



Comparative Study of Legal Aspects of Discontinuation or Continuation of Treatment of Brain Injury in Pregnant Women

Nahid Safari¹ 

1. Department of Law, Faculty of Humanities, University of Maragheh, Maragheh, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Brain injury in pregnant women is one of the important issues due to the relationship with the life of the fetus. In some brain injuries, it is possible to keep the fetus alive medically until delivery. In addition to the situation of pregnant women, attention to the need for medical support in order to preserve the life of the fetus is one of the issues that should be considered. Among the different types of brain injuries, in this study, Coma, Vegetative status and Brain death are considered as important brain injuries that the loss of patient's consciousness is common point in all of them and by examining the legal status of patients in each of these types of brain injury, we seek to answer the question, if there is no medical hope for the mother's treatment, but continuing the treatment is effective in keeping the fetus alive, will be a task to continue? The issue of discontinuation or continuation of treatment of patients with brain injuries has not been considered generally or specially in relation to pregnant women in the statute and legal doctrine of Iran. In some legal systems, such as United States and United Kingdom, doctrine and precedent explain the issue by providing criteria. Considering the importance of the right of life in Iranian jurisprudence and law and lack of attention to the subject in domestic writings, the present research has been done with a comparative approach by considering two dynamic and pioneering legal system in this field, the issue has been studied from various dimensions such as the right of life of the fetus, the ethical aspects of the action, the will, interests and rights of the mother and the fetus.

Method: This research is a theory and the research method is descriptive-analytical. And the method of collection is library and it is information by referring to documents, books and articles.

Ethical Considerations: In order to organize this research, while observing the authenticity of the texts, honesty and fidelity have been observed.

Results: In different legal systems, depending on the accepted legal position regarding the legal status of the fetus, there are different criteria to decide about the discontinuation or continuation of the treatment of the pregnant mother until the time of delivery. Despite the difference in some fundamentals between the legal systems, the moral fundamentals and the importance of the right of life have approximated the accepted solutions and in practice, with different justifications there is a desire to preserve the life of the fetus in the studied systems.

Conclusion: In the legal system of Iran, in deciding about the discontinuation or continuation of the treatment of a pregnant mother until delivery, considering the human personality of the and the importance of the right of life, in the assumption of conflict between the rights of the mother and the fetus, due to the primacy of the right of life, the necessity of continuing the mother's treatment until delivery should be defended. Unlike other legal systems, sometimes by resorting to the criteria of the mother's desire and will or the mother's interests, termination of treatment may be allowed in certain circumstances, in Iranian law, in terms of the importance of the life of the fetus, the will of the mother is not considered a criterion for terminating the life of the fetus. Regarding the criterion of the mother's interests, due to the uncertainty of the existence of harm to the mother, the rights of the fetus have priority and prevent the termination of the mother's treatment.

Keywords: Brain Injury; Brain Death; Coma; Vegetative Status; Abortion; Pregnancy

Corresponding Author: Nahid Safari; **Email:** andishe.ns@gmail.com

Received: August 10, 2021; **Accepted:** October 06, 2021; **Published Online:** September 15, 2022

Please cite this article as:

Safari N. Comparative Study of Legal Aspects of Discontinuation or Continuation of Treatment of Brain Injury in Pregnant Women. *Medical Law Journal*. 2022; 16(57): e33.



مطالعه تطبیقی ابعاد حقوقی قطع یا ادامه درمان آسیب‌های مغزی مادر باردار در حقوق آمریکا، انگلیس و ایران

ناهد صفری^۱

۱. گروه حقوق، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: آسیب مغزی زنان باردار از موضوعاتی است که به دلیل ارتباط با حیات جنین واجد اهمیت است. در برخی آسیب‌های مغزی امکان زنده‌نگه‌داشتن جنین تا زمان وضع حمل از حیث پزشکی وجود دارد. علاوه بر وضعیت زنان باردار، توجه به ضرورت حمایت‌های پزشکی به منظور حفظ حیات جنین از موضوعاتی است که در این آسیب‌ها باید مورد توجه قرار گیرد. از بین انواع مختلف آسیب‌های مغزی، در این پژوهش کما، حیات نباتی و مرگ مغزی به عنوان آسیب‌های مغزی مهمی که نقطه اشتراک آن‌ها از بین رفتن هوشیاری بیمار است، مورد توجه قرار گرفته و با بررسی وضعیت حقوقی بیماران در هر یک از این سه نوع آسیب در پی پاسخگویی به این سؤال هستیم که آیا در صورتی که از حیث پزشکی امید به درمان مادر وجود نداشته باشد، اما ادامه درمان مادر تا زمان وضع حمل در زنده‌نگه‌داشتن جنین مؤثر باشد، تکلیف به ادامه درمان وجود خواهد داشت؟ مسأله قطع یا ادامه درمان بیماران دچار آسیب‌های مغزی نه به طور کلی و نه به طور خاص در خصوص زنان باردار در قوانین موضوعه و دکترین حقوقی ایران مورد توجه قرار نگرفته است. در برخی نظام‌های حقوقی، از جمله آمریکا و انگلیس، دکترین و رویه قضایی با ارائه معیارهایی به تبیین دقیق مسأله پرداخته‌اند. با توجه به اهمیت حق حیات در فقه و حقوق ایران و عدم توجه به موضوع مورد بحث در نوشته‌های داخلی، در پژوهش حاضر با رویکردی تطبیقی و با توجه به دو نظام حقوقی پویا و پیشگام در این زمینه، موضوع از ابعاد مختلف، از جمله حق حیات جنین، جنبه‌های اخلاقی اقدام، خواست، منافع و حقوق مادر و جنین مورد بررسی قرار گرفته است.

روش: این تحقیق از نوع نظری بوده و روش تحقیق به صورت توصیفی - تحلیلی می‌باشد. روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای است و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت گرفته است.

ملاحظات اخلاقی: در تمام مراحل نگارش پژوهش حاضر ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها: در نظام‌های حقوقی مختلف بسته به رویکرد حقوقی پذیرفته‌شده در خصوص وضعیت حقوقی جنین، جهت تصمیم‌گیری برای قطع یا ادامه درمان مادر باردار تا زمان وضع حمل معیارهای مختلفی مطرح است. علیرغم تفاوت در برخی مبانی بین نظام‌های حقوقی، مبانی اخلاقی و اهمیت حق حیات، راه حل‌های پذیرفته‌شده را به هم نزدیک نموده و در عمل در نظام‌های مورد مطالعه نیز با توجیهات مختلف تمایل به حفظ حیات جنین وجود دارد.

نتیجه‌گیری: در نظام حقوقی ایران در تصمیم‌گیری برای قطع یا ادامه درمان مادر باردار تا زمان وضع حمل، با توجه به قائل شدن شخصیت انسانی برای جنین و اهمیت حق حیات، در فرض تراحم بین حقوق مادر و جنین، به علت تقدم حق حیات باید از ضرورت ادامه درمان مادر تا زمان وضع حمل دفاع نمود. برخلاف سایر نظام‌های حقوقی که بعضاً با توسل به معیار خواست و اراده مادر یا منافع مادر قطع درمان ممکن است در شرایطی مجاز باشد، در حقوق ایران به لحاظ اهمیت حیات جنین، خواست و اراده مادر معیاری برای خاتمه حیات جنین محسوب نمی‌شود و در خصوص معیار منافع مادر نیز با توجه به عدم قطعیت در وجود ضرر به مادر، حقوق جنین تقدم داشته و مانع قطع درمان مادر است.

واژگان کلیدی: آسیب مغزی؛ مرگ مغزی؛ کما؛ حیات نباتی؛ سقط جنین؛ بارداری

نویسنده مسئول: ناهید صفری؛ پست الکترونیک: andishe.ns@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۱۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۱۴؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۶/۲۴

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Safari N. Comparative Study of Legal Aspects of Discontinuation or Continuation of Treatment of Brain Injury in Pregnant Women. Medical Law Journal. 2022; 16(57): e33.

مقدمه

توجه به ابعاد حقوقی آسیب مغزی مادران باردار علاوه بر ارتباط با حق حیات مادر به لحاظ ارتباط با حق حیات جنین واجد اهمیت است. این آسیب‌ها از حیث نوع و شدت انواع مختلفی دارند. برخی آسیب‌های مغزی مانند کما، حیات نباتی و مرگ مغزی که موضوع پژوهش حاضر است، موجب از بین رفتن هوشیاری و آگاهی بیمار می‌شوند. از نظر پزشکی بسته به عوامل مختلف، امکان زنده‌نگه‌داشتن جنین در رحم مادر دچار آسیب مغزی، وجود دارد و در عمل نیز گزارشاتی از زایمان موفق در وضعیت نباتی و کما و حتی مرگ مغزی مادر وجود دارد. در شرایطی که امید به بهبودی بیمار از حیث پزشکی وجود دارد، ضرورت ادامه درمان مادر از تعهدات قانونی و اخلاقی پزشکان است، اما در شرایطی که امید به بهبودی بیمار نیست و ادامه درمان نتیجه‌ای نخواهد داشت و یا بیمار از حیث پزشکی مرده تلقی می‌شود، قطع درمان توجیه‌هایی خواهد داشت. از این رو در این فرض ضرورت یا عدم ضرورت ادامه درمان مادر از منظر حیات جنین سؤالی است که پاسخگویی به آن موضوع پژوهش حاضر است.

به لحاظ طرح پرونده‌های متعدد در رویه قضایی آمریکا موضوع قطع یا ادامه درمان زنان باردار در این نظام حقوقی مورد توجه خاص قرار گرفته است. در نظام حقوقی انگلیس علیرغم عدم توجه به وضعیت زنان باردار به طور خاص، رویه قضایی مسأله قطع یا ادامه درمان را به طور کلی در آسیب‌های مغزی مورد توجه قرار داده و معیارهایی در این خصوص ارائه داده است. در حقوق ایران در قوانین موضوعه و دکتین حقوقی قطع یا ادامه درمان بیماران دچار آسیب‌های مغزی و مادران باردار نه به طور کلی و نه به طور خاص مورد توجه قرار نگرفته است. سکوت قوانین موضوعه و عدم توجه به موضوع در نوشته‌های داخلی و اهمیت مسأله حیات جنین و توجه به آن در فقه، ضرورت تبیین مسأله را در حقوق ایران روشن می‌سازد. از این رو در پژوهش حاضر ضمن تبیین انواع آسیب‌های مغزی و وضعیت حقوقی بیماران، دلایل و توجیهات ادامه یا قطع درمان مادر مورد بررسی قرار گرفته است. با توجه به پیشگام

بودن و توجه تفصیلی به مسأله در نظام حقوقی آمریکا و انگلیس، در پژوهش حاضر بر بررسی این دو نظام تأکید شده است. این بررسی می‌تواند گامی جهت طرح موضوع در نظام حقوقی ایران و تبیین معیارها بر مبنای اصول نظام حقوقی باشد.

از آنجا که تبیین وضعیت حقوقی این بیماران در پاسخگویی به سؤال مطرح‌شده در این پژوهش واجد اهمیت است، ابتدا به انواع آسیب‌های مغزی و وضعیت حقوقی بیماران در انواع مختلف این آسیب‌ها پرداخته‌ایم و سپس توجیهات و دلایل مختلف در قطع یا ادامه درمان مادر مورد بررسی قرار گرفته است. توجه به حق حیات جنین، ابعاد مجرمانه و اخلاقی اقدام، خواست و اراده مادر، منافع و حقوق مادر و جنین، از جمله موضوعاتی است که در این پژوهش عمدتاً در راستای توجیه ادامه درمان مادر مورد بررسی قرار گرفته است.

روش

این تحقیق از نوع نظری بوده و روش تحقیق به صورت توصیفی - تحلیلی می‌باشد. روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای است و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت گرفته است.

یافته‌ها

در نظام‌های حقوقی مختلف بسته به رویکرد حقوقی پذیرفته‌شده در خصوص وضعیت حقوقی جنین، جهت تصمیم‌گیری برای قطع یا ادامه درمان مادر باردار تا زمان وضع حمل معیارهای مختلفی مطرح است. علیرغم تفاوت در برخی مبانی بین نظام‌های حقوقی، مبانی اخلاقی و اهمیت حق حیات، راه‌حل‌های پذیرفته‌شده را به هم نزدیک نموده و در عمل در نظام‌های مورد مطالعه نیز با توجیهات مختلف تمایل به حفظ حیات جنین وجود دارد.

بحث

۱. انواع آسیب‌های مغزی و وضعیت حقوقی بیماران

۱-۱. انواع آسیب‌های مغزی: در آسیب‌های مغزی مختلف بسته به میزان و نحوه آسیب، وضعیت هوشیاری و آگاهی و احتمال بهبودی بیمار متفاوت است. برخی آسیب‌ها خفیف هستند. در مقابل برخی آسیب‌ها موجب از بین رفتن هوشیاری می‌شوند. حالت‌هایی همانند کما یا حیات نباتی از نتایج چنین وضعیتی است. در برخی بیماران نیز به علت شدیدبودن آسیب، بیمار دچار مرگ مغزی می‌شود.

۱-۱-۱. کما: کما صدمه به قوای دماغی است که منجر به بیهوشی طولانی مدت شخص می‌شود. در این حالت بیمار به علت آسیب وسیع مغز و یا بخش‌هایی از ساقه مغز که وظیفه حفظ هوشیاری را بر عهده دارند، هوشیاری خود را تا حد زیادی از دست می‌دهد و هیچ‌گونه واکنشی نسبت به محیط از خود نشان نمی‌دهد و قادر به پاسخگویی به محرک‌های خارجی نیست. بسته به شدت و عمق کاهش هوشیاری، کما واجد درجه‌بندی‌های متفاوتی است. در کمای خفیف، بیمار محرک را دریافت و پاسخ جزئی می‌دهد، اما در کمای عمیق، بیمار صرفاً یک زندگی گیاهی دارد و فقط به برخی محرکات در دناک پاسخ می‌دهد (۱).

۱-۲. حیات نباتی: حیات نباتی یکی از انواع آسیب‌های مغزی است که علیرغم مرگ نیمکره‌های مغز، ساقه مغز به فعالیت خود ادامه می‌دهد. در این وضعیت بیمار هیچ‌گونه عملکرد ذهنی و شناختی ندارد و قادر به ارتباط آگاهانه با محیط اطراف نیست، البته این بیماران ممکن است بیدار باشند و حتی چرخه خواب و بیداری منظمی داشته باشند و گاهی به صورت غیر ارادی بدن خود را نیز حرکت دهند. با وجود این در پاسخ به محرک‌های محیطی هیچ واکنشی ارادی در این بیماران مشاهده نمی‌شود (۲).

۱-۳. مرگ مغزی: در مرگ مغزی، مغز بیمار به طور کامل از بین رفته است. بنابراین برخلاف کما و حیات نباتی که شانس بهبودی برخی بیماران وجود دارد، در مرگ مغزی بهبودی بیمار غیر ممکن و مرگ او حتمی است. از حیث

پزشکی در مرگ مغزی، خون‌رسانی و اکسیژن‌رسانی به مغز متوقف و تخریب جبران‌ناپذیری در بافت مغز ایجاد می‌شود، اگرچه در این حالت، برخی اعضا دارای عملکرد هستند، ولی به تدریج از کار خواهند افتاد. بیمار مرگ مغزی، صحبت نمی‌کند، نمی‌بیند، به هیچ یک از تحریکات خارجی پاسخ نمی‌دهد و بدون استفاده از دستگاه تنفس مصنوعی قادر به تنفس نیست (۳).

۱-۲. وضعیت حقوقی بیماران: با توجه به انواع مختلف آسیب‌های مغزی، وضعیت حقوقی بیماران از حیث زنده یا مرده‌بودن متفاوت است. به لحاظ ماهیت زیست‌شناختی مرگ، قوانین موضوعه معمولاً تعریفی از مرگ ارائه نمی‌دهند و صرفاً به آثار حقوقی مرگ می‌پردازند. با وجود این در قوانین و رویه قضایی برخی نظام‌های حقوقی، بر اساس معیارهای پزشکی، معیارهایی از مرگ ارائه شده است. از حیث پزشکی در خصوص مرگ مغزی قاطبه پزشکان معتقد هستند بیمار مرگ مغزی به لحاظ طبیعی قطعاً مرده است (۴)، زیرا حیات بیمار غیر قابل بازگشت و ادامه حیات او بدون اتصال به دستگاه تنفس مصنوعی و سایر تجهیزات امکان‌پذیر نیست. کمیته دانشکده پزشکی هاروارد در سال ۱۹۶۸ برای اولین بار برای تشخیص از دست‌رفتن عملکرد مغز مجموعه‌ای از معیارها را ارائه نمود و این معیارها را به عنوان معیار تشخیص مرگ پیشنهاد نمود. متعاقباً ایالات متحده، قانون متحدالشکل مرگ را تصویب نمود (۵). پس از آمریکا سایر کشورهای پیشرفته جهان نیز از طریق قوانین موضوعه یا تصمیمات قضایی معیار مرگ مغزی را مورد پذیرش قرار دادند. در انگلیس تشخیص مرگ با معیار مرگ مغزی از زمان کنفرانس کالج‌های سلطنتی پزشکی در سال ۱۹۷۶ در رویه بالینی وارد شد (۶).

برخلاف مرگ مغزی، در خصوص کما و حیات نباتی قوانین موضوعه ساکت هستند. با توجه به معیار مرگ مغزی به لحاظ اینکه مغز این بیماران به طور کامل از بین نرفته، نمی‌توان این بیماران را مرده فرض نمود، البته معیارهای دیگری نیز از مرگ نیز وجود دارد. به عنوان مثال طرفداران الگوی «مبتنی بر آگاهی» بر این باورند که مرگ انسان به معنای از دست‌دادن

از حیث پزشکی قبل از هفته ۲۴، احتمال زنده ماندن نوزاد ۲۰ تا ۳۰ درصد به همراه ۴۰ درصد احتمال اختلالات عصبی شدید خواهد بود (۷). از این رو در آسیب مغزی مادر باردار، مسأله حفاظت از جنین از حیث پزشکی از چالش‌های این علم است و در آسیب‌های مغزی مختلف رویکردهای متفاوتی وجود دارد، در صورتی که مادر باردار دچار حیات نباتی دائمی یا کما شود، معمولاً در صورتی که جنین آستانه زنده ماندن را پشت سر گذاشته باشد (۲۴ هفته حاملگی) با ادامه بارداری در رحم برای رسیدن به سن مطلوب احتمال زایمان موفق زیاد است. در مواردی که جنین قبل از ۲۲ هفته‌گی است، احتمال زایمان موفق کمتر خواهد بود. در این حالت تصمیم‌گیری برای ادامه درمان مادر یا قطع آن از چالش‌های پزشکی است (۷). در عمل نیز گزارش‌های متعددی از وضع حمل موفق در حالت کما و حیات نباتی وجود دارد (۸). از حیث پزشکی عوامل متعددی، از جمله سن مادر در موفقیت این روش‌ها تأثیر دارند. در وضعیت مرگ مغزی مادر، احتمال زنده ماندن جنین بسیار کم است، زیرا معمولاً پس از مدتی از مرگ مغز، سایر اندام‌های حیاتی نیز از بین می‌روند. با وجود این احتمال ایجاد این وضعیت و زنده نگه داشتن جنین در اواخر بارداری مادر غیر ممکن نیست و در عمل نیز مواردی وجود داشتند که بیمار مغزی قادر به تولد فرزند خود شده است. گزارشات متعددی نیز در خصوص وضع حمل موفق مادر در این وضعیت وجود دارد (۶-۷).

همانطور که ملاحظه می‌شود، اگرچه چنین وضعیت‌هایی نادر هستند، اما موفق بودن تعداد قابل توجهی زایمان در عمل مؤید آن است که ادامه درمان مادران باردار می‌تواند منتج به تولد یک نوزاد زنده گردد. بنابراین مسأله قطع یا ادامه درمان بیماران مادران باردار واجد اهمیت است که در این مبحث از ابعاد مختلف تبیین خواهد شد.

۲-۱. قطع و ادامه درمان از منظر حق حیات جنین: یکی از دلایل مهم در خصوص ضرورت حمایت از ادامه درمان زنان باردار توجه به حق حیات جنین است، البته رویکردهای متفاوتی در نظام‌های حقوقی مختلف مطرح است و به نظر

برگشت‌ناپذیر ظرفیت آگاهی است. طبق این دیدگاه مرگ هنگامی اتفاق می‌افتد که قسمت‌هایی از مغز که مسئول آگاهی هستند، به طور غیر قابل برگشت آسیب بینند. نمونه بارز چنین موردی حیات نباتی است که علیرغم عملکرد طبیعی ساقه مغز، آسیب جبران‌ناپذیری به مراکز عالی مغز وارد شده است. عملکرد طبیعی ساقه مغز به این معنی است که ممکن است بیمار به طور مستقل و بدون نیاز به دستگاه تنفس کند، اما با تخریب سایر قسمت‌های مغز بیمار هیچ آگاهی و بیداری نسبت به دنیای اطراف خود ندارد (۵)، البته این معیار چندان در قوانین موضوعه جایگاهی ندارد. به همین دلیل برخلاف بیماران مرگ مغزی در خصوص وضعیت حیات نباتی و کما با قاطعیت نمی‌توان دیدگاه مرده بودن را پذیرفت. در حقوق ایران مطابق با معیارهای فقهی و شرعی، مرگ به معنای جدا شدن روح از بدن به طور دائم است. بنابراین اگرچه علائم ظاهری برای انفصال روح از بدن و تحقق مرگ ذکر شده، اما برخلاف حیات، امکان تعیین زمان دقیق خروج روح از بدن و مرگ وجود ندارد. قانون «پیوند اعضای بیماران فوت شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان مسلم است» تنها قانونی است که به این موضوع پرداخته و علیرغم عدم تصریح به معیار مرگ، جواز پیوند اعضا در قانون و استفاده از واژه‌هایی نظیر وصیت و موافقت ولی میت، مؤید پذیرش مرگ مغزی به عنوان معیار مرگ در حقوق ایران است. در خصوص بیماران نباتی و بیماران در وضعیت کما هیچ مقرر قانونی وجود ندارد. به نظر می‌رسد به لحاظ سکوت قوانین موضوعه و با توجه به مفاهیم حقوقی مورد پذیرش، از جمله حرمت حق حیات و مفهوم شرعی و فقهی و عرفی مرگ، مرگ این بیماران با تردید جدی مواجه است و با استصحاب حیات این بیماران باید قائل به زنده بودن آن‌ها بود.

۲. دلایل و توجیهات قطع یا ادامه درمان زنان باردار: از نظر پزشکی در صورتی که ضربان قلب و سایر اندام‌های حیاتی بیمار به طور طبیعی به عملکرد خود ادامه دهند، جنین می‌تواند در رحم مادر رشد کند. دوره بهینه به دنیا آوردن نوزاد زنده و سالم در بارداری طبیعی ۳۲ تا ۳۴ هفته بارداری است.

متناسب با دیدگاه‌های پذیرفته‌شده، رویکردهای مختلفی در نظام‌های حقوقی مورد مطالعه در خصوص سقط جنین اتخاذ شده است. سن تعلق شخصیت حقوقی برای جنین نیز در کشورهای مختلف متفاوت است. در حقوق انگلیس دیدگاه کلی پذیرفته‌شده در خصوص جنین نداشتن شخصیت حقوقی است (۵). با وجود این در حوزه‌های قضایی مختلف انگلستان برخی حمایت‌های قانونی از جنین وجود دارد و سقط جنین یک جرم کامن‌لایی در اسکاتلند و یک جرم قانونی در انگلستان، ولز و ایرلند شمالی است (۶). همچنین قانون سقط جنین مصوب ۱۹۶۷ دلایل موجهی برای سقط جنین در تمام بخش‌های قضایی انگلستان مقرر کرده است. قسمت «الف» و «ب» از بند یک بخش یک این قانون به تفصیل مبانی مجوز فسخ بارداری را بیان می‌دارد که عبارتند از: ۱- حفظ حیات زن باردار؛ ۲- حفظ سلامت جسمی زن باردار؛ ۳- حفظ سلامت روحی و روانی زن باردار؛ ۴- حفظ سلامت جسمی فرزندان موجود در خانواده زن؛ ۵- حفظ سلامت روحی و روانی فرزندان موجود در خانواده زن؛ ۶- خطر تولد کودکان معلول (۱۲).

مقررات موجود در حقوق انگلیس مؤید آن است که در این نظام حقوقی ملاک برای سقط جنین عمدتاً وضعیت جنین از حیث سلامت یا معلولیت و همین‌طور وضعیت سلامت مادر و سایر فرزندان است. با توجه به این مقررات در خصوص انطباق این معیارها با وضعیت مورد بحث با توجه به عدم هوشیاری مادر در وضعیت نباتی و کما، معیار حفظ سلامت مادر در این خصوص قابل اعمال نیست و به نظر می‌رسد در این فرض امکان قطع درمان بیمار - که نتیجه آن سقط جنین خواهد بود - نباشد و باید منتظر وضع حمل ماند. در خصوص سلامت جنین نیز در صورتی که به تشخیص پزشکان با ادامه درمان مادر امکان تولد نوزاد سالم وجود نداشته باشد، می‌توان قطع درمان را پذیرفت و در شرایطی که بر اساس وضعیت بیمار و جنین پیش‌بینی پزشکان بر تولد نوزاد سالم باشد، قطع درمان تا پایان بارداری ممنوع خواهد بود. معیار سلامت فرزندان دیگر

می‌رسد ریشه اصلی بحث را در قائل‌شدن شخصیت حقوقی برای جنین دانست. در واقع با توجه به نوع نگرش به حق حیات جنین، باید مسأله را تبیین نمود. نتیجه این نگرش، ارتباط نزدیکی با موضوع سقط جنین خواهد داشت. به عبارت دیگر در وضعیتی که از نظر پزشکی بتوان با حفظ جان مادر تا زمان وضع حمل اقدام به حفظ حیات جنین نمود، قطع درمان مادر باردار، سقط جنین تلقی می‌شود؟

متناسب با موضعی که نظام‌های حقوقی مختلف در خصوص حق حیات جنین و پذیرش شخصیت حقوقی برای او در نظر گرفته‌اند، دیدگاه‌های مختلفی در خصوص سقط جنین نیز وجود دارد. به طور کلی سه دیدگاه کلی در خصوص جواز و عدم جواز سقط جنین می‌توان مطرح کرد. موافقان آزادی سقط عمدتاً به حق کنترل زن بر بدن خویش و شخصیت مستقل نداشتن جنین از لحاظ اخلاقی استناد کرده‌اند. مخالفان آزادی سقط به تشخیص اخلاقی جنین و حق حیات او اعتقاد دارند. میان‌روها جواز سقط را منوط به اموری چون عدم سلامت و نقص جنین یا حفظ جان مادر دانسته‌اند (۹).

در رویکردهای مذهبی عمدتاً صرف نظر از سن جنین، برای او حق حیات قائل هستند. مذهب کاتولیک معتقد است که زندگی بر همه چیز مقدم است. اخلاق کاتولیک جنین انسان را در هر مرحله شخصی تلقی می‌کند که از حق زندگی برخوردار است (۷). در فقه و حقوق اسلام سقط جنین بعد از حلول روح جایز نیست، زیرا پس از دمیدن روح، جنین انسان تلقی می‌شود، البته در فرض تراحم بین حفظ جان جنین و مادر، اختلاف نظرهایی وجود دارد. در بین فقهای معاصر اکثریت فقها سقط جنین بعد از چهار ماهگی و حلول روح را در هیچ شرایطی جایز نمی‌دانند. برخی فقها مانند آیت‌... تبریزی در صورتی که ادامه بارداری خطر جانی برای مادر داشته باشد، سقط جنین حتی بعد از دمیده‌شدن روح را بلاشکال دانسته‌اند (۱۰). آیت‌... خامنه‌ای نیز سقط جنین پس از چهارماهگی را در صورت خطر مرگ مادر و جنین و با امکان نجات مادر، جایز می‌داند (۱۱).

نیز بر فرض اثبات می‌تواند مجوز سقط حتی در فرض حیات نباتی و کما مادر باشد.

در حقوق آمریکا در خصوص پذیرش یا عدم پذیرش حیات مستقل از مادر برای جنین اختلاف نظرهایی وجود داشت. مطابق با قاعده موجودیت واحد (Single Entity Rule) در رویه قضایی مادر و جنین از نظر حقوقی وجود واحدی هستند. با این حال در سال ۱۹۴۹ این قاعده تعدیل و مراقبت از جنین از مراقبت از مادر جدا شد و دادگاه‌ها در موارد اختلافی سعی در ایجاد تعادل بین منافع احتمالی جنین و مادر می‌کنند. در حال حاضر ایالات بسته به رویکرد آن‌ها در مورد تأثیر بارداری در ادامه درمان به پنج دسته طبقه‌بندی می‌شوند. دوازده ایالت دستورالعمل زن در دوران بارداری را بی‌اعتبار می‌دانند. چهارده ایالت مطابق با قانون متحدالشکل حقوق بیماران مبتلا به بیماری لاعلاج، قانون تصویب کرده‌اند که به این معنی است که اگر احتمال تولد زنده جنین باشد، زن باردار تحت مراقبت قلبی و ریوی قرار می‌گیرد. چهار ایالات در صورتی که درمان از نظر جسمی مضر یا باعث درد شدید زن شود، استثنا قائل می‌شوند. چهار ایالت هنگام تصمیم‌گیری در مورد احترام به دستورالعمل زن، از یک استاندارد قابل قبول استفاده می‌کنند. پنج ایالت اجازه تنظیم دستورالعمل‌های مربوط به روش‌های درمانی ویژه بارداری را به زنان می‌دهد. چهارده ایالت دیگر به علاوه ناحیه کلمبیا در این خصوص سکوت کرده و در صورت بروز اختلاف تصمیم‌گیری را به دادگاه واگذار می‌نمایند. در عمل علیرغم وجود تأکید بر استقلال مادران در مورد تصمیم‌گیری در مورد سلامت خود و همچنین تقدم دستورالعمل بیمار در مورد نحوه تصمیم‌گیری در مورد خاتمه درمان، بسیاری از ایالت‌ها همچنان به حفظ بارداری ادامه می‌دهند (۸). بنابراین در حقوق آمریکا علیرغم تأکید بر تقدم حیات مادر بر جنین، رویه عملی اکثر ایالات بر ادامه درمان تا زمان وضع حمل است. با وجود این با توجه به تعدد قوانین ایالتی باید در هر ایالات به طور مجزا مسأله مورد تحلیل قرار گیرد. به نظر می‌رسد در ایالاتی که به استقلال و اراده مادر توجه می‌کنند، در آسیب‌های مغزی نیز این مسأله مورد توجه قرار می‌گیرد و

حفظ حیات جنین منوط به تشخیص خواست بیمار یا رضایت قبلی اوست، اگرچه در اکثر ایالات به طرق مختلف از جمله بی‌اعتباردانستن دستورالعمل بیمار، سکوت قانون ایالتی، توجه به وضعیت جنین از حیث احتمال زنده ماندن، تمایل به حفظ حیات جنین نیز وجود دارد. بنابراین در این ایالات در خصوص حیات نباتی و کما نیز عملاً تصمیم بر ادامه درمان تا وضع حمل خواهد بود.

در حقوق ایران مطابق با دیدگاه‌های فقهی، جنین بعد از حلول روح، انسان کامل تلقی و امکان سقط آن وجود ندارد. سقط جنین قبل از ولوج روح نیز در شرایط استثنایی و تابع ماده واحده سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴ است. مطابق با این ماده واحده سقط با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که به علت عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه 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 می‌باشد و مجازات و مسئولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود. تبصره ماده ۷۱۸ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ در این خصوص مقرر می‌دارد: «هرگاه جنینی که بقای آن برای مادر خطر جانی دارد، به منظور حفظ نفس مادر سقط شود، دیه ثابت نمی‌شود»، البته ظاهر قانون و عدم قید مدت زمان این تلقی را ایجاد می‌کند که در فرضی که سقط جنین برای نجات جان مادر باشد، ضمانی وجود ندارد و از این حیث تفاوتی بین قبل از چهارماهگی و بعد از آن وجود ندارد. با وجود این با توجه به دیدگاه‌های فقهی و اهمیت حق حیات در حقوق اسلام باید پذیرفت که حکم ماده ناظر به قبل از ولوج روح است و بعد از ولوج روح تفاوتی بین مادر و جنین از حیث انسان بودن وجود ندارد. از این رو به نظر می‌رسد با این دیدگاه کما و حیات نباتی و مرگ مغزی را نمی‌توان از موارد موجه برای سقط دانست، البته همانطور که در مباحث قبلی اشاره شد، اساساً در حقوق ایران مسأله قطع درمان این بیماران در قوانین و رویه قضایی مطرح نشده و با توجه به قواعد عام و فقدان معیارهای قانونی در وضعیت حیات نباتی و کما امکان قطع درمان وجود ندارد، اما در فرض پذیرش جواز قطع درمان در برخی اوضاع و احوال خاص و

در خصوص سوءاستفاده از اجساد مرده مانند توقیف جسد، تبنانی برای جلوگیری از تدفین قانونی وجود دارند. از نظر برخی نویسندگان، گرچه سابقه چنین پیگردهایی غیر معمول است، اما از نظر قانونی این امکان وجود دارد که اگر احساس شود که درمان مداوم یک بیمار مبتلا به مرگ مغزی مجرمانه است، امکان اقدام قانونی بر اساس این قوانین صورت گیرد (۶).

در مقابل می‌توان قطع درمان را از منظر مجرمانه‌بودن عمل نسبت به جنین، مورد بررسی قرار داد. در واقع از این منظر، عدم ادامه درمان، ممکن است سقط جنین یا تخریب نوزاد محسوب گردد. مقررات مربوط به سقط جنین در مبحث قبل مورد بررسی قرار گرفت و به نظر می‌رسد اگرچه می‌توان قطع درمان را از نظر عنصر مادی نوعی سقط جنین محسوب نمود، اما ضمن اینکه به لحاظ فقدان عنصر معنوی، تردید در مجرمانه‌بودن عمل وجود دارد، با توجه به شرایط متفاوت کشورها از نظر سن بارداری و زمان قائل‌شدن شخصیت برای جنین و با توجه به تعریف و شرایط سقط جنین در هر نظام حقوقی، وضعیت مجرمانه‌بودن این عمل در هر نظام حقوقی متفاوت خواهد بود و بررسی آن در این مقال نمی‌گنجد.

علاوه بر جرم سقط جنین، در حقوق انگلیس جرمی با عنوان تخریب کودک پیش‌بینی شده است، البته در برخی مصادیق احتمال انطباق عمل واحد با هر دو عنوان وجود دارد (۱۳). مطابق قانون حمایت از زندگی نوزاد، جرم تخریب کودک عمل از بین‌بردن زندگی کودکی است که می‌تواند زنده به دنیا بیاید. در خصوص این جرم دیدگاه غالب در رویه قضایی این است که صرفاً اعمالی مجرمانه تلقی می‌گردند که موجب تخریب شوند و ترک فعل نمی‌تواند عنصر مادی این جرم را تشکیل دهد. برخی نویسندگان بر این باورند که علیرغم عدم طرح موضوع آسیب مغزی زنان باردار در رویه قضایی، بر فرض طرح هم با توجه به اینکه ممانعت از حمایت از مادران باردار پس از مرگ مغزی به عنوان یک ترک فعل تلقی می‌شود، مطابق این ماده قابل پیگرد قانونی نخواهد بود (۶).

همچنین در مرگ مغزی، در خصوص مادران باردار تا وضع حمل این امر امکان‌پذیر نخواهد بود. در واقع با توجه به اهمیت حیات جنین به نظر می‌رسد، حتی در شرایطی که امید بهبودی مادر وجود ندارد و توجیهات قوی پزشکی و حقوقی برای قطع درمان وجود داشته باشد، قطع درمان به لحاظ حفظ حیات جنین ممنوع خواهد بود.

۲-۲. قطع و ادامه درمان از منظر مجرمانه‌بودن عمل: در خصوص زنان باردار دچار آسیب مغزی، از جمله عناوین مجرمانه احتمالی، جنایت بر مرده است. در واقع با توجه به مرده تلقی کردن بیمار مغزی مسأله اساسی این است که ادامه درمان برای حفظ جان جنین مصادیقی از جنایت به مرده تلقی می‌شود؟ واضح است این دلیل مختص بیماران مرگ مغزی است و به سایر بیماران با توجه به تحلیل زنده‌بودن قابل تسری نیست.

در حقوق ایران مستند جرم جنایت بر مرده ماده ۳۷۲ قانون مجازات اسلامی است. این ماده به حیات غیر مستقر اشاره می‌نماید که می‌توان مرگ مغزی را مصادیق آن دانست. با توجه به پذیرش مرگ مغزی به عنوان معیار مرگ، باید پذیرفت که از نظر قانونگذار حدوث جنایت بر شخص مبتلا به مرگ مغزی امکان‌پذیر است. با وجود این جنایت بر مرده در صورت تحقق شرایطی از جمله مرده‌بودن فرد و جرم‌بودن تعرض واردشده بر میت است، اگرچه در خصوص شرط اول تردید نیست، اما اولاً در جرم‌بودن عملیات پزشکی تردید وجود دارد؛ ثانیاً سلب حیات زمانی مستلزم مجازات جنایت بر مرده است که آسیب فیزیکی بر شخص وارد شود، در حالی که با ادامه درمان هیچ آسیبی به جسم بیمار وارد نمی‌شود، ضمن اینکه با توجه به قصد ادامه درمان در جهت حفاظت از جنین، عنصر معنوی و سوءنیت نیز با تردید مواجه است. تبصره ۳ ماده واحده قانون پیوند اعضا نیز مؤید این دیدگاه است و مطابق آن پزشکان عضو تیم پیوند اعضا از جهت جراحات وارده به میت مشمول دیه نخواهند شد.

در سایر نظام‌های حقوقی نیز مقرراتی در خصوص احترام به اجساد وجود دارد. به عنوان نمونه در حقوق انگلیس جراثمی

کامل تلقی می‌شود، غیر اخلاقی است، ضمن اینکه استدلال اخیر در خصوص حق دفن مادر را می‌توان با این استدلال رد نمود که در مرگ مغزی با توجه به مرگ مادر از حیث پزشکی، حقوق مادر در مقایسه با حق حیات جنین اهمیتی ندارد و در تعارض این دو حق اخلاقی باید حق حیات را مقدم دانست. در کما و حیات نباتی نیز با توجه به زنده‌بودن مادر بحث منتفی است.

۲-۴. ادامه درمان در صورت رضایت صریح یا ضمنی

بیمار: در برخی نظام‌های حقوقی اراده صریح یا ضمنی مادر ملاکی برای قطع یا ادامه درمان تلقی می‌شود. مطابق با این دیدگاه اگر مادر قبل از آسیب مغزی، اراده خود را در این خصوص اعلام نموده باشد، باید به آن احترام گذاشت. همچنین اراده ضمنی مادر باید در نظر گرفته شود. به عنوان مثال وقتی مادر به اراده خود حامله شده یا وقتی مدتی بارداری را تحمل کرده، می‌توان اراده ضمنی او بر تولد نوزاد را استنباط نمود، هرچند که در زمان وضع حمل آگاهی نداشته باشد.

برخی نیز در شرایطی که آسیب مغزی در اواخر دوران بارداری اتفاق افتاده، این استدلال را قبول می‌کنند و بر این باورند اگر مادر در اوایل بارداری، آن را خاتمه نداده است، پس قصد داشته که جنین را به دنیا آورد (۷).

در رویه قضایی آمریکا نیز در برخی آرا با توسل به معیار خواسته بیمار سعی در حل مسأله نموده‌اند. به عنوان مثال در خصوص وضعیتی که در آن زن باردار هیچ دستورالعمل واضح و قانع‌کننده‌ای نداشت، برای تصمیم‌گیری در خصوص قطع یا عدم قطع درمان به معیار خواسته‌ها و دستورالعمل‌های شفاهی یا کتبی بیمار توجه و مقرر گردید که در صورت فقدان دستورالعمل باید به خواسته‌ها و ارزش‌های بیمار توجه نمود، در صورتی که نتوان باورها و ارزش‌های بیمار را تبیین کرد، آخرین راه فرایند «قضاوت جایگزین» است به این نحو که نحوه برخورد بیشتر افراد، هنگام مواجهه با وضعیت پزشکی مشابه در نظر گرفته می‌شود (۸).

در حقوق آمریکا مقررات مختلفی در خصوص سقط جنین وجود دارد. مطابق با قانون رو علیه «Roe v. Wade» که از قوانین مهم در این زمینه است، سقط جنین در سه ماه اول بارداری مجاز و در ماه‌های بعدی نیز صرفاً در صورت داشتن خطر جانی برای مادر مجاز است (۱۴). در خارج از موارد مجاز مجازات قانونی حبس برای سقط وجود دارد که میزان آن از ایالتی به ایالت دیگر متفاوت است که بررسی آن در این مقاله نمی‌گنجد.

۲-۳. درمان یا قطع درمان از منظر اخلاقی: فمینیست‌ها

از مخالفان ادامه درمان هستند. از نظر آن‌ها زن دستگاهی برای بچه‌زایی نیست، لذا جلوگیری از قطع درمان مادر ناهوشیار تا رسیدن زمان وضع حمل، عملی بی‌رحمانه و غیر انسانی و غیر اخلاقی تلقی می‌شود (۲، ۱۵). مخالفان ادامه درمان در وضعیت مرگ مغزی همچنین استدلال می‌کنند که وقتی مادر در وضعیت مرگ مغزی قرار می‌گیرد، ارتباط بین او و فرزندش خاتمه می‌یابد. بنابراین هیچ تعهد حقوقی و اخلاقی برای پزشک در زمینه حمایت جسمی وجود ندارد. عدم توجه به اراده مادر و حق طبیعی او برای دفن محترمانه بعد از تحقق مرگ از دیگر توجیهاتی است که از منظر اخلاقی در راستای قطع درمان مطرح شده است (۱۶).

در مقابل می‌توان عدم ادامه درمان را در شرایطی که از نظر پزشکی، ادامه درمان می‌تواند منتج به تولد یک انسان گردد، غیر اخلاقی دانست. در واقع در شرایطی که انتظار منطقی از احتمال زایمان موفق جنین وجود دارد یا یک باور منطقی مبنی بر اینکه حمایت مادر مرگ مغزی برای زایمان جنین به نفع اوست، وجود داشته باشد، باید از ادامه درمان از حیث اخلاقی دفاع نمود. برخی نیز تمایل پزشکان به ارائه خدمات حمایتی به زنان باردار را در عمل مؤید آن می‌دانند که جامعه به طور کلی جنین را دارای درجه‌ای از ارزش اخلاقی می‌داند (۶). در واقع از آنجا که حق حیات به عنوان یک حق اخلاقی محسوب می‌شود، هر اقدامی که موجب سقط شود به نوعی تضییع این حق است. بنابراین قطع درمان که اثر آن سقط جنین است، به ویژه بعد از حلول روح که جنین یک انسان

او در نظر گرفته شود و در صورت عدم احتمال می‌توان درمان را قطع کرد.

در رویه قضایی، این معیار اولین بار در پرونده Tony Bland به کار رفت. در این پرونده بیمار در نتیجه سانحه دچار حیات نباتی شد و با توجه به فقدان دستورالعمل در خصوص اراده بیمار، قضات با این استدلال که زنده‌نگه‌داشتن بیمار با منافع او سازگار نیست و این رفتار منجر به بهبود اوضاع او نمی‌شود اجازه قطع درمان دادند (۱۷). از مقررات قانونی برمی‌آید که این معیار مربوط به بیمارانی است که علیرغم زنده‌فرض شدن، هوشیاری خود را از دست داده‌اند. نمونه بارز آن کما و حیات نباتی است. بنابراین در خصوص مرگ مغزی قانوناً قابل اعمال نیست. با وجود این در خصوص بیماران مرگ مغزی، اگرچه وضعیت رسمی قانونی مرده‌بودن این بیماران است، اما دادگاه‌ها معمولاً این بیماران را با بیماران فاقد اهلیت مقایسه و معیار بهترین منافع را در این خصوص نیز اعمال می‌کنند. جهت تشخیص این معیار از نزدیکان بیماران در مورد خواسته‌ها، ارزش‌ها و اعتقادات بیمار تحقیق می‌شود. پزشکان با توجه به این اطلاعات و با توجه به وضعیت بالینی بیمار برای تعیین مناسب‌ترین اقدام در هر مورد عمل می‌کنند، اگرچه در رویه قضایی انگلیس صریحاً رأی در خصوص وضعیت زنان باردار وجود ندارد، اما از نظر برخی نویسندگان به طور منطقی احتمالاً دادگاه‌ها سابقه پرونده Bland را در خصوص جنین نیز اعمال نمایند (۶).

با توجه به این معیار در صورتی که ضرری از ادامه درمان متوجه مادر باشد، باید درمان را قطع نمود. به نظر می‌رسد در فرض مرگ مغزی با توجه به اینکه مادر از نظر قانونی مرده تلقی شود، جنین هیچ‌گونه تهدیدی برای سلامت روحی و جسمی او ایجاد نمی‌کند. با وجود این برخی نویسندگان بر این باورند که در تصمیم‌گیری برای ادامه درمان، حقوق و منافع مادر، از جمله حق استقلال مادر، نیاز به احترام به بدن، دفع بقایای بدن، حق مردن با احترام و با تمامیت جسمانی در کنار توجه به جنین باید مورد توجه قرار گیرد (۱۸). در آمریکا نیز به این معیار بعد از اراده و خواست بیمار توجه می‌شود. در

یکی از موضوعاتی که از منظر اراده ضمنی بیمار می‌توان تحلیل نمود، رضایت بیمار بر پیوند اعضاست، البته این مسأله هم از نظر ادامه درمان و هم قطع درمان می‌توان مورد توجه داد. برخی معتقدند که اگر مادر قبل از مرگ، در خصوص اهدای اعضای بدن خود را اعلام رضایت کرده باشد، باید از ادامه درمان تا وضع حمل دفاع نمود، زیرا حمایت جسمانی طولانی مدت نوعی اهدای عضو است که در آن جنین گیرنده است (۷). این دیدگاه در رویه قضایی برخی نظام‌های حقوقی نیز ملاحظه می‌شود (۶). در مقابل برخی استدلال می‌کنند که اگرچه ادامه درمان برای تسهیل اهدای عضو و ادامه درمان برای تسهیل زایمان جنین، مشابهت دارند و در هر دو مورد، با فرد مرگ مغزی به عنوان یک ظرف موقت نگهدارنده رفتار می‌شود، اما تفاوت‌های بین دو وضعیت، از جمله مدت زمان طولانی‌تر حفظ جنین و هزینه‌های بیشتر درمان آن باعث می‌شود که توجه صرف به رضایت بیمار به پیوند را نتوان به عنوان دلیل قطعی محسوب نمود و در صورت عدم وجود شواهد دیگری از خواسته‌ها یا ارزش‌های بیمار، نمی‌توان اهدای عضو را به تنهایی عامل موجه برای ادامه درمان مادر باردار دانست (۶).

۲-۵. قطع یا ادامه درمان از منظر حقوق و منافع مادر و جنین:

این معیار در رویه قضایی انگلیس کاربرد دارد. در این دیدگاه با توجه به اینکه در وضعیت مورد بحث مادر به طور برگشت‌ناپذیری، توانایی بیان اراده خود را از دست داده است، امکان توجه به اراده او وجود ندارد. از این رو باید بر اساس منافع او تصمیم گرفت. مبنای قانونی معیار بهترین منافع را در حقوق انگلیس را باید در قانون اهلیت روانی ملاحظه نمود. این قانون چارچوبی ایجاد می‌کند که به موجب آن افراد می‌توانند در خصوص نحوه اقدام در صورت از دست دادن اهلیت در آینده برنامه‌ریزی کنند. ماده ۴ از بخش اول قانون اهلیت روانی مصوب ۲۰۰۵ مقرر می‌دارد که هرگونه تصمیم در خصوص اشخاصی که فاقد اهلیت هستند، باید طبق منافع آن‌ها گرفته شود. این مقرر به این معنی است که اگر احتمال بهبودی بیمار دچار آسیب مغزی باشد، باید درمان لازم برای

تقدم حقوق هر یک از آن‌ها در نظام‌های حقوقی مختلف، دیدگاه‌های مختلفی پذیرفته شده است.

در برخی آسیب‌های مغزی مانند حیات نباتی و کما با توجه به زنده‌فرض‌شدن بیمار از حیث پزشکی، مسأله تزاخم حقوق مادر زنده و جنین است. در حالت مرگ مغزی با توجه به دیدگاه پذیرفته‌شده مبنی بر مرده تلقی‌شدن مادر، مسأله تزاخم بین حقوق شخص مرده و زنده است. احترام به حق حیات جنین، مبانی اخلاقی، منطبق‌نمودن عمل با جرم سقط جنین، از جمله مهم‌ترین توجیهاتی هستند که ضرورت ادامه درمان را توجیه می‌نمایند. در مقابل توجه به خواست و اراده مادر و در نظرگرفتن حقوق و منافع او، از جمله حق احترام به تمامیت جسمانی از توجیهاتی است که وضعیت مادر را مقدم بر جنین می‌دانند.

در حقوق ایران از بین دلایل مطرح‌شده، حق حیات جنین دلیل و توجیه قوی برای حمایت از مادر باردار است و بر سایر دلایل تقدم دارد. در واقع با توجه به قائل‌شدن شخصیت انسانی برای جنین بعد از ولوج روح، در فرض تزاخم بین حقوق مادر و جنین، به علت تقدم حق حیات باید از ضرورت ادامه درمان مادر تا زمان وضع حمل دفاع نمود. در نظام‌های حقوقی مختلف بسته به رویکرد حقوقی پذیرفته‌شده در خصوص جنین و شخصیت قائل‌شدن بر جنین دیدگاه‌های مختلفی مطرح است. توجه به خواست و اراده صریح و ضمنی مادر در درجه اول و در صورت فقدان، توجه به حقوق و منافع مادر، دیدگاه پذیرفته‌شده در نظام‌های مورد مطالعه است، در حالی که در حقوق ایران به لحاظ اهمیت حیات جنین، خواست و اراده مادر معیاری برای خاتمه حیات جنین محسوب نمی‌شود و در خصوص منافع مادر نیز جمله ضررهای مفروض به مادر، می‌توان به تحمل درد در دوران درمان اشاره نمود که در خصوص آن نیز در اکثر مصادیق آسیب مغزی از جمله حیات نباتی و کما به علت عدم هوشیاری مادر قطعیتی وجود ندارد و به نظر می‌رسد در مقایسه با حق حیات جنین قابل اغماض باشد. در فرض مرگ مغزی نیز با توجه به اینکه مادر از نظر قانونی مرده تلقی شود، جنین هیچ‌گونه تهدیدی برای سلامت روحی و جسمی او ایجاد نمی‌کند و صرفاً تزاخم

واقع در صورتی که خواسته بیمار معلوم نباشد، نماینده بیمار با حسن نیت و مطابق با بهترین منافع بیمار تصمیم‌گیری خواهد کرد (۱۹).

به نظر می‌رسد علیرغم اهمیت این حقوق، در مرگ مغزی چالش بین حق حیات جنین و حقوق شخص مرده است که با توجه به اهمیت حق حیات، بدیهی است حق حیات جنین را باید مقدم دانست. در واقع بر فرض اگر ضرری هم باشد در مقایسه با حق حیات جنین، قابل اغماض است. در حیات نباتی و کما چالش بین حقوق و منافع دو شخص زنده است. حال مسأله این است که ادامه درمان مادری که در وضعیت نباتی یا کماست، ضرری برای او ایجاد می‌کند؟ یا حقوق او را تضییع می‌کند؟ با توجه به زنده‌فرض‌شدن مادر در این فرض به نظر می‌رسد تنها ضرری که ممکن است متوجه مادر شود، ادامه وضعیت کما و حیات نباتی در وضعیتی است که از حیث پزشکی امیدی برای بهبود او نیست و شاید موجب تحمل درد و رنج بیشتر برای مادر باشد. با وجود این در خصوص این مسأله که آیا این بیماران درد را احساس می‌کنند، قطعیتی وجود ندارد. نظر غالب پزشکی این است که بیماران نباتی و کما درکی از رنج ندارند. به نظر می‌رسد به لحاظ عدم قطعیت و با توجه به نظر اکثریت، این معیار نیز در برابر حق حیات جنین کم‌اهمیت است و نمی‌تواند توجیه‌کننده قطع درمان باشد.

نتیجه‌گیری

آسیب مغزی مادر باردار، از جمله موضوعاتی است که با حق حیات جنین ارتباط می‌یابد. از حیث پزشکی امکان زنده نگه‌داشتن جنین تا وضع حمل در برخی آسیب‌های مغزی وجود دارد. این مسأله چالش‌هایی در خصوص حمایت از مادر باردار تا زمان وضع حمل را ایجاد می‌نماید. در تصمیم‌گیری برای قطع یا ادامه درمان مادر، از یک طرف احترام به حقوق و منافع مادر و از طرف دیگر احترام به حق حیات جنین ضرورت دارد. با وجود این گاه تزاخم میان دو حق ایجاد و ضرورت تبیین مسأله را توجیه می‌نماید. با توجه به اهمیت یا

بین حقوق جنین و حقوق مادر مرده از جمله حق احترام به تمامیت جسمانی او و حق دفن اوست که در مقابل حق حیات می‌توان از آن برای مدتی موقت (تا وضع حمل) چشم پوشید. در هر حال علیرغم تفاوت در برخی مبانی بین نظام‌های حقوقی، مبانی اخلاقی و اهمیت حق حیات، آن‌ها را در عمل به یکدیگر نزدیک نموده و در عمل در نظام‌های مورد مطالعه نیز با توجهات مختلف تمایل به حفظ حیات جنین وجود دارد.

مشارکت نویسندگان

ناهید صفری تمامی مراحل پژوهش را به انجام رسانده و ضمن تأیید نسخه نهایی، مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته است.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسنده هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده است.

تأمین مالی

نویسنده اظهار می‌نماید که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده است.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

References

1. Seraji M. The Nature of Brain Death from the View point of Quran and Traditions. Arak University of Medical Sciences. 2010; 13(5): 65-77. [Persian]
2. Yang L, Zhang L. On Legal Personality of Human Vegetables and Protection of Their Rights. *Frontiers of Law in China*. 2007; 2(4): 586-615.
3. Afzali M. Brain death from the perspective of Shiite jurisprudence and Modern Medicine. Mazandaran University of Medical Sciences. 2014; 24(113): 221-233. [Persian]
4. Abbasi M, Kalthornia Golkar M. Brain Death not certain death and not life special condition in light of Modern Biomedical Technologies. *Medical Law Journal*. 2013; 7(24): 47-64. [Persian]
5. McCorristine S. *Interdisciplinary Perspectives on Mortality and its Timings: When is Death?* United Kingdom: Cambridge University Press; 2017. p.1-11.
6. Warrenm A, Kelly S, Karus-McElvogue A, Burnstein R. Brain death in early pregnancy: A legal and ethical challenge coming to your intensive care unit? *Intensive Care Society*. 2020; 22(3): 1-6.
7. Erlinger L. Guidelines for supporting a pregnant patient with brain death: A case discussion and literature review. *Nursing Education and Practice*. 2017; 8(17): 86-92.
8. Burkle CH, Tessmer-Tuck J, Wijdicks E. Medical, legal and Ethical Challenges Associated with Pregnancy and Catastrophic Brain Injury. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2015; 129(3): 1-4.
9. Alizadeh I, Gharibi A. A Comparative Study of the Right to Fetal Life in Islam and the West. *Legal Research*. 2018; 83: 309-339. [Persian]
10. Tabrizi M. *New Referendums*. 1st ed. Qom: Sarvar Publishing; 1999. p.477. [Persian]
11. Khamenei A. *Answers to Referendums*. 1st ed. Beirut: Islamic State; 1420. p.279-280. [Persian]
12. Amirian Farsani, A. Goodarzi M. A Comparative Study of Abortion in Iran and the United Kingdom. *Qanun Yar Electronic Quarterly*. 2019; 2(7): 7-60. [Persian]
13. Jafarzadeh M. Abortion in English Law the Legalization Process, Current Situation and Prospects. *Legal Research*. 2003; 6(38): 109-116. [Persian]
14. Mousavi A, Amidian H, Norouzi Y, Safari A. The history and legal process of abortion in the United States and the role of women's movements in the political decision-making process. *Women's Research*. 2011; 5(2): 1-32. [Persian]
15. Esmaeilzadeh M, Dictus C, Kayvanpour E, Sedaghat-Hamedani F, Eichbaum M, Hofer S, et al., One life ends, another begins: Management of a brain dead pregnant mother-a systematic review. *BMC Medicine*. 2010; 8(74): 2-11.
16. Čartolovni A, Habek D. Guidelines for the management of the social and ethical challenges in brain death during pregnancy. *Int J Gynecol Obstet*. 2019; 146: 149-156.
17. Zulueta P, Carelli F. Permanent Vegetative State: Comparing the Law and Ethics of Two Tragic Cases From Italy and England. *Journal of Prime Care*. 2009; 2(2): 125-129.
18. Lane A, Westbrook A, Grady D. Maternal brain death: Medical, ethical and legal issues. *Intensive Care Med*. 2004; 30: 1484-1486.
19. Negri S. *Self-Determination, Dignity and End-of-Life Care. Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective*. Boston: Brill-Martinus Nijhoff Publishers; 2011. p.488.