Archive of SID

مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲۷، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۸: ۲۲۵-۲۱۹

● **مقاله تحقیقی** کد مقاله: ۰۲۲

بررسی روند بروز خودکشی و عوامل مؤثر بر آن در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه (طی سال‌های ۱۳۷۹– ۱۳۸۵)

نسرین برخوردار ۱
دکتر کتایون جهانگیری ۲*
ناهید برخوردار ۳

۱. کارشناس بهداشت روان
۲. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
۳. کارشناس طرح و گسترش مرکز بهداشت استان کرمانشاه

* **نشانی نویسنده مسؤول:** تهران، خیابان انقلاب، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید نظری، پلاک ۵۱، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاه صندوق‌پستی ۱۳۱۴۵-۱۷۵۶

تلفن: ۶۶۹۵۱۸۷۷-۸

نشانی الکترونیکی:
kjahangiri@ihsr.ac.ir

چکیده

زمینه: خودکشی یکی از معضلات مهم در بخش سلامت به شمار می‌آید. در این پژوهش تلاش شد تا روش‌های مورد استفاده در خودکشی و پیامد حاصله نیز مورد تحلیل قرار گیرد.

روش کار: این پژوهش با روش توصیفی مقطعی و به صورت گذشته‌نگر و در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه انجام شد و اطلاعات مورد نظر در طی ۷ سال (۱۳۷۹– ۱۳۸۵) جمع‌آوری و مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: این مطالعه نشان داد که در ۷ سال مورد بررسی، تعداد موارد خودکشی ۲۳۹ مورد و میزان بروز به طور متوسط ۲۲ نفر به ازای هر صد هزار نفر بوده است. از این ۲۳۹ نفر ۶۸/۶٪ را زنان و ۳۱/۴٪ را مردان تشکیل می‌داده‌اند. بیشترین گروه شغلی در زنان، خانم‌های خانه‌دار (۹۸/۲٪) و در مردان، شاغلین حرف کشاورزی و دامداری (۴۱/۳٪) بوده است. در هر دو جنس، گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال (۴۵/۲٪) بیشترین رده سنی بود که اقدام به خودکشی نموده بودند. الگوی فصلی در خودکشی زنان و مردان از هم متفاوت بود به طوری که در زنان بیشترین موارد خودکشی در بهار(۳۳/۵٪) و در مردان در فصل پاییز (۳۳/۳٪) روی داده بود. از نظر روش مورد استفاده برای خودکشی در زنان روش غالب، خودسوزی (۶۵/۸٪) و در مردان مسمومیت و به دارآویختن خود (هر یک با ۲۹/۳٪) تعیین گردید. از نظر پیامد خودکشی ۸۹/۱٪ موارد منجر به مرگ، ۸/۸٪ موارد بهبود یافته، ۱/۳٪ موارد منجر به معلولیت شد. به این ترتیب ۸۷/۸٪ زنان و ۹۲/۵٪ مردان شناسایی شده خودکشی موفق داشته‌اند.

نتیجه‌گیری: بررسی روند خودکشی در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه نشان داده است که از سال ۷۹ تا سال ۸۵ یک سیر نزولی بر روند خودکشی حاکم بوده است که اجرای برنامه‌ها و مداخلات بهداشت روان توسط مرکز بهداشت شهرستان می‌تواند از عوامل دخیل در این امر باشد. بالا بودن میزان بروز خودکشی در روستاهای شهرستان کرمانشاه نسبت به نرخ کشوری خودکشی زنگ خطری برای مسؤولین محلی و کشوری است.

واژگان کلیدی: خودکشی، کرمانشاه، مناطق روستایی، عوامل مؤثر

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۷/۳۰ تاریخ اصلاح نهایی: ۸۸/۸/۳۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۲/۳۱

www.SID.ir

Archive of SID

مقدمه

خودکشی یکی از معضلات مهم بخش سلامت به شمار می‌آید. سازمان بهداشت جهانی خودکشی را اقدامی آگاهانه و ارادی تعریف کرده است که در طی آن فرد با انجام اقداماتی مرگبار به دست خویش زندگیش را پایان می‌بخشد [۱].

آمار منتشره از سوی این سازمان نشانگر آن است که شیوع خودکشی در جهان ۱۶ نفر به ازای هر صدهزار نفر است. سالانه حدود یک میلیون انسان دست به خودکشی می‌زنند و به طور متوسط در هر ۴۰ ثانیه یک نفر اقدام به خودکشی می‌کند. پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ این تعداد به ۱/۵ میلیون نفر در سال برسد. پژوهش‌ها نشان داده است که اقدام به خودکشی طی ۵۰ سال گذشته به میزان ۶۰ ٪ افزایش داشته است که بیشترین آمار در مورد اقدام به خودکشی به کشورهای ژاپن، آمریکا و شرق اروپا تعلق دارد [۲].

سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است در هر سال بیش از یک میلیون نفر از افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند می‌میرند و این بدان معناست که به طور متوسط در هر دقیقه ۴/۱ نفر در جهان بر اثر خودکشی از دنیا می‌روند. به دلیل سیر فزاینده آمار خودکشی در سال‌های آغازین هزاره سوم، در سال ۲۰۰۳ به پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی و انجمن بین‌المللی پیشگیری از خودکشی، روز ۱۰ سپتامبر، به عنوان «روز جهانی پیشگیری از خودکشی» نامگذاری شده است [۳].

نرخ رسمی خودکشی در بین کشورهای جهان به طور آشکاری متغیر است. این میزان از ۱ در صدهزار نفر تا ۴۵ درصد هزار نفر در نوسان بوده است [۴]. ایران پس از چین و هندوستان سومین کشور جهان است که در آن آمار خودکشی موفق زنان افزایش یافته و در حال پیشی گرفتن از آمار خودکشی مردان است [۵].

آمار اقدام به خودکشی در ایران سالانه ۶ نفر به ازای هر صدهزار نفر می‌باشد. میزان بروز خودکشی منجر به مرگ در سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ در کشور به ترتیب ۶/۲ و ۶/۴ در صد هزار نفر گزارش شده است. در سال ۱۳۸۰ میزان خودکشی منجر به مرگ در مردان ۷/۶ و در زنان ۵/۱ در صدهزار نفر بوده است ولی اقدام به خودکشی در زنان شایع‌تر از مردان گزارش شده است [۶].

بر اساس آخرین اطلاعات بدست آمده از نظام ثبت مرگ، در کشور روزانه ۱۱ نفر به علت خودکشی فوت می‌کنند که ۴ نفر از آن‌ها با روش خودسوزی به زندگی خود خاتمه می‌دهند [۷].

استان کرمانشاه در زمره استان‌هایی است که با سیر فزاینده خودکشی مواجه بوده است. این استان در سال ۱۳۸۵، ۱۱٪ کل موارد خودکشی ثبت شده در کل کشور را به خود اختصاص داده است و پس از استان‌های تهران و اردبیل رتبه سوم خودکشی را به خود اختصاص داده است [۸]. بدین منظور پژوهش حاضر با هدف تعیین بروز خودکشی و عوامل مؤثر بر آن در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه و بر حسب متغیرهایی همچون جنس، گروه سنی، شغل، ارتباط خودکشی با فصول سال و روش مورد استفاده و پیامد خودکشی انجام شد تا توجه مسؤولین ملی و محلی به این امر معطوف شده و در نهایت به اخذ تصمیمات لازم برای انجام مداخلات ضروری برای رفع این مشکل در شهرستان کرمانشاه منجر گردد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت توصیفی مقطعی cross-sectional و به صورت گذشته‌نگر انجام شده است. محیط پژوهش مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه می‌باشد که ۷۱۲ روستا را در بر می‌گیرد. این روستاها در مجموع دارای ۱۶ مرکز بهداشتی درمانی روستایی است که تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان کرمانشاه فعالیت می‌کنند. در مطالعه حاضر که به منظور جمع‌آوری اطلاعات مربوط به کلیه موارد اقدام به خودکشی و موارد منجر به مرگ ناشی از آن طی سال‌های ۱۳۷۹ لغایت ۱۳۸۵ و تعیین عوامل مؤثر بر آن انجام شده تلاش بر آن بوده است که ضمن تعیین بروز سالانه خودکشی، روند (trend) رخداد خودکشی در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه مورد بررسی و تحلیل قرار گیرد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها فرمی بود که توسط محققین طراحی شد و در آن اطلاعات مربوط به موارد خودکشی به تفکیک گروه‌های سنی، جنسی، شغلی، فصل وقوع خودکشی، روش مورد استفاده و پیامد خودکشی ثبت می‌گردید. به منظور آموزش شیوه تکمیل فرم، کارگاه‌های آموزشی تعریف و برگزار شد. سپس این فرم‌ها در اختیار بهورزان، کاردانان و کارشناسان پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها قرار گرفت تا کار جمع‌آوری اطلاعات از طریق خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان کرمانشاه انجام گیرد. به این ترتیب در پایان هر ماه، پس از انجام مورد‌یابی فعال (active) فرم‌های تکمیل شده به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌شد. به

www.SID.ir

Archive of SID

منظور تکمیل اطلاعات مورد نیاز، انجام مصاحبه و بررسی‌های محلی نیز بر حسب ضرورت به کار گرفته شد.

یافته‌ها

در این ۷ سال میزان کل موارد خودکشی ۲۳۹ نفر بود که ۱۶۴ نفر (۶۸/۶٪) آن را زنان و ۷۵ نفر (۳۱/۴٪) را مردان تشکیل می‌دادند. از نظر گروه شغلی ۱۶۱ نفر خانه‌دار، ۱۰ نفر دانش‌آموز، ۳۱ نفر کشاورز و دامدار، ۱۹ نفر بیکار، ۷ نفر کارگر، ۵ نفر راننده و بقیه در گروه سایر موارد (نظامی، آزاد) طبقه‌بندی شدند. در جدول شماره ۱ خصوصیات دموگرافیک گروه شناسایی شده نشان داده شده است.

از نظر الگوی فصلی ۷۲ نفر (۳۰/۱٪) در فصل بهار، ۶۵ نفر (۲۷/۲٪) در تابستان، ۵۴ نفر (۲۲/۶٪) در فصل پاییز و ۴۸ نفر (۲۰/۱٪) در فصل زمستان اقدام به خودکشی نموده بودند.

در کل روش مورد استفاده برای خودکشی، خودسوزی ۱۱۸ مورد (۴۹/۴٪)، مسمومیت ۵۳ مورد (۲۲/۲٪)، دارآویختگی ۴۰ مورد (۱۶/۷٪)، استفاده از سلاح گرم ۲۶ مورد (۱۰/۹٪) و سقوط از بلندی ۱ مورد (۰/۴٪) و ۱ مورد نیز نامعلوم (۰/۴٪) بود.

الگوی غالب مورد استفاده در زنان، خودسوزی با ۱۰۸ مورد (۶۵/۸٪)، مسمومیت ۳۱ مورد (۱۸/۹٪)، دارآویختگی ۱۸ مورد (۱۱٪)،۱ مورد (۰/۴/۳٪) بقیه موارد بود. در مقابل الگوی غالب در مردان، مسمومیت و به دارآویختگی هر کدام با ۲۲ مورد (۲۹/۳٪ برای هر کدام)، استفاده از اسلحه گرم ۲۰ مورد (۲۶/۷٪) و خودسوزی با ۱۰ مورد (۱۳/۳٪) و سقوط از بلندی با ۱ مورد (۱/۴٪) بوده است. جدول شماره ۲ توزیع فراوانی الگوی مورد استفاده برای خودکشی در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه در طی سال‌های ۱۳۷۹ لغایت ۱۳۸۵ به تفکیک جنس و در کل نشان داده شده است.

از نظر پیامد خودکشی، ۲۱۳ مورد (۸۹/۱٪) منجر به مرگ، ۳ مورد منجر به معلولیت (۱/۳٪) و ۲۱ مورد (۸/۸٪) بهبود یافتند. از سرنوشت ۲ مورد (۰/۸٪) اطلاعی در دست نبود. بر این اساس خودکشی موفق در زنان ۸۷/۸٪ (۱۴۴ مورد مرگ) ، بهبود ۱۰/۴٪ (۱۷ مورد) و معلولیت ۱/۴٪ (۲ مورد) و خودکشی موفق در مردان ۹۲/۵٪ (۶۹ مورد مرگ)، بهبود ۶/۳٪ (۵ مورد) و معلولیت ۱/۲٪ (۱ مورد) تعیین گردید.

در کل تعداد موارد خودکشی در سال ۱۳۷۹، ۴۴ مورد؛ در سال ۱۳۸۰، ۳۷ مورد؛ سال ۱۳۸۱، ۳۹ مورد؛ سال ۱۳۸۲، ۳۹ مورد؛ سال ۱۳۸۳، ۲۷ مورد؛ سال ۱۳۸۴، ۳۰ مورد و سال ۱۳۸۵، ۲۳ مورد بود که میزان بروز آن به ازای هر صدهزار نفر با توجه به جمعیت شهرستان در جدول ۴ نشان داده شده است. روند میزان بروز با آزمون آماری تحلیل کای دو روند مورد تحلیل قرار گرفت و نتیجه حاصله معنی‌دار بود ($P\text{-value} < 0.001$).

جدول ۵ نیز نشانگر میزان بروز به تفکیک جنس و سال می‌باشد. همان‌طور که در جدول نشان داده شده است در کلیه سال‌های مورد بررسی در گروه سنی زیر ۱۵ سال هیچ مورد خودکشی مشاهده نمی‌شود. در همه سال‌های مورد بررسی در هر دو جنس، گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال بیشترین و گروه سنی بالای ۵۰ سال کمترین میزان بروز خودکشی را به خود اختصاص داده است. پس از انجام آزمون کای دو این روند برای زنان، معنی‌دار ($P\text{-value} < 0.001$) اما برای مردان معنی‌دار نبوده است ($P\text{- value} = 0.166$).

بحث

در پژوهش شیرزاد و قره‌داغی در خصوص بررسی روش‌ها و علل خودکشی‌های منجر به فوت ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در شش ماهه اول ۱۳۸۳، شایع‌ترین سن اقدام به خودکشی دهه سوم عمر و شایع‌ترین روش خودکشی روش حلق‌آویز بوده است. در این پژوهش، تعداد موارد خودکشی منجر به فوت در مردان بیش از دو برابر زنان گزارش شده است [۹].

دکتر یاسمی و همکاران دو الگوی خودکشی را در ایران معرفی کرده‌اند. الگوی زمینه که میزان بروز پایین داشته و الگوی اپیدمیک که میزان بروز بالا دارد. در الگوی زمینه‌ای بیشتر مردان و در الگوی اپیدمیک بیشتر زنان و عمدتاً از طریق خودسوزی خودکشی می‌کنند [۱۰]. الگوی مشابهی در کشور کانادا گزارش شده است. به این صورت که در جمعیت عمومی میزان بروز ۱۴ تا ۷۷ در صد هزار ولی در جمعیت بومی و گروه‌های خاص، بروز خودکشی ۲۴۱ تا ۲۶۷ در صد هزار بوده است [۱۱].

مطالعات انجام شده در سال ۱۳۷۶ توسط مهرابی‌زاده هنرمند و خدارحیمی که به منظور بررسی روند خودکشی در سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۷۶ در بیمارستان‌های شهر اهواز صورت گرفته است نیز این الگو را تأیید می‌کند [۱۲].

عارفی در پژوهشی که به منظور بررسی میزان خودکشی در سال‌های ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸در استان آذربایجان غربی انجام داد نشان داد که میزان بروز خودکشی در زنان این استان بیش از مردان است اما بیشترین روش انتحاری مورد استفاده مسمومیت و بیشترین گروه شغلی زنان خانه‌دار و دانش‌آموزان بوده‌اند [۱۳].

www.SID.ir

Archive of SID

در مطالعه حاضر، چنان که در بخش یافته‌ها نشان داده شد، بروز بالای خودکشی در نواحی روستایی شهرستان کرمانشاه با الگوی اپیدمیک خودکشی تطابق داشته است. یعنی میزان خودکشی در زنان روستایی بیشتر از مردان و بیشترین روش انتحاری مورد استفاده خودسوزی بوده است. از نظر گروه شغلی در معرض خطر، بیشترین موارد خودکشی در زنان خانه‌دار و مردان کشاورز و دامدار مشاهده شده است. با توجه به اینکه جامعه هدف مطالعه، مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه می‌باشد بالا بودن تعداد زنان خانه‌دار و مردان کشاورز و دامدار به عنوان گروه‌های شغلی در معرض خطر قابل توجیه است. اما روش غالب مورد استفاده در مردان برای خودکشی مسمومیت (با سموم و دارو) و به دارآویختن خود بوده است. مسمومیت با توجه به دسترسی آسان کشاورزان به سموم قابل توجیه است اما استفاده از روش به دارآویختن خود با توجه به مطالعات انجام شده در کشور با الگوی شایع روش خودکشی در مردان که حلق آویز کردن است تطابق دارد [۹].

از نظر سنین پرخطر برای اقدام به خودکشی، تحقیقات نشان داده است که سنین ۱۵ تا ۲۴ سال به عنوان دوره پرخطر محسوب می‌شوند [۱۴]. در مطالعه شیرزاد و همکاران شایع‌ترین سن خودکشی موفق در هر دو جنس ۲۰ تا ۳۰ سال گزارش شده است. مطالعه خورشیدی و همکاران در استان ایلام نیز نشان داد که بیشترین بار ناشی از رفتارهای خودکشی به گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال تعلق دارد [۱۵].

در مطالعه ما نیز در هر دو جنس، گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال بیشترین رده سنی (۴۵/۲٪) بود که اقدام به خودکشی کرده بودند.

موسوی و همکاران در مطالعه‌ای که به مدت ۵ سال (۷۵-۱۳۷۱) بر روی جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت شهرستان‌های کرج و ساوجبلاغ انجام داده‌اند میزان بروز خودکشی در نواحی روستایی را ۱۵ در صدهزار تعیین کرده‌اند. در یافته‌های مطالعه آنان نیز خودکشی در زنان روستایی بیش از مردان بوده است. بیشترین روش مورد استفاده برای خودکشی در مردان حلق‌آویز کردن و در زنان خودسوزی بوده است و بیشتر خودکشی‌ها در فصل تابستان صورت گرفته است [۱۶].

در کل می‌توان چنین نتیجه گرفت که خودکشی در مناطق روستایی استان کرمانشاه یکی از اولویت‌های بهداشتی در حیطه سلامت روان محسوب می‌شود. با توجه به اجرای طرح سلامت روان در روستاهای شهرستان کرمانشاه و سیر کاهنده در میزان بروز خودکشی در این استان در طول ۶ سال مطالعه، پیشنهاد می‌شود برنامه پیشگیری از خودکشی در شهرستان‌ها و استان‌هایی که از میزان بروز بالایی برخوردار بوده است اجرا شود. نیز با ایجاد و توسعه مراکز مشاوره روانی، بررسی و آموزش پیشگیری از خودکشی و ادغام این برنامه در برنامه‌های جاری سلامت روان با این معضل مقابله شود.

www.SID.ir

Archive of SID

مراجع

1- WHO Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychological disorders. World Health Organization: Geneva, 1993.

2- WHO Programmes and projects, Suicide prevention (SUPRE), World Health Organization: Geneva, 2008.

3- WHO Programmes and projects, Suicide prevention day, World Health Organization: Geneva, 2008.

4- Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Hundred cases of suicide: clinical aspects. British journal of psychiatry 1974; 125: 355-73.

5- Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, Rössler W, Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database, Bulletin of the World Health Organization 2008;86:726–732.

6- Naghavi M, Akbari M and etal, Epidemiology of injuries and accidents in Islamic Republic of Iran, Fekrat Publishing, Tehran, 1381 (in Persian).

7- Naghavi M. Mortality profile in 18 provinces of Iran (2001), Tehran: Iranian Ministry of Health and Medical Education, Deputy of Health; 2003. (in Persian).

8- Moghisi A, Afsari M., National report of registered injuries and accidents in 1385, the Ministry of Health and Medical Education, Center for Disease control, Office of Prevention of accidents, Tehran, 1387 (in Persian).

9- Shirzad J, Gharedaghi J, Study of methods and causes of Suicides resulting in death referred to Legal Medicine Organization of IRAN in first six month of 2004, forensic medicine, 2007, 3: 170-163(in Persian).

10- Yasami MT, sabahi A., Mirhashem SM, Seifi Sh, Azarkeivan P, Taheri MH, epidemiology of suicide through forensic medicine in Kerman province, Journal of Clinical Psychiatry and Psychology (thought and behavior) Spring 2002; 4 (28): 4-12 (in Persian).

11- Ross CA, Davis B. Suicide and parasuicide in a northern Canadian native community. Canadian journal of psychiatry 1986; 31:331-34.

12- Mehrabizadeh H, Khodarahimi M, Demographic Study of suicide cases registered from April 72 until 76 and Taleghani Razi Hospital, Ahwaz, Journal of Psychology and Educational Sciences 1987, 4 (4-3) :118-133 (in Persian).

13- Arefi M, prevalence of suicide and effective variables in West Azerbaijan province between the years 1988 and 1989, Journal of Psychology and Educational Sciences, 2002, 32 (1):162-141(in Persian).

14- Kaplan H Sadvk B, (2003), Synopsis of sychiatry, translated by Hassan Rafiee and Farzin rezaie, Volume III, 1st ed., Arjomand Publishing, Tehran, 2003 (in Persian).

15- Khorshidi A, Yasami MT, Asasi N, Zamani Gh, determination of burden of behaviors induced suicide in Ilam province, Payesh Journal, 2004,4:264-256 (in Persian).

16- Mousavi F., Shah Mohammadi D, Kafashi A, epidemiologic study of suicide in rural areas, Journal of Clinical Psychiatry and Psychology (thought and behavior), Spring 2000, 5: 10-4 (in Persian).

www.SID.ir

Archive of SID

جدول شماره ۱: ویژگی‌های دموگرافیک در افراد شناسایی شده (n=۲۳۹)			
		تعداد	درصد
گروه سنی	زیر ۱۵ سال	۲	۰/۸
	۱۵-۱۹	۵۳	۲۲/۲
	۲۰-۲۹	۱۰۸	۴۵/۲
	۳۰-۴۹	۵۱	۲۱/۳
	۵۰ سال به بالا	۲۵	۱۰/۵
جنس	زن	۱۶۴	۶۸/۶
	مرد	۷۵	۳۱/۴
شغل	بیکار	۱۹	۷/۹
	خانه دار	۱۶۱	۶۷/۴
	کارگر، آزاد و دیگران	۱۸	۷/۵
	دانش‌آموز	۱۰	۴/۲
	کشاورز و دامدار	۳۱	۱۳/۰

جدول شماره۲: توزیع فراوانی الگوی مورد استفاده برای خودکشی در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه در طی سال‌های ۱۳۷۹ لغایت ۱۳۸۵ به تفکیک جنس					
الگوی مورد استفاده برای خودکشی	مردان		زنان		جمع کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
خودسوزی	۱۰	۱۳/۳	۱۰۸	۶۵/۸	۱۱۸	۴۹/۴
مسمومیت	۲۲	۲۹/۳	۳۱	۱۸/۹	۵۳	۲۲/۲
دارآویختگی	۲۲	۲۹/۳	۱۸	۱۱	۴۰	۱۶/۷
سلاح گرم	۲۰	۲۶/۷	۶	۴/۳	۲۶	۱۰/۹
سقوط از بلندی	۱	۱/۴	–	–	۱	۰/۴
نامعلوم	–	–	۱	۱/۴	۱	۰/۴

جدول شماره۳: توزیع فراوانی الگوی مورد استفاده برای خودکشی در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه در طی سال‌های ۱۳۷۹ لغایت ۱۳۸۵ به تفکیک جنس					
پیامد خودکشی	مردان		زنان		جمع کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
منجر به مرگ	۶۹	۹۲/۵	۱۴۴	۸۷/۸	۲۱۳	۸۹/۱
منجر به معلولیت	۱	۱/۲	۲	۱/۴	۳	۱/۳
بهبودیافته	۵	۶/۳	۱۷	۱۰/۴	۲۱	۸/۸
نامعلوم	–	–	۱	۰/۴	۲	۰/۸

www.SID.ir

Archive of SID

جدول شماره٤: میزان بروز خودکشی در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه در طی سال‌های ۱۳۷۹ لغایت ۱۳۸۵ Chi-sq.= 43.90 , P- value< 0.001		
سال	جمعیت مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه	بروز خودکشی (درصدهزار)
۱۳۷۹	۱۴۷۳۵۸	۲۹/۹
۱۳۸۰	۱۵۲۸۹۰	۲۴/۲
۱۳۸۱	۱۵۴۹۳۱	۲۵/۲
۱۳۸۲	۱۵۵۱۱۰	۲۵/۱
۱۳۸۳	۱۵۶۰۱۵	۱۷/۳
۱۳۸۴	۱۶۱۶۶۲	۱۸/۶
۱۳۸۵	۱۶۴۶۵۹	۱۴/۰

جدول شماره٥: میزان بروز خودکشی در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه به تفکیک جنس در طی سال‌های ۱۳۷۹ لغایت ۱۳۸۵ مردان Chi-sq.= 9.14 , P- value= 0.166 زنان Chi-sq.= 39.02 , P- value< 0.001		
بروز خودکشی / سال	مردان (در صد هزار)	زنان (در صد هزار)
۱۳۷۹	۹/۵	۲۰/۴
۱۳۸۰	۳/۳	۲۰/۹
۱۳۸۱	۸/۴	۱۶/۸
۱۳۸۲	۷/۷	۱۷/۴
۱۳۸۳	۵/۸	۱۱/۵
۱۳۸۴	۶/۸	۱۱/۸
۱۳۸۵	۶/۷	۷/۳

جدول شماره ٦: میزان بروز خودکشی (در صد هزار) در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه به تفکیک جنس و گروه سنی در طی سال‌های ۱۳۷۹ لغایت ۱۳۸۵														
گروه سنی	۱۳۷۹		۱۳۸۰		۱۳۸۱		۱۳۸۲		۱۳۸۳		۱۳۸٤		۱۳۸۵	
	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد
زیر ۱۵ سال	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱۵-۱۹	۶/۱	۱/۴	۳/۹	۰/۶	۳/۲	۱/۳	۳/۲	۱/۳	۳/۸	۱/۳	۴/۳	۱/۲	۱/۲	۱/۲
۲۰-۲۹	۸/۱	۴/۱	۱۰/۵	۱/۹	۷/۱	۴/۵	۹/۰	۵/۲	۳/۲	۱/۹	۳/۷	۲/۵	۴/۲	۳/۶
۳۰-٤۹	۴/۱	۲/۷	۳/۹	۰	۴/۵	۱/۹	۳/۹	۰	۳/۸	۱/۹	۳/۱	۱/۲	۱/۲	۰/۶
۵۰ سال به بالا	۲/۷	۱/۴	۲/۶	۰/۶	۱/۹	۰	۱/۳	۱/۳	۰/۶	۰/۶	۰/۶	۰	۰	۱/۲

www.SID.ir