

Robson Klasifikasyonu ve Değişen Sezaryen Oranları

Prof. Dr. Babür Kaleli

Department of Obstetrics and
Gynecology

Pamukkale University School of
Medicine



Sezaryen???



YOU CAN'T
MAKE EVERYONE
HAPPY

YOU'RE NOT
A JAR OF
nutella

Julius Caesar'ın ölü annesinden sezaryen ile doğumunu simgeleyen resim.
(Suetonius' *Lives of the Twelve Caesars*, 1506 woodcut)

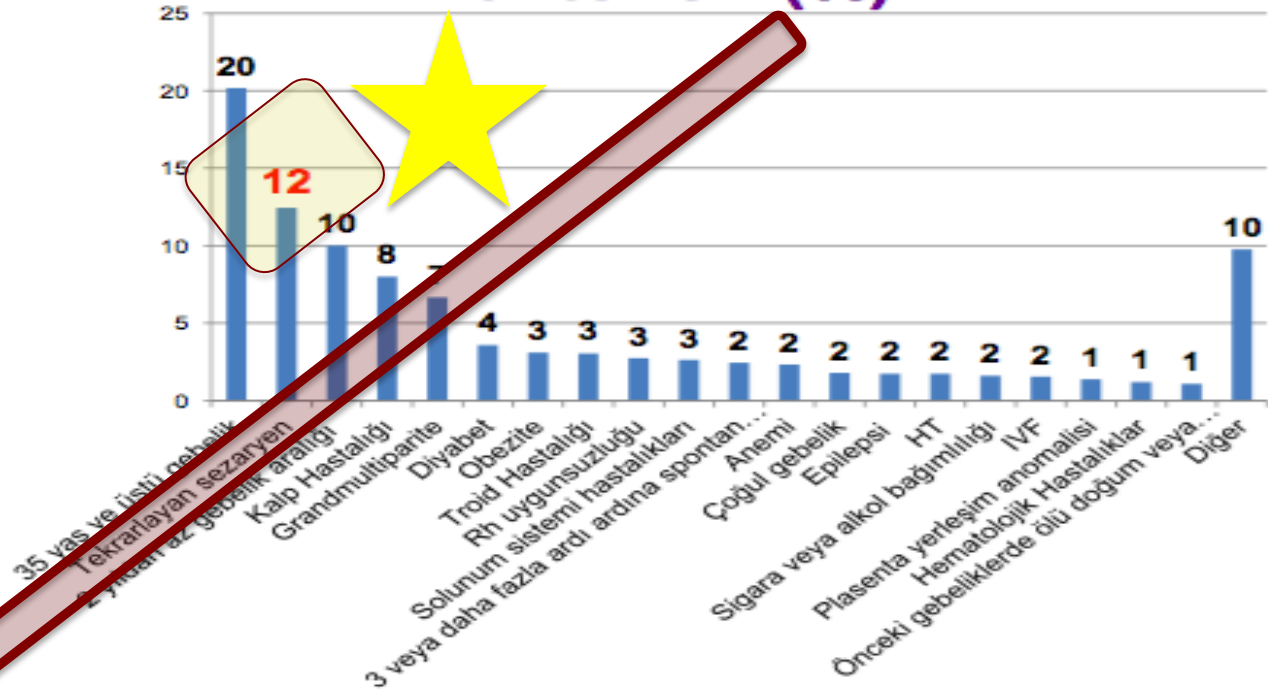


"... Bugün, abdominal doğumun; her bir ve tüm obstetrik anormalliklerin halledilmesinde meşru bir yöntem haline gelmesi tehlikesinden, önceden olduğundan daha çok korkuyorum... "

M. Munro Kerr (1960)

Artan sezaryen oranı bir sorun mudur???

2012-2016 Yılları Anne Ölümleri Risk Faktörleri (%)





Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management

Green-top Guideline No. 27a
September 2018

Please cite this paper as: Jauniaux ERM, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort Kayem G, Kingdom J, Silver R, Sentilhes L on behalf of the Royal Coll Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management. Green-top



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS



Society for
Maternal-Fetal
Medicine

OBSTETRIC CARE CONSENSUS

Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery

Abstract: In 2011, one in three women who gave birth in the United States did so by cesarean delivery. Cesarean birth can be life-saving for the fetus, the mother, or both in certain cases. However, the rapid increase in cesarean birth rates from 1996 to 2011 without clear evidence of concomitant decreases in maternal or neonatal morbidity or mortality raises significant concern that cesarean delivery is overused. Variation in the rates of nulliparous, term, singleton, vertex cesarean births also indicates that clinical practice patterns affect the number of cesarean births performed. The most common indications for primary cesarean delivery include, in order of frequency, labor dystocia, abnormal or indeterminate (formerly, nonreassuring) fetal heart rate tracing, fetal malpresentation, multiple gestation, and suspected fetal macrosomia. Safe reduction of the rate of primary cesarean deliveries will require different approaches for each of these, as well as other, indications. For example, it may be necessary to revisit the definition of labor dystocia because recent data show that contemporary labor progresses at a rate substantially less historically taught. Additionally, improved and standardized fetal heart rate management may have an effect. Increasing women's access to nonmedical labor support, such as continuous labor and delivery support, also has been shown to reduce cesarean birth rates. External cephalic version for breech presentation and a trial of labor for twin gestations when the first twin is in cephalic presentation are other interventions that can contribute to the safe lowering of the primary cesarean rate.



Number 1 • March 2014
(Reaffirmed 2016)

This document was developed jointly by the American College of Obstetricians and Gynecologists (the College) and the Society for Maternal-Fetal Medicine with the assistance of Aaron B. Caughey, MD, PhD; Alison G. Cahill, MD, MSCI; Jeanne-Marie Guise, MD, MPH; and Dwight J. Rouse, MD, MSPH. The information reflects emerging clinical and scientific



Society for
Maternal-Fetal
Medicine

OBSTETRIC CARE CONSENSUS

Tıbbi gerekçelerle yapıldığında sezaryen, maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır.

Ancak sezaryen doğumun gerekmediği durumlarda, anneler ve bebekler için sezaryen doğumun faydalarını gösteren hiç bir kanıt yoktur.

Herhangi bir ameliyat gibi, sezaryen işleminin de kısa ve uzun vadede riskleri mevcuttur.

RESEARCH ARTICLE

The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014

Ana Pilar Betrán^{1*}, Jianfeng Ye², Anne-Beth Moller¹, Jun Zhang³, A. Metin Gülmezoglu¹, Maria Regina Torloni⁴

1 UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP), Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland, **2** Department of Clinical Epidemiology, Obstetrics and Gynecology Hospital, Fudan University, Shanghai, China, **3** Ministry of Education—Shanghai Key Laboratory of Children's Environmental Health, Xinhua Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai, China, **4** Evidence Based Healthcare Post-Graduate Program, Department of Medicine, São Paulo Federal University, São Paulo, Brazil

Dünyada her 5 kadından 1'i sezaryen ile doğum yapıyor ve çoğu bölgede bu oran artış göstermeye devam ediyor.

Artan sezaryen oranları ile ilgili endişe, araştırmaları güvenli bir şekilde sezaryen oranlarını azaltacak etkin yöntemler bulmaya yönlendirdi.

Table 1. Caesarean section rates in 150 countries categorised according to United Nations geographical grouping in 2014^a.

Region/subregion ^b	Births by cesarean section (%)	Range (minimum to maximum) (%)	Coverage of estimates (%)
Africa	7.3	1.4–51.8	92.8
Eastern Africa	3.9	1.5–9.6	96.3
Middle East and North Africa	10.1	1.4–51.8	96.3
South-East Asia	10.1	1.4–51.8	96.3
World total ^b	18.6	1.4–56.4	96.1
Least developed regions	6.0	1.4–41.1	91.8
Less developed regions	20.9	1.7–56.4	96.9
More developed regions	27.2	13.9–38.1	99.2

150 ülkenin verileri toplandı.

Ortalama sezaryen oranı %18,6

Az gelişmiş ülkeler de %6,
Gelişmiş ülkelerde %27.2'ye uzanan

Table 2. Change in caesarean section rates in 121 countries categorised according to the United Nations geographical grouping from 1990 to 2014^a.

Region/subregion ^b (coverage, %)	Change in rate (earliest and latest rates, %)	Absolute increase (%)	AARI ^c (% per year)
Africa (81.8)	2.9–7.4	4.5	4.0
Eastern Africa (96.3)	2.3–3.9	1.6	2.2
Middle Africa ^d	-	-	-
Northern Africa (97.3)	4.5–27.8	23.3	7.9
Southern Africa ^d	-	-	-
Western Africa (97.3)	4.5–27.8	23.3	7.9
Asia (90.3)	6.7–19.1	12.4	4.4
Eastern Asia (96.3)	6.7–19.1	12.4	4.4
South-eastern Asia (97.3)	6.7–19.1	12.4	4.4
South-western Asia (97.3)	6.7–19.1	12.4	4.4
Western Asia (97.3)	6.7–19.1	12.4	4.4
Europe (90.3)	14.5–27.2	12.7	2.6
Eastern Europe (97.3)	14.5–27.2	12.7	2.6
Northern Europe (97.3)	14.5–27.2	12.7	2.6
Southern Europe (97.3)	14.5–27.2	12.7	2.6
Western Europe (100)	14.8–24.5	9.7	2.1
Latin America and the Caribbean (84.3)	22.8–42.2	19.4	2.6
Caribbean (67.5)	9.9–28.5	18.6	4.5
Central America (97.9)	14.8–38.4	23.6	4.1
Southern America (79.4)	28.4–45.8	17.4	2
Northern America (100)	22.3–32.3	10	1.6
Oceania (56.6)	18.5–32.6	14.1	2.4
Australia/New Zealand (100)	18.5–32.6	14.1	2.4
World total^b (90)	6.7–19.1	12.4	4.4
Least developed regions (74.5)	1.9–6.1	4.2	5
Less developed regions (93)	6.3–20.9	14.6	5.1
More developed regions (98.9)	14.5–27.2	12.7	2.6

Dünyada %12.4 lük artış (6.7% 19.1%) !!!
 Türkiye’de sezaryen oranlarında %31lik artış (%20 %51) !!!

Change is presented as absolute increase (in percent points; latest CS rate minus earliest CS rate) and relative increase as average annual rate of increase (AARI).

^a If the data in 2014 is not available, the latest data (available from 2005 or later) is used instead of 2014. If the data in 1990 is not available, the earliest available data from 1985–1995 is used.

^b Countries categorized according to the UN geographical grouping. Number of live birth in 2000 was used as a weight to calculate the regional coverage.

^c AARI: average annual rate of increase = $(a_m/a_n)^{1/(n-m)} - 1$. a_m : the first observation of caesarean section rate, a_n : the latest observation of caesarean section rate, m : the first observed year, n : the latest observed year.

^d Estimates for subregions with a coverage less than 60% are not calculated. Coverage for Middle Africa is 29% and for Southern Africa 4.6%.

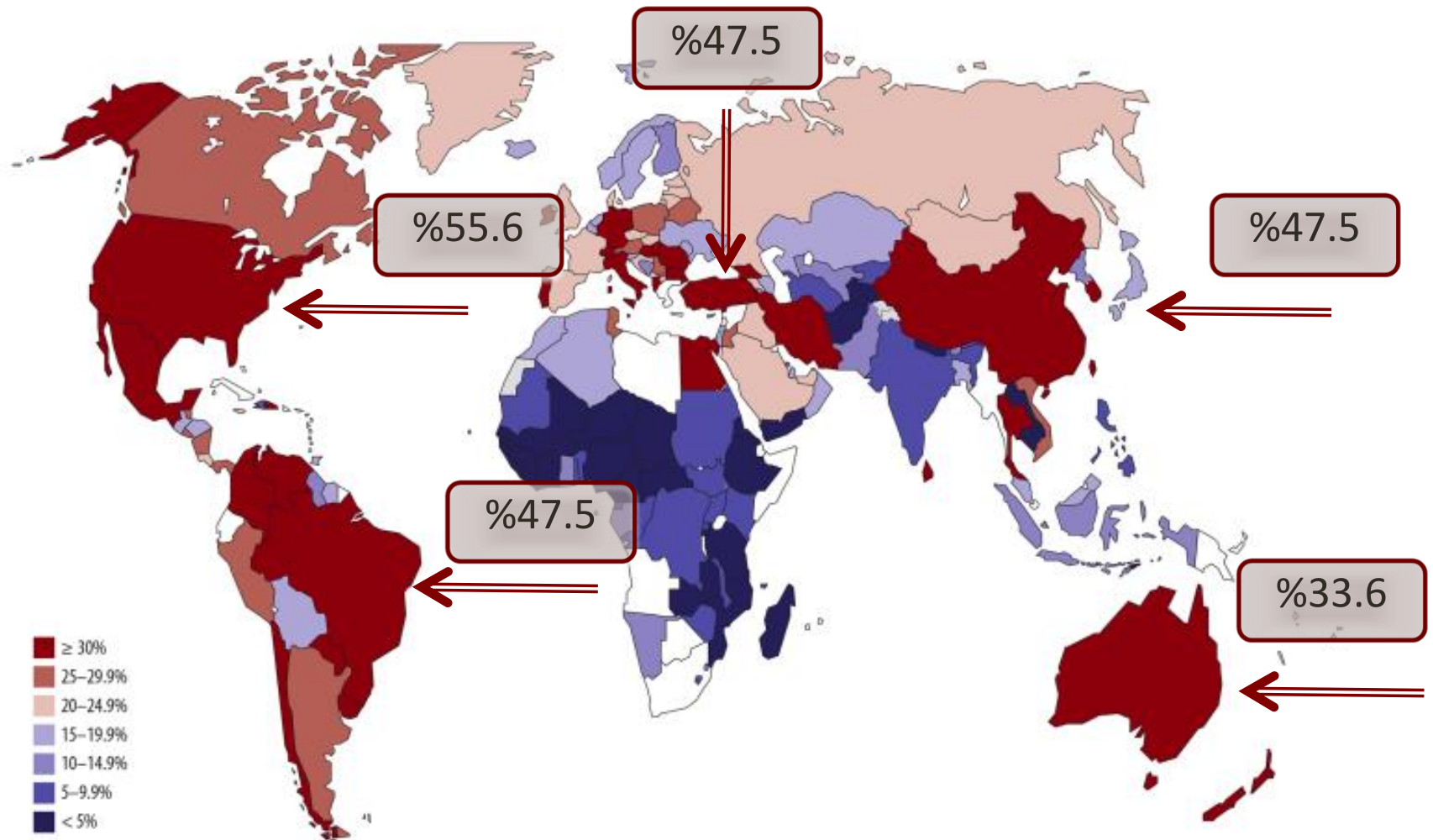


Fig 1. Latest available data on caesarean section rates by country (not earlier than 2005).

En yüksek oranlar:

Latin Amerika'da %55.6 Brezilya ve %55.4
Dominic Republic

Afrika'da %51.8 Mısır

Asya'da %47.9 İran ve %47.5 Türkiye

Avrupa'da %47.9 İtalya

Kuzey Amerika'da %32.8 US

Okyanusya'da %33.4 Yeni Zelanda

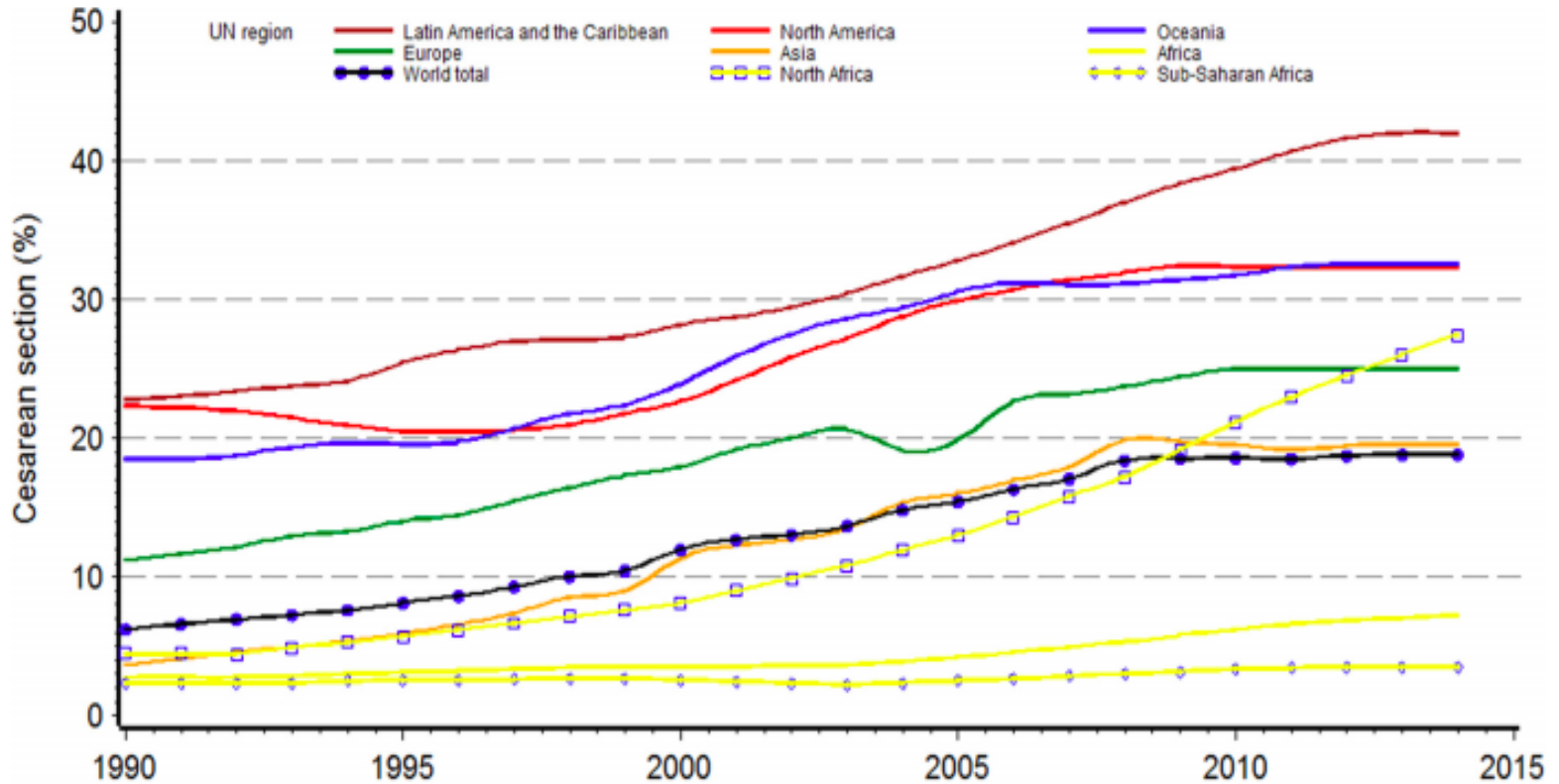


Fig 2. Global and regional subregions. For the purpose available, the CS rate for the

doi:10.1371/journal.pone.0148343

Ortalama yıllık sezaryen artış hızı:

Asya'da Türkiye, Gürcistan, Çin için en fazla (%10)
Avrupa'da Romanya için en fazla.

Avrupa'da en az Finlandiya, İzlanda, Norveç (%0.4)

Western Africa
a for 2014 were not

Sezaryen Oranı (%)

Alt Gruplar

1. Hekim bazında C/S oranları
2. Endikasyon bazında C/S oranları
3. C/S sonrası mortalite ve morbidite oranları
4. Hasta yaşına göre C/S oranları dağılımı
5. Tüm C/S vakaları içinde primer C/S yüzdesi
6. Tüm doğumlar içinde primer C/S yüzdesi

İdeal Sezeryan Oranı?

WHO recommendations
non-clinical interventions
to reduce unnecessary
caesarean sections



- WHO 1985'ten bu yana ideal sezaryen oranlarını % 10-15 arasında olarak kabul etmektedir.
- Fortaleza, Brezilya' da 1985 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından düzenlenen üreme sağlığı uzmanlarından oluşan panelin ifadesi ile :

‘Hiç bir bölgede, sezaryen hızının %10-15’lerin üzerinde olmasını haklı çıkaracak bir gerekçe bulunmamaktadır’.

Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality

George Molina, MD, MPH; Thomas G. Weiser, MD, MPH; Stuart R. Lipsitz, ScD; Micaela M. Esquivel, MD; Tarsicio Uribe-Leitz, MD, MPH; Tej Azad, BA; Neel Shah, MD, MPP; Katherine Semrau, PhD, MPH; William R. Berry, MD, MPA, MPH; Atul A. Gawande, MD, MPH; Alex B. Haynes, MD, MPH

JAMA. 2015;314(20):2263-2270. doi:10.1001/jama.2015.15551

Figure 1. Relation Between Maternal Mortality Ratio in 2013 and Cesarean Delivery Rate (per 100 Live Births) in 2012 for 191 Countries

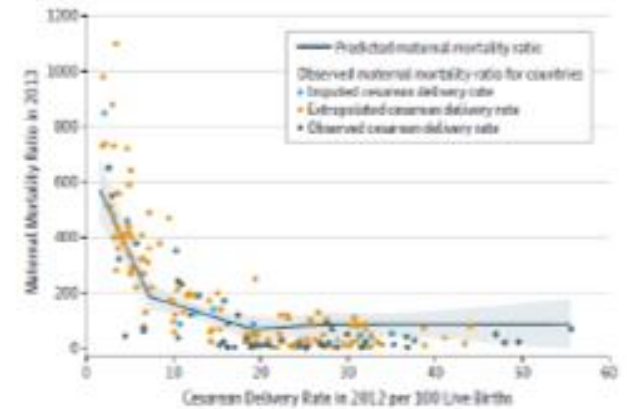
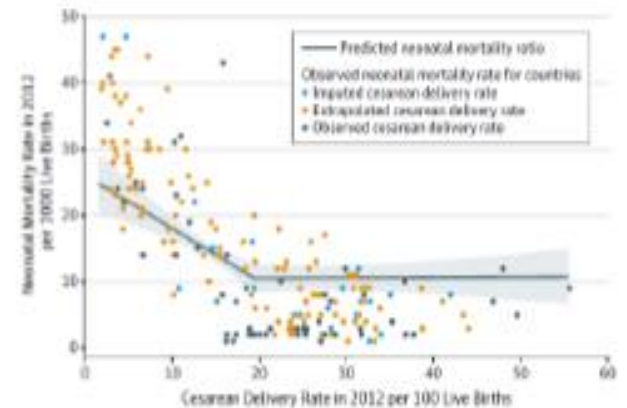


Figure 2. Relation Between Neonatal Mortality Rate (per 100 Live Births in 2012) and Cesarean Delivery Rate (per 100 Live Births) in 2012 for 191 Countries



Aralık 2015, Molina ve ark.,
2005-2012 yılları arasında 178
ülke

Sezaryen oranı % 7,2-19,1 arası
olursa anne ölüm oranı azalmakta

Sezaryen oranı %19.4'e çıkan
ülkelerde neonatal mortalite ve
morbidite azalmakta

Dolayısıyla ideal sezaryen oranı
%15-19 olmalı



World Health Organization

- **Sezaryen doğum oranları toplumun bu müdahaleye erişim ve kullanım düzeyinin bir ölçümüdür**
- **Son 30 yılda, sezaryen doğumun bir çok risk ve yararı ile ilgili verilerdeki artış, klinik obstetrik bakım, kanıtlar ve konu ile ilgili önerilen konuların metodolojisindeki gelişmeler nedeni ile, 1985' te önerilen hızın tekrar gözden geçirilmesine ihtiyaç vardır**

TÜRK JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİK DERNEĞİ (TJOD) SEZARYEN RAPORU

Türkiye'de Yüksek Sezaryen Oranları

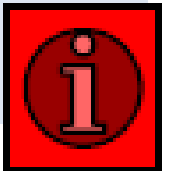


- WHO'nun yaklaşık 30 yıl önceye varan tek bir yayına ait olan %15'lik sezaryen oranları gerçekçi değildir
- Dolayısıyla, yüksek olan sezaryen oranlarının ilk planda makul bir düzeye çekilmesi hedeflenebilir
- Bu da Türkiye için ilk aşamada %35'ler civarındır

İdeal sezaryen oranı nedir?

- **National Institutes of Health (NIH) State-of-the-Science Conference Statement-2006:**

Optimal sezaryen oranı anne ve bebek sağlığı için mümkün olan maksimal sonuçları alacağımız bir oran olmalı, sayı ile sınırlandırılmamalı



İdeal Sezaryen Oranı Nedir?



- " Sezaryen için ampirik olarak kanıtlanmış bir oran yoktur. Bölgeler %5-15 oranını kullanmaya devam edebilirler veya kendi oranlarını ilan ederler."

WHO 2009

- " İdeal bir oran verebilmek için herhangi bir deneysel kanıt yoktur. Sezaryene ihtiyaç duyan her kadın buna sahip olacaktır, önemli olan da budur. "

WHO 2010



Sezaryen Doğum Hızları ile İlgili DSÖ Açıklaması

- Tüm çabalar, belli bir sezaryen doğum hızına ulaşmak yerine , yalnızca ihtiyacı olan kadınlara sezaryen yapılmasını amaçlamalıdır.

WHO 2015



World Health
Organization

WHO recommendations
**non-clinical interventions to reduce
unnecessary caesarean sections**

- Sezaryen doğum, anne ve bebeğin hayatını yalnızca tıbbi gereklilik mevcut ise kurtarmada etkilidir.

Tüm çabalar, belli bir sezaryen doğum hızına ulaşmak yerine , sadece ihtiyacı olan kadınlara sezaryen sağlamayı amaçlamalıdır.



WHO recommendations
non-clinical interventions
to reduce unnecessary
caesarean sections



Ancak toplum düzeyinde, sezaryen hızını yeterli olarak belirlemek, örneğin; tıbben gereksiz işlemlerden kaçınarak tıbbi gerekçeyle yapılan en düşük sezaryen doğum hızının hesaplanması, güç bir konudur ...

Uluslararası standart veri üretmek için güvenilir ve uluslararası kabul görmüş sınıflandırma sisteminin olmamasıdır.

Maternal ve perinatal sonuçların etkin bir biçimde izlenmesini sağlayacak anlamlı, hedefi olan, şeffaf bir bilgi paylaşımına ihtiyaç vardır!!!



2001 Dr. Michael Robson

Sezaryen doğumlarında 10 gruplu Robson sınıflaması son yıllarda giderek yaygın hale gelmektedir.

Bu sistem kadınları obstetrik özelliklerine göre tabakalandırmakta, böylece karşılaştırmalar, karıştırıcı faktörlerden daha az etkilenecek yapılabilmektedir.



World Health
Organization



Ekim 2014'te DSÖ bir uzman paneli düzenlemiştir. Kanıtların gözden geçirilmesi sonucu, maternal ve perinatal verilerin aynı kurumda zaman içinde ve kurumlar arasında karşılaştırılabilmesinde ortak bir nokta sağlayabilmek için panel tarafından Robson Sınıflaması'nın kurum düzeyinde uygulanması önerilmiştir (3,8). Panelde aynı zamanda bu Sınıflamanın resmi adının "Robson Sınıflaması" olarak kabul edilmesine karar verilmiştir.

Robson Sınıflaması için DSÖ'nün Bildirisi

DSÖ, sağlık hizmeti veren bir kurumda zaman içinde olan ve bu kurumlar arasındaki sezaryen oranlarını izlemek, karşılaştırmak ve değerlendirmek için küresel standart olarak Robson Sınıflama sistemini önermektedir.



Avantaj???

Robson Sınıflaması sistemi;

- Basit ve tekrarlanabilirdir.
- Klinik açıdan farklı hastaneler, şehirler, bölge ve ülkelerde sezaryen oranlarının daha güvenilir şekilde karşılaştırılmasına ve analiz edilmesine olanak tanımaktadır.
- Sınıflamanın sonuç raporu imkan dahilinde kamuya açık hale gelebilecektir.

Robson Sınıflamasının 10 Grubu

Gruppo 1



Nullipar, tekil, baş geliş, ≥ 37 hafta gebeliği olan spontan doğum eyleminde kadınlar

Gruppo 6



Nullipar, tekil, makat geliş gebeliği olan tüm kadınlar

Gruppo 2



Nullipar, tekil, baş geliş, ≥ 37 hafta gebeliği olan, doğum eyleminden önce indüksiyon veya sezaryen uygulanmış kadınlar

Gruppo 7



Multipar, tekil, önceden uterin skarı olanlar da dahil makat geliş gebeliği olan tüm kadınlar

Gruppo 3




Multipar, önceden geçirilmiş uterin skarı olmayan, tekil, baş geliş, ≥ 37 hafta gebeliği olan spontan doğum eyleminde kadınlar

Gruppo 8



Önceden uterin skarı olanlar da dahil çoğul gebeliği olan bütün kadınlar

Gruppo 4



Multipar, önceden geçirilmiş uterin skarı olmayan, tekil, baş geliş, ≥ 37 hafta gebeliği olan, doğum eyleminden önce indüksiyon veya sezaryen uygulanmış kadınlar

Gruppo 9




Önceden uterin skarı olanlar da dahil tekil, transvers ya da oblik prezentasyonlu gebeliği olan bütün kadınlar

Gruppo 5



Multipar, daha önce en az bir uterin skarı olan, tekil, baş geliş, ≥ 37 haftalık gebeliği olan tüm kadınlar

Gruppo 10



Tekil, baş geliş, önceden skarı olanlar da dahil, < 37 haftalık gebeliği olan tüm kadınlar

- Bu sistem kadınları on farklı grupta birbirinden bağımsız olarak sınıflandırır. Bu gruplar, bütün doğum yapılan kuruluşlarda rutin olarak toplanan 5 temel doğum özelliğini esas alarak oluşturulmaktadır :
- ☐Parite (nullipar, multipar ve daha önce geçirmiş olduğu sezaryenler);
- ☐Doğum eyleminin başlangıcı (spontan, indüklenmiş veya eylem başlamadan sezaryen);
- ☐Gebelik süresi (preterm veya term);
- ☐Fetal prezentasyon (baş, makat veya transvers);
- ve
- ☐Fetus sayısı (tek veya çoğul).
- Bu sınıflandırma, basit, güvenilir, tekrarlanabilir, klinik açıdan anlamlı ve prospektiftir. Doğum için başvuran her kadın birkaç temel özelliğine göre 10 gruptan birine hemen ayrılabilir. Bu sınıflama, gruplar içinde ve gruplar arasında sezaryen hızlarının karşılaştırmasını ve analizini sağlar.

Robson Gebe Sınıflaması

	GRUPLAR
1	Nullipar, tekil baş geliş, ≥ 37 hf, travayı spontan başlamış
2	Nullipar, tekil baş geliş, ≥ 37 hf, indüklenmiş ya da travayı başlamadan önce sezaryen yapılmış
3	Multipar (eski sezaryenli değil), tekil baş geliş, ≥ 37 hf, travayı spontan başlamış
4	Multipar (eski sezaryenli değil), tekil baş geliş, ≥ 37 hf, indüklenmiş ya da travayı başlamadan önce sezaryen yapılmış
5	Eski sezaryenli, tekil baş geliş, ≥ 37 hf
6	Tüm nullipar makatlar
7	Tüm multipar makatlar (eski sezaryenliler dahil)
8	Tüm çoğul gebelikler (eski sezaryenliler dahil)
9	Tüm transvers-oblikler (eski sezaryenliler dahil)
10	Tüm tekil baş geliş, ≤ 36 hf (eski sezaryenliler dahil)

Robson sınıflaması; doğuran kadınları spesifik karakterlerine göre 10 gruba ayırır. Bu 10 grubun sezaryen oranları birbirleriyle ve aynı gruptaki diğer örneklerle mukayese edilir.

Robson Sınıflaması sizin için **NE** yapabilir?

DSÖ Robson Sınıflaması kullanımının sağlık hizmeti veren kurumlara aşağıdaki faydaları sağlayacağını öngörmektedir:

- Sezaryen oranlarında en fazla ve en az payı olan kadın gruplarının **belirlenmesi ve analizi**
- İstenilen oranlara sahip diğer kurumlarla, bu kadın gruplarındaki uygulamaların kıyaslanması ve gerekli durumlarda uygulamada **değişikliğin göz önünde bulundurulması**
- Sezaryen oranlarını optimum hale getirmeyi hedefleyecek strateji ve girişimlerin etkinliğini **değerlendirmek**
- Kadın gruplarından çıkan sonuçların analiz edilmesi ile hizmet ve klinik yönetim uygulamalarının kalitelerinin **değerlendirilmesi**
- Toplanan verilerin kalitesinin değerlendirilmesi ve bu verilerin önemi, yorumlanması ve kullanımı hakkında çalışan farkındalığını **arttırmak**.

Bu kılavuz:

- **Robson Sınıflamasını** anlama ve uygulamanızda ve kendi verilerinizi **kullanarak Rapor Tablosu** oluşturmanızda yardımcı olmaktadır.
- Kullanılan tanımları ve değişkenleri ve Rapor Tablosunun nasıl oluşturulup yorumlanacağını açıklamaktadır.
- Karşılaşılabilecek olası zorlukları vurguladığı gibi kullanıcılardan gelen **deneyim ve örnekleri** paylaşmaktadır.
- Kadınları sınıflandırırken sık sorulan soruları ve cevaplarını sunmaktadır.

06. Robson Sınıflaması Rapor Tablosu

Tabella 5: Robson Sınıflaması Rapor Tablosu

Hastane ismi: Hastane ABC				periyod: Ocak 2016 – Aralık 2016		
Sütun 1	Sütun 2	Sütun 3	Sütun 4	Sütun 5	Sütun 6	Sütun 7
Grup	Gruptaki sezaryen sayısı	Gruptaki kadın sayısı	Grup büyüklüğü ¹ (%)	Grup sezaryen oranı ² (%)	toplam C/S oranına grubun gerçek katkısı ³ (%)	toplam C/S oranına grubun relatif katkısı ⁴ (%)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
toplam*	toplam C/S sayısı	Doğum yapan toplam kadın sayısı	100%	toplam C/S oranı	toplam C/S oranı	%100

Sınıflandırılmayan: Vaka sayısı ve % (sınıflandırılmayan vaka sayısı/(sınıflandırılabilen vakaların toplam sayısı+sınıflandırılmayan vakaların sayısı) x100

*Bu toplam ve %'ler tablodaki datadan gelecek

1. Grup büyüklüğü (%) = n gruptaki kadın sayısı/ hastanede doğum yapan toplam N kadın sayısı x 100
2. Grup C/S oranı (%) = n C/S grubundaki / gruptaki toplam N kadın x 100
3. Gerçek katkı (%) = n C/S grubunda ki toplam / hastanede doğum yapan toplam N kadın sayısı x 100
4. Relatif katkı (%) = n C/S grubunda ki toplam / hastanede toplam C/S olanlar N x 100



BJOG

An International Journal of
Obstetrics and Gynaecology

DOI: 10.1111/1471-0528.14774

www.bjog.org

Systematic review

Audit and feedback using the Robson classification to reduce caesarean section rates: a systematic review

AA Boatin,^a F Cullinane,^b MR Torloni,^c AP Betrán^d

^a Department of Obstetrics and Gynecology, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA ^b Maternity Services, The Royal Women's Hospital, Parkville, Vic., Australia ^c Evidence Based Healthcare Post Graduate Program, Sao Paulo Federal University, Sao Paulo, Brazil ^d Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, HRP – UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Geneva, Switzerland

Correspondence: AA Boatin, Department of Obstetrics and Gynecology, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, 55 Fruit Street, Founders 5, Boston, MA 02114, USA. Email aboatin@partners.org

Accepted 23 May 2017. Published Online 17 July 2017.

Background In most regions worldwide, caesarean section (CS) rates are increasing. In these settings, new strategies are needed to reduce CS rates.

Objectives To identify, critically appraise and synthesise studies using the Robson classification as a system to categorise and analyse data in clinical audit cycles to reduce CS rates.

Search strategy Medline, Embase, CINAHL and LILACS were searched from 2001 to 2016.

two studies, the audit cycle consisted exclusively of feedback using the Robson classification, the other four used audit and feedback as part of a multifaceted intervention. Baseline CS rates ranged from 20 to 36.8%; after the intervention, CS rates ranged from 3.1 to 21.2%. No studies were randomised or controlled and all had a high risk of bias.

Conclusion We identified six studies using the Robson classification within clinical audit cycles to reduce CS rates. All six report reductions in CS rates; however, results should be

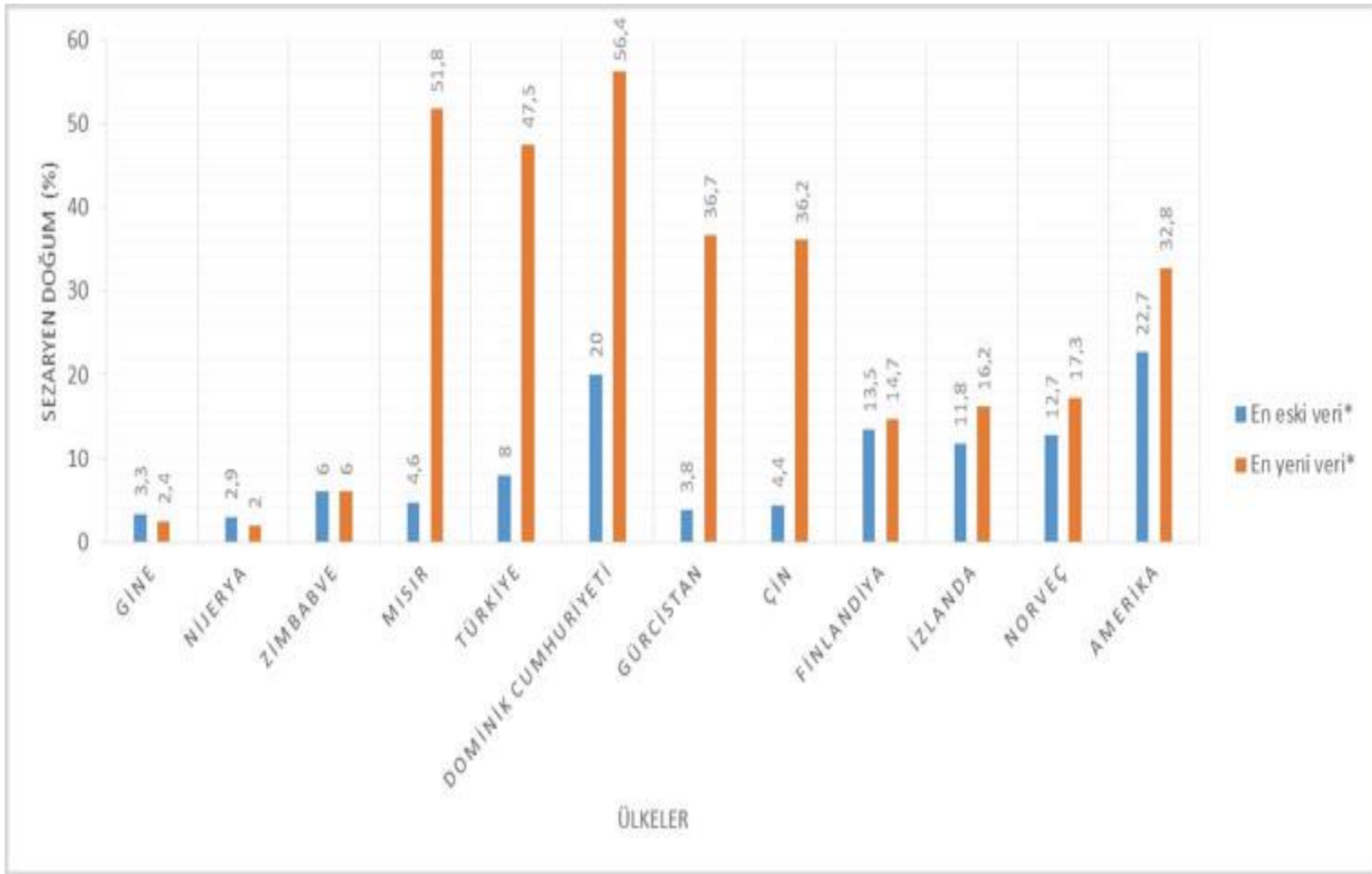
Robson Klasifikasyon sistemini kullanan 6 çalışma (Brazilya, İtalya, Şili, İsviçre)

C/s oranları %20-%36.8

%3.1-21.2

Ülkemizde durum???

Ülkemizde 2016 yılı içinde tüm doğumlar içinde sezaryen doğum hızı %53,1 olarak belirlenirken; primer sezaryen doğumun tüm doğumlar içindeki payı da %26,4 olmuştur.



Şekil 1. : Sezaryen Doğumların Bazı Ülkelerdeki Değişimleri

*: Betran AP, Ye J, Moller A, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLOS ONE 2016 11(2): e0148343. Makalesindeki 1990-2014 yılları arasında ülkeler için elde edilen en eski ve en yeni veriler kullanılarak hazırlanmıştır.

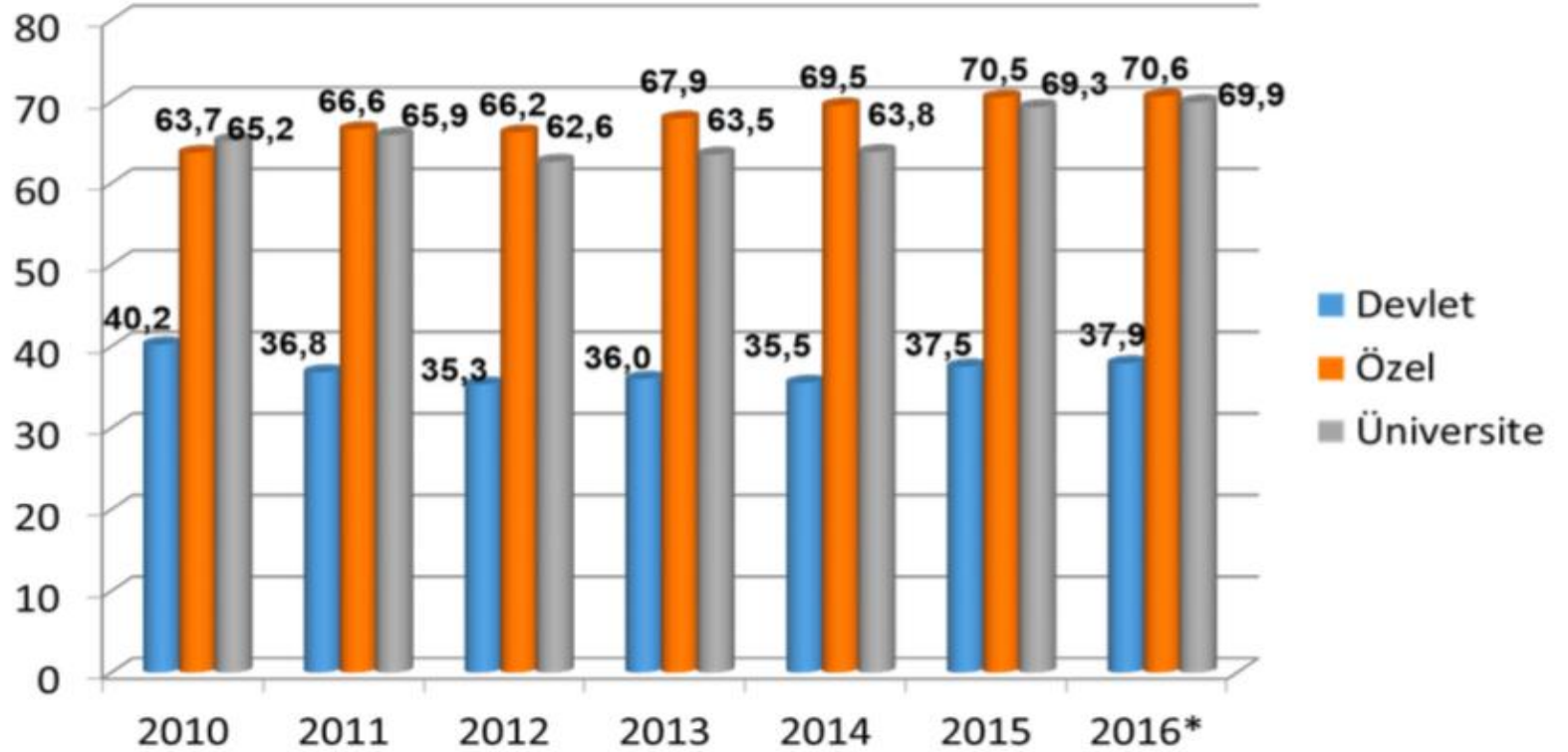
Ülkemizde durum???





Dünya'da ve özellikle ülkemizde hangi nedenlerle sezaryenin tercih edildiği, daha kapsamlı ve net araştırmalarla derinlemesine incelenmelidir.

Türkiye' de Kurum Bazında Yıllara Göre Sezaryen Oranları(%)



*2016 Yılı Ocak-Temmuz Dönemi
Sağlık Bakanlığı Verisi



Robson Gruplarındaki Sezaryen Yüzdeleri

YILLAR	Kurumlar	Robson 1	Robson 2	Robson 3	Robson 4	Robson 5
		Nullipar, tekil ,baş geliş, ≥37 hf, travayı spontan başlamış	Nullipar, tekil baş geliş, ≥37 hf, indüklenmiş ya da travayı başlamadan önceden sezaryen yapılmış	Multipar (eski sezaryenli değil), tekil baş geliş ≥37 hf, travayı spontan başlamış	Multipar (eski sezaryenli değil), tekil baş geliş, ≥37 hf, indüklenmiş ya da travaydan önce sezaryen yapılmış	Eski sezaryenli, tekil baş geliş, ≥37 hf
2015 Yılı	Kamu	19,0	51,6	6,5	30,6	97,5
	Özel	53,6	75,7	29,9	56,9	96,8
	Üniversite	47,1	70,3	37,4	58,3	95,3
	Türkiye	34,6	66,4	12,7	43,6	97,0
Ocak- Haziran 2016	Kamu	18,6	51,5	6,8	30,4	96,9
	Özel	53,1	74,7	28,0	56,7	96,7
	Üniversite	48,0	71,9	32,9	59,7	95,9
	Türkiye	35,1	66,0	12,7	43,6	96,7



Robson

Gebelerin;

1. Yaklaşık % 36-37'si ilk doğumunu yapmaktadır.
2. Yaklaşık %93'ü baş gelişi ileidir.
3. Yaklaşık %18-19'unda indüksiyon uygulanmaktadır ve hem nullipar hem de multiparlarda sezaryen sıklığı 2-3 kat artmaktadır.
4. En düşük sezaryen sıklığı multipar,baş gelişi,37 hafta ve üstü,travayı spontan başlayanlarda olmaktadır.
5. Yaklaşık % 3,5'u prematür doğum olmakta ve kamu hastaneleri dahil en yüksek sezaryen sıklığı bu gurupta olmaktadır; % 47,7-% 80,4)
6. Robson gurup büyüklükleri kurumlarda yıllar içinde farklılık göstermemektedir.

Amaç: Tıbbi endikasyon dışı sezaryen oranlarının azaltılması

Stratejiler:

- 1) Primer sezaryen sıklığı ülke ortalamasından daha yüksek olan hastanelerin hekim ve hastane bazlı takibe alınması, kamu hastanelerinde ulaşılan hedeflere özel hastanelerde de ulaşılmamasının sağlanması
- 2) Anne dostu sağlık kurumlarının hayata geçirilmesi
- 3) Normal doğumun özendirilmesi için eğitim ve eylemli farkındalık aktivitelerinin yapılması,
- 4) Ağrısız doğum imkanlarının artırılması,
- 5) Hastanelerin yıllık Robson Gebe Sınıflaması Formu'ndaki yüzdelerle göre kendi sezaryen eylem planlarını hazırlamaları ve belirledikleri sezaryen hedefine göre kalite notlarının değerlendirilmesi

Bakanlığın 2017 hedefleri;

-Özel hastaneler ve Üniversite hastanelerinde sezaryen oranlarını %25'e düşürmek...

-2017 sonuna kadar, primer sezaryen oranı % 40'ın altına

-2018 sonuna kadar, primer sezaryen oranı%30'un altına

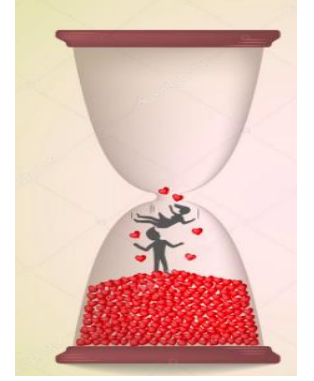
-2019 sonuna kadar, primer sezaryen oranı % 25'in altına düşürmek

JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH
Volume 00, Number 00, 2017
© Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/jwh.2016.6188

Review Article

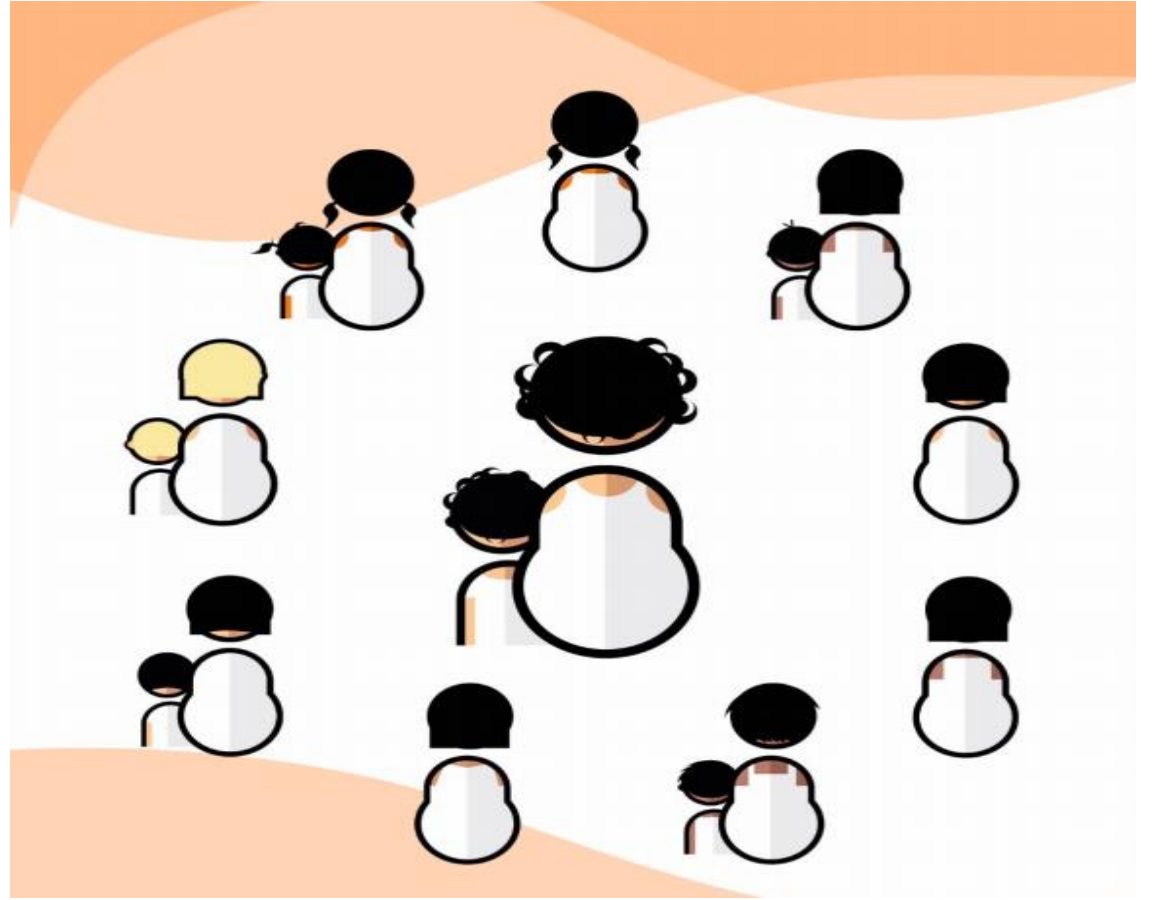
What Are Optimal Cesarean Section Rates in the U.S. and How Do We Get There? A Review of Evidence-Based Recommendations and Interventions

Diana Montoya-Williams, MD,¹ Dominick J. Lemas, PhD,² Lisa Spiryda, MD, PhD,³
Keval Patel,⁴ Josef Neu, MD,¹ and Tiffany L. Carson, PhD⁵



Her ne kadar araştırmalarda sezaryen doğum endikasyonları arasında geçmese de gebe kadınların tercihi de önemli bir faktör olabilir.

- Kadının bilinçli olarak en başından sezaryen doğum istemesi ve gebelik süresince de buna uygun adımlar atması da sezaryen oranlarının artmasında önemli bir yer tutmaktadır.
- Bu nedenle kadınların doğumdan beklentilerini ortaya çıkarmak ve bu süreçte ihtiyaçları olan bilgi, destek ve bakımı verebilmek açısından doğum şekli ile ilgili tercihlerini belirlemek ve karar sürecine katılmalarını sağlamak önemlidir.



Teşekkür ederim...