



Legal and ethical aspects and challenges of fetal reduction in multiple pregnancies resulting from modern assisted reproductive technologies

 **Mahroo Ghadiri**
Assistant Professor, Law
Department, Family Research
Institute, Shahid Beheshti
University, Tehran, Iran.

 m_ghadiri@sbu.ac.ir

 **Ali Boloori**
PhD candidate in Family Law
Studies, Family Research
Institute, Shahid Beheshti
University, Tehran, Iran.

 a_boloori@sbu.ac.ir

Abstract

Transferring more than one embryo per ART cycle has led to the spread of multiple pregnancies resulting from modern assisted reproductive technologies. however, these multiple pregnancies do not necessarily result in the birth of two or more babies, because during pregnancy, for various reasons, such as preserving the mother's life or the lives of other fetuses, doctors are forced to remove one or more fetuses by injecting potassium chloride into their hearts. although fetal reduction is presented as a distinct procedure from abortion, the end result of both is the termination of the life of a fetus that is potentially capable of being born. as a result, fetal reduction also comes with many legal and ethical challenges.

Therefore, in this study are discussed the definition and nature of fetal reduction, its difference from abortion, its legal and ethical aspects by using a descriptive-analytical method and studying library resources. the findings of this study show that enacting restrictive regulations on the number of embryos transferred per ART cycle is far more effective than enacting regulations prohibiting embryo reduction or expanding abortion regulations on this issue. as this measure generally eliminates or reduces multiple pregnancies resulting from modern assisted reproductive technologies.

Keywords:

Fetal Reduction; Multiple Pregnancies;
Modern Assisted Reproductive
Technologies; Abortion; Fetus

How To Cite:

Ghadiri, M., & Boloori, A. (2026). Legal and ethical aspects and challenges of fetal reduction in multiple pregnancies resulting from modern assisted reproductive technologies. *Health Law and Policy*, 1(1), pp. 175-208.

Received: 13/06/2026

Received
in revised form: 16/08/2026

Accepted: 26/08/2026

Published online:



ابعاد و چالش های حقوقی و اخلاقی کاهش جنین در حاملگی های چندقلویی حاصل از فناوری های مدرن کمک باروری

دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۲۳
بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۲۵
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۲۵
انتشار پیرخط:

m_ghadiri@sbu.ac.ir
a_boloori@sbu.ac.ir

ماهرو غدیری^۱
علی بلوری^۲

انتقال بیش از یک جنین در هر چرخه استفاده از روش های کمک باروری موجب گسترش بارداری های چندقلویی ناشی از فناوری های مدرن کمک باروری شده است. اما این بارداری های چندقلویی لزوماً با تولد دو یا چند نوزاد همراه نیستند. زیرا در طول دوران بارداری، بنا به علل مختلفی چون حفظ جان مادر یا حفظ جان سایر جنین ها، پزشکان ناچار به حذف یک یا چند جنین با تزریق کلرید پتاسیم به قلب آن ها می شوند. هرچند کاهش جنین اقدامی متمایز از سقط جنین معرفی می شود، نتیجه نهایی هر دو سلب حیات از جنینی است که بالقوه قابلیت تولد را دارد. در نتیجه، کاهش جنین نیز با چالش های حقوقی و اخلاقی بسیاری همراه است. از این رو، در پژوهش حاضر به روش توصیفی-تحلیلی و با مطالعه منابع کتابخانه ای به تعریف و ماهیت کاهش جنین، تفاوت آن با سقط جنین، و ابعاد حقوقی و اخلاقی آن پرداخته شده و در نهایت با توجه به تجربه عملی دیگر کشورها راهکاری برای مقابله با کاهش جنین در نظام حقوقی ایران ارائه شده است. یافته های این تحقیق نشان می دهد وضع مقررات محدودکننده در خصوص تعداد جنین های انتقالی در هر چرخه استفاده از روش های کمک باروری به مراتب مؤثرتر از وضع قانون درباره منع کاهش جنین یا تسری مقررات سقط جنین به این موضوع است. زیرا با این اقدام، به طور کلی، بارداری های چندقلویی ناشی از فناوری های مدرن کمک باروری منتفی می شود یا کاهش می یابد.

واژگان کلیدی:

بارداری های چندقلویی، جنین، سقط جنین، فناوری های مدرن کمک باروری، کاهش جنین.

استناد:

غدیری، ماهرو، و بلوری، علی (۱۴۰۵). ابعاد و چالش های حقوقی و اخلاقی کاهش جنین در حاملگی های چندقلویی حاصل از فناوری های مدرن کمک باروری. حقوق و سیاست گذاری سلامت، (۱۱)، صص ۱۷۵-۲۰۸.

۱. استادیار گروه حقوق، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. دانشجوی دکتری تخصصی مطالعات حقوق خانواده، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

مقدمه

فرزندآوری امری ارزشمند و یکی از علایق و انگیزه‌های ازدواج است که گاهی ناباروری مانعی در رسیدن به این هدف می‌شود. نتایج یک پیمایش ملی در خصوص ناباروری در سال ۱۳۹۸ نشان داده است میزان شیوع ناباروری بین زوج‌های ایرانی ۲۰/۳ درصد است که با در نظر گرفتن ۱۶,۰۸۲,۹۵۶ خانم دارای همسر ۱۵ تا ۴۹ ساله در کل ایران ۳,۲۶۸,۱۱۵ زوج ایرانی در طول عمر خود ناباروری اولیه یا ثانویه را تجربه می‌کنند (طاهرپناه، ۱۳۹۸، صص. ۱۵-۱۸). روش‌های درمانی مختلفی برای درمان ناباروری با توجه به علت ناباروری و شرایط سنی و بالینی مراجعان تجویز می‌شود که نتیجه آن می‌تواند بارداری‌های چندقلویی باشد. با افزایش ناباروری و استفاده از شیوه‌های نوین کمک باروری، بارداری‌های چندقلویی، که غالباً به شکل طبیعی و بر اساس سابقه آن در خانواده شخص وقوع می‌یافت، افزایش پیدا کرده است و به دلایل مختلف، از جمله عوارض آن، از راهکار کاهش یا حذف جنین برای استمرار بارداری استفاده می‌شود که ضروری است این موضوع بررسی شود. این پژوهش درصدد پاسخ به چند پرسش است: دلایل و عوارض بارداری چندقلویی حاصل از کاربرد روش‌های کمک باروری چیست؟؛ حذف یا کاهش جنین چه پیامدهایی دارد و چالش‌های حقوقی و اخلاقی آن چیست؟؛ آیا راهکاری جز حذف یا کاهش جنین برای مواجهه با بارداری چندقلویی وجود دارد؟؛ وضعیت نظام حقوقی ایران و راهکارهای سایر کشورها در این زمینه چیست؟؛ و در نهایت چه راهکارهایی می‌توان برای رفع موانع و کاستی‌ها در این زمینه در ایران ارائه داد؟

در پاسخ به این پرسش‌ها این پژوهش با گردآوری اطلاعات از طریق منابع کتابخانه‌ای به توصیف و تحلیل وضع موجود می‌پردازد و سپس با آسیب‌شناسی وضعیت موجود و بررسی شیوه مواجهه سایر کشورها با این موضوع راهکار متناسب با وضعیت ایران را ارائه می‌دهد. این پژوهش در دو مبحث طراحی شده است. ابتدا، عوارض و پیامدهای بارداری‌های چندقلویی، کاهش یا حذف جنین، و چالش‌های حقوقی و اخلاقی آن بعد از تعریف برخی مفاهیم کلیدی مطالعه می‌شود تا ضرورت و اهمیت پرداختن به این موضوع به تفصیل بیان شود. سپس، قبل از بررسی قوانین و مقررات و رویه‌های سایر کشورها در خصوص کاهش جنین، از جمله ایران، به یک موضوع مهم درباره تفاوت‌ها و شباهت‌های حذف یا کاهش جنین با سقط جنین پرداخته می‌شود. در نهایت، با بررسی ابعاد مختلف این وضعیت در ایران، راهکارهای متناسب با آن پیشنهاد داده می‌شود.

۱. بارداری‌های چندقلویی: عوارض و پیامدها

برای بررسی موضوع مورد نظر، ابتدا توضیح برخی مفاهیم اساسی، از جمله بارداری چندقلویی و تبیین عوارض ناشی از آن، ضروری است تا از این طرق بتوان کاهش جنین و آثار و چالش‌های آن را به مثابه راهکاری در مواجهه با بارداری‌های چندقلویی معرفی کرد.

۱.۱. مفهوم‌شناسی و کلیات

در این بخش به بررسی کلیات و مفاهیم اساسی این موضوع پرداخته می‌شود.

۱-۱-۱. مفهوم و ماهیت جنین

جنین^۱ «در لغت عبارت است از هر چیز پوشیده‌شده و مستور و در اصطلاح به موجودی اطلاق می‌شود که پس از لقاح اسپرم مرد و تخمک زن و پس از تقسیمات اولیه سلول تخم تشکیل شده است» (معین، ۱۳۸۷، ص. ۳۱۵). شاید به اعتبار همین معنای لغوی است که واژه جنین بر موجودی اطلاق می‌شود که در رحم زن مستتر و پنهان شده و در حال رشد است.

از منظر زیست‌شناسی، تشکیل جنین نیازمند ترکیب سلول‌های جنسی نر (اسپرم) و ماده (تخمک) است.^۲ با امتزاج مواد ژنتیکی موجود در گامت‌های^۳ جنسی زن و مرد، پس از گذشت حدود دوازده تا هجده ساعت از لقاح، موجودی به نام زیگوت^۴ تشکیل می‌شود (بیگی، ۱۴۰۱). زیگوت در حدود روز پنجم و ششم پس از لقاح به مرحله بلاستوسیست^۵ می‌رسد و در نهایت در روز هفتم آماده^۶ لانه‌گزینی در رحم می‌شود. با تکمیل فرایند لانه‌گزینی مرحله رویانی آغاز می‌شود. در این مرحله، که تا هفته هشتم بارداری ادامه دارد، اندام‌های اصلی جنین تشکیل و شکل خارجی آن قابل رؤیت می‌شود. در این مرحله موجود تشکیل‌شده از لقاح رویان^۷ نامیده می‌شود. با پایان مرحله رویانی، موجود تشکیل‌شده دیگر جنین نامیده می‌شود. مرحله جنینی مرحله رشد اندام‌هاست و از هفته نهم بارداری تا زمان وضع حمل ادامه خواهد داشت (بیگی، ۱۴۰۱). وجود مراحل مختلف در فرایند تشکیل جنین و تولد آن موجب اختلاف نظر درباره نقطه آغاز شخصیت جنین شده است. زمان انعقاد نطفه، زمان لانه‌گزینی در رحم، زمان ولوج روح، زنده متولد شدن، و حتی قابلیت زنده ماندن پس از تولد از مراحل هستند که به منزله نقطه آغاز شخصیت جنین مطرح شده‌اند (قاسم‌زاده و صنعتگر، ۱۳۹۵). بسیاری از مذهب‌یون و اخلاق‌مداران جنین انسان را از زمان انعقاد نطفه دارای حیات و شایسته حمایت می‌دانند تا جایی که حتی سقط جنین معیوب را نیز به دلیل حرج والدین و منافع کودک آینده و جامعه جایز نمی‌دانند (شیروی، ۱۳۸۹).^۷ در مقابل، برخی برآن‌اند که جنین در مراحل رشد خود یک انسان بالقوه است و با سپری کردن این مراحل تبدیل به انسانی بالفعل می‌شود. علاوه بر این، در زمان تشکیل نطفه، جنین فاقد هرگونه حیات است (شیروی، ۱۳۸۹). فقها و زیست‌شناسان اتفاق نظر دارند که ولوج روح در چهارماهگی (هفته هفدهم) رخ می‌دهد و پیش از آن نمی‌توان برای جنین حیاتی متصور بود (شیروی، ۱۳۸۹).

1. Fetal

۲. برای اطلاع بیشتر ر.ک.: شاهوردی و کوهکن، ۱۳۹۳، صص. ۲۲۷-۲۵۹.

3. Gamete

4. Zygote

5. Blastocyst

6. Embryo

۷. برای اطلاع بیشتر ر.ک.: آذین، ۱۳۹۳، صص. ۷۵-۱۰۵.



برخی با استناد به آیه ۷۰ سوره اسراء^۱ معتقدند که خداوند کرامت را به صورت مطلق به هر انسانی، اعم از بالفعل و بالقوه (جنین)، اختصاص داده است. بنابراین، کرامت ذاتی انسان اقتضا می‌کند از حق حیات وی در هر مرحله‌ای حمایت شود. اما این نظر قابل انتقاد است و در موارد بسیار می‌توان تفاوت‌های موجود میان انسان بالفعل و جنین را شاهد بود؛ از جمله اینکه ماده ۸۵۱ قانون مدنی^۲ بین وصیت بر انسان و جنین تفاوت قائل شده است و وصیت بر جنین را فقط به شرط زنده متولد شدن وی صحیح دانسته است (شیروی، ۱۳۸۹). علاوه بر این، سلب حیات از یک انسان مجازات قصاص است؛ اما سقط یک جنین مجازات دیه را به دنبال دارد. این تفاوت‌ها نشان می‌دهد تعمیم کرامت ذاتی انسان به جنین صحیح نیست. شایسته است جنین را به جهت قابلیت تبدیل شدن به یک انسان دارای احترام بدانیم، نه کرامت (شیروی، ۱۳۸۹). پذیرش احترام به جای کرامت ذاتی برای جنین نافی حق حیات وی نیست؛ بلکه جنین تا زمان تولد دارای یک شخصیت انسانی بالقوه و حق حیات نسبی است که باید مورد حمایت قرار گیرد. البته، در صورت تعارض حیات نسبی جنین با مصلحت مهم‌تری چون حیات مادر، حفظ حیات مادر در مقام یک شخصیت انسانی بالفعل برتری دارد (قاسم‌زاده و صنعتگر، ۱۳۹۵).

۲-۱-۱. بارداری چندقلویی

در گذشته، فرزندآوری منحصر به وقوع آمیزش جنسی بین زن و مرد، تشکیل نطفه، و رشد جنین در رحم مادر بود. به همین دلیل، افراد نابارور همواره از داشتن فرزند محروم بودند. اما امروزه پیشرفت علم پزشکی رؤیای فرزندآوری را برای زوجین نابارور محقق کرده است. استفاده از شیوه‌های کمک باروری، با وجود مزایای فراوان آن و اینکه می‌تواند مشکلات بسیاری از افراد نابارور را حل کند، چالش‌هایی، به‌ویژه در زمینه‌های حقوقی و اخلاقی، به دنبال داشته است. افزایش بارداری‌های دوقلویی یا چندقلویی^۳ در طی دهه‌های گذشته از جمله این چالش‌هاست. به طور طبیعی احتمال بارداری دوقلویی یک در هشتاد و بارداری چندقلویی یک در هشت‌هزار بارداری است. اما استفاده از داروهای درمان ناباروری یا انتقال دوا یا چند جنین به رحم زن این احتمال را افزایش داده است (Cheong & Swee Kian Tay, 2014).

۳-۱-۱. سقط جنین

در یک تعریف «سقط به خاتمه بارداری به هر طریق و هر وسیله قبل از رسیدن جنین به مرحله قابل حیات اطلاق می‌شود» (معدنی و جهانگیری، ۱۳۹۳، ص. ۳۵) و در تعریف دیگر هر نوع خروج عمدی یا خودبه‌خودی جنین از رحم مادر، پیش از آنکه قادر به ادامه زندگی در خارج از رحم باشد، سقط جنین محسوب می‌شود (بیگی، ۱۴۰۱). وجه مشترک هر دو تعریف از بین رفتن جنین است. ولی در تعریف اول خاتمه بارداری موضوعیت دارد و در تعریف دوم تمرکز بر از بین رفتن جنین است و اشاره‌ای به خاتمه بارداری ندارد. در

۱. «وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ».

۲. «وصیت برای حمل صحیح است. لیکن تملک او منوط است بر اینکه زنده متولد شود».

3. Multifetal Pregnancy

واژه‌نامه انگلیسی میان اسقاط و خاتمه دادن به بارداری تفاوت وجود دارد و به اسقاط جنین پس از هفته بیستم بارداری اطلاق می‌شود (آذین، ۱۳۹۳). به همین اعتبار، می‌توان از انواع مختلف سقط جنین سخن گفت؛ از جمله سقط جنین خودبه‌خودی، سقط جنین درمانی یا طبی، سقط جنین القایی، سقط جنین جنایی (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۵).

۴-۱-۱. حذف یا کاهش جنین^۱

در فرایند درمان ناباروری، پس از تلقیح مصنوعی اسپرم و تخمک و تشکیل زیگوت، عمدتاً دو یا چند زیگوت به رحم مادر منتقل می‌شود که در آنجا لانه‌گزینی می‌کنند. پزشکان علت این امر را عمدتاً افزایش احتمال موفقیت در باروری و پیشگیری از تحمیل مجدد هزینه‌های درمانی به زوجین بیان می‌کنند.

پس از تکمیل فرایند لانه‌گزینی و اطمینان از موفقیت در باروری، با توجه به خطرات بالای بارداری چندقلویی برای مادر و جنین‌ها، موضوع کاهش جنین^۲ (MFPR) مطرح می‌شود. حذف یک یا چند جنین با هدف حفظ سلامتی مادر، افزایش احتمال بقای سایر جنین‌ها، و کاهش خطرات بارداری و مرگ و میر نوزادان انجام می‌شود (راسخ و برومند، ۱۳۹۹). این موضوع حتی در گزارش سال ۲۰۰۶ کمیته بین‌المللی متخصصان زنان و زایمان^۳ نیز منعکس و تأکید شده است که این اقدام در بارداری‌های بیش از دوقلو، به علت تهدید سلامت مادر و جنین‌ها، مناسب است (Cheong & Swee Kian Tay, 2014).

کاهش جنین به روش‌های گوناگون قابل انجام دادن است. یکی از روش‌های رایج پایان بخشیدن به حیات جنین از طریق تزریق کلرید پتاسیم به قلب اوست (Cheong & Swee Kian Tay, 2014). علاوه بر این، روش‌های دیگری چون روش رادیو فرکانس نیز به منظور کاهش جنین کاربرد دارد. این روش با متوقف کردن جریان خون از بند ناف به جنین به حیات وی پایان می‌بخشد.

۲-۱. پیامدهای بارداری چندقلویی حاصل از کاربرد شیوه‌های کمک باروری و کاهش جنین

تعداد بالای جنین‌ها و عوارض بارداری چندقلویی ناشی از روش‌های کمک باروری، از جمله تهدید حیات یا سلامت مادر و جنین و نوزادها، موجب ایجاد نگرانی درباره این نوع از بارداری‌ها شده است. کاهش جنین راهکاری برای مواجهه با این وضعیت قابل پیشگیری معرفی شده است که خود چالش‌ها و عوارض و پیامدهای گوناگونی به دنبال دارد.

1. Fetal Reduction

2. Multifetal Pregnancy Reduction

برخی بین «کاهش جنین» و «حذف جنین» قایل به تفکیک شده‌اند. حذف جنین را سقط یک جنین به دلیل ابتلای ژنتیکی یا معلولیت‌های خاص آن و کاهش جنین را سقط یک یا چند جنین برای حفظ حیات سالم یک یا چند جنین دیگر تعریف کرده‌اند (برای اطلاع بیشتر ر.ک.: مرقاتی خویی در جمعی از نویسندگان، ۱۳۹۳، ص. ۱۰).

3. International Federation of Gynecologists and Obstetricians

۱-۲-۱. عوارض و پیامدهای بارداری چندقلویی

بارداری چندقلویی می‌تواند عوارض مختلفی برای مادر و کودک، قبل و بعد از تولد، بر جای گذارد. تأخیر رشد داخل رحمی، عدم تقارن رشد جنین‌ها، سندرم انتقال خون جنین به جنین، ناهنجاری‌های جنینی، مرگ داخل رحمی، نارسای نوزاد، وزن کم هنگام تولد، فلج مغزی، افزایش مرگ‌ومیر موربیدیتی نوزادان و انترکولیت نکروران از جمله این عوارض برای جنین و نوزاد است. تهوع و استفراغ شدید بارداری، کم‌خونی مادر، پلی‌هیدروآمنیوس، افزایش خطر دیابت بارداری، هیپرتانسیون دوره بارداری، خونریزی شدید قبل یا هنگام یا بعد از زایمان، سخت‌زایی، سزارین عارضه‌دار، افزایش اختلالات خلقی و افسردگی، افزایش مدت زمان بستری شدن مادر و نوزاد، و هزینه‌های اقتصادی در کنار هزینه‌های جسمی و روانی از پیامدهای این نوع بارداری‌هاست (شیوا و اعرابی‌پور، ۱۳۹۳).

یکی از روش‌های پیشگیری از شیوع چنین عوارضی کاهش یا حذف جنین است که خود دارای پیامدهایی است که در ادامه می‌آید.

۱-۲-۲. عوارض و پیامدهای کاهش جنین

کاهش جنین، که به دلایل مختلف صورت می‌گیرد، می‌تواند عوارض گوناگونی بر سلامت جسمی و روانی والدین و سایر جنین‌ها داشته باشد. کاهش جنین، به‌ویژه در مواردی که همه جنین‌ها سالم‌اند و باید برای حذف یک یا چند جنین تصمیم گرفت، شرایط دشواری را برای والدین ایجاد می‌کند. اضطراب این انتخاب بیش از سقط جنین است. زیرا آنان در مقابل دو سؤال قرار می‌گیرند: آیا جنین را سقط کنیم؟ و کدام یک را؟ (جعفری‌تبار، ۱۳۹۳). تصمیم‌گیری درباره این موضوع نیز باید در یک بازه زمانی محدود انجام شود. هرچند امروزه پزشک بر اساس نزدیکی جنین به دیواره رحم و جنین‌های ناسالم اقدام به کاهش جنین می‌کند؛ اما همچنان، رضایت به این کار، ممکن است زنان را به سوگی شبیه سقط جنین در اولین بارداری و تجربه دل‌بستگی و غم مبتلا کند.

واکنش هیجانی شدید مثل احساس گناه، علائم سوگ، ترس، استرس، و افسردگی در مادران و اینکه برخی با توجه به خطرات بارداری چندقلویی رضایت به کاهش جنین را برابر قتل عمد می‌دانند و از آن خودداری می‌کنند از موضوعاتی است که ارائه مشاوره و مداخلات روان‌شناختی با توجه به دلیل کاهش جنین اقتضا می‌کند.^۱

روش‌های مختلفی برای کاهش جنین وجود دارد که استفاده از هر یک از آن‌ها می‌تواند عوارض خاص خود را داشته باشد تا جایی که برخی از این روش‌ها به دلیل افزایش احتمال سقط در حال حاضر منسوخ شده است (شیوا و اعرابی‌پور، ۱۳۹۳). عفونت، آسیب به سایر جنین‌ها، و امکان سقط همه جنین‌ها از این عوارض است.

۱. برای اطلاع بیشتر ر.ک.: ثابتی، ۱۳۹۳، ص. ۹.

۱-۲-۳. چالش‌های حقوقی و اخلاقی کاهش جنین

عوارض و پیامدهای کاهش جنین در بارداری‌های چندقلویی با چالش‌های اخلاقی و حقوقی بسیاری همراه است که گفتار حاضر به بررسی آن‌ها اختصاص یافته است. پیش از ورود به این چالش‌ها، ابتدا باید مختصری به ماهیت جنین پرداخت تا چارچوب حمایت از حیات آن مشخص شود. سپس ابعاد مختلف این چالش‌ها بررسی شود.

۱-۲-۴. چالش‌های علل کاهش جنین

کاهش جنین عموماً برای حفظ بارداری، جلوگیری از خطراتی که حیات یا سلامت مادر یا سایر جنین‌ها و کودکان آینده را تهدید می‌کنند، و حذف جنین ناقص صورت می‌پذیرد و گاه بدون ضرورت‌های پزشکی و بنا بر دلایل دیگری به خواست مادر صورت می‌گیرد که با همان چالش‌های اخلاقی و حقوقی سقط جنین همراه است. حذف جنین بنا به علل اقتصادی و اجتماعی و به درخواست والدین امکان‌پذیر و قابل توجیه نیست. این اقدام زمانی توجیه‌پذیر است که جان مادر یا جنین‌ها در معرض خطر قرار گرفته باشد و حذف یک یا چند جنین موجب بقای سایرین شود.

همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، پزشکان هفته هشتم تا چهاردهم بارداری و به‌ویژه هفته دوازدهم را برای حذف جنین مناسب می‌دانند. این در حالی است که در این بازه زمانی جنین مرحله رویانی را پشت سر گذاشته و اندام‌هایش تشکیل و رشد آن‌ها آغاز شده و شاید حذف او از منظر اخلاقی قابل قبول نباشد. اما نکته قابل توجه این است که در این بازه زمانی غربالگری اول انجام می‌شود و اگر جنینی مبتلا به اختلالات و ناهنجاری‌های مادرزادی باشد مشخص می‌شود. در نتیجه، حذف جنینی که مبتلا به ناهنجاری‌های مورفولوژیکی^۱ (ریخت‌شناسی) یا کروموزومی یا هر اختلال دیگری است نسبت به جنینی که سالم است ترجیح دارد (Cheong & Swee Kian Tay, 2014).

۱-۲-۵. چالش معیار انتخاب جنین برای حذف

زمانی که پزشکان حذف یک یا چند جنین را تجویز می‌کنند، این مسئله مطرح می‌شود که معیار انتخاب جنین یا جنین‌ها برای حذف چیست و آیا پزشک یا والدین می‌توانند بنا به نظر شخصی خود اقدام کنند؟ چالش اصلی در خصوص تعیین معیار حذف جنین زمانی بروز و ظهور می‌یابد که هیچ‌یک از جنین‌ها دچار ناهنجاری یا اختلال نباشد. چون حذف جنین ناسالم به منظور حفظ جنین سالم قابل توجیه است؛ اما جنین‌های سالم هیچ‌یک بر دیگری برتری ندارند. در چنین حالتی برای حذف جنین باید به اصل تخییر استناد کرد. چون انتخاب یک یا چند جنین میان جنین‌های سالم مصداق دوران امر بین محذورین است که در چنین حالتی اصل تخییر جاری می‌شود (نظری توکلی و جوانمرد فرخانی، ۱۳۹۱-۱۳۹۲). بنابراین، پزشک می‌تواند از جانب والدین یک یا چند جنین را برای حذف انتخاب کند.



گفتنی است در بسیاری از موارد، در زمان حذف جنین‌ها، جنسیت آن‌ها قابل تشخیص است. افشای جنسیت جنین‌ها ممکن است موجب شود جنسیت آن‌ها مبنای تصمیم‌گیری در خصوص حذف آن‌ها قرار گیرد. چون در بسیاری از جوامع تمایل عامه مردم به یک جنسیت، به ویژه جنس مرد، بیشتر از جنسیت دیگر است و این موجب می‌شود والدین درصدد حذف جنینی برآیند که جنسیت او مورد تمایل آن‌ها نیست. این موضوع حتی در طولانی مدت می‌تواند منجر به برهم خوردن نسبت جمعیتی در جامعه شود. در نتیجه، اجماع عمومی بر این است که معیار جنسیت جهت حذف جنین‌ها امری غیر اخلاقی است. حتی در برخی جوامع این موضوع امری غیر قانونی محسوب شده است (Cheong & Swee Kian Tay, 2014).

۱-۲-۶. چالش مربوط به شیوه حذف جنین

تزریق کلرید پتاسیم به قلب جنین یا سایر روش‌ها از جهت ایجاد درد و حس آن هم می‌تواند مورد توجه قرار گیرد. در مورد جنین، در مکاتب مبتنی بر حیات^۱ صرف وجود و تمامیت زیستی جنین به جای وجود کروموزوم‌های انسانی و قابلیت تنفس و تکثیر و رشد برای اکتساب جایگاه اخلاقی کافی است (بهنام‌منش، ۱۳۹۳)؛ درحالی‌که وجود قابلیت‌های حسی و شناختی هم از منظر مکاتب شخص‌محور^۲ لازم است (بهنام‌منش، ۱۳۹۳). آستانه قابلیت حس درد در جنین از ابتدای هفته بیستم رشد جنین آغاز می‌شود و به مرور با تکامل سیستم عصبی و ارتباطات فعال تالاموس و قشر مغز افزایش می‌یابد و در اواسط سه ماهه سوم بارداری، با تکامل و کارکرد فعال سیستم عصبی، این احتمال می‌رود که جنین قابلیت حس‌مندی را کسب کند (بهنام‌منش، ۱۳۹۳). این در حالی است که کاهش جنین عموماً قبل از این زمان صورت می‌گیرد و دغدغه‌ای از این جهت ایجاد نمی‌کند.

۲. بررسی قوانین، مقررات، و رویه‌های سایر کشورها در خصوص کاهش جنین

پیش از شروع بحث در خصوص قوانین و رویه‌های کاهش جنین در کشورهای مختلف، شایسته است ابتدا به قوانین دیگر کشورها در خصوص سقط جنین اشاره‌ای کوتاه شود. چون مسئله سقط جنین از دیرباز در میان جوامع بشری مطرح بوده است (Asman, 2004)؛ به نحوی که حتی ایرانیان و یونانیان و رومیان باستان نیز در این خصوص مقررات مختلفی وضع کرده بودند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۲). اما کاهش جنین از مسائلی است که به دنبال پیشرفت علم پزشکی و رواج استفاده از فناوری‌های کمک باروری^۳ در چند دهه اخیر مطرح شده است. با وجود اینکه برخی کشورها به صورت مستقیم یا غیر مستقیم مقررات و دستورالعمل‌هایی در این خصوص وضع کرده‌اند، هنوز برخی کشورها فاقد هرگونه قانونی در رابطه با کاهش جنین هستند (دلیری و همکاران، ۱۳۹۴).

1. Vitalist Idiea

2. Personallist Idea

3. Assisted Reproductive Technologies (ART)

۱-۲. کاهش جنین یا سقط جنین

کاهش یا حذف جنین از جهات مختلف مشابه سقط جنین است؛ تا جایی که شاید بتوان ادعا کرد در فقدان مقرراتی در خصوص کاهش جنین می‌توان همان مقررات مربوط به سقط جنین را بر آن بار کرد. در این گفتار، رویکرد نظام‌های حقوقی به جنبه‌های تفاوت و تشابه این مفاهیم بررسی می‌شود.

۱-۱-۲. رویکرد کشورهای مختلف به سقط جنین^۱

سقط جنین موضوعی است که از ابعاد مختلف حقوقی، اخلاقی، مذهبی، اجتماعی، و ... شایان بررسی است. از نگاه ادیان الهی و از جمله اسلام سقط جنین عملی ناپسند است (رستمی و همکاران، ۱۳۹۲) که همواره سفارش به منع آن شده و مرتکب آن مستحق مجازات دانسته شده است. از این رو، جوامع مذهبی همواره در صدد منع سقط جنین به صورت مطلق بوده‌اند.

تجارب تاریخی کشورهای مختلف نشان داده است ممنوعیت مطلق سقط جنین آثار و پیامدهای منفی بسیاری به دنبال دارد. زیرا ممنوعیت سقط جنین زنان را وامی‌دارد تا در شرایط اضطراری و خاص به برخی روش‌های سنتی و غیر بهداشتی سقط جنین متوسل شوند. این موضوع حتی می‌تواند خطر مرگ را برای زنان به دنبال داشته باشد؛ همان‌طور که مطابق آمارها سقط جنین غیر بهداشتی و پُرخطر در خاورمیانه حدود ۶ درصد از مرگ‌ومیرهای زنان در این منطقه را به خود اختصاص داده است (احمدنژاد و همکاران، ۱۳۹۰).

در نتیجه، از اوایل دهه ۱۹۵۰ اکثر کشورها در صدد آزادسازی سقط جنین و تعدیل قوانین خود در این زمینه برآمدند. کشورهای اروپایی مللی پیش‌گام در این زمینه شناخته می‌شوند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۲). با این حال، تاکنون تنها تعداد معدودی از کشورها سقط جنین را به صورت مطلق آزاد اعلام کرده‌اند. مثلاً در کشور کانادا امکان دسترسی به سقط جنین بهداشتی در همه مراکز درمانی برای همه خانم‌های باردار و صرف‌نظر از شرایط آن‌ها مهیاست (عباسی و همکاران، ۱۳۹۴). در مقابل، کشورهایی که سقط جنین را به صورت مطلق و تحت هر شرایطی ممنوع اعلام کرده‌اند نیز معدود و انگشت‌شمارند؛ مانند کشور السالوادور که حتی در صورت تهدید جان مادر، سلامت جسمی و روانی مادر، ناهنجاری‌های جنین، و ... سقط جنین را جایز نمی‌داند (El Salvador: Court Hears Case on Total Abortion ban, 2023). ممنوعیت مطلق سقط جنین پس از پایان جنگ‌های داخلی این کشور و تحت تأثیر سلطه کلیسای کاتولیک وضع شده است (Januwalla, 2016). غلبه مذهب در برخی دیگر از کشورها، چون مالت و واتیکان، نیز موجب ممنوعیت مطلق سقط جنین و در نظر گرفتن مجازات نسبتاً سنگین برای آن شده است (قانونی شدن سقط جنین در ایرلند شمالی؛ حقوق نابرابر زنان در کشورهای مختلف، ۲۰۱۹).

اما اغلب کشورها در وضع قوانین سقط جنین رویکردی میانه اتخاذ و با معیارهایی خاص سقط جنین را مجاز اعلام کرده‌اند. این معیارها در هر کشور متفاوت است؛ به نحوی که ممکن است شرایطی خاص در یک کشور زمینه تجویز سقط جنین را فراهم کند؛ اما در کشوری دیگر این امکان وجود نداشته باشد (عباسی و همکاران، ۱۳۹۴).



به طور کلی، معیارهایی که در کشورهای مختلف به عنوان معیار تجویز سقط جنین پذیرفته شده‌اند عبارت‌اند از: سقط جنین به علت نجات جان مادر، سقط جنین به علت حفظ سلامت جسمانی مادر، سقط جنین به علت حفظ سلامت روانی مادر، سقط جنین به علت وجود نقایص جنینی، سقط جنین به علت بارداری در اثر تجاوز به عنف یا زنا با محارم، سقط جنین بنا به درخواست مادر و بدون وجود علل موجه پزشکی (پژهان و همکاران، ۱۳۹۶). هر کشوری ممکن است یک یا چند مورد از این معیارها را بپذیرد و در صورت احراز آن سقط جنین را تجویز کند. معیار سقط جنین به علت نجات جان مادر تقریباً در همه کشورهای که سقط جنین را مشروط به وجود شرایطی کرده‌اند پذیرفته شده است. مثلاً در کشورهای عراق، لیبی، فلسطین اشغالی، و یمن سقط جنین تنها در صورتی که ادامه بارداری جان مادر را تهدید کند مجاز است (Maffi & Tonnesson, 2019).

برخی دیگر از کشورها معیارهای دقیق‌تری به منظور تجویز سقط جنین با توجه به سن بارداری در نظر گرفته‌اند. مثلاً کشور پرتغال بدین شرح سقط جنین را مجاز اعلام کرده است: سقط جنین به درخواست مادر تا هفته دهم بارداری، سقط جنین به علت حفظ سلامت جسمی و روانی مادر تا هفته دوازدهم بارداری، سقط جنین به علت وقوع تجاوز به عنف تا هفته شانزدهم بارداری، سقط جنین به علت وجود نقایص و اختلالات جنینی تا هفته بیست و چهارم بارداری، سقط جنین به منظور حفظ جان مادر بدون محدودیت و تا پایان بارداری (رستمی و همکاران، ۱۳۹۲).

۲-۱-۲. سقط جنین و کاهش جنین

برخی پژوهشگران قائل به تفکیک بین کاهش و سقط جنین هستند. با این استدلال که هدف سقط جنین را پایان دادن به بارداری به صورت کامل می‌دانند، اما هدف از کاهش جنین را حذف یک یا چند جنین به منظور حفظ سلامتی مادر و سایر جنین‌ها در نظر می‌گیرند. در واقع بر این باورند که سقط جنین منجر به پایان کامل بارداری می‌شود؛ اما در کاهش جنین بارداری با تعداد کمتری از جنین‌ها ادامه می‌یابد (Cheong & Swee Kian Tay, 2014).

با مذاقه بیشتر در این خصوص درمی‌یابیم که استدلال مطروحه در خصوص تفاوت بین کاهش جنین و سقط جنین چندان پذیرفتنی به نظر نمی‌رسد. چون نتیجه نهایی حاصله هم در سقط جنین هم در کاهش جنین از بین بردن جنین و مانع از زنده متولد شدن آن است، صرف نظر از اینکه جنین زنده دیگری در رحم مادر باقی مانده باشد یا خیر. از این رو و با توجه به تعاریف ارائه شده از سقط جنین می‌توان کاهش جنین را نوعی سقط جنین و از جمله مصادیق سقط جنین درمانی یا طبی به شمار آورد (قربانی و ابراهیمی، ۱۳۹۵). چون سقط جنین درمانی نیز به دلایلی مثل در خطر بودن حیات مادر یا ابتلای جنین به برخی بیماری‌های ژنتیکی و تولد نوزادی ناقص‌الخلقه صورت می‌گیرد. در هر دو، جنین یا جنین‌هایی سقط می‌شوند و در عمل یگانه تفاوت آن‌ها در خاتمه یافتن یا استمرار بارداری است.

سؤالی که در اینجا مطرح می‌شود این است که آیا می‌توان در مورد بارداری‌های طبیعی چندقلویی یا تک‌قلویی سقط جنین بدون ضرورت پزشکی را نپذیرفت، لیکن در بارداری‌های چندقلویی حاصل از

شیوه‌های کمک‌باروری سقط دلبخواهی و بدون ضرورت پزشکی را توجیه کرد؟ در صورت پاسخ مثبت به این سؤال، چه دلیل عینی و منطقی و ملموسی این تفاوت را توجیه می‌کند؟ به نظر می‌رسد در مواردی که توجیه پزشکی وجود ندارد، صرف تفاوت در نتیجه، که همان خاتمه بارداری در سقط جنین یا استمرار بارداری در کاهش جنین است، نمی‌تواند توجیهی پذیرفتنی برای از بین بردن یک جنین و تبعیض بین مادران باردار باشد.

۲-۲. قوانین، مقررات، و رویه سایر کشورها در خصوص کاهش جنین

مطابق آنچه پیش‌تر اشاره شد، کشورها قانون و رویه‌ای واحد در خصوص سقط جنین ندارند و این موضوع درباره کاهش جنین نیز صادق است. براساس یکی از مطالعات انجام‌شده در کشورهای مختلف می‌توان تدابیر گوناگونی در مواجهه با بارداری‌های چندقلویی و کاهش جنین ملاحظه کرد. یکی از این رویکردها پیشگیری از بارداری‌های چندقلویی از طریق محدودیت در تعداد جنین‌های انتقالی است. این محدودیت‌ها به اشکال و با شرایط مختلفی اعمال می‌شوند.

انتقال یک جنین برای هر متقاضی به صورت مطلق، انتقال تعداد مشخصی از جنین‌ها با در نظر گرفتن شرایط سنی و بالینی و سوابق قبلی IVF متقاضی، کیفیت جنین‌ها و قابلیت انجماد جنین‌های اضافی، محول کردن تشخیص ضرورت انتقال بیش از یک جنین به پزشک و با ذکر حداکثر تعداد جنین‌های انتقالی تا سه یا چهار جنین، و محدود کردن پوشش بیمه براساس بازه‌های سنی متقاضیان از جمله این محدودیت‌هاست (راسخ و برومند، ۱۳۹۹). جهت بررسی قوانین و رویه‌های سایر کشورها در خصوص کاهش جنین، کشورها به دو دسته تقسیم می‌شوند.

۲-۲-۱. کشورهای با مقررات واحد در خصوص کاهش و سقط جنین

با وجود تفاوت موجود بین مسائل کاهش جنین و سقط جنین، برخی کشورها کاهش جنین را تحت شمول قوانین مربوط به سقط جنین در نظر گرفته‌اند. مثلاً در کشور عربستان سقط جنین فقط تا پیش از گذشت صد و بیست روز از شروع بارداری (ولوچ روح) و وجود خطر جدی برای سلامت جسمی یا روانی مادر جایز شمرده می‌شود (Alghamdi, 2026). این کشور اعمال کاهش جنین را نیز تحت همین رویه در نظر گرفته است. بنابراین، اصولاً کاهش جنین را اقدامی غیر قانونی می‌شمارد و طبق آیین‌نامه مربوط به اعمال حرف پزشکی، صادره توسط دستور شماره ۵ پادشاهی عربستان، فقط در صورتی آن را جایز می‌داند که عدم اقدام در این مورد حیات مادر را تهدید کند و این موضوع به تأیید یک کمیته مخصوص پزشکی برسد (دلیری و همکاران، ۱۳۹۴). کشور ایسلند نیز از دیگر کشورهایی است که در ماده ۱ قانون خاتمه بارداری شماره ۴۳/۲۰۱۹ موضوع کاهش جنین را مد نظر قرار داده و قوانین و مقررات ختم بارداری را در خصوص کاهش جنین نیز قابل اعمال دانسته است. ماده ۴ این قانون کاهش و سقط جنین به درخواست مادر را تا پایان هفته بیست و دوم بارداری مجاز می‌داند. البته در شرایط استثنایی به منظور نجات جان مادر یا مواردی که جنین قابلیت ادامه حیات



نداشته باشد هیچ محدودیت زمانی در این خصوص وجود ندارد (Ministry Of Health. Termination of Pregnancy Act No.43/2019, 2023).

۲-۲-۲. کشورهایی با مقررات جداگانه برای کاهش جنین

عمده کشورهای مورد مطالعه تفاوت میان کاهش و سقط جنین را مد نظر قرار داده و به همین علت قوانین جداگانه‌ای در خصوص کاهش جنین وضع کرده‌اند. عمدتاً سخت‌گیری کشورها در خصوص کاهش جنین کمتر از سقط جنین است. مثلاً برخی از ایالت‌های استرالیا سقط جنین به علت حفظ سلامت جسمی و روانی مادر را جایز نمی‌دانند. اما همین ایالات کاهش جنین را به منظور حفظ سلامت جسمی و روانی مادر تجویز می‌کنند (Davis & Douglas, 2014).

همان‌طور که در مسئله سقط جنین برخی از کشورها قائل به ممنوعیت آن هستند، در خصوص کاهش جنین نیز چنین رویکردی وجود دارد. مثلاً کشور ایتالیا، با وجود آنکه سقط جنین را به منظور حفظ سلامت جسمانی و روانی مادر در سه ماهه نخست بارداری جایز می‌داند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۲)، کاهش جنین را ممنوع کرده است. علت ممنوعیت این کار در ایتالیا این است که قوانین این کشور درصدد پیشگیری از بارداری چندقلویی برآمده‌اند؛ بدین صورت که در هر چرخه درمانی روش‌های کمک باروری تعداد جنین‌های انتقالی را به حداکثر سه جنین محدود کرده‌اند (Alves et al., 2017). گفتنی است ممنوعیت کاهش جنین در ایتالیا مطلق نیست. در برخی موارد خاص، دادگاه با استناد به دلایلی چون تهدید جان مادر، ابتلای جنین به بیماری‌های خاصی چون تالاسمی، و ... اجازه کاهش جنین را می‌دهد (Arie, 2004).

کشورهای دیگری نیز با کنترل بر تعداد جنین‌های انتقالی در هر چرخه روش‌های کمک باروری تلاش کرده‌اند از وقوع بارداری‌های چندقلویی پیشگیری کنند که از آن‌ها می‌توان به چند کشور اشاره کرد:

- وزارت بهداشت کشور عمان استانداردهایی را برای مراکز درمان ناباروری تعیین کرده که طبق آن توصیه شده در هر چرخه روش‌های کمک باروری برای زنان سی و پنج سال و کمتر حداکثر دو جنین و برای زنان بالای سی و پنج سال حداکثر سه جنین انتقال یابد (Kooli, 2019).

- ماده ۷ قانون شماره ۲۰۱۷/۲۶ بحرین درباره استفاده از تکنیک‌های پزشکی لقاح مصنوعی و باروری^۲ برای زنان زیر سی و پنج سال انتقال یک جنین و برای زنان بالای سی و پنج سال انتقال حداکثر سه جنین را جایز دانسته است. با توجه به این محدودیت، توسل به کاهش جنین در بحرین فقط به دلیل نجات جان مادر و با تأیید سه پزشک متخصص امکان‌پذیر است (Kooli, 2019).

- مطابق قوانین کشور ترکیه در خصوص زنان سی و پنج سال و کمتر در دو چرخه نخست روش‌های کمک باروری انتقال تنها یک جنین مجاز است و در صورت عدم موفقیت بارداری در دو مرحله نخست، در چرخه‌های بعدی، می‌توان حداکثر دو جنین انتقال داد. اما درباره زنان بالای سی و پنج سال از همان چرخه نخست می‌توان حداکثر دو جنین انتقال داد (Kooli, 2019).

1. Queensland, New South Wales

2. MTAIF Law: Medical Techniques for Artificial Insemination and Fertilization

- به موجب قانون لقاح و جنین‌شناسی انگلستان، مصوب ۱۹۹۰، انتقال بیش از یک جنین در هر چرخهٔ روش‌های کمک باروری، صرف‌نظر از سن مادر، جز در شرایطی خاص و با اخذ مجوز از سازمان مربوطه مجاز نبوده است (دلیری و همکاران، ۱۳۹۴). با آنکه قانون سال ۱۹۹۰ در این خصوص تعیین تکلیف کرده بود، اصلاح قانون لقاح و جنین‌شناسی در سال ۲۰۰۸ موجب شد قانون جدید در خصوص این موضوع ساکت بماند (Human Fertilisation and Embryology Act, 2008). همین امر موجب افزایش بارداری‌های چندقلویی و به دنبال آن گسترش کاهش جنین تا سال ۲۰۱۶ شد. این آمار از سال ۲۰۱۶ با اتخاذ برخی روش‌های پیشگیرانه از سوی مراکز درمان ناباروری، مثل انتقال یک جنین - جز در خصوص مادران در سنین بالا- و تحریک تخمک‌گذاری‌ها به صورت کنترل‌شده، روند نزولی پیدا کرده است (Sam et al., 2022).

- کشور سوئد نمونه‌ای موفق از کنترل مسئلهٔ کاهش جنین و بارداری‌های چندقلویی از طریق نظارت بر تعداد جنین‌های انتقالی است. در این کشور، پزشکان و مراکز درمان ناباروری به صورت گام به گام و داوطلبانه درصد کاهش تعداد جنین‌های انتقال‌یافته برآمدند. ابتدا، در سال ۱۹۹۳، پیش از وضع قانون در این زمینه، کلینیک‌ها تعداد جنین‌های انتقال‌یافته در هر چرخهٔ روش‌های کمک باروری را محدود به دو جنین کردند و چند سال بعد، در اوایل قرن بیست و یک، با توصیهٔ پزشکان، تعداد جنین‌ها را از دو به یک جنین کاهش دادند (Karlstorm & Bergh, 2007). به دنبال این موضوع، هیئت ملی بهداشت و رفاه سوئد در سال ۲۰۰۳ دستورالعملی منتشر و مقرر کرد که روش انتقال یک جنین باید در هر چرخهٔ روش‌های کمک باروری اتخاذ شود و فقط در مواردی که احتمال بارداری چندقلویی پایین است می‌توان تعداد جنین‌ها را تا دو جنین افزایش داد (Karlstorm & Bergh, 2007). تجربهٔ کشور سوئد نشان می‌دهد پزشکان و مراکز درمان ناباروری، پیش از قانون‌گذار، به این موضوع اندیشیده و با کاهش تعداد جنین‌ها سعی کرده بودند مسئلهٔ کاهش جنین و پیامدهای بارداری‌های چندقلویی را کم‌رنگ کنند.

نتیجهٔ این تصمیم و اتخاذ این روش در کشور سوئد کاهش میزان بارداری‌های چندقلویی از ۳۰ درصد به ۵ درصد در کوتاه‌مدت بود (Kallen et al., 2010). امروزه، با گذشت حدود سی سال از این موضوع، همچنان میزان بارداری‌های چندقلویی در کشور سوئد پایین است؛ درحالی‌که هنوز در بسیاری از کشورها بارداری چندقلویی حدود ۲۵ تا ۳۰ درصد از بارداری‌ها را شامل می‌شود (Bergh et al., 2022). انتقال یک جنین در هر چرخهٔ روش‌های کمک باروری تأثیر بسیار بر کاهش زایمان‌های زودرس در کشور سوئد داشته (Kallen et al., 2010) و به طور کلی موجب کاهش خطرات بارداری‌های چندقلویی برای مادران و جنین‌ها شده است (Karlstorm & Bergh, 2007).

آمارهای موجود از کشورهای مختلف نشان می‌دهد میزان انتقال یک جنین رو به افزایش است. مثلاً در سال ۲۰۰۶ میزان انتقال یک جنین در استرالیا و نیوزلند ۵۷ درصد بود، اما در سال ۲۰۱۰ به ۶۹٫۶ درصد افزایش یافت (Davis & Douglas, 2014). در کشورهای اروپایی نیز چنین وضعیتی وجود دارد. آمارهای انجمن اروپایی تولید مثل انسانی و جنین‌شناسی^۱ نشان می‌دهد انتقال دو یا چند جنین در هر چرخهٔ روش‌های



کمک باروری در کشورهای اروپایی رو به کاهش است، به نحوی که این میزان از ۲۶٫۹ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۲۱٫۸ درصد در سال ۲۰۰۵ رسیده است (Nyboe Andersen et al., 2009).

- کشور چین، که نزدیک به چهار دهه با اعمال سیاست تک‌فرزندی^۱ درصدد کنترل جمعیت خود برآمده بود، برای مقابله با بارداری‌های چندقلویی نیز محدودیت‌هایی درباره تعداد جنین‌های انتقالی وضع کرده است (Qiao & L.Feng, 2014)؛ بدین صورت که زنان زیر سی و پنج سال نمی‌توانند بیش از دو جنین و زنان بالای سی و پنج سال نمی‌توانند بیش از سه جنین را در هر چرخه روش‌های کمک باروری دریافت کنند (Qiao & L.Feng, 2014).

کشورهای دیگری نیز چنین قوانین و دستورالعمل‌هایی را جهت پیشگیری از بارداری چندقلویی و منتفی کردن موضوع کاهش جنین به تصویب رسانده‌اند. با این حال، هنوز در جوامع بسیاری این موضوع یک مسئله چالش برانگیز باقی مانده و قانون‌گذار برای کنترل آن اقدامی اتخاذ نکرده است. مثلاً در کشور هندوستان پزشکان با تأکید بر افزایش شانس باروری هیچ محدودیتی در خصوص تعداد جنین‌های انتقال یافته در هر چرخه روش‌های کمک باروری ندارند و به دنبال آن بارداری‌های چندقلویی یکی از چالش‌های این جامعه باقی مانده است (Chaudhury & Mukherjee, 2014).

۳-۲. نحوه مواجهه با کاهش جنین در ایران

برای یافتن راهکار مناسب و عملی در مواجهه با چالش کاهش جنین، ابتدا باید به وضعیت فعلی ایران از ابعاد مختلف اشاره مختصری کرد و سپس به ارائه راهکارهای پیشنهادی متناسب با این وضعیت پرداخت.

۳-۲-۱. فرزندآوری و پیامدهای ناباروری در ایران

۳-۲-۱-۱. اهمیت فرزند و فرزندآوری در جامعه ایرانی

در جامعه ایرانی فرزندآوری امری ارزشمند و بارداری برای یک زن موهبتی الهی است. زیرا ایرانیان مادر باردار را از آن جهت که در حال پروراندن موجودی است که بالقوه قابلیت تبدیل شدن به انسانی کامل را دارد قابل توجه و احترام می‌دانند. به همین منظور، فلاسفه، مذهب‌یون، و اخلاقیون سقط جنین را به صورت مطلق جایز نمی‌دانند (شیروی، ۱۳۸۹).

با این حال، مطابق آمارها و تحلیل‌های موجود، تعداد فرزندان که زنان دارند ۶۰ درصد کمتر از تعداد ایده‌آل فرزندان آن‌ها است که یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر آن افزایش سن در اولین ازدواج است (علی‌مندگاری و همکاران، ۱۳۹۶). با افزایش سن ازدواج، تعداد زوجین دارای مشکلات باروری نیز افزایش یافته و احتمال بارداری چندقلویی به دلیل تحریک تخمک‌گذاری یا انتقال جنین‌های بیشتر به دلایل مختلف، از جمله فرصت کم بارداری برای زن، بالا رفته است.

هرچند امکان والد شدن با به سرپرستی گرفتن کودکان بی سرپرست وجود دارد و بیش از یک دهه است که مادر شدن برای بانوان فاقد شوهر نیز با شرایط خاصی، طبق قانون حمایت از کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست، مصوب ۱۳۹۲، فراهم شده است، همچنان استفاده از روش های کمک باروری برای داشتن فرزندی که ارتباط بیولوژیک با یکی یا هر دوی والدین داشته باشد متقاضیان خود را دارد.

۲-۳-۱-۲. پیامدهای قانونی ناباروری برای زوج یا زوجۀ نابارور

ناباروری یکی از عوامل تأثیرگذار بر روابط زوجین است که با ایجاد اختلال در رابطه جنسی، کاهش اعتماد به نفس و تأثیر بر ارتباط بین زوجین، احساس تنهایی و طرد شدن، و احساس افسردگی از یک سو و مواجهه با درمان های پرزحمت و پرهزینه و آثار آن بر هر یک از زوجین، وسواس درباره بارداری شدن و احساس ناتوانی، و ناامیدی و خستگی و عصبانیت (محمدی و خلیج آبادی فراهانی، ۱۳۸۰) از سوی دیگر عاملی برای سوق دادن زوجین به سمت طلاق است.

به موجب ماده ۱۶ قانون حمایت خانواده، مصوب ۱۳۵۳، مردی که همسرش صاحب فرزند نمی شود می تواند از دادگاه مجوز تجدید فراش بگیرد^۱ و البته منعی هم برای طلاق دادن همسر خود، به موجب ماده ۱۱۳۳ قانون مدنی، ندارد.^۲ زنی که همسرش عقیم است نیز می تواند به استناد ماده ۱۱۳۰ قانون مدنی^۳ یا بند ۱۰ قسمت «ب» شروط ضمن عقد نکاح تقاضای طلاق از محکمه کند.^۴ حتی ناباروری ثانویه نیز می تواند بر روابط زوجین تأثیر بگذارد و در مجموع این موارد زمینه ساز اصرار زوجین و اقناع پزشک برای انتقال چند جنین در هر چرخه روش های کمک باروری است. خشونت های فیزیکی و روانی و عاطفی و اقتصادی نیز می تواند گریبان گیر زنان به دلیل ناباروری شان بشود.^۵

۱. به موجب ماده ۵ این قانون «افراد زیر می توانند سرپرستی کودکان و نوجوانان مشمول این قانون را از سازمان درخواست نمایند: الف ... ج) دختران و زنان بدون شوهر، در صورتی که حداقل سی سال سن داشته باشند، منحصرأ حق سرپرستی اناث را خواهند داشت ... تبصره ۳. اولویت در پذیرش سرپرستی به ترتیب با زن و شوهر بدون فرزند، سپس زنان و دختران بدون شوهر فاقد فرزند، و در نهایت زن و شوهر دارای فرزند است.»

۲. «ماده ۱۶. مرد نمی تواند با داشتن زن همسر دوم اختیار کند، مگر در موارد زیر: ۱. رضایت همسر اول ... ۸. عقیم بودن زن.»

۳. «ماده ۱۱۳۳. مرد می تواند با رعایت شرایط مقرر در این قانون با مراجعه به دادگاه تقاضای طلاق همسرش را بنماید.»

۴. «ماده ۱۱۳۰. در صورتی که دوام زوجیت موجب عسر و حرج زوجۀ باشد، وی می تواند به حاکم شرع مراجعه و تقاضای طلاق کند. چنانچه عسر و حرج مذکور در محکمه ثابت شود، دادگاه می تواند زوج را اجبار به طلاق نماید و در صورتی که اجبار میسر نباشد، زوجۀ به اذن حاکم شرع طلاق داده می شود.»

۵. «ب) ضمن عقد نکاح/ خارج لازم: زوج به زوجۀ وکالت بلاعزل با حق توکیل غیر داد که در موارد مشروحه زیر با رجوع به دادگاه واخذ مجوز از دادگاه، پس از انتخاب نوع طلاق، خود را مطلقه نماید و نیز به زوجۀ وکالت بلاعزل با حق توکیل غیر داد تا در صورت بذل از طرف او قبول نماید. مواردی که می تواند حسب مورد از دادگاه تقاضای صدور اجازه طلاق نماید به شرح زیر است: ... ۱۰. در صورتی که پس از گذشت پنج سال زوجۀ از شوهر خود به جهت عقیم بودن و یا عوارض جسمی دیگر زوج صاحب فرزند نشود.»

۶. برای اطلاع بیشتر ر.ک.: رهنوردی و همکاران، ۱۳۹۸، صص. ۴۴-۵۲؛ مقدم تبریزی و همکاران، ۱۳۹۴، صص. ۸۵۳-۸۶۲؛ تبریزی و همکاران، ۱۳۹۸، صص. ۱-۹.

۳-۱-۳-۲. پوشش بیمه‌ای درمان ناباروری

تأمین هزینه‌های درمان ناباروری می‌تواند برای طبقه محروم و متوسط جامعه یک دغدغه اساسی ایجاد کند و این تصور که انتقال چند جنین احتمال موفقیت در به ثمر نشستن بارداری حداقل در مورد یکی از این جنین‌ها را بالا می‌برد و در نتیجه لزومی به تکرار این مراحل پرهزینه نیست می‌تواند از دلایل اصرار زوجین به انتقال بیش از یک جنین باشد. هزینه‌های اصلی خدمات کمک باروری شامل خدمات پاراکلینیکی، دارویی، جنین‌شناسی، و اتاق عمل است که باید تأمین شود. در گزارش پیمایش ملی، که در سال ۱۳۹۸ انجام شده است، در مورد پیگیری تشخیص و درمان ناباروری، ۳۰ درصد مشکلات مالی را مانع پیگیری اعلام کرده‌اند. هرچند بند ۳ سیاست‌های کلی جمعیت، ابلاغی مقام معظم رهبری، به استناد بند ۱ اصل ۱۱۰ قانون اساسی، پوشش بیمه‌ای هزینه‌های زایمان و درمان ناباروری و تقویت مؤسسات حمایتی را در دستور کار قرار داده است، زوجین نابارور مشمول خدمات بیمه پایه، مانند تأمین اجتماعی و سلامت، نیستند و به شکل محدود بیمه‌های تکمیلی با شرایط خاصی آن را ارائه می‌دهند. پوشش بیمه‌ای خدمات کمک باروری توسط بیمه‌های پایه، به موجب ماده ۴۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مصوب ۱۴۰۰، برای زوجین نابارور، در صورت واقعی و غیر مشروط بودن پرداخت‌ها، گام مهمی برای کم کردن دغدغه مالی زوجین نابارور است.

در حال حاضر همه خدمات درمان ناباروری تا ۹۰ درصد در مراکز دولتی و ۹۰ درصد تعرفه عمومی غیردولتی در مراکز غیردولتی تحت پوشش بیمه سلامت هستند و هیچ محدودیتی در تعداد دفعات بهره‌مندی از این خدمات وجود ندارد. اگر زوجی خدمات درمانی را از مراکز غیر طرف قرارداد دریافت کند، با ارائه مدارک و مستندات درمانی به بیمه سلامت هزینه خدمات درمان را دریافت خواهد کرد. زنان تا چهل و نه سالگی و مردان بدون محدودیت سنی تحت پوشش بیمه سلامت‌اند. در نتیجه، دغدغه مالی زوجین در این خصوص تا حد قابل توجهی کاهش می‌یابد.

۳-۲-۲. شرایط و ضوابط قانونی مربوط به کاربرد شیوه‌های کمک باروری

در ادامه لازم است به وضعیت قوانین و مقررات در این حوزه پرداخته شود تا مشخص شود تا چه حدودی پاسخگوی چالش‌های مرتبط با موضوع پژوهش است.

۳-۲-۱-۲-۳-۲. فقدان قوانین و مقررات جامع در خصوص شیوه‌های کمک باروری

قوانین ایران در حوزه درمان ناباروری نتوانسته است هم‌گام با پیشرفت‌های علم پزشکی در این خصوص پیش رود. جز قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور، مصوب ۱۳۸۲، هیچ قانون دیگری به موضوع روش‌های درمان ناباروری و کمک باروری نپرداخته است. به همین علت هیچ قانون یا دستورالعمل خاصی در کشور ما به طور خاص به منظور پیشگیری از بارداری‌های چندقلویی و کنترل کاهش جنین وجود ندارد. گفتنی است عدم کنترل بر تعداد جنین‌های انتقال یافته و جواز کاهش جنین می‌تواند اثر تشویقی به دنبال



داشته باشد (محقق داماد و بوعدار، ۱۴۰۰)، بدون آنکه اثر زیان بار کاهش جنین، از جمله امکان ورود آسیب به احشای داخلی مادر در اثر ورود سوزن های حاوی کلرید پتاسیم از طریق شکم مادر، در نظر گرفته شود (نظری توکلی و جوانمرد فرخانی، ۱۳۹۲).

۲-۲-۳-۲. قوانین و مقررات مربوط به سقط جنین

شریعت اسلام جنین را از زمان انعقاد نطفه دارای حیات فرض نکرده و نقطه شروع حیات جنین را زمان ولوج روح (چهار ماهگی) دانسته است (راسخ و برومند، ۱۳۹۹). از طرف دیگر، شخصیت جنین را متفاوت از یک انسان زنده دانسته و او را دارای شخصیتی بالقوه می داند که پس از سپری شدن دوران بارداری و زنده متولد شدن شخصیت انسانی وی فعلیت می یابد (قاسم زاده و صنعتگر، ۱۳۹۵).

با توجه به این موضوع، در نگاه شریعت سقط جنین مترادف با قتل انگاشته نشده است. قتل یک انسان مستوجب قصاص و سقط جنین مستوجب دیه است (شیروی، ۱۳۸۹). حتی دیه سقط جنین در هر یک از مراحل رشد متفاوت است (شیروی، ۱۳۸۹). البته این موضوع به معنای جواز یا تشویق به سقط جنین در شریعت اسلام نیست. همواره سقط جنین منع شده و پذیرفتنی نیست و فقط در صورت تعارض جان جنین و مادر حفظ حیات مادر بر جنین مقدم است و سقط جنبه درمانی پیدا می کند (قاسم زاده و صنعتگر، ۱۳۹۵).

قانون گذار ایران نیز به تبعیت از همین دیدگاه درصدد وضع قانون در خصوص سقط جنین برآمده و وصف کیفری به آن بخشیده است. در قوانین ایران، اصل بر ممنوعیت سقط جنین گذاشته شده و برای مرتکبان آن، طی حالات مختلف، مجازات گوناگونی در نظر گرفته شده است. با این حال، قانون گذار درصدد ممنوعیت مطلق سقط جنین نبوده و شرایطی خاص را تحت عنوان سقط درمانی مد نظر داشته که با حصول این شرایط سقط جنین مجاز شمرده می شود.

ماده واحده قانون سقط درمانی^۱، مصوب ۱۳۸۴، ناهنجاری و بیماری جنین و تهدید جانی مادر را در صورتی که سن بارداری از چهار ماه تجاوز نکرده باشد از موارد جواز سقط جنین محسوب کرده بود. اما، با توجه به نسخ صریح این قانون، به موجب قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مصوب ۱۴۰۰، امروزه ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت^۲ و دستورالعمل اجرایی مصوب رئیس قوه قضاییه، مورخ

۱. «سقط درمانی با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که به علت عقب افتادگی یا ناقص الخلقه بودن موجب حرج مادر است و یا بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم باشد قبل از ولوج روح (چهار ماه) با رضایت زن مجاز می باشد و مجازات و مسئولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود. متخلفین از اجرای مفاد این قانون به مجازات های مقرر در قانون مجازات اسلامی محکوم خواهند شد.»

۲. «سقط جنین ممنوع بوده و از جرایم دارای جنبه عمومی می باشد و مطابق مواد ۷۱۶ تا ۷۲۰ قانون مجازات اسلامی و مواد این قانون مستوجب مجازات دیه، حبس، و ابطال پروانه پزشکی است. مادر صرفاً در مواردی که احتمال بدهد شرایط زیر محقق می شود می تواند درخواست سقط جنین را به مراکز پزشکی قانونی تقدیم نماید. کلیه مراکز پزشکی قانونی در مراکز استان ها مکلف اند درخواست های واصله را فوراً به کمیسیون سقط قانونی ارجاع نمایند. این کمیسیون مرکب از یک قاضی ویژه،

۲ اردیبهشت ۱۴۰۲، به منظور صدور جواز سقط جنین مد نظر قرار می‌گیرد.

در ماده ۲۱ این دستورالعمل به موارد بارداری‌های چندقلویی بدین شرح اشاره شده است: «در موارد چندقلویی که همه جنین‌ها برابر بندهای الف، ب، و ج ماده ۵۶ قانون دارای شرایط جواز سقط جنین نیستند باید به تفکیک جنین یا جنین‌هایی که دارای شرایط یا فاقد شرایط سقط هستند مشخص شود. در این صورت، صدور رأی نسبت به جنین یا جنین‌هایی که دارای شرایط جواز سقط جنین نیستند ممنوع است.»

با وجود چنین مقرره‌ای، به نظر می‌رسد در مواردی هم که از بین بردن جنین نه با هدف ختم بارداری که به منظوری غیر از آن صورت می‌گیرد، که یکی از آن‌ها می‌تواند حفظ بارداری باشد، مشمول دریافت مجوز در قالب سقط جنین است. در واقع، قانون‌گذار ایران نیز مانند بسیاری دیگر از قانون‌گذاران احکام کاهش جنین و سقط جنین را یکسان دانسته است.

یکسان‌انگاری سقط و کاهش جنین از سوی قانون‌گذار ایرانی موجب شده در موارد نیاز به کاهش جنین، با هدف حفظ بارداری با جنین کمتر یا موارد ایجاد تراحم بین جان جنین‌ها و یکسان بودن وضعیت سلامت آن‌ها، همچنان با خلأ قانونی روبه‌رو باشیم.

۲-۳-۳. آرای فقهی در خصوص کاهش جنین

با توجه به فقدان قواعد و مقررات خاص در نظام حقوقی ایران درباره موضوع کاهش جنین و اینکه صرفاً قوانینی در خصوص سقط جنین یافت می‌شود و با توجه به نظر کسانی که قائل به تفکیک میان موضوعات سقط و کاهش جنین هستند، در اینجا به فتوای فقها درباره این موضوع پرداخته می‌شود.

با جست‌وجویی بین فتاوای موجود، فقط آیات عظام خامنه‌ای و صانعی در پاسخ به استفتائی در خصوص کاهش جنین اظهار نظر کرده‌اند که با توجه به اینکه سؤال مطروحه نزد ایشان مشترک است، ابتدا متن سؤال و سپس پاسخ ایشان درج می‌شود.

یک پزشک متخصص متعهد، و یک متخصص پزشک قانونی در استخدام سازمان پزشکی قانونی حداکثر ظرف یک هفته تشکیل می‌شود. رأی لازم توسط قاضی عضو کمیسیون با رعایت اصل عدم جواز سقط در موارد تردید صادر می‌گردد. قاضی عضو در کمیسیون مذکور با حصول اطمینان نسبت به یکی از موارد ذیل مجوز سقط قانونی را با اعتبار حداکثر پانزده روزه صادر می‌نماید:

الف) در صورتی که جان مادر به شکل جدی در خطر باشد و راه نجات مادر منحصر در سقط جنین بوده و سن جنین کمتر از چهار ماه باشد و نشانه‌ها و امارات ولوج روح در جنین نباشد؛

ب) در مواردی که اگر جنین سقط نشود مادر و جنین هر دو فوت می‌کنند و راه نجات مادر منحصر در اسقاط جنین است؛ ج) چنانچه، پس از اخذ اظهارات ولی، جمیع شرایط زیر احراز شود:

- رضایت مادر؛

- وجود حرج (مشقت شدید غیر قابل تحمل) برای مادر؛

- وجود قطعی ناهنجاری‌های جنینی غیر قابل درمان، در مواردی که حرج مربوط به بیماری یا نقص در جنین است؛

- فقدان امکان جبران و جایگزینی برای حرج مادر؛

- فقدان نشانه‌ها و امارات ولوج روح - کمتر از چهار ماه بودن سن جنین.»

سؤال: با توجه به روش‌های درمان نازایی که در حال حاضر وجود دارد، گاهی حاملگی‌های چندقلو (چهارقلو) اتفاق می‌افتد که در اکثر موارد با زایمان زودرس در ماه‌های پنجم و ششم همراه است و جنین‌ها به ثمر نمی‌رسند و از بین می‌روند. یکی از روش‌هایی که امروزه در دنیا به کار می‌رود کاهش تعداد این جنین‌ها در ماه‌های اول حاملگی (پنجاه تا شصت روزگی) است، تا بقیه جنین‌ها بتوانند رشد کنند و حاملگی به ثمر برسد. آیا این روش درمانی از نظر شرع مقدس اسلام جایز است؟

پاسخ آیت‌الله خامنه‌ای: «اگر کاهش بعضی از جنین‌ها موجب زنده ماندن بقیه شود (و عدم کاهش سبب از بین رفتن همه آن‌ها گردد) اشکال ندارد.» (دفتر حفظ و نشر آثار خامنه‌ای، بی‌تا).

پاسخ آیت‌الله صانعی: «ظاهراً مانعی ندارد. لیکن رضایت پدر و مادر باید جلب شود و آن‌ها از دیه نیز باید صرف نظر نمایند تا معالجه بدهکار دیه نباشد.» (دفتر آیت‌الله صناعی، بی‌تا).

پیش از پرداختن به پاسخ آیات عظام چند نکته در مورد سؤال حائز توجه است:

۱. به روش‌های درمان نازایی اشاره شده و بارداری چندقلویی به عنوان یکی از عوارض استفاده از این روش‌ها، که به صورت اتفاقی حادث می‌شود، بیان شده است. حال آنکه بارداری چندقلویی در برخی از موارد با انتقال دو یا چند جنین به صلاح‌دید پزشک یا به درخواست والدین اتفاق می‌افتد.

۲. از عوارض بارداری چندقلویی صرفاً به زایمان زودرس اشاره شده که همراه از بین رفتن جنین‌هاست؛ درحالی‌که بارداری چندقلویی می‌تواند عوارض دیگری نیز به دنبال داشته باشد که در برخی موارد تهدید حیات یا سلامت مادر را به دنبال دارد.

۳. به لحاظ شیوه‌های مواجهه با چنین اتفاقی به روش کاهش جنین، آن هم در ماه‌های اول حاملگی، نهایتاً تا شصت روزگی یا دوماهگی، توجه شده که این سن کمتر از سن ولوج روح است و هدف از این کاهش جنین حفظ سلامت و حیات سایر جنین‌ها تا زمان تولد است.

در پاسخ به این سؤال با این کیفیت، آیت‌الله خامنه‌ای به عدم اشکال کاهش بعضی از جنین‌ها برای زنده ماندن بقیه اشاره کرده است؛ با بیان اینکه اگر عدم کاهش سبب از بین رفتن همه جنین‌ها شود. آنچه از این پاسخ مستفاد می‌شود این است که جان همه جنین‌ها برابر است و ایشان ورودی به نحوه انتخاب جنین یا جنین‌هایی که از بین برده می‌شوند ندارند. بنابراین، تشخیص اینکه کدام یک باید حذف شود به تشخیص پزشک متخصص است تا کمترین آسیب به سایر جنین‌ها و مادر وارد شود. در پاسخ آیت‌الله صانعی عدم ممنوعیت این اقدام با رضایت پدر و مادر محور پاسخ است و در ادامه بحث صرف نظر کردن والدین از دیه برای بری‌الذمه شدن پزشک مورد اشاره قرار گرفته است.

به نظر می‌رسد طرح سؤال به شیوه دیگر و با جزئیات بیشتر می‌توانست به روشن‌تر شدن موضوع کمک بیشتری کند. مثلاً در کنار موضوع اتفاقی بودن بارداری چندقلویی می‌توان به موضوع انتقال دو یا چند جنین بنا به صلاح‌دید پزشک یا درخواست زوجین یا به عوارضی که این بارداری چندقلویی، جدا از حیات و سلامت سایر جنین‌ها، حیات و سلامت مادر را تهدید می‌کند یا اینکه کاهش جنین ممکن بود در ماه‌های بالاتر یا حتی بعد از ولوج روح صورت گیرد و اینکه تا چه اندازه این بارداری چندقلویی قابل پیشگیری است و همچنین تعیین تکلیف در خصوص کاهش جنین‌هایی که به لحاظ سلامتی در وضعیت مشابه قرار دارند و هیچ‌یک اولویتی بر دیگری ندارند نیز اشاره کرد.



در مجموع، آنچه از این فتواها، صرف نظر از عدم توجه به برخی موارد در طرح سؤال، برداشت می‌شود این است که آیات عظام خامنه‌ای و صانعی به صورت مشترک کاهش جنین به منظور حفظ جان سایر جنین‌ها را بدون اشکال دانسته‌اند.^۱

نتیجه و پیشنهاد

بارداری‌های چندقلویی حاصل از کاربرد فناوری‌های کمک باروری که غالباً به دلیل تحریک تخمک‌گذاری یا انتقال چند جنین، به امید موفقیت بیشتر برای به ثمر رسیدن بارداری، حداقل با تولد یک یا دو نوزاد، صورت می‌گیرد چالش‌های حقوقی و اخلاقی بسیاری به دنبال دارد؛ از جمله مخاطراتی که حیات و سلامت مادر و جنین‌ها را در دوره بارداری تهدید می‌کند و حتی آثاری که با فرض زنده متولد شدن نوزادان بر سلامت آنان خواهد داشت. در مواجهه با این وضعیت، کاهش جنین تجویز می‌شود که از بین بردن جنین‌هایی که کاملاً سالم هستند، نحوه انتخاب جنین‌ها برای حذف، و عوارض و پیامدهای این عمل که می‌تواند به آسیب دیدن مادر یا سایر جنین‌ها و در مواردی به ختم بارداری منجر شود دغدغه‌های جدی ایجاد کرده است.

در ایران، قوانین و مقرراتی که به طور خاص به این وضعیت پرداخته باشد وجود ندارد. برخی مقررات مربوط به سقط جنین را در این خصوص حاکم می‌دانند و برخی دیگر با تأکید بر تفاوت کاهش و سقط جنین اساساً موضوع کاهش جنین را مشمول مقررات حاکم بر سقط نمی‌دانند و توجهی به این ندارند که در هر دو مورد یک یا چند جنین، صرف نظر از انگیزه، از بین برده می‌شوند.

با مطالعه وضعیت سایر کشورها در این زمینه، مشخص شد که برخی کشورها مقررات کاهش و سقط جنین را یکسان انگاشته‌اند و برخی دیگر بر پیشگیری و مقررهمند کردن این اقدام از طریق ایجاد محدودیت در انتقال تعداد خاصی از جنین‌ها، با توجه به شرایط مختلف، از جمله سن و شرایط بالینی مادر و کیفیت جنین‌ها، تمرکز کرده‌اند که باید دید راه حل مناسب برای مواجهه با این پدیده در ایران چیست.

۱. در فتوای آیت‌الله خامنه‌ای (۱۴۰۳) در خصوص سقط جنین از بین بردن نطفه بعد از استقرار آن در رحم و همچنین سقط جنین در هیچ‌یک از مراحل رشد جنین جایز نیست و به محض انعقاد نطفه: الف) قبل از دمیده شدن روح در صورت مشقت فوق العاده و غیر قابل تحمل در نگهداری یا بزرگ کردن طفل ناقص الخلقه برای والدین یا خوف مرگ مادر جایز است؛ ب) پس از دمیده شدن روح مطلقاً حرام است، مگر اینکه با استمرار بارداری حیات مادر و جنین هر دو تهدید شود و نجات زندگی طفل به هیچ وجه ممکن نباشد، ولی نجات زندگی مادر فقط با سقط جنین ممکن باشد. در این حالت واجب است به گونه‌ای عمل شود که قتل طفل عرفاً مستند به کسی نشود (دفتر حفظ و نشر آثار خامنه‌ای، بی‌تا). آیت‌الله صانعی (۱۴۰۳) نیز در خصوص سقط جنین معتقدند در صورتی که بقای جنین در رحم برای مادر مشقت و حرج غیر قابل تحمل دارد اسقاط جنین قبل از دمیده شدن روح (قبل از چهارماهگی) جایز است و بعد از دمیده شدن روح جایز نیست. البته اگر وجود جنین موجب مرگ مادر شود، مانند اینکه بیماری‌ای داشته باشد که به مادر سرایت کند و باعث مرگ مادر شود، برای جلوگیری از هلاکت مادر و به شرط انحصار طریق، می‌توان جنین را حتی بعد از دمیده شدن روح سقط کرد. البته ایشان تأکید دارند که سقط عمدی و مستقیم جنین همیشه باید به عنوان آخرین راه حل مورد نظر قرار گیرد و تا جایی که ممکن است مرگ و سقط جنین با خوردن دارو توسط مادر و همراه معالجه او صورت گیرد (دفتر آیت‌الله صانعی، بی‌تا).

۱. در حال حاضر، نظر به فقدان قواعد و مقرراتی در خصوص کاهش جنین، شاید تسری مقررات مربوط به سقط جنین به کاهش جنین، خود، اثری پیشگیرانه بر وقوع بارداری‌های چندقلویی حاصل از کاربرد شیوه‌های کمک باروری داشته باشد. چون اراده مادر و پزشک در ایجاد چنین وضعیتی دخیل است و مراکز درمان ناباروری و پزشکان، به جای درگیر شدن با چالش‌های قانونی سقط، ترجیح می‌دهند استانداردهای پزشکی را رعایت کنند؛ که غالباً توصیه به انتقال یک جنین می‌کند و برای انتقال جنین‌های بیشتر توجیهات پزشکی و بالینی آن هم تا تعداد خاص را تجویز می‌کند. ماده ۲۱ دستورالعمل اجرایی ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مصوب ۲ اردیبهشت ۱۴۰۲، مصوب رئیس قوه قضاییه، در مورد سقط در بارداری‌هایی چندقلویی، می‌تواند حاکم بر موارد کاهش جنین باشد. ضمناً باید توجه داشت که بنا بر اظهارات مدیر کمیته اخلاق پژوهشگاه رویان غالباً کاهش جنین در مراکز کمک باروری صورت نمی‌گیرد و این مراکز تا مرحله باردار شدن با متقاضیان سروکار دارند و بعد از آن هر کس تحت کنترل پزشک متخصص زنان و زایمان خود است که می‌تواند تشخیص کاهش جنین برای وی را بدهد. باید توجه داشت چنانچه مسئله کاهش جنین در ذیل قوانین سقط جنین آورده شود، با توجه به محدودیت‌هایی که در کشور ایران بنا به علل مذهبی و سیاست‌های جمعیتی در خصوص سقط جنین وجود دارد، ممکن است بسیاری از زوجین نابارور از شروع روند درمانی خود به علت نگرانی از چندقلوایی و عوارض آن یا تولد کودکان دارای ناهنجاری و اختلالات جسمی و ذهنی منصرف شوند؛ ضمن اینکه اقدامات مراکز درمان ناباروری بدون توجه به قوانین موجود در حوزه سقط جنین و رعایت تشریفات قانونی در کاهش جنین‌ها منجر به تبعیض علیه زنانی است که به طور طبیعی - و نه با استفاده از روش‌های کمک باروری - در این وضعیت قرار می‌گیرند و این تبعیض در حوزه حدود اختیارات و محدودیت‌های آنان در تصمیم‌گیری و اقدام به حفظ یا از بین بردن جنین حداقل در موارد مشابه است.

۲. به نظر می‌رسد گزینه بهتر قانونمند کردن این موضوع بر اساس آخرین استانداردهای علمی مبتنی بر پژوهش‌ها باشد. این پیشگیری می‌تواند از طریق کاهش هزینه برای والدین و افزایش هزینه‌های مادی و غیر مادی برای پزشک و مراکز ناباروری باشد که خودبه‌خود آن‌ها را به سمت رعایت استانداردها در انتقال جنین سوق دهد. تحت پوشش قرار گرفتن خدمات کمک باروری در صورت انتقال یک جنین، مگر در مواردی که ضرورت اقتضا می‌کند، به عدم اصرار زوجین به انتقال چند جنین به دلیل نگرانی از ناموفق بودن انتقال یک جنین و عدم امکان پوشش هزینه‌های آن برای دفعات بعد منجر می‌شود و مراکز درمانی و پزشکانی که بدون توجیه پزشکی این ضوابط را رعایت نمی‌کنند و حیات و سلامتی جسمی و روحی مادر و کودکان را در معرض عوارض بارداری چندقلویی یا عوارض کاهش جنین قرار می‌دهند، ضمن داشتن مسئولیت قانونی و انتظامی، وجهه خود را میان متقاضیان از دست می‌دهند.

۳. آنچه در این زمینه می‌تواند مؤثر واقع شود وجه پیشگیرانه مواجهه با این موضوع، با اعمال نظارت و کنترل بر تعداد جنین‌های انتقال یافته، است تا از این طریق موضوع کاهش جنین تا حد ممکن منتفی شود. از بین بردن جنین به‌ویژه یک جنین سالم، آن هم به دلایلی که قابل پیشگیری هستند، نمی‌تواند هیچ توجیه اخلاقی داشته باشد. تجارب سایر کشورها نیز نشان داده است که مسئله کاهش جنین از طریق اعمال محدودیت در خصوص تعداد جنین‌های انتقال یافته در چرخه روش‌های کمک باروری تا حد زیادی قابل



کنترل است؛ به‌ویژه در خصوص زنان جوان‌تر که شانس بارداری را در سال‌های بعد نیز دارند. پس بهتر است قانون‌گذار به دنبال وضع قوانینی پیشگیرانه در این زمینه باشد. در مجموع، وضع مقررات در خصوص کنترل تعداد جنین‌های انتقال‌یافته می‌تواند مناسب‌ترین راه برای کنترل کاهش جنین باشد. کم کردن هزینه‌های درمانی و در نظر گرفتن مسئولیت یا ضمانت اجرا برای پزشکانی که دو یا چند جنین را در هر چرخهٔ روش‌های کمک باروری انتقال می‌دهند می‌تواند موجب شود هم پزشکان هم زوجین نابارور تمایل بیشتری به انتقال یک جنین در مقایسه با دو یا چند جنین نشان دهند.

توضیحات:

تأمین مالی

این پژوهش از مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت، حمایت مالی دریافت نکرده است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافی در ارتباط با این پژوهش وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش بر پایه تحلیل اسناد و منابع کتابخانه‌ای انجام شده و مستلزم اخذ کد اخلاق نبوده است.

مشارکت نویسندگان

تمام مراحل طراحی پژوهش، تحلیل، نگارش و بازنگری مقاله با مشارکت همه نویسندگان انجام شده است.



منابع

الف) فارسی

کتاب‌ها

۱. جمعی از نویسندگان (۱۳۹۳). سقط درمانی و کاهش جنین از منظر پزشکی، فقهی، حقوقی، و اخلاقی. سمت و رویان.
۲. معین، محمد (۱۳۸۷). فرهنگ فارسی معین. پارسه.

مقالات

۱. احمدنژاد، سمیه؛ احمدنژاد، الهام؛ فیاض جهانی، فرشید؛ جعفری، گلاره؛ کوهکن طالب خان، زهرا؛ قربانی پور، مستوره؛ و نبی زاده، رعنا (۱۳۹۰). مروری بر قوانین سقط جنین و بهداشت باروری در منطقه مسلمان نشین خاورمیانه. فصلنامه حقوق پزشکی، ۵(۱۶)، ۱۶۱-۱۷۸.
۲. آذین، سید محمد (۱۳۹۳). چالش‌های اخلاقی و حقوقی اسقاط جنین معیوب. در: جمعی از نویسندگان. سقط درمانی و کاهش جنین از منظر پزشکی، فقهی، حقوقی، و اخلاقی، سمت و رویان، ۷۵-۱۰۵.
۳. برومند، ناهید؛ موسوی بجنوردی، سید محمد؛ و آذین، سید محمد (۱۴۰۱). مسئولیت مدنی پزشک در خطاهای ناشی از باروری‌های پزشکی. فصلنامه علمی-پژوهشی قرآن و طب، ۷(۱)، ۴۵-۵۵.
۴. بهنام منش، شیما (۱۳۹۳). بررسی جایگاه جنین از منظر تکامل سیستم عصبی. در: جمعی از نویسندگان. سقط درمانی و کاهش جنین از منظر پزشکی، فقهی، حقوقی، و اخلاقی، سمت و رویان، ۱۷۴-۱۸۶.
۵. بیگی، جمال (۱۴۰۱). امکان سنجی جرم‌انگاری سقط جنین آزمایشگاهی در حقوق کیفری ایران. آموزه‌های فقه و حقوق جزا، ۱۱(۱)، ۲۱-۳۶.
۶. پڑهان، علی؛ کمالی‌ها، آنتیا؛ و عجم‌زمانی، مارال (۱۳۹۶). مطالعه تطبیقی قوانین سقط جنین در کشورهای مسلمان. پژوهش‌های علم و دین، ۸(۱)، ۱۹-۴۸.
۷. تبریزی، غلام‌رضا؛ تبریزی، سحر؛ و وطن‌خواه، مرضیه (۱۳۹۸). تأثیر ناباروری زنان در بروز اختلالات جنسی و همسرآزاری نسبت به آنان. پژوهش‌نامه زنان، ۱(۲)، ۱-۹.
۸. ثابتی، شکوفه (۱۳۹۳). رویکرد روان‌پزشکی به کاهش جنین. در: جمعی از نویسندگان. سقط درمانی و کاهش جنین از منظر پزشکی، فقهی، حقوقی، و اخلاقی، سمت و رویان، ۸-۱۱.
۹. جعفری تبار، حسن (۱۳۹۳). راز با مادر (گفتاری در تقدم رضایت مادر برای کاهش جنین). در: جمعی از نویسندگان. سقط درمانی و کاهش جنین از منظر پزشکی، فقهی، حقوقی، و اخلاقی، سمت و رویان، ۱۸۵-۲۰۰.
۱۰. دلیری، لیلا؛ عباسی، محمود؛ مرقاتی، سید طه؛ و تقی‌زاده، ابراهیم (۱۳۹۴). کاهش جنین و مسئولیت مدنی ناشی از آن. فصلنامه حقوق پزشکی، ۹(۳۵)، ۸۱-۱۰۸.
۱۱. راسخ، محمد، و برومند، شیرین (۱۳۹۹). حقوق تطبیقی کاهش جنین. اخلاق و تاریخ پزشکی، ۱۳، ۴۴۱-۴۴۷.
۱۲. رستمی، سحر؛ عبدی، فاطمه؛ احمدی، محبوبه؛ و ودادهیر، علی (۱۳۹۲). بررسی تطبیقی قوانین سقط جنین در کشورهای جهان. فصلنامه تاریخ پزشکی، ۵(۱۷)، ۷۹-۱۱۱.
۱۳. رهنوردی، منا؛ شایان، آرزو؛ رضایی چمنی، صدیقه؛ حیدری فرد، سولماز؛ و راهبی، سیده مرضیه (۱۳۹۸). بررسی تأثیر ناباروری بر میزان خشونت جنسی در زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهرا رشت. مجله سلامت و مراقبت، ۲۱(۱)، ۴۴-۵۲.



۱۴. سلیمی، مهدی؛ بهرامی کوتنایی، سارا؛ و عبدی حسین آبادی، وحید (۱۳۹۵). سقط جنین. کنفرانس ملی فقه، حقوق و روان شناسی، دوره اول، ۱-۱۳.
۱۵. شاهوردی، عبدالحسین، و کوهکن، اعظم (۱۳۹۳). مروری بر مراحل رشد و تکوین جنین انسان. در: جمعی از نویسندگان. سقط درمانی و کاهش جنین از منظر پزشکی، فقهی، حقوقی، و اخلاقی، سمت و رویان، ۲۲۷-۲۵۹.
۱۶. شیروی، مهسا (۱۳۸۹). لزوم حفظ کرامت زیستی جنین آزمایشگاهی در پرتو اسناد اخلاق زیستی. فصلنامه اخلاق پزشکی، ۴(۱۱)، ۱۳۵-۱۶۶.
۱۷. شیوا، مرضیه، و اعرابی پور، آرزو (۱۳۹۳). کاهش انتخابی کاهش جنین در حاملگی های چندقلویی. در: جمعی از نویسندگان. سقط درمانی و کاهش جنین از منظر پزشکی، فقهی، حقوقی، و اخلاقی، سمت و رویان، ۲۷۴-۲۹۴.
۱۸. عباسی، محمود؛ رضوانی، سودابه؛ و قاسمی پور، سعیده (۱۳۹۴). شرایط تحقق سقط درمانی در پرتو مطالعه تطبیقی. مجله پزشکی قانونی ایران، ۲۱(۲)، ۱۰۷-۱۱۶.
۱۹. علی مندگاری، ملیحه؛ رازقی نصرآباد، حجه بی بی؛ عسکری ندوشن، عباس؛ و محسنی نژاد، زینب (۱۳۹۶). تعیین کننده های شکاف بین فرزندان واقعی و ایده آل در شهر تبریز. فصلنامه انجمن جمعیت شناسی ایران، ۱۲(۲۳)، ۴۳-۷۹.
۲۰. غفوری زاد، مهدی، و امیریان، افسانه (۱۳۹۹). مسئولیت مدنی پزشکان در قبال تخلف از تعهد قرارداد درمان بیمار در فقه اسلامی. فصلنامه علمی-پژوهشی قرآن و طب، ۱۵(۱)، ۳۲-۴۰.
۲۱. قاسم زاده، سید مرتضی، و صنعتگر، فاطمه (۱۳۹۵). ماهیت حقوقی جنین آزمایشگاهی. فصلنامه پژوهش حقوق خصوصی، ۵(۱۷)، ۱۰۳-۱۳۲.
۲۲. قربانی، فتح الله، و ابراهیمی، ابراهیم (۱۳۹۵). حکم کاهش و حذف جنین در باروری های چندقلویی از منظر فقه و پزشکی. دوفصلنامه علمی-ترویجی مطالعات فقه اسلامی و مبانی حقوق، ۱۰(۳۳)، ۲۷-۴۶.
۲۳. محقق داماد، مریم السادات، و بوعدار، رکسانا (۱۴۰۰). امکان سنجی تدوین قانون در رابطه با کاهش جنین (با رویکرد فقهی و حقوقی). مجله حقوق پزشکی، ۱۵(۵۶)، ۱-۱۴.
۲۴. محمدی، محمدرضا، و خلیج آبادی فراهانی، فریده (۱۳۸۰). مشکلات عاطفی و روانی ناشی از ناباروری و راهکارهای مقابله با آن ها. فصلنامه باروری و ناباروری، ۲(۴)، ۳۳-۳۹.
۲۵. مرفاتی خویی، سید طه (۱۳۹۳). مقدمه. در: جمعی از نویسندگان. سقط درمانی و کاهش جنین از منظر پزشکی، فقهی، حقوقی، و اخلاقی، سمت و رویان، ۲-۴.
۲۶. مقدم تبریزی، فاطمه؛ فیض بخش، نگار؛ شیخی، ناصر؛ و بهروزی لک، طاهره (۱۳۹۴). بررسی مواجهه زنان نابارور با خشونت و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهر ارومیه در سال ۱۳۹۳-۹۴. مجله پرستاری و مامایی، ۱۳(۱۰)، ۸۵۳-۸۶۲.
۲۷. معدنی، طاهره، و جهانگیری، نادیا (۱۳۹۳). انواع سقط و ملاحظات پزشکی. در: جمعی از نویسندگان. سقط درمانی و کاهش جنین از منظر پزشکی، فقهی، حقوقی، و اخلاقی، سمت و رویان، ۳۴-۷۱.
۲۸. نظری توکلی، سعید، و جوانمرد فرخانی، ابراهیم (۱۳۹۱-۱۳۹۲). حاملگی های چندقلویی و بررسی تطبیقی جواز کاهش جنین در آیین یهود و دین مبین اسلام. فصلنامه فقه پزشکی، ۴ و ۵(۱۳ و ۱۴)، ۱۲۳-۱۵۶.

گزارش ها

۱. طاهرپناه، ربابه (۱۳۹۸). گزارش نهایی پیمایش ملی شیوع ناباروری در ایران در سال ۱۳۹۸. به سفارش مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

سایت های اینترنتی

۱. بی نام (۲۰۱۹). قانونی شدن سقط جنین در ایرلند شمالی؛ حقوق نابرابر زنان در کشورهای مختلف. بازیابی شده در ۱۴۰۲/۱۰/۰۲ از www.parsi.euronews.com
۲. دفتر حفظ و نشر آثار آیت الله خامنه ای (بی تا). پایگاه اطلاع رسانی دفتر حفظ و نشر آثار آیت الله خامنه ای. بازیابی شده در ۱۴۰۳/۰۲/۲۴ از <https://www.leader.ir>
۳. دفتر آیت الله صانعی (بی تا). پایگاه اطلاع رسانی دفتر حضرت آیت الله العظمی صانعی. بازیابی شده در ۱۴۰۳/۰۲/۲۵ از <http://www.saanei.xyz>

ب) انگلیسی

مقالات

1. Alghamdi, A. (2026). Aligning Islamic ethics with reproductive health policy: addressing gaps in early termination access in Saudi Arabia. *BMJ Glob Health*, 11, 1-7.
2. Alves, A. O.; Vieira, C. P.; Azambuja, P. & Firpe Penna, M. L. (2017). Comparative study of regulations of assisted reproduction between England, Italy, Norway and Ireland. *Human Reproduction Archives*, 32(3), 1-5.
3. Asman, O. (2004). Abortion in Islamic countries- legal and religious aspects. *Med Law*, 23, 73-89.
4. Chaudhury, K. & Mukherjee, K. (2014). Selective fetal reduction in triplet pregnancy: Indian experience – a retrospective review of 32 cases. *Journal of South asian federation of obstetrics and gynaecology*, 6(3), 144-150.
5. Cheong, M. A. & Swee Kian Tay, C. application of legal principles and medical ethics: multifetal pregnancy and fetal reduction. *Singapore medical journal*, 55(6), 298-301.
6. Davis, C. & Douglas, H. (2014). Selective Reduction of Fetuses in Multiple Pregnancies and the Law in Australia. *Journal of Law and Medicine*, 22(1), 155-173.
7. Kallen, B.; Finnstorm, O.; Lindam, A.; Nilsson, E.; Nygren, K-G. & Otterblad Olausson, P. (2010). Trends in Delivery and Neonatal Outcome After in Vitro Fertilization in Sweden: Data For 25 Years. *Human Reproduction*, 25(4), 1026-1034.
8. Karlstorm, P.O. & Bergh, C. (2007). Reducing the Number of Embryos Transferred in Sweden-impact on Delivery and Multiple Birth Rates. *Human Reproduction*, 22(8), 2202-2207.
9. Kooli, C. (2019). Review of Assisted Reproduction Techniques, Laws and Regulation in Muslim Countries. *Middle East Fertility Society Journal*, 24(8), 1-15.
10. Maffi, I. & Tonnessen, L. (2019). The Limits of the Law: Abortion in the Middle East and North Africa. *Health and Human Rights Journal*, 21(2), 1-6.
11. Nyboe Andersen, A.; Goossens, V.; Bhattacharya, S.; Ferraretti, A.P.; Kupka, M.S.; Mouzon, J.de.; Nygren, K.G. & EIM Consortium for ESHRE. Assisted Reproductive Technology and Intrauterine Inseminations in Europe, 2005: Results Generated From European Registers By ESHRE. *Human Reproduction*, 1(1), 1-21.
12. Qiao, J. & L.Feng, H. (2014). Assisted Reproductive Technology in China: Compliance and Non-compliance. *Transl Pediatr*, 3(2), 91-97.



13. Sam, S.; Thai-MacArthur, S.; Shangaris, P. & Sankaran, S. (2022). Trends of Selective Fetal Reduction and Selective Termination in Multiple Pregnancy, in England and Wales: A Cross-sectional Study. *Reproductive Sciences*. 29(3), 1020-1027.

گزارش‌ها

1. Bergh, C.; Borg, K.; Lundin, K. & Kallen, K. (2022). Fertility treatments in Sweden National report 2022: Results and Trends. Published by: Q-IVF, 1-47.

سایت‌های اینترنتی

1. Arie, S. (2004). Woman Forced to Have Three Embryos Implanted Is Allowed Fetal Reduction to Save Her Life, , www.ncbi.nlm.nih.gov, (last seen at: 1402/10/2).
2. El Salvador: Court Hears Case on Total Abortion Ban (2023). www.hrw.org, (last seen at: 1402/10/2).
3. Human Fertilisation and Embryology Act 2008, UK Public General Act, www.legislation.gov.uk, (last seen at: 1402/10/2).
4. Januwalla, A. (2016). Human Rights Law and Abortion in El Salvador, www.hhjournal.org, (last seen at: 1402/10/2).
5. Ministry Of Health. Termination of Pregnancy Act No.43/2019. (2023). www.government.is, (last seen at: 1402/10/9).



Extended Abstract

Statement of the Problem

One of the challenges that the expansion of assisted reproductive technologies has brought is the increase in multiple pregnancies due to the transfer of two or more embryos in each ART cycle with the aim of increasing the chances of fertility success. these multiple pregnancies will not always lead to the birth of all the fetuses. because of the risks of multiple pregnancies for the mother and the fetuses, doctors will be forced to remove one or more fetuses by injecting potassium chloride into their hearts between the eighth and fourteenth weeks of pregnancy. this action results in the deprivation of life from a fetus that was transferred to the woman's uterus by the will of the physician and loses its right to life solely based on the diagnosis of the same physician.

In this process, choosing which embryo or embryos to remove will always be a challenge. If some embryos are healthy and others are unhealthy, the selection process is easier. but, in cases where all embryos are in a similar health status or where the parents want to remove one or more embryos based on gender, the selection of embryos will be accompanied by many challenges.

Research Objective

Fetal reduction is associated with many legal and ethical challenges, including the method of embryo selection. on the other hand, the lack of specific regulations in this area in our country's legal system has increased the challenges related to fetal reduction. therefore, the present study seeks to examine the legal and ethical challenges of fetal reduction and the legal measures of other legal systems to deal with this issue in order to introduce an appropriate solution to deal with fetal reduction and minimize its legal and ethical challenges in the Iranian legal system.

Research Method

This study was conducted by using a descriptive-analytical method and reviewing



existing library resources in this field. also, in some parts of this study, the laws and regulations of fetal reduction in several selected legal systems were examined by using a comparative method.

Findings

The findings of the study show that by enacting regulations limiting the number of embryos transferred per ART cycle, multiple pregnancies are significantly reduced, and the legal and ethical challenges related to embryo reduction are also reduced. The experience of legal systems of countries such as Sweden, England, Oman, and Italy also shows this right. therefore, it is appropriate that doctors transfer a certain number of embryos to the uterus in each ART cycle, based on the mother's age, in accordance with special rules or guidelines, so that in the future there is no need to remove one or more embryos in order to preserve the life of the mother or other embryos.

Also, by covering the costs of assisted reproductive services or reducing these costs, the concerns of doctors and infertile couples about the failure of assisted reproductive methods will be significantly reduced, and as a result, the number of embryos transferred in each ART cycle will also decrease.

Conclusion

The results of the study show that multiple pregnancies resulting from modern assisted reproductive technologies can be controlled to a significant extent. if there were limits on the number of embryos transferred based on the age of the mother, the issue of embryo reduction and its legal and ethical challenges would be eliminated. this would be far more effective than legislating how embryos should be reduced or extending abortion regulations to this issue.





References

- A Group of Authors (2014). Seght darmani va kahesh-e janin az manzar-e pezechski, feghi, hoghoughi va akhlaghi [Essays on Therapeutic Abortion and Embryo Reduction from Medical, Theological, Legal and Ethical Approaches]. Samt & Royan. (In Persian)
- Abbasi, M.; Rezvani, S. & Ghasemipour, S. (2015). Sharayet-e tahaghogh-e seght darmani dar partowe motaleeh-ye tatbighi [Comparative Study on Conditions of Therapeutic Abortion]. *Majalleh-ye Pezechski Qanuni-ye Iran*, 21(2), 107-116. (In Persian)
- Ahmadnejad, S.; Ahmadnejad, E.; Fayazjahani, F.; Jafari, G.; Koohkan Talebkhan, Z.; Ghorbanipour, M. & Nabizadeh, R. (2011). Moruri bar qavanin-e seght-e janin va behdasht-e barvari dar mantagheh-ye mosalmaneshin-e khavar miyaneh [A review to abortion and reproductive health law in Middle East Islamic region]. *Faslnameh-ye Hoghough-e Pezechski*, 5(16), 161-178. (In Persian)
- Alghamdi, A. (2026). Aligning Islamic ethics with reproductive health policy: addressing gaps in early termination access in Saudi Arabia. *BMJ Glob Health*, 11, 1-7.
- Alimondegari, M.; Razeghi Nasrabad, H.; Askari Nodoushan, A. & Mohseninejad, Z. (2017). Taainkonandehaye shekaf beyn-e tedad-e farzandan-e vaghei va ideal dar shahr-e tabriz [The Determinants of Gap between Ideal and Actual Fertility in Tabriz City, Iran]. *Nameh-ye Anjoman-e Jamiatshenasi-ye Iran*, 12(23), 43-79. (In Persian)
- Alves, A. O.; Vieira, C. P.; Azambuja, P. & Firpe Penna, M. L. (2017). Comparative study of regulations of assisted reproduction between England, Italy, Norway and Ireland. *Human Reproduction Archives*, 32(3), 1-5.
- Arie, S. (2004). Woman Forced to Have Three Embryos Implanted Is Allowed Fetal Reduction to Save Her Life, , www.ncbi.nlm.nih.gov, (last seen at: 1402/10/2).
- Asman, O. (2004). Abortion in Islamic countries- legal and religious aspects. *Med Law*, 23, 73-89.
- Azin, S.M. (2014). Chalesh-haye akhlaghi va hoghoughi-ye esghat-e janin-e maayub [The ethical and legal challenges of aborting a defective fetus].]. In: *A Group of Authors. Seght darmani va kahesh-e janin az manzar-e pezechski, feghi, hoghoughi va akhlaghi [Essays on Therapeutic Abortion and Embryo Reduction from Medical, Theological, Legal and Ethical Approaches]*. Samt & Royan, 75-105. (In Persian)
- Behnam-manesh, Sh. (2014). Barresi-ye jaygah-e janin az manzar-e takamol-e system-e asabi [Examining the position of the fetus from the perspective of nervous system development]. In: *A Group of Authors. Seght darmani va kahesh-e janin az manzar-e pezechski, feghi, hoghoughi va akhlaghi [Essays on Therapeutic Abortion and Embryo Reduction from Medical, Theological, Legal and Ethical Approaches]*. Samt & Royan, 174-186. (In Persian)
- Beigi, J. (2022). Emkananji-ye jorm engari-ye seght-e janin-e azmayeshgahi dar hoghough-e keyfari-ye Iran [Feasibility Study of Laboratory Abortion in Criminal Law of Iran]. *Amoozehaye Fegh va Hoghogh-e Jaza*, 1(1), 21-36. (In Persian)
- Bergh, C.; Borg, K.; Lundin, K. & Kallen, K. (2022). Fertility treatments in Sweden National report 2022: Results and Trends. Published by: Q-IVF, 1-47.
- Broumand, N.; Mousavi Bojnourdi, S.M. & Azin, S.M. (2022). Masuliyat-e madani pezechsk dar khatahaye nashi az barvarihaye pezechski [Civil Liability of the Doctor in Errors Caused by Medical Fertility]. *Majalleh-ye Qoran va Teb*, 7(1), 45-55. (In Persian)
- Chaudhury, K. & Mukherjee, K. (2014). Selective fetal reduction in triplet pregnancy: Indian

- experience – a retrospective review of 32 cases. *Journal of South asian federation of obstetrics and gynaecology*, 6(3), 144-150.
- Cheong, M. A. & Swee Kian Tay, C. application of legal principles and medical ethics: multifetal pregnancy and fetal reduction. *Singapore medical journal*, 55(6), 298-301.
- Daftar-e Ayatollah Sanei. (n.d.). *Paygah-e Ettela'resani-ye Daftar-e Hazrat Ayatollah al-Ozma Sanei*, <http://www.saanei.xyz/>, (last seen at: 1403/02/25). (In Persian)
- Daftar-e Hefz va Nashr-e Asar-e Ayatollah Khamenei. (n.d.). *Paygah-e Ettela'resani-ye Daftar-e Hefz va Nashr-e Asar-e Ayatollah Khamenei*, <https://www.leader.ir/>, (last seen at: 1403/02/24). (In Persian)
- Daliri, L.; Abbasi, M.; Merghati, S.T. & Taghizadeh, T. (2016). Kahesh-e janin va masuliyat madani nashi az an [Fetal Reduction and Its Civil Liability]. *Faslnameh-ye Hoghugh-e Pezeshki*, 9(35), 81-108. (In Persian)
- Davis, C. & Douglas, H. (2014). Selective Reduction of Fetuses in Multiple Pregnancies and the Law in Australia. *Journal of Law and Medicine*, 22(1), 155-173.
- El Salvador: Court Hears Case on Total Abortion Ban (2023). www.hrw.org, (last seen at: 1402/10/2).
- Ghafoorizad, M. & Amirian, A. (2020). Masuliyat-e madani pezeshkan dar ghebal-e takhallof az taahhod-e gharardad-e darman-e بیمار dar fegh-e eslami [Civil liability of physicians for the violation of the patient treatment contract in Islamic jurisprudence]. *Majalleh-ye Quran va Teb*, 5(1), 32-40. (In Persian)
- Ghorbani, F. & Ibrahimi, I. (2016). Hokm-e kahesh va hazf-e janin dar barvarihaye chandgholoei az manzar-e fegh va pezeshki [The reduction and elimination of embryo in multiple pregnancies from the perspective of jurisprudence and medicine]. *Motaleat-e Fegh Eslami va Mabani-ye Hoghogh*, 10(33), 27-46. (In Persian)
- Human Fertilisation and Embryology Act 2008, UK Public General Act, www.legislation.gov.uk, (last seen at: 1402/10/2).
- Jafaritarab, H. (2014). Raz ba madar (goftari dar taghaddom-e rezayat-e madar baraye kahesh-e janin) [Secret with the Mother (A discourse on the primacy of maternal consent for fetal reduction)]. In: *A Group of Authors. Seght darmani va kahesh-e janin az manzar-e pezeshki, feghi, hoghoughi va akhlaghi [Essays on Therapeutic Abortion and Embryo Reduction from Medical, Theological, Legal and Ethical Approaches]*. Samt & Royan, 185-200. (In Persian)
- Januwalla, A. (2016). Human Rights Law and Abortion in El Salvador, www.hhjournal.org, (last seen at: 1402/10/2).
- Kallen, B.; Finnstorm, O.; Lindam, A.; Nilsson, E.; Nygren, K-G. & Otterblad Olausson, P. (2010). Trends in Delivery and Neonatal Outcome After in Vitro Fertilization in Sweden: Data For 25 Years. *Human Reproduction*, 25(4), 1026-1034.
- Karlstorm, P.O. & Bergh, C. (2007). Reducing the Number of Embryos Transferred in Sweden-impact on Delivery and Multiple Birth Rates. *Human Reproduction*, 22(8), 2202-2207.
- Kooli, C. (2019). Review of Assisted Reproduction Techniques, Laws and Regulation in Muslim Countries. *Middle East Fertility Society Journal*, 24(8), 1-15.
- Maadani, T. & Jahangiri, N. (2014). Anva-e seght va molahezat-e pezeshki [Types of abortion and medical considerations]. In: *A Group of Authors. Seght darmani va kahesh-e janin az manzar-e pezeshki, feghi, hoghoughi va akhlaghi [Essays on Therapeutic Abortion and Embryo Reduction from Medical, Theological, Legal and Ethical Approaches]*. Samt &





- Royan, 34-71. (In Persian)
- Maffi, I. & Tonnessen, L. (2019). The Limits of the Law: Abortion in the Middle East and North Africa. *Health and Human Rights Journal*, 21(2), 1-6.
- Merghati Khoei, S.T. (2014). Moghaddameh [Introduction].]. In: *A Group of Authors. Seght darmani va kahesh-e janin az manzar-e pezeshki, feghi, hoghoughi va akhlaghi [Essays on Therapeutic Abortion and Embryo Reduction from Medical, Theological, Legal and Ethical Approaches]*. Samt & Royan, 2-4. (In Persian)
- Moein, M. (2008). Farhang-e Farsi [Persian Dictionary]. Parse. (In Persian)
- Moghaddam Tabrizi, F.; Feizbakhsh, N.; Sheikhi, N. & Behrooz Lak, T. (2016). Barresi movajehe-ye zanan-e nabarvar ba khoshunat va avamel-e mortabet ba an dar zanan-e morajekonande be markaz-e nabarvari-ye shahr-e urmia dar sal-e 1393-94 [EXPOSURE OF INFERTILE WOMEN TO VIOLENCE AND RELATED FACTORS IN WOMEN REFERRING TO URMIA INFERTILITY CENTER IN 2015]. *Majalleh-ye Parastari va Mamaei*, 13(10), 853-862. (In Persian)
- Mohaghegh Damad, M.S. & Boazar, R. (2021). Emkansanji-ye tadvin-e qanun dar rabete ba kahesh-e janin (ba rooykard-e fegghi va hoghoughi) [Feasibility study of drafting a law regarding the reduction of embryos (with a jurisprudential and legal approach)]. *Faslnameh-ye Hoghugh-e Pezeshki*, 15(56), 1-14. (In Persian)
- Mohammadi, M.R. & Khajabadi Farahani, F. (2001). Moshkelat-e Atefi va ravani-ye nashi az nabarvari va rahkarhayeh moghabele ba anha [Emotional and psychological problems caused by infertility and ways to deal with them]. *Faslnameh-ye Barvari va Nabarvari*, 2(4), 33-39.
- Ministry Of Health. Termination of Pregnancy Act No.43/2019. (2023). www.government.is, (last seen at: 1402/10/9).
- Nameless (2019). Legalization of abortion in Northern Ireland; unequal rights for women in various countries, www.parsi.euronews.com, (last seen at: 1402/10/02) (In Persian)
- Nazari Tavakoli, S. & Javanmard Farokhani, E. (2013). Hamelegihaye chandgholouyi va barresi tatbighi-ye javaz-e kahesh-e janin dar aein-e yahood va din-e mobin-e eslam [Multiple pregnancies and a comparative study of the permissibility of fetal reduction in Judaism and the Islamic religion]. *Faslnameh-ye Figh-e Pezeshki*, 4-5(13-14), 123-156. (In Persian)
- Nyboe Andersen, A.; Goossens, V.; Bhattacharya, S.; Ferraretti, A.P.; Kupka, M.S.; Mouzon, J.de.; Nygren, K.G. & EIM Consortium for ESHRE. Assisted Reproductive Technology and Intrauterine Inseminations in Europe, 2005: Results Generated From European Registers By ESHRE. *Human Reproduction*, 1(1), 1-21.
- Pezhhan, A.; Kamaliha, A. & Ajam Zamani, M. (2017). Motaleeh tatbighi-ye qavanin-e seghte janin dar keshvarhayeh mosalman [A comparative study of abortion laws in Muslim countries]. *Pazhooheshhaye Elm o Din*, 8(1), 19-48. (In Persian)
- Qasemzadeh, M. & Sanatgar, F. (2017). Mahiyat-e hoghoughi-ye janin-e azmayeshgahi [Legal status of the embryo in vitro]. *Faslnameh-ye Pazhuhash-e Hoghogh-e Khosousi*, 4(15), 103-132. (In Persian)
- Qiao, J. & L.Feng, H. (2014). Assisted Reproductive Technology in China: Compliance and Non-compliance. *Transl Pediatr*, 3(2), 91-97.
- Rahnavardi, M.; Shayan, A.; Rezaie Chamani, S.; Heydarifard, S. & Rahebi, M. (2019). Barresi taasir-e nabarvari bar mizan-e khoshunat-e jensi dar zanan-e nabarvar-e morajekonandeh be

- markaz-e amoozeshi darmani al-zahra rasht [The Impact of Infertility on Sexual Violence in Women Referring to AL-Zahra Infertility Center in Rasht]. *Majalleh-ye Salamat va Moragebat*, 21(1), 44-52. (In Persian)
- Rasekh, M. & Boroomand, Sh. (2020). Hoghough-e tatbighe-ye kahesh-e janin [Fetal Reduction: A Comparative Legal Study]. *Majalleh-ye Akhlagh va Tarikh-e Pezeshki*, 13, 441-447. (In Persian)
- Rostami, S.; Abdi, F.; Ahmadi, M. & Vadadhir, A. (2014). Barresi-ye tatbighe-ye seght-e janin dar keshvarhaye jahan [A comparative study of abortion laws in different countries of the world]. *Majalleh-ye Tarikh-e Pezeshki*, 5(17), 79-111. (In Persian)
- Sabeti, Sh. (2014). Ruykard-e ravanpezeshki be kahesh-e janin [Psychiatric approach to fetal reduction]. In: *A Group of Authors. Seght darmani va kahesh-e janin az manzar-e pezeshki, feghi, hoghoughi va akhlaghi [Essays on Therapeutic Abortion and Embryo Reduction from Medical, Theological, Legal and Ethical Approaches]*. *Samt & Royan*, 8-11. (In Persian)
- Salimi, M.; Bahrami Kutenaee, S. & Abdi Hoseinabadi, V. (2016). Seght-e janin [Abortion]. *Conference Melli-ye Fegh, Hoghough va Ravanshenasi*, 1, 1-13. (In Persian)
- Sam, S.; Thai-MacArthur, S.; Shangaris, P. & Sankaran, S. (2022). Trends of Selective Fetal Reduction and Selective Termination in Multiple Pregnancy, in England and Wales: A Cross-sectional Study. *Reproductive Sciences*. 29(3), 1020-1027.
- Shahverdi, A. & Kuhkan, A. (2014). Moruri bar marahele-ye roshd va takvin-e janin-e ensan [An overview of the stages of growth and development of the human embryo]. In: *A Group of Authors. Seght darmani va kahesh-e janin az manzar-e pezeshki, feghi, hoghoughi va akhlaghi [Essays on Therapeutic Abortion and Embryo Reduction from Medical, Theological, Legal and Ethical Approaches]*. *Samt & Royan*, 227-259. (In Persian)
- Shiravi, M. (2010). Lozum-e hefz-e keramat-e zisti-ye janin-e azmayeshghahi dar partowe asnad-e akhlaghe-ye zisti [The necessity of preserving the biological dignity of the in vitro embryo in light of bioethical documents]. *Faslnameh-ye Akhlagh-e Pezeshki*, 4(11), 135-166. (In Persian)
- Shiva, M. & Aarabipour, A. (2014). Kahesh-e entekhabi-ye kahesh-e janin dar hamelegihaye chandgholooei [Selective reduction of fetal reduction in multiple pregnancies]. In: *A Group of Authors. Seght darmani va kahesh-e janin az manzar-e pezeshki, feghi, hoghoughi va akhlaghi [Essays on Therapeutic Abortion and Embryo Reduction from Medical, Theological, Legal and Ethical Approaches]*. *Samt & Royan*, 274-294. (In Persian)
- Tabrizi, Gh.; Tabrizi, S. & Vatankhah, M. (2019). Taasire nabarvari-ye zanan dar boruz-e ekhtelalat-e jensi va hamsar-azari nesbat be anan [Female Infertility Resulting in Sexual Disorders and Wife Abuse]. *Pazuhesname - ye Zanan*, 1(2), 1-9. (In Persian)
- Taherpanah, R. (2019). Gozaresh-e nahaee-ye peymayesh-e melli-ye shoyou-e nabarvari dar Iran dar sal-e 1398 [Final Report of the National Infertility Survey in Iran (2019–2020)]. Ordered by: The National Institute of Health Research of the Islamic Republic of Iran, Ministry of Health and Medical Education, Tehran University of Medical Sciences. (In Persian)



