

Seksualność nastolatków i zapobieganie ciąży

Rebecca H. Allen, MD, MPH, Michelle Forcier, MD, MPH

SRM 2011;9(1):18-24

Pomijając kwestie medyczne stawiające seksualność nastolatków w kategorii ryzyka, nadszedł czas na uznanie seksualności, aktywności płciowej i związków seksualnych za prawidłowe i zdrowe składowe procesu ludzkiego rozwoju. Zdrowe zachowania seksualne dają zarówno poczucie komfortu i przyjemności płynącej z własnego ciała, jak i możliwość wyrażania i czerpania przyjemności z miłości i intymności przez całe życie. Dorastanie jest krytycznym okresem w rozwoju seksualnym, a zachowania towarzyszące temu etapowi rozwoju często rzutują na późniejsze życie, zachorowalność, śmiertelność oraz jakość życia. Ten artykuł stanowi przegląd aktualnego sposobu postrzegania zdrowia seksualnego nastolatków i ich potrzeb w tej sferze, z uwzględnieniem dostępu młodzieży do przyjaznej i poufnej opieki medycznej i antykoncepcji.

Definiowanie seksualności w kontekście dojrzewania

Seksualność człowieka jest złożonym zagadnieniem, na które składają się anatomia, fizjologia, psychologia, socjologia oraz relacje międzyludzkie.¹ Największym wyzwaniem okresu dojrzewania jest jednoczesny

rozwój we wszystkich tych obszarach oraz osiągnięcie stabilnej tożsamości płciowej i orientacji seksualnej w kontekście pozostałych wymogów dojrzewania.

Zrozumienie szczególnych definicji odnoszących się do seksualności może pomóc personelowi medycznemu w odnalezieniu właściwego sposobu poradnictwa w tej delikatnej materii. Podstawowe definicje:

- Płeć anatomiczna jest dwurodzajowym ustaleniem płci na podstawie typu narządów płciowych określonego w okresie niemowlęctwa, stanowiąc podstawę dla społecznie zdefiniowanej charakterystyki płci, zgodnie z którą dziecko będzie postrzegane.
- Płeć lub tożsamość płciowa są pojęciami bardziej osobistymi i kulturowymi, które odnoszą się do poczucia bycia mężczyzną, kobietą lub gdzieś pomiędzy.² Tożsamość płciowa zazwyczaj ugruntowuje się w okresie wczesnego dzieciństwa i może być nieco bardziej płynnym pojęciem niż dwurodzajowy podział mężczyzna-kobieta.³
- Rola płciowa opisuje sposób uzewewnętrzniania swojej tożsamości płciowej przez każdą osobę oraz sposób, w jaki płeć może być przedstawiana w społeczeństwie.
- Orientacja seksualna, również kształtująca się w okresie dzieciństwa i dojrzewania, jest modelem emocjonalnego i fizycznego pociągu i podniecenia, który może ustalić się jako heteroseksualny lub homoseksualny, ale również zatrzymać się gdzieś pośrodku.⁴
- Zachowania seksualne to szereg

zauważalnych zachowań wobec innych osób (np. całowanie, pieszczoły, penetracja palcami, seks oralny i penetracja pochwową lub analną) lub samego siebie (masturbacja).

Zachowanie seksualne samo w sobie nie przesądza o tożsamości płciowej lub orientacji seksualnej młodocianych.⁵ Płeć i seksualność w wieku dojrzewania mogą być zmienne, z przyzwoleniem na eksperymentowanie. Normy dotyczące płci i seksualności ustalane przez rodziców, rówieśników, media oraz społeczeństwo mogą wpłynąć na postrzeganie siebie i system wartości młodego człowieka. Pociąg do tej samej płci oraz kontakt z nią mogą wywoływać ciekawość normalną u młodzieży. W procesie ujawniania się tożsamości płciowej młodociani mogą znaleźć się w konflikcie z rodziną, rówieśnikami oraz społeczeństwem. Wyjątkowo istotną staje się umiejętność identyfikacji potencjalnych trudności oraz sposobów radzenia sobie z nimi w przypadku młodzieży transpłciowej lub homoseksualnej.⁵

Wywiad seksualny u młodzieży

Najlepszą metodą oceny tożsamości płciowej, orientacji seksualnej i zachowań ryzykownych może być bezpośrednie pytanie. Dokładne i poufne zebranie wywiadu w bezpiecznych i neutralnych okolicznościach może dostarczyć wiarygodnych i prawdziwych informacji. Zbudowanie dobrych relacji oraz poczucia zaufania między nastolatkiem a lekarzem wymaga czasu i jest niezbędne dla zapewnienia najlepszej opieki. Wywiad dotyczący

Rebecca H. Allen, MD, MPH, Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology, The Warren Alpert Medical School of Brown University Providence, Rhode Island. Michelle Forcier, MD, MPH, Assistant Professor, Adolescent Medicine, The Warren Alpert Medical School of Brown University Providence, Rhode Island. Dr Allen nie zgłasza żadnego konfliktu interesów, a dr Forcier informuje, że pracowała jako konsultantka w Planned Parenthood League of Massachusetts i biurze rzeczniczki firmy Merck

rozwoju seksualnego najłatwiej zebrać na osobności, zapewniając nieletniemu pełną poufność rozmowy. Umiejętność stworzenia odpowiednich okoliczności przez wyproszenie z pomieszczenia rodzica jest niezbędną, podobnie jak znajomość lokalnie obowiązujących regulacji prawnych dotyczących poufności oraz pozyskania zgody nieletniego (informacje na temat poufności w tab. 1).⁶

Proces pozyskiwania pełnego i dokładnego wywiadu seksualnego można rozpocząć od zbierania informacji na temat:

- Pociągu seksualnego i/lub orientacji
- Informacji o partnerze
- Charakterystycznych zachowań seksualnych (pobudzanie manualne, seks oralny, pochwy i analny)
- Stosowania antykoncepcji oraz wcześniejszych sposobów zapobiegania ciąży
- Powodów odstawienia antykoncepcji
- Zakażeń przenoszonych drogą płciową (sexually transmitted infections, STI) oraz metod zapobiegania, łącznie ze stosowaniem prezerwatywy

Dodatkowy wywiad może dotyczyć pierwszej miesiączki i objawów związanych z cyklem miesięczkowym, objawów i dolegliwości, takich jak upławy, przykry zapach, podrażnienie zewnętrznych narządów płciowych, bolesne stosunki oraz wcześniejsze ciąży i ich zakończenie. Należy taktywnie, ale bezpośrednio zapytać o molestowanie, przemoc seksualną lub stosunek bez przyzwolenia.

Aktywność seksualna w okresie dojrzewania i stosowanie antykoncepcji

Pozyskanie dokładnych informacji o zachowaniach seksualnych pacjentów jest kluczowe, ponieważ niemal połowa (46%) amerykańskich nastolatków w wieku 15-19 lat przynajmniej raz odbyła stosunek płciowy.⁷ Co więcej, 20% nastolatków stwierdza, że odbyła pierwszy stosunek przed 15 rokiem życia. Około 83% aktywnych seksualnie dziewcząt i 91% chłopców stwierdza, że stosowało antykoncepcję podczas ostatniego sto-

sunku.⁷ Najczęstszymi metodami są prezerwatywy dla mężczyzn oraz antykoncepcja doustna i wstrzyknięcia domięśniowe octanu medroksyprogesteronu w postaci depot (depot medroksyprogesterone acetate, DMPA). Mimo to co roku w Stanach Zjednoczonych blisko 750 000 nastolatków w wieku 15-19 lat zachodzi w ciążę, z których 82% nie było planowanych.⁸ Ponad połowa ciąży (59%) kończy się porodem, 27% aborcją, a pozostałe poronieniami.⁹ Częstość porodów u nastolatków w wieku 15-19 lat, w większości niezamężnych, wynosi obecnie w Stanach Zjednoczonych 41,5 na 1000 dziewcząt.¹⁰ Wskaźnik ten jest 2-4-krotnie wyższy niż porodów wśród nieletnich w innych krajach rozwiniętych, takich jak Wielka Brytania, Szwecja czy Francja. Jednym z głównych tego powodów jest większe prawdopodobieństwo stosowania w tych krajach antykoncepcji przez nastolatki, szczególnie najskuteczniejszych metod hormonalnych, niż w Stanach Zjednoczonych.¹¹ Dlatego tak ważne jest poradnictwo na temat STI i stosowania antykoncepcji przez nastolatki.

Przepisywanie nieletnim dziewczętom środków antykoncepcyjnych wymaga dokładnego zebrania wywiadu w celu wykrycia względnych lub bezwzględnych przeciwwskazań do przyjmowania antykoncepcji hormonalnej, danych dotyczących wcześniejszych metod zapobiegania ciąży i powodów ich odstawienia oraz preferencji i możliwości nastolatki. Przed rozpoczęciem stosowania antykoncepcji hormonalnej w postaci pigułek antykoncepcyjnych, plastrów, krążków, wstrzyknięć DMPA lub implantów z etonogestrellem nie jest konieczne badanie ginekologiczne. Jeżeli nastolatka nie zgłasza dolegliwości ze strony narządu rodniczego, badanie ginekologiczne można odłożyć na późniejszą wizytę.¹² Skrining w kierunku chlamydii i rzeżączki, zgodnie z zaleceniami Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dla kobiet w wieku poniżej 25 roku życia można przeprowadzić na podstawie badania moczu lub wymazu z pochwy bez użycia wziernika.¹³ Podczas poradnictwa antykoncepcyj-

nego ważne jest omówienie różnych metod zapobiegania ciąży i zasad ich stosowania, poinformowanie pacjentki o możliwych działaniach niepożądanych, dostarczenie wskazówek decydujących o kontynuacji (tab. 2), promocja używania prezerwatywy w połączeniu z antykoncepcją hormonalną w celu ochrony przed STI oraz poinformowanie o sposobie dostępu i użycia antykoncepcji po stosunku (awaryjnej).^{14,15}

Tradycyjnie antykoncepcję hormonalną rozpoczyna się w pierwszym dniu następnego cyklu miesięczkowego lub w niedzielę następującą po rozpoczęciu miesiączki. Wiele nastolatków często nie rozpoczyna jednak wybranej metody antykoncepcji z chwilą wystąpienia miesiączki z powodu braku pewności, kiedy ją rozpocząć, niewykupienia recepty lub zajścia w ciążę jeszcze przed rozpoczęciem jej przyjmowania.¹⁶ Metoda „szybkiego startu” pozwala nastolatkom rozpocząć antykoncepcję hormonalną w dniu wizyty u lekarza niezależnie od dnia cyklu miesięczkowego (rycina).¹⁷ Przed skorzystaniem z tej metody konieczne jest ustalenie aktywności seksualnej nastolatki w aktualnym cyklu miesięczkowym, wykonanie testu ciążowego i ocena, czy są wskazania do antykoncepcji awaryjnej.

Badania wskazują, że motywacją do zapobiegania ciąży przez nastolatki aktywne seksualnie rośnie wraz z osiągnięciami w nauce, które ciąży mogłyby zniweczyć, oraz wśród nastolatków pozostających w stałych związkach z partnerami seksualnymi.^{18,19} Stałe i prawidłowe stosowanie różnych metod antykoncepcyjnych może być jednak trudne dla nastolatków. Na przykład środki przyjmowane w schemacie tygodniowym lub miesięcznym są bardziej wskazane dla nastolatków niż przyjmowane codziennie. Ponadto należy rekomendować najskuteczniejsze metody antykoncepcji oraz takie, które wymagają najmniej uwagi, jak wkładki wewnętrzne (intrauterine device, IUD) lub implanty.²⁰ Wyczerpujące poradnictwo i odpowiednia kwalifikacja pacjentki pozwalają uznać wkład-

TABELA 1

Wskazówki służące promocji skutecznej antykoncepcji u młodzieży i młodych dorosłych

- Zapewnij prywatność i poufność
- Ustal cel wizyty pacjentki, pytając o potrzebę zapobiegania ciąży
- Przed poradą antykoncepcyjną wysłuchaj relacji pacjentki o problemach związanych z zapobieganiem ciąży w przeszłości i obecnie, obawach dotyczących działań niepożądanych antykoncepcji lub o potencjalnych przeszkodach w kontynuacji metody
- Korzystaj ze schematu „szybkiego startu” każdej metody antykoncepcyjnej
- Jeżeli przepisujesz antykoncepcję w schemacie „szybkiego startu”, pamiętaj o potrzebie wykonania testu ciążowego po 3 tygodniach w celu definitywnego wykluczenia wczesnej ciąży
- Poinformuj o zasadach dostępu do antykoncepcji awaryjnej
- Zapewnij na receptach roczny zapas środka antykoncepcyjnego
- Nie tylko pigułka zapobiega ciąży... Omów rodzaje antykoncepcji i odnieś je do stylu życia pacjentki i jej realnych możliwości kontynuacji danego sposobu zapobiegania ciąży
- Omów możliwe sposoby regularnego przypominania o konieczności przyjęcia środka antykoncepcyjnego (opartego na zasobach pacjentki, np. alarm w telefonie komórkowym lub w kalendarzu, ze strony centrum medycznego – telefon przypominający lub wiadomości tekstowe wysyłane na telefon)
- Omów różnice między zapobieganiem ciąży a zapobieganiem STI wynikające ze stosowania antykoncepcji i prezerwatywy
- W swoim gabinecie zapewnij dostęp do prezerwatyw zarówno dziewczętom, jak i chłopcom
- Realizuj wizyty o charakterze motywacyjnym i wykorzystuj różne techniki budujące przekonanie o potrzebie stosowania prezerwatyw przez młode kobiety
- Poinformuj na przykładach, kiedy i w jaki sposób pacjentka może kontaktować się z lekarzem w celu uzyskania wyjaśnienia lub rozwiązania problemu
- Przekaż nastolatce informację z nazwą ośrodka, nazwiskiem osoby do kontaktu i numerem telefonu

kę wewnątrzmaciczną lub implant za skuteczną opcję u niektórych nastolatek.²¹

Jednym z kluczowych aspektów zdrowotnych antykoncepcji jest jej wpływ na gęstość mineralną kości. DMPA jest zachęcającą metodą u nastolatek z powodu dyskretnego charakteru, wymogu jedynie 4 wizyt w roku w celu wstrzyknięcia środka i małego ryzyka nieskuteczności.²² Z powodu hamującego wpływu na estrogeny stosowanie DMPA może prowadzić do zmniejszenia gęstości mineralnej kości zarówno u dorosłych, jak i nastolatek. Proces budowania masy kostnej jest najbardziej intensywny w okresie dorastania, jest to zatem tym bardziej niebezpieczne. Większość badań dowodzi, że zmniejszenie gęstości mineralnej kości jest tymczasowe i odwracalne po zaprzestaniu przyjmowania leku.²³ Ponadto żadne z badań nie wykazało, aby stosowanie DMPA zwiększało częstość złamań zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu przyjmowania preparatu. Warto pamiętać, że zmiany hormonalne towarzyszące ciąży u nastolatek mogą również wpływać negatywnie na gęstość mineralną kości

W świetle powyższego większość autorów jest zgodnych, że korzyści płynące ze stosowania DMPA u nastolatek w celu uniknięcia nieplanowanej ciąży przewyższają potencjalne ryzyko zmniejszenia gęstości mineralnej kości.²⁴

Praktyka medyczna przyjazna nastolatkom i zasady poufności

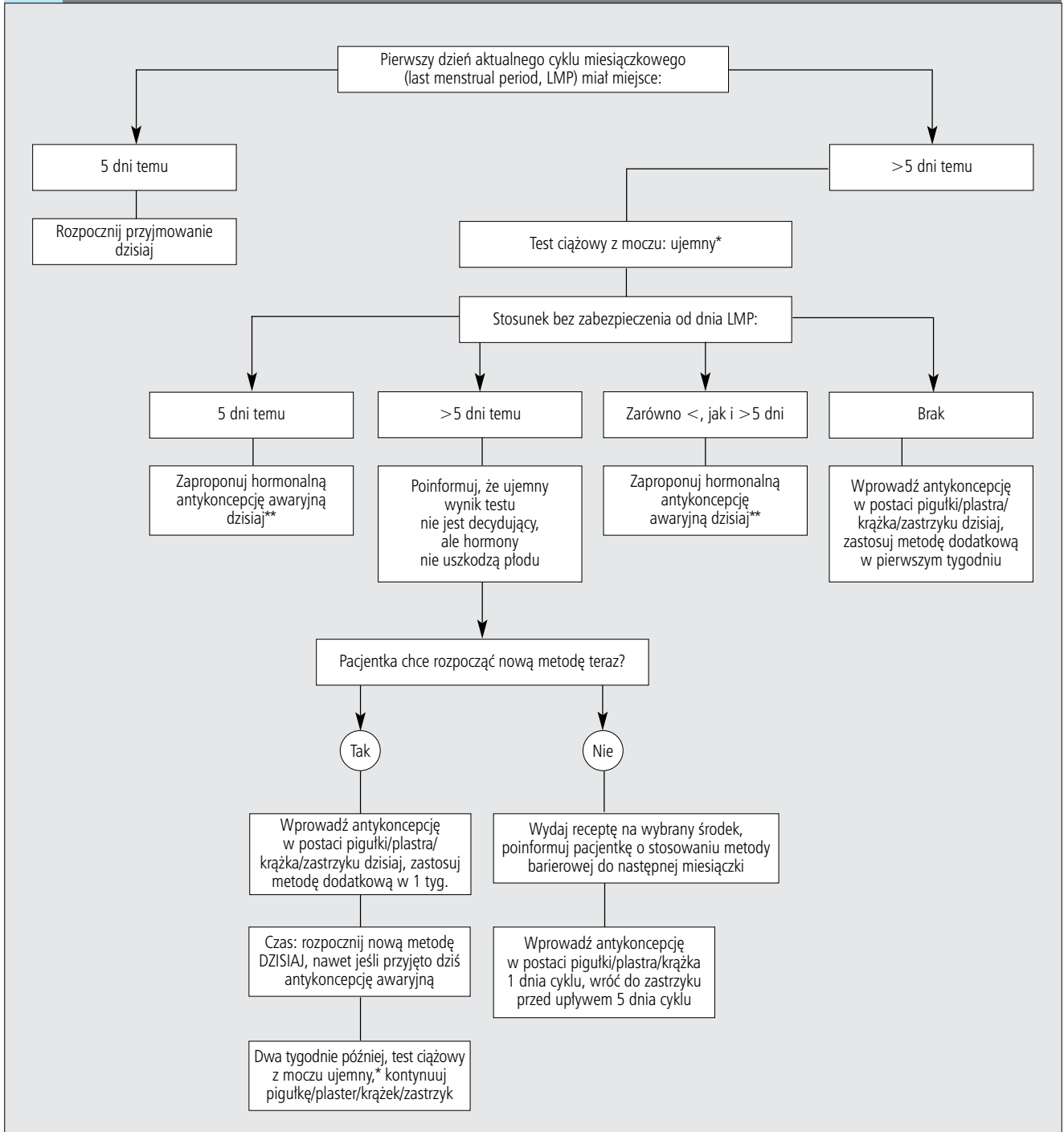
Ponieważ wiele nastolatków ma utrudniony dostęp do odpowiedniej opieki medycznej, lekarz może być jedyną zaufaną osobą, do której nastolatka zgłosi się po informacje, fachową poradę i wsparcie. Lekarze niedostrzegający różnic między potrzebami zdrowotnymi nastolatków, dzieci i dorosłych mogą stracić szansę udzielenia oczekiwanej pomocy. Dlatego też wiele centrów medycznych zajmujących się zdrowiem seksualnym opracowało szczegółowe zalecenia i posługuje się narzędziami świadczenia opieki medycznej przyjaznej młodzieży (tab. 2).^{25,26}

Poufność wizyt jest kluczem do zapewnienia wysokiego poziomu opieki medycznej dla nastolatków i uważana jest za ogólnie przyjęty standard.²⁷

Przyjmuje się, że większość starszych nastolatków i młodzieży posiada psychoemocjonalną zdolność wyrażenia świadomej zgody i tym samym podejmuje decyzję o zastosowaniu danej formy leczenia.²⁸ Nieletni, którzy nie są pewni poufności, szczególnie w kwestii informowania rodzica lub opiekuna o wizytach, godząc się na porady udzielane przez personel, zatajają prawdziwe dane z wywiadu medycznego, jak również całkowicie odstępują od szukania pomocy medycznej.²⁹

Mimo ogólnie przyjętych rekomendacji zawodowych w sprawie prywatności i poufności w wielu stanach nadal ograniczony jest anonimowy dostęp do ośrodków medycznych zajmujących się zdrowiem reprodukcyjnym.²⁷ W niektórych stanach nieletni (poniżej 18 roku życia) zdolni do podjęcia świadomej zgody mogą legalnie uzyskać dostęp do opieki medycznej w zakresie testów ciążowych, antykoncepcji, chorób przenoszonych drogą płciową, uzależnień oraz pomocy psychologicznej bez konieczności uzyskania zgody rodzica. Szczegółowe przepisy różnią się w poszczególnych stanach.⁶ Prawnie zagwarantowana

RYCINA. Metoda „szybkiego startu” rozpoczynająca zapobieganie ciąży za pomocą pigułki, plastra, krążka, wstrzyknięcia



*Jeżeli test ciąży jest pozytywny, poinformuj o aktualnych możliwościach.

**Ponieważ awaryjna antykoncepcja hormonalna (emergency contraception, EC) nie jest w 100% skuteczna, powtórz test ciąży z moczem w 2 tygodnie po podaniu środka.

Wykorzystano za zgodą RHEDI/The Center for Reproductive Health Education in Family Medicine, Montefiore Medical Center, New York. 2007.
http://www.rhedi.org/contraception/downloads/quick_start_algorithm.pdf.

jest poufność.³⁰ Programy w rodzaju Title X Family Planning ułatwiają uprawnionym dostęp do niektórych form antykoncepcji i dedykowane są promocji dostępu nastolatków do poufnych usług medycznych, włączając w to zdrowie seksualne. Działania zmierzające do ograniczenia dostępu do poufnej opieki medycznej są często wynikiem mylnego przekonania o konflikcie interesów i priorytetów na linii nastolatek-rodzic-lekarz.

Niedawne badania wskazują również, że czynniki inne niż wymogi prawne dodatkowo wpływają na dostęp do poufnych usług związanych ze zdrowiem seksualnym. Z badania przeprowadzonego niedawno w Stanach Zjednoczonych wynika, że jedynie 40% nastolatków w wieku 12-17 lat pozostawało na osobności ze swoim pediatrą podczas wizyty. Rodzaj wizyty (prewencyjna, kontrolna) oraz charakterystyka pacjenta (starszy nastolatek, płeć męska, rasa inna niż latynoska) przesądzają o większym prawdopodobieństwie możliwości poufnej rozmowy z lekarzem.³²

Mimo obaw, że poufne spotkania z lekarzem mogą zaburzać naturalne relacje między rodzicem a dzieckiem, wiele nastolatków ma dostęp do usług z zakresu zdrowia reprodukcyjnego za wiedzą lub bezpośrednim wsparciem rodziców.³³ Młodzież, która oczekuje poufnej wizyty, ale nie jest pewna gwarancji poufności, rzadziej korzysta z porady z tego zakresu i w ten sposób rzadziej ma szansę diagnostyki STI czy opieki we wczesnej ciąży.³³ W jednym z badań tylko 1% nastolatków zaprzestłby aktywności seksualnej, gdyby dostęp do środków antykoncepcyjnych wymagał zgody rodzica, a 70% stwierdziło, że nie zgłosiłoby się do poradni po receptę na środek antykoncepcyjny, gdyby wymagało to zgody rodzica.³³

Podsumowanie

Seksualność i jej odkrywanie są normalnymi elementami procesu dojrzewania koniecznymi dla prawidłowego ukształtowania własnej osobowości. Standardem w opiece medycznej nad nastolatkami jest z gwarantowa-

TABELA 2

Świadczenia medyczne z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcji przyjazne nastolatkom

Charakterystyka usług medycznych

- Odpowiednio przeszkolony personel odnoszący się z szacunkiem do młodzieży
- Przestrzeganie zasad prywatności i poufności
- Wystarczająco długi czas trwania wizyty pacjentki u lekarza
- Dostępność doradców w porównywalnym wieku

Charakterystyka ośrodka medycznego

- Osobne pomieszczenia i wizyty na żądanie
- Dogodne godziny pracy i lokalizacja
- Wystarczająca przestrzeń i prywatność
- Komfortowe wyposażenie

Charakterystyka programu opieki nad nastolatkami

- Udział nastolatków w tworzeniu programu i ciągłość informacji zwrotnej
- Możliwość przyjęcia pacjentki bez zapisu i szybka organizacja wizyt
- Brak tłoku i krótki czas oczekiwania na wizytę
- Przystępne ceny usług
- Wizerunek publiczny i reklama trafiająca do młodzieży
- Porady dla chłopców i młodych mężczyzn
- Szeroka oferta usług i konsultacji

Inne potencjalne cechy usług

- Materiały edukacyjne dostępne na miejscu i do korzystania w domu
- Dostęp do grup dyskusyjnych
- Możliwość odłożenia w czasie badania ginekologicznego i testów z krwi
- Alternatywne metody dostępu do informacji, poradnictwa i usług

Zaadaptowano z Senderowitz J. Making reproductive health services youth friendly. FOCUS on Young Adults Research, Program and Policy Series. Luty 1999. Washington DC. <http://info.k4health.org/youthwag/PDFs/KeyElementsPapers/makingRHservicesyouthfriendly.pdf>.

Kluczowe zagadnienia

- Wywiad seksualny z nastolatką najlepiej przeprowadzać na osobności, gwarantując pacjentce poufność.
- Przed rozpoczęciem stosowania antykoncepcji hormonalnej w postaci pigułek, plastrów, krążków, wstrzyknięć DMPA lub implantów z etonogestremem nie jest konieczne badanie ginekologiczne.
- Metoda „szybkiego startu” pozwala nastolatkom rozpocząć antykoncepcję hormonalną w dniu wizyty u lekarza niezależnie od dnia cyklu miesięczkowego.
- Należy zaproponować najskuteczniejszą metodę antykoncepcji wymagającą jak najmniejszego zaangażowania ze strony pacjentki.
- Ponieważ ponad połowa nastolatków w szkole średniej jest aktywna seksualnie, poradnictwo i skuteczny skrining w kierunku potrzeby zapobiegania ciąży stanowią kluczowe elementy scenariusza wizyt.

nie prywatności i dostępu do poufnych porad będących warunkiem uzyskania prawdziwych danych podczas wywiadu seksualnego, możliwości oceny zagrożeń i udzielenia właściwej porady i zaleceń. Mając na uwadze wysoki wskaźnik nieplanowanych ciąż wśród nastolatków w Stanach Zjednoczonych, wydaje się, że skuteczna antykoncepcja w tej

grupie wiekowej wciąż pozostaje nieosiągniętym celem.

Sexuality, Reproduction & Menopause, Vol. 9, No. 1, 2011, p. 18. Adolescent sexuality and use of contraception. Reproduced with permission.

PIŚMIENNICTWO

1. Brown RT. Adolescent sexuality at the dawn of the 21st century. *Adolesc Med.* 2000;11(1):19-34.
2. Frankowski BL. Sexual orientation and adolescents. *Pediatrics.* 2004;113(6):1827-1832.

3. Meyer W, Bockting WO, Cohen-Kettenis P, et al. The standards of care for gender identity disorders, 6th version. Available at: <http://www.wpath.org/Documents2/socv6.pdf> [Accessed: January 7, 2011].
4. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual behavior in the human male. Philadelphia: WB Saunders, 1948.
5. Remafedi G. Fundamental issues in the care of homosexual youth. *Med Clin North Am.* 1990;74 (5):1169-1179.
6. English A, Kenney KE. State Minor Consent Laws: A Summary, 2nd ed. Chapel Hill, NC: Center for Adolescent Health & the Law, 2003.
7. Abma JC, Martinez GM, Mosher WD, Dawson BS. Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2002. *Vital Health Stat* 23.2004;1-48.
8. The Guttmacher Institute. Facts on American Teens' Sexual and Reproductive Health. Available at: <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-ATSRH.pdf> [Accessed: January 6, 2011].
9. Ventura SJ, Abma JC, Mosher WD, Henshaw SK. Estimated pregnancy rates for the United States, 1990-2005: An update Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2009.
10. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: Preliminary Data for 2008. Available at: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr58/nvsr58_16.pdf [Accessed: January 7, 2011].
11. Boonstra H. Teen Pregnancy: Trends And Lessons Learned Available at: <http://www.guttmacher.org/pubs/tgr/05/1/gr050107.html> [Accessed: January 7, 2011].
12. ACOG Committee Opinion. Number 460, July 2010: The initial reproductive health visit. *Obstet Gynecol.* 2010;116:240-243.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006. Available at: <http://www.cdc.gov/std/treatment/> [Accessed: January 7, 2011].
14. Trussell J. Choosing a contraceptive: efficacy, safety, and personal considerations. In: Hatcher RA, ed. *Contraceptive Technology*. New York: Ardent Media, Inc, 2007.
15. Clark LR. Will the pill make me sterile? Addressing reproductive health concerns and strategies to improve adherence to hormonal contraceptive regimens in adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2001;14 (4):153-162.
16. Lara-Torre E. „Quick Start”, an innovative approach to the combination oral contraceptive pill in adolescents. Is it time to make the switch? *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2004;17 (1):65-67.
17. Westhoff C, Heartwell S, Edwards S, et al. Initiation of oral contraceptives using a quick start compared with a conventional start: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2007;109(6):1270-1276.
18. Klein JD. Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics.* 2005;116 (1):281-286.
19. Jumping-Eagle S, Sheeder J, Kelly LS, Stevens-Simon C. Association of conventional goals and perceptions of pregnancy with female teenagers' pregnancy avoidance behavior and attitudes. *Perspect Sex Reprod Health.* 2008;40(2):74-80.
20. Grimes DA. Forgettable contraception. *Contraception.* 2009;80(8):497-499.
21. ACOG Committee Opinion No. 392, December 2007. Intrauterine device and adolescents. *Obstet Gynecol.* 2007;110 (6):1493-1495.
22. Goldberg AB, Grimes DA. Injectable contraceptives. In: Hatcher RA, ed. *Contraceptive Technology*. New York: Ardent Media, Inc., 2007.
23. Guilbert ER, Brown JP, Kaunitz AM, et al. The use of depot-medroxyprogesterone acetate in contraception and its potential impact on skeletal health. *Contraception.* 2009;79(3):167-177.
24. Cromer BA, Scholes D, Berenson A, Cundy T, Clark MK, Kaunitz AM. 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(2):296-301.
25. Senderowitz J. Making reproductive health services youth friendly. Available at: <http://info.k4health.org/youthwg/PDFs/Focus/KeyElementsPapers/makingRHservicesyouthfriendly.pdf> [Accessed: January 7, 2011].
26. Brabin L. Adolescent friendly health services. An impact model to evaluate their effectiveness and cost. Available at: <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/elwxby2675hwyyn7whpsj3om4n52wegvunokzrqf5fn446dkcuo7fi3quhfuelmw2zhjcm3rkf/AHHSImpactModelfinalversion.pdf> [Accessed: January 7, 2011].
27. Ford C, English A, Sigman G. Confidential Health Care for Adolescents: position paper for the society for adolescent medicine. *J Adolesc Health.* 2004;35(2):160-167.
28. Kuther TL. Medical decision-making and minors: issues of consent and assent. *Adolescence.* 2003;38 (150):343-358.
29. Ford CA, Millstein SG, Halpern-Felsher BL, Irwin CE, Jr. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care. A randomized controlled trial. *JAMA.* 1997;278 (12):1029-1034.
30. English A, Ford CA. The HIPAA privacy rule and adolescents: legal questions and clinical challenges. *Perspect Sex Reprod Health.* 2004;36 (2):80-86.
31. English A, Ford CA. More evidence supports the need to protect confidentiality in adolescent health care. *J Adolesc Health.* 2007;40 (3):199-200.
32. Edman JC, Adams SH, Park MJ, Irwin CE, Jr. Who gets confidential care? Disparities in a national sample of adolescents. *J Adolesc Health.* 2010;46 (4):393-395.
33. Jones RK, Purcell A, Singh S, Finer LB. Adolescents' reports of parental knowledge of adolescents' use of sexual health services and their reactions to mandated parental notification for prescription contraception. *JAMA.* 2005;293 (3):340-348.