

## **Kwestionariusz EASY-Care w ocenie potrzeb osób starszych** *EASY-Care questionnaire in the assessment of needs of elderly subjects*

**Dorota Talarska<sup>1</sup>, Dorota Ryszewska-Łabędzka<sup>2</sup>, Sławomir Tobis<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego, Katedra Profilaktyki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

<sup>2</sup> Pracownia Geriatrii, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

<sup>3</sup> Pracownia Terapii Zajęciowej, Katedra Geriatrii i Gerontologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

### **Streszczenie**

Intensywne starzenie się społeczeństw świata pociąga za sobą konieczność poszukiwania optymalnych rozwiązań na rzecz jak najdłuższego utrzymania sprawności. Wymaga to wdrożenia holistycznej oceny potrzeb osób starszych zarówno w perspektywie opieki zdrowotnej, jak i społecznej. Jednym z możliwych do użycia w tym celu narzędzi jest kwestionariusz EASY-Care Standard 2010. W pracy przedstawiono to narzędzie i opisano dotychczasowe jego użycie. *Geriatrics 2016; 10: 39-44.*

*Słowa kluczowe: potrzeby, opieka, kwestionariusz EASY-Care*

### **Abstract**

Intense ageing of world's societies induces necessity of search for optimal solutions aimed at maintaining personal fitness as long as possible. A holistic assessment of needs of elderly is indispensable, in the perspective of both health and social care. One of the tools possible to use is the EASY-Care Standard 2010 Questionnaire. The paper discusses this tool and describes its past use. *Geriatrics 2016; 10: 39-44.*

*Keywords: needs, care, EASY-Care questionnaire*

Intensywne starzenie się społeczeństw wszystkich krajów świata pociąga za sobą konieczność poszukiwania optymalnych rozwiązań na rzecz możliwie najdłuższego utrzymania sprawności seniorów. Oznacza to m.in. potrzebę wdrażania narzędzi, które pozwolą na wczesne wykrywanie istniejących problemów (w tym zwłaszcza czynników ryzyka niesprawności). Szybkie i efektywne ich rozwiązywanie jest jedynym gwarantem możliwości długiego samodzielnego funkcjonowania osób starszych w środowisku domowym. W związku z tym szeroko dyskutowana jest kwestia bieżącej oceny potrzeb osób starszych.

Z punktu widzenia organizacji opieki i wsparcia dla osób w okresie starości, a przede wszystkim biorąc po uwagę zakres wykonywanej interwencji, można wyróżnić potrzeby zdrowotne i opiekuńcze. Podział ten ma największe znaczenie podczas planowania opieki.

Definicję potrzeb i narzędzia do ich oceny po raz pierwszy wprowadzono w opiece zdrowotnej w Wielkiej Brytanii. Tam też, do dziś, przeprowadza się najwięcej badań na ten temat [1]. Zwrócono także uwagę, że pacjenci postrzegają potrzeby inaczej niż osoby sprawujące opiekę profesjonalną. Opiekunowie formalni i nieformalni często nie dostrzegają wagi potrzeb natury psychospołecznej czy dotyczących samodzielnie podejmowanej decyzji – np. co będzie na śniadanie. Potwierdziło to konieczność opracowania narzędzi i systematycznego monitorowania ograniczeń funkcjonalnych.

Proces chorobowy może wywoływać różne zaburzenia w stanie zdrowia i w konsekwencji modyfikować oczekiwania i plany życiowe, co z kolei wpływa na zmianę hierarchii potrzeb. U osób, u których rozpoznano proces nowotworowy, zazwyczaj dominuje

potrzeba bezpieczeństwa oraz potrzeby związane z podstawowymi procesami życiowymi np. potrzeba odżywiania czy potrzeba czystości itd. Wynikają one najczęściej z dolegliwości, które utrzymują się w przebiegu procesu chorobowego czy objawów niepożądanych terapii [2]. W zależności od okresu choroby, czasu trwania, rokowania czy występujących zaburzeń pojawiają się lub nasilają określone potrzeby. Bardzo ważne, często niedoceniane w przebiegu procesu chorobowego, są potrzeby kontaktu emocjonalnego, szacunku, opieki i informacji.

W związku z danymi pokazującymi przewagę holistycznego podejścia w rozpoznawaniu potrzeb i ich zaspokajania, zwraca się uwagę, że wynikająca z oceny sytuacji opieka powinna być zorientowana na osobę (ang. "person-centered" care), a nie na pacjenta (ang. "patient-centered" care) [3]. Fakt ten podkreśla potrzebę bieżącej współpracy i łączenia działań podejmowanych przez profesjonalistów z sektora medycznego oraz społecznego w zakresie optymalizacji niezależności i poprawy jakości życia [4].

Przy szerokiej gamie potrzeb, dla ich zaspokojenia niezbędna jest współpraca interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego z rodziną czy znajomymi, jako opiekunami nieformalnymi (nieposiadającymi wykształcenia w tym zakresie). Pomoc uzyskiwana od nich przez seniorów często staje się najważniejszym czynnikiem mobilizującym do podejmowania nie tylko terapii, ale i codziennych wyzwań wynikających z nie-sprawności. Zwiększa także poczucie bezpieczeństwa. Zainteresowanie ze strony najbliższych i uzyskiwane od nich wsparcie ma szczególne znaczenie dla osób starszych, w przypadku których ta pomoc umożliwia pozostanie we własnym domu czy mieszkaniu.

Dyskusja nad narzędziem rekomendowanym do oceny potrzeb wynika m.in. z udowodnionej skuteczności całościowej oceny geriatrycznej (COG) w planowaniu opieki [5]. Wymaga ona jednak korzystania z wielu skal oraz stosunkowo dużego nakładu czasu. Poszukiwane są więc prostsze narzędzia oceny.

COG jest multidyscyplinarnym procesem służącym do oceny deficytów, ale też planowania interwencji. Wykorzystywany jest on także do monitorowania procesu leczenia. Holistyczne podejście do chorego starszego, niezbędne w stosowaniu COG, jest uważane za najlepszą gwarancję integracji całego zespołu, dla celów optymalizacji sprawności funkcjonalnej chorego. Jego zadaniem jest szczególna koncentracja na wyszukiwaniu pacjentów z zespołem słabości (ang.

frailty syndrome), a następnie wskazywaniu jego przyczyn – po to, aby podjąć niezbędne leczenie. COG jest w związku z tym bardzo złożona, stąd wskazuje się na potrzebę wprowadzenia do codziennej praktyki prostszych metod, umożliwiających okresowe monitorowanie sprawności osób starszych, które byłyby podstawą wczesnego wdrażania działań zwiększających możliwość samodzielnego przebywania w środowisku domowym.

Wykazano ponadto, że różne formy wielowymiarowej oceny nie różnią się zasadniczo w zakresie otrzymanywnych wyników leczenia, co tym samym wskazuje na potencjalne dodatkowe zalety stosowania prostych metod oceny, np. wieloobszarowego narzędzia, które ułatwia indywidualizację oceny i zaleceń terapeutycznych [6]. Ocena taka powinna obejmować różne aspekty funkcjonowania społecznego oraz zdrowotnego i być dedykowana zarówno tym, którzy nie potrzebują żadnego wsparcia jak i tym, których ryzyko zależności od opieki jest wysokie. Ponadto dla obiektywizacji procesu oceny powinna wykorzystywać elementy uznanych i zwalidowanych metod [7]. Kwestionariusz EASY-Care 2010 wydaje się dawać takie możliwości [8].

## Kwestionariusz EASY-Care

Głównym celem przygotowania kwestionariusza EASY-Care było dostarczenie lekarzowi rodzinnemu i jego zespołowi narzędzia służącego do zbierania informacji o potrzebach w zakresie terapii i opieki, dzięki którym byłoby możliwe indywidualne planowanie oraz monitorowanie opieki i terapii, w tym również zwiększenie ich dostępności. Ma on też za zadanie zwrócenie uwagi na konieczność upowszechnienia holistycznej oceny chorych starszych, pozwalającej na uwzględnienie zarówno obszaru zdrowia, jak i potrzeb socjalnych. Takie podejście jest konieczne dla optymalizacji sprawności funkcjonalnej chorych starszych z wieloelementową wielochorobowością i powinno być podstawowym celem wszystkich działań podejmowanych w stosunku do tej grupy chorych.

Oryginalna, angielska wersja kwestionariusza powstała w 1997 roku. Do kwestionariusza włączono m.in. ocenę w zakresie podstawowych (ang. Activities of Daily Living – ADL) i wybranych złożonych czynności życiowych (ang. Instrumental Activities of Daily Living; np. gotowanie, zakupy, przemieszczanie się przy pomocy środków komunikacji, płacenie rachunków itd.), ale także np. elementy mające znaczenie dla

definiowania jakości życia [9]. Kwestionariusz jest kierowany do samych osób w wieku podeszłym – jego użycie ma więc być formą samooceny, choć opiekun może uzupełniać przekazywane przez podopiecznego informacje.

W Polsce prace nad kwestionariuszem EASY-Care zostały podjęte w Zakładzie Gerontologii Klinicznej i Społecznej Akademii Medycznej w Białymstoku [10,11], w ramach projektu SCOPE (Supporting Clinical Outcomes in Primary Care for the Elderly).

Najnowsza wersja kwestionariusza nosi nazwę EASY-Care Standard 2010 i została poddana weryfikacji w wielu krajach świata. Kwestionariusz składa się z dwóch części. W pierwszej zbierane są informacje o pacjencie, jego sytuacji rodzinnej i historii medycznej. Druga część jest poświęcona właściwej ocenie potrzeb oraz priorytetów zdrowotnych i opiekuńczych. Ocenie poddaje się 7 głównych obszarów.

Pierwszy obszar to wzrok, słuch i zdolność porozumiewania się, w tym posługiwanie się telefonem.

Drugi obszar dotyczy dbania o siebie; pytania obejmują m.in. utrzymanie higieny i porządku, przygotowanie i spożywanie posiłków, oraz sprawność zwieraczy.

Trzeci to poruszanie się; radzenie sobie w środowisku począwszy od samodzielnego wstania z łóżka do robienia zakupów i docierania np. do przychodni.

Kolejny obszar to bezpieczeństwo osobiste; poczucie bezpieczeństwa w domu i poza domem, ale i charakterystyka ewentualnego zjawiska dyskryminacji.

Piąty to pytania o warunki mieszkaniowe i sytuację finansową.

Obszar szósty obejmuje stan zdrowia, m.in. picie alkoholu, palenie papierosów, regularność podejmowania aktywności fizycznej.

Ostatni obszar to zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie; pytania tego obszaru dotyczą wypełniania wolnego czasu, uczucia osamotnienia i obaw o utratę pamięci, ale i o występowania bólu, czy samooceny stanu zdrowia. Na podstawie zebranych informacji ustala się listę rozpoznanych potrzeb i priorytetów działań.

Dodatkowo najnowszą wersję kwestionariusza uzupełniono o skalę ryzyka, które powstały z wybranych pytań zawartych w ocenie poszczególnych obszarów kwestionariusza. Są to:

- Skala poziomu niezależności (ang. *independence score*) – obrazuje samodzielność badanego w zakresie: ubierania się, dbania o wygląd,

kąpiele, przygotowania posiłków, samodzielnego przemieszczanie się oraz gospodarowania pieniędzmi. Minimalna liczba uzyskanych punktów to 0, maksymalna – 100. Im większa liczba uzyskanych punktów, tym większe ryzyko zależności.

- Skala ryzyka opieki całodobowej (ang. *risk of breakdown in care*) – obrazuje ryzyko hospitalizacji na podstawie uzyskanych odpowiedzi na pytania, dotyczące takich czynności jak: ubieranie się, kąpiel, korzystanie z toalety oraz oceny stanu zdrowia i samopoczucia, a także utraty pamięci, wystąpienia depresji lub/i dolegliwości bólowych. Minimalna ilość uzyskanych punktów to 0, maksymalna – 12. Wraz w większą liczbą uzyskanych punktów rośnie ryzyko hospitalizacji.
- Skala ryzyka upadków (ang. *risk of falls*) – uwzględnia analizę problemów z przemieszczaniem się, problemy ze stopami oraz poczuciem bezpieczeństwa w domu i poza nim, a także liczbę upadków w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Minimalna liczba uzyskanych punktów to 0, maksymalna – 8. Uzyskanie 3 lub więcej punktów świadczy o występowaniu wysokiego ryzyka upadków.

Jak wykazano, kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 może być stosowany zarówno przez profesjonalistów z dziedziny opieki zdrowotnej (np. pielęgniarki [12]), jak i sektora społecznego [13]. Na obiecujące wartości narzędzia (w przypadku jego szerszego wprowadzenia do praktyki) wskazało badanie porównujące program interwencji geriatrycznych opartych na wstępnej ocenie wykonanej w oparciu o kwestionariusz (the EASY-Care based Geriatric Intervention Program) ze standardową opieką u osób starszych, mieszkających w środowisku domowym i zagrożonych niesprawnością. Po 6 miesiącach obserwacji wskazano na efektywność kosztową rozwiązania, wykorzystującego narzędzie dla systemu opieki zdrowotnej [14]. Co więcej, udowodniono, że zastosowanie kwestionariusza przez lekarzy rodzinnych pozwala na wskazanie pacjentów ze znacznym ryzykiem pogorszenia stanu zdrowia i sprawności w perspektywie rocznej [15].

### Zastosowanie kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 w Polsce

Pierwsze badania, w których została wykorzystana polska wersja kwestionariusza EASY-Care Standard

2010, zostały przeprowadzone w roku 2011 wśród kobiet przebywających w jednym z Domów Pomocy Społecznej w Poznaniu. Ich celem była weryfikacja kwestionariusza do oceny potrzeb starszych kobiet objętych opieką instytucjonalną [16]. Oceniając całkowite zapotrzebowanie na opiekę, czyli w zakresie wszystkich domen, stwierdzono, że tylko 5% badanych kobiet miało średnie zapotrzebowanie na wsparcie, a pozostałe 95% – zapotrzebowanie duże. Żadna z badanych kobiet nie była samodzielna we wszystkich objętych oceną obszarach. Wszystkie uwzględnione w badaniu mieszkanki DPS zgłaszały potrzeby w zakresie: „Dbanie o siebie” oraz „Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie”. W obszarze „Dbanie o siebie” częstym problemem było samodzielne wykonywanie prac domowych i przygotowywanie posiłków, natomiast – w „Zdrowiu psychicznym i ogólnym samopoczuciu”, najwięcej kobiet czuło potrzebę pomocy ze względu na zły stan zdrowia, dolegliwości bólowe oraz uczucie przygnębienia. Ponad połowa kobiet nie zgłaszała problemów w zakresie obszaru „Warunki mieszkaniowe i sytuacja finansowa”. Obszar ten obejmuje pytania dotyczące: zadowolenia z warunków mieszkaniowych, samodzielnego gospodarowania pieniędzmi oraz zarządzania sprawami finansowymi. Drugi obszar, w zakresie którego grupa niezależnych kobiet była stosunkowo duża, to „Bezpieczeństwo osobiste”. U wszystkich analizowanych mieszanek stwierdzono istnienie podstawowych potrzeb opiekuńczych, co jest uzasadnieniem ich pobytu w Domu Pomocy Społecznej.

W 2012 roku przeprowadzono badania przy pomocy kwestionariusza wśród kobiet starszych mieszkających we własnych domach [17]. Analizując wszystkie obszary potrzeb stwierdzono istnienie zapotrzebowania na pomoc/wsparcie u wszystkich analizowanych kobiet (duże u 72%, średnie u 28%). Analizowane kobiety najczęściej potrzebowały pomocy/wsparcia w obszarze „Dbałość o zdrowie”, „Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie” oraz „Dbanie o siebie”. W obszarze „Dbałość o zdrowie” stwierdzono, że badane kobiety potrzebowały pomocy tylko w zakresie wybranych czynności (najczęściej były to: problemy z oddychaniem, brak aktywności ruchowej i niepokój o ciężar ciała). Natomiast poziom zapotrzebowania na pomoc/wsparcie w obszarze „Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie” był duży, czyli u wielu badanych dotyczył większości domen (np. dolegliwości bólowe, osamotnienie, występowanie

problemów ze snem czy niemożliwość realizowania swoich zainteresowań). Z kolei w obszarze „Dbanie o siebie” najczęściej zgłaszano zapotrzebowanie na pomoc/wsparcie w zakresie domen: problemy z wykonywaniem prac domowych czy kąpielą, problemy z jamą ustną lub użębieniem i nietrzymaniem moczu. Większość kobiet nie miała problemów w obszarze „Bezpieczeństwo osobiste”: czuły się bezpiecznie zarówno w domu, jak i poza nim, nie były prześladowane czy dyskryminowane. Kobiety przebywające we własnych domach charakteryzowały się, w porównaniu do mieszanek DPS-u, większą niezależnością oraz mniejszym ryzykiem hospitalizacji. Jest to zgodne z oczekiwaniami wskazującymi na istnienie szerokiej gamy potrzeb, jako wskazania do instytucjonalizacji.

Następnie kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 został zastosowany do analizy ryzyka sprawności u chorych z poradni chirurgii onkologicznej; pacjenci w większości mieli usuwane znamiona lub wykonywaną biopsję cienkoigłową [18]. Największe zapotrzebowanie na opiekę i wsparcie stwierdzono w zakresie „Stan zdrowia” (99%) oraz „Zdrowie psychiczne i jakość życia” (100%). Zaobserwowano istnienie silnej ujemnej korelacji pomiędzy wynikami uzyskiwanymi w skali Barthel (ocena samodzielności w zakresie podstawowych czynności życiowych) oraz wynikami uzyskiwanymi we wszystkich trzech skalach podsumowujących kwestionariusz (skali poziomu niezależności –  $p = 0,0000$ , skala ryzyka złamania samoopieki –  $p = 0,0000$ ) i skala ryzyka upadków –  $p = 0,0000$ ). Im mniejsza sprawność w podstawowych czynnościach życiowych (ADL), tym większe ryzyko w każdej z 3 skal. Podobną zależność stwierdzono dla skali Lawton (ocena samodzielności w zakresie złożonych czynności życiowych; dla wszystkich skal  $p = 0,0000$ ). Tak więc ryzyko zależności od opieki, ryzyko złamania samoopieki oraz ryzyko upadków wzrastało wraz ze wzrostem ograniczeń w podejmowaniu złożonych aktywności życia codziennego. Stwierdzono zatem, że narzędzie dobrze definiuje ograniczenia funkcjonalne, które mogą być podstawą planowania indywidualnej opieki i terapii.

## Podsumowanie

Nie ma wątpliwości, że proces starzenia się społeczeństw pociąga za sobą konieczność zmian w systemach zapewniania opieki. Choć kolejne pokolenia są coraz sprawniejsze, zapotrzebowanie na leczenie i opiekę wzrasta, w związku ze wzrostem liczebno-

ści najstarszych grup wiekowych. Najważniejszym zaś celem, któremu podporządkowuje się działania podejmowane na rzecz osób starszych, jest przedłużenie możliwości ich pozostawania w warunkach własnego środowiska domowego. Zwraca się przy tym uwagę na malejące zasoby i możliwości wynikające ze wzrostu tzw. wskaźnika zależności wieku podeszłego (ang. old age dependency ratio). Jest on definiowany jako stosunek liczby osób w wieku co najmniej 65 lat do liczby osób pracujących (tj. w wieku 15-64 lat). Wynosi on obecnie (dane dla 2011 roku) w Unii Europejskiej 23,7/100 i zwiększy się do 36,4/100 w 2030 roku, a w 2060 – aż do 52,4/100. W Polsce wynosi obecnie 19,3/100 i jest jednym z najniższych (a zatem najkorzystniejszych) w Europie, gdyż nawet regiony z najwyższymi wskaźnikami charakteryzują wartości zbliżone do średniej dla Unii Europejskiej (miasto Warszawa – 25,1/100, miasto Łódź – 24,4/100, powiat łomżyński – 24,1/100) [19].

Z powodu zmniejszającej się dostępności nie tylko personelu (opiekunowie formalni, przygotowani

faktycznie do wykonywania zawodów związanych z opieką), ale i opiekunów nieformalnych (np. członkowie rodziny) byłoby znacznie lepiej gdyby można było wprowadzić narzędzie do samooceny, które pozwoliłoby na analizę w zakresie zarówno potrzeb socjalnych, jak i zdrowotnych. Według wiedzy autorów dotychczas jedynie Piedade i wsp. [20] zaprezentowali użycie wybranych fragmentów kwestionariusza. Jednak kwestionariusz nigdy nie został walidowany do użycia w ramach samooceny. Z metodologicznego punktu widzenia jest niezwykle ważne, aby takie wyzwanie podjąć.

### Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Dorota Talarska  
Katedra Profilaktyki Zdrowotnej  
ul. M. Smoluchowskiego 11; 60-179 Poznań  
☎ (+48 22) 627 39 86  
✉ pati.talarska@neostrada.pl

### Piśmiennictwo

- Slade M, Phelan M, Thornicroft G. A comparison of needs assessed by staff and by epidemiologically representative sample of patients with psychosis. *Psychol Med.* 1998; 28:543-550.
- de Walden-Gałuszko K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011. str. 7-14.
- The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-centered Care: A Definition and Essential Elements. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(1):15-8.
- von der Bij AK, Laurant MGH, Wensing M. Effectiveness of physical activity intervention for older adults. *Am J Prev Med.* 2002, 22:120-33.
- Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *Int J Integr Care.* 2004;4:e10. Epub 2004 Sep 3.
- Fletcher AE, Price GM, Ng ES, Stirling SL, Bulpitt CJ, Breeze E, et al. Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice: a cluster-randomised factorial trial. *Lancet.* 2004;364(9446):1667-77.
- Philp I. Can a medical and social assessment be combined? *J R Soc Med.* 1997;90(32):11-3.
- Philip KE, Alizad V, Oates A, Donkin DB, Pitsillides C, Syddall SP, et al. Development of EASY-Care, for brief standardized assessment of the health and care needs of older people; with latest information about cross-national acceptability. *J Am Med Dir Assoc.* 2014;15(1):42-6.
- Olde-Rikkert MG, Long JF, Philp I. Development and evidence base of a new efficient assessment instrument for international use by nurses in community settings with older people. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(9):1180-3.
- Bień B, Wojszel BZ, Wilmańska J, Polityńska B. EASY-Care questionnaire: assumptions and study methodology. *Gerontol Pol.* 1999;7(1):37-41 (article in Polish).
- Wojszel ZB, Bień B, Polityńska B. The assessment of the functional state of elderly people by family physician with the help of EASY-Care questionnaire. *Pol Merkur Lek.* 1999;6(33):167-70.
- van Eijken M, Melis R, Wensing M, Rikkert MO, van Achterberg T. Feasibility of a new community-based geriatric intervention programme: an exploration of experiences of GPs, nurses, geriatricians, patients and caregivers. *Disabil Rehabil.* 2008;30(9):696-708.

13. Clarkson P, Abendstern M, Sutcliffe C, Hughs J, Challis D. Reliability of needs assessments in the community care of older people: impact of the single assessment process in England. *J Public Health*. 2009;31(4):521-9.
14. Melis RJF, Adang E, Teerenstra S, van Eijken MIJ, Wimo A, van Achterberg T, et al. Cost effectiveness analysis of multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in frail older people who live at home (Dutch EASYcare Study). *J Gerontol Med Sci*. 2008;63A(3):275-82.
15. van Kempen JA, Schers HJ, Philp I, Olde Rikkert MG, Melis RJ. Predictive validity of a two-step tool to map frailty in primary care. *BMC Med*. 2015; doi: 10.1186/s12916-015-0519-9.
16. Kropińska S, Dymek-Skoczyńska A, Talarska D, Wieczorowska-Tobis K. Ocena potrzeb kobiet w wieku podeszłym w oparciu o kwestionariusz EASY-Care Standard 2010. *Now Lek*. 2012;81(4):366-71.
17. Kropińska S, Zasadzka E, Czubiniak B, Wieczorowska-Tobis K, Talarska D. Ocena potrzeb starszych kobiet mieszkających we własnych domach za pomocą kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 – badania wstępne. *Now Lek*. 2013;82(1):39-45.
18. Talarska D, Pacholska R, Strugała M, Wieczorowska-Tobis K. Functional assessment of the elderly with the use of EASY-Care Standard 2010 and Comprehensive Geriatric Assessment. *Scand J Caring Sci*. 2015; doi: 10.1111/scs.12241
19. <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php>
20. Piedade Brandão M, Sousa L, Philp I, Cardoso M. Self-reported dependency among Portuguese older people living in different settings: a cross-sectional study. Eight World Congress on Long Term Care in Chinese Communities and Asian Aging Development Conference. Kowloon – Hong Kong, November 2011. [http://www.hkag.org/8LTC/conference%20ppt/S3-3\\_BRANDAO.pdf](http://www.hkag.org/8LTC/conference%20ppt/S3-3_BRANDAO.pdf)