

Gyermkegészségügy helyzete a Bódva völgyében

Szerzők: Vit Eszter, Barcza Dániel, Schmidt Andrea, Fehér Borbála, Szerencsés Rita

Az gyermekek egészségének és általános jól-létének, életkilátásainak kapcsolata

Az elmúlt években gyermekszegénység fogalma helyett egyre inkább a gyermekjólét fogalmát használják, mely különböző indikátorokon keresztül az egészség, oktatás vagy a társadalmi kapcsolatok terén is képes megragadni a gyermekek szegénységét és társadalmi kirekesztettségét (Kopasz, 2012). Az egészségi állapot a genetikai és biológiai jellemzők mellett nagy mértékben összefügg a személyes magatartással, a szocioökonómiai helyzettel (jövedelem és oktatás) és a fizikai környezettel (Eurostat, 2015).

A rossz anyagi körülmények sok esetben hozzájárulnak betegségek kialakulásához vagy késői diagnosztizálásához a gyerekeknek. A nem megfelelő anyagi és tárgyi körülmények már a magzati fejlődés szakaszában is hatással vannak az egészségre, a magzati-csecsemőkori rosszabb egészségi állapot (pl. alacsony születési súly) pedig a későbbiekben is nagyobb eséllyel vezet rosszabb egészségi állapothoz (MTA Gyerekesély kutatócsoport,).

A várandósság és a szülés időszaka, valamint az első három év alapvetően meghatározza a gyermekek későbbi tanulási lehetőségeit, viselkedésüket. Ebben az időszakban kiemelt fontosságúak a szülők ismeretei, hiszen információhiányuk, felkészületlenségük meghatározó jelentőségű a későbbi iskolai kudarcok és társadalmi lezsakadás szempontjából (Herczog, 2008).

A védőnői ellátás jó lehetőséget biztosíthatna a szükséges ismeretek átadására, azonban a valóságban a szolgálat nem teljeskörű, esetenként az önkormányzatok nem teljesítik feladatuk, a szolgáltatás biztosítását. Továbbá sok esetben túl magas az egy védőnőre jutó ellátandó családok száma, így nem biztosítható a megfelelő minőségű ellátás. A terhesség alatt kötelezően elvégzendő, valamint a kisgyermekre vonatkozó vizsgálatok nem mindig biztosítják, hogy a szülőkhöz minden szükséges információ eljusson, keretbe helyeződjön és hasznosuljon. A családok és a gyerekek gyakran későn kerülnek a gyermekjóléti szolgálatok látóterébe, amikor a gyerek már veszélyeztetettnek tekinthető. Az iskola némiképp tudja korrigálni a kezdeti lemaradást, azonban a 0-6 éves, különösképp a 0-3 éves időszak kulcsfontosságú a lemaradás megelőzésében (Herczog, 2008).

Az oktatásba való beruházás terén a koragyermekkorai fejlesztésbe történő beruházás megtérülése kiemelkedően magas, hiszen hatással van a későbbi tanulásra is. A család, a

szülők hatása is kimutatható később - pl. azok a gyerekek, akiknek szülei rendszeresen olvastak vagy beszélgettek velük, 15 éves korukban szignifikánsan jobb PISA szövegértési eredményei születtek. Mindez azt is jelenti, hogy a hátrányos helyzetű gyerekek esetén, akiknek otthon nem olvasnak, akikkel kevesebbet beszélgetnek, még magasabb a koragyermekkorai fejlesztés megtérülési rátája. A magyarországi roma tanulók rosszabb teszteredményei három tényezőre: a készségek fejlődését segítő környezethez való hozzáférés hiányára, a rosszabb egészségi állapotra (születéskor és gyermekkorukban) és a hátrányosabb iskolai környezetre vezethetők vissza (Lannert, 2015).

Veszélyeztetettnek tekinthető az a gyerek, akinél az átlagosnál várhatóan nagyobb eséllyel léphet fel értelmi,érzelmi vagy szociális elmaradás. Minél alacsonyabb az újszülött születési súlya, annál nagyobb mértékben veszélyeztetett további perinatális kockázatok szempontjából. Továbbá, a koraszülés és az intrauterin fejlődés-visszamaradás gyakrabban fordul elő rossz szociális körlményekkel rendelkező anyák esetén. (Lannert, 2015).

Kockázati tényezők és fejlődési eredmények - Újabb tanulmányok összefoglalója

Kockázati tényezők	Szociális/érzelmi eredmények	Kognitív eredmények
Idegfejlődési kockázatok		
Alacsony születési súly/koraszülöttség	Viselkedészavarok	Elégtelen tanulási képesség, nem kielégítő, gyenge teljesítmény
Rendellenes idegfejlődés	Viselkedészavarok	
Rendellenes koponya/arccsontfejlődés	Viselkedészavarok	
Rendellenes anyagcsere	Motoros, koordinációs problémák	Évismétlés, alacsonyabb IQ, iskolai kudarc
Kognitív hiányosságok		
Alacsony IQ, gyenge szóbeli kommunikációs képességek	Szabályszegés, antiszociális viselkedés	
Speciális fejlesztőpedagógia hiánya az iskola-előkészítőben		
Korai viselkedés/kapcsolatok		
Nehéz természet	Antiszociális viselkedés, szabályszegés	
Hiperaktivitás,externalizáló		

viselkedés		
Bizonytalan kötődés	Viselkedési problémák	
Családi, szülői jellemzők		
Az anya gyenge nevelési készségei	Viselkedési problémák	
Válás, a család szétszakadása	Viselkedési problémák	
Szülői szerfüggőség (alkohol, drog)		
Anyai depresszió	Viselkedési problémák	
Alacsony társadalmi-gazdasági státus	Viselkedési problémák	
Bevándorló státus	Pszichoszociális problémák, kockázatvállalás	
Gyermeknevelési szokások		
Kényszerítő fegyelmezés, szigorú büntetés	Antiszociális viselkedés	
Rossz bánásmód	A szociális elfogadás alacsonyabb érzékelése	
Következetlen, kiszámíthatatlan határok és szokások	Antiszociális viselkedés	
Forrás: Herczog (2008), pp.35.		

Gyermekegészség: területi összehasonlítások

Európai Unió szinten a gyermekek (0-14 évesek) nyers halálozási rátája 28%-kal csökkent 2002 és 2012 között. Hazánkban minként időpontban meghaladta a gyerekek halálozási rátája az uniós átlagot, a nyolcadik legmagasabb értéket produkáltuk. 2012-ben a 28 uniós tagállamban 3,8 volt az 1000 születésre jutó csecsemőhalandósági ráta¹. Az EU28-ak közül Románia és Bulgária rendelkezik a legmagasabb csecsemőhalandósági rátával, azonban

¹ Az élveszületett egy évesnél fiatalabb gyerekek száma osztva az adott évben született összes csecsemő számával.

<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/6776245/KS-05-14-031-EN-N.pdf/18bee6f0-c181-457d-ba82-d77b314456b9>

Magyarország is a legmagasabb csecsemőhalálozási rátával rendelkező hét tagország közé tartozik (Eurostat, 2015). A csecsemőhalandóság tekintetében az országon belül megfigyelhetőek némi különbségek, a legmagasabb csecsemőhalandósággal Borsod-Abaúj-Zemplén (11 ezrelék), Somogy (9,9 ezrelék) és Tolna (7,3 ezrelék) megye rendelkezik (Budapest: 3,6 ezrelék) (Lannert, 2015).

A csecsemőhalandóságok leginkább bizonyos születés előtti körülményekre vezethetőek vissza, 16 EU tagállamban a csecsemőhalandóságok fele ilyen jellegű okokra vezethető vissza. Az 1-4 éves gyerekek körében uniós szinten a leggyakoribb halálok valamilyen külső oknak (pl. közlekedési baleset, leejtés, mérgezés), ezen kívül magas a kromoszómás rendellenességek, a neoplazma, az idegrendszeri és a légzőrendszeri betegségek aránya is a halálozási okok között (Eurostat,).

A csecsemőhalandóság mellett fontos az alacsony születési súly és a koraszülöttség kérdéseire is kitérni, mivel ezek az életsemények hatással vannak a gyerekek további fejlődési lehetőségeire és életkilátásaira is.

Koraszülöttnek tekinthető a WHO definíciója szerint az a csecsemő, aki a terhesség 37. hete előtt születik. További két alkategóriával megkülönböztetik a 28-32. hét (és a 28. hét előtt született gyerekeket is (WHO, 2012). A koraszülött csecsemők magasabb arányban rendelkeznek egészségügyi komplikációkkal és élethosszig tartó fogyatékossgá mint például a szellemi fogyatékossg, tanulási és viselkedési problémák, látás-és hallásproblémák, cukorbetegség, magas vérnyomás, szívbetegség. Továbbá a koraszülöttség a komplex nyelvi funkciók elsajátítása során is problémákat okozhat. Ezen kívül a koraszülöttség a vezető a születés utáni halálokok között (pl. születés utáni fertőzéseken keresztül) (WHO,2012; Children trends,).

A spontán (nem orvosi beavatkozás által előidézett) koraszülést kiváltó okok közé tartozik a várandós anya életkora (fiatal felnőttkori terhesség vagy idősebb anya, rövid terhességek közti intervallumok), ikerterhesség, fertőzések, az anya krónikus egészségügyi vagy pszichés problémái, az anya táplálkozása (alutápláltság vagy elhízás, bizonyos tápanyagok hiánya) vagy életstílusa (dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás, drogfogyasztás, túlzott fizikai leterheltség) és a genetikai okok (WHO, 2012).

2009-ben Magyarországon a 8,7% volt a koraszülött csecsemők aránya az összes 2009-ben született csecsemőhöz képest, a 2010-es WHO (2012) jelentés pedig 8,6%-os rátáról számol

be, amellyel világszinten a 119. helyet tudhattuk magunkénak (az első helyen a legalacsonyabb koraszülött rátával rendelkező ország áll).

Azok a csecsemők tekinthetők alacsony születési súllyal rendelkezőnek, akik súlya világra jöttükkor nem éri el a 2500 grammot. Az alacsony születési súly két fő okra vezethető vissza: a korlátozott magzati fejlődésre és a koraszülöttségre. Az alacsony születési súly erős összefüggést mutat a csecsemőhalandósággal és csecsemőkori vagy későbbi egészségügyi problémákkal. Az alacsony születési súlyú csecsemőknek nagyobb eséllyel lesznek egészségi problémáik, akár jelentős fogyatékoságaik. A születési súlyra nézve kockázatot jelent, az anya túlzott alkoholfogyasztása, szegényes táplálkozása, alacsony testömegindexe, az alacsony szocioökonómiai státusz, ha az anya dohányzik vagy ha gyerek mesterséges megtermékenyítés következtében fogant meg (OECD, 2015). Kertesi és Kézdi (2012) ezeken kívül a korábbi fertőzéseket, lakóhelyi vagy környezeti ártalmakat, az egészségügyi intézményekhez való rosszabb hozzáféréstés egyéb, a szegénységhez kapcsolódó stresszhelyzeteket említi lehetséges háttértényezőként.

Az alacsony testsúllyal született gyerekek nem kizárólag egészségügyi szempontból kerülnek rosszabb helyzetbe, hanem később az oktatás terén is hátránnyal indulnak. Esetükben ugyanis nagyobb az esélye később a tanulási problémáknak, a figyelemzavarnak, a sajátos nevelési igény előfordulásának, továbbá gyakrabban ismételnék évet és rosszabbak PISA teszteredményeik is (Kertesi-Kézdi, 2012).

2013-ban az OECD országokban a született csecsemők 6,6%-a rendelkezett alacsony testsúllyal. Ugyanezen év adatai szerint Magyarország a szervezeten belül a harmadik legmagasabb aránnyal rendelkezik Japán és Görögország után (8,8%) (OECD, 2015). A magas arány kapcsán fontos azt is megjegyezni, hogy az elmúlt tíz évben Magyarországon nem csökkent érdemben a 2500 grammnál alacsonyabb súllyal született újszülöttek aránya (8,6% körüli érték) (Lannert, 2015). 2012-es adatok alapján Borsod megyében és ezen belül az Edelényi kistérségben is az országos átlagot meghaladó (12% és 15%) az alacsony testsúllyal születő csecsemők aránya. Egyéb tényezőket is figyelembe véve elmondható, hogy Borsod megyében 2012-ben a születések közel 60%-a tekinthető fokozott gondozást igénylő, hátrányos helyzetű családokban történő érkezésnek (Tájékoztató Borsod-Abaúj-Zemplén Megye lakosságának egészségi állapotáról, na).

Lannert (2015) egy MTA tanulmány eredményeit idézi, mely néhányhátrányos helyzetű kistérségben vizsgálta a gyermekek sérültsége és fejlesztésbe kerülése mögött meghúzódó

tényezőket. Eredményeik szerint a születési súly általánosságban szignifikáns összefüggést mutat a család deprivált helyzetével és a szülők iskolázottságával. A roma gyerekek születési súlya azonban minden esetben alacsonyabb volt az átlagosnál, attól függetlenül, hogy deprivált környezetbe születtek-e. Az elemzés alapján elmondható, hogy azoknak a gyerekeknek, akik alacsony súllyal születtek, nagyobb eséllyel lesz valamilyen elmaradásuk, sérültségük.

Balázs és társai (2011) roma és nem roma nők kockázatát hasonlították össze az alacsony születési súly és a koraszülöttség tekintetében. 2009-es adataik szerint a koraszülöttek és az alacsony születési súllyal születettek aránya is magasabb az észak-magyarországi régióban, ahol a romák is felülreprezentáltak. A kutatás során az észak-magyarországi megyékben vizsgálták a roma és nem roma nők koraszülésre és alacsony születési súlyra vonatkozó kockázatát. Eredményeik szerint a roma nők esetében mind a koraszülés mind az alacsony születési súllyal rendelkező csecsemő kockázata szignifikánsan magasabb volt a nem roma nőkhöz képest, azonban a különbség nem az etnikai hovatatozással, hanem szocio-demográfiai és életmódbeli tényezőkkel állt kapcsolatban (alultápláltság, dohányzás, előrehaladott anyai életkor). Más kutatások is kimutatták, hogy a romák általában rosszabb egészségi állapottal rendelkeznek, mint a többségi társadalom tagjai alacsonyabb szocio-ökonómiai státuszuk, a társadalmi kirekesztés és egyéb viselkedési minták következtében. A rosszabb egészségi állapot pedig hatással lehet a születő gyerekek egészségére is.

A 2011-es népszámlálási adatok szerint országosan átlagosan a 0-14 éves gyerekek 1,79² százaléka rendelkezett valamilyen fogyatékkal. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében ez az arány némileg magasabb, 2,14%. Tartósan beteg a 0-14 éves gyerekek 4,74%-a volt a népszámlálás idején országos szinten és közel azonos arány, 4,8%-a Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (KSH Népszámlálási adatok, saját számítások). Valamilyen fejlődési rendellenessége legnagyobb számban Borsod megyében van a gyerekeknek, azonban a fejlődési rendellenességgel élő gyerekek aránya Bács-Kiskun megyében a legmagasabb (Lannert, 2015). A Gyerekesély kutatócsoport 2014-es kutatása szerint az Edelényi kistérségben () a gyerekek 15%-a rendelkezik valamilyen tartós egészségügyi problémával.

Ellátórendszer

² Saját számítás a népszámlálási adatok alapján

Az egyenlőtlenségek a kora gyermekkori fejlesztés terén is érvényesülnek, míg a fővárosban látták el a fejlesztett gyerekek felét, Hajdú-Bihar, Nógrád, Somogy, Szabolcs-Szatmár, Heves és Borsod-Abaúj megyében az intézményes fejlesztés nem képes ellátni az arra rászorulókat. Régiós szinten Észak-Magyarország rendelkezik a legjelentősebb ellátási problémákkal. Bár a hátrányos helyzetű anyák gyermekei között magasabb a sérült gyermekek aránya, a kora fejlesztésbe az iskolázottabb anyák gyermekei kerülnek be hamarabb. Védőnők beszámolója szerint az észak-magyarországi régióban a legnagyobb probléma a szülők alulinformáltsága és ebből fakadóan itt alacsonyabb arányban észlelték a problémákat. Mindez összefügghet azzal, hogy ebben a térségben a várandósokat is ritkábban látogatják (Lannert, 2015).

Jelentős országos különbségek figyelhetők meg az egészségügyi szolgáltatások elérhetősége terén. Országosan átlagosan 30,4 dolgozó orvos jut 10 ezer főre, míg ez a szám Budapesten 60,7, Borsod-Abaúj-Zemplén megyében pedig 25,4. Egy házi orvosra vagy gyermekorvosra Budapesten 1347,8 kliens jut, Borsod megyében pedig 1538 (KSH).

Az Edelényi kistérségben 2012-ben csak Edelényben (3 körzetben) és Szendrőn volt elérhető gyermekorvosi szolgáltatás, mentőállomás pedig Edelényben, Szendrőn és Hidvégyardón. A házi orvosi szolgálat sem volt igénybe vehető a kistérség minden településén (MTA Gyerekesély kutatócsoport, 2012). 2014-ben Edelényben két, Szendrőn egy működő házi gyermekorvost tartottak nyilván. Edelényben a két házi gyermekorvos ellátásában 16174 fő jelent meg vagy látogatták meg (a rendelésen megjelentek száma 15884, a látogatások száma 290), míg Szendrőn 10340 fő (a rendelésen megjelentek száma 10181, a látogatások száma 159) (adatok forrása: <http://o-o-o.hu/tstar/index.php>).

Közvetlenül nem minősül egészségügyi szolgáltatásnak, azonban fontos szót ejteni a rendelkezésre álló bölcsődei férőhelyek számáról is. A bölcsődei részvétel aránya azokon a helyeken a legmagasabb, ahol a férőhelyek megfelelő mennyiségben állnak rendelkezésre. A 0-2 éves gyerekek napközbeni ellátása terén Észak-Magyarország kiemelkedően rosszul szerepel (Lannert, 2015).

A gyermekek napközbeni ellátásának fontos szerepe van a gyerekek értelmi, érzelmi fejlődésének segítésében, veszélyeztetettségük megelőzésében és megszüntetésében, családból való kiemelésük megelőzésében. Továbbá, a az intézményes ellátás ezen formái a szülők munkaerőpiacra való visszatérését is segítik.

Az ezer 3 évesnél fiatalabb gyermekre jutó napközbeni ellátásban (bölcsőde, családi napközi és házi gyermekfelügyelet) részesülő gyermekek száma 2014-ben 200 felett volt Budapesten

és Csongrád megyében. Ezzel szemben Borsod-Abaúj-Zemplén megyében ez az érték 120-149 között mozgott (Statisztikai Tükör, 2015.október 15.). A bölcsődébe beíratott gyerekek száma a 0-3 évesek százalékában Nógrád megyét követően Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a legalacsonyabb (Központi Statisztikai Hivatal, 2012. október).

A napközbeni ellátás megoszlása tekintetében elmondható, hogy Borsod-Abaúj-Zemplén megyében Nógrád megye után a második legmagasabb a biztos kezdet gyermekházak aránya a kisgyermek napközbeni ellátása terén. Ez az ellátásforma nem tartozik ugyan szigorú értelemben a napközbeni ellátások közé, azonban 2013-tól gyermekjóléti alapellátásként a gyermekvédelmi törvény hatálya alá került. A biztos kezdet gyermekházak célcsoportját az óvodáskort még el nem ért gyerekek és szüleik képezik és különlegességük -ezért nem sorolhatók szorosan a napközbeni ellátások közé-, hogy a gyerek és a szülő számára közös terepet biztosít társadalmi felzárkózásának egy esetleges leszakadásuk megelőzése érdekében. A biztos kezdet házak nagy arányú előfordulását Nógrád, Borsod és Szabolcs-Szatmár megyékben a településszerkezet és a hátrányos helyzetű 0-2 éves gyerekek magas aránya (74-89%) indokolja (Statisztikai Tükör, 2015.október 15.).

Bölcsődék működéséről köteles gondoskodni az önkormányzat a 10 ezer főt meghaladó lakosságszámú települések és megyei jogú városok esetén. 2012-ben az összes országos bölcsődei férőhely négytizede Közép-Magyarországon volt található, 2011-ben országos szinten átlagosan 0,45 bölcsődei férőhely jutott 10 ezer főre. Míg Budapesten ez az arány 1,02, Borsod megyében csak 0,30 (KSH). Továbbá, 2012-ben átlagosan ezer 0-2 éves gyerekre 161 bölcsődei férőhely jutott. E tekintetben Nógrád megye volt a legkedvezőlenebb helyzetben 62 férőhellyel., de a szám 100 alatti Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Jász-Nagykun-Szolnok és Pest megyékben is. A száz bölcsődei férőhelyre beíratott gyermek száma országosan átlagosan 101 volt, de a férőhely-kihasználtság 111% feletti Bács-Kiskun, Csongrád és Győr-Moson-Sopron megyékben (KSH, Szociális ellátások, szociális védelmi helyzetkép a megyékben).

Az Edelényi kistérségben csak Edelényben állt rendelkezésre bölcsőde 2014-ben, ahol összesen 26 férőhelyet lehetett igénybe venni (adatok forrása: <http://o-o-o.hu/tstar/index.php>). Az edelényi kistérségben a 0-17 éves gyerekek mindössze 3%-a jár vagy járt bölcsődébe. Az arány némileg magasabb a jobb anyagi helyzetű (6%), mint a szegény (2%) gyerekek esetén (Gyerekesély, Polonyi).

Lakhatási körülmények

A lakhatási költségei és körülményei kulcsfontosságú tényezők az életminőség és a jólét szempontjából. A lakhatási körülmények minőségét mérhetjük a túlszűfolttság és a lakhatási depriváció mértékével, valamint a lakókörnyezet problémáival. Az Eurostat (2015) a túlszűfolttság számításakor figyelembe veszi a háztartás rendelkezésre álló szobák számát, a háztartás méretét, valamint tagjai életkorát és családi állapotát. Magyarországon az EU országok közül Románia után a legmagasabb (47, 2%) a lakások túlszűfolttságának mértéke, ami több mint harminc százalékponttal meghaladja az EU átlagot (17%).

Összeségében az EU tagállamokban a túlszűfolttsági ráta magasabb azok körében, akik ki vannak téve a szegénység kockázatának.³ A szegénység kockázata által fenyegetett és nem fenyegetett csoport között az uniós tagállamok közül hazánkban a legmagasabb a különbség a túlszűfolttsági ráta tekintetében (23 százalékpont). Tehát Magyarországon a rossz anyagi helyzet és a lakások túlszűfolttsága az átlagosnál erősebben összefügg (Eurostat, 2015).

A lakhatási körülmények minősége a lakóhely bizonyos felszereltségbeli hiányosságaival vagy a lakóhely állapotával kapcsolatos problémákkal is jellemezhető. Az Eurostat statisztikai alapvetően négy problémakör meglétével méri a lakhatási körülmények szerinti deprivációt: lyukas tető/nedves falak/padló/alapzat vagy rothadó ablakkeret ÉS a lakóhely túl sötét ÉS nem áll rendelkezésre zuhany/fürdőkád ÉS nem áll rendelkezésre vízöblítéses vécé a háztartás kizárólagos használatára. Az EU28-ak között a leggyakoribb problémának az első elem bizonyult (lyukas tető/nedves falak/padló/alapzat vagy rothadó ablakkeret) (15,1%), azonban 6,1%-ot érint a lakóhely sötétsége és 3%-ot a lakóhely higiéniai felszereltségének hiányosságai (Eurostat, 2015).

2012 az uniós állampolgárok 79,5%-a nem minősült lakhatási szempontból depriváltnak, míg 15%-uk egy típusú lakhatási problémától szenvedett, 4%-uk kettőtől, 0,8%-uk háromtól, 0,2%-uk pedig mind a négy tényező szempontjából.

A szegénység kockázatának kitett emberek nagyobb arányban érintettek a lakhatási depriváció különböző tényezői által. Míg 2012-ben a súlyos lakhatási depriváció az uniós állampolgárok 5,1%-át érintette, ez az arány több mint kétszer nagyobb volt a szegénység

³ Azokat tekinthetjük a szegénység kockázata által fenyegetettnek, akik olyan háztartásban élnek, ahol az egy főre jutó rendelkezésre álló ekvivalens jövedelem az adott ország medián értékének 60%-a alatt van. Eurostat, 2015, pp. 169.

<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/6776245/KS-05-14-031-EN-N.pdf/18bee6f0-c181-457d-ba82-d77b314456b9>

kockázatának kitett emberek körében. A súlyos lakhatási depriváció tekintetében hazánk Románia után a második legmagasabb aránnyal rendelkező (17, 2%), a szegénység kockázatának kitett embereknek pedig csaknem a fele (48%) élt súlyosan deprivált lakókörnyezetben (Eurostat, 2015).

Hazánkban a 2011-es népszámlálási adatok tükrében területi egyenlőtlenségek is megfigyelhetők a lakhatási körülmények minőségét illetően. Míg a közép-dunántúli vagy a közép-magyarországi régióban 70% az összkomfortos lakások aránya, addig Észak-Magyarországon 50% körüli. Emellett a komfort nélküli lakások aránya is ezen a területen, Szabolcs-Szatmár és Borsod megyében a legmagasabb (9%). Ugyanezen a megyékben a legmagasabb azon lakások aránya is (6%), ahol a lakáson belül hiányzik a vezetékes vízzel való ellátottság (Ksh). Országosan a lakások 95%-a rendelkezik hálózati vízvezetékkel a 2011-es népszámlálás idején, míg ez az arány Borsod-Abaúj-Zemplén megyében csak 91% volt. (KSH -országos). Ezzel összefügg, hogy e két megyében a lakók tizede nem rendelkezik vízöblítéses WC-vel, valamint hogy a száz lakóra jutó fürdőszobák száma is Szabolcs-Szatmár-Bereg, Borsod-Abaúj-Zemplén és Jász-Nagykun-Szolnok megyékben a legalacsonyabb. Borsod megyében az országos átlagnál 4,3 és 3,7 százalékponttal alacsonyabb a melegvízzel és vízöblítéses WC-vel rendelkező lakások aránya az országos átlaghoz képest (KSH - országos).

A lakások lakók száma szerinti összetételét vizsgálva elmondható, hogy Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben található a legnépesebb lakások, ahol hatnál többen élnek a lakott lakások 5%-ában. A 2011-es népszámlálás idején a 100 lakott lakásra jutó lakók száma 248 fő volt, amit Borsod megye értéke (262) az átlagosnál nagyobb család- és háztartásméret következtében meghalad. A lakósűrűség tekintetében nem csupán megyei vagy régiós szintű különbségek figyelhetők meg, a településhierarchiát is fontos figyelembe venni, ugyanis minél kisebb a település, annál nagyobb az átlagos lakósűrűség (KSH -országos).

Borsod megyén belül az Edelényi kistérséget vizsgálva még szembetűnőbb az országos adatoktól való elmaradás. A kistérségben Az Edelényi kistérség 2012-es kistérségi helyzetelemzése alapján a kistérségben mind az északmagyarországi, mind pedig a borsod megyei arányt meghaladja a komfort nélküli lakások aránya, továbbá alulmúlja a közüzemi ivóvízhálózatba bekapcsolt lakások és a közcsatorna-hálózatba bekapcsolt lakások aránya (MTA Gyerekesély kutatócsoport, 2012).

Egy 2014-ben zajlott igényfelmérés alapján elmondható, hogy a kistérségben a gyerekek csaknem fele vízöblítéses vécé nélküli lakásban él, a vezetékes víz hiánya az országos átlag kilencszerese, magas a zsúfolt (30,3%) és kigróan magas a komfort nélküli lakások aránya (32%) .

A lakhatási körülmények szubjektív megítélését figyelembevéve, a kistérségi igényfelmérés során a kérdezettek egynegyede úgy nyilatkozott, hogy a lakást veszélyesnek tartja a gyerekekre nézve. A kérdezettek körülbelül 38%-a számolt be nedves padlózatról, falakról vagy korhadó ablakkeretről, padlózatról **(Gyerekesély, Polonyi)** .