

Dejavniki tveganja za zdravje in življenjski slog v občinah osrednje slovenske regije

Prejeto 9. 1. 2019 / Sprejeto 20. 5. 2019

Znanstveni članek

UDK 616-056.8(497.5)

KLJUČNE BESEDE: *determinante zdravja, življenjski slog, dejavniki tveganja, kazalniki merjenja, lokalna skupnost*

POVZETEK - Avtorji v prispevku obravnavajo vlogo lokalnih skupnosti pri zdravju občanov v osrednji slovenski regiji, predvsem pa se osredinijo na determinante zdravja in dejavnike tveganja. Lokalne skupnosti so odgovorne za primarno zdravstveno raven in hkrati tudi ključne pri omogočanju ter spodbujanju zdravega življenjskega sloga. Življenjski slog je za posameznika značilen način življenja, na katerega vpliva vsak sam kot tudi širše družbeno okolje. Avtorji s pomočjo podatkov Nacionalnega inštituta za javno zdravje RS in Zdravstvenega statističnega letopisa analizirajo in primerjajo šest kazalnikov za merjenje dejavnikov tveganja zdravja v občinah; to so telesni fitness otrok, prekomerna prehranjenost otrok, redni in občasni kadilci, visoko tvegano opijanje, poškodovani v transportnih nezgodah in prometne nezgode z alkoholiziranimi povzročitelji v vseh petindvajsetih občinah osrednje slovenske regije.

Received 9. 1. 2019 / Accepted 20. 5. 2019

Scientific article

UDC 616-056.8(497.5)

KEY WORDS: *determinants of health, lifestyle, risk factors, indicators of measurement, local community*

ABSTRACT - The authors discuss the role of local communities in the health of citizens in the central Slovenian region, focusing primarily on health determinants and risk factors. Local communities are not only responsible for primary healthcare, but are also crucial in facilitating and promoting a healthy lifestyle. Lifestyle is a characteristic way of life for an individual, influenced by the individual as well as the wider social environment. The authors analyse and compare six indicators for measuring the risk factors in the municipality, using data from the National Institute of Public Health of the Republic of Slovenia and the Health Statistical Yearbook. These are the physical fitness of children, excessive nutrition of children, regular and casual smokers, high-risk drunkards, injured in transport accidents, traffic accidents with alcoholised causes and neighbourhood connections in all 25 municipalities in the central Slovenian region.

1 Uvod

Zdravje je ena od najpomembnejših vrednot posameznika, ki nam omogoča, da kakovostno živimo, delamo, se ljubimo, sodelujemo itn. Da je zdravje vrednota, potrjuje tudi slovenski pregovor »Zdrav človek ima tisoč želja, bolni le eno«. Za zdravje vsakega izmed nas je pomembno, da živimo v zdravem okolju, izbiramo zdrav življenjski slog, se zavedamo, da je preventiva boljša kot kurativa. Vendar ni prav vse odvisno od posameznika, za zdrav življenjski slog posameznika je odgovorna tudi družba, njeno stanje razvoja in duha.

Namen prispevka je prikazati determinante zdravja, utemeljiti pomen življenjskega sloga posameznika in povezanost življenjskega sloga posameznika z družbo ter posledično z dejavniki tveganja za zdravje. Cilj raziskave je analizirati in primerjati šest kazalnikov za merjenje dejavnikov tveganja zdravja v vseh petindvajsetih občinah

osrednje slovenske regije s pomočjo podatkov Nacionalnega inštituta za javno zdravje RS in Zdravstvenega statističnega letopisa za leto 2016.

2 Vloga, cilji in naloge lokalne skupnosti pri zagotavljanju zdravstvenega varstva občanov

Ustava Republike Slovenije (1991) opredeljuje državljanom pravico do zdravstvenega varstva, kar pomeni, da ima vsakdo pravico do najvišje možne stopnje zdravja in dolžnost skrbeti za svoje zdravje, pa tudi pravico do zdravstvenega varstva in dolžnost, da prispeva k njegovemu uresničevanju v skladu s svojimi možnostmi (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ZZVZZ, 1992, 2017, 2. člen). Republika Slovenija z ukrepi gospodarske, ekološke in socialne politike ustvarja pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva in nalog pri krepitvi, ohranitvi in povrnitvi zdravja ter usklajuje delovanje in razvoj vseh področij s cilji zdravstvenega varstva. Nadzor nad pogoji za zagotavljanje zdravja izvaja lokalna skupnost, ki se mora povezovati z drugimi ustanovami (povezovanje zdravstva, šolstva, gospodarstva, politike in drugega) (ZZVZZ, 1992, 2017; Zdrava skupnost, 2018). Lokalna skupnost, torej občina oziroma mesto, mora v skladu s svojimi pravicami in dolžnostmi zagotavljati državljanom preventivo, kurativo in rehabilitacijo (ZZVZZ, 1992, 2017, 2. člen) ter pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva na svojem območju (ZZVZZ, 1992, 2017, 3. člen). Občina med drugim svoje naloge na področju zdravstvenega varstva uresničuje tudi tako, da oblikuje in uresničuje programe za krepitev zdravja prebivalstva na svojem območju in zagotavlja proračunska sredstva za te programe ter oblikuje in izvaja program nalog za ohranitev zdravega okolja, ki niso vključene v republiški program (ZZVZZ, 1992, 2017, 8. člen).

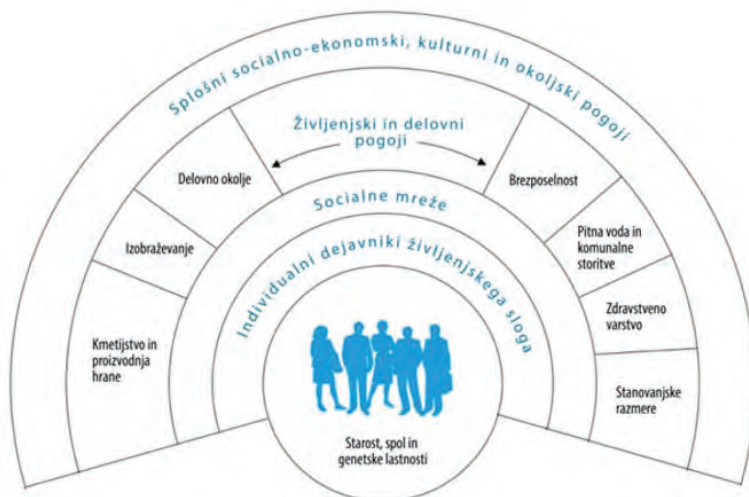
Zdrava skupnost je tista, ki omogoča ugodne družbene in fizične pogoje za zdravje ter temelji na povezanem delovanju posameznikov, skupin in organizacij. Pri tem uporablja tako okoljske kot kulturne vire in različne oblike znanja – od izkustvenega do strokovnega in znanstvenega. Pripadniki zdrave skupnosti so opolnomočeni in vključeni v procese odločanja, v katerih se upošteva zdravje kot kriterij pri odločitvah. Pomembno je, da skupnost sistematično zbira in analizira podatke o učinkih svojih dejavnosti na zdravje pripadnikov ter da je zmožna stalnega prepoznavanja in vrednotenja svojih prizadevanj (Brownson, Baker, Deshpande in Gillespie, 2003; Sušanj, 2007; Devjak in Devjak, 2013; Ranfl, Oprešnik, Škraban, Fištrič in Pucelj, 2018; Zdrava skupnost, 2018). Informacije o zdravju prebivalcev, zdravstvenem varstvu in povezanih dejavnostih so namreč pomembne za odločanje na vseh ravneh življenja in delovanja skupnosti. Uporabljamo jih za ocene stanja, načrtovanje zdravstvene infrastrukture in oskrbe, spremljanje družbenih, političnih in drugih vplivov na zdravstveno stanje in zdravstveni sistem. Kazalniki o zdravju in boleznih v okolju, kjer ljudje živijo, predstavljajo dobro izhodišče in pomoč pri iskanju ustreznih rešitev za izboljševanje. Podatki o zdravstvenem stanju prebivalstva na manjših območjih se lahko precej razlikujejo od skupnih, državnih, ki predstavljajo povprečne vrednosti.

S poznavanjem podatkov o zdravju prebivalcev na ravni občine lahko njeni odločevalci načrtujejo aktivnosti in predlagajo ukrepe za izboljšanje zdravja prebivalcev, kar vpliva na razvoj zdrave skupnosti, ki je tudi ekonomsko učinkovita in okolju prijazna, njeni pripadniki pa imajo enak dostop do vseh potrebnih zdravstvenih storitev (Brown, Raglin Bignall in Ammerman, 2018; Devjak in Devjak, 2013; Klančar, Švab in Kersnik, 2010; Ranfl, Oprešnik, Škraban, Fištrič in Pucelj, 2018; Zdrava skupnost, 2018; Zdravje v občini, 2018).

3 Determinante zdravja in dejavniki tveganja

Zdravje posameznika je povezano s t. i. determinantami zdravja (slika 1), med katere sodijo različni dejavniki, kot so spol, starost, genetika, življenjski slog idr. Življenjski slog je za posameznika značilen način življenja in nanj lahko neposredno vplivamo – vplivamo lahko na to, kaj in koliko jemo, koliko se gibljemo in na razvade (npr. kajenje, pitje alkohola), ki lahko spodbujajo boljše zdravje ali pa vodijo v razvoj bolezni. Zdrav življenjski slog, ki se oblikuje pod vplivom izkušenj in življenjskih razmer od otroštva dalje, zajema uravnoteženo, zdravo prehrano, omejitev soli, omejitev uživanja alkoholnih pijač, opustitev kajenja oziroma nekajenje, zmanjšanje čezmerne telesne teže oziroma ustrezna telesna teža ter redno telesno aktivnost (Železnik, Vidnar in Železnik, 2013; Lesnik, 2016; Lesnik idr., 2018), med katerimi pa Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje (2015) med ključne dejavnike varovanja in krepitev zdravja šteje zdravo prehranjevanje in redno telesno dejavnost. Gre za dejavnika, ki prispevata k boljšemu zdravju, večji kakovosti življenja in k vzdržnosti zdravstvenih sistemov, odraščajočim pa zagotavljata optimalno rast in razvoj ter izboljšujeta počutje in delovno storilnost pri odraslih. Zdravo prehranjevanje in redna telesna aktivnost dolgoročno krepi zdravje, povečujeta kakovost življenja in prispevata k aktivnemu in zdravemu staranju. Za ohranjanje zdravja pa je pomemben tudi način razmišljanja, delovanja ter način spopadanja s stresom, zato je izbira življenjskega sloga odvisna tudi od naše izobrazbe, možnosti zaposlitve ter finančno-premoženjskega stanja (Lesnik idr., 2018).

Slika 1: Determinante zdravja



Vir: Dahlgreen in Whitehead, 2006, po Lesnik 2016.

Rezultati mednarodne raziskave (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC, 2014), v katero je bila vključena tudi Slovenija, kažejo, da so mladi iz družin z nižjim socialno-ekonomskim statusom slabšega zdravja, manj zadovoljni z življenjem, pogostejše predebeli, imajo slabšo telesno samopodobo in so manj fizično dejavni kot otroci iz družin z višjim socialno-ekonomskim statusom. Tako imenovane socialne determinante zdravja, ki jih Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2012) opredeljuje kot pogoje, v katerih se posameznik rodi, odrasča, živi, dela in se stara, se oblikujejo glede na razporeditev denarja, moči in virov tako na globalni kot na lokalni ravni in vplivajo na tveganje za bolezen. Socialne determinante zdravja so v večini primerov povezane s pojavom neenakosti v zdravju, zato je pomembno, da se zavedamo, da ni področja družbenega dela življenja, ki ne bi vplivalo na zdravje. Raziskave (Leskovšek, 2013), ki se ukvarjajo z neenakostmi v zdravju, ki so opredeljene kot razlike v zdravstvenem stanju ali kot razlike determinant zdravja, dokazujejo, da ima socialna država pomemben vpliv tako na pojavnost in obseg različnih bolezni kot tudi na dostopnosti do zdravstvenega varstva. Za zdravje je sicer odgovoren predvsem vsak posameznik, država pa je v sodelovanju s stroko z zagotavljanjem zdravstvenega varstva odgovorna in pristojna za ustvarjanje takšnih razmer, ki omogočajo zdrav življenjski slog. Poleg osnovnega zdravstvenega varstva mora država skrbeti tudi za promocijo zdravega načina življenja, k čemur sodijo prehranska in alkoholna politika, politika za zmanjševanje rabe tobaka ter strategija varovanja in krepitev zdravja z gibanjem in športno rekreacijo (Zdrav življenjski slog, 2007; Železnik, Vidnar in Železnik, 2013).

Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010 (Uradni list RS, št. 39/05; v nadaljnjem besedilu: Nacionalni program 2005–2010) je povezala ključna področja in partnerje v prizadevanjih, da bi prebivalcem Republike Slove-

nije zagotovili ne le varno in kakovostno hrano, ampak da bi jim z različnimi ukrepi omogočali zdravo prehranjevanje. Dve leti zatem je bil sprejet komplementaren dokument, Nacionalni program spodbujanja telesne dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012 (2007), katerega temeljni cilj je spodbujanje vseh oblik rednega gibanja in telesne vadbe za zdravje. Z izvajanjem ukrepov je rastlo tudi zavedanje, da zdravo prehranjevanje in telesna dejavnost vplivata na zdravje posamično in skupaj ter da se učinki obeh dopolnjujejo, kar kaže na smiselnost skupnega nacionalnega programa za prehrano in telesno dejavnost. Poleg tega se je krepilo tudi zavedanje, da zdravje ne nastaja le v zdravstvenem sektorju, temveč predvsem tam, kjer ljudje živimo, delamo in se družimo, npr. v vrtcih, šolah, na delovnem mestu ter v okolju, kjer živimo in preživljamo svoj prosti čas. Lokalne skupnosti imajo tako ključno vlogo pri omogočanju in spodbujanju zdravega življenjskega sloga in telesne dejavnosti za krepitev zdravja. Vse to tudi prek ustreznega načrtovanja in izgradnje infrastrukture – igralnih površin, parkov, kolesarskih in pešpoti, telovadnih in vadbenih ter športnih prostorov kot tudi prek omogočanja in financiranja/sofinanciranja programov spodbujanja zdravega življenjskega sloga, vključno s programi telesne dejavnosti za krepitev zdravja, vadbenih programov in športno-rekreativnih programov (Zdravje v občini, 2018).

4 Metoda

4.1 Namen in cilji

Zdravje občanov, zdravstveno varstvo v občini in različni dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje občanov, so pomembne informacije tako za načrtovalce zdravstvene politike v državi kot na ravni občine, hkrati pa predstavljajo dobro izhodišče pri iskanju ustreznih rešitev za izboljšanje stanja tako v državi kot v občini. Cilj vsake občine je imeti zdrave občane, saj so le zdravi občani sposobni za delo in pri tem tudi uspešni, uspešnost pri delu občanov pa vodi do produktivnosti in gospodarske uspešnosti podjetij v občini in posledično do večje gospodarske uspešnosti občine, saj bodo proračunski prihodki občine večji. Če želi občina imeti zdrave občane, mora minimizirati dejavnike tveganja zdravja.

Zdravje občanov je odvisno od številnih dejavnikov, ki jih imenujemo tudi determinante zdravja. Na nekatere dejavnike lahko vplivamo, na nekatere pa ne. Zato je cilj prispevka: (1) predstaviti naloge lokalne skupnosti na področju zdravja občanov s teoretičnega in formalnopravnega vidika; (2) analizirati in primerjati šest kazalnikov za merjenje dejavnikov tveganja zdravja po občinah, kot so telesni fitnes otrok, prekomerna prehranjenost otrok, redni in občasni kadilci, visoko tvegano opijanje, poškodovani v transportnih nezgodah in prometne nezgode z alkoholiziranimi povzročitelji v vseh petindvajsetih občinah osrednje slovenske regije in (3) oblikovati predlog izboljšav za zmanjšanje neenakosti v dejavniki tveganja po občinah v izbrani regiji.

4.2 Model

Dejavnike tveganja zdravja po občinah v osrednjeslovenski regiji analiziramo s pomočjo razvrščanja občin v skupine. Metode razvrščanja v skupine so namenjene združevanju objektov (v našem primeru enot, občin) v skupine, za razvrščanje pa uporabljamo lastnosti objektov (ki so v našem primeru dejavniki tveganja zdravja po občinah). Za vsako skupino je značilno, da vključuje enote, ki so si po lastnostih (vrednostih spremenljivk) medsebojno podobne. Za vsako skupino je hkrati tudi značilno, da se po lastnostih enot (vrednostih spremenljivk) razlikuje od drugih skupin. Pri razvrščanju enot v skupine na podlagi vrednosti spremenljivk izhajamo iz tipa spremenljivk. V našem primeru so vsi dejavniki tveganja metrične spremenljivke, zato podobnost med občinami po spremenljivkah merimo z eno izmed razdalj Minkowskega.

Namen analize je ugotoviti, koliko različnih skupin občin po dejavniki tveganja v osrednjeslovenski regiji obstaja, po katerih lastnostih se skupine med seboj razlikujejo in po katerih lastnostih so si občine znotraj posamezne skupine podobne. Namen analize je prav tako ugotoviti, v katero skupino sodi Mestna občina Ljubljana kot gospodarsko najbolj močna občina v Sloveniji in kot občina z najbolj razvito infrastrukturo za varovanje zdravja.

4.3 Definicija izbranih kazalcev

Telesni fitnes otrok vključuje osnovnošolske otroke in mladostnike ter opisuje, kakšen delež otrok med 6. in 15. letom starosti v posamezni slovenski občini dosegata ustrezno raven gibalne učinkovitosti. Temelji na štirih gibalnih sposobnostih, ki najbolj prispevajo k zmanjševanju zdravstvenega tveganja: mišična vzdržljivost, aerobna vzdržljivost, mišična moč in gibljivost. Z zdravjem povezan telesni fitnes osnovnošolskih otrok se izračuna kot povprečna vrednost standardiziranih vrednosti štirih gibalnih merskih nalog glede na starost in spol, in sicer (a) dviganje trupa, (b) tek na 600 m, (c) predklon na klopici in (d) vesa v zgibi. Za vsako posamezno meritev je izračunano povprečje vseh izmerjenih otrok v Sloveniji, regiji, upravni enoti in občini. Povprečje izmerjenih vrednosti za posamezen kazalnik v Sloveniji se vzame kot 50 percentil, občinsko povprečje izmerjene vrednosti se izrazi kot odstopanje od povprečja Slovenije. Vrednost nad 50 pomeni nadpovprečno gibalno učinkovitost glede na nacionalno povprečje, vrednost pod 50 pomeni podpovprečno gibalno učinkovitost glede na nacionalno povprečje (NIJZ, 2018).

Prekomerna prehranjenost otrok in mladostnikov opisuje, kakšen delež otrok in mladostnikov ima indeks telesne mase nad mejno vrednostjo prekomerne prehranjenosti za ustrezno starost, in torej zajame vse predebele in debele. Indeks telesne mase je groba mera, ki jo uporabljamo za razvrščanje v razrede prehranjenosti in se izračuna tako, da se telesna teža posameznika v kilogramih deli s kvadratom telesne višine v metrih. Indeks telesne mase nam daje le približno oceno prehranjenosti, razvrščanje v razrede prehranjenosti na podlagi tega kazalnika pa ni zanesljivo, saj je to odvisno od stopnje biološke zrelosti otroka ali mladostnika in sestave telesa. Pri odraslih govorimo o predebelosti, kadar indeks telesne mase presega 25 kg/m^2 , in o debelosti, kadar indeks telesne mase presega 30 kg/m^2 . Delež osnovnošolskih otrok in mladostnikov

med 6. in 15. letom starosti, katerih indeks telesne mase presega mejno vrednost prekomerne prehranjenosti, je razmerje med številom otrok in mladostnikov, katerih indeks telesne mase je nad mejno vrednostjo prekomerne prehranjenosti za ustrezno starost in številom vseh izmerjenih otrok, pomnoženo s 100 (NIJZ, 2018).

Redni in občasni kadilci je kazalnik, ki zajema prebivalce, stare 15 let in več, ter opisuje število oseb, starih od 15 let naprej, ki so v anketi odgovorili, da kadijo cigarete vsak dan ali občasno. Kazalnik je razmerje med številom anketiranih oseb, ki so na vprašanje »Ali sedaj kadite?« odgovorile z odgovorom »Da, vsak dan« ali »Da, občasno«, in številom vseh oseb, ki so v anketi odgovorile na to vprašanje, pomnoženo s 100 (NIJZ, 2018).

Visoko tvegano opijanje je kazalec, ki prikazuje tiste osebe, stare nad 15 let, ki so se v zadnjem letu vsaj enkrat visoko tvegano opile. To so vse tiste osebe, ki so ob eni priložnosti spile več kot 6 meric alkohola. Ena merica (enota) alkoholne pijače oz. 10 g čistega alkohola se nahaja v 1 dl vina ali 2,5 dl piva ali v 0,3 dl žganja ali v 3,3 dl mešane gazirane alkoholne pijače. Kazalnik prikazuje razmerje med številom oseb, ki so v Anketi o zdravju in zdravstvenem varstvu na vprašanje »Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih zaužili 6 ali več meric alkoholnih pijač ob eni priložnosti? Na primer na zabavi, pri obroku, zvečer zunaj s prijatelji, sami doma ...« odgovorile, da so se visoko tvegano opile vsaj enkrat v zadnjih 12 mesecih, in številom vseh oseb, ki so odgovorile na anketni vprašalnik, pomnoženo s 100. Kazalnik za občino je izračunan na podlagi modela, ki upošteva prevalenco visoko tveganega opijanja na ravni upravne enote in demografske podatke občine (NIJZ, 2018).

Poškodovani v transportnih (prometnih) nezgodah je kazalnik, ki izraža število bolnišničnih obravnav zaradi poškodb v transportnih nezgodah na 1.000 prebivalcev v opazovanem koledarskem letu. Izračunana je starostno standardizirana stopnja, ki omogoča medsebojno primerjavo populacij z različno starostno strukturo prebivalcev. Stopnja bolnišničnih obravnav zaradi poškodb v transportnih nezgodah je razmerje med številom prvih bolnišničnih obravnav zaradi poškodb v transportnih nezgodah v opazovanem koledarskem letu in številom prebivalcev sredi istega leta, pomnoženo s 1.000. Za standardizacijo je uporabljena neposredna metoda standardizacije, kjer je za standardno populacijo uporabljena slovenska populacija iz leta 2014. V objavah iz leta 2016 je prikazano povprečje treh zaporednih let (2012–2014), v objavah iz leta 2017 pa povprečje štirih zaporednih let (2012–2015) (NIJZ, 2018).

Prometne nezgode z alkoholiziranimi povzročitelji je kazalnik, ki prikazuje število nezgod, ki so jih povzročili alkoholizirani udeleženci, glede na vse prometne nezgode v občini. Delež prometnih nezgod, ki so jih povzročili alkoholizirani udeleženci, je razmerje med številom prometnih nezgod, ki so jih povzročili alkoholizirani udeleženci, ter številom vseh prometnih nezgod, pomnoženo s 100. V objavah iz leta 2016 je prikazano povprečje treh zaporednih let (2012–2014), v objavah iz leta 2017 pa povprečje štirih zaporednih let (2012–2015) (NIJZ, 2018).

Sosedska povezanost je kazalnik, ki prikazuje delež oseb v starosti 15 let in več, ki zelo enostavno ali enostavno dobivajo sosedsko pomoč, kadar jo potrebujejo. Je razmerje med številom anketiranih oseb, ki so v anketi EHIS na vprašanje »Ali lahko

dobite pomoč sosedov, če jo potrebujete oziroma če bi jo potrebovali?» odgovorile z »Zelo enostavno« ali »Enostavno«, in številom vseh oseb, ki so v anketi odgovorile na to vprašanje, pomnoženo s 100. Kazalnik za občino je izračunan na podlagi modela, ki upošteva prevalenco sosedске povezanosti (delež oseb, ki zelo enostavno ali enostavno dobivajo sosedsko pomoč, kadar jo potrebujejo) na ravni upravne enote in demografskih podatkov občine (NIJZ, 2018).

4.4 Podatki

Po pregledu razpoložljivosti podatkov za izbrane kazalnike na podatkovnem portalu NIJZ smo ugotovili, da kazalnika redni in občasni kadilci ter visoko tvegano opijanje nimata podatka za leto 2017 pri več občinah iz osrednjeslovenske regije. Posledično smo se odločili, da bomo za analizo uporabili podatke iz leta 2016. Za leto 2016 pa spremenljivka sosedska povezanost nima podatka pri nobeni občini iz osrednjeslovenske regije, zato smo to spremenljivko iz analize izključili. V analizo smo torej vključili podatke o kazalnikih za merjenje dejavnikov tveganja zdravja v 25 osrednjeslovenskih občinah v letu 2016.

4.5 Metoda

Za hierarhične metode razvrščanja je značilno postopno združevanje enot v skupine. Izhodišče predstavljajo posamezne enote, zato je število skupin na začetku razvrščanja enako številu enot. Sledi postopno združevanje enot v skupine na podlagi njihove podobnosti ali različnosti, ki jo v primeru metričnih spremenljivk merimo z razdaljo. Proces razvrščanja je končan, ko se vse enote združijo v eno skupino. Posebna metoda v skupini hierarhičnih metod razvrščanja je Wardova metoda razvrščanja. Razdalja med skupinama se vrednoti z »izgubo informacije«, ki jo povzroča združevanje dveh skupin v novo skupino. Pri tem se poveča vsota kvadriranih odklonov znotraj skupin, to je količina, ki jo poznamo iz analize variance. Za posamezno skupino se ta količina izračuna kot vsota kvadriranih odklonov od povprečja te skupine. Če je spremenljivk več, se vsote kvadriranih odklonov po spremenljivkah seštejejo (Košmelj, Breskvar Žaucer, 2006).

Nehierarhične metode razvrščanja odpravljajo ključno slabost hierarhičnih metod razvrščanja, ki že razvrščenih enot ne prerazvrščajo. Nehierarhične metode razvrščanja s prerazvrščanjem že razvrščenih enot dosežejo večjo homogenost enot v skupinah in večjo različnost med skupinami, kar je ultimatívni cilj razvrščanja.

5 Interpretacija rezultatov

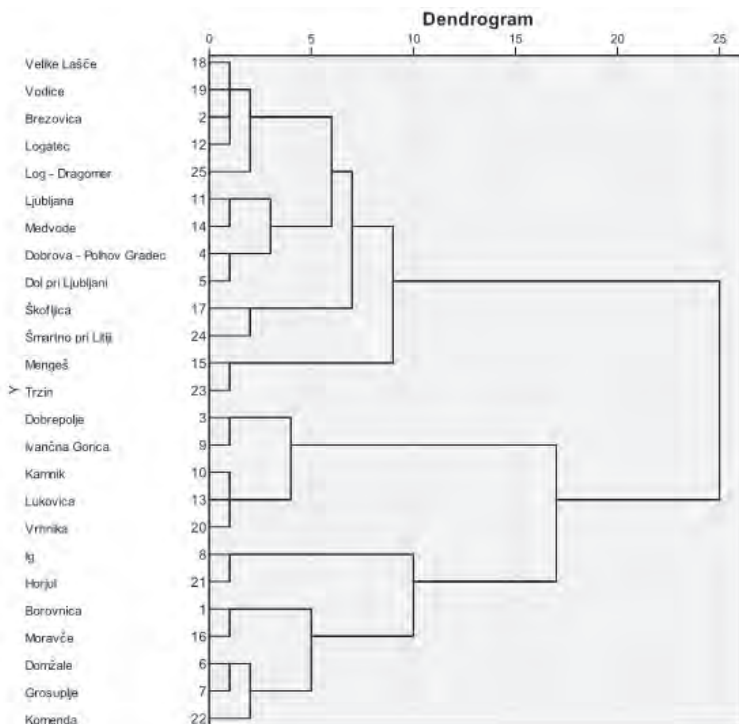
5.1 Analiza dejavnikov tveganja: hierarhično razvrščanje

S pomočjo prej izbranih in pojasnjenih kazalnikov smo občine iz osrednjeslovenske regije razvrstili v skupine. Objekti razvrščanja so enote, zato smo v skupino poskušali vključiti vse tiste občine, ki zavzamejo podobne vrednosti analiziranih spremenljivk. Najprej smo izvedli hierarhično razvrščanje. Pri tem smo uporabili Wardovo

metodo razvrščanja v skupine, ki minimizira vsoto kvadratov odklonov znotraj skupin. Kot mero podobnosti oziroma različnosti smo izbrali kvadrat evklidske razdalje.

Zaradi velikega števila opazovanih enot (občin) v besedilu spodaj ni prikazana matrika mer podobnosti (kvadratne vklidske razdalje). Prikaz rezultatov hierarhičnega razvrščanja zato začnemo s prikazom dendrograma ali drevesa razvrščana opazovanih občin v skupine. Dendrogram ali drevo odločanja grafično prikazuje, kako se opazovane enote združujejo v skupine (slika 2). Podobne enote se združijo v skupine pri nižjih vrednostih kvadrata Evklidske razdalje, ki je definiran kot mera podobnosti.

Slika 2: Dendrogram razvrstitve analiziranih občin v skupine s pomočjo Wardove metode



Vir: Lastni izračun s pomočjo programskega paketa IBM SPSS 22.

Presoja o primernem številu skupin je subjektivna, vendar ponavadi s pomočjo dendrograma skušamo ugotoviti, kje pride do prvega velikega skoka. Na podlagi slike 2 bi bilo po subjektivni presoji smiselno oblikovati tri skupine. V preglednici 1 prikazujemo razvrstitev občin iz osrednjeslovenske regije v tri skupine na podlagi hierarhičnega razvrščanja in s pomočjo Wardove metode.

Preglednica 1: Razvrstitev občin iz osrednjeslovenske regije v tri skupine na podlagi hierarhičnega razvrščanja in s pomočjo Wardove metode

Članstvo v skupini	
Enota	3 Skupine
1:Borovnica	1
2:Brezovica	2
3:Dobropolje	3
4:Dobrova - Polhov Gradec	2
5:Dol pri Ljubljani	2
6:Domžale	1
7:Grosuplje	1
8:Ig	1
9:Ivančna Gorica	3
10:Kamnik	3
11:Ljubljana	2
12:Logatec	2
13:Lukovica	3
14:Medvode	2
15:Mengeš	2
16:Moravče	1
17:Škofljica	2
18:Velike Lašče	2
19:Vodice	2
20:Vrhnika	3
21:Horjul	1
22:Komenda	1
23:Trzin	2
24:Šmartno pri Litiji	2
25:Log - Dragomer	2

Vir: Lastni izračun s pomočjo programskega paketa IBM SPSS 22.

Na podlagi rezultatov v preglednici 1 lahko ugotovimo, da so v prvo skupino razvrščene občine Borovnica, Domžale, Grosuplje, Ig, Moravče, Horjul in Komenda. V drugo skupino so razvrščene občine Brezovica, Dobrova - Polhov Gradec, Dol pri Ljubljani, Ljubljana, Logatec, Medvode, Mengeš, Škofljica, Velike Lašče, Vodice, Trzin, Šmartno pri Litiji in Log - Dragomer. V tretjo skupino so razvrščene občine Dobropolje, Ivančna Gorica, Kamnik, Lukovica in Vrhnika. Da bi lahko pojasnili, kaj je skupno občinam v posamezni skupini, moramo izračunati izhodiščne centroide skupin. Izhodiščne centroide skupin prikazuje preglednica 2.

Preglednica 2: Izhodiščno razvrščanje v skupine

Izhodiščni centriodi po skupinah			
	Skupina		
	1	2	3
K2.1 Telesni fitnes otrok	50,33	50,72	48,00
K2.2 Prekomerna prehranjenost otrok	26,85	19,65	28,05
K2.3 Redni in občasni kadilci (m)	20,2	22,6	24,3
K2.4 Visokotvegano opijanje (m)	41,5	45,5	29,5
K2.5 Poškodovani v transportnih nezgodah	2,07	1,84	3,21
K2.6 Prometne nezgode z alkoholiziranimi povzročitelji	21,30	6,88	10,20

Vir: Lastni izračun s pomočjo programskega paketa IBM SPSS 22.

Za občine v prvi skupini je značilno, da imajo najmanj rednih in občasnih kadilcev in da imajo največ prometnih nezgod z alkoholiziranimi povzročitelji. Za občine v drugi skupini, kamor spada tudi Ljubljana, je značilen najvišji telesni fitnes otrok, najnižja prekomerna prehranjenost otrok, najvišje visoko tvegano opijanje, najmanj poškodovanih v transportnih nezgodah in najmanj prometnih nezgod z alkoholiziranimi povzročitelji. Za tretjo skupino občin pa je značilen najnižji telesni fitnes otrok, najvišja prekomerna prehranjenost otrok, največ rednih in občasnih kadilcev in najnižje visoko tvegano opijanje. Tretja skupina občin ima najslabše vrednosti za kazalnike, ki kažejo dejavnike tveganja za otroke in mladostnike. Zato lahko to skupino poimenujemo kot občine z najvišjim tveganjem za zdravje otrok in mladostnikov. Ista skupina občin ima tudi največ rednih in občasnih kadilcev, zato lahko posledično to skupino poimenujemo kot občine z največjimi dejavniki tveganja za zdravje občanov. Geografsko so občine iz te skupine locirane na obrobju osrednjeslovenske regije in sklepati je mogoče, da so dejavniki tveganja za zdravje občanov v teh občinah najslabši ravno zaradi največje oddaljenosti od Ljubljane, ki je gospodarsko najbolj močna občina v Sloveniji in ki je občina v Sloveniji z najbolj razvito infrastrukturo za varovanje zdravja. Visoke dejavnike tveganja za otroke in mladostnike v teh občinah je mogoče pripisati drugačnemu delu v šolah v primerjavi z drugimi občinami v osrednjeslovenski regiji. Nasprotno so občine iz druge skupine občine z najmanjšim tveganjem za zdravje otrok in mladostnikov, saj imajo najvišji telesni fitnes otrok in najnižjo prekomerno prehranjenost otrok. Dodatno je za občine iz te skupine značilno najmanj poškodovanih v transportnih nezgodah in najmanj prometnih nezgod z alkoholiziranimi povzročitelji. Posledično lahko to skupino občin poimenujemo kot občine z najmanjšimi dejavniki tveganja za zdravje občanov in hkrati kot občine z najmanjšim tveganjem poškodb zdravja v prometu. Analogno lahko prvo skupino občin poimenujemo kot občine s povprečnimi dejavniki tveganja za zdravje občanov.

5.2 Analiza dejavnikov tveganja: nehierarhično razvrščanje

S pomočjo nehierarhičnega razvrščanja smo odpravili bistveno pomanjkljivost razvrstitve s pomočjo hierarhičnega razvrščanja, to je nezmožnost prerazvrščanja enot, ko so te enkrat vključene v določeno skupino. Ta slabost v specifičnih primerih lahko

pripelje v položaj, ko dobljene skupine niso optimalne. Pri nehierarhičnem razvrščanju je treba vnaprej določiti število skupin, pri čemer smo rezultate nehierarhičnega razvrščanja in posledično občine iz osrednjeslovenske regije razvrstili v tri skupine.

Preglednica 3: Število iteracij, potrebnih za rešitev

Zgodovina iteracij ^a			
Iteracija	Spremembe v centroidih skupin		
	1	2	3
1	4,981	4,846	5,841
2	,000	,000	,000

a. Konvergenca dosežena zaradi ničelne ali majhne spremembe v centroidih skupin. Maksimalna absolutna usklajena sprememba za katerikoli centroid je ,000. Trenutna iteracija je 2. Maksimalna razdalja med izhodiščnimi centriidi je 16,785.

Vir: Lastni izračun s pomočjo programskega paketa IBM SPSS 22.

Na podlagi rezultatov obdelave podatkov s pomočjo programskega paketa IBM SPSS 22 lahko ugotovimo, da sta bili za iskanje končne rešitve potrebni dve iteraciji. Takrat se je konvergenčni proces ustavil, ker je bila sprememba v centroidih skupin majhna ali nična in ker smo posledično prišli do končnih centroidov po skupinah, ki so prikazani v preglednici 4.

Preglednica 4: Centroidi analiziranih spremenljivk po posameznih skupinah po pre-razvrstitvi enot

	Končni centroidi po skupinah		
	Skupina		
	1	2	3
K2.1 Telesni fitnes otrok	50,19	51,03	50,03
K2.2 Prekomerna prehranjenost otrok	25,94	20,68	24,59
K2.3 Redni in občasni kadilci (m)	21,8	22,4	23,8
K2.4 Visokotvegano opijanje (m)	41,0	41,0	33,5
K2.5 Poškodovani v transportnih nezgodah	1,79	2,20	2,08
K2.6 Prometne nezgode z alkoholiziranimi povzročitelji	16,72	8,17	9,84

Vir: Lastni izračun s pomočjo programskega paketa IBM SPSS 22.

Iz preglednice 4 je razvidno, da je v primerjavi s preglednico 2 prišlo do nekaterih sprememb centroidov analiziranih spremenljivk po skupinah. Po nehierarhični razvrstitvi je za občine v prvi skupini značilno, da imajo najvišjo prekomerno prehranjenost otrok, najmanj rednih in občasnih kadilcev, najvišje visoko tvegano opijanje, najmanj

poškodovanih v transportnih nezgodah in največ prometnih nezgod z alkoholiziranimi povzročitelji. Za občine v drugi skupini je značilen najvišji telesni fitnes otrok, najmanjša prekomerna prehranjenost otrok, najvišje visoko tvegano opijanje, največ poškodovanih v transportnih nezgodah in najmanj prometnih nezgod z alkoholiziranimi povzročitelji. Druga skupina občin, v katero je razvrščena tudi Mestna občina Ljubljana, ima najboljše vrednosti za kazalnike, ki kažejo dejavnike tveganja za otroke in mladostnike. Zato lahko to skupino poimenujemo kot občine z najnižjim tveganjem za zdravje otrok in mladostnikov. Ista skupina občin ima tudi najmanj prometnih nezgod z alkoholiziranimi povzročitelji, zato lahko posledično to skupino poimenujemo kot občine z najmanjšimi dejavniki tveganja za zdravje občanov. Za občine v tretji skupini pa je značilen najnižji telesni fitnes otrok, največ rednih in občasnih kadilcev in najnižje visoko tvegano opijanje. Na podlagi rezultatov iz nehierarhičnega razvrščanja lahko posledično tretjo skupino občin poimenujemo kot občine z največjimi dejavniki tveganja za zdravje občanov. Analogno lahko prvo skupino občin poimenujemo kot občine s povprečnimi dejavniki tveganja za zdravje občanov. Zaradi sprememb centroidov analiziranih spremenljivk po skupinah po nehierarhičnem razvrščanju je prišlo tudi do nekaterih sprememb v razvrstitvi občin po skupinah. Končno razvrstitev občin v skupine po nehierarhičnem razvrščanju prikazuje preglednica 5.

Preglednica 5: Končna razvrstitev občin iz osrednjeslovenske regije v skupine po nehierarhičnem razvrščanju

Številka enote	OBČINA	Skupina	Razdalja
1	Borovnica	1	6,580
2	Brezovica	2	2,349
3	Dobrepolje	3	5,841
4	Dobrova – Polhov Gradec	1	6,114
5	Dol pri Ljubljani	2	7,437
6	Domžale	3	4,809
7	Grčsuplje	3	3,021
8	Ig	1	4,981
9	Ivančna Gorica	3	5,809
10	Kamnik	3	4,627
11	Ljubljana	2	4,846
12	Logatec	2	3,978
13	Lukovica	3	5,484
14	Medvode	2	3,784
15	Mengeš	2	8,260
16	Moravče	3	7,869
17	Škofljica	2	6,640
18	Velike Lašče	2	4,116
19	Vodice	2	2,780
20	Vrhnika	3	4,195
21	Horjul	1	2,934
22	Komenda	3	6,292
23	Trzin	2	4,875
24	Šmartno pri Litiji	1	7,256
25	Log – Dragomer	2	6,858

Vir: Lastni izračun s pomočjo programskega paketa IBM SPSS 22.

Iz preglednice 5 lahko preberemo, da je v prvo skupino razvrščenih 5 občin, in sicer občina Borovnica, Dobrova - Polhov Gradec, Ig, Horjul in Šmartno pri Litiji. V drugo skupino je razvrščenih 11 občin, in sicer Brezovica, Dol pri Ljubljani, Ljubljana, Logatec, Medvode, Mengeš, Škofljica, Velike Lašče, Vodice, Trzin in Log - Dragomer. V tretjo skupino je razvrščenih 9 občin, to so občine Dobrepolje, Domžale, Grosuplje, Ivančna Gorica, Kamnik, Lukovica, Moravče, Vrhnika in Komenda.

6 Razprava

Na podlagi šestih kazalnikov za merjenje dejavnikov tveganja zdravja in s pomočjo multivariatne statistične analize smo petindvajset občin iz osrednjeslovenske regije razvrstili v skupine po podobnosti. Oblikovali smo tri različne skupine, kjer so kazalniki lastnosti, po katerih se skupine med seboj razlikujejo in po katerih so si občine znotraj skupin med seboj podobne. S pomočjo nehierarhičnega razvrščanja smo ugotovili, da je v prvo skupino razvrščenih 5 občin, in sicer občina Borovnica, Dobrova - Polhov Gradec, Ig, Horjul in Šmartno pri Litiji. V drugo skupino je razvrščenih 11 občin, in sicer Brezovica, Dol pri Ljubljani, Ljubljana, Logatec, Medvode, Mengeš, Škofljica, Velike Lašče, Vodice, Trzin in Log - Dragomer. V tretjo skupino je razvrščenih 9 občin, to so občine Dobrepolje, Domžale, Grosuplje, Ivančna Gorica, Kamnik, Lukovica, Moravče, Vrhnika in Komenda. S pomočjo analize smo prav tako ugotovili, da Mestna občina Ljubljana kot gospodarsko najbolj močna občina v Sloveniji in kot občina (in hkrati kot prestolnica države) z najbolj razvito infrastrukturo za varovanja zdravja sodi v drugo skupino občin. Vse druge občine, ki so prav tako razvrščene v drugo skupino, so podobne Mestni občini Ljubljana. Na podlagi nehierarhičnega razvrščanja smo ugotovili, da lahko to skupino občin poimenujemo kot občine z najnižjim tveganjem za zdravje otrok in mladostnikov. Ista skupina občin ima tudi najmanj prometnih nezgod z alkoholiziranimi povzročitelji, zato lahko posledično to skupino poimenujemo tudi kot občine z najmanjšimi dejavniki tveganja za zdravje občanov.

Nasprotno smo za občine v tretji skupini ugotovili, da imajo najnižji telesni fitness otrok, največ rednih in občasnih kadičev in najnižje visoko tvegano opijanje. Na podlagi rezultatov iz nehierarhičnega razvrščanja lahko posledično tretjo skupino občin poimenujemo kot občine z največjimi dejavniki tveganja za zdravje občanov. Analogno lahko prvo skupino občin poimenujemo kot občine s povprečnimi dejavniki tveganja za zdravje občanov.

Cilj vsake občine je imeti zdrave občane, saj so le zdravi občani sposobni za delo in so pri tem tudi uspešni, uspešnost pri delu občanov pa vodi do produktivnosti in gospodarske uspešnosti podjetij v občini in posledično do večje gospodarske uspešnosti občine, saj bodo proračunski prihodki občine večji. Če želi občina imeti zdrave občane, mora minimizirati dejavnike tveganja zdravja. Kljub temu da so v mnogih predelih sveta infekcijske bolezni še vedno glavni vzrok smrti, »so v Sloveniji, kakor tudi v ostalih članicah Evropske unije, vodilni vzrok obolenosti in smrtnosti kronične nalezljive bolezni ... Gre za raznolike bolezni (diabetes tipa 2, visok krvni tlak, rakava

obolenja, debelost, osteoporoza ...), med katerimi so najpogostejše bolezni srca in ožilja« (Novak, 2010, str. 20). Rezultati raziskav (prav tam) kažejo, da je večino bolezni možno preprečiti z zmanjšanjem dejavnikov tveganja pri posameznikih. Zato je zelo pomembno, da so preventivni ukrepi kar se da kakovostni in natančni. Izvajanje različnih raziskav, spremljanje stanja prebivalstva in poznavanje statističnih podatkov o dejavniki tveganja pri zdravju posameznika so objektivni pogled na problematiko. Prepogosto pa se zanemari tisti drugi, subjektivni pogled, ki igra še kako pomembno vlogo tako z vidika razumevanja kot tudi z vidika iskanja preventivnih rešitev. Pomembna sta koncept aktivnega življenja in optimalna uresničitev danih možnosti, ki jih ima posameznik v družbi, kjer živi (Novak, 2010; Hvalič Touzery, 2014).

Za promocijo zdravja, katere cilj je izboljšati splošno zdravstveno stanje ter preprečiti ali upočasniti pojav dejavnikov tveganja in kroničnih nalezljivih bolezni, se mora najprej prizadevati posameznik sam, pri tem pa mu mora pomagati njegova lokalna skupnost. Lokalna skupnost s pomočjo zdravstvenih delavcev lahko veliko postori za promocijo zdravja svojih občanov: organizira različne dejavnosti, delavnice, predavanja, projekte in programe, ki spodbujajo občane k aktivni skrbi za lastno zdravje. Kot partnerji v promociji zdravja občanov pa s svojim delom in pristopom lahko veliko pripomorejo tako zdravstveni domovi kot posamezni zdravstveni delavci, šole in učitelji, mediji, knjižnica, različna športna in druga društva ter zavodi in delovne organizacije z zagotovitvijo zdravih in varnih pogojev dela ter rekreacije. Menimo, da je zelo pomembno, da lokalna skupnost v svojem proračunu zagotovi zadostna dodatna finančna sredstva za primarno zdravstveno raven (sredstva države za kakovostne zdravstvene storitve niso zadostna, zlasti na področju preventive ne) kot tudi sredstva za omogočanje in spodbujanje zdravega življenjskega sloga. Gre za načrtovanje igralnih površin, igrišč, parkov, kolesarskih in pešpoti, telovadnih in vadbenih prostorov, financiranje različnih preventivnih in športno-rekreativnih programov.

Srečko Devjak, jr., PhD, Tatjana Devjak, PhD, Sanja Berčnik, PhD

Risk Factors and Lifestyle in the Municipalities of the Central Slovenian Region

Health is one of the most important values that enables us to have a quality life, work, love, cooperation, etc. To ensure the health of each and every one, it is important to live in a healthy environment, choose a healthy lifestyle, realize that prevention is better than curative. However, not everything depends on the individual – the society and its development is also responsible for a healthy lifestyle of the individual.

The purpose of the paper is to show the determinants of health, to justify the importance of the individual's lifestyle and to ground the relationship between the individual's lifestyle and society, and, consequently, also the health risk factors. The aim of the study is to analyse and compare six indicators for measuring health risk factors,

i.e. physical fitness of children, excessive nutrition of children, regular and casual smokers, high risk drunkards, injured in transport accidents and traffic accidents with alcoholised agents, in all twenty-five municipalities of the central Slovenian region, using the data of the National Institute of Public Health of the Republic of Slovenia and the Health Statistical Yearbook for 2016, and to draft a proposal to improve the management of risk factors for the health of citizens in the municipality.

The Constitution of the Republic of Slovenia (1991) defines citizens' right to healthcare, which means that everyone has the right to the highest possible level of health and the duty to care for their health, as well as the right to healthcare and the duty to contribute to its realization in accordance with their options (Health Care and Health Insurance Act ZZVZZ, 1992, 2017, article 2). With the measures of economic, ecological and social policy, the Republic of Slovenia creates the conditions for the realization of healthcare and tasks in strengthening, preserving and restoring health, and coordinating the operation and development of all areas with healthcare goals. Supervision of health conditions is carried out by a local community, which has to connect with other institutions (integration of health, education, economy, politics and other institutions) (ZZVZZ, 1992, 2017; Healthy Community 2018). The local community, that is the municipality and the city, must, in accordance with their rights and obligations, provide citizens with preventive, curative and rehabilitation (ZZVZZ 1992, 2017, article 2), as well as the conditions for the implementation of healthcare in their area (ibid., Article 3). The municipality also implements its tasks in the field of healthcare by formulating and implementing programs for strengthening the health of the population in its area and providing budgetary funds for these programs (ibid., Article 8).

Primary healthcare in the area of the local community is carried out by health centres, which provide health education, counselling, preservation, strengthening and promotion of the health of their citizens, aimed at improving the overall health situation and preventing or slowing down the emergence of risk factors and chronic infectious diseases (Health Care Act, ZZDej, 2005, 2017, Article 7). The task of health professionals in the basic healthcare activity in a particular area is also the integration and cooperation with other healthcare, social care, educational institutions, companies, organizations and individuals for the design and implementation of programs for strengthening, preserving and restoring health (ibid). In order to fulfil the basic task, the health centre must become the centre of planning and implementation of health promotion and prevention programs aimed at preserving and strengthening health. In the context of health promotion, the local community can organize various activities, workshops, lectures, projects and programs that encourage citizens to actively care for their own health. As partners in the promotion of the health of citizens, their work and approach also contributes greatly to schools and teachers, the media, the library, various sports and other societies, and the institutes and working organizations by providing healthy and safe working and recreation conditions (Sušanj, 2007; Klančar, Švab and Kersnik, 2010; WHO 2012; Devjak and Devjak 2013; Zdrava skupnost 2018). The right of the population to participate in the planning and

implementation of health protection at the primary level is also emphasized through the organization of various meetings and consultations (Klančar, Švab and Kersnik, 2010, p. 40). A healthy community is one that provides favourable social and physical conditions for health and is based on the interaction of individuals, groups and organizations. It uses both environmental and cultural resources and various forms of knowledge – from experiential to professional and scientific. It is important that the community systematically collects and analyses data on the effects of its activities on the health of its members, and that it is capable of continuously identifying and evaluating its efforts (Brownson, Baker, Deshpande in Gillespie 2003; Sušanj 2007; Zdrava skupnost 2018).

The health of the individual is related to the so-called determinants of health, which include various factors such as gender, age, genetics, lifestyle, etc. Lifestyle is a typical way of life for an individual and can be influenced directly by him/her. A healthy lifestyle that is shaped under the influence of experience and living conditions from childhood onwards includes a balanced, healthy diet, salt restriction, restrictions on the use of alcoholic beverages, smoking abandonment, the reduction in excessive body weight and regular physical activity (Železnik, Vidnar and Železnik, 2013, Lešnik, 2016; Lešnik et al., 2018), among which the Resolution on the National Program on Diet and Physical Activity for Health (2015) considers healthy nutrition and regular physical activity as one of the key factors for the protection and enhancement of health. Healthy eating and regular physical activity strengthen health in the long term, increase the quality of life and contribute to active and healthy aging. For the preservation of health, the way of thinking, acting and the way of coping with stress is also important. Therefore, the choice of lifestyle also depends on our education, employment prospects and financial status (Lešnik et al., 2018). Health is primarily the responsibility of every individual, but the state, in cooperation with the professionals and with the provision of healthcare, is responsible for creating the conditions that enable us to support a healthy lifestyle (Zdrav življenjski slog 2007, Železnik, Vidnar and Železnik, 2013). The results of several researches show that most diseases can be prevented by reducing risk factors in individuals. Therefore, it is very important that preventive measures are as high and precise as possible. The implementation of various surveys, the monitoring of the state of the population and the knowledge of statistical data on risk factors on the health of an individual are an objective view of the problem. Too often, the other, subjective view that plays an important role both at the level of understanding and at the level of the search for preventive solutions is ignored. The concept of active life is an important concept, as is the optimal realization of the given possibilities that the individual has in the society where he lives (Novak, 2010 and Hvalič Touzery, 2014).

On the basis of six indicators for measuring health risk factors and using multivariate statistical analysis, twenty-five municipalities from the Central Slovenian region were grouped according to similarities. We have created three different groups, where the indicators are characteristics according to which the groups differ from one another and according to which the municipalities within the groups are similar. By

means of non-hierarchical classification, we found that 5 municipalities were listed in the first group, namely the municipality of Borovnica, Dobrova - Polhov Gradec, Ig, Horjul and Šmartno pri Litiji. The second group comprises 11 municipalities, namely Brezovica, Dol pri Ljubljani, Ljubljana, Logatec, Medvode, Mengeš, Škofljica, Velika Lašča, Vodice, Trzin and Log - Dragomer. In the third group, nine municipalities are listed: Dobrepolje, Domžale, Grosuplje, Ivančna Gorica, Kamnik, Lukovica, Moravče, Vrhnika and Komenda.

The municipalities in the first group are characterized by having at least regular and occasional smokers and having the greatest number of traffic accidents with alcoholised agents. The municipalities in the second group, including Ljubljana, are characterized by the highest body fitness of children, the lowest excessive nutrition of children, the highest high risk drinking, the least damaged in transport accidents and the least traffic accidents with alcoholised agents. The third group of municipalities is characterized by the lowest body fitness of children, the highest excessive nutrition of children, the majority of regular and occasional smokers, and the lowest risky drinking. The third group of municipalities has the worst values for indicators that show the risk factors for children and adolescents. Therefore, we can name this group as the municipalities with the highest risk for the health of children and adolescents. The same group of municipalities also has the largest number of regular and occasional smokers, therefore, this group can be referred to as municipalities with the greatest risk factors for the health of citizens.

In order to promote health, the individual must first strive to be assisted by his local community. With the help of health professionals, the local community can make many efforts to promote the health of its citizens: the organization of various activities, workshops, lectures, projects and programs that encourage citizens to actively care for their own health. As partners in the promotion of citizens' health, their work and approach can be greatly assisted by both health centres and individual health professionals, schools and teachers, the media, the library, various sports and other societies, institutions and working organizations by providing healthy and safe working and recreation conditions. We believe that it is very important that the local community provide sufficient additional funding for the primary healthcare level (state resources for quality health services are insufficient, especially in the area of prevention), as well as the means to facilitate and promote a healthy lifestyle.

LITERATURA

1. Brown, C. M., Raglin Bignall, W. J. and Ammerman, R. T. (2018). Preventive Behavioral Health Programs in Primary Care: A Systematic Review. *Pediatrics*, 141, št. 5. Pridobljeno 5. 10. 2018 s svetovnega spleta: http://pediatrics.aappublications.org/content/141/5/e20170611?etoc=&utm_source=TrendMD&utm_medium=TrendMD&utm_campaign=Pediatrics_TrendMD_0.
2. Brownson, R. C., Baker, E. A., Deshpande, A. D. and Gillespie, K. N. (2003). Evidence - based public health. New York: Oxford University press.
3. Devjak, T. and Devjak, S. (2013). Primarno zdravstveno varstvo občanov: partnerstvo med lokalno skupnostjo in zdravstvenimi domovi. *Revija za zdravstvene vede*, 1, št. 1, str. 106–117.

4. Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC (2014). Pridobljeno 7. 10. 2018 s svetovnega spleta: <http://www.hbsc.org/> in http://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbsc_2015_e_verzija30_06_2015.pdf.
5. Hvalič Touzery, S. (2014). Zdravje, počutje in zadovoljstvo z življenjem najstarejših starih v Sloveniji. Teorija in praksa, 51, št. 2–3, str. 264–280.
6. Klančar, D., Švab, I. and Kersnik, J. (2010). Zdravstveni dom – vizija prihodnosti. Zdravstvena varnost, 49, št. 1, str. 37–43.
7. Košmelj, K. and Breskvar Žaucer, L. (2006). Metode za razvrščanje enot v skupine; osnove in primeri. Acta agriculturae Slovenica, 87, št. 2, str. 299–310.
8. Leskovšek, E. (2013). Neenakosti v zdravju. Pridobljeno 7. 10. 2018 s svetovnega spleta: <http://beremziviljenje.si/index.php/neenakosti-v-zdravju>.
9. Lesnik, T., Gabrijelčič Blenkuš, M., Hočevnar Grom, A., Kofol Bric, T. and Zaletel, M. (ur.) (2018). Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize. Ljubljana: NIJZ.
10. Nacionalni inštitut za javno zdravje NIJZ (2018). Zdravje v občini. Opisi kazalnikov. Pridobljeno 7. 1. 2019 s svetovnega spleta: <http://obcine.nijz.si/Dokumenti/pdf/Definicije/Definicije%20kazalnikov.pdf>.
11. Novak, E. (2010). Zdravje in z zdravjem povezan življenjski slog v povezavi z zadovoljstvom z življenjem. Psihološka obzorja, 19, št. 2, str. 19–30.
12. Ranfl, M., Oprešnik, D., Škraban, J., Fištrič, Š. and Pucelj, V. (2018). Učinkovitost skupnostnega pristopa k zdravju v svetu in primeri v Sloveniji. V: Pahor, M. (ur.). Zdrava skupnost (str. 59–81). Ljubljana: NIJZ.
13. Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025 (2015). Pridobljeno 12. 5. 2019 s svetovnega spleta: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO101>.
14. Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010 (2005). Pridobljeno 7. 10. 2018 s svetovnega spleta: www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO38.
15. Sušanj, D. (2007). Promocija zdravja v lokalni skupnosti – vpliv na spremembe vedenja občanov. Koper: Fakulteta za management Univerze na Primorskem.
16. Ustava Republike Slovenije (1991). Pridobljeno 3. 10. 2018 s svetovnega spleta: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=USTA1>.
17. WHO (2012). Pridobljeno 13. 10. 2018 s svetovnega spleta: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/.
18. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (1992, 2006, 2017). Pridobljeno 1. 10. 2018 s svetovnega spleta: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213>.
19. Zakon o zdravstveni dejavnosti (2005, 2017). Pridobljeno 7. 10. 2018 s svetovnega spleta: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO214>.
20. Zdrav življenjski slog (2007). Pridobljeno 7. 10. 2018 s svetovnega spleta: http://www.cpi.si/files/cpi/userfiles/trajnostnirazvoj/07_zdrav_zivljenjski_slog.pdf.
21. Zdrava skupnost. Priročnik za razvoj skupnostnega pristopa k zdravju (2018). Ljubljana: NIJZ.
22. Zdravje v občini (2018). Pridobljeno 1. 10. 2018 s svetovnega spleta: <http://obcine.nijz.si/Dokumenti/pdf/Definicije/Definicije%20kazalnikov.pdf#page=37>.
23. Železnik, U., Vidnar, N. and Železnik, D. (2013). Izberi zdrav življenjski slog – naložbo v prihodnost. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.

Dr. Srečko Devjak, ml., docent na MLC Fakulteti za management in pravo Ljubljana.
E-naslov: dr.s.devjak@gmail.com

Dr. Tatjana Devjak, izredna profesorica na Pedagoški fakulteti Univerze v Ljubljani.
E-naslov: tatjana.devjak@guest.arnes.si

Dr. Sanja Berčnik, asistentka na Pedagoški fakulteti Univerze v Ljubljani.
E-naslov: sanja.bercnik@pef.uni-lj.si