

## Beata Babiarczyk, Jolanta Kolonko

Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej

# Rola personelu opiekuńczego w zapewnieniu właściwego odżywienia pacjenta z demencją starczą hospitalizowanego w placówce opieki długoterminowej

The role of caring staff in maintaining a proper nutritional status in demented long-term care patients

### Adres do korespondencji:

mgr Beata Babiarczyk  
 Wydział Nauk o Zdrowiu ATH  
 ul. Konopnickiej 6,  
 43-300 Bielsko-Biała  
 tel.: (0 33) 827 91 97  
 e-mail: bbabiarczyk@yahoo.com

### STRESZCZENIE

U ludzi starszych znacząco wzrasta ryzyko niedożywienia. Różne czynniki medyczne, socjalne i środowiskowe mogą wpłynąć na zmiany metabolizmu i wchłaniania i spowodować utratę wagi. Niedożywienie białko-wokaloryczne, które jest najpowszechniejszą formą niedożywienia u ludzi starszych, to powód osłabienia systemu immunologicznego, zwiększonej zapadalności na zapalenie płuc czy powstawania odleżyn, a wszystkie te czynniki razem lub osobno mogą z kolei być powodem zwiększonej śmiertelności w tej grupie chorych. Pacjenci chorujący na demencję są w grupie wysokiego ryzyka powstania niedożywienia.

Celem pracy było wskazanie, które z czynników psychosocjalnych mogą pomóc w utrzymaniu właściwego stanu odżywienia chorych na demencję.

Odpowiednia organizacja posiłków, pomoc chorym demencyjnym przy ich spożywaniu, a także zapewnienie odpowiedniej, miłej atmosfery przy stole, odgrywają bardzo dużą rolę w poprawieniu stanu odżywienia tych chorych.

Aby w porę podjąć odpowiednie działania w celu zapobiegania niedożywieniu, personel opiekuńczy powinien mieć odpowiednią wiedzę i umiejętności oraz traktować każdego pacjenta indywidualnie, pamiętając, że jest on całością psychofizyczno-społeczną.

**Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (3): 304–309**

**Słowa kluczowe:** demencja, ludzie starsi, niedożywienie, czynniki psychosocjalne

### ABSTRACT

The risk of undernutrition increases significantly at elderly people. Different medical, social and environmental factors, can influence the change of the metabolism, absorption and cause the loss of the weight. A protein-energy malnutrition which is most common in geriatric patients is associated with deterioration of immune function, increased risk of pneumonia and pressure sores and those factors solely or together may cause a higher mortality. Demented patients are at great risk for undernutrition.

The aim of this paper was to point at the psychosocial factors which could contribute to the maintaining an adequate nutritional status of demented patients.

A proper organization of the meal times, serving aides for demented patients and an attractive milieu at meal times plays an important role in improving of food intake.

In order to prevent the undernutrition, the caring staff should have appropriate knowledge and skills and treat every patient individually and holistically.

**Nursing Topics 2008; 16 (3): 304–309**

**Key words:** dementia, elderly, malnutrition, psychosocial factors

## Wstęp

Coraz więcej pacjentów hospitalizowanych w placówkach opieki długoterminowej to ludzie cierpiący na różne formy demencji starczej. Ludzie starsi jedzą generalnie mniej niż zdrowi dorośli ludzie, a jeśli dodatkowo cierpią na demencję, to cały skomplikowany proces spożywania pokarmu, a przez to dostarczania składników odżywczych, jest ekstremalnie zaburzony.

Konsekwencje niedożywienia w wieku starszym są znaczne i obejmują między innymi zwiększone ryzyko złamań szyjki kości udowej, skłonność do zapadania na zapalenie płuc, występowania odleżyn czy trudnego gojenia się ran, a wszystkie te czynniki razem lub osobno prowadzą do zwiększonej śmiertelności [1–3].

## Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest wskazanie na demencję starczą jako jedną z głównych przyczyn zaburzeń odżywiania i zaproponowanie rozwiązań poprawiających jakość opieki i zapobiegających niedożywieniu tej grupy osób.

Termin „niedożywienie” większości kojarzy się z głodującymi krajami Trzeciego Świata, podczas gdy coraz częściej wskazuje się na występowanie tego zjawiska wśród starszych ludzi w krajach także wysoko rozwiniętych. W Polsce jest wciąż jeszcze zbyt mało danych na temat niedożywienia w tej grupie ludzi, ale dane międzynarodowe są niepokojące [1, 2, 4–6].

Niedożywienie może według wielu autorów dotyczyć nawet 50% ludzi starszych leczonych na oddziałach opieki krótkoterminowej i znacznie więcej, bo aż do 85% chorych objętych opieką długoterminową. Zaskakującym wydaje się być fakt, że to właśnie w instytucjach opiekuńczych, zapewniających przecież regularne i prawidłowo skomponowane posiłki, wielu pacjentów jest faktycznie niedożywionych [1, 4–6].

U starszych chorych najczęstszą postacią niedożywienia jest typ białkowo-kaloryczny. Jest ono spowodowane niedostateczną podażą, złym wchłanianiem się składników odżywczych lub ich nadmiernym zużyciem. Postacią niedożywienia białkowo-kalorycznego jest uwiąd (*marasmus*) i kwashiorkor [7–9].

Uwiąd jest wyniszczeniem, w przebiegu którego dochodzi do zmniejszenia masy mięśniowej i rezerw tłuszczu w ustroju, ale zawartość białka w narządach pozostaje prawidłowa. Ponieważ jednak rezerwa białka jest zmniejszona i procesy homeostazy zaburzone, każdy dodatkowy bodziec metaboliczny (np. zabieg operacyjny, sytuacja stresowa) może doprowadzić do stanu nazywanego „kwashiorkor”, w którym dominuje obraz niedoborów białkowych.

Zaburzenia odżywiania w starszym wieku mogą być spowodowane różnorodnymi czynnikami zewnętrznymi i wewnątrzpochodnymi. Wiele ostrych i przewlekłych chorób, takich jak nadczynność tarczycy, cukrzyca, nowotwory, zaburzenia wchłaniania, choroby układu sercowo-naczyniowego, nerek czy płuc, predysponuje do ich powstania. Należy również wskazać na wpływ przyjmowanych leków (np. opóźniających proces wchłaniania w jelitach, neuroleptyków, moczopędnych), alkoholizm, zły stan jamy ustnej, a także czynniki psychosocjalne, takie jak: mały dochód, a tym samym brak środków na zakup pełnowartościowego pożywienia, samotność, utrata współmałżonka jako „towarzysza przy stole”, trudności w przygotowaniu posiłków, zwłaszcza starszych, samotnych mężczyzn, którzy nigdy nie zajmowali się gotowaniem. Wśród wielu przyczyn niedożywienia u ludzi starszych, wielu autorów umieszcza demencję starczą na jednym z wiodących miejsc [1–3, 6, 7, 10, 11].

Otępienie (demencja) jest przewlekłym obniżeniem czynności intelektualnych w stopniu utrudniającym funkcjonowanie społeczne i/lub zawodowe. Starość nie jest jednoznaczna z otępieniem, chociaż jego rozpoznawanie wzrasta pomiędzy 60. i 65. rż. od 0,7% do 20,8% w przedziale 85–90 lat i do prawie 40% powyżej 90. rż. [12].

Najczęstszą postacią otępienia jest choroba Alzheimera (w ok. 60%), inne to otępienie wielozawałowe (MID, *multi infarct dementia* — w ok. 15–17%) oraz postaci mieszane (w ok. 14%).

Niektórzy autorzy [1, 13] zwracają także coraz częściej uwagę na fakt, że między niedożywieniem a demencją istnieje zależność odwrotna. Mówi się mianowicie, że niezależnie od różnych innych czynników podwojenie ryzyka zachorowania na otępienie następuje, gdy:

- stężenie kwasu foliowego w surowicy jest obniżone;
- stężenie witaminy B<sub>12</sub> jest obniżone;
- stężenie homocysteiny jest podwyższone.

Wysuwa się więc tezę, że demencja starcza może być nie tylko przyczyną, ale i skutkiem zaburzeń odżywiania.

W demencji starczej występuje szereg objawów klinicznych, które utrudniają spożywanie pokarmu. Uznając za podstawową zasadę medycyny: „Lepiej zapobiegać niż leczyć”, powinno się więc być świadomym tych zaburzeń, by powtarzając się nie doprowadziły do niedożywienia chorych [12, 14–17].

Do objawów tych należą między innymi:

- Zaburzenia koncentracji i podzielności uwagi
- chorzy demencyjni mają upośledzoną zdolność do koncentrowania się na danych rzeczach przez dłuższy czas, na przykład na zjedzeniu całego jedzenia z talerza. Również podzielność uwagi zawodzi w tym przypadku — nie umieją oni na przykład jeść i prowadzić jednocześnie rozmowy.



pracują przecież, nie ćwiczą i mało się poruszają. Poza tym mają oni obniżoną przemianę materii (obniża się o ok. 2% na każdą dekadę życia) oraz zmniejsza się u nich masa mięśniowa na korzyść tkanki tłuszczowej, która wolniej spala kalorie. Zalecenia żywieniowe dla zdrowych starszych osób podkreślają niewielkie obniżenie wartości energetycznej dziennej racji pokarmowej — do około 2100 kcal/d. u mężczyzn i około 1800 kcal/d. u kobiet, przy czym podkreśla się oczywiście konieczność indywidualnego określania takiego zapotrzebowania [22, 23].

Nie zawsze ma to odniesienie do chorych demencyjnych. Chorzy ci są w grupie ryzyka niedożywienia i powinni otrzymywać nawet zwiększoną ilość energii [3]. Drżenia ciała czy drgawki, bezradność, która sprawia, że chorzy siedzą w fotelu i kiwają się w przód i w tył czy też przeciwna sytuacja — są niespokojni, chodzą w koło, wykonują przymusowe ruchy, napinają mięśnie, są sztywni, ich przyspieszone bicie serca czy głębokie oddechy uzasadniają zwiększone zapotrzebowanie kaloryczne. Rekomenduje się tym samym około 25–30 kcal/kg/d. dla kobiet i 30–35 kcal/kg/d. dla mężczyzn [17].

Należy pamiętać także o dostarczeniu ludziom starszym odpowiedniej ilości płynów. Z wiekiem zmniejsza się ilość płynów w organizmie. Podczas gdy u człowieka dorosłego woda stanowi około 60% masy ciała, w wieku starszym jest to tylko 50% lub jeszcze mniej. Fakt ten sprawia, że margines bezpieczeństwa w razie dodatkowej utraty płynów jest znacznie węższy w wieku starszym i trudniejsze jest tym samym utrzymanie homeostazy.

Naukowcy z Uniwersytetu w Tufts (Stany Zjednoczone) [21] zaproponowali modyfikację piramidy żywieniowej i dostosowanie jej do osób powyżej 70. rż. Modyfikacja ta polega na dodaniu specjalnej warstwy w podstawie piramidy, która oznacza płyny i ostrzega jednocześnie, że ludzie starsi powinni pić co najmniej 8 szklanek płynów dziennie. Bardzo ważne jest przypominanie chorym demencyjnym o konieczności picia, proponowanie ulubionych napojów. Dzbanek czy szklanka z napojem powinny być zawsze dostępne, tak aby chory mógł się sam częstować. W razie problemów z połykaniem warto zastosować specjalne pojniki, kubki „z dzióbkiem” czy preparaty zagęszczające do płynów.

## Wokół stołu

Posiłki powtarzają się kilkakrotnie w ciągu doby, są pewnym stałym punktem odniesienia dla ludzi chorych na demencję, jeśli zostaną więc odpowiednio zaplanowane i zorganizowane, zwiększą na pewno poczucie bezpieczeństwa tych chorych i ich przynależności do grupy.

Ważne jest, aby posiłki były do siebie tak podobne, jak to tylko możliwe, bo to polepsza umiejętność rozpoznawania sytuacji przez chorych demencyjnych. Powinni więc oni mieć swoje stałe miejsca przy stole, siedzieć w otoczeniu tych samych osób. Grupa osób nie powinna być duża, tak aby jeden chory był w stanie ich rozpoznać i zapamiętać, czyli około 6–7 osób. Jedną z dominujących cech chorób otępiennych jest zwiększające się wciąż poczucie bezradności. Podczas właściwie zorganizowanego posiłku można zrobić wiele, aby tę bezradność zmniejszyć. Przede wszystkim należy być świadomym, na ile chory radzi sobie sam i ewentualnie kiedy należy mu pomóc. Chorzy nie mogą być pozostawieni sami sobie. Często z powodu apraksji siedzą nad kromką chleba, nie będąc w stanie posmarować jej masłem i ostatecznie — choć czują, że coś nie jest do końca w porządku — zjadają suchą.

Pielęgniarka powinna zwrócić uwagę, czy wszyscy chorzy siedzą w wygodnej pozycji, czy mają dosyć miejsca i czy oświetlenie jest dostateczne. Najbardziej efektywna według wielu autorów [17, 24] jest pozycja z kończynami ugiętymi pod kątem 90° w stawach biodrowych i kolanowych, stopami wspartymi o podłogę, głową i tułowiem lekko pochylonymi do przodu. U chorych cierpiących na otępienie, zwłaszcza jego spastyczną formę, trudno jest uzyskać taką pozycję. Chorym trzeba dostosować odpowiednio wysokość krzesła, z wózków inwalidzkich przesadzić ich na zwykłe krzesła lub przynajmniej zdjąć z nich podpórki pod łokcie, tak aby można było nimi podjechać jak najbliższej stołu. Dla ludzi starszych, a zwłaszcza tych demencyjnych, niezmiernie ważny jest spokój wokół stołu. Hałasy dochodzące na przykład z radia, telewizora czy głośne rozmowy personelu powodują, że chorzy robią się bardzo niespokojni. Chorzy demencyjni odbierają wzrokowo ciemne powierzchnie jako leżące głębiej niż jasne. Dlatego na przykład ciemny talerz może być odebrany jako dziura w stole. Należy więc zadbać, aby oświetlenie stołu było dostateczne. Niewskazane jest jednak nadużywanie kolorowych, wzorzystych obrusów na stole czy też zastawy stołowej, gdyż to może zwiększać dezorientację pacjenta. Najbardziej wskazany jest ciemny obrus i jasna zastawa — dla zwiększenia kontrastu [17].

Chorzy demencyjni potrzebują na pewno więcej czasu na zjedzenie posiłku niż ludzie starsi — zdrowi mentalnie. W wielu instytucjach te dwie grupy pacjentów siedzą często przy jednym stole. Podczas gdy chorzy demencyjni zaczynają dopiero jeść, inni już zjedli, podnoszą się i odchodzą od stołu. Chorzy demencyjni nie rozumieją sytuacji, więc chcą także wstać od stołu tak jak inni, mimo że sami jeszcze nie zjedli. Należałoby się więc zastanowić nad innym rozwiązaniem tej sytuacji, aby nie doprowadziła ona do niedożywienia chorych [14].



Warto także być przygotowanym na różne „wyypadki”, jak na przykład rozlanie zupy na obrus czy zabicie kubka. Są one nie do uniknięcia i nie należy zwracać na nie szczególnej uwagi, a raczej próbować uspokoić chorego i przejść nad tym do porządku dziennego.

### Personel przy stole

Personel pielęgniarski i opiekuńczy ma często skłonności do pasywizacji podopiecznych. Są oni przecież wyuczeni i przygotowani do tego, aby pomagać, a nie do tego, by siedzieć przy stole i obserwować, jak pacjenci męczą się ze zjedzeniem zupy z talerza. Nie tak ma według nich ta pomoc wyglądać, więc zabierają często łyżkę z ręki chorego i zaczynają go karmić, by nie trwało to za długo. Najczęściej personel jest zbyt szybki w przejmowaniu zadań za swoich podopiecznych. Stoi, zamiast usiąść obok chorego, co wpłynęłoby na niego uspokajająco i umocniło w przekonaniu, że mają dla niego czas [16, 24].

Sam fakt instytucjonalizacji sprawia, że traktuje się ludzi starszych jak pacjentów, a nie jak mieszkańców domu. Często domy opieki są urządzone na wzór szpitali, nierzadko pod kątem większej efektywności pracy personelu. Wszystkie te długie korytarze z rzędem takich samych drzwi, takie same meble dają wrażenie, że ludzie tam mieszkający też są tacy sami. Zamiast traktować ich indywidualnie, traktuje się ich przedmiotowo, przekonuje do roli „pacjenta”, nie „mieszkańca” [8, 16].

### Karmienie chorego

Kiedy chory na otępienie dochodzi już do takiego etapu, że nie może sam jeść, trzeba mu pomóc w spożywaniu posiłków. Najlepiej, jeśli osoba karmiąca zna chorego i jego przyzwyczajenia, a także umie prawidłowo odczytać jego często niewerbalne reakcje. Kilka praktycznych rad:

- przewietrzanie pomieszczenia — to zaostry apetyt chorego;
- upewnienie się, że chory ma odpowiednią pozycję;
- siedzenie przy chorym z twarzą na poziomie jego twarzy;
- mówienie do chorego: opowiadanie, co je, zapytanie, czy podzielić pokarm na mniejsze porcje, zapytanie, czy mu smakuje;
- rozpoczęcie karmienia od podania kilku łyków płynu — ułatwia to choremu połykanie;
- chory powinien sam decydować o szybkości jedzenia, należy pamiętać, że musi sam dobrze pogryźć i przeżuć jedzenie;

- ostrożne osuszanie usta chorego serwetką, pamiętanie, że stymuluje to otwieranie ust i sprawia, że chory przerywa połykanie;
- zakończenie karmienia również podaniem czegoś do picia;
- po karmieniu chory przez 20–30 minut powinien przebywać w pozycji siedzącej.

### Sztuczne odżywianie

W późnych stadiach choroby otępiennej chorzy często konsekwentnie odmawiają przyjmowania pokarmu. Pierwszym etapem profesjonalnej reakcji opiekuna na takie zachowanie powinno zawsze być rozpatrzenie ewentualnych przyczyn, które stoją za odmową. Często powody są bardzo prozaiczne, jak na przykład zmiany w jamie ustnej raniące chorego, źle dopasowana proteza zębowa, zaburzenia połykania czy uboczne działania licznie zażywanych leków. Wiele stwierdzonych przyczyn można całkowicie usunąć lub przynajmniej częściowo zredukować.

Ostatecznie, gdy wszystkie inne sposoby zawiodą, można rozpatrzyć możliwość sztucznego odżywiania — drogą enteralną (sonda nosowo-gardłowa dla żywienia krótkoterminowego lub jej unostomia — dla długoterminowego) lub parenteralną (odżywianie dożylnie).

Decyzja o sztucznym odżywianiu jest bardzo trudna, bo tak naprawdę nie ma dość wystarczających informacji o doznaniach chorych na otępienie, które pozwoliłyby wypośredkować między dyskomfortem związanym z sondą czy cewnikiem a niedostarczeniem odpowiedniej ilości pożywienia. Powinna być ona zawsze przemyślana i przedyskutowana, zarówno z innymi członkami zespołu terapeutycznego, jak i z rodziną chorego. Podjęcie takiej decyzji bez wzięcia pod uwagę, czy poprawi ono szeroko rozumianą jakość życia, a nie tylko przedłuży jego długość, jest wyborem wysoce nieetycznym i niehumanitarnym.

Sztuczne odżywianie u chorych z zaawansowaną chorobą otępienną ma według wielu autorów [3, 4, 10, 20, 25, 26] tyle samo zalet co wad. Na pewno poprawia ono stan odżywienia tkanek, odporność organizmu, stan funkcjonalny chorych, ale wiąże się także z szeregiem niebezpieczeństw, jak chociażby zakażenia, krwawienia, przypadki aspiracji pokarmu do płuc. Poza tym pobudzeni chorzy często doprowadzają do dyslokalizacji sondy czy cewnika, a sam proces zakładania jej na nowo jest połączony nierzadko z koniecznością zastosowania form przymusu, przez co jest przerażający i zwiększający tylko cierpienia chorych.

Rozpatrując więc wszystkie „za” i „przeciw”, należy w pierwszym rzędzie myśleć o chorym jako indywidualnej jednostce, która zasługuje na respekt i poszano-

wanie godności pomimo, a może właśnie ze względu na stan, w jakim się znajduje.

## Wnioski

Dla większości chorych demencyjnych posiłki są bardzo ważnym, bo stałym i regularnie powtarzającym się elementem dnia codziennego. Ludzie starsi, zwłaszcza ci chorujący na demencję, są w dużym stopniu narażeni na niedożywienie. Należy więc dążyć do opracowania i jak najszybszego wdrożenia w życie standardów zapobiegania niedożywieniu w tej grupie chorych. Należy także pamiętać, że jedzenie to nie tylko kalorie i witaminy. Jedzenie przywołuje wspomnienia, pobudza zmysły, a posiłki to także towarzystwo, bezpieczeństwo, bliskość i dostępność. Czasem nawet proste modyfikacje warunków psychosocjalnych, takie jak odpowiednia organizacja posiłków, pomoc chorym przy ich spożywaniu czy zapewnienie miłej atmosfery przy stole, niemające wprawdzie charakteru rozbudowanych strategii, ale właściwie zastosowane, mogą pomóc w podtrzymaniu czy przywróceniu właściwego stanu odżywienia chorych i zapewnieniu tym samym odpowiedniej jakości ich życia.

## Piśmiennictwo

1. Lehmann A.B. Review: undernutrition in elderly people. *Age Ageing* 1989; 18: 339–353.
2. Parnicka A., Gryglewska B. Wyniszczenie nowotworowe, a starcza sarkopenia. *Gerontol. Pol.* 2006; 14 (3): 113–118.
3. Palmer R. Management of common clinical disorders in geriatric patients: malnutrition. <http://medscape.com/viewarticle/5347682>; 6.02.2007.
4. Mowé M. Behandlig av enderernaering hos eldre pasienter. *Tidsskr. Nor. Lægeforening* 2002; 8: 815–818.
5. Crogan N.L., Pasvogel A. The influence of protein-calorie malnutrition on quality of life in nursing homes. *J. Gerontol.* 2003; 58A (2): 159–164.
6. Cierzniaowska K., Szewczyk M.T. Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego z niedożywieniem w wieku starszym. W: Biercewicz M., Szewczyk M., Ślusarz R. *Pielęgowanie w geriatryi*. Borgis, Warszawa 2006; 95–103.
7. Galus K., Kocemba J. (red.). *Odżywianie*. W: MSD Podręcznik geriatryi. Urban & Partner, Wrocław 1999; 8–9.
8. Sortland K. *Ernaering-mer enn mat og drikke*. Fagbokforlaget, Bergen. 1997; 139–177.
9. Gryglewska B., Adamkiewicz-Piejko A. Specyficzne problemy geriatryczne. W: Kocemba J., Grodzicki T. (red.). *Zarys gerontologii klinicznej*. Wydawnictwo CM UJ, Kraków 2000.
10. Volkert D., Berner Y.N. (red.). *Espen Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics*. Clin. Nutr. 2006; 330–360.
11. Kraus S. Niedobory żywieniowe u podopiecznych w podeszłym wieku — szybko rozpoznać, prawidłowo zareagować. *Wspólne tematy* 2002; 11–12: 4–10.
12. Grabiec U., Skalska A. Zespoły psychogeriatryczne. W: Kocemba J., Grodzicki T. (red.). *Zarys gerontologii klinicznej*. Wydawnictwo CM UJ, Kraków 2000.
13. Förstl H. (red.). *Leczenie zespołów otępiennych*. Urban & Partner, Wrocław 2005.
14. Moen Johannsen A.K. *Maten er halve foeda*. Sykepleien 1999; 17: 50–53.
15. Podemski R., Wendera M. (red.). *Neurologia*. Urban & Partner, Wrocław 2001: 82–92.
16. Berg G. *Uten mat og drikke*. Sosialdepartaments utviklingsprogram om aldersdemens. Rapport nr. 3, Oslo 1990.
17. Aremyr G. *Demenssymptomer som gjoer maaltidene vanskelige*. W: *Hvorfor vil ikke Asta spise? Måltidene i demensomsorgen*. Kommuneforlaget AS, Oslo, 2001: 50–94.
18. Kraus S. Odmowa przyjmowania pożywienia przez seniorów cierpiących na zaawansowane formy demencji. *Wspólne tematy* 2005; 9: 14–20.
19. Blanc S., Schoeller DA., Bauer D. i wsp. Energy requirements in the eight decade of life. *Am. J. Clin. Nutr.* 2004; 79: 303–310.
20. Mowé M. *Men mat maade ha*. W: Nord R., Eilertsen G., Bjerkreim T. (red.). *Eldre i en brytningstid*. Gyldendal, Oslo 2005; 207–219.
21. Eliopoulos C. Nutrition and hydration. W: *Gerontological nursing*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2005; 193–203.
22. Gabrowska E., Spodarek M. Zasady żywienia osób w starszym wieku. *Gerontologia Polska* 2006; 14 (2): 57–62.
23. Piórecka B., Szczerbińska K., Schlegel-Zawadzka M. Realizacja zaleceń żywieniowych dla osób starszych na podstawie pensjonariuszy wybranych domów pomocy społecznej w powiecie tarnowskim. *Pol. Med. Rodzin.* 2004; 6; (supl. 1): 142–146.
24. Kraus S. Odmowa przyjmowania pożywienia przez seniorów cierpiących na zaawansowane formy demencji. *Wspólne tematy* 2005; 7–8: 60–66.
25. Mace N.L., Rabins P.V. 36 godzin na dobę. *Medipage*, Baltimore 1999; 72–90.
26. Byrd L. The use of artificial hydration and nutrition in elders with advanced dementia. <http://medscape.com/viewarticle/472947>; 26.02.2007.