

Bölüm 4

KONTRASEPSİYON: ADOLESANLARA ÖZGÜ YAKLAŞIMLAR

Nil ATAKUL¹

GİRİŞ

Her yıl 15 ila 19 yaşları arasında 1 milyondan fazla adolesanın gebe kaldığı ve bu gebeliklerin büyük çoğunluğu istenmediği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (1). Amerika'da yapılan ulusal araştırmalarda, lise öğrencilerinin yaklaşık üçte biri cinsel aktif olduklarını bildirmiştir (son üç ayda cinsel ilişkiye girme) (2). Cinsel olarak aktif öğrencilerin sadece üçte biri etkili bir doğum kontrol yöntemi (uzun süreli geri dönüşümlü kontrasepsiyon veya kısa süreli hormonal kontrasepsiyon) kullandıklarını ve altıda biri herhangi bir yöntem kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmayan çiftlerde bir yıl boyunca gebelik riski yaklaşık yüzde 85'tir (3). Benzer şekilde, 2011-2015 Ulusal Aile Büyüme Araştırması'ndan elde edilen veriler ışığında 15-19 yaş arası adolesanlarda prezervatiflerin şimdiye kadar kullanılan en yaygın yöntem olduğu (% 97), ardından geri çekilme (% 60), oral kontraseptif haplar (% 56) ve depo medroksiprogesteron asetat (% 17) olarak sıralandığı gösterilmiştir (4). Sadece yüzde 6'sı uzun etkili geri dönüşümlü kontrasepsiyon kullandıklarını bildirmişlerdir (RIA ve kontraseptif implant). Önceki anketle (2006-2010) karşılaştırıldığında, acil kontrasepsiyon oranlarının arttığı gözlemlenmiştir (%14'ten %23'e).

Genç kadınlarda erken cinsel aktivite olasılığını artıran faktörler arasında düşük sosyoekonomik durum, tek ebeveynli evde yaşamak, alkol veya uyuşturucu tüketimi ve cinsel olarak aktif olan arkadaşlarının olması vardır. Özellikle Afrika-lı-Amerikalı kadınlarda pubertal gelişimin hızı ve zamanlaması da cinsel aktiviteyi arttıran faktörlerdendir (Tablo 1) (5).

¹ Op. Dr., İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü
nil_atakul@yahoo.com

Tablo 1. Ergenlerde Erken Cinsel Aktivite Riskini Artıran Faktörler

Düşük sosyoekonomik durum

Tek ebeveynli evde yaşamak

Risk alma davranışında bulunma (örneğin sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı)

Cinsel aktif arkadaşlara sahip olmak

Bazı durumlarda, erken veya hızlı pubertal gelişim

Çocuk ve kadın doğum doktorları, adolesan gebeliğinin önlenmesi ve kontrasepsiyonunda önemli bir rol oynamaktadırlar.

Adolesanlar çocuk doktorları ve diğer sağlık hizmeti çalışanlarını cinsel sağlık bilgisi verme açısından güvenilir görmektedirler (6,7). Çocuk ve kadın doğum doktorlarının adolesanlar ve aileleri ile doğru iletişimleri, cinsellik ve ilişkiler gibi hassas konular hakkında soru sormalarına ve sağlıklı cinsel karar vermelerini sağlamalarına kolaylık sağlamaktadır. Ek olarak, dismenore, ağır menstrual veya anormal uterin kanama, akne ve polikistik over sendromu gibi hormonal kontrasepsiyon için tıbbi endikasyonlar genellikle adolesan muayeneleri sırasında ortaya çıkar.

MOTİVE EDİCİ FAKTÖRLER

Cinsel olarak aktif adolesan, aşağıda belirtilen durumlar varsa kontrasepsiyona başvurması daha olasıdır (8,9)

- Gebeliği olumsuz bir durum olarak algılaması
- Uzun vadeli eğitim amacının olması
- Hamilelik korkusu veya gerçek hamilelik yaşaması
- Kontrasepsiyon kullanımını onaylayan aileye, arkadaşlara ve/veya klinisyene sahip olması

CİNSEL ÖZGEÇMİŞ ALMA VE DANIŞMANLIK

Adolesanlara dürüst, yargılayıcı olmayan ve rahatlatıcı yaklaşım, hikaye alma da temel noktalardandır. Adolesan ve klinisyenlerin yanlış algıları etkili doğum kontrolünün önündeki önemli engellerdir. Ergenler hamile kalma riskleri hakkında yanlış algılara sahip olabilirler veya herhangi bir doğum kontrol yöntemine başlamadan önce pelvik muayene ve servikal muayene olması gerekliliğine inanmaları zamanında müdahale edilmesinin önüne geçebilir.

Birçok adolesan hormonal kontraseptiflerin kilo alımına neden olduğundan endişe duymaktadır, ancak kilo alımı ile ilgili nedensel bir ilişki bulunamamıştır.

Adolesanlar hormonal kontrasepsiyonun doğum kusurlarına veya infertiliteye neden olabileceğinden endişe duyabilirler, ancak, bu ilişkileri destekleyen kanıtlar eksiktir. Bazı durumlarda, adolesanlar belirli bir kontrasepsiyon yönteminin olumsuz etkilerini olduğundan daha fazla büyütebilirler (ör. DMPA ile azalan kemik yoğunluğu, altta yatan risk faktörleri yokluğunda venöz tromboembolizm (VTE))

UYGUN YÖNTEM SEÇİMİ

- Gelişimsel faktörler (örn. tıbbi geçmiş, cinsel ve reproduktif öykü) ve hasta tercihi (örn. kolaylık, yan etkilere tolerans) kontraseptif yöntem seçimini etkiler.
- Adolesanın daha küçük (10-14 yaş) veya ileri yaşta (15-18 yaş) olmaları kontraseptif uygulama ve bunlara uyma yeteneklerini etkiler.
- Medikal, reproduktif /cinsel ve sosyal geçmiş ve hasta faktörleri (örn. anemi, akne, dismenore) kontraseptif seçimini etkileyebilecek faktörlerdir.

KONTRASEPTİF YÖNTEMLER

Rahim içi kontrasepsiyon (RIA)-Bakır veya levonorgestrelli (LNG) intrauterin kontrasepsiyon uzun süreli, kesintisiz kontrasepsiyon isteyen adolesanlar için uygun bir seçenektir (10). LNG RIA'larının kontraseptif olmayan yararları arasında yoğun menstrual kanama, dismenore ve endometriyal hiperplaziyi azaltması ve menstrulasyonun baskılanması sayılabilir (11,12).

Öngörülen ve beklenen yan etkilerin yönetimi konusunda yeterli danışmanlık ile, RIA'lar adolesanlarda güvenli ve etkili bir şekilde kullanılabilir (13). Adolesanlar ve ileri yaş kadınlar arasında enfeksiyon ve komplikasyon oranları arasında çok az fark vardır (14,15). Bazı çalışmalarda genç veya nullipar adolesanlarda RIA kayma oranının arttığına bildirilmesine rağmen, kanıtlar yetersizdir.

Kontraseptif implant (NEXPLANON®)-Etonogestrelli kontraseptif implant, uzun süreli, kesintisiz kontrasepsiyon isteyen adolesanlar için uygun bir seçenektir (10).

İmplantlar gebe adolesanlara da önerilebilir ve hemen doğum sonrası dönemde, hala hastanede iken uygulanabilir. Amerikan Kadın Doğumcular Birliği (ACOG) ve CDC, implantların doğum sonrası derhal yerleştirilmesinin güvenli ve etkili bir yöntem olduğu görüşündedirler (16,17).

Depo medroxyprogesterone acetate (DMPA) (Depo-Provera®)-Üç ay boyunca etkili, geri dönüşümlü kontrasepsiyon sağlayan enjekte edilebilir progestin kontraseptiftir.

DMPA, kullanım kolaylığı nedeniyle birçok adolesan için uygun bir yöntemdir. Diğer avantajları dismenore ve demir eksikliği anemisini azaltması ve endometriyal kansere karşı korumadır (18). DMPA kronik hastalığı olan çoğu hasta için güvenlidir (19). DMPA kullanımının epilepsi hastası adolesanlarda nöbet eşliğini arttırdığı (20) ve orak hücreli anemi krizlerini azalttığı gösterilmiştir (21).

DMPA kullanımı sırasında kemik yoğunluğu kaybı olan adolesanlar üzerinde yapılan çok merkezli bir gözlemsel çalışmada, 15 olgunun 14'ünde D vitamini eksikliği /yetersizliği saptanmıştır (22). Bu nedenle, azalmış kemik yoğunluğu riskini azaltmak için, DMPA'yı seçen adolesanların günde 1300 mg kalsiyum ve 600-1000 IU D3 vitamini (kalsiferol) veya D2 (ergokalsiferol) almaları ve her gün egzersiz yapmaları önerilir (22,23).

Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)-KOK'ler adolesanlar için en popüler hormonal kontrasepsiyon yöntemidir. KOK'ların hepsi progesterin ve östrojen içerir. Hemen hemen her hafta, östrojen bileşeni, 10 ila 50 ug arasında değişen miktarlarda etinil estradioldür. Birçok kadın-doğum uzmanı, 30 ila 35 µg etinil estradiol ve levonorgestrel veya norgestimate gibi bir progesterin içeren KOK ile başlar. Bununla birlikte, herhangi bir "düşük doz" KOK (35 ug veya daha düşük etinil estradiol) kullanılabilir. Dış genital organların ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar için vajinal sürüntü veya idrar testi cinsel aktif hastalarda önerilen uygulamalardır (24). Adolesanlar, başlangıç döneminde planlanmamış kanamaların meydana gelebileceği ancak uzun süreli kullanımla genellikle azalacağı yönünden uyarılmalıdır. KOK'ların sağlıklı adolesanlarda çok az kontrendikasyonu vardır. Şiddetli ve kontrolsüz hipertansiyonu olan hastalar (sistolik basınç ≥ 160 mm Hg veya diyastolik basınç ≥ 100 mm Hg), devam eden hepatik disfonksiyon, komplike valvüler kalp hastalığı, aura veya fokal nörolojik semptomlar, tromboembolizm veya trombofili, diyabet komplikasyonları (nefropati, retinopati, nöropati veya diğer vasküler hastalıklar) olan adolesanlara reçete edilmemelidirler (17).

Genellikle yetişkinlerde kullanım başarısızlık oranları %9'dur ve adolesanlarda bu oran daha yüksek olabilir (25). Hastalara hapları almayı unutulursa ne yapmaları gerektiği konusunda bilgi verilmelidir. Unutulan hap hatırlanır hatırlanmaz alınmalıdır. Arka arkaya 1'den fazla hap unutulursa, sadece en son unutulmuş hap en kısa sürede alınmalı ve kalan haplar normal zamanda alınmalıdır.

Transdermal kontraseptifler-Henüz ülkemizde kullanılmaya başlanmamıştır. Kontraseptif bantlar, kare şeklinde, norelgestromin ve ethinyl estradiol hormonun kombinasyonunun deriden kana yayılmasını sağlayarak etki eden bir yöntemdir. Üç hafta boyunca haftada bir uygulanır ardından bir hafta boşluk bırakılır. Östrojen-progesterin kontrasepsiyon için genel kontrendikasyonlara ek olarak, obezitesi (vücut kitle indeksi > 30 kg / m² veya yaş için ≥ 95 . persantil) olan hastalar transdermal kontraseptif yamalar için bir kontrendikasyondur (26).

Şiddetli kızarıklık ve şişlik ile şiddetli kaşıntı alerjik reaksiyona işaret edebilir, bu durumda yama çıkarılmalı ve atılmalı ve alternatif bir kontraseptif yöntem aranmalıdır.

Vajinal Halka-Vajinal halkayı seçen adolesanlar, vajinaya yerleştirme konusunda rahat olmalıdır. Adet dönemi sırasında tampon kullanan adolesanlar bu prosedürle daha rahat olabilirler.

Kanıtlara göre, bazı ergenlerin vajinal halka ile “temiz” hissetmediklerini ve yıkama için sık sık çıkarmadıklarını göstermektedir. Sık yıkama, etkinliği azaltır ve aralıklı kanama veya lekelenmeye neden olabilir.

Prezarvatif-Prezervatifler, adolesanların en sık kullandıkları doğum kontrol yöntemidir, kadınların %52’si ve erkeklerin %75’i son cinsel ilişkilerinde prezervatif kullandıklarını bildirmektedirler (27). Avantajları arasında cinsel partnerin doğum kontrolü sorumluluğuna katılımı, reçete edilmemesi ve düşük maliyetli sayılabilir. Lateks prezervatifler ayrıca cinsel yolla bulaşan enfeksiyon riskini azaltır.

ÖZEL DURUMLAR

Fiziksel veya zihinsel engellilik-Fiziksel engelli adolesanlar adet dönemi hijyeninde zorluk yaşayabilirler. Bu tür ergenler için hormonal kontrasepsiyon (örn. LNG RİA, DMPA, kontraseptif yama veya kombine oral kontraseptif hapları) faydalı olabilir (28,29). Zihinsel engelli adolesan bir ebeveynin veya velinin gözetiminde doğum kontrol yöntemine erişebilir.

Kronik hastalıklar- Kronik hastalığı olan adolesanlar için, hormonla ilişkili komplikasyonlar ve ilaç etkileşimleri olasılığının yanı sıra hamileliğin ergen sağlığına yönelik riskini dikkate almak önemlidir. Gebeliğin önlenmesine ek olarak, ağır menstrual kanaması, kanama bozuklukları veya kemoterapi için menstrual supresyona ihtiyaç duyabilirler. Diğer hastalar teratojenik ilaçlar kullanıyor olabilirler ve bu nedenle kontrasepsiyon ihtiyaçları olabilir. Ortaya çıkan sorunlar, östrojen kullanımı, ilaç etkileşimleri ve altta yatan hastalıktan kaynaklanabilir.

Obesite-Kontrasepsiyonun ele alınmasında, obezite ve ilgili endokrin etkilerin kontraseptiflerin etkinlik ve yan etki profillerini etkileyebileceğini belirtmek önemlidir. Örneğin, 90 kg’dan daha ağır hastalarda transdermal kontraseptif yama kullanıcıları arasında gebelik oranlarında artış bulunmuştur (30). Veriler, obesitesi olan kadınlarda KOK, vajinal halka, RİA veya implantlarla kilo alma olasılığının normal ağırlıktaki akranlardan daha olası olmadığını göstermektedir (31).

Acil kontrasepsiyon- RİA veya kontraseptif implant dışında kontrasepsiyon yöntemlerini seçen adolesanlar kontraseptif kullanımda unutkanlık veya metotla ilgili sorunlarda, acil kontrasepsiyon endikasyonları ve uygunluğu hakkında bilgi-

lendirilmelidir (32). Bu özellikle fetus için teratojenik olabilen (örn., izotretinoin) tıbbi tedaviye ihtiyaç duyan veya gebeliğin sağlığı ciddi şekilde tehlikeye atacağı (örneğin, ciddi mitral darlık, semptomatik aort darlığı, Eisenmenger sendromu) olan adolesanlar için geçerlidir (33,34).

ÖZET VE ÖNERİLER

- Cinsel olarak aktif adolesanların hamileliği olumsuz bir sonuç olarak algılamaları, uzun vadeli eğitim hedeflerine sahip olmaları, hamilelik korkusu veya gerçek hamilelik yaşamaları veya aileleri, arkadaşları ve / veya klinisyenlerinin kontrasepsiyon kullanımı teşvik etmeleri kontrasepsiyon kullanımlarını kolaylaştırır.
- Gizlilik, ebeveyn bildirimini ile ilgili endişeler, maliyet, istenmeyen gebelik riski ile ilgili yanlış algılar çeşitli kontrasepsiyon yöntemlerinin etkinliği, kontrendikasyonları ve yan etkileri hakkında yanlış algılar adolesan doğum kontrolünün önündeki potansiyel engellerdir.
- Tıbbi, üreme /cinsel ve sosyal geçmiş, kesin veya rölatif kontraendikasyonlar, hasta faktörleri (örneğin akne, dismenore) ve bireysel hasta tercihleri (örn. kullanım kolaylığı) kontraseptif seçimini etkileyebilir.
- Adolesanlara kontrasepsiyon seçenekleri sunarken, bunları en etkili yöntemlerle (yani intrauterin kontrasepsiyon ve kontraseptif implant) başlayarak etkinlik sırasına göre tanımlamak, etkililik, kontrendikasyonlar, beklenen yan etkiler (örn. vajinal kanama), yan etkiler ve kontraseptif olmayan faydalar tartışılmalıdır.
- Kontrasepsiyona başlamadan önce, kimlerle temasa geçileceği, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları (CYBE) önlemek için prezervatif kullanımı ve acil kontrasepsiyon için kullanılabilirlik ve endikasyonlar hakkında genel bilgiler sunulmalıdır.
- Kontrasepsiyon başlangıcında, yazılı bilgilendirilmiş onam alınabilir, ancak seçilen yöntem kontraseptif implant veya intrauterin implant değilse veya kontrasepsiyon devlet tarafından finanse edilen bir aile planlaması kliniğinde sağlanmıyorsa gerekli değildir.
- Cinsel olarak aktif ergen ve genç yetişkin kadınlar, CYBE semptomları olduğunda veya kontraseptif yöntemlerinin potansiyel yan etkilerinin gözden geçirilmesini gerektirdiğinde görülmelidir. Doğum kontrolüyle ilgili takip sıklığı yönetime göre değişir (örn. Depo medroksiprogesteron asetat için her 13 haftada bir; doğum kontrol hapları, yama veya vajinal halka için yıllık). CYBE semptomları, kontrasepsiyonun yan etkileri veya kontraseptif tekrar enjeksiyonları, ergenler ve genç kadınlar için genel muayenelere ek olarak, yıllık koruyucu ve önleyici sağlık takipleri yapılmalıdır.

Tüm kontrasepsiyon yöntemleri için uyumu en üst düzeye çıkarmak ve sağlıklı karar almayı teşvik etmek ve güçlendirmek için sık takip önemlidir. Adolesanlar, devam ve uyum konusunda desteğe ve sorun çözme konusunda sağlık uzmanlarına güvenmektedir. Düzenli olarak programlanan kontraseptif takip ziyaretleri kullanım, uyum, yan etkiler ve komplikasyonları ele almalıdır. Takipler ayrıca cinsel davranışları, kontraseptif ihtiyaçları, cinsel yolla bulaşan hastalık takibini ve önlenmesini, HPV aşısı gibi diğer cinsel sağlık tedbirlerini içermelidir.

KAYNAKÇA

1. Kozlowski KJ, Ohlhausen WW, Warren AM et al. Knowledge and attitudes of Norplant among adolescent females. *J Adolesc Pediatr Gynecol.* 1994;7:69.
2. Kann L, McManus T, Harris WA, et al. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2017. *MMWR Surveill Summ.* 2018;67:1.
3. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception.* 2011;83:397.
4. Abma JC, Martinez GM. Sexual Activity and Contraceptive Use Among Teenagers in the United States, 2011-2015. *Natl Health Stat Report.* 2017;104:1-23.
5. Sex and America's Teenagers. New York, Alan Guttmacher Institute, 1994.
6. Jones RK, Biddlecom AE. The more things change...: the relative importance of the internet as a source of contraceptive information for teens. *Sex Res Soc Policy.* 2011;8(1):27-37.
7. Institute of Medicine, Committee on Preventive Services for Women. *Clinical Preventive Services for Women: Closing the Gaps.* (2011). Washington, DC: National Academies Press.
8. Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, et al. (2012). *Contraceptive Technology*, 20th ed, Ardent Media, Inc, New York.
9. Nelson AI, Neinstein LS. (2009). Contraception. In: *Handbook of Adolescent Health Care*, Neinstein LS, Gordon CM, Katzman DK, et al (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, p.389.
10. McNicholas C, Swor E, Wan L, Peipert JF. Prolonged use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device: 2 years beyond Food and Drug Administration-approved duration. *Am J Obstet Gynecol* 2017.
11. Adeyemi-Fowode OA, Bercaw-Pratt JL. Intrauterine Devices: Effective Contraception with Noncontraceptive Benefits for Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2019;32:S2.
12. Bayer LL, Hillard PJ. Use of levonorgestrel intrauterine system for medical indications in adolescents. *J Adolesc Health.* 2013;52:S54.
13. Hillard PJA. Practical Tips for Intrauterine Device Counseling, Insertion, and Pain Relief in Adolescents: An Update. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2019;32:S14.
14. Deans EI, Grimes DA. Intrauterine devices for adolescents: a systematic review. *Contraception.* 2009;79:418.
15. Díaz J, Pinto Neto AM, Bahamondes L, et al. Performance of the copper T 200 in parous adolescents: are copper IUDs suitable for these women? *Contraception.* 1993;48:23.
16. Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 539: adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol.* 2012;120(4):983-988.
17. Centers for Disease Control and Prevention. US medical eligibility criteria for contraceptive use, 2010. *MMWR Recomm Rep.* 2010;59(RR-4):1-6.
18. Kaunitz AM. Depot medroxyprogesterone acetate contraception and the risk of breast and gynecologic cancer. *J Reprod Med.* 1996;41(5 suppl):419-427.
19. Centers for Disease Control and Prevention. US medical eligibility criteria for contraceptive use, 2010. *MMWR Recomm Rep.* 2010;59(RR-4):1-6.

20. Herzog AG. Progesterone therapy in women with epilepsy: a 3-year follow-up. *Neurology*. 1999;52(9):1917–1918.
21. Manchikanti A, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF. Steroid hormones for contraception in women with sickle cell disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (2):CD006261.
22. Harel Z, Wolter K, Gold MA, et al. Inadequate vitamin D status in adolescents with substantial bone mineral density loss during the use of depot medroxyprogesterone acetate injectable contraceptive: a pilot study. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010;23:209.
23. Cromer BA, Scholes D, Berenson A, et al. Depot medroxyprogesterone acetate and bone mineral density in adolescents--the Black Box Warning: a Position Paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*. 2006;39:296.
24. Braverman PK, Breech L, Committee on Adolescence. American Academy of Pediatrics. Clinical report: gynecologic examination for adolescents in the pediatric office setting. *Pediatrics*. 2010;126(3):583–590.
25. Mosher WD, Jones J. Use of contraception in the United States: 1982–2008. *Vital Health Stat* 23. 2010;(29):1–44.
26. Xulane- norelgestromin and ethinyl estradiol patch. US Food and Drug Administration (FDA) approved product information. Revised April, (2020). US National Library of Medicine.
27. Martinez G, Copen CE, Abma JC. Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2006–2010 national survey of family growth. *Vital Health Stat* 23. 2011;(31):1–35.
28. Pradhan S, Gomez-Lobo V. Hormonal Contraceptives, Intrauterine Devices, Gonadotropin-releasing Hormone Analogues and Testosterone: Menstrual Suppression in Special Adolescent Populations. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2019; 32:S23.
29. Schwartz BI, Alexander M, Breech LL. Intrauterine Device Use in Adolescents With Disabilities. *Pediatrics* 2020.
30. Ziemann M, Guillebaud J, Weisberg E, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal system: the analysis of pooled data. *Fertil Steril*. 2002;77:13–18.
31. Bonny AE, Ziegler J, Harvey R, Debanne SM, Secic M, Cromer BA. Weight gain in obese and nonobese adolescent girls initiating depot medroxyprogesterone, oral contraceptive pills, or no hormonal contraceptive method. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(1):40–45.
32. Potter J, Santelli JS. Adolescent contraception: review and guidance for pediatric clinicians. *Minerva Pediatr*. 2015; 67:33.
33. Gold MA, Sucato GS, Conard LA, et al. Provision of emergency contraception to adolescents. *J Adolesc Health*. 2004;35:67.
34. Stancil SL, Miller M, Briggs H, et al. Contraceptive Provision to Adolescent Females Prescribed Teratogenic Medications. *Pediatrics* 2016;137.