

## عوامل سکته مغزی نزد مریضان مراجعه کننده در شفاخانه ابوعلی سینای بلخی

پوهندوی داکتر سید امین الله نصرت ۱ و پوهنیار حامد بها ۲

۱ استاد دیپارتمنت روانی عصبی پوهنچی طب پوهنتون بلخ Sanasrat219@gmail.com

۲ استاد دیپارتمنت روانی عصبی پوهنچی طب پوهنتون بلخ Hamid.baha1995@gmail.com

### چکیده

سکته مغزی یکی از معضلات بزرگ بهداشتی، شایعترین و نیز پر عارضه ترین بیماری مغز و اعصاب و سومین علت مرگ در جهان بعد از امراض قلبی می باشد. سکته های مغزی یکی از علل شایع ناتوانی های جسمی و روانی در جوامع می باشد که با مشاهده وضع موجود لزوم مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل خطر در وقوع سکته مغزی به صورت جمع بندی احساس می شود. این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بوده که طی آن تمام دوسیه های مریضان بستری شده در شفاخانه حوزوی ابوعلی سینای بلخی (۱۲۰ دوسیه) که برای آنان تشخیص سکته مغزی بودن، بررسی گردید. پس از انتخاب دوسیه های مورد نظر اطلاعاتی در جهت تکمیل چک لیست تدوین شده از دوسیه های مریضان استخراج گردید. این چک لیست شامل اطلاعاتی مریض مانند: سن، جنس، محل زندگی، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، محل سکونت، درآمد ماهانه، نوع سکته مغزی، سابقه ابتلا به سکته مغزی در گذشته، فشار خون بلند، دیابت شری، استفاده از تنباکو و سابقه ابتلا به امراض قلبی می باشد. پس از حذف دوسیه های که اطلاعات آنها کامل نبود، (۱۱۰ دوسیه) مورد بررسی قرار گرفتند و اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS 28 تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها نشان میدهد که از جمله (۱۰۰) مریض، (۶۰) تن آنها برای اولین بار سکته مغزی را تجربه نمودند و بقیه (۴۰) تن، مجدداً دچار سکته مغزی شدند. (۶۰) تن آنها سکته مغزی ایسکمیک و (۴۰) آنها سکته مغزی هموراژیک بودند. نتایج آزمون فریدمن نشان داد که از میان عوامل به ترتیب بیشترین عامل فشار خون بلند (۶،۷۸)، دیابت (۳،۸۳)، امراض قلبی (۲،۸۱) و استفاده تنباکو (۲،۳۲) بدست آمده است. قابل ذکر است که در رابطه به عوامل خطر سکته مغزی به تفکیک اولین حمله و حمله مجدد نشان داد که فشار بلند خون در اولین حمله بیشترین فریکونسی (۳۵)، و کمترین فریکونسی را استفاده از تنباکو (۵) داشت.

**واژه های کلیدی:** سکته مغزی، امراض قلبی، فشار بلند خون، مصرف تنباکو و تنباکو، هموراژیک و ایسکمیک

## مقدمه

خونریزی مغزی به هر نوع ناهنجاری مغز ناشی از یک فرایند پتالوژیک در شرائین اطلاق می‌گردد. تغییر پتالوژیک در خونریزی به صورت انسداد بر اثر آمبولی یا ترمبوز یا پارگی صورت می‌گیرد (Perera. Etal, 2022: 456). تغییرات حاصل در مغز شامل دو نوع ایسکمیک و خونریزی است. انواع نادرتر امراض مغز آنهاهی هستند که به علت تغییر نفوذ پذیری دیواره رگها یا افزایش چسبندگی یا سایر تغییرات خون پدید می‌آیند (رازازیان و همایونفر، ۱۳۸۱: ۲).

سازمان صحتی جهان سکتة مغزی را چنین تعریف نموده است: پیشرفت سریع نشانه‌های کلینیکی اختلال فوکال (یا منتشر) در عملکرد مغزی، همراه با علایمی که ۲۴ ساعت یا بیشتر طول می‌کشد یا منجر به مرگ می‌شود که علت آشکار دیگری جز منشاء خونریزی ندارد (مظاهری و همکاران، ۱۳۹۴: ۳۳۲). سکتة مغزی یکی از دلایل عمده مرگ در جهان است. بررسی‌ها نشان داده است که در سال ۲۰۳۰ سکتة مغزی به عنوان دومین علت مرگ در سراسر جهان شناخته خواهد شد و در کشورهای در حال توسعه و با درآمد اقتصادی پایین شیب تندتری خواهد داشت. سکتة مغزی در جاپان و ایالات متحده به ترتیب دومین و سومین علت مرگ و میر است (Tu.etal, 2023: 30). در شرایط کنونی عوامل خطر متعددی به خوبی برای سکتة مغزی شناخته شده‌اند. برای سکتة‌های مغزی ایسکمیک این عوامل به عنوان عامل خطر شناخته شده‌اند: سن، فشار خون بلند، دیابت و ... فشار خون بلند و تداوی‌های ضد انعقاد خوراکی عوامل خطر هستند که بیشترین ارتباط با خونریزی سباب آراکتوئید شناخته شده‌اند (Ohya, 2022:2).

شناسایی ریسک فاکتورهای سکتة‌های مغزی یکی از مهمترین جنبه‌های اپیدمیولوژیک جلوگیری از سکتة مغزی است و باعث کاهش قابل ملاحظه‌ای در وقوع آن در کشورهای پیشرفته و افزایش امید به زندگی شده است (Yi.etal, 2022: 722). علیرغم این پیشرفت‌ها، در حال حاضر سکتة‌های مغزی در خاورمیانه و افریقای شمالی در حال افزایش و تبدیل شدن به یک مشکل عمده صحتی می‌باشد (آهنگر و همکاران، ۱۳۹۲: ۹۵). در تغییر در میزان مرگ و میر ناشی از سکتة مغزی را می‌توان عوامل خطر مختلفی مورد بحث و بررسی قرار داد، به طوری که در بسیاری از کشورها با اجرای برنامه‌های متنوعی در زمینه افزایش دانش و آگاهی در مورد امراض، کنترل فشار خون و ارائه الگوی مناسب سبک زندگی، میزان مرگ و میر ناشی از سکتة مغزی کاهش یافته است (مکاری، ۱۳۸۲: ۸). به عنوان بخشی از تلاشهای جهانی برای بهبود کیفیت مراقبت در زمینه سکتة مغزی، داکتران و متخصصان نظام صحتی به دنبال گنجاندن ارزیابی شدت سکتة مغزی حاد به عنوان عامل پیشگویی کننده مرگ و میر داخل شفاخانه‌ها ناشی از این عارضه هستند (Kimura.etal, 2022:1540). معیار سازمان جهانی برای ارزیابی شدت سکتة مغزی، پرکاربردترین معیار اندازه‌گیری نقایص عصبی در علم نیورولوژیکی نوین است که بیش از ۵۰۰ هزار متخصص در زمینه علوم اعصاب، ارزش کاربردی آن را تأیید کرده‌اند (حسینی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۹: ۷۵). براساس گزارش سازمان جهانی صحت مرگ و میر ناشی از سکتة را در افغانستان به ۱۹۰۶۰ نفر یا ۸٫۲۳٪ از کل مرگ و میر رسیده است. افغانستان در رتبه ۲۵ جهان قرار دارد.<sup>۱</sup>

عوامل خطر ساز سکتة‌های مغزی شامل: سن، فشار بلند خون، دیابت، اختلالات لیپوپروتئینی، امراض قلبی، مصرف تنباکو و الکول هستند و در این میان فشار بلند خون مشخص‌ترین عامل خطر ساز است (رازازیان و همایونفر، ۱۳۸۱: ۲).

## پیشینه تحقیق

عزتی و همکاران (۱۳۸۶) تحقیقی را تحت عنوان بررسی کیفیت زندگی مریضان مبتلا به سکتة مغزی مراجعه کننده به یکی از شفاخانه‌های مرتبته به دانشکده علوم پزشکی قلم پرداختند. در این تحقیق تعداد (۷۰) مریض مبتلا به سکتة مغزی در محدوده سنی ۴۰ الی ۹۰ سال که به شفاخانه مراجعه نمودند را تشکیل میدهد. روش جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش، شامل بررسی مشخصات دموگرافیک مددجویان و سنجش ابعاد کیفیت زندگی بود. یافته‌ها نشان داد که

1. <sup>1</sup> <https://www.worldlifeexpectancy.com/country-health-profile/afghanistan>

اکثریت نمونه‌ها وضعیت جسمانی خود را در حد متوسط، وضعیت روحی - روانی خود را در حد متوسط و وضعیت اجتماعی - اقتصادی خود را در حد ضعیف بیان داشتند (عزتی و همکاران، ۱۳۸۶: ۳۳).

آهنگر و همکاران در سال ۱۳۹۲ تحقیقی را تحت عنوان عوامل خطر در بروز سکته‌های مغزی در افراد ۱۵-۴۵ ساله بستری در شفاخانه آیت الله روحانی بابل طی سالهای ۱۳۸۸ الی ۱۳۹۰ انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که اوسط سن مریضان ۳۸ سال بود که ۳۴ نفر مرد و بقیه زن بودند. شایع‌ترین نوع سکته، ایسکمیک (۶۱ مورد) (۹۳٫۸٪) بود که بیشترین آنها از نوع آمبولیک ۳۸ نفر (۵۸٫۵٪) بودند و سکته‌های هموراژیک ۶٫۲٪ و ۱۰٫۸٪ کل موارد هم از نوع Transient Ischemic Attack بودند. در بین ریسک فاکتورها، هیپرتانسیون در ۲۳ مورد، امراض قلبی در ۲۰ مورد شامل امراض ایسکمیک قلبی ۷ مریض و باز بودن سوراخ بیضی و تنگی دریچه میترال هر کدام ۶ مریض و بقیه شامل علل متفرقه قلبی بودند. استفاده از مواد الکول در ۱۸ مورد، هایپرلیپیدمی در ۱۵ مورد، دیابت در ۱۲ مریض، اختلالات خونی در ۱۲ مورد که حالت افزایش انعقاد پذیری در ۶ مورد آنها بوده است، علل متفرقه در ۱۳٫۸٪ موارد و در ۷٫۷٪ موارد ریسک فاکتور خاصی پیدا نشد (آهنگر و همکاران، ۱۳۹۲: ۹۵).

مظاهری و همکاران (۱۳۹۴) در تحقیقی تحت عنوان بررسی اپیدمیولوژیک عوامل خطر اصلی سکته‌های مغزی در مریضان مراجعه کننده به شفاخانه فرشچیان همدان انجام داد. این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بود که طی آن تمام دوسیه‌های مریضان شهر همدان که مجموعاً ۱۱۰۰ دوسیه می‌شد، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که زنان در سنین بالاتری نسبت به مردان به سکته مغزی مبتلا می‌شوند و سن بیشترین فریکونسی سکته مغزی حدوداً یک دهه پایین‌تر است. از بین عوامل خطر شایع، امراض قلبی در جمعیت شهری بالاتر است و شیوع فشار خون بلند در انواع هموراژیک بیش از ایسکمیک است. همچنین فشار خون بلند، داشتن سابقه خانوادگی سکته مغزی و امراض قلبی در مریضان با حمله مجدد بیشتر می‌باشد (مظاهری و همکاران، ۱۳۹۴: ۳۳۵).

جمالی و همکاران در سال ۱۳۹۶ تحقیقی را تحت عنوان بررسی سطح سرمی هموسیستئین در مریضان مبتلا به سکته مغزی ایسکمیک در ایران انجام دادند. در این مطالعه توصیفی - تحلیلی، تعداد (۱۰۰) مریض مبتلا به سکته مغزی ایسکمیک که به لابراتوارهای سطح ولایت تبریز مراجعه نموده بودن صورت گرفت. اطلاعات مریضان قبیل اطلاعات هیپرتانسیون، هایپرلیپیدمی، دیابت ملیتوس، حوادث قلبی - خونریزی، سکته قلبی و مصرف تنباکو به همراه نتایج لابراتواری سنجش هموسیستئین نمونه خوبی در فورم اطلاعاتی ثبت شد. براساس نتایج حاصله، اوسط سنی مریضان در محدوده سنی ۶۱ سال، بود. ۶۱٪ از مریضان سکته مغزی را قبلاً تجزیه نکرده بودند. ارتباط مستقیم و معنی داری بین ریسک فاکتورهای شرائین مغزیز با سطح سرمی هموسیستئین مشاهده نشد (جمالی و همکاران، ۱۳۹۶: ۷۶۸).

نوتاکی و همکاران در سال ۲۰۲۱ در تحقیقی تحت عنوان بررسی عوامل خطر و پیامدهای مریضان بستری سکته مغزی در شفاخانه درلوزاکا زامبیا انجام دادند. تحقیق آنها یک تحقیق آینده نگر بوده و بالای بزرگسالان متوالی مبتلا به سکته مغزی از اکتوبر ۲۰۱۸ تا مارچ ۲۰۱۹ انجام شده است. سکته‌های مغزی بر اساس نتایج سی تی اسکن به عنوان ایسکمیک یا هموراژیک طبقه بندی شدند. یافته‌ها نشان داد که بزرگسالان مبتلا به سکته مغزی ۴۳٪ از کل مریضان را تشکیل میدادند. فشار خون بالا در ۸۰٪ از سکته‌های مغزی وجود داشت و به طور معنی داری با سکته هموراژیک همراه بود. HIV در ۱۸٪ سکته مغزی وجود داشت و تفاوت معنی داری بر اساس نوع سکته مغزی نداشت (نوتاکی و همکاران، ۲۰۲۱).

### جدول (۱) موارد شایع مرگ و میر و DALY ناشی از سکته مغزی طی سالهای ۱۹۹۰ الی ۲۰۱۴ در کشورهای

#### منتخب

	Prevalence (95% UI)			Deaths (95% UI)			DALYs (95% UI)		
	counts (2019)	ASRs (2019)	Pcs in ASRs 1990-2019	Counts (2019)	ASRs (2019)	Pcs in ASRs 1990-2019	Counts (2019)	ASRs (2019)	Pcs in ASRs 1990-2019
Global	101,474,558 (93,211,910, 110,526,302)	1240.3 (1139.7, 1353)	- 6.1 (- 7.2, - 5)	6,552,725 (5,995,200, 7,015,139)	84.2 (76.8, 90.2)	- 36.4 (- 41.6, - 31.2)	143,232,184 (133,095,809, 153,241,824)	1768.1 (1640.6, 1889.4)	- 35.2 (- 40.5, - 30.5)

<i>North Africa and Middle East</i>	7,323,421 (6,794,727, 7,863,138)	1537.5 (1421.9, 1659.9)	- 0.5 (- 2.3, 1.1)	312,220 (278,450, 349,726)	87.7 (78.2, 97.6)	- 27.8 (- 35.4, - 16)	7,946,004 (7,060,209, 8,870,766)	1826.2 (1635.3, 2026.2)	- 32 (- 39.1, - 23.3)
<i>Afghanistan</i>	281,177 (260,881, 302,740)	1657.6 (1533.4, 1779.5)	3.8 (- 1.2, 8)	16,816 (11,747, 21,934)	161.5 (110.3, 208.5)	- 18.7 (- 36.1, - 1.6)	507,837 (375,947, 659,772)	3498.2 (2508.8, 4500.4)	- 21.8 (- 39.4, - 3.6)
<i>Egypt</i>	1,269,834 (1,170,811, 1,374,639)	1806.1 (1658.1, 1974.5)	18.5 (12.9, 23.9)	45,767 (33,557, 63,157)	85.7 (63.1, 118.9)	- 22.6 (- 42.6, 1.6)	1,493,970 (1,146,402, 1,946,512)	2138 (1636.8, 2809.8)	- 35.5 (- 50, - 17)
<i>Iran (Islamic Republic of)</i>	963,512 (859,232, 1,079,662)	1253.8 (1113.5, 1418.4)	- 13.3 (- 15.9, - 10.7)	40,912 (36,741, 43,849)	66.2 (58.7, 71.3)	- 45.1 (- 50.6, - 35.4)	884,768 (812,248, 943,655)	1262.2 (1153.5, 1346.3)	- 45.7 (- 51, - 38.3)
<i>Iraq</i>	520,023 (483,072, 557,268)	1968.8 (1823.4, 2122.1)	- 9.6 (- 13.3, - 5.4)	26,256 (21,422, 31,075)	143.3 (119.2, 166.1)	- 13.7 (- 30.2, 4.5)	682,943 (548,026, 826,273)	2922.9 (2399, 3459.1)	- 19.4 (- 35.5, - 0.8)

(Jaberinezhad, et al. 2022)

### روش تحقیق

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بوده که طی آن تمام دوسیه‌های مریضان بستری شده در شفاخانه حوزوی ابوعلی سینای بلخی (۱۲۰ دوسیه) که برای آنان تشخیص سکنه مغزی شده بود، بررسی گردید. پس از انتخاب دوسیه‌های مورد نظر اطلاعاتی در جهت تکمیل چک لیست تدوین شده از دوسیه‌های مریضان استخراج گردید. این چک لیست شامل اطلاعاتی مریض مانند: سن، جنس، محل زندگی، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، محل سکونت، درآمد ماهانه، نوع سکنه مغزی، سابقه ابتلا به سکنه مغزی در گذشته، فشار خون بلند، دیابت شری، استفاده از تنباکو و سابقه ابتلا به امراض قلبی می باشد. پس از حذف دوسیه‌های که اطلاعات آنها کامل نبود، (۱۱۰ دوسیه) مورد بررسی قرار گرفتند و اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS 28 تجزیه و تحلیل شدند.

### یافته‌ها

جدول (۱) آمار توصیفی مریضان مبتلا به سکنه مغزی

متغیرها	فریکونسی	فیصدی
سن	۳۰-۴۰	۳۰٪
	۴۰-۵۰	۵۰٪
	بزرگتر از ۵۰ سال	۲۰٪
جنسیت	مرد	۵۸٪
	زن	۴۲٪
وضعیت تأهل	مجرد	۱۰٪
	نامزاد	۱۵٪
	متاهل	۷۵٪
تحصیلات	بی سواد	۳۵٪
	با سواد	۶۵٪
درآمد ماهانه	۲۰۰۰-۵۰۰۰	۲۸٪
	۵۰۰۰-۱۰۰۰۰	۳۲٪
	بیشتر از ۱۰,۰۰۰	۴۰٪
محل زندگی	بیرون شهر	۴۸٪
	داخل شهر	۵۲٪

جدول (۱) آمار توصیفی مریضان مبتلا به سکته مغزی را نشان میدهد. یافته‌ها نشان میدهد که از جمله (۱۰۰) مریض، سن (۳۰) تن آنها بین سنین ۳۰ الی ۴۰ سال، (۵۰) تن آنها بین ۴۰ الی ۵۰ سال و (۲۰) تن آنها بزرگتر از ۵۰ سال می‌باشد. یافته‌ها نشان داد که از جمله پاسخ دهندگان (۵۸) تن مرد و ۴۲ تن زن بوده از جمله (۱۰) تن مجرد و (۷۵) تن متاهل می‌باشد. یافته‌ها نشان داد که (۳۵) تن بی سواد و (۶۵) تن باسواد هستند. از جمله مریضان (۴۸) تن در بیرون شهر و (۵۲) تن در داخل شهر زندگی می‌نمودند. درآمد ماهانه (۲۸) تن آنها میان ۲ الی ۵ هزار افغانی، (۳۲) تن آنها ۵ الی ۱۰ هزار افغانی و (۴۰) تن آنها بیشتر از ده هزار افغانی درآمد داشتند.

جدول (۲) سابقه ابتلا به سکته مغزی در گذشته

متغیر	فریکونسی	فیصدی
بار اول	۶۰	۶۰٪
مجدد	۴۰	۴۰٪

جدول (۲) در رابطه به سابقه ابتلا به سکته مغزی در گذشته را نشان میدهد. یافته‌ها نشان میدهد که از جمله (۱۰۰) مریض، (۶۰) تن آنها برای اولین بار سکته مغزی را تجربه نمودند و بقیه (۴۰) تن، مجدداً دچار سکته مغزی شدند.

جدول (۳) نوع سکته مغزی

سکته مغزی	ایسکمیک	۶۰	۶۰٪
	هموراژیک	۴۰	۴۰٪
		۱۰۰	۱۰۰٪

جدول (۳) نوع سکته مغزی را نزد مریضان مراجعه کننده نشان میدهد. یافته‌ها نشان میدهد که از جمله (۱۰۰) مریض، (۶۰) تن آنها سکته مغزی ایسکمیک و (۴۰) آنها سکته مغزی هموراژیک نمودند.

جدول (۴) عوامل سکته مغزی نزد مریضان مراجعه کننده

عوامل	اوسط
فشار بلند خون	۶,۷۵
دیابت	۳,۸۳
استفاده تنباکو	۲,۳۲
امراض قلبی	۲,۸۱

جدول (۴) عوامل سکته مغزی نزد مریضان مراجعه کننده در شفاخانه حوزوی ابوعلی سینای بلخی را نشان میدهد. یافته‌ها نشان میدهد که از میان عوامل به ترتیب بیشترین عامل فشار خون بلند (۶,۷۵)، دیابت (۳,۸۳)، امراض قلبی (۲,۸۱) و استفاده تنباکو (۲,۳۲) بدست آمده است.

جدول (۵) میزان عوامل خطر به سکته مغزی به تفکیک اولین حمله و حمله مجدد

عوامل	اولین حمله تعداد (فیصدی)	حمله مجدد تعداد (فیصدی)	سطح معنی داری یا P-Value
فشار بلند خون	۳۵ (۵۸,۴)	۲۷ (۶۷,۵)	۰,۰۰۱
دیابت	۱۰ (۱۶,۶)	۳ (۷,۵)	۰,۰۰۰
استفاده از تنباکو	۵ (۸,۳)	۴ (۱۰)	۰,۰۰۱
امراض قلبی	۱۰ (۱۶,۶)	۶ (۱۵)	۰,۰۰۲

جدول (۵) میزان عوامل خطر به سکنه مغزی را به تفکیک اولین حمله و حمله مجدد نشان میدهد. یافته‌ها نشان داد که فشار بلند خون در اولین حمله بیشترین فریکونسی (۳۵)، و کمترین فریکونسی را استفاده از سگرت و تنباکو (۵) داشت.

### نتیجه گیری

شناسایی ریسک فاکتورهای سکنه‌های مغزی یکی از مهمترین جنبه‌های اپیدمیولوژیک جلوگیری از سکنه مغزی است و باعث کاهش قابل ملاحظه‌ای در وقوع آن در کشورهای پیشرفته و افزایش امید به زندگی شده است. علیرغم این پیشرفت‌ها، در حال حاضر سکنه‌های مغزی در خاورمیانه و افریقای شمالی در حال افزایش و تبدیل شدن به یک مشکل عمده صحت می باشد (آهنگر و همکاران، ۱۳۹۲: ۹۵). در تغییر در میزان مرگ و میر ناشی از سکنه مغزی را می توان عوامل خطر مختلفی مورد بحث و بررسی قرار داد، به طوری که در بسیاری از کشورها با اجرای برنامه‌های متنوعی در زمینه افزایش دانش و آگاهی در مورد امراض، کنترل فشار خون و ارائه الگوی مناسب سبک زندگی، میزان مرگ و میر ناشی از سکنه مغزی کاهش یافته است. این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بوده که طی آن تمام دوسیه‌های مریضان بستری شده در شفاخانه حوزوی ابوعلی سینای بلخی (۱۲۰ دوسیه) که برای آنان تشخیص سکنه مغزی شده بود، بررسی گردید. پس از انتخاب دوسیه‌های مورد نظر اطلاعاتی در جهت تکمیل چک لیست تدوین شده از دوسیه‌های مریضان استخراج گردید. این چک لیست شامل اطلاعاتی مریض مانند: سن، جنس، محل زندگی، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، محل سکونت، درآمد ماهانه، نوع سکنه مغزی، سابقه ابتلا به سکنه مغزی در گذشته، فشار خون بلند، دیابت شری، استفاده از تنباکو و سابقه ابتلا به امراض قلبی می باشد. پس از حذف دوسیه‌های که اطلاعات آنها کامل نبود، (۱۱۰ دوسیه) مورد بررسی قرار گرفتند و اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS 28 تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان میدهد که از جمله (۱۰۰) مریض، (۶۰) تن آنها برای اولین بار سکنه مغزی را تجربه نمودند و بقیه (۴۰) تن، مجدداً دچار سکنه مغزی شدند. (۶۰) تن آنها سکنه مغزی ایسکمیک و (۴۰) آنها سکنه مغزی هموراژیک نمودند. نتایج آزمون فریدمن نشان داد که از میان عوامل به ترتیب بیشترین عامل فشار خون بلند (۶،۷۸)، دیابت (۳،۸۳)، امراض قلبی (۲،۸۱) و استفاده تنباکو (۲،۳۲) بدست آمده است. قابل ذکر است که در رابطه به عوامل خطر سکنه مغزی به تفکیک اولین حمله و حمله مجدد نشان داد که فشار بلند خون در اولین حمله بیشترین فریکونسی (۳۵)، و کمترین فریکونسی را استفاده از تنباکو (۵) داشت

### منابع

۱. آهنگر، علیجان احمدی؛ خفری، ثریا؛ مصطفی‌زاده پور، مصطفی؛ اکبریان، مصطفی و متولی، میلاد. (۱۳۹۲). عوامل خطر در بروز سکنه‌های مغزی در افراد ۱۵ الی ۴۵ ساله بیشتری در بیمارستان آیت الله روحانی بابل، ۱۳۸۸-۱۳۹۰، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره پانزدهم، شماره ششم، صص ۹۵-۱۰۳.
۲. جمالی، سجاد؛ جمالی، بهزاد و یعقوبی، هاشم. (۱۳۹۶). بررسی سطح سرمی هموسیستئین در بیماران مبتلا به سکنه مغزی ایسکمیک، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، سال شصت‌ام، شماره ششم، صص ۷۶۷-۷۷۸.
۳. حسینی‌نژاد، مظفر؛ مؤدبی، یاسر؛ محسنی، نسترن؛ سعادت، سجاد؛ کاظم‌نژاد لیلی، احسان و نصیری، پریا. (۱۳۹۹). بررسی عوامل اجتماعی اقتصادی همراه با مرگ ناشی از سکنه مغزی شدید (ایسکمیک و هموراژیک)، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و نهم، شماره سوم، صص ۷۵-۸۴.
۴. رزازیان، نازنین و همایونفر، حسن. (۱۳۸۱). بررسی موارد سکنه‌های مغزی منجر به فوت در مریضان فارابی کرمانشا، فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال ششم، شماره چهارم، صص ۳۸-۴۶.
۵. عزتی، ژاله؛ رهجردی، حسین کریمی؛ نیکروان مفرد، ملاحظ؛ حمیدعلوی. (۱۳۸۶). بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکنه مغزی مراجعه کننده به یکی از بیمارستان های واسطه به دانشکده علوم پزشکی استان قم، نشریه دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، شماره ۵۹، صص ۳۳-۳۷.

۶. مظاهری، شهیر؛ بهشتی، فرزاد؛ حسین‌زاده، اکرم؛ مزده، مهرداد. (۱۳۹۴). بررسی اپیدمیولوژیک عوامل خطر اصلی سکته‌های مغزی در مریضان مراجعه کننده به بیمارستان فرشچیان همدان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، دوره بیست و دوم، شماره چهارم، صص ۳۳۱ - ۳۳۷.
۷. مکاری، نوشین، ابوالفضل، رویا، طاهایی، سیدعلی اکبر، احمدی، مهناز، و جلابی، شهره. (۱۳۸۲). بررسی میزان امتیاز آزمون جملات رقابتی در بیماران مبتلا به سکته مغزی ۷۰-۵۰ ساله. (شنوایی شناسی) auditory and vestibular research, ۱۲(20-21), ۳-۱۰.
8. Jaberinezhad, M., Farhoudi, M., Nejadghaderi, S. A., Alizadeh, M., Sullman, M. J. M., Carson-Chahhoud, K., Collins, G. S., & Safiri, S. (2022). The burden of stroke and its attributable risk factors in the Middle East and North Africa region, 1990-2019. *Scientific reports*, 12(1), 2700. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-06418-x>
9. Kimura, S., Toyoda, K., Yoshimura, S., Minematsu, K., Yasaka, M., Paciaroni, M., Werring, D. J., Yamagami, H., Nagao, T., Yoshimura, S., Polymeris, A., Zietz, A., Engelter, S. T., Kallmünzer, B., Cappellari, M., Chiba, T., Yoshimoto, T., Shiozawa, M., Kitazono, T., Koga, M., ... SAMURAI, RELAXED, RAF, RAF-NOAC, CROMIS-2, NOACISP LONGTERM, Erlangen Registry and Verona Registry Investigators (2022). Practical "1-2-3-4-Day" Rule for Starting Direct Oral Anticoagulants After Ischemic Stroke With Atrial Fibrillation: Combined Hospital-Based Cohort Study. *Stroke*, 53(5), 1540-1549. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.036695> .
10. Nutakki, A., Chomba, M., Chishimba, L., Zimba, S., Gottesman, R. F., Bahouth, M. N., & Saylor, D. (2021). Risk factors and outcomes of hospitalized stroke patients in Lusaka, Zambia. *Journal of the neurological sciences*, 424, 117404. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2021.117404>.
11. Ohya, Y., Matsuo, R., Sato, N., Irie, F., Nakamura, K., Wakisaka, Y., Ago, T., Kamouchi, M., Kitazono, T., & Investigators for Fukuoka Stroke Registry (2022). Causes of ischemic stroke in young adults versus non-young adults: A multicenter hospital-based observational study. *PloS one*, 17(7), e0268481. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268481>
12. Perera, K. S., de Sa Boasquevisque, D., Rao-Melacini, P., Taylor, A., Cheng, A., Hankey, G. J., Lee, S., Fabregas, J. M., Ameriso, S. F., Field, T. S., Arauz, A., Coutts, S. B., Arnold, M., Mikulik, R., Toni, D., Mandzia, J., Veltkamp, R. C., Meseguer, E., Haeusler, K. G., Hart, R. G., ... Young ESUS Investigators (2022). Evaluating Rates of Recurrent Ischemic Stroke Among Young Adults With Embolic Stroke of Undetermined Source: The Young ESUS Longitudinal Cohort Study. *JAMA neurology*, 79(5), 450-458. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.0048>
13. Tu, W. J., Wang, L. D., & Special Writing Group of China Stroke Surveillance Report (2023). China stroke surveillance report 2021. *Military Medical Research*, 10(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s40779-023-00463-x>.
14. Yi, J., Lu, J., Yang, A., & Marsh, E. B. (2022). In-hospital predictors of post-stroke depression for targeted initiation of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs). *BMC psychiatry*, 22(1), 722. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04378-0>.
15. <https://www.worldlifeexpectancy.com/country-health-profile/afghanistan>