

# Cicely Saunders (1918-2005)

*„Jest twarda. Mówi prawdę. Nie boi się tego co inni pomyślą.”*

Pastor Leonard Lunn  
Kapelan Hospicjum św. Krzysztofa<sup>1</sup>

## Curriculum vitae

1918 – rok urodzenia

1938-39 – studiuje na Oxford University (polityka, filozofia i ekonomia)

1944 – uzyskuje dyplom pielęgniarstwa

1945 – nawraca się na chrześcijaństwo

1947 – uzyskuje dyplom medycznego pracownika socjalnego

1948 – podejmuje pracę pielęgniarki-wolontariuszki w St Luke's Home for the Dying Poor, później nazwany St Luke's Hospital (7 lat); tam poznaje metodę doustnego stosowania opioidów

1948 – spotyka pacjenta Dawida Taśmę

1957 – uzyskuje dyplom lekarza medycyny

1958 – podejmuje pracę w Roman Catholic St Joseph's hospice in Hackney, east London (7 lat); tam prowadzi badania kliniczne w zakresie kontroli bólu i innych objawów

1960 – publikuje książkę „Care of the Dying”

1960 – spotyka pacjenta Antoniego Michniewicza

1963 – spotyka malarza Mariana Bohusz-Szyszko (poślubia go w 1980)

1967 – otwiera Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie (prowadzone tam szkolenia przyczyniają się do rozwoju ruchu hospicyjnego w Ameryce Północnej)

1969 – zakłada pierwszy zespół opieki domowej

1978 – odwiedza Polskę

1980 – otrzymuje tytuł “Dame of the British Empire”

1981 – otrzymuje nagrodę “Tempelton Prize”

1989 – otrzymuje „Order of Merit” od Królowej Elżbiety II

2000 – ofiarowuje obraz „Błękitny krucyfiks” (namalowany przez Mariana Bohusz-Szyszko) Hospicjum Świętego Łazarza w Nowej Hucie

2005 – umiera w Hospicjum św. Krzysztofa

## Rodzina

Moja matka była sterroryzowana przez swoją matkę. Nigdy tego nie przezwyciężyła, bała się też mojego ojca. Próbowwała manipulować ludźmi, wprawiając ich w poczucie winy. Małżeństwo moich rodziców było bardzo nieszczęśliwe. Kiedy miałam dwadzieścia kilka lat, ojciec zdecydował, że muszą się rozstać i poprosił, żebym to ja powiedziała o tym matce. Wpadła w depresję. Powtarzała: „Rzucę się pod pierwszy nadjeżdżający autobus”.<sup>1</sup>

## **Nawrócenie**

Cały tamten czas, kiedy pracowałam jako pielęgniarka, był dla mnie okresem duchowych poszukiwań. Słuchałam wykładów C. S. Lewisa, ale byłam też pod dużym wrażeniem cyklu dramatów Dorothy L. Sayers o Chrystusie – „The Man born to be King”, czytałam pisma arcybiskupa Williama Temple, szczególnie wrażliwego na krzywdę społeczną. Trwało to aż do bardzo trudnego czasu rozpadu mojej rodziny, kiedy poznałam grupę przyjaciół, która spotykała się regularnie i wspólnie czytała Biblię. Wtedy po raz pierwszy zetknęłam się z prostym przesłaniem ewangelicznym, którego istotą jest powierzenie się. Zdarzyło się to podczas „bezwarunkowej kapitulacji” Japonii; sformułowanie „bezwarunkowa kapitulacja” dało mi do myślenia. Uznałam, że wielokrotnie już próbowałam uwierzyć i zmienić swoje życie, ale to wszystko płynęło z mojego ja. Powiedziałam więc w duchu: „Proszę przyjmij mnie”. I stało się dokładnie tak, jakby ktoś mnie odwrócił i wiatr, który dotąd wiał w moją twarz, dmuchnął mi w plecy. Wiedziałam, że to dzieje się poza mną, choć wszystko to robiłam ja sama. Usłyszałam: „Wszystko jest w porządku”. W pewnym sensie była to droga do Damaszku. Nawrócenie po prostu się zdarza...<sup>2</sup>

## **Wiara w Zmartwychwstanie**

Wiara w Zmartwychwstanie to pewne doświadczenie, które niekoniecznie da się objaśnić słowami. Pamiętam rozmowę z pielęgniarką, która zaczęła pracować w Hospicjum św. Krzysztofa w 2-3 lata po jego otwarciu. Po kilku miesiącach powiedziała: „Wie Pani, na początku, kiedy ktoś umarł, myślałam, że to jego koniec. Teraz zmieniłam zdanie. Nie dlatego, że ktoś mi coś wytłumaczył, ale po prostu pod wpływem tego co zobaczyłam”. W hospicjum nigdy nie werbalizowaliśmy tego doświadczenia. Myślę, że hospicjum to w dużej mierze miejsce Zmartwychwstania, a nie wyłącznie Kalwaria. Na ogół jednak o tym nie mówimy.

Anglia jest bardzo zsekularyzowana. Podobnie Ameryka, choć tam religia ma ogromny wpływ na życie społeczne. Niewątpliwie można prowadzić hospicjum nie mając żadnych związków z chrześcijaństwem – po prostu niosąc pomoc cierpiącym. Myślę jednak, że w przypadku fundacji chrześcijańskiej istnieje pewien krąg ludzi, którzy wierzą w Zmartwychwstanie, a to – jestem o tym przekonana – zmienia postać rzeczy.<sup>2</sup>

## **Dawid Taśma**

Uczucie, które łączyło mnie z Dawidem Taśmą – niewierzącym polskim Żydem – było niezwykle delikatne. Dawid lubił wyrażać się poetycko: „Chcę tylko tego, co w Twoim umyśle i Twoim sercu”, „Będę oknem w Twoim domu” (powiedział to wręczając mi 500 funtów na przyszłe hospicjum).

Wkrótce po jego śmierci miałam dość niezwykłą przygodę. Poszłam do kościoła i zaczęliśmy śpiewać hymn „Jak słodko brzmi imię Jezus”. Pomyślałam sobie w duchu: „Ale nie dla niego...”. I wtedy – naprawdę! – Bóg trącił mnie w ramię: „On zna mnie teraz dużo lepiej niż Ty...” [śmiech] Odtąd już nigdy nie obawiałam się o los zmarłych, bo wiem, że po śmierci są bezpieczni. Mogą się buntować, być zgorzkniali, ale jestem pewna, że kiedy stają przed Bogiem, wszystko jest dobrze.<sup>2</sup>



**Cicely Saunders  
(1918-2005)**



**Dawid Taśma  
(1908-1948)**

### **Antoni Michniewicz**

Moje uczucie do Antoniego Michniewicza było znacznie głębsze; spotkanie z nim należy do najdonioślejszych doświadczeń mojego życia. Z Antonim poznałam nową jakość czasu – mierzonego głębią i intensywnością myśli i uczuć, a nie długością trwania. Poza tym nie mieliśmy żadnej prywatności – zawsze spotykaliśmy się w sześćoosobowej sali.

Antoni, zanim ostatecznie utracił świadomość, posłał mi najbardziej nieprawdopodobny uśmiech, jaki kiedykolwiek widziałam. Próbowałam opisać go w swoim dzienniku. Napisałam, że nie wiem co tak naprawdę oznaczał ten uśmiech, ale nie było w nim żadnego smutku. Z Antoniego emanowała jakaś siła, coś z prawdziwej radości, ale jakiejś nieznannej, jakby nagle zaczynał coś widzieć. Kilka razy w życiu zetknęłam się z pacjentami, którzy przeżywali spotkanie z intensywnością, do której my nie jesteśmy jeszcze przygotowani – oni w jakiś niepojęty dla nas sposób otwierają się na to, co się przed nimi odsłania.

Boleśnie przeżyłam rozstanie z Antonim. Moja biografistka – Shirley du Boulay – pisze nawet, że po jego śmierci zupełnie się załamalam. Ale ja wróciłam do pracy! Na Boga! – miałam tylko cztery dni urlopu! [śmiech] Nikogo tak nie opłakiwałam, jak Antoniego.

Doprawdy jednak nie namawiam nikogo by zakochiwał się w swoich pacjentach! Jestem z natury otwarta, więc nie ukrywam uczuć. Z takiej ulepiono mnie gliny. Uczucie do Dawida i Antoniego było wyjątkowe, ale przywiązywałam się także do innych pacjentów. Staram się po prostu być bardzo blisko swoich podopiecznych. Moje życie było jedną wielką przygodą miłosną z pacjentami... [śmiech]

To prawda [że miłość w takich warunkach zakłada najwyższy stopień ryzyka], ale ten, kto nie podejmuje pełnego ryzyka, traci coś bardzo istotnego.<sup>2</sup>

## **Marian Bohusz-Szyszko**

Kobiety, prowadząc samochód, obserwują nie tylko drogę, ale wszystko wokół. Wracałam z biblioteki, kiedy na wystawie galerii zobaczyłam obraz. [Był to „Błękitny krucyfik” namalowany przez Mariana Bohusza-Szyszko, do którego Cicely Saunders napisała potem list.] Podziękowałam mu za „Błękitny krucyfik”. Napisałam też, że zamierzam wybudować hospicjum i obraz umieszczę w kaplicy.<sup>1</sup> [W ten sposób poznała przyszłego męża, którego poślubiła w 1980 roku.]



**Błękitny krucyfik**  
**Marian Bohusz-Szyszko**  
**(1901-1995)**

Marian u kresu swego życia był głęboko szczęśliwy, mimo że pozostał uchodźcą i stopniowo stawał się coraz bardziej zależny od innych (choć nie tracił swej żywotności). Miał zwyczaj wyrażać się uroczymi krótkimi zdaniami w swoim polskim-angielskim; zapisywałam je na końcu mojego dziennika narzeczeństwa. Mówił: „Jestem teraz szczęśliwy jak nigdy dotąd. Mógłbym o tym marzyć, a to jest rzeczywiste. Jesteśmy tak różni i tak bardzo razem”. To była bardzo spokojna miłość, zupełnie odmienna od chwil ekstazy i agonii spędzonych z Antonim. Spotkało mnie wyjątkowe szczęście.<sup>2</sup>

## **Otwartość**

Myślę, że w centrum chrześcijaństwa stoi człowiek podatny na zranienie. A bycie bezbronnym, bycie otwartym jest strasznie ważne. Ten, kto boi się zranienia albo źle się czuje pośród ludzi zranionych, bo lęka się, że to samo może i jego spotkać, traci coś zasadniczego. Rozmija się z tym, co decyduje o stawaniu się osobą.<sup>2</sup>

## **Przesłanie hospicjum św. Krzysztofa**

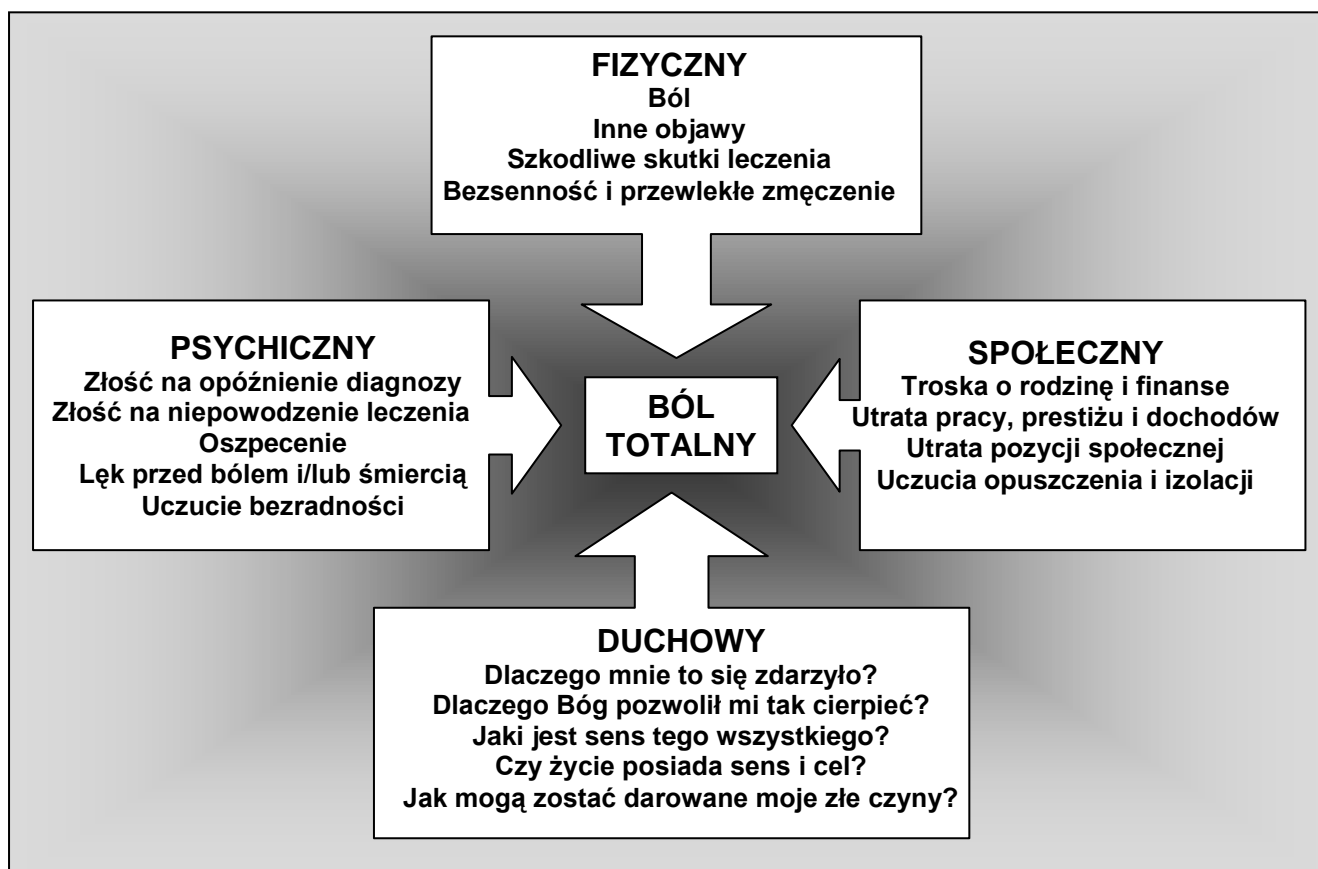
*„You matter because you are you, and you matter until the last moment of your life. We will do all we can, not only to help you die peacefully, but also to live until you die”.*<sup>3</sup>  
[Liczysz się ponieważ jesteś tym kim jesteś. Liczysz się do ostatniej chwili swojego życia. Zrobimy wszystko co w naszej mocy, nie tylko pomagając ci spokojnie umrzeć, ale także żyć aż do śmierci.]



## Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie

### Ból totalny

[Cicely Saunders wprowadziła do opieki paliatywnej koncepcję bólu totalnego.]<sup>4</sup>



### Przedłużanie życia

Chciałabym powiedzieć parę słów o indywidualnym zbliżaniu się do śmierci. Mają tu znaczenie sami ludzie i wyraz ich twarzy, ponieważ możemy z niego wyczytać ich potrzeby i dążenia. Musimy się nauczyć rozpoznawać moment, w którym nasze leczenie przekształca się w „opiekę nad człowiekiem umierającym”. Uporczywe stosowanie energicznego, aktywnego leczenia w okresie, gdy pacjent bardzo się już oddalił i nie powinien zwracać, to nie jest dobra medycyna. Istnieje różnica między przedłużaniem życia a tym co naprawdę można by

nazwać jedynie przedłużaniem umierania. Z faktu, że coś można zrobić, nie wynika, że słuszne czy dobre jest realizowanie tego. Często widuje się wielkie znużenie bólem i chorobą, która sprowadziła do nas naszych pacjentów, takich jak Sir Williama Oslera, który umierając rzekł: „Jestem już za daleko, by chcieć powrócić i przechodzić przez to wszystko od nowa”. Nie sądzę, by powiedział „dziękuję” komuś, kto zawróciłby go z tej drogi w tym momencie. Ustalenie, że taki moment nadszedł, nie jest defetyzmem ani ze strony pacjenta, ani lekarza. Jest to raczej uświadomienie sobie i poszanowanie indywidualności człowieka i jego godności.<sup>5</sup>

### **Chwila prawdy**

Wyrażenie „chwila prawdy” wybrał Boros, filozof i teolog, na tytuł książki o śmierci. Wyrażenie to prawdopodobnie pochodzi z hiszpańskiego i jest terminem technicznym odnoszącym się do chwili pod koniec walki byków, gdy matador pozostaje sam na sam z bykiem. Cała widownia, tak jak i wszyscy znajdujący się na arenie, mają wtedy znaczenie drugorzędne. Jest ich tylko dwóch i człowiek znajduje się w samym centrum.<sup>5</sup>

### **Zdjęcie maski**

Ludzie umierający dysponują olbrzymią zdolnością nawiązywania kontaktu, gdyż zdejmują maskę, którą na ogół nosimy przez całe życie. Teraz, gdy są po prostu sobą, łatwo o kontakt i jestem pewna, że dlatego można właśnie tych ludzi poznać w bardzo krótkim czasie, nawet podczas jednego spotkania.

Nasza postawa wobec umierającego chorego w znacznym stopniu odzwierciedla naszą postawę w ogóle wobec ludzi, a także – co jest oczywiste – nasz pogląd na znaczenie życia. Jakże często to właśnie my, a nie pacjent, wymagamy rehabilitacji, podobnie jak istnieje zagadnienie psychologii człowieka widzącego, a nie psychologii ślepeca.<sup>5</sup>



### **Świadomość śmierci**

Muszę się teraz zająć starą kwestią – co powiedzieć pacjentowi. Myślę, że przede wszystkim trzeba rozróżnić wyjawienie komuś rozpoznania (że jest to nowotwór złośliwy) i rokowania (że – o ile wiemy – stan jego nie ulegnie poprawie). Trzeba pamiętać, że spod naszej kontroli wymyka się stopień intuicyjnej wiedzy pacjenta o swoim stanie. Nie zależy ona tylko od tego co mu powiemy. Ma tutaj znaczenie wiele innych czynników – inteligencja chorego, jego odwaga, zjawiska zachodzące w jego ustroju i sposób, w jaki je sobie tłumaczy, przypadkiem zasłyszane rozmowy. Wiem tylko, że około połowa moich pacjentów nie tylko wiedziała o zbliżającej się śmierci, ale nawet o tym ze mną rozmawiała. Wśród pozostałych byli ludzie ze starym otępieniem, byli chorzy z guzami mózgu i ci, którzy po prostu nie mieli intuicji. Byli też inni, którzy – jak sądzę – wiedzieli, ale woleli o tym nie mówić, przynajmniej nie ze mną. Wybór powinien należeć do nich. Prawdziwe pytanie brzmi nie: „Co powiedzieć pacjentowi?”, lecz raczej: „Co pozwolić, by pacjent ci powiedział?”.

Nauczyć się słuchać, co mówią; czego nie mówią; co kryje się pod osłoną słów; co się odbywa.

Jeśli uchylamy się od otwartej dyskusji lub tłumimy ich pytania uspokajającymi zapewnieniami i tak będą doskonale wiedzieli o co chodzi. Dajemy im tylko w ten sposób do zrozumienia, że boimy się o tym mówić. Chcieliby na pewno porozmawiać i o innych kwestiach i zrobią to, jeśli tylko stworzymy warunki. Możemy im pomóc bez akcentowania tego na każdym kroku. Efektywne porozumienie może mieć miejsce pośrednio. Sposobem podjęcia dialogu może być omawianie z pacjentem nękających go objawów choroby, mimo że od tego daleko do otwartej rozmowy. Może ono dać uspokojenie, zrozumienie oraz poczucie, że zawsze jest ktoś w pobliżu.

Czasami pada pytanie bardzo bezpośrednie. Pewien pacjent zadał mi takie bezpośrednie pytanie w okresie, gdy znałam go już bardzo dobrze i gdy byłoby obrazą nie udzielić wyczerpującej odpowiedzi. Często przecież daję odpowiedzi otwarte lub dwuznaczne, by zainteresowany mógł wybrać tę, którą chce. Ale gdy ten człowiek zapytał: „Czy ja umrę?” odpowiedziałam po prostu: „Tak”. A on zapytał dalej: „Długo?” i ja odrzekłam: „Nie”. Wtedy spytał: „Czy trudno było pani mi to powiedzieć?” „Tak, to nie jest łatwe”. „Dziękuję pani – powiedział tylko – trudno to usłyszeć, ale i trudno powiedzieć”. Ten komentarz był moim zdaniem bardzo charakterystyczny. Przede wszystkim dowodzi on, jak subtelni i nie zamknięci w sobie są ci pacjenci. Po drugie, takie oświadczenie musi przychodzić ciężko. Nie wolno tego zrobić łatwo. Musi to być trudne, gdyż trzeba wtedy skupiać całe swe zdolności rozumienia na usłyszeniu, o co pacjent naprawdę pyta. Potem chodzi o to, by z tego, co mu powiedzieliśmy, zrobił właściwy użytek, byśmy rzeczywiście się zaangażowali w przyjsie mu z pomocą dostępnymi nam sposobami, aż do końca. Pamiętam, że jeszcze zapytałam tego człowieka: „Czego oczekuje pan przede wszystkim od ludzi, którzy się panem opiekują?” Pomyślawszy odrzekł mi: „Szukam kogoś, kto robi wrażenie, że stara się mnie zrozumieć. Mnie trudno zrozumieć.” Nie prosi o powodzenie leczenia, ale o kogoś kto robi wrażenie, że zależy mu na podjęciu tej próby. Chyba jest to sprawa fundamentalna.<sup>5</sup>

## **Alkohol**

Naszym najlepszym środkiem uspokajającym, zwłaszcza u ludzi w podeszłym wieku, jest alkohol. Większość z nas czuje się lepiej po małym drinku; dlaczego nie miałyby to dotyczyć pacjentów? Wolno nam z urzędu podawać alkohol, pozwolono nam też stosować dżin jako składnik naszego ulubionego koktajlu przeciwbólowego, tak że „jest on zawsze w domu”. Zachęcamy też krewnych do przynoszenia alkoholu, jeśli wiedzą oni, że chory to lubi. Naprawdę uważam, że butelka whisky jest cenniejsza niż cały kosz pomarańczy.<sup>5</sup>

## **Dzieci**

W naszym Hospicjum pozwalamy dzieciom na wizyty i nawet jesteśmy im przychylni. Są one bardzo ważne dla wszystkich chorych, nie tylko dla tych, których odwiedzają. Pacjenci muszą mieć poczucie ciągłości, świadomość, że życie toczy się nadal. Dziecko dlatego właśnie, że jest dzieckiem, powinno mieć nieograniczony wstęp na podobne oddziały.<sup>5</sup>

## **Znaczenie cierpienia**

To dla mnie nadal tajemnica... W przypadku cierpienia związanego z rozstaniem, poczuciem słabości, rozpaczą przegranego życia, świadomością bliskości śmierci nie można twierdzić, że zna się odpowiedź. Można jedynie powiedzieć: „To tajemnica, ale jak tylko umiem, będę Ci towarzyszył. Nie potrafię do końca zrozumieć Twoich wewnętrznych odczuć, ale spróbuję tu być i nie opuścić Cię”. Jestem jednak przekonana, że cierpiący – co

niekoniecznie mu powiem – nie jest sam, ponieważ odpowiedzią na cierpienie jest tak naprawdę obecność Boga w obrębie cierpienia.<sup>2</sup>



### **Stanowisko wobec eutanazji**

Moje obiekcje wobec jakiegokolwiek zalegalizowanej formy „wspomaganego samobójstwa” czy eutanazji wynikają stąd, że zapis prawny umożliwiający takie zabiegi podważa prawo słabych do opieki. Może on w konsekwencji doprowadzić do tego, że ludzie terminalnie chorzy będą czuli, iż są dla innych brzemieniem - powinni się zatem wycofać. Istnieje ponadto groźba, że społeczeństwo zacznie stopniowo dochodzić do przekonania, iż ludzie ci są bezużyteczni. Pojawią się głosy: „Czemu ci chorzy nie zdecydują się na odejście?” I zacznie być kierowany pod ich adresem dyskretny sygnał, że powinni zdecydować się na eutanazję. Kiedy przed kilku laty kwestia eutanazji była dyskutowana w Izbie Lordów, arcybiskup Yorku przestrzegał, że prawo do śmierci może zbyt łatwo zamienić się w obowiązek śmierci.

Trzeba oczywiście pamiętać, że wciąż bardzo wiele jest do zrobienia, jeśli chodzi o poprawę opieki paliatywnej, bo przecież współczesna medycyna potrafi już zaradzić fizycznemu bólowi. Nie da się jednak wyeliminować cierpienia odchodzenia, słabości, utraty sensu życia... Dlatego myślę, że mimo najlepszej, wszechstronnej opieki zawsze się znajdzie na świecie garstka ludzi - nie mam wątpliwości, że jest to mniejszość - która będzie chciała umrzeć. Nie można temu zaprzeczać, przekonując, że dobra opieka paliatywna to rozwiązanie wszelkich problemów - oni bezwzględnie będą żądać śmierci. Jestem jednak przekonana, że nie da się spełnić ich żądania „wspomaganego samobójstwa” czy eutanazji bez podważania praw innych cierpiących - a zatem większości - która nie chce mieć takiego wyboru.

Dziś już nie zajmuję się opieką medyczną nad pacjentami (mam, dzięki Bogu, 82 lata!), ale mając do czynienia z bardzo skomplikowanym rodzajem bólu albo - co bardziej prawdopodobne - ostatecznym wyczerpaniem, podałabym choremu dostatecznie dużo leków, by ulżyć mu w cierpieniu. Oczywiście pojawia się wtedy możliwość, że tak znaczna dawka środków farmakologicznych skróci życie, lecz to jest zasada podwójnego skutku, a skutek ów nie jest równoznaczny ze śmiercią. Podwójny efekt istnieje podczas operacji, chemoterapii. W leczeniu zawsze trzeba wyważyć spodziewane dobrodziejstwa i możliwe minusy.

W trudnym sporze o legalizację eutanazji trudno pogodzić stanowisko ludzi wierzących z tym, które reprezentują ateści. Kategoria świętości życia dla tych ostatnich nic nie znaczy. Trzeba pamiętać, że żyjemy w świeckim świecie, nie ma więc sensu posługiwać się tym sformułowaniem, ponieważ używając go, sytuujemy się na innym poziomie dyskusji. Dlatego właśnie posługuję się argumentacją ściśle socjologiczną, mimo iż osobiście uważam, że człowiek nie ma prawa odbierać sobie życia, bo jest ono w rękach Boga.



Ludzie są cenni - to w pewien sposób odpowiednik tego, co kryje się pod sformułowaniem „świętość życia”. W 1976 roku napisałam artykuł o eutanazji w „The Nursing Times”. Przekonywałam wówczas, że najistotniejszy przekaz, jaki opiekujący się chorym powinni nieść swemu podopiecznemu, brzmi: „Jesteś ważny, bo jesteś Tobą. Jesteś ważny aż do ostatniego momentu swego życia. Zrobimy wszystko, co potrafimy, nie tylko, by pomóc Ci umrzeć w pokoju, ale byś żył aż do momentu śmierci”. Pacjenci oczywiście bywają niezdolni i nie wolno ich idealizować, w każdym człowieku jednak istnieje coś niepowtarzalnego, coś nie do zastąpienia - jakieś wewnętrzne światło. Pewnego dnia jechałam samochodem w deszczu i nagle z tyłu wyszło słońce i rozbłysło w niezliczonych tysiącach kropeł na drodze, a każda kropla zawierała całe słońce. To paradoks - te drobiny, pozostając wciąż drobinami, skupiały w sobie potężne słońce! Jak mówi Julianna z Norwich, w głębi każdej osoby jest obecny Bóg. A zatem ludzie są cenni, bo są sobą, a także dlatego, że należą do Niego - odbijają Jego światło.

Kiedyś, dawno temu, oprowadzano mnie po starym hospicjum prowadzonym przez siostry miłosierdzia i w salach, w których leżeli ludzie z zaawansowaną demencją, zamiast nazwisk wypisane było na łózkach imię Jezus. To coś mówiło, ale nie mówiło wszystkiego. Oni powinni mieć tam także zapisane swoje imiona. To światło, które z nich wciąż przebijało, było także ich własnym światłem.<sup>6</sup>



Opracowanie: Tomasz Dangel

Redakcja dziękuje p. Jolancie Stokłosie z Hospicjum Świętego Łazarza w Nowej Hucie za udostępnienie zdjęcia obrazu Mariana Bohusz-Szyszko „Błękitny krucyfiks”.

<sup>1</sup> Steciuk J. Wolontariuszka Cicely Saunders. Wysokie obcasy (dodatek Gazety Wyborczej) 2000, nr 44 (84), str. 9-13.

<sup>2</sup> Cicely Saunders: Śmierć bywa zniewagą (wywiad, Łukasz Tischner). Tygodnik Powszechny 2000, 33, str. 10.

<sup>3</sup> Cicely Saunders: Foreword. Oxford Textbook of Palliative Medicine (wydanie II). Red. D. Doyle, G.W.C. Hanks, N. MacDonald. Oxford Medical Publications 1998. Oxford, New York, Tokyo. Str. vii.

<sup>4</sup> Rysunek na podstawie: Looking forward to cancer pain relief for all. International Consensus on the Management of Cancer Pain. WHO Collaborating Centre for Palliative Care, Oxford, UK 1997. Str. 21.

<sup>5</sup> Cicely Saunders: Chwila prawdy: opieka nad człowiekiem umierającym. W: Śmierć i umieranie. Red. Leonard Pearson. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. Warszawa 1973. Str. 46-74.

<sup>6</sup> Cicely Saunders: Ludzie są cenni. Znak 2001, 554, str. 164-165.