

راهنمای استفاده از سیستم طبقه بندی رابسون در کاهش شاخص سزارین

مترجم و نویسنده: مریم پورشیرازی

کارشناس اداره مامایی، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

اردیبهشت ۱۴۰۰

راهنمای استفاده از سیستم طبقه بندی رابسون در کاهش شاخص سزارین

سیستم طبقه بندی رابسون چیست؟

سیستم طبقه بندی ۱۰ گروه رابسون یک ابزار استاندارد و پیشنهادی از سوی سازمان بهداشت جهانی است که جهت ارزیابی، پایش و مقایسه میزان سزارین در یک بیمارستان یا بین بیمارستان ها و در طول زمان مورد استفاده قرار می گیرد. این سیستم تمام زنان پذیرش شده جهت زایمان را در یکی از ۱۰ گروه رابسون قرار می دهد. این سیستم براساس چند پارامتر مامایی ساده تعریف شده است که عبارتند از: تعداد زایمان، سزارین قبلی، سن بارداری، شروع لیبر، نمایش جنین و تعداد جنین ها. ویژگی های هر گروه در جدول زیر مشخص شده است.

گروه	ویژگی جمعیت مامایی
۱	زنان نولی پار با حاملگی تک قل، پرزانتاسیون سفالیک، بارداری ۳۷ هفته یا بیشتر و شروع خودبخودی لیبر
۲	زنان نولی پار با حاملگی تک قل، پرزانتاسیون سفالیک، بارداری ۳۷ هفته یا بیشتر که القای زایمان شده اند یا پیش از شروع لیبر، سزارین شده اند
۲a	زایمان القا شده
۲b	انجام سزارین قبل از شروع لیبر
۳	زنان مولتی پاره، بدون اسکار سزارین قبلی، حاملگی تک قل، پرزانتاسیون سفالیک، بارداری ۳۷ هفته یا بیشتر، با شروع خودبخودی زایمان
۴	زنان مولتی پاره، بدون اسکار سزارین قبلی، حاملگی تک قل، پرزانتاسیون سفالیک، بارداری ۳۷ هفته یا بیشتر که القای زایمان شده اند یا پیش از شروع لیبر، سزارین شده اند
۴a	زایمان القا شده
۴b	انجام سزارین قبل از شروع لیبر
۵	تمام زنان مولتی پار با حداقل یک بار سزارین قبلی، حاملگی تک قل، پرزانتاسیون سفالیک و بارداری ۳۷ هفته و بیشتر
۵a	دارای یک سزارین قبلی
۵b	دارای بیشتر از یک سزارین قبلی
۶	تمام زنان نولی پار با حاملگی تک قل و پرزانتاسیون بریچ
۷	تمام زنان مولتی پار با حاملگی تک قل و پرزانتاسیون بریچ با یا بدون اسکار سزارین قبلی
۸	تمام زنان با حاملگی چندقلو با یا بدون اسکار سزارین قبلی
۹	تمام زنان با حاملگی تک قل، با نمای عرضی یا مایل با یا بدون اسکار سزارین قبلی
۱۰	تمام زنان با حاملگی تک قل، پرزانتاسیون سفالیک و سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته با یا بدون اسکار سزارین قبلی

راهنمای استفاده از سیستم طبقه بندی رابسون در کاهش شاخص سزارین

طبقه بندی رابسون چه کمکی به ارائه دهندگان خدمت و سیاست گذاران برنامه های سلامت مادر و نوزاد می کند؟

- شناسایی و بررسی گروه هایی از زنان که بیشترین و کمترین سهم از کل سزارین های بیمارستان یا کشور را دارند.
- مقایسه کیفیت خدمات ارائه شده به زنان در گروه های رابسون با سایر بیمارستان ها یا کشورهایی که پیامدهای مادری و نوزادی بهتری دارند و اعمال این تغییرات در بیمارستان یا کشور هدف
- ارزیابی اثربخشی راهکارها و مداخلات اصلاحی که به منظور بهبود شاخص سزارین اتخاذ می گردد.
- ارزیابی کیفیت مراقبت و مدیریت بالینی از طریق بررسی پیامدهای مادری و نوزادی در هر گروه رابسون
- ارزیابی کیفیت داده های جمع آوری شده و افزایش آگاهی پرسنل در خصوص اهمیت این داده ها و تفسیر و استفاده از آن ها

جدول گزارش رابسون

ستون ۱	ستون ۲	ستون ۳	ستون ۴	ستون ۵	ستون ۶	ستون ۷
گروه رابسون	تعداد سزارین در گروه	تعداد زنان (جمعیت) در گروه	جمعیت زنان (سایز) گروه (درصد) ^۱	میزان سزارین در گروه (درصد) ^۲	سهم مطلق سزارین گروه (درصد) ^۳	سهم نسبی سزارین گروه (درصد) ^۴
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						

۱. جمعیت زنان در گروه (درصد) : تعداد زنان در گروه تقسیم بر تعداد کل زنان زایمان کرده در بیمارستان × ۱۰۰

۲. میزان سزارین در گروه (درصد) : تعداد سزارین در گروه تقسیم بر تعداد کل زنان در گروه × ۱۰۰

۳. سهم مطلق سزارین گروه به میزان سزارین کل (درصد) : تعداد سزارین در گروه تقسیم بر تعداد کل زنان زایمان کرده در بیمارستان × ۱۰۰

۴. سهم نسبی سزارین گروه به میزان سزارین کل (درصد) : تعداد سزارین در گروه تقسیم بر تعداد کل سزارین های انجام شده در بیمارستان در گروه × ۱۰۰

راهنمای استفاده از سیستم طبقه بندی رابسون در کاهش شاخص سزارین

مراحل تفسیر جدول گزارش رابسون

فاز اول: مراحل ارزیابی کیفیت داده ها:

۱- تعداد کل سزارین (ستون ۲) باید با تعداد زنان زایمان کرده (ستون ۳) همخوانی داشته باشد. در غیر این صورت بیانگر ثبت اشتباه داده است.

۲- جمعیت زنان در گروه ۹ (ستون ۴) باید کمتر از ۱٪ باشد. اگر بیشتر از ۱ درصد باشد بیانگر این است که زنان دارای بارداری بریچ یا سایر نمایش ها اشتباها با عنوان عرضی یا مورب طبقه بندی شده و در گروه ۹ قرار گرفته اند. از آنجایی که این طبقه بندی شامل تمام زنانی است که زایمان کرده اند، اگر سائز یکی از گروه ها کوچکتر یا بزرگتر باشد، باید به جمعیت زنان در سایر گروهها دقت گردد چون گاهی اوقات، اشتباه در طبقه بندی در آن گروه مشخص می شود.

۳- میزان سزارین در گروه ۹ (ستون ۵) به طور قراردادی باید ۱۰۰ درصد باشد.

فاز دوم: مراحل ارزیابی نوع جمعیت:

۱- جمعیت زنان در گروه ۱ + گروه ۲ (ستون ۴) (زنان نولی پار ۳۷ هفته به بالا تک قل سفالیک): معمولا بیانگر ۳۵ تا ۴۲ درصد جمعیت مامایی اکثر بیمارستان هاست. در بیمارستانهایی که تعداد زنان دارای فقط یک فرزند (نخست زا) نسبت به زنان دارای بیشتر از یک فرزند (چندزا)، بیشتر است، سائز گروه نولی پار (شامل گروه ۱ و ۲) بزرگتر خواهد بود. در بیمارستان هایی که خلاف این موضوع صادق است، سائز گروه ۱ + گروه ۲ کوچکتر است زیرا اکثر جمعیت را زنان مولتی پار تشکیل می دهند.

۲- جمعیت زنان در گروه ۳ + گروه ۴ (ستون ۴) (زنان مولتی پار ۳۷ هفته به بالا تک قل سفالیک بدون اسکار سزارین قبلی): معمولا ۳۰ درصد جمعیت زنان متعلق به این گروه ها هستند. در بیمارستان هایی که تعداد زنان دارای بیشتر از یک فرزند (چند زا) نسبت به زنان دارای فقط یک فرزند (نخست زا)، بیشتر است، سائز گروه ۳ + گروه ۴ بیشتر از ۳۰ درصد خواهد بود (با فرض اینکه به طور طبیعی زایمان کرده باشند). علت کوچک بودن سائز گروه ۳ و ۴ ممکن است این باشد که سائز گروه ۵ بسیار بزرگتر است و این موضوع همراه با میزان بسیار بالای سزارین کل می باشد.

۳- سائز گروه ۵ (ستون ۴) (زنان مولتی پار ۳۷ هفته به بالا تک قل سفالیک با اسکار سزارین قبلی): میزان سزارین کل را تحت تاثیر قرار می دهد. سائز گروه ۵ معمولا حدود نصف میزان سزارین کل است. در بیمارستان هایی که میزان سزارین کل پایین است، این عدد معمولا کمتر از ۱۰ درصد است. اگر اندازه گروه ۵ بزرگ باشد بیانگر آن است که در سال های گذشته در آن بیمارستان و به طور عمده در گروه های ۱ و ۲، میزان سزارین بالا بوده است. در مناطقی که سزارین بالاست، سائز این گروه می تواند بیشتر از ۱۵ درصد هم باشد.

راهنمای استفاده از سیستم طبقه بندی رابسون در کاهش شاخص سزارین

۴- جمعیت زنان در گروه ۶ + گروه ۷ (ستون ۴) (زایمان های بریج در نولی پار و مولتی پار): باید ۳ تا ۴ درصد باشد. اگر بیشتر از ۴ درصد باشد، شایعترین علت معمولا میزان بالای زایمان پره ترم یا تعداد زیاد مادران نولی پار است. بنابراین در این مواقع به سائز گروه ۱۰ (ستون ۴) دقت کنید اگر آن هم بالای ۴ تا ۵ درصد باشد، فرضیه تایید می شود.

۵- جمعیت زنان در گروه ۸ (ستون ۴) (چندقلویی ها): باید ۱,۵ تا ۲ درصد از جمعیت را تشکیل دهد. اگر بیشتر از این مقدار باشد، بیمارستان احتمالا تک تخصصی بوده (های ریسک و ریفرال) یا برنامه ناباروری را نیز اجرا می کند. اگر کمتر از این میزان باشد، احتمالا بسیاری از دوقلوها ارجاع می شوند مخصوصا اگر میزان سزارین در بین زایمان های دوقلوی انجام شده در آن بیمارستان کم باشد.

۶- جمعیت زنان در گروه ۱۰ (ستون ۴) (پره ترم سفالیک تک قل): در بیمارستان های دارای بارداری با ریسک معمولی، باید کمتر از ۵ درصد باشد. اگر سائز این گروه از ۵ درصد بالاتر باشد، بیمارستان احتمالا تک تخصصی بوده (های ریسک و ریفرال) یا در جمعیتی که بیمارستان به آن ارائه خدمت می کند، احتمال خطر زایمان پره ترم بالا است. به علاوه اگر میزان سزارین در این گروه کم باشد، نشان دهنده تعداد زیاد زایمان پره ترم خودبخودی در آن مرکز است. اگر میزان سزارین در این گروه بالا باشد، نشان دهنده آن است که اقدام به انجام سزارین پیش از شروع لیبر در بارداری های دارای تاخیر رشد داخل رحمی یا پره اکلامپسی یا سایر عوارض بارداری و طبی بیشتر است.

۷- نسبت جمعیت زنان در گروه ۱ در مقایسه با گروه ۲ (سائز گروه ۱ را تقسیم بر سائز گروه ۲ از ستون ۴ کنید): معمولا این عدد ۲ به ۱ یا بیشتر است. اگر کمتر باشد به کیفیت ثبت داده شک کنید: زنان نولی پاری که برای تقویت درد زایمان (آگمنتیشن)، اکسی توسین دریافت کرده اند (و باید در گروه ۱ قرار گیرند) ممکن است اشتباها با عنوان القای زایمان (اینداکشن) در گروه ۲ طبقه بندی شده باشند. در صورتی که ثبت داده ها درست باشد، نسبت پایین سائز گروه ۱ به ۲ بیانگر آن است که در بیمارستان، سزارین پیش از شروع لیبر به دنبال انجام القای زایمان بالا است. به عبارتی نشان دهنده جمعیت زیاد زنان نولی پار های ریسک است و در نتیجه میزان سزارین بالا خواهد بود.

در مقابل اگر این نسبت بسیار بالا باشد باید به میزان مرده زایی های پیش از شروع لیبر در این جمعیت توجه بیشتری نمود زیرا نشان می دهد که ایندکشن (القا) به طور کافی انجام نمی شود یا اینکه اکثر جمعیت زنان این گروه در آن بیمارستان، بارداری کم خطر دارند.

۸- نسبت جمعیت زنان در گروه ۳ در مقایسه با گروه ۴ (سائز گروه ۳ را تقسیم بر سائز گروه ۴ از ستون ۴ کنید): این عدد همیشه بیشتر از نسبت سائز گروه ۱ به ۲ در یک بیمارستان است. به عبارتی عدد بدست آمده بیشتر از ۲ به ۱ است. این موضوع برای تایید کیفیت ثبت داده بسیار قابل استناد خواهد بود. اگر این نسبت کمتر از ۲ به ۱ باشد، به کیفیت پایین ثبت داده شک کنید: زنان مولتی پاری که برای تقویت درد زایمان (آگمنتیشن)، اکسی توسین دریافت کرده اند (و باید در گروه ۳ قرار گیرند) ممکن است اشتباها با عنوان القای زایمان (اینداکشن) در گروه ۴ طبقه بندی شده باشند.

راهنمای استفاده از سیستم طبقه بندی رابسون در کاهش شاخص سزارین

اگر نسبت پایین (به علت بزرگ بودن گروه 4b) کم باشد، بیانگر تجربه بد زایمان طبیعی زنان مولتی پار و متعاقب آن درخواست ایشان برای سزارین پیش از شروع لیبر است. یک علت دیگر برای این موضوع می تواند سزارین پیش از شروع لیبر برای انجام توبکتومی باشد. (در مناطقی که تنظیم خانواده در دسترس نیست).

۹- نسبت جمعیت زنان در گروه ۶ و ۷ (سایز گروه ۶ را تقسیم بر سایز گروه ۷ از ستون ۴ کنید) (نولی پار بریچ تقسیم بر مولتی پار بریچ): معمولاً این نسبت ۲ به ۱ است زیرا بریچ در نولی پارها نسبت به مولتی پارها معمولتر است. اگر این مقدار متفاوت باشد احتمالاً ثبت داده ها نادرست است.

فاز سوم : مراحل ارزیابی میزان سزارین:

۱- به میزان سزارین در گروه ۱ توجه کنید. این عدد کمتر از ۱۰ درصد مورد قبول است. این میزان سزارین را تنها زمانی می توان به درستی تفسیر نمود که نسبت جمعیت زنان در گروه های ۱ و ۲ در نظر گرفته شود. در واقع، هر چه نسبت سایز گروه ۱ به ۲ بیشتر باشد، احتمال اینکه میزان سزارین در هر دو گروه ۱ و ۲ به طور جداگانه بالا باشد، بیشتر است. با این حال میزان سزارین کل در گروه های ۱ و ۲ به طور ادغام شده ممکن است کمتر و یا یکسان باشد.

در صورت بالا بودن میزان سزارین در گروه ۱، بهتر است اندیکاسیون های اصلی سزارین در این گروه و نحوه اجرای پروتکل های بالینی اداره لیبر و زایمان بررسی شود.

۲- به میزان سزارین در گروه ۲ توجه کنید. این عدد همواره حدود ۲۰ تا ۳۵ درصد مورد قبول است. میزان سزارین در گروه ۲ نشان دهنده سایز و میزان سزارین در گروه ۲a و ۲b است. اگر سایز گروه ۲b بزرگ باشد، میزان سزارین کلی در گروه ۲ نیز بالا خواهد بود. در صورتی که سایز گروه ۲b به طور نسبی کوچک باشد، میزان بالای سزارین در گروه ۲ می تواند بیانگر عدم اجرای صحیح القای زایمان بر اساس پروتکل (انجام ناموفق القا و یا انتخاب نامناسب زنان برای القای زایمان) باشد که در نهایت منجر به افزایش سزارین در گروه ۲a می شود. این اصل کلی را به یاد داشته باشید: بدون در نظر گرفتن کل گروه، نمی توان یک زیرگروه را به تنهایی تفسیر نمود. برای تفسیر گروه ۲a باید سایز نسبی گروه های ۱ و ۲b را در نظر گرفت.

۳- به میزان سزارین در گروه ۳ توجه کنید. این عدد به طور معمول کمتر یا مساوی ۳ درصد مورد قبول است. میزان سزارین بالا در این گروه، می تواند به علت ثبت اشتباه اطلاعات در بیمارستان باشد. ممکن است زنانی که اسکار قبلی سزارین دارند (گروه ۵) به اشتباه در گروه ۳ طبقه بندی شده باشند. سایر علل بالا بودن میزان سزارین در این گروه می تواند به عنوان مثال شامل انجام توبکتومی (به علت دسترسی نداشتن به امکانات پیشگیری از بارداری یا به درخواست مادر) باشد.

۴- به میزان سزارین در گروه ۴ توجه کنید. این عدد به ندرت بیشتر از ۱۵ درصد است. میزان سزارین در گروه ۴ نشان دهنده سایز و میزان سزارین در گروه ۴a و ۴b است. اگر سایز گروه ۴b بزرگ باشد، میزان سزارین کلی در گروه ۴ نیز بالا خواهد بود. در صورتی که سایز گروه ۴b به طور نسبی کوچک باشد، میزان بالای سزارین در گروه ۴ می تواند بیانگر عدم

راهنمای استفاده از سیستم طبقه بندی رابسون در کاهش شاخص سزارین

اجرای صحیح القای زایمان بر اساس پروتکل (انجام ناموفق القا و یا انتخاب نامناسب زنان برای القای زایمان) باشد که در نهایت منجر به افزایش سزارین در گروه ۴a می‌شود. ثبت اشتباه اطلاعات نیز می‌تواند از علل بالا بودن میزان سزارین در گروه ۴ باشد. قرار دادن زنان دارای اسکار قبلی سزارین در این گروه (در صورتی که باید در گروه ۵ طبقه بندی شوند) می‌تواند مثالی در این رابطه باشد. همچنین بالا بودن میزان سزارین در گروه ۴ می‌تواند بیانگر میزان بالای درخواست مادر برای سزارین باشد حتی اگر در بارداری اول خود به طور واژینال زایمان نموده باشند. این موضوع ممکن است ناشی از لیبر تروماتیک یا طولانی شده در زایمان های قبلی و یا توبکتومی با اندیکاسیون دسترسی نداشتن به امکانات پیشگیری از بارداری باشد.

۵- به میزان سزارین در گروه ۵ توجه کنید. **در صورت پیامد خوب مادری و نوزادی، میزان ۵۰ تا ۶۰ درصد مناسب است.** میزان سزارین بالا در این گروه می‌تواند به علت وجود تعداد زیاد زنان دارای دو یا بیشتر سزارین قبلی در گروه ۵ باشد. همچنین ممکن است به دلیل سیاست برنامه ریزی بیمارستان در رابطه با انجام سزارین پیش از شروع لیبر برای تمام زنان یک بار سزارین قبلی، بدون اینکه تلاشی برای زایمان پس از سزارین (VBAC) آن‌ها صورت گیرد، میزان سزارین در این گروه بالا باشد.

۶- به میزان سزارین در گروه ۸ توجه کنید. **معمولا در حدود ۶۰ درصد مورد قبول است.** وجود تفاوت‌ها در میزان سزارین این گروه به نوع بارداری دوقلوئی و نسبت زنان نولی پار به مولتی پار با یا بدون اسکار قبلی بستگی دارد.

۷- به میزان سزارین در گروه ۱۰ توجه کنید. **در اکثر جمعیت‌ها معمولا در حدود ۳۰ درصد است.** اگر میزان سزارین بیشتر از ۳۰ درصد باشد، معمولا به دلیل وجود تعداد زیاد حاملگی‌های پرخطری (به عنوان مثال تاخیر رشد جنینی و پره اکلامپسی) است که نیازمند انجام سزارین پیش از شروع لیبر می‌باشند. در صورتی که این میزان کمتر از ۳۰ درصد باشد، بیانگر میزان نسبتا بالای زایمان خودبخودی پره ترم و در نتیجه میزان پایین سزارین کل است.

۸- به ستون سهم نسبی سزارین گروه به کل سزارین‌های انجام شده توجه کنید (اعداد گروه‌های ۱، ۲ و ۵ در ستون ۷ را باهم جمع کنید). در اکثر بیمارستان‌ها مجموع سهم میزان سزارین در گروه‌های ۱، ۲ و ۵ به طور معمول باید دو سوم (۶۶ درصد) کل سزارین‌ها را در بر گیرد. در صورتی که بیمارستان در راستای کاهش میزان سزارین کل تلاش می‌کند باید به این سه گروه توجه کند. هر چه میزان سزارین کل بالا باشد، بیشتر توجه باید به گروه ۱ اختصاص یابد. نکته حائز اهمیت آن است که ارائه دهندگان مراقبت بارداری و زایمان در جهت کاهش میزان سزارین در زنان نخست‌زا (گروه ۱ و ۲) تلاش نمایند. زیرا این زنان در سال‌های آینده، افراد گروه ۵ را تشکیل می‌دهند.

۹- به سهم مطلق سزارین گروه ۵ به کل سزارین دقت کنید (ستون ۶): اگر این عدد بالا باشد، نشان دهنده این است که در سال‌های گذشته، میزان سزارین در گروه ۱ و ۲ بالا بوده است و بنابراین بهتر است علل سزارین‌های سال‌های گذشته مورد بررسی قرار گیرد.

راهنمای استفاده از سیستم طبقه بندی رابسون در کاهش شاخص سزارین

References:

1. World Health Organization. Robson Classification: Implementation Manual. WHO; 2015. p. 55.
2. Organization WH. WHO statement on caesarean section rates. 2015 [4/12/2021]. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/.
3. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health*. 2015;3(5):e260-70.