

BP JÓZEF WRÓBEL SCJ

AIDS: WYZWANIE MORALNE DLA CZŁOWIEKA I CAŁEJ RODZINY LUDZKIEJ

Każda choroba niesie ze sobą specyficzne dla niej wyzwania medyczne, deontologiczne i moralne. Niektóre z nich przekraczają jednak ramy klasycznych relacji między pacjentem i lekarzem oraz implikują szerokie odniesienia społeczne. Do takich chorób należy niewątpliwie rozwijająca się od ponad dwudziestu lat infekcja HIV/AIDS z jej zmuszającą do refleksji charakterystyką. Właściwie nie powinna ona mieć żadnych szans na szerokie rozpowszechnienie się, a jednak zbiera coraz to większe żniwo, na wzór średniowiecznych pandemii wyniszczających społeczeństwa Europy. Każdego roku jej ofiarą stają się miliony ludzi na całym świecie. W coraz większym stopniu niszczy harmonię w rodzinach, w ośrodkach kształcenia, pracy i rekreacji. W dalszej perspektywie należy się też obawiać destabilizacji społecznej, politycznej i ekonomicznej, nie tylko w obrębie pojedynczych państw, ale również kontynentów.

Mimo wysiłków licznych centrów naukowych, mimo znacznych sum przeznaczonych na jej badanie i mimo prawie pełnego jej poznania, pozostaje chorobą nieuleczalną, i to bez wielkich nadziei na jej opanowanie w przewidywanej przyszłości. Stosowane aktualnie środki medyczne są w stanie jedynie opóźnić jej rozwój, a wyjątkowo tylko ją zablokować.

I. AIDS: ASPEKT MEDYCZNY

W drugiej połowie lat siedemdziesiątych odnotowano w USA nietypowy wzrost zachorowań na niektóre rzadkie choroby, a zwłaszcza na mięsak Kaposiego oraz pneumocystowe zapalenie płuc. Służbę zdrowia zaskakiwał przy tym fakt, że pacjentami byli przede wszystkim młodzi homoseksualiści. Dalsze badania pozwoliły stwierdzić, że na chorobę zapadają także narkomani stosujący dożylnie środki odurzające oraz osoby, u których przeprowadzano transfuzję krwi lub którym podawano preparaty krwiopochodne. Nowością był także fakt, że chorobie towarzyszyło załamanie się systemu immunologicznego.

W czerwcu 1981 roku zdefiniowano tę nową chorobę, nazywając ją AIDS (od Acquired Immune Deficiency Syndroms – Zespół Nabytego Upośledzenia Odporności)¹ Dwa lata później amerykańscy i francuscy naukowcy odkryli prawie że równocześnie sprawcę choroby: był nim dotychczas nieznany RNA-retrowirus, którego nazwano HIV (Human Immundeficiency Virus – Wirus Ludzkiego Upośledzenia Odporności). W 1984 roku opracowano pierwsze testy zdolne wykrywać charakterystyczne dla niego antygeny, świadczące o jego obecności we krwi lub przynajmniej o kontakcie z nim organizmu.

Po wnikięciu do organizmu wirus HIV może zacząć się namnażać, wywołując w stosunkowo krótkim czasie stan chorobowy, czyli AIDS. Dostyc często jednak wirus ukrywa się, pozostając przez wiele lat (nawet do 15) w stanie tak zwanego „uśpienia” Miejscem ukrycia są przeważnie komórki węzłów chłonnych, ale także komórki T i NK, jedne z najważniejszych elementów konstytutywnych systemu odpornościowego. To one mają właśnie na celu zwalczanie infekcji wirusowych i bakteryjnych. Nie jest wykluczone, że HIV ukrywa się także w innych komórkach. Ostatnio wyraża się przypuszczenie, że może on bytować także w komórkach glejowych ośrodkowego układu nerwowego² oraz w grasicy, która po zainfekowaniu produkuje komórki T z obecnym już w nich wirusem HIV³

¹ W środowiskach francuskojęzycznych choroba nosi nazwę SIDA – Syndrome d'Immuno-Déficience Acquisse.

² Por. Tae-Wook C h u n. *AIDS: Re-emergence of HIV after stopping therapy*. „Nature” 1999 nr 6756 s. 874.

³ Por. A. M c C o o k. *W poszukiwaniu ukrytego wroga*. „Świat Nauki” 2001 nr 8(120) s. 15.

W sposób charakterystyczny dla retrowirusów HIV posiada materiał genetyczny w postaci RNA. Celem rozmnażania się wnika on do komórek nosiciela, integruje się z jego chromosomami i dokonuje transkrypcji ich DNA w swój własny RNA. W wyniku tego procesu komórki gospodarza stają się źródłem nowych wirusów, tracąc jednocześnie swój własny charakter, ulegając zniszczeniu lub przemieniając się w groźne dla zdrowia komórki nowotworowe.

Cechą charakterystyczną wirusa HIV jest to, że wykorzystuje on ze szczególnym upodobaniem limfocyty cytotoksyczne T, które stanowią – jak już wyżej podkreślono – podstawowy element składowy systemu immunologicznego. Po zakażeniu zdrowe krwinki T dążą do zniszczenia zakażonych komórek tego samego typu. Oznacza to, że z jednej strony wirus niszczy układ ochronny organizmu, a więc ten, który ma właśnie chronić przed nim, a z drugiej strony pobudza tenże układ do autodestrukcji.

Bezpośrednim skutkiem zakażenia wirusem HIV i przejścia w stadium AIDS jest otwarcie organizmu na wszelkiego rodzaju infekcje i choroby. Człowiek chory na AIDS jest po prostu bezbronny wobec pojawiających się w organizmie zmian patologicznych, wobec obcych ciał i atakujących go mikrobów (bakterii, wirusów, grzybów). Stąd częstym objawem towarzyszącym rozwojowi AIDS są grzybice, wspomniany Mięsak Kaposiego lub/i zapalenie płuc. Możliwe są także inne choroby, które w sposób definitywny niszczą organizm nosiciela, stając się bezpośrednią przyczyną jego śmierci. Obrazowo można stwierdzić, że HIV jest dosyć podobny do tych wirusów komputerowych, które po wnikięciu do maszyny w pierwszej kolejności wyłączają programy antywirusowe, a następnie przystępują do realizowania zakodowanych w nich działań destrukcyjnych.

Wirus HIV może wnikać do organizmu nosiciela zarówno w formie samodzielnej, w zainfekowanej komórce limfocytowej T, jak i w zainfekowanym makrofagu. Najprostszym sposobem infekcji jest bezpośrednio wstrzyknięcie do układu krążenia samego wirusa, transfuzja zakażonej krwi, wprowadzenie do organizmu zakażonej nim substancji (przede wszystkim specyfików krwiopochodnych, płynów organicznych), posługiwanie się niedokładnie wysterylizowanymi narzędziami chirurgicznymi lub użycie zakażonej strzykawki. Łatwą drogą zakażenia jest bezpośredni kontakt otwartej rany z płynami biologicznymi i wydzielinami nosiciela (np. ze śliną). Do częstych sposobów infekcji należą też kontakty seksualne. Zakażeniu nie można natomiast ulec przez samo przebywanie z nosicielem, korzystanie z tej samej toalety lub ze wspólnej kuchni.

Wirusa może ponadto przekazać dziecku zakażona matka w okresie ciąży, porodu i karmienia piersią. Według danych ogłoszonych na XIII Międzynarodowej Konferencji na temat AIDS, która miała miejsce od 9 do 14 lipca 2000 r. w Durbanie, codziennie rodzi się na świecie ok. 1800 takich dzieci. Absolutna większość, bo 90%, w Afryce subsaharyjskiej⁴

Nie da się z całą pewnością określić wielkości ryzyka infekcji w poszczególnych przypadkach. Z przeprowadzonych badań wynika, że ok. 5% ludzi jest odpornych na wirusa HIV. W przypadku zbliżeń seksualnych niekiedy już jeden kontakt cielesny prowadzi do zakażenia. W innych przypadkach pojawia się ono dopiero po dłuższym współżyciu, a niekiedy nawet wiele lat wspólnego pożycia nie doprowadza do zakażenia.

Początkowo uważano, że ryzyko choroby HIV/AIDS zależy od czynników, których medycyna nie jest w stanie określić. Aktualnie dominuje opinia, że rozwój zakażenia jest uzależniony od „dynamiki” danego typu wirusa oraz/lub od sprawności układu odpornościowego w zwalczaniu określonych antygenów⁵. Dziś wiadomo, że w tym drugim przypadku istotną rolę odgrywa także wytwarzane przez niektóre osoby przeciwciała, które w połączeniu z receptorem CCR5 utrudnia wirusowi wniknięcie do komórki.

Zgodnie z powyższymi uwagami HIV nie tylko w sposób charakterystyczny dla wirusów wykorzystuje dla własnych celów organizm nosiciela, ale także skutecznie niszczy jego system immunologiczny. Wszelkie próby przeciwstawienia się jego destrukcyjnemu namnażaniu się w ludzkim organizmie okazały się jak dotychczas bezskuteczne.

Ze względu na specyfikę bytowania wirusów, nie da się ich niszczyć bezpośrednio (jak na przykład bakterie czy grzyby). Aby je unieszkodliwić, trzeba by zniszczyć komórki, w których on się zagnieżdża, a więc i zakażony organizm (jeżeli nie cały, to przynajmniej w jakimś poważnym stopniu). Stąd stosowane środki terapeutyczne przeciwko infekcjom wirusowym działają tylko pośrednio, wzmacniając i mobilizując system obronny (immunologiczny) organizmu do walki z nimi. Do takich leków należą, na przykład, specyfiki oparte na interferonie, który posiada wybitną zdolność hamowania replikacji wirusów oraz wzmacnia funkcje immunologiczne.

Klasyczna metoda przeciwdziałania infekcjom wirusowym i ich leczenia jest oparta na szczepionkach. Ich działanie polega na tym, że człowiek jest infekowany w sposób zamierzony przez osłabione lub unieszkodliwione wiru-

⁴ XIII Międzynarodowa Konferencja na temat AIDS [Sprawozdanie z Konferencji]. „Gazeta Wyborcza” 2000 nr 163 (3464) s. 12 (z 14.07.2000).

Por. C. E. z z e I I. *Nadzieje w szczepionce. Naukowcy nie nadążają za wciąż zmieniającym się HIV*. „Świat Nauki” 2002 nr 8(132) s. 26-27

sy, a niekiedy tylko przez ich białka. W ten sposób system immunologiczny uczy się wystarczająco wcześnie rozpoznawać intruza. Kiedy wniknie on do organizmu, jest natychmiast rozpoznawany i zwalczany, zanim jeszcze zdąży rozmnożyć się i zagrozić zdrowiu.

Reguła ta nie zawsze jednak funkcjonuje w przypadku renowirusów. Ze swej natury mnożą się one szybko i nieprecyzyjnie. Stąd struktura białkowa renowirusa, a przynajmniej jego zewnętrznej otoczki, podlega ciągłej i szybkiej mutacji⁶. W przypadku HIV zmiany te potrafią się dokonywać nawet ponad sto razy na dobę. Organizm nie nadąża więc z „uczeniem się” wirusa, nie jest w stanie wystarczająco wcześnie go rozpoznać i wytworzyć odpowiednich przeciwciał. Reakcja obronna przychodzi więc za późno i jest za słaba. Efektem szybkiej mutacji wirusa jest także spora ilość jego postaci. Aktualnie wyróżnia się już przynajmniej siedem głównych podtypów HIV (pięć od HIV-1 i dwa od HIV-2), a w jednym regionie świata występują przynajmniej dwa podtypy⁷.

Zmienność zewnętrznej otoczki wirusa HIV uniemożliwia także wytworzenie tradycyjnymi metodami szczepionki. Pozytywnego rezultatu nie dały też dotychczasowe próby wytworzenia szczepionki nowej generacji. Zdolność ochronna niektórych z nich osiąga najwyżej 60%, i to tylko w sprzyjających okolicznościach⁸.

Przedstawiona bezradność medycyny nie oznacza, że nie ma ona żadnych sukcesów i nie jest w stanie przyjść z pomocą osobom zakażonym. Od 1994 r. uczyniono znaczny postęp w ograniczaniu ryzyka zakażenia dzieci przez matki-nosicielki wirusa⁹. Z kolei od 1995 r. stosuje się różne kombinacje leków zdolnych w znacznym stopniu blokować nawet przez wiele lat rozwój choroby AIDS. Znana jest zwłaszcza kombinowana terapia wielolekowa o nazwie HAART (Highly Active AntiRetroviral Therapy) autorstwa dra Davida Ho¹⁰. Możliwości tej terapii znacznie jednak ogranicza lekooporność wirusa, która wzrasta w miarę stosowania leków¹¹.

⁶ Por. tamże s. 26.

Por. A. S c h ä f e r. *AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrom)*. W: *Lexikon für Bioethik*. Red. W. Korff. T. 1. Gütersloh 1998 s. 89; por. także: E z z e l l. *Nadzieje w szczepionce* s. 27

⁸ Por. E z z e l l. *Nadzieje w szczepionce* s. 24-31.

⁹ Terapia polega na podawaniu matce w ciąży nevirapiny w różnych postaciach. Zmniejsza to ryzyko zakażenia dziecka o połowę.

¹⁰ Por. B. P r a t z e r. *Koktajl na HIV* „Wiedza i Życie” 1996 nr 10. W: „Wiedza i Życie. Archiwum 1996-2001” [Płytki CD]; por. także A. P i a s e k. *Ocalić Afrykę* „Wiedza i Życie” 2000 nr 11 s. 22-26.

¹¹ Por. P i a s e k. *Ocalić Afrykę* s. 24.

II. AIDS: ASPEKTY SPOŁECZNE

Infekcje HIV oraz rozwój AIDS nie stanowią wyłącznie problemu medycznego, ale także społeczny. To właśnie z tym wymiarem są związane czynniki mające istotne znaczenie dla rozprzestrzenienia się epidemii i decydujące o przyszłości ludzkości.

Niektórzy naukowcy wyrażali opinię, że wirus HIV istniał już od dawna. Od dawna mógł też być sprawcą śmierci poszczególnych osób, ale przyczyn wyniszczenia organizmu i zgonu dopatrywano się w chorobach wtórnych do AIDS, a nie w samym wirusie HIV, który był nieznany. Pojawiły się też poglądy, że HIV początkowo bytował w ludzkim organizmie w formie łagodnej, a dopiero z czasem uzjadliwił się. Ta mutacja mogła dokonać się dopiero w czasach najnowszych, a szanse dla jego niszczycielskiego działania stworzyło nadwężenie układu odpornościowego człowieka w wyniku zanieczyszczenia środowiska, skażenia żywności, mnożących się infekcji innego typu, nadużywania środków odurzających, a także coraz liczniejszych stresów i zmęczenia organizmu.

Aktualnie dominuje opinia, że wirus HIV bytował pierwotnie w małych afrykańskich, a w pewnym momencie przeszedł na człowieka. To właśnie tutaj – w Afryce – stwierdzono w 1956 r. pierwszy naukowo potwierdzony przypadek AIDS. Jednakże dopiero w latach siedemdziesiątych wirus dał znać o sobie do tego stopnia, że zwrócił na siebie uwagę medycyny i nauk pokrewnych¹². Zaczął się szerzyć przede wszystkim wśród narkomanów, homoseksualistów i prostytutek. Powód był prosty. Narkomani korzystali wielokrotnie i nierzadko grupowo z zakażonych strzykawek. Homoseksualiści i prostytutki, z kolei, uprawiali seks z wieloma przypadkowymi partnerami. W pewnym stopniu, do czasu poznania wirusa i jego specyfiki, zakażeniu ulegały osoby w szpitalach poprzez kontakt z zakażoną krwią czy też niedostatecznie wysterylizowanymi narzędziami. Zdarzały się, i wciąż zdarzają się, przypadki celowego zakażenia (również przypadkowych osób) w ramach swoście pojętej zemsty lub w następstwie życiowej frustracji. Nie brak także świadomie podjętych zachowań wysokiego ryzyka traktowanego jako swoista ruletka, w której „gra się z życiem”

O wadze problemu HIV/AIDS świadczy gwałtowny rozwój nowych infekcji oraz liczba zgonów. I tak do 1980 r. medycyna odnotowała 79 przypad-

¹² Por. S c h ä f e r. *AIDS* s. 88.

ków, w 1981 roku – 262, 1982 – 829, 1983 – 2 387, 1984 – 5 128, 1985 – 9 439, 1986 – ok. 30 000, 1987 – ponad 62 000, 1989 – ok. 182 460, 1990 – 10 mln, 1996 – 22, 6 mln, pod koniec 2003 – 37, 8 mln. Oblicza się, że aktualnie (rok 2004) żyje na świecie ponad 42 mln osób zakażonych wirusem, a ok. 20 mln osób zmarło.

Najbardziej tragiczna sytuacja panuje w Afryce subsaharyjskiej, zwłaszcza w Bostwanie, Burundi, Namibii, Malawii, Mozambiku, Togo, Zambii, Zimbabwe i RPA. To tutaj mieszka aż 2/3 wszystkich zakażonych wirusem HIV, czyli ponad 25 mln osób. W tym samym czasie w Afryce Północnej i na Środkowym Wschodzie żyło 480 tys. nosicieli. W Ameryce Północnej – 1 mln, w Ameryce Łacińskiej i na Kraibach – 2 030 tys., w Europie Zachodniej – 580 tys., w Europie Wschodniej i Azji Centralnej – 1 300 tys., w Azji Wschodniej – 900 tys., w Azji Południowej i Południowo-Wschodniej – 6 500 tys.

Proporcjonalnie największy przyrost notuje się aktualnie w społeczeństwach Azji¹³ i Europy Wschodniej¹⁴. Tragizm sytuacji wyraża ponadto fakt, że największą grupę nowych nosicieli w tych regionach świata stanowią ludzie młodzi – aż 80%. W samej Estonii 90% osób zainfekowanych nie przekroczyło 30 roku życia.

Powszechnie uważa się, że nie najgorzej przedstawia się sytuacja w Polsce. Od 1985 r. do końca sierpnia 2004 r. odnotowano tutaj 8 941 zakażeń, w tym 1 465 osób zachorowało na AIDS, a 709 zmarło. Od początku największą grupę stanowią narkomani (5 099)¹⁵. W 2003 roku ponad połowa zainfekowanych to osoby młode, które nie przekroczyły 29 roku życia. 10% nie przekroczyło 20 roku¹⁶. Dane te mogą się już jednak niedługo zmienić, skoro według niektórych źródeł aż 100 tys. studentów polskich jest uzależnionych od narkotyków¹⁷.

Należy w końcu wyrazić obawy, iż HIV/AIDS może już niedługo wyjść poza sferę problemów zdrowotnych i zacznie oddziaływać destrukcyjnie na

¹³ Zwłaszcza w Chinach i Indiach, gdzie odnotowano w ubiegłym roku (2003) wzrost zachorowań o 1, 1 mln osób. Por. G. De R o s s a. *L'AIDS oggi*. „La Civiltà Cattolica” 153:2002 t. 3 z. 13(3649) s. 52-55.

¹⁴ Zwłaszcza w Rosji, gdzie może być nawet 2 mln nosicieli, a także w Estonii (7, 8 tys.) i na Łotwie (7, 6 tys.). Por. De R o s s a. *L'AIDS oggi* s. 52-55.

¹⁵ Por. [Http://www.aids.gov.pl/arch/923](http://www.aids.gov.pl/arch/923).

¹⁶ Por. *Światowy Dzień AIDS: Sytuacja w Polsce*. W: Portal internetowy www.onet.pl z 01.12.2003.

¹⁷ Por. *Studenci są uzależnieni*. W: [Http://studia.interia.pl/id/sg/www/n/wys?inf_id=546153](http://studia.interia.pl/id/sg/www/n/wys?inf_id=546153) (z 24.09.2004).

szeroko pojętą sferę ekonomiczną i polityczną. Według słynnego raportu opublikowanego w 2002 roku przez CIA¹⁸ w ciągu dziesięciu lat choroba ta może doprowadzić do destabilizacji znacznych części świata. Zagrożone są zwłaszcza Chiny, Etiopia, Indie, Nigeria, Rosja¹⁹

III. SPÓR O OCALENIE CZŁOWIEKA

HIV jest niezwykle niebezpiecznym wirusem, a wywoływana przez niego choroba AIDS jest jak na razie nieuleczalna. Teoretycznie wirus ten nie powinien mieć wielkich szans. Nie jest bowiem chorobą zakaźną (jak np. równie niebezpieczny wirus polio, jak cholera, ptasia grypa, ospa wietrzna czy powszechny wirus grypy), a więc rozprzestrzeniającą się w sposób nie podlegający kontroli. Jeżeli zbiera on dziś tak wielkie żniwo, to dlatego, że człowiek świadomie i dobrowolnie akceptuje ryzyko zakażenia lub też ignoruje istniejące niebezpieczeństwo. Publikowane raporty wyraźnie wskazują, iż nowym zakażeniom HIV najbardziej sprzyja promiskuityzm seksualny (hetero-, bi- i homoseksualny)²⁰, nieświadomość zagrożenia (zwłaszcza w krajach trzeciego świata, Indiach, Chinach, a także w nowych wymiarach w krajach rozwiniętych), jego lekceważenie oraz podawanie dożylnie środków odurzających (środowiska narkomanów).

Jest sprawą oczywistą, że dla ocalenia człowieka i całych społeczeństw należy podjąć zdecydowane działania w zakresie profilaktyki i terapii. Tymczasem, jak już podkreślono, nie należy oczekiwać, iż w ciągu najbliższych

¹⁸ Por. [Http://www.cia.gov/nic](http://www.cia.gov/nic); por. także: A. L e s z c z y ń s k i. *AIDS destabilizuje świat*. W: Portal internetowy Gazety Wyborczej; www.gazeta.pl z dnia 15.10.2002.

¹⁹ Por. tamże.

²⁰ Według danych Amerykańskich Centrów ds. Kontroli Chorób z 1994 r. (Centers for Disease Control) w USA tylko 9% przypadków AIDS jest związanych z relacjami heteroseksualnymi, a 2 z transfuzją krwi. Pozostała część zakażeń ma swe źródło w kontaktach homoseksualnych. Dalej, według badań tych samych centrów, mężczyźni chorzy na AIDS mieli w swoim życiu przeciętnie 1100 partnerów. 79% badanych przyznało, że połowę partnerów stanowili całkowicie obcy mężczyźni. Według innych danych, opublikowanych w 1980 r. przez „England Journal of Medicine” mężczyźni homoseksualni mieli przeciętnie 100, a w innych badaniach nawet ponad 100, partnerów rocznie (por. Ch. K e m p l i n g. *Kanadische Lehrpläne zum Thema Homosexualität. Eine kritische Auseinandersetzung mit neuen Unterrichtsinhalten*. „Bulletin – Deutsches Institut für Jugend und Gesellschaft” 2003 nr 6 s. 6-7); por. także De R o s s a. *L'AIDS oggi* s. 52-58.

dziesięciu lat zostanie wynaleziona skuteczna szczepionka. Nie można się też spodziewać opracowania skutecznej terapii anty-AIDS. Stosowane aktualnie kombinacje dwóch albo trzech leków przynoszą tylko ograniczony skutek, gdyż na przykład, nie są one w stanie osiągnąć wirusów ukrytych (uśpionych) w limfocytach. Co więcej, terapię tę utrudnia wzrastająca lekooporność wirusów, duża toksyczność leków oraz bardzo wysoka cena terapii (ok. 10 tys. dolarów), na którą nie mogą sobie pozwolić ludzie z najbiedniejszych regionów świata, czyli jednocześnie najbardziej zagrożonych²¹

W tej sytuacji wyraża się powszechnie opinię, iż praktycznie jedynym środkiem ochronnym przed infekcją, a tym samym przed dalszym rozszerzaniem się epidemii HIV, jest prezerwatywa. Pomoc organizacji międzynarodowych koncentruje się przede wszystkim na tym środku. Równolegle czyni się naciski na Kościół katolicki, aby zrezygnował ze swojego tradycyjnego nauczania i uznał ten środek za moralnie dopuszczalny, a nawet konieczny dla ochrony życia człowieka.

Sprzeciw Kościoła w omawianej materii wynika z kilku przesłanek. Przede wszystkim prezerwatywa nie może być uznana za właściwy środek ochronny człowieka przed zakażeniem HIV. Jako środek o charakterze antykoncepcyjnym, godzi on w godność osobową człowieka i go upokarza²². Przeprowadzone badania, jak i sama logika rzeczy, wskazują natomiast, iż wystarczającą i w pełni skuteczną ochronę przed wirusem stanowi nacechowane prawością i mądrością zachowanie człowieka. To powstrzymanie się od kontaktów seksualnych w okresie przedmałżeńskim oraz wzajemna wierność małżonków żyjących w wyłącznym i trwałym związku, czyni ich współżycie bezpiecznym i chroni ich przed infekcją. Tam natomiast, gdzie nie akceptuje się chrześcijańskiego modelu małżeństwa i nie uznaje się norm chrześcijańskich w sferze życia seksualnego (a więc i norm prawa naturalnego), tam dochowanie wierności jednemu partnerowi i przezorność w zawieranych znajomościach, jest najpewniejszym sposobem ograniczenia ryzyka zakażenia HIV.

Sprzeciw Kościoła wobec prezerwatywy nie jest tylko oparty na przesłankach natury bezpośrednio moralnej. Za słuszością takiej postawy Kościoła

²¹ Por. P i a s e k. *Ocalić Afrykę* s. 22-26.

Problemowi temu zostały poświęcone liczne dokumenty Magisterium Kościoła (najważniejszą jest tutaj encyklika pap. Pawła VI *Humanae vitae* z 1968 r.) oraz opracowania etyczne i teologiczne (por. np. S. M o j e k. *Antykoncepcja promocją czy degradacją małżeńskiej miłości*. W: *Problemy współczesnego Kościoła*. Red. M. Rusecki. Lublin 1997 s. 461-470; A. J. K a t o l o. *Antykoncepcja jako negacja człowieczeństwa*. „Kieleckie Studia Teologiczne” 2003 nr 2 s. 245-254).

przemawia również fakt zawodności tego środka. W kwestii tej przeprowadzono szereg doświadczeń, zarówno w wymiarach czysto biologiczno-medycznych, jak i społecznych.

Z zebranego materiału wynika, że wprawdzie prezerwatywa w dużym stopniu chroni przed infekcją, jednakże nie jest środkiem bezpiecznym i godnym zaufania. Jeżeli nie jest ona doskonałym środkiem antykoncepcyjnym, mimo że kobieta jest płodna tylko przez kilka dni w miesiącu, to tym bardziej nie może być skutecznym środkiem ochronnym w przypadku wirusa, który zachowuje swoją zdolność infekcyjną cały czas. Bazując na najbardziej korzystnych dla prezerwatywy wynikach testów, jej skuteczność sięga najwyżej 85-87%, czyli ryzyko zakażenia, mimo jej stosowania, wynosi przynajmniej 13-15%²³

Przyczyn zawodności prezerwatyw jest kilka. Ulegają one rozerwaniu w czasie stosunku, zwłaszcza analnego (specyficznego dla homoseksualistów²⁴). Zsuwają się w czasie stosunku²⁵. Nie są wolne od mikroperforacji²⁶. Wskaźniki jakościowe i wytrzymałościowe prezerwatywy pogarszają

²³ Por. J. S u a u d e a u. *Sesso sicuro*. W: *Lexicon. Termini ambigui e discussi su famiglia, vita e questioni etiche*. A cura di Pontificio Consiglio per la Famiglia. Bologna 2003 s. 813. Powyższy wskaźnik statystyczny wynika z opublikowanych badań medycznych i biologicznych. Wybrane publikacje w tej materii, cytowane w powyższym *Leksykonie*, są podane w następujących przypisach.

²⁴ Por. np. C. S o n n e x [i in.]. *Condom Use by Heterosexuals Attending a Department of GUM: Attitudes and Behavior in the Light of HIV Infection*. „Genitourinary Medicine” 1989 nr 4(65) s. 248-251; P R u s s e l l B r o w n [i in.]. *Comparison of Condom Breakege During Human Use with Performance in Laboratory Testing*. „Contraception” 1992 nr 5 s. 429-437; E. A. W r i g h t, M. M. K a p u, I. W a d a. *Use of Condoms as Contraceptive and Diseases Preventive Measures among Residents of Jos, Northern Nigeria*. „Contraception” 1990 nr 6 s. 621-627; A. E. A l b e r t, R. A. H a t c h e r, W G r a v e s. *Condom Use and Breakage among Women in a Municipal Hospital Family Planning Clinic*. „Contraception” 1991 nr 2 s. 167-176; J. T r u s s e l l, D. L. W a r n e r, R. A. H a t c h e r. *Condom Slippage and Breakage Rates*. „Fam Plan Perspectives” 1992 nr 1 s. 20-23; J. R i c h t e r s, B. D o v o n, J. G e r o f i. *How often Do Condoms Break or Slip off in Use?* „International Journal of STD and AIDS” 1993 nr 2 s. 90-94; M. J. S p a r r o w, K. L a v i l l i. *Breakage and Slippage of Condoms in Family Planning Clients*. „Contraception” 1994 nr 2 s. 117-129.

²⁵ Por. np. J. T r u s s e l l, D. L. W a r n e r, R. A. H a t c h e r. *Condom Slippage and Breakage Rates*. „Fam Plan Perspectives” 1992 nr 1 s. 20-23; R i c h t e r s, D o v o n, G e r o f i. *How often Do Condoms Break* s. 90-94; M. J. S p a r r o w, K. L a v i l l i. *Breakage and Slippage of Condoms in Family Planning Clients*. „Contraception” 1994 nr 2 s. 117-129.

²⁶ Por. np. S. G. A r n o l d [i in.]. *Latex Gloves not Enough to Exclude Virus*. „Nature” 1988 nr 6185 s. 19; G. D. J a y, E. D r u m m o n d, B. L a n e. *Altered Surface Charac-*

się też w miarę upływu czasu, a proces degradacji lateksu przyspiesza słońce, ciepło i wilgotność powietrza²⁷ Wysoką zawodność prezerwatyw wykazały badania przeprowadzone wśród prostytutek afrykańskich i tajlandzkich. Również te badania wykazały ryzyko zakażenia rzędu 13-29,5%²⁸

Propagowanie w tych warunkach prezerwatywy jako środka zaradczego przeciwko infekcji HIV oznacza świadomą akceptację faktu, że pewna, dosyć znaczna grupa osób, ulegnie zakażeniu mimo jej stosowania. Takiej kolei rzeczy nie można zaakceptować, zarówno z punktu widzenia medycznego, jak i etycznego.

Zastrzeżenia związane z zawodnością prezerwatywy znajdują swoje przełożenie także na wymiar odpowiedzialności za postawę człowieka w omawianej

ter of Stretched Condom Latex. „Contraception” 1992 nr 2 s. 105-110; B. A. R o z e n z w e i g, A. E v e n, L. E. B u d n i c k. Observations of Scanning Electron Microscopy Detected Abnormalities of Non-lubricated Latex Condoms. „Contraception” 1996 nr 1 s. 49-53; R. F. C a r e y, D. L y t l e, W. H. C y r. Implications of Laboratory Tests of Condom Integrity. „Sexually Transmitted Diseases” 1999 nr 26 s. 216-220; F. N. J u d s o n [i in.]. In Vitro Evaluations of Condoms with and Without Nonoxynol 9 as Physical and Chemical Barriers Against Chlamydia Trachomatis, Herpes Simplex Virus Type 2, and Human Immunodeficiency Virus. „Sexually Transmitted Diseases” 1989 nr 16 s. 51-56; M. A. C o n a n t, D. W. S p i c e r, C. D. S m i t h. Herpes Simplex Virus Transmission: Condom Studies. „Sexually Transmitted Diseases” 1984 nr 11 s. 94-95; S. K a t z n e l s o n, W. L a w r e n c e D r e w, L. M i n t z. Efficacy of the Condom as a Barrier to the Transmission of Cytomegalovirus. „Journal of Infectious Diseases” 1994 nr 1(150) s. 155-157; M. C o n a n t [i in.]. Condoms Prevent Transmission of AIDS-Associated Retrovirus. JAMA 1986 nr 13(255) s. 1706; C. A. M. R i e t m e i j e r [i in.]. Condoms as Physical and Chemical Barriers Against Human Immunodeficiency Virus. JAMA 1988 nr 12(259) s. 1851-1853.

²⁷ Por. np. M. J. F r e e, J. H u t c h i n g s, S. L u b i s. An Assessment of Burst Strength Distribution Data from Monitoring Quality of Condoms Stocks in Developing Countries. „Contraception” 1986 nr 3 s. 285-299; M. S t e i n e r [i in.]. Study to Determine the Correlation Between Condom Breakage in Human Use and Laboratory Test Results. „Contraception” 1992 nr 3 s. 279-288; J. K e t t e r i n g. Efficacy of Thermoplastic Elastomer and Latex Condoms as Viral Barriers. „Contraception” 1993 nr 6 s. 559-567; M. J. F r e e [i in.]. Latex Rubber Condoms: Predicting and Extending Shelf Life. „Contraception” 1996 nr 4 s. 221-229.

²⁸ Por. np. J. M a n n [i in.]. Condom Use and HIV Infection among Prostitutes in Zaire. NEJM 1987 nr 6 s. 325; N. N z i l a [i in.]. HIV and Other Sexually Transmitted Diseases among Female Prostitutes in Kinshasa. „AIDS” 1991 nr 6 s. 715-721; M. L a g a [i in.]. Condom Promotion, Sexually Transmitted Diseases Treatment, and Declining Incidence of HIV-1 Infection in Female Zairian Sex Workers. „The Lancet” 1994 nr 8917 s. 246-248; E. N. N g u g i [i in.]. Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus in Africa: Effectiveness of Condom Promotion and Health Education among Prostitutes. „The Lancet” 1988 nr 8616 s. 887-890; R. S. H a n e n b e r g [i in.]. Impact of Thailand's HIV Control Programme as Indicated by the Decline of Sexually Transmitted Diseases. „The Lancet” 1994 nr 8917 s. 243-245.

sferze oraz za jej praktyczne następstwa. Przedstawianie lateksowej ochrony, jako środka czyniącego seks bezpiecznym, wytwarza bardzo groźną w skutkach mentalność. Prowadzi ona mianowicie do banalizowania ryzyka infekcji, uśpienia czujności, a w końcu do zapomnienia o samym wirusie. Dana osoba nie unika już niebezpiecznych zachowań, możliwość infekcji nie jest już traktowana poważnie, zakażenie nie zostaje zauważone i nosiciel przekazuje wirusa kolejnym osobom. Przypuszcza się, że taka właśnie postawa stanęła u podstaw nawrotu zakażeń w tych społeczeństwach, w których – wydawało się – dynamika rozwojowa HIV/AIDS została już w pełni przewyciężona. Ten faktor stoi też prawdopodobnie u podstaw takiego stanu rzeczy, że w wielu regionach świata nie udało się ograniczyć rozprzestrzeniania się epidemii, mimo że w sposób bardzo intensywny propaguje się tam stosowanie prezerwatywy.

Powyższe przypuszczenia potwierdzają też konkretne fakty. Badania przeprowadzone w 1995 r. w armii amerykańskiej wykazały, że prezerwatywy stosowane przez żołnierzy w relacjach homoseksualnych bynajmniej nie zmniejszyły ilości nowych zakażeń, ale zwiększyły je²⁹ Takiego samego skutku można się spodziewać za każdym razem, kiedy roztropność i wartości moralne zostają wyparte przez wiarę w niezawodność prezerwatywy. W tym kontekście do pogłębionej refleksji zmusza wynik badań przeprowadzonych w 2001 roku przez OBOP na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS. Wynika z nich, że aż 71% badanych Polaków wierzy w to, iż „można uniknąć zakażenia HIV/AIDS, jeżeli się będzie używać prezerwatywy”³⁰

Krytyka katolicka profilaktyki anty-HIV/AIDS skoncentrowanej na reklamie prezerwatywy wynika dalej z faktu, że aktualnie w wielu krajach rozwiniętych lub rozwijających się najczęściej infekcji ulegają osoby z marginesu społecznego, a wśród nich przeważnie narkomani. W przypadku tej grupy źródłem zakażenia jest przeważnie stosowanie zakażonych strzykawek oraz oddawanie się prostytutce celem zdobycia pieniędzy na zakup środków odurzających. W tych przypadkach prezerwatywa nie może być uznana za środek skutecznie chroniący przed wzrostem liczby nowych zakażeń. Ograniczenie nowych zakażeń można osiągnąć wyłącznie przez zaniechanie zachowań ryzykownych oraz poprzez odnowę moralną człowieka.

²⁹ Por. S u a u d e a u. *Sesso sicuro* s. 814; także cytowana przez niego literatura socjologiczna.

³⁰ Por. *Mniej wiemy o HIV* W: Portal internetowy www.onet.pl z 27.11.2002.

Skuteczność godnych człowieka „metod” zwalczania HIV/AIDS potwierdzają najnowsze raporty opisujące rozwój sytuacji w Ugandzie. W kraju tym jeszcze niedawno 25% ludności było zakażonych, a prognozy WHO zapowiadały dalszy rozwój infekcji HIV do poziomu 60%. Jednakże w ciągu zaledwie kilku lat w wyniku medycznego i moralnego uświadomienia ludności (zwłaszcza z udziałem Kościołów) liczba nosicieli zmalała do 12%. Sukcesem Ugandy zajęli się szerzej naukowcy (m.in. Edward C. Green z Harvard Center for Population and Development Studies, Rand Stoneburner i Daniel Low-Beer z Uniwersytetu Cambridge). Wyniki ich prac potwierdzają, iż kluczem do przezwyciężenia AIDS nie jest lateks, ale zwiększenie wieku inicjacji seksualnej, wstrzeźliwość przedmałżeńska, zaniechanie promiskuityzmu oraz wzajemna wierność małżonków³¹

Ochrona przed zakażeniem nie stanowi jedyne go problemu moralnego związanego z HIV/AIDS. Ważnym wyzwaniem jest pomoc udzielana osobom seropozytywnym i chorym. Nie chodzi tutaj tylko o pomoc medyczną, ale rozumianą integralnie, uwzględniającą również potrzeby społeczne i duchowe człowieka.

Kontekst podmiotowy większości zakażeń wirusem HIV zaowocował zdecydowanym separowaniem się sporej części społeczeństwa od osób zakażonych. Wbrew temu, co się często głosi, w grę nie wchodzi tylko brak tolerancji społecznej. W przeszłości, kiedy jedną z głównych grup nosicieli stanowili aktywni homoseksualiści i uprawiający prostytutkę, reakcję ich marginalizowania budziła wrażliwość społeczeństwa na wartości moralne. Aktualnie, kiedy dominują narkomani, reakcja „odrzućenia” wywołana jest obawą przed nieodpowiedzialnymi zachowaniami osób odurzonych czy też będących w stanie głodu narkotycznego. Właściwą odpowiedzią na te reakcje społeczeństwa nie jest srogie piętnowanie jego spontanicznych zachowań, ale wskazanie na konieczność rozróżnienia między godnością osobową każdego człowieka i jego czynami, a z drugiej strony budzenie poczucia bezpieczeństwa przez organizowanie ośrodków fachowej pomocy dla zakażonych i chorych.

³¹ Por E. D. Green. *Rethinking AIDS Prevention*. Westport 2003; R. Stoneburner, D. Low Beer. *Population-Level HIV Declines and Behavioral Risk Avoidance in Uganda*. „Science” 2004 nr 304 s. 714-718; *What Happened in Uganda? Declining HIV Prevalence, Behavior Change and the National Response*. W: Internetowe wydanie „U. S. Agency for International Development” <http://www.unicef.org/spanish/lifeskills/WhatHappenedInUganda.pdf> (por. także cytowana w tym opracowaniu literatura).

Z chrześcijańskiego punktu widzenia opuszczenie chorych, w tym również nosicieli HIV, jest postawą naganną. Uwzględnivszy dane statystyczne, osoby te nie mogą być automatycznie kojarzone z zachowaniami niemoralnymi. Nie mogą też być automatycznie potępiane z tytułu zagubienia życiowego. W każdym jednym przypadku domagają się one samarytańskiej pomocy i naznaczonej profesjonalizmem opieki³². Obowiązek ten wynika z faktu, że w krajach zamożnych dużą grupę nosicieli stanowią osoby z marginesu społecznego, praktycznie niezdolne do samodzielnego przezwyciężenia kryzysu osobowego, w którym się pogrążyły. Z kolei w pozostałych krajach świata największą grupę chorych stanowią ludzie skrajnie ubodzy. W tym kontekście szczególnym wyzwaniem staje się odpowiednia polityka regionalna i międzynarodowa mająca na celu przychodzenie chorym z pomocą w formie uświadamiania ich, podnoszenia standardu życia i udostępnienia tanich lekarstw³³. Nad wszystkimi tymi ludźmi powinien pochylać się też ze szczególną troską duszpasterską Kościół, co faktycznie stara się czynić na miarę swoich możliwości personalnych i finansowych³⁴.

Wołanie o ocalenie człowieka i ludzkości staje się coraz bardziej naglące, zarówno ze względu na wywołujące trwogę dane na temat szybkiego rozwoju HIV/AIDS, a także ze względu na nowe alarmujące informacje o zbliżaniu się kolejnego zagrożenia. M. Peeters i N. D. Wolfe wraz ze współautorami informują w marcowym numerze „The Lancet” (2004) o niebezpieczeństwie, jakie niesie ze sobą nowy renowirus SFV pochodzenia małpiego, bliskiego

³² W Orędziu na Boże Narodzenie 1988 r. Jan Paweł II podkreśla: „Moja myśl biegnie także ku ubogim w to cenne dobro, jakim jest zdrowie, ku wszystkim, którzy walczą z chorobą na oddziałach szpitalnych, w klinikach lub w domowym zaciszu. O nich wszystkich myślę i ich wszystkim proszę: nie traćcie nadziei! Zwracam się głównie do cierpiących na AIDS – wypadło im walczyć nie tylko z chorobą, ale również z nieprzychylnością otoczenia, które instynktownie i z lękiem odsuwa się od nich. Wzywam więc wszystkich, by zaangażowali się w dramat tych braci, którym wyrażam moją solidarność i moje uczucia, a równocześnie proszę uczonych i badaczy, by pomnożyli wysiłki w celu znalezienia skutecznego środka na tę tajemniczą chorobę. Nauka i miłość wspólnymi siłami doprowadza do znalezienia upragnionego lekarstwa” (Orędzie *Razem Nim stańmy po stronie ubogich* (25.12.1988). W: *Nauczanie Kościoła Katolickiego*. Kraków: CD Wydawnictwa „M” 2003).

³³ Por. np. J a n P a w e ł II. *Wobec epidemii HIV/AIDS*. Przesłanie papieskie do Sekretarza Generalnego ONZ Kofiego Annana. Watykan 21.06.2001. W: *Nauczanie Kościoła Katolickiego*. CD; także: J a n P a w e ł II. *Adhortacja Ecclesia in Africa*. Jaunde (Kamerun) 1996 nr 116.

³⁴ Por. J a n P a w e ł II. Encyklika *Evangelium vitae*. Rzym 1995 nr 88; także: t e n ż e. *W trosce o wielki i ofiarny czyn nowej ewangelizacji. Przemówienie do Biskupów Polskich* (2.02.1998) nr 6. W: *Nauczanie Kościoła Katolickiego*. CD.

krewnego HIV, z którym mieli już kontakt myśliwi Środkowej Afryki³⁵ Na razie nie ma dowodów, aby był on równie niebezpieczny jak HIV, ale – trzeba przyznać – nie został on jeszcze dotychczas dobrze poznany i nie można wykluczyć, iż może on się z czasem uzjadliwić, podobnie jak w swoim czasie HIV

Żadnego z przedstawionych wyżej problemów nie da się przewyciężyć wyłącznie za pomocą środków medycznych ani też półśrodków społecznych. Ukazane zagrożenia mogą być pokonane wyłącznie przez integralną odnowę człowieka, zaczynając od duchowo-moralnej. Może właśnie takie przesłanie jest wpisane w misterium wirusa HIV i jego bliskich krewnych?

BIBLIOGRAFIA

1. Nauczanie Jana Pawła II

Encyklika *Evangelium vitae*. Rzym 1995.

Adhortacja *Ecclesia in Africa*. Jaunde (Kamerun) 1996.

Orędzie „Razem z Nim stańmy po stronie ubogich” (25.12.1988). W: Nauczanie Kościoła Katolickiego. Kraków: CD Wydawnictwa „M” 2003.

Wobec epidemii HIV/AIDS. Przesłanie papieskie do Sekretarza Generalnego ONZ Kofiego Annana. Watykan 21.06.2001. W: Nauczanie Kościoła Katolickiego. CD.

W trosce o wielki i ofiarny czyn nowej ewangelizacji. Przemówienie do Biskupów Polskich (2.02.1998) nr 6. W: Nauczanie Kościoła Katolickiego. CD.

2. Literatura teologicznomoralna i etyczna

K a t o l o A. J.: Antykoncepcja jako negacja człowieczeństwa. „Kieleckie Studia Teologiczne” 2003 nr 2 s. 245-254.

M o j e k S.: Antykoncepcja promocją czy degradacją małżeńskiej miłości. W: Problemy współczesnego Kościoła. Red. M. Rusecki. Lublin: RWKUL 1997 s. 461-470.

³⁵ Por. M. P e e t e r s. *Cross-species Transmissions of Simian Retrovirus in Africa and Risk for Human Health*. „The Lancet” 2004 nr 363 s. 911-912; N. D. W o l f e [i in.]. *Naturally Acquired Simian Retrovirus Infections in Central African Hunters*. „The Lancet” 2004 nr 363 s. 932-937

S u a u d e a u J.: Sesso sicuro. W: Lexicon. Termini ambigui e discussi su famiglia, vita e questioni etiche. A cura di Pontificio Consiglio per la Famiglia. Bologna: EDB 2003 s. 795-817

3. Literatura biologiczna i medyczna [wybrane pozycje]

A l b e r t A. E., H a t c h e r R. A., G r a v e s W: Condom Use and Breakage among Women in a Municipal Hospital Family Planning Clinic. „Contraception” 1991 nr 2 s. 167-176.

C h u n T.-W: AIDS: Re-emergence of HIV After Stopping Therapy. „Nature” 1999 nr 6756 s. 874.

C o n a n t M. [i in.]: Condoms Prevent Transmission of AIDS-Associated Retrovirus. JAMA 1986 nr 13(255) s. 1706.

D e R o s s a G.: L'AIDS oggi. „La Civiltà Cattolica” 153:2002 t. 3 z. 13(3649) s. 52-58.

E z z e l l C.: Nadzieje w szczepionce. Naukowcy nie nadążają za wciąż zmieniającym się HIV „Świat Nauki” 2002 nr 8(132) s. 26-27

F r e e M. J. [i in.]. Latex Rubber Condoms: Predicting and Extending Shelf Life. „Contraception” 1996 nr 4 s. 221-229.

F r e e M. J., H u t c h i n g s J., L u b i s S.: An Assessment of Burst Strength Distribution Data from Monitoring Quality of Condoms Stocks in Developing Countries. „Contraception” 1986 nr 3 s. 285-299.

G r e e n E. D.: Rethinking AIDS Prevention. Westport: Praeger Press, Greenwood Publishers 2003.

H a n e n b e r g R. S. [i in.]: Impact of Thailand's HIV Control Programme as Indicated by the Decline of Sexually Transmitted Diseases. „The Lancet” 1994 nr 8917 s. 243-245.

J a y G. D., D r u m m o n d E., L a n e B.: Altered Surface Character of Stretched Condom Latex. „Contraception” 1992 nr 2 s. 105-110.

K a t z n e l s o n S., L a w r e n c e D r e w W M i n t z L.: Efficacy of the Condom as a Barrier to the Transmission of Cytomegalovirus. „Journal of Infectious Diseases” 1994 nr 1(150) s. 155-157

K e m p l i n g Ch.: Kanadische Lehrpläne zum Thema Homosexualität. Eine kritische Auseinandersetzung mit neuen Unterrichtsinhalten. „Bulletin – Deutsches Institut für Jugend und Gesellschaft” 2003 nr 6 s. 6-7.

K e t t e r i n g J.: Efficacy of Thermoplastic Elastomer and Latex Condoms as Viral Barriers. „Contraception” 1993 nr 6 s. 559-567

L a g a M. [i in.]: Condom Promotion, Sexually Transmitted Diseases Treatment, and Declining Incidence of HIV-1 Infection in Female Zairian Sex Workers. „The Lancet” 1994 nr 8917 s. 246-248.

M a n n J. [i in.]: Condom Use and HIV Infection among Prostitutes in Zaire. NEJM 1987 nr 6 s. 325.

M c C o o k A.: W poszukiwaniu ukrytego wroga. „Świat Nauki” 2001 nr 8 s. 15.

- N g u g i E. N. [i in.]: Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus in Africa: Effectiveness of Condom Promotion and Health Education among Prostitutes. „The Lancet” 1988 nr 8616 s. 887-890.
- N z i l a N. [i in.]: HIV and Other Sexually Transmitted Diseases among Female Prostitutes in Kinshasa. „AIDS” 1991 nr 6 s. 715-721.
- P e e t e r s M.: Cross-species Transmissions of Simian Retrovirus in Africa and Risk for Human Health. „The Lancet” 2004 nr 363 s. 911-912.
- P i a s e k A.: Ocalić Afrykę. „Wiedza i Życie” 2000 nr 11 s. 22-26.
- R i c h t e r s J., D o v o n B., G e r o f f i J.: How often Do Condoms Break or Slip off in Use? „International Journal of STD and AIDS” 1993 nr 2 s. 90-94.
- R i e t m e i j e r C. A. M. [i in.]: Condoms as Physical and Chemical Barriers Against Human Immunodeficiency Virus. JAMA 1988 nr 12(259) s. 1851-1853.
- R o z e n z w e i g B. A., E v e n A., B u d n i c k L. E.: Observations of Scanning Electron Microscopy Detected Abnormalities of Non-lubricated Latex Condoms. „Contraception” 1996 nr 1 s. 49-53.
- R u s s e l l - B r o w n P [i in.]: Comparison of Condom Breakege During Human Use with Performance in Laboratory Testing. „Contraception” 1992 nr 5 s. 429-437
- S c h ä f e r A.: AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrom). W: Lexikon für Bioethik. Red. W Korff. T 1. Gütersloh 1998 s. 88-94.
- S o n n e x C. [i in.]: Condom Use by Heterosexuals Attending a Department of GUM: Attitudes and Behavior in the Light of HIV Infection. „Genitourinary Medicine” 1989 nr 4(65) s. 248-251.
- S p a r r o w M. J., L a v i l i K.: Breakage and Slippage of Condoms in Family Planning Clients. „Contraception” 1994 nr 2 s. 117-129.
- S t e i n e r M. [i in.]: Study to Determine the Correlation Between Condom Breakege in Human Use and Laboratory Test Results. „Contraception” 1992 nr 3 s. 279-288.
- S t o n e b u r n e r R., L o w B e e r D.: Population-Level HIV Declines and Behavioral Risk Avoidance in Uganda. „Science” 2004 nr 304 s. 714-718.
- T r u s s e l l J., W a r n e r D. L., H a t c h e r R. A.: Condom Slippage and Breakage Rates. „Fam Plan Perspectives” 1992 nr 1 s. 20-23.
- What Happened in Uganda? Declining HIV Prevalence, Behavior Change and the National Response. W: Internetowe wydanie „U. S. Agency for International Development” <http://www.unicef.org/spanish/lifeskills/WhatHappenedInUganda.pdf>.
- W o l f e N. D. [i in.]: Naturally Acquired Simian Retrovirus Infections in Central African Hunters. „The Lancet” 2004 nr 363 s. 932-937.
- W r i g h t E. A., K a p u M. M., W a d a I.: Use of Condoms as Contraceptive and Diseases Preventive Measures among Residents of Jos, Northern Nigeria. „Contraception” 1990 nr 6 s. 621-627.

AIDS: MORAL CHALLENGES FOR MAN
AND THE WHOLE HUMAN FAMILY

S u m m a r y

Having presented the medical (the specific character of HIV virus and AIDS) and social (social groups of higher risk, the current state of the development of infection) contexts, the author concentrates on the possibilities to prevent HIV infection.

As there are no appropriate medical means, a common opinion dominates that the only protective measure is to use condoms. The Catholic Church does not agree with it. The Church stresses this measure damages the personal dignity of man and humiliates him. The protest of the Church is at the same time based on the unreliability of this measure (13-15%). The author quotes abundant medical literature.

Furthermore, the condom is disqualified by its influence on sexual behaviour. It is propagated as a means designed to protect against HIV, thereby creating a kind of mentality that condones with the development of infection. People start to belittle the risk of infection, lose their vigilance, and, eventually, forget about the virus itself. They cease to avoid dangerous behaviour, do take the risk of infection seriously, do notice they are infected, and infect other people.

The Catholic Church stresses that the proper manner to overcome the danger of HIV today is to give up sexual contacts in the pre-marital period, mutual loyalty of the spouses living in an exclusive and permanent relationship. This position is confirmed by the most recent reports on the success of fighting HIV/AIDS in Uganda (studies by Edward C. Green, Rand Stoneburner, and Daniel Low-Beer).

Translated by Jan Kłós

Słowa kluczowe: etyka katolicka, HIV/AIDS.

Key words: Catholic ethics, HIV/AIDS.