



Üreme Çağındaki Kadınlarda Prekonsepsiyonel Danışmanlık Gereksinimleri

Preconceptional Counselling Needs Among Women of Reproductive Age

Refika GENÇ KOYUCU¹, Yıldız TOSUN², Banu KATRAN²

¹Beykent Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

²Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Amaç: Araştırmada üreme çağındaki kadınların gebelik öncesi dönemde risk faktörleri ve gereksinim duydukları danışmanlık hizmetlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kadın hastalıkları polikliniğine herhangi bir neden ile başvuran kadınlar arasında anket çalışması olarak gerçekleştirilmiştir. Gönüllü kadınlara hazırlanmış olan anket uygulanmıştır. Ankette olguların yaş, eğitim durumu, ekonomik durum gibi sosyodemografik bilgileri, doğum sayısı, şekli, düşük sayısı gibi obstetrik öyküleri, kronik hastalık durumları gibi genel tıbbi öykülerine ilişkin bilgilerin yanı sıra gebelik öncesi dönemde gereksinim duydukları danışmanlık hizmetine ilişkin verilerin elde edilmesi amacıyla yönelik sorular yer almıştır. Anketin doldurulmasının ardından kan örnekleri alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 446 kadın dahil edilmiştir. Kadınların %79,6'sı gebelik ile ilgili danışmanlık gereksinimi içerisindedir. Bu kadınların da çok büyük bir çoğunluğu bu danışmanlığı gebelik öncesi dönemde istemektedir. Gebelik öncesi danışmanlık özellikle kadın doğum uzmanlarından (%45,7) beklenmektedir. Prekonsepsiyonel dönemde en çok danışmanlık beklenen konular gebelikte beslenme, çalışma durumu, ilaçlar, aşılar ile ilgilidir.

Sonuç: Prekonsepsiyonel bakım optimal maternal ve yenidoğan sonuçları için önemli bir adımdır. Kadınların büyük çoğunluğu danışmanlık hizmetine gereksinim duymaktadır. Ek olarak kötü gebelik sonuçlarına neden olabilecek risk faktörlerinin yaygınlığı nedeni ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kadın sağlığında önemli bir konu başlığıdır.

Anahtar kelimeler: Üreme sağlığı, kadın sağlığı, anne sağlığı

ABSTRACT

Objective: This study was aimed to determine risk factors and counselling services they need before conception.

Method: A survey study was performed among patients presenting to gynecology polyclinic for an any cause. A preprepared survey questionnaire was applied to volunteer women. This survey included questions about their socio-demographic status such as birth place, educational status, economic conditions; their obstetric, and general medical background including the number of births, abortions, and modes of delivery, chronic diseases, and counselling services they needed before conception. Blood samples were taken after the questionnaire forms were completed.

Results: A total of 446 women were included in the survey, and %79.6 of women needed counselling services. Most of these women claim this counselling before conception. The counselling was especially expected from obstetricians (%45.7). Mostly counselling about risk factors, nutrition, working conditions, medicine and vaccinations was expected.

Conclusion: Preconceptional care is a vital step for optimal maternal and neonatal wellbeing. Most of the women need a counselling service within this context. In addition because of the prevalence of the risk factors that may cause poor pregnancy results preconceptional counselling and care is an important title in women's health.

Keywords: Reproductive health, women's health, maternal health

Alındığı tarih: 29.05.2017

Kabul tarihi: 11.09.2017

Yazışma adresi: Yard. Doç. Dr. Refika Genç Koyucu, Beykent Üniversitesi Beylikdüzü Yerleşkesi, İstanbul - Türkiye

e-posta: refika_genc@hotmail.com

doi: 10.5222/jaren.2017.116

GİRİŞ

Sağlıklı anne ve bebek tüm gebeliklerin istenen sonucudur. Dünya genelinde birçok ülke için infant ve maternal mortalite ve morbidite önemli sağlık başlıklarından biridir. Türkiye’de de diğer birçok ülkede olduğu gibi gebelik sonuçları ve maternal-infant sağlık belirteçleri dramatik olarak düzelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre ülkemizde maternal mortalite 1990 yılında yüz bin canlı doğumda 97 iken, 2015 yılında 100.000 canlı doğumda 16’ya düşmüştür ⁽¹⁾. Bebek ölüm hızı, 2013 yılında binde 10,8 iken 2014 yılında binde 11,1’e yükselmiş, 2015 yılında binde 10,7 olarak belirlenmiştir. Diğer bir söylemle 2015 yılında bin canlı doğumda 10,7 bebek ölümü görülmüştür ^(2,3). Her ne kadar yıllar içinde maternal ve fetal/yenidoğan ölüm oranlarında iyileşme kaydedilmiş olsa da istenen düzeyde olmadığı, özellikle son yıllarda infant ölüm oranlarında istikrarsızlık olduğu, maternal mortalite oranlarının 100.000’de 2-10, infant mortalite oranlarının ise 2.3-6.1 olduğu ülkelerin düzeylerinden uzak olduğumuz görülmektedir ^(4,5).

Maternal ve infant sağlığı sonuçlarının iyileştirilebilmesi hedefinde önemli bir adım da prekonsepsiyonel bakımdır. Prekonsepsiyonel bakım gebelik öncesi kadın ve partnerinin sağlık durumu ve iyilik hallerinin geliştirilmesidir ⁽⁶⁾. Prekonsepsiyonel bakımın amacı gebelik öncesi kadın sağlığının optimizasyonu ile kadın, fetus veya yenidoğan risklerinin azaltılmasıdır ⁽⁷⁾. Fertilitenin korunması, gebeliğe hazırlanma ve riskleri tanımlamayı içerir. Her ne kadar ülkemizde bu kapsamda 2009 yılı itibariyle standart bir doğum öncesi bakım yönetimi rehberi ve gebe risk değerlendirme formu hazırlanmış olsa da bu bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Araştırmada üreme çağındaki kadınların gebelik öncesi dönemde hangi konularda danışmanlık gereksinimlerinin olduğu, bu danışmanlık gereksinimlerini kimler tarafından, nerede ve nasıl talep ettiklerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

YÖNTEM

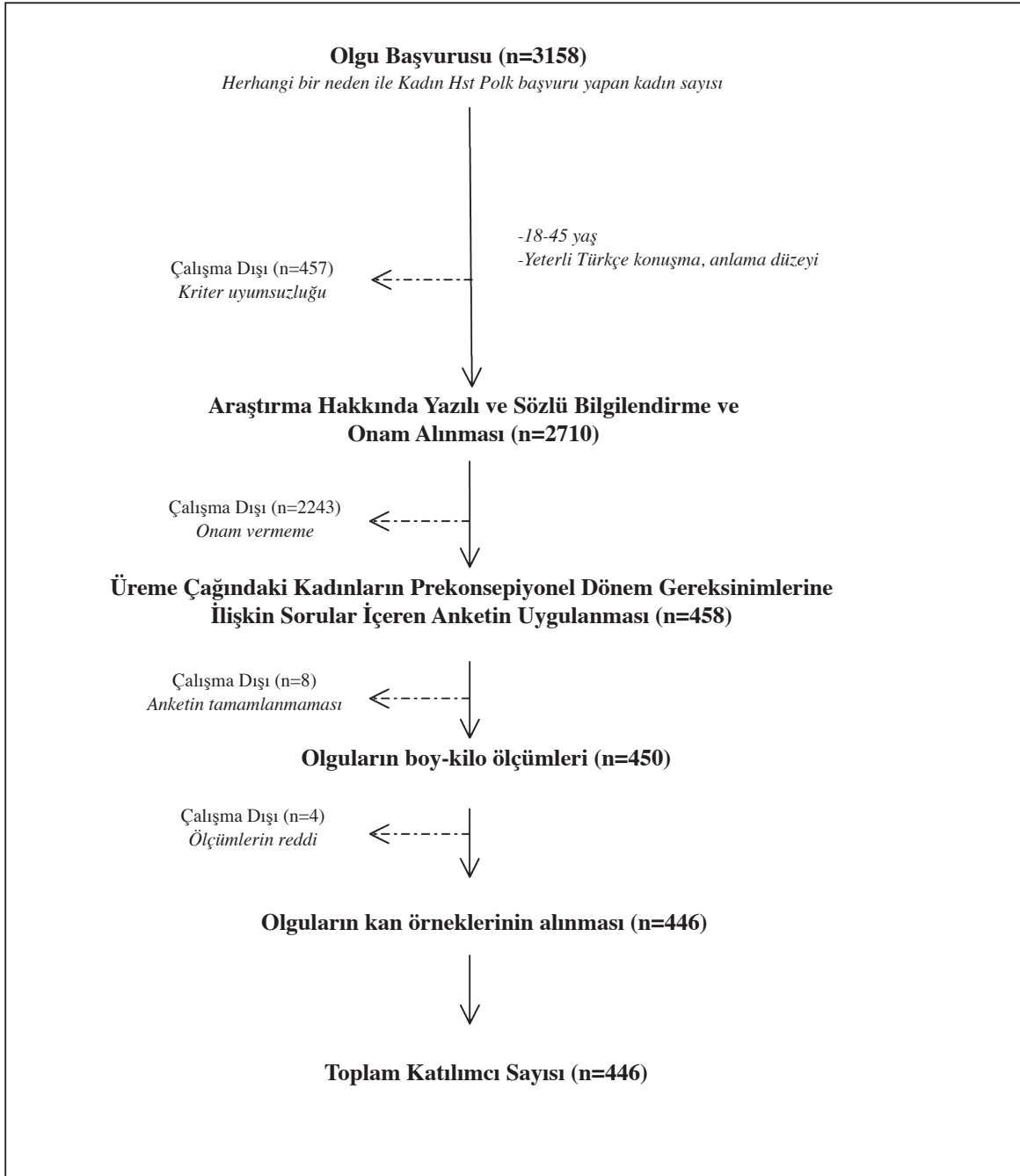
Araştırma tek merkezli olup Eylül 2016-Kasım 2016 tarihleri arasında İstanbul’da bir eğitim araştırma hastanesinin Kadın Hastalıkları ve Doğum

Polikliniklerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma deskriptif analitik anket çalışması olup, üreme çağındaki kadın olgulardan oluşmaktadır. Çalışma “Helsinki Deklerasyonu Prensipleri”ne uygun olarak gerçekleştirilmiş, çalışmaya katılmış olgulardan “Bilgilendirilmiş Onam” alınmış ve çalışma için gerekli etik kurul onayı ilgili hastane etik kurulundan alınmıştır (tarih: 21.09.2016, sayı:38)

Araştırmada üreme çağındaki kadınların gebelik öncesi dönemde hangi konularda danışmanlık gereksinimlerinin olduğu, bu danışmanlık gereksinimlerini kimler tarafından, nerede ve nasıl talep ettiklerinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine herhangi bir yakınma ile başvuran 18-45 yaş arası, yeterli düzeyde Türkçe okuyabilme ve yazabilme seviyesine sahip kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır.

Verilerin toplanması Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde görevli deneyimli hemşireler tarafından gerçekleştirilmiştir. Poliklinik başvurusunda bulunan 3158 kadın araştırmaya davet edilmiştir. Araştırma kriterlerine uymayan 457 kadın çalışmaya alınmamıştır. 2701 kadına çalışma hakkında bilgi verilmiş ve onam sorulmuş, bunlardan 458’i çalışmaya katılmaya gönüllü olmuştur. Bunu takiben araştırmacı tarafından hazırlanan anket katılımcılara uygulanmıştır. Anket tek sayfadan ibaret olup, doldurulması yaklaşık 5-10 dk. zaman almaktadır. Ankette olguların yaş, kilo, boy, vücut kitle indeksi, doğum yeri, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durumları gibi sosyodemografik bilgileri, doğum sayısı ve şekli, düşük sayısı gibi obstetrik öyküleri, kronik hastalık durumları gibi genel tıbbi öykülerine ilişkin bilgilerin yanı sıra gebelik öncesi dönemde gereksinim duydukları danışmanlık hizmetine ilişkin verilerin elde edilmesi amacıyla yönelik sorular yer almaktadır. Anketlerin doldurulmasını takiben olguların kilo ve boy ölçümleri yapılmış ve kan örneği alınmıştır. Kan örneklerinde demir, demir bağlama kapasitesi, ferritin, transferrin, 25-OH D vitamin, B12 vitamin, magnezyum düzeyleri ile hepatit B sero-pozitifliği ve Hb-htc (hemogloblin-hematokrit) düzeyleri ölçülmüştür. Anket uygulaması yapılan kadınlardan 12’si anket doldurulması, vücut ağırlığı ve uzunluğu ölçümü sırasında çalışmadan vazgeçmiş ve çalışma dışı bırakılmışlardır. Toplam 446 kadına



Şekil 1. Araştırma Aşamaları.

ilişkin veriler analiz edilmiş ve çalışma tamamlanmıştır (Şekil 1). İstatistiksel analizler SPSS versiyon 17 (Statistical Package for the Social Sciences) ile yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan olguların sosyodemografik bulgu-

larına ilişkin veriler Tablo 1'de gösterilmiştir. Olguların yaş ortalaması 31.1 ± 6.53 (18-45) olup, %42.6'sı 25-34 yaş grubundadır. Kadınların çoğunluğunun (%48.9) doğum yeri Marmara bölgesi sınırlarındadır. Yine kadınların çoğunluğu (%48.9) ortaöğretim seviyesinde eğitime sahip olup, orta gelir grubunda (%59) yer almaktadırlar.

Tablo 1. Olguların Sosyodemografik Bulguları.

Katılımcıların	Ort±SS	Sayı-Yüzde
Yaş	31,1±6,53	
15-24		75 (16,8)
25-34		211 (47,3)
35-45		160 (35,9)
Doğum Yeri		
Marmara		190 (42,6)
Karadeniz		75 (16,8)
Doğu Anadolu		41 (9,2)
İç Anadolu		74 (16,6)
Güney Anadolu		3 (0,7)
Güneydoğu Anadolu		54 (12,1)
Ege		9 (2)
Eğitim		
İlköğretim		110 (24,7)
Ortaöğretim		218 (48,9)
Yükseköğretim		118 (26,5)
Çalışma durumu (çalışan)		150 (33,6)
Gelir durumu		
Kötü		137 (30,7)
Orta		263 (59)
İyi		46 (10,3)

Tablo 2 gebelik üzerine negatif/pozitif etkileri olabilecek bazı durumlara ilişkin verileri göstermektedir. Olguların ortalama vücut ağırlığı 66.05±9.39 kg vücut boy ortalamaları 164.03±5.07 cm ve vücut kitle indeksi ortalamaları 24.66±3.37 kg/m²'dir. Aşırı kilo ve obezite oranı %43.9'dur. Sigara kullanım oranı %19.3, alkol kullanım oranı %1.6'dır. Kronik hasta-

Tablo 2. Gebelik Üzerine Etkileri Olabilecek Durumlara İlişkin Sağlık Parametreleri.

Katılımcıların	Ort±SS	Sayı-Yüzde
Boy - Vücut Ağırlığı	164,03±5,07 cm - 66,05±9,39 kg	
Vücut Kitle İndeksi	24,66±3,37	
Zayıf - Normal	kg/m ²	250 (56,1)
Aşırı Kilolu - Obez		196 (43,9)
Sigara kullanım oranı ve alkol kullanımı oranı		86 (19,3)-7 (1,6)
Kronik hastalık varlığı		142 (31,8)
Diyabet		35 (7,8)
Allerjik astım		11 (3,1)
Hipertansiyon		32 (7,2)
Romatizmal hastalık		17 (3,8)
Psikiyatrik hastalık		15 (3,4)
Tiroid hastalığı		19 (4,3)
Nörolojik hastalık		11 (2,5)
Sürekli ilaç kullanım sıklığı		50 (11,2)
Akraba evliliği oranı		34 (7,6)
Habitüel abortus sıklığı		11(2,6)
Düzenli egzersiz yapan olgu sıklığı		18 (4)
Hepatit B taşıyıcılığı sıklığı		22 (4,9)
Demir eksikliği anemisi sıklığı		321(72)
B12 vitamin eksikliği		294 (66)
D vitamin eksikliği		385 (86,3)
Magnezyum eksikliği		254 (56,9)

lık oranı %31.8 olup, en sık görülenleri diyabet (%7.8) ve hipertansiyondur (%7.2). Düzenli ilaç kullanan kadınların oranı %11.2'dir. Akraba evliliği oranı %7.6 iken, habitüel abortus oranı %2.6'dır. Kadınlar arasında düzenli egzersiz yapan olgu oranı %4'tür. Kan örneklerine göre Hepatit B taşıyıcılık oranı %4.9, demir eksikliği anemisi %72, B12 eksikliği %66, D vitamini eksikliği %86.3 ve magnezyum eksikliği %56.9 olarak belirlenmiştir.

Tablo 3'te önceki gebelik öyküsü ve gebelik planlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Olguların doğum sayı-

Tablo 3. Gebelik Öyküsü ve Gebelik Planları.

Katılımcıların	Ort±SS	Sayı-Yüzde
Parite	1,44±1,26	
Nullipar		126 (28,3)
Primipar		113 (25,3)
Multipar		207 (45,4)
Planlı gebelik öyküsü		160 (35,8)
Doğum Şekli		
Vaginal doğum		143 (32,1)
Sezaryen doğum		146 (32,7)
Vaginal + Sezaryen doğum		31 (7)
Düşük öyküsü		86 (19,3)
Düşük sayısı	0,25±0,41	
Gebelik planı		
Şu an plan yok		281 (63)
Aktif olarak gebelik istemi var		68 (15,2)
3 yıl sonra var		51 (11,4)
5 yıl sonra var		46 (10,3)
Prekonsepsiyonel danışmanlık öyküsü		100 (22,4)
Prekonsepsiyonel danışmanlık istemi		
Var		355 (79,6)
Yok		55 (12,3)
Fark etmez		36 (8)
Prekonsepsiyonel danışmanlık istenme zamanı		
Gebelik tanısı konduğunda		52 (11,6)
Gebelik planlandığında (gebelik öncesi)		364 (81,6)
Gebelik sırasında		30 (6,7)
Prekonsepsiyonel danışmanlığı almak isteyen kişi		
Kadın doğum uzmanı		204 (45,7)
Aile hekimleri		71 (15,9)
Ebeler		84 (18,8)
İnternet, sosyal medya		55 (12,3)
Televizyon, gazete, dergiler		32 (7,1)
Prekonsepsiyonel danışmanlık beklenen durumlar		
Risk faktörleri		302 (67,7)
Beslenme		209 (46,8)
Yaşam şekli		125 (28)
Çalışma durumu		204 (45,7)
İlaçlar		228 (51,1)
Aşılar		213 (47,8)
Doğum		173 (38,8)
Gebelik takipleri		143 (32,1)
Gebelik durumundaki sık yakınmalar		159 (35,7)
Fetal anomaliler		100 (22,4)
Hastaneler hakkında bilgi (gebelik takibi ve doğum ile ilgili)		103 (23,1)
Diğer		2 (0,4)



sı ortalaması 1.44 düşük sayı ortalaması 0.25'tir. Kadınların büyük çoğunluğu (%63) gebelik planlamamaktadır. Ancak, %15.2'si aktif olarak gebelik planı içerisinde. Kadınların %11.4'ü 3 yıl, %10.3'ü 5 yıl sonra gebelik düşünmektedir. Daha önce planlı gebelik öyküsü olan kadınların oranı %35.8'dir. Daha önce prekonsepsiyonel danışmanlık öyküsü alan kadınların oranı %22.4'tür.

Buna rağmen, kadınların %79.6'sı gebelik ile ilgili danışmanlık ihtiyacı içerisinde olup, bu kadınların da büyük çoğunluğu (%81.6) bu danışmanlığı gebelik öncesi dönemde istemektedir. Gebelik öncesi danışmanlık özellikle kadın doğum uzmanlarından (%45.7) beklenmektedir. En çok danışmanlık beklenen durumlar gebelikteki risk faktörleri, beslenme, gebelikte çalışma durumu, ilaçlar, aşular ile ilgilidir.

TARTIŞMA

Gebelik öncesi bakım ve kadın sağlığının geliştirilmesi perinatal ve maternal morbidite ve mortalitenin azaltılmasında birincil korunma adımlarındandır. Özellikle ülkemizde günlük poliklinik şartlarında sıklıkla gözden kaçırılabilen, yeterli vakit ayrılmayan, önem verilmeyen önemli bir konu başlığıdır. 2009 yılı itibariyle standart bir ulusal doğum öncesi bakım yönetimi rehberi ve gebe risk değerlendirme formu hazırlanmış, ek olarak gebelerle ilgili tıbbi sorunlara ilişkin standart akış şemaları oluşturulmuştur (8-11). Gebelik öncesi döneme de aynı önemin verilmesi maternal ve yenidoğan sonuçlarının geliştirilmesi için elzemdir.

Çalışma göstermektedir ki kadınların büyük çoğunluğu gebelik hakkında danışmanlık ve bakıma gereksinim göstermektedir. Yine büyük çoğunluk bu danışmanlık ve bakımı gebelik öncesi dönemde, gebelik planlandığı andan itibaren talep etmektedir. Daha önceki gebeliklerinde bu kapsam çerçevesinde danışmanlık aldığını belirten kadınların oranı yalnızca %22'dir.

Çalışmamızda, kadınlar arasında aşırı kilo-obezite %43.9, düşük ekonomik düzey %30.7, sigara kullanımını %19.3, kronik hastalık varlığı %31.8, sürekli ilaç kullanım oranı %11.2, düzenli egzersiz oranı %4, akraba evliliği %7.6, habitüel abortus oranı %2.6, Hepatit B taşıyıcılığı %4.9, demir eksikliği anemisi

%72, B12 eksikliği %66, D vitamin eksikliği %86.3, magnezyum eksikliği %56.9 oranında belirlenmiştir. Üreme çağındaki kadınlara ilişkin tüm bu bulgular da gebelik öncesi dönemde kadınların bakım ve danışmanlık gereksinimlerine işaret etmektedir. Bunlar yalnızca çalışmamızda değerlendirebildiğimiz risk faktörleridir ve diğer risk faktörleri de göz önüne alındığında gebelik öncesi değerlendirmenin önemi görülebilmektedir. Şüphesiz, gebelik öncesi bakımın kapsamı çok geniştir. Bireyleri ve dolayısıyla toplumu bilinçlendirmek açısından bakıldığında, bu çalışma kapsamında değerlendirilen konu başlıklarının hemen hepsi ülkemizde verilecek gebelik öncesi eğitim/danışmanlık hizmetlerinin içinde yer almalıdır. Gebelik öncesi bakım tek bir poliklinik muayenesi veya yazılı bilgilendirme ile sağlanabilecek bir durum değil, kadınların ve partnerlerinin sağlık bilinçlerinin geliştirilmesini, sağlık durumlarının iyileştirilmesini ve sürekliliğini sağlamayı hedef alan bir süreçtir.

Gebelik öncesi dönemde kadınların talep ettikleri bu danışmanlık ve bakım büyük oranda kadın doğum uzmanlarından beklenmektedir. Bunun dışında ebeler, aile hekimleri, televizyon, internet de bu danışmanlığın beklendiği diğer kaynaklardır. Konunun kapsamı ve ülkemiz sağlık kuruluşlarının şartları düşünüldüğünde bu koruyucu hizmet, bütün sağlık çalışanlarının görevi olmalıdır (12-18). Kadın doğum uzmanları çoğunlukla bu hizmeti optimal verememektedir. Bunun en büyük nedenleri çoğunlukla kadın doğum uzmanına başvurunun gebe kaldıktan sonra gerçekleşmesi, yeterli vakit ayrılamaması veya başvurularda sıklıkla yalnızca güncel soruna odaklanmasıdır (19,20). Pratisyenler ve aile hekimleri başta olmak üzere birinci basamak sağlık çalışanlarının gebelik öncesi bakımda önemli rolleri bulunmaktadır (14,15,19). Ancak genellikle personelin konu hakkındaki bilgisi veya motivasyonları yetersizdir (14,19). Dolayısıyla bu hizmet, sağlık çalışanının inisiyatifine bırakılırsa yeterince iyi uygulanamayabilir. Ulusal program uygulanması ile sağlık personelindeki ve kadınlardaki bilgi ve farkındalığın arttığı gösterilmiştir (21-23). Hizmeti kimin ne ölçüde, hangi içerikle, nasıl sunacağı ve hizmetin nasıl izleneceğinin belirlenmesi kadar bunun yazılı bir politika haline getirilmesi de önemlidir. Aksi takdirde yeterli hizmetin verilemediği görülmektedir (19-21).

Olguların bu danışmanlık kapsamında bilgi edinmek

istedikleri konu başlıklarına bakıldığında en büyük talebin gebelik ile ilgili risk faktörlerine ilişkin olduğu görülmektedir. Diğer önemli konu başlıkları olarak beslenme şekli, gebelikte çalışma durumu, gebelikte ilaç kullanımı ve aşılar hakkında olduğu görülmektedir. Konu başlığı gözetmeksizin kadınların bu döneme ilişkin derin bir bilgi eksikliği içerisinde oldukları ve danışmanlık gereksinimleri aşikârdır. En önemli konu başlıklarının belirlenip birinci basamak sağlık hizmetlerinden başlanarak tüm sağlık kuruluşlarında bu konuya verilen önem ve zamanın artırılması hususunda politikalara gereksinim vardır. Son yıllarda hem teknik anlamda hem de erişilebilirlik anlamında yaygınlaşan internet ve yazılı-görsel basın da bu konu kapsamında daha sık ve uygun denetim altında bir araç olarak kullanımının artırılması ve teşviki diğer bir yol olarak düşünülebilir.

KAYNAKLAR

1. WHO, Maternal Mortality, 2015 URL: http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/tur.pdf
2. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm İstatistikleri, 2014, Sayı: 18623. URL: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18623> (Erişim Tarihi: 29.04.2015).
3. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm İstatistikleri, 2015, Sayı: 21522, URL: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21522> (Erişim Tarihi: 28.04.2016).
4. MacDorman MF, Mathews TJ, Mohangoo AD, Zeitlin J. National Vital Statistics Reports. U.S. Department Of Health And Human Services , Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System 2014; 63(5).
5. WHO, Global Health Observatory (GHO) data, Maternal mortality country profiles. URL: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mdg5_mm/atlas.html
6. Frey K. Preconception care by the nonobstetrical provider. *Mayo Clin Proc*, 2002; 77: 469-73. [CrossRef]
7. ACOG Committee Opinion No:313 American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*, 2005; 106: 665-6.
8. Alberta Perinatal Health Program, Preconception health framework 2007. URL: www.aphp.ca/pdf/Preconception_Report_proof.pdf (Erişim Tarihi: 04.26.2007).
9. Best Start Resource Centre, 2001. Preconception health: Research and strategies. URL: <http://www.beststart.org/resources/preconception/pdf/Preconception.pdf> (Erişim Tarihi: 23.06.2017).
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. [Prenatal Care Management Guidelines]. Genelge 2008/13. Protokol 02-V1.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. [Prenatal Care Risk Assessment Form]. Genelge 2008/13. Protokol 01-V1.
12. Allaire AD, Cefalo RC. Preconceptional health care model. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1998; 78: 163-8. [CrossRef]
13. Gottessman MM. Preconception education: Caring for future. *J Pediatr Health Care*, 2004; 18: 40-4. [CrossRef]
14. Dunlop AL, Jack B, Frey K. National recommendations for preconception care: the essential role of the family physician. *J Am Board Fam Med*, 2007; 20: 81-4. [CrossRef]
15. Frayne D, Hudspeth R, Beste J. The unique role of family physicians in caring for women across the reproductive age span. *N C Med J*, 2009; 70: 439-44.
16. Frey KA. Preconception care by the nonobstetrical provider. *Mayo Clin Proc*, 2002; 77: 469-73. [CrossRef]
17. Files JA, David PS, Frey KA. The patient-centered medical home and preconception care: an opportunity for inter-nists. *J Gen Intern Med*, 2008; 23: 1518-20. [CrossRef]
18. Menard MK, Goodnight WH. The role of specialists in providing preconception health care and guidance to women with chronic medical conditions. *N C Med J*, 2009; 70: 445-8.
19. Heyes T, Long S, Mathers N. Preconception care: practice and beliefs of primary care workers. *Fam Pract*, 2004; 21: 22-7. [CrossRef]
20. Riskin-Mashiah S, Auslander R. Preconception care--when and what: the attitude of Israeli gynaecologists to preconception counseling. *Arch Gynecol Obstet*, 2007; 275: 367-71. [CrossRef]
21. Wallace M, Hurwitz B. Preconception care: who needs it, who wants it, and how should it be provided? *Br J Gen Pract*, 1998; 48: 963-6. [CrossRef]
22. Frey KA, Files JA. Preconception healthcare: what women know and believe. *Matern Child Health J*, 2006; 10: 73-7. [CrossRef]
23. Hillemeier MM, Weisman CS, Chase GA, Dyer AM, Shaffer ML. Women's preconceptional health and use of health services: implications for preconception care. *Health Serv Res*, 2008; 43: 54-75. [CrossRef]