

Kistelepülésen élő kisiskolás gyermekek étkezési szokásai és ételpreferenciái

© Tóth-Márhoffer Márta

Pannon Egyetem Tanárképző Központ, Veszprém

martimarhoff@gmail.com

Munkánk témája a kisiskoláskorú (6-10 év) gyermekek étkezési szokásainak, ételpreferenciáinak vizsgálata, külön figyelmet szentelve a hátrányos helyzetű kisdíákok attitűdeinek feltérképezésére.

Kérdőíves vizsgálatunkkal arra kerestük a választ, hogy a gyermekek táplálkozási szokásai mennyiben felelnek meg az egészséges táplálkozás kritériumainak, milyen ételpreferenciák alakultak ki a korai gyermekévek alatt, melyekről tudjuk, hogy nagyban meghatározzák a későbbi táplálkozási szokásokat is. Külön kerestük a neofóbiás étkezési attitűd jelenlétét a vizsgált mintában. Kiemelten kezeltük a hátrányos helyzetű gyermekek választásait. A hangsúlyt nem a gyermekek étkezési szokásaira helyeztük, hanem a döntésekre, választásokra, amelyek meghatározzák az étkezési szokások alakulását, illetve alakíthatóságát a nevelőmunka számára.

Munkánk jelentőségét az adja, hogy számos kutatás bizonyítja, hogy a kisgyerekek ételválasztása és a felnőttkori táplálkozás és elhízás között kapcsolat van, ezért a szülőknek, illetve gondozóknak, nevelőknek nagy szerepe van a gyerekek ételpreferenciáinak alakításában. Ahhoz, hogy ezt megtehesük az iskolai nevelés során, ismernünk kell a gyermekek választásait. Csak alapos feltérképezés után alakíthatjuk ki az iskolára szabott egészségnevelési programot e téren.

Egészséges táplálkozás

Egészségünket közvetlenül befolyásoló tényezők közül a táplálkozás az egyik legfontosabb elem életmódunkból. Gyermekek és serdülőkorban a megfelelő mennyiségű és minőségű táplálkozás elengedhetetlenül szükséges az optimális növekedéshez, éréshez, szellemi fejlődéshez, az egészség megőrzéséhez (Németh & Szabó, 2003). Ezen túlmenően „a gyermek és a serdülő kielégítő testi és lelki fejlődése és teherbíró-képessége alapozza meg a felnőttkori egészséget”, amit jelentősen befolyásolnak kisiskoláskorban kialakuló szokások (Aszmann, 2003:14-15).

Egészséges a táplálkozás, ha elegendő (megfelelő mennyiségű és minőségű), tápláló (életkörülményekhez igazodó optimális energia-, zsír-, fehérje-, ásványianyag- és vitamintartalmú), változatos, rendszeres és finom (minél magasabb élvezeti értékű) (vö. Gyöngyösi, 2008:165).

A kívánatos ételmisszer-bevitelt táplálkozási piramisba rendezve szemléltetik a táplálkozási szakemberek, ami jelentős átalakuláson ment keresztül az elmúlt évtizedben. Az új táplálkozási piramis lényege, hogy a teljes kiőrlésű gabonák, zöldségek, gyümölcsök, egészséges zsiradékok nagyobb súllyal szerepeljenek étrendünkben, mint a piramis csúcsa felé haladva elhelyezkedő vörös húsok, cukrozott és sózott nassolnivalók. Ebben a felfogásban áthelyeződött a hangsúly az ételek mennyiségéről, azok minőségére (Ongaro, 2011; Illyés & Berecz, 2008).

Ételválasztás

Az ízpreferenciák a legkorábban kialakuló magatartásformák közé tartoznak és akár egy életen át kitarthatnak. Az ízekhez való viszonyunkban evolúciós programozottság tételezhető fel, az édes íz előnyben részesítése, a keserű kerülése alapvetően túlélést biztosító beállítódás.

Az ízpreferenciák kialakulása már az anyaméhben elkezdődik. Az anyaméhben a magzat összes érzékszervével érzékeli, feldolgozza környezetének ingereit. Az első ízlelőbimbók már a terhesség 8. hetére kifejlődnek. A második trimesztertől a magzat képes ízérzékelésre. A pár napos újszülöttek rosszabbul szopnak, ha az anya olyan ételt fogyasztott, amit a terhessége során nem. Az anyatejbe bekerülve, a szoptatás ideje alatt elfogyasztott anyai ételek is befolyásolják az íz-imprintinget (Forgács, 2008). Az ételválasztást gyermekkorban formáló hatások:

- ✓ Az evési szokások érzelmközpontúak. Minél jobban emlékeztet egy íz a gyermekkor ízeire, annál vonzóbb.
- ✓ Modellkövető tanulás. Amit és ahogyan a család eszik (kultúra, hagyományok) az lesz a legdominánsabb élmény a gyermek számára. A család és a szeretett személyek adják az elsődleges referenciacsoportot a tanuláshoz.
- ✓ Más ízeket hozhatnak az iskolatársak, barátok, kortársak, velük szélesedik a referenciaszemélyek köre.
- ✓ A marketingkommunikáció is kihasználja a modellkövetés lehetőségét: művi úton állít elő vonzó mintákat – pl. sportolók, popsztárok, színészek által - a fogyasztás befolyásolására.
- ✓ Az ételekhez kapcsolódó ismeret, hiedelem, információ. Minden fogyasztást valamilyen kognitív predispozíció előz meg, amit az ételről gondolunk. Ezen keresztül lehetőség nyílik a fogyasztási szokások módosítására számos befolyásoló technikával (Forgács, 2008).

A helytelen táplálkozás

Okait négy dimenzióban vizsgálhatjuk: mit, mennyit, mikor és hogyan eszik valaki. Leggyakoribb okok a) Az étrend összetétele nem megfelelő, vagyis a minőségi kritériumnak nem felel meg az étrend. Következtében normál testsúly mellett is kialakulhatnak hiánybetegségek. b) Mennyiségi problémák adódnak a túl sok vagy túl kevés ételbevitellel. c) Rendszertelen az étkezés, hiányzik a napi többszöri étkezés ritmusa. d) Hibák a gyermekétkeztetésben: minőségében nem megfelelő ételek kínálása, nem megfelelő konyhatechnológiai eljárások alkalmazása, gyors, kapkodó étkezés, higiénés szabályok áthágása. e) A gyermekek közt terjedő „Gyorsétterem szindróma”. f) A média, a marketing negatív hatásai, pl. zömében túltápláló élelmiszerek, majd gyors megoldással kecsegtető fogyókúrák kínálása.

Táplálkozási problémák

Gyermekkorban számos étkezési zavar kialakulhat. Ezek közül csak kettőt emelünk ki, melyek munkánk szempontjából relevánsak.

Egyik legnagyobb problémát a helytelen táplálkozásból fakadó túlsúly és az *elhízás* okozza. Az elhízás nem csak a testi egészségre hat negatívan (szív és érrendszeri megbetegedések, hipertónia, cukorbetegség, stb.) (Tomsits, 2005), hanem lényeges hatással lehet az érintett gyermekek egészséggel kapcsolatos életminőségére, szociális kapcsolataira, önértékelésére is (Czeglédi, 2008; Papp, Czeglédi & Túry, 2011). Magyarországon az iskoláskorú gyermekek körében az elhízás gyakorisága 5–15 százalékra tehető (Schaub & Bácsi, 2011).

Az új ételek kipróbálásával kapcsolatos vonakodást nevezzük *étel neofóbiának*. Ez a vonás öröklöttnek tűnik. 4-6 hónapos kor körül – ez a szilárd ételek bevezetésének kezdete – a csecsemő beállítódása még a neofília vagyis az új ízek iránti vonzódás, kíváncsiság, így könnyebb a csecsemőkkel új ételeket kipróbáltatni. 18-24 hónapos kor körül viszont megjelenik az ételekkel kapcsolatos neofóbia. A neofóbia jól szolgálja azt, hogy az anyától egyre jobban eltávolodó kisgyermek ne akarjon megenni minden új dolgot azonnal, amivel találkozik. Ez túlélési értékkel bír, megóvja az ártalmas és mérgező ételek fogyasztásától (Forgács, 2008). Az 5 éves kor alatti kisgyerekeknél legalább öt-tíz kínálási alkalom után mutatkozik egy új íz elfogadása. A gyerekek nagyon gyanakvóak: ha szokatlan dolog kerül eléjük az asztalra, hajlamosak automatikusan elutasítani, ha ez a beállítódás fennmarad, nehezített lehet az új ételek bevezetése az étkezésbe pl. a közétkeztetés részéről.

Vizsgálat

Célunk, hogy megvizsgáljuk, az általános iskola alsó szakaszában a gyerekek táplálkozási szokásait, kiemelt figyelmet szentelve a hátrányos helyzetű gyerekekre. Hipotéziseink a vizsgálat során az alábbiak voltak:

1. A gyerekek testtömeg-indexe alapján a gyermekek legalább 60%-nak ideális a testsúlya, a nem hátrányos gyermekek közt a túlsúly, a hátrányos helyzetű gyermekek közt a soványság irányába tolódik el a testalkat.
2. A gyerekek étkezési szokásai nem felelnek meg az egészséges étkezés kritériumainak, az egészséges ételek fogyasztási gyakorisága a kívánatos alatt marad, ugyanakkor túl gyakran fogyasztanak túltápláló élelmiszereket.
3. Ételpreferenciáikban dominál az édes íz, ételrepertoárjuk szűkös, ami az egysíkú hozzáférésből fakadhat. Nassolás esetén inkább az egészségtelen ételek jelennek meg a gyermekeknél. Választásaikban megjelenik a marketing hatása.
4. Előfordul a gyermekek közt étel neofóbia is.
5. A hátrányos helyzetű gyermekeknél kevésbé jelennek meg az egészséges ételek, az étkezés gyakorisága is elmarad a szükségestől, s a gyermekéhezés is előfordul.

Alkalmazott eljárások

Kérdőíves módszerrel gyűjtöttünk adatokat. Az általunk összeállított kérdőív kiterjedt a gyerekeket egészségi állapotára, étkezési szokásokra, ételpreferenciákra, ételneofóbiára. A kérdőív 23 itemből állt, hosszát a vizsgált életkorhoz mérten állapítottuk meg. Az első osztályos gyermekek kikérdezése szóban történt.

A testalkati mutatók meghatározásához a Testtömeg-index (BMI) számítást alkalmaztuk percentilis referenciagörbék alapján (Pintér, 2004). A BMI index hátránya, hogy nem ad tájékoztatást a súlytöbblet okáról, ezért érdemes a testzsír százalékot is figyelembe venni még, ezt jelen kutatásban nem tudtuk kritériumként szerepeltetni.

A vizsgált csoport

Hozzáférési mintavétellel dolgoztunk: három hasonló lélekszámú és hátrányos helyzetű Veszprém, Fejér és Jász-Nagykun-Szolnok megyei kistélepedésen történt az adatgyűjtés 2013 tavaszán és őszén. A települések lélekszáma 750 - 650 fő közötti.

A kérdőívet 55 gyermek töltötte ki: közülük majdnem pontosan fele arányban található hátrányos helyzetűek (26 fő, 47%), illetve nem azok (29 fő, 53%). 30 lány és 25 fiú vett részt a vizsgálatban. Elsőtől negyedik osztályig kérdeztük a gyermekeket, mindhárom településen az alsó tagozatos korú gyermekek 95%-a a mintába került.

Eredmények

Testalkat. A megkérdezett gyerekek 12,7%-a sovány (7 fő), 50,9%-a (28 fő) normál testalkatú, enyhén túlsúlyos 10,9% (6 fő), túlsúlyos 16,3% (9 fő), elhízott 9,1% (5 fő). Aszmann (2003) vizsgálatában 11 és fél éves korú magyar gyermekek körében a túlsúlyosok és elhízottak aránya 10,6% és 3,4% a fiúknál, illetve 7,8% és 1,4% a lányoknál. Jelen vizsgálatunk az országos adatokhoz képest rosszabb képet mutat.

Megvizsgáltuk, hogy a különböző testalkat típusok hogyan oszlanak meg a hátrányos helyzetű gyermekek között. A csoport 15,4%-a sovány (4 fő), 65,3 %-uk (17 fő) normál testalkatú, 1 gyermek enyhén túlsúlyos, ez 3,8%, 4 gyermek, 15,3% pedig túlsúlyos. A nem hátrányos helyzetűek közül 10,3% sovány (3 fő), 37,9% (11 fő) normál testalkatú, enyhén túlsúlyos 17,2% (5 fő) túlsúlyos 17,2 % (5 fő) és ugyancsak 17,2 % (5 fő) elhízott. Figyelemfelkeltő jelentőségű, hogy milyen magas – 51,7% - a valamilyen fokú túlsúllyal rendelkező gyermekek aránya a nem hátrányos helyzetűek között, míg a hátrányos helyzetű gyermekek közt ez az arány mindössze 19,2%. A két csoport közt szignifikáns különbséget találtunk a normál testalkat és az elhízás tekintetében.

Az étkezés gyakorisága. A válaszokból megtudható, hogy a két főétkezés az ebéd és a vacsora. Minden nap ebédel a gyermekek 92,7%-a (51 fő), vacsorát 100%-uk fogyaszt. A gyerekek 67,2%-a (37 fő) reggelizik minden nap, és ha ideszámoljuk a hetente 5-6 alkalommal reggelizőket is, akkor már a gyerekek 76,3%-nál tartunk (42 fő). Majdnem ennyi a mindennap, illetve majdnem mindennap tízóráizók aránya 80% (44 fő) és a rendszeresen uzsonnázók aránya is: 72,2% (40 fő).

Abban látunk problémát, hogy a hátrányos helyzetű kisiskolások közül kerülnek ki a nem reggelizők: 6 fő soha, 5 fő hetente csupán 1-2 alkalommal reggelizik, ez

összesen 42,3%-uk. Soha nem tízórazik 5 fő (19,2%), illetve a soha vagy hetente 1-2 alkalommal uzsonnázik 9 fő (34,6%). Megvizsgálva egyesével a kérdőíveket kiderül, hogy 3 kisgyerek 3 (reggeli, tízórai, uzsonna), 6 kisgyerek 2, 3 kisgyerek 1 étkezést hagy ki rendszeresen.

A vacsora a biztos étkezés; sőt a gyerekek 87,2%-a ezt jelölte meg a családdal közös étkezésnek. A második legfontosabb étkezés az ebéd – itt a gyerekek többsége a hétfégi ebédre gondolt – amelyet 49%-uk családjukkal együtt fogyaszt el. Négy kisgyerek jelezte, hogy nálunk nincs közös étkezés.

Az étkezés tartalma. Leggyakoribb reggeli a szendvics (14 fő említi), kifli (10 fő), vajás kenyér, reggeliző pehely (8 fő), lekváros kenyér (7 fő), májkrémes kenyér, zsemle, tojás (5 fő), bundás kenyér, kalács (4 fő), vajás-mézes zsemle, zsíros, vajas-hagymás, nutellás, pirítós, üres kenyér (3 fő). 1-1 kisgyerek említi a tejbedarát, a túrót, a joghurtot, a sajtot. A gyerekek nagy része tehát valamilyen fehér kenyeret, kiflit, zsemlet, kalácsot eszik reggelire.

Innivalóként reggelihez 15 fő tejet, 16 gyermek kakaót, 12 fő teát, 3 fő kefirt, 4 fő gyümölcslevet jelölt meg. 5 fő nem válaszolt.

Napközben a megkérdezett kisgyerekek 41%-a teát iszik leggyakrabban, 51%-uk vizet, ásványvizet, 5%-uk szénsavas üdítőt, 3%-uk gyümölcslevet. A hátrányos helyzetű gyermekeknél a víz volt az egyértelmű első választás, illetve náluk jelenik meg a szénsavas üdítő fogyasztása.

A gyerekek többsége, 49 fő (89%), mindennap, illetve hetente 5-6 alkalommal eszik főtt ételt.

A gyerekek a felsorolt étel- és italfajtákból naponta fogyasztanak tejterméket (94%), főzeléket (87%), gyümölcsöt (86%), gabonapelyhet, müzlit (61%), rostos gyümölcslevet (56%), teljes kiőrlésű péksüteményt, kenyeret (54%). Ez utóbbi adat ellentmondásban van a reggelinél megjelölt gyakorisággal.

Hetente többször, illetve naponta fogyaszt a gyerekek többsége édességet (81,8%), kifőtt tésztát (75%), zsíros, vajás, lekváros, mézes, nutellás kenyeret (78%), sós rágcsálnivalót (53%). Naponta vagy hetente többször fogyasztanak kólát, szénsavas italokat (40%), pizzát, hamburgert, hot dogot (23%), és ami meglepő: energiatalt (12,7%).

Amiből túl ritkán fogyasztanak és többször kellene: teljes kiőrlésű péksüteményt, kenyeret 42%-uk soha vagy havonta 1-2 alkalommal, gabonapelyhet, müzlit 38%-uk soha, vagy havonta 1-2 alkalommal.

A hátrányos helyzetű gyerekeknél azok az ételek, amelyek egészségesnek számítanak (tejtermék, főzelék, gyümölcs, gabonapehely, müzli, rostos gyümölcslé, teljes kiőrlésű péksütemény, kenyér), erősen lemaradnak. Kevesen fogyasztják őket hetente többször vagy naponta. A „soha” jelölés ezeknél az ételeknél minden esetben a hátrányos helyzetű gyerekektől származott. Viszont ők azok, akik közül kikerülnek a kólát, szénsavas üdítőt, energiatalt, pizzát, hamburgert, hot dogot gyakran fogyasztók.

Ételpreferenciák. A gyerekek 69%-át megkérdezik otthon arról, hogy milyen ételeket készítsenek, 56%-uk szólhat bele abba, hogy a bolti vásárlásoknál milyen élelmiszereket tegyenek a szülők a kosárba. 54%-uk kért már ételt reklámok hatására.

Arra kértük a gyerekeket, hogy sorolják fel azokat az ételeket, amiket akkor sem kóstolnak meg, ha családtagjaik megeszik őket. Sokféle étel került terítékre: a gomba, illetve a gombás ételek 9 gyereknek jutott eszébe, a májra öten, a kocsonyára négyen, pacalra, lecsóra, spenótra hárman szavaztak. Egy-egy kisgyerekeknek okoz gondot a krumplis, káposztás, mákos tészta; halászlé, tüdő-, paradicsom-, karfiol-, gulyásleves; csilis bab, zöldbabfőzelék, tökfőzelék, uborka, saláta, káposzta, erős paprika, paradicsomos ételek, lencse, sárgadinnye; tepertő, disznósajt, sertéshús, tonhal,

halkonzerv. Ketten azt mondták, hogy nincs ilyen étel, heten pedig nem válaszoltak. Öt gyermek öt ételnél is többet sorolt fel.

Az elutasított ételek tekintetében hátrányos és nem hátrányos helyzetű gyerekek között nem volt különbség. Három fő csoportja rajzolódik ki az ételeknek: zöldségekből készült főzelékek, levesek, belsőséget vagy húst tartalmazó ételek, és a halételek. Sajnos az első és az utolsó fogyasztása pont kívánatos lenne, még ha nem is a gyermekek által felsorolt formában (pl halászléként).

Arról is kérdeztük a gyermekeket, hogy milyen ételt választanának, mi az, amit szeretnek. Tízen írták, hogy csokit, chipset, kólát választanának, nyolcan pizzát, hamburgert. Hét kisgyerek gyümölcsöt, hatan hot dogot, fagyit, négyen tortát, húst kérnének, három gyermeknek a „meki”, rostos üdítő, zselés cukor, palacsinta jutott az eszébe, ketten pedig répát, kolbászt, spagettit, rántott csirkét, pörköltet, ásványvizet, baracklét, Fantát, sütit, édességet választanának. Egy-egy kisdíáknak jutott eszébe a bolognai, hasábburgonya, paradicsomleves, főzelék, makaróni, pulykapárizsi, felvágott, szendvics, kenyér, barna kenyér, gomba, saláta, görögdinnye, mogyoró, tejtermék, joghurt, kínai csípős szósz, Hell (energiaital), gyerekkávét, barackos icetea, zöld tea, gyümölcslé, szörp, habkarika, rágó. Volt néhány különlegesség is egy-egy szavazattal: libamáj, szarvasgomba, különleges sajtok, cápahús, polip, kagyló, rák. A vágyott ételek közt vezetnek a gyorséttermi ételek, édességek, húsételek, de megjelenik a gyümölcs és a zöldség is.

A hátrányos és nem hátrányos helyzetű gyerekek választásai között jelentős különbség volt. Hét chips, 8 kóla, 6 csoki, 5 hamburger, 4 pizza, 4 hot dog, 3 torta, amit a hátrányos helyzetű kisgyerekek jelöltek. Náluk jelent meg a hús, kolbász, felvágott, paradicsomleves, makaróni, spagetti, gyümölcs, görögdinnye, répa, mogyoró, tejtermék, kenyér, baracklé, gyerekkávét, innivaló, ásványvíz, Hell (energiaital), édesség, fagyó, rágó, süti, habkarika. Ezek részben az egészségtelen, főként gyorsételek - emlékezzünk vissza, ők voltak azok is, akik ezekből az ételekből eleve többet fogyasztottak -, másrészt olyan egyszerű ételek, amik nem szabadna, hogy hiányozzanak a gyerekek étellistájáról.

Arról is megkérdeztük a gyerekeket, hogy mit nassolnának: gyümölcsöt 83%, tejterméket 50%, müzlit 25%. Ez dicsérendő. Sajnos csak 8%-uk eszik zöldséget, salátát nassolás gyanánt. Még nagyobb baj, hogy édességet 44%, chipset, mogyorót 31% választ.

Éhezés. 45 válaszadó (81,8%) jelezte, hogy soha nem fordult elő vele olyan, hogy éhesen ment iskolába vagy lefeküdni. 4 gyermek hetente (7,2%), 2 fő naponta, 1 fő havonta, 3 gyermek pedig „nem tudom”, „nem akarok válaszolni” választ adott. Az eredmények alapján 10 kisgyerek családjában vannak nehézségek (18,1%).

Súlyosabbnak látszik a másik probléma, itt csak 30 fő (54,5%) jelezte, hogy soha nem hiányzik pénz ennivalóra; viszont 25 főnél (45,4%) gyakori gond a pénzhiány.

Neofóbia. A gyerekeknek a neofóbiával kapcsolatban 10 állításról kellett eldönteniük ötfokú skálán, hogy mennyire igazak rájuk nézve. A csoport átlaga 27,2 pont (szórás 4,23); legalacsonyabb pontszám 16, a legmagasabb 47. A hátrányos helyzetű gyerekek csoport átlaga 23,5 pont (szórás 3,98), a nem hátrányos helyzetűeké pedig 28,3 pont (szórás 4,36), az eltérés a két csoport közt nem szignifikáns. A hátrányos helyzetű gyerekek kevésbé elutasítóak új ételek megkóstolásával kapcsolatban, mint nem hátrányos helyzetű társaik. A hátrányos helyzetűek közül került ki a legkisebb pontszámot jelölő kisgyermek is.

A legmagasabb (átlagtól két szórásnál magasabb) pontot elérő öt gyermek kislány, nem hátrányos helyzetűek, és különböző testalkatúak. A 38 pontos enyhén túlsúlyos, a 40 pontos kórosan sovány, a 42, 44 és 47 pontos gyermekek normál testalkatúak.

Náluk a neofóbia valószínűsíthető, érdemes lenne táplálkozási szokásaikat alaposabban vizsgálni.

Összegzés

Testalkatra vonatkozó feltevésünk részben igazolódott. A gyermekek 50,9%-a tartozik a normál testsúly övezetébe, túlsúlyos 16,3%, elhízott 9,1%. A hátrányos helyzetű gyerekek körében a normál súly dominál, míg a nem hátrányos helyzetű gyermekek körében eltolódást találtunk a túlsúly irányába: 51,7%-uk rendelkezik valamekkora túlsúllyal!

Annak ellenére, hogy a hátrányos helyzetű gyerekeknél nem találtunk eltolódást a soványság irányába, az étkezésben számos problémát találtunk mind a mennyiségi, mind a minőségi, mind a rendszeresség területén. A reggeli a kritikus étkezés, gyakran elmarad. Sajnos előfordul az éhezés is, a gyerekek 18%-a érintett ebben. Az egészséges étkezés elvárásai nem teljesülnek maradéktalanul. A gyerekek túl gyakran jutnak hozzá túltápláló, felesleges energiát tartalmazó élelmiszerekhez, és ebben is a hátrányos helyzetűek vezetnek. Az egészséges ételek fogyasztása háttérbe szorul.

A kisdíjakok kértek már reklám hatására ételt, italt, ételválasztásaikat a család többnyire figyelembe veszi. A preferált ételek közt nagy számban fordulnak elő a gyorséttermi ételek, annak ellenére, hogy kistelephelyen élő gyerekekről van szó, akik ritkábban férhetnek ezekhez az ételekhez, s talán pont ettől vonzóak. Az ételpreferenciák közt vezetnek az édességek, de megjelennek a gyümölcsök, zöldségek is. A hátrányos helyzetű gyerekek körében az egészségtelenebb ételek preferenciája dominál. Nassolás során öröndetes, hogy magas arányban van jelen a gyümölcs, tejtermék, de emellett még az édesség is nagy arányban fordul elő. Az elutasított ízek közt viszont túl magas az egészséges ételek aránya: számos zöldség és a halak is ide kerültek.

Öt gyermek mutat neofóbiás viszonyulást, náluk az új ízek, ételek bevezetése akadályozott, nehezített lehet az étkezési szokások változtatása során.

Munkánk tanulságos lehet az iskolai egészségprogramok kialakításához, az egészséges életmódra nevelés táplálkozási aspektusainak tárgyalásakor és az iskolai étkezés tervezéséhez.

Irodalomjegyzék

- ASZMANN A. (2003). *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*. „Nemzeti Jelentés 2002”. Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.
- CZEGLÉDI E. (2008). Az Elhízással Kapcsolatos Jólét Kérdőív (Obesity related well-being Questionnaire) hazai adaptációja *Alkalmazott Pszichológia*, 10 (1-2), 93-114.
- FORGÁCS A. (2008). Az íz- és ételpreferenciák szociokulturális háttere In Túry F., & Pászthy B. (szerk.): *Évészavarok és testképzavarok* (pp. 353-365). Budapest: Pro Die.
- GYÖNGYÖSI K. K. (2008). Az iskolai egészségfejlesztés vizsgálata az étkeztetés alapján. *Új Pedagógiai Szemle*, (9-10), 164-173.
- ILLYÉS A., & BERCZ B. (2008). *A legfrissebb ajánlások az egészséges táplálkozásról*. http://egeszseg.origo.hu/cikk/0838/009010/20080919_taplalkozasi_piramis_egeszsege_s_taplalkozas_dieta_fogyokura_1.htm [2013.12.20.]
- NÉMETH Á., & SZABÓ M. (2003). Táplálkozási és étkezési szokások. In Aszmann A. (szerk.): *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása* (pp. 25-33). „Nemzeti Jelentés 2002”. Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

- ONGARO, P. (2011). *Úgy egyél, hogy jól legyél!* Budapest: HVG Kiadó Zrt.
- PAPP I., CZEGLÉDI E., & TÚRY F. (2011). A szociokulturális hatások kapcsolata az elhízottakkal szembeni előítéletekkel kora serdülőkorban *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 12 (2), 149-171.
- PINTÉR A. (2004). *3. módszertani levél. Útmutató és táblázatok a gyermekkori tápláltság megítéléséhez.* Budapest: Magyar Védőnők Egyesülete.
- SCHAUB G., & BÁCSI K. (2011). Táplálkozási szokások nemzetközi összehasonlítása 10-12 éves gyermekek körében. *Iskolakultúra*, (10-11), 138-146.
- TOMSITS E. (2005). Az egészséges táplálkozás a betegségek megelőzésének eszköze. In Szamosi T. (szerk.): *Preventív Pediátria* (pp. 103-109). Budapest: Medicina.

Köszönetet mondok Soháné Csóka Zita pedagógusnak, az adtagyűjtésben és feldolgozásban nyújtott segítségéért.