

Joanna Dec

## SPECYFIKA PORADNICTWA OKOŁOTESTOWEGO

Od rozpoznania i opisania pierwszego przypadku zakażenia HIV minęło ponad trzydzieści lat. Wiedza dotycząca epidemii HIV/AIDS jest coraz obszerniejsza. Znane są drogi zakażenia oraz jego przebieg. Wiadomo już, w jaki sposób można uniknąć infekcji. Osoby żyjące z HIV/AIDS<sup>1</sup> mogą liczyć na coraz lepszą pomoc, opiekę lekarską i leki nowej generacji, które pozwalają na dłuższe i lepsze życie. Powstają nowe, świetnie opracowane kampanie i programy profilaktyczne. Jednak w dalszym ciągu tematyce HIV/AIDS towarzyszą liczne mity oraz stereotypy, a poziom AIDS-fobii<sup>2</sup> i nietolerancji wobec osób żyjących z HIV/AIDS pozostawia wiele do życzenia. Wciąż wzrasta odsetek nowych zakażeń. W Polsce od początku epidemii (1985 r.) do września 2012 roku zakażenie HIV stwierdzono u 16 053 osób. Każdego roku w Polsce wykrywa się ponad 800 zakażeń HIV. Codziennie w Polsce średnio trzy osoby dowiadują się o tym, że są zakażone HIV. W większości są to osoby młode, w wieku 20-29 lat. Nadal zbyt mało ludzi wykonuje testy w kierunku wykrycia zakażenia<sup>3</sup>. Niektórzy poddają się testom, jednak nie towarzyszy temu poradnictwo okołotestowe, bez którego testowanie nie ma większego sensu. Niestety, statystyki te nie napawają optymizmem i wskazują, iż z epidemią HIV/AIDS będziemy się jeszcze borykać przez wiele lat.

Celem artykułu jest przybliżenie idei poradnictwa towarzyszącego wykonaniu testu w kierunku HIV (poradnictwo okołotestowe), jego celów, założeń oraz specyfiki. Mowa będzie w szczególności o poradnictwie przed testem, jak i po nim – zasadach tego poradnictwa, jego warunkach oraz towarzyszących mu określonych procedurach. Podejmę także rozważania na temat ograniczeń owego poradnictwa oraz trudności, jakie mogą mu towarzyszyć zarówno po stronie pacjenta, jak i doradcy.

---

<sup>1</sup> Zamiennie używa się określeń: osoba zakażona HIV, HIV dodatni, HIV pozytywny, seropozytywny.

<sup>2</sup> Obsesyjny strach przed HIV/AIDS, osobami żyjącymi z HIV/AIDS, paniczny lęk przed zakażeniem HIV, zaburzenie o charakterze nerwicowym, w którym osoba uważa, że jest zakażona HIV.

<sup>3</sup> Zamiennie używa się określeń: test w kierunku HIV, test na obecność przeciwciał anty-HIV, test przesiewowy.

## Definicja i filozofia poradnictwa okołotestowego

Światowy Program na rzecz Walki z AIDS (*Global Programme on AIDS*, GPA<sup>4</sup>) definiuje poradnictwo okołotestowe jako poufny dialog pomiędzy klientem/pacjentem a osobą prowadzącą poradnictwo (doradcą), mający na celu poradzenie sobie przez klienta ze stresem i napięciem emocjonalnym (obniżenie poziomu lęku), udzielenie wsparcia i umożliwienie mu podjęcia osobistych decyzji dotyczących HIV/AIDS<sup>5</sup>. Proces poradnictwa zawiera ocenę indywidualnego ryzyka zakażenia HIV, ułatwia podjęcie świadomej decyzji o wykonaniu testu w kierunku HIV, ułatwia podjęcie działań zapobiegających zakażeniu w przyszłości oraz promowanie bezpiecznych zachowań.

Pierwsze zasady dobrowolnego testowania i poradnictwa okołotestowego (*Voluntary Counselling and Testing*, VCT) powstały na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Francisco w 1985 roku. Zostały one opracowane przez Program Zdrowotny AIDS<sup>6</sup>. Zauważono, że pomimo łatwej procedury wykonania badania w kierunku HIV wielu pacjentów nie podejmowało takiej decyzji, a samo badanie budziło lęk i niepewność. Wynikało to niejednokrotnie z obawy o ewentualny wynik testu oraz z nieznamomości przebiegu samego badania czy konsekwencji dla dalszego funkcjonowania i życia w przypadku otrzymania wyniku dodatniego. Okazało się, że nie wystarczy jedynie poinformować pacjenta o wyniku testu. Za konieczne uznano wówczas opracowanie dodatkowych procedur<sup>7</sup>. Koncepcja poradnictwa okołotestowego była odpowiedzią na potrzeby osób poddających się testom. Początkowo miało ono charakter interwencji kryzysowej. Jego celem było udzielanie wsparcia i pomocy psychologicznej pacjentom z nowo rozpoznany zakażeniem HIV. Skupiano się głównie na wyjaśnianiu przebiegu zakażenia oraz jego prognozowaniu. Dało to początki lepszej opiece lekarskiej i wsparciu. W późniejszym czasie poradnictwo to zaczęło stanowić pewien stały element profilaktyki HIV/AIDS oraz stało się pewnego rodzaju programem edukacyjnym. Poprzez przekazywanie wiedzy na temat sposobów uniknięcia ryzyka zakażenia oraz analizę zachowań ryzykownych i postaw pacjenta wobec jego stylu życia starano się zmniejszyć częstość podejmowanych przez niego niebezpiecznych zachowań w przyszłości. Za kluczowe uznano tu przekonanie, że tego typu zmiany mogą zaistnieć w wyniku zrozumienia przez klienta przyczyn swoich zachowań oraz nabycia umiejętności radzenia sobie z emocjami i sytuacjami stresującymi. W 1993 roku Centres for Disease

<sup>4</sup> Opracowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1988 r. specjalny program zwalczania epidemii HIV/AIDS i profilaktyki w tym zakresie.

<sup>5</sup> *Voluntary Counselling and Testing. Technical Update*, UNAIDS, 2000.

<sup>6</sup> Program przygotowany przez zespół naukowców z Uniwersytetu Kalifornijskiego, którzy jako pierwsi opracowali model testowania w kierunku HIV połączony z poradnictwem.

<sup>7</sup> *Zakażenie HIV. Poradnictwo okołotestowe. Kompendium dla lekarzy i osób pracujących w punktach konsultacyjno-diagnostycznych*, red. J. Gąsiorowski, B. Knysz, Ł. Łapiński, Wrocław 2010, s. 6.

Control (CDC) jednoznacznie określiło zasady poradnictwa okołotestowego, zalecając podejście skoncentrowane na kliencie. Sesje doradcze miały mieć zindywidualizowany charakter, zakładający szacowanie ryzyka zakażenia HIV oraz negocjowanie z każdym klientem planu obniżenia tego ryzyka w przyszłości<sup>8</sup>.

Poradnictwo okołotestowe jest oparte na modelu „poradnictwa skoncentrowanego na kliencie”, wywodzącym się z dwóch nurtów – filozoficznego i psychologicznego. Nurt filozoficzny nawiązuje do założeń dialogicznej wizji człowieka, a w szczególności do filozofii dialogu (zwanej także „filozofią spotkania”, „filozofią innego”). Współtwórcą tego systemu był Martin Buber. Jak piszą Grażyna Konieczny i Arkadiusz Nowak:

[...] w centrum zainteresowania tego systemu, tak bardzo bliskiemu idei poradnictwa okołotestowego, jest człowiek i jego relacja z drugim człowiekiem. Ważna jest rozmowa, spotkanie, otwarcie się na drugiego człowieka – „współbycie ludzi w konkretnym miejscu i czasie”<sup>9</sup>.

Z nurtu psychologii humanistycznej poradnictwo okołotestowe zaczerpnęło założenie teoretyczne oraz główne postulaty odnoszące się do praktyki omawianego poradnictwa. Jednym z twórców tego nurtu był Carl Rogers, który wskazywał na niedyrektywne podejście do klienta<sup>10</sup>. Założenia te znalazły zastosowanie w praktyce: terapia skoncentrowana na kliencie lub podejście skoncentrowane na osobie (*client-centred counselling*, c-c-c). Chodzi tu o

interpretację człowieka jako autonomicznego podmiotu, przyjmującego badawczą postawę wobec rzeczywistości, zdolnego do przewidywania, planowania i wyciągania wniosków, który zgodnie z posiadaną przez siebie wiedzą jest w stanie przystosować się do otaczającego świata oraz kształtować go<sup>11</sup>.

Ponieważ zachowanie człowieka jest w głównej mierze uwarunkowane przez terażniejszość i jego aktualne przeżycia, istotne są tu koncentracja na aktualnym doświadczeniu, jakim dysponuje dana jednostka, aktywne słuchanie i nieoceniająca postawa doradcy, brak narzucania ocen oraz wyrażanie przez doradcę refleksji odnoszących się do stwierdzeń klienta, stwarzanie warunków do autorefleksji i możliwości podjęcia zmiany. Jak w każdej relacji doradca–klient, lekarz–pacjent, również w odniesieniu do poradnictwa okołotestowego zastosowanie ma tu „triada Rogersa”: autentyczność, bezwarunkowa akceptacja oraz empatia<sup>12</sup>.

---

<sup>8</sup> Zob. G. Konieczny, A. Nowak, *Historia i filozofia poradnictwa okołotestowego*, [w:] *Zakażenie HIV. Poradnictwo...*, s. 82-83.

<sup>9</sup> *Ibidem*, s. 81.

<sup>10</sup> Zob. C. Rogers, *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe*, Wrocław 1991.

<sup>11</sup> *Ibidem*, s. 82.

<sup>12</sup> *Ibidem*.

## **Założenia i warunki skutecznego poradnictwa w zakresie HIV/AIDS**

Testowanie w kierunku HIV i towarzyszące mu poradnictwo są kluczowe i niezbędne dla skutecznych działań profilaktycznych, a także dla właściwego leczenia, opieki i wsparcia osób żyjących z HIV/AIDS. Obecnie wiadomo, że wczesna świadomość dodatniego statusu HIV znacznie zwiększa możliwości dostępu do leczenia dla osób zakażonych, tym samym znacznie zmniejsza związane z HIV zachorowalność i śmiertelność, a także zapobiega ryzyku przeniesienia infekcji z matki na dziecko. Objęcie skutecznym leczeniem zmniejsza o 96% prawdopodobieństwo, że osoba seropozytywna zakazi swojego partnera seksualnego. Ci, którzy nie są zakażeni, mogą świadomie podejmować zachowania i decyzje w celu ochrony przed zakażeniem przez stosowanie metod prewencyjnych: bezpieczniejszy seks, używanie prezerwatyw, medyczne obrzezanie mężczyzn, używanie sterylnego sprzętu do iniekcji, zmniejszoną liczbę partnerów seksualnych, pozostawanie w stałym, wzajemnie wiernym związku.

Dobrowolne testowanie i poradnictwo opierają się na założeniu, że badanie w kierunku HIV jest przeprowadzone za świadomą zgodą osoby testowanej. Test ten zawsze musi być poprzedzony przemyślaną decyzją poddającego się badaniu. W związku z tym testowanie powinno być dobrowolne, poufne i poprzedzone odpowiednim poradnictwem.

Badanie w kierunku HIV połączone z poradnictwem okołotestowym pozwala „oswoić” pacjentów i ich środowisko z istnieniem HIV/AIDS. Istotne jest, aby testowanie i towarzyszące mu poradnictwo przebiegały w kontekście zmian społecznych na rzecz lepszego wsparcia dla rodzin w ich środowisku, tworzenia grup samopomocy, zaangażowania osób żyjących z HIV/AIDS w profilaktykę i opiekę oraz promowania modeli pozytywnego życia.

Poradnictwo i wsparcie psychologiczne oferowane podczas rozmowy okołotestowej pomagają w podjęciu świadomej decyzji o wykonaniu testu w kierunku HIV. Pozwala to na planowanie przyszłości pod kątem unikania ryzykownych zachowań. Przyczynia się również do stworzenia odpowiedniej atmosfery dla dyskusji o zagadnieniach związanych z zachowaniami seksualnymi oraz osobistymi problemami. Poradnictwo okołotestowe wpływa także na poszerzenie wiedzy na temat HIV/AIDS przez udzielanie informacji w sposób, który nadaje im charakter osobisty. Umożliwia jednocześnie dostęp do różnego typu usług dla osób żyjących z HIV/AIDS. Pomaga osobom, które odebrały wynik dodatni, zaakceptować swoją sytuację i zakażenie oraz pomóc w zmianie własnych zachowań czy stylu życia. Ułatwia również poinformowanie o statusie serologicznym partnera oraz bliskich osoby zakażonej. Jednocześnie poradnictwo to może się przyczynić do zmniejszenia częstości ryzykownych zachowań, szczególnie

w przypadku osób, u których wynik okazał się pozytywny. Jest to zatem jedna ze skuteczniejszych metod zapobiegania szerzeniu się epidemii.

Aby móc skutecznie udzielać wsparcia emocjonalnego oraz przekonać pacjenta do zachowań zmniejszających ryzyko zakażenia, poradnictwo okołotestowe powinno spełniać pewne warunki<sup>13</sup>. Po pierwsze, musi być ono osobistym i poufnym dialogiem klienta z doradcą, chyba że klient zdecyduje inaczej. W żadnym wypadku bez jego zgody nie można ujawniać osobom postronnym szczegółów rozmowy okołotestowej i uzyskanych podczas jej przebiegu informacji. Po drugie, musi ono wychodzić naprzeciw potrzebom klienta przy jednoczesnym zachowaniu formy dialogu, unikając popadania w ton moralizatorski i dydaktyczno-instruktażowy. Po trzecie, powinno być procesem stwarzania możliwości, w wyniku którego klient będzie mógł wziąć na siebie pełną odpowiedzialność za podejmowanie decyzji bezpośrednio wpływających na jego życie oraz na życie jego bliskich.

Jednocześnie w poradnictwie okołotestowym powinno się stosować kilka istotnych zasad<sup>14</sup>:

1. Osoba poszukująca porady musi się spotkać z akceptacją, zrozumieniem, szacunkiem, uprzejmością i nieoceniającą postawą ze strony doradcy. Nieistotny jest tu wynik testu czy powody, dla których pacjent zdecydował się na jego wykonanie.
2. Zaufanie i otwartość są kluczowe dla powodzenia poradnictwa okołotestowego. Zwiększają one prawdopodobieństwo stosowania się pacjentów do zaleceń i wskazówek. Na budowanie zaufania znaczący wpływ ma poufność poradnictwa. Pacjent musi mieć pewność, że wszystko, o czym będzie rozmawiał z doradcą, pozostanie w tajemnicy. Dużą zaletą w tym względzie jest idea anonimowego poradnictwa i testowania.
3. Informacje przekazywane podczas porady powinny być rzetelne, konkretne i treściwe. Muszą być one prawdziwe, zgodne z aktualnym stanem wiedzy naukowej, rzeczowe i zrozumiałe. Jeżeli doradca nie jest czegoś pewien, powinien o tym poinformować pacjenta, aby nie podważyć jego zaufania.
4. Należy mieć wystarczającą ilość czasu na porady dotyczące HIV/AIDS. Stosu-

<sup>13</sup> Na postawie: *Poradnictwo w zakresie HIV/AIDS. Klucz do właściwej opieki dla decydentów, planistów oraz osób odpowiedzialnych za wdrażanie działań z zakresu poradnictwa*, materiały UNDP (Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju Społecznego), materiały z Krajowej Konferencji „Anonimowe testowanie w kierunku zakażenia HIV. Poradnictwo przed i potestowe”, Warszawa 2000.

<sup>14</sup> Na podstawie: L. Moberg, *Test na HIV. Uwagi na temat porad udzielanych osobom poddającym się testowi. Poradnictwo przed i po teście na HIV*, materiał z seminarium dla lekarzy „Lekarz i jego pacjent – osoba żyjąca z HIV/AIDS” – zorganizowanego przez Społeczny Komitet ds. AIDS w 1993 r.

nek i nastawienie do poruszanego tematu łączy się na ogół z dużym napięciem emocjonalnym osoby poddającej się testowi. Tematyka rozmowy często dotyczy intymnych kwestii: życia seksualnego, podejmowanych zachowań seksualnych, ewentualnego przyjmowania narkotyków, liczby partnerów, stylu życia seksualnego, wyobrażeń o samym sobie. Aby móc poruszać tak delikatne tematy, niezbędnym jest czas na stworzenie odpowiedniej atmosfery zaufania i życzliwości.

5. Istotny jest powszechny i łatwy dostęp do wykonania testu zaraz po przeprowadzonej rozmowie. Jeżeli pacjent zdecyduje się na poddanie testowi, powinien on być wykonany natychmiast po przeprowadzonej rozmowie, a wydanie wyniku – w zależności od możliwości instytucji – powinno być jak najszybsze. Ważne jest, aby ludzie mieli poczucie, że uzyskanie porady oraz zrobienie testu jest szybkie i dostępne dla każdego<sup>15</sup>.

W ostatnim czasie Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) określiła pięć kluczowych komponentów („5 Cs”), które powinny być respektowane i które należy wziąć pod uwagę w kontekście poradnictwa w zakresie HIV/AIDS. Elementami tymi są:

- *consent* (zgoda),
- *confidentiality* (poufność),
- *counselling* (poradnictwo),
- *correct test results* (właściwy wynik testu),
- *connection/linkage to prevention, care and treatment* (połączenie profilaktyki, opieki i leczenia).

Tych pięć składników oraz podstawowe zasady poradnictwa okołotestowego, z którymi się one wiążą, mają zastosowanie we wszystkich modelach testowania w kierunku HIV i towarzyszącym mu poradnictwie. Jest to związane z tym, że ludzie badani na obecność wirusa HIV muszą udzielić świadomej zgody na przeprowadzenie takiego badania. Powinni być poinformowani o przebiegu procesu testowania i poradnictwa, usług, jakie będą dostępne w zależności od wyniku testu, oraz ich prawa do odmowy wykonania badania. Usługa testowania musi być poufna, co oznacza, że treść rozmów pomiędzy klientem i doradcą, jak również wyniki badań, nie będą ujawniane innym bez zgody osoby testowanej. Testowaniu musi towarzyszyć odpowiednie, wysokiej jakości poradnictwo przed badaniem i po nim. Istotne jest również zapewnienie właściwych wyników badań. Badania muszą być wykonywane zgodnie z zaleceniami i według uzna-

---

<sup>15</sup> Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS (UNAIDS) i wiele innych organizacji zatwierdziły koncepcję „powszechnego dostępu” do wiedzy o statusie HIV. Poparły one także koncepcję powszechnego dostępu do profilaktyki HIV, leczenia, opieki i wsparcia, jak również ochrony przed dyskryminacją ze względu na status serologiczny. Stanowisko to prezentuje WHO w Globalnej Strategii Sektora Ochrony Zdrowia w zakresie HIV/AIDS na lata 2011-2015.

nych międzynarodowych strategii testowania, norm i standardów w odniesieniu do rodzaju epidemii. Wyniki muszą być przekazywane osobie badanej, chyba że wyraźnie nie życzy ona sobie ujawniania wyniku testu. Łączenie profilaktyki HIV, leczenia i opieki powinno być wspierane przez konkretne systemy wsparcia pacjenta, odpowiednie skierowanie go w celu uzyskania pomocy oraz systemy monitorowania<sup>16</sup>.

## Proces doradzania i jego przebieg<sup>17</sup>

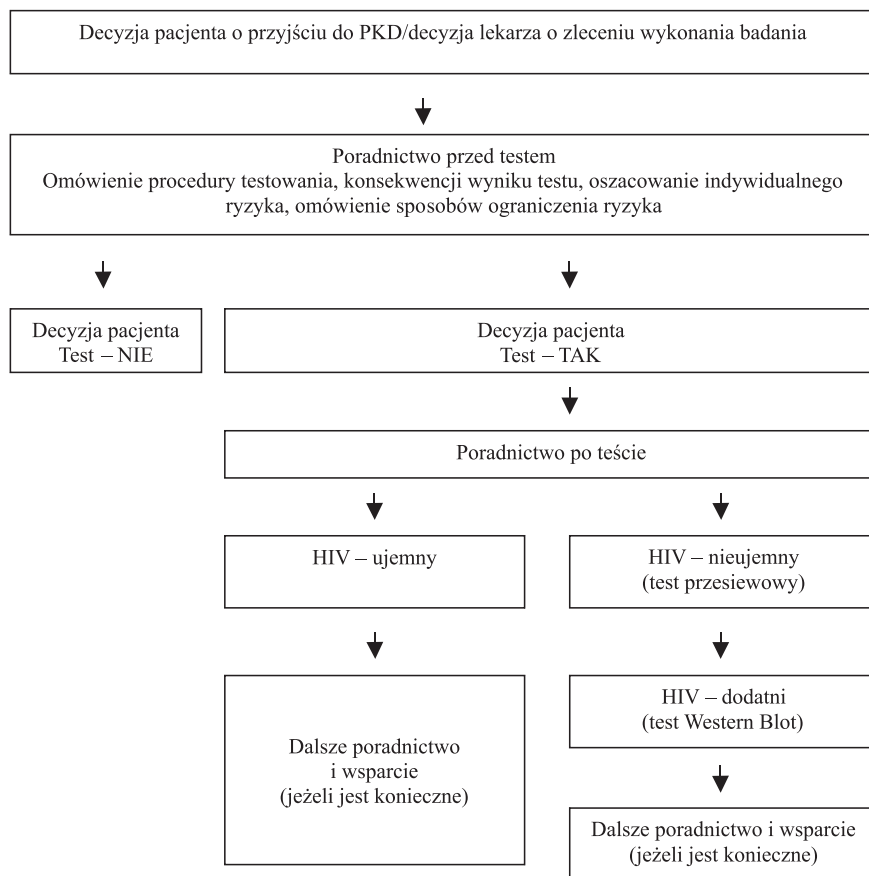
Na poradnictwo okołotestowe powinny się składać dwie rozmowy (porada powinna być udzielona dwukrotnie). Pierwszą należy przeprowadzić przed wykonaniem przez pacjenta testu w kierunku HIV, drugą podczas wydawania wyniku badania.

Istnieją dwa modele poradnictwa i testowania w kierunku HIV. Pierwszy nosi nazwę „opt-in HIV testing (VCT)” i dotyczy dobrowolnego poradnictwa i testowania zainicjowanego przez pacjenta. Model ten wykorzystywany jest w Polsce w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych (PKD) rekomendowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Drugi model „opt-out HIV testing” zakłada badanie zaproponowane przez lekarza, który pracuje w danej placówce ochrony zdrowia. Oba modele zalecane są przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oraz Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS (*The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*, UNAIDS). Obowiązują w nich takie same zasady przeprowadzania rozmowy okołotestowej oraz sposób informowania o wyniku testu w kierunku HIV<sup>18</sup>. Poniżej przedstawiono schemat poradnictwa okołotestowego w modelu *opt-in* i *opt-out*.

<sup>16</sup> Na podstawie: *World AIDS Day 2012: Statement on HIV testing and counseling*, [http://www.who.int/hiv/events/2012/world\\_aids\\_day/hiv\\_testing\\_counselling/en/index.html](http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/en/index.html) [dostęp: 14.11.2012].

<sup>17</sup> Na podstawie: G. Konieczny, *Proces doradzania i jego przebieg*, [w:] *Diagnostyka zakażenia HIV. Wskazówki dla osób pracujących w Punktach Anonimowego Testowania*, red. G. Konieczny, A. Lipniacki, A. Piasek, D. Rogowska-Szadkowska, Warszawa 2003, s. 55-70.

<sup>18</sup> G. Konieczny, B. Szetela, *Rozmowa przedtestowa i po wykonaniu testu*, [w:] *Zakażenie HIV. Poradnictwo...*, s. 86-87.

Rysunek 1. Poradnictwo okołotestowe w modelu *opt-in* i *opt-out*

Źródło: G. Konieczny, B. Szetela, *Rozmowa przedtestowa i po wykonaniu testu*, [w:] *Zakażenie HIV. Poradnictwo okołotestowe. Kompendium dla lekarzy i osób pracujących w punktach konsultacyjno-diagnostycznych*, red. J. Gąsiorowski, B. Knysz, Ł. Łapiński, Wrocław 2010, s. 87.

### Poradnictwo przed testem<sup>19</sup>

Porada poprzedzająca wykonanie testu to rozmowa, której celem jest udzielenie emocjonalnego wsparcia i pomoc w zmniejszeniu u pacjenta napięcia i stresu, związanego z sytuacją testowania oraz obawą przed ewentualną możliwością zakażenia się. Dotyczy ona także udzielenia pacjentowi pomocy w podjęciu przez niego świadomej decyzji o wykonaniu (bądź nie) testu na obecność przeciwciał anti-HIV.

<sup>19</sup> Konkretnie obszary rozmowy przed testem i wskazówki znajdują się w publikacji: *Zakażenie HIV. Poradnictwo...*, s. 94-96.



Rozmowa przed testem polega na przedyskutowaniu z pacjentem powodów, dla których podjął decyzję o wykonaniu testu, dostarczeniu podstawowych i niezbędnych informacji na temat HIV/AIDS, dróg i możliwości zakażenia, sposobów jego uniknięcia, omówieniu osobistego ryzyka podejmowanych zachowań w kontekście HIV (szacowanie ryzyka zakażenia) i konsekwencji poznania przez pacjenta swojego statusu serologicznego, wyjaśnieniu znaczenia wyniku testu oraz poinformowaniu o procedurze i przebiegu testowania. Istotne jest także oszacowanie, jak pacjent może zareagować na dodatni wynik testu i czy w czasie oczekiwania na wydanie wyniku może liczyć na wsparcie ze strony innych osób.

Ważne jest, aby na samym początku poinformować pacjenta o zasadzie poufności przeprowadzanej rozmowy oraz dobrowolności wykonania testu w kierunku HIV. Daje to szansę na zwiększenie poczucia bezpieczeństwa pacjenta oraz obniżenie stresu towarzyszącego spotkaniu. Decydujący jest również sposób słuchania, zadawania pytań i prowadzenia rozmowy przez doradcę. Pacjent musi czuć się bezpiecznie, nie obawiać się bycia ocenianym oraz piętnowania ze względu na zachowania, jakie podejmował.

Podczas rozmowy przed testem należy uzyskać od pacjenta informacje, czy poddaje się on badaniu po raz pierwszy, a jeśli poprzednio już wykonywał testy, należy ustalić, jaki był ich wynik i powody ich wykonania.

Kolejna kwestia dotyczy oceny indywidualnego ryzyka dotyczącego ostatniej sytuacji, a także całego życia. Obszarami szacowania tego ryzyka są: historia życia seksualnego, płeć i liczba partnerów, formy i techniki zachowań seksualnych, stosowanie środków zabezpieczających przed zakażeniem HIV, używanie substancji psychoaktywnych oraz inne choroby w wywiadzie i zachowania mogące mieć związek z ryzykiem zakażenia. Nie należy się kierować własnymi wyobrażeniami czy posługiwać jedynie definicjami naukowymi. Pacjent może używać innego słownictwa, dlatego w razie wątpliwości warto dopytać, co konkretnie ma na myśli. Należy omówić z nim wszystkie możliwe drogi zakażenia oraz wskazać wszelkie znane sposoby uniknięcia infekcji. Omawiane metody minimalizowania ryzyka zakażenia HIV w przyszłości powinny być dostosowane do stylu życia i sytuacji pacjenta.

Następnie należy poruszyć kwestię procedury testowania, czasu oczekiwania na wynik, ewentualności otrzymania wyniku dodatniego oraz spytać, co pacjent będzie robił w czasie oczekiwania na wynik testu. Warto przekazać aktualną wiedzę dotyczącą leczenia, uzyskania pomocy medycznej i psychologicznej, gdyby wynik okazał się dodatni, oraz poinformować pacjenta o możliwości uzyskania pomocy i wsparcia w czasie oczekiwania na wynik. Rozmowa powinna zakończyć się podjęciem przez pacjenta świadomej decyzji o poddaniu się (lub nie) testowi w kierunku HIV.

## Poradnictwo po teście<sup>20</sup>

Rozmowa po wykonaniu testu i podczas odbierania wyniku ma na celu omówienie wyniku testu, udzielenie niezbędnych informacji dostosowanych do sytuacji pacjenta, nawiązanie do rozmowy przed testem, udzielenie emocjonalnego wsparcia (szczególnie w przypadku wydania wyniku dodatniego) oraz umożliwienie otrzymania dalszej pomocy.

Bez względu na wynik testu należy bezzwłocznie poinformować pacjenta o tym, czy jest on dodatni czy ujemny i wyjaśnić, co to oznacza. Po wręczeniu pacjentowi wyniku do ręki, zanim przejdzie się do dalszej rozmowy, należy poczekać na reakcję pacjenta i dać mu czas na „oswojenie” się z otrzymaną informacją. Istotne jest wcześniejsze sprawdzenie wyniku testu i odpowiednie przygotowanie się na poinformowanie o nim pacjenta. Do rozmowy po teście należy się wcześniej przygotować, zwłaszcza gdy wydaje się wynik dodatni.

W zależności od wyniku testu w kierunku HIV rozmowa po teście przebiega w różny sposób.

Wydając **wynik ujemny**, należy zaktualizować posiadane informacje o pacjencie. Informując go, co oznacza wynik testu, warto podkreślić, że wynik ten przedstawia sytuację zdrowotną pacjenta sprzed trzech miesięcy, dlatego w rozmowie trzeba się upewnić, że pacjent w okresie oczekiwania na wynik nie podejmował żadnych ryzykownych zachowań. W rozmowie tej powinno się także omówić z pacjentem sposoby unikania ryzyka w przyszłości oraz dostosowania ich do jego indywidualnych możliwości, biorąc pod uwagę styl życia pacjenta i jego sytuację osobistą. W tym celu można powrócić do kwestii poruszanych w czasie rozmowy przed wykonaniem testu.

Podczas wydawania **wyniku dodatniego** najważniejsze jest zadbanie o emocjonalne wsparcie pacjenta i danie mu czasu na oswojenie się z uzyskaną informacją. W zależności od jego pierwszej reakcji na otrzymany wynik należy się adekwatnie zająć pacjentem. Podczas tej rozmowy może dojść do różnych sytuacji. Reakcje na otrzymany wynik dodatni mogą być różnorodne. Zdarza się, że pacjent reaguje płaczem i nie należy powstrzymywać tych emocji. Inni reagują gwałtownie i ze złością. Niektórzy mogą „zamknąć się w sobie” i nie życzyć sobie żadnej reakcji i działań ze strony doradcy. Nie ma jednego scenariusza takiego spotkania. Wsparcie doradcy może się ograniczyć do towarzyszenia pacjentowi w wyrażeniu swoich emocji, pomocy w uporaniu się z szokiem, okazaniu wsparcia i zrozumienia. Należy rozważyć, czego pacjent będzie potrzebował i spytać go o to. Gdy pacjent będzie gotowy na dalszą rozmowę, należy nawiązać do tego, co wiemy o nim i jego sytuacji oraz odpowiedzieć na jego pytania,

<sup>20</sup> Konkretnie obszary rozmowy po teście i wskazówki znajdują się w publikacji *Zakażenie HIV. Poradnictwo...*, s. 96-97.

w celu udzielenia koniecznych informacji i rozwiania wszelkich wątpliwości. Należy odpowiedzieć na wszelkie pytania pacjenta oraz przekazać mu informacje na temat: jak można żyć z zakażeniem, czego unikać, jakie są sposoby i środki zabezpieczenia przed zakażeniem innych osób oraz jakie są możliwości leczenia. Następnie doradca powinien powtórzyć podstawowe informacje dotyczące HIV/AIDS wspomniane podczas rozmowy przed testem (szczególnie różnicę między HIV a AIDS, drogi zakażenia, zachowania bezpieczne). Ważne jest, aby doradca spróbował również ocenić ryzyko wystąpienia u pacjenta myśli destruktywnych i ewentualnych zachowań autodestruktywnych. Jeżeli takie zagrożenie istnieje, należy skierować pacjenta do współpracującego z placówką psychologa lub psychiatry. Doradca zobowiązany jest także podać wszelkie adresy placówek pomocowych i ośrodków zajmujących się wsparciem i leczeniem osób zakażonych, skierować do najbliższej położonej Poradni Nabytych Niedoborów Odporności. Najlepiej wszelkie informacje wręczyć pacjentowi w formie pisemnej, gdyż poziom stresu i sytuacja, w której się znalazł, mogą uniemożliwić zapamiętanie wszystkich wiadomości. Niezbędne jest także przekazanie informacji o konieczności poinformowania o swoim zakażeniu obecnego partnera/partnerów seksualnych (wymagają tego obowiązujące w Polsce przepisy prawne). Jeżeli to możliwe, można się umówić z pacjentem na taką rozmowę w późniejszym terminie.

## **Bariery w poradnictwie okołotestowym**

Jak w każdym poradnictwie i pomaganiu, istnieją pewne ograniczenia i trudności, które mogą się przyczynić do jego przebiegu i efektywności. Trudności te mogą występować zarówno po stronie doradcy, jak i pacjenta. Inne dotyczą samej sytuacji poradniczej, czy też wynikają z kontekstu społecznego epidemii HIV/AIDS.

W przypadku doradcy konieczne jest posiadanie aktualnej wiedzy naukowej w zakresie HIV/AIDS, ale również niezbędne są odpowiednie kompetencje osobowościowe. Istotna jest tu nie tylko wiedza dotycząca dróg zakażenia, ryzykownych zachowań czy profilaktyki, ale także wiedza dotycząca seksualności. Oceniająca postawa zachowań i poglądów pacjenta, narzucanie swoich opinii, posługiwanie się stereotypami w odniesieniu do zachowań seksualnych, płci i wieku, przekonanie o słuszności swoich przekonań, patrzenie na pacjenta przez pryzmat własnych doświadczeń mogą skutkować trudnościami w komunikacji doradcy z pacjentem, a wręcz uniemożliwiać oferowaną pomoc. Ważne są także kompetencje osobowościowe dotyczące umiejętności słuchania, prowadzenia rozmowy, wsparcia emocjonalnego, panowania nad własnymi emocjami, radzenia sobie w sytuacjach stresujących. Kolejną barierę może stanowić podejście doradcy do zagadnień związanych z obszarem zachowań seksualnych. Podczas rozmowy przed testem konieczne jest poruszenie tematu w odniesieniu do podejmowanych

przez pacjenta zachowań seksualnych (tzw. szacowanie osobistego ryzyka zakażenia). Doradca musi tu wykazać się nie tylko znajomością różnych technik seksualnych, znać ich odpowiednie nazewnictwo (nie tylko fachowe), ale także mieć gotowość słuchania o doświadczeniach seksualnych pacjenta. Frustrująca i wywołująca złość może być postawa pacjenta, który stawia opór lub nie wykazuje chęci stosowania się do zaleceń doradcy czy zaprzecza możliwości ich wykorzystania w swoim życiu albo podejmuje zachowania społecznie nieakceptowane. Innej trudności nastręcza ograniczony czas rozmowy, nadmierna liczba pacjentów podczas jednego dyżuru, ilość wypełnianych dokumentów, rutynowe podejście do pacjenta i przebiegu rozmowy okołotestowej.

Trudności związanych z osobą pacjenta jest więcej. Na pierwszy plan wysuwa się obawa pacjenta przed utratą anonimowości, szczególnie gdy podejmował on bardzo ryzykowane lub nieakceptowane społecznie zachowania. Brak umiejętności komunikacji intymnej również może stanowić barierę w poradnictwie okołotestowym. Wielu pacjentów nie jest przygotowanych na rozmowę o intymnych szczegółach swojego życia, podejmowanych zachowaniach seksualnych, liczbie partnerów. Niejednokrotnie oprócz zażenowania i wstydu pacjentowi może towarzyszyć obawa przed oceną jego zachowań oraz trudność w sformułowaniu odpowiedzi na intymne pytania. Wynikać to może z braku wiedzy na temat seksualności, nieznajomości odpowiedniego słownictwa lub postaw względem seksualności człowieka. Problemów mogą także nastręczać stereotypowe wyobrażenia pacjenta dotyczące seksualności, płci, zachowań seksualnych, normy, związku. W pewnych sytuacjach płeć doradcy odgrywa ważną rolę podczas rozmowy okołotestowej. Niektóre osoby wolą rozmawiać (szczególnie na tematy intymne) z doradcą tej samej płci. Kolejnym utrudnieniem mogą być reakcje pacjenta, szczególnie podczas wydawania wyniku testu w kierunku HIV. Emocje i reakcje towarzyszące tej stresującej sytuacji mogą przyjmować różne postaci – od radości, niedowierzania, lęku i płaczu do obojętności, rozpaczki lub gniewu. Niełatwo przychodzi praca z pacjentem z roszczeniowym podejściem, z AIDS-fobią, wykonującym test nie z własnej woli czy pod wpływem środków odurzających. Kolejne utrudnienie stanowi zbyt młody wiek pacjenta. Zgodnie z prawem osobom niepełnoletnim nie można wykonać badania bez zgody rodzica lub opiekuna prawnego.

Kontekst społeczny epidemii HIV/AIDS również może się przyczyniać do występowania trudności w poradnictwie okołotestowym. Dotyczy to przede wszystkim polityki państwa w zakresie profilaktyki epidemii HIV/AIDS, uwarunkowań prawnych, odpowiedniego przygotowania i liczby profesjonalnych doradców, niedostatecznej liczby placówek oferujących fachowe poradnictwo okołotestowe oraz finansowania działań instytucji je oferujących. Negatywnie oddziałują również obecne w społeczeństwie mity

i stereotypy dotyczące HIV/AIDS i seksualności człowieka, a także postawy wobec osób żyjących z HIV/AIDS i ich społeczny odbiór<sup>21</sup>.

## Uwagi końcowe

Testowanie w kierunku HIV oraz towarzyszące mu poradnictwo okołotestowe są jedną ze skuteczniejszych metod zapobiegania epidemii HIV/AIDS. Aby przynosiło odpowiednie rezultaty, muszą być spełnione pewne wymagania, takie jak: odpowiednie przygotowanie i przeszkolenie doradców, stworzenie, wyposażenie i przygotowanie miejsc, w których odbywa się testowanie i poradnictwo, informowanie społeczeństwa o możliwościach wykonania testów, wpisanie oferty testowania i poradnictwa okołotestowego w politykę zdrowotną państwa.

Efektywność oferty testowania zależy także od przestrzegania następujących warunków. Testy w kierunku HIV powinny być dobrowolne, a pacjent powinien mieć możliwość wyrażenia świadomej zgody na poddanie się testowi. Testowanie powinno być anonimowe i w miarę możliwości bezpłatne. Test w kierunku HIV powinien być zawsze poprzedzony poradnictwem. Podczas rozmowy okołotestowej pacjent powinien być poinformowany o kwestiach związanych z HIV/AIDS, zachowaniach ryzykownych, możliwościach uniknięcia ryzyka zakażenia w przyszłości. Wydaniu wyniku testu (bez względu na to, czy jest on dodatni czy ujemny) powinna towarzyszyć rozmowa po teście. Kadra zajmująca się testowaniem i poradnictwem powinna się składać nie tylko z lekarzy, ale także przeszkolonych doradców innych profesji (psychologów, pracowników socjalnych, edukatorów seksualnych i zdrowotnych). Oferta testowania powinna być kierowana do całego społeczeństwa, uwzględniając szczególnie osoby podejmujące ryzykowne zachowania w kontekście HIV/AIDS. Oferta testowania oraz poradnictwa powinna być dostępna we wszystkich większych miastach, a informacje na ten temat powinny być rozreklamowane i ogólnie dostępne. W tym celu powinny one stanowić stały element kampanii informacyjnych dotyczących zagadnień HIV/AIDS<sup>22</sup>.

<sup>21</sup> Więcej na ten temat: A. Walendzik-Ostrowska, *Ograniczenia i trudności w poradnictwie okołotestowym HIV*, [w:] *Seksualność człowieka. Obszary zainteresowań teoretyków i praktyków*, red. Z. Izdebski, „Rocznik Lubuski”, t. 32, cz. 2, Zielona Góra 2006, s. 201-206.

<sup>22</sup> Zob. Z. Izdebski, *Poradnictwo przed i po teście na obecność przeciwciał anti-HIV*, „Medycyna po Dyplomie. Wydanie specjalne”, Maj 2002, s. 2.

## THE SPECIFIC OF VOLUNTARY COUNSELLING

### Summary

The aim of the article is to present the idea of counselling accompanying HIV testing procedure, named voluntary counselling and testing (VCT).

The author defines and discusses the philosophy of HIV counselling, its objectives, assumptions and specificity. In the article there is also an overview of the process of conducting HIV counselling and its process. In particular the focus is made on the pre-test HIV counselling and post-test HIV counselling, accompanying the release of the HIV test result. The author describes the assumptions and conditions for effective HIV counselling and its certain procedures. There has also been discussion about the limitations of this counselling and the difficulties that may be associated with both: the patient and the counsellor.

**Keywords:** voluntary counselling and testing (vct), pre-testing counselling, post-testing counselling, HIV/AIDS, HIV testing