

# 10 TERVEYSPALVELUT JA MAAILMAN PARANTUMINEN? LÄÄKINTÄLÄHETYKSEN JA KEHITYSYHTEISTYÖN MUUTTUVIA MALLEJA

*Ville Päivänsalo*

## 10.1 Sairaus, terveys ja maailman parantuminen

Läntisessä teologiassa uskon ydinkysymyksiä on vanhastaan totuttu ajattelemaan paljolti oikeudellisin käsittein. Ihmisen on ymmärretty rikkoneen Jumalan oikeudenmukaista lakia vastaan ja Jumalan on uskottu armahtavan ihmisen tuomiosta Kristuksen sovitustyön tähden. Itäisessä kristikunnassa keskeiset uskonkysymykset ovat usein hahmottuneet enemmän sairauden, terveyden ja parantumisen käsitteistöjen kautta. Esimerkiksi kirkkoisä Johannes Khrysostomos (347–407), Konstantinopolin piispa, kirjoitti Jumalan tulleen paratiisissa petkutetun ja langenneen ihmisen luo ikään kuin lääkäri sairaan luo. Jumala kysyi: ”Missä olet?” (1. Ms. 3:9.) Tällöin hänen ensimmäinen huolensa oli ihmisen parantuminen kurjasta tilastaan eikä niinkään tämän rankaiseminen.<sup>1</sup> Idän kirkkoisät, kuten Khrysostomos ja Basileios Suuri (n. 330–n. 379), tapasivat silti muistuttaa, ettei fyysinen parantuminen ole ihmiselle aina edes parhaaksi. Kärsimys voi auttaa ylpeyteen taipuvaista ihmistä ymmärtämään, ettei hän ole Jumala, ja samalla tuntemaan paremmin sekä itseään että tosi Jumalaa.<sup>2</sup>

Ekumeeninen liike ja lisääntynyt globaali vuorovaikutus ovat monipuolistaneet läntistä teologiaa esimerkiksi idän ortodoksisilla näkökulmilla sairauden, terveyden ja parantumisen kysymyksiin. Viime vuosikymmeninä

1 *Pyhiin isien opetuksia sairaudesta* 1982, 18–19.

2 *Pyhiin isien opetuksia sairaudesta* 1982, 21.

parantumisen teologia on noussut globaalisti katsoen entistä ajankohtaisemmaksi osaltaan nopeasti kasvaneen karismaattisen kristillisyyden myötä. Toki myös läntisen kristillisyyden perinteiseen pääsuuntaukseen, roomalais-katolilaisuuteen, on aina sisältynyt varsin moninaisia sairautteen, terveyteen ja parantumiseen liittyviä käytäntöjä – pyhimyskultista sairaiden voitelun sakramenttiin. Roomalaiskatolisen kristillisyyden globalistuessa viime vuosisatojen kuluessa niiden kirjo on lisääntynyt entisestään.<sup>3</sup> Myös paavi Franciscuksen opetuksissa parantumisen teemat ovat olleet tärkeitä. Esimerkiksi apostolisessa kehotuskirjeessään *Evangelii Gaudium* (Evankeliumin ilo, 2013) hän rukoilee sellaisten poliitikkojen nousemista, jotka kykenevät juurille asti käyvään vuoropuheluun maailman parantumiseksi pahuuksistaan.<sup>4</sup>

Entä mitä tällaisista kysymyksistä voisi sanoa ei-karismaattisessa protestanttisuudessa? Voitaisiinko kirkko alkaa nähdä eräänlaisena kenttä sairaalana haavoittuneessa maailmassa – kuten DePaul-yliopiston professori William T. Cavanaugh ehdottaa *Field Hospital* -kirjassaan<sup>5</sup> – vai olisiko selkeintä pitää sairaus- ja terveystieteet mahdollisimman erillään uskon sisällöistä ja varsinkin niiden julistamisesta? Luterilaisessa perinteessä parantumisen teologiaan on suhtauduttu epäluuloisesti esimerkiksi siksi, ettei sairaan mahdollista parantumista ole haluttu nähdä merkinä Jumalan suosiosta. Luterilaiset ovat pikemminkin korostaneet ristin teologian hengessä, että Jumala on näyttänyt ihmisille aivan erityisesti kärsivässä Kristuksessa.<sup>6</sup> Jos siis lähemme etsimään Jumalaa sieltä, missä on terveyttä, vaurautta, hyvinvointia ja paljon lupauksia parantumisesta, joudumme helposti pettymään. Opetuksilla Jumalan parantavasta rakkaudesta, Kristuksesta parantajana ja kokonaisvaltaisesta terveystyöstä lähimmäisenrakkauden muotona on kuitenkin niin vankka raamatullinen pohja, ettei aihepiirin marginalisoiminen voi tulla kyseeseen myöskään ei-karismaattisessa protestanttisessa kristillisyydessä. Kirkkojen maailmanneuvoston keskuskomitean vuonna 2012 hyväksymä *Yhdessä kohti elämää. Lähetys ja evankelioiminen muuttuvassa maailmassa* -asiakirja muistutti, ettei parantaminen ”ollut ainoastaan keskeinen osa Jeesuksen omaa työtä

3 Esim. Amanda Porterfieldin (2005) teos tarjoaa valaisevan historiallisen yleiskatsauksen parantumisen teologiaan.

4 Franciscus 2013, II, §205.

5 Cavanaugh 2016.

6 Antti Raunio (1998, 115) tähdentää luterilaiseen ajatteluun kuuluvan, että Kristus otti orjan muodon jo inkarnaatiossa. Tuomo Mannermaa (1998, 39) on puolestaan todennut, että vaikka ristin teologiassa on keskeistä ihmisen tyhjentyminen kaikesta omasta vääränlaisesta uskosta itseensä ja pyrkimyksistä tehdä itsestään jumala, jopa tällainen Jumalan nihiloiva työ jättää aina tilaa oikeanlaiselle luottamukselle Jumalaan.

vaan osa hänen seuraajiensa saamaa kutsua hänen työnsä jatkamiseksi (Matt. 10:1)” ja että ”[t]erveys ei ole ainoastaan fyysistä ja/tai henkistä hyvinvointia eikä paraneminen ole ensisijaisesti lääketieteellistä parantumista”.<sup>7</sup>

Varsinkin 1800-luvulta alkaen terveystematikka on nivoutunut kiinteästi esimerkiksi protestanttiseen lähetysteologiaan. Kuuluvathan lähetyslääkärit ja -sairaanhoitajat aivan keskeisiin toimijoihin lähetysjärjestöissä, jotka levittivät protestanttista kristinuskoa ympäri Aasiaa ja Afrikkaa sekä muuallekin maailmaan. Lääkintälähetystoiminnan kulta-aikana 1900-luvun alkupuolella modernia lääketiedettä ei muutoin vielä kovin laajasti tunnettu länsimaiden ulkopuolella. Huippuvuonna 1925 täysin päteviä protestanttisten järjestöjen lähetyslääkäreitä palveli yli 1 000 ympäri maailmaa, samoin sairaanhoitajia ja kättilöitä – yli 5 000 paikallisen työntekijän lisäksi.<sup>8</sup> Sekulaarien terveysalan kehitysjärjestöjen nousu tapahtui vasta vähitellen Maailman terveysjärjestön perustamisen eli vuoden 1948 myötä.

Sittemmin perinteisiä lähetysairaaloita on siirretty lähetysjärjestöiltä paikallisten kirkkojen omistukseen.<sup>9</sup> Samalla useimmat matalankin tulotason maat ovat kyenneet kehittämään julkisia terveyspalvelujaan merkittävästi ja esimerkiksi alle 5-vuotiaiden kuolleisuus laski alle puoleen aikavälillä 1990–2015.<sup>10</sup> Maailma on siten tullut monelta osin paremmaksi. Paikallinen vaihtelu etenkin köyhille saatavilla olevien palveluiden määrässä ja laadussa on silti edelleen suurta. Myös miljoonien pakolaisten ja siirtolaisten terveyshuolet muodostavat nykyisin suuren haasteen.<sup>11</sup> Siten on tullut uudelleen ajankohtaiseksi kysyä, millainen rooli kirkkojen omistamilla sairaaloilla ja kristillisellä terveystyöllä ylipäänsä voisi olla globaalin terveyden edistämässä omalla vuosisadallamme.

Yhtäältä aihetta voidaan lähestyä globaalin terveyden ja oikeudenmukaisen kehityksen käytännöllisenä kysymyksenä: mitä konkreettista globaalista oikeudenmukaisuudesta ja maailman parantamisesta ahkerasti saarnaavat kirkot voisivat tällä alalla tehdä epäkohtien korjaamiseksi? Toisaalta edellä kuvatut globaalit kehityskulut ovat herättäneet tarpeen ymmärtää paremmin sairauden, terveyden ja (maailman) parantumisen teologiaa. Tällainen teologinen näkökulma nousikin keskeiseksi Luterilaisen maailmanliiton

7 *Yhdessä kohti elämää* 2012, §50–51.

8 Grundmann 2005, 149–150. Ks. protestanttisen lääkintälähetystyksen vaiheista myös McGilvray 1981.

9 Ks. kirkkojen sairaaloiden toimintaedellytyksistä 1900-luvun lopulla Asante 1998.

10 UNDP 2016, 3.

11 Ks. turvapaikanhakijoiden terveydenhuollosta oikeudenmukaisuuskysymyksenä Päivänsalo 2018.

10. yleiskokouksessa, jonka teemana oli Maailman parantuminen (For the Healing of the World).<sup>12</sup> Ainakin tuolloin myös luterilaiset näkivät laajasti, että toiminta yksilöiden, yhteisöjen ja yhteiskuntien sekä koko maanpiirin (*oikumene*) ja luomakunnan parantamiseksi kuuluu keskeisesti kristilliseen uskoon ja missioon.

Käsillä olevassa luvussa luon ensinnäkin lyhyen katsauksen ei-karismaattisen protestanttisen terveystyön kehityskulkuihin Intiassa ja Kiinassa. Samalla nostan esille joitakin työn käytännölliseen edistämiseen liittyviä esimerkkejä ja näkökohtia 2000-luvulla. Toiseksi palaan sairauteen, terveyteen ja paranemiseen globaalia lähetysteologiaa ja käytännön terveystyötä yhdistävinä aiheina. Millaisena todistuksena esimerkiksi luterilaiset kirkot voisivat haluta olla nykymaailmassa, joka on keskimäärin kohentuneista inhimillisen kehityksen tilastolukemista huolimatta edelleen kovin rikkinäinen ja sairas? Luvun lopussa hahmottelemani dialogisen terveydenedistämisen malli saataisi palvella yhtenä kiinnekohtana tätä koskevassa keskustelussa.

## 10.2 Kristillislähtöisen terveystyön vaiheita Intiassa

Protestanttinen lääkintälähetys (*medical mission*) Intiaan sai alkunsa 1700-luvulla Saksasta, Tanskasta ja Britanniasta. Ensimmäinen merkintä Werner Röllinghoffin aikajanalla on lääketieteen lisenssiaatin Kaspar Gottlieb Schlegelmilchin saapuminen Etelä-Intiaan Tanskalais-Hallelaisen Lähetysten (Danish-Halle Mission) lähettämänä vuonna 1730.<sup>13</sup> Tohtori John Thomas (1757–1801) matkusti puolestaan Brittiläisen kauppakomppanian mukana Kalkuttaan. Hänen pyrkimyksensä edistyivät oleellisesti vuodesta 1792 alkaen: tuolloisella vierailullaan Englantiin hän sai seuraansa Intian-lähetysten pioneeriksi pian nousevan baptistipastorin William Careyn (1761–1834).

Kun työ alkoi laajentua merkittävästi 1800-luvun loppupuolella, naiset olivat siinä usein merkittävässä rooleissa. Esimerkiksi yhdysvaltalainen tohtori Anna Sarah Kugler (1856–1930) perusti Women's Home and Foreign Missionary Society of the General Synodin työntekijänä Gunturin lähestyssairaalan (Guntur Mission Hospital for Women and Children) vuonna 1897. Kuglerille modernia lääketiedettä hyödyntävä terveystyö ja naisten oikeuksien

12 LWF 2003.

13 Röllinghoff 1984, 3–6. Ks. myös Swavelyn (1952) *The Lutheran Enterprise in India* yleisemmin 17 luterilaisen yhteisön kehittymisestä Intiassa alkaen Tranquebar-lähetyksestä vuonna 1706.

puolustaminen olivat yhtä aikaa sekä kaikkein vähäosaisimpien palvelua että paikallisten asukkaiden valmistelua evankeliumin vastaanottamiseen, *prae-paratio evangelica*.<sup>14</sup> Ida Scudder (1870–1960), niin ikään yhdysvaltalainen tohtori, avasi puolestaan vuonna 1900 Etelä-Intian Velloreen klinikan, josta rakentui Christian Medical College (CMC) and Hospital, yksi Intian tärkeimmistä terveystyön keskuksista.<sup>15</sup>

Intian lähetyslääkärit perustivat vuonna 1905 yhteisen järjestön, jonka nimi oli aluksi Medical Missionary Association (MMA) ja vuodesta 1925 alkaen Christian Medical Association of India (CMAI). Vuoteen 1947 mennessä se oli koordinoinut työtä muun muassa tuberkuloosin ja spitaalain hoitamiseksi sekä ennaltaehkäisevään lääketieteeseen, yhteisölliseen terveydenhuollon, sairaanhoitajakoulutuksen, standardoinnin ja lääkesaatavuuden edistämiseksi.<sup>16</sup> Suuri osa hankkeista oli täysin pioneerityötä Intiassa. Samalla luterilaiset olivat kasvaneet vuosisadan puoliväliin mennessä maassa merkittäväksi uskonnolliseksi vähemmistöksi: vuonna 1952 Intiassa arvioidaan olleen jo yli 560 000 kastettua luterilaista,<sup>17</sup> mikä oli moninkertaisesti enemmän kuin noihin aikoihin vaikkapa Tansaniassa – noin 85 000 vuonna 1939.<sup>18</sup>

1900-luvun loppupuolelle tultaessa perinteisten lähetyssairaaloiden ylläpito alkoi kuitenkin käydä yhä haasteellisemmaksi eri puolilla maailmaa. Niiden ylläpitokustannukset kasvoivat entistä kehittyneempien teknologioiden myötä, ja ainakin Intiassa kansainvälinen rahoitus protestanttiselle terveystyölle oli lähtenyt laskusuuntaan.<sup>19</sup> Vuonna 1947 itsenäistynyt Intia ei enää tarjonnut viisumeita lähetyslääkäreille noin vain. 1960-luvulla siellä siirryttiinkin ”instituutioiden kukoistuksesta” kohti ennaltaehkäisevää hoitoa, terveystyöstä ja slummityötä.<sup>20</sup>

Samoihin aikoihin alkoivat muodostua nykyaikaisen humanitaarisen avustustyön, kehitysyhteistyön ja globaalien oikeudenmukaisuuden mallit. Luterilainen maailmanpalvelu (Lutheran World Service, LWS) oli mukana humanitaarisen työn kehittämisessä esimerkiksi Intian Länsi-Bengalissa vuonna 1971, jolloin kyseistä aluetta kohtasi lohduton pakolaisten aalto.

14 Vethanayagamony 2011, 93–94.

15 Jeyakumar 2002, 37–40; CMC, Vellore 2011, 8.

16 CMAI 1997, 11–14.

17 Swavelly 1952, iii–v.

18 Lindquist 1982, 24.

19 CMAI 1997, 17–19; Asante 1998.

20 Valiaveetil & Paravarakath 2003, 89–91.

Itä-Bengalissa sijaitseva Bangladesh, joka oli vuoden alussa vielä Itä-Pakistan, kävi tuolloin veristä itsenäisyysotaansa. Tämän pakolaistyön yhteydessä, paljolti norjalaisen lähetyspioneerin Olav Hodnen johdolla, sai alkunsa Luterilainen maailmanpalvelu Intiassa (Lutheran World Service India, LWSI) – aluksi kansainvälisen Luterilaisen maailmanliiton Maailmanpalvelun maaohjelmanna.<sup>21</sup> Luterilaisessa Gurukul-instituutissa järjestettiin puolestaan vuonna 1973 tohtori P. Davidin johdolla konferenssi, jossa inhimillisen kehityksen haasteita kytkettiin entistä ponneikkaammin juuri yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden vaatimuksiin.<sup>22</sup>

Luterilainen maailmanpalvelu Intiassa toimi tuolloin osana Genevessä päämajaansa pitävää Luterilaisen maailmanliiton Maailmanpalvelua. Tällainen länsikeskeinen järjestömalli oli kolonialismin historian valossa ongelmallinen. Intiassa on helpompi toimia intialaisena järjestönä. Vuonna 2008 LWSI muuttuikin Intian Luterilaiseksi Maailmanpalveluksi (Lutheran World Service India Trust, LWSIT). Tämä Kalkutasta käsin johdettu kansallinen kansalaisjärjestö (*national NGO*) on edelleen toiminut merkittävilta osin kansainvälisin varoin, mutta se on lähentynyt entistä enemmän paikallisia luterilaisia kirkkoja.

Intian Luterilaisen Maailmanpalvelun mottona on ollut kaikkein viimeisimpien, vähäisimpien ja syrjäytyneimpien palveleminen ja voimaannuttaminen (*empowering the last, the least, and the lost*). Vaikka järjestön projektit ovat tavanomaista humanitaarista työtä ja kehitystyötä, kristillisyyttä lähtöisin on ollut sen dokumenteissa selvästi esillä. Vuoden 2010 raportin esipuheessa järjestön silloinen presidentti A. G. Augustine Jayakumar kirjoittaa muun muassa, että työn vaivojen keskellä järjestöä on ajanut eteenpäin visio ”Herran ja Pelastajan Jeesuksen Kristuksen haluamasta yhteiskunnasta” ja että hän toivoo ja rukoilee, että ”kaikkivaltias Jumala tarjoaa työhön kaiken tarvittavan voiman, rohkeuden ja uskalluksen”.<sup>23</sup> Vuonna 2010 Intian Luterilaisen Maailmanpalvelun ydinprojektit keskittyivät taloudelliseen voimaannuttamiseen ja riskien vähentämiseen yhteiskunnallisten muutosten keskellä (Social Transformation, Economic Empowerment and Risk Reduction, STEER). Kustannuksiltaan suurehkoja projektiryhmiä olivat myös esimerkiksi katastrofiapu- ja toipumisprojektit.<sup>24</sup>

21 LWSI, 1979. Ks. ko. lähetyskontekstista myös Hodne 1967.

22 David 1973.

23 Jayakumar 2010, 3.

24 LWSIT 2010, 40–41.

Erityisesti terveysalan projektit eivät ole olleet kovin mittavia (4 % kaikista järjestön kuluista vuonna 2016), mutta kuitenkin samaa luokkaa kuin hätäapu (3 %), kannatus työ (advocacy, 3 %) sekä monitorointi ja arviointi (4 %). Intian Luterilainen Maailmanpalvelu toteutti terveystyötä kiinteässä yhteistyössä hallituksen kanssa ja jo olemassa olevissa tiloissa. Työssä tuettiin pääsyä perusterveydenhuoltoon ja terveystieteiden koulutukseen sekä kaupungeissa että maaseudulla. Keskeisiä aktiviteetteja siinä ovat olleet esimerkiksi sanitaatio- ja ravitsemuskoulutusleirit sekä HIV/AIDS-työ, samoin veden desinfiointi, kotipuutarhojen hoitaminen ja nuorison terveystieteiden koulutus.<sup>25</sup> Hyvä terveys on kuitenkin samalla syytä nähdä keskeisenä päämääränä valtaosassa järjestön kehityshankkeita, esimerkiksi kestävästä toimeentulosta ja ruokaturvan hankkeissa. Lisäksi vaikkapa yhteisön vastustuskykyisyyttä (community resilience) ympäristön- ja ilmastomuutokselle, koulutusta, rauhaa, asumisoloja ja sukupuolten tasa-arvoa edistävät hankkeet tukevat samalla sekä yksilöiden hyvää terveyttä että yhteisöjen tervehtymistä laajasti ottaen.

Intian Luterilainen Maailmanpalvelu julkaisi vuonna 2017 uuden toiminnanjohtajansa Joseph V. Shajun johdolla strategisen suunnitelmansa vuosille 2018–2022. Siinä järjestö muotoilee mandaattinansa olevan ”toimiminen todistuksena Intian kirkkojen sitoutumisesta kumppanuuteen köyhien, marginalisoitujen ja ulosuljettujen kanssa heidän etsiessään oikeudenmukaisuutta, ihmisoikeuksien täyttämistä ja elämää arvokkuudessa harmonisessa suhteessa luontoon”.<sup>26</sup> Samalla se pyrkii muuttumaan pelkästä toteuttamisjärjestöstä (*implementating organisation*) yhä enemmän myös teknisen tuen järjestöksi (*technical support organisation*). Tämä liittyy sen tavoitteeseen vahvistaa yhteistyötä kirkkojen diakoniatyöhön ja kirkollisiin yhteisöihin.

Intian Luterilainen Maailmanpalvelu on etsinyt aktiivisesti uusia kansainvälisiä kumppanuuksia vastatakseen Intian yhä vakavaan lapsikuolleisuushaasteeseen: maassa kuoli yli 13 miljoonaa alle 5-vuotiasta vuonna 2013, eli lähes 3 700 lasta päivässä! Samalla hallitus on osoittanut edelleen vain 3,8 prosenttia kuluistaan terveydenhuoltoon, mikä on kansainvälisesti vertailtuna erittäin vähän.<sup>27</sup> Siten tarve vapaaehtoisuussektorin työlle vaikkapa tällä alueella on erittäin selvä.

Vaikeuksista huolimatta läheskään kaikkia entisiä lähetyssairaaloita ei ole jouduttu sulkemaan. Protestanttisella Intian kristillisellä lääkintäjärjestöllä

25 LWSIT 2016, 22–24.

26 LWSIT 2017, 7.

27 LWSIT 2017, 17.

(CMAI) oli vuonna 2017 yli 330 jäseninstituutiota, enimmäkseen sairaaloita. Huomattava osa niistä sijaitsee syrjäisillä seuduilla ja palvelee marginaalisia ihmisryhmiä.<sup>28</sup> Maan luterilaisista kirkkoperheistä suurin, United Evangelical Lutheran Church in India (UELCI) raportoi vuonna 2010, että kaikkiaan kahdeksalla maan luterilaisella kirkolla on yhteensä 33 sairaalaa.<sup>29</sup> Monella näistä on toki vaikeuksia toimia kunnolla ja koordinoitusti päivitettyjä tietoja on vaikea saada, mutta myöskään mitään romahdusta alalla ei näytä tapahtuneen. UELCI:n terveys- ja lääkintätyöstä vastaava National Lutheran Health & Medical Board (NLHMB) koordinoi lukuisia terveyshankkeita erityisesti The Martin Luther Christian University (Meghalaya) ja The Lutheran University of Chhattisgarh -yliopistojen sekä Rajmundhryn ja Gunturin sairaaloidensa kautta.<sup>30</sup>

Yksi merkittävimpiä luterilaisten kirkkojen omistamia sairaaloita Intiassa on Mohulpahari Christian Hospital köyhässä Jharklandin osavaltiossa joitakin satoja kilometrejä Kalkutasta luoteeseen. Se sai alkunsa kahden tanskalaisen lääkärin saavuttua vuonna 1915 tälle Benagarian alueelle työskentelemään lähetyslääkäreinä. Nykyisin se on läheisessä Dhumkan kaupungissa keskustoimistoaan pitävän Pohjoisen evankelis-luterilaisen kirkon (Northern Evangelical Lutheran Church, NELC) omistuksessa. Vuonna 2017 siinä oli 130 vuodepaikkaa ja sen henkilökunnan lukumäärä oli 28. Sairaala tarjoaa palveluita varsin monipuolisesti aina kirurgiasta ja gynekologiasta ortopediaan ja tartuntatauteihin. Se toimii myös tukikohtana seurakuntalähtöiselle yhteisöterveysprojektille ja edellä mainitulle yhteisötukiprojektille kivilouhosympäristössä.<sup>31</sup>

Sairaala tulee nykyisin toimeen jotakuinkin omillaan, pääasiassa potilasmaksurahoituksella. Se joutuu kuitenkin kohtaamaan jatkuvasti taloudellisia vaikeuksia. Vieraillessani paikan päällä lokakuussa 2017 kysyin lääkäreiltä ja muun henkilökunnan edustajilta, miten sairaalan taloudelliset haasteet heijastuvat heidän tilanteeseensa. He totesivat, ettei heidän palkkatasonsa ole sama kuin mitä he voisivat saada muualla – varsinkin isommissa kaupungeissa. Erityisesti lääkäreille tämä on monesti merkittävä haaste myös siksi, että pikkupaikkakuntien koulutustarjonta on heidän lapsilleen kovin rajallinen.<sup>32</sup>

---

28 CMAI 2018

29 UELCI 2010, 2.

30 NLHMB 2019.

31 Soren 2017, 101.

32 Päivänsalo 2017 (Mohulpaharin sairaalan johtavan henkilökunnan tutkimushaastattelu 28.10.2017).



Mohulpaharin sairaalan tarkoituksena on ”palvelu ihmiskuntaa Jumalan kunniaksi” ja tämän mukaisesti tarjota potilaille hoitoa ”rakastavasti ja välittävästi kuten meidän Herramme ja mestarimme Jeesus Kristus itse opetti”.<sup>33</sup> Intian kristillisille sairaaloille tyypilliseen tapaan siellä palvelee myös aktiivinen sairaalasielunhoidon osasto (Chaplainly Department), jonka johdolla huolehditaan potilaiden ja sairaalahenkilökunnan hengellisistä tarpeista.<sup>34</sup> Koska fyysistä ja psyykkistä hoitoa tarjotaan kaikille uskonnosta riippumatta, kristillinen sielunhoito ei voi olla kaikille samalla tavalla avuksi – sitä kuitenkin tarjotaan.<sup>35</sup> Sairaala ja sen yhteydessä toimiva sairaanhoitajaopisto ovat osa Pohjoisen evankelis-luterilaisen kirkon yhteisöä, jossa toimii myös teeviljelmä ja muita kehityshankkeita.<sup>36</sup> Yhteisö kokonaisuudessaan toimii oleellisena vetovoimatekijänä sairaalan korkeastikin koulutetulle henkilöstölle.

Mohulpaharin sairaalalle on ollut ehkä vieläkin haastavampaa kuin Intian Luterilaiselle Maailmanpalvelulle löytää sellaisia kansainvälisiä yhteistyökumppaneita, joiden kautta sen työntekijät pääsisivät välittömästi osallisiksi ravitsemus- ja terveystieteen sekä kehityspolitiikan globaalin tason osaamisesta. Olisi helposti kuviteltavissa, että tällaiset yhteydet voisivat sitouttaa esimerkiksi sairaalan lääkäreitä toimintaan syrjäseudulla. Lisääntyvä kansainvälinen näkyvyys toiminnalle voisi hyvinkin avata uusia rahoitusmahdollisuuksia, jotka saattaisivat länsimaisittain katsoen pienilläkin summilla auttaa sairaalaa ja siihen liittyviä kehityshankkeita merkittävästi eteenpäin.

Muista protestanttisista sairaaloista mainittakoon tässä vielä Emmanuel-järjestön 20 sairaalaa eri puolilla Intiaa. Esimerkiksi järjestön Duncan-sairaala on lähes Nepalin rajalla sijaitsevan syrjäisen Raxaulin kaupungin suurin.<sup>37</sup> Vieraillessani siellä vuonna 2017 sain todeta Duncanin jopa pystyneen äskettäin avaamaan uuden pienimuotoisen sairaalan erityisesti naisille muutaman tunnin kuoppaisen ajomatkan päähän kaupungista. Raxaulin sairaalassa järjestetään säännöllisesti henkilökunnan aamuhartauksia. Vaikka sen kristillinen identiteetti on hyvin tunnettu, se on voittanut ympäröivän yhteisön luottamuksen – joskin hindunationalistit pyrkivät rajoittamaan kaikkea kristillistä yhteiskunnallista vaikuttamista tässäkin osassa Intiaa.

---

33 Soren 2017, 101.

34 Keskeisenä esikuvana monille muille instituutioille tässä on ollut CMC, Vellore -sairaalan sielunhoitotyö, johon tutustuin paikan päällä vuonna 2014.

35 Päivänsalo 2017.

36 NELC 2017.

37 Emmanuel Hospital Association 2018.

## 10.3 Kohti luottamuksellista terveysyhteistyötä Kiinassa

Roomalaiskatolinen lääkintälähetys nousi oraalle Kiinassa jesuiitta Johannes Terrentiuksen saavuttua sinne vuonna 1617. Hänen kirjoituksiaan anatomias- ta ryhdyttiin kuitenkin kääntämään kiinaksi vasta hänen kuoltuaan vuonna 1630 Pekingissä. Vaikka joidenkin 1600-luvun alussa Kiinassa vaikuttaneiden protestanttienkin on nähty aloitelleen lääkintälähetystyötä, liike pääsi tältä osin varsinaisesti alkuunsa vasta Thaimaassa työskennelleen lääkäri-pastori Karl F. A. Gützlaffin (1803–1851) Kiinan-matkojen myötä. Myös brittikirurgi Thomas R. Colledge (1797–1879) työ oli tässä tärkeää.<sup>38</sup> Alan keskeiseksi hahmoksi nousi puolestaan pian yhdysvaltalainen lääkäri-pastori Peter Parker (1894–1888), joka saapui eteläisen Kiinan Kantoniin vuonna 1834. Häntä innoitti erityisesti Jonathan Edwardsin saarnaama evankelikaalinen kalvinismi ja siitä kumpuava pyyteettömän hyväntahtoisuuden idea (*disinterested benevolence*). Jumalan rakkauden innoittamana Parker halusi osaltaan välittää hyväntahtoista rakkautta muille. Kantoniin-työ pääsi hyvin vauhtiin ja jo pian, vuonna 1838, Colledge, Parker ja Elijah C. Bridgman perustivat Kiinan Lääkintälähetysyhdistyksen (The Medical Missionary Society in China).<sup>39</sup>

Lähetystyön näkymät kohenivat Kiinassa vuodesta 1842 alkaen: tuolin päättyneen ensimmäisen oopiumsodan jälkeen Kiina pakotettiin avaamaan rajojaan ulkomaalaisille. Tällaisen kolonialistisen prosessin varjo on kylläkin seurannut lähetystyötä pitkään: ovatko läntiset lähetystyöntekijät olleet paikalla valloittajina vai hyväntekijöinä? On vaikeaa arvioida, miten suuresti juuri lääkintälähetys on vaikuttanut mielikuviin tältä osin. Yhtäältä työ kyllä kasvoi. 1900-luvun alussa Kiinassa oli yhteensä 259 lääkintälähetysasemaa, joko sairaalaa tai muuta klinikkaa. Lisäksi lääkintätyö oli usein erottamattomassa yhteydessä julistustyöhön – olihan esimerkiksi globaalistikin katsoen poikkeuksellisen vaikutusvaltainen lähetyspastori Hudson Taylor (1832–1905) varsinaisen julistustyönsä ohessa myös lähetyslääkäri.<sup>40</sup> Toisaalta edes sairaaloista menestyneimmät eivät välttämättä ”tuottaneet” suurta määrää käännyttäisiä. Vuonna 1874 raportoitiin juuri Kantoniin sairaalassa hoidetun kaikkiaan 409 000 potilasta 12 vuoden aikana, mutta

38 Grundmann 2005, 27–30, 51–59. Ks. Lääkintälähetetyksen vaiheista Kiinassa myös esim. Porterfield 2005, 152–157.

39 Grundmann 2005, 59–71.

40 Grundmann 2005, 163. Vastaavasti myös David Livingstone (1813–1873), kaiketi merkittävien lähetystyöntekijä Afrikassa kautta aikain, oli samalla lähetyslääkäri. Grundmann 2005, 150.

kristityiksi heistä kääntyi vain keskimäärin yksi vuodessa. Lääkintätyö ei siis sellaisenaan välttämättä toiminut evankeliumin julistuksena. Sen myönteiset vaikutukset lähetystyölle olivat usein välillisiä. Joka tapauksessa *The China Medical Journalin* toimittajat kirjoittivat vuonna 1922, että pääsääntöisesti lähetysjärjestöjen länsimaiset johtokunnat aliarvioivat lääkintälähetysten tarjoaman tuen evankeliointityölle.<sup>41</sup>

Vuonna 1949 perustetussa Kiinan kansantasavallassa varsinaiselle lähetyslääkintätoiminnalle ei juuri ollut edellytyksiä. Aikanaan rakennettu perintö on kuitenkin ollut osaltaan tukemassa kiinalaisen julkisen terveydenhuollon kehitystä. Esimerkiksi Nankingin suuren Drum Tower -sairaalan seinältä voi nykyisin lukea, että alun perin se oli kristillinen sairaala.<sup>42</sup> Kiinalaisessa uskonnollisuudessa parantuminen ja kokonaisvaltainen terveys ovat aivan keskeisiä teemoja, jotka myös johtavat ihmisiä hakemaan viisautta ja apua eri uskonnoista ja filosofioista.<sup>43</sup> Siten voisi tuskin olla kiinalaiselle kristinuskolle haitaksi, jos se nähtäisiin jälleen entistä enemmän myös osana pitkäjännitteistä ja ammattimaista terveystyötä.

Nykyaikaisen protestanttisen kristillisen kehitysyhteistyön ja samalla terveystyön keskeiseksi järjestöksi Kiinassa on noussut vuonna 1985 perustettu The Amity Foundation.<sup>44</sup> Amity-järjestöä on sanottu jopa ensimmäiseksi nykymuotoiseksi kiinalaiseksi kansalaisjärjestöksi ylipäätään. Vuotta aiemmin oli kyllä perustettu Kiinalainen Vammaisten Hyvinvointirahasto (The Chinese Welfare Fund for the Handicapped). Tuolloin piispa K.H. Ting ja Wenzao Han näkivät mahdollisuuden Amityn perustamiselle, ja hanke myös onnistui.<sup>45</sup> Oleellista tässä oli alun perin anglikaanisen piispa Tingin johtava rooli niin kutsutussa Kolmen itsen liikkeessä – Kiinan hallinto hyväksyi liikkeen toiminnan, kunhan se noudatti itsehallinnon (*self-government*), itsekannattavuuden (*self-support*) ja itsejulistavuuden (*self-propagation*) periaatteita.<sup>46</sup> Tämän liikkeen, ja samalla eräänlaisen kirkkokunnan, oli toisin sanoen oltava riittävän selvästi juuri kiinalainen eikä länsimainen.

---

41 Grundmann 2005, 163, 170–173.

42 Sairaalan keskeisin perustaja oli Disciples (Canada) Mission to China -järjestön tohtori William Edward Macklin (Nanjing Drum Tower Hospital 2007).

43 Shakar 2013, 184–185.

44 Ks. järjestön perustamisesta esim. Carroll ym. 2010. Ensimmäiseksi kiinalaiseksi roomalaiskatoliseksi kansalaisjärjestöksi perustettiin puolestaan Jinde Charities vuonna 1997.

45 Wickeri 2005, 206–211.

46 Ting 2002, 62.

Amityn terveystyö oli tärkeässä roolissa sen pyrkiessä vakauttamaan luottamusta Kiinan viranomaisten suuntaan. Kun julkisen sektorin toimijat havaitsivat järjestön syrjäalueiden terveysprojektit onnistuneiksi ja laadukkaiksi, niistä otettiin mallia tai niitä muunnettiin julkisen sektorin projekteiksi. Amitylle tämä on sopinut. Se onkin pyrkinyt profiloitumaan juuri innovatiivisena palveluntuottajana – sekä kiinalaisten että länsimaisten yhteistyökumppaniensa suuntaan.<sup>47</sup>

Vaikka Amity on identiteetiltään vahvasti kiinalainen järjestö, vuosina 2014–2015 jopa 70 prosenttia sen rahoituksesta tuli ulkomailta. Tällainen rahoitusrakenne toki mahdollisti sen kiinalaisuuden kyseenalaistamisen ja sikäli muodosti sen toiminnalle riskin. Virallinen Kiina on kuitenkin ilmeisesti nähnyt Amityn toiminnan olevan maalle aivan oikeasti hyväksi. Lisäksi Amity on kyennyt sittemmin muuttamaan rahoitus pohjaansa entistä kiinalaisemmaksi yllättävän vauhdikkaasti: vuonna 2016 se raportoi saavansa jopa 80 prosenttia lahjoitustuloistaan Kiinasta. Mielenkiintoinen osa järjestön rahoitusrakennetta ovat myös tulot, joita sille kertyy Raamattujen painamisesta. Raamattujen painaminen ja myynti ovat siis olleet sellaisenaan hyväksytyä toimintaa nyky-Kiinassa, ja niistä saatuja tuloja on käytetty hyviin kehityshankkeisiin. Näitä ovat olleet esimerkiksi yhteisöllinen kehitys- ja ympäristötyö, kansanterveys- ja hiv/aids-työ, katastrofiapu ja orpolapsityö.<sup>48</sup>

Presidentti Hu Jintaon vuonna 2005 julistama Harmonisen yhteiskunnan (*hexieshehui*) hanke on osaltaan kiihdyttänyt kansalaisjärjestötoiminnan kasvua ja lisännyt sen arvostusta Kiinassa. Myös vuonna 2016 hyväksytyin maan ensimmäisen hyväntekeväisyylain on ollut tarkoitus osaltaan helpottaa alan järjestöjen varainkeruuta ja toimintaa. Kenttä on kaikinensa laaja. Presidentti Xi Jinpingin aikakaudella kansalaisjärjestöjen toiminta Kiinassa on vähitellen vaikeutunut. Silti vuonna 2016 maassa oli yhteensä 670 000 rekisteröityä järjestöä. Esimerkiksi köyhässä Yunnanin maakunnassa oli 351 hyväntekeväisyysjärjestöä.<sup>49</sup> Tällainen tilanne voi avata kiinnostavia toimintamahdollisuuksia kristillislähtöiselle kehitysyhteistyölle esimerkiksi terveyden alueella, jos työlle vain löytyy taloudellista tukea ja alan toimijoiden suhteet viranomaisiin säilyvät riittävän luottamuksellisina.

47 Fielder 2014, 29. Ks. useiden Amityn mm. terveyshankkeiden vaiheista Fiedler & Liwei 2005.

48 Amity 2016, 2, 7, 79–80.

49 Xinhua Agency 2016, 4.

## 10.4 Lähetys, lähimmäisenrakkaus ja kokonaisvaltainen terveys

Sairauden, terveyden ja paranemisen aiheet ovat kuuluneet kristilliseen uskoon aivan keskeisesti alusta asti, useimmissa muissa kristillisissä perinteissä jopa vielä selvemmin kuin ei-karismaattisessa protestanttisuudessa. Jälkimmäisessäkin niitä koskevaa teologiaa löytyy kuitenkin runsain määrin. Tässä kirjoituksessa olen keskittynyt erityisesti muutamiin keskeisiin lääkintälähetysten konteksteihin 1800-luvulta alkaen.

Kenties tyypillisimmin oletettu kytkös lääkintälähetysten ja julistustyön välillä on, että edellisen on nähty valmistavan ihmisiä vastaanottamaan julistetun evankeliumin sanoman. Kun sairaat ja muut ihmiset näkevät, että usko voi motivoida tekemään lähimmäiselle hyvää, on uskon sisältö helpompi ottaa vastaan. Lyhytkin katsaus lääkintälähetysten historiaan kuitenkin osoittaa, että yksioikoinen sitoutuminen vain tällaiseen *evankeliumiin valmistaminen* -ajattelumalliin voi olla ongelmallista. Sellaisenaan se jättää nimittäin juuri lähimmäisen tarpeeseen vastaamisen huomiotta auttamisen motiivina ja tekee pahimmillaan lähimmäisenrakkaudesta vain evankelioimisen välineen.

Ensimmäiseksi korjausliikkeeksi tähän ajattelutapaan voisikin ehdottaa *lähimmäisenrakkauden omaehtoisuuden* ottamista vakavasti. Tällöin yksittäisen lähetyslääkärin tai -hoitajan toiminnan välittömänä motiivina ei odoteta olevan evankeliumin edistämisen. Näin hän voi myös paremmin kohdata potilaansa juuri sairauteensa apua tarvitsevana ihmisenä eikä lääkärin tai hoitajan usko vaaranna hoidon laatua.

Institutionaalisella tasolla lähimmäisenrakkauden omaehtoisuuden ottaminen vakavasti voi puolestaan tarkoittaa sitä, ettei kristillisten sairaaloiden tai kehitysjärjestöjen odoteta mitenkään välttämättä sisällyttävän toimintaansa sanallista kristinuskon julistusta. Toki on kaikin puolin reilua pitää selkeästi esillä, jos kyseessä on kristillinen järjestö tai muu instituutio. Jos kuitenkin sanallinen kristinuskon julistus voi haitata sen puitteissa tehtävää terveystyötä (esimerkiksi siten, että muiden uskontojen edustajille tarjottu kokonaisvaltaisen hoidon laatu kärsii), lähimmäisenrakkauden omaehtoisuuden kriteeri kehottaisi jättämään sanallisen julistustoiminnan pastorien ja muiden seurakuntalaisten vastuulle. Tällainen työnjako on toki aivan yleinen kristillisen lähetysten historiassa ja nykytoiminnassa. Eihän esimerkiksi Suomessa ole – täysin ymmärrettävästi – mahdollista saada Ulkoministeriön rahoitusta julistustyöhön. Vastaavasti voidaan pitää täysin ymmärrettävänä, että jos Intian tai Kiinan hallituksen halutaan toimivan yhteistyössä kristillisten sairaaloiden

kanssa, kyseisessä yhteistyössä tavoitteena on nimenomaan terveyden tai muiden inhimillisen kehityksen tavoitteiden edistäminen eikä uskonnollinen julistus.

Mikään ei kuitenkaan estä lähetystyöntekijää tai ketään muutakaan kristittyä toivomasta ja rukoilemasta, että hyvin tehty työ toimisi kristillisen sanoman vastaanottamista helpottavana tekijänä. Edellinen katsaus antaakin vahvoja viitteitä siihen, että historiallisesti katsoen näin on usein tapahtunut. Kristinuskon sanomaa on monesti ollut vaikeaa sanoittaa toisissa kulttuureissa, ja länsimaiden kolonialistiset toimet ovat osaltaan ruokkineet väärynmäryksiä. Parantumista ja kokonaisvaltaista terveyttä arvostetaan kuitenkin runsaasti yli kulttuurirajojen. Monessa kulttuurissa ja uskonnossa ne kuuluvat aivan keskeisesti tavoiteltaviin inhimillisiin hyviin. Jos siis kristinuskon sanoma näyttytyy mielekkäällä jatkumolla suhteessa huoliin parantumisesta ja terveemmästä elämästä, tästä voi siunaantua lukemattomissa eri konteksteissa mainiota taustatukea keskusteluihin evankeliumin sanomasta.

Myös liian laajalle ulotettu lähimmäisenrakkauten omaehtoisuuden kriteeri voidaan kyseenalaistaa. Jos se nimittäin on jo riittävästi täytetty niin, että kristillinen terveystyö saavuttaa luottamuksen yli kulttuuri- ja uskontorajojen, tämän jälkeen ei ole tarvetta enää vaieta sairauteen, terveyteen ja parantumiseen liittyvistä uskonnollisista tai hengellisistä ulottuvuuksista. Tällöin usko ei enää näyttäydy kenellekään uhkana. Huomio voidaan sen sijaan kääntää itse kunkin *kokonaisvaltaisen terveyden* tavoitteluun – tai hyvinvointiin ruumiin, sielun ja hengen suhteen kokonaisena ihmisenä. Sielunhoidon kirjallisuudessa tätä aihepiiriä on käsitelty runsaasti. Kunhan rakkaus on ensin voittanut pelot ja keskinäinen kunnioitus säilyy, sanoitetun hengellisyyden ja rakkauden vastakkainasettelua ei enää tarvita. Molemmat voivat osaltaan rakentaa kokonaisvaltaista terveyttä ja siihen liittyvää yhteisöllisyyttä mitä erilaisimmissa lähetysten konteksteissa. Monesti tällaisen terveyden tärkeys tosin on jo jokseenkin selvää globaalin etelän ja idän kulttuureissa ilman mitään erityisempää missioaarista ohjelmaa.

Laaja-alaisen terveys- ja lähetysajattelun kannalta kysymys kokonaisvaltaisesta parantumisesta avautuukin edelleen uskontodialogin suuntaan. Uskonnollisten ihmisten ei tarvitse rajoittua terveyden alalla vain siihen, mitä lääketiede voi tarjota fyysisen parantumisen suhteen. Lopulta siis *dialogisen terveydenedistämisen* mallissa rakkauden omaehtoisuus luo luottamusta, yhteisöt tukevat sairaiden ja haavoitettujen kokonaisvaltaista tervehtymistä sekä uskontojen ja katsomusten merkityksistä hyvinvoinnillemme osataan puhua luontevasti. Kristityt voivat samalla toivoa ja rukoilla, että tällainen lähestymistapa auttaisi ihmisiä ottamaan vastaan sanoitettua evankeliumia.

Uskontodialogista avoimuutta ei kuitenkaan tarvitse tulkita rohkaisuksi kääntyä kokeellisen lääketieteen kanssa ristiriidassa olevien uskomushoitosten puoleen. Ei-karismaattisen protestanttisen lääkintälähetyksen tuntemus antaa tässä oivallisia lähtökohtia varovaisuuteen, ovathan sen lähetyslääkärit tyypillisesti olleet modernin lääketieteen asialla. Esimerkiksi intialaisissa ja kiinalaisissa kulttuureissa toimiessaan lähetyslääkäreillä ja muulla hoitohenkilökunnalla on ollut mahdollisuus oppia juurevasti, miten näissä konteksteissa on osattu ottaa huomioon ihmisen kaipuuta kokonaisvaltaiseen terveyteen kenties paremminkin kuin länsimaisessa koululääketieteessä. Kokonaisvaltaisen terveyden näkökulma avaa siis runsaasti mahdollisuuksia nimenomaan aitoon vuoropuheluun, jossa kaikki voivat oppia toisiltaan.

Mikään edellä sanotusta ei ole ristiriidassa sen kanssa, että lähetystyössä kokonaisuudessaan on aina tilaisuuden tullen julistettu evankeliumia sekä sanoin että teoin. Edellä sanottu ei myöskään ole tarkoitettu luomaan liioiteltua polarisaatiota oikeuskonteksteihin ja parantumiskonteksteihin liittyvien käsitteistöjen välillä, ikään kuin lähetystyössä olisi jotenkin luovuttava edellisistä erityisen ongelmallisina länsimaalaisina käsitteistöinä. Nouseehan kristillinen puhe laista, armahtamisesta ja muista oikeudellisista käsitteistä alun perin muinaisjuutalaisuudesta ja siten mieluummin aasialaisesta kuin eurooppalaisesta kulttuuritaustasta. Kristinusko saattaakin olla kokonaisuudessaan aasialaisempi kuin mitä aina muistamme.

## Lyhenteet

CMAI	Christian Medical Association of India
CMC	Christian Medical College
LWF	The Lutheran World Federation
LWSI	The Lutheran World Service India
LWSIT	The Lutheran World Service India Trust
NELC	Northern Evangelical Lutheran Church
NLHMB	National Lutheran Health & Medical Board
UELCI	United Evangelical Lutheran Churches in India
UNDP	United Nations Development Programme

## Lähteet ja kirjallisuus

Amity

2016 Amity. Annual Report 2016. Nanjing: The Amity Foundation. [https://www.amityfoundation.org/eng/sites/default/files/publication\\_pdf/2016%20%28Eng%29\\_0.pdf](https://www.amityfoundation.org/eng/sites/default/files/publication_pdf/2016%20%28Eng%29_0.pdf) (viitattu 18.8.2018).

Asante, Rexford Kofi Oduro

1998 Sustainability of Church Hospitals in Developing Countries. A Search for Criteria for Success. Geneva: World Council of Churches.

CMAI (Christian Medical Association of India)

1997 Christian Medical Council of India. Comprehensive Evaluation. Summary of Findings & Recommendations, by A. Padmanabha, P. Ramachandran & Sukant Singh. New Delhi: CMAI.

2018 CMAI Member Institutes. <http://cmai.org/membership/cmai-member-institutes/> (viitattu 17.4.2018).

CMC, Vellore (Christian Medical College, Vellore)

2011 Christian Medical College, Vellore. Vellore: CMC, Vellore.

Carroll, Eving W., Jr. & Engelen, Oliver & Engelen, Beate (eds.)

2010 Amity's Founding. Recollections from Abroad. Hong Kong: The Amity Foundation.

Cavanaugh, William

2016 Field Hospital. The Churches Engagement with a Wounded World. Grand Rapids, MI: Eerdmans.

David, P.

1973 Welcome Speech. – Seminar on Social Justice, Democracy and Religion. Madras: Gurukul Lutheran Theological College and Research Institute. 9–12.

Emmanuel Hospital Association

2018 Annual Report 2016–2017. Fellowship for Transformation and Caring. New Delhi: Emmanuel Hospital Association. <https://cha-health.org/about-us/vision-mission-core-values> (viitattu 15.8.2018).



Fiedler, Katrin & Liwei, Zhang

2005 Growing in Partnership. The Amity Foundation 1985–2005.  
Hong Kong: The Amity Foundation.

Fielder, Caroline

2014 Building Civilizational Competencies. An Exploration of Chinese Christian Faith-Based Organizations in the Pursuit of a Harmonious Society. – Christianity and Social Development in China. Ed. by Theresa C. Cariño. Hong Kong: Amity Foundation.

Franciscus

2013 Evangelii Gaudium (Apostolic Exhortation Evangelii Gaudium of the Holy Father Francis to the Bishops, Clergy, Consecrated Persons and the Lay Faithful on the Proclamation of the Gospel in Today's World). Vatican Press. [http://w2.vatican.va/content/dam/francesco/pdf/apost\\_exhortations/documents/papa-francesco-esortazione-ap\\_20131124\\_evangelii-gaudium\\_en.pdf](http://w2.vatican.va/content/dam/francesco/pdf/apost_exhortations/documents/papa-francesco-esortazione-ap_20131124_evangelii-gaudium_en.pdf) (viitattu 11.3.2019).

Grundmann, Christoffer H.

2005 Sent to Heal. Emergence and Development of Medical Missions. Lanham, Maryland: University Press of America.

Hodne, Olav

1967 The Seed Bore Fruit. A Short History of the Santal Mission of the Northern Churches 1867–1967. Dumka: The Santal Mission of the Northern Churches.

Jayakumar, Augustine A. G.

2010 Message from the President, Board of Trustees. – The Lutheran World Service India Trust (LWSIT), Annual Report 2010: Give Her Education, Give Her Future. Kolkata: LWSIT. 3.

Jeyakumar, D. Arthur

2002 History of Christianity in India. Selected Themes. Delhi: Indian Society for Promoting Christian Knowledge.

LWF (The Lutheran World Federation)

2003 Official Report. LWF Tenth Assembly. Winnipeg, Canada, 21–31 July 2003. For the Healing of the World. Geneva: Lutheran World Federation.

LWSI (Lutheran World Service (India))

1979 Annual Report 1978. Recovering a Lost Dignity. Calcutta: LWSI.

LWSIT (The Lutheran World Service India Trust)

2010 Annual Report 2010. Give Her Education, Give Her Future. Kolkata: LWSIT.

2016 Annual Report 2016. Kolkata: LWSIT.

2017 Towards Fullness of Life for All. Strategic Plan 2018–2022. Kolkata: LWSIT.

Lindquist, Ingmar

1982 Partners in Mission. A Case-Study of the Missionary Practice of the Lutheran Foreign Mission Agency Involvement in Tanzania since the Early 1960's Seen in a Historical and Theological Perspective. Åbo: The Research Institute of the Åbo Akademi Foundation.

Mannermaa, Tuomo

1998 Justification and Theosis in Lutheran-Orthodox Perspective. – Union with Christ. The New Finnish Interpretation of Luther. Ed. by Carl E. Braaten & Robert W. Jenson. Grand Rapids, MI: William B. Eerdmans. 25–41.

McGilvray, James C.

1981 In Quest for Health and Wholeness. Tübingen: German Institute for Medical Missions.

NELC (Northern Evangelical Lutheran Church)

2017 Northern Evangelical Lutheran Church: 150 Years Mission Journey (1867–2017) & 500 Years Anniversary of Luther's Reformation (1517–2017). Ed. by E. Murmu, L. Tudu, M. C. Hansdak, I. Murmu & R. Hembrom. Dumka, Jarkhand: NELC. 100–101.

NLHMB (National Lutheran Health & Medical Board)

2019 Home. <http://www.nlhmb.in/> (viitattu 11.3.2019).

Nanjing Drum Tower Hospital

2007 Nanjing Drum Tower Hospital, The Affiliated Hospital of Nanjing University Medical School. <http://www.njglyy.com/en/An-Introduction/An-Introduction.asp> (viitattu 19.8.2018).

Porterfield, Amanda

2005 Healing in the History of Christianity. Oxford: Oxford University Press.

Pyhien isien opetuksia sairaudesta

1982 Pyhien isien opetuksia sairaudesta. Suom. Petri Piironen [tuntematon kirjoittaja]. Joensuu: Ortokirja ry.

Päivänsalo, Ville

2017 Tutkimushaastattelu. Tekijän arkistossa.

2018 Vastavuoroista oikeudenmukaisuutta kohti. – Ylikansallinen vastuu terveydestä ja paperittomien oikeudet. – Teologinen aikakauskirja 2, 164–171.

Raunio, Antti

1998 Natural Law and Faith. The Forgotten Foundations of Ethics in Luther's Theology. – Union with Christ. The New Finnish Interpretation of Luther. Ed. by Carl E. Braaten & Robert W. Jenson. Grand Rapids, MI: William B. Eerdmans. 96–124.

Röllinghoff, Werner

1984 Zeittafel der evangelischen "Ärztlichen Mission" in Deutschland. Tübingen: Deutsches Institut für Ärztliche Mission.

Shakar, Meir

2013 Violence in Chinese Religious Traditions. – The Oxford Handbook of Religion and Violence. Ed. by Mark Juergensmeyer, Margo Kitts & Michael Jerryson. Oxford: Oxford University Press. 183–196.

Soren, Pradid Emanuel

2017 Short History and Report of Mohulpahari Christian Hospital. – Northern Evangelical Lutheran Church: 150 Years Mission Journey (1867–2017) & 500 Years Anniversary of Luther's Reformation (1517–2017). Ed. by E. Murmu, L. Tudu, M. C. Hansdak, I. Murmu & R. Hembrom. Dumka, Jarkhand: Northern Evangelical Lutheran Church. 100–101.

Swavely, C. H. (ed.)

1952 The Lutheran Enterprise in India. India: The Federation of Evangelical Lutheran Churches in India.

Ting, K. H.

2002 Rationale for Three-Self. Neesima Lecture, Doshisha University, Kyoto, Japan, 1984. – A Chinese Contribution to Ecumenical Theology. Selected Writings of Bishop K. H. Ting. Ed. by Janice & Philip Wickeri. Geneva: WCC Publications. 62–72.

UELCI (United Evangelical Lutheran Churches in India)

2010 Caring for Life. Indian Lutheran Health Ministry. Chennai: UELCI.

UNDP (United Nations Development Programme)

2016 Human Development Report 2016. Human Development for Everyone. New York: UNDP. [http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016\\_human\\_development\\_report.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf) (viitattu 16.8.2018).

Valiaveettil, Julia & Paravarakath, Valsamma

2003 Towards Holistic Health Care. The Medical Mission Experience. – The Community We Seek. Perspectives on Mission. Ed. by Jesudas M. Athyal. Tiruvalla: Christava Sahitya Samithi. 89–97.

Vethanayagamony, Peter

2011 “A Deliver on a While Horse.” The Pioneering Journey of Dr. Anna Sarah Kugler. – Gurukul Journal of Theological Studies 22, 2 (June), 93–109.

Wickeri, Philip L.

2005 Amity: Yesterday, Today and Tomorrow. – Growing in Partnership. The Amity Foundation 1985–2005. Ed. by Katrin Fiedler & Zhang Liwei. Hong Kong: The Amity Foundation. 206–215.

Xinhua Agency

2016 A New Era for Charity. First National Charity Day Celebrated on September 5. – Caring [Shanghai Charity Foundation], Oct 2016.

Yhdessä kohti elämää

2012 Yhdessä kohti elämää. Lähetys ja evankelioiminen muuttuvassa maailmassa. Kirkkojen maailmanneuvoston keskuskomitea, suom. Lähetysteologinen aikakauskirja 16 (2013), 5–26. <http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/sp?Open&cid=Content46AB6B> (viitattu 16.8.2018).