HEVENY SZÍVIZOMINFARKTUSON ÁTESETT BETEGEK HOSSZÚ TÁVÚ ÉLETESÉLYEI A GONDOZÁS ÉS AZ ÉLETMÓDVÁLTÁS JEGYÉBEN

✉ *Dr. Beke Szilvia, Dr. Uzzoli Annamária*

ABSZTRAKT

Hároméves kutatási projektünk a hazai egészségegyenlőtlenségek vizsgálatára épül, amelyben a heveny szívizominfarktus ellátásához való hozzáférés lehetőségeinek és akadályainak feltárása történik meg. Így helyi esettanulmány keretében 2018. első félévében kétlépcsős, félig strukturált interjúk készültek az infarktusellátás releváns, egészségügyi szereplőivel (egészségügyi szakdolgozókkal és betegekkel) Békés megyében. A kutatás eredményei számos információt szolgáltatnak az infarktuson átesett betegek életmódváltására és táplálkozási szokásaira vonatkozóan. A legfontosabb vizsgálati eredmények bizonyították, hogy az egészségügyi, infrastrukturális fejlesztéseknek köszönhetően számottevően javultak a betegség túlélési esélyei az elmúlt években hazánkban, azonban ehhez hosszú távon szükség van a betegek tartós életmódváltására is. Ennek feltételeit nemcsak a rehabilitációs ellátás teremtheti meg, hanem nagy szükség van a betegközeli alapellátás megerősítésére például a non-doktori (nem orvosi) hálózat bővítésén keresztül. Mindezekből következik, hogy a jövőben még nagyobb súlyt kell fektetni az integrált ellátás megvalósítására a hozzáférés javítása érdekében.

Kulcsszavak: egészségegyenlőtlenség, hozzáférés, infarktus, életmód, Békés megye

ABSTRACT

LONG TERM SURVIVAL CHANCE OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN THE LIGHT OF HEALTH CARE AND LIFESTYLE CHANGES

Our three years course research project is based on examining health inequalities in Hungary. The aim of this research is to discover possibilities and barriers of access to health care with the sample of acute myocardial infarction and its health care. The local case study in the first half of 2018 was based on making two stepped semi-structured interviews with relevant stakeholders of infarction care (e.g. health workers, patients) in Békés County. The primary results of this research give many information about lifestyle changes and eating habits of patients with infarction. The most important results could confirm that there were comprehensive infrastructural developments in the Hungarian health care which have increased the survival chances of this disease in the latest years. On the other hand, it also needs patients' long term lifestyle changes. The conditions of long term lifestyle changes can be ensured by rehabilitation care, but it is necessary to strengthen 'patient close' primary health care with e.g. spreading of non-doctoral network. The consequence is to emphasize the integrated health care in the future to improve access to health care.

Keywords: health inequality, access to health care, infarction, lifestyle, Békés County

BEVEZETÉS

Az idült betegségek között a keringési rendszeri kórképek okozzák a halálozások legalább felét a fejlett országokat tömörítő Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) tagállamaiban (1). Köztük leggyakoribbak az iszkémiás szívbetegségek (ISZB), amelyek a szívizom elégtelen vérellátására vezethetők vissza (pl. szívelégtelenségre). Ezek a kórképek magukban foglalják a szívinfarktus és annak szövődményei okozta keringési rendszeri betegségeket is.

Az ún. akut miokardiális infarktus (AMI, heveny szívizominfarktus, heveny szívizomelhalás) jellemző népbetegség az iszkémiás szívbetegségek között, amely napjainkban is a legtöbb halálozást okozza a gazdaságilag fejlett országokban (2). Az elmúlt másfél-két évtizedben nemzetközi és hazai szinten is fontos eredmények születtek a heveny szívizominfarktus visszaszorítása terén. Ezek elsősorban az orvostudomány fejlődésének, az infrastrukturális fejlesztéseknek, az ellátási protokoll megújításának, vagy éppen a preventív kampányoknak köszönhető. Például a perkután koronáriaintervenció (PCI, szívkatéteres tágítás) bevezetésével nemcsak a betegek életesélyei javultak, hanem az infarktus utáni életminőségük is számottevően javult a 15-20 évvel ezelőtti helyzethez képest. A kedvező változások és a javuló tendencia ellenére hazánkban még mindig sokan kapnak infarktust az európai átlagokhoz képest, s viszonylag gyakorinak tekinthető a betegség okozta halálozás is.

Kutatásunkban abból indultunk ki, hogy az ellátáshoz való hozzáférés akadályai hozzájárulhatnak az egészségegyenlőtlenségek fokozódásához (3). Ennek bizonyítására a heveny szívizominfarktus ellátásának jellemzőit vizsgáltuk a hozzáférés szerepén keresztül. Kiválasztásának oka, hogy a heveny szívizominfarktus információhordozó a rövid és a hosszú távú túlélési esélyek terén: a betegség kialakulását követő 7 napon belüli halálozás elsődlegesen a kórházi, sürgősségi ellátásra vezethető vissza, míg a 30 és 365 napos halálozás nagymértékben függ az orvosi utasítások szakmai tartalmától és a betartásuktól, a rehabilitációtól, továbbá a beteg életmódjától és szociális körülményeitől (4).

A kutatás eredményei számos adalékkal szolgálnak az infarktusos betegek életmódjára és táplálkozási szokásaira vonatkozóan, amelyeknek bemutatása e tanulmány fő célkitűzése.

ELMÉLETI HÁTTÉR

Kutatásunk során az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szerepét tanulmányoztuk hazánkban az egészségegyenlőtlenségek alakulásában és területi különbségeiben. Az empirikus vizsgálatok (pl. statisztikai elemzés, interjúkészítés) elméleti megalapozásában alapvetően két fogalom meghatározása történt meg.

Az egészségegyenlőtlenség az egyének és a társadalmi csoportok egészségi állapotában tapasztalható különbségekre és/vagy az egészség meghatározó tényezőinek egyenlőtlen megoszlására vezethető vissza (5). Ez utóbbiak egy része biológiai-genetikai adottságokból (pl. veleszületett rendellenességekből és időskori betegségekből), nagyobb része a társadalmi-gazdasági helyzetből fakad. Például az iskolai végzettség vagy a jövedelemszint alapján számottevő különbségek lehetnek a társadalmi csoportok halálozási viszonyaiban. Tehát az egészségegyenlőtlenségek ama része, amely a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek következménye, méltánytalannak tekinthető, s mérséklésük elsődleges feladat a nemzeti szakpolitikák számára.

A hozzáférés az egészségügyi szolgáltatások, a szolgáltatók és/vagy az intézmények igénybevételét, az azokhoz való hozzáférés feltételeit jelenti (6). Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés az egészségegyenlőtlenségek egyik kiváltó oka. A hozzáférés lehetőségeit és akadályait számos, egyidejűleg ható körülmény és tényező befolyásolja, amelyek a következők lehetnek (7) (8):

- Elérhetőség: a rendelkezésre álló egészségügyi szolgáltatások időbeli és fizikai távolságát jelenti.
- Megfizethetőség: az anyagi-pénzügyi ráfordítás nélkül közvetlenül igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokra utal.
- Elfogadhatóság: a betegjogok érvényesülése alapján értelmezhető.
- Megfelelőség: az ellátási szükségletek és a rendelkezésre álló egészségügyi szolgáltatások közötti összhang alapján lehet meghatározni.

A kutatás elméleti keretei a legfontosabb fogalmak meghatározásával kijelölték az elvégzett vizsgálatok módszertani feltételeit.

CÉLOK ÉS MÓDSZEREK

Hároméves kutatási projektünk a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alap finanszírozásában valósult meg 2016 és 2019 között (K 119574 számú projekt). A kutatás során egyaránt alkalmaztuk a statisztikai adatgyűjtés és feldolgozás, illetve az interjúkészítés módszerét. Tanulmányunkban elsősorban a Békés megyében elvégzett esettanulmány tapasztalatait adjuk közre, de néhány fontosabb eredményt szintén ismertetünk a statisztikai elemzésekből.

A kutatás során nyert eredményeink és tapasztalataink közül e tanulmány keretei között csak azokat ismertetjük, amelyek az infarktuson átesett betegek életmódváltására és táplálkozási szokásaira vonatkoznak. Ezekhez az adatokhoz elsősorban a 2018. április és június között kétlépcsős, félig strukturált interjúk készítése során jutottunk. Az interjúkat Békés megye egészségügyi intézményeiben készítettük, elsősorban Gyulán a Békés Megyei Központi Kórház Pándy Kálmán Tagkórházában, az Országos Mentőszolgálat Békés Megyei kirendeltségén, valamint Gyula város alap- és szakellátási intézményeiben (9). A félig strukturált interjúk az infarktusellátás releváns szereplőivel készültek: 24 fő egészségügyi szakdolgozóval (kardiológussal, belgyógyásszal, mentőtisztt-tel, ápolóval, nővérrel, dietetikussal, gyógytornásszal stb.) és 29 fő infarktuson már legalább egyszer átesett beteggel. A Békés megyei esettanulmány során többek között az alábbi kérdésekre kerestünk választ.

1) Betegek részéről:
   - Elegendő és megfelelően értelmezhető információkat kapnak-e az életmódváltásra vonatkozóan az infarktuson átesett betegek a kórházi tartózkodás alatt?
   - A rehabilitáció során melyek a legfontosabb egyéni tapasztalatok az életmódváltásra vonatkozóan?
   - A kórházi ellátás után hogyan és milyen egészségügyi szolgáltatókhoz fordulhatnak a betegek?
   - Melyek az életmódváltás legnehezebben megvalósítható elemei?
2) Egészségügyi szakemberek részéről:
   - A prevenció területén milyen támogató és akadályoztató tényezők merülnek fel?
   - Az infarktus bekövetkezése után milyen mértékű életmódváltás tapasztalható a betegek részéről?
   - Mennyire vonhatók be a betegek a rehabilitációba, illetve az életmódváltást ez mennyiben segíti?
   - Szükség esetén kihez, és hogyan fordulhatnak a betegek az életmód változtatására vonatkozó kérdéseikkel?
   - Milyen támogató és akadályoztató tényezőkkel kell szembenézni a gondozás területén?

A válaszok feldolgozását elsősorban az infarktusellátás kórházi és gondozási szakaszaihoz kötődően tettük meg. A heveny szívizominfarktus ellátásának mindhárom szakaszában – 1. prehospitális, 2. hospitális sürgősségi, heveny és rehabilitációs ellátás, 3. gondozás az alap- és szakellátásban – a szakmai protokollok alapján egyértelműen meghatározott beavatkozások és terápiák léteznek a közvetlen életveszély elhárítására és az életminőség fenntartására (10). Ezek közül a legtöbb interjútapasztalat a rehabilitációs és a gondozási ellátás tekintetében született, ezért nagyobbrészt erre a két ellátási szakaszra koncentrálunk a tanulmány során.

EREDMÉNYEK

A kutatás első szakaszában elvégzett statisztikai elemzéseink bizonyították, hogy hazánkban a 2000-es évek közepe óta a felére csökkent a heveny szívizominfarktus halálozási aránya. A számottevő javulás ellenére mégis sereghajtók vagyunk az európai országok között, s továbbra is nagy az infarktus okozta betegségek aránya az országban (11). Évente kb. tizenhatezer infarktusesetet regisztrálnak, s ebből általában kb. hatezer eset halálozással végződik (12). A heveny szívizominfarktus okozta halálozás visszaszorítása egy időben zajlott a szívkatéteres központok (PCI-centrumok, hemodinamikai laboratóriumok) számának növelésével. Jelenleg tizenkilenc ilyen központ működik az országban, köztük öt Budapesten (13).

A statisztikai elemzések eredményei kiegészültek a Békés megyében végzett, félig strukturált interjúk tapasztalataival.

Ezek megerősítették, hogy vannak olyan tényezők, amelyek hátráltatják, illetve támogatják az életmódváltás feltételeit az infarktusellátásban.

Különbség volt azonban az egészségügyi szakemberek és a betegek véleményében abban, hogy melyek ezek a legfőbb tényezők. Fontos hangsúlyozni, hogy a Békés megyében végzett interjúkészítés esettanulmányként értelmezhető, bár a legtöbb interjútapasztalat általánosítható az ország infarktusellátására.

Az egészségügyi szakemberek elsősorban a diagnosztikai és a terápiás eljárások fejlődésében látják a javulást, valamint a betegek terápiás együttműködésének javulásában. Ugyanakkor a tartós egészségnyereséget szolgáló életmódváltást is segítő rehabilitáció elhúzódását és a későbbi, nem orvosi hálózat hiányát fontos hátráltató tényezőnek ítélik meg, amely a betegek körében is megjelenik, abban az értelemben, hogy sok esetben csak egyszeri találkozásra van lehetőségük ezekkel a szakemberekkel (pl. táplálkozási és életmódi tanácsadást, valamint mentális segítséget nyújtó szakemberrel vagy gyógytornásszal).

A páciensek elismerik, hogy egészségük megőrzésében fontos szerepük van, azonban úgy vélik, hogy a gondozás során csak egy-egy fókuszpontot emelnek ki, pl. a dohányzásról való lemondást, s ezzel az ember holisztikus megítélése és segítése teljesen háttérbe szorul. A család, a szűkebb és a tágabb környezet mindenképpen támogató szerepű, azonban mindez csak megfelelő szakmai hátterű gondozás mellett érheti el a kívánt eredményt.

Az interjúválaszok egy része – a tartós életmódváltás jegyében – a táplálkozási szokásokra vonatkozott, s ezzel kapcsolatban mindkét vizsgált interjúcsoport egybehangzó véleménye, hogy a szokások szerepe meghatározó. Sőt, valószínűleg a gyulai kórházban használt betegtájékoztató füzetnek, valamint a szakemberek gondozás során elért eredményeinek köszönhetően a páciensek tisztában vannak azzal, hogy az újszerű étkezési szokások kialakítását össze kell kapcsolniuk egyéb életmódbeli változtatásokkal ahhoz, hogy azok hosszú távon az egészségüket szolgálják. Összességében megfigyelhető volt, hogy az infarktussal összefüggő, étkezési szokások megváltoztatásában a zsírszegény és a rostokban gazdag ételekre helyezték a hangsúlyt az interjúalanyok.

A betegek általában elismerték saját felelősségüket a megfelelő étrend kialakításában és betartásában. Egy részük beismerte, hogy hosszú távon nem tudja tartani a diétás szempontokat, míg sokan azt jelezték, hogy ez nem okoz gondot nekik sem anyagilag, sem tudatosságban. Ezzel szemben a megkérdezett egészségügyi szakemberek arról számoltak be, hogy a betegek döntő többsége – *„akaratgyengeségből"*, illetve azért, mert *„sokkal könnyebb gyógyszert szedni"* – nem képes a tartós életmód- és étrendváltásra. Általános tapasztalat volt, hogy a páciensek az anyagi erőforrások hiányát akadályozó tényezőként inkább a gyógyszerkiváltásban látták, de ez a szempont a megfelelő élelmiszerek megvásárlásában kevésbé került előtérbe.

Tény, hogy az egészségügy a rehabilitáció és a gondozás területén fontos eredményeket ért el a páciensek táplálkozási szokásainak átalakításában, de a betegek igénylik a folyamatos tanácsadást. Ezt viszont jelenleg nehezen lehet megoldani a szűkös egészségügyi, emberi kapacitások, valamint a szakszemélyzet túlterheltsége miatt.

MEGBESZÉLÉS

Ugyan kutatásunk az ellátáshoz való hozzáférés szempontjából tanulmányozta a hazai infarktusellátás jellemzőit, mégis számos, hasznos információhoz és ismerethez jutottunk a betegek életmódváltásával kapcsolatban. Az interjúkészítés során szerzett tapasztalataink részben hasonlók néhány, a témában már elvégzett kutatás eredményeihez (14, 15, 16). A páciensek életmódjuk tekintetében a stressz megfelelő kezelését tartják a legnehezebben megoldhatónak, amelyhez legtöbb esetben káros szenvedélyük, a dohányzás is kapcsolódik, s ez látszólag meg is indokolja, hogy miért nem tudnak erről lemondani. Mindkét vizsgált csoport esetében elmondható, hogy a legnagyobb együttműködés a gyógyszeres kezelés betartásában tapasztalható, amelynek fő oka, hogy ez az egyén részéről nem követeli meg a mindennapi rutin megváltoztatását. A gyógyszeres kezelésben kiemelt szerepe van a lipidcsökkentő terápiának, amely az elmúlt idők médiabeli visszhangja miatt a betegekben is számos kérdést vetett fel, ennek ellenére az ellenőrzésekre járó, revaszkularizált betegek körében elfogadhatók voltak a lipidcsökkentő kezelés eredményei (17). Az életmódváltás vonatkozásában is összevetettük eredményeinket más hasonló vizsgálat eredményeivel, amelynek alapján elmondható, hogy (15):

- Egy régebbi vizsgálat során a dohányzásról lemondók aránya mindössze 22%-os volt, s kutatásunk során is mind a szakemberek, mind a betegek ezt érezték a legnehezebben megváltoztathatónak.
- A táplálkozásban erőteljes nemi különbségek figyelhetők meg. A nők könnyebben változtatnak étkezési szokásaikon, mint a férfiak, s ezt a kutatásunk is igazolta.
- A nagyobb betegmintán végzett vizsgálat esetében a Hospital Anxiety and Depression Scale (Kórházi Szorongás és Depresszió Skála) 127 főből 90 főnél jelzett szorongást, depressziót, vagy mindkettőt, míg az általunk készített interjúkban is a betegek a stressz kezelését emelték ki első helyen.
- Mozgásprogram esetében az életkor meghatározó, bár ez az általunk elvégzett interjúkban nem mutatkozott meg nagymértékben.

ÖSSZEFOGLALÁS, KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK

Összefoglalóan megállapítható, hogy az elmúlt években a terápiás lehetőségeknek köszönhetően a heveny szívizominfarktuson átesett betegek életesélyei számottevően javultak, ugyanakkor az egészségi állapot tartós javulása megfelelő prevenciós és a rehabilitációs tevékenység, valamint gondozás nélkül elképzelhetetlen. E tevékenységek struktúrájának kialakítása során kiemelten figyelembe kell venni, hogy a szolgáltatások minél könnyebben és minél korábban elérhetők legyenek, „oda kell vinni" az emberekhez, hiszen ha órákat kell utaznia vagy várnia a kliensnek, akkor az együttműködési készsége, motivációja nagymértékben csökken. Ilyen okoknál fogva a rehabilitációnál előtérbe kell helyezni a korai rehabilitációt, míg a hosszú távú gondozás alapfeltétele a nem orvosi hálózat bővítése, valamint az alapellátásban dolgozó háziorvosok munkájának támogatása. A betegedukáció során az egyéni tanácsadásokon túl hangsúlyozni lehetne a csoportos és nem csak elméleti síkon folyó tréningeket, amelyek az ismereteken túl a közösségben rejlő erőt is mozgósítani tud-

nák. Mindemellett az egyéni tanácsadás során meg kell jelennie a holisztikus szemléletnek, amelynek alapfeltétele, hogy a páciensek betegútját egy multidiszciplináris team segítse és koordinálja. Az egyénre szabott életmód- és étrendtanácsadás, a lakóhelyhez közeli szolgáltatások hozzáférhetővé tétele, valamint a gyakori – legalább havonkénti – konzultáció lehetősége a különböző szakemberekkel (pl. dietetikussal) különösen fontos a táplálkozási szokások átalakításában. Az infarktus utáni, tartós életmódváltás meghatározó eleme a dohányzás elhagyása mellett a „szívbarát" táplálkozási szokások kialakítása, amelyhez megfelelő tudásra és a mindennapokban könnyen alkalmazható, gyakorlati ismeretekre van szükség. Mindezek megteremtése az interszektorális együttműködéseken alapulhat az integrált ellátás keretei között.

A fentiek megvalósulása nagy előrelépést jelentene az ellátáshoz való hozzáférés területén, amely nemcsak a hazai egészségegyenlőtlenségek csökkentését segítené, hanem hosszú távon a halálozási mutatók további javulásához is hozzájárulhatna.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A tanulmány a K 119574 számú projekt támogatásával készült, amely a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alap finanszírozásában valósult meg.

IRODALOM

1. Health at a Glance – Europe 2018. State of Health in the EU Cycle OECD. Paris: OECD Publishing, 2018.
2. World Health Organization. World Health Statistics 2018. Geneva: WHO, 2018.
3. Uzzoli A, Bán A, Beke Sz, Kovai C, Pál V, Vitrai J. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szerepe az egészségegyenlőtlenségekben Magyarországon. [Internet]. [cited 2019 Jan 3]. Available from: https://egeszsegugyihozzaferhetoseg.wordpress.com/.
4. Belicza E, Lam J, Kosa I. Az acut myocardialis infarctus főbb hazai ellátási jellemzői 2005–2009 között az EuroHOPE kutatás eredményei alapján. Orvosi Hetilap, 2016;157(41), 1626–1634.
5. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. Global Health Action, 2015;8. Elérhető: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4481045/
6. Marmot M. The Health Gap. The Challenge of an Unequal World. London: Bloomsbury Press; 2015.
7. Pro-Qaly. Minőség az egészségügyben. [Internet]. [cited 2019 Jan 4]. Available from: http://www.pro-qaly.hu/.
8. Tóth G, Bán A, Vitrai J, Uzzoli A. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szerepe az egészségegyenlőtlenségekben – A szívizominfarktus-megbetegedések és -halálozások területi különbségei. Területi Statisztika, 2018;58(4), 346–379.
9. Beke Sz, Uzzoli A, Bán A, Pál V, Vitrai J. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségei – Békés megyei esettanulmány tapasztalatai. In: Fazekas I. – Kiss E. – Lázás I. szerk. Földrajzi Tanulmányok 2018. Debrecen: MTA DTB Földtudományi Szakbizottság, 2018. 207–209.
10. OEP–EOSZEF. Az ST elevációval járó akut myocardiális infarctus diagnosztikája és kezelése „Finanszírozási protokoll háttéranyaga". Budapest: Országos Egészségbiztosítási Pénztár Elemzési, Orvosszakértői és Szakmai Ellenőrzési Főosztály, 2010.
11. Uzzoli A, Vitrai J, Tóth G. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata az akut miokardiális infarktus okozta halálozás adatainak felhasználásával. Egészségfejlesztés, 2017;58(3), 7–17.
12. NSZR JELENTÉS. Nemzeti Szívinfarktus Regiszter – Éves jelentés a szívinfarktus miatt kezelt betegek ellátásáról. Budapest: Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, 2014.
13. MÉRTÉK Jelentés. Fókuszterület: Szívinfarktus-ellátás. Budapest: ÁEEK, 2017.
14. Nagy V. Háziorvos szerepe a myocardialis infarktus utáni rehabilitációban. Korszerű Kaleidoszkóp, 2017;3(2), 9–12.
15. Halász B, Meixner I. Myocardiális infarctust követő életmódváltást befolyásoló tényezők. Nővér, 2018;31(1), 30–36.
16. Vértes A, Szabados E. Cardiovascularis prevenció – 2016. Orvosi Hetilap, 2016;157(38), 1526–1531. doi: doi.org/10.1556/650.2016.30577.
17. Márk L, Nagy M, Dani Gy, Baranyai Cs, Borbély M, Katona A, Jambrik Z. Akut coronariaszindróma miatt 2015-ben kezelt betegeink lipidcsökkentő terápiája. Orvosi Hetilap, 2018;159(12), 478–484. (https://doi.org/10.1556/650.2018.31022)

FELHÍVÁS

A Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége 2005-ben alapította „Az Év Dietetikusa", „Az Év Dietetikus Csapata" és „Az Év Tudományos Dietetikusa" díjakat, amelyet a legeredményesebben tevékenykedő dietetikus szakembereknek vagy csapatnak ítél oda. A díjak alapításának célja a dietetikusi hivatás és életpálya méltó elismerése, a szakterületen végzett kiemelkedő tevékenység széleskörű megismerése. A szavazásra jelöltek dolgozhatnak terápiás dietetikusként, élelmezésvezetői munkakörben, cégeknél, szervezeteknél, továbbá civil területen, vagy vállalkozóként. A díjak odaítéléséről az MDOSZ elnöksége dönt.

A díj kategóriák:

- **Az Év Dietetikusa**
- **Az Év Dietetikus Csapata**
- **Az Év Tudományos Dietetikusa**

Jelölhetnek:

- végzett dietetikusok és okleveles táplálkozástudományi szakemberek, akik a Szövetség aktív* tagjai
- intézményvezetők
- egy személy, illetve intézmény akár mindhárom díjra adhat le jelölést.

Szempontok a jelöltekkel szemben:

- korábban még egyik kategóriában sem volt díjazott,
- szakterületén végzett eredményes és kiemelkedő dietetikusi munka,
- a tudományos életben való aktív részvétel,
- folyamatos önképzés, szakmai fórumokon való részvétel,
- a pályakezdő dietetikusok munkájának támogatása,
- kiemelkedő publikációs, illetve kutatási tevékenység,
- médiában, közösségi oldalakon történő megjelenés,
- más, figyelemre méltó szakmai eredmény elérése.

Az ünnepélyes eredményhirdetésre és a díjak átadására a Magyar Dietetikusok Országos Szövetségének 2019. szeptember 28-ai „Fenntartható táplálkozás" XXI. Szakmai Konferenciáján kerül sor. A díjazottakat bemutatjuk a szövetség honlapján, valamint az Új DIÉTA szakmai folyóirat soron következő számában.

A szavazás módja:

A szavazatokat az alábbi adatok feltüntetésével kérjük megadni:

- a jelölt(ek) neve(i), a javasolt díj kategória(k) megjelölésével; a jelölt(ek) beosztása, munkahelye,
- a jelölő neve, beosztása, munkahelye,
- indokolás a szempontok figyelembe vétele alapján, legfeljebb 1 A4-es oldal terjedelemben.

A szavazatok beérkezése folyamatos, beadási határideje: 2019. szeptember 1.
A jelöléseket az mdosz@mdosz.hu e-mail-címre várjuk.

*(*2019-évben rendezett MDOSZ-nagydíj)*