

## سطح آمادگی جامعه در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نسبت به بازگشایی مجدد دانشگاه‌ها به صورت حضوری در جریان همه‌گیری کووید-۱۹

راهله صادق<sup>۱</sup>، رضا خدیوی<sup>۲</sup>، شیما صفازاده<sup>۳</sup>، جلال کریمی<sup>۴</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** پاندمی کووید-۱۹، چالش بزرگی برای نظام‌های آموزشی بود. هدف از اجرای این مطالعه، ارزیابی سطح آمادگی جامعه‌ی دانشگاهی اصفهان برای بازگشایی مجدد حین همه‌گیری کووید-۱۹ به عنوان یک مداخله‌ی مبتنی بر جامعه بود.

**روش‌ها:** در مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰، مقدار آمادگی مدیران، اساتید، دانشجویان و کارمندان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با استفاده از مدل آمادگی جامعه (Community readiness model) CRM ارزیابی شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار آمادگی جامعه‌ی نیمه ساختاریافته (Community readiness tool) CRT استفاده شد. نمره‌ی آمادگی کل، میانگین امتیاز ۵ حیطه‌ی پرسش‌نامه است. برای تعیین تفاوت میانگین نمرات مقاطع و ارزیابی اثرات عوامل مداخله‌گر از آزمون t استاندارد، ANOVA و ANCOVA استفاده شد.

**یافته‌ها:** مصاحبه از ۲۸ نفر از مطلعین آگاه در ۴ بخش جامعه‌ی دانشگاهی انجام شد. نمره‌ی نهایی آمادگی جامعه  $2/9 \pm 6/03$  معادل مرحله‌ی آغازین در مدل CRM بود. از بین ۵ حیطه‌ی بررسی شده در پرسش‌نامه، آگاهی دانشجویان از جو دانشگاه، بالاترین نمره  $7/69 \pm 2/14$  و حیطه‌ی منابع مالی با نمره‌ی  $4/82 \pm 2/94$  کمترین نمره را اخذ کردند. اختلافی معنی‌دار در نمرات بخش دانشجویی با سایر بخش‌ها ( $P < 0/05$ ) مشاهده شد.

**نتیجه‌گیری:** برای دستیابی به نتایج مورد انتظار در اجرای هر مداخله‌ی مبتنی بر جامعه، تحلیل نظرات ذینفعان و اتخاذ راهبردهای مربوطه ضروری می‌باشد.

**واژگان کلیدی:** آمادگی؛ آموزش؛ آموزش از راه دور؛ دانشگاه؛ کووید-۱۹

**ارجاع:** صادق راهله، خدیوی رضا، صفازاده شیما، کریمی جلال. سطح آمادگی جامعه در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نسبت به بازگشایی مجدد

دانشگاه‌ها به صورت حضوری در جریان همه‌گیری کووید-۱۹. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۲؛ ۴۱ (۷۳۴): ۷۹۰-۷۸۰

### مقدمه

شد (۱). در ایران نیز همزمان با شروع اپیدمی، نظام آموزشی در تمام مقاطع با تعطیلی مواجه گردید، در فاصله‌ی زمانی چند ماهه از شروع پاندمی با ادغام دستورالعمل‌های آموزش غیرحضوری در سطح مراکز آموزشی غیردانشگاهی و دانشگاهی تلاش شد تا همه‌ی مقاطع شرایط برگزاری کلاس‌ها به صورت غیرحضوری و برخط را فراهم نموده و بدین ترتیب شیوه‌ی آموزش اینترنتی و از راه دور برای آموزش فراگیران انتخاب گردید. این شیوه‌ی آموزشی با چالش‌های متعددی همراه بود (۱، ۲). مطالعات انجام شده در بررسی عواقب آموزش

پاندمی کووید-۱۹ موجب بروز بحران‌های اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی متعدد، در جهان شد (۱). بر اساس هفتاد و هفتمین گزارش سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) WHO، ۹۰ درصد دانش‌آموزان جهان و بیش از ۱۵۰ میلیون کودک و بزرگسال در سراسر جهان، تحت تأثیر تعلیق آموزش قرار گرفتند. در همین حال، مجموع یادگیرندگان در سطح جهان که با تعطیلی کلاس‌های آموزشی مواجه شده‌اند، بیش از ۹۰۰ میلیون نفر برآورد

۱- دستیار تخصصی پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

۲- دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده‌ی پزشکی اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

۳- استادیار، گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

۴- اپیدمیولوژیست، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: رضا خدیوی؛ دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده‌ی پزشکی اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

Email: khadivi@med.mui.ac.ir

یافته‌های این مطالعه می‌تواند به عنوان یک تجربه در زمان اجرای مداخلات مبتنی بر جامعه، مورد استفاده‌ی مدیران بخش‌های مختلف حوزه‌ی سلامت قرار گیرد.

### روش‌ها

این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی، در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ در بین جامعه‌ی دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد.

برای سنجش آمادگی جامعه در زمان اجرای یک مداخله‌ی مبتنی بر اجتماع ابزارهای مختلفی بکار گرفته می‌شود (۱۴). یکی از این ابزارها به نام CRT (Community readiness tool) پرسش‌نامه‌ای است که برای ارزیابی مدل آمادگی جامعه (CRM (Community readiness model کاربرد دارد (۱۰). ارزیابی آمادگی جامعه بر اساس مدل CRM دانشگاه کلرادو، اولین بار با الهام از نظریه‌ی پروشکا در تغییر رفتار فردی در سال ۱۹۹۲ و برای اجرای مداخلات پیشگیرانه‌ی ایدز، بکار گرفته شد (۱۵).

بخش اول این مطالعه بصورت کیفی نیمه ساختارمند، با مصاحبه‌ی حضوری از افراد مطلع جامعه‌ی دانشگاهی در خصوص موضوع بازگشایی کلاس‌های درس دانشگاه با پرسش‌نامه‌ی نیمه ساختارمند CRM صورت گرفت.

بخش دوم به صورت یک مطالعه‌ی کمی، با نمره دهی به تک تک مصاحبه‌ها طبق مدل CRM، از طریق تعیین نمره‌ی آمادگی جامعه‌ی دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، انجام شد (۱۶، ۱۷).

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی استاندارد این مدل به نام CRT (ویرایش ۲۰۱۴) بود (۱۸).

۱- دو بخش پرسش‌نامه‌ی مورد استفاده در این مطالعه شامل: بخش اول، به گردآوری داده‌های دموگرافیک افراد مصاحبه‌شونده اختصاص داشت. بخش دوم، سؤالات در ۵ حیطه با ۲۷ سؤال، تنظیم شد. سؤالات در قالب حیطه‌های زیر قرار گرفته‌اند: ۱- حیطه‌ی تلاش‌ها و آگاهی از تلاش‌های صورت گرفته (که بر لیست اقدامات برنامه‌ریزی و اقدام شده و آگاهی مصاحبه‌شوندگان از این اقدامات تأکید دارد)؛ ۲- حیطه‌ی رهبری که بر نقش مدیران ارشد دانشگاه در فرایند بازگشایی مجدد تمرکز دارد؛ ۳- جو جامعه‌ی دانشگاهی، بر سوؤالاتی با اولویت‌های اعضای جامعه‌ی دانشگاهی در مورد بازگشایی مجدد کلاس‌های درس تمرکز دارد؛ ۴- حیطه‌ی آگاهی از مشکل و موضوع با تمرکز بر اهمیت بازگشایی مجدد کلاس‌ها به صورت حضوری، آگاهی از تبعات ناشی از غیر حضوری بودن کلاس‌های درس بر دانشجویان و خانواده‌های آن‌ها به موضوع پرداخته است و ۵- منابع که شامل آگاهی از منابع تخصیص داده شده برای اقدامات

غیرحضوری نشان دادند، اگرچه حیطه دانشی با آموزش غیرحضوری تغییر چندانی نداشته، اما آموزش گیرندگان از نظر مهارت و روابط اجتماعی، افت جدی داشته‌اند (۳). این موارد موجب شد که حضوری کردن مراکز آموزشی به ویژه مدارس پیش دبستانی و قبل از دانشگاه، به ویژه متعاقب اجرای برنامه‌ی واکسیناسیون همگانی، در دستور کار بسیاری از کشورها قرار بگیرد (۴، ۵).

در مقایسه با بازگشایی مدارس، بازگشایی فضاهای آموزشی به ویژه دانشگاه‌ها با مشکلات بیشتری به دلیل چالش در تأمین فضاهای خوابگاهی، سرویس‌های تغذیه و حمل و نقل متناسب با شرایط کرونا روبه‌رو بود و نیاز به آمادگی و منابع بیشتری برای حضور دانشجویان در فضای دانشگاه داشت (۶، ۷). اکثر دانشگاه‌های دنیا تا نیمه‌ی آگوست ۲۰۲۱ (تیرماه ۱۴۰۰) کلاس‌های حضوری را شروع کردند (۸، ۹). در همین حال، شروع کلاس‌های حضوری در مراکز دانشگاهی ایران تا اوایل سال ۱۴۰۱ (April 2022) به دلیل موج‌های همه‌گیری کووید-۱۹ و بعضاً مقاومت دانشجویان و یا بعضی از اساتید به تعویق افتاد.

در راستای اجرای برنامه‌های مرتبط با پیشگیری از انتقال و انتشار بیماری کووید-۱۹، سازمان جهانی بهداشت، کشورهای مختلف را با در نظر گرفتن شرایط اجتماعی و اقتصادی آن کشورها، به استفاده از رویکردهای متفاوت، توصیه نمود (۱۰). تفاوت رویکردها، ناشی از تفاوت در سطوح مختلف آمادگی جامعه و تفاوت شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در جامعه است (۱۱). در موضوع بازگشایی دانشگاه‌ها به عنوان یک مداخله‌ی مبتنی بر جامعه، تفاوت‌های فرهنگی، سیاسی و اقتصادی در شرایط جوامع بر انتخاب رویکرد مناسب مؤثر می‌باشد. بنابراین تطبیق، پذیرش و مشارکت در مداخله توسط جامعه به میزان نیاز جامعه به آن مداخله، پویایی یک جامعه و تمایل یک جامعه به شرکت در برنامه‌های پیشنهادی بستگی دارد و همچون سایر مداخلات مبتنی بر جامعه، باید بر اساس شرایط و نیازهای هر جامعه، فرهنگ و ارزش‌های آن جامعه صورت پذیرد. ادغام و مداخله‌ی مبتنی بر جامعه نیازمند استراتژی‌های مناسب و اقدامات مبتنی بر شواهد علمی است (۱۲-۱۵). تحقق موفقیت‌پایه‌سازی مداخلات جامعه‌محور، منوط به سنجش آمادگی جامعه برای آن مداخلات و اجرای صحیح مداخلات مبتنی بر شواهد بر اساس سطح آمادگی جامعه می‌باشد (۱۲). به دلیل اینکه دانش، نگرش، ادراک و عملکرد جامعه هدف از یک مداخله، متفاوت است، راه کارهای اجرای یک مداخله هم در سطوح مختلف آمادگی جامعه متفاوت خواهد بود (۱۳).

هدف این مطالعه، تعیین سطح آمادگی جامعه‌ی دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برای شروع مجدد آموزش‌های حضوری، با استفاده از ابزار آمادگی جامعه‌ی دانشگاه کلرادو، بود.

(زمان، پول، افراد، فضا و غیره) می‌باشد (۱۷، ۱۸).

(CVR (Content Validity Ratio) / (Content Validity Index)

CVI با دریافت ایمیل از دانشگاه ایالتی کلرادو، تأیید شد.

این پرسش نامه از نظر روایی صوری و روایی محتوایی در زبان فارسی توسط توسط نیکنام و همکاران در سال ۲۰۲۰ برای بررسی آمادگی جامعه‌ی دانش‌آموزان چاق مناطق مختلف تهران مورد با مقادیر  $CVR = 0/87$  و  $CVI = 0/92$  مورد تأیید قرار گرفته است (۲۲).

پس از انجام مصاحبه‌ها، پیاده‌سازی انجام و جدول نمره‌دهی مطابق با دستورالعمل تهیه شد. هر مصاحبه به طور مستقل توسط دو نفر بر اساس سیستم ANCHORED نمره دهی شد. نویسنده‌ی دوم و سوم در هر حیطه به هر مصاحبه نمره ای بین ۱ تا ۹ بر اساس واژه‌های کلیدی پرسش نامه اختصاص دادند. نمرات تخصیص داده شده توسط دو نفر بررسی و در دو مورد که تطابق وجود نداشت، متن مصاحبه‌ها بازنگری و نمره‌ی نهایی با توافق دو نفر تعیین گردید. جدول نهایی به تفکیک ۴ زیرجامعه (مدیران، اساتید، کارکنان و دانشجویان) انتخاب شده و ۵ حیطه به صورت جداگانه (رهبری و مدیریت، جو دانشگاه، میزان آگاهی از تلاش‌های صورت گرفته، آگاهی از موضوع بازگشایی و منابع) نمره دهی شد. نمره‌ی نهایی آمادگی جامعه، بر اساس میانگین نمره‌ی ۵ حیطه در هر ۴ بخش در نظر گرفته شد (۱۶-۱۸).

کلیدی نمرات اختصاص داده شده و داده‌های پرسش‌نامه به تفکیک مصاحبه‌های صورت گرفته وارد نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ (version 20, IBM Corporation, Armonk, NY) شد. تجزیه و تحلیل داده‌های توصیفی (دموگرافیک) با فراوانی و داده‌های کمی (نمرات هر بخش و حیطه) با میانگین و انحراف معیار انجام گردید. تفاوت نمرات حاصل شده در بخش‌های مختلف جامعه‌ی دانشگاهی با آزمون One-way ANOVA و با بکارگیری ANCOVA اثر عوامل مخدوشگر نیز بر نمرات آمادگی جامعه بررسی شد. همچنین اختلاف میانگین نمره‌ی کامل آمادگی جامعه (۷) با نمره‌ی کلی آمادگی جامعه‌ی مورد مطالعه با کمک آزمون T-test، مقایسه گردید. این مطالعه توسط کمیته‌ی اخلاق در پژوهش (IR.MUI.MED.REC.1400.415) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده بود. مصاحبه کننده در ابتدای مصاحبه پس از معرفی خود، در خصوص اهداف مطالعه، مدل انتخاب شده و نوع سؤالات توضیحاتی ارائه و سپس جهت ضبط مصاحبه از مطلعین کلیدی برای شرکت در مصاحبه، رضایت آگاهانه گرفته شد.

### یافته‌ها

مصاحبه با ۲۸ نفر از اعضای جامعه‌ی دانشگاهی علوم پزشکی اصفهان که به عنوان مصاحبه‌شوندگان کلیدی (KFs) در ۴ زیرجامعه

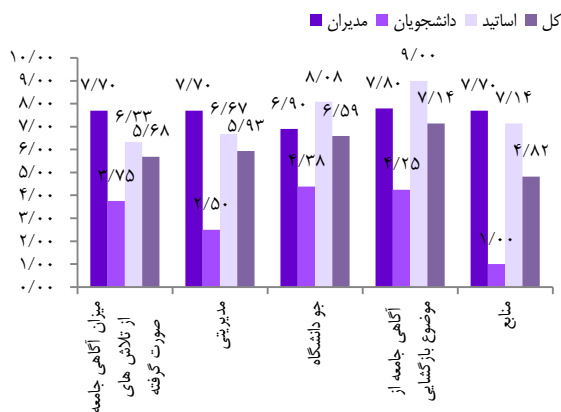
بر اساس دستورالعمل مدل آمادگی جامعه، جامعه‌ی دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بر اساس میزان مشارکت و نقش آن‌ها در بازگشایی دانشگاه، به ۴ زیرگروه مدیران، اساتید، دانشجویان و کارمندان، به چند بخش یا زیرجامعه تقسیم شدند. حداقل حجم نمونه ۲۴ نفر در نظر گرفته شد. در هر زیرجامعه با ۴-۶ نفر از مطلعین کلیدی (Key informants) تا رسیدن به حد اشباع در پاسخ دریافتی، مصاحبه گردید. هر مصاحبه ۲۰ تا ۶۰ دقیقه طول کشید (۱۶، ۱۷). دانشکده‌های پرستاری، پزشکی، مدیریت و توانبخشی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بر اساس نظر مسؤولین ارشد دانشگاه و میزان اطلاعات افراد در خصوص شرایط دانشگاه انتخاب شدند. بر اساس دستورالعمل کلرادو، مطلعین کلیدی (KIs) باید به موضوع بازگشایی دانشگاه‌ها، آگاهی داشته باشند، جنبه‌های مختلف آن را بشناسند و با دانش و آگاهی خود در خصوص موضوع پیش و نگرش خود را مطرح کنند (۱۷). بنابراین افراد مطلعین کلیدی (KIs) به صورت هدفمند در ابتدا توسط تیم پژوهش و در ادامه به روش گلوله برفی، انتخاب شدند (۱۵-۱۸). نمرات اول کلیدی مصاحبه شونده در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بر اساس سلسله‌مراتب اداری از ریاست دانشگاه، معاون آموزشی دانشگاه، رئیس دانشکده، معاونین دانشکده و مدیران گروه‌های آموزشی بالینی و پایه، انتخاب و در ادامه به روش گلوله برفی، مصاحبه‌ها ادامه یافت.

مصاحبه‌ها از شهریورماه ۱۴۰۰ تا اردیبهشت ماه ۱۴۰۱ توسط نویسنده‌ی اول انجام شد. کلیدی مصاحبه‌ها به جز یک مورد (که مصاحبه‌شونده اجازه‌ی ضبط نداد)، ضبط و سپس پیاده‌سازی شد. به جز سه مصاحبه که در پلت فرم Google Meet صورت گرفت، سایر مصاحبه‌ها به صورت حضوری و در محل کار افراد، انجام شد.

**روایی و پایایی و تطابق پرسش نامه:** سؤالات پرسش‌نامه طبق دستورالعمل CRM، به فارسی برگردانده شد و توسط تیم پژوهشی از نظر تطابق با موضوع و درک سؤالات بررسی گردید. دو مورد مصاحبه پایلوت انجام و بر این اساس، سؤالات بازنگری شدند. در نهایت ۲۷ سؤال در قالب ۵ حیطه نهایی شد. پرسش‌نامه‌ی فارسی مورد تأیید، توسط فرد مسلط به زبان انگلیسی بازترجمه و به انگلیسی برگردان شد. تأییدیه‌ی بازترجمه‌ی پرسش‌نامه با ویرایش‌های انجام شده به (Colorado State University www.colostate.edu) ارسال و مورد تأیید قرار گرفت. پرسش‌نامه‌ی نهایی تأیید شده، توسط تیم پژوهشی برای مصاحبه‌ها بکار گرفته شد (۱۶، ۱۷، ۱۹). با توجه به کاربرد مکرر پرسش‌نامه در زبان‌ها و ملیت‌های مختلف (۱، ۱۹، ۲۰، ۲۱) و طبق دستورالعمل CRM، سنجش روایی و پایایی پرسش‌نامه نیاز نبود. با این حال، عدم نیاز به گرفتن

(شکل ۲، ۳). (۵۳/۵ درصد) بود

**نمره‌ی کلی و نمرات حیطه‌ها:** نتایج حاصله از ۲۸ مصاحبه‌ی نمره‌ی نهایی، با نمره‌ی  $2/29 \pm 6/03$  معادل مرحله‌ی ششم از مدل CRM یا Initiation است. نمرات بر حسب حیطه‌های مورد مطالعه: در حیطه‌ی تلاش‌های صورت گرفته و اطلاع و آگاهی از تلاش‌های صورت گرفته  $2/86 \pm 5/67$ ، حیطه‌ی رهبری و مدیریت نظام آموزشی  $2/85 \pm 5/92$ ، جو دانشگاه و فضای حاکم بر دانشگاه  $2/32 \pm 6/58$ ، حیطه‌ی آگاهی از موضوع و مشکل با بیشترین نمره  $2/69 \pm 7/14$  و در حیطه‌ی منابع با کم‌ترین نمره  $2/94 \pm 4/82$  را نشان داد. همچنین نمرات بر حسب بخش‌هایی از جامعه دانشگاه که (KFs) در بین آن‌ها انتخاب شدند نیز محاسبه شد: در زیرجامعه‌ی مدیران، بالاترین نمره  $2/05 \pm 7/56$ ، زیرجامعه‌ی اساتید دانشگاه  $0/49 \pm 6/98$ ، زیرجامعه‌ی کارمندان  $0/7 \pm 6/5$  و کم‌ترین نمره را زیرجامعه‌ی دانشجویان با  $0/97 \pm 3/173$  به خود اختصاص داد (جدول ۳).



شکل ۲. مقایسه‌ی نمرات حیطه‌های پنج‌گانه‌ی سطح آمادگی جامعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برای بازگشایی مجدد بعد از پاندمی کووید-۱۹

اختلاف نمره‌ی آمادگی جامعه‌ی دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ( $6/03$ ) با بالاترین نمره‌ی آمادگی جامعه‌ی مدل CRM (عدد ۹ معادل آمادگی کامل) با تست One sample t- test مقدار  $P < 0/01$  بررسی و آمادگی جامعه بدست آمده برای اجرای مداخله، تفاوت معنی‌داری با بالاترین سطح داشت.

جدول ۲. توزیع جنسی مصاحبه‌شوندگان به تفکیک بخش‌های مختلف دانشگاه

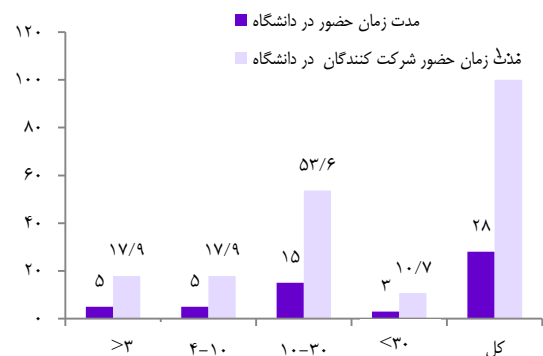
جنسیت	مدیران (درصد)	اساتید (درصد)	کارکنان (درصد)	دانشجویان (درصد)	جمع (درصد)
زن	۲ (۲۰)	۳ (۵۰)	۴ (۱۰۰)	۶ (۷۵)	۱۵ (۳۵/۵)
مرد	۸ (۸۰)	۳ (۵۰)	-	۲ (۲۵)	۱۳ (۴۶/۴)

تقسیم شده بودند، انجام شد. فراوانی KFs شامل: مدیران، ۱۰ نفر (۳۵/۷ درصد)، اساتید، ۶ نفر (۲۱/۴ درصد)، دانشجویان، ۸ نفر (۲۸/۵ درصد) و کارمندان، ۴ نفر (۱۴/۲ درصد) می‌باشد (جدول ۱).

جدول ۱. تعداد مصاحبه‌شوندگان به تفکیک زیرجوامع در مطالعه

مصاحبه‌شوندگان	تعداد (درصد)
مدیران	۱۰ (۳۵)
اساتید	۶ (۲۱)
کارمندان	۴ (۱۴)
دانشجویان	۸ (۲۸)
کل شرکت‌کنندگان	۲۸ (۱۰۰)

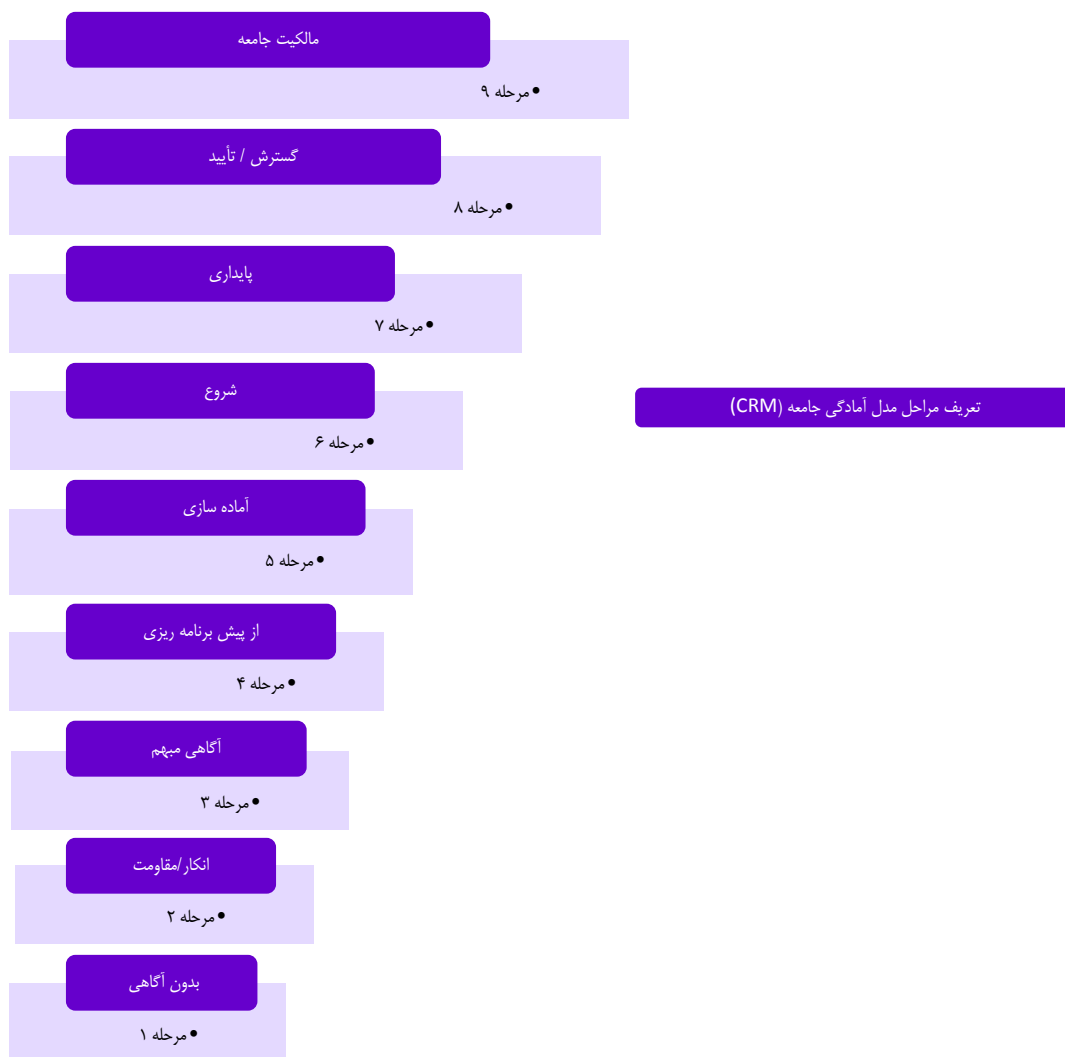
کلیدی مصاحبه‌ها بصورت حضوری انجام شد، به جز ۳ مصاحبه که به دلیل موج چهارم کرونا در ایران طی اردیبهشت ماه ۱۴۰۱ و تعطیلی کلیه کلاس‌ها و آزمون‌های دانشگاه، به صورت برخط در پلت‌فرم Google Meet انجام شد. فراوانی جنسی شرکت‌کنندگان در بین ۲۸ شرکت‌کننده، ۱۵ زن بود (۵۳/۵ درصد) (جدول ۲). میانگین سنی شرکت‌کنندگان  $3/37 \pm 16/2$  سال با حداقل سن ۱۹ سال در بین جامعه‌ی دانشجویی و حداکثر ۶۷ سال در بخش مدیران دانشگاه، بیشترین فراوانی سنی (KFs) در سنین ۴۵-۶۵ سال با ۱۱ نفر (۳۹/۲ درصد) بود (شکل ۱).



شکل ۱. توزیع فراوانی مدت زمان حضور شرکت‌کنندگان در محیط

دانشگاه برای بازگشایی مجدد بعد از پاندمی کووید-۱۹

بازه مدت حضور در جامعه‌ی دانشگاه بین ۱ سال در بخش دانشجویی تا ۳۲ سال در مدیران و حداکثر فراوانی برای طول مدت حضور در دانشگاه در زیرگروه ۱۰ تا ۳۰ سال با ۱۵ نفر



شکل ۳. مراحل مختلف آمادگی جامعه در مدل آمادگی جامعه دانشگاه کلرادو CRM

۱- **حیطه‌ی تلاش‌ها و آگاهی از تلاش‌های صورت گرفته:** در این حیطه، نمره‌ی  $2/86 \pm 5/67$  به دست آمد که معادل مرحله‌ی پنجم از (CRM) معادل آماده‌سازی یا Preparation است. سؤالات این بخش از مصاحبه‌شوندگان بر تلاش‌های صورت گرفته در دانشگاه، شامل اقدامات در راستای واکسیناسیون اساتید، کارکنان و دانشجویان، تجهیز و تأمین وسایل ضدعفونی‌کننده و ماسک در محیط دانشگاه، کلاس‌های درس و خوابگاه‌ها، آماده‌سازی فضاهای کلاس‌های درس، رستوران و غذاخوری دانشگاه، اتاق‌های خوابگاه، سرویس‌های حمل و نقل دانشجویان، تجهیز مرکز سلامت دانشگاه، تقویت مرکز مشاوره‌ی دانشگاه، پیگیری دانشجویان بیمار و تب‌سنجی از دانشجویان در محیط دانشکده‌ها و خوابگاه بود.

همچنین عوامل مخدوشگر (مدت حضور در دانشگاه و سن مصاحبه‌شوندگان) روی میانگین نمرات بخش‌های مختلف جامعه توسط آزمون ANCOVA بررسی و مدت زمان حضور در دانشگاه با  $P = 0/035$  روی سطح آمادگی مصاحبه‌شوندگان تأثیر داشته است. تفاوت نمرات حاصل شده در بخش‌های مختلف جامعه‌ی دانشگاهی با آزمون One-way ANOVA نشان داد که در همه‌ی حیطه‌ها بین گروه‌های دانشجویان با سایر بخش‌های دانشگاه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ) (جدول ۴). در ادامه با استفاده از تجزیه و تحلیل محتوای یافته‌های کیفی از مصاحبه‌های انجام شده بر نمرات حیطه‌ها به صورت تخصصی و تفسیر امتیازات تمرکز می‌شود:

جدول ۳. نمرات رده‌های مختلف جامعه‌ی دانشگاهی بر حسب حیطه‌های مختلف سطح آمادگی برای بازگشایی مجدد بعد از پاندمی کووید-۱۹

نمره‌ی کل	منابع	آگاهی از موضوع		جو جامعه	مدیران	آگاهی از تلاش‌ها		n	زیرجوامع شرکت‌کنندگان				
		میانگین $\pm$ انحراف معیار*	میانگین $\pm$ انحراف معیار*			میانگین $\pm$ انحراف معیار*	میانگین $\pm$ انحراف معیار*						
۲/۰۵	۷/۵۶	۱/۴۹	۷/۷	۲/۵۷	۷/۸۰	۲/۳۷	۶/۹۰	۲/۲۱	۷/۷۰	۲/۵۴	۷/۷۰	۱۰	مدیران
۰/۰۷	۶/۵	۱/۲۵	۵/۲۵	۰/۵۷	۸/۵۰	۱/۱۵	۸/۰۰	۰/۹۵	۷/۲۵	۰/۵۷	۳/۵۰	۴	کارکنان
۰/۴۹	۶/۹۸	۱/۳۲	۴/۸۳	۱/۰۰	۹/۰۰	۱/۶۲	۸/۰۸	۲/۴۲	۶/۶۶	۱/۷۵۱	۶/۳۳	۶	اساتید دانشگاه
۰/۹۷	۳/۱۷	۰/۰۰۱	۱/۰۰	۲/۲۵	۴/۲۵	۱/۵۰	۴/۳۷	۱/۰۶	۲/۵۰	۲/۸۱	۳/۷۵	۸	دانشجویان
۲/۲۹	۶/۰۳	۲/۹۴	۴/۸۲	۲/۶۹	۷/۱۴	۲/۳۲	۶/۵۸	۲/۸۵	۵/۹۲	۲/۸۶	۵/۶۷	۲۸	کل
	شروع	آمادگی	پایداری	شروع	آمادگی	آمادگی	آمادگی						سطح آمادگی

تبعات ناشی از غیرحضور بودن کلاس‌های درس بر دانشجویان و خانواده‌های آن‌ها به موضوع پرداخته است. نمره‌ی اکسپان شده، بالاترین نمره در بین نمرات جدول نمره‌دهی بود با امتیاز  $2/69 \pm 7/14$ . در این حیطه در بین بخش‌های مختلف، بیشترین نمره را اساتید دانشگاه با نمره‌ی  $9 \pm 0/01$  و سپس کارمندان با نمره‌ی  $8/50 \pm 0/01$  کسب کردند. نمره‌ی بخش دانشجویی در این حیطه، با کمترین مقدار  $2/25 \pm 4/25$  بود. این نمره بیانگر نگرانی‌های جامعه در خصوص تبعات و آگاهی از شرایط موجود در دانشگاه است. اختلاف بین نمرات حاصل در بین بخش‌های مختلف در سطح دانشجویان با سایر بخش‌ها کاملاً معنی‌دار و با  $P = 0/001$  محاسبه شد (جدول ۴).

**۲- حیطه‌ی رهبری:** نمره‌ی این حیطه  $2/85 \pm 5/92$  معادل مرحله‌ی پنجم از CRM یعنی آماده‌سازی یا Preparation بود. در مدل این امتیاز نشان می‌دهد که رهبران بخشی از کمیته یا گروهی هستند که به «این موضوع» رسیدگی می‌کنند و تلاش برای رفع مشکلات مرتبط با موضوع بازگشایی حضوری کلاس‌های درس دارند. در بخش‌های مختلف دانشگاه، نمرات تفاوت معنی‌داری باهم داشت به طوری که مدیران با نمره‌ی  $2/21 \pm 7/70$  بالاترین نمره و دانشجویان با  $1/06 \pm 2/50$  کمترین نمره را کسب کردند (جدول ۴).

**۳- حیطه‌ی آگاهی از مشکل و موضوع:** در این حیطه، سؤالات با تمرکز بر اهمیت بازگشایی مجدد کلاس‌ها به صورت حضوری، آگاهی از

جدول ۴. مقایسه‌ی نمرات حیطه‌های پنج‌گانه بین زیرجوامع دانشگاه در مورد سطح آمادگی جامعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

برای بازگشایی مجدد بعد از پاندمی کووید-۱۹

P (LSD test)	P (ANOVA)	Sub community	ابعاد آمادگی جامعه‌ی دانشگاهی (گروه رفرنس دانشجویان می‌باشند)
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	مدیران	مدیریتی
۰/۰۰۱		اساتید	
۰/۰۰۱		کارکنان	
۰/۰۰۹	۰/۰۰۴	مدیران	جو دانشگاه
۰/۰۰۱		اساتید	
۰/۰۰۴		کارکنان	
۰/۰۰۲	۰/۰۰۴	مدیران	میزان آگاهی از تلاش‌های صورت گرفته
۰/۰۵۱		اساتید	
۰/۸۶۲		کارکنان	
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	مدیران	آگاهی از موضوع بازگشایی
۰/۰۰۱		اساتید	
۰/۰۰۲		کارکنان	
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	مدیران	منابع
۰/۰۰۲		اساتید	
۰/۰۰۱		کارکنان	

این حیطة در بين بخش‌هاى مختلف (مدیران، دانشجويان، اساتيد و کارکنان) نشان از وجود آمادگى كافى مدیران سطح بالای دانشگاه و اطلاع از کلیه پروتکل‌ها و اقدامات ابلاغ شده از سطوح حاکمیتی داشت، ولی در سایر بخش‌ها برای نقش مدیران و اقدامات آن‌ها، نمره‌ی کمتری اختصاص دادند که نشان دهنده‌ی عدم آگاهی سایر اعضا از جزئیات اقدامات در دست اقدام و برنامه‌ریزی شده برای بازگشایی کلاس‌ها به صورت حضوری داشت. به ویژه در بین دانشجويان که اختلاف معنی‌داری (جدول ۴) با سایر بخش‌ها داشتند. این موضوع نشان‌دهنده‌ی اختلاف درک شده از نقش مدیران و تلاش‌های آن‌ها برای بازگشایی مجدد کلاس‌های حضوری داشت، به طوری که اکثر دانشجويان، کم‌کاری مدیران را عامل ادامه یافتن وضعیت برگذاری کلاس‌های درس بصورت برخط می‌دانستند و از تلاش‌های صورت گرفته در سطوح مدیریتی و تهیه‌ی پروتکل‌ها اطلاعی نداشتند و بی‌اعتمادی به مدیران در پاسخ‌های آن‌ها مشهود بود. عدم اطلاع‌رسانی این اقدامات به سایر بخش‌ها و عدم مشارکت مؤثر ذینفعان در موضوع مورد بحث، باعث بدست آمدن این سطح آمادگی بوده و با تحلیل مرحله‌ی ۶ یا شروع، در مراحل آمادگی جامعه مطابقت داشت.

در حقیقت اقدامات متعدد و تلاش مدیران برای حضوری کردن کلاس‌ها آغاز و دستورالعمل‌هایی برای بازگشایی تهیه شده، اما هنوز از سطوح مدیریتی به همه بخش‌های جامعه‌ی دانشگاهی تسری نیافته بود و سایر بخش‌ها به ویژه دانشجويان از این تصمیمات و فعالیت‌های در دست اجرا بی‌اطلاع بودند و آن را ناکافی می‌دانستند. بر اساس مطالعات Pollock و همکاران در دانشگاه کالیفرنیا برای بازگشایی دانشگاه در شرایط کرونا، وجود یک گایدلاین قوی و شفاف و اطلاع‌رسانی این گایدلاین در حین اجرای آن در سطح دانشگاه از طرف تصمیم‌گیرندگان اصلی برای ایمن‌سازی فضای فیزیکی کلاس‌ها و سایر فضاهای عمومی دانشگاه در کاهش استرس دانشجويان، اعتماد آن‌ها به مسؤولین و کاهش ابتلا به بیماری کرونا نقش اساسی دارد (۲۴).

مطالعه‌ی Joseph و Maluka نیز نشان داد که فاکتورهای اساسی در موفقیت یک مداخله‌ی مبتنی بر جامعه، به میزان آمادگی اعضا جامعه، مدیریت قوی و مشارکت مؤثر ذی‌نفعان بستگی دارد و بدون در نظر گرفتن مدیریت قوی و مشارکت همه‌ی ذی‌نفعان امکان اجرای موفق مداخله امکان‌پذیر نیست. (۲۵). عدم آگاهی از اقدامات مدیریتی در بین سایر اعضا جامعه، منجر به عدم مشارکت آن‌ها، نارضایتی و مقاومت در بازگشت دانشجويان به کلاس‌های درس و حتی در زمان برگزاري آزمون‌های پایان ترم دانشگاه شده بود. همچنین باید متذکر شد که این موضوع موجب کاهش اعتماد اعضا

۴- **حیطه‌ی جو دانشگاه:** این بعد امتیاز  $6/58 \pm 2/32$  را کسب کرد که نشان‌دهنده‌ی مرحله‌ی شروع در CRM بود. در این بعد، سؤالات اولویت‌های اعضای جامعه‌ی دانشگاهی را برای بازگشایی کلاس‌های حضوری تعیین می‌کنند، اگر فعالیت یا تلاشی شروع شود تا چه حد از آن حمایت می‌شود؟ چه کسانی در این فعالیت‌ها نقش اساسی داشتند؟ و همچنین تلاش‌های ساختاری اجتماعی یا روانی را می‌توان مشاهده و ارزیابی کرد (۲۲، ۲۳) اساتید و دانشجويان به ترتیب بالاترین و کمترین نمرات  $0/8/8 \pm 1/62$  و  $4/37 \pm 1/50$  را به دست آوردند.

۵- **حیطه‌ی منابع:** در این حیطة که سؤالات در مورد منابع اختصاص داده شده به این موضوع اعم از منابع مالی و منابع انسانی و اطلاع از این منابع در بخش‌های مختلف جامعه‌ی دانشگاهی است و اینکه آیا این منابع تخصیص داده شده‌اند یا خیر در بین ۵ حیطة بررسی شده، کم‌ترین نمره را به خود اختصاص داد ( $2/94 \pm 4/82$ ) نمرات کسب شده در بخش‌های مختلف این حیطة نیز تفاوت معنی‌داری باهم دارند و کم‌ترین نمره در بین بخش‌های مختلف با نمره‌ی  $1 \pm 1$  در بخش دانشجویی دیده شد.

## بحث

نتایج مطالعه به ما نشان داد که جامعه‌ی دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برای شروع کلاس‌های درس به صورت حضوری در مرحله‌ی ۶ از مراحل آمادگی جامعه یا مرحله‌ی شروع (Initiation) قرار داشت. همانطور که در قسمت نتایج ذکر شد این نمره بیانگر آغاز تلاش‌ها و فعالیت‌های متناسب با بازگشایی فضاهای آموزشی در سطح مدیریتی است اما هنوز سایر اعضا جامعه از این تلاش‌ها اطلاعات کافی نداشتند. گرچه ممکن است برخی از اعضا، آموزش‌هایی در خصوص موضوع مداخله دیده باشند و یا مدیران شروع به آموزش در سطح جامعه کرده باشند، اما جو کلی جامعه از اکثر این اقدامات بی‌اطلاع بود. اختلاف نمره‌ی آمادگی جامعه در جمعیت مورد مطالعه با حداکثر نمره‌ی آمادگی در مدل CRM، بیانگر الزام به بکارگیری استراتژی‌های پیشنهادی در مدل برای بهبود آمادگی جامعه در ادغام مداخله‌ی مدنظر بود.

نمره‌ی کسب شده در حیطة‌ی رهبری و مدیریتی در بخش مدیران دانشگاه با عدد ۷ در مرحله‌ی پایداری (Stabilization)، بیانگر نقش کلیدی مدیران و سیاست‌گذاران در شروع فعالیت‌ها و میزان اطلاع و آگاهی ایشان از اقدامات و فعالیت‌های صورت گرفته در خصوص موضوع مورد تحقیق بود و همچنین تقریباً تمام افراد مصاحبه شونده تأیید کردند که مدیران، نقش بسزایی در کنترل چنین مشکلات و بحران‌هایی دارند. در حالی که تفاوت نمره‌ی کسب شده‌ی

جامعه‌ی دانشگاهی و خانواده‌های آن‌ها به تصمیمات اتخاذ شده در سطح کلان سیاستگذاری و مانع از اجرای درست برنامه‌های ابلاغ شده می‌گردد.

استراتژی پیشنهادی برای مرحله‌ی ۶م از آمادگی جامعه در مدل CRM شامل: ارایه‌ی اطلاعات کامل، شفاف و آگاهی‌بخشی همه‌ی ذی‌نفعان با موضوع برگزاری حضوری کلاس‌های درس به همه‌ی اعضای جامعه‌ی دانشگاهی از جمله دانشجویان بود که برای افزایش اعتماد و همراهی با تصمیمات کلان باید در اولویت کاری مدیران دانشگاه قرار می‌گرفت.

بر اساس مطالعه‌ی Adane و همکاران در اتیوپی، جهت تسریع در اجرای مداخله و کاهش مقاومت جامعه با مداخله، مصاحبه با اعضا و آموزش جامعه‌ی هدف، در خصوص جنبه‌های مختلف بیماری کووید-۱۹ کمک کننده بود (۱۰). با توجه به موارد پیشگفت و بر اساس مطالعه‌ی Varol و همکاران در هلند نیز حتی یک مداخله‌ی ساده مثل برگزاری جلسات آموزشی آن‌لاین در جهت آگاهی‌بخشی و توانمندسازی جامعه‌ی دانشگاهی شامل اساتید، کارمندان، دانشجویان و خانواده‌های آن‌ها در کاهش استرس، تعیین میزان همکاری و مقاومت در مقابل بازگشایی به تصمیم‌گیرندگان اصلی کمک‌کننده خواهد بود (۷).

در کل، نمره‌ی بالای بخش مدیران در هر ۵ حیطه‌ی آمادگی جامعه، نشان‌دهنده‌ی تسلط این بخش بر موضوع و دخالت مستقیم آن‌ها در برنامه‌ریزی‌ها و اجرای دستورالعمل‌ها بود و نمره‌ی پایین دانشجویان نیز بی‌اطلاعی و عدم آگاهی از تصمیمات اتخاذ شده را بیان نمود که با استراتژی‌های مرتبط با مرحله‌ی ششم، هم‌خوانی داشت.

حیطه‌ی جو دانشگاه بر اولویت موضوع حضوری شدن کلاس‌های درس و حضور دانشجویان در مراکز دانشگاهی از نظر اعضای حاضر در دانشگاه تأکید داشت، نمره‌ی ۶ معادل مرحله‌ی آغاز، بیانگر اهمیت موضوع بازگشایی مجدد کلاس‌های حضوری و آغاز فعالیت‌های مرتبط با بازگشایی از طرف اعضای جامعه‌ی دانشگاهی در سطوح مدیریتی بود و باز هم نشان‌دهنده‌ی عدم اطلاع سایر بخش‌ها از میزان اولویت موضوع بازگشایی برای سیاستگذاران داشت. اختلاف معنی‌دار نمرات کسب شده بین بخش دانشجویی با سایر بخش‌ها در این حیطه نشان داد که دانشجویان معتقد بودند موضوع حضوری شدن کلاس‌ها برای اکثر اعضای دانشگاه در اولویت نیست و نمره‌ی حاصل از تحلیل این گروه از اعضا پایین‌تر از سایر بخش‌هاست. بر اساس مطالعه‌ی Varol در راستای افزایش اعتماد و همراهی جامعه برای بازگشایی دانشگاه، اطلاع‌رسانی و برگزاری وبینار برای اعضای جامعه استراتژی مؤثری است (۹). در بررسی کیفی پرسش‌نامه‌ها برخی اساتید برای کاهش مقاومت اعضا در بازگشایی مجدد با وجود

واکسیناسیون گسترده در ایران، برگزاری وبینار آموزشی در خصوص نحوه‌ی انتقال و مراقبت‌های فردی برای پیشگیری در فضاهای آموزشی، برای اساتید و دانشجویان را مفید دانسته بودند.

نمره‌ی پایین در حیطه‌ی منابع نسبت به سایر حیطه‌ها، بیانگر عدم تخصیص منابع اضافی به موضوع بازگشایی کلاس‌های حضوری و عدم تغییر اساسی در فضای فیزیکی دانشگاه برای حضور دانشجویان بود. همانطور که در مطالعه‌ی Cheng و همکاران نشان داده شده است، نقش منابع مالی و انسانی در اجرای تصمیمات اتخاذ شده و استراتژی‌های پیشگیرانه برای بازگشایی مجدد دانشگاه‌ها بسیار مهم و تأثیر گذار می‌باشد (۶).

همچنین مطالعه‌ی Joseph و Maluka، نقش منابع مالی و مدیریت مالی در هر مداخله‌ی مبتنی بر جامعه و اثربخشی آن را نشان داده‌اند (۲۵). در مطالعه‌ی حاضر نیز، نمره‌ی کسب شده در این حیطه، کم‌ترین امتیاز را بین حیطه‌های مختلف به خود اختصاص داد (نمره‌ی ۴ معادل برنامه‌ریزی نشده) و موجب کاهش نمره‌ی کلی آمادگی جامعه با وجود سطوح بالاتر آمادگی در سایر حیطه‌ها شده بود. در مصاحبه با مدیران دانشگاه و دانشجویان و اساتید، محدودیت منابع مالی و مشکلات ناشی از کمبود منابع برای اجرای اقدامات پیشگیرانه در محیط‌های اجتماع دانشجویان به ویژه خوابگاه، رستوران و حتی کلاس‌های درس مطرح شد. این موضوع به شدت بر سطح آمادگی جامعه‌ی دانشگاهی تأثیر گذاشته بود و موجب مقاومت در بازگشت دانشجویان و اساتید به فضاهای دانشگاهی شده بود. مقاومت گروهی از اساتید، کارمندان و دانشجویان و خانواده‌های آن‌ها به ناتوانی مدیران دانشگاه و مدیریت اجرایی ایشان در اجرای پروتکل‌های توصیه شده برای پیشگیری از کووید-۱۹ از جمله: تهیه‌ی مناسب کلاس‌ها، افزایش فضای خوابگاه‌ها، فراهم کردن امکانات قرنطینه برای دانشجویان مثبت در محیط خوابگاه مرتبط بود. همچنین در مصاحبه با مدیران مشخص شد که با وجود تهیه و تنظیم پروتکل‌های متناسب با پیشگیری از کووید-۱۹ و آگاهی از نحوه‌ی اجرای این پروتکل‌ها، محدودیت منابع مالی، مانع از اجرای آن‌ها شده بود.

بر اساس مدل‌های مختلف آمادگی جامعه از جمله (CRM) و مطالعات روی مداخلات مبتنی بر جامعه برای ایجاد تغییر مدنظر و در اجرای مؤثر مداخله‌ی طراحی شده، شفافیت پروتکل‌ها و ارتباط مؤثر بین ذینفعان در موفقیت استراتژی‌های تدوین شده، نقش اساسی دارد (۳، ۱۱، ۲۶).

### نتیجه‌گیری

گسترش اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی در خصوص اقدامات صورت گرفته و توانمندسازی اعضای جامعه برای مقابله با شرایط بحرانی کرونا، به



## تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی مقطع دکتری تخصصی رشته‌ی پزشکی اجتماعی (به شماره‌ی ۳۴۰۰۴۰۳) می‌باشد که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به انجام رسیده است. بدین‌وسیله از زحمات مسئولین محترم معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و سایر مسئولین محترم دانشگاه که در مصاحبه‌ها شرکت نمودند، تقدیر و تشکر می‌شود.

بالاخر رفتن آمادگی جامعه، پذیرش پروتکل‌ها و افزایش اعتماد به سیاستگذاران در اجرای مداخله کمک می‌کند.  
با بکارگیری استراتژی‌های متناسب با سطح آمادگی جامعه در هر مداخله‌ی مبتنی بر جامعه، می‌توان اطمینان و اعتماد اعضای جامعه، کاهش مقاومت و افزایش موفقیت در اجرا و پذیرش مداخله را افزایش داد.  
عمده‌ترین محدودیت این مطالعه، عدم حضور اکثریت دانشجویان در سطح دانشگاه در زمان اجرای این تحقیق برای مصاحبه‌ی حضوری بود.

## References

1. Radu MC, Schnakovszky C, Herghelegiu E, Ciubotariu VA, Cristea I. The impact of the COVID-19 pandemic on the quality of educational process: A student survey. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(21): 7770.
2. Nabe-Nielsen K, Christensen KB, Fuglsang NV, Larsen I, Nilsson CJ. The effect of COVID-19 on schoolteachers' emotional reactions and mental health: longitudinal results from the CLASS study. *Int Arch Occup Environ Health* 2021; 95(4):855-865.
3. Puljak L, Čivljak M, Haramina A, Mališa S, Čavić D, Klinec D, et al. Attitudes and concerns of undergraduate university health sciences students in Croatia regarding complete switch to e-learning during COVID-19 pandemic: a survey. *BMC Med Educ* 2020; 20(1): 416.
4. Stachteas P, Stachteas C. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on secondary school teachers. *Psychiatriki* 2020; 31(4): 293-301.
5. Di Domenico L, Pullano G, Sabbatini CE, Boëlle PY, Colizza V. Modelling safe protocols for reopening schools during the COVID-19 pandemic in France. *Nat Commun* 2021; 12(1): 1073.
6. Cheng SY, Wang CJ, Shen ACT, Chang SC. How to safely reopen colleges and universities during COVID-19: Experiences from Taiwan. *Ann Intern Med* 2020; 173(8): 638-41.
7. Varol T, Schneider F, Mesters I, Ruitter RAC, Kok G, Ten Hoor GA. A safe return to campus in times of COVID-19: A survey study among university personnel to inform decision makers. *Vaccines (Basel)* 2022; 10(3): 371.
8. Brooks-Pollock E, Christensen H, Trickey A, Hemani G, Nixon E, Thomas AC, et al. High COVID-19 transmission potential associated with re-opening universities can be mitigated with layered interventions. *Nat Commun* 2021; 12(1): 5017.
9. Yamey G, Walensky RP. Covid-19: re-opening universities is high risk. *BMJ* 2020; 370: m3365.
10. Adane D, Yeshaneh A, Wassihun B, Gasheneit A. Level of community readiness for the prevention of COVID-19 pandemic and associated factors among residents of awi zone, ethiopia: A community-based cross-sectional study. *Risk Manag Healthc Policy* 2021; 14: 1509-24.
11. Percy M, Gray J, Thurman PJ, Plested B. Community readiness: an effective model for tribal engagement in prevention of cardiovascular disease. *Fam Community Health* 2010; 33(3): 238-47.
12. Castañeda SF, Holscher J, Mumman MK, Salgado H, Keir KB, Foster-Fishman PG, et al. Dimensions of community and organizational readiness for change. *Prog Community Health Partnersh* 2012; 6(2): 219-26.
13. McLeroy KR, Norton BL, Kegler MC, Burdine JN, Sumaya CV. Community-based interventions. *Am J Public Health* 2003; 9(4): 529-33.
14. Kostadinov I, Daniel M, Stanley L, Gancia A, Cargo M. A systematic review of community readiness tool applications: Implications for reporting. *Int J Environ Res Public Health* 2015; 12(4): 3453-68.
15. Edwards RW, Jumper-Thurman P, Plested BA, Oetting ER, Swanson L. Community readiness: Research to practice. *J Community Psychol* 2000; 28(3): 291-307.
16. Oetting ER, Plested BA, Edwards RW, Thurman PJ, Kelly KJ, Beauvais F. Community readiness for community change. Fort Collins, CO: Tri-Ethnic Center Community Readiness Handbook. 2<sup>nd</sup> ed. 2014.
17. Plested BA, Edwards RW, Jumper-Thurman P. Community readiness: A handbook for successful change. Colorado, USA: Tri-Ethnic Center for Prevention Research; 2006.
18. Plested BA, Jumper-Thurman P, Edwards RW. Community readiness manual. Fort Collins, CO: The National Center for Community Readiness; 2016.
19. Islam S, Small N, Bryant M, Bridges S, Hancock N, Dickerson J. Assessing community readiness for early intervention programmes to promote social and emotional health in children. *Health Expect* 2019; 22(3): 575-84.
20. Haris NBM, Yunus NA, Shah JA. Community readiness of urban farming practices in Malaysia. *Int J Acad Res Bus Soc Sci* 2022; 12(3): 166-72.
21. Brand T, Gansefort D, Rothgang H, Röseler S, Meyer J, Zeeb H. Promoting community readiness for physical activity among older adults in Germany--protocol of the ready to change intervention trial. *BMC Public Health* 2016; 16: 99.
22. Niknam M, Omidvar N, Amiri P, Eini-Zinab H, Kalantari N. Community readiness for childhood obesity prevention programs: findings from an urban population in Iran. *Health Promot Int* 2021; 36(3): 824-35.

23. Heath E, Sanon V, Mast DK, Kibbe D, Lyn R. Increasing community readiness for childhood obesity prevention: A case study of four communities in Georgia. *Health Promot Pract* 2021; 22(5): 676-84.
24. Pollock BH, Kilpatrick AM, Eisenman DP, Elton KL, Rutherford GW, Boden-Albala BM, et al. Safe reopening of college campuses during COVID-19: The University of California experience in Fall 2020. *PLOS One* 2021; 16(11): e0258738.
25. Joseph C, Maluka SO. The influence of community factors in the implementation of community-based interventions to improve antenatal care: a qualitative study based on the IMCHA programme in Tanzania. *Reprod Health* 2021; 18(1): 188.
26. Kehl M, Brew-Sam N, Strobl H, Tittlbach S, Loss J. Evaluation of community readiness for change prior to a participatory physical activity intervention in Germany. *Health Promot Int* 2021; 36(Supplement\_2): ii40-ii52.

## The Level of Community Readiness in Isfahan University of Medical Sciences Regarding the Reopening for in Person Training during the COVID-19 Pandemic

Raheleh Sadegh<sup>1</sup>, Reza Khadivi<sup>2</sup>, Shima SafaZadeh<sup>3</sup>, Jalal Karimi<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** The covid-19 epidemic has led to a severe challenge in the educational system. This study evaluated the readiness of the Isfahan University of Medical Sciences regarding the reopening for face-to-face training during the covid-19 pandemic as a community-based intervention.

**Methods:** In a cross-sectional descriptive study in 2020, the Community Readiness Model (CRM) was used to evaluate the level of readiness of members in the Medical Universities of Isfahan. A standard semi-structured community readiness tool (CRT) was used to collect data. The total readiness score is the average score of the five of the questionnaire. The standard t-test, the one-way ANOVA were conducted to determine differences in mean scores of community sections, and the ANCOVA to evaluate the effects of intervening.

**Findings:** The interviewees were 28 informed individuals in four departments of the academic community. The final readiness score was  $6.03 \pm 2.9$  equivalent to the initial stage of the CRM. Students' awareness of university condition and relevant consequences, gained the highest score ( $7.14 \pm 2.69$ ), whereas financial resources Received the lowest score ( $4.82 \pm 2.94$ ). Significant differences existed between the student section and other sections ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** It is essential to evaluate the readiness for implementing any community-based intervention. analyze the views of stakeholders, and adopt relevant strategies for the readiness that must be done to achieve the expected results. In order to achieve the expected results in the implementation of any community-based intervention, it is necessary to analyze the opinions of stockholders and adopt relevant strategies.

**Keywords:** COVID-19; Distance education; Readiness; Training; University

**Citation:** Sadegh R, Khadivi R, SafaZadeh S, Karimi J. **The Level of Community Readiness in Isfahan University of Medical Sciences Regarding the Reopening for in Person Training during the COVID-19 Pandemic.** J Isfahan Med Sch 2023; 41(734): 780-90.

1- Resident in Preventive and Community Medicine, Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan. Iran

2- Associate Professor, Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor, Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Anesthesiology and Critical Care Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Epidemiologist, Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Reza Khadivi, Associate Professor, Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan. Iran; Email: khadivi@med.mui.ac.ir