

PUŠENJE I ALKOHOL U TRUDNOĆI. PITANJE SUKOB INTERESA MAJKA – PLOD

SMOKING AND ALCOHOL IN PREGNANCY. MATERNAL-FETAL CONFLICT OF INTEREST

Aleksandra Frković, Sanja Katalinić

Stručni članak

Ključne riječi: pušenje, alkohol, majčino-fetalni sukob interesa, bioetika

SAŽETAK. U zdravstvenoj skrbi bioetički valjana odluka temelji se na slobodnom odlučivanju pacijenta. U trudnoći majka odlučuje za sebe i za svoj plod. Kada su majčine želje ili njezina dobrobit u opreci s blagodatima ploda, može doći do sukoba interesa između majke i ploda. Ponekad trudnica ne prihvaća osnovne medicinske naputke, a ne želi se odreći nekih štetnih navika, kao što su pušenje cigareta i prekomjerna konzumacija alkoholnih pića koji dokazano narušavaju njezino zdravstveno stanje, ali i zdravlje ploda. Kriterij najboljeg interesa ploda kao subjekta u nastajanju moguće je uvažiti samo ako se tome ne protivi majka. Dobra volja trudnice je potrebna da bi prestala sa štetnim navikama. Smatramo da u takvim situacijama, uz stalnu edukaciju od strane zdravstvenog osoblja, treba uvažiti i određeni vid »etičke prisile«. Kažnjavanje trudnica nije u interesu ploda. Polazeći od toga da je većina žena motivirana da njihova trudnoća ima dobar ishod, u prenatalnoj skrbi treba učiniti sve da bi se omogućilo ostvarenje toga cilja.

Professional paper

Key words: smoking cigarettes, alcohol abuse, maternal-fetal conflict, bioethics

SUMMARY. Bioethical valid decision is based on free patient's deciding throughout health care. During pregnancy mother is deciding for herself and her fetus. When mother's wishes or her wellbeing are opposed to wellbeing of fetus it may result in conflict of mother and fetus interest. Sometime pregnant women do not accept basic medical advises, and do not want to give up her bad habits, like smoking of cigarettes and alcohol abuse what definitive ruin her health, but also fetal health. The criterion to be the fetus's as a subject best interest it is possible to estimate only if mother is not against it. To stop with bad habit it is necessary to have a pregnant woman's good will. We think that in this situation along with medical staff continual education to estimate a sort of »ethical force« is necessary. To punish pregnant women is not a good solution for fetus. Most of the women are motivated to have a healthy newborn child. Prenatal care has to be as good as possible to achieve this goal.

Uvod

Većina trudnica je uvijek spremna učiniti sve u interesu svoga djeteta te prihvaća preuzeti potrebne promjene u svome životu koje su u interesu ploda. Međutim, ponekad trudnica ne prihvaća ni osnovne medicinske naputke, niti se želi odreći određenih štetnih navika, kao što su pušenje cigareta i prekomjerna konzumacija alkoholnih pića, koji narušavaju ne samo njezino zdravlje već i zdravlje ploda.

U zdravstvenoj skrbi bioetički valjana odluka temelji se na slobodnom odlučivanju pacijenta. U trudnoći je situacija specifična, jer plod nije u staju donijeti odluku, ni spriječiti njezino provođenje. Informiranje žena, postizanje saznanja, te njihov pristanak treba biti kontinuirani proces tijekom cijele trudnoće. Pri donošenju medicinske odluke tijekom trudnoće javljaju se brojna pitanja i dileme vezane uz prava majke i prava ploda. Kada su majčine želje ili njezina dobrobit u oprečnosti s blagodatima ploda, može doći do sukoba interesa između majke i ploda.¹ U takvim situacijama od liječnika se očekuje da poštuje majčinu autonomiju i njezino pravo na privatnost. Prema suvremenim etičkim pogledima autonomiju majke treba apsolutno poštivati. Kriterij najboljeg inte-

resa ploda kao pravnog subjekta u nastajanju, moguće je uvažiti samo ako se tome ne protivi majka.² Prema nekim mišljenjima, kada se govori o sukobu interesa između majke i ploda bolje je govoriti da se radi o sukobu između majke i liječnika koji se ne slaže što je najbolje za majku i plod.³ Do moralnih dilema može doći u slučaju kada je liječnikova obveza poštivanja odluke trudnice u sukobu s njegovom odlukom da štiti plod od nanošenja štete.⁴

Cilj ovoga rada je razmotriti neke bioetičke dileme pri sukobu majčino-fetalnih interesa u trudnica ovisnih o duhanu ili alkoholu.

Pušenje u trudnoći

Tendencija smanjenja pušenja ne zadovoljava iako su brojni znanstvenici u posljednjim desetljećima potvrdili štetno djelovanje pušenja duhana. Rizici od obolijevanja veći su ako je pušenje združeno s drugim rizičnim čimbenicima, ponajprije s alkoholom i pretilošću. Prema nalazima Svjetske zdravstvene organizacije procjenjuje se da u današnje doba puši oko 1.1 milijarde ljudi. U Hrvatskoj puši 34,1% muškaraca i 26,6% žena.⁵

Pušenje za vrijeme trudnoće i nadalje ostaje problem javnog zdravstva. Pretpostavljajući da je godišnje oko 4 milijuna poroda i da 20% žena puši za vrijeme trudnoće, to znači da je tome izloženo 800 000 djece.⁶ Iako je veliki dio istraživanja usmjeren na utvrđivanje učinka duhana na fetalni razvoj, mnogo toga je još uvijek nepoznato. Mnogi su znanstvenici suglasni da je prestanak pušenja prije trudnoće ili u ranoj trudnoći u interesu ploda.

Brojne epidemiološke studije povezuju pušenje u trudnoći s većom učestalošću spontanijeh pobačaja, krvarenja u trudnoći, placenta previja i abrupcije posteljice, promjena u disanju i pokretima ploda, te protoku kroz fetoplacentne i fetalne krvne žile, većim postotkom prijevremenih poroda i djece s intrauterinim zastojem u rastu, većim postotkom anomalija i iznenadne smrti ploda, većim perinatalnim morbiditetom i mortalitetom, poremećajima psihičkog i fizičkog razvoja djeteta, te češćom pojavnošću respiratornih infekcija, astme i emfizema kasnije u životu.^{7–10} Usprkos tome, mnoge žene nastavljaju pušiti, ne samo tijekom trudnoće nego i nakon poroda. Učestalost pušenja u trudnoći prema nekim autorima je 25,7%, odnosno 26,4%.^{11,12} Grgurić i sur.¹³ na osnovi rezultata Europske longitudinalne studije o trudnoći i djetinjstvu (European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood – ELSPAC) o pušačkim navikama žena tijekom trudnoće spominju da je približno polovica ukupnog broja trudnica neko vrijeme pušilo (44,12%). Kada su uzete u obzir samo teške pušačice (barem 10 cigareta na dan), na početku trudnoće bilo ih je 35,13%, u vrijeme prvog micanja ploda 18,51%, a u posljednja dva mjeseca trudnoće 14,02%. Nakon poroda ponovno se povećao broj pušačica (18,97%). Rezultati pilotske studije ELSPAC-a pokazali su da je relativni rizik vaginalnog krvarenja u prva tri mjeseca trudnoće za pušačice, u usporedbi s trudnicama nepušačicama 5,56. Isti rizik za zadnja četiri mjeseca trudnoće iznosi za pušačice 1,68.¹³

Rizik od štetnih posljedica pušenja u trudnoći (mrtvorođenost, spontani pobačaj, prijevremeni porodi, neonatalna smrt i niska porodna težina) je to veća što je veći broj popušenih cigareta, osobito u drugom i trećem tromjesečju.¹⁴ Potvrđeno je da su prijevremeni porodi značajno češći u majki pušačica.¹² Kod prijevremenih poroda s intrauterinim zastojem u rastu nije nađena znakovita razlika u odnosu na broj popušenih cigareta dnevno, ali je nađena znakovito veća učestalost intrakranijalnog krvarenja. U terminske novorođenčadi znakovito je veća učestalost novorođenčadi s intrauterinim zastojem u rastu u majki koje su pušile više od 10 cigareta dnevno. Ti se rezultati ispitivanja slažu s rezultatima Claussona i sur.¹⁵ koji nalaze da majčino pušenje povisuje rizik za nastajanje prijevremenih poroda, a u terminskih poroda češće rađanje djece s intrauterinim zastojem u rastu. Međutim, ima autora koji ukazuju na to da se povezanost između pušenja i prijevremenih poroda nalazi samo u onih trudnica koje uzimaju veću količinu kofeina.¹⁶ Vitoratos i sur.¹⁷ smatraju da pušenje tijekom trudnoće povisuje rizik za porod prije 32. tjedna trudnoće isto kao

i prijevremeno prsnuće plodovih ovoja. Nordentoft i sur.¹⁸ pokazuju da je prijevremeni porod češće povezan s psihosocijalnim stresom i nižim obrazovanjem, dok je intrauterini zastoj u rastu ploda češće povezan s pušenjem. Smatraju da žene koje puše imaju slabu podršku socijalne službe.

England i sur.⁶ istraživali su odnos između broja popušenih cigareta na dan i koncentracije kotinina u trudnoći, u odnosu na porodnu težinu. Podaci o pušenju i koncentraciji kotinina u urinu sakupljeni su tijekom prenatalne skrbi u 3395 pušačica, koje su rodile terminsku novorođenčad. Broj popušenih cigareta na dan i koncentracija kotinina (biomarker za dokaz izloženosti duhanu) nisu bili u uskoj korelaciji. Iako se porodna težina smanjuje u odnosu na veću izloženost duhanu, odnos između ta dva parametra nije linearan. Dapače, izrazitije smanjenje porodne težine nađeno je kod manje izloženosti duhanu.

Međunarodna udruga za istraživanje raka (The International Agency for Research on Cancer – IARC)¹⁹ potvrdila je da pušenje duhana izaziva rak u jedanaest organa, što je najviše u odnosu na druge karcinogene: pluća, mokraćni sustav, usna šupljina, nosna šupljina i paranazalni sinusi, farinks, larinks, gušterača, želudac, jetra, maternica, dojke. Osim genotoksičnih učinaka u odraslih, u najnovijim istraživanjima utvrđeno je da do tih učinaka može doći i na somatskim epitelnim stanicama ploda u majki pušačica.

De la Chica i sur.²⁰ pokazali su da je pušenje za vrijeme trudnoće povezano s povećanom mogućnošću kromosomskih promjena amniocita dobivenih amniocentozom. Ove rezultate treba još dodatno potvrditi. Isti predstavljaju direktan dokaz da je duhan povezan s intrauterinom mutacijom gena. Nakon razgovora s 800 žena autori su izabrali 25 majki za koje se smatralo da im je pušenje jedino znakovito izlaganje mutagenom čimbeniku. Autori su također izabrali 25 nepušačica koje su imale malu ili nikakvu izloženost pasivnom pušenju duhana. Pušačice su pušile više od 10 godina, a za vrijeme trudnoće više od 10 cigareta na dan. Rezultati su pokazali oko 3,5-struko povećanje kromosomskih aberacija, većinom delecija i translokacija u amniocitima pušačica u odnosu prema nepušačicama. DeMarini i Preston²¹ pokazuju da su rezultati de la Chica i sur.²⁰ do sada prvi dokaz o povezanosti majčinog pušenja duhana s genotoksičnim oštećenjima fetalnih epitelnih stanica. Ti indirektni rezultati impliciraju da je pušenje duhana transplacentarni mutagen za razvoj fetusa.

Alkohol i trudnoća

Teratogena štetnost uzimanja alkohola u trudnoći poznata je već više od tri desetljeća, dok su nuspojave uzimanja alkohola u trudnoći poznate već stoljećima. Alkohol je vodeći poznati teratogeni uzročnik što potvrđuju brojna istraživanja. Uzimanje jednog pića na dan ili više povezuje se s povećanim rizikom za spontani pobačaj, intrauterini zastoj rasta i manju porodnu težinu,

prijevreteni porod; u djetinjstvu dijete može imati poteškoće učenja, biti hiperaktivno. U najtežim slučajevima može nastati fetalni alkoholni sindrom (FAS).^{22–25} Glavna obilježja FAS-a su pre i/ili postnatalni zastoj rasta, kardiovaskularne abnormalnosti i abnormalnosti lica, disfunkcija središnjeg živčanog sustava, uključujući mentalnu retardaciju. U posljednjim godinama stvoren je širi termin – fetalni alkoholni spektar poremećenja (Fetal alcohol spectrum disorder – FASD) koji obuhvaća veći opseg raznih štetnih učinaka alkohola na plod.²⁶ Od mogućih poremećaja najčešće se navodi da djeca pokazuju oštećenja fine i grube motoričke aktivnosti i oštećenu sposobnost govora. Stopa mortaliteta je oko 17%. U dobi od 7 godina 44% ove djece ima kvocijent inteligencije oko 80.²⁷

U SAD alkohol je vodeći uzrok mentalne retardacije. Posebno visoka učestalost fetalnog alkoholnog sindroma i spektra poremećaja utvrđeno je u istraživanjima u Seattleu i iznosi 9,1 na 1000 živorođene djece, a učestalost FAS-a u SAD iznosi oko 1% na sveukupni broj poroda.²⁸ Smatra se da prestankom uzimanja alkohola u trudnoći nema više opasnosti od njegovog štetnog djelovanja na plod.

Tijekom 90-ih godina prošlog stoljeća u mnogim zapadnim zemljama službeno je preporučeno da trudnice ne uzimaju alkohol. Ipak, informacija o mogućim štetnim učincima uzimanja alkohola za vrijeme trudnoće nije u korelaciji s razumijevanjem, a informacija i znanje nisu uvijek u skladu sa ženinim osobnim stavovima prema piću. Ispitujući stavove i znanje danskih trudnica o uzimanju alkohola tijekom trudnoće, putem razgovora prilikom prvog pregleda u prenatalnoj skrbi, utvrđeno je da 76% njih smatra da je tjedno uzimanje alkohola većinom prihvatljivo.²⁹ Ukupno 85% trudnica je smatralo da je opijanje štetno. Njihovi stavovi nisu bili u skladu sa znanjem dobivenim na osnovi službenih zdravstvenih preporuka glede uzimanja alkohola u trudnoći. O štetnosti uzimanja alkohola u trudnoći većina njih je saznala preko medija i obitelji, one smatraju da bi više informacija trebale dobiti od zdravstvenog osoblja. Samo 21% trudnica je bilo svjesno službenih zdravstvenih preporuka. Trećina trudnica je raspravljala o alkoholu s liječnikom opće prakse ili medicinskom sestrom koji su im većinom savjetovali da je uzimanje malo alkohola prihvatljivo.

Da bi dijagnosticirali problem uzimanja alkohola u trudnoći Koren i sur.²⁶ su putem upitnika bodovali sljedeća pitanja: koliko pića trudnica uzima (tri ili više) prije nego osjeti učinak alkohola; jesu li njezini bliski prijatelji i obitelj zabrinuti ili se tuže da je uzimala alkohol tijekom prošlih godina; je li ponekad uzimala piće odmah ujutro; je li ikada upozorena od strane prijatelja ili obitelji da je nešto rekla ili učinila dok je bila u pijanom stanju, a da se toga ne može sjetiti; je li ponekad osjećala potrebu da treba smanjiti uzimanje pića. Probir za uzimanje alkohola, dobiven na osnovi ovog upitnika, mogu potvrditi ili opovrgnuti markeri jetrenih enzima, kao npr. povišene vrijednosti gama glutamil transferaze.²⁶

Kvigne i sur.³⁰ ispitivali su karakteristike majki koje imaju djecu s fetalnim alkoholnim sindromom ili nekim obilježjima toga sindroma. Ispitivanjem je bilo obuhvaćeno razdoblje od 1981. do 1993. godine na temelju Internacionalne klasifikacije bolesti (Deveta revizija). Usporedili su majke koje su imale djecu s FAS-om ili nekim njegovim obilježjima s majkama čija djeca nisu imala znakove fetalnog alkoholnog sindroma. Sve majke su pretežno dosta pile. Uspoređujući 43 majke koje su imale djecu s fetalnim alkoholnim sindromom i 35 majki koje su imale djecu s nekim obilježjima toga sindroma s kontrolnom skupinom, one su bile starije, imale manji broj prenatalnih pregleda, veći broj trudnoća, više mentalnih zdravstvenih problema, više povreda, veći broj medicinskih problema povezanih s alkoholom, više su pile i češće se opijale. Također su utvrdili da djeca ispitivanih skupina imaju češće dizmorfiju lica, manje su porodne težine, imaju više disfunkcija središnjeg živčanog sustava, više problema s miškulaturom, češće su bila hospitalizirana zbog upale srednjeg uha, pneumonije, dehidracije i anemije. Djeca iz ispitivanih skupina češće su bila premješšana iz svog doma u centre za odgojanje, nego djeca iz kontrolne skupine.³¹

Rasprava

Nesporno je da nikotin i ostali sastojci duhana te alkoholna pića mogu uzrokovati određene patološke promjene tijekom trudnoće. S obzirom na to, trudnica treba biti adekvatno informirana o učincima istih, kako bi donijela odluku hoće li ili neće prekinuti s unošenjem ovih tvari u svoj organizam. Sukladno preporukama FIGO povjerenstva koje se rukovodi principom autonomije, žena ima pravo sama donositi odluke u svezi zdravstvene skrbi, s tim da joj trebaju biti dostupne sve informacije u svezi iste.³²

Neškodljivost i dobročinstvo osnovna su načela etike kojima je tradicionalno zaokupljeno zdravstvo još od doba Hipokrata. Dugo vremena su se u profesionalnoj etici u svezi skrbi za pacijente zanemarivala načela poštivanja autonomnosti i pravednosti, a čija je važnost po Beauchamp³³ posebno naglašena tijekom trudnoće. Međutim, Holm³⁴ ističe da se ova dva načela ne mogu jednako prenijeti u različita društva diljem svijeta, s obzirom da su izvedena iz američke opće moralnosti.

Neke teorije ne pozivaju se na načela već na pravila. Clouser i Gert³⁵ osporavaju neškodljivost i dobročinstvo kao posebna bioetička načela. Smatraju da iz dobročinstva ne proizlaze nikakve određene obveze, a iz neškodljivosti proizlaze samo pravila zabrane uzrokovanja zla i štete. Umjesto načela zagovaraju teoriju »Nepripranih pravila«, a osnovna 4 pravila su sljedeća: 1) ne ubij; 2) ne uzrokuje bol; 3) ne osakati; 4) ne liši užitka.

Beauchamp u suradnji s Childressom³³ smatra da teorija nepripranih pravila ne uspijeva otići mnogo dalje od teorije načela. Navodi da njihovo načelo neškodljivosti u biti sadrži četiri osnovna pravila Clousera i Gerta,³⁵ a to su: 1) ne ubij; 2) ne uzrokuje bol; 3) ne učini nesposobnim; 4) ne liši dobra. Drugim riječima, prema Beau-

champu i Childressu,³³ ove dvije teorije su u potpunosti sukladne, uz naglasak da se radi o profesionalnoj etici, a ne o općoj moralnoj teoriji.

Uspoređujući pravila koja zastupaju Clouser i Gert,³⁵ u odnosu na pravila unutar načela neškodljivosti Beauchampa i Childressa,³³ smatramo da je pogodnije definirati pravilo »ne lišiti dobra« od »ne lišiti užitka«. Naime, trudnicu je pogodnije lišiti ovisnosti od pušenja i alkohola – užitaka, pomažući joj da se odvikne od istih, a što ne znači da joj činimo loše, dok drugo značenje ima osporavanje nečijeg dobra.

U teoretskom rješavanju sukoba interesa između trudnice i ploda, osim koncepcije ploda kao pacijenta,^{36,37} što podrazumijeva da su majka i plod »dva entiteta«, neki autori navode modele:³⁸ jedno biće, dva odvojena bića i dva nerazdvojna bića. Prema Kurjaku i Kupešić³⁹ etičko značenje koncepcije ploda kao pacijenta, ovisi o vezama koje moraju biti uspostavljene kod ploda i njegove sposobnosti da kasnije dosegne svoj neovisni moralni status. Među ostalim, tu navodimo sposobnost za samostalni život, a to znači oko 24. tjedna života. Koncepcija da je plod pacijent ne podrazumijeva njegov neovisni moralni status, jer tek kao dijete, odnosno osoba može imati moralni status koji će mu omogućiti nezavisnost od drugih bića.³⁷

Trudnica ne podliježe nikakvoj obvezi da prema plodu treba postupati kao prema pacijentu. Ima pravo odbiti bilo koji medicinski zahvat u cilju poboljšanja zdravlja ploda. Međutim, mora biti upoznata s posljedicama istog zahvata.³⁸ Trudnica može prihvatiti koncepciju fetusa kao pacijenta. Shodno tome, potrebno joj je pokazati da izlaganjem ploda duhanu i alkoholu postoji mogućnost da ga »pretvori u budućeg pacijenta«. Dobra volja trudnica je nužna da bi prestala sa štetnim navikama. Smatramo da u takvim situacijama, uz stalnu edukaciju od strane zdravstvenog osoblja, treba provoditi i određeni oblik »etičke prisile«, na koju ukazuju Chervenak i McCullough.³⁷

Pravo na život i na smrt, kao najosnovnije ljudsko pravo, u prenatalnom razdoblju najčešće se povezuje s prekidom trudnoće.⁴⁰ Međutim, uz pravo na život postoji i pravo na zdravlje ploda koje trudnica svjesno ili nesvjesno može ugroziti. Značenje doktrine o autonomiji trudnica radikalno je umanjeno otkad su protiv njih pokrenuti sudski postupci, posebno kada svojim ponašanjem štetno djeluju na razvoj ploda. Na to ukazuju primjeri iz američke prakse. U posljednja dva desetljeća, preko 200 žena u 34 američke države kažnjeno je radi upotrebe alkohola ili opojnih droga u trudnoći. Odluku da se trudnica pošalje u zatvor, u jednom slučaju sudac je objasnio time da mu namjera nije bila kazniti ženu već zaštititi dijete.⁴¹ U slučaju Grodin protiv Grodin iz 1980. godine, djetetu je priznato pravo na naknadu štete zbog hendikepa nastalih »nemarnim ponašanjem« majke za vrijeme trudnoće.⁴² Takav pristup dovodi žene u situaciju da u trudnoći paze na dobrobit djeteta. Postavlja se pitanje standarda, poduzimanja odnosno propuštanja onih radnji kojima se direktno utječe na dobrobit djeteta.⁴² U

Massachusetts-u je donesena kaznena presuda radi uzimanja alkohola u trudnoći.⁴³ Trudnica je pretrpjela teške povrede u prometnoj nezgodi, te je došlo do pobačaja. Tužena je za nenamjerno ubojstvo ploda, jer je izazvala prometnu nezgodu u alkoholiziranom stanju. U drugom slučaju, u Wyoming-u trudnica je obavijestila policiju da ju je suprug fizički napao.⁴³ Pri tome je ona uhićena zbog zanemarivanja djeteta jer je bila u pijanom stanju. U mnogim drugim slučajevima žene su bile tužene zbog uzimanja zabranjenih lijekova ili opojnih droga tijekom trudnoće.

Pojavnost zloporabe tvari tijekom trudnoće potakla je brojne rasprave, osobito o liječenju, naspram kažnjavanju trudnica.⁴⁴ Treba li trudnicu koja uzima alkohol, duhan ili opojne droge tretirati kao kriminalku ili kao osobu koja pati od nekih bolesti koje zahtijevaju odgovarajuće liječenje? Postoje različiti stavovi koji su izrazito oprečni zbog čega je nemoguće provoditi jedinstvenu politiku, odnosno donijeti konsenzus. Armstrong⁴⁵ smatra da ženu koja uzima drogu ili alkohol tijekom trudnoće treba štititi, a ne kažnjavati, što se može argumentirati činjenicom da žene ovisnice imaju manje samopoštovanja, osjećaju veću tjeskobnost i u većem postotku imaju teže depresije nego muškarci ovisnici.⁴⁶

Kaznenopravni progon i zatvaranje trudnica ide u prilog socijalne odmazde, a ne ka dobrobiti djeteta. Ironija je da trudnica bude u zatvoru gdje je izložena nasilju, raznim bolestima, stresu, poniženjima, sramoti i emocionalnoj boli, a sve u ime zaštite ploda. Takvom politikom se ne sprječava zloporaba štetnih tvari među ženama već ih se kažnjava za kazneno djelo. Ako žene uvide da je zdravstvena skrb povezana s pravosudnim sustavom, izbjegavat će prenatalnu skrb. Takvoj politici se trebaju suprotstavljati sve liječničke udruge. U žene koja uzima štetne tvari u trudnoći, treba se zalagati za njezino zdravlje i dobrobit, uz očuvanje njezine autonomije i dostojanstva.⁴⁵ Shodno navedenom, treba sagledati ovisnost o ovim tvarima kroz prizmu psihosocijalnog zaleđa, otuđenosti, materijalne oskudice te doživljenim nasiljem (seksualnim, fizičkim i dr.).

Za razliku od modela koji se temelji na majčino fetalnom sukobu interesa, Harris⁴⁷ nudi alternativni model etike u trudnoći. U svojim razmatranjima primjenjuje moralne teorije koje se temelje na odnosu jednakosti. Model se primjenjuje kada postoji mogućnost nanošenja štete plodu (uzimanje štetnih tvari, odbijanje liječničkih savjeta) i usredotočuje se na zajedničke potrebe majke i ploda, a ne isključivo na potrebe svakog pojedinačno. Takav model omogućuje etičku podlogu za dekriminalizaciju majke i sprječava nanošenje štete plodu. Suočeni s etičkim dilemama, kliničari bi trebali razumjeti trudnice i njihove odluke te razmotriti kako osobno utječu na ishode koji se smatraju etičnima.

Zaključak

Pušenje u trudnoći, kao i uzimanje alkoholnih pića štetno je za plod i za majku. Tim štetnim navikama, koje majci pružaju užitak, plod se ne može oduprijeti.

Polazeći od činjenice da je većina žena motivirana da trudnoća ima dobar ishod, u prenatalnoj skrbi treba učiniti sve kako bi se omogućilo ostvarenje ovog cilja. Kažnjavanje trudnice nije u interesu ploda. Pravo je žene da nakon potpune objektivne i nepristrane informiranosti donese autonomnu odluku koju ona smatra najispravnijom.

Literatura

1. Fasouliotis SJ, Schenker JG. Maternal-fetal conflict. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;89:101–7.
2. Frković A, Hlača N. Prava majke i interesi ploda kao sukob interesa. *Gynaecol Perinatol* 2005;14:86–93.
3. Steinbock B. Maternal-fetal relationship. Ethical issues. U: Reich WT. (ur.). *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Simon & Schuster, MacMillan, 1995;1408–13.
4. Flagler E, Baylis F, Rodgers S. Bioethics for clinicians. 12 Ethical dilemmas that arise in the care of pregnant women: re-thinking »maternal-fetal conflict«. *CMAJ* 1997;156:1729–32.
5. <http://www.who.int/tobacco/media/en/Croatia.pdf>
6. England LJ, Kendrick JS, Gargiullo PM, Zahniser SC, Hannon WH. Measures of maternal tobacco exposure and infant birth weight at term. *Am J Epidemiol* 2001;153:954–60.
7. Habek D, Hodek B. Utjecaj pušenja na fetalnu dinamiku u ranoj trudnoći. *Gynaecol Perinatol* 1997;6:31–5.
8. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. Incidence of placental abruption in relation to cigarette smoking and hypertensive disorders during pregnancy: a meta-analysis of observational studies. *Obstet Gynecol* 1999;93:622–8.
9. Kallen K. Maternal smoking and congenital heart defects. *Eur J Epidemiol* 1999;15:731–7.
10. Ilijić M, Krpan M, Ivanišević M, Djelmiš J. Utjecaj pušenja tijekom trudnoće na rani i kasni razvoj djeteta. *Gynaecol Perinatol* 2006;15:30–6.
11. Latin V, Matijević R, Dukić V et al. Pušenje i trudnoća. *Medicina* 1997;33:35–9.
12. Frković A, Čuk Đ, Mamula O. Majčino pušenje i ishod trudnoće. *Gynaecol Perinatol* 2000;9:7–10.
13. Grgurić J, Pospiš M, Matinica M et al. Promjene učestalosti pušenja roditelja tijekom perinatalnog razdoblja: rezultati ELSPEC-a. *Gynaecol Perinatol* 2001;10:15–20.
14. Brown DC. Smoking cessation in pregnancy. *Can Fam Physician* 1996;42:102–5.
15. Clauson B, Cnattingius S, Axelsson O. Preterm and term births of small for gestational age infants: a population-based study of risk factors among nulliparous women. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:1011–7.
16. Wisborg K, Henriksen TB, Hedegaard M, Secher NJ. Smoking during pregnancy and preterm birth. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:800–5.
17. Vitoratos N, Botsis D, Grigoriou O et al. Smoking and preterm labor. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1997;24:220–2.
18. Nordentoft M, Lou HC, Hansen D et al. Intrauterine growth retardation and premature delivery. The effect of smoking and psychosocial factors. *Ugeskr Laeger* 1997;159:3393–400.
19. International Agency for Research on Cancer. IARC Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Lyon, France: Monogr Eval Carcinog Risks Hum. 2004:83.
20. De la Chica RA, Ribas I, Giraldo J, Egozcue J, Fuster C. Chromosomal instability in amniocytes from fetuses of mothers who smoke. *JAMA* 2005;293:1212–22.
21. DeMarini DM, Preston RJ. Smoking while pregnant. Transplacental mutagenesis of the fetus by tobacco smoke. *JAMA* 2005;293:1264–5.
22. Jacobson JL, Jacobson SW, Sokol RJ, Ager JW Jr. Relation of maternal age and pattern of pregnancy drinking to functionally significant cognitive deficit in infancy. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22:345–51.
23. Armstrong EM, Abel EL. Fetal alcohol syndrome: the origins of a moral panic. *Alcohol* 2000;35:276–82.
24. Burd L, Wilson H. Fetal, infant, and child mortality in a context of alcohol use. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2004;127:51–8.
25. Wattendorf DJ, Muenke M. Fetal alcohol spectrum disorders. *Am Fam Physician* 2005;72:279–82.
26. Koren G, Nulman I, Chudley AE, Loocke C. Fetal alcohol spectrum disorder. *CMAJ* 2003;169:1181–5.
27. Cunnigham FG, MacDonald PC, Gant FN. *Williams Obstetrics*. Norwalk, Connecticut/San Mateo, California: Appleton & Lange. 1989:567.
28. Sampson PD, Streissguth AP, Brockstein FL et al. Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcohol-related neurodevelopmental disorder. *Teratology* 1997;56:317–26.
29. Kesmodel U, Schioler Kesmodel P. Drinking during pregnancy: Attitudes and knowledge among pregnant Danish women, 1998. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26:1553–60.
30. Kvigne VL, Leonardson GR, Borzelleca J et al. Characteristics of mothers who have children with fetal alcohol syndrome or some characteristics of fetal alcohol syndrome. *J Am Board Fam Pract* 2003;16:296–303.
31. Kvigne VL, Leonardson GR, Neff-Smith M et al. Characteristics of children who have full or incomplete fetal alcohol syndrome. *J Pediatr* 2004;145:635–40.
32. Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology by the FIGO committee for ethical aspects of human reproduction and women's health. London: FIGO, 2003:11–2.
33. Beauchamp TL. Načela u bioetici. *Drus Istraz* 1996; 23–24:533–44.
34. Holm S. Not just autonomy – the principles of American biomedical ethics. *J Med Ethics* 1995;21:332–8.
35. Clouser KD, Gert B. A Critique of principlism. *J Med Philos* 1990;15:219–36.
36. Kurjak A, Kupešić S. Bioetika prenatalne dijagnostike i terapije. U: Kurjak A, Silobrčić V. (ur.). *Bioetika u teoriji i praksi*. Zagreb: Nakladni Zavod Globus, 2001:36–46.
37. Chervenak FA, McCullough LB. Ethical dimensions of fetal research. *J Obstet Gynecol Res* 2002;28:3–7.
38. Seymour JA. Pregnant woman's decision to decline treatment: How should the law respond? *J Law Med* 1994;2:27–37.
39. Kurjak A, Kupešić S. Bioetika prenatalne dijagnostike i terapije. U: Habek D (ur.). *Iz forenzične ginekologije i opstetricije*. Osijek: Gradska tiskara Osijek, 2003:88–94.
40. Dražančić A. Forenzični problemi u perinatologiji. *Gynaecol Perinatol* 2005;14(Suppl.2.):S1–10.
41. The Henry J. Family Foundation 2004. http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/print_report.cfm?DR_ID=2422&dr_cat=2.

42. Hlača N. Ogledi o pravnom statusu djeteta. Zbornik PFZ 1990;40:231–47.

43. Johnsen DE. Maternal-fetal relationship. Legal and regulatory issues. U: Encyclopedia of Bioethics. New York: Simon & Schuster/McMillan 1995:1413–18.

44. Lester BM, Andreozzi L, Appiah L. Substance use during pregnancy: time for policy to catch up with research. Harm Reduct J 2004;1:5.

45. Armstrong EM. Drug and alcohol use during pregnancy: we need to protect, not punish women. Women's Health Issues 2005;15:45–7.

46. Marčinko D, Hotujac Lj, Đorđević V et al. Substance and alcohol dependence in pregnancy. Alcoholism 2004;40:4045–60.

47. Harris LH. Rethinking maternal-fetal conflict: Gender and equality in perinatal ethics. Obstet Gynecol 2000;96:786–91.

Članak primljen: 24. 04. 2006.; prihvaćen: 20. 06. 2006.

Adresa autorice: Prof. dr. Aleksandra Frković, Strossmayerova 18, 51 000 Rijeka

**VIJESTI
NEWS**

XVIII FIGO WORLD CONGRESS OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS Kuala Lumpur, Malaysia, 5–10 November 2006

Keynote sessions: Embryonic stem cells – science, application and ethics • Can cervical cancer be prevented • An overview on maternal mortality

Plenary sessions: HIV/AIDS Pandemic • Urinary incontinence • Decline in human fertility: facts or phantasies • Reproduction in the postgenomic era • Diet and gynecological cancer • What is the role of lymphadenectomy in gynecological cancer • Preterm labour – current understanding of an old problem • Prevention of cerebral palsy – where we are?

Debate: Laparoscopy is an out-dated investigation for fertility • Hormone therapy does more harm than good in menopausal women • Caesarean delivery for all breech presentations – is this universally applicable?

Lectures on: Womens health issues including general gynaecology • Reproductive medicine • Gynaecology oncology • Maternal-fetal medicine

Informations: *Abstract submission:* Should be submitted by internet, E-mail or post. Deadline for receipt 8th March 2006. *Registration fees:* Participants before 15th June 625\$, after 15th June 750\$, on-site registration 850 USA \$, accompanying persons 150 USA \$. *More information:* Congress Secretariat, AOS Conventions & Events SDN BHD, Tel. +60 3 4252 9100, Fax +60 3 4257 1133, E-mail: consec@figo2006kl.com; www.figo2006kl.com

* * *



U prigodi 40. obljetnice osnutka Hrvatska liga protiv raka
u suradnji s KB »Sestre milosrdnice« iz Zagreba

priređuje

Znanstveni simpozij s međunarodnim sudjelovanjem

**DIJAGNOSTIKA I LIJEČENJE
RAKA DOJKE I VRATA MATERNICE**

6. i 7. listopada 2006. u Zagrebu u Hotelu Westin



POKROVITELJI: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske
Hrvatski liječnički zbor i Europsko društvo ginekoloških onkologa

ORGANIZATOR: Hrvatska liga protiv raka

SUORGANIZATORI: KB »Sestre milosrdnice« i O-Tours

PREDSJEDNIK ORGANIZACIJSKOG ODBORA: dr. sci. Damir Eljuga

KOTIZACIJA: sudionici 1000,00 kuna, a 1200,00 na licu mjesta,
za umirovljenike, specijalizante i medicinske sestre 500,00 kuna.

OBAVIJESTI I PRIJAVE: Sanja Suhić, O-tours, Gajeva 6, Zagreb,
tel. 492 1720, 483 1007, faks: 481 3010, mob 098/980 57 14,
e-mail: sanja.suhic@otours.hr, web: www.hlpr.hr