

# Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması

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

## Yönetici Özeti

Uluslararası sağlık toplumu 1985'ten bu yana ideal sezaryen oranlarını % 10-15 arasında olduğunu öngörmektedir. O zamandan beri sezaryen oranları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hızla artmaktadır. Tıbben gerekli olduğunda, sezaryen perinatal mortalite ve morbiditeyi etkili olarak önlemektedir. Ancak sezaryen işleminin gerekli olmadığı durumlarda, sezaryenin anne veya çocuğa yararlarını gösteren bir kanıtı rastlanmamaktadır. Diğer ameliyatlarda olduğu gibi sezaryenin de kısa ve uzun vadeli etkilerinin olmasının yanı sıra yapılan doğumun sonrasında da anne, çocuk ve gelecek gebelikler için devam eden sağlık etkileri oluşturmaktadır. Bu riskler gebelik bakımı veren sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlı olan kadınlar için daha da fazladır.

Son yıllarda, hükümetler ve klinisyenler, artan sezaryenler ve sezaryenin anne ve çocuk sağlığı için oluşturduğu olumsuz sonuçlar ile ilgili endişelerini dile getirmektedir. Ek olarak uluslararası toplum 1985' de önerilen sezaryen hızlarının yeniden ele alınma gereğine işaret etmektedir.

### Toplum düzeyinde sezaryen doğum hızları

DSÖ iki araştırma yürütmüştür: Mevcut araştırmaların sistematik değerlendirilmesi ile, belirli bir ülkenin veya popülasyonun ya da dünya çapında, ülkeler düzeyinde ideal sezaryen hızları, mevcut son verilere dayanarak analiz edilmiştir. Bu veriler uluslararası kabul görmüş yöntemler kullanılarak en uygun analitik teknikler ile değerlendirilmiş ve DSÖ şu çıkarımlarda bulunmuştur:

1. Sezaryen doğum, anne ve bebeğin hayatını yalnızca tıbbi gereklilik mevcut ise kurtarmada etkilidir.
2. Toplum düzeyinde, % 10'un üzerindeki sezaryen hızları anne ve yenidoğan mortalite hızlarındaki azalmalar ile ilişkilendirilemez.
3. Sezaryenle doğum işlemi, güvenli cerrahi işlemin yapılabileceği koşullarda yapılmadığında ya da işlem sırasında oluşacak komplikasyonları önlemek için gerekli hizmetlerin yeterli olmadığı yani kapasite eksikliği durumunda önemli ve bazen kalıcı komplikasyonlara, sakatlık veya ölüme neden olabilir. Sezaryen doğumun yalnızca tıbbi ihtiyaç durumunda uygulanması idealdir.
4. Tüm çabalar, belli bir sezaryen doğum hızına ulaşmak yerine, sadece ihtiyacı olan kadınlara sezaryen sağlamayı amaçlamalıdır.
5. Sezaryen doğum hızlarının diğer sağlık sonuçları üzerindeki etkileri, örneğin, maternal ve perinatal morbidite, pediatrik sonuçlar, psikolojik veya sosyal iyilik hali gibi diğer sonuçlar üzerindeki etkileri hala belirsizdir. Sezaryen doğumun yakın ve uzak sağlık etkilerini anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

### Hastane düzeyinde sezaryen doğum hızları ve evrensel sınıflandırma sistemi ihtiyacı

Halen farklı bölgeler, şehirler veya kurumlar arasında sezaryen doğum hızlarının anlamlı olarak karşılaştırılabilmesini sağlayan uluslararası kabul görmüş bir sınıflandırma sistemi mevcut değildir.

Sezaryen ile doğumu sınıflandırmak için kullanılan mevcut sistemler arasında, 10 gruplu sınıflandırma ('Robson olarak bilinen sınıflandırma') son yıllarda pek çok ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır.

2014 yılında; DSÖ, Robson sınıflaması kullanıcılarının deneyimleri ile ilgili bir sistematik inceleme yaparak, sınıflamanın eksileri, artıları, kabulü, uygulanması ve yorumlanması ile ilgili değerlendirme yapmıştır. Uygulamadaki engeller ve kolaylaştırıcılar nelerdir olası uyarlamalar nasıl olmalıdır tespit edilmiştir.

DSÖ, sezaryen doğumun değerlendirilmesi, izlenmesi ve diğer kurumlardaki sezaryen hızları ile zaman içinde kıyaslama yapabilmek için Robson sınıflamasını uluslararası standart olarak önermektedir. Sağlık hizmet kuruluşlarının Robson sınıflamasına uyumluluğunu sağlamak için DSÖ terim ve tanımları da içeren, sınıflamanın kullanımı, uygulanması ve yorumu konusunda bir rehber geliştirecektir.

Yaklaşık 30 yıldır uluslararası sağlık toplumu sezaryen hızının %10-15 olmasını ideal olarak kabul etmektedir. Bu, 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'. Panel, çoğunluğu Kuzey Avrupa ülkelerinden gelen ve sözü edilen sezaryen hızları ile anne ve perinatal olumlu sonuçları gösteren kısıtlı verileri inceleyerek bu sonuca ulaşmıştır.

O zamandan beri sezaryen çeşitli nedenlerle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde giderek daha yaygın hale gelmiştir. 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 ve bu riskler mevcut doğumun sonrasında da, annenin, çocuğun sağlığını ve gelecek gebelikleri de etkiler. Bu riskler kapsamlı obstetrik bakıma erişimin kısıtlı olduğu kadınlar için daha fazladır.

Sezaryen doğum oranları toplumun bu müdahaleye erişim ve kullanım düzeyinin bir ölçümüdür. Bu oranlar; işleme erişim, acil obstetrik bakım ve anne çocuk sağlığındaki gelişmeleri izleme değerlendirmede, kaynak kullanımında politika yapıcılar ve hükümetlere bir kılavuz olarak hizmet verebilir. Son yıllarda, hükümetler ve klinisyenler, artan sezaryen doğumların sayıları, sezaryenin anne ve çocuk sağlığı için olası olumsuz sonuçları ile ilgili endişelerini dile getirmektedir. Ayrıca maliyet de anne ve yeni doğan sağlığının iyileştirilmesinde kaynaklara adaletli erişim için önemli bir faktör olup sezaryen doğumlar, daha fazla harcamayı gerektirdiğinden özellikle aşırı yüklü ve sıklıkla da zayıf olan sağlık sistemleri üzerinde ciddi bir mali yük oluşturur. 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, sağlık hizmeti sunan profesyoneller, bilim insanları, epidemiyologlar ve politika yapıcıları, 1985'te önerilen hızın tekrar gözden geçirilmesine ihtiyaç olduğunu giderek artan şekilde ifade etmektedirler.

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.

Tüm bu sorulara cevap vermek için DSÖ, bu hızı bulabileceği ülkeleri inceleyerek ve dünya çapında diğer ülkelere elde ettiği son verileri kullanarak iki sistematik inceleme yapmıştır. Bu değerlendirmelerin süreci ve sonuçlarından birinci bölümde bahsedilmiştir.

Optimum sezaryen hızının tanımlanmasında hangi düzeyde olursa olsun toplumların karşılaştırılması ve giderek artan eğilimdeki sezaryen hızlarının araştırılması için kullanılacak bir araç sağlanabilmesinde en zorlayıcı kısım, standart veri üretmek için güvenilir ve uluslararası kabul görmüş sınıflandırma sisteminin olmamasıdır.

Sezaryen doğumlarında 10 grulu Robson sınıflaması son yıllarda giderek yaygın hale gelmektedir. 2001 yılında Dr Michael Robson tarafından önerilen sistem, kadınları obstetrik özelliklerine göre tabakalandırmakta, böylece karşılaştırmalar, karıştırıcı faktörlerden daha az etkilenecek yapılabilmektedir.

DSÖ bu sınıflamanın kullanımındaki değer, yarar ve potansiyel sakıncalarını daha iyi anlamak ve sezaryen doğum eğilimlerini dünya düzeyinde inceleyebilmek için bu sınıflamayı kullanarak iki sistematik inceleme yapmıştır. Araştırmanın süreci ve sonuçları bu açıklamanın ikinci bölümünde anlatılmıştır.

# 1. Toplum düzeyinde sezaryen doğum hızları

Ekolojik çalışmalar, birey düzeyinde karşılaştırmadan ziyade toplum düzeyindeki karşılaştırmaları ve analizleri içermektedir.

Toplumlar jeopolitik sınırlar içinde tanımlanmaktadır ve bu nedenle, toplum tabanlı araştırmalar ile hastanede tedavi gören hastalar ile ilgili araştırmaların yani 'hastane temelli araştırmaların' birbirinden ayırılması önemlidir.

Sağlık hizmeti sunan kuruluşların hizmet verdikleri obstetrik nüfusun özelliğine, kapasiteleri, hizmetleri, klinik protokollerine bağlı olarak sezaryen doğumların hızları birbirinden çok farklı olabilmektedir.

Bu nedenle nüfus tabanlı önerilen sezaryen doğum hızı, açıklanan farklılıklar nedeni ile hastane düzeyinde olması gereken sezaryen hızı olarak alınamaz.

2014 yılında DSÖ, bilimsel literatürdeki mevcut ekolojik çalışmaların sistematik bir derlemesini yapmıştır. Bu araştırmalardaki sezaryen hızlarını, anne, perinatal ve bebek ile ilgili sonuçları tanımlayıp, değerlendirip analiz etmiştir. DSÖ aynı zamanda, dünya ölçeğinde, en son verileri kullanarak, maternal ve neonatal mortalite ile sezaryen doğum arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ekolojik bir çalışma da yapmıştır.

Bu sonuçlar, DSÖ tarafından İsviçre- Cenevre' de 08-09 Ekim 2014 tarihinde yapılan bir toplantıda tartışılmış ve şu gözlemler yapılmıştır.

1. DSÖ tarafından yapılan sistematik inceleme temel alındığında, bir toplumda %10-15'e kadar olan sezaryen hızlarında, anne, yeni doğan ve bebek ölüm sayılarının azaldığı görülmektedir. Bu seviyenin üstündeki sezaryen doğum hızlarındaki artış, mortalitedeki azalmayla ilişkili değildir. Ancak bulgular sosyoekonomik faktörlere göre düzeltilindiğinde, yüksek sezaryen hızları ile düşük mortalite arasındaki ilişki zayıflamakta hatta kaybolmaktadır. Bu incelemede sosyoekonomik faktörler, artan sezaryen doğum hızları ile azalan mortaliteyi açıklayabilmektedir. DSÖ ayrıca bu yönün ileri analizi için diğer bir çalışma daha yürütmüştür.
2. Dünya genelinde yapılan ekolojik araştırmaya göre, sezaryen doğum hızları ile mortalite arasındaki mevcut kaba ilişkinin önemli bir bölümü sosyoekonomik faktörlerle açıklanabilmektedir. Bir toplumda sezaryen hızı %10'un altında ise bu hızın artması durumunda, anne ve yeni doğan ölümleri azalmaktadır. Sezaryen hızının %10'un üzerinde olması ya da %30'lara kadar yükselmesinin ise mortaliteye etkisi olmamaktadır. Sözü edilen analiz, izlem yaklaşımı (longitudinal approach) kullanılarak, ülke düzeyindeki verilerin sosyoekonomik kalkınma düzeyine göre uyarlanması ile yapılmıştır. Bu yaklaşım, kesitsel çalışmalarla yapılan sistematik derlemelerin kısıtlılıklarının üstesinden gelebilir ancak ekolojik ilişkilerin nedensellik durumunu açıklamadığı da vurgulanmalıdır.
3. Mevcut veriler, %30 ve üzerindeki sezaryen hızları ile anne ve yenidoğan ölümlerinin arasındaki bağlantıyı değerlendirebilmemize imkan vermemektedir.
4. Bakımın kalitesi, özellikle güvenli koşullar, sezaryen hızları ve ölümlerin analizinde dikkate alınması gereken önemli hususlardır. Ameliyata bağlı komplikasyonlar ve enfeksiyonlar, özellikle güvenli cerrahi uygulama için kapasitenin

olmaması ve diğer kurumsal eksiklikler başlıca tehlikelerdir.

5. Toplum düzeyindeki veri eksiklikleri nedeniyle toplumdaki sezaryen hızları ile ölü doğumlar, morbidite sonuçları arasındaki ilişki tespit edilememiştir. Mevcut ekolojik çalışmalarda, anne ve yenidoğan morbidite göstergelerine kıyasla mortalite göstergelerine ulaşılması daha kolay olduğu için sadece ölüm göstergelerinin analizi yapılmıştır. Benzer şekilde, doğum şeklinin

psikolojik ve sosyal yönü bu araştırmalarda değerlendirilmemiştir. Ölüm, özellikle gelişmiş ülkelerde nadir bir sağlık sonucudur. Bu nedenle gelecek araştırmalarda, sezaryen hızları ile kısa ve uzun dönem anne/ perinatal morbidite sonuçlarının (Örneğin; obstetrik fistül, doğum asfiksisi ) değerlendirmesi gerekir. Bu değerlendirmeler, psikososyal etkiler düşünüldüğünde çocuk ve anne arasındaki ilişki, kadının psikolojik sağlığı, emzirmenin başarılı olarak başlatılması ve çocukluk dönemi ile ilgili sonuçları içermelidir.

## Sonuç

Mevcut verilere dayanarak ve en uygun analitik tekniklerle delilleri değerlendirmek için uluslararası kabul görmüş yöntemler kullanılarak, DSÖ şu sonuçlara ulaşmıştır:

1. Sezaryen doğum, sadece tıbbi nedenlerden dolayı gerekli olduğunda, anne ve bebek hayatını kurtarmada etkilidir.
2. Toplum düzeyinde %10' dan daha yüksek olan sezaryen hızları, anne ve yenidoğan ölüm hızlarındaki azalmayla ilişkili değildir.
3. Sezaryen doğum, özellikle güvenli cerrahi müdahale yapmak ve/veya cerrahi komplikasyonları tedavi etmek için yeterli imkanın olmadığı, kapasite eksikliğinin olduğu durumlarda önemli kalıcı komplikasyonlara, sakatlık ve ölümlere neden olabilir. Sezaryen ideal olarak sadece tıbben gerekli durumlarda yapılmalıdır.
4. Sezaryen doğum oranlarında belirli bir hızı elde etmek için çaba harcamak yerine, ihtiyacı olan kadınlara sezaryen doğum hizmeti amaçlanmalıdır.
5. Sezaryen doğum oranlarının maternal ve perinatal morbidite, pediatrik sonuç, psikolojik ve sosyal yönden iyilik hali gibi sonuçlar üzerine etkisi hala belirsizdir. Sezaryen doğumun erken ve gelecekteki sağlık etkilerini anlamak için daha fazla araştırma gereklidir.

## 2. Hastane düzeyinde sezaryen hızları ve evrensel sınıflandırma sistemi ihtiyacı

Kurumların, hizmet verdikleri toplumun belirli özelliklerini, farklı obstetrik vaka türlerini göz önünde bulundurarak sezaryen doğum hızlarını izlemeleri zorunludur. Halen yararlı ve eylem odaklı bir şekilde şehirlerin, ülkelerin, bölgelerin ve farklı kurumların karşılaştırılmasını sağlayacak standart bir sınıflandırma sistemi mevcut değildir.

Böylece halen, maternal ve perinatal sonuçların etkin bir biçimde izlenmesini sağlayacak anlamlı, hedefi olan, şeffaf bir bilgi paylaşımı mümkün olamamaktadır.

2011’de DSÖ, kullanılan sistemlerle ilgili bir sistematik inceleme araştırması yürütmüş ve uluslararası ve bölgesel ihtiyaçlara yönelik en kullanışlı sistemin Robson sınıflaması olduğu sonucuna varmıştır. DSÖ, buna dayalı, uluslararası uygulanabilir bir sezaryen sınıflandırma sisteminin geliştirilmesini önermiştir.

Bu sistem kadınları on farklı grupta birbirinden bağımsız olarak sınıflandırır. (Bakınız Kutu 1). 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.

## Kutu 1: Robson sınıflaması

Grup 1



Nullipar, tekil, baş gelişi,  $\geq 37$  hafta, spontan doğum eyleminde

Grup 6



Nullipar, tekil, makat gelişi

Grup 2



Nullipar, tekil, baş gelişi olan, miadında, doğum eyleminden önce indüksiyon veya sezaryen

Grup 7



Multipar, tekil, önceden uterin skarı olanlar da dahil makat gelişi

Grup 3



Multipar, önceden uterin skarı olmayan, tekil, baş gelişi,  $\geq 37$  hafta, spontan doğum eylemi

Grup 8



Önceden uterin skarı olanlar dahil tüm çoğul gebelikler

Grup 4



Multipar, önceden uterin skarı olmayan, tekil, baş gelişi,  $\geq 37$  hafta, doğum eyleminden önce indüksiyon veya sezaryen

Grup 9



Önceden uterin skarı olanlar dahil tekil, transvers ya da oblik prezentasyonlu bütün gebeler

Grup 5




Multipar, daha önce en az bir uterin skarı olan, tekil, baş gelişi,  $\geq 37$  haftalık gebelik

Grup 10



<37 haftalık, tekil, baş gelişi, önceden skarı olanlar dahil tüm erken doğumlar

 doğum öncesi sezaryen

 Spontan eylem



2014 yılında DSÖ, Robson sınıflaması kullanıcılarının deneyimleri ile ilgili ikinci bir sistematik derleme yapmıştır. Sınıflamanın eksileri ve artıları, sınıflamanın kabulü, uygulanması ve yorumlanması ile ilgili tespitler yapılmıştır. Uygulamadaki engel ve kolaylaştırıcıların ne olduğu ve potansiyel uyarlamaların nasıl olabileceği tespit edilmiştir. DSÖ tarafından İsviçre- Cenevre’de 8-9 Ekim 2014 tarihinde yapılan uzmanlar panelinde, ortak bir başlangıç noktası oluşturulması için kanıtlar değerlendirilerek maternal ve perinatal mortalitelerin, kuruluşlar içinde zamana göre ve, kuruluşlar arasında karşılaştırılabilmesi için aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur :

1. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, hangi düzeyde olurlarsa olsunlar doğum için vaka kabul ederken ve doğum şekline karar verirken Robson sınıflandırmasını kullanmalıdır.
2. Sınıflandırma sistemini kullananlar, standardize edilmiş kıyaslamalar için original veri yapısını devam ettirirken, gereksinime göre 10 grup arasında alt gruplar oluşturarak bölgesel ve ilgi alanı ihtiyaçlarına göre her grup içinde, arzu edilen diğer değişkenlerin analizini de yapabilirler (örneğin; epidemiyolojik veriler, maliyet, sonuçlar ve endikasyonlar).

3. Sınıflamanın sonuç raporu imkan dahilinde kamuya açık hale getirilmelidir.

DSÖ, bu sınıflandırmanın sağlık hizmet kuruluşları için aşağıda belirtilen alanlarda yardımcı olacağını beklemektedir:

- Sağlık hizmeti sunucularının sezaryenin gerekli olduğu kişileri belirleme, analiz ve müdahalenin yapılacağı kuruluş açısından özelliği olan grubun seçilmesi ile sezaryen doğumu en iyi biçimde kullanmak.
- Sezaryen doğumun en iyi şekilde kullanımını hedefleyen stratejileri veya müdahalelerin etkinliğini değerlendirmek.
- Sağlık hizmetinin kalitesi, klinik yaklaşım ve sonuçları gruplara göre değerlendirmek.
- Toplanan verilerin niteliğini değerlendirmek, veri toplama hakkında personelin bilincinin artırılmasını sağlamak.

## Sonuç

DSÖ, sağlık hizmeti veren kuruluşlarda izleme, sezaryen hızlarını karşılaştırma ve değerlendirmek için küresel standart olarak Robson sınıflandırma sistemini önermektedir. Robson sınıflandırmasının uyarlanması sağlık kuruluşlarına yardımcı olmak amacıyla, DSÖ terim ve tanımların standardizasyonu da dahil sınıflamanın kullanımı, uygulanması ve yorumlanması için rehber geliştirecektir.



DSÖ hakkında daha fazla bilgi için [www.who.int/reproductivehealth/](http://www.who.int/reproductivehealth/) adresine danışabilirsiniz.

Department of Reproductive Health and Research  
World Health Organization  
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland  
E-mail: [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int)

WHO/RHR/15.02

© World Health Organization 2015

All rights reserved.

Requests for permission to reproduce or translate WHO publications –whether for sale or for non-commercial distribution– should be addressed to WHO Press through the WHO website ([www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.