



Wygrać życie

Raport PZU na temat konsekwencji wypadków i zdarzeń losowych oraz przezwyciężania ich u osób poszkodowanych.
Opracowanie pod redakcją Zespołu Organizacji Pomocy Poszkodowanym w Wypadkach w PZU i ekspertów zewnętrznych.



Szanowni Państwo,

Wypadków nie da się uniknąć. Mogą zdarzyć się każdemu z nas i to w najmniej spodziewanym momencie, a ich konsekwencje mogą zmienić całe nasze życie. Zanim zetknijemy się z nieprzewidzianym zdarzeniem losowym, żyjemy w nieświadomości jego skutków. Myśli o ewentualnych problemach z nim związanych odsuwamy od siebie jak najdalej. Jednak kiedy doświadczamy urazu, może okazać się, że jesteśmy bezradni i nie wiemy, gdzie szukać wsparcia.

Ta myśl przyświecała nam, kiedy tworzyliśmy w PZU Zespół Organizacji Pomocy Poszkodowanym w Wypadkach (Opiekunowie PZU). Chcemy szukać i wdrażać rozwiązania, które pozwolą minimalizować negatywne skutki wypadków i pomogą poszkodowanym odnaleźć się w często zupełnie nowej rzeczywistości.

Jako największy ubezpieczyciel, wobec klientów kierujemy się zasadą fair, która jest jednym z filarów strategii PZU 3.0. Zdajemy sobie sprawę z trudnej sytuacji życiowej, w której znajdują się uczestnicy wypadków i ich rodziny. Dlatego nasza pomoc nie ogranicza się do wypłaty odszkodowania przyznanego z tytułu ubezpieczenia. Sięga znacznie dalej, ponieważ wielu potrzeb nie da się zaspokoić jedynie wypłatą należnej kwoty.

Zespół Opiekunów PZU, kierując się zasadą „masz się na kim oprzeć”, udziela kompleksowego i długofalowego wsparcia w odzyskaniu sprawności fizycznej i psychicznej.

W naszych działaniach chcemy być partnerem dla naszych klientów. Takim, któremu zależy na efektywnym i satysfakcjonującym dla obu stron rozwiązaniu problemów i łagodzeniu konsekwencji wypadków. Dzięki współpracy z podmiotami usług medycznych i organizacjami pożytku publicznego jesteśmy w stanie zaproponować poszkodowanym najbardziej optymalne rozwiązania. W efekcie możemy znacząco podnieść jakość życia osób poszkodowanych, które znalazły się w trudnej sytuacji.

W niniejszym opracowaniu prezentujemy niektóre konsekwencje wypadków i ich wpływ na różne obszary życia. Pokazujemy również, jakie kroki podjąć, żeby wrócić do funkcjonowania, możliwie najbardziej zbliżonego do tego sprzed zdarzenia losowego. Wskazujemy również, jakie organizacje i instytucje świadczą pomoc poszkodowanym w wypadkach.

Świadomość tego, jak bardzo może zmienić się życie po wypadku i gdzie szukać pomocy, z pewnością pomoże w powrocie do zdrowia, kiedy przyjdzie nam stawić czoła skutkom nieszczęśliwego zdarzenia.

Zapraszam do lektury,
Andrzej Klesyk
Prezes PZU SA

Spis treści

Wstęp

4 -7 Pourazowe konsekwencje wypadku

Najpoważniejsze urazy, jakim ulegają poszkodowani i ich skutki
Czynniki wpływające na rodzaj i przebieg rehabilitacji
Kluczowe uwarunkowania skutecznej rehabilitacji
Monitoring skuteczności rehabilitacji

8 -11 Psychiczne konsekwencje wypadków

Wpływ zdarzenia losowego na życie uczestników wypadku
Psychiczne konsekwencje uczestnictwa w wypadku
Leczenie traumy powypadkowej

12 -15 Społeczne konsekwencje wypadków

Wpływ wypadku na funkcjonowanie społeczne poszkodowanego
Wpływ niepełnosprawności na podejmowanie aktywności zawodowej
Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych
Programy aktywizacji zawodowej dla osób niepełnosprawnych
Konsekwencje i koszty niepełnosprawności dla społeczeństwa

16 -19 Pomoc poszkodowanym w wypadkach

System pomocy ofiarom wypadków
Pozasystemowe formy wsparcia poszkodowanych w wypadkach
Organizacje, w których można szukać pomocy



Wstęp

W 2014 roku na polskich drogach doszło do blisko 35 tys. wypadków. W ich wyniku zginęło 3,2 tys. osób, a 42,5 tys. zostało rannych. W tym okresie do PZU SA, z tytułu ubezpieczenia OC p.p.m. sprawcy wypadku, wpłynęło ponad 2 tys. zgłoszeń związanych ze zgonem poszkodowanego oraz ponad 20 tys. w związku z doznanymi obrażeniami ciała. Za tymi liczbami kryją się dramaty tysięcy osób oraz ich bliskich.

Skutki wypadków wptywają na wiele różnych obszarów życia poszkodowanych. Najbardziej widocznymi ich efektami są obrażenia fizyczne i związana z nimi niepełnosprawność (czasowa bądź trwała). Ta z kolei oddziałuje na relacje poszkodowanego z otoczeniem, na jego życie społeczne i zawodowe. Wypadek powoduje także urazy psychiczne, których leczenie jest równie ważne jak przywracanie sprawności fizycznej.

Organizacje pozarządowe, które świadczą pomoc poszkodowanym, zgodnie wskazały słabości obowiązującego modelu pomocy ofiarom wypadków. Są nimi: brak systemu docierania do ofiar wypadków i ich rodzin z odpowiednimi informacjami, skomplikowane przepisy prawa, w których poszkodowanym trudno się odnaleźć oraz brak doświadczeń w zakresie pomocy psychologicznej dla uczestników wypadków lub ich rodzin¹. Z drugiej zaś strony nie brakuje sygnałów, że duża liczba poszkodowanych w wypadkach boryka się z licznymi problemami zarówno natury zdrowotnej, jak i finansowej. Brak pomostu pomiędzy organizacjami niosącymi pomoc a poszkodowanymi sprawia, że wielu z nich pozostaje często bez wsparcia.

Mając świadomość ograniczeń w systemowej pomocy ofiarom wypadków, w PZU stworzono niezależny system pomocy poszkodowanym. Powołany zespół doświadczonych ekspertów oferuje wsparcie poszkodowanym tak, aby w możliwie najkrótszym czasie odzyskali sprawność fizyczną i psychiczną. Opiekunowie PZU są mobilni i działają na terenie całego kraju. O rodzaju udzielonej pomocy decydują problemy i potrzeby konkretnej osoby. Polega ona na ułatwianiu dostępu do właściwych sposobów leczenia, rehabilitacji medycznej i społecznej, wsparcia psychologicznego czy programów aktywizacji zawodowej. Pomoc Opiekunów jest skierowana do osób, które odniosły poważne obrażenia ciała w wypadkach, których sprawcami byli posiadacze ubezpieczenia OC w PZU.

Wprawdzie zdarzenia losowe zmuszają do reorganizacji życia, jednak nie znaczy to, że życiu temu nie da się już przywrócić jakości i komfortu porównywalnych z tymi, jakich poszkodowany doświadczał przed wypadkiem. Istnieje wiele sposobów i metod, aby odmienione po wypadku życie utożyc na nowo.

POURAZOWE KONSEKWENCJE WYPADKU

NAJPOWAŻNIEJSZE URAZY, JAKIM ULEGAJĄ POSZKODOWANI W WYPADKACH KOMUNIKACYJNYCH I ICH SKUTKI

Najbardziej widocznymi skutkami wypadków są obrażenia ciała i ich konsekwencje. Dane Światowej Organizacji Zdrowia pokazują, że są one czwartą najczęstszą przyczyną zgonów na świecie i pierwszą najczęstszą przyczyną śmierci wśród osób poniżej 45. roku życia². Stale rośnie liczba osób, które

doznają urazów, a także zgonów z ich powodu. Znaczący jest również problem trwałej lub czasowej niezdolności do pracy w następstwie urazów oraz rosnących kosztów leczenia i rehabilitacji poszkodowanych.

Do najważniejszych konsekwencji wypadków należą:

- **Urazy powodujące poważne uszkodzenie głowy**
Poważne uszkodzenia głowy dwa razy częściej występują u mężczyzn niż u kobiet. W Europie częstość ich występowania szacowana jest na 91–313 przypadków na 100 tys. mieszkańców rocznie³. W ponad połowie przypadków są wynikiem urazów komunikacyjnych;
- **Urazy kręgosłupa skutkujące przerwaniem rdzenia kręgowego**
Urazy kręgosłupa najczęściej występują u osób prowadzących aktywny tryb życia. W 80% dotyczą osób w wieku 18–25 lat. U mężczyzn występują aż czterokrotnie częściej niż u kobiet. W Europie występują w liczbie 10–40 przypadków na 1 mln mieszkańców w roku⁴;
- **Powikłane złamania kości lub amputacje kończyn**
Złamania kości to jedno z najczęstszych konsekwencji urazów. Wśród dorosłych poniżej 50. roku życia częściej dotyczą mężczyzn⁵;
- **Uszkodzenia klatki piersiowej i narządów wewnętrznych jamy brzusznej**
75% tępych urazów jamy brzusznej jest następstwem wypadków drogowych⁶;
- **Urazy wielonarządowe**
Ocena się, że urazy wielonarządowe są przyczyną 10–20% wszystkich hospitalizacji z powodu urazów⁷⁻⁸.

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA RODZAJ I PRZEBIEG REHABILITACJI

Według Światowego Raportu o Niepełnosprawności, opublikowanego przez Światową Organizację Zdrowia i Bank Światowy rehabilitacja to „zestaw środków wspierających jednostki, które doświadczają lub u których prawdopodobne jest wystąpienie niepełnosprawności, w celu osiągnięcia i zapewnienia optymalnego funkcjonowania w interakcji z ich środowiskiem”⁹.

O efektach leczenia i przebiegu rekonwalescencji ofiar urazu decyduje nie tylko charakter i rozmiar ich obrażeń, ale także wiele innych czynników osobowych i środowiskowych.

Czynniki osobowe:

- osobowość ofiary wypadku,
- dotychczasowy styl jej życia,
- aktywność zawodowa i społeczna,
- stan zdrowia przed wypadkiem,
- obecność chorób przewlekłych.

Czynniki środowiskowe:

- czas pomiędzy urazem a udzieleniem pierwszej pomocy oraz jej jakość,
- wybór sposobu i jakość realizacji leczenia,
- okres leczenia i czas oczekiwania na poszczególne etapy terapii,
- możliwość wczesnej rehabilitacji,
- opieka psychologa i wsparcie ze strony innych osób,
- transport medyczny,
- rozwiązania systemowe w służbie zdrowia,
- uwarunkowania finansowe i odszkodowawcze,
- społeczna świadomość odnośnie potrzeb osób poszkodowanych.

KLUCZOWE UWARUNKOWANIA SKUTECZNEJ REHABILITACJI

Na rodzaj oraz przebieg rehabilitacji mają wpływ następujące czynniki:

- **wiek** (w wieku starszym częściej dochodzi do powikłań w leczeniu urazów),
- **płeć** (statystycznie częściej ofiarami wypadków są mężczyźni),
- **uwarunkowania rodzinne** (opieka nad osobą niepełnosprawną wymaga od jej najbliższych przewartościowania swoich celów działania i planów),
- **styl życia** (aktywny styl życia przed wypadkiem może utrudniać akceptację niepełnosprawności, ale z drugiej strony mobilizuje poszkodowanych do systematycznej rehabilitacji)
- **uwarunkowania zdrowotne** (uraz może przyspieszyć rozwój chorób samoistnych, a to może mieć wpływ na efektywność rehabilitacji),
- **aktywność zawodowa** (osoby bardziej aktywne zawodowo przejawiają zwykle większą motywację do rehabilitacji, mają też zazwyczaj lepsze warunki ekonomiczne, co ma wpływ na dostęp do nowoczesnych metod rehabilitacji)⁹.

Rehabilitacja pourazowa to przywracanie organizmu do prawidłowego funkcjonowania. Poprawiamy wydolność narządów, na nowo uczymy tych umiejętności, które zostały utracone w wyniku urazu i przebytego leczenia. Dzięki tym działaniom dajemy pacjentom możliwość uczestnictwa w życiu rodzinnym i społecznym, która została utracona w przebiegu zmian pourazowych, a przede wszystkim umożliwiamy powrót do aktywności zawodowej osób w wieku produkcyjnym. Rehabilitacja pourazowa jest integralną częścią podstawowego leczenia. Wczesne podjęcie rehabilitacji pozwala uniknąć powikłań urazów i negatywnych efektów leczenia.

Piotr Tederko,
specjalista rehabilitacji medycznej

Planując proces rehabilitacji, należy uwzględnić wszelkie problemy, jakie spotkały poszkodowanego w związku z odniesionym urazem i jego leczeniem. Działania rehabilitacyjne powinny oddziaływać nie tylko na funkcjonowanie fizyczne czy psychiczne pacjenta, ale też na jego otoczenie. Rehabilitacja ofiar wypadków musi być:

- **wczesna**, realizowana jeszcze w oddziale urazowym, aby maksymalnie ograniczyć skutki urazu i przeciwdziałać ryzyku powikłań związanych z prowadzoną terapią,
- **ciągła**, czyli prowadzona tak długo, jak to jest konieczne i możliwe w realizacji, rozpoczęta w oddziale urazowym i kontynuowana w oddziale rehabilitacji lub w gabinecie fizjoterapii,
- **powszechna**, czyli dostępna dla każdego poszkodowanego,
- **kompleksowa**, czyli uwzględniająca całościowy problem, który jest wynikiem przebytego urazu¹⁰⁻¹².

Rehabilitacja pourazowa jest procesem złożonym i wielokierunkowym, podczas którego wykorzystuje się przede wszystkim następujące oddziaływania terapeutyczne:

- **Kinezyterapię**, która polega na wykorzystaniu ruchu jako środka leczniczego. Jej celem jest odbudowa, utrzymanie i rozwój ogólnej sprawności fizycznej oraz poprawa sprawności psychicznej człowieka.

- **Fizykoterapię**, która wykorzystuje wpływ różnych bodźców na organizm. Najczęściej stosuje się elektroterapię (leczenie prądem elektrycznym), magnetoterapię (leczenie polem magnetycznym), światłolecznictwo, termoterapię czy hydroterapię.
- **Psychoterapię**, czyli, najogólniej mówiąc, formę pomocy skierowaną do osób cierpiących z powodu problemów natury psychicznej.
- **Terapię zajęciową**, która polega na zaangażowaniu pacjenta w czynności zaprojektowane tak, by sprzyjały przywróceniu mu maksymalnego możliwego funkcjonowania fizycznego i/lub psychicznego¹²⁻¹⁴.

Bardzo ważne jest także zaopatrzenie rehabilitacyjne, czyli odpowiedni dobór i przygotowanie sprzętu ortopedycznego, jak protezy, wózki inwalidzkie, kule łokciowe itp.

Dobór konkretnych metod rehabilitacji powinien uwzględniać indywidualne potrzeby i problemy poszkodowanego, wynikające z urazu. Dzięki stałej współpracy PZU z wyselekcjonowanymi ośrodkami rehabilitacyjnymi w całej Polsce, umożliwiamy ofiarom wypadków dostęp do wszystkich stosowanych metod terapii, bez zbędnego oczekiwania, formalności i dodatkowych nakładów finansowych. Rozpoczęcie rehabilitacji we właściwym momencie powoduje, że proces ten jest krótszy, bardziej efektywny, pozwala na zminimalizowanie ryzyka powikłań pourazowych, dzięki czemu pacjent szybciej może powrócić do zdrowia.

Irmina Nowak,
dyrektor ds. likwidacji szkód osobowych i świadczeń w PZU



Brak równoczesnego wprowadzania do procesu leczenia wszystkich niezbędnych elementów rehabilitacji lub przerwanie

procesu może prowadzić do wystąpienia tzw. niepełnosprawności wtórnej.

Niepełnosprawność wtórna skutkuje zmniejszeniem umiejętności zdobytych w czasie wcześniej prowadzonej terapii. To bardzo niekorzystne zjawisko występuje stosunkowo często i prowadzi do dezintegracji osobowości osoby niepełnosprawnej. Osoby z wtórną niepełnosprawnością usprawnia się bardzo trudno, przede wszystkim ze względów psychologicznych. Mają najczęściej obniżone poczucie własnej wartości, które wynika z braku wiary w swoją przydatność rodzinie i swojemu otoczeniu.

Marek Krasuski,
specjalista rehabilitacji medycznej

MONITORING SKUTECZNOŚCI REHABILITACJI

Aby zapewnić pacjentom maksymalnie skuteczny model terapii, gwarantujący szybki powrót do zdrowia, ważne jest nie tylko ułatwienie im dostępu do wszelkich potrzebnych rodzajów terapii. Nieodzownym elementem procesu leczenia i rehabilitacji powinno być także prowadzenie monitoringu jego skuteczności. Ważne jest, aby ocenie poddawać nie tylko stopień, w jakim pacjent odzyskał utracone w wyniku wypadku funkcje organizmu, ale stan ogólny pacjenta i jakość jego życia.

Przykładowe czynniki, które powinny podlegać ocenie:

Czynniki biologiczne:

- dolegliwości bólowe,
- ogólna sprawność,
- zakres ruchomości w stawach,
- siła mięśniowa,
- tolerancja wysiłku,
- wydolność krążeniowo-oddechowa.

Czynniki społeczne:

- aktywność zawodowa (przed urazu i po nim),
- aktywność rodzinna,
- samodzielność w wykonywaniu czynności.

Czynniki psychiczne:

- stan psychiczny,
- występowanie stresu pourazowego,
- jakość mowy i rozumienie.

Mówiąc o całościowej ocenie stanu pacjenta, nie można pominąć sfery jego psychiki, gdzie wypadek może poczynić równie duże spustoszenie jak w sferze fizycznej. W praktyce psychiczne konsekwencje urazu są często odsuwane na plan dalszy, uważane za mniej istotne.

Na podstawie skali doznanego urazu nie można ocenić intensywności i trwałości zaburzeń psychicznych związanych z wypadkiem, ponieważ nie są to zjawiska w żadnym stopniu proporcjonalne. Dlatego każda osoba po przeżytym poważnym urazie powinna mieć dostęp do psychologa, który wchodzi w skład zespołu terapeutycznego.

Marek Krasuski,
specjalista rehabilitacji medycznej



PSYCHICZNE KONSEKWENCJE WYPADKÓW

WPŁYW ZDARZENIA LOSOWEGO NA ŻYCIE UCZESTNIKÓW WYPADKU

Kto jest uczestnikiem wypadku?

Niezależnie od rodzaju wypadku, jego konsekwencje mają wpływ na życie nie jednej, a wielu osób. Dotykają one zarówno ofiar, jak i członków ich rodzin oraz tych, którzy spowodowali

wypadek lub byli jego świadkami. Dlatego liczba ofiar wypadków jest trudna do oszacowania, a zasięg skutków znacznie szerszy, niż może się wydawać.



Negatywne skutki wypadku dotyczą wszystkich uczestników. Nieważne, czy są jego sprawcą, poszkodowanymi, świadkami, pracownikami służb ratowniczych czy może osobami bliskimi. U każdego z nich występują zbliżone lub nawet takie same

uczucia, reakcje somatyczne, zaburzenia poznawcze i behawioralne. Każda z tych osób potrzebuje wsparcia, aby móc poradzić sobie z zaistniałą sytuacją.

PSYCHICZNE KONSEKWENCJE UCZESTNICTWA W WYPADKU

Trauma jako następstwo wypadku

Wypadki wpływają na funkcjonowanie osób w nich uczestniczących, często zmieniając ich psychikę i powodując uraz na długie lata. Tym, co odróżnia doświadczenia traumatyczne od innych doświadczeń stresowych, jest fakt, że wykraczają one poza normalne, codzienne sytuacje. Badania dowodzą, że uwolnione w trakcie traumy emocjonalnej hormony stresu, głównie noradrenalina, powodują nadmierne utrwalenie pamięci urazu i towarzyszących mu okoliczności¹⁵. U wielu osób, które uczestniczyły w takich zdarzeniach, występują różnego rodzaju trudności emocjonalne, mogące przekształcić się w głębokie i długo utrzymujące się zmiany wyrażające się w zaburzeniach psychicznych i somatycznych.



Skutki urazu psychicznego potrafią zburzyć równowagę psychiczną na tygodnie, miesiące, a czasem nawet lata. U części osób pojawiają się objawy psychologiczne, określane mianem zespołu stresu pourazowego (PTSD). Zaburzenie to nie dotyka jednak wszystkich uczestników wypadków. Część z nich nie odczuwa tego rodzaju zdarzenia w kategoriach urazu. Inne natomiast odbierają je jako silnie traumatyczne, wpływające na dezorganizację całego życia.

Ewa Odachowska,
psycholog transportu w Instytucie Transportu Samochodowego

Objawy zaburzeń po stresie traumatycznym

Przeżycia i reakcje osób, które doświadczyły zdarzenia traumatycznego, mogą powodować pojawienie się objawów zaburzeń po stresie traumatycznym. Jeżeli objawy te utrzymują

się przez co najmniej 30 dni, możemy mówić o Zespole Stresu Pourazowego (PTSD). Jeśli trwają krócej, mamy do czynienia z Zespołem Stresu Ostrego (ASD).

Zespół Stresu
Ostrego (ASD)

< 30 dni po wypadku >

Zespół Stresu
Pourazowego (PTSD)

Objawy zaburzeń występujących po stresie traumatycznym dotyczą sfery myśli, emocji, działania oraz sfery somatycznej. Występują najczęściej pod postacią:

- odnoszenia wrażenia, że wydarzenie znów ma miejsce;
- uporczywego unikania bodźców związanych z traumą i ogólnego odrętwienia psychicznego, uczucia obojętności lub chłodu w kontaktach z ludźmi;
- objawów somatycznych, takich jak trudności w zasypianiu, problemów ze snem i koncentracją, nadpobudliwości¹⁶.

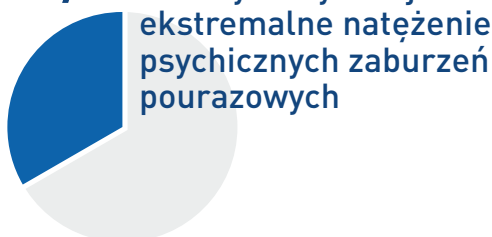
Wyniki badań wskazują, że zaburzenia pourazowe występują u mniej więcej 45% ofiar wypadków komunikacyjnych¹⁷. Ponadto u 63% badanych stwierdzenie ASD do miesiąca po zdarzeniu pozwala z dużym prawdopodobieństwem przewidywać rozwój PTSD¹⁸. Badania pokazują też, że podczas gdy u połowy osób można zdiagnozować umiarkowany stopień zaburzeń pourazowych, niemal jedna trzecia badanych przejawia ekstremalne ich natężenie. Ponadto zdecydowana większość ofiar wypadków komunikacyjnych przejawiała przynajmniej umiarkowane natężenie lęku.

Badania nad wypadkami drogowymi wykazały, że najczęstszym problemem, z którym borykają się ich uczestnicy jest nie tyle pełnoobjawowe ASD czy PTSD, a nadmierne pobudzenie oraz stany lękowe¹⁹. Tego rodzaju objawy stwierdzono u ponad połowy badanych. Powtórne przeżywanie zdarzenia urazowego przejawiało 30% badanych. Jak widać, uczestnictwo w wypadku drogowym stanowi bardzo istotne zagrożenie dla zdrowia psychicznego.

u 45% ofiar wypadków



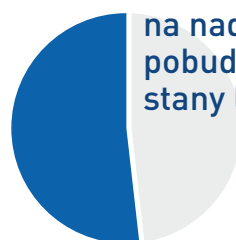
1/3



**u 63% badanych wystąpienie ASD
do miesiąca po zdarzeniu
pozwała przewidywać rozwój
PTSD**



**ponad 50% badanych cierpi
na nadmierne
pobudzenie oraz
stany lękowe**



Wygrać życie

Doświadczenie bardzo silnego stresu traumatycznego powoduje, że niektóre osoby koncentrują się na dotkliwych objawach, które zakłócają funkcjonowanie na wszystkich poziomach życia. Nierozwiązany i nieprzepracowany problem nasila przeżywanie bólu, powoduje wzmożone poczucie winy i krzywdy. Na poziomie emocjonalnym pojawia się lęk, gniew i bezsilność, z czasem zaś uczucie wyczerpania i zmęczenia. Na poziomie behawioralnym może prowadzić do zaburzeń zachowania. Wszystko to powoduje, że człowiekowi dotkniętemu tego rodzaju dysfunkcjami trudno spojrzeć na to, co się wydarzyło, w sposób realistyczny. Dlatego decyzja o skorzystaniu z profesjonalnej pomocy powinna nastąpić jak najszybciej po wypadku.

Ewa Odachowska,
psycholog transportu w Instytucie Transportu Samochodowego

LECZENIE TRAUMY POWYPADKOWEJ

Metody leczenia traumy powypadkowej

Powszechnie stosowanymi metodami leczenia traumy pourazowej są interwencje terapeutyczne oraz metody farmakologiczne. Niejednokrotnie są one łączone. Badania potwierdzają skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej oraz leków, jako metod terapeutycznych. Ich efektywność wykazano u około 70% osób poddanych leczeniu²⁰.

u **70%** pacjentów poddanych leczeniu, psychoterapia poznawczo-behawioralna oraz leki były skuteczną metodą leczenia.



Celem terapii jest zmniejszenie nasilenia objawów doznawanych przez pacjenta, wiążących się z odczuwanym cierpieniem i trudnościami w różnych obszarach funkcjonowania. Ważne jest również zapobieganie odległym społecznym i ekonomicznym konsekwencjom nieleczzonego Zespołu Stresu Pourazowego. Występowanie zaburzeń psychicznych i somatycznych, upośledzających funkcjonowanie na poziomie indywidualnym, rodzinnym i zawodowym, jest źródłem kosztów ponoszonych przez system opieki zdrowotnej.

Ewa Odachowska,
psycholog transportu w Instytucie Transportu Samochodowego

Strata bliskiej osoby w wypadku

Niespodziewana śmierć bliskiej osoby, w wyniku wypadku, wywołuje nagły i głęboki wstrząs. Jest to doświadczenie silnie

stresujące, a odczuwany stan osoby ją przeżywającej spełnia wszystkie kryteria reakcji na traumę.

Pięć etapów żałoby związanej z utratą osoby bliskiej:

- **szok** – przejawia się nagłym wybuchem emocji, gwałtownym zachowaniem lub na odwrót, odrętwieniem i zniecierliwieniem;
- **zaprzeczanie i izolacja** – pojawia się niedowierzanie, zaprzeczanie faktom, stopniowo pojawiają się inne emocje, takie jak żal, lęk, rozpacz i gniew;
- **gniew i bunt** – po etapie niedowierzania przychodzi silna złość, która może być skierowana na siebie, jak i na inną osobę, np. sprawcę wypadku, do głosu dochodzi także gniew i złość na osobę zmarłą, za porzucenie;
- **depresja** (poczucie winy, lęk) – przeżywający żałobę zaczyna odczuwać żal, smutek, lęk i poczucie winy, może także czuć się zirytowany obecnością innych ludzi;
- **akceptacja** – to etap powrotu do równowagi, odzyskiwania kontroli nad życiem i uczenia się życia bez osoby zmarłej²¹.

Istnieją różnice indywidualne w reakcjach na stratę, które mogą powodować, że wymienione etapy przebiegają w innej kolejności czy dynamice.



Zdarzenie traumatyczne, jakim jest wypadek, dla każdego uczestnika jest sprawą indywidualną. Dla wielu osób jest to przeżycie, które długo zbiera żniwo, wpływając na samoocenę, codzienne funkcjonowanie, jakość życia, niemożność realizowania się zawodowo, hobbystycznie czy społecznie.

Ewa Odachowska,
psycholog transportu w Instytucie Transportu Samochodowego

Istnieją dwa sposoby reagowania w związku z przeżywaną żałobą – normalny i patologiczny. Ten drugi przejawia się brakiem dystresu czy depresji po znaczącej stracie. Jest to zablokowanie reakcji żałoby, jej opóźnienie lub przerwanie w trakcie trwania. Konsekwencją niedokonanej żałoby są patologiczne zachowania, takie jak wrogość i agresja,

wycofanie się z dotychczasowego życia połączone z zanurzeniem się we wspomnieniach, nadmierne idealizowanie zmarłego, podejmowanie prób samobójczych oraz silne dolegliwości somatyczne. Konieczne jest zatem podejmowanie wszelkich działań, aby proces żałoby mógł postępować i dobiec do końca²².

PZU prowadzi stały monitoring wypadków przez 24 godziny na dobę. Informacje o miejscu i okolicznościach, a także uczestnikach wypadku są natychmiast przekazywane przez Centrum Monitoringu PZU do określonych grup pracowników i kadry kierowniczej zajmującej się likwidacją szkód. Zgłoszenia, w których poważnie ucierpieli lub zginęli ludzie, analizujemy pod kątem prawdopodobieństwa odpowiedzialności cywilnej PZU za szkodę osobową. Szczególną uwagę przywiązujemy do wypadków o charakterze katastroficznym, do których Opiekunowie PZU kierują psychologów specjalizujących się w interwencjach kryzysowych.

Jednak wsparcie psychologiczne jest potrzebne w różnym czasie po wypadku, szczególnie dla członków najbliższej rodziny poszkodowanego, który poniósł w jego wyniku śmierć. Opiekunowie przekonują się o tym na co dzień, odwiedzając te rodziny w ich domach. Czasami wystarczy jedno spotkanie z psychologiem, jednak często zdarza się, że kontakt z nim jest potrzebny znacznie dłużej.

Irmína Nowak,
dyrektor ds. likwidacji szkód osobowych i świadczeń w PZU

SPOŁECZNE KONSEKWENCJE WYPADKÓW

Biologiczne i psychiczne konsekwencje wypadków wpływają negatywnie na różne aspekty życia ich uczestników. Efekty traumy powypadkowej rzutują na życie rodzinne i relacje z otoczeniem, a deficyty strukturalne i funkcjonalne mogą prowadzić do niepełnosprawności, która ogranicza lub uniemożliwia udział w życiu społecznym i zawodowym. Odnalezienie się w nowej rzeczywistości i dostosowanie do zmienionych warunków funkcjonowania jest procesem długotrwałym i wymagającym wsparcia.

WPŁYW WYPADKU NA FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE POSZKODOWANEGO

Niepełnosprawność, która jest skutkiem nagłego, niespodziewanego wydarzenia, nierzadko związanego z zagrożeniem życia, wywołuje wstrząs i jest trudna do zaakceptowania. Z badań nad stanem psychicznym chorych wynikają prawidłowości dotyczące przebiegu reakcji

emocjonalnych pod wpływem szoku psychicznego spowodowanego nagłym powstaniem ciężkiego inwalidztwa. Określono także działania mechanizmów psychicznych w procesie adaptacji do nowych warunków fizycznych. Zmiany psychiczne przebiegają w kilku etapach.

Etapy przebiegu zmian psychicznych:

- **szok** wynikający z samego faktu zaistnienia inwalidztwa – często osoba nie przyjmuje do wiadomości diagnozy i robi plany na przyszłość, jakby choroby czy inwalidztwa w jej życiu nie było;
- **oczekiwanie na wyzdrowienie**, które często ma charakter irracjonalny – następuje uświadomienie sobie swojego stanu zdrowia, jednak poszkodowany traktuje go jako stan chwilowy; pacjent oczekuje poprawy, wierząc w pełne wyleczenie;
- **okres żalu i przygnębienia**, wynikający z uświadomienia sobie straty – w wyniku wyczerpania organizmu i bycia w ciągłym stresie i napięciu następuje rezygnacja; pacjent na skutek dostrzegania braku poprawy uświadamia sobie, że stracił swoje dawne życie bezpowrotnie i nic już nie będzie takie jak przedtem; niepełnosprawność traktowana jest jako bariera nie do pokonania; osoba staje się depresyjna, apatyczna, bez chęci do życia;
- **okres reakcji obronnych** – stwierdzanie, że pewne przeszkody są możliwe do pokonania, a pojawiające się bariery nie ograniczają całkowicie realizacji celów życiowych;
- **okres zyskiwania przystosowania** – akceptacja inwalidztwa, na którą składa się: realna ocena swojej sytuacji, dostosowanie się do ograniczeń narzuconych przez inwalidztwo, wykształcenie przez osobę niepełnosprawną odpowiednich postaw wobec siebie i wobec innych²³.

Doznane w wyniku wypadku obrażenia ciała i wynikająca z nich niepełnosprawność mogą skutkować wycofaniem się z życia społecznego.

Isolacja społeczna spowodowana jest m.in. tym, iż poszkodowany, na skutek pobytu w szpitalu i często długiej rehabilitacji, nie ma możliwości uczestniczenia w życiu społecznym. Problemem jest również to, że często po wypadku ludzie nie mają możliwości kontynuowania swojego hobby czy uprawiania różnych sportów stanowiących wcześniej jedną z form uczestnictwa w życiu społecznym i doświadczania relacji społecznych.

Monika Ucińska,
psycholog transportu w Instytucie Transportu Samochodowego



Kolejną konsekwencją wypadku może być zmiana ról w rodzinie, a w przypadku poważnego inwalidztwa te zmiany mogą być stałe. Doświadczenie fizycznej i emocjonalnej zależności od innych, dodatkowo połączone z długimi okresami bezczynności, nudy, rosnącą złością, irytacją lub zmęczeniem, wywołuje wiele napięć i konfliktów w rodzinie²⁴.

Te społeczne konsekwencje wypadku rodzą problemy szczególnie dla osób, które mają trudności z dostosowaniem się, w tym z poszukiwaniem i korzystaniem ze społecznego wsparcia, które jest ważnym źródłem radzenia sobie po przeżyciu traumatycznej sytuacji wypadku²⁵.

Ważnym elementem kompleksowego wsparcia osób z nabytymi ograniczeniami zdrowotnymi jest przeprowadzenie rehabilitacji społecznej. Powinna odbywać się ona przez rozwój zaradności osobistej, pobudzanie aktywności społecznej i umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych. Wsparcie powinno obejmować motywowanie osoby niepełnosprawnej do aktywnego angażowania się w życie społeczne przez udział w różnych formach spotkań, warsztatów, grup wsparcia, grup samopomocowych. Takie działania sprzyjają podnoszeniu poczucia własnej wartości, akceptacji niepełnosprawności, jak również prowadzą do możliwości spotkań z innymi ludźmi, przeciwdziałając osamotnieniu i wykluczeniu.

Agata Spała,
doradca zawodowy, ekspertka ds. zatrudniania osób niepełnosprawnych

WPŁYW NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI NA PODEJMOWANIE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ

Sprawność ma znaczący wpływ na podejmowanie aktywności zawodowej. Jej utrata w wyniku problemów zdrowotnych czy wypadku często uniemożliwia wykonywanie dotychczasowych czynności zawodowych. Wpływa to bardzo destabilizująco na życie osoby dotkniętej niepełnosprawnością. Wiele osób

w momencie nabycia niepełnosprawności nie wraca do pracy i staje się bierna zawodowo. Może to wynikać zarówno z obiektywnych trudności w kontynuowaniu dotychczasowej pracy, jak również z trudności w adaptacji do nowej sytuacji.

Warto zwrócić uwagę, że zaniechanie aktywności zawodowej u osoby niepełnosprawnej nie wynika jedynie z przyczyn zdrowotnych, lecz z konsekwencji, jakie one niosą dla jej poczucia własnej wartości i użyteczności w sferze zawodowej. Niepełnosprawni są często przekonani o braku szans i możliwości na rynku pracy, a w konsekwencji rezygnują z działań prowadzących do znalezienia pracy. Wiele osób po nabyciu niepełnosprawności stara się o uzyskanie świadczeń pieniężnych w postaci renty. Przekonanie o braku użyteczności zawodowej, drastyczne zmniejszenie poczucia własnej wartości, a dodatkowo obawa przed zmniejszeniem bądź całkowitą utratą świadczeń pieniężnych, otrzymywanych z tytułu niepełnosprawności, wpływa na zaniechanie aktywności zawodowej.

Agata Spała,
doradca zawodowy, ekspertka ds. zatrudniania osób niepełnosprawnych

Wygrać życie

W wyniku utraty pracy zaburzona zostaje zarówno możliwość zaspokojenia potrzeb ekonomicznych, jak i społecznych. Niekorzystna sytuacja zawodowa powoduje obniżenie statusu materialnego, zwiększa trudności w relacjach społecznych i wpływa na spadek poczucia własnej wartości u osoby

niepełnosprawnej. Brak pracy znacząco wpływa na poczucie destabilizacji życiowej i utratę poczucia bezpieczeństwa. Ponadto sprawia, że osoba z niepełnosprawnością przestaje być postrzegana przez otoczenie jako pełnoprawny obywatel.

Powrót do aktywnego życia zawodowego w przypadku osób niepełnosprawnych, które są szczególnie narażone na wykluczenie społeczne, jest najbardziej pożądanym celem rehabilitacji zawodowej i warunkiem pełnej integracji społecznej.

Sophia Smith Wawrzynowicz,
kierownik Zespołu Organizacji Pomocy Poszkodowanym w Wypadkach

Wynikająca z pracy konieczność wypełniania obowiązków narzuca osobie niepełnosprawnej rytm codziennego funkcjonowania, przez co organizuje życie i skłania do regularnej aktywności, również pozazawodowej.

Mobilizuje do podejmowania nowych wyzwań, podnosi poziom zadowolenia z życia i nadaje mu sens. Ma to szczególne znaczenie aktywizujące w przypadku osób dotkniętych niepełnosprawnością.

REHABILITACJA ZAWODOWA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Najważniejszym celem rehabilitacji społecznej i zawodowej jest przywrócenie osobie niepełnosprawnej możliwie pełnej samodzielności, niezależności w wymiarze życia zawodowego oraz społecznego. Niezwykle ważne jest, aby osoby niepełnosprawne, które ze względu na stan zdrowia nie mogą powrócić do wykonywanej pracy, szybko otrzymały

możliwość przekwalifikowania się lub podjęły zatrudnienie w przystosowanych warunkach pracy. Zakres niezbędnego wsparcia powinien być dostosowany do stopnia i rodzaju niepełnosprawności i uwzględniać indywidualny potencjał osoby, która mimo utraty możliwości kontynuowania dotychczasowej ścieżki zawodowej może z powodzeniem podjąć inny rodzaj pracy.

Kluczowe obszary wsparcia w ramach rehabilitacji zawodowej to:



Dostęp do informacji

Niezbędne jest zapewnienie dostępu do informacji, takich jak: możliwość uzyskania orzeczenia o niepełnosprawności, pomocy z tytułu świadczeń rentowych, zasiłków i wsparcia tzw. „bytowego” oraz zniesienia barier architektonicznych. Ważne jest także dostarczenie informacji o przysługujących ulgach i uprawnieniach z tytułu nabytej niepełnosprawności (podatkowe, komunikacyjne i inne).



Dostęp do sprzętu rehabilitacyjnego

Kolejnym etapem powinno być udzielenie informacji w zakresie uzyskania możliwości dofinansowania, a następnie korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, ułatwiającego samodzielne życie. Ważna jest pomoc w doborze np. odpowiedniego wózka inwalidzkiego, który ułatwi poruszanie się w przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową.



Skorzystanie z poradnictwa zawodowego

W procesie rehabilitacji zawodowej niezbędne jest również zapewnienie osobie niepełnosprawnej możliwości skorzystania z poradnictwa zawodowego. Wspólnie z doradcą będzie mogła opracować indywidualny plan działania, który pomoże zaplanować i uporządkować proces powrotu na rynek pracy. Doradca zawodowy pomoże określić jej predyspozycje i możliwości, wypracuje kierunek przekwalifikowania się. Zachęci do ukończenia dodatkowych kursów i szkoleń, wzmacniających atrakcyjność jako pracownika.



Zmiana kwalifikacji zawodowych

Osoba, która nie może wykonywać dotychczasowej pracy, powinna skorzystać z możliwości przekwalifikowania się. Rozwój nowych umiejętności w procesie podjęcia tzw. stażu rehabilitacyjnego czy udział w programach aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych pomoże wrócić na rynek pracy. Są one realizowane przez Urzędy Pracy lub organizacje pozarządowe, zajmujące się aktywizacją zawodową osób niepełnosprawnych. Staż rehabilitacyjny ma na celu rozwój umiejętności pracy, podnoszenie poziomu kompetencji i ponowną adaptację do pracy w przypadku osób, które ze względu na trudności zdrowotne nie mogły podjąć zatrudnienia w dotychczas wykonywanym zawodzie²⁶.

PROGRAMY AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Korzystając z systemowych programów aktywizacji zawodowej oferowanych np. przez Urząd Pracy lub organizacje pozarządowe, które pomagają osobom niepełnosprawnym, mogą one ubiegać się o dofinansowanie szkolenia lub przekwalifikowania. Szkolenie ma na celu zwiększenie szans na uzyskanie zatrudnienia, podwyższenie dotychczasowych kwalifikacji zawodowych lub zwiększenie aktywności

zawodowej. Osoby niepełnosprawne to nadal jedna z grup tzw. wykluczonych cyfrowo. Umiejętność obsługi komputera, poruszania się w Internecie, wykorzystanie nowoczesnych technologii to szansa na powrót do aktywności zawodowej. Szkolenia komputerowe, prowadzone przez Urzędy Pracy i inne instytucje i organizacje mogą zwiększać możliwość podjęcia zatrudnienia²⁵.

Rozumiejąc wagę aktywności zawodowej w kontekście osobistym i społecznym, z myślą o poszkodowanych, którzy mają orzeczony stopień niepełnosprawności, Opiekunowie PZU wspólnie z organizacją pozarządową przygotowują program aktywizacji zawodowej. Dzięki niemu poszkodowani uzyskują pełną informację na temat swoich predyspozycji i kompetencji do wykonywania określonego zawodu, w razie potrzeby będą kierowani na kursy doszkalające, będą mogli odbywać staże i praktyki u pracodawcy oraz otrzymają konkretne oferty pracy i wsparcie trenera pracy do roku od zatrudnienia.

Irmina Nowak,
dyrektor ds. likwidacji szkód osobowych i świadczeń w PZU

KONSEKWENCJE I KOSZTY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA SPOŁECZEŃSTWA

Wzrost aktywności zawodowej dzięki zapewnieniu osobom niepełnosprawnym kompleksowego wsparcia, prowadzącego do powrotu na rynek pracy, ma znaczenie nie tylko dla

polepszenia sytuacji osoby niepełnosprawnej, lecz również w wymiarze ogólnospołecznym.

Konsekwencje społeczne, dotyczące niepełnosprawności, można podzielić na następujące obszary:

- konsekwencje ekonomiczne, związane z wykluczeniem osób niepełnosprawnych z rynku pracy;
- konsekwencje społeczne dla rodziny osoby niepełnosprawnej;
- koszt dla zakładu pracy związany z utratą pracownika;
- koszty związane z zapewnieniem liczby miejsc w zakładach opieki zdrowotnej, wyposażenia w sprzęt, leki oraz zapewnienie miejsc leczenia sanatoryjnego i rehabilitacyjnego.

Wykluczenie osób niepełnosprawnych z rynku pracy niesie za sobą koszty społeczne. Związane są one z problemem wysokiego bezrobocia wśród osób niepełnosprawnych, niskim procentem osób niepełnosprawnych posiadających wykształcenie wyższe, małym zainteresowaniem

przedsiębiorców w zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, obawami osób niepełnosprawnych przed utratą świadczeń (np. renty) i wynikającym z tego zaniechaniem aktywności zawodowej, a także negatywnym i stereotypowym postrzeganiem społecznym osób niepełnosprawnych.

Osoby niepełnosprawne to grupa z dużym potencjałem. Kierowane do niej programy pomocowe, mające na celu aktywizację zawodową i przywrócenie osoby na rynek pracy, powinny mieć na celu likwidację wszelkich barier utrudniających im aktywność zawodową.

Agata Spała,
doradca zawodowy, ekspertka ds. zatrudniania osób niepełnosprawnych

POMOC POSZKODOWANYM W WYPADKACH

SYSTEM POMOCY OFIAROM WYPADKÓW

Podstawowym zadaniem systemu pomocy ofiarom wypadków jest dążenie do powrotu poszkodowanych do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Ważne jest zapewnienie im

zarówno środków finansowych, jak również pomocy w powrocie do zdrowia psychicznego i fizycznego.

Sprawnie działający system ratowniczy może przyczynić się do zmniejszenia liczby zabitych oraz przyspieszyć powrót do zdrowia osób rannych. Jednak wciąż brakuje systemu pomocy informacyjno-psychologicznej. W Polsce nie istnieją struktury administracyjne, które byłyby w stanie zapewnić systematyczną pomoc ofiarom wypadków drogowych. Po wypadku zazwyczaj osoby w nim uczestniczące oraz ich rodziny pozostawione są same sobie z problemami natury formalno-prawnej, ekonomicznej i przede wszystkim zdrowotnej. Niedostateczny system informacji dla ofiar wypadków i ich bliskich o możliwości uzyskania pomocy oraz brak sprawnego i spójnego systemu udzielania pomocy poszkodowanym w wypadkach drogowych – to główne problemy, z jakimi stykają się uczestnicy wypadków.

Monika Ucińska,
psycholog transportu w Instytucie Transportu Samochodowego

Badania Instytutu Transportu Samochodowego pokazały, że w odpowiedzi na zapotrzebowanie poszkodowanych, organizacje pozarządowe udzielają wsparcia obejmującego:



Wyniki badań przeprowadzonych wśród ośrodków interwencji kryzysowej oraz stowarzyszeń i fundacji działających na rzecz ofiar wypadków drogowych wskazują, że pomimo tak ogromnej liczby ofiar, niewiele osób zgłasza się po pomoc. Może wynikać to z braku ogólnodostępnej informacji o istnieniu takich placówek oraz z wciąż istniejącego przeświadczenia, że problemy rozwiążą się same bez udziału i pomocy specjalistów.

Monika Ucińska,
psycholog transportu w Instytucie Transportu Samochodowego

Badane przez ITS instytucje podkreślają, że słabością systemu pomocy ofiarom wypadków drogowych są między innymi:

- brak systemu docierania do ofiar wypadków drogowych z informacją o pomocy rehabilitacyjnej, prawnej, psychologicznej;
- skomplikowany system prawny;
- brak doświadczeń w zakresie pomocy psychologicznej dla ofiar.

POZASYSTEMOWE FORMY WSPARCIA POSZKODOWANYCH W WYPADKACH

Wspieraniem poszkodowanych w wypadkach zajmują się organizacje pozarządowe: stowarzyszenia, fundacje, ośrodki interwencji kryzysowej, które w statucie swojej działalności

mają zapisaną różnego rodzaju pomoc osobom poszkodowanym w wypadku drogowym.

Dostrzegamy wyraźną potrzebę uzupełnienia rozwiązań systemowych i usprawnienia funkcjonujących form wsparcia. W ramach działań Opiekunów PZU zapewniamy pomoc już od najwcześniejszych chwil od wystąpienia zdarzenia losowego. Współpracujemy z doświadczonymi specjalistami i z organizacjami pozarządowymi, które niosą wsparcie nie tylko bezpośrednim uczestnikom wypadku, ale także, co nie mniej ważne, ich rodzinom i bliskim.

Irmina Nowak,
dyrektor ds. likwidacji szkód osobowych i świadczeń w PZU

Zadania Opiekunów PZU

Zdiagnozowanie potrzeb poszkodowanego.



Organizacja procesu leczenia, rehabilitacji medycznej i społecznej, aktywizacji zawodowej i wsparcia psychologicznego.



Rzetelne informowanie poszkodowanego o przysługujących mu prawach i wsparcie w przygotowaniu dokumentacji.



Udzielanie informacji o zasadach uzyskania pomocy systemowej z instytucji państwowych oraz fundacji i stowarzyszeń działających na rzecz ofiar wypadków.



W swojej codziennej pracy Opiekunowie PZU aktywnie współpracują z organizacjami pozarządowymi, które niosą różnorodną pomoc ofiarom wypadków oraz z profesjonalnymi ośrodkami rehabilitacyjnymi na terenie całej Polski w celu

zapewnienia poszkodowanym dostępu do rehabilitacji na najwyższym poziomie. Wiedzą, w jaki sposób pozyskać pomoc i świadczenia pieniężne od instytucji państwowych, które statutowo wspomagają m.in. ofiary wypadków.

W Polsce funkcjonuje szereg organizacji niosących pomoc poszkodowanym w wypadkach. Ich wsparcie obejmuje wiele obszarów i jest odpowiedzią na potrzeby ofiar i ich rodzin. Organizacje oferują zarówno pomoc materialną, jak i wsparcie rehabilitacyjne, leczenie czy terapię psychologiczną. Wiele z nich świadczy również usługi w zakresie aktywizacji zawodowej i społecznej. Poniżej prezentujemy wybrane fundacje i stowarzyszenia, w których poszkodowani i ich rodziny mogą szukać pomocy.

Fundacja „Filantrop”

www.filantrop.org.pl
mbajerowicz@wp.pl
(61) 822 64 54
Os. Bolesława Chrobrego 33/65
60-681 Poznań

Fundacja „Normalna Przyszłość”

www.normalnaprzyszosc.org
biuro@normalnaprzyszosc.org
(22) 612 62 90
al. Stanów Zjednoczonych 53 lok. 412
04-028 Warszawa

Fundacja „Pomocna Ręka”

www.pomocnareka.org.pl
fundacja_pomocna_reka@interia.pl
(22) 428 40 08
ul. Lisa Kuli 7
05-270 Marki

Fundacja „Sprawni Inaczej”

www.fsi.gda.pl
biuro@fsi.gda.pl
(58) 344 42 56
ul. Północna 5
80-512 Gdańsk

Fundacja „Tacy Sami”

www.tacysami.org.pl
fundacja@tacysami.org.pl
(32) 231 76 24
ul. Pszczyńska 36a/22
44-100 Gliwice

Fundacja „Z Głębi Serca”

www.zglebiserca.pl
fundacja@zglebiserca.pl
(41) 313 38 98
ul. Lindego 16/22
01-954 Warszawa

Fundacja Aktywizacja

www.aktywizacja.org
fundacja@aktywizacja.pl
(22) 530 18 50
ul. Wiśniowa 40b lok. 8
02-520 Warszawa

Fundacja Aktywnej Rehabilitacji

www.far.org.pl
info@far.org.pl
(22) 651 88 02
ul. Inspektowa 1
02-711 Warszawa

Fundacja Integracja

www.integracja.org
integracja@integracja.org
(22) 530 65 70
ul. Andersa 13
00-159 Warszawa

Fundacja Inwalidów i Osób

Niepełnosprawnych „Mitosierdzie”
www.fm.kalisz.pl
poczta@fm.kalisz.pl
(62) 757 07 78
ul. Górnośląska 6
62-800 Kalisz

Fundacja Krzewienia Kultury

Artystycznej Osób Niepełnosprawnych
www.mazowiacy.com
fundacja@mazowiacy.com
(22) 628 22 65
pl. Konstytucji 2, kl. II
00-552 Warszawa

Fundacja Nagle Sami

www.naglesami.org.pl
info@naglesami.org.pl
(22) 633 54 25
al. Wojska Polskiego 1A
01-524 Warszawa

**Fundacja Polskich Kawalerów
Maltańskich**

www.zakonmaltanski.pl
ul. Jazgarzewska 17 lok. 54
00-730 Warszawa

Fundacja Pomocy Osobom

Niepełnosprawnym „Przyjaciół”
www.przyjaciol.pl
n.bekasiewicz@przyjaciol.pl
601 334 044
ul. J. Bruna 18/19
02-594 Warszawa

Fundacja Pomocy Osobom

Niepełnosprawnym Ratownik Górniczy
www.fundacjarg.org.pl
poczta@fundacjarg.org.pl
(32) 66 00 279
ul. Kraszewskiego 5
43-602 Jaworzno

Fundacja Pomocy Osobom

**Poszkodowanym w Wypadkach
Komunikacyjnych „Nadzieja”**
www.fundacjanadzieja.com
fundacja.nadzieja@gmail.com
601 147 413
63-400 Ostrów Wlkp. 1
skr. poczt. 082

Fundacja Zielony Liść

www.fundacjazelonylisc.org
info@fundacjazelonylisc.org
(56) 657 55 40-41
ul. Ducha Świętego 5/4
87-100 Toruń

Lokalne oddziały Caritas

www.caritas.pl
caritaspolska@caritas.pl
(22) 334 85 00
ul. Okopowa 55
01-043 Warszawa

Mimo Wszystko

Fundacja Anny Dymnej
www.mimowszystko.org
fundacja@mimowszystko.org
(12) 422 69 03
ul. Profesora Stefana Myczkowskiego 4
30-198 Kraków

**Ogólnopolska Federacja Organizacji
Osób Niepełnosprawnych Ruchowo**

www.ofoonr.lublin.pl
ofoonr@ofoonr.lublin.pl
(81) 742 45 51
ul. Lubomelska 1/3 pok. 101
20-072 Lublin

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Rodzin Osób Niepełnosprawnych „Razem Możemy Więcej”

www.razem-mozemy-wiecej.com.pl
stowarzyszeniermw@interia.pl
692 976 503
ul. Karola Miarki 29B/13
47-220 Kędzierzyn Koźle

Poza Horyzonty Fundacja Jaśka Meli

www.pozahoryzonty.org
fundacja@pozhoryzonty.org
509 404 140
ul. Sobieskiego 20/2
31-136 Kraków

Stowarzyszenie „Niepełnosprawni dla Środowiska EKON”

www.ekon.org.pl
(22) 546 60 65
ul. J. Mortkowicza 5
02-823 Warszawa

Stowarzyszenie Misie Ratuja Dzieci

www.misie.sos.pl
misie@misie.sos.pl
(12) 432 75 10
ul. Grzegórzecka 10/4C
31-530 Kraków

Stowarzyszenie Pomocy Niepełnosprawnym Kierowcom

www.spinka.org.pl
info@spinka.org.pl
(22) 118 30 05
ul. T. Borowskiego 2 pok. 206
03-475 Warszawa

Świętokrzyskie Stowarzyszenie „Wspólnie Pomagamy”

www.wpomagamy.prv.pl
wpomagamy@wp.pl
(41) 366 10 87
ul. Kottłataja 4
25-715 Kielce

Wypadek zmienia nasze życie, jednak nie pozostajemy bezbronni wobec jego następstw. Przywrócenie stanu zdrowia i kondycji psychicznej sprzed wypadku może być bardzo trudne i wymaga dużego wysiłku, zarówno ze strony poszkodowanych, jak i ich bliskich. W tych trudnych chwilach potrzebujemy szczególnego wsparcia. Choć w każdym z nas drzemią ogromne pokłady sił sprzyjających samoregeneracji, to wiele kwestii wymaga konsultacji i pomocy ze strony specjalistów.

Jako odpowiedzialny społecznie ubezpieczyciel, PZU dąży do ograniczenia społecznych i zdrowotnych konsekwencji wypadków. Taką misję mają wspierający poszkodowanych Opiekunowie PZU. Dzięki nim wszelkie kwestie związane z organizacją terapii i rehabilitacji, a także z przystosowaniem otoczenia do potrzeb osoby niepełnosprawnej, załatwiane są w ramach świadczeń ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC). To szczególnie cenna pomoc, z której warto skorzystać. Doświadczenie i profesjonalizm Opiekunów PZU gwarantują najlepsze i najskuteczniejsze dla poszkodowanego rozwiązanie, a co za tym idzie sprawną i satysfakcjonującą terapię.

ŹRÓDŁA:

1. Ucińska M. (2009) Wstrząs psychiczny (trauma). Pomoc ofiarom wypadków drogowych w Polsce. *Transport Samochodowy* 4/2009. Wydawnictwo ITS Warszawa, s. 75-106.
2. Krug E.G., Sharma G.K., Lozano R. The global burden of injuries. *Am J Public Health*. 2000;90(4):523-6. World Health Organization. 2004 World report on road traffic injury prevention. World Health Organization. Global burden of disease.
3. Jennett B. Epidemiology of head injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. Apr 1996;60(4):362-9.
4. National Spinal Cord Injury Statistical Center, 2011.
5. Singer B., McLauchlan G., Robinson C., Christie J. Epidemiology of fractures in 15 000 adults: The influence of age and gender. *J Bone Joint Surg* 1998; 80(2):243-248.
6. American College of Surgeons Committee on Trauma. Abdominal Trauma. In: *ATLS Student Course Manual*. 8th. American College of Surgeons; 2008.
7. Lipiński J. Program zwalczania skutków ciężkich i mnogich obrażeń ciała. Warszawa: MZiOS, 1997.
8. Mlekodaj S., Piasecki Z., Olakowski T. Wpływ następstw wypadków na kształtowanie się sytuacji zdrowotnej społeczeństwa polskiego, „Polski Przegląd Chirurgiczny”, 1995.
9. World Health Organization, The World Bank. World Report of Disability. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 2011.
10. Krasuski M. Wytyczne Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej. *Rehabilitacja Medyczna* 2010;14(1):51-4.
11. Kiwerski J., Kwolek A., Śliwiński Z., Woźniowski M. (red.) *Rehabilitacja Polska 1945-2009*. Wrocław: Ossolineum, 2009.
12. Weiss M. Podstawowe zagadnienie rehabilitacji schorzeń narządu ruchu. Warszawa: Wydawnictwo AWF, 1965.
13. Kiwerski J. (red.) *Rehabilitacja medyczna*. Warszawa, PZWL, 2005.
14. Kwolek A. (red.) *Rehabilitacja medyczna*. Wrocław, Elsevier Urban & Partner, 2013.
15. Ottenweller J.E., Natelson B.H., Pitman D.L., & Drastal S.D. (1989). Adrenocortical and behavioral responses to repeated stressors: Toward an animal model of chronic stress and stress-related mental illness. *Biological Psychiatry*, 26, 829-841.
16. American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). Washington, DC.
17. Blanchard E.B., Hickling E.J. (2004). *After the crash: Psychological assessment and treatment of survivors of motor vehicle accidents*. Washington: American Psychological Association.
18. Bryant R.A., Harvey A.G. (1996) Initial posttraumatic stress responses following motor vehicle accidents. *Journal of Traumatic Stress*, 9(2), 223-234.
19. Wittmann L., Hanspeter M., i Schnyder U. (2006). Low predictive power of peritraumatic dissociation for PTSD symptoms in accident survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 19(5), s. 639-651.
20. Strelau J., Zawadzki B., Kaczmarek M. (2009). *Konsekwencje Psychiczne Traumy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
21. Kubler-Ross E. (1998). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań: Media Rodzina.
22. Lis-Turlejska M. (1998). *Traumatyczny stres. Koncepcje i badania*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
23. Łuszczynski (1982); Kirenko J. (2002). *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością*. Ryki: Wydawnictwo WSUPIZ.
24. Berle J.O., Haver B., Kareru S.W. (1994). Group reactions in a hospital crisis intervention program. *Group Analysis*, 27, 159-171.
25. Kendall E., Terry D. (1996). Psychosocial adjustment following closed head injury: A model for predicting outcome. *Neuropsychological Rehabilitation*, 6, 101-132.
26. www.up.warszawa.pl.



Opiekunowie PZU – Masz się na kim oprzeć

Jeśli chcesz wiedzieć więcej – skontaktuj się z nami:

opiekun@pzu.pl

☎ 22 505 1681

www.opiekunpzu.pl

