

Marek Ignaczak

Specjalistyczne i ogólne telefony zaufania w Polsce – pomoc dla osób z problemem alkoholowym

Wprowadzenie

W sytuacji ostatecznej człowiek najczęściej jest sam. Wtedy właśnie potrzebny jest życzliwy, przyjazny kontakt. Wtedy także najtrudniej przełamać opór przed szukaniem tego kontaktu w swoim najbliższym otoczeniu, zwykle emocjonalnie obciążonym. Czasami też, takiego otoczenia fizycznie nie ma.

Ten opis bardzo dobrze pasuje do sytuacji człowieka uwikłanego w picie, pozbawionego kontroli nad własnymi przeżyciami i rzeczywistego wpływu na skutki zachowań. I to niezależnie od tego, czy dotyczy to własnego picia, czy też picia i uzależnienia kogoś bliskiego. Mimo narzucającej się już na pierwszy rzut oka adekwatności omawianej formy pomocy do częstych stanów przeżywanych przez ludzi z problemem alkoholowym, to wcale nie to zjawisko było katalizatorem powstania zorganizowanej pomocy telefonicznej.

Przed czterdziestu laty pastor Chad Varah utworzył w Londynie pierwszą placówkę pomocy telefonicznej w odpowiedzi na daleko bardziej dramatyczną manifestację samotności i opuszczenia. W listopadzie 1953 r. powstała pomoc telefoniczna nastawiona na zapobieganie samobójstwom. Została ona nazwana przez dziennikarzy Daily Mirror „samarytańskim serwisem” (The Samaritans Service) [1].

W Polsce od 25 lat rozwijał się dwutorowo nurt specjalistycznej i niespecjalistycznej, telefonicznej pomocy ludziom, którzy znaleźli się w ciężkiej, kryzysowej sytuacji życiowej i nie potrafili sobie z tym poradzić [2,7].

W Polsce, jak i w ruchu pomocy telefonicznej na świecie, bardzo szybko stało się problemem określenie zakresu pomocy oraz reguł, na których powinna się ta pomoc opierać.

Szybko zauważono, że jednym z najistotniejszych aspektów rozmów jest samotność rozmówców. Szeroko rozumiana, jako realna, egzystencjalna pustka, ale także jako bezradność wobec problemów. Stąd w rozwoju ruchu samarytańskiego [1] oraz we wszystkich jego późniejszych mutacjach tak wiele uwagi poświęcono zaprzyjaźnianiu się z rozmówcą (befriending) oraz skupieniu się na nim tak długo, jak tego żąda. Od lat, także w polskich telefonach zaufania obowiązuje zasada, że kończy rozmowę ten, kto ją rozpoczął telefonując. Niedogodność takiej zasady uświadamiają sobie wszyscy dyżurujący przy telefonie jeśli wspomnieć, że naszymi rozmówcami bywają, i to wcale nierzadko, ludzie z obsesyjnymi myślami, niesłuchani, izolowani przez innych, czy choćby

pozostający pod wpływem alkoholu. Inną grupę stanowią samotni, starzy, dla których zwykła rozmowa, bez szczególnego powodu jest już istotną wartością. Zasada ta jest powszechnie przez dyżurnych TZ akceptowana.

Praca w telefonie zaufania nie wymaga specjalnych kwalifikacji zawodowych, wymaga natomiast umiejętności słuchania, umiejętności nawiązania kontaktu emocjonalnego z rozmówcą, własnego życiowego doświadczenia i równowagi psychicznej. Przez lata obecność przy telefonie zaufania zawodowców od kryzysu – psychiatrów, psychologów, pedagogów nie była akceptowana [2,4]. W Polsce istnienie tej formy IFOTES (International Federation of Telephonic Emergency Services) wymogło dwutorowy rozwój pomocy telefonicznej. Mniej więcej w tym samym czasie powstały telefony społeczne, w których specjaliści mogli być konsultantami albo szkolili dyżurnych (Gdańsk, Olsztyn) oraz tzw. profesjonalne, w których sami dyżurowali (Wrocław, Warszawa, Kraków) [7]. Ten drugi nurt, obecnie coraz szerzej akceptowany w świecie, był przydatny dla znalezienia nowych funkcji telefonów zaufania. Bardzo szybko zauważono, że w przypadku wielu kryzysów psychicznych skojarzonych z licznymi społecznymi tabu oraz istnieniem społecznych postaw nieakceptacji, potrzebne jest bezpieczne źródło informacji lub po prostu bezpieczny, anonimowy pierwszy kontakt. Takie obszary to np. seks (bardzo częsty wątek rozmów w młodzieżowych telefonach zaufania), alkoholizm i inne uzależnienia czy ubóstwo i wynikające stąd cierpienia [3,6].

Pozostawszy tylko przy wątku alkoholowym. Pierwsze inicjatywy tworzenia placówek pomocy telefonicznej w tym obszarze zbiegają się z rozpowszechnieniem metod psycho- i socjoterapii w praktyce leczenia odwykowego. Najstarszy „profesjonalny telefon alkoholowy” reprezentowany w niniejszym opracowaniu ma 11 lat [5], najstarsze placówki związane ze stowarzyszeniami trzeźwościami to mające po 7 i 8 lat telefony klubów abstynenta, podane do publicznej wiadomości i obsługiwane przede wszystkim przez ludzi uzależnionych. Gwałtowny wzrost liczby tych ostatnich to okres poprzednich 3-4 lat. Charakterystyka tych placówek jest m.in. przedmiotem niniejszego opracowania.

Założenia i cele badania

Podstawowym celem badań było uzyskanie informacji o zakresie i jakości pomocy telefonicznej ludziom, którzy zwracają się do telefonów zaufania z problemem alkoholowym. Badanie to umożliwia dokonanie opisu strukturalnego placówek i porównania pod tym względem telefonów ogólnych i telefonów zorientowanych na problemy z alkoholem.

Ankieta rozesłana do wszystkich TZ umożliwiła także sparametryzowanie różnych przejawów pomocy ludziom z problemem alkoholowym. Celem opracowania jest porównanie pomocy ze strony placówek ogólnych i specjalistycznych.

U podłoża tego badania nie stoją żadne szczegółowe hipotezy lub oczekiwania. Chcieliśmy uzyskać odpowiedź na pytanie jak często telefon zaufania styka się z problemem picia oraz opisać różne aspekty reakcji na ten problem. Chcieliśmy także uzyskać nieco szerszą odpowiedź na pytanie jakie są placówki, które tę pomoc świadczą.

Materiał i metoda

Zainteresowani dotarciem do uznanych, wieloletnich placówek pomocy telefonicznej zwróciliśmy się do Rady Koordynacyjnej Polskich TZ zrzeszonych w IFOTES o odpowiedź na pytania ankiety i jej alkoholowego suplementu. Ponadto, świadomi, że coraz liczniej pojawiają się placówki wywodzące swój rodowód ze stowarzyszeń trzeźwościowych, a jeszcze publicznie nieznane, poprosiliśmy wszystkich pełnomocników wojewodów ds. rozwiązywania problemów alkoholowych o dotarcie do nich z ankietami. W ten sposób rozesłano ok. 120 kompletów narzędzi.

Otrzymaliśmy 42 wypełnione ankiety. W trzech przypadkach odpowiedzi były na tyle niekompletne, że nie zostały włączone do analizy. Jedną ankietę wypełnioną nierzetelnie wyłączyliśmy z analizy, odpowiedzi dotyczące podobnego zakresu spraw uzyskane z różnych miejsc w kwestionariuszu pozostawały ze sobą w rażącej sprzeczności. Od sześciu adresatów otrzymaliśmy odpowiedź informującą, że na ich terenie nie ma placówek pomocy telefonicznej, od których można uzyskać odpowiedź na pytania ankiety.

Tak więc do analizy weszły dane pochodzące z 38 placówek reprezentujących różne typy telefonów zaufania. Jedenaście spośród nich, to tzw. ogólne TZ, które nie zwracają się do żadnego szczególnego adresata. Dziewięć stanowią placówki kierujące swoją ofertę do szczególnego rozmówcy, przy czym wyznacznikiem nie jest problem alkoholowy. Są to przede wszystkim telefony młodzieżowe, ale również TZ dla rodziców, czy należący do MONARU telefon występujący pod hasłem pomocy narkomanom. Sześć spośród nich to placówki powołane i utrzymane przez instytucje związane z opieką odwykową (poradnie, pełnomocników ds. przeciwdziałania alkoholizmowi czy wreszcie Instytut Psychiatrii i Neurologii). Dyżurują w nich przede wszystkim fachowi pracownicy placówek odwykowych wspierani przez trzeźwych alkoholików przygotowanych specjalnie do tego zadania. Pozostałe 12 placówek to telefony powołane przez stowarzyszenia trzeźwościowe, przede wszystkim AA. Dyżuruje w nich zazwyczaj duża liczba osób rekrutujących się spośród uczestników ruchu. Zdarzają się wśród nich także, choć incydentalnie, telefony prowadzone przez 1-2 osoby.

Ocena reprezentatywności tej grupy jest trudna. W zasięgu działania IFOTES pozostaje nieco ponad 30 placówek reprezentujących przede wszystkim telefony „niealkoholowe”. Otrzymaliśmy wypełnione ankiety z 15 telefonów z tej grupy. Trzy spośród nich to telefony wyspecjalizowane w problematyce alkoholowej. 23 telefony, które odpowiedziały na ankietę, to placówki pozostające poza strukturą IFOTES, nie związane normami i regułami tej federacji. Nie znamy liczby placówek pomocy telefonicznej w Polsce. Nie jest ona chyba w ogóle możliwa do ustalenia ze względu na różne stadia organizacji i rozwoju placówek. Odpowiedziała połowa telefonów ifotesowskich, sądzę, że podobnie wygląda proporcja odpowiedzi ze strony placówek znanych wojewódzkim pełnomocnikom ds. przeciwdziałania alkoholizmowi. Poza zasięgiem ankiety mogły w większej części pozostać telefony specjalistyczne z innych dziedzin, choć są one w naszym materiale reprezentowane. Wydaje się, że dysponujemy materiałem, który nie pretenduje do pełnej reprezentatywności, ale umożliwia porównania między telefonami „alkoholowymi” i „ogólnymi” zarówno co do parametrów opisujących ich funkcjonowanie, jak i reakcji na problemy alkoholowe u rozmówców.

Narzędzia badawcze

Każda z ankietowanych placówek otrzymała do wypełnienia dwa narzędzia. Pierwszym z nich była nieco zmodyfikowana ankieta używana poprzednio do opisu struktury i funkcjonowania placówek zrzeszonych w IFOTES [5]. Ankieta pt. „Wszystko o Telefonie Zaufania”, składa się z pięciu części. Pierwsza z nich to prezentacja placówki – metryczka, druga zawiera informacje o strukturze organizacyjnej, finansowaniu placówki i związkach z polskimi i międzynarodowymi towarzystwami pomocy telefonicznej. Trzecia część informuje o dyżurnych i dyżurach uwzględniając sprawy naboru i szkolenia. Czwarta część zawiera pytania o rozmówców i rozmowy; piąta – o historię placówki. Ankieta została tak skonstruowana, żeby uchwycić wielorakość rozwiązań. Nie kategoryzowaliśmy więc ściśle odpowiedzi sugerując jedynie użycie interesujących nas kategorii w opisie. Wskaźniki, a szczególnie wskaźniki parametryczne pochodzą wprost z informacji i oszacowań respondentów oraz z syntezy danych zawartych w kilku miejscach ankiety.

Do ankiety został dołączony suplement skoncentrowany na problematyce alkoholowej. Stanowi go 10 zagadnień możliwych do oszacowania także w placówkach, które nie koncentrują swojej oferty na pomocy osobom z problemem alkoholowym. W konstrukcji suplementu wykorzystano doświadczenia z dokumentowaniem pracy warszawskiego „TZ dla osób z problemem alkoholowym – 42 26 00” [6].

Zmienne

Zebrany materiał uprawnia do poszukiwania związków między wyodrębnionymi parametrami dotyczącymi funkcjonowania telefonu, charakterystyki dyżurnych, tematyki rozmów i stosunku do problemu alkoholowego. Odpowiadając na te pytania szczegółowe, stawiano poszczególne wskaźniki w pozycji zmiennych zależnych lub zmiennych pośredniczących w stosunku do podstawowej zmiennej niezależnej, jaką jest w niniejszej analizie typ placówki. Zmienna ta jest dychotomizowana jako telefon niealkoholowy (TNA) i telefon alkoholowy (TA).

Jak już wcześniej wspomniano, dane uzyskaliśmy z czterech typów placówek: ogólnych telefonów zaufania (TOg), telefonów specjalistycznych z kręgu problematyki pozaalkoholowej (TSp), profesjonalnych, specjalistycznych placówek adresujących swoją ofertę do osób z problemem alkoholowym (TAlk) i wreszcie – nieprofesjonalnych telefonów dla osób z problemem alkoholowym (TAA).

Przy szczegółowych analizach ten podział umożliwi zarówno porównania między globalnymi kategoriami jak i pozwoli pokazać specyficzne różnice między typami placówek, także w obrębie tej samej kategorii telefonów. Dotyczy to przede wszystkim różnic między telefonami „alkoholowymi”. Opis i konstrukcje poszczególnych wskaźników wyjaśnimy przy prezentowaniu uzyskanych wyników.

Rezultaty

Wszystkie telefony wchodzące w skład badanej grupy deklarowały znaczny stopień autonomii merytorycznej, niewielki wpływ organizacji i instytucji, w których strukturze funkcjonuje placówka.

W prawie wszystkich przypadkach stopień samodzielności decyzji jest określany na 85 – 100%. Tej samodzielności merytorycznej we wszystkich zbadanych przypadkach towarzyszy podległość organizacyjna. Najwięcej (ponad 50%) placówek działa w strukturze Służby Zdrowia, około 20% – w strukturze administracji państwowej lub terenowej, w większości przypadków funkcjonalnie bliskiej opiece zdrowotnej (pełnomocnicy wojewodów ds. przeciwdziałania alkoholizmowi, stacje sanitarno-epidemiologiczne itp.). Młodzieżowe TZ funkcjonują w strukturach oświatowych, jedynie 5 placówek (nieco ponad 13% badanej próby) działa w ramach organizacji społecznych i stowarzyszeń.

Techniczne warunki pracy TZ sprowadzają się do faktu, iż w okresie dyżuru wszystkie placówki mają jedną końcówkę abonencką dostępną dla rozmówcy. Jeden telefon (Ol-sztyński TZ „Anonimowy Przyjaciel”) ma dwa numery, z których jeden jest bezpłatny w miejskiej strefie telefonicznej. Wśród 38 badanych placówek tylko dwie mają możliwość rozmowy bezpłatnej. Drugą jest TZ AA w Ostrowie Wlkp. Dalsze 10% (4 placówki) umożliwiają rozmowę za opłatą jak za 1 impuls, pozostałe – to opłata wg taryfy. Tylko ok. 30% badanych telefonów korzysta z numerów przewidzianych w polskiej ordynacji telekomunikacyjnej dla telefonów zaufania (987 i 988). W tym tylko dwa alkoholowe.

Istotny dla całości obrazu wydaje się fakt, że jedynie nieco ponad połowa placówek dysponuje numerem, który jest wykorzystywany wyłącznie na potrzeby telefonu zaufania. Z pozostałych numerów korzystają, mam nadzieję że poza dyżurami, instytucje do których należy telefon. Ta sytuacja jest charakterystyczna dla telefonów stowarzyszeń trzeźwościowych (TAA). W tej grupie 10 na 11 numerów to telefony pełniące także inne funkcje niż telefon zaufania. Odwrotna proporcja występuje wśród TOg (1:11). Ten stan rzeczy byłby całkowicie zrozumiały w przypadku placówek dyżurujących rzadko i krótko (13 w badanej grupie nie pełni dyżurów nawet we wszystkie dni powszednie), ale pozostaje jeszcze 5 placówek o regularnym dyżurze, które także nie mają „swojego” telefonu.

Ważnym wskaźnikiem dostępności placówek jest czas ich dyżurowania. Wg reguł IFOTES, w której strukturze działa lub zamierza działać (ubiega się o stowarzyszenie) ponad 30 placówek w Polsce, należy dążyć do ideału – całodobowego dyżuru przez wszystkie dni w tygodniu. W Polsce bardzo mało telefonów spełnia ten warunek. W naszym materiale ankietowym pojawiły się tylko trzy takie telefony. Biorąc pod uwagę wielorakość form pomocy przez telefon oraz możliwości lokalne, Rada Koordynacyjna jako minimum dla placówki IFOTES określiła dyżur we wszystkie dni powszednie przez przynajmniej 4 godziny dziennie.

W naszym materiale telefony ogólne TOg dyżurują średnio 5,55 dnia w tygodniu (N=11), TAA-5,17 dnia w tygodniu (N=12), profesjonalne TAlk średnio 3,83 dnia (N=6), a TSp jedynie 3,11 dnia (N=9). Po zastosowaniu jednoczynnikowej analizy wariancji okazało się, że różnice między średnimi są na pograniczu istotności ($F=2,842$; $p<0,0522$). Średnie pierwszych trzech wymienionych oraz ostatnich dwóch grup nie różnią się od siebie istotnie. Istotnie więcej dni w tygodniu od niealkoholowych telefonów specjalistycznych TSp dyżurują telefony ogólne i telefony AA ($p<0,05$ w obu przypadkach). Powyższy wskaźnik powinien być dla całości opisu uzupełniony o informację o liczbie godzin dyżuru w tygodniu. Tu analiza wariancji wykazała istotne zróżnicowanie ($F = 7,855$; $p<0,0004$; $df = 37$). Za to zróżnicowanie odpowiada istotna przewaga telefonów ogólnych

nad pozostałymi, które stanowią grupę jednorodną. Średnia liczba godzin w tygodniu, w których placówki są dostępne to: TOg – 92,2 godz.; TAA – 29,4 godz.; TAlk – 29,2 godziny i TSp – 15,9 godziny.

Interesujący wydaje się rozkład godzin dyżuru podczas doby. Zamieszczone dwa rysunki ilustrują obciążenie poszczególnych części dnia liczbą dyżurujących telefonów wszystkich typów. (Rys. 1. Godziny dyżurów TNA, Rys. 2. Godziny dyżurów TA). Uwzględniono jedynie te placówki, które pracują przynajmniej we wszystkie dni powszednie. Na rysunkach przedstawiono oddzielnie rozkłady godzin dyżuru dla telefonów niealkoholowych (TNA) i alkoholowych (TA).

W pierwszej grupie (TNA) aż 8 z 20 placówek to te, które dyżurują rzadziej niż 5 razy w tygodniu. Są dostępne od 1 do 5 godzin podczas dyżuru. Okres dyżurowania każdego z nich przypada między godziną 15 a 20.

W drugiej połowie (TA) telefonów dyżurujących rzadziej niż pięć razy w tygodniu jest 5. Każdy z nich jest dostępny między godz. 10 a 21. Dyżurują od jednej do pięciu godzin. Jest charakterystyczne, jak widać z obu rysunków, że wszystkie one dyżurują w godzinach największego ruchu TZ, który dla TNA trwa od godz. 14 do 21, choć prawie tak samo silnie reprezentowany jest okres między godz. 21 a 4 rano. Dla TA „godziny szczytu” to okres między godz. 16 a 20.

Bardziej szczegółowe analizy dostępności wykazały, że jeśli ograniczyć porównanie tygodniowego czasu dyżurów do placówek działających przez co najmniej 5 dni w tygodniu, to dostępność TNA jest istotnie większa od dostępności TA ($t = 3,324$; $p < 0,003$; $df = 15,4$). Średnia liczba godzin dyżuru w tygodniu wynosi odpowiednio: TNA – 93,42 ($N=12$) i TA – 38,00 ($N=13$).

Jeżeli chodzi o obciążenie, to jedynym wskaźnikiem różnicującym ten zakres funkcjonowania TZ jest liczba rozmów w roku. Średnio w TNA odbywa się rocznie 2978,4 rozmów, w TA wskaźnik ten wynosi 342,3. Różnica jest istotna na poziomie $p < 0,0066$ ($t = 2,914$; $df = 19$). Obie grupy nie są wewnątrz identyczne. W TOg prowadzi się rocznie średnio 3941,4 rozmów, a w TSp – 1226,9. Telefony profesjonalne (TAlk) prowadzą średnio 556,3 rozmowy w roku, w TAA 181,8. Prawidłowość ta utrzymuje się przy zrelatywizowaniu liczby rozmów do liczby dyżurnych w poszczególnych TZ. Roczne obciążenie dyżurnego rozmowami w TNA wynosi 277,7, a w TA jedynie 63,0 ($t = 2,217$; $p < 0,035$; $df = 19,7$). Telefony niealkoholowe działają przy większej liczbie dyżurnych, choć różnica między wielkością personelu tych placówek i liczbą dyżurnych w obu typach telefonów alkoholowych nie jest istotna.

Na siłę telefonu składa się zarówno liczba dyżurnych jak i ich doświadczenie oraz tradycja mierzona czasem istnienia telefonu. Najpierw kilka słów o wskaźniku doświadczenia. Pytaliśmy w ankiecie jaki staż mają dyżurni podając przedziały i oczekując podania liczby osób z każdego z nich. Wskaźnik doświadczenia dyżurnych powstał przez przemnożenie dolnej granicy lat stażu przez liczebność klasy, a następnie zsumowaniu wszystkich danych, określenie średniego stażu zrelatywizowanego do liczby dyżurów telefonu.

W wyniku dokonanych analiz okazało się, jak już wspomniano, że TNA są liczniejsze, choć nieistotnie od TA. Okazało się także, że telefony ogólne działają istotnie dłużej od wszystkich pozostałych grup placówek, które stanowią grupę jednorodną ($F = 9,232$;

$p < 0,0001$; $df = 37$). Średni staż TAA wynosi 4 lata, profesjonalnego TAlk 5,33 lat, a TSp – 9,11 lat. Nad tą grupą przeważają zdecydowanie telefony ogólne, działające średnio od 17 do 27 lat.

Doświadczenie dyżurnych poszczególnych TZ także nie jest jednorodne ($F = 4,131$, $p < 0,0145$; $df = 33$). Dyżurni w telefonach AA mają średnio 1,22 lata stażu, w profesjonalnych TAlk – 2,83 lata, w TSp – 4,13 i wreszcie w ogólnych 5,09. Grupy homogeniczne stanowią pierwsze trzy i ostatnie trzy. Różnią się więc istotnie stażem dyżurni telefonów AA i telefonów ogólnych. Pytanie o różnicę między TNA i Ta przyniosło odpowiedź pozytywną. Okazało się, że ta różnica jest znacząca ($t = 3,200$; $p < 0,003$; $df = 26,1$). Średni staż dyżurnych 19 placówek TNA wynosi 4,684 lata, w 15 placówkach Ta średnia ta wynosi 1,867.

Interesującym wskaźnikiem porównawczym efektywności może być czas dyżuru wykorzystywany na rozmowę z telefonującym. Jest to dość skomplikowany wskaźnik szacunkowy, zobiektywizowany o tyle, że odpowiadający nie szacowali go sami. Ma on postać:

$$V = \frac{N * T}{T * 50 * 60}$$

gdzie licznik wyrażenia oznacza iloczyn liczby rozmów w roku i czasu typowej rozmowy w minutach, a mianownik liczbę godzin dyżuru w tygodniu przemnożoną przez liczbę tygodni w roku i przeliczoną na minuty.

W sumie oznacza to liczbę minut rozmowy w stosunku do liczby minut dyżuru.

Analiza wariancji wykazała zróżnicowanie ($F = 5,441$; $p < 0,047$; $df = 30$). Szczegółowe porównania pokazują, że współczynnik dla telefonów ogólnych (TOg), który wyniósł 0,3273 jest istotnie wyższy od wszystkich pozostałych, stanowiących grupę jednorodną (odpowiednio: TSp – 0,1248; TAlk – 0,1090 i TAA – 0,0537). Porównanie tego współczynnika między TNA i TA potwierdziło zaobserwowaną prawidłowość ($t = 2,730$; $p < 0,0107$; $df = 23,7$). Średnia w 17 placówkach TNA wyniosła 0,2439, w 14 placówkach TA – 0,0774.

Interesujące wydawało się czy ten wskaźnik zmienia się po rozwarstwieniu grup ze względu na doświadczenie dyżurnych i regularność dyżurów placówki. Trzeba przy tym pamiętać, że wiąże się to ze zmniejszeniem wielkości próby, a więc dla wykazania prawidłowości musi się ona silnie manifestować w zebranych materiale.

Po wyeliminowaniu placówek niedoświadczonych (TZ z dyżurnymi o stażu średnio rocznym) zależność się potwierdziła, z tym że grupy jednorodne stanowiły tu oba typy składające się na TNA (TOg i TSp) oraz jak poprzednio, oba alkoholowe i TSp. Odpowiednio TAA – 0,0119; TAlk – 0,1289; TSp – 0,1627 i TOg – 0,3607.

Analiza wariancji nie wykazała zróżnicowania współczynnika efektywności w placówkach rzadziej dostępnych (mniej niż 5 razy w tygodniu) i pokazała zróżnicowanie wśród placówek dostępnych częściej. Prawidłowości te ilustruje tabela.

Tabela 1.
Współczynnik efektywności w zależności od dostępności TZ

typ TZ	dostępny do 4dni/tydz.		dostępny 5 dni i więcej	
TOg	0,2971 _x	N=3	0,3402 _b	N=7
TSp	0,0464 _x	N=4	0,2293 _{ab}	N=3
TAlk	0,0591 _x	N=3	0,1590 _{ab}	N=3
TAA	0,1667 _x	N=1	0,0376 _a	N=7

brak wspólnego indeksu w kolumnach oznacza istotność różnicy $p < 0,05$

Różnica współczynnika TAA nie poddaje się racjonalnej interpretacji ze względu na incydentalność pierwszego parametru (N=1!).

Jeśli za wskaźnik rozwoju placówki przyjąć liczbę kandydatów do dyżurów oraz osób stażujących (1-szy rok dyżurów), to ani wskaźnik bezwzględny, ani ograniczony do grupy placówek o licznym personalu (powyżej mediany) nie różnicuje placówek TNA i TA. Brak tej różnicy jest znamieny – nie wykazuje rozwojowej dynamiki placówek młodych, w naszym materiale przede wszystkim TAA.

Wiek dyżurnych nie jest zróżnicowany. Większość (83%) dyżurnych niezależnie od typu placówki to osoby między 30 a 60 r.ż. Ten szeroki przedział, kategoria powstała dla celów innego badania, uniemożliwiła dokładniejsze zróżnicowanie. Istotny wydaje się fakt, że tak duża grupa dyżurnych jest w wieku sprzyjającym realizacji swego zadania. Dolna granica przedziału gwarantuje względną dojrzałość, górna nie wykracza poza okres sprawności zawodowej i życiowej. Pozostałe parametry charakteryzujące dyżurnych – w tabeli.

Tabela 2.
Charakterystyka dyżurnych TZ

	TNA		TA	
	TOg	TSp	TAlk	TAA
Płeć	68a(N=11)	62a(N=9)	63a(N=6)	29b(N=9)
Wyksz.	98c(N=11)	81c(N=9)	47d(N=6)	43d(N=8)

Liczby w wierszu PŁEĆ oznaczają średni udział procentowy kobiet w TZ

Liczby w wierszu WYKSZTAŁC. oznaczają średni udział procentowy dyżurnych z wykształceniem wyższym od matury. Wspólny indeks literowy w wierszach oznacza grupę jednorodną.

W zaprezentowanej tabeli, dla której testowano istotność różnic udziałów procentowych widać dwie interesujące prawidłowości;

- telefony AA są w większym stopniu obsługiwane przez mężczyzn niż inne telefony;
- status wykształcenia dyżurnych w telefonach alkoholowych jest niższy niż w niealkoholowych.

Pytaliśmy ankietowane placówki o dominujący temat rozmowy, prosiliśmy o wskazanie tych tematów, które są dla danej placówki typowe. Ze skategoryzowania odpowiedzi wynikło dziewięć grup tematycznych. Chcąc się zorientować czy występują różnice w tematyce rozmów z badanymi przez nas telefonami zbudowano przybliżony wskaźnik zawartości tematycznej rozmów. Wagą „2” obciążono tematy określone w ankietach jako dominujące, wagę „1” otrzymały tematy typowe, „0” to waga dla tematów niepodejmowanych w rozmowach danego TZ. W ten sposób każda placówka została opisana przez zespół parametrów określających zawartość tematyczną jej rozmów. Wskaźnik ma charakter porządkowy, zmienia się od 0 do 2 i w zasadzie nie uprawnia do stosowania analiz parametrycznych. Potraktujmy uzyskany przegląd jako obciążony błędem, ale dający pewną orientację.

Zawartość problematyki seksu i erotyki (temat 1) jest w różnych typach telefonów zróżnicowana ($F = 13,339$; $p < 0,0001$). Istotnie częściej występuje w TNA, w TA jest nieobecny.

Problemy małżeńskie, partnerskie (temat 2) to także grupa zróżnicowana ($F = 5,319$; $p < 0,041$). Rzadko dominuje w telefonach alkoholowych i specjalistycznych niealkoholowych (grupa jednorodna), istotnie częściej pojawia się w rozmowach telefonów ogólnych.

Trzecia grupa tematów to problemy rodzinne. Występuje z różną intensywnością w badanym materiale ($F = 9,799$; $p < 0,0001$). Zróżnicowanie ma podobny charakter jak poprzednio. Najsilniej reprezentowany jest ten temat w TOg. Istotnie rzadziej w pozostałych grupach, choć jest to temat obecny w rozmowach wszystkich typów placówek.

Temat czwarty to problematyka ideowo najbliższa tradycji telefonów zaufania – samotność i kontakty z ludźmi. Zróżnicowanie podobne w charakterze do obu poprzednich jest zgodne z oczekiwaniami ($F = 6,405$; $p < 0,0015$). Temat praktycznie nieobecny w rozmowach TAA, rzadki w obu grupach specjalistycznych (grupa jednorodna), istotnie częściej zaznacza się w rozmowach telefonów ogólnych.

Problemy prawne (temat 5) pojawiają się w rozmowach badanych TZ rzadko i niezależnie od typu placówki.

Zgodnie z oczekiwaniem, problematyka alkoholowa (temat 6) jest podstawowym tematem w obu typach TA (grupa jednorodna), istotnie rzadziej, choć typowo (wskaźnik większy od 1) w TOg i najrzadziej, istotnie rzadziej od każdej z pozostałych grup specjalistycznych placówek niealkoholowych TSp ($F = 20,558$; $p < 0,000...$).

Specyficzne problemy zdrowotne takie jak zdrowie psychiczne, AIDS, zagrożenie chorobą nowotworową, narkomania (temat 8) istotnie częściej podejmowane są w rozmowach TSp niż TAA. Pozostałe typy nie różnią się od obu krańców istotnie.

I wreszcie problematyka młodzieży, dorastania, kryzysu adolescencyjnego (temat 9) jest dominującą tematyką TSp. Istotnie częściej występuje tam niż we wszystkich pozostałych ($F = 12,135$; $p < 0,0001$), które stanowią grupę jednorodną. W rozmowach telefonów AA ta problematyka praktycznie nie występuje.

Pominięta w analizie siódma grupa tematyczna to problemy ekonomiczne. W naszym materiale nigdzie nie dominuje, jest zaznaczona wszędzie z podobną intensywnością.

Przyglądając się tablicy korelacji między wątkami tematycznymi można zauważyć kilka prawidłowości. Wątek alkoholowy nie współbrzmi ze sprawami seksualnymi

($r = 0,6255$; $p < 0,0001$) i problemami młodych ($r = -0,4495$; $p < 0,0046$). Skorelowane wzajem są wątki małżeńskie, rodzinne, samotności i kontaktów z ludźmi. Istotny jest również związek problemów małżeńskich i ekonomicznych w rozmowach telefonów zaufania ($r = 0,5330$; $p < 0,0006$).

Istotnym elementem pracy telefonu zaufania jest posiadanie czasu dla rozmówcy. Z poprzednich badań poświęconych „TZ dla osób z problemem alkoholowym” w Warszawie wynika bardzo silny związek między długością rozmowy, a jej charakterem. Najkrótsze rozmowy mają charakter informacyjny, im dłuższe, tym bardziej problemowe, nawet mające cechy terapii [6]. Ta prawidłowość wydaje się oczywista.

Trzy oszacowania pozwalają przyjrzeć się dynamice rozmów z TZ. Ankietowani byli pytani o długość typowej rozmowy, czas trwania rozmów najdłuższych i (w Suplemencie) o czas typowej rozmowy poświęconej problemom alkoholowym. Tam, gdzie oszacowanie przedstawiono przydziałowo, przyjmowano za wartość wskaźnika środek przedziału.

Zgodnie z oczekiwaniem długość typowej rozmowy powinna być inna w każdym typie TZ. Analiza wariancji potwierdza to przypuszczenie: $F = 3,114$; $p < 0,0403$. Zdecydowane różnice dają się dostrzec przy porównaniu maksymalnego czasu rozmów w różnych typach placówek. ($F = 11,366$; $p < 0,0001$). Zróznicowany jest także czas rozmów poświęconych problematyce alkoholowej ($F = 5,169$; $p < 0,0053$). Konkretnie dane zawiera tabela.

Tabela 3.
Długość rozmów TZ

typ	TNA		TA	
	TOg	TSp	TAlk	TAA
typowy	21,70 _a (12)	12,14 _b (7)	18,50 _a (6)	11,42 _b (12)
max.	139,0 _c (10)	64,25 _{dc} (8)	79,17 _d (6)	32,27 _e (11)
prob.al.	24,73 _x (11)	18,33 _{xy} (6)	20,00 _x (5)	11,58 _y (12)

Wspólne indeksy w wierszach świadczą o braku istotności różnic

Symptomatyczne wydają się dwie obserwacje. Po pierwsze, średnia rozmowa o problemie alkoholowym jest dłuższa od typowej rozmowy w danej placówce, choć różnice te nie są istotne. Być może to przywiązywanie do spraw szczególnej wagi, a może tylko błąd pomiaru. Druga obserwacja, ważniejsza, to charakterystyczny układ długości rozmów. Jeśli idzie o rozmowy typowe, to dłuższe są rozmowy prowadzone przez TOg i TAlk niż w TSp i TAA. Jeśli dodać do tego analizę różnic rozmów najdłuższych to wydaje się, że telefony ogólne i profesjonalne telefony alkoholowe są bardziej nastawione na rozmowę osobistą, głębszą, odchodzącą od wyłącznie informacyjnej funkcji. Te hipotezę uprawdopodobnia częste używanie w nazwach telefonów AA określenia „informacyjno-kontaktowy” oraz mniejsze doświadczenie dyżurnych tego typu placówek.

Wszystkie badane TZ poproszono o uszeregowanie wyjściowych oczekiwań osób, które telefonują w sprawach alkoholowych. W całym materiale na czele uporządkowania

znalazły się dwa spośród nich. Jest to pytanie „co można zrobić - jak pomóc w kryzysie” oraz pytanie „o możliwości lub/i miejsce leczenia”. Dalej lokuje się pytania „o przymus leczenia” i na końcu „prośba o interwencję”, pytania „o esperal” i „oczekiwanie diagnozy alkoholizmu”. Ten porządek opisują średnie rangi z 38 placówek. Istotne jest, że trzy ostatnie oczekiwania zajmują wspólne miejsce na końcu uporządkowania. Interesującej refleksji dostarcza analiza korelacji między poszczególnymi oczekiwaniami.

Wydaje się oczywiste, że oczekiwanie interwencji negatywnie koreluje z poszukiwaniem informacji o możliwościach leczenia ($r = -0,5299$; $p < 0,0006$) oraz z poszukiwaniem informacji o „leczeniu przymusowym” ($r = 4028$; $p < 0,0122$). Te związki objaśniają rozbieżność między dwiema odmiennymi postawami telefonujących. Pierwsza, bierna, manifestuje się w lokowaniu rozwiązania kryzysu w interwencji z zewnątrz. Negatywnie związane z tym oczekiwania to podjęcie aktywnej roli w próbie rozwiązania problemu. Nie rozstrzygamy tu o skuteczności drogi – analiza dotyczy przecież oczekiwań wyjściowych. Druga grupa związków między oczekiwaniami rozmówców również daje się rozumieć w podobny sposób. Silnie związane są ze sobą oba oczekiwania najczęstsze: co zrobić, jak pomóc i gdzie można się leczyć ($r = 0,5547$; $p < 0,0003$). Oba te praktyczne nastawienia korelują negatywnie z bardziej teoretycznym, poznawczo zorientowanym poszukiwaniem diagnozy uzależnienia ($r = -0,6872$ i $r = -0,7086$). Oba są również negatywnie związane z szukaniem informacji o esperalu ($r = -0,6350$ i $r = -0,5545$). Oczekiwanie diagnozy i poszukiwanie informacji o esperalu korelują ze sobą lecz nieco słabiej ($r = 0,3174$; $p < 0,521$). Rozumiemy te związki jako odmienność nastawienia praktycznego, zorientowanego na działanie i załatwianie sprawy oraz wstępnej orientacji w problemie bardziej nastawionej na poszukiwanie informacji.

Ten układ związków wydaje się spójny i stabilny. Posługując się uśrednionymi rangami stwierdziliśmy podobną ich hierarchizację w TNA i TA ($r_s = 0,771$).

Problem alkoholowy jest reprezentowany w poszczególnych typach TZ z różną częstotliwością. W telefonach alkoholowych (TAlk i TAA) stanowi on średnio 96% i 98% wszystkich rozmów. Zaskakująco wysoko szacowany jest średni udział procentowy rozmów alkoholowych w telefonach ogólnych. Wynosi on 32% i oczywiście jest istotnie niższy od obu poprzednich. Bardzo rzadko występuje problem alkoholowy w TSp. Jedyne nieco ponad 4% rozmów (średnio), to rozmowy z interesującego nas kręgu. Także ten udział procentowy jest istotnie niższy od poprzednich.

W sprawach alkoholowych dzwoni od 58% kobiet do TSp, do 72% do TAlk. Różnice nie są znaczące. Jednak przy porównaniu z płcią rozmówców niezależnie od tematyki i rodzaju problemu okazało się, że odsetek kobiet telefonujących do TOg w sprawach alkoholowych jest wyższy od typowego udziału kobiet w rozmowach z TOg. Zmienna losowa t – Studenta wynosi 2,022 i zbliża się do istotności przy 19,4 stopniach swobody ($p < 0,0568$). Podobną tendencję można zauważyć w przypadku TSp, ale przy małej liczbie próby i znacznej wariancji różnica ta nie okazała się istotna. Oszacowania z obu grup są podobne do proporcji płci rozmówców warszawskiego TZ dla osób z problemem alkoholowym [6].

Można było oczekiwać, że większość osób obojga płci, które telefonują w związku z własnym picciem trafi do telefonów alkoholowych, choć wysoki odsetek rozmów w sprawach alkoholowych w telefonach ogólnych mógł temu oczekiwaniu zaprzeczyć. Tak się

nie stało. Liczba osób dzwoniących do TNA we własnych sprawach jest określana jako pojedyncze przypadki lub co najwyżej zdecydowana mniejszość wśród podnoszących ten problem.

Interesujący, choć oczekiwany, jest związek między nastawieniem dyżurnych do problemu alkoholowego w rozmowach TZ, a typem placówki. $\chi^2 = 16,50$ dla $df = 2$ pokazuje silną ($p < 0,001$) zależność między tymi cechami. Wyłącznie w TA (i to znacznie silnie zmanifestowana w TAA) występuje postawa określona wyborem szczególnie pozytywnego stosunku do rozmów z kręgu alkoholowego. Wyłącznie wśród TNA dwukrotnie zmanifestowano stosunek niechętny.

Nieco zaskakująca była samoocena kompetencji w problemie alkoholowym. Nie wykryto związku między poziomem kompetencji w sprawie (w skali ocen szkolnych: do 4 vs bardzo dobrze, na 5 lub 6) a typem telefonu. χ^2 dla tego zestawienia cech wyniósł 1,158 i pozwolił odrzucić hipotezę zależności. Jeśli tak rozumianą kompetencję zestawimy z przynależnością do TAlk lub TAA, to okazuje się iż cechy te są zależne ($\chi^2 = 5,83$; $p < 0,02$; $df = 1$). Dyżurni telefonów AA częściej niż przypadkowo demonstrują niższy poziom samooceny, dyżurni TAlk bez wyjątku ocenili swoje kompetencje jako bardzo wysokie. Stosunek do rozmów o problemie alkoholowym nie pozostaje w istotnym związku z samooceną kompetencji ($\chi^2 = 0,9381$).

Wśród odpowiedzi o reguły zachowania wobec pijanych rozmówców nie znaleziono prawidłowości. Pojawiły się tu dwa typy odpowiedzi: nie ma reguł lub formułka (wyuczona?) – zachęca się do telefonów po wytrzeźwieniu.

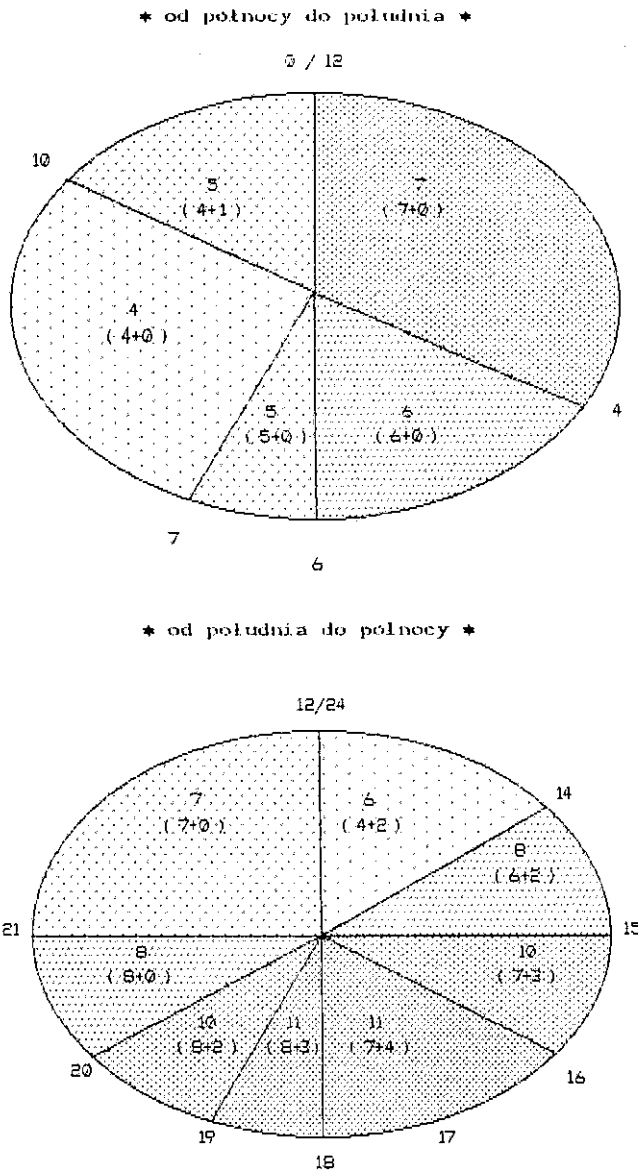
Podsumowania i wnioski

Pomoc przez telefon funkcjonuje w krajobrazie polskich służb medycznych i społecznych od ponad ćwierćwiecza. W formie zwracania się rozmówcy do dyżurnego TZ często można znaleźć taką lokalizację tego typu pomocy, którą najłatwiej utożsamić z łatwo dostępną poradnią bez formalności, rejonu itp. Często na początku rozmowy słychać – „Czy to poradnia?” [6]. Wśród oczekiwań osób dotkniętych problemem z piciem wyróżnić można dwie grupy potrzeb. Pierwsza, to chęć uzyskania wiążących, rzetelnych informacji – poszukiwanie wstępnej wiedzy o alkoholizmie i konfrontacja ze stereotypami: „przymusem” leczenia i implantacją esperalu. Druga, to poszukiwanie fachowego sojusznika (nieraz na dłuższy czas, do wielokrotnych rozmów) do aktywnego radzenia sobie z problemem własnym lub kogoś bliskiego.

Istotne, że niezależnie od specyficznej identyfikacji telefonu, oczekiwania są zbliżone. Z problemami związanymi z własnym piciem częściej jednak rozmówcy zwracają się do placówek specjalizujących się w problemie alkoholowym.

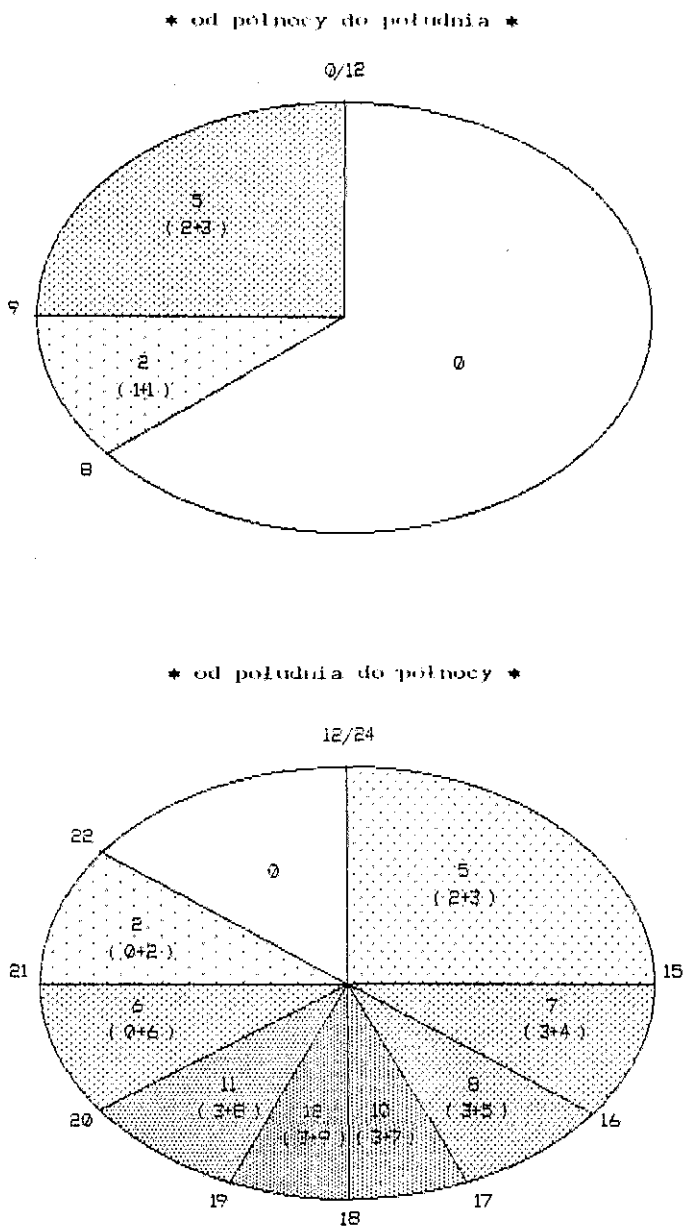
Na potrzeby rozmówców w tym zakresie odpowiadają przede wszystkim trzy grupy placówek. Dwie z nich to: telefony obsługiwane przez zawodowców – terapeutów lub specjalnie wyszkolonych trzeźwych alkoholików oraz placówki, w których Anonimowi Alkoholicy pełnią dyżur zorientowany, jak cały ruch AA, na kontakt. We własnych nazwach równoległe do określenia Telefon Zaufania pojawia się określenie Telefon Informacyjno-Kontaktowy AA. Ponad 90% rozmówców tych dwóch typów placówek, coraz dynamiczniej powstających w Polsce, to ludzie cierpiący z powodu konsekwencji picia własnego lub kogoś z bliskich. Mniej, bo nieco ponad 30% (wielkość co do wartości

Rys.1.
Godziny dyżurów telefonów niealkoholowych (TNA)



W diagramie podana jest liczba placówek dostępnych w poszczególnych przedziałach czasowych. Na obwodzie tarczy (zegara) oznaczone są godziny. Pierwsza liczba w nawiasie oznacza liczebność telefonów ogólnych (TOg) dostępnych o danej porze. Maksymalna liczba TOg w diagramie wynosi 8. Druga liczba w nawiasie oznacza liczebność telefonów specjalistycznych (TSp) dostępnych o danej porze. Maksymalna liczba TSp w diagramie wynosi 4. W obu diagramach pokazano godziny dyżurowania 12 placówek.

Rys.2.
Godziny dyżurów telefonów alkoholowych (TA)



W diagramie podana jest liczba placówek dostępnych w poszczególnych przedziałach czasowych. Na obwodzie tarczy (zegara) oznaczone są godziny.

Pierwsza liczba w nawiasie oznacza liczebność profesjonalnych telefonów alkoholowych (TALK) dostępnych o danej porze.

Maksymalna liczba TALK w diagramie wynosi 3.

Druga liczba w nawiasie oznacza liczebność telefonów stowarzyszeń trzeźwościowych (TAA) dostępnych o danej porze.

Maksymalna liczba TAA w diagramie wynosi 10.

W obu diagramach pokazano godziny dyżurowania 13 placówek.

bezwzględnej zblizona) rozmówców z tym problemem szuka porady i wsparcia w ogólnych telefonach zaufania. Przewagą tej ostatniej grupy placówek nad dwiema poprzednimi jest ich zdecydowanie większa dostępność, dłuższy dyżur i co za tym idzie, dużo rozmów w roku.

Rozmowy z TZ w Polsce nie są łatwe i tanie. Poszczególne placówki (poza jednym TZ) dysponują jedną końcówką abonencką, rozmowy trwają długo, ograniczając doraźny dostęp. Typowym sygnałem w słuchawce jest „zajęty”. Potwierdza tę konstatację wysoki współczynnik efektywności TOg (ponad 0,30). Za połączenia z większością placówek płaci się wg taryfy telekomunikacyjnej, jak za każdą rozmowę. Typowa, lokalna rozmowa kosztuje więc ok. 10 tys.zł., najdłuższe – dziesięciokrotnie więcej.

Telefony ogólne dysponują rutynowaną kadrą ze średnim ponad pięcioletnim stażem dyżurów. W telefonach alkoholowych dyżuruje więcej nowicjuszy, ale przynajmniej grupa placówek prowadzona przez profesjonalistów (w bardzo wielu elementach organizacji i parametrach opisujących udzielaną pomoc) nie odbiega istotnie od standardu telefonu ogólnego. Telefony AA pełniące przede wszystkim funkcję informacyjną (krótsze rozmowy, węższa specjalizacja, mniejsza stabilizacja dyżurnych) zyskują przewagę nad poprzednim zaangażowaniem i dynamiką rozwoju. Powstaje coraz szersza sieć w małych i średnich ośrodkach, mniejszą wagę przykładają się do strukturalizacji pomocy (brak własnego telefonu, „pospolite ruszenie” dyżurnych jako typowe rozwiązanie).

Porównanie szczegółowych parametrów organizacji i funkcjonowania TZ zdaje się potwierdzać dwutorową dynamikę rozwoju pomocy telefonicznej dla osób z problemem alkoholowym w Polsce. Pierwszy nurt, głęboko osadzony w tradycji Samarytan i związany organizacyjnie IFOTES to rozmowa charakterystyczna dla TZ – długa, głęboka, przyjacielska, prowadzona przez osoby coraz lepiej zorientowane w istocie problemu alkoholowego. Dotyczy to zarówno szkolących się w alkoholowej problematyce dyżurnych ogólnych TZ jak i podnoszących ogólne kwalifikacje dyżurnych TZ zawodowo lub ochotniczo związanych z lecnictwem odwykowym. Drugi bogaty nurt, to spontaniczny ruch trzeźwych alkoholików, przede wszystkim – AA, bliski w swej istocie ruchowi Chad Varaha, ale daleko mniej ustrukturalizowany od poprzednich. Szczegółowe porównania ofert i możliwości przedstawiliśmy w tym opracowaniu.

Assistance Provided by the Specific and General Telephone Emergency Service (TES) for Individuals Having Alcohol Related Problems

Summary

Questionnaires provided by 38 TES unit in Poland were analyzed. Data on organization, operating and the way of responding to the alcohol problems were collected. The questionnaires filled up by 11 general and 9 so called specific TES for individuals having

non-alcohol related problems (NATES) (as AIDS, teenagers, and so on) were collected. All together they covered 20 non-alcohol related TES. Additionally, the examined group comprised of 6 TES for individuals having alcohol related problem operated by professionals and 12 TES operated by sobriety societies, which amounted for 18 alcohol related TES (ATES). Calls to all examined TES, except for two, were charged according to the regular tariff.

The comparison of the ATES and NATES revealed that the former were set up later, operated for the shorter period of time, and their staff was less experienced and less stable.

The number of calls was not in proportion to the operational hours – NATES had yearly more calls and devoted to these services more time than ATES. Most of the TES might be accessed from 15:00 to 21:00 hours. There was no ATES operated on the whole day and night basis, while 4 NATES operated according to such a schedule. The average conversation time with NATES took 20 minutes approximately and the conversation focused on listening to the caller, while ATES call were normally shorter – 11 minutes on the average and were focused on providing information to the caller.

The alcohol related problems became more and more frequent in the NATES. Women called more frequently about alcohol related problems than men, in most cases about alcohol abuse by their husbands.

To wrap up, one should reiterate the growing volume of the alcohol related problems in the services of the TES and recommend to utilize the experiences and the organizational system of the NATES to improve the services provided by ATES.

Piśmiennictwo

1. 40 lat idei Chad Varaha, Biuletyn szkoleniowy Olsztyńskiego Telefonu Zaufania „Anonimowy Przyjaciół”, nr 2-93/4, Olsztyn 1993
2. Dobkowska Danuta, Pomoc profesjonalna i nieprofesjonalna w Telefonach Zaufania, w: Jestem z sobą – Olsztyński Telefon Zaufania „Anonimowy Przyjaciół” 1974 – 1989, Olsztyn 1989
3. Dobrzyńska Agnieszka, Interwencja Kryzysowa w rodzinie z problemem alkoholowym, Wyd. WOIK, Kraków 1993
4. Ignaczak Marek, Kilka Uwag o fachowości, Biuletyn XV Ogólnopolskiej Konferencji PTPT, Gdynia, 8-9 maja 1993
5. Ignaczak Marek, Polskie Telefony Zaufania IFOTES – struktura, samodzielność, działanie, niepublikowany referat na Ogólnopolskiej Konferencji PTPT, Gdynia 8-9 maja 1993
6. Ignaczak Marek, Telefon Zaufania dla osób z problemem alkoholowym, w: Telefon Zaufania w profilaktyce patologii społecznej, Częstochowa 1993
7. Świątecka Grażyna, Ćwierćwiecze ruchu pomocy telefonicznej w Polsce – zadania i miejsce w profilaktyce patologii społecznej, Psychiatria Polska, tom XXVII, numer 6, 1993.