

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

SENIOŘI A TRENDY MODERNÍ KUCHYNĚ

Bakalářská práce

Autor: Pavel Ulbrich, Tělesná výchova - Geografie

Vedoucí práce: PhDr. Iva Klimešová, Ph.D.

Olomouc 2018

Abstrakt: Tato bakalářská práce se zabývá životním stylem současných seniorů se zaměřením na stravování. Hlavním cílem bakalářské práce bylo vyhodnotit, v jaké míře senioři využívají moderní postupy při kulinářské úpravě potravin, a které moderní kuchyňské spotřebiče používají. Dílčím cílem bylo vyhodnotit frekvenci příjmu potravin dle stravovacích doporučení. Druhým dílčím cílem bylo zjistit nejoblíbenější kuchyňský spotřebič. Ke zjištění údajů bylo použito anketní šetření, které proběhlo v roce 2017 v Moravskoslezském kraji, kdy bylo osloveno 65 respondentů ve věku od 60 do 95 let.

Výsledky ukázaly, že 89 % respondentů používá nejčastěji varnou konvici, která je mezi seniory nejoblíbenějším spotřebičem. Vysoké procento využívání vykazuje rovněž tlakový hrnec (69 %). V případě sporáků je nejčastějším používaným typem sporák plynový (48 %), vedle toho indukční desku, která se řadí mezi moderní spotřebiče, používá jen 8 % respondentů. Minimálně je využívána domácí pekárna, kdy 90 % respondentů tuto nikdy nepoužilo, odšťavňovač nevyužívá 92 % respondentů a 95 % respondentů nikdy nepoužilo vejcovar a rýžovar. Tyto zjištěné údaje vypovídají o konzervativním přístupu seniorů k trendům moderní kuchyně.

Z vyhodnocení otázek anketního formuláře týkajících se frekvence příjmu potravin vyplývá, že optimálně pětkrát denně konzumuje pravidelně jen 12 % respondentů. Čtyřikrát denně konzumuje pravidelně 15 % respondentů, přičemž jídlo tvoří tři hlavní jídla a jedna ze svačín. Nejvyšší počet tj. 45 % respondentů konzumuje pravidelně třikrát denně. Ve všech případech se jedná o hlavní jídla. U zbývajících 28 % respondentů se denní počet jídel nepravidelně mění, což znamená, že více než jedna čtvrtina respondentů má zcela nevyhovující stravovací návyky, kdy se stravuje nepravidelně jak v počtu tak druhu jídel.

Klíčová slova

Senioři, stáří, zdraví, výživa, stravovací zvyklosti, způsoby úpravy potravin

Abstract: This bachelor's diploma thesis deals with the lifestyle of the contemporary elderly citizens with focus on eating. The main goal of the bachelor's diploma thesis was to evaluate the use of modern procedures in food processing and to determine which modern kitchen appliances older people use. Partial goal was to evaluate the frequency of food intake according to dietary recommendations. Another partial goal was to find out the most popular kitchen appliances. An inquiry survey, which was conducted in 2017 in the Moravian-Silesian Region, where 65 respondents from the age of 60 to 95 were addressed, was used to find the data.

The results showed that 89 % of respondents use a kettle that is the most popular appliance for the elderly. A high percentage of use also shows a pressure cooker (69 %). In the case of stoves, the most commonly used type is the gas stove (48 %), but the induction hob, which is among modern appliances, is used by only 8 % of the respondents. The home bakery has been never used by 90 % of respondents, the juicer extractor by 92 % of the respondents and 95 % of the respondents have never used the egg boiler and the rice-maker. These data reveal the conservative approach of elderly citizens to modern kitchen trends.

The evaluation of the questions in survey dealing with the frequency of food intake reveals that only 12 % of respondents regularly consume five times a day. 15 % of respondents consume food four times a day, with three main meals and one snack. The highest number, i.e. 45 % of respondents, consumes regularly three times a day. In all cases, these are the main meals. For the remaining 28 % of respondents, the daily number of meals is irregularly changing, which means that more than one-quarter of respondents have completely inadequate eating habits, eating irregularly both in the number and type of meals.

Key words

The elderly citizens, old age, health, nourishment, methods of food processing

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně pod vedením PhDr. Ivy Klimešové, Ph.D., uvedl všechny použité literární a odborné zdroje a dodržoval zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 20. 6. 2018

.....

Děkuji PhDr. Ivě Klimešové, Ph.D. za pomoc a cenné rady, které mi poskytla při zpracování diplomové práce. Dále bych rád poděkoval ochotným seniorům za vyplnění dotazníkového šetření.

OBSAH

1	ÚVOD	8
2	SYNTÉZA POZNATKŮ	10
2.1	Charakteristika stáří	10
2.1.1	Životní styl seniorů.....	11
2.1.2	Aktivní stárnutí.....	12
2.1.2.1	Zdravý životní styl	12
2.1.2.2	Pohybová aktivita.....	13
2.1.2.3	Aktivity duševní	13
2.1.2.4	Kvalita výživy	14
2.1.3	Změny lidského těla během stárnutí ovlivňující příjem živin.....	15
2.1.3.1	Změna metabolismu	15
2.1.3.2	Změny v trávicí soustavě	16
2.1.3.3	Smyslové změny	17
2.1.3.4	Psychické změny.....	17
2.1.3.5	Pohybové změny	18
2.1.4	Výživová pyramida	18
2.1.4.1	Středomořská výživová pyramida.....	19
2.1.4.2	Česká výživová pyramida	20
2.1.5	Zásady stravování v seniorském věku.....	22
2.1.5.1	Bílkoviny.....	23
2.1.5.2	Sacharidy.....	24
2.1.5.3	Tuky	26
2.1.5.4	Nasyčené tuky	26
2.1.5.5	Nenasycené tuky	27
2.1.5.6	Vitamíny, minerální látky a stopové prvky.....	28
2.1.6	Doporučení pro seniory	29
2.1.7	Tepelná úprava potravin.....	31
3	CÍLE PRÁCE	32
4	METODIKA PRÁCE.....	33
4.1	Anketní šetření.....	33
4.2	Charakteristika výzkumného souboru	34
4.3	Statistické zpracování dat	37
4.4	Limity práce.....	37
5	VÝSLEDKY A DISKUSE.....	38
5.1	Souhrnná analýza – stravovací zvyklosti.....	38
5.2	Souhrnná analýza – používání kuchyňských spotřebičů	45

6	ZÁVĚRY.....	52
7	SOUHRN	53
8	SUMMARY	54
9	REFERENČNÍ SEZNAM.....	55
10	PŘÍLOHY.....	57

1 ÚVOD

„Stáří se nevysmívej - vždyť k němu směřuješ“

Menandros

Stáří jako poslední etapa života, se týká každého z nás bez rozdílu. Ne však pouze ve smyslu, kdy z nás samotných se v budoucnu stanou také staří lidé, ale také tím, že senioři jsou všude kolem nás. Žijí mezi námi a jsou součástí tohoto světa. Je tedy nezbytné, abychom se stáří věnovali a pochopili, co vše stárnutí přináší. Čím více se dokážeme do starých lidí vcítit, tím lépe pochopíme jejich chování, jejich myšlení. Neboť většina z nás má ve své blízkosti seniora a při společném soužití je střet generací běžnou záležitostí. Záleží na každém z nás, jak se k této problematice postaví, zda zaujmeme pózu kritickou a bezohlednou nebo empatickou, chápající, protože také já jednou zestárnu. Snažme se tedy chovat v duchu hesla, co nechceš, aby činili tobě, nečiním ty jiným, neboť vše se v životě vrátí. Dobré i zlé.

Vedle pochopení stáří je také nezbytná pomoc, kterou můžeme seniorům poskytnout. Abychom znali jejich měnící se potřeby, je žádoucí se s probíhajícími a nevyhnutelnými změnami seznámit, ať už se to týká stránky psychické či fyziologické, která má přímou souvislost se změnami týkajícími se zdraví.

Název mé bakalářské práce „Senioři a trendy moderní kuchyně“, vypovídá o tématu, které jsem si ve své bakalářské práci zvolil. Mým cílem je z poznatků vybraných z odborné literatury zmapovat, jak je stáří definováno, jaké změny stárnoucího člověka provází, ať už psychické či fyzické, jaké způsoby života mohou senioři vyznávat. Dále jsem se věnoval aktivnímu životnímu stylu, který zahrnuje aktivity psychické a pohybové, jež bývají mnohdy odvislé od zdravotních možností seniorů. Aktivní styl zahrnuje rovněž kvalitu výživy. Zdravá výživa, kterou mohou aplikovat všichni jedinci, je cestou ke zdraví a k jeho udržení značně přispívá. Způsobu stravování a výživy v seniorském věku se tato práce zabývá nejjobširněji. Ze shromážděných poznatků vyplývá doporučení, týkající se stravování seniorů jak v druhu potřebných prvků obsažených v jednotlivých potravinách, tak jejich každodenní přijímané množství. Jedna z kapitol práce je rovněž věnována způsobu tepelné úpravy potravin.

S využitím teoretických poznatků jsem na základě anketního šetření provedl výzkum, kterého se zúčastnilo 65 respondentů seniorského věku. Hlavním cílem mé práce bylo s využitím poznatků vyplývajících z teoretické části, ze které vyplývají doporučení pro seniory týkající se zdravého způsobu stravování, zhodnotit v jaké míře využívají senioři moderní postupy v kulinářské úpravě potravin a zjistit nejoblíbenější kuchyňsky spotřebič používaný

v domácnostech seniorů, což koresponduje s aktivním způsobem života seniorů, který rovněž ovlivňuje zdravý životní styl. Dílčím cílem bylo hodnocení frekvence příjmu potravin dle stravovacích doporučení.

Z provedeného anketního šetření vyplývá, že seniori výživová doporučení dodržují jen v malé míře. Dále se projevila skutečnost, že přes měnící se životní styl seniorů od pasivního k aktivnímu, zůstávají tito spíše konzervativními, co se přístupu k moderním výživovým trendům a používání kuchyňských elektrospotřebičů týče.

2 SYNTÉZA POZNATKŮ

2.1 Charakteristika stáří

„Stáří je přirozený a předvídatelný proces změn, vyznačující se značnou variabilitou v typech a rychlosti. Týká se našeho fyzického vzhledu. Energetického stavu, duševních schopností a společenského života“ (Tošnerová, 2009, 14).

Stáří a stárnutí je nevyhnutelnou součástí života každého jednotlivce. Jednotlivá životní období lze obecně klasifikovat podle kalendářního věku člověka. Do 20 let lidského věku hovoříme o mládí, 21–60 let je nazýváno dospělostí a 61 a více let je označováno jako stáří (Blahutková, Janošková, Muchová, & Tománková, 2013).

V životě je obecně považován za starého člověka ten, kdo dosáhne důchodového věku. Jednotlivá stádia stáří jsou nejčastěji členěna podle dosažených let člověka. Vyšší věk neboli rané stáří zahrnuje období 60–74 let. Toto období přechází do stařeckého věku nazývaného též vlastní stáří, které vymezuje 75. – 89. rok života. V případě dosažení 90 let a více se jedná o vysoký věk považovaný za dlouhověkost (Haškovcová, 2010).

Světová zdravotnická organizace nazývá věk mezi 60. a 65. přechodem do stáří (World Health Organization, 2008). Je zřejmé rychlé stárnutí veškeré světové populace, které přináší výzvy i příležitosti, v podobě zvýšené poptávky po primární zdravotní péči a dlouhodobé péči, která vyžaduje větší a lépe vyškolenou pracovní sílu a zkvalitnění potřeb nejen životního prostředí, které je nutno lépe přizpůsobovat konkrétnímu věku (WHO, 2018a).

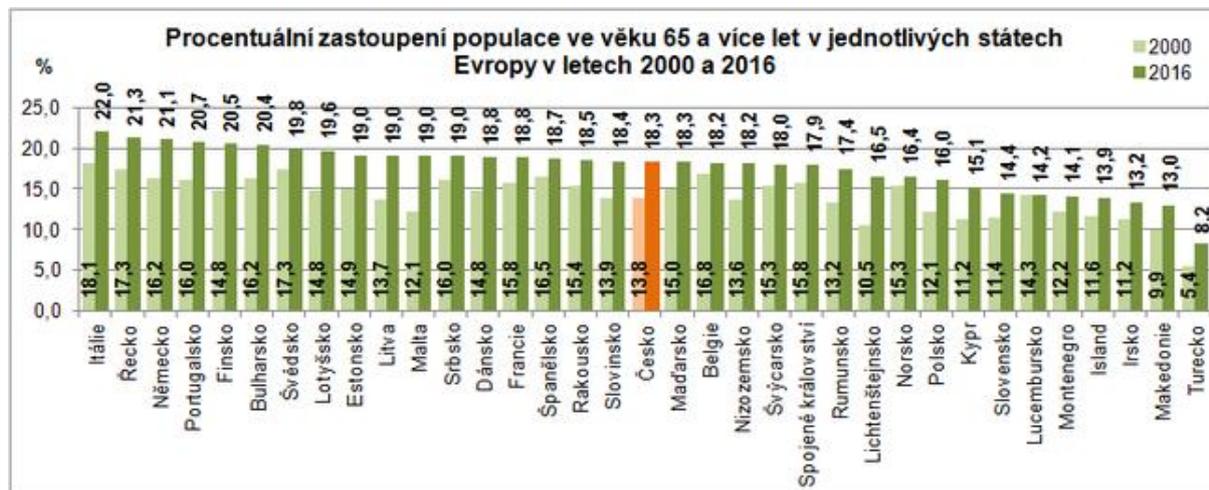
„Každý člověk stárne již od zrození a každý stárne jinak. Proces stárnutí je vždy diskontinuitní, což znamená, že v některých obdobích svého života člověk stárne rychleji, v jiných pomaleji“ (Haškovcová, 2010, 20).

Po dosažení věku 65 let vyznávají ve většině případů senioři aktivní životní styl v závislosti na zdravotním stavu, které v tomto období označuje 54% mužů a 44% žen jako dobrý nebo velmi dobrý. Věk 80 – 85 let je charakterizován sníženou výkonností, zhoršováním zdraví a ztrátou soběstačnosti (Stránský, 2015).

Díky stále se rozvíjející lékařské vědě jsou stávající mladí senioři ve většině případů zdravější než v minulosti a zároveň se přechody mezi jednotlivými obdobími stávají hůře poznatelné. Z těchto důvodů se stále častěji začíná používat označení senioru jako 50+, 60 +, 70+ (Haškovcová, 2010).

Období jednotlivců nelze označovat pouze v kontextu počtu let života, je nezbytné brát kombinaci funkcí duševního a tělesného stavu. „Udržet co nejdéle svěžest mysli a těla se podaří, když žijeme prostě v souladu s řádem bytí, neznásilňujeme svoji přirozenost a

nesnažíme si hrát na někoho, kým nejsme“ (Štílec, 2004, 12). Miroslav Štílec (2004) ve své publikaci považuje současné prodloužení délky života způsobenou vyspělou zdravotní péčí a aktivním způsobem života seniorů, za jeden z největších úspěchů 20. století (Obrázek 1).



Obrázek 1. Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v letech 2000 a 2016 (ČSÚ, 2017).

2.1.1 Životní styl seniorů

Životní styl je označení způsobu, kterým se člověk chová v běžném každodenním životě. Základní členění životních stylů je expanzivní, kdy člověk chce a klade si nové cíle, výzvy, projekty a styl konzervativní, preferující tradici, stabilitu, zvyky (Mühlpachr, 2017).

Aktivita či pasivita člověka je výsledek jeho životní filozofie, kterou upřednostňuje. Senioři mají právo volby svého životního stylu, který se odvíjí od způsobu prožívání dosavadního života, možností a schopností jednotlivců a také životních postojů. Změna životního stylu spočívá ve snížení škodlivých činitelů, které urychlují stárnutí a zároveň přispívají ke vzniku nebo zhoršení chorob (Roslawski, 2005).

Mühlpachr (2017) klasifikuje životní styl podle způsobu, jakými senioři tráví svůj čas. Za pasivní životní styl seniorů označuje případ, kdy senior nedostatečně využívá nadbytek svého volného času k aktivním činnostem rozvíjejícím osobnost, rozšiřujícím poznání, zdravotní a pohybovou stránku. Vedle toho staví rodinný životní styl projevující se aktivním zapojením do společného soužití s vlastní rodinou, ve které je senior akceptován a v chodu rodiny se sám realizuje. V případě, kdy senior nemá dostatek sil aktivně se zapojit do rodinného života a volný čas tráví převážně doma aktivitami v míře svých schopností, nazývá tento životní styl jako tzv. domácí životní styl. Senioři vyznávající sociálně aktivní životní styl, jsou dle něj angažováni ve spolcích, sdruženích, vyhledávají sociální kontakty a činnosti. Chalupářský

životní styl seniorů je charakteristický trávením volného času na chatách a chalupách, kde se seberealizují při práci na zahradě a vylepšování příbytku. V případě náboženského životního stylu, se senioři soustředí na Boha, církve, náboženství, navštěvují kostely a víra se stává jejich životní náplní. Jednotlivé takto vymezené životní styly se mohou vzájemně kombinovat, prolínat, v závislosti s přibývajícím věkem a zdravím měnit. Při výběru stylu života jsou nezanedbatelné rovněž ekonomicko-sociální možnosti jedince.

2.1.2 Aktivní stárnutí

Za nejobecnější charakteristiky stárnutí se považuje zpomalení psychické činnosti, které má za důsledek zpomalení rychlosti reakce na podněty, emoční problémy vyplývající z nedostatku smyslového vnímání, změny v pohybových schopnostech způsobené úbytkem sil a pružnosti svalů a změny v oblasti učení a paměti (Štilec, 2004). K těmto obecným změnám se přidružují onemocnění. Mezi významné faktory ovlivňující vznik onemocnění Štilec (2004) řadí vedle nesprávné výživy rovněž nedostatek pohybu. „Mezi hrozby stáří patří obava ze ztráty nezávislosti. Obava je spojena s pojmy bezmoc, ponížení, ignorace okolí, strach z odloučení, ztráta autonomie, nesoběstačnost“ (Tošnerová, 2009, 14).

2.1.2.1 Zdravý životní styl

Stárnutí jako proces nelze zastavit, lze jej však zmírnit či zpomalit přijetím aktivního stárnutí spočívajícím ve zdravém životním stylu, za jehož složky považuje Piťha (2012) přiměřený příjem živin a energie, pravidelnou pohybovou aktivitu a pravidelnou kontrolu zdravotního stavu. Obdobně Štilec (2004) označuje zdravý životní styl spojený s aktivním stárnutím třemi faktory. Odpovídajícím objemem tělesných a relaxačních cvičení, přiměřeným rozsahem obecných aktivit duševních i pracovních a zlepšením kvality výživy a snížení celkového objemu konzumovaných potravin. V podrobnějším členění dle Piťhy (2012) zahrnuje zdravý životní styl pravidelný režim představující rozdělení pracovní aktivity a odpočinku, stravu včetně její pestrosti, dodržování pitného režimu, pohyb nejlépe pravidelný a konzumaci ochranných prvků, kterými jsou vhodné doplňky stravy v podobě vitamínů.

Mezi další důležité znaky zdravého životního stylu patří omezení spotřeby kuchyňské soli, zanechání kouření, omezení konzumace alkoholu, pravidelná strava a snížení tělesné hmotnosti u obézních jedinců (Roslawski, 2005). Piťha (2012) tyto rizikové faktory doplňuje o omezení nadměrného užívání léků a provádění riskantních dietních postupů a redukčních

režimů, aplikovaných bez konzultace výživových odborníků, které mohou mít za následek vznik zdravotních problémů.

Vyznávat zdravý životní styl znamená dodržovat zdravou výživu, mít v přiměřeném množství a intenzitě vhodný pohyb, nezbytná je psychická pohoda ideálně bez stresů a odmítnutí kouření včetně ostatních návykových látek (Pitřha, 2012).

2.1.2.2 *Pohybová aktivita*

„Systematické pohybové aktivity se významně podílejí na zpoždění procesu stárnutí, a tím na prodloužení období fyzické výkonnosti a spokojenosti ze života“ (Roslawski, 2005, 9).

Změny, které vznikají v pohybovém aparátu v souvislosti s přibývajícím věkem, mají za následek menší problémy než změny, které vznikají díky pohybové nedostatečnosti, ze které vyplývají kardiovaskulární onemocnění, artritida, diabetes, hypertenze nebo osteoporóza (Blahutková et al., 2013). Proto je nejen ve vyšším věku nezbytný pohyb, který mimo jiné působí kladně na činnost nervového systému a na regulaci krevního oběhu. Pohyb snižuje neurotické a depresivní stavy, které jsou spojeny s poruchou spánku, zlepšuje činnost dýchacího systému a snižuje nadváhu (Roslawski, 2005).

Pohyb je nezbytný k vykonávání tělesných prací, pro které jsou podstatné tři faktory: schopnost plic přijímat kyslík, výkon srdce vhnět do těla okysličenou krev a schopnost svalů kyslík využít. Pokud dojde ke ztrátě či omezení tělesné schopnosti, kdy je jedinec odkázán sám na sebe, ztrácí svou nezávislost, ze které pramení psychické problémy. Pohybově aktivní lidé jsou schopni vykonat více tělesné práce než lidé nepohybliví. V období stárnutí je udržování funkce kardiovaskulárního, dýchacího a pohybového aparátu nezbytný prostředek pro kvalitu zdraví a života (Ettinger, Wright & Blair, 2007).

2.1.2.3 *Aktivity duševní*

Péče o psychickou pohodu je součástí aktivního životního stylu (Haškovcová, 2010). Psycholog Josef Švancara definuje a doporučuje zavést do svého života tzv. „Pět pé“, za které považuje existenci životní perspektivy (mít pro koho žít), usilování o pružnost (pohyb, sportovní aktivity, duševní gymnastika), pěstování prozíravosti (uznání i existence nemocí), porozumění pro druhé a potěšení na které je potřeba myslet (mít radost a nacházet radost, třeba z drobností).

Jedna z obecných charakteristik stárnutí je zpomalování psychické činnosti, která se projevuje snížením rychlosti reakce na podněty. „Je prokázáno, že největší podíl na snížení rychlosti reakce mají centrální procesy spojené se zpracováním situace a s rozhodováním o způsobu reakce“ (Štílec, 2004, 15). Úbytek rychlosti starších lidí reagovat na podněty, které vyžadují rychlé rozhodnutí nebo činnost pod tlakem, může negativně ovlivnit duševní zdraví (Štílec, 2004).

Za typické projevy stáří je rovněž považována ztráta paměti, kterou rozdělujeme na krátkodobou, dlouhodobou, profesní a specifickou zahrnující místa, čas, čísla (Haškovcová, 2010). Ve stáří dochází ke snížení dvou podstatných složek paměti, kterými jsou vstřípivost neboli schopnost zapamatovat si a výbavnost, která je spojená s pojmenováním situace, místa, děje aj. Duševní aktivity, které zahrnují aktivní životní styl, napomáhají tyto složky paměti udržovat. Haškovcová (2010) za nejjednodušší prostředek trénování paměti uvádí luštění křížovek nebo hru scrabble. Na vyšší úroveň řadí existující kurzy trénování paměti a speciální techniky, např. mozkový jogging (GeJo), metoda vyvinutá na začátku 80. let 20. století, která má přivést paměť ze stavu relativní neschopnosti ke schopnosti fungovat. Vedle toho Štílec (2004) považuje za osvědčené univerzity třetího věku, které obsahují hodnotný duševní program a zároveň dle něj dochází mezi seniory k sociálnímu kontaktu, který je nezbytnou součástí duševní rovnováhy.

2.1.2.4 Kvalita výživy

„Jistěže výživa je základ zdraví – vždyť všechno, co sníte, na vás nutně nějakým způsobem působí, protože to prochází vaším tělem“ (Fořt, 2003, 19). Floriánková (2014) považuje výživu za nejdůležitější faktor životního stylu, který ovlivňuje celkový zdravotní stav od početí až po konec života, neboť kvalita výživy ovlivňuje rozvoj funkcí všech orgánů, růst kostí i svalů.

„Celoživotní nízká kvalita výživy má bezprostřední či přinejmenším nepřímou vinu na mnoha předčasných úmrtích, určitě však na zdravotních poškozeních“ (Fořt, 2003, 20).

Vhodná výživa obecně ovlivňuje například tvorbu hormonů, imunitu, obnovu buněk všech tkání, hojení ran, psychický a fyzický výkon a zároveň má vliv na průběh nemocí a léčby, kdy vhodně zvolená výživa zkracuje a zlehčuje průběh onemocnění, zkracuje dobu léčby a rekonvalescenci, zlepšuje hojení ran, při operacích snižuje riziko infekčních komplikací či zmenšuje schopnost využití léků (Floriánková, 2014).

Tyto skutečnosti jsou všeobecně známy, přesto dle Fořta (2003), který vychází z předpokladu, kdy se většina populace stravuje nesprávně, je složité změnit v případě seniorů své dlouhodobé stravovací návyky, neboť se zároveň jedná o psychologicky náročnou změnu.

„Změny jsou většinou z nás vnímány jako ztráty, protože nás nutí vzdát se řady situací, přijmout nové role a poradit si s omezenějšími schopnostmi“ (Tošnerová, 2009, 14).

2.1.3 Změny lidského těla během stárnutí ovlivňující příjem živin

Stárnutí způsobuje v lidském těle mnoho strukturálních a funkčních změn. „...čím je člověk starší, tím paradoxně kvalitnější musí mít stravu, čím kvalitnější strava, tím lepší zdraví“ (Fořt, 2003, 185). V průběhu stárnutí dochází ke změně přirozených procesů, mezi které patří schopnost přijímat, zpracovávat, vstřebávat a ukládat živiny a zároveň se lehce snižuje potřeba celkové energie (Floriánková, 2014).

Z nutričního hlediska je v procesu stárnutí významná změna imunitního systému, zhoršení renálních funkcí, úbytek svalové hmoty, snížení psychických funkcí spojených se ztrátou motivace a zhoršení tekutinové bilance způsobené absencí pocitu žízně (Svačina, 2008).

2.1.3.1 Změna metabolismu

Složení lidského těla představuje vzájemný objem tělesného tuku, svalstva a kostí. Změna poměru tuku a svalové hmoty ovlivňuje metabolismus měřený časem, během kterého tělo spálí energii z přijaté potravy. S přibývajícím věkem se zvyšuje množství tuku v těle a snižuje podíl svalové hmoty, a to i v případech kdy zůstává tělesná hmotnost nezměněna. Pokles svalové hmoty způsobuje snížení potřeby přijaté energie z potravin (Ettinger, et al., 2007). Stránský (2015) dodává, že ztráta svalové hmoty ovlivňuje rovněž pohyblivost, mobilitu, rovnováhu, vytrvalost a zvyšuje riziko pádů a upřesňuje procento podílů svalové hmoty na hmotnosti jedinců, který se po 70 letech snižuje z původních 45 % na 27 %.

Rovněž Fořt (2003) zdůvodňuje menší potřebu dodávané energie v pozdním věku zásadním poklesem fyzických aktivit a dále snížením produkce regulačních hormonů, které řídí výdej energie a zhoršenou schopností obnovy a budování tkání.

Poruchy metabolismu a snížení příjmu živin mohou ve starším věku způsobit podvýživu, jejímuž riziku je v EU vystaveno 20 milionů starších lidí (Mak & Caldeira, 2014). „Přestože se většina našeho národa přejídá, mnoho starých lidí trpí nepoznanou (skrytou) podvýživou“ (Fořt, 2003, 187). Podvýživa je spojena s dalšími souvisejícími zdravotními komplikacemi,

kteří u starších lidí mohou vést k úmrtí. Nesprávný výběr potravin a špatné stravovací návyky riziko podvýživy zvyšují (Mak & Caldeira, 2014).

2.1.3.2 Změny v trávicí soustavě

Fyziologie změn trávicího traktu má přímý vliv na střevní funkce, kterými jsou regulace chuti k jídlu a sytosti. V této souvislosti je používán termín „anorexie stárnutí“, popisující snížení chuti k jídlu a příjmu potravin seniorů, kteří konzumují menší množství jídla a jedí pomaleji než mladší lidé (Mak & Caldeira, 2014).

Ve stáří dochází rovněž ke změnám funkcí orgánů souvisejících se zpracováním potravy. Zhoršená funkce žlučníku, žaludku, tlustého střeva a slinivky, způsobuje problémy s vyprazdňováním (Fořt, 2003).

Fyziologické změny v žaludku v průběhu stárnutí, způsobují zpoždění při vyprazdňování žaludku, čímž se zvyšuje pocit plnosti v samotném průběhu konzumace a senioři se tak cítí nasyceni. Změny v tlustém střevě, např. pokles střevních neuronů snižuje nervové signály v tlustém střevě, které ovlivňují peristaltiku a zvyšují tak dobu průchodu střevem, která způsobuje zácpu spojenou s bolestmi břicha a snížením příjmu potravin (Mak & Caldeira, 2014).

Obtíže s vyprazdňováním u seniorů mohou být způsobeny také nízkým příjmem tekutin a vlákniny a sníženou pohybovou aktivitou. Vedle toho průjmová onemocnění vznikají u seniorů neschopností trávení některých živin, častějšími infekcemi zažívacího ústrojí v souvislosti se snižováním imunitního systému. Obojí rovněž způsobuje užívání léků a příjem nekvalitních potravin (Floriánková, 2014).

Fyziologické změny trávicí soustavy, spolu s případným kouřením, užíváním léků a nevhodnou skladbou stravy, mohou u starších lidí vést k závažným chorobám jako např. gastro-reflexní choroba jícnu, žaludeční vředy a rakovina. Tyto nemoci pak následně ovlivňují spotřebu potravin, jejíž snížený příjem může vést ke ztrátě hmotnosti, anorexii, zvracení, které mají s přibývajícím věkem závažnější následky.

Chuť k jídlu je do značné míry řízena regulací střevních hormonů, které jsou uvolňovány v závislosti na výživových stimulech. S věkem se uvolňování specifických střevních hormonů mění, což vede k pocitu sytosti, jakož i k potlačení hladu (Mak & Caldeira, 2014).

2.1.3.3 *Smyslové změny*

Stejně jako Fořt (2003), také Floriánková (2014) uvádí jako nejčastější příčiny problémů s příjmem živin ve zralém věku potíže s trávením, které doplňuje o další neméně významnou skutečnost a to snížení vnímání schopnosti chuti, čichu a zraku.

Snížená schopnost vnímání chuti, způsobená zmenšováním a ochabováním chuťových pohárků na jazyku, ovlivňuje rozpoznávání například soli a cukru v jídle, které si tak starší lidé nepřiměřeně dochucují, čímž se zvyšuje riziko chronických onemocnění jako diabetes a hypertenze. Na změnu chuti má také vliv požívání léků (Mak & Caldeira, 2014) „S vyšším věkem se obvykle pojí částečné otupení vnímání chutí a vůní a následná preference chuťově výrazných potravin“ (Klimešová & Stelzer, 2013, 13).

Zhoršení čichu a zraku, má za následek omezení rozpoznání kvality a čerstvosti požívaných potravin (Mak & Caldeira, 2014). Omezení smyslu může mít za následek sníženou motivaci k jídlu, stravovací zkušenost se stává méně příjemnou, lidé méně konzumují, což může způsobit podvýživu (Floriánková, 2014). Příjem živin ovlivňuje v pozdním věku rovněž stav dentice, vypadávání chrupu nebo nepřesně vyhovující zubní náhrada, v důsledku kterých mohou nastat potíže s polykáním. Spojitost má rovněž snížená tvorba slin, sucho v ústech, snížení svalů a pružnosti pojivové tkáně v ústní dutině. Starší lidé nemohou, nechtějí konzumovat potraviny, které je potřeba žvýkat, ze své stravy je vylučují, čímž způsobují omezení příjmu všech potřebných živin (Mak & Caldeira, 2014).

2.1.3.4 *Psychické změny*

Floriánková (2014) uvádí, že v důsledku změn vnímání chuti konzumovaných jídel, přestává být případné vychutnávání jídla požitekem a může tak docházet ke zhoršení nálady a omezení příjmu potravin. Rovněž psychické problémy způsobené stresem, úzkostí, depresí ovlivňují zažívání, dostavuje se pocit tlaku v žaludku, říhání, pálení žáhy.

Změny kognitivních funkcí, onemocnění mozku ve starším věku jako je demence a Alzheimerova choroba ovlivňují chování seniorů. Lidé s demencí mohou zapomenout jíst, pít nebo naopak zapomenou, že už jedli. Toto chování se liší podle stupně demence. V prostřední fázi demence, pociťují pacienti nadměrný hlad a zvýšenou chuť k jídlu. V pozdním stadiu vyznačující se totální závislostí a vlastní nečinností, mají problém jíst a pít z čehož pramení podvýživa (Mak & Caldeira, 2014).

„Psychika člověka hraje významnou roli v přijímání jídla, stejně tak má příjem potravy zpětný vliv na psychiku“ (Floriánková, 2014, 9).

2.1.3.5 Pohybové změny

Mobilita, schopnost jedince umět se pohybovat sám nezávisle a bezpečně z jednoho místa na druhé, může být ovlivněna chronickým onemocněním, obezitou, fyzickým zraněním jako zlomenina při pádu, tak i fyziologickými změnami v průběhu času (Mak & Caldeira, 2014). Omezení pohybových schopností může mít rovněž vliv na množství a pestrost konzumovaných potravin, například v případech, kdy si starší lidé nedokážou dojít na nákup vhodných potravin či si sami jídlo připravit (Floriánková, 2014).

Omezení pohyblivosti způsobuje artróza, ochrnutí v důsledku mozkové příhody, ale také funkční poruchy rukou a prstů, které omezují seniory při přípravě a příjmu potravin (Stránský, 2015).

2.1.4 Výživová pyramida

Výživová pyramida představuje návod či doporučení, které potraviny konzumovat, aby byla jedincem přijata nejvhodnější denní výživová dávka obsahující příjem příslušných živin, potřebných pro zdravý vývoj člověka (Klimešová & Stelzer, 2013). Jedná se o doporučení pro zdravého jedince, nejedná se o dogma neboť, každý člověk má jiné dispozice energetické, zdravotní apod. čemuž je nutné výběr a denní dávku konzumovaných potravin přizpůsobit dle individuálních potřeb denního příjmu a rozložení energie. Fořt (2003) upozorňuje na snadnost vypracování doporučení, bez návaznosti úvah o možnostech a způsobu realizace. „Jakmile vědci musí připojit praktické pokyny nebo dokonce jídelníčky či recepty, dostanou se do značných problémů – nejsou totiž orientováni v potravinářské technologii a především v nabídce na trhu.“ (Fořt, 2003, 24).

První pyramida byla vytvořena v druhé polovině dvacátého století a představuje grafické znázornění výživových doporučení, které podléhají pravidelné revizi v závislosti na změnách v životním stylu, na změnách sociokulturních, ekologických, zdravotních. Výživové pyramidy se rovněž liší s ohledem na geografické, socioekonomické a kulturní souvislosti, představující například dostupnost a sezónnost potravin (Bach-Faig et al., 2011).

Grafika pyramidy byla zvolena pro svoji jednoduchost, prostřednictvím které lze prezentovat současná výživová doporučení pro širokou veřejnost, která je ve vztahu ke zdravé výživě mnohdy díky protichůdným informacím dezorientována. Dodržováním správných výživových doporučení je možné předejít zdravotním rizikům, případně zamezit zhoršování zdravotního stavu obyvatelstva (Fórum zdravé výživy, 2013).

„Grafické zpracování vycházející z odborných doporučení musí odrážet několik požadavků, jako je výběr potravin v rámci jednotlivých potravinových skupin, frekvence

jejich konzumace, případně jejich doporučené množství a ideálně zobrazit potraviny tak, aby nebyla možná jejich nevhodná záměna“ (Fórum zdravé výživy, 2013).

2.1.4.1 Středomořská výživová pyramida

Národy žijící okolo středozevního moře mají stravovací návyky, které ovlivňují jejich dlouhověkost a dobré zdraví. Základ jejich stravy tvoří obilniny, ryby, zelenina, ovoce a převážně olivový olej. Na základě poznatků studie, která proběhla v padesátých letech minulého století, došlo k sestavení středomořské výživové pyramidy, která je v současné době považována za model zdravé výživy (Obrázek 2). V roce 2010 zařadilo UNESCO středomořskou stravu na seznam kulturního dědictví lidstva, čímž se zvýšil celosvětový zájem o tento stravovací model. Dietologové využívají středomořskou pyramidu jako komunikační nástroj pro širokou veřejnost (Bach-Faig et al., 2011).

Fořt (2003) přirovnává hledání zdravého univerzálního výživového stylu k hledání „kamene mudrců“. Konstatuje, že zdravější a déle žijící populace nemá výhodu v sortimentu konzumovaných potravin a způsobu jejich úpravy, ale v poměru jednotlivých konzumovaných potravinových zdrojů a v jejich přirozené vysoké kvalitě. Dle něj je na základě evropských zdravotnických statistik řecká populace „nejtlustší“ v Evropě. Zároveň však protichůdně tvrdí „Člověk jako druh je jen jeden, takže principy racionální výživy jsou platné celosvětově“ (Fořt, 2003, 35).

Mediterranean diet pyramid: a lifestyle for today
guidelines for adult population

Serving size based on frugality
and local habits



Wine in moderation
and respecting social beliefs



© 2010 Fundación Dieta Mediterránea the use and promotion
of this pyramid is recommended without any restriction



ICAF
International Commission on the
Anthropology of Food and Nutrition



Predimed
Prevention from Diet Mediterranean



Ciiscam



H.H.F.
HEALTHY HABITS FOR PROMOTION



fens
FEDERATION OF EUROPEAN NUTRITION SOCIETIES

Obrázek 2. Středomořská výživová pyramida (Bach-Faig et al., 2011).

2.1.4.2 Česká výživová pyramida

Fórum zdravé výživy na svých webových stránkách prezentuje Českou potravinovou pyramidu, která je upravena pro potřeby české populace (Obrázek 3).

Základnu pyramidy tvoří potraviny, které je vhodné konzumovat ve větším množství, s jednotlivými patry se snižuje potřeba konzumovaného množství potravin a samotný vrchol pyramidy tvoří potraviny, které je vhodné konzumovat minimálně (Fórum zdravé výživy, 2013).

Základnu – první patro pyramidy tvoří cereální produkty jako je chléb, pečivo, rýže, které zabezpečují zdroj sacharidů, jako základ lidské výživy. Druhé patro obsahuje zeleninu a ovoce, reprezentující minerály, vitamíny a vlákninu. V následujícím třetím patře jsou zastoupeny dvě skupiny a to mléčné výrobky a maso spolu s luštěninami, vejci a ořechy, jako zdroj bílkovin. Vrchol pyramidy zahrnuje tuky, oleje a sladkosti (Fořt, 2003). Vedle toho Klimešová & Stelzer (2013) upozorňují na skutečnost, kdy Fórum zdravé výživy, sdružující odborníky na zdravou výživu v České republice, změnilo v závislosti na

zdravotním vývoji obyvatelstva, klasickou výživovou pyramidu v takovém rozsahu, že rýže, těstoviny a brambory co by zdroj sacharidů, byly přesunuty ze základny do vyššího prvního patra pyramidy, které se zároveň posílilo o množství zeleniny a ovoce přesunutého z patra druhého. Vrchol pyramidy zůstal beze změny.



Obrázek 3. Česká potravinová pyramida (Fórum zdravé výživy, 2015)

Pro lepší orientaci uvádí Fórum zdravé výživy (2013) na svých stránkách návod jak pyramidu chápat, kdy v každém patře jsou vhodné potraviny uváděny zleva doprava, potraviny zařazené v základně jsou doporučovány konzumovat ve velkém množství a zároveň nejčastěji. Směrem k vrcholu je vhodné snižovat příjem potravin v jednotlivých patrech a potraviny umístěné ve vrcholu lze omezit zcela. Pyramida rovněž rozlišuje doporučení podle hmotnosti konzumenta. V případě potřeby snížení hmotnosti je vhodné zaměřit se na levou část pyramidy. Obézní lidé by se měli zřítí potravin v posledním patře. Všeobecně se pak doporučuje větší konzumace potravin z levé části (Fórum zdravé výživy, 2013).

2.1.5 Zásady stravování v seniorském věku

„Základním smyslem konzumace potravy je získávání dostatečného množství energie a stavebních látek pro udržení života“ (Klimešová & Stelzer, 2013, 27).

Hodnoty denního energetického příjmu seniorů nad 65 let jsou stanoveny v množství 2 300 kcal v případě mužů u žen 1 800 kcal a to v případě jedinců, kteří netrpí nadváhou či obezitou (Stránský, 2015).

Jednotlivci se liší věkem, postavou, pohybovým, režimem, zdravotním stavem, z čehož vyplývají různorodé potřeby a skladba jídelníčku, který vychází z aktuálního nutričního stavu člověka. Společným prvkem všech jídelníčků zdravé výživy je obsah základních živin, mezi které patří tuky, cukry a bílkoviny, doplněné o mikronutrienty vitamíny, minerální látky a stopové prvky. Součástí jídelníčku je rovněž pitný režim, tedy příjem dostatečného množství tekutin (Floriánková, 2014).

„Energetická přeměna se snižuje v průběhu života o 600–800 kcal. Snížení energetického příjmu, přizpůsobeného efektivní potřebě, je pro většinu seniorů v důsledku dlouholetých stravovacích zvyklostí obtížné“ (Stránský, 2015, 187).

Potřeba množství přijaté energie se individuálně odvíjí od výdeje energie příslušného jedince. Pokud příjem překročuje výdej, hrozí nadváha a následná obezita (Fórum zdravé výživy, 2013)

Nadváha a obezita jsou hlavními rizikovými faktory pro řadu chronických onemocnění, včetně cukrovky, kardiovaskulárních onemocnění a rakoviny. Z údajů Světové zdravotnické organizace vyplývá skutečnost, kdy v roce 2008 v české republice trpělo nadváhou 60,3 % žen a 72,3 % mužů, v případě obézních jedinců představují dosažené hodnoty 32,4 % žen a 32,6 % mužů (WHO, 2018b). Podle definice Světové zdravotnické organizace znamená nadváha a obezita abnormální nebo nadměrnou akumulaci tuku, která představuje riziko pro zdraví. Hrubým populačním měřítkem obezity je takzvaný index tělesné hmotnosti, označovaný BMI, který se stanovuje jako hmotnost člověka v kilogramech dělená druhou mocninou jeho tělesné výšky v metrech. Osoba s BMI 30 nebo více je obecně považována za obézní. Osoba s BMI rovnající se nebo vyšší než 25 má nadváhu (WHO, 2013).

U seniorů je doporučováno používání upravené škály hodnot BMI z důvodu zvětšeného zdravotního rizika v důsledku nízké váhy, kdy senioři s BMI okolo 24, mají nejmenší zdravotní rizika (Floriánková, 2014). Doporučované hodnoty jsou uvedeny v Tabulce 1.

Tabulka 1

Optimální rozmezí hmotnosti při dané výšce, doporučováno pro osoby nad 65 let věku (Floriánková, 2014, 15).

VÝŠKA (CM)	OPTIMÁLNÍ HMOTNOST (KG)
150	54–65,3
155	57,6–69,7
160	61,4–74,2
165	65,3–78,9
170	69,4–83,8
175	73,5–88,8
180	77,8–94
185	82,1–99,2
190	86,6–104,7
195	91,2–110,3

2.1.5.1 Bílkoviny

Dle Klimešové & Stelzera (2013) jsou bílkoviny (proteiny) využívány jako zdroj energie minimálně, jejich hlavní funkce v organismu je obnova buněk a tkání, ovlivňují metabolismus a tvoří součást imunitního systému. Za nejkvalitnější zdroj bílkovin v potravinách považují tvaroh a vaječný bílek. Z živočišných potravin se bílkoviny vyskytují také v masu v rostlinných potravinách pak v luštěninách, ořechách, cereáliích a semenech rostlin. Mak & Caldeira (2014) uvádějí, že bílkoviny přijímané v adekvátním množství udržují svalovou hmotu a zpomalují vznik onemocnění jako je osteoporóza a sarkopenie.

Doporučovaný příjem bílkovin ve stáří činí pro osoby nad 65 let, 1–1,2g na jeden kilogram tělesné hmotnosti. Pokud senioři vyvíjejí tělesnou aktivitu, měl by být příjem bílkovin nad 1,2g/kg, v případě onemocnění by se měl zvýšit až k hranici 1,5g/kg hmotnosti, při závažných onemocněních pak na 2g/kg denního příjmu (Stránský, 2015). Což představuje konzumaci 120g bílkovin v případě žen a 140g denního příjmu proteinu pro muže (DGE, OGE, SGE, 2012).

Dle Floriánkové (2014) mají čeští senioři obvykle dostatečný příjem bílkovin. Při sestavování jejich zdravého jídelníčku doporučuje u bílkovin konzumaci luštěninového jídla 1x týdně, 2x týdně ryby, 1x týdně vaječné jídlo, přičemž upřednostňuje vejce vařená, 4x týdně libové maso a 2x denně porci mléčného výrobku nebo ořechů a semínek.

Stránský (2015) považuje za vhodný zdroj kvalitních bílkovin mléko a mléčné výrobky se sníženým obsahem tuku, libové maso, ryby, vejce, obiloviny, brambory a luštěniny.

Dle názoru Fořta (2003) by mělo docházet ke snižování příjmu mléka. Vápník obsažený v mléce nahrazuje listovou zeleninou, luštěninami či celozrnnými obilovinami, čímž lze předejít konzumaci těžkých kovů, zbytků antibiotik, bakterií a virů v mléce obsažených v důsledku nemoci zvířete, případně nehygienického způsobu dojení. Rovněž poukazuje na kasein (hlavní mléčná bílkovina), jehož vysoký obsah přetěžuje játra.

Rovněž Piřha (2012) zmiňuje škodlivost velkého příjmu mléka a mléčných výrobků, které v důsledku vysokého příjmu bílkovin zatěžují ledviny. Dodává však, že konzumace mléka v přiměřeném množství není škodlivé, pro seniory stanovuje denní dávku jedné sklenice mléka, plátek sýra a jeden zakysaný mléčný výrobek. Floriánková (2014) doporučuje seniorům s ohledem na zhoršenou funkci vstřebávání mléčného cukru, spíše konzumaci kysaných mléčných výrobků nebo bezlaktózové mléko. Zmiňuje také nevhodnost konzumace „light“ mléčných výrobků, ve kterých je tuk nahrazen škrobem a cukrem, čímž se zvyšuje glykemický index a stoupá riziko cukrovky a obezity.

2.1.5.2 *Sacharidy*

Energie získávána ze sacharidů by měla představovat v seniorském věku 50 % potřeby celkového příjmu energie. Toto doporučení se vztahuje rovněž na seniory s diagnostikovaným diabetem a vyplývá z provedených epidemiologických studií, kdy snížení příjmu energie ze sacharidů pod 50 % nahrazeného zvýšeným příjmem energie z tuků, zvyšuje riziko obezity, kardiovaskulárních a jiných onemocnění. V případě příjmu oligosacharidů je přípustné množství v rozmezí 50 – 60 g/den (Stránský, 2015).

Nedostatek sacharidu v přijímané potravě způsobuje překyselení organismu, které vede ke zhoršení zpracování a trávení živin (Floriánková, 2014).

Evropský úřad pro bezpečnost potravin navrhl příjem energie ze sacharidů v rozsahu 45 – 60 %. Vedle toho nestanovil procentuální doporučení energetického příjmu ze sacharidů konkrétně pro seniory, podle něho není pro stanovení těchto hodnot k dispozici dostatečné množství údajů. Některé země Evropské unie samostatně přistoupily na doporučení Světové zdravotnické organizace a stanovily horní hranici průměrného příjmu sacharidů na 10 %, na základě doporučení WHO, které má za cíl snížit spotřebu přidaných sacharidů (Mak & Caldeira, 2014).

Floriánková (2014) v případě seniorů uvádí denní potřebu sacharidů v poměru cca 4 gramy na kilogram tělesné hmotnosti, což představuje poskytnutí 55 – 58 % potřebné energie.

Sacharidy jako zdroj energie tvoří cukry, škroby a nestravitelné vlákniny, které mají z celé skupiny sacharidů nejnižší obsah energie (Klimešová & Stelzer, 2013).

„Převážná část konzumovaných sacharidů by měla být ve formě škrobů, přednostně z potravin s vysokým obsahem vlákniny“ (Floriánková, 2014, 25).

Cukry dokážou poskytnout energii nejrychleji z celé skupiny sacharidů a všech živin, na druhé straně jejich nadměrná konzumace zvyšuje riziko cukrovky, nadváhy a obezity. Senioři by měli cukr v jídelníčku omezit snížením podílu sladkých potravin zdravějšími zdroji jako je med, tmavý cukr, melasa, javorový a obilný sirup (Floriánková, 2014). Přílišná konzumace cukrů způsobuje mimo jiné střevní potíže zapříčiněné zhoršeným vstřebáváním tekutin, zároveň zvýšený obsah krevního cukru a jeho následný pokles vyvolává pocit hladu a nutí k další nadměrné konzumaci. Potřebu především řepného cukru lze nahradit dostupnými umělými sladidly, kterých lze díky vysoké sladivosti použít v menším množství (Klimešová & Stelzer, 2013).

„Škrob je z kvantitativního hlediska nejdůležitějším stravitelným sacharidem v naší stravě“ (Klimešová & Stelzer, 2013, 76). Je obsažen v obilovinách, luštěninách a bramborech. Klimešová & Stelzer (2013) doporučují u dospělých jedinců upřednostnit výrobky z celozrnné mouky na místo pečiva bílého z důvodu obsahu vlákniny. Vláknina, která je rovněž obsažená v ovoci a zelenině pomáhá při vyprazdňování, zlepšuje střevní peristaltiku, spojenou s vylučováním toxických látek. Floriánová (2014) doporučuje denní dávku vlákniny v objemu 25 – 30 g, spolu s dostatečným množstvím tekutin v opačném případě hrozí nebezpečí zácpy. Piňha (2012) považuje denní příjem 60 g vlákniny za rizikový, spočívající v následném problému se vstřebáváním minerálních látek například zinku, železa a vápníku. Stránský (2015) udává v případě seniorů doporučenou dávkou pro příjem vlákniny 30 g/den.

„Látková výměna sacharidů je se stoupajícím věkem stále labilnější, tolerance na glukózu klesá“ (Stránský, 2015, 188).

Strava může a musí obsahovat sacharidy, ovšem za předpokladu, že budou dodány formou potravin s nízkým glykemickým indexem (Fořt, 2003). Z důvodu udržení stálého glykemického indexu, je žádoucí konzumovat komplexní sacharidy, které jsou obsaženy v celozrnných obilovinách, luštěninách, jablcích, citrusových plodech, banánech, v kiwi, mangu, kukuřici, vařených bramborách, mléce, rýži, pohance, sóje, které mají nízký glykemický index (Stránský, 2015).

2.1.5.3 *Tuky*

„Tuky jsou nejvýznamnějším zdrojem energie, jejich energetická hodnota přesahuje hodnoty sacharidů a bílkovin více než dvojnásobně“ (Stránský, 2015, 188).

Z důvodu vysokého obsahu energie může nadměrné užívání tuku vést k celkovému nadměrnému energetickému příjmu, který vede k nadváze a obezitě. Evropský úřad regulace potravin navrhl pro dospělou populaci denní příjem energie z tuku na 20 – 35 %, aniž by stanovil specifické doporučení denního množství energie přijaté z tuku konkrétně pro seniory (Mak & Caldeira, 2014).

Fořt (2003) považuje za optimální denní příjem energie z tuku ve výši 20 % bez ohledu na věk jedince za současné změny skladby stravy, ve které by převažovali rostlinné produkty. Stránský (2015) považuje snížení příjmu tuků ve stáří za významné opatření při změně energetického příjmu seniorů. Podíl tuku stanovuje na 30 % přijaté denní energie.

Tuky kromě významného zdroje energie, zároveň umožňují absorpci vitamínu A, D, E, K, které jsou v tucích rozpustné. Vedle těchto regulačních funkcí, mají tuky v lidském těle také funkci strukturální, tvoří ochranu orgánů a z důvodu snížené schopnosti vodivosti tepla tvoří v organismu izolační vrstvu. Nezanedbatelná je také funkce termoregulační (Klimešová & Stelzer, 2013). U fyzicky aktivních seniorů by měl podíl tuku z přijaté energie tvořit 35 % (Stránský, 2015).

2.1.5.4 *Nasycené tuky*

Nasycené tuky jsou převážně obsaženy v tukové tkáni živočichů a některých rostlinách, jako v kokosových ořeších a palmových jádrech. Z hlediska lidského zdraví nejsou nezbytné, protože si je umí organismus sám vytvořit. Přesto je jejich konzumace u seniorů žádoucí z důvodu příjmu energie a absorpce vitamínů (Floriánková, 2014). Denní doporučená dávka nasycených tuků ve stáří je 7 – 10 % (Stránský, 2015).

„Konzumace potravin bohatých na nasycené tuky je spojována s rizikem kardiovaskulárních chorob“ (Klimešová & Stelzer, 2013, 103). Podle Floriánkové (2014) převážná většina seniorů i přes zvýšené riziko obezity a hladiny cholesterolu v krvi, konzumuje nadměrné množství nasycených tuků pro jejich cenovou dostupnost a výraznější chuť na úkor zdraví prospěšnějších nenasycených tuků obsažených např. v ořeších a semenech, jeden z důvodů proč se senioři vyhýbají konzumaci těchto plodů je jejich tvrdost, která může z dentálního hlediska činit seniorům potíže.

2.1.5.5 *Nenasycené tuky*

„Potraviny hodnotíme podle toho, který typ mastné kyseliny v dané surovině převládá. Obecně můžeme říci, že tuky bohaté na nenasycené mastné kyseliny by měly v naší stravě převládat“ (Klimešová & Stelzer, 2013, 108).

Nenasycené tuky obsahují molekuly nenasycených mastných kyselin, které podle počtu dvojných vazeb v jedné molekule dělíme na mononenasyčené mastné kyseliny a polynenasycené mastné kyseliny. Mononenasyčené mastné kyseliny jsou obsaženy v rostlinných olejích (olivový, řepkový), ve lněném semínku a v ořeších, jejichž konzumace působí antiateroskleroticky. Polynenasycené mastné kyseliny obsažené v sójových, kukuřičných, slunečnicových a rybích olejích, stejně jako v semíncích dýně a sezamu, dělíme na mastné kyseliny n-6 a n-3, podle umístění dvojných vazeb (Klimešová & Stelzer, 2013).

V případě kvality mastných kyselin platí pro seniory doporučení podílu mononenasyčených mastných kyselin 7 – 10 %, v případě polynenasycených mastných kyselin 10 – 15 % denního energetického příjmu (Stránský, 2015).

Současné probíhající studie specifikují příznivé účinky nenasycených kyselin na metabolické zdraví člověka snížením kardiovaskulárních rizik. Z klinických studií byly učiněny závěry týkající se prospěšnosti n-3 mastných kyselin při průběhu stárnutí kostí a svalů, kdy konzumace rybího tuku zmírňuje otoky kloubů a bolesti spojené s artritidou. Další studie se zaměřují na pozorování vztahu mezi spotřebou ryb a kognitivním stavem, podle kterých mají n-3 mastné kyseliny povzbudivé účinky na kognitivní funkce seniorů a prevenci demence (Mak & Caldeira, 2014).

Polynenasycené tuky neumí lidské tělo vytvořit, musí být přijímány stravou. Konzumace ryb je doporučována 2x týdně, řepkový olej, který má ideální poměr 3-n a 6-n kyselin je vhodný konzumovat denně, na rozdíl od oleje slunečnicového, který má vysoký podíl n-6 kyselin (Floriánková, 2014). Klimešová & Stelzer (2013) považují za ideální poměr mastných kyselin n-3 a n-6 ve stravě 2:5, nová výživová doporučení snižují tento poměr 1:1. Svačina (2008) uvádí v případě seniorů poměr 1:5, denní příjem n-3 v množství 250 mg, z důvodu primární prevence ischemické choroby. Upozorňuje na konzumaci tuku skrytých v potravinách typu mléčné a cukrářské výrobky, maso. Připomíná používání rostlinných řepkových, olivových a lněných olejů při přípravě pokrmů, doporučuje konzumovat jednou týdně ryby např. makrela, tuňák, pstruh a nabádá k omezení živočišných tuků, ztužených rostlinných tuků a slunečnicového oleje z důvodu nevhodného složení mastných kyselin.

2.1.5.6 Vitamíny, minerální látky a stopové prvky

Vitamíny je nezbytné přijímat z potravy, neboť lidské tělo si je samo nevytváří. V případě jejich nedostatku vznikají zdravotní potíže, což platí i při jejich nadměrném množství přítomném v těle (Floriánková, 2014). Vitamíny nejsou zdrojem energie, jejich denní potřeba je nízká v řádech miligramů a mikrogramů. Jejich dělení se odvíjí od rozpustnosti v tucích a ve vodě, přičemž vitamíny rozpustné ve vodě se v těle nehromadí, z čehož pramení jejich nedostatek (Klimešová & Stelzer, 2013). Mezi vitamíny rozpustné ve vodě patří vitamín B1, jehož nedostatek hrozí u seniorů s podvýživou, projevuje se zrychleným tepem, poruchou nervů a svalů, případně nechutenstvím a zmateností. Senioři s nízkým příjmem luštěnin mohou trpět nedostatkem vitamínu B2, který ovlivňuje funkci látkové přeměny. S přibývajícím věkem stoupá potřeba vitamínu B6, který ovlivňuje hladinu glukózy v krvi. Významný je rovněž vitamín B9 obsažený například v listové zelenině a ovoci, jehož nedostatek u seniorů je častý a způsobuje mimo jiné změny krvetvorby. Minimální příjem ovoce a zeleniny může způsobit nedostatek vitamínu C, který je silným antioxidantem chránící buňky před kyslíkovými radikály (Floriánková, 2014). Klimešová & Stelzer (2013) upozorňují na nebezpečí, kdy při překročení denních dávek vitamínu C o více jak 600 mg může mít za následek vznik močových kamenů, nezanedbatelné je rovněž riziko kardiovaskulární.

Mezi vitamíny rozpustné v tucích řadíme vitamíny A, D, E a K. Vitamín A se vyskytuje v potravinách živočišného původu v podobě retinolu, v ovoci a zelenině jej tvoří karotenoidy, které jsou důležité pro zrak, ochranu sliznice, kůže a imunitu. Vitamín E je významným antioxidantem a vitamín K podporuje srážlivost krve. Pro získání vitamínu D potřebného pro ukládání vápníku a fosforu, je dostatečný několikaminutový pobyt na slunci, neboť je v těle přeměňován působením slunečního záření (Klimešová & Stelzer, 2013).

Ve stáří dochází vlivem fyziologických změn ke snížení tvorby vitamínu D v kůži, kdy dochází ke snížení epidermální syntézy ve věku nad 70 let až o 60 %. Z tohoto důvodu se doporučuje seniorům vitamín D získávat z tučných ryb jako je makrela, losos a tuňák. Denní doporučená dávka vitamínu D představuje 20 µg, které jsou obsaženy ve dvou porcích ryb. Nízké množství vitamínu D obsahuje rovněž mléko a vaječný žloutek (Stránský, 2015).

„Nejdůležitější minerální látky lidského těla jsou: sodík, draslík, vápník, fosfor, chlór a hořčík. Nejdůležitější stopové prvky lidského těla jsou: síra, železo, zinek, jód, selen, fluór, měď, chróm, mangan a hliník“ (Klimešová & Stelzer, 2013, 130).

Nadbytek sodíku v organismu je častý z důvodu vysokému příjmu soli, který se projevuje zvýšeným krevním tlakem. Roslawski (2005) doporučuje seniorům nesolit potraviny během

vaření, v případě potřeby je dle něj možné dosolení přímo na talíři. Denní dávku kuchyňské soli doporučuje v hodnotě 5 g. Oproti němu Klimešová & Stelzer (2013) uvádějí denní dávku sodíku 1,5 – 2g.

V případě vápníku Stránský (2015) poukazuje na jeden z možných důvodů deficitu vápníků u seniorů, kterým je snížená konzumace mléka a mléčných výrobků, zároveň dodává, že hodnoty nejvhodnějšího množství vápníku přijímaného ve stáří nejsou stanoveny.

2.1.6 Doporučení pro seniory

Katherine Tucker, profesorka nutriční epidemiologie na University of Massachusetts konstatuje fakt, který spočívá v absenci širokého spektra živin v případě energetického příjmu seniorů. Dostatečný přísun živin přispívá ke zmírnění chronických onemocnění, jako jsou kardiovaskulární choroby, osteoporóza, diabetes a úbytek kognitivních funkcí. Stanovuje doporučení pro seniory, jejichž dodržováním by byl optimální příjem živin zajištěn (Rogers & Oria, 2016).

Rogers & Oria (2016) na první místo řadí konzumaci ovoce a zeleniny. Následně ořechy a luštěniny bohaté na bílkoviny, vitamín B6, hořčík a vlákninu. Dále doporučuje zařadit do jídelníčku více ryb a nízkotučné mléčné výrobky, které jsou zdrojem proteinu, hořčíku, vápníku, draslíku, vitamínu B12 a vitamínu D. Jako zdroj vitamínu B6, hořčíku a vlákniny radí konzumovat celozrnné pečivo. Zás nezbytné považuje snížení počtu přijímaných kalorií a omezení příjmu potravin s vysokým obsahem cukru, tuku a sodíku.

Také Floriánková (2014) stanovuje doporučení stravování ve zralém věku. Vedle příjmu dostatečného množství živin, považuje za nezbytnou pravidelnou konzumaci 5–6x denně, čímž dochází k efektivnějšímu využití živin a zároveň k udržení hladiny cukru v potřebné normě. Seniorům doporučuje pestrost stravy, střídáním nejen potravin a jejich úpravy, ale také výrobců. Za důležité považuje dostatečný příjem tekutin především v podobě vody a neslazeného čaje, ale také polévky. V případě nemoci nabádá k přizpůsobení jídelníčku dle potřeby léčby a v neposlední řadě považuje za důležitou snahu o udržení tělesné hmotnosti v příslušné normě.

Stránský (2015) upozorňuje na nezbytnost rozdělení příjmu potravy na více menších porcí, které u seniorů zatíží méně zažívací orgány a látkovou výměnu než příjem větších porcí potravin. Snídaně má být bohatá, aby pokryla 20 % celkového energetického příjmu. Oběd jako hlavní denní jídlo má představovat třetinu denní dávky živin. Večeři, která by měla být lehce stravitelná, doporučuje konzumovat dvě hodiny před spánkem a měla by tvořit čtvrtinu přijaté energie a živin, především vápníku, který se lépe ukládá do kostí v nočních hodinách.

Zbýlých 10 % denního příjmu energie a jídla jsou obsaženy v dopoledních a odpoledních hodinách.

Dle Svačiny (2008) je v případě seniorů nutné sledovat pestrost přijímané stravy. Z důvodu snižování obsahu vápníku a vitamínu v seniorském věku, ze kterého vyplývá nezbytnost konzumace mléčných výrobků, masa, ovoce a zeleniny. Upozorňuje rovněž na potřebnost příjmu dostatečného množství tekutin. Sledování hydratace u seniorů považuje za důležité opatření při péči o starší lidi, neboť obsah vody v těle se s přibývajícím věkem snižuje. V těle novorozence je obsaženo 70 % vody, u dospělých okolo 60 %. Příjem tekutin seniorů by měl činit 2 litry vody denně v zimním období. Jeden litr přijímané vody by měl optimálně obsahovat 200 – 400 mg minerálů. V případě přírodní minerální vody, která obsahuje zpravidla přes 1 g/l minerálů doporučuje Svačina (2008) maximální příjem 500 ml denně.

Stránský (2015) uvádí pro příjem tekutin seniorů referenční hodnoty 30 – 45 ml/kg tělesné hmotnosti. Doporučuje přijímat tekutiny rovnoměrně po celý den a ke všem hlavním jídlům, upozorňuje na jejich vhodnost při snižování produkce slin a při problémech s polykáním. Za vhodné považuje konzumaci minerální vody, vodu zředěnou ovocnou nebo zeleninovou šťávou, ale také pivo a víno pro povzbuzení chuti. Připomíná, že u starších osob by denní dávka alkoholu neměla překročit 20 g/den u mužů, což představuje 2 dl vína nebo 1 velké pivo, u žen pak 10 g/den.

Pitřha (2012) doporučuje příjem tekutiny v množství 2 l denně, dále 2x týdně kvalitní bílkoviny (např. mléčné výrobky, ryby), 1x týdně luštěniny, 0,5 kg zeleniny a ovoce denně a náhradu živočišných tuků, tuky rostlinnými. Uvádí, že podle tabulkových doporučení tvoří denní příjem člověka s hmotností 75 kg asi 80 g tuku, 60 g bílkovin a 275 g sacharidů, avšak potřeba je odvislá od životního stylu, pohybové aktivity, zdravotnímu stavu, hmotnosti a také věku. Pro zdravého seniora bez náročné fyzické zátěže doporučuje na jeden kg hmotnosti denní dávku 1 g bílkovin, 4 g sacharidů a 1 g tuku. Zároveň však upozorňuje na individuální potřeby jedince.

Podle Stránského (2015) by ve stáří měli 30 % energetického příjmu tvořit tuky, spotřeba cukru by se měla pohybovat v denní dávce 50 – 60 g na den a příjem vlákniny více jak 30 g/den. Dále by měla být strava obohacena o minerální látky, stopové prvky a vitamíny. Senioři by měli omezit sůl a zajistit optimální přísun tekutin.

Doporučení pro denní konzumaci potravin dle Stránského (2015): 200–250 g mléka nebo jogurtu, 50–60 g sýra, preferovat výrobky se sníženým obsahem tuku. 200–250 g chleba nebo pečiva, preferovat celozrnné výrobky. 200–250 g brambor nebo 200–250 g vařených těstovin, či 150–180 g vařené rýže. 200 g zeleniny a 100 g čerstvého salátu, 200 g ovoce. Minimálně

1,5–2 l tekutiny denně, zrnkovou kávu a černý čaj s mírou, preferovat nápoje bez kalorií. 150–200 g mořských ryb týdně, maximálně 3x týdně maso nebo masné výrobky. 1–2x týdně bezmasý den. 3–4 vejce týdně, maximálně 30 g tuků denně, preferovat rostlinné oleje.

2.1.7 Tepelná úprava potravin

Některé suroviny určené ke konzumaci je nezbytné zpracovat různými způsoby tepelných úprav, jejíž vhodná volba by měla zlepšit nutriční hodnoty použité suroviny. Nevhodně zvolený způsob úpravy surovin má za následek snížení nebo znehodnocení nutriční výhody (Fórum zdravé výživy, 2013). „Tepelnou úpravou potravin dochází nejen ke zlepšení stravitelnosti a využití živin (zejména bílkovin a škrobů), ničení mikroorganismů, ale také inaktivaci některých antinutričních látek“ (Klimešová & Stelzer, 2013, 158).

Za nejšetrnější způsob úpravy potravin je považováno vaření ve vodě, vaření v páře a dušení. Při této úpravě potravin se snižuje potřeba použitého tuku. Při neúměrně dlouhém vaření však může dojít k znehodnocení či ztrátě vitamínu a minerálních látek, z tohoto důvodu je doporučováno například zeleninu vařit pouze krátce (Hlavatá, 2009). Nejšetrnější způsob úpravy zeleniny ve vztahu k zachování vitamínu je dušení v páře za použití napařovacích vložek či parní trouby. Vhodné je rovněž před dušením zeleninu nebo maso péct na tuku pro zlepšení chuti a šťavnatosti (Klimešová & Stelzer, 2013).

K méně vhodným tepelným úpravám potravin ve vztahu k nutričním hodnotám patří smažení a grilování, z důvodu uvolňování škodlivých látek vzniklých při přepalování tuku, které mohou podporovat vznik některých karcinogenních nádorů (Hlavatá, 2009).

Klimešová & Stelzer (2013) doporučují zmírnit tyto negativní následky, snížením příjmu smažených jídel, používáním tuků ke smažení určených a především nepoužívat již použitý tuk, ve kterých je obsaženo vyšší množství karcinogenních látek. Poukazuje rovněž na důležitost teploty tuku při smažení.

Smažením dochází rovněž ke zvýšení tuku připravované potraviny, ve které se tak mění energetická hodnota, z tohoto důvodu je doporučováno smažení bez použití tuku na k tomu určených nádobách (Fórum zdravé výživy, 2013).

Také Piřha (2012) upozorňuje z hlediska zdravé výživy na nevhodnost úpravy pokrmů smažením, v případě nutnosti použití tohoto způsobu vaření upřednostňuje teflonovou pánev, která umožňuje smažení bez tuku, před pánví běžnou, za vhodnější pak v případě použití tuku považuje fritovací hrnec, ve kterém lze dosáhnout vyšších teplot. Upozorňuje na nezbytnost vhodného výběru tuku a dodržování správného postupu přípravy.

3 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zhodnotit, v jaké míře senioři využívají moderní postupy při kulinářské úpravě potravin a které moderní kuchyňské spotřebiče k tomu používají.

Dílčí cíle:

1. Dílčím cílem bylo vyhodnotit frekvenci příjmu potravin dle stravovacích doporučení.
2. Druhým dílčím cílem bylo zjistit nejoblíbenější kuchyňský elektrospotřebič.

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Anketní šetření

Sběr dat proběhl prostřednictvím metody anketního šetření. Anketní šetření bylo vybráno z důvodu stručnosti, přehlednosti, možnosti získání většího objemu dat počtem a volbou respondentů. V případě anketních formulářů lze použít otázky otevřené, při kterých respondent zvolí ve své odpovědi množství podaných informací a otázky uzavřené, které nabízí respondentovi možnost výběru ze dvou nebo více odpovědí (Skalková, Bacík, Helus, Skalka & Kalous, 1983).

Úvodní část anketního formuláře, který byl respondentům předkládán, tvoří představení mé osoby a zdůvodnění za jakým účelem byl dotazník vytvořen, respektive proč dotazovaného s žádostí o vyplnění dotazníku oslovuji. Popsal jsem skutečnost, že jsem studentem, jaké jsem si vybral téma bakalářské práce a co je jejím cílem.

Druhou část anketního formuláře tvoří 17 otázek (Příloha 1) z nichž jedna otázka týkající se věku respondenta je otázka otevřená a zbývajících 16 tvoří otázky uzavřené, z těchto jsou tři otázkami dichotomickými (odpověď ANO – NE). V případě čtyř otázek mohl respondent uvést jinou odpověď, pokud mu nabízené možnosti nevyhovovaly. Tuto možnost nevyužil žádný z respondentů.

Cílem prvních čtyř úvodních otázek bylo rozdělení respondentů podle pohlaví, věku, dosaženého vzdělání a počtu obyvatel v jeho trvalém bydlišti. Jedná se o sociodemografické charakteristiky výběrového souboru. Otázka č. 5, která zjišťovala typ domácnosti, kterou respondent sdílí, byla zařazena z důvodu zjištění sociálního statutu respondenta. Otázky č. 6 - 11 byly zaměřeny na stravovací zvyklosti seniorů zahrnující frekvenci konzumovaných jídel, způsob přípravy oběda a zjištění, zda respondent trpí onemocněním, které vyžaduje speciální skladbu a úpravu potravin. Otázky 13 - 17 byly zaměřeny na používání spotřebičů při přípravě potravin, jejich druhu, četnosti využívání a způsobu pořízení.

Sběr dat probíhal v měsících červenec a srpen 2017. Výběr respondentů byl limitován skutečností, kdy mohli být osloveni pouze senioři žijící v samostatných domácnostech nikoliv v domovech pro seniory, kde je příprava potravin zajišťována příslušným personálem. Z tohoto důvodu byli osloveni členové klubu důchodců v obcích a městech Háj ve Slezsku – Lhota, Velká Polom, Opava a Ostrava.

Počet oslovených seniorů byl 65. Všichni oslovení souhlasili se zapojením do výzkumu. Respondenti anketního šetření byli rozděleni dle věkových skupin podle Haškovcové (str. 9). 1) 60 – 74 let, 2) 61 – 89 let, 3) 90 a více. Výzkumný soubor byl zvolen v souladu

se statistickými údaji uvedenými na stránkách ČSÚ (2018), kde z dostupných údajů vyplývá procentuální rozdělení obyvatel České republiky v těchto věkových skupinách, následovně: 1) 72 %, 2) 26 %, 3) 1 %. Procentuální rozdělení výzkumného souboru podle věkových skupin bylo (Tabulka 3) 1) 69 %, 2) 30 %, 3) 1 %.

S ohledem na vyšší věk respondentů jsem s nimi zvolil osobní kontakt, kdy jsem jim anketní formulář předčítal. Osobní kontakt a asistence při vyplňování anketního formuláře eliminovalo zkreslení získaných dat z důvodu případného špatného pochopení otázky. Na předem domluvených setkáních jsem se setkal s ochotou dotazník vyplnit a to ze strany všech oslovených respondentů.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Otázka 1 anketního formuláře byla položena z důvodu rozdělení respondentů podle pohlaví.

Tabulka 2

Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Muži	30	46
Ženy	35	54
Celkem	65	100

Výběr respondentů v podílu ženy 54 % a muži 46 % (Tabulka 2) koresponduje s údaji ČSÚ, kdy v České republice jedinci nad 60 let věku tvoří 56 % žen a 44% mužů.

Otázka 2 byla zařazena z důvodu rozdělení respondentů do věkových kategorií, podle aktuálního věku (Tabulka 3). Rozdělení do věkových kategorií bylo provedeno dle jednotlivých seniorských fází, které popisují podle Haškovcové (2010) v teoretické části bakalářské práce (str. 9).

Tabulka 3

Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
60-74	45	69
75-89	19	30
90+	1	1
Celkem	65	100

Průměrný věk respondentů byl 70 let, což koresponduje se skutečností, kdy největší procento dotazovaných (69 %), spadalo do věkové hranice v rozpětí 60 – 74 let. Nejstarším respondentem byla žena ve věku 95 let, která byla zároveň jedinou zástupkyní v kategorii nad 90 let. Ve výsledku je patrný přirozený úbytek seniorů nad 75 let.

Otázka 3 zjišťovala dosažené vzdělání respondentů.

Tabulka 4

Vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ZŠ	4	6
Vyučený(á)	21	32
SŠ	28	43
VŠ	12	19
Celkem	65	100

Dle hodnot uvedených v Tabulce 4 dosáhlo největší procento dotazovaných (43%) středoškolského vzdělání, poměrně vysoké procento má rovněž podíl respondentů vyučených (32 %).

Otázka 4 zjišťovala velikost bydliště respondentů podle počtu obyvatel.

Tabulka 5

Velikost bydliště

Velikost bydliště	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0-2 999	35	54
3 000-29 999	5	8
30 000-100 000	14	21
Nad 100 000	11	17
Celkem	65	100

Z Tabulky 5 vyplývá, že převážná část dotazovaných seniorů žije v obci do 3 000 obyvatel (54 %).

Anketní šetření probíhalo v obcích Háj ve Slezsku – Lhota, Velká Polom a městech Hradec nad Moravicí, Opava a Ostrava. Rozdělení respondentů žijících v obci a městě bylo téměř rovnoměrné (Tabulka 5) bydlicích v obci 54 %, ve městě 46 %, což umožnilo vyhodnocení otázek 13 a 14 (Příloha 1) podle místa bydliště.

Otázka 5 rozdělila respondenty podle typu domácnosti.

Tabulka 6

Typ domácnosti

Bydlím	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Sám	11	17
S partnerem	32	49
S rodinou	22	34
Celkem	65	100

Z Tabulky 6 vyplývá, že největší podíl respondentů (49 %) žije ve společné domácnosti s partnerem, 17 % respondentů žije v domácnosti bez partnera či rodiny.

Všech 65 oslovených respondentů žije v domácnostech (Tabulka 6). Všechny vyplněné anketní formuláře tak mohly být zařazeny do anketního šetření, aniž by došlo ke zkreslení získaných údajů, týkajících se používání kuchyňských spotřebičů při přípravě potravin, což v případě seniorů žijících v domově pro seniory není umožněno.

4.3 **Statistické zpracování dat**

Ke zpracování výsledků získaných dat byl použit počítačový program firmy StatSoft ČR s.r.o. STATISTICA (softwarový systém pro analýzu dat). Na základě výsledků byly vytvořeny tabulky obsahující četnosti hodnotící relativní rozložení hodnot. Z dalších matematických veličin byl použit aritmetický průměr.

4.4 **Limity práce**

Limitem práce bylo oslovení pouze respondentů, kteří nežijí v domovech pro seniory, ve kterých nemohou spotřebiče samostatně používat. Za další limit bakalářské práce lze označit nižší počet respondentů 65, který může vyhodnocené údaje anketního šetření ovlivnit.

5 VÝSLEDKY A DISKUSE

5.1 Souhrnná analýza – stravovací zvyklosti

Otázka 6 zjišťovala četnost konzumace snídaně.

Tabulka 7

Četnost konzumace snídaně

Snídaně	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Každý den	56	86
Nepravidelně	7	11
Nikdy	2	3
Celkem	65	100

Z hodnot uvedených v Tabulce 7 vyplývá, že každý den snídá pravidelně 86 % respondentů, vedle toho 3 % respondentů nesnídají vůbec a 11 % nepravidelně. Dle výživových doporučení patří mezi základní zásady stravování ve zralém věku pravidelná konzumace pěti jídel denně.

K otázce 6 byla vyhodnocena četnost konzumace snídaně podle pohlaví.

Tabulka 8

Četnost konzumace snídaní podle pohlaví

Pohlaví	Každý den (%)	Nepravidelně (%)	Nikdy (%)
Muži	38	5	3
Ženy	48	6	0
Celkem	86	11	3

Otázka 7 zjišťovala četnost konzumace dopolední svačiny.

Tabulka 9

Četnost konzumace dopolední svačiny

Dopolední svačina	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Každý den	19	29
Nepravidelně	28	43
Nikdy	18	28
Celkem	65	100

Z Tabulky 9 vyplývá, že 43 % respondentů dopoledne svačí nepravidelně. V případě respondentů, kteří pravidelně dopolední svačinu konzumují (29 %) a naopak těch, kteří dopoledne nesvačí nikdy (28 %) jsou hodnoty téměř totožné.

K otázce 7 byla vyhodnocena četnost konzumace dopolední svačiny podle pohlaví.

Tabulka 10

Četnost konzumace dopolední svačiny podle pohlaví

Pohlaví	Každý den (%)	Nepravidelně (%)	Nikdy (%)
Muži	15	19	12
Ženy	14	24	16
Celkem	29	43	28

Otázka 8 zjišťovala četnost konzumace obědů.

Tabulka 11

Četnost konzumace oběda

Oběd	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Každý den	59	90
Nepravidelně	6	10
Nikdy	0	0
Celkem	65	100

Jak vyplývá z hodnot uvedených v Tabulce 11, vysoké procento, tj. 90 % respondentů denně pravidelně obědvá, vedle toho žádný z respondentů neuvedl, že nikdy neobědvá, což svědčí o skutečnosti, že oběd je seniory považován za základ pravidelného stravování.

K otázce 8 byla vyhodnocena četnost konzumace oběda podle pohlaví.

Tabulka 12

Četnost konzumace oběda podle pohlaví

Pohlaví	Každý den (%)	Nepravidelně (%)	Nikdy (%)
Muži	41	5	0
Ženy	49	5	0
Celkem	90	10	0

Otázka 9 zjišťovala četnost konzumace odpoledních svačín.

Tabulka 13

Četnost konzumace odpolední svačiny

Odpolední svačina	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Každý den	17	26
Nepravidelně	31	48
Nikdy	17	26
Celkem	65	100

Odpolední svačina (Tabulka 13) koresponduje s údaji týkající se svačiny dopolední (Tabulka 9). Tedy 48 % respondentů svačí odpoledne nepravidelně, 26 % respondentů shodně svačí každý den a stejný počet (26 %) nesvačí odpoledne nikdy.

K otázce 9 byla vyhodnocena četnost konzumace odpolední svačiny podle pohlaví.

Tabulka 14

Četnost konzumace odpolední svačiny podle pohlaví

Pohlaví	Každý den (%)	Nepravidelně (%)	Nikdy (%)
Muži	14	23	8
Ženy	12	25	18
Celkem	26	48	26

Otázka 10 zjišťovala četnost konzumace večeře.

Tabulka 15

Četnost konzumace večeře

Večeře	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Každý den	52	80
Nepravidelně	12	19
Nikdy	1	1
Celkem	65	100

Ze zjištěných údajů obsažených v Tabulce 15 vyplývá, že v případě večeře 80 % respondentů večeří pravidelně, 2 % nevečeří vůbec.

K otázce 10 byla vyhodnocena četnost konzumace večeře podle pohlaví.

Tabulka 16

Četnost konzumace večeře podle pohlaví

Pohlaví	Každý den (%)	Nepravidelně (%)	Nikdy (%)
Muži	40	6	0
Ženy	40	13	1
Celkem	80	19	1

Z otázek 6 -10 anketního šetření zaměřených na frekvenci konzumovaných jídel vyplývá následující zjištění.

Největší váhu při konzumaci přikládají senioři obědu, který pravidelně konzumuje 90 % respondentů. Zbývajících 10 % oběd konzumuje nepravidelně. Vedle toho žádný z respondentů nevedl, že by oběd nikdy neměl (Tabulka 11). V rozdělení podle pohlaví, shodně 5 % žen a mužů obědvá nepravidelně, pravidelně pak obědvá 49 % žen a 41 % mužů (Tabulka 12).

V pořadí druhým pravidelně konzumovaným jídelm je snídaně, kterou každodenně konzumuje 86 % respondentů (Tabulka 7). Na rozdíl od oběda však 3 % respondentů nesnídá nikdy, jedná se pouze o muže (Tabulka 8), 38 % mužů snídá pravidelně a 5 % nepravidelně. V případě žen 48 % snídá pravidelně a 6 % nepravidelně. Žádná žena nevedla, že by nikdy nesnídala.

Večeři pravidelně konzumuje 80 % respondentů (Tabulka 15) z nichž shodně tvoří 40 % ženy a 40 % muži (Tabulka 16). Jestliže v případě snídaně nikdy tuto nekonzumovali pouze muži, u večeří je trend opačný, 1 % žen uvedlo, že nikdy nevečeří. Zbývajících 13 % žen večeří nepravidelně. Naopak žádný muž nevedl, že by nikdy nevečeřel a 6 % mužů večeří nepravidelně.

V případě konzumace dopoledních a odpoledních svačín se hodnoty téměř shodují. Dopoledne svačí pravidelně 29 % respondentů, nepravidelně 43 % a nikdy 28 % (Tabulka 9). Odpolední svačinu konzumuje pravidelně 26 % respondentů, nepravidelně 48 % a nikdy 26 % (Tabulka 13). U rozdělení podle pohlaví jsou výsledné hodnoty opět téměř totožné. 15 % mužů dopoledne pravidelně svačí (Tabulka 10), odpoledne pak pravidelně svačí 14 % mužů (Tabulka 14). V případě žen tento poměr činí 14 % a 12 % pravidelně konzumujících svačiny. Z výše uvedeného vyplývá, že svačinám je z hlediska výživy přikládána seniory nejnižší váha.

Shrnutím dat získaných z otázek 6 – 10 (Příloha 1) vyplývá, že optimálně pětkrát denně jí pravidelně pouze 12 % respondentů (8).

Čtyřikrát denně jí pravidelně 15 % respondentů (10), přičemž jídlo tvoří tři hlavní jídla a jedna ze svačín.

Největší počet tj. 45 % respondentů (29) jí pravidelně třikrát denně. Ve všech případech se jedná o tři hlavní jídla bez svačín.

U zbývajících 18 respondentů tj. 28 % se denní počet jídel nepravidelně mění, což znamená, že více než jedna čtvrtina respondentů má zcela nevyhovující stravovací návyky, kdy se stravuje nepravidelně jak v počtu tak druhu jídel.

Otázka 11 zjišťovala, jakým způsobem si respondenti zajišťují oběd.

Tabulka 17

Způsob přípravy oběda

Příprava obědů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Sám(a)	37	57
Jiný člen domácnosti	25	38
Vozí služba	3	5
Celkem	65	100

Zjištěné hodnoty obsažené v Tabulce 17 dokládají, že 57 % respondentů si obědy připravuje osobně a 5 % využívá rozvážkové služby.

K otázce 11 byl vyhodnocen poměr druhu domácnosti, ve které respondenti žijí, ke způsobu, jímž si respondenti oběd zajišťují (Tabulka 18).

Tabulka 18

Způsob přípravy a zajištění oběda podle druhu domácnosti

Bydlím	Připravuji sám (%)	Připravuje jiný člen domácnosti (%)	Vozí služba (%)
Sám	14	0	3
S partnerem	28	20	2
S rodinou	15	18	0
Celkem	57	38	5

Otázka 11 zjišťovala způsob zajištění a přípravy oběda. Více jak polovina respondentů 57 % si oběd připravuje sama. Celkem 28 % respondentů uvedlo, že oběd připravuje jiný člen

domácnosti a pouze 5 % respondentů využívá dovozkové služby (Tabulka 17). K této otázce byl vyhodnocen rovněž poměr druhu domácnosti ke způsobu zajištění a přípravy oběda (Tabulka 18). Ze získaných hodnot vyplývá, že dovozková služba zajišťuje obědy pouze respondentům, kteří žijí sami 3 % nebo žijí s partnerem 2 %

Otázka 12 zjišťovala, zdali respondenti trpí onemocněním, jež vyžaduje speciální úpravu a skladbu potravin (Tabulka 19). V případě kladné odpovědi, byla otázka rozšířena o uvedení názvu onemocnění, kterým trpí.

Tabulka 19

Výskyt onemocnění

Onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	8	12
Ne	57	88
Celkem	65	100

Z údajů obsažených v Tabulce 19 vyplývá skutečnost, kdy pouze 12 % (8) respondentů uvedlo, že trpí onemocněním, které vyžaduje speciální úpravu nebo skladbu potravin.

K otázce 12 bylo vyhodnoceno kolik z respondentů s onemocněním, které vyžaduje speciální úpravu a skladbu konzumovaných potravin, je žen a kolik mužů.

Tabulka 20

Výskyt onemocnění u žen a mužů

Onemocnění	Ano	Ne
Muž	2	30
Žena	6	35
Celkem	8	65

Z údajů uvedených v Tabulce 20 vyplývá, že 6 žen trpí onemocněním, za které shodně označily diabetes. Jeden muž uvedl jako své onemocnění dnu a jeden onemocnění slinivky.

Všechna tato onemocnění vyžadují dietní opatření. U diabetiků se jedná o omezení příjmu potravin s vysokým obsahem jednoduchých cukrů, rovněž konzumované potraviny živočišného původu by měly obsahovat minimum tuku, nezbytné je rovněž omezení potravin s vysokým obsahem škrobu tedy obiloviny a výrobky z nich. V případě léčby dny je vedle

dostatečného příjmu tekutin zařazována dieta, součástí které je omezení konzumace masa, ryb, vnitřností, alkoholu, kávy a čokolády a některých druhů ovoce a zeleniny (Floriánková 2014).

V případě odpovědí na Otázku 12 týkající případného onemocnění, pouze 8 respondentů (12 %) uvedlo potřebu speciální úpravy nebo skladby potravin z důvodu svého onemocnění, z nichž 6 respondentů označilo za své onemocnění diabetes. Podle výživových doporučení (Floriánková, 2014) je u diabetiků doporučována konzumace jídla v malých dávkách 5 - 6x denně. Přičemž z respondentů, kteří uvedli jako onemocnění diabetes, pouze dva konzumují jídlo 5x denně. Další dva označili pravidelnost konzumace potravin 4 x denně a zbývající dva 3x denně, a to pouze hlavní jídla. Z uvedeného vyplývá, že i přes lékařská doporučení senioři v těchto případech tyto doporučení nedodržují, čímž ohrožují své zdraví.

5.2 Souhrnná analýza – používání kuchyňských spotřebičů

Otázka 13 zjišťuje četnost používání kuchyňských spotřebičů respondenty.

Tabulka 21

Relativní četnost používání kuchyňských spotřebičů

Druh spotřebiče	Nikdy (%)	Každý den (%)	Minimálně 1x týdně (%)	1x měsíčně a více (%)
Mikrovltná trouba	23	43	26	8
Elektrická trouba	29	14	49	8
Horkovzdušná trouba	57	9	17	17
Fritovací hrnec	68	0	6	26
Varná konvice	2	89	6	3
Plynový sporák	52	41	5	2
Elektrický sporák	55	38	5	2
Indukční deska	92	3	3	2
Domácí pekárna	90	2	3	5
Tlakový hrnec	41	6	31	22
Tyčový mixér	30	6	37	27
Topinkovač	57	0	18	25
Stolní mixér	48	2	23	27
Elektrický mlýnek	83	2	8	7
Rýžovar	95	0	3	2
Odšťavňovač	92	0	2	6
Vejcovar	95	0	0	5
Sušička ovoce	78	0	5	17
Kávovar	78	11	5	6
Sendvičovač	65	2	17	16
Výrobník sody	90	3	5	2
Kuchyňský robot	60	2	15	23
Smoothie maker	89	0	3	8

Nejčastějším respondenty každodenně používaným spotřebičem je varná konvice (89 %), používaná k ohřevu vody pro přípravu čaje a kávy. Samostatný kávovar je každodenně využíván 11 % respondentů.

V případě sporáku je každý den požívaný plynový sporák (41 %), elektrický sporák (38 %) a indukční deska (3 %). Vysoké procento každodenního použití vykazuje mikrovlnná trouba (43 %).

Minimálně 1x týdně jsou nejčastěji používány elektrická trouba (49 %), tyčový mixér (37 %) a tlakový hrnec (31 %).

Minimálně 1x měsíčně jsou nejvíce respondenty využívány shodně mixéry tyčový a stolní (27 %). Srovnatelnou četnost používání má rovněž fritovací hrnec (26 %), topinkovač (25 %) a kuchyňský robot (23 %).

Naopak nikdy nejsou využívány elektrospotřebiče typu rýžovar a vejcovar (95 %), indukční deska a odšťavňovač (92 %), výrobek sody a domácí pekárna (90 %), smoothie maker (89 %). Tyto vysoké hodnoty korespondují se skutečností, že se jedná o moderní spotřebiče, které respondenti senioři nevyužívají.

K otázce č. 13 byla vyhodnocena četnost používaných spotřebičů v závislosti na velikosti místa bydliště.

Tabulka 22

Relativní četnost používání kuchyňských spotřebičů v závislosti na místě bydliště

Druh spotřebiče	Nikdy (%) obec/město	Každý den (%) obec/město	Aspoň 1x týdně (%) obec/město	1x měsíčně a více (%) obec/město
Mikrovlnná trouba	11/12	29/14	12/14	2/6
Elektrická trouba	14/15	3/11	31/18	6/2
Horkovzdušná trouba	35/22	5/5	5/12	9/7
Fritovací hrnec	38/29	5/2	11/15	0/0
Varná konvice	0/2	51/38	2/4	2/2
Plynový sporák	31/21	22/20	2/3	0/2
Elektrický sporák	29/26	23/15	2/3	0/2
Indukční deska	47/44	2/2	3/0	2/0
Domácí pekárna	44/46	2/0	3/0	5/0
Tlakový hrnec	23/18	5/0	17/14	8/14
Tyčový mixér	17/20	7/0	23/14	7/20
Topinkovač	34/23	11/8	9/15	0/0
Stolní mixér	26/21	0/2	17/6	11/17
Elektrický mlýnek	45/38	2/0	3/5	4/3
Rýžovar	49/46	0/0	3/0	2/0
Odšťavňovač	51/41	0/0	0/2	3/3
Vejcovar	52/43	0/0	0/0	2/3
Sušička ovoce	35/43	0/0	5/0	14/3
Kávovar	43/35	6/5	2/3	3/3
Sendvičovač	37/28	2/0	10/6	5/12
Výrobník sody	47/43	3/0	2/3	2/0
Kuchyňský robot	29/30	2/0	8/8	15/8
Smoothie maker	47/41	0/0	2/2	5/3

Poznámka. V jednotlivých řádcích Tabulky 22 jsou uváděny procenta z celkového výzkumného souboru, který tvoří 65 respondentů.

Z Otázky 13 anketního šetření týkajících využívání kuchyňských spotřebičů, vyplývá následující zjištění vycházejících z údajů uvedených v Tabulce 21.

Nejčastěji každodenně používaným spotřebičem je varná konvice, kterou každý den používá 89 % respondentů. Za zmínku stojí ta skutečnost, že pouhé 2 % respondentů nepoužívají varnou konvici nikdy. Tento elektrospotřebič, který se stal nezbytnou součástí každé domácnosti, se využívá k ohřevu vody především pro přípravu čaje a kávy. Pokud srovnáme data každodenního využití kávovaru, tento je používán 11 % respondentů, tato relativně nízká hodnota představuje spíše konzervativní přístup seniorů k tomuto elektrospotřebiči.

Druhým nejčastěji používaným elektrospotřebičem je mikrovlnná trouba, kterou využívá každodenně 43 % respondentů, minimálně 1x týdně pak 26 % a konečně 1x měsíčně a více 8 %. Vedle toho 23 % respondentů nevyužívá mikrovlnnou troubu nikdy. Tento kuchyňský spotřebič se stal nedílnou součástí větší poloviny domácností a je tedy u seniorů oblíben.

Dalším elektrospotřebičem co do četnosti používání je opět trouba a to elektrická, kterou každodenně využívá 14 % respondentů, minimálně jednou týdně 49 % respondentů a jednou měsíčně a více 8 %. Ve srovnání s troubou horkovzdušnou, která je spíše novějším typem elektrospotřebiče, tuto používá 43 % respondentů a 57 % jí nepoužívá vůbec, což opět svědčí o konzervativním přístupu seniorů k tomuto typu spotřebiče.

Zajímavé hodnoty vykazuje rovněž procentuální používání sporáků, jejich mnohačetné využití koresponduje s údaji vyplývající z Tabulky 11, týkající se četnosti konzumace oběda, kdy každý den, obědvá 90 % respondentů a je zřejmé, že k přípravě oběda jsou sporáky zpravidla používány. Nejvyšší četnost použití představují sporáky plynové 48 %, elektrické sporáky využívá 45 % respondentů a pouhých 8 % používá k vaření v současnosti nejmodernější typ tohoto druhu spotřebiče, kterým je indukční deska.

Hojně využívaným spotřebičem je tyčový mixer celkem 70 % respondentu, v členění každý den 6 %, minimálně 1x týdně 37 % a 1x měsíčně a více 27 % respondentů. Zároveň 52 % respondentů využívá stolní mixer. Tak vysoká obliba respektive využití mixéru může mít přímou souvislost se stavem dentice, vypadávání chrupu nebo nepřesně vyhovující zubní náhradou.

Vyšší procento využití vykazuje rovněž tlakový hrnec, který má dlouholetou tradici použití v domácnostech. Z anketního šetření vyplývá, že jej využívá 69 % respondentů.

Za pozitivní lze považovat skutečnost, kdy 43 % respondentů využívá topinkovač, který s ohledem na doporučení zdravé výživy eliminuje množství tuku v takto připraveném pokrmu.

Rovněž lze kladně hodnotit využití fritovacího hrnce, který používá 26 % respondentů pouze 1x měsíčně a 68 % jej nepoužívá nikdy, což by významně eliminovalo konzumaci smažených jídel. Je však vhodné podotknout, že smažená jídla lze připravit za použití sporáku, takže vypovídací hodnota údaje použití fritovacího hrnce ke smažení může být tímto faktem zkreslena.

Z dalších spotřebičů vykazují obdobné hodnoty kuchyňský robot, kterého využívá 40 % respondentů, sendvičovače 35 % a sušičky na ovoce 22 % respondentů.

Poslední skupinu tvoří spotřebiče, které jsou seniory využívány minimálně, neboť se jedná o spotřebiče současné moderní kuchyně. Uvedená procenta představují hodnotu, kdy respondenti vybrali odpověď „nepoužívám nikdy“. Elektrický mlýnek 83 %, domácí pekárna 90 %, odšťavňovač 92 % a rýžovar a vejcovar shodně 95 % respondentů nikdy nepoužilo. Tyto údaje kopírují spíše konzervativní přístup tedy tradiční vybavení seniorské domácnosti.

Otázka 13 používání elektrospotřebičů v kuchyni byla vyhodnocena rovněž ve vztahu k velikosti místa bydliště, ve kterém respondent žije (Tabulka 22). Z výsledků vyplývá, že mezi respondenty žijícími v obci a městě nejsou z hlediska používání elektrospotřebičů významné rozdíly. Za zmínku stojí jen použití domácí pekárny, kterou využívá celkově 10 % respondentů, z nichž všichni žijí v obci. Obdobný údaj se týká sušičky na ovoce, kdy respondenti žijící v městě tvoří 3 % z těch, kteří tento spotřebič používají a respondenti žijící v obci 19 %. Tento údaj je možné zdůvodnit vyšší pravděpodobností dostupností ovoce v obcích se zahradami.

Otázka 14 zjišťovala účast respondentů na předváděcích akcích nabízejících kuchyňské spotřebiče.

Tabulka 23

Účast na předváděcích akcích

Předváděcí akce	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	39	60
Ne	26	40
Celkem	65	100

K otázce 14 byla vyhodnocena účast na předváděcích akcích mužů a žen.

Tabulka 24

Účast mužů a žen na předváděcích akcích

Pohlaví	Účast na akci (%)	Neúčast na akci (%)
Muž	31	15
Žena	29	25
Celkem	60	40

Z odpovědí na otázku 14 týkající se účasti respondentů na předváděcích akcích vyplývá (Tabulka 23), že 60 % respondentů se někdy zúčastnilo předváděcí akce, na které jsou elektrospotřebiče nabízeny. Těchto 60 % tvoří srovnatelné množství žen 29 % a mužů 31 % (Tabulka 24) Toto poměrně vysoké číslo koresponduje s trendem účasti seniorů na těchto akcích pořádaných tzv. „šmejdy“, kde jsou ve většině případů pod nátlakem předražené a nekvalitní spotřebiče, které mnohdy nesplňují požadavky na nezávadnost použitého materiálu, nabízeny. Vedle nesprávného výběru potravin tak mohou senioři zhoršovat své zdraví také nevhodným výběrem spotřebičů určeným k přípravě potravin.

Otázka 15 zjišťovala místa, kde respondenti nakupují elektrospotřebiče.

Tabulka 25

Místa nákupu spotřebičů

Nákup spotřebičů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
V supermarketu	19	24
V elektroobchodech	49	61
Na předváděcích akcích	3	4
Na internetu	9	11
Celkem	80	100

Největší procento respondentů (49 %) upřednostňuje nákup ve specializovaných elektroobchodech naopak nejnižší počet (3 %) na předváděcích akcích (Tabulka 25). Tyto výsledky dokládají, že i přes vysokou účast respondentů na předváděcích akcích (60%) (Tabulka 23) nabízené spotřebiče, které v některých případech mohou být zdravotně závadné, si senioři na těchto prodejních akcích nepořizují, což může být způsobeno cílenou mediální osvětou.

Otázka 16 zjišťovala, na základě čeho se respondenti rozhodují k nákupu elektrospotřebičů.

Tabulka 26

Zdůvodnění rozhodnutí nákupu

Pořízení spotřebičů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Doporučení	13	20
Reklama	2	3
Potřeba	50	77
Celkem	65	100

Nejvyšší procento respondentů (77 %) rozhoduje o nákupu nových elektrospotřebičů podle své potřeby. (Tabulka 26) Vedle toho 20 % respondentů uvedlo, že se v případě nákupu kuchyňských elektrospotřebičů řídí doporučením a pouze 2 % jsou při nákupu ovlivněna reklamou, což může znamenat, že na seniory nemá reklama v případě nákupu spotřebičů dostatečný vliv, respektive jí nepodléhají.

Otázka 17 zjišťovala oblíbenost značek kuchyňských elektrospotřebičů respondenty (Tabulka 27).

Tabulka 27

Oblíbenost značek elektrospotřebičů

Oblíbená značka	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	17	26
Ne	48	74
Celkem	65	100

V případě odpovědi ANO, bylo požadováno uvedení příslušné značky. Svou oblíbenou značku elektrospotřebičů má 26 % (17) respondentů, z nichž 65 % (11) označilo za oblíbenou značku výrobky ETA, což koresponduje se skutečností, že tato tradiční značka je díky svému v minulosti největšímu rozšíření nejvíce v povědomí seniorů, což dokládá konzervativní přístup respondentů k výběru značky ETA, která byla v minulosti jedinou na trhu s tímto zbožím. Dále byly uvedeny jedenkrát značky Philips, Electrolux, AEG, Candy, Whirpool, Zanussi a Mora.

6 ZÁVĚRY

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zhodnotit, v jaké míře senioři využívají moderní postupy při kulinářské úpravě potravin, a které moderní kuchyňské spotřebiče používají. Dílčím cílem bylo vyhodnotit frekvenci příjmu potravin dle stravovacích doporučení. Druhým dílčím cílem bylo zjistit nejoblíbenější kuchyňský elektrospotřebič.

Jako metodika práce bylo pro přehlednost zvoleno anketní šetření. Výzkumný soubor čítal 65 respondentů, z nichž 30 (46 %) bylo mužů a 35 (54 %) žen. Věk respondentů byl od 60 do 95 let.

Jednou z otázek anketního formuláře, byla otázka týkající se četnosti používání kuchyňských spotřebičů, z tohoto důvodu byl zvolen výběr respondentů žijících v samostatných domácnostech nikoliv v domovech pro seniory, kde je příprava potravin zajišťována příslušným personálem.

Z vyhodnocení otázek anketního formuláře týkajících se frekvence příjmu potravin vyplývá, že optimálně pětkrát denně konzumuje pravidelně jen 12 % respondentů. Čtyřikrát denně konzumuje pravidelně 15 % respondentů, přičemž jídlo tvoří tři hlavní jídla a jedna ze svačín. Nejvyšší počet tj. 45 % respondentů konzumuje pravidelně třikrát denně. Ve všech případech se jedná o hlavní jídla. U zbývajících 28 % respondentů se denní počet jídel nepravidelně mění, což znamená, že více než jedna čtvrtina respondentů má zcela nevyhovující stravovací návyky, kdy se stravuje nepravidelně.

Výsledky ukázaly, že 89 % respondentů používá nejčastěji varnou konvici, která je mezi seniory nejoblíbenějším spotřebičem. Vysoké procento využívání vykazuje rovněž tlakový hrnec (69 %). V případě sporáků je nejčastějším používaným typem sporák plynový (48 %), vedle toho indukční desku, která se řadí mezi moderní spotřebiče, používá jen 8 % respondentů. Minimálně je využívána domácí pekárna, kdy 90 % respondentů tento spotřebič nikdy nepoužilo, odšťavňovač nevyužívá 92 % respondentů a 95 % respondentů nikdy nepoužilo vejcovar a rýžovar. Tyto zjištěné údaje vypovídají o konzervativním přístupu seniorů k trendům moderní kuchyně, což dokládá také skutečnost, kdy 65 % respondentů označilo za neznámější značku spotřebičů značku ETA, která byla v minulosti na dostupném trhu jedinou prodávanou značkou.

7 SOUHRN

Bakalářská práce se zabývala vztahem seniorů k trendům moderní kuchyně.

Teoretická část práce popisuje možné způsoby životního stylu seniorů s důrazem na aktivní stárnutí. Nejvýznamnější složkou aktivního přístupu ke stáří je pak dodržování zdravého způsobu a kvality výživy, které se teoretická část bakalářské práce věnovala v největším rozsahu. Uvedená výživová doporučení zahrnují množství a druh jednotlivých prvků obsažených v konzumované stravě, ale také četnost denní konzumace jídel. Jedna z kapitol byla věnována způsobu tepelné úpravy potravin, jejíž vhodný výběr je rovněž důležitou součástí zdravé výživy.

Praktická část obsahuje vyhodnocení provedeného anketního šetření, které obsahuje zjištění, v jaké míře senioři využívají moderní postupy v kulinářské úpravě potravin, jestli ve svých domácnostech při úpravě potravin využívají kuchyňské spotřebiče, jako součást moderního aktivního životního stylu a který z kuchyňských spotřebičů je v případě seniorů nejoblíbenější.

Výsledky ukázaly, že 89 % respondentů používá nejčastěji varnou konvici, která je mezi seniory nejoblíbenějším spotřebičem. Přístup seniorů k trendům moderní kuchyně je spíše konzervativní, kdy více jak 90 % seniorů nevyužívá spotřebiče typu domácí pekárna, odšťavňovač, smoothie maker nebo výrobek sody.

Z anketního šetření dále vyplývá zjištění, zdali senioři aplikují ve svých stravovacích zvyklostech doporučení týkající se frekvence příjmu potravin. Z výsledků je zřejmé, že stravovací zvyklosti seniorů nejsou optimální vzhledem k výživovým doporučením, kdy pouze 12 % respondentů konzumuje pravidelně 5x denně. Denní počet konzumace jídel se nepravidelně mění u 28 % respondentů, což znamená, že více než jedna čtvrtina respondentů má zcela nevyhovující stravovací návyky.

8 SUMMARY

The bachelor's diploma thesis deals with the relationship of elderly citizens with modern kitchen trends.

The theoretical part of the thesis describes possible ways of lifestyle of the elderly with an emphasis on active aging. The most important component of an active approach to old age is the observance of the healthy way and the quality of nutrition that the theoretical part of the bachelor's diploma thesis devoted to the largest extent. The recommendation relates to the amount and type of individual elements contained in the consumed diet, but also to the frequency of daily food consumption. One of the chapters was devoted to the method of heat treatment of food, whose proper choice is also an important part of healthy nutrition.

The practical part is focused on the evaluation of the survey inquiry, which contains findings of the extent to which seniors use modern procedures in the culinary treatment of food, whether they use kitchen electrical appliances in their households as the part of a modern, active lifestyle, and which of the kitchen appliances is the most popular among elderly.

The results showed that 89 % of respondents use a kettle that is the most popular appliance for the elderly. These data reveal the conservative approach of elderly citizens to modern kitchen trends, because more than 90 % of the elderly do not use appliances such as home bakery, juicer, smoothie maker or soda maker.

From the survey inquiry is also clear, whether the elderly apply the recommendations dealing with the frequency of food intake in their eating habits. The data reveal that only 12 % of respondents regularly consume five times a day, which is inappropriate regarding to recommendations. For 28 % of respondents the daily number of meals is irregularly changing, which means that more than one-quarter of respondents have completely inadequate eating

9 REFERENČNÍ SEZNAM

Bach-Faig, A., Berry, M. E., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dernini, S., ... Serra-Majem, L. (2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutrition*, 14(12A), 2274-2284.

Blahutková, M., Janošková, H., Muchová, M., & Tománková, K. (2013). *V dobré kondici i po šedesátce*. Brno: CPress.

Český statistický úřad. (2017). *Senioři*. Retrieved from: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>

Český statistický úřad. (2018). *Složení obyvatelstva podle pohlaví a jednotek věku k 31.12.* Retrieved from: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=DEMD001>

Ettinger, W. H., Wright, B. S., & Blair, S. N. (2007). *Fit po 50: Aktivním životem k dobré kondici a zdraví*. Praha: Grada.

Floriánková, M. (2014). *Zdravý životní styl a jídelníček pro seniory*. Praha: FRAGMENT.

Fórum zdravé výživy. (2015). *Pyramida FZV. Potravinová pyramida 2013*. Retrieved from: <http://www.fzv.cz/pyramida-fzv/>

Fořt, P. (2003). *Co jíme a pijeme?: výživa pro 3. tisíciletí*. Praha: Olympia.

Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.

Hlavatá, K. (2009). *Úprava potravin*. Retrieved from: <http://www.zijzdrave.cz/jidlo/recepty-a-uprava-potravin/uprava-potravin/>

Klimešová, I. & Stelzer, J. (2013). *Fyziologie výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Mak, T. N., & Caldeira, S. (2014). *The role of nutrition in active and healthy ageing*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Mühlpachr, P. (2017). *Životní styl seniorů*. Brno: MSD.

Piřha, J. (Ed.). (2012). *140 otázek a odpovědí o výživě a potravinách*. Praha: Forsapi.

Rogers, A. B., & Oria, M. (2016). *Meeting the dietary needs of older adults: exploring the impact of the physical, social, and cultural environment: workshop summary*. Washington: The National Academies Press.

Roslowski, A. (2005). *Jak zůstat fit ve stáří*. Brno: Computer Press.

Skalková, J., Bacík, F., Helus, Z., Skalka, J., & Kalous, J. (1983). *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

- Stránský, M. (2015). Výživa ve stáří. *Kontakt*, 17(3), 185-193.
- Svačina, Š. (2008). *Klinická dietologie*. Praha: Grada.
- Štílec, M. (2004). *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál.
- Tošnerová, T. (2009). *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press.
- World Health Organization. (2002). *Keep fit for life: meeting the nutritional needs of older persons*. Medford, Mass.: Tufts University, School of Nutrition and Policy.
- World Health Organization. (2008). *Definition of an older or elderly person..* Retrieved from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- World Health Organization. (2013). *Nutrition, physical activity and obesity Czech republic*. Retrieved from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/243293/Czech-Republic-WHO-Country-Profile.pdf
- World Health Organization. (2018a). *Ageing and life course*. Retrieved from: <http://www.who.int/ageing/en/>
- World Health Organization. (2018b). *Obesity*. Retrieved from: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>

10 PŘÍLOHY

Příloha 1. Anketa: Využití kuchyňských spotřebičů seniory při přípravě potravin

Anketa: Využití kuchyňských spotřebičů seniory při přípravě potravin

Dobrý den, jmenuji se Pavel Ulbrich a jsem studentem 3. ročníku bakalářského studia oboru Tělesná výchova- geografie na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Jako téma své bakalářské práce jsem zvolil: „Využití kuchyňských spotřebičů seniory při přípravě potravin“. Žádám Vás tímto laskavě o vyplnění krátké ankety, která bude sloužit jako podklad mého anketního šetření.

Vaši odpověď zatrhněte do příslušného políčka

Děkuji za Vaši spolupráci.

Anketa: Využití kuchyňských spotřebičů seniory při přípravě potravin

1. Vaše pohlaví

muž žena

2. Uvedte prosím Váš věk _____

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

ZŠ Vyučený(á) SŠ VŠ

4. Počet obyvatel ve Vašem bydlišti

Do 2 999 3 000-29 900 30 000-100 000 nad 100 000

5. Bydlíte

sám s rodinou s partnerem(kou) Jiné (*prosím uveďte*)

6. Během týdne jste zvyklý(á) snídat

Každý den Nepravidelně Nikdy

7. Během týdne jste zvyklý(á) dopoledne svačit

Každý den Nepravidelně Nikdy

8. Během týdne jste zvyklý(á) obědvat

Každý den Nepravidelně Nikdy

9. Během týdne jste zvyklý(á) odpoledne svačit

Každý den Nepravidelně Nikdy

10. Během týdne jste zvyklý(á) večeřet

Každý den Nepravidelně Nikdy

11. Obědy většinou

připravuji sám(a) připravuje partner(ka) mi vozí služba Jiné (*prosím uveďte*)

12. Trpíte onemocněním, které vyžadují speciální úpravu nebo skladbu potravin?

Ne Ano (prosím uveďte druh onemocnění)

13. Jak často k úpravě potravin využíváte tyto kuchyňské spotřebiče: (prosím zatrhněte)

	Nikdy	Každý den	Minimálně 1x týdně	1x měsíčně a více
Mikrovlná trouba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrická trouba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horkovzdušná trouba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fritovací hrnec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varná konvice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plynový sporák	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrický sporák	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indukční deska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domácí pekárna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tlakový hrnec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tyčový mixér	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Topinkovač	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stolní mixér	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrický mlýnek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rýžovar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odšťavňovač	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vejcovar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sušička ovoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kávovar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sendvičovač	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Výrobník sody	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchyňský robot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smoothie maker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Byl(a) jste někdy na předváděcích akcích kuchyňských spotřebičů?

Ne

Ano

15. Kuchyňské spotřebiče nakupuji:

V supermarketu Ve specializovaných elektroobchodech Na předváděcích akcích

Na internetu Jiné (*prosím uveďte*) _____

16. Kuchyňské spotřebiče si pořizujete na základě?

Doporučení

Reklamy

Potřeby

Jiné (*prosím uveďte*) _____

17. Máte oblíbenou značku kuchyňských spotřebičů?

Ne

Ano (*prosím uveďte jakou*) _____