

TEMIDA  
Septembar 2014, str. 49-68  
ISSN: 1450-6637  
DOI: 10.2298/TEM1403049K  
Originalni naučni rad  
Priljeno: 2.6.2014.  
Odobreno za štampu: 1.9.2014.

## Rodne i društvene kontroverze vantelesne oplodnje u Srbiji – diskriminacija žena koje nisu rađale

KSENIJA KRIČKOVIĆ PELE\*  
KOSANA BEKER

**U**radu su prikazane rodne i društvene kontroverze u vezi sa upotrebom asistiranih reproduktivnih tehnologija u Srbiji i diskriminacijom žena koje nisu rađale. Osnovni ciljevi rada su kritička analiza fenomena novih reproduktivnih tehnologija, diskriminacije žena bez dece i kritička analiza zakonodavnog okvira kojim je regulisana biomedicinski potpomognuta oplodnja u Srbiji sa aspekta rodni studija i feminističke metodologije, kao i prikaz rezultata istraživanja diskriminacije žena koje nisu rađale. Primjenjene su istraživačke metode anketnog istraživanja i analize sadržaja. Anketa je sprovedena na uzorku od 50 žena koje su učestvovala u programu vantelesne oplodnje na Klinici za ginekologiju i akušerstvo u Novom Sadu, dok su, sa druge strane, analizirani propisi kojima je regulisana biomedicinski potpomognuta oplodnja u Srbiji. Rezultati pokazuju da su propisi kojima je regulisana biomedicinski potpomognuta oplodnja i uslovi za uključivanje u Program vantelesne oplodnje diskriminatorni, kao i da se žene koje su uključene u ovaj program osećaju diskriminisano, najčešće na poslu i u svom neposrednom okruženju. Zbog toga je potrebno promeniti propise kojima je ova oblast regulisana, dodatno raditi na otklanjanju diskriminacije žena koje nisu rađale i destigmatizaciji žena i parova koje/i ne mogu ili ne žele da imaju potomstvo.

**Ključne reči:** asistirane reproduktivne tehnologije, diskriminacija, feminizam, neplodnost, vantelesna oplodnja.

\* Ksenija Kričković Pele, diplomirana sociološkinja, master rodni studija ACIMSI–Centar za rodne studije Univerzitet u Novom Sadu, Klinički centar Vojvodine, Klinika za ginekologiju i akušerstvo u Novom Sadu. E-mail: ksenijapele@gmail.com.

Kosana Beker, doktorandkinja ACIMSI–Centar za rodne studije Univerzitet u Novom Sadu, pomoćnica Poverenice za zaštitu ravnopravnosti. E-mail: kosana@beker.rs.

## **Uvodna razmatranja**

Ideologija materinstva se vekovima konstituiše uz pomoć sistema patrijarhalne kulture, religije i dominantnih sistema vrednosti, morala i normi koji na taj način stvaraju i održavaju poželjni kulturni obrazac koji ženama ne daje mogućnost slobodnog izbora o (ne)rađanju. Alternative, kao što su neplodnost ili nerađanje kao lični izbor, izazivaju sažaljenje i/ili osudu okoline dok generacije žena sazrevaju sa idejom da poseduju materinski instinkt.

Ženama koje nisu uspevale da ostvare visoko vrednovan ideal materinstva, savremena tehnologija podarila je nadu i nametnula brojna etička, pravna, društveno-kulturološka i rodna pitanja u vezi sa asistiranim reproduktivnim tehnologijama. Pravo na (ne)rađanje i društveno (ne)priznavanje važnosti materinstva i resursa koje žena ulaže u porodicu bila su značajna pitanja za feminističke pokrete, nacionalne politike i zakonske regulative ovih oblasti.

Predmet rada su kritička analiza zakonodavnog okvira kojim je regulisana biomedicinski potpomognuta oplodnja u Srbiji sa aspekta rodnih studija i feminističke metodologije i prikaz rezultata istraživanja diskriminacija žena koje nisu rađale. U teorijskom delu rada prikazane su metode asistiranih reproduktivnih tehnologija iz oblasti humane reprodukcije i njihova feministička kritička analiza, te kratak istorijat primene ovih tehnologija u Srbiji. U drugom delu rada prikazani su rezultati istraživanja: analiza sadržaja zakonodavnog okvira i rezultati anketnog istraživanja o diskriminaciji u kojem je učestvovalo 50 žena koje su bile u postupku vantelesne oplodnje na Klinici za ginekologiju i akušerstvo Kliničkog centra Vojvodine u Novom Sadu.

## **Humana reprodukcija**

Fenomen humane reprodukcije spada u vrlo intimnu, privatnu sferu svake žene i muškarca. Ujedno, svako društvo kulturnim obrascima i zakonskom regulativom pokušava da normira sve faze reprodukcije, tako da intervencijom države, privatna sfera reprodukcije postaje javna a samim tim i (ne)rađanje postaje političko pitanje. Nasuprot tradicionalističko-fatalističkom, savremeni medicinski i rodno odgovoran diskurs planiranja porodice, nalaže proaktivan pristup u odnosu lekar/ka – pacijent/kinja u kojem postoje mogućnosti svesnog odlučivanja pri izboru (rađanje – da ili ne, više ili manje), delovanju i činjenju u smislu donošenja odluka o reprodukciji. Međutim, iako se rađa-

nje deteta smatra „prirodnim odgovorom“ na društveno očekivane roditeljske uloge i zrelo doba, takav ishod nije uvek i lako ostvariv za sve. Postupak *in vitro fertilizacije* (oplodnje van tela – IVF) je u ekspanziji od 25. jula 1978. godine kada je u Velikoj Britaniji objavljeno rođenje Lujze Braun, prve bebe začete van tela majke. Od 1980-ih godina prošlog veka tehnološki sofisticirane metode omogućavaju rađanje deteta koje je biološki povezano sa oba ili bar jednim od roditelja, kako heteroseksualnim, tako i homoseksualnim, transrodnim, transpolnim osobama, kao i ženama u postmenopauzi<sup>1</sup>.

### **Asistirane reproduktivne tehnologije – pravljenje beba u 21. veku**

Asistirane reproduktivne tehnologije (u daljem tekstu ART) podrazumevaju grupu terapijskih postupaka za lečenje neplodnih žena i parova koji nisu izlečeni jednostavnijim postupcima. ART su postupci lečenja koji podrazumevaju uzimanje jajne ćelije iz tela žene, njenu oplodnju u laboratorijskim uslovima (*in vitro*) i vraćanje oplođene jajne ćelije ili embriona u matericu nekoliko dana nakon oplodnje. Analizirajući proceduru, Sara Frenklin je primetila da je vantelesna oplodnja nazvana po jedinoj fazi postupka koja se obavlja van ženskog tela (Franklin, 1997: 105). Nakon nekoliko faza postupka, te prenosa embriona u matericu, prati se njegov razvoj, tj. čeka se rezultat vantelesne oplodnje. Ukoliko dođe do trudnoće, ona se razvija kao i svaka druga „prirodna trudnoća“. Uspeh vantelesne oplodnje značajno opada sa godinama starosti žene, a mogućnost pobačaja i drugih komplikacija raste.

Asistirane reproduktivne tehnologije unose promene u medicinski aspekt steriliteta, ali i duboko zadiru u društvene i kulturološke obrasce braka, partnerstva, roditeljskih uloga i rodnu ravnopravnost, pod uslovom da im zakon dopušta. Futuristička predviđanja po pitanju genetskog inženjeringa i kloniranja za neke autore su samo logične posledice asistirane tehnologije, jer i danas dete rođeno uz pomoć ART-a može da ima pet „roditelja“ (donatora sperme, donatorku jajne ćelije, surogat majku i par koji ga želi za sebe). Već danas, jednim klikom na internetu, ocenjujući profil, mogu se odabrati potencijalni donatori/ke sperme, jajne ćelije ili embriona, tj. surogat majka koja će

<sup>1</sup> Omkari Panvar, koja je 2008. godine rodila blizance u 70-oj godini, najstarija je žena koja je rodila sina i ćerku uz pomoć IVF. Da bi platili IVF, rasprodali su imovinu i podigli kredit da bi dobili sina (imaju dve odrasle ćerke i petoro unučića). Dostupno na: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/7491782.stm>, stranici pristupljeno 14.2.2014.

roditi dete. Procenjuje se da je do kraja 2012. godine u svetu rođeno oko 5 miliona IVF beba a da se svake godine uradi oko 1500000 vantelesnih oplodnji i rodi oko 350000 beba.<sup>2</sup>

## Feministička kritika novih reproduktivnih tehnologija

*„Medicinska dijagnoza je prosta biološka činjenica, ali njen ishod je proces međusobno isprepletanih bioloških, kulturnih i društvenih činilaca.“*

Kirsti Melterud

Raznolikost i značaj feminističke literature snažno je uticao na fenomene koje proizvodi ART, što otežava predstavljanje svih ovih stanovišta iz perspektive klasičnog, liberalnog, marksističkog, drugog ili trećeg talasa feminizma. Zato ćemo se fokusirati na centralne kategorije feminističkog diskursa umesto da govorimo o sličnostima, razlikama i eventualnim uticajima koji je imao neki od pravaca ili rad nekih autorki/autora.

Kritika istraživača/ica najčešće je usmerena na neodgovarajuću zdravstvenu zaštitu žena, tj. sve veću medikalizaciju ženskog reproduktivnog života: od menarhe preko steriliteta, perioda trudnoće, porođaja pa sve do postmenopauze. Feministička bioetika kritički analizira političke, ideološke i medicinske odluke u vezi sa reproduktivnim zdravljem i komercijalizaciju novih reproduktivnih tehnologija stavljajući ženu u centar analize (Dickinson, 2009). Istovremeno „feministička bioetika dekonstruiše centralne kategorije bioetike: opštost, autonomiju i poverenje“ (Drezgić, 2012: 31). Centralna tema bioetike su konflikti između državne kontrole nad rađanjem i ženinog prava da kontroliše svoje telo. Izazovima koji su donele ART na individualnom i društvenom nivou, započeti su novi diskursi i kontroverze po pitanju majčinstva, materinstva, podizanja dece, rodnih uloga, stereotipa i na privatnom i na globalnom nivou.

Kroz istoriju ženskih pokreta, tokom 1960-ih i 1970-ih godina, primećuje se jedinstvo u pogledu ženskog reproduktivnog zdravlja u vezi sa pitanjima kao što su sloboda odlučivanja o rađanju ili nerađanju, upotrebi pilule i legalizaciji abortusa (Parry, 2005). Međutim, 1980-ih i 1990-ih radikalne feminist-

---

<sup>2</sup> Evropsko udruženje za humanu reprodukciju i embriologiju, <http://www.eshre.eu/Press-Room/Press-releases-ESHRE-2012/5-million-babies.aspx>, stranici pristupljeno 8.1.2014.

kinje snažno kritikuju upotrebu novih reproduktivnih tehnologija ističući da one oduzimaju ženama kontrolu nad njihovim reproduktivnim mogućnostima jer je moć odlučivanja data u ruke medicini, kojom dominiraju muškarci lekari. Liberalne feministkinje veruju da žene imaju pravo i slobodu izbora u pogledu reprodukcije i mogućnost da svojim aktivizmom utiču na liberalnije zakonske regulative u ovoj oblasti i smanjivanje represije nad ženama. One se zalažu za pravo slobodnog izbora žena („Materica je moja!“) i za pomoć ženama koje žele da iskoriste pogodnosti novih tehnologija, stvaranjem udruženja, grupa podrške i slično. Međutim, obe ove struje su zabrinute za istu stvar: subordiniran položaj žene u društvu. Stoga, liberalne feministkinje smatraju da je dobra stvar želeći i imati decu pod uslovom da je to lična, autentična želja žene a ne rezultat pritiska socio-kulturnih obrazaca. Istovremeno se zalažu za destigmatizaciju žena koje nemaju ili ne žele da imaju decu, kao i za druge načine ostvarivanja roditeljstva, kao što su usvajanje ili rad sa decom. One smatraju da majke ipak uzimaju malo moći i za sebe, a istovremeno mogu da izbegnu mušku dominaciju nad njihovim telima i životima i dobiju dete uz pomoć anonimnog donatora.

S druge strane, jedan od najglasnijih radikalnih feminističkih pokreta je FINRRAGE (*Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering*)—internacionalna mreža feministkinja koje kritikuju razvoj reproduktivnih tehnologija i njihov poguban uticaj na žene. One smatraju da savremene tehnologije uključuju brojne oblike reproduktivnih kontrola nad ženama na dva osnovna načina: profertilni i antifertilni. Ženama širom sveta savetuje se da koriste štetna kontraceptivna sredstva, druge žene su subjekti eksperimentalnih metoda kao što su vantelesna oplodnja, štetni lekovi i invazivne hirurške metode, a sve u cilju kontrole rađanja putem ženskih potencijala.

Radikalni feminizam u osnovi posmatra ART kao savremeno tehnološko sredstvo za kontrolu nad ženskim telom pod okriljem pronatalitetnog patrijarhalnog koncepta. Tehnike ART su u stvari „tehnička popravka društvenog stanja neplodnosti više nego biološkog stanja infertiliteta“ (Crowe, 1990: 38). „Zahvaljujući“ ART-u, nastala je fragmentacija materinstva i majke su počele da se dele na „*ovarian mothers*“ (one koje obezbeđuju jajne ćelije), „*uterine mothers*“ (one koje iznesu trudnoću i porode se) i „*social mothers*“ (one koje odgajaju dete). Ovakva podela materinstva dovodi do toga da nove tehnologije odvajaju žene od sopstvenog tela i reprodukciju stavljaju na raspolaganje medicini, tehnologiji, farmaciji. Trgovina jajnim ćelijama, embrionima i matericama koja jača ekonomsku, rasnu i klasnu eksploataciju siromašnih i neobra-

zovanih žena postaje sve prisutnija i potvrđuje da je žensko telo „mašina za rađanje“, jer se odnosi društvene moći i dominacije neposredno nadovezuju na ženska tela (Thorsby, 2004: 60). Isto tako, ART nameću novi pritisak ženama da postanu majke jer obećavaju vrlo brzu i efikasnu metodu biranja načina i pola željenog broja dece (Neyer, Bernardi, 2011: 12).

### **Nacionalni program lečenja neplodnosti biomedicinski potpomognutom oplodnjom u Srbiji**

Srbija je brojnim aktima definisala podsticanje rađanja.<sup>3</sup> Bobom protiv „bele kuge“, protiv neplodnosti i zaštitom reproduktivnog zdravlja, kao strateškim ciljevima, politički utiče na reproduktivni potencijal žena a pojedinačnim programima i merama navedenim u ovim aktima definiše planove, koji za cilj imaju smanjivanje svih negativnih efekata koje donosi „izumiranje nacije“. Istraživačice feminističke orijentacije oštro kritikuju ove akte, naglašavajući nemogućnost njihovog sprovođenja, nerealna očekivanja i ukazuju na neostvarene mere populacione politike.

Jedna od mera pronatalitetno-populacione politike je i državno finansiranje biomedicinski potpomognute oplodnje kao pomoć parovima koji žele a ne mogu da ostvare potomstvo. U Srbiji se vantelesna oplodnja radi od kraja 1980-ih godina i uglavnom je bila usluga koju su parovi sami finansirali. Ministarstvo zdravlja je u oktobru 2006. godine pokrenulo program jednog besplatnog pokušaja vantelesne oplodnje za 1000 parova u Srbiji koji žele a ne mogu da imaju dete. Republika Srbija opredelila se za politiku podsticanja rađanja i iz budžeta Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu RFZO) počela da odvaja određena novčana sredstva za ovu namenu. Vantelesna oplodnja o trošku RFZO obavlja se u pet državnih zdravstvenih ustanova i košta u proseku oko 200000 dinara po pokušaju. Prema podacima Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, od početka programa VTO (vantelesna oplodnja) od januara 2007. do aprila 2013. godine, vantelesnu oplodnju je uradilo oko 7000 parova, ne računajući ponavljanja kod nekih parova. U tu svrhu RFZO izdvojio je preko 2,19 milijardi dinara. Iako ne postoje

---

<sup>3</sup> Strategija podsticanja rađanja (2008), Program demografskog razvoja AP Vojvodine sa merama za njegovo sprovođenje (2007), Nacionalna Strategije za poboljšanje položaja žena i unapređivanje ravnopravnosti polova (2009), Nacionalni program zdravstvene zaštite žena (2009), Zakon o finansijskoj podršci porodica sa decom (2013).

precizni podaci o broju rođene dece uz pomoć VTO, procena je da je do sada rođeno više od 1000 beba.<sup>4</sup>

Donet je i Zakon o lečenju neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognutog oplodjenja (BMPO)<sup>5</sup>, kojim je propisano šta je neplodnost, šta se podrazumeva pod postupkom utvrđivanja uzroka neplodnosti i krug lica koja imaju pravo na lečenje neplodnosti postupcima BMPO.

## **O istraživanju**

### *Cilj istraživanja*

Cilj istraživanja bio je dolaženje do saznanja o diskriminaciji žena koje se bore sa sterilitetom i kritička analiza zakonske regulative biomedicinski potpomognute oplodnje sa aspekta rodnih studija i feminističke metodologije. Pojedinačni ciljevi istraživanja su: istraživanje odnosa žena koje žele da postanu majke uz pomoć vantelesne oplodnje prema braku i deci, njihovi stavovi i etičke dileme u vezi sa lečenjem steriliteta i vantelesnom oplodnjom, te diskriminacija koju osećaju zbog toga što nemaju dece.

### *Istraživačke metode*

U cilju prikupljanja i analize podataka primenile smo istraživačke metode: anketno istraživanje i analizu sadržaja. Anketno istraživanje smo sprovele u cilju prikupljanja i obrade podataka o diskriminaciji žena koje nemaju dece a uključene su u program vantelesne oplodnje na Klinici za ginekologiju i akušerstvo Kliničkog centra Vojvodine<sup>6</sup>. Kvantitativne podatke iz anketnog istraživanja, prikupljene posebno sačinjenim upitnikom, obrađivale smo uz pomoć

<sup>4</sup> List Večernje novosti, <http://www.novosti.rs/vesti/naslovna/društvo/aktuelno.290.html:456272-Epruvete-nam-dale-cak-1000-beba>, stranici pristupljeno 8.2.2014.

<sup>5</sup> Službeni glasnik RS, br. 72/2009.

<sup>6</sup> Klinika za ginekologiju i akušerstvo KC Vojvodine u Novom Sadu, kao metodu lečenja steriliteta, sprovodi postupak vantelesne oplodnje od 1989. godine. Do 2006. godine metode biomedicinski potpomognutog oplodjenja (BMPO) su primenjivane pretežno sporadično, sa većim pauzama u radu, usled nedostatka sredstava a od 2007. godine Novi Sad postaje referentni centar za područje Vojvodine za Nacionalni program BMPO koji finansira Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. U cilju sporovođenja naučno-istraživačkog rada dobile smo saglasnost za istraživanje od Etičkog odbora Kliničkog centra Vojvodine.

deskriptivnih statističkih metoda, a kvalitativne (odgovori na pitanja otvorenog tipa) metodom analize sadržaja.

Metod feminističke analize sadržaja primenjen je na drugi izvor podataka, odnosno na deo istraživanja koji se odnosi na zakonske propise kojima je regulisana biomedicinski potpomognuta oplodnja u Srbiji. Analizirani su Zakon o BMPO i Uslovi za uključivanje u Program VTO koje je propisala Republička stručna komisija Ministarstva zdravlja za vantelesnu oplodnju i asistiranu reprodukciju, s obzirom da su to dva najvažnija dokumenta kojima je regulisano pravo na vantelesnu oplodnju, kao i uslovi za uključivanje u program.

## **Metodologija anketnog istraživanja**

Primarni korpus podataka u ovom istraživanju čini 50 upitnika žena koje nemaju dece a koje su bile uključene u program vantelesne oplodnje na Klinici za ginekologiju i akušerstvo KC Vojvodine u Novom Sadu. Sekundarni izvor podataka za istraživanje čine: Zakon o BMPO i Uslovi za uključivanje u Program VTO Republičke stručne komisije Ministarstva zdravlja za vantelesnu oplodnju i asistiranu reprodukciju.

Anketa je sprovedena u periodu od novembra 2013. do marta 2014. godine na Klinici za ginekologiju i akušerstvo Kliničkog centra Vojvodine u Novom Sadu. Ispitanice su popunjavale upitnik u toku različitih faza programa, najčešće u vreme hospitalizacije radi aspiracije jajnih ćelija i na dan embrio transfera, na kraju ciklusa. Ispitanice su upitnike popunjavale u bolesničkim sobama, pošto su prethodno usmeno informisane o istraživanju i nakon davanja pisanog pristanka za učestvovanje u istraživanju.<sup>7</sup> Tokom ispitivanja četiri pacijentkinje su odbile da učestvuju.

### *Instrument za prikupljanje podataka*

U cilju prikupljanja podataka sačinile smo poseban upitnik od 28 pitanja. Prva grupa pitanja se odnosi na opšte sociodemografske podatke i pitanja o odnosima u braku. Sledeća grupa pitanja odnosi se na informacije o lečenju steriliteta, o prethodnim pokušajima vantelesne oplodnje i stavovima veza-

---

<sup>7</sup> Iskreno zahvaljujemo ženama koje su, pored toga što su bile pacijentkinje, svesrdno pristajale da budu i ispitanice i učestvuju u istraživanju na temu neplodnosti i diskriminacije žena u Srbiji.



nim za postupak. Poslednja grupa pitanja otvorenog tipa odnosi se na socijalni aspekt steriliteta – diskriminaciju.

## **Rezultati i diskusija**

Rezultate istraživanja ćemo predstaviti parcijalno s obzirom na to da smo u radu primenile dve istraživačke metode. Rezultati anketnog istraživanja će biti predstavljeni u prvom delu dok će rezultati analize zakonodavnog okvira o BMPO biti predstavljeni u drugom delu ovog odeljka.

### *Rezultati anketnog istraživanja*

#### a) Opšte sociodemografske karakteristike ispitanica

Prema rezultatima sprovedenog anketnog istraživanja, prosečna ispitanica koja je uključena u program vantelesne oplodnje ima 34 godine. Većina ispitanica stanuje u gradu (68%) i ima završenu srednju četvorogodišnju školu (38%). Podatak da više i visoko obrazovanje, i neki oblik postdiplomskih studija, ima 42% ispitanica, govori u prilog tendenciji da žene u Srbiji odlažu sklapanje braka i roditeljstvo za period nakon školovanja i zaposlenja. Ukupno 62% ispitanica je zaposleno (17 u državnom i 14 u privatnom sektoru), a svoje materijalno stanje većina ispitanica procenjuje kao prosečno (58%). Ukupno 82% ispitanica je pravoslavne veroispovesti, 12% katoličke, jedna ispitanica se izjasnila kao pripadnica evangelističke veroispovesti, dok se jedna izjasnila da nije vernica. Srpske nacionalnosti je 80% ispitanica, 10% je mađarske, dok su po 4% hrvatske i slovačke nacionalnosti.

#### b) Odnos prema braku i deci

Ispitanica je u braku/vezi sa partnerom u proseku 6,88 godina. Najkraće su dvogodišnje veze (5), a najduža 15 godina (1). Od ispitanica je traženo da ocene kvalitet partnerskih odnosa na skali 1–9. Prosek zadovoljstva partnerskim odnosima veoma je visok i iznosi 7,36. Ukupno 48% ispitanica smatra da im se odnosi nisu promenili od kada su se suočili sa problemom steriliteta,

24% da su se pogoršali, 18% nije moglo da proceni, a 10% smatra da su se odnosi poboljšali.<sup>8</sup>

Ukupno 22 ispitanice (44%) smatraju da je idealan broj dece dvoje i to različitog pola. Dva dečaka i jednu devojčicu najpoželjnijim smatra 24% ispitanica. Četvoro dece idealnim smatraju dve ispitanice, a jedno dete njih četiri.

Vrednovanje važnosti rođenja deteta za ispitanicu i partnera ponuđeno je na skali 1–5. S obzirom na to da psiholozi smatraju da je jedan od najvažnijih preduslova za stabilnost partnerske zajednice zajednička odluka o rađanju dece, ovo pitanje pokazuje važan uticaj steriliteta i njegovog lečenja na kvalitet partnerskih odnosa. Ukupno 66% ispitanica je odgovorilo da im je veoma važno da se rodi dete, 32% smatra da je važno, a srednje je važno samo jednoj ispitanici (10 godina u braku, ovo je četvrta VTO na inicijativu partnera). Ukupno 58% ispitanica smatra da je njihovim partnerima veoma važno da dobiju dete, 38% misli da im je važno, a srednje važno 4%.

### c) Stavovi o vantelesnoj oplodnji

Ispitanice su u programu vantelesne oplodnje najčešće na predlog lekara (52%), te na ličnu inicijativu (34%). 10% ispitanica smatra da je odluka o postupku VTO doneta zajednički, a 4% su u programu na predlog partnera. Iako statistike govore da je uzrok steriliteta podjednako podeljen između žena i muškaraca, 32 (64%) ispitanice su odgovorile da one imaju problema sa začećem, a njih 10 (20%) da je uzrok neplodnosti subfertilnost partnera. Kod njih šest (12%) uzrok nemogućnosti začeća nije otkriven. U slučaju dva para, oba partnera imaju probleme. Vantelesna oplodnja za prosečnu ispitanicu je veoma stresna (94%) i komplikovana (86%) metoda, ali je nije stid što pokušava da postane majka na taj način i veoma veruje u uspeh biomedicine. Ne brinu je eventualna štetnost, rizici po zdravstveno stanje i nus pojave postupka niti lekova. Oko 80% ispitanica veruje da će uspeti da zatrudni i rodi zdravo dete, a statistika Evropskog udruženja za humanu reprodukciju i embriologiju pokazuje da se ovaj procenat kreće od 30–50%.

---

<sup>8</sup> Prosečna starost prvorođene u Srbiji je 27,5 godina (RZS, 2012). Ovaj podatak se slaže sa prosečnom starošću žena iz ispitivane grupe.

#### d) Etičke dileme

Prosečna ispitanica ima pozitivan stav prema tehnologijama asistirane oplodnje, ali bez uključivanja trećih lica u proces reprodukcije. Želi dete sa svojim partnerom. Na pitanje da li bi pristale na donaciju jajnih ćelija u postupku VTO, 16% ispitanica je odgovorilo potvrdno. Svega 4–6% ispitanica bi pristalo na donaciju semenih ćelija poznatog ili nepoznatog muškarca. Najviše odričnih odgovora (65%) dobila je donacija sperme nepoznatog muškarca. Surogat trudnoću bi ugovorilo 14% žena a isto toliko ispitanica bi pristalo na donaciju sperme (kod svih je zabeležena subfertilnost partnera).

„Etičke dileme su pre svega usmerene u intimnom razjašnjavanju odnosa okoline prema njoj, neizvesnost i zbog budućeg odnosa supruga prema njejoj trudnoći, zabrinutosti za ishod trudnoće, kao i njenog, a pre svega suprugovog, odnosa prema detetu koje će biti rođeno“ (Bujas, 1994: 114).

#### e) Diskriminacija

Etičke dileme žena iz 1990-ih koje je zabeležio Bujas aktuelne su i danas. Diskriminacija žena koje nemaju decu proizlazi iz duboko ukorenjenih patrijarhalnih kulturnih obrazaca i stereotipa o društveno očekivanim rodnim ulogama žena i postojanja mita o univerzalnom „materinskom instinktu“. U tradicionalnim društvima, alternative kao što su neplodnost ili nerađanje kao lični izbor, izazivaju sažaljenje i/ili osudu okoline jer u okviru diskursa obavezujućeg materinstva postoje samo diskursi o dobroj i lošoj majci, kao i diskurs o ženi nerotkinji (Radulović, 2008: 160). Dobru majku društvo nagrađuje, a lošu (majka tinejdžerka, majka starija žena, samohrana majka i majka lezbejka) sankcioniše i postavlja na dno hijerarhije majčinstva (Jonston, Swanson, 2003: 22). Neplodnu ženu, koja se nalazi na dnu hijerarhijske lestvice u sistemu srodstva, okolina sažaljeva i osuđuje, poslodavac diskriminiše, dok država finansira njeno lečenje u cilju rehabilitacije rađanja pod određenim uslovima.

Prosečna ispitanica u našem istraživanju smatra da je položaj nerotkinje u našem društvu loš, da su manje vredne. Često o nerotkinjama piše u drugom licu, a diskriminaciju oseća i na poslu i u okruženju. Na pitanja otvorenog tipa o diskriminaciji odgovorilo je 20 (40%) ispitanica. Njihovi odgovori predstavljaju dragocene podatke o diskriminaciji. Jedanaest ispitanica navodi da osećaju diskriminaciju na radnom mestu, a devet u svom neposrednom okruženju.

Ispitanice koje su u radnom odnosu navode brojne primere diskriminacije od strane poslodavaca sa jedne strane i kolega/nica sa druge strane zbog toga što nemaju decu. Poslodavci ih dodatno angažuju, u vidu prekovremenog rada i rada vikendom i praznicima, a kolege koje imaju potomstvo, podrazumevaju povlastice zbog toga. U vezi sa diskriminacijom u neposrednom okruženju navode ljubopitljivost u vezi sa rađanjem, sterilitetom, lečenjem, sažaljenje i neuvažavanje njihovog mišljenja u vezi sa odgojem dece.

Primeri diskriminacija na radnom mestu:

- Na poslu, zbog nerazumevanja i namernog emotivnog povređivanja (36, državni sektor);
- Na poslu sam radila duže, i subotom za razliku od žena koje imaju malu decu (35, nezaposlena);
- U obliku neukusnih komentara kolega u preduzeću u kojem sam radila (34, privatni sektor);
- Radim u KC Srbije i unazad par godina me boli što kada pretpostavljeni pravi raspored za praznike, žene koje imaju decu su slobodne dok ja godinama nemam decu i radim za sve praznike (35, državni sektor);
- I ja leti treba da idem na more i u banju (33, privatno preduzeće);
- Često na poslu, pošto nemam decu uvek misle da mogu da radim prekovremeno (33, državni sektor);
- Na poslu su predrasude oko parova koji nemaju dece, komentari, jadni oni nemaju dece (36, državni sektor);
- Na poslu sam često dobijala zaduženja, koja drugi nisu imali, jer imaju obaveze oko dece a ja ih nemam. A i ljudi u razgovoru često znaju da provuku opasku kako je nama lako i nemamo briga jer nemamo ni dece (36, državni sektor);
- Javno ne, u kolektivu za planiranje godišnjeg, kada su paketići za decu, komentari možda je dobro što nemaš ovakvih briga oko dece (37, državni sektor).

Primeri diskriminacije u neposrednom okruženju:

- U komšiluku svi imaju decu koja se igraju na ulici, sve žene me žale (40 god, 15 godina u braku);
- Da, od strane suprugove porodice (36 god, 3 VTO, 10 godina u braku);
- Previše pitanja, sažaljenje (37 god, 7 godina u braku);
- Osećam se inferiorno kad me pitaju zašto nemate dece (37 god, 15 u braku);

- Situacije kada vas drugi ljudi ne razmišljajući povrede rečima (32 god, 14 u braku);
- Više je to lični osećaj u okruženju u kome je materinstvo tema (33 god, 4 u braku);
- Kada se komentariše vaspitavanje dece – ne prihvata se moje mišljenje (36 god, 6 u braku);
- Kada smo u društvu svi uglavnom imaju decu, ne usuđujem se ništa reći jer mi se odmah dobaci „šta ti znaš, još nemaš decu, još nemaš taj osećaj, videćeš kad rodiš“ (30 god, 7 u braku);
- Zato što ljudi tvrde da nisam sposobna da shvatim ozbiljnost obaveze i da ne znam šta je prava ljubav i briga (32 god, 4 u braku).

### *Rezultati analize zakonodavnog okvira BMPO*

Ustavom Republike Srbije<sup>9</sup> propisano je da svako ima pravo da slobodno odluči o rađanju dece<sup>10</sup>, a Republika Srbija podstiče roditelje da se odluče na rađanje dece i pomaže im u tome<sup>11</sup>. Dakle, svaki pojedinac i pojedinka imaju ustavno pravo da slobodno odluče o rađanju<sup>12</sup>, a država se jasno opredelila za pronatalnu politiku usmerenu ka roditeljima. Zbog toga je, između ostalih mera, Republika Srbija donela Zakon o lečenju neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognute oplodnje<sup>13</sup>. Odredbom člana 26, stav 1 Zakona o BMPO propisano je da pravo na lečenje neplodnosti postupcima BMPO imaju punoletna i poslovno sposobna žena i muškarac koji vode zajednički život, u skladu sa zakonom kojim se uređuju porodični odnosi (supružnici, odnosno vanbračni partneri) i koji su, s obzirom na godine života i opšte zdravstveno stanje, sposobni da vrše roditeljsku dužnost i koji su u takvom psiho-socijalnom stanju na osnovu kojeg se opravdano može očekivati da će biti sposobni da obavljaju roditeljske dužnosti, u interesu deteta. Zajednica života mora

<sup>9</sup> Službeni glasnik RS, br. 98/2006.

<sup>10</sup> Član 63, stav 1.

<sup>11</sup> Član 63, stav 2.

<sup>12</sup> Treba imati u vidu da je odredbom člana 5, stav 1 Porodičnog zakona (Službeni glasnik RS, br. 18/2005 i 75/2011) propisano da žena slobodno odlučuje o rađanju, dok je Ustavom RS ovo pravo priznato svakome.

<sup>13</sup> Službeni glasnik RS, br. 72/2009.

postojati u momentu unošenja polnih ćelija, odnosno embriona u telo žene<sup>14</sup>. Propisano je i da, izuzetno, pravo na lečenje postupcima BMPO<sup>15</sup> ima i punoletna i poslovno sposobna žena koja sama živi i ispunjava propisane uslove, uz sporazumnu saglasnost ministra nadležnog za poslove zdravlja i ministra nadležnog za porodične odnose, ako za to postoje naročito opravdani razlozi. Ovim zakonom je zabranjeno u postupak BMPO uključiti ženu koja po godinama života i opštem zdravstvenom stanju nije sposobna da rađa, odnosno, koja je u „starosnom dobu koje nije primereno za rađanje“<sup>16</sup>.

Analiza ovih odredaba pokazuje očiglednu nameru zakonodavca da pravo na lečenje neplodnosti BMPO omogući parovima – muškarcima i ženama koji vode zajednički život. Imajući u vidu da Ustav RS propisuje da pravo na slobodno odlučivanje o rađanju ima svako, ne iznenađuje da se ovim zakonom ta odredba operacionalizuje na način da se pravo na BMPO priznaje ženama i muškarcima. Međutim, veoma je problematično određivanje da ovo pravo imaju samo parovi (bračni i vanbračni) koji zajedno žive, s obzirom da želja za potomstvom nije u vezi sa postojanjem zajednice života. Nadalje, propisano je da ovo pravo imaju parovi koji su, s obzirom na godine života i opšte zdravstveno stanje, sposobni da vrše roditeljsku dužnost i koji su u takvom psiho-socijalnom stanju na osnovu kojeg se opravdano može očekivati da će biti sposobni da obavljaju roditeljske dužnosti, u interesu deteta. Na ovaj način se žene i muškarci koji ne mogu na drugi način da dobiju potomstvo, stavljaju u neravnopravan položaj u odnosu na druge žene i muškarce, s obzirom da im se pravo na slobodno odlučivanje o rađanju ograničava, i to vrlo neprecizno. Naime, osim što takva ograničenja ne postoje (i ne mogu postojati) za druge roditelje, nejasno je ko će, na koji način i u kom postupku procenjivati uticaj starosnog doba i zdravstvenog stanja žene i muškarca na njihovu sposobnost vršenja roditeljske dužnosti, kao i procenu psiho-socijalnog stanja. Odredbe ovog zakona su diskriminatorne i prema ženama koje žive same, bez obzira na razlog (nemaju partnera, ne žele da žive u vezi, ne žive u heteroseksualnoj zajednici i sl), kojima je pravo na lečenje neplodnosti BMPO priznato samo izuzetno, uz saglasnost dva ministra, ako za to postoje naročito opravdani razlozi. Naime, nejasno je zašto je ovo pravo priznato samo izuzetno, kao i koji su to naročito opravdani razlozi za ostvarivanje ovog prava. Autorkama

---

<sup>14</sup> Član 26, stav 2 Zakona BMPO.

<sup>15</sup> Član 26, stav 3.

<sup>16</sup> Član 26, stav 4.

ovog teksta nije poznato da je do sada bilo koja žena koja živi sama uspjela da ostvari ovo pravo, ali se nedvosmisleno može zaključiti da je veoma otežano i da će sigurno odvratiti mnoge žene od pokušaja ostvarivanja prava na lečenje neplodnosti BMPO. S druge strane, potrebno je još jednom naglasiti da pravo na slobodno odlučivanje o rađanju ne bi smelo da bude ograničeno, kao i da želja za sopstvenim potomstvom nije nužno povezana sa partnerskim odnosom, sa zajednicom života, niti sa bračnim statusom.

Ministarstvo zdravlja je obrazovalo Republičku stručnu komisiju za vantelesnu oplodnju i asistiranu reprodukciju, koja je zadužena za propisivanje stručnih kriterijuma na osnovu kojih će se obezbediti ostvarivanje prava na vantelesnu oplodnju, kao prava na lečenje steriliteta na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja. Komisija je najpre utvrdila Uslove za uključivanje u Program vantelesne oplodnje i propisala, između ostalog, da ovo pravo mogu da ostvare žene koje nisu rađale ili nemaju žive dece do 38. godine života. Brojna udruženja i pojedinci/ke tražili su promenu Uslova za uključivanje u Program vantelesne oplodnje, ukazujući Ministarstvu zdravlja da su ovako propisani kriterijumi očigledno diskriminatorni, i to iz nekoliko razloga: neravnopravan položaj žena koje su rađale u odnosu na žene koje nisu rađale, neravnopravan položaj muškaraca u odnosu na to da li su im partnerke prethodno rađale ili nisu, kao i određivanje starosnog doba žene. Pritisci su bili delimično uspešni, pa je Ministarstvo zdravlja promenilo uslove uključivanja za program vantelesne oplodnje 2011. godine i pomerilo starosnu granicu za žene sa 38 na 40 godina, a ujedno je omogućen i drugi besplatni pokušaj vantelesne oplodnje. Međutim, ovo pravo i dalje ne može da ostvari žena koja ima svoje genetsko potomstvo iz ranije partnerske zajednice, sa novim partnerom koji nema sopstveno genetsko potomstvo, a sa kojim na drugačiji način nije mogla da rodi dete, uz obrazloženje RFZO da ne postoje dovoljna finansijska sredstva.

Poverenica za zaštitu ravnopravnosti je u mišljenju sa preporukom br. 1583 od 20. decembra 2011. godine<sup>17</sup>, utvrdila da su diskriminatorni kriterijumi koje je utvrdila Republička stručna komisija Ministarstva zdravlja za vantelesnu oplodnju i asistiranu reprodukciju za uključivanje u Program vantelesne oplodnje. Naime, propisani su sledeći kriterijumi (indikacije), koji moraju biti ispunjeni kumulativno<sup>18</sup>: 1) žene koje imaju neplodnost i pored odgovaraju-

<sup>17</sup> Poverenik za zaštitu ravnopravnosti, dostupno na: [www.ravnopravnost.gov.rs](http://www.ravnopravnost.gov.rs), stranici pristupljeno 30.1.2014.

<sup>18</sup> Republički fond za zdravstveno osiguranje, <http://www.rzzo.rs/download/Vantelesna.pdf>, stranici pristupljeno 2.2.2014.

ćeg lečenja, 2) žene koje nisu rađale ili nemaju žive dece, 3) žene do napunjenih 40 godina u momentu dobijanja odluke o ispunjenosti uslova za uključivanje u proces vantelesne oplodnje, 4) očuvana funkcija jajnika, 5) normalni indeks telesne mase (manji od 30), i 6) svi oblici subfertilnosti muškarca, uz postojanje živih ili morfološki ispravnih spermatozoida u ejakulatu.

U obrazloženju je navedeno da propisani kriterijumi odražavaju opštu tendenciju države po pitanju politike BMPO. Neki od propisanih kriterijuma jesu medicinske prirode, ali na primer, kriterijum propisan tačkom 2 da žena nije rađala i da nema žive dece, nije medicinske prirode i njegova dosledna primena dovodi do diskriminacije jedne kategorije muškaraca – onih koji nemaju sopstveno potomstvo, a u zajednici su sa ženom koja ima svoje sopstveno potomstvo iz neke prethodne zajednice. Naime, ukoliko muškarac ima sopstveno potomstvo, a u novoj je zajednici sa ženom koja nema svoje potomstvo, ovom paru će biti omogućeno uključivanje u Program VTO, uz ispunjavanje ostalih propisanih uslova, dok će par kod kojeg muškarac nema svoje potomstvo, a njegova partnerka ima, biti isključen iz Programa VTO iako ispunjava sve druge propisane kriterijume. Poverenica za zaštitu ravnopravnosti je konstatovala da nema objektivnog i razumnog opravdanja da se kriterijum propisan tačkom 2 odnosi samo na žene, kao ni da se isključuju parovi kod kojih žena ima potomstvo iz prethodnih zajednica, s obzirom da želja za potomstvom nije uslovljena polom, odnosno, ne može se pretpostavljati da je ženama važnije da imaju sopstveno potomstvo. Dodatno, potrebno je izmeniti kriterijum iz tačke 3 koji se odnosi na gornju starosnu granicu za žene, odnosno, pomeriti što je više moguće, s obzirom na trenutni društveni kontekst – nizak natalitet, starenje stanovništva, sve kasnije stupanje u bračne i vanbračne zajednice, sve kasnije rađanje prvog deteta i slično.

## **Zaključak**

Biti neplodna žena u Srbiji donosi brojne negativne socijalne i psihološke posledice a diskriminacija žena manifestuje se u različitim oblastima društvenog života. Iskustvo ispitanica pokazuje da žene koje nemaju potomstvo osećaju višestruku diskriminaciju – i na radnom mestu i u neposrednom okruženju. Komercijalizacija vantelesne oplodnje putem medija podstiče rodni stereotip da sve žene imaju univerzalni majčinski instinkt i da mogu da postanu majke uprkos godinama, zdravstvenom stanju i životnom stilu.



U Srbiji je upotreba asistiranih reproduktivnih tehnologija regulisana Zakonom o BMPO na tradicionalan i patrijarhalan način za razliku od zemalja u kojima su dozvoljene donacije (sperme, jajnih ćelija, embriona), postoji surogat materinstvo, ART se koriste kod istopolnih partnerskih zajednica i kod žena bez partnera (Kovaček-Stanić, 2010; Bordaš, 2012; Kandić-Popović, 2012). Država se nedvosmisleno zalaže za pronatalnu populacionu politiku, ali ujedno propisuje poželjne načine i modele za njeno ostvarivanje. Propisi kojima je BMPO regulisana su diskriminatorni i zbog toga ih je potrebno menjati, kao jedan od važnih koraka ka poboljšanju položaja ove grupe žena.

Veoma je značajno da žene i njihovi partneri, koji su odlučili da pokušaju da se ostvare u roditeljskim ulogama uz pomoć modernih tehnologija, budu edukovani o svim aspektima vantelesne oplodnje, ali i o alternativnim načinima formiranja porodice, što će doprineti promeni diskursa neplodnosti i destigmatizaciji žena koje nisu majke iz bilo kog razloga.

## Literatura

Bordaš B. (2011) Pitanja biomedicinski potpomognutog oplodjenja pred evropskim Sudom za ljudska prava. *Zbornik radova Pravnog fakulteta*, 3, str. 313–333.

Bujas. M. (1994) Etički problemi trudnoće i porođaja nakon lečenja steriliteta metodama asistirane reprodukcije. U: N. Bregun Dragić, J. Milin (ur.): *Etički stavovi u perinatologiji*, Novi Sad: Medicinski fakultet, str. 112–117.

Crowe, C. (1990) Whose Mind over Whose Matter? Women, in Vitro Fertilization and the Development of Scientific Knowledge. U: M. McNeil, I. Varcoe, S. Yearley (ur.) *The New Reproductive Technologies*. London: McMillan, str. 68–75.

Drezgić, R. (2012) O susretu feminizma i bioetike. *Filozofija i društvo*, 4, str. 19–31.

Franklin, S. (1997) *Embodied Progress: A Cultural Account of Assisted Conception*. London: Routledge.

Johnston D., Swanson D. (2003) Invisible Mothers: A Content Analysis of Motherhood Ideologies and Myths in Magazines. *Sex Roles*, 1–2, str. 21–33.

Kovaček Stanić, G. (2010) Porodičnopravni aspekt biomedicinski potpomognutog oplodjenja u pravu Srbije i Evrope. *Zbornik Matice srpske za društvene nauke*, 131, str. 415–430.

Kandić-Popović, Z. (2012) Surogat materinstvo u srpskom pravu—de lege lata i de lege ferenda. *Revija za kriminologiju i krivično pravo*, 1–2, str. 189–204.

Parry, D. (2005) Women's Experiences with Infertility: Exploring the Outcome of Empowerment. *Womens Studies*, 34, str. 191–211.

Porodični zakon, Službeni glasnik RS, br. 18/2005 i 75/2010.

Poverenik za zaštitu ravnopravnosti, Mišljenje broj 213/2011 od 20.12.2011.

Radulović, L. (2008) Dekonstrukcija diskursa materinstva na osnovu religijsko-magijske prakse. *Etnoantropološki problemi* 1, str. 160–176.

Republički zavod za statistiku (2012) *Demografska statistika*. Beograd: Autor.

Throsby, K., Gill, R. (2004) "It's Different for Men": Masculinity and IVF [online]. *Men and Masculinities*, 4, str. 330–348.

Ustav Republike Srbije, Službeni glasnik RS, br. 98/2006.

Zakon o lečenju neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognutog oplodjenja, Službeni glasnik RS, br. 72/2009.

## Internet izvori

BBC, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/7491782.stm>, stranici pristupljeno 14.2.2014.

Dickenson, D. L. (2009) Feminist Perspectives on Human Genetics and Reproductive Technologies. Dostupno na: <http://www.els.net>, stranici pristupljeno 8.11.2013.

Evropsko udruženje za humanu reprodukciju i embriologiju, <http://www.eshre.eu/Press-Room/Press-releases/Press-releases-ESHRE-2012/5-million-babies.aspx>, stranici pristupljeno 8.1.2014.

List Večernje novosti, dostupno na: <http://www.novosti.rs/vesti/naslovna/drustvo/aktuelno.290.html:456272-Epruvete-nam-dale-cak-1000-beba>, stranici pristupljeno 8.2.2014. godine.

Neyer, G, Bernardi, L. (2011) Feminist Perspectives on Motherhood and Reproduction. *Stockholm Research Reports in Demography* (3), dostupno na [www.suda.su.se](http://www.suda.su.se), stranici pristupljeno 8.3.2014.

Poverenik za zaštitu ravnopravnosti, [www.ravnopravnost.gov.rs](http://www.ravnopravnost.gov.rs), stranici pristupljeno 30.1.2014.

Republički Fond za zdravstveno osiguranje: <http://www.rfzo.rs/download/Vantelesna.pdf>, stranici pristupljeno 2.2.2014.

Udruženje "Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering", <http://www.finrrage.org/>, stranici pristupljeno 2.3.2014.

KSENIJA KRIČKOVIĆ PELE  
KOSANA BEKER

## **Gender and Social Controversies of In Vitro Fertilization in Serbia – Discrimination against Childless Women**

This paper analyses gender and social controversies of assisted reproductive technologies and the discrimination of childless women in Serbia. Primary goals of this paper are critical analysis of new reproductive technologies phenomenon, discrimination against women without children and critical analysis of the legal framework regulating biomedical assisted reproduction in Serbia from gender studies and feminist methodology perspectives, as well as presentation of the research results on discrimination of childless women. For the purpose of this research the survey and the content analysis have been used. A survey was conducted of 50 female participants in the in vitro fertilization program at the Department for Gynecology and Obstetrics in Novi Sad. The results indicate that the regulations on biomedical assisted reproduction and the criteria for inclusion in the in vitro fertilization program are discriminatory and that women involved in the program feel discriminated against, usually at work and in their own surroundings. The conclusion is that it is necessary to change the regulations governing this area, further work on the elimination of discrimination against childless women and destigmatisation of women and couples that cannot or do not want to have children.

**Key words:** assisted reproductive technologies, discrimination, infertility, in vitro fertilisation, feminism.