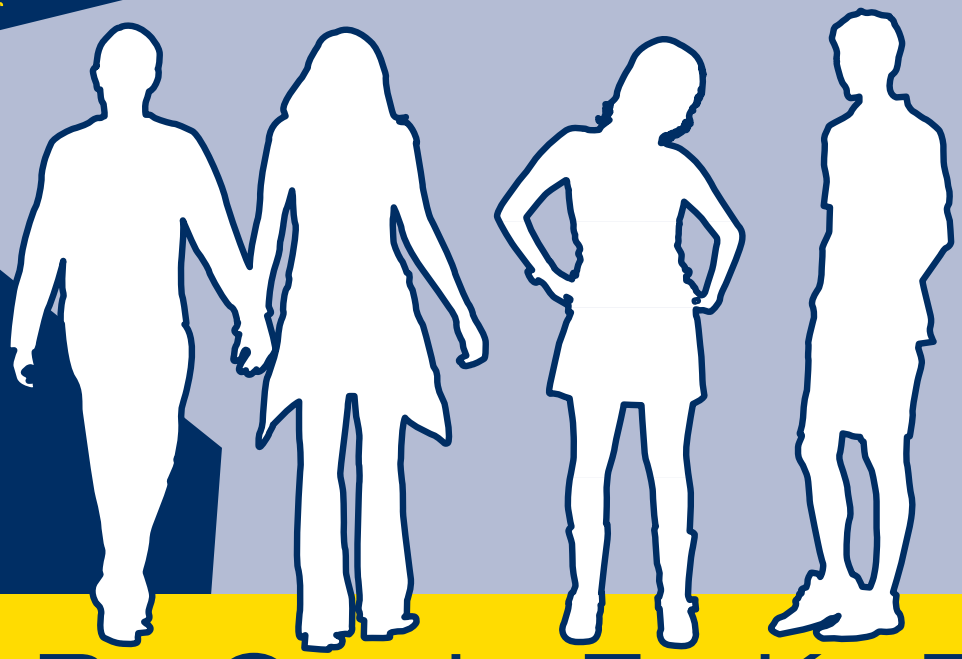
Executive Agency for Health and Consumers



P R O J E K T

Executive Agency for Health and Consumers

P R O J E K T

Publikacja ta powstała w oparciu o analizę danych, zebranych w trakcie realizacji projektu „Ten D by Night", sfinansowanemu przez Agencję Wykonawczą ds. Zdrowia i Konsumentów przy Komisji Europejskiej, w ramach działań na rzecz Programu Zdrowia Publicznego. Cała odpowiedzialność za zawartość merytoryczną opracowania i efekty ewentualnego wykorzystania do innych celów spoczywa na partnerach, biorących udział w projekcie.

Autorami niniejszej publikacji są:
Paola Berchialla[1], Francesca Carena[2], Simone Chiadó Piat[1], Johan Chiers[3], Axel Druart[3], Marcin Kędzia[4], Laura Sánchez[5], Roberta Siliquini[1], Valeria Siliquini[2], Maria Lucia Specchia[1], Daniel Vankov[6], Silvia Bruna Vanzino[1], Anita Villerusa[7].

Przynależność autorów do organizacji partnerskich:

1 Departament Zdrowia Publicznego, Uniwersytet w Turynie, Włochy
2 "S&T soc. coop.", Turyn, Włochy
3 "Responsible Young Drivers", Bruksela, Belgia
4 Fundacja „Kierowca Bezpieczny", Warszawa, Polska
5 "DATS", Uniwersytet w Walencji, Hiszpania
6 "Open Youth", Sofia, Bułgaria
7 Wydział Zdrowia Publicznego, Uniwersytet w Rydze, Litwa

Składamy wyrazy wielkiego uznania dla wszystkich osób, dzięki którym powstanie tej publikacji stało się możliwe.

Specjalne podziękowania dla Dyrektora Szkoły Zdrowia Publicznego przy Uniwersytecie w Turynie, Prof. Roberty Siliquini oraz jej studentów: Fabrizio Bert, Romeo Brambilla, Elena Cacello, Michele Ceruti, Alessandra Colombo, Massimo Favilla, Mario Galzerano, Leila Le Gouellec, Emanuela Lovato, Morena Martinese, Riccardo Papalia, Anna Pianzola, Ivan Scalvenzo and Silvia Bruna Vanzino.

PARTNERZY `TEN D BY NIGHT` 5

PROJEKT `TEN D BY NIGHT` 7

ZAŁOŻENIA PROJEKTU 9

STRATEGIA KOMUNIKACJI 11

SCHEMAT PROWADZENIA BADAŃ 17

BADANIA PILOTAŻOWE 23

BADANIA WŁAŚCIWE 27

WYNIKI BADAŃ NAUKOWYCH 35

WSKAZÓWKI DO PROWADZENIA BADAŃ 45

BIBLIOGRAFIA 51

Partnerzy `Ten D by Night`

CONSEPI

MotorOasi Piemonte
Fraz. Traduerivi 12 – 10059 Susa (TO) – Italy
Tel. + 39 0122 32752
e-mail: guidasicura@motoroasi.com
www.motoroasi.com

TURĪNAS UNIVERSITĀTE

Department of Public Health
Via Santena 5/bis – 10126 Turin – Italy
Tel. +39 011 6705875
e-mail: roberta.siliquini@unito.it
www.unito.it

S&T SOC. COOP.

Via Po 40 – 10123 Turin – Italy
Tel. +39 011 8126730
e-mail: v.siliquini@setinweb.it
www.setinweb.it

RESPONSIBLE YOUNG DRIVERS

Place des Barricades 9 – 1000 Brussels – Belgium
Tel. +32 2 5133994
e-mail: info@ryd.be
www.ryd.be

OPEN YOUTH

6 Kanarche Str. Entr. B app. 7 – Sofia 1756
Bulgaria
Tel. + 359 890 250657
e-mail: secretariat@open-youth.org
www.open-youth.org

RĪGAS STRADIŅA UNIVERSITĀTE

Dzirciema 16 – LV1007 Riga – Latvia
Tel.+371 67338310
e-mail: anita.villerusa@rsu.lv
www.rsu.lv

FONDS "SAFE DRIVER"

Fundacja "Kierowca Bezpieczny"
Wybrzeze Gdynskie 2 – 01-531 Warszawa – Poland
Tel. +48 22 8690146
e-mail: mkedzia@holowczyc.pl
www.kierowcabezpieczny.pl

VALENSIJAS UNIVERSITĀTE

DATS (Development and Advising in Traffic and Road Safety)
Calle Serpis 29 – 46022 – Valencia – Spain
Tel. +34 963 393 880
e-mail: francisco.alonso@uv.es – www.webdats.net

Projekt `Ten D by Night`

Głównym celem projektu było zdefiniowanie ogólnoeuropejskich metod prowadzenia działań, mających na celu zmniejszenie liczby i złagodzenie skutków wypadków drogowych, których sprawcami są ludzie młodzi. Głównie dotyczy to zdarzeń drogowych mających miejsce w czasie weekendów i spowodowanych na skutek prowadzenia pojazdu po spożyciu alkoholu i/lub zastosowaniu substancji psychoaktywnych.

Aby osiągnąć zamierzony cel, przyjęta została następująca metodologia: rozpropagowano materiały informacyjne o projekcie, stworzono punkty informacyjne w miejscach zabaw chętnie odwiedzanych przez młodzież, opracowano i wykorzystano do zbierania danych anonimowe kwestionariusze, przeprowadzono anonimowe testy alkoholowe i narkotykowe, dokonano pomiarów czasu reakcji u badanych kierowców. Następnie dokonano porównania zmierzonego czasu reakcji, informacji podanych w kwestionariuszu oraz wyników badań alkomatem i testem narkotykowym. Uzyskane w ten sposób dane zostały przeanalizowane i pozwolą na określenie kierunku podejmowania dalszych działań na poziomie narodowym i ogólnoeuropejskim.

Podstawą mechanizmu funkcjonowania projektu „Ten D by Night" były akcje prewencyjno-informacyjne, uświadamiające młodzieży skutki prowadzenia pojazdów po spożyciu alkoholu i/lub narkotyków. Opracowanie wyników naukowych prowadzonych w ramach projektu akcji ma wskazać drogę do zredukowania ilości ciężkich wypadków drogowych w obrębie grupy docelowej młodzieży. Dotyczy to w szczególności wypadków, których wynikiem jest śmierć lub trwałe kalectwo.

Główne rezultaty projektu `Ten D by Night`:

- przeprowadzenie działań prewencyjnych skierowanych do młodych ludzi, a związanych ze zjawiskiem i skutkami spożywania alkoholu i/lub narkotyków wśród kierowców
- zebranie danych naukowych na temat związków pomiędzy stosowaniem tych substancji przez młodych kierowców i powodowanymi pod ich wpływem wypadkami drogowymi

Projekt był współfinansowany przez Agencję Wykonawczą ds. Zdrowia i Konsumentów przy Komisji Europejskiej.

Struktura projektu `Ten D by Night`

Dla zwiększenia efektywności działań, projekt został podzielony na 7 tematycznych pakietów roboczych, przydzielonych do realizacji poszczególnym Partnerom:

Numer pakietu	Nazwa pakietu	Partner prowadzący
1	Koordynacja projektu	„Consepi", Włochy
2	Dystrybucja wyników	"S&T soc. coop.", Włochy
3	Przebieg realizacji projektu	Uniwersytet w Rydze, Litwa
4	Metodologia badań	Uniwersytet w Turynie, Włochy
5	Badania pilotażowe	Uniwersytet w Walencji, Hiszpania
6	Badania właściwe	„Consepi", Włochy
7	Analiza wyników badań	Uniwersytet w Turynie, Włochy

Ogromne zaangażowanie wszystkich Partnerów przy realizacji tak przydzielonych zadań, przyczyniło się do sukcesu projektu.

Założenia projektu

Niszczący wpływ wypadków drogowych na społeczeństwo jest jednym z najważniejszych problemów do rozwiązania wśród państw członkowskich Unii Europejskiej. Jest to zjawisko, które się stale rozszerza i generuje ogromne straty wśród ludzi oraz koszty społeczne z tym związane. Raport "Traffic Safety Basic facts 2006" pokazuje, że w całej Europie w wypadkach drogowych w latach 1995–2004 zginęło około 73,500 młodych ludzi, w wieku 16–24 lat.[1] Stanowi to około 18.1% wszystkich wypadków mających miejsce w tym samym czasie. Raport pokazuje również, że młodzi ludzie są niemal dwukrotnie bardziej narażeni na ryzyko śmierci w wypadku drogowym, w porównaniu do średniej wieku populacji w Europie. Ponad połowa wypadków, których ofiarami są młodzi ludzie ma miejsce podczas weekendów. Oczywiście jest wiele różnych zmiennych, które decydują o różnicach w ilości zabitych w różnych regionach, oraz wiele zmiennych wpływających na śmiertelność i stopień okaleczenia ofiar tych wypadków. Światowa Organizacja Zdrowia zdefiniowała tragiczne skutki wypadków drogowych jako jeden z głównych problemów do rozwiązania w państwach wysokorozwiniętych i założyła jako cel ich 50% redukcję, do roku 2020. Bazując na danych zawartych w literaturze międzynarodowej można stwierdzić, że alkohol i substancje psychoaktywne powodują niezdolność do prowadzenia pojazdów i ogólne zwiększenie ilości wypadków drogowych. Substancje te zaburzają uwagę, koncentrację i odbiór bodźców zewnętrznych; w niektórych przypadkach spowalniają reakcje, a w innych powodują nadmierną pewność siebie.[2,3] Literatura wskazuje, że bardzo istotne jest prowadzenie akcji prewencyjnych, których celem jest wyrobienie u młodzieży poczucia odpowiedzialności i świadomości skutków stosowania narkotyków.[4–6]

Podczas gdy literatura międzynarodowa wiele mówi o tym, jak bardzo substancje psychoaktywne przyczyniają się do powstawania wypadków drogowych, o tyle niewiele wspomina o ludziach zażywających narkotyki regularnie i okazjonalnie, przed prowadzeniem pojazdów. Mało też mówi na temat konsekwencji takich zachowań. To wskazuje na znikomą ilość informacji i wyników badań, mówiących o zależnościach pomiędzy stężeniem tych substancji w płynach ustrojowych i zmianami zachowań ludzkich. Ponadto regularny nawyk łączenia różnych typów substancji psychoaktywnych (aby doświadczyć kilku różnych doznań jednego wieczoru) ma ogromny wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów.[7,8] Dlatego dzisiaj, bardziej niż kiedykolwiek istnieje duża potrzeba zapobiegania ryzykownym zachowaniom kierowców poprzez wykrywanie obecności alkoholu i substancji psychoaktywnych we krwi. Niestety przekonanie to wciąż napotyka na teoretyczne i praktyczne bariery na wielu różnych płaszczyznach, również poprzez ograniczenia narzucone przez restrykcyjną interpretację polityki prywatności, brak możliwości wykonywania testów w dowolnym miejscu oraz problemy

natury biologicznej, związane z przechowywaniem pobranych próbek biologicznych. Oprócz wymienionych problemów, do końca nie zbadano do końca działania poszczególnych substancji, więc nie można wyciągnąć jednoznacznych wniosków i jednoznacznie określić związków pomiędzy stosowaniem i dawkowaniem substancji, ich wpływem na zdolność prowadzenia pojazdów oraz intensywnością oddziaływania.

Wiadomo, że im łatwiejsze do wykonania są różnego rodzaju testy, tym mniej inwazyjne będzie pobieranie próbek do badań. Dlatego w ciągu ostatnich lat test śliny stał się bardzo istotną, niekonwencjonalną metodą wykrywania narkotyków i substancji psychoaktywnych.[9–12] To główny powód dlaczego podczas realizacji projektu „Ten D by Night", aby uzyskiwać możliwie najszybciej wyniki, używano jednorazowych testów śliny.

Przeprowadzono wiele badań, które miały określić jaką rolę grają substancje psychoaktywne w powstawaniu wypadków drogowych, w grupie docelowej młodzieży. Literatura wskazuje na silny związek pomiędzy śmiertelnością i okaleczeniami w wypadkach, ale wykazuje ten związek wyłącznie w oparciu o badania próbek pobranych od osób hospitalizowanych, poszkodowanych w tych wypadkach.

W krajach członkowskich Unii Europejskiej prowadzonych jest wiele kampanii mających uchronić młodzież przed lekkomyślnym traktowaniem problemu prowadzenia pojazdów, aby wpłynąć na redukcję ofiar najcięższych wypadków, w tym śmiertelnych. W tym celu wiele szkół wprowadziło specjalne programy edukacyjne. Literatura socjologiczna zwraca uwagę na wielką rolę tego rodzaju kampanii skutecznie modyfikujących zachowania młodych ludzi, w porównaniu ze słabą siłą docierania innych form przekazu do młodzieży.

Wiele projektów poświęcało uwagę wpływowi alkoholu na zdolność prowadzenia pojazdów, ale żaden nie brał pod uwagę innych zmiennych, jak w przypadku „Ten D by Night": stosowania substancji psychoaktywnych bezpośrednio przed prowadzeniem i korelacji pomiędzy spożywaniem alkoholu i substancji, a zmianami czasu reakcji kierującego.

Pierwotnym aspektem i wartością dodaną projektu jest wypracowanie sposobu szacowania ryzyka powstania wypadków drogowych po spożyciu alkoholu i po zastosowaniu substancji psychoaktywnych na podstawie danych uzyskanych podczas akcji prewencyjnych, przeprowadzonych według ściśle określonego modelu.

Strategia komunikacji

Strategia komunikacji była kluczowym elementem programu „Ten D by Night", ze względu na kompleksową strukturę organizacyjną i zaangażowanie kilku partnerów na różnych płaszczyznach działań. Podział zadań ułatwił komunikację ze światem zewnętrznym poprzez optymalizację siły oddziaływania przekazów informacyjnych na grupę docelową, co z kolei pozwoliło dotrzeć do szerszej grupy odbiorców.
Biorąc pod uwagę wiek grupy docelowej, tj. młodzież w wieku 16 – 24 lata, położono szczególny nacisk na opracowanie komunikatywnej formy informacyjnych materiałów drukowanych i strony internetowej. Zwrócono też uwagę na język, który musiał być taki sam, jakim posługuje się młodzież w codziennej komunikacji.

Strategia komunikacji była skierowana na:

- podniesienie świadomości na temat ryzyka związanego ze spożywaniem alkoholu i stosowaniem substancji psychoaktywnych bezpośrednio przed prowadzeniem pojazdów
- rozwinięcie wiedzy na temat wpływu alkoholu i substancji psychoaktywnych na zdolność do prowadzenia pojazdów
- zwiększenie efektywności programów prewencyjnych

Kampania komunikacyjna „Ten D by Night" zakładała również dotarcie do innych grup docelowych prócz młodzieży, w różnych obszarach krajów partnerskich. Opierała się w dużej mierze na szerokich publikacjach założeń programu oraz wyników prowadzonych badań.
Dla zagwarantowania efektywności prowadzonych działań komunikacyjnych, został opracowany sposób przekazywania informacji, w oparciu o następujące narzędzia:

- **LOGOTYP** gwarantujący wysoką rozpoznawalność prowadzonych działań o zasięgu lokalnym i ogólnokrajowym;
- **STRONA INTERNETOWA,** www.tendbynight.eu będąca instrumentem, dającym maksymalny zasięg i zapewniającym skuteczność komunikacji zewnętrznej;

- **ULOTKI** drukowane w językach ojczystych partnerów projektu, opisujące założenia i cele prowadzonych działań oraz zakres zaangażowania partnerów w projekt;

- **PLAKATY** jako forma reklamy prowadzonych akcji i badań, eksponowane w miejscach najczęściej odwiedzanych przez młodzież (szkoły, puby, kluby, itp.);

- **ULOTKI INFORMACYJNE** dostarczające cennych informacji na temat ryzyka związanego z piciem alkoholu, stosowaniem narkotyków i ich wpływem na zdolność prowadzenia pojazdów;

- **GADŻETY** do wręczania uczestnikom badań jako dowodu uznania za wzorową postawę i pełną współpracę w trakcie przeprowadzania badań, podczas wieczornych zabaw;

- **KONFERENCJE PRASOWE I ARTYKUŁY PRASOWE** jako narzędzia służące zwiększeniu zauważalności prowadzonych działań;

- **KONFERENCJA KOŃCOWA** zorganizowana w lutym 2010r. w Turynie, podsumowująca wyniki współpracy partnerskiej oraz wyniki przeprowadzonych badań i analiz naukowych;

- **MANUAL** publikujący wyniki badań oraz wskazówki wykorzystania wypracowanego modelu prowadzenia akcji, na poziomie ogólnoeuropejskim.

Wszystkie narzędzia służyły upublicznieniu celów projektu „Ten D by Night", promowaniu świadomości i zaangażowania lokalnych władz w działania prewencyjne, wspieraniu potencjału do szerokiego wykorzystania zebranych doświadczeń oraz osiągnięciu efektów długoterminowych po przeprowadzeniu serii interwencji. Również powstanie dokumentacji naukowej i jej prezentacje podczas konferencji naukowych były istotnym elementem strategii komunikacji projektu.

LEAFLET

POSTER

FLYER

Staying safe on drugs...

- Do it with someone you know and trust, preferably someone who's used it before.
- Make sure you are somewhere you feel safe and secure.
- Trips last a long time, make sure you've got somewhere to go after the club.
- Drugs aren't toys. It can affect you in ways which last for years Never, ever, abuse it.
- Don't even think of driving!

The best way to deal with drugs and alcohol is of course for you to challenge the zero tolerance's philosophy, or even better, never starting. Well, it's never too late to be aware of what's dangerous for you and others.

Respect yourself. Be cool but responsible!

AKNOWLEDGEMENT:
Production, possession, consumption and sales are subjected to prosecution and penalties according to each country's law and regulation.

More information about alcohol and drugs (prevention, alternatives, treatments and solutions) is easily obtainable on the Internet. Just start by surfing on our "TEN D By Night" webpage, you'll find out what we do and where we're going to:

www.tenDbynight.eu

TEN d BY NIGHT

We, European kids, live in a drug using world (from our morning coffee, to the medication we use or the glass of wine or beer we have in a party). But all drugs have the potential to harm if not used carefully. The most commonly used drug is still alcohol, but the raise of other psychoactive drugs and their increasing rate of consumption must be carefully considered by you and by your friends.

Therefore in collaboration with the European Commission, several European youth organizations and Universities assembled to find out what is really happening within nightlife and collecting precise statistics about alcohol and drugs use and misuse.

The project is called TEN D by Night and aim to define a European approach to contribute to the reduction of car accidents often correlated to this issue.

Just for you to know... 10 relevant facts!

Worldwide observations show that a huge numbers of terrible accidents usually happen during weekends' nights in which young people are often involved. Thousands of young European drivers will risk injuries and even death to drive back home after drinking, using drugs or medicines misuses.

Source: CARE database - European Commission

- **Experimental studies show that use of cannabis and medicines results in impaired driving ability; varying according to dose, tolerance and delay after intake.**
- Combining any of these drugs with alcohol significantly increases the risk of being involved in, or responsible for, a traffic accident.
- **It seems that cocaine tends replacing amphetamines and ecstasy as the stimulant drug of choice.**
- Deaths mentioning ecstasy often occur unexpectedly among socially integrated young people.
- **Suicide is identified as a cause of drug overdose deaths in some studies among drug users. Suicides constituted 30 % of all drug-related deaths reported in Scotland in 2005. Drugs misuse problems contribute to suicidal behaviour.**
- Studies show that, after alcohol, cannabis is the most prevalent drug among Europe's driving population.
- **A French study showed that 17 % of the drivers under 25 years old involved in a car accident between 2001 and 2003 had used cannabis.**
- A survey carried out for Green Flag in United Kingdom, of drivers aged between 17 and 24 years, almost a third know someone who takes illegal drugs and drives regularly. One-in-ten also said they were likely to take illegal drugs over the festive period and more than half said someone they knew would take illegal drugs. Worryingly, almost a third had been a passenger in a car when they knew the driver had taken illicit drugs.
- **Cannabis-using drivers are most likely to be young males.**
- There are general legal changes to the prosecution of drug driving, and the penalties for it have been already applied in several countries. Illicit drugs such as cannabis are subjected to the new zero-tolerance law for drivers.

10 TIPS BY NIGHT (and drug related risks)

1. ALCOHOL
2. CANNABIS
3. ECSTASY
4. COCAINE
5. GHB
6. SPEED / CRYSTAL
7. KETAMINE
8. MAGIC MUSHROOMS
9. LSD / ACIDS
10. HEROIN

TEN d BY NIGHT
BRIEF PROJECT DESCRIPTION
DRUGS and ALCOHOL
GENERAL TIPS

WWW

GADGET

Schemat prowadzenia badań

Cele projektu `Ten D by Night`:

CELE OGÓLNE

- podniesienie poziomu świadomości młodzieży na temat wpływu alkoholu i substancji psychoaktywnych na zdolność do prowadzenia pojazdów (spadek poziomu uwagi, opóźnienie czasu reakcji, itp.);
- publikacja informacji na temat efektów spożywania alkoholu i stosowania substancji psychoaktywnych;
- określenie ogólnoeuropejskiej strategii zapobiegania wypadkom drogowym spowodowanym nadużywaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych;
- zdobycie wiedzy na temat spożywania alkoholu i stosowania substancji psychoaktywnych przez młodzież, w najczęściej odwiedzanych miejscach spotkań.

CELE SZCZEGÓLNE

- oszacowanie ilości spożywanego alkoholu i stosowanych substancji psychoaktywnych przez młodzież, w miejscach częstych spotkań, na obszarze prowadzenia badań;
- oszacowanie wpływu spożywania alkoholu i stosowania substancji psychoaktywnych na zdolność do prowadzenia pojazdów oraz na ryzyko powodowania wypadków drogowych;
- podniesienie poziomu świadomości młodzieży na temat wpływu alkoholu i substancji psychoaktywnych na zdolność do prowadzenia pojazdów poprzez publikowanie w miejscach spotkań właściwych informacji oraz zastosowanie innowacyjnych metod badań (np.: elektronicznego symulatora pomiaru czasu reakcji);
- wprowadzenie innowacyjnych, zintegrowanych sposobów prowadzenia działań, mające na celu zwiększenie efektywności europejskich programów prewencyjnych;
- realny wpływ na redukcję liczby najcięższych wypadków drogowych z udziałem młodzieży, podczas weekendów, w rejonach prowadzenia akcji „Ten D by Night".

Zunifikowany schemat prowadzenia badań został opracowany w formie dokumentu przez wszystkich partnerów projektu. Był zaakceptowany przez ogół przed rozpoczęciem badań pilotażowych, co stanowiło gwarancję

zastosowania tych samych metod i narzędzi badawczych oraz dało możliwość dokonywania obiektywnych porównań wyników badań, przeprowadzonych w poszczególnych krajach. Propozycje ewentualnych zmian w schemacie zostały zgłoszone i wprowadzone na etapie pilotażowym projektu. Końcowa wersja schematu działania projektu została przedstawiona poniżej.

STRUKTURA BADAŃ

Badania wielopłaszczyznowe.

BADANA POPULACJA

Grupa docelowa stanowiła 5.000 posiadaczy prawa jazdy w wieku 16–24 lata, bawiących się na wieczornych imprezach weekendowych w klubach młodzieżowych. Średnio przebadano 1.000 osób w każdym z krajów: Belgia i Holandia, Bułgaria, Włochy, Polska i Hiszpania. Miejsca prowadzonych badań zostały wybrane spośród najliczniej i najchętniej odwiedzanych przez młodzież klubów. Wybór tych miejsc zapewnił przekrojowość pod względem miejsca zamieszkania i przynależności społecznej badanych. Wybór klubów był też uzależniony od przychylności właścicieli lokali.

INTERWENCJE W KLUBACH

Każdego wieczoru, kiedy miały być przeprowadzone badania, specjalny zespół zakładał odpowiednio wcześniej punkt informacyjny w klubie. Punkt ten znajdował się wewnątrz lokalu, w pobliżu wejścia.[14] Składał się on z kilku stanowisk, przy których wolontariusze przeprowadzali wywiady w formie ankiet.
Do zadań wolontariuszy należało: właściwy wybór uczestników badania zgodnie z przyjętymi kryteriami, wyjaśnienie im celu i zasad prowadzonych w ramach projektu badań, przydzielenie anonimowego kodu uczestnikom, pomoc przy wypełnieniu pierwszej części ankiety na wejściu do klubu, test alkoholowy i pomiar czasu reakcji na symulatorze.
Czynności do wykonania przy wyjściu z klubu: test narkotykowy, wypełnienie drugiej części ankiety na wyjściu, test alkoholowy, wpisanie wyników do właściwego arkusza danych, wyjaśnienie wyników, wręczenie ulotek informacyjnych oraz gadżetów „Ten D by Night".

ZESPÓŁ INTERWENCYJNY

Zespoły stanowili specjalnie przeszkoleni wolontariusze, którzy potrafili prawidłowo przeprowadzić zaplanowane działania i posiadali zdolność bardzo dobrej komunikacji z grupą docelową. Standardowy trening przeprowadzony w każdym z zaangażowanym w projekt krajów, pozwolił na osiągnięcie identycznego poziomu wyszkolenia w każdym zespole partnerskim.

Każdy z zespołów miał się składać z minimum 5 osób: koordynatora wszystkich działań prowadzonych podczas wieczornych imprez, administratora przydzielającego kody uczestnikom badań i zarządzającego obiegiem dokumentacji, kilku wolontariuszy przeprowadzających wywiady, badania alkomatem i badania narkotykowe oraz osoby obsługującej symulator pomiaru czasu reakcji. Jednak każdy z członków zespołu miał wolną rękę co do wyboru sposobu działania. Jeśli wymagała tego sytuacja, mógł sam przeprowadzić indywidualnie każdego uczestnika, przez wszystkie kolejne etapy badań.

ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADAŃ

Formularz zgody na dobrowolne poddanie się badaniom został napisany możliwie najprostszym językiem, w pełni zrozumiałym dla młodzieży i przetłumaczony na języki partnerów projektu.[15] Składał się z opisu celu prowadzonych badań, opisu procedury prowadzenia badań, opisu ryzyka i korzyści, wyjaśniał anonimowość uczestnictwa i rozwiewał ewentualne obawy uczestników. Oczywiście zawierał też zgodę na udział w badaniu, która była podpisywana dwustronnie, przez uczestnika i wolontariusza. Ze zgodą na przeprowadzenie ankiet nie było problemu nigdzie poza Belgią i Holandią, gdzie zbieranie tego typu informacji jest zabronione prawnie.[16]

ANONIMOWY SYSTEM KODOWANIA

Badania wymagały zastosowania anonimowego sposobu kodowania, gwarantującego:

- całkowitą anonimowość wyników badań zbieranych przy wejściu i wyjściu z klubu;
- całkowitą anonimowość prowadzącego badania, dla uniknięcia problemów prawnych, gdyby np. uczestnik był ofiarą wypadku tuż po przeprowadzonych badaniach;
- dostęp do wyników wyłącznie dla osób prowadzących badania.

Zastosowany został system oznaczania badanych za pomocą widocznych, niezdejmowalnych, wodoodpornych bransoletek z trwale naniesionymi numerami kolejnymi.[14,17] Osoba zapraszająca uczestnika do wzięcia udziału w badaniu prosiła o nie zdejmowanie bransoletki w klubie. Bransoleta była zakładana na nadgarstek w taki sposób, aby nie było można jej zdjąć i przekazać innej osobie. Osoby, które nie godziły się na założenie bransolety automatycznie były wykluczane z badań.
Dzięki systemowi bransoletek można było bezbłędnie stwierdzić, czy osoba przystępująca do badań przy wyjściu z klubu jest tą samą osobą, która poddała się badaniu przy wejściu. Nie trzeba było w takim przypadku zadawać jakichkolwiek dodatkowych pytań, na które pod wpływem alkoholu czy substancji psychoaktywnych osoba taka mogła by nie być w stanie odpowiedzieć.[18] Po zebraniu wszystkich wyników badań, bransolety były usuwane z rąk badanych. Wówczas nie było już możliwości powiązania osoby z wynikami badań.

KWESTIONARIUSZE

Po dokładnym zapoznaniu się z literaturą fachowa i publikacjami wydawanymi od 2002 roku, na podstawie zawartych tam informacji zostały opracowane kwestionariusze. Zawierały one pytania o dane socjodemograficzne badanych, ogólne pytania do wywiadu na temat spożywania alkoholu i stosowania substancji psychoaktywnych, pytania na temat prowadzenia pojazdów, pytania o społeczną przydatność akcji „Ten D by Night" i poziom zadowolenia biorących udział w badaniach. Długość kwestionariuszy została zredukowana do niezbędnego minimum.

Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczą płci uczestników badań, ich daty urodzenia, wykształcenia, wykonywanej pracy, współmieszkańców, wykształcenia ojca, pytania opisujące pochodzenie kulturowe i poziom wykształcenia. [19] Są też pytania o miejsce urodzenia badanego oraz jego matki.[20]

Dodatkowo znalazło się pytanie ogólne o przyjmowanie leków, w ciągu ostatniego tygodnia.

Badanych pytano też o czas posiadania prawa jazdy, częstotliwość prowadzenia pojazdów, wykroczenia drogowe i udział w wypadkach oraz o sposób organizowania sobie transportu do klubu i po wyjściu z niego.[17, 21, 22]

Odnośnie alkoholu i narkotyków zadawano pytania, które pozwoliły opisać nawyki badanych w zakresie regularnego lub okazjonalnego picia alkoholu i przyjmowania substancji psychoaktywnych.[23–26] Pytano również o spożycie obu rodzajów używek tuż przed przybyciem do klubu oraz o zamiar ich użycia podczas wieczornej imprezy.[14]

Ostatnia część formularza wypełnianego przy wejściu do klubu zbierała informacje, czy w ostatnim miesiącu badany prowadził pojazd lub był pasażerem auta, którego kierowca był pod wpływem alkoholu bądź narkotyków, oraz czy badany uczestniczył w wypadku drogowym, którego przyczyną był alkohol lub narkotyki. Ostatnie z pytań w tej sekcji dotyczy oceny ryzyka prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu lub narkotyków. Badani mają odpowiedzieć czy i w jakim stopniu jest to zjawisko według nich niebezpieczne.[19,21,26–30]

Kwestionariusz wypełniany przy wyjściu z klubu zaczyna się od pytania na temat czasu spędzonego w klubie, spożycia alkoholu lub narkotyków podczas imprezy oraz czasu, jaki upłynął od wypicia ostatniego drinka.[14,17] Następnie pada pytanie o wpływ badań na podjęcie decyzji w kwestii kierowania pojazdem po wyjściu z imprezy, ze względu na stan w jakim się badany znajduje i wyniki badań, którym został poddany. Na zakończenie pada pytanie o poziom akceptacji dla prowadzonej akcji i czy powinno się je organizować częściej.

Wypełnianie kwestionariuszy prowadzono w dwojaki sposób: gromadzono komplet danych przy wejściu i przy wyjściu z klubu dla potrzeb prowadzonych badań naukowych lub wykonywano tylko testy przy wyjściu z klubu i przekazywano je uczestnikom, na wyraźne ich życzenie.

TEST ALKOHOLOWY

Dla określenia zawartości alkoholu we krwi, określano zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu. Do tego celu użyto alkomatu Dräger Alcotest 6510.[31] Jest to urządzenie bardzo proste w obsłudze, dające bardzo szybko wynik badania. Bardzo ważne było zachowanie 15 minutowego odstępu pomiędzy ostatnim drinkiem, a momentem badania. Wysokie stężenie alkoholu w ustach mogłoby bowiem zniekształcić prawidłowy wynik badania. Urządzenie podaje stężenie alkoholu w g/l, w ciągu zaledwie 10 sekund. Badanie było w pełni higieniczne dzięki stosowaniu jednorazowych ustników.

TEST NARKOTYKOWY

Spośród wielu testów dostępnych na rynku europejskim, do badań wybrano test marki „Oratect III Oral Fluid Drug Screen Device", wyprodukowany przez Branan Medical Corporation.[32] Jest to jednostopniowy, immunologiczny test chromatograficzny służący jednoczesnemu wykrywaniu wielu rodzajów narkotyków w ślinie: kokainy, metamfetaminy, amfetaminy, halucynogenów, benzodiazepiny, opiatów.[33]
Podczas badania tester wkładany jest do ust. Dostaje się do niego pewna ilość śliny, a jej wystarczająca ilość sygnalizowana jest przez pojawienie się niebieskich pasków w odpowiednich miejscach. Jeżeli na teście zaczną się pojawiać czerwone paski, świadczy to o prawdopodobnej obecności narkotyków w płynach ustrojowych. Test pokazuje stężenie powyżej: 25 ng/ml dla d-metamfetaminy, 40 ng/ml dla delta-9-tetrahydrokannabinolu, 20 ng/ml dla kokainy, 25 ng/ml for d-amfetaminy, 10 ng/ml dla morfiny, 5 ng/ml dla diazepamu. Pojawienie się kontrolnych pasków w kontrolnych obszarach informuje o poprawności wykonania testu. Wynik testu musi być odczytany w ciągu najwyżej 5 minut od chwili wyjęcia testera z ust.[32,34]

SYMULATOR BEZPIECZNEJ JAZDY

To nowoczesne urządzenie elektroniczne o nazwie „SimuNomad3 Ecrans", wyposażone w oprogramowanie SCAM 03.[35] Wyglądem przypomina konsolę gry rajdowej, więc jest sporą atrakcją dla uczestników badania czasu reakcji. Badanie oparte jest o zjawisko stymulacji, kiedy to przed pojazdem pojawia się niespodziewanie przeszkoda. Kierowca ma za zadanie zareagować możliwie najszybciej, przenosząc stopę z pedału gazu na pedał hamulca, wciskając go gwałtownie. Czas reakcji liczony jest od momentu pojawienia się przeszkody, do momentu rozpoczęcia hamowania. Badani są zapraszani przy wejściu do klubu, aby spróbowali swoich sił. Najpierw wykonują próbę swobodną, aby zrozumieć zasadę działania symulatora. Wynik z drugiej próby zostaje już wpisany do kwestionariusza. Przy wyjściu z klubu uczestnicy są poproszeni o wykonanie tego samego testu tylko jeden raz. Operator symulatora może porównać wyniki i pokazać badanemu, o ile zmienił się jego czas reakcji pomiędzy chwilą wejścia do klubu i wyjścia z niego.

PORÓWNANIE DANYCH O WYPADKACH

Program „Ten D by Night" zakłada również porównanie danych ze statystyk policyjnych, dotyczących weekendowych wypadków z udziałem młodzieży, mających miejsce w rejonie prowadzenia akcji. Porównaniu zostaną poddane dane statystyczne z okresu po zakończeniu serii akcji z analogicznym okresem roku ubiegłego. Nie zawsze dane takie są jednak dostępne na żądanie.

ANALIZA DANYCH

Dane z badań prowadzonych podczas akcji gromadzone były w postaci arkuszy Microsoft Excel i analizowane przy użyciu programu STATA 10.0 (Stata corp., College Station, TX, 2007).

Badania pilotażowe

CELE BADAŃ PILOTAŻOWYCH

Przeprowadzenie badań pilotażowych miało za zadanie sprawdzić, czy opracowana metodologia ich przeprowadzenia będzie możliwa do pełnej realizacji, oraz czy pozwoli na wyciągnięcie empirycznych wniosków, na podstawie otrzymanych wyników. Miało też wyeliminować słabe punkty założeń programu, co było gwarancją wysokiej efektywności prowadzonych działań. Badania pilotażowe miały także zwrócić uwagę na inne, niezauważone wcześniej aspekty, które mogły okazać się kluczowe dla osiągnięcia celów programu.

PRZEPROWADZENIE BADAŃ PILOTAŻOWYCH

Zaproponowano zaangażowanie w badania łącznie 20–30 osób, aby ich ilość pozwoliła na szybkie zebranie możliwie dużej ilości danych. Intencją było aby w miejscach prowadzenia wieczornych akcji móc mieć stale do dyspozycji do 20 osób, mogących prowadzić badania.

TRENING I PRZYGOTOWANIE KOORDYNATORÓW

W każdym kraju zorganizowano zespoły, przynajmniej 5-cio osobowe. Każdy zespół miał koordynatora, który przeszedł gruntowne szkolenie w grudniu 2008 roku, w Turynie. Trening koordynatorów składał się z bloków tematycznych:

- **Sposób kontaktowania się i komunikacji z młodzieżą** – jednym z najważniejszych elementów komunikacji była empatia oraz młody wiek badających. Ważne też było, aby wśród prowadzących badania byli mężczyźni i kobiety. Nacisk położono na niewerbalne aspekty komunikacji, które mają bezpośredni wpływ na przekonanie grupy docelowej do udziału w badaniach. Było bowiem wskazane, aby badający posiadali podstawową wiedzę z zakresu psychologii oraz bezpieczeństwa ruchu drogowego. To pozwoliło mieć pewność, że trening był odpowiedni, co pozwoliło na kontynuację rozpoczętych działań.

- **Poprawne stosowanie systemu anonimowego kodowania uczestników** – projekt zakładał odpowiednie zastosowanie systemu kodowania uczestników, aby zapewnić całkowitą anonimowość wyników badań. Podczas treningu koordynatorzy przekonali się o poprawności działania systemu kodowania, co rozwiało wszelkie pojawiające się na ten temat wątpliwości.
- **Zarządzanie obiegiem kwestionariuszy** – zorganizowane podczas treningu próbne badania pilotażowe pozwoliły na sprawdzenie, czy pytania zawarte w kwestionariuszach nie są problematyczne dla badanych, czy uzyskanie odpowiedzi jest zawsze możliwe oraz czy konieczne jest wprowadzenie pytań dodatkowych, niezbędnych dla uzyskania potrzebnych danych.
- **Prowadzenie testu alkoholowego i narkotykowego** – koordynatorzy zostali przeszkoleni przez ekspertów wykonując kilkakrotnie badania pod ich nadzorem, co zapewniło prawidłowe stosowanie testów przez wszystkich koordynatorów, w przyszłości. Dało to również lepszą znajomość działania testów i zapobiegło problemom podczas prowadzenia badań na terenie klubów.
- **Używanie symulatora do pomiaru czasu reakcji** – uzgodniono, że dla uniknięcia potencjalnych problemów z użytkowaniem konsoli, niezbędne będzie przygotowanie operatorów technicznych urządzenia. Gdyby jednak podczas badań pilotażowych nie stwierdzono problemów z obsługą, mogli jej dokonywać wszyscy prowadzący badania, po krótkim szkoleniu ogólnym.

TRENING I PRZYGOTOWANIE PROWADZĄCYCH BADANIA

Każdy z koordynatorów biorących udział w szkoleniu w Turynie przeszkolił następnie przynajmniej 5 osób, wolontariuszy przeprowadzających badania.
Ich trening składał się z następujących bloków tematycznych:
– Znajomość i zastosowanie strategii perswazji – racjonalnej i emocjonalnej, aby umiejętnie wpływać na postawę i zachowania badanych. Treningowi były poddane osoby mające mieć kontakt bezpośredni z badanymi, względem których nie było żadnych wątpliwości, ze podołają temu zadaniu.
– Znajomość komunikacji niewerbalnej – w procesie przekonywania badanych.
– Umiejętność właściwego przekazania informacji o kluczowej roli, jaką odgrywa każdy anonimowy uczestnik badania. Uświadomienie, że jego udział stanowi ważny wkład w pracę nad kształtowaniem postaw całego społeczeństwa, a wyniki badań pomogą w przyszłości opracować programy, których wdrożenie pomoże zmniejszyć ilość wypadków drogowych. Dzięki tej metodzie uczestnicy mieli przekonanie, że biorą udział w projekcie, który między innymi wpłynie bezpośrednio na zmniejszenie ilości i złagodzenie skutków wypadków drogowych wśród młodzieży.
– Określenie wspólnych ogniw z innymi badaniami, których wyniki opracowane na bazie podobnych, anonimowych metod badawczych względem uczestników, pozwolą na opracowanie rozwiązań, które wpłyną na zmniejszenie ilości ludzkich cierpień. Pozwolą też na opracowanie skuteczniejszych sposobów przekonywania ludzi do udziału w tego typu badaniach.

– Wpływanie na przekonanie badanych, że wyniki uzyskane dzięki ich udziałowi pozwolą na znalezienie rozwiązań, które będą pomocne dla innych ludzi. W tym przypadku będzie to pomoc w redukcji tragicznych wypadków drogowych związanych z alkoholem i narkotykami.
– Znajomość mechanizmu i strategii używania empatii do przekonywania innych osób. Odnosi się to do dwóch poprzednich punktów. Wspólną ideą jest tu przekonanie młodych ludzi, że robią coś, aby pomóc innym ludziom.

Oczywiście trening skupiał się też na:
- Problematyce spożywania alkoholu i narkotyków oraz ich wpływie na zdolność prowadzenia pojazdów;
- Obsługi alkomatu, testu narkotykowego i symulatora pomiaru czasu reakcji;
- Wyjaśnieniu formuły prowadzenia badań.

SPOSÓB PROWADZENIA INTERWENCJI

Każdy z partnerów w pierwszej kolejności kontaktował się z właścicielami klubów i tam rozpoczynał wstępne działania przygotowawcze. Miejsca prowadzenia akcji były wybierane zgodnie z założeniami programowymi. To pozwoliło na uniknięcie niepotrzebnych problemów w realizacji zadań.

PRZECHOWYWANIE UZYSKANYCH DANYCH

System kodowania uczestników i sposób zapisywania danych był wcześniej opracowany i przetestowany. Dlatego prowadzący badania wiedzieli doskonale w jaki sposób dane zbierać i zapisywać, aby można było je następnie poddać naukowej analizie.

KOORDYNACJA BADAŃ PILOTAŻOWYCH

Każdy z krajów przeprowadził na swoim terytorium opisane powyżej działania. Każdy z koordynatorów pakietu roboczego, przypisanego poszczególnym partnerom, koordynował ich wspólną realizację i monitorował adaptację opracowanej metodologii prowadzenia działań. Każdy z prowadzących dany pakiet roboczy był informowany bezpośrednio o każdym problemie, który pojawiał się podczas realizacji przyporządkowanego mu pakietu, przez wszystkich partnerów. W ten sposób partnerzy projektu na bieżąco rozwiązywali każdy powstały problem.

WNIOSKI Z BADAŃ PILOTAŻOWYCH

Wszystkie kraje biorące udział w projekcie były zadowolone z wyników przeprowadzonych badań i były zgodne, że stanowiło to wielki wkład realizację przyszłych projektów.

Jednym z głównych problemów okazało się zebranie kompletnych kwestionariuszy. Część badanych opuszczała klub bez wypełniania drugiej części ankiety, tak więc część z nich była wypełniona połowicznie. To wskazywało na prawdopodobne problemy w komunikowaniu celu prowadzonych działań, co leżało u podstaw ich prowadzenia.
Podczas badań pilotażowych można było od razu zauważyć dysonans pomiędzy ilością uczestniczących w badaniach kobiet i mężczyzn oraz problem w znalezieniu uczestników należących idealnie do grupy docelowej.
Badania dały możliwość sprawdzenia efektywności prowadzenia badań i wskazały też na konieczność zatrudnienia większej ilości badających. Pokazały również poziom wyszkolenia zespołów oraz elementy w ich pracy, które należało poprawić. Konieczność zwiększenia obsady zespołów badawczych była wnioskiem, który powstał w każdym kraju niezależnie i wskazywał na potrzebę zwiększenia liczby badających do około 10 osób w zespole. Efektem wprowadzenia tej zmiany był wzrost efektywności prowadzonych badań podczas każdej z następnie przeprowadzonych interwencji.
W niektórych przypadkach realizacja badań była bardzo trudna ze względu na niechęć wśród właścicieli klubów dla tego typu akcji, których tematyka związana była z alkoholem i narkotykami.

Uniwersytet w Turynie zarządzał kolekcjonowaniem formularzy, przetwarzaniem zawartych w nich danych oraz ich analizą. Wszyscy uczestnicy przesłali formularze pocztą za wyjątkiem Hiszpanów, którzy przekazała swoje kwestionariusze podczas spotkania partnerów w Hiszpanii.

Podsumowując, akcja prowadzenia badań pilotażowych zakończyła się sukcesem. Pozwoliła na sprawdzenie opracowanej strategii prowadzenia działań i umożliwiła rozwiązanie problemów jeszcze na etapie przed rozpoczęciem badań właściwych.

Badania właściwe

SESJA TRENINGOWA

Aby interwencje mogły być dobrze przeprowadzone, musiały zostać wybrane odpowiednie miejsca ich realizacji, załatwione odpowiednie zgody i pozwolenia, wydrukowane materiały informacyjne i kwestionariusze, wyselekcjonowane młode, chętne do pracy osoby. Niezbędne było również ich przeszkolenie. Do zebrania odpowiedniej ilości kwestionariuszy niezbędne było utworzenie zespołów około 10-cio osobowych. Ta ilość zapewniała wysoką efektywność zbierania danych.
Na około tydzień przed rozpoczęciem pierwszych interwencji, badacze przechodzili trening prowadzony przez koordynatora.

Szkolenie obejmowało następujące tematy:

- efekty spożywania alkoholu i narkotyków i wpływ na zdolność do prowadzenia pojazdów
- ocena ryzyka prowadzenia pojazdów pod ich wpływem
- procedura prowadzenia badań podczas interwencji

Osoby mające prowadzić badania musiały w pełni zrozumieć wszystkie detale i założenia programowe, aby móc odpowiedzieć na każde pytanie zadane przez badanych. Pomoc specjalistów w tych dziedzinach była podczas szkolenia bardzo wskazana. Ćwiczono też wcielanie się w role badanych i badających, aby lepiej opanować komunikację z młodzieżą, szczególnie pod kątem łamania tematu tabu, jakim jest picie alkoholu i zażywanie narkotyków w tym środowisku.

INTERWENCJA KROK PO KROKU

Został opracowany wspólny dla wszystkich partnerów ogólny schemat czasowy. Oczywiście w praktyce były pewne nieznaczne różnice, które wynikały np.: z różnych godzin pracy klubów, w których były prowadzone interwencje.

20:00
Spotkanie zespołu w miejscu zbiórki.
Wszyscy byli poproszeni o punktualne przybycie na miejsce zbiórki. Było niezwykle ważne, aby właściwie przygotować się do pracy odpowiednio wcześniej. Od tego zależało sprawne prowadzenie badań. Sprawdzenie niezbędnych do zabrania materiałów musiało się odbyć jeszcze przed przyjazdem do klubu.

20:30
Wyjazd do klubu.

21:00
Przyjazd do klubu.
Istotne było zorganizowanie krótkiej odprawy z managerem klubu, aby poznać się z członkami zespołu, sprawdzić przygotowanie miejsca pracy i rozłożyć niezbędne materiały. Ważne też było rozprowadzenie materiałów informacyjnych po klubie i skorzystanie z ewentualnych wskazówek managera. Również prowadzący badania mogli zasugerować pewne rozwiązania praktyczne, które pozwolą później na zebranie większej ilości chętnych uczestników badań. Przykładowo dobrze było poinformować ochronę o celu i sposobie prowadzonej interwencji.

Trzeba pamiętać, że ustalanie terminu akcji dużo wcześniej może spowodować, że tego wieczora będzie zorganizowana impreza nie koniecznie dla grupy docelowej naszych badań. Wówczas badani będą albo zbyt młodzi, nie posiadający jeszcze prawa jazdy, albo w wieku zbyt zaawansowanym. Informacje takie trzeba sprawdzać na bieżąco, w trakcie prowadzenia przygotowań do interwencji.

21:45
Końcowa odprawa zespołu.
Niezbędne było syntetyczne podsumowanie celów prowadzonej akcji, obowiązków spoczywających na członkach zespołu, procedur prowadzenia badań, krótkiego pokazu obsługi urządzeń.

Ważna jest też motywacja członków zespołu do pracy i ewentualne odpowiedzi na ostatnie pytania.

Podział obowiązków: podobnie jak rozkład czasowy prowadzonych działań jest bardzo ważny, równie istotnym elementem jest prawidłowy podział obowiązków. Aby działania były efektywne, powinien on wyglądać w następujący sposób:

– 2 badających przy stanowisku informacyjnym. Witają uczestników badań, nadzorują dystrybucję materiałów informacyjnych oraz wydawanie alkomatu i testów narkotykowych, przydzielają kod każdemu

uczestnikowi i zakładają bransoletę. Pomagają w ten sposób pozostałym badającym w trafnym i szybkim przyporządkowaniu kwestionariuszy do badanych, w równoległym wprowadzaniu nowych uczestników do badań oraz w obsłudze alkomatu i testów narkotykowych.
– 1 osoba obsługuje symulator pomiaru czasu reakcji. Urządzenie te wymaga stałego nadzoru ze względu na swoją wartość oraz efektowny wygląd, co przyciąga wiele zaciekawionych osób. Nieodpowiedzialne używanie symulatora mogło by spowodować jego uszkodzenie.
– 6 badających wita uczestników, wypełnia z nimi kwestionariusze przekazując wszelkie informacje na temat badań i odpowiadając na pytania. Przeprowadzają uczestników badań przez wszystkie etapy (badanie alkomatem, test narkotykowy, pomiar czasu reakcji) i zajmują się kolejnymi osobami chętnymi z kolejki.
– 1 koordynator nadzorujący wszystkie działania i pomagający w różnych sytuacjach, w trakcie prowadzonych badań.

Ten model może być dopasowywany do potrzeb danego kraju i bieżącej sytuacji podczas każdej z interwencji. Zmianie może ulec czas prowadzonej akcji, czy liczba osób prowadzących badania.

23:00
Powitanie pierwszych gości.
Członkowie zespołu są zwykle podekscytowani i nastawieni entuzjastycznie do pierwszych uczestników. Witają ich i tłumaczą cel prowadzonych badań. Zapraszają do nich młodych posiadaczy prawa jazdy.

Chęć uczestnictwa zależy od różnych czynników, jak np.: rodzaj imprezy, wiek i typ gości, warunki pogodowe oraz fakt, że muszą brać udział w 2 częściach badania: przy wejściu do klubu i przy wyjściu z klubu. Kusząca zwykle jest perspektywa otrzymania pamiątkowego gadżetu w zamian za pełne uczestnictwo i współpracę oraz możliwość wypróbowania urządzeń elektronicznych. Ważna bywa również chęć pokazania swoim znajomym, że jest się w stanie bezpiecznie odwieźć ich do domu, po wyjściu z imprezy.

To są obszary, na których wolontariusze prowadzący badania powinni motywować uczestników do włączenia się w akcję. Bardzo ważna jest dobra komunikacja z młodymi ludźmi. To największy atut, który musi byś wykorzystany efektywnie, aby do akcji udało się zaangażować możliwie największą grupę młodzieży.

Jeżeli gość zgadza się na udział w badaniach, wolontariusz w pierwszej kolejności prosi o podpisanie zgody na udział, wyjaśnia cele i zasady prowadzonych badań i informuje o zamiarze wykorzystania wyników do celów naukowych. Często się zdarza, że do udziału zgłasza się jednocześnie cała grupa. Wówczas obsługuje ich jednocześnie przynajmniej dwóch wolontariuszy.

Po wyjaśnieniu założeń projektu tak, że są one jasne i zrozumiałe dla uczestników, badający przystępuje

do zadawania pytań. Często bawią one badanych, więc odpowiadają na nie chętnie. Bardzo ważna jest tu postawa prowadzących badania. Swobodny, naturalny, młodzieżowy styl bycia jest tu podstawą. Należy podkreślić fakt, że badający muszą być przy tym szczerzy i prawdziwi w każdym calu, aby uświadomić młodzieży, że są zespołem badawczym projektu „Ten D by Night", a nie urzędnikami, czy funkcjonariuszami policji. Niezwykle ważne jest też położenie nacisku na konieczność wzięcia udziału w drugiej części badań, ponieważ dopiero uzyskanie kompletnych wyników i zebranie w pełni wypełnionych kwestionariuszy, warunkuje sukces całego projektu.
Istotne jest jednocześnie stałe przypominanie o anonimowości kwestionariuszy i poufności gromadzonych informacji.
Następnie badający zaprasza do udziału w teście z użyciem alkomatu, zapisując uzyskany wynik. Kolejnym badaniem jest pomiar czasu reakcji na symulatorze. Badanie to wykonywane jest 2 razy. Pierwsze próbne, drugie właściwe. Dzięki temu badany rozumie dokładnie jak działa urządzenie i użyje go w taki sam, prawidłowy sposób podczas badania pierwszego i końcowego.

Po wpisaniu wyników i wypełnieniu pierwszej części kwestionariusza, badający życzy udanej zabawy w dalszej części wieczoru przypominając o konieczności i istotności powrotu przed wyjściem z klubu, w celu dokończenia badań.

TIMING: 10 minut na każdego uczestnika.
Czas badania jednej osoby nie powinien przekraczać 10 minut. Czas ten powinien być wystarczający. Ważnym czynnikiem przekonującym do uczestnictwa bywa chęć znalezienia się w centrum uwagi, szczególnie podczas próby pomiaru czasu reakcji na symulatorze.

02:00
Powitanie uczestników przy wyjściu z klubu.
Ta część akcji jest najtrudniejsza do przeprowadzenia i wymaga ogromnej uwagi. Bardzo często wiele osób chce opuścić klub w tym samym czasie życząc sobie, aby wypełniane kwestionariusza prowadzone było przez tą samą osobę. Często więc rezygnują nie chcąc czekać w kolejce do konkretnego wolontariusza. Trzeba zatem wykonywać swoje obowiązki szybko i sprawnie, a jednocześnie dokładnie. Kiedy wyjście z klubu staje się zatłoczone należy zwracać szczególną uwagę na materiały i urządzenia, aby nie zostały skradzione.

Z racji mocno ograniczonego czasu drugą część badań należy rozpocząć od testu narkotykowego, następnie przejść do badania alkomatem, wypełnić do końca formularz i zakończyć procedurę pomiarem czasu reakcji.

Test narkotykowy jest łatwiejszy do przeprowadzenia, niż się powszechnie uważa. Wystarczy na to nie więcej niż 5 minut. Jest to idealny czas na rozmowę o stosowaniu i skutkach używania narkotyków oraz konsekwencjach z tego wynikających. Jest to ważny moment kiedy w psychice młodych ludzi można powiązać ten temat ze zdrowiem i zapobieganiem wypadkom drogowym.

Kwestionariusze wypełniane przy wyjściu z klubu są krótsze i proste do wypełnienia. Zabiera to dwie minuty i wymaga prostych, krótkich odpowiedzi na pytania. Wówczas wolontariusz prosi o zajęcie miejsca w symulatorze, po raz ostatni we wspólnej podróży z „Ten D by Night".

Po zakończeniu ostatniego badania należy uważnie sprawdzić poprawność wypełnienia kwestionariusza, podziękować za udział, wręczyć obiecany gadżet i życzyć uczestnikowi i jego przyjaciołom bezpiecznej podróży do domu.

TIMING: 10 minut na każdego uczestnika.
Pomimo krótkiego czasu potrzebnego na wypełnienie drugiej części kwestionariusza, wykonanie testu narkotykowego trwa 5 minut. W tym czasie można równolegle wykonać badanie alkomatem, czy dokonać pomiar czasu reakcji. Jest to również dobry moment na uświadamiającą rozmowę na temat prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu i narkotyków i, jeśli to konieczne, na odwiedzenie od zamiaru powrotu do domu samochodem, jeśli osoba nie powinna wsiadać za kierownicę ze względu na swój stan.

05:00 – 06:00
Zakończenie interwencji.
Na zakończenie akcji, zespół pakuje urządzenia i materiały, sprawdza i przelicza wypełnione kwestionariusze. Odbywa się krótka odprawa końcowa i wymiana spostrzeżeń po wieczornej interwencji.

Impreza się kończy, członkowie zespołu bezpiecznie wracają do domów.

MOŻLIWE TRUDNOŚCI

Każdy z partnerów „Ten D by Night" włożył wiele wysiłku w przygotowanie swojego zespołu oraz infrastruktury po to, aby przeprowadzić wszystkie interwencje możliwie najlepiej. Jednak pojawiło się kilka trudności, które w większości przypadków występowały podczas działań u wszystkich partnerów programu.

PROBLEMY SOCJOLOGICZNE

Jednym z najważniejszych elementów było dotarcie do właściwej grupy docelowej. Jeżeli interwencje odbywały się w popularnych miejscach spotkań młodzieży, niemal pewne było, że jest to właściwa, poszukiwana grupa. Sytuacja stawała się bardziej złożona w wielkich, zatłoczonych dyskotekach. Wiele bawiących się tam osób miało powyżej 30 roku życia, a więc nie należeli do grupy docelowej. Dlatego kluczowym dla zebrania odpowiednich danych był właściwy dobór miejsca prowadzenia interwencji. Drugim problemem był brak zaufania do anonimowości kwestionariuszy. Wiele osób obawiało się podpisania formularza, w którym zawarte były pytania o narkotyki oraz kilka pytań bardzo osobistych, związanych z tym tematem. Niezbędne było wyjaśnienie założeń prowadzonych badań i opisanie mechanizmu działania programu.

PROBLEMY TECHNICZNE

Najbardziej niezawodnym elementem był symulator pomiaru czasu reakcji. Dopóki symulator działał wewnątrz budynku, nie pojawiały się żadne komplikacje. Kilkakrotnie akcje były prowadzone na zewnątrz, przy niskich temperaturach. Wówczas czasami pojawiała się konieczność zrestartowania systemu.
Alkomat również nie sprawiał żadnych problemów. Jednak w sytuacji, gdy klub jednocześnie opuszczała większa część badanych, wielu z nich rezygnowała z dokończenia badań z powodu kolejki do badania alkomatem. Większa ilość alkomatów byłaby tu bardzo wskazana.
Największą ilość problemów stwarzał test narkotykowy. Wielokrotnie nie działał poprawnie lub wyniki były wieloznaczne. Również stosunkowo długi czas badania powodował wielokrotnie rezygnację z dokończenie badań. Nie wiadomo do końca co było powodem wadliwego działania wielu testów, ale z pewnością można stwierdzić, że było to przyczyną wielu rezygnacji z dokończenia badań. W wielu przypadkach właśnie dlatego kwestionariusze nie były wypełnione w sposób kompletny.
Dobra organizacja pracy oraz wystarczająca ilość badających w zespole były szczególnie ważne pod koniec wieczoru, kiedy klub jednocześnie zaczęło opuszczać wiele osób jednocześnie. Im więcej wolontariuszy, tym więcej było kompletnie wypełnionych formularzy i tym lepszy wynik prowadzenia badań. Wniosek jest taki, że istnieje kilka podstawowych zasad, które warunkują efektywność prowadzenia interwencji „Ten D by Night".

KORZYŚCI PŁYNĄCE Z PROWADZENIA INTERWENCJI

Przez uczestników akcji wytypowane zostały trzy podstawowe korzyści, płynące z realizacji programu „Ten D by Night”:

1. Wielu uczestników było bardzo pozytywnie zaskoczonych akcją, ponieważ był to ich pierwszy kontakt z problemem wpływu alkoholu i narkotyków na zdolność do prowadzenia pojazdów. W wielu wypadkach była to dobra okazja do rozwinięcia wiedzy na temat różnorodności narkotyków i ich szkodliwości.

2. Interwencje oferowały uczestnikom niepowtarzalną możliwość sprawdzenia swoich reakcji będąc pod wpływem alkoholu lub narkotyków, całkowicie anonimowo i poufnie. Pomiar czasu reakcji pokazywał jak bardzo zmieniają się reakcje i jak bardzo niebezpieczne jest prowadzenie auta pod ich wpływem. Akcje „Ten D by Night” bardzo skutecznie przestrzegły przed tym zjawiskiem wielu młodych ludzi.

3. Akcje Ten D były bardzo cennym źródłem wiedzy na temat zachowań społecznych młodych ludzi. Wszyscy żyjemy w świecie pełnym różnorakich używek, jednak problem ich stosowania jest wciąż tematem tabu. Wiele pozytywnych ocen akcji od uczestników badań najlepiej świadczy o tym jak bardzo potrzebne są tego typu inicjatywy. Pokazuje również jak wielkie jest zainteresowanie społeczeństwa potrzebą prowadzenia takich akcji na obszarze całej Europy.

Wyniki badań naukowych

Wszystkie dane przedstawione w poniższych tabelach powinny być traktowane jako wstępne, ogólne wyniki badań.

Tabela 1. Dane demograficzne i status socjoekonomiczny badanych, w poszczególnych krajach.

	Os.	Belgia + Holandia		Bułgaria		Włochy		Polska		Hiszpania		Ogólnie	
		N=851		N=1044		N=954		N=1006		N=1002		N=4857	
Płeć	**4849**												
mężczyźni		66%	(560)	76%	(788)	83%	(789)	61%	(617)	56%	(562)	68%	(3316)
kobiety		34%	(289)	24%	(253)	17%	(162)	39%	(389)	44%	(440)	32%	(1533)
Wiek	**4837**	20 23 27		19 20 24		21 25 30		21 23 26		20 22 24		20 22 26	
Zamieszkujący	**4836**												
samotnie		21%	(179)	17%	(174)	20%	(193)	23%	(227)	7%	(72)	17%	(845)
z rodzicami		52%	(443)	59%	(605)	65%	(620)	46%	(457)	78%	(778)	60%	(2903)
z przyjaciółmi		5%	(41)	8%	(80)	2%	(23)	13%	(127)	5%	(46)	7%	(317)
z partnerem		20%	(172)	13%	(139)	11%	(100)	15%	(153)	8%	(78)	13%	(642)
pozostali		2%	(13)	3%	(35)	2%	(15)	4%	(39)	3%	(27)	3%	(129)
Wykształcenie	**4838**												
podstawowe		22%	(184)	0%	(3)	1%	(6)	0%	(3)	1%	(14)	4%	(210)
szkoła średnia		31%	(263)	7%	(72)	20%	(188)	3%	(35)	13%	(129)	14%	(687)
szkoła wyższa		24%	(203)	74%	(767)	59%	(565)	57%	(571)	36%	(365)	51%	(2471)
akademickie		22%	(187)	19%	(198)	20%	(194)	39%	(397)	49%	(494)	30%	(1470)
Wykształcenie ojca	**3969**												
podstawowe		-		0%	(4)	2%	(22)	1%	(13)	5%	(46)	2%	(85)
szkoła średnia		-		3%	(26)	51%	(483)	4%	(38)	39%	(389)	24%	(936)
szkoła wyższa		-		64%	(659)	33%	(311)	50%	(499)	27%	(270)	44%	(1739)
akademickie		-		33%	(334)	14%	(131)	45%	(452)	29%	(292)	30%	(1209)
Stan zatrudnienia	**4704**												
student		37%	(312)	51%	(462)	28%	(265)	60%	(599)	50%	(501)	45%	(2139)
zatrudniony		58%	(488)	38%	(345)	67%	(633)	35%	(351)	39%	(393)	47%	(2210)
szukający zatrudnienia		5%	(44)	12%	(107)	6%	(53)	5%	(45)	11%	(106)	8%	(355)

N oznacza liczbę badań kompletnych. Liczby po danych procentowych oznaczają częstość występowania parametru.

Ogólnie 68% uczestników to mężczyźni. Ich przewaga liczebna występowała w każdym kraju. Średni wiek uczestników to 22 lata, z niewielkimi różnicami w poszczególnych krajach. Większość badanych zamieszkuje z rodzicami (60%). W większości krajów dominuje wyższe wykształcenie. 47% jest zatrudnionych, 45% studiuje. Dane o wykształceniu ojca nie były dostępne w Belgii i Holandii ze względu na obowiązujące tam prawo.

Tabela 2. Informacje dotyczące badanych kierowców, w poszczególnych krajach.

	Os.	Belgia + Holandia		Bułgaria		Włochy		Polska		Hiszpania		Ogólnie	
		N=851		N=1044		N=954		N=1006		N=1002		N=4857	
Minimalny wiek dla posiadaczy prawa jazdy na motocykl	**1562**	16 16 18		18 20 23		16 18 21		12 14 15		14 16 17		14 16 18	
Minimalny wiek dla posiadaczy prawa jazdy na samochód	**4191**	18 18 19		18 18 19		18 18 18		18 18 19		18 18 19		18 18 19	
Częstotliwość prowadzenia pojazdów (zeszły miesiąc)	**4784**												
wcale		9%	(72)	24%	(252)	2%	(20)	20%	(197)	10%	(99)	13%	(640)
rzdziej niż raz w tygodniu		3%	(29)	16%	(163)	4%	(40)	10%	(103)	8%	(79)	9%	(414)
kilka razy w tygodniu		14%	(117)	15%	(159)	14%	(137)	19%	(192)	16%	(151)	16%	(756)
codziennie		74%	(625)	45%	(463)	79%	(750)	50%	(498)	66%	(638)	62%	(2974)
Mandaty za przekroczenie dozwolonej prędkości (w całym życiu)	**4786**												
nigdy		52%	(436)	77%	(801)	68%	(642)	68%	(672)	78%	(761)	69%	(3312)
mniej niż 5		33%	(277)	18%	(186)	28%	(259)	22%	(222)	19%	(184)	24%	(1128)
więcej niż 5		15%	(127)	5%	(54)	4%	(40)	10%	(99)	3%	(26)	7%	(346)
Zatrzymania prawa jazdy (w całym życiu)	**4788**												
nigdy		92%	(776)	91%	(949)	89%	(847)	96%	(949)	90%	(872)	92%	(4393)
jeden raz		6%	(48)	7%	(77)	9%	(88)	4%	(35)	9%	(85)	7%	(333)
więcej niż jeden raz		2%	(16)	1%	(12)	1%	(12)	1%	(9)	1%	(13)	1%	(62)
Spowodowane wypadki (w całym życiu)	**4797**												
nigdy		67%	(560)	80%	(837)	52%	(489)	69%	(686)	68%	(662)	67%	(3234)
jeden raz		22%	(188)	13%	(138)	25%	(241)	20%	(203)	21%	(203)	20%	(973)
więcej niż jeden raz		11%	(94)	6%	(65)	23%	(218)	11%	(106)	11%	(107)	12%	(590)

N oznacza liczbę badań kompletnych. Liczby po danych procentowych oznaczają częstość występowania parametru.

Większość badanych posiadała prawo jazdy na samochód, a tylko 1562 osoby na motocykl. Ogólnie 62% prowadzi samochód codziennie. Największy odsetek we Włoszech (79%) oraz w Belgii i Holandii (74%). 31% otrzymało mandat, a 8% czasowo straciło prawo jazdy. 32% kierując pojazdem było uczestnikiem wypadku, z czego we Włoszech aż 48%.

Tabela 3. Deklarowane spożycie alkoholu i substancji psychoaktywnych, w poszczególnych krajach.

	Os.	Belgia + Holandia		Bułgaria		Włochy		Polska		Hiszpania		Ogólnie	
		N=851		N=1044		N=954		N=1006		N=1002		N=4857	
Spożycie alkoholu (w ostatnim miesiącu)	**4835**												
wcale		10%	(83)	11%	(116)	6%	(56)	6%	(64)	7%	(74)	8%	(393)
jeden lub dwa razy w miesiącu		21%	(177)	22%	(231)	16%	(155)	25%	(247)	26%	(256)	22%	(1066)
jeden raz w tygodniu		34%	(290)	29%	(300)	44%	(419)	37%	(367)	47%	(470)	38%	(1846)
3 lub 4 dni w tygodniu		23%	(191)	24%	(246)	23%	(219)	26%	(261)	15%	(153)	22%	(1070)
codziennie		13%	(107)	14%	(151)	10%	(97)	6%	(60)	5%	(45)	10%	(460)
Spożycie alkoholu podczas imprez (w ostatnim miesiącu)	**4783**												
tak		33%	(274)	54%	(553)	41%	(383)	58%	(563)	72%	(711)	52%	(2484)
nie		67%	(569)	46%	(478)	59%	(560)	42%	(412)	28%	(280)	48%	(2299)
Stosowanie substancji psychoaktywnych (w ostatnim roku)	**4833**												
tak		31%	(259)	18%	(185)	25%	(235)	37%	(364)	56%	(558)	33%	(1601)
nie		69%	(586)	82%	(854)	75%	(716)	63%	(633)	44%	(443)	67%	(3232)
Spożycie piwa przed imprezą	**4513**												
tak		33%	(269)	31%	(270)	21%	(193)	31%	(289)	30%	(294)	29%	(1315)
nie		67%	(558)	69%	(592)	79%	(714)	69%	(645)	70%	(689)	71%	(3198)
Spożycie wina przed imprezą	**4311**												
tak		11%	(89)	6%	(43)	27%	(254)	6%	(57)	16%	(157)	14%	(600)
nie		89%	(713)	94%	(674)	73%	(671)	94%	(834)	84%	(819)	86%	(3711)
Spożycie mocnych alkoholi przed imprezą	**4500**												
tak		15%	(123)	25%	(217)	24%	(218)	23%	(215)	26%	(255)	23%	(1028)
nie		85%	(682)	75%	(656)	76%	(704)	77%	(713)	74%	(717)	77%	(3472)
Spożycie koktajli przed imprezą	**4279**												
tak		8%	(61)	2%	(13)	21%	(191)	2%	(21)	9%	(84)	9%	(370)
nie		92%	(739)	98%	(683)	79%	(730)	98%	(868)	91%	(889)	91%	(3909)

	Os.	Belgia + Holandia		Bułgaria		Włochy		Polska		Hiszpania		Ogólnie	
Spożycie lekkich drinków alkoholowych przed imprezą	**4298**												
tak		3%	(27)	0%	(3)	1%	(7)	7%	(68)	64%	(635)	17%	(740)
nie		97%	(767)	100%	(686)	99%	(895)	93%	(848)	36%	(362)	83%	(3558)
Spożycie substancji psychoaktywnych przed imprezą	**4826**												
tak		6%	(52)	2%	(16)	4%	(35)	4%	(37)	22%	(222)	8%	(362)
nie		94%	(794)	98%	(1022)	96%	(909)	96%	(963)	78%	(776)	92%	(4464)
Planowane spożywanie alkoholu podczas imprezy	**4827**												
tak		59%	(503)	63%	(652)	74%	(698)	76%	(759)	67%	(665)	68%	(3277)
być może		10%	(85)	12%	(120)	10%	(94)	6%	(59)	6%	(58)	9%	(416)
nie		30%	(258)	26%	(266)	17%	(157)	18%	(181)	27%	(272)	23%	(1134)
Spożycie substancji psychoaktywnych podczas imprezy	**4805**												
tak		3%	(29)	1%	(11)	1%	(14)	2%	(21)	16%	(156)	5%	(231)
być może		2%	(15)	3%	(29)	2%	(21)	5%	(47)	7%	(73)	4%	(185)
nie		95%	(801)	96%	(989)	96%	(910)	93%	(928)	77%	(761)	91%	(4389)

N oznacza liczbę badań kompletnych. Liczby po danych procentowych oznaczają częstość występowania parametru.

Ogólnie 52 % badanych piło alkohol podczas imprez na przestrzeni ostatniego miesiąca, jednak w dniu badania większość deklarowała brak spożycia bezpośrednio przed przyjazdem do klubu. 8% zadeklarowało stosowanie narkotyków prze przybyciem do klubu, szczególnie dużo w Hiszpanii. 77% osób deklarowało chęć picia alkoholu podczas imprezy, 9% deklarowało zamiar stosowania narkotyków.

Tabela 4. Prowadzenie pojazdów po spożyciu alkoholu lub użyciu substancji psychoaktywnych, w poszczególnych krajach.

	Os.	Belgia + Holandia		Bułgaria		Włochy		Polska		Hiszpania		Ogólnie	
		N=851		N=1044		N=954		N=1006		N=1002		N=4857	
Prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu (w ostatnim miesiącu)	**4788**												
tak		27%	(226)	14%	(150)	24%	(225)	6%	(56)	31%	(297)	20%	(954)
nie		73%	(617)	86%	(888)	76%	(723)	94%	(940)	69%	(666)	80%	(3834)
Prowadzenie pojazdów pod wpływem narkotyków (w ostatnim miesiącu)	**4731**												
tak		5%	(43)	2%	(18)	5%	(49)	3%	(29)	17%	(161)	6%	(300)
nie		95%	(784)	98%	(1013)	95%	(887)	97%	(948)	83%	(799)	94%	(4431)
Aresztowania za prowadzenie pod wpływem alkoholu/ narkotyków (w ostatnim roku)	**4757**												
tak		5%	(38)	1%	(13)	1%	(10)	1%	(8)	5%	(49)	2%	(118)
nie		95%	(801)	99%	(1010)	99%	(936)	99%	(980)	95%	(912)	98%	(4639)
Wypadki spowodowane prowadzeniem pod wpływem alkoholu/narkotyków (w całym życiu)	**4788**												
tak		5%	(41)	3%	(30)	6%	(53)	2%	(15)	7%	(71)	4%	(210)
nie		95%	(798)	97%	(1004)	94%	(895)	98%	(983)	93%	(898)	96%	(4578)

N oznacza liczbę badań kompletnych. Liczby po danych procentowych oznaczają częstość występowania parametru.

Ogólnie 20% badanych deklarowało prowadzenie pojazdu pod wpływem alkoholu w ciągu ostatniego miesiąca, z czego najwięcej w Hiszpanii (31%), najmniej w Polsce (6%). 2% badanych było aresztowanych za jazdę po alkoholu lub narkotykach, najwięcej w Belgii i Holandii (5%). 4% badanych spowodowało wypadek drogowy, prowadząc pod wpływem tych substancji.

Tabela 5. Deklarowane spożycie alkoholu i stosowanie substancji psychoaktywnych podczas wieczornych imprez, w poszczególnych krajach.

	Os.	Belgia + Holandia		Bułgaria		Włochy		Polska		Hiszpania		Ogólnie	
		N=851		N=1044		N=954		N=1006		N=1002		N=4857	
Ilość wypitych drinków alkoholowych podczas imprezy	**3243**												
1		10%	(62)	16%	(169)	32%	(192)	14%	(108)	12%	(24)	17%	(555)
2		10%	(66)	23%	(236)	26%	(156)	17%	(130)	16%	(32)	19%	(620)
3		8%	(48)	20%	(211)	14%	(84)	18%	(140)	15%	(30)	16%	(513)
4		5%	(33)	8%	(86)	8%	(48)	13%	(97)	11%	(21)	9%	(285)
5 lub więcej		32%	(205)	5%	(49)	9%	(56)	18%	(139)	25%	(48)	15%	(497)
wcale		35%	(223)	27%	(281)	12%	(73)	20%	(157)	20%	(39)	24%	(773)
Spożycie narkotyków podczas imprezy	**3219**												
tak		7%	(47)	2%	(18)	1%	(7)	5%	(37)	25%	(48)	5%	(157)
nie		93%	(586)	98%	(998)	99%	(603)	95%	(731)	75%	(144)	95%	(3062)
Marihuana		5%	(33)	1%	(13)	1%	(4)	3%	(26)	21%	(40)	4%	(116)
Metamfetamina		2%	(12)	0%	(3)	0%	(0)	0%	(2)	1%	(1)	1%	(18)
Kokaina		1%	(8)	0%	(5)	0%	(0)	1%	(5)	0%	(0)	1%	(18)
Halucynogeny		0%	(1)	0%	(2)	0%	(0)	0%	(2)	2%	(3)	0%	(8)
Amfetamina		1%	(8)	0%	(5)	0%	(0)	1%	(5)	0%	(0)	1%	(18)
Benzodiazepina		0%	(1)	0%	(2)	0%	(1)	0%	(1)	0%	(0)	0%	(5)
Opiaty		0%	(0)	0%	(1)	0%	(0)	0%	(1)	0%	(0)	0%	(2)

N oznacza liczbę badań kompletnych. Liczby po danych procentowych oznaczają częstość występowania parametru.

Ogólnie 76% badanych deklarowało spożycie przynajmniej jednego drinka alkoholowego podczas imprezy, 5% deklarowało zażycie przynajmniej jednego typu narkotyku. Zdecydowana większość spośród tych osób deklarowała użycie Marihuany. Stosowanie pozostałych narkotyków deklarowano w niewielkim stopniu.

Tabela 6. Wyniki pomiarów stężenia alkoholu we krwi oraz czasu reakcji, przed wejściem i po wyjściu z klubu, w poszczególnych krajach.

Kraj	Test alkoholowy				Pomiar czasu reakcj			
	Os.	Pierwsze badanie	Os.	Drugie badanie	Os.	Pierwszy pomiar	Os.	Drugi pomiar
Belgia + Holandia	829	0.29 (0.26;0.32)	643	0.42 (0.38;0.47)	705	1.03 (1;1.06)	550	0.98 (0.95;1)
Bułgaria	1044	0.18 (0.16;0.2)	1036	0.45 (0.43;0.48)	1040	0.71 (0.69;0.73)	1031	0.69 (0.68;0.71)
Włochy	942	0.22 (0.19;0.24)	604	0.36 (0.33;0.39)	935	0.65 (0.63;0.67)	596	0.66 (0.64;0.68)
Polska	1000	0.44 (0.41;0.47)	776	0.72 (0.68;0.76)	999	0.60 (0.57;0.65)	776	0.62 (0.61;0.65)
Hiszpania	993	0.45 (0.42;0.47)	167	0.53 (0.47;0.6)	927	0.75 (0.72;0.78)	147	0.69 (0.66;0.73)
Ogólnie	4808	0.32 (0.3;0.33)	3226	0.5 (0.48;0.52)	4606	0.73 (0.72;0.74)	3100	0.72 (0.71;0.73)

Stężenie alkoholu we krwi osób badanych było wyższe przy wyjściu z klubu, niż przy wejściu. We wszystkich krajach wyniki były podobne. Pomiędzy czasem reakcji przy wejściu i wyjściu z klubu, zaobserwowano nieznaczne różnice.

Tabela 7. Deklarowany przez badanych zamiar prowadzenia samochodu, przy zawartości alkoholu > 0.5 g/l wykazanej w drugim badaniu, w poszczególnych krajach.

	Os.	Belgia + Holandia		Bułgaria		Włochy		Polska		Hiszpania		Ogólnie	
		N=208		N=418		N=171		N=455		N=81		N=1333	
Vai grasāties šovakar sēsties pie stūres?	**1289**												
nie		80%	(162)	94%	(387)	69%	(116)	99%	(435)	63%	(42)	89%	(1142)
tak, później		6%	(13)	5%	(19)	11%	(19)	0%	(2)	25%	(17)	5%	(70)
tak, teraz		13%	(27)	1%	(5)	20%	(33)	1%	(4)	12%	(8)	6%	(77)

N oznacza liczbę badań kompletnych. Liczby po danych procentowych oznaczają częstość występowania parametru.

Ogólnie większość badanych, u których stwierdzono zawartość alkoholu powyżej 0,5 g/l deklarowała nie prowadzić pojazdu po wyjściu z klubu, za wyjątkiem badanych z Włoch i Hiszpanii.

Tabela 8. Porównanie wyników pomiędzy deklarowanym i faktycznym używaniem substancji psychoaktywnych wśród badanych, w poszczególnych krajach.

	Belgia + Holandia					Bułgaria					Włochy				
	Deklarowane		Zbadane		p-wartość	Deklarowane		Zbadane		p-wartość	Deklarowane		Zbadane		p-wartość
Marihuana	5%	(33)	3%	(21)	0.134	1%	(13)	0%	(2)	0.008	1%	(4)	3%	(17)	0.002
Metamfetamina	2%	(12)	2%	(11)	0.92	0%	(3)	0%	(4)	0.601	0%	(0)	0%	(0)	
Kokaina	1%	(8)	3%	(16)	0.078	0%	(5)	0%	(2)	0.32	0%	(0)	1%	(3)	0.065
Amfetamina	1%	(8)	1%	(7)	0.864	0%	(5)	1%	(5)	0.865	0%	(0)	0%	(0)	
Benzodiazepina	0%	(1)	1%	(8)	0.016	0%	(2)	0%	(0)	0.18	0%	(1)	1%	(3)	0.065
Opiaty	0%	(0)	0%	(3)	0.076	0%	(1)	0%	(4)	0.143	0%	(0)	0%	(1)	0.287

	Polska					Hiszpania					Ogólnie				
	Deklarowane		Zbadane		p-wartość	Deklarowane		Zbadane		p-wartość	Deklarowane		Zbadane		p-wartość
Marihuana	3%	(26)	5%	(36)	0.156	21%	(40)	32%	(45)	0.024	4%	(116)	4%	(121)	0.3
Metamfetamina	0%	(2)	0%	(3)	0.631	0%	(1)	1%	(2)	0.385	1%	(18)	1%	(20)	0.545
Kokaina	1%	(5)	1%	(10)	0.176	0%	(0)	9%	(13)	<0.001	1%	(18)	2%	(44)	<0.001
Amfetamina	1%	(5)	1%	(5)	0.961	0%	(0)	0%	(0)		1%	(18)	1%	(17)	0.916
Benzodiazepina	0%	(1)	0%	(1)	0.983	0%	(0)	1%	(2)	0.091	0%	(5)	0%	(14)	0.01
Opiaty	0%	(1)	0%	(2)	0.546	0%	(0)	1%	(1)	0.231	0%	(2)	0%	(11)	0.008

N oznacza liczbę badań kompletnych. Liczby po danych procentowych oznaczają częstość występowania parametru.

Ogólnie stwierdzono spore odchylenia pomiędzy deklarowanym stosowaniem narkotyków, a otrzymanymi wynikami. Dotyczyło to szczególnie kokainy, benzodiazepiny i opiatów. Duże różnice pomiędzy używaniem marihuany zaobserwowano w Bułgarii, Włoszech i Hiszpanii.

Tabela 9. Opinie wśród badanych na temat przeprowadzonych badań, w poszczególnych krajach.

	Os.	Belgia + Holandia		Bułgaria		Włochy		Polska		Hiszpania		Ogólnie	
		N=851		**N=1044**		**N=954**		**N=1006**		**N=1002**		**N=4857**	
Ocena poziomu korzyści z badań (stopniowanie)	**3225**												
1		3%	(17)	2%	(18)	5%	(31)	1%	(8)	3%	(6)	2%	(80)
2		6%	(40)	4%	(43)	10%	(62)	3%	(26)	6%	(11)	6%	(182)
3		26%	(165)	15%	(154)	33%	(203)	12%	(94)	28%	(53)	21%	(669)
4		65%	(409)	79%	(811)	52%	(316)	83%	(639)	63%	(119)	71%	(2294)
Potrzeba prowadzenia kolejnych akcji tego typu	**3218**												
tak		93%	(586)	98%	(1005)	96%	(584)	97%	(741)	99%	(188)	96%	(3104)

N oznacza liczbę badań kompletnych. Liczby po danych procentowych oznaczają częstość występowania parametru.

Ogólnie 92% badanych określiło akcję jako bardzo pożyteczną. Najmniej optymistów było we Włoszech. 96% uczestników chciałoby widzieć więcej tego rodzaju akcji w przyszłości.

Wskazówki do prowadzenia badań

Ta sekcja opisuje główne etapy, poniesione nakłady, wykorzystane zasoby sprzętowe oraz zasoby ludzkie niezbędne do realizacji projektu przy zastosowaniu specjalnie opracowanej metodologii prowadzenia działań. Opisane są też dobre i złe aspekty projektu, które powinny być wzięte pod uwagę przy planowaniu kolejnych akcji zarówno na poziomie regionalnym, jak i ogólnokrajowym; jako akcje krótko i długoterminowe.

Fazy wdrażania projektu

Analiza sytuacji w miejscu planowanej akcji:

1. Powołanie zespołu prowadzącego badania
2. Zorientowanie się w zagadnieniach spożywania alkoholu i narkotyków wśród młodzieży, w problemie wypadków samochodowych z ich udziałem oraz rozpoznanie dostępności właściwych klubów.
3. Zbadanie aspektów prawnych zbierania danych i prowadzenia tego typu interwencji.
4. Określenie profilu prowadzenia działań i rodzaju niezbędnych do zebrania danych.
5. Zaplanowanie przebiegu interwencji i procesu zbierania i analizy danych.

Czynniki do rozważenia:

- **Grupa prowadząca badania** będzie nadzorowała rozwój wydarzeń i przepływ danych. Będzie wspierać osiąganie zamierzonych celów projektu i opracowanie materiałów (kwestionariuszy i pozostałych narzędzi). Zespół określi mechanizm przepływu informacji i rozprowadzania oraz publikowania wyników.
- **Jakość i kompletność danych:** limity i potencjalne odchylenia danych, natura zbieranych danych i czynników mających na nie wpływ (źródła danych i stopień ich uogólnienia).
- **Współpraca z** instytucjami i organizacjami zajmującymi się kontrolami alkoholowymi i narkotykowymi, pozwalająca na lepsze zrozumienie sytuacji ogólnej.

Przyjęcie ostatecznej metodologii
Opracowane pierwotnie na podstawie analiz sytuacyjnych cele nadrzędne oraz sposób prowadzenia programu mogą być modelowane i dopasowywane na bieżąco, aby dopasować je również do potrzeb instytucji, współpracujących przy realizacji projektu.

Czynniki do rozważenia:

- Przepisy i podstawy prawne obowiązujące w miejscach prowadzenia akcji prewencyjnych, dotyczących prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu i narkotyków.
- Możliwość realizacji projektu pod względem finansowym.
- Czas i zasoby ludzkie zaangażowane w realizację projektu.
- Wybór dogodnej i trafnej formy prowadzenia interwencji.

Przygotowanie do pracy

1. Trening członków zespołu badawczego.
2. Zamówienie niezbędnego wyposażenia – testów narkotykowych, alkomatów, symulatorów pomiaru czasu reakcji.
3. Opracowanie i wydrukowanie materiałów – ulotek, plakatów, informacji o organizowanych interwencjach.
4. Wybór odpowiednich klubów.
5. Rozreklamowanie projektu i zwiększenie świadomości lokalnej populacji o projekcie.

Czynniki do rozważenia:

- **Ilość wolontariuszy** musi być dopasowana do ilości osób przebywających w danym klubie. Należy pamiętać, że przy opuszczaniu lokalu zwykle zbiera się ich najwięcej właśnie w miejscu prowadzenia badań, tuż przy wyjściu.
- **Podczas treningu** należy położyć nacisk na podnoszenie umiejętności komunikowania się z młodzieżą, a nie tylko na aspekty techniczne prowadzenia akcji.
- **Testy** muszą być odpowiednio dobrane pod względem odpowiedniej czułości, ważności wyników dla potrzeb badań, czasu trwania, łatwości ich użycia.
- **Kwestionariusz** powinien być możliwie krótki, ale dostarczający wszystkich niezbędnych informacji. Dobra znajomość jego konstrukcji przez prowadzących badania z pewnością przyśpieszy jego wypełnianie.

- **Ulotki i plakaty** powinny reklamować projekt, podnosić świadomość młodzieży na temat jego głównych celów i wspomagać pozyskiwanie chętnych do udziału w badaniach.
- **Liczba klubów** powinna być dopasowana do z góry założonych celów, przyjmując teoretyczną liczbę odmów uczestnictwa w badaniach na poziomie 10%–75%. W szczególności dotyczy to klubów, gdzie nie prowadzono wcześniej żadnych podobnych akcji.

Praca w klubie

1. Rekrutacja uczestników i kierowanie przebiegiem badań.
2. Każda interwencja składa się z 2 części, a części te z kilku etapów.
3. Pierwsza część przy wejściu – dowolnie wybrany wolontariusz pomaga uczestnikowi wypełnić pierwszą część kwestionariusza, przeprowadzić badanie alkomatem i wykonać pierwszy pomiar czasu reakcji na symulatorze.
4. Druga część interwencji, przy wyjściu – kiedy młodzież opuszcza klub, uczestnicy ponownie podchodzą i wypełniają drugą część kwestionariusza, poddają się drugiemu badaniu alkomatem, robią test narkotykowy i mierzą po raz drugi czas reakcji na symulatorze.
5. Przedstawienie uczestnikom wyników badań i poinformowanie o ryzyku prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu i narkotyków.
6. Przekazanie ulotki poświeconej problemom alkoholowym i narkotykowym.

Czynniki do rozważenia:

- Udział w badaniach musi być dobrowolny. Dlatego każdy uczestnik podpisuje zgodę na dobrowolny udział w badaniu.
- Udział w projekcie powinien być anonimowy, dlatego wprowadza się system kodowania uczestników. Jednorazowe bransolety przypisujące osobę do formularza są przy wyjściu z klubu zdejmowane. W tym momencie kwestionariusze są całkowicie anonimowe.
- Zawsze jest pewna liczba osób, które biorą udział w tylko w pierwszej części badań, odmawiając udziału w drugiej części.
- Teren, na którym prowadzone są badania powinien być wystarczająco duży, aby uniknąć tłoku i przypadkowego uszkodzenia sprzętu lub utraty wyników badań.
- Jeżeli interwencja ma mieć miejsce na zewnątrz, pod uwagę należy wziąć panujące warunki atmosferyczne.
- Średni czas na skompletowanie wyników wszystkich badań z pierwszej i drugiej części nie powinien przekraczać 20 minut na każdego uczestnika.

- Aby prawidłowo odnotować zmiany czasu reakcji u badanego należy dać mu możliwość wypróbowania symulatora przed pierwszym oficjalnym pomiarem, dla zapoznania się z działaniem sprzętu.
- Dla podniesienia poziomu zaufania każdy uczestnik powinien być informowany o wynikach swojego badania. Powinien też otrzymać informacje na temat szkodliwości oddziaływania alkoholu i narkotyków na organizm.
- Dla uatrakcyjnienia udziału w badaniach, każdy uczestnik powinien otrzymać w podziękowaniu gadżet, np.: etui na iPoda, z logotypem „Ten D by Night".

Analiza danych i publikacja wyników
Dane uzyskane z badań mogą być wykorzystane do celów naukowych, do długoterminowego monitorowania sytuacji ogólnej i oceny projektu. Mogą być też wykorzystane dla potrzeb tworzenia innych tego typu programów oraz do kampanii promujących zdrowie. Mogą być wykorzystane w programach edukacyjnych w gimnazjach i liceach oraz w ośrodkach szkolących kierowców pokazując, jaki wpływ ma alkohol i narkotyki na zmianę czasu reakcji. Dane mogą być też wykorzystane w działaniach na rzecz ograniczenia wypadków drogowych.

Czynniki do rozważenia:
- Publikacja wyników poszerzy liczbę zainteresowanych interwencjami, wpłynie na podniesienie świadomości społecznej i zainteresuje potencjalnych partnerów do współpracy.
- Realizacja projektu z organizacjami pozarządowymi wpływa na wzrost stabilności i wiarygodności projektu.

Pozytywne i negatywne aspekty projektu `Ten D by Night`

Pozytywne aspekty
- Pozytywna ocena przez managerów, członków zespołów badawczych oraz wolontariuszy.
- Pozytywne nastawienie wśród właścicieli klubów i wszystkich osób biorących udział w realizacji projektu, w tym wśród uczestników poddanych badaniom.
- Przekonanie, że interwencje podnoszą atrakcyjność i prestiż klubów.
- Wykorzystanie narzędzi w miejscu prowadzenia interwencji – kwestionariusze, badania alkomatem, test narkotykowy, pomiar czasu reakcji, pozwoliły na uzyskanie niezbędnych danych w jednym miejscu i zmniejszenie możliwych odchyleń w wynikach.
- Wprowadzenie pomiaru czasu reakcji jako miernika obiektywnego udowodniło zmienność czasu reakcji wśród badanych kierowców.

- Badania wprowadziły pozytywne zmiany w przekonaniach młodzieży na temat spożycia alkoholu i narkotyków oraz wpływu na zdolność do prowadzenia pojazdów wśród kierowców będących pod ich wpływem.
- Dzięki prowadzonym interwencjom wzrosła świadomość na temat problemu alkoholu i prowadzenia pojazdów. Również dzięki opublikowaniu wyników badań i rozpowszechnianiu odpowiednich informacji na ten temat.

Negatywne aspekty

- Rekrutacja uczestników badań na zasadzie dobrowolnego udziału i nie zawsze pozytywne nastawienie właścicieli klubów wpływały na obniżenie potencjalnych możliwości zebrania maksymalnej ilości danych.
- Badanie alkomatem pokazuje jaka ilość alkoholu znajduje się we krwi badanego. Test narkotykowy niestety tylko sygnalizuje możliwość obecności substancji psychoaktywnej.
- Formularze w wielu przypadkach postrzegane były jako zbyt długie. Również czas wykonywania testu śliny na obecność narkotyków zabierał zbyt dużo czasu.

Bibliografia

1. Traffic Safety Basic Facts 2006. Young People (Aged 16-24). Available from: http://ec.europa.eu/transport/roadsafety_library/care/doc/safetynet/2006/bfs2006_sn-ntua-1-3-young_people.pdf (Accessed October 1, 2009).
2. Gerra G, Zaimovic A, Moi G, Laviola G, Macchia T. MDMA (ecstasy): neuroendocrine and behavioral feature. Ann Ist Super Sanita 2002;38(3):271-7.
3. Taggi F, Di Cristofaro Longo G. I dati socio-sanitari della sicurezza stradale (Progetto DATIS). Dai fattori di rischio degli incidenti stradali alla cultura della sicurezza stradale. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001.
4. Botvin GJ, Epstein JA, Botvin EM. Adolescent cigarette smoking: prevalence, causes, and intervention approaches. Adolesc Med 1998;9(2):299-313, vi.
5. Botvin GJ, Griffin KW, Diaz T, Ifill-Williams M. Drug abuse prevention among minority adolescents: posttest and one-year follow-up of a school-based preventive intervention. Prev Sci 2001;2(1):1-13.
6. Griffin KW, Botvin GJ, Nichols TR, Doyle MN. Effectiveness of a universal drug abuse prevention approach for youth at high risk for substance use initiation. Prev Med 2003;36(1):1-7.
7. Pavarin RM. Substance use and related problems: a study on the abuse of recreational and non recreational drugs in Northern Italy. Ann Ist Super Sanita 2006;42(4):477-84.
8. Siliquini R, Morra A, Versino E, Renga G. Recreational drug consumers: who seeks treatment? Eur J Public Health 2005;15(6):580–6.
9. Peel HW, Perrigo BJ, Mikhael NZ. Detection of drugs in saliva of impaired drivers. J Forensic Sci 1984;29(1):185-9.
10. Schramm W, Smith RH, Craig PA, Kidwell DA. Drugs of abuse in saliva: a review. J Anal Toxicol 1992;16(1):1-9.
11. Mura P. Accidents and illicit drugs. Bull Acad Natl Med 2002;186(2):345-57.

12. Dolan K, Rouen D, Kimber J. An overview of the use of urine, hair, sweat and saliva to detect drug use. Drug Alcohol Rev 2004;23(2):213-7.

13. EMCDDA. 2007 Annual report: the state of the drugs problem in Europe. Lisbon; 2007. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2007 (Accessed October 1, 2009).

14. Voas RB, Furr-Holden D, Lauer E, Bright K, Johnson MB, Miller B. Portal surveys of time-out drinking locations: a tool for studying binge drinking and AOD use. Eval Rev 2006;30(1):44-65.

15. Jefford M, Moore R. Improvement of informed consent and the quality of consent documents. Lancet Oncol 2008;9(5):485-93.

16. Meng KH. 'Informed consent' in public health activities: based on the universal declaration on bioethics and human rights, UNESCO. J Prev Med Public health 2008;41(5):339-44.

17. Furr-Holden D, Voas RB, Kelley-Baker T, Miller B. Drug and alcohol-impaired driving among electronic music dance event attendees. Drug Alcohol Depend 2006;85(1):83-6.

18. Faggiano F, Richardson C, Bohrn K, Galanti MR. EU-Dap Study Group. A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: the EU-Dap design and study population. Prev Med 2007;44(2):170-3.

19. Poulin C, Boudreau B, Asbridge M. Adolescent passengers of drunk drivers: a multi-level exploration into the inequities of risk and safety. Addiction 2007;102(1):51-61.

20. Caetano R, McGrath C. Driving under the influence (DUI) among U.S. ethnic groups. Accid Anal Prev 2005;37(2):217-24.

21. Begg DJ, Langley JD, Stephenson S. Identifying factors that predict persistent driving after drinking, unsafe driving after drinking, and driving after using cannabis among young adults. Accid Anal Prev 2003;35(5):669-75.

22. Macdonald S, DeSouza A, Mann R, Chipman M. Driving behavior of alcohol, cannabis, and cocaine abuse treatment clients and population controls. Am J Drug Alcohol Abuse 2004;30(2):429-44.

23. Clapp JD, Shillington AM, Lange JE, Voas RB. Correlation between modes of drinking and modes of driving as reported by students at two American universities. Accid Anal Prev 2003;35(2):161-6.

24. Sommers MS, Howe SR, Dyehouse JM, Fleming M, Fargo JD, Schafer JC. Patterns of drinking four weeks prior to an alcohol-related vehicular crash. Traffic Inj Prev 2005;6(2):110-6.

25. Sommers MS, Dyehouse JM, Howe SR, Fleming M, Fargo JD, Schafer JC. Effectiveness of brief interventions after alcohol-related vehicular injury: A randomized controlled trial. J Trauma 2006;61(3):523-31.

26. Davey JD, Davey T, Obst PL. Drug and drink driving by university students: an exploration of the influence of attitudes. Traffic Inj Prev 2005;6(1):44-52.

27. Field CA, O'Keefe G. Behavioral and psychological risk factors for traumatic injury. J Emerg Med 2004;26(1):27-35.

28. Ryb GE, Dischinger PC, Kufera JA, Read KM. Risk perception and impulsivity: association with risky behaviors and substance abuse disorders. Accid Anal Prev 2006;38(3):567-73.

29. Kypri K, Stephenson S. Drink-driving and perceptions of legally permissible alcohol use. Traffic Inj Prev 2005;6(3):219-24.

30. Darke S, Kelly E, Ross J. Drug driving among injecting drug users in Sydney, Australia: prevalence, risk factors and risk perceptions. Addiction 2004;99(2):175-85.

31. Dräger Alcotest® 6510. Available from: http://www.drager.ru/ST/internet/pdf/Master/En/gt/Alcodrug/9044871_Alcotest6510_e.pdf (Accessed October 1, 2009).

32. Oratect® III Oral Fluid Drug Screen Device [package insert]. Available from: http://www.alcopro.com/Oratect III Product Insert.pdf (Accessed October 1, 2009).

33. Schramm W, Smith RH, Craig PA, Kidwell DA. Drugs of abuse in saliva: a review. J Anal Toxicol 1992; 16(1):1-9.

34. Wong R. On-site oral fluid drug testing by Oratect. In: Wong R, Tse H. Drugs of Abuse: Body Fluid Testing. Humana Press Scientific and Medical Publishers; 2005. p.146-158.

35. SimuNomad3 Ecrans. Available from: http://www.simucar.com/en/simulators/SimuNomad_3ecrans.html (Accessed October 1, 2009).

Koordynacja:
Francesca Carena and Valeria Siliquini
S&T Soc. Coop. – Italy – www.setinweb.it

Design:
Studio Puntoacapo – Italy – www.studiopuntoacapo.it

Druk:
Antonio Pavone – Realizzazioni grafiche, editoriali e pubblicitarie
02/2010

CONSEPI

UNIVERSITY OF TURIN

S. & T. SOC. COOP.

RESPONSIBLE YOUNG DRIVERS

OPEN YOUTH

RĪGA STRADINŠ UNIVERSITY (RSU)

"SAFE DRIVER" FOUNDATION

UNIVERSITY OF VALENCIA

www.tendbynight.eu