

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ



ΕΣΝΕ ΕΘΝΙΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Μεσογείων 2, Πύργος Αθηνών Γ' Κτίριο, Αθήνα 115 27 URL: www.esne.gr, e-mail: esne@esne.gr



Μέλος του Διεθνούς
Συμβουλίου
Νοσηλευτών - ICN



Μέλος της Ευρωπαϊκής
Ομοσπονδίας Συνδέσμων
Νοσηλευτών EFN



Μέλος του Ευρωπαϊκού
Νοσηλευτικού Forum WHO

ΕΣΝΕ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΚΛΟΓΩΝ 2012

Κατά τις Αρχαιρεσίες του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος που πραγματοποιήθηκαν στις 10 Φεβρουαρίου 2012, ενώπιον της Εφορευτικής Επιτροπής που εκλέχθηκε κατά τη Γενική Συνέλευση της 9ης Φεβρουαρίου 2012 αποτελούμενη από τα τακτικά μέλη: **Κυβέλη Ζωγραφάκη, Αγορή Ρόσσιου, Ζωή Αγγελοπούλου, Ιωάννη Κουτελέκο, Ελπίδα Γεωργιάδη** και αναπληρωματικά μέλη: **Ζαμπία Βαρδάκη, Μαρία Αγαπίου**, για την εκλογή του Διοικητικού Συμβουλίου και Εξελεγκτικής Επιτροπής τετραετίας 2012-2016, εκλέχθηκαν, κατά σειρά επιτυχίας...

Περισσότερα στη **σελίδα 3...**

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΝΕΑΝΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ο διαβήτης είναι η πιο γνωστή μεταβολική διαταραχή σε παιδιά και εφήβους και η επίπτωσή του αυξάνεται συνεχώς...

Περισσότερα στη **σελίδα 4...**

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΠΙΚΩΝ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΕ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Η χρήση τοπικών αντιμικροβιακών παραγόντων διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των επιμολύνσεων...

Περισσότερα στη **σελίδα 10...**

ΟΦΕΛΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ ΚΑΙ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την UNICEF ο μητρικός θηλασμός αποτελεί το μοναδικό φυσικό και φυσιολογικό τρόπο σίτισης των βρεφών. Συνιστάται να γίνεται αποκλειστικά τους πρώτους 6 μήνες ζωής...

Περισσότερα στη **σελίδα 9...**

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Τα φαρμακευτικά λάθη αποτελούν την πιο συχνή κατηγορία λαθών που παρατηρούνται στο νοσοκομειακό χώρο, ενώ στην διεθνή βιβλιογραφία ολοένα πληθαίνουν οι μελέτες που αναδεικνύουν τα φαρμακευτικά λάθη σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Η συχνότητα εμφάνισης ενός λάθους αντανάκλα την ποιότητα...

Περισσότερα στη **σελίδα 11...**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Η ΘΛΗΣΘΕΑΣΗ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ
ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΙΝΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ . . 2

ΕΣΝΕ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
ΕΚΛΟΓΩΝ 2012 3

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ
ΣΤΟ ΝΕΑΝΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ 4

1^ο ΠΑΝΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ 7

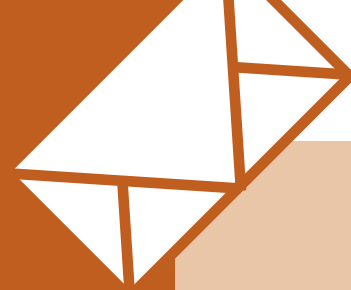
ΟΦΕΛΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ
ΓΙΑ ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ ΚΑΙ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ 9

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΠΙΚΩΝ
ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ
ΣΕ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ
ΗΛΙΚΙΑ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 10

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΜΕΙΩΣΗΣ
ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ
ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ 11

ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗΣ
ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ
ΦΛΕΒΙΚΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΙ ΦΛΕΒΙΚΟΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ
ΚΑΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΜΕΣΑΙΟΥ ΜΗΚΟΥΣ . . 13

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΜΗΤΡΟΥ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ 16



Η ΤΗΛΕΘΕΑΣΗ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Η τηλεόραση αποτελεί σήμερα ένα από τα κύρια μέσα ενημέρωσης, εκπαίδευσης και ψυχαγωγίας, τόσο για τους ενήλικες όσο και για τα παιδιά. Έχει διαπιστωθεί ότι η επίδραση της τηλεθέασης στα παιδιά, θετική ή αρνητική, είναι σημαντική και εξαρτάται από το χρόνο και το είδος των προγραμμάτων που παρακολουθούν. Η παρακολούθηση αρχίζει ήδη από τη νηπιακή ηλικία και αποτελεί την κυριότερη απασχόληση των παιδιών σχολικής και προσχολικής ηλικίας στον ελεύθερο χρόνο τους. Σύμφωνα με αποτελέσματα μελετών τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που παρακολουθούν πολλές ώρες τηλεόραση κυρίες απογευματινές ή βραδινές ώρες με βίαιο περιεχόμενο είναι πιθανό να εμφανίσουν προβλήματα ύπνου. Τα παιδιά στις ΗΠΑ παρακολουθούν περισσότερο από 25 ώρες την εβδομάδα τηλεόραση, περίπου όσο και το σχολείο τους. Μελέτη που έγινε σε παιδιά ηλικίας 3-5 χρόνων έδειξε ότι παρακολουθούν ημερησίως 70 λεπτά τηλεόραση και από αυτά τα 20 είναι μετά τις 7 το βράδυ. Το Εθνικό Κέντρο Μελέτης Ύπνου των ΗΠΑ αναφέρει ότι τα παιδιά σήμερα κοιμούνται λιγότερο και συγκεκριμένα τα βρέφη 90 λεπτά λιγότερο την ημέρα, τα νήπια κατά μέσο δυο ώρες την εβδομάδα λιγότερο ενώ τα παιδιά σχολικής κοιμούνται 4 ώρες λιγότερο την εβδομάδα. Οι συνιστώμενες ώρες ύπνου σύμφωνα με τους ειδικούς επιστήμονες για τον ύπνο είναι 12-14 ώρες για βρέφη και νήπια και 11 με 13 ώρες για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι συνήθειες τηλεθέασης σχετίζονται με προβλήματα στη συμπεριφορά, παχυσαρκία, μειωμένη φυσική δραστηριότητα, και φτωχή επίδοση στο σχολείο. Επίσης είναι τεκμηριωμένο επιστημονικά ότι τα παιδιά που παρακολουθούν προγράμματα με βίαιο περιεχόμενο εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά και προβλήματα στον ύπνο. Μελέτες και κλινικές εμπειρίες σε παιδιά και ενήλικες με προβλήματα ύπνου δείχνουν ισχυρή συσχέτιση με τις συνήθειες τηλεθέασης. Οι γονείς ανέφεραν ότι σε ποσοστό μεγαλύτερο του 25% στα παιδιά τους διαγνώστηκαν προβλήματα ύπνου όπως δυσκολία να αποκοιμηθούν, ροχαλητό, ξύπνημα την νύχτα, εφιάλτες, δύσκολο πρωινό ξύπνημα και υπνηλία κατά την διάρκεια της ημέρας. Η παρακολούθηση τηλεόρασης αργά το απόγευμα και το βράδυ αυξάνει την πιθανότητα προβλημάτων ύπνου ανεξαρτήτου περιεχομένου. Μελέτες δείχνουν ότι το 20% με 43% των παιδιών προσχολικής ηλικίας έχει τηλεόραση στο υπνοδωμάτιο του και αυτό σχετίζεται με περισσότερο χρόνο τηλεθέασης και περισσότερες ταινίες με βίαιο περιεχόμενο τόσο κατά την διάρκεια της ημέρας όσο και αργά το βράδυ.

Σύμφωνα με τις οδηγίες της Αμερικανικής Παιδιατρικής Εταιρείας, τα παιδιά πρέπει να παρακολουθούν μαζί με τους γονείς τους τηλεόραση, προκειμένου οι τελευταίοι να τα βοηθούν να αποκωδικοποιούν τα μηνύματα που δέχονται και να ελέγχουν την ποιότητα των τηλεοπτικών προγραμμάτων, με στόχο την έγκαιρη παρέμβαση, καθώς και το χρόνο παρακολούθησης, που πρέπει να είναι λιγότερο από δύο ώρες την ημέρα.

Η στάση των γονέων φαίνεται να κατέχει πρωτεύοντα ρόλο, καθώς και άλλες μελέτες δείχνουν ότι ο χρόνος τηλεθέασης μειώνεται όταν οι ίδιοι οι γονείς επιλέγουν το πρόγραμμα και τη διάρκεια παρακολούθησης. Ωστόσο, τα περισσότερα παιδιά δηλώνουν ότι αποφασίζουν μόνα τους για το πρόγραμμα της επιλογής τους, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις φαίνεται να παρακολουθούν προγράμματα που προβάλλονται αργά, κυρίως τα Σαββατοκύριακα.

Η αύξηση της τηλεθέασης των γονέων, η πολύωρη παραμονή των παιδιών μόνων στο σπίτι χωρίς επίβλεψη, η έλλειψη ενδιαφερόντων και η μη απασχόληση των παιδιών με δημιουργικές δραστηριότητες τα οδηγεί στην πολύωρη παρακολούθηση τηλεόρασης. Οι παιδίατροι και οι παιδιατρικοί νοσηλευτές θα πρέπει να δώσουν ιδιαίτερη βαρύτητα στην ενημέρωση των γονέων αναφορικά με τις αρνητικές επιπτώσεις της τηλεθέασης στο παιδί.

Οι γονείς έχουν την ευθύνη για την ορθολογική χρήση της τηλεόρασης και πρέπει οι παιδιατρικοί νοσηλευτές ακόμη και κατά την διάρκεια νοσηλείας του παιδιού να τους συμβουλεύουν για τις αρνητικές επιπτώσεις της αυξημένης τηλεθέασης στην υγεία του παιδιού τους. Συγκεκριμένα οι συμβουλές αφορούν την μείωση των ωρών παρακολούθησης, την απαγόρευση παρακολούθησης ταινιών με βίαιο περιεχόμενο, την μη τοποθέτηση συσκευής τηλεόρασης στο υπνοδωμάτιο ή η άμεση απομάκρυνση της σε περίπτωση που υπάρχει. Η προσπάθεια για μείωση της ενασχόλησης των παιδιών με την τηλεόραση μπορεί να φέρει αποτέλεσμα μέσω της ενθάρρυνσής τους να ασχοληθούν και με άλλες δραστηριότητες. Η παρουσία του γονέα δίπλα στο παιδί, η απασχόλησή του και η παροχή εναλλακτικών και δημιουργικών τρόπων ενασχόλησης συμβάλλει στην ανάπτυξη κριτικής σκέψης και προβληματισμού και στη μείωση του χρόνου παρακολούθησης τηλεόρασης.

Η χρήση της τηλεόρασης ως απόρροια του σύγχρονου τρόπου ζωής, στον οποίο κυριαρχεί η τεχνολογία μπορεί να αποτελεί έναν τρόπο απασχόλησης των παιδιών κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου τους, με αδήριτη ωστόσο παράλληλα την ανάγκη για ορθή χρήση της.

Βασιλική Μάτζιου
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

ΕΣΝΕ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΚΛΟΓΩΝ 2012

Κατά τις Αρχαιρεσίες του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος που πραγματοποιήθηκαν στις 10 Φεβρουαρίου 2012, ενώπιον της Εφορευτικής Επιτροπής που εκλέχθηκε κατά τη Γενική Συνέλευση της 9ης Φεβρουαρίου 2012 αποτελούμενη από τα τακτικά μέλη: **Κυβέλη Ζωγραφάκη, Αγορή Ρόσσιου, Ζωή Αγγελοπούλου, Ιωάννη Κουτελέκο, Ελπίδα Γεωργιάδη** και αναπληρωματικά μέλη: **Ζαμπία Βαρδάκη, Μαρία Αγαπίου**, για την εκλογή του Διοικητικού Συμβουλίου και Εξελεγκτικής Επιτροπής τετραετίας 2012-2016, εκλέχθηκαν, κατά σειρά επιτυχίας:

Για τη Διοίκηση

1. **Κυρίτση-Κουκουλάρη Ελένη**
2. **Γιαβασόπουλος Ευάγγελος**
3. **Δούσης Ευάγγελος**
4. **Δημητρέλλης Δημήτριος**
5. **Τσερώνη Μαρία**
6. **Κασνακτσόγλου Γεθσημανή**
7. **Μάτζιου-Μεγαπάνου Βασιλική**
8. **Παπαγεωργίου Δημήτριος**
9. **Μήτσιου Μαρία**
10. **Γιαννακοπούλου Μαργαρίτα**
11. **Γαλάνης Πέτρος**
12. *Ουζούνη Χριστίνα*
13. *Νακάκης Κωνσταντίνος*
14. *Νικολακάκου Αμαλία*
15. *Δοκουσιδίου Ελένη*
16. *Καλεμκεράκης Ιωάννης*
17. *Φούκα Γεωργία*
18. *Πλαστήρα Μαρία*
19. *Σίσκου Όλγα*
20. *Ευστρατίου Φραγκούλα*
21. *Δημητρίου Αγγελική*
22. *Κουτσιλοπούλου Αγορίτσα*
23. *Ραφτόπουλος Βασίλειος*
24. *Τζαφέρη Στυλιανή*

Εκ των ανωτέρω εκλέγονται οι **πρώτοι έντεκα (11) ως τακτικά μέλη**, οι δε επόμενοι έξι (6) ως αναπληρωματικά μέλη.

Για την Εξελεγκτική Επιτροπή

1. **Πέτσιος Κωνσταντίνος**
2. **Πλακίδα Αριστέα**
3. **Συκαράς Χρήστος**
4. *Θεοδωρακοπούλου Ανδριάντα*
5. *Γκιάφης Δημήτριος*

Εκ των ανωτέρω εκλέγονται οι πρώτοι τρεις (3) ως τακτικά μέλη, οι δε επόμενοι δύο (2) ως αναπληρωματικά μέλη.

Μετά από μυστική ψηφοφορία, μεταξύ των 11 νεοεκλεγέντων μελών, στις 17 Φεβρουαρίου 2012, το Διοικητικό Συμβούλιο συγκροτήθηκε σε σώμα ως ακολούθως:

Πρόεδρος:	Κυρίτση-Κουκουλάρη Ελένη
Α' Αντιπρόεδρος:	Γιαβασόπουλος Ευάγγελος
Β' Αντιπρόεδρος:	Δημητρέλλης Δημήτριος
Γενικός Γραμματέας:	Δούσης Ευάγγελος
Ταμίας:	Μάτζιου-Μεγαπάνου Βασιλική
Κοσμήτορας:	Κασνακτσόγλου Γεθσημανή
Μέλη:	Γαλάνης Πέτρος
	Γιαννακοπούλου Μαργαρίτα
	Μήτσιου Μαρία
	Παπαγεωργίου Δημήτριος
	Τσερώνη Μαρία



Προϋποθέσεις Ανάπτυξης Εξειδικευμένου Παιδιατρικού Νοσηλευτή στο Νεανικό Διαβήτη

Ο διαβήτης είναι η πιο γνωστή μεταβολική διαταραχή σε παιδιά και εφήβους και η επίπτωσή του αυξάνεται συνεχώς. Ο νεανικός διαβήτης είναι διαταραχή ορμονικής ανεπάρκειας με σημαντικές επιδράσεις στην υγεία και τον τρόπο ζωής των παιδιών.

Ο γενικός στόχος της φροντίδας των παιδιών και των εφήβων με νεανικό διαβήτη είναι η δυνατότητα να απολαύσουν μια ζωή όσο το δυνατόν πιο ελεύθερη από κλινικές και ψυχοκοινωνικές επιπλοκές λόγω της ασθένειας τους. Επιπλέον, τα παιδιά και οι έφηβοι πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων και υποστηριζόμενοι να διαχειρισθούν το διαβήτη ως τμήμα της καθημερινής ζωής τους.²

Στα παιδιά με νεανικό διαβήτη πρέπει να προσφέρεται, από παιδιατρική διεπιστημονική ομάδα με τις απαραίτητες ικανότητες, η καλύτερη δυνατή παροχή φροντίδας. Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές διαβήτη ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας με τις κατάλληλες δεξιότητες και γνώσεις λειτουργούν αυτόνομα ως συντονιστές, εκπαιδευτικοί, σύμβουλοι, και ερευνητές στην διαχείριση των προβλημάτων των παιδιών με νεανικό διαβήτη και των οικογενειών τους.²

Εξειδίκευση Προσόντα παιδιατρικού νοσηλευτή

Οι νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα σε παιδιά με νεανικό διαβήτη πρέπει να διαθέτουν αναγνωρισμένα τυπικά και ειδικά προσόντα καθώς και εμπειρία στη παροχή φροντίδας.

Οι ανάγκες των παιδιών και εφήβων διαφέρουν σε δυο σημεία από εκείνες των ενηλίκων:

- δεξιότητες επικοινωνίας και συνεργασίας με το παιδί και την οικογένεια και η ψυχολογική υποστήριξη
- Συμμετοχή των γονέων στην φροντίδα προϋποθέτει εξειδικευμένες δεξιότητες εκπαίδευσης και ψυχοσυναισθηματικής υποστήριξης.

Ένα παιδί ή ένας έφηβος με νεανικό διαβήτη έχει συγκεκριμένες ανάγκες φροντίδας που μπορούν να ικανοποιηθούν μόνο από εξειδικευμένο παιδιατρικό νοσηλευτή στον νεανικό διαβήτη. Κάθε νοσηλευτής που αναλαμβάνει ρόλο εξειδικευμένης φροντίδας σε παιδιά & εφήβους πρέπει να έχει ικανότητα σε:

- παροχή νόμιμης και τεκμηριωμένης φροντίδας
- παροχή προστασίας και ασφάλειας
- προώθηση σωματικής-ψυχικής υγείας, αύξησης και ανάπτυξης
- επικοινωνία με παιδιά όλων των ηλικιακών ομάδων, ανάλογη των γνωστικών δυνατοτήτων τους
- κάλυψη ελλείμματος γνώσεων παιδιών και οικογενειών σχετικά με συνθήκες υγιεινής τη θεραπεία τους, τη προσαρμογή τους στη νόσο.^{3,4,5,6}

Επίπεδα εκπαίδευσης νοσηλευτών στο νεανικό διαβήτη

Εξειδικευμένος Νοσηλευτής (specialist nurse). Από κοινού με τα μέλη της παιδιατρικής ομάδας διαβήτη, συντονίζει την φροντίδα των παιδιών και των εφήβων καθώς και των οικογενειών τους εκτιμώντας, αναπτύσσοντας, εκτελώντας και αξιολογώντας προγράμματα ολιστικής φροντίδας.

Εξειδικευμένος Κλινικός Νοσηλευτής (clinical nurse specialist). Από κοινού με άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας διαβήτη, υποστηρίζει την ευρύτερη ανάπτυξη υπηρεσιών για παιδιά με διαβήτη, τις οικογένειες τους και τους επαγγελματίες που εργάζονται με αυτά. Προσδιορίζει τις ανάγκες και τη διευκόλυνση της εφαρμογής των υπηρεσιών, καθορίζοντας ταυτόχρονα τα πρότυπα για τη φροντίδα. Χρησιμοποιεί τη κλινική κρίση για την αυτόνομη λήψη αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα και τη διαχείριση των ασθενών μετά από αξιολόγηση των αναγκών και των προτιμήσεων τους.

Σύμβουλος Νοσηλευτής (consultant nurse). προσφέρει ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο φροντίδας για το νεανικό διαβήτη, χρησιμοποιώντας τη προηγμένη γνώση και τις δεξιότητες ώστε να διαμορφώσει και να αναπτύξει υψηλού επιπέδου συμβουλευτική για προβλήματα σχετικά με τη διαχείριση της νόσου .παιδιατρικές.^{3,4,5,6}

**Πίνακας 1.
Προσόντα Εξειδικευμένου Νοσηλευτή (specialist nurse)**

Επαγγελματικά προσόντα	Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος. Ικανότητα διδασκαλίας. Φροντίδα παιδιών και εφήβων με νεανικό διαβήτη.	Παροχή φροντίδας σε επίπεδο κοινότητας.
Εμπειρία	Ελάχιστος χρόνος εμπειρίας φροντίδας παιδιών και εφήβων με νεανικό διαβήτη δύο έτη. Αποδεδειγμένη εμπειρία νοσηλευτικής διοίκησης. Αποδεδειγμένο ενδιαφέρον για διδασκαλία και παροχή συμβουλών.	Εμπειρία ως παιδιατρικός νοσηλευτής - σύνδεσμος με την ομάδα διαβήτη.
Δεξιότητες	Άριστες δεξιότητες επικοινωνίας. Δεξιότητες διδασκαλίας. Δυνατότητα διεπιστημονικής συνεργασίας. Γνώση ανάπτυξης και εφαρμογής προτύπων, πρωτοκόλλων και ερευνητικών μελετών.	
Άλλα	Οδηγός / ιδιοκτήτης αυτοκινήτου.	

Πηγή: Royal College of Nursing. Services for children and young people: preparing nurses for future roles RCN guidance. Published by the Royal College of Nursing, 20 Cavendish Square, London, 2004 W1G 0RN.

**Πίνακας 2.
Προσόντα Κλινικού Εξειδικευμένου Νοσηλευτή (clinical nurse specialist)**

Επαγγελματικά προσόντα	Μεταπτυχιακό δίπλωμα με θέμα συναφές με το νεανικό διαβήτη.	
Εμπειρία	Ελάχιστο χρόνο εμπειρίας 3 - 5 έτη σε παιδιατρική μονάδα φροντίδας παιδιών με νεανικό διαβήτη.	
Δεξιότητες	Συμμετοχή σε ερευνητικές μελέτες. Εμπειρία και γνώση νοσηλευτικής διοίκησης.	

Πηγή: Royal College of Nursing. Services for children and young people: preparing nurses for future roles RCN guidance. Published by the Royal College of Nursing, 20 Cavendish Square, London, 2004 W1G 0RN.

**Πίνακας 3.
Προσόντα Σύμβουλου Νοσηλευτή (consultant nurse)**

Επαγγελματικά προσόντα	Διδακτορικό δίπλωμα συναφές με το νεανικό διαβήτη.	
Εμπειρία	Ελάχιστος χρόνος εμπειρίας πέντε έτη ως παιδιατρικός κλινικός εξειδικευμένος νοσηλευτής διαβήτη. Μεγάλη εμπειρία στη φροντίδα παιδιών και εφήβων με νεανικό διαβήτη διαφορετικών ηλικιακών ομάδων. Ικανός να γνωρίζει όλους τους τύπους διαβήτη, (τύπου 2, δευτεροπαθής διαβήτη παιδιών και εφήβων σε κυστική ίνωση, νεογνικός, MODY). Αποδεδειγμένη εμπειρία διδασκαλίας. Ικανός να χρησιμοποιήσει διαφορετικές μεθόδους διδασκαλίας σε παιδιά και εφήβους για τη νόσο τους. Αποδεδειγμένη συμμετοχή σε έρευνα. Εμπειρία παροχής υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα.	Εμπειρία παροχής φροντίδας σε όλους τους τύπους διαβήτη, (τύπου 2, δευτεροπαθής διαβήτη παιδιών και εφήβων κυστική ίνωση ή στεροειδή, νεογνικός, MODY).
Δεξιότητες	Αποδεδειγμένες δεξιότητες διδασκαλίας και παρουσιάσεων. Αποδεδειγμένες ερευνητικές δεξιότητες. Δεξιότητες νοσηλευτικής διοίκησης.	

Πηγή: Royal College of Nursing. Services for children and young people: preparing nurses for future roles RCN guidance. Published by the Royal College of Nursing, 20 Cavendish Square, London, 2004 W1G 0RN.

Περιγραφή του ρόλου του εξειδικευμένου νοσηλευτή

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε κάθε επίπεδο εξειδίκευσης περιλαμβάνει:

Ρύθμιση της ινσουλίνης, σύμφωνα με την ηλικία και τις ανάγκες του παιδιού, και τα ανάλογα πρωτόκολλα, επίσης τον έλεγχο της γλυκόζης αίματος (BGM) και υποστηρίζει τα παιδιά και τους εφήβους να αναλάβουν το BGM. Ερμηνεύει τα αποτελέσματα με σκοπό την βελτιστοποίηση της συμμόρφωσης και υποκινεί για περαιτέρω έλεγχο όπως η HbA1c ή τυχαίο δείγμα γλυκόζης αίματος.

Αναλαμβάνει την εξέταση ούρων, υποστηρίζει και αναπτύσσει συγκεκριμένες οδηγίες για τα παιδιά και τους εφήβους ή τις οικογένειές τους για να εκτελούν την εξέταση ούρων. Ερμηνεύει τα αποτελέσματα και αξιολογεί άλλες παραμέτρους συμπεριλαμβανομένης της γλυκόζης αίματος.

Παρέχει διαιτητική υποστήριξη, παρέχει βασικές συμβουλές και πληροφορίες για τα απαραίτητα στοιχεία κατάλληλης διατροφής. Αναφέρεται σε άλλους επαγγελματίες ανάλογα με την περίπτωση. Γνωρίζει τις αρχές της διαιτητικής διαχείρισης, ενισχύοντας τις πληροφορίες / διδασκαλία από τον διαιτολόγο και έχει την δυνατότητα να αντικαταστήσει τον διαιτολόγο σε περίπτωση ανάγκης για να βελτιώσει τον γλυκαιμικό έλεγχο.

Διαχείριση των επιπλοκών όπως της υπογλυκαιμίας. Αναγνωρίζει τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας και δρα συμβουλευόμενος παιδιά και γονείς για τις πιθανές αιτίες της υπογλυκαιμίας και τους μηχανισμούς ανάπτυξης έτσι ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος επανάληψης. Ρυθμίζει τη διαχείριση ανάλογα με την περίπτωση και σύμφωνα με πρωτόκολλα.

Διαβητική κετοξέωση. Αναγνωρίζει τη διαβητική κετοξέωση και δρα συμβουλευόμενος παιδιά και γονείς για πιθανές αιτίες και μηχανισμούς ανάπτυξης ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος επανάληψης.

Τρόπος ζωής. Αναλαμβάνει προσχεδιασμένες δραστηριότητες εξατομικευμένης φροντίδας, συμμετέχει στις κλινικές παρεμβάσεις, ο νοσηλευτής υποστηρίζεται από τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας διαβήτη. Ενθάρρυνση παιδιών /εφήβων, οικογένεια / γονείς με διδασκαλία σε βασικές τεχνικές, γνώσεις για την θεωρητική κατανόηση της αυτοδιαχείρισης, συμπεριλαμβανομένου του BGM και άλλων ενεργειών όπως η ρύθμιση ινσουλίνης και την επίδραση της άσκησης στη γλυκόζη αίματος.

Παροχή συμβουλών σε παιδιά, εφήβους, γονείς και οικογένειες για μακροπρόθεσμες εκβάσεις υγείας, που στηρίζονται σε προ - καθορισμένες οδηγίες / πρωτόκολλα και πολιτικές. Αναφέρεται και συνεργάζεται με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας διαβήτη.

Ανάπτυξη κλινικής πρακτικής και υπηρεσιών

Εργάζεται ανεξάρτητα και ενεργεί ως πρότυπο ρόλου για το υπόλοιπο προσωπικό σχετικά με τη παροχή εξατομικευμένης φροντίδας.

Συνεργάζεται με την διεπιστημονική ομάδα διαβήτη ως νοσηλευτής σύνδεσμος. Προωθεί θέματα σχετικά με την πολιτική, τα πρότυπα και τις στρατηγικές παροχής φροντίδας και διαχείρισης των παιδιών με νεανικό διαβήτη.

Πηγή: Royal College of Nursing. Services for children and young people: preparing nurses for future roles RCN guidance. Published by the Royal College of Nursing, 20 Cavendish Square, London, 2004 W1G 0RN.

Αναλογία νοσηλευτών/ασθενών

Σε μια παιδιατρική ομάδα διαβήτη, οι ειδικοί νοσηλευτές θα διαχειριστούν συνήθως τα παιδιά και τους εφήβους με νεανικό διαβήτη από τη γέννηση μέχρι τη μετάβαση σε ενήλικες υπηρεσίες. Ο αριθμός των παιδιών με νεανικό διαβήτη και η στελέχωση της ομάδας εργασίας με ειδικούς νοσηλευτές πρέπει να καθοριστεί σαφώς και να αναθεωρείται τακτικά.

Πρέπει να υπολογίζονται:

- κριτήρια επιλογής για την αποδοχή ή τον προσανατολισμό των νοσηλευτών
- τύπους υπηρεσιών που προσφέρονται όπως οι κατ'οίκον επισκέψεις, σχολικές επισκέψεις, κατευθυντήριες οδηγίες
- προσφορά υπηρεσιών εκτός τριτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας
- ο πληθυσμός που εξυπηρετείται, συμπεριλαμβανομένης της γεωγραφικής περιοχής, του αριθμού παιδιών με νεανικό διαβήτη, όρια ηλικίας
- κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που έχουν επιπτώσεις στην ομάδα ασθενών στη περιοχή.

Το 1993, με αναθεώρηση που ανέλαβε η παιδιατρική ομάδα φροντίδας διαβήτη του RCN, παρουσίασε ένα μέσο όρο 137 παιδιών ανά νοσηλευτή και η περιοχή που καλύφθηκε ήταν μέχρι 30 τετραγωνικά μέτρα. Το 1998 συστήθηκε ο μέγιστος αριθμός παιδιών για κάθε νοσηλευτή ειδικό να είναι τα 100 παιδιά. Από τότε ο ρόλος του παιδιατρικού νοσηλευτή διαβήτη έχει αλλάξει, με συστάσεις για έμφαση στην ενδυνάμωση μέσω της εκπαίδευσης και τα πρωτόκολλα ινσουλινοθεραπείας. Κατά συνέπεια, το RCN συστήνει ένα μέγιστο 70 ασθενών ανά νοσηλευτή.

Αυτός ο αριθμός πρέπει να μειωθεί όταν ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος:

- αγροτικής περιοχής και απαιτείται πολύωρο ταξίδι
- τομέα υψηλού ποσοστού στέρησης και ένδειας
- περιοχών όπου υπάρχουν μεγάλα κοινωνικά προβλήματα π.χ. με πολλούς πρόσφυγες
- περιοχών όπου υπάρχει εμπόδιο όσο αφορά στην γλώσσα

Ο αριθμός των παιδιών θα μειωθεί όταν ο νοσηλευτής έχει πρόσθετες ευθύνες. Όπου υπάρχει μόνο ένας νοσηλευτής που ειδικεύεται στο νεανικό διαβήτη θα απαιτήσει την κάλυψη και την επαγγελματική υποστήριξη από τους παιδιατρικούς κοινοτικούς συναδέλφους ή και ειδικούς νοσηλευτές ενηλίκων με διαβήτη.^{2,7}

Πρότυπα πρακτικής

Τα πρωτόκολλα και οι οδηγίες που χρησιμοποιούνται για να υποστηρίξουν τη διαχείριση νεανικού διαβήτη πρέπει να είναι σύμφωνα με το εθνικό σύστημα υγείας καθώς επίσης και πρότυπα για υπηρεσίες που προσφέρονται στα παιδιά. Τα πρωτόκολλα και οι οδηγίες που χρησιμοποιούνται ή αναπτύσσονται πρέπει να καλύψουν όλες τις πτυχές του ρόλου των ειδικών νοσηλευτών διαβήτη. Πρέπει επίσης να είναι σύμφωνα με τον οργανισμό και να αναθεωρούνται τακτικά. Τα πρότυπα πρακτικής παρέχουν ένα μηχανισμό για συγκριτικές μετρήσεις επιδόσεων ή και για σύγκριση της πρακτικής ως τμήμα των κλινικών ευθυνών του νοσηλευτή.^{9,10}

**Βλαχιώτη Ευφροσύνη, Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD(ε),
Γραφείο Εκπαίδευσης, ΓΝΠΑ «Η Αγία Σοφία»**

Βιβλιογραφία

1. Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN) Management of diabetes (Section 2 children and young people with diabetes), 2001, Edinburgh: SIGN. Available from: www.sign.ac.uk.
2. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Type 1 diabetes: diagnosis and management of Type 1 diabetes in children and young people, 2004 London: RCOG Press. Available from: www.nice.org.uk.
3. Royal College of Nursing. Preparing nurses to care for children and young people: summary position statement by the RCN Children and Young People Field of Practice, 2003, London: RCN. Publication code 001 997.
4. Bristol Royal Infirmary. Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995, 2001, Bristol: BRI. Available from: www.bristol-inquiry.org.uk.
5. Available from: www.rcn.org.uk Royal College of Nursing. Services for children and young people: preparing nurses for future roles, 2004a, London: RCN. Publication code 002 454. Available from: www.rcn.org.uk.
6. Royal College of Nursing. Paediatric diabetes: RCN guidance for newly appointed nurse specialists, 2004b, London: RCN. Publication code 002 474. Available from: www.rcn.org.uk.
7. Nursing & Midwifery Council (2004) The NMC code of professional conduct, London: NMC. Available from: www.nmc-uk.org.
8. Department of Health. National Service Framework for long-term conditions, London: DH., 2005a. Available from: www.dh.gov.uk.
9. Department of Health. Improving Diabetes Services - the NSF two years on, London: DH., 2005b. Available from: www.dh.gov.uk.
10. Nursing & Midwifery Council. Guidelines for records and record keeping, London: NMC., 2005. Available from: www.nmc-uk.org.
11. Counter Fraud and Security Management Service. 'Not alone': a guide for the better protection of lone workers in the NHS, London: CFSMS, 2005. Available from: www.cfsms.nhs.uk.
12. Royal College of Nursing. Preparing nurses to care for children and young people: summary position statement by the RCN Children and Young People Field of Practice, London: RCN. Publication code 001 997, 2003. Available from: www.rcn.org.uk.

1^ο ΠΑΝΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πραγματοποιήθηκε στις 1-2 Δεκεμβρίου 2011 το 1^ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Παιδιατρικής Νοσηλευτικής (1st PNAE Congress on Paediatric Nursing) στην Κωνσταντινούπολη με ιδιαίτερη επιτυχία. Διοργανωτής ήταν η Ευρωπαϊκή Ένωση Παιδιατρικών Νοσηλευτών (Paediatric Nurses' Associations of Europe) της οποίας ο Παιδιατρικός Τομέας του Ε.Σ.Ν.Ε. αποτελεί ιδρυτικό μέλος. Στόχος του Συνεδρίου ήταν η συνένωση των δυνάμεων σε ευρωπαϊκό επίπεδο με σκοπό την ενίσχυση της ασφαλούς και ποιοτικής παιδιατρικής νοσηλευτικής φροντίδας, διαμέσου επιστημονικών διαλέξεων οι οποίες ανέδειξαν τη σημασία της εξειδικευμένης παιδιατρικής νοσηλευτικής φροντίδας, η οποία απαιτεί υψηλό θεωρητικό επίπεδο και σύγχρονες κλινικές δεξιότητες.

Η συμβολή του Παιδιατρικού Τομέα ήταν καθοριστική καθώς Πρόεδρος της Επιστημονικής Επιτροπής ήταν η Δρ. Βασιλική Μάτζιου, Σύμβουλος του Τομέα, ενώ και τα υπόλοιπα μέλη του Τομέα αλλά και συνεργάτες αποτέλεσαν μέλη τόσο της Επιστημονικής όσο και της Οργανωτικής Επιτροπής. Επιπλέον, η συμμετοχή των Ελλήνων Νοσηλευτών ήταν εντυπωσιακή με ενδιαφέρουσες εισηγήσεις (47 ελεύθερες ανακοινώσεις, 45 αναρτημένες) και σημαντικό αριθμό συνεδρων (180 σύνεδροι). Ενώ, τον Ε.Σ.Ν.Ε. εκπροσώπησαν μεταξύ άλλων η πρόεδρος κα Ε. Κυρίτση και ο Γεν. Γραμματέας κος Ε. Δούσης. Περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τα μέλη των Επιτροπών του Συνεδρίου μπορείτε να βρείτε στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.pnae-congress.org>.

Σημειώνεται ότι το Συνέδριο αυτό πραγματοποιήθηκε παράλληλα με το Excellence in Pediatrics που διοργανώθηκε από την Ευρωπαϊκή Παιδιατρική Εταιρεία (EPA/UNESPA) υπό την προεδρεία του καθηγητή κ Ανδρέα Κωνσταντόπουλου, ο οποίος

προσκάλεσε τη συμμετοχή του PNAE. Για την ιστορία η πρωτοβουλία ανήκει στον Παιδιατρικό Τομέα μετά από πρόταση της Δρ Β. Μάτζιου, η οποία έτυχε ενθουσιώδους αποδοχής από τη Συντονιστή του PNAE κα Fiona Smith, η οποία ανέλαβε την προεδρεία της Οργανωτικής Επιτροπής. Τέλος, η επιτυχία του συνεδρίου δεν θα ήταν εφικτή χωρίς την αρμονική συνεργασία με την τοπική οργανωτική επιτροπή της οποίας επικεφαλής ήταν η Δρ. Ayse Ferda Ocakç?, Καθηγήτρια Παιδιατρικής Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου του Μαρμαρά.

Το Επιστημονικό Πρόγραμμα του Συνεδρίου κάλυψε ένα ευρύ πεδίο δράσης της παιδιατρικής νοσηλευτικής, Πιο συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκαν στις δύο ημέρες του συνεδρίου συνολικά 3 στρογγυλά τραπέζια, 6 διαλέξεις από διακεκριμένους παιδιατρικούς νοσηλευτές από όλη την Ευρώπη, ένα κλινικό φροντιστήριο με θεματολογία σχετική με την ποιότητα της δημοσιευμένων εργασιών, ενώ αναπτύχθηκαν και 10 θεματικές ενότητες με συνολικά 47 ελεύθερες εισηγήσεις. Εντυπωσιακός ήταν και ο αριθμός των αναρτημένων ανακοινώσεων οι οποίες έφθασαν τις 45 και οι οποίες παραμένουν ηλεκτρονικά ελεύθερα προσβάσιμες στην παρακάτω ιστοσελίδα <http://www.pnae-congress.org/node/1372>. Ενώ οι περιλήψεις των εργασιών δημοσιεύτηκαν στο τεύχος Δεκεμβρίου του Επιστημονικού Περιοδικού Acta Paediatrica (Volume 100, Issue Supplement s463, pp 1-138).

Ενδεικτικά αναφέρονται κάποιες από τις σημαντικότερες διαλέξεις του Συνεδρίου:

- Assessing children's pain (Joan Simons, UK)
- Family Centered Care in Practice (Foteini Mavridi, GREECE)
- Family centered care: Opportunities and constraints (Immacolata Dall'Oglio, ITALY)
- Family-centered care in critical care units (Jos Latour, THE NETHERLANDS)
- Health of Turkish children and nursing education in Turkey (Ayse Ferda Ocakç?, TURKEY)
- Moral and ethical dilemmas in neonatal and paediatric nursing (Neil Marlow, UK)
- Obstipation in children, the Belgium way (Anne Marie Bangels, BELGIUM)
- Psycho-social nursing care of pediatric oncology patients (Duygu Gozen, TURKEY)
- Reflective practice in paediatric nursing: A valuable tool for professional development (Margarita Giannakopoulou, GREECE)
- Researching medicines for children-making a difference and providing better care (Margaret Fletcher, UK)
- Restriction of VRE in children with cancer (Evangelos Dousis, GREECE)
- Symptom management of children with cancer (Sevcan Atay, TURKEY)
- The negotiation of care and the involvement of parents (Simona Calza, ITALY)
- The Paediatric nurse in Europe (Fiona Smith, UK)
- Tools for the evaluation of mucositis and guidelines for the prevention and treatment of mucositis in children and adolescents with cancer (Pantelis Perdikaris, GREECE)
- Writing for Publication (Christine Walker, UK)

Αναφορικά με τη συμμετοχή στο συνέδριο ο συνολικός αριθμός των συνέδρων πλησίασε τις 180 (με το 10% αυτών να είναι μεταπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής) από 22 χώρες (Βέλγιο, Κροατία, Δανία, Εσθονία, Ελλάδα, Ινδία, Ιράκ, Ιρλανδία, Ιταλία, Ιαπωνία, Ολλανδία, Νορβηγία, Πορτογαλία, Κατάρ, Ρωσία, Σερβία, Σλοβακία, Σουηδία, Τουρκία, Ηνωμένο Βασίλειο, ΗΠΑ). Η Ελλάδα (35 σύνεδροι), η Τουρκία (28 σύνεδροι), το Ηνωμένο Βασίλειο (12 σύνεδροι) και η Ιταλία (10 σύνεδροι) ήταν οι χώρες με τη μεγαλύτερη συμμετοχή.

Μια θετική ακόμη συμβολή του συνεδρίου ήταν η προσφορά στους συμμετέχοντες ανάπτυξης ενός δικτύου επικοινωνίας και συνεργασίας τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Το συνέδριο έκλεισε με την ομιλία του κ. Κωνσταντίνου Πέτσιου, Προέδρου του Παιδιατρικού Τομέα και Αναπληρωτή Συντονιστή του PNAE, ο οποίος ευχαρίστησε όλους όσους συνεργάστηκαν για την οργάνωση του συνεδρίου και τόνισε τη σημασία της συνεργασίας σε ευρωπαϊκό επίπεδο για τη βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας σε επίπεδο εκπαίδευσης αλλά και κλινικής πράξης. Παράλληλα πραγματοποιήσε μια σύντομη αναδρομή στην ιστορία του PNAE και ανακοίνωσε τη λήξη του συνεδρίου.

Η διοργάνωση του συνεδρίου αποτέλεσε την αρχή της συνεργασίας μεταξύ της Ευρωπαϊκής Ένωσης Παιδιατρικών Νοσηλευτών (PNAE) και της Ευρωπαϊκής Παιδιατρικής Εταιρείας (EPA) για την παράλληλη διοργάνωση συνεδρίων σε ευρωπαϊκό επίπεδο ανά διετία, με το επόμενο να διοργανώνεται στις 5-6 Ιουνίου 2013 στη Γλασκώβη παράλληλα με το 6ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Παιδιατρικής (6th Euroaediatics Congress). Ευελπιστούμε ότι η ελληνική παρουσία θα συνεχίσει να είναι δυναμική στα ευρωπαϊκά δρώμενα και ο Παιδιατρικός Τομέας δεσμεύεται ότι θα δώσει «ηχηρό παρόν».

Για τον Παιδιατρικό Τομέα του ΕΣΝΕ

Ο Πρόεδρος

Δρ Κωνσταντίνος Πέτσιος



ΟΦΕΛΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ ΚΑΙ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την UNICEF ο μητρικός θηλασμός αποτελεί το μοναδικό φυσικό και φυσιολογικό τρόπο σίτισης των βρεφών. Συνιστάται να γίνεται αποκλειστικά τους πρώτους 6 μήνες ζωής, ενώ πρέπει να συνεχίζεται για ένα με δύο έτη ή όσο θελήσει η μητέρα και το παιδί.

Το μητρικό γάλα διακρίνεται στο πύαρ ή αλλιώς πρωτογάλα, στο μεταβατικό γάλα που παράγεται την τρίτη με έβδομη ημέρα μετά τον τοκετό και στο ώριμο γάλα. Η μοναδική του αναλογία σε λευκώματα, λίπη, υδατάνθρακες, άλατα, βιταμίνες, ορμόνες, αυξητικούς παράγοντες, αντισώματα και αντιφλεγμονώδεις παράγοντες το καθιστούν αναντικατάστατη τροφή για το βρέφος.

Τα οφέλη του μητρικού θηλασμού είναι άμεσα για το βρέφος και τη μητέρα ενώ οι έρευνες έχουν δείξει πως ο μητρικός θηλασμός έχει μακροπρόθεσμα οφέλη και παράλληλα συντελεί στην ευημερία του κοινωνικού συνόλου. Στον παρακάτω Πίνακα αναφέρονται τα κυριότερα οφέλη του μητρικού θηλασμού.

ΟΦΕΛΗ ΓΙΑ ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ

Στο νεογέννητο:

- Αύξηση επιβίωσης πρόωρων
- Εγκατάσταση φυσιολογικής χλωρίδας του εντέρου και αποβολή μηκωνίου
- Καλύτερη ανάπτυξη ανοσοποιητικού συστήματος

Στο βρέφος:

- Σωματική ανάπτυξη
- Προστασία από λοιμώξεις και νοσήματα όπως ωτίτιδες, πνευμονία, διάρροιες.
- Πρόληψη αλλεργιών
- Πρόληψη αναιμιών
- Μείωση κινδύνου εμφάνισης Συνδρόμου Αιφνιδίου Θανάτου
- Άσηπτες συνθήκες σίτισης και σωστή θερμοκρασία χορηγούμενου γάλακτος
- Ηρεμία βρέφους
- Ανάπτυξη δεσμού μεταξύ μητέρας και βρέφους

Μακροπρόθεσμα:

- Αύξηση του δείκτη νοημοσύνης
- Μείωση περιστατικών νεανικού διαβήτη, άσθματος
- Ελάττωση συχνότητας παιδικού καρκίνου
- Μείωση της τερηδόνας
- Πρόληψη της παχυσαρκίας
- Πρόληψη για κίνδυνο στεφανιαίας νόσου

ΟΦΕΛΗ ΓΙΑ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

Άμεσα:

- Ταχεία παλινδρόμηση της μήτρας μετά τον τοκετό
- Αίσθημα ολοκλήρωσης της μητέρα και ψυχική ηρεμία
- Εύκολη απώλεια βάρους
- Ευκολία στη σίτιση του βρέφους
- Οικονομία

Μακροπρόθεσμα:

- Προστασία από καρκίνο του μαστού
- Μείωση της συχνότητας καρκίνου του ενδομτρίου
- Προστασία από οστεοπόρωση

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα του βρέφους και της μητέρας. Υπάρχουν, όμως συγκεκριμένες καταστάσεις κατά τις οποίες δεν επιτρέπεται η μητέρα να θηλάσει. Σε περιπτώσεις μητέρων νοσούντων από Ηπατίτιδα Β ή C, ενεργού φυματίωσης και φορέων ιού HIV αντενδεικνύεται ο μητρικός θηλασμός. Επίσης, ορισμένες ουσίες που λαμβάνει η μητέρα και περνούν στο μητρικό γάλα αποτελούν αντένδειξη μητρικού θηλασμού όπως είναι οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες ενώ σε ορισμένα φάρμακα αντενδεικνύεται ο θηλασμός κατά τη διάρκεια της θεραπείας αλλά επιτρέπεται μετά το τέλος της αγωγής. Τέλος, ο θηλασμός δεν συνιστάται σε μητέρες χρηστές ναρκωτικών ουσιών, και ουσίες όπως η νικοτίνη και το αλκοόλ πρέπει να αποφεύγεται για όσο χρονικό διάστημα η μητέρα θηλάζει.

Μπουτοπούλου Βαρβάρα Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD(c),
MENN Π.Γ.Ν. Αττικόν

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΠΙΚΩΝ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΕ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Η χρήση τοπικών αντιμικροβιακών παραγόντων διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των επιμολύνσεων και κατ' επέκταση στην επούλωση της εγκαυματικής επιφάνειας.

Διεξήχθη μελέτη με σκοπό την σύγκριση της χρήσης της ιωδιούχου ποβιδόνης 10% και του σουλφαδιαζινικού αργύρου 1%, όσον αφορά το βαθμό επιθηλιοποίησης, την πρόληψη των επιμολύνσεων, τις οργανικές επιπτώσεις εφαρμογής τους, καθώς και την ένταση του πόνου κατά την εφαρμογή τους σε παιδιατρικούς εγκαυματικούς ασθενείς.

Το δείγμα αποτελέσαν 48 παιδιά ηλικίας έως 24 μηνών που εισήχθησαν για έγκαυμα μερικού πάχους από επαφή με θερμική πηγή ή καυτά υγρά. Κάθε παιδί που εκπλήρωνε τα κριτήρια εισόδου κατανεμόταν με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας α) στην ομάδα που εφαρμοζόταν το πρωτόκολλο θεραπείας για την ιωδιούχο ποβιδόνη 10%, ή β) στην ομάδα που εφαρμοζόταν το πρωτόκολλο θεραπείας για το σουλφαδιαζινικό άργυρο 1%.

Κατά την εισαγωγή καταγράφονταν δημογραφικά στοιχεία που αφορούσαν τη βαρύτητα του εγκαύματος και τις συνθήκες του συμβάντος. Την ώρα εισαγωγής (0) καθώς και τις ημέρες 1, 4, 7, 10, 14, 21, 30 καθώς και στους 3½ και 6½ μήνες: α) πραγματοποιούταν επισκόπηση της εγκαυματικής επιφάνειας και καταγραφή χρησιμοποιώντας κλίμακα από το 1-5 από δύο ανεξάρτητους παρατηρητές όσον αφορά την επιθηλιοποίηση, μόλυνση και επούλωση του τραύματος και β) λαμβάνονταν εργαστηριακές εξετάσεις (γενική αίματος, βιοχημικές και θυρεοειδικές εξετάσεις, ανοσοσφαιρίνες και συμπλήρωμα, γενική ούρων, καλλιέργειες εγκαυματικής επιφάνειας). Σε κάθε αλλαγή τραύματος και 3 ώρες μετά αξιολογούταν η ένταση του πόνου του παιδιού με τη βοήθεια της κλίμακας μέτρησης πόνου POCIS από τον ερευνητή-νοσηλεύτη.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 17,3 μήνες ($\pm 5,8$ μήνες). Στο 54,2% των παιδιών (N=26) χρησιμοποιήθηκε ως τοπική θεραπεία σουλφαδιαζινικός άργυρος 1% και στο υπόλοιπο 45,8% ιωδιούχος ποβιδόνη 10% (N=22). Τα κυριότερα μικρόβια που εντοπίστηκαν στις καλλιέργειες εγκαυματικής επιφάνειας και στις δύο ομάδες ήταν ο *staph. aureus* (8,6%), ο *enterococcus faecalis* (3,9%), *streptococcus sp* (1,2%), το *enterobacter cloacae* (1,2%) και η *escherichia coli* (1,2%) οι διαφορές όμως μεταξύ των δύο ομάδων δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές ($p=0,100$). Όσον αφορά τις καλλιέργειες αίματος στο 40% των περιπτώσεων στην ομάδα της ιωδιούχου ποβιδόνης υπήρξαν θετικές, σε αντίθεση με

την ομάδα του σουλφαδιαζινικού αργύρου όπου καμία δε βρέθηκε θετική. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις ημέρες νοσηλείας μεταξύ των δύο ομάδων ($12 \pm 6,1$ ημέρες για την ομάδα ιωδιούχου ποβιδόνης και $13,7 \pm 8,8$ ημέρες για την ομάδα σουλφαδιαζινικού αργύρου, $p=0,453$). Οι παράμετροι «οίδημα», «εκκρίσεις», «δυσσομία», «κνησμός», «ερυθρότητα» και «φυσαλίδες» βρέθηκαν να συσχετίζονται ανεξάρτητα μόνο με το βάθος του εγκαύματος ($p<0,001$). Όσον αφορά την παράμετρο «επιθηλιοποίηση» βρέθηκε ότι το βάθος του εγκαύματος μπορεί να μειώσει το ρυθμό επιθηλιοποίησης ($p<0,001$), ενώ οι παράμετροι «ποιότητα κοκκώδους ιστού» και «ουλώδης ιστός» ουσιαστικά δε βρέθηκε να επηρεάζονται από το βάθος και την έκταση του εγκαύματος ($p=0,651$ και $p=0,649$ αντίστοιχα). Επιπλέον, ο βαθμός επιθηλιοποίησης των παιδιών με επιπολής εγκαύματα ήταν σημαντικά χαμηλότερος στην ομάδα της ιωδιούχου ποβιδόνης 10% σε σύγκριση με την ομάδα του σουλφαδιαζινικού αργύρου ($p=0,022$). Αντίθετα, ο βαθμός επιθηλιοποίησης των παιδιών με εν τω βάθει 2ου βαθμού εγκαύματα δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των 2 ομάδων ($p=0,783$). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στο σκορ έντασης του πόνου τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά την εφαρμογή ($p=0,230$).

Σχετικά με τα αποτελέσματα των μονομεταβλητών αναλύσεων έχοντας σαν εξαρτημένες μεταβλητές τις εργαστηριακές εξετάσεις και σαν ανεξάρτητη την ομάδα θεραπείας οι παράμετροι που βρέθηκαν να είναι σημαντικά διαφορετικές μεταξύ των δύο ομάδων ήταν τα λευκά αιμοσφαίρια ($p<0,001$), τα αιμοπετάλια ($p=0,035$), οι τρανσαμινάσες ($p=0,01$ και $p<0,001$ αντίστοιχα) και η T4 ($p=0,025$). Αντιθέτως, το βάθος του εγκαύματος φαίνεται να παίζει ρόλο στις τιμές των λευκών ($p=0,008$) και των ερυθρών αιμοσφαιρίων ($p=0,030$).

Όσον αφορά την πορεία των εργαστηριακών μετρήσεων συνολικά στο χρόνο υπήρξε μείωση των λευκών ($p=0,002$), η οποία όμως δεν ήταν σημαντικά διαφορετική μεταξύ των ομάδων ($p>0,05$). Όσον αφορά τις τιμές των τρανσαμινάσων και της γGT συνολικά στο χρόνο υπάρχει σημαντική μεταβολή μόνο της SGOT ($p=0,050$), η οποία όμως δεν είναι σημαντικά διαφορετική μεταξύ των ομάδων ($p>0,05$). Συνολικά στο χρόνο δεν παρατηρείται σημαντική μεταβολή των ολικών λευκωμάτων ($p=0,203$), όμως η μεταβολή τους βρέθηκε να είναι σημαντικά διαφορετική μεταξύ των ομάδων ($p=0,047$). Οι τιμές των T3, T4 δεν παρουσίασαν σημαντική μεταβολή κατά τη διάρκεια των μελετώμενων ημερών, με εξαίρεση την TSH της οποίας η μεταβολή στο χρόνο υπήρ-

ξε σημαντική ($p=0,011$) όχι όμως και μεταξύ των ομάδων ($p>0,05$). Στο χρόνο σημειώθηκε σημαντική μεταβολή του IgG ($p=0,006$) και του IgM ($p=0,006$), ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή του IgA ($p=0,178$). Οι μεταβολές αυτές δε βρέθηκαν να είναι σημαντικά διαφορετικές μεταξύ των ομάδων ($p>0,05$). Τέλος, δε βρέθηκε σημαντική διαφορά στις γενικές εξετάσεις ούρων των παιδιών μεταξύ των δύο ομάδων. Επιπλέον οι τιμές ουρίας και κρεατινίνης του ορού δεν σημείωσαν σημαντική μεταβολή ούτε συνολικά κατά τη διάρκεια της μελέτης, ούτε μεταξύ των δύο ομάδων ($p=0,369$ και $p=0,187$ αντίστοιχα).

Συμπερασματικά, σε παιδιά με μέτριας βαρύτητας εγκαύματα, όπου η διάρκεια έκθεσης στους μελετώμενους παράγοντες είναι περιορισμένη, η εφαρμογή των μελετώμενων τοπικών αντιμικροβιακών ουσιών είναι ασφαλής. Η χρήση του σουλφαδιαζινικού αργύρου φαίνεται να υπερέχει όσον αφορά τις αντιμικροβιακές του ιδιότητες και το ρυθμό επιθλιοποίησης του εγκαυματικού τραύματος σε παιδιατρικούς εγκαυματικούς ασθενείς.

ΜΑΥΡΙΔΗ ΦΩΤΕΙΝΗ Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD
Νοσοκομείο Παιδών Π & Α. Κυριακού

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Τα φαρμακευτικά λάθη αποτελούν την πιο συχνή κατηγορία λαθών που παρατηρούνται στο νοσοκομειακό χώρο¹, ενώ στην διεθνή βιβλιογραφία ολοένα πληθαίνουν οι μελέτες που αναδεικνύουν τα φαρμακευτικά λάθη σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Η συχνότητα εμφάνισης ενός λάθους αντανάκλα την ποιότητα, την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ικανοποίηση του αποδέκτη της φροντίδας, ενώ οι επιπτώσεις ανάγονται σε σωματικές και ψυχολογικές για τον ασθενή και οικονομικές για τα συστήματα υγείας. Επιπρόσθετα, η αμφισβήτηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η αρνητική ψυχολογία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και ο πιθανός στιγματισμός τους αποτελούν επακόλουθα της πρόκλησης ενός φαρμακευτικού λάθους². Τα λάθη που εντοπίζονται κατά τη διαδικασία χορήγησης των φαρμάκων αποτελούν τη συχνότερη κατηγορία ιατρονοσηλευτικών λαθών που απαντώνται στον κλινικό χώρο^{3,4}. Τα φαρμακευτικά λάθη είναι αποτέλεσμα είτε ανθρώπινου λάθους, είτε ανεπάρκειας του συστήματος, καθώς η διαδικασία της χορήγησης των φαρμάκων στον κλινικό χώρο επιτάσσει μια σειρά αρμοδιοτήτων στα διάφορα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας όπως στον ιατρό, στο νοσηλευτή και στον κλινικό φαρμακοποιό⁵. Απόκλιση από τις βασικές αρχές χορήγησης των φαρμάκων μπορεί να υπάρξει σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας όπως στην συνταγογράφηση, στην αντιγραφή των οδηγιών, στην προετοιμασία των φαρμάκων, στην χορήγηση και στην παρακολούθηση του ασθενή^{3,4}. Οι επιπτώσεις των φαρμακευτικών λαθών μπορεί να είναι ζημιογόνες ή μη για την υγεία των ασθενών, να οδηγήσουν σε μόνιμη αναπηρία ή ακόμα και στο θάνατο^{6,7}.

Ιδιαίτερα ευαίσθητη κατηγορία ασθενών θεωρούνται οι παιδιατρικοί ασθενείς, ενώ σύμφωνα με μελέτες έχουν μεγαλύτερη επιρροή στα φαρμακευτικά λάθη σε σχέση με τους ενήλικες⁸. Στην κατηγορία των παιδιατρικών ασθενών,

το ποσοστό των φαρμακευτικών λαθών είναι εντυπωσιακό και πολλές φορές υψηλότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού, εξαιτίας των ιδιοτεροτήτων που παρουσιάζει ο μικρός ασθενής. Ο υπολογισμός των δόσεων και οι περιορισμένες επικοινωνιακές ικανότητες του παιδιού δυσχεραίνουν τη διαδικασία χορήγησης των φαρμάκων και αυξάνουν την πιθανότητα για λάθη⁸. Πιο συγκεκριμένα, η πιθανότητα εμφάνισης μη ζημιογόνων φαρμακευτικών λαθών στα παιδιά ήταν 3 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με τους ενήλικες, ενώ στα νεογνά τα ποσοστά μη ζημιογόνων φαρμακευτικών λαθών υπήρξαν πιο υψηλά από οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα παιδιών. Η ενασχόληση με το θέμα των φαρμακευτικών λαθών σε νοσηλευόμενους παιδιατρικούς ασθενείς και η καταγραφή τους, οδηγεί μοιραία και στην ανάδειξη των επιπτώσεων για τον ασθενή. Η ανάπτυξη στρατηγικών μείωσης των φαρμακευτικών λαθών στα παιδιά, σε τοπικό (νοσοκομειακό), εθνικό αλλά και διεθνές επίπεδο συμβάλλει σημαντικά αφενός μεν στην ελαχιστοποίησή τους, αφετέρου στην ενίσχυση της ασφάλειας του παιδιατρικού ασθενή και την αύξηση της ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα. Συστάσεις και κατευθυντήριες οδηγίες για τα συστήματα υγείας με σκοπό την μείωση των φαρμακευτικών λαθών σε παιδιατρικούς ασθενείς και την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελούν οι παρακάτω:

- Εξασφάλιση επαρκούς αριθμού νοσηλευτών και κλινικών φαρμακοποιών εκπαιδευμένων στην προετοιμασία και χορήγηση των φαρμάκων στα παιδιά^{6,8}.
- Δημιουργία ενός λειτουργικού και αυτοματοποιημένου συστήματος προοριζόμενου για παιδιατρικούς ασθενείς που αξιολογεί, συμβάλλει στην επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου και εκτιμά την θεραπευτική δόση⁵ και ενός σαφώς καθορισμένου συστήματος που αφορά την πα-

ραγγελία των φαρμάκων, την προετοιμασία και την χορήγηση^{6,9} (π.χ. συστήματα αυτοματοποίησης των ιατρικών παραγγελιών-συνταγογραφήσεων των φαρμάκων - CPOE, αυτοματοποιημένα συστήματα προετοιμασίας και διανομής των φαρμάκων - ADD, ηλεκτρονική καταγραφή των χορηγούμενων φαρμάκων και ατομικοί γραμμωτοί κώδικες για κάθε ασθενή - barcodes).

- Υιοθέτηση τυποποιημένων εντύπων συνταγογράφησης (standardized order sheets) και συστημάτων χρωματικού κώδικα (color-coded systems)¹⁰.
- Παροχή ενός κατάλληλου εργασιακού περιβάλλοντος για ασφαλή και αποτελεσματική προετοιμασία φαρμάκων⁶.
- Δημιουργία συνεχιζόμενων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που αφορούν τη συνταγογράφηση, τον υπολογισμό δόσεων, την προετοιμασία, την χορήγηση των φαρμάκων και την παρακολούθηση των παιδιατρικών ασθενών⁹.
- Καθιέρωση ενημερωτικών προγραμμάτων των οικογενειών σχετικά με τα φαρμακευτικά λάθη. Παροχή οικογενειοκεντρικής φροντίδας, βελτίωση της επικοινωνίας με το μικρό ασθενή και την οικογένειά του και παροχή εξατομικευμένης φροντίδας^{5,11,12,13,14}.
- Βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας³.
- Ευαισθητοποίηση και βελτίωση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με θέματα που αφορούν τα φαρμακευτικά λάθη⁷, την ασφάλεια των παιδιατρικών ασθενών και πρακτικών που ακολουθούνται μέσω¹⁴:
 - Εκπαίδευσης του προσωπικού.
 - Προγραμματισμού συμβουλίων σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο με επίκεντρο την ανάπτυξη πρακτικών ασφάλειας του παιδιατρικού ασθενή και ενθάρρυνση για προώθηση και ανταλλαγή τους μεταξύ των μελών της επιστημονικής κοινότητας¹⁴.
 - Ανάπτυξης κουλτούρας στον κλινικό χώρο που προωθεί την ασφάλεια και την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας¹⁴.
 - έιοθέτηση συστημάτων καταγραφής και αναφοράς λαθών με στόχο τον εντοπισμό των ελλείψεων του συστήματος, την ανάδειξη της φύσης και της συχνότητας των φαρμακευτικών λαθών και την αποφυγή επανάληψης όμοιων λαθών^{7,11,13,14,15}.
 - Διεπιστημονική προσέγγιση στον εντοπισμό και την διαχείριση των φαρμακευτικών λαθών και όχι εναπόθεση της ευθύνης σε ένα άτομο⁷.
 - Αναβάθμιση και συνεχής αξιολόγηση του τρόπου διεξαγωγής της διαδικασίας χορήγησης των φαρμάκων⁷.
 - Σωστή αποθήκευση και φύλαξη των φαρμάκων^{13,16}.
 - Πρόσβαση στον ιατρικό φάκελο και πλήρης ενημέρωση όλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας σχετικά με την κατάσταση του ασθενή¹⁷.

Κουμπαγιώτη Δέσποινα,
Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, ΓΝΠΑ «Π. & Α. Κυριακού»

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. The Joint Commission. Preventing pediatric medication errors. Available at: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_39.htm (accessed: 13.08.2011)
2. Council of Europe. Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. Available at: <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=1005439&Site=CM> (accessed: 10/9/2011)
3. Costello I, Long PF, Wong IK, Tuleu C, Yeung V. Pediatric Drug Handling. Available at: <http://www.docstoc.com/docs/74177382/Paediatric-Drug-Handling> (accessed: 12.12.2010)
4. National Patient Safety Agency. Review of patient safety for children and young people. Available at: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59864> (accessed: 12.07.2011)
5. American Academy of Pediatrics. Prevention of medication errors in the pediatric inpatient setting. *Pediatrics* 2003, 112: 431-436
6. Cowley E, Williams R, Cousins D. Medication errors in children: a descriptive summary of medication error reports submitted to the United States Pharmacopeia. *Current Therapeutic Research* 2001, 62:627-640
7. Davidbizar R, Lonser G. Strategies to decrease medication errors. *Health Care Manager* 2003, 22: 211-218
8. Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F, Goldmann DA. Medication errors and pediatric drug events in pediatric inpatients. *JAMA* 2001, 285:2114-2120
9. Levine SR, Cohen MR, Blanchard NR, Federico F, Magelli M, Lomax C, Greiner G, Poole RL, Lee CK, Lesko A. Guidelines for preventing medication errors in pediatrics. *J Pediatr Pharmacol Ther* 2001, 6:426-442
10. Kozar E. Medication errors in children. *Pediatr Drugs* 2009, 11:52-54
11. Hughes RG, Adgeron EA. Reducing pediatric medication errors. *American Journal of Nursing* 2005, 105:79-85
12. Fernandez CV, Gillis-Ring J. Strategies for the prevention of medical errors in pediatrics. *The Journal of Pediatrics* 2003, 143:155-162
13. Expert Group on Safe Medication Practices. Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices. Available at: <http://www.gs1health.net/downloads/medication.safety.report.2007.pdf> (accessed: 10.09.2011)
14. American Academy of Pediatrics. Policy Statement-Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. *Pediatrics* 2011, 1199-1210
15. Stratton KM, Blegen MA, Pepper G, Vaughn T. Reporting of medication errors by pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing* 2004, 19:385-392
16. Hicks RW, Becker SC, Cousins DD. Harmful Medication Errors in Children: A 5-Year Analysis of Data from the USP's MEDMARXR Program. *Journal of Pediatric Nursing* 2006, 21:290-298
17. National Coordinating Council for Medication error Reporting and Prevention. Recommendations to Enhance Accuracy of Administration of Medications. Available at: <http://www.nccmerp.org/council/council1999-06-29.html> (accessed: 12.9.2011)

Διεθνείς οδηγίες περιποίησης των περιφερειακών φλεβικών καθετήρων

ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΙ ΦΛΕΒΙΚΟΙ ΚΑΘΕΤΗΡΕΣ ΚΑΙ ΚΑΘΕΤΗΡΕΣ ΜΕΣΑΙΟΥ ΜΗΚΟΥΣ

Εισαγωγή

Οι περιφερικοί φλεβικοί καθετήρες (ΠΦΚ) αποτελούν τον ευκολότερο και πιο συνηθισμένο τρόπο ενδοαγγειακής προσπέλασης και εξασφάλισης φλεβικής γραμμής. Οι ανατομικές περιοχές που προτιμούνται για τη τοποθέτηση ΠΦΚ σε παιδιατρικούς ασθενείς είναι τα άνω (αγκωνιαίος βόθρος, αντιβράχιο, ραχιαία επιφάνεια της άκρας χειρός) ή κάτω άκρα (ραχιαία επιφάνεια άκρου ποδός) και το τριχωτό της κεφαλής (σε νεογνά και βρέφη). Η αντικατάσταση των ΠΦΚ πρέπει να γίνεται κάθε 72-96 ώρες και όχι νωρίτερα, εκτός αν ο ασθενής παρουσιάσει σημεία φλεβίτιδας, λοίμωξη, θρόμβωση και γενικότερα δυσλειτουργία του καθετήρα (Maki & Ringer 1991a). Στους παιδιατρικούς ασθενείς οι ΠΦΚ μπορούν να παραμείνουν μέχρι την ολοκλήρωση της θεραπείας πέρα των 96 ωρών και να αντικατασταθούν μόνο όταν υπάρχει κλινική ένδειξη. Σε περίπτωση που η διάρκεια της θεραπείας υπερβαίνει το χρονικό διάστημα των 6 ημερών, τότε προτιμάται η εισαγωγή και τοποθέτηση περιφερικά εισερχόμενου κεντρικού φλεβικού καθετήρα (ΠΕΚΚ).

Τοποθέτηση περιφερικού φλεβικού καθετήρα και καθετήρα μεσαίου μήκους

Η τοποθέτηση ΠΦΚ πρέπει να γίνεται με άσηπτη τεχνική. Για την υγιεινή των χεριών συνιστάται πλύσιμο με νερό και σαπούνι ή αντισηπτικό διάλυμα (με γλυκονική χλωρεξιδίνη) ή με αλκοολικά διαλύματα (2% χλωρεξιδίνη και 70% ισοπροπυλική αλκοόλη). Υπάρχουν οδηγίες που αναφέρουν ότι η υγιεινή των χεριών πρέπει να περιλαμβάνει συνδυασμό πλυσίματος με νερό και αντισηπτικό διάλυμα ή σαπούνι αρχικά και στη συνέχεια με αλκοολικό αντισηπτικό διάλυμα (Bischoff et al. 2000, Boyce & Pittet 2002, O'Grady et al. 2011). Η υγιεινή των χεριών πρέπει να εκτελείται πριν και μετά τη ψηλάφηση των σημείων εισόδου, την εισαγωγή, αντικατάσταση, πρόσβαση, επιδιόρθωση ή τοποθέτηση επιθέματος ενός ΠΦΚ (Pittet et al. 1999, Pratt et al. 2007, O'Grady et al. 2011). Για τη τοποθέτηση δεν απαιτείται η χρήση αποστειρωμένων γαντιών, παρά μόνο καθαρών, με την προϋπόθεση ότι δεν θα ψηλαφηθεί ξανά το σημείο εισόδου και θα διατηρηθεί η άσηπτη τεχνική. Σε αντίθετη περίπτωση πρέπει να γίνει χρήση αποστειρωμένων γαντιών μιας χρήσης. Για τη τοποθέτηση ΠΕΚΚ ή καθετήρων μεσαίου μήκους πρέπει να γίνει χρήση αποστειρωμένων γαντιών μιας χρήσης (Abi-Said et al. 1999).

Η προετοιμασία του δέρματος στο σημείο φλεβοκέντησης γίνεται με τη χρήση αντισηπτικού διαλύματος (70% αλκοόλη, βάμμα ιωδίου, ιωδιούχο ή γλυκονική χλωρεξιδίνη) πριν την εισαγωγή του ΠΦΚ (Maki et al. 1991b). Τα αντισηπτικά διαλύματα πρέπει να στεγνώνουν για 2-3 λεπτά στον αέρα πριν επιχειρηθεί η τοποθέτηση του ΠΦΚ. Η χρήση χλωρεξιδίνης σε βρέφη κάτω των 2 μηνών δεν έχει τεκμηριωθεί επαρκώς. Για τη στερέωση και κάλυψη του σημείου εισόδου του ΠΦΚ προτιμούνται αποστειρωμένα διαφανή ημιδιαπερατά επιθέματα ή αποστειρωμένες γάζες. Σε περίπτωση διαρροής, αιμορραγίας ή έντονης εφίδρωσης χρησιμοποιείται αποστειρωμένη γάζα για την κάλυψη του σημείου εισόδου. Η αντικατάσταση του επιθέματος γίνεται σε κάθε περίπτωση αλλοίωσης της ακεραιότητας, χαλάρωσης, αιμορραγίας και ρυπαρότητας. Η χρήση αντιβιοτικών αλοιφών στο σημείο εισόδου του ΠΦΚ δεν συνιστάται γιατί υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μυκητιασικής λοίμωξης και ανάπτυξης μικροβιακής αντοχής. Η τοποθέτηση αντιβιοτικών αλοιφών βρίσκει εφαρμογή μόνο στους καθετήρες αιμοδιάλυσης. Η περιποίηση του σημείου εισόδου του ΠΦΚ γίνεται με τη χρήση αντισηπτικού διαλύματος (O'Grady et al. 2011).

Διατήρηση της βατότητας του ΠΦΚ

Η διατήρηση της βατότητας ενός ΠΦΚ μπορεί να γίνει με τη χορήγηση διαλύματος ηπαρίνης ή μόνο με φυσιολογικό ορό. Δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις δύο μεθόδους σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την πρόληψη της θρόμβωσης των ΠΦΚ (Mitsiou & Koutelekos 2008, Hepzibha 2010). Ο φυσιολογικός ορός προτιμάται λόγω του μικρότερου κόστους και της έλλειψης ανεπιθύμητων ενεργειών σε σύγκριση με το διάλυμα ηπαρίνης. Για τη διατήρηση της βατότητας ενός ΠΦΚ χρειάζονται 2-5 ml φυσιολογικού ορού για χρονικό διάστημα 6-12 ωρών (LeDuc 1997, Campbell et al. 2005). Η ηπαρίνη χρησιμοποιείται όταν ο ΠΦΚ δεν θα χρησιμοποιηθεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε δόσεις 10-100 U/ml. Η χρήση διαλυμάτων ηπαρίνης μπορεί να συνοδεύεται από την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών όπως θρομβοκυττοπενία, αλληλεπίδραση με άλλες φαρμακευτικές ουσίες, αλλεργικές αντιδράσεις κλπ.

Χορήγηση φαρμάκων-Λήψη δείγματος αίματος από ΠΦΚ

Πριν από κάθε χειρισμό του ΠΦΚ πρέπει να γίνεται έλεγχος της βατότητας του αυλού του καθετήρα. Πριν και μετά τη χορήγηση φαρμάκου ελέγχεται η φλεβική γραμμή με τη χορήγηση 5-10 ml φυσιολογικού ορού. Πριν από τη λήψη δείγματος αίματος για εργαστηριακό έλεγχο γίνεται έλεγχος της βατότητας του ΠΦΚ, τα πρώτα 5-8 ml αίματος απορρίπτονται, ενώ η επόμενη ποσότητα αίματος λαμβάνεται για τον εργαστηριακό έλεγχο. Εξάριση αποτελεί η λήψη αίματος για αιμοκαλλιέργειες, όπου δεν απαιτείται απόρριψη ποσότητας αίματος, αντίθετα αυτή η ποσότητα αποστέλλεται προς καλλιέργεια. Μετά το τέλος του χειρισμού ακολουθεί έκπλυση του ΠΦΚ με 5-10 ml φυσιολογικού ορού και ανάλογα ακολουθούνται οι διαδικασίες για τη διατήρηση της βατότητας του καθετήρα μέχρι την επόμενη χρήση.

**Παντελεήμων Περδικάρης, Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc, PhD
Νοσηλεύτης Ογκολογικού Τμήματος, Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Π & Α Κυριακού»
Λέκτορας ΠΔ 407/80 Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abi-Said, D., Raad, I., Umphrey, J., et al. (1999) Infusion therapy team and dressing changes of central venous catheters. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 20, 101-105.
- Bischoff, W.E., Reynolds, T.M., Sessler, C.N., Edmond, M.B., Wenzel, R.P. (2000) Handwashing compliance by health care workers: the impact of introducing an accessible, alcohol-based hand antiseptic. *Arch Intern Med*, 160, 1017-1021.
- Boyce, J.M., Pittet, D. (2002) Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 23, S3-40.
- Campbell, S.G., Trojanski, J., Ackroyd-Stolarz, S.A. (2005) How often should peripheral intravenous catheters in ambulatory patients be flushed. *J Infus Nurs*, 28(8), 399-404.
- Hepzibha, A. (2010) Heparin Versus Normal Saline as a Flush Solution. *International Journal for the Advancement of Science & Arts* 1, (1), 63-75.
- LeDuc, K. (1997) Efficacy of normal saline solution versus heparin solution for maintaining patency of peripheral intravenous catheters in children. *Emerg Nurs*, 23(4), 306-309.
- Maki, D.G., Ringer, M. (1991a) Risk factors for infusion-related phlebitis with small peripheral venous catheters. A randomized controlled trial. *Ann Intern Med*, 114, 845-854.
- Maki, D.G., Ringer, M., Alvarado, C.J. (1991b) Prospective randomised trial of povidone-iodine, alcohol, and chlorhexidine for prevention of infection associated with central venous and arterial catheters. *Lancet*, 338, 339-343.
- Mitsiou, M. Koutelekos, I. (2008) Finding the evidence for keeping the patency in peripheral intermittent intravenous devices. *Health Science Journal (HSJ)*, 2(3), 121-128.
- O'Grady, N., Alexander, M., Burns, L.A., Dellinger, P. (2011) Guidelines for the prevention of intravascular catheter related infections. *Clinical Infectious Disease*, 52, e1-e32.
- Pittet, D., Dharan, S., Touveneau, S., Sauvan, V., Perneger, T.V. (1999) Bacterial contamination of the hands of hospital staff during routine patient care. *Arch Intern Med*, 159, 821-826.
- Pratt, R.J., Pellowe, C.M., Wilson, J.A., Loveday, H.P., et al. (2007) Epic2: National Evidence-Based Guidelines for Preventing HealthCare-Associated Infections in NHS Hospital in England. *Journal of Hospital Infection*, 65, S1-S64.

Same thing – different day?

Make 2012 NEW location – NEW Adventure!



CCM has over 20 years experience in recruitment; we know our stuff and can arrange an amazing location and package for you in 2012

What's on offer?

Vacancies exist for ALL specialties at ALL levels of experience in the following locations:

UNITED KINGDOM



Welcome to London! Assistance with flight over & subsidized accommodation. Nurses of all experience and specialties wanted.

Enjoy great shopping, great nightlife. Experience the beauty and majestic history of the UK and visit some of the most famous tourist sites in the world... i.e. Buckingham Palace.

GUERNSEY (Channel Island)



Located between the UK & France; Enjoy the laid back lifestyle, surrounded by picturesque beaches. Low tax, assistance with flight over & subsidized accommodation. Specialty bonuses (applicable to certain specialties only).

UNITED ARAB EMIRATES (UAE)



Dubai & Abu Dhabi; the exotic Middle East blends with the West revealing culturally rich, intriguing cities, with some familiar comforts of home. Salary paid tax free, Accommodation provided or allowance, Utilities allowance paid, free return flight & more!

KINGDOM OF SAUDI ARABIA



All year round sunshine, rich culture, world class diving, sailing, pure-bred Arabian horse riding, golf, shopping. Salary paid tax free, free accommodation, Almost 2 months annual leave p.a, free return flight, utility bills paid by employer & an exciting ex-pat social life!

Contact Deirdre or Breda: UK Free Phone: 0800 279 6149

Dublin Office: +353-1-8366092

Email: deirdre.meagher@ccmrecruitment.com

Breda.lanigan@ccmrecruitment.com



Find us on Facebook



Follow us on Twitter



www.ccmrecruitment.com

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΜΗΤΡΩΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Ο Παιδιατρικός Τομέας του ΕΣΝΕ πραγματοποιεί μια πανελλαδική προσπάθεια καταγραφής των νοσηλευτών οι οποίοι εργάζονται σε παιδιατρικά νοσηλευτικά τμήματα και κλινικές στη χώρα μας. Βασικός στόχος είναι η δημιουργία ενός μητρώου παιδιατρικών νοσηλευτών με το οποίο να είναι εφικτή η ενημέρωση των παιδιατρικών κλινικών νοσηλευτών για τα νεότερα δεδομένα που αφορούν τη σύγχρονη νοσηλευτική επιστήμη και την ενημέρωση τους αναφορικά με εκπαιδευτικές δραστηριότητες του τομέα στο πεδίο της καθημερινής κλινικής πρακτικής τους.

Επιπλέον η καταγραφή αυτού του δυναμικού θα βοηθήσει τον Παιδιατρικό Τομέα ώστε να διοργανώσει καλύτερα τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες του ώστε να συναντήσει τις ανάγκες αυτού του προσωπικού. Στην προσπάθεια μας αυτή ευελπιστούμε ότι θα σας βρούμε αρωγούς. Παρακαλούμε όπως μας στείλετε ηλεκτρονικά η ταχυδρομικά συμπληρωμένη την παρακάτω φόρμα.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας στην προσπάθεια μας αυτή.

ΦΟΡΜΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ Ε.Σ.Ν.Ε.

Όνοματεπώνυμο:
Ηλικία:
Έτη προϋπηρεσίας:
Σπουδές (συμπληρώστε αντίστοιχα): Νοσηλεύτης ΤΕ <input type="checkbox"/> ΠΕ <input type="checkbox"/> MSc <input type="checkbox"/> PhD <input type="checkbox"/> Παιδιατρική Ειδικότητα <input type="checkbox"/>
Νοσοκομείο - Κλινική/Τμήμα - Θέση εργασίας:
Στοιχεία Επικοινωνίας: Διεύθυνση κατοικίας:
Email:
Τηλέφωνο:

Η παραπάνω φόρμα συμπληρώνεται αποκλειστικά από παιδιατρικούς νοσηλευτές που εργάζονται στον ελλαδικό χώρο στον ιδιωτικό η δημόσιο τομέα. Τα στοιχεία είναι προσωπικά και η διαχείριση τους θα γίνει με απόλυτη εμπιστευτικότητα από τον Παιδιατρικό τομέα του ΕΣΝΕ. Με το παρόν, δηλώνεται ρητά ότι δε θα γίνει χρήση τους για διαφημιστικούς ή εμπορικούς σκοπούς.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΕΚΔΟΤΗ:
ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΕΙΝΑΙ ΕΝΤΥΠΟ ΠΟΛΥΣΥΛΛΕΚΤΙΚΟ.
ΦΙΛΟΔΟΣΕΙ ΝΑ ΦΙΛΟΞΕΝΗΣΕΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ
ΚΑΙ ΘΕΣΕΙΣ. ΤΑ ΑΡΘΡΑ ΕΙΝΑΙ ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΑ.
ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΑΡΘΡΟ ΤΗΝ ΕΥΘΥΝΗ ΦΕΡΕΙ Ο ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ
ΚΑΙ ΟΧΙ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΟΥ ΕΣΝΕ.

Παρακαλούνται τα μέλη που επιθυμούν να ενημερώνονται ηλεκτρονικά να γνωστοποιήσουν στη Γραμματεία του ΕΣΝΕ το email τους.

Παρακαλούμε να τακτοποιήσετε τη συνδρομή σας το συντομότερο, προκειμένου να συνεχίσετε να λαμβάνετε το έντυπο υλικό και το περιοδικό του ΕΣΝΕ. Για πληρέστερη ενημέρωση όσον αφορά τις συνδρομές σας επικοινωνήστε με τον ΕΣΝΕ στα τηλέφωνα 210 7702861 και 210 7485307.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΣΝΕ
2012 - 2016

ΠΡΟΕΔΡΟΣ:
ΕΛΕΝΗ ΚΥΡΙΤΣΗ-ΚΟΥΚΟΥΛΑΡΗ

Α' ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ:
ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΓΙΑΒΑΣΟΠΟΥΛΟΣ

Β' ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ:
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΕΛΗΣ

ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:
ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΔΟΥΣΗΣ

ΤΑΜΙΑΣ:
ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΜΑΤΖΙΟΥ-ΜΕΓΑΠΑΝΟΥ

ΚΟΣΜΗΤΟΡΑΣ:
ΓΕΘΣΗΜΑΝΗ ΚΑΣΝΑΚΤΣΟΓΛΟΥ

ΜΕΛΗ:
ΠΕΤΡΟΣ ΓΑΛΑΝΗΣ
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ
ΜΑΡΙΑ ΜΗΤΣΙΟΥ
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ
ΜΑΡΙΑ ΤΣΕΡΩΝΗ

«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ»

ΚΩΔΙΚΟΣ: 2533
ΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ
ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΠΥΡΓΟΣ ΑΘΗΝΩΝ Γ' ΚΤΙΡΙΟ, ΑΘΗΝΑ 115 27
Τηλ.: 210 77.02.861, Fax: 210 77.90.360
e-mail: esne@esne.gr www.esne.gr

ΕΚΔΟΤΗΣ:
ΕΛΕΝΗ ΚΥΡΙΤΣΗ

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:
Ε. ΓΙΑΒΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΔΑΣΚΑΛΑΚΗΣ,
Δ. ΔΗΜΗΤΡΕΛΗΣ, Ε. ΔΟΥΣΗΣ,
Γ. ΚΑΣΝΑΚΤΣΟΓΛΟΥ,
Β. ΜΑΤΖΙΟΥ-ΜΕΓΑΠΑΝΟΥ,
Μ. ΜΗΤΣΙΟΥ, Κ. ΝΑΚΑΚΗΣ,
Δ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, Μ. ΤΣΕΡΩΝΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ:
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ - ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΚΔΟΣΗΣ:
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Β.Ε.Ε.
ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ-ΧΡΟΣΥΝΘΕΣΕΙΣ-ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ
ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 80,
Τηλ.: 210 36.24.728, 210 36.01.605
info@papanikolaou.gr, www.papanikolaou.gr

**ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ
ΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ
ΣΑΣ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ
ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΕ ΕΓΚΑΙΡΩΣ
ΤΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΕΣΝΕ
ΣΤΑ ΤΗΛΕΦΩΝΑ: 210 77.02.861,
210 74.85.307 Ή ΣΤΟ
FAX: 210 77.90.360**

ΕΤΗΣΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗ

Συνδρομητές	Συνδρομή	20€
Τακτικά Μέλη	Συνδρομή & εγγραφή	25€
	Συνδρομή	20€
Αρωγά Μέλη	Συνδρομή & εγγραφή	15€
	Συνδρομή	10€

Αρ. Λογαριασμού: 112 00 2786 016900
ALPHA Τράπεζα (Να αποσταλεί με fax
το αντίγραφο της απόδειξης κατάθεσης).
Όσα μέλη έχουν σε εκκρεμότητα συνδρομές προηγούμενων ετών μπορούν να τις τακτοποιήσουν καταβάλλοντας μόνο 20 €.