

Il sostegno alla ripresa della vita sessuale delle donne che partoriscono, un argomento orfano di interesse

Serena DONATI e Michele E. GRANDOLFO

Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Riassunto. - Lo studio riporta, nell'ambito dei risultati di un'indagine campionaria del 1999 sulla valutazione dell'attività di sostegno e informazione alle partorienti, la rilevazione del bisogno conoscitivo delle donne e delle attività di informazione e sostegno ricevute durante l'assistenza prenatale e nei punti nascita sull'argomento della ripresa dei rapporti sessuali e della contraccezione. Sono state intervistate 1986 puerpere con un tasso di rispondenza del 95%. A fronte di un'intenzione di utilizzare un contraccettivo alla ripresa dei rapporti sessuali espressa dal 63% delle intervistate, dopo il parto solo il 21 ed il 25% ha ricevuto informazioni adeguate sulla ripresa dei rapporti sessuali e sugli anticoncezionali da utilizzare in puerperio.

Parole chiave: contraccezione post-partum, indagini CAP, Italia.

Summary (*Advice about sexual resumption after delivery, an interestless subject*). - This study reports the results of an Italian sampling survey carried out in 1999 on the evaluation of the support and the information activities offered to women who delivered, with specific regard to sexual resumption and postpartum contraception. 1986 women have been interviewed. The response rate was 95%. Sixty-three percent of the women reported they would use a contraceptive method at sexual resumption, but only 21 and 25% had the opportunity to receive adequate information on sexual resumption and family planning during post-delivery hospital stay.

Key words: post-partum contraception, KAP surveys, Italy.

Introduzione

L'argomento sessualità e contraccezione per il dopo parto è stato e rimane, specie nei paesi occidentali, orfano di interesse da parte di molte figure professionali che assistono le donne durante l'intero percorso nascita.

Anche la letteratura scientifica sull'argomento è povera [1, 2] e spesso riservata a paesi con alti tassi di natalità [3-7].

Nel 1996 Anna Glasier [1] denuncia l'assenza di opportunità di informazione sulla contraccezione del dopo parto durante l'assistenza prenatale in Inghilterra, la scarsa qualità del counselling offerto dalle ostetriche nei punti nascita e di quello effettuato di routine dai medici di base a 6 settimane dopo il parto e conclude che le donne dovrebbero ricevere informazioni durante la gravidanza da parte di personale qualificato e motivato.

Nel 1997 [5] Ozvaris riporta il desiderio delle donne di discutere di contraccezione sia in gravidanza che dopo la dimissione ospedaliera.

La revisione della Cochrane Library, aggiornata nel 2002 [7], evidenzia un aumento nell'uso dei contraccettivi a breve termine, e benché concluda che, a causa di assenza di trial clinici randomizzati e a causa della povertà di studi sugli effetti a lungo termine, non sia possibile valutare l'efficacia a lungo termine, riporta comunque associazioni positive, anche se non statisticamente significative, tra gli interventi di informazione e sostegno e l'uso di contraccettivi dopo il parto.

Un lavoro del 2002 [2] riporta l'inefficacia degli interventi prenatali nel promuovere l'uso della contraccezione dopo il parto, ma, a causa di problemi metodologici, gli autori dichiarano di non poter concludere che le informazioni prenatali siano certamente inefficaci.

In Italia nonostante le raccomandazioni ufficiali scaturite dal sistema di sorveglianza epidemiologica della legge 194/78 sull'interruzione volontaria di gravidanza, che ha dimostrato come siano a maggior rischio di aborto volontario proprio le donne coniugate con uno o più figli, sono poche le donne che ricevono

informazioni relative alla ripresa dei rapporti sessuali e alla contraccezione da utilizzare dopo il parto, sia in epoca pre-natale, sia durante la degenza nei punti nascita [8]. Dopo il rientro a casa l'assistenza alla puerpera non è rivolta alla totalità delle neo-mamme ed è frammentaria senza prevedere un intervento specificamente volto a favorire la scelta di un metodo anticoncezionale appropriato per la coppia.

Nel 1999, l'ISS in collaborazione con la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche ha intervistato campioni di donne che partorivano in punti nascita dell'intero territorio nazionale, al fine di rilevare la qualità percepita dalle donne rispetto all'assistenza ricevuta in gravidanza ed al parto [9].

Obiettivi di questo lavoro sono: la rilevazione del bisogno informativo attraverso la presentazione e discussione delle conoscenze delle intervistate circa la fisiologia riproduttiva e la pianificazione familiare; e la rilevazione delle attività di informazione e sostegno ricevute durante l'assistenza prenatale e nei punti nascita per favorire scelte consapevoli e la serena ripresa della vita sessuale attraverso il controllo della propria fecondità.

Materiali e metodi

Lo studio, di tipo trasversale, ha riguardato campioni di donne che hanno partorito in punti nascita universitari (Messina, Catania, Salerno, Caserta, Foggia, Napoli, Chieti, Cagliari, Roma, Perugia, Bologna, Modena, Mantova, Parma, Ferrara, Brescia, Verona, Novara e Udine) che hanno aderito spontaneamente all'indagine.

Al fine di poter raggiungere una precisione sufficiente delle stime è stato previsto un campione di circa 100 soggetti per punto nascita. La selezione del campione è stata effettuata su base temporale: ogni centro nascita si è impegnato ad intervistare tutte le donne che partorivano all'interno del periodo di tempo in cui si attendeva il numero di nascite corrispondente alla dimensione del campione. Il periodo di tempo richiesto è stato calcolato in base al numero annuale di parti registrati durante lo stesso arco temporale nell'anno precedente. La mancata conoscenza della lingua italiana, il decesso del neonato e gravi patologie neonatali o materne rappresentavano criteri di esclusione dallo studio.

Lo strumento di rilevazione dei dati consiste in un questionario a domande chiuse e precodificate disegnato in collaborazione con le ostetriche coordinatrici didattiche e testato sulle puerpere in ospedale prima dell'inizio dell'indagine. Il questionario è stato organizzato in sei sezioni (storia ostetrica con particolare riguardo all'ultima gravidanza e parto, allattamento, cure neonatali, contraccezione in

puerperio, aspetti psicologici e caratteristiche socio-demografiche); per le prime cinque sezioni le domande coprono gli aspetti di conoscenza, attitudine e pratica. La raccolta dei dati è stata effettuata dalle studentesse dei Diplomi Universitari di Ostetricia opportunamente addestrate. Le puerpere sono state intervistate all'interno dei punti nascita, in un luogo che potesse garantire la necessaria tranquillità e riservatezza, il pomeriggio prima della dimissione ospedaliera.

La raccolta dei dati, iniziata il 1° novembre 1999 ha richiesto circa 45 giorni.

Le operazioni di codifica sono state effettuate nei singoli punti nascita ad opera delle studentesse. Le operazioni d'inserimento dei dati su supporto magnetico sono state effettuate presso il Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'ISS che ha proceduto anche ai normali controlli di qualità prima di analizzare i dati utilizzando il programma statistico Bio Medical Data Processing Statistical Package (BMDP).

L'analisi presentata in questo lavoro riguarda la sezione di questionario relativa alle conoscenze, attitudini e pratica delle intervistate sulla pianificazione familiare.

Risultati

Su un totale di 2168 donne coinvolte nello studio, 24 non sono state considerate eleggibili perché non parlavano italiano, 38 a causa di gravi patologie o morte del neonato e 14 per gravi condizioni di salute materna.

Sono stati somministrati 1986 questionari (tasso di rispondenza pari al 95%). La percentuale di rifiuti è stata pari al 3,4% mentre l'1,6% delle donne eleggibili non è stato intervistato perché non trovato a causa di dimissioni anticipate rispetto alla degenza prevista.

I dati sono presentati per area geografica; il Nord contribuisce per il 41,3% delle interviste, il Centro (compresa la Sardegna) per il 13,5% ed il Sud (compresa la Sicilia) per il 45,1%.

La degenza mediana è stata pari a 3 giorni al Nord e 4 giorni al Centro e al Sud. In media la degenza per parto spontaneo è stata pari a 3 giorni (range 1-8 giorni) e per taglio cesareo a 5 giorni (range 3-10 giorni).

Il 90% dei neonati era in buone condizioni di salute, l'8% in condizioni discrete e solo il 2% era affetto da patologia lieve o moderata.

La Tab. 1 riporta i principali dati socio-demografici del campione. Il 41% delle intervistate al Nord, il 31% al Centro ed il 56% al Sud aveva meno di 30 anni d'età. La quasi totalità (96%) era coniugata senza forti differenze per area geografica. Al Sud poco più del 50% delle coppie aveva un titolo di studio alto (entrambi media superiore o almeno uno laureato), al

Tabella 1. - Principali caratteristiche socio-demografiche del campione di donne intervistate

Caratteristiche socio-demografiche	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
<i>Età della donna</i>								
< 25 anni	67	8,2	17	6,3	192	21,4	276	13,9
25-29 anni	268	32,7	66	24,5	314	35,0	648	32,6
30-34 anni	330	40,2	114	42,4	265	29,6	709	35,7
>34 anni	155	18,9	72	26,8	125	14,0	352	17,7
<i>Stato civile</i>								
Coniugata/convivente	778	94,9	254	94,4	868	96,9	1900	95,7
Nubile	28	3,4	9	3,3	20	2,2	57	2,9
Separata/divorziata	14	1,7	6	2,2	8	0,9	28	1,4
<i>Istruzione</i>								
Nessuna/elementare	20	2,4	2	0,7	90	10,0	112	5,6
Licenza media inferiore	228	27,8	60	22,3	340	37,9	628	31,6
Licenza media superiore	445	54,3	145	53,9	388	43,3	978	49,3
Laurea	126	15,4	62	23,0	79	8,8	267	13,5
<i>Professione</i>								
Casalinga	186	22,7	75	27,9	561	62,5	822	41,4
Impiegata	246	30,0	90	33,5	120	13,4	456	23,0
Operaia/artigiana	121	14,8	25	9,3	51	5,7	197	9,9
Libera professionista	83	10,1	24	8,9	51	5,7	158	8,0
Altro	184	22,5	55	20,5	114	12,7	466	17,7

Tabella 2. - Attitudini delle donne intervistate. Risposta al quesito "Pensa di usare un contraccettivo alla ripresa dei rapporti sessuali?"

Risposte	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sì, ormonali (pillola, iniettabili, impianti)	177	21,6	85	31,7	287	32,0	549	27,7
Sì, meccanici (spirale)	36	4,4	12	4,5	44	4,9	92	4,6
Sì, di barriera (profilattico, diaframma)	225	27,4	61	22,8	146	16,3	432	21,8
Sì, naturali (Ogino-Knaus, Billings, temperatura basale)	50	6,1	18	6,7	55	6,1	123	6,2
Sì, coito interrotto	12	1,5	4	1,5	18	2,0	34	1,7
Sì, sterilizzazione	4	0,5	2	0,7	4	0,4	10	0,5
No, non ne ho bisogno	35	4,3	11	4,1	44	4,9	90	4,5
No, sono contraria	42	5,1	16	6,0	115	12,8	173	8,7
Non so	239	29,1	59	22,0	184	20,5	482	24,3

Centro la percentuale superava il 70% e al Nord era compresa tra il 65% e il 70%. La condizione professionale rifletteva il diverso livello d'istruzione e le diverse opportunità d'accesso al mondo del lavoro per area geografica. La percentuale di casalinghe, pari al 23% al Nord e al 28% al Centro, saliva al 63% al Sud.

Le attitudini delle intervistate rispetto alla ripresa dei rapporti sessuali

Il 62% delle intervistate pensa di usare un contraccettivo alla ripresa dei rapporti sessuali, prevalentemente pillola e profilattico, il 13% (9% al Nord,

10% al Centro e 18% al Sud) non ha intenzione di farne uso e il 24% non ha ancora preso una decisione in merito (Tab. 2).

Il 69% del campione ha riferito di aver fatto uso di un metodo anticoncezionale (in ordine di frequenza pillola, profilattico e coito interrotto) in modo continuativo nel passato, con differenze per area geografica (77% al Nord, 73% al Centro e 59% al Sud).

Tra le donne che hanno riferito di voler utilizzare la contraccezione alla ripresa dei rapporti, l'89% (93% al Nord, 87% al Centro e 85% al Sud) pensa di coinvolgere il marito nella scelta del metodo senza sostanziali differenze per età e parità. Il 70% delle donne ritiene

che la nascita del bambino/a arricchirà il suo rapporto di coppia, il 25% pensa che non lo modificherà e il 5% riferisce che potrebbe creare delle difficoltà.

*Le conoscenze e le fonti d'informazione
delle intervistate rispetto alla ripresa
dei rapporti sessuali*

Il 70% delle intervistate, con variazioni per area geografica (79% al Nord, 78% al Centro e 61% al Sud), conosce il periodo fertile del ciclo che può essere considerato un buon indicatore delle conoscenze di base della fisiologia della riproduzione. Il 28% delle intervistate ignora che durante l'allattamento sia possibile rimanere incinta, il 54% ritiene sia possibile rimanere incinta solo dopo la comparsa del capoparto, il 47% riferisce che per utilizzare la pillola non occorre sospendere l'allattamento al seno ed il 26% ritiene indispensabile sospendere l'allattamento materno per usare profilattico e/o spirale (Tab. 3).

Durante la gravidanza oltre la metà del campione (52% al Nord, 67% al Centro e 71% al Sud) non ha ricevuto informazioni sulla contraccezione da utilizzare alla ripresa dei rapporti sessuali. Tra le donne che hanno riferito di essere state informate durante la gravidanza, il 43% aveva ricevuto informazioni dall'operatore sanitario che l'aveva assistita, il 33%

durante il corso di preparazione alla nascita ed il 17% attraverso la lettura di libri e riviste. Tra le donne che avevano frequentato un corso di preparazione alla nascita durante l'ultima gravidanza il 63% era stata informata sull'argomento contro il 30% di quelle che non avevano partecipato ai corsi.

Durante la degenza nei punti nascita solo il 21% (28% al Nord, 16% al Centro e 16% al Sud) ha riferito di esser stata informata in maniera soddisfacente sulla ripresa dei rapporti sessuali (Tab. 4). Per quanto riguarda la contraccezione da utilizzare alla ripresa dei rapporti sessuali (Tab. 5) il 25%, con differenze per area geografica (31% al Nord, 17% al Centro e 22% al Sud), ha riferito di esser stata informata nel punto nascita. Tra quelle che hanno ricevuto informazioni l'81% le ritiene esaurienti.

*Fattori associati al desiderio di utilizzare
un contraccettivo alla ripresa dei rapporti sessuali*

La Tab. 6 mostra i fattori risultati associati al desiderio di utilizzare un contraccettivo alla ripresa dei rapporti sessuali. Aver utilizzato un contraccettivo in passato, aver ricevuto informazioni sulla contraccezione durante l'assistenza prenatale, avere meno di 30 anni di età e essere residenti al Centro e al Sud Italia sono condizioni associate, in maniera statisticamente

Tabella 3. - Intervistate che hanno risposto correttamente ad alcuni quesiti sulla fisiologia riproduttiva e sulla contraccezione in puerperio

Quesiti	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Qual è il periodo fertile del ciclo?	637	77,8	209	78,0	541	60,7	1387	70,1
Durante l'allattamento al seno è possibile rimanere incinta?	667	81,5	211	78,7	546	60,9	1424	71,8
È possibile rimanere incinta prima del capoparto?	481	58,8	136	50,7	297	33,1	914	46,1
Per usare la pillola occorre sospendere l'allattamento al seno?	435	53,2	148	55,2	457	51,0	1040	52,5
Per usare il profilattico e/o spirale occorre sospendere l'allattamento al seno?	667	81,5	210	79,8	594	66,3	1471	74,2

Dati mancanti: 8

Tabella 4. - Conoscenze delle donne intervistate. Risposta al quesito "Dopo il parto ha ricevuto informazioni sulla ripresa dei rapporti sessuali?"

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sì, in maniera soddisfacente	227	27,7	44	16,4	144	16,1	415	20,9
Sì, ma in maniera non soddisfacente	84	10,2	11	4,1	42	4,7	137	6,9
No, da nessuno	509	62,1	213	79,5	711	79,3	1433	72,2

Dati mancanti: 1

Tabella 5. - Conoscenze delle donne intervistate. Risposta al quesito “Dopo il parto è stata informata circa la contraccezione da utilizzare in puerperio?”

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
No, da nessuno	567	69,1	223	83,2	697	77,7	1487	74,9
Sì, dal medico	111	13,5	26	8,6	72	8,0	206	10,4
Sì, dall'ostetrica	93	11,3	6	2,2	31	3,5	130	6,5
Sì, da libri/riviste	42	5,1	14	5,2	47	5,2	103	5,2
Sì, dalle amiche	3	0,4	1	0,4	12	1,3	16	0,8
Sì, dai familiari	4	0,5	1	0,4	14	1,6	19	1,0
Sì, dalle allieve ostetriche	0	0,0	0	0,0	24	2,7	24	1,2

Dati mancanti: 1

Tabella 6. - Fattori associati all'intenzione di utilizzare contraccettivi alla ripresa dei rapporti sessuali

Variabili		n.	OR	IC 95%
Ha usato contraccettivi in passato	sì	1245	1	
	no		0,27	0,22-0,33
Ha ricevuto informazioni durante la gravidanza	no	1177	1	
	sì	691	1,43	1,11-1,83
Ha ricevuto informazioni nel punto nascita	no	1399	1	
	sì	469	1,06	0,81-1,39
Ha frequentato un corso di preparazione alla nascita	sì	535	1	
	no	1333	0,91	0,70-1,18
Istruzione della donna	bassa	719	1	
	alta	1149	1,10	0,89-1,36
Numero di figli	0	959	1	
	1	689	1,09	0,87-1,36
	≥2	220	1,03	0,73-1,45
Età della donna	<30	1059	1	
	≥30	809	0,76	0,62-0,95
Area geografica	Nord	747	1	
	Centro	255	1,58	1,15-2,19
	Sud	866	1,40	1,11-1,76

significativa, ad una maggiore probabilità di aver intenzione di utilizzare un anticoncezionale alla ripresa dei rapporti sessuali.

Discussione e conclusioni

L'elevato tasso di rispondenza (95%) e la coerenza interna dei dati testimoniano la qualità delle procedure relative alla raccolta dei dati.

Nonostante i punti nascita per area geografica non fossero stati selezionati con procedura probabilistica, la ripartizione delle intervistate è risultata molto simile a quella del totale delle nascite nel 1996: 41% al Nord, 20% al Centro compresa la Sardegna e 40% al Sud compresa la Sicilia [10]. Anche la distribuzione per età del campione, ad eccezione del Sud, vede maggiormente rappresentata la classe d'età 30-34 anni, in

accordo con l'aumento dell'età media al parto, e con l'incremento delle nascite tra le donne d'età compresa tra 25 e 34 anni registrato negli ultimi 20 anni in Italia [11].

Un limite dello studio è rappresentato dalla metodologia di selezione del campione, che è costituito da campioni rappresentativi di donne che avevano partorito solo in punti nascita universitari, cui dovrebbero afferire preferenzialmente gravidanze a rischio. Inoltre la rilevazione delle informazioni al momento della dimissione ospedaliera limita le evidenze ai primi giorni dopo il parto e considera quale outcome solo l'intenzione espressa dalle intervistate di utilizzare un contraccettivo.

L'attitudine delle intervistate rispetto all'uso passato e futuro della contraccezione è buona, e benché la gran parte abbia intenzione di utilizzare un anticoncezionale alla ripresa dei rapporti sessuali, le

conoscenze di salute riproduttiva e di pianificazione familiare sono risultate scarse (Tab. 3). Nonostante il 98% delle intervistate sia stata assistita da un operatore sanitario durante la gravidanza (il 75% dal ginecologo privato) effettuando una visita mensile di controllo, oltre la metà del campione (quasi tre quarti al Sud) durante l'assistenza prenatale non ha ricevuto alcuna informazione sulla ripresa dei rapporti sessuali e sulla contraccezione.

La percentuale di donne che hanno riferito di aver ricevuto informazioni è maggiore tra le donne che hanno partecipato ai corsi di preparazione alla nascita, tuttavia questi sono stati frequentati solo dal 29% del campione (rispettivamente dal 43% al Nord, 30% al Centro e 16% al Sud). Inoltre le donne a maggior rischio di non parteciparvi sono le meno istruite, quelle delle fasce d'età estreme, le casalinghe, le pluripare e quelle che risiedono al Sud, ovvero quelle che maggiormente si gioverebbero di questa opportunità di *empowerment* [12].

Anche durante il ricovero nel punto nascita la percentuale di donne che ha ricevuto informazioni sull'argomento è bassa (non supera il 25%), denunciando l'iniziativa spontanea di alcuni operatori sanitari più che la sistematica offerta attiva di consulenza e sostegno.

Dal modello di regressione logistica presentato in Tab. 6 emerge come l'aver ricevuto informazioni durante la gravidanza sia associato all'intenzione di utilizzare contraccettivi alla ripresa dei rapporti sessuali, mentre le informazioni ricevute dopo il parto nel punto nascita non risultano associate all'outcome in studio.

Sono pochi gli studi pubblicati [1-7] che hanno affrontato la valutazione di efficacia del counselling in epoca pre e post-natale sull'uso di metodi anticoncezionali dopo il parto e benché la gran parte evidenzii la loro utilità, nessuno riporta conclusioni certe circa la ricaduta pratica di tali interventi.

Anche il nostro studio trasversale, di tipo esplorativo, non può sostenere relazioni di causa effetto per le associazioni rilevate. Tuttavia i risultati ottenuti e la disamina della letteratura internazionale dovrebbero sollecitare la realizzazione di studi analitici che possano valutare la tempistica, le modalità di offerta e la qualità dell'informazione e del sostegno che i servizi sanitari dovrebbero offrire alle donne per promuovere efficacemente l'uso appropriato di metodi di procreazione responsabile dopo il parto.

In Italia l'argomento della ripresa dei rapporti sessuali e della contraccezione in puerperio non viene menzionato nelle raccomandazioni per la pratica clinica specificamente rivolte all'assistenza al puerperio [13]. Tuttavia, la semplice integrazione delle attività nel contesto dei programmi strategici previsti dal Piano Sanitario Nazionale permetterebbe di

sopperire a questa lacuna. Difatti l'offerta di consulenza e sostegno riguardo la ripresa dei rapporti sessuali e la procreazione responsabile rappresentano preziose opportunità anche nell'ambito della prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza come riportato dal 1985 in tutte le "relazioni sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza (legge 194/78)" che il Ministro della Salute presenta annualmente al Parlamento. Queste opportunità sono emerse sotto forma di raccomandazioni dagli studi dell'ISS che hanno dimostrato come in Italia sono proprio le donne coniugate con uno o più figli, ovvero quelle che hanno concluso la dimensione desiderata della famiglia e che non sanno come controllare la propria fecondità, ad essere a maggior rischio di aborto volontario [14].

In conclusione, alla luce della buona attitudine e delle scarse conoscenze rilevate tra le puerpere e della preziosa opportunità di prolungata visibilità delle donne in età riproduttiva offerta dall'evento nascita, gli autori ritengono che un'integrazione degli interventi sanitari potrebbe promuovere l'offerta attiva di interventi di informazione e consulenza sulla ripresa dei rapporti sessuali e sulla contraccezione per il dopo parto rivolta a tutte le donne in gravidanza, al parto ed in puerperio in occasione degli abituali controlli previsti per l'assistenza al percorso nascita.

Ricevuto il 9 aprile 2003.

Accettato il 12 maggio 2003.

La sezione dei Metodi e la Tabella 1 vengono riportate anche nel lavoro "I punti nascita universitari italiani promuovono l'avvio dell'allattamento al seno?", pubblicato a pag. 243-250 di questo stesso fascicolo, che riguarda altri aspetti della medesima indagine.

BIBLIOGRAFIA

1. Glasier AF, Logan J, McGlew TJ. Who gives advice about postpartum contraception? *Contraception* 1996;53(4):217-20.
2. Smith KB, van der Spuy ZM, Cheng L, Elton R, Glasier AF. Is postpartum contraceptive advice given antenatally of value? *Contraception* 2002;65(3):237-43.
3. Soliman MH. Impact of antenatal counselling on couples' knowledge and practice of contraception in Mansoura, Egypt. *East Mediterr Health J* 1999Sep;5(5):1002-13.
4. Bulut A, Turan JM. Postpartum family planning and health needs of women of low income in Istanbul. *Stud Fam Plann* 1995;26(2):88-100.
5. Ozvaris SB, Akin A, Yildiran M. Acceptability of postpartum contraception in Turkey. *Adv Contracept Deliv Syst* 1997;13:136-9.
6. Zerai A, Tsui AO. The relationship between prenatal care and subsequent modern contraceptive use in Bolivia, Egypt and Thailand. *Afr J Reprod Health* 2001; (2):68-82.

7. Hiller JE, Griffith E. Education for contraceptive use by women after childbirth (Cochrane Review). Oxford: The Cochrane Library; 2000. (Update Software, Issue 4) 2000.
8. Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, Baglio G, Andreozzi S, Pediconi M, E Salinetti S. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Ann Ist Super Sanità* 1999;35(2):289-96.
9. Donati S, Andreozzi S, Grandolfo ME. *Valutazione delle attività di sostegno e informazione alle partorienti: indagine nazionale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001. (Rapporti ISTISAN, 01/5).
10. Istituto Nazionale di Statistica. *La fecondità regionale nel 1996*. Roma: ISTAT; 2000. (Informazioni, 11).
11. Istituto Nazionale di Statistica. *Nascite: caratteristiche demografiche e sociali. Anno 1996*. Roma: ISTAT; 2000. (Annuario, 5).
12. Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato. *Ann Ist Super Sanità* 2000;36(4):465-78.
13. Rapisardi G. *et al.* Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato. *Riv Ital Pediat* 2000;26:232-43.