



Misje medyczne w protestantyzmie a problem ochrony zdrowia misjonarzy. Na przykładzie misji anglikańskich i prezbiteriańskich w I połowie XX wieku²

**Medical missions in Protestantism
and the issue of missionaries' health care.
The example of Anglican and Presbyterian mission
of the first half of the 20th century**

Słowa kluczowe: Protestantyzm, anglikanizm, prezbiterianizm, misje, misjonarze, medycyna, zdrowie

Key words: Protestantism, Presbyterianism, Anglicanism, missions, missionaries, medicine, health

Abstrakt

Prezentowany artykuł dotyczy rozwoju misji medycznych w protestantyzmie oraz regulacji dotyczących monitorowania i ochrony zdrowia misjonarzy. W artykule przedstawiono analizy materiałów stanowiących wyraz „misyjnej polityki zdrowotnej” w odniesieniu do dwóch organizacji misyjnych – Board of Foreign Missions of the Presbyterian Church in the United States oraz Church Missionary Society. Skoncentrowano się głównie na okresie międzywojennym, wówczas bowiem misje medyczne, po fazie dynamicznego rozwoju, musiały stawić czoła

¹ Dr hab. Marcin Rzepka, Instytut Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego.

² Artykuł został przygotowany w ramach projektu finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki o numerze UMO-2020/39/B/HS3/00920.

nowym wyzwaniom, takim jak nacjonalizm i rosnąca rola państw narodowych w promowaniu opieki zdrowotnej. Jako główne założenie przyjęto, że misje medyczne doprowadziły do rozwoju dwóch nurtów w protestantyzmie misyjnym. Pierwszy doprowadził do swoistej emancypacji medycyny w ramach protestantyzmu misyjnego, a w konsekwencji do powstania niezależnych misji, rozumianych bardziej jako przejaw działalności społecznej oraz humanitarnej. Drugi zaś do internalizacji medycyny poprzez rozszerzenie kompetencji misji medycznych zarządzanych przez poszczególne departamenty w celu monitorowania zdrowia misjonarzy.

Abstract

The article discusses the development of medical missions in Protestantism and the arrangements for monitoring and protecting the health of missionaries. Focusing on two missionary organizations, the Board of Foreign Missions of the Presbyterian Church in the United States and the Church Missionary Society respectively, the article analyses normative and ideological materials that constitute missionary health policy, concentrating mainly on the interwar period, when, after a phase of dynamic development, medical missions had to face new challenges, such as nationalism and the increasing role of nation-states in promoting health care. The assumption was made that medical missions led to the development of two trends in missionary Protestantism. The first led to a kind of emancipation of medicine within the mission, and consequently to forming independent missions, understood more as a manifestation of social activities and humanitarian action. The second led to the internalization of medicine by extending the competencies of medical missions managed by particular departments to monitor the health of missionaries.

Publikując w 1933 roku pracę „Jak daleko do najbliższego lekarza [How far to the nearest doctor]”, Edward Mills Dodd (1887-1967), pełniący wówczas obowiązki sekretarza ds. medycznych w Radzie Misji Zagranicznych Kościoła Prezbiteriańskiego w Stanach Zjednoczonych [Board of Foreign Missions of the Presbyterian Church in the United States, dalej jako BFMPC], podjął próbę wyjaśnienia specyfiki misji medycznych. Ponieważ sam przez pewien czas pracował jako lekarz-misjonarz w irańskim mieście Tabriz, jego praca ma charakter wspomnieniowy,

niewielko autobiograficzny, jednak w przeważającej mierze biograficzny. Koncentrował się bowiem na misjonarzach, którzy w ramach swoich obowiązków prowadzili szpitale misyjne w różnych regionach świata, w Azji, Afryce, Ameryce Łacińskiej. Przywołana książka oraz inne publikacje autorstwa Dodda (Dodd 1934; Dodd 1953), a zwłaszcza raporty i sprawozdania przeznaczone dla gremiów zarządzających aktywami misji, wywołują pytania o rozumienie misji medycznych w protestantyzmie, ich rozwój oraz specyfikę. Dodatkowo skłaniają do refleksji nad postrzeganiem misjonarza jako swoistego „kapitału misyjnego”.

Wywołane powyżej zagadnienia dotyczące rozwoju misji medycznych oraz szpitali misyjnych, jak również – pośrednio – regulacji związanych z pracą misjonarzy w warunkach wymagających szczególnej troski o ich zdrowie stanowią istotny problem badawczy podejmowany współcześnie przez historyków misji i antropologów (Choa, 1990; Grundmann 2008; Hardiman 2006, 5-57; Hardiman 2008; Kim 2020; Ratschiller Nasim 2023; Renshaw 2013; Walls 1982) oraz badaczy zajmujących się związkami między religią a medycyną z uwzględnieniem działalności misjonarzy protestanckich (Levin 2020, 45-61). Jest to również temat pojawiający się w pracach praktyków, często byłych misjonarzy, którzy skupiają się na zagadnieniach zdrowia psychicznego oraz obciążeniach wynikających z charakteru pracy misyjnej (Bonk et al. 2019; Rance 2021). Do tej ostatniej grupy należy zaliczyć Edwarda Dodda, z tym jednak zastrzeżeniem, że jego publikacje mają dziś wartość historyczną, dokumentującą głębokie zmiany, jakie zachodziły w protestantyzmie w odniesieniu do misji zagranicznych w pierwszej połowie XX wieku.

Prezentowany artykuł dotyczy zaledwie jednego aspektu związanego z funkcjonowaniem protestanckich misji medycznych, który można określić jako misyjna polityka zdrowotna. W mniejszym stopniu odnosi się on zatem do konkretnych rozwiązań wprowadzanych na polach misyjnych. Takie badania są dziś przedmiotem wielu szczegółowych studiów i opracowań (Clarke 1993; Hardiman 2006; Honarmand Ebrahimi 2023; Rzepka 2024). W przeciwieństwie do nich, niniejszy artykuł

koncentruje się na ideach towarzyszących rozwojowi misji medycznych, które stanowiły podstawę przygotowania programów dotyczących ochrony zdrowia misjonarzy. Przyjęto założenie, że rozwój działalności medycznej był powiązany ze wzrostem misyjnych specjalizacji, wymogiem większej konkurencyjności oraz skuteczności oferowanych usług, jak również zmiennością kontekstów społecznych i politycznych. Przy czym postulat efektywności działań misyjnych możliwy był do osiągnięcia tylko przy uwzględnieniu czynników środowiskowych wpływających na jakość pracy misjonarza, a tym samym na jego zdrowie.

Przedstawiony materiał dotyczy dwóch organizacji misyjnych, wspomnianej misji prezbiteriańskiej BFMPC oraz anglikańskiego Misyjnego Towarzystwa Kościelnego [Church Missionary Society, dalej jako CMS], które można uznać za reprezentatywne w odniesieniu do działań o charakterze medycznym zarówno ze względu na zasięg prowadzonych misji, posiadaną infrastrukturę medyczną, jak również politykę kadrową. Prezentowane analizy dotyczą tendencji rozwojowych oraz polityki zdrowotnej realizowanej przez wymienione organizacje w okresie międzywojennym, który charakteryzował się znaczną intensywnością w rozwoju misji medycznych oraz znaczącym wkładem protestantów w promocję idei ochrony zdrowia w wymiarze globalnym (Blevins 2019, 55-107). Okres ten kontrastuje z sytuacją po II wojnie światowej, gdy organizacje misyjne formułowały nową politykę misyjną starając się dostosować do zmiennych warunków politycznych w krajach objętych działalnością misyjną. Wówczas znaczenie misji medycznych, skoncentrowanych dotąd na prowadzeniu szpitali misyjnych i leczeniu, znacznie spadło. Dodatkowo zmiany społeczne i polityczne w poszczególnych państwach prowadziły do stopniowej marginalizacji misji protestanckich w sektorze opieki zdrowotnej. Należy również pamiętać o procesach zachodzących globalnie związanych z dekolonizacją oraz erozją systemu imperialnego, zaś – w odniesieniu do problemów zdrowia – z powstaniem Światowej Organizacji Zdrowia.

Analizując misyjną politykę zdrowotną, nie sposób pominąć zagadnień odnoszących się do profesjonalizacji oraz instytucjonalizacji protestanckiego ruchu misyjnego. Prowadziły one do wyodrębnienia misji specjalistycznych, początkowo związanych z edukacją oraz tłumaczeniami Biblii, później zaś z medycyną. Jednak formowanie się odrębnych misji skoncentrowanych tylko na medycynie było procesem powolnym, świadczącym o głębokich zmianach świadomościowych środowisk promujących misje zagraniczne oraz nowego podejścia do biomedycyny. Proces ten można badać w odniesieniu do zmian instytucjonalnych. W 1921 roku w ramach misji presbiteriańskiej wydzielono departament medyczny. Kierował nim Edward Dodd. W odniesieniu do misji anglikańskiej CMS powołanie odpowiedniej jednostki zajmującej się problematyką medyczną w ramach misji o charakterze pomocniczym – Medical Mission Auxiliary (dalej jako MMA) nastąpiło pod koniec XIX wieku. Tak wyszczególnioną jednostką misyjną kierowali Herbert H. Lankester, John Cook, później Harold G. Anderson. Prace, raporty, sprawozdania czy też oświadczenia autorstwa wymienionych sekretarzy – Dodda, Lankeстера, Cooka, Andersona – odzwierciedlają etapy kształtowania się misyjnej polityki zdrowotnej. Świadczą też o głębokich przeobrażeniach w rozumieniu misji oraz zdrowia misjonarzy, których manifestację znajdujemy również w prasie specjalistycznej dedykowanej problematyce misji medycznych „Mercy and Truth”, „Preaching and Healing” oraz „The Mission Hospital”.

1. Protestantki ruch misyjny i medycyna

Rozwój misji medycznych w protestantyzmie odpowiadał zmianom dokonującym się w środowiskach protestanckich oraz przemianom w obrębie samej medycyny. Misje zagraniczne pozwalały „testować” różne metody działania oraz służące im technologie, a także modyfikować i usprawniać te, które okazały się nieprzydatne. W konsekwencji dynamika misyjna protestantyzmu skłaniała do rewizji idei misji przy

jej jednoczesnym uspołecznieniu, a nawet upolitycznieniu, co widoczne było z różnym natężeniem w Wielkiej Brytanii oraz w Stanach Zjednoczonych (Maughan 2014; Porter 2004). Należy również zwrócić uwagę na wzajemność oraz współzależność rozwoju religijnego i społecznego przejawiającego się w postępach w dziedzinie medycyny, którym towarzyszyło konstruowanie autorytetu lekarza bądź przez włączanie medycyny w dyskurs religijny, bądź przez ureligijnienie praktyki medycznej (Imber 2008). Ogromne znaczenie miały wprowadzane akty normatywne dotyczące praktyki medycznej, jak na przykład „Medical Act” z 1858 roku w Wielkiej Brytanii (Cook 2013, 203) oraz – w Stanach Zjednoczonych – proces standaryzacji nauczania medycznego (Ramsden 2013). Oczywiście w przypadku protestantyzmu obserwujemy ogromne zróżnicowanie postaw względem medycyny, wynikające tyleż z odmiennych uwarunkowań kulturowych, społecznych, prawnych, co z interpretacji kluczowych dla określonych nurtów chrześcijańskich doktryn. W odniesieniu do omawianych organizacji misyjnych zasadnym jest wprowadzenie kilku przynajmniej uwag na temat postrzegania medycyny w prezbiterianizmie oraz anglikanizmie.

Kenneth Vaux (Vaux 1984, 14) analizując stosunek do medycyny w prezbiterianizmie, przywołuje teologię przymierza [*covenant theology*]. Dowodzi, że tradycja reformowana, zwłaszcza w wydaniu Jana Kalwina, ma charakter „ziemski”, to znaczy sprawy człowieka traktuje poważnie, a dzięki dynamicznemu rozumieniu Bożej woli w procesie pojednania i transformacji świata, które to należy do obowiązków chrześcijanina, warunkuje pozytywny stosunek do wiedzy, pośrednio zaś do medycyny (Smylie 1998, 214).

Transformacyjny wymiar prowadzonych misji zagranicznych przejawia się w wykorzystaniu osiągnięć medycznych rozumianych jako współczesny dar uzdrawiania. Vaux (Vaux 1984, 121) wskazuje jednak na praktykowanie medycyny wśród członków Kościołów reformowanych zanim została ona „zsekularyzowana”. Thomas J. Kessler, praktykujący lekarz i prezbiterianin, przekonuje, że tradycja reformowana

„jest najbardziej biblijną reprezentacją natury uzdrowienia” (Kessler 2022, 8). Uzdrowienie zostało zinterpretowane w duchu empirycznych nauk medycznych (farmacji, psychiatrii, chirurgii, pielęgniarstwa), medycyna zaś stała się narzędziem boskiego działania. Uznając zawód lekarza za powołanie, presbiterianie dostrzegali szereg podobieństw w pracy duchownego i lekarza, co z pewnością wpływało na podejście do działań misyjnych zorientowanych na praktykę medyczną. Jest to dość dobrze widoczne w odniesieniu do szkockich presbiterian (np. Davida Livingstona), których z powodzeniem można uznać za pionierów protestanckich misji medycznych (Levin 2020, 49).

John E. Booty (Booty 1998, 240) w swoich analizach dotyczących relacji między medycyną a anglikanizmem dowodzi związków reformacji angielskiej z „północnym renesansem”, stwierdzając, że odrodzeniowa i postępową myśl reformatorów nakazywała odrzucić ludowe przesady o demonicznym pochodzeniu chorób oraz ponadnaturalne środki, które miałyby człowieka od nich uwolnić. Jednocześnie rozumienie uzdrowienia oraz choroby określała „Book of Common Prayer”, księga, która w istocie kształtowała tożsamość anglikańską. Modyfikacje oraz jej uaktualnienia stanowić mogą przejawy zmieniających się postaw względem problemów związanych z leczeniem. Cynthia B. Cohen (Cohen 2002) natomiast akcentuje podejście kazuistyczne [*casuistical divinity*] jako jedną z cech tradycji anglikańskiej, która, jej zdaniem, zakłada konieczność badania określonych przypadków w kontekście ich występowania i interpretowania oraz w odniesieniu do kolegialnych prób ustalenia odpowiedniego stosunku Kościoła anglikańskiego wobec palących problemów, w tym oczywiście medycznych. Wyrazem takiego podejścia może być deklaracja uczestników spotkania biskupów w Lambeth Palace w 1930 roku, że człowiek chory nie może oczekiwać od duchownego tego, co może uzyskać od lekarza czy chirurga (Booty 1998).

Warto przywołać również postać Johna Wesleya, który sprzeciwiał się korzystaniu z medykamentów i forsował naturalistyczną koncepcję leczenia. Pogląd, że wystarczy „czysto żyć”, aby zachować zdrowie,

stanowiący kwintesencję jego pracy „Primitive Phisick” został przejęty przez misjonarzy anglikańskich (choć nie tylko) i znacząco wpłynął na promocję zasad higieny w tych społecznościach, do których skierowane były misje.

Na najbardziej ogólnym poziomie misje można uznać za praktykę dyskursywną, której efektem były kulturowe reprezentacje społeczności pozaeuropejskich oraz dominujących wśród nich systemów wierzeń. Jednym z przejawów waloryzacji innych były sposoby leczenia. Esme Cleall analizując stosunek misjonarzy brytyjskich do rdzennych mieszkańców Afryki oraz Indii, stwierdza, że „misyjne myślenie zarówno o chorobie, jak i medycynie przyczyniło się do konstruowania Afrykanów, jak również Hindusów jako innych” (Cleall 2012, 76). Cleall ukazuje proces włączenia medycyny w politykę Imperium, a rosnące zainteresowanie medycyną wśród misjonarzy widzi jako rezultat zaufania społeczeństw zachodnich do biomedycyny w XIX wieku. Trudno jednak zaprzeczyć, że misje wprowadzały nowy impuls teologiczny i hermeneutyczny.

Misje medyczne promowały nową jakość pracy oraz nowy typ chrześcijańskiego humanitaryzmu (Levin 2020, 49-50). Za pierwszą misyjną organizację o charakterze medycznym należy uznać Edynburskie Medyczne Towarzystwo Misyjne [Edinburgh Medical Missionary Society, dalej EMMS] powstałe w 1841 roku w Edynburgu (Hardiman 2006, 12-13). W wymiarze formalnym i strukturalnym organizacja ta miała wpływ na formowanie się agend misyjnych dedykowanych medycynie w anglikanizmie oraz prezbiterianizmie amerykańskim. Stosunkowo długo trwały debaty poświęcone obowiązkom lekarza-misjonarza oraz rozumieniu misji medycznych w relacji do działań ewangelizacyjnych. John Lowe (Lowe 1886, 14), sekretarz EMMS w latach osiemdziesiątych XIX wieku, przekonywał, że działalność Jezusa i apostołów stanowiła pierwszą formę misji medycznych. Jego zdaniem lekarz-misjonarz miał obowiązek głoszenia Ewangelii, jednakże robił to, wykonując dobrze swój zawód. Potrzebował jednak odpowiedniego przygotowania

oraz znajomości medycyny – Lowe zwracał uwagę głównie na wiedzę w zakresie medycyny tropikalnej. Od końca XIX wieku w publikacjach poświęconych misjom medycznym pojawiało się coraz więcej „technicznych” informacji dotyczących pracy lekarza-misjonarza oraz zasad organizowania i prowadzenia szpitala misyjnego. Mogą one świadczyć o stopniowym wprowadzaniu formalnych rozwiązań w zakresie misyjnej praktyki medycznej.

W zasadzie aż do drugiej połowy XIX wieku medycyna nie miała większego wpływu na anglikańskie towarzystwa misyjne. Wynikało to głównie z powolnej profesjonalizacji zawodów medycznych, o czym może świadczyć fakt, że w pierwszej połowie XIX wieku trudno było odróżnić medyka od praktykującego uzdrowienie duchownego. Ta płynność zawodów znacząco wpływała na postrzeganie medycyny oczywiście przed wprowadzeniem procedur standaryzujących praktykę lekarską (wspominany „Medical Act”). Henry Venn jako sekretarz CMS w 1861 roku odradzał misjonarzom naukę medycyny. Jeśli pojawiali się na polach misyjnych lekarze, to raczej w celu zadbania o zdrowie misjonarzy oraz ich rodzin. Dwie dekady później William Gray, sekretarz CMS argumentował, że uzdrowienie powinno być jednym z aspektów ewangelizacji, a nie tylko środkiem niesienia pomocy. Chociaż dowodził pośredniości działań o charakterze medycznym, to jednocześnie uznawał je za wartościowe. Można zatem uznać, że oznaczało to zmianę optyki, która w konsekwencji prowadziła do wzrostu liczby misjonarzy-lekarzy. W 1852 roku na misjach było zaledwie 13 lekarzy, zaś w 1900 ich liczba wyniosła 650 (Booty 1998, 253). Wzrost liczby lekarzy pracujących na misjach należy również wiązać ze zmianami społecznymi. W Wielkiej Brytanii dobroczynność oraz motywowana religijnie pomoc dla biednych wpływała na koncepcję „misji medycznych”, które zakładane były w miastach, oraz na ideę podobnej pracy podejmowanej poza granicami (Heasman 1964). Z drugiej strony większa aktywność kobiet na misjach wiązała się właśnie z praktyką medyczną (Francis-Dehqani 2000, 142-171; Maughan 2014, 211). Na ten aspekt

zwraca uwagę Dana Robert (1996, 166), analizując wzrost znaczenia kobiet w przedsięwzięciach misyjnych w Stanach Zjednoczonych, gdzie, w przeciwieństwie do Wielkiej Brytanii, idea misji medycznych przyjęła bardziej konkretną postać nieco wcześniej.

W 1835 roku Peter Parker – amerykański presbiterianin i pierwszy misjonarz medyczny w Chinach – założył w Kantonie szpital. Akt ten uważany był za formalny zwrot w kierunku prowadzenia bardziej sformalizowanych działań skoncentrowanych na leczeniu (Choa 1990, 22-24; Renshaw 2013, 15). Założenie szpitala w Kantonie nie wywołało znaczących zmian w amerykańskim protestantyzmie misyjnym, wpłynęło jednak na instrumentalizację medycyny (Blevins 2019, 28). Za punkt zwrotny w historii misji medycznych należy uznać podróż Parkera do Edynburga w 1841 roku i kontakt ze środowiskiem lekarzy, chirurgów. Skutkowała ona powstaniem wspomnianego już towarzystwa Edinburgh Medical Missionary Society (Elmslie 1874, V), którego celem stała się promocja oraz wsparcie misji medycznych bez względu na przynależność konfesyjną misjonarzy. Istotnie, jednym z etapów rozwoju misji medycznych był ich ekumeniczny charakter.

Church Missionary Society planując rozwój misji w Pendżabie we wczesnych latach sześćdziesiątych XIX wieku, zwróciło się do misji edynburskiej z prośbą o wysłanie pracownika. Rekomendację otrzymał William Elmslie, presbiterianin. Wkrótce po tym rozpoczął on pracę z Church Missionary Society i prowadził szpital w Kaszmirze. W tym czasie CMS zaczęło intensywnie rozwijać lokalne stacje medyczne w ramach istniejących misji oraz promować pracę w szpitalach oraz ambulatoriach misyjnych. Rezultatem tych działań było zorganizowanie „misji pomocniczej” Medical Mission Auxiliary, która miała koordynować prace w zakresie medycyny oraz pozyskiwać fundusze. Herbert H. Lankester, jeden z twórców MMA oraz jej sekretarz, przekonywał, że „lekarze-misjonarze pracujący dla Towarzystwa są przede wszystkim ewangelistami, ale wykorzystują swoją wiedzę medyczną oraz chirurgiczną w celu uzyskania łatwego dostępu do serc i domostw

ludzi” (Lankester 1892, 3). Wciąż jednak tego typu misje postrzegane były jako dodatek do „właściwych” działań misyjnych skoncentrowanych na ewangelizacji. W jakimś sensie stanowiły one jednak impuls do intensyfikacji działań misyjnych, dając nadzieję, że finalnie okażą się one skuteczne, czyli przyczynią się do upowszechnienia chrześcijaństwa.

Gwałtowny rozwój medycyny w XIX wieku stanowił niewątpliwie dla protestantów wyzwanie i prowadził do redefiniowania relacji między ewangelizacją a medycyną. Można zatem przyjąć, że o stosunku protestantów do medycyny decydowały zmiany zachodzące w sposobach leczenia oraz postępująca profesjonalizacja zawodu lekarza, której towarzyszył postęp w dziedzinie anestezjologii, chirurgii, użycie stetoskopu oraz aparatów rentgenowskich (Moorshead 1926, 40). Po I wojnie światowej osiągnięcia w zakresie medycyny stały się elementem misyjnej codzienności. Świadczą o tym publikacje z tego okresu, towarzyszące im wezwania do większej ofiarności oraz apele o środki potrzebne na pracę medyczną. William McAdam Eccles, chirurg, presbiterianin oraz popularyzator wiedzy o misjach medycznych w pierwszym numerze pisma „The Mission Hospital” z 1922 roku przedstawił wymagania, jakim powinien sprostać szpital misyjny:

Szpital misyjny musi być wyposażony we wszelkie środki do nowoczesnego diagnozowania i leczenia chorób oraz urazów. Dobrzy lekarze i pielęgniarki mają za sobą bardzo kosztowne szkolenie (koszt wykształcenia lekarza wynosi 1000 funtów, zaś pielęgniarki 400 funtów), które pozwala im dobrze zarabiać w kraju, a kiedy ktoś taki udaje się na misję, z pewnością godzien jest zapłaty. Wyposażenie szpitala misyjnego w najnowocześniejsze sterylizatory i wydajną aparaturę rentgenowską kosztuje, jednak wydane pieniądze zwracają się stukrotnie dzięki uldze, jaką taki sprzęt przynosi w cierpieniu i leczeniu chorób (Eccles 1922, 10).

Eccles koncentrował się na wyposażeniu oraz finansach związanych z prowadzeniem szpitala. Już sam ten fakt dowodził istotnej zmiany, jaka zaszła w myśleniu o misjach medycznych. Nie były one postrzegane jako dodatkowa działalność, lecz w pełni niezależna forma aktywności

misyjnej wymagająca odpowiednich środków oraz sprzętu, który faktycznie decydował o jakości świadczonych usług. Medycyna stanowiła zatem najbardziej „świecki” komponent misji, nie sposób było jej w pełni podporządkować – jak na przykład edukacji – wymogom ewangelizacyjnym (Gleeson 1993, 137). Charakterystyczne jest jednak to, że była ona postrzegana jako narzędzie oddziaływania społecznego, wymuszając przy tym nowe spojrzenie na misję oraz lekarza pracującego na misjach. Henry T. Hodgkin, kwakier pracujący jako lekarz-misjonarz w Chinach, dał temu wyraz twierdząc, że „[misjonarz medyczny] zajmuje szczególne miejsce w tworzeniu nowego porządku społecznego w krajach niechrześcijańskich.” (Hodgkin 1919, 27). Stwierdzenie Hodgkina odpowiada zmianę strategii prowadzenia misji medycznych oraz ponowną próbę określenia programu misji medycznych wraz z misyjną polityką zdrowotną w okresie międzywojennym. Miała ona obejmować szereg aspektów praktycznych oraz uwzględniać czynniki społeczno-kulturowe. Podkreślano: 1) Potrzeby krajów, w których prowadzone były misje medyczne. Postrzegano je jako konieczność ze względu na słaby stan rozwoju medycyny w krajach misyjnych oraz niskie standardy sanitarne. 2) Możliwości tkwiące w prowadzeniu praktycznych działań na rzecz poprawy jakości zdrowia. Zakładano, że misje medyczne będą mogły być prowadzone w miejscach, gdzie inne aktywności zostały wstrzymane. 3) Społeczny wymiar misji przejawiający się w tym, że medycyna misyjna wprowadzała zasadę równości, promowała rozwój szkolnictwa (medycznego, głównie w odniesieniu do pielęgniarstwa). Medycyna misyjna – w założeniu – prowadziła do poprawy jakości życia. 4) Psychologiczny aspekt misji medycznych wraz z postulatem, że misje miały przyczynić się do formowania pamięci społecznej, kulturowej, miały prowadzić do zmiany mentalności.

2. Misyjna polityka zdrowotna: idea i praktyka

Formowanie zasad dotyczących prowadzenia misji medycznych odpowiada etapowi profesjonalizacji pracy misjonarzy-lekarzy oraz

powstaniu określonych jednostek, komitetów, departamentów mających na celu zarządzanie wszelkimi sprawami związanymi z działalnością medyczną oraz – co stanowiło pewne *novum* – monitorowaniem zdrowia misjonarzy. W przypadku CMS taką funkcję pełniło Medical Mission Auxiliary, zorganizowane w 1891, zaś w odniesieniu do misji prezbiteriańskiej BFMPC – departament medyczny [Medical Department] utworzony w 1921 roku. Kierujący tą jednostką Dodd określił priorytety w odniesieniu do trzech aspektów: 1) zdrowia pracowników, 2) rekrutacji i formacji pracowników medycznych, oraz 3) współpracy w zakresie medycyny na polach misyjnych (Dodd 1934, 78). Dodd osobiście angażował się w działania mające na celu popularyzację oraz promocję misji medycznych. Postrzegał je – podobnie jak wielu innych teoretyków i praktyków misji medycznych w tym czasie – jako przejaw ewangelicznego chrześcijaństwa i niezbędny element wszelkich misji chrześcijańskich. Jego zdaniem praca misjonarzy medycznych powinna być opierać się na czterech podstawach: leczeniu, nauczaniu, zapobieganiu chorobom oraz „odkrywaniu”, czyli innowacyjności (Dodd 1955). Znamienne jest to, że w podobnym duchu wypowiadali się przedstawiciele MMA. W raporcie komisji medycznej opublikowanym w 1939 roku przedstawiono następujące rozumienie misji medycznych:

Misje medyczne opierają się na czterech zasadach i ich różnych funkcjach, które można sklasyfikować i określić jako: Służba Słowa, Służba Uzdrowienia, Służba Nauczania, Służba Społeczna. Każda z tych aktywności w szpitalu ma prawdziwie ewangelizacyjny charakter. Szpital misyjny jest zatem domem Boga, miejscem uzdrawiania chorych, szkołą dla niewiedzących i schronieniem dla potrzebujących oraz nieszczęśliwych (*Report of the Medical Commission* 1939).

Raport miał dość duże znaczenie w formowaniu praktycznych zasad prowadzenia misji medycznych (Editorial 1939). Działalność misyjną umieszczono w kontekście politycznym, odnosząc ją do brytyjskiej polityki imperialnej – zwłaszcza w Indiach – sprzyjającej rozwojowi inicjatyw medycznych. Z drugiej jednak strony raport wskazywał

na zmiany społeczne i kulturowe w krajach misyjnych, które stopniowo prowadziły do większej aktywności lokalnych władz w zakresie medycyny, powodując tym większą konkurencyjność usług medycznych. Dostrzegano zatem konieczność modyfikacji prowadzonych działań, a zwłaszcza rewizji dotychczasowych poglądów dotyczących funkcjonowania szpitala misyjnego:

...w niektórych przypadkach rozwój szpitali rządowych może prowadzić do ponownego rozważenia przez misję specjalnej sfery działalności szpitala misyjnego. Działalność szpitala misyjnego nie może być oddzielona od rozwoju społecznego i politycznego krajów, w których szpitale te działały (*Report of the Medical Commission 1939*, 4).

Wspomniany raport miał na celu zidentyfikowanie oraz zdefiniowanie najbardziej istotnych problemów przy jednoczesnej próbie określenia tendencji rozwojowych misji medycznych. Niezwykle ciekawe wydają się dążenia do umieszczenia misji w kontekście zmian religijnych wywołanych działalnością ewangelizacyjną. Autorzy raportu, nieco idealistycznie, upatrywali początku misji medycznych w działalności Abdul Masiha, muzułmanina z Indii, który miał przyjąć chrześcijaństwo w wyniku działań Henry'ego Martyna w pierwszej dekadzie XIX wieku (*Report of the Medical Commission 1939*, 7). Wydaje się to interesujące właśnie ze względu na wprowadzenie medycyny w obszar rdzennej kultury, reprezentowanej przez konwertytów. Istotnie jednak, jak dowodzą sugestie Johna Cooka, ostatecznym celem misji medycznych było ich „ulokowanie”. Cook dowodził, że pierwszy etap rozwoju misji medycznych wiązał się z obecnością na misjach lekarzy, których zadaniem było wspieranie oraz leczenie misjonarzy. Następnym etapem było organizowanie pracy medycznej – w przypadku CMS pierwszym obszarem tego typu pracy był Kaszmir – a później rozwinięcie podobnej działalności w innych miejscach oraz współpraca z innym towarzystwami. Zwieńczeniem tych aktywności miało być powstanie szpitala misyjnego jako jednostki koordynującej wszelkie działania w zakresie pomocy medycznej oferowanej miejscowej ludności. Szpital misyjny

miał jednocześnie reprezentować ideał misji medycznych, czyli „wymianę kadr” – zastąpienie lekarzy-misjonarzy lekarzami reprezentującymi lokalną społeczność. Ten ostatni okres w rozwoju misji medycznych Cook nazwał „erą szpitala”. Nie był to jednak stan rozwoju charakterystyczny tylko dla misji, gdyż zakładanie szpitali było naturalną konsekwencją procesów modernizowania opieki zdrowotnej inicjowanej przez rządy poszczególnych państw. W podobny sposób Edward Dodd rozumiał rozwój misji jako przejście od pionierskich i indywidualnych inicjatyw lekarzy po organizację szpitala, który dawał możliwość edukowania oraz rozwinięcia sieci współpracy między różnymi misjami. Logicznym zakończeniem misji miało być przekazanie pracy w ręce miejscowych lekarzy (Dodd 1955). To zaś oznaczało, że misją szpitala misyjnego – podkreślano to w raportach okresu międzywojennego – było nauczanie. W praktyce oznaczało to przede wszystkim zakładanie szkół dla pielęgniarek.

Jak wspomniano, okres po I wojnie światowej oznaczał wzrost znaczenia medycyny w przedsięwzięciach misyjnych podejmowanych przez protestantów globalnie. Przejawiało się to w implementowaniu odpowiednich regulacji związanych z pracą medyczną. Tworzyły one zaczątek polityki zdrowotnej, która nabierała kształtu w czasie negocjacji między różnymi instytucjami odpowiedzialnymi za misje zagraniczne. Powołanie odpowiednich jednostek, departamentów, komitetów dowodziło konieczności uregulowania wszelkich spraw związanych z prowadzeniem misji medycznych oraz zdrowiem misjonarzy.

John Cook opierając się na doświadczeniach w pracy w CMS, dowodził, że na początku lat trzydziestych XX wieku sformułowano po raz pierwszy zasady polityki misyjnej w odniesieniu do działań medycznych, uznając je za integralną część pracy Kościołów (Cook 1935). W kolejnych latach misjonarze oraz pracownicy związani z CMS starali się doprecyzować i uszczegółowić przyjęte wstępnie rozwiązania. Wydaje się, że za najbardziej reprezentatywny tekst w zakresie polityki medycznej można uznać raport „The Health of the Whole Man. Third Jubilee

Statement on Medical Mission Policy”, opublikowany w 1948 roku. Harold Anderson, pełniący obowiązki sekretarza medycznego (Barkley 1939), w krótkim wprowadzeniu informował, że ze względu na fakt, że tekst mógł wydawać się nieco akademicki dla odbiorców, konieczne stało się umieszczenie go w nieco szerszym kontekście. Anderson przywołał raporty przygotowywane przed wybuchem II wojny światowej, dowodząc, że wyrażone w nich stanowisko odpowiadało tendencjom, jakie pojawiły się w protestanckim ruchu misyjnym (Anderson 1948). Wskazywał on pośrednio na tendencje unifikacyjne w ruchu misyjnym, zwłaszcza te odnoszące się do problematyki zdrowia i medycyny, które trudno było uznać za wynik partykularnych stanowisk, czy też doktryn poszczególnych Kościołów. Raport „The Health of the Whole Man” miał wyjątkowe znaczenie dla rozumienia misji medycznych jako działalności o charakterze humanitarnym w zmieniających się warunkach społeczno-politycznych. Anderson tłumaczył, że:

...nacisk położony na zdrowie nie oznacza, że nasza praca w zakresie leczenia zostanie zastąpiona przez medycynę prewencyjną. *Statement* podkreśla potrzebę większej równowagi, głębszego zrozumienia faktu, że misje medyczne mają na celu uczynienie człowieka kompletnym, a nie tylko leczenie nieuniknionych skutków jego ignorancji, głupoty lub nieszczęścia (Anderson 1948, 3).

Wezwanie do zachowania równowagi rozumiał on jako próbę rzeczywistego oszacowania potrzeb w odniesieniu do możliwości, jakie posiadały misje. Ponadto w raporcie pojawiło się szereg praktycznych wskazówek, które można było wykorzystać w pracy misyjnej. Znamienne jest również to, że w raporcie zwrócono uwagę na zmiany zachodzące w opiece medycznej w okresie po zakończeniu II wojny światowej, zwłaszcza zaś powołanie w Wielkiej Brytanii National Health Service jako przejaw nowego podejścia do leczenia oraz postrzegania pacjenta w jego otoczeniu społecznym. Miało to oczywiście skłaniać do refleksji nad specyfiką oraz potrzebą prowadzenia misji medycznych, a także nad możliwymi polami

współpracy z instytucjami rządowymi. Ten aspekt wydawał się dość istotny, o czym może świadczyć stwierdzenie dotyczące koniecznych zmian wynikających z przemian społecznych i politycznych: „obecna era misji medycznych dobiega końca, gdyż rządy i inne organizacje przejmują większą odpowiedzialność za zdrowie i dobrostan w tych rejonach, w których niegdyś misje prowadziły działalność pionierską” (Anderson 1948, 22). Ton nieuchronnego końca pewnej epoki w dziejach misji pobrzmiwał również w raportach prezbiteriańskich z tego okresu. Raport zatytułowany „Recommendations of Medical Sub-Committee on Advance in Medical Work” z 1947 roku wskazywał na konieczność zmierzenia się z wyzwaniami wynikającymi z rozwoju medycyny oraz tymi będącymi następstwem zmian politycznych:

Nauki medyczne zmieniają się i rozwijają bardzo szybko, by nie powiedzieć oszałamiająco. Nie ma takiej przestrzeni w naszej pracy, w której nie musielibyśmy nadążać za dokonującymi się zmianami. Narody i rządy, wśród których pracujemy, są zaznajomione z medycyną jak nigdy dotąd. Jeśli nie pójdziemy mocno do przodu, zostaniemy wyprzedzeni zarówno przez nich, jak i przez świat medycyny naukowej (Medical Sub-Committee 1947).

Podobnie jak w przypadku misji anglikańskich, ocena możliwości działań misyjnych prezbiterian wynikała z wcześniejszych badań i obserwacji. W tym sensie, polityka zdrowotna formowana po II wojnie światowej miała swoje źródło w okresie wcześniejszym, a jej kształt określały „bezprecedensowa unifikacja i intensyfikacja życia narodowego” w krajach od Turcji po Chiny oraz powstanie „narodowych programów zdrowia” (Medical Department 1938). Sytuacja polityczna i społeczna wymuszała zatem poszukiwanie nowych sposobów wdrażania programów zdrowotnych, które nie tylko pozwalały na kontynuowanie już rozpoczętej pracy, lecz także dawałyby możliwość konkurencyjności z programami rządowymi. Za konkurencyjne uznawano wówczas kompleksowe programy wiejskie, nauczanie w zakresie zdrowia publicznego,

położnictwo i pielęgniarstwo, przeciwdziałanie gruźlicy oraz psychiatrię (Medical Department 1938). Ich realizacja wymagała jednak znacznego przygotowania kadrowego jak również finansowego.

W świetle tych raportów oraz rozwoju wyspecjalizowanych departamentów odpowiadających za medycynę należy zadać pytanie o to, w jakim zakresie polityka zdrowotna obejmowała samych misjonarzy oraz jak zmieniał się stosunek wobec misjonarzy-lekarzy czy też lekarzy, którzy pracowali jako misjonarze.

3. Misje medyczne i zdrowie misjonarzy

Nakreślone powyżej etapy kształtowania misji medycznych oraz towarzyszące im zasady, cele oraz priorytety składające się na politykę medyczną misji protestanckich dowodzą zmienności kontekstów, w jakich misje się rozwijały. Zasadniczo, można wyróżnić cztery determinanty polityki dotyczącej zdrowia i medycyny cechujące towarzystwa misyjne: 1) rozwój nauki, 2) rozwój technologii, 3) proces instytucjonalizacji oraz profesjonalizacji działań misyjnych, 4) zmiany społeczne oraz polityczne zachodzące w krajach, w których prowadzono działalność, przy czym nacjonalizm był jednym z głównych czynników wskazywanych przez misjonarzy.

Warto podkreślić nasilające się od końca XIX wieku procesy profesjonalizacji działań misyjnych, których przejawem było nie tylko powstanie wyspecjalizowanych komitetów, czy też departamentów zajmujących się sprawami związanymi z medycyną, lecz także przyjęcie zobiektywizowanych kryteriów pozwalających na ocenę pracy oraz jej efektów. Taką odpowiedzialność brały na siebie departamenty medyczne i administrujący nimi sekretarze. Jeden z nich, przywoływany już wielokrotnie Edward Dodd, zwracał uwagę na praktyczny aspekt takich działań, pytając, czy „misjonarz mający problemy z ciśnieniem może wrócić do pracy w Chinach?” (Medical Department 1940, 2). Takie pytanie prowadziło nieuchronnie do innych zagadnień związanych ze zdrowiem misjonarzy, jak chroniczne migreny, menopauza czy rekonwalescencja

po chorobie nowotworowej. Mając na uwadze fakt, że towarzystwa ubezpieczeniowe domagały się pełnych danych dotyczących misjonarzy udających się na misje, podobne pytania stawiano również w procesie rekrutacji kandydatów. Pytanie, czy kandydat na misjonarza jest jednocześnie kandydatem „do załamania nerwowego” (Medical Department 1940, 3), jest istotne nie tylko ze względu na troskę o przyszłego pracownika, lecz także na okoliczności, w jakich mogło być wypowiedziane. Podkreślimy, że to czas powstania wyspecjalizowanych departamentów (BFMPC) i jasno określonej polityki misji w zakresie medycyny (MMA) przypadający na okres międzywojenny. Charakteryzował się on znaczącym rozwojem misji medycznych w pierwszym okresie oraz koniecznością przeformułowania celów i metod działania w okresie tuż przed wybuchem II wojny światowej. Należy mieć na uwadze również postulat „większej równowagi” w zakresie celów i możliwości, a także pragmatyki, wynikających z odmiennych uwarunkowań kulturowych i politycznych w krajach, w których misje były prowadzone. Zatem konieczność zagwarantowania opieki i wsparcia (również finansowego) misjonarzom oraz ich rodzinom musiało prowadzić do uwzględniania osiągnięć medycyny we wszelkich planach misyjnych. A tym samym stosunek do medycyny – dotyczy to wszystkich Kościołów prowadzących pracę misyjną – warunkowała sytuację misjonarzy na polach misyjnych oraz czynniki ekonomiczne. Oczywiście koncentracja na życiu misjonarzy była wyrazem racjonalizacji działań, których powodzenie zależało właśnie od ich zdrowia i życia. Z perspektywy towarzystw misyjnych istotne było nie tylko wysyłanie pracowników na misje, lecz także zrozumienie zagrożeń zdrowotnych, jakie mogły ich spotkać w miejscu ich pracy. Raporty dotyczące śmiertelności misjonarzy wymuszały konieczność podjęcia określonych działań związanych z organizacją pracy misyjnej. Postulaty gromadzenia takich danych pojawiają się wcześniej niż formalne rozwiązania w zakresie opieki zdrowotnej misjonarzy (Willey 1873), choć oczywiście rozwinięte programy przypadają na okres po I wojnie światowej. Wiąże się to ze wspomnianymi wcześniej

procesami instytucjonalizacji oraz profesjonalizacji misji medycznych, którym towarzyszyły prace badawcze, statystyczne i analityczne.

W 1933 roku ukazała się praca Williama G. Lennox'a „The Health and Turnover of Missionaries”. Autor mający doświadczenie w pracy jako lekarz misyjny znany był już ze swoich badań poświęconych zdrowiu misjonarzy pracujących w Chinach (Lennox 1920). Co ważne, praca nie była finansowana przez towarzystwa misyjne, lecz przez Instytut badań Społecznych i Religijnych [The Institute of Social and Religious Research], który powstał w Nowym Jorku w 1921 roku jako inicjatywa Johna R. Motta, Charlesa Watsona oraz Johna Rockefellera, juniora (Fisher 1934, 6). Celem tej instytucji było promowanie współpracy między różnymi denominacjami protestanckimi wraz z możliwością finansowania inicjatyw badawczych w celu tworzenia wiedzy (Fisher 1934, 9). Inicjatywa ta odzwierciedlała również tendencje unifikacyjne i ekumeniczne w protestantyzmie amerykańskim.

Wyjaśniając ideę badań, Lennox zwrócił uwagę na znaczną liczbę towarzystw oraz komitetów misyjnych, uznając, że misje zagraniczne stanowią największy „przemysł” filantropijny, a przy tym sugerował, że misjonarz „sprzedaje siebie, sam jest towarem” (Lennox 1933, 9). Miał świadomość, że jego badania, aby faktycznie miały znaczenie, powinny opierać się na twardych danych podchodzących z jednej strony z przygotowywanych przez towarzystwa misyjne raportów i statystyk, z drugiej zaś na danych ilościowych i jakościowych zgromadzonych w czasie ich prowadzenia. Istotnie, praca imponuje rozległością poruszanych tematów oraz metodologią. Interesujący – w odniesieniu do problematyki ochrony zdrowia misjonarzy – wydaje się rozdział poświęcony śmiertelności misjonarzy oraz analiza czynników zagrażających ich życiu oraz zdrowiu. Na podstawie danych dotyczących śmiertelności misjonarzy w latach 1900-1928 autor wykazał, że jedna trzecia śmierci powodowana była chorobami przewlekłymi, w tym chorobami nowotworowymi, układu krążenia – co stanowiło wynik największy. Choroby wywołane infekcjami oraz zakażeniami – gorączka, tyfus, ospa, cholera

nie przekraczały 25 procent wszystkich przypadków, zaś przyczyny zgonów wywołane wypadkami oraz przemocą ze strony mieszkańców, które nierzadko w piśmiennictwie misyjnym były eksponowane, stanowiły nieco ponad dziewięć procent wszystkich badanych przypadków (Lennox 1933). Badania prowadzone przez Lennox'a nie miały jednak charakteru historycznego, istotne było wskazanie zależności dotyczącej zdrowia, choroby, śmiertelności w odniesieniu do wykonywanej pracy w kontekście uwarunkowań rodzinnych, społecznych, politycznych, geograficzno-klimatycznych przy rozróżnieniu na płeć misjonarzy, długość pracy, wiek. W konsekwencji, autor postulował prowadzenie bardzo szczegółowych badań lekarskich wśród kandydatów na misjonarzy. Postulat taki – jak pamiętamy – został wprowadzony przez misję prezbiteriańską, zaś znaczenie książki Lennox'a można dostrzec w realizowanych programach monitorowania zdrowia misjonarzy i badań lekarskich przeprowadzanych w czasie obowiązkowych pobyków urlopowych misjonarzy w Stanach Zjednoczonych. W tym kontekście zrozumiałe wydaje się pytanie sekretarza ds. medycznych: czy osoba z nadciśnieniem (czy innymi problemami) może wrócić do pracy w Chinach?

Rzeczywisty wpływ publikacji Lennox'a można mierzyć inicjowanymi w towarzystwach misyjnych zmianami w zakresie raportowania i monitorowania stanu zdrowia misjonarzy oraz dyskusjami dotyczącymi odpowiednich metod gromadzenia danych. Dyskusje takie toczyły się w komitetach różnych towarzystw i organizacji misyjnych. Harold Anderson z CMS z uznaniem wyrażał się o pracy Lennox'a, sugerując nawet, że jako sekretarz MMA starał się promować jego rekomendacje w różnych komisjach (Anderson 1940, 1). Przygotował materiał dotyczący zdrowia misjonarzy pracujących w CMS w latach 1925-1939, proponując nieco inny sposób analizy – nie poprzez odniesienie do chorób, ale regionów, gdzie prowadzono pracę misyjną. Zaproponował następujący podział: I. Zachodnia Afryka; II. Tanganika Kenia i Ruanda (lub Południowa i Centralna Afryka); III. Uganda Elgon i Sudan (lub Północna i Centralna Afryka); IV. Palestyna i Egipt; V. Iran

i Północno-Zachodnie Indie; VI. Cejlon i tropikalne Indie; VII. Chiny i Japonia (Daleki Wschód). W swoim badaniu uwzględnił oczywiście wiek oraz płeć misjonarzy, jednak próba regionalizacji dała możliwość wskazania na dominujące na danych obszarach zagrożenia powodowane np. wysokim wskaźnikiem zachorowań na gruźlicę (obszar V – Iran i Północno-Zachodnie Indie, czyli dzisiejszy Pakistan). Co ciekawe, region VII – Daleki Wschód wskazywał na niewielki procent problemów związanych ze stresem (Anderson 1940, 9).

Materiał przygotowany przez Andersona – podobnie jak praca Lennox – wywołał dyskusje w różnych gremiach, komisjach i komitetach odpowiadających za politykę misyjną. Dowodził również potrzeby prowadzenia badań nad zdrowiem misjonarzy, a tym samym kreowania misyjnej polityki zdrowotnej. Podkreślano przy tym konieczności wypracowania odpowiednich metod rekrutacji przy uwzględnieniu wieku kandydatów oraz ich płci. Warto dodać, że Zespół Doradczy ds. Zdrowia Kobiet [Women's Health Advisory Group] zajął się w szczególności sposobem zdrowiem kobiet pracujących na misjach oraz zasadami rekrutacji kobiet. Szczegółowe rozwiązania dotyczące wieku kobiet-kandydatek (z założenia komisja rekrutująca nie przyjmowała kandydatek w wieku poniżej 26 lat) szły w parze z bardziej ogólnymi stwierdzeniami oraz rekomendacjami. Dotyczyły one, między innymi, psychologicznych czynników prowadzących do załamania nerwowego. Postulowano zatem pozyskiwanie danych psychologicznych w procesie rekrutacji (Advisory Group 1941).

Wypracowanie zasad dotyczących prowadzenia misji przy uwzględnieniu szeregu czynników wpływających na jakość pracy misyjnej z konieczności musiała wpływać na podejmowane – choćby w formie deklaracji, oświadczeń sekretarzy ds. medycznych lub komisji – próby ponownego definiowania roli misjonarza-lekarza oraz zasadności prowadzenia misji medycznych. Należy pamiętać, że głębokie przeobrażenia społeczne i polityczne w Stanach Zjednoczonych oraz Wielkiej Brytanii po I wojnie światowej, mające swoje odzwierciedlenie

w raportach misyjnych, wpływały na postawy wobec ruchu misyjnego. W tym kontekście należy również przywołać pracę „Re-Thinking Missions” (Hocking 1932), sfinansowaną przez Instytut Badań Społecznych i Religijnych, która wywarła ogromny wpływ na rozumienie misji chrześcijańskich jako działań o charakterze humanitarnym. Jej celem była właściwa oceny aktywności misyjnej, oszacowanie wpływu misji na życie mieszkańców Azji, wypracowanie praktycznego programu działań oraz przedstawienie rekomendacji w odniesieniu do różnych typów aktywności misyjnej przy jednoczesnym wskazaniu zasadności ich kontynuowania (Hocking 1932, XI). Jednym z obszarów poddanych analizie były misje medyczne, które – jak dowodzono – przez długi czas postrzegane były jako działalność pomocnicza i wspierająca ewangelizację. Nie można było jednak utrzymać takiego stanu rzeczy. Misje medyczne przestały bowiem opierać się jedynie na prowadzeniu szpitali oraz ambulatoriów. W ich ramach wprowadzano programy dotyczące prewencji i zapobieganiu chorobom, rozwijano edukację w zakresie pielęgniarstwa i medycyny oraz organizowano opiekę społeczną. Wszystko to sprawiało, że misje medyczne uniezależniały się względem innych form działalności misyjnej, wywołując szereg trudności wynikających, w pewnym sensie, z oczekiwań dotyczących świadczonych w ramach medycyny misyjnej usług. Miały one być na bardzo wysokim poziomie, wszak w zakresie medycyny misje musiały konkurować z programami wprowadzanymi przez rządy różnych państw. Oczekiwania mieli również lekarze udający się na misje, zwłaszcza w odniesieniu do warunków pracy, która powinna była odpowiadać ich specjalizacji. Ten aspekt został silnie wyróżniony w pracy „Re-Thinking Missions” poprzez wskazanie, że „nadmierne rezygnacje lekarzy misyjnych są w dużej mierze powodowane rozczarowaniem panującymi warunkami oraz naturą ich pracy” (Hocking 1932, 206).

Okres po I wojnie światowej oznaczał konieczność przededefiniowania roli i znaczenia misji medycznych w ramach prowadzonej działalności misyjnej przy jednoczesnej próbie określenia zadań i wymogów

stojących przed lekarzem-misjonarzem. Owszem, wciąż dominowało przekonanie o ewangelizacyjnej działalności lekarza, jednak w praktyce wykonywana praca była traktowana jako manifestacja ducha ewangelizacyjnego. Warto również dodać, że wprowadzenie zasad dotyczących zdrowia misjonarzy również wpływało na sytuację lekarzy-misjonarzy. Rolla Hoffman, pracujący w szpitalu misyjnym w irańskim mieście Maszhad, pisał w raporcie osobistym z 1930 roku:

Jednym z moich zadań jest sprawdzanie stanu zdrowia misjonarzy oraz doradzanie im, by więcej ćwiczyli i od czasu do czasu odpoczywali. Stało się to już takim frazesem, że śmieją się ze mnie i pochłonięci różnymi zadaniami robią swoje, zapominając o tym do czasu aż nadejdzie coroczne badanie lekarskie lub dopadnie ich gorączka (Hoffman 1930).

Nacisk kładziony na prowadzenie regularnych badań zdrowia misjonarzy był niewątpliwie przejawem nowej polityki zdrowotnej wprowadzanej przez towarzystwa misyjne po zakończeniu I wojny światowej. Należy też podkreślić znaczny poziom medykalizacji kultury misyjnej w tamtym okresie, która promując ikonę misjonarza-lekarza, wytworzyła również jej odbicie, czyli misjonarza-pacjenta. W konsekwencji do nowych obowiązków misjonarza należała dbałość o własne zdrowie, zaś efekty mierzone były za pomocą ustandaryzowanych kwestionariuszy kolportowanych przez departamenty oraz komitety ds. medycznych.

Misje medyczne powodowały znaczne zmiany w rozumieniu misji w protestantyzmie, wywołując nader drażliwe pytanie o efekty podejmowanych w jej ramach działań. Czy wciąż celem było zbawienie ludzi, do których kierowano misje? Czy raczej uzdrowienie, rozumiane jednak szeroko, holistycznie, chodziło bowiem o „całego człowieka”, jak informował przytoczony powyżej raport „The Health of the Whole Man”. Niewątpliwie poprawa jakości życia była celem misji, która w praktyce przejawiała się w poprawie warunków sanitarnych oraz zdrowotnych człowieka, który poprzez transformację fizyczną miał zapragnąć zmian o charakterze religijnym.

Misje medyczne należy usytuować w obrębie procesów prowadzących do formowania się protestantyzmu ekumenicznego, międzynarodowego oraz liberalnego. Przy czym, za Pamelą Klassen należy przyznać, że liberalny protestantyzm bynajmniej nie wykluczał tego, co ponadnaturalne, lecz bazując na doświadczeniach, również tych z pól misyjnych, postulował połączenie nauki i religii (Klassen 2011, 8). Jednocześnie Klassen zwraca uwagę na fakt, że „liberalni protestanci odegrali ważną rolę w powstaniu systemu biomedycznego” (Klassen 2011, 9). Manifestacją nowych postaw względem medycyny oraz integracji nauki i religii będą raporty publikowane przez towarzystwa misyjne określające politykę misji w zakresie medycyny oraz zdrowia misjonarzy.

4. Zakończenie

Działalność misyjna prowadzona przez różne Kościoły protestanckie wynikała wprost z imperatywu misyjnego sformułowanego w Ewangeliach. Organizacja pracy oraz jej zrozumienie wynikały tyleż z samej struktury Kościoła, co z doktryn stanowiących fundament interpretacyjny misji. Wydaje się, że właśnie w odniesieniu do medycyny potencjał tkwiący w tekstach konstytutywnych wpływał na stosunek do chorych oraz pozwalał określić pochodzenie choroby. Dodatkowo sposoby zarządzania wspólnotą – modele episkopalny czy kongregacyjny – decydowały o jakości „dialogu” między naukami medycznymi a misją Kościoła. Warto pamiętać o procesualnym, progresywnym oraz pragmatycznym charakterze misji protestanckich, które budowane na bazie ideowo-doktrynalnej poszczególnych Kościołów otwierały jednak przestrzeń negocjacji oraz hybrydyzacji praktyk. Ponadto, interpretacja doktryn odbywała się zawsze w określonych kontekstach temporalno-ideowych, wskazując na tendencje do regresywnego odczytywania znaczeń i ich odnoszenia do problemów współczesnych.

W XIX wieku misje protestanckie skoncentrowane były na działaniach ewangelizacyjnych. Jednak w okresie po zakończeniu I wojny

światowej zmieniło się zasadniczo rozumienie misji. W większym stopniu brano pod uwagę konieczność niesienia pomocy, a także sformalizowanych działań związanych z pomocą medyczną. Proces ten można zdefiniować jako przejście od „misji zbawczych” do „akcji pomocowych”. Przy określaniu intensywności owych zmian trudno pominąć kontekst narodowy, w jakim rozwijały się misje i w jakim funkcjonowali misjonarze, oraz ponadnarodowe procesy i ruchy – nacjonalizm, dekolonizacja, humanitaryzm – które mogły wpływać na postrzeganie misji jako działalności filantropijnej. Na tle tych procesów nie sposób pominąć rozwoju medycyny, który silnie wpłynął zarówno na kształt misji chrześcijańskich, stosunek do praktyk leczniczych i diagnostycznych oraz formowanie się idei misji medycznych. Rozwój medycyny prowadził do bardzo głębokich przeobrażeń kulturowych, a tym samym również religijnych. Upraszczając, można założyć, że medycyna „uwalniała” od Kościołów, zaś skuteczność leczenia dawała nadzieję na polepszenie jakości życia bez odwoływania się do tego, co nadprzyrodzone.

Rozwój medycyny miał zatem istotne znaczenie dla misji protestanckich nie tylko w odniesieniu do zdrowia osób zaangażowanych w pracę misyjną, lecz także dla formowania organizacji misyjnych, których główną aktywnością stało się leczenie i opieka zdrowotna. Przejście od postrzegania pracy lekarza jako służebnej w stosunku do pracy misjonarza do upodmiotawiania medycyny w praktyce misyjnej było procesem powolnym, a jego zwieńczeniem było wprowadzenie odpowiednich regulacji dotyczących zdrowia misjonarzy.

Medycyna, podobnie jak misje, była częścią praktyk społecznych. Misje medyczne wymuszały jednak nowy typ relacji społecznych oraz ekonomicznych, wpływając na konieczność oszacowania kosztów oraz potencjalnych zysków płynących z podejmowanych działań. Tego typu relacje uległy zintensyfikowaniu w toku rozwoju i zaawansowania misji, tworząc rozbudowany system wymiany „praktyk medycznych” oraz system ich ewaluacji. Tym samym rozwój medycyny misyjnej znajdował wyraz w tworzeniu ośrodków wiedzy skoncentrowanych na szpitalu,

miejsz nauczania poprzez praktykę i naśladowanie, a następnie w zakładaniu szkół medycznych oraz ośrodków bezpośrednio związanych z leczeniem i diagnostyką medyczną jak szpitale misyjne, kliniki, ambulatoria.

Misje medyczne prowadziły do wykształcenia się dwóch tendencji rozwojowych w protestantyzmie misyjnym. Pierwsza prowadziła do wspomnianej powyżej „emancypacji” medycyny w obrębie misji, a w konsekwencji do formowania się niezależnych misji, rozumianych bardziej jako przejaw działań społecznych o charakterze pomocowym. Druga – do interioryzowania medycyny poprzez rozszerzenie kompetencji „misji medycznych” zarządzanych przez departamenty ds. medycznych na monitorowanie zdrowia misjonarzy.

Bibliografia

- Advisory Group. 1941. *Women's Health Advisory Group on the Health of Missionaries*. M AP 2/2 – AP 4. Church Missionary Society Archive, Cadbury Research Library, Special Collection. University of Birmingham.
- Anderson, Harold G. 1940. *A Survey of the health of C.M.S. missionaries in the field (1925-1939)*. M/AP 2/1. Church Missionary Society Archive, Cadbury Research Library, Special Collection. University of Birmingham.
- Anderson, Harold G. 1948. *The Health of the Whole Man. A Statement on C.M.S. Medical Policy*. London: CMS. M/AP 2/1. Church Missionary Society Archive, Cadbury Research Library, Special Collection. University of Birmingham.
- Barkley, Gwendoline R. 1939. „From Wester China to Salisbury Square. Welcome to Dr. and Mrs. Anderson.” *Mission Hospital. A Record of Medical Missions of the C.M.S.* 43 (492): 10-11.
- Blevins, John. 2019. *Christianity's Role in United States Global Health and Development Policy. To Transfer the Empire of the World*. London/ New York: Routledge.

- Bonk, Jonathan J. et al. 2019. *Missionaries, Mental Health and Accountability. Support Systems in Churches and Agencies*. Pasadena: William Carey Publishing.
- Booty, John E. 1998. „The Anglican Tradition.” W *Caring and Curing. Health and Medicine in the Western Religious Traditions*, 240-270. Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press.
- Choa, Gerald H. 1990. *“Heal the Sick” Was Their Motto. The Protestant Medical Missionaries in China*. Hong Kong: The Chinese University Press.
- Clarke, Angela. 1993. *Through the Changing Scenes of Life, 1893-1993: the American Mission Hospital Bahrain*. Manama: The American Mission Hospital Society.
- Cleall, Esme. 2012. *Missionary Discourses of Difference. Negotiating Otherness in the British Empire, 1840-1900*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Cohen, Cynthia B. 2002. „The Episcopal Tradition.” W *Religious Traditions and Healthcare Decisions*. The Park Ridge Center. Dostęp 2024.01.22. https://www.advocatehealth.com/assets/documents/faith/episcopal_tradition.pdf.
- Cook, Harold J. 2013. „Medicine in Western Europe.” W *The Oxford Handbook of the History of Medicine*. Red. Mark Jackson, 190-207. Oxford: Oxford University Press.
- Cook, John Howard. 1935. *A Historical Survey of the Medical Missionary Work*. CMS/M/AP 1 – 2/1. Church Missionary Society Archive, Cadbury Research Library, Special Collection University of Birmingham.
- Dood, Edward M. 1933. *How Far To The Nearest Doctor? Stories Of Medical Missions Around The World*. New York: Friendship Press.
- Dodd, Edward M. 1934. *Our Medical Task Overseas*. New York: Board of Foreign Missions of the Presbyterian Church in the United States.
- Dodd, Edward M. 1955. *Brief Outline on Medical Work, April 28, 1955*. RG 144-1-10. Presbyterian Historical Society. Philadelphia.

- Dood, Edward M. 1956. *Why medical missions?* New York: Ecumenical Mission.
- Eccles, William McAdam. 1922. „The Mission Hospital.” *Mission Hospital. A Record of Medical Missions of the C.M.S.* 26 (289): 9-10.
- Editorial 1939. „Editorial notes.” *Mission Hospital. A Record of Medical Missions of the C.M.S.* 43 (492): 19-20.
- Elmslie, William J. 1874. *Medical Missions: as Illustrated by Some Letters and Notices of the Late Dr. Elmslie.* Edinburgh: Medical Missionary Society.
- Fisher, Galen M. 1934. *The Institute of Social and Religious Research, 1921-1934.* New York: The Institute of Social and Religious Research.
- Francis-Dehqani, Gulnar E. 2000. *Religious Feminism in an Age of Empire, CMS Women Missionaries in Iran, 1869-1934.* Bristol: University of Bristol.
- Gleeson Kristin L. 1993. „The Stethoscope and the Gospel: Presbyterian Foreign Medical Missions, 1840-1900.” *American Presbyterians* 71 (2): 127-38.
- Grundmann, Christoffer. H. 2008. „Mission and Healing in Historical Perspective.” *International Bulletin of Missionary Research* 32 (4): 185-188.
- Hardiman, David. 2006. „Introduction.” W *Haling Bodies, Saving Souls. Medical Missions in Asia and Africa.* Red. David Hardiman, 5-57. Amsterdam/New York: Rodopi.
- Hardiman, David. 2008. *Missionaries and Their Medicine. A Christian Modernity for Tribal India.* Manchester: Manchester University Press.
- Heasman, Kathleen J. 1964. „The Medical Mission and the Care of the Sick Poor in Nineteenth-Century England.” *The Historical Journal* 7 (2): 230-245.

- Hocking, William Ernest. 1932. *Re-thinking Missions: A Laymen's Inquiry after One Hundred Years*. New York: Harper and Brothers Publishers.
- Hodgkin, Henry T. 1919. *The Way of God Physician to Which is Added the Story of C.M.S. Medical Missions*. London: Church Missionary Society.
- Hoffman, Rolla. 1930. *Personal Report. Mashed Station. Year ending June 30, 1930*. RG 91-1-11. Presbyterian Historical Society. Philadelphia.
- Honarmand Ebrahimi, Sara. 2023. *Emotion, Mission, Architecture. Building Hospitals in Persia and British India, 1865–1914*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Imber, Jonathan B. 2008. *Trusting Doctors. The Decline of Moral Authority in American Medicine*. Princeton/Oxford: Princeton University Press.
- Kessler, Thomas J. 2022. *The Cue. A Physician Reflects on Reformed Theology*. Bloomington: WestBow Press.
- Kim, Sonja M. 2019. *Imperatives of Care. Women and Medicine in Colonial Korea*. Honolulu: University of Hawai'i Press.
- Klassen, Pamela E. 2011. *Spirits of Protestantism Medicine, Healing, and Liberal Christianity*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press.
- Lankester, Herbert. 1892. „Appeal of the Medical Mission Auxiliary Found Committee.” *Medical Mission Quarterly* nos. 1 to VII, 3-4.
- Levin, Jeff. 2020. *Religion and Medicine. A History of the Encounter Between Humanity's Two Greatest Institutions*. Oxford: Oxford University Press.
- Lennox, William G. 1920. *The Health of Missionary Families in China. A Statistical Study*. Denver: University of Denver.
- Lennox, William G. 1933. *The Health and Turnover of Missionaries*. New York: Foreign Missions Conference.

- Lowe, John. 1886. *Medical Missions: Their Place and Power*. London: Unwin.
- Maughan, Steven S. 2014. *Mighty England Do Good. Culture, Faith, Empire, and World in the Foreign Missions of the Church of England, 1850-1915*. Grand Rapids/ Cambridge: Eerdmans Publishing.
- Medical Department. 1938. *Medical Department – Functions. Board Minutes March 21, 1938*. RG 144-1-10. Presbyterian Historical Society. Philadelphia.
- Medical Department. 1940. *Medical Department Statement at Promotional Conference*. RG 144-1-10. Presbyterian Historical Society. Philadelphia.
- Medical Sub-Committee. 1947. *Recommendations of Medical Sub-Committee on Advance in Medical Work*. RG 144-1-2. Presbyterian Historical Society. Philadelphia.
- Moorshead, Fletcher R. 1926. *The Way of the Doctor. A Study in Medical Missions*. London: The Carey Press.
- Porter, Andrew. 2004. *Religion versus Empire? British Protestant Missionaries and Overseas Expansion, 1700-1914*. Manchester: Manchester University Press.
- Ramsden, Edmund. 2013. „Science and Medicine in the United States of America.” W *The Oxford Handbook of the History of Medicine*. Red. Mark Jackson, 225-242. Oxford: Oxford University Press.
- Rance, Valerie A. 2021. *Trauma and Coping Mechanism among Assemblies of God World Missionaries*. Eugene, OR: Pickwick Publications.
- Ratschiller Nasim, Linda M. 2023. *Medical Missionaries and Colonial Knowledge in West Africa and Europe, 1885–1914*. Purity, Health and Cleanliness. Cham: Palgrave Macmillan.
- Renshaw, Michelle. 2013. *Accommodating the Chinese. The American Hospital in China, 1880–1920*. New York/ London: Routledge.

- Report of the Medical Commission*. 1939. CMS/M/AP 1 – 2/1. Church Missionary Society Archive, Cadbury Research Library, Special Collection. University of Birmingham.
- Robert, Dana. 1996. *American Women in Mission: A Social History of Their Thoughts and Practice*. Macon, GA: Mercer University Press.
- Rzepka, Marcin. 2024. „Protestant Medical Missions in Iran: Negotiating Religion and Modernity in Mission Hospitals.” *Religions* 15 (2): 145.
- Smylie, James H. 1998. „The Reformed Tradition.” W *Caring and Curing. Health and Medicine in the Western Religious Traditions*, 204-239. Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press.
- Vaux, Kenneth L. 1984. *Health and Medicine in the Reformed Tradition. Promise, Providence, and Care*. New York: Crossroad.
- Walls, Andrew F. 1982. „The Heavy Artillery of the Missionary Army: The Domestic Importance of the Nineteenth-Century Medical Missionary.” *Studies in Church History* 19: 287-297.
- Willey, Nathan. 1873. „The Mortality Experience of American Missionaries.” *Insurance Monitor* November.

CHRZEŚCIJAŃSKA AKADEMIA TEOLOGICZNA
w WARSZAWIE

Rok LXVII

Zeszyt 1

ROCZNIK TEOLOGICZNY

[E-WYDANIE]

WARSZAWA 2025

REDAGUJE KOLEGIUM

prof. dr hab. Jakub Sławik – redaktor naczelny

dr hab. Jerzy Ostapczuk, prof. ucz. – zastępca redaktora naczelnego

prof. dr hab. Tadeusz J. Zieliński

dr hab. Borys Przedpełski, prof. ucz.

dr hab. Jerzy Sojka, prof. ucz. – sekretarz redakcji

MIĘDZYNARODOWA RADA NAUKOWA

JE metropolita prof. dr hab. Sawa (Michał Hrycuniak), ChAT

abp prof. dr hab. Jerzy Pańkowski, ChAT

bp prof. ucz. dr hab. Marcin Hintz, ChAT

prof. dr hab. Atanolij Aleksiejew, Państwowy Uniwersytet w Petersburgu

prof. dr Marcello Garzaniti, Uniwersytet we Florencji

prof. dr hab. Michael Meyer-Blanck, Uniwersytet w Bonn

prof. dr hab. Antoni Mironowicz, Uniwersytet w Białymstoku

prof. dr hab. Wiesław Przyczyna, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

prof. dr hab. Eugeniusz Sakowicz, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie

prof. dr hab. Tadeusz Stegner, Uniwersytet Gdański

prof. dr Urs von Arx, Uniwersytet w Bernie

prof. dr hab. Piotr Wilczek, Uniwersytet Warszawski

Redakcja językowa – Kalina Wojciechowska
Korekta tekstów angielskich – Karen Wasilewska
Skład komputerowy – Jerzy Sojka

BWHEBB, BWHEBL, BWTRANSH [Hebrew]; BWGRKL, BWGRKN, and BWGRKI [Greek]
PostScript® Type 1 and TrueType fonts Copyright ©1994-2013 BibleWorks, LLC.
All rights reserved. These Biblical Greek and Hebrew fonts are used with permission
and are from BibleWorks (www.bibleworks.com)

eISSN: 2956-5685

Wydano nakładem
Wydawnictwa Naukowego ChAT
ul. Broniewskiego 48, 01-771 Warszawa, tel. +48 22 635-68-55
Objętość ark. wyd.: 7,7. Nakład: 100 egz.

SPIS TREŚCI

ARTYKUŁY

JERZY OSTAPCZUK, <i>Parateksty ewangeliczne w Antologionie Mateusza Dzie- siątego: posłowania do Ewangelii i stychometria końcowa</i>	7
JONASZ OŚWIECIŃSKI, <i>Komentarz midraszu Jalkut Szimoni do Psalmu 23</i>	29
ADAM MAGRUK, METROPOLITA SAWA (MICHAŁ HRYCUNIAK), <i>Pojęcie autokefalii w Kościele Wschodnim do XIII wieku</i>	51
АЛЕКСАНДР ФЕДЧУК, <i>Вклад редемптористов в развитие униатского движения на Волыни</i>	63
ЕП. СЕРАФИМ (ВЛАДИМИР АМЕЛЬЧЕНКОВ), <i>Польский колокол в Смоленске: историко-археологическое исследование</i>	79
MARCIN RZEPKA, <i>Misje medyczne w protestantyzmie a problem ochrony zdrowia misjonarzy. Na przykładzie misji anglikańskich i presbiteriańskich w I połowie XX wieku</i>	97
DAMIAN HERATYM, <i>Problematyka teologiczna i kościelna poruszana w czasopiśmie PNKK „Polska Odrodzona” w Polsce w roku 1923</i>	129
WOJCIECH SZCZERBA, <i>The Imago Dei Concept as a Symbol of Human Dignity? A Critical Examination. An Outline</i>	159
Wykaz autorów	172

Contents

ARTICLES

JERZY OSTAPCZUK, <i>Gospel paratexts in the Anthologion of Matthew the Tenth: Subscriptions to Gospels and final stichometry</i>	7
JONASZ OŚWIECIŃSKI, <i>Midrash commentary of Yalkut Shimoni on Psalm 23</i>	29
ADAM MAGRUK, METROPOLITA SAWA (MICHAŁ HRYCUNIAK), <i>The Concept of Autocephaly in the Eastern Church up to the 13th Century</i>	51
OLEXANDR FEDCHUK, <i>The contribution of the Redemptorists to the development of the Uniate movement in Volyn</i>	63
BP. SERAFIM (VLADIMIR AMEL'ČENKOV), <i>Polish bell in Smolensk: historical and archaeological research</i>	79
MARCIN RZEPKA, <i>Medical missions in Protestantism and the issue of missionaries' health care. The example of Anglican and Presbyterian mission of the first half of the 20th century</i>	97
DAMIAN HERATYM, <i>Theological and church issues discussed in „Polska Odrodzona” magazine of the PNCC in Poland in 1923</i>	129
WOJCIECH SZCZERBA, <i>The Imago Dei Concept as a Symbol of Human Dignity? A Critical Examination. An Outline</i>	159
List of authors	172

Wykaz autorów

Jerzy Ostapczuk, j.ostapczuk@chat.edu.pl, Chrześcijańska Akademia Teologiczna w Warszawie, ul. Władysława Broniewskiego 48, 01-771 Warszawa.

Jonasz Oświeciński, jonasz.oswiecinski@gmail.com, Wyższa Szkoła Teologiczno-Humanistyczna im. Michała Beliny-Czechowskiego w Podkowie Leśnej ul. Jana Pawła II 39, 05-807 Podkowa Leśna.

Adam Magruk, a.magruk@chat.edu.pl, Chrześcijańska Akademia Teologiczna w Warszawie, ul. Władysława Broniewskiego 48, 01-771 Warszawa.

Olexandr Fedchuk, l_fedchuk@ukr.net, Volynska Duhovna Seminaria, 43016 Ukraine, Volynskaia Oblast, Luck, vul. Dragomanova 26
Bp. Serafim (Vladimir Amel'čukov), seraphim@list.ru, ul. Krutickaja, 11, Moskwa, 109044.

Marcin Rzepka, marcin.rzepka@uj.edu.pl, Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego, Grodzka 52, 31-044 Kraków.

Damian Heratym, dheratym@student.chat.edu.pl, Chrześcijańska Akademia Teologiczna w Warszawie, ul. Władysława Broniewskiego 48, 01-771 Warszawa.

Wojciech Szczerba, w.szczerba@ewst.pl, Ewangelikalna Wyższa Szkoła Teologiczna, ul. Św. Jadwigi 12, 50-266 Wrocław.