

پیشگیری از خودکشی در کشورهای در حال توسعه: موضوعی در اولویت

محسن رضاییان^۱

مقاله مروری

چکیده

خودکشی به معنای خاتمه بخشیدن به زندگی با قصد و اراده می‌باشد که بر اساس شواهد موجود، در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. هدف از نگارش مقاله مروری حاضر، شناخت الگوهای موجود خودکشی در این قبیل کشورها و ارایه رهیافت‌های پیشگیرانه مناسب می‌باشد. در سال ۱۳۹۱ موتور جستجوی Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) با بررسی واژگان Prevention، Suicide و Developing countries در عنوان مقالات، مورد جستجو قرار گرفت. در مرحله بعد، با تغییر در شیوه جستجو و همچنین با بهره‌گیری از منابع مورد استفاده در مقالات به دست آمده، نهایت دقت به عمل آمد تا مرتبط‌ترین و به‌روزترین مقالات، مورد استفاده این مطالعه مروری قرار گیرند. بخش عمده‌ای از افزایش خودکشی در کشورهای در حال توسعه، در بین جوانان و به ویژه زنان جوان ازدواج کرده رخ می‌دهد. متأسفانه با وجود این افزایش، توجه لازم به این پدیده در کشورهای در حال توسعه صورت نمی‌پذیرد. از آن جایی که الگوی رخداد خودکشی به شدت تابع شرایط فرهنگی هر جامعه‌ای می‌باشد، با شناخت دقیق موارد رخ داده، می‌توان نسبت به تهیه و تدوین برنامه‌های پیشگیری از خودکشی همت گماشت. بر این اساس، رهیافت‌های پیشگیری از خودکشی باید از رویکردی مبتنی بر جمعیت برخوردار باشد و هر سه سطح پیشگیری را در بر گیرد.

واژه‌های کلیدی: خودکشی، الگو، کشورهای در حال توسعه، رهیافت‌های پیشگیری

ارجاع: رضاییان محسن. پیشگیری از خودکشی در کشورهای در حال توسعه: موضوعی در اولویت. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ۹ (۵): ۴۴۱-۴۴۸.

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۲۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۶/۰۲

خواهد شد (۳).

آن چه که این سیر روز افزون را غم‌انگیزتر می‌سازد، آن است که متأسفانه افزایش مرگ‌های ناشی از خودکشی به ویژه در کشورهای در حال توسعه و به خصوص در جوانان این کشورها رخ می‌دهد. همچنین، شواهد موجود نشان می‌دهند که از بین جوانان، زنان جوان در کشورهای در حال توسعه در معرض خطر بیشتری قرار دارند (۴-۶). با این وجود، این مشکل از دیدگاه سلامت، کمتر مورد توجه دولت‌مردان کشورهای در حال توسعه قرار گرفته است (۷). از همین رو، هدف از نگارش مقاله مروری حاضر، شناخت الگوهای موجود

مقدمه

خودکشی راه ارادی و آگاهانه در خاتمه بخشیدن به زندگی فرد است که از نظر اجتماعی، فلسفی، سیاسی، بهداشتی، فرهنگی و اقتصادی همواره مورد توجه اندیشمندان قرار گرفته است (۱، ۲). بررسی‌ها نشان می‌دهند که روز به روز بر حجم این مشکل در جامعه جهانی افزوده می‌گردد. برای نمونه، سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ میلادی، نزدیک به ۸۵۰/۰۰۰ مورد مرگ ناشی از خودکشی در سرتاسر جهان را گزارش نموده است. همین سازمان اعلام نموده است که تا سال ۲۰۲۰ میلادی، این تعداد بالغ بر ۱/۵۳۰/۰۰۰ مورد

۱- استاد، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات محیط کار، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، کرمان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: moeygmr2@yahoo.co.uk

خودکشی در این قبیل کشورها و ارایه رهیافت‌های پیشگیرانه مناسب می‌باشد.

روش‌ها

در زمستان سال ۱۳۹۱ موتور جستجوی Pubmed (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) با بررسی واژگان Suicide، Prevention و Developing countries در عنوان مقالات، مورد جستجو قرار گرفت. با این روش جستجو عناوین ۵ مقاله به دست آمد که جملگی در بازه زمانی ۱۰-۲۰۰۴ میلادی به چاپ رسیده بودند. این نکته خود حکایت از کمبود مطالعات موجود در این زمینه داشت.

در مرحله بعد، با تغییر در شیوه جستجو و همچنین با بهره‌گیری از منابع مورد استفاده در مقالات به دست آمده، نهایت دقت به عمل آمد تا مرتبط‌ترین و به‌روزترین مقالات موجود، مورد استفاده این مطالعه مروری قرار گیرند.

در ادامه، بر اساس جمع‌بندی مقالات به دست آمده، ابتدا به این سؤال مهم پاسخ داده می‌شود که «چرا خودکشی در کشورهای در حال توسعه دور از نظر باقی مانده است؟». سپس، به پیامد این کم توجهی اشاره و مطالعات به عمل آمده در زمینه خودکشی در کشورهای در حال توسعه جمع‌بندی می‌گردد و در انتها نیز به رهیافت‌های مقابله با این پدیده در کشورهای در حال توسعه اشاره می‌شود.

یافته‌ها

چرا خودکشی در کشورهای در حال توسعه دور از نظر باقی مانده است؟

خودکشی در طول تاریخ بشر توأم با انگ اجتماعی (Social stigma) بوده است. هم اکنون کشورهای در حال توسعه و در گذشته‌ای نه چندان دور، کشورهای پیشرفته با این مشکل روبه‌رو بوده‌اند. شواهد نشان می‌دهند که در سال‌های نه چندان دور و در برخی از کشورهای پیشرفته فعلی، در صورتی که فردی خود را می‌کشت، اموال وی به تصرف دولت درمی‌آمد و حتی اجازه دفن وی در کنار سایر مردگان صادر نمی‌گردید. اگر چه در طول زمان این نگرش

بسیار منفی نسبت به خودکشی، هم در کشورهای توسعه یافته و هم تا حدودی در کشورهای در حال توسعه، تغییر نموده است، اما هنوز هم جوامع مختلف، دیدگاه منفی را نسبت به فردی که خودکشی می‌نماید، ابراز می‌نمایند. شواهد موجود نشان می‌دهند که هر چه درجه توسعه یافتگی جامعه کمتر باشد، بر شدت این دیدگاه منفی افزوده می‌گردد (۱، ۲).

این دیدگاه منفی، در جوامع با فرهنگ سنتی و جوامع با فرهنگ دینی مانند ایران، به شدت بیشتری دیده می‌شود. همین نکته سبب می‌گردد که ثبت موارد خودکشی در این جوامع به سختی صورت پذیرد و افرادی که در ثبت موارد خودکشی نقش دارند (نظیر نیروهای نظامی، نیروهای قضایی، پزشکان و ...) تا جای ممکن در قضاوت خودکشی به شکلی سخت‌گیرانه‌ای عمل نمایند. از طرف دیگر، بستگان متوفی نیز نهایت فشار خود را اعمال می‌نمایند تا مرگ فرد متوفی به صورت خودکشی ثبت نگردد. نتیجه این برخورد، به کم شماری موارد خودکشی در جوامع مختلف به ویژه کشورهای در حال توسعه می‌انجامد (۱، ۲).

نکته دیگری که سبب می‌گردد تا موضوع خودکشی در کشورهای در حال توسعه همچنین از اذهان دور بماند، آن است که همین تعداد موارد خودکشی که با سخت‌گیری هر چه تمام‌تر ثبت می‌گردد، نیز به مجامع بین‌المللی نظیر سازمان جهانی بهداشت گزارش نمی‌شود (۶).

از طرف دیگر، انجام هر گونه تحقیقات علمی بر روی خودکشی، بر اساس آمار موجود نیز با اقبال روبه‌رو نمی‌شود. متأسفانه به نظر می‌رسد که در اغلب کشورهای در حال توسعه، همان تحریمی که در خصوص خودکشی و افراد خودکشی نموده وجود دارد، در باره پژوهش‌های علمی پیرامون این پدیده نیز وجود دارد (۱۰-۸)؛ چرا که نهادهای جمع‌آوری کننده اطلاعات مربوط به خودکشی، داده‌های خود را به بهانه‌های مختلف در اختیار پژوهشگران زنده قرار نمی‌دهند.

پیامد این کم توجهی چیست؟

مشکل کم شماری آمار خودکشی در کشورهای در حال توسعه، عدم گزارش همین آمار در سطح منطقه‌ای و ملی و نیز عدم موافقت و تأیید انجام تحقیقات علمی بر روی این

توسعه دیده می‌شود، آن است که مشکلات ناشی از ازدواج به عنوان یکی از عوامل خطر مهم در خودکشی مشخص گردیده است. متأسفانه، ازدواج در سنین پایین، توقع بارداری در همین سن و ضرورت به دنیا آوردن فرزند پسر از فشارهای مهمی است که با ازدواج، بر زنان جوان در کشورهای در حال توسعه وارد می‌گردد (۳۲، ۴).

آن چه که این تصویر را تیره‌تر می‌سازد، آن است که برخی از این ازدواج‌ها از پیش تعیین شده‌اند و هیچ فردی برای خواست دختر در انتخاب شوهر آینده خود، ارزشی قابل نمی‌شود. به علاوه، ازدواج در سنین پایین به این معنی است که دختر از سطح سواد و تجربه پایین‌تری برخوردار است و این امر خود ممکن است منجر به برخوردهای خشونت‌آمیز همسر و حتی بستگان همسر با وی گردد. پیامد این رفتار خشونت‌آمیز، پدید آمدن افکار خودکشی در زنان جوان است (۳۷-۳۳).

متأسفانه، در کشورهای در حال توسعه همچنین توجه کمتری به مسایل بهداشت روانی در مجموعه مراقبت‌های بهداشتی می‌گردد و حمایت‌های لازم اجتماعی در این زمینه وجود ندارد (۳۸). بنابراین، زنان جوانی که مبتلا به مشکلات فوق هستند، امکان دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی لازم را نیز ندارند و حمایت‌های لازم اجتماعی را نیز دریافت نمی‌نمایند. از طرف دیگر، در اختیار بودن راه‌ها و شیوه‌های ارتکاب به خودکشی نظیر سموم کشاورزی و یا مواد اشتعال‌زا نظیر نفت، سبب می‌گردد که در صورت به فعل در آمدن افکار خودکشی، افراد به راحتی بتوانند از وسایل کشنده و خشن نظیر بلع سموم آفت‌کش و یا خودسوزی استفاده کنند که از میزان کشندگی به نسبت بالاتری نسبت به سایر روش‌های خودکشی برخوردارند (۳۲-۱۴). برای مثال، شواهد موجود نشان می‌دهند که متأسفانه بیشتر موارد خودسوزی در غرب و شمال غربی ایران مربوط به زنان جوانی می‌گردد که متأهل، فقیر، بی‌سواد و دارای مشکلات خانوادگی می‌باشند (۲).

از طرف دیگر، ضعف نظام‌های درمانی در برخورد سریع با این موارد پس از رخداد، منجر به بالا رفتن میزان کشندگی (Fatality rate) هر گونه اقدام به خودکشی در کشورهای در حال توسعه می‌گردد. همچنین، بر اساس پدیده تقلید - که به

پدیده، منجر به عدم شناخت صحیح از حجم مشکل و الگوی رخداد آن می‌گردد. بدیهی است بدون شناخت دقیق از حجم مشکل و الگوی رخداد آن، طراحی ساز و کار مناسبی برای پیشگیری از مشکل نیز امکان پذیر نخواهد بود. بنابراین، پدیده خودکشی در کشورهای در حال توسعه همچنان به رشد خود ادامه خواهد داد.

متأسفانه از آن جایی که بدون شناخت هم نمی‌توان به برخورد ریشه‌ای با خودکشی پرداخت و از طرف دیگر، افکار خودکشی بین افراد سرایت می‌کند و این سرایت می‌تواند بر اساس پدیده تقلید (Copy) از فرد خودکشی کرده به فرد مستعد به خودکشی رخ دهد (۱۳-۱۱)، بنابراین، روز به روز بر حجم این مشکل در کشورهای در حال توسعه افزوده خواهد شد؛ در حالی که بر اساس قانون کوه یخ (Iceberg phenomenon)، قسمت اعظمی از این پدیده در حال گسترش، از نظرها مخفی باقی می‌ماند.

مطالعات به عمل آمده پیرامون خودکشی در کشورهای در حال توسعه بیانگر چیست؟

اگر چه، مطالعات علمی در سطح ملی بر روی آمار خودکشی در کشورهای در حال توسعه به ندرت رخ می‌دهد، اما اندیشمندان این کشورها به طور عمده در سطوح محدودتر، مطالعات گوناگونی را با متدولوژی علمی به عمل آورده‌اند که بیانگر نکات قابل تعمقی می‌باشد (۳۲-۱۴). در ادامه به برخی از مهم‌ترین این یافته‌ها اشاره و در صورت لزوم، به منابع مرتبط دیگر ارجاع خواهد شد:

از مهم‌ترین این یافته‌ها می‌توان به بالا بودن میزان‌های خودکشی در جوانان و به ویژه زنان جوان این کشورها اشاره نمود. این الگوی خاص گزارش شده، توجه ویژه‌ای را می‌طلبد؛ چرا که هر چه خودکشی در سنین پایین‌تری به وقوع بپیوندد، تأثیر مخرب آن بیشتر خواهد بود (۳۲-۱۴).

بالا بودن الگوی خودکشی در زنان جوان، با مسایل و مشکلاتی توأم است که بررسی آن‌ها نه تنها به شناخت هر چه صحیح‌تر این الگو کمک می‌نماید، بلکه راه را برای پیشگیری از این پدیده هموارتر می‌سازد. اهم مسایل و مشکلاتی که در خودکشی زنان جوان در کشورهای در حال

با همکاری اندیشمندان مورد تجزیه و تحلیل‌های علمی قرار گیرد. این قبیل مطالعات کمک می‌نماید تا الگوهای رخداد موارد خودکشی و اقدام به خودکشی از نظر مشخصات مربوط به فرد (نظیر سن، جنس، طبقه اجتماعی-اقتصادی، شغل و ...)، دلیل خودکشی (فشارهای خانوادگی، بیماری روانی، مشکلات اجتماعی و ...)، راه‌های ارتکاب به خودکشی (دار زدن، مصرف دارو، مصرف سموم، خودسوزی و ...)، و همچنین زمان و مکان رخداد واقعه، مشخص و معین گردد.

در مرحله بعد و براساس نتایج به دست آمده از مطالعات قبلی، باید بهترین برنامه‌های جامع پیشگیری از خودکشی تدوین گردد. این برنامه‌ها باید به صورت ادغام یافته با سایر برنامه‌های توسعه، از سطوح محلی شروع شود و تا سطح ملی ادامه یابد.

به علاوه، همکاری و هماهنگی متخصصین رشته‌های گوناگون در تدوین این برنامه‌ها، ضرورتی اجتناب ناپذیر است. چنین برنامه‌های جامعی باید با همت و تلاش مجدانه به مرحله اجرا درآید و به صورت بسیار منظم مورد نظارت (Surveillance) و پایش قرار گیرد تا در صورت نیاز، تغییرات لازم در متن این برنامه‌ها اعمال گردد.

توجه به این نکته نیز حایز اهمیت فراوانی است که برنامه‌های پیشگیری از خودکشی باید هر سه سطح پیشگیری را شامل گردند (۴۳، ۴۲). پیشگیری مرحله اول، به معنای برخورد ریشه‌ای با عوامل خطر خودکشی نظیر فقر، بی‌کاری، مشکلات خانوادگی، بیماری‌های روانی، اعتیاد به الکل و مواد مخدر و مشکلاتی از این دست می‌گردد.

برخی مطالعات، موفق به نشان دادن اندازه خطر بعضی از عوامل فوق بوده‌اند؛ برای مثال، بیان شده است که افراد بی‌کار تا ۲ برابر، زندانیان تا ۵ برابر، مبتلایان به بیماری‌های روانی نظیر اسکیزوفرنیا و افسردگی تا ۱۰ برابر و معتادان به الکل و مواد مخدر تا ۲۰ برابر افراد عادی، در معرض خطر بیشتری قرار دارند (۲).

پیشگیری مرحله دوم، به ویژه در افراد در معرض خطر مصداق می‌یابد که افکار خودکشی در آن‌ها شکل گرفته است. این افراد باید مورد شناسایی قرار گیرند و راهکارهای لازم

آن اشاره گردید (۱۳-۱۱)- ارتکاب یک مورد خودکشی می‌تواند دامن زنده به سایر موارد خودکشی گردد و کم‌کم این تفکر در بین زنان جوان غالب می‌گردد که تنها راه غلبه بر مشکلات، روی آوردن به خودکشی است.

آن چه که در این خصوص باید مورد توجه بیشتری قرار گیرد، آن است که بر اساس تخمین‌های سازمان جهانی بهداشت، در مقابل هر مورد خودکشی به عمل آمده، ۱۰ تا ۲۰ مورد نیز اقدام به خودکشی رخ می‌دهد که بیانگر وسعت و عمق پدیده اقدام به خودکشی در سطح جوامع گوناگون است (۲).

به علاوه، شواهد نشان می‌دهند که با رخداد یک مورد خودکشی و یا اقدام به خودکشی، حداقل پنج نفر از بستگان نزدیک فرد تحت تأثیر شدید پیامدهای روحی، روانی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی خودکشی و یا اقدام به خودکشی قرار خواهند گرفت (۱۴).

رهیافت‌های مقابله با این مشکل در کشورهای در حال توسعه چیست؟

از مهم‌ترین رهیافت‌های مقابله با این مشکل، تعهد دولت‌مردان و همچنین مسؤولین بهداشتی-درمانی کشورهای در حال توسعه در برخورد صحیح با این پدیده می‌باشد. آن‌ها باید به این خودآگاهی دست یابند که راه حل برخورد با پدیده‌ای چنین مرموز و خطرناک، کتمان آن نیست. بلکه بهترین راه حل، شناخت صحیح از الگوی رخداد آن به منظور تهیه و تدوین راه‌های صحیح پیشگیری از مشکل می‌باشد (۱۰-۸).

بر این اساس، رهیافت‌های پیشگیری از خودکشی باید از رویکردی مبتنی بر جمعیت (Population based approach) برخوردار باشد (۴۱-۳۹). این رویکرد، بدین معنی است که در مرحله نخست، باید نظام صحیح جمع‌آوری و پایش (Monitoring) اطلاعات در کشورهای جهان سوم تهیه و تدوین گردد. در صورت نیاز، باید تغییراتی در وضع قوانین ایجاد شود تا نیروهای انتظامی، قضایی و پزشکان در ثبت اطلاعات خودکشی با مشکل روبه‌رو نگردند. همچنین، باید نهایت دقت به عمل آید تا ثبت موارد خودکشی تحت تأثیر فشارهای وارده از طرف فامیل متوفی قرار نگیرد.

در مرحله بعد، داده‌هایی که با دقت جمع‌آوری شده‌اند، باید

از قبل خواهد شد.

برای مثال، آمارها نشان می‌دهند که در اغلب کشورهای در حال توسعه، تعداد کمی روانپزشک وجود دارد که آن‌ها نیز در مراکز شهری بزرگ مشغول به کار می‌باشند. این در حالی است که اغلب مردم در روستاها زندگی می‌نمایند. این نکته سبب می‌گردد که بیماران روانی به جای مراجعه به متخصصان روانپزشک، به درمانگران سنتی مراجعه می‌کنند که شناخت درستی از بیماری‌های روانی ندارند و در این زمینه، آموزش‌های لازم را ندیده‌اند. از همین رو، از روش‌های نادرست در درمان بیماران خود بهره می‌برند و در نتیجه، روز به روز بر وخامت حال بیماران خود خواهند افزود (۴۴).

پیامدهای این برخورد ناصحیح، چه در زمان حال و چه در آینده، غیر قابل جبران خواهد بود و این در حالی رخ می‌دهد که نتایج برخی از مطالعات، بیانگر آن است که آموزش پزشکان عمومی به منظور شناخت و ارجاع افراد در معرض خطر خودکشی، می‌تواند کاهش ۲۲ تا ۷۳ درصدی میزان‌های خودکشی را به همراه داشته باشد (۲).

نتیجه‌گیری

پدیده خودکشی، مشکل روزافزونی است که متأسفانه با سرعت بیشتری در کشورهای در حال توسعه روی می‌دهد. الگوی رخداد این پدیده در کشورهای در حال توسعه، منحصر به فرد است و بیشتر جوانان و به خصوص زنان جوان تازه ازدواج کرده را طعمه خود می‌نماید که از روش‌های بسیار خشنی برای خاتمه دادن به زندگی خود استفاده می‌نمایند.

با این وجود، توجه لازم به این پدیده از سوی دولت‌مردان کشورهای در حال توسعه به عمل نمی‌آید. از آن جایی که الگوی رخداد این پدیده به شدت تابع شرایط فرهنگی هر جامعه می‌باشد، شناخت دقیق موارد رخ داده به منظور تهیه و تدوین برنامه‌های پیشگیری از خودکشی ضرورت انکار ناپذیری است که باید مورد توجه ویژه قرار گیرد (۴۷-۴۵).

برای کمک به آن‌ها مشخص شود و به مرحله اجرا در آید. به علاوه، شواهد نشان می‌دهند که کاهش میزان دسترسی به ابزار و روش‌های خودکشی نیز می‌تواند کاهش ۱/۵ تا ۲۳ درصدی میزان‌های خودکشی را رقم بزند (۲). همچنین، آمارها نشان می‌دهند که دو کشور پر جمعیت آسیای چین و هندوستان در سال ۲۰۰۲ میلادی، بیش از نیمی از موارد خودکشی در سطح جهان را به خود اختصاص داده‌اند. از آن جایی که بیشتر موارد خودکشی در این دو کشور، به علت مصرف سموم دفع آفات نباتی بوده است، بنابراین، محدود نمودن دسترسی جمعیت به این سموم، نه تنها میزان‌های خودکشی در این دو کشور، بلکه در سطح جهان را نیز کاهش خواهد داد (۱۴).

پیشگیری مرحله سوم (۲، ۱) نیز، برای افرادی است که اقدام به خودکشی کرده‌اند، اما از اقدام خود جان سالم به در برده‌اند. با آرایه کمک‌های همه جانبه به این افراد، باید از ارتکاب مجدد آن‌ها جلوگیری نمود. همچنین، باید برای خانواده افرادی که خود را کشته‌اند نیز، مشاوره‌های لازم به عمل آید تا آن‌ها بتوانند با این مسأله غیر قابل تصور کنار بیایند. ضروری است اقدامات لازم صورت پذیرد تا خودکشی فرد متوفی بر اساس پدیده تقلید، برای دیگران به عنوان یک الگو مطرح نگردد.

کشورهای در حال توسعه باید در اجرای مراحل فوق از سرعت عمل و دقت لازم برخوردار باشند و ضرورت برخورد مناسب با پدیده‌ای مانند خودکشی را مشمول مرور زمان ننمایند؛ چرا که در صورت عدم برخورد مناسب، هر روز بر عمق و وسعت مسأله افزوده می‌شود و در نتیجه، مبارزه با آن را با دشواری‌های بیشتری روبه‌رو می‌سازد.

از طرف دیگر، کشورهای در حال توسعه هم اکنون با منابع اندکی روبه‌رو هستند که جوابگوی نیازهای آن‌ها نیست. با افزوده شدن به حجم مشکلات و عدم افزایش منابع، برخورد با مسایل و مشکلات این کشورها روز به روز دشوارتر

References

1. Rezaeian M. Epidemiology of suicide. In: Hatami H, Razavi SM, Eftekhar AH, Majlesi F, Sayed Nozadi M, Parizadeh MJ, Editors. The Textbook of Public Health. Tehran, Iran: Arjomand Publications; 2006. p. 1968-95. [In Persian].
2. Rezaeian M. Epidemiology of Suicide. Arak, Iran: Nevisandeh Publications; 2009. [In Persian].
3. Krug EG, World Health Organization. World Report on Violence and Health: Summary. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
4. Rezaeian M. Suicide among young Middle Eastern Muslim females. *Crisis* 2010; 31(1): 36-42.
5. Campbell EA, Guiao IZ. Muslim culture and female self-immolation: implications for global women's health research and practice. *Health Care Women Int* 2004; 25(9): 782-93.
6. Milner A, De Leo D. Suicide research and prevention in developing countries in Asia and the Pacific. *Bull World Health Organ* 2010; 88(10): 795-6.
7. Afifi M. Adolescent suicide in the Middle East: ostrich head in sand. *Bull World Health Organ* 2006; 84(10): 840.
8. Rezaeian M. Age and sex suicide rates in the Eastern Mediterranean Region based on global burden of disease estimates for 2000. *East Mediterr Health J* 2007; 13(4): 953-60.
9. Rezaeian M. Suicide/homicide ratios in countries of the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J* 2008; 14(6): 1459-65.
10. Rezaeian M. Islam and suicide: a short personal communication. *Omega (Westport)* 2008; 58(1): 77-85.
11. Mesoudi A. The cultural dynamics of copycat suicide. *PLoS One* 2009; 4(9): e7252.
12. Joiner TE. The clustering and contagion of suicide. *Current Directions in Psychological Science* 1999; 8(3): 89-92.
13. Rezaeian M. Suicide clusters: introducing a novel type of categorization. *Violence Vict* 2012; 27(1): 125-32.
14. Beautrais AL. Suicide in Asia. *Crisis* 2006; 27(2): 55-7.
15. Hadi A. Risk factors of violent death in rural Bangladesh, 1990-1999. *Death Stud* 2005; 29(6): 559-72.
16. Bilici M, Bekaroglu M, Hocaoglu C, Gurpinar S, Soyly C, Uluutku N. Incidence of completed and attempted suicide in Trabzon, Turkey. *Crisis* 2002; 23(1): 3-10.
17. Goren S, Gurkan F, Tirasci Y, Ozen S. Suicide in children and adolescents at a province in Turkey. *Am J Forensic Med Pathol* 2003; 24(2): 214-7.
18. Janghorbani M, Sharifirad G. Completed and attempted suicide in Ilam, Iran (1995-2002): Incidence and associated factors. *Arch Iranian Med* 2005; 8(2): 119-26. [In Persian].
19. Afshari R, Majdzadeh R, Balali-Mood M. Pattern of acute poisonings in Mashhad, Iran 1993-2000. *J Toxicol Clin Toxicol* 2004; 42(7): 965-75.
20. Ahmadi A. Suicide by self-immolation: comprehensive overview, experiences and suggestions. *J Burn Care Res* 2007; 28(1): 30-41.
21. Ahmadi A, Ytterstad B. Prevention of self-immolation by community-based intervention. *Burns* 2007; 33(8): 1032-40.
22. Ahmadi A, Mohammadi R, Stavrinou D, Almasi A, Schwebel DC. Self-immolation in Iran. *J Burn Care Res* 2008; 29(3): 451-60.
23. Rezaeian M, Mohammadi M, Akbari M, Maleki M. The most common method of suicide in Tehran 2000-2004: implications for prevention. *Crisis* 2008; 29(3): 164-6.
24. Dastgiri S, Kalankesh LR, Pourafkary N. Epidemiology of self-immolation in the north-west of Iran. *Eur J Gen Med* 2005; 2(1): 14-9.
25. Daradkeh TK, Al-Zayer N. Parasuicide in an Arab industrial community: the Arabian-American Oil Company experience, Saudi Arabia. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77(6): 707-11.
26. Al-Jahdali H, Al-Johani A, Al-Hakawi A, Arabi Y, Ahmed QA, Altowirky J, et al. Pattern and risk factors for intentional drug overdose in Saudi Arabia. *Can J Psychiatry* 2004; 49(5): 331-4.
27. Altindag A, Ozkan M, Oto R. Suicide in Batman, southeastern Turkey. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35(4): 478-82.
28. Pettit JW, Lam AG, Voelz ZR, Walker RL, Perez M, Joiner TE, et al. Perceived burdensomeness and lethality of suicide method among suicide completers in the people's republic of China. *Journal of Death and Dying* 2002; 45(1): 57-67.
29. Kumar V. Burnt wives--a study of suicides. *Burns* 2003; 29(1): 31-5.
30. Khan MM, Prince M. Beyond rates: the tragedy of suicide in Pakistan. *Trop Doct* 2003; 33(2): 67-9.
31. Groohi B, Rossignol AM, Barrero SP, Alaghebandan R. Suicidal behavior by burns among adolescents in Kurdistan, Iran: a social tragedy. *Crisis* 2006; 27(1): 16-21.

32. Beautrais AL. Women and suicidal behavior. *Crisis* 2006; 27(4): 153-6.
33. Haj-Yahia MM. Wife abuse and its psychological consequences as revealed by the first palestinian national survey on violence against women. *Journal of Family Psychology* 1999; 13(4): 642-62.
34. Haj Yahia MM. Implications of wife abuse and battering for self-esteem, depression, and anxiety as revealed by the second palestinian national survey on violence against women. *Journal of Family Issues* 2000; 21(4): 435-63.
35. Douki S, Nacef F, Belhadj A, Bouasker A, Ghachem R. Violence against women in Arab and Islamic countries. *Arch Womens Ment Health* 2003; 6(3): 165-71.
36. BBC. Afghanistan: The shocking rates of suicide among young women [Online]. 2007; Available from: URL: from http://www.bbc.co.uk/radio4/womanshour/02/2007_27_tue.shtml/
37. BBC. "Tragic protest" of Iraqi Kurdish women [Online]. 2008; Available from: URL: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/middleeast/7235021.stm/>
38. Okasha A, Karam E. Mental health services and research in the Arab world. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98(5): 406-13.
39. Jacob KS. The prevention of suicide in India and the developing world: the need for population-based strategies. *Crisis* 2008; 29(2): 102-6.
40. Vijayakumar L, John S, Pirkis J, Whiteford H. Suicide in developing countries (2): risk factors. *Crisis* 2005; 26(3): 112-9.
41. Wei KC, Chua HC. Suicide in Asia. *Int Rev Psychiatry* 2008; 20(5): 434-40.
42. Motohashi Y, Kaneko Y, Sasaki H. Community-based suicide prevention program in Japan using a health promotion approach. *Environ Health Prev Med* 2004; 9(1): 3-8.
43. Ono Y, Awata S, Iida H, Ishida Y, Ishizuka N, Iwasa H, et al. A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: a novel multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J. *BMC Public Health* 2008; 8: 315.
44. Saeed K, Gater R, Hussain A, Mubbashar M. The prevalence, classification and treatment of mental disorders among attenders of native faith healers in rural Pakistan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35(10): 480-5.
45. Khan MM. Suicide prevention and developing countries. *J R Soc Med* 2005; 98(10): 459-63.
46. Phillips M. Suicide prevention in developing countries: where should we start? *World Psychiatry* 2004; 3(3): 156-7.
47. Vijayakumar L. Suicide prevention: the urgent need in developing countries. *World Psychiatry* 2004; 3(3): 158-9.

Suicide Prevention in Developing Countries: A Prioritized Requirement Issue

Mohsen Rezaeian¹

Review Article

Abstract

Suicide means deliberately ending life that according to the existing evidence is increasing within the developing countries. The present review study aimed to determine the current patterns of suicide in the mentioned countries and to provide relevant prevention strategies. In 2012, the PubMed search engine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) was searched using terms “suicide”, “prevention” and “developing countries”, which should appear in the title of the articles. In the next step and by changing the search strategy and studying the references of the retrieved papers, it was tried to determine the most relevant and up-to-dated articles for this review study. The retrieved papers have highlighted that the majority of increasing suicides have been occurred among youths, especially young married women in developing countries. Despite this increase, there is not enough attention to this phenomenon in developing countries. Since the pattern of suicide is heavily affected by the cultural situations of each society, it would be possible to prevent this phenomenon by collecting and analyzing precise information regarding existing suicide patterns. As a result, prevention strategies should be population-based and cover all three levels of prevention.

Key words: Suicide, Pattern, Developing countries, Prevention Strategies

Citation: Rezaeian M. **Suicide Prevention in Developing Countries: A Prioritized Requirement Issue.** J Health Syst Res 2013; 9(5): 441-8.

Received date: 23/08/2012

Accept date: 10/03/2013

1- Professor, Department of Epidemiology, School of Medicine, Occupational Environmental Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Kerman, Iran (Corresponding Author) Email: moeygmr2@yahoo.co.uk