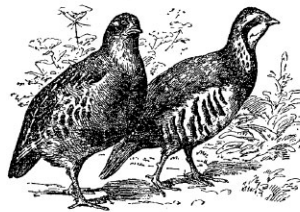


- 06.120017 • <http://www.jabfm.org/content/25/6/792.full.pdf+html>
- Gribovskaja-Rupp, Irena – Kosinski, L. – Ludwig, K. A. (2011) Obesity and Colorectal Cancer. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 24, 4, 229–243. • <http://pubmedcentralcanada.ca/pmc/articles/PMC3311490/?sessionid=2DF8EB8EF384CCA024B79E46D66BFA9D.thrasher?lang=en-ca>
- Halmos Tamás (1999): Az elhízás epidémiája. *Magyar Tudomány*. 7, 839–847.
- Halmos Tamás – Kautzky L. – Suba I: (2011): *Mítosz vagy valóság (A metabolikus szindróma legújabb szemlélete)*. Tudomány, Budapest, 470–474.
- Halmos Tamás – Suba Ilona (2010): A metabolikus szindróma koncepciójának változása az elmúlt két évtizedben. *LAM – Lege Artis Medicinæ*. 20, 1, 21–30.
- Halmos Tamás – Suba Ilona: (2013): A napi ritmus szerepe és jelentősége a klinikumban. *Magyar Tudomány*. 96–102 • <http://www.matud.iif.hu/2013/01/11.htm>
- Koh, Katherine A. – Hoy, J. S. – O’Connell, J. J. – Montgomery, P. (2012): The Hunger-Obesity Paradox: Obesity in the Homeless. *Journal of Urban Health*. 30 May. Epub Ahead of Print DOI: 10.1007/s11524-012-9708-4
- Ligibel, Jennifer (2012): Obesity and Breast Cancer. *Oncology*. 25, 11, 994–1000. • <http://www.cancer-network.com/breast-cancer/content/article/10165/1967830>
- Miller, Michelle – Delaney, C. – Penna, D. et al. (2012): A 3 Year Follow-up Study of Inpatients with Lower Limb Ulcers: Evidence of in Obesity Paradox. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 5, 181–186. DOI: 10.2147/JMDH.S33625 • <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3422113/>
- Oyedeyi, Adebayo T. – Balogun, M. O. – Akintomide, A. O. et al. (2012): The Obesity Paradox in Nigerians with Heart Failure. *Annals of African Medicine*. 11, 4, 212–216. DOI: 10.4103/1596-3519.102851
- Paragh György – Juhász I. – Fülöp P: (2012): Elhízás és vesebetegség. *Metabolizmus*. X, 5, 331–335.
- Rodgers, R. John – Tschöp, M. H. – Wilding, J. P. H. (2012): Anti-Obesity Drugs: Past, Present and Future. *Disease Models & Mechanisms*. 5, 5, 621–628. DOI: 10.1242/dmm.009621 • <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3424459/>
- Tsai, Jack – Rosenheck, Robert A. (2013) Obesity among Chronically Homeless Adults: Is It a Problem? *Public Health Reports*. 128, 1, 29–36.
- Tseng, Chin-Hsiao (2012): Obesity Paradox: Differential Effects on Cancer and Noncancer Mortality in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Atherosclerosis*. 21 Sept. Epub Ahead of Print. DOI: 10.1016/j.atherosclerosis.2012.09.004
- Uretsky, Seth – Messerli, F. H. – Bangalore, S et al. (2007): Obesity Paradox in Patients with Hypertension and Coronary Artery Disease. *American Journal of Medicine*. 120, 863–870. • <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2007.05.011>
- Winkler Gábor (2013) A súlyleadás sebészetének (bariátriái sebészet) anyagcsere-vonatkozásai. *Orvosi Hetilap*. 154, 1, 10–19. DOI: 10.1556/OH.2013.29517



GYERMEKSZEGÉNYSÉG ÉS HIÁNYOS TÁPLÁLKOZÁS

Bass László

adjunktus, ELTE Társadalomtudományi Kar
bass@chello.hu

A közgondolkodás gyakran értelmetlennek találja, hogy a gyermekek szegénységével mint önálló jelenséggel foglalkozik a társadalomtudomány, e vélekedés szerint a szegénység csupán a felnőttek esetében értelmezhető jelenség, amelynek elszenvetői éppen lehetnek a szegény családokban élő gyermekek is. A tudományos és a társadalmpolitikai szakirodalomban is csak a múlt század utolsó évtizedeiben vált egyértelművé, hogy a gyermekszegénység sajátos jelenség. A gyermekek szegénysége eltér a szegénység általánosan jellemző sajátosságaitól, a gyermekek szükségleteinek kielégítése ugyanis nem halasztható; egy szegény családban nevelkedő gyermek szocializációs hátrányai, iskoláztatásának hiányosságai, egészségtelen táplálkozása stb. meghatározzák későbbi életpályájának alakulását, olyan feltételeket teremtve, amelyek elősegítik (ill. megakadályozzák), hogy felnőtt életükben kikerülhessenek a szegénységből. „Egy gyermeknek nincs ideje *kivárni* a feltételek javulását, neki a számára adott körülmények között kell(ene) egészségesen fejlődnie, a korának megfelelő érzelmi, értelmi és szociális érettséget elérnie.” (Darvas–Tausz, 2006, 5.) A gyermekszegénység elleni fellépés csupán az elmúlt évtizedben került az Európai Unió társadalmpolitikai célkitűzéseinek középpontjába, az Európai Bizottság 2006-os állás-

foglalása alapján a tagországoknak éves jelentéseikben kiemelten kell kitérniük a gyermekszegénységgel kapcsolatos kérdésekre.

A gyermekszegénység mértéke

Az európai országok többségében a gyermekek szegénységi aránya¹ magasabb a teljes népességre érvényes aránynál (kivéve Finnországot, Dániát és Szlovéniát), azaz a gyermeknevelés – főként több gyermek esetén – általában jelentősen növeli az elszegényedés kockázatát.

Hazánkban a gyermekszegénység mértéke jóval magasabb a népesség egészére jellemző adatnál. Az utolsó hivatalos adat szerint 2011-ben a magyar népesség 13,8%-a élt szegénységben, ami az Európai Unió átlagánál (16,2%) alacsonyabb arányt jelentett, de a gyermekszegénység mértéke szerint hazánk az uniós rangsor alsó harmadába tartozik: a tizennyolc évnél fiatalabbak 23,0%-a élt szegénységben. Míg a gyermektelen háztartásokban élő személyek 8,2%-a volt szegény, addig a három- és többgyermekes háztartásokban élők között a szegények aránya ennek négyszerese (33%) volt (KSH, 2012).

¹ A jövedelmi szegénység határát az (OECD2 ajánlása alapján számított) egy fogyasztási egységre jutó jövedelem középértékének (mediánjának) 60% alatti jövedelemszintjénél húzzák meg. A szegénységi arányt a társadalmi juttatások számításba vételével határozzák meg.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
teljes népesség	12,3	12,4	12,4	12,3	13,8	17,0
0–17 évesek	18,8	19,7	20,6	20,3	23,0	26,0

1. táblázat • A szegénységi arány változása Magyarországon az elmúlt öt évben a teljes népességben és a 0–17 évesek között (%). KSH, 2012. * Forrás: TÁRKI – (Gábos et al., 2013, 53.)

A gyermekszegénység magas arányát (és növekedését) elsősorban a gyermeket nevelő felnőttek foglalkoztatási jellemzői magyarázzák. A magyarországi foglalkoztatási ráta (a 15–64 éves korú népességből az aktív keresők aránya) hosszú ideje az európai rangsor alján szerepel. A 2008 óta kibontakozó válság hatására a munkaerőpiac szűkülése a gyermekes családokat nagyobb mértékben érintette, mint a népesség egészét (Bass – Farkas, 2011). „A háromévesnél fiatalabb gyermeket nevelő nők 15 százalékos foglalkoztatási arányával – kissé még Szlovákia és Csehország mögött is lemaradva – Magyarország az utolsó helyen áll Európában.” (Blaskó, 2009, 48.) A munkajövedelem mellett a gyermekes családok a gyermeknevelés terheinek csökkentését szolgáló transzferjövedelmekben is részesülnek (családi pótlék, gyermekgondozási segély).² E támogatások összege 2008 óta változatlan, ami 2012-re 20%-os reálérték-csökkenést jelent (Ferge, 2012).

A gyermeket nevelő családok nagyarányú jövedelmi szegénységénél még riasztóbb a kép, ha a gyermekek szükséglet-kielégítettségének mértékét (az ún. deprivációs indexet³) vizsgáljuk. 2009-ben Magyarországon a gyermekek 31,9%-a számított nélkülözőnek (ez az arány csak Bulgária és Románia adatainál volt kedvezőbb), 2012-ben a deprivált gyere-

² A gyermekes családok számára nyújtott adókedvezmény a szegénységben élő családok anyagi helyzetében nem eredményez javulást.

kek aránya már meghaladta az 50%-ot. „Az alapvető szükségletek (étkezés, ruházkodás) az alacsony jövedelmű családok körében sérülnek legnagyobb mértékben, míg az oktatáshoz kötődő szükségletek (életkornak megfelelő könyv, tanulóeszközök, iskolai programokban való részvétel, tehetséggondozás) kielégítésében és a szociális szükségletek területén valamennyi jövedelmi csoport esetén magas kockázatot találtunk.” (Gyurkó, 2013, 6.)

Írásunkban a szegény családokban élő gyermekek táplálkozásának jellemzőit mutatjuk be egy hátrányos helyzetű kistérségben (a szécsényi kistérségben) 2008-ban készült kutatás adatai alapján.⁴

Szojtatás és szegénység

Az anyatejes táplálás jótékony hatása a gyermek későbbi testi és lelki egészségére közismertnek tekinthető. Számos kutatás bizonyította már,⁵ hogy a szojtatás csökkenti példá-

³ A deprivációs index tizenöt szükséglet-kielégítettségét méri (többek között azt, hogy biztosított-e a gyermek számára a napi háromszori étkezés, a hús- és zöldségfogyasztás, hogy vannak-e életkorának megfelelő könyvei, játéka, van-e legalább egy új ruhája, két pár cipője, el tud-e menni évente egy hétre nyaralni, megünnepel-e születésnapját stb.)

⁴ A kutatást az MTA Gyermekszegénység Elleni Kutatócsoportja készítette 2008-ban a szécsényi kistérségben élő gyermeket nevelő családok reprezentatív mintáján.

⁵ A szojtatás hatásával kapcsolatos nemzetközi kutatások összefoglalása lp.: Ginna Wall (2007): *Outcomes of Breastfeeding Versus Formula Feeding*. (Megtekinthető a *La Leche League International* honlapján, URL2)

ul a szívbetegségek, a cukorbetegség, az allergia kialakulásának kockázatát, arra is vannak adatok, hogy az anyatejjel táplált csecsemők később ritkábban válnak túlsúlyossá, vagy hogy jobban tűrik a stresszt.

Ilyen jellegű összefüggéseket a szécsényi kistérségben felvett adataink között is találunk: a legalább hat hónapos korig szojtatott gyermekek között kevesebb a tartós beteg, a túlsúlyos gyermek, és jobb a tanulmányi eredményük is, mint a csecsemőkorukban nem, vagy csak rövid ideig anyatejjel táplált társaiké.

Magyarországon a 60-as évek mélypontja után az anyák egyre szélesebb körben és egyre hosszabb ideig szojtatják csecsemőiket, amiben nem kis része van a védőnői hálózat munkájának (Odor, 2002). A védőnői adatgyűjtés legfrissebb adatai szerint a hat hónapos korukban anyatejjel táplált csecsemők aránya szignifikánsan alacsonyabb azokban a védőnői körzetekben, ahol a környezeti okokból fokozott gondozást igénylő családok aránya magas.⁶ A szécsényi kistérségben az adatfelvétel idején 0–18 éves gyermekek fele (47,6%) legalább hat hónapos koráig, 19,5%-uk egyéves kora után is szojtott – ami nagyjából azonos a 2001-ben jellemző országos adatokkal.⁷ Bár a gyermekek etnikai hovatartozása messzemenően nem azonosítható a szegénységgel, a szojtatás jellemzőit mégis érdemes összevetni a roma és nem roma családok között. A szojtatás a hagyományos roma kultúrában természetes és elvárt visel-

⁶ A védőnői jelentések adatai hozzáférhetőek a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) adatlapján (URL3).

⁷ Mivel a szécsényi kistérségben a 0–18 éves gyermekekről kérdeztük meg, hány hónapos korukig szojtatta őket édesanyjuk, ez az adat tehát az 1990–2008 közötti időszakra jellemző – ezért választottuk az összehasonlításhoz a 2001-es év adatait.

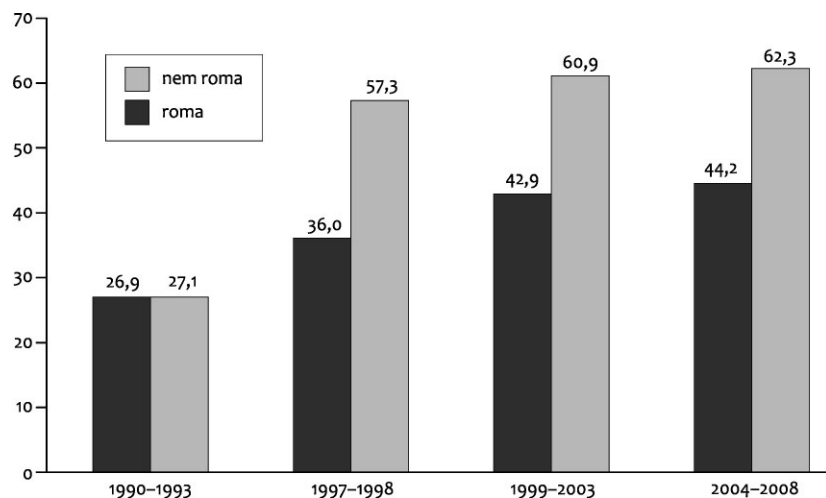
kedése az anyáknak. Neményi Mária kitűnő vizsgálatában ennek a tradíciónak az elhagyására utaló jelekre hívja fel a figyelmet: „A tradicionális termékenységi-gyermekgondozási szokások egyik jól számszerűsíthető mutatója a szojtatás átlagos időtartama is. A szojtatás leghosszabb ideig az oláh cigányok körében tart (átlag 2,4 év). [...] A viszonylag sokáig tartó szojtatás gyakorlata jellemzi beás cigány interjúalanyainkat is. Viszont a romungrok között csupán egy válaszoló akadt, aki négy évig szojtatta gyermekét – a csoport többi tagja az átlagos 5,2 hónappal alig haladta meg az általános magyarországi szokásokat. A budapesti minta vegyes képet mutat: egyik válaszolónk négy évig szojtatott, négyen mintegy másfél évig, a többiek viszont kifejezetten rövid ideig” (Neményi, 1998).

Saját adataink is erre utalnak. A roma és nem roma anyák egyaránt átlagosan nyolc hónapig szojtatják a csecsemőjüket, de a romák esetében ez az átlag két ellentétes magatartás eredőjeként alakul ki.

„Ilyen formában nem jellemző rájuk mostanság a szojtatás, mert régebben a szülei még szojtattak. [...] Hiába mondom én, hogy anyatej kell, hogyha nem tesz meg érte semmit. Mert inkább megveszi a tápszert” (község, védőnő). „Tudunk olyan gyerekekről, hogy már ide jár óvodába, de még esténként szojtik, mert van kistestvére.” (község, óvónő)

A roma anyák 51%-a kevesebb mint három hónapig szojtatott (a nem romáknál 29%), másfelől a két éves kor felett is szojtató anyák aránya a romáknál 15% (a nem romák esetében 8,5%).

A szojtatási szokások alakulása az elmúlt tizenhét évben jelentősen javult, a gyermekeket legalább hat hónapig szojtató anyák aránya folyamatosan nőtt – ez a növekedés azonban jóval erőteljesebb volt a nem roma



1. ábra • A gyermeküket legalább hat hónapig szoptató anyák aránya a gyermek születési éve szerint (%; szécsényi kistérség 2008)

családokban, így az anyatejes táplálás mára kevésbé jellemző a hagyományosan szívesen szoptató roma anyák között.

A szoptatással kapcsolatos egyéb tényezők időbeli alakulása már kevésbé biztató. Az elmúlt tizennyolc évben a szécsényi kistérségben a szoptatás alatt dohányzó anyák aránya 18%-ról 32%-ra nőtt, a növekedés mértéke a nem roma anyák között volt erőteljesebb, bár a roma nők szoptatás alatti dohányzása még így is nagyobb arányú. Az anyatej pótlására tápszerrel választó anyák aránya 32%-ról 42%-ra nőtt, ezzel együtt a női tej igénybevétele gyakorlatilag megszűnt: 16%-ról 1%-ra csökkent. A tápszer preferálása kifejezetten a nem roma családokban nőtt a vizsgált időszakban (25-ről 45%-ra), míg a romák között a tápszer használata ez idő alatt csökkent (48-ról 38%-ra).

Éhező gyerekek

A gyermekek egészségi állapotának egyik legfontosabb meghatározója a táplálkozás minősége és mennyisége. Az éhező gyerme-

kek számáról sokféle becslés látott napvilágot az elmúlt években, ezek a számok jelentősen különböznek a kutatásokban használt fogalom meghatározása szerint. Becslések szerint országosan 1% körül van azoknak a gyerekeknek az aránya, akik nem jutnak minden nap ételhez (10–30 ezer gyermek). 2009-ben a KSH adatai szerint a gyermekek 0,8%-ánál nem biztosított a napi háromszori étkezés (KSH, 2010), ugyanennyit – 1%-ot – mért a magyar gyerekek között az UNICEF is 2012-ben (Gyurkó, 2012).

Saját, 2008-ban készült kistérségi kutatásunkban mi is megvizsgáltuk, hogy a szegénységben élő gyermekek hozzájutnak-e a megfelelő mennyiségű és összetételű táplálékhoz, előfordul-e a családok, gyermekek körében éhezés, alultápláltság?

Ha a helyi szakembereket kérdezzük, meglehetősen sokféle nézettel találkozhatunk:

„Nincs olyan, hogy nincs kenyér, nincsen... Nem éheznek.” (község, CKÖ) „Hétfőn, amikor bejönnek a szegényebb rétegből, éhe-

sek nagyon a gyerekek, sokkal többet szeretnének enni. Amikor hazamennek, a szülők csak az uzsonnát adják oda vacsorára.” (község, óvónő) „Hát meg el lehet képzelni, [...] hogy ahol ott van nyolc-tíz gyerek, és hétvégre hazavisznek egy kiló kenyeret, akkor abból mennyi jut, meg hogy lehet abból jól lakni?” (község, óvónő) „A szülők megveszik a gyermekeiknek mindennap a reggelit és ez nem is zsíros vagy vajas kenyér, hanem valamilyen péksütemény.” (község, gyógypedagógus) „Nem jellemző itt az egészséges táplálkozás, mert hát az azért sokba kerül.” (város, óvónő)

Kérdőíves vizsgálatunk adatai szerint a szécsényi kistérségben a szegénységben élő családok fele úgy ítéli meg, hogy nem jut elég pénze ételre (ezt a nem szegények 9%-a is így gondolja). Országos mintán készített adatfelvételek szerint az étel megvásárlása 2007-ben a gyermeket nevelő családok 10%-ánál, 2009-ben 12%-uknál okozott nehézséget (Ferge – Darvas, 2011). Ha az éhezést úgy definiáljuk, hogy időnként vagy gyakran előfordul, hogy nincs otthon ennivaló, akkor azt mondhatjuk, hogy a kistérségben élők 20%-a időnként, 2%-uk folyamatosan éheznek. Egy országos vizsgálatban ez a mutató 10%, illetve 1% volt (Zajkás, 1998). A szegény csalá-

dokban élők 36%-ára igaz, hogy az elmúlt évben voltak olyan időszakok, amikor nem volt elegendő ennivalójuk (ez egy-két alkalommal a nem szegények között is előfordul).

Az éhezés előfordulásának valószínűsége a szegénységben élőkénél és a roma családoknál a legnagyobb, ezzel együtt az átlagnál gyakoribb a foglalkoztatott nélküli és a sokgyermekes családok esetében is. Ha a család maga nem termel semmilyen ételmiszert, ez szintén növeli az ételhez jutás nehézségeit.

Az ételmiszerhez való hozzájutás: vásárlási szokások és háztáji

A szegények ételmiszerköltségeit tovább növeli, hogy a helyi kisboltban, kis mennyiségeket vásárolnak, ami jóval drágább a városi nagyáruháznál, de oda drága a közlekedés, és nincs is lehetőségük nagyobb mennyiségű ételmiszer hosszú tárolására. „A falvakban élők jelentős felárral jutnak hozzá mind a hús-, mind a zöldség-gyümölcs termékekhez, az alapszükségletnek számító kenyerről, tejről nem is beszélve” (Béres – Lukács, 2008).

A drágább kisbolt további előnye, hogy ott lehet hitelbe is vásárolni – a szegény családok 20%-a hitelre vásárol a boltban (ez a nem szegények esetében gyakorlatilag nem fordul elő). A családok bolti tartozása átlago-

	nem éheznek	nehézség	nincs ennivaló	összesen
roma családok	36	38	26	100
szegény családok	43	34	23	100
nincs foglalkoztatott	44	35	21	100
nincs háztáji	51	29	20	100
három és több gyerek	60	26	14	100
összes háztartás	68	21	10	100

2. táblázat • Az éhezés előfordulásának gyakorisága a családok jellemzői szerint a szécsényi kistérségben (%)

	kisbolt	nagyáruház, piac	maga megtermeli
szegény (db)	8,3	3,9	1,0
nem szegény (db)	4,3	7,3	2,0

3. táblázat • Az élelmiszer-vásárlás helye a család anyagi helyzete szerint (Hányféle élelmiszert vásárol az adott helyen? – szécsényi kistérség 2008)

san 36e Ft volt vizsgálatunk időpontjában (hónap elején).

„A kenyeret, meg amit megkapnak, azt mind hitelre vásárolják. Ezt, hogyha kapnak nyugdíjat, akkor törlesztik, de már akkor a törlesztésből elfogy a nyugdíj és már másnap megint hitelre fognak vásárolni.” (község, bolti eladó) „Van olyan, aki tartozik 10-15 ezer forinttal minden hónapban [...], de ő tudja, hogy máshol úgyse kap cigit hitelbe, ezért be is hozza, tehát tudja, hogy énram van szorulva” (község, kocsmáros).

A saját fogyasztásra termelt élelmiszerek, a ház körüli kert művelése, baromfi tartása a szegények és/vagy a romák között kevésbé terjedt el, mint a jobb körülmények között élő családokban. A kistérségben a családok fele (52%) rendelkezik valamilyen háztájival, de a szegényeknek csak harmada, a roma családoknak csak 20%-a foglalkozik ezzel. Ennek okairól csak feltételezéseink vannak: a kert megművelése befektetést igényel, a pénz és a munka csak később térül meg – a szegénységben élők esetében pedig a szükséglet-kielégítés igénye mindig azonnali.

„A roma családok – és én ezt nem igazán értem meg náluk – első dolga, hogy tétre minden gyümölcsfát kivágnak és eltüzelik. Nem gondolnak arra, hogy gyerek van, aki a gyümölcsöt szereti és hiányzik neki.” (község, óvónő) „Van egy hatalmas nagy kert, fűvel, kossal. És akkor föltettük a kérdést, hogy: föl lehetne ásni. Áh, ugyan! Mire abban

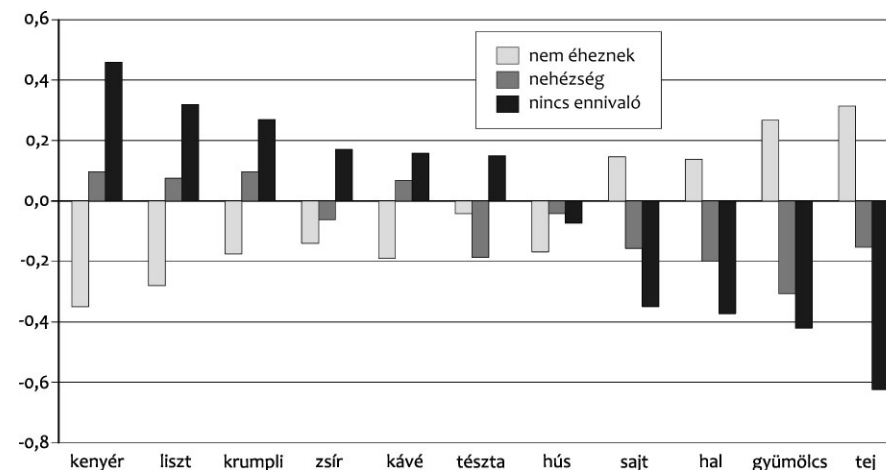
már terem valami, megveszem a zöldségesbe.” (község, óvónő)

A földműveléshez szükséges ismeretek hiánya szintén nehezíti ennek az erőforrásnak a mozgósíthatóságát. A térségben elinduló szociális földprogramok hatékonyságáról – vagy kudarcairól – alig rendelkezünk információval.

„Az önkormányzat szociális földprogramot működtet [...], általában a cigány származásúaknak biztosítjuk ezt a földterületet. [...] A krumpli és a bab egy az egyben a családok megélhetését jelenti. [...] Ösztönző hatású a program, mert olyan, hogy ők kapjanak, földet műveljenek, rég nem volt a faluban. Most viszont ellesik egymástól, a családok viszik egymást magukkal és egyre több földigénylés érkezik. (község, önkormányzati előadó) „Szóval az önkormányzat adta a földet, ahol addig csicsóka volt, de vagy 5 méteres magas. Most ezt kellett kiirtani kézi kapálással. Na, de örült a cigányság, a romaság, hogy kaptunk egy kis földet. Volt, ahova kijártak hétvégeként kapálgatni, vagy figyelték, mi történik. Hát tavaly árpát ültettek bele, és képzeld! Két zsákkal jutott mindenkinek. Akkora hektárról, hogy fogalmam sincs.” (község, civil szervezet)

Az egészséges táplálkozás esélyei

Mint ahogy a szegény családok jelentős része a jövedelmét gyakorlatilag a mindennapi élelemre költi, és – mint láttuk – ez alig elegendő



2. ábra • Az egyes élelmiszerfajták vásárlásának különbségei (z-score értékek); a pozitív értékek az átlagnál nagyobb, a negatívak kisebb mértékű költséget jeleznek.

dő a szükségleteik kielégítésére, ezért a táplálkozás jórészt a legolcsóbb és legkevésbé egészséges élelmiszerekre korlátozódik.

Adataink is igazolják azt a nem túl meglepő tény, hogy a szegény családok táplálkozásában a szénhidrátban gazdag gabonafélék (liszt, kenyér, tészta), a zsíros ételek és a burgonya dominálnak, ezzel szemben a tejtermékek, a zöldség és a gyümölcs kevésbé szerepelnek étrendjükben.

„Náluk nincs az, hogy sok tejet fogyasztani, gyümölcsöt, zöldséget. Nem, egy darab olcsó kolbász úgy natúrba. Vagy, sütik ezt a... „cigány bodagnak” mondják ők, ami abból áll, hogy víz, liszt, só. [...] Amikor megkapják a családi pótlékot, akkor bevásárolnak, de az nem sok, csak pillanatnyi jó.” (község, családgondozó) „Nagyon válogatósak, nem nagyon esznek egészséges ételeket. Próbáljuk becsempészni, de elutasítják. Tésztaételek, krumpli, az nagyon megy.” (város, óvónő)

A szécsényi kistérség szegény családjaiban élő gyermekek táplálkozása messzemenően egészségtelen, és a családok egy kisebb hánya-

dában hiányos. A következőkben azt vizsgáljuk meg, hogy ez a mennyiségi és minőségi éhezés mennyiben ragadható meg a gyermekek testalkatában.

A kistérség egészében a gyermekek életkoronkénti testsúlyátlagai megfelelnek a magyarországi referenciaértékeknek (Joubert, 2006). Az átlagok azonossága mellett azonban a szegény családok gyermekei között a szélsőséges alultápláltság és a kórosan nagy túlsúly is nagyobb arányban fordul elő. A szegény családokra jellemző hiányos vagy helytelen táplálkozás a fiúk esetében inkább az alultápláltságban, a lányoknál pedig a kóros túlsúlyban érhető tetten. Az átlagostól eltérő (túl sovány vagy túl kövér) testalkatú gyerekek esetében a betegségek kialakulásának a kockázata megnövekedett.

Közétkeztetés

A rendszeres, napi többszöri étkezés biztosításában nagy szerepe van a rászorulóknak számára ingyenes vagy kedvezményes árú óvodai, iskolai étkeztetésnek. 2006-ban havonta átlag-

gosan 445 ezer, 2009-ben 554 ezer gyermek részesült rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben, közülük az óvodába, iskolába járók (kb. 350 ezer gyermek) részesülhettek az ingyenes étkeztetésben.

A szécsényi kistérségben a szegény családok gyermekei közül alsótagozaton többen „menzásak”, mint a jobb módúak gyermekei, később az anyagi helyzet szerinti különbség egyre csökken. A szülők többsége elégedett az iskolai, óvodai étkeztetés minőségével, itt nincs különbség a család anyagi helyzete szerint.

„A gyerekek, amíg a tanév tart, az iskolában kapnak ebédet, tízórait, uzsonnát. Uzsonnát, azt viszik haza. Vagy csekély térítés, vagy ingyenes ellátás keretében zajlott mindez. Volt egy olyan rendelet, hogyha valaki nem megy iskolába, akkor nem kap aznap ebédet, de utána ezt is módosítottuk, hogyha beteg, nem büntettük azzal, hogy ne egyen, haza is vihették az ebédet.” (község, pedagógus)

Az iskolai-óvodai ingyenes étkezés lehetősége igen fontos a gyermekek éhezése elleni intézkedések között. Ez a forma azonban nem ad módot a hétvégi és főként a nyári étkezés segítésére. A nyári gyermekétkeztetés támogatására a településeknek pályázatot kell benyújtania, így az elmúlt években mintegy 130–140 ezer gyermek juthatott nyáron is ételhez. (Mivel a pályázat feltételei 2011-ben jelentősen megváltoztak, a támogatott gyermekek száma 2012-ben kétharmadára

csökkent – sajnos éppen a hátrányos helyzetű régiók, illetve a kisebb lélekszámú települések estek el ettől a lehetőségtől.)

*

A magyar országgyűlés 2007-ben fogadta el a „*Legyen jobb a gyermekeknek*” Nemzeti Stratégiát, a gyermekszegénység csökkentésének huszonöt éves programját, a stratégia megvalósítása azonban számos nehézségbe ütközött. Már 2008-tól kezdve érzékelhető volt, hogy a program iránti politikai elkötelezettség elsősorban a retorika szintjén létezik. A gyermekszegénység elleni kormányzati stratégia önállósága azóta megszűnt, 2011-ben integrálódott az ún. *Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégiába*. A dokumentum szerint „(A) felzárkózási politika a – szegénység szempontjából meghatározó – speciális problématerületi stratégiák (gyermekszegénység, romaügy, hátrányos helyzetű térségeket érintő stratégiák) integrálását, kiegészítését, egységes célrendszerben való kezelését kívánja előmozdítani, annak érdekében, hogy az ágazatközi megközelítések hatékonyabban érvényesüljenek.” (Mélyszegénység... 2011)

Az egyre inkább csak szórványosan elérhető kutatási adatok azonban nem adnak okot optimizmusra.

Kulcsszavak: *gyermekszegénység, táplálkozás, éhezés*

- Blaskó Zsuzsa (2009): Családtámogatás, gyermeknevelés, munkavállalás. In: Monostori Judit et al. (szerk.): *Demográfiai portré 2009. Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest • http://www.demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/portre/honlap_teljes.pdf
- Darvas Ágnes – Tausz Katalin (2006): *Gyermekszegénység*. Demos, Budapest
- Ferge Zsuzsa – Darvas Ágnes (szerk.) (2011): *Gyerekesé-lyek Magyarországon. A „Legyen jobb a gyermekeknek!”*

- Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottságának 2010. évi jelentése*. MTA GYEP, Budapest
- Ferge Zsuzsa (2012): A gyermekes családok helyzetének változása Magyarországon a válság éveiben. In: Ferge Zsuzsa – Darvas Ágnes (szerk.): *Civil jelentés a gyerekesélyekről, 2011*. Gyerekesély Közhasznú Egyesület, Budapest, 11–38.
- Gábor András – Szívós P. – Tátrai A. (2013): Szegénység és társadalmi kirekesztettség Magyarországon, 2000–2012. In: Szívós P. – Tóth István György (szerk.): *Egyenlőtlenség és polarizálódás a magyar társadalomban. (TÁRKI Monitor Jelentések 2012)* TÁRKI, Budapest, 37–60.
- Gyurkó Szilvia (szerk.) (2013): *Té hogy vagy? Az UNICEF Magyar Bizottság Gyermekjóléti jelentése*. UNICEF Magyar Bizottság, Budapest
- Joubert Kálmán (szerk.) (2006): *Az Országos Longitudinális Gyermeknövekedés-vizsgálat eredményei születéstől 18 éves korig. (A KSH Népeségtudományi Kutatóintézetének kutatási jelentései 83)* KSH, Budapest • http://www.demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/Kutjelek/Kutjel83_honlapra.pdf
- KSH (2010): *A jövedelmen kívüli tényezőkben megnyilvánuló gyermekszegénység és kirekesztődés*. KSH, Budapest • https://www.google.hu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fmindenamicssalad.gov.hu%2Fdownloads%2Ffile%2F%2Fa-jovedelmen-kivuli-tenyezokben-megnyilvanulo-gyermekszegenyseg-es-kirekesztodes_ksh_2010november&ei=KMymUeO7KsnswaEiYClAg&usq=

- AFQjCNEJxUQvxBNei8vJwx5VwgDelJwdPw&sig2=ip2-9zXoiwm56Tkzf5QjFw&cad=rjt
- KSH (2012): A társadalmi kirekesztődés nemzetközi összehasonlítására szolgáló indikátorok, 2011. *Statistikai Tükör*. VI, 72, 2012. szeptember 21. • <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/laekindikator/laekindikator1.pdf>
- Mélyszegénység, gyermekszegénység, romák – 2011–2020*. Budapest, 2011. november KIM Társadalmi Felzárkózási Felelős Államtitkárság • <http://romagov.kormany.hu/download/8/e3/20000/Strat%3%A9gia.pdf>
- Neményi Mária (1998): *Cigány anyák az egészségügyben*. Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal, Budapest • <http://mek.niif.hu/01100/01156/01156.htm>
- Odor Andrea (2002): *Beszámoló a körzeti védőnői munkáról 1997–2001*. Előadás a XIII. Országos Védőnő-Szülésznő konferencián
- Zajkás Gábor (1998): Iskolás gyermekek táplálkozása Magyarországon. In: Aszmann Anna: *Iskola-egészségügy*. Anonymus, Budapest
- URL1: Wall, Ginna (2007): *Outcomes of Breastfeeding Versus Formula Feeding*. *La Leche League International* honlapja • <http://www.llli.org/cbi/Biospec.htm>
- URL2: Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) adatlap • <http://193.225.50.35/webgy/regbe/belepes.php>
- URL3: védőnői jelentések, Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) adatlap • <http://193.225.50.35/webgy/regbe/belepes.php>

