

DOI:10.17942/sted.558676

Geliş/Received : 28.04.2019  
Kabul/Accepted : 04.05.2019

### Öz

İç savaşlar inanılmaz tahribata yol açmakta olup, çoğunlukla sivilleri etkilemektedir. Yıkımın etkisi çocuklar ve kadınlar için daha belirgindir. Bu çatışmalar ise mülteci sorunu olarak ortaya çıkar. Mülteciler kaybedecek bir şeyi olmayan ve geri dönmek üzere evlerini terk edenlerdir. Savaşın bu sivil etkisi bölgenin merkezinde daha yoğun hissedilmekle beraber bölgeden uzaklaşan siviller için de başka farklı sorunlar ortaya çıkarmaktadır.

Suriye'deki iç savaş nedeniyle 400000'den fazla insan yaşamını yitirmiş, yaklaşık 6,5 milyon kişi evden ayrılmak zorunda kalmıştır. Türkiye, çoğu sınır kamplarında yaşayan 4 milyon mülteciye ev sahipliği yapan en başta gelen ülkedir. Türkiye'deki Suriyeli mülteciler ise yeterli yiyeceğe ulaşamama, uygunsuz barınak, kötü hijyen konularında sıkıntı yaşamaktadırlar.

Pek çok ülkede, başta çocuklar olmak üzere mültecilerin yerel halktan daha ciddi sağlık sorunları yaşadığı ve daha sık travmaya maruz kaldıkları ve bu nedenle acil servisleri daha sık kullandıkları bildirilmiştir. Travmaların içinde yanık en ciddi olanlarından biridir.

Hastanemizin yanık ünitesi her yıl yüzlerce Suriyeli çocuk, kadın ve erkeğe tedavi sağlamaktadır. Bu çalışmamızda hastanemiz yanık biriminde tedavi gören Suriyeli mültecilerin demografik verilerini, klinik durumlarını ve tedavi yöntemlerini incelemeyi amaçladık.

**Anahtar sözcükler:** Savaş, Yanık, Çocuklar

### Abstract

Civil wars, civil strife due to civil uprising cause irreparable destruction and affect mostly civilians. The impact of destruction is more pronounced for children, seniors and women who need adults for their needs. These conflicts emerge as a refugee problem. Refugees consist of people who have nothing to lose, and often permanently leave their country. While the influence of war resulting from civilian influx is felt more intensely in the regions near the war zone, further problems arise later on for civilians who could move away from the war zone.

Due to the civil war in Syria, more than 400 thousand people have lost their lives and approximately 6.5 million people have had to leave their homes and become refugees. According to the United Nations Refugee Agency's data, Turkey has become a country hosting the largest number of refugees. Turkey, with almost 4 million refugees, is home to the largest Syrian refugee population and most of the refugees live at the camps near the borders. The number of Syrians babies only, who have been born in Turkey is close to 180 thousand. Syrian refugees in Turkey, who have quite large families face problems such as lack of access to sufficient food, inappropriate housing, living in narrow and single room houses and bad hygiene. The group that mostly affected by these problems consists of children.

It is reported that, in many countries of the world, all refugees, especially children, have more serious health problems than the local population has and are exposed to trauma at a higher rate, therefore they use emergency rooms for traumas resulting from several causes. One of the most serious traumas is burning. Our hospital's emergency room and burn unit provides hundreds of Syrian children, women and men with the treatment opportunities every year. In this study, we aimed to examine the clinical status of the patients who were hospitalized at the burn unit of our hospital due to the burns occurred during the Syrian civil war.

**Key words:** War, Burn, Children

1 Dr.; Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümü, Diyarbakır (Orcid No: 0000-0002-0387-8738)

2 Dr. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, İstanbul (Orcid No: 0000-0002-5377-1090)

## Giriş

Savaşlar, sivil kalkışmalar nedenli iç çatışmalar telafisi mümkün olmayan yıkımlara neden olup, en çok da sivilleri etkilemektedir. Yıkımın etkisi başta gereksinimleri için erişkinlere ihtiyaç duyan çocuklar, yaşlılar ve kadınlar için daha belirgindir (1,2). Bu çatışmalar ortaya mülteci sorunu diye bir kavram çıkarmaktadır (3). Savaşın bu sivil akım etkisi savaş bölgesine yakın yerlerde daha yoğun hissedilirken, savaş bölgesinden uzaklaşabilen siviller için ileride daha başka sorunlar ortaya çıkarmaktadır.

Suriye'de iç savaş nedeniyle şu ana kadar 400 binden fazla insan yaşamını yitirmiş ve yaklaşık 6,5 milyon insan evlerini terk etmek zorunda kalıp mülteci durumuna düşmüştür. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği verilerine göre Türkiye en fazla mülteci barındıran ülke konumuna gelmiş olup yaklaşık 4 milyon mülteci ile en çok Suriyeli ağırlayan ülke konumundadır. Mültecilerin çoğu Türkiye sınırında bulunan kamplarda yaşamaktadırlar. Resmi verilere göre yalnızca Türkiye'de doğan Suriyeli bebeklerin sayısı 180 bine yakındır (4). Aile nüfusu oldukça kalabalık olan Türkiye'deki Suriyeli mülteciler yeterli gıdaya ulaşamama, uygunsuz barınma, dar ve tek odalı evlerde yaşama ve kötü hijyen gibi birçok sorun ile beraber yaşamaktadırlar (5,6). Bu sorunlardan en çok etkilenen grubu ise maalesef çocuklar oluşturmaktadır (6).

Dünyanın pek çok ülkesinde başta çocuklar olmak üzere tüm mültecilerin yerel halktan daha ciddi sağlık sorunları yaşadığı ve daha yüksek oranda travmaya maruz kaldıkları bu nedenle acil servisleri ve yanık ünitelerini çok nedenli travma nedeniyle kullandıkları bildirilmektedir (7). Yaşanan bu travmaların içinde en ciddi olanlardan birisi de yanıktır. Hastanemiz acil servis ve yanık ünitesi, her yıl yüzlerce Suriyeli çocuk, kadın, erkek hastaya bu nedenle tedavi imkanı sağlamaktadır.

Bu çalışmamızda Suriye iç savaşında yanan ve bu nedenle yanık merkezimize başvuran hastaların, klinik durumları hakkında bilgi vermeyi amaçladık.

## Gereç ve Yöntem

Yanık ünitemiz yılda yaklaşık olarak ayaktan poliklinik ve yatan hasta olmak üzere 3500 civarında hastaya hizmet vermektedir. Hastanemize başvuran tüm hastaların demografik

verilerine ek olarak uyruk bilgileri de kayıt altına alınmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumunun veri kayıt sisteminde Suriye vatandaşları için ayrılan bölümden yanık ünitesine başvuran hastalar seçilerek incelendiğinde mevcut tarihler arasında (01.11.2012-21.05.2018) 43850 sosyal güvencesi olan Suriyeli mülteci başvurusu olduğu görülmüştür.

Hastanemiz yerel etik kurulundan 06.07.2018 tarih ve 118 sayılı kararıyla etik kurul onayı alındıktan sonra hastanemiz Yanık Ünitesi'ne 01.11.2012-21.05.2018 tarihleri arasında başvuran 65 Suriyeli mülteci hasta çalışmaya dahil edildi. Anestezi kayıtları ve servis dosyaları geriye dönük incelendi. Hastaların demografik verileri, anestezi türü, ağrı için Vizüel Analog Skala (VAS), premedikasyon yapıp yapılmadığı, yanık bölgesi, türü, yüzdesi, derinliği, hastanede kalış süresi, ayakta takip edilen hastaların poliklinik başvuru sayısı, albümin-total protein-hemoglobin değerleri, yanığın olduğu mevsim ve ay, kampta kalma durumu, geçici koruma statüsü durumu (Bu statü ile kamp dışında yaşayan mültecilere ücretsiz sağlık ve ilaç hizmeti sunulmaktadır) (6) ve kaldığı evin oda sayısı kaydedildi.

## İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler hastanemiz veri tabanı Windows paket programı ile yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, median, minimum-maksimum) kullanıldı.

## Bulgular

Hastaların dosyaları geriye dönük incelendiğinde hastaların yaş ortalaması  $6,48 \pm 7,26$  yıl olup, 39'u erkek (60%), 26'sı (40%) kadındı (**Tablo 1**). 13 hastada (20%) 2. ya da 3.derece karma yanık varken, 50 hastada (76,9%) 2.derece yanık, iki hastada da 3.derece (3,1%) yanık mevcuttu. Yanık yüzdesi ortalaması 11,02% olarak bulundu. Mültecilerden yanığa maruz kalmış olanların yanık derinliğine bakıldığında 2.derece yanık oranının yüksek olduğunu gördük. Yatarak tedavi gören 30 hastanın yatış gün sayısı ortalama 2,20 gün idi. Taburcu olan ve polikliniğe başvuran hastaların başvuru sayısını incelediğimizde ortalama 3,65 kez olduğu görüldü (Tablo 2).

Yanık türleri incelendiğinde en fazla yanık türünün sıcak su yanığı olduğu görüldü. 47 hasta (72,3%)

sıcak su yanığına maruz kalmıştı. Yanık türleri Şekil 1 ve Şekil 2'de gösterilmiştir. Hastaların yanık kazasının olduğu aylar incelendiğinde 13 olgu Ocak (20%), 13 olgu Şubat (20%), sekiz olgu Aralık(12,3%), 10 olgu Mart (15,4%), sekiz olgu Haziran (12,3%) idi. Geriye kalan dört olgu Ağustos, iki olgu Temmuz, iki olgu Nisan, üç olgu Mayıs, bir olgu Eylül, bir olgu Ekim idi. Kış mevsimi aylarında bu tür kazaların daha sık yaşandığını gördük. Mevsimsel dağılıma bakıldığında 35 olgunun Kış mevsiminde (53,8%) 15 olgunun İlkbahar mevsiminde (23,1%) 14 olgunun Yaz mevsiminde (21,5%) kalanın sonbahar mevsiminde olduğu görüldü. (Tablo 1). Yanık ünitemizde tüm hastalara düzenli olarak rehber eşliğinde sosyal hizmetli ve psikolog tarafından ziyaretler yapılmaktadır. Dil sorunu

yaşayanlar için hastanemizde bulunan tercüman aracılığı ile iletişim sağlanmaktadır. Dosyalar incelendiğinde yanık nedeni ile yatan hastaların yanık ünitesinde bulunan Sosyal hizmetli ve Psikolog tarafından düzenli olarak ziyaret edildikleri görüldü. Bu hastaların çoğunluğunun iletişim sorunu yaşamadığı tespit edildi (Tablo 1). Ayrıca ünitemize yatan tüm hastalara hemşireler tarafından düzenli olarak ilk gün ve sonraki günler VAS (Tablo 2) bakılmakta ve kayıt altına alınmaktadır. Hastaların geliş VAS skoru değerlendirildiğinde ortalama  $7,43 \pm 2,02$  olarak bulundu. Hastaların geliş ağırlık skorlarının yüksek olduğu görüldü. Hastaların geçici koruma statüsü durumu, kamp durumu, ev oda sayısı Tablo 1'de özetlenmiştir. Tedavi sonucunda hiçbir hastada skar gelişmediği ve greftlemeye ihtiyaç duyulmadığı görüldü.

Tablo 1. Hekimlik Mesleği Tutum Ölçeği'nin DFA modeline ilişkin uyum parametreleri	
Demografik veriler	N(%)
<b>Cinsiyet</b>	
Erkek	39 (60)
Kadın	26 (40)
<b>Yaş Grupları</b>	
1-5 yaş	44 (67,69)
5-18 yaş	14 (21,53)
≥18 yaş	7 (10,76)
<b>Hasta Grupları</b>	
Ayaktan	35 (53,8)
Yatan	30 (46,2)
<b>İletişim Sorunu</b>	
Var	0 (0)
Tercüman ile İletişim Var	60 (92,3)
Belirtilmemiş	5 (7,70)
<b>Başvuru Zamanı ay olarak</b>	
Aralık, Ocak, Şubat	34 (52,3)
Mart, Nisan, Mayıs	15 (23,07)
Haziran, Temmuz, Ağustos	14 (21,5)
Eylül, Ekim, Kasım	2 (3,07)
<b>Oturduğu Mesken Oda Sayısı</b>	
1 oda	36 (55,4)
2 oda	25 (38,5)
3 oda	4 (6,2)
<b>Kamp Durumu</b>	
Var	65 (100)
Yok	0 (0)
<b>Geçici Sigorta Durumu</b>	
Var	59 (90,8)
Yok	6 (9,2)

Yatarak tedavi olan 30 hastaya ameliyatta yapılacak işlem için preoperatif sedasyon amaçlı midazolam verildi. Yatarak tedavi olan 30 hastanın 18'ine maske anestezisi ile sedoanaljezi altında anestezi, 12'sine ise Larengal Maske (LMA) ile anestezi uygulanmıştır (Tablo 2). Sedoanaljezi için 1mg/kg ketamin, 0,05-0,2 mg/kg midazolam ve 1mcg/kg fentanyl kullanılıp 2-3 MAK (Minimum Alveoler Konsantrasyon) sevofloran kullanıldığı görüldü. LMA uygulanan hastalara ise 0,05-0,2 mg/kg midazolam, 1-3mg/kg propofol, 1mcg/kg fentanyl kullanıldıktan sonra 2-3 MAK sevofloran ile idame anestezi yapıldığı görüldü. Postoperatif analjezi olarak da 12 yaşından küçük olan hastalara parasetamol 10mg/kg infüzyon şeklinde, 12 yaşından büyük hastalara ise tramadol 1mg/kg intravenöz + parasetamol 10mg/kg infüzyon şeklinde verildiği görüldü.

### Tartışma

Silahlı çatışmaların sivil halklar için oluşturduğu tehdit her geçen gün artmaktadır. Savaşlara bağlı ölümlerin yalnızca beşte biri doğrudan travmalara bağlı oluşmaktadır. İlk yıkıcı etkiden kurtulabilen siviller daha birçok ikincil sorunlarla yüzleşmek zorunda kalmaktadırlar. Bu yıkımdan en çok ailelerine bağımlı olan çocuklar etkilenmektedir. Özellikle kadın ve çocuklar yiyecek, su, barınma ve yaşam için gerekli diğer gereksinimleri karşılamakta oldukça zorluk çekerler. Günümüzde birçok bölgedeki iç savaşların varlığını sürekli olarak devam ettirmesiyle birlikte, mülteci sorunu tüm dünyada gittikçe artmaktadır. 15 Mart

**Tablo 2.** Yanık dağılımı ve özellikleri

	N (%)	Mean±SD
<b>Yanık Yüzdesi</b>		
5-8 %	30 (46,1)	11,02±5,88
10-15%	25 (38,5)	
20-30%	10 (15,4)	
<b>Yanık Derinliği</b>		
2°	50 (76,9)	1,26±0,509
2-3°	13 (20)	
3°	2 (3,1)	
<b>Poliklinik Başvuru Sayısı</b>		
2-4 defa	42 (64,6)	3,65±1,19
5-6 defa	23 (35,4)	
<b>Yatan Hastaların Hastane Kalış Süresi (N=30)</b>		
1-5 gün	18 (60)	2,20±3,37
5-10 gün	10 (33,33)	
≥10 gün	2 (6,66)	
<b>VAS*</b>		
2-4	7 (10,7)	7,43±2,02
4-6	18 (27,6)	
6-8	24 (36,9)	
8-10	16 (26,6)	
<b>Anestezi Türü</b>		
Sedoanaljezi	18 (27,7)	
LMA**	10 (15,4)	
Anestezi yok	37 (56,9)	

\*\* VAS (Vizüel Analog Skala), \*\*LMA (Larengeal Maske)

2011’de patlak veren Suriye iç savaşı sonrası Türkiye’deki Suriyeli mülteci sayısı her geçen gün artış göstermiştir. Türk hükümeti, çadır ve konteyner kentlerde/kamplarda kalan sığınmacılara, ‘barınma’, ‘sağlık’, ‘eğitim’, ‘güvenlik’ ve ‘beslenme’ vb. hizmetleri sunmaktadır. Sunulan hizmetler, hizmetlerin niceliği ve niteliği, kampların kuruluş süresi, fiziki alt yapı, personel kaynağı dikkate alındığında kampların başarılı olduğu söylenebilir. Ancak

dünyanın başka pek çok ülkesinde yaşayan mülteciler gibi Türkiye’deki Suriyeli mülteciler de ağır yaşam koşullarıyla yaşamak zorunda kalarak, fiziksel ve psikolojik birçok sağlık sorunu yaşamaktadırlar (8,9,10). Barınma ve beslenme sorunları, tıbbi bakım olanaklarının kısıtlı olması Türkiye’ye gelmek zorunda kalmış mülteciler için sorun haline dönüşmüştür (5,6,7,9). Türkiye’deki 4 bin Suriyelinin 1058 ‘ini dokuz yaş altı çocuklar oluşturur. Gıda, soğuk, sıcak ve barınma sorunları bu grup üzerinde çok olumsuz etkilere neden olmaktadır. Diyarbakır ilinde resmi kaynaklardan yapılan açıklamalara göre 31000 civarında Suriyeli mülteci yaşamaktadır. Bunların yarıya yakınının çocuk ve gençlerden oluştuğu belirtilmiştir. Çalışmamızı incelediğimizde yaş ortalaması 6,48 yıl idi. Yaş ortalamasının düşük olması yanık travmasından en çok çocuk nüfusunun etkilendiğini göstermektedir.

Mülteci çocuklarda en önemli sağlık sorunlarının başında enfeksiyon hastalıkları gelmektedir. Toplum kaynaklı pnömoniler genel popülasyona







2a. Kaynar su yanığı



2b. Elektrik yanığı



2c. Alev yanığı

göre bu grupta daha sık görülmektedir (10,11). Acil servise başvuruların çoğunu bunlar oluşturmakla beraber travma ciddiyeti ve ölümcül etkinliğine bakıldığında akut yanık travmaları da ciddi sağlık sorunu haline gelmektedir.

Zinc M ve arkadaşlarının (5) hazırladığı raporda, Diyarbakır'da ve Batman'da sığınmacı kampı bulunmadığı, bu kentlerdeki mültecilerin daha çok sosyo-ekonomik düzeyi düşük semtleri tercih ettiği ve ayrıca çoğu ailenin dar tek odalı evlerde birkaç ailenin bir arada yaşadığını belirtmişlerdir. Yaşanılan evlerin fiziksel olarak kötü koşullarda olduğunu ve özellikle kalabalıkların oturduğu tek odalı evlerde yemeğin oda içinde pişirilmesinin yangın ve yanık kazası riskini artırdığını ve bu çocukların yanık için ciddi tehdit oluşturduğunu rapor etmişlerdir. Çalışmamızda gelen hastalardan alınan bilgiler doğrultusunda yanık hastalarının çoğunluğunun (36 olgu) tek odalı, 25 olgunun iki odalı evlerde yaşadıklarını tespit ettik. Ayrıca yanıkların oluştuğu aylara da baktığımızda yanık olgularının ağırlıkta kış mevsimi aylarında (Aralık-Ocak-Şubat) gerçekleştiğini tespit ettik. Bu da bize gösterdi ki; kış aylarında tek ya da iki odalı evlerde çok nüfuslu olarak yaşamak zorunda kalan mültecilerin ısınma aracı olarak soba kullanımı ve yemek pişirme aracı olarak da küçük piknik tüpü kullanmaları yanık kazaları riskini artırmaktadır. Bu sonuç Zinc ve arkadaşlarının yaptığı çalışmayı desteklemektedir.

Yanık ünitesine yatırılan hastaların yanık derinliği ilişkisine baktığımızda Demirel ve arkadaşları (13) yanık servisinde yatan 227 hastayı incelediklerinde hastaların 60,8% 'inde 2.derece yanık, 39,2% 'sinde 3.derece yanık olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmamızda kliniğimize başvuran mültecilerin 35'ü ayaktan, 30'unun yatarak tedavi aldığını gördük. 50 hastada (76,9%) 2.derece yanık, iki hastada da 3.derece (3,1%) yanık mevcut idi. Çalışmamızdan elde ettiğimiz verilerde, 2.derece yanıkların daha sık olması Demirel ve arkadaşlarının (13) yayını ile paralellik göstermektedir.

Aytaç ve arkadaşlarının (12) yanık ünitesine kabul ettikleri 622 olgu analizinde en fazla görülen yanık nedenleri sırasıyla sıcak sıvı yanığı (128 olgu - 68,8%) ve alev yanığı (40 olgu- 21,5%) idi. Ortalama yanık alanları yüzdesi % 13 idi. Bizim

çalışma grubumuzdaki hastalarda en sık yanık nedeni (72,3%) sıcak su yanığı idi. Ortalama yanık yüzdesi 11,02 % bulundu. Bulgularımız Aytaç ve arkadaşları (12) ile benzerlik göstermektedir.

Ülkemizdeki Suriyeli mültecilerin acil servise yanık dahil birçok travmanın da içinde olduğu dahili ve cerrahi başvuruları, toplam başvuruların % 10'unu geçmektedir (9). Mültecilerin yaşadığı yerlerdeki zorlu yaşam, maddi sorunlar, birçoğundaki ebeveyn yokluğu ve çok çocuklu olmak ister istemez sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Yaptığımız çalışmada hastanemiz yanık ünitesine yıllık yaklaşık 3500 yanık travması ile başvuran yanık hastalarının 65'inin Suriyeli mülteci başvurusu olarak gerçekleştiğini gördük (1,85%). Bu oran Suriye sınırındaki şehirlere göre daha düşüktür. Bunu şehrimizin sınıra olan uzaklığından kaynaklandığını düşünüyoruz. Ancak savaşın hala devam ediyor olması, sınır şehirlerindeki mülteci nüfusunun artması sonucu kalabalıklaşmanın artması ve Avrupa Birliği ülkelerine geçişin her geçen gün daha da zorlaşması nedeniyle daha uzak şehirlere göçün her geçen gün artacağını ve bunun sonucunda ilimiz hastanelerine travma (özellikle yanık) nedeni ile başvuranların artacağını düşünüyoruz.

Yanık yaralanması, bir çocuğun yaşayabileceği en travmatik kazalardan biridir (14). Yanık hasarı beklenmedik, ağrılı ve yaşamı değiştiren bir yaralanmadır. Bu durum çocukta acı, korku ve anksiyete duygularına neden olabilir (15). Bunların tümü bu çocukları psikiyatrik bozukluk riski altına sokabilir (16). Çalışmamızda dosyalar incelendiğinde hastaların ilk geliş VAS skorlarının ölçüldüğünü gördük. Hastaların ortalama VAS skoru değeri  $7,43 \pm 2,02$  olarak bulundu. Skorun yüksek oluşu oluşan ağrının düzeyini göstermektedir. Ebeveyn anksiyetesi, yanık anksiyetesi, dil olarak anlaşamama ve kendini bulunduğu yerde yabancı görme anksiyete ve ajitasyonu daha da artırmaktadır. Hastalara bu dönemde doğru yaklaşım sonradan oluşacak posttravmatik stres bozukluğunu ortadan kaldıracaktır. Yanıklı hastalarda postoperatif bakımda; hemodinamik stabilitenin ve ağrı kontrolünün sağlanması esastır. Kliniğimizde yanık oluşan olgulara preoperatif değerlendirme sırasında, korku, anksiyete ve ağrı varlığı

nedeniyle, operasyon odasına transporttan önce uygun bir premedikasyon yapılmaktadır. Hastaların yanık servisteki bakımları sırasında ve ameliyat şartlarında yanık bakımı gereken hastalara ameliyat sırasında analjezi ve sedasyon sağlanması postoperatif olarak yara iyileşmesini, korku ve endişeyi ve posttravmatik stres bozukluğunu azaltmaktadır (17).

Yanık ağrısını tedavi etmek için debridman sırasında opioid kullanılır (18). Anksiyolitik ajanlar, yanıklı hastalarda yalnız başına kullanılabilirler gibi, opioidler ya da diğer ajanlarla (ketamin, propofol, inhaler anestezi vb.) da kombine edilerek kullanılabilir (19). Propofol analjezik etkisi olmayan bir hipnotik olduğu için gününbirlik cerrahilerde kısa etkili bir opioidle ya da ketaminle birlikte kullanılması önerilmektedir. Kısa süreli cerrahi işlemlerde sedoanaljezi sağlamak amacıyla propofol ve ketaminin birlikte kullanımı popülerite kazanmıştır (20). Yanıklı hastalarda, etkisinin daha kısa sürede başlaması, eliminasyon yarı ömrünün daha kısa olması ve derlenme de çok daha kısa sürede olması nedeniyle anksiyolitik ajan olarak en uygunu midazolamdır (21). Postoperatif ağrı kontrolünde nonsteroid anti-inflamatuvar gibi ilaçların nefrotoksik etkileri ve antiplatelet etkileri nedeniyle ağrı tedavisinde asetaminofen ve tramadol gibi analjeziklerin kullanımı önerilmektedir.

Hastaların anestezi dosyalarını incelediğimizde yanık ünitemizde yatan çocuklara preoperatif anksiyeleri ve korkuları için rutin intravenöz midazolam 0,05-0,2 mg/kg dozunda uygulandığı görüldü. Bu hastalardan korku ve anksiyetesi azalmayan ve ajitasyon gösteren küçük yaşta olan ( $\leq 12$  yaş) hastalara midazolam ek olarak ketamin 1mg/kg intravenöz uygulandığını gördük. Dosyaları incelediğimizde yatan 30 yanıklı mülteci hastanın tedavilerinin ameliyathanede LMA ve sedoanaljezi altında yapıldığını ve bu amaçla midazolam, fentanyl, ketamin, propofol ve maske sevofloran kullanıldığını gördük. Tüm hastalarda rutin postoperatif analjezi amaçlı asetaminofen ve tramadol kullanıldığını tespit ettik. Bunun sonucu olarak hastalarda ameliyat gibi steril bir ortamda uygulanan tedavinin hastalara hızlı bir şekilde yapılmasının iyileşme süreleri üzerinde etkili olduğunu ek olarak preoperatif anestezi ve postoperatif analjezinin hastanede kalış süresini kısalttığını gördük (Ortalama hastanede kalış süresi 2-20 gün).

Mültecilerin yaşadığı bir diğer önemli sorun da dil nedeni ile olmaktadır. Dil farklılıkları sağlık hizmetine ulaşmada kısıtlayıcı faktörler arasındadır (22,23). Dil farklılıkları ağızdan tedavilerde yanlış doz verilmesine ve tedavi planının yanlış yapılmasına neden olabilmektedir (24). Dil farklılıkları nedeni ile sağlık hizmeti sunan ve alacak kişi arasında uygun bir iletişim kurulamamaktadır. Dil sorununun mülteci çocukların ebeveynlerinde kaygıya neden olduğu ve bu nedenle çocuklarını hastaneye getiremedikleri vurgulanmıştır (5). Çalışmamızda olguların önemli bir kısmının dosyasına bu durum kaydı olumlu yönde idi. Hastanemizde Yabancı Hasta Sağlık Turizmi adı altında başta mültecilere ve diğer yabancı uyruklu hastalara hizmet veren rehber çalışanlarımız mevcuttur. Yanık ünitemizde buna ihtiyaç duyulduğunda bu hizmetten faydalanılmıştır. Hasta ve hasta ebeveynleri ile bu iletişim sağlanıp uygun tedavi ve rehabilitasyon sağlanmıştır. Bu durum hasta ve ebeveynlerde de anksiyete üzerine ciddi etkide bulunmuştur. Bunun sonucu olarak, hastalar ile sağlık sunanlar arasındaki iletişim sorunlarının çözülmesi hasta bakım kalitesini artıracak inancındayız.

Savaş sonucu ciddi bir travma sonrasında ülkemize göç etmek zorunda kalan mülteci çocuk ve ailelerinin yanık hasarı sonrası durumları, psikolojileri üzerine eklenen ciddi bir travma haline gelir. Bu durumun üstesinden gelmek donanımlı yanık ünitelerinde oldukça kolaydır. Hastanemiz yanık ünitesinde bu tür mülteci hastaların durumu ile ilgilenen rehber, sosyal hizmetler uzmanı ve psikolog bulundurulmaktadır. Hastaların her türlü travma ile baş etmeleri için sistemik bir yaklaşım gösterilmektedir. Çalışmamıza dahil ettiğimiz tüm hastaların yanık travmaları 100% şifa ile sonuçlanmıştır. Hastaların skar ya da greftleme için tedavi almadıkları görüldü. Bunun sebebini hastalarımızda görülen 3. derece yanığın azlığı, yanık yüzdelilerinin düşük olması ve yapılan tedavide derin yanıklarda yapay deri eşdeğeri kullanmasından kaynaklandığını düşünüyoruz. Ayrıca hastaların post travmatik streslerle baş edebilmesi için sosyal hizmetler uzmanı ve psikoloğumuzun rehber eşliğinde aile ve yetişkinlerin kendilerine pansuman eğitimleri, beslenme eğitimleri verilmiş, taburcu olmadan evvel sosyal çalışma birimlerine bildirimleri yapılarak yaşam ortamlarının düzenlenmesi sağlanmıştır.



Sonuç olarak bu çalışma, savaşın, çatışma ortamından oldukça uzak bir hastane acil servisine yanık travmalarına maruziyet nedeniyle başvuran ve hemen yanık ünitesine yönlendirilen ve çoğunluğunu çocukların oluşturduğu Suriyeli mültecilerin genel özelliklerini değerlendirmiştir. Bu hastaların bir kısmı ayaktan yanık ünitesi polikliniğinde, durumu ciddi olanları ise yanık ünitesinde yatarak tedavi edilmişlerdir. Anksiyete ve korkularını azaltmak için yanık ünitemizdeki tedavileri sırasında anestezi ilaçlarla debridmanlarını sağlamak hedeflenmiştir. Bu hasta grubu ile Suriyeli olmayan hasta grupları arasındaki farkları değerlendiren çalışmalar ile karşılaştırma yapılabilir, sonucunda daha anlamlı ve objektif sonuçlara ulaşılabilir. İlimiz sınırından 230 km uzakta olmasından dolayı, Suriyeli mültecilerin daha yüksek oranda yaşadıkları illerde yapılacak çok merkezli ve ileriye yönelik çalışmalar sorunu daha doğru ortaya koyabilir inancındayız.

### Limitasyon

Çalışmamızın bazı önemli kısıtlılıkları vardır. Geriye dönük ve tek merkez verileri ile yapılması en önemli kısıtlılığıdır. Diğer bir kısıtlılığı ise olgu sayısıdır. Olguların triaj bilgilerine ulaşamamıştır. Yabancı uyruklu hastalar olduğundan dil sorunundan kaynaklı VAS gibi görsel ağrı ölçümü dışında hasta ve ebeveyn anksiyetesini ölçen ileri testler yapılmadığından dosyalarda bu verilere rastlanmamıştır. Ayrıca veriler bilgi işletim sistemi aracılığı ile alındığından sonuçları etkileyecek bazı olguları kaçırmış olabiliriz.

**İletişim:** Ebru Tarıkçı Kılıç

**E-posta:** ebru.tarkc@yahoo.com

### Kaynaklar

1. Joshi PT, O'donnell DA. Consequences of child exposure to war and terrorism. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2003;6(4):275-92.
2. Çelikel A, et al. A series of civilian fatalities during the war in Syria. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi* 2014;20(5):338-42.
3. Deniz O, et al. Van City in Terms of Refugee Mobilities and The Demographic Profile of Refugees. *Doğu Coğrafya Dergisi* 2009;sayı:22. e-dergi.atauni.edu.tr
4. <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php>. erişim tarihi:15.01.2016
5. Zinc M, Davas A. Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu. *Türk Tabipler Birliği Yayınları* 2014.
6. Orhan O, Gündoğar SS. Suriyeli Sığınmacıların Türkiye'ye Etkileri. *ORSAM Raporu*. 2015
7. Pedgore JK, Rene A, Sandhu R, Marshall M. A health assessment of refugee children from former Yugoslavia in Tarrant County. *Tex Med* 2003;99:50-3.
8. Danielsson N, Ericsson A, Ericsson M, Kallen B, Zetterstrom R. Hospitalization in Sweden of children born to immigrants. *Acta Paediatr* 2003;92:228-32.
9. Korkmaz AÇ. Sığınmacıların Sağlık ve Hemşirelik Hizmetlerine Yarattığı Sorunlar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2014;1:37-42.
10. Turner C, Turner P, Carrara V, Burgoine K, Tha Ler Htoo S, et al. High rates of pneumonia in children under two years of age in a South East Asian refugee population. *PLoS One*. 2013;8:e54026.
11. Turner C, Turner P, Cararra V, Eh Lwe N, Watthanaworawit W, et al. A high burden of respiratory syncytial virus associated pneumonia in children less than two years of age in a South East Asian refugee population. *PLoS One*. 2012;7:e50100.
12. Selçuk A, Güzin YÖ, Selçuk A, Ramazan K, Serhat Ö, Mesut Ö. Güney Marmara Bölgesindeki Çocuklarda Yanık Epidemiyolojisi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;30(3):145-9.
13. Demirel Y, Çöl C, Özen M. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi yanık servisinde bir yılda izlenen hastaların değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2001;23(1):15-20.
14. Landolt MA, Grubenmann S, Meuli M. Family impact greatest: predictors of quality of life and psychological adjustment in pediatric burn survivors. *J Trauma* 2002;53:1146-51.
15. Maskell J, Newcombe P, Martin G, Kimble R. Psychosocial functioning differences in pediatric burn survivors compared with healthy norms. *J Burn Care Res* 2013;34:465-76.
16. Stoddard FJ. Care of infants, children and adolescents with burn injuries. In: Lewis M, editor. *Child and adolescent psychiatry, a comprehensive textbook*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 1188-208
17. Arellano R, Cruise C, Chung F. Timing of the anesthetist's preoperative outpatient interview. *Anesth Analg* 1989;68:645-8.
18. Ashburn MA. Burn pain: The management of procedure related pain. *J Burn Care Rehabil* 1995;16:365-71.
19. Wilson GR, Tomlinson P. Pain relief in burnshow we do it. *Burns* 1988;14:331-2.
20. Willman EV, Andolfatto G. Prospective Evaluation of "Ketofol" (Ketamine/Propofol Combination) for Procedural Sedation and Analgesia in the Emergency Department. *Ann Emerg Med* 2007;49:23-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.08.002>
21. Greenblatt DJ, Locniskar A, Ochs HR, Lauren PM. Automated gas chromatography for studies of midazolam pharmacokinetics. *Anesthesiology* 1981;55:176-9.
22. Flores G, Tomany-Korman SC. The language spoken at home and disparities in medical and dental health, access to care, and use of services in US children. *Pediatrics* 2008;121:1703-14.
23. Flores G, Abreu M, Olivar MA, Kastner B. Access barriers to health care for Latino children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:1119-25.
24. Samuels-Kalow ME, Stack AM, Porter SC. Parental language and dosing errors after discharge from the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2013;29:982-7.