

اثر کاهش سطح هوشیاری بر عقود اذنی

حسن ره پیک^۱

آرش ابراهیمی^۲

(تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۰۷ - تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۰۹/۰۴)

چکیده

عقود اذنی به عقود گفته می‌شود که اثر اصلی آن ایجاد «اذن» است. این عقود نه تنها در مرحله‌ی انشاء، بلکه در ادامه نیز مبتنی بر اراده‌ی انشایی افراد می‌باشند. در واقع اذن باید از سوی منبع آن همواره مورد حمایت قرار گیرد و توقف این حمایت به هر دلیل، ملازمه با پایان اعتبار عمل حقوقی خواهد داشت. قانون‌گذار در ارتباط با انحلال عقود اذنی در مواد مختلف قانون مدنی از عوامل خاصی نام برده که به دلیل ایجاد مانع بین اذن و منبع زاینده‌ی آن، اذن را زائل و موجبات انفساخ عمل حقوقی را فراهم می‌کنند. مطالعه در مبانی انفساخ عقود اذنی در نتیجه‌ی این عوامل نشان می‌دهد موارد مصرح در قانون مدنی در این زمینه جنبه‌ی تمثیلی داشته و نظر بر موارد شایع دارد. بررسی نحوه‌ی عملکرد مغز انسان و شناسایی خاستگاه اذن و اعمال ارادی انسان، آشکار می‌کند در مواردی که فعالیت قسمتی از مغز موسوم به قشر مغز متوقف شود، اراده‌ی شخص از بین رفته، اذن زائل و عقد منفسخ می‌شود.

واژگان کلیدی: اذن، اراده، هوشیاری، مرگ مغزی، کوما، بی‌هوشی، تشنج.

۱- نویسنده‌ی مسئول - استاد گروه حقوق خصوصی دانشگاه علوم قضایی و خدمات اداری.

Email: Srahpeik@gmail.com

۲- دانشجوی دکتری حقوق خصوصی، دانشگاه مفید.

۱- مقدمه

عقود اذنی عقود هستند که در نتیجه‌ی توافق طرفین، اذن حاصل می‌شود. به دلیل ویژگی خاص اذن لازم است این دسته از عقود هر لحظه از سوی منبع صادرکننده‌ی اذن حمایت شوند و در صورتی که این حمایت از عقد برداشته شود، عقد اعتبار خود را از دست خواهد داد. قطع حمایت از اذن ممکن است ارادی باشد یا غیرارادی؛ به همین جهت است که به این گونه عقود، جایز گفته می‌شود، زیرا شخص با اراده‌ی خود می‌تواند موجبات فسخ عقد را فراهم آورد. به هر رو، گاه ممکن است قطع ارتباط میان اذن و منبع زاینده‌ی آن ارادی نباشد؛ در این صورت نیز انفساخ قهری عقد اجتناب‌ناپذیر است. این وضعیت زمانی پدیدار می‌شود که منبع زاینده‌ی اذن و اراده‌ی شخص به علتی از بین رفته باشد. به همین جهت است که قانون مدنی در ماده ۹۵۴ مقرر می‌دارد: «کلیه‌ی عقود جایزه به موت احد طرفین منفسخ می‌شود و همچنین به سفه در مواردی که رشد معتبر است».

قانون مدنی تنها فوت، جنون و سفه را از اسباب انفساخ عقود اذنی دانسته است؛ این در حالی است که مشهور فقهای امامیه علاوه بر موارد مذکور، بی‌هوشی را نیز از اسباب انفساخ عقود مبتنی بر اذن دانسته‌اند. به علاوه بیماری‌های دیگری نیز وجود دارد که اراده‌ی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و ممکن است باعث زوال اراده بیمار شوند. حال باید پرسید که آیا انفساخ قهری عقود اذنی منحصر به موارد مصرح قانونی است یا در سایر موارد نیز ممکن است به اعتبار این دسته از عقود خدشه وارد آید. به همین جهت ابتدا لازم است مفاهیم اصلی مورد مطالعه قرار گیرد و سپس با آشنایی با هر یک از مصادیق کاهش‌دهنده‌ی سطح هوشیاری فرد، وضعیت عقد در هر حالت مشخص گردد.

۲- مفاهیم

برای آشنایی با تاثیر مصادیق کاهش‌دهنده‌ی سطح هوشیاری بر اعتبار عقود اذنی، نخست به تعریف اذن و بیان ویژگی‌های آن خواهیم پرداخت و سپس مفهوم هوشیاری و خاستگاه اعمال ارادی انسان را مورد مطالعه قرار خواهیم داد.

۱-۲-۱- اذن

۱-۱-۲- تعریف اذن

تعاریف فقهی ارائه شده از اذن تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند. برخی در تعریف اذن گفته‌اند: «الإذن هو الترخيص ممن بيده الأمر بالتصرف في ماله أو حقه، و رفع المنع عنه» (نجفی، ۱۴۰۴، ج ۴۰۹/۲۷؛ خوبی، ۱۴۰۹، ج ۲۴۹/۲) و برخی گفته‌اند: «الإذن عبارة عن رخصه مالك و من بحكمه في التصرف و إثبات الیید» (مراغی، ۱۴۱۷، ج ۵۰۶/۲). در تعریف دیگری از اذن آمده است: «الإذن حقیقه الترخيص و إرخاء العنان، أو إظهار الرضا به» (اصفهان‌ی (کمپانی)، ۱۴۱۸، ج ۷۷/۲). سرآخر با توجه به آنچه در عبارات فقها در مورد اذن و خصوصیات آن بیان گردیده است، در تعریف اذن می‌توان گفت: «اذن عبارت است از انشای رضایت مقنن یا مالک یا کسی که قانون برای رضایت او اثری شناخته است، به دیگری برای تصرف در اموال اذن‌دهنده یا انجام یک عمل حقوقی».

۲-۱-۲- رابطه‌ی اذن و اراده

اذن در مرحله‌ی صدور وابسته به اراده‌ی اذن‌دهنده است و در این موضوع هیچ ابهامی وجود ندارد. اما اذن دارای وضعیت خاصی است که آن را از تملیک و سایر تعهدات متمایز می‌سازد؛ اذن بر خلاف سایر تعهدات و هم‌چنین تملیک، به‌طور مستمر وابسته به اراده است و حیات آن رابطه‌ی مستقیم با اراده‌ی فرد دارد. زوال اراده، زوال اذن را به دنبال دارد و زوال اذن منتج به انفساخ عمل حقوقی خواهد شد. این مهم در ماده‌ی ۹۵۴ قانون مدنی در مورد عقود، با توجه به برخی مصادیق زوال اراده، چنین مطرح شده است: «کلیه‌ی عقود جایزه به موت احد طرفین منفسخ می‌شود و هم‌چنین به سفته در مواردی که رشد معتبر است». اراده را در لغت «قصد، طلب و برگزیدن» و در اصطلاح حقوقی «حرکت نفس به طرف کاری معین، پس از تصور و تصدیق منفعت آن» معنا نموده‌اند^۱ (جعفری لنگرودی، ۱۳۸۸، ش ۱۶۸).

۱- فقها و حقوق دانان معتقدند اراده شخص جهت انجام یک عمل حقوقی در چند مرحله تکوین می‌یابد: اول مرحله‌ی ادراک یا تصور، سپس تدبیر و سنجش و در مرحله‌ی بعد شوق به انجام معامله در شخص ایجاد می‌شود و در نهایت شخص انعقاد عقد را اراده می‌کند (کاتوزیان، ۱۳۸۵، ۲۱۳؛ صفایی، ۱۳۸۵، ص ۶۱).

این مساله در مورد تاثیر زوال اراده‌ی اذن‌دهنده بر اذن و در نتیجه انفساخ عمل حقوقی با اشکال جدی مواجه نیست، زیرا اذن باید به‌طور دایم از اذن‌دهنده صادر شود و عقد از طرف او مورد حمایت قرار گیرد والا انفساخ عمل حقوقی قطعی است. از طرفی اذن‌دهنده می‌تواند با اراده‌ی خود مانع صدور اذن شود و در واقع عمل حقوقی را فسخ کند. به همین جهت این دسته از اعمال حقوقی، جایز نامیده شده‌اند.

اما بحث در مورد دلیل تاثیر زوال اراده‌ی ماذون بر اعتبار اعمال حقوقی مبتنی بر اذن است. در واقع اگر اذن‌دهنده صادرکننده‌ی اذن است، پس چرا ماده‌ی ۹۵۴ قانون مدنی، زوال اراده‌ی ماذون را نیز موجب انفساخ عقد دانسته است؟

در پاسخ باید گفت اذنی که در نتیجه‌ی یک عمل حقوقی ایجاد می‌شود، از آن استقلال پیدا نمی‌کند. در عقود، اراده‌ی طرفین به کمک یکدیگر عقدی منعقد می‌کند که تا زمانی که از سوی اراده‌ی طرفین مورد حمایت قرار می‌گیرد، اعتبار دارد و در صورتی که این حمایت قطع شود، اذن زائل و عقد منفسخ خواهد شد. به عبارت دیگر در عقود اذنی، اذن تنها ناشی از اراده‌ی اذن‌دهنده نیست بلکه محصول اراده‌ی مشترک طرفین عقد است و چنانچه اراده‌ی طرفین عقد جایز یا یکی از آنها از بین رود، خواه به صورت ارادی یا غیرارادی، زوال اذن و پایان اعتبار عقد قطعی خواهد بود.

۲-۱-۳- زوال اذن

در عقود اذنی، تنها حاصل توافق طرفین «اذن» است. ویژگی اذن آن است که وابسته به اراده‌ی می‌باشد و اراده‌ای که اذن را ایجاد کرده هر گاه بخواهد می‌تواند از آن رجوع نماید. بنابراین اعمال حقوقی مبتنی بر اذن در زمره‌ی اعمال جایز قرار می‌گیرند. به‌علاوه از آن جهت که اذن همواره باید از سوی منبع آن حمایت شود، در هر مورد که منبع اذن خاموش شود، اذن ساقط و عمل حقوقی منفسخ می‌گردد. مشهور فقها فوت یا جنون را از اسباب انفساخ عقد جایز دانسته‌اند (نجفی، پیشین، ص ۳۶۲؛ طباطبایی یزدی، ۱۴۰۹، ج ۲/۶۹۰؛ طوسی، ۱۳۸۷، ج ۲/۳۶۸؛ مراغی، پیشین، ص ۴۰۶؛ عاملی، ۱۴۱۳، ج ۴/۳۵۳؛ حلی، ۱۴۱۸، ج ۱/۱۵۴؛ بحرانی، ۱۴۰۵، ج ۲۲/۲۳). این حکم در قانون

مدنی نیز منعکس گردیده است. مطابق ماده‌ی ۹۵۴ قانون مدنی: «کلیه‌ی عقود جایزه به موت احد طرفین منفسخ می‌شود و هم‌چنین به سفه در مواردی که رشد معتبر است».

اما پرسش اساسی در این بحث آن است که آیا موارد اسقاط اذن امری طبیعی است یا وضعی؟ به بیان دیگر آیا قانون‌گذار است که موارد سقوط اذن را تعیین می‌کند؟ در این صورت او تنها فوت، جنون و سفه، در مواردی که رشد معتبر است، را به‌عنوان مسقطات اذن مطرح کرده و در سایر موارد باید حکم به بقای عمل حقوقی نمود؛ و یا حکم خلاف این است و در هر مورد که اذن ساقط شود، عمل حقوقی مبتنی بر اذن نیز منحل می‌شود، خواه قانون به آن اشاره کرده باشد، خواه به سکوت از آن گذشته باشد.

دیدگاه اول موافق با ظاهر ماده‌ی ۹۵۴ قانون مدنی و اصول حقوقی است. ظاهر این ماده به صراحت در خصوص موارد سقوط اذن اظهارنظر کرده و تنها موارد خاصی را موجب اسقاط اذن دانسته است. قانون‌گذار در این ماده فوت، جنون و سفه را به‌عنوان تنها مسقطات اذن معرفی می‌نماید. بنابراین از نظر قانون مدنی اذن تنها در صورت حدوث موارد فوق زائل می‌شود و در سایر موارد اگرچه ممکن است در واقع اراده زائل شود اما اذن به قوت خود باقی است. به‌علاوه، این دیدگاه با اصول عملیه نیز منطبق است. اصل قابل استناد در این قسمت، استصحاب می‌باشد. اعتبار عملی که نسبت به صحت انعقاد آن در زمان گذشته یقین وجود دارد، محل شک قرار می‌گیرد و استصحاب اقتضای استمرار حالت سابق و عدم توجه به شک لاحق را دارد. در مساله مذکور نیز چنانچه بقای اعمال حقوقی اذنی در مواردی غیر از فوت، جنون و سفه مورد تردید قرار گیرد، استصحاب حکم به بقای اعتبار عقد می‌کند.

اما در مقابل به نظر می‌رسد در هر مورد که اذن ساقط شود، عمل حقوقی مبتنی بر آن نیز زائل خواهد شد. اگرچه قانون مدنی تنها از فوت، جنون و سفه به‌عنوان مسقطات اذن نام می‌برد اما واقع آن است که با توجه به فلسفه وضع ماده‌ی ۹۵۴ قانون مدنی و ماهیت اذن باید دیدگاه دوم را تقویت نمود. اعمال حقوقی اذنی، اعمالی هستند که در نتیجه آن‌ها اذن حاصل می‌شود اما اذن وجود مستقل از اراده ندارد و هر لحظه حیات و بقای خود را از اراده دریافت می‌کند. چنانچه اراده‌ی شخص به هر علتی زائل شود، اذن ساقط خواهد شد. این مهم امری طبیعی است

که خارج از حدود قانون گذاری می‌باشد. بنابراین به استناد ظاهر ماده‌ی ۹۵۴ قانون مدنی نمی‌توان استمرار عقود اذنی را در تمام موارد غیر از فوت، جنون و سفه اثبات کرد.

۲-۲- هوشیاری و خاستگاه اعمال ارادی انسان

در این مبحث ابتدا هوشیاری تعریف و تقسیمات آن بیان می‌گردد و سپس با مطالعه آناتومی مغز، خاستگاه اعمال ارادی انسان شناسایی می‌شود.

۲-۲-۱- هوشیاری

هوشیاری (Consciousness) عبارت است از آگاهی از محیط اطراف. هوشیاری دارای دو جزء است: بیداری و آگاهی، که سطح هوشیاری شخص با توجه به آن دو مشخص می‌گردد (ابراهیمی فخار و کوهستانی و باغچقی، ۱۳۸۶، ص ۱۰). متخصصان با توجه به بیداری و میزان پاسخ-گویی فرد به محرک‌های بیرونی، سطح هوشیاری وی را تعیین می‌کنند. در صورت طبیعی بودن سطح هوشیاری، شخص بیدار و آگاه است و در صورت عدم اختلال زبانی یا ناشنوایی، به تحریکات کلامی پاسخ مناسب می‌دهد (گرینبرگ، ۱۳۸۳، ص ۱۱).

کاهش هوشیاری وضعیتی است که بیمار دچار تغییر در وضعیت هوشیاری عادی خود می‌شود که ممکن است از اختلال در جهت‌یابی تا بی‌تفاوتی نسبت به تمام تحریک‌های محیطی (کوما) متفاوت باشد. تغییر در وضعیت هوشیاری بیمار، نشانه‌ی آن است که دستگاه عصبی مرکزی به دلایلی تحت تاثیر قرار گرفته است (همان، ص ۱۴). کاهش سطح هوشیاری در معنای عام دو حالت را شامل می‌شود:

۱) کاهش سطح هوشیاری: اختلالات سطح هوشیاری با ایجاد مشکل در وضعیت مربوط به بیداری بیمار مشخص می‌شوند و ممکن است ناشی از ضایعه‌ی حاد سیستم فعال‌کننده‌ی مشبک یا هر دو نیمکره‌ی مغزی باشد. کوما شدیدترین درجه‌ی کاهش سطح هوشیاری است (گرینبرگ، ۱۳۸۵، ص ۱۱).

۲) کاهش محتوای هوشیاری: در برخی موارد سطح هوشیاری بیمار طبیعی است و بیمار بیدار است اما محتوای هوشیاری (عملکرد شناختی) وی مختل می‌شود مانند زوال عقل (همان، ص ۱۰). این وضعیت به «کاهش محتوای هوشیاری» موسوم است. بنابراین معیار تفکیک سطح هوشیاری از محتوای آن، نظر به بیداری بیمار است. اگر بیمار بیداری خود را در نتیجه ی بیماری از دست داده باشد، دچار اختلال در سطح هوشیاری است و چنانچه شخص بیدار است اما درک درستی از جهان پیرامون خود ندارد، محتوای هوشیاری وی مختل می‌باشد.

مطالعه‌ی آناتومی مغز انسان و آشنایی اجمالی با وظایف هر یک از قسمت‌های مختلف آن در شناسایی خاستگاه هوشیاری و مرکز عملیات ارادی انسان نقش موثری دارد. این مطالعه مقدمه‌ای ضروری برای بررسی امکان اثرگذاری برخی مصادیق کاهش سطح هوشیاری بر اعمال حقوقی مبتنی بر اذن است.

۲-۲-۲- آناتومی مغز و وظایف اجزای آن

مغز پیچیده‌ترین عضو انسان و فرمانده بدن است. اگرچه دانشمندان مطالعات گسترده‌ای پیرامون مغز انسان انجام داده‌اند اما هنوز هم اطلاعات در این زمینه اندک است و تمام اعمال و مکانیسم عملکرد آن شناخته نشده است. مطالعه در مورد مغز و آناتومی آن در حوزه‌ی مسائل پزشکی است و در محل خود به تفصیل مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد اما آشنایی اجمالی با آن می‌تواند در تعیین برخی احکام حقوقی موثر باشد.

مغز انسان از میلیون‌ها سلول عصبی به نام «نورون» تشکیل شده است. نورون‌ها وظیفه‌ی انتقال پیام در مغز را بر عهده دارند. هر نورون دارای بدنه و بازوهای بلند همراه با شاخه‌هایی است که به آن «آکسون» گفته می‌شود. پیام‌های الکتریکی از طریق آکسون‌ها منتقل می‌شوند. رسیدن یک پیام الکتریکی به آکسون، موجب می‌شود آکسون یک ماده شیمیایی به نام «رِسپتور» تولید کند که از طریق آن با نورون مجاور خود ارتباط برقرار می‌کند و موجب انتقال پیام به آن می‌شود. این کار ممکن است موجب تحریک و برانگیختن نورون شود و در صورتی که این تحریک به اندازه‌ی کافی باشد، پیام دیگری به طرف آکسون منتقل گردد. این

راهی است که موجب برقراری ارتباط میان نورون‌ها می‌شود. در حالت طبیعی از آکسون‌ها یک ماده‌ی شیمیایی نیز ترشح می‌شود که موجب مهار نورون‌های تحریک شده‌ی مجاور آن‌ها می‌گردد و از این طریق پیام‌های عصبی در مغز انتقال می‌یابد (واکر و شورون، ۱۳۸۱، ص ۱۶).

مغز از سه بخش اصلی تشکیل شده است که عبارتند از: مخ، مخچه و ساقه‌ی مغز. هر یک از این بخش‌ها دارای اجزایی می‌باشند و وظایف خاصی را بر عهده دارند:

۱) مخ: مخ از دو قسمت قشر مغز (Cerebral Cortex) و سیستم لیمبیک (limbic System) (دستگاه کناری) تشکیل شده است. قشر مغز از نیمکره‌های مغز تشکیل می‌شود. نیمکره‌ی راست، بسیار خلاق‌تر و احساسی‌تر و در مقابل نیمکره‌ی چپ مربوط به امور منطقی است و به سطح آگاهی انسان مربوط می‌شود. انسان بدون این نیمکره‌ها به جاننداری فاقد شعور مبدل می‌گردد. یک دسته از سلول‌ها به نام رابط پینه‌ای دو نیمکره‌ی مغز را به یکدیگر متصل می‌کنند (حائری روحانی، ۱۳۸۶، ص ۵۸). هر یک از نیمکره‌های مغز از قسمت‌هایی به نام لوب تشکیل می‌شوند. لوب‌های چهارگانه‌ی مغز عبارتند از: لوب پیشانی، لوب آهیانه، لوب گیجگاهی و لوب پس سری (خداپناهی، ۱۳۹۰، ص ۹۵).

قشر مغز را می‌توان به سه قسمت حسی، حرکتی و ارتباطی تقسیم نمود. نواحی ارتباطی در تجزیه و تحلیل ورودی‌های حسی و ایجاد ارتباط بین حس‌های مختلف و پاسخ‌های پیچیده رفتاری و به‌طور کلی تفکر نقش دارند (بربرستانی و عمیدی، ۱۳۷۹، ص ۲۲۹) که این وظایف به شرح ذیل بین لوب‌ها تقسیم می‌شود:

الف) لوب پیشانی: لوب پیشانی را می‌توان مهم‌ترین قسمت تکامل یافته مغز دانست که انجام کارهای پیچیده‌تر از جمله تفکر، تصمیم‌گیری و صدور فرمان‌های حرکتی را بر عهده دارد. آسیب به این قسمت، موجب از کار افتادگی این بخش از فعالیت‌های مغز می‌شود. در ناحیه‌ی جلوی این لوب مرکز اصلی شعور، منطق، تفکر و تا حدودی حافظه قرار دارد (هال، ۱۳۹۰، صص ۲۰۱-۲۰۴).

ب) لوب آهیانه‌ای: وظیفه‌ی این لوب کنترل ادراک حسی از جمله درد، گرما، سرما و لامسه است. هم‌چنین بینش فضایی (جهت‌یابی) از جمله وظایف این قسمت از مغز می‌باشد (خداپناهی، پیشین، ص ۷۰).

ج) لوب پس‌سری: وظیفه‌ی اصلی این لوب، کنترل بینایی و فهم مطالب نوشتاری است (هال، پیشین، ص ۱۰۳).

د: لوب گیجگاهی: این لوب دروازه اصلی ورود اطلاعات محیطی به مغز و ثبت آن می‌باشد؛ از جمله وظایف این لوب، ثبت حافظه و کنترل شنوایی است (همان، ص ۱۲۴).

قسمت اصلی دیگر مخ، سیستم لیمبیک است. در اصطلاح پزشکی سیستم لیمبیک به هیپوتالاموس، تالاموس و دیگر غدد اطراف آن‌ها گفته می‌شود که مرکز کنترل امیال انسان است (همان، ص ۹۰). لیمبیک در لغت به معنای لبه و حاشیه است (اس اسنل، ۱۳۸۵، ص ۱۸۷). به گروهی از ساختمان عصبی که در ناحیه‌ی حاشیه‌ای بین قشر مغز و هیپوتالاموس قرار دارد، سیستم لیمبیک اطلاق می‌شود (بربرستانی و عمیدی، پیشین، ص ۲۰۰). سیستم لیمبیک در تمام پستان داران وجود دارد. این سیستم در کنترل احساسات، اعمال، رفتار و احتمالاً حافظه‌ی انسان نقش دارد (اس اسنل، پیشین، ص ۱۸۷) و اخلال در عملکرد آن دارای علایم بالینی خاصی است.

۲) ساقه‌ی مغز: این قسمت از مغز واسط بین نخاع و نیمکره‌های مغزی است و در بین این اعضا مستقر می‌باشد. ساقه‌ی مغز از سه قسمت تشکیل شده است: مغز میانی، پل - مغزی و بصل النخاع (منجمی، ۱۳۸۷، ص ۸).

ساقه‌ی مغز سلسله‌ای از اعصاب است که وظیفه‌ی کنترل اعمال غیرارادی بدن، مانند حرکات چشم، تنفس، خواب، سیستم قلبی - عروقی و گردش خون و حفظ هوشیاری را بر عهده دارد. ساقه‌ی مغز محل گردهم آیی اعصاب جمجمه‌ای نیز می‌باشد که در تعیین مرگ مغزی بسیار پراهمیت است (هال، پیشین، ص ۱۵۹؛ حائری روحانی، پیشین، ص ۹۲). ساقه‌ی مغز عامل ارتباط مغز و اعضای بدن است به این صورت که پیام‌های ورودی پس از عبور از ساقه‌ی مغز وارد مغز می‌شود و هم‌چنین فرمان‌های مغز با از گذشتن از ساقه‌ی مغز به اعضای مورد خطاب منتقل می‌شود (منجمی، پیشین، ص ۸).

۳) مخچه: مخچه از دو نیمکره و یک بخش میانی به نام کرینه تشکیل شده که دو نیمکره را با یکدیگر مرتبط می‌سازد (بربرستانی و عمدی، پیشین، ص ۱۵۱). وظیفه‌ی اصلی مخچه حفظ تعادل انسان و حمایت از فعالیت دیگر مراکز حرکتی و کارهایی است که نیاز به فکر کردن ندارد، مانند عادات یا حرکات عادی و تکراری. هم چنین با کمک گیرنده‌های حسی محیطی و مجموعه‌ای از طریق مغز میانی و پل دماغی، پیوسته و ضیعت تعادل بدن را در اختیار تالاموس و سایر قسمت‌های مرتبط قرار می‌دهد (هال، پیشین، ص ۱۹۱؛ خداپناهی، پیشین، ص ۲۱۳).

به این ترتیب تفکر، استدلال و اعمال ارادی انسان، توسط قشر مغز صورت می‌پذیرد. این قسمت از مغز، خاستگاه تصمیم و اراده‌ی انسان است و از این جهت دارای اهمیت فوق‌العاده می‌باشد. بنابراین در هر مورد که قشر مغز دچار آسیب شود یا فعالیت آن متوقف شود، اراده و اعمال ارادی انسان مختل خواهد شد. در این حالت بیمار هیچ اراده‌ای از خود ندارد، نمی‌تواند به محرک‌های محیطی پاسخ مناسب دهد و محیط پیرامون خود را درک نمی‌کند. چنین شخصی فعالیت ارادی ندارد و نمی‌تواند عملی ارادی از خود به نمایش گذارد. بنابراین در هر مورد کاهش سطح هوشیاری فرد ناشی از اختلال در عملکرد این قسمت از مغز باشد، اعتبار عمل حقوقی به دلیل تحت تاثیر قرار گرفتن اراده مورد تردید قرار می‌گیرد. به این معنی که اگر صدمه به قشر مغز منجر به توقف فعالیت آن گردد، اراده‌ی بیمار زائل و عمل حقوقی منفسخ خواهد شد.

۳- مصادیق کاهش دهنده‌ی سطح هوشیاری و تاثیر آن بر اعمال حقوقی جایز

۳-۱- مرگ مغزی

۳-۱-۱- پیشینه و تعریف مرگ مغزی

در اواخر دهه‌ی ۱۹۵۰ میلادی دانشمندان آسیب‌های غیرقابل بازگشت مغز را معرفی و آن را حالت فراتر از اغما نامیدند. در آن زمان بحثی از مرده یا زنده بودن بیماران مطرح نبود، اما از آن پس این مساله نیز مورد توجه دانشمندان قرار گرفت و با پیشرفت دانش پزشکی و تحولات پیوند اعضا، مساله‌ی مرگ مغزی موضوع بحث مجامع علمی شد، زیرا افراد مبتلا به مرگ

مغزی مناسب‌ترین افراد برای اهدای عضو می‌باشند. در سال ۱۹۶۸ در گزارش کمیته‌ی ویژه‌ی مدرسه‌ی پزشکی هاروارد عنوان این حالت را اغمای برگشت‌ناپذیر نامیدند و در سال ۱۹۷۶ کنفرانس کالج‌های پزشکی سلطنتی بریتانیا، در گزارشی تحت عنوان تشخیص مرگ مغزی، نام این حالت را مرگ مغزی عنوان کرد. تا آن زمان درک این که شخص مبتلا به مرگ مغزی، فوت شده است، مورد پذیرش عموم و حتی پزشکان نبود. اما با نزدیک شدن به اواخر دهه‌ی ۷۰ میلادی این نظر در میان مردم و دانشمندان مورد توجه قرار گرفت (جمعی از مولفان، بی‌تا، ج ۱۸۸/۱۴) و از آن زمان این مطلب که اگر مغز مرده باشد، شخص نیز مرده است و مرگ مغز در نهایت باعث توقف فعالیت قلب خواهد شد، موجب شروع بحث‌های مهم اخلاقی و اجتماعی و قانونی گردید. با این مقدمه می‌توان اظهار داشت که مرگ مغزی در یک تعریف اجمالی، از بین رفتن غیرقابل بازگشت اعمال مغز انسان است (گودرزی و کیانی، ۱۳۸۴، ص ۴۰).

۳-۱-۲- مرگ مغزی از منظر پزشکی

عوامل اصلی مرگ مغزی را می‌توان ضربه‌ی مغزی، خون‌ریزی مغزی و ایست قلبی دانست (جمعی از مولفان، پیشین، ص ۱۸۹). در نتیجه‌ی وقوع این عوامل، اکسیژن‌رسانی و خون‌رسانی به سلول‌های مغزی مختل می‌شود. از آنجا که سلول‌های مغزی در مقایسه با سایر سلول‌های بدن در برابر کمبود اکسیژن، حساسیت بالاتری دارند، نرسیدن اکسیژن به مغز تنها به مدت ۳ تا ۵ دقیقه می‌تواند منجر به آسیب‌های جدی و برگشت‌ناپذیر شود. این وضعیت منجر به مرگ سلول‌های مغزی شده که در نتیجه‌ی آن، هدایت قلب و دستگاه تنفسی از سوی مغز متوقف و در اندک زمانی مرگ مغزی منجر به مرگ قطعی می‌گردد (گودرزی و کیانی، پیشین، ص ۴۰). باید در نظر داشت سلول‌های مغزی در این حالت به علت کمبود اکسیژن از بین می‌روند و امکان ترمیم و بازسازی آن‌ها وجود ندارد، بنابراین بازگشت مغز به حالت اولیه‌ی آن امری محال است. البته دستگاه‌های تنفس مصنوعی چند روز یا حداکثر چند ماه می‌توانند تنفس فرد را در حالت مصنوعی نگه دارند (حبیبی، ۱۳۸۰، ص ۳۲). در تمام مدتی که فرد توسط دستگاه‌های مصنوعی تنفس می‌کند و گردش خون توسط قلب انجام می‌گیرد، نوار مغزی خطی صاف را

نمایش می‌دهد که این امر مبین آن است که در این زمان مغز و ساقه‌ی مغز، هیچ پیامی را به قلب و ریه ارسال نمی‌دارد.

اما آیا برای تحقق مرگ مغزی لازم است فعالیت تمام قسمت‌های مغز متوقف شود؟ در پاسخ به این پرسش، سه نظریه مطرح شده که پس از مطالعه‌ی این نظریات، موضع قانون‌گذار ایران را نیز مورد توجه قرار خواهیم داد.

اول- مرگ مغزی برابر است با مرگ قشر مغز: مطابق این نظر، مرگ مغزی فقط به حالتی گفته می‌شود که در آن عملکرد قشر مغز به صورت غیر قابل بازگشت از بین می‌رود (حاتمی و مسعودی، ۱۳۸۹، ص ۶۴).

دوم- مرگ مغزی یعنی مرگ ساقه‌ی مغز: بر مبنای این نظریه آنچه حیات نام دارد، فقط در ساقه‌ی مغز منعکس می‌شود و در بالای آن حیاتی وجود ندارد. با مرگ ساقه‌ی مغز، قشر مغز نیز در اندک زمانی می‌میرد، حتی اگر از حمایت‌های مصنوعی ریوی برخوردار باشد (همان، ص ۶۴).

سوم- مرگ مغزی به معنای مرگ تمام مغز است: نظریه‌ی دیگری که در حال حاضر مورد پذیرش متخصصان قرار گرفته، آن است که مرگ مغزی عبارت است از توقف غیرقابل بازگشت کلیه‌ی اعمال قسمت‌های مختلف مغز اعم از ساقه‌ی مغز، قشر مغز و مخچه. بیمار مرگ مغزی به دلیل ضایعات برگشت‌ناپذیر، تمام فعالیت‌های قشر و ساقه‌ی مغز را از دست می‌دهد و در اغمای کامل به سر برده و به تحریکات داخلی و خارجی واکنش نشان نمی‌دهد. در این شرایط تنفس و گردش خون این افراد با دستگاه‌های مصنوعی برای اندک زمانی ممکن است. از نظر عرف خاص پزشکی به این حالت «مرگ مغزی» گفته می‌شود (سلطان‌زاده، ۱۳۷۴، ص ۳۰۹؛ کوپر، ۱۳۸۷، ص ۶۶۹).

قانون‌گذار نیز در قانون «پیوند اعضای بیماران فوت شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان مسلم است» مصوب ۱۳۷۹/۱/۱۷ و آیین‌نامه اجرایی این قانون مصوب ۱۳۸۱، همین نظریه را پذیرفته است. مطابق ماده اول آیین‌نامه مزبور «مرگ مغزی عبارت است از قطع غیرقابل بازگشت کلیه فعالیت‌های مغزی کورتیکال (قشر مغز) و ساب کورتیکال (لایه زیر قشر مغز) و ساقه مغز به طور کامل».

۳-۱-۳- اثر مرگ مغزی بر اعمال حقوقی جازین

با از بین رفتن سلول‌های مغز انسان، مرگ مغزی واقع می‌شود. به دلیل عدم امکان جایگزینی این سلول‌ها، بهبود بیماران مرگ مغزی امری محال است. حال در خصوص اعتبار عقود اذنی که پیش‌تر توسط شخص منعقد گردیده، برای مثال اگر شخص در گذشته به دیگری وکالت داده باشد، باید پرسید آیا با وقوع مرگ مغزی، وکالت او همچنان معتبر است یا مرگ مغزی سبب انفساخ عمل حقوقی مبتنی بر اذن خواهد شد؟

بحث در باره‌ی زنده یا مرده بودن بیمار مرگ مغزی بسیار است، زیرا در این حالت فعالیت مغز متوقف شده اما قلب دارای حیات است. این بحث از نظر حقوقی نیز اهمیت بسیاری دارد، زیرا مرده پنداشتن شخص با جریان یافتن برخی احکام ملازمه دارد که باید به دقت در مورد آن نظر داد. به‌عنوان مثال در صورت اعتقاد به پایان یافتن زندگی با مرگ مغزی، اموال بین ورثه تقسیم خواهد شد، در شرایطی همسر شخص باید عده‌ی فوت نگاه دارد و در شرایطی بدون نگه داشتن عده می‌تواند ازدواج کند. اما اگر بتوان حیاتی برای بیمار قائل شد، احکام متفاوتی بر شخص و خانواده او حاکم خواهد بود.

به هر رو، در مورد حیات یا وفات بیمار مرگ مغزی اختلاف است. برخی بیمار را مرده می‌پندارند و دیگران درجه‌ای از حیات برای او متصورند (رحمتی و فرحزادی، ۱۳۹۰، ۲۹). اما ورود به این بحث جهت شناسایی حکم اعتبار یا عدم اعتبار عقود اذنی ضرورت ندارد، چه خاستگاه اذن و اراده در مباحث پیشین مشخص شد. اراده و اذن انسان از مغز او و به بیان دقیق‌تر از قسمت قشر مغز نشات می‌گیرد. مطابق نظریه‌ی پذیرفته شده در مورد مرگ مغزی، مرگ مغزی زمانی رخ می‌دهد که تمام مغز مرده و فعالیت تمام اجزای آن متوقف شده باشد. در این حالت قشر مغز به‌عنوان خاستگاه اذن از بین رفته و فعالیت آن متوقف می‌شود. با توجه به ویژگی اعمال حقوقی اذنی که حیات خود را به‌طور مستمر از اراده دریافت می‌کنند، به محض قطع ارتباط اذن با منبع آن، اذن موجودیت خود را از دست داده و عمل حقوقی منفسخ می‌شود. بنابراین به محض وقوع مرگ مغزی به علت از بین رفتن منبع اذن، عمل حقوقی منفسخ خواهد شد و مرگ مغزی فارغ از زنده یا مرده بودن بیمار، سبب انفساخ عمل حقوقی می‌باشد.

۳-۲- بی هوشی

مراد از بی هوشی در این قسمت شرایطی است که شخص در نتیجه‌ی یک ضایعه‌ی درونی یا بیرونی، بی‌اختیار هوشیاری خود را از دست می‌دهد. بنابراین بی هوشی در معنای عام آن مراد است. البته خواب به دلیل اختیاری و طبیعی بودن آن، عارضه و بیماری محسوب نمی‌شود و از بحث خروج تخصصی دارد. تحت عنوان بی هوشی، سه حالت کوما، بی هوشی عمومی و تشنج قابل شناسایی است. ابتدا توضیح کوتاهی در خصوص این سه حالت ارائه داده و سپس به بررسی اعتبار اعمال حقوقی جایز در این حالت-ها خواهیم پرداخت.

۳-۲-۱ کوما (Coma)

کوما یا اغما اختلال شدید فعالیت مغزی است که منجر به کاهش شدید سطح هوشیاری می‌گردد (گودرزی و کیانی، پیشین، ص ۸۱)- اغما در لغت به معنای بی هوش کردن، بی هوش شدن و بی هوشی آمده است (معین، ۱۳۸۳، ج ۳۰۹/۱). در اصطلاح پزشکی، اغما یا کوما حالت خاصی است که طی آن شخص در بی هوشی بسیار عمیق به سر می‌برد و به محرک‌های خارجی پاسخ نمی‌دهد. فردی که دارای سیستم مشبک فعال‌کننده‌ی سالم است، برنامه‌ی خواب و بیداری وی طبیعی است و به محرک‌های خارجی پاسخ مناسب می‌دهد؛ اگر به هر علتی سیستم مشبک فعال‌کننده‌ی مغز که در میانه پل مغزی قرار دارد یا هر دو نیمکره‌ی مغزی دچار آسیب شوند، فرد به کوما فرومی‌رود، زیرا این اعضا وظیفه‌ی حفظ هوشیاری را بر عهده دارند (گرینبرگ، ۱۳۸۹، ص ۳۴۷؛ سیدیان، ۱۳۸۲، ص ۱۶۴).

بیمار در حالت کوما به تحریکات پیرامون خود پاسخ مناسب نمی‌دهد، چه در واقع به علت صدمات وارده، از حواس پنج‌گانه‌ی خود پیامی دریافت نمی‌کند تا به آن‌ها پاسخ دهد. به تعبیری کوما حالتی است که با اختلال تنفسی و هوشیاری و حسی و حرکتی همراه است و ممکن است از چند دقیقه تا چند سال به طول انجامد (گودرزی و کیانی، ۱۳۸۰، ص ۵۹). تشخیص عامل ایجادکننده‌ی کوما، برای تعیین شیوه‌ی درمان بسیار حائز اهمیت است.

اگرچه بیماران در کوما دچار ضعف در سیستم اعصاب مرکزی می‌باشند اما مغز آن‌ها هم چنان فعالیت دارد. به همین جهت باوجود این که بیمار با چشمان بسته دراز کشیده و با تحریکات

شدید هم بیدار نمی‌شود (گرینبرگ، ۱۳۸۹، ص ۳۴۷)، اما ممکن است اندام خود را ناخودآگاه حرکت دهد و حتی با انجام نوار مغزی می‌توان به الگوی فعالیت مغزی این بیماران پی برد. البته این که فعالیت قسمت‌های مختلف مغز در نتیجه‌ی اغما چگونه است، شناخته شده نیست. برای تعیین میزان سطح هوشیاری بیماران در اغما از معیارهای مختلفی استفاده می‌شود. هرچه سطح هوشیاری بیمار بالاتر باشد، میزان وخامت حال وی کم تر است (گودرزی و کیانی، ۱۳۸۴، ص ۸۱) و حتی ممکن است بیمار به صورت طبیعی و بدون نیاز به دستگاه‌های پزشکی تنفس کند. در مقابل با کاهش هرچه بیش تر سطح هوشیاری، این احتمال وجود دارد که بیمار قدرت تنفس طبیعی خود را نیز از دست دهد.

۳-۲-۲- بی‌هوشی عمومی

انجام اعمال جراحی در حالت بی‌هوشی از قرن هجدهم میلادی مورد توجه قرار گرفت. در ابتدا متخصصان با استفاده از روش‌های استنشاقی یا آزاد کردن گاز برخی ترکیبات شیمیایی بیمار را بی‌هوش و جهت انجام عمل جراحی مهیا می‌کردند. با تلاش دانشمندان، پیشرفت علم پزشکی در این زمینه به حدی رسید که روش‌های بی‌هوشی عمومی با استفاده از هوشبرهای وریدی ابداع گردید (میلر و استرلینگ، ۱۳۸۷، ص ۱۰).

بی‌هوشی عمومی را می‌توان چنین تعریف کرد: «یک وضعیت قابل برگشت که توسط دارو ایجاد شده و نشانه‌های آن یک‌سری مشخصات ویژه‌ی رفتاری و فیزیولوژیک از جمله عدم هوشیاری، فراموشی، بی‌دردی و بی‌حرکتی همراه با پایداری سیستم‌های قلبی-عروقی، تنفسی و تنظیم دمای بدن می‌باشد» (شیف، ۱۳۹۰، ص ۱۰۱).

در مورد سازوکار عمل داروهای بی‌هوشی، در یک بیان ساده، گفته شده است این داروها با تضعیف سیستم اعصاب مرکزی به صورت غیرانتخابی و برگشت‌پذیر باعث ایجاد بی‌دردی، شل شدن عضلات، از بین رفتن هوشیاری و فعالیت‌های رفلکسی بدن می‌شوند (وصال و فریو، ۱۳۷۵، ص ۴۴). در واقع این داروها با تغییراتی در سیستم انتقال پیام عصبی در بخش‌هایی از قشر و ساقه مغز، که مراکز کنترل بیداری در آن است، سبب زوال هوشیاری فرد را فراهم می‌آورند. به همین جهت زمانی که بی‌هوشی عمومی به درجه‌ی لازم برای انجام عمل جراحی می‌رسد،

وضعیتی مشابه حالت مرگ ساقه‌ی مغز پدید می‌آید (شیف، ۱۳۹۰، ص ۱۰۴) و به همان ترتیب فرد در حالت عدم هوشیاری قرار گرفته، رفلکس‌های ساقه‌ی مغز کم می‌شود و بیمار به محرک‌های دردناک هیچ‌گونه واکنشی نشان نمی‌دهد (همان، صص ۱۰۲ و ۱۰۵).

در سال‌های اخیر دانشمندان با بررسی نوار مغزی افراد مختلف در سه حالت کوما، خواب و بی‌هوشی دریافته‌اند که تشبیه قدیمی بی‌هوشی به خواب، برای توصیف علمی بی‌هوشی، صحیح نیست، بلکه بی‌هوشی بیش‌تر حالتی شبیه کوما است؛ به عبارت بهتر، بی‌هوشی یک کوما‌ی برگشت‌پذیر است (همان، ص ۱۰۱). بین خواب و بی‌هوشی تفاوت‌های بسیاری وجود دارد، طوری که عمیق‌ترین حالت خواب به سبک‌ترین حالت بی‌هوشی شبیه است. در حالت خواب انسان به محرک‌های محیطی پاسخ می‌دهد و هوشیاری فرد به سرعت برمی‌گردد، اما در بی‌هوشی فرد به مرحله‌ای از عدم هوشیاری می‌رسد که به محرک‌های بیرونی واکنش نشان نمی‌دهد و تا زمان دفع اثر داروهای بی‌هوشی، بیمار در همان وضعیت باقی می‌ماند.

بنابراین، داروهای بی‌هوشی، سیستم اعصاب مرکزی و انتقال پیام عصبی بین آنان را تضعیف نموده و باعث عدم هوشیاری فرد می‌شوند؛ این عدم هوشیاری با حالت خواب که شخص به‌طور معمول با یک تحریک کلامی یا فیزیکی هوشیاری خود را به دست می‌آورد، متفاوت است. بی‌هوشی هم‌چنین با حالت کوما که زمان بازگشت هوشیاری در آن نامشخص است، یکسان نیست؛ در این وضعیت، شخص بی‌هوش با دفع داروی بی‌هوشی و پایان اثرات آن، هوشیاری خود را باز می‌یابد، اما از نظر فعل و انفعالات مغزی می‌توان برای شخص بی‌هوش حالتی شبیه به حالت کوما متصور بود (همان، ص ۱۰۵).

۳-۲-۳- تشنج یا صرع (Epilepsy)

چنان که بیان گردید نوروها وظیفه‌ی انتقال پیام در مغز را بر عهده دارند. انتقال پیام عصبی در مغز بر اثر تحریک نوروها در نتیجه‌ی تولید یک ماده‌ی شیمیایی به نام «رستپور» صورت می‌گیرد. این ماده‌ی شیمیایی ممکن است موجب تحریک و برانگیختن نوروها شود و در صورتی که این تحریک به اندازه کافی باشد، پیام دیگری به طرف آکسون منتقل گردد. اما اگر تحریک

بدون مهار در مغز اتفاق افتد، در نهایت تمام نوروها تحریک شده و ایجاد یک حمله‌ی الکتریکی در مغز می‌کنند که به صورت حملات صرعی تجربه می‌شود (واکر و شورون، پیشین، ص ۱۶).

بنابراین صرع عبارت است از «بروز دشارژهای الکتریکی غیرطبیعی سلول‌های مغزی به‌طور ناگهانی که باعث ظهور یک سری علائم بالینی می‌گردد» (شیرزادی و ضیایی، ۱۳۷۷، ص ۹). به همین جهت برخی این حالت را به یک طوفان الکتریکی در مغز تشبیه کرده‌اند (واکر و شورون، پیشین، ص ۱۶). علائم بالینی صرع با توجه به کانون تولید دشارژهای الکتریکی در مغز و نیز چگونگی انتشار آن در سطح مغز متفاوت است.

تشنج به حملات صرعی اطلاق می‌شود که به‌طور معمول همراه با حرکات شدید بدنی است.^۱ این واکنش گاه تنها در یک اندام بروز می‌نماید و گاه در تمام بدن نمود می‌کند. حالت اول را صرع موضعی یا کانونی و حالت اخیر را صرع فراگیر می‌نامند (امیری، ۱۳۸۸، ص ۲۰۱).

۱) صرع کانونی (Focal Seizure): صرع کانونی انواع مختلفی دارد که در یک تقسیم‌بندی آن را به صرع کانونی ساده و صرع کانونی مرکب تقسیم می‌کنند:

الف) صرع کانونی ساده (Simple Focal Seizure): در این حالت، تخلیه‌ی امواج مغزی از محل مشخصی در مغز صورت می‌گیرد و برای مدت کوتاهی بدون اختلال در هوشیاری بیمار، سبب درک احساس خاصی در او می‌شود. صرع کانونی ساده به اشکالی از قبیل احساس ترس زیاد و میل به فرار، احساس بوی نامطبوع، بزرگ یا کوچک‌بینی اشیا و... نمود می‌کند (سلطان-زاده، پیشین، ص ۲۴۹).

ب) صرع کانونی مرکب (Complex Focal Seizure): در این نوع صرع امواج الکتریکی از یک نیمکره‌ی مغز منشا می‌گیرند و به سایر مناطق مغز و نیمکره‌ی دیگر مغز نیز گسترش می‌یابند. در این نوع صرع هوشیاری فرد از بین می‌رود که علائم دیگری را نیز به دنبال دارد (شیرزادی و ضیایی، پیشین، ص ۱۰).

۱- صرع به معنای وقوع حملات تشنجی مکرر به دلیل وجود یک بیماری مزمن است؛ بنابراین یک تک حمله‌ی تشنجی یا حملات مکرر قابل پیش‌گیری صرع نامیده نمی‌شود (امامی میبدی، ۱۳۸۴، ص ۱۸).

۲) صرع فراگیر (Generalized Epilepsy): این نوع صرع معمولاً از قسمت مرکزی مغز منشا می‌گیرد و به‌طور ناگهانی تمام سطح قشر مغز را درگیر می‌کند (قره‌گزلو، ۱۳۸۱، ص ۱۴). این نوع حملات، هوشیاری شخص را زائل کرده و موجب بی‌هوش شدن بیمار می‌شود (کلاتری میدی، ۱۳۸۷، ص ۱۱۶). در این نوع صرع، کانون دشارژهای الکتریکی در مغز پراکنده بوده و کانون خاصی برای آن نمی‌توان یافت. این نوع صرع نیز دارای تقسیماتی است که محل بحث نیست. البته ذکر این نکته مهم است که در تمام اقسام صرع فراگیر، هوشیاری بیمار زائل می‌شود. در نهایت در مورد چرایی زوال هوشیاری در نتیجه‌ی حملات صرعی گفته شده وقتی عملکرد هر دو نیمکره‌ی قشر مغز و یا سیستم صعودی فعال‌کننده‌ی ساقه مغز دچار اختلال شود، هوشیاری از بین می‌رود که دو علت اصلی و عمده‌ی آن عبارت است از سنکوپ^۱ و تشنج (سیدیان، پیشین، ص ۱۳۶؛ احمدی، ۱۳۸۵، ص ۱۹۷). اختلال در عملکرد قشر مغز در نتیجه‌ی تشنج یا صرع به علت تحریک بدون مهار نورون‌های مغزی است اما با وجود این علم پزشکی نتوانسته به چگونگی فعالیت اجزای مغز در این حالت احاطه یابد.

۳-۲-۴- اثر بی‌هوشی (در معنای عام) بر عقود اذنی

قانون مدنی فوت، جنون و سفه را سبب انفساخ عقود جایز می‌داند و در مورد اثر بی‌هوشی بر اعتبار عقود اذنی ساکت است. این در حالی است که مشهور فقها اغما را یکی از اسباب انفساخ عقد می‌دانند. اولین مسأله‌ای که در این زمینه لازم است بررسی شود، مقصود فقها از اغما به‌عنوان یکی از علل انفساخ عقود جایز است.

گفته شد اغما در لغت به معنای بی‌هوش کردن، بی‌هوش شدن و بی‌هوشی آمده است و در اصطلاح پزشکی، اغما یا کوما حالت خاصی است که طی آن شخص در بی‌هوشی بسیار عمیق به سر می‌برد و به محرک‌های خارجی پاسخ نمی‌دهد. اما به نظر نمی‌رسد اغما در عبارات فقها معادل معنای پزشکی آن باشد و ایشان از اغما، معنای لغوی آن را مدنظر قرار داده‌اند؛ چرا که از اغما به‌عنوان یکی از علل انفساخ عقود جایز در عبارات فقهای متقدم نیز استفاده شده و تاریخچه‌ی این بحث در فقه به زمانی پیش از کشف حالت کوما باز می‌گردد (طوسی، پیشین،

۱- سنکوپ عبارت است از زائل شدن هوشیاری به علت کاهش خون‌رسانی به مغز و ساقه مغز (گرینبرگ، ۱۳۸۹، ص ۳۰۵).

ص ۳۶۸) در آن زمان چنین معنایی از اغما در میان عامه مردم و حتی اطبا وجود نداشت. به همین جهت است که مترجم تحریرالوسیله مساله ششم در باب وکالت را چنین ترجمه نموده است: «مساله ۶- آنچه ابتدا در موکل و وکیل شرط است در ادامه اش هم شرط می‌باشد، پس اگر دیوانه یا بی‌هوش شوند یا موکل در آنچه وکالت داده محجور شود، وکالت باطل می‌شود علی‌الاحوط. و اگر مانع برطرف شود، برگشتن وکالت به وکیل نمودن مجدد احتیاج دارد» (موسوی خمینی، ۱۴۲۵، ج ۶۹/۳). بنابراین باید اغما را در کلام فقها معادل معنای لغوی آن دانست؛ در این معنا تمام انواع بی‌هوشی صرف‌نظر از شدت و ضعف و نیز منشا آن جای می‌گیرد. در نتیجه خواه بی‌هوشی به سبب اغما باشد یا تشنج یا بی‌هوشی عمومی یا ایست قلبی یا سنکوپ و یا مرگ ظاهری، حکم قضیه واحد است. بنابراین در این قسمت هر کجا از بی‌هوشی نام برده شده است، این معنا مدنظر است.

اما مساله‌ی اصلی اثری است که بی‌هوشی بر اعمال حقوقی مبتنی بر اذن می‌گذارد. آیا بی‌هوشی با وجود عدم تصریح قانون‌گذار، سبب انفساخ عقد اذنی خواهد بود یا چنین اثری بر آن مترتب نیست؟

از یک سو می‌توان بی‌هوشی را در اعتبار عقود اذنی بی‌تأثیر دانست چراکه:

اول) قانون‌گذار در ماده‌ی ۹۵۴ قانون مدنی علل انفساخ عقود را تعیین کرده و از بی‌هوشی نام نبرده است. اصل بر بقای عقود است و انفساخ آن استثناست. تعمیم استثنا نیاز به تصریح دارد و باید در حدود قدر متیقن تفسیر شود. به‌علاوه نویسندگان قانون مدنی با تسلطی که بر فقه داشته‌اند، ضمن آگاهی از نظریات فقهی، در مقام بیان موجبات زوال وکالت، نامی از اغما نبرده و آن را به سکوت گذرانده‌اند. بنابراین باید این اقدام قانون‌گذار را به معنای اعراض از بی‌هوشی به‌عنوان یکی از علل انفساخ عقود دانست (امامی، ۱۳۸۵، ج ۱۶۲/۱).

دوم) اگر بی‌هوشی به‌عنوان یکی از اسباب انفساخ اعمال حقوقی جایز پذیرفته شود، روابط حقوقی افراد در جامعه متزلزل می‌شود و این امر مخالف با اصل استحکام معاملات و مصالح اجتماعی است.

۱- «مساله ۶- ما کان شرطاً فی الموکل و الوکیل ابتداء شرط فیهما استدامه، فلو جئنا أو أغمی علیهما أو حجر علی الموکل فیما وکل فیه بطلت الوکاله علی الأحوط، و لو زال المانع احتاج عودها إلی توکیل جدید» (موسوی خمینی، بی‌تا، ج ۴۰/۲).

سوم) استصحاب نیز می‌تواند دلیل دیگری بر اعتبار عقود جایز در صورت حدوث بی-هوشی باشد. به این بیان که نسبت به انعقاد عقد قطع و یقین وجود دارد؛ با بی‌هوش شدن فرد نسبت به ادامه‌ی حیات عمل حقوقی شک ایجاد می‌شود و مقتضای استصحاب، حکم به استمرار و بقای عقد است.

در مقابل می‌توان با ادله‌ی فوق به معارضه برخواست و در جهت موافق با مشهور فقهای امامیه استدلال کرد:

اول) عدم تصریح قانون‌گذار به معنای عدم تاثیر بی‌هوشی بر عقود اذنی نیست چراکه در مباحث پیشین ملاحظه شد علت انفساخ اعمال حقوقی مبتنی بر اذن، زوال اذن است. در هر مورد اذن زائل شود، عقد نیز از بین خواهد رفت. ضمن آن که موارد زوال اذن طبیعی و خارج از حیطه قانون‌گذاری دانسته شد. بنابراین نمی‌توان عدم تصریح قانون‌گذار را به معنای عدم تاثیر بی‌هوشی بر عقود اذنی دانست و به این بهانه برخلاف نظر غالب و شاید اجماعی فقهای امامیه عمل نمود.

دوم) این دلیل که پذیرش اثر بی‌هوشی بر اعتبار عقود جایز منجر به تزلزل در روابط اجتماعی است نیز مسلم نیست، زیرا شیوع بی‌هوشی، در معنای عام آن، در اشخاص به قدری نیست که تنافی با مصالح اجتماعی داشته باشد. در تمام طول عمر بسیاری از افراد هیچ‌گاه بی-هوشی بر آن‌ها غلبه پیدا نمی‌کند و بسیاری از افرادی که دچار بی‌هوشی می‌شوند، پیش از آن عمل حقوقی جایزی را منعقد نکرده‌اند. بنابراین صحت این ادعا نیز محرز و مسلم نیست.

سوم) استصحاب از جمله اصول عملیه است که جهت رفع تحیر و برای برون‌رفت از تردید پیش‌بینی شده است؛ بنابراین در مواردی معتبر و قابل استناد است که هیچ دلیلی بر اثبات حکم وجود نداشته باشد. در نتیجه چنانچه در این قسمت دلیل محکمی جهت استنباط حکم بی‌هوشی بر عقود به دست نیاید، آن‌گاه می‌توان از استصحاب جهت کشف حکم ظاهری استفاده کرد.

مطابق اصل یکصد و شصت و هفتم قانون اساسی و ماده‌ی ۳ قانون آیین دادرسی مدنی در مواردی که قانون حکم قضیه را به سکوت گذرانده باشد یا اجمال یا ابهامی در نصوص قانونی وجود داشته باشد، با یاری از فقه امامیه باید تکلیف قضیه را مشخص نمود.^۱

مشهور فقهای امامیه بی‌هوشی را یکی از علل انفساخ عقد دانسته‌اند (نجفی، پیشین، ص ۳۶۲؛ طباطبایی یزدی، پیشین، ص ۶۹۰؛ مراغی، پیشین، ص ۴۰۶؛ طوسی، پیشین، ص ۳۶۸؛ عاملی، ۱۳۱۰، ج ۳۵۳/۴؛ حلی، پیشین، ص ۱۵۴؛ بحرانی، پیشین، ص ۲۳) و بر این نظر ادعای عدم خلاف شده است (نجفی، پیشین، ص ۳۶۲). از دیدگاه فقها، طول مدت بی‌هوشی موثر در حکم نیست و به محض بی‌هوش شدن فرد تمام عقود اذنی او منفسخ می‌گردد، خواه بی‌هوشی طولانی مدت باشد یا کوتاه مدت (همان، ص ۳۶۲؛ عاملی، پیشین، ص ۳۷۰). به علاوه از دیدگاه فقها، تفاوتی بین انواع بی‌هوشی یا به عبارتی علت بی‌هوشی وجود ندارد. ایشان بدون در نظر گرفتن منشا بی‌هوشی، صرف از دست رفتن هوشیاری و غلبه‌ی بی‌هوشی را برای زوال اذن کافی دانسته‌اند. بی‌هوش شدن فرد خواه ناشی از تشنج باشد یا بی‌هوشی عمومی یا ایست قلبی یا سنکوپ یا کوما یا مرگ ظاهری، حکم قضیه از دیدگاه فقهی واحد است.

بنابراین نظر به اصل یکصد و شصت و هفتم قانون اساسی و ماده‌ی ۳ قانون آیین دادرسی مدنی با توجه به رای غالب و شاید اجماعی فقهای امامیه، می‌توان بی‌هوشی را نیز به‌عنوان یکی از اسباب انفساخ عقود اذنی معرفی نمود. البته ممکن است ایراد شود که فتوای فقهای امامیه مبتنی بر دلیل نیست و اغما در منابع احکام به‌عنوان یکی از عوامل زوال اذن بیان نشده است. اما به نظر نمی‌رسد این ایراد قابل پذیرش باشد چراکه با توجه به رای قریب به اجماع فقها، ممکن است در این زمینه دلیلی وجود داشته که به آیندگان نرسیده است.^۲

۱- اصل یکصد و شصت و هفتم قانون اساسی: «قاضی موظف است کوشش کند حکم هر دعوا را در قوانین مدونه بیابد و اگر نیابد با استناد به منابع معتبر اسلامی یا فتاوی معتبر، حکم قضیه را صادر نماید و نمی‌تواند به بهانه سکوت یا نقص یا اجمال یا تعارض قوانین مدونه، از رسیدگی به دعوا و صدور حکم امتناع ورزد».

۲- در دسته‌بندی انواع صرع، ملاحظه شد که در صرع کانونی ساده، هوشیاری زائل نمی‌شود و تنها قسمت خاصی از مغز برای لحظاتی تحت تاثیر قرار می‌گیرد. در این وضعیت سایر قسمت‌های مغز فعالیت طبیعی دارند. بنابراین احکام این بخش، به دلیل عدم زوال هوشیاری در نتیجه‌ی صرع کانونی ساده منصرف از این مورد است.

۳-۲-۵ - مقایسه‌ی اثر بی‌هوشی و خواب بر اعتبار عقود اذنی

خواب از جمله اعمالی است که به‌طور طبیعی در تمام موجودات وجود دارد. خواب نیز یکی از عوامل موثر بر هوشیاری انسان است و مشخص است که سطح هوشیاری اشخاص در اثر خواب، نسبت به حالت بیداری، کاهش می‌یابد. اما ابهامی که ممکن است در ذهن ایجاد شود، در مورد اثر خواب بر اعمال حقوقی جایز است. پرسش این است که تفاوت میان بی‌هوشی عمومی و خواب چیست و آیا حکم در هر دو مورد یکسان است؟

انفساخ اعمال حقوقی جایز در نتیجه‌ی خواب به‌شدت محل تردید است و به نظر می‌رسد عدم پذیرش این نظر محکم‌تر باشد چرا که:

اول) همانگونه که ملاحظه شد، تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که مکانیسم عملکرد مغز در حالت بی‌هوشی با خواب تفاوت دارد و تشبیه بی‌هوشی به خواب صحیح نیست. از این دیدگاه بی‌هوشی عمومی حالتی مشابه کوما است نه خواب (شیف، پیشین، ص ۱۰۱).

دوم) از سوی دیگر تنها دلیل قاطع بر انفساخ عقود جایز در اثر بی‌هوشی، استناد به فتاوی فقهای امامیه است و این در حالی است که رای ایشان در مسأله‌ی اخیر، بر عدم انفساخ عقد در نتیجه‌ی خواب استوار گردیده است (حلی، ۱۳۸۷، ج ۳۵۲/۲؛ بحرانی، پیشین، ص ۲۴؛ عاملی، ۱۴۱۰، پیشین، ص ۳۷۱؛ طوسی، پیشین، ص ۳۶۸). بنابراین هیچ دلیلی بر انفساخ عقد در نتیجه‌ی خواب وجود ندارد، زیرا زوال اراده از نظر علم پزشکی نیز مسلم نیست.

سوم) استناد به اصول عملیه نیز در این مسأله می‌تواند به استدلال در جهت بقای اعمال حقوقی جایز کمک کند. با ایجاد تردید در استمرار حیات عمل حقوقی در نتیجه‌ی خواب، بقای اعتبار آن را می‌توان استصحاب نمود.

نتیجه‌گیری

عقود اذنی عقود هستند که در نتیجه‌ی ایجاب و قبول طرفین عقد، اذن حاصل می‌شود. اذن در زمان انشا و نیز در طول حیات خود به‌طور مستمر وابسته به اراده‌ی اشخاص است و همواره باید از سوی طرفین عقد مورد حمایت قرار گیرد. هرگاه این حمایت از بین رود، اذن

زائل و عقد منفسخ خواهد شد. قانون مدنی در مواد مختلف در مورد انفساخ عقود اذنی؛ فوت، جنون و سفه، در مواردی که رشد معتبر است، را از اسباب زوال اراده و انفساخ عقد معرفی کرده است. مطالعه در مفهوم اذن و علت زوال آن نشان می‌دهد موارد مصرح در قانون مدنی ناظر به مورد شایع است و در هر مورد اراده‌ی فرد از بین رود، اذن زائل و عقد منفسخ می‌گردد. مطالعه در آناتومی مغز انسان نشان می‌دهد فعالیت‌های ارادی شخص از قسمتی از مغز موسوم به قشر مغز ناشی می‌شود و در هر مورد که فعالیت این قسمت از مغز متوقف شود، اراده از بین خواهد رفت که ملازمه با انفساخ عقد دارد.

در خصوص موارد کاهش سطح هوشیاری ملاحظه می‌شود مغز بیمار در حالت مرگ مغزی فاقد فعالیت قشر (کورتکس) می‌باشد و در این حالت بیمار فاقد هرگونه قصد و اراده است که همین عامل موجب زوال اذن و انفساخ عقد خواهد بود. اما چگونگی فعالیت اجزای مغز شخص در حالات مختلف بی‌هوشی از لحاظ علم پزشکی به اثبات نرسیده است. بنابراین با استناد به آناتومی مغز بیمار در این حالات نمی‌توان زوال اذن و انفساخ عقد را اثبات نمود اما با مراجعه به متون فقهی ملاحظه می‌شود مشهور و شاید اجماع فقهای امامیه بی‌هوشی را از موارد زوال اذن می‌دانند. بنابراین نظر به اصل یکصد و شصت و هفتم قانون اساسی و ماده‌ی ۳ قانون آیین دادرسی مدنی با توجه به رای غالب و شاید اجماعی فقهای امامیه، می‌توان بی‌هوشی را نیز به‌عنوان یکی از اسباب انفساخ عقود اذنی معرفی نمود.

فهرست منابع

الف) فارسی

- ابراهیمی فخار، حمیدرضا؛ کوهستانی، حمیدرضا؛ باغچقی، نیره (۱۳۸۶)، **کاهش سطح هوشیاری**، چاپ اول، تهران: حیان.
- احمدی، کامران (۱۳۸۵)، **AOM اعصاب**، چاپ سوم، تهران: فرهنگ فردا.
- اس استل، ریچارد، **نورآناتومی بالینی**، ترجمه‌ی نوراله رضایی (۱۳۸۵)، چاپ اول، تهران: جعفری.
- امامی، سیدحسن (۱۳۸۵)، **حقوق مدنی**، جلد اول، چاپ بیست و ششم، تهران: انتشارات اسلامیه.

- امامی میبدی، مصطفی (۱۳۸۴)، **ترجمه و تلخیص اعصاب هاریسون ۲۰۰۵**، چاپ اول، تهران: چراغ دانش با همکاری شبنم دانش.
- امیری، فرامرز (۱۳۸۸)، **تظاهرات نورولوژیک در بخش‌های ویژه**، چاپ اول، تهران: آبزبان.
- بربرستانی، محمد؛ عمیدی، فردین (۱۳۷۸)، **نوراناتومی پزشکی پایه و بالینی**، چاپ اول، تهران: نور دانش.
- جعفری لنگرودی، محمدجعفر (۱۳۸۸)، **ترمینولوژی حقوق**، چاپ بیست و دوم، تهران: گنج دانش.
- جمعی از مولفان (بی تا)، **مجله فقه اهل بیت علیهم السلام (فارسی)**، جلد چهاردهم، چاپ اول، قم: موسسه دائره المعارف فقه اسلامی بر مذهب اهل بیت علیهم السلام.
- حائری روحانی، سیدعلی (۱۳۸۶)، **فیزیولوژی اعصاب و غدد درون‌ریز**، چاپ نهم، تهران: سمت.
- حاتمی، علی‌اصغر؛ مسعودی (۱۳۸۹)، **ندا، آثار حقوقی مرگ مغزی**، مجله مطالعات حقوقی شیراز، دوره دوم، شماره ۱.
- حبیبی، حسین (۱۳۸۰)، **مرگ مغزی و پیوند اعضا**، چاپ اول، قم: بوستان کتاب.
- خداپناهی، محمدکریم (۱۳۹۰)، **روانشناسی فیزیولوژیک**، چاپ نهم، تهران: سمت.
- رحمتی، محمد؛ فرحزادی، علی‌اکبر (۱۳۹۰)، **مطالعه‌ی مرگ مغزی از منظر فقه و حقوق جزا**، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، فروردین، دوره چهارم، شماره ۲.
- سلطان‌زاده، اکبر (۱۳۷۴)، **بیماری‌های مغز و اعصاب و عضلات**، چاپ اول، تهران: مولف.
- سیدبان، مازیار (۱۳۸۲)، **دستیار اول: نورولوژی**، چاپ اول، تهران: تیمورزاده.
- شیرزادی، مصطفی (۱۳۷۷)؛ ضیایی، سیدجلال، **طوفان مغز**، چاپ اول، اصفهان: یکتا.
- شیف، نیکولاس (۱۳۹۰)، **بیهوشی عمومی، خواب، کما**، نشریه گزیده‌هایی از تازه‌های پزشکی جراحی عمومی تخصصی، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، سال سیزدهم، شماره ۱.
- صفایی، سیدحسین (۱۳۸۵)، **دوره مقدماتی حقوق مدنی - قواعد عمومی قراردادها**، چاپ چهارم، تهران: میزان.
- فصیحی‌زاده، علیرضا (۱۳۷۷)، **اذن و آثار حقوقی آن**، چاپ اول، قم: انتشارات دفتر تبلیغات اسلامی.
- قره‌گزلو، کوروش (۱۳۸۱)، **صرع و تشنج و مشکلات آن در خانم‌ها**، چاپ اول، تهران: حیان.
- کاتوزیان، ناصر (۱۳۸۵)، **قواعد عمومی قراردادها**، جلد اول، چاپ هفتم، تهران: شرکت سهامی انتشار.
- کلاتری میبدی، محمد (۱۳۸۷)، **اورژانس‌های نورولوژی و نوروسرجری**، چاپ اول، تهران: مجد دانش.

- کوپر، دانیل، **دستنامه درمان‌های طب داخلی واشینگتن ۲۰۰۷**، ترجمه‌ی سپیده ساروخانی، محمد مهدی غیرتیان، و...، چاپ اول، تهران: اندیشه رفیع.
- گرینبرگ، دیوید، **نورولوژی بالینی امینوف ۲۰۰۹**، ترجمه‌ی مجید غفارپور، سیدعلیرضا تولیت، و... (۱۳۸۹)، چاپ اول، تهران: اندیشه رفیع.
- گرینبرگ، دیوید، **نورولوژی بالینی امینوف ۲۰۰۵**، ترجمه‌ی ژاگلین گلدیان و شهروز فرهنگ بیگونند (۱۳۸۵)، چاپ اول، تهران: نسل فردا.
- گرینبرگ، دیوید، **نورولوژی بالینی امینوف ۲۰۰۲**، ترجمه‌ی مازیار سیدیان و خسرو خسروی (۱۳۸۳)، چاپ اول، تهران: تیمورزاده.
- گودرزی، فرامرز؛ و مهرزاد کیانی (۱۳۸۴)، **پزشکی قانونی برای دانشجویان حقوق**، چاپ اول، تهران: سمت.
- گودرزی، فرامرز؛ و مهرزاد کیانی (۱۳۸۰)، **اصول طب قانونی مسمومیت‌ها**، چاپ اول، تهران: نشر روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران.
- معین، محمد (۱۳۸۳)، **فرهنگ معین**، جلد اول، چاپ بیست و یکم، تهران: امیرکبیر.
- منجمی، علیرضا (۱۳۸۷)، **سکته مغزی**، چاپ اول، تهران: آزاد مهر.
- موسوی خمینی، سیدروح‌الله (۱۴۲۵)، **تحریر الوسیله**، ترجمه‌ی علی اسلامی، جلد سوم، چاپ بیست و یکم، قم: دفتر انتشارات اسلامی.
- میلر، رولاند؛ استرلینگ، رابرت، **خلاصه اصول بیهوشی میلر**، ترجمه‌ی فاطمه گودرزی و فاطمه شاهسواری (۱۳۸۷)، چاپ اول، تهران: اندیشه رفیع.
- واکر، ماتیو؛ شورون، سایمون، **راهنمای پزشکی خانواده، صرع**، ترجمه‌ی فرهاد همت-خواه (۱۳۸۱)، چاپ اول، تهران: عصر کتاب.
- وصال، ناصر؛ عبدالرسول، فربود (۱۳۷۵)، **مکانیسم عمل داروهای بیهوشی**، مجله انجمن آنستزیولوژی و مراقبت‌های ویژه، شماره ۲.
- هال، جان ادوارد، **فیزیولوژی پزشکی گایتون_هال**، ترجمه‌ی یاسر قوامی و... (۱۳۹۰)، جلد دوم، چاپ اول، تهران: اشراقیه.

الف) عربی

- اصفهانی (کمپانی)، محمدحسین (۱۴۱۸)، **حاشیه کتاب المکاسب**، جلد دوم، چاپ اول، قم: أنوار الهدی.
- بحرانی، یوسف بن احمد (۱۴۰۵)، **الحدائق الناضرة فی أحكام العترة الطاهرة**، جلد بیست و دوم، چاپ اول، قم: دفتر انتشارات اسلامی.
- حلی، جعفر بن حسن (۱۴۱۸)، **المختصر النافع فی فقه الإمامیه**، جلد اول، چاپ ششم، قم: مؤسسه المطبوعات الدینیّه.
- حلی، محمد بن حسن (۱۳۸۷)، **إيضاح الفوائد فی شرح مشکلات القواعد**، جلد دوم، چاپ اول، قم: مؤسسه اسماعیلیان.
- خوبی، سید ابوالقاسم (۱۴۰۹)، **مبانی العروه الوثقی**، جلد دوم، چاپ اول، قم: منشورات مدرسه دارالعلم - لطفی.
- طباطبایی یزدی، سید محمد کاظم (۱۴۰۹)، **العروه الوثقی**، جلد دوم، چاپ دوم، بیروت: مؤسسه الأعلمی للمطبوعات.
- طوسی، محمد بن حسن (۱۳۸۷)، **المبسوط فی فقه الإمامیه**، جلد دوم، چاپ سوم، تهران: المکتبه المرترضیه لإحياء الآثار الجعفریه.
- عاملی، زین الدین بن علی (۱۴۱۰)، **الروضه البهیة فی شرح اللمعه دمشقیه**، جلد چهارم، چاپ اول، قم: کتابفروشی داوری.
- عاملی، زین الدین بن علی (۱۴۱۳)، **مسالك الأفهام إلى تنقیح شرائع الإسلام**، جلد چهارم، چاپ اول، قم: مؤسسه المعارف الإسلامیه.
- مراغی، میر عبدالفتاح (۱۴۱۷)، **العناوین الفقیهیه**، جلد دوم، چاپ اول، قم: دفتر انتشارات اسلامی.
- موسوی خمینی، سید روح الله (بی تا)، **تحریر الوسیله**، جلد دوم، چاپ اول، قم: مؤسسه مطبوعات دارالعلم.
- نجفی، محمدحسن، **جواهر الکلام فی شرح شرائع الإسلام**، جلد بیست و هفتم، چاپ هفتم، بیروت: دار احیاء التراث العربی.