použila dotazníkovou metodu pro sběr dat, která je právě v průřezových studiích nejčastěji využívána (Marečková et al., 2015).

Zkoumaný soubor

Výběr zkoumaného souboru

Pro výběr vzorku respondentů/respondentek byla využita metoda záměrného výběru, kde selekce nezávisí na náhodě, nýbrž na výzkumníkovi/výzkumnici nebo zkoumaném jedinci. Dále byla použita metoda výběru ‚*průměrných jednotek*‘ (druh záměrného výběru), při které výzkumník/výzkumnice vybírá konkrétní objekt, který považuje za typický (např. škola, třída, atp.) (Chráska, 2016). Do této studie byli zahrnuti žáci a žákyně středních škol sídlících v Ústí nad Orlicí. Konkrétně se jednalo o Vyšší odbornou školu a střední školu zdravotnickou a sociální Ústí nad Orlicí (dále uváděno jako střední zdravotnická škola, zdravotnická škola nebo SZŠ) a Gymnázium Ústí nad Orlicí. Tyto školy byly záměrně vybrány kvůli blízkosti bydliště autorky. Autorka na jmenované střední zdravotnické škole také absolvovala středoškolské vzdělání i odborné pedagogické praxe. Gymnázium Ústí nad Orlicí bylo shledáno jako vhodné pro komparaci se zdravotnickou školou kvůli stejné geografické lokalitě. Do výzkumného šetření byli zahrnuti jen žáci/žákyně oboru Praktická sestra vyučované na zdravotnické škole a žáci/žákyně čtyřleté formy studia na gymnáziu. U obou škol se jednalo o čtyři třídy – na SZŠ třídy PS 1. A, PS 2. A, PS 3. A, PS 4. B a na gymnáziu 1. A, 2. A, 3. A a 4. A.

Kritéria pro zařazení:

- žáci a žákyně 1.– 4. ročníků denní formy studia oboru Praktická sestra a čtyřletých gymnázií,
- navštěvovaná škola: Vyšší odborná škola a střední škola zdravotnická a sociální Ústí nad Orlicí nebo Gymnázium Ústí nad Orlicí,
- souhlas s účastí na výzkumném šetření (viz příloha č. 1 – Informovaný souhlas).

Plánovaný versus reálný počet respondentů/respondentek z vybraných škol:

K účasti na výzkumném šetření bylo osloveno 101 žáků/žákyně oboru PS a 114 žáků/žákyně gymnázia. Vyřazeni byli účastníci/účastnice, kteří v době sběru dat nebyli ve škole přítomní, ti jejichž zákonní zástupci/zástupkyně nebo oni sami neudělili souhlas s účastí a ti, kteří nevyplnili některou z položek v dotazníku. Reálně byly uvažovány

odpovědi od 59 respondentů/respondentek ze SZŠ a 91 z gymnázia tzn. 69,8 % z původně plánovaného počtu.

Tabulka č. 4 – Plánovaný versus reálný počet respondentů/respondentek z vybraných škol

	VOŠ a SŠZS Ústí nad Orlicí	Gymnázium Ústí nad Orlicí
plánovaný počet respondentů/respondentek	101	114
reálný počet respondentů/respondentek	59	91

Etika zkoumání

Výzkumný problém, který je v této práci zkoumán, je velmi citlivý a kontroverzní, jelikož se jedná o sexualitu dospívajících. Z tohoto důvodu byla účastníkům/účastnicím během sběru dat mnohokrát zaručena anonymita účasti i jejich odpovědí. Žáci/žákyně nad 18 let a zákonní zástupci/zástupkyně žáků/žákyně, kteří ještě plnoletosti nedosáhli, byli požádáni o vyplnění a podepsání *Informovaného souhlasu*, ve kterém byli informováni o zamýšleném průběhu výzkumného šetření (viz příloha č. 1). Pro tvorbu informovaného souhlasu byl použit vzor, dostupný na webových stránkách Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého (2018). Pokud informovaný souhlas neposkytlí, nemohli se zúčastnit výzkumného šetření. Účast tedy byla zcela dobrovolná, anonymní a účastníci/účastnice mohli kdykoliv během realizace výzkumu odstoupit (i v případě již podepsaného informovaného souhlasu). Žáci/žákyně obdrželi dvě kopie tohoto souhlasu, z nichž jednu vyplněnou a podepsanou kopii odevzdali autorce výzkumu, druhou kopii si ponechali.

Před samotným zahájením sběru dat byl samozřejmě osloven management vybraných škol, kterému byla předložena *Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat* (viz příloha č. 2, 3).

Uplatněné výzkumné metody a nástroje

K realizaci sběru dat byla využita metoda dotazníku, který je charakteristický písemnou podobou otázek (položek) a písemnou odpovědí účastníka. Dotazníkové položky musí být předem formulované a promyšleně seřazené. Jejich znění má být jasné a srozumitelné. Výhodou dotazníku je možnost rychle a ekonomicky výhodně získat

odpovědi od velkého množství respondentů/respondentek. Naopak velkou nevýhodu představuje možná nesprávná interpretace otázek nebo subjektivní pocity respondenta/respondentky (např. účastník/účastnice uvede tu odpověď, která bude nejspíše považována za žádoucí) (Chráška, 2016).

V první části dotazníku byly zjišťovány sociodemografické údaje respondentů/respondentek. Konkrétně druh studované školy či oboru, věk, ročník studia, pohlaví a sexuální aktivita. Tato část dotazníku je uvedena v příloze č. 4.

Pro sběr dat o úrovni znalostí žáků/žákyň byl použit dotazník The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire (STD-KQ) od autorů Jaworski a Carey z roku 2007 (viz příloha č. 5). Tento dotazník měří úroveň znalostí adolescentů o chlamydiích, genitálním oparu, kapavce, hepatitidě B, HIV a HPV. Autoři použili systematický přístup k vývoji jednotlivých otázek, včetně identifikace cílů dotazu, vygenerování znění otázky podle předchozích výzkumů a kvalitativního dotazování. Výsledkem tohoto procesu bylo 93 položek dotazníku, jež byly zkontrolovány odborníky na SPI, a kteří ověřili jejich přesnost a správné znění vzhledem k cílům výzkumu. Jednotlivé položky byly dále testovány a ověřovány. Do konečné verze dotazníku bylo nakonec zahrnuto 27 položek. Tato konečná verze dotazníku při testování získala vysokou hodnotu vnitřní konzistence ($r = 0,86$). Hodnota vnitřní konzistence STD-KQ byla také stabilní během dvoutýdenního retestovacího období ($r = 0,88$). Tento dotazník je také vhodné použít při testování účinku vzdělávací intervence na úroveň znalostí. Důkazy o platnosti dotazníku STD-KQ byly získány z několika zdrojů. Jednotlivé položky byly vyvíjeny podle explicitního plánu s důrazem na obsah a technickou kvalitu. Ke snížení zátěže respondentů/respondentek a zvýšení interní platnosti dotazníku byl použit formát odpovědi ‚Pravda‘, ‚Nepravda‘ a ‚Nevím‘. Faktorové analýzy stanovily a ověřily dvoufaktorovou strukturu dotazníku. Hodnoty jak vnitřní konzistence, tak spolehlivosti, při opakovaném testování finálního dotazníku s 27 položkami, byly vynikající. Dotazník byl porovnán s již validovaným dotazníkem pro hodnocení úrovně znalostí o HIV (*HIV Knowledge Questionnaire*). Dotazník STD-KQ slouží jako spolehlivý nástroj, který lze použít pro měření úrovně znalostí v základním výzkumu, ale i k identifikaci nedostatku znalostí či pro vyhodnocování účinku vzdělávacích intervencí. Bodové hodnocení, které mohou respondenti/respondentky získat se pohybuje od 0 do 27 bodů (1 bod za správně označenou položku v dotazníku). Pokud položky 1, 2, 5, 7, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 a 26 respondent/respondentka označí jako nepravdivé, získá bod. Naopak položky 3, 4, 6, 8, 9, 12, 14 a 27 musí označit

jako pravdivé, aby bod získal. Pokud u položky zvolí nesprávnou možnost nebo odpověď ‚nevím‘, nezískává ani neztrácí bod (Jaworski a Carey, 2007).

Pro sběr dat o postojích žáků/žákyně souvisejících se SPI byl použit dotazník **Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale (STDAS)** vyvinutý v roce 1989 autory Yarberem, Torabim a Veenkerem (viz příloha č. 6). Škála byla vyvinuta ke zjišťování míry náchylnosti adolescentů/adolescentek k riziku nakažení se SPI. Původních 500 postojových výroků bylo upraveno do správné formy vzhledem k věku respondentů/respondentek a revidováno podle stanovených kritérií. Výroky byly jak pozitivní, tak negativní, aby se zabránilo opakování stejných odpovědí. V procesu tvorby konečné verze dotazníku byla provedena série tří testů předběžných experimentálních nástrojů. Po každé testovací relaci byla funkce položky statisticky analyzována vzhledem k interním kritériím a diskriminační síle. Prvotní testování proběhlo u vysokoškolských studentů/studentek na středozápadní univerzitě v USA. Jednu verzi dotazníku vyplnilo 151 studentů/studentek, druhou 148 a třetí 168. S využitím dat ze statistické analýzy bylo vybráno nejlepších 45 položek, které byly následně testovány stovkou žáků/žákyně střední školy. Výsledky statistické analýzy funkce položky v revidované podobě spolu s názory odborníků identifikovaly několik položek považovaných za nepřijatelné pro zahrnutí. Tým odborníků/odbornic se skládal z odborníků/odbornic na SPI a pedagogů/pedagožek zdravotní výchovy. Vznikl tedy dotazník s 33 položkami (11 položek v každé dílčí škále – domněnky, pocity a záměry k chování), který byl testován na 2980 žácích/žákyních a studentech/studentkách středních a vysokých škol v šesti různých geografických oblastech. Respondenti/respondentky byli jak běloši, černoši i hispanci s rovnoměrným zastoupením žen i mužů. Jelikož některé položky nebyly vhodné, byly vyřazeny a vznikla tak konečná verze dotazníku, která obsahovala 27 položek (9 položek v každé dílčí škále). Testování dokázalo, že jednotlivé položky významně a pozitivně korelují s příslušnými subškálami, s dalšími dvěma subškálami a také s celou škálou. Škála má obsahovou i konstrukční platnost. Spolehlivost dílčích škál i celé škály byla testována metodou Cronbachova alfa a metodou Test-retest realibilita u 387 žáků/žákyně středních škol. Tato škála je založená na tzv. tříložkové teorii postojů (domněnky, pocity a záměry k chování) a je složena ze tří subškál, z nichž každá zkoumá jednu ze tří uvedených složek. Subškála domněnek je obsažena v položkách 1–9, subškála pocitů 10–18 a subškála záměrů k chování v položkách 19–27. Cílovou skupinou v této studii byli dospívající a mladí dospělí (především žáci/žákyně a studenti/studentky středních a vysokých škol), protože ti jsou nejvíce ohroženi nákazou SPI. Nástrojem pro hodnocení

jednotlivých položek byla použita Likertova stupnice. Respondenti/respondentky u každé položky z 27 zvolili, zda s ní rozhodně souhlasí (RS), souhlasí (S), neví (NV), nesouhlasí (N) nebo rozhodně nesouhlasí (RN). Pro stanovení celkového skóre byla každé odpovědi u jednotlivých výroků přiřazena hodnota v rozmezí jednoho až pěti bodů, v závislosti na tom, zda se jedná o pozitivní či negativní postoj. **Čím je získané skóre vyšší, tím spíše značí negativní postoje a záměry k chování jedince. U položek 1, 10–14, 16 a 25 získá respondent/respondentka 5 bodů, pokud s výrokem rozhodně souhlasí, 4 pokud souhlasí, 3 když neví, 2 když nesouhlasí a 1 pokud rozhodně nesouhlasí. U položek 2–9, 15, 17–24, 26 a 27 je bodování opačné (1 bod, pokud rozhodně souhlasí atd.). Bodové rozmezí se pohybuje od 27 do 135 bodů.** Škála STD Attitude Scale je nejen platná a spolehlivá, ale také podporuje tvrzení, že konstrukt postoje může a měl by být považován za multidimenzionální (Yarber, Torabi a Veenker, 1989).

Originály dotazníků STD-KQ i STDAS jsou v angličtině, proto byly pro potřeby této studie přeloženy do českého jazyka. Překlad provedla autorka práce, odbornou korekturu překladu Mgr. Petra Pešková. Autorka diplomové práce si je vědoma, že nebyla využita korektní metodika translace, tj. opakovaný zpětný překlad a konsenzuální shoda znění dotazníku skupinou odborníků/odbornic. Použité české verze nástroje jsou uvedeny v přílohách č. 5 a 6.

Hypotézy k ověření statisticky významných vztahů nebo rozdílů mezi sledovanými jevy

1H₀: Mezi druhem navštěvované střední školy (Gymnázium a Střední zdravotnická škola) a úrovní znalostí sledovaného souboru žáků/žákyň měřenou dotazníkem The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire (STD-KQ) neexistuje statisticky významný rozdíl.

1H_A: Mezi druhem navštěvované střední školy (Gymnázium a Střední zdravotnická škola) a úrovní znalostí sledovaného souboru žáků/žákyň měřenou dotazníkem STD-KQ existuje statisticky významný rozdíl.

2H₀: Mezi ročníkem studia a úrovní znalostí sledovaného souboru žáků/žákyň měřenou dotazníkem STD-KQ neexistuje statisticky významný rozdíl.

2H_A: Mezi ročníkem studia a úrovní znalostí u sledovaného souboru žáků/žákyň měřenou dotazníkem STD-KQ existuje statisticky významný rozdíl.

3H₀: Mezi zahájením partnerské sexuální aktivity a úrovní znalostí sledovaného souboru žáků/žákyň měřenou dotazníkem STD-KQ neexistuje statisticky významný rozdíl.

3H_A: Mezi zahájením partnerské sexuální aktivity a úrovní znalostí sledovaného souboru žáků/žákyň měřenou dotazníkem STD-KQ existuje statisticky významný rozdíl.

4H₀: Mezi druhem navštěvované střední školy (Gymnázium a Střední zdravotnická škola) a postoji sledovaného souboru žáků/žákyň měřenými škálou Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale (STDAS) neexistuje statisticky významný rozdíl.

4H_A: Mezi druhem navštěvované střední školy (Gymnázium a Střední zdravotnická škola) a postoji sledovaného souboru žáků/žákyň měřenými škálou STDAS existuje statisticky významný rozdíl.

5H₀: Mezi ročníkem studia a postoji sledovaného souboru žáků/žákyň měřenými škálou STDAS neexistuje statisticky významný rozdíl.

5H_A: Mezi ročníkem studia a postoji sledovaného souboru žáků/žákyň měřenými škálou STDAS existuje statisticky významný rozdíl.

6H₀: Mezi zahájením partnerské sexuální aktivity a postoji sledovaného souboru žáků/žákyň měřenými škálou STDAS neexistuje statisticky významný rozdíl.

6H_A: Mezi zahájením partnerské sexuální aktivity a postoji sledovaného souboru žáků/žákyň měřenými škálou STDAS existuje statisticky významný rozdíl.

7H₀: Mezi úrovní znalostí sledovaného souboru žáků/žákyň měřenou dotazníkem STD-KQ a jejich postoji měřenými škálou STDAS neexistuje vzájemná korelace.

7H_A: Mezi úrovní znalostí sledovaného souboru žáků/žákyň měřenou dotazníkem STD-KQ a jejich postoji měřenými škálou STDAS existuje vzájemná korelace.

Organizace a lokace sběru dat

Organizace a lokace sběru dat – Gymnázium Ústí nad Orlicí

Nejprve byl management školy požádán o souhlas se sběrem dat na dané škole, který byl udělen (viz příloha č. 2). Následně byl naplánován datum a organizace sběru dat. Sběr dat probíhal 5. října 2021 první dvě vyučovací hodiny, který realizovala autorka práce. Předchozí den byli žákům/žákyním rozdány informované souhlasy (viz příloha č. 1). Neplnoletí žáci/žákyně byli požádáni, aby další den přinesli souhlasy vyplněné a podepsané od zákonných zástupců/zástupkyň v případě, že budou s realizací výzkumu souhlasit. V každém ročníku se nejprve autorka práce žákům/žákyním a vyučujícím představila, znovu osvětlila účel výzkumu, délku trvání a možnost kdykoliv během vyplňování souhlas se sběrem dat odvolat. Žáci/žákyně byli požádáni, aby si v lavici vytvořili soukromí, aby neopisovali, nebo nediskutovali odpovědi se spolužáky/spolužačkami, nebo nehledali informace na internetu či v literatuře. Také byli požádáni o důsledné a pravdivé vyplnění všech položek v dotazníku. Následně od nich byly vybrány podepsané informované souhlasy a rozdány dotazníky (viz přílohy 4, 5, 6). Žáci/žákyně měli možnost během odpovídání klást dotazy. Vyplnění celého dotazníku jim trvalo cca 17–25 minut. Autorka poté vybrala vyplněné dotazníky a poděkovala za spolupráci. Následně byli dotazníky očíslovány a údaje zadány do programu Microsoft Excel, vhodně pro statistické zpracování.

Organizace a lokace sběru dat – Vyšší odborná škola a střední škola zdravotnická a sociální Ústí nad Orlicí

Nejprve byl management školy požádán o souhlas se sběrem dat na dané škole, který byl udělen (viz příloha č. 3), avšak kvůli epidemiologické situaci a časovým důvodům byl schválen sběr dat pouze online formou. Pro tento účel byl vytvořený dotazník vložen na online platformu Formuláře Google (viz příloha č. 7). Třídní učitelé/učitelky tříd zapojených do výzkumu, rozdali v těchto třídách informované souhlasy (viz příloha č. 1). Pokud žák/žákyně odevzdal/a podepsaný souhlas, byl mu/jí zaslán URL odkaz na online dotazník. První položka v dotazníku se respondent/respondentky tázala, zda vyplnil/a i odevzdal/a informovaný souhlas. Pokud odpověděl/a kladně, směl/a pokračovat ve vyplňování dotazníku. V případě, že odpověděl/a záporně, dotazník se uzavřel a respondent/respondentka se tedy nemohl/a zúčastnit výzkumného šetření. Samotný sběr dat online formou probíhal od 6. října 2021

do 22. října 2021. I přes opakovanou žádost se nikdo z 1. ročníku výzkumného šetření nezúčastnil, a proto do vyhodnocování hypotéz nebyl zahrnut tento ročník ani z gymnázia. Autorka si následně ve škole vyzvedla vyplněné informované souhlasy. Získané odpovědi z Google formuláře byly automaticky generovány do tabulky v programu Microsoft Excel, avšak byly upraveny pro snadnější statistické zpracování.

Metody zpracování dat

Odpovědi žáků/žákyň z obou škol byly vloženy do tabulky v programu Microsoft Excel a vhodně upraveny pro statistické zpracování dat, které bylo následně provedeno v SPSS softwaru. Pro statistické zpracování dat byly využity služby Ing. et Ing. Anety Mazouchové, Ph.D.

Statistické metody, kterými byly ověřeny hypotézy:

- Dvouvýběrový t-test
- Analýza rozptylu
- Mann-Whitneyův test pro dva nezávislé výběry
- Kruskal-Wallisův test
- Pearsonův korelační koeficient
- Spearmanův korelační koeficient

3.2 Výsledky

Základní popis souboru

Výzkumného šetření se zúčastnilo 150 respondentů/respondentek, z toho bylo 91 z gymnázia (60,7 %) a 59 ze střední zdravotnické školy (39,3 %). Nejčastěji byli respondenti/respondentky z 3. ročníku. Celkově se jednalo o 56 respondentů/respondentek (37,3 %). Jak můžeme vidět v tabulce č. 5, respondenti/respondentky z 1. ročníku pocházejí pouze z gymnázia, a proto v rámci vyhodnocování hypotéz s tímto ročníkem nebylo počítáno. Pro vyhodnocení jednotlivých otázek je 1. ročník uveden.

Tabulka č. 5 – Ročník a škola respondentů/respondentek

ROČNÍK	ŠKOLA				Celkem	
	Gymnázium		Střední zdravotnická škola			
	Četnost	Relat. četnost	Četnost	Relat. četnost	Četnost	Relat. četnost
1. ročník	23	25,3 %	0	0,0 %	23	15,3 %
2. ročník	20	22,0 %	17	28,8 %	37	24,7 %
3. ročník	29	31,9 %	27	45,8 %	56	37,3 %
4. ročník	19	20,9 %	15	25,4 %	34	22,7 %
celkem	91	100,0 %	59	100,0 %	150	100,0 %

V tabulce č. 6 jsou uvedeny údaje o pohlaví respondentů/respondentek a informace o vaginálním, orálním nebo análním styku. Z tabulky je patrné, že celkově se šetření zúčastnilo 77,3 % žen (116 osob). U střední zdravotnické školy je tento podíl dokonce 93,2 % dívek (55 osob). Chlapců se celkově zúčastnilo pouze 33 (22,0 %). Na gymnáziu chlapi představovali 31,9 % respondentů (29 osob), na zdravotnické škole pouze 6,8 % (4 osoby).

Z pohledu zkušenosti s vaginálním, orálním nebo análním sexem zkušenost vykazovali častěji žáci/žákyně gymnázia. Nějakou zkušenost zde mělo 70 dotazovaných, tj. 76,9 %, na SZŠ pouze 37,3 % (37 osob). Celkově tedy mělo zkušenost s nějakým typem sexu 61,3 % respondentů/respondentek (92 osob).

Tabulka č. 6 – Pohlaví a sexuální zkušenosti respondentů/respondentek

		Škola				Celkem	
		Gymnázium		Střední zdravotnická škola			
		Četnost	Relat. četnost	Četnost	Relat. četnost	Četnost	Relat. četnost
POHLAVÍ	Žena	61	67,0 %	55	93,2 %	116	77,3 %
	Muž	29	31,9 %	4	6,8 %	33	22,0 %
	Nebinární	1	1,1 %	0	0,0 %	1	0,7 %
	Celkem	91	100,0 %	59	100,0 %	150	100,0 %
Již jsem někdy měl/a vaginální, orální nebo anální styk.	Ano	70	76,9 %	22	37,3 %	92	61,3 %
	Ne	21	23,1 %	37	62,7 %	58	38,7 %
	Celkem	91	100,0 %	59	100,0 %	150	100,0 %

Informace o věku respondentů/respondentek jsou uvedeny v tabulce č. 7. Jak již bylo zmíněno výše, výzkumného šetření se oproti SZŠ zúčastnil i 1. ročník gymnázia, proto byl průměrný věk respondentů/respondentek gymnázia o něco nižší. Průměrný věk žáků/žákyň gymnázia byl 16,7 let, u SZŠ 17,4 let.

Tabulka č. 7 – Věk respondentů/respondentek

VĚK	Škola		
	Gymnázium	SZŠ	Celkem
Počet	91	59	150
Průměr	16,7	17,4	17,0
Medián	17,0	17,0	17,0
Minimum	15,0	16,0	15,0
Maximum	20,0	19,0	20,0
Směr. odchylka	1,2	1,0	1,1

Vyhodnocení dotazníků STD-KQ a STDAS

V této části práce je uvedeno vyhodnocení dotazníků STD-KQ a STDAS, kde jsou uvedené údaje pouze žáků/žákyň z 2., 3. a 4. ročníků, tj. 127 osob. Výsledky za celý soubor jsou uvedeny v tabulkách č. 8 a 9.

Tabulka č. 8 – Celkové výsledky dotazníků STD-KQ a STDAS a jeho subškál 1

	Počet	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. odchylka
STD-KQ	127	10,9	11,0	0,0	26,0	5,0
STDAS	127	60,1	60,0	42,0	88,0	9,6
STDAS – subškála domněnek	127	17,8	17,0	10,0	29,0	4,0
STDAS – subškála pocitů	127	22,2	22,0	12,0	37,0	4,4
STDAS – subškála záměrů	127	20,2	20,0	11,0	33,0	3,8

Jelikož se jedná o číselné proměnné, pro další vyhodnocení hypotéz je nutné provést testy normality. Při porovnání p-hodnot s hladinou významnosti $\alpha = 5 \%$, hypotézu o normalitě zamítáme u dílčích subškál, a proto je u nich nutné používat neparametrické testy, celková skóre pocházejí z normálního rozdělení, tj. u celkových skór lze používat parametrické testy.

Tabulka č. 9 – Celkové výsledky dotazníků STD-KQ a STDAS a jeho subškál 2

	Kolmogorov-Smirnov		
	Testové kritérium	Stupně volnosti	P-hodnota
STD-KQ	0,057	150	0,200 ¹
STDAS	0,055	150	0,200 ¹
STDAS – subškála domněnek	0,113	150	0,000
STDAS – subškála pocitů	0,095	150	0,002
STDAS – subškála záměrů	0,110	150	0,000

Pozn. ¹ Potvrzená normalita

Vyhodnocení hypotéz

- **Hypotéza 1**

- H_0 : Mezi druhem navštěvované střední školy (Gymnázium a Střední zdravotnická škola) a úrovní znalostí sledovaného souboru žáků/žákyň měřenou dotazníkem The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire (STD-KQ) neexistuje statisticky významný rozdíl.

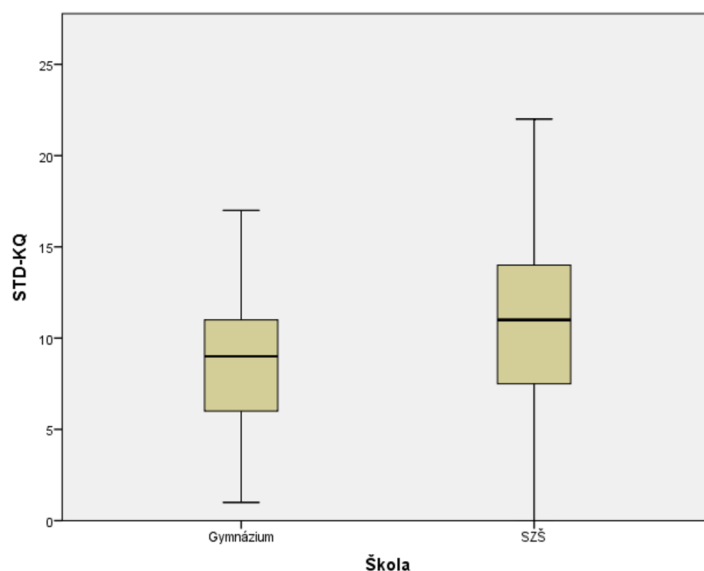
- H_A : Mezi druhem navštěvované střední školy (Gymnázium a Střední zdravotnická škola) a úrovní znalostí sledovaného souboru žáků/žákyň měřenou dotazníkem STD-KQ existuje statisticky významný rozdíl.

V tabulce č. 10 a grafu č. 1 lze vidět hodnoty dotazníku STD-KQ podle jednotlivých škol. Průměr gymnázia byl 8,5 bodů, průměr SZŠ 13,6 bodů.

Tabulka č. 10 – Výsledky STD-KQ podle studované školy

STD-KQ	Škola	
	Gymnázium	SZŠ
Počet	68	59
Průměr	8,5	13,6
Medián	8,5	13,0
Minimum	1,0	0,0
Maximum	18,0	26,0
Směr. odchylka	3,9	4,8

Graf č. 1 – Výsledky STD-KQ podle školy



Pro vyhodnocení hypotézy byl použit dvouvýběrový t-test. Výsledky testu jsou uvedeny v tabulce č. 11. Na základě provedeného t-testu, kdy před tím byla potvrzena shoda rozptylů (Levenův test, p-hodnota = 0,243), testovanou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ zamítáme (p-hodnota = 0,003 < 0,05). **Mezi druhem navštěvované střední školy (Gymnázium a Střední zdravotnická škola) a úrovní znalostí sledovaného souboru žáků/žákyň měřenou dotazníkem STD-KQ existuje statisticky významný rozdíl. Vyšší úspěšnosti v dotazníku STD-KQ dosáhli žáci/žákyň střední zdravotnické školy.**

Tabulka č. 11 – Dvouvýběrový t-test k hypotéze 1

STD-KQ	Levenův test pro shodu rozptylů		Dvouvýběrový t-test	
	Testové kritérium F	P-hodnota	Testové kritérium t	P-hodnota
	1,381	0,243	-3,064	0,003

- **Hypotéza 2**

- $2H_0$: Mezi ročníkem studia a úrovní znalostí sledovaného souboru žáků/žákyň měřenou dotazníkem STD-KQ neexistuje statisticky významný rozdíl.

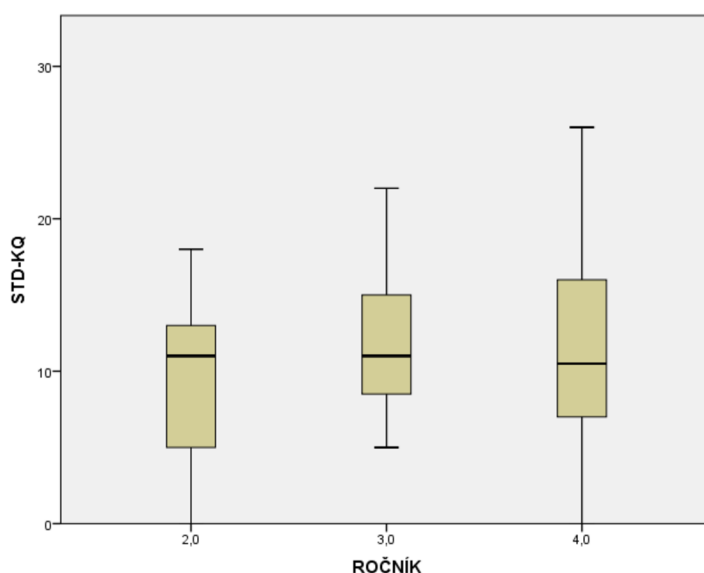
- $2H_A$: Mezi ročníkem studia a úrovní znalostí u sledovaného souboru žáků/žákyň měřenou dotazníkem STD-KQ existuje statisticky významný rozdíl.

Hodnocení dotazníku STD-KQ podle ročníků je uvedeno v tabulce č. 12 a grafu č. 2. Z tabulky i grafu je patrné, že průměrná úspěšnost v dotazníku mírně roste spolu s ročníkem studia. Pro vyhodnocení hypotézy byla použita analýza rozptylu. V tomto případě lze použít i Spearmanův korelační koeficient, ale analýza rozptylu nám v případě statistické závislosti může mimo jiné říci, které dvojice se mezi sebou statisticky významně liší.

Tabulka č. 12 – Úspěšnost v dotazníku STD-KQ podle ročníků

STD-KQ	ROČNÍK		
	2.	3.	4.
Počet	37	56	34
Průměr	9,2	11,7	11,3
Medián	11,0	11,0	10,5
Minimum	0,0	5,0	0,0
Maximum	18,0	22,0	26,0
Směr. odchylka	4,9	4,1	6,1

Graf č. 2 – Úspěšnost v dotazníku STD-KQ podle ročníků



Jak již bylo zmíněno, pro vyhodnocení testované hypotézy byla použita analýza rozptylu ($F = 3,138$; p -hodnota = 0,047). Na základě provedeného testu testovanou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ zamítáme (p -hodnota $< \alpha$). **Mezi ročníkem studia a úrovní znalostí u sledovaného souboru žáků/žákyň měřenou dotazníkem STD-KQ existuje statisticky významný rozdíl.**

V tabulce č. 13 je uvedeno, které dva ročníky se mezi sebou statisticky významně liší. Pro výpočet byly využity post hoc testy, konkrétně Bonferroniho metoda. Z tabulky je patrné, že statisticky významné rozdíly jsou mezi 2. a 3. ročníkem. Mezi ostatními dvojicemi statisticky významné rozdíly nejsou.

Tabulka č. 13 – Post hoc analýza pro hypotézu 2

(I) ROČNÍK		Rozdíly	Směr. chyba	P- hodnota	
Bonferroni	2.	3.	-2,552	1,049	0,049*
		4.	-2,132	1,177	0,217
	3.	2.	2,552	1,049	0,049*
		4.	0,420	1,077	1,000
	4.	2.	2,132	1,177	0,217
		3.	-0,420	1,077	1,000

Pozn. *statisticky významné rozdíly

- **Hypotéza 3**

– 3H₀: Mezi zahájením partnerské sexuální aktivity a úrovní znalostí sledovaného souboru žáků/žákyně měřenou dotazníkem STD-KQ neexistuje statisticky významný rozdíl.

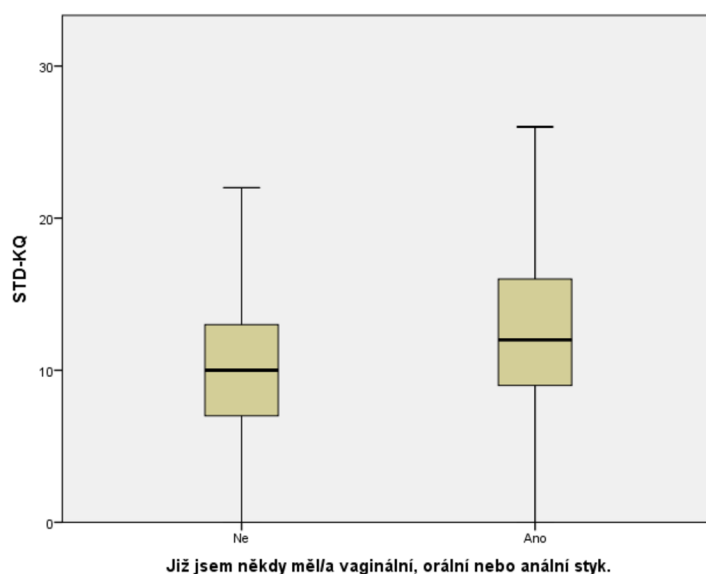
– 3H_A: Mezi zahájením partnerské sexuální aktivity a úrovní znalostí sledovaného souboru žáků/žákyně měřenou dotazníkem STD-KQ existuje statisticky významný rozdíl.

Z tabulky č. 14 a grafu č. 3 lze vyčíst, že lehce úspěšnější v testu byli spíše žáci/žákyně, kteří již měli nějakou sexuální zkušenost. Zda jsou rozdíly statisticky významné bylo však nutno dále ověřit.

Tabulka č. 14 – Úspěšnost v dotazníku STD-KQ podle sexuální aktivity

STD-KQ	Již jsem někdy měl/a vaginální, orální nebo anální styk.	
	Ne	Ano
Počet	69	58
Průměr	9,9	11,9
Medián	10,0	12,0
Minimum	0,0	0,0
Maximum	22,0	26,0
Směr. odchylka	4,8	5,1

Graf č. 3 – Úspěšnost v dotazníku STD-KQ podle sexuální aktivity



Pro vyhodnocení statisticky významných rozdílů byl použit dvouvýběrový t-test a s ním související Levenův test o shodě rozptylů. Výsledky obou testů jsou uvedeny v tabulce č. 15. Na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ testovanou hypotézu o shodné úrovni v testech mezi skupinami zamítáme ($p\text{-hodnota} = 0,025 < \alpha$). **Mezi zahájením partnerské sexuální aktivity a úrovní znalostí sledovaného souboru žáků/žákyň měřenou dotazníkem STD-KQ existuje statisticky významný rozdíl.**

Tabulka č. 15 – Dvouvýběrový t-test k hypotéze 3

STD-KQ	Levenův test pro shodu rozptylů		Dvouvýběrový t-test	
	Testové kritérium F	P-hodnota	Testové kritérium t	P-hodnota
	0,035	0,851	-2,273	0,025*

Pozn. *statisticky významné rozdíly

- **Hypotéza 4**

- $4H_0$: Mezi druhem navštěvované střední školy (Gymnázium a Střední zdravotnická škola) a postoji sledovaného souboru žáků/žákyň měřenými škálou Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale (STDAS) neexistuje statisticky významný rozdíl.

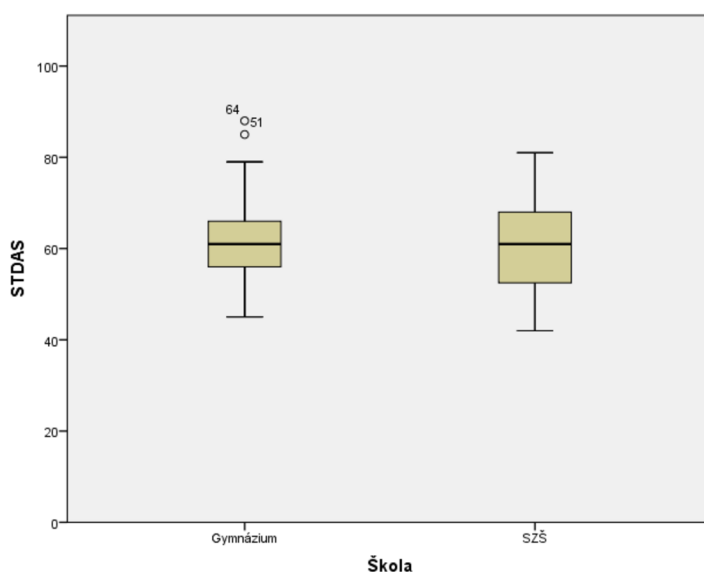
– 4H_A: Mezi druhem navštěvované střední školy (Gymnázium a Střední zdravotnická škola) a postoji sledovaného souboru žáků/žákyně měřenými škálou STDAS existuje statisticky významný rozdíl.

V tabulce č. 16 a grafu č. 4 lze vidět hodnocení škály STDAS podle navštěvované školy respondentů/respondentek. V tabulce jsou uvedené také výsledky jednotlivých subškál dotazníku STDAS. S rostoucím skóre rostou i negativní postoje a záměry k chování jedince. Mírně vyšší skóre vykazovali žáci/žákyně gymnázia. Rozdíl je však v porovnání se SZŠ velmi malý.

Tabulka č. 16 – Výsledky STDAS podle studované školy

	Škola							
	Gymnázium				SZŠ			
	Počet	Průměr	Medián	Směr. odchylka	Počet	Průměr	Medián	Směr. odchylka
STDAS	46	61,5	61,0	9,0	59	60,9	61,0	9,6
STDAS – subškála domněnek	46	18,4	18,0	3,5	59	17,9	17,0	4,2
STDAS – subškála pocitů	46	22,3	22,0	4,1	59	22,8	22,0	4,6
STDAS – subškála záměrů	46	20,8	21,0	3,8	59	20,1	20,0	3,6

Graf č. 4 – Výsledky STDAS podle studované školy



Testovaná hypotéza byla vyhodnocována jak pro celkové skóre škály STDAS, tak i pro její jednotlivé subškály. Je zde nutné si uvědomit, že celková proměnná STDAS pochází z normálního rozdělení, hodnoty subškál však nikoliv. Bylo proto nutné pro celkovou proměnnou použít parametrické testy a neparametrické testy pro subškály. V tomto případě dvouvýběrový t-test (viz tabulka č. 17) a dvouvýběrový Mann-Whitneyův test (viz tabulka č. 18). Na základě dvouvýběrového t-testu pro celkovou proměnnou i Mann-Whitneyova testu pro dílčí subškály testovanou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ nezamítáme (všechny sledované p-hodnoty jsou menší než α). **Mezi druhem navštěvované střední školy (Gymnázium a Střední zdravotnická škola) a postoji sledovaného souboru žáků/žákyň měřenými škálou Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale (STDAS) neexistuje statisticky významný rozdíl.**

Tabulka č. 17 – Dvouvýběrový t-test pro hypotézu 4

STDAS	Levenův test pro shodu rozptylů		Dvouvýběrový t-test	
	Testové kritérium F	P-hodnota	Testové kritérium t	P-hodnota
	1,239	0,268	0,349	0,728

Tabulka č. 18 – Mann-Whitneyův test pro hypotézu 4

	STDAS – subškála domněnek	STDAS – subškála pocitů	STDAS – subškála záměrů
Mann-Whitney U	1238,0	1263,0	1138,0
P-hodnota	0,441	0,542	0,155

- **Hypotéza 5**

– $5H_0$: Mezi ročníkem studia a postoji sledovaného souboru žáků/žákyň měřenými škálou STDAS neexistuje statisticky významný rozdíl.

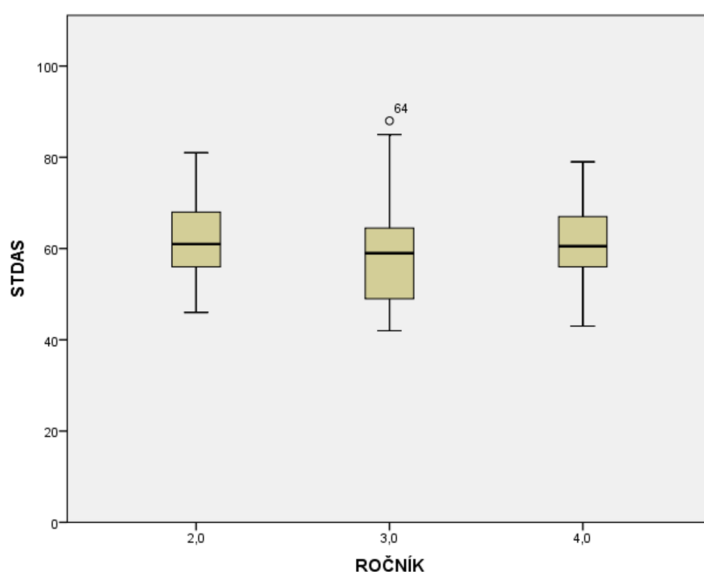
– $5H_A$: Mezi ročníkem studia a postoji sledovaného souboru žáků/žákyň měřenými škálou STDAS existuje statisticky významný rozdíl.

V tabulce č. 19 a grafu č. 5 jsou uvedeny výsledky škály STDAS podle ročníků. Výsledky jsou podobně jako ve čtvrté hypotéze velmi vyrovnané. Nejvyšší skóre, tj. nejvíce negativní postoje, můžeme vidět u žáků/žákyň 2. ročníku.

Tabulka č. 19 – Výsledky STDAS podle ročníků

	ROČNÍK											
	2.				3.				4.			
	Počet	Průměr	Medián	Směr. odchylka	Počet	Průměr	Medián	Směr. odchylka	Počet	Průměr	Medián	Směr. odchylka
STDAS	37	62,4	61,0	9,0	56	58,0	59,0	10,2	34	61,2	60,5	8,8
STDAS – subškála domněnek	37	19,2	20,0	4,0	56	16,6	16,0	3,8	34	18,1	17,0	4,0
STDAS – subškála pocitů	37	22,5	22,0	4,1	56	21,9	22,0	4,7	34	22,4	22,0	4,2
STDAS – subškála záměrů	37	20,7	21,0	3,2	56	19,5	19,0	4,0	34	20,7	20,5	4,2

Graf č. 5 – Výsledky STDAS podle ročníků



V tabulce č. 20 je uvedeno vyhodnocení testů pro danou hypotézu. Stejně jako v případě vlivu školy i zde bylo nutné rozdělit testy jak pro celkovou škálu, tak pro jednotlivé subškály. V případě celkové škály STDAS byla pro vyhodnocení použita metoda analýzy rozptylu. Pro vyhodnocení rozdílů u subškál bylo nutné použít neparametrickou analýzu rozptylu – Kruskal-Wallisův test.

Na základě provedených testů testovanou hypotézu zamítáme pouze v případě subškály domněnek. Hypotézu u celkové škály STDAS na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ nezamítáme. **Mezi ročníkem studia a postoji sledovaného souboru žáků/žákyň měřenými celkovou škálou STDAS neexistuje statisticky významný rozdíl. Statisticky významný rozdíl je pouze u subškály domněnek.**

Tabulka č. 20 – Vyhodnocení hypotézy 5

	Testové kritérium	Stupně volnosti	P-hodnota
STDAS	2,761	2	0,067
STDAS – subškála domněnek	10,591	2	0,005*
STDAS – subškála pocitů	,564	2	0,754
STDAS – subškála záměrů	3,631	2	0,163

Pozn. *statisticky významné rozdíly

Jelikož byly u subškály domněnek potvrzeny statisticky významné rozdíly, bylo opět nutné ověřit, které ročníky se mezi sebou liší. Pro vyhodnocení post hoc analýzy bylo využito DSCF párové porovnávání. Výsledky lze vidět v tabulce č. 21. Statisticky významné rozdíly existují v subškále domněnek mezi 2. a 3. ročníkem.

Tabulka č. 21 – Post hoc analýza pro subškálu domněnek

Ročník		Testové kritérium	P-hodnota
2.	3.	-4,410	0,005*
2.	4.	-1,830	0,398
3.	4.	2,670	0,143

Pozn. *statisticky významné rozdíly

- **Hypotéza 6**

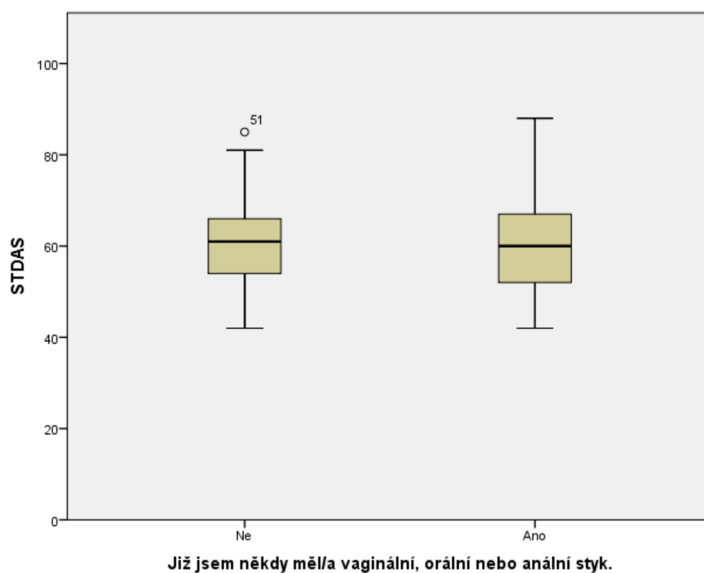
- H_0 : Mezi zahájením partnerské sexuální aktivity a postoji sledovaného souboru žáků/žákyně měřenými škálou STDAS neexistuje statisticky významný rozdíl.
- H_A : Mezi zahájením partnerské sexuální aktivity a postoji sledovaného souboru žáků/žákyně měřenými škálou STDAS existuje statisticky významný rozdíl.

V tabulce č. 22 a grafu č. 6 jsou uvedeny výsledky škály STDAS podle toho, zda již žáci/žákyně měli vaginální, orální nebo anální styk. Z uvedených dat je patrné, že výsledky postojů jsou opět v obou skupinách velmi podobné.

Tabulka č. 22 – Výsledky STDAS podle sexuální aktivity

	Již jsem někdy měl/a vaginální, orální nebo anální styk.							
	Ne				Ano			
	Počet	Průměr	Medián	Směr. odchylka	Počet	Průměr	Medián	Směr. odchylka
STDAS	69	60,4	61,0	9,1	58	59,9	60,0	10,3
STDAS – subškála domněnek	69	18,2	17,0	3,8	58	17,2	16,0	4,3
STDAS – subškála pocitů	69	21,9	22,0	4,1	58	22,5	21,5	4,6
STDAS – subškála záměrů	69	20,2	20,0	3,6	58	20,1	20,0	4,1

Graf č. 6 – Výsledky STDAS podle sexuální aktivity



Pro vyhodnocení hypotézy byly opět proměnné rozděleny na ty, co mají data z normálního rozdělení a ty, co nemají. Pro celkové skóre byl použit dvouvýběrový t-test. Výsledky tohoto testu jsou uvedeny v tabulce č. 23. Jelikož je p-hodnota větší než hladina významnosti $\alpha = 5 \%$, testovanou hypotézu na této hladině nezamítáme. Rozdíly mezi skupinami nejsou ani v jednotlivých subškálách, které byly vyhodnoceny pomocí

Mann-Whitneyova testu (viz tabulka č. 24). **Mezi zahájením partnerské sexuální aktivity a postoji sledovaného souboru žáků/žákyň měřenými škálou STDAS neexistuje statisticky významný rozdíl.**

Tabulka č. 23 – Dvouvýběrový t-test pro hypotézu 6

STDAS	Levenův test pro shodu rozptylů		Dvouvýběrový t-test	
	Testové kritérium F	P-hodnota	Testové kritérium t	P-hodnota
	1,064	0,304	0,291	0,771

Tabulka č. 24 – Mann-Whitneyovy testy pro hypotézu 6

	STDAS – subškála domněnek	STDAS – subškála pocitů	STDAS – subškála záměrů
Mann-Whitney U	1675,0	1907,0	1946,5
P-hodnota	0,113	0,648	0,791

- **Hypotéza 7**

- H_0 : Mezi úrovní znalostí sledovaného souboru žáků/žákyň měřenou dotazníkem STD-KQ a jejich postoji měřenými škálou STDAS neexistuje vzájemná korelace.
- H_A : Mezi úrovní znalostí sledovaného souboru žáků/žákyň měřenou dotazníkem STD-KQ a jejich postoji měřenými škálou STDAS existuje vzájemná korelace.

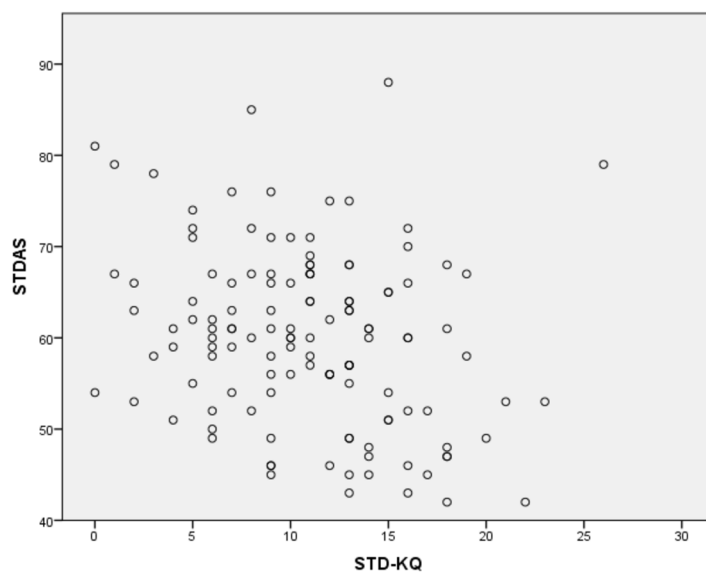
Poslední hypotéza sleduje vztah mezi znalostmi a postoji měřenými dotazníky STD-KQ a STDAS. Pro vyhodnocení hypotézy byly použity korelační koeficienty. Pro sledování vztahu celkových proměnných Pearsonův korelační koeficient a Spearmanův korelační koeficient pro vztahy celkových proměnných a subškál. Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 25. Jelikož koeficient u celkových proměnných má hodnotu -0,253 s výslednou p-hodnotou 0,004, testovanou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ zamítáme. **Mezi úrovní znalostí sledovaného souboru žáků/žákyň měřenou dotazníkem STD-KQ a jejich postoji měřenými škálou STDAS existuje vzájemná korelace.**

Zde je nutné uvědomit si směr a interpretaci výsledných hodnot. V případě dotazníků STD-KQ s rostoucími hodnotami roste úspěšnost v dotazníku. V případě dotazníku STDAS s rostoucími hodnotami rostou negativní postoje a záměry chování jedince. Jelikož korelační koeficient vyšel záporný, můžeme tedy říct, že s rostoucí úspěšností v dotazníku STD-KQ klesají negativní postoje, resp. rostou pozitivní postoje a záměry chování jedince.

Tabulka č. 25 – Korelační koeficienty mezi STD-KQ a STDAS a jeho subškálami

		STD-KQ	STDAS	STDAS – subškála domněnek	STDAS – subškála pocitů	STDAS – subškála záměrů
STD-KQ	Korelační koeficient	1	-0,253	-0,276	-0,247	-0,162
	P-hodnota		0,004	0,002	0,005	0,069
	N	127	127	127	127	127
STDAS	Korelační koeficient	-,253**	1	0,731	0,823	0,789
	P-hodnota	0,004		0,000	0,000	0,000
	N	127	127	127	127	127

Graf č. 7 – Vztah STD-KQ a STDAS



Edukační materiál

Guideline od McGee pro tvorbu psaných i grafických edukačních materiálů radí, jak tvořit tyto materiály správně a srozumitelně. Každá edukační metoda musí být vhodně přizpůsobená pro cílovou skupinu edukantů/edukantek. Písemný materiál například není vhodný pro jedince s poruchou zraku nebo pro ty, kteří (zatím) neumí číst. Základem tvorby každého edukačního materiálu je tedy zaměření na vzdělávací a výchovné potřeby čtenářů/čtenářek. K tomu je nutné takové materiály posuzovat z „jejich pohledu“. Vždy je důležité, aby daný materiál jedinec pochopil, aby ho zaujal, motivoval, udržel jeho pozornost a splnil tak svůj účel, tj. vzdělal, popř. motivoval k činnosti či modifikaci chování. Jsou to právě uživatelé/uživatelky materiálu, kteří rozhodují o tom, zda je materiál zajímavý, srozumitelný, motivující, snadno pochopitelný a zda je schopný mít vliv na jejich chování či postoje. Tím je následně určena kvalita materiálu. Z tohoto důvodu je vhodné právě od cílové skupiny získávat zpětnou vazbu o efektivitě a srozumitelnosti materiálu a na základě toho ho dále upravovat (McGee, 2010).

Důležité je mít na paměti, že materiál tvoříme pro čtenáře/čtenářky, nýbrž pro sebe. Pokud vytvoříme materiál, který bude vyhovovat nám, neznamená to, že bude vhodný i pro naši cílovou skupinu, protože naše znalosti, postoje, zkušenosti i gramotnost se liší. Na rozdíly mezi edukátorem a edukantem je potřeba se zaměřit, pokud chceme, aby náš materiál byl kvalitní a efektivní. Je také potřeba mít na paměti, že edukace automaticky nezpůsobí žádoucí změnu chování či postojů jedince. Při tvorbě edukačních materiálů je velmi důležité zaměřit se na jeho afektivní podstatu (McGee, 2010).

Při vytváření písemné části edukačních materiálů je nutné dávat pozor, zda daný text bude snadné číst, zda mu budou edukanti/edukantky rozumět. Tzn. nepoužívat příliš odborný text, přizpůsobit text věku, znalostem, zkušenostem a kultuře cílové skupiny. Informace v něm uvedené musí být jasné, výstižné, účelné a musí edukanty/edukantky motivovat. Na začátku materiálu je vhodné uvést nadpis a krátký úvodní text, který edukantům osvětlí, o čem daný materiál je, pro koho je určen, jak jej používat a zároveň je namotivuje k jeho prostudování. Dané informace vždy musí být ověřené a aktuální, text explicitní, gramaticky a pravopisně správný. V textu se uvádí pouze nezbytné a důležité informace. Je nutné vyvarovat se příliš dlouhému složitému textu, který by žáci/žákyně poté neměli motivaci prostudovat. Pokud používáme nový výraz, vždy ho patřičně vysvětlíme či popíšeme. Důležité informace a slova je dobré v materiálu vícekrát zopakovat. Věty volíme krátké a jednoduché. Používáme neformální jazyk, volíme

čtenářům/čtenářkám známá kulturně vhodná slova, přizpůsobujeme jim slovní zásobu. Opatrně s používáním příliš odborného jazyka, slangu či nářečí. Zkratky a odborné výrazy používáme jen tehdy, pokud je edukanti/edukantky potřebují znát. Obecně je nezbytné psát co nejjednodušším jazykem, tak aby čtenáři/čtenářky porozuměli, ale zároveň nebyl zkreslen obsah nebo význam. Lze také materiál udělat zajímavějším a zábavnějším, pokud do něj zařadíme např. příběhy, otázky a odpovědi, kvízy atp., tak aby byli čtenáři/čtenářky aktivně zapojeni a lépe si tematiku osvojili. Pokud je materiál delší a obsáhlý, používáme nástroje pro lepší orientaci v textu (např. obsah, nadpisy, podnadpisy, rejstřík či čísla stránek). Text dělíme do krátkých přehledných odstavců s logickou návazností. Na závěr materiálu je dobré uvést jméno autora(ů) či název společnosti, která materiál vytvořila, kontakt a rok. Popřípadě uvedeme možné zdroje dalších informací, které by čtenáři/čtenářky mohli využít (McGee, 2010).

Co se týče grafického zpracování materiálu, hlavní zásadou je zpracovat celý materiál (jeho velikost, uspořádání, celkový vzhled) s ohledem na jeho účel a skupinu čtenářů/čtenářek, které je určen, tak aby pro ně byl co nejvíce poutavý a funkční. Aby toto bylo možné, stránky musí být přehledné, nepřeplněné textem s dostatečně velkými okraji. Do materiálu lze zahrnout něco, co upoutá čtenářovu pozornost, ale zároveň ho nebude mást. Nadpisy, text a obrázky je nutné umístit tak, aby čtenáře/čtenářku plynule vedli celým materiálem, ale nerozptylovali je. Je potřeba v celém materiálu používat konzistentní styl i strukturu. Používáme maximálně tři styly písma, nejlépe písmo patkové, dobře čitelné i v podobě psané kurzívou či tučně. Velikost písma musí být dostatečná pro snadné čtení. Nadpisy zvýrazníme, tak že použijeme písmo větší, popř. tučné. Není vhodné psát celý text velkými písmeny. Pokud je třeba nějaké slovo či frázi zdůraznit, použijeme tučné písmo nebo kurzívu. Naopak podtržení textu není vhodnou metodou zvýraznění. Pro usnadnění čtení textu se doporučuje mít barevný kontrast písma a pozadí, nejlépe černý text na světlém nelesklém pozadí. Text není příliš vhodné psát svisle nebo přes fotografii/obrázek. Mezery mezi řádky musí být dostatečně velké a konzistentní v celém materiálu. Zarovnání nadpisů i textu je vhodné volit spíše doleva. Je třeba dávat pozor, aby řádky nebyly příliš dlouhé a vyvarovat se dělení slov na konci řádků a nevhodnému obtékání textu. Lze si pomoci rozdělením textu do sloupců. Příliš dlouhé nadpisy dělíme podle přirozeného frázování. Nenechávat jedno slovo na samostatném řádku. Pro snadnější orientaci v textu je vhodné používat odrážky, číslování, shrnutí nebo obrázky a popisky k nim. Pro zvýraznění důležitého textu lze použít jiné barvy, avšak střídavě, tak aby neodváděly pozornost. Neužívat jiné barvy

k dekorativním účelům. Je taky dobré navržený materiál v elektronické podobě vytisknout a zjistit, zda je i v této formě dobře čitelný a zda jsou zvolené barvy vhodné. Lze používat fotografie, ilustrace, symboly a další vizuální prvky, které přímo souvisejí s tématem materiálu a posilují klíčové informace, ne pouze jako ozdobu či vyplnění místa. Je potřeba vyhnout se příliš abstraktním obrázkům. Obrázky a fotografie mají naopak být jednoduché, přehledné, s konzistentním stylem, vhodným kontrastem a bez rušivých detailů. Pro jednotný vzhled je dobré zvolit obrázky stylově i barevně kompatibilní. Obrázky lidí a činností musí být vhodné pro zamýšlené čtenáře/čtenářky z hlediska jejich demografických údajů, fyzického vzhledu, chování a kulturních specifik. Opatrně se symboly a ikony, které provádějí materiálem. Ty mohou být nejednoznačné nebo matoucí. Pozor také na používání karikatur, komiksových příběhů, roztomilých nebo vtipných obrázků. Použití ironie není vhodné vůbec, protože každý má jiný pohled na to, co je zábavné. Celkově je potřeba věnovat pozornost počtu, kvalitě, velikosti, umístění a označení použitých obrázků. Je dobré počet obrázků spíše omezit. Obrázky musí být dostatečně kvalitní, velké a vhodné k tisku. Obrázky mají být umístěny tak, aby podporovaly přirozený průběh čtení, tak aby čtenáři/čtenářky nepřehlédli některé části textu. Obrázky a fotografie mají být blízko textu, ke kterému patří. Pokud obrázky obsahují nějaká fakta, je nutné dbát na jejich správnost (McGee, 2010).

V edukačním materiálu je potřeba zobrazovat pouze chování, které chceme podpořit. Aby ale edukanti/edukantky nebyli z materiálu frustrováni, je dobré se ujistit, že chování, ke kterému v materiálu nabádáme, se jim zdá proveditelné. Pokud se materiál zaměřuje na zvýšení povědomí o různých problémech a rizicích, je potřeba čtenářům zároveň poradit, jak se mají chovat a danou situaci řešit. Autor/autorka materiálu nesmí zapomenout, že důvody, které by mohli motivovat jeho/ji, nemusí stejnou mírou motivovat edukanty/edukantky. Proto je potřeba vytvořit materiál na míru cílové skupině. Předchozí zkušenosti s danou skupinou a její pozorování nám může výrazně pomoci (McGee, 2010). Při tvorbě tohoto edukačního materiálu autorka využila tuto metodu, kdy pomocí dotazníku zjistila, na jaké položky žáci/žákyně nejčastěji odpovídali chybně (viz tabulka č. 26) či v jaké oblasti měli nejvíce negativní postoje (tabulka č. 27) a na základě toho vytvořila edukační materiál který mohou využít pedagogové a pedagožky jako doplňkový vzdělávací materiál při výuce, rodiče či jiné osoby, kteří se podílí na sexuální výchově adolescentů/adolescentek. Obrázky, které edukační materiál obsahuje, byly vytvořeny v aplikaci Nálepky s memoji, která je součástí iOS operačního systému. Celková tvorba a editace materiálu byla pak provedena v programu

Microsoft Word. Autorka vytvořila tento materiál podle doporučení pro tvorbu edukačních materiálů. Materiál vytvořila vhodně pro adolescenty/adolescentky, a to především pro ty, kteří navštěvují střední školu. Materiál je vhodný pro žáky/žákyně všech typů středních škol. Vypracovaný materiál je uveden v příloze č. 8.

Tabulka č. 26 – Pořadí položek STD-KQ dle získaných bodů

Číslo položky dotazníku	Průměr získaných bodů	Celkový počet získaných bodů (ze 150 možných)
17	0,11	16
13	0,18	27
4	0,22	33
6	0,27	41
26	0,27	41
21	0,29	44
22	0,3	45
5	0,31	46
23	0,31	46
14	0,33	49
12	0,34	51
19	0,34	51
25	0,35	52
15	0,36	54
1	0,38	57
20	0,41	61
9	0,42	63
2	0,447	67
16	0,453	68
24	0,49	73
7	0,51	76
10	0,52	78
27	0,54	81
18	0,61	92
8	0,71	106
3	0,73	109
11	0,89	133

Tabulka č. 27 – Pořadí položek STDAS dle získaných bodů

Číslo položky dotazníku	Průměr získaných bodů	Celkový počet získaných bodů (v rozmezí 150–750)
18	3,91	587
1	3,04	456
11	2,7	405
14	2,61	391
22	2,573	386
24	2,567	385
13	2,55	383
25	2,55	383
21	2,49	373
17	2,47	370
23	2,39	358
27	2,29	344
8	2,24	336
15	2,16	324
5	2,15	323
16	2,15	323
10	2,05	308
26	2,03	304
2	1,92	288
9	1,91	287
6	1,88	282
19	1,86	279
7	1,63	245
4	1,61	242
12	1,57	235
3	1,49	223
20	1,37	206

4. DISKUSE A ZÁVĚRY

V této kvantitativní observační analytické průřezové studii autorka zjišťovala úroveň znalostí a postoje vybraného souboru žáků/žákyň čtyřletých gymnázií a žáků/žákyň oboru Praktická sestra k sexuálně přenosným infekcím. V první části práce jsou sumarizované aktuální vyhledané poznatky o znalostech a postojích žáků a žákyň středních škol o sexuálně přenosných infekcích v ČR a ve světě. V praktické části práce se autorka zaměřila na zjištění úrovně znalostí a postojů vybraného souboru žáků/žákyň v závislosti na navštěvované škole, ročníku studia a sexuální aktivitě. Dále zjišťovala korelaci mezi úrovní znalostí žáků/žákyň a jejich postoji. Na základě výsledků výzkumu autorka vytvořila edukační materiál, který je vhodný pro výchovu a vzdělávání žáků/žákyň všech typů středních škol.

K realizaci sběru dat byla využita metoda dotazníku, konkrétně české překlady dotazníků The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire (STD-KQ) od autorů Jaworski a Carey z roku 2007 zjišťující znalosti o sexuálně přenosných infekcích a dotazník Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale (STDAS) vyvinutý v roce 1989 autory Yarberem, Torabim a Veenkerem, který zjišťuje postoje. Také byly zjišťovány údaje o sociodemografických údajích respondentů a respondentek, konkrétně škola, ročník studia, věk a sexuální aktivita. Sběr dat probíhal od 5. října 2021 do 22. října 2021. Souhlas s účastí ve studii udělilo 150 respondentů/respondentek z 215 plánovaných. Z čtyřletého gymnázia se zúčastnilo 91 žáků/žákyň, ze SZŠ 59. Sběr dat na gymnáziu probíhal prezenčně, na SZŠ online formou. To mohl být důvod, proč se výzkumného šetření zúčastnilo podstatně více žáků/žákyň z gymnázia. Větší počet zúčastněných tvořily ženy (77,3 %). Žáci/žákyň gymnázia měli oproti žákům/žákyňm oboru Praktická sestra více zkušeností s nějakým druhem sexu (76,9 % vs 37,3 %). Celkově 92 osob z obou škol (61,3 %) již někdy mělo vaginální, orální nebo anální styk. Průměrný věk žáků/žákyň gymnázia byl 16,7 let, u SZŠ to bylo 17,4 let. První ročník SZŠ se sběru dat neúčastnil, proto je průměrný věk žáků/žákyň SZŠ vyšší.

Celkové průměrné skóre dotazníku STD-KQ zjišťující znalosti o SPI bylo 10,9 bodů z 27 možných. Čím více žák/žákyň získal/a bodů, tím lepší měl/a úroveň znalostí. V americké studii tento dotazník předložili naopak starším respondentům/respondentkám s průměrným věkem 77 let (rozmezí 65–94). Jejich průměrné skóre z tohoto dotazníku bylo 11,5 bodů, což je velmi podobné výsledkům této studie (Smith et al., 2020).

Celkové průměrné skóre dotazníku STDAS, který zjišťuje postoje k SPI bylo 60,1. Rozmezí bodů, které bylo možné z tohoto dotazníku získat bylo 27–135. Čím je získané skóre vyšší, tím spíše značí negativní postoje a záměry k chování jedince. Dotazník je rozdělený na tři subškály. Každá subškála obsahuje 9 položek a z každé z nich je tedy možné získat 9–45 bodů. Respondenti/respondentky získali průměrně 17,8 bodů v subškále domněnek, 22,2 bodů v subškále pocitů a 20,2 bodů v subškále záměrů.

V první hypotéze autorka zjišťovala, zda u sledovaného souboru má na úroveň znalostí o SPI vliv škola, kterou respondenti/respondentky navštěvují. Vyšší úspěšnosti v dotazníku STD-KQ dosáhli žáci/žákyně střední zdravotnické školy. Tento výsledek se dal předpokládat, vzhledem k tomu, že žáci/žákyně oboru Praktická sestra se ve svém vzdělání více a důkladněji učí o SPI. V italské studii taktéž žáci/žákyně středních zdravotnických škol a studenti/studentky vysokých škol s vědeckým zaměřením, vykazovali lepší znalosti, než ti ze škol bez zdravotnického či vědeckého zaměření (Zizza et al., 2021). Naproti tomu v sarajevská studii byly výsledky opačné. Více znalostí o SPI získali žáci/žákyně gymnázia oproti těm z dentální školy (Mahmutovic et al., 2019). V turecké studii, kde porovnávali úroveň znalostí mezi jednotlivými učňovskými obory, byly taktéž zjištěny rozdíly. Žáci/žákyně oborů holičství a kadeřnictví vykazovali lepší znalosti o SPI než ti z oborů technických nebo gastronomických (Oncel et al., 2012). Studie autorů Thapa a Chand zase porovnávala studenty/studentky přírodovědných, humanitních, obchodních a pedagogických škol. Nejlepší výsledky v testu měli studenti/studentky přírodovědných škol, nejspíše proto, že v jejich vzdělávacím plánu je zahrnuta biologie člověka, a mají tak vyšší šanci získat znalosti o SPI oproti školám s jiným zaměřením (2018). Jiná studie naopak nepotvrdila vliv navštěvované školy/oboru na úroveň znalostí o SPI. Možným vysvětlením je, že informace o sexu a SPI adolescenti/adolescentky získávají převážně z médií či od přátel. V tomto případě je potřeba zařadit vhodnou sexuální výchovu do vzdělávacích osnov všech škol (Bergamini et al., 2013). V českém výzkumu, kde byly porovnávány znalosti o HIV/AIDS žáků/žákyně 7., 8. a 9. ročníků základních škol a příslušných ročníků gymnázií, žáci/žákyně gymnázií vykazovali lepší znalosti o HIV/AIDS oproti těm ze základních škol (Míčulková et al., 2018).

V hypotéze č. 2 bylo zjišťováno, zda u sledovaného souboru má na úroveň znalostí o SPI statisticky významný vliv ročník studia žáka/žákyně. Do statistických

výpočtů byly zahrnuty pouze 2.,3. a 4. ročníky. Bylo zjištěno, že úroveň znalostí mírně roste spolu s ročníkem studia, avšak statistické rozdíly byly pouze mezi 2. a 3. ročníky. Autoři Brito, Davis a Chakrabarti ve své studii též potvrdili, že úroveň znalostí stoupá s věkem (2014). Taktéž autoři Voisin, Tan a Diclemente v jejich studii potvrdili, že starší ženy vykazovaly lepší znalosti o prevenci SPI. Nejspíše proto, že byly sexuálně zkušenější, než jejich mladší kolegyně (2012). Úroveň znalostí se s věkem/ročníkem studia zvyšovala i v dalších výzkumných studiích (Bergamini et al., 2013; Samkange-Zeeb, Mikolajczyk a Zeeb, 2013; Chowdhury a Nyström, 2014; Hossain et al., 2014; Drago et al., 2016; Mičulková et al., 2018; Relic et al., 2018; Awang et al., 2019). Naopak ve studii autorů Nyasulu et al. měli více znalostí o SPI mladší respondenti/respondentky (2018).

Souvislost mezi sexuální aktivitou a úrovní znalostí o SPI byla zkoumána v hypotéze č. 3. Mírně úspěšnější byli žáci/žákyně, kteří ji někdy měli vaginální, orální nebo anální styk. Ve studii autorů Brito, Davis a Chakrabarti sexuálně aktivní žáci/žákyně z USA taktéž vykazovali vyšší úroveň znalostí o SPI a kondomech oproti sexuálně neaktivním (2014). Znalosti zvyšující se se sexuální aktivitou potvrdili i autoři Samkange-Zeeb, Mikolajczyk a Zeeb (2013).

Čtvrtá hypotéza zjišťovala, zda má vliv druh navštěvované střední školy na postoje žáků/žákyní k SPI měřenými škálou STDAS. Rozdíly mezi školami nebyly statisticky významné.

Cílem páté hypotézy bylo ověřit, zda u sledovaného souboru žáků/žákyní existuje statisticky významný rozdíl mezi úrovní postojů měřenými škálou STDAS a ročníkem studia. Statisticky významné rozdíly mezi ročníky byly pouze v subškále domněnek, a to mezi 2. a 3. ročníky (3. ročníky oproti 2. vykazovaly pozitivnější postoje). Taktéž v malajské studii ženy se zvyšujícím se věkem vykazovaly pozitivnější postoje (Zin, Ishak a Manoharan, 2019).

V šesté hypotéze autorka zjišťovala, zda žáci/žákyně, kteří již měli vaginální, orální nebo anální styk, vykazují pozitivnější postoje měřené škálou STDAS. Mezi těmi, kteří již sexuální aktivitu zahájili a těmi, kteří nikoliv, nebyly zjištěny významné statistické rozdíly.

V poslední hypotéze byla zjišťována korelace mezi úrovní znalostí a postojů u sledovaného souboru žáků/žákyní. Na základě zjištěných dat byla korelace potvrzena, tzn. čím vyšší měli žáci/žákyně úroveň znalostí, tím vykazovali pozitivnější postoje a záměry chování ohledně SPI. Naproti tomu respondenti/respondentky thajské studie

vykazovali negativnější postoje k prevenci SPI se stoupající úrovní znalostí a naopak. Korelace mezi jejich postoji a sexuálním chováním byla tedy naopak pozitivní. Tzn. čím měli pozitivnější postoje, tím vyšší byla pravděpodobnost, že se budou při sexu chovat bezpečně a zodpovědně a naopak. Zřejmé je, že znalosti a postoje spolu úzce souvisí a mají vliv na chování jedince (Niemkulrak, 2017).

Limitace předloženého zkoumání a návrhy pro další výzkum

Hlavní limitací této studie byl jak nízký celkový počet respondentů/respondentek (150), tak i nízké počty respondentů/respondentek v jednotlivých ročnících. Množství zúčastněných žáků/žákyň bylo také v rámci jednotlivých ročnících nerovnoměrně rozděleno. Dále byly limitující jejich velmi homogenní sociodemografické charakteristiky. Do studie byly zahrnuty pouze dvě střední školy ze stejného města. Na střední zdravotnické škole se výzkumu nezúčastnil 1. ročník a z toho důvodu musel být taktéž 1. ročník gymnázia vyřazen ze statistických analýz. Dále se výzkumného šetření zúčastnilo mnohonásobně více žen oproti mužům (116 vs 33). Autorka nevyužila korektní metodiku překladu použitých dotazníků, tj. opakovaný zpětný překlad a konsenzuální shoda znění dotazníků skupinou odborníků/odbornic. Překlad z anglického jazyka do českého byl proveden autorkou a korektorován odborníci.

V dalších výzkumech v této problematice by bylo vhodné pracovat s větším množstvím respondentů/respondentek a škol, které budou z různých geografických lokalit. Kromě středních zdravotnických škol a čtyřletých gymnázií by bylo dobré zahrnout i jiné druhy středních škol (odborná učiliště, konzervatoře, jiné střední odborné školy), nebo i základní, vyšší odborné a vysoké školy. Bylo by vhodné, aby se těchto výzkumů účastnil vyrovnaný počet žen a mužů. Dále by bylo možné do zjišťovaných údajů o respondentech/respondentkách zařadit další, např. místo bydliště (město/vesnice), národnost, sexuální orientace, náboženství, studijní průměr, počet sourozenců, socioekonomický status, dosažené vzdělání rodičů atp. Bylo by také vhodné využít k výzkumu dotazníky, které byly korektně přeloženy.

Dále by se mohl výzkum zabývat například sexuálním chováním, vnímáním rizika nákazy SPI, nebo postoji k používání prezervativů či k osobám se SPI. Po vzoru zahraničních výzkumů také lze zvážit měření znalostí a postojů před a po vzdělávací intervenci. K tomuto účelu by mohl být využit vytvořený edukační materiál (viz příloha č. 8). Jak je možné zjistit v diskusi, existuje málo českých výzkumných studií zabývajících

se touto problematikou. Nejvíce se touto tématikou zabývali studenti/studentky v rámci vysokoškolských závěrečných prací, které však z hlediska kvality nebyly do diskuse zahrnuty. Bylo by tedy více než vhodné, aby se pedagogové/pedagožky, zdravotníci/zdravotnice či politici a političky zasadili o realizaci výzkumných studií o znalostech a postojích adolescentů/adolescentek, ale i jiných skupin osob, k sexuálně přenosným infekcím.

Výsledky této výzkumné práce včetně vytvořeného edukačního materiálu lze využít ve vzdělávání a výchově středoškoláků/středoškolaček nebo jako inspiraci pro další výzkum.

REFERENČNÍ SEZNAM

AMU, E. O. a P. T. ADEGUN, 2015. Awareness and Knowledge of Sexually Transmitted Infections among Secondary School Adolescents in Ado Ekiti, South Western Nigeria. *Journal of Sexually Transmitted Diseases* [online]. 1–7 [cit. 2021-04-12]. ISSN 2090- 7893. DOI: 10.1155/2015/260126. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546807/>

ANYANWU, P. E. a J. FULTON, 2017. Knowledge and perception of young adults in Nigeria on effectiveness of condom use in prevention of sexually transmitted infections. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* [online]. **29**(2), 1–7 [cit. 2021-04-12]. ISSN 2191–0278. DOI: 10.1515/ijamh-2015-0050. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/283499184_Knowledge_and_perception_of_young_adults_in_Nigeria_on_effectiveness_of_condom_use_in_prevention_of_sexually_transmitted_infections

AWANG, H. et al., 2014. Knowledge of sexually transmitted diseases and sexual behaviours among Malaysian male youths. *Journal of Biosocial Science* [online]. **46**(2), 214-224 [cit. 2021-04-12]. ISSN 0021-9320. DOI: 10.1017/S0021932013000114. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-biosocial-science/article/abs/knowledge-of-sexually-transmitted-diseases-and-sexual-behaviours-among-malaysian-male-youths/D90F9228420B6D4FD6D23B741FF357DB>

AWANG, H. et al., 2019. DIFFERENTIALS IN SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH KNOWLEDGE AMONG EAST MALAYSIAN ADOLESCENTS. *Journal of Biosocial Science* [online]. **51**(2), 282–291 [cit. 2021-04-04]. ISSN 0021-9320. DOI: 10.1017/S0021932018000214. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/2176184571>

BARTÁK, J., 2008. Od znalostí k inovacím. Praha: Alfa Nakladatelství. 190 s. ISBN 978-80-87197-03-5.

BERGAMINI, M. et al., 2013. Risk perception of sexually transmitted diseases and teenage sexual behaviour: attitudes towards in a sample of Italian adolescents. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene* [online]. **54**(2), 114–119 [cit. 2021-04-04]. ISSN 11212233. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4718389/pdf/1121-2233-54-114.pdf>

BRITO, M. O., M. DAVIS a A. CHAKRABARTI, 2014. A cross-national study to compare the knowledge, attitudes, perceptions of sexually transmitted diseases and the sexual risk behaviors of Latino adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* [online]. **26**(2), 203–208 [cit. 2021-02-02]. ISSN 2191-0278. DOI: 10.1515/ijamh-2013-0509. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Maximo-Brito/publication/260090250_A_cross-national_study_to_compare_the_knowledge_attitudes_perceptions_of_sexually_transmitted_diseases_and_the_sexual_risk_behaviors_of_Latino_adolescents/links/587e791f08aed3826af46034/A-cross-national-study-to-compare-the-knowledge-attitudes-perceptions-of-sexually-transmitted-diseases-and-the-sexual-risk-behaviors-of-Latino-adolescents.pdf

ČESKO, 2004. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) [online]. poslední revize 27.2.2021 [cit. 2021-11-03]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561/zneni-20210227>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2020. Vybrané infekční nemoci povinně hlášené. In: *Statistická ročenka České republiky* [online]. [cit. 2021-4-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/25-zdravotnictvi-mw6aqjvg5u>

DOUBOVA, S. V. et al., 2017. Effects of an internet-based educational intervention to prevent high-risk sexual behavior in Mexican adolescents. *Health Education Research* [online]. **32**(6), 487–498 [cit. 2021-04-05]. ISSN 0268-1153. DOI: 10.1093/her/cyx074. Dostupné z: <https://academic.oup.com/her/article/32/6/487/4644559>

DRAGO, F. et al., 2016. A Survey of Current Knowledge on Sexually Transmitted Diseases and Sexual Behaviour in Italian Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. **13**(4), 1–10 [cit. 2021-04-09]. ISSN 1660-4601. DOI: 10.3390/ijerph13040422. Dostupné z:

<https://www.mdpi.com/1660-4601/13/4/422/htm>

DRIÁK, D., 2012. Sexuálně přenosné infekce a spermicidy. *Časopis lékařů českých* [online]. **151**(10), 459–462 [cit. 2021-04-09]. ISSN 0008-7335. Dostupné z:

<https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2012-10-1/sexualne-prenosne-infekce-a-spermicidy-39281>

FERNANDES, L. a F. MAGAGULA, 2015. Knowledge on reproductive health among high school pupils in the Hhohho region, Swaziland. *African Journal for Physical Health Education, Recreation and Dance* [online]. **21**(2), 164–172 [cit. 2021-04-09]. ISSN 1117-4315. Dostupné z: <https://journals.co.za/doi/abs/10.10520/EJC183640>

GANI, M. S., A. M. R. CHOWDHURY a L. NYSTRÖM, 2014. Urban–Rural and Socioeconomic Variations in the Knowledge of STIs and AIDS Among Bangladeshi Adolescents. *Asia Pacific Journal of Public Health* [online]. **26**(2), 182–195 [cit. 2021-04-19]. ISSN 1010-5395. DOI: 10.1177/1010539511425083. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/51699811_Urban-Rural_and_Socioeconomic_Variations_in_the_Knowledge_of_STIs_and_AIDS_Among_Bangladeshi_Adolescents

HAYES, N., 2011. *Základy sociální psychologie*. Vyd. 6. Přeložila Irena ŠTĚPANÍKOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-909-5.

HOSSAIN, M. et al., 2014. Knowledge and awareness about STDs among women in Bangladesh. *BMC Public Health* [online]. **14**(1), 1–7 [cit. 2021-04-12]. ISSN 1471-2458. DOI: 10.1186/1471-2458-14-775. Dostupné z:

<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-775>

CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.

JAWORSKI, B. C. a M. P. CAREY, 2007. Development and Psychometric Evaluation of a Self-administered Questionnaire to Measure Knowledge of Sexually Transmitted Diseases. *AIDS and Behavior* [online]. **11**(4), 557–574 [cit. 2021-5-31]. ISSN 1090-7165. DOI: 10.1007/s10461-006-9168-5. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2662696/>

KAPTANOĞLU, A. F. et al., 2013. Knowledge, Attitudes and Behaviour Towards Sexually Transmitted Diseases in Turkish Cypriot Adolescents. *Central European Journal of Public Health* [online]. **21**(1), 54–58 [cit. 2021-04-13]. ISSN 12107778. DOI:10.21101/cejph.a3808. Dostupné z: <https://cejph.szu.cz/pdfs/cjp/2013/01/11.pdf>

KOLIBA, P., et al., 2019. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2039-0.

LEFERELA, M. J., R. N. MALEMA a F. M. TLADI, 2013. Knowledge of sexually-transmitted infections among high school learners in the Blouberg municipality, Limpopo province, South Africa. *African Journal for Physical Health Education, Recreation and Dance* [online]. **19**(1), 10–22 [cit. 2021-04-13]. ISSN 1117- 4315. Dostupné z: <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=37fbfea9-f48a-4eb1-8cd1-48e75a44845b%40redis>

LI, X. et al., 2011. Effect of social cognitive theory-based HIV education prevention program among high school students in Nanjing, China. *Health Education Research* [online]. **26**(3), 419–31 [cit. 2021-04-05]. ISSN 0268-1153. DOI: 10.1093/her/cyr001. Dostupné z: <https://academic.oup.com/her/article/26/3/419/742344>

LIM, A. G. et al., 2017. AWARENESS, KNOWLEDGE LEVEL, AND MISCONCEPTIONS ABOUT SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AMONG SECONDARY SCHOOL STUDENTS IN BRUNEI DARUSSALAM. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* [online]. **48**(2), 386–395 [cit. 2021-04-13]. ISSN 1251562. Dostupné z: <https://www.tn.mahidol.ac.th/seameo/2017-48-2/13-7055-24-386-395.pdf>

MAHMUTOVIC, V. S. et al., 2019. Knowledge and Attitudes of Sexually Transmitted Infections Among High School Students in Sarajevo. *Acta Medica Academica* [online]. **48**(2), 147–158 [cit. 2021-04-06]. ISSN 1840-2879. DOI: 10.5644/ama2006-124.253. Dostupné z: <http://www.ama.ba/index.php/ama/article/view/370/pdf>

MAREČKOVÁ, J. et al., 2015. *Evidence-Based Healthcare: Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech*. [online]. Olomouc [cit. 2021-11-03]. ISBN 978-80-244-4781-0. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/307490784_Evidence-Based_Healthcare_Zdravotnictvi_zalozene_na_vedeckych_dukazech

MASON-JONES, A. J. et al., 2016. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. **2016**(11), 1–70 [cit. 2021-04-06]. ISSN 14651858. DOI: 10.1002/14651858.cd006417.pub3. Dostupné z: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006417.pub3/epdf/full>

MCGEE, J., 2010. Toolkit for making written material clear and effective. In: *Centers for Medicare & Medicaid Services* [online]. [cit. 2021-11-21]. Dostupné z: <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit>

MIČULKOVÁ, V. et al., 2018. What do Czech adolescents know about HIV? *Central European Journal of Public Health* [online]. **26**(2), 149–153 [cit. 2021-04-19]. ISSN 12107778. DOI: 10.21101/cejph.a4929. Dostupné z: <https://cejph.szu.cz/pdfs/cjp/2018/02/13.pdf>

MULUMEODERHWA, M., 2018. 'It's not good to eat a candy in a wrapper': male students' perspectives on condom use and concurrent sexual partnerships in the eastern Democratic Republic of Congo. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS* [online]. **15**(1), 89–102 [cit. 2021-04-08]. ISSN 1729-0376. DOI: 10.1080/17290376.2018.1516160. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6116706/>

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ SYSTÉM, 2017. Incidence – hlášené případy pohlavních nemocí podle věku a pohlaví. In: *Regionální zpravodajství NZIS Česká republika* [online]. [cit. 2021-4-29]. Dostupné z: <https://reporting.uzis.cz/cr/index.php?pg=statisticke-vystupy--morbidity--incidence-dle-diagnoz--incidence-hlasene-pripady-pohlavnich-nemoci-podle-veku-a-pohlavi>

NIEMKULRAK, A., 2017. Prevention of Sexually Transmitted Infections among Bangkok High School Students: Knowledge, Attitudes, and Practices. *CATALYST Journal of the Institute for Interdisciplinary Studies* [online]. **15**(2), 131–141 [cit. 2021-04-08]. ISSN 2408-137X. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Nakhon-Kitjaroonchai-2/publication/329519251_The_Relationship_between_Students%27_Involvement_in_Moral_and_Religious_Activities_and_their_Academic_Achievement_at_a_Faith-based_Institution_Evidence_from_Thailand/links/5c0ca7ea92851c39ebde1fae/The-Relationship-between-Students-Involvement-in-Moral-and-Religious-Activities-and-their-Academic-Achievement-at-a-Faith-based-Institution-Evidence-from-Thailand.pdf#page=132

NYASULU, P. et al., 2018. Knowledge and risk perception of sexually transmitted infections and relevant health care services among high school students in the Platfontein San community, Northern Cape Province, South Africa. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* [online]. **9**, 189–197 [cit. 2021-04-12]. ISSN 1179-318X. DOI: 10.2147/AHMT.S154401. Dostupné z: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=46284>

ONCEL, S. et al., 2012. Apprentices' Knowledges and Attitudes about Sexually Transmitted Disease. *Sexuality and Disability* [online]. **30**(1), 53–66 [cit. 2021-02-12]. ISSN 0146-1044. DOI: 10.1007/s11195-011-9230-8.

Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/257663482_Apprentices%27_Knowledges_and_Attitudes_about_Sexually_Transmitted_Disease

RELIC, M. et al., 2018. Awareness, knowledge and behavior of highschool students concerning sexually transmitted infections. *Medicinski pregled* [online]. **71**(9–10), 284–294 [cit. 2021-03-05]. ISSN 0025-8105. DOI: 10.2298/MPNS1810284R. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/330588938_Awareness_knowledge_and_behavior_of_highschool_students_concerning_sexually_transmitted_infections

SAMKANGE-ZEEB, F., S. PÖTTGEN a H. ZEEB, 2013. Higher Risk Perception of HIV than of Chlamydia and HPV among Secondary School Students in Two German Cities. *PLoS ONE* [online]. **8**(4), 1–8 [cit. 2021-04-07]. ISSN 1932-6203. DOI: 10.1371/journal.pone.0061636. Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0061636>

SAMKANGE-ZEEB, F., R. T. MIKOLAJCZYK a H. ZEEB, 2013. Awareness and Knowledge of Sexually Transmitted Diseases Among Secondary School Students in Two German Cities. *Journal of Community Health* [online]. **38**(2), 293–300 [cit. 2021-03-04]. ISSN 0094-5145. DOI: 10.1007/s10900-012-9614-4. Dostupné z: <https://www.readcube.com/articles/10.1007%2Fs10900-012-9614-4>

SMITH, M. L. et al., 2020. Sexually Transmitted Infection Knowledge among Older Adults: Psychometrics and Test–Retest Reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. **17**(7), 1–10 [cit. 2021-12-05]. ISSN 1660-4601. DOI: 10.3390/ijerph17072462. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/7/2462/htm>

THAPA, K. B. a S. B. CHAND, 2018. Knowledge and awareness about sexually transmitted infections among higher secondary school students in Bajhang, Nepal. *MOJ Public Health* [online]. 7(3), 101–106 [cit. 2021-04-12]. ISSN 23796383. DOI: 10.15406/mojph.2018.07.00213. Dostupné z: <https://medcraveonline.com/MOJPH/knowledge-and-awareness-about-sexually-transmitted-infections-among-higher-secondary-school-students-in-bajhang-nepal.html>

VOISIN, D. R., K. TAN a R. J. DICLEMENTE, 2013. A longitudinal examination of sexually transmitted infection/HIV prevention knowledge and sexually transmitted infections among African-American adolescent females. *Journal of Health Psychology* [online]. 18(12), 1582–1587 [cit. 2021-04-05]. ISSN 1359-1053. DOI: 10.1177/1359105312465916. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105312465916>

VON ROSEN, F. et al., 2018. STI Knowledge in Berlin Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 15(1), 1–14 [cit. 2021-04-15]. ISSN 1660-4601. DOI: 10.3390/ijerph15010110. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/1/110>

Vzor informovaného souhlasu pro dotazníková šetření, 2018. *Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého* [online]. Olomouc [cit. 2021-09-26]. Dostupné z: https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/Veda_a_Vyzkum/Eticka_komise/vzor_informovany_souhlas_dotazniky_EK_5_2018.docx

WOLF, H. T. et al., 2017. The effectiveness of an adolescent reproductive health education intervention in Uganda. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* [online]. 29(2), 1–7 [cit. 2021-04-15]. ISSN 2191-0278. DOI: 10.1515/ijamh-2015-0032. Dostupné z: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/ijamh-2015-0032/html>

WONG, L. P., 2012. Qualitative Inquiry into Premarital Sexual Behaviours and Contraceptive Use among Multiethnic Young Women: Implications for Education and Future Research. *PLoS ONE* [online]. 7(12), 1–10 [cit. 2021-04-14]. ISSN 1932- 6203. DOI: 10.1371/journal.pone.0051745. Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0051745&type=printable>

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 2019. *Sexually transmitted infections: evidence brief*. World Health Organization. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329888/WHO-RHR-19.22-eng.pdf>

YARBER, W. L., M. R. TORABI a C. H. VEENKER, 1989. Development of a Three-Component Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale. *Journal of Sex Education and Therapy* [online]. 15(1), 36–49 [cit. 2021-6-5]. ISSN 0161-4576. DOI: 10.1080/01614576.1989.11074943. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01614576.1989.11074943>

ZIN, N. M., I. ISHAK a K. MANOHARAN, 2019. Knowledge, attitude and practice towards sexually transmitted diseases amongst the inmates of women shelters homes at Klang Valley. *BMC Public Health* [online]. 19(S4), 1–7 [cit. 2021-04-13]. ISSN 1471- 2458. DOI: 10.1186/s12889-019-6863-5. Dostupné z: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6863-5>

ZIZZA, A. et al., 2021. Knowledge, Information Needs and Risk Perception about HIV and Sexually Transmitted Diseases after an Education Intervention on Italian High School and University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 18(4) [cit. 2021-04-15]. ISSN 1660-4601. DOI: 10.3390/ijerph18042069. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/4/2069/htm>

SEZNAM ZKRATEK, OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ

SEZNAM ZKRATEK

AIDS – Acquired immune deficiency syndrome (syndrom získaného selhání imunity)

ČR – Česká republika

DR – Dominikánská republika

HIV – Human immunodeficiency virus (virus lidské imunodeficiency)

HBV – virus hepatitidy B

HCV – virus hepatitidy C

HPV – Human papillomavirus (lidský papilomavirus)

HSV – Herpes simplex virus

IS – intervenční skupina

KS – kontrolní skupina

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

PS – praktická sestra

RO – řešeršní otázka

SPI – sexuálně přenosná/é infekce

STD – sexually transmitted diseases (sexuálně přenosné nemoci)

STDAS – Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale

STD-KQ – The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire

STI – sexually transmitted infection (sexuálně přenosná infekce)

SZŠ – střední zdravotnická škola

USA – Spojené státy americké

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 – Postupový diagram rešerši.....	45
---	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Znalosti žáků/žákyní o prevenci SPI (Brito, Davis a Chakrabarti, 2014)	23
Tabulka č. 2 – Primární hesla v českém jazyce	42
Tabulka č. 3 – Primární hesla v anglickém jazyce	43
Tabulka č. 4 – Plánovaný versus reálný počet respondentů/respondentek z vybraných škol	48
Tabulka č. 5 – Ročník a škola respondentů/respondentek	55
Tabulka č. 6 – Pohlaví a sexuální zkušenosti respondentů/respondentek	56
Tabulka č. 7 – Věk respondentů/respondentek	56
Tabulka č. 8 – Celkové výsledky dotazníků STD-KQ a STDAS a jeho subškál 1	57
Tabulka č. 9 – Celkové výsledky dotazníků STD-KQ a STDAS a jeho subškál 2	57
Tabulka č. 10 – Výsledky STD-KQ podle studované školy	58
Tabulka č. 11 – Dvouvýběrový t-test k hypotéze 1	59
Tabulka č. 12 – Úspěšnost v dotazníku STD-KQ podle ročníků	60
Tabulka č. 13 – Post hoc analýza pro hypotézu 2	61
Tabulka č. 14 – Úspěšnost v dotazníku STD-KQ podle sexuální aktivity	61
Tabulka č. 15 – Dvouvýběrový t-test k hypotéze 3	62
Tabulka č. 16 – Výsledky STDAS podle studované školy	63
Tabulka č. 17 – Dvouvýběrový t-test pro hypotézu 4	64
Tabulka č. 18 – Mann-Whitneyův test pro hypotézu 4	65
Tabulka č. 19 – Výsledky STDAS podle ročníků	65
Tabulka č. 20 – Vyhodnocení hypotézy 5	66
Tabulka č. 21 – Post hoc analýza pro subškálu domněnek	67
Tabulka č. 22 – Výsledky STDAS podle sexuální aktivity	68
Tabulka č. 23 – Dvouvýběrový t-test pro hypotézu 6	69
Tabulka č. 24 – Mann-Whitneyovy testy pro hypotézu 6	69
Tabulka č. 25 – Korelační koeficienty mezi STD-KQ a STDAS a jeho subškálami	70
Tabulka č. 26 – Pořadí položek STD-KQ dle získaných bodů	75
Tabulka č. 27 – Pořadí položek STDAS dle získaných bodů	76

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Výsledky STD-KQ podle školy	58
Graf č. 2 – Úspěšnost v dotazníku STD-KQ podle ročníků	60
Graf č. 3 – Úspěšnost v dotazníku STD-KQ podle sexuální aktivity	62
Graf č. 4 – Výsledky STDAS podle studované školy.....	64
Graf č. 5 – Výsledky STDAS podle ročníků	66
Graf č. 6 – Výsledky STDAS podle sexuální aktivity	68
Graf č. 7 – Vztah STD-KQ a STDAS.....	70

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas	96
Příloha č. 2 – Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat (Gymnázium Ústí nad Orlicí)....	98
Příloha č. 3 – Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat (VOŠ a SŠZS Ústí nad Orlicí)...	99
Příloha č. 4 – Sociodemografické údaje respondentů a respondentek.....	100
Příloha č. 5 – Dotazník The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire STD-KQ (Jaworski a Carey, 2007; český překlad Bc. Floderová Karolína; odborná korektura překladu Mgr. Pešková Petra)	101
Příloha č. 6 – Dotazník Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale STDAS (Yarber, Torabi a Veenker, 1989; český překlad Bc. Floderová Karolína; odborná korektura překladu Mgr. Pešková Petra).....	103
Příloha č. 7 – Online dotazník	107
Příloha č. 8 – Edukační materiál	124

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážená paní, vážený pane,

v souladu se zásadami etiky výzkumu* se na Vás obracím s prosbou o zapojení do studie, jejíž výsledky budou součástí mé diplomové práce s názvem „Znalosti studentů středních škol a jejich postoje v problematice sexuálně přenosných infekcí“.

Účast ve výzkumu je zcela dobrovolná. Získané údaje nebudou uváděny ve spojitosti s Vaší osobou, budou vyhodnoceny a prezentovány anonymně a tento Informovaný souhlas bude uchován odděleně od dat a výsledků**.

V průběhu realizace výzkumu můžete kdykoliv svobodně odmítnout či odstoupit.

Cílem studie je zjistit úroveň znalostí žáků středních škol (konkrétně čtyřletých gymnázií a oboru Praktická sestra) o sexuálně přenosných infekcích a zmapovat jejich postoje k této problematice. Výzkumnou metodou je dotazníkové šetření, které spočívá v odpovědích na předem připravené otázky. V první části dotazníku budou zjišťována data o Vašem pohlaví, věku, studované škole, ročníku studia a sexuální aktivitě. Druhá část obsahuje dotazník „The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire“ s 27 položkami, který zjišťuje úroveň znalostí o sexuálně přenosných infekcích. Poslední část dotazníku obsahuje škálu „Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale“ zjišťující Vaše postoje k sexuálně přenosným infekcím. Dotazník je v češtině a jeho vyplnění trvá asi 15 minut.

Děkuji za Váš čas a ochotu,

Bc. Karolína Floderová

* *Sbírka mezinárodních smluv Sb. M. s. 96/2001 a 97/2001, Směrnice děkana PdF UP č. 3/2015- Statut Etické komise PdF UP v Olomouci pro oblast výzkumné činnosti*

** *údaje budou zpracovány dle Zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů*

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že SOUHLASÍM S ÚČASTÍ NA VÝŠE UVEDENÉM VÝZKUMU.

Studentka mě informovala o podstatě výzkumu a seznámila mě s cíli, metodami a postupy, které budou používány. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a výsledky mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a potřebné vědět. Na dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, o tom, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na zkoumání odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

jméno, příjmení a podpis studentky:



Bc. Karolína Floderová

jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce):

.....

v dne

V případě jakýchkoliv dalších dotazů k tomuto výzkumu mě můžete kontaktovat:

tel: 733*****

e-mail: karolina.floderova01@upol.cz

studijní obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, PdF UPOI,
2. ročník

Příloha č. 2 – Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat (Gymnázium Ústí nad Orlicí)

Vážený pan
Mgr. Marek Hoffmann
ředitel školy
Gymnázium Ústí nad Orlicí
T. G. Masaryka 106, 562 01 Ústí nad Orlicí

Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat

Vážený pane řediteli,
obracím se na Vás se žádostí o udělení souhlasu k realizaci výzkumného šetření, které je plánováno jako součást mé diplomové práce pod odborným vedením paní doc. PhDr. Jany Marečkové, Ph.D. Výzkum by byl zaměřen na znalosti a postoje žáků středních škol k sexuálně přenosným infekcím a využita by byla metoda dotazníku (konkrétně české překlady dotazníků The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire a Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale). Do zkoumaného souboru by byli zařazeni žáci i žákyně 1. – 4. ročníku čtyřletého studijního programu, avšak pouze ti, kteří by vyjádřili souhlas. V případě Vašeho souhlasu bych anonymní sběr dat realizovala v říjnu 2021.

Děkuji Vám za případnou vstřícnost a Vaše vyjádření.


.....

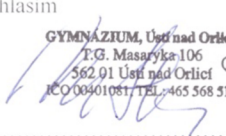
Bc. Karolína Floderová
studentka 2. ročníku
obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy
PdF Univerzity Palackého v Olomouci

VYJÁDRĚNÍ K REALIZACI VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ:

souhlasím

nesouhlasím

V Ústí nad Orlicí, dne 30.9.21


GYMNAZIUM, Ústí nad Orlicí,
T.G. Masaryka 106
562 01 Ústí nad Orlicí
IČO 00401087 / TEL. 465 568 511

Mgr. Marek Hoffmann
(podpis a razítko školy)

Příloha č. 3 – Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat (VOŠ a SŠZS Ústí nad Orlicí)

Vážená paní
Mgr. Marie Klementová
ředitelka školy
Vyšší odborná škola a střední škola zdravotnická a sociální Ústí nad Orlicí
Smetanova 838, 562 01 Ústí nad Orlicí

Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat

Vážená paní ředitelko,
obracím se na Vás se žádostí o udělení souhlasu k realizaci výzkumného šetření, které je plánováno jako součást mé diplomové práce pod odborným vedením paní doc. PhDr. Jany Marečkové, Ph.D. Výzkum by byl zaměřen na znalosti a postoje žáků středních škol k sexuálně přenosným infekcím a využita by byla metoda dotazníku (konkrétně české překlady dotazníků The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire a Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale). Do zkoumaného souboru by byli zařazeni žáci i žákyně 1. – 4. ročníku Vaší školy, avšak pouze ti, kteří by vyjádřili souhlas. V případě Vašeho souhlasu bych anonymní sběr dat realizovala v září – říjnu 2021.

*Děkuji Vám za případnou vstřícnost a Vaše vyjádření.


.....

Bc. Karolína Floderová
studentka 2. ročníku
obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy
PdF Univerzity Palackého v Olomouci

VYJÁDŘENÍ K REALIZACI VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ:

souhlasím

nesouhlasím

V Ústí nad Orlicí, dne 19.9.2021


.....

Mgr. Marie Klementová

(podpis a razítko školy)

VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA A
STŘEDNÍ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ A SOCIÁLNÍ
ÚSTÍ NAD ORLICÍ
Smetanova 838,
562 01 Ústí nad Orlicí

Příloha č. 4 – Sociodemografické údaje respondentů a respondentek

V této části dotazníku prosím vyplňte Vaše sociodemografické údaje. Nikde neuvádějte své osobní údaje (např. jméno, příjmení, datum narození, adresu bydliště, rodné číslo atp.), aby byla zachována anonymita odpovědí a ochrana osobních údajů.

Datum:

Pohlaví: (zakroužkujte)

žena

muž

jiné (specifikujte):

Věk:

Název školy, popř. studijního oboru:

Ročník studia (zakroužkujte):

1. ročník

2. ročník

3. ročník

4. ročník

Již jsem někdy měl/a vaginální, orální nebo anální styk (zakroužkujte):

ANO

NE

Příloha č. 5 – Dotazník The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire STD-KQ (Jaworski a Carey, 2007; český překlad Bc. Floderová Karolína; odborná korektura překladu Mgr. Pešková Petra)

V této části prosím o vyplnění české verze dotazníku The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire (STD-KQ), který má 27 položek a zjišťuje Vaši úroveň znalostí o sexuálně přenosných infekcích.

Instrukce: U každého výroku prosím zakroužkujte možnost Pravda (P), Nepravda (N) nebo Nevím (NV). Pokud neznáte správnou odpověď na otázku, nehádejte prosím, ale zakroužkujte možnost Nevím.

		PRAVDA (P)	NEPRAVDA (N)	NEVÍM (NV)
1.	Genitální opar vzniká působením stejného viru jako HIV.	P	N	NV
2.	Chlamydiové infekce mohou být způsobeny častými záněty močových cest.	P	N	NV
3.	Kapavku lze vyléčit.	P	N	NV
4.	Je snadnější se nakazit HIV, když člověk již trpí jinou sexuálně přenosnou nemocí.	P	N	NV
5.	Infekce lidským papilomavirem (HPV) vzniká působením stejného viru, který způsobuje HIV.	P	N	NV
6.	Provozování análního styku zvyšuje riziko nákazy hepatitidou B.	P	N	NV
7.	Brzy po nákaze HIV se na genitáliích (penisu nebo vagině) objeví otevřené léze.	P	N	NV
8.	Chlamydiovou infekci lze vyléčit.	P	N	NV
9.	Žena, která má genitální opar, může nakazit své dítě během porodu.	P	N	NV
10.	Žena již od pohledu pozná, že trpí kapavkou.	P	N	NV
11.	Všechny sexuálně přenosné nemoci způsobuje jeden a ten samý virus.	P	N	NV
12.	Lidský papilomavirus (HPV) může způsobit genitální bradavice.	P	N	NV

		PRAVDA (P)	NEPRAVDA (N)	NEVÍM (NV)
13.	Použitím kondomu z přírodní kůže (jehněčí) se člověk může ochránit před nákazou HIV.	P	N	NV
14.	Lidský papilomavirus (HPV) může u žen způsobit rakovinu.	P	N	NV
15.	Aby se u muže vytvořily genitální bradavice, musí mít vaginální styk.	P	N	NV
16.	Sexuálně přenosné choroby mohou vést ke zdravotním obtížím, které jsou obvykle závažnější u mužů než u žen.	P	N	NV
17.	Žena je schopna rozpoznat, že má chlamydiovou infekci, pokud trpí nepříjemným vaginální zápachem.	P	N	NV
18.	Pokud je člověk pozitivně testován na HIV, daný test také dokáže odhalit, jak závažné jeho onemocnění bude.	P	N	NV
19.	Existuje vakcína k prevenci kapavčité infekce.	P	N	NV
20.	Žena dokáže podle svých tělesných pocitů poznat, zda trpí sexuálně přenosnou chorobou.	P	N	NV
21.	Člověk trpící genitálním oparem musí mít otevřené léze, aby mohl touto infekcí nakazit svého sexuální partnera/svou sexuální partnerku.	P	N	NV
22.	Existuje vakcína k prevenci chlamydiové infekce.	P	N	NV
23.	Muž dokáže podle svých tělesných pocitů poznat, zda se nakazil hepatitidou B.	P	N	NV
24.	Pokud člověk prodělal v minulosti kapavku, je imunní před opětovnou nákazou.	P	N	NV
25.	Lidský papilomavirus (HPV) může způsobit HIV.	P	N	NV
26.	Muž se může před genitálními bradavicemi ochránit umytím genitálií po pohlavním styku.	P	N	NV
27.	Existuje vakcína k prevenci hepatitidy B.	P	N	NV

Příloha č. 6 – Dotazník Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale STDAS

(Yarber, Torabi a Veenker, 1989; český překlad Bc. Floderová Karolína; odborná korektura překladu Mgr. Pešková Petra)

V poslední části výzkumu prosím o vyplnění české verze dotazníku Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale, který má též 27 položek a zjišťuje Vaše postoje k sexuálně přenosným infekcím.

Instrukce: Pečlivě si přečtete každé prohlášení a zakroužkujte jednu z pěti možných odpovědí, která vystihuje, jak moc souhlasíte či nesouhlasíte s daným výrokem.

		ROZHODNĚ SOUHLASÍM (RS)	SOUHLASÍM (S)	NEVÍM (NV)	NESOUHLASÍM (N)	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM (RN)
1.	Sexuálně přenosné infekce s mojí sexualitou nijak nesouvisí.	RS	S	NV	N	RN
2.	Používání preventivních metod, které snižují riziko nákazy sexuálně přenosnou infekcí, je snadné.	RS	S	NV	N	RN
3.	Jedním z nejlepších způsobů, jak snížit riziko nákazy sexuálně přenosnou infekcí je odpovědné chování při pohlavním styku.	RS	S	NV	N	RN
4.	Při předcházení negativním dopadům sexuálně přenosných infekcí je nejdůležitější včas vyhledat lékařskou pomoc.	RS	S	NV	N	RN
5.	Pro snížení rizika nákazy sexuálně přenosnou infekcí je důležitý výběr správného sexuálního partnera.	RS	S	NV	N	RN
6.	Vysokým výskytem sexuálně přenosných infekcí by se měli zabývat všichni.	RS	S	NV	N	RN

		ROZHODNĚ SOUHLASÍM (RS)	SOUHLASÍM (S)	NEVÍM (NV)	NESOUHLASÍM (N)	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM (RN)
7.	Člověk trpící sexuálně přenosnou infekcí má povinnost přimět své sexuální partnery, aby vyhledali lékařskou pomoc.	RS	S	NV	N	RN
8.	Nejlepší způsob, jak přimět svého sexuálního partnera k léčbě sexuálně přenosné infekce, je vzít ho k lékaři s sebou.	RS	S	NV	N	RN
9.	Jakmile člověk zjistí, že se nakazil sexuálně přenosnou infekcí, je nutné, aby změnil své sexuální návyky.	RS	S	NV	N	RN
10.	Nelíbilo by se mi, kdybych musel/a dodržovat lékařské pokyny při léčbě sexuálně přenosné infekce.	RS	S	NV	N	RN
11.	Kdybych byl/a sexuálně aktivní, cítil/a bych se nesvůj/nesvá, kdybych měl/a před a po pohlavním styku provádět úkony předcházející nákaze sexuálně přenosnou infekcí.	RS	S	NV	N	RN
12.	Kdybych byl/a sexuálně aktivní, urazilo by mě, kdyby mi sexuální partner navrhl, abychom použili kondom k prevenci sexuálně přenosných infekcí.	RS	S	NV	N	RN
13.	Nerad/a mluvím o sexuálně přenosných infekcích se svými vrstevníky.	RS	S	NV	N	RN
14.	Váhal/a bych, jestli mám navštívit lékaře, dokud bych si nebyl/a jistý/á, že opravdu trpím sexuálně přenosnou infekcí.	RS	S	NV	N	RN

		ROZHODNĚ SOUHLASÍM (RS)	SOUHLASÍM (S)	NEVÍM (NV)	NESOUHLASÍM (N)	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM (RN)
15.	Kdybych si myslel/a, že trpím sexuálně přenosnou infekcí, domníval/a bych se, že bych měl/a s sebou k lékaři vzít svého sexuálního partnera.	RS	S	NV	N	RN
16.	Kdybych byl/a sexuálně aktivní, přišlo by mi trapné mluvit s partnerem o sexuálně přenosných infekcích.	RS	S	NV	N	RN
17.	Kdybych měl/a mít pohlavní styk, kvůli riziku nákazy sexuálně přenosnou infekcí by mě znepokojovalo mít pohlavní styk s více než jedním partnerem/jednou partnerkou.	RS	S	NV	N	RN
18.	Líbí se mi myšlenka sexuální abstinence (nemít pohlavní styk) jako nejlepší způsob, jak se vyhnout sexuálně přenosným infekcím.	RS	S	NV	N	RN
19.	Kdybych měl/a sexuálně přenosnou infekci, spolupracoval/a bych s odborníky z hygieny za účelem nalezení zdroje infekce.	RS	S	NV	N	RN
20.	Kdybych měl/a sexuálně přenosnou infekci, během své léčby bych ostatní lidi nevystavil/a riziku nákazy.	RS	S	NV	N	RN
21.	Kdybych měl/a pohlavní styk s více než jedním partnerem/jednou partnerkou, podstupoval/a bych pravidelné testy na sexuálně přenosné infekce.	RS	S	NV	N	RN

		ROZHODNĚ SOUHLASÍM (RS)	SOUHLASÍM (S)	NEVÍM (NV)	NEsouHLASÍM (N)	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM (RN)
22.	Předtím, než se rozhodnu mít s kýmkoli pohlavní styk, mám v úmyslu zkontrolovat, zda dotyčný/á nemá příznaky sexuálně přenosných infekcí.	RS	S	NV	N	RN
23.	Hodlám omezit svou sexuální aktivitu pouze na jednoho partnera kvůli riziku nákazy sexuálně přenosnou infekcí.	RS	S	NV	N	RN
24.	Hodlám se vyhýbat sexuálnímu kontaktu, kdykoli si budu myslet, že existuje byť malá pravděpodobnost nákazy sexuálně přenosnou infekcí.	RS	S	NV	N	RN
25.	Riziko nákazy sexuálně přenosnou infekcí mi v sexuálních aktivitách nezabrání.	RS	S	NV	N	RN
26.	Kdybych měl/a možnost, podpořil/a bych komunitní snahu v boji proti sexuálně přenosným infekcím.	RS	S	NV	N	RN
27.	Byl/a bych ochoten/ochotna spolupracovat na zvyšování informovanosti o problémech spojených se sexuálně přenosnými infekcemi v mém regionu/obci.	RS	S	NV	N	RN

Příloha č. 7 – Online dotazník

URL odkaz dotazníku: <https://forms.gle/txMYH79yHNZBnseV6>

Znalosti žáků středních škol a jejich postoje v problematice sexuálně přenosných infekcí

Vážená respondentko, vážený respondente, cílem této výzkumné studie je zjistit úroveň znalostí žáků středních škol (konkrétně čtyřletých gymnázií a oboru Praktická sestra) o sexuálně přenosných infekcích a zmapovat jejich postoje k této problematice. Výzkumnou metodou je dotazníkové šetření, které spočívá v odpovědích na předem připravené otázky. V první části dotazníku budou zjišťována data o Vašem pohlaví, věku, škole, ročníku studia a sexuální aktivitě. Druhá část obsahuje dotazník „The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire“ s 27 položkami, který zjišťuje úroveň znalostí o sexuálně přenosných infekcích. Poslední část dotazníku obsahuje škálu „Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale“ zjišťující Vaše postoje k sexuálně přenosným infekcím. Dotazník je v češtině a jeho vyplnění trvá asi 15 minut.

Prosím o vyplnění tohoto dotazníku pouze pokud jste Vy nebo Váš zákonný zástupce (v případě nezletilosti) vyplnili a odevzdali Informovaný souhlas, který byl ve škole distribuován žákům škol zařazených do výzkumného šetření.

Děkuji za Váš čas a ochotu,

Bc. Karolína Floderová

e-mail: karolina.floderova01@upol.cz

studijní obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, PdF UPOI

ročník: 2.

***Povinné pole**

1. Vyplnil/a a odevzdal/a jsem informovaný souhlas. *

Označte jen jednu elipsu.

ANO

NE *Přeskočte na otázku 61*

Sociodemografické údaje

V této části dotazníku prosím vyplňte Vaše sociodemografické údaje. Nikde neuvádějte své osobní údaje (např. jméno, příjmení, datum narození, adresu bydliště, rodné číslo atp.), aby byla zachována anonymita odpovědí a ochrana osobních údajů.

2. Pohlaví: *

Označte jen jednu elipsu.

Žena

Muž

Jiné: _____

3. Věk: *

4. Název studované školy, popř. studijního oboru *

Označte jen jednu elipsu.

Vyšší odborná škola a střední škola zdravotnická a sociální Ústí nad Orlicí; obor:
Praktická sestra

Gymnázium Ústí nad Orlicí

Jiné: _____

5. Ročník studia: *

Označte jen jednu elipsu.

1. ročník

2. ročník

3. ročník

4. ročník

6. Již jsem někdy měl/a vaginální, orální nebo anální styk. *

Označte jen jednu elipsu.

ANO

NE

V této části prosím o vyplnění české verze dotazníku The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire (STD-KQ), který má 27 položek a zjišťuje Vaši úroveň znalostí o sexuálně přenosných infekcích.

Instrukce: U každého výroku prosím vyberte možnost PRAVDA, NEPRAVDA nebo NEVÍM. Pokud neznáte správnou odpověď na otázku, nehádejte prosím, ale vyberte možnost NEVÍM.

7. 1. Genitální opar vzniká působením stejného viru jako HIV. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

8. 2. Chlamydiové infekce mohou být způsobeny častými záněty močových cest. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

9. 3. Kapavku lze vyléčit. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

10. 4. Je snadnější se nakazit HIV, když člověk již trpí jinou sexuálně přenosnou nemocí. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

-
11. 5. Infekce lidským papilomavirem (HPV) vzniká působením stejného viru, který způsobuje HIV. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

12. 6. Provozování análního styku zvyšuje riziko nákazy hepatitidou B. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

13. 7. Brzy po nákaze HIV se na genitáliích (penisu nebo vagině) objeví otevřené léze.
*

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

14. 8. Chlamydiovou infekci lze vyléčit. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

15. 9. Žena, která má genitální opar, může nakazit své dítě během porodu. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

16. 10. Žena již od pohledu pozná, že trpí kapavkou. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

17. 11. Všechny sexuálně přenosné nemoci způsobuje jeden a ten samý virus. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

18. 12. Lidský papilomavirus (HPV) může způsobit genitální bradavice. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

19. 13. Použitím kondomu z přírodní kůže (jehněčí) se člověk může ochránit před nákazou HIV. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

20. 14. Lidský papilomavirus (HPV) může u žen způsobit rakovinu. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

21. 15. Aby se u muže vytvořily genitální bradavice, musí mít vaginální styk. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

22. 16. Sexuálně přenosné choroby mohou vést ke zdravotním obtížím, které jsou obvykle závažnější u mužů než u žen. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

23. 17. Žena je schopna rozpoznat, že má chlamydiovou infekci, pokud trpí nepříjemným vaginální zápachem. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

24. 18. Pokud je člověk pozitivně testován na HIV, daný test také dokáže odhalit, jak závažné jeho onemocnění bude. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

25. 19. Existuje vakcína k prevenci kapavčité infekce. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

26. 20. Žena dokáže podle svých tělesných pocitů poznat, zda trpí sexuálně přenosnou chorobou. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

27. 21. Člověk trpící genitálním oparem musí mít otevřené léze, aby mohl touto infekcí nakazit svého sexuálního partnera/svou sexuální partnerku. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

28. 22. Existuje vakcína k prevenci chlamydiové infekce. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

29. 23. Muž dokáže podle svých tělesných pocitů poznat, zda se nakazil hepatitidou B. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

30. 24. Pokud člověk prodělal v minulosti kapavku, je imunní před opětovnou nákazou. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

31. 25. Lidský papilomavirus (HPV) může způsobit HIV. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

32. 26. Muž se může před genitálními bradavicemi ochránit umytím genitálií po pohlavním styku. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

33. 27. Existuje vakcína k prevenci hepatitidy B. *

Označte jen jednu elipsu.

- PRAVDA
 NEPRAVDA
 NEVÍM

V poslední části výzkumu prosím o vyplnění české verze dotazníku Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale, který má též 27 položek a zjišťuje Vaše postoje k sexuálně přenosným infekcím.

Instrukce: Pečlivě si přečtete každé prohlášení a vyberte jednu z pěti možných odpovědí, která vystihuje, jak moc souhlasíte či nesouhlasíte s daným výrokem.

34. 1. Sexuálně přenosné infekce s mojí sexualitou nijak nesouvisí. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

35. 2. Používání preventivních metod, které snižují riziko nákazy sexuálně přenosnou infekcí, je snadné. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

36. 3. Jedním z nejlepších způsobů, jak snížit riziko nákazy sexuálně přenosnou infekcí je odpovědné chování při pohlavním styku. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

37. 4. Při předcházení negativním dopadům sexuálně přenosných infekcí je nejdůležitější včas vyhledat lékařskou pomoc. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

38. 5. Pro snížení rizika nákazy sexuálně přenosnou infekcí je důležitý výběr správného sexuálního partnera. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

39. 6. Vysokým výskytem sexuálně přenosných infekcí by se měli zabývat všichni. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

40. 7. Člověk trpící sexuálně přenosnou infekcí má povinnost přimět své sexuální partnery, aby vyhledali lékařskou pomoc. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

41. 8. Nejlepší způsob, jak přimět svého sexuálního partnera k léčbě sexuálně přenosné infekce, je vzít ho k lékaři s sebou. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

42. 9. Jakmile člověk zjistí, že se nakazil sexuálně přenosnou infekcí, je nutné, aby změnil své sexuální návyky. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

43. 10. Nelíbilo by se mi, kdybych musel/a dodržovat lékařské pokyny při léčbě sexuálně přenosné infekce. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

44. 11. Kdybych byl/a sexuálně aktivní, cítil/a bych se nesvůj/nesvá, kdybych měl/a před a po pohlavním styku provádět úkony předcházející nákaze sexuálně přenosnou infekcí. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
- SOUHLASÍM
- NEVÍM
- NESOUHLASÍM
- ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

45. 12. Kdybych byl/a sexuálně aktivní, urazilo by mě, kdyby mi sexuální partner navrhl, abychom použili kondom k prevenci sexuálně přenosných infekcí. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
- SOUHLASÍM
- NEVÍM
- NESOUHLASÍM
- ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

46. 13. Nerad/a mluvím o sexuálně přenosných infekcích se svými vrstevníky. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
- SOUHLASÍM
- NEVÍM
- NESOUHLASÍM
- ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

47. 14. Váhal/a bych, jestli mám navštívit lékaře, dokud bych si nebyl/a jistý/á, že opravdu trpím sexuálně přenosnou infekcí. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

48. 15. Kdybych si myslel/a, že trpím sexuálně přenosnou infekcí, domníval/a bych se, že bych měl/a s sebou k lékaři vzít svého sexuálního partnera. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

49. 16. Kdybych byl/a sexuálně aktivní, přišlo by mi trapné mluvit s partnerem o sexuálně přenosných infekcích. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

50. 17. Kdybych měl/a mít pohlavní styk, kvůli riziku nákazy sexuálně přenosnou infekcí by mě znepokojovalo mít pohlavní styk s více než jedním partnerem/jednou partnerkou. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
- SOUHLASÍM
- NEVÍM
- NESOUHLASÍM
- ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

51. 18. Líbí se mi myšlenka sexuální abstinence (nemít pohlavní styk) jako nejlepší způsob, jak se vyhnout sexuálně přenosným infekcím. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
- SOUHLASÍM
- NEVÍM
- NESOUHLASÍM
- ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

52. 19. Kdybych měl/a sexuálně přenosnou infekci, spolupracoval/a bych s odborníky z hygieny za účelem nalezení zdroje infekce. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
- SOUHLASÍM
- NEVÍM
- NESOUHLASÍM
- ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

53. 20. Kdybych měl/a sexuálně přenosnou infekci, během své léčby bych ostatní lidi nevystavil/a riziku nákazy. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

54. 21. Kdybych měl/a pohlavní styk s více než jedním partnerem/jednou partnerkou, podstupoval/a bych pravidelné testy na sexuálně přenosné infekce. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

55. 22. Předtím, než se rozhodnu mít s kýmkoli pohlavní styk, mám v úmyslu zkontrolovat, zda dotyčný/á nemá příznaky sexuálně přenosných infekcí. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

56. 23. Hodlám omezit svou sexuální aktivitu pouze na jednoho partnera kvůli riziku nákazy sexuálně přenosnou infekcí. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

57. 24. Hodlám se vyhýbat sexuálnímu kontaktu, kdykoli si budu myslet, že existuje byť malá pravděpodobnost nákazy sexuálně přenosnou infekcí. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

58. 25. Riziko nákazy sexuálně přenosnou infekcí mi v sexuálních aktivitách nezabrání. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

59. 26. Kdybych měl/a možnost, podpořil/a bych komunitní snahu v boji proti sexuálně přenosným infekcím. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

60. 27. Byl/a bych ochoten/ochotna spolupracovat na zvyšování informovanosti o problémech spojených se sexuálně přenosnými infekcemi v mém regionu/obci. *

Označte jen jednu elipsu.

- ROZHODNĚ SOUHLASÍM
 SOUHLASÍM
 NEVÍM
 NESOUHLASÍM
 ROZHODNĚ NESOUHLASÍM

Děkuji za vyplnění dotazníku! Vaše odpovědi využiji k tvorbě mé diplomové práce.
Bc. Karolína Floderová

61. Zde je prostor pro Vaše připomínky.

Pojďme mluvit o sexu!

o sexuálně přenosných nemocech otevřeně

Ahoj! Já jsem Rebecka...



... a já Jákob.
Dnes ti povíme něco o sexuálně přenosných nemocech.



Doufáme, že se něco nového naučíš a využiješ to i v životě.

Chápeme, že nemoci jsou na sexu asi to nejméně příjemné. Ale jsme to právě my teenageři, kdo jsou nákazou velmi ohroženi.



No a co že to vlastně jsou ty sexuálně přenosné nemoci?

- Sexuálně přenosná nemoc nebo také infekce je jednoduše nemoc, kterou můžeš chytit, když máš s někým sex. Pozor! Platí to pro všechny druhy sexu. Kromě klasického vaginálního i orálního a análního.
- Těchto nemocí je celá řada a způsobují je bakterie, viry a jiné mikroskopické potvory.
- Některé nemoci nelze vyléčit a některé ano. I tak ti ale mohou způsobit vážné zdravotní komplikace a rozhodně to není nic příjemného. Buď tedy vždy opatrný/opatrná.

Víš, které nemoci jsou vyléčitelné a které ne? Zde je malé cvičení. Jsou tu uvedené nejznámější a nejčastější sexuálně přenosné infekce. Zkus je správně zařadit. Správné odpovědi jsou uvedeny na konci.



VYLÉČITELNÉ

NEVYLÉČITELNÉ

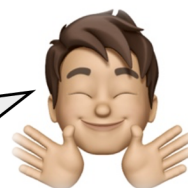
SYFILIS
HPV
CHLAMYDIE
HIV/AIDS
HEPATITIDA B
KAPAVKA
KANDIDÓZA
GENITÁLNÍ OPAR
HEPATITIDA C



Jak se ale můžeme chránit?!

- Jedinou stoprocentní ochranu ti zajistí abstinence. Zákazy ale nikdy nefungují. Navíc sexualita je naší neodmyslitelnou součástí a nemá smysl jí potlačovat. Důležité ale je mít vhodnou ochranu.
- Proto je tu očkování, které také zajišťuje vysokou ochranu. Zatím jsou, ale dostupná očkování pouze proti hepatitidě B a HPV. Očkování proti hepatitidě B je už povinné. Proti HPV zatím dobrovolné. K problematice HPV se ještě vrátíme, je totiž velmi důležitá.
- Asi nejlepší volbou je použití kondomu. Výhodou kondomu je, že chrání před početím i před sexuálně přenosnými infekcemi. Hormonální antikoncepce, pesar nebo třeba tělísko tě chrání před těhotenstvím, ale před nemocemi ne. Bohužel ani kondom ti nezaručí stoprocentní ochranu.
- Důvěra mezi partnery je určitě důležitá, ale *víš, s kým spíš*, jen tehdy, když je dotyčný/dotyčná otestovaný/otestovaná. Mnoho infekcí se totiž vůbec nemusí projevit příznaky. I přesto můžeš nakazit někoho jiného.

Používání kondomů je důležité, pokud chceš být proti nemocem co nejvíce chráněný/chráněná. Zde si o kondomech povíme něco víc.



- Mužský kondom je pomůcka vyrobená nejčastěji z latexu. Existují také kondomy z polyuretanu, které mohou využít lidé s alergií na latex. V dřívějších dobách se vyráběli kondomy třeba z kůže nebo střev různých zvířat. Ty ovšem nejsou příliš spolehlivé a při dnešním výběru vhodných kondomů na trhu i zbytečné.
- Kondomy jsou totiž dostupné v libovolných velikostech, tvarech, příchutích i barev. Vyrábí je mnoho značek v různých cenových kategoriích. Každý si tedy může vybrat, které mu vyhovují. I ty nejlevnější kondomy musí být certifikované a bezpečné, takže se nemusíš bát je použít.
- Kondomy jsou z výroby lubrikované a bezpečně zabalené v obalu po jednom kusu. Pokud by ti lubrikace nestačila, můžeš lubrikant přidat. Ten ale nesmí být na olejové bázi! Mohl by totiž kondom poškodit.
- Někdo nerad používá kondomy kvůli snížení rozkoše při sexu. Existují ale velmi tenké kondomy, u kterého skoro ani nepoznáš, že ho máš. Navíc, pokud máš problém s předčasnou ejakulací, kondom ti v tomto může sprově pomoci. Tyto tenké kondomy jsou také vhodné na orální styk.



Věděl/a bys, jaké jsou zásady správného použití kondomu? Zkus jednotlivé kroky očíslovat tak jak jdou za sebou. Správný postup opět najdeš na konci tohoto materiálu.

POŘADÍ (1-5)

- A. Po sexu opět zkontroluji neporušenost kondomu. Rolovacím pohybem ho sundám, zavážu, zabalím do kapesníku, vyhodím do směsného odpadu a umyji si ruce. Nikdy ho nepoužívám víckrát. Kondom je jednorázový.
- B. Kondom nasazuji před sexem, na plně ztopořený penis. Po vyjmutí z obalu fouknu do rezervoáru (špičky), kterou zmáčknu, tak aby v ní nebyl vzduch. Kondom přiložím k penisu a sroluji ho po celé délce až ke kořeni penisu.
- C. Před použitím zkontroluji neporušenost obalu a samotného kondomu. Při otvírání nepoužívám zuby ani nůžky a dávám si pozor na dlouhé ostré nehty.
- D. Kondom nosím nejlépe vždy u sebe, tak aby se nepoškodil. Hlídám, jestli není prošlý.
- E. Během sexu kontroluji, zda kondom nesklouznul nebo neprasknul. Pokud by se tak stalo, kondom vyměním za nový.

Doporučuju nasazování vyzkoušet prvně nanečisto. Pokud máš penis, můžeš potrénovat na sobě. Pokud ne, využij třeba dildo, nebo klidně salátovou okurku či banán.



A nejlépe se člověk učí, když to vidí. Zkus třeba video na YouTube s názvem „*Jak správně nasadit kondom?*“ od organizace Loono.

Dále si řekneme to nejdůležitější k nejčastějším sexuálně přenosným infekcím. Např. způsob přenosu, původce, délka inkubační doby, příznaky, léčbu, následky a prevenci. Bude toho hodně, ale ty to určitě zvládneš!



Syfilis

- Bakteriální infekce, která se přenáší pohlavním stykem, krví a z matky na dítě.
- Za 1–2 týdny po nákaze se nejčastěji na genitálu vytvoří nebolestivý tvrdý vřed a nebolestivé zvětšení uzlin. Za dalších 9 týdnů se objeví nesvědivá vyrážka nejčastěji na břichu, trupu nebo končetinách. Do dvou týdnů vymizí. Typickým příznakem jsou malé puchýřky, které se objeví na genitálu nebo v puse. Celkové příznaky zahrnují nechutenství, zvýšenou teplotu, únavu, bolesti hlavy, kloubů a svalů. Dva roky po infikování se je nemocný člověk bez příznaků a není infekční. Po 3–7 letech vzniká poslední stádium, které je charakteristické kožními změnami, poškozením orgánů, velkých cév nebo i nervového systému. Do tohoto stádia ale naštěstí nemoc dojde velmi zřídka.
- Léčba je možná antibiotiky. Je však náročná a dlouhá a pacientky a pacienti pak musí být dlouho sledováni.



Víš, že dříve se pokoušeli léčit syfilis například rtuť? Penicilin se začal používat až po roce 1940.

Kapavka

- Opět bakteriální infekce, která se přenáší pohlavním stykem. Příznaky se objeví za 2–14 dní od nákazy.
- Kapavka se u žen často neprojeví žádnými příznaky. Pokud ano, tak nejčastěji pálením při močení, bolestmi břicha, bolestmi při sexu nebo vaginálním výtokem. Následně vzniká zánět děložního čípku, močové trubice, dělohy, vejcovodů a vaječníků. Následkem kapavky může být neplodnost, časté mimoděložní těhotenství, srůsty a chronické bolesti břicha.
- U mužů se kapavka také projevuje pálením či řezáním při močení a zarudlým ústím močové trubice. Typický příznak je bíložlutý výtok často jako tzv. „ranní kapka“. Stejně jako u ženy může vzniknout zánět pohlavních orgánů.
- Choroba je vyléčitelná pomocí antibiotik. Při časně diagnóze a léčbě je prognóza dobrá.

Kapavka i chlamydie mohou způsobit zánět spojivek. Nejčastěji se takto nakazí novorozenci během porodu. Proto se jim preventivně po porodu vykapávají oči.



Chlamydiové infekce

- Chlamydie je bakterie, která má mnoho podtypů. Některé typy způsobují nemoc *lymphogranuloma venereum*, pro kterou je typický vřed na genitálu.
- Jiné typy chlamydií zase způsobují zánět močopohlavního ústrojí. U žen se nákaza projevuje bolestmi při močení a menstruaci, výtokem z pochvy, bolestmi v podbřišku. Když není infekce léčená, může způsobit záněty dělohy, vejcovodů nebo vaječnicků a následnou neplodnost nebo chronické bolesti.
- U mužů jsou chlamydie často bez příznaků. Projeví se nejčastěji bolestmi a potížemi při močení i výtokem z močové trubice za 7–14 dní od nákazy. Při komplikovaném průběhu může dojít k zánětu varlete nebo nadvarlete a horečkám.
- Léčba je opět možná antibiotiky.



Nemoci lymphogranuloma venereum, granuloma inguinale a ulcus molle jsou typické pro Afriku, Asii a Jižní Ameriku. To jsou názvy, co? Štěstí, že v Česku se skoro nevyskytují.

Všechny výše uvedené bakteriální infekce podléhají povinnému hlášení a léčbě. Nezapomeň také, že vědomé šíření nakažlivé nemoci je trestný čin! Pokud máš nějaké příznaky, zdrž se na chvíli sexu a nechej se otestovat.



Viš, co mají bakteriální infekce společné? Díky antibiotikům jsou vyléčitelné. Při častém používání antibiotik jsou však bakterie schopné si proti nim vytvořit odolnost. Tomuto jevu se říká antibiotická rezistence. Proto se některé infekce (nejen ty sexuálně přenosné) léčí dlouhým podáváním antibiotik. Někdy se stane, že jedno antibiotikum nezabere a musí se podávat jiné, nebo jejich kombinace. Problém jsou také alergie na antibiotika a jejich celkové nežádoucí účinky. Proto je potřeba, se chránit i proti těmto vyléčitelným nemocem.

AIDS – syndrom získaného selhání imunity

- Ze sexuálně přenosných infekcí asi nejznámější nemoc, kterou způsobuje virus lidské imunodeficiency (HIV).
- Přenos je nejčastější krevní cestou (injekční uživatelé drog), pohlavním stykem (nejrizikovější je anální styk) nebo z matky na plod během těhotenství, porodu a kojení. Transfúze se u nás nemusíte bát. Dárci a dárně jsou velmi přísně kontrolováni a testováni.
- Po 3–8 týdnech se objevují příznaky virózy (horečka, bolesti v krku, bolesti svalů, kloubů, oteklé uzliny, vyrážka, úbytek váhy, průjem). Často se ale žádné příznaky objevit nemusí, proto není infekce zachycena včas a nakažená osoba nevědomky šíří infekci. Po několikaletém období bez příznaků (2–10 let), kdy virus tiše poškozují imunitní systém, se už plně projeví nemoc AIDS. To se projevuje častými záněty různě po těle nebo i tvorbou nádorů.
- Kvůli oslabené imunitě a rizikovému chování mají HIV pozitivní lidé větší riziko, že se nakazí jinou sexuálně přenosnou infekcí!
- V dřívějších letech na následky nemoci lidé umírali do 10 let. Dnes naštěstí máme účinnou léčbu, která sice člověka nevyлéčí, ale prodlouží jeho život a zlepší i kvalitu života. Důležité je, léky začít brát co nejdříve, aby virus nestihnul poškodit imunitu.
- Léky proti HIV jsou také schopné zajistit velmi nízkou infekčnost pacienta/pacientky. Není tedy potřeba se HIV pozitivních lidí bát nebo je dokonce diskriminovat. Při běžných úkonech jako je podání ruky, rozhovor, sdílení nádobí nebo koupelny není žádné riziko, že se nakazíš. Spíše si dávej pozor na lidi, kteří se chovají rizikově, ale netestují se.
- Pokud bys náhodou měl/a nechráněný styk s HIV pozitivním, nebo s někým u koho je riziko, že by jím mohl být, může ti být do 72 hodin podána tzv. postexpoziční profylaxe. Ta zajistí, aby ses nenakazil/a.
- Existuje ještě preexpoziční profylaxe, která ochrání před nákazou lidi, kteří mají zvýšené riziko (např. lidé promiskuitní, praktikující anální styk nebo partneri/partnerky HIV pozitivních).
- Otestovat na HIV se můžeš na mnoha místech. Často je to zdarma a anonymně. S rychlostem máš výsledek do půl hodiny. Tak se neboj toho využít.



Červená stužka je symbolem boje proti HIV a AIDS.
Taky vyjadřuje podporu nemocným.



Hepatitida B

- Vážné nevléčitelné virové onemocnění, které se přenáší tělními tekutinami a způsobuje zánět jater. Z poškození jater může vzniknout jaterní cirhóza nebo i nádor jater.
- Za měsíc až půl roku od nákazy se projeví mírné virózní nebo žádné příznaky. Typické příznaky jsou únava, nechut' k jídlu, nevolnost, vyrážka, žloutenka, tmavá moč a světlá stolice. U většiny lidí dojde po této fázi k úplnému vyléčení. Pokud je ale tělo oslabeno, nemoc může přejít do chronického nevléčitelného stavu.
- Vhodná ochrana je očkování, které je od roku 2001 povinné. Povinně očkování musí být zdravotníci, protože ti jsou rizikovou skupinou.
- Léčba spočívá spíše v mírnění příznaků, klidovém režimu, zákazu alkoholu, nebo podávání podpůrných léčiv, které chrání a obnovují jaterní buňky a zvyšují imunitu.

Hepatitida C

- Proti tomuto viru bohužel neexistuje očkování ani léčba, která by infekci zcela vyléčila.
- Přenáší se infikovanou krví přes narušenou kůži nebo sliznici. Nejvíce jsou ohroženi injekční uživatelé drog a promiskuitní osoby.
- Inkubační doba je 15–160 dní. Ve většině případů nakažený člověk nemá žádné příznaky a na infekci se přijde díky náhodně provedenému testu, nebo až když jsou játra velmi poškozená a vznikne cirhóza nebo nádor. Může se objevit žloutenka.
- Léčba je stejná jako u hepatitidy B. V nejhorších případech je potřeba poškozená játra transplantovat.



Někdy se hepatitidě lidově říká žloutenka. Žloutenka je ale jen jeden z příznaků této nemoci. Projevuje se žlutým zabarvením očního bělma nebo kůže.

Genitální opar

- Další virové onemocnění, které způsobuje virus herpes simplex.
- Tyto viry způsobují opary na rtu nebo genitálu.
- Tato infekce je nevyléčitelná. Člověk nemusí mít projevy oparu, ale virus je v těle stále přítomný. Když pak dojde k oslabení organismu např. nemocí, horečkou či stresem, vytvoří se opar znovu.
- Nejvíce infekční je člověk s rozvinutým oparem. Infikovat se však můžeme i od bezpříznakového jedince.
- Přenos je možný při pohlavním styku (kontakt oparu se sliznicemi a slinami), nebo z matky na dítě během porodu.
- Inkubační doba je asi 1–2 týdny. Opar může být jeden nebo více menších ve skupině. Před vytvořením oparu můžeš na tom místě cítit pálení nebo svědění. Opar je malý, lesklý, bolestivý puchýřek. Puchýř po nějakém čase praskne a na jeho místě se utvoří stroupek. Někdy se může objevit i zvýšená teplota, únava, bolesti kloubů nebo otok uzlin.
- K léčbě se využívají antivirotické léky, které mohou snížit četnost výskytu oparů nebo zmírňují průběh nemoci. Přímou na opary také lze aplikovat antivirotické mastičky.

Viš, že asi 80 % sexuálně aktivní populace se během života setká s viry genitálního oparu a lidského papilomaviru? Tím se tyto dva viry řadí mezi dvě nejčastější sexuálně přenosné infekce.



HPV – lidské papilomaviry

- O HPV infekci jsi nejspíš někdy slyšel/a ve spojitosti s rakovinou děložního čípku. To však není to jediné, co mohou způsobit.
- Existuje přes 200 druhů HPV. Asi 30 z nich může způsobovat nějaké zdravotní problémy.
- Infekce se přenáší pohlavním stykem. Je potřeba přímý kontakt s infikovanou tkání. Významný vliv má také obranyschopnost organismu.
- I když se během života většina sexuálně aktivních lidí setká s HPV, s většinou si lidská imunita poradí a žádné potíže se neprojeví. HPV infekci ale nejde vyléčit.
- Přestože většina infekcí je bezpříznaková, stejně můžeš být infekční pro svého sexuálního partnera nebo partnerku.
- Riziko infekce zvyšuje: rizikové sexuální chování, vyšší počet sexuálních partnerů/partnerek, časně zahájení sexuálního života, kouření cigaret, jiné sexuálně přenosné infekce, užívání hormonální antikoncepce nebo poruchy imunity.
- Existují dvě skupiny HPV infekcí, nízkorizikové a vysoce rizikové.

Nízkorizikové HPV

- Tyto typy způsobují nejčastěji genitální bradavice, které jsou silně infekční a způsobují nepříjemné svědění.
- Tyto bradavice se mohou objevit 3 týdny až 8 měsíců po nákaze.
- Existuje mnoho metod léčby bradavic, výskyt bradavic se ale velmi často opakuje i po jejich úplném odstranění.

Vysoce rizikové HPV

- Tato skupina virů může způsobit zhoubné změny právě na děložním čípku, ale i pochvě, vulvě, penisu nebo análním otvorem.
- Rozvoj nádorových změn naštěstí probíhá v řádu let. Proto je potřeba chodit pravidelně na gynekologické prohlídky, aby se tyto změny odhalily včas.
- Nebezpečí rakoviny děložního čípku spočívá v tom, že je dlouho bezpříznakové. Až v pozdějších stádiích se mohou projevit potíže jako výtok, krvácení po sexu nebo mimo menstruaci a bolesti.

Prevence HPV

- Nejdůležitější je se vyhnout nákaze. Nestřídat příliš sexuální partnery, nekouřit cigarety, konzumovat stravu bohatou na vitaminy.
- Bohužel kondom nemá v prevenci této infekce takovou účinnost, jaká by byla potřeba, a proto je nejvhodnější se nechat očkovat.
- V současné době jsou dostupné tři vakcíny:
 - Cervarix – proti 2 vysoce rizikovým typům HPV,
 - Gardasil – proti 2 vysoce rizikovým a 2 nízkorizikovým typům HPV,
 - Gardasil 9 – proti 7 vysoce rizikovým a 2 nízkorizikovým typům HPV.
- Vakcíny jsou určené pro dívky i chlapce! Nejlepší je, když se očkování provede ještě před zahájením sexuálního života, ale jde to i potom. Jsou potřeba dvě dávky a pokud jsi starší 15 let, tak tři. Zdravotní pojišťovny většinou na tyto vakcíny něco přispívají.
- Dále je důležité kontrolovat, zda se na čípku už neobjevili nějaké nádorové změny. To lze zjistit stěrem, který je v rámci preventivní gynekologické prohlídky prováděn jednou ročně. Je důležité na tyto prohlídky chodit. Díky nim lze včas přijít na změny na čípku a včas je léčit.



Pokud nejsi proti HPV očkováný/očkováná, popros rodiče, aby ti vakcínu nechali dát. Je to důležitá investice do tvého zdraví. A čím dříve, tím lépe!

Další sexuálně přenosné infekce

- parazitární – vyléčitelné
 - svrab
 - pedikulóza – veš muňka
 - trichomoniáza
- virové
 - cytomegalovirus (nebezpečný převážně pro těhotné ženy a AIDS nemocné)
 - moluska (převážně u dětí, ale i dospělých)
- kandidóza – způsobená kvasinkami, vyléčitelná
- mycoplasmy, ureaplasmy – vyléčitelné
- a další ...

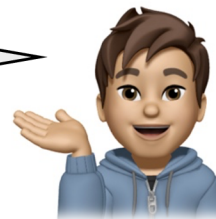
Hurá! Jsi na konci. Teď už víš to nejdůležitější o sexuálně přenosných infekcích.



Tady je shnutí těch nejdůležitějších informací.

- Nejspolehlivější ochrana proti nákaze je sexuální abstinence.
- Použití kondomu velmi snižuje riziko nákazy. Stejně tak očkování.
- Čím dříve se na nemoc přijde a začne se léčit, tím menší jsou následky.
- I když je nemoc vyléčitelná, může způsobit vážně následky.
- Důležitá je léčba všech sexuálních partnerů a zdržení se sexu během léčby.
- Sexuálně přenosné infekce se často nemusí vůbec projevit příznaky. I tak je ale nemocný nakažlivý.
- Mnoho infekcí má hodně podobných příznaků, ale pouze lékař/ka může po provedení testů říct, o jakou infekci se jedná.
- Během těhotenství, porodu i kojení se mnohými infekcemi může od matky nakazit i plod. Může mu to způsobit vážné problémy.
- Důležité jsou pravidelné lékařské kontroly a testování.
- Společnost často pohlíží na lidi se sexuálně přenosnými infekcemi negativně. Následkem mohou být psychické problémy nemocných, ztráta nebo ztížená možnost najít si zaměstnání, partnera či partnerku. Psychické a sociální následky těchto nemocí jsou pro nemocné často horší než následky fyzické.

Tady jsou správné odpovědi z předchozích cvičení.



Vyléčitelné infekce: syfilis, chlamydie, kapavka, kandidóza.
Nevyléčitelné infekce: HPV, HIV/AIDS, hepatitida B, genitální opar, hepatitida C.

Správné pořadí úkonů při používání kondomu: D, C, B, E, A.



Zde jsou uvedeny knížky, články a webové stránky, ze kterých bylo čerpáno a ve kterých najdeš podrobnější informace.

- PIZINGER, K. a T. FIKRLE. *Dermatovenerologie*. Plzeň: Dermatovenerologická klinika, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova, 2020. ISBN 9788088120292.
- DRIÁK, D. Sexuálně přenosné infekce a spermicidy. *Časopis lékařů českých*. 2012, **151**(10), 459-462. ISSN 0008-7335. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2012-10-1/sexualne-prenosne-infekce-a-spermicidy-39281>
- JEDLIČKA, J., J. STUPKA a A. KUBÁTOVÁ. *Krátký odborný návod dostatečně odpovědným milencům* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007. Dostupné z: <http://www.prevencehiv.cz/materialy/9-kondom.pdf>
- KUBEČKOVÁ, A., O. KUBEČEK a J. ŠPAČEK. Papilomavirové infekce v gynekologii. *Aktuální gynekologie a porodnictví* [online]. 2013, **5**, 58-64. ISSN 1803-9588. Dostupné z: https://www.actualgyn.com/pdf/en_2013_105.pdf
- KUBICOVÁ, M. Pohlavně přenosné nemoci u dospívajících. *Pediatric pro praxi*. 2015, **16**(6), 404-409. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2015/06/11.pdf>
- TAMPA, M., et al. Brief history of syphilis. *Journal of medicine and life* [online]. 2014, **7**(1). Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3956094/>
- Loono: Prevence HIV a AIDS #doledobry. *Loono.cz* [online]. Dostupné z: https://www.loono.cz/prevence/prevence-hiv#video_kond
- Jak správně nasadit kondom? | #doledobry. *YouTube.com* [online]. Loono, 2021. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=W8PqtuNnAXs>
- HIV prevence. *Hiv-prevence.cz* [online]. 2014. Dostupné z: <https://www.hiv-prevence.cz>
- Venerologie: Přehled onemocnění. *Venerologie.cz* [online]. Dostupné z: <https://www.venerologie.cz/prehled-onemocneni/>
- *Ockovaniprotihpv.cz* [online]. Praha: Merck Sharp & Dohme. Dostupné z: <https://ockovaniprotihpv.cz>
- *Hpvguide.eu* [online]. Dostupné z: <https://www.hpvguide.eu>
- *Hpv-college.cz* [online]. Dostupné z: <https://www.hpv-college.cz>

Informovat se také můžeš u praktické/ho lékařky/lékaře, gynekologa/gynekoložky, kožní/ho lékařky/lékaře nebo urologa/uroložky.



Důležitá slova na závěr!

- Pokud s někým sex mít nechceš, je to v pořádku a protistrana to musí respektovat. Pokud to bude naopak, i ty to u partnera či partnerky respektuj a nenuť ho/ji. Pokud chceš, aby partner použil kondom, nebo jinou metodu ochrany, trvej na tom.
- I sundání kondomu během styku bez tvého vědomí je špatně a nenechej si to líbit.
- Sex bez souhlasu je znásilnění a pokud ti toto někdo provede, prosím, neboj se svěřit a toho člověka nahlásit.

Svatá pravda!



Tak jsme na konci! Doufáme, že získané informace využiješ ve svém životě a děkujeme za tvoji pozornost.

Skvělému dobrovolnému a hlavně bezpečnému sexu zdar!