

ZESPOŁY OTEPIENNE – Poradnik



Anna Bazuła Neurologopeda

Beata Liwowska Psycholog w trakcie specjalizacji klinicznej z neuropsychologii, Certyfikowany psychoterapeuta PTP

WSTĘP

Rozwój medycyny i farmakoterapii przyczynił się do wydłużenia ludzkiego życia oraz zwiększenia populacji ludzi w podeszłym wieku. Eksperci szacują, że w 2030 r. w Polsce będzie około 8.5 miliona osób po 65 roku życia. To co niepokoi, to sprawność mózgu,

która wraz z wiekiem ulega osłabieniu. Jak wiemy wiek jest czynnikiem ryzyka wystąpienia chorób otępiennych, które charakteryzują się znacznym pogorszeniem funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego człowieka. Ze statystyk wynika, że demencja o różnej etiologii występuje u 8-10% osób po 65 r.ż., a u osób po 80 r. ż. zachorowalność sięga 50%. Konsekwencją zachorowania jest zmniejszenie się samodzielności, spadek samooceny, wycofanie się z życia, a w konsekwencji całkowite uzależnieni od innych.

CEL ULOTKI

Celem poniższego opracowania jest szerzenie wiedzy o dolegliwościach wieku podeszłego. Zależy nam na jasnym przybliżeniu tematyki otępiennej, tj. jak rozróżnić fizjologiczny proces starzenia się od wczesnych objawów klinicznych otępienia, gdzie kierować się po pomoc w sytuacjach niepokojących, w jaki sposób radzić sobie z chorobą i jej konsekwencjami, jak wpływać na zwiększanie zasobów mózgowych. Ponieważ choroby otępienne powodują deterioracje w wielu obszarach życia osobny starszej, jak i stają się kłopotem dla bliskich, niezwykle ważne jest szybkie identyfikowanie wczesnych objawów zachorowania oraz podjęcie odpowiednich działań hamujących rozwój choroby (co jest możliwe

dzięki odkryciom w dziedzinie etiopatogenezy, a co za tym idzie leczeniem chorób przebiegających z otępieniem).

ZMIANY PSYCHICZNE W NORMALNYM STARZENIU SIĘ

Wraz z wiekiem wydolność umysłowa spada, dlatego nie każde obniżenie sprawności poznawczej u osoby starszej jest oznaką otępienia. Po 50 r. ż. następuje niewielkie obniżenie sprawności sensorycznej, np. w zakresie postrzegania wzrokowego (zmniejszenie ostrości widzenia, kolorów, automatyki ruchów sakkadowych, spostrzegania głębi), wrażliwości słuchowej (najwyższe tony). W zakresie inteligencji obserwuje się obniżenie funkcji operacyjnych na materiale wzrokowo – przestrzennym, obniżenie tempa pracy umysłowej, osłabianie zdolności przyswajania nowych informacji (pamięć epizodyczna i prospektywna). Ogólnie można stwierdzić, że spowolnienie procesów percepcyjnych, psychomotorycznych i poznawczych jest charakterystyczne dla normalnego starzenia się. Należy jednak pamiętać, że samo spowolnienie nie jest równoznaczne z utratą zdolności adaptacji zachowania do sytuacji (Walsh, 2001).

CZYM JEST OTEPIENIE

DEFINICJA OTEPIENIA WG. ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA ICD-10 (2000)

Zespół otępienny to zespół objawów spowodowanych chorobą mózgu, zwykle przewlekłą lub o postępującym przebiegu, charakteryzujący się klinicznie licznymi zaburzeniami wyższych funkcji korowych, takich jak:

- pamięć,
- myślenie,
- orientacja,
- rozumienie,
- liczenie,
- zdolność do uczenia się,

Zaburzeniom funkcji poznawczych mogą towarzyszyć lub je poprzedzać zaburzenia emocjonalne, zaburzenia zachowania i motywacji

Powyższe objawy nie występują w trakcie zaburzeń świadomości (choć same zaburzenia świadomości w przebiegu otępień są częste). Najogólniej można powiedzieć, że demencja jest to nabyta, trwała, rozsiana deterioracja funkcji poznawczych, emocjonalnych i osobowościowych spowodowanych dysfunkcją mózgu.

KLASYFIKACJA OTĘPIEŃ

F00 Otępienie w chorobie Alzheimera

F01 Otępienie naczyniowe

F02 Otępienie w innych chorobach klasyfikowanych gdzie indziej

F02.0 Otępienie w chorobie Picka

F02.1 Otępienie w chorobie Creutzfelda- Jakoba

F02.2 Otępienie w chorobie Huntingtona

F02.3 Otępienie w chorobie Parkinsona

F02.4 Otępienie w chorobie wywołanej przez wirus nabytego upośledzenia odporności HIV

PRZYCZYNY OTĘPIENIA

Przyczyn otępień jest wiele. Niektóre z nich są potencjalnie odwracalne i uleczalne (np. zaburzenia metaboliczne, niedoczynność tarczycy, toksyczne, itp.). Jednak najczęstszą przyczyną choroby są nieodwracalne uszkodzenia mózgu spowodowane zmianami zwyrodnieniowymi, naczyniowymi, infekcyjnymi lub urazami OUN.

OBJAWY ZABURZEŃ OTĘPIENNYCH

Do typowych objawów, pozwalających rozpocząć diagnostykę w kierunku otępień należy zaliczyć obecność zaburzeń poznawczych i zachowania, które powodują:

-niezdolność do pracy zawodowej lub do wykonywania zwykłych codziennych aktywności (toaleta, ubieranie się, przygotowywanie i spożywanie posiłków);

-spadek funkcjonowania w porównaniu z poprzednim poziomem możliwości wykonywania zadań;

- zaburzenia funkcji poznawczych lub zachowania dotyczą co najmniej dwóch poniższych obszarów poznawczych;

* Zaburzenia możliwości nabywania i zapamiętywania nowych informacji – co skutkuje: ciągłym powtarzaniem pytań i rozmów, gubieniem rzeczy osobistych, zapominaniem o wydarzeniach lub spotkaniach, gubienie się na znanych trasach.

* Zaburzenia rozumienia i radzenia sobie ze złożonymi zadaniami, utrata możliwości oceny otoczenia: gorsze rozumienie możliwości wystąpienia niebezpieczeństwa, gorsze radzenie sobie z finansami, pogorszenie możliwości podejmowania decyzji, niemożność

podjęcia złożonego planowania lub wieloetapowych działań,
ubieranie zimowej odzieży w ciepły dzień, itp.

* Zaburzenia funkcji wzrokowo- przestrzennych, co powoduje:
niemożność rozpoznawania twarzy lub powszechnie znanych rzeczy,
bądź też znajdywania rzeczy w zasięgu pola widzenia pomimo
dobrej ostrości wzroku.

*Zaburzenia funkcji językowych, polegające na: trudności w
doborze słów, budowania dłuższych wypowiedzi, form
narracyjnych, używanie nieadekwatnych słów do kontekstu,
ograniczenia fluencji słownej, deficyty leksykalno – semantyczne i
syntaktyczne, stopniowo coraz liczniejsze błędy w mowie i piśmie.

*Zaburzenia osobowości, zachowania, emocji: zmienność nastroju
wyrażająca się np. stanami pobudzenia, spadkiem motywacji i
inicjatywy, apatia, utrata energii i napędu, wycofanie społeczne,
zmniejszenie zainteresowań wcześniejszymi aktywnościami, utrata
empatii, zachowania kompulsywne lub obsesyjne, zachowania
społecznie nieakceptowane.

(Szczudlik A., Parnowski T. 2012. Diagnostyka i leczenie otępień.
Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa
Alzheimerowskiego)

NIEPOKOJĄCE OBJAWY

Najczęściej niepokojącymi objawami dla osoby starszej jak i dla jej
bliskich są pierwsze skargi na zaburzenia pamięci, które mogą, ale
nie muszą być objawem rozwijającej się choroby otępiennej. Nie
można jednak bagatelizować objawów i należy rozpocząć
diagnostykę, która da odpowiedź na pytanie czy skargi
spowodowane są normalnym procesem starzenia, objawami
łagodnych zaburzeń poznawczych (MCI) czy też wczesnym stadium
choroby otępiennej.

Co jeszcze może ulec zmianie? Co powinno nas zaniepokoić?

- w zachowaniu starszej osoby pojawia się niechęć do
działania, lub zupełny brak aktywności, wykonywanie
zwykłych codziennych obowiązków przychodzi jej z
trudem, najchętniej pozostałaby w łóżku;
- kiedy pojawiają się skargi na uczucie niepokoję, wewnętrznego napięcia, uczucie pustki w środku, lęku

lub brak radości z czynności, które wcześniej sprawiały przyjemność;

- kiedy pojawiają się ciągle skargi na uczucie zmęczenia (zwłaszcza rano), trudności ze snem, zaburzenia apetytu;
- należy reagować, kiedy starsza osoba zaczyna zachowywać się dziwnie, niezrozumiale, gdy widzi lub słyszy coś czego my nie widzimy i nie słyszymy, kiedy ma poczucie, że ktoś chce ją otruć, zna jej myśli, ktoś ją prześladowa (a nie ma to potwierdzenia w rzeczywistości);
- kiedy pojawiają się skargi na zaburzenia pamięci, które utrudniają codzienne funkcjonowanie (zapominanie ważnych dat, wydarzeń, powtarzanie ciągle tych samych pytań, poleganie na bliskich w sprawach, w których wcześniej starsza osoba radziła sobie sama);
- kiedy występują zaburzenia orientacji w czasie miejscu i co do własnej osoby (starsza osoba nagle nie

wie gdzie jest, jaka jest pora roku, ile ma lat, jak się nazywa, itp.);

- kiedy pojawią się zaburzenia wzrokowo - przestrzenne (kłopoty z czytaniem, rozróżnianiem kolorów, oceną odległości, gubienie się w znanych miejscach);
- zaniepokoić może gubienie i chowanie rzeczy w dziwnych miejscach;
- zaburzenia mowy (trudności z przypominaniem sobie słów, długie pauzy w wypowiedziach, dygresyjność, splątanie, silne spowolnienie, itp.);
- zmiany w zachowaniu (zwiększona drażliwość, nerwowość, agresywność, lub wesołkowatość);
- kiedy starsza osoba skarży się na różne objawy i dolegliwości (drżenie rąk, kołatanie serca, wzmożona potliwość, zawroty i bóle głowy, bóle brzucha, wrażenie omdlewania, itp.) a wyniki badań wykluczają obecność chorób somatycznych;
- kiedy starsza osoba wycofała się z pracy, kontaktów towarzyskich, hobby;

GDZIE SZUKAĆ POMOCY

Diagnozowanie demencji opiera się na wielu czynnikach, m. in. na rozpoznawaniu objawów choroby, wywiadzie medycznym (neurologa lub psychiatry, wywiad od pacjenta i kompetentnego obserwatora), wynikach testów funkcji poznawczych (wstępnie przy użyciu przesiewowych testów neuropsychologicznych, m. in. MMSE, ACE- III, MOCA, TRZ), badaniach laboratoryjnych (np. krwi) oraz badaniu przy użyciu technik obrazowania mózgu MRI (rezonans magnetyczny) lub CT (tomografia komputerowa). Dla rozpoznania otępienia konieczne jest stwierdzenie utrzymywania się zaburzeń przez okres co najmniej 6 miesięcy oraz wykluczenie innych schorzeń mogących powodować zaburzenia poznawcze, a przede wszystkim depresji i zaburzeń świadomości. Postawienie diagnozy daje szansę włączenia leczenia prokognitywnego (pobudzającego funkcje poznawcze) i powstrzymania tempa rozwoju choroby.

BADANIE NEUROPSYCHOLOGICZNE W DIAGNOSTYCE OTEPIENIA

Badanie neuropsychologiczne pozwala na obiektywne stwierdzenie; występowania zaburzeń funkcji poznawczych (powinno przeprowadzić się dwa badania w odstępach kilku miesięcy dla potwierdzenia diagnozy), rozróżnienie osób zdrowych od osób z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi (MCI) i osób z otępieniem, ocenę stopnia nasilenia zespołu otępiennego. I to co najistotniejsze, to we wczesnym etapie choroby daje możliwość oceny profilu deficytów poznawczych i różnicowania poszczególnych typów otępienia, co z kolei daje możliwość doboru odpowiedniej terapii neuropsychologicznej. Powtarzanie badania co 3-6 miesięcy pozwala na ocenę ilościową i jakościową postępujących zaburzeń poznawczych, a to pomaga w ustaleniu zaleceń odnośnie opieki jakiej wymaga pacjent w obecnym stadium choroby.

CHARAKTERYSTYKA ZESPOŁÓW OTEPIENNYCH

Otępienia korowe

***Choroba Alzheimera (AD)** jest to pierwotna choroba zwyrodnieniowa o nieznannej etiologii.

Podstawowym objawem występującym od początku choroby są zaburzenia pamięci świeżej, pogorszenie zdolności rozumienia,

wnioskowania, myślenia pojęciowego, dezorganizacja osobowości ze stopieniem wrażliwości emocjonalnej.

Początkowo u chorego mogą występować subiektywne skargi na zaburzenia pamięci, ale zapominanie miejsca położenia przedmiotów pacjenci mogą przypisywać roztargnieniu. Starsze osoby mogą wycofywać się z kontaktów społecznych w celu uniknięcia kompromitacji, ponieważ wciąż zachowany jest u nich krytycyzm względem objawów. Dlatego u części osób dotkniętych chorobą rozwija się zespół depresyjny, który może maskować objawy choroby otępiennej.

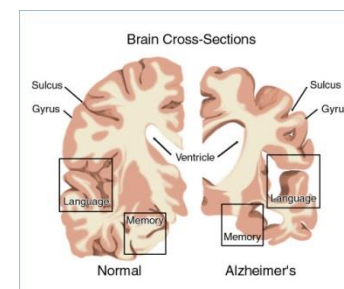
Wraz z rozwojem choroby narastają zaburzenia pamięci, aż do zatarcie śladów pamięci dawnej. W głębokim stadium choroby osoba starsza nie wie kim jest, jak się nazywa, gdzie mieszka, nie rozpoznaje członków rodziny.

U chorych występują również zaburzenia funkcji językowych, tj. w początkowym stadium występuje zjawisko tzw. „wypadania słów”. Stopniowo słownictwo chorego ubożeje, a w głębokim stadium choroby pojawiają się jedynie pojedyncze, proste słowa lub same sylaby.

W chorobie występują również zaburzenia orientacji w terenie, aż do gubienia się w znanym wcześniej otoczeniu (w głębokim stadium trudności w odnalezieniu się w topografii mieszkania).

W głębszych stadiach choroby występują urojenia. Do najczęstszych urojeń należy przekonanie, że choremu coś zagraża ze strony innych osób, a nawet ze strony samego opiekuna. W konsekwencji urojeń występują zaburzenia zachowania i nastroju o charakterze gniewu, irytacji, lęku, niepokoju.

W badaniach obrazowych występują patologiczne zmiany w obrębie hipokampa i jądrze migdałowatym, wzgórza oraz zanik w korze



płatów czołowych i skroniowych.

***Otępienie czołowo – skroniowe (Frontotemporal Dementia FTD)**

Reprezentuje ono różnorodną klinicznie grupę chorób neurodegeneracyjnych, gdzie proces chorobowy obejmuje płaty

czołowe i/lub skroniowe. W ramach FTLD wyróżnia się 3 główne zespoły kliniczne: otępienie czołowo-skroniowe z dominującymi zaburzeniami zachowania (tzw. wariant czołowy, *frontal variant of frontotemporal dementia, fvFTD*), otępienie semantyczne (*semantic dementia, SD*) z dominującymi zaburzeniami językowymi (tzw. wariant skroniowy, *temporal variant of frontotemporal dementia tvFTD*) oraz postępującą afazję bez płynności mowy (afazja niefluentna, *progressive non-fluent aphasia*).

Do najczęstszych objawów na ogół należą zaburzenia osobowości i zachowania o „charakterystycznym” czołowym zabarwieniu (odhamowanie, utrata poczucia przyzwoitości, obojętność lub wybuchowość, agresywność, wesołkowatość, dowcipkowanie). Obserwuje się również zaburzenia napędu, funkcji wykonawczych (brak kontroli zachowań), zubożenie. Chorzy z reguły nie mają poczucia choroby i wykazują zaburzenia krytycyzmu.

U chorych skłonność do zapominania jest zmienna, i wynika bardziej z zaburzeń uwagi niż samej funkcji pamięci. Bardziej charakterystyczne są postępujące zaburzenia mowy, stereotypie językowe. W głębokiej fazie dochodzi do mutyzmu. (Walsh, 2001).

OTĘPIENIE PODKOROWE

W otępieniu podkorowym zmiany w obrębie centralnego układu nerwowego następują w sposób powolny. W zakresie objawów neuropsychologicznych następują zmiany głównie w obszarze funkcji wykonawczych (utrata zdolności planowania i inicjacji celowego działania, myślenia abstrakcyjnego), deficyty pamięci są mniej nasilone i dotyczą raczej powtarzania i rozpoznawania. Dość często obecne są zaburzenia nastroju (depresja, labilność emocjonalna, spowolnienie). Objawy korowe pojawiają się rzadko (afazja, agnozja, apraksja).

W przebiegu otępienia podkorowego poza zaburzeniami funkcji poznawczych występują objawy pozapiramidowe: spowolnienie ruchowe, wzmożenie napięcia mięśniowego, zaburzenia chodu i postawy oraz obustronne objawy piramidowe, upadki, dysfagia (trudności w połykaniu), dyzartria (wykonawcze zaburzenia mowy), czasami zaburzenia zachowania, osobowości i nastroju, labilność emocjonalna i zespoły psychopatologiczne. Badania neuroobrazowe, CT i MRI, najczęściej uwidaczniają rozlane zmiany w istocie białej, dobrze widoczne w sekwencji T2 MRI oraz w dyfuzyjnej opcji MRI (DWI MRI).

Otępienie z ciałami Lewy`ego (DLB)

W otępieniu z ciałami Lewy`ego równocześnie pojawiają się objawy demencji i parkinsonizmu (co przysparza trudności diagnostyczne). Dość często w przebiegu choroby występują omamy wzrokowe i słuchowe, wobec czego pacjenci nie czują zagrożenia (charakterystyczne są małe postacie ludzkie, dzieci lub zwierzęta). Zaburzenia pamięci pojawiają się dość późno i pacjenci nawet w zaawansowanym stadium choroby zachowują zdolność wykonania zadań związanych z zachowaną sprawnością funkcji mnesticznych.

LECZENIE OĘPIENIA

Niestety nie mamy jeszcze możliwości leczenia farmakologicznego, które w 100% pozwoliłoby na cofnięcie objawów chorobowych. Dlatego tak istotne jest wczesne wykrywanie zmian, aby jak najszybciej zahamować lub spowolnić rozwój choroby otępiennej. Prócz farmakoterapii (stosowanej w zaburzeniach poznawczych, emocjonalnych, somatycznych), równie istotnym narzędziem terapii jest odpowiednia opieka nad chorym i utrzymanie go w ciągłej aktywności.

***Terapia neuropsychologiczna i neurologopedyczna**

Istotnym elementem wspomagającym zachowanie kompetencji umysłowych jest terapia neuropsychologiczna i neurologopedyczna. Dzięki odpowiednio zaplanowanym działaniom terapeutycznym wpływa się na opóźnianie przebiegu choroby.

Przegląd technik i metod terapeutycznych

- trening orientacji w rzeczywistości;
- muzykoterapia;
- arteterapia;
- terapia aktywnością fizyczną;
- aromaterapia;
- fototerapia;
- stymulacja wielozmysłowa (sensoryczna);
- interwencje psychologiczne dla opiekunów osób chorych nastawione na zmniejszenie poczucia przeżywanego stresu, wypracowanie skutecznych sposobów radzenia sobie, poprawę jakości życia (T. Sobów,2006).

TERAPIA W DOMU

Sposób prowadzenia aktywizacji musi uwzględniać aktualny stan kliniczny pacjenta.

Podstawową formą treningu umysłowego jest włączenie chorego w codzienną rozmowę, w której można poruszać różne tematy (kto danego dnia odwiedził chorego, o czym rozmawiali, co przeczytał w gazecie, jaki program obejrzał w telewizji, czego brakuje w lodówce, jakie plany zakupowe, itp.) W codziennych aktywnościach nie można wyręczać chorego tak długo, jak to jest możliwe, a więc istotne jest, by chory uczestniczył w przygotowaniu posiłków, jadł samodzielnie, pomagał w sprzątaniu, itp. Można zachęcać chorą osobę do czynnego uczestniczenia w spotkaniach towarzyskich, kulturalnych, sportowych, do uczestniczenia w Klubach Seniorów, Uniwersytetach Trzeciego Wieku, czy też w organizowanych przez różne instytucje (świadczące usługi na rzecz osób starszych i/lub niepełnosprawnych) różnych formach terapii.

W kolejnych stadiach rozwoju choroby może być ważne by zapewnić starszej osobie poczucie bezpieczeństwa – np. można zostawiać informacje na szufladach (nawet obrazkowe), zostawiać tylko niezbędne rzeczy (chory powinien przebywać w miejscu uporządkowanym), obok telefonu stacjonarnego zostawić numer kontaktowy do bliskiej osoby.

ZALECENIA

- zrób spis leków, może on przydać się w czasie wizyty kontrolnej u lekarza,
- codzienne czynności samoobsługowe powinny przebiegać wg niezmiennego planu (tak, by stały się rytuałem),
- sprawdzaj regularnie czy Chory zażywa zalecane leki,
- rób notatki z obserwacji bliskiej osoby, by w czasie wizyty u lekarza móc do nich zaglądnąć,
- unikaj pośpiechu i ponagłania osoby chorej,
- dostosuj sposób komunikacji do chorego (proste, krótkie zdania, pytania zamknięte, przypominanie)
- modyfikacje środowiskowe (usuń z otoczenia niebezpieczne przedmioty zagrażające choremu, tj. szklane przedmioty, ostre noże, śrubokręty, miksery, i inne niepotrzebne urządzenia elektryczne, trujące środki czystości, itp., w mieszkaniu zabezpiecz okna blokadami, odłączaj kuchenkę od gazu,)
- pomagają w zachowaniu jak największej niezależności (nie karm chorego, jeśli on może to zrobić sam)
- dbaj o urozmaicenie diety i odpowiednią ilość płynów (starsze osoby czasem nie chcą urozmaicenia, trzeba wtedy zadbać o uzupełnienie niedoborów np. suplementami diety, ważna jest również

kontrola ilości wypitych płynów, bo z wiekiem zmniejsza się pragnienie)

-trenujcie funkcje poznawcze (zapytaj terapeuty co możecie robić w domu),

-mobilizuj do aktywności fizycznej (np. spacer)

-czasem warto poinformować sąsiadów i osoby z najbliższego otoczenia o chorobie bliskiej osoby (może się zdarzyć, że chory wyjdzie z domu i nie będzie w stanie trafić do niego samodzielnie),

-w sytuacjach zaburzeń zachowania (agresji) trzeba spróbować zachować spokój, mówić łagodnym tonem, przerwać daną czynność, odwrócić uwagę od powodu złości, czasem pomaga włączenie ulubionej muzyki chorego;

- gdy u chorego wystąpią omamy i urojenia, nie należy z nimi dyskutować, i „na siłę” przekonywać o ich braku, lepiej odwrócić uwagę od nich (o urojeniach należy poinformować lekarza)

GDZIE SZUKAĆ POMOCY

Opieka nad osobą cierpiącą na otępienie wymaga wiele wysiłku i czasu. Im więcej wiesz tym łatwiej radzić sobie z wymaganiami, jakie przed tobą stoją. Zwłaszcza w przypadku otępień z bogatą symptomatologią (np. DLB) istotna jest edukacja rodziny na temat

obrazu klinicznego choroby, możliwych powikłań związanych z farmakoterapią, itp.

Wsparcia można szukać w Ośrodkach Pomocy Społecznej, które oferują wsparcie finansowe oraz wykonanie usług pielęgnacyjnych – opiekuńczych w domu chorego (opłata dostosowana do możliwości jakie ma chory). Jeśli stan chorego wymaga podania kroplówki, karmienia przez sondę, leczenia odleżyn, można skorzystać z pomocy pielęgniarki opieki długoterminowej (skierowanie wydaje lekarz NFZ, koszty pokrywa NFZ). Jeśli nie mamy możliwości odpowiedniego zaopiekowania się chorym w domu można skorzystać z Ośrodków Diennej Opieki dla Dorosłych (opieka w ciągu dnia) lub z ZOL (Zakład Opiekuńczo – Lecznicy) lub DOS (Dom Opieki Społecznej)

www.alzheimer.pl

www.alz.org

www.domyopieki.pl

www.fundacje.org

www.mops.tarnow.pl

bip.malopolska.pl/mopstarnow

www.choroby.senior.pl

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

aleja Matki Bożej Fatimskiej 9, 33-100 Tarnów tel. 146882020

mops@mops.tarnow.pl

Dom Pomocy Społecznej im. Świętego Brata Alberta

-Dom Dziennego Pobytu

ul. Szpitalna 53

Tel 14 6888-666

Dom Pomocy Społecznej

Ul. Czarna Droga 48, 33-100 Tarnów

Tel 146330539

Środowiskowy Dom Samopomocy im. Św. Kingi, prowadzony

przez Zgromadzenie Sióstr Najświętszej Rodziny z Nazaretu

Al. Matki Bożej Fatimskiej 6

Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerera ul.

Emilii Plater 47, 00-118 Warszawa tel. 226621122

Caritas Diecezji Tarnowskiej, Tarnów ul. Legionów 30

Fundacja Kromka Chleba, Tarnów, ul Bandorowskiego 26

Polskie Towarzystwo Waki z Kalectwem – Oddział w Tarnowie

Ul. Mościckiego 14

Stowarzyszenie „Ich Lepsze Jutro”

Ul. Kołodzieja 12/10

Zakład Opiekuńczo Leczniczy

w Mościckim Centrum Medycznym

ul. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów