

آگاهی و عملکرد جامعه پیرامون اورژانس اجتماعی در شهر کرمان: یک پیمایش مبتنی بر پرسش‌نامه‌ی آنلاین

سمیرا سادات پورحسینی^۱، نوذر نخعی^۲، وحید یزدی فیض‌آبادی^۳، ریحانه سلجوقی نژاد^{۴*}

چکیده

زمینه و هدف: اورژانس اجتماعی یکی از برنامه‌های مداخله‌ای با هدف پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی به‌شمار می‌رود که وظیفه‌ی آن مداخله در بحران‌های اجتماعی است. آگاهی جامعه از این برنامه تأثیر بسزایی در مدیریت آسیب‌ها خواهد داشت. هدف این مطالعه بررسی وضعیت آگاهی و عملکرد در خصوص اورژانس اجتماعی است.

روش بررسی: مطالعه‌ی حاضر، پیمایشی مبتنی بر پرسش‌نامه‌ی آنلاین در سال ۱۴۰۲ بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. شرکت‌کنندگان شامل ۷۰۶ نفر از شهر کرمان بودند. ابزار اندازه‌گیری شامل پرسش‌نامه‌ی ۴ بخشی: اطلاعات جمعیت‌شناختی، آگاهی از اورژانس اجتماعی، آگاهی از مصادیق آسیب‌های اجتماعی و عملکرد در هنگام مواجهه با آسیب‌های اجتماعی بود.

یافته‌ها: میانگین سنی پاسخ‌دهندگان ۳۶ سال بود و اکثریت (۷۰/۳٪) زن بودند. از نظر آگاهی از اورژانس اجتماعی، ۷۱٪ افراد و از نظر آگاهی از مصادیق آسیب‌های اجتماعی، ۸۶/۷٪ از آگاهی نامطلوب برخوردار بودند. همچنین ۴۴/۲٪ افراد از عملکرد مطلوبی در مواجهه با آسیب‌های اجتماعی برخوردار نبودند. رگرسیون لجستیک نشان داد که بین آگاهی از اورژانس اجتماعی با عملکرد و تحصیلات دانشگاهی رابطه‌ی معناداری وجود داشت. سطح عملکرد افرادی که آگاهی مطلوب داشتند، به‌طور متوسط ۲/۲۸ برابر مطلوب‌تر از افرادی بود که میزان آگاهی آن‌ها نامطلوب بود. سطح آگاهی افرادی که تحصیلات دانشگاهی داشتند، به‌طور متوسط ۳/۶۸ برابر مطلوب‌تر از افرادی بود که تحصیلات زیر دیپلم داشتند. بین آگاهی از مصادیق آسیب‌های اجتماعی با وضعیت تأهل نیز رابطه‌ی معنادار به‌دست آمد. سطح آگاهی افراد متأهل به‌طور متوسط ۰/۵۶ برابر نامطلوب‌تر از افراد مجرد بود. بین جنسیت و تحصیلات با عملکرد نیز رابطه‌ی معناداری مشاهده شد. سطح عملکرد مردان به‌طور متوسط ۱/۴۲ برابر مطلوب‌تر از زنان بود. سطح عملکرد افرادی که تحصیلات دانشگاهی و تحصیلات دیپلم داشتند، به‌ترتیب به‌طور متوسط ۴/۲۲ و ۳/۴۷ برابر مطلوب‌تر از افرادی بود که تحصیلات زیر دیپلم داشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به آگاهی ضعیف جامعه نسبت به اورژانس اجتماعی، ضرورت برنامه‌ریزی جهت ارتقای سطح آگاهی مردم در خصوص آسیب‌های اجتماعی و نحوه‌ی حمایت اورژانس اجتماعی از آسیب‌دیدگان اجتماعی احساس می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اورژانس اجتماعی، آسیب‌های اجتماعی، آگاهی، عملکرد، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۲/۲۷

پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۲/۱

* نویسنده مسئول:

ریحانه سلجوقی نژاد؛

پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت دانشگاه

علوم پزشکی کرمان

Email:

r.saljooghi@kmu.ac.ir

۱ کارشناس ارشد مدیریت اجرایی، مرکز تحقیقات مدیریت ارابه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲ استاد مرکز تحقیقات علوم اعصاب، پژوهشکده نوروفارماکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳ دانشیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۴ کارشناس ارشد آمار زیستی، مرکز تحقیقات سلامت در بلایا و فوریت‌ها، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

مقدمه

آسیب‌های اجتماعی یکی از موضوعات مهم در بحث سیاست‌گذاری اجتماعی است که افزایش آن تأثیر بسیار منفی بر کیفیت زندگی جامعه داشته و نشانه‌ای از کاهش شاخص‌های سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی محسوب می‌گردد (۱). آسیب‌ها و تهدیداتی از قبیل خودکشی، افزایش جرایم جنسی، روسپی‌گری، دختران فراری، کودکان خیابانی، خشونت علیه زنان، کودک‌آزاری، طلاق، اعتیاد، نمونه‌هایی از آسیب‌های اجتماعی هستند که افراد جامعه در معرض آن‌ها قرار دارند (۲). آمار و ارقام موجود از روند رو به رشد آسیب‌های اجتماعی، کاهش میانگین سنی و شدت ظهور پیامدهای ناگوار آن حکایت می‌کند (۱). بر اساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی، سالانه یک میلیارد کودک مورد کودک‌آزاری قرار می‌گیرند (۳). سالانه یک میلیون نوجوان ۱۳ تا ۱۹ ساله از خانه فرار می‌کنند که ۷۴ درصد آن‌ها دختر هستند (۴). از هر ۸ زن، یک نفر در معرض خشونت است (۵) و خودکشی در میان ده مورد برتر علل مرگ در جهان قرار دارد (۶).

جامعه ایران نیز از وضعیت مناسبی در حوزه آسیب‌های اجتماعی برخوردار نبوده و علی‌رغم تلاش نهادهای مسئول، شاهد افزایش و پیچیدگی آسیب‌های اجتماعی است (۱). ایران از نظر رتبه جهانی خودکشی در رتبه‌ی ۵۸ ام قرار دارد (۷) و بیشترین فراوانی خودکشی‌های منجر به مرگ مربوط به جوانان و نوجوانان است (۸). همچنین در سال‌های اخیر، خشونت علیه زنان رتبه‌ی اول را در مشکلات مطرح شده از سوی آسیب‌دیدگان اجتماعی به خود اختصاص داده است (۵). در خصوص شیوع کودک‌آزاری در ایران آمار دقیقی وجود ندارد؛ اما آمارهای غیررسمی حاکی از شیوع این پدیده در ایران است و طبق آمارهای ارایه شده توسط اورژانس اجتماعی، در سال ۱۳۹۵ تعداد ۱۳ هزار مورد کودک‌آزاری به شماره ۱۲۳ اطلاع داده شده که پس از بررسی، حدود نیمی از آن‌ها تأیید شده است (۹).

مداخلات متعددی برای کاهش آسیب‌های اجتماعی توسط سازمان‌ها در جریان است؛ اما عواملی از جمله آگاهی پایین جامعه و ناکافی بودن حساسیت و مهارت مردم در رویارویی با آسیب‌های اجتماعی، ناکافی بودن حساسیت مسئولان، انتخاب نامناسب مداخلات اساسی، ارزشیابی نشدن مداخلات فعلی، تخصیص اغلب منابع موجود به مداخلات سطح سوم پیشگیری، ضعف نظام استقرار عملیات و همکاری بین‌بخشی در اجرای مداخلات، مانع از تأثیر این

اقدامات در بهبود شاخص‌های سلامت اجتماعی است (۴). یکی از برنامه‌هایی که از اواخر دهه ۷۰ با هدف مدیریت آسیب‌های اجتماعی در کشور ایران آغاز به کار کرد برنامه اورژانس اجتماعی است. این برنامه اصلی‌ترین برنامه‌ی مرتبط با آسیب‌های اجتماعی است که در حوزه‌ی امور اجتماعی شکل گرفته است (۱۰). اورژانس اجتماعی یک برنامه‌ی جامعه‌محور است که در نظر دارد تا قبل از مداخلات قضایی و پلیسی مداخلات روانی اجتماعی انجام دهد و حتی در کنار این مداخلات نیز نقش اساسی در پیشگیری از وقوع آسیب‌ها داشته باشد. در واقع، این نوع مداخلات، زمینه را برای توانمندسازی افراد در معرض آسیب، آسیب‌دیدگان اجتماعی و بازگشت آن‌ها به زندگی سالم فراهم می‌کند (۶).

جهت افزایش مشارکت مردم در حوزه‌ی آسیب‌های اجتماعی، طراحی برنامه‌های پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، آموزش و توسعه‌ی دانش و آگاهی جامعه در خصوص سازمان‌های حمایت‌کننده از آسیب‌دیدگان اجتماعی و خدمات آن‌ها و تشویق به استفاده از خدمات در شرایط بحران، ضروری و لازم است (۷). آگاهی مردم از آسیب‌های اجتماعی و خدمات سازمان‌های حمایت‌کننده از آسیب‌دیدگان اجتماعی امری مهم در پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی است و منجر به درک مطلوب‌تر از سازمان‌های ارایه‌دهنده‌ی خدمت، افزایش مشروعیت و در نتیجه افزایش اعتماد عمومی می‌شود (۱۱). از این رو لازم است جهت فراهم آوردن امکان دسترسی سریع به حمایت‌های اجتماعی اضطراری، سیستمی برای افزایش آگاهی عمومی طراحی شود؛ چرا که آگاهی پایین جامعه از راه‌های ارتباطی و نحوه‌ی استفاده از خدمات اضطراری می‌تواند دسترسی مؤثر به این گونه خدمات را مختل کند (۵).

اگرچه مطالعات زیادی به بررسی آگاهی جامعه از سازمان‌های حمایت‌کننده‌ی اجتماعی و آگاهی از آسیب‌های اجتماعی پرداخته‌اند، مطالعه‌ای که به بررسی سطح آگاهی و عملکرد جامعه در خصوص کارکرد اورژانس اجتماعی و آسیب‌های اجتماعی در ایران پرداخته باشد، انجام نگرفته است. همچنین مطالعات موجود از نظر جامعه آماری محدود به گروه‌های خاص بوده و آگاهی و عملکرد را هم‌زمان و در ابعاد گسترده بررسی نکرده‌اند. قنبری و همکاران (۲۰۱۹)، در مطالعه‌ی خود با عنوان «نقش اورژانس اجتماعی در پیشگیری از خودکشی» به آموزش استفاده از خدمات اورژانس اجتماعی در افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، پرداخته و نتایج مطالعه، نشان‌دهنده‌ی افزایش استفاده از خدمات اورژانس اجتماعی

قرارگرفت. برای اطمینان از این که پرسش نامه تا حد امکان توسط گروه های سنی، جنسیتی و تحصیلی مختلف تکمیل شود با روابط عمومی ارگان های خصوصی و دولتی در اصناف مختلف در شهر کرمان هماهنگی انجام گرفت تا پرسش نامه در گروه های مجازی با ترکیب افراد متنوع از نظر سن، جنس و تحصیلات انتشار یابد.

جهت جمع آوری اطلاعات، پرسش نامه ای در دو بخش طراحی شد که بخش اول اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم اطلاعات اختصاصی بود. پرسش نامه در مجموع شامل ۲۵ سوال بود. بخش اطلاعات اختصاصی مشتمل بر سه قسمت بود. سوالات سنجش آگاهی در خصوص وظایف و نحوه ی ارائه خدمت اورژانس اجتماعی، سوالات سنجش آگاهی از مصادیق آسیب های اجتماعی و سوالات سنجش عملکرد. سوالات به صورت چندگزینه ای طراحی شدند. در بخش جمعیت شناختی تعداد ۴ سوال در مورد سن، جنسیت، تحصیلات و وضعیت تأهل پرسیده شد. برای سنجش آگاهی از وظایف و نحوه ی ارائه خدمت، تعداد ۵ سوال در نظر گرفته شد که در مورد اطلاع از شماره تماس، نحوه ی ارائه خدمت و وظایف اورژانس اجتماعی بودند. سوالات سنجش آگاهی از مصادیق آسیب ها، شامل یک سوال ۵ قسمتی در مورد مصادیق همسرآزاری و یک سوال ۷ قسمتی در مورد مصادیق کودک آزاری بود. ۱۰ عبارت، بیانگر مصادیق کودک آزاری و همسرآزاری بودند و ۲ عبارت جزو مصادیق نبودند. برای سنجش عملکرد، ۳ سوال در نظر گرفته شد که در خصوص استفاده از خدمات اورژانس اجتماعی و نحوه ی رفتار در خصوص مواجهه ی خود یا دیگران با آسیب های اجتماعی بودند. در بین سوالات اختصاصی تعدادی سوال در مورد سازمان های دیگر مانند پلیس و اورژانس پزشکی طراحی شده بود که مشتمل بر ۱۱ سوال بودند. هدف از طراحی این سوالات جلوگیری از هدایت پاسخ دهندگان به سمت جواب صحیح بود. سوالات به صورت چندگزینه ای طراحی شدند. جهت طراحی گویه های پرسش نامه از ترکیب روش قیاسی و استقرایی استفاده شد. در روش قیاسی که به طبقه بندی از بالا به پایین معروف است، گویه ها بر اساس بررسی وسیع متون و ادبیات حوزه های مرتبط استخراج می شوند و در روش استقرایی یا طبقه بندی از پایین به بالا، با استفاده از نظرات خبرگان به طراحی گویه ها پرداخته می شود (۱۴). بدین شکل در مطالعه ی حاضر دستورالعمل و مستندات مرتبط با برنامه و خدمات تحت پوشش اورژانس اجتماعی مرور شد و سپس بر اساس نظرات خبرگان موارد مهم در خصوص کارکرد و نقش اورژانس اجتماعی انتخاب و گویه ها

پس از افزایش آموزش ها و در نتیجه کاهش خودکشی بوده است (۶). با این که مطالعه ی مذکور، تنها مطالعه ی یافت شده در خصوص اورژانس اجتماعی در ایران است، از نظر جامعه آماری، محدود به ۱۵۳ مورد که خودکشی را تجربه کرده اند بوده و نقدی که بر این مطالعه وارد است، مشخص نبودن میزان استفاده از اورژانس اجتماعی قبل از انجام مداخله ی آموزشی است. با توجه به این که برخی مطالعات، نقش مردم را در همکاری با مسئولان در خصوص پیشگیری از آسیب ها بسیار مهم دانسته اند (۱۰)، بر این اساس، مطالعه ی حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که وضعیت آگاهی و عملکرد جامعه در خصوص اورژانس اجتماعی به عنوان یک سازمان حمایت کننده از آسیب دیدگان اجتماعی و دیدگاه افراد به آسیب های اجتماعی چگونه است؟ نتایج مطالعه در سیاست گذاری و برنامه ریزی جهت فرهنگ سازی و ارتقای آگاهی جامعه برای کاهش آسیب های اجتماعی اثرگذار خواهد بود.

روش بررسی

مطالعه ی حاضر یک مطالعه ی مقطعی پیمایشی است که با استفاده از پرسش نامه ی آنلاین در سال ۱۴۰۲ انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمام مردم شهر کرمان بود. به منظور تعیین نمونه ی مورد نظر از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد و با توجه به این که جمعیت شهر کرمان ۵۰۰۰۰۰ نفر بود حجم نمونه ۷۰۶ نفر برآورد گردید (۱۲). در روش نمونه گیری در دسترس، افراد بر اساس دسترسی آسان یا اتفاقی اما با رعایت شرایط مختلف توزیع سنی و جنسی انتخاب می شوند. این روش در شرایطی استفاده می شود که دسترسی به چارچوب نمونه گیری مشخصی وجود ندارد و از آن مهم تر به دلیل سهولت اجرا، هزینه ی کم و سرعت بالا بسیار رایج است (۱۳). در مطالعه ی حاضر به دلیل محدودیت منابع پژوهش و عدم دسترسی به چارچوب نمونه گیری، از این روش نمونه گیری ضمن توجه به توزیع هر دو جنس و افراد در سنین مختلف بالای ۱۸ سال استفاده گردید. معیارهای ورود به مطالعه، تمایل به شرکت در مطالعه، سواد خواندن و نوشتن، سن بالای ۱۸ سال و سکونت در شهر کرمان بود. همچنین افرادی که تمایل به همکاری نداشته و یا پرسش نامه را به صورت کامل پر نکرده بودند، از مطالعه خارج شدند. پرسش نامه به صورت یک فرم آنلاین، در بستر پلتفرم پرسش نامه ساز پرس لاین طراحی شد و لینک آن از طریق شبکه های مجازی داخلی و خارجی مانند تلگرام، واتساپ، سروش، ایتا، روبیکا در دسترس افراد



طراحی گردید. مدت زمان پاسخ‌دهی به سوالات ۵ دقیقه در نظر گرفته شد و جمع‌آوری اطلاعات حدود سه ماه به طول انجامید.

جهت بررسی روایی پرسش‌نامه از روش کیفی و کمی استفاده شد. جهت بررسی کیفی روایی محتوا، از ۵ نفر از متخصصان حوزه‌ی آسیب‌های اجتماعی درخواست شد تا نظرات خود را به صورت مکتوب در رابطه با مفید و ضروری بودن گویه‌های پرسش‌نامه ارائه دهند و سپس تعیین نمایند هر گویه در زیرطبقه‌ی مرتبط قرار گرفته است یا خیر. برای تعیین کمی اعتبار محتوا از دو روش بررسی نسبت روایی محتوا (CVR) و بررسی شاخص روایی محتوا (CVI)، استفاده شد. شاخص CVR برای سوالات در محدوده‌ی قابل قبول ۷۱ تا ۱۰۰ درصد و شاخص CVI سوالات در محدوده ۷۹ تا ۱۰۰ درصد به دست آمد. جهت بررسی پایایی پرسش‌نامه، مطالعه‌ی پایلوتی با حجم نمونه‌ی ۳۰ نفر انجام شد و سپس ۱۰ روز بعد دوباره پرسش‌نامه در اختیار آنان قرار گرفت و از طریق شاخص ICC محاسبه شد. این شاخص در این مطالعه برابر با ۰/۹۶ به دست آمد. جهت بررسی روایی صوری، از ۱۰ نفر از مردم عادی جامعه خواسته شد تا نظر خود را در رابطه با میزان قابل درک بودن و یا وجود ابهام در هر یک از گویه‌های پرسش‌نامه مشخص نمایند. نهایتاً تعداد کمی از کلمات، بر اساس نظرات همان افراد، تغییر داده شد.

تحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی و تحلیلی انجام گردید. قسمت توصیفی با استفاده از آمارهای توصیفی، میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد انجام و در قسمت تحلیلی از آزمون رگرسیون لجستیک جهت استخراج عوامل تأثیرگذار بر آگاهی و عملکرد استفاده شد. برای نیکویی برازش مدل از آزمون Hosmer-Lemeshow استفاده شد. در این آماره از سطح معناداری استفاده می‌شود؛ به این ترتیب که اگر مقدار P از ۰/۰۵ بیشتر باشد، فرض صفر تأیید می‌شود و نشان می‌دهد که مدل از برازش خوبی برخوردار است.

انجام رگرسیون لجستیک برای سنجش متغیر آگاهی از وظایف و نحوه‌ی ارائه خدمت اورژانس اجتماعی به این شکل بود که به افرادی که هیچ‌یک از سوالات را درست پاسخ نداده بودند، نمره‌ی صفر، به افرادی که تنها ۱ سوال را درست پاسخ داده بودند، نمره‌ی ۱، به افرادی که ۲ سوال را درست پاسخ داده بودند، نمره‌ی ۲، افرادی که ۳ سوال را درست پاسخ داده بودند، نمره‌ی ۳، افرادی که ۴ سوال را درست پاسخ داده بودند، نمره‌ی ۴ و به افرادی که هر پنج سوال را درست پاسخ داده بودند، نمره‌ی ۵ تعلق گرفت. نقطه‌ی برش برای تعیین

سطح آگاهی به این شکل بود که افرادی که به ۳ سوال یا بیشتر پاسخ صحیح داده بودند، افراد دارای آگاهی مطلوب (نمره ۱) و افرادی که زیر ۳ سوال را درست پاسخ داده بودند، افراد با آگاهی نامطلوب (نمره صفر) در نظر گرفته شدند. بدین صورت پاسخ صحیح به بیش از نیمی از سوالات، مبنای سطح مطلوب آگاهی قرار گرفت (۱۵).

نحوه‌ی امتیازدهی در بخش سنجش آگاهی از مصادیق آسیب‌های اورژانس اجتماعی به این شکل بود که به افرادی که ۱۰ مصداق مربوط به کودک‌آزاری و همسرآزاری را به درستی انتخاب کرده بودند، نمره‌ی ۱ و افرادی که تعداد کمتر یا بیشتر از ۱۰ گزینه را به عنوان مصادیق انتخاب کرده بودند، نمره‌ی صفر اختصاص داده شد. افرادی که نمره‌ی ۱ کسب کردند، افراد با آگاهی مطلوب و افرادی که نمره‌ی صفر به دست آوردند، افراد با آگاهی نامطلوب در نظر گرفته شدند. جهت تعیین سطح عملکرد افراد، با توجه به این که تعداد سوالات مربوط به سنجش عملکرد ۳ سوال بود، به افرادی که هیچ‌یک از سوالات را درست پاسخ نداده بودند، نمره‌ی صفر، به افرادی که تنها ۱ سوال را درست پاسخ داده بودند، نمره‌ی ۱ و به افرادی که هر ۳ سوال را درست پاسخ داده بودند، نمره‌ی ۲ تعلق گرفت. افرادی که نمره‌ی صفر کسب کرده بودند، افراد دارای عملکرد نامطلوب و افرادی که نمره‌ی ۱ و ۲ کسب کردند، افراد با عملکرد مطلوب در نظر گرفته شدند. اطلاعات پس از جمع‌آوری، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل قرار گردید.

یافته‌ها

تعداد شرکت‌کنندگان در مطالعه، ۷۰۶ نفر بود و بیشتر آن‌ها (۷۰/۳٪) زن بودند. میانگین سنی افراد ۳۶ سال بود که کم‌سن‌ترین آن‌ها ۱۸ سال و مسن‌ترین آن‌ها ۷۸ سال داشتند. بیشتر افراد شرکت‌کننده در مطالعه (۶۹٪)، در گروه سنی ۳۰-۵۹ سال، ۲۷/۵٪ افراد در گروه سنی زیر ۳۰ سال و ۳/۵٪ در گروه سنی ۶۰ و بالاتر قرار داشتند. افرادی که تحصیلات دانشگاهی داشتند ۷۳/۲٪ افراد دارای تحصیلات دیپلم ۲۱/۵٪، و افراد دارای تحصیلات زیردیپلم ۵/۲٪ بودند. از لحاظ وضعیت تأهل، بیشترین افراد شرکت‌کننده در مطالعه معادل ۶۷٪ متأهل، ۳/۲٪ مجرد و ۲/۵٪ سایر (همسر جدا شده یا همسر فوت شده) بودند. جدول ۱ به بررسی وضعیت آگاهی از وظایف و نحوه‌ی ارائه خدمت اورژانس اجتماعی پرداخته است.

جدول ۱: وضعیت آگاهی از وظایف و نمونهی رایبه فدمت اورژانس اجتماعی، مصادیق همسرآزاری و کودک آزاری

متغیر	سوال	فراوانی	درصد
آگاهی از وظایف و نحوهی رایبه خدمات	اطلاع از شماره تماس اورژانس اجتماعی		
	دارد	۲۶۷	۳۷/۸
	ندارد	۴۳۹	۶۲/۲
	اطلاع از شبانه‌روزی بودن خدمات اورژانس اجتماعی		
	دارد	۳۵۵	۵۰/۳
	ندارد	۳۵۱	۴۹/۷
	اطلاع از رایگان بودن تماس با اورژانس اجتماعی		
	دارد	۴۰۱	۵۶/۸
	ندارد	۳۰۵	۴۳/۲
	اطلاع از این‌که کمک به افرادی که قصد خودکشی دارند جزو وظایف کدام سازمان است (امکان انتخاب بیش از یک گزینه)		
نمی‌دانم	۵۹	۸/۴	
پلیس	۳۲۰	۴۵/۳	
اورژانس اجتماعی	۴۹۴	۷۰	
اورژانس پزشکی	۱۶۴	۲۳/۲	
اطلاع از این‌که کمک به دختران/ پسران فراری جزو وظایف کدام سازمان است (امکان انتخاب بیش از یک گزینه)			
نمی‌دانم	۶۵	۹/۲	
پلیس	۳۸۴	۵۴/۴	
اورژانس اجتماعی	۵۱۰	۷۲/۲	
اورژانس پزشکی	۱۵	۲/۱	
آگاهی صحیح از مصادیق همسرآزاری	کتک‌زدن	۶۶۲	۹۳/۸
	ناسزاگویی	۴۶۱	۶۵/۳
	شکایت علیه همسر جهت دفاع از حقوق خود	۵۴۵	۷۷/۲
	تمسخر	۳۴۴	۴۸/۷
	تهدید	۱۶۱	۲۲/۸
آگاهی صحیح از مصادیق کودک‌آزاری	کتک زدن	۳۸۸	۵۵
	تمسخر	۶۶۴	۹۴/۱
	تهدید	۳۸۶	۵۴/۷
	تنبیه طبق اصول علمی	۱۵۷	۲۲/۲
	بی‌توجهی به آموزش	۳۹۴	۵۵/۸
	بی‌توجهی به مراقبت‌های بهداشتی خوب	۴۹۵	۷۰/۱
	تغذیه ناکافی	۴۳۱	۶۱

اورژانس اجتماعی، نزدیک به یک سوم شرکت‌کنندگان (۳۰٪) در پاسخ خود به اورژانس اجتماعی به عنوان مرجع کمک برای افرادی که قصد خودکشی دارند، اشاره نکردند. علاوه بر این، در خصوص کمک به دختران و پسران فراری نیز بیش از یک چهارم (۲۷/۸٪) شرکت‌کنندگان، اورژانس اجتماعی را مرجعی در این خصوص نمی‌دانستند.

جدول ۱ نشان می‌دهد حدود دو سوم افراد شرکت‌کننده (۶۲/۲٪) از شماره تماس اورژانس اجتماعی اطلاع نداشتند. نزدیک به نیمی از شرکت‌کنندگان (۵۰/۳٪)، از شبانه‌روزی بودن و رایگان بودن خدمات اورژانس اجتماعی بی‌اطلاع بودند. همچنین، کمتر از نیمی از افراد در مورد وظایف اورژانس اجتماعی اظهار بی‌اطلاعی کردند. در خصوص اطلاع از وظایف

تنبیه طبق اصول علمی را مصداق کودک آزاری می دانستند؛ درحالی که در واقع از مصداق کودک آزادی محسوب نمی شود. بیش از دو سوم (۷۰/۱٪)، بی توجهی به مراقبت های بهداشتی خوب و دو سوم افراد (۶۱٪)، تغذیه ناکافی را از مصداق کودک آزاری برشمردند. جدول ۲ وضعیت عملکرد افراد پیرامون استفاده از خدمات اورژانس اجتماعی را نشان می دهد.

در خصوص آگاهی از مصداق همسر آزاری، اکثریت افراد (۹۳/۸٪)، کتک زدن را به عنوان مصداق همسر آزاری انتخاب کرده و تعداد کمی (۲۲/۸٪) تهدید همسر را از عناوین همسر آزاری برشمردند. در خصوص آگاهی از مصداق کودک آزاری، حدود نیمی از پاسخ دهندگان (۵۵٪) کتک زدن و اکثریت افراد (۹۴/۱٪)، تمسخر را به عنوان مصداقی از کودک آزاری اعلام کردند. کمتر از یک سوم افراد (۲۲/۲٪)،

جدول ۲: درصد پاسخ دهندگان مطلع از سوالات عملکرد

عنوان	فراوانی	درصد
زمانی که به آسیب های اجتماعی فکر می کنید برای اقدام به کمک به چه سازمانی فکر می کنید؟		
پلیس	۳۲۶	۴۶/۲
شهرداری	۳	۴
اورژانس پزشکی	۱۶	۲/۳
اورژانس اجتماعی (گزینه صحیح)	۳۶۱	۵۱/۱
در صورتی که توسط اعضای خانواده مورد آزار قرار گیرد چه اقدامی خواهید کرد؟		
تحمل می کنم و اقدامی انجام نمی دهم.	۲۸۸	۴۰/۸
با پلیس تماس خواهم گرفت.	۱۸۷	۲۶/۵
از مردم کمک خواهم گرفت.	۳۰	۴/۲
با اورژانس اجتماعی تماس خواهم گرفت.	۱۹۰	۲۶/۲
با اورژانس پزشکی تماس خواهم گرفت.	۱۱	۱/۶
آیا تا به حال از خدمات اورژانس اجتماعی استفاده کرده اید؟		
بلی	۲	۱۳/۹
خیر	۹۸	۸۶/۱

اجتماعی تماس نخواهند گرفت. همچنین نتایج نشان داد که درصد بسیار پایینی (۱۳/۹٪) از خدمات اورژانس اجتماعی استفاده کرده بودند. جدول ۳ یافته های مربوط به وضعیت آگاهی و عملکرد بر اساس مطلوب یا نامطلوب بودن را نشان می دهد.

مطابق جدول ۲ بررسی وضعیت عملکرد نشان داد که حدود نیمی از پاسخ دهندگان (۵۱/۱٪) در هنگام تصمیم به اقدام جهت کمک به آسیب دیدگان اجتماعی، اورژانس اجتماعی را انتخاب کرده و بیش از دو سوم (۷۳/۸٪)، در صورتی که خودشان مورد آزار قرار گیرند با اورژانس

جدول ۳: نمره نهایی آگاهی و عملکرد در فصول اورژانس اجتماعی و آسیب های اجتماعی

عنوان	فراوانی	درصد
آگاهی از نحوه ی ارائه خدمت اورژانس		
نامطلوب	۵۰۱	۷۱
مطلوب	۲۰۵	۲۹
آگاهی از مصداق آسیب ها		
نامطلوب	۶۱۲	۸۶/۷
مطلوب	۸۹	۱۲/۶
عملکرد		
نامطلوب	۳۱۲	۴۴/۲
مطلوب	۳۹۴	۵۵/۸

آگاهی از مصداق آسیب های اجتماعی نیز نشان داد که درصد کمی از افراد (۱۲/۶٪) آگاهی مطلوبی داشتند. همچنین از نظر عملکرد، بیش از نیمی از افراد (۵۵/۸٪) از

همان طور که جدول ۳ نشان می دهد بیش از دو سوم افراد از آگاهی مطلوبی در خصوص نحوه ی ارائه خدمت اورژانس اجتماعی برخوردار نبودند. وضعیت

عملکرد مطلوبی برخوردار بودند. در جدول ۴، نسبت بخت تعدیل شده و مقادیر معناداری عوامل مؤثر بر آگاهی و عملکرد نشان داده شده است.

مدول ۴: عوامل تأثیرگذار بر آگاهی و عملکرد در فصول اورژانس اجتماعی و آسیب‌های اجتماعی

عوامل	عنوان متغیر	ضریب رگرسیونی	خطای استاندارد	نسبت بخت تعدیل شده	فاصله اطمینان %۹۵	P-value
عوامل تأثیرگذار بر آگاهی از نحوه‌ی آرایه خدمت اورژانس اجتماعی	تحصیلات	مرجع*	مرجع	مرجع	مرجع	مرجع
	زیر دیپلم	۰/۹۲	۰/۶۴	۲/۵۲	۰/۷۲-۸/۸۶	۰/۱۴
	دیپلم	۱/۳۰	۰/۶۱	۳/۶۸	۱/۱-۱۲/۳۱	۰/۰۳
	دانشگاهی					
	خوداظهاری آگاهی و وظایف اورژانس اجتماعی	مرجع	مرجع	مرجع	مرجع	مرجع
	خیر بلی	۱/۵۶	۰/۲۱	۴/۷۹	۳/۱۶-۷/۲۷	۰/۰۰
عوامل تأثیرگذار بر آگاهی از مصادیق آسیب	استفاده از خدمات اورژانس اجتماعی	مرجع	مرجع	مرجع	مرجع	مرجع
	خیر بلی	۰/۷۷	۰/۲۴	۲/۱۷	۱/۳۳-۳/۵۲	۰/۰۰
	تحصیلات	مرجع	مرجع	مرجع	مرجع	مرجع
	زیر دیپلم	۱/۸۲	۱/۰۴	۶/۲۲	۰/۷۹-۴۸/۶۶	۰/۰۸
	دیپلم	۱/۹۲	۱/۰۲	۶/۸۷	۰/۹۲-۵۱/۳۳	۰/۰۶
	دانشگاهی					
عوامل تأثیرگذار بر عملکرد	وضعیت تأهل	مرجع	مرجع	مرجع	مرجع	مرجع
	مجرد متأهل	-۰/۵۷	۰/۲۳	۰/۵۶	۰/۳۵-۰/۸۹	۰/۰۱
	سایر	-۱/۳۲	۱/۰۵	۰/۲۶	۰/۰۳-۲/۰۹	۰/۲۰
	جنسیت	مرجع	مرجع	مرجع	مرجع	مرجع
	زن مرد	۰/۳۵	۰/۱۷	۱/۴۲	۱/۰۱-۱/۹۹	۰/۰۴
	تحصیلات	مرجع	مرجع	مرجع	مرجع	مرجع
زیر دیپلم	۱/۲۴	۰/۴۳	۳/۴۷	۱/۴۷-۸/۱۷	۰/۰۰	
دیپلم	۱/۴۴	۰/۴۱	۴/۲۲	۱/۸۷-۹/۵۲	۰/۰۰	
دانشگاهی						
عوامل تأثیرگذار بر عملکرد	میزان آگاهی	مرجع	مرجع	مرجع	مرجع	مرجع
	آگاهی پایین آگاهی بالا	۰/۸۲	۰/۱۸	۲/۲۸	۱/۶۰-۳/۲۵	۰/۰۰

* منظور از مرجع سطحی از متغیر است که سایر سطوح با آن مقایسه می‌شوند.

اجتماعی آگاهی نداشتند. سطح آگاهی افرادی که از خدمات اورژانس اجتماعی استفاده کرده‌اند، به‌طور متوسط ۲/۱۷ برابر مطلوب‌تر از افرادی بود که از خدمات اورژانس اجتماعی استفاده نکرده بودند.

بررسی عوامل مؤثر بر آگاهی از مصادیق آسیب‌های اجتماعی نشان داد که رابطه‌ی معناداری بین سطح آگاهی از مصادیق آسیب‌ها و وضعیت تأهل وجود داشت. به‌گونه‌ای که سطح آگاهی افراد متأهل به‌طور متوسط ۰/۵۶ برابر

مطابق جدول ۴، رابطه‌ی بین آگاهی با وضعیت تأهل و جنسیت یافت نشد؛ اما بین سطح آگاهی و تحصیلات، رابطه‌ی معناداری وجود داشت ($P \leq 0/05$)؛ بدین‌شکل که سطح آگاهی افرادی که تحصیلات دانشگاهی داشتند، به‌طور متوسط ۳/۶۸ برابر مطلوب‌تر از افرادی بود که تحصیلات زیر دیپلم داشتند. سطح آگاهی افرادی که اظهار داشتند از وظایف اورژانس اجتماعی آگاهی دارند، به‌طور متوسط ۴/۷۹ برابر مطلوب‌تر از افرادی بود که از وظایف اورژانس

نامطلوب تر از افراد مجرد بود. همچنین متغیر تحصیلات نزدیک به سطح معناداری بود به نحوی که افراد با تحصیلات بالاتر نسبت به افرادی که تحصیلات زیر دیپلم داشتند، از سطح آگاهی مطلوب تری برخوردار بودند.

سطح عملکرد مردان به طور متوسط ۱/۴۲ برابر مطلوب تر از زنان بوده است. سطح عملکرد افرادی که تحصیلات دانشگاهی و تحصیلات دیپلم داشته‌اند، به ترتیب به طور متوسط ۴/۲۲ و ۳/۴۷ برابر مطلوب تر از افرادی بود که تحصیلات زیر دیپلم داشتند. سطح عملکرد افرادی که آگاهی مطلوب از وظایف اورژانس اجتماعی داشتند، به طور متوسط ۲/۲۸ برابر مطلوب تر از افرادی بود که میزان آگاهی آن‌ها از وظایف اورژانس اجتماعی نامطلوب بوده است.

بحث

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که حدود دو سوم شرکت کنندگان در این مطالعه از سطح آگاهی مطلوبی از آسیب‌های اجتماعی و اورژانس اجتماعی برخوردار نبوده و از نظر عملکرد، در زمان مواجهه با آسیب‌های اجتماعی نیز، تنها نزدیک به نیمی از آن‌ها از عملکرد مطلوبی برخوردار بودند. به نظر می‌رسد که تحصیلات از عوامل مهم و مؤثر بر آگاهی و عملکرد افراد بود. بررسی عوامل دموگرافیک نشان داد که افراد با تحصیلات دانشگاهی، به طور معناداری آگاهی و عملکرد بهتری نسبت به سایر افراد داشتند؛ چرا که ممکن است افراد با تحصیلات بالاتر در معرض اطلاعات بیشتری در خصوص آسیب‌های اجتماعی و مراکز حمایت‌کننده قرار گرفته باشند. در مطالعه‌ی کارگر جهرمی و همکاران (۲۰۱۵)، نیز ارتقای سطح تحصیلات، یکی از راه‌های پیشگیری از آسیب‌ها شناخته شده است (۱۶). بین سطح عملکرد و وضعیت تأهل رابطه‌ی معناداری وجود نداشت اما در خصوص آگاهی از مصادیق آسیب‌های اجتماعی، افراد مجرد از سطح آگاهی مطلوب تری برخوردار بودند. بین سطح آگاهی و جنسیت رابطه معناداری وجود نداشت؛ اما بین سطح عملکرد افراد و جنسیت آن‌ها رابطه‌ی معناداری به دست آمد. به طور متوسط، مردان عملکرد بهتری نسبت به زنان داشتند. بین سطح آگاهی و عملکرد افراد نیز رابطه معناداری به دست آمد که نتایج مطالعه‌ی قنبری و همکاران نیز در راستای این یافته می‌باشد (۶).

بیش از دو سوم افراد به درستی به وظایف اورژانس اجتماعی اشاره کرده بودند؛ اما مطلع بودن تنها نزدیک به یک سوم افراد از شماره تماس اورژانس اجتماعی و بی‌اطلاعی نیمی از آن‌ها نسبت به نحوه‌ی ارائه خدمت این مرکز،

نشان‌دهنده‌ی آگاهی بسیار نامطلوب نسبت به اورژانس اجتماعی بود. شاید علت بالا بودن درصد افرادی که از وظایف اورژانس اطلاع داشتند به نحوی به نوع سوال مربوط باشد که پاسخ‌دهنده را به پاسخ صحیح هدایت کرده است. باید گفت که روایی و پایایی سوالات مذکور ثابت شده بود. این یافته‌ها بیانگر ضعف آگاهی بخشی در خصوص معرفی اورژانس اجتماعی به جامعه است که با نتایج مطالعه‌ی دماری و همکاران (۲۰۱۳) همخوانی دارد (۴).

به طور معمول، آسیب‌های اجتماعی نتیجه‌ی رفتارهای خشونت بار هستند. خشونت به عنوان الگویی ترکیبی از خشونت فیزیکی، روانی، اقتصادی و جنسی تعریف می‌شود. بدین معنا که محدود به صدمه‌ی فیزیکی نبوده بلکه رفتارهایی چون تهدید، تحقیر و تمسخر نیز از مصادیق خشونت و آسیب به‌شمار می‌آیند (۱۷). در این میان، کودک‌آزاری و همسرآزاری از مهمترین آسیب‌های رو به افزایش هستند (۱۸). یافته‌های مربوط به آگاهی از مصادیق همسرآزاری و کودک‌آزاری نشان داد که اکثریت افراد، کتک زدن را یکی از مصادیق همسرآزاری می‌دانستند، در حالی که تنها نیمی از افراد آن را مصداق کودک‌آزاری بیان کرده بودند. این یافته می‌تواند بیانگر وجود این نگرش در جامعه باشد که تنها خشونت فیزیکی نسبت به همسر، آسیب محسوب می‌گردد، به گونه‌ای که مواردی چون تهدید و تمسخر همسر از دیدگاه افراد از مصادیق همسرآزاری نبوده و متأسفانه در خصوص کودک‌آزاری، خشونت فیزیکی مانند کتک زدن نیز آسیب تلقی نمی‌شود. شاید این موضوع ریشه در باورهای جامعه مبنی بر این که کتک زدن کودک امری طبیعی برای تربیت فرزند است، داشته باشد. شناخت ناکافی از مصادیق آسیب‌هایی همچون کودک‌آزاری و همسرآزاری منجر به عادی‌انگاری این آسیب‌ها در جامعه و در نتیجه عدم اقدام جهت حمایت از آسیب‌دیدگان می‌گردد. در مطالعه‌ی کاشانی‌موحد و همکاران (۲۰۲۳)، آگاهی و نگرش مربیان مهدکودک نسبت به کودک‌آزاری خوب و عملکرد ایشان ضعیف ارزیابی شده است (۱۹). در مطالعه‌ی هم‌رنگ گبلو و همکاران (۱۳۹۷)، که به تحلیل محتوای کیفی مصادیق کودک‌آزاری از دیدگاه والدین در شهر تبریز پرداخته، دامنه آگاهی والدین را در سه مفهوم کودک‌آزاری جسمی، عاطفی و غفلت از کودک، خوب اما در رابطه با کودک‌آزاری جنسی محدود ارزیابی شده است. نتایج مطالعه‌ی مذکور نشان داد که فقدان آگاهی از مصادیق کودک‌آزاری باعث مرتکب شدن کودک‌آزاری خواهد شد (۹). از این رو آگاه‌سازی جامعه از آسیب‌های

آگاهی تنها دو سوم افراد از اورژانس اجتماعی و عملکرد نامطلوب نزدیک به نیمی از افراد در هنگام مواجهه با آسیب‌های اجتماعی، بیانگر ضعف آموزش‌های اثربخش در خصوص معرفی اورژانس اجتماعی به جامعه می‌باشد. ارتقای سطح دانش و آگاهی، می‌تواند مردم را تشویق به استفاده از خدمات اورژانس اجتماعی نماید و در کاهش آسیب‌های اجتماعی و جلوگیری از تکرار آن‌ها نیز تأثیرگذار باشد. در این خصوص لازم است اقدامات آموزشی از سوی نهادهای اجتماعی از جمله آموزش و پرورش، سازمان بهزیستی، واحدهای آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه‌های علوم پزشکی جهت آماده‌سازی جامعه پیرامون استفاده از خدمات اورژانس اجتماعی صورت پذیرد. همچنین تهیه برنامه‌های آموزشی از طریق صدا و سیما و فضای مجازی نیز از اثربخش‌ترین اقدامات در این زمینه به شمار می‌آید. موضوع دیگری که لازم است بدان توجه گردد، تقویت زیرساخت‌های مراکز اورژانس اجتماعی و استفاده از نیروهای ماهر جهت ارائه خدمات در سطح مطلوب، جهت جلب اعتماد جامعه برای استفاده از این خدمات است. از آن‌جا که مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی کمی است، درک دلایل نامطلوب بودن وضعیت آگاهی و عملکرد پیرامون اورژانس اجتماعی مستلزم انجام مطالعات کیفی است که پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی، به این موضوع پرداخته شود. همچنین لازم است مطالعاتی در خصوص بررسی این موضوع که چه آموزش‌هایی در ارتقای آگاهی عمومی تأثیرگذاری بیشتری دارند، انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، نتیجه‌ی یک طرح پژوهشی است که از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کد اخلاق IR.KMU.REC.1402.164 را دریافت کرده و با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام گرفته است. بدین وسیله از کارکنان مرکز اورژانس اجتماعی و همچنین معاونت اجتماعی اداره کل بهزیستی استان کرمان قدردانی می‌گردد.

References

1. Mousavi-Chelak H, Samaram E & Hoseini-Hajibekandeh SA. Suggested social policies to control social harms in Iran. *Social Welfare Quarterly* 2019; 18(70): 77-104[Article in Persian].
2. World Health Organization. Suicide in the world: Global health estimates, 2019. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf;sequence=1>. 2022.
3. World Health Organization. Global status report on preventing violence against children, 2020. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332394/9789240004191-eng.pdf>. 2020.

اجتماعی چون کودک‌آزاری و همسرآزاری جهت پیشگیری از آن‌ها ضروری به‌نظر می‌رسد (۱۹). این آگاهی‌رسانی در ارایه‌کنندگان خدمات درمانی حال و آینده از جمله دانشجویان پزشکی نیز ضروری است (۲۰).

با توجه به یافته‌های مطالعه که نشان می‌دهد که تنها دو نفر از پاسخ‌دهندگان اظهار داشتند از خدمات اورژانس اجتماعی استفاده کرده‌اند، می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از خدمات اورژانس در جامعه رایج نبوده و در بسیاری از موارد، آسیب‌دیدگان اجتماعی به جای درخواست کمک از اورژانس اجتماعی ترجیح می‌دهند که هیچ اقدامی انجام ندهند. دلیل این موضوع علاوه بر مطلوب نبودن سطح آگاهی از وجود سازمان‌های حمایتی مانند اورژانس اجتماعی، می‌تواند به دلایل دیگری چون ترس از برچسب‌های اجتماعی باشد. نتایج مطالعه‌ی Maier (۲۰۲۴)، نیز بیانگر عدم تمایل به استفاده از خدمات سیستم‌های حمایتی اجتماعی و قضایی در بین افرادی که مورد تجاوز قرار گرفته‌اند بود (۲۱).

محدودیت مطالعات مرتبط با موضوع و نبود پرسش‌نامه استاندارد در این خصوص از محدودیت‌های اصلی این مطالعه بود. با توجه به این‌که یکی از اهداف این مطالعه بررسی وضعیت عملکرد جامعه بود و برای این قسمت، از پرسش‌نامه‌ی خوداظهاری استفاده شد، ممکن است سوالات این بخش معیار عملکرد واقعی افراد نباشند. همچنین با توجه به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس برای جمع‌آوری داده‌ها، تعمیم‌پذیری نتایج به کل شهر کرمان، با محدودیت همراه است. هر چند در این ارتباط سعی شد تا هنگام توزیع پرسش‌نامه‌ی آنلاین، شبکه‌های مجازی مختلف مورد استفاده‌ی عموم جامعه در شهر کرمان با تنوع گروه‌های سنی و جنسیتی مختلف مدنظر قرار گیرد؛ با این حال، همچنان به دلیل تصادفی نبودن نمونه‌گیری، تعمیم نتایج به کل جامعه‌ی شهر کرمان با احتیاط باید صورت گیرد.

نتیجه‌گیری



4. Damari B, Nasehei A & Vosoogh-Moghaddam A. What should we do for improving Iranian social health? Situational analysis, national strategies and role of ministry of health and medical education. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2013; 11(1): 45-58[Article in Persian].
5. Rahimi Z, Keshavarzi-Arshadi F, Koochak-Entezar R & Hasani F. The social problem of spousal abuse and modeling the solution of family resilience. *Iranian Journal of Social Problems* 2023; 13(2): 173-89[Article in Persian].
6. Ghanbari B, Khaleghparast S, Alavi K & Malakouti SK. Educating and encouraging the use of 123 social emergency services in suicidal subjects. *Journal of Suicide Prevention* 2019; 1(1): 9-13.
7. Maliheh A & Masoud M. Continuous training of life skills is a sensible solution to prevent suicide attempts: A letter to editor. *Tehran University of Medical Sciences Journal* 2023; 80(12): 998-9[Article in Persian].
8. Sadeghian MH, Mahdavi SA, Habibi F & Shafiei M. Investigating factors affecting of the occurrence of suicides leading to death in bodies referred to the forensic medicine organization of Tehran province from 2010 to 2019. *Journal of Payavard Salamat* 2022; 16(3): 219-28[Article in Persian].
9. Hamrang-Gabalo I, Gharadaghi A & Nemati Sh. Exemplary child abuse from parents' perspectives: Qualitative content analysis. *Journal of Pediatric Nursing* 2021; 6(3): 1-13[Article in Persian].
10. Varastehfar A, Hashei-Daran H & Rafiee N. A survey on reasons social crimes caused in women and girls who were visiting the social emergency centers in Shahr-Kord. *Social Research Journal* 2011; 4(10): 35-62[Article in Persian].
11. Jumriani J, Subiyakto B, Hadi S, Mutiani M & Ithami MR. Education of social regulation through social institution materials in social studies. *The Innovation of Social Studies Journal* 2023; 3(2): 118-27.
12. Adam AM. Sample size determination in survey research. *Journal of Scientific Research and Reports* 2020; 26(5): 90-7.
13. Zimba O & Gasparyan AY. Designing, conducting, and reporting survey studies: A primer for researchers. *Journal of Korean Medical Science* 2023; 38(48): 1-11.
14. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quinonez HR & Young SL. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Frontiers in Public Health* 2018; 6(149): 1-18.
15. Andrade C, Menon V, Ameen S & Kumar-Praharaj S. Designing and conducting knowledge, attitude, and practice surveys in psychiatry: Practical guidance. *Indian Journal of Psychological Medicine* 2020; 42(5): 478-81.
16. Kargar-Jahromi M, Jamali S, Rahmanian-Koshkaki A & Javadpour Sh. Prevalence and risk factors of domestic violence against women by their husbands in Iran. *Global Journal of Health Science* 2015; 8(5): 175-83.
17. Draginja VS, Nemanja R, Batric V, Andrea J & Sv S. Socio-economic characteristics and risk factors affecting domestic violence in montenegro: A case-control study. *Iranian Journal of Public Health* 2023; 52(6): 1215-24.
18. Sharratt K, Mason SJ, Kirkman G, Willmott D, Mc-Dermott D, Timmins S, et al. Childhood abuse and neglect, exposure to domestic violence and sibling violence: Profiles and associations with sociodemographic variables and mental health indicators. *Journal of Interpersonal Violence* 2023; 38(1-2): 1141-62.
19. Kashani-Movahed B, Hosseinian-Serajehloo F, Rashedi R & Ganji N. Investigating the awareness, attitude and performance of kindergarten teachers towards social harms and children's abuse. *Journal of Psychosociological Research in Family and Culture* 2023; 1(1): 9-13.
20. Owaidah S, Alharaz R, Aljubran S, Almuhanza Z, AlMusailhi J, Abualait T, et al. Awareness and perceptions of child maltreatment among medical students and interns: A cross-sectional study. *BMC Primary Care* 2025; 26(41): 1-10.
21. Maier SL. Advocates' perception of the secondary victimization of rape survivors by law enforcement, the legal system, and hospital professionals. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10778012241292260>. 2024.



Public Awareness and Practice Regarding Social Emergency in Kerman, Iran: An Online Questionnaire-Based Survey

Samira Sadat Pourhosseini¹ (M.S.), Nozar Nakhaee² (Ph.D.), Vahid Yazdi-Feyzabadi³ (Ph.D.),
Reyhane Saljooghinejad^{4*} (M.S.)

1 Master of Science in Executive Master of Business Administration, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2 Professor, Neuroscience Research Center, Institute of Neuropharmacology, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3 Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4 Master of Science in Biostatistics, Health in Disasters and Emergencies Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Abstract

Received: 17 Mar. 2024

Accepted: 19 Feb. 2025

Background and Aim: Social emergency is intervention programs aimed at preventing social problems by managing social crises. Public awareness of this program plays a crucial role in mitigating such problems. This study aimed to assess the level of public awareness and practice regarding social emergency services.

Materials and Methods: This cross-sectional survey was conducted in 2023 using an online questionnaire and convenience sampling. A total of 706 urban residents of Kerman participated. The data collection tool comprised four sections: demographic information, awareness of social emergency services, awareness of examples of social problems, and practice when encountering social problems.

Results: The mean age of respondents was 36 years, and the majority (70.3%) were women. Regarding awareness, 71% of participants had poor knowledge of social emergency, and 86.7% demonstrated poor awareness of examples of social problems. Additionally, 44.2% exhibited inadequate practice when encountering social problems. The logistic regression analysis revealed a significant association between awareness of social emergency services and both performance and higher education. Individuals with adequate awareness exhibited, on average, 2.28 times better performance than those with inadequate awareness. Similarly, individuals with higher education had, on average, 3.68 times better awareness as compared to those with less than a high school diploma. A significant relationship was also found between awareness of social problems indicators and marital status. Married individuals demonstrated, on average, 0.56 times lower awareness as compared to single individuals. Furthermore, gender and education level were significantly associated with performance. Men's performance levels were, on average, 1.42 times better than women's. Additionally, individuals with university and high school education exhibited, on average, 4.22 and 3.47 times better performance, respectively, than those with less than a high school diploma.

Conclusion: Given the poor public awareness of social emergency, there is an urgent need for programs aimed at raising awareness about social problems and the role of social emergency in supporting victims.

Keywords: Social Emergency Services, Social Problems, Awareness, Practice, Iran

* Corresponding Author:
Saljooghinejad R
Email:
r.saljooghi@kmu.ac.ir