

# Joanna Zemlik, Bożena Zawadzka

---

## Stomatologiczna opieka przyłózkowa – możliwości i ograniczenia

---

Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób Niepełnosprawnych 21/2,  
47-56

---

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach  
dozwolonego użytku.

*Joanna Zemlik*

Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce  
e-mail: zemlik@kielce.com.pl

*Bożena Zawadzka*

Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

## Stomatologiczna opieka przyłóżkowa – możliwości i ograniczenia

### Abstrakt

Ogólny stan zdrowia i jakość życia jednostki są ściśle związane ze stanem zdrowia jamy ustnej. Prawidłowe rozdrabnianie i wstępne trawienie pokarmu w jamie ustnej warunkują jego prawidłowe przyswajanie, co wpływa na optymalną kondycję organizmu. Zapewnienie osobie niesamodzielnej wsparcia i opieki w czynnościach codziennych jest uzależnione od umiejętności społecznych osób trzecich oraz ich aktywności zdrowotnej w zakresie zaspokajania potrzeb osoby niesamodzielnej, dotyczących czynności profilaktycznych codziennych i świadczeń stomatologicznych profesjonalnych. Świadczenia te mogą być skutecznie realizowane w warunkach przyłóżkowych.

Słowa kluczowe: osoba niesamodzielna, zdrowie jamy ustnej, umiejętności społeczne osób trzecich, świadczenia realizowane przy łóżku pacjenta.

## Bedside dental care – possibilities and limitations

### Abstract

Both overall health and the quality of life of an individual are closely related to the condition of oral health. Proper absorption of food results from its correct chewing and preliminary digestion in the mouth. This in turn affects optimal body condition. To provide a reliant elderly person with support and care in everyday activities, social skills of the third party are necessary as well as their health activity in terms of meeting those needs of such an individual which are connected with everyday prophylaxis and professional dental care. The latter can be effectively realized in bedside conditions.

Keywords: dependent person, oral health, social skills of the third party, latter in bedside conditions.

## Wprowadzenie

Niesamodzielność definiowana jest jako niemożność lub niezdolność do samodzielnego realizowania podstawowych potrzeb zdrowotnych i konieczność korzystania z pomocy osób trzecich przy ich zaspokajaniu. Niesamodzielność fizjologiczna związana jest z wiekiem pacjenta, a niesamodzielność patologiczna – z zachorowaniem. Pacjentami niesamodzielnymi są dzieci, osoby starsze i niepełnosprawne oraz osoby, które zachorowały nagle lub są po planowym zabiegu. Dzieci przez cały okres kształtowania kompetencji zdrowotnych wymagają wsparcia osób trzecich w realizacji potrzeb warunkujących zachowanie optymalnego stanu zdrowia: dietetycznych, higienicznych i profilaktycznych profesjonalnych. Osoby starsze, tracące sprawność fizyczną wraz z wiekiem, również wymagają wsparcia społecznego, zwłaszcza w zaawansowanej fazie procesu starzenia. W tym okresie fizjologicznie spadająca sprawność fizyczna utrudnia bądź uniemożliwia prawidłową realizację podstawowych potrzeb zdrowotnych pacjenta (Z. Woźniak, 1999). Niesamodzielność może również dotyczyć pacjenta, który posiada kompetencje zdrowotne we własnym zakresie, lecz nie może realizować ich samodzielnie z uwagi na okresową niezdolność do samoobsługi, wynikającą z nagłego zachorowania lub planowego zabiegu, i w związku z tym wymaga wsparcia osób trzecich w realizacji bieżących potrzeb zdrowotnych. Wsparcie społeczne pacjenta niesamodzielnego może być skutecznie realizowane przez rodzinę po udzieleniu profesjonalnego wsparcia edukacyjnego oraz motywacji do wdrażania korzystnych zachowań zdrowotnych celem obniżenia kosztów związanych z leczeniem i rehabilitacją pacjenta niesamodzielnego (I. Taranowicz, 2001). Niezbędna jest również realizacja środowiskowego wsparcia profesjonalnego, prowadzącego do osiągnięcia optymalnych warunków powrotu pacjenta do zdrowia (J. Mijała, 2002).

Prawo do dobrej jakości życia jest jednym z podstawowych praw człowieka – 10 grudnia 1948 roku w Paryżu została uchwalona Powszechna deklaracja praw człowieka. W przypadku utraty kompetencji zdrowotnych pacjenta realizacja tego prawa powinna być zapewniona przez środowiskowe wsparcie osób trzecich funkcjonujących w środowisku chorego (H. Zielińska-Więczkowska, 2012). Istotnym faktorem osiągania optymalnych warunków powrotu do zdrowia jest prawidłowe żywienie. Dla zabezpieczenia prawidłowych warunków żywienia pacjenta niesamodzielnego niezbędne jest zachowanie prawidłowego stanu zdrowia jamy ustnej.

## Zdrowie jamy ustnej

Zdrowie jamy ustnej warunkuje ogólny stan zdrowia jednostki, prawidłowy stan odżywienia pacjenta, pełnię odporności. W chwili obecnej żywienie

uważane jest za najistotniejszy czynnik środowiskowy występowania schorzeń dietozależnych, uznanych w 1997 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za jedno z największych zagrożeń dla zdrowia publicznego. Choroba próchnicowa twardych tkanek zębów jest schorzeniem wieloprzyczynowym, ściśle uwarunkowanym środowiskowo. Nieprawidłowy stan uzębienia pogarsza bądź uniemożliwia prawidłowe przyjmowanie i rozdrabnianie pokarmu. Indukcja procesu próchnicowego wymaga występowania wszystkich czynników etiologicznych schorzenia: obecności drobnoustrojów próchnicotwórczych, substratu pokarmowego, a także osobniczej podatności tkanek na demineralizację w powiązaniu z czasem ich oddziaływania na twarde tkanki zębów. Indukcja procesu próchnicowego twardych tkanek zębów następuje w trakcie przekroczenia warunków adaptacyjnych ekosystemu jamy ustnej do buforowania kwaśnych produktów przemiany materii drobnoustrojów próchnicotwórczych. Zaleganie na powierzchni zębów resztek pokarmowych – substratu pokarmowego oraz obecność drobnoustrojów w formie płytki nazębnej warunkują stały, aktywny metabolizm substratu, co powoduje stałe obniżanie poziomu pH w jamie ustnej, prowadząc do demineralizacji szkliwa i dynamicznego postępu procesu próchnicowego (U. Kaczmarek, 2002).

Pogarszający się stan uzębienia pacjenta niesamodzielnego powoduje, że wstępna obróbka pokarmu jest niedokładna, co z kolei warunkuje jego słabsze przyswajanie w dalszym odcinku przewodu pokarmowego, prowadząc do upośledzenia warunków kreowania zdrowia w określonej sytuacji zdrowotnej pacjenta. Pogorszenie warunków fizycznych osoby niesamodzielnej skutkuje zwiększeniem obciążeń związanych z pielęgnacją pacjenta. Zgodnie z najnowszymi wytycznymi dotyczącymi kaloryczności posiłków osoby leżącej przyjmuje się, że dobowe zapotrzebowanie żywieniowe winno być dostosowane do aktualnego stanu zdrowia pacjenta. Optymalizacja żywienia pacjenta niesamodzielnego uwzględnia dostosowanie kaloryczności posiłków do spadku jego aktywności fizycznej. Podkreśla się rolę wsparcia społecznego pacjenta i jego bliskich we wdrażaniu korzystnych zachowań żywieniowych celem zredukowania kosztów społecznych choroby. Motywacja pacjenta i osób z jego otoczenia do eliminacji czynników ryzyka występowania niekorzystnych skutków zdrowotnych związanych z nieprawidłowym żywieniem skutkuje optymalizacją kosztów leczenia pacjenta czasowo unieruchomionego. Ukierunkowanie wysiłków rodziny na optymalizację żywienia pacjenta niesamodzielnego stanowi również profilaktykę zaniedbań (I. Sajór, 2011). Występowanie zaniechań i zaniedbań w kwestii żywienia oraz pielęgnacji osoby niesamodzielnej prowadzi do realizacji przez osoby trzecie zachowań krzywdzących wobec niej (M.S. Lachs, 2004). Zachowania te mogą wynikać z niskich umiejętności społecznych opiekunów, niemniej pogorszenie warunków fizycznych osoby niesamodzielnej skutkuje wzrostem kosztów opieki zdrowotnej, nakładanych na wszystkich użytkowników systemu ochrony zdrowia,

z uwagi na ustawowy obowiązek solidarnego ponoszenia obciążeń związanych z realizacją świadczeń zdrowotnych (Kancelaria sejmu, 2004; Raport, 2011). Pielęgnacja pacjenta w złym stanie fizycznym może być wyczerpująca dla opiekuna. W przypadku pacjenta z nadwagą lub otyłością konieczne może okazać się dodatkowe wsparcie społeczne, generujące określone wysokie koszty społeczne i ekonomiczne. Codzienne zmagania z niesamodzielnością pacjenta mogą skutkować zaniechaniami zdrowotnymi także w obrębie pielęgnacji jamy ustnej.

### Aktywność prozdrowotna osób trzecich na rzecz zdrowia jamy ustnej

Osoby niesamodzielne wymagają troski i opieki osób trzecich w zakresie pielęgnacji jamy ustnej (K. Wieczorkowska-Tobis, D. Talarska, 2008). Większość czynności profilaktycznych w zakresie zdrowia jamy ustnej, dotyczących tzw. stomatologii domowej, może być wykonywana w warunkach przyłóżkowych. Podkreśla się rolę zarówno środowiska profesjonalistów w edukacji pacjenta i jego opiekuna, jak i wsparcia społecznego – edukacyjnego, medycznego, socjalnego i prawnego – dla rodziny, w której funkcjonuje pacjent niesamodzielny. Wskazuje się również na istotną rolę najbliższych w sprawowaniu opieki nad pacjentem niesamodzielnym, by osiągać optymalne parametry zdrowotne dla określonego przedziału wiekowego (K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszalik, 2007). Prawidłowa higiena stanowi skuteczną profilaktykę choroby próchnicowej oraz chorób błon śluzowych i przyzębia, które należą do najczęstszych problemów zdrowotnych dotyczących jamy ustnej.

### Żywnienie pacjenta leżącego

Racjonalne żywienie pacjenta leżącego jest warunkiem koniecznym dla prawidłowego przebiegu procesu powrotu do zdrowia. Kaloryczność dotychczas przyjmowanych posiłków wymaga korekty dietetycznej profesjonalnej, uwzględniającej ograniczenie aktywności fizycznej pacjenta związane z czasowym unieruchomieniem. Skład jakościowy i ilościowy żywności winien być dostosowany do aktualnego stanu zdrowia pacjenta. Interwencja profesjonalisty powinna obejmować wsparcie edukacyjne członków rodziny pacjenta leżącego oraz sporządzenie jadłospisu dostosowanego do bieżących potrzeb zdrowotnych. Niezbędna jest także motywacja osób trzecich funkcjonujących w środowisku pacjenta do przestrzegania zaleceń profesjonalistów. Wsparcie społeczne winno być realizowane poprzez precyzyjne stosowanie się do zaleceń

żywieniowych w nowej sytuacji zdrowotnej (T.G. Thompson, 2004; H. Lochs i in., 2006). Dieta pacjenta leżącego powinna być lekkostrawna, zawierająca optymalną ilość błonnika pokarmowego, warunkującego zachowanie korzystnej perystaltyki jelit, przy braku jej wspomagania układem mięśniowym brzucha. Redukcja aktywności fizycznej związana z fizjologiczną niesamodzielnością lub zachorowaniem implikuje modyfikację składu jakościowego i ilościowego żywności, celem redukcji czynników ryzyka występowania powikłań dietozależnych wynikających z nieprawidłowego żywienia (E. Jabłoński, 2005; H. Ciborowska, A. Rudnicka, 2007; Ł. Dembiński i in., 2010).

## Stomatologia domowa

Stomatologia domowa rozumiana jako codzienna aktywność prozdrowotna w zakresie zdrowia jamy ustnej jest obecnie uważana za najskuteczniejszą metodę prewencyjną występowania schorzeń jamy ustnej (M.J. Helgeson, 2002). Schorzenia jamy ustnej pacjenta niesamodzielnego powodują określone trudności warunkujące pogorszenie jego jakości życia. Schorzenia te skutkują m.in. utrudnieniami w przyjmowaniu, rozdrabnianiu i wchłanianiu pokarmu, a także w porozumiewaniu się. Biorąc pod uwagę problemy dotyczące komunikowania się pacjentów niesamodzielnych fizjologicznie – dzieci lub osób starszych tracących kompetencje zdrowotne z wiekiem – należy koniecznie poprawiać kompetencje zdrowotne rodziców/opiekunów osób niesamodzielnych mających określone trudności w wyrażaniu potrzeb profilaktycznych, przez co nie mogą samodzielnie zadbać o optymalny stan zdrowia pierwszego odcinka przewodu pokarmowego. Natomiast osoby posiadające kompetencje zdrowotne, lecz czasowo niesamodzielne, np. po planowym zabiegu, muszą polegać na troskliwości osób trzecich, polegającej na reagowaniu na bieżące potrzeby zdrowotne. Działania profilaktyczne w zakresie stomatologii domowej, realizowane przez opiekuna osoby niesamodzielnej, obejmują następujące czynności ograniczające występowanie patologii jamy ustnej: żywienie kariostatyczne, profilaktykę choroby próchnicowej twardych tkanek zębów oraz profilaktykę schorzeń błon śluzowych i przyzębia.

## Żywność kariostatyczna

W profilaktyce choroby próchnicowej istotną rolę odgrywa żywienie i żywność kariostatyczna, a także skład jakościowy i ilościowy śliny. Znaczne zredukowanie lub eliminacja żywności próchnicotwórczej – kariogennej – w diecie pacjenta niesamodzielnego jest podstawowym czynnikiem ograniczającym postęp choroby próchnicowej (P. Moynihan, 2000). Do żywności o najwyż-

szym stopniu próchnicotwórczości zaliczana jest skrobia zbożowa, ziemniaczana, kukurydziana, ryżowa, z której wytwarzane są produkty spożywcze o wysokim stopniu przetworzenia, poddawane obróbce termicznej, np. wafle, prażynki, herbatniki, słone przekąski (paluszki, krakersy), chrupki śniadaniowe, a także napoje gazowane i zawierające cukry. Produkty te powinny być znacznie ograniczone bądź wyeliminowane z diety. Natomiast uwzględnienie w diecie żywności próchnicostatycznej – kariostatycznej – ma istotne znaczenie w ograniczaniu dynamizmu schorzenia poprzez jego spowalnianie (H. Sakagami i in., 1999; G.F. Ferrazzano i in., 2009). Termin „żywność próchnicostatyczna” zarezerwowany jest dla produktów spożywczych, które mają niski współczynnik przylegania do powierzchni zębów lub wyróżnia je działanie hamujące aktywność drobnoustrojów próchnicotwórczych, odpowiedzialnych za indukcję procesu destrukcji uzębienia. Wśród produktów mających działanie kariostatyczne są m.in. mleko i jego przetwory, kakao, zielona herbata, ryby, mięso i podroby, surowe warzywa i owoce, jaja. We wspomaganianiu leczenia żywieniowego istotną rolę protekcyjną dla przewodu pokarmowego odgrywa miód i inne produkty pochodzenia pszczelego (B. Kędzia, E. Hołderna-Kędzia, 2007). Stanowią one pożądanym składnikiem diety w całożyciowej profilaktyce osobniczej, są zalecane w zdrowiu i chorobie (M. Jarosz, 2008; Kancelaria Sejmu, 2015), mają również działanie kariostatyczne (S.A.C. Duailibe i in., 2007).

## Profilaktyka choroby próchnicowej

Stosowanie preparatów do higieny jamy ustnej zawierających jony fluoru ma działanie poerupcyjne miejscowe, polegające na hamowaniu demineralizacji twardych tkanek zębów, zwiększaniu dynamizmu remineralizacji, skutecznym ograniczaniu spadku pH do poziomu krytycznego umożliwiającego destabilizację hydroksyapatytów szkliwa (U. Kaczmarek, 2005). Wśród preparatów do higieny jamy ustnej zawierających jony fluoru są pasty i proszki do zębów o wysokim stężeniu jonów fluorkowych (5000 ppm). Skuteczny efekt kariostatyczny uzupełniający szczotkowanie uzębienia osiągnąć można także poprzez stosowanie pomiędzy szczotkowaniami płukanek zawierających jony fluorowe (J. Trykowski, 2005). Wysoką skuteczność kariostatyczną wykazują preparaty do stomatologicznej profilaktyki profesjonalnej w postaci lakierów fluorkowych oraz chlorheksydynowych, aplikowanych w określonych sekwencjach czasowych. Najkorzystniejsze rezultaty protekcyjne osiągnięte są w zindywidualizowanych programach profilaktyki intensywnej, uwzględniających osobniczą podatność twardych tkanek zębów na występowanie choroby próchnicowej, wraz z wykonywaniem bieżącej analizy składu mikrobiologicznego ekosystemu jamy ustnej, swoistego dla pacjenta (M. Wierzbicka, 2006). Aplikacja

preparatów profesjonalnych może być skutecznie realizowana w warunkach przyłożkowych.

## Profilaktyka schorzeń błon śluzowych i przyzębia

Ślina, jej skład jakościowy i ilościowy, warunkuje utrzymanie homeostazy jamy ustnej. Nieprawidłowe nawilżenie błon śluzowych jest czynnikiem sprzyjającym nadkażeniom bakteryjnym i grzybiczym. Schorzenia błon śluzowych i przyzębia są kolejną przyczyną pogorszenia jakości życia pacjenta niesamodzielnego, z uwagi na ból tkanek miękkich, jak również nieprzyjemny zapach z ust (halitosis). Osobie niesamodzielną profilaktycznie powinny być podawane preparaty ściągające i przeciwzapalne. Prewencja jest szczególnie wskazana w przypadku pacjentów z uzupełnieniami protetycznymi (E. Spiechowicz, 1995; B. Frączak i in., 2009). Preparat o działaniu przeciwzapalnym powinien być dostosowany do wieku osoby niesamodzielną i jej aktualnego stanu zdrowia. W warunkach przyłożkowych może być przeprowadzana profesjonalna higienizacja jamy ustnej z wykorzystaniem mobilnego sprzętu stomatologicznego z systemem ssącym. Uzębienie prawidłowo oczyszczone ze złogów ma bezpośredni związek z zachowaniem błon śluzowych i przyzębia w optymalnym stanie zdrowia. Istotnym elementem profilaktyki schorzeń błon śluzowych i przyzębia jest także dbałość o bieżącą dezynfekcję uzupełnień protetycznych (E. Mierzwińska-Nastalska i in., 2000). Pojawiają się również doniesienia o korzyściach wtórnych terapii przeciwzapalnych chorób błon śluzowych i przyzębia – w postaci redukcji czynnika ryzyka występowania schorzeń nowotworowych jamy ustnej, krtani i gardła (D. Chrzęszczyk, T. Konopka, 2012).

## Leczenie stomatologiczne w warunkach przyłożkowych

Leczenie stomatologiczne osoby leżącej może być realizowane z wykorzystaniem przenośnego sprzętu stomatologicznego. Polecane są techniki nieinwazyjnego leczenia zachowawczego choroby próchnicowej niepowikłanej (C.J. Holmgren, 1999; A. Castro, R.F. Feigal, 2002; F.J. Burke, 2003), problemu zdrowotnego populacyjnego, z uwzględnieniem szczegółowych czynników ryzyka osobniczego występowania choroby próchnicowej w przypadku długotrwałego unieruchomienia pacjenta. Leczenie choroby próchnicowej niepowikłanej może być skutecznie realizowane w warunkach przyłożkowych, z wykorzystaniem przenośnego sprzętu stomatologicznego. Jednak zabiegi z zakresu chirurgii stomatologicznej, protetyki i periodontologii powinny być przeprowadzane w warunkach ambulatoryjnych.



## Finansowanie opieki przyłóżkowej

Większość pacjentów chce być leczona w ramach procedur finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Zakres zabiegów stomatologicznych refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, określony w katalogu świadczeń i usług finansowanych ze środków publicznych (Kancelaria Sejmu, 2004), dla populacji powyżej 18. roku życia od lat nie uległ modyfikacji. Poziom finansowania leczenia stomatologicznego ze środków publicznych w chwili obecnej wynosi od 38,54 zł na statystycznego świadczeniobiorcę na rok w województwie mazowieckim do 54,68 zł – w województwie warmińsko-mazurskim i jest niewystarczający dla zachowania zdrowia jamy ustnej populacji na poziomie innych krajów rozwiniętych (B. Stawska, 2006; Raport NIK, 2012).

Konieczność sprawowania opieki przyłóżkowej u pacjentów niesamodzielnych, leżących została dostrzeżona nawet w krajach azjatyckich. W zinstytucjonalizowanych placówkach pobytu osób niesamodzielnych zatrudniono higienistki w celu redukcji obciążeń systemu ochrony zdrowia wynikających z konieczności leczenia powikłań powstałych w efekcie zaniechań i zaniedbań zdrowotnych (G. Soh i in. 1992).

W polskich rozwiązaniach legislacyjnych nie przewidziano możliwości świadczenia usług stomatologicznych w warunkach przyłóżkowych (Kancelaria Sejmu, 2008).

## Podsumowanie

Schorzenia jamy ustnej są populacyjnym problemem zdrowotnym. W niniejszej pracy wskazano na możliwości realizacji nieinwazyjnych lub mało inwazyjnych świadczeń stomatologicznych u pacjenta niesamodzielnego w ramach prewencji choroby próchnicowej oraz schorzeń błon śluzowych i przyzębia. Wskazano również na niewystarczające zabezpieczenie realizacji kompleksowych świadczeń stomatologicznych dla pacjentów niesamodzielnych.

## Bibliografia

- Burke F.J. (2003), *From extention for prevention to prevention of extention: (minimal intervention dentistry)*, "Dent Update", Nov 30(9), s. 492–498, 500–502.
- Castro A., Feigal R.F. (2002), *Microleakage of a New improved Glass ionomer restorative material in primary and permanent teeth*, "Pediatric Dentistry", 24(1), s. 23–28.
- Chrzęszczuk D., Konopka T. (2012), *Czy zapalenia przyzębia mają związek z nowotworami. Przegląd piśmiennictwa*, "Dentico", 5, s. 22–31.

- Ciborowska H., Rudnicka A. (2007), *Dietetyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka*, PZWL, Warszawa.
- Dembiński Ł., Banaszkiewicz A., Radzikowski A. (2010), *Dieta bogatoreszkowa – definicja, korzyści i normy w pediatrii*, „Pediatria Współczesna, Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka”, nr 12, s. 139–145.
- Duailibe S.A.C., Gonçalves A.G., Ahid F.J.M. (2007), *Effects of a propolis extract on Streptococcus mutans counts in vivo*, „Journal of Applied Oral Science”, Vol. 15, No. 5, s. 420–423.
- Ferrazzano G.F. i in. (2009), *Anti-cariogenic effects of polyphenols from plant stimulant beverages (cocoa, coffee, tea)*, „Fitoterapia”, 80, s. 255–262.
- Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga. Raport* (2011), Wydawnictwo MZ, Warszawa.
- Frączak B. i in. (2009), *Higiena jamy ustnej oraz ruchomych uzupełnień protetycznych*, „Czas Stomatologiczny”, nr 62, 3, s. 202–209.
- Helgeson M.J. i in. (2002), *Dental considerations for the frail elderly*, „Special Care in Dentistry”, 22, s. 40–55.
- Holmgren C.J. (1999), *Discussion from the 1998 symposium: the state of ART (atraumatic restorative treatment) – a scientific perspective*, „Community Dentistry and Oral Epidemiology”, 27, s. 454–460.
- Jabłoński E. (2005), *Błonnik pokarmowy – niezbędny składnik racjonalnie sporządzonej diety*, „Przegląd Pediatryczny”, nr 35, s. 162–167.
- Jarosz M. (2008), *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia*, Wydawnictwo IŻŻ, Warszawa.
- Kaczmarek U. (2002), *Czy próchnicy zębów można skutecznie zapobiegać? Część I. Etiopatogeneza próchnicy*. Polska Medycyna Rodzinna, nr 4, s. 45–49.
- Kaczmarek U. (2005), *Mechanizmy kariostatyczne fluoru*, „Czas Stomatologiczny”, nr 58, s. 404–413.
- Kędzia B., Hołderna-Kędzia E. (2007), *Wykorzystanie propolisu i miodu w zakażeniach*, „Postępy Fitoterapii”, nr 4, s. 202–206.
- Kędziora-Kornatowska K., Muszaliak M. (2007), *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*, Wydawnictwo Czelej, Lublin.
- Lachs M.S., Pillemer K. (2004), *Abuse and neglect of elderly persons*, „New England Journal of Medicine”, 7, s. 437–443.
- Lochs H., Pichard C., Allison S.P. (2006), *Introductory to the ESPEN. Guidelines on enteral nutrition: terminology, definitions and general topics*, „Clinical Nutrition”, 25, s. 180–186.
- Mierzwińska-Nastalska E. i in. (2000), *Wpływ higieny uzupełnień protetycznych na powstawanie infekcji grzybiczej błony śluzowej jamy ustnej*, „Nowa Stomatologia”, nr 4, s. 52–55.
- Mijała J., Kapała W. (2002), *Edukacja i wsparcie pacjentów hospitalizowanych (na przykładzie oddziałów chirurgicznych)*, „Pielęgniarstwo Polskie”, nr 2, s. 262–269.
- Moynihan P. (2000), *Foods and factors that protect against dental caries*, „Nutrition Bulletin”, 25, s. 281–286.
- Raport NIK: Informacja o wynikach kontroli *Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych*, <http://www.nik.gov.pl/plik/id,5280,vp,6841.pdf> [dostęp: 28.08.2015].
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2015 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach. Dz.U. 2015, poz. 594.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Dz.U. 2010, nr 81, poz. 484 ze zm.
- Sajór I. (2011), *Metody edukacji żywieniowej wśród pacjentów i ich rodzin* [w:] M. Jarosz (red.), *Zasady prawidłowego żywienia chorych w szpitalach*, Wydawnictwo IŻŻ, Warszawa, s. 240–249.

- Sakagami H., Takeshi O., Satoh K. (1999), *Prevention of oral diseases by polyphenols (review)*, "In vivo", 13, s. 155.
- Soh G., Chong Y.H., Ong G. (1992), *Dental state and needs for episodic care of institutionalized elderly in an Asian community*, "Social Science & Medicine", 34, s. 15–18.
- Spiechowicz E. i in. (1995), *Ocena niektórych czynników miejscowych i ogólnych u pacjentów geriatrycznych w aspekcie profilaktyki stomatopatii protetycznych*, „Protetyka Stomatologiczna”, nr 1, s. 8–16.
- Stawska B. (2006), *Stomatologia geriatryczna – potrzeby, problemy i oczekiwania stomatologiczne pensjonariuszy domów pomocy społecznej*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis”, 52, s. 89–97.
- Taranowicz I. (2001), *Rola rodziny w opiece nad człowiekiem przewlekle chorym*, „Roczniki Socjologii Rodziny”, nr 13, s. 209–228.
- Thompson T.G. (2004), *Report to Congress on Medical Nutrition Therapy*, <https://www.cms.gov/Medicare/Coverage/InfoExchange/Downloads/Report-to-Congress-Medical-Nutrition-Therapy.pdf>.
- Trykowski J. (2005), *Optymalna fluorowa profilaktyka próchnicy zębów w Polsce*, „Czas Stomatologiczny”, nr 58, s. 436–449.
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135.
- Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. (2008), *Geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne*, PZWL, Warszawa, s. 17–45.
- Wierzbińska M. (2006), *Standard diagnozowania ryzyka i zapobiegania próchnicy zębów w praktyce lekarza dentysty*, „Fundacja Promocji Zdrowia Jamy Ustnej”, Warszawa.
- Woźniak Z. (1999), *Problemy starzenia się i starości wyzwaniem dla polityki społecznej na progu III tysiąclecia*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, nr 61, s. 285–306.
- Zielińska-Więczkowska H. i in. (2012), *Wsparcie w opiece pielęgniarstwie pacjentów w podeszłym wieku przed zabiegiem operacyjnym – na tle czynników socjo-demograficznych*, „Psychogeriatryka Polska”, nr 9, s. 61–68.