

**( ΙΑ )**

**Άλλο**

## ΙΑ-1

### ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μελιδονιώτης Ε., Σγουράκη Μ.<sup>1</sup>, Πατελάρου Α., Καράτζη Μ.<sup>1</sup>, Διαμαντάκη Ε.<sup>1</sup>, Σουβατζή Ξ.<sup>1</sup>

Νοσηλευτική Υπηρεσία, Ανασθησιολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου,  
<sup>1</sup>Κλινική Ανασθησιολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

**Εισαγωγή:** Η περιεγχειρητική περίοδος θεωρείται ιδιαίτερα στρεσογόνος τόσο για τους ίδιους τους χειρουργικούς ασθενείς, όσο και για τους συγγενείς τους<sup>1</sup>. Προηγούμενες μελέτες στις ΗΠΑ έχουν δείξει ότι οι συγγενείς χειρουργικών ασθενών, οι οποίοι έλαβαν διεγχειρητικά μια προφορική ενημέρωση για την εξέλιξη της επέμβασης, εκδήλωσαν χαμηλότερα επίπεδα άγχους σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν λάβει καμία ενημέρωση, αλλά επίσης σε σύγκριση με εκείνους που είχαν λάβει μόνο γενικές πληροφορίες για τη ρουτίνα της επέμβασης<sup>2,3</sup>. Τα αυξημένα επίπεδα άγχους και συναισθηματικής φόρτισης των συγγενών δεν τους επιτρέπουν να διαχειριστούν την πληροφορία που τους παρέχεται όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του ασθενούς και δυσχεραίνουν την αποτελεσματική συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο προσδιορισμός του βαθμού του άγχους των συγγενών των χειρουργικών ασθενών και η συσχέτισή του με τα δημογραφικά στοιχεία των συγγενών. Η υπόθεση προς διερεύνηση ήταν ότι το άγχος των συγγενών θα μειωνόταν μετά την επίσκεψη του ασθενούς στο χώρο ανάνηψης.

**Υλικό – μέθοδος:** Επρόκειτο για μια προοπτική μελέτη με one-group quasi-experimental pretest/post-test design σε συγγενείς ή συντρόφους των χειρουργικών ασθενών οι οποίοι υποβλήθηκαν την ίδια ημέρα σε χειρουργική επέμβαση. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν η άρνηση συμμετοχής στη μελέτη καθώς και η ανεπάρκεια γνώσης της ελληνικής γλώσσας. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με τα δημογραφικά τους στοιχεία, καθώς επίσης ερωτήθηκαν για ποιό από τα τέσσερα προκαθορισμένα θέματα - την αναισθησία, τη χειρουργική επέμβαση, την υποκείμενη νόσο και το μετεγχειρητικό πόνο - ανησυχούσαν περισσότερο. Το επίπεδο του άγχους εκτιμήθηκε με την κλίμακα αξιολόγησης μεταβατικού άγχους: STAI – Y (State-Trait Anxiety Inventory) κατά Spielberger, υποκλίμακα Y-1 (state) σε επίσημη και διεθνώς αναγνωρισμένη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα των Λιάκος & Γιαννίτη. Τα χρονικά σημεία της αξιολόγησης του άγχους και των καταγραφών ήταν α) μόλις ο ασθενής είχε μεταφερθεί στο χειρουργείο και β) μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης και αφού ο συγγενής/σύντροφος είχε επισκεφτεί τον ασθενή στο χώρο ανάνηψης. Τα επίπεδα του άγχους συγκρίθηκαν πριν και μετά τη χειρουργική επέμβαση με Wilcoxon signed ranks test. Η συσχέτιση του επιπέδου του άγχους με τα χαρακτηριστικά των εξεταζόμενων έγινε με Spearman's rank order correlation, Kruskal Wallis test και Mann Whitney test. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το  $p < 0,05$ . Ως επίπεδο κλινικά σημαντικού άγχους ορίστηκε  $STAI \geq 46$  για γυναίκες ενώ  $\geq 44$  για άνδρες<sup>4</sup>. Τα δεδομένα εκφράζονται ως διάμεσος [min-max] ή ποσοστά.

**Αποτελέσματα:** Σε διάστημα τριών εβδομάδων, συμμετείχαν στη μελέτη 76 συγγενείς (56 γυναίκες, 20 άντρες), ηλικίας 40 [19-71] ετών. Ο βαθμός του άγχους STAI ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερος πριν την επέμβαση (57 [23-80]) σε σύγκριση με μετά την επέμβαση και την επίσκεψη του ασθενούς στο χώρο ανάνηψης (51 [21-77],  $p = 0,00008$ ). Κλινικά σημαντικό επίπεδο άγχους παρατηρήθηκε τόσο πριν όσο και μετά την επέμβαση σε ποσοστό 77% και 64% των γυναικών και 75% και 40% των ανδρών. Οι γυναίκες εμφάνισαν ελαφρώς υψηλότερο επίπεδο άγχους σε σχέση με τους άντρες, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά, τόσο πριν (60 [23-80] vs. 57 [30-71],  $p = 0,080$ ) όσο μετά την επέμβαση (51,5 [22-77] vs. 42 [21-70],  $p = 0,058$ ). Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του βαθμού του άγχους πριν και μετά την επέμβαση με την ηλικία των συγγενών ( $p = 0,939$ ,  $p = 0,199$ ) ή το μορφωτικό τους επίπεδο ( $p = 0,803$ ,  $p = 0,224$ ). Τα θέματα που απασχολούσαν περισσότερο τους συγγενείς ήταν η αναισθησία (37%), η υποκείμενη νόσος (22%), η χειρουργική επέμβαση (17%) και ο μετεγχειρητικός πόνος (11%). Οι συγγενείς τους οποίους φόβιζε περισσότερο η αναισθησία εμφάνισαν προεγχειρητικά το μεγαλύτερο βαθμό άγχους (61,5 [42-77],  $p = 0,002$ ).

**Συμπεράσματα:** Στην παρούσα μελέτη, οι συγγενείς των χειρουργικών ασθενών εμφάνισαν υψηλό βαθμό περιεγχειρητικού άγχους, το οποίο δεν σχετιζόταν με την ηλικία ή το φύλο και αφορούσε άτομα ανεξαρτήτου μορφωτικού επιπέδου. Παρά το γεγονός ότι, όσον αφορά το άγχος των συγγενών, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση μετά την επίσκεψη του ασθενούς στο χώρο ανάνηψης, η επίδραση αυτή είχε μικρή κλινική σημασία, δεδομένου ότι το άγχος εξακολούθησε να παραμένει σε κλινικά σημαντικά υψηλά επίπεδα. Συνεπώς, πέρα από την επίσκεψη των ασθενών στο χώρο ανάνηψης, κρίνεται σκόπιμη η μελέτη και εφαρμογή και άλλων μέτρων ενημέρωσης και υποστήριξης των συγγενών προκειμένου να περιοριστεί το περιεγχειρητικό τους άγχος. Επιπλέον, κρίνεται σκόπιμη η ευρύτερη ενημέρωση του γενικού πληθυσμού σχετικά με τις σύγχρονες εξελίξεις της αναισθησιολογίας και της ασφάλειάς της προκειμένου να μειωθούν οι σχετικοί φόβοι.

**Βιβλιογραφία:** 1) Kathol DK. AORN J. 1984 Jul;40(1):131-7. 2) Leske JS. AORN J. 1996 Sep;64(3):424-5, 428-36. 3) Leske JS. Appl Nurs Res. 1995 Nov;8(4):169-73. 4) Tselebis A, et al. Ann Gen Psychiatry. 2010 Apr 14;9:16.

## ΙΑ-2

### Η ΧΡΗΣΗ ΦΥΤΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ ΚΑΙ Η ΑΥΘΟΡΜΗΤΗ ΠΑΡΟΧΗ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.

Ανδρέου Α<sup>1</sup>, Κλόκα Μ<sup>1</sup>, Κωστούλας Ν<sup>2</sup>, Βασιλάκης Θ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, <sup>2</sup>Α' Χειρουργική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα

#### Εισαγωγή

Η χρήση των φυτικών σκευασμάτων και των συμπληρωμάτων διατροφής είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται ποσοστά ανάλογα με το μελετώμενο πληθυσμό από 4.8% έως και 55%.<sup>1,2</sup> Κύριος σκοπός της έρευνας ήταν να διαπιστωθεί κατά πόσο οι ασθενείς παρέχουν αυθόρμητα την πληροφορία ότι λαμβάνουν φυτικά σκευάσματα όταν ερωτώνται για τη φαρμακευτική τους αγωγή, ενώ επιπλέον στόχοι ήταν η καταγραφή του ποσοστού των ασθενών του νοσοκομείου μας που κάνουν χρήση των φυτικών σκευασμάτων, κατά πόσο είναι ενήμεροι για τη φύση της ουσίας που λαμβάνουν, τις πιθανές επιπλοκές και τις παρενέργειες κατά την περιεγχειρητική περίοδο.

#### Υλικό - Μέθοδος

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη μορφή ερωτηματολογίου ενσωματωμένου στην προεγχειρητική εκτίμηση από τον αναισθησιολόγο σε 201 ενήλικες ασθενείς τριτοβάθμιου νοσοκομείου (86 γυναίκες και 115 άνδρες) που θα υποβάλλονταν σε ποικιλία χειρουργικών επεμβάσεων προγραμματισμένων ή έκτακτων, χωρίς οι ασθενείς να γνωρίζουν ότι συμμετέχουν σε ερωτηματολόγιο έρευνας. Αρχικά καταγραφόταν η φαρμακευτική αγωγή όπως τη δήλωνε ο ασθενής ενώ στη συνέχεια γινόταν συγκεκριμένη ερώτηση για τη χρήση φυτικών σκευασμάτων. Μετά το πέρας της προεγχειρητικής εκτιμήσεως και εφ' όσον οι ασθενείς είχαν απαντήσει θετικά για τη χρήση σκευασμάτων, συνεχιζόταν το ερωτηματολόγιο για τις πιθανές παρενέργειες και την επίδραση στην περιεγχειρητική περίοδο.

#### Αποτελέσματα

Από τους 201 ασθενείς που ερωτήθηκαν οι 19 (9.5%) ανέφεραν χρήση ενός ή περισσότερων φυτικών σκευασμάτων σε τακτική βάση και 4 (2%) περιστασιακά. Παρόλο όμως που το 45% των ασθενών θεωρεί ότι για τη χρήση φυτικών σκευασμάτων θα πρέπει να ενημερώνεται ο θεράπων χειρουργός και ο αναισθησιολόγος, ΚΑΝΕΝΑΣ ασθενής δεν έδωσε αυθόρμητα την πληροφορία για τη χρήση των φυτικών σκευασμάτων όταν ρωτήθηκε στον προεγχειρητικό έλεγχο για τη λαμβανόμενη αγωγή. Οι ασθενείς που έκαναν χρήση, το αποκάλυψαν μόνο μετά από συγκεκριμένη ερώτηση του αναισθησιολόγου για τη λήψη φυτικών σκευασμάτων. Το ποσοστό αυτών που το λάμβαναν ως συμπλήρωμα για τον έλεγχο κάποιας χρόνιας πάθησης (13.5%) είναι υπερδιπλάσιο σε σχέση με αυτούς που το λάμβαναν χωρίς να έχουν κάποια χρόνια πάθηση (5.8%). Το 45% των ασθενών δεν είχαν διαβάσει το συνοδευτικό φυλλάδιο οδηγιών, ενώ περισσότεροι από τους μισούς (55%) των ασθενών δεν είχαν ενημερώσει τον οικογενειακό γιατρό τους για την παράλληλη χρήση σκευασμάτων με την τακτική φαρμακευτική τους αγωγή.

#### Συμπέρασμα

Παρόλο που σχεδόν οι μισοί ασθενείς που κάνουν χρήση φυτικών σκευασμάτων, θεωρούν ότι ο θεράπων χειρουργός και ο αναισθησιολόγος πρέπει να είναι γνώστες της χρήσης, εντούτοις στην έρευνα μας, κανένας ασθενής δεν έδωσε αυθόρμητα αυτή την πληροφορία όταν ερωτήθηκε από τον αναισθησιολόγο κατά την προεγχειρητική εκτίμηση για τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει σε τακτική βάση. Με δεδομένα τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν στην περιεγχειρητική περίοδο<sup>3</sup> θα πρέπει όλοι οι ασθενείς να ερωτώνται και συγκεκριμένα για τη χρήση τους και όχι να θεωρείται αυτονόητη η παροχή της πληροφορίας, όταν ερωτώνται για τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν. Η σύσταση αυτή εξάλλου έχει συμπεριληφθεί στις οδηγίες της ESA για τον προεγχειρητικό έλεγχο<sup>4</sup>.

#### Βιβλιογραφία

1. Skinner CM, Rangasami J. Preoperative use of herbal medicines: a patient survey. Br J Anaesth 2002; 89:792–795
2. Heller J, Gabbay JS, Ghadjar K, et al. Top-10 List of herbal and supplemental medicines used by cosmetic patients: what the plastic surgeon needs to know. Plast Reconstr Surg 2006; 117:436–445
3. Kaye A D, Baluch A et al. Pharmacology of herbals and their impact in anesthesia. Curr Opin Anaesthesiol 2007; 20(4): 294-299
4. De Hert S et al. Preoperative evaluation of the adult patient undergoing non-cardiac surgery: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol 2011;28:684–72

### ΙΑ-3

## Η «ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ» ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ: ΟΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ Η ΚΑΤΕΣΤΗΜΕΝΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝ.

**Παπασπύρος Φ, Μιχαηλίδου Ε, Κατσανούλας Κ, Φιλέλη Α, Αναγνωστάρα Ε.**

**Ιπποκράτειο ΓΝΘ.**

**Εισαγωγή:** Η ιατρική βάσει δεδομένων συνιστά σήμερα τον αντικειμενικό κανόνα σύμφωνα με τον οποίο αξιολογείται η «υπεροχή» συγκεκριμένων κλινικών πρακτικών έναντι άλλων. Προϊόν αυτής της νέας αντίληψης άσκησης ιατρικής αποτελεί η εξαγωγή και δημοσίευση κατευθυντήριων οδηγιών (ΚΟ) με στόχο την εφαρμογή των καλύτερων επιστημονικών δεδομένων, τη μείωση της ανεργμάντιστης πολυμορφίας της κλινικής πράξης, τη βελτίωση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας και τελικά την αναβάθμιση της ποιότητας υγείας των ασθενών<sup>1</sup>. Οι ΚΟ αν και εξορισμού συνίστανται σε προτάσεις προς αρωγή του ιατρού και του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την καταλληλότερη παροχή φροντίδας για συγκεκριμένες κλινικές καταστάσεις, σχεδόν ποτέ δεν απολαμβάνουν την καθολική αποδοχή των άμεσα ενδιαφερόμενων ιατρών. Για παράδειγμα ιατροί ίδιας ειδικότητας μπορεί να διαφωνούν ως προς την ερμηνεία των «αντικειμενικών» στοιχείων που θεμελιώνουν τις εν λόγω οδηγίες<sup>2</sup>. Ακόμη πιο σύνθητες είναι η προσπάθεια εφαρμογής νέων ΚΟ να συναντά σθεναρή αντίσταση από την τρέχουσα κατεστημένη κλινική πράξη<sup>3</sup>. Βάσει αυτού του σκεπτικού η παρούσα έρευνα είχε ως αφορμή την έκδοση από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ανασθησιολογίας (ESA) των ΚΟ για την προεγχειρητική εκτίμηση ενηλίκων ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε μη καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις<sup>4</sup>. Σύμφωνα με αυτές «η προεγχειρητική ακτινογραφία θώρακα (ΠΑΘ) δεν συστήνεται ως ρουτίνα... ενώ έχει πολύ περιορισμένη αξία σε ασθενείς άνω των 70 ετών με εγκατεστημένους παράγοντες κινδύνου». Με δεδομένη την πρακτική του νοσοκομείου μας, να υποβάλλονται όλοι οι ασθενείς σε ΠΑΘ διεξάγαμε έρευνα με στόχο: i) την καταγραφή της γνώμης των αναισθησιολόγων και των χειρουργών σχετικά με την αναγκαιότητα αυτής της εξέτασης και: ii) την έναρξη διαλόγου για αλλαγή της καθιερωμένης πρακτικής.

**Μέθοδος:** Έρευνα τύπου ερωτηματολογίου που απευθύνεται σε 50 αναισθησιολόγους και 50 χειρουργούς, ειδικούς και ειδικευόμενους, που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της Βόρειας Ελλάδας.

**Αποτελέσματα:** Η ΠΑΘ αποτελεί ρουτίνα στον έλεγχο όλων των ενηλίκων ασθενών (εκτός εγκύων). Οι αναισθησιολόγοι συμφωνούν ομόφωνα πως η συγκεκριμένη εξέταση δεν πρέπει να γίνεται σε κάθε προεγχειρητικό ασθενή. Οι χειρουργοί φέρονται μοιρασμένοι στις απαντήσεις τους. Διχασμένες και μάλλον αβέβαιες είναι και οι δύο ομάδες ειδικών ως προς τους λόγους στους οποίους βασίζεται η τρέχουσα πρακτική. Πολύ ενδιαφέρον είναι επίσης το εύρημα ότι και οι δύο «κοινότητες» συμφωνούν για την αναγκαιότητα της συζήτησης για την αλλαγή της καθιερωμένης πρακτικής. Ανάλογη ομόφωνη σχεδόν, θετική προδιάθεση υπάρχει και στην ερώτηση αν θα επιθυμούσαν να διαθέτουν στο νοσοκομείο τους συγκεκριμένο πρωτόκολλο σχετικά με την χρήση της ΠΑΘ.

**Συμπεράσματα:** Διαπιστώσαμε πως η ΠΑΘ αποτελεί κατεστημένη πρακτική στα νοσοκομεία που έλαβε χώρα η έρευνα. Εμφανής όμως είναι η βούληση μεγάλου ποσοστού των εμπλεκόμενων ειδικών για την εφαρμογή συγκεκριμένων οδηγιών για την ενδεδειγμένη χρήση αυτής της εξέτασης. Σχετικά με την ΠΑΘ, οι σύγχρονες οδηγίες της ESA, που συμφωνούν με αντίστοιχη παλαιότερη οδηγία στο Ηνωμένο Βασίλειο<sup>5</sup> είναι απόλυτα σαφείς. Πληρούν δηλαδή το πρώτο από τα αναγκαία κριτήρια που απαιτούνται προκειμένου να αλλάξει η κατεστημένη κλινική πρακτική<sup>6</sup>. Επιπλέον τα στοιχεία στα οποία βασίζεται η οδηγία είναι επιστημονικώς αξιόπιστα<sup>4,5</sup> και το όφελος από την εφαρμογή της μπορεί να είναι πολλαπλό: Πρωταρχικά για την υγεία των ασθενών, για μια ταχύτερη παροχή φροντίδας από τους εμπλεκόμενους ειδικούς και τελικά για την εξοικονόμηση πόρων για άλλες πιο ενδεδειγμένες προεγχειρητικές εξετάσεις. Βεβαίως, μια πιθανή «αποκαθήλωση» της ΠΑΘ-ρουτίνας από το «πάνθεον» των υποχρεωτικών εργαστηριακών εξετάσεων του ελληνικού δημόσιου συστήματος υγείας, έχει νόημα με την προϋπόθεση ότι η πλήρης κλινική εξέταση και η λήψη καλού ιστορικού αποτελεί τη ρουτίνα της προαναισθητικής μας επίσκεψης. Οφείλουμε λοιπόν να τολμήσουμε να αλλάξουμε. Είναι προς όφελος όλων μας.

#### ΙΑ-4

### ΑΝΤΙΑΛΗΨΗ, ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΚΑΙ ΕΦΗΣΥΧΑΣΜΟΙ ΓΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ

**Αηδόνη Ζ, Κοτσόβολης Γ, Πουρζιτάκη Χ, Φυντανίδου Β, Αμανίτη Α, Άγγου Μ, Γροσομανίδης Β, Βασιλάκος Δ**

#### Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ :** Το νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ λειτουργεί ως κέντρο παροχής πιστοποιημένης εκπαίδευσης στη Βασική Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση με χρήση Αυτόματου Εξωτερικού Απινιδωτή. Διαθέτει δικό του εκπαιδευτικό υλικό, χώρους και εκπαιδευτές, η εκπαίδευση παρέχεται δωρεάν, εντός εργάσιμου χρόνου, τα τελευταία χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί περισσότερα από 80 πιστοποιημένα σεμινάρια και έχει εκπαιδευτεί το σύνολο σχεδόν των εργαζομένων. Όλες οι κλινικές διαθέτουν καρότσι επειγόντων και απινιδωτή, αυτόματο ή χειροκίνητο. Η όλη όμως προσπάθεια, σύμφωνα με την άποψη των ανθρώπων που ανταποκρίνονται στην κλήση για καρδιακή ανακοπή, δεν εκφράζεται σε εφαρμογή βασικής καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης μέχρι την άφιξη της εξειδικευμένης ομάδας. Στην παρούσα μελέτη θελήσαμε να αποτυπώσουμε την άποψη σε ζητήματα που αφορούν την εκπαίδευση αλλά και την εφαρμογή καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης των ανθρώπων που ανταποκρίνονται πρώτοι στον ασθενή που καταρρέει.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ :** Συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μοιράστηκε σε 130 γιατρούς και νοσηλευτές του νοσοκομείου μας. Επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 128. Από τους συμμετέχοντες ζητήθηκε η άποψη τους, εάν πιστεύουν ότι στον εργασιακό τους χώρο εφαρμόζεται σωστά η αναζωογόνηση, εάν γνωρίζουν το τηλέφωνο κλήσης βοήθειας του νοσοκομείου μας, εάν γνωρίζουν τον αλγόριθμο του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης, εάν γνωρίζουν εάν υπάρχει απινιδωτής στον χώρο τους, ποιόν γιατρό θα καλέσουν σε περίπτωση ανακοπής και πότε θεωρούν ως καταλληλότερο χρόνο εκπαίδευσης στην αναζωογόνηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ :** Από την ανάλυση των δεδομένων βρέθηκε ότι σε σύνολο 128 ερωτηματολογίων :

1. Το 53,9% των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι στον χώρο τους εφαρμόζεται σωστά ΚΑΡΠΑ ενώ το υπόλοιπο 46,1% ότι δεν εφαρμόζεται σωστά. Αναλυτικότερα το 37% των γιατρών και το 61,8% των νοσηλευτών πιστεύουν ότι εφαρμόζεται σωστά. Οι γιατροί σε μεγαλύτερο ποσοστό πιστεύουν ότι δεν εφαρμόζεται σωστά ΚΑΡΠΑ, με στατιστικώς σημαντική διαφορά από τους νοσηλευτές ( $p < 0,005$ ).
2. Το 56,3% πιστεύουν ότι κατάλληλος χρόνος για εκπαίδευση είναι κατά τα φοιτητικά χρόνια, 18,8% κατά την πρακτική, 11,7% στο αγροτικό και 13,3% κατά την ειδικότητα.
3. Μόνο 36/128 (28,1%) ήξεραν σωστά το τηλέφωνο κλήσης βοήθειας, 47/128 (36,7%) έδωσαν λάθος τηλέφωνο και 45/128 (35,2%) δεν το γνώριζαν. Μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών δεν υπήρχαν διαφορές στα ποσοστά.
4. Το 37,9% των νοσηλευτών και το 10% των γιατρών κατά την ΚΑΡΠΑ δεν εφαρμόζουν σωστά τον αλγόριθμο σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης. Στους γιατρούς υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ( $p < 0,005$ ).
5. Το 96,6% των νοσηλευτών και το 95,2% των γιατρών σε περίπτωση καρδιακής ανακοπής θα φωνάζουν αναισθησιολόγο .
6. Το 90,6% γνωρίζει ότι υπάρχει απινιδωτής στον χώρο τους και το 93,9% γνωρίζει που ακριβώς είναι.
7. Το 91% γνωρίζει ότι στην κλινική τους υπάρχει καρότσι επειγόντων, αλλά μόνο το 46% πιστεύει ότι ελέγχεται σε καθημερινή βάση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ :** Από τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης φαίνεται ότι γιατροί και νοσηλευτές που δουλεύουν στον ίδιο χώρο έχουν διαφορετική αντίληψη για θέματα που αφορούν την αναζωογόνηση. Περισσότεροι από τους μισούς δεν γνωρίζουν το τηλέφωνο κλήσης βοήθειας, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό δεν εφαρμόζει την αλληλουχία ενεργειών σε περίπτωση καρδιακής ανακοπής. Τα ποσοστά αυτά πιθανόν να ήταν μεγαλύτερα εάν η έρευνα είχε την μορφή εξέτασης και δεν περιορίζονταν στην μορφή ερωτηματολογίου. Φαίνεται ότι η πιστοποιημένη εκπαίδευση από μόνη της δεν αρκεί για την βελτίωση κατάστασης. Η συστηματική καταγραφή των ενδονοσοκομειακών καρδιακών ανακοπών, η εφαρμογή προγράμματος ελέγχου ποιότητας για την αντιμετώπιση των νοσοκομειακών επειγόντων περιστατικών και η λήψη θεσμικών μέτρων θα μπορούσε να έχει θετική επίδραση στην αντιμετώπιση των καρδιακών ανακοπών.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Soar J, Monsieurs K, Balance J et al. European Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 9 : Principales of education in resuscitation.
2. Cummins R, Chamberlain D, Hazinski M et al. Recommended guidelines for reviewing, reporting and conducting research on in hospital resuscitation the in hospital Utstein Style. Resuscitation 1997 ; 151-183.

## IA-5

### BUDGET IMPACT OF USING SUGAMMADEX FOR THE ROUTINE REVERSAL OF NEUROMUSCULAR BLOCKADE IN A GREEK HEALTH CARE SETTING

Insinga RP<sup>1</sup>, Konstantopoulou T<sup>2</sup>, Athanasakis K<sup>3</sup>, Argyris G<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Merck & Co, Inc., Upper Gwynedd, PA, USA

<sup>2</sup>MSD Greece, Alimos, Greece

<sup>3</sup>National School of Public Health, Department of Health Economics, Athens, Greece

**Objective:** To model the annual impact on hospital costs following the introduction of sugammadex for routine reversal of neuromuscular blockade.

**Methods:** An economic model reflecting resource use and costs associated with neuromuscular block and its reversal, and residual blockade, was constructed for a typical Greek hospital. Clinical trial data were used to estimate time savings relating to shortened reversal in the operating room (OR) for sugammadex compared to neostigmine and no reversal. Costs of OR time were derived from labor costs for different types of OR staff. Resource use associated with residual blockade sequelae (aspiration, hypoxemia, muscle weakness, upper airway obstruction) was estimated from the literature. Annual procedures, utilization of neuromuscular blocking and reversal agents, and uptake of sugammadex within a typical Greek hospital were estimated. Unit costs were based on public data sources or published literature.

**Results:** If all OR staff modeled (with average staff attendance across all procedures of 2.4 anesthesiologists, 3.5 surgeons and 3.7 nurses) can realize time savings with shortened reversal, use of sugammadex is estimated to save a typical Greek hospital, using sugammadex in 7,130 procedures annually, 23,717 € per year. This corresponds to an increase in drug costs of 358,963 €, which is more than fully offset by a decrease in costs of OR staff and clinical sequelae of residual blockade (-382,680 €). In a worst case scenario, if only one second degree anesthesiologist, one second degree surgeon and one nurse in attendance realize time savings, annual costs would be increased (198,404 €). Results were sensitive to OR staff costs and time savings.

**Conclusion:** Sugammadex for routine reversal of neuromuscular blockade can potentially lead to cost savings in the Greek healthcare setting. The degree to which costs may be saved depends upon which OR staff can realize time savings with shortened reversal.

## ΙΑ-6

### ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ

Άγγελου Μ, Παγιόπουλος Κ, Μανωλή Β, Πάντου Ε, Κουτσιαντά – Ζαμπόκα Κ, Φυντανίδου Β, Γροσομανίδης Β.

#### Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ :** Η εκπαίδευση στη βασική υποστήριξη της ζωής απευθύνεται σε υγειονομικούς και σε απλούς πολίτες και γενικά σε αυτούς που πρώτοι θα ανταποκριθούν στον ασθενή που καταρρέει. Η ελληνική πολιτεία ανταποκρινόμενη στην ανάγκη αυτή έχει ψηφίσει το θεσμικό πλαίσιο (ΦΕΚ 219/22-2-07) βάσει του οποίου όλοι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εκπαιδευθούν στην αναζωογόνηση. Το νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ λειτουργεί ως κέντρο παροχής πιστοποιημένης εκπαίδευσης στην Βασική Υποστήριξη της Ζωής με Χρήση Αυτόματου Εξωτερικού Απινιδωτή (BLS/AED. Με τη μελέτη αυτή θελήσαμε να αναλύσουμε τα επιμέρους χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα αυτό.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ :** Στο νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ από το 2007 παρέχεται πιστοποιημένη εκπαίδευση στη BLS/AED, η εκπαίδευση απευθύνεται κυρίως στους εργαζομένους του νοσοκομείου αλλά και σε εργαζομένους άλλων νοσοκομείων, φοιτητές και απλούς πολίτες. Με στόχο την εξασφάλιση βιωσιμότητας η εκπαίδευση παρέχεται δωρεάν και εντός πρωινού ωραρίου. Οι εκπαιδευτές είναι εργαζόμενοι του νοσοκομείου μας, το εκπαιδευτικό υλικό και οι χώροι ανήκουν στο νοσοκομείο ενώ από την διοίκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας δόθηκε απαιτούμενη υποστήριξη για την συμμετοχή των νοσηλευτών είτε ως εκπαιδευτές είτε ως εκπαιδευόμενοι. Η συμμετοχή για τους εκπαιδευτές αλλά και για τους εκπαιδευόμενους είναι προαιρετική.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ :** Το σύνολο των σεμιναρίων, του αριθμού των εκπαιδευθέντων και τα επιμέρους χαρακτηριστικά τους φαίνονται στον παρακάτω πίνακα

Σεμινάρια	83		Ειδικοί	Ειδικευόμενοι	Από τους ειδικούς γιατρούς μόνο δύο ήταν στην βαθμίδα του διευθυντή. Μέλη ΔΕΠ ήταν μόνο οδοντίατροι – γναθοχειρουργοί. Από τους νοσηλευτές κανένας δεν ήταν σε βαθμίδα μεγαλύτερη του/της προϊστάμενου/νης.
Σύνολο	2216	Σύνολο	49	390	
Νοσηλευτές	1100	Παθολόγοι	11	90	
Παραϊατρικό	127	Καρδιολόγοι	1	10	
Ιατροί	466	Παιδίατροι	2	45	
Φοιτητές	344	Νευροχειρουργοί	0	3	
Διοικητικό – Τεχνικό	66	Βιοπαθολόγοι	4	5	
Τραυματιοφορείς	26	Χειρουργοί	3	36	
Πολίτες	22	Αιματολόγοι	12	0	
Οδοντίατροι	27	Γναθοχειρουργοί	7	0	
Μέλη Εθελοντικών ομάδων	23	Πυρηνικοί Ιατροί	0	3	
Εθελόντριες	15	Ακτινολόγοι	3	3	
		Γενικοί Ιατροί	2	67	
Νοσηλευτές εκτός ΑΧΕΠΑ	247	Οφθαλμίατροι	0	13	
Ιατροί Εκτός ΑΧΕΠΑ	69	Αναισθησιολόγοι	2	19	
Αγροτικοί ιατροί	27	Ορθοπαιδικοί	1	2	
Προϊστάμενες	12	Νευρολόγοι	0	1	
		Παθολογανατόμοι	0	7	
		Ψυχίατροι	0	5	
		Γυναικολόγος	1	1	
		Καρδιοχειρουργοί	0	3	

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ :** Από την καταγραφή των δεδομένων φαίνεται ότι το πρόγραμμα έλαβε ευρεία αποδοχή. Η εξασφάλιση πόρων για την κάλυψη του κόστους και η πραγματοποίηση της εκπαίδευσης σε εργάσιμο ωράριο εξασφάλισε την βιωσιμότητα του. Από την επιμέρους ανάλυση φαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν νοσηλευτές, ενώ από τους γιατρούς οι περισσότεροι ήταν ειδικευόμενοι. Νοσηλευτές και γιατροί σε υψηλές βαθμίδες δεν συμμετείχαν, ενώ μικρή ήταν και η συμμετοχή των τραυματιοφορέων. Η επιφόρτιση με διοικητικό έργο εις βάρος του κλινικού, και η μη τοποθέτηση του εαυτού τους σε αυτούς που έχουν καθήκον να ανταποκρίνονται στον ασθενή που καταρρέει θα μπορούσαν να εξηγήσουν το φαινόμενο αυτό. Σε κάθε όμως περίπτωση χρειάζεται επιπλέον ανάλυση, προσπάθεια για αλλαγή του τρόπου σκέψης αλλά και λήψη θεσμικών μέτρων για την εφαρμογή της ισχύουσας νομοθεσίας.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Soar J, Monsieursb K, Ballancec J et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 9. Principles of education in resuscitation. Resuscitation 2010 ; 81 : 1434–1444.
2. Chamberlain D, Hazinski M. Education in resuscitation. Resuscitation 2003;59:11–43.

## ΙΑ-7

### ΠΩΣ ΜΑΣ ΒΛΕΠΟΥΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ:

### ΤΙ ΦΟΒΟΥΝΤΑΙ ΚΑΙ ΤΙ ΠΙΣΤΕΥΟΥΝ ΓΙΑ ΤΟ ΡΟΛΟ, ΤΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ, ΤΗΝ ΕΥΘΥΝΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ

Παπασπύρος Φ<sup>i</sup> Ματιάκη Ε<sup>i</sup> Μιχαηλίδου Ε<sup>i</sup> Καμπαρούδη Ν<sup>ii</sup> Μούτσιανος Γ<sup>i</sup> Φιλέλη Α<sup>i</sup> Αναγνωστάρα Ε<sup>i</sup>

ΓΝΘ Ιπποκράτειο (i), ΓΝ Γιαννιτσών (ii).

**Εισαγωγή:** Η αντίληψη του κοινού σχετικά με το ρόλο του αναισθησιολόγου εντός και εκτός χειρουργείου απέχει από την πραγματικότητα<sup>1-6</sup>. Οι εγγενείς συνθήκες βάσει των οποίων ασκείται συνήθως η αναισθησιολογία εξηγούν σε κάποιο βαθμό αυτή την κατάσταση. Η άγνοια ωστόσο σχετικά με τις διαφορετικές κλινικές καταστάσεις που αντιμετωπίζει ο αναισθησιολόγος δυσχεραίνει την προσπάθεια για εξασφάλιση συνθηκών ασφαλέστερης αναισθησιολογικής φροντίδας. Επίσης περιορίζει τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους και τις ευκαιρίες για περαιτέρω ακαδημαϊκή ανάπτυξη της ειδικότητας. Αρωγός στην προσπάθεια διαφώτισης του κοινού είναι η επικοινωνία του αναισθησιολόγου με τον προεγχειρητικό ασθενή<sup>7</sup>: Συμβάλλει στην μείωση του προ-αναισθητικού άγχους και στην ενημέρωση του σχετικά με το ρόλο του αναισθησιολόγου, αλλά δεν αξιοποιείται στην αναισθησιολογική μας καθημερινότητα στο μέγιστο δυνατό βαθμό. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η ανάδειξη των απόψεων των ασθενών σχετικά με τα καθήκοντα του αναισθησιολόγου και της μείζονος σημασίας που έχει η καλή επικοινωνία των δύο πλευρών στην βελτίωση της δημόσιας εικόνας της ειδικότητας.

**Μέθοδος:** Μελέτη τύπου ερωτηματολογίου, 150 ασθενών που είχαν υποβληθεί σε τακτικό χειρουργείο υπό γενική ή τοποπεριοχική αναισθησία σε 4 Γενικά Νοσοκομεία της Βόρειας Ελλάδος.

**Αποτελέσματα:** Τα 2/3 περίπου των ασθενών ανήκαν στις ηλικιακές ομάδες 19-35 (34,4%) και 36-50 (29,1%). Το 62,4% ήταν γυναίκες και το 37,6% άνδρες. Το 62,8% απάντησαν πως είναι απόφοιτοι δημοτικού, γυμνασίου ή λυκείου. Η πλειονότητα των ασθενών (82,9%) απάντησε πως ο αναισθησιολόγος είναι γιατρός και πως ο ρόλος του σε μια εγχείρηση είναι να δίνει τα φάρμακα για να «κοιμηθεί» ο ασθενής (28%). Άλλοι ρόλοι που του αποδίδονται διεγχειρητικά βάσει των απαντήσεων των ασθενών είναι η εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας των ζωτικών οργάνων (25%) και η αφύπνιση (24,4%). Μόνο το 13,3% πιστεύει πως η μετεγχειρητική αναλγησία αφορά τον αναισθησιολόγο. Επίσης μόνο το 6% γνωρίζει πως οι αναισθησιολόγοι επανδρώνουν το ιατρείο πόνου. Αντίθετα το 27% πιστεύει πως, εκτός χειρουργείου, οι αναισθησιολόγοι εργάζονται στη ΜΕΘ, το 29,2% πως απασχολούνται στις μαιευτικές κλινικές και το 21,1% στα επείγοντα περιστατικά. Μικρά είναι τα ποσοστά των ασθενών που πιστεύουν πως ο αναισθησιολόγος εργάζεται εντός του ασθενοφόρου (6,8%) και στο ακτινολογικό τμήμα (0,9%). Σχετικά με το ποιος είναι πιο σημαντικός για μια εγχείρηση, το 93,3% απάντησε πως και ο χειρουργός και ο αναισθησιολόγος είναι εξίσου σημαντικοί, αν και το 19,5% θα επέλεγε τον χειρουργό αν είχε αυτή τη δυνατότητα, αντίθετα με το 2,6% που θα επέλεγε τον αναισθησιολόγο. Ο συχνότερος φόβος του αρρώστου σε σχέση με ένα επικείμενο χειρουργείο είναι «αν θα ξυπνήσω από την αναισθησία». Τέλος σχετικά με τη βαρύτητα που είχε η προαναισθητική επίσκεψη στην προετοιμασία των ασθενών το 65,1% δήλωσε πως είχε θετική συμβολή στην ψυχολογία τους.

**Συμπεράσματα:** Αν και η πλειονότητα των ασθενών απάντησε πως γνωρίζει ότι ο αναισθησιολόγος είναι γιατρός, οι περισσότεροι αγνοούν το διεγχειρητικό του ρόλο και πολύ περισσότερο τα καθήκοντα του εκτός χειρουργείου. Παρ'όλα αυτά το προεγχειρητικό άγχος σχετικά με την αναισθησία απαντάται πολύ συχνότερα από το άγχος της εγχείρησης καθεαυτής. Η προαναισθητική επίσκεψη πρέπει να αποτελεί αφορμή για καλύτερη ενημέρωση του αρρώστου σχετικά με τον, διεγχειρητικό έστω, ρόλο του αναισθησιολόγου και την μείωση του, αδικαιολόγητου συνήθως, φόβου του ως προς την αναισθησία.



## **Ευρετήριο Συγγραφέων**

Αγγελίδη Α. Β-4  
Αγγελίδη Μ. Β-4, Β-10  
Αγγελίδου Ι-11  
Αγγέλου Ι-13  
Άγγου ΙΑ-6, ΙΑ-4  
Αηδόνη Β-14, Β-21, Θ-9, ΙΑ-4  
Αθανασάκης ΙΑ-5, Δ-3  
Αιμονιώτου Ι-7, Ι-13  
Αίσωπος Θ-6  
Αλβανού ΣΤ-7  
Αλεξάνδρου Β-7  
Αλεξίου Ι-8  
Αλεξούδης Β-11  
Αμανίτη Β-14, Β-20, Θ-8, ΙΑ-4  
Αμπουσικέ ΣΤ-1, ΣΤ-4  
Αναγνωστάρα Β-19, Β-15, ΙΑ-7, ΙΑ-3, ΣΤ-6  
Αναγνώστης Γ-6, Θ-3, Θ-4  
Ανανιάδου Ζ-3  
Αναστασιάδου Ι-40  
Αναστασίου Ι-17, Ι-19, Ι-39  
Ανδρέου Β-9, Β-5, ΙΑ-2  
Ανθόπουλος Ι-10, Ι-11, Ι-12, Ι-9, Ι-29, Β-5  
Ανίσογλου Ι-40  
Αντύπα Α. Β-2, Β-3  
Αντύπα Ε. Ι-28  
Αντωνιάδου Ι-21, Ι-28  
Αντωνίου Α. Ι-15  
Αντωνίου Χ. Δ-4, Δ-5  
Αντώνογλου Γ-4  
Αραμπατζής Γ-6, Θ-3, Θ-4  
Αρβανιτάκη Ε-1  
Αρβανίτη Α. Ι-3  
Αρβανίτη Μ. Ι-28  
Αργύρης ΙΑ-5  
Αργυριάδου Δ-8  
Αργυροπούλου Ι-29  
Αρναούτογλου Ι-6  
Ασκητοπούλου Δ-3  
Ασλαμάζη Β-23  
Ασλανίδης Ι-17, Ι-18, Ι-19, Ι-39  
Ασουχίδου Β-13, Γ-7, Η-2

Αστέρη Ζ-3  
Αστερίου Ι-40  
Βάκαλος Ι-1, Ι-2  
Βαλσαμίδης Β-8  
Βανάκας Β-13, Γ-7, Ε-1, Η-2, Θ-7  
Βασιλάκης Β-5, ΙΑ-2  
Βασιλάκος Β-14, Β-17, Β-18, Β-22, Β-23, Δ-8, Ζ-1, Η-1, Θ-8, Θ-9, ΙΑ-4  
Βασιλειάδου Ι-26,  
Βασιλιάγκου Ι-28  
Βεκράκου Θ-3  
Βερονίκη Β-18, Β-21, Β-22  
Βιολάκη Ι-20, Ι-23, Ι-31, Ι-35  
Βιτούλα Ι-16  
Βλαχογιάννη Ι-13, Ι-7  
Βλάχος Γ-6, Θ-3  
Βογιατζάκη Β-11  
Βογιατζή Ι-34, Ι-35  
Βόλακλη Ι-20, Ι-23, Ι-31, Ι-35  
Βοντίτσου ΣΤ-3  
Βουδούρης Ι-5  
Βουλιώτη Β-3  
Βρανάς Δ-4  
Βρύζα Β-2  
Γαλανάκη Ι-13  
Γαμποπουλου Β-12  
Γεωργάκας Ι-16, Ι-25, Ι-27  
Γεωργιάδου Ι-36, Ι-37  
Γεωργίου Β-7  
Γεωργογιαννάκη ΣΤ-2  
Γεωργοπούλου Γ. Β-6  
Γεωργοπούλου Ε. Β-19, ΣΤ-6  
Γιαννάκη Γ-1, Γ-2, Θ-1  
Γιαννάκου Ι-17, Ι-18, Ι-19, Ι-30, Ι-39, Ζ-2  
Γιαννιτόπουλος Β-6  
Γιαννούσης Ι-1, Ι-2  
Γιασνέτσοβα Ι-38  
Γιωτακης Β-12  
Γκέκα Ι-17, Ι-18, Ι-19, Ι-39  
Γκίνη Ι-3  
Γκλιναβου Δ-6  
Γκμπάντι Δ-4, Δ-5, Θ-5  
Γκονεζου Ι-8, Ι-24, Ι-3, Ι-32, Ι-33  
Γκότση ΣΤ-4

Γκουντή Ι-21, Ι-28  
Γκριτζάπη Β-4  
Γουρλομάτη Ι-16, Ι-26, Ι-25  
Γούσια Δ-1  
Γρίτση Ι-36, Ι-37, Ι-38  
Γροσομανίδης ΙΑ-6, Β-17, Β-18, Β-20, Β-21, Β-22, Β-23, Δ-8, Ζ-1, ΙΑ-4  
Γυφτονικολού ΣΤ-5  
Δαλαμπυρα Δ-2, Ε-2  
Δάφα Ι-20  
Δεληασλάνη Ζ-1  
Δεμριτζόγλου Γ-5  
Δερμιτζάκη ΣΤ-5  
Δημηνίκος Γ-7, Θ-7  
Δημητριάδης Β-17  
Δημητριάδου Β. Ι-13, Ι-7  
Δημητριάδου Μ. Ι-35  
Δημητριάδου Ρ. Ι-20  
Δημητρίου Δ-6  
Διαμαντάκη Γ-5, ΙΑ-1  
Διπλάρης Ζ-3  
Δουμπάρατζη ΣΤ-7  
Δρόσος Ζ-3  
Δρόσου Ι-14  
Ελευθεριάδης Ε-1, Θ-7  
Ευθυμίου Ζ-2, Ι-17, Ι-19, Ι-39  
Ζάγκα Β-17  
Ζακυνθινός Ι-14  
Ζαραλίδου Θ-8, Θ-9  
Ζαρζαβά ΣΤ-7  
Ζαχαριάδου Δ-1, Δ-2, Ε-2  
Ζωγογιάννης Δ-6  
Ζώτου Δ-1  
Ηλιάδου Ι-5  
Θεοδοσιάδης Β-20  
Θωμά Θ-8, Ι-39  
Insinga Ρ ΙΑ-5  
Ιορδανίδου Δ-4, Δ-5, Θ-5  
Ιωαννίδης Α. Δ-1, Δ-2, Ε-2  
Ιωαννίδης Γ. Ζ-2  
Ιωαννίδου Β-2  
Καιμακάμης Ι-27  
Κακακιού Γ-3  
Κακασή Ι-4, Ι-5  
Καλογερίδης Δ-1, Δ-2  
Καλογριδάκη Μ Δ-3  
Καμπαρούδη ΙΑ-7  
Καμπερίδης Δ-8  
Κάνδηλα Β-4

Κανουπάκης Δ-3  
Καραθάνου Α. Ι-15  
Καραθάνου Ε. ΣΤ-1, ΣΤ-4  
Καραϊσκος Ζ-3  
Καρακούλας Β-18, Β-20,  
Ζ-1, Ι-30  
Καραλή Ι-26  
Καραπάνος Ι-10, Ι-11, Ι-12,  
Ι-9  
Καραπιπερίδης Ι-7  
Καράτζη ΙΑ-1  
Καρυπίδου Ι-8, Ι-8, Ι-24,  
Ι-3, Ι-32, Ι-33  
Κατσανούλας ΙΑ-3  
Κατσικά Α. Ι-12  
Κατσικά Ε. Β-15  
Κατσίκας Β-3, Β-2  
Καφαντάρης Ι-17  
Καφούτης Γ-6, Θ-3  
Καχριμανίδου Δ-5  
Κάψα Ι-31  
Καυγάλη Β-1  
Καυκοκαλύβας Β-3  
Κεμανετζή Ι-25, Ι-27  
Κευσενίδης Β-19, Β-15  
Κεχαγιάς Ι-21  
Κινουά Ι-29  
Κιουρτζιέβα Θ-9  
Κλήμη Β-8  
Κλόκα ΙΑ-2  
Κογκόπουλος Ι-22, Ι-4, Ι-5  
Κόκορης Ι-15  
Κόμη Β-16  
Κοντακιώτης Ζ-3  
Κοντοβίτσης Γ-1, Γ-2, Θ-1  
Κοντός Ι-17, Ι-18, Ι-19,  
Ι-30, Ι-39  
Κοντού Ι-3  
Κοντούλη Ι-13, Ι-7  
Κοράκη Ε-1, Θ-7  
Κορφιώτης Β-19  
Κότελη Ι-4, Ι-5  
Κοτζαπαναγιώτου Ι-35  
Κότσα ΣΤ-5  
Κοτσόβολης ΙΑ-4  
Κουζής Θ-6  
Κουκουλιτσιος Δ-7  
Κουρής Β-9, Β-5  
Κουρούνη Θ-6  
Κουτσιαντά ΙΑ-6  
Κριθαρίδη Ε-1  
Κρομμύδα Ι-23, Ι-34

Κτενιαδάκης Β-23  
Κυδώνα Ι-36  
Κυπαρισσά Δ-8  
Κυριαζής Δ-3  
Κωλετσης Β-12  
Κωνσταντόπουλος Θ-2  
Κωνσταντοπούλου ΙΑ-5  
Κωστίδου Β-3  
Κώστογλου Β-17, Δ-1, Δ-2  
Κωστοπαναγιώτου Β-10  
Κωστούλας ΙΑ-2  
Κώτσιου Ι-31, Ι-34  
Κώτσο Β-18, Β-22  
Λαβρεντίεβα Ι-16, Ι-25,  
Ι-26, Ι-27  
Λαθύρης Ι-21  
Λάμπας ΣΤ-5  
Λέγγα Γ-4  
Λιάπης Β-5  
Λιοτηρη Δ-6  
Λιούπης Θ-3  
Λογοθέτη Γ-6, Θ-3  
Λόρτου Ι-34  
Λουκέρη Β-8  
Λυκούση Ι-15  
Λυρίτη Β-2  
Λυσίτσα Ι-24  
Λύτος Β-2  
Λώτης ΣΤ-1  
Μαδεμλή Ε-2  
Μαϊδάτση Θ-8, Θ-9  
Μακρής Θ-2  
Μαλιαχόβας Ι-9  
Μανατάκη Ι-6  
Μαντζαφλέρη Ι-23, Ι-31  
Μαντζουράνη Θ-6  
Μανωλή ΙΑ-6  
Μαργαρίτης Ι-6  
Μαρκόπουλος Β-15  
Μάσσα Ι-36, Ι-37, Ι-38  
Ματιάκη Β-19, Β-15, ΙΑ-7,  
ΣΤ-6  
Ματσώτα Β-10  
Ματτά Ι-7  
Μαυράκης Δ-3  
Μαυρίδου ΣΤ-4  
Μαυρομάτη Γ-4  
Μαυρουδή Ι-40  
Μελά Θ-2  
Μελιδονιώτης ΙΑ-1  
Μεταλλινού ΣΤ-5  
Μεταξάρη Β-6

Μήτος Β-14, Β-21, Β-23,  
Η-1, Θ-8  
Μητρολιός Γ-6, Θ-4  
Μητρούδης ΣΤ-1, ΣΤ-4  
Μιμητου Ε-2  
Μιχαηλίδου ΙΑ-7, ΙΑ-3  
Μουλούδη Ι-36, Ι-37, Ι-38  
Μουμτζή ΣΤ-1  
Μουρούνογλου Ι-33  
Μουστάκα Θ-2  
Μούτσιανος Β-15, ΙΑ-7  
Μπακαλούλη Ι-9  
Μπαλάσης Γ-3  
Μπαλέζντροφ Ι-19  
Μπαλή Β-11  
Μπανιά Ι-14  
Μπαντούρ Ζ-3  
Μπαρδάτσου ΣΤ-2  
Μπαρέκα Θ-7  
Μπαρμπετάκης Ι-40  
Μπεκριδέλης Ι-28  
Μπιτζάνη Ι-16, Ι-25, Ι-26,  
Ι-27  
Μπογιατζόπουλος Β-19,  
Β-15  
Μπράτζου Θ-5  
Μυλωνά Δ-4  
Μωυσιάδης Ι-27  
Νικολάου Β-7  
Νικολοπούλου Γ-3  
Νόλας Β-5  
Νούρης Η-1, Ι-30  
Νούσκα Ι-7  
Ντάβλης Δ-4, Δ-5, Θ-5  
Ντελίκου Θ-6  
Ντζάνη Ι-10, Ι-11, Ι-12, Ι-9  
Ντολζένκο Β-19, Β-15  
Ντομουχτσής Β-2, Β-3  
Ντουμα Δ-6  
Ντρίτσου Β-17, Δ-8, Ε-2  
Ξαρχουλακος Β-12  
Ολοκτσίδου Β-21  
Ουραήλογλου Β-18, Β-22,  
Β-23, Ι-18, Ι-19, Ι-39  
Παγιόπουλος ΙΑ-6  
Παιδονομος Δ-7  
Πανουτσόπουλος Β-10  
Πάντου ΙΑ-6  
Παπαγεωργίου Ε. Ι-40  
Παπαγεωργίου Χ. Ι-8, Ι-24,  
Ι-3, Ι-32, Ι-33

Παπαγιαννοπούλου Β-17, Δ-1, Δ-2, Ε-2	Ρένεσης Β-4	Τσολερίδης Θ. ΣΤ-3
Παπαδάκης Ι-21	Ρεντα Ι-21	Τσολερίδης Σ. ΣΤ-3
Παπαδημητριου Δ-7	Ρέχοβα Β-11	Τσουλου Δ-7
Παπαδόπουλος Γ. Ι-4	Ριμάρεβ Β-3	Τσώνη Θ-2
Παπαδόπουλος Γ. Ι-6	Ρουμελιωτη Β-12	Υγροπούλου Ι-6
Παπαδόπουλος Π. Θ-2, ΣΤ-3	Ρούσος ΣΤ-1	Υφαντίδης Θ-4
Παπαδόπουλος Σ. Ι-36, Ι-37	Ρώιμπα Β-1	Φαρμάκης Θ-6
Παπαδοπούλου Ε. Β-2, Β-3	Σαμαράς Β-13, Γ-7, Η-2	Φιλέλη ΙΑ-7, ΙΑ-3
Παπαδοπούλου Α. Ι-8	Σαμάρκος Θ-6	Φιλιππίδου Β-18, Β-22
Παπάζογλου Β-3	Σαρακατσάνος Γ-3	Φλιώνη Ι-4
Παπαϊωάννου Ι-13	Σαράντη ΣΤ-7	Φρανσές Ι-26
Παπακίτσος Β-1	Σγουράκη ΙΑ-1	Φραντζέσκος Γ-5
Παπακίτσου Β-1	Σγουρού Ι-37, Ι-38	Φτίκος ΣΤ-3
Παπαναστασίου Β-6	Σδούγκα Ι-20, Ι-23, Ι-31, Ι-34, Ι-35	Φυντανίδου ΙΑ-6, Β-20, Β-21, Β-22, Β-23, ΙΑ-4
Παπαντωνάκη Γ-4	Σιδηροκαστρίτης Β-16	Φυτάς Ι-4, Ι-5
Παπαντωνίου Β-11	Σιώη ΣΤ-1	Χαλούλης Β-2
Παπασπύρος Β-19, Β-15, ΙΑ-7, ΙΑ-3, ΣΤ-6	Σκουλάκης Θ-3	Χαραλαμπίκης Β-6
Παπασπύρου Β-5	Σκουμής Ι-20, Ι-34	Χαριζοπούλου ΣΤ-7
Παπαστεφάνου Θ-5	Σκούρτης Β-20, Β-21	Χάσου Ι-28
Πάτα Γ-6, Θ-4	Σκυτιώτη Γ-1, Γ-2, Θ-1	Χατζηκώστα ΣΤ-2
Πατελάρου ΙΑ-1	Σμυρνιώτης Γ-6, Θ-4	Χατζηλία Β-8
Πατερομιχελάκης Δ-3	Σουβατζή Β-6, Γ-5, Δ-3, ΙΑ-1	Χατζημπαλόγλου Β-20
Πατρώνη Γ-3	Σουλτάτη Ι-17, Ι-19, Ι-39	Χατζηνικολάου Ι-22
Πατσούρας Ι-6	Σοφianου Β-12	Χατζουδη Δ-7
Παυλιάς Ι-10	Σπυριδωνίδου Β-11	Χαυτούρα Θ-4
Παυλίδης Γ. Ι-32, Ι-33	Σπύρου Ε. Β-13, Θ-7	Χαυτούρας Θ-4
Παυλίδης Μ. ΣΤ-3	Σπύρου Π. Δ-7	Χούρρης Β-7
Παυλοπούλου Ι-10	Σταματάκη Β-16	Χούτας Ι-10, Ι-11, Ι-12, Ι-9, Ι-29
Πεντίλας Δ-6	Σταματάκης Β-8	Χρηβατάκης Ι-30
Πέρτσας Ι-22	Σταμπουλή Ι-23, Ι-31	Χριστοδούλου Β-11
Πετκίδη Ι-11	Σταυράκης Ι-33	Χριστοφάκη Γ-4
Πετκοπούλου Ι-1, Ι-2	Σταυράτη Η-1, Θ-9, Ι-30	Χρυσίδης Ι-33
Πέτρου Θ-7	Συμεωνίδου Ι-8, Ι-33	Χρυσού Ι-25
Πέτσας Ι-37	Σφύρα Β-16	Χύτας Ι-17, Ι-19, Ι-39
Πιπερίδου Ι-36, Ι-38	Ταμβισκου Ι-8, Ι-24, Ι-3, Ι-32, Ι-33	Ψαρούλης Ι-13
Πιπερόπουλος Θ-2	Τζανακοπούλου ΣΤ-1, ΣΤ-4	Ψωμόπουλος Γ-4
Πίτσης Ζ-2, Ζ-1	Τζιρής Β-17	
Πλιάκος Δ-8	Τοπάλης Ι-15	
Πνευματικός Ι-40	Τουρίκης Β-4	
Πολάκη Γ-5	Τριαντόπουλος Γ-3	
Πολυζώη Δ-2	Τρικούπη Β-13, Γ-7, Ε-1, Η-2, Θ-7	
Πολυζώης ΣΤ-1	Τσακαλίδου Θ-5	
Ποπίδης Β-11	Τσακιλιώτης ΣΤ-7	
Πουρτζιτάκη Η-1, ΙΑ-4	Τσαούση Ζ-2, Ζ-1, Η-1	
Πρα Ι-12	Τσέκας Ι-32, Ι-33	
Πυργιαννάκης ΣΤ-2	Τσικρίκη Ι-15	
Ράντης Β-9	Τσιρωναs Δ-7	
Ράντου Ι-32	Τσολάκη Ι-20, Ι-23	
Ρεμπελάκος Ι-36, Ι-38		