

Оригинални научни рад
УДК: 340.134(497.115)
618.3:340.134(497.115)
DOI: 10.5937/zrffp56-64424

СОЦИОЛОШКО-ПРАВНИ АСПЕКТИ ПРЕНДАТЛНЕ ДИЈАГНОСТИКЕ И ИНФОРМИСАНОСТ ГРАЂАНА КОСОВСКЕ МИТРОВИЦЕ О ПРЕНДАТЛНОЈ ДИЈАГНОСТИЦИ

Ана З. КОСТИЋ¹

Универзитет у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици
Правни факултет
Косовска Митровица (Србија)

Милица М. ТОМАШЕВИЋ²

Универзитет у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици
Филозофски факултет
Катедра за социологију
Косовска Митровица (Србија)

¹ akostic38@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0005-0723-7427>

² milica.marjanovic@pr.ac.rs;  <https://orcid.org/0000-0002-1153-8514>

Примљен: 27. 1. 2026.
Прихваћен: 23. 6. 2026.

СОЦИОЛОШКО-ПРАВНИ АСПЕКТИ ПРЕНАТАЛНЕ ДИЈАГНОСТИКЕ И ИНФОРМИСАНОСТ ГРАЂАНА КОСОВСКЕ МИТРОВИЦЕ О ПРЕНАТАЛНОЈ ДИЈАГНОСТИЦИ³

Кључне речи:
пренатална
дијагностика;
друштвене
могућности;
правна регулатива;
породица;
Косовска
Митровица.

Сажетак. За родитеље, а нарочито за мајку, медицинско особље и читаву друштвену заједницу здравље детета је најважније. С тим у вези, од највећег значаја је пратити здравствено стање труднице и плода, на време идентификовати трудноћу са високим ризиком и пружити подршку, савете и информације будућим родитељима. Пренатална дијагностика представља скуп медицинских поступака који се изводе током трудноће како би се оценили здравље и развој нерођеног детета. Овај процес је недвосмислено деликатан и комплексан аспект медицине, чије коришћење треба пажљиво размотрити уз савет медицинског тима и узимање у обзир етичких и моралних начела. У раду представљамо резултате теоријско-емпиријског истраживања о сложеност поступку пренаталне дијагностике, појединачним методама које се у оквиру њега користе са циљем да се роди здраво и за живот способно дете, као и процесу одлучивања родитеља о исходу трудноће када су дијагностиковане аномалије фетуса. Намера је и да се прикаже сложеност процеса одлучивања будућих родитеља о исходу трудноће у ситуацији пренаталног дијагностиковања аномалија фетуса. Предмет овог истраживања је информисаност грађана о процедурама у вези са пренаталном дијагностиком у Клиничко-болничком центру Косовска Митровица, у коме је примењен метод анкетања. Нестандардизованим упитником конструисаним за потребе истраживања анкетирано је укупно 107 испитаника, грађана Косовске Митровице. Теоријским прегледом научне литературе анализиране су доступне методе и поступци, друштвене могућности и услови, друштвена свест о значају пренаталне дијагностике, мере са циљем унапређења стандарда, и то како би труднице и деца, али и породична група у целини поседовали боље услове и друштвени третман. Полазна хипотеза била је да грађани Косовске Митровице нису у довољној мери информисани о пренаталној дијагностици.

³ Ово истраживање подржало је Министарство науке, технолошког развоја и иновација Републике Србије (Уговор бр. 451-03-34/2026-03/200254 и Уговор бр. 451-03-34/2026-03/200184).

Увод

Женама се трудноћом отвара нови свет – свет материнства. У том периоду тело се физички и психички припрема за новонастало стање, што жена осећа већ у првим недељама. Да би се на време обезбедила контрола плода и пратио његов развој, поред низа незаобилазних и углавном стандардизованих прегледа, све већи број трудница се одлучује и за додатни корак – примену пренаталне дијагностике, којом се утврђује здравствено стање нерођеног детета и које се обавља само са циљем побољшања здравља мајке и детета.

Са социолошког аспекта, планирање породице представља важан сегмент укупне друштвене стабилности и демографског развоја. Адекватна и правовремена информисаност о пренаталној дијагностици, као и сама дијагностика, имају значајну улогу у доношењу одговорних одлука о родитељству јер омогућавају реално сагледавање здравствених аспеката трудноће, што доприноси јачању поверења у здравствени систем и смањењу неизвесности и страха који могу пратити репродуктивне одлуке. Такође, раним откривањем угрожених трудноћа и континуираним надзором труднице и плода доприноси се томе да се сваки плод развија према свом максималном генетском потенцијалу. Иако на демографску структуру и целокупну слику породичних односа у друштвеној заједници утичу различити друштвени фактори, укључујући друштвено раслојавање, политичку ситуацију, правне аспекте и информисаност појединаца, а од њих умногоме зависи каква ће бити стопа рађања, наталитет осликава и пројектује позитивну демографску слику, посебно када је у питању планирање и рађање потомства.

Са правног аспекта, пренатална дијагностика тесно је повезана са заштитом права пацијента. Права на информисаност, самостално одлучивање, поверљивост података и квалификовани пристајак представљају законски минимум и основу етичког поступања медицинских установа и медицинских посленика.⁴ Пристајак је кључан корак; из тог разлога потребно

⁴ У питању су правно-технички изрази прихваћени у литератури, који одсликавају етичке принципе медицинске професије (Turza, 2009).

је да буде добровољан, темељен на разумевању и подржан од стране медицинског особља. Пацијенткиња треба да буде добро информисана, а њене потребе, жеље и права неопходно је поштовати током целог поступка. У контексту планирања породице, правни оквир обезбеђује сигурност и заштиту труднице, као и јасно дефинисане процедуре које омогућавају одговорно и достојанствено остваривање родитељства.

У раду је посебан осврт дат на Клиничко-болнички центар у Косовској Митровици (надаље: КБЦ Косовска Митровица) и испитивање примењивања правних процедура и друштвене подршке усмерене ка деци и породици, а све у домену пренаталне дијагностике, с посебним акцентом на информисаност грађана о горепоменим процедурама.

Методологија

Циљ овог рада био је да се утврди степен познавања правних процедура у вези са пренаталном дијагностиком у КБЦ Косовска Митровица. Главна претпоставка била је да грађани Косовске Митровице нису довољно упознати са процедурама пренаталне дијагностике. Како би се на релевантан начин испитали ставови грађана, спроведено је емпиријско истраживање путем Гугл упитника у периоду март–април 2025.

Нестандардизовани упитник конструисан је за потребе истраживања и састоји се од осамнаест питања отвореног и затвореног типа. Питања затвореног типа имају понуђене одговоре (један избор или више њих), као и Ликертову скалу. Узорак је чинило 107 испитаника оба пола из Косовске Митровице, насумично одабраних према моделу узорка „снежних грудви” (енгл. *Snowball Sampling*). Са циљем фокусирања на предмет истраживања, за потребе овог рада анализирани су искључиво одговори на питања везана за ниво информисаности грађана о пренаталној дијагностици.

У процесу израде рада није идентификовано ниједно релевантно истраживање које се бави овом тематиком на подручју Косовске Митровице, чиме се истиче пионирски карактер ове студије. У друштвеном смислу, испитивање информисаности грађана о пренаталној дијагностици указује на ниво свести и разумевања здравствених процедура које директно утичу на породицу и заједницу у целини. Начин на који су грађани информисани одражава степен развијености друштвене одговорности, поверења у здравствени систем и прихватања савремених медицинских достигнућа.

Законска регулатива и друштвена перспектива

У Републици Србији, пре свега Уставом Републике Србије (надаље: Устав РС) као највишим правним актом, гарантована су основна људска права,⁵ укључујући право на заштиту физичког и психичког здравља (Устав РС, чл. 68, ст. 1). Уставни оквир добија посебну тежину у сфери материнства и репродуктивног здравља, будући да држава не заузима пасивну улогу, већ се изричито опредељује за активну подршку родитељима, подстиче их да се одлуче на рађање деце и у томе им пружа помоћ (Устав РС, чл. 63, ст. 2), а гарантује и појачану заштиту мајке у осетљивом периоду пре порођаја и након њега (Устав РС, чл. 66, ст. 2). Тако схваћена уставна заштита подразумева и обавезу државе да кроз здравствени систем омогући услове за информисање, слободно и одговорно доношење одлука у вези са трудноћом. На тај начин пренатална дијагностика може се посматрати као један од кључних механизма кроз који се уставне гаранције конкретизују у пракси, јер доприноси очувању здравља мајке и детета, али и остваривању достојанства труднице као активног субјекта одлучивања у процесу лечења и медицинске бриге.

Законом о правима пацијента (чл. 6–31) гарантују се права на доступност здравствене заштите, информисање, обавештење, слободан избор, самоодлучивање и пристанак, увид у медицинску документацију, тајност података, приговор и накнаду штете. Такође, Закон о здравственој заштити Републике Србије гарантује пацијенту право да слободно одлучује о свему што се тиче његовог живота и здравља (Сјеничић, 2009, стр. 48). Пристанак на пренаталну дијагностику је кључан корак, где пацијент, обично трудница, даје сагласност за спровођење одређених дијагностичких процедура током трудноће.

Закон о превенцији и дијагностици генетичких болести, генетички условљених анормалија и ретких болести, познат као „Зојин закон”⁶ (надаље:

⁵ Уставом РС, између осталог, регулисано је: 1) право на неповредивост живота и тела (чл. 25); 2) поштовање људског достојанства (чл. 23); 3) право на слободу и безбедност (чл. 27); 4) право на здравствену заштиту (чл. 68), што је нама најбитније за сврху рада.

⁶ Закон је добио име по девојци из Србије која је преминула од ретке Батенове болести, али која је постала симбол борбе за живот. Лекари у Србији нису могли да утврде дијагнозу њене болести и помоћ су морали да потраже у иностранству. Лечење Зојиног обољења у релевантном периоду није било обухваћено системом обавезног здравственог осигурања који спроводи Републички фонд за здравствено осигурање. Родитељи су покренули грађанску иницијативу да се донесе закон, који је 2015. године усвојен под пуним називом Закон о превенцији и дијагностици генетичких болести, генетички условљених анормалија и ретких болести. Видети опширније: Закон о превенцији и дијагностици генетичких болести, генетички условљених анормалија и ретких болести, *Сл. гласник РС*, бр. 8/2015.

Зојин закон), представља први свеобухватни нормативни акт у Републици Србији који уређује област генетичке дијагностике, укључујући и пренаталну дијагностику (чл. 26). Настао је из потребе да се већ постојећа медицинска пракса у области генетичких тестирања уобличи у јасне правне оквире. Закон прецизира услове под којима се пренатално тестирање спроводи, наглашавајући значај информисаног пристанка као израза аутономије пацијента (чл. 16, ст. 1).

Значај и методе пренаталне дијагностике

Однос заједнице према здрављу жене и плода временом је мењан од, може се рећи, примитивног потпуног негирања потребе за помоћ женама и трудницама до савременог хуманог става и исцрпне борбе здравствених установа за смањење обољевања и смртности, посебно трудница, новорођенчади и деце (Плећаш и др., 2006, стр. 214). Пренатална дијагностика обухвата различите методе за препознавање промена на ембриону или фетусу пре рођења. Обично тежи томе да открије знаке великих абнормалности, а у случају трудноћа са повећаним ризиком представља стандардну препоруку медицинске струке, уз поштовање права труднице на слободно одлучивање. Методе пренаталне дијагностике су по правилу неинвазивне. Међутим, неке од њих спадају у ред инвазивних и носе извештајан степен ризика губитка плода (Живановић, н.д., стр. 1), а о њима ће речи бити касније.

Пренатална дијагностика посебно је значајна у случају када је у порођају или претходној трудноћи било деце са поремећајем (хромозомски поремећај, ментална ретардација), поновљених спонтаних побачаја или неонаталних смрти,⁷ као и када су родитељи изложени факторима ризика (старија животна доб, дијабетес, хромозомске неправилности, дејство токсичних супстанци). Оваква дијагностика пружа родитељима поуздане информације неопходне за доношење одлука о даљем току трудноће (Плећаш и др., 2006, стр. 333–334).

Посматрање фетуса као пацијента, оправдано или не, постало је стварност.⁸ Напретком пренаталне дијагностике омогућено је докторима да

⁷ Неонатална смрт се односи на смрт новорођенчета у периоду од рођења до првих 28 дана живота. Узроци неонаталне смрти могу бити разноврсни, укључујући компликације током трудноће, порођаја или постпорођајног периода, као и инфекције, генетске аномалије или неадекватне неонаталне медицинске неге (Mitović i dr., 2016).

⁸ Развој пренаталне дијагностике и феталне медицине довео је до тога да у појединим ситуацијама лекарска поступање (прегледи, праћење, па и инвазивне интервенције) буде непосредно усмерено на фетус, па он у клиничком смислу постаје адресат медицинског поступања. Правне импликације таквог приступа, међутим, не морају водити признавању пуног правног субјективитета nasciturуса; пре ће се испољити кроз посредну заштиту његовог живота и здравља, преко права и процесне

прецизније планирају здравствену негу тако што се све аномалије идентификују, а њихов утицај на здравље новорођенчета се смањује, што раније није било могуће. Пренатална заштита је облик превентивне медицине, сложен процес скрининга, физичких прегледа, дијагностичких тестова и саветовања (Kanjevas, 2022, стр. 13). Ради довођења до здравог и жељеног потомства, трудница се подвргава поступку пренаталне дијагностике с једним циљем: да се утврди или искључи постојање одређене генетичке болести, аномалије или ретке болести код ембриона (Зојин закон, чл. 26, ст. 1). На основу добијених резултата утврђује се постојање и ризик евентуалног оштећења, чиме се омогућава родитељима да сами одлуче о даљим (инвазивним) методама дијагностике како би се искључила или потврдила сумња да постоје аномалије (Kolarski et al., 2009, стр. 64).

Предности пренаталне дијагностике огледају се пре свега у могућности раног откривања феталних аномалија, хромозомских и генетичких поремећаја, што поред медицинског значаја има и изразиту психолошку и етичку димензију. Правовремено постављена дијагноза може значајно *смањити анксиозност* трудница јер омогућава осећај контроле и сигурности током трудноће (Nakić Radoš i dr., 2015, стр. 25). Тамна страна пренаталне дијагностике обухвата ризике по живот и здравље нерођеног детета који прате употребу инвазивних метода. Иако је ризик од побачаја код већине метода данас мањи него раније, не препоручује се спровођење ових процедура уколико њихов исход може утицати негативно на живот и здравље детета. Важно је поштовати и нерођени живот, па као што не бисмо доводили у опасност живот или здравље већ рођене особе ради повећања сигурности у дијагнозу болести коју не можемо променити, тако не би требало чинити ни са нерођенима (Begić i Turi, 2018, стр. 246).

Неинвазивне методе

Неинвазивне методе подразумевају примену ултразвука и, у новије време, магнетне резонанце, као и одређене анализе мајчине крви. Овакви тестови могу се понудити свакој трудници без опасности по мајку или плод и могу

улоге труднице/родитеља, као и преко професионалних дужности лекара и стандарда дужне пажње. Са правне стране, право на живот подразумева како непосредну тако и посредну заштиту, коју траже и остварују сродници уколико угрожено лице (у овом случају фетус) није способно за самостално деловање. На то упућује Одлука Уставног суда Републике Србије УЖ-4527/2011, донета у корист преминулог лица на захтев ближе родбине као подносилаца уставне жалбе, у којој је суд повреду права на живот сагледао кроз процесно-правни аспект. Иста логика објашњава зашто је у пренаталној дијагностици „фетус као пацијент” постао стварност: и без нужног изједначавања његовог правног положаја са положајем рођеног лица, његово здравље и живот постају непосредни предмет медицинског поступања, а правна заштита се остварује посредно. Видети: Одлука Уставног суда Републике Србије Уж-4527/2011.

указати на ризик постојања аномалија, али не могу потврдити њихово постојање. Годинама уназад ради се на увођењу нових неинвазивних метода којима би се анализирале феталне ћелије добијене из мајчине крви (Nicolaides, 2004, стр. 7).

Ултразвук је основни биофизички поступак који је незаменљив, није штетан за пацијента и има низак проценат лажно позитивних и негативних резултата. Његова примена омогућава праћење раста и развоја, морфологије и евентуалне аномалије плода, а посредно се користи и код инвазивних метода.⁹ Препознавање и откривање аномалија¹⁰ у раном раздобљу смањује рађање деце са дефектима, а самим тим и стопу перинаталног морталитета (Mitović i dr., 2016; Wagner, 2010, стр. 37).¹¹

Сврха биохемијских тестова у трудноћи јесте да омогуће добијање података о концентрацијама појединих хемијских супстанци у крви труднице, на основу којих се накнадном медицинском анализом процењује стање плода и постељице. Промене могу бити исказане преко различите количине липида, протеина и хормона. Тестови су безопасни по мајку и плод (Begić i Turi, 2018, стр. 242), а разликујемо неколико врста.¹²

Најсавременија неинвазивна метода у пренаталној дијагностици јесте NIFTY скрининг тест – неинвазивни пренатални тест (надаље: NIFTY тестирање). Њоме се утврђује постојање хромозомске неправилности анализом узорка мајчине крви, будући да током трудноће ДНК плода прелази у крвоток мајке. Свеобухватан је, веома прецизан, са минималним степеном ризика од могућих компликација, па се саветује свим трудницама (Јовић-Прлаиновић, 2017, стр. 106), а добијени резултати представљају основу за

⁹ У оквиру инвазивних метода пренаталне дијагностике, узорци феталних ткива или телесних течности узимају се непосредним захватом, док се ултразвук користи посредно, као средство визуелне контроле и навођења, ради прецизнијег и безбеднијег извођења поступка.

¹⁰ Дводимензионални (2Д), тродимензионални (3Д) и четвородимензионални ултразвук (4Д) користе звучне таласе да би створили слике беде у материци. 3Д даје тродимензионалну слику, а 4Д „живи” приказ у реалном времену. Доплер ултразвук служи за процену протока крви у судовима фетуса и постељице (брзина и смер), што је важно за праћење феталног стања током трудноће (Jurić, 2017, стр. 14).

¹¹ Перинатални период почиње у 22. недељи гестације, а завршава се са пуних седам дана након рођења. Перинатални морталитет одређује се као број мртворођених плус број живорођених, а умрлих у току првих седам дана живота на 1000 рођених. Висок перинатални морталитет може указивати на проблеме у трудноћи, порођају или пружању здравствене неге трудницама и новорођенчади. Смањење перинаталног морталитета је кључни циљ здравствене политике у многим земљама (Mitović i dr., 2016).

¹² *Double test* (10–13. недеља) јесте комбиновани скрининг у првом триместру који обухвата ултразвук и анализу двају маркера из крви труднице ради процене ризика за хромозомске анеуплоидије (нарочито Даунов синдром); *Triple test* (15–20. недеља) скрининг је у другом триместру којим се мери ниво трију специфичних протеина у крви труднице.

даље дијагностичко поступање. NIFTY тестирање је релативно ново и број лабораторија и здравствених установа које га нуде је ограничен (*National Coalition for Health Professional Education in Genetics & National Society of Genetic Counselors*, 2012).

Инвазивне методе

Одређени број наследних болести и урођених поремећаја не манифестује се морфолошким променама које би се ултразвуком могле препознати. Из тог разлога примењују се инвазивне дијагностичке методе које, уз минималан ризик по мајку и плод, као и даљи ток трудноће, омогућавају узимање узорака (Нинковић и др., 1991, стр. 248). Ризичније су од неинвазивних, изводе се према потреби и препоручују се тек након обављеног генетичког саветовања где се трудница упознаје са могућим ризицима тих захвата. Само ако ризик хромозомопатије превазилази ризик од компликација самог захвата приступа се инвазивним методама (Lončar i Lončar, 2008, стр. 59). Одлуку о подвргавању инвазивним методама доноси медицинска комисија уз пристанак претходно информисане жене (Mihajlović i dr., 2002, стр. 70). Од инвазивних метода најчешће су амниоцентеза,¹³ узимање хорионских чујица¹⁴ и кордоцентеза.¹⁵ Све инвазивне методе носе одређени ризик од

¹³ У питању је најстарија и најчешћа инвазивна метода у трудноћи, која се најчешће ради између петнаесте и осамнаесте недеље трудноће узимањем 15–20 мл плодове воде (амнионске течности) из материце. Узорак се добија увођењем игле кроз трбушни зид под ултразвучним надзором (Cruz-Lemini et al., 2014, стр. 728–729). Детаљним ултразвучним прегледом пре саме интервенције одређује се положај беде и постељице, да не би дошло до повреде фетуса и са циљем побољшања прецизности захвата (Lončar i Lončar, 2008, стр. 59). Узорак се добија увођењем игле кроз трбушни зид: најпре се врши пункција коже абдомена, затим материце (уз проверу оријентације игле ултразвучним надзором непосредно пре пункције), потом се улази у амнионску шупљину и узима мала количина течности уз континуирану контролу путање, при чему се напредовање игле зауставља пре задњег зида материце да би се избегла његова пункција.

¹⁴ Ради се о инвазивној методи (енгл. *Chorionic Villus Sampling* – CVS; надаље: CVS) која се изводи између осме и једанаесте недеље трудноће, а служи за указивање на урођене грешке метаболизма или анализу хромозома. Поступак се изводи уз контролу ултразвука (Нинковић и др., 1991, стр. 251), и то најчешће на два начина: 1) трансабдоминално, где се до ткива (ресице, које су део крвотока који повезује постељицу са крвотоком труднице) долази пункцијом кроз предњи трбушни зид; 2) трансцервикално, кроз грлић материце. Ризик за трудноћу је око 2%. CVS служи за рано откривање феталних аномалија, потврђивање добијених резултата, као и отклањање дијагностичких недоумица применом других инвазивних метода (Плећаш и др., 2006, стр. 337), и то уз коришћење мале количине биолошког материјала (Павловић и др., 2013, стр. 35).

¹⁵ У питању је најинвазивнија метода у пренаталној дијагностици која подразумева интраутеринско узимање узорака феталне крви. Поступак се изводи од 22. до 23. гестацијске недеље. Крв плода се узима из пупчаника уз ултразвучно праћење. При извођењу методе кључан је ризик да се грешком аспирира мајчина крв, што може довести

губитка трудноће и њихово извођење захтева присуство високо специјализованог кадра. Потребно је, уколико се може тако утврдити, изабрати лакши метод уз мањи степен ризика (Mandić i dr., 2004, стр. 227).

Информисани присиљанак пацијената

Лекар је дужан да трудници пружи свеобухватне информације о праву на дијагностичку процедуру (Закон о правима пацијента, чл. 7, ст. 1) и генетичко саветовање пре спровођења испитивања и добијања резултата. У сваком поступку белешка о саветовању део је медицинске документације (Зојин закон, чл. 26, ст. 5).¹⁶

Пренатална дијагностика представља саставни део здравствене заштите у трудноћи и непосредно се односи на рањиву групу трудница и фетуса, због чега тумачење резултата захтева нарочиту пажњу, стручну процену и одговорност лекара, имајући у виду могуће далекосежне последице. Лекар је дужан да трудницу благовремено и потпуно информише и укључи је у одлучивање о свом здрављу и здрављу neroђеног детета, у складу са начелом аутономије пацијента.¹⁷ Како у медицини ниједан тест не може бити 100% тачан, лекари треба јасно и разумљиво да обавесте пацијенте о потенцијалним лажно позитивним резултатима, као и о свим могућим исходима одржавања трудноће у присуству наследних генетичких болести или абнормалности, што обухвата не само здравствене последице по жене које одлуче да носе

до погрешних резултата; зато се игла под контролом води најкраћим и најбезбеднијим путем до пупчаника, након чега се иглом дужине 12–20 cm узима 1–3 мл феталне крви за анализу генетског материјала (Нинковић и др., 1991, стр. 254). Потенцијални ризик од губитка плода је 2% (Begić i Turi, 2018, стр. 244).

¹⁶ За разлику од општег информисања прописаног Законом о правима пацијената, који је усмерен на обезбеђивање блавременог и потпуног обавештавања пацијента као предуслова за давање информисаног пристања и има претежно једносмеран карактер, Зојин закон уводи институт генетичког саветовања као сложенији и интерактивни процес. Генетичко саветовање не подразумева само преношење медицинских информација, већ и разматрање могућих генетичких, психолошких, породичних и социјалних последица резултата испитивања, при чему се пацијент препознаје као активни учесник у процесу заједничког одлучивања (енгл. *shared decision making*).

¹⁷ Обавеза лекара да информише трудницу не исцрпљује се пуким саопштавањем резултата дијагностичких испитивања, већ подразумева пружање јасних, разумљивих и свеобухватних информација о природи и сврси предложених процедура, њиховој поузданости, могућим ризицима и последицама, као и о расположивим алтернативама и правним и медицинским импликацијама добијених налаза. Такве информације морају бити саопштене блавремено, односно у фази која претходи спровођењу испитивања или доношењу одлуке, и то на начин разумљив пацијенту као медицинском лаику, јер се само тако може очекивати да пацијент правилно процени разлоге који говоре у прилог предложеној интервенцији, као и оне који би могли оправдати одустајање од ње (Begić i Turi, 2018, стр. 244).

дете до термина већ и трајне психолошке последице евентуалног спонтаног губитка плода. Лекар може да утиче на одлуку труднице у два фазама: 1) првој, пре самог тестирања, када треба да обавести трудницу о ризицима тестова (потенцијални побачај), користима и штети од њих за њу и бебу; 2) другој, након тестирања, када обавештава пацијенткињу о резултатима и датим опцијама (Serapinas & Narbekovas, 2023, стр. 104–105).¹⁸

У случају да дијагноза не може бити успостављена у Републици Србији, Правилник о условима и начинима упућивања осигураних лица на лечење у иностранство (чл. 2, ст. 2) омогућава спровођење дијагностичких поступака у иностранству, и то на терет обавезног здравственог осигурања. Према Зојином закону (чл. 31, ст. 1), уколико лекари не могу да успоставе дијагнозу у року од шест месеци, обавезни су да дају налог да се узорак ткива и крви пошаље у лабораторије у иностранству о трошку државе.

Однос између медицинског особља и пацијента заснива се на добровољности и обојаном поверењу учесника. Оба учесника имају висок ниво самосталности у поступку – медицинско особље у извођењу интервенције, личној и професионалној независности, а пацијенткиња у одлучивању пре почетка и у току самог поступка. Њена воља мора да буде темељ на којем ће се однос градити (Радуловић, 2023, стр. 63).

Приликом ризичне медицинске интервенције потребан је не само општи већ и посебан или специјалан пристанак, који даје пацијенткиња способна да разуме и сагласи се са предложеном медицинском мером (Радишић, 2008, стр. 95–97). Уколико трудница нема способност разумевања самог поступка, самим тим и није у стању да изјави вољу, дијагностика се може спровести уз обавештење и пристанак законског заступника (Закон о правима пацијента, чл. 16, ст. 2).

Много жена се преиспитује и разматра сопствена морална уверења и вредности пре него што пристане на пренатално тестирање. Понекад и недо-вољно поуздан, а позитиван налаз може код труднице изазвати психолошку кризу и стање отуђености од плода, све то праћено страхом од генетичког тестирања и добијања потврде да са дететом нешто није у реду. Постојање избора у пренаталној дијагностици неке труднице доживљавају као извор олакшања, друге као извор тешкоћа (Cvijetić, 2016, стр. 87).

¹⁸ Информисање је нарочито значајно пре тестирања, јер омогућава доношење промишљене одлуке и смањује анксиозност и стрес, посебно у ситуацијама када постоји забринутост за здравље нерођеног детета (Begić i Turi, 2018, стр. 244). У сагласности са Зојиним законом, дијагноза мора да претходи лечењу и представља саставни део обавештења које лекар дугује пацијенткињи. Међутим, обавеза информисања не исцрпљује се утврђивањем дијагнозе, већ обухвата и пружање информација о прогнози, могућем току болести и исходима, како би пацијенткиња, у складу са општим правилима Закона о правима пацијената, могла да донесе слободну и информисану одлуку (Mujović Zornić, 2016, стр. 70).

Пренатална дијагностика може значајно утицати на одлуке о прекиду или наставку трудноће, у зависности од резултата дијагностике и жеље родитеља. У случају да се након идентификованих поремећаја плода жена и саветује прекид трудноће, могуће га је извршити само након њеног пристанка и потврде надлежног лекарског конзилијума (Радуловић, 2023, стр. 107; Зојин закон, чл. 27, ст. 5). У том смислу најосетљивији је разговор након тестирања, када су резултати познати. Тада будући родитељи пре доношења одлуке о даљим поступцима морају разумети значај, узроке, прогнозу обољења, као и могућност компликација (Begić i Turi, 2018, стр. 245).

Штете услед нежељеног рођења и нежељеног живота

Развојем пренаталне дијагностике све више се расправља о праву човека на живот без хендикепа и праву на жељено потомство. Право на планирање породице представља лично право (Устав РС, чл. 63, ст. 1) због чије заштите се дозвољавају мере за спречавање трудноће. Ипак, услед лекарске грешке¹⁹ понекад долази до рођења детета са инвалидитетом. У таквим случајевима поставља се питање постојања грађанске одговорности лекара који није поступио са дужном пажњом, а појам пренаталне штете²⁰ добија посебан значај.

Обавеза накнаде штете коју пацијент претрпи током лечења утврђена је у законодавству Републике Србије законом који регулише здравствену заштиту, а остварује се општим правним режимом облигационог права. Усвајањем Зојиног закона уређују се међусобни односи учесника у медицинским поступцима превенције и дијагностике генетских и веома ретких болести. Њиме се у област деликтне одговорности у грађанском праву уводе два нова облика правом признате штете: штета услед нежељеног рођења

¹⁹ Припадници свих професија дужни су да поступају у складу са правилима струке и са пажњом која се од доброг стручњака разумно очекује, а која је виша од уобичајене пажње нестручних лица. Када медицински посленик одступи од тих стандарда и таквим поступањем проузрокује штету, реч је о лекарској грешци (Закон о здравственој заштити, чл. 186, ст. 1). Лекарска грешка може наступити: 1) као последица неупућености у постојећа медицинска знања; 2) као последица ненамерног немара, тачније нехата; 3) као последица намерног немара (на пример, због расне, националне, етничке, верске, политичке, личне нетрпељивости итд.) (Turza, 2009, стр. 114).

²⁰ Израз *пренаталан* потиче од латинске речи *prae natalis* и означава штету која настаје детету у периоду од зачећа до рођења (Begić i Turi, 2018, стр. 200). У теорији се разликују три врсте пренаталне штете: 1) оштећење плода услед спољних утицаја на трудницу; 2) генетска штета условљена наслеђем; 3) штета настала непажњом медицинског особља, било пропуштањем да се уочи или саопшти опасност по плод, било неадекватним поступањем током трудноће или порођаја (Вучковић, 2017, стр. 480–481).

и штета услед нежељеног живота (Караникић-Мирић, 2016, стр. 106). Законодавац не користи ове изразе, али из закона јасно произлази да се односе управо на те животне ситуације.²¹ Као активно легитимисана лица јављају се и родитељи, и дете, са различитим основама за накнаду штете и са различитим могућностима за потраживање накнаде.²²

Према чл. 32, ст. 3 Зојиног закона, одговорност лекара изводи се сагласно одредбама закона којим се уређују облигациони односи и накнада штете по основу субјективне и објективне грађанскоправне одговорности. Закон уређује директну уговорну субјективну одговорност лекара према оштећеном, а не здравствене установе у којој је лекар запослен. Заснивање одговорности није условљено постојањем намере лекара (Караникић-Мирић, 2016, стр. 119). Међутим, уколико је утврђена одговорност лекара у случају рођења детета с трајно онеспособљујућом болешћу или аномалијом, Зојин закон (чл. 33, ст. 1) предвиђа да лекар одговара детету за насталу штету. Штета се састоји у последицама које због болести узрокује рођење и испољава се у виду повећаних трошкова лечења и неге. Дете има право на подношење захтева само за накнаду материјалне штете (Зојин закон, чл. 33, ст. 2).

Лекар има обавезу да предузме дијагностичке мере према мајци, која представља његовог уговорног партнера.²³ Одговорност лекара најчешће се заснива на постојању лекарске грешке, која може настати у било којој фази лечења и произилазити како из активног поступања тако и из пропуштања

²¹ Законодавац чланом 33 и 34 предвиђа одговорност лекара за штету детету због последица које нежељено рођење (јер аномалија није претходно медицински препозната) узрокује и родитељима детета које је рођено генетички оштећено, и то због повреде права да буду обавештени о стању детета пре рођења.

²² Под активно легитимисаним лицима подразумевају се она лица која имају право да поднесу тужбу и траже накнаду штете пред судом. У случајевима нежељеног рођења и такозваног „несрећног живота”, то могу бити и родитељи, и дете, али из различитих разлога. Родитељи тужбу подносе зато што сматрају да им је ускраћена могућност да слободно одлучују о рађању деце, услед чега трпе животне, психичке и материјалне последице. Дете, с друге стране, не тражи накнаду зато што је рођено, већ само због последица тешког здравственог оштећења са којима мора да живи. Због тога се и разликује шта родитељи могу да захтевају од суда, а шта дете може.

²³ Пацијент се сматра уговорним партнером лекара јер се медицинске услуге по правилу пружају на основу неформалног уговора који се закључује конклюдентним радњама. Он се обраћа медицинском посленику ради стручног мишљења и лечења, а предложени начин лечења спроводи се по пажљивој процени стања и уз пристанак пацијента. Уговорни карактер овог односа у теорији се сматра логичним и неспорним. Изузетак постоји код хитних медицинских интервенција, као и у случајевима када лекар делује у својству судског вештака (Радишић, 2008, стр. 98). Анализом правила ЗОО РС о закључењу уговора, нарочито о понуди и прихвату, као и њихове аналогне примене на однос између медицинских посленика и пацијената, долази се до закључка да овај однос има јасно уговорни карактер, јер се формира по истом моделу као и други уговорни односи.

да се предузме медицински оправдана радња.²⁴ Тиме се повређује право родитеља на прекид трудноће (Караникић-Мирић, 2016, стр. 121), што им даље даје право на накнаду штете услед нежељеног рођења и повећаних потреба узрокованих болешћу детета. Како лекар није изазвао тешку болест или инвалидитет детета, већ је својим поступањем спречио да мајка слободно одлучује о прекиду трудноће, према Зојином закону (чл. 34, ст. 2), штета коју у том случају трпе родитељи није материјална и састоји се из душевних болова услед дететове онеспособљености, коју нису очекивали и на коју због изосталих лабораторијских претрага и генетичких информација нису били упозорени.

Зојин закон предвиђа и више разлога за ослобађање лекара од одговорности у случајевима нежељеног рођења и нежељеног живота. Одговорност је искључена када је лекар родитеље погрешно информисао услед грешке у лабораторијском налазу²⁵, као и када штета произлази из случаја у грађанскоправном смислу.²⁶ Такође, лекар не одговара и када је макар један од родитеља био свестан ризика од рађања детета са генетском болешћу или аномалијом (Зојин закон, чл. 35).

Анализа добијених йодаййака

Нестандардизовани упитник конструисан за потребе истраживања садржао је осамнаест питања путем којих су забележени одговори испитаника. У овом делу нису приказани сви резултати, већ су са циљем сагледавања предмета истраживања из упитника издвојени и анализирани одговори на истраживачка питања која дајемо у наставку.

1. Да ли сте упознати са појмом пренаталне дијагностике?
2. Да ли сматрате да је доступност пренаталне дијагностике и могућност праћења здравља плода у Вашем региону задовољавајућа?

²⁴ Неки од примера лекарских грешака укључују, на пример, пропуст лекара да испита плодову воду или да трудници дијагностикује инфекцију рубеолама.

²⁵ Уколико је лекар такав налаз правилно протумачио, поступао у складу са правилима струке и на основу њега родитељима пренео информације које су у том тренутку биле медицински оправдане, његово понашање не може се сматрати противправним. Штетна последица у том случају не произлази из лекарске грешке, већ из објективних ограничења дијагностичких метода, што искључује његову кривицу. Међутим, уколико су се накнадно појавиле околности које су доводиле у сумњу поузданост налаза (нпр. индикације за поновно тестирање), а лекар на њих није адекватно реаговао, одговорност би ипак могла постојати.

²⁶ Подразумева се штетна последица која је настала без кривице лекара, услед непредвидивих и неотклоњивих околности, тако да би до ње дошло и при поступању у складу са правилима струке и дужном пажњом. У социологији медицине се у том смислу разматра тзв. грешка медицине: иако се поступало према правилима струке, наступила је штетна последица (Turza, 2009, стр. 114).

3. Које методе пренаталне дијагностике сматрате најзначајнијим?
4. Да ли лекар, према Вашем мишљењу, детаљно објашњава сврху и потенцијалне ризике пренаталне дијагностике пре добијања пристанка труднице?
5. Да ли сте Ви или неко Вама близак користили услуге пренаталне дијагностике током трудноће?
6. Који фактор сматрате најважнијим приликом доношења одлуке о примени пренаталне дијагностике?
7. Да ли сматрате да је потребно веће друштвено информисање о значају пренаталне дијагностике?
8. Да ли сматрате да резултати пренаталне дијагностике могу утицати на одлуку о наставку или прекиду трудноће?

У истраживању је учествовало укупно 107 испитаника, од чега 65 жена (60,7%) и 42 мушкарца (39,3%). Структура узорка по полу показује већу заступљеност испитаника женског пола. Старосна структура испитаника обухватала је особе рођене у периоду од 1973. до 1996. године, што значи да су у време спровођења истраживања испитаници припадали одраслој популацији средње и млађе животне доби. Оваква старосна разноликост омогућава сагледавање ставова и искустава различитих генерацијских група у оквиру радно и друштвено активне популације. Подаци о националној припадности нису прикупљани у оквиру упитника, односно испитаници се нису изјашњавали о овом социодемографском обележју. Оваква одлука донета је са циљем заштите приватности испитаника и фокусирања истраживања на друге релевантне варијабле у складу са предметом и циљевима рада.

Обрадом добијених података уочили смо да је већина испитаника већ упозната са појмом пренаталне дијагностике. Од укупно 107 испитаника, њих 99 (92,5%) навело је да им је појам познат, што указује на висок ниво информисаности и могућност благовременог коришћења пренаталне дијагностике у КБЦ Косовска Митровица. Мањи број испитаника, њих осморо (7,5%), није упознат са наведеним појмом. Полазећи од утврђеног нивоа информисаности, у наставку истраживања испитана је перцепција доступности пренаталне дијагностике у Косовској Митровици. Резултати показују да већина испитаника доступност оцењује позитивно: 50 испитаника (46,7%) задовољно је, али сматра да постоји простор за унапређење, 34 (31,8%) веома је задовољно, док је 23 испитаника (21,5%) изразило потпуно незадовољство. Наведени налази не указују нужно на системске недостатке, али упућују на потребу континуираног праћења и унапређења доступности и квалитета пренаталне дијагностике.

Највећи број испитаника – 71 (66,4%) – као најважнију методу пренаталне дијагностике истиче ултразвучни преглед. Он се, с обзиром на своју доступност и безбедност, очигледно доживљава као кључни алат у праћењу

развоја плода и рутинска дијагностичка метода, док су остале у његовој сенци и недовољно познате. Значајан број испитаника (55,1%) као важну истиче и амниоцентезу. Иако носи одређени ризик, она се перцепира као поуздана и прецизна метода када постоји индикација за њену примену. Тестови крви, које је 44 испитаника (41,1%) означило као најважније, заузимају значајно место, док су CVS (25,2%) и кордоцентеза (11,2%) знатно ређе маркиране, што може указивати на њихову мању заступљеност у пракси или недовољну информисаност испитаника. Укупан број одговора који указују на неупућеност је минималан, што говори у прилог релевантно добром општем познавању основних метода пренаталне дијагностике.

Већина испитаника сматра да је детаљно лекарско информисање трудница о ризицима и предностима пренаталне дијагностике обавезан и саставни део поступка. Висок проценат оваквих одговора (85%) указује на перцепцију адекватне примене принципа информисаног пристанка у пракси. Ипак, чињеница да 11,2% испитаника сматра да информисање постоји, али није увек обавезно, као и да мањи део (3,7%) сматра да се оно не спроводи пре поступка, указује на постојање одређених неуједначености у примени ове праксе, што свакако отвара простор за њено додатно унапређење.

Већина испитаника (81,3%) навела је да су они или њима блиске особе користили пренаталну дијагностику током трудноће, при чему је ултразвучни преглед истакнут као најзаступљенија и најпознатија метода, будући да представља рутински и пратећи део сваке трудноће. Истовремено, показан је знатно мањи ниво познавања других метода пренаталне дијагностике. Ови резултати повезани су са факторима који утичу на одлучивање о примени пренаталне дијагностике, при чему је здравље детета издвојено као најзначајније (101 испитаник), док су лична уверења и вредности (21), информације добијене од медицинског особља (20) и финансијска ситуација (4) имали мањи утицај на доношење одлуке.

Висок проценат испитаника (89,7%) сматра да је потребно додатно информисање друштва о пренаталној дијагностици, што потврђује значај едукације и доступности релевантних информација у овој области, као и оправданост и научну релевантност овог рада, који управо има за циљ да допринесе бољем разумевању улоге, значаја и импликација пренаталне дијагностике. На самом крају, значај пренаталне дијагностике огледа се и у томе што може утицати на одлуку о наставку или прекиду трудноће, што је став већине испитаника (74,8%). Зато је битно макар и индиректно утицати на развој и унапређење доступности различитих облика пренаталне дијагностике, нарочито у срединама у којима нису равномерно заступљене све поменуте методе, као и на потребу ширења свести о њиховом значају и могућностима.

Анализа у односу на пол показује да и жене и мушкарци у високом проценту сматрају да је потребно додатно информисање друштва о пренаталној

дијагностици, при чему је тај став нешто израженији код жена. Оваква тенденција може се објаснити чињеницом да су жене директније укључене у процес трудноће и чешће у контакту са здравственим системом у домену репродуктивног здравља. Када је реч о ставу да пренатална дијагностика може утицати на одлуку о наставку или прекиду трудноће, већинско мишљење присутно је код оба пола, без изражених разлика, што указује на општу свест о значају и последицама резултата дијагностичких процедура. У односу на старост испитаника (рођених у периоду 1973–1996), уочава се да млађи испитаници у нешто већој мери истичу потребу за додатним информисањем, што може бити повезано са већом изложеношћу савременим изворима информација и већом осетљивошћу на питања индивидуалних права и избора. Старији испитаници такође у значајном проценту препознају важност пренаталне дијагностике, али су нешто умеренији у ставовима који се тичу утицаја дијагностике на одлуку о прекиду трудноће. Ово може бити условљено генерацијским вредносним оквирима.

Закључна размајрања

Свако на свету има право на живот, слободу и личну сигурност. Живот представља најзначајније добро, вредност која је основ свих осталих вредности човека и темељ свих осталих људских права. Зато савремени правни пореци универзално штите живот човека, а та заштита треба да се односи и на нерођено дете, јер боравак у утроби мајке не умањује његово људско достојанство. Здравствено стање фетуса не сме бити услов за признавање права на живот, што потврђује и римскоправна традиција која, у одређеним ситуацијама, зачето дете третира као већ рођено.

Сматрамо да пренатална дијагностика представља важан алат у медицини, који омогућава рано препознавање и управљање потенцијалним здравственим изазовима код фетуса. Управо због тога захтева пажљиво разматрање свих аспеката како би се осигурала примена на етичан и одговоран начин, али дијагноза присуства малформације никада не би смела бити једнака смртној пресуди, јер је управо у том тренутку најважније да медицина остане подршка, а не судија. Прегледи истраживања о утицају неинвазивних пренаталних тестирања показују да у појединим срединама његово ширење није повећало прекиде трудноће након детекције Дауновог синдрома, већ су стопе остале непромењене или су чак опале у односу на раније периоде, што говори да тест све чешће служи информисању, а не „аутоматском” одустајању од живота (видети: Hill et al., 2017). Када се у расправу укључи и перспектива оних о којима се одлучује, слика постаје још јаснија: у истраживањима готово 99% испитаника са Дауновим синдромом изјављује да је срећно својим животом и да воли своју породицу. Зато се

дијагноза не сме претворити у смртну пресуду – она може бити изазов, али не може да укида достојанство, нити право на живот, јер нема живота који није вредан (Skotko et al., 2011).

Недовољна или неадекватна информисаност може довести до погрешних ставова, страха, стигматизације и доношења одлука заснованих на непровереним информацијама. Стога ово истраживање доприноси препознавању друштвених баријера у комуникацији између здравствених институција и грађана, као и могућности за унапређење јавног информисања и едукације. На тај начин, резултати истраживања могу имати значајну улогу у јачању културе информисаног одлучивања и унапређењу општег друштвеног благостања. Резултати спроведеног истраживања показују да је степен информисаности грађана о пренаталној дијагностици низак, што има значајне импликације на научном, правном и друштвеном плану.

Са научног аспекта, уочени недостатак знања указује на потребу за интензивнијом едукацијом и бољом применом савремених медицинских сазнања у пракси. Са правног становишта, недовољна информисаност може довести до неостваривања права пацијената на потпуно и благовремено информисање, као и до ограничене примене принципа информисаног пристанка.

У друштвеном смислу, низак ниво информисаности доприноси развоју погрешних ставова, неповерењу у здравствени систем и отежаном доношењу одговорних одлука у области репродуктивног здравља. Унапређење информисаности грађана представља важан корак ка јачању друштвене одговорности и културе информисаног одлучивања. Стога је неопходно континуирано улагање у едукативне активности и јавне кампање које ће допринети бољем разумевању значаја и могућности пренаталне дијагностике у друштвеном контексту.

Анализа добијених података показује недовољан ниво информисаности испитаника о пренаталној дијагностици, док резултати овог истраживања могу допринети бољем разумевању друштвених фактора који обликују перцепцију пренаталне дијагностике, те креирању ефикаснијих стратегија едукације грађана. На тај начин се ствара основа за смањење предрасуда, јачање јавне свести и унапређење односа између здравствених институција и корисника здравствених услуга.

Литература

- Вучковић, М. (2017). Грађанскоправна одговорност за нежељени живот. *Зборник радова Правног факултета у Нишу*, 76, 479–494. https://doi.org/10.5937/zrpfni1776479V?utm_source=copilot.com
- Живановић, Д. (n.d.). *Пренатална дијагностика: основна знања за медицинске сестре и здравствене техничаре*. https://www.opuz.rs/fajlovi/kme/pdf/Prenatalna_dijagnostika.pdf

- Јовић-Прлаиновић, О. (2017). *Биолошки основи родитељства – право и стварност*. Косовска Митровица: Правни факултет.
- Караникић-Мирић, М. (2016). Штета услед нежељеног рођења и нежељеног живота – осврт на Зојин закон. *Анали Правног факултета у Београду*, 64 (1), 105–131. https://doi.org/10.5937/AnaliPFB1601105K?utm_source=copilot.com
- Нинковић, Р., Шљapiћ, Н. и Шљapiћ, Н. (1991). *Патофизиологија трудноће*. Београд: Научна књига.
- Павловић, С., Угрин, М. и Стојиљковић Петровић, М. (2013). Молекуларно-генетички маркери у дијагностици моногенских обољења у Србији. У: Р. Богдановић и Н. Радуловић (ур.), *XVI Семинар Педијатријске школе Србије: зборник предавања* (стр. 35–39). Београд: Удружење педијатара Србије.
- Плећаш, Д., Станимировић, Б., Станковић, А., Васиљевић, М. и Шуловић, В. (2006). *Гинекологија и акушерство: уџбеник за студенте медицине*. Београд: Медицински факултет.
- Радишић, Ј. (2008). *Медицинско право* (2. прерађено и допуњено издање). Београд: Номос.
- Радуловић, С. (2023). *Пристанак пацијента – правни значај*. Косовска Митровица: Правни факултет Универзитета у Приштини.
- Сјеничић, М. (2009). Пристанак пацијента на меру лечења. *Зборник Мајнице српске за друштвене науке*, 129, 45–60. <https://doiserbia.nb.rs/img/doi/0352-5732/2009/0352-57320929045S.pdf>
- Begić, M. A. i Turi, A. (2018). Prenatalna dijagnostika i moralne implikacije. *Obnovljeni život*, 73 (2), 239–251. <https://doi.org/10.31337/oz.73.2.7>
- Cruz-Lemini, M., Parra-Saavedra, M., Borobio, M., Bennasar, M., Gonce, A., Martinez, J., & Borrell, A. (2014). How to perform an amniocentesis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 44(6), 727–731. <https://doi.org/10.1002/uog.14680>
- Cvijetiћ, M. (2016). Dileme roditelja i donošenje odluke o ishodu trudnoće nakon prenatalno dijagnostikovanih anomalija fetusa. *Psihološka istraživanja*, 19 (1), 83–105. <https://doi.org/10.5937/PsIstra1601083C>
- Hill, M., Barrett, A., Choolani, M., Lewis, C., Fisher, J., & Chitty, L. S. (2017). Has non-invasive prenatal testing impacted termination of pregnancy and live birth rates of infants with Down syndrome? *Prenatal Diagnosis*, 37(13), 1281–1290. <https://doi.org/10.1002/pd.5182>
- Jurić, A. (2017). *Antenatalna dijagnostika i rad primalje u trudničkoj ambulanti* (odbranjena doktorska disertacija). Sveučilište u Splitu, Split.
- Kanjevac, T. (2022). Razvojne anomalije orofacijalnog sistema i zuba – uticaji u trudnoći i moguće mere prevencije. У: Z. Mandinić (ur.), *Zbornik referata i radova XXXV, XXXVI i XXXVII Simpozijuma zdravstvenog vaspitanja u stomatologiji* (str. 10–17). Београд: Stomatološki fakultet.
- Kolarski, M., Krstić, A., Nikić, S., Joksić, G., Umićević, G., Fatusić, Z., Jovanović Privrodski, J., & Petrović, Z. (2009). Genetic health and prenatal diagnostics in clinical center Brcko District. *Medicinski arhiv*, 63 (2), 64–66.
- Lončar, D. i Lončar, S. (2008). Prenatalna dijagnostika. *Acta Medica Medianae*, 47 (2), 58–66.
- Mandić, V., Miković, Ž., Filimonović, D., Đukić, M., Vasiljević, M. i Bogavac, M. (2004). Neinvazivna dijagnostika fetalne anemije kod RH-aloimunizacije primenom

- kolor-doplera. *Medicinski pregled*, 58 (5–6), 275–278. <https://doi.org/10.2298/MPNS0506275M>
- Mihajlović, Lj., Mihajlović, N. K. i Stanković, Ž. (2002). Principi kliničke genetike i genetičko savetovanje. *Acta Medica Medianae*, 41 (6), 69–78.
- Mitović, T., Najdanović Mandić, V. i Aleksić, A. (2016). Perinatalni mortalitet zaječarskog porodilišta u 2015. godini. *Timočki medicinski glasnik*, 41 (3), 229–236. <https://doi.org/10.5937/tmg1603229M>
- Mujović Zornić, H. (2016). Prava pacijenata u kontekstu retkih bolesti i jednakosti u pristupu. U: M. Sjeničić i M. Milenković (ur.), *Društveni i pravni položaj osoba sa retkim bolestima i njihovih porodica u Srbiji* (str. 51–94). Beograd: Udruženje pravника za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije (SUPRAM) – Institut društvenih nauka.
- Nakić Radoš, S., Tadinac, M. i Herman, R. (2015). Razvoj i validacija ljestvice zabrinutosti u trudnoći. *Klinička psihologija*, 8 (2), 151–166.
- National Coalition for Health Professional Education in Genetics (NCHPEG) & National Society of Genetic Counselors (NSGC). (2012). *Non-Invasive Prenatal Testing (NIPT) Factsheet*. https://www.ohsu.edu/sites/default/files/2019-06/Non-Invasive-Prenatal-Testing-FACTSHEET_1.pdf
- Nicolaides, K. H. (2004). *The 1–13⁺ Weeks Scan*. London: Fetal Medicine Foundation.
- Serapinas, D., & Narbekovas, A. (2023). Bioethics and informed consent in prenatal diagnostics. *The Person and the Challenges*, 13(1), 97–113. <https://doi.org/10.15633/pch.13107>
- Skotko, B. G., Levine, S. P., & Goldstein, R. (2011). Self-perceptions from people with Down syndrome. *American Journal of Medical Genetics: Part A*, 155(10), 2360–2369. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.34235>
- Turza, K. (2009). *Medicina i društvo. Uvod u medicinsku etiku*. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu – CIBID.
- Wagner, J. (2010). Suvremene metode prenatalne dijagnostike. *Medicinski vjesnik*, 42 (1–2), 37–48.

Правни извори

- Закон о здравственој заштити. *Службени гласник РС*, бр. 25/2019, 92/2023 – аутентично тумачење и 29/2025 – одлука УС.
- Закон о правима пацијента. *Службени гласник РС*, бр. 45/2013 и 25/2019 – др. закон.
- Закон о превенцији и дијагностици генетичких болести, генетички условљених аномалија и ретких болести. *Службени гласник РС*, бр. 8/2015.
- Одлука Уставног суда Републике Србије Уж-4527/2011, од 31.1.2013. *Службени гласник РС*, бр.18/2013.
- Правилник о условима и начина упућивања осигураних лица на лечење у иностранство. *Службени гласник РС*, бр. 81/2020 и 34/2023.
- Устав Републике Србије. *Службени гласник РС*, бр. 98/2006 и 115/2021.

Ana Z. KOSTIĆ

University of Priština in Kosovska Mitrovica
Faculty of Law
Kosovska Mitrovica (Serbia)

Milica M. TOMAŠEVIĆ

University of Priština in Kosovska Mitrovica
Faculty of Philosophy
Department of Sociology
Kosovska Mitrovica (Serbia)

Sociological–Legal Aspects of Prenatal Diagnostics and the Awareness of Citizens of Kosovska Mitrovica about Prenatal Diagnostics

Summary

For parents, and especially for mothers, as well as for medical staff and the wider social community, the health of the child is of paramount importance. Accordingly, it is essential to monitor the health of the pregnant woman and the fetus, to identify high-risk pregnancies in a timely manner, and to provide support, counseling, and information to future parents. Prenatal diagnostics comprise a set of medical procedures performed during pregnancy in order to assess the health and development of the unborn child. This process is undoubtedly a delicate and complex aspect of medicine, the use of which should be carefully considered in consultation with the medical team and with due regard to ethical and moral principles.

This paper presents the results of both theoretical and empirical research on the complex procedure of prenatal diagnostics, the individual methods employed within it, and their aim of ensuring the birth of a healthy and viable child. Particular attention is given to the decision-making process of parents when fetal anomalies are diagnosed. The intention is to highlight the complexity of parental decision-making regarding pregnancy outcomes in such situations.

Citizens' awareness of the procedures at the Clinical and Hospital Center of Kosovska Mitrovica was the subject of empirical investigation. The survey method was applied, involving 107 respondents, citizens of Kosovska Mitrovica, who completed a non-standardized questionnaire constructed for the purposes of this research. The theoretical review of the scientific literature analyzed available methods and procedures, social opportunities and conditions, public awareness of the importance of prenatal diagnostics, and measures aimed at improving standards, all with the goal of providing better conditions and social treatment for pregnant women, children, and families as a whole. The initial hypothesis was that citizens of Kosovska Mitrovica are not sufficiently informed about prenatal diagnostics.

Keywords: prenatal diagnostics; social opportunities; legal regulation; family; Kosovska Mitrovica.



Овај чланак је објављен и дистрибуира се под лиценцом *Creative Commons ауторство-некомерцијално 4.0 међународна* (CC BY-NC 4.0 | <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

This paper is published and distributed under the terms and conditions of the *Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International* license (CC BY-NC 4.0 | <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).