

AGATA STRZAŁAŁA

AFRYKAŃSKA BIOETYKA. PRZEGLĄD WYBRANYCH STANOWISK

Streszczenie

Bioetyki kulturowe stanowią reakcję na dominację zachodniego paradygmatu bioetyki i etyki medycznej kojarzonej głównie z pryncypializmem i filozofią utylitarystyczną, dominację będącą spuścizną kolonializmu. Na fali tego ruchu powstały bioetyka konfucjańska, japońska, bioetyka latynoska, a także bioetyka afrykańska. W artykule przedstawiam główne założenia, kulturowe podstawy, problemy i nurty bioetyki afrykańskiej. Analizę porównawczą wykonałam na przykładach bioetyki Bantu i Ibo. Mimo znacznych różnic między nimi, wspólnym mianownikiem jest krytyczne podejście do indywidualizmu i innych zachodnich wzorców kulturowych nieodpowiadających problemom medycznych praktyk kulturowych w Afryce Subsaharyjskiej.

Słowa kluczowe:

bioetyka, etyka *ubuntu*, bioetyka afrykańska

Bioetyka, zgodnie z założeniami sformułowanymi na początku lat 70. XX wieku przez amerykańskiego onkologa Van Pottera, to nowy rodzaj wiedzy, a właściwie meta-wiedza, dotycząca tego, jak używać zdobyczy współczesnej biomedycyny i biotechnologii, takich jak terapie genetyczne, inżynieria genetyczna, transplantacje organów etc., aby pozostać w zgodzie z uznanymi społecznie systemami wartości, i ostatecznie, umożliwić przetrwanie ludzkości i ekosystemu na Ziemi¹. Mimo, iż sam pojmował zagadnienia aksjologicznie z perspektywy naturalistycznej, twierdząc, że najważniejszym sprawdzianem idei etycznych jest ich rola w zapewnieniu biologicznego przetrwania ludzkości, to stał się inspiracją dla rozwoju bioetyk religijnych (np. bioetyka katolicka, islamska), filozoficznych (bioetyka utylitarystyczna, pryncypialistyczna) czy kulturowych (bioetyka konfucjańska, filipińska).

Od lat 90. XX wieku zaobserwować można rozwój bioetyk kulturowych, odwołujących się do dziedzictwa poszczególnych kultur i wyrażających potrzebę

¹ V.R. Potter, *Bioethics Bridge to the Future*, New Jersey 1971, s. 1–12.

kształtowania własnej bioetyki opartej nie na zachodnich czy kolonialnych wzorcach, ale na autentycznych, autochtonicznych systemach wartości. Bioetyki kulturowe stanowią reakcję na dominację zachodniego paradygmatu bioetyki i etyki medycznej kojarzonych głównie z pryncypializmem albo filozofią utilitarystyczną, postrzeganych jako spuścizna kolonializmu. Bioetyka uprawiana w Europie i Ameryce Północnej oczywiście nie sprowadza się wyłącznie do pryncypializmu i utilitaryzmu, obejmuje wiele innych, zupełnie odmiennych nurtów myślenia, jak na przykład bioetyka komunitarystyczna, kazuistyczna, feministyczna czy katolicka, jednak w dyskursie bioetyk kulturowych bioetykę zachodnią identyfikuje się przeważnie z pryncypializmem i ewentualnie utilitaryzmem. Dzieje się tak dlatego, że pryncypializm po pierwsze często inicjował myśl bioetyczną w różnych częściach świata, po drugie opiera się na założeniu o istnieniu *common morality* – uniwersalnego podstawowego systemu wartości wspólnych wszystkim ludziom, który stać się powinien podstawą rozwiązań bioetycznych. Natomiast przedstawiciele bioetyk kulturowych podkreślają znaczenie różnic kulturowych w bioetyce i podważają istnienie albo znaczenie wartości uniwersalnych w praktyce życia społecznego. Co więcej, uniwersalizm odbierają jako wytwór kultury zachodniej, który jest nieadekwatny w kontekście niezachodnich społeczeństw. Na fali tego kulturowego zwrotu w bioetyce powstały bioetyka konfucjańska, japońska, bioetyka latynoska, a także bioetyka afrykańska. Szczególnie silne przekonania na temat roli relatywizmu kulturowego w bioetyce wyrażano w ramach bioetyki konfucjańskiej² i filipińskiej³. Stały się one inspiracją dla przedstawicieli bioetyk afrykańskich. Badacze postrzegają pewne podobieństwa między kulturami afrykańskimi a chińską, na przykład jeśli chodzi o holistyczne pojęcie choroby oraz krytyczne podejście do indywidualizmu⁴. Podczas gdy dla kultury zachodniej typowe są biomedyczny model choroby oraz wyraźny indywidualizm⁵, co rzutuje na formułowanie problemów i rozwiązań bioetycznych.

W artykule przedstawię główne założenia, kulturowe podstawy, problemy i nurty bioetyki afrykańskiej. Trzeba zaznaczyć, że pojęcie bioetyki afrykańskiej nie odnosi się do całego kontynentu, lecz do bioetyki rozwijanej na poszczególnych jej obszarach (obejmujących Afrykę Centralną, Zachodnią, Południową i Wschodnią). Dzieje się tak nie tylko z powodów usytuowania geograficznego, lecz i religijnych, etnicznych oraz kulturowych czynników. Wyklucza się z bioetyki afrykańskiej Afrykę Pół-

² Qiu Ren-Zong, *The Tension Between Biomedical Technology and Confucian Values*, [w:] *Cross-Cultural Perspectives on (Im)Possibility of Global Bioethics*, J. Tao Lai Po Wah red., London 2002.

³ A. Tan-Alora, J. M. Lumitao, *An Introduction to an Authentically Non-Western Bioethics*, [w:] *Beyond a Western Bioethics*, A. Tan-Alora, J.M. Lumitao red., Washington 2001.

⁴ J. Tao Lai Po-Wah, *Confucian and Western Notion of Humans Need and Agency: Health Care and Biomedical Ethics in The Twenty-First Century*, [w:] *Bioethics: Asian Perspectives*, red. Ren-Zong Qiu, London–Dordrecht 2003.

⁵ S. Nettleton, *The Sociology of health and Illness*, Cambridge 2013, s. 2–6, 152–153.

nocną zdominowaną religijnie przez islam (a tym samym przez bioetykę islamską), zamieszkaną głównie przez ludy mówiące językami semickimi, podczas gdy Afrykę Subsaharyjską zamieszkują ludy bardziej zróżnicowane pod względem religijnym i kulturowym niż na północy kontynentu.

Dokonując przeglądu bioetyk afrykańskich wybrałam kilka przykładów z różnych grup etnicznych (przede wszystkim z Nigerii, Malawi oraz pojedyncze przykłady z innych krajów), aby ukazać różnorodność problematyki bioetycznej w Afryce. Opisane przypadki nie są reprezentowane równomiernie pod względem zakresu, treści i charakterystyki poruszanych wątków, co stanowi odzwierciedlenie polimorficzności bioetyki afrykańskiej. Porządkując materiał stosuję kryterium etniczno-geograficzne, przy czym w poszczególnych podrozdziałach koncentruję się na afrykańskiej recepcji idei bioetyki, pryncypializmu, a także na: sposobie budowania propozycji bioetycznych, stosunku do świadomej zgody, prowadzeniu badań klinicznych i przede wszystkim miejscu wartości i kultury afrykańskiej w bioetyce. Praca nie stanowi natomiast systematycznego przedstawienia np. stosunku do aborcji czy eutanazji w poszczególnych krajach. Wątki te pojawiają się, gdy pozwalają ukazać, jak postrzega się rolę kultur afrykańskich w konceptualizacji problemów bioetycznych. Dokonując analizy poszczególnych koncepcji postaram się odpowiedzieć na pytania: czy bioetyki afrykańskie posiadają pewne cechy wspólne i czym odróżniają się od propozycji identyfikowanych w dyskursie bioetycznym jako zachodnie?

Kultury Afryki Subsaharyjskiej a bioetyka

Postrzeżenie badań medycznych zawsze jest uwarunkowane kulturowo. Afrykańska bioetyka również zależy od recepcji biomedycyny, biotechnologii, ekologii i genetyki wśród miejscowej ludności. Przykładem może być analiza problemów bioetycznych dokonana z afrykańskiej perspektywy przez Ayodele S. Jegede⁶, który sięga po przykłady z różnych części Afryki.

W Afryce na postrzeżenie zapłodnienia *in vitro* z udziałem dawcy spermy spoza małżeństwa, lub dawczyni komórki jajowej spoza małżeństwa, ma wpływ poligynia znana wśród wielu ludów afrykańskich, a także praktyki występujące wśród niektórych plemion polegające na „dzieleniu się” żonami oraz specyficzne koncepcje ojcostwa i macierzyństwa. Rodzicielstwo nie oznacza u części ludów afrykańskich indywidualnego biologicznego ojcostwa, jak jest to na Zachodzie, a zamiast tego potomstwo przypisuje się całej linii rodowej (męskiej lub żeńskiej w zależności od typu społeczeństwa). U Masajów kobieta może uprawiać seks z każdym mężczyzną z rodu męża, gdy ten znajduje się na polowaniu lub pasie

⁶ A.S. Jegede., *Culture and Genetic Screening in Africa*, “Developing World Bioethics”, 2009, vol. 9, nr 3, s. 128–137.

bydło. Dzieci pochodzące z takich związków uważane są za należące do rodu (indywidualne ojcostwo jest drugorzędne)⁷. W Ugandzie po śmierci męża jego brat współżyje z owdowiałą bratową, co jest traktowane jako element tradycyjnego rytuału pogrzebowego. U Nuerów natomiast, gdy mężczyzna nie może fizycznie płodzić dzieci

[...] wciąż ma przed sobą różne możliwości. Jedną można by nazwać „patrzeniem przez palce na cudzołóstwo” – mężczyzna udaje wtedy, że nie widzi romansów jednej, lub kilku swoich żon, w nadziei, że któraś w końcu zajdzie w ciążę. Jest przecież w znaczeniu prawnym ojcem (*pater*) wszystkich dzieci spłodzonych w ten sposób. Evans-Pritchard donosił, że starsi niemający synów Nuerowie korzystali z tej możliwości, ale młodszy mężczyźni zanadto przejmowali się swoimi seksualnymi prawami do żon, by się do niej uciekać. Informowano też o pewnej odmianie tego pomysłu, z udziałem „zastępczego genitora”, występującej w innych afrykańskich społeczeństwach. W tym przypadku mężczyzna prosił przyjaciela lub krewnego, aby spał z jego żoną, i liczył, że doprowadzi to do poczęcia⁸.

W takim kontekście ustalanie ojcostwa czy badania genetyczne nie są pozytywnie postrzegane, zakłada się bowiem, że ważniejsza jest przynależność dziecka do linii rodowej prawnego ojca niż biologiczne ojcostwo. Bezpłodny mężczyzna akceptuje związki seksualne swojej żony z innymi mężczyznami z rodu, gdyż w ten sposób dostarcza sobie potomstwa, które należy do klanu i które on uznaje za swoje. Natomiast sztuczne zapłodnienie *in vitro* postrzegane jest pozytywnie, ponieważ zdaniem Jegede, umożliwi posiadanie dzieci, co uważane jest za obowiązek każdego mężczyzny i każdej kobiety. Natomiast koncepcja ojcostwa i macierzyństwa wykraczająca poza biologiczne rodzicielstwo, ale polegające na rodowej przynależności, sprzyja akceptacji wykorzystania komórek dawców spoza małżeństwa czy matek surogatek.

Bezpłodność kobiety rozwiązuje się dzięki poligynii. Jeśli jedna żona jest bezpłodna, kolejne mogą się okazać płodne. U Nuerów bezpłodna kobieta, która chciała posiadać własne dziecko mogła uciec się do innej możliwości, jaką jest małżeństwo kobiet:

[...] kobieta uważana za bezpłodną mogła zdecydować się na rozwód z mężem i pozostanie w domu ojca. (Ponieważ nie urodziła dzieci, nie musiała wcześniej przeprowadzić się do męża). Teraz z powodu swojej bezpłodności mogła „uchodzić za mężczyznę” wśród swoich matrylinearnych krewnych. Organizowano jej małżeństwo z inną kobietą, dopełniano płatności małżeńskich i zamieniano bezpłodną kobietę w mężczyznę. Następnie bezpłodna kobieta uzgadniała z mężczyzną (wybór mężczyzny należał do niej), że będzie spał z jej żoną jako

⁷ *Ibidem*, s. 131.

⁸ L. Stone, *Pokrewieństwo i pleć kulturowa*, przeł. W. Rusakiewicz, Kraków 2012, s. 123.

swoisty „genitor zastępczy”. Dzieci z tego związku były uważane za członków rodzinnych grup patrylinearnych bezpłodnej kobiety, a ona sama stawała się ojcem prawnym (*pater*) dziecka⁹.

Rytuály wciąż odgrywają kluczową rolę w życiu społecznym Afrykanów, obecne są na każdym etapie życia człowieka (inicjacje, śluby, rytuały płodności, uzdrawianie, oczyszczenia, pogrzeby, nowy rok). Dogonowie wierzą, że kontrolują kosmos i odnawiają życie za sprawą swej obrzędowości. Istotnym elementem biorącym udział w ich rytuałach jest krew, uważana za świętą, przepelnioną mocą i znaczeniem¹⁰. Krew oznacza dużo więcej, niż wyłącznie płyn ustrojowy człowieka, a ten antyredukcyjny, aksjologiczny i symboliczny sposób postrzegania krwi stoi w opozycji do dyskursu medyczno-biologicznego i wpływa na recepcję wielu zabiegów medycznych. Badania biomedyczne związane z pobieraniem krwi mogą być traktowane jako profanacja czy afront. Na przykład w Gambii uczestnicy badań naukowych oskarżyli lekarzy o kradzież krwi. Zjawisko to, czyli strach przed kradzieżą krwi, nie ogranicza się tylko do Gambii. Badania medyczne od czasów kolonialnych, pisze Jegede, są w Afryce kojarzone z kradzieżą krwi. Niegdyś podejrzewano stare białe kobiety o używanie krwi czarnych dzieci do rytuałów płodności. Takie przeświadczenie raczej nie sprzyja pozytywnej percepcji genetyki i medycyny.

W Afryce inne praktyki i wierzenia skutkować mogą pozytywną percepcją badań genetycznych. Zjawiskiem sprzyjającym badaniom biomedycznym jest fakt, że wiele Kościołów chrześcijańskich w Afryce wymaga od narzeczonych badań na nosicielstwo wirusa HIV przed wydaniem pozwolenia na ślub.

Afrykanie dostrzegają korzyści płynące z rozwoju biomedycyny, cenią również refleksję bioetyczną, jednak wyraźnie zaznaczają swoją kulturową odrębność wobec propozycji i koncepcji amerykańskich i europejskich. Ważną odmiennością jest stosunek do autonomii pacjenta, która jest uważana za prymarną zasadę w bioetyce pryncypialistycznej. Jegede przywołuje konkurencyjne pojęcie „autonomii wspólnotowej” (*communal autonomy*), które bardziej niż autonomia jednostki odpowiada afrykańskiemu kontekstowi. Oznacza ono, że działania jednostki odbywają się w kontekście społecznym i obyczajowym¹¹. Jegede podkreśla, że tradycyjna etyka jest zawsze międzyosobowa i społeczna. W afrykańskim kontekście kulturowym osoba nigdy nie jest w pełni autonomiczna, a podejmowanie decyzji jest procesem zbiorowym. Nie zmienia to jednak faktu, że kwestie zaufania i świadomej zgody, obecne w zachodnim pojęciu autonomii pacjenta, mają ogromne znaczenie również w Afryce. Podstawowym zagadnieniem w przypadku badań

⁹ *Ibidem*, s. 125.

¹⁰ *Ibidem*, s. 130.

¹¹ Jegede, *op.cit.* s. 133.

genetycznych w Afryce, tak jak wszędzie na świecie, jest to, kto będzie miał dostęp do wyników i do czego zostaną one użyte.

Podobnie jak w kulturach wschodnio-azjatyckich, relacje między lekarzem a pacjentem w Afryce są zdominowane przez paternalizm¹². Rodzi to obawy, zdaniem Jegede, że afrykańscy lekarze, wykonywać mogą badania na Afrykanach (bez ich świadomej zgody), których wyniki będą w istocie służyć byłym krajom kolonialnym. Chodzi tutaj o przypadki klinicznego testowania na Afrykanach, za drobne wynagrodzenie finansowe, leków, które następnie dostępne są jedynie w krajach zachodnich. Obawa przed medycznym imperializmem skutkuje zastrzeżeniem, że wszelkie badania wykonywane w Afryce, bądź na Afrykanach, powinny służyć Afrykanom¹³. Według Jegede bowiem niedopuszczalna jest sytuacja, że testy kliniczne prowadzi się na mieszkańcach Afryki, a opracowane na ich podstawie leki dostępne są w sprzedaży jedynie w Europie czy Ameryce Północnej.

Innymi wartościami, które przyświecają afrykańskiej bioetyce są sprawiedliwość i zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny. To te wartości wyznaczają priorytety w Afryce. Nierówności społeczne, duże zróżnicowanie dochodów, ogromna skala bezrobocia, a także brak równowagi między postępowaniem w rozmaitych dziedzinach i w różnych segmentach społeczeństwa (drastyczne różnice w stylu życia i warunkach socjalnych, mieszkaniowych, edukacyjnych i zdrowotnych między terenami wiejskimi a miastami, a także warunki życiowe w miejskich slumsach) stanowią ogromne wyzwanie dla opieki zdrowotnej i bioetyki.

Główną potrzebą Afryki jest zapewnienie dobrej i adekwatnej opieki medycznej szerokim masom, a także zadbanie o dostęp do czystej wody, aby m.in. ograniczyć ryzyko epidemii (np. cholery). Zdaniem Jegede, mimo trudności ekonomicznych, afrykańskie rządy powinny zagwarantować własne środki finansowe na implementację badań biomedycznych, a nie polegać wyłącznie na zewnętrznych dotacjach, ponieważ długofalowe skutki społeczne i ekonomiczne braku realnego nadzoru nad badaniami mogą okazać się tragiczne. W ten sposób zapewnią sobie monitoring i kontrolę nad badaniami i ich zastosowaniami, co pozwoli budować miejscowe biobanki, zakładane dla konkretnych, lokalnych celów medycznych. Ponadto wszelkie badania biomedyczne powinny być ściśle zintegrowane z systemem opieki medycznej. Należy wypracować własny model świadomej zgody, gdyż ten, który miałby być przeniesiony z krajów zachodnich, bez uwzględnienia lokalnego kontekstu kulturowego nie gwarantuje ochrony przed nadużyciami ze strony międzynarodowych koncernów farmaceutycznych (wyłudzenie od niepiśmiennych, niewykształconych ludzi zgody na ryzykowne badania kliniczne).

¹² *Ibidem*, s. 135.

¹³ *Ibidem*, s. 135.

Wszelkie te działania powinny służyć ochronie afrykańskich społeczności przed wyciskiem i biologiczną eksploatacją¹⁴.

Podobne stanowisko prezentuje Jacqueline Azetsop, który stwierdza, że bioetyka Zachodu nie odpowiada na lokalne potrzeby i wartości¹⁵. Uważa, że międzynarodowe regulacje są nieskuteczne i nieegzekwowane, a w Afryce potrzebna jest nowa bioetyka, która wyrastałaby z lokalnych uwarunkowań i potrzeb. Azetsop zarzuca globalnej bioetyce podwójne standardy, wobec pacjentów zachodnich stosuje się zasady uzyskiwania świadomej zgody, podczas gdy prowadząc badania farmaceutyczne w krajach afrykańskich, nie stawia się tak wygórowanych wymogów. W Afryce fundamentalnym problemem jest dystrybucja podstawowej opieki medycznej, a nie teoretyczne deliberacje nad naturą dobra, co stanowi dominantę w dyskusjach bioetycznych na Zachodzie. Azetsop krytycznie odnosi się do afrykańskiej recepcji bioetyki pryncypialistycznej sformułowanej przez Toma Beauchampa i Jamesa Childressa. Twierdzi, że cztery podstawowe wartości, tj. szacunek do autonomii pacjenta, zasada *primum non nocere*, dobroczynność i sprawiedliwość¹⁶, zostały przyjęte w Afryce bezkrytycznie, bez uwzględnienia miejscowych potrzeb i wartości kulturowych. W konsekwencji bioetyka narzuca podejście indywidualistyczne i absolutyzujące pojęcie osobistej autonomii w miejscach, gdzie podstawową sprawą są więzi społeczne, np. w afrykańskim szpitalu przy chorym rezyduje cała jego rodzina i bierze aktywny udział w podejmowaniu decyzji dotyczących pacjenta.

W przypadku Afryki za najważniejsze wartości uważa się solidarność, religijność, społeczną odpowiedzialność i rodzinę, i to one powinny kształtować bioetykę w tej części świata. Zauważyć można, że krytyka bioetyki zachodniej przez obu autorów – Jegede’a i Azetsopa – koncentruje się na jej założeniach dotyczących jednostki i jej relacji z otoczeniem. Odmienne od zachodnich warunki życia oraz różnorodne koncepcje pokrewieństwa i rodzicielstwa oraz systemy symboliczne występujące wśród afrykańskich ludów, zasadniczo wpływają na konceptualizację problemów bioetycznych i decydują o ich odrębności i specyfice.

Bioetyka *ubuntu*

Inne podejście do bioetyki prezentują badacze z Malawi, Joseph Mfutso-Bengo i Francis Masiye, którzy nie postrzegają bioetyki jako zachodniego wynalazku, niezbyt dobrze pasującego do afrykańskiej rzeczywistości. Malawi jest położone w południo-wschodniej Afryce, pod względem gospodarczym jest jednym z naj-

¹⁴ *Ibidem*, s. 137.

¹⁵ J. Azetsop, *New Direction in African Bioethics: Ways of Including Public Health Concerns in the Bioethical Agenda*, "Developing World Bioethics", 2011, vol. 11, nr 1, s. 4–15.

¹⁶ T. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford 2001 (pierwsze wyd. 1979).

słabiej rozwiniętych krajów świata. Co ciekawe, jednak cechującym się wysoko rozwiniętą świadomością bioetyczną.

Aby zrozumieć ten fenomen, należy przyrzeć się losom tego kraju. Jest on zamieszkały przez ponad piętnastomilionową populację, z czego większość stanowią Chewa (około 30%), należący do grupy etniczno-językowej Bantu. Poza tym mieszkają tam różne, mniejsze grupy etniczne też przynależące do grupy językowej bantu. Większość z nich to chrześcijanie (katolicy stanowią 68% populacji), 13% wyznaje islam, a reszta to wyznawcy religii tradycyjnych. W minimalnym stopniu występuje tam także rastafarianizm, hinduizm i bahaizm – te dwie ostatnie religie przywieźli ze sobą imigranci z Indii.

Malawi było w przeszłości brytyjską kolonią, która zrzuciła brzemię kolonializmu w 1964 r. Obywatele jednak nie mogli cieszyć się długo wolnością, bo w 1971 r. autokratyczny styl rządów narzucił Hastings Kamuzu Banda, wprowadzając w kraju terror i doprowadzając go do upadku gospodarczego i pogarszając i tak już katastrofalną sytuację zdrowotną ludności. Wysoka śmiertelność niemowląt, krótka przewidywana długość życia, wynosząca zaledwie 50 lat, a także epidemia AIDS wciąż trapią ludność. Proces demokratyzacji rozpoczął się w 1992 r., punktem zwrotnym w tym procesie był list otwarty wystosowany przez katolickiego biskupa, sprzeciwiający się reżimowi i domagający się demokratycznych przemian¹⁷. Rola Kościoła katolickiego w Malawi jest duża i odnosi się także do rozwoju bioetyki, to właśnie ze środowisk katolickich wyszła inicjatywa redefinicji bioetyki. Wpływ myśli chrześcijańskiej przejawia się w krytycznym stosunku do aborcji (legalnej w kraju jedynie w przypadku zagrożenia życia matki)¹⁸.

Głównym centrum edukacji bioetycznej w kraju jest University of Malawi College of Medicine, który jako jedna z niewielu uczelni w Afryce wprowadziła program bioetyki dla studentów medycyny, obejmujący cały pięcioletni okres studiów. Mimo że uniwersytet jest finansowany ze środków zagranicznych, pochodzących głównie ze Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii i Unii Europejskiej, formułuje własną teorię i praktykę bioetyczną opartą na lokalnej kulturze.

Zaznaczyć trzeba, że rozwijana tam bioetyka nie pretenduje do bycia rozwiązaniem pan-afrykańskim, dobrym dla wszystkich krajów Afryki. Podkreśla się bowiem, że jest oparta na kulturach ludów Bantu, występujących w Centralnej i Południowej Afryce oraz części Afryki Wschodniej¹⁹. Tę odrębną bioetykę Bantu określa się w literaturze anglojęzycznej mianem *ubuntuology/UMunthuology*. Obejmuje ona: badania w zakresie bioetyki i jej powiązań z kulturami Bantu,

¹⁷ J. Mfutso-Bengo, F. Masiye, *Toward an African Ubuntu/Umunthu Bioethics in Malawi in The Context of Globalization*, [w:] *Bioethics around the Globe*, red. C. Myser, Oxford 2011, s. 152–153.

¹⁸ Zob. <http://www.nyasatimes.com/malawi-christian-doctors-say-liberalizing-abortion-bill-must-fall/> [25.01.2016].

¹⁹ J. Mfutso-Bengo, F. Masiye, *op.cit.*, s. 155.

a także trening lekarzy i praktykę medyczną. Studenci i lekarze nie tylko są uczeni założeń i podstaw *ubuntuology*, ale też zachęceni są do wprowadzania jej w swej praktyce lekarskiej.

Podstawą *ubuntuology* jest postrzeganie istoty ludzkiej jako zawsze pozostającej w relacji do innych ludzi i do środowiska naturalnego, a relacje te opierać się powinny na współpracy i sprawiedliwości. Założenie to wywodzi się z pojęcia *ubuntu*, oznaczającego człowieczeństwo. Zgodnie z filozofią i kulturą ludów Bantu nie każda istota ludzka jest człowiekiem. Ludźmi stajemy się nie w momencie narodzin, ale w procesie socjalizacji, który obejmować musi pozytywną relację z innymi członkami społeczności. Na tę relację powinny się składać: dobroczynność, dobra wola, szacunek, zaufanie, nadzieja i sprawiedliwość. Ponadto człowiek powinien być użyteczny dla innych i społeczności, jednak nie w materialistycznym czy utylitarystycznym znaczeniu, ale w rozumieniu dobrego, etycznego i pożytecznego dla innych postępowania²⁰.

System etyczny *ubuntu*, który jest podstawą bioetyki ma charakter wspólnotowy; troska o społeczność, poszukiwanie wspólnego dobra i prawdy, stanowią fundament życia moralnego. Konflikt interesów w tej etyce jest definiowany jako konflikt między dobrem jednostki a dobrem grupy²¹. Uważa się, że bez uwzględnienia dobra wspólnoty osiągnięcie indywidualnych interesów nie jest możliwe. Dobre decyzje powinny równoważyć interes grupy i dobro jednostki. Dobro grupy związane jest z wartością solidarności, rozumianą jako wspólne poświęcenie się dla ogólnego dobra, a nie poświęcanie poszczególnych jednostek dla drugich. *Ubuntu* zakłada, że bycie człowiekiem ma charakter relacyjny i opiera się na współzależnościach. Najważniejszą wspólnotą do jakiej należy człowiek jest rodzina i to ona odgrywa kluczową rolę w jego życiu. Wspólnota pojmowana jest też w szerszym kontekście jako plemię, naród i cała ludzkość. Bioetyka *ubuntu* opowiada się zdecydowanie przeciw wszelkim formom wyzysku i segregacji, koncentruje się na relacjach międzyludzkich i życiu jako takim, na dalszych miejscach stawiając korzyści materialne²².

W praktyce codziennej etyka ta wyraża się tym, że ważnym momentem w życiu człowieka towarzyszy cała wspólnota, ludzie przybywają nawet z odległych zakątków, aby uczestniczyć w ślubie czy pogrzebie bliskiego. Bycie człowiekiem oznacza bycie częścią wspólnoty, życie to coś więcej niż tylko jego biologiczne podstawy. Należy być człowiekiem kierującym się sercem, współczuciem, troską o innych. Taką koncepcję człowieczeństwa nazywaną *napotkać* można nie tylko wśród ludów Malawi, ale i innych krajów zamieszkałych przez ludy Bantu, jak w Tanzanii²³.

²⁰ *Ibidem*, s.155.

²¹ *Ibidem*, s. 155–156.

²² *Ibidem*, s. 156–157.

²³ *Ibidem*, s. 158.

Większość krajów Afryki, jak wskazują Mfutso-Bango i Masiye, nie podziela zachodniej koncepcji autonomii pacjenta w odniesieniu do kwestii bioetycznych. Afrykańską bioetykę cechuje podejście nastawione przede wszystkim na wspólnotę, a nie na prawa jednostki. Mfutso-Bango i Masiye wskazują, że w krajach Zachodu od wczesnego dzieciństwa dzieci są wychowywane tak, aby były niezależne; nawet kilkumiesięczne dzieci śpią w osobnych pokojach, co jest zupełnie odmienną sytuacją od tej w Afryce, gdzie dzieci są noszone przez matki tak długo, aż nauczą się samodzielnie chodzić. Mfutso-Bango i Masiye krytykują zachodnią bioetykę, która bierze pod uwagę jedynie jednostki i ich bezwzględne prawo wyboru, a w praktyce polega to często na formalizmie, podpisaniu odpowiednich papierów²⁴. Uważają oni koncepcję autonomii pacjenta za utopijną; człowiek, ich zdaniem, nie jest niezależnym upodmiotowionym bytem, podejmującym wyłącznie racjonalne decyzje. Podkreślają, że wszyscy ludzie, nawet w krajach rozwiniętych, mają zawsze w taki czy inny sposób ograniczone możliwości podejmowania decyzji, co tym bardziej odnosi się do krajów afrykańskich, gdzie bieda, bezrobocie, autorytarne rządy, hierarchiczne społeczeństwo, albo oczekiwania społeczne znacznie ograniczają wolną wolę.

W bioetyce afrykańskiej inaczej niż w tzw. zachodniej konceptualizuje się zagadnienie świadomej zgody. Na zachodzie odnosi się ona do indywidualnej zgody pacjenta na leczenie czy badanie, pacjenta postrzega się jako jednostkę autonomiczną. Przedstawiciele bioetyki afrykańskiej uważają, że w warunkach afrykańskich świadoma zgoda powinna uwzględniać aspekt wspólnotowy, tak aby umożliwić społeczną kontrolę w szczególności nad badaniami naukowymi o charakterze biomedycznym, testami klinicznymi itp. Postulują wprowadzenie dwuetapowego uzyskiwania zgody na badania, indywidualna zgoda pacjenta powinna być poprzedzona udzieleniem zgody przez lidera wspólnoty, wodza wioski, głowę rodziny²⁵.

Bioetyka w kontekście kultury Ibo

Kolejną próbą skonstruowania bioetyki afrykańskiej jest propozycja Chikezie Onuoha, który rozwija swoją koncepcję opierając się na kulturze ludu Ibo²⁶. Ibo zamieszkują głównie południowo-wschodnią Nigerię i stanowią czwartą co do wielkości (18%) spośród 10 najliczniejszych grup etnicznych w kraju. Przeszło połowa z nich to chrześcijanie skupieni w większości w kościołach protestanckich, aczkolwiek wielu nadal jest przywiązanych do wierzeń tradycyjnych. Żywy wciąż jest kult przodków:

²⁴ *Ibidem*, s. 159.

²⁵ *Ibidem*, s. 161–162.

²⁶ Ch. Onuoha, *Bioethics Across Borders. An African Perspective*, Uppsala 2007, s. 15.

U Ibów każdy zmarły, którego imię uległo już zapomnieniu, przechodzi do kategorii anonimowych przodków *ndiczie*. W czasie kolacji głowa rodziny rzuca im przed domem odrobinę pożywienia, wypowiadając słowa: „Podzielcie się tym wszyscy i pożywcie” Uroczystości poświęcone przodkom organizują Ibowie w ramach tajnej społeczności Mmanwu (zwanej również Egwugwu). Należący do niej mężczyźni ubierają się od stóp do głów w niecodzienne, związane powrozami z rafii szaty i przykrywają głowy artystycznie rzeźbionymi maskami. Mówią gardłowym głosem, co ułatwia im trzymana w ustach fajka. Wierzy się, że Mnanwu to zmarli, którzy zjawiają się podczas uroczystości pogrzebowych i z okazji ważnych świąt dorocznych. Podobnie jak maski Egungun, chodzą ulicami tańcząc i śpiewając bądź też szybko obracając kawałek drewna zawieszony na sznurku, który wydaje tajemniczy szmer²⁷.

Przodkowie po pewnym czasie od śmierci stają się istotami ubóstwionymi, podlegającymi bogini ziemi; stoją na straży porządku społecznego i moralności, uważa się też ich za właścicieli ziemi. Ich symbolami są słupy lub drzewce znajdujące się w domostwach, przy których składa się przodkom ofiary w postaci trunków i żywności. Również rzeźbiona, drewniana laska stanowić może zarówno pole emanacji duchów przodków, jak i emblemat władzy²⁸.

Kultura rozumiana jako struktura składająca się z wartości, symboli, praktyk społecznych i kategorii interpretacyjnych, podzielanych przez daną społeczność i przekazywanych z pokolenia na pokolenie za pomocą tradycji stanowi, według Onuoha, istotny czynnik w bioetyce. Kultura dostarcza bowiem sposobów rozumienia świata, kategorii moralnego osądu i pojęć o celowości ludzkiego działania, które są fundamentalne dla bioetyki²⁹. Postawy wobec mówienia prawdy pacjentowi, świadomej zgody, terapii, bólu, decyzji związanych z prokreacją i umieraniem są głęboko zakorzenione w kulturze³⁰.

W swoich rozważaniach Onuoha idzie tropem pioniera afrykańskiej bioetyki, kameruńskiego filozofa Godfrey’a B. Tangwa, który mimo iż uznaje uniwersalność zasadniczych wartości moralnych, wskazuje też na istotność różnic kulturowych w definiowaniu konkretnych rozwiązań moralnych. Tym, co odróżnia poglądy Tangwy od perspektywy bioetyki konfucjańskiej, również mocno akcentującej relatywizm kulturowy, to właśnie przekonanie o powszechności podstawowych wartości, które są respektowane w każdej kulturze. Takie założenie jest bardziej optymistyczne w odniesieniu do propozycji skonstruowania bioetyki uniwersalistycznej³¹. Tangwa, podobnie jak konfucjaniści, uważa że w bioetyce człowiek powinien być rozważany raczej jako członek grupy, niż jako jednostka; ponadto

²⁷ S. Piłaszewicz, *Religie Afryki*, Warszawa 2000, s. 169.

²⁸ *Ibidem*, s. 169.

²⁹ Onuoha, *op.cit.*, s. 212.

³⁰ *Ibidem*, s. 212–213.

³¹ *Ibidem*, s. 218–219.

bliższe jest mu podejście opierające się bardziej na obowiązkach niż na prawach, podczas gdy dyskurs praw jest typowy dla bioetyki zachodniej³². Odnosząc się do bioetyki afrykańskiej, której źródłem ma być „kultura afrykańska”, zaznaczyć trzeba, że w przeciwieństwie do filozoficznych i religijnych źródeł bioetyki zachodniej, nie ma ona spisanych, skodyfikowanych kodeksów czy świętych ksiąg. Nie znaczy to jednak, że „kultura subsaharyjska” pozbawiona jest rozwiniętego światopoglądu, rozmaitych koncepcji o charakterze ontologicznym, metafizycznym czy etycznym. Dlatego pierwszym zadaniem bioetyka w Afryce jest przyjęcie roli hermeneuty, interpretatora tekstów kultury. Zadanie to jest jednak utrudnione, gdyż nie dysponuje on świętymi księgami, jak w przypadku bioetyki islamskiej czy judaistycznej, ale ma do dyspozycji teksty kultury w postaci tradycji oralnej, wierzeń, obyczajów.

Stosując tę hermeneutyczną metodologię Tangwa opisał bioetykę Nso z Kamerunu, którą określił mianem eko-bio-komunitaryzmu (*eco-bio-communitarianism*). Światopogląd Nso odnieść można do takich kwestii bioetycznych jak eutanazja czy aborcja. Nso uznają możliwość transformacji różnych form życia, różne stany ontyczne nie są od siebie wyraźnie oddzielone. Eutanazja, rozumiana dosłownie, jako spokojna, bezbolesna śmierć, zostałaaby w pełni zaakceptowana przez Nso. W pewnych przypadkach, kiedy pacjent w stanie terminalnym nie może kontrolować swego życia, ani decydować o sobie, pogrąża się w bólu, a jego rodzina w rozpacz, eutanazja adobrowolna³³ znajdowałaby akceptację³⁴. Najważniejsze wartości w życiu Nso stanowią dzieci oraz wspólnota, dlatego też zdecydowanie opowiadają się oni przeciw aborcji, jeśli ta nie jest powodowana poważnymi wadami płodu, czy zagrożeniem dla życia matki³⁵, jednak akceptują dzieciobójstwo, gdy dziecko narodziło się w wyniku związku seksualnego obłożonego tabu, jak np. kazirodztwo.

Onuoha wzoruje się na rozważaniach Tangwy o Nso. Przyjmuje stanowisko zbliżone do relatywistów kulturowych, jednak akceptuje założenie Tangwy o uniwersalnym fundamencie etycznym, który wykracza poza różnice międzykulturowe³⁶. Jego zdaniem rozważań o bioetyce afrykańskiej nie sposób rozpocząć bez

³² *Ibidem*, s. 222.

³³ Eutanazja adobrowolna (*non-voluntary euthanasia*) oznacza eutanazję dokonywaną w interesie pacjenta znajdującego się w stanie terminalnym, bez szans na wyleczenie czy przyniesienie ulgi w bólu, podczas gdy sam pacjent ze względu na swój stan – brak przytomności, niski stopień funkcji kognitywnych, nie jest w stanie podjąć samodzielnej decyzji dotyczącej swego losu. Eutanazję adobrowolną należy odróżnić z jednej strony od eutanazji dobrowolnej, dokonywanej na wniosek samego pacjenta, który może decydować o sobie, a także od eutanazji niedobrowolnej, to jest dokonywanej wbrew woli pacjenta przez osoby trzecie.

³⁴ Onuoha, *op.cit.*, s. 220.

³⁵ *Ibidem*, s.221.

³⁶ *Ibidem*, s. 223.

głębszego namysłu nad afrykańską etyką i afrykańskim światopoglądem. Onuoha pozytywnie ocenia pryncypializm i cztery podstawowe zasady etyki medycznej, czyli szacunek dla autonomii pacjenta, nieszkodzenie, dobroczynność i sprawiedliwość; uważa je jednak za niewystarczające. Jego zdaniem wartościowanie w bioetyce opiera się także na takich kategoriach, jak osobowość, zdrowie, choroba, wspólnota, śmierć, umieranie, wierzenia religijne. Pojęcia te są mocno zakorzenione w konkretnej kulturze, dlatego analizy bioetyczne nie mogą być oparte wyłącznie o ich etnocentryczne, zachodnie rozumienie, lecz powinny uwzględniać punkt widzenia innych kultur. Bez przyjęcia perspektywy relatywizmu kulturowego bioetyka staje się europocentryczna³⁷.

Uwzględniając powyższe założenia jako fundamentalne, Onuoha dokonuje analizy kultury Ibo i jej konsekwencji dla bioetyki afrykańskiej i światowej. Kosmologia Ibo zakłada, że świat składa się z trzech wymiarów wzajemnie ze sobą powiązanych: pierwszy to świat rzeczy widzialnych, istot żywych, ludzi, zwierząt i roślin, drugi – niewidzialny – to królestwo duchowe (składa się na nie Istota Najwyższa-Stwórca, bóstwa, siły duchowe oraz duchy przodków), trzeci ma charakter abstrakcyjny i może przejawiać się w dwóch pozostałych³⁸. W przeciwieństwie do innych kultur afrykańskich, jak wcześniej opisywana kultura Nso, u Igbo nie ma możliwości swobodnej transformacji czy transmutacji między poszczególnymi rodzajami bytów. Istnieje za to wiara w reinkarnację. Metafizyka Ibo jest w istocie antropocentryczna, a zadaniem człowieka jest utrzymanie równowagi między światem widzialnym i niewidzialnym.

Podstawowymi elementami życia w tradycyjnej wspólnocie Ibo jest rozszerzona, wielopokoleniowa rodzina, wzajemne współzależności między ludźmi, składanie ofiar rytualnych, a także system wartości, na który składa się solidarność, empatia, kontynuowanie linii rodowej, świętość życia i wspólnota³⁹. Co więcej, jak pisze Onoucha, religijne rytuały były stosowane jako narzędzia kontroli społecznej. System społeczno-religijny legitymizuje władzę i podział dóbr. Z drugiej strony trudno Ibo uznać za szczególnie religijnych. Ze względu na to, że nie ma świeckiej koncepcji obowiązku, społeczne zależności i powinności wyrażane są poprzez narracje religijne⁴⁰. Mimo wszystko jednak, jak zauważa Onuoha, moralność i światopogląd Ibo, podobnie jak w przypadku większości ludów Afryki subsaharyjskiej, są głęboko humanistyczne, zorientowane na człowieka. Zupełnie inna pod tym względem jest zorientowana teologicznie etyka islamska, gdzie boski, nadprzyrodzony autorytet ma decydujące znaczenie w określeniu tego, co jest moralne, a co nie. Sposób życia Ibo natomiast opiera się na przekonaniu, że to, co jest korzystne dla dobrostanu czło-

³⁷ *Ibidem*, s.225.

³⁸ *Ibidem*, s. 227–228.

³⁹ *Ibidem*, s.228.

⁴⁰ *Ibidem*, s. 229.

wieka i wspólnoty, jest jednocześnie dobre w znaczeniu ściśle etycznym. Definiując dobro jako wartość etyczną, Ibo nie odwołują się do bóstw, ani do woli najwyższej istoty, czyli Bogini Ziemi Ala. Jak ujmują to Onuoha, bóstwa stoją na straży porządku moralnego, ale nie stanowią źródła tegoż.

Onuoha interpretuje etykę i światopogląd Ibo jako skrajnie antropocentryczne. Człowiek, nawet wobec bytów nadprzyrodzonych, dysponujących większymi od niego mocami, zajmuje zawsze miejsce centralne. Wszystkie byty i stany egzystencji nie mają sensu jako formy egzystencji niezależne od człowieka, ich znaczenie wyczerpuje się w dostarczaniu mu możliwości do samorealizacji⁴¹.

Ibo cenią indywidualny sukces i powodzenie w życiu – wiąże się je z *chi*, duszą człowieka, która symbolizuje jego przeznaczenie. Dążenie do osobistego powodzenia w życiu nie oznacza jednak indywidualizmu czy atomizacji, wręcz przeciwnie, solidarność z grupą i poczucie przynależności do wspólnoty są niezbywalnymi fundamentami i punktami odniesienia dla każdego indywidualnego działania. Ten wspólnotowy sposób myślenia przejawia się w definicjach choroby, zdrowia i medycyny u Ibo⁴². Pojęcie zdrowia i choroby mają charakter holistyczny, podobnie jak w kulturze chińskiej, kładzie się nacisk na to, że zdrowie lub choroba są wypadkową relacji człowieka ze wspólnotą, innymi ludźmi, naturą i światem niewidzialnym⁴³. Zaburzenie harmonii w obcowaniu z bóstwami, naturą czy bliźnimi skutkuje chorobą albo innymi nieszczęśliwymi wypadkami. Natomiast zadaniem medycyny jest nie tyle wyleczyć konkretną patologię, co przywrócić zaburzoną harmonię ze światem. Przyczyn choroby szuka się w szerokim kontekście życia danego człowieka i jego relacji ze światem.

Tradycyjna medycyna Ibo opiera się na prewencji chorób i opiece paliatywnej⁴⁴. Samo pojęcie medycyny – *ogwu* ma zdecydowanie szerszy charakter niż pojęcie zachodnie, do tego stopnia, że z zachodniego punktu widzenia *ogwu* zbliżone jest do magii. Stosując *ogwu* można wykorzystywać zarówno lekarstwa, terapie, ale także można uciekać się do magicznych zabiegów, aby wzmacniać płodność, siłę, powodzenie, albo nawet kogoś uśmiercić. *Ogwu* może służyć zarówno dobru, jak i złu. Leczyć mogą zielarze, wykorzystujący dobrodziejstwa medycyny ludowej, jak też kapłani posługujący się środkami duchowymi⁴⁵.

Jeśli chodzi o przyczyny zjawisk, w tym także chorób, Ibo zakładają istnienie dwóch systemów przyczynowości: naturalnego i nadprzyrodzonego. Takie podej-

⁴¹ *Ibidem*, s.230.

⁴² *Ibidem*, s. 230–231.

⁴³ Lee Shui Chuen, *On Relational Autonomy. From Feminist Critique to Confucian Model for Clinical Practice*, [w:] *The Family, Medical Decision-Making, and Biotechnology*, red. Shui Chuen Lee, Dordrecht–London 2007.

⁴⁴ Onuoha, *op.cit.*, s. 230.

⁴⁵ *Ibidem*, s. 231.

ście wiąże się z tym, że Ibo odrzucają zachodni materializm i nie redukują umysłu do zjawisk fizycznych. Chociaż nie oznacza to, że odrzucają naukowe podejście do świata, jednak uważają je za niewystarczające⁴⁶. W efekcie w Nigerii, tak jak w wielu innych krajach afrykańskich, istnieją dwa rodzaje medycyny, Nigeryjczycy udają się po pomoc do lekarzy reprezentujących współczesną, nowoczesną medycynę, ale równolegle korzystają z rad i wskazówek znachorów. W Nigerii, podobnie jak w innych krajach rozwijających się, mamy do czynienia z modelem medycyny pluralistycznej. Istnieje również przekonanie, że medycyna tradycyjna jest lepsza w takich przypadkach, jak np. choroby psychiczne, konwulsje, udar czy złamania kości.

Dla zachodnich rozważań bioetycznych istotnym pojęciem jest osoba ludzka, dlatego Onuoha drąży ten temat w odniesieniu do afrykańskiej koncepcji osoby. Podkreśla, że afrykańskie pojęcie osoby ma zastosowanie do wszystkich form, stanów i faz ludzkiego życia⁴⁷. Podejście afrykańskie odrzuca eksperymentalne, czy materialistyczne definicje odnoszące się do tego czy dana forma ludzkiego życia, np. płód, zdolny jest już do określonych operacji umysłowych, czy posiada pewne emocjonalne lub etyczne zdolności. W tym wymiarze afrykańskie pojęcie osoby jest normatywne, zbliżające się do katolickiego pojęcia osoby. Z drugiej jednak strony, afrykańska koncepcja osoby uwzględnia człowieka wyłącznie w wymiarze społecznym, a nie jako byt niezależny i abstrakcyjny. Stąd status osoby u Ibo, jest konstruowany społecznie. Tak więc normatywne i społeczne kryteria bycia osobą przenikają się i są równoważne. Żadne z kryteriów nie może funkcjonować osobno i niezależnie⁴⁸. Osoba to nie tylko jednostka, która posiada zdolność dokonywania samodzielnych wyborów moralnych. Nie jest też definiowana wyłącznie przez swoje fizyczne czy psychiczne cechy, ale także i przede wszystkim, podkreśla Onuoha, przez swój związek ze społecznym i kulturowym kontekstem. W Afryce w przeciwieństwie do wielu zachodnich koncepcji osoby, jak np. utylitarystycznej w wydaniu Petera Singera, osoba nie może być determinowana wyłącznie przez fakt utraty świadomości czy samoświadomości (np. w przypadku osób w śpiączce, opóźnionych umysłowo), albo przez fakt, że jeszcze nie osiągnęła stanu samoświadomości (np. płód)⁴⁹. Jednocześnie status osoby nie jest „wrodzony”, uzyskuje się go w procesie społecznym trwającym długo po urodzeniu i zaznaczającym się różnymi rytuałami inicjacyjnymi⁵⁰.

Takie zorientowane społecznie pojęcie osoby skutkuje odmiennym od pryncypialistycznego rozumieniem autonomii pacjenta, ponieważ indywidualne decyzje

⁴⁶ *Ibidem*, s. 233.

⁴⁷ *Ibidem*, s. 237.

⁴⁸ *Ibidem*, s.238.

⁴⁹ P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, przeł. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Warszawa 1997.

⁵⁰ Onuoha, *op.cit.*, s. 242, 245.

i zgoda na leczenie podyktowane są u Ibo przede wszystkim dobrem wspólnoty, a nie jednostki jako takiej⁵¹. Decyzje podejmuje się wspólnie albo uwzględniając szerszy kontekst społeczny. W tradycyjnej medycynie afrykańskiej właściwie nie istnieje kwestia świadomej indywidualnej zgody, w momencie gdy pacjent zwraca się do znachora albo prowadzi go do niego rodzina, w praktyce oznacza to zgodę na poddanie się wszelkim zabiegom.

Pojęcie wspólnoty określanej mianem *umunna* jest kluczowe dla kultury oraz dla etyki Ibo (ale także dla innych ludów Afryki Zachodniej)⁵². *Umunna* to podstawowa jednostka polityczna i społeczna u Ibów. Oznaczać może zarówno dzieci tych samych rodziców, lub rodzeństwo w ramach rodziny poligynicznej, ponadto rozszerzoną rodzinę wraz z ubóstwionymi przodkami, jak również ludzi z tej samej miejscowości, regionu, grupy etnicznej, lub nawet w pewnych okolicznościach mieszkańców tego samego kraju. Co więcej, pojęcie to może odnosić się do ludzi, którzy za sprawą miejsca urodzenia czy kultury tworzą wspólnotę. W etyce to, co dobre lub złe, ocenia się w odniesieniu do efektu, jaki dane działanie wywiera na rodzinę lub wspólnotę⁵³. Solidarność jest wartością fundamentalną. Innymi szczególnie ważnymi wartościami są szacunek dla starszych, współczucie, a także rodzina.

Przykład kultury Ibo w kontekście problemów bioetycznych pokazuje, zdaniem Onuoha, że bioetyka powinna „zaczynać się” od specyficznego kontekstu kulturowego⁵⁴. Według niego istnieje potrzeba bioetyki kontekstualnej, pluralistycznej i respektującej różnice kulturowe. Wcześniejsze, zachodnie koncepcje bioetyki tworzone były niejako w próżni kulturowej, w oderwaniu od ludzkich spraw, w oderwaniu od różnych pojęć choroby i zdrowia, opieki, obowiązku, pojęcia osoby, sensu życia, różnych systemów wartości, które są kluczowe dla przebiegu leczenia i kontekstu, w jakim się ono odbywa. Dlatego Onuoha ostatecznie odrzuca bioetykę pryncypialistyczną, podobnie jak inni przedstawiciele bioetyki afrykańskiej. Z drugiej jednak strony nie neguje uniwersalizmu jako takiego. Pewne sytuacje życiowe są uniwersalne dla wszystkich ludzi, jak narodziny, choroba, miłość i śmierć, dlatego stanowić mogą punkt wyjścia poza radykalny relatywizm kulturowy⁵⁵.

Dotychczasowe oparte na zachodnim pryncypializmie aplikacje bioetyki w Afryce zawodzą, nie są adekwatne do bioetycznych problemów i wyzwań przed jakimi stoi Afryka. W tym celu należy, zdaniem Onuoha, rozpocząć od dekonstrukcji abstrakcyjnego pojęcia autonomii, które odniesione do człowieka, ozna-

⁵¹ *Ibidem*, s. 240.

⁵² *Ibidem*, s. 242.

⁵³ *Ibidem*, s. 245–247.

⁵⁴ *Ibidem*, s. 250–252.

⁵⁵ *Ibidem*, s. 253.

cza niezależność i samostanowienie jednostki. Zamiast tego powinno się zacząć od etyki opieki, etyki komunitarystycznej i etyki cnót, a także wartości takich jak solidarność i sprawiedliwość, co byłoby bliższe afrykańskiej bioetyce⁵⁶.

Indywidualizm, prawa jednostki i autonomia nie są wartościami transkulturowymi. To właśnie stosunek do jednostki jako abstrakcyjnego pojęcia centralnego dla bioetyki odróżnia zachodnie bioetyki, w szczególności pryncypializm i utilitaryzm, od afrykańskiej. Konsekwencją zachodniego podejścia do bioetyki jest koncentracja na bioetyce praw, praw jednostki, pacjenta, płodu, kobiet. Natomiast, zdaniem autora, pomija się zagadnienia wartości życia i wspólnego dobra, solidarności, sprawiedliwości⁵⁷. Podaje przy tym przykład epidemii AIDS zbierającej śmiertelne żniwo w Afryce, gdzie większość zarażonych umiera, ponieważ nie stać ich na kupno dostępnych w krajach Ameryki i Europy lekarstw znacznie przedłużających życie chorym.

Podstawową wartością dla Ibo jest szacunek dla życia, co ma swoje bezpośrednie zastosowanie w bioetyce. Zdrowie i ogólny dobrostan fizyczno-emocjonalny są podstawowymi celami aktywności Ibo. Wartość życia przejawia się także w typowym dla Afryki pozytywnym stosunku do posiadania dzieci, które ucieleśniają życie, bezdzietność uważana jest za zagrożenie dla dobrostanu każdego człowieka⁵⁸. Z wartością życia powiązana jest także godność. Godność nie wynika z pewnych zdolności osobowych (zdolność do komunikacji, samoświadomość etc.), ale z faktu bycia człowiekiem. W kulturze Ibo, ale także szerzej w „kulturze afrykańskiej”, samo bycie człowiekiem jest wystarczającym kryterium godności. Jakość życia w określonym momencie ludzkiej egzystencji, obniżona na przykład chorobą, zaawansowanym wiekiem, albo bardzo wczesnym etapem rozwoju, jak w przypadku płodów, nie determinuje godności. Godność bowiem należy w kulturze Ibo do trzeciej kategorii bytów, obok widzialnych i niewidzialnych, czyli bytów abstrakcyjnych, transcendentnych, które realizują się w dwóch poprzednich realnościach⁵⁹. Dla Ibo ludzkie życie jest święte, nikt więc nie ma prawa go odbierać. W medycynie oznacza to również zapewnienie każdemu dostępu do choćby minimum opieki medycznej.

Drugą wartością bioetyki opierającej się na kulturze Ibo jest solidarność. Solidarność wiąże się w ich systemie wartości z dobrem wspólnym lub dobrem wspólnoty. Świadomość społecznych współzależności jest fundamentem kultury Ibo. W przypadku osób terminalnie chorych cała wspólnota uczestniczy w ich cierpieniu; Ibo umierając nie czują się samotni, cierpienie członka społeczności nie jest jego indywidualnym problemem, ale dotyczy całej wspólnoty. Solidar-

⁵⁶ *Ibidem*, s. 255.

⁵⁷ *Ibidem*, s.256.

⁵⁸ *Ibidem*, s. 267.

⁵⁹ *Ibidem*, s. 267–268.

ność i współzależność objawia się także we wspólnotowej trosce o starszych i niedołączonych. Dbanie o nich jest sprawą lokalnej społeczności, która czuje się odpowiedzialna i solidarna z niegdyś żywotnym i pomocnym członkiem grupy, który na starość zasłużył sobie na odpoczynek i troskę ze strony bliskich. Opieka paliatywna należy do zadań wspólnoty, a jej poziom nie zależy wyłącznie od technicznej sprawności osób sprawujących bezpośrednią opiekę, ale od poziomu ich emocjonalnej dojrzałości, od poziomu ich człowieczeństwa⁶⁰. Będąc w starszym wieku lub będąc osobą niepełnosprawną, poczucie że jest się częścią wspólnoty jest ważniejsze dla dobrego samopoczucia niż podanie kolejnej kroplówki czy odpowiednich środków przeciwbólowych. Solidarność ma charakter egalitarny i inkluzywny. Dążenie do osiągnięcia zadowalającej jednostkę jakości życia jest nieistotne, jeśli pod uwagę bierze się poczucie solidarności z innymi ludźmi.

Kolejną wartością, jak i jednocześnie wyzwaniem, jest w Afryce sprawiedliwość, rozumiana także jako zrównoważona dystrybucja usług medycznych⁶¹. Mimo niezbywalnej wartości ludzkiego życia, a także solidarności, w praktyce afrykańskich społeczeństw, to właśnie sprawiedliwa dystrybucja dóbr, w tym usług medycznych, najbardziej zawodzi, co stanowi smutny i tragiczny paradoks. nierówności w dostępie do opieki medycznej są powszechne w Nigerii oraz w wielu innych afrykańskich państwach. Kultura Ibo uwzględnia indywidualne prawo własności wynikające z czyjejs ciężkiej pracy, jednak zakłada także dzielenie się dobrami w imieniu solidarności, tak aby każdy członek wspólnoty miał dostęp do podstawowego minimum opieki zdrowotnej⁶². W tym punkcie Onuoha zgadza się z Beauchampem i Childressem, którzy także postulują w ramach zasady sprawiedliwości, aby każdemu człowiekowi zapewnić minimum podstawowej opieki medycznej.

Istotnymi zagadnieniami w bioetyce afrykańskiej są nie tylko jej założenia teoretyczne i etyczne oraz wpływ „afrykańskiej kultury”, ale także zakres jej zainteresowań. Na Zachodzie debaty bioetyczne koncentrują się na transplantacji organów, komórkach macierzystych, matkach zastępczych wynajmujących swoje łona, albo eutanazji, natomiast w Afryce, zasadniczymi problemami są ograniczone środki, brak równomiernego, społecznego dostępu do opieki medycznej, sprawiedliwa dystrybucja usług medycznych⁶³. Onuoha, podobnie jak przedstawiciele bioetyki *ubuntu* oraz Jegede czy Azestop krytycznie odnosi się do pryncypializmu, w szczególności jego założeń dotyczących autonomii jednostki, którą uważa za etnocentryczną koncepcję zachodnią, nieadekwatną wobec afrykańskich realiów.

⁶⁰ *Ibidem*, s. 271

⁶¹ *Ibidem*, s. 273.

⁶² *Ibidem*, s. 274.

⁶³ *Ibidem*, s. 265.

Podsumowanie

Bioetyka w niektórych regionach świata implementowana jest niejako z zewnątrz; przedstawiciele bioetyk kulturowych uważają jednak, że w interesie państw postkolonialnych leży rozwijanie swoistej bioetyki, choć sam jej pomysł przyszedł z zewnątrz, z państw niegdyś kolonizujących. Mimo że między poszczególnymi koncepcjami bioetyk kulturowych występują różnice, wszystkie łączy to, iż zabezpieczenie żywotnych spraw świata postkolonialnego obejmować musi zagadnienia bioetyczne. Afrykańscy bioetycy poszukują więc złotego środka; z jednej strony podejmują ideę bioetyki, z drugiej próbują ją zintegrować z miejscowym, niezachodnim systemem kulturowym, albo nadać jej specyficzny lokalny charakter.

W Afryce Subsaharyjskiej mamy do czynienia z wytwarzaniem lokalności w rozumieniu nadanym jej przez Arauna Appaduraia, czyli kulturowej wspólnoty łączącej się tylko powierzchownie z geografiami fizyczną, a mającej charakter relacyjny i kontekstualny⁶⁴. Odwołując się do koncepcji Appaduraia, powiedzieć można, że afrykańscy bioetycy tworząc bioetykę afrykańską jako jakościowo odrębną od zachodniej lub globalistycznej, wytwarzają lokalność, czyli odwołują się do miejscowych wartości, obyczajów i wierzeń tworzących miejscową wspólnotę kulturową. Dzieje się tak zarówno w przypadku bioetyki Bantu, Ibo, jak i innych ludów. Niektóre z nich, jak bioetyka *ubuntu*, zmierzają do sformułowania szerszej ponadpaństwowej ideologii, jednak niepozbawionej zabarwienia etnicznego i językowego. Bioetyka *ubuntu* jest świadectwem redefiniowania tożsamości Bantu w kategoriach wewnętrznych, w oderwaniu od kolonialnych podziałów i linii demarkacyjnych między poszczególnymi krajami. Natomiast bioetyka Ibo stanowi raczej projekt specyficznej bioetyki konstruowanej w oparciu o lokalne tradycje i koncepcje życia, zdrowia, szczęścia i pomyślności, niż zinstytucjonowanej bioetyki czy odrębnej ideologii. Zauważyć można, że przedstawione w artykule przykłady różnią się nie tylko poszczególnymi rozwiązaniami (różnorodność poglądów na badania genetyczne i medyczne, a także eutanazję czy aborcję, np. aborcja w RPA⁶⁵ jest powszechnie dostępna, podczas gdy w Malawi jest nielegalna poza przypadkami zagrożenia życia matki), ale i historyczno-kulturowym dziedzictwem, do którego się odwołują i które aktywnie reinterpreterują, aby zastosować je do formułowania własnej, autonomicznej, niezależnej od Zachodu bioetyki. Mimo swej heterogeniczności, bioetyki afrykańskie stanowią wyraz reakcji na wpływy zachodnich koncepcji etyki lekarskiej i krytycznej recepcji tychże idei. A ich heterogeniczność świadczy o ich autonomiczności i próbie stworzenia alternatywy wobec automatycznego, bezkrytycznego przenoszenia wzorców amerykańskich

⁶⁴ A. Appadurai, *Nowoczesność bez granic. Kulturowe wymiary globalizacji*, przeł. Z. Pucek, Kraków 2005, s.263.

⁶⁵ A. van Niekerk, S.R. Benatar, *The Social Functions of Bioethics in South Africa*, [w:] *Bioethics Around the Globe*, red. C. Myser, Oxford 2011.

i zachodnich, opierających się na obcych kulturowo założeniach indywidualizmu i indywidualnie pojętej świadomej zgody. Elementem wspólnym zarówno bioetyki *ubuntu*, Ibo i innych omawianych ludów, jest podkreślanie wartości solidarności i sprawiedliwości społecznej oraz zasadniczej roli wspólnoty w podejmowaniu decyzji dotyczących działań, zabiegów okołomedycznych, a także relacyjne pojęcie osoby ludzkiej i odrzucenie pojęcia autonomii jednostki.

Dr Agata Strzdała, adiunkt w Katedrze Kulturoznawstwa i Folklorystyki Uniwersytetu Opolskiego. Badaczka kultur, zajmująca się komunikacją międzykulturową i relacjami między różnicami kulturowymi a konceptualizacją zagadnień bioetycznych.

Bibliografia

- Appadurai A., *Nowoczesność bez granic. Kulturowe wymiary globalizacji*, przeł. Z. Pucek, Kraków 2005.
- Azetsop J., *New Direction in African Bioethics: Ways of Including Public Health Concerns in the Bioethical Agenda*, "Developing World Bioethics", 2011, vol. 11, nr 1, s. 4–15.
- Beauchamp T., Childress J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, Oxford 2001.
- Jegede Ayodele S., *Culture and Genetic Screening in Africa*, "Developing World Bioethics", 2009, vol. 9, nr 3, s. 128–137.
- Lee Shui Chuen, *On Relational Autonomy. From Feminist Critique to Confucian Model for Clinical Practice*, [w:] *The Family, Medical Decision-Making, and Biotechnology*, red. Shui Chuen Lee, Dordrecht–London 2007.
- Mfutso-Bengo J., Masiye F., *Toward an African Ubuntu/umuntu Bioethics in Malawi in The Context of Globalization*, [w:] *Bioethics around the Globe*, red. C. Myser, Oxford 2011.
- van Niekerk A., Benatar S. R., *The Social Functions of Bioethics in South Africa*, [w:] *Bioethics Around the Globe*, red. C. Myser, Oxford 2011.
- Onuoha C., *Bioethics Across Borders. An African Perspective*, Uppsala 2007
<https://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:170174/FULLTEXT01.pdf>
- Nettleton S., *The Sociology of health and Illness*, Cambridge 2013.
- Potter Van R., *Bioethics Bridge to the Future*, New Jersey 1971.
- Piłaszewicz St., *Religie Afryki*, Warszawa 2000.
- Qiu Ren-Zong, *The Tension Between Biomedical Technology and Confucian Values*, [w:] *Cross-Cultural Perspectives on (Im)Possibility of Global Bioethics*, J. Tao Lai Po Wah red., London 2002.

- Singer P., *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, przeł. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Warszawa 1997.
- Stone L., *Pokrewieństwo i pleć kulturowa*, przeł. W. Rusakiewicz, Kraków 2012.
- Tan-Alora A., Lumitao J. M., *An Introduction to an Authentically Non-Western Bioethics*, [w:] *Beyond a Western Bioethics*, A. Tan-Alora, J.M. Lumitao red., Waszyngton 2001.
- Tao Lai Po-Wah J., *Confucian and Western Notion of Humans Need and Agency: Heath Care and Biomedical Ethics in The Twenty-First Century*, [w:] *Bioethics: Asian Perspectives*, red. Ren-Zong Qiu, London–Dordrecht 2003.
- <http://www.nyasatimes.com/malawi-christian-doctors-say-liberalizing-abortion-bill-must-fall/> [25.01.2016]