



MfJ

Medical Fiqh Journal

2024; 16(46): e1



Jurisprudential-Medical Comparison of the Concept of Coma

Farzad Parsa^{1*}, UM Kulthum Bahrami Jaf²

1. Associate Professor, Department of Shafi'i Jurisprudence and Law, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.
2. PhD student, Department of Shafi'i Jurisprudence, Faculty of Theology and Islamic Studies, University of Tehran. Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: In the past, coma was often considered a disease, and in some cases, dementia due to a disease, and the patients' rights were explained accordingly. But this general concept is no longer valid today. Various types of unconsciousness have been defined and the causes and coordinates of each have been explained. The present research was conducted while paying attention to the jurists' views and arguments and by referring to specialized neuroscience texts, with the aim of explaining the concept of lack of consciousness and its different types and the need to review these patients' rights in Islamic jurisprudence.

Materials and Methods: The present descriptive-analytical and interdisciplinary research is fundamental theoretical based on the objective. It is also based on the data of traditional medicine, Islamic jurisprudence and neuroscience. Data has been collected by a library method and their analysis has been done qualitatively.

Conclusion: In this research, while explaining the viewpoints of jurists of Islamic religions and new neurosciences, it was concluded that most jurists considered coma to be a disease caused by various factors, while others considered it to be dementia due to a disease. These two approaches, which are actually the same and in both cases, coma is not an independent disease, are very general and have no precedent. Today, the definition of consciousness and the different states of loss of consciousness and its causes have been explained and scaled to a great extent, and treatment methods have also been discovered in various cases. Even as we know, unconsciousness is needed for surgery. Based on this, it is necessary for jurists and scientists to redefine the special rulings of this field according to the existing facts and medical science in order to achieve the patients' rights.

Keywords: Coma, medical Knowledge, Islamic Jurisprudence

Corresponding Author: Farzad Parsa; **Email:** F.parsa@uok.ac.ir

Received: December 9, 2023; **Accepted:** May 15, 2024; **Published Online:** June 6, 2024

Please cite this article as:

Parsa F., Bahrami Jaf U K. Jurisprudential-Medical Comparison of the Concept of Coma. Med Fiqh Journal. 2024; 16(46): e1.



مجله فقه پزشکی

دوره شانزدهم، شماره چهل و شش، ۱۴۰۳



مقارنه فقهی - پزشکی مفهوم إغماء

فرزاد پارسا^{۱*}، ام کلثوم بهرامی جاف^۲

۱. دانشیار، گروه فقه و حقوق شافعی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

۲. دانشجوی دکتری، گروه فقه شافعی، دانشکده الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: إغماء در گذشته غالباً یک بیماری و در برخی موارد آن را زوال عقل در اثر یک بیماری می‌دانستند و بر این اساس حقوق بیماران تبیین می‌شد. چنین مفهوم کلی‌ای امروزه دیگر مصداق نداشته و مفهوم هوشیاری طیف مختلفی از حالت‌های فقدان هوشیاری تعریف و علل و مختصات هر کدام تبیین شده است. پژوهش حاضر ضمن توجه به نگاه و ادله فقیهان و با مراجعه به متون تخصصی علوم مغز و اعصاب، با هدف تبیین مفهوم فقدان هوشیاری و انواع مختلف از دست دادن هوشیاری و لزوم بازنگری در فقه اسلامی در حوزه حقوق این بیماران انجام شده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر مطالعه‌ای میان رشته‌ای و براساس هدف، از نوع بنیادی نظری می‌باشد. این تحقیق توصیفی - تحلیلی و براساس داده‌های طب سنتی، فقه اسلامی و علوم مغز و اعصاب است. گردآوری داده‌ها به طریق کتابخانه‌ای بوده و تجزیه و تحلیل داده‌ها به طریق کیفی انجام پذیرفته است. **نتیجه‌گیری:** در پژوهش حاضر ضمن تبیین دیدگاه فقهای مذاهب اسلامی و علوم جدید مغز و اعصاب، این نتیجه حاصل شد که فقها غالباً إغماء را یک بیماری و برخی آن را زوال عقل در اثر یک بیماری می‌دانستند. این دو رویکرد در حقیقت یکی است؛ زیرا گروه اول نیز إغماء را معلول عوامل مختلفی می‌دانند؛ لذا در هر دو حالت إغماء یک بیماری مستقل نیست. این رویکرد فقیهان بسیار کلی است، امری که امروزه دیگر وجود ندارد، چه امروزه مفهوم هوشیاری را تعریف و حالت‌های مختلف از دست رفتن هوشیاری و علل آن تا حد زیادی تبیین و مقیاس‌بندی شده و روش‌های درمانی نیز در موارد مختلفی کشف شده است و حتی چنان‌که می‌دانیم در دانش امروزی هوش‌بری درمواقع نیاز چون اعمال جراحی به راحتی انجام می‌پذیرد، بر این اساس لازم است فقها و دانشمندان احکام خاص این حوزه را حسب واقعیت‌های موجود و علم پزشکی و جهت احقاق حقوق این بیماران بازتعریف کنند.

واژگان کلیدی: إغماء، دانش پزشکی، فقه اسلامی

نویسنده مسئول: فرزاد پارسا؛ پست الکترونیک: F.parsa@uok.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۱۸؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۲۶؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۱۷

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

Parsa F., Bahrami Jaf U K. Jurisprudential-Medical Comparison of the Concept of Coma. Med Fiqh Journal. 2024; 16(46): e1.

مقدمه

طولانی تحت تأثیر قرار می‌گیرند و حالت‌های مختلفی از فقدان هوشیاری را ایجاد می‌کنند و هر کدام از این حالت‌ها مقیاس خاص خود را دارند. فقها در گذشته فقدان هوشیاری را یک بیماری یا معلول یک بیماری و یا مصداق جنون می‌دانستند و بر این اساس به تبیین حقوق بیماران در فتاوی خود می‌پرداختند.

مفهوم‌شناسی إغماء

إغماء واژه‌ای عربی و اصطلاحی علمی است، به همین دلیل لازم است ابتدا مفهوم لغوی و اصطلاحی آن تبیین شود.

۱. إغماء در لغت

واژه إغماء، مصدر و مشتق از حروف «غ م ی» به معنای پوشش و ستر (۳-۱) و به رأی مطرزی (۴) و کفومی (۵) إغماء به معنای ناتوانی و ضعف در نیرو به سبب غلبه بیماری است. برخی لغت‌دانان (۶) واژگان «غُشِيَ عَلَيْهِ» و «عُمِرَ عَلَيْهِ» را به معنای ستر و پوشش و مترادف با إغماء دانسته و برخی (۴-۵) قائل به تفاوت میان آن دو شده و معتقدند که غش، از کار افتادن نیروی حرکت و حس به سبب بیماری در اعضای مانند قلب و معده؛ و إغماء ناشی از امتلاء بطون مغز از بلغم سرد و غلیظ است. برخی هم واژه «خَمَدَ الْمَرِيضُ» را مجاز از إغماء دانسته‌اند. (۷) واژه إغماء در قرآن وارد نشده است؛ اما برخی مفسرین واژه «صَعِقَ» در آیه «وَخَرَّ مُوسَى صَعِقًا فَلَمَّا أَفَاقَ قَالَ سُبْحَانَكَ تُبْتُ إِلَيْكَ وَأَنَا أَوَّلُ الْمُؤْمِنِينَ» (اعراف/۱۴۳) را به إغماء یا غش تفسیر نموده‌اند. (۸) علامه طباطبائی نیز در تفسیر آیه «إِنَّا سَنُلْقِي عَلَيْكَ قَوْلًا ثَقِيلًا» یکی از مفاهیم «قول ثقیل» را چنین بیان می‌کند که سنگینی کلام وحی از حال و وضع رسول خدا (ص) مشهود بود و همه می‌دیدند که ایشان در هنگام دریافت وحی دچار برحاء - حالتی شبیه (إغماء) - می‌شدند؛ (۹) اما در روایات فراوانی این واژه را می‌توان مشاهده کرد که به علت فراوانی مجال ذکر آنها نیست.

۲. إغماء در اصطلاح فقهای مذاهب خمسسه

براساس آموزه‌های فقه مذاهب اسلامی، مغمی‌علیه از اهلیت وجود برخوردار است، چون مبنای اهلیت وجود، حیات فرد است و مغمی‌علیه زنده است؛ اما با توجه به عدم هوشیاری فرد

موضوع إغماء و از دست دادن هوشیاری امری مستحدث نبوده و همواره وجود داشته است. در گذشته با توجه به سطح علمی موجود صرفاً درکی کلی از این پدیده وجود داشت و علما و دانشمندان این پدیده را به موضوعاتی مختلف همچون جنون و خواب مرتبط دانسته و برخی توجیه و تأویل دیگری ارائه می‌دادند و بر این اساس در خصوص حقوق مبتلایان چاره‌اندیشی و تقریر رأی و فتوی می‌کردند. امروزه به مدد پیشرفت در حوزه علم پزشکی موضوع فقدان هوشیاری و از دست دادن هوشیاری تا حد زیادی شناسایی و علل آن شناخته شده و حالت‌های مختلف آن مقیاس‌گذاری و دسته‌بندی و در موارد زیادی راه درمان این عارضه شناسایی شده است. هوش‌بری جهت تسهیل امور درمانی بیماران به‌عنوان یک تخصص جدید مطرح و مورد استفاده فراوان در اعمال جراحی دارد. این پژوهش میان رشته‌ای و به هدف تبیین دیدگاه فقیهان در خصوص درک آنان از إغماء و نیز تبیین دیدگاه علم پزشکی در این خصوص و مقارنه این دو فهم انجام شده و قبلاً حسب جستجوی پژوهشگر، در این خصوص پژوهشی به نگارش در نیامده است تا نتایج آن بتواند زمینه‌ای برای بازنگری و بازاندیشی در خصوص إغماء و حقوق مبتلایان به این عارضه باشد، امری که قطعاً مبین اهمیت و ضرورت پرداختن به چنین مسئله‌ای است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای میان رشته‌ای در حوزه فقه اسلامی و علم پزشکی و براساس هدف، از نوع بنیادی نظری است، چه یافته‌های این پژوهش می‌تواند مبنا و مستندی برای فتاوی فقها، تحقیقات فقهی و آرای محاکم باشد. این تحقیق از نوع توصیفی - تحلیلی و براساس داده‌های طب سنتی، فقه اسلامی و علوم مغز و اعصاب است. گردآوری داده‌ها به طریق کتابخانه‌ای بوده و تجزیه و تحلیل داده‌ها به طریق کیفی انجام پذیرفته است.

یافته‌ها

امروزه هوشیاری را شامل دو جزء اساسی بیداری و آگاهی می‌دانند. در اثر عوامل مختلفی این دو به صورت کوتاه یا

مبتلا، مغمی علیه فاقد اهلیت ادا تلقی می‌گردد. درخصوص ماهیت، مفهوم و مختصات إغماء در فقه مذاهب خمس، دیدگاه فقها به شرح زیر قابل طرح است:

۱-۲. دیدگاه فقهای امامیه: برخی علمای امامیه إغماء را یک بیماری (۱۱-۱۰) با علائم از کار افتادن یا اختلال در حس و حرکت ارادی (۱۲) عنوان داشته و برخی دیگر آن را به جنون ارتباط داده و إغماء را چیزی در حکم جنون (۱۳) یا شبیه جنون (۱۴) دانسته و یا اظهار داشته‌اند که در صورت استقرار، حتی اگر عرفاً إغماء هم نامیده شود، مصداق جنون بوده (۱۶-۱۵) و در صورت عدم استقرار، مصداق سهو است. (۱۵) برخی دیگر إغماء را جنون ندانسته (۱۷) و بلکه به خواب ارتباط داده و در توصیف نوع ارتباط، به قولی عرفاً ملحق به خواب شده (۱۸) و به قولی براساس ظواهر، إغماء شبیه خواب است؛ زیرا مستقلاً باعث اختلال در عقل نمی‌گردد، بلکه اختلال عقل در إغماء، تابع ضعف قلب و دست است؛ اما با این وجود بهتر است این موضوع به عرف واگذار شود. (۲۰-۱۹) برخی هم گفته‌اند إغماء درحقیقت خواب بوده و نهایت امر این است که مرتبه‌ای قوی‌تر از خواب باشد. (۲۱) تشبیه إغماء به خواب به این دلیل است که إغماء موجب قصور در رأی و دیدگاه نشده، و بلکه صرفاً موجب قصور در عمل است. (۲۲) نیز علت جنون، اختلال در مغز مجنون است که منجر به فقدان عقل مجنون می‌شود؛ اما إغماء سبب دیگری داشته و مغمی علیه انگار خواب بوده و عقل او از بین نرفته است (۲۳)؛ لذا جنون متفاوت از إغماء بوده و الحاق إغماء به جنون در اینکه إغماء به مانند جنون موجب فقدان ادراک می‌گردد، دلیلی کاملی نیست؛ (۲۰) اما درخصوص ارتباط إغماء با غش، امامیه معتقدند که غش دوره‌ای از ضعف و انکسار و همان إغماست و وقتی گفته می‌شود: «غشی غشیة وغشیاً وغشیاناً فهو مغشی علیه إذا أغمی علیه» یعنی حالتی برای او ایجاد شده است که شبیه به إغماست (۲۴) و غش موجب تعطیلی قوای محرکه گردد. (۲۵)

فقدان قصد، آن را معتبر برنشموده‌اند. مغمی علیه برای دفع إغماء اختیار و قدرتی ندارد. (۱۵، ۲۶) نیز آن دسته از علمای امامیه که قائل به الحاق إغماء به جنون هستند، إغماء را موجب ازاله عقل می‌دانند (۱۰، ۱۴-۱۳، ۱۶، ۳۴-۲۷) و معتقدند که فرد بعد از افافه آنچه دانسته باشد، یادش خواهد آمد؛ (۳۰) اما به علت زائل شدن عقل، تکلیف از فرد ساقط می‌شود (۱۱، ۱۴، ۲۲، ۲۷، ۲۹، ۳۴) و این زوال عقل، تابع ضعف بدن و قلب است. (۱۵، ۱۹) استناد این علما به این روایت است که در آن از معمر بن عمر نقل است که گفته: «سألت أبا جعفر (ع) عن المريض يقضى الصلاة إذا أغمی علیه؟ فقال: لا و لان التکلیف منوط بالعقل و هو زائل بالإغماء فیکون ساقطاً و القضاء تابع»؛ (۳۴) اما کسانی که جنون و إغماء را مغایر هم می‌دانند، معتقدند که هنگام إغماء عقل حفظ شده و زائل نمی‌گردد، بلکه این ادراک است که دچار زوال می‌شود، همان‌گونه که در خواب ادراک زائل گردد؛ اما شدت زوال ادراک در إغماء بیشتر از خواب است. (۲۳، ۳۵)

برخی معتقدند که إغماء دو حالت مستقر و عارضی دارد؛ اما غالباً سریع برطرف می‌شود و مدت آن زیاد طول نمی‌کشد و ممکن است فرد هر روز یک‌بار یا بارها دچار إغماء شود، یا اینکه إغمای او تا مرگ نیز استمرار داشته باشد. (۱۷-۱۶، ۲۶، ۳۱، ۳۴) درخصوص منشأ إغماء اقوال مختلفی وجود دارد. برخی إغماء را احاله به صرع داده (۳۶) و برخی معتقدند که إغماء یا بدون اقدامی از جانب خود فرد و به صورت یک عارضه سماوی رخ می‌دهد، و یا اینکه محصول اقدام شخص، از قبیل خوردن برخی مواد غذایی، خروج خون از بدن در اثر حجامت یا امور دیگر است. (۲۰، ۳۱، ۳۵، ۳۷) برخی هم إغماء را ناشی از بیماری‌های شدید یا بیماری‌هایی معین، رودرویی ناگهانی با دشمن قاهر و درندگان عنوان داشته‌اند. (۲۰-۱۹، ۳۸)

۲-۲. دیدگاه فقهای حنفی: علمای حنفی إغماء را یک بیماری عنوان داشته‌اند که موجب ضعف و سستی اعضای بدن می‌شود (۴۲-۳۹) یا آفتی است که بر مغز یا قلب عارض شده و به موجب آن قوه درک و حرکت، کارکرد خویش را از دست داده و قوه محرکه از حرکت ارادی و بروز آثار وجود آن

بهبودی حاصل می‌شود. (۴۰، ۵۲-۵۱) احناف معتقدند که إغماء در از دست دادن نیرو و قدرت همانند خواب بوده و مانع صحت عبادات است و حتی شدت إغماء از خواب بیشتر است؛ زیرا إغماء حالتی عارضی است که موجب از دست دادن نیرو و اراده می‌گردد و گاهی چنان طول می‌کشد که ایجاد حرج می‌کند؛ اما خواب دوره‌ای طبیعی در زندگی است که انسان در حالت سلامتی از آن برخوردار است. نیز در حالت خواب شخص از به کار بردن نیرو ناتوان می‌شود؛ اما خواب اصل نیرو را از بین نمی‌برد، و با آگاه کردن می‌توان این ناتوانی را از بین برد. لکن إغماء یک بیماری و امری عارضی است و ممکن است انسان در طول زندگی‌اش اصلاً به آن مبتلا نگردد و در عارضیت قوی‌تر از خواب است و در اصل با قدرت و نیرو منافات دارد (۴۱) به عبارت دیگر، إغماء حالتی غیر طبیعی و عارضی است که سلب اختیار در آن شدیدتر از خواب بوده و موجب اختلال در قوا می‌شود و برخلاف خواب که فرد خود به خود یا با کوچک‌ترین هشدار به دلیل بالا رفتن بخارهای لطیفی در مغز که سریع تجزیه شوند بیدار شود، إغماء به علت اینکه مواد آن غلیظ است و دیر تجزیه می‌شود مانع هوشیاری و آگاهی گردد و توجه یا آگاهی در آن دیر به دست آید. بنابراین به طریق اولی احکام خواب شامل إغماء نیز می‌گردد. (۴۷) آنان معتقدند که بروز إغماء در حالتی موجب تخفیف است که حاصل از آفت سماوی باشد، مانند إغماء به سبب بیماری، یا ترس از درندگان. (۴۷)

۲-۳. دیدگاه فقهای مالکی: إغماء یک بیماری است که فرد به سبب مرضی در سر یا شدت خوشحالی یا غم به آن دچار می‌شود و امید بهبودی سریع از آن وجود دارد و مظنه ضعف و عدم توانایی است. (۵۳-۵۵) در منابع مالکیان برای إغماء مدت زمان‌های مختلفی از یک لحظه تا یک ماه مشاهده می‌شود. (۵۳، ۵۷-۵۵). مالکیه إغماء را بر جنون قیاس نموده‌اند؛ زیرا مغمی علیه به علت شباهت با مجنون و شخصی که در خواب است، قابل قیاس بر هر دو می‌باشد؛ اما مبرهن است که خواب، لذت و إغماء، بیماری است و چون حالت إغماء به جنون شبیه‌تر است، قیاس آن بر جنون اولی است.

بازداشته می‌شود (۴۴-۴۳) این بیماری عقل را زائل نمی‌کند، بلکه عقل را می‌پوشاند؛ زیرا زوال عقل به معنای جنون است؛ اما فرد مبتلا با وجود آنکه دارای عقل است، از به کار بردن آن ناتوان است؛ لذا إغماء محل اهلیت نیست، چه ناتوانی از به کار بردن عقل، عدم عقل را ایجاد نمی‌کند؛ زیرا پیامبر (ص) نیز به آن مبتلا شده‌اند و اگر إغماء به مانند جنون موجب زوال عقل می‌شد، پیامبر (ص) به آن مبتلا نمی‌شدند، و خداوند متعال می‌فرماید: «مَا أَنْتَ بِنِعْمَةِ رَبِّكَ بِمَجْنُونٍ». (قلم/ ۲) (۴۶-۳۹) ابن عابدین نیز می‌گوید: فقها مانند اطبا میان غش و إغماء تفاوت قائلند و می‌گویند اگر از دست دادن کارکرد و حس و حرکت بدن به سبب ضعف قلب و اجتماع روح با آن باشد که آن را در داخل خفه می‌کند و منفذی برای خروج نمی‌یابد، در این حالت بدن دچار غش شده است؛ اما اگر به سبب پر شدن بطن‌های مغز باشد إغماء است. (۴۲) برخی معتقدند که إغماء آفتی در قلب یا مغز است که موجب اختلال قدرت درک و حرکت و مانع کارکرد آنها همراه با غلبه بر عقل است و غش نیز نوعی از إغماست که به سبب ضعف قلب ناشی از گرسنگی و غیره، باعث اختلال در نیروی حرکت و درک شود. برخی هم بر این دیدگاه تأکید کرده و اظهار داشته‌اند که إغماء از بین رفتن حرکت و حس و بطلان افعال به سبب پر شدن بطون مغز از بلغم سرد بوده و غش مثل إغماء است؛ زیرا به سبب غش قوای موجود در قلب دچار انحلال می‌شود و ارتباطی با اختلال در مغز ندارد. به همین سبب ابتلای انبیا به إغماء و غش جایز است؛ اما جنون آنان جایز نیست. (۴۳-۴۲، ۴۶)

به باور حنفی‌ها إغماء ناشی از بیماری یا معصیتی مانند شرب خمر یا مصرف بنج یا ترس از انسان، درنده، دشمن و مصرف دارو است (۴۰، ۴۸-۴۶) که ممکن است طولانی یا کوتاه باشد؛ اما به ندرت یک‌ماه یا یک‌سال طول می‌کشد و شاید حتی وجود نداشته باشد؛ زیرا ممکن است فرد در این دوران طولانی إغماء به دلیل نخوردن و نیاشامیدن بمیرد. (۴۰، ۴۴، ۵۰-۴۹) إغماء به دو حالت مداوم و دوره‌ای قابل تقسیم است. در إغمای دوره‌ای گاهی افافه دارای وقت معینی است و گاهی زمان مشخصی نداشته و به صورت ناگهانی إغماء روی داده یا

اظهار داشته‌اند که إغماء گاهی متناوب و گاهی مکرر است. (۶۲-۶۱، ۷۲-۷۰) شافعیه برای بروز إغماء علل مختلفی چون بیماری، تعدی و جنون را ذکر کرده‌اند. (۷۴-۷۳، ۶۰)

۲-۵. دیدگاه فقهای حنبلی: فقهای حنبلی إغماء را زوال عقل در اثر بیماری - و نه خود بیماری - دانسته (۷۶-۷۵) و آن را در کنار خواب و جنون از علل زوال عقل برشمرده‌اند و معتقدند که إغماء موجب زوال احساس ظاهری و عقل ظاهری می‌گردد و این زوال عقل به تبع زوال حس ظاهری رخ می‌دهد و وقوع قول یا فعل از مغمی‌علیه نادر است و اگر کلامی از مغمی‌علیه صادر شود برای صحت دعوی علیه او، اعتباری ندارد. این فقها گرچه إغماء را در زوال عقل شبیه به خواب و جنون دانسته‌اند؛ اما میان این سه عامل قائل به تفاوت شده و معتقدند که خواب حالتی عادی در زندگی انسان است که در طی آن درک و فهم به صورت کلی از بین نمی‌رود و هرگاه فرد خوابیده را بیدار کنی، آگاه گردد و جنون زوال و از بین رفتن شعور از قلب، همراه با بقای قوه و حرکت در اعضاست و در این حالت عقل مسلوب است؛ اما إغماء را عارضه‌ای دانسته‌اند که در آن عقل پوشانده می‌شود و إغماء همانند پوشش و پرده سنگینی بر قلب است که همراه با آن احساس از بین می‌رود و آفتی است که برای مغز یا قلب رخ می‌دهد و به سبب آن قوه درک کارکرد خویش را از دست دهد و إغماء از بین رفتن شعور همراه با سستی اعضاست؛ لذا چون در إغماء عقل مسلوب نیست، و بلکه فقط مغلوب است، انبیاء به إغماء مبتلا می‌شوند. (۸۴-۷۶) برخی از فقهای حنبلی غش را همان إغماء دانسته‌اند؛ اما گروهی دیگر إغماء را متفاوت از غش دانسته و معتقدند که حدوث إغماء به سبب پر شدن بطون مغز از بلغم سرد غلیظ است، حال آنکه غش به سبب از کار افتادن قوه حرکت ناشی از ضعف و ناتوانی قلب یا درد شدید یا سرما و یا گرسنگی زیاد رخ می‌دهد. (۸۱) از دیدگاه این گروه از فقها سبب إغماء می‌تواند مباح یا حرام بوده و ناشی از عمل خود شخص یا فرد دیگری و یا در اثر مصرف چیزی باشد (۷۶، ۷۸، ۸۲) و مدت آن غالباً زیاد طول نمی‌کشد. (۷۸-۷۷، ۸۰) همچنین معتقدند که إغماء مسقط تکلیف نبوده

همچنین مغمی‌علیه مانند شخص خوابیده نیست که اگر او را بیدار کنند متنبه گردد. (۵۹-۵۸) بر همین اساس معتقدند که إغماء به مانند خواب سنگین، مستی و صرع موجب غلبه بر عقل شده و عقل را می‌پوشاند. (۵۴، ۵۶)

۲-۴. دیدگاه فقهای شافعی: به باور شافعیه إغماء یک بیماری با منشاء قلبی است، اگر مدت آن طولانی نباشد، امید زوال آن می‌رود؛ اما اگر طولانی باشد جنون محسوب می‌شود. إغماء قوه تشخیص و تمییز را از بین برده و فرد را از میل و گرایش و خو و عادت خود جدا می‌کند و اگر او را آگاه کنند بیدار نشده و متنبه نمی‌گردد و وضعیتی است که عقل را فرا می‌گیرد و می‌پوشاند و بر آن چیره می‌شود، به طوری که فرد توانایی و اختیار برطرف کردن آن را ندارد. این عارضه تداوم نداشته و امید زوال آن می‌رود و توأم با سستی اعضای بدن است. طی این عارضه، عقل به صورت کامل پوشانده شده و به قولی زائل می‌گردد. در نتیجه اگر مدت إغماء کوتاه باشد، حدوث إغماء برای انبیاء جایز است؛ اما اگر مدت إغماء طولانی باشد، چنان‌که بیان شد، در شمار جنون است و حدوث آن برای انبیاء جایز نیست، چه موجب خلل در مأموریت آنان می‌گردد. مغلوب شدن عقل در این بیماری به باور این فقها بیشتر از خواب و کمتر از جنون است. البته ماوردی و رافعی، زمانی إغماء را جنون برشمرده‌اند که بیماری برطرف شود؛ اما فرد همچنان در حالت إغماء باشد. (۶۹-۶۰) این گروه از فقها درخصوص تفاوت إغماء با جنون، مستی و خواب اظهار داشته‌اند که اگر همراه با زوال درک و آگاهی، قوه حرکت در اعضا بدون سرمستی وجود داشت به آن جنون گفته می‌شود و اگر همراه با طرب و سرمستی باشد، به آن مستی و اگر همراه با ناتوانی و سستی اعضا باشد به آن إغماء گفته می‌شود و اگر همراه با رخوت و سستی مفاصل باشد به آن خواب می‌گویند. (۶۲) برخی هم صرع را در شمار إغماء می‌دانند. (۶۲، ۶۹) در منابع شافعیه برای إغماء مدت زمان‌های مختلفی از یک لحظه تا یک‌ماه ذکر شده و حتی برخی بحث یأس از افاقه مغمی‌علیه را نیز بیان داشته‌اند، یعنی متخصصان بگویند هرگز بهبودی نخواهد یافت. برخی هم

به واقع تعریف دقیق هوشیاری هنوز دشوار و یکی از چالش‌برانگیزترین حوزه‌های علوم اعصاب معاصر و ماهیت آن یکی از عمیق‌ترین مسائل باقی‌مانده در زیست‌شناسی است. مهم‌ترین مشکل این است که چگونه یک سیستم فیزیکی منجر به تجربه هوشیارانه شود؟ چالمرز^۱ اظهار داشته که مسئله هوشیاری بین فلسفه و علم قرار دارد و اگر قرار است این مسئله به صورت علمی مطالعه شود، باید فلسفه و علم درک شود؛ زیرا رابطه بین فرآیند فیزیکی و تجربه هوشیارانه به پیوند دوگانه بین جسم و روان و روان‌شناختی و پدیداری بستگی دارد. (۹۲-۹۰)

برای توضیح هوشیاری و حالات مختلف تغییر یافته آن چند رویکرد نظری ارائه شده است. تعاریف بسیاری برای توصیف هوشیاری وجود دارد. باروس^۲ (۱۹۸۷) در بررسی ادبیات هوشیاری بیست تعریف جداگانه یافته است. این تعاریف از آنهایی که با دانش مشترک یا متقابل محیط‌های داخلی و خارجی سروکار دارند، تا آنهایی که با حالت‌های شفاهی آگاهی سروکار دارند، متفاوت است. با این حال، هوشیاری به‌عنوان یک تجربه اساسی یک پدیده آشکار است. ما با تجربه طبیعی و روزمره با آن آشنا هستیم؛ اما تعریف یا حتی توصیف دقیق و پذیرفته‌شده آن هرگز تدوین نشده است. برخی از محققان تعریف هوشیاری را غیرممکن دانسته و برخی دیگر آن را به‌عنوان یک پدیده غیرمهم و محصول فرعی فعالیت ذهنی می‌دانند. (۸۸)

از نظر تاریخی، به طور گسترده اعتقاد بر این بود که جایگاه هوشیاری در قلب است و فقدان ضربان قلب به‌عنوان علامت بالینی مرگ در نظر گرفته می‌شد؛ اما اکنون شواهد علم عصب‌شناسی جایگزین چنین تفکری شده و نشان داده است که هوشیاری، یک ویژگی ناشی از فعالیت عصبی است که در مغز قرار دارد. (۹۳)

علاقه به موضوع هوشیاری در حال رشد است و گرچه نحوه ایجاد آن در مغز اساساً حل نشده باقی مانده است؛ اما با این حال، این موضوع پیشرفت علمی در حوزه هوشیاری را محدود

و ولایت بر مغمی‌علیه را ایجاب نمی‌کند (۸۰-۷۹) و اگر فرد بعد از آنکه بیماری او برطرف شود همچنان در إغماء باشد، این حالت حکم جنون را دارد؛ (۷۶-۷۴، ۸۰) اما برخی قیاس إغماء بر جنون را صحیح ندانسته‌اند با این استدلال که بقای جنون غالباً طولانی بوده و از موجبات اسقاط تکلیف و الزام ولایت بر مجنون است و چنان‌که بیان شد، ابتلای انبیاء به آن جایز نیست؛ اما إغماء به مانند خواب بوده و تأثیری بر اسقاط تکلیف ندارد. (۷۸)

هوشیاری

مفهوم هوشیاری بیشترین ارتباط را با آن مفهوم از عقل دارد که به زعم علماء در اثر إغماء زائل یا پوشیده می‌شود؛ لذا این مفهوم مورد بررسی قرار می‌گیرد تا بدین طریق زمینه برای طرح مباحث روان‌شناختی این پژوهش فراهم گردد. در باب هوشیاری مباحث زیر قابل طرح است!

۱. مفهوم هوشیاری

هوشیاری تجربه‌ای مشترک در زندگی روزمره و یک پدیده طبیعی و آشکار، و در عین حال مفهومی پیچیده و گریزان است که از دوران باستان موضوع تفکر و گمانه‌زنی گسترده فیلسوفان، متکلمان و دانشمندان بوده است. این واقعیت که هوشیاری ممکن است بسته به زمینه (فلسفه، دین، علم) به معنای چیزهای متفاوتی باشد، نشان از اهمیت درک هوشیاری عادی و مختل در طیف گسترده‌ای از زمینه‌های مطالعاتی دارد. از زمانی که جالینوس پزشک یونانی تشخیص داد که جراحی مغزی می‌تواند بر ذهن تأثیر بگذارد، نقش هوشیاری و فکر به‌عنوان مظاهر آسیب و نقص مغزی نقش ویژه‌ای داشته است، اگرچه تأثیر بیماری‌های سیستمیک بر هوشیاری از زمان بقراط در قرن پنجم قبل از میلاد شناخته شده است؛ اما توانایی نسبت دادن آزمایش‌پذیری ارتباط آناتومیک و بیولوژیک به هوشیاری کاملاً مدرن است. دو پیشرفت اصلی که این امکان را فراهم کرده است عبارتند از: (۱) توسعه یک تعریف عملیاتی از هوشیاری که قابلیت کاربرد عملی دارد.

(۲) درک سطح آناتومیک هوشیاری‌ها. (۸۹-۸۸)

1. David John Chalmers

2. Kate Barrows

به مدت بیش از دو دهه، تیم‌های تحقیقاتی بین‌المللی بر روی اکتشاف علمی اختلالات هوشیاری کار می‌کنند که شامل رشته‌های مختلف پزشکی (اعصاب، جراحی مغز و اعصاب، مراقبت‌های ویژه، طب فیزیکی، گوش و حلق و بینی) و پیراپزشکی (روان‌شناسی، گفتاردرمانی، فیزیوتراپی) و همچنین رشته‌های مهندسی و بیولوژیکی است. با این حال، علی‌رغم پیشرفت‌های پزشکی و افزایش تعداد بیماران دچار آسیب مغزی شدید، ارزیابی و درمان بیمارانی که در حال بهبودی از کما هستند، امروزه نیز کار بسیار دشوار و حساسی است و تشخیص علائم هوشیاری به دلیل محدودیت‌های مکرر حرکتی و شناختی این بیماران پیچیده است. گزینه‌های درمانی تقریباً وجود ندارند، و اغلب پزشک را با وضعیت مراقبت تسکینی به جای مراقبت‌های ترمیمی مواجه می‌کند. حتی در یک محیط تجربی، مطالعه بر روی بیماران در کما یا اختلالات هوشیاری مرتبط با آن یک چالش واقعی است. این بیماران به راحتی خسته می‌شوند و پنجره ارزیابی را محدود می‌کنند. نیز واکنش‌های خود به خودی حرکتی باید کنترل شوند و ایجاد محیط جستجوی سازگار با بررسی علمی این بیماران زمان‌بر است و نیاز به تخصص بالینی و علمی مهم دارد. (۹۵)

۲. اجزای هوشیاری

از لحاظ بالینی هوشیاری شامل دو جز اساسی است: الف) بیداری^۷ یا «برانگیختگی»^۸: به سطحی از هوشیاری اطلاق می‌شود که برای حفظ هوشیاری لازم است؛ اما کافی نیست. برانگیختگی - که مراقب بودن یا گوش به زنگی نیز نامیده می‌شود - از لحاظ بالینی، با حضور دوره‌های طولانی باز شدن خود به خودی و یا القاشده چشم‌ها ارزیابی می‌شود؛ به عبارت دیگر برانگیختگی به زنجیره رفتاری اطلاق می‌شود که بین خواب و بیداری رخ می‌دهد. سیستم برانگیختگی ورودی‌های گسترده‌ای را از نواحی شناختی پیش‌پیشانی میانی دریافت می‌کند که می‌تواند حتی در شرایط نامطلوب در صورت اقتضای موقعیت رفتاری، برانگیختگی را تحریک کند. (۹۱، ۱۰۰-۹۶)

نکرده است؛ زیرا ویژگی‌های گسترده‌ای از هوشیاری را می‌توان با خیال راحت فرض و کاوش کرد. (۹۰، ۹۴)

پنجاه سال پیش، رشته اختلالات هوشیاری یک رشته تحقیقاتی بسیار محدود بود و بیمارانی که به شدت آسیب مغزی دیده بودند و به احتمال زیاد دچار اختلال هوشیاری می‌شدند، اغلب فوت می‌کردند. در دهه ۱۹۵۰، معرفی تنفس مصنوعی همه چیز را تغییر داد، چه با کمک آن عمر بیماران حتی در مواردی که ضایعات شدید در نواحی‌ای از مغز بود که عملکردهای حیاتی را نیز کنترل می‌کند، توانست افزایش یابد و بدین‌سان پزشکان بالینی شروع به مواجهه با بیمارانی کردند که زنده بودند؛ اما نسبت به محیط اطراف خود واکنش نداشتند. در این شرایط، یک زمینه جدید در اختلالات هوشیاری پدیدار شد و در دهه ۱۹۶۰، پلام و پوسنر^۱ برای اولین بار یک نهاد بالینی به نام کما را تعریف کردند. کمی بعد، جنت و تیزدل^۲ مقیاس مشهور کمای گلاسکو را برای ارزیابی پیشرفت بیماران کمایی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه ایجاد نمودند. در دهه ۱۹۸۰ نوع جدیدی از درمان، برنامه‌های تحریک حسی ابداع شد و در نهایت، در اواخر دهه ۱۹۹۰، ظهور تکنیک‌های تصویربرداری عصبی فرصت‌های جدیدی را برای مطالعه واکنش‌پذیری مغز در بیماران دچار آسیب‌های مغزی شدید به وجود آورد. (۹۵)

در طول دو دهه گذشته، توجه علمی فزاینده‌ای بر مطالعه هوشیاری متمرکز شده است، به طوری که اکنون یک موضوع تحقیقاتی بسیار فعال و پیچیده است. علم هوشیاری در حال حاضر از طیف گسترده‌ای از تکنیک‌ها، از جمله مطالعات رفتاری، مدل‌های محاسباتی، روان‌شناسی عصبی^۳، تحریک مغناطیسی مغز فراجمله‌ای^۴، نوار مغزی^۵ و تصویربرداری تشدید مغناطیسی ساختاری و عملکردی^۶ استفاده می‌کند. (۹۰)

1. Plum and Posner
2. Jennett and Teasdale
3. neuropsychology
4. transcranial magnetic stimulation(tms)
5. M/EEG
6. structural and functional magnetic resonance imaging (fMRI)

7. wakefulness

8. arousal

حالت است و در هر کدام از این سه حالت ممکن است که آگاهی رخ دهد:

الف) بیداری: در این حالت، ذهن آگاه و با دنیای بیرون در ارتباط است و اطلاعات را از طریق حواس دریافت کرده و می‌تواند با استفاده از عملکردهای حرکتی پاسخ دهد.

ب) خواب بدون حرکت سریع چشم^۴: این خواب دارای چهار مرحله است. در مرحله ۱ و ۲ که شکل‌های سبک خواب هستند، آستانه برانگیختگی پایین است. مرحله اول به‌عنوان یک حالت انتقالی از بیداری به خواب در نظر گرفته می‌شود که چند دقیقه طول می‌کشد و مرحله ۲ شکل سبکی از خواب است. در این دو مرحله ممکن است گاهی حرکات خود به خودی اندام و حرکات آهسته و چرخشی چشم وجود داشته باشد و مقدار زیادی از آگاهی فرد از محیط اطراف خود از بین می‌رود. مرحله ۳ و ۴ به‌عنوان عمیق‌ترین سطح خواب هستند که در آنها ضربان قلب و تنفس کند شده و توان عضلانی کاهش می‌یابد؛ افراد از رویدادهای خارجی بی‌اطلاع هستند و ممکن است به‌سختی برانگیخته شوند. این دو مرحله در مجموع به‌عنوان خواب موج آهسته^۵ شناخته می‌شوند.

ج) خواب همراه با حرکت سریع چشم، یا خواب متناقض^۶: در این حالت قشر مغز فعال و حرکت سریع چشم وجود داشته و توان عضلانی از دست می‌رود. اشخاص عادی را می‌توان نسبتاً به راحتی از این خواب برانگیخت. بیدار شدن افراد از خواب بدون حرکت سریع چشم نشان می‌دهد که آنها در ۲۳ تا ۷۴ درصد موارد از افکار یا ادراکات آگاه بودند و حدود ۸۰ درصد از افرادی که از خواب همراه با حرکت سریع چشم بیدار می‌شوند، آگاهی دارند. (۱۰۵-۱۰۲)

۴. از دست دادن هوشیاری^۷

از دست دادن هوشیاری حالت شناختی است که در آن فرد از خود و موقعیت خود آگاهی ندارد و ناتوان از پاسخ به محرک‌ها است؛ به عبارت دیگر به معنای از دست دادن آگاهی و

ب) آگاهی^۱ یا «محتوای هوشیاری»^۲: به افکار و احساسات یک فرد و به ادراک آگاهانه اشاره دارد که شامل شناخت، تجربیات گذشته، حال و مقاصد است. نشان منحصری از آگاهی وجود ندارد؛ اما وجود آن را می‌توان از نظر بالینی از طیفی از رفتارها چون پاسخ به دستور و تعقیب بصری استنباط کرد که نشان می‌دهد فرد می‌تواند خود و اطراف را درک کند. آگاهی، به آگاهی از جهان بیرونی یا محیط و آگاهی از خود تقسیم می‌شود. آگاهی از محیط را می‌توان به‌عنوان درک آگاهانه از محیط از طریق روش‌های حسی تعریف کرد، مانند درک بینایی، شنوایی، زیبایی یا بویایی؛ اما آگاهی از خود یک فرآیند ذهنی است که نیازمند میانجی‌گری حواس نیست و ارتباطی با محرک‌های بیرونی برای حضور خود ندارد. محتوای هوشیاری نشان‌دهنده مجموع تمام عملکردهای واسطه‌ای در سطح قشر مغز از جمله پاسخ‌های شناختی و عاطفی است. این عملکردها توسط شبکه‌های منحصراً به فردی از نورون‌های قشر مغز انجام می‌شوند و ممکن است ضایعه‌ای یکی از شبکه‌ها را مختل کند و باعث از دست دادن نسبی هوشیاری شود. (۹۹-۹۶، ۱۰۱)

۳. هوشیاری نرمال^۳

برای اینکه یک فرد حالت عادی و طبیعی داشته باشد، لازم است واجد هوشیاری نرمال باشد. در وضعیت هوشیاری نرمال، فرد به طور کامل به فکر یا ادراک حسی پاسخ می‌دهد و با رفتار و گفتار خود آگاهی از خود و محیط را نشان می‌دهد و توجه و تعامل با محیط اطراف وجود دارد. این حالت طبیعی ممکن است در طول روز از حالت هوشیاری شدید تا حالت بی‌توجهی کلی خفیف در نوسان باشد؛ اما حتی در شرایط دوم، فرد عادی را می‌توان بلافاصله به‌حالتی از هوشیاری و عملکرد کامل برگرداند. (۸۷)

هوشیاری نرمال دارای دو حالت بیداری و خواب است. خواب یک حالت طبیعی و برگشت‌پذیر کاهش پاسخگویی به محرک‌های خارجی است. خواب در پستانداران به دو نوع تقسیم می‌شود؛ لذا در مجموع هوشیاری نرمال دارای سه

4. non-rapid eye-movement sleep

5. Slow Wave Sleep

6. rapid eye-movement sleep

7. loss of consciousness

1. awareness

2. contents of consciousness

3. Normal Consciousness

هوشیاری تغییر یافته تا موارد مرتبط با عملکرد حرکتی متغیر باشند. در تشنج تونیک کلونیک عمومی بدون هیچ هشدار فرد هوشیاری خود را از دست می‌دهد، سفت شده و تکان می‌خورد. در «حملات قطره‌ای» یا تشنج آتونیک، فرد هوشیاری خود را از دست می‌دهد و به سرعت روی زمین می‌افتد و ممکن است با افتادن دچار صدمات شود. تشنج‌های غیر صرعی روان‌زا می‌توانند شبیه هریک از انواع تشنج تونیک کلونیک عمومی، افسنس، تشنج کانونی اختلال آگاهی، میوکلونیک و آتونیک باشند، با این تفاوت که تشنج‌های صرعی به دلیل عملکرد غیر طبیعی سلول‌های مغز ایجاد می‌شوند، حال آنکه تشنج روانی غیر صرعی در بیشتر موارد ناشی از یک تعارض روانی یا همراه با یک اختلال روان‌پزشکی اساسی چون اختلالات خلقی، اضطراب، عوامل استرس‌زا یا مشکلات خانوادگی، روان‌پریشی و اختلالات شخصیت است و دلیل جسمی یا فیزیکی شناخته شده‌ای برای آن وجود ندارد و هیچ‌گونه فعالیت صرعی (امواج الکتریکی غیر طبیعی مغز) در نوار مغزی مشاهده نمی‌شود. (۱۱۲-۱۱۰)

۲-۱-۵. هیپوگلیسمی:^۵ هیپوگلیسمی اصطلاحی برای پایین بودن گلوکز خون است. گلوکز از غذای مصرف شده و در کبد تولید می‌شود. گلوکز سوختی است که مغز و سایر قسمت‌های بدن برای عملکرد صحیح به آن نیاز دارند. بیماران مبتلا به هیپوگلیسمی شدید ممکن است به دلیل قند خون پایین دچار بیهوشی یا تشنج شوند. (۱۱۳)

۳-۱-۵. اختلالات متابولیک:^۶ متابولیسم فرآیندی است که بدن برای دریافت یا تولید انرژی از غذای مصرف شده طی می‌کند. غذا از پروتئین، کربوهیدرات و چربی تشکیل شده است. مواد شیمیایی موجود در دستگاه گوارش، قسمت‌های غذا را به قندها و اسیدها و سوخت بدن تجزیه می‌کنند. بدن می‌تواند فوراً از این سوخت استفاده کند، یا اینکه انرژی را در بافت‌های بدن چون کبد، ماهیچه‌ها و چربی بدن ذخیره کند. یک اختلال متابولیک زمانی رخ می‌دهد که واکنش‌های شیمیایی غیر طبیعی در بدن انسان این روند را مختل کنند.

5. hypoglycemia

6. Metabolic disorders

وضعیت بدنی و عدم پاسخگویی مناسب به محرک‌های خارجی است و از دست دادن کامل هوشیاری شامل ناتوان بودن از حس کردن، فکر کردن و فهمیدن است. کلمه «بی‌هوشی»^۱ اغلب زمانی کاربرد دارد که فرد دیگر نتواند بیدار شود. افراد بی‌هوش نمی‌توانند به هیچ محرکی واکنش نشان داده و یا قادر به درک آن باشند. از دست دادن هوشیاری می‌تواند گذرا بوده و چند ثانیه یا دقیقه طول بکشد، یا پایدار و دائمی شود. (۸۶، ۱۰۴، ۱۰۶)

۵. انواع حالات از دست دادن هوشیاری

از دست دادن هوشیاری حالت‌های مختلفی داشته و به شیوه زیر قابل تقسیم هستند:

۱-۵. از دست دادن هوشیاری گذرا:^۲ از دست دادن هوشیاری گذرا به‌عنوان از دست دادن آشکار هوشیاری با شروع ناگهانی، مدت زمان کوتاه و بهبودی خود به خود و کامل تعریف می‌شود؛ بدین‌معنی که از دست دادن آگاهی می‌تواند گذرا بوده و چند ثانیه یا دقیقه طول بکشد. باید توجه داشت که LOC بر سه ویژگی فراموشی برای دوره بیهوشی، حرکت غیر طبیعی و از دست دادن پاسخگویی متکی است و افزودن قید «مدت کوتاه» به آن، زیرمجموعه TLOC را ایجاد می‌کند. از دست دادن گذرای هوشیاری TLOC عبارت از بازگشت کامل مغز به عملکرد طبیعی مغز به دلیل یک فرآیند برگشت‌پذیر است که علل فراوانی دارد. (۸۶، ۱۰۴، ۱۰۷)

این علل طیفی از علل قلبی عروقی (سنکوپ) و غیر سنکوپ مانند صرع، ضربه مغزی، هیپوگلیسمی، اختلالات متابولیک و مسمومیت با دارو یا الکل و علل روانی «اختلال حمله غیر صرعی»^۳ را دربر می‌گیرد که برخی از آنها به شکل زیر قابل طرح هستند. (۸۶، ۱۰۴، ۱۰۹-۱۰۶)

۱-۱-۵. صرع:^۴ صرع نوعی اختلال نورولوژیکی - اختلال سیستم عصبی مرکزی - است که منجر به تشنج‌های خود به خود و مکرر می‌شود. تشنج‌های صرع می‌توانند از حالت‌های

1. unconsciousness

2. Transient loss of consciousness (T-LOC)

3. psychogenic causes(non-epileptic attack disorder).

4. epilepsy

خون در قلب به دلیل ساختار قلب^۴، انسداد در رگ‌های خونی قلب^۵ و تنگی دریچه آئورت^۶ است. (۸۶)

۲-۴-۱-۵. سنکوپ رفلکس^۷: این سنکوپ نتیجه واکنش به برخی محرک‌هاست که در آن ضربان قلب کند شده یا رگ‌های خونی گشاد و باعث افت فشار خون می‌شود و در نتیجه خون کمتری به سمت مغز جریان یافته و سنکوپ رخ می‌دهد. سنکوپ رفلکس شایع‌ترین نوع سنکوپ بوده که خود نیز انواع مختلفی دارد، از جمله:

الف) سنکوپ وازوواگال^۸: رایج‌ترین شکل سنکوپ رفلکس است که اغلب در اثر ترکیبی از کم‌آبی بدن و ایستادن طولانی و گاه در اثر محرک‌های دیگری چون دیدن خون، ضربه، استرس هیجانی و درد ناگهانی ایجاد می‌شود.

ب) سنکوپ وضعیتی^۹: واکنش ناگهانی به محرک‌هایی چون سرفه، عطسه، بلعیدن و یا اجابت مزاج، درد ناگهانی شکم و خندیدن است. هر دو نوع سنکوپ در تمام سنین رخ می‌دهد؛ اما این شکل در افراد مسن شایع‌تر است. (۸۷-۸۶، ۱۰۶، ۱۱۵)

۳-۴-۱-۵. سنکوپ ارتواستاتیک^{۱۰}: در این سنکوپ افت فشار خون در اثر گرائش زمین رخ می‌دهد. مغز معمولاً در برابر گرائش زمین مقاومت می‌کند؛ اما در این نوع سنکوپ مغز مقاومت خود را از دست داده و در نتیجه سنکوپ رخ می‌دهد. افت فشار خون ارتواستاتیک در افراد مسن شایع است و عواملی مانند کم‌آبی بدن، ایستادن طولانی، محیط گرم یا داروهایی که فشار خون را کاهش می‌دهند، محرک آن است. (۸۷-۸۶، ۱۰۶، ۱۱۶)

۵-۱-۵. کما: کلمه «بی‌هوشی»^{۱۱} اغلب زمانی کاربرد دارد که فرد دیگر نمی‌تواند بیدار شود و کلمه «کما» معمولاً برای اختلالات عمیق و طولانی‌مدت هوشیاری استفاده می‌شود.

گروه‌های مختلفی از اختلالات وجود دارد. برخی بر تجزیه اسیدهای آمینه، کربوهیدرات‌ها یا لیپیدها تأثیر می‌گذارند، و برخی چون بیماری‌های میتوکندری، بخش‌هایی از سلول‌ها را که انرژی تولید می‌کنند، تحت تأثیر قرار می‌دهند. زمانی که برخی از اندام‌ها مانند کبد یا لوزالمعده بیمار شوند، یا عملکرد طبیعی نداشته باشند، بدن می‌تواند دچار اختلال متابولیک شود. (۱۱۴)

۴-۱-۵. سنکوپ^۱: اصطلاح سنکوپ واژه‌ای یونانی به معنای «توقف»، «کوتاه کردن» یا «مکث» و در زبان روزمره مترادف با غش یا احساس ضعف کردن است. سنکوپ نوعی از اختلال هوشیاری گذراست که در نتیجه کاهش خون‌رسانی به مغز رخ داده و منجر به از دست دادن ناگهانی هوشیاری و وضعیت بدنی و ناتوانی در ایستادن می‌شود. شروع نسبتاً ناگهانی، مدت‌زمان کوتاه، و بهبودی خود به خود و کامل که نیازی به اقدامات احیای خاصی ندارد، از ویژگی‌های معمول سنکوپ است. این واقعیت که خود به خود بهبود می‌یابد نشان می‌دهد که هیچ آسیب پایداری رخ نداده است. مدت وقوع سنکوپ از چند ثانیه تا چند دقیقه طول می‌کشد. (۸۷-۸۶، ۱۰۹)

اگرچه تمام سنکوپ‌ها در نتیجه کاهش خون‌رسانی مغزی است و هر کدام ممکن است منجر به کاهش موقت جریان خون به مغز شوند؛ اما مکانیسم‌ها و علل بالقوه زیادی وجود دارند و از دیدگاه بالینی، سنکوپ اساساً از سه نوع اصلی تشکیل شده و ESC سنکوپ را به یکی از سه علت زیر طبقه‌بندی می‌کند:

۱-۴-۱-۵. سنکوپ قلبی^۲: سنکوپ قلبی ناشی از بیماری قلبی است و از علل شایع آن می‌توان آریتمی^۳ را ذکر کرد. در طول دوره‌های آریتمی قلبی، قلب دچار مشکلات عملکردی شده و نمی‌تواند خون کافی را به مغز برساند و در نتیجه باعث سنکوپ می‌شود. کندتپشی و تندتپشی از انواع آریتمی‌های قلبی است که با کاهش فشار خون و برون‌ده قلبی پتانسیل ایجاد سنکوپ را دارند؛ به‌ویژه زمانی که تغییر ناگهانی در ضربان قلب وجود داشته باشد. نیز از دیگر از علل سنکوپ قلبی، انسداد جریان

4. (hypertrophic cardiomyopathy)
5. myocardial ischemia
6. aortic stenosis
7. Reflex (Neurally-Mediated) Syncope
8. Vasovagal syncope
9. Situational syncope
10. Orthostatic syncope
11. Unconsciousness

1. synkope
2. Cardiac syncope
3. arrhythmia

سلسله گسترده‌ای از سطوح هوشیاری بین کما و حالت کاملاً بیداری مانند هوشیاری ابری، ابتان‌دیشن، استوپور وجود دارد. با این حال، این اصطلاحات تا حد زیادی کنار گذاشته شده‌اند. پرکاربردترین روش توصیف هوشیاری در حال حاضر مقیاس کمای گلاسکو GCS است. کما عدم پاسخگویی غیر قابل تحریک با چشم‌های بسته است که بیش از یک ساعت طول بکشد. بیهوشی در سنکوپ ممکن است بسیار شدیدتر از بسیاری از موارد کما باشد؛ اما اگر مدت آن کوتاه باشد، «کما» نامیده نمی‌شود. از دست دادن هوشیاری باید حداقل یک ساعت طول بکشد تا از یک حالت گذرا مانند سنکوپ، متمایز شود. بیمارانی که از آسیب مغزی شدید جان سالم به در می‌برند، ممکن است برای چندین هفته بیهوش بمانند و در حالتی به نام کما باشند که به‌عنوان «یک حالت پاتولوژیک مشخص شده اختلال شدید هوشیاری» تعریف می‌شود. در دهه ۱۹۶۰م آلو و پوسنر برای اولین بار یک نهاد بالینی به نام کما را تعریف کردند. کما، واژه‌ای یونانی و به معنای خواب عمیق است. هنگامی که بیمار در کما قرار دارد، هیچ برانگیختگی و آگاهی وجود ندارد. در طول این وضعیت گذرا، چشمان بیماران به طور مداوم بسته است (حتی به دنبال تحریک)، عملکردهای خودمختار مانند تنفس و تنظیم دما کاهش می‌یابند و بیماران به کمک تنفسی نیاز دارند. متابولیسم کلی مغز نیز ۵۰ تا ۷۰ درصد کاهش می‌یابد و در آن مدت بیمار از خود و محیط خود بی‌خبر است و چرخه خواب و بیداری ندارد، گرچه ممکن است پاسخ نامناسبی به محرک‌های دردناک وجود داشته باشد. بیماران کماتوز حتی به تحریک شدید نمی‌توانند پاسخ مناسبی نشان دهند. پیش‌بینی اغلب در عرض سه روز اتفاق می‌افتد، اگر علت تروماتیک باشد. نیمی از بیمارانی که هیچ شانس برای بهبودی ندارند، در این مدت کوتاه خواهند مرد. کمای طولانی‌مدت نادر است؛ اما می‌تواند ۲ تا ۴ هفته طول بکشد و سپس به مرگ مغزی، حالت نباتی، یا به‌ندرت سندرم قفل شده منجر شود. ارزیابی دقیق و تکراری سطح هوشیاری الزامی است. به منظور ارائه استاندارد، از چندین مقیاس مختلف برای ارزیابی سطح آگاهی

و هوشیاری استفاده می‌شود. مقیاس کمای گلاسکو^۱ به دلیل مدیریت کوتاه و ساده آن، مقیاس مرجعی است که به صورت بین‌المللی مورد استفاده قرار می‌گیرد. از نظر بالینی هنگامی گفته می‌شود یک بیمار در حالت کما است که نمره آن در مقیاس کمای گلاسکو ۸ یا کمتر از ۸ باشد. تصویربرداری مغز و تکنیک‌های الکتروفیزیولوژی روش‌های عینی برای بررسی عملکردهای باقی‌مانده مغز در اختلالات هوشیاری هستند. آنها ممکن است میزان آسیب مغزی را برای اهداف تشخیصی، پیش‌آگهی و درمانی نشان دهند و همچنین می‌توانند در تحقیقات تجربی استفاده شوند. بنابراین، تکنیک‌های تصویربرداری می‌توانند به درک بهتر مشاهدات بالینی رفتاری منجر شوند. (۹۵، ۹۹-۹۸، ۱۰۵-۱۰۴، ۱۲۲-۱۱۸)

کما معمولاً از یک ضایعه محدود به ساقه مغز - شامل سیستم فعال‌کننده‌ای مشبک - یا از یک اختلال کلی عملکرد مغز - بیشتر ناشی از آسیب منتشر آکسونی پس از آسیب مغزی تروماتیک - ناشی می‌شود. بسیاری از اختلالات متابولیک - چون هیپوکسی، ایسکمی، هیپوگلیسمی یا مسمومیت با دارو و الکلی، تشنج و صرع - باعث کما می‌شوند. حالت‌های کما را می‌توان براساس علت‌شناسی در دو دسته اصلی طبقه‌بندی کرد:

- کمای ناشی از علل ساختاری: ضایعاتی که هر دو نیمکره مغزی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، یا مستقیماً بر سیستم فعال‌کننده مشبک تأثیر می‌گذارند و باعث اختلال در سطح هوشیاری می‌شوند، مانند آسیب تروماتیک مغزی و سکتة مغزی هموراژیک یا ایسکمیک.

- کمای ناشی از علل متابولیک یا علل سمی، اعم از علل درون‌زاد، چون کمای کبدی و کمای دیابتی؛ و علل برون‌زاد مانند باربیتورات یا مسمومیت شدید با ارگانوفسفات. کمای تروماتیک پیش‌آگهی بهتری نسبت به کمای غیرتروماتیک دارد. در میان حالت‌های غیر تروماتیک، کمای ناشی از بیماری عروق مغزی بدترین پیش‌آگهی را دارد، در حالی که علل سمی و متابولیکی ۲۵ درصد بیماران بهبودی خوبی را نشان می‌دهند. کمای هیپوکسیک با بالاترین میزان مرگ و میر در

می‌زنند، گریه می‌کنند؛ اما فقط رفتارهای انعکاسی را نشان می‌دهند که به محیط ربطی ندارد و ارادی و جهت‌دار نیست. در این حالت، تنفس بدون کمک اتفاق می‌افتد؛ زیرا عملکردهای خودمختار - چون تنظیم قلبی عروقی، تنظیم حرارت - حفظ می‌شوند. بیماران در حالت نباتی، مانند بیماران در کما، هیچ مدرکی دال بر آگاهی از خود یا محیط خود نشان نمی‌دهند. کما، که یک وضعیت حاد است که بیش از چند روز یا هفته طول نمی‌کشد و حالت نباتی نیز ممکن است گذرا باشد و می‌تواند یک بیماری مزمن باشد که سال‌ها طول کشیده و یا دائمی باقی بماند. در صورتی که بیش از یک ماه طول بکشد، «پایدار» تعریف می‌شود و پس از یک سال برای علل تروماتیک و سه ماه برای علل غیر تروماتیک «دائمی» تعریف می‌شوند. بیماران در این شرایط کمتر از ۵ درصد شانس بهبودی دارند و در این صورت، ممکن است مسائل اخلاقی و قانونی در مورد حذف هیدراتاسیون و تغذیه مورد بحث قرار گیرد. اخیراً اصطلاح سندرم بیداری بدون پاسخ^۲ به دلیل مفهوم ناخوشایند حالت نباتی که بیماران به‌عنوان «سبزیجات» نامیده می‌شدند، به جای آن پیشنهاد شده است. (۹۳، ۹۹، ۱۲۱-۱۱۹، ۱۲۳، ۱۲۶)

۲. حالت هوشیاری حداقل:^۳ اولین سطح بازبازی رفتاری فراتر از VS از نظر عملیاتی به‌عنوان MCS تعریف می‌شود. این وضعیت بالینی با اجماع متخصصان اعضای یک گروه کاری چند رشته‌ای در سال ۲۰۰۲ م به‌عنوان حالت هوشیاری حداقل مشخص و تعریف شد. MCS یک وضعیت هوشیاری شدید تغییر یافته است که با وجود حداقل شواهد رفتاری از آگاهی از خود یا آگاهی محیطی، از VS متمایز می‌شود. بازبازی هوشیاری شامل بازبازی رفتارهای نوسانی؛ اما قابل تکرار غیر واکنشی و یا اختیاری است. این بیماران می‌توانند پیروی از دستورات ساده، پاسخ دادن با پاسخ‌های بله/خیر شفاهی یا اشاره‌ای، بیان کلامی قابل درک و رفتار هدفمند داشته باشند. بنابراین بیماران در حالت MCS بیدار؛ اما با آگاهی به شدت آسیب‌دیده هستند و آگاهی حداقل، متناوب و ناپایدار از خود

بین علل مختلف کما (۸۰ تا ۹۰ درصد) همراه است. تقریباً یک‌سوم این بیماران هوشیاری خود را به دست می‌آورند. کمای طولانی‌مدت نادر است؛ زیرا این وضعیت معمولاً در عرض ۲ تا ۴ هفته برطرف می‌شود. درواقع، بعد از یک‌ماه بیماران کمایی یا هوشیاری و آگاهی خود را بازبازی می‌کنند و یا به یکی از اختلالات مزمن هوشیاری زیر مبتلا می‌شوند. (۱۱۹، ۱۲۱، ۱۲۳)

۱. حالت نباتی: در سال ۱۹۷۲، برای اولین بار برایان جنت و فرد پلم^۱ با استفاده از فرهنگ لغت آکسفورد انگلیسی اصطلاح نباتی را به معنای «زندگی صرفاً فیزیکی و عاری از فعالیت فکری یا ارتباط اجتماعی» برای توصیف «یک بدن ارگانیک قادر به رشد و نمو؛ اما عاری از احساس و تفکر» معرفی کردند تا به وضعیت برخی از بیماران آسیب‌دیده مغزی که پس از بازبازی چرخه خواب و بیداری خود از یک دوره کما، به نظر نمی‌رسید هیچ نشانه‌ای از آگاهی از خود یا محیط خود نشان دهند، اشاره کند. اکثر بیماران در عرض چند ساعت تا چند هفته پس از آسیب از کما بهبود می‌یابند؛ اما با این حال، ممکن است برخی از بیماران چشمان خود را به طور خود به خود یا در پاسخ به تحریک؛ اما بدون پاسخ جهت‌دار و ارادی، باز کنند، در این شرایط گفته می‌شود این بیماران در وضعیتی به نام «حالت نباتی» هستند. همچنین این حالت به عملکردهای خودمختار - چون تنفس، تنظیم قلبی عروقی، تنظیم حرارت - و چرخه خواب - بیداری در غیاب آگاهی اشاره دارد. درواقع در حالت نباتی چرخه برانگیختگی با چشمان باز بدون هیچ‌گونه فعالیت‌شناختی رخ می‌دهد، هیچ نشانه آشکاری از آگاهی وجود ندارد؛ اما برخی از عملکردهای خودکار مانند چرخه اولیه خواب و بیداری حفظ می‌شوند. بنابراین، افراد در این حالت می‌توانند بیدار باشند؛ اما آگاه نباشند. از نظر رفتاری، این بیماران چشم‌هایشان را به‌طور خود به خود یا در پاسخ به تحریک باز می‌کنند، حتی تک‌کلماتی غیر جهت‌دار نیز از آنان گزارش شده است. بیماران همچنین ممکن است ناله کنند، نشان دهند که لبخند

2. Uws-unresponsive wakefulness state

3. Minimally Conscious State

1. Janet Bryan & Fred Plum

کمک تنفس مصنوعی برای تنفس نیاز دارند و تراکتوتومی انجام می‌شود. این سندرم دارای سه شکل اصلی است:

الف) کلاسیک: فرد در این حالت دچار عدم حرکت ارادی است؛ اما می‌تواند چشمان خود را به صورت عمودی (بالا و پایین) حرکت دهد، پلک بزند و توانایی‌های شناختی معمول خود را حفظ کند و بشنود.

ب) فرم ناقص: این حالت شبیه فرم کلاسیک است، با این تفاوت که بیمار می‌تواند برخی از عملکردهای حسی و حرکتی در نواحی خاصی از بدن خود داشته باشد.

ج) فرم بی‌حرکتی کامل: در این حالت بدن کاملاً فلج بوده و حتی حرکت چشم از دست می‌رود؛ اما توانایی‌های شناختی طبیعی خود را دارد.

بسته به علت سندرم LIS ممکن است که بیمار توانایی‌های حرکتی را بازیابی کند؛ اما بهبودی کامل بسیار بعید است. برخی از افراد مبتلا به سندرم قفل شده دارای عملکرد حرکتی جزئی و احساس در نواحی خاصی از بدن خود هستند. اکثر افراد مبتلا به LIS عملکردهای عصبی از دست رفته خود را بازیابی نمی‌کنند؛ اما می‌توانند با استفاده از حرکات چشم ارتباط برقرار کنند. بسیاری از افراد مبتلا به LIS می‌توانند از ویلچر موتوردار و رایانه‌ای با فناوری تطبیقی استفاده کنند. برخی از افراد مبتلا به سندرم قفل شده به دلیل عوارض پزشکی، فراتر از مراحل اولیه بیماری زندگی نمی‌کنند؛ اما برخی دیگر ۱۰ تا ۲۰ سال دیگر زندگی می‌کنند. (۹۷، ۹۹، ۱۱۸-۱۱۹، ۱۲۴، ۱۲۶، ۱۳۰-۱۲۹)

در برخی منابع فقهی نیز حالتی برای نمازگزار فرض شده که با وجود هوشیاری در فرد، وی توانایی هیچ‌گونه حرکتی ندارد و تنها توان حرکتی او فقط اشاره است. به رأی فقها در این حالت به دلیل وجود هوشیاری نماز وی ساقط نمی‌شود و اگر با اشاره سر نتوانست افعال نماز را به جا آورد، باید افعال نماز را با قلب انجام دهد. این حالت به ظاهر شبیه به همین سندرم قفل شدگی است. (۶۵)

۴. مرگ مغزی: ^۳ مرگ مغزی به‌عنوان «توقف غیر قابل برگشت تمام عملکردهای مغز، از جمله ساقه مغز» تعریف می‌شود.

و محیط دارند. MCS به مانند حالت نباتی، اغلب به‌عنوان یک حالت موقتی است که در طی بهبودی از کما یا بدتر شدن بیماری عصبی پیشرونده ایجاد می‌شود. این حالت گذراست، اما با این حال ممکن است که در برخی از بیماران دائمی باشد. دوازده ماه پس از آسیب مغزی، حدود نیمی از بیماران MCS بهبود می‌یابند و نتیجه عملکردی خوبی از خود نشان می‌دهند؛ اما تنها حدود سه درصد از بیماران VS نتیجه عملکردی خوبی از خود نشان می‌دهند. تمایز MCS از VS گاهی چالش برانگیز است؛ زیرا ممکن است تشخیص رفتارهای ارادی و انعکاسی دشوار باشد، یا علائم ظریف آگاهی نادیده گرفته شوند. (۹۹، ۱۲۱-۱۱۹، ۱۲۵-۱۲۸)

۳. سندرم قفل شدگی: ^۱ سندرم قفل شده LIS که برای اولین بار توسط فرد پلام و جانت پوسنر^۲ و توصیف شد، یک اختلال هوشیاری نیست، بلکه یک اختلال عصبی نادر است که در آن تمام عضلات به جز عضلاتی که حرکات چشم را کنترل می‌کنند، فلج کامل می‌شوند. به ندرت ممکن است بازیابی از کما به یک سندرم قفل شدگی منجر شود. مدیریت پزشکی و اخلاقی این بیماران آسیب‌پذیر بسیار پیچیده است. مبتلایان به LIS آگاه و بیدار هستند؛ اما توانایی ایجاد حرکات - غیر از حرکت چشم در راستای عمودی - یا صحبت کردن را ندارند و عملکرد شناختی معمولاً تحت تأثیر قرار نمی‌گیرد و ارتباط از طریق حرکات چشم یا پلک زدن امکان‌پذیر است. سطح بالایی از ظن بالینی از سوی معاینه‌کننده مورد نیاز است تا بیمار قفل شده را از فردی که در کما است تشخیص دهد. چون افراد مبتلا به LIS فاقد پاسخ‌های حرکتی هستند که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی از آن برای سنجش میزان پاسخگویی استفاده می‌کنند، همین عامل ممکن است که این افراد را به اشتباه انداخته و افراد مبتلا به LIS را بیهوش تشخیص دهند. به همین دلیل، تشخیص LIS ممکن است دشوار باشد یا مدتی طول بکشد تا به درستی تشخیص داده شود. به طور متوسط LIS تا دو ماه و نیم پس از شروع تشخیص داده نمی‌شود. افراد مبتلا به این سندرم اغلب به

1. locked in syndrome

2. Plum & Posner

هستند امکان پذیر شده است. بیمارانی که قبلاً در اثر آپنه جان خود را از دست می دادند، اکنون می توانند از حالت های کماتوز عمیق جان سالم به در ببرند. این پیشرفت تکنولوژیکی، پزشکی مدرن را وادار کرد تا تشخیص مرگ را دوباره تعریف کند و از تعریف باستانی قلب تنفسی خود به یک تعریف عصبی مرکزی حرکت کند، جایی که مرگ به عنوان از دست دادن غیر قابل برگشت همه رفلکس های ساقه مغز - از جمله رفلکس تنفس - تعریف می شود. از زمان معرفی این تعریف بالینی، حتی یک بیماری که مرگ مغزی اعلام شده، هرگز هوشیاری خود را به دست نیاورده است. (۹۳، ۹۹، ۱۱۹، ۱۲۳، ۱۲۵، ۱۳۱)

جمع بندی، مقارنه و نتیجه گیری

در کلام فقها رویه واحدی جهت تبیین اوصاف و عوارض إغماء مشاهده نمی شود. غالب فقها إغماء را یک بیماری معرفی می کنند؛ اما برخی دیگر إغماء را اثر یک بیماری و به عبارت دقیق تر زوال عقل در اثر یک بیماری دانسته اند و نه خود بیماری. اما این دو رویکرد به ظاهر متفاوت در حقیقت، از حیث تبیین علت یک مفهوم را می رسانند؛ زیرا گروه اول نیز حدوث إغماء را به عوامل دیگری مرتبط ساخته اند؛ لذا می توان این گونه نتیجه گیری نمود که در نگاه فقهای مذاهب خمس، إغماء معلول عواملی مختلف است و یک بیماری مستقل محسوب نمی شود.

فقها جهت تبیین احکام فقهی إغماء، روی به قیاس آورده و آن را بر مواردی چون جنون، خواب، سهو، مستی و غش قیاس کرده اند و در دفاع از رویه خود ادله و استدلال های مختلفی را بیان داشته و گاه حتی إغماء را به دو قسم تقسیم کرده و هر قسم را بر محملی برده اند. این اختلاف ناشی از عدم وجود فهمی دقیق از إغماء و علل و مختصات آن در انظار فقهای مذاهب خمس است. در نتیجه فقها روی به قیاس عوارض و نشانه های ظاهری إغماء و محمل های مذکور آورده اند تا بدین وسیله راهی برای تبیین احکام مغمی علیه بیابند. با توجه به وضعیت بالینی خاص مغمی علیه که فاقد واکنش و حرکت است، بسیاری از فقها قائل به تأثیر إغماء بر عقل

به طوری که بدن قادر به حفظ تعادل تنفسی و قلبی عروقی بدون مراقبت های پزشکی نیست. کارکردهای حیاتی مانند تنفس، گردش خون، تنظیم نور و اندوکراین و هموستاتیک وجود ندارد. بیمار نسبت به تحریک محیطی منفعل و غیر واکنشی است و بدن بدون کمک پزشکی عمل نمی کند. تشخیص مرگ مغزی را می توان در عرض ۶ تا ۲۴ ساعت انجام داد. مرگ مغزی از یک ضایعه مغزی مانند آسیب شدید سر، سکتة مغزی و خونریزی مغزی ناشی می شود. تفاوت کما با مرگ مغزی در این است که مرگ مغزی علاوه بر ایجاد عدم هوشیاری، موجب قطع غیر قابل برگشت تمام عملکردهای ساقه مغز، از جمله محرک تنفسی است. به همین دلیل وضعیت مرگ مغزی توسط برخی به عنوان «کمای غیر قابل بازگشت» توصیف شده است؛ اما در حالت نباتی امکان بهبودی از حالت نباتی وجود دارد، و مرگ مغزی دائمی است. برخلاف حالت مرگ مغزی فردی که در حالت نباتی قرار دارد، هنوز ساقه مغز او فعال است، و تنفس بدون کمک معمولاً امکان پذیر و عملکرد قلبی ریوی محفوظ است. فرد در حالت نباتی ممکن است علائم بیداری را نشان دهد، مثلاً چشمان خود را باز کند و حتی در موارد نادر، فردی که در حالت نباتی قرار دارد ممکن است نوعی واکنش نشان دهد که با اسکن مغز قابل تشخیص است؛ اما قادر به تعامل با محیط اطراف خود نیست؛ اما در حالت مرگ مغزی فعالیت قلبی و حفظ عملکرد جسمی با وسایل مصنوعی است؛ بیمار قطع تنفسی به هر علت، آپنه^۱ است و آنها هرگز به هوش نمی آیند و توانایی نفس کشیدن بدون دستگاه تنفس را از دست داده اند. از نظر تاریخی، به طور گسترده اعتقاد بر این بود که جایگاه هوشیاری در قلب است و فقدان ضربان قلب به عنوان علامت بالینی مرگ در نظر گرفته می شد. شواهد علم عصب شناسی جایگزین چنین تفکری شده و نشان داده است که هوشیاری، یعنی همان خاصیت ناپایدار فعالیت عصبی، در مغز قرار دارد. از زمان اختراع دستگاه تهویه مکانیکی فشار مثبت، جداسازی واقعی عملکردهای قلبی، تنفسی و مغزی در افرادی که در کما

شده‌اند. برخی عقل او را زائل و در نتیجه تکلیف را از او ساقط دانسته‌اند؛ برخی هم معتقدند که عقل در حالت إغماء باقی است؛ اما فقط پوشیده می‌شود و فرد از به کار بردن آن ناتوان است. برخی دیگر إغماء را دو نوع دانسته و فقط اغمای مستقر را بر جنون حمل کرده و اغمای غیر مستقر را جنون ندانسته‌اند. در مقابل برخی زوال عقل را نپذیرفته و معتقدند که إغماء صرفاً بر ادراک مؤثر است و ادراک شخص مغمی علیه به مانند فردی که در خواب است، به صورتی قوی‌تر مختل می‌شود؛ اما عقل فرد محفوظ است؛ لذا قائلان به ابقای عقل، إغماء را مختل در اهلیت و موجب اسقاط تکلیف ندانسته‌اند. نیز فقها مغمی علیه را فاقد قصد، اختیار و تکلم دانسته و بر همین اساس در خصوص احکام آن اظهار نظر کرده‌اند؛ اما ورود به این احکام با توجه به گستردگی اوصاف و عوارض آنها، خود نیازمند پژوهش‌های متعددی است.

واژه جنون که بسیاری از فقها إغماء را بر آن حمل کرده‌اند، خود امروزه در علم روان‌پزشکی واژه‌ای غیر مستعمل و متروک است، چه امروزه از مصطلح اختلالات روانی در توصیف کلی طیف وسیعی از اختلالات استفاده شده و هر کدام از این اختلالات نامی خاص خود را دارند. همچنین امروزه برخلاف گذشته، برخی از این اختلالات قابل درمان یا کنترل هستند. در نتیجه این قیاس غیر صحیح است، چه هم إغماء و هم جنون امروزه کاربرد علمی ندارند.

فقه‌های مذاهب خمس مدت معینی را برای إغماء ذکر نکرده و غالباً بر این باورند که دوره إغماء ممکن است یک لحظه باشد یا بیشتر؛ اما غالباً دوران آن طولانی نیست و گاهی متناوب و گاه متکرر است. علاوه بر این‌ها فقها منشأ إغماء را عوامل مختلفی چون دارو، ترس و بیماری بیان نموده‌اند.

بیشتر مذاهب فقهی إغماء را عارضه‌ای مؤثر بر عقل دانسته و با عباراتی نظیر زائل‌کننده عقل (۱۰، ۶۸، ۷۷) پوشاننده عقل (۴۰) محل بالعقل (۴۱) و غالب بر عقل (۴۱) توصیف کرده‌اند. شافعی عقل را «ابزار تمییز» (۷۰) و برخی آن را صفتی دانسته‌اند که به وسیله آن حسن و قبح تشخیص داده می‌شود. برخی هم عقل را غریزه‌ای عنوان کرده‌اند که در هنگام

سلامت، ابزار علم به ضروریات است. (۷۳) برخی دیگر عقل را نوری در قلب می‌دانند که به سبب آن علوم درک می‌شود و اطلاق علم بر عقل از باب مجاز است؛ زیرا علم ثمره عقل است. (۶۲) جمهور متکلمان محل عقل را در قلب و برخی آن را در مغز دانسته‌اند. برخی هم بر این باورند که عقل در قلب است؛ اما دارای شعاعی متصل به مغز است. (۷۰) کسانی که محل عقل را قلب دانسته‌اند، معتقدند که ابتدای وجود عقل، هنگام نفخ روح است و عقل در هنگام بلوغ شروع به رشد می‌کند و در چهل سالگی استحکام یابد و به کمال می‌رسد و مدار تکلیف مبتنی بر وجود این غریزه (عقل) است. (۶۲) از اصطلاحات نزدیک به این واژه در علم روان‌پزشکی و روان‌شناسی می‌توان به «واقعیت‌سنجی» - شامل افتراق بین دنیای بیرون، جهان درون و قضاوت صحیح در مورد رابطه بین خود و محیط - «قضاوت» - نوعی کنش ذهنی که در آن گزینه‌های موجود در چارچوب یک مجموعه از ارزش‌ها مقایسه یا ارزیابی می‌شود تا مسیر خاصی از عمل انتخاب گردد - «بینش» - شناخت آگاهانه از وضعیت خود - «هوش» - توانایی آموختن، یادآوری، ادغام سازنده و به‌کارگیری یادگیری‌های قبلی - «شناخت» - فرآیند ذهنی یادگیری، دانستن و آگاه شدن - «هوشیاری» - حالت بیداری با پاسخ به محرک‌های طبیعی - «محتوای تفکر» - آنچه بیمار در مورد آن می‌اندیشد - و «حافظه» - فرآیندی که اطلاعات تجربه شده یا آموخته‌شده را در مغز ثبت، ذخیره‌سازی و یادآوری می‌کند - اشاره کرد. (۸۵)

به صورت کلی و براساس مجموع مطالب فوق، مفهوم إغماء در کلام فقها عبارت از عدم درک و از کار افتادن نیروی حرکت و حس در فرد است که در پی آن مبتلا از حرکت ارادی و بروز آثار وجود آن (حرکت ارادی) ناتوان است. به طوری که فرد در حالتی قرار دارد که نمی‌توان او را بیدار کرد و این‌که منشأ آن بیماری یا غیر بیماری باشد، تفاوت خاصی ایجاد نمی‌کند، بلکه این نگاه که إغماء موجب زوال یا نقصان عقل شود، یا تأثیری بر آن نداشته باشد، در تحلیل احکام فقهی تأثیرگذار خواهد شد. در علم پزشکی این مفهوم منطبق بر بیهوشی است.

«بیهوشی حالتی است که در آن فرد به هیچ محرکی واکنش نشان نمی‌دهد و قادر به درک محرک‌ها نیست و اغلب زمانی استفاده می‌شود که فرد دیگر نمی‌تواند بیدار شود و به نظر می‌رسد که در خواب است و ممکن است برای چند ثانیه - یا برای مدت طولانی‌ای این وضعیت ادامه داشته باشد». (۸۶-۸۷)

مصادیق و علائم بالینی إغماء در کلام فقها، با وجود تأثیر بر موضوعات مهمی چون عقل، ادراک، اختیار، اهلیت و تکلیف، مبهم و غیر دقیق بوده و درخصوص آن بسیار دچار اختلاف نظرند. همین تشنت ایجاب می‌کند جهت ایجاد وحدت‌رویه و تقریب به صواب کردن فتاوی و احکام، دیدگاه متخصصین علم پزشکی در ای خصوص مورد توجه قرار بگیرد؛ چه بدیهی است با وجود شناخت ایجاد شده از مفهوم هوش و هوشیاری و علل مؤثر بر زوال هوشیاری و نیز مختصات و علائم بالینی خاص هر کدام از این اختلالات، تأکید بر مفهوم قدیمی إغماء و کاربرست آن در احکام فقهی قابل قبول نبوده و نتایج صحیحی بر حکم فقهی آنها مترتب نخواهد کرد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافع وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

ابراز نشده است.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

ملاحظات اخلاقی

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

References

1. Ibn al-Athīr, M. al-Nihāyat fī Gharīb al-Ḥadīth wa al-Āthār. Beirut: al-Maktabat al-‘Ilmīyyat. 1979(1399). 3:722. [In Arabic]
2. Ibn Manẓūr, M. Lisān al- ‘Arab. Beirut: Dār Ṣādir. 15: 134 & 165. [In Arabic]
3. Ibn Fāris, A. Mu‘jam Maqāyīs al-Lughat. Np: Kitāb al-‘Arabī. 2002(1423). 4:315. [In Arabic]
4. al-Maṭarẓī, N. al-Maghrib fī Tartīb al-Mu‘arib. Aleppo: Ibn Zayd .1979(1418). 2:114. [In Arabic]
5. al-Kaffawī, A. Kitāb al-Kullīyyāt. Beirut: al-Risālat. 1998(1419).1:218. [In Arabic]
6. al-Zamakhsharī, M. al- Fā’iq fī Gharīb al-Ḥadīth. Lebanon: Dār al-Ma‘ārif. Nd. 3:76. [In Arabic]
7. Zubiydī, M. Tāj al-‘Arūs Min Jawāhir al-Qāmūs. Beirut: Dār al-Hidāyat. Nd. 8: 66. [In Arabic]
8. Ibn ‘Ashūr, M. al-Tahrīr Wa al-Tanwīr. Tunis: al-Dār al-Tūnisīyyat lil-Nashr. 1997(1413). 27:81. [In Arabic]
9. Ṭabāṭabāyī, SM. Tafsīr al-Mīzān. Qum: Jimā‘at Mudarrisīn Ḥuzat ‘Ilmīyyat Qum. Nd. 20: 62. [In Arabic]
10. Ṭūsī, M. al-Rasā’il al-‘Ashr. Qum: Jimā‘at Mudarrisīn Ḥuzat ‘Ilmīyyat Qum. Nd. 160. [In Arabic]
11. al-Anṣārī, M. Kitāb al-Ṣum. Qum: Anṣārīyān.1992(1413). 201&311. [In Arabic]
12. al-Jazā’irī, A. Tuḥfat al-Sunnīyat fī sharḥ Nukhbat al-Muḥsinīyyat. Np. Npn. Nd. 301. [In Arabic]
13. Ardībīlī, A. Majma‘ al-Fā’idat Wa al-Burhān Fī Sharḥ Irshād al-Adhḥān. Qum: Nashr Islāmī. 1985(1406). 3: 207. [In Arabic]
14. Khānsārī, A. Takmilat Mashāriq al-Shumūs. Qum: Dār Āl al-Bayt. Nd. 366. [In Arabic]
15. Najafī, M. Jawāhir al-Kalām. Tehran: Dār al-Kutub al-Islāmīyyat. 1946(1365). 13: 368 & 30:331 & 33:118 & 40:62. [In Arabic]
16. Fāḍil Hindī, M. Kashf al-Lithām. Qum: Mar‘ashī Najafī. 1984(1405). 1: 171 & 2:70 & 4:158. [In Arabic]
17. Gulpāygānī, M. Hidāyat al-‘Ibād. Qum: Dār al-Qur‘ān al-Karīm. 1996(1417). 2:172 & 354. [In Arabic]
18. Ḥakīm, MS. Minhāj al-Ṣāliḥīn. Beirut: Dār al-Ṣafwat. 1994(1415). 1:390-391 & 2:253. [In Arabic]
19. Hamidānī, R. Miṣbāḥ al-Faqīh. Qum: al-Ṣadr. Nd. 1:79 & 549. [In Arabic]
20. Jawāhirī, H. Buḥūth fī al-Fiqh al-Mu‘āṣir. Beirut: al-Dhakhāyir. Nd.2:383 & 452. [In Arabic]
21. Khoei, A. Kitāb al-Nikāḥ. Najaf: Madrasat Dār al-‘Ilm. 1984(1405).2:198. [In Arabic]
22. Ḥakīm, M. Mustamsik al-‘Urwat al-Wuthqā. Qum: Mar‘ashī Najafī. 1983(1404). 12:435 - 436 & 14:481. [In Arabic]
23. Fiyḍ Kāshānī, M. Ta’līq al-Mabsūt. Np: Maḥalati. Nd. 5:155. [In Arabic]
24. Māzandarānī, M. Sharḥ Uṣūl al-Kāfī. Beirut: Dār Ihyā’ al-Turāth al-‘Arabī. 2000(1420). 6:387. [In Arabic]
25. Hāshimī Khoei, H. Minhāj al-Barā‘at fī sharḥ Nahj al-Balāghat. Tehran: Imām Mahdī. Nd.2:17. [In Arabic]
26. Shahīd Thānī, Z. Masālik al-Afhām. Qum: Ma‘ārif Islāmī. 1992(1413). 2:43 & 8:112 & 9:490 & 13:358. [In persian]
27. Shahīd al-Awwal, M. Dhikrā al-Shī‘at fī Aḥkām al-Sharī‘at. Qum: Dār Ihyā’ al-Turāth al-‘Arabī. Nd.2:425. [In Arabic]
28. Narāqī, A. Mustanad al- Shī‘at. Qum: Dār Ihyā’ al-Turāth al- ‘Arabī. 1996(1417). 10:344 & 373. [In Arabic]
29. Abulfutūḥ Rāzī, J. Rawḍ al-Jinān Wa Rūḥ al-Jinān Fī Tafsīr al-Qur‘ān. Mashhad: Āstān Quds Raḍawī. 1946 (1366). 9: 7. [In Arabic]
30. Baḥrānī, Y. al- Ḥadā’iq al-Nāzirat Fī Aḥkām al-‘Itrat al-Ṭāhirat. Qum: Nashr Islāmī al-Tābi‘at li-Jimā‘at al-Mudarrisīn Fī Ḥuzat ‘Ilmīyyat. Nd. 11: 12 & 23:269. [In Arabic]
31. Biyhaqī, Q. Iṣbāḥ al- Shī‘at bi-Miṣbāḥ al-sharī‘at. Qum: Imām Sādiq. 1995(1416). 31:416. [In Arabic]
32. Anṣārī, M. Kitāb al- Ṭahārat. Np: Āl al-Bayt. Nd. 2: 610. [In Arabic]
33. Ḥillī, Ḥ. Tadhkirat al-Fuqahā. Qum: Murtaḍawīyyat. Nd. 1:275. [In Arabic]
34. Hillī, Ḥ. Muntahā al-Maṭlab Fī Taḥqīq al-Madḥhab. Np. Npn. Nd. 1:421. [In Arabic]
35. Khoei, A. Kitāb al-Ṣum. Np. Khoei. Nd. 1:281 & 2:11. [In Arabic]
36. Mīrzāyī Qumī. A. Jāmi‘ al-Shatāt. Np. Kiyhān. 1996(1375). 4:415. [In Arabic]
37. Majlisī, B. Biḥār al-Anwār. Beirut: Dār al-Ihyā’ al-Turāth al- ‘Arabī. 1983(1403). 85: 298-299. [In Arabic]

38. Markaz Taḥqīq Madrasat Walī al-‘Aṣr. Qhinā’, Mūsīqī. Qum: Daftar Tabliḡhāt Islāmī. 1956(1376). 1:509. [In Arabic]
39. Sarakhsī, M. al-Mabsūt. Beirut: Dār al-Fikr.2000 (1421). 1:309 & 2:183 & 3:157. [In Arabic]
40. Ibn Nujaym, Z. al-Baḥr al-Rā’iq Sharḥ Kanz al-Daqā’iq. Beirut: Dār al-Ma’rifat. Nd. 1:41 & 2:127. [In Arabic]
41. Bukhārī, A. Kashf al-Asrār ‘An Uṣūl Fakhr al-Islām. Beirut: Dār al-Kutub al-‘Ilmīyyat. 1997(1417). 4:392 - 393. [In Arabic]
42. Ibn Ābidīn, MA. Ḥāshīyat Radd al-Muḥtār ‘Alā al-Ddur al-Mukhtār. Np. Npn.Nd. 5: 424. [In Arabic]
43. Barikatī, M. Qawā’id al-Fiqh. Kurchī. Npn.1986 (1406). 1:185. [In Arabic]
44. Taftāzānī, S. Sharḥ al-Talwīḥ ‘Alā al-Tawḍīḥ li-Matn al-Tanqīḥ Fī Usūl al-Fiqh. Beirut: Dār al-Kutub al-‘Ilmīyyat.1996 (1416). 2: 329-331 & 355. [In Arabic]
45. Kāsānī, A. Badā’i’ al-Ṣanā’i’ Fī Tartīb al-Sharā’i’. Beirut: Dār al-Kutub al-‘Arabī. 1982(1403). 7:207. [In Arabic]
46. Shiykhzādīh, A. Majma’ al-Anhur. Beirut: Dār al-Kutub al-‘Ilmīyyat. 1998(1419).1:34 & 231. [In Arabic]
47. Ibn Amīr Ḥajj, M. al-Taqrīr wa al-Taḥrīr fī ‘Ilm al-Uṣūl. Beirut: Dār al-Fikr. 1996(1417).2:239-240. [In Arabic]
48. Zubiydī, AM. al-Juhar al-Nayyirat. Np. Nd. 1:318. [In Arabic]
49. Sīwāsī. M. Sharḥ Faḥ al-Qadīr. Beirut: Dār al-Fikr. Nd.2:366. [In Arabic]
50. Ṭaḥṭāwī Ḥanafī, A. Ḥāshīyat al-Ṭaḥṭāwī ‘alā Marāqī al-Falāḥ. Cairo: Dār al-Maṭbi‘at al-Kubrā. 1887(1318). 1:283. [In Arabic]
51. Al-Zayla’ī, F. Tabyīn al-Ḥaqā’iq Sharḥ Kanz al-Daqā’iq. Cairo: Dār al-kutub al-Islāmīyyat. 1985(1313).1:10&204. [In Arabic]
52. Ibn Māzat, M. al-Muḥīṭ al-Burhānī Fī al-Fiqh al-Nu‘mānī Fiqh al-‘Imām Abī Ḥanīfat. Beirut: Dār Iḥyā’ al-Turāth al-‘Arabī. Nd. 2: 279. [In Arabic]
53. Ṣāwī, A. Bulghat al-Sālik li-Aqrab Masālik. Beirut: Dār al-kutub al-‘Ilmīyyat. 1993(1414). 1:178 & 454. [In Arabic]
54. al-Nafrāwī, SA. al-Fawākih al-Ddawānī. Np. Npn. Nd. 1:343. [In Arabic]
55. ‘Adawī, A. Ḥāshīyat al-‘Adawī. Beirut: Dār al-Fikr. 1991(1412) 1:173 & 649. [In Arabic]
56. Disūqī, M. Ḥāshīyat al-Disūqī ‘Alā al-Sharḥ al-Kabīr. Beirut: Dār al-Fikr. Nd. 1:522 & 2:3. [In Arabic]
57. Qurṭubī, Y. al-Kāfi fī Fiqh Ahl al-Madīnat. Riyadh: Maktabat al-Riyadh 1980(1401). 1: 146 & 340. [In Arabic]
58. Qurṭubī, M. al-Istidhkār. Np. Npn. Nd. 1: 287. [In Arabic]
59. Qarāfi, A. al-Dhakhīrat. Beirut: Dār al-Gharb. 1994(1415). 2:494. [In Arabic]
60. Māwardī, A. al-Hāwī al-Kabīr. Beirut: Dār al-Kutub al- ‘Ilmīyyat. 1994(1414). 1: 181 & 3:442 & 9:341 & 10:505. [In Arabic]
61. Rafī’ī, A. Faḥ al- ‘Azīz bil- Sharḥ al-Wajīz. Np. Nd.6:407 & 409 & 432. [In Arabic]
62. al-Bujayramī, S. Tuḥfat al- Ḥabīb ‘Alā Sharḥ al-Khatīb. Beirut: Dār al-Kutub al-‘Ilmīyyat. 1996(1417). 1: 309 - 2:205 - 4:133 & 182 &374- 5:316. [In Arabic]
63. Nawawī, Y. al-Majmū’ Sharḥ al-Muhadhdhab. Np. Npn. Nd. 6:254 & 17:331. [In Arabic]
64. Ghazzālī, M. al-Wasīṭ fī al-Madhdhab. Cairo: Dār al-Salām. 1997(1417). 2:533. [In Arabic]
65. Ḥusaynī, A. Kifāyat al-Akhyār fī Ḥall Ghāyat al-Ikhtīṣār. Damascus: Dār al-Khayr. 1994(1415). 1:43. [In Arabic]
66. Ramlī, M. Ghāyat al-Bayān lil-Sharḥ ibn Raslān. Beirut: Ma’rifat. Nd. 1:41. [In Arabic]
67. al-Qalyūbī SH, ‘Umayrat. Ḥāshīyat al-Qalyūbī wa ‘Umayrat. Beirut: Dār al-Fikr. 1998(1419). 2: 77. [In Arabic]
68. Sāmānī, M. Qawāṭi’ al-‘Adillat fī al-‘Uṣūl. Beirut: Dār al-Kutub al-‘Ilmīyyat. 1999(1418). 2:392. [In Arabic]
69. Anṣārī, Z. ‘Asnā al-Maṭālib. Beirut: Dār al-Kutub al-‘Ilmīyyat. 2000(1421).1:418 & 3:176. [In Arabic]
70. Haytamī, A. Tuḥfat al-Muḥtāj fī Sharḥ al-Minhāj. Np. Npn. Nd.2:77-78 & 3:479 & 7:346. [In Arabic]
71. Shīrbīnī, M. Mughnī al-Muḥtāj. Beirut: Dār al-Fikr. Nd. 3:155. [In Arabic]
72. al-Shāshī, M. Ḥīlat al- ‘Ulamā. Beirut: Dār al- ‘Arqām. 1980(1401). 2:39. [In Arabic]
73. Damīyātī, A. Ḥāshīyat ‘I‘ānat al-Ṭālibīn. Np. Npn. Nd.1:74-75 & 2:220. [In Arabic]
74. Nawawī, M. Rawḍat al-Ṭālibīn Wa ‘Umdat al-Mufaṭīn. Beirut: al-Maktab al-Islīmī. 1984(1405). 8:5. [In Arabic]

75. Ibn Aḥmad, A. Masā'il Aḥmad ibn Ḥanbal. Beirut: al-Maktabat al-Islāmiyyat. 1981(1401). 1: 189. [In Arabic]
76. Al-Uthaymīn, M. al-Sharḥ al-Mumtī' 'Alā Zād al-Mustaḥqī'. Cairo: Dār Ibn al-Jawzī. 2001(1422). 2: 16-17. [In Arabic]
78. Ibn Quddāmat, 'A. al-Mughnī. Beirut: Dar al-Fikr. 1984(1405). 1:446 & 3:32. [In Arabic]
79. Ibn Mufliḥ, M. Kitāb al-Furū'. Np: Risālat. 2003(1424). 4:435 & 8:319. [In Arabic]
80. Ibn Mufliḥ, I. al-Mubdi' Fī Sharḥ al-Muqni'. Riyadh: Dār 'Ālam al-Kutub al-'Ilmīyyat. 2003(1424). 2:420 & 7:93. [In Arabic]
81. 'Āshimī, A. Hāshiyat al-Rawḍat al-Muraba' Sharḥ Zād al-Mustaḥqā'. Np. 2018(1397). 1: 245 & 6:484. [In Arabic]
82. Buhūtī, M. Kashshāf al-Qinā' 'An Matn al-'Iqnā'. Beirut: Dār al-Fikr. 1981(1402). 5:366. [In Arabic]
83. Raḥībānī. M. Maṭālib 'Ulā. Damascus: al-Maktab al-Islāmī. 1961(1382). 5:148. [In Arabic]
84. Shinqīṭī, M. Sharḥ Zād al-Mustaḥqī' Fī Ikhtisār al-Muqni'. Np. Npn. Nd. 27:8. [In Arabic]
85. Mousavi Gh, Karami A, Ebrahimi A, Taherzadeh A. "Comparative study of the concept of reason in Islamic sources, psychiatry and psychotherapy". Behavioral science research. 2017(1396). 15(2):261-268. [In Persian]
86. Williford N, Olshansky B. Syncope: Definition and Classification-Contrasting the American and European Guidelines: Syncope An Evidence-Based Approach. 2nd Ed. Np. Springer Nature Switzerland AG. 2020. 4&5&7&8&11&12&13. [In English]
87. Ropper A, Samuels M, Klein J, Prasad S. Adams and Victor's PRINCIPLES OF NEUROLOGY. Np. McGraw-Hill Education. 2019. 375& 401& 403& 406. [In English]
88. Bielecki, A. States of Consciousness: Models for Psychology and Psychotherapy. Np. Springer Science + Business Media, LLC. 2007. 4. [In English]
89. Hemphill, C. Disorders of Consciousness in Systemic Diseases. Aminoff's Neurology and General Medicine. CHAPTER 60. 5th Ed. Np. Elsevier Inc. 2014. 1243. [In English]
90. Bor, D. Advances in the Scientific Investigation of Consciousness: BrainFunction and Responsiveness in Disorders of Consciousness. Np. Springer International Publishing Switzerland. 2016. 14. [In English]
91. Owen A, Naci L. Decoding Thoughts in Disorders of Consciousnes: BrainFunction and Responsiveness in Disorders of Consciousness. Np. Springer International Publishing Switzerland. 2016. 67&78. [In English]
92. Cvetkovic D. Introduction to States of Consciousness. Dean Cvetkovic: States of Consciousness Experimental Insights into Meditation, Waking, Sleep and Dreams. Np. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 2011. 3. [In English]
93. laureys S, schnakers c. Future Perspectives of Clinical Coma Science: Coma and Disorders of Consciousness. Np. Springer International Publishing AG. 2018. 265 & 266. [In English]
94. Riganello, F. Responsiveness and the Autonomic Control-CNS Two-Way Interaction in Disorders of Consciousness: BrainFunction and Responsiveness in Disorders of Consciousness. Np. Springer International Publishing Switzerland.2016. 147. [In English]
95. laureys S, schnakers C. Coma and Disorders of Consciousness. Np. Springer International Publishing AG. 2018. 1. [In English]
96. Lutkenhoff E, Monti M. Brain Responsiveness After Severe Brain Injury: Revolutions and Controversies: BrainFunction and Responsiveness in Disorders of Consciousness. Np. Springer International Publishing Switzerland. 2016. 81. [In English]
97. Perri C, Annen J, Antonopoulos G, Amico E, Cavaliere C, Laureys S. Measuring Consciousness Through Imaging: Brain Function and Responsiveness in Disorders of Consciousness. Np. Springer International Publishing Switzerland.2016. 51&52&53. [In English]
98. Gosseries O, Vanhau denhuys e A, Bruno M, Demertzi A, Schnakers C, Boly M, et al. Disorders of Consciousness: Coma, Vegetative and Minimally Conscious States. Dean Cvetkovic: States of Consciousness Experimental Insights into Meditation, Waking, Sleep and Dreams. Np. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.2011. 30 & 31 & 32-39. [In English]
99. Posner J, Saper C, Schiff N, Claassen J. Plum and Posner's Diagnosis and Treatment of Stupor and Coma. 5th Ed. Np. Oxford University Press.2019. 4 & 5&6&7&8&13&27-28&30&99-101. [In English]
100. Bayne T, Cleeremans A, Wilken P. the Oxford Companion to Consciousness. Np. Oxford University Press. 2014. 58. [In English]
101. Giacino J, Katz D, Schiff N, Whyte J, Ashman E, Ashwal S, et al. Practice Guideline Update: Disorders of Consciousness. Np. American Academy of Neurology. 2018. 11. [In English]

102. American Psychiatric Association, DSM-5. American Psychiatric Association. Np.2022. 409. [In English]
103. Rasch B, Born J. "About Sleep's Role in Memory". NP. *Physiol Rev*. Nd. 93(2): 681-766. [In English]
104. Dijk, G. The Meaning of 'Consciousness' in Syncope and Related Disorders. : Syncope An Evidence-Based Approach. 2nd Ed. Np. Springer Nature Switzerland AG. 2020. 19-20 & 23. [In English]
105. Blumenfeld, H. The Neurological Examination of Consciousness: The Neurology of Consciousness: Cognitive Neuroscience and Neuropathology. Np. Elsevier Ltd. 2009. 25&26. [In English]
106. Benditt, D. Syncope: An Overview of Diagnosis and Treatment. Artículo De Revisión *Rev Urug Cardiol*. 2011. 26: 55-70. [In English]
107. O'Callaghan, P. "Transient Loss of Consciousness". *Npn*. 2012. 40(8): 427-430. [In English]
108. Parry, S. Prognosis of Syncope Across the Diagnostic Spectrum: Syncope An Evidence-Based Approach. 2nd Ed. Np. Springer Nature Switzerland AG. 2020. 33. [In English]
109. Blanc, J. Definition and Classification of Syncope and Transient Loss of Consciousness: Syncope and Transient Loss of Consciousness. Np. Blackwell Publishing. 2007. 4. [In English]
110. Jenrow K, Elisevich K. Pathophysiology of Epilepsy: Understanding Epilepsy. Np. Singapore, Cambridge University Press. 2020. 1. [In English]
111. Plinke W, Boison D. Epilepsy: Metabolism of Human Diseases Organ Physiology and Pathophysiology. Np. Springer-Verlag Wien. 2014. 23. [In English]
112. WINCZE, J. Treating Nonepileptic Seizures. Np. Oxford University Press. 2015. 21-25. [In English]
113. <http://www.endocrine.org/patient-engagement/endocrine-library/hypoglycemia>.
114. <https://medlineplus.gov/metabolicdisorders.html>
115. Kohno R, Abe H. Reflex Syncope: The Common and Less Common Variants: Syncope An Evidence-Based Approach. 2nd Ed. Np. Springer Nature Switzerland AG. 2020. 84&85&89. [In English]
116. Fedorowski, A. Orthostatic Hypotension Variants, POTS, and Less Well-Defined Autonomic Dysfunction: Syncope An Evidence-Based Approach. 2nd Ed. Np. Springer Nature Switzerland AG.2020. 96. [In English]
117. Binder, H. Clinical Evaluation of Residual Brain Function and Responsiveness in Disorders of Consciousnes. Np. Springer International Publishing Switzerland.2016. 39. [In English]
118. Berlucchi G, Marzi C. "Neuropsychology of Consciousness: Some History and a Few New Trends". Np. *Npn*.2019. 10(50):1-8. [In English]
119. Schnakers C, Majerus S. Behavioral Assessment and Diagnosis of Disorders: Coma and Disorder of Consciousness. Np. Springer International Publishing AG. 2018. 1-8. [In English]
120. Heine L, Laureys S, Schnakers C. Behavioral Responsiveness in Patients with Disorders of Consciousness: BrainFunction and Responsiveness in Disorders of Consciousness. Np. Springer International Publishing Switzerland.2016. 25-29. [In English]
121. Calvi M, Gemma M. Coma: Prognosis of Neurological Diseases. Np. Springer-Verlag Italia. 2015. 54-57. [In English]
122. Obiako OR, Ogunniy A, Oparah S. "Causes of Medical Coma in Adult Patients at the University College Hospital" Ibadan Nigeria. Np. The Nigerian Postgraduate Medical Journal. 2011. 18(1):1-7. [In English]
123. Ropper, A. Coma: Harrison's Neurology in Clinical Medicine. McGraw-Hill Education, LLC. Np. 2013. 132&134&139&140. [In English]
124. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/22462locked-in-syndrome-lis>
125. JOHNSON, S. The Ethics of Uncertainty Entangled Ethical and Epistemic Risks in Disorders of Consciousness. Np. Oxford University Press. 2022. 36-38&40-41&63-65. [In English]
126. Johnson, S. Moving Beyond End of Life: The Ethics of Disorders of Consciousness in an Age of Discovery and Uncertainty: Brain Function and Responsiveness in Disorders of Consciousness. Np. Springer International Publishing Switzerland. 2016. 185-187&189, [In English]
127. <https://byjus.com/biology/acute-and-chronic-diseases>
128. Estraneo A, Trojano, I. Prognosis Disorder of Consciousness: Coma and Disorder of Consciousness. Np. Springer International Publishing AG. 2018. 18. [In English]
129. Schnakers C, Majerus S. Behavioral Assessment and Diagnosis of Disorders: Coma and Disorder of Consciousness. Np. Springer International Publishing AG. 2012. 4-5. [In English]

130: Laureys, S. Schnakers C. Future Perspectives of Clinical Coma Science: Coma and Disorders of Consciousness. Np. Springer International Publishing AG. 2012. 156. [In English]

131. Young M, Bodien Y, Giacino J, Fins J, Truog R, Hochberg L, et al. The Neuroethics of Disorders of Consciousness: a Brief History of Evolving Ideas Brain. Np. Published by Oxford University Press on behalf of the Guarantors of Brain. 2021. 144: 3291-3310. [In English]