

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

DIPLOMOVÁ PRÁCE

(bakalářská)

2014

Petra JENYŠOVÁ

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

PŘÍSTUPY K NÁBORU OSOB
DO CHODECKÝCH INTERVENČNÍCH STUDIÍ:
SYSTEMATICKÝ PŘEHLED POZNATKŮ

Diplomová práce

(bakalářská)

Autor: Petra Jenyšová, Rekreatologie

Vedoucí práce: Mgr. Roman Cuberek, Ph.D.

Olomouc 2014

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Petra Jenyšová
Název závěrečné písemné práce: Přístupy k náboru osob do chodeckých intervenčních studií: Systematický přehled poznatků
Pracoviště: Institut aktivního životního stylu
Vedoucí: Mgr. Roman Cuberek, Ph.D.
Rok obhajoby: 2014

Abstrakt:

Úvod. Výzkumy zahrnující pohybové intervenční programy musejí řešit primární problém, kterým je nábor osob do výzkumu. Je velmi obtížné vybrat reprezentativní vzorek z populace, specifickou skupinu obyvatel nebo jednotlivce. Snahou je do výzkumu získat osoby pohybově pasivní. Tyto však většinou bývají vůči náboru rezistentní. Sestavení adekvátní strategie náboru osob je proto primárním krokem k posílení validity studie. **Cíl.** Sestavit přehled náborových strategií u chodeckých intervenčních programů a určit dopad, vlastnosti a diferenciální účinky těchto strategií u jednotlivých populačních skupin. **Metodika.** Studie je založena na systematickém vyhledávání v pěti informačních databázích (řetězec klíčových slov: [WALK] and [RECRUIT or PARTICIPANT or MARKET]). Zahrnuty byly pouze randomizované kontrolní studie, kontrolované experimentální studie a observační kvalitativní studie obsahující chodecký intervenční program a s dostupnými informacemi o metodách náboru. **Výsledky.** Aplikací klíčových slov a kritérií inkluze bylo nalezeno třicet dva studií. Kvalitativním posouzením bylo ve vztahu k náboru účastníkům třináct studií označeno jako vysoce kvalitní a devatenáct studií s nízkou kvalitou. Výčet studií poskytuje především informace o charakteristice účastníků, způsobu a průběhu oslovení a lokaci náboru osob. **Závěry.** Nejčastějším místem náboru osob jsou lékařská zařízení a následně univerzity. Studie jsou stále více orientované na starší věkovou populaci, na osoby trpící nějakou chorobou nebo po závažném onemocnění. Zaznamenána je vzrůstající tendence aktivního přístupu v náboru účastníků.

Klíčová slova: chůze; nábor; participant; validita studie

Souhlasím s půjčováním závěrečné písemné práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author's first name and surname: Petra Jenyšová
Title of the thesis: Approaches to recruiting participants to walking intervention studies: a systematic review
Department: Institute of active lifestyle
Supervisor: Mgr. Roman Cuberek, Ph.D.
The year of presentation: 2014

Abstract:

Background. Researches including the physical intervention programs must solve the primary problem which is a recruitment of people into research. It is very difficult to select a representative sample of the population, particular group of inhabitants or individuals. The effort of the research is to find people more physically passive. These, however, are usually resistant to recruitment. Assembling of adequate strategy for recruitment of people is therefore a primary step to strengthen validity of the study. **Aim.** To set up a summary of recruitment strategies for walking intervention programs to determine the impact, characteristics and the differential effects of these strategies at the individual population groups. **Methods.** The study is based on systematic searching in five informational databases (keywords: [WALK] and [RECRUIT or PARTICIPANT or MARKET]). There were included only studies of randomized controlled study, controlled experimental studies and qualitative observational studies involving a walking intervention program with available information of recruitment methods. **Results.** Applying keywords and inclusion criteria were found thirty-two studies. The qualitative assessment was in relation to the recruitment of participants thirteen studies identified as a high quality and nineteen studies with poor quality. List of studies mainly provides information on the characteristics of the participants, the way and process of addressing and location of recruiting people. **Conclusions.** The most common place for recruitment of people are medical facilities and consequently Universities. Studies are increasingly targeted at older age population, people suffering from a disease or serious illness. Note is the increasing tendency active approach in recruiting participants.

Keywords: walking; recruitment; participants; validity of study

I agree with the thesis paper to be lent within the library service.

Bakalářská práce byla vypracována za podpory výzkumného projektu *Analýza zdravotně orientovaných benefitů chůze: ověření chodecké intervence u osob se sedavým zaměstnáním* (GAČR 13-32105S).

Prohlašuji, že jsem závěrečnou písemnou práci zpracovala samostatně s odbornou pomocí Mgr. Romana Cuberka, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a řídila se zásadami vědecké etiky.

V Olomouci dne 30. dubna 2014

.....

Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce, Mgr. Romanu Cuberkovi, Ph.D., za odborné vedení, rady a pomoc při zpracování této práce.

OBSAH

1 ÚVOD	7
2 CÍLE	8
3 METODIKA	9
3.1 Identifikace studií	9
3.2 Strategie sběru výzkumných studií	9
3.3 Strategie hodnocení kvality	9
4 VÝSLEDKY A DISKUZE	11
4.1 Výsledky výběru studií v informačních databázích	11
4.2 Charakteristika studií	12
4.3 Charakteristika účastníků	18
4.4 Posouzení kvality studií	24
4.4.1 Místo provádění náboru	25
4.4.2 Proces náboru a přístupy	26
4.5 Limity práce	34
5 ZÁVĚRY	35
6 SOUHRN	36
7 SUMMARY	37
8 REFERENČNÍ SEZNAM	38

1 ÚVOD

Důvodů, proč je v dnešní době velká pozornost věnována chůzi a chodeckým programům, je hned několik. Především chůze je nejpřirozenější pohyb člověka a má nespočet zdravotních benefitů. Chůze, nezávisle na jiných pohybových aktivitách, může redukovat riziko vzniku civilizačních chorob. Chůze má i další prospěch pro organizmus jako například: redukce BMI, tělesné váhy, výskytu diabetes. Chůze se doporučuje pro zmírnění symptomu deprese, úzkosti, pro zlepšení sebeúcty a zlepšení nálady.

V práci se zabývám nábořem účastníků do chodeckým intervenčních programů. Nábor účastníků do jakéhokoli programu je problematika, které by měla být přikládána velká pozornost. A to především, pokud proběhne chybný nábor osob, závěry studií mohou být zkresleny. Aby byly programy efektivní je potřeba nábor účastníků provádět velmi precizně. Nabízí se otázka, jak docílit toho, aby byl nábor skutečně efektivní. Výběr cílové skupiny obyvatel je prvním krokem pro úspěšný nábor. Výběr potencionálních účastníků by neměl být náhodný, ale konkrétně zacílený. Všeobecně je velký problém s nábořem účastníků, kteří jsou reprezentativní pro populaci nebo určitou skupinu obyvatelstva. Také je velmi problematické získat účastníky, kteří by měli s účastí v programu osobní prospěch (např. nejméně aktivní jedinci, z etnických a jiných menšin, se špatným zdravotním stavem).

Foster at al. (2011) uvedli ve své studii *Recruiting participants to walking intervention studies: a systematic review* výčet doporučení, které by měly být dodrženy, aby byl nábor účastníků pro chodecké intervenční studie efektivní. Tato práce navazuje na výsledky těchto autorů, kteří se opírají o studie publikované do první poloviny roku 1999. Jedná se tedy o aktualizaci poznatků v této problematice se snahou zachytit nové tendence v nábořu osob a současně zhodnotit akceptaci zmíněných doporučení současnými autory chodeckých intervenčních studií.

2 CÍLE

Cílem práce je vytvořit systematický přehled poznatků o strategiích náboru osob do chodeckých intervenčních programů a současně určit vliv a vlastnosti strategií náboru a současně dopady jejich odlišností u různých populačních skupin.

3 METODIKA

3.1 Identifikace studií

Tato práce časově navazuje na přehledovou studii *Recruiting participants to walking intervention studies: a systematic review* (Foster et al, 2011), která zahrnuje poznatky do dubna roku 2009. Tato práce proto přejímá její metodiku, tj. postup systematického vyhledávání informačních zdrojů, přičemž časový interval pro sběr informací v elektronických databázích je od května 2009 po současnost, tj. 22. 3. 2014.

V práci tak byly vyhledávány informace ze stejných databází, se stejnými klíčovými slovy, se stejnými prvky exkluze a inkluze a se stejnými kritérii hodnocení kvality studií.

3.2 Strategie sběru výzkumných studií

Použité databáze: PubMed, Scopus, PsycINFO, OvidMedline, SportDISCUS

Časový interval: 5/2009 – 3/2014

Klíčová slova: (walk) AND (recruit OR participant OR market)

Kritéria inkluze: studie zahrnující randomizovaný kontrolní výzkum, kontrolovanou experimentální studii (před a po); observační studii; všechny výzkumné obory; studie vztahující se k prostředí; objektem studie je jednotlivec, komunita, skupina či celá populace; kvalitativní studie, které zkoumaly zkušenosti účastníků během náboru a jejímž cílem bylo posoudit účinnost metod náboru; studie publikované v anglickém jazyce

Kritéria exkluze: trénované osoby nebo studenti sportovních škol; studie bez informací týkajících se náboru osob

3.3 Strategie hodnocení kvality

Metodika posouzení kvality studií je shodná s metodikou studie Foster et al. (2011), kteří tuto metodiku převzali od Jadad (1998). Metodika používá pětibodovou škálu: hodnota 0 – označuje neadekvátní a nedostatečně popsanou metodiku v posuzované studii; hodnota 1 – metodika byla popsána, ale nebyly zde získány všechny požadované infor-

mace). Dále byla kvalita studií stanovena na základě specifických otázek. Pokud je možné ve studii najít odpovědi na všechny otázky nebo tolerance jedna nezodpovězená otázka je pak těmto studiím přiřazena hodnota 4 nebo 5 a je považována jako studie s vysokou kvalitou. Studie s nízkou kvalitou jsou ohodnoceny body 1-3.

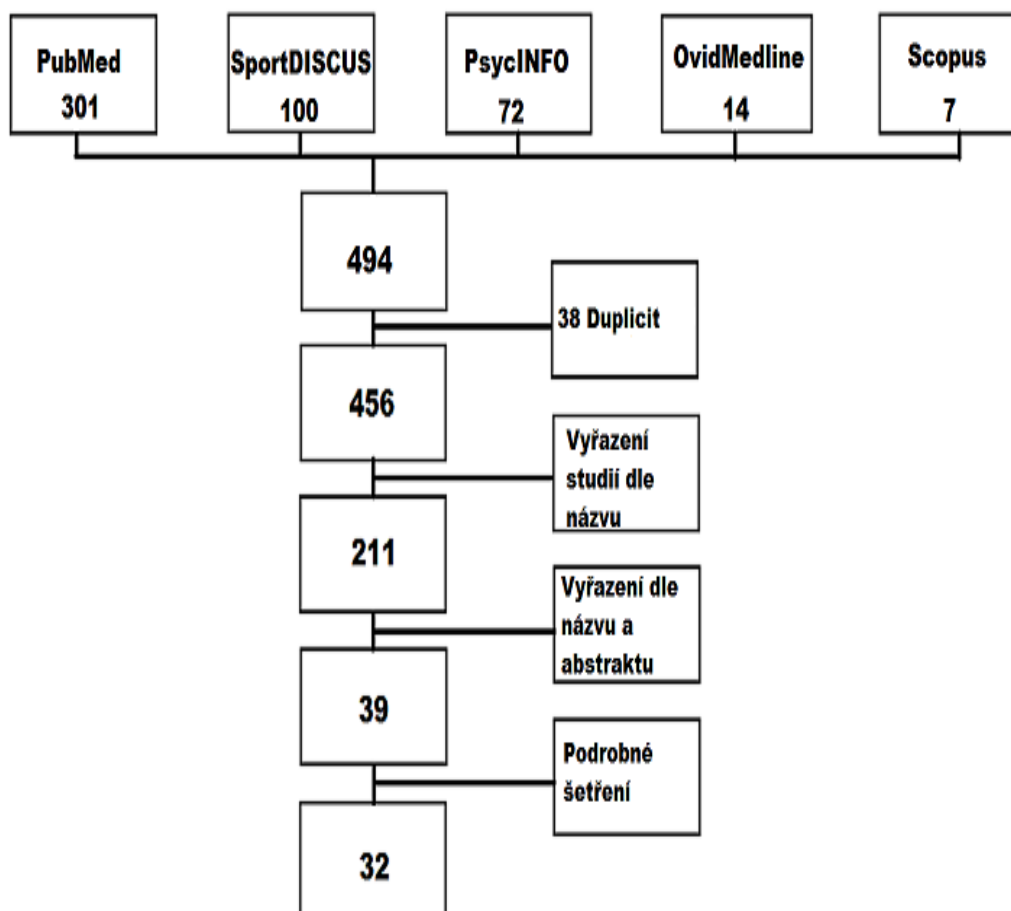
Otázky na základě kterých byla stanovena kvalita studií:

- *Bylo ve studii uvedeno místo, kde byl prováděn nábor účastníků?*
- *Bylo ve studii uvedeno kdo provádí nábor?*
- *Byl ve studii uvedena délka plánované přípravy náboru?*
- *Byla ve studii uvedena celková doba provádění náboru?*
- *Byla studie zaměřena na cílovou specifickou populaci?*

4 VÝSLEDKY A DISKUZE

4.1 Výsledky výběru studií v informačních databázích

Na základě zvolené strategie bylo získáno 32 studií (Obrázek 1). Obrázek schematicky popisuje postupné třídění všech získaných studií, odpovídající klíčovým slovům. Ze všech vybraných databází, nakonec zadaným parametrům odpovídalo 494 studií, které byly dále tříděny. Ze souboru studií byly vyřazeny všechny duplicity (38), které vznikly z důvodu vyhledávání v několika databázích. Následné posouzení a rozbor názvu a abstraktů umožnil odstranit studie, které nepopisovaly zadanou problematiku. Toto šetření bylo prováděno dvěma osobami nezávisle na sobě. Po prvním šetření zůstalo 39 studií, které pak byly podrobně prozkoumány na základě abstraktu. Tím bylo vyřazeno dalších sedm studií. Výsledný počet studií, který odpovídal strategii sběru studií, byl třicet dva.



Obrázek 1. Kvantitativní schéma výběru studií z informačních databází

4.2 Charakteristika studií

V Tabulce 1 jsou uvedeny všechny studie, s kterými budu nadále pracovat. Studie jsou v tabulce uspořádané podle skóre, tudíž dle kvalitativního hodnocení studií. Hodnocení jsem stanovila na základě prostudování všech studií, zjištění potřebných informací a porovnání s ostatními studiemi. Studie je možné hned v první tabulce blíže specifikovat a to především zemi, kde byla studie prováděna, a následně i její charakter.

Nejvíce studií bylo prováděno ve Velké Británii – šest studií (studie 3, 4, 8, 10, 13, 17), v USA bylo realizováno pět studií (studie 1, 2, 14, 22, 24), tři v Austrálii (studie 12, 18, 26). Dvě studie byly provedeny v Evropě, ale v jiném státě než Velká Británie (studie 5, 16). Pouze jedna studie byla prováděna v Číně (studie 6), jedna v Kanadě (studie 23), jedna v Thajsku (studie 9) a jedna v Jihoafrické republice (studie 7). Ve zbývajících studiích nebylo uvedeno místo provádění náboru.

Téměř u každé studie bylo možné zjistit její charakter. Nejvíce studií bylo zařazeno mezi randomizované kontrolní studie, celkový počet těchto studií je 17 (studie 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 23, 24). Tři studie jsou experimentální (studie 6, 20, 28). Studie 2, 11, 26 jsou pilotní studie, studie číslo 22 je neexperimentální studie a studie 25 je observační studie. Studie 17 a 27 nejsou blíže specifikované, nebylo možné u nich určit charakter. Studií, u nichž jsem mohla pracovat pouze s abstraktem, kde nebyl přístupný plný text je 5 (studie 26, 29, 30, 31, 32).

Pokud budu srovnávat lokace jednotlivých studií s primárním článkem, tak v současné době se výzkum odehrává především v Evropě. Lokace jsou podobné, ale četnost se mění. Do roku 2009 byla výzkumná místa orientovaná především na Ameriku. Ve studii Foster et al. (2011), na kterou navazuji, byla více jak polovina studií prováděna v USA. Další frekventovaná lokace byla Austrálie a až poté Evropa. V současné době je tato problematika více zkoumána v Evropě než v Americe.

Stále převažuje charakter randomizovaných studií, ale dříve nebylo prováděno tolik experimentálních a pilotních studií. Velký počet studií byl zaměřen na výzkum před a po intervenci, dnes to u většiny studií chybí.

Tabulka 1. Celková charakteristika studií

Čís- lo	Autor, rok publikace	Země	Cíl studie	Cílová popula- ce	Skóre
1	Richardson et al, 2010	USA	Cílem studie bylo zjistit vliv cho- deckého programu zprostředko- vaného internetem, který je dopl- něn o online nabídky komunity oslabených jedinců, a změřit je- jich průměrný počet kroků.	dospělí pravi- delně používají- cí e-mail	5
2	Devine et al, 2012	USA	Cílem studie bylo určit determi- nanty intervenční účinnosti a vy- světlit rozdíly v intervenčních výsledcích u zaměstnankyň vy- braného pracoviště.	zaměstnankyně na vybraných malých praco- vištích	5
3	Mutrie et al, 2012	Velká Británie	Cílem této studie bylo posoudit proveditelnost chodeckých pro- gramů s použitím krokoměru, v kombinaci s pohybovou aktivitou, která byla součástí prevence, u dospělých (skotské národnosti, ve věku 65 let a více).	dospělí nad 65 let	5
4	French et al, 2011	Velká Británie	Cílem tohoto výzkumu je provést proces, který plně vysvětluje účinnost programu za účelem zvýšení chodecké pohybové akti- vity. Intervence bude podána jako primární péče a to za pomoci praktických sester a zdravotnic- kých asistentů a bude zacílena na pacienty, u nichž je zvýšení pohy- bové aktivity hlavní prioritou.	pacienti s civili- zační chorobou, pro které je pro- spěšná pohybo- vá aktivita	5
5	Aittasalo et al, 2012	Finsko	Studie si klade za cíl zjistit dosah, účinnost a provedení randomizo- vané kontrolní studie za použití krokoměru a e-mailových zpráv a to na základě intervence v 20 finských pracovištích.	zaměstnanci ve finské firmě	5

Pokračování tabulky

6	Chiang & Sun 2009	Čína	Je známo, že vysoká míra hypertenze bývá mezi populací čínsko - americkou. Cílem studie je identifikovat kulturně specifické intervence, které by napomohly ke snížení sedavého způsobu s účinkem na hypertenzi.	starší čínsko - američtí přistěhovalci s hypertenzí	4
7	Pillay et al, 2012	Jihoafrická republika	Cílem je vytvořit deseti týdenní intervenci s použitím krokoměru. Program <i>Steps that count</i> zkoumá využití krokoměru, které je spojeno s individuální zpětnou vazbou (přes e-mail) pohybové aktivity za jeden den u jihoafrické populace.	zaměstnanci v provincii KwaZul - Natal	4
8	Shaw et al, 2011	Velká Británie	Studie si klade za cíl využívat poznatky, z již prováděné studie <i>Walking for Wellbeing in the West</i> , která byla prováděna v Glasgow, Skotsko. Druhým cílem je zapojit do studie čtyři základní prvky (behaviorální, psychologický, zdravotní a hodnocení životního prostředí).	skotská populace	4
9	Methapatara & Srisurapanont 2011	Thajsko	Cílem této studie bylo navrhnout a zkoumat program s názvem " <i>Pedometer walking plus motivational interviewing program</i> " u schizofrenních pacientů, kteří jsou obézní nebo mají nadváhu.	pacienti se schizofrenií, kteří mají obezitu nebo nadváhu	4
10	MacMillan et al, 2011	Velká Británie	Studie <i>West end walkers 65+</i> si klade za cíl zkoumat účinnost chodeckého programu za použití krokoměru, a to především jako primární péči pro starší skotské dospělé, kteří v současné době neplní doporučení pohybové aktivity	chodci nad 65 let	4

Pokračování tabulky

11	Goodrich et al, 2011	-	Tato pilotní studie se snaží vyvinout a vyhodnotit on-line rozhraní pro poskytovatele primární péče a odkazovat pacienty na internetový chodecký program s názvem: <i>Stepping Up to Health</i> a monitorovat účastníky tohoto programu.	lidé z rodin lékařské kliniky	4
12	Kuys et al. 2011	Austrálie	Cílem randomizované kontrolované studie je posoudit zprostředkovanou intervenci založenou na nošení krokoměru u dospělých participantů ve věku ≥ 65 let jako preskripci primární péče a dále stanovit účinnost této pilotní studie.	lidé po prodělané 1. mrtvici	4
13	Brown et al, 2012	Velká Británie	Využití přírodního prostředí jako součásti chodecké intervence v místě práce je novým přístupem a cílem předložené studie, dále si klade za cíl zjistit, zda užití „zeleňých cvičení“ coby intervence zlepší kardiovaskulární příznaky a stres a dále zda navýší fyzické a psychické zdraví ve srovnání s cvičeními v zastavěném prostředí.	zaměstnanci privátní společnosti	4
14	McCurry et al, 2011	Washington	Cílem je zjistit efekt chůze, vystavení světlu v kombinaci s intervencí (chůze, světlo, spánek, vzdělání) na spánek osob s Alzheimerovou chorobou.	lidé s Alzheimerem	3
15	Williams et al, 2011	-	Cílem této studie je zjistit vliv chůze u lidí se získaným poškozením mozku.	lidé se získaným poškozením mozku	3

Pokračování tabulky

16	Nordin et al, 2010	Švédsko	Cílem studie bylo ověřit, zda byly změny ve struktuře chůze mezi podmínkami singulárního a duálního zadání asociovány s rizikem pádu u starší populace.	osoby ve věku 75 let	3
17	Crust et al, 2011	Velká Británie	Hlavním cílem této studie bylo poskytnout bohatý, popisný výčet zkušeností chodců na dlouhé vzdálenosti.	chodci na dlouhé vzdálenosti	3
18	Du et al, 2011	Austrálie	Cílem programu s názvem: <i>Home-Heart-Walk</i> je podpora dodržování doporučené fyzické aktivity a zlepšení sebeřízení u lidí s chronickým srdečním selháním.	anglicky mluvící jedinci s chronickým srdečním selháním	3
19	Groessl et al, 2009	-	Záměrem „LIFE-P study“ bylo získat hlavní designová kritéria pro sestavení rozsáhlejší a plnohodnotné škály založené na testu „400-m walk test“, která by obzvláště hodnotila póurazovou zhoršenou mobilitu.	starší dospělí s rizikem poškození mobility	2
20	Taylor & Oliver 2009	-	Cílem studie je zkoumat efekt akutního cvičení na nutkání jíst čokoládu, afekt a psychologické a fyziologické odpovědi na stres. Dále okamžitý efekt rychlé chůze na nutkání jíst čokoládu, afekt a odpovědi na stresor.	konzumenti čokolády	2
21	Langhammer & Stanghelle 2010	-	Cílem je ověřit prostorové a časové charakteristiky chůze a pozdní vytrvalost po mrtvici u osob, kterým byly předepsány dvě odlišné chodecké cvičení. Sekundárním cílem bylo srovnat výstupy ve smyslu doby trvání cvičení a počtu mezi dvěma chodeckými příležitostmi.	lidé po mrtvici	2

Pokračování tabulky

22	Mier et al, 2011	Texas	Cílem studie je testovat účinnost chodeckého programu u mexiko - američanek, žijících ve zchudlých koloniích v Texasu.	ženy starší 18 let, mexiko - američanky	2
23	Spence at al, 2009	Kanada	Cílem je zjistit efekt a následné chování studentek univerzity u chodecké intervence za použití krokoměru.	studentky univerzity	2
24	Kruse et al, 2010	Missouri	Cílem je zjistit efekty cvičení s břemenem na ulceraci na chodidlech u osob s diagnostikovanou DM-PN, a dále efekty cvičení dolních končetin a chodeckých intervencí na rovnováhu, sílu dolních končetin a incidence pádů.	lidé, kteří vedou sedavý způsob života, mají cukrovku a periferní neuropatii	2
25	Zainuldin et al, 2012		Primárním cílem této studie bylo zjistit intenzitu chodeckých cvičení, která byla vyvolána chůzí na 70 % maximální rychlosti u osob s chronickou obstrukční plicní nemocí a zda v chůzi při této intenzitě a v ustáleném stavu bylo dosaženo VO ₂ max.	lidé s chronickou obstrukční plicní nemocí	1
26	Waddington et al, 2011	Canberra	Tento pilotní výzkumný projekt ověřoval, zda celkové urychlení těla a kardiovaskulárního úkolu způsobeného zadaným chozením v regionu Canberra v Austrálii umožňuje stanovit, zda tato chůze může být hodnocena v souladu k potenciální úrovni vlivu na kardiovaskulární zdatnost a zdraví kostní tkáně.	účastníci chodící 3km alespoň třikrát týdně	1
27	Chiu & Chou 2012	-	Studie si klade za cíl zjistit efekt rychlosti chůze na vnitřní segmenty kloubu a rozdíly v efektivnosti u mladých a starších.	zdraví dospělí	1

28	Beurskens & Bock 2013	-	Cílem studie je zjistit odpověď na otázku: Jaký úkol má chůze? Dalším cílem je zjistit vliv různých pěších podmínek u mladých a starších osob	účastníci rozdělení věkově	1
29	McCaffrey et al, 2010	-	Studie si klade za cíl určit vliv zahradního chození na depresi.	dospělí 65 let, s depresí	1
30	McCurry et al, 2010	-	Cílem studie je kontrolovat faktory spojené s dodržováním chodického programu u lidí s Alzheimerovou chorobou.	osoby s alzheimerem	1
31	Karimi et al, 2013	-	Cílem této studie je najít vliv užívání ortézy při chůzi u lidí s Parthesovou chorobou.	účastníci s Parthesovou chorobou na levém kyčelním kloubu	1
32	Dasilva et al, 2010	-	Cílem této studie bylo zjistit, fyziologické, percepční a emoční reakce při chůzi vlastním tempem u třech věkových skupin.	ženy	1

4.3 Charakteristika účastníků

Ukazatelem o kvalitě jednotlivých studií byly dostupné informace o účastnících. Čím více údajů bylo možné, o účastnících, vyčíst z jednotlivých studií, tím považuji celý nábor za efektivnější a studie jako kvalitnější. Pro efektivní nábor účastníků je velmi důležité zaměřit se na cílovou populaci. Každá studie byla orientovaná na cílovou populaci, ale jen v málo studiích bylo možné najít potřebné informace. V Tabulce 3 můžeme vidět, která ze studií vybírala účastníky precizně a zjišťovala u nich co nejvíce informací a naopak, ve kterých studiích jsou informace o účastnících popsány nedostatečně.

Ve dvaceti osmi studiích byl uveden věk účastníků, z toho u deseti studií byl uveden pouze průměrný věk. Tři studie byly zaměřené pouze na ženy (studie 22, 23, 32). U studie s číslem 2 byla cílová populace taktéž pouze ženy, ale ve výsledcích byla uve-

dena účast žen s 97 %, tudíž tuhle studii nebudu zařazovat mezi studie s výhradně ženským zastoupením. U deseti studií nebyli účastníci diferencováni podle pohlaví (studie 7, 10, 13, 16, 18, 26, 28, 29, 30, 31). Etnický původ nebo rasa byla zmíněna u devíti studií, z nichž některé byly primárně zaměřené pouze na danou rasu či etniku.

Pouze u sedmi studií bylo možné zjistit informace, týkající se vzdělání (studie 5, 6, 11, 14, 19, 22, 23). Většina studií byla zacílena na populaci, trpící nějakou chorobou nebo na někoho, kdo prodělal nějaké závažného onemocnění (studie 9, 12, 14, 15, 16, 18, 21, 24, 29, 30, 31). Velký počet studií byl také zaměřen na populaci, která vede sedavý způsob života, bez pravidelné pohybové aktivity s ohrožením na životě některou z civilizačních chorob (studie 1, 3, 4, 6, 9, 10, 11, 19, 24).

Tak jako ve studiích zařazených do mé práce, tak i ve studiích ve studii Foster et al. (2011), věk účastníků bývá velice často uveden skoro ve všech studiích. Co se týká pohlaví, tak dříve byly studie převážně orientované na ženy (až ze 70 %), dnes není dominance jednoho z pohlaví tak patrná. Je nabírán komplexní vzorek jak žen tak i mužů. Studie jsou stále více orientované na starší věkovou populaci a to především z důvodu prospěšnosti pohybových programů na jejich zdraví a způsob života. Tak jako v primární studii, tak i v mé práci můžeme vidět, že rasa, etnický původ a vzdělání nepatří mezi obzvláště důležitý ukazatel pro nábor účastníků a ve většině studií tyhle informace vůbec nenajdeme.

Tabulka 2. Charakteristika účastníků chodeckých intervenčních studií

Číslo studie, autor, rok publikace	Věk, zařazení (roky)	Pohlaví (% žen)	Rasa (%) Etnický původ (%)	Bližší specifikace	Vzdělání	Skóre
1 Richardson et al, 2010	rozmezí: 24-82	65	E (86) N (6)	dospělí, kteří používají pravidelně e-mail a splňují alespoň jedno z následujících: nadváha (BMI > 25), cukrovka 2. typu, cévní či žilní onemocnění	N.U.	5
2 Devine et al, 2012	M = 40	97	E	226 primárně bílých žen, zaměstnané na jednom z 5 malých pracovištích	N.U.	5
3 Mutrie et al, 2012	dospělí >65	58,8	N.U.	461 účastníků, kteří žijí nezávisle a nemají pravidelnou pohybovou aktivitu	N.U.	5
4 French et al, 2011	rozmezí: 16- 65	N.U.	N.U.	Účastníci, kteří mají některou z civilizačních chorob a vedou sedavý způsob života	N.U.	5
5 Aittasalo et al, 2012	M = 44,1	87	N.U.	123 účastníků	polytechnická nebo odborná škola (79 %), univerzitní titul (37 %)	5

Pokračování tabulky

6	≥66 M = 73,8	63,8	N.U.	bydliště s rodinnými příslušníky nebo v bezprostřední blízkosti. Místo narození jiné než USA, ale s pozdější imigrací do USA, museli být schopni porozumět buď Mandarínsky, Cantonksy nebo Fukien	ukončené středoškolské vzdělání (68,3 %)	4
7	rozmezí: 21-50	N.U.	E (100) Jihoafričani	150 zaměstnanců, kteří se účastní wellness událostí	N.U.	4
8	M = 49,2	79,7	N.U.	79 účastníků	N.U.	4
9	rozmezí: 18-65	40,96	N.U.	64 pacientů se schizofrenií, BMI >23	N.U.	4
10	≥65	N.U.	N.U.	anglicky mluvící a nese- tkávající se běžně s doporučenou pohybovou aktivitou	N.U.	4
11	M = 45,2	65	E (91,9)	97,3 % s obezitou 31 % v manželství 21,6 % s cukrovkou druhého typu	ukončené středoškolské vzdělání (45,9 %)	4
12	M = 72	60	N.U.	účastníci rozdělení do dvou skupin: experimentální skupina (vyšší intenzita na běžeckých pásech), kontrolní skupina	N.U.	4

Pokračování tabulky

13	rozmezí: 18- 65	N.U.	N.U.	účastníci rozdělení do 3 skupin podle místa realizování chodeckého programu	N.U.	4
Brown et al, 2012						
14	M = 82,2	53	E (84)	lidé s dvěma nebo více problémy se spaním	vysokoškolský titul (29 %)	3
McCurry et al, 2011						
15	rozmezí: 17- 69 M = 38,7	41,1	N.U.	17 lidí s mozkovým postižením, M = 175 cm	N.U.	3
Williams et al, 2011						
16	lidé ve věku 75	N.U.	E Švédové	fyzicky nezávislé osoby z komunity o 230 lidech	N.U.	3
Nordin et al, 2010						
17	rozmezí: 26- 50	33,3	E	6 chodců na dlouhé vzdálenosti ze severní Anglie	N.U.	3
Crust et al, 2011						
18	N.U.	N.U.	N.U.	166 účastníků s předešlou hospitalizací pro chronické srdeční selhání	N.U.	3
Du et al, 2011						
19	rozmezí: 70- 89	69	E (74) AA (19)	sedavý způsob života	vysokoškolské vzdělání (67 %)	2
Groessl et al, 2009						
20	M = 25,3	80	N.U.	25 konzumentů čokolády (nejméně 2 krát 50g čokolády za den)	N.U.	2
Taylor, &Oliver, 2009						

21	≥50	58,9	N.U.	lidé s neurologickým postižením	N.U.	2
Langhammer & Stanghelle, 2010						
22	M = 32,4	100	MA	španělsky mluvící ženy, 62,5 % vdaných	vysokoškolské vzdělání (43,7 %)	2
Mier et al, 2011						
23	95% studentek 30≥	100	N.U.	63 vysokoškolských studentek nutričních věd	vysokoškolské studentky (100 %)	2
Spence et al, 2009						
24	≥50 M = 64,8	53	N.U.	Účastníci rozdělení do 2 skupin: kontrolní skupina (38), intervenční skupina (41) průměrné BMI = 37,3	N.U.	2
Kruse et al, 2010						
25	M = 70	44,4	N.U.	36 účastníků s chronickou obstrukční plicní nemocí ve stádiu 1 – 4, s kuřáckou historií (alespoň 10 krabiček za rok) BMI = 27,2 (průměr)	N.U.	1
Zainuldin et al, 2012						
26	N.U	N.U.	N.U.	účastníci chodící 3km alespoň 3krát týdně	N.U.	1
Waddington et al, 2011						
27	M = 24,7 A-skupina, M = 71,6 B-skupina	50	N.U.	dvě skupiny rozdělené věkově, 10 osob v jedné skupině (BMI =22,1) ve druhé skupině BMI=26	N.U.	1
Chiu,& Chou, 2012						

28	starší skupina M = 70,5, mladší skupina M = 21,7	N.U.	N.U.	dvě skupiny dospělých po 15 lidech	N.U.	1
29	dospělí 65	N.U.	N.U.	N.U.	N.U.	1
30	N.U.	N.U.	N.U.	66 účastníků s Alzheimerem	N.U.	1
31	N.U.	N.U.	N.U.	pacienti s Perthesovou chorobou na levém kyčelním kloubu	N.U.	1
32	3 věkové skupiny: a) 20-25 b) 30 – 35 c) 40 - 45	100	N.U.	N.U.	N.U.	1

Vysvětlivky: M – průměr; E – europoidní; N – negroidní; AA – afriko - američani MA – mexiko-američani; N.U. – ve studii není údaj uveden

4.4 Posouzení kvality studií

Kvalita studií byla hodnocena převážně ve vztahu k popisu náboru účastníků. Jak celého procesu, tak i konkrétně a to především, zda bylo ve studii zmíněno kdo provádí nábor a na jakém místě, na jakou cílovou skupinu je nábor zaměřen, zda byla ve studii uvedena plánovaná doba náboru a následně i celková doba skutečně realizovaného náboru. To jsou všechny parametry, které mě u jednotlivých studií zajímaly. Zkoumala jsem tedy podrobně všechny studie a zjišťovala, zda jsou ve studiích uvedeny tyto informace. Skóre kvality pro každou studii bylo stanoveno od 0 po 5, kdy studie ohodnocena 5 byla

studie velice kvalitní a byly v ní všechny potřebné informace, naopak studie hodnocená 0, byla studie, kde velké množství informací chybělo a nebo zde nebyl dostatečný popis zkoumaných parametrů. V celkovém počtu studií jsem žádnou studii neohodnotila 0, avšak studie s hodnocením 1 se tady vyskytují. To byly studie, kde byly veškeré informace zmíněny pouze okrajově nebo studie, u kterých byl dostupný pouze abstrakt.

V Tabulce 2 můžeme vidět v jakých studiích byly uvedeny jaké informace a naopak ve kterých studiích bylo informací nedostatek. Podle zmíněných parametrů jsem třináct studií charakterizovala jako studie s vysokou kvalitou (studie 1-13), to byly převážně studie, kde bylo možné vyčíst větší počet informací a mají celkové hodnocení 4 nebo 5. Naopak devatenáct studií (studie 14-32) bylo charakterizováno jako studie s nízkou kvalitou ve vztahu k popisu náboru účastníků, jelikož u nich nebylo možné posoudit proces náboru účastníků v celém rozsahu a hodně údajů zde chybělo.

Dvacet čtyři studií udalo místo, kde byl prováděn nábor účastníků (studie 1-8, 21-24), ale pouze u patnácti bylo uvedeno kdo provádí nábor (studie 1-13, 15, 17, 18). Pouze v pěti studiích jsem našla délku strávenou plánováním a přípravou náboru (studie 1-5). Celková doba provádění náboru byla uvedena u sedmnácti studií (studie 1-14, 16, 19, 20). Všechny studie byly zaměřeny na určitou cílovou populaci.

Ze souboru všech článků, jak dříve, tak i dnes, stále převažují studie s nízkou kvalitou hodnocení.

4.4.1 Místo provádění náboru

Jak už bylo popsáno v 24 studiích bylo uvedeno místo provádění náboru. Nejfrekventovanější místo náboru byly zdravotnické zařízení, celkem u deseti studií (studie 3, 4, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 21). Čtyři studie zvolily pro nábor účastníků firmu (studie 2, 5, 7, 13), dvě studie prováděly nábor na univerzitě (studie 1, 23). Studie 16 prováděla nábor účastníků v domově důchodců a studie 22 v konkrétní osadě.

Lokace studií zařazených do této práce jsou velmi podobné lokacím v primárním článku. Také bylo nejvíce studií prováděno v lékařských zařízeních a jako druhé nejfrekventovanější místo náboru byly univerzity. Dále se v dřívějších studiích vyskytovaly více specifická místa náboru jako například: kadeřnický salón, místa pro bohoslužbu, potravinové provozovny nebo byl nábor prováděn v místě, kde probíhala nějaká specifická událost, jako např. setkání těhotných žen.

4.4.2 *Proces náboru a přístupy*

Ve vybraných studiích rozlišují dvojí přístup k náboru účastníků, přístup aktivní a pasivní. Přístupem aktivním, co se náboru týká, rozumíme, že při provádění náboru probíhá kontakt s účastníkem a to např. telefonním pohovorem nebo osobně. Oproti tomu pasivní přístup nevyžaduje přímý kontakt s účastníkem, ale je založen na tom, že účastník se o programu dozví nějakým jiným způsobem a to například z informačních médií (plakáty, letáky, inzeráty, poštou). Můžeme rozlišit ještě přístup kombinovaný, jak už název napovídá, kombinuje přístup pasivní a aktivní.

Metody náboru byly často těžko zjistitelné a v textu špatně dohledatelné. V Tabulce 3 je uveden komplexní proces náboru účastníků, kdo konkrétně prováděl nábor účastníků a na jakých místech byl nábor prováděn. Informace o tom, kdo prováděl nábor bylo uvedeno celkem u patnácti studií. Nábor byl nejčastěji prováděn týmem odborníků (studie 2, 5, 6, 7, 12), lékařským personálem, který zahrnoval jak lékaře, tak zdravotní sestry (studie 3, 4, 10, 18) a náborovými specialisty (studie 8, 9, 11, 17). U dvou studií (1, 13) byl nábor generován prostřednictvím počítačového programu.

Celkem u 24 studií byl uveden přístup k náboru účastníků, z toho bylo jedenáct s pasivním přístupem, sedm s aktivním a čtyři studie využily kombinaci těchto dvou přístupů. Na Obrázku 2 vidíme četnost použití jednotlivých přístupů a konkrétních metod. Jako nejfrekventovanější metoda, která byla použita pro kontakt s potencionálními účastníky byl ústní pohovor, ten použilo šest studií. Další metoda, často používaná, bylo kontaktování potencionálních účastníků prostřednictvím dopisu.

Ve studiích zařazených do primárního článku bylo skoro u poloviny studií uvedena osoba, která prováděla nábor. Jako nejfrekventovanější náborovou osobou byli výzkumní pracovníci. Nábor byl také prováděn lékařskými odborníky a nejméně zastoupeni byli náboroví specialisté. Pasivní náborový přístup byl nejpoužívanější. Aktivní přístup nebyl použit skoro vůbec, to je zajímavé v porovnání s aktuálnějšími studii, kde je aktivní přístup pro nábor účastníků zařazován ve velké míře. V aktuálnějších studií pořád ještě převládá přístup pasivní a nábor účastníků pomocí informačních médií. Osobní kontakt s potencionálním účastníkem se stává více důležitým. Při osobním kontaktu jsou totiž vybírání potencionální účastníci efektivnější. To je hlavní důvod, proč jsou aktivní přístupy čím dál častěji používány.

Tabulka 3. Realizace náboru osob do chodeckých intervenčních studií

Číslo studie, autor rok	Kdo prováděl nábor; Místo náboru; Způsob Náboru	Přístup	Skóre
1 Richardson et al, 2010	Nábor byl prováděn na univerzitě v Michiganu. Za použití počítačového programu byli náhodně vybráni potenciaální účastníci a byl jim poslán dopis.	pasivní	5 ^{a, β, γ, δ, ε}
2 Devine et al, 2012	Všichni účastníci byli rekrutováni školitely z CCE (Cornell Cooperative Extension), kteří byli zastoupeni nutričním specialisty a vedoucími pracovišť. Nábor byl prováděn v 5 malých až středně velkých pracovištích v centrální části New Yorku. Byl použit kombinovaný přístup a to konkrétně osobní pohovor a e-mail.	kombinovaný	5 ^{a, β, γ, δ, ε}
3 Mutrie et al, 2012	Nábor byl prováděn v lékařské klinice v Glasgow, nábor byl nejdříve prováděn praktickým lékařem na základě zdravotního stavu a lékařských záznamů, následně už byli potenciaální účastníci nabíráni týmem odborníků. Přístup byl použit pasivní, prostřednictvím dopisů.	pasivní	5 ^{a, β, γ, δ, ε}
4 French et al, 2011	Nábor byl prováděn ve zdravotnickém zařízení praktickými sestrami a zdravotními asistenty. Účastníci byli o náboru informováni pasivně, dopisem.	pasivní	5 ^{a, β, γ, δ, ε}

Pokračování tabulky

5	Aittasalo et al, 2012	Účastníci byli nabíráni 10 odborníky z jednotky zdravotní péče z 20 pracovišť ve Finsku, byly kontaktovány e-mailem.	pasivní	5 ^{α, β, γ, δ, ε}
6	Chiang & Sun, 2009	Nábor byl prováděn týmem odborníků. Účastníci byli rekrutováni z čínských kostelů, prostředí čínského Golden Age Cetra a čínských ambulantních klinik v Massachusetts. Ve studii nebyl uveden přístup.	N.U.	4 ^{α, β, δ, ε}
7	Pillay et al, 2012	Nábor byl prováděn na pracovištích v provincii KwaZulu – Natal, v Jihoafrické republice. Organizace nabízela zdravotní program účastníkům, kteří se účastnili wellness událostí. Na tomto programu byli zjištěny potřebné informace a na základě splnění příslušných kritérií byli pak účastníci vybíráni odborníky, asistenty a nakonec zařazeni do studie.	aktivní	4 ^{α, β, δ, ε}
8	Shaw et al, 2011	Účastníci byli o studii informováni dopisem, zaslaným na jejich adresy. Nábor probíhal v soukromé místnosti ve studijním centru a byl prováděn hlavním autorem. Účastníci byli vybíráni na základě ústního pohovoru s autorem.	kombinovaný	4 ^{α, β, δ, ε}

Pokračování tabulky

9 Methapatara & Srisurapanont, 2011	Studie byla prováděna v Suanprung psychiatrické nemocnici. Každý účastník intervenční nebo kontrolní skupiny dostal leták s názvem "Co je zdravý životní styl?". Následně byli účastníci náhodně vybráni do studie. Studie byla prováděna s přístupem kombinovaným, nejdříve pouze na základě informativního letáku, poté proběhl pohovor s potencionálními účastníky. Nábor prováděl hlavní autor studie.	kombinovaný	4 ^{α, β, δ, ε}
10 MacMillan et al, 2011	Nábor prováděl praktický lékař za pomoci praktických sester, které s účastníky procházely studijní protokol. Místo provádění náboru bylo stanoveno do klinického výzkumného zařízení na západním konci Glasgow. U náboru byl použit kombinovaný přístup, účastníci byli osloveni prostřednictvím e-mailu, poštou nebo telefonem.	kombinovaný	4 ^{α, β, δ, ε}
11 Goodrich et al, 2011	Nábor byl prováděn v prostředí rodinné lékařské kliniky. Přístup byl použit kombinovaný, účastníci byli nabíráni prostřednictvím ústního pohovoru, dotazováním, e-mailem, dopisem nebo reklamou. Nábor prováděli autoři článku.	kombinovaný	4 ^{α, β, δ, ε}
12 Kuys et al, 2011	Nábor byl prováděn ve 2 rehabilitačních jednotkách v Brisbane. Vyšetřovatelé za pomoci počítačového programu náhodně vybraly účastníky. Přístup zde nebyl uveden.	N.U.	4 ^{α, β, δ, ε}

Pokračování tabulky

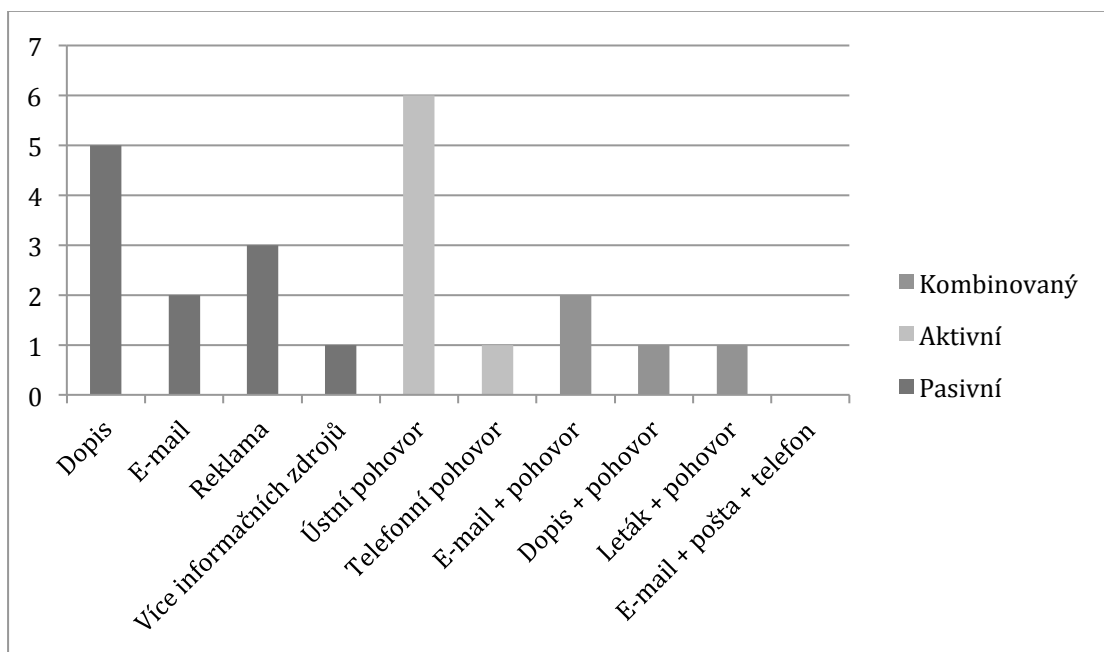
13 Brown et al, 2012	Nábor účastníků byl prováděn v privátním sektoru jedné společnosti. Skupinový nábor účastníků byl generován počítačovým programem. Zaměstnanci byli manažery informováni o detailech studie a to elektronickou formou, následně probíhala diskuze na internetovém blogu.	pasivní	4 ^{α, β, δ, ε}
14 McCurry et al, 2011	Nábor byl prováděn v komunitě, žijící nezávisle. Účastníky rekrutovaly skrz komunitní reklamu a prostřednictvím zdravotní organizaci Group Health Cooperative. Nebylo uvedeno kdo prováděl nábor.	pasivní	3 ^{α, δ, ε}
15 Williams et al, 2011	Účastníci byli nabíráni z rehabilitačního oddělení v nemocnici Epworth, Melbourne. Nebyl uveden přístup náboru.	N.U.	3 ^{α, β, ε}
16 Nordin et al, 2010	Nábor byl proveden v domově důchodců, pod záštitou seniorské občanské organizace, nebylo uvedeno kdo prováděl nábor. Přístup byl pasivní prostřednictvím reklamy v místním tisku.	pasivní	3 ^{α, δ, ε}
17 Crust et al, 2011	Autor článku kontaktoval účastníky a sjednal si s nimi schůzku k ústnímu pohovoru. Pohovor byl prováděn doma u jednotlivých účastníků. Každý pohovor byl zaznamenáván prostřednictvím digitálního záznamníku dat a následně byly doslovně přepsány.	aktivní	3 ^{α, β, ε}

Pokračování tabulky

18 Du et al, 2011	Nábor byl prováděn ve 4 nemocnicích v Sydney, výzkumné sestry podávaly individuálně informace o projektu. Výzkumný tým, zahrnující i sestry nabíral účastníky prostřednictvím telefonního pohovoru.	aktivní	3 ^{α, β, ε}
19 Groessler et al, 2009	Účastníci byli o studii informováni e-mailem, z novin, z rádia, z letáků. Další informace týkající se náboru se ve studii nevyskytovaly.	pasivní	2 ^{δ, ε}
20 Taylor & Oliver, 2009	Účastníci byli informováni na základě propagace na veřejných místech. Další informace nebyly k dispozici.	pasivní	2 ^{δ, ε}
21 Langhammer & Stanghelle, 2010	Účastníci byli nabíráni v privátním rehabilitačním centru, nebylo uvedeno kdo prováděl nábor, ale účastníci byli informováni dopisem.	pasivní	2 ^{α, ε}
22 Mier et al, 2011	Účastníci byli nabíráni na základě ústního pohovoru. Nábor byl prováděn v osadě kde žije jedna z nejchudších komunit, v oblasti Hidalgo.	aktivní	2 ^{α, ε}
23 Spence et al, 2009	Nábor se uskutečnil na univerzitě v Kanadě, účastníci byli nabíráni na základě dotazování, nebylo uvedeno kdo prováděl nábor.	aktivně	2 ^{α, ε}
24 Kruse et al, 2010	Byl použit pasivní přístup, účastníci byli informováni dopisem.	Pasivně	2 ^{α, ε}

25	Zainuldin et al, 2012	Ve studii chybí informace o způsobu náboru, není zde uvedeno ani kdo prováděl nábor ani na jakém místě byl nábor realizován. Taktéž zde není uvedeno jakým způsobem byli účastníci kontaktováni.	N.U.	1 ^ε
26	Waddington et al, 2011	Pilotní projekt, ohledně náboru nedostatek informací.	N.U.	1 ^ε
27	Chiu & Chou, 2012	Účastníci byli dotazováni ústně, v dalších oblastech je nedostatek informací.	aktivně	1 ^ε
28	Beurskens & Bock, 2013	Byl prováděn ústní pohovor s účastníky, další informace nebyly zjištěny.	aktivní	1 ^ε
29	McCaffrey et al, 2010	S účastníky bylo prováděn ústní pohovor.	aktivní	1 ^ε
30	McCurry et al, 2010	Co se náboru účastníků týká, nedostatek informací.	N.U.	1 ^ε
31	Karimi et al, 2013	Co se náboru účastníků týká, nedostatek informací	N.U.	1 ^ε
32	Dasilva et al, 2010	Co se náboru účastníků týká, nedostatek informací.	N.U.	1 ^ε

Vysvětlivky: ^α ve studii je uvedeno místo, kde byl prováděn nábor účastníků; ^β ve studii je uvedeno kdo provádí nábor; ^γ ve studii je uvedena délka plánované přípravy náboru; ^δ ve studii je uvedena celková doba provádění náboru ; ^ε studie je zaměřena na cílovou specifickou populaci



Obrázek 2. Použité přístupy k náboru osob a jejich četnost

Specifika pro nábor účastníků jsou u každého programu jiná, přesto bylo možné najít něco společného. Jak mezi studii zařazenými do této práce, tak i u studií v primárním článku. Jako shodující bych uvedla lokace, které se tolik nelišily, pouze jejich četnost. Ze souboru studií, zařazených do této práce jich bylo nejvíce situováno do Evropy, zatímco v primárním článku byla více jak polovina studií prováděna v USA, což je zajímavý ukazatel. To vypovídá o tom, že problematika intervenčních programů se začíná řešit především v Evropě.

Intervenční programy se více orientují na starší věkovou populaci a to především díky prospěšnosti těchto programů na jejich zdraví a způsob života. Jako další velká skupina obyvatel, na které byly intervenční chodecké programy zaměřeny, je populace trpící nějakou chorobou nebo po prodělaném závažném onemocnění. V primární studii převažovaly programy zaměřené na ženy, nyní už je jen malý počet programů, u kterých je dominance na pohlaví patrná.

Podle cílové populace jsou i vybírána náborová místa. Nejvíce studií bylo prováděno ve zdravotnických zařízeních, dále na pracovištích a univerzitách. Podobně tomu bylo i ve studii Foster et al. (2011).

Pro oslovení potencionálních účastníků se začíná přistupovat aktivně, začíná být kladen velký důraz na osobní kontakt s účastníkem. V současné době přibývá programů, které by mohly být ohodnoceny jako studie s vysokou kvalitou ve vztahu k náboru účastníků, ale stále v nich většinou chybí podstatné informace jako je např. proces plánování a přípravy celého náboru.

4.5 Limity práce

Limity této práce se vyskytly především v počáteční fázi, kdy byl prováděn výběr studií z elektronických databází a následné třídění článků dle názvu a abstraktu.

Po dosažení konečného počtu všech článků, které odpovídaly klíčovým slovům byly na základě počítačového programu vyřazeny duplicity. Zbývající články byly dále tříděny dle názvu dvěma osobami. Tento výběr v sobě zahrnuje určitou míru subjektivity. Přestože byla snaha tomuto předejít (viz dvě osoby), přesto nelze vyloučit, že při tomto třídění mohly být vyřazeny články, které dle názvu neodpovídaly problematice, ale po přečtení plného textu by spadaly mezi výběrový soubor.

Při procházení článků, mohlo dojít k chybné interpretaci některých informací, a to z důvodu odchylek v překladu (především cílů a popisu náboru osob).

5 ZÁVĚRY

Problematika chodeckých programů je v současné době více zkoumána v Evropě než v Americe, jako tomu bylo dříve. Charakter studií je důležitý ukazatel každé studie, nejvíce studií bylo s charakterem randomizovaných kontrolních studií, ale dříve nebylo prováděno tolik experimentálních a pilotních studií jako dnes. Informace o účastnících pokládám za důležitý ukazatel, bohužel pouze v některých studiích, bylo možné najít všechny potřebné informace o účastnících. Jako další velmi důležitý ukazatel pro hodnocení kvality studií, bylo místo provádění náboru a osoba, která prováděla nábor. Lokace provádění náboru byla uvedena u všech studií, ale informace o tom, kdo prováděl nábor v některých studiích chybělo. Jako nejvíce vypovídající ukazatel bych ohodnotila fázi přípravy a plánování celého náboru. Tuto informaci jsem našla pouze v pěti studiích.

Každá studie pro nábor účastníků použila jinou strategii a to především proto, že každá studie byla zaměřena jiným směrem a na jinou cílovou populaci. Strategie náboru do jednotlivých chodeckých programů byly pro každou studii velmi specifické. Jednotlivé náborové strategie pracovaly na rozdílných místech a s různým typem obyvatelstva. Náborová místa byly u některých studiích shodná a to bylo zapříčiněno především populací, na kterou se studie zaměřovaly. Přístupy k náboru účastníků nebyly tolik rozdílné, ale zajímavostí je, že nyní se začíná čím dál tím více přecházet k aktivnímu přístupu pro nábor účastníků. Pohovory, jak ústní, tak telefonické začínají být více a více oblíbeným prostředkem pro kontakt s potencionálním účastníkem.

6 SOUHRN

Za pomoci elektronických databází, klíčových slov, prvků exkluze a inkluze byl vytvořen systematický přehled poznatků ze všech studií, které se zaměřují na chodecké programy a jsou v nich dostupné informace týkající se náboru účastníků. Soubor těchto studií byl kvalitativně hodnocen na základě náborového procesu. Aby byl celý nábor efektivní musí být v první řadě důkladně promyšlený a naplánovaný, to byl jeden z ukazatelů pro hodnocení kvality. Pouze pět studií zahrnulo do výsledku fázi plánování, což je vypovídající ukazatel efektivnosti a kvality studie, resp. její validity. Nábor účastníků je velmi důležitý pro následný efektivní program, pokud nebudou účastníci nabíráni precizně může dojít ke zkreslení výsledků. Je problém s výběrem reprezentativního vzorku a skupiny obyvatel, pro které by mohla mít účast v programu osobní prospěch. K náboru účastníků bylo přistupováno různými metodami, ale jako nejefektivnější přístup se na základě studií jeví přístup aktivní, protože kontakt s potencionálním účastníkem je pro efektivní nábor důležitý.

Do budoucna, pro zacílení efektivity intervenčního programu doporučuji zacílení na konkrétní skupinu obyvatelstva a výběr účastníků provádět precizně. Jedině tak může být dosaženo požadovaného výsledku.

7 SUMMARY

With the help of electronic databases, keywords, elements of exclusion and inclusion, it was created a systematical review of findings from all studies that focus on walking programs and there are available information regarding the recruitment of participants. The set of these studies was qualitatively evaluated on the basis of the recruitment process. For the effectiveness of the recruitment it has to be well coherent and planned in the first place and it was one of the indicators for quality assessment. Only 5 studies included in the result the stage of planning which is a meaningful indicator of the effectiveness and quality of the study or validity. Recruitment of participants is very important for effective follow-up program. If participants will not be recruited precisely it can lead to distortion of the results. There is a problem with the selection of a representative sample and population group for which a participation in the program could have the personal benefit. To the recruitment of participants was approached by various methods but the most effective approach is based on studies is active approach, because contact with a potential participant is very very important for effective recruitment.

In the future for the targeting effectiveness of the intervention program I suggest targeting to the specific population group and perform the selection of participants very precise. Only in this way can be achieved the desired result.

8 REFERENČNÍ SEZNAM

- Aittasalo, M., Rinne, M., Pasanen, M., Kukkonen-Harjula, K., & Vasankari, T. (2012). Promoting walking among office employees--evaluation of a randomized controlled intervention with pedometers and e-mail messages. *BMC Public Health*, *12*(1), 403-413. doi:10.1186/1471-2458-12-403
- Beurskens, R. R., & Bock, O. O. (2013). Does the walking task matter? Influence of different walking conditions on dual-task performances in young and older persons. *Human Movement Science*, *32*(6), 1456-1466. doi:10.1016/j.humov.2013.07.013
- Brown, D. K., Barton, J. L., Pretty, J. J., & Gladwell, V. F. (2012). Walks4work: Rationale and study design to investigate walking at lunchtime in the workplace setting. *BMC Public Health*, *12*(1), doi:10.1186/1471-2458-12-550
- Crust, L., Keegan, R., Piggott, D., & Swann, C. (2011). Walking the Walk: A Phenomenological Study of Long Distance Walking. *Journal Of Applied Sport Psychology*, *23*(3), 243-262.
- Dasilva, S., Elsangedy, H., Krinski, K., Krause, M., de Campos, W., Guidetti, L., & ... Baldari, C. (2010). Age and physiological, perceptual, and affective responses during walking at a self-selected pace. *Perceptual And Motor Skills*, *111*(3), 963-978. doi:10.2466/06.10.13.PMS.111.6.963-978
- Devine, C., Farrell, T., Carroll, J., Maley, M., Warren, B., & Sadigov, S. (2012). Process evaluation of an environmental walking and healthy eating pilot in small rural worksites. *Evaluation And Program Planning*, *35*(1), 88-96. doi:10.1016/j.evalprogplan.2011.08.002
- Du, H. Y., Newton, P. J., Zecchin, R., Denniss, R., Salamonson, Y., Everett, B., & ... Davidson, P. M. (2011). An intervention to promote physical activity and self-management in people with stable chronic heart failure The Home-Heart-Walk study: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *12*(1), 63-68. doi:10.1186/1745-6215-12-63
- Foster, C., Brennan, G., Matthews, A., McAdam, C., Fitzsimons, C., & Mutrie, N. (2011). Recruiting participants to walking intervention studies: a systematic review. The

- International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity, 8137.
doi:10.1186/1479-5868-8-137
- French, D. P., Williams, S. L., Michie, S., Taylor, C., Szczepura, A., Stallard, N., & Dale, J. (2011). A cluster randomised controlled trial of the efficacy of a brief walking intervention delivered in primary care: Study protocol. *BMC Family Practice*, 12(1), 56-65. doi:10.1186/1471-2296-12-56
- Goodrich, D. E., Buis, L. R., Janney, A. W., Ditty, M. D., Krause, C. W., Kai, Z., & ... Richardson, C. R. (2011). Integrating an internet-mediated walking program into family medicine clinical practice: a pilot feasibility study. *BMC Medical Informatics & Decision Making*, 11(1), 47-56. doi:10.1186/1472-6947-11-47
- Groessl, E. J., Kaplan, R. M., Blair, S. N., Rejeski, W., Katula, J. A., King, A. C., & ... Pahor, M. (2009). A Cost Analysis of a Physical Activity Intervention for Older Adults. *Journal Of Physical Activity & Health*, 6(6), 767-774.
- Chiang, C., & Sun, F. (2009). The Effects of a Walking Program on Older Chinese American Immigrants With Hypertension: A Pretest and Posttest Quasi-Experimental Design. *Public Health Nursing*, 26(3), 240-248. doi:10.1111/j.1525-1446.2009.00776.x
- Chiu, S., & Chou, L. (2012). Effect of walking speed on inter-joint coordination differs between young and elderly adults. *Journal Of Biomechanics*, 45(2), 275-280.
- Jadad, A. (1998). *Randomized controlled trials: A user's guide*. London: Wiley, BMJ Books.
- Karimi, M., Sedigh, J., & Fatoye, F. (2013). Evaluation of gait performance of a participant with Perthes disease while walking with and without a Scottish-Rite orthosis. *Prosthetics And Orthotics International*, 37(3), 233-239. doi:10.1177/0309364612455452
- Kruse, R. L., LeMaster, J. W., & Madsen, R. W. (2010). Fall and Balance Outcomes After an Intervention to Promote Leg Strength, Balance, and Walking in People With

- Kuys, S., Brauer, S., & Ada, L. (2011). Higher-intensity treadmill walking during rehabilitation after stroke is feasible and not detrimental to walking pattern or quality: a pilot randomized trial. *Clinical Rehabilitation*, 25(4), 316-326.
- Langhammer, B., & Stanghelle, J. K. (2010). Exercise on a treadmill or walking outdoors? A randomized controlled trial comparing effectiveness of two walking exercise programmes late after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 24(1), 46-54.
- MacMillan, F., Fitzsimons, C., Black, K., Granat, M. H., Grant, M. P., Greal, M., . . . Mutrie, N. (2011). West end walkers 65+: A randomised controlled trial of a primary care-based walking intervention for older adults: Study rationale and design. *BMC Public Health*, 11, 120. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-120>
- McCaffrey, R., Hanson, C., & McCaffrey, W. (2010). Garden walking for depression: A research report. *Holistic Nursing Practice*, 24(5), 252-259. doi:10.1097/HNP.0b013e3181f1acd7
- McCurry, S., Pike, K., Logsdon, R., Teri, L., Vitiello, M., & Larson, E. (2010). Predictors of short- and long-term adherence to a daily walking program in persons with alzheimer's disease. *American Journal Of Alzheimer's Disease And Other Dementias*, 25(6), 505-512. doi:10.1177/1533317510376173
- McCurry, S. M., Pike, K. C., Vitiello, M. V., Logsdon, R. G., Larson, E. B., & Teri, L. (2011). Increasing Walking and Bright Light Exposure to Improve Sleep in Community-Dwelling Persons with Alzheimer's Disease: Results of a Randomized, Controlled Trial. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 59(8), 1393-1402. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03519.x
- Methapatara, W., & Srisurapanont, M. (2011). Pedometer walking plus motivational interviewing program for Thai schizophrenic patients with obesity or overweight: A 12-week, randomized, controlled trial. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 65(4), 374-380. doi:10.1111/j.1440-1819.2011.02225.x
- Mier, N., Tanguma, J., Millard, A. V., Villarreal, E. K., Alen, M., & Ory, M. G. (2011). A Pilot Walking Program for Mexican-American Women Living in Colonias at the Border. *American Journal Of Health Promotion*, 25(3), 172-175.

- Mutrie, N., Fitzsimons, C., Macmillan, F., Rowe, D., Doolin, O., Mcconnachie, A., & ... Shaw, R. (2012). Increasing older adults' walking through primary care: Results of a pilot randomized controlled trial. *Family Practice*, 29(6), 633-642. doi:10.1093/fampra/cms038
- Nordin, E., Lundin-Olsson, L., Moe-Nilssen, R., & Ramnemark, A. (2010). Changes in step-width during dual-task walking predicts falls. *Gait And Posture*, 32(1), 92-97. doi:10.1016/j.gaitpost.2010.03.012
- Pillay, J. D., Kolbe-Alexander, T. L., Proper, K. I., van Mechelen, W., & Lambert, E. V. (2012). Steps that count! : The development of a pedometer-based health promotion intervention in an employed, health insured South African population. *BMC Public Health*, 12(1), 880-887. doi:10.1186/1471-2458-12-880
- Richardson, C., Janney, A., Sen, A., Hess, M., Mehari, K., Fortlage, L., & ... Strecher, V. (2010). An online community improves adherence in an Internet-mediated walking program. Part 1: Results of a randomized controlled trial. *Journal Of Medical Internet Research*, 12(4), e71p.1-e71p.16. doi:10.2196/jmir.1338
- Shaw, R., Fenwick, E., Baker, G., McAdam, C., Fitzsimons, C., & Mutrie, N. (2011). 'Pedometers cost buttons': the feasibility of implementing a pedometer based walking programme within the community. *BMC Public Health*, 11(1), 200-208. doi:10.1186/1471-2458-11-200
- Spence, J. C., Burgess, J., Rodgers, W., & Murray, T. (2009). Effect of pretesting on intentions and behaviour: A pedometer and walking intervention. *Psychology & Health*, 24(7), 777-789.
- Taylor, A. H., & Oliver, A. J. (2009). Acute effects of brisk walking on urges to eat chocolate, affect, and responses to a stressor and chocolate cue. An experimental study. *Appetite*, 52(1), 155-160. doi:10.1016/j.appet.2008.09.004
- Waddington, G., Dickson, T., Trathen, S., & Adams, R. (2011). Walking for fitness: Is it enough to maintain both heart and bone health?. *Australian Journal Of Primary Health*, 17(1), 86-88. doi:10.1071/PY10035
- Williams, G., Clark, R., Morris, M., Schache, A., Fini, N., Moore, L., & McCrory, P. (2011). Training conditions influence walking kinematics and self-selected walking

speed in patients with neurological impairments. *Journal Of Neurotrauma*, 28(2), 281-287. doi:10.1089/neu.2010.164

Zainuldin, R., Mackey, M. G., & Alison, J. A. (2012). Prescription of Walking Exercise Intensity from the Incremental Shuttle Walk Test in People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal Of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91(7), 592-600.