

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

نقش اساتید و کارکنان دانشگاه
در ارتقای سلامت روانی دانشجویان

تالیف:

بروس، اس. شارکین

ترجمه:

حمید یعقوبی

استادیار دانشگاه شاهد

معصومه کریمی

دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت

عبداله امیدی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی کاشان

سروشاسه	: شارکین، بروس اس. S Sharkin, Bruce
عنوان و نام پدیدآور	: نقش اساتید و کارکنان دانشگاه در ارتقای سلامت روانی دانشجویان/بروس، اس. شارکین ؛ ترجمه حمید یعقوبی - معصومه کریمی - عبدالله امیدی.
مشخصات نشر	: تهران: جهاد دانشگاهی، واحد شهید بهشتی، ۱۳۹۰.
مشخصات ظاهری	: ۱۹۳ص.
شابک	: ۹۷۸ - ۹۶۴ - ۴۷۹ - ۰۳۴ - ۸
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: عنوان اصلی: College students in distress : a resource guide for faculty, staff, and campus community ,c2006.
موضوع	: دانشجویان -- بهداشت روانی.
موضوع	: مشاوره در آموزش عالی
شناسه افزوده	: یعقوبی، حمید، ۱۳۴۵ - مترجم
شناسه افزوده	: کریمی، معصومه، ۱۳۶۱ - ، مترجم
شناسه افزوده	: امیدی، عبدالله، ۱۳۴۴ - ، مترجم
شناسه افزوده	: جهاد دانشگاهی. واحد شهید بهشتی
رده بندی کنگره	: ۱۳۹۰ ن۷ش/۲۳۴۲ LB
رده بندی دیویی	: ۳۷۸/۱۹۴
شماره کتابشناسی ملی	: ۲۳۳۳۸۷۸

عنوان: نقش اساتید و کارکنان دانشگاه در ارتقای سلامت روانی دانشجویان

تالیف: بروس اس شارکین

ترجمه: حمید یعقوبی - معصومه کریمی - عبدالله امیدی

ناشر: مرکز انتشارات جهاد دانشگاهی واحد شهید بهشتی به سفارش دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم،

تحقیقات و فناوری

شابک: ۹۷۸ - ۹۶۴ - ۴۷۹ - ۰۳۴ - ۸

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۰



واحد شهید بهشتی

فهرست

صفحه	عنوان
۷.....	دیبچه
۱۱.....	پیشگفتار
۱۳.....	درباره نویسنده
۱۵.....	تقدیر و تشکر
۱۷.....	فصل اول: نگاهی به موضوعات متداول در بهداشت روانی دانشجویان
۱۹.....	۱- آیا امروزه دانشجویان از نظر عاطفی مشکل دارند؟
۲۷.....	۲- تاثیر مشکلات روانشناختی بر عملکرد تحصیلی و زندگی دانشجویی
۳۰.....	۳- چه کسی مسئول سلامت روان دانشجویان است؟
۳۲.....	۴- نقش‌ها و وظایف مراکز مشاوره دانشجویی
۳۴.....	۵- درباره این راهنما
۳۷.....	فصل دوم: علائم هشداردهنده عمومی
۳۸.....	۱- آشفتگی دانشجویان: تحولی یا فطری؟
۴۰.....	۲- نشانگرهای بالقوه آشفتگی هیجانی
۴۶.....	۳- خلاصه
۴۷.....	فصل سوم: شناسایی مشکلات خاص
۴۹.....	۱- اضطراب
۵۲.....	۲- افسردگی
۵۵.....	۳- رفتار خودکشی
۶۰.....	۴- رفتار آسیب زدن عمدی به خود
۶۲.....	۵- سوء مصرف مواد
۶۵.....	۶- اختلالات خوردن
۶۷.....	۷- رفتارهای روان پریشی
۶۹.....	۸- خلاصه

۷۱.....	فصل چهارم: نحوه تعامل با دانشجوی آشفته
۷۳.....	۱- اصولی کلی برای مصاحبه
۷۷.....	۲- سناریوهای خاص
۸۳.....	۳- خلاصه
۸۵.....	فصل پنجم: فرایند ارجاع
۸۷.....	۱- روش‌های تسهیل ارجاع دانشجویان به مشاوره
۹۵.....	۲- موقعیت‌های اضطراری
۹۶.....	۳- پیگیری
۱۰۰.....	۴- خلاصه
۱۰۳.....	فصل ششم: موضوعات خاص و جمعیت‌های ویژه
۱۰۴.....	۱- میزان مسئولیت شما
۱۰۶.....	۲- نقش‌های دوگانه، مرزبندی‌ها و مشکلات آنها
۱۰۸.....	۳- تعامل با والدین دانشجویان آشفته
۱۱۰.....	۴- تعامل با همسالان دانشجویان آشفته
۱۱۲.....	۵- دانشجویان رنگین پوست
۱۱۵.....	۶- دانشجویان خارجی
۱۱۷.....	۷- دانشجویان ورزشکار
۱۱۹.....	۸- دانشجویان تحصیلات تکمیلی
۱۲۱.....	۹- خلاصه
۱۲۳.....	فصل هفتم: سیاست‌ها و رویه‌های دانشگاه در زمینه سلامت روان دانشجویان
۱۲۴.....	۱- تسهیلاتی برای دانشجویان مبتلا به ناتوانی‌های روانشناختی
۱۲۶.....	۲- بحران‌ها و فوریت‌های روانشناختی
۱۳۳.....	۳- انصراف از تحصیل و بازگشت به دانشگاه
۱۴۱.....	۴- مشاوره اجباری
۱۴۴.....	۵- محدودیت‌های مشاوره دانشجویی
۱۴۵.....	۶- خلاصه
۱۴۶.....	۷- نتیجه‌گیری
۱۴۹.....	References

دبیاچه

دفتر مرکزی مشاوره در سال‌های اخیر سعی کرده است به‌گونه‌ای برنامه‌ریزی نماید که بتواند از منابع حمایتی موجود در دانشگاه به خوبی برای کمک به دانشجویان نیازمند استفاده نماید. در دانشگاه افراد و نهادهای مختلفی هستند که می‌توانند به عنوان منبع حمایتی برای دانشجویان ایفای نقش کنند که از جمله آن‌ها می‌توان به اساتید، کارکنان به ویژه کارکنان بخش‌های آموزشی و دانشجویی، روحانیون، هم‌کلاسی‌ها و دانشجویان داوطلب و تشکل‌ها اشاره کرد. به این منابع، مرکز مشاوره از منابع حمایتی رسمی درون دانشگاه و خانواده به عنوان منبع اصلی حمایتی خارج از دانشگاه را هم باید اضافه کرد. ایده به‌کارگیری از دانشجویان داوطلب تحت عنوان «همیاران سلامت روان» در طرح ارتقای سلامت روانی دانشجویان خوابگاهی عملی گردیده است. ایده بهره‌برداری از ظرفیت اساتید و کارکنان در طرحی که اخیراً مصوب شده است یعنی طرح «آموزش کارکنان و اساتید» به منصفه ظهور رسیده است. طرح «ارتباط با خانواده» و اولیای دانشجویان که هم چند سالی است توسط پاره‌ای از مراکز مشاوره اجرا می‌گردد. دفتر مرکزی مشاوره در این زمینه تصمیم کارشناسی شده‌ای اتخاذ نمود مبنی بر این که تنها به تدوین و ابلاغ طرح‌های اجرایی - مداخله‌ای بسنده نکند بلکه برای ارتقای دانش تخصصی هر یک از این حامیان نیز اقدام به ترجمه یا تدوین کتاب نماید. انتشار کتاب «خانواده و دانشجو» برای مراکزی که قصد دارند از ظرفیت بی‌بدیل خانواده استفاده نمایند، کتاب‌های «ارتقاء سلامت روان دانشجویان (رویکرد اجتماع‌نگر و مشاوران همسال)» و «مشاوره همسالان و همسالان مشاور» به ترتیب برای کارشناسان مراکز مشاوره و دانشجویان شاغل در طرح همیاران سلامت روان و اینک کتاب «نقش اساتید و کارکنان دانشگاه در ارتقای سلامت روانی دانشجویان» برای اساتید و کارکنان معزز دانشگاه. امید است تلاش‌های خالصانه همگی ما مقبول درگاه احدیت قرار گیرد.

دانشجویان معمولاً در طول تحصیل با انبوهی از استرس‌ها مواجه می‌شوند. در حالی که اکثر دانشجویان می‌توانند به خوبی از پس مقتضیات زندگی دانشجویی برآیند، اما این فشارها برای بعضی از دانشجویان توانکاه بوده و به تنهایی نمی‌توانند مشکلاتشان را حل و فصل کنند.

دانشجویان ممکن است احساس انزوا، تنهایی، درماندگی و حتی ناامیدی کنند. این احساسات به راحتی عملکرد تحصیلی دانشجویان را دچار مشکل کرده و چه بسا آنان را به سمت رفتارهای پرخطری همچون مصرف مواد و خودکشی سوق دهد. اساتید و کارکنان به دلیل آنکه در تماس مستقیم با دانشجویان هستند، از موقعیت بی نظیری برای شناسایی و ارجاع دانشجویان نیازمند به مشاوره برخوردارند. این امر بخصوص برای دانشجویانی که دور از والدین خود زندگی می‌کنند یا نمی‌خواهند با دوستان و خانواده خود تشریک مساعی داشته باشند، بیشتر مصداق دارد. ابراز علاقه و نگرانی اساتید و کارکنان نسبت به سرنوشت دانشجو عامل بسیار مهمی برای یاری‌رسانی به دانشجویی است که در حال تلاش برای تثبیت مجدد تعادل هیجانی خود است و حتی می‌تواند به ادامه تحصیل و بعضاً ادامه زندگی فرد منجر شود.

علایم و نشانه‌های زیر اگر در یک دوره زمانی در دانشجویی مشاهده شود به منزله آن است که مشکلات آن دانشجو از حد طبیعی و نرمال مشکلات دوره دانشجویی فراتر رفته و نیازمند کمک می‌باشد:

- افت بارز عملکرد تحصیلی و یا مشروطی
- آشفتگی، اضطراب، بی‌قراری و حواس‌پرتی بارز و آشکار
- گوشه‌گیری و اجتناب از تماس با اساتید و دانشجویان
- تغییرات بارز در لباس پوشیدن و ظاهر
- غیبت مکرر بخصوص در مورد دانشجویان منظم
- انجام ندادن و یا تاخیر در انجام تکالیف درسی
- فراموشی و اهمالکاری
- خواب‌آلودگی در کلاس و جلسات
- مشکلات جسمی همچون سردرد، دردهای بدنی
- عدم رعایت بهداشت فردی و آراستگی ظاهر، چاقی و لاغری مفرط
- و ...

وقتی که دانشجویی چنین علایمی را از خود بروز می‌دهد از ما به عنوان معلم، الگو، مرید و استاد وی یا به عنوان کارمندی که در فضای مقدس دانشگاه مشغول خدمت‌رسانی هستیم، انتظار می‌رود تا بتوانیم با ایفای مؤثر نقش خود یاری‌رسان او باشیم. اگر دانشجویی نتواند خودش به تنهایی مشکلاتش را حل و فصل کند انتظار می‌رود که سراغ منابع حمایتی برود و با یاری گرفتن از بزرگترها و منابع حمایتی از عهده مسایل خود برآید. از جمله منابع حمایتی موجود در دانشگاه می‌توان به خانواده، اساتید، کارکنان، همکلاسی‌ها، تشکل‌ها، روحانیون، مشاوران و ... اشاره کرد. در

فرهنگ اصیل شرق و در فرهنگ اسلامی ما ایرانیان، معلم همیشه از جایگاه برجسته‌ای برخوردار بوده است؛ معلم در واقع فرزانه‌ای است که مریدان به او اقتدا می‌کنند و تسلی روح و روان خود را در وی بازمی‌یابند. در فرهنگ غنی ما ایرانیان بزرگترها و کسانی که اصطلاحاً «چند پیراهن بیشتر از ما پاره کرده‌اند» و صاحب رای و نظر شناخته می‌شوند از احترام و جایگاه والایی برخوردار بوده و جوانترها معمولاً در تنگناها و گرفتاری‌ها به آنان رجوع می‌کنند. با توجه به آنکه به توصیه پیامبر عظیم الشان اسلام حضرت محمد (ص) دانش‌اندوزی ز گهواره تا گور ادامه دارد این نوشتار که با هدف ارتقای دانش روانشناختی اساتید و کارکنان دانشگاه به رشته تحریر درآمده است برای ترجمه انتخاب و هم‌اینک در دسترس شما عزیزان قرار گرفته است.

کتاب «نقش اساتید و کارکنان دانشگاه در ارتقای سلامت روانی دانشجویان» توسط فردی به رشته تحریر درآمده است که سالها در مراکز مشاوره دانشجویی فعالیت کرده و به خوبی با مساله بهداشت روانی در دانشگاه آشناست و منابع حمایتی موجود در دانشگاه را کاملاً می‌شناسد. به همین دلیل به خوبی توانسته است از عهده آنچه که از چنین کتابی انتظار می‌رود برآید. کتاب در ۷ فصل تدوین شده است. در سه فصل اول به مبانی نظری موضوع بهداشت روانی در دانشگاه و چالش‌های دانشجویان و نحوه شناسایی مشکلات خاص دانشجویی پرداخته شده است. مولف پس از ارائه تصویری از حجم مشکلات روانشناختی در دانشگاه مروری بر علایم و نشانه‌های اختلالات شایع در محیط‌های دانشجویی داشته است. مولف در فصل‌های چهارم تا ششم به سراغ راهکارها و وظایف و نقشی که اساتید و کارکنان می‌توانند برای ارتقای سلامت روانی دانشجویان ایفا کنند پرداخته و سعی کرده است با راهنمایی‌های کافی به افزایش خودکارآمدی و عزت نفس افراد در باری‌رسانی به دانشجویان نیازمند کمک نماید. فصل پایانی کتاب مروری است بر سیاست‌ها و رویه‌هایی که لازم است دانشگاه در تعامل با این دسته از دانشجویان در پیش بگیرد.

مطالعه کتاب حاضر قطعاً برای کلیه اساتید و کارکنان دانشگاه می‌تواند سودمند باشد. اما به عنوان کسی که بیش از یک دهه مستقیماً در بخش مشاوره دانشجویی کشور فعالیت می‌نمایم، مطالعه این کتاب را به کلیه روانشناسان، مشاوران، روانپزشکان و مددکاران اجتماعی شاغل به کار در مراکز مشاوره نیز توصیه می‌نمایم.

حمید یعقوبی

مسئول دفتر مرکزی مشاوره

مرداد ۱۳۹۰

پیشگفتار

طی اولین سال‌هایی که به عنوان مشاور در دانشگاه کار می‌کردم، به سرعت دریافتم برای پاسخ دادن به مشکلات دانشجویان لازم است، همکاری نزدیکی با افرادی که در خوابگاه کار می‌کنند، داشته باشم. معمولاً مشاوران دانشگاه مهم‌ترین نقش را در هدایت و درمان دانشجویان مشکل‌دار ایفا می‌کنند. اما کار آنها در این مرحله به توانایی کارکنان و اساتید دانشگاه بستگی دارد که بتوانند دانشجویان مشکل‌دار را که خود برای مشاوره مراجعه نمی‌کنند، شناسایی کرده و ارجاع دهند. این فرایند همانند کاری است که آتش‌نشان‌ها انجام می‌دهند. آنها نمی‌توانند کار خود را خوب و درست انجام دهند مگر اینکه دیگران درباره وجود آتشی که باید خاموش شود، اطلاعاتی به آنها بدهند. گاهی اوقات مشاوران نیز مشابه آتش‌نشان‌ها تنها زمانی می‌توانند به فرونشانی (یا حداقل مهار) بحران‌های عاطفی یک دانشجوی آشفته کمک کنند که این مشکلات به نحوی به اطلاع آنها رسیده و در معرض توجهشان قرار گرفته باشند.

گاهی اوقات مشاوران دانشگاه بروشورهایی را میان کارکنان و اساتید دانشگاه توزیع می‌کنند که چگونگی شناسایی دانشجوی مشکل‌دار و ارجاع او به مشاوره را نشان می‌دهد. چنین تلاش‌هایی در درون هر دانشگاه برای مشاوران کمک‌کننده است اما سعی شده یک منبع و راهنمای ارجاعی تهیه شود که توسط کارکنان همه موسسات آموزش عالی قابل استفاده باشد. بنابراین راهنمایی نگارش شده که باعث افزایش آگاهی و پاسخ‌دهی به دانشجویان مشکل‌دار می‌شود، بدون آنکه محدود به یک دانشگاه خاص باشد. با در نظر داشتن این هدف، این کتاب برای هر کسی که با دانشجویان کار می‌کند یا به آنها آموزش می‌دهد سودمند خواهد بود.

درباره نویسنده

بروس، اس. شارکین^۱ روان‌شناس و استادیار گروه روان‌شناسی و مشاوره دانشگاه کاترتاون^۲ ایالت پنسیلوانیا^۳ است. او قبلاً در بخش خدمات روان‌شناسی دانشگاه لی^۴ کار می‌کرد و بیش از ۱۵ سال سابقه در مشاوره دانشجویی دارد. دکتر شارکین مقالات بسیاری را در مجلات متعدد چاپ کرده و مسئولیت ویرایش دو مجله مشاوره و رشد^۵ و مجله روان‌شناسی مشاوره^۶ را بر عهده داشته و عضو هیئت تحریر مجله مشاوره دانشگاهی^۷ بوده است.

-
- 1 . Bruce S. Sharkin
 - 2 . Kutztown
 - 3 . Pennsylvania
 - 4 . Lehigh
 - 5 . Journal of Counseling and Development
 - 6 . Journal of Counseling Psychology
 - 7 . Journal of College Counseling

تقدیر و تشکر

افراد زیادی در ترغیب من به نوشتن این کتاب نقش مستقیم و غیر مستقیم داشته‌اند. اول و مهم‌تر از همه از دوست و همکارم لیزا کالتر^۱ قدردانی می‌کنم که بخش اعظمی از وقت خود را صرف بازخوانی و نقد دست نوشته‌های اولیه هر فصل کرده است. همچنین از همکاری لیزا راف^۲ و سوزان من‌گلد^۳ در ویرایش و ساختاربندی تکالیف تشکر می‌کنم. همچنین از کسانی که به طور غیر مستقیم در انتشار این کتاب همکاری داشتند، سپاسگزارم: دو تن از همکارانم که بر فهم من از سرفصل‌ها و موقعیت‌هایی که در این کتاب به آنها اشاره شده و نزدیک شدن من به هدفی که از نگارش این کتاب دنبال می‌کردم، تاثیر عمده‌ای داشتند یعنی یان بیرکی^۴ و بت گلدن^۵ در دانشگاه لی^۶. خوشحالم از اینکه فرصت همکاری با دو تن از مدیران ارشدی را داشتیم که نسبت به نیازهای مربوط به سلامت روان دانشجویان حساس هستند و احساس مسئولیت می‌کنند: جان اسمیتون^۷ در دانشگاه لی و چارلز «چیک» وودارد^۸ در دانشگاه کاتزتاون^۹. نهایتاً سپاس فراوان تقدیم می‌کنم به اعضای خانواده و دوستانم به ویژه پدرم جerald^{۱۰}، لیزا^{۱۱}، لاتر^{۱۲}، ویل^{۱۳} و امی^{۱۴} که طی ساعت‌های طولانی نگارش این کتاب حامی و مشوق من بوده‌اند.

-
- 1 . Lisa Coulter
 - 2 . Lisa Ruff
 - 3 . Susan Mangold
 - 4 . Ian Birky
 - 5 . Beth Goldman
 - 6 . Lehigh University
 - 7 . John Smeaton
 - 8 . Charles "Chick" Woodard
 - 9 . Kutztown University
 - 10 . Gerald
 - 11 . Lisa
 - 12 . Luther
 - 13 . Will
 - 14 . Emmy

فصل اول

نگاهی به موضوعات متداول در بهداشت روانی دانشجویان

طی ۱۵ سالی که به عنوان مشاور در دانشگاه فعالیت می‌کردم، تجارب زیادی کسب کرده‌ام. با صدها نفر از دانشجویان مشاوره داشته و با هر نوع مشکل قابل تصویری مواجه شده‌ام. علاوه بر کار مشاوره انفرادی و مشاوره در گروه‌های کوچک، پاسخگوی بسیاری از تماس‌های بحرانی و موقعیت‌های اورژانسی بوده‌ام که از طرف والدین، اساتید و دیگر افراد دانشگاه نیز صورت می‌گرفت. حتی گاهی اوقات تماس‌های اورژانسی از خوابگاه نیز دریافت می‌کردم. حقیقتی که از میان انبوه تجربه‌ها بر من آشکار شد، این است که هر کس در دانشگاه کار می‌کند ممکن است با دانشجویان آشفته و مبتلابه مشکلات عاطفی، مواجه شود. بر خلاف مشاوران دانشگاه، سایر کارکنان که اغلب مشاور نیز نیستند، زودتر و بیشتر از مشاوران با دانشجویان مشکل‌دار مواجه می‌شوند و می‌توانند درصد کمکی که به آنها برآیند. با این حال، سرو کار داشتن با دانشجویان آشفته برای کارکنان غیر مشاور، اضطراب برانگیز است، زیرا آنها نمی‌دانند با این دانشجویان چگونه رفتار کنند یا چگونه به آنها پاسخ دهند.

از آنجا که اکثر دانشگاه‌ها در درون محوطه دانشگاه، مرکز مشاوره یا مرکز خدمات سلامت روان دارند، به نظر می‌رسد هر موقعیتی که باعث آشفته‌گی دانشجو شود را می‌توان به راحتی به این مراکز ارجاع داد. اما طی سال‌های طولانی و تجربه‌های بسیار، متوجه شدم که این کار به راحتی انجام نمی‌گیرد. در بعضی موارد، افراد و کارکنان ذیربط (نگران) تلاش می‌کنند مسایل را خودشان حل کنند تا جایی که موقعیت غیرقابل تحمل شده یا به جایی می‌رسد که دیگر نمی‌توان کاری انجام داد. علاوه بر این ممکن است بعضی از موقعیت‌ها بسیار پیچیده و بغرنج شوند. در بسیاری از موارد، وقتی از من تقاضای مداخله شده که به نظر می‌رسید باید به خود کارکنان کمک کنم و آنها را نجات بدهم نه دانشجوی آشفته را.

حتی اگر کسی قادر است یک دانشجوی مشکل‌دار را به مرکز مشاوره دانشگاه هدایت کند، بدان معنا نیست که فرد ارجاع دهنده دیگر با دانشجو کاری ندارد. ممکن است دانشجو بعد از ملاقات اولیه، جلسات مشاوره را پیگیری نکند و به همان شکلی که قبلاً رفتار می‌کرده، ادامه دهد. به نظر من کارکنان و اساتید دانشگاه، صرف نظر از نوع تعاملی که با دانشجویان دارند، باید به خوبی آموزش داده شوند و برای مقابله با موقعیت‌هایی که دانشجویان را در معرض رنج و ناراحتی قرار می‌دهد، آماده شوند. این مسئله امروزه بیش از هر زمان دیگری بدیهی و حائز اهمیت است. زیرا یافته‌های فراوانی به دست آمده که نشان می‌دهند تعداد فزاینده‌ای از دانشجویان با مشکلات روان‌شناختی جدی دست به گریبان هستند. مشکلاتی که در گذشته در میان دانشجویان نادر بود، مثل اختلالات خلقی و اضطرابی، امروزه بیشتر از قبل دیده می‌شوند. تعداد دانشجویانی که با تاریخچه‌ای از مشکلات و سابقه درمان‌های روان‌شناختی مثل استفاده از داروهای روان‌پزشکی وارد دانشگاه می‌شوند، در حال افزایش است. بنابراین هر کسی که امروزه در دانشگاه کار می‌کند ممکن است از این همه دانشجویی که مشکلات هیجانی دارند، متعجب شود.

این راهنما برای کمک به اساتید و کارکنان دانشگاه آماده شده تا با استفاده از آن دانشجویان آشفته را شناسایی کرده و نحوه برخورد با آنها را بیاموزند. البته قصد بر آن نیست که مهارت‌های پایه‌ای مشاوره نقل یا روش‌هایی بیان شوند که کارکنان غیر مشاور با استفاده از آنها، نقش شبه مشاور را ایفا نمایند. حتی موقعیت‌هایی که در ابتدا نسبتاً بی‌خطر به نظر می‌رسند (مثلاً دانشجویی که به علت رد شدن در یک درس ناراحت است) می‌تواند به یک موقعیت پیچیده و مشکل‌آفرین تبدیل شود. مدت‌هاست که در فعالیتهای مشاوره‌ای ام‌آموخته‌ام که شدت مشکل یک دانشجو را نمی‌توان همیشه در چند جلسه اول مشاوره به شکل آشکار و واضح مشاهده نمود. به همین خاطر معتقدم افراد غیر مشاور باید مرزهای مربوط به نقش خود را حفظ کنند و حتی در همان موارد محدود نیز از اتخاذ نقش مشاور خودداری کنند. من اعتقاد دارم، وقتی کسی نقش یک مشاور جایگزین را بازی می‌کند، ارجاع فرد مشکل‌دار به مشاور حرفه‌ای بسیار سخت‌تر می‌شود. این کتاب پیشنهادهایی را ارائه می‌دهد که از طریق آنها می‌توان پاسخ‌های اولیه‌ای را با هدف ارجاع دانشجویان به مشاوران حرفه‌ای فراهم نمود.

قبل از ارائه تکالیفی که به اساتید و کارکنان دانشگاه نشان می‌دهد چگونه دانشجویان مشکل‌دار را شناسایی کرده و مداخلاتی را برای آنها انجام دهند، بحث درباره گرایش‌های موجود در سرفصل‌های سلامت روانی دانشجویان و این اعتقاد که امروزه دانشجویان مستعد ابتلا به مشکلات جدی عاطفی و روان‌شناختی هستند، ضروری و مهم به نظر می‌رسد. درباره تغییرات اجتماعی و عوامل دیگری که احتمالاً در تغییر وضعیت سلامت روان دانشجویان فعلی دانشگاه‌ها تاثیر داشته-

اند، صحبت خواهیم کرد. به علاوه، به این نکته اشاره می‌کنم که چگونه مشکلات مربوط به سلامت روان بر عملکرد تحصیلی و اجتماعی دانشجویان تأثیر منفی خواهد گذاشت. همچنین درباره این مسئله نیز صحبت می‌شود که دانشگاه و کارکنان آن، برخلاف والدین، چقدر در مقابل مراقبت از سلامت روان دانشجویان مسئول هستند. نهایتاً تاریخچه‌ای از نقش و عملکرد مراکز خدمات مشاوره‌ای دانشگاه را ارائه می‌دهم. همه این مطالب با این هدف آماده شده که زمینه‌ای برای فهم ماهیت و پیچیدگی مشکلات دانشجویان و نقش کارکنان دانشگاه در پاسخگویی و کمک به دانشجویان مشکل‌دار از نظر عاطفی فراهم آید.

۱- آیا امروزه دانشجویان از نظر عاطفی مشکل‌دارترند؟

مسائل مربوط به سلامت روان دانشجویان در سال‌های اخیر توجه زیادی را به خود معطوف کرده است. مقالات متعددی در مجلات معروف مثل *تایم*^۱ (کیرن^۲، ۲۰۰۳) و *اخبار آمریکا و گزارش جهان*^۳ (شیبا^۴، ۲۰۰۲) و خبرهای زیادی نیز در روزنامه‌هایی مثل نیویورک *تایمز*^۵ (گود^۶، ۲۰۰۳) درباره اهمیت شیوع مشکلات مربوط به سلامت روان دانشجویان چاپ شده است. بعضی از این توجه‌ها ناشی از افزایش آمار خودکشی در میان دانشجویان است (سوتناگ^۷، ۲۰۰۲؛ تاورنیز^۸، ۲۰۰۳). دانشجویان فعلی نسبت به دانشجویان قدیمی بیشتر در معرض مشکلات مربوط به سلامت روان قرار دارند. اما آیا این مسئله دقیقاً به ویژگی‌های شخصیتی دانشجویان فعلی مربوط می‌شود؟ پاسخ من به این سوال مثبت است اما تحت شرایط خاص. بعضی از شواهد نشان می‌دهند که تعداد فزاینده‌ای از دانشجویان مشکلات عاطفی و هیجانی را به دلیل ویژگی‌های خاص خودشان تجربه می‌کنند اما بسیاری از شواهد به دست آمده مبتنی بر استنباط^۹ مشاوران دانشگاه‌ها است. در این بخش، بعضی از مسائلی را که درباره مشکلات سلامت روان دانشجویان مطرح شده، به پوته آزمایش می‌گذاریم و درباره صحت و درستی آنها بحث می‌کنیم.

1 . Time
 2 . Kim
 3 . U. S. News and World Report
 4 . Shea
 5 . New York Times
 6 . Good
 7 . Sontag
 8 . Tavernise
 9 . perception

۱-۱- مناقشات مربوط به افزایش شدت مشکلات دانشجویان

از دهه ۱۹۸۰، مشاوران دانشگاه‌ها افزایش منظمی را در شدت مشکلات مطرح شده توسط دانشجویانی که به دنبال بهره‌گیری از خدمات روان‌شناختی بودند، گزارش داده‌اند (امالی، ویلر، مورفی، اکانل و والدو^۱؛ ۱۹۹۰؛ استون و آرچر^۲، ۱۹۹۰). بسیاری از مشاوران ادعا می‌کنند که تعداد کمی از این دانشجویان با مشکلات تحولی متعارف مواجه هستند، درحالی‌که تعداد زیادی از آنها علائم مشکلات جدی روان‌شناختی را نشان می‌دهند.

این مسئله توجه زیادی را در ادبیات مشاوره به خود اختصاص داده است. سال‌ها پیش مروری بر پژوهش‌ها انجام دادم (شارکین، ۱۹۹۷) و توجه خود را به اعتبار یافته‌های این پژوهش‌ها معطوف کردم. این مسئله حل نشده باقی مانده است. یافته‌های دو مطالعه (کورنیش، ریوا، کومینارس، مکینتاش و هندرسون^۳، ۲۰۰۰؛ پلج، لاپن، هپنر، کیولیکان و روک^۴، ۱۹۹۸) که بعد از اولین مقاله مروری من چاپ شد، نتوانست حمایت تجربی کافی برای این ادعا که شدت مشکلات دانشجویان افزایش یافته است، فراهم آورد. یافته‌های حاصل از مطالعه‌ای که اخیراً و در مقیاس وسیع انجام شده (بنتون، رابرتسون، تسونگ، نیوتن و بنتون^۵، ۲۰۰۳) شواهدی را در تایید ادعای فوق فراهم کرده اما من نتایج این مطالعه را به چالش طلبیدم، زیرا محققان نتوانسته بودند ارزیابی کافی و دقیق از شدت مشکل ارائه دهند (شارکین، ۲۰۰۴). فقدان شواهد پژوهشی در زمینه افزایش شدت مشکلات، به دلیل دقت پایین پژوهش‌های انجام شده است (شارکین و کالتر، ۲۰۰۵). تنها نتیجه درستی که در این لحظه می‌توانیم به آن تکیه کنیم این است که افزایش شدت مشکلات دانشجویان فعلی استنباط مشاوران دانشگاه بوده نه چیزی بیش از آن.

اگرچه این سوال که آیا مشکلات مربوط به سلامت روان در دانشجویان فعلی نسبت به یک یا دو دهه قبل جدی‌تر شده یا نه، هنوز مبهم باقی مانده است؛ بعضی شواهد دال بر این است که دانشجویان فعلی ممکن است نسبت به انواع خاصی از مشکلات آسیب‌پذیرتر باشند. حتی انتقال به دانشگاه و سازگاری با آن که در سال اول ورود به دانشگاه، یک مسئله تحولی معمول به حساب می‌آید، ممکن است برای بسیاری از دانشجویان به شدت استرس‌زا باشد. نتایج یک پژوهش میدانی که توسط موسسه پژوهش‌های آموزش عالی UCLA (به نقل از بارتلت، ۲۰۰۲) انجام شده، نشان می‌دهد که نخستین سال ورود به دانشگاه عوارض زیادی بر سلامت جسمی و عاطفی دانشجویان داشته است. بیش از ۳۶۰۰ دانشجوی سال اول در ۵۰ دانشگاه یک بار در بدو ورود و یک بار در

1 . O' Malley, Wheeler, Murphy, O' Connell, Waldo
2 . Stone, & Archer
3 . Cornish, Kominars, Riva, Mac Intash, & Henderson
4 . Pledge, Lapan, Heppner, Kivlighan, & Roehlke
5 . Benton, Robertson, Tseng, Newton, & Benton

پایان سال اول دانشجویی خود مورد بررسی قرار گرفتند. مقایسه پاسخ‌هایی که در دو زمان مختلف ارائه داده شده بودند، نتایج شگفت‌انگیزی را به دست دادند. اول اینکه کاهش چشمگیری در ارزیابی دانشجویان از وضعیت سلامت جسمی و عاطفی خودشان به وجود آمده بود. دوم اینکه تعداد دانشجویانی که احساس افسردگی را گزارش داده بودند، افزایش قابل توجهی نشان داد. سوم اینکه این افزایش چشمگیر در تعداد دانشجویانی که احساس استیصال را گزارش کرده بودند، نیز دیده شد.

گزارش‌های دیگری نشان می‌دهد که امروزه تعداد زیادی از دانشجویان حالت‌های افسردگی را تجربه می‌کنند. در پژوهش میدانی که توسط انجمن سلامت دانشگاه‌های امریکایی^۱ انجام شد (به نقل از ولکر^۲، ۲۰۰۳)، درصد بالایی از دانشجویان احساس ناامیدی و افسردگی را به اندازه‌ای گزارش کردند که در اثر آن به ندرت می‌توانستند کار مفیدی انجام دهند. محققان دانشگاه ایالت کانزاس^۳ (بنتون و همکاران، ۲۰۰۳) دریافتند که بین سال‌های ۱۹۸۸ تا ۲۰۰۱ تعداد دانشجویانی که با شکایت افسردگی برای مشاوره مراجعه می‌کنند، به طور چشمگیری افزایش یافته است، اما به سطوح افسردگی این دانشجویان اشاره‌ای نشده بود.

شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که امروزه دانشجویان سطوح بالاتری از اضطراب را تجربه می‌کنند. توئنگ^۴ (۲۰۰۰) دریافت که دانشجویان فعلی در مقایسه با دهه‌های گذشته، اضطراب را در سطوح بالاتر و شدیدتری تجربه می‌کنند. توئنگ با استفاده از روش فراتحلیل که طی آن داده‌های مربوط به نمونه‌های دانشجویی بین سال‌های ۱۹۵۲ تا ۱۹۹۳ جمع‌آوری و تحلیل شده بودند، به این نتیجه رسید که آنچه طی دهه ۱۹۵۰ سطح بالای اضطراب پنداشته می‌شده، در دهه ۱۹۹۰ به عنوان اضطراب «متوسط» تلقی می‌شد. تغییر در نحوه تجربه اضطراب در بحث سلامت روان دانشجویان تلویحات مهمی دارد، زیرا سطوح بالای اضطراب منجر به بیماری‌های جسمانی، سوء مصرف مواد، افسردگی و تضعیف عملکرد شناختی می‌گردد. افزایش آشکار در سطوح اضطراب به کاهش ارتباطات اجتماعی و افزایش خطرات محیطی (مثل جنایت‌های خشونت‌بار) نسبت داده می‌شود.

گرچه باور بر این است که مشکلات روان‌شناختی دانشجویان فعلی نسبت به دانشجویان سال‌های گذشته، جدی‌تر و شایع‌تر است اما بدان معنا نیست که سلامت روان دانشجویان در سال‌های گذشته با مشکلات جدی تهدید نمی‌شد. در سال‌های دور نیز مواردی از ابتلا به اختلالات

1 . American College Health Association
2 . Voelker
3 . Kansas State University
4 . Twenge

روان‌پزشکی قابل تشخیص و آشفتگی‌های جدی عاطفی در میان دانشجویان مشاهده شده است (ریفلر و لیپزین^۱، ۱۹۶۹؛ سلزر^۲، ۱۹۶۰). علاوه بر این، سن آغاز بسیاری از اختلالات روانی عمده مطابق با سنی است که افراد به طور معمول وارد دانشگاه می‌شوند (۱۸ تا ۲۴ سال)؛ بنابراین درصد عمده‌ای از دانشجویان برای اولین بار مشکلات جدی مربوط به سلامت روان را در هنگام ورود به دانشگاه تجربه می‌کنند. اما بسیاری از افرادی که در مراکز مشاوره دانشگاه‌ها کار می‌کنند، معتقدند موارد قابل تشخیص مثل اختلالات اضطرابی و خلقی در حال حاضر و حداقل در میان دانشجویانی که به دنبال کمک‌های روان‌شناختی در محیط دانشگاهی بر می‌آیند، شایع‌تر است.

همچنین در حال حاضر توجه زیادی معطوف به افزایش تعداد دانشجویانی است که با تاریخچه‌ای از مشکلات روان‌شناختی وارد دانشگاه می‌شوند. گزارش روسای مراکز مشاوره دانشگاه‌ها، حاکی از افزایش تعداد دانشجویانی است که با سابقه درمان مشکلات مربوط به سلامت روان وارد دانشگاه شده‌اند (بای شاپ^۳، ۲۰۰۲). تجربیات نشان می‌دهند که تعداد فزاینده دانشجویانی که برای اولین بار در دانشگاه به دنبال استفاده از خدمات مشاوره‌ای هستند، صرفاً درگیر چند دسته خاص از مشکلات مربوط به سلامت روان شده‌اند که عبارتند از افسردگی بالینی، رفتارهای آسیب زدن عمدی به خود و خودکشی، اختلالات سایکوتیک، سوء مصرف مواد، اختلالات خوردن و دیگر اختلالات قابل تشخیص. درمان اولیه، در دامنه‌ای از مشاوره مختصر تا بستری شدن در بیمارستان قرار می‌گیرد. گاهی سابقه این درمان‌های اولیه به دوران نوجوانی یا اوایل جوانی بر می‌گردد. جای تعجب نیست که دانشجویانی که مشکلات مربوط به سلامت روان را از دوران قبل از دانشجویی تجربه کرده‌اند، در پاسخ به استرس و فشارهای زندگی دانشگاهی نیز رفتارهای مشکل‌دار از خود نشان دهند. هجوم دانشجویانی با سوابق مشکلات روان‌شناختی، مسئولیت مضاعفی را جهت فراهم آوردن خدمات حمایتی و مشاوره‌ای بر دوش دانشگاه گذاشته است.

اگرچه نسبت به روش‌های مطالعاتی که شدت مشکلات مربوط به سلامت روان را در دانشجویان رو به افزایش اعلام کرده‌اند، انتقاد دارم (شارکین، ۱۹۹۷؛ ۲۰۰۴) اما قبول دارم که دانشجویان بیشتری در جلسات مشاوره، مشکلات شدیدی را بیان می‌کنند. منظورم از شدید، مشکلاتی است که آشفتگی قابل ملاحظه در عملکرد دانشجو در محیط دانشگاه ایجاد می‌کند و نیازمند مراقبت بهداشتی است که فراتر از ظرفیت متوسط خدمات مشاوره دانشگاه می‌باشد. من فکر می‌کنم امروزه دانشجویان در مجموع بیشتر تحت تاثیر مشکلات مربوط به سلامت روان هستند، در حالی که برای مقابله موثر و کارآمد با مشکلات روزمره زندگی دانشگاهی به اندازه کافی

1 . Reifler, & Liptzin
2 . Selzer
3 . Bishop

آموزش ندیده و مقاوم نشده‌اند. علل مختلفی برای این مسئله وجود دارد که بعضی از آنها متعاقباً مورد بحث قرار می‌گیرند. تجربه حاصل از مشاهده دانشجویان و مشاوره با آنها در طول سال‌های متمادی، نشان می‌دهد که هر روز تعداد بیشتر و بیشتری از دانشجویان به دلیل خستگی و ناکامی-های پیاپی در زندگی دانشجویی، نمرات نامطلوب، عدم عضویت در انجمن‌ها یا مشکلات مربوط به روابط بین فردی، مستاصل و درمانده می‌شوند.

۱-۲- گسترش استفاده از داروهای روان‌پزشکی

گزارش‌های ارائه شده نشان از افزایش تعداد دانشجویانی دارد که از داروهای روان‌پزشکی استفاده می‌کنند (یانگ، ۲۰۰۳؛ گریسون، شوارتز و کامرفورد^۱، ۱۹۹۷). نتایج حاصل از یک نمونه دانشجویی در مرکز مشاوره دانشگاه نیویورک طی یک دوره ۱۰ ساله، شواهدی مبنی بر افزایش میزان استفاده از داروهای روان‌پزشکی، به ویژه ضد افسردگی‌هایی مثل پاکسیل^۲ و زولوفت^۳ را ارائه می‌دهد. بعضی از دانشجویان استفاده از دارو را حتی پیش از ورود به دانشگاه آغاز کرده‌اند. علاوه بر این، تعداد کودکان و نوجوانانی که با داروهای روان‌پزشکی مورد درمان قرار می‌گیرند، نیز افزایش یافته است (کلاگر، ۲۰۰۳). داروهای روان‌پزشکی به طور فزاینده برای کمک به جوانان جهت مقابله با اختلالاتی مثل افسردگی، اختلال دو قطبی، اضطراب شدید، حمله‌های درد، اضطراب اجتماعی و دیگر آشفتگی‌های عاطفی استفاده می‌گردد. به ویژه در مورد دانشجویان، حرکت به سمت استفاده از مدل‌های درمان کوتاه مدت در مراکز مشاوره دانشگاه (که اغلب به دلیل افزایش تقاضای استفاده از خدمات، پیش آمده) موجب شده تا تکیه بر دارو به عنوان یک روش درمانی بیشتر شود.

نگرانی‌ها درباره دانشجویانی که برای مقابله با مشکلات روزمره زندگی، به سرعت به دارو پناه می‌برند، افزایش یافته است (کارتر و وینسمن^۴، ۲۰۰۳). دانشجویان فعلی ما در فرهنگی رشد یافته-اند که در آن استفاده از دارو برای مشکلات روان‌شناختی، معمول است و بسیاری از آنها، شاهد استفاده والدین‌شان از دارو هستند. بعضی از دانشجویان، دارو را جایگزین ثابت و راحت مشاوره می‌دانند. امروزه استفاده از دارو نسبت به گذشته، مقبولیت اجتماعی بیشتری دارد و دانشجویان کمتر تمایل دارند مصرف دارو را از همسالان خود مخفی کنند. علاوه بر این، در دنیای امروز، افراد گرایش بیشتری به استفاده از دارو نشان می‌دهند.

1 . Grayson, Schwartz, & Commerford
2 . Paxil
3 . Zoloft
4 . Carter, & Winseman

اگرچه استفاده از دارو تعداد بیشتری از دانشجویان را قادر می‌سازد تا در دانشگاه باقی بمانند، اما استفاده فراوان از داروها نزد دانشجویان، هزینه و پیامدهای زیادی به دنبال دارد. به عنوان مثال ممکن است عوارض جانبی و مشکل آفرین داروها را تجربه کنند که این عوارض با عملکرد تحصیلی و اجتماعی آنها تداخل پیدا می‌کند. علاوه بر این ممکن است دانشجویان بر نحوه مصرف داروهای خود نظارت کافی نداشته باشند و در این صورت طی دوره مصرف دارو دچار حالاتی مثل استفاده نادرست، وابستگی یا سوء مصرف الکل یا انواع دیگر مواد شوند (ویتاکر^۱، ۱۹۹۲). وقتی اداره دارو و غذا^۲ در سال ۲۰۰۴ هشدار داد که همه انواع داروهای ضد افسردگی، خطر افکار و رفتار خودکشی را در کودکان و نوجوانان بالا می‌برند، نگرانی‌ها به شدت افزایش یافت. علت این است که افسردگی و خودکشی در صورت آغاز دوره درمان از طریق داروهای روان‌پزشکی یا تغییر در میزان مصرفی دارو افزایش خواهد یافت (استین^۳، ۲۰۰۴). این نگرانی‌ها به دنبال یافته‌های حاصل از پژوهش‌های اخیر (سیمون، ساوارینو، اپرشالسکی و ونگ^۴؛ ۲۰۰۶) تعدیل شدند؛ این یافته‌ها نشان دادند که خطر خودکشی پس از درمان با داروهای ضد افسردگی حقیقتاً کاهش می‌یابد نه افزایش.

۱-۳- تاثیر تغییرات/اجتماعی بر سلامت روان دانشجویان

اگر دانشجویان فعلی واقعاً بیشتر از دانشجویان ۱۵ یا ۲۰ سال گذشته مشکلات روان‌شناختی جدی نشان می‌دهند، چطور می‌توان تغییرات ایجاد شده در سلامت روان دانشجویان را توجیه کرد؟ در مقاله‌ای با عنوان «قانون امریکایی‌های مبتلا به معلولیت»^۵ (ADA؛ ۱۹۹۰) به یکی از عوامل بالقوه اشاره شده است. این قانون به تعداد زیادی از افراد اجازه می‌دهد وارد دانشگاه شوند که تا پیش از این اجازه ورود نداشتند. در تعریف *نا توانی*، نقایص و ضعف‌های روانی نیز همانند نقایص جسمانی در نظر گرفته شده است. بنابراین، دانشجویانی که اختلالات خلقی، اضطرابی، اختلالات شخصیت، اسکیزوفرنیا، اختلالات خوردن و اختلالات فروپاشنده دوره رشد در آنها تشخیص داده می‌شود، نه تنها می‌توانند وارد دانشگاه شوند، بلکه حتی برای دریافت تسهیلات و کمک‌های خاص نیز واجد شرایط شناخته می‌شوند. اگرچه این قوانین به بسیاری از جوانان کمک کرده تا به تحصیلات دانشگاهی دست یابند اما مسئولیت دانشگاه برای کمک به چنین دانشجویانی را نیز بالا برده است. امروزه بسیاری از دانشگاه‌ها باید خدماتی را فراهم آورند که علاوه بر نیازهای مربوط به مشکلات جسمانی، پاسخگوی مشکلات روان‌شناختی دانشجویان نیز باشد. نیاز به فراهم

1 . Whitaker
2 . Food and Drug Administration (FDA)
3 . Stein
4 . Simon, Savarino, Opersalski, & Wang
5 . Americans with Disabilities Act (ADA)

آوردن تسهیلات ویژه برای دانشجویانی که مبتلا به ناتوانی‌های روان‌شناختی هستند، بر دانشکده، مشاوران، کارکنان خوابگاه‌ها و سایر دانشجویان تاثیر می‌گذارد و آنها را نیز درگیر می‌کند. همانطور که گفته شد، دارو برای درمان اختلالات روان‌شناختی در اختیار دانشجویانی که تشخیص این نوع اختلال را دریافت کرده بودند، قرار گرفت تا آنها نیز بتوانند به دانشگاه راه یابند. دانشجویانی که قوانین ADA شامل حال آنها می‌شود، در صورتی که عوارض جانبی داروها با عملکرد تحصیلی آنها تداخل نماید، می‌توانند از تسهیلات ویژه استفاده نمایند. به عنوان مثال اگر دانشجو به علت استفاده از دارو احساس خستگی شدید نماید، بدون توجه به مقررات معمول از حضور در کلاس معاف می‌شود. در صورت بروز چنین مسئله‌ای، مسئولیت فراهم کردن تسهیلات ویژه و کمک به دانشجو در طول سال تحصیلی به عهده دانشگاه گذاشته می‌شود.

یک عامل دیگر که می‌تواند مبنای تفاوت دانشجویان امروزی با دانشجویان گذشته باشد، فشار زیادی است که امروزه برای دستیابی به موفقیت‌های تحصیلی بر دانشجویان وارد می‌شود. بعضی از مشاوران معتقدند، فشاری که جهت دستیابی به موفقیت بر دانشجویان وارد می‌شود، در هیچ دوره‌ای به این اندازه زیاد نبوده است. این روزها صرف وارد شدن به دانشگاه به ویژه دانشگاه‌های تراز اول، یک رویداد کاملاً استرس‌زاست. دانشجویان، پس از پذیرفته شدن، برای اینکه عملکرد خوبی داشته باشند و ثابت کنند که لایق پذیرفته شدن بودند، فشار زیادی را تحمل می‌کنند. از آنجا که هزینه‌های مربوط به دانشگاه طی چند سال گذشته به شکل نجومی افزایش یافته، دانشجویان فشار زیادی را جهت کسب موفقیت‌های تحصیلی تحمل می‌کنند تا بتوانند از طریق دریافت وام‌های دانشجویی یا از طریق کمک والدین، از عهده تعهدات مالی خود برآیند. شنیده شده که بسیاری از دانشجویان به این خاطر که فکر می‌کنند والدین‌شان را که مقادیر زیادی پول برای آنها هزینه می‌کنند، مایوس کرده‌اند یا به این علت که به شدت مقروض هستند، احساس ناامیدی می‌کنند. این روزها کنار آمدن با هزینه‌های فزاینده دانشگاه به اندازه کافی سخت است، اما مسئله مهم‌تر این است که نتایج خوبی از پول‌های خرج شده به دست آید.

در مجموع دانشجویان فعلی، استرس‌های مالی زیادی را تجربه می‌کنند. امروزه دانشجویان در مقایسه با دانشجویان قدیمی حتی زمانی که هنوز در دانشگاه درس می‌خوانند، قرض‌های زیادی بر دوش خود دارند (نورویلیتیس، زابلیکی و ویلسون^۱، ۲۰۰۳) و درحالی‌که فارغ‌التحصیل می‌شوند که در مقابل این بدهکاری‌ها، فرصت‌های شغلی اندکی نیز در اختیار دارند. اشکال مختلف بیکاری برای افراد ۱۶ تا ۲۴ سال افزایش یافته است. در سال‌های اخیر حدود ۱۲ درصد افرادی که مدارک

1. Norvilitis, Szablicki, & Wilson

دانشگاهی دارند، با معضل بیکاری مواجه هستند (راو^۱، ۲۰۰۲). اگر این بیکاری در آینده نیز ادامه یابد، استرس دانشجویان باز هم بیشتر خواهد شد، زیرا مجبورند سطح عملکرد خود را بالا ببرند تا در بازار کار محدود، فرصت رقابت با دیگران را از دست ندهند.

امروزه دانشجویان هنگام تحصیل، علاوه بر حوزه تحصیل، در قلمروهای دیگری نیز باید موفقیت‌هایی را به دست آورند که این مسئله فشار مضاعفی را ایجاد می‌کند. طی دهه‌های گذشته والدین تمایل زیادی پیدا کرده‌اند تا فرزندان‌شان از دوره کودکی انواع مختلفی از فعالیت‌ها را آغاز کرده و ادامه دهند. والدین ناخواسته برای کسب موفقیت در چندین حوزه مثل فعالیت‌های ورزشی، موسیقی و فوق برنامه به فرزندان خود فشار وارد می‌کنند. زمانی که این کودکان به سن دانشگاه می‌رسند، به خوبی در این فرهنگ «بیش دست‌آوردی^۲» پرورش یافته و با آن خو گرفته‌اند؛ فرهنگی که در آن ارزش هر فرد و هویت او را میزان عملکردش مشخص می‌کند. سطح رقابت در دانشگاه افزایش می‌یابد و برای بسیاری از افراد، ناتوانی در دستیابی به موفقیت و عملکرد مناسب همانند دیگران، ویران کننده خواهد بود. من با بسیاری از دانشجویان مشاوره کرده‌ام که با افسردگی و یاس دست به گریبان بودند فقط به این خاطر که نمی‌توانستند در دانشگاه نیز همانند سایر حوزه‌ها مثل ورزش عملکرد بسیار خوبی داشته باشند و به همین خاطر احساس بی‌هویتی و عدم عزت نفس^۳ می‌کردند. هورنینگ^۴ (۱۹۹۸) معتقد است که تغییر در هنجارهای اجتماعی نیز می‌تواند علت تغییرات وارده بر سلامت روان و تجارب دانشجویان فعلی باشد. او معتقد است افزایش برنامه‌های تلویزیونی پیرامون موضوعات مرتبط با سلامت روان، بر نحوه تفکر و استدلال جوانان از این موضوعات، تاثیر عمیقی خواهد داشت.

مواجهه با بیان مکرر مشکلات شخصی توسط افراد جامعه، گشودگی و تمایل جوانان به افشا کردن مشکلات روان‌شناختی را افزایش داده و مقبولیت بیشتری برای استفاده از درمان‌های مختلف جهت مشکلات روانشناختی فراهم کرده است. به این ترتیب دانشجویان خواسته یا ناخواسته مستعد آشکار کردن مشکلات عاطفی خود برای اساتید یا افراد دیگر در دانشگاه هستند. هورنینگ توضیح می‌دهد چگونه دانشجویان بیشتری در انشاهای دیگر تکالیف‌شان «روح خود را استثنایی توصیف می‌کنند». دانشجویان مشکلات خانوادگی، افسردگی، سوء استفاده‌های دوره کودکی، خود زنی و افکار خودکشی را افشا می‌کنند. آنها خیلی جذب و گرفتار مشکلات شخصی‌شان شده‌اند.

1 . Rawe
2 . overachieving
3 . self- esteem
4 . Hornong

سرانجام به نظر می‌رسد تغییر در ساختار خانواده‌های آمریکایی، تاثیرات منفی زیادی بر سلامت روان جوانان داشته است. مثلاً این حقیقت که اغلب کودکان در خانواده‌های تک‌والدی بزرگ می‌شوند یا در خانواده‌هایی که هر دو والد تمام وقت کار می‌کنند، باعث می‌شود که والدین کمتر در دسترس کودکان بوده و نظارت کافی بر فرزندان خود نداشته باشند. نگرانی‌ها درباره کاهش کیفیت زندگی خانوادگی و ارزش‌ها و کاهش حس اجتماع‌مداری و خانواده‌های گسترده، افزایش یافته است. تغییرات این چنینی در کیفیت زندگی خانوادگی، نسل جدیدی از دانشجویان را به وجود آورده که به دنبال اشکال جایگزین والدین در دانشگاه هستند تا در مقابل مشکلات عاطفی که والدین اصلی‌شان نادیده گرفته‌اند، به آنها کمک کرده و حمایت‌شان کند.

۲- تاثیر مشکلات روان‌شناختی بر عملکرد تحصیلی و زندگی دانشجویی

مشکلات مربوط به سلامت روان می‌توانند تاثیر عمیقی بر زندگی دانشجویان بر جا بگذارند (کیتزور و^۱، ۲۰۰۳). بیشترین نگرانی عمده مربوط به تاثیر منفی مشکلات روان‌شناختی بر عملکرد تحصیلی دانشجویان است. این مشکلات می‌توانند بر مواردی مثل حضور در کلاس، تمرکز، حافظه، انگیزه، پشتکار و عادات مطالعه تاثیر نامطلوب بگذارند و حتی افت شدید در عملکرد تحصیلی دانشجویان ایجاد نمایند. دانشجویانی که مشکلات سازگاری بیشتری دارند، کمتر می‌توانند محیط مطالعه خود را مدیریت کنند، تمرکز و پشتکار خود را علیرغم سختی‌ها و حواسپرتی‌ها حفظ کنند یا در صورت لزوم به دنبال کمک گرفتن از دیگران برآیند (برکنی و کارابنیک^۲، ۱۹۹۵). افسردگی (هینس، نوریس و کاشی^۳، ۱۹۹۶) و سوء مصرف مواد (کسلر، فاستر، ساندرز و استنگ^۴، ۱۹۹۵؛ سوانوم و زدی^۵، ۲۰۰۱) نیز بر عملکرد تحصیلی تاثیر منفی می‌گذارند.

گاهی اوقات دانشجویان به خاطر مشکلات روان‌شناختی به شکل موقت یا دائم از تحصیل کناره‌گیری می‌کنند. برآورد می‌شود که حدود ۵ درصد از دانشجویان به دلیل اختلالات روان‌شناختی نمی‌توانند تحصیلات دانشگاهی خود را به اتمام برسانند (کسلر و همکاران، ۱۹۹۵). امروزه تلاش گسترده‌ای برای ارائه تسهیلات به این دانشجویان انجام می‌شود. هدف از این تلاش‌ها این است که آنها را تا جایی که ممکن است در دانشگاه حفظ نمایند (به ویژه اگر واجد شرایط دریافت تسهیلات ADA باشند). یکی از روش‌هایی که من در کار مشاوره خود بارها از آن استفاده کرده‌ام، نوشتن نامه به اساتید است تا به این ترتیب برای آن دسته از دانشجویانی که مشکلات عاطفی و

1 . Kitzrow
2 . Brackney, & Karabenick
3 . Haines, Norris, & Kashy
4 . Kessler, Foster, Saunders, & Stang
5 . Svanum, Zody

روان‌شناختی آنها با عملکرد تحصیلی‌شان تداخل ایجاد می‌کند، حمایتی فراهم شود. نامه‌های بسیاری برای دانشجویانی نوشته‌ام که به دلیل مشکلات عاطفی از کلاس یا امتحان غیبت داشته‌اند یا نتوانسته‌اند تکالیف خود را سر وقت انجام دهند. مدیران و دست‌اندرکاران اشتیاق فزاینده‌ای برای در نظر داشتن این مسئله نشان می‌دهند که چگونه مشکلات مربوط به سلامت روان دانشجویان بر عملکرد تحصیلی آنها تاثیر می‌گذارد.

مشکلات مربوط به سلامت روان می‌توانند بر عملکرد اجتماعی و بین فردی دانشجویان نیز تاثیر منفی داشته باشند. علاوه بر فشارهای تحصیلی، دانشجویان برای موفقیت در زندگی اجتماعی دوران تحصیل خود نیز فشار زیادی را تحمل می‌کنند. این مسئله به ویژه در برقراری روابط دوستانه معنادار و جستجوی صمیمیت عاطفی و جسمی در دوستی‌ها مطرح می‌شود. مشکلات مربوط به سلامت روان می‌توانند این جنبه زندگی دانشجویی را از آنچه انتظار می‌رود، چالش برانگیزتر و ناکام‌کننده‌تر نمایند. به عبارت ساده می‌توان گفت، محیط دانشگاه برای دانشجویانی که از مشکلات روان‌شناختی رنج می‌برند، می‌تواند یک محیط طاقت فرسا باشد.

یک مثال موردی این مسئله را روشن‌تر می‌کند. یک دفعه با یک دانشجوی خانم مشاوره داشتیم که فردی جذاب و زیبا بود، اما از اضطراب اجتماعی رنج می‌برد، تا جایی که درمورد این مسئله که دانشجویان دیگر درباره او چه فکر می‌کنند یا با او چگونه برخورد می‌کنند، بسیار حساس شده بود. گاهی اضطرابش تا حد پارانوئای خفیف پیش می‌رفت و شرکت در زندگی اجتماعی را برای او مشکل می‌ساخت. او دوستان کمی داشت و برای دریافت حمایت عاطفی و اجتماعی تنها به دوست پسرش تکیه کرده بود. با این حال، دوست پسرش همیشه برای کمک به او در دسترس نبود و اغلب او را تهدید به ترک این رابطه می‌کرد (به نظر می‌رسد علت این تهدید وابستگی بیش از حد این خانم به دوست پسرش بود). به دنبال هر بار رخداد این مسئله، همواره یک بحران عاطفی برای او اتفاق می‌افتاد.

دانشجویان زیادی را مشابه این خانم دیده‌ام که مشکلات روان‌شناختی متعددی دارند و این مشکلات توانایی آنها برای کسب رضایت و داشتن زندگی شاد در دوره تحصیل را مختل می‌کند. بسیاری از دانشجویان در صورتی که نتوانند با همسالان خود ارتباط خوبی برقرار کنند، برای دریافت حمایت اجتماعی با اساتید و یا کارکنان دانشگاه تعامل می‌کنند. احساس انزوای اجتماعی و محرومیت در زندگی تحصیلی می‌تواند علت و معلول درگیری دانشجویان با اختلالات روان‌شناختی باشد. این موقعیت می‌تواند برای دانشجویانی که مهارت‌های اجتماعی محدودی دارند، چالش برانگیز باشد و سازگاری آنها با محیط جدیدی مثل زندگی دانشجویی را پر مخاطره نماید.

همچنین مشکلات مربوط به سلامت روان دانشجویان بر سایر دانشجویان نیز تاثیر می‌گذارد. دانشجویان مشکل‌دار به گونه‌ای مزاحم و مخرب رفتار می‌کنند. یک بار با دانشجویی مشاوره داشتم که کاملاً بی‌پرده درباره افکار خودکشی خود و این‌که چطور می‌خواهد با این کار به احساسات بدش پایان دهد، با هم اتاقی‌هایش صحبت کرده بود. این نوع صحبت کردن چنان برای او عادی شده بود که فکر نمی‌کرد ممکن است حرف‌هایش برای دیگران ناراحت‌کننده باشد. نیاز به گفتن نیست که هم اتاقی‌های او از این صحبت‌ها چقدر عصبی می‌شدند. چنین موقعیت‌هایی دو پهلو و بغرنج هستند، زیرا از طرفی شما می‌خواهید دانشجویان در صورت داشتن مشکل به دیگران (از جمله همسالان خود) دسترسی داشته باشند اما از طرف دیگر این موقعیت‌ها برای دانشجویان دیگر آزاردهنده و ناراحت‌کننده است. من شاهد موقعیت‌هایی بوده‌ام که طی آن دانشجویان مشکل‌دار، بر تعداد زیادی از دانشجویان دیگر تاثیر منفی و مخرب داشته‌اند. هنگام بررسی و درمان مشکلات مربوط به سلامت روان دانشجویان، بهتر است تاثیری که این مشکلات بر سایر دانشجویان دارند نیز مد نظر قرار گیرد.

افزایش توجه به تاثیر مشکلات مربوط به سلامت روان بر محیط‌های دانشگاهی منجر به اقدامات قانونی شده است. «قانون مراقبت و مشاوره دانشجویی»^۱ به مجلس نمایندگان آمریکا^۲ (HR 3593، ۲۰۰۳) و مجلس سنای آمریکا^۳ (S 2215، ۲۰۰۴) ارائه شد تا به این وسیله، قوانین مربوط به آموزش عالی اصلاح شود. به این ترتیب برنامه‌ای مصوب شد برای حمایت از دانشگاه‌ها جهت راه اندازی مراکز مشاوره دانشجویان تا خدمات حمایتی را برای افراد مبتلا به مشکلات سلامت روان فراهم نمایند. این لایحه نهایتاً در سپتامبر ۲۰۰۴ به «قانون یادبود گرت لی اسمیت»^۴ که توسط هر دو مجلس نمایندگان (HR 4799، ۲۰۰۴) و سنا (S2634، ۲۰۰۴) مورد تایید قرار گرفته بود، اضافه شد و یک ماه بعد توسط رییس جمهور وقت، بوش، به امضا رسید. در نهایت بودجه این قانون از طریق مجلس قانونگذاری آمریکا در سال ۲۰۰۵ فراهم شد. دانشگاه‌ها در یک رقابت برای برخورداری از بودجه بیشتر قرار گرفتند و موظف شدند مراکز مشاوره را گسترش داده یا تقویت نمایند تا دسترسی دانشجویان به خدمات بهداشت روانی افزایش یابد. همچنین برنامه‌های آموزشی برای کارکنان دانشگاه پیش‌بینی شد تا بتوانند به دانشجویان مبتلا به مشکلات سلامت روان به طور موثرتری پاسخ دهند.

1 . The Campus Care and Counseling Act
 2 . U. S. House of Representatives
 3 . U. S. Senate
 4 . Garrett Lee Smith Memorial Act

۳- چه کسی مسئول سلامت روان دانشجویان است؟

۳-۱- مورد الیزابت شین

موضوع دیگری که توجه زیادی را به خود معطوف داشته، یافتن پاسخ برای این سوال است که در هنگام مواجهه با دانشجویان مبتلا به مشکلات روان‌شناختی، دانشگاه در مقایسه با خانواده چقدر باید خود را مسئول بداند. این بحث از زمانی آغاز شد که خانواده دانشجویی پس از اقدام وی به خودکشی، اقامه دعوا کردند. معمولاً به دنبال اقدام دانشجو به خودکشی، خانواده، دانشگاه را به این دلیل که در تشخیص یا پاسخ‌دهی صحیح به علائم هشدار دهنده موفق نبوده، مسئول این اتفاق می‌داند (فرانک، ۲۰۰۴). به ویژه ممکن است والدین ادعا کنند که دانشگاه باید آنها را در جریان احتمال خودکشی فرزندشان قرار می‌داد. این همان اتفاقی است که در مورد الیزابت شین رخ داده است (سونتاگ^۱، ۲۰۰۲).

الیزابت شین^۲، دانشجوی ۱۹ ساله موسسه تکنولوژی ماساچوست، در بهار سال ۲۰۰۰ از طریق آتش زدن خود در اتاقش در خوابگاه، اقدام به خودکشی نمود. در پی این حادثه والدین او تقاضای خسارت ۲۷ میلیون دلاری از دانشگاه نمودند، چون مرگ دختر خود را به غفلت پلیس، مدیران و مشاوران دانشگاه نسبت دادند. شکایت اولیه آنها این بود که مسئولان دانشگاه بیش از حد از حریم خصوصی دخترشان محافظت می‌کردند. آنها مدعی بودند که مسئولین باید پیش از مرگ دخترشان آنها را از شرایط بد او آگاه می‌کردند.

تحت قانون حریم خصوصی و حقوق آموزش خانواده^۳ که در سال ۱۹۷۴ در قوانین فدرال به تصویب رسیده، دانشگاه‌ها نمی‌توانند بدون اجازه دانشجویان، اطلاعات شخصی یا آموزشی آنها را فاش نمایند. FERPA که تحت عنوان قانون تجدید نظر باکلی نیز شناخته می‌شود، اصالتاً برای دادن این حق به دانشجویان به وجود آمده که بتوانند در صورتی که مسئولین از ارائه سوابق تحصیلی آنها خودداری کردند، آنها را به شکل قانونی مطالبه نمایند. پیش از تصویب FERPA دانشگاه‌ها موقعیتی مشابه موقعیت والدین را در قبال دانشجویان اتخاذ می‌کردند. در گذشته، والدین مسئولیت خود در قبال فرزندان را به دانشگاه‌ها انتقال می‌دادند اما در سال‌های اخیر والدین اصرار دارند حتی طی دوران تحصیل دانشگاهی نیز در زندگی روزانه فرزندان خود مشارکت و نظارت مستقیم داشته باشند. این مسئله دانشگاه‌ها را در موقعیت نامطلوبی قرار می‌دهد، زیرا از یک سو تلاش می‌کنند تا دانشجویان را افرادی مستقل از والدین تربیت کنند و از سوی دیگر از بیگانه

1 . Sontage

2 . Elizabeth Shin

3 . Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA)

شدن دانشجویان با والدین اهتراز می‌نماید. همان‌طور که جانسون^۱ اظهار می‌کند (۲۰۰۴) بعضی از دانشگاه‌ها از طریق عقب نشاندن والدین ناآگاهانه مرزهای نامشخص و وابستگی ناسالم را در دانشجویان پرورش می‌دهند. تجدید نظر قانون FERPA در سال ۱۹۹۸ به آموزشگاه‌ها این اجازه را داد که در صورت لزوم وقتی دانشجویان قوانین مربوط به مصرف الکل و مواد را نقض کردند، والدین را آگاه سازند.

آیا با توجه به قانون FERPA وقتی به نظر می‌رسد دانشجو در معرض خطر خودکشی قرار دارد، باید والدین را آگاه ساخت؟ در صورتی که علنی‌سازی خبر احتمال وجود خطر برای حفظ جان دانشجو و دیگران ضروری باشد، قانون این اجازه را می‌دهد که بدون توجه به نظر دانشجو، والدین آگاه شوند. این بدان معناست که تنها در شرایط خاص (نه در هر حالتی) می‌توان والدین را در جریان خبر گذاشت. علاوه بر این، مشاوران دانشگاه نیز هنگامی که خطر جدی، خود دانشجو یا دیگران را تهدید می‌کند، بدون توجه به نظر دانشجو، اسرار خصوصی او را فاش می‌کنند. بر اساس مشاهدات فرانسیس^۲ (۲۰۰۳) موضوع برقراری ارتباط با والدین دانشجو هنگام مواجهه با مشکلات او چالش‌برانگیز است. اگرچه دانشجویان به عنوان افراد بزرگسال، حقوقی قانونی در جامعه دارند اما هنوز از نظر والدین‌شان کودک محسوب می‌شوند. بر اساس تجارب فرانسیس، موضوع حائز اهمیت این است که آیا حضور والدین کمک کننده است یا خیر. گاهی اوقات خود والدین بخشی از مشکلات دانشجو هستند. بنابراین بررسی پویایی‌های خانواده به ویژه در موارد خودکشی دانشجو، اهمیت زیادی دارد زیرا گاهی اوقات اطلاع دادن به والدین و برگرداندن دانشجو به خانه مشکل بزرگتری را برای او ایجاد می‌کند.

من دریافته‌ام که در اکثر موارد می‌توان بدون اینکه با خواست‌های دانشجو مقابله نمود، والدین (یا اعضای خانواده) را درگیر فرایند درمان کرد. دانشجویان اغلب بسیار مشتاق هستند برای غلبه بر مشکلات روان‌شناختی و عاطفی از حمایت و کمک والدین خود استفاده نمایند. با این حال مواردی را نیز داشته‌ام که دانشجویان دوست نداشتند تحت هیچ شرایطی، والدین، درگیر فرایند درمان شوند زیرا منبع اصلی مشکلات این دانشجویان، والدین آنها بودند. تجاربی نیز داشته‌ام از مواردی که با اجازه دانشجو با والدین تماس برقرار کرده‌ام تا فقط پاسخ منفی برای کمک از آنها بشنوم. به عنوان مثال بعضی از والدین حتی وقتی فرزندشان در معرض خطر خودکشی قرار دارد، نسبت به مشکلات او بی‌توجه هستند یا شدت آن را کمتر از واقعیت برآورد می‌کنند. گاهی اوقات نیز والدین، واکنش خشمگینانه از خود نشان می‌دهند به گونه‌ای که انگار نمی‌خواهند متحمل زحمت شوند.

1 . Johnson
2 . Francis

همان‌گونه که سونتگ (۲۰۰۲) گزارش داده، الیزابت شین بارها به دوستان و حتی مشاوران دانشگاه گفته بود که قصد خودکشی دارد و حتی یک سال پیش از این که خود را از بین ببرد، به خاطر مصرف بیش از حد تیلنول^۱ در بیمارستان بستری شد. والدینش از این سابقه مسمومیت اطلاع داشتند اما به دخترشان این‌طور القا کردند که این مسئله صرفاً یک اتفاق بود نه کوششی برای خودکشی. آنها آشکارا از این که دخترشان بارها درباره تهدید به خودکشی صحبت کرده، مطلع نبودند. این که چرا مدیران یا مشاوران دانشگاه، والدین الیزابت را در جریان ماجرا قرار نداده‌اند، هنوز مشخص نشده اما می‌توان این احتمال را مطرح کرد که آنها در تلاش بودند تا برای ارائه اطلاعات به والدین، از الیزابت اجازه بگیرند اما او امتناع می‌کرد. علیرغم این حقیقت که او واقعاً در معرض خطر قرار داشت اما فکر می‌کرد حضور والدینش نمی‌تواند در آن موقعیت کمک کننده باشد.

همان‌طور که از سرگذشت الیزابت شین می‌توان استنباط کرد، در شیوه تفکر و نوع برخورد والدین دانشجویان و دست اندرکاران دانشگاه در قبال مراقبت از سلامت روان دانشجویان تغییرات سریعی به وجود آمده است؛ به ویژه این تغییرات در مواردی که افزایش فراوانی دانشجویان مبتلا به اختلالات روان‌شناختی به طور جدی و به دنبال آن موضوع مسئولیت‌پذیری مطرح می‌شود، بیشتر قابل توجه است. به نظر می‌رسد اکنون به سمتی پیش می‌رویم که والدین و دست اندکاران دانشگاه تمایل به اشتراک مسئولیت در این زمینه دارند. بدون توجه به نتایج این موارد، کارکنان دانشگاه‌ها باید سطحی از توجه را به مسائل مربوط به سلامت روان دانشجویان مبذول دارند. از وقتی که دعوای حقوقی در مورد شین به وجود آمده، سطحی از مسئولیت برای کارکنانی که با دانشجویان بیمار مواجه می‌شوند، مطرح شده است (بومباردیری^۲، ۲۰۰۵). به همین خاطر برای افرادی که در دانشگاه‌ها کار می‌کنند این مسئله بسیار حیاتی است که بدانند چگونه باید به نیازهای دانشجویان بیمار پاسخ دهند و آنها را برای دریافت کمک‌های حرفه‌ای تر راهنمایی کنند.

۴- نقش‌ها و وظایف مراکز مشاوره دانشجویی

مراکز مشاوره دانشگاه‌ها تاریخچه‌ای طولانی در ارائه خدمات ضروری در دوران تحصیلات عالی دارند (بوید و همکاران، ۲۰۰۳؛ میدوز^۳، ۲۰۰۰). کارکرد اصلی مراکز مشاوره دانشگاه، ارائه مشاوره-های مستقیم برای دانشجویانی است که مشکلات فردی را تجربه می‌کنند و این مشکلات با عملکرد تحصیلی آنها در دانشگاه تداخل ایجاد می‌نماید. با این حال، مراکز مشاوره به طرق دیگر نیز

1 . tylenol
2 . Bombardieri
3 . Meadows

از وظایف آموزشی دانشگاه‌ها حمایت می‌کنند. به عنوان مثال مشاوران مراکز مشاوره، دسترسی دانشجویان، کارکنان و دست اندرکاران دانشگاه را به برنامه‌های آموزشی تسهیل می‌کنند، دانشجویان را در برنامه‌های مشاوره‌ای آموزش می‌دهند و بر کار آنها نظارت می‌نمایند و پژوهش‌های زیادی در حوزه‌های مختلف مرتبط با رشد دانشجویان انجام می‌دهند.

وسعت و دامنه خدمات مراکز مشاوره در یک کشور به عوامل مختلفی مثل اندازه و نوع آموزشگاه‌ها و در دسترس بودن منابع بستگی دارد (دین^۱، ۲۰۰۰). در مجموع، هرچه یک موسسه آموزشی بزرگتر باشد، خدمات ارائه شده جامع‌تر است. از نظر اجرایی، مراکز مشاوره معمولاً در حوزه خدمات دانشجویی دانشگاه‌ها و در کنار سایر واحدهای خدماتی مثل مراکز بهداشتی، خوابگاه‌ها و مراکز حمل و نقل دانشجویی قرار دارند. استوارنامه‌ای استاندارد برای تامین کیفیت بالای خدمات مراکز مشاوره دانشگاه‌ها طراحی شده است (بوید و همکاران، ۲۰۰۳؛ CAS، ۲۰۰۳؛ دین، ۲۰۰۰). بسیاری از دانشگاه‌هایی که ۴ سال از عمر آنها می‌گذرد، مرکز خدمات مشاوره خود را با در نظر گرفتن اصول انجمن ارتقا استانداردهای آموزش عالی^۲ (CAS، ۲۰۰۳) پایه گذاری می‌کنند. بعضی از مراکز مشاوره به دنبال دریافت اعتبارنامه از انجمن بین‌المللی خدمات مشاوره^۳ هستند (بوید و همکاران، ۲۰۰۳).

مراکز مشاوره دانشگاه‌ها تاریخچه طولانی و جالبی دارند که برای بیان کامل آن باید حجم زیادی از این راهنما را به آن اختصاص داد. خوانندگان علاقه‌مند به کسب اطلاعات بیشتر درباره ریشه‌های تاریخی خدمات مشاوره در محیط‌های دانشگاهی می‌توانند از نوشته‌های هاجز^۴ (۲۰۰۱) و میدوز (۲۰۰۰) استفاده نمایند. شایان ذکر است که طی چند دهه گذشته، مراکز مشاوره در پاسخدهی به تغییرات ایجاد شده در آموزش عالی مثل تنوع جمعیت دانشجویی و تغییرات ایجاد شده در فضای دانشگاه مشارکت کرده‌اند. اکنون مشاوره دانشجویی به عنوان یک حوزه تخصصی شناخته می‌شود. افرادی که در این حوزه کار می‌کنند فهم نزدیک و عمیقی از بافت و فرهنگ محیط‌های دانشگاهی دارند (ویدست، وب و جان^۵، ۱۹۹۷). مشاوران دانشجویی، افراد حرفه‌ای هستند که برای ارائه خدمات بهداشت روانی به دانشجویان به خوبی تربیت یافته‌اند (استون، وسپیا و کانز^۶، ۲۰۰۰). به این ترتیب مراکز مشاوره به طور فزاینده در کمک به دانشگاه برای دستیابی به

-
- 1 . Dean
 - 2 . Council for the Advancement of Standards in High Education (CAS)
 - 3 . International Association of Counseling Services (IACS)
 - 4 . Hodges
 - 5 . Widseth, Webb, & John
 - 6 . Stone, Vespia, & Kanz

اهداف خود، تضمین سلامتی و بهزیستی دانشجویان و کمک به بخش‌های مختلف جهت پاسخ‌دهی مناسب به نیازهای رشدی و روان‌شناختی دانشجویان، نقش مهمی به دست آورده‌اند.

۵- درباره این راهنما

در حالی که مشاوران دانشگاه سنگین‌ترین وظیفه را در مواجهه با دانشجویانی که از نظر عاطفی مشکل دارند، به عهده دارند، افراد دیگری که در دانشگاه کار می‌کنند نیز ممکن است با دانشجویان مشکل‌دار مواجه شوند یا اطلاعاتی درباره آنها به دست آورند و یا حتی ارتباط مستقیم با آنها داشته باشند. طی سال‌های فعالیت، با افرادی مشاوره داشته‌ام که در بخش‌های مختلف دانشگاه کار می‌کردند و با دانشجویان مشکل‌دار برخورد داشته و درگیر آنها بودند. علاوه بر اعضای هیئت علمی، بسیاری از کارکنان دانشگاه مثل رییس، اساتید، کارکنان امور خوابگاه‌های دانشجویی، پزشکان و پرستاران، دستیاران اساتید، کارکنان حراست، مسئولان مالی، کارکنان بخش پذیرش و ثبت نام و کارکنان شعبه‌های حمایت‌کننده نیز ممکن است با دانشجویان مشکل‌دار برخورد نمایند. دانشجویان مشکل‌دار ممکن است در وهله اول توجه افرادی غیر از مشاوران را در محیط دانشگاه به خود جلب کنند. بعضی از دانشجویان در محیط دانشگاه به گونه‌ای رفتار می‌کنند یا علائمی از خود نشان می‌دهند که مدتی قبل از اینکه مشاوران درباره آنها چیزی بشنوند یا کسی آنها را به مرکز مشاوره ارجاع دهد، توجه افراد دیگر را به خود جلب می‌کنند. گاهی تعجب می‌کنم که افراد تا چه حد می‌توانند قبل از این که قدمی برای بهره‌گیری از مداخلات حرفه‌ای بردارند، با این دانشجویان مدارا می‌نمایند یا آنها را تحمل می‌کنند و این یکی از دلایلی بود که مرا بر آن داشت تا یک منبع راهنما برای کارکنان و اعضای هیئت علمی دانشگاه گردآوری کنم. باور دارم که این کتاب می‌تواند راهنمایی مفید باشد و تعداد موقعیت‌هایی را که پیش از آغاز مداخله حرفه‌ای تبدیل به موقعیت‌های بحرانی می‌شوند، کاهش دهد. اگرچه این راهنما اصالتاً برای کارکنان و اعضای هیئت علمی آماده شده اما می‌تواند برای فارغ‌التحصیلانی که در حوزه مشاوره دانشجویی آموزش می‌بینند و افرادی که به تازگی کار در مراکز مشاوره را آغاز کرده‌اند نیز منبع مفیدی باشد. در فصول بعدی، اطلاعات ضروری را برای کارکنان دانشگاه با تاکید بر این نکته که چگونه دانشجویان مشکل‌دار را شناسایی کنند و به آنها پاسخ دهند، ارائه نموده‌ام. در فصل دوم، درباره علائم عمومی هشدار دهنده که احتمال وجود اختلالی را در دانشجو نشان می‌دهد، بحث کرده‌ام. در فصل سوم شاخص‌ها و نشانه‌های مشکلات خاص مثل افسردگی و خودکشی را مطرح نموده‌ام. فصل‌های چهارم و پنجم فرایند ارجاع یک دانشجوی مشکل‌دار را به افراد متخصص سلامت روان جهت ارزیابی توضیح می‌دهند. در فصل چهارم درباره این موضوع بحث شده که برخورد و

پاسخ اولیه به دانشجویی که علائم احتمالی آشفتگی‌های روان شناختی را نشان می‌دهد، باید چگونه باشد. راه‌های تسهیل ارجاع به مراکز مشاوره از جمله بن‌بست‌های احتمالی در مسیر ارجاع، در فصل پنجم مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین در فصل پنجم روش‌های پیگیری ارجاع با توجه ویژه به این نکته که دشواری‌های بالقوه در مسیر ارجاع به دلیل اهمیت رازداری در مشاوره وجود دارد نیز بحث شده است.

در فصل ششم به موضوعات ویژه در برخورد با دانشجویان مشکل‌دار مثل چالش‌های منحصر به فرد و توجه به گروه‌های خاص دانشجویی پرداخته‌ام. فصل هفتم مروری بر سیاست‌های رایج دانشگاه و رویه‌های مرتبط با ناتوانی‌های روان‌شناختی مثل ارائه تسهیلات به دانشجویانی با ناتوانی‌های روان‌شناختی، فوریت‌های روان‌شناختی، انصراف و پذیرش مجدد و مشاوره‌های اجباری را در بردارد. نتیجه به دست آمده از این راهنما ایده‌های نهایی درباره نیاز به تلاش همیارانه میان افراد مختلف در شورای سیاست‌گذاری دانشگاه‌ها برای پاسخ‌دهی موثر به دانشجویان مشکل‌دار است که در پایان ارائه شده است.

فصل دوم

علائم هشدار دهنده عمومی

هر کسی که با دانشجویان کار می‌کند، بدون توجه به نقشی که در دانشگاه دارد، باید خود را برای پاسخ‌دهی به نیازهای دانشجویان مشکل‌دار آماده نماید. احتمالاً مهم‌ترین مهارت مورد نیاز، توانایی شناسایی علائم هشدار دهنده است. اغلب دانشجویان رفتارهای خاص یا سرخ‌هایی نشان می‌دهند که احتمال تجربه مشکلات روان‌شناختی یا عاطفی را پیش از آنکه این مشکلات کاملاً آشکار شوند، مشخص می‌کنند. من دریافته‌ام که دانشجویان راه‌هایی برای جلب توجه به سمت خود دارند که حتی ممکن است این راه‌ها غیر عمدی یا ناآگاهانه باشند. اگرچه موقعیت‌های استثنایی نیز وجود دارند که طی آن دانشجویانی که سطوح بالایی از مشکلات را دارند، تلاش می‌کنند آشفتگی‌های خود را از دیگران پنهان نمایند.

بعضی از دانشجویان مشکلات خود را مستقیم و آشکارا بیان می‌کنند و در مورد بیان مشکلات خود به هر کسی که تصور می‌کنند به آنها گوش خواهد داد، تردید نمی‌کنند. این دانشجویان معمولاً گیرنده خدمات حرفه‌ای هستند و سرو کله زدن با آنها در مقایسه با دانشجویانی که به راحتی پیشقدم نمی‌شوند، سخت نیست. در مورد دانشجویانی که در فرایند جستجوی کمک پیشقدم نمی‌شوند، مسئولیت شناسایی و توجه به مشکل بر عهده دیگران است و آنها باید شرایط مداخله را هرچه آسانتر فراهم آورند. در بعضی موارد والدین عهده‌دار این مسئولیت می‌شوند اما در بسیاری موارد فردی در محیط دانشگاه که ارتباط هر روزه با دانشجو دارد، باید این مسئولیت را بپذیرد.

در این فصل نشانگرهای عمومی که ممکن است نشان دهنده تجربه آشفتگی عاطفی یا روان‌شناختی باشند، ارائه شده‌اند. ابتدا چالش‌های پیش روی افراد برای شناسایی تفاوت میان فرایند طبیعی رشد و مشکلات جدی روان‌شناختی مورد بحث قرار گرفته‌اند. سپس انواع رفتارهایی

را که نیازمند توجه هستند، یعنی رفتارهای مخرب و غیر معمول توضیح داده شده‌اند. همچنین این مسئله مطرح گردیده که چگونه مشکلات تحصیلی می‌توانند نشانگر مشکلات مربوط به سلامت روان باشند.

۱- آشفتگی دانشجویان: تحولی یا فطری؟

تشخیص رفتارهایی که ممکن است نشانگر آسیب یا آشفتگی جدی در دانشجویان باشد، چالش برانگیز است. بسیاری از دانشجویان به طور طبیعی رفتارهایی انجام می‌دهند که برحسب معیارهای بزرگسالان نابجا و منحرف محسوب می‌شوند، اما نسبتاً نرمال یا حداقل برای یک دانشجو در این سن خیلی انحرافی نیستند. بنا به نظر دورکین^۱ (۲۰۰۵) فرهنگ دانشجویی، دانشجویان را به مشارکت در رفتارهای پرخطر به عنوان تجربه‌های متناسب با سن تحولی شان، ترغیب می‌کند. به عنوان نمونه مصرف سیگار و مواد را در نظر بگیرید. تشخیص اینکه چه مقدار استعمال دخانیات در بین دانشجویان طبیعی است و چه مقدار مشکل آفرین، دشوار است؛ زیرا مصرف سیگار و مواد با بسیاری از عملکردهای رشدی مثل جستجوی هویت در دانشجویان ارتباط مستقیم دارد (میلمن و گیلور^۲، ۱۹۸۹).

اختلالات خوردن نمونه‌ای دیگر از این دست هستند. از آنجا که این اختلالات نوعاً در اواخر دهه دوم و اوایل دهه سوم زندگی بروز می‌کنند، باید در یک چارچوب تحولی به آنها نگریست (آتیه، بروکس-گان و پترسون^۳، ۱۹۹۰). زنان در سنینی که وارد دانشگاه می‌شوند مستعد ابتلا به اختلالات خوردن هستند که بخشی از این امر ناشی از چالش‌های تحولی است مثل تاکید فرهنگ بر رژیم گرفتن، ورزش کردن و تحسین لاغری. بنابراین تمایز قایل شدن میان اختلالات خوردن مبتنی بر دوره تحول، مثل اشتغال ذهنی با وزن و محدود کردن غذا، با انواع شدیدتر آن بسیار مشکل است.

همان‌طور که قبلاً اشاره شد (شارکین، ۱۹۹۷) بعضی از انواع رفتارهای خاص که دانشجویان نشان می‌دهند، رفتارهای مربوط به مراحل طبیعی تحول آنها است؛ از جمله برون‌ریزی رفتارهای تکانشی و نامتعارف^۴ که ممکن است به اشتباه پاتولوژیک تشخیص داده شوند. نمونه‌های این رفتارها عبارتند از بی‌نظمی و نامرتب بودن، تغییرات خلقی و دگرگونی‌های ناگهانی در ظاهر فرد

1 . Dworkin
2 . Meilman, & Gaylor
3 . Attie, Brooks-Gunn, & Petersen
4. eccentric

مثل مدل مو و آرایش غیر معمول و خالکوبی. همه این رفتارها نمونه‌هایی از تلاش دانشجویان برای استقرار حس خودمختاری و هویت محسوب می‌شوند.

تمایز قایل شدن بین مشکلاتی که ریشه در فرایند طبیعی رشد دارند و اشکال جدی‌تر و مزمن آشفته‌گی‌های روان‌شناختی به واسطه این حقیقت که خط فاصل بسیار باریکی بین این دو وجود دارد، پیچیده‌تر نیز می‌شود. نمونه‌ای از این مسئله آسیب زدن عمدی به خود است، رفتاری که امروزه توجه زیادی را به ویژه در جمع دانشجویی به خود اختصاص داده است (وایت، تریپال-ولنزیر و نولان^۱، ۲۰۰۲). به نظر می‌رسد این رفتار به ویژه خود زنی، در میان دانشجویان شایع شده، به گونه‌ای که به اندازه قبل غیرعادی نیست. من با دانشجویان زیادی مواجه شده‌ام که از این رفتار به عنوان یک روش مقابله‌ای استفاده کرده‌اند تا ببینند آیا این کار در مقابله با احساسات دردناک یا رویدادهای منفی کمک کننده هست یا نه. گاهی اوقات دانشجویان مطلع می‌شوند که دوستانشان دست به چنین کاری زده است و تصمیم می‌گیرند که خودشان هم این کار را انجام دهند. در بسیاری از موارد دانشجویانی که این رفتار را انجام داده‌اند در معرض خودکشی نیستند، زیرا قصد آنها مردن نیست. اگرچه این رفتار هنوز هم هشدار دهنده و مشکل‌دار محسوب می‌گردد، اما حداقل در میان دانشجویان، لزوماً یک آسیب روان‌شناختی را نشان نمی‌دهد، در صورتی که در گذشته چنین تلقی از آن وجود نداشت. در عوض، این رفتار شکلی از شیوه مقابله‌ای است که بعضی از دانشجویان برای مواجهه با احساسات نامطلوب مثل طرد شدن و ناامیدی از خود نشان می‌دهند و به طور معمول با فرایندهای طبیعی تحول در سنین اواخر نوجوانی (مثل خودمختاری، صمیمیت و...) مرتبط است.

اولین دلیلی که به آن خاطر می‌خواهم این عقیده را در تشخیص مشکلات دانشجویان برجسته کنم، این است که افراد غیر حرفه‌ای در دانشگاه را از تلاش برای ایفای نقش مشاوران جایگزین در قبال دانشجویان مشکل‌دار، منصرف کنم. موقعیت‌های بی شماری را دیده‌ام که طی آن کارکنان و اعضای هیئت علمی دانشگاه فکر می‌کردند می‌توانند به دانشجویی که به نظر می‌رسد یک مشکل معمولی دارد، کمک کنند اما سپس دریافتند که موقعیت خیلی پیچیده‌تر و جدی‌تر از آن است که به نظر می‌آید. به عبارت دیگر، یک مشاور جایگزین ابتدا راه‌هایی را که به ذهنش می‌رسد، امتحان می‌کند و سپس تلاش می‌کند دانشجو را به مشاور حرفه‌ای ارجاع دهد.

گاهی اوقات دانشجویان با مشکلات مزمن و جدی دست و پنجه نرم می‌کنند که به نظر می‌رسد وابسته به تحول یا موقعیت آنهاست؛ شرایطی مثل جدا شدن، تعارض میان هم اتاقی‌ها، دلنگی برای اعضای خانواده یا استرس. حتی مشاوران حرفه‌ای نیز گاهی در تشخیص صحیح دچار

1 . White, Trepal- wollenzier, & Nolan

مشکل می‌شوند و ممکن است حتی پس از چندین جلسه مشاوره نیز نتوانند مشکل دانشجو را تشخیص داده یا آن را حل کنند. توصیه می‌شود هرگاه مشکلی برای دانشجویی پیش آمد که حتی نسبتاً بی‌خطر به نظر می‌رسید، فرایند ارجاع به مشاور را بلافاصله تسهیل کنیم. حتی اگر فردی که قصد دارد به دانشجوی مشکل‌دار کمک نماید، به بهترین وجه در دسترس باشد و برای رفع مشکل دانشجو تلاش کند، باز هم چون برنامه شبه مشاوره‌ای^۱ برای وی ترتیب داده است، تلاش‌های بعدی برای ارجاع دانشجو به مشاوره حرفه‌ای با مشکل مواجه گردد (این موضوع در فصل ۶ مفصل‌تر مورد بحث قرار گرفته است).

۲- نشانگرهای بالقوه آشفتگی هیجانی

۱-۲- رفتارهای مخرب

یکی از رایج‌ترین نشانگرهای آشفتگی‌های هیجانی در دانشجویان، رفتارهای مخرب است (آمادا^۲، ۱۹۹۲). هر رفتاری را که با فعالیت‌های تحصیلی و اجرایی تداخل نماید یا زندگی افراد دیگر را در دانشگاه تحت تاثیر قرار دهد، می‌توان در دسته رفتارهای مخرب طبقه‌بندی کرد. بروز این رفتارها در محیط دانشگاه مشکلات زیادی را برای مدیران و دست‌اندرکاران سلامت روان ایجاد می‌نماید (آمادا، ۱۹۹۲، ۱۹۹۳؛ لمب^۳، ۱۹۹۲). رفتارهای مخرب در قالب تقاضاهای غیرمعمول یا نامناسب برای دریافت توجه یا اختصاص زمان بیشتر از جانب کارکنان دانشگاه یا رفتارهای منفعلانه‌ای مثل رعایت بیش از حد بهداشت شخصی، بروز می‌نمایند. با این حال معنای این رفتارها همواره آشکار نیست. اگرچه رفتارهای نامناسب و غیر مسئولانه همواره به دلیل مشکلات روان‌شناختی یا هیجانی رخ نمی‌دهند (لمب، ۱۹۹۲) اما باید به این نوع رفتارها به عنوان علائم بالقوه آشفتگی‌های هیجانی توجه کرد.

شناسایی و مدیریت رفتار مخربی که در محیط کلاس روی می‌دهد، برای دست‌اندرکاران دانشگاه بسیار مشکل خواهد بود. هر رفتاری که از دانشجو در محیط کلاس سرزده و تمرکز سایر دانشجویان را به هم بزند، نه تنها مخالف مقررات نظم و ترتیب می‌باشد بلکه باید به عنوان علامت مشکلات روان‌شناختی مد نظر قرار گیرد. به عنوان مثال دانشجویی را تصور کنید که بدون اجازه از استاد یا بدون بلند کردن دست خود، وسط یک سخنرانی شروع به صحبت کرده و تمرکز کلاس را به هم می‌زند. رفتار این دانشجو، قوانین و ساختار کلاس را به هم می‌ریزد و مسئول برقراری نظم

1 . pseudo-counseling-type arrangement

2 . Amada

3 . Lamb

در کلاس، وظیفه دارد به این رفتار پاسخ دهد. با این حال اگر علیرغم تلاش‌های مکرر برای اصلاح این رفتار، دانشجو به همین رفتار ادامه دهد یا اگر نظرات دانشجو نامناسب یا نامربوط باشد، مسئله باید به عنوان نشانه‌ای برای مشکلات روان‌شناختی زیربنایی در نظر گرفته شود.

رفتار مخرب در محل اقامت دانشجویان، برخلاف رفتار در کلاس، به شدت مشکل‌آفرین خواهد بود، زیرا این رفتار می‌تواند بر خلق و رفتار سایر دانشجویان تأثیر عمیقی گذاشته و به همین دلیل رفع و رجوع آن برای دست‌اندرکاران مشکل‌تر می‌شود. به عنوان مثال زمانی مدیر یکی از خوابگاه‌های دانشجویی درباره آقای دانشجویی با من مشورت می‌کرد که اغلب با دیگر دانشجویان مقیم در خوابگاه درباره مرگ و مردن صحبت می‌کند. همچنین او روی تابلوی اعلانات، مقاله‌ها، اشعار و نوشته‌هایی درباره مرگ قرار می‌داد. طبیعتاً رفتار او برای سایر دانشجویانی که در کنارش زندگی می‌کردند، به شدت ناامید کننده بود، زیرا رفتارها و صحبت‌هایش بوی خودکشی می‌داد. وقتی گزارش رفتارها و اعمال این دانشجو به رییس مرکز مشاوره رسید، تصمیم بر این شد که یکی از مشاوران مرکز این دانشجو را مورد ارزیابی قرار دهد.

بعد از اینکه فرصتی فراهم شد تا با این دانشجو ملاقات داشته باشم و او را ارزیابی نمایم، به این نتیجه رسیدم که او بالقوه رفتارهای خودکشی ندارد اما دوست دارد سایر دانشجویان در مورد او این‌گونه فکر کنند. این شیوه عجیب تنها راهی بود که به ذهن این دانشجو می‌رسید تا از آن طریق توجه سایرین را به خود جلب کند. اگرچه این موقعیت در ابتدا فقط نوعی فریبکاری محسوب می‌شود و یک موقعیت بالقوه خودکشی نیست، اما هنوز هم شکلی از رفتار مخرب محسوب می‌شود که برای سایر دانشجویان مشکل‌آفرین است و نشانه‌ای است از آشفتگی این دانشجو در روابط با همسالان. در نتیجه، این موقعیت به عنوان یک مورد انضباطی مورد بررسی قرار گرفت و مقرر شد تا دانشجو به مرکز مشاوره مراجعه و از این طریق راه‌های دیگری را برای برقراری ارتباط با همسالانش انتخاب نماید. این مورد نمونه‌ای است از شرایطی که در آن استفاده از مشاوره به عنوان بخشی از تنبیه انضباطی به فرد تحمیل می‌گردد. این کار در دانشگاه‌ها رایج است (آمادا، ۱۹۹۲) و در فصل ۷ بیشتر مورد بحث قرار می‌گیرد.

۲-۲- رفتار غیرعادی یا غیر معمول

یکی دیگر از نشانگرهای بالقوه آشفتگی‌های هیجانی وقتی بروز می‌یابد که دانشجو به شکلی غیر معمول رفتار می‌کند. رفتار غیرعادی^۱ به هر نوع رفتاری گفته می‌شود که به دور از شان دانشجو است. دوام و مدت یک رفتار، عوامل مهم و قابل توجهی هستند. به عنوان مثال دانشجویی

1 . atypical

را در نظر بگیرید که معمولاً به عنوان فردی برون‌گرا، خوش‌مشرب و پرنرزی شناخته می‌شده اما ناگهان به فردی درون‌گرا، عبوس و ژولیده تبدیل شود. اگر این رفتار یک رفتار غیرعادی محسوب شود، می‌تواند علامت این باشد که دانشجو به نوعی آشفتگی هیجانی مبتلاست.

اگر تغییر رفتاری فقط در یک موقعیت یا برای مدت معینی رخ دهد، تنها نشانه این است که دانشجو حال خوبی ندارد یا روز بدی را پشت سر گذاشته است. البته این مسئله می‌تواند حاکی از آن باشد که دانشجو یک مشکل جدی‌ای را دارد تجربه می‌کند که چنین تغییری در خلقش ایجاد شده است. نکته مهم این است که به این تغییرات توجه کنیم و ببینیم آیا کوتاه و مختصر است یا مدتی طول می‌کشد که در این‌صورت باید آن را به عنوان یک نشانه هشدار دهنده بالقوه در نظر بگیریم. به عنوان یک قانون کلی، تغییر چشمگیر و قابل توجه در رفتار که بیش از یک یا دو هفته طول بکشد، می‌تواند نشانه یک مشکل جدی باشد. مسلماً سبک زندگی متوسط دانشجویان (به عنوان مثال عادات بد غذایی و استراحت) ممکن است منجر به چنین تغییرات قابل توجهی در رفتار شود، اما باید با دقت عمل کنیم و سریع هر نوع تغییری را به نشانه خاصی از ناراحتی نسبت ندهیم. اگرچه همواره لازم نیست اولین تغییرات مشاهده شده در رفتار را مورد مداخله قرار دهیم، اما تاکید می‌کنم که بهتر است گاهی به جای این‌که پاسخ‌گو نباشیم با احتیاط اشتباه کنیم و بیش از اندازه لازم عکس‌العمل نشان دهیم. بنابراین اغلب توصیه می‌کنم که به محض مشاهده تغییر رفتاری در یک دانشجو باید به او نزدیک شد و مداخله را آغاز نمود.

در مقابل رفتارهای غیرعادی، برای رفتارهای غیرمعمول^۱ باید بیشتر نگران بود. در اینجا رفتار غیرمعمول به هر نوع رفتاری گفته می‌شود که بروز آن از یک دانشجو بعید است و عجیب به نظر می‌رسد. وقتی دانشجویان رفتارهای عجیب از خود نشان می‌دهند، این رفتارها می‌توانند شاخصی برای مشکلات جدی مثل اختلالات سایکوتیک، اختلالات خلقی یا سوء مصرف مواد باشند. توجه به این نکته اهمیت دارد که بروز این گونه رفتارهای غیرمعمول و عجیب همواره نشان دهنده وجود مشکل در دانشجو نیست. بعضی مواردی که دانشجو طی آن رفتارهای غیرمعمول کلامی و غیرکلامی از خود بروز می‌دهد، به ویژه اگر برای دیگران آزار دهنده نباشد، لزوماً دلیل بر وجود یک مشکل نیست. علاوه بر این، همان‌طور که قبلاً بحث شد، جمعیت دانشجویی جمعیتی است که در آن دامنه پذیرش رفتارهای نرمال و تفاوت آن با رفتار غیرنرمال بسیار وسیع است. به همین خاطر باید در استنباط رفتار معمول از غیرمعمول با احتیاط عمل کنیم. مشکل وقتی پدیدار می‌شود که بخواهیم میان رفتارهای غیرنرمالی که شاخص وجود مشکلات جدی هستند و رفتارهایی که ماهیت غیر عادی دارند اما قابل توجه نیستند، تفاوت قابل شویم.

1. unusual

برای روشن شدن موضوع، دانشجویی را در نظر بگیرید که عملکرد تحصیلی مطلوب و معقولی دارد اما در حوزه روابط اجتماعی و بین فردی خیلی خوب نیست. در این حالت، سطح عملکرد هیجانی و اجتماعی دانشجو بسیار رشد نایافته است تا جایی که مهارت‌های اجتماعی و کلامی بسیار محدودی دارد. این دانشجو توانایی دریافت نشانه‌های اجتماعی را ندارد و اغلب در برخوردهای اجتماعی، رفتارهای نامناسب از خود نشان می‌دهد. گمان می‌کنم هر کس که در محیط دانشگاه و با دانشجویان کار می‌کند، افرادی را می‌شناسد که تا حدی دارای این خصوصیات هستند. این دانشجویان مطمئناً توجه‌ها را جلب می‌کنند و سلامت روان آنها باید مورد بررسی قرار گیرد. آیا این دانشجویان نگرانی ما را بر می‌انگیزند؟ نمی‌توان پاسخ روشنی به این سوال داد. فرض کنید دانشجویی نه سایکوتیک است و نه عملکرد نامناسب تحصیلی دارد، در این صورت رفتار او تنها زمانی مورد توجه خواهد بود که برای دیگران آزاردهنده باشد.

با توسل به همان موقعیت خیالی، دانشجوی آقای را تصور کنید که چشم‌چرانی می‌کند، بدون آنکه بداند این رفتار او چقدر برای سایر افراد ناراحت کننده است. این رفتار نوعی رفتار مخرب محسوب می‌شود و می‌توان با آن برخورد انضباطی نمود. اگرچه با دانشجویی مواجه هستیم که فاقد ظرفیت رفتار درست اجتماعی است، اما این رفتار برای دیگران هم مزاحمت ایجاد می‌کند و از این نظر نیز باید مورد بررسی قرار بگیرد. در صورت امکان، این موقعیت می‌تواند فرصت مناسبی برای ارجاع (یا حتی به اجبار فرستادن) دانشجو به مرکز مشاوره باشد.

حال تصور کنید که همین دانشجو هنگامی که در فضای دانشگاه قدم می‌زند، گاهی با خود صحبت می‌کند. این کار او کسی را آزار نمی‌دهد اما یک رفتار عجیب و غیر عادی تلقی می‌شود. آیا باید برای این دانشجو نگران بود؟ نه لزوماً، مگر اینکه شواهد دیگری به دست آیند که نشان دهند او از یک مشکل جدی رنج می‌برد. ما در اینجا با دانشجویی سرو کار داریم که رفتارش کمی عجیب است اما تاثیر منفی بر دیگران ندارد. من در قسمت‌های مختلف دانشگاه و خارج از دفتر کارم بارها با چنین دانشجویانی مواجه شده‌ام. در بعضی موارد این دانشجویان به شکل داوطلبانه برای دریافت مشاوره حضور می‌یابند یا ارجاع داده می‌شوند، در حالی که بسیاری هرگز این کار را انجام نمی‌دهند. در مجموع، بذل توجه به هر دانشجویی که به گونه غیرطبیعی رفتار می‌کند، مهم است؛ در نهایت این کار منجر به این می‌شود که در مورد رفتار خاص مشورت خواهیم کرد و بررسی می‌کنیم که آیا رفتاری احتیاج به توجه دارد یا خیر.

۲-۳- مشکلات مربوط به عملکرد تحصیلی

همانطور که در فصل اول بحث شد، مشکلات مربوط به سلامت روان می‌توانند بر عملکرد تحصیلی نیز تاثیر منفی بگذارند. این مسئله حتی از عملکرد تحصیلی نیز فراتر می‌رود و بسیاری از جنبه‌های مربوط به زندگی را تحت الشعاع قرار می‌دهد. خیلی وقت‌ها به عنوان یک مشاور خود را در حال کمک به دانشجویان برای غلبه بر مشکلات تحصیلی می‌یابم که ناشی از مشکلات هیجانی یا روان‌شناختی آنها است. مشکلات هیجانی از بسیاری جهات می‌توانند مخرب باشند، به عنوان مثال عادات نامطلوب مطالعه ایجاد می‌کنند و انگیزه تحصیلی را کاهش می‌دهند. اگرچه بعضی از دانشجویان تلاش می‌کنند حتی در مواجهه با مشکلات هیجانی، عملکرد تحصیلی خود را در سطح مطلوب حفظ کنند اما به هر حال این مشکلات اثر مخرب بر عملکرد تحصیلی خواهند داشت. وقتی پریشانی‌های هیجانی به شکل منفی بر عملکرد تحصیلی تاثیر می‌گذارند، یک چرخه معیوب شکل می‌گیرد؛ این مشکلات افت عملکرد تحصیلی را به دنبال دارد و همین افت عملکرد پریشانی‌های بیشتری را به بار می‌آورد. سطح مشکل هیجانی دانشجویان با توجه به عملکرد سازشی به شدت به میزان سرمایه‌گذاری در موفقیت تحصیلی بستگی دارد.

علاوه بر عملکرد ضعیف، شاخص رایج دیگری که نشانه آشفتگی و پریشانی می‌باشد، غیبت غیر موجه از کلاس و ناتوانی در انجام تکالیف است. از شاخص‌های دیگر می‌توان به رفتارهای داخل کلاس اشاره نمود. رفتارهایی مثل تاخیرهای مکرر یا ترک زودهنگام کلاس، خواب آلودگی، بی‌توجهی به مطالب کلاس و درخواست مکرر برای دریافت توجه ویژه یا توضیح دوباره مطالب. شایان ذکر است که تعداد دانشجویانی که تشخیص اختلال کمبود توجه یا اختلال یادگیری دریافت می‌کنند، رو به افزایش است. این اختلالات می‌توانند مسبب مشکلات درسی دانشجویان باشند. اگر شرایط، نامطلوب تشخیص داده شد، به ویژه اگر دانشجو نیازمند دریافت تسهیلات خاص بود، وظیفه دارد اساتید را در جریان مشکل خود قرار دهد. اگر چنین تشخیص‌هایی برای یک دانشجو مطرح نبود، می‌توان اینطور نتیجه گرفت که بعضی از رفتارهای فوق‌الذکر، شاخص مشکلات یادگیری قرار گرفته‌اند که به واسطه مشکلات هیجانی به وجود آمده‌اند. در هر صورت، این رفتارها قابل تشخیص هستند و لزوم نوعی مداخله را ایجاد می‌کنند.

یک مثال موردی روشن می‌کند که چگونه غیبت یک دانشجو از کلاس می‌تواند هشدار دهنده مشکلات جدی باشد. یک بار با یک دانشجوی انتقالی سال اولی ملاقات داشتم که وضعیت بحرانی داشت، زیرا در هیچ یک از کلاس‌ها شرکت نکرده و نگران اخراج شدن از دانشگاه بود. این اتفاق ۴ هفته پس از آغاز نیمسال دوم رخ داد. او پس از طی یک نیمسال ناموفق در یک دانشگاه دیگر به این دانشگاه آمده بود. به نظر می‌آمد که دانشجویی باهوش و فهیم باشد و در دوره دبیرستان نیز

سابقه تحصیل درخشانی داشت. به همین خاطر، مشکلات به وجود آمده بر سر راه تحصیل در دانشگاه برای او به یک معما می‌ماند. کم‌کم مشخص شد که او از این‌که یک حمله هراس^۱ را در کلاس تجربه کند، به شدت می‌ترسد و اضطراب دارد. اضطراب پیش‌بین^۲ مانع این می‌شد که او در کلاس‌های خود شرکت کند. به دلیل انتقال به دانشگاه جدید در میانه‌های نیمسال تحصیلی و ناتوانی در به دست آوردن مکانی برای زندگی چه در خوابگاه و چه در منزلی بیرون از دانشگاه، شرایط او هر روز بدتر می‌شد. در نتیجه مجبور شد در منزلی که فاصله زیادی از دانشگاه داشت، به تنهایی زندگی کند. از آنجا که در دانشگاه یک دانشجوی تازه وارد محسوب می‌شد، نتوانست دوستی برای خود پیدا کند و همین مسئله او را از نظر اجتماعی منزوی کرد. او عملکرد ضعیف خود را به تلاش کم نسبت داد و این باعث افزایش اضطرابش شد. تصمیم او برای انتقال به این دانشگاه در حقیقت راهی بود تا بتواند بر احساس ناکامی خود غلبه کرده و مجدداً خود را کاملاً وقف ادامه تحصیل کند.

اگرچه وجود یک اختلال اضطرابی قابل تشخیص در او تایید شد که حضور در کلاس‌ها را برایش مشکل می‌کرد اما فرایند مداخله و درمان سخت شده بود، زیرا تا آن زمان، ساعت‌های زیادی از کلاس‌ها را از دست داده بود. من با اساتید این دانشجو تماس گرفتم، اما اکثر آنها معتقد بودند که این دانشجو کارهای عقب افتاده زیادی دارد که باید انجام دهد. بنابراین طی یک توافق دو طرفه، قرار بر این شد که او دانشگاه را ترک کند و مابقی ترم را مرخصی بگیرد. این کار فرصت کافی فراهم آورد برای اینکه به دنبال درمان اضطراب خود برآید و برای ترم‌های بعدی آماده شود. مسلماً سخت‌ترین بخش کار او، آگاه کردن والدین از این مسئله بود زیرا از این‌که یک بار دیگر آنها را ناامید کند، نگران بود.

اساتید و کارکنان دانشگاه باید به خاطر داشته باشند که مشکلات مرتبط با عملکرد تحصیلی اغلب نشانه مشکلات هیجانی هستند و نیاز به نوعی مداخله غیر تحصیلی دارند. حتی عدم رعایت صداقت در دوران تحصیل مثل تقلب کردن در امتحان یا سرقت ادبی نیز نشانه‌هایی از مشکلات هیجانی هستند. با این موارد همواره باید به عنوان نوعی سوء رفتار (=رفتار خلاف شان تحصیلی) برخورد شود، اما گاهی دانشجویان به دلیل عوامل هیجانی یا روان‌شناختی این رفتارها را از خود نشان می‌دهند.

به عنوان مثال یک بار استادی با من تماس گرفت که درباره دانشجویی که در نوشتن یک مقاله مرتکب سرقت ادبی شده بود، صحبت کند. او فکر می‌کرد انجام چنین کاری خارج از شان

1 . panic

2 . anticipatory

دانشجویی است (نمونه‌ای از رفتار غیرعادی). استاد می‌دانست که باید برای این دانشجو نوعی تنبیه در نظر بگیرد (و در آن درس به او نمره قبولی ندهد) اما هم‌زمان این نکته را هم در نظر گرفته بود که احتمالاً این دانشجو با یک مشکل شخصی دست و پنجه نرم می‌کند. پس از اینکه فرصتی پیدا شد تا این دانشجو را ملاقات کنم، ارزیابی من این بود که انجام چنین رفتار غیرصادقانه‌ای به دلیل افسردگی این دانشجو بوده است. او برای ارائه مقاله از استاد خود تقاضای وقت بیشتر نکرد زیرا نمی‌خواست تصویری که از خود به عنوان یک دانشجوی خوب در ذهن استاد ساخته، خراب کند. پس از مشاوره، استاد به او اجازه داد تا وقتی تاثیر درمان مشخص شود، ارائه مقاله را به تاخیر بیندازد.

با توجه به تاثیر مشکلات هیجانی بر روند تحصیلی دانشجو، همواره باید با نوعی شک و تردید به این مسائل نگاه کرد. در میان کارکنان دانشکده‌ها سابقه طولانی از تردید و ناباوری وجود دارد در مورد اینکه دانشجویان هر نوع بهانه قابل تصویری را تولید می‌کنند تا از زیر بار مسئولیت‌های خاص شانه خالی کنند یا انجام آنها را به تعویق بیندازند. البته اخیراً در دیدگاه بسیاری از اساتید و کارکنان دانشگاه در مورد همدلی کردن و درک دانشجویانی که به دلیل مشکلات مرتبط با سلامت روان، دچار افت تحصیلی می‌شوند، تغییر ایجاد شده است. در حال حاضر عضو کمیته‌ای هستم که درخواست دانشجویان را برای تغییر نمره، انصراف خارج از موعد و دیگر تغییرات دوره تحصیلی دانشجویان بررسی می‌کند (شبه کمیسیون موارد خاص دانشگاه‌های ایران م.). در بسیاری از موارد، اعضای هیئت علمی و دیگر کارکنان دانشگاه مشتاق اند تا بدانند چگونه مشکلات شخصی می‌توانند با عملکرد تحصیلی تداخل ایجاد کرده یا آن را تضعیف نماید.

۳- خلاصه

تفاوت قابل شدن میان آشفتگی‌های ناشی از روند طبیعی تحول و آشفتگی‌های که شاخص پریشانی‌های جدی هستند، چالش برانگیز است. این قضیه بیشتر به این خاطر مشکل آفرین است که محیط دانشگاه انواع خاصی از رفتارها را که خارج از بافت دانشگاهی برای زندگی یک دانشجو به شدت پاتولوژیک محسوب می‌گردد، راحت تر تحمل می‌نماید. علائم هشدار دهنده بالقوه حاکی از آن است که دانشجو ممکن است به نوعی مشکل هیجانی یا روان‌شناختی مبتلا باشد. رفتارهای غیرعادی، غیر معمول و مخرب علائم رایجی هستند که باید مورد توجه قرار گیرند. علاوه بر این، مشکلات تحصیلی مثل عملکرد ضعیف یا غیبت‌های زیاد، شاخص‌های بالقوه‌ای هستند که وجود آشفتگی‌های زیربنایی را در دانشجویان نشان می‌دهند.

فصل سوم

شناسایی مشکلات خاص

در فصل دوم علائم هشدار دهنده کلی معرفی شدند که یافتن آنها در یک فرد، نشان‌دهنده این است که او ناراحتی روان شناختی یا هیجانی را تجربه می‌کند. در این فصل، علائم و نشانه‌های بعضی از مشکلات شایع در جمعیت دانشجویی معرفی می‌شوند. بر اساس تجربیاتم در مشاوره با افرادی که در محیط دانشگاه کار می‌کنند و به گونه‌ای با دانشجویان سرو کار دارند، ۷ دسته از اختلالات انتخاب شده‌اند که با فراوانی بیشتری رخ می‌دهند:

- (۱) اضطراب
- (۲) افسردگی
- (۳) رفتارهای خودکشی
- (۴) رفتار آسیب زدن عمدی به خود
- (۵) سوء مصرف مواد
- (۶) اختلالات خوردن
- (۷) اختلالات سایکوتیک (روان پریش)

هر نوع مدرکی که نشان دهد دانشجویی به یک یا چند مورد از این اختلالات مبتلاست، قابل توجه، پیگیری و نیازمند مداخله است؛ رفتارهای خودکشی و رفتارهای سایکوتیک نیازمند واکنش سریع و فوری هستند.

اگرچه این اختلالات را در دسته‌های جداگانه مورد بررسی قرار داده‌ام اما باید به خاطر داشته باشیم که این مشکلات اغلب با هم در ارتباط هستند و گاهی علائم مشابه دارند. علاوه بر این، بعضی از اختلالات فوق در قالب علائم سایر اختلالات نیز خود را نشان می‌دهند (مثلاً افسردگی گاهی منجر به رفتارهای خودکشی می‌شود) و اغلب دانشجویان ترکیبی از این مشکلات را تجربه

می‌کنند. اگرچه اختلالات شخصیت یکی از اشکال مهم اختلالات رایج میان دانشجویان است اما عمداً این دسته را در این مبحث جای ندادم. تشخیص این اختلالات پیچیده و دشوار و برای افرادی که خارج از حوزه تخصصی بهداشت روان قرار دارند نیازمند توضیح دقیق، طولانی و مفصل است. هدف فصل این است که خواننده به سادگی دریابد که گاهی اوقات مشکلات و اختلالات دانشجویان بسیار پیچیده‌تر از آن چیزی است که با چشم دیده می‌شود. همان‌طور که در ادامه نشان داده خواهد شد، برای کارکنان دانشگاه این نکته حائز اهمیت است که بتوانند اشکال خاصی از مشکلات دانشجویان مثل اضطراب و افسردگی را شناسایی کنند اما نهایتاً این وظیفه ی کارشناسان مشاوره و بهداشت روانی دانشگاه است که مشکلات دانشجویان را تشخیص دهند.

هنگام تلاش برای تعیین ماهیت آشفتگی‌ها و مشکلات دانشجویان، سه منبع اطلاعاتی بالقوه در اختیار خواهیم داشت: آنچه خود دانشجو می‌گوید، آنچه دیگران درباره دانشجو به ما می‌گویند و مشاهدات ما از دانشجو. همه این منابع در تعیین نوع مشکلی که دانشجو تجربه می‌کند، ارزشمند هستند اما هر کدام محدودیت‌های خاص خود را دارند. به عنوان مثال ممکن است دانشجویان مشکلات خود را مبهم بیان کنند به این خاطر که تصویر واضحی از آنچه آنها را آزار می‌دهد، ندارند. حتی وقتی اطلاعاتی را به شکل مستقیم از دانشجو دریافت می‌کنیم، ممکن است در آنچه دانشجو تجربه کرده و به ما انتقال داده، تردید داشته باشیم. اطلاعاتی که از افراد دیگر مثل دوستان دانشجو درباره مشکلات او به دست می‌آوریم، نیز به راحتی قابل اعتماد نیستند. زیرا ممکن است این اطلاعات بر پایه دانش نادرستی قرار گرفته باشند، دچار تحریف شده باشند، در آنها مبالغه شده باشد یا ادراک نادرستی از آنها وجود داشته باشد. گاهی اوقات مشاهدات ما از رفتارهای کلامی و غیرکلامی دانشجو، مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات است اما این منبع نیز ممکن است دچار تحریف و بی‌دقتی شود.

در حالت مطلوب باید دو منبع اطلاعاتی داشته باشیم تا شواهد به دست آمده را با هم انطباق دهیم، اما این اتفاق همیشه رخ نمی‌دهد. در حالت عادی مجبوریم به یکی از این دو منبع اطلاعاتی اعتماد کنیم و بسته به نوع مشکل مطرح شده ممکن است برخی از اطلاعات معتبرتر و قابل اعتمادتر باشند. به عنوان مثال در مورد خطر خودکشی، در ابتدا باید به تصدیق یا انکار قصد خودکشی که توسط دانشجو مطرح می‌شود، توجه کنیم. در مواجهه با اختلالات خوردن و سوء مصرف مواد گزارش اطرافیان بیش از ادعای دانشجو قابل اعتماد است زیرا ممکن است خود فرد بیماری را انکار کرده یا آگاهی کمی نسبت به آن داشته باشد و هنگام بروز رفتارهای سایکوتیک مشاهده مستقیم ما بهترین و قابل اعتمادترین منبع اطلاعاتی خواهد بود.

۱- اضطراب

یکی از اختلالات قابل توجه و مهم در میان دانشجویان، اضطراب^۱ است (آمادا و گریسون^۲، ۱۹۸۹؛ بنتون و همکاران، ۲۰۰۳). اشکال مختلفی از اضطراب در میان دانشجویان قابل مشاهده است که در دامنه‌ای از اضطراب خفیف تا خیلی شدید قرار می‌گیرد، که سطوح شدید اضطراب در عملکرد تحصیلی و اجتماعی دانشجو مشکلات زیادی به وجود می‌آورد.

۱-۱- حمله‌های هراس

یکی از اشکال اضطراب دانشجویان که نیازمند بررسی است در قالب حمله‌های هراس^۳ خود را نشان می‌دهد. این اتفاق در هر موقعیت یا بافتی در دانشگاه رخ می‌دهد، به ویژه در موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی. بعضی از دانشجویان به دلیل فشارهای تحصیلی و مشکلات شخصی به شدت تحت استرس قرار می‌گیرند و مضطرب می‌شوند، به گونه‌ای که در مقابل ابتلا به حمله‌های هراس، آسیب‌پذیر می‌شوند. دانشجوی مبتلا به حمله هراس فکر می‌کند در حال «از دست دادن عقل» خود یا در حال «دیوانه شدن» است و یا انواع متفاوتی از موقعیت‌های تهدید کننده زندگی را تجربه می‌کند. استفاده یا قطع مصرف انواع خاصی از مواد مثل کافئین یا آرام بخش‌ها، همچنین بعضی شرایط پزشکی مثل هیپوگلاسمی علائم مشابه حمله هراس ایجاد می‌کنند. اما حمله هراس واقعی ناشی از این موقعیت‌ها نیست.

دانشجویانی که از قبل نسبت به آسیب‌پذیری خود به حمله‌های اضطرابی آگاه هستند و با متخصص سلامت روان مشاوره کرده‌اند، احتمالاً ابزارهای لازم برای مدیریت حمله‌ها یا جلوگیری از وقوع حمله‌ها را به دست آورده‌اند. سناریوهای بحرانی وقتی رخ می‌دهند که حمله اضطرابی برای اولین بار اتفاق می‌افتد یا حمله‌ای ناگهانی بدون اطلاع از اینکه این حمله، یک حمله هراس است، رخ می‌دهد. دانشجویی که مبتلا به حمله هراس است ممکن است بدون اینکه قبلاً درباره لزوم ترک جلسه توضیح داده باشد به طور ناگهانی کلاس یا جلسه را ترک کند. اگرچه بعضی از علائمی که در دوره حمله هراس رخ می‌دهند برای یک مشاهده‌گر خارجی قابل رؤیت نیستند (مثل افزایش ضربان قلب یا احساس آشفتنگی در شکم) اما علائمی نیز وجود دارند که دیگران می‌توانند آنها را ببینند، مثل لرزش، تعریق و نفس زدن. در مجموع، دانشجوی مبتلا به حمله هراس، همان-

1 . anxiety
2 . Grayson
3 . panic attacks

طوری که انتظار داریم دیده می‌شود: به شدت مضطرب، گیج، رنگ پریده، ترسیده و عصبی. این دانشجو سریع و پرفشار صحبت می‌کند و بی توجه و حواس‌پرت به نظر می‌رسد.

۱-۲- اضطراب اجتماعی

شکلی از اضطراب که در نهایت منجر به حمله‌های هراس می‌شود، اضطراب اجتماعی است. این نوع اضطراب که به نظر می‌رسد در میان دانشجویان شایع است، به شکل ترس غیر منطقی و شدید از موقعیت‌های اجتماعی مشخص می‌شود. دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی از اینکه در مقابل دیگران خجالت زده شوند، می‌ترسند و نگران این هستند که دیگران به ویژه همسالان‌شان درباره آنها قضاوت منفی داشته باشند. بعضی از دانشجویان ممکن است نسبت به ادراک و عکس العمل دیگران بیش از اندازه حساس شوند تا جایی که آشفتگی آنها به حالتی شبیه پارانوئا نزدیک شود. این قبیل دانشجویان از شرکت در فعالیت‌های کلاس و بحث و مناظره‌ها اجتناب می‌کنند و وقتی برای شرکت در بحث فرا خوانده می‌شوند، به شدت مضطرب می‌گردند.

موارد مربوط به اضطراب اجتماعی در موقعیت‌هایی به وجود می‌آیند که فرد مسئولیت انجام کاری را بر عهده دارد؛ موقعیت‌هایی مثل صحبت کردن در کلاس یا در مقابل جمع. برای بعضی از دانشجویان ترس ناشی از اینکه از آنها خواسته شود در کلاس صحبت کنند، به شدت هراس برانگیز و درهم شکننده است. گاهی در چنین مواردی دانشجو از کلاس غیبت می‌کند یا سعی می‌کند علیرغم احتمال تحقیر شدن از این موقعیت اجتناب نماید. با بسیاری از این قبیل دانشجویان سروکار داشته‌ام که از ارائه سخنرانی در کلاس به شدت مضطرب می‌شدند. به این ترتیب آسیب ناشی از اضطراب اجتماعی دانشجویان ممکن است تنها از طریق یک مجموعه مشکلات خاص توجه ما را جلب کند. مشکلاتی از قبیل اجتناب از موقعیت‌های خاص به ویژه موقعیت‌های مرتبط با انجام یک تکلیف مثل سخنرانی در کلاس. این مسئله برای کارکنان و اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها از آن جهت اهمیت دارد که نسبت به احتمال وجود مشکلات تحصیلی ناشی از این نوع اضطراب حساس باشند.

۱-۳- اختلال استرس پس از سانحه

یکی دیگر از انواع اضطراب‌هایی که کارکنان دانشگاه باید نسبت به آن آگاهی داشته باشند، اختلال استرس پس از سانحه^۱ (PTSD) است. این شرایط معمولاً برای سربازان و در جنگ رخ

1 . Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)

می‌دهد، اما من تعداد زیادی از دانشجویان را دیده‌ام که علائم این اختلال را به دنبال تجربه تجاوز (جنسی یا غیرجنسی) و یا پس از تجارب دردناک دیگر نشان می‌دهند. اگرچه بسته به نوع آسیب، علائم تا حدی تغییر می‌کنند اما علائمی که معمولاً در همه افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه دیده می‌شود عبارتند از: تجربه مکرر رخداد آسیب‌زا از طریق تصاویر، افکار و رویاهای تکرار شونده، بازگشت به گذشته^۱ و تمایل به اجتناب از فعالیت‌ها، مکان‌ها یا افراد مرتبط با آسیب. بعضی از علائم این اختلال به گونه‌ای ظاهر می‌شوند که احتمال وجود افسردگی را در فرد مبتلا مطرح می‌کنند. علائمی از قبیل: انزوای اجتماعی، از دست دادن انگیزه فعالیت‌ها، تحریک‌پذیری، مشکلات خواب و کاهش تمرکز. همچنین ممکن است فرد در حضور دیگران گوش به زنگ و عصبی به نظر برسد.

یک بار با یک دانشجوی خانم مشاوره می‌کردم که توسط یک مرد غریبه از دانشگاه ربوده شده بود اما قبل از اینکه آسیب جسمی به او وارد شود، توانسته بود فرار کند. این تجربه یک رویداد کاملاً آسیب‌زا است و برای مدت طولانی ذهن او را به خود مشغول ساخته و احساس امنیت مجدد در محیط دانشگاه را برای او دشوار کرده بود. همچنین با آقای دانشجویی هم مشاوره داشته‌ام که به دنبال مشاجره با فردی در یک مهمانی که خارج از دانشگاه برگزار شده بود، گلوله‌ای به پایش شلیک شد. اگر چه زخم ایجاد شده در پایش خوب شد اما نمی‌توانست به فکر کردن درباره این اتفاق و تجربه مکرر آن در ذهنش پایان دهد و پس از آن به شدت احساس ناامنی می‌کرد.

مثال‌های بالا ممکن است افراطی به نظر برسند، اما در دانشگاه با تعداد فزاینده‌ای از موقعیت‌ها مواجه شده‌ام که دانشجویان طی آنها قربانی آسیب تروماتیک می‌شوند؛ به طوری که آسیب به وجود آمده عملکرد روزانه آنها را به شدت تخریب می‌کند. بدون توجه به این که آسیب تروماتیک در چه موقعیتی اتفاق می‌افتد - در داخل یا خارج از دانشگاه - تاثیرات مخربی بر زندگی تحصیلی او خواهد داشت. موقعیت‌های زیادی می‌توانند منجر به ایجاد علائم اختلال استرس پس از سانحه شوند. رویدادهایی از قبیل مرگ دوستان یا از دست دادن یکی از اعضای خانواده، به ویژه اگر در اثر خودکشی به وجود آمده باشند، می‌توانند چنین آسیبی ایجاد نمایند. دانشجویان زیادی را دیده‌ام که به دنبال حمله تروریستی ۱۱ سپتامبر علائم اختلال استرس پس از سانحه را نشان داده‌اند، حتی در شرایطی که هیچ نوع ارتباط مستقیمی با حادثه نداشتند یا قربانی آن رویداد نبودند.

اعضای هیئت علمی و کارکنان دانشگاه ممکن است با دانشجویانی مواجه شوند که اعتراف می‌کنند با یک حادثه آسیب‌زا مواجه شده‌اند، شاید به این دلیل که برای غیبت از کلاس‌ها به داشتن چنین تجربه‌ای احتیاج دارند. در هر صورت، اختلال استرس پس از سانحه نیز نوع دیگری از

1 . flashback

آشفتگی است که در صورتی که مشخص شد دانشجویی با یک تجربه آسیب‌زا مواجه شده، باید نسبت به وجود این اختلال حساس و هوشیار بود.

۱-۴- اضطراب امتحان

یکی دیگر از انواع اضطراب که باید به آن اشاره کرد، اضطراب امتحان است. طبیعتاً اضطراب امتحان یک مشکل رایج در محیط‌های تحصیلی است. در اکثر موارد اضطراب امتحان برای دانشجویان مخرب و آشفته کننده نیست، اما بعضی از موارد آن می‌تواند شدید باشد. دانشجویانی که اضطراب امتحان‌شان شدید است با احتمال زیاد مورد توجه اساتید و کارکنان دانشگاه قرار می‌گیرند. در بعضی موارد، دانشجویانی که با اضطراب شدید امتحان دست و پنجه نرم می‌کنند، ممکن است مشکلات یادگیری یا مسائل دیگری نیز داشته باشند که در کنار هم سطح بالایی از اضطراب را در هنگام انجام تکلیف یا امتحان به وجود می‌آورد. بنابراین، وقتی دانشجویان ادعا می‌کنند که اضطراب امتحان موجب ضعف عملکرد آنها می‌شود یا اینکه مانع آمادگی مناسب برای امتحان می‌گردد، باید ارزیابی‌های بیشتری انجام شود و منبع دقیق این اضطراب تعیین گردد. این کار بر عهده مرکز مشاوره خواهد بود.

۲- افسردگی

مشخص شده که افسردگی مشکل بخش عمده‌ای از دانشجویان است (بنتون و همکاران، فر، وستفلد، مک‌کونل و جنکینز^۱، ۲۰۰۱؛ وستفلد و فر، ۱۹۸۷) و مهم‌ترین دلیل انصراف تحصیلی آنان محسوب می‌گردد (میلمن، مانلی، گیلور و تورکو^۲، ۱۹۹۲). محققان دریافتند که زنان در سنینی که وارد دانشگاه می‌شوند، نسبت به مردان در همین سنین برای ابتلا به افسردگی آسیب‌پذیرتر هستند (نولان-هوکسما و گیرگوس^۳، ۱۹۹۴). با این حال پژوهش‌های ویژه که روی نمونه‌های دانشجویی انجام شدند، همواره این تفاوت جنسیتی را تایید نکردند (مثلاً گلاستون و کونینگ، ۱۹۹۴). حتی بعضی از محققان دریافتند که در دوران دانشجویی مردان بیش از زنان مستعد ابتلا به افسردگی هستند (مثلاً گرانت و همکاران، ۲۰۰۲). وجود تفاوت جنسیتی در نرخ ابتلا به افسردگی در میان دانشجویان تحت تاثیر این مسئله است که تظاهرات بالقوه افسردگی به عنوان کارکردهای جنسیتی

1 . Furr, Westfeld, McConnell, & Jenkins
2 . Meilman, Maneley, Gaylor, & Turco
3 . Nolan-Hoeksema & Girgus

در مردان و زنان با هم متفاوت است. به عنوان مثال خشم و تحریک‌پذیری به عنوان علائم افسردگی در مردان به مراتب بیشتر از زنان دانشجو رخ می‌دهد.

افسردگی، نوعی اختلال خلقی است که در دامنه‌ای از درجات خفیف تا شدید قرار می‌گیرد و با درجات متفاوتی از علائم هیجانی و رفتاری مشخص می‌شود. از طرفی، خیلی تعجب‌برانگیز نیست که معتقد باشیم بسیاری از دانشجویان افسردگی را تجربه می‌کنند که ناشی از فراز و نشیب‌های انتقال به دوره بزرگسالی و مقارن با سال‌های دانشجویی است. با این حال نگرانی‌ها به دلیل افزایش تعداد دانشجویانی که انواع مشکل آفرین و دردسرساز افسردگی را تجربه می‌کنند که با توانایی آنها برای ارائه عملکرد مناسب در دانشگاه تداخل ایجاد می‌نماید، افزایش یافته است.

بسیاری از شاخص‌ها یا علائم معمول در افسردگی را می‌توان در دانشجویان مشاهده کرد. بعضی از علائم قابل مشاهده عبارتند از: بی‌توجهی به ظاهر و بهداشت فردی، کاهش یا افزایش قابل ملاحظه وزن، ظاهر خسته‌بی‌دقتی (ناشی از کاهش توانایی تمرکز)، تحریک‌پذیری، کاهش پاسخ دهی هیجانی یا بیش از حد هیجانی شدن (مثلاً گریه کردن‌های مکرر). دیگر شاخص‌هایی که ممکن است مشاهده شوند عبارتند از: انزوای اجتماعی، کاهش علاقه به فعالیت‌هایی که قبلاً لذت‌بخش بودند، نادیده گرفتن مسئولیت‌ها، تضعیف حافظه، تردید و دودلی، از دست دادن اشتها یا خوردن زیاد و تکانشی و اشتغال ذهنی نسبت به علائم سلامت جسمانی که به درمان طبی پاسخ نمی‌دهند. رفتارهای تحصیلی که می‌توانند شاخصی برای افسردگی باشند عبارتند از: غیبت از کلاس، تاخیر در ورود به کلاس یا حضور در کلاس بدون آمادگی و افت قابل ملاحظه در عملکرد تحصیلی و نمرات.

بعضی از علائم رایج‌تر افسردگی را تنها می‌توان از طریق صحبت کردن با فرد مشخص نمود زیرا علائمی هستند که به احساسات، نگرش‌ها یا ادراکات وی مربوط می‌شوند. یک دانشجوی افسرده ممکن است احساسات غمگینی، ناامیدی، ناراحتی، تنهایی، تردید به خود، گناه، شرم، سرزنش خود، بدبینی، بی‌ارزشی یا بی‌کفایتی، ناشادبودن یا نارضایتی عمومی و احساس فروپاشی را گزارش کند. گزارش افزایش مصرف مواد و داروها (شامل داروهای تجویز شده و یا غیر تجویزی) و مشکلات خواب نیز شاخص‌های بالقوه افسردگی هستند. در مجموع هرچه علائم بیشتری در فرد مشاهده شود، احتمال اینکه افسردگی یا لاقول آشفتگی خلقی در او وجود داشته باشد، بیشتر است. همچنین هرچه شدت و مدت علائم بیشتر باشد، احتمال این‌که دانشجو با نوع شدیدتری از افسردگی روبرو باشد، بیشتر خواهد بود.

بعضی از دانشجویان ممکن است از افسردگی مزمن رنج ببرند؛ آنها سابقه‌ای طولانی از ابتلا به افسردگی (درمان شده یا نشده) دارند که تا حدی یاد گرفته‌اند با آن زندگی کنند. یکی از راه‌های

افتراق میان افسردگی معمولی و انواع مزمن‌تر یا پیچیده‌تر آن، این است که ببینیم آیا دانشجو علائم افسردگی را در پاسخ به رویداد خاص نشان می‌دهد یا خیر. انتظار داریم که افسردگی به دنبال یک رویداد منفی در زندگی مثل از دست دادن یک رابطه به وجود آید اما بعضی از دانشجویان بدون این‌که قادر به تشخیص یک رویداد خاص یا برانگیزاننده باشند، افسردگی را تجربه می‌کنند. باید ذکر شود که حتی اگر فرد در موقعیت خاصی قرار گیرد که مجبور به ارائه پاسخ در مقابل رویداد منفی باشد، درجه افسردگی می‌تواند بسیار شدید شود. این وضعیت اغلب به دنبال قطع یک رابطه عاطفی رمانتیک مشاهده می‌شود. اگرچه چنین اتفاقی در هر زمان از زندگی ناراحت کننده و مشکل آفرین است اما رخداد آن برای یک دانشجو شاید به دلیل اهمیت داشتن رابطه صمیمانه به عنوان یک فرایند تحولی طبیعی در سنین دانشگاهی ناراحتی فزاینده‌ای ایجاد می‌کند.

نکته مهم دیگر این است که بعضی از دانشجویان می‌توانند این حقیقت را که در حال مبارزه با افسردگی هستند به طور موثری از دیگران پنهان نمایند. در حقیقت آنها دفاعی برای خود درست می‌کنند و ظاهر خود را شاد نشان می‌دهند، درحالی‌که پریشانی و آشفتگی درونی را تجربه می‌کنند. نیاز به پوشاندن احساس افسردگی به دلایل مختلفی رخ می‌دهد اما معمولاً دانشجویان از این می‌ترسند که اگر احساسات واقعی آنها آشکار شود، چه اتفاقی خواهد افتاد (مثلاً ممکن است طرد شوند). همچنین بسیاری از دانشجویان احتیاج دارند تصویر خاصی که از خود به عنوان یک انسان شاد ساخته‌اند را حفظ کنند یا مثل همیشه به عنوان یک فرد شاد شناخته شوند. به عنوان یک مشاور این اتفاق را بارها در طول فعالیت‌م مشاهده کرده‌ام. این دانشجویان معمولاً به تلاش خود برای برخورداری از مشاوره پایان می‌دهند زیرا می‌خواهند همچنان احساس واقعی خود را پنهان کنند. تجربه جالبی است که تنها کسی باشی که از احساس واقعی یک دانشجو خبر داری به ویژه دانشجویی که به عنوان یک فرد شاد، خوش مشرب و محبوب شناخته می‌شود. شغل به عنوان یک مشاور مرا قادر ساخت تا بعضی از دانشجویان را حتی بهتر از اعضای خانواده و دوستان نزدیکشان بشناسم.

کارکنان دانشگاه باید نسبت به این مسئله آگاه باشند زیرا ممکن است شرایطی به وجود آید که در آن چنین دانشجویانی برای بیان احساسات واقعی خود تنها در حضور برخی از کارکنان احساس راحتی نمایند. دقیقاً در اینجاست که فرد مقابل باید برای دانشجویی که به نظر می‌رسد با همه چیز به خوبی سازگار شده، نقش جانشین مشاور را به خوبی بازی کند. ممکن است به طور ناگهانی با دانشجوی مشکل‌داری مواجه شویم که همواره شاد بوده و عملکرد مطلوبی داشته است. دوباره به

خواننده هشدار قبلی را یادآوری می‌کنم که در این دام گرفتار نشود. براساس آنچه من سال‌ها پیش آموخته‌ام، امور همواره آن‌طور نیستند که به نظر می‌آیند.

۲-۱- مانیا

بعضی از دانشجویان معیارهایی را نشان می‌دهند یا علائمی را توصیف می‌کنند که وجود نوسانات خلقی را تایید می‌کند و ماهیتاً متضاد با افسردگی است. دانشجویانی که نوسان‌های خلقی را تجربه می‌کنند ممکن است نگران «دوقطبی»^۱ بودن خود باشند، واژه‌ای که این روزها فراوان استفاده می‌شود بدون اینکه معنای آن به درستی درک شده باشد. بر خلاف افسردگی، تشخیص اختلال خلقی افسردگی-شیدایی^۲ یا دوقطبی حتی برای افراد متخصص نیز پیچیده و دشوار است (ریواس-واسکوز، جانسون، ری، بلیس و ریواس-واسکوز^۳، ۲۰۰۲). احتمالاً رایج‌ترین علائم رفتاری مشاهده شده در دانشجویان مشکل‌دار که مشخصه دوقطبی بودن است، بیشتر به مانیا^۴ نزدیک است. علائم مانیا عبارتند از: سرخوشی یا تحریک‌پذیری نامناسب، افکار یا عقاید خودبزرگ‌بینی (مثلاً اعتقاد به این که فرد دانش یا توان‌مندی ویژه‌ای دارد)، احساس تکبر و غرور بیش از حد^۵ (مثلاً اعتماد به نفس و خودستایی بیش از حد)، گسستگی و پریشانی افکار، فوران شدید انرژی، حواس‌پرتی و پرحرف شدن یا تمایل به حرف زدن زیاد. دانشجویی که دوره مانیا یا هیپومانیا را پشت سر می‌گذارد رفتارهای اجتماعی نامناسب نیز از خود نشان می‌دهد؛ رفتارهایی که ممکن است پیامدهای نامطلوبی داشته باشد (مثلاً رفتارهای جنسی افراطی، ولخرجی‌های تکانشی و ...). ممکن است در این افراد علائمی از اختلالات خواب مثل بی‌خوابی^۶ یا کاهش نیاز به خواب نیز دیده شود.

۳- رفتار خودکشی

معمولاً آشفتگی‌های خلقی مشکل دیگری را نیز به دنبال دارند که رفتار خودکشی است. نگرانی درباره احتمال خودکشی، اضطراب زیادی را در افرادی که در محیط‌های دانشگاهی کار می‌کنند، برانگیخته است. وقتی طی یک دوره ۱۳ ماهه از ابتدای ترم پاییز سال ۲۰۰۳ در دانشگاه نیویورک^۷، پنج دانشجو خودکشی کردند، نگرانی‌ها به شدت افزایش یافت. موارد این چنینی که پرونده‌های

1 . bipolar
 2 . manic – depressive disorder
 3 . Rivas- Vazquez, Johnson, Rey, Blais, & Rivas- Vazquez
 4 . mania
 5 . inflated
 6 . insomnia
 7 . New York University (NYU)

سنگینی را تشکیل می‌دهند، توجه شدید رسانه‌ها را به خود جلب می‌کنند (مثل شی^۱، ۲۰۰۲؛ سونتگ، ۲۰۰۲) و رسانه‌ها اغلب این مسائل را اغراق‌آمیز نشان داده و فضا را نسبت به آنها حساس می‌کنند (کندی^۲، ۲۰۰۴). حتی در دانشگاه‌های بزرگی مثل دانشگاه نیویورک وقوع خودکشی‌های موفق، به افزایش اقدامات امنیتی در جهت پیشگیری از خودکشی منجر شد. انجمن Jed با این هدف تاسیس شد که در تامین منابع پیشگیری از خودکشی از جمله وب سایت‌هایی که دسترسی دانشجویان را به مراکز خدمات بهداشت روانی تسهیل می‌کند، به دانشگاه‌های کشور کمک نماید. نام این انجمن از نام دانشجوی دانشگاه آریزونا^۳ به نام Jed Satow گرفته شده که در سال ۱۹۹۸ در دوره تحصیل اقدام به خودکشی نمود.

۳-۱- آمار خودکشی دانشجویان

پیش از صحبت درباره علائم هشدار دهنده و عوامل خطرآفرین، بهتر است برخی از آمارهای موجود درباره خودکشی دانشجویان را ارائه کنیم. البته این آمارها متغیر و غیرقطعی است (هس، هندین و مان^۴، ۲۰۰۳)؛ نتایج تکمیلی نشان می‌دهند که نرخ واقعی خودکشی دانشجویان کمتر از افراد غیردانشجو است (شوآرتز و ویتاکر^۵، ۱۹۹۰). این مسئله، یافته کلیدی ده مطالعه بزرگ^۶ بود (سیلورمن، می، یر، اسلون، رافل و پرات^۷، ۱۹۹۷). این مطالعه یکی از جامع‌ترین و عظیم‌ترین مطالعات (بیش از ۳۵۰ هزار دانشجو در این مطالعه شرکت داشتند) در خصوص میزان خودکشی در بین دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد است. در این مطالعه محققان، داده‌های موجود درباره همه خودکشی‌های شناخته شده (۲۶۱ مورد) در میان دانشجویان دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد را که از ۱ سپتامبر ۱۹۸۰ تا ۳۱ آگوست ۱۹۹۰ در دانشگاه‌های اصلی از ۱۲ دانشگاه بخش غربی-مرکزی^۸ آمریکا به وقوع پیوسته بود، مورد بررسی قرار دادند. این ۱۲ دانشگاه توسط انجمن ورزشکاران ده دانشگاه بزرگ^۹ معرفی شده بودند. نتایج نشان داد که میانگین نرخ خودکشی در همه این دانشگاه‌ها در طول یک دوره ۱۰ ساله ۷/۵ نفر در ۱۰۰ هزار نفر است که معادل نصف نرخ محاسبه شده بین المللی (۱۵ در ۱۰۰ هزار نفر) برای افراد غیردانشجو با سن، جنسیت و نژاد مشابه می‌باشد. محققان به این نتیجه رسیدند که پایین‌تر بودن نرخ خودکشی در

1 . Shea
2 . Kennedy
3 . Arizona University
4 . Haas, Hendin, & Mann
5 . Schwartz & Whitaker
6 . Big Ten Study
7 . Silverman, Mayer, Sloane, Raffel, & Pratt
8 . midwestern
9 . Big Ten University Athletic Association

میان دانشجویان احتمالاً به دلیل دسترسی بیشتر این افراد در مقایسه با افراد غیردانشجو به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی موجود در دانشگاه‌ها است. دیگر یافته کلیدی مطالعه این بود که نرخ خودکشی در میان دانشجویان ۲۵ ساله و بالاتر بیشتر از دانشجویان جوان‌تر است.

از دیدگاه آماری، نگرانی درباره خودکشی دانشجویان تا حدودی نابجا است. علاوه بر این، تنها ۱ تا ۲ درصد دانشجویانی که تظاهر به خودکشی می‌کرده‌اند، دست به این عمل زدند (شوارتز و ویتاکر، ۱۹۹۰). حتی اگر فرض را بر این قرار دهیم که آنچه در دانشگاه نیویورک رخ داده یک پدیده غیر عادی است و بپذیریم که خودکشی در میان دانشجویان در بسیاری اوقات یک پدیده نادر است و بسیار کم رخ می‌دهد، نباید تخریب و آسیب بالقوه پس از خودکشی را در دانشگاه کم برآورد کنیم. حتی تهدید و اقدام ناموفق به خودکشی در دانشگاه نیز ممکن است آسیب‌زا باشد؛ به ویژه برای دوستان و افرادی که از نزدیک با دانشجوی مورد نظر در ارتباط بوده‌اند. بارها مشاهده شده که چگونه تهدید دانشجویی به خودکشی یا اقدام ناموفق او می‌تواند تاثیر نامطلوبی بر دوستانش داشته باشد. من تجربه کمک به بازماندگان یک خودکشی موفق را نیز داشته‌ام و صادقانه باید اظهار نمایم که این موقعیت یکی از سخت‌ترین شرایطی است که شما به عنوان یک مشاور ممکن است با آن مواجه شوید.

باور عمومی بر این است که اکثر افرادی که قصد خودکشی دارند یا اقدام به این عمل می‌کنند، سرنخ‌هایی را به دست می‌دهند؛ یعنی رفتارهایی را در قالب علائم هشدار دهنده از خود نشان می‌دهند. بر اساس تجربه شخصی، دانشجویانی که در معرض خطر خودکشی قرار می‌گیرند، تمایل دارند مورد توجه فرد دیگری مثل دانشجویان دیگر، اساتید یا کارکنان دانشگاه باشند. مثلاً ممکن است عبارات واضح و روشنی را در این زمینه استفاده نمایند (از قبیل: «من به این موضوع فکر می‌کنم که با استفاده از یک تیغ رگم را بزنم») یا عبارات و منطقی‌هایی به کار می‌برند که احتمال خودکشی را متبادر می‌کنند («زندگی برای من خیلی طولانی شده است»). گاهی دانشجویان نوشته‌ها یا ایمیل‌هایی به جا می‌گذارند که افکار و احساسات آنها را نسبت به خودکشی مشخص می‌کند. اگر اینگونه دانشجویان خیلی تکانشی نباشند، معمولاً پیش از آنکه اقدام به خودکشی نمایند عمیقاً درباره آن می‌اندیشند. اگرچه در مواردی ممکن است دلایل اندکی وجود داشته باشد که فکر کنیم ممکن است دانشجویی در معرض خطر خودکشی قرار دارد اما در اکثر موارد باید بتوانیم شاخص‌های مربوط به احتمال خودکشی را پیدا کرده و نسبت به آنها حساس باشیم. به هنگام ارزیابی میزان خطر باید بین افکار، تهدیدها و ژست‌های خودکشی تفاوت قایل شویم.

۳-۲- افکار خودکشی

در حالی که می‌توانیم تا حدی اطمینان داشته باشیم که اقدام به خودکشی، فراوانی کمی در میان دانشجویان دارد اما باید به این نکته نیز توجه کنیم که افکار خودکشی در میان این قشر از جامعه شیوع بسیار بیشتری دارد (بنتون و همکاران، ۲۰۰۳؛ برنر، هاسان و باریوس^۱، ۱۹۹۹؛ فر و همکاران، ۲۰۰۱؛ راد^۲، ۱۹۸۹؛ وستفلد و فر، ۱۹۸۷). افسردگی، ناامیدی و احساس تنهایی موثرترین عوامل خطرآفرین در شکل‌گیری افکار خودکشی در دانشجویان هستند (وبر، متا و نلسن^۳، ۱۹۹۷). شدت افکار خودکشی نیز همانند اضطراب و افسردگی بسیار متغیر است. حداقل بر اساس آنچه من دیده‌ام دانشجویان می‌پذیرند که گاهی افکار خفیف خودکشی داشته‌اند بدون آنکه هرگز اقدام به این کار نمایند. ممکن است به دلیل افسردگی‌های زودگذر یا ناراحتی ناشی از رویدادهای منفی یا نامطلوب، افکار آبی خودکشی به ذهن آنها خطور کند. شدت افکار خودکشی در بعضی از دانشجویان ممکن است تا حدودی بیشتر باشد اما هنوز به این معنا نیست که احتمال اقدام به خودکشی در این دانشجو وجود دارد. به عنوان مثال اغلب از دانشجویان می‌شنویم که در پاسخ به سوالی که درباره افکار خودکشی مطرح می‌شود، این‌طور پاسخ می‌دهند که من اینقدر احساس بدی دارم که اگر اتفاقی برایم بیفتد ناراحت نمی‌شوم اما در راستای آسیب زدن به خودم اقدامی نخواهم کرد. از این صحبت‌ها تحت عنوان افکار خودکشی «منفعل^۴» یاد می‌شود، زیرا هیچ اقدام فعالانه‌ای برای آسیب زدن به خود در ذهن فرد وجود ندارد؛ با این حال همین افکار در اثر عدم توجه یا فقدان هوشیاری ایمن، احتمال اقدام به خودکشی را در فرد افزایش می‌دهد.

۳-۳- تهدید به خودکشی

وقتی دانشجویی تهدید به خودکشی می‌کند، یعنی چیزی می‌گوید یا کاری انجام می‌دهد که مشخص کننده قصد خودکشی است، احتمال اقدام به عمل افزایش می‌یابد. خانم‌ها بیشتر از آقایان تهدید به خودکشی می‌کنند (فورمن^۵، ۱۹۹۰). حتی وقتی دانشجویان چنین تهدیدهایی را بیان می‌کنند، به این معنا نیست که قصد اقدام به این عمل را دارند. در بسیاری از موارد تهدید به خودکشی برای جلب توجه یا اعمال کنترل بر دیگران است (مثالی را که در فصل دوم درباره خودکشی یک دانشجو بیان کردیم، به یاد آورید). علیرغم اینکه این واقعیت اغلب صحت دارد اما باز

1 . Brener, Hassan, & Barrios
 2 . Rudd
 3 . Weber, Metha, & Nelsen
 4 . passive
 5 . Foreman

هم هر تهدیدی به خودکشی باید جدی گرفته شود. در مجموع، هر کسی که تهدید به خودکشی می‌کند را باید برای بررسی درجه احتمال اقدام مورد ارزیابی قرار داد.

بیشترین احتمال اقدام به خودکشی زمانی است که علائم بارز مبنی بر قصد جدی برای خودکشی وجود داشته باشد. این علائم عبارتند از:

۱. یک برنامه خاص شامل روش، زمان و مکان
 ۲. آماده کردن ابزارهای لازم
 ۳. انتخاب یک مرگبار (مثلاً استفاده از تفنگ) و
 ۴. انجام برنامه‌ها و اتخاذ تدابیر مرتبط با پایان زندگی (بدون توجه به رویدادهای آینده)
- به جا گذاشتن نوشته‌ای که تلویحاً درباره قصد خودکشی صحبت می‌کند و یا مستقیماً قصد انجام این کار را مطرح می‌نماید، یکی دیگر از شاخص‌های پرخطر است. این روزها، گاهی اوقات دانشجویان قصد خودکشی را از طریق ارتباطات کامپیوتری مثل ایمیل و یا پیام رسانی مجازی بیان می‌کنند. در مجموع، هرچه یک دانشجو درباره قصد یا اقدام به خودکشی جزئی‌تر صحبت کند، به توجه یا مداخله فوری‌تری نیاز دارد.

یافته‌های جالب یک مطالعه نشان دادند که اکثر دانشجویانی که تهدید به خودکشی می‌کردند، هم‌زمان تحت مشاوره و درمان بودند (میلمن، پاتیس و کروس - زیلمان^۱، ۱۹۹۴). این یک پیام هشدار دهنده است که نشان می‌دهد، بودن در فرایند مشاوره لزوماً باعث کاهش افکار یا تهدید به خودکشی نمی‌شود. علاوه بر این، ممکن است گاهی اوقات دانشجویان افکار یا قصد خودکشی را از مشاور خود پنهان کنند یا زیاد درباره آن صحبت نکنند؛ بنابراین، حتی اگر دانشجویی در فرایند مشاوره قرار دارد، هرگز نباید این‌طور فرض کرد که در معرض خطر خودکشی نیست.

ممکن است دانشجویی ژست خودکشی را به خود بگیرد که از آن تحت عنوان رفتار خود تخریبی با احتمال کشندگی پایین یاد می‌شود که معمولاً منجر به مرگ هم نمی‌گردد. زنان بیشتر از مردان مستعد ژست خودکشی هستند (فورمن، ۱۹۹۰). در چنین موقعیت‌هایی همیشه احتیاج به مراقبت و توجه طبی نداریم، به همین خاطر ممکن است دیگران متوجه این موقعیت‌ها نشوند. گرچه این ژست‌ها معمولاً به منزله «فریادی برای دریافت کمک» نگریسته می‌شوند، اما طبعاً احتمال اقدام بعدی را در دانشجو افزایش می‌دهند. گاهی اوقات دانشجویانی که واقعاً قصد مردن ندارند، دست به اقدامی می‌زنند که ناخواسته منجر به ایجاد آسیب جدی می‌گردد؛ بنابراین ما نباید برخلاف اقدام به خودکشی، نسبت به ژست خودکشی بی‌تفاوت باشیم.

1 . Meilman, Pattis, & Kraus-Zeilmann
2 "cry for help"

۳-۴- سایر عوامل خطرآفرین

آگاهی از سایر عوامل خطرآفرین نیز مفید است، بعضی از آنها به عوامل جمعیت‌شناختی^۱ مربوط می‌شوند که پژوهش‌های مختلف درباره خودکشی، تعدادی از آنها را مشخص کرده‌اند. عوامل جمعیت‌شناختی شناخته شده که ریسک اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهند عبارتند از: مرد بودن (جنس مذکر)، سوء مصرف مواد، انزوای اجتماعی، افسردگی، روان‌پریشی یا اسکیزوفرنی و خارجی بودن دانشجو (شوارتز و ویتاکر، ۱۹۹۰). مشخص شده که دانشجویان زن آسیایی - آمریکایی جمعیت ویژه‌ای را تشکیل می‌دهند که برای ابتلا به دوره‌هایی از افکار و اقدام به خودکشی آسیب‌پذیر هستند (چانگ^۲، ۲۰۰۳). ویژگی‌ها و رگه‌های شخصیتی زیر نیز احتمال خودکشی را در افراد افزایش می‌دهد: ضعف در کنترل تکانه، خشم و خصومت و اشتغال ذهنی زیاد با افکار مرگ و مردن. میلمن و همکاران (۱۹۹۴) در مطالعه خود بر روی دانشجویانی که اقدام به خودکشی داشته‌اند، دریافتند که بیش از ۹۰ درصد این افراد اخیراً در حوزه کار یا درس و یا در ارتباطات عاطفی خود شکستی را تجربه کرده‌اند. فقدان‌های اخیر مثل از دست دادن روابط، منابع یا توانمندی‌ها و همچنین عملکرد تحصیلی ضعیف، احتمال خطر خودکشی را افزایش می‌دهند. هرچه تعداد عوامل خطرآفرین در یک فرد بیشتر باشد، احتمال اقدام به خودکشی نیز افزایش می‌یابد.

۴- رفتار آسیب زدن عمدی به خود

آسیب زدن عمدی به خود^۳ یا جرح خویشتن^۴ (رفتارهای خود-زنی^۵) در قالب بریدن، سوزاندن یا خراش دادن، جز رفتارهای مخربی هستند که در میان دانشجویان تا حدی شایع است (گراتز، کنراد و رومر^۶، ۲۰۰۲؛ وایت و همکاران، ۲۰۰۲). از آنجا که هر کسی متوجه این رفتارها نمی‌شود مگر اینکه فرد خودش برای دیگران تعریف کند که چنین کاری انجام داده است، هیچ نشانه و علامت واضحی وجود ندارد که بخواهیم به دنبال آن باشیم. ممکن است علامت یا زخم‌های خاصی در بدن دانشجو وجود داشته باشد که اطرافیان را به انجام این کار مشکوک نماید اما این اتفاق زیاد رخ نمی‌دهد زیرا این افراد به خوبی می‌توانند علائم و نشانه‌ها را مخفی نگه دارند.

1 . demographic
 2 . Chung
 3 . deliberate self- harm
 4 . self- injury
 5 . self- mutilating behavior
 6 . Gratz, Conrad, & Roemer

یک راه معمول برای اطلاع کارکنان دانشگاه از اینکه دانشجویی رفتار آسیب زدن به خود را انجام داده این است که خبر را از سایر دانشجویان بشنوند. ممکن است دانشجویی که به خود آسیب زده، راز خود را برای دوستانش فاش کند و آنها نیز این مسئله را به گوش کسی که می‌تواند مداخله درمانی انجام دهد، برسانند. ما معمولاً در مراکز مشاوره به این روش متوجه چنین دانشجویانی می‌شویم اما بعضی از آنها نیز داوطلبانه برای دریافت کمک مراجعه می‌کنند. در حقیقت، موقعیت‌هایی وجود دارند که فردی با مرکز ما تماس می‌گیرد تا خود زنی دانشجویی را گزارش دهد، بدون اینکه بداند این دانشجویی تحت مشاوره و درمان است. دریافته‌ام که رفتارهای آسیب زدن به خود برای اطرافیان بیش از خود دانشجو آزار دهنده و مشکل آفرین است. بحث‌هایی در زمینه سبب شناسی این رفتارها می‌تواند چرایی این مسئله را آشکار کند.

با اینکه عوامل خطر آفرین زیادی در بروز این رفتارها نقش دارند اما مهم‌ترین عوامل شناخته شده عبارتند از آسیب‌های دوره کودکی مثل سوء استفاده جسمی و یا جنسی و مورد غفلت عاطفی قرار گرفتن (گراتز و همکاران، ۲۰۰۲؛ وایت و همکاران، ۲۰۰۲). افراد از این رفتارها به عنوان راهی برای کاهش دردهای عاطفی، کنار آمدن با خاطرات آسیب‌زا، کاهش بی‌حسی هیجانی و به دست آوردن احساس کنترل بر زندگی و هیجانات استفاده می‌کنند (وایت و همکاران، ۲۰۰۲). قبلاً این-طور فرض می‌شد که این رفتارها در زنان بیشتر از مردان است اما شواهد اخیر نشان داده‌اند که مردان نیز به اندازه زنان برای بروز این رفتارها مستعد هستند، تنها نوع عوامل خطر آفرین در مردان و زنان با هم متفاوت هستند (مثلاً گراتز و همکاران، ۲۰۰۲). حتی با وجود این‌که این رفتار در صورت آشکار شدن برای دیگران، آزار دهنده است اما در حقیقت راهی است که فرد برای سازگاری از آن استفاده می‌نماید.

رفتار آسیب زدن عمدی به خود نوعی آسیب روانی شدید محسوب می‌گردد. اما همان‌طور که در فصل دوم مطرح کردم، به نظر می‌رسد فراوانی آن در میان دانشجویانی که مشکلات شدید روان‌شناختی ندارند نیز افزایش یافته است. علت این پدیده هنوز کاملاً مشخص نشده اما با توجه به گزارش‌های تعداد زیادی از دانشجویان در مرکز مشاوره، آنها در حال آزمودن این رفتارها به عنوان راهی برای مقابله با رویدادها و احساسات نامطلوب هستند. احتمالاً همانند رفتار سوء مصرف مواد، بروز این رفتارها نیز تحت تاثیر همسالان افزایش یافته است.

نکته بسیار مهمی که درباره رفتار آسیب زدن عمدی به خود باید در نظر داشته باشیم این است که دانشجویانی که مرتکب این رفتارها می‌شوند معمولاً قصد خودکشی ندارند و نمی‌خواهند بمیرند. اغلب این دانشجویان نقاط بی‌خطرتر بدن خود را می‌برند یا اینکه تنها به اندازه‌ای عمیق می‌برند که درد را احساس کنند و این جراحات را به اندازه‌ای خطرناک به وجود نمی‌آورند که احتیاج به

درمان‌های پزشکی داشته باشند. گاهی ممکن است دانشجویی تصادفاً جراحی جدی‌تر و عمیق‌تری ایجاد کند اما این اتفاق خیلی کم رخ می‌دهد. بنابراین، اگر متوجه شدیم دانشجویی دست به چنین رفتارهایی زده، لزوماً نگران اقدام به خودکشی یا خطر انجام قریب الوقوع این کار نخواهیم بود. با این حال، هر دانشجویی که رفتار آسیب زدن عمدی به خود را نشان می‌دهد، مسلماً مشکلات عاطفی و هیجانی دارد و می‌تواند از مداخلات مشاوره‌ای بهره‌مند شود.

۵- سوء مصرف مواد

مستندات بسیاری درباره مشکل سوء مصرف مواد در دانشگاه‌ها وجود دارد و توجه بسیار زیادی را از طرف مدیران آموزش عالی (کشور آمریکا) به خود اختصاص داده است. محاسبات نشان داده که ۲۰ تا ۳۰ درصد دانشجویانی که به دنبال دریافت کمک از مرکز مشاوره دانشگاه یا مرکز خدمات بهداشت روان هستند، به نوعی با مشکل سوء مصرف الکل یا مواد دست به گریبان هستند (میلمن و گیلور^۱، ۱۹۸۹). از سال‌ها قبل الکل داروی انتخابی دانشجویان (آمریکا) بوده و سپس استفاده از ماری‌جوانا رواج زیادی پیدا کرد به گونه‌ای که بعد از الکل جایگاه دوم را به خود اختصاص داده است (میلمن، گیلور، تروکو و استون، ۱۹۹۰). استفاده از سایر طبقات دارویی در بین دانشجویان غیرمعمول نیست که شامل داروهای زیر است: کوکائین، اکستازی، توهم‌زاها و هرویین. بعضی از دانشجویان داروهای نسخه شده مثل ریتالین و داروهای ضد سرفه حاوی کدین که بدون نسخه نیز فروخته می‌شوند، را مورد سوء مصرف قرار می‌دهند. اگرچه مصرف بیش از اندازه نیکوتین و کافئین ضرر کمتری دارد اما نباید آنها را از نظر دور نگه داشت. سوء مصرف هر نوع ماده‌ای می‌تواند نشانه وجود بسیاری از مشکلات در درون دانشجو باشد، مشکلاتی مثل اضطراب، افسردگی و رفتار خودکشی. ممکن است دانشجویان با استفاده از الکل و مواد به خوددرمانی مشکلاتشان بپردازند. گاهی حتی وقتی دانشجویان برای غلبه بر مشکلات خود از داروهای نسخه شده استفاده می‌کنند، همچنان به الکل و سایر مواد تکیه می‌کنند که این کار می‌تواند موجب از بین رفتن اثر داروها شود.

استفاده از الکل، عیاشی و مشکلات مرتبط با سوء مصرف الکل یکی از مهم‌ترین مشکلات دانشگاه‌های آمریکا است. شواهد محکمی وجود دارد بر این که بخش اعظم دانشجویان به مقدار زیاد الکل مصرف می‌کنند (کلمنتس^۲، ۱۹۹۹؛ میلمن، پرسلی و کاشین^۳، ۱۹۹۷؛ میلمن،

1 . Meilman & Gaylor

2 . Clements

3 . Meilman, Presley, & Cashin

استون، گیلور و تروکو، ۱۹۹۰؛ استین بارگر^۱، ۱۹۹۸) گزارش‌ها نشان داده که این اتفاق در ۲۶ تا ۳۵ درصد نمونه‌های دانشجویی رخ می‌دهد (کلمنتس، ۱۹۹۹). خیلی از دانشجویان اعتقاد دارند که استفاده از الکل در فعالیت‌های اجتماعی و جنسی به آنها کمک می‌کند (میلمن و گیلور، ۱۹۸۹). اما مصرف الکل پیامدهای معکوس و عوارض جانبی نامطلوبی را به دانشگاه‌ها تحمیل می‌کند. نمونه‌هایی از این مشکلات عبارتند از: روابط جنسی ناخواسته، رفتارهای منحرف و نامناسب، تخریب اموال، تصادف‌ها، آسیب‌ها، خشونت و آزار رساندن به دیگران (استین بارگر، ۱۹۹۸؛ وسلر، داوئیورت، دودال، موی کنز و کاستیلو^۲، ۱۹۹۴؛ وسلر، لی، کائو و لی^۳، ۲۰۰۰).

محققان عوامل جمعیت‌شناختی خاصی را شناسایی کرده‌اند که در گرایش به سوء مصرف الکل و مواد در میان دانشجویان نقش ایفا می‌کنند. یافته‌ها نشان داده‌اند که دانشجویان مرد نسبت به دانشجویان زن مقدار بیشتری الکل را در دفعات بیشتر مصرف می‌کنند و بیشتر به خوشگذرانی و عیاشی می‌پردازند (کلمنتس، ۱۹۹۹؛ استین بارگر، ۱۹۹۸). مقدار و دفعات مصرف الکل در دانشجویان سفید پوست نسبت به دانشجویان غیرسفید پوست بیشتر است (کلمنتس، ۱۹۹۹؛ انگز، دی‌بلد و هانسون^۴، ۱۹۹۴). به نظر می‌رسد دانشجویان ورزشکار و یونانی بیشتر در معرض خطر سوء مصرف الکل قرار دارند (کاشین، پرسلی و میلمن، ۱۹۹۸؛ لیچلیتر، میلمن، پرسلی و کاشین^۵، ۱۹۹۸) و این خطر برای دانشجویانی که هم ورزشکار و هم یونانی هستند به حداکثر می‌رسد (میلمن، لیچلیتر و پرسلی، ۱۹۹۹). اگرچه زندگی یونانیان به شدت با سوء مصرف الکل پیوند یافته است، اما سوء مصرف شدید الکل و مشکلات مرتبط با آن در دانشگاه‌هایی بیشتر است که ردپای زندگی یونانی در آنها کمتر دیده می‌شود (جانک، اسکروت، کاشول و موتزا^۶، ۲۰۰۳).

به دلیل شیوع مصرف الکل در میان دانشجویان، تمایز قابل شدن میان کسانی که صرفاً در موقعیت‌های اجتماعی خاص الکل مصرف می‌کنند^۷ و مصرف کنندگان مشکل‌دار سخت است. در بعضی از موارد شواهد مستقیماً مشکلات فزاینده مصرف الکل را نشان می‌دهند. بعضی از این علائم عبارتند از: علائم واضح مسمومیت مثل تکلم بریده بریده، فقدان هماهنگی و پراکندن بوی الکل که به ویژه در ساعت‌های غیر معمول یا در رویدادهای غیرالکلی^۸ قابل مشاهده هستند. شاخص‌های قابل مشاهده دیگر که نشانگر سوء مصرف الکل هستند، عبارتند از: خواب آلودگی یا چرت زدن گاه

1 . Steenbarger
 2 . Wechsler, Davenport, Dowdall, Moeykens, & Castillo
 3 . Wechsler, Lee, Kuo, & Lee
 4 . Engs, Diebold, & Hanson
 5 . Leichliter, Meilman, Presley, & Cashin
 6 . Juhnke, Schroat, Cashwell, & Gmutza
 7 . social drinker
 8 . nonalcohol events

به گاه، تغییرات قابل توجه در مراقبت از بهداشت فردی، نگرش‌های ضعیف و نامناسب در مورد درس خواندن یا سایر مسئولیت‌ها، تغییرات شدید و سریع خلق یا افسردگی و تغییرات واضح و مشخص در شخصیت. مشکلات تحصیلی مثل غیبت‌های مکرر از کلاس و افت نمرات نیز در این موارد قابل رؤیت هستند.

نشانه^۱ های سوء مصرف الکل همانند سوء مصرف سایر مواد است، اما علامت^۲ های به وجود آمده بر اساس نوع خاص دارویی که مصرف شده یا ترکیبی از داروها متفاوت می‌باشد. علائم قابل مشاهده زیادی باید وجود داشته باشد تا بتوان احتمال سوء مصرف الکل یا مواد دیگر را مطرح کرد. شاخص‌هایی که باید به دنبال آنها باشیم عبارتند از: اظهارات بی‌معنا یا رویاگونه، ذهن بی‌مسئولیت و سرگردان، چشمان اشک آلود، سکوت و خنده بی‌مورد و مشکلات قابل توجه در گفتار (تکلم بریده بریده یا سریع یا ناهماهنگ). مشکلات رفتاری مثل خصومت و پرخاشگری، نداشتن صداقت و مشکلات قانونی نیز با سوء مصرف مواد همراه هستند. سوء مصرف انواع خاصی از مواد (مثلاً توهم‌زاها) به دلیل عوارضی مثل تفکر به هم‌ریخته، حالت پارانویا، احساس گسیختگی، عاطفه نامناسب و توهم، ظاهری شبیه افراد سایکوتیک برای فرد مصرف کننده به وجود می‌آورد.

سوء مصرف مواد، عملکرد تحصیلی را به شدت مختل می‌کند (کسلر و همکاران، ۱۹۹۵؛ اسوانام و زودی^۳، ۲۰۰۱). اغلب این اتفاق به دلیل عدم توجه به انجام تکالیف یا شکست در انجام به موقع آنها رخ می‌دهد. در بسیاری از موارد مشکلات تحصیلی نشانه‌ای است که می‌توان با توجه به آن به سوء مصرف مواد توسط دانشجو مظنون بود. از طرف دیگر من دانشجویانی را می‌شناسم که مصرف سنگین الکل و مواد دیگر را تجربه می‌کنند، بدون آنکه اختلالی در عملکرد تحصیلی نشان دهند. بر اساس تجربه شخصی، در بسیاری از موارد سوء مصرف مواد در عملکرد تحصیلی اختلال ایجاد می‌کند اما مطمئناً استثناهایی هم وجود دارد. یکی از دانشجویان را به خاطر می‌آورم که علیرغم مصرف ماری جوانا، دو تا سه بار در روز، همچنان نمرات خود را در سطح متوسط نگه داشته بود. این دانشجو در ابعاد دیگر تحصیل هم عملکرد خوبی داشت اما برای تسکین اضطراب و پنهان نگه داشتن آن به ماری جوانا وابسته بود.

دانشجویان مصرف کننده مواد معمولاً در موقعیت‌های بحرانی از قبیل بحران‌های قانونی، پزشکی یا روان‌شناختی نظر ما را به خود جلب می‌کنند. به عنوان مثال ممکن است دانشجویی به جرم همراه داشتن یا توزیع مواد دستگیر شود یا علائم پزشکی جدی را در ارتباط با مصرف الکل یا مواد دیگر تجربه کند. یکی از موقعیت‌هایی که کارکنان و اساتید دانشگاه ممکن است با آن مواجه

1 . sign
2 . symptom
3 . Svanum, & Zody

شوند، آشفتگی دانشجوی ناشی از اضطراب یا افسردگی شدید یا دوره‌های سایکوتیک مرتبط با مصرف مواد است. باید به خاطر داشته باشیم که سوء مصرف مواد ممکن است ریشه در پریشانی‌ها و استرس‌های دانشجوی داشته باشد، با این حال این مسئله مشخص نمی‌شود مگر اینکه دانشجوی داوطلبانه درباره مصرف مواد یا الکل صحبت کند و حقایق را آشکار نماید.

۶- اختلالات خوردن

اختلالات خوردن نگرانی زیادی را پیرامون سلامت روان دانشجویان به ویژه دختران دوره کارشناسی برانگیخته است. تعداد زیادی از دانشجویان دختر رفتارهای ناسالم کنترل وزن را نشان می‌دهند (مینز و بتز^۱، ۱۹۸۸). اگرچه معمولاً اختلالات خوردن در زنان دیده می‌شود، اما میزان بروز آن در میان دانشجویان مرد بیش از آنچه قبلاً برآورد شده بود، گزارش شده است (نلسون، هاگس، کاتز و سیرایت^۲، ۱۹۹۹).

مشکلات مرتبط با رفتارهای خوردن در دانشجویان در دامنه‌ای از عادات بهنجار اما ناسالم خوردن (در دانشجویان خیلی غیر معمول نیست) تا موارد شدید اختلالات خوردن قرار می‌گیرد. در مجموع، افراد مبتلا به اختلالات خوردن معمولاً نگرانی شدید نسبت به ظاهر، وزن و اندازه بدن خود دارند. علاوه بر این، تصویر بدنی^۳ این افراد نیز مختل است. عوامل مختلف هیجانی، بین شخصی و شخصیتی مثل افسردگی، عادات وسواسی، کمال گرایی، اضطراب اجتماعی و صفات شخصیتی وابسته را به اختلالات خوردن نسبت می‌دهند. علاوه بر این، فشارهای اجتماعی-فرهنگی (اهمیت لاغری) به ویژه برای زنان جوان از اهمیت بالایی برخوردار است.

بی‌اشتهایی^۴ و پرخوری^۵ روانی دو دسته اولیه و اصلی از اختلالات خوردن هستند که در دانشجویان رایج است. اگرچه علائم و نشانه‌های آنها کاملاً متفاوت هستند، اما دو مقوله جدا از هم نیستند. ممکن است دانشجویی علائم مختلف هر یک از دو اختلال را با هم نشان دهد که از آن تحت عنوان پرخوری-بی‌اشتهایی^۶ یاد می‌شود.

1 . Mintz, Betz
2 . Nelson, Hughes, Katz, & Searight
3 . body image
4 . anorexia
5 . bulimia
6 . bulimarexia

۶-۱- بی‌اشتهایی روانی

دانشجویان مبتلا به بی‌اشتهایی روانی، ترس شدیدی از خوردن دارند و علیرغم این‌که بسیار لاغر هستند، همواره وزن خود را زیاد ارزیابی می‌کنند. علاوه بر از دست دادن وزن زیاد (که نباید به خاطر بیماری خاص پزشکی باشد)، علائم هشدار دهنده دیگر بی‌اشتهایی روانی عبارتند از: اعمال محدودیت شدید بر غذا خوردن، نادیده گرفتن مکرر گرسنگی، نگرانی غیرمنطقی درباره افزایش وزن و چاق شدن، تحرک زیاد (مثلاً افزایش ورزش) و تشریفات غیر معمول مرتبط با خوردن (مثلاً بریدن غذا به تکه‌های بسیار کوچک). شاخص‌های قابل مشاهده دیگر از تغذیه نامناسب و از دست دادن وزن ناشی می‌شوند مثل پوست خشک، کم پشت شدن یا ریزش مو و حساس شدن به دمای سرد یا گرم. افراد مبتلا به این اختلال اغلب لباس‌های گشاد می‌پوشند تا چاقی خودشان را (آن‌طور که فکر می‌کنند) از دیگران پنهان نمایند. یکی دیگر از شاخص‌های بالقوه برای دختران دانشجو توقف عادات ماهانه است.

یکی از رایج‌ترین نگرانی‌هایی که افراد دیگر در مورد دانشجویان مبتلا به بی‌اشتهایی روانی اظهار می‌دارند این است که معتقدند این دانشجویان بسیار لاغر و کم وزن به نظر می‌رسند. البته، این یکی از رایج‌ترین نشانه‌هایی است که افراد دیگر اغلب آن را می‌بینند و بیان می‌کنند؛ اما باید به خاطر داشته باشیم که لاغر بودن همواره نشانه ابتلا به اختلال خوردن نیست. از دست دادن وزن زیاد می‌تواند علامت بیماری دیگری غیر از بی‌اشتهایی روانی مثل افسردگی باشد. نکته مهم این است که تنها بر این اساس که کسی بسیار لاغر به نظر می‌رسد، واکنش نشان ندهیم. دانشجویان بسیار زیادی داشته‌ام که توسط دیگران برای مشاوره ارجاع داده شده بودند که به دلیل ظاهر یا عادات غذا خوردن‌شان مشکوک به اختلال خوردن بودند اما گاهی چیزی غیر از اختلال خوردن، عامل وزن پایین یا عادات غذایی نامناسب است.

۶-۲- پرخوری روانی

فرد مبتلا به پرخوری روانی نیز همانند فرد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی به شدت نگران وزن بدن و ظاهر خود است. اما برخلاف بی‌اشتهایی روانی، در پرخوری روانی دوره‌هایی از پرخوری و پاکسازی را مشاهده می‌کنیم. فرد مبتلا به پرخوری روانی به شکل غیرقابل کنترلی غذا می‌خورد و سپس از طریق استفراغ عمدی، ورزش سخت و ملین‌ها یا مدرها غذای خورده شده را از بدن خارج می‌کند. کسی که این نوع رفتارها را انجام می‌دهد، علائم جسمانی مثل از دست رفتن مینای دندان، شکستگی رگ‌های خونی صورت، رنگ‌پریدگی، غدد متورم زیر آرواره و دایره‌های تیره رنگ زیر چشم را نشان می‌دهند. خلق این‌گونه افراد تحریک پذیر و متغیر است و همواره از مشکلات

احشایی مثل دردهای شکم یا دردهای گوارشی و مشکلاتی مثل سردرد، دندان درد، سرگیجه و احساس ضعف و گرفتگی عضلات شکایت دارند.

افراد مبتلا به پرخوری روانی همواره تلاش می‌کنند تا پرخوری و پاکسازی خود را در قالب یک راز نگه دارند اما ممکن است ناخواسته سرخ‌هایی به دست دهند. به عنوان مثال ممکن است در حال ذخیره کردن غذا، خوردن بیش از اندازه (بدون اینکه تغییر قابل ملاحظه‌ای در وزن آنها رخ دهد) و رفتن به دستشویی بلافاصله پس از صرف غذا دیده شوند. همچنین اعتقاد بر این است که افراد مبتلا به این اختلال گاهی اجناسی مثل غذا، ملین‌ها یا مواد دیگری را که نه می‌خواهند و نه احتیاجی به آنها دارند، از مغازه‌ها می‌دزدند و یا غذاهای دوستان یا هم‌اتاقی‌های خود را مورد سرقت قرار می‌دهند. سطوحی از اجتناب از رویدادهای اجتماعی و کناره‌گیری از دیگران نیز به دلیل ماهیت رازگونه رفتارها، در این افراد دیده می‌شود.

۷- رفتارهای روان پریشی

با اینکه احتمال بروز اختلالات روان پریشانه مثل اسکیزوفرنیا در سال‌های اول ورود به دانشگاه بیشتر است اما تعداد دانشجویانی که تشخیص این اختلالات را دریافت می‌کنند در مقایسه با سایر اختلالات بسیار کمتر است. مواجهه با دانشجویی که رفتارهای روان پریشانه نشان می‌دهد، بسیار ناراحت کننده است و حتی برای کارکنان حرفه‌ای مراکز بهداشت روانی نیز مشکلاتی را ایجاد می‌کند. علائم روان پریشی به شکل‌های مختلفی ظاهر می‌شوند: رفتار و گفتار درهم ریخته و گسسته، افکار هذیانی و پارانوئیدی، باورها و افکار عجیب و غریب، توهم‌های شنیداری و عواطف کند یا نامناسب. با این حال علائم روان پریشی همواره دلیل بر وجود یک اختلال روان پریشانه نیستند، گاهی این علائم به دلیل وجود اختلالات خلقی، اختلال وسواس فکری- عملی (مثلاً افکار وسواسی که ممکن است عجیب یا غیر منطقی به نظر بیایند)، سوء مصرف مواد یا استفاده از داروها بروز می‌یابند. رفتارهای روان پریشی، بدون توجه به سبب‌شناسی آنها، گیج و پریشان کننده و اضطراب‌زا هستند و سرو کله زدن با آنها بسیار دشوار است.

به عبارت ساده‌تر باید گفت که رفتار یا دوره روان پریشی وقتی رخ می‌دهد که فرد تماس خود را با واقعیت از دست می‌دهد یا آشفتگی شدید فکر را تجربه می‌کند. بعضی از علائم رایجی که در دانشجویان دیده می‌شود عبارتند از: گفتار ناهماهنگ، تجزیه شده و بی ربط و افکار غیرعادی و از هم گسیخته. عاطفه و هیجان در این افراد کند، سطحی، نامناسب، اغراق آمیز یا دوسوگرا (تغییر غیرعادی مثلاً حرکت رفت و برگشتی بین دوره‌هایی از خنده و گریه) است. دیگر شاخص‌های قابل مشاهده مربوط به ظاهر فرد است، مثل لباس و آرایش نامناسب، اجتناب از تماس چشمی یا خیره

شدن مستقیم در چشم طرف مقابل و بهداشت فردی ضعیف و نامناسب. البته بعضی از این متغیرها ممکن است ناشی از عوامل دیگر باشند، به همین خاطر ارزیابی جنبه خاصی از ویژگی‌های ظاهری در دانشجویان بسیار مشکل خواهد بود. به عنوان مثال گاهی دیده شده که دانشجویان لباس‌هایی بر تن می‌کنند که در منظر دیگران بسیار عجیب به نظر می‌آید؛ مثلاً در زمستان شلوار کوتاه و در تابستان کلاه پشمی می‌پوشند. بعضی از این رفتارها بیشتر نشان دهنده این است که دانشجویان دوست دارند متفاوت از دیگران باشند یا توجه اطرافیان را جلب کنند یا تنها می‌خواهند از نظر شخصیتی کمی غیرعادی به نظر بیایند. بنابراین، وقتی می‌خواهیم از ظاهر و رفتار دانشجو به عنوان شاخصی برای تعبیر و تفسیر حالت ذهنی و روانی او استفاده کنیم، باید جانب احتیاط را رعایت کنیم.

ارزیابی دانشجویانی که پارانویا و هذیان را تجربه می‌کنند بسیار چالش برانگیز است و به ماهیت ترس‌ها و محتوای هذیان‌شان بستگی دارد. وقتی هذیان‌ها عجیب و غریب هستند، در ماهیت هذیانی آنها نباید شک کرد. یاد می‌آید دانشجویی را دیده‌ام که معتقد بود آب سردکن دفتر روان‌پزشک آلوده به سم است. وقتی هذیان‌ها خیلی عجیب و غریب نیستند، اطمینان کمتری نسبت به این مسئله وجود دارد که آیا این افکار ریشه در واقعیت دارند یا نه. دسته‌ای از هذیان‌های رایج غیرعجیب دربرگیرنده ترس از تعقیب شدن یا فریب خوردن، هذیان بزرگ منشی (احساس داشتن هویت برتر، ثروت، دانش و توانایی خیلی زیاد) و هذیان جسمانی (مثلاً اعتقاد به ابتلا به یک نقص جسمانی یا بیماری طبی علیرغم وجود هر نوع شواهد پزشکی) است.

ارزیابی هذیان‌هایی با محتوای روابط عاشقانه نیز بسیار مشکل هستند. دانشجویانی زیادی را دیده‌ام که درباره این احتمال که شریک عاطفی آنها قصد فریب دادن و خیانت کردن را دارد، بسیار حساس و مشکوک هستند که در این صورت مرز میان رفتارهای نرمال مربوط به فرایند تحول و حسادت ناشی از پارانویا بسیار باریک و مبهم می‌شود. همچنین تجاربی داشته‌ام با دانشجویانی که تنها برای کشف این مسئله که آیا فرد مقابل تمایل به برقراری رابطه با آنها دارد یا این فقط خیال ذهنی آنها بوده قصد برقراری رابطه با کسی را داشتند یا واقعاً این رابطه را برقرار کرده‌اند. علائم روان‌پریشی در عملکرد تحصیلی فرد نیز اختلال ایجاد می‌کنند. با این حال، در بعضی موارد ممکن است دانشجویان، هذیان یا سایر علائم روان‌پریشی را تجربه کنند، بدون اینکه اختلالی در توانایی آنها برای مطالعه یا عملکرد مطلوب تحصیلی پدید آید. آرنستاین^۱ (۱۹۸۹) دانشجویی را مثال می‌زند که هم هذیان و هم توهم شنیداری در این زمینه داشت که سایر دانشجویان او را مسخره می‌کنند اما این مشکلات هیچ نوع اختلالی را بر عملکرد تحصیلی او وارد نکرده بود؛ در حقیقت،

1. Arnstein

نمرات این دانشجو آشکارا افزایش یافته بود زیرا توهم او باعث شده بود خود را از دیگران جدا کند و وقت بیشتری را برای مطالعه اختصاص دهد. با این وجود، علائم یا دوره‌های روان پریشی توانایی دانشجویان را برای عملکرد مطلوب مختل می‌کند، مگر اینکه درمان مناسب را دریافت نمایند.

۸- خلاصه

توانایی تشخیص علائم و نشانه‌های بالقوه مشکلات شایع در جمعیت دانشجویی، برای اساتید و کارکنان دانشگاه اهمیت زیادی دارد. بعضی از این مشکلات عبارتند از: اضطراب، افسردگی، آسیب زدن عمدی به خود، سوء مصرف الکل و مواد و رفتارهای روان پریشانه. نیازی به این نیست که کارکنان غیر مشاور دانشگاه‌ها خودشان هر یک از اختلالات مذکور را تشخیص دهند اما حداقل باید بتوانند علائم اصلی وجود یک اختلال را در دانشجو شناسایی نمایند. توان انجام چنین کاری می‌تواند تضمین کننده این باشد که دانشجو خدمات سلامت روان مناسب را دریافت می‌نماید.

فصل چهارم

نحوه تعامل با دانشجوی آشفته

در فصل‌های دوم و سوم، علائم و نشانه‌هایی مطرح شدند که مشخص کننده ابتلای دانشجویان به مشکلات روان‌شناختی و هیجانی است. در این فصل، مداخلاتی پیشنهاد می‌شوند که در مواجهه با دانشجویانی که نوع خاصی از این اختلالات را تجربه می‌کنند، استفاده می‌گردند. این پیشنهادات اصالتاً برای موقعیت‌هایی ارائه می‌شوند که شما نگران دانشجو هستید و بر اساس همین نگرانی دوست دارید به دانشجو نزدیک شوید. اغلب مطالب ارائه شده در این فصل حاصل تجربه شخصی در مشاوره با افراد در محیط دانشگاهی است و مشتمل است بر پیشنهاداتی که در مواجهه با دانشجویان مشکل‌دار برای دیگران بسیار مفید بودند. فرایند نزدیک شدن به یک دانشجوی مشکل‌دار ممکن است بر اساس تعداد متغیرهای درگیر، بسیار سرراست و ساده یا چالش برانگیز و پیچیده باشد. اگرچه هر موقعیت مولفه‌های منحصر به فردی دارد اما اساتید و کارکنان دانشگاه باید اصول کلی و عمومی مداخله را بدانند.

همان‌طور که انتظار می‌رود بعضی از کارکنان و اعضای هیئت علمی دانشگاهها دوست ندارند خود را به دانشجویان مشکل‌دار نزدیک نمایند و برای این کار نیز تلاشی صورت نمی‌دهند و ترجیح می‌دهند فرایند مداخله را به افراد دیگر مثل مشاوران بسپارند (این مسئله در فصل پنجم مورد بررسی قرار می‌گیرد). با این حال موقعیت‌هایی پیش می‌آید که شما ناخواسته با یک دانشجوی مشکل‌دار مواجه می‌شوید و مجبورید مستقیماً با او برخورد داشته باشید. به عنوان مثال، اگر دانشجویی هنگام ملاقات با شما بسیار ناراحت باشد یا داوطلبانه بخواهد مشکلات شخصی خود را با شما در میان بگذارد، باید سطوحی از مداخله را در آن زمان اجرا نمایید. به یاد داشته باشید

که کلمه مداخله^۱ در اینجا به گام‌های نخستینی اشاره دارد که برای کمک به دانشجو طراحی می‌شوند تا او بتواند در مواقع نیاز، مراقبت‌ها و خدمات مناسب را دریافت نماید. برای افراد غیرمشاور دانشگاه، نزدیک شدن به دانشجویی که رفتار یا گفتارش جلب توجه می‌کند، اضطراب برانگیز است. ممکن است از این بترسید که دانشجو جواب منفی به کمک شما بدهد به ویژه زمانی که داوطلبانه صحبت درباره مشکل خود را آغاز نکرده باشد. وقتی دانشجو خود آغازگر بحث باشد، ابراز نظر یا پرسیدن سوال برای شما آسان‌تر خواهد بود. به عنوان مثال، تصور کنید با دانشجویی برخورد کرده‌اید که به مسائلی از زندگی شخصی خود اشاره می‌کند که عملکرد تحصیلی او را مختل کرده است. با کمی جستجو می‌توانید به این نکته پی ببرید که این دانشجو تا چه حد تحت استرس قرار دارد و (در صورت وجود) چه کمک‌هایی را دریافت می‌کند. در مقابل، وقتی شما آغازگر مداخله هستید، ممکن است این احساس برای دانشجو به وجود آید که به قلمرو پنهان او حمله کرده‌اید.

فکر می‌کنم بهتر است وقتی به عنوان یک کارمند یا یکی از اعضای هیئت علمی دانشگاه درباره سلامت روان شناختی یا هیجانی دانشجویی نگرانی‌هایی دارید، به او نزدیک شوید. یک استثنا وقتی است که احتمال بدهید در صورت نزدیک شدن، دانشجو به خودش یا دیگری آسیب برساند. اگر نشانه‌ای از خودکشی در دانشجو دیدید، قویاً به شما توصیه می‌کنم در صورت امکان ابتدا با یک مشاور تماس بگیرید. گاهی موقعیت‌هایی پیش می‌آید که پیش از آنکه بتوانید با یک مشاور تماس بگیرید، احتمال خودکشی وجود دارد؛ این موقعیت‌ها را در ادامه همین فصل بررسی می‌کنیم. وقتی تهدید آسیب رسیدن به دیگران وجود دارد، می‌توانید با مرکز خدمات مشاوره یا رییس دانشگاه تماس بگیرید یا مستقیماً به حراست دانشگاه مراجعه کنید و اگر فکر می‌کنید خطر قریب الوقوعی (مثلاً تهدید مشخصی که برعلیه یک فرد خاص انجام شده) در راه است با آتش نشانی یا نیروی انتظامی تماس بگیرید. در موقعیت‌هایی که دانشجو اظهار می‌کند قربانی تجاوز به عنف شده، یا تحت تعقیب قرار گرفته و یا به هر شکلی تهدید شده است، تلاش کنید بدون اینکه دانشجو را تحت فشار قرار دهید، او را ترغیب کنید که با حراست دانشگاه تماس بگیرد، همچنین دانشجو را به دفتر خدمات مشاوره و یا منابع دیگر (مثل رییس دانشگاه، مرکز بهداشت یا مرکز زنان) ارجاع دهید تا از حمایت لازم برخوردار و به مشکلش رسیدگی شود.

همان‌طور که قبلاً گفته شد، معمولاً ابراز نگرانی درباره وضعیت یک دانشجو به اشتباه دخالت بیش از حد قلمداد می‌شود. معمولاً بدترین نتیجه این است که دانشجو از این دخالت شما خجالت زده شود یا حالت دفاعی به خود بگیرد، اما اگر بتوان از تجربه مشکلات جدی‌تر جلوگیری کرد،

1 . intervention

ارزش آن را دارد. من شاهد موقعیت‌های خیلی زیادی بوده‌ام که طی آن افراد پیش از مداخله یا ارائه کمک به دانشجویی که نگران احوال او بودند، مدت زمان طولانی منتظر ماندند، به گونه‌ای که مسئله پیچیده‌تر و مشکل‌تر شد. در حقیقت بسیاری از دانشجویان وقتی می‌فهمند دیگران به آنها توجه می‌کنند و یا متوجه تلاش و نزاغ آنها با خود شده‌اند، به کمک آنها پاسخ مثبت می‌دهند حتی اگر مشخص شود که مشکل آن‌چنان هم که دیگران فکر می‌کردند، جدی نبوده است. مداخله زودهنگام مانع تبدیل شدن مشکل دانشجو به بحران‌های بزرگتر خواهد شد.

۱- اصولی کلی برای مصاحبه

وقتی نگران سلامت روان‌شناختی یا هیجانی دانشجویی هستید و قبل از مشورت با مشاور دانشگاه قصد نزدیک شدن به این دانشجو را دارید، اجرای این اصول کلی بسیار مفید خواهند بود.

۱-۱- زمان و مکان مناسب

قبل از هر چیز مهم است که در زمان و مکان مناسب به دانشجو نزدیک شوید. وقتی با دانشجو صحبت کنید که دیگران حضور ندارند، با ملایمت به او نزدیک شوید. «دنبال فرصتی می‌گردم که با شما صحبت کنم. می‌توانیم برنامه‌ای تنظیم کنیم که با هم ملاقاتی داشته باشیم؟» در صورت امکان، این کار را زمانی انجام دهید که وقت آزاد داشته باشید تا اگر برنامه دانشجو این اجازه را می‌دهد، بلافاصله ملاقات داشته باشید. در مجموع، سعی کنید هرچه زودتر ترتیب این ملاقات را بدهید تا احتمال فراموش کردن موضوع توسط دانشجو به حداقل برسد؛ در غیر این صورت دانشجو امکان این ملاقات را از دست می‌دهد. اگر همان زمان نتوانستید برنامه ملاقات را هماهنگ کنید، شماره تلفن خود را به دانشجو بدهید تا بتواند با شما تماس بگیرد و شماره او را نیز بگیرید (در صورت امکان شماره تلفن همراه را بخواهید). تجربیات شخصی من نشان داده که با انجام این کار احتمال اینکه دانشجو از این ملاقات صرف نظر کند، کاهش خواهد یافت زیرا این کار نه تنها یک یادآوری کننده است بلکه اهمیت موضوع را آشکارا نشان می‌دهد. انجام این کار به شما فرصت می‌دهد تا اگر دانشجو بدون اطلاع به ملاقات شما نیامد، با او تماس بگیرید.

وقتی زمان و مکان مناسب انتخاب شد، می‌توانید نگرانی‌ها و عقاید خود را درباره دانشجو کاملاً مودبانه و بدون تهدید ابراز نمایید. ممکن است بر تمام جنبه‌های اتاق یا دفتری که برای ملاقات انتخاب کردید، کنترل کامل نداشته باشید اما بهتر است تا حد امکان خصوصی باشد و عاملی برای حواسپرتی یا مزاحمت نداشته باشد. همچنین بهتر است تلفنی در دسترس باشد تا در صورت نیاز بتوانید با سایر ادارات دانشگاه تماس بگیرید؛ شماره‌های ضروری نیز باید در فهرستی کاملاً خوانا یا

در حافظه تلفن موجود باشند. هنگام صحبت با دانشجو بهتر است به تلفن‌های غیرضروری و نامربوط پاسخ ندهید.

۱-۲- صریح باشید (مشاهدات خود را بیان کنید)

اگرچه هنگام صحبت با دانشجو نباید حالت مقابله‌ای یا تنبیه کننده داشته باشید اما توجه به این نکته نیز مهم است که نباید خیلی حالت محتاط و محافظه کار به خود بگیرید. بهترین راه برای ادامه صحبت این است که آنچه را ضروری به نظر می‌رسد، کاملاً واضح و صریح بگویید. باید به رفتارها و صحبت‌های نگران کننده دانشجو توجه ویژه داشته باشید. مثلاً اگر متوجه تغییر قابل ملاحظه در رفتار دانشجو شدید که نشان‌دهنده احتمال افسردگی اوست، مشاهدات خود را بیان کنید (مثلاً بگویید «اخیراً ناراحت و غمگین به نظر می‌رسی و در کلاس من چرت می‌زنی»). این جملات به عبارات کلی مثل «شما افسرده به نظر می‌رسی» که به راحتی نادیده گرفته یا بد تفسیر می‌شوند، ترجیح داده می‌شوند. در مجموع، از حدس زدن یا تلاش برای ارائه تشخیص حتی به شکل موقت نیز بپرهیزید. مشاهده رفتارهای خاص، قابل چشم‌پوشی نیستند و می‌توانند دانشجو را از وجود مشکل آگاه سازند.

با دانشجو صادق باشید اما برای پذیرش وجود مشکل به او فشار وارد نکنید. موردی را به یاد می‌آورم که طی آن یکی از اساتید با مشاهده علائم و شواهد خاص متقاعد شده بود که دانشجویش مبتلا به اختلال خوردن است و اصرار داشت که دانشجو این مشکل را بپذیرد. بعداً مشخص شد که این دانشجو از اضطراب شدید و مشکلات گوارشی رنج می‌برد که همین مسئله اشتهای او را به شدت کاهش داده و باعث محدود شدن رژیم غذایی شده است. به دلیل علائم مرتبط با خوردن غذا و لاغری بیش از حد این دانشجو، انتظار می‌رود که کسی به وجود اختلال خوردن در این فرد مشکوک شود. اما استاد این دانشجو بیش از حد به وجود این مسئله اعتقاد پیدا کرده بود و اصرار داشت که او با فردی ملاقات کند که متخصص درمان اختلالات خوردن است.

در حالی که تشخیص علائم اختلالات خاص مثل اختلال خوردن از اهمیت زیادی برخوردار است، لازم نیست برای تسهیل ارجاع او به متخصص شخصاً اقدام به تشخیص‌گذاری کنیم. بسیاری از مشاوران دانشگاه، مشاوران عمومی هستند و معمولاً می‌توانند روی هر نوع مشکلی که ممکن است در جمعیت دانشجویی وجود داشته باشد، کار کنند و در صورت لزوم نیز می‌توانند ترتیب ملاقات دانشجو با یکی از همکاران متخصص خود را فراهم آورند. حتی اگر تشخیص شما دقیق و درست باشد، اگر بخواهید برای پذیرش این مسئله به دانشجو فشار وارد کنید ممکن است نتیجه

معکوس به بار آورد، زیرا ممکن است دانشجو آن را انکار نماید، نسبت به آن آگاهی نداشته باشد و یا آماده پذیرش وجود مشکل نباشد.

نکته حائز اهمیت دیگر این است که وقتی تصمیم گرفتید بر اساس اطلاعاتی که از دیگران درباره دانشجو به دست آورده اید، با او صحبت کنید، چه بگویید. در اکثر موارد شما می‌توانید به راحتی به دانشجو نزدیک شوید بدون آنکه منابع اطلاعاتی را فاش نمایید، به ویژه اگر این اطلاعات حاصل مشاهدات شخصی خودتان است. اما اگر اطلاعات شما از آن دسته‌ای است که صرفاً به واسطه مشاهدات دیگران به دست می‌آید، مجبورید آنها را فاش نمایید. با این حال باید مواظب بر ملاکردن نام دانشجویان دیگر باشید مگر اینکه خود آنها این اجازه را به شما داده باشند. موقعیت ایده‌آل وقتی رخ می‌دهد که شما این اجازه را داشته باشید اما این اتفاق خیلی کم پیش می‌آید.

به عنوان یک مشاور دانشگاه معمولاً حین کار با چنین مشکلی مواجه می‌شوم. دانشجویان با نگرانی‌هایی درباره دوستانشان نزد من می‌آیند درحالی که تمایل ندارند نامشان افشا شود و دوستشان بفهمد که آنها درباره او با کسی صحبت کرده‌اند. حتی گاهی والدین تماس می‌گیرند و نگرانی‌هایی را درباره فرزندانشان ابراز می‌کنند درحالی که نمی‌خواهند فرزندشان بفهمد که آنها این مسائل را به مشاور انتقال داده‌اند. گاهی اوقات باید از قوه خلاقیت خود استفاده کنید و مسائل را طوری بیان کنید که نیاز به افشای منبع اطلاعات نداشته باشید. البته اکثر اوقات دانشجویان به حدی باهوش هستند که علیرغم افشای نام منبع اطلاعاتی از طرف ما به درستی حدس می‌زنند که چه کسی درباره مشکلات آنها با ما صحبت کرده است. همچنین ممکن است دانشجویان از اینکه کسی مشکلات آنها را به ما انتقال داده ناراحت یا عصبانی شوند اما بهتر از این است که مشکلات جدی دانشجو بدون توجه رها شوند و مورد مداخله قرار نگیرند.

۱-۳- بیان نگرانی‌ها

معمولاً مشاوران به خوبی تربیت شده‌اند تا محبت و همدلی خود را هم به شیوه کلامی و هم به شیوه غیرکلامی ابراز کرده و به دانشجو نشان دهند اما توان انجام این کار در میان افراد غیرمشاور دانشگاه بسیار متفاوت است. اگرچه ممکن است فردی به شکل طبیعی توان خوبی برای همدلی کردن داشته‌باشد، اما توان ابراز همدلی لازم و ضروری هر کسی نیست. در مجموع، همدلی^۱ توان درک آن چیزی است که فرد احساس یا تجربه می‌کند، یعنی دقیقاً خود را در موقعیت فرد مقابل قرار دادن. همدلی یک فرایند پیچیده است که تجربه واقعی آن بسیار مشکل است. مهم‌ترین مسئله این است که بتوانیم نگرانی خود درباره سلامت دانشجو را در قالب کلمات بیان کنیم. البته این کار

1 . empathy

ممکن است به سادگی ابراز مشاهدات شما باشد «من نگران احوال شما هستم و می‌خواهم مطمئن شوم که خوبی». تا جایی که ممکن است باید به دانشجو نشان دهید که نگران او هستید و قصد حمایت دارید بدون این‌که بخواهید قضاوتی در مورد او انجام دهید. خودداری از قضاوت و یا سرزنش کردن بعضی از رفتارها (مثل سوء مصرف مواد) برای اکثر افراد بسیار مشکل است اما اگر دانشجویان به هر صورتی از قضاوت شدن نترسند، برای ابراز صادقانه تجارب خود و سهیم کردن شما در آنها بسیار راغب‌تر خواهند بود.

همچنین رعایت این نکته اهمیت دارد که بدون توجه به آنچه ظواهر امر نشان می‌دهند، تجربه دانشجو را کم اهمیت جلوه ندهیم. گاهی افراد در تلاش برای ایجاد احساس خوب در دانشجو، ناخواسته تجربه او را کم اهمیت جلوه داده یا آن را نادیده می‌گیرند. یک مثال خوب برای این مسئله مواقعی است که دانشجو علیرغم عملکرد مطلوب تحصیلی در روزهای امتحان دچار اضطراب زیاد می‌شود. دیگران برای کاهش اضطراب این دانشجو به او قوت قلب می‌دهند «من مطمئنم تو امتحان خوبی را پشت سر خواهی گذاشت» یا «مسئله‌ای برای نگرانی تو وجود ندارد». چنین عباراتی با توجه به پیشینه عملکرد تحصیلی قوی و مطلوب کاملاً منطقی به نظر می‌رسند اما کمکی به کاهش اضطراب دانشجو نخواهند کرد. بهتر است مشکلات مرتبط با اضطراب را شناسایی کنیم و به دانشجو توصیه کنیم که برای مدیریت این اضطراب به دنبال کمک تخصصی باشد.

۱-۴- پرسش درباره استفاده از مشاوره در گذشته و حال

وقتی قصد دارید به دانشجویی که نگران او هستید نزدیک شوید، درباره سابقه مراجعه به مشاور در گذشته و حال از او سوال کنید. چند سوال ساده می‌تواند تعیین کننده دیدگاه دانشجو درباره ارجاع به مشاوره باشد. اگر دانشجو پذیرفت که مشکل هیجانی یا روان‌شناختی دارد، این‌طور وانمود نکنید که جوایز جزییات بیشتر هستید یا اطلاعات زیادی می‌خواهید. مهم‌ترین نکته این است که بفهمید آیا این دانشجو به دنبال استفاده از کمک‌های تخصصی بوده یا خیر.

بعضی وقت‌ها متوجه می‌شوید که دانشجو در حال استفاده از خدمات مراکز مشاوره داخل یا خارج از دانشگاه است. برای دانشجویانی که در حال حاضر تحت مشاوره نیستند باید مشخص کنید که آیا تا کنون در دانشگاه یا هر جای دیگری از خدمات مشاوره بهره برده‌اند یا خیر. دانشجویانی که قبلاً تحت مشاوره بوده‌اند تمایل بیشتری برای استفاده مجدد از این خدمات دارند، مگر اینکه تجربه قبلی آنها منفی بوده باشد. ارزیابی این نکته هم اهمیت دارد که دانشجو تا چه حد مشتاق استفاده از خدمات مراکز مشاوره است (به ویژه مرکز مشاوره دانشگاه) زیرا هدف اصلی شما ارجاع این فرد به مراکز مشاوره است. اگر دانشجو سابقه مراجعه به مراکز مشاوره را ندارد و در مقابل این

عقیده مقاومت می‌کند، پس از صحبت با دانشجو باید با یکی از متخصصین مرکز مشاوره تماس بگیرید. حتی اگر دانشجو به شما اطلاع داد که در یک مرکز مشاوره تحت درمان است، ممکن است هنوز لازم باشد با مرکز مشاوره تماس بگیرید. زیرا ممکن است مشاور از بعضی از رویدادها بی‌اطلاع باشد و یا ارائه اطلاعات شما بتواند به روند درمان کمک کند.

۲- سناریوهای خاص

سناریوهای خاصی وجود دارد که در برخورد با دانشجویان مشکل‌دار ممکن است با آنها مواجه شوید. از آنجا که ممکن است این موقعیت‌ها برای افراد غیرمشاور دانشگاه‌ها ناراحت‌کننده باشد، اکنون توجه خود را به معرفی تعدادی از رایج‌ترین سناریوها معطوف می‌کنم.

۲-۱- دانشجوی گریان

به عنوان مشاور با سال‌ها تجربه، با گریه دانشجویان به خوبی آشنایی دارم. علاوه بر اینکه همواره جعبه دستمالی آماده دارم، فکر نمی‌کنم مجبور باشم کاری غیر از آنچه همیشه در مقابل گریه دانشجویان و یا ابراز احساسات شدیدشان انجام می‌دهم، بروز دهم. هرگز احتیاجی نمی‌بینم برای پایان دادن به گریه یک دانشجو تلاش کنم. اما برای افراد غیرمشاور نشستن در کنار دانشجویی که گریه می‌کند بسیار ناراحت‌کننده و آزاردهنده است. آنها ممکن است احساس کنند اتفاق خیلی بدی افتاده و تمام تلاش خود را برای متوقف کردن گریه دانشجو انجام دهند. گاهی از قسمت‌های دیگر دانشگاه با من تماس می‌گیرند و اطلاع می‌دهند که دانشجویی در حال گریه کردن است که آنها حتی دلیل این کار او را نمی‌دانند. بعضی از مردم، گریه کردن را به عنوان تنها پریشانی در نظر بگیریم اما نباید تنها براساس گریه یک دانشجو بدترین احتمال‌ها را مطرح کنیم. گریه کردن همواره معیار سنجش دقیقی برای میزان آشفتگی یک دانشجو نیست. بعضی از دانشجویان حتی برای اتفاقات ساده و کوچک نیز به راحتی گریه می‌کنند، در حالی که عده دیگری از دانشجویان حتی هنگام صحبت درباره رویدادهای درناک و پریشان‌کننده نیز گریه نمی‌کنند. گریه کردن نشان می‌دهد که دانشجو رویداد آشفته‌کننده شدیدی را تجربه کرده، زیرا گریه، نشانه آشکاری از بروز هیجان‌انگیز است.

وقتی برای اولین بار به دانشجویی نزدیک می‌شوید و از نگرانی‌تان صحبت می‌کنید، بعضی از آنها شروع می‌کنند به گریه کردن. ممکن است خود را در موقعیتی ببینید که طی آن دانشجویی در جریان یک ملاقات یا در هر ساختار و زمینه دیگری گریه سر دهد. به عنوان مثال، گاهی

دانشجویان برای اعتراف به عملکرد تحصیلی ضعیف به اساتید یا کارکنان دانشگاه مراجعه می‌کنند. هنگام مواجهه با دانشجویی که در حال گریه کردن است، باید به این نکته توجه کنیم که آیا دانشجو می‌تواند درباره آنچه او را ناراحت کرده یا باعث گریه کردنش شده، صحبت کند یا خیر. اگر دانشجو بتواند یا بخواهد صحبت کند، می‌توانید از پیشنهادهایی که قبلاً در همین فصل ارائه شد برای او استفاده کنید. سعی کنید صرفاً به این خاطر که دانشجو گریه می‌کند، عصبی نشوید. مواجهه با دانشجویی که گریه می‌کند و حرف نمی‌زند، مشکل آفرین است زیرا دانشجو آنچه را که موجب این آشفتگی شده، به زبان نمی‌آورد. ممکن است در این حالت احساس کنید توان کمک کردن به این فرد را ندارید. در چنین موقعیتی نیاز به صبر و ایستادگی داریم. من جلسات مداخله در بحرانی داشته‌ام که بیش از ۳۰ دقیقه طول کشیده تا بفهمم چرا دانشجو ناراحت است. نشستن طولانی مدت در کنار دانشجوی آشفته‌ای که گریه می‌کند و حرف نمی‌زند برای افراد غیرمشاور بسیار سخت خواهد بود؛ در چنین شرایطی باید فوراً با یک فرد متخصص تماس بگیرید.

۲-۲- دانشجوی خشمگین

همانند دانشجویی که گریه می‌کند، دانشجوی خشمگین و تحریک‌پذیر^۱ نیز می‌تواند برای دیگران مشکل آفرین باشد. بعضی از افرادی که در دانشگاه کار می‌کنند، همانند کسانی که در واحد ثبت‌نام یا حسابداری هستند، معمولاً با دانشجویان عصبی و خشمگین سروکار دارند. از طرفی برخورد با دانشجوی عصبی همانند مدیریت ارتباط با مشتری در تجارت است. بسته به نوع نگرانی شما، شخصیت دانشجو و نقش شما در دانشگاه، این احتمال وجود دارد که دانشجو هنگام نزدیک کردن خود به او با پرخاش با شما برخورد کند. تا جایی که امکان دارد، سعی کنید خشم دانشجو را شخصی نسازید زیرا شدیداً این احتمال وجود دارد که در برآورد خود اشتباه کنید، خشم دانشجو لزوماً معطوف به شما نیست. دانشجویی که مشکل دارد برلبه تیغ حرکت می‌کند و به آسانی خشمگین شده یا حالت دفاعی به خود می‌گیرد.

هنگام پاسخ‌دهی به یک دانشجوی خشمگین، آرام باشید و سعی کنید دانشجو را نیز آرام کنید. اگر دانشجو به نگرانی‌های ابراز شده از طرف شما با خشم واکنش نشان داد یا مشاهدات شما و گزارش‌های دیگران را به چالش کشید، به او تاکید کنید که به عنوان یکی از کارکنان دانشگاه باید دانشجویانی را که مشکلی را تجربه می‌کنند، بشناسید و به او بفهمانید که نگران رفاه او هستید. گاهی دانشجویان به این دلیل با خشم واکنش نشان می‌دهند که ممکن است به دردمس بیفتند یا حتی ممکن است از دانشگاه اخراج شوند. بنابراین، قوت قلب دادن به دانشجو در این مورد که هدف

1. agitated

شما چیزی غیر از این تفکرات است، نیز می‌تواند کمک کننده باشد. وقتی همه نگرانی‌های خود را ابراز کردید، اگر دانشجو همچنان برآشفته بود، به او اجازه دهید آن مکان را ترک کند و سپس اقدام بعدی یعنی تماس با مشاوران مرکز مشاوره را انجام دهید. به ندرت دانشجویان بیش از حد تهدید کننده خواهند بود که در این صورت باید حراست دانشگاه را در جریان بگذارید یا ابتدا با فرد دیگری از دانشگاه برای اطلاع از چگونگی برخورد با این موقعیت مشورت کنید.

۲-۳- دانشجویی که رفتار عجیب دارد

یکی دیگر از موقعیت‌هایی که به شدت پربشان کننده است، مواجهه با دانشجویی است که رفتار کلامی یا غیرکلامی عجیب و غریب از خود نشان می‌دهد. این رفتارها انواع بسیار متفاوتی دارند. ممکن است ظاهر یا رفتار دانشجو مشکلی داشته باشد، مثلاً دانشجویی که کلمات و عبارات عجیب یا ناهماهنگ بر زبان می‌آورد. ممکن است در مواجهه با رفتارهای عجیب یک دانشجو قبل از اینکه خودتان مداخله کنید با یک مشاور مشورت نمایید اما موقعیت‌هایی نیز وجود دارد که پیش از این که فرصتی برای مشاوره به دست آورید باید با دانشجو رابطه برقرار نمایید.

شاید تنها چند ثانیه تماس با دانشجویی که در معرض خطر خودکشی یا آسیب زدن به خود قرار دارد ما را متقاعد کند که همین ویژگی‌ها را به دانشجویی که رفتارهای عجیب و غریب دارد یا از عبارات غیرمعمول استفاده می‌کند، نسبت دهیم. در چنین مواردی ممکن است تماس‌های زیادی دهنده هستند، هیچ نوع اورژانسی متوجه این رفتارها نیست مگر اینکه دانشجو احتمال آسیب زدن به خود یا دیگران را مطرح نماید. مهم‌ترین کاری که می‌توانید انجام دهید این است که تا جایی که می‌توانید در قبال دانشجو مسئولانه عمل کنید و هرگز وانمود نکنید که آن دسته از گفته‌های دانشجو را که معنا و مفهومی برای شما ندارد، می‌فهمید. ممکن است بعد از شنیدن صحبت‌های دانشجو نگران مشکلاتی باشید که احتمال دارد برای خودتان به وجود آید و قصد داشته باشید این نگرانی را ابراز کنید، این همان فرصتی است که می‌توانید برای انتقال ماجرا به دیگر مسئولان دانشگاه از آن استفاده کنید. به ویژه وقتی درباره دانشجویی نگران هستید که به نظر می‌رسد واقف به واقعیت نیست، نیاز به تماس با فردی از دفتر مشاوره داریم تا ضمن حضور، معاینه وضعیت روانی (که برای تشخیص اولیه روان پریشی و سایر اختلالات روان‌شناختی استفاده می‌گردد) را انجام دهد.

۲-۴- دانشجوی مبتلا به حمله هراس

دانشجویی که حمله هراس^۱ داشته، به دلیل داشتن علائم روان‌شناختی، از همان ابتدا در مرکز سلامت دانشگاه به دنبال کمک حرفه‌ای می‌گردد. اگر حمله هراس پس از ساعات کاری معمول دانشگاه رخ دهد، ممکن است دانشجو به بخش اورژانس یک بیمارستان مراجعه نماید، به ویژه اگر این حمله، اولین حمله کاملی باشد که دانشجو تجربه می‌کند. به ندرت ممکن است یک دانشجو در زمان حضور در دفتر یکی از کارکنان یا اساتید دانشگاه دچار حمله هراس شود. طی این همه سال تنها چند مورد از چنین اتفاقی را مشاهده کرده‌ام.

وقتی که دانشجو دوره هراس را طی می‌کند، ارجاع او به مشاوره بسیار مشکل خواهد بود زیرا ممکن است به این حالت بیشتر به عنوان یک مشکل جسمی یا طبی نگاه کند. اگر با دانشجویی مواجه شدید که به نظر می‌آید حمله هراس دارد، حضور اطمینان بخش و آرامش دهنده شما می‌تواند مفیدترین عکس‌العمل باشد. اگرچه برای یک حمله هراس احتیاجی به مداخله دارویی نداریم اما باز هم بهتر است کارکنان مرکز بهداشت مطلع شوند، به ویژه اگر درباره ماهیت تجربه دانشجو مطمئن نیستیم (مثلاً آیا ممکن است این حالت یک حمله تشنج یا واکنش دارویی باشد؟). اگر در نهایت مشخص شد که این تجربه یک حمله هراس بوده، آنگاه کارکنان مرکز بهداشت می‌توانند دانشجویی فوق را به مرکز مشاوره ارجاع دهند، دقیقاً همان اتفاقی که برای دانشجویانی می‌افتد که به دنبال وقوع حمله هراس به بخش اورژانس بیمارستان مراجعه می‌کنند.

۲-۵- دانشجویی که علائم خودکشی دارد

همانطور که قبلاً نیز گفته شد، اگر مشکوک به این بودید که ممکن است دانشجو در معرض خطر خودکشی قرار داشته باشد، بهتر است با کسی در مرکز مشاوره دانشگاه یا لاقال با رییس دانشگاه تماس بگیرید. با این حال، ممکن است در موقعیتی قرار بگیرید که مجبور شوید با دانشجویی که خطر بالقوه خودکشی برای او انتظار می‌رود، مواجه شوید. به عنوان مثال، اخیراً با استادی مشاوره داشته‌ام که برای دانشجویی نگران بود که پس از چندین بار غیبت از کلاس‌ها به او مراجعه کرده بود. این دانشجو صحبت‌هایی درباره مشکلات متعدد شخصی بیان داشته بود و به نظر می‌رسید به شدت آشفته باشد. هنگام صحبت کردن با استاد، به این موضوع اشاره کرده بود که اگر قرص کافی در اختیار داشت، در تعطیلات آخر هفته به زندگی خود پایان می‌داد. به طور طبیعی حرف‌های این دانشجو برای استاد هشدار دهنده بود. استاد تلاش کرد تا دانشجو را به مرکز مشاوره

1 . panic attack

ارجاع دهد اما او به شدت با مشاوره مخالف بود. او نمی‌دانست بعد از این چه کاری باید انجام دهد و سرانجام اجازه داد تا دانشجو اتاقش را ترک کند و سپس با دفتر مشاوره ما تماس گرفت. تلاش استاد برای ارجاع این دانشجو به مرکز مشاوره جهت ارزیابی توسط یک متخصص کاملاً درست بود. اما پس از مواجهه با مقاومت دانشجو نمی‌دانست باید چه کاری انجام دهد. اینکه استاد به دانشجو اجازه داد اتاقش را ترک کند و سپس بلافاصله با دفتر مشاوره تماس گرفت نیز درست بود. تنها کاری که استاد می‌توانست انجام دهد این بود که به دانشجو بگوید وظیفه اوست که با دیگران در مورد مشکل او و عدم تمایل به دیدن یک مشاور مشورت نماید. از آنجا که استاد این مسئله را برای دانشجو مشخص نکرده بود، وقتی از طرف دفتر مشاوره با او تماس گرفته شد و علیرغم مقاومتش برای مشاوره فراخوانده شد، بسیار خشمگین شد. اگرچه او می‌دانست استاد چنین کاری انجام خواهد داد اما با این حال از اینکه او با دفتر مشاوره تماس گرفته، خشمگین بود. علیرغم خشم اولیه، در نهایت پذیرفت که با کسی در مرکز مشاوره ملاقات داشته باشد و مورد ارزیابی قرار گیرد.

بنابراین، باید به خاطر داشته باشیم که هرگاه دانشجویان درباره خودکشی صحبت کردند، باید کاری انجام دهیم. بهترین حالت وقتی است که دانشجو به شما اجازه دهد که بلافاصله وقت ملاقاتی برای او با یک مشاور ترتیب دهید. وقتی دانشجو با انجام این کار موافق نباشد، باید به او گوشزد کنید که وظیفه دارید این موضوع را با همکاران مرکز مشاوره یا رییس دانشگاه در میان بگذارید. وقتی می‌بینید که دانشجو در معرض خطر است هرگز به او قول ندهید که صحبت‌هایش را محرمانه نزد خود نگه می‌دارید. حتی اگر این دانشجو از دست شما عصبانی یا ناراحت شود باید بدانید که نگران خطر خودکشی هستید که او را تهدید می‌کند و نمی‌توانید این موضوع را محرمانه نگه دارید. بهتر است دانشجو این مسئله را مستقیماً از شما بشنود تا اینکه بعداً فرد دیگری به شکل غیرمنتظره با او تماس بگیرد. دانشجویی که قبلاً درباره او صحبت کردم احساس می‌کرد استادی که با مرکز مشاوره تماس گرفته و مسائلش را با مشاور مطرح کرده، در حق او خیانت کرده است. گاه وقتی به دانشجو اعلام می‌کنید که قصد دارید درباره نگرانی خود با کسی مشورت کنید، دانشجو راضی می‌شود و نیاز به انجام این کار را درک می‌کند.

در مواردی که دانشجو خیلی صریح صحبت نمی‌کند اما شما به احتمال وجود افکار خودکشی مشکوک هستید، باید نگرانی خود را درباره خطر خودکشی با توجه به اظهارات خودش بیان کنید. هنگام صحبت با دانشجو از به کار بردن واژه خودکشی^۱ اجتناب نکنید (مثلاً از دانشجو پرسید که آیا تا به حال افکار خودکشی داشته است). یک تفکر قدیمی وجود دارد که معتقد است صحبت

1 . suicide

درباره خودکشی، این فکر را به دانشجو القا می‌کند. باور به این تفکر قدیمی باعث می‌شود افراد درباره خودکشی خیلی صریح و مستقیم صحبت نکنند. نباید از به کار بردن این کلمه بترسید، زیرا استفاده از این کلمه کمک کننده است و اعتراف به داشتن افکار خودکشی را برای دانشجویانی که این تجربه را پشت سر می‌گذارند، تسهیل می‌کند. تصور اینکه دانشجویی به داشتن افکار یا قصد خودکشی اعتراف می‌کند، اندکی ترسناک است زیرا ممکن است ندانید که چطور باید صحبت با او را ادامه دهید. اعتراف به وجود افکار یا قصد خودکشی برای شما کافی است تا دانشجو را جهت ارزیابی بیشتر ارجاع دهید و توجه لازم را برای شما به دنبال دارد که حتی علیرغم میل دانشجو به داشتن ملاقات با مشاور با مرکز مشاوره تماس بگیرید و مسئله را در میان بگذارید. نباید خود را در موقعیت ارزیابی میزان خطر خودکشی قرار دهید.

اگر نگرانی خود را مبنی بر وجود خطر خودکشی براساس گفته‌های دانشجو به او ابراز کردید و او وجود هرگونه فکر یا قصد خودکشی را انکار کرد، هنوز هم باید مسئله را با متخصصین مرکز مشاوره درمیان بگذارید تا به شما بگویند که آیا باید کار دیگری انجام دهید یا خیر. این کار مسئولیت را به افرادی انتقال می‌دهد که قضاوت در این زمینه از آنها انتظار می‌رود و اضطراب شما یا تردیدی که درباره عکس العمل درست خواهید داشت، کاهش می‌دهد. همچنین به یاد داشته باشید که شماره‌های اورژانس جهت مواردی که بعد از ساعات معمول کاری رخ می‌دهند، باید همواره در دسترس باشند (اتفاقات اورژانسی و بحران‌های بعد از اتمام ساعت اداری در فصل هفتم مورد بحث قرار خواهند گرفت).

۲-۶- دانشجویی که مشکلات خود را در قالب یادداشت بیان می‌کند

وقتی دانشجویی آشفتگی و مشکلات خود را در قالب یادداشت کتبی بیان می‌کند، موقعیت اندکی مبهم می‌شود. رایج‌ترین موقعیت، وقتی است که دانشجو این کار را از طریق نامه الکترونیکی^۱ انجام می‌دهد، اما این پیام‌ها می‌توانند از طریق تکالیف نوشته شده، یادداشت‌های دستی و یا حتی برگه‌های امتحانی نیز انتقال یابند. اگر به هر شکل نوشته‌ای از دانشجویی دریافت کردید که آشکارا یا ضمنی پیامی از خودکشی دربر داشت، توصیه می‌کنم در اولین فرصت با مرکز مشاوره دانشگاه تماس بگیرید. البته مشاور باید دقیقاً عبارات و کلمات نوشته شده توسط دانشجو را ببیند و وقتی نوشته‌ای وجود دارد باید تمام نوشته توسط مشاور خوانده شود تا ارزیابی کامل و درستی از موقعیت انجام دهد.

1 . electronic mail

نوشته‌هایی که پریشانی‌ها و مشکلات دانشجوی را آشکار می‌کنند اما محتوای خودکشی را دربر ندارند نیز باید بر اساس مشاهدات فرد از دانشجو همراه با گزارش اطرافیان مورد توجه قرار گیرند. هنوز هم می‌توانید قبل از هر اقدامی با یک مشاور تماس بگیرید اما بهتر است ابتدا به دانشجو نزدیک شوید و درباره آنچه نوشته شده با او صحبت کنید و سپس تصمیم بگیرید که آیا باید به دنبال دریافت کمک باشید یا خیر. بر اساس تجربه شخصی، وقتی دانشجویان از تکالیف یا دیگر نوشته‌ها برای بیان مشکلات و آشفتگی‌های خود استفاده می‌کنند، در واقع راهی برای جلب توجه دیگران پیدا کرده‌اند. تعداد کمی از دانشجویان از تلاش دیگران برای نزدیک شدن به خودشان بر اساس آنچه نوشته بودند، متعجب می‌شوند.

۳- خلاصه

کارکنان و اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها برای نزدیک شدن به دانشجویان مشکل‌دار از موقعیت خوبی برخوردارند. برای چگونگی نزدیک شدن به دانشجویان و آغاز مداخله و ابراز نگرانی‌ها از طرف پرسنل دانشگاه اصولی وجود دارد. اگرچه تعدادی از افراد غیرمشاور دانشگاه ممکن است تصمیم بگیرند به جای نزدیک شدن به دانشجو با مرکز مشاوره دانشگاه تماس بگیرند، اما موقعیت‌هایی هم وجود دارد که فرد فرصت ندارد پیش از نزدیک شدن به دانشجو در مورد مشکل او با کسی صحبت کند.

فصل پنجم

فرایند ارجاع

آرچر^۱ (۱۹۹۱) معتقد است که افراد غیرمشاور دانشگاه نیز می‌توانند مهارت‌های پایه‌ای مشاوره را یاد بگیرند و با مشکلات وابسته به موقعیت یا مشکلات تحولی دانشجویان، مشابه یک مشاور برخورد نمایند. آرچر این کار را راهی می‌داند برای کاهش فشارهای وارده بر مراکزی که با محدودیت نیروی متخصص مواجه هستند و همچنین راهی برای کاهش استرس دانشجویانی که تمایل به بهره‌گیری از خدمات حرفه‌ای ندارند. اگرچه آرچر کاملاً آشکارا بیان داشت که افراد غیرمشاور هنگام ارائه خدمات به دانشجویان باید محدودیت‌های خود را بشناسند و به موقع فرد را به متخصص ارجاع دهند اما من معتقدم تلاش افراد غیرمشاور برای ارائه این نوع خدمات حتی اگر محدود باشد، خطرآفرین است. برای این گفته دو دلیل دارم. اول این‌که، مشکلاتی که در ابتدا موقعیتی یا تحولی به نظر می‌رسند ممکن است به تدریج تبدیل به مشکلات مزمن و جدی شوند. دوم این‌که، ارجاع دانشجو به متخصص پس از برقراری ارتباط با جایگزین مشاور، بسیار مشکل خواهد بود. مثلاً بعضی از دانشجویان وقتی ابتدا در مقابل جایگزین مشاور قرار می‌گیرند و سپس تلاش او را برای ارجاع آنها به فرد دیگر می‌بینند، ممکن است احساس تنهایی و طرد شدن نمایند. به همین دلیل قویاً توصیه می‌کنم آن دسته از اساتید و کارکنانی که دوره‌های تخصصی مشاوره را نگذرانده‌اند، برای دانشجویان مشکل‌دار تنها یک منبع ارجاع به متخصص باشند.

داشتن توان ارجاع دانشجوی مشکل‌دار و آشفته به مشاوره، برای کارکنان و اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها مهارت مهمی به شمار می‌رود. عجیب نیست اگر کارکنان دانشگاه درباره مرکز مشاوره دانشگاه، دانش محدود یا فهم نادرستی داشته باشند (بای‌شاپ، بای‌شاپ و بیل^۲، ۱۹۹۲). در مواجهه با این مسئله، بعضی از مراکز خدمات مشاوره‌ای برگزاری برنامه‌های آموزشی برای کارکنان

1 . Archer

2 . Bishop, Bishop, & Beale

و اعضای هیئت علمی دانشگاه با مضمون چگونگی ارجاع دانشجویان مشکل‌دار را پیشنهاد داده‌اند (الینگسون، کوهنور و ویتزمن^۱، ۱۹۹۹؛ رودولفا^۲، ۱۹۸۷) به ویژه برای دانشجویانی که در کلاس رفتارهای مخرب انجام می‌دهند (دلوسیا و یاسنزا^۳، ۱۹۹۵) یا مشکلاتی در خوابگاه به وجود می‌آورند (گروس^۴، ۱۹۹۱). بعضی از مراکز خدمات مشاوره‌ای نیز جزوات راهنما برای کارکنان و اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها تهیه و توزیع می‌نمایند (بای‌شاپ و همکاران، ۱۹۹۲؛ الینگسون و همکاران، ۱۹۹۹؛ هرماندز و فیستر^۵، ۲۰۰۱؛ رودولفا، ۱۹۸۷). در مورد چگونگی ارجاع دانشجویان مشکل‌دار برای مشاوران تحصیلی نیز اطلاعاتی فراهم شده است (آلن و تریمل^۶، ۱۹۹۳).

فرایند ارجاع، بسته به دیدگاه دانشجو درباره دریافت کمک‌های حرفه‌ای ممکن است بسیار ساده یا بسیار مشکل باشد. پیشنهادی پژوهشی وسیعی درباره عوامل تاثیرگذار بر تمایل دانشجو جهت دریافت کمک‌های حرفه‌ای وجود دارد، عواملی مثل متغیرهای جمعیت‌شناختی، صفات شخصیتی و نگرش فردی نسبت به جستجوی کمک. در این فصل درباره بعضی از این عوامل صحبت خواهیم کرد. ارائه همه این عوامل در تعیین میزان پذیرش دانشجو نسبت به مشاوره، نقش مهمی ایفا می‌کند و بر همین اساس موفقیت یا عدم موفقیت تلاش شما برای ارجاع دانشجو به مشاوره را معنا خواهد داد. توصیه یا پیشنهاد مشاوره برای بعضی از دانشجویان کافی خواهد بود تا آنها را وادار به بهره‌گیری از خدمات تخصصی نماید؛ در حالی که بعضی دیگر تحت هر شرایطی از انجام این کار طفره خواهند رفت. گاهی بعضی از افراد پذیرای انجام مشاوره تخصصی هستند اما آن را پیگیری نمی‌کنند. حتی اگر شما همه تلاش خود را در راه ارجاع دانشجو برای مشاوره به‌کار گیرید، هنوز هم ممکن است در هر زمانی در این راه به مشکل برخورد کنید. برای تسهیل فرایند مشاوره و به حداقل رساندن مشکلات این راه می‌توانید از یک مجموعه اصول کلی استفاده کنید.

قبل از ارائه هر نوع پیشنهادی درباره چگونگی ارجاع دانشجو، بهتر است ابتدا چارچوب فکری خود درباره فرایند ارجاع را شکل دهیم. چارچوب مفهومی که کروزینی و شلتون (۱۹۷۴) از سال‌ها پیش ارائه کرده‌اند، چشم‌انداز اساسی فهم این فرایند را مشخص می‌کند. آنها به عنوان مهم‌ترین نکته این‌طور بیان می‌کنند که بهتر است به فرایند ارجاع دانشجویان به مشاوره به شکل «انتقال اعتماد»^۷ نگاه کنیم نه صرفاً فرایند ساده پاس دادن آنها به منبع مناسب‌تری. به این ترتیب منبع ارجاع می‌تواند پلی باشد برای ارتقای اعتماد در مرکز مشاوره. انجام این کار برای شما که از قبل

1 . Ellingson, Kochenour, & Weitzman
2 . Rodolfa
3 . DeLucia & Iasenza
4 . Grosz
5 . Hernandez & Fister
6 . Allen & Trimble
7 . transfer of trust

رابطه مثبتی با دانشجو برقرار کرده‌اید، راحت‌تر خواهد بود. اما این کار را می‌توانید حتی برای دانشجویانی که خیلی با آنها آشنا نیستید، انجام دهید. اکثر مفاهیم ریشه‌ای که زیربنای چشم‌انداز کروزینی و شلتون را تشکیل می‌دهند، در قالب پیشنهادات زیر گنجانده شده‌اند.

۱- روش‌های تسهیل ارجاع دانشجویان به مشاوره

اگر فرایند ارجاع براساس یک سری قوانین خاص انجام شود، احتمال موفقیت آن به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد. پیشنهادات زیر پذیرش فرد را جهت انجام مشاوره افزایش داده و احتمال عکس‌العمل منفی و مقاومت را کاهش می‌دهد. این پیشنهادات مربوط به موقعیت‌هایی هستند که نیازمند اقدام فوری نباشند، موقعیت‌هایی که اورژانسی محسوب می‌شوند را در ادامه این فصل مورد بررسی قرار خواهیم داد.

۱-۱- بحث درباره انتخاب مشاوره

در مجموع، فرایند ارجاع باید به عنوان تلاش برای برقراری پیوندی باشد که طی آن دانشجویان، شرکت‌کنندگان فعال در تصمیم‌گیری برای جستجوی مشاوره هستند. باید به دانشجویان اجازه داد تا ترس‌ها، نگرانی‌ها و شرط‌های خود را درباره مشاوره بیان کنند و آزادی انتخاب داشته‌باشند. به عنوان مثال، بعد از ارائه پیشنهاد مشاوره، می‌توانید بپرسید «درباره این پیشنهاد چه فکری می‌کنی؟»

اگر دانشجویی درخواست کرد که به جای رفتن به مشاوره با شما ملاقات داشته باشد، باید محدودیت نقش خود را که مانع کمک کردن به او در حل مشکلات شخص‌اش می‌شود، آشکارا بیان کنید. سپس باید برای او تصریح کنید که مراکز مشاوره برای انجام همین کار در دانشگاه به وجود آمده‌اند و شما تمایل دارید ملاقاتی را برای دانشجو با یکی از متخصصان این مرکز ترتیب دهید. بعضی از دانشجویان این پیشنهاد را رد می‌کنند اما حفظ این مرزها ضروری است. تصور کنید که اگر خود را در این کار توانمند نشان دهید و بعد از مدتی بخواهید دانشجو را به متخصص ارجاع دهید، چه کار سختی پیش رو خواهید داشت. ممکن است بعضی از دانشجویان در چنین شرایطی این کار شما را این‌طور تعبیر کنند که مشکلشان بسیار حاد و جدی است و شما نمی‌توانید بیشتر از این به آنها کمک کنید و قصد ارجاع آنها را دارید. اگرچه از نظر آنها این لزوماً یک تفسیر اشتباه نیست اما ممکن است مشکل را بسیار جدی‌تر و بغرنج‌تر احساس کنند. به همین خاطر تاکید می‌شود که اصلاً نقش جایگزین یک مشاور را برای دانشجو بازی نکنید. بهتر است از ابتدا مرزها را مشخص کنیم.

هنگام ارائه پیشنهاد مشاوره با طیف وسیعی از انواع واکنش‌ها از طرف دانشجو مواجه می‌شوید. همان‌طور که پیشتر نیز اشاره شد، عوامل مختلفی بر میزان پذیرش پیشنهاد مشاوره از طرف دانشجو تاثیر می‌گذارند. یکی از عوامل مهم، تمایل دانشجو یا آمادگی او برای پذیرش کمک است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد در مسیر تغییر رفتار مراحل مختلفی را پشت سر می‌گذارند (پروچاسکا، دی‌کلمنته و نورکراس^۱، ۱۹۹۲). این مسئله در مورد سوء مصرف کنندگان مواد مخدر بسیار صدق می‌کند اما می‌توان آن را در مورد بسیاری از اختلالات دیگر نیز مطرح کرد. بر اساس این مدل، دانشجویانی که در مراحل اولیه هستند ممکن است حتی از وجود مشکل نیز آگاهی نداشته‌باشند و به همین خاطر انگیزه‌ای برای جستجوی کمک ندارند. ممکن است دیگران، دانشجویان را برای استفاده از مشاوره ترغیب نمایند؛ اما مشاوره تحت این شرایط اجباری تنها برای تعداد کمی از دانشجویان مفید خواهد بود. بعضی از دانشجویان به وجود مشکل در درون خود پی می‌برند و می‌دانند باید فکری به حال این مشکل نمایند؛ اما هنوز آمادگی انجام هیچ نوع عملی را ندارند. در مراحل پیشرفته‌تر تغییر، دانشجویان تمایل بیشتری برای کمک گرفتن دارند و ممکن است در این راه گام‌هایی را نیز بردارند.

یکی دیگر از عوامل مهم در راه بهره‌گیری از مشاوره، نگرش افراد نسبت به تقاضای کمک است. به عنوان مثال، ممکن است بعضی از دانشجویان متوجه شوند که احتیاج به کمک دارند اما به دلیل داشتن نگرش‌های منفی درباره دریافت کمک‌های حرفه‌ای مقاومت کنند (کان و ویلیامز^۲، ۲۰۰۳). افزایش تعداد دانشجویانی که به دنبال دریافت خدمات حرفه‌ای مشاوره هستند، نشان می‌دهد که در مقایسه با گذشته از فرایند درخواست کمک، انگ‌زدایی^۳ شده است اما ممکن است هنوز دانشجویان، احساس شرم یا خجالت را داشته باشند. این مسئله به ویژه برای پسران دانشجو بیشتر صادق است. مشخص شده که پسران دانشجو نسبت به دختران نگرش‌های منفی‌تری درباره دریافت کمک دارند (کان و ناتا^۴، ۱۹۹۷؛ کلی و آچتر^۵، ۱۹۹۵). همچنین مشخص شده دانشجویانی که سابقه استفاده از مشاوره را دارند در مقایسه با کسانی که چنین سابقه‌ای ندارند، نسبت به جستجو و دریافت کمک نگرش مثبت‌تری را نشان می‌دهند (دین و تاد^۶، ۱۹۹۶). به همین خاطر در فصل چهارم تاکید گردید که لازم است درباره سابقه بهره‌گیری دانشجو از خدمات مشاوره‌ای با او صحبت

1 . Prochaska, DiClemente, & Norcross
 2 . Kahn & Williams
 3 . less stigmatized
 4 . Nauta
 5 . Kelly & Achter
 6 . Deane & Todd

کنیم. در مجموع، دانشجویان دختر و آنهایی که سابقه استفاده از مشاوره را داشته‌اند، در مقابل پیشنهاد بهره‌گیری از خدمات حرفه‌ای، پذیراتر هستند.

۱-۲- آماده کردن دانشجویان برای آنچه مورد انتظار است

هنگامی که دانشجویان را برای اولین بار به مرکز مشاوره ارجاع می‌دهید، بهتر است اطلاعاتی درباره آنچه ممکن است در اولین مراجعه رخ دهد، در اختیارشان قرار دهید. انجام این کار مستلزم این است که خود شما اطلاعاتی درباره خدمات مرکز مشاوره دانشگاه داشته باشید. احتمالاً مهم-ترین اطلاعاتی که می‌توانید در اختیار آنها قرار دهید، درباره کارکنان و اعضای مرکز مشاوره است. اگر دانشگاه محل کار شما کوچک باشد و تنها یک یا دو مشاور در آن مشغول به کار باشند، می‌توانید با همه آنها آشنا شوید و اطلاعاتی را درباره آنها داشته‌باشید اما اگر دانشگاه محل کار شما بزرگ است و تعداد زیادی از مشاوران در آنجا کار می‌کنند، انجام این کار اندکی مشکل خواهد بود. در چنین شرایطی بهتر است حداقل مدیر اجرایی و با مدیر درمانی مرکز را بشناسید.

علاوه بر دانستن نام کارکنان مرکز مشاوره، می‌توانید اطلاعات دیگری مثل مدرک تحصیلی و حوزه‌های تخصصی و تجربی را نیز درباره آنها به دست آورید. مدرک تحصیلی مشاوران ممکن است با هم متفاوت باشد؛ اما اکثر آنها روان‌شناس و مشاوران حرفه‌ای هستند. بسیاری از مراکز مشاوره دانشجویی، محلی برای تربیت دانشجویانی هستند که در مقاطع تحصیلات تکمیلی در رشته‌های مشاوره و رشته‌های مرتبط با آن تحصیل می‌کنند؛ بنابراین ممکن است در این مراکز کارآموزان نیز تحت نظارت اعضای حرفه‌ای مرکز کار کنند. خوب است اطلاعات جمعیت‌شناختی مانند جنس و نژاد را نیز در مورد مشاوران داشته‌باشیم، زیرا ممکن است دانشجویان برای اینکه با مشاوره احساس راحتی نمایند، ترجیحات خاص خود را داشته باشند. حتی سن، وضعیت تاهل و مذهب مشاور نیز برای بعضی از دانشجویان با توجه به نوع مشکل‌شان مهم است.

علاوه بر اطلاعاتی که باید در مورد کارکنان مرکز مشاوره داشته‌باشید، درباره نحوه عملکرد مرکز نیز باید مطالبی را بدانید که این مطالب شامل اطلاعات خاصی از این قبیل است: ساعات کاری، برنامه ملاقات، این که خدمات آنها شامل حال چه کسانی می‌شود و این که آیا هزینه‌ای برای ارائه خدمات دریافت می‌شود یا خیر. باید این مسئله را نیز مشخص کنیم که آیا مرکز مشاوره دانشگاه دارای لیست انتظار است و این که آیا منتظر شدن برای دریافت خدمات با توجه به نوع مشکلی که دانشجوی خاص دارد، امکان‌پذیر است و یا برای این مشکل نیازمند مداخله فوری هستیم. ممکن است بعضی از مراکز به ویژه در دانشگاه‌های بزرگ، در دوره‌ای که متقاضیان دریافت خدمات افزایش می‌یابند، از لیست انتظار استفاده نمایند. همچنین می‌توانید اطلاعاتی را درباره

انواع خدماتی که مرکز ارائه می‌دهد به دست آورید تا آن را با مشکلی که دانشجو به دنبال کمک گرفتن برای حل آن است، مطابقت دهید. بسیاری از مراکز دارای پایگاه‌های اینترنتی هستند که می‌توانید همه این اطلاعات را به راحتی از طریق این پایگاه‌ها به دست آورید.

اگرچه گاهی مراکز مشاوره در نوع خدماتی که فراهم می‌کنند با هم متفاوت هستند، اما تقریباً همه آنها مشاوره فردی (به صورت جلسات هفتگی) را ارائه می‌دهند. با این حال گاهی به دلیل افزایش تقاضا برای دریافت خدمات، مراکز مشاوره تعداد جلسات مراجعین را محدود می‌نمایند (لاکور و کارتر^۱، ۲۰۰۲). خوشبختانه، به نظر نمی‌رسد، محدود ساختن تعداد جلسات مانع استفاده دانشجویان از خدمات مرکز شود (آفلمن و هاردین^۲، ۲۰۰۲). معمولاً دانشجویان در ذهن خود چارچوب زمانی خاص و از پیش تعیین شده برای جلسات مشاوره ندارند و بسیاری از آنها تمایل دارند از خدمات کوتاه مدت مشاوره استفاده نمایند (مثلاً شش جلسه یا کمتر). بعضی از مراکز مشاوره تنها فرایند ارزیابی و مشاوره بسیار کوتاه مدت را انجام می‌دهند و برای ادامه کار دانشجو را به مراکز مشاوره تخصصی خارج از دانشگاه یا مراکز طرف قرارداد دانشگاه هدایت می‌کنند.

بسیاری از مراکز مشاوره علاوه بر مشاوره‌های فردی، مشاوره‌های گروهی نیز برگزار می‌کنند. مشاوره‌های گروهی معمولاً موضوع کلی و عمومی دارند و برای دانشجویان با هر نوع مشکلی برگزار می‌شوند و یا ممکن است جلساتی با موضوع خاص داشته باشند که همه دانشجویان مبتلا به آن می‌توانند در جلسه شرکت کنند. جلسات گروهی برای دانشجویانی که مشکلات بین فردی، اجتماعی و ارتباطی دارند، بسیار مفید است. گروه‌های حمایتی برای جمعیت‌های خاص دانشجویی مثل دانشجویان مشروطی و کسانی که افت تحصیلی دارند، نیز ممکن است در این مراکز وجود داشته باشد.

همچنین ممکن است تمایل به دریافت اطلاعاتی درباره خدمات روان‌پزشکی مرکز نیز داشته باشید. ممکن است دانشجویان اطلاعاتی در زمینه دسترسی به دارو به عنوان یکی از گزینه‌های درمان بخواهند. خدمات ارزیابی دانشجویان برای بهره‌گیری از داروهای روان‌پزشکی در بسیاری از مراکز وجود دارد. به دلیل افزایش نیاز به این نوع خدمات، بسیاری از مراکز، خدمات مشاوره روان-پزشکی را نیز فراهم می‌آورند؛ اما اگر متخصص روان‌پزشکی نداشته باشند، دانشجو را به منابع مناسب خارج از دانشگاه ارجاع می‌دهند.

همچنین بهتر است درباره فرایند خدمات مشاوره‌ای هنگام اولین مراجعه به مرکز نیز اطلاعاتی داشته‌باشیم. اگرچه این فرایند در مراکز مختلف تا حدی متفاوت است اما اکثر مراکز فرایند تقریباً

1 . Lacour & Carter
2 . Uffelman & Hardin

مشابهی را طی می‌کنند. در اولین ملاقات معمولاً از دانشجو خواسته می‌شود فرم‌هایی را پر کند. این فرم‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند: فرم رضایت‌نامه و فرم اطلاعات اولیه (شامل اطلاعات جمعیت شناختی، سابقه مشاوره‌های قبلی و ...). بعضی از مراکز از مقیاس‌هایی استفاده می‌کنند که سطح فعلی علائم مشکل آفرین را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. شایان ذکر است که اگر دانشجو سطوح بالایی از استرس را داشته‌باشد، مثلاً وقتی برای جلسه مداخله در بحران مراجعه کرده باشد، معمولاً تکمیل فرم‌ها را به زمانی دیگر موکول می‌کنند.

پس از تکمیل فرم‌ها، دانشجو به ملاقات مشاور می‌رود و اولین جلسه را که معمولاً ۵۰ تا ۶۰ دقیقه طول می‌کشد، پشت سر می‌گذارد. مشاور در اولین جلسه اطلاعات کاملی از مشکل فعلی و میزان آشفتگی دانشجو به دست می‌آورد. همچنین درباره پیشینه خانوادگی، استفاده از الکل و مواد، افکار و رفتار خودکشی، عملکرد تحصیلی و اجتماعی و دیگر جنبه‌های مهم زندگی دانشجو سوالاتی را می‌پرسد. مشاوران می‌دانند که بعضی از دانشجویان این شیوه جمع‌آوری اطلاعات را دوست ندارند، به همین خاطر تلاش می‌کنند تا اطلاعات ضروری را به شیوه‌ای کاملاً محترمانه جویا شوند.

وقتی سعی دارید دانشجویی را برای مشاوره ارجاع دهید، یکی دیگر از جنبه‌های بسیار مهم در فرایند مشاوره که همانا رازداری است، را برای او تشریح کنید. بعضی از دانشجویان، به ویژه آنهایی که سابقه این کار را ندارند، درباره محرمانه بودن فرایند مشاوره کنجکاوی می‌کنند. هنگام صحبت با دانشجو درباره این موضوع، او را مطمئن سازید که محتوای صحبت‌هایش با مشاور محرمانه خواهد ماند؛ اما هرگز این حرف را مطلق و قطعی بیان نکنید. زیرا رازداری نیز محدودیت‌هایی دارد. یکی از مواردی که محدودیت محرمانه بودن در آن به خوبی مشخص می‌شود و رازداری در این شرایط معنا ندارد، وقتی است که احتمال آسیب زدن به خود یا دیگران وجود دارد. اگرچه این اتفاق به ندرت رخ می‌دهد اما گاهی مشاور مجبور است قانون رازداری را زیر پا بگذارد تا از دانشجو در برابر خطر خودکشی یا تهدیدی که برای دیگران پیش آورده، محافظت نماید. هنگام ارجاع دانشجو به مشاوره باید این محدودیت‌ها را بازگو نمود اما نگران این نباشید که مطرح کردن این محدودیت‌ها مانع حضور دانشجو در جلسات مشاوره شود. تجربه نشان داده در بسیاری از موارد چنین اتفاقی رخ نمی‌دهد.

۱-۳- خلق یک ذهنیت مطلوب

وقتی قصد دارید دانشجویی را برای مشاوره ارجاع دهید، سعی کنید انتظارات مثبتی را در ذهن او ایجاد نمایید، به این ترتیب فرایند ارجاع تسهیل خواهد شد. تا جایی که می‌توانید نگرش مثبت و

احساس اعتماد را درباره خدمات مرکز مشاوره دانشگاه خود به وجود آورید. این کار وقتی بیشتر مفید واقع خواهد شد که بتوانید دانشجوی را به فردی که توصیه کرده‌اید، ارجاع دهید؛ زیرا این شرایط حس اعتماد را در فرد مورد نظر ایجاد می‌کند. البته آنچه اهمیت دارد این است که باور شما به توانایی فرد برای کمک کردن به دانشجو باید صادقانه و دقیق باشد نه این که تنها دانشجو را متقاعد کنید تا با یک فرد خاص ملاقات داشته باشد. به همین خاطر آشنایی داشتن با حداقل تعدادی از اعضای مرکز مشاوره ضروری است؛ زیرا می‌توانید دانشجویان را به راحتی به مناسب‌ترین افراد ارجاع دهید.

وقتی می‌خواهید فرد را شخصاً ارجاع دهید، از عباراتی شبیه این استفاده نمایید: «دکتر شارکین به افراد زیادی که مشکل مشابه شما داشتند، کمک کرده و فکر می‌کنم شما راحت می‌توانید با او صحبت کنید. من مطمئنم که او می‌تواند به شما کمک کند.» اگر بتوانید به این ترتیب اعتماد دانشجو را نسبت به یک فرد خاص برانگیزید، بر تمایل دانشجو برای پذیرش فرایند ارجاع تاثیر مثبتی خواهید داشت. کمک خواستن از فردی که به این شکل توصیه شده برای خود دانشجو هم اطمینان بخش‌تر خواهد بود. حتی اگر هیچ یک از مشاوران مرکز را نشناسید، باز هم می‌توانید منبع خوبی برای ارجاع باشید، اما اگر بتوانید موارد خاص را به افراد خاص ارجاع دهید، در کارتان موفق‌تر خواهید بود.

بعضی از دانشجویان در مقابل پیشنهاد شما برای مشاوره با نگرانی عکس‌العمل نشان می‌دهند، زیرا درباره مشاوره عقاید نادرستی دارند. همان‌طور که پیشتر هم ذکر شد، دانشجویان ممکن است به دلیل جستجوی کمک حرفه‌ای احساس شرم کنند یا فکر کنند برچسب خاصی بر آنها زده خواهد شد. مثلاً استفاده از مشاوره به معنای ضعف یا نشانه‌ای از وجود یک آشفتگی جدی در سلامت روان فرد است. اگر دانشجویان در پاسخ به پیشنهاد شما برای استفاده از مشاوره عکس-العمل منفی شدیدی نشان دادند، نباید برآشفته و نگران شوید. بعضی از دانشجویان این پیشنهاد را این‌طور تفسیر می‌کنند که شما فکر می‌کنید آنها دیوانه هستند. دانشجویان در برابر آنچه دیگران درباره آنها فکر می‌کنند، بسیار حساس هستند و از ارجاع برای مشاوره بعضاً تفسیر خنده‌دار و نامطلوبی در ذهن خود می‌سازند.

در پاسخ به دانشجویانی که با نگرش منفی درباره مشاوره دست به گریبان هستند (به ویژه اگر این نگرش مبتنی بر تصور یا اطلاعات نادرست باشد) از طریق برطرف کردن باورهای نادرست درباره مشاوره و عادی‌سازی آن، ترس‌های غیرمنطقی را از بین ببرید. می‌توانید مشاوره را به عنوان فرایندی معرفی کنید که برای غلبه بر انواع مشکلات زندگی مفید خواهد بود. همچنین بهتر است رفتن به مشاوره را نماد قدرت برشمردیم نه ضعف و ناتوانی. اگرچه که خوب است اضطراب دانشجو

را برای اولین مراجعه به مشاور نرمال بدانیم و آن را درک کنیم، اما باید کم‌کم به دانشجو بفهمانیم که استفاده از مشاوره آشفتگی‌ها و مشکلات او را کاهش خواهد داد.

ممکن است دانشجویانی که سابقه استفاده قبلی از مشاوره را دارند به این دلیل که تجربه خوبی را پشت سر گذاشته‌اند، در مقابل پیشنهاد شما مقاومت کنند. ممکن است بعضی از دانشجویان سال‌ها پیش برای مشاوره مراجعه کرده باشند؛ شاید آنها مجبور شده‌اند طی دوره کودکی یا نوجوانی با یک متخصص بهداشت روان ملاقات داشته باشند. وقتی با دانشجویی مواجه می‌شوید که قصد دارید او را برای مشاوره ارجاع دهید، اما او به دلیل تجربه بد قبلی از انجام این کار امتناع می‌کند، عدم تمایل او را درک کنید و به او احترام بگذارید؛ اما او را ترغیب کنید که یک بار دیگر مشاوره را تجربه کند. به ویژه بگویید که ممکن است تحت شرایط متفاوت (سن بالاتر، عدم اجبار و ...)، تجربه متفاوتی هم داشته باشد که احساس بهتری را به دنبال آورد.

مشکل‌سازترین موقعیت وقتی است که دانشجو برای ملاقات با یکی از مشاوران مرکز مشاوره دانشگاه تلاش کرده باشد، اما تلاش او موفقیت آمیز نبوده و تجربه منفی یا بی‌نتیجه‌ای را به بار آورده باشد. در چنین شرایطی، باید دانشجو را ترغیب کنید تا با یک روان‌شناس دیگر تجربه جدیدی داشته باشد و در عین حال بر این نکته تاکید کنید که گاهی در اولین تلاش برای بهره‌گیری از مشاوره، رابطه خوبی بین مشاور و دانشجو شکل نمی‌گیرد و تلاش ناکام می‌ماند. باید این نکته را تصریح کنید که چنین اتفاقی خیلی غیرمعمول نیست و این دانشجو باید درخواست ملاقات با یک مشاور دیگر را داشته باشد. این موقعیت نیز فرصت مناسب دیگری است برای اینکه دانشجو را به فردی که شما توصیه می‌کنید، ارجاع دهید (با فرض بر اینکه مشاور مورد نظر شما همانی نیست که دانشجو با او ملاقات داشته است).

از آنجا که ایجاد انتظارات مثبت هنگام ارجاع دانشجو به مشاوره از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است، باید همواره درباره نگرش‌های خود نسبت به مشاوره و درخواست کمک هوشیار باشید. باورها و نگرش‌های اساتید و کارکنان دانشگاه‌ها درباره مشاوره با هم متفاوت است و بعضی بیشتر از دیگران پیشنهاد جستجوی کمک حرفه‌ای را به دانشجویان ارائه می‌کنند. مردان در مقایسه با زنان تمایل کمتری برای ارجاع افراد به مشاوره دارند (بدون توجه به جنسیت درخواست‌کننده کمک) (لات، نس، آلکون و گریر^۱، ۱۹۹۹) و کارکنان زن بیشتر از همکاران مرد خود تمایل دارند برای بررسی مشکلات خاص مثل افسردگی و اختلالات خوردن، دانشجویان را به مشاوره ارجاع دهند (باکلز و ویلر^۲، ۲۰۰۱). اگر درباره جستجوی کمک، دیدگاه منفی داشته باشید یا به

1 . Lott, Ness, Alcorn, & Greer
2 . Backels & Wheeler

موثر بودن مشاوره اعتماد نداشته باشید با احتمال خیلی کم دانشجو را برای مشاوره ارجاع می‌دهید، مگر اینکه به شدت نگران سلامت او باشید. با این حال اگر خودتان نسبت به اثربخشی درمان تخصصی شک داشته باشید، متقاعد کردن دانشجو برای استفاده از مشاوره برایتان بسیار سخت خواهد بود؛ زیرا ممکن است کاملاً غیرعمد بر اساس دیدگاه‌های خود با دانشجو صحبت کنید. نکته مهم این است که نگرش‌ها و باورهای‌تان، شما را از مسیری که بتوانید دانشجو را به مشاوره ارجاع دهید دور نگه می‌دارند، درحالی که ممکن است مشاوره برای او کمک کننده باشد.

۱-۴- برنامه‌ریزی جهت پیگیری درمان

فرایند پیگیری روند مشاوره دانشجویی که او را ارجاع داده‌اید، بعداً در همین فصل مورد بررسی قرار خواهد گرفت؛ اما در اینجا به این مسئله اشاره‌ای گذرا داریم تا هنگام برنامه‌ریزی برای ارجاع، زمینه پیگیری را نیز مشخص کنید. اگرچه انجام این کار در همه موارد ضروری نیست اما بهتر است روند درمان دانشجویانی را که برای مشاوره ارجاع داده‌اید، پیگیری کنید. در شرایط ایده آل می‌توانید جلسه پیگیری را با دانشجو برقرار نمایید تا ببینید چه کاری انجام داده و آیا با مرکز مشاوره تماس گرفته یا خیر. در بعضی موارد ممکن است یک قدم جلوتر بردارید و شخصاً با مرکز مشاوره تماس بگیرید؛ تنها برای این که بفهمید آیا کسی دانشجویی را که ارجاع داده‌اید، ملاقات کرده یا خیر.

بزرگ‌ترین مانع در راه پیگیری جلسات، بحث محرمانه بودن فرایند مشاوره است. باید برای این که بتوانید با مشاور دانشجو صحبت کنید، از او اجازه بگیرید؛ حتی اگر محتوای این صحبت در این حد باشد که آیا این دانشجو در جلسات شرکت کرده یا خیر. بنابراین، وقتی دانشجویی را ارجاع می‌دهید، باید این مسئله را با او در میان بگذارید و سعی کنید موافقت او را برای پیگیری جلسات جلب نمایید. مشخص کنید که این کار صرفاً برای اطمینان از این مسئله که حال دانشجو خوب است و در شرایطی که نمی‌توانید مستقیماً با خود دانشجو در تماس باشید، انجام می‌گردد. باید از دانشجو بخواهید که در اولین ملاقات فرم رضایت اطلاعات محرمانه را امضا کند و بیان کنید که اغلب وقتی کارکنان دانشگاه کسی را برای مشاوره ارجاع می‌دهند، این کار را انجام می‌دهند. در بسیاری از موارد این مسئله مشکلی ایجاد نمی‌کند و دانشجو با این خواسته شما موافقت می‌نماید. اگر به هر دلیلی دانشجویی برای انجام این کار مردد بود، به او اطمینان دهید، تنها اطلاعاتی که دریافت می‌کنید، حضور او در جلسات مشاوره است. به دانشجویانی که برای محرمانه بودن جلسات و خصوصی بودن آن اهمیت زیادی قایل هستند، اطمینان دهید که تنها می‌خواهید بفهمید که آیا توانستند با کسی ملاقات داشته باشند یا خیر. بهترین حالت وقتی است که دانشجو به شما اجازه

می‌دهد برای تنظیم وقت، در حضور او، با مرکز مشاوره تماس بگیرید. در آن زمان می‌توانید علاقه خود را به پیگیری جلسات با مسئول مرکز مشاوره در میان بگذارید. به این ترتیب مشاوره‌ای که قرار است با دانشجو ملاقات داشته باشد، از علاقه شما به پیگیری حضور دانشجو در جلسات آگاه خواهد بود.

۲- موقعیت‌های اضطراری

تا اینجا اطلاعاتی درباره موقعیت‌های غیراضطراری ارجاع دانشجو به مشاوره فراهم آوردیم. با این حال ممکن است شما با موقعیت‌هایی مواجه شوید که معتقد باشید دانشجو باید به سرعت توسط یک مشاور مورد ارزیابی قرار گیرد. در چنین مواردی، باید گام‌های بیشتری بردارید تا مطمئن شوید که دانشجو، توجه مورد نیاز را دریافت کرده است.

بر اساس نقشی که در دانشگاه به عهده دارید یا ارتباطی که با دانشجوی خاص برقرار کرده‌اید، باید از ابزارهای خود استفاده کنید تا مطمئن شوید که دانشجو در جلسه ارزیابی مرکز مشاوره شرکت کرده‌است. به عنوان مثال، اعضای هیئت علمی دانشگاه در ارتباط با دانشجویانی که به تازگی وارد کلاس شده‌اند، از قدرت کافی برخوردار هستند. با این وجود تنها تعداد اندکی از کارکنان دانشگاه از قدرت کافی برای ارجاع یک دانشجو به مرکز مشاوره برخوردار هستند. دو نفری که بیشترین قدرت را برای انجام این کار دارند عبارتند از رئیس دانشگاه و معاون امور دانشجویی. این دو نفر را باید به خاطر داشته باشیم زیرا گاهی در شرایط خاص باید این دو را در جریان اتفاقی که روی داده، قرار دهیم.

وقتی دانشجویی همراه شماست که معتقدید باید در اولین فرصت با مشاور ملاقات داشته باشد، از او بپرسید که آیا تمایل دارد با مرکز مشاوره تماس بگیرید و ترتیب یک وقت ملاقات فوری را بدهید. موافقت دانشجو با این پیشنهاد شما علامت خوبی است اما من موقعیت‌هایی این چنینی را نیز تجربه کرده‌ام که با عدم موافقت دانشجویان همراه بوده است. بنابراین، در صورت امکان، توصیه می‌شود همراه با دانشجو به مرکز مشاوره مراجعه کنید. چنین حمایتی برای دانشجو اطمینان‌بخش است و آرامش ذهنی را برای شما به ارمغان می‌آورد، چرا که مطمئن می‌شوید دانشجو در جلسه مشاوره شرکت کرده است. اگر نمی‌توانید این کار را انجام دهید، از کس دیگری بخواهید دانشجوی مورد نظر شما را تا مرکز مشاوره همراهی نماید که البته این فرد باید کسی باشد که مورد قبول دانشجو قرار گیرد.

وقتی دانشجویی را می‌بینید که باید فوراً به مرکز مشاوره مراجعه نماید اما تحت هیچ شرایطی حاضر نیست این کار را انجام دهد، موقعیت خیلی پیچیده‌تر می‌شود. حالا با یک موقعیت بسیار

پیچیده روبرو هستید- یعنی وادار کردن دانشجو به انجام کاری که مورد قبول او نیست. قرار گرفتن در این موقعیت بسیار سخت و ناراحت کننده است اما معیارهایی وجود دارند برای این که بفهمید دانشجو توجه فوری مورد نیاز را دریافت کرده یا خیر. به جای این که تلاش کنید تا دانشجویی را متقاعد کنید علی‌رغم میلش به مرکز مشاوره مراجعه نماید، بهتر است اجازه دهید تا دانشجو شما را ترک کند و سپس با یکی از مدیران مثل رییس دانشگاه تماس بگیرید یا با یکی از اعضای مرکز مشاوره در این مورد صحبت کنید. این افراد می‌توانند کاری برای آن دانشجو انجام دهند و مطمئن شوند که کمک لازم به دانشجو رسیده است و او دیگر در معرض خطر نیست. در مجموع، در چنین شرایطی مصاحبه با دانشجویان ساده‌تر خواهد بود زیرا افراد زیادی در دانشگاه حضور دارند که می‌توانند واسطه انجام این کار باشند.

یکی دیگر از سناریوهای مشکل آفرین، مواجهه با دانشجویی است که در شرایط اضطراری قرار دارد، اما پس از اتمام ساعت کاری معمول با او مواجه شده‌اید. لازم نیست در چنین مواقعی دچار ترس یا وحشت شوید زیرا اغلب دانشگاه‌ها در مراکز مشاوره واحد اورژانس نیز دارند. اگرچه که ممکن است بعضی از مراکز مشاوره در ساعت‌های عصر باز باشند اما اکثر آنها در این ساعات تعطیل هستند. البته مراکز مشاوره معمولاً در واحد اورژانس سیستم تماس فوری یا پیجر دارند تا در مواقع لزوم یکی از مشاوران مرکز را مطلع نماید. داشتن اطلاعات درباره این فرایند بسیار ضروری است، به همین خاطر در فصل هفتم فرصت بیشتری را به بحث درباره آن اختصاص خواهیم داد. اطلاعات لازم را در مورد وجود یا عدم وجود این سیستم در مرکز مشاوره دانشگاه خود به دست آورید تا در موارد اضطراری با مشکل مواجه نشوید. این اطلاعات از طریق حراست دانشگاه یا مرکز بهداشت قابل حصول هستند. علاوه بر این، مراکز مشاوره از طریق صندوق صوتی خود، اطلاعاتی را درباره موقعیت‌های اضطراری که بعد از ساعات کاری معمول رخ می‌دهد، در اختیار شما قرار می‌دهند.

۳- پیگیری

پیگیری یکی از مهم‌ترین بخش‌های فرایند ارجاع است. به عنوان یک منبع ارجاع، وقتی دانشجویی پیشنهاد شما را برای ملاقات با یک مشاور پذیرفت، احساس آرامش و راحتی خواهید کرد. ممکن است بعد از یک ارجاع موفق، فرضیات متفاوتی درباره این ارجاع در ذهن شما شکل بگیرد. مثلاً ممکن است فرض کنید که دانشجو وقت مشاوره را دریافت کرده و در جلسه حاضر شده است، کمک گرفتن از مشاور را آغاز کرده است و کاری نمانده که شما انجام دهید. در اکثر موارد دانشجویان مشکل داری که آنها را برای استفاده از خدمات مشاوره ترغیب می‌کنید، پیشنهاد شما را می‌پذیرند و این کار را انجام می‌دهند؛ به این ترتیب پیشرفت‌های خوبی را نیز تجربه کرده

و استرس و مشکلاتشان کاهش یابد. اما این اتفاق برای همه دانشجویان رخ نمی‌دهد. بعضی از دانشجویان هرگز برای مشاوره وقت نمی‌گیرند، به همین خاطر خوب است هنگام ارجاع دانشجو به او کمک کنیم تا وقت مشاوره را همان موقع تنظیم نماید. البته، تنظیم وقت لزوماً به این معنا نیست که دانشجو در جلسه حاضر می‌شود. بعضی از دانشجویان به علت عدم تبعیت از برنامه تنظیم شده برای مشاوره، احتمال بهره‌وری از این فرایند را از بین می‌برند. همچنین روال بعضی از دانشجویان این است که وارد درمان می‌شوند اما بعد از دو یا سه جلسه مشاوره را رها می‌کنند. در نتیجه، ممکن است شما فکر کنید دانشجویی را که ارجاع داده‌اید در فرایند مشاوره درگیر شده در حالی که در حقیقت چنین نیست. به همین دلیل پیگیری برنامه مشاوره دانشجویان ارجاعی به ویژه برای دانشجویانی که تمایلی به پذیرش این ارجاع ندارند، اهمیت دارد.

در صورت امکان، یک یا دو هفته پس از ارجاع، مستقیماً از طریق خود دانشجو فرایند مشاوره را پیگیری نمایید. این کار در واقع نوعی چک کردن است برای اینکه مطمئن شوید آیا دانشجو کار خود را انجام داده، اولین وقت ملاقات تنظیم شده و یا دانشجو در اولین جلسه شرکت کرده یا خیر. هنگام پیگیری، برای دانشجویانی که اظهار می‌کنند هنوز وقت مشاوره را دریافت نکرده‌اند، می‌توانید دوباره آنها را برای این کار ترغیب کنید یا پیشنهاد دهید که در تنظیم وقت شخصاً به آنها کمک می‌کنید. اکثر دانشجویان با شما صادق خواهند بود اما در بعضی موارد ممکن است به شما دروغ بگویند و شما را فریب دهند و وانمود کنند که جلسه مشاوره را برگزار کرده‌اند، در حالی که در واقع چنین نیست. بیشتر دانشجویان اظهار می‌کنند که برای دریافت وقت مشاوره تلاش کرده‌اند اما نتوانستند وقتی بگیرند.

بعضی از دانشجویان از ترس اینکه مشکلی برای آنها به وجود آید به جای اینکه با شما روراست باشند، هر بهانه‌ای می‌آورند برای اینکه نشان دهند تمایل به انجام مشاوره دارند اما به نوعی با مشکل برخورد کرده‌اند. گاهی دانشجویان به گونه‌ای منفی تجارب خود را از اولین حضور در مرکز مشاوره تحریف می‌کنند تا عدم پیگیری جلسات مشاوره را موجه و منطقی جلوه دهند. اگرچه گاهی مشکلاتی در مراکز مشاوره به علت تنظیم وقت یا سایر موارد به وجود می‌آید، اما آنچه در حقیقت تمایل دانشجو را برای بازگشت به مرکز مشاوره کم می‌کند، اغلب خطاهای کوچک یا اشتباهاتی در ارتباطات است که از طرف دانشجویی که برای دریافت کمک از مرکز مشاوره مردد است یا در مقابل این کمک مقاومت می‌کند، بزرگنمایی یا اغراق‌آمیز شده است. این مسئله به ویژه برای دانشجویانی رخ می‌دهد که توسط دیگران برای استفاده از مشاوره ترغیب شده‌اند.

از آنجا که ممکن است بعضی از دانشجویان چنین تحریفی را انجام دهند، بهتر است برنامه‌های پیگیری نیز با مرکز مشاوره تنظیم شوند، به ویژه اگر با مواردی مواجه شدید که دانشجو با بی‌میلی

پیشنهاد شما برای ارجاع به مرکز مشاوره را پذیرفته و شما به آنچه دانشجو می‌گوید، مشکوک هستید. همان‌طور که قبلاً گفته شد، برای این‌که بتوانید از طریق مرکز مشاوره برنامه‌های پیگیری را تنظیم کنید، در هنگام ارجاع به مشاوره باید موافقت و اجازه دانشجو را دریافت نمایید. اگر فرض کنیم که این کار را انجام داده‌اید، می‌توانید با مرکز مشاوره تماس بگیرید و بپرسید که آیا دانشجو به آنجا مراجعه کرده یا خیر.

اگر با مرکز مشاوره تماس گرفتید و به شما گفتند که بدون اجازه‌نامه کتبی دانشجو نمی‌توانند اطلاعات لازم را در اختیارتان قرار دهند، به این معناست که ۱- دانشجو از صحبت کردن با مشاوره که شما به او توصیه کرده‌اید، اجتناب کرده است، ۲- تصمیم گرفته اجازه‌نامه کتبی را در اختیار مرکز قرار ندهد. البته رویداد دوم بسیار نادر است زیرا معمولاً دانشجویان مشکلی با این مسئله ندارند که کسی که آنها را برای مشاوره ارجاع داده، از آغاز جلسات مشاوره اطلاع پیدا کند. در چنین شرایطی ممکن است دانشجو فراموش کرده باشد به مشاور بگوید که اطلاعات مربوط به شروع و ادامه جلسات را در اختیار شما قرار دهد. حتی اگر تماس شما با مرکز مشاوره موفقیتی به دنبال نداشته باشد، لاقلاً به مشاور یادآوری می‌کند که در صورت حضور دانشجو در دومین جلسه، این مسئله را با او در میان بگذارد. اگر دانشجو اجازه‌نامه کتبی برای دریافت اطلاعات از مرکز مشاوره را امضا نکند، شما مجبورید تنها از طریق تماس مستقیم با خود دانشجو این مسئله را پیگیری نمایید.

۳-۱- محدودیت‌های محرمانه بودن مشاوره

محرمانه بودن، اساس و بنیان فرایند مشاوره است. افراد احتیاج دارند مطمئن شوند، آنچه در جریان مشاوره مطرح می‌کنند، محرمانه باقی خواهد ماند مگر این‌که خود آنها با افشا شدن بخشی یا همه اطلاعات برای دیگران موافقت نمایند. دانشجویانی که وارد مشاوره می‌شوند، اهمیت زیادی برای محرمانه بودن جلسات قایل هستند و ترجیح می‌دهند اطلاعات ارائه شده اصلاً فاش نشود (واندکرک، میارس و هرزوغ^۱، ۱۹۸۷). اما رازداری برای کسانی که دوست دارند فرایند مشاوره دانشجوی ارجاعی را به سادگی پیگیری نمایند، یک مانع محسوب می‌شود. کارکنان دانشگاه که دانشجویان را برای مشاوره ارجاع می‌دهند، گاهی مشاوران را تحت فشار قرار می‌دهند تا اطلاعات محرمانه جلسه را افشا نمایند (گیلبرت^۲، ۱۹۸۹؛ مالی، گالاگر و براون^۳، ۱۹۹۲؛ شارکین؛ ۱۹۹۵). پژوهشی که درباره منابع رایج ارجاع دانشجویان به مشاوره انجام شده، نشان می‌دهد که اکثریت

1 . VandeCreef, Miars, & Herzog
2 . Gilbert
3 . Malley, Gallagher, & Brown

این منابع انتظار دارند به اطلاعات محرمانه جلسات مشاوره دست یابند و حتی بعضی از آنها اعتقاد دارند که باید این اطلاعات را داشته باشند (شارکین، اسکاپاتیکی و بیرکی^۱، ۱۹۹۵). گاهی منابع ارجاع، در مقابل محدودیت‌های رازداری جلسات مشاوره به ویژه در مورد دانشجویان ارجاعی، عکس‌العمل منفی نشان می‌دهند (بیرکی، شارکین، مارین و اسکاپاتیکی، ۱۹۹۸). به عنوان مثال، بوسینکل (۱۹۸۷) همواره ناکامی مربوط به بحث محرمانه بودن را ابراز می‌داشت- او دانشجویان زیادی را برای مشاوره ارجاع داده بود.

واضح است که بحث رازداری و محرمانه بودن وضعیت را برای منابع ارجاع که تمایل دارند فرایند مشاوره دانشجویان ارجاعی را پیگیری نمایند، پیچیده و بغرنج خواهد کرد. مشاوران دانشگاه نیاز افراد دیگر در دانشگاه برای دستیابی به اطلاعات مربوط به حضور و پیشرفت دانشجو را درک می‌کنند و به آن احترام می‌گذارند. قصد آنها از عدم فاش کردن اطلاعات، عدم همکاری نیست، بلکه بیشتر تمایل به رعایت اصل رازداری دارند و بدون کسب اجازه از دانشجو نمی‌توانند هر نوع اطلاعاتی را به دیگران ارائه دهند. مشاوران، بدون دریافت اجازه از طرف دانشجو حتی نمی‌توانند اطلاعات مربوط به حضور یا عدم حضور او را فاش نمایند. گاهی این مسئله افرادی را که نگران دانشجو هستند یا برای او اهمیت قائلند عصبانی می‌کند و موجب برخورد بین اعضای جامعه دانشگاهی می‌شود (شارکین، ۱۹۹۵).

وقتی چنین ارتباطی بین ما و منبع ارجاع دانشجو برقرار می‌شود، ترجیح می‌دهم حتی قبل از این‌که دانشجو را ملاقات نمایم، براساس تجربیاتم با این منبع آگاه صحبت کنم. به این ترتیب نه تنها اطلاعاتی درباره دانشجو و علت ارجاع او به مشاوره به دست می‌آورم بلکه این فرصت را به منبع ارجاع می‌دهم تا اگر قصد دارد فرایند مشاوره را پیگیری نماید و به اجازه‌نامه کتبی دانشجو احتیاج دارد، آن را مطرح نماید. از همین طریق می‌فهمم که آیا منبع ارجاع به اندازه‌ای برای دانشجو و فرایند مشاوره اهمیت قایل است که بخواهد آن را پیگیری نماید و بداند چگونه قصد داریم جلسات مشاوره را برگزار نماییم.

وقتی درخواست غیرمنتظره‌ای برای کسب اطلاعات از حضور دانشجو دریافت می‌کنم، اما از طرف او اجازه افشا اطلاعات را ندارم، موقعیت مشکل سازتر می‌شود. گاهی این اتفاق در جریان یک ارتباط غیر رسمی مثلاً هنگام قدم زدن در دانشگاه رخ می‌دهد. در چنین شرایطی، نیاز دارم این مسئله را توضیح دهم که نمی‌توانم اطلاعات محرمانه دانشجو را بدون کسب اجازه از او فاش نمایم، اما در صورت ملاقات مجدد دانشجو، می‌توانم برای جلب موافقت او تلاش کنم. همچنین به افرادی که نگران وضعیت دانشجوی ارجاعی هستند پیشنهاد می‌کنم که تمایل خود برای پیگیری جلسات

1 . Sharkin, Scappaticci, Birky

از طریق مرکز مشاوره را با خود دانشجو در میان بگذارند و موافقت او با انجام این کار را بررسی نمایند. وقتی افراد فکر می‌کنند دانشجو در فرایند مشاوره قرار گرفته، در صورتی که واقعاً چنین نیست، انجام این کار بسیار مفید خواهد بود. اگر بتوانم اطلاعات مربوط به حضور در جلسات مشاوره را مستقیم در اختیار دیگران قرار دهم، کار من راحت‌تر خواهد بود اما چنین کاری از طرف من غیراخلاقی است و می‌تواند احتمال مراجعات بعدی دانشجویان را برای ملاقات با من کم کند. دانشجویان از ملاقات با مشاوره که اطلاعات مربوط به حضور (یا عدم حضور) آنها در جلسات را بدون اجازه و رضایتشان در اختیار افراد دیگر دانشگاه قرار می‌دهند، احساس امنیت و راحتی نخواهند کرد.

اگر واقعاً نگران چگونگی عملکرد دانشجوی ارجاعی در بهره‌گیری از جلسات مشاوره هستید، هرگاه متوجه شدید که او حداقل برای اولین ملاقات در مرکز مشاوره حاضر شده، باید پیگیری‌ها را به شکل دوره‌ای از طریق تماس با دانشجو ادامه دهید. حضور دانشجوی ارجاعی در جلسه اول، شما را مطمئن می‌کند که او حداقل مورد ارزیابی قرار گرفته و پیشنهاد ادامه جلسات را از مشاور مرکز دریافت کرده است. گاهی اولین جلسه مشاوره برای به دام انداختن دانشجو کافی است و راه را برای ادامه کار هموار می‌کند. علاوه بر این، شرکت دانشجو در جلسه اول به این معناست که در حال حاضر حداقل یکی از اعضای مرکز مشاوره با این دانشجو آشناست. این مسئله وقتی کمک کننده است که شما به دلیل بروز یک مشکل جدید در سلامت دانشجوی ارجاعی قبلی، مجدداً با مرکز مشاوره تماس می‌گیرید و تقاضای کمک می‌کنید. اگر کارکنان مرکز مشاوره نمی‌توانند درباره موقعیت یک دانشجوی خاص با شما صحبت کنند، رئیس دانشگاه یا معاون امور دانشجویی گزینه‌های خوبی برای برقراری تماس هستند.

۴- خلاصه

دنبال کردن یک مجموعه اصول کلی، مسیر ارجاع دانشجویان به مشاوره را تسهیل می‌کند. فرایند ارجاع در قالب «انتقال اعتماد» مفهوم‌سازی شده است و به این معناست که منبع ارجاع، احساس اعتماد را نسبت به مرکز مشاوره افزایش می‌دهد و در فرایند تصمیم‌گیری برای دریافت کمک، دانشجو را به یک عضو فعال تبدیل می‌کند. این مسئله وقتی کمک کننده است که بخواهیم دانشجو را برای آنچه ممکن است در ملاقات با مشاور دانشگاه رخ دهد، آماده کنیم و انتظار مثبت از مشاوره ایجاد نماییم. بنابراین، باید درباره کارکنان، عملکرد و خدمات مرکز مشاوره اطلاعات کافی داشته باشیم. برای موقعیت‌هایی که اضطراری محسوب می‌شوند، اگر بخواهیم مطمئن شویم که دانشجو خدمات فوری مورد نیاز را دریافت کرده، باید گام‌های بیشتری را برداریم. مرحله

پیگیری یکی از بخش‌های بسیار مهم فرایند مشاوره است اما مشکلات بالقوه‌ای نیز ممکن است به واسطه بحث محرمانه بودن مشاوره پیش آید. اگر مشاوران پیش از ملاقات با دانشجوی ارجاعی برای مشاوره، فرصت برقراری ارتباط با منابع ارجاع را داشته باشند، مشکلات به حداقل خواهد رسید.

فصل ششم

موضوعات خاص و جمعیت‌های ویژه

اکنون این مسئله باید برای خواننده روشن شود که گاهی تلاش برای کمک به دانشجوی مشکل‌دار بسیار چالش برانگیز خواهد بود. هدف این فصل ارزیابی و بحث درباره موقعیت‌های خاصی است که ممکن است تلاش برای کمک به دانشجو را تحریف نماید و یا مشکلات و درگیری‌های زیادی را به فرد تحمیل کند. بعضی از این موارد را قبلاً به طور مختصر بحث کردیم اما ارائه جزئیات بیشتر درباره آنها ضروری به نظر می‌رسد. موارد زیر را در این فصل بررسی خواهیم کرد.

۱. هنگام کمک به یک دانشجوی آشفته، میزان مسئولیت شما چه قدر خواهد بود
 ۲. آگاهی درباره نقش‌های دوگانه، مرزبندی‌ها و مشکلات مربوط به آنها
 ۳. تعامل با والدین دانشجویان آشفته و
 ۴. تعامل با همسالان دانشجویان آشفته.
- همچنین بخشی از این فصل به بررسی مسائل مربوط به کمک به دانشجویان آشفته‌ای اختصاص یافته که جزو گروه‌ها و جمعیت‌های خاص محسوب می‌شوند که در ادامه به آنها اشاره می‌شود:

۱. دانشجویان رنگین پوست
۲. دانشجویان خارجی
۳. دانشجویان ورزشکار و
۴. دانشجویان تحصیلات تکمیلی

هریک از این گروه‌ها را به عنوان یک جمعیت خاص مدنظر قرار می‌دهیم، زیرا هنگام ارجاع آنها برای مشاوره باید به ویژگی‌های اختصاصی آنها توجه نماییم.

۱- میزان مسئولیت شما

به کارکنان و اساتید دانشگاه‌ها هشدار می‌دهم که در مواجهه با دانشجوی مشکل‌دار مسئولیت زیادی برای خود قائل نباشند. شاید برای شما سخت باشد که در قبال دانشجویی که دوست دارید و می‌شناسید، مسئولیت اندکی را بپذیرید. حتی بعضی از دانشجویان تلاش می‌کنند شما را متقاعد نمایند که شما بهترین یا تنها کسی هستید که می‌توانید به او کمک کنید. پذیرش مسئولیت زیاد از طرف کارکنان و اساتید دانشگاه‌ها نهایتاً به احساس خشم، ناکامی و رنجش منجر می‌شود و اضطراب و استرس را به دنبال دارد. این اتفاق به ویژه در مواردی که مشکلات زیاد و پیگیری آنها وقت‌گیر باشد، بارز خواهد بود.

برای چند لحظه تصور کنید دانشجویی که با او آشنا هستید نزد شما می‌آید و از شما می‌خواهد به صحبت‌هایش درباره «مشکلات شخصی زندگی» توجه کنید. شما موافقت می‌کنید و او شروع می‌کند به صحبت درباره این‌که دیگران درباره او چگونه فکر می‌کنند. او درباره این صحبت می‌کند که درون‌گراست و در اغلب موقعیت‌های اجتماعی به شدت مضطرب می‌شود. هیچ مسئله غیرمعمولی درباره صحبت‌های این دانشجو وجود ندارد و به نظر می‌رسد با شما راحت است و می‌تواند مشکلاتش را مطرح کند. بعد از مدت زمان کوتاهی، به شما می‌گوید که صحبت کردن با شما برایش مفید بوده و با شما بیش از مشاوره که اخیراً ملاقات کرده راحت بوده است. سپس از شما می‌خواهد در چند روز آینده نیز ملاقاتی با او داشته باشید.

تا اینجا این موقعیت بی‌خطر به نظر می‌رسد و تصور می‌کنید که می‌توانید برای کمک به دانشجو با او قرار ملاقات داشته باشید. حتی ممکن است به دنبال اظهار این مطلب از طرف دانشجو که هنگام صحبت کردن با شما خیلی راحت بوده، احساس کنید مجبورید فرایند کمک کردن به او را ادامه دهید. وقتی او اظهار می‌دارد که با شما راحت‌تر صحبت کرده تا با مشاور، حتی ممکن است به ذهن‌تان هم خطور نکند که او را به مرکز مشاوره ارجاع دهید. همچنین این فکر از طرف شما منطقی است که تصور کنید ملاقات بعدی با این دانشجو شبیه ملاقات اول‌تان خواهد بود. بنابراین فرض می‌کنیم که شما قرار ملاقات بعدی را نیز پذیرفتید.

حال تصور کنید که دیدار دوم با دیدار اول متفاوت باشد. این‌بار، دانشجوی فوق‌بسیار مضطرب به نظر می‌رسد و تا حدی نامفهوم و گیج‌کننده صحبت می‌کند. او به شما می‌گوید که معتقد است دانشجویان دیگر به او به عنوان یک فرد خاص و عجیب می‌نگرند و احتمال می‌دهد که دیگران

درباره او با هم حرف می‌زنند. او مثال‌هایی ارائه می‌دهد از اینکه در کلاس و دیگر مکانهای عمومی دیگران به او خیره می‌شوند و درباره این که او چقدر عجیب است، با هم صحبت می‌کنند. هنگامی که او صحبت می‌کند، شما درباره میزان جدی بودن مشکل دانشجوی فکر می‌کنید و موقعیت را به اندازه‌ای که قبلاً تصور می‌کردید، ساده نمی‌بینید. این موقعیت نگرانی شما را در مورد دانشجوی افزایش می‌دهد. حال به این نتیجه می‌رسید که بهتر است او را به مرکز مشاوره دانشگاه ارجاع دهید تا با یکی از مشاوران آنجا صحبت کند و این پیشنهاد را مطرح می‌کنید. او از این پیشنهاد عصبانی می‌شود و یادآوری می‌کند که قبلاً به شما گفته بود که با مشاور راحت نیست. او از این پیشنهاد ناراحت می‌شود و در مقابل شما حالت دفاعی می‌گیرد و اظهار می‌کند که شما هم مانند دیگران فکر می‌کنید که او عجیب است و سپس شما را ترک می‌کند. هنوز نگران این دانشجوی هستید اما نمی‌دانید در چنین شرایطی باید چه کاری انجام دهید.

این سناریوی فرضی را به این دلیل بیان نکردم که اضطراب شما را افزایش دهم یا شما را از کمک کردن به دانشجویان مشکل‌دار بترسانم، بلکه خواستم این مسئله را روشن کنم که موقعیتی که در ابتدا یک حالت عادی و بی‌خطر به نظر می‌آید ممکن است در ادامه تبدیل به یک شرایط مشکل‌آفرین شود. اگر دانشجوی صحبت‌هایی را که در دومین ملاقات ابراز کرده بود، در اولین دیدار بیان می‌کرد، هرگز پیشنهاد برقراری دومین ملاقات را نمی‌پذیرفتید و تلاش می‌کردید مجدداً او را به مرکز مشاوره ارجاع دهید. حتی اگر او پیشنهاد ارجاع به مرکز مشاوره را نمی‌پذیرفت، انجام این کار از طرف شما مرزها را مشخص می‌کرد و انتظار این که می‌توانید در مشکلات شخصی به او کمک کنید را در ذهنش به وجود نمی‌آورد. این سناریو با اتفاقی که در مرکز مشاوره می‌افتد، خیلی فرق نمی‌کند. یعنی بعضی از دانشجویان در جلسه اول مشاوره مسائلی را مطرح می‌کنند که صرفاً دغدغه‌های بهنجار دوران تحول آنها محسوب می‌شود؛ در حالی که در ادامه جلسات، مشکل آنها صورت جدی و عمیق خود را نشان می‌دهد.

می‌توانید بدون این که خود را در نقش یک جایگزین مشاور قرار دهید، به دانشجویی که برای حل مشکلاتش به شما مراجعه کرده، کمک کنید. به نظر من بهتر است به عنوان یک منبع ارجاع عمل کنید تا این که با چیزی بیش از آنچه در ابتدا فکر می‌کردید، درگیر شوید. علاوه بر این، ممکن است بیش از این که برای دانشجوی مفید باشید، به او آسیب بزنید زیرا به عهده گرفتن نقش جایگزین مشاور و کمک برای حل مشکل دانشجوی تمایل او را برای بهره‌گیری از کمک حرفه‌ای کاهش می‌دهد. توصیه می‌کنم مرزهای نقش خود را در ارتباط با دانشجوی کاملاً واضح مشخص کنید و تنها به دانشجوی مشکل‌دار کمک کنید تا مراقبت‌های لازم را از منابع مناسب دانشگاه دریافت نماید.

۲- نقش‌های دوگانه، مرزبندی‌ها و مشکلات آنها

موضوع نقش‌های دوگانه و مرزبندی‌ها هنگام تلاش برای پاسخ‌دهی به دانشجوی مشکل‌دار و ارجاع او به مرکز مشاوره، به طرق مختلف منجر به ایجاد مشکلات بیشتر می‌شود. بسیاری از افرادی که در دانشگاه کار می‌کنند، نقش‌های مختلفی در قبال دانشجویان به عهده دارند. به عنوان مثال، بعضی از اعضای هیئت علمی و کارکنان دانشگاه‌ها، در سازمان‌ها و گروه‌های دانشجویی نقش راهنما را نیز به عهده دارند. در نتیجه، این افراد در بافت‌ها و موقعیت‌های مختلف با دانشجویان رابطه دارند و آنها را می‌شناسند.

موضوع مرزبندی‌ها در نتیجه اشتغال دانشجویان به کار یا ارائه داوطلبانه خدمات در قسمت‌های مختلف دانشگاه نیز رخ می‌دهد. اشتغال دانشجویان به کار (= کار دانشجویی م.) به عنوان کمک در قسمت‌های مدیریت، پذیرش، تدریس و پژوهش امری رایج و متداول است. دانشجویان در دانشگاه به ارائه داوطلبانه خدمات (= کانون‌ها و تشکل‌های دانشجویی م.) نیز می‌پردازند. زمانی در دانشگاه هماهنگ کننده برنامه آموزشی جوانان بودم که اعضای برگزار کننده آن شامل تعداد زیادی از دانشجویان داوطلب بودند. علاوه بر این، دانشجویانی که به عنوان نماینده دانشجویان دیگر داوطلب ارائه خدمات در کمیته‌های مختلف موجود در دانشگاه هستند، در کنار سایر کارکنان و اساتید دانشگاه مشغول به کار می‌باشند. همچنین در هر دانشگاهی درصد معینی از دانشجویان، فرزندان یا اعضای خانواده کارکنان آن دانشگاه هستند که اگر مشکلات و اختلالات روان‌شناختی و هیجانی برای این دسته از دانشجویان به وجود آید، مسئله مرزبندی‌ها صورت جدیدی به خود می‌گیرد.

مسئله نقش‌های دوگانه و مرزبندی‌ها در حوزه مشاوره دانشجویی به خوبی قابل مشاهده و بحث است (هریس، ۲۰۰۲؛ یاسوپوویچ و لاک^۱، ۲۰۰۲). گاهی برای مشاورانی که نقش‌های متفاوتی در دانشگاه دارند، روابط دوگانه اجتناب‌ناپذیر است. اغلب مشاوران دانشگاه علاوه بر نقش اولیه خود به عنوان مشاور، نقش‌های متعدد دیگری از قبیل تدریس، راهنمایی، نظارت، برنامه‌ریزی و اقدام برای دسترسی به منابع را بر عهده دارند. در نتیجه، گاهی مشاوران خود را در موقعیت‌های نامطلوب و شرایط مبهم اخلاقی می‌یابند که ممکن است بر اصل رازداری مشاوره خدشه وارد نماید (شارکین، ۱۹۹۵).

طی سال‌های طولانی کارم به عنوان مشاور با موقعیت‌های زیادی برخورد کرده‌ام که مستلزم نقش‌های دوگانه بوده است. به عنوان مثال، زمانی در مرکز مشاوره‌ای کار می‌کردم که تعدادی از دانشجویان همان دانشگاه کارهای مختلف مرکز را در قالب کار دانشجویی انجام می‌دادند. یک بار

1 . Iosupovici & Luke

دانشجویی که در مرکز ما به عنوان همکار فعالیت می‌کرد همراه با یکی از دوستانش وارد اتاق من شد و اظهار کرد که دوستش باید همین الان با یک مشاور صحبت کند. من آماده شدم که ملاقاتی را با آن دانشجو ترتیب دهم اما دانشجوی مشکل‌دار اصرار داشت که دوستش (همان دانشجوی همکار ما که او را معرفی کرده بود) باید در جلسه حاضر باشد. علی‌رغم اینکه احساس خوبی نسبت به این مسئله نداشتم اما با خواسته او موافقت کردم و جلسه را به همان ترتیبی که او می‌خواست ادامه دادم. قصد من این بود که بر دانشجوی مشکل‌دار تمرکز کنم و با حضور دانشجوی دیگر صرفاً برای ایجاد حمایت روانی موافقت کردم. اما پس از مدتی دانشجوی همکار ما در پاسخ به مشکلاتی که دوستش مطرح کرده بود، بعضی از مشکلات و استرس‌های خود را بیان کرد. دانشجوی همکار ما به شدت تحت تاثیر قرار گرفت و مشکلات جدی خود را مطرح نمود که حتی تجارب سوء استفاده دوره کودکی‌اش را در بر می‌گرفت. طبیعتاً من مجبور بودم به او هم پاسخ دهم، در نتیجه خود را در موقعیتی یافتیم که در حال مشاوره با دانشجویی بودم که در مرکز همکار من بوده و باید دستورات من را از این پس نیز انجام می‌داد.

به دو دلیل معتقدم این مسئله از اهمیت زیادی برخوردار است: اول این که، اساتید و کارکنان دانشگاه‌ها به خاطر داشته باشند گاهی ممکن است دانشجویانی که شما قصد ارجاع آنها به مشاوره را دارید، قبلاً با مشاور مرکز وارد یک رابطه غیرمشاوره‌ای شده باشند که این مسئله فرایند ارجاع را با پیچیدگی‌ها و مشکلات خاصی روبرو می‌کند. در صورت امکان برای دانشجویانی که ممکن است با مشاوران مرکز مشاوره دانشگاه رابطه دوگانه داشته باشند، باید مشاور جایگزینی خارج از دانشگاه انتخاب کرده و ترتیب ملاقات دانشجو با او را داد. به عنوان مثال، دانشجویی که در مثال بالا از او یاد شد، در نهایت وارد دوره کارآموزی مشاوره شد، جایی که انجام دستورات مشاور مرکز از او انتظار نمی‌رفت.

دوم این که، شما باید به بررسی و حل مشکلات دانشجویی بپردازید که هم‌زمان با شخص شما یا محلی که در آن کار می‌کنید ارتباط نزدیک دارد. ممکن است او دانشجویی باشد که در دفتر شما به کار دانشجویی می‌پردازد یا در کمیته‌ای خدمت می‌کند که شما هم عضو آن هستید و یا از اعضای گروهی است که شما راهنمایی آن را بر عهده دارید. این لزوماً بدان معنا نیست که شما در مواجهه با مشکل این دانشجو و یا در مسیر ارجاع او باید کارهای متفاوتی انجام دهید؛ اما قرار گرفتن در چنین موقعیتی که بخواهید از یک طرف با مشکلات این دانشجو سرو کله بزنید و از طرف دیگر همکاری خود را در بقیه نقش‌ها مثل سابق ادامه دهید، ناخوشایند است. گاهی وقت‌ها می‌توان اضطراب و ناخوشایندی موقعیت را از طریق درمیان گذاشتن این موضوع با دانشجوی مورد نظر کاهش داد. ناظرین دانشجویانی که در قسمت‌های مختلف دانشگاه کار می‌کنند و از مشکلات

روان‌شناختی شدید نیز رنج می‌برند باید به این نکته توجه کنند که کار دانشجو تا چه حد تحت تاثیر بیماری او قرار می‌گیرد. این دو نکته را باید در زمان مناسب با دانشجو در میان گذاشت اما سعی کنید میان حساسیت نسبت به موقعیت دانشجو و احساس مسئولیت به عنوان ناظر (سوپروایزر) او تعادل برقرار نمایید.

۳- تعامل با والدین دانشجویان آشفته

موضوعات مرتبط با تعامل با والدین دانشجویان مشکل‌دار نیازمند یک منبع راهنمای اختصاصی در این زمینه است. در حالی که یک منبع راهنما برای والدین دانشجویان نوشته شده است (بارکین^۱، کوبارن و تریگر^۲، ۱۹۹۷؛ جانسون و اسکیلز-میلر^۳، ۲۰۰۰) اما دستورالعملی برای چگونگی برخورد پرسنل دانشگاه با والدین دانشجویان وجود ندارد. وقتی والدین در دوره تحصیل فرزندان در دانشگاه نگران سلامت عاطفی آنها هستند، با هر کسی که فکر کنند می‌تواند به آنها کمک کند، تماس می‌گیرند. علاوه بر دفتر سلامت دانشجویی و مرکز مشاوره، ممکن است با اساتید راهنمای دانشجویان، کارکنان امور خوابگاهها، دفتر سلامت عمومی و حتی رئیس دانشگاه نیز تماس بگیرند. ممکن است بعضی از والدین احساس کنند موقعیت فرزند آنها توجه مدیران عالی رتبه یا حتی رئیس دانشگاه را جلب کرده است. ممکن است والدین به قصد ارجاع فرزندشان به مشاوره با دانشگاه تماس بگیرند و برای انجام این کار به دنبال کمک گرفتن از تمام افرادی باشند که می‌توانند این امر را تسهیل نمایند. اگرچه بعضی از والدین می‌توانند فرزندان خود را مستقیماً به مرکز مشاوره دانشگاه ارجاع دهند، اما اغلب آنها نمی‌توانند به این راحتی بر فرزندان تاثیر بگذارند، به ویژه اگر روابط آنها با فرزندان با تعارض و درگیری همراه باشد. با تمام این احوال، والدین باید بدانند در غیر از موارد اضطراری یا بحرانی نمی‌توانند فرزندان را وادار به حضور در جلسات مشاوره نمایند.

علاوه بر پاسخ‌دهی به والدین دانشجویان آشفته و مشکل‌دار، گاهی موقعیت به گونه‌ای است که کارکنان دانشگاه باید به دلیل وجود مشکل حاد و جدی با والدین دانشجوی خاصی تماس بگیرند. در حالت عادی کارکنان دانشگاه ابتدا اجازه برقراری تماس با والدین را از دانشجو دریافت می‌کنند اما در موارد اضطراری تماس بدون اجازه دانشجو انجام می‌گیرد. فرایند تماس گرفتن با والدین

1 . Barkin
2 . Coburn & Treeger
3 . Johnson & Schelhas- Miller

دانشجویان مشکل‌دار به دلیل ماهیت موقعیت و ابهام در مورد عکس‌العمل والدین، برای کارکنان دانشگاه اضطراب برانگیز است.

براساس تجاربی که از ارتباط با والدین دانشجویان مشکل‌دار به دست آورده‌ام، دریافته‌ام که والدین در دو سر یک طیف قرار دارند. در یک طرف والدینی حضور دارند که حمایت کننده هستند و تمایل دارند هرکاری از دستشان بر می‌آید، انجام دهند بدون اینکه احساس شکست داشته باشند یا واکنش غیرمنطقی نشان دهند. اینها همان والدینی هستند که وقتی نگران سلامت فرزندانشان می‌شوند با دانشگاه تماس می‌گیرند تا ببینند چه کسی می‌تواند در مسیر بهبودی، بیشترین و بهترین کمک را به فرزندان آنها عرضه نماید و وقتی کسی از دانشگاه با آنها تماس می‌گیرد، به گرمی پاسخ‌گو هستند. این والدین از مرکز مشاوره دانشگاه توقع منطقی دارند و هر زمان که بتوانند، برای کمک به سیر بهبودی در دسترس هستند (مثلاً اگر نیاز باشد با برگشت موقت فرزندشان به خانه موافقت می‌کنند).

در سمت دیگر والدینی حضور دارند که بسیار پرتوقع و غیرمنطقی هستند و در سطح ارتباط بین فردی، انسان‌های ناخوشایندی محسوب می‌شوند. آنها خود را محق می‌دانند، زیرا شهریه دانشگاه را پرداخت می‌کنند و از دانشگاه انتظار دارند بدون این‌که آنها را درگیر کند، از تمام جنبه‌های زندگی فرزندشان مراقبت نماید. حتی هرگاه مشکل فرزند این دسته از والدین را به آنها اطلاع می‌دهند، ناراحت شده و حالت دفاعی به خود می‌گیرند، انگار که مشکل فرزندشان در زندگی آنها اختلال ایجاد می‌کند. این افراد با بازگشت فرزندانشان به خانه به شدت مخالفت می‌کنند مگر این‌که بر انجام این کار بیش از اندازه تاکید شده باشد.

گاهی والدینی که به شیوه‌ای منفی پاسخ می‌دهند، افرادی هستند که خود مشکلات شخصی زیادی دارند. گاه وقتی با والدین درباره مشکلات فرزندشان صحبت می‌کنیم، آنها مشکلات خود در زمینه اقتصادی یا بیماری‌شان را ابراز می‌کنند. گاه طی این مصاحبه‌ها متوجه می‌شویم که والدین دانشجویان مشکل‌دار، تاریخچه طولانی از تعارض با فرزند دانشجویی یا حتی فرزندان دیگر خانواده دارند. بنابراین، قابل درک است که وقتی با بعضی از والدین درباره مشکلات هیجانی فرزندانشان در دانشگاه صحبت می‌کنیم، آنها به شیوه‌ای منفی و مقابله‌جویانه رفتار کنند، زیرا این کار استرس بیشتری برای آنها به بار می‌آورد، به ویژه اگر مشابه این مشکلات در گذشته نیز رخ داده باشد. باید به خاطر داشته باشیم که اکثر والدین خود را برای انجام هر کاری ناتوان می‌بینند، به ویژه اگر در فاصله‌ای دور از دانشگاه زندگی کنند؛ همین احساس ناتوانی است که تبدیل به خشم و ناکامی می‌شود.

تلاش برای همدلی با والدین خشمگین و سرسخت، به بهبود وضعیت کمک می‌کند یا حداقل سطح خشم و اضطراب شما را کاهش می‌دهد. جدال یا مقاومت در مقابل این‌گونه والدین تنها موقعیت را استرس‌زا تر و بغرنج‌تر خواهد کرد. اگر والدین را بدون توجه به تجربه‌ای که با آنها داشته‌اید، دوست خود بپندارید نه دشمن و رقیب، اوضاع آرام‌تر خواهد بود. تا جایی که امکان دارد باید از بیگانه پنداشتن والدین اجتناب کنیم، زیرا آنها بالقوه منابع اطلاعات مهمی هستند و در جریان مراقبت از دانشجوی مشکل‌دار به منزله دارایی‌های ارزشمندی محسوب می‌شوند (شارکین، ۱۹۹۵). گاهی اوقات که اضطراب والدین دانشجویان مشکل‌دار را که ناشی از موقعیت خاص پیش آمده است، از طریق اطمینان بخشیدن به آنها مدیریت می‌کنید و آنان را مطمئن می‌سازید که دانشگاه هر کاری بتواند برای بهبود سلامت فرزندشان انجام می‌دهد، به خوبی با شما همکاری می‌کنند. اگرچه بعضی از والدین بدون توجه به آنچه شما می‌گویید یا انجام می‌دهید، همچنان خشمگین و سرسخت باقی می‌مانند، اکثر آنها وقتی می‌فهمند پای سلامت فرزندشان در میان است وارد مسیر همکاری با شما خواهند شد.

مشابه خطاری که درباره عدم تقبل مسئولیت بیش از حد در قبال دانشجویان مشکل‌دار ارائه دادم، در ارتباط با والدین نیز باید این اصول را رعایت نمایید. هرگاه والدین دانشجویی با شما تماس گرفتند و درباره سلامت روان شناختی و هیجانی فرزندشان ابراز نگرانی کردند، آنها را ترغیب کنید تا با مشاوران مرکز مشاوره دانشگاه تماس بگیرند. مشاوران دانشگاه برای هدایت چنین نگرانی‌هایی به خوبی آموزش دیده‌اند و می‌توانند توصیه‌هایی ارائه کنند یا در صورت نیاز والدین را به منابع مناسب‌تری ارجاع دهند. همچنین هرگاه والدین دانشجوی مشکل‌داری با شما تماس گرفتند و نگرانی‌های خود را ابراز کردند، عاقلانه‌ترین تصمیم این است که قبل از درگیر شدن با مسئله آنها را ترغیب کنیم تا از کمک و حمایت مرکز مشاوره استفاده نمایند.

۴- تعامل با همسالان دانشجویان آشفته

دانشجویان معمولاً به هم اتاقی‌ها و دوستان خود در حل مشکلات هیجانی مثل افسردگی کمک می‌کنند (شارکین، پلاگمان و من‌گلد^۱، ۲۰۰۳). دانشجویان در جریان تلاش برای کمک‌رسانی به دوستان و همسالانشان ممکن است به اساتید یا کارکنان دانشگاه مراجعه کنند و در خواست کمک نمایند. می‌توان در چنین مواردی به راحتی دانشجوی آشفته را به مرکز مشاوره ارجاع داد. بسیاری از دانشجویانی که نگران سلامت دوستان خود هستند نمی‌دانند که جهت کمک گرفتن برای دوست

1 . Sharkin, Plageman, & Mangold

خود می‌توانند با مرکز مشاوره دانشگاه تماس بگیرند (شارکین و همکاران، ۲۰۰۳). با این حال، بعضی از دانشجویان تصمیم می‌گیرند سراغ مشاوران دانشگاه نروند زیرا می‌ترسند این کار، باعث شود که برای دوست آنها در دانشگاه مشکلاتی به وجود آید.

دانشجویان نیز ممکن است در مواجهه با دوست مشکل‌دار خود، همانند کارکنان و اساتید دانشگاه در دام مسئولیت‌پذیری بیش از حد بیفتند. مکرراً با دانشجویانی مشاوره داشته‌ام که نگرانی‌هایی را درباره دوستان خود ابراز می‌کردند. دیدن این نکته که بعضی از دانشجویان تا چه حد برای کمک به دوستشان درگیر می‌شوند، واقعیت بیشتری را برای من آشکار کرد. این دانشجویان دلسوزی بیش از اندازه‌ای را نشان می‌دهند و وقتی با مرکز مشاوره تماس می‌گیرند که آب از سر آنها گذشته است. ممکن است از میزان آشفتگی دوستشان ترسیده باشند و یا به این نتیجه برسند که وقت و انرژی زیادی را صرف می‌کنند، بدون این که نتیجه مناسبی بگیرند. دانشجویانی که تلاش می‌کنند به دوست مشکل‌دار خود کمک کنند، ممکن است خود دچار آشفتگی شدید شوند و در نتیجه تلاش‌هایی که برای کمک به دوست خود انجام می‌دهند، اختلال جدی در عملکرد تحصیلی و اجتماعی آنها به وجود آورد.

وقتی دانشجویی نزد شما می‌آید که نگران دوست خود است، بهترین کار این است که او را ترغیب کنید با یکی از مشاوران دانشگاه تماس بگیرد. می‌توانید به این دانشجو اطمینان بدهید که برای انجام این مشاوره نیازی نیست نام خود را فاش کند. تنها استثنا این قانون وقتی است که دانشجویی در معرض خطر آسیب زدن به خود یا دیگران باشد؛ مشاوران باید نام دانشجویی را که در معرض خطر انجام این کار قرار دارد، بدانند اما نمی‌توانند دوستی را که این خبر را به آنها رسانده و ادا کنند نام خود را فاش نماید. در موارد غیر اضطراری، دانشجویان می‌توانند این مشاوره را تلفنی نیز انجام دهند یا اینکه به شکل حضوری به گفتگو با مشاور بپردازند و از این که چه عکس‌العملی باید نشان دهند یا چگونه مسیر ارجاع دوستشان را هموار سازند، آگاهی حاصل نمایند.

کاری که نباید انجام دهید، تباری کردن با دانشجو بر سر این مسئله است که از ارائه کمک به دانشجوی مشکل‌دار در حالی که این کار لازم است، خودداری کنید. فرض بر این است که دانشجویان می‌توانند شدت مشکل دوست خود را اغراق‌آمیز و بزرگتر از معمول نشان دهند اما کسب اطلاعات درباره دانشجوی مشکل‌دار و عدم پاسخ‌دهی به آن همواره با خطر همراه است. شما باید تمام تلاش خود را انجام دهید تا مشاور یا رییس مرکز مشاوره، حداقل فرصت ارزیابی موقعیت گزارش شده را داشته باشند. من معمولاً با دانشجویی که نگران سلامتی دوست خود است، درباره هزینه‌های مراقبت از او صحبت می‌کنم و اینکه گاهی اوقات مراقبت، یعنی برداشتن گام‌هایی

برای کمک گرفتن از منابع درست. همچنین به دانشجو اطمینان می‌دهم که حتی اگر در ابتدا دوستش از او ناراحت یا خشمگین شود، اما در نهایت می‌فهمد که تلاش او برای دریافت کمک از دیگران ناشی از نگرانی هوشمندانه و تمایل او به مراقبت از دوستش بوده است.

۵- دانشجویان رنگین پوست

دانشجویان رنگین پوست علاوه بر استرس‌های معمول دوره تحصیل که همه دانشجویان را درگیر می‌کند، استرس‌های مربوط به فرهنگ و نژاد متفاوت خود مثل تبعیض، نژادپرستی، رشد هویت نژادی و موانع زبان و فرهنگ را نیز تجربه می‌کنند (برینسون و کاتلر^۱، b1995؛ کنستانتین، ویلتون و کالدول^۲، ۲۰۰۳؛ نیشی‌مورا^۳، ۱۹۹۸؛ والدن^۴، ۱۹۹۴). دانشجویان رنگین پوست شامل نژادهای آفریقایی-آمریکایی، اسپانیایی و آمریکای لاتین، آسیایی-آمریکایی و بومی‌های آمریکایی هستند. مشکلات و نیازهای اصلی دانشجویان دو رگه و چند رگه نباید مورد غفلت قرار گیرند (نیشی‌مورا، ۱۹۹۸). دانشجویان رنگین پوست بر خلاف هم‌تایان سفیدپوست خود، انواع خاص و منحصر به فردی از مشکلات را در زمینه زندگی تحصیلی و اجتماعی خویش تجربه می‌کنند، مشکلاتی از قبیل سوگیری‌هایی در دستورالعمل‌های اجرایی یا فضای کلاس، کلیشه‌های تند و تیز مربوط به نژادپرستی، تصورات اشتباه دیگران و پیش فرض‌های مبتنی بر نژادپرستی، واکنش‌های منفی به ارتباط‌های بین نژادی و رفتارهای دیگری که منجر به ایجاد مشکلات ارتباط بین نژادها می‌شود یا فضای خصومت باری را در دانشگاه ایجاد می‌کند. علاوه بر این، دانشجویان رنگین پوست در دانشگاه‌هایی که اکثریت با سفیدپوستان است، به شدت در معرض خطر انزوا و تنهایی قرار دارند (برینسون و کاتلر، b1995).

علیرغم همه این درگیری‌های منحصر به فرد، دانشجویان رنگین پوست نسبت به دانشجویان سفید، تمایل کمتری به استفاده از خدمات مشاوره دارند (برینسون و کاتلر، b1995؛ کنستانتین، چن و سی‌سی^۵، ۱۹۹۷؛ لیونگ، وگنر و تاتا^۶، ۱۹۹۵؛ ناریکیو و کامه‌اکا^۷، ۱۹۹۲؛ والدن^۸، ۱۹۹۴). استفاده کمتر دانشجویان رنگین پوست از خدمات مشاوره به عواملی مثل احساس شرم و برجسب خوردن (ننگ)^۹ (کنستانتین و همکاران، ۱۹۹۷؛ ناریکیو و کامه‌اکا، ۱۹۹۲)، نبود متخصصان هم

1 . Brinson & Kottler
2 . Constantine, Wilton & Cadwell
3 . Nishimura
4 . Walden
5 . Constantine, Chen, & Ceesay
6 . Leong, Wagner, & Tata
7 . Narikiyo & Kameoka
8 . Walden
9 . stigma

فرهنگ (برینسون و کاتلر، 1995؛ کنستانتین و همکاران، ۱۹۹۷) و عدم اعتماد یا برداشت نادرست مشاوران دانشگاه و حساسیت آنها به تفاوت‌های نژادی و فرهنگی (برینسون و کاتلر، 1995b؛ لیونگ و همکاران، ۱۹۹۵؛ نیکرسون، هلمز و ترل^۱، ۱۹۹۴) نسبت داده می‌شود. سطح رشد هویت نژادی دانشجویان بر تمایل آنها برای بهره‌گیری از خدمات مشاوره تاثیر می‌گذارد (نیکرسون و همکاران، ۱۹۹۴).

دانشجویان رنگین پوست هنگام مواجهه با مشکلات شخصی از منابعی درخواست کمک می‌کنند که به شکل غیر مستقیم با مرکز مشاوره در ارتباط هستند (کنستانتین و همکاران، ۱۹۹۷). این افراد شامل راهنماهای تحصیلی، کارکنان صندوق رفاه و افرادی هستند که خدمات بین فرهنگی ارائه می‌دهند. دیگر منابع حمایت اجتماعی مثل اعضای خانواده، همسالان و شرکت در فعالیت‌های مذهبی و معنوی نیز می‌توانند نیاز برای دریافت کمک‌های حرفه‌ای را کاهش دهند (کنستانتین و همکاران، ۲۰۰۳). وقتی دانشجویان رنگین پوست در دانشگاه در جستجوی کمک می‌آیند، بیشتر از دانشجویان سفید پوست برجسب نابالغ بودن را دریافت می‌کنند (برینسون و کاتلر، ۱۹۹۵b). یکی از دلایل احتمالی این امر ناسازگاری بین انتظار دانشجویان از مشاوره و تجربه واقعی آن است.

کنستانتین و همکاران (۱۹۹۷) در پژوهشی که بر روی نمونه‌ای از دانشجویان رنگین پوستی که در طول سال تحصیلی در جستجوی دریافت کمک حرفه‌ای از مشاوران دانشگاه بودند، انجام دادند دریافتند که مشکلات ارتباطی با اعضای خانواده و افسردگی، نگرانی‌های عمده ابراز شده توسط این دانشجویان است. دانشجویان رنگین پوستی که جهت‌گیری خانوادگی قوی دارند، هنگام بروز مشکل در خانواده و یا در مواجهه با مشکل ارتباطی با یکی از اعضای خانواده، استرس زیادی را تجربه می‌کنند. احتمالاً گاهی افسردگی، ناشی از وجود همین آشفتگی‌ها در روابط خانوادگی است که البته در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفته است. باید به خاطر داشته باشیم که یافته‌های این مطالعه معرف همه دانشجویان رنگین پوست این دانشگاه (محل انجام پژوهش) یا دانشجویان سایر دانشگاه‌ها و درصد عمده‌ای از دانشجویانی که به دنبال دریافت کمک‌های حرفه‌ای نیستند، نمی‌باشد. مشکلات مشخص شده در پژوهش‌ها، انعکاس وضعیت نمونه‌های تقریباً کوچکی از دانشجویان هستند که تمایل به دریافت کمک داشته‌اند. علاوه براین، گاهی دانشجویان رنگین پوست برای حل مشکلاتی اقدام به دریافت کمک می‌کنند که در واقع عامل اصلی آشفتگی‌های

1. Nickerson, Helms, & Terrell

آنان نیست؛ به عنوان مثال، دانشجویان آسیایی-آمریکایی اغلب اختلالات هیجانی را در قالب مشکلات تحصیلی بروز می دهند (چنگ، لیونگ و گیس، ۱۹۹۳).

بسته به نقشی که در دانشگاه به عهده دارید، ممکن است از نزدیک با دانشجویان رنگین پوستی مواجه شوید که مشکلات عاطفی و هیجانی را تجربه می کنند. در پرتو مشکلاتی که در مسیر ارجاع دانشجویان رنگین پوست به مشاوره ابراز کردیم، اگر بتوانیم این گونه افراد را به مشاورانی که هم نژاد و هم فرهنگ آنها هستند، ارجاع دهیم، پیشنهاد مشاوره را راحت تر خواهند پذیرفت. با این حال، صرف هم‌تاسازی دانشجو و مشاور بر اساس نژاد (یا سایر خصوصیات دموگرافیک) تضمین کننده کیفیت رابطه درمانی نخواهد بود. به عنوان مثال، رابطه دانشجو و مشاور هم‌نژادی که از نظر رشد هویت نژادی در مراحل مختلفی قرار دارند، ممکن است با اختلاف و تعارض همراه باشد و همکاری مطلوبی را ایجاد ننماید. اغلب توصیه می شود از دانشجو بپرسید که آیا ترجیح می دهد با مشاوره‌ای که پیشینه نژادی و فرهنگی مشابه خودش دارد، صحبت نماید یا خیر. بعضی از دانشجویان تنها در صورتی پیشنهاد شما را برای مشاوره می پذیرند که امکان صحبت با فرد هم‌نژاد خود را داشته باشند، در حالی که نژاد مشاور بر تصمیم بعضی دیگر از دانشجویان جهت استفاده از مشاوره بی تاثیر است.

مراکز مشاوره طی سال‌های گذشته برای استخدام کارکنانی از نژادها و گروه‌های مختلف تلاش‌های زیادی انجام داده‌اند اما فقدان مشاوران رنگین پوست در بسیاری از دانشگاه‌ها هنوز قابل توجه است. علاوه بر تلاش‌های صورت گرفته برای افزایش تنوع در مشاوران دانشگاه‌ها، طی سال‌های اخیر توجه زیادی معطوف به آموزش مسایل بین فرهنگی به مشاوران مراکز شده است. به این ترتیب تعداد بیشتری از مشاوران مراکز، به گونه‌ای پرورش می‌یابند که در مقابل نیازها و تجارب دانشجویان رنگین پوست نیز حساس باشند و توان پاسخ‌گویی به آنان را داشته باشند. براساس تجربه شخصی‌ام، دریافته‌ام که مشارکت مستقیم با دانشجویان رنگین پوست در فعالیت‌های غیرمشاوره‌ای تمایل آنها را برای مشاوره تخصصی با من افزایش می‌دهد. معتقدم هر روز تعداد بیشتر و بیشتری از مشاوران دانشگاه‌ها این مسئله را درک می‌کنند و برای دستیابی به دنیای دانشجویان رنگین پوست بیشتر از پیش فعالیت می‌نمایند.

برای دانشجویان رنگین پوستی که به نظر می‌رسد مشکل دارند، اما تمایلی به پذیرش مشاوره ندارند، یکی از گزینه‌ها این است که از افراد دیگری که ممکن است بتوانند حمایتی را برای آنها فراهم کنند یا کانال ارتباطی موثرتری برای مرکز مشاوره باشند، بهره بگیریم. دانشجویان رنگین پوست هنگام جستجوی کمک برای حل مشکلات شخصی با جلسات غیررسمی و کمتر ساختار

یافته راحت‌تر هستند تا جلسات رسمی مرکز مشاوره. چنین ساختارهای غیررسمی را می‌توان در مراکز چند فرهنگی دانشجویی یا تالارهایی که اغلب مورد استفاده دانشجویان رنگین پوست است، یافت. کارکنان و اساتید دانشگاه‌ها (از جمله مشاوران) که نقش راهنما را برای گروه‌های دانشجویی خاص بر عهده دارند و یا عضو مراکز چندفرهنگی دانشجویی هستند، در این جلسات غیررسمی به ملاقات دانشجویان رنگین پوست می‌روند. به علاوه، اکثر دانشگاه‌ها باید دفتری برای بررسی موضوعات بین فرهنگی یا افرادی برای رسیدگی به نیازهای دانشجویان رنگین پوست داشته باشند که این دفاتر و افراد آن، منبع دیگری برای کمک به حل مشکلات شخصی دانشجویان رنگین پوست هستند.

۶- دانشجویان خارجی

دانشجویان خارجی یکی دیگر از گروه‌هایی را تشکیل می‌دهند که منابع منحصر به فردی از استرس مثل شوک فرهنگی، محدودیت‌های زبان، انزوای اجتماعی و تغییر وضعیت اجتماعی و اقتصادی را پیش رو دارند (کلارک آرپزا، فیتزگیبون و بارون^۱، لین^۲، موری^۳؛ ۲۰۰۰؛ پدسون^۴، ۱۹۹۱). علاوه بر این، خطر خودکشی در میان دانشجویان خارجی بیشتر است (شوارتز و ویتاکر، ۱۹۹۰). با وجود اینکه بسیاری از دانشجویان خارجی می‌توانند از خدمات مراکز مشاوره بهره ببرند، اغلب آنها تمایلی به استفاده از این خدمات ندارند (برادلی، پار، لان، بینگی و گلد^۵، ۱۹۹۵؛ برینسون و کاتلر، ۱۹۹۵؛ لین، ۲۰۰۰؛ مارتینز، هانگ، جانسون و ادواردز^۶، ۱۹۸۹؛ موری، ۲۰۰۰؛ پدسون، ۱۹۹۱). دانشجویان خارجی که در جستجوی کمک‌های حرفه‌ای مشاوره هستند در مقایسه با دانشجویان بومی (آمریکایی)، نابالغ‌تر محسوب می‌شوند (پدسون، ۱۹۹۱). عدم استفاده دانشجویان خارجی از خدمات مراکز مشاوره به عوامل مختلفی نسبت داده شده است. صحبت کردن با یک غریبه درباره مشکلات شخصی در بعضی فرهنگ‌ها ناخوشایند است، به همین خاطر اگر این افراد برای حل مشکلات‌شان احتیاج به کمک داشتند، ترجیح می‌دهند به افرادی که می‌شناسند، مراجعه نمایند (هایس و لین^۷، ۱۹۹۴؛ مارتینز و همکاران، ۱۹۸۹). بسیاری از دانشجویان خارجی (به ویژه افرادی که اهل کشورهای غیر غربی هستند) با مشاوره ناآشنا هستند و یا ادراک نادرستی از آن دارند (موری، ۲۰۰۰) و یا مرکز مشاوره را محلی برای دریافت کمک

1 . Clarck Oropeza, Fitzgibbon, & Baron
 2 . Lin
 3 . Mori
 4 . Pedersen
 5 . Bradley, Parr, Lan, Bingi, & Gould
 6 . Martinez, Huang, Johnson, & Edwards
 7 . Hayes

نمی‌دانند (مارتینز و همکاران، ۱۹۸۹). در هنگام تجربه مشکلات شخصی به جای مرکز مشاوره ممکن است از راهنمای تحصیلی کمک بخواهند و یا به دنبال دریافت کمک های پزشکی باشند. بعضی از دانشجویان ممکن است نگران این مسئله باشند که مشاوران آمریکایی، سنت‌ها، ارزش‌ها و جنبه‌های دیگر فرهنگ بومی آنها را درک نمی‌کنند (موری، ۲۰۰۰). همچنین ممکن است ترس آنها از این باشد که در صورت مراجعه و جستجوی کمک‌های تخصصی روان‌شناسی به عنوان فردی که در زندگی تحصیلی شکست خورده، به خانه بازگردانده شوند (بویر و سدلاک^۱، ۱۹۸۹).

دانشجویان خارجی به دلیل عدم تمایلی که به دریافت مشاوره دارند، ممکن است تا بحرانی شدن موقعیت به دنبال کمک نروند و حتی در این شرایط هم با اجبار دیگران به مشاوره خواهند رفت (مارتینز و همکاران، ۱۹۸۹). دانشجویان خارجی صورت در مواجهه با بحران به دلیل سطح بالای استرسی که تجربه می‌کنند کاملاً احساس نیاز به کمک می‌کنند و خواهان رفع فوری آن می‌باشند (لین، ۲۰۰۰). کلارک اُرپزا و همکاران (۱۹۹۱) بعضی شرایط و چالش‌های خاص مرتبط با تلاش برای مدیریت بحران‌های مربوط به سلامت روان دانشجویان خارجی را شناسایی کرده‌اند. به عنوان مثال آنها معتقدند که تشخیص مشکلات روان‌شناختی جدی در جمعیت دانشجویان خارجی به دلیل تاثیر عوامل بالقوه فرهنگی بسیار مشکل است. همچنین وقتی که به دلیل مشکلات روان‌شناختی نیاز به توقف تحصیل یا کاهش دروس دانشجو باشد، پابندی به اصل رازداری نیز با دشواریهایی مواجه می‌شود. چنین دشواریهایی ممکن است به واسطه عواملی مثل قوانین شهروندی و مهاجرت، برخورداری از بورسیه و حمایت مالی دولتها و سازمانهای خارجی و محدودیت‌های زبان به وجود آید. در موارد حاد، پرسشهای دشواری مطرح می‌شوند مثل اینکه آیا باید دانشجو را به خانه فرستاد، و در این صورت، چه نوع خدمات مشاوره‌ای در کشور محل زندگی دانشجو در دسترس است و اینکه این خدمات تا چه حد می‌تواند در بازگشت مجدد دانشجو موثر باشد.

از آنجا که دانشجویان خارجی بیشتر به دنبال دریافت کمک از افراد آشنا هستند، تمایل دارند نزد کارکنان و اساتید دانشگاه بروند، زیرا این افراد را بیشتر از مشاوران دانشگاه می‌شناسند. عدم تمایل اکثریت دانشجویان خارجی به عدم استفاده از مشاوره، فرایند ارجاع را چالش برانگیزتر و حتی در مواردی غیرممکن می‌سازد. شانس ارجاع‌های موفق وقتی افزایش می‌یابد که در میان کارکنان مراکز مشاوره، افراد خارجی (به ویژه اگر هم فرهنگ خود دانشجو باشد) حضور داشته باشد یا حداقل افرادی باشند که به کار با این‌گونه دانشجویان علاقه‌مند باشند.

1 . Boyer & Sedlacek

پاسخ‌دهی به دانشجوی خارجی دارای آشفتگی حداقل در ابتدا نیازمند جستجوی منابع دیگر است. به عنوان مثال، ممکن است مجبور باشیم از کمک سایر کارکنان آشنا با دانشجویان خارجی استفاده کنیم و یا آنها را نزد آن دسته از کارکنان دانشگاه بفرستیم که از نزدیک با دانشجویان خارجی کار می‌کنند (موری، ۲۰۰۰). مثلاً افرادی که در بخش دانشجویان خارجی کار می‌کنند و زبان انگلیسی را به عنوان زبان دوم آموزش می‌دهند. گاهی تهیه فهرستی از اساتید دانشکده‌ها و کارکنان آن به ویژه کسانی که شناخت دقیقی از فرهنگ خاص کشور محل زندگی دانشجویان دارند، کمک کننده خواهد بود، زیرا می‌توانند به عنوان کمک در کنار مشاوران قرار بگیرند. وجود این منابع در صورت لزوم، فرایند ارجاع به مراکز مشاوره را تسهیل خواهد نمود.

۷- دانشجویان ورزشکار

دانشجویان ورزشکار یکی دیگر از گروه‌های منحصر به فرد دانشگاه را تشکیل می‌دهند که نیازهای خاص دارند و در معرض خطر انواع خاصی از مشکلات روان‌شناختی قرار دارند (پرهام^۱، ۱۹۹۳؛ پینکرتون، هینز و بارو^۲، ۱۹۸۹). دانشجویان ورزشکار در مقایسه با دانشجویان غیرورزشکار با چالش‌ها و فشارهای بیشتری مواجه هستند که ناشی از درگیری‌های ورزشی آنها مثل برقراری تعادل میان نیازهای ورزشی و تحصیلی، مدیریت اضطراب مرتبط با عملکرد ورزشی و مسابقه‌ها، مدیریت پیروزی‌ها و شکست‌ها، حفظ شرایط مطلوب جسمی و دوری از فعالیت‌های اصلی دانشگاه است (پرهام، ۱۹۹۳؛ پینکرتون و همکاران، ۱۹۸۹). این دانشجویان در معرض ابتلا به اختلالات خوردن (جانسون، پورز و دیک^۳، ۱۹۹۹؛ سی‌می و دامر^۴، ۱۹۹۱) اضطراب، افسردگی و سوء مصرف مواد نیز قرار دارند (داو و مورای^۵، ۱۹۹۶؛ هینکل^۶، ۱۹۹۶؛ میلر، ورگ، لینویل و پوماریگا^۷، ۲۰۰۲). اثرات روان‌شناختی مصدومیت و یا شرایط دیگر که مانع فعالیت ورزشکار می‌شود و یا دامنه فعالیت‌های او را محدود می‌کند، برای دانشجویانی که هویت خود را با ورزش شکل داده‌اند، به شدت ویران کننده است. به عنوان مثال، یک ورزشکار آسیب دیده ممکن است احساس از دست دادن هویت را داشته باشد که در نهایت منجر به یأس و افسردگی گردد.

دانشجویان ورزشکار بر اساس جنسیت خود تفاوت‌های مهمی با هم دارند. موضوعاتی مثل وزن، تصویر بدنی و رفتارهای مرتبط با اختلالات خوردن برای دانشجویان ورزشکار دختر از اهمیت

- 1 . Parham
- 2 . Pinkerton, Hinz, & Barrow
- 3 . Johnson, Powers, & Dick
- 4 . Seime & Damer
- 5 . Damm & Murray
- 6 . Hinkle
- 7 . Miller, Miller, Verhegge, Linville, & Pumariega

خاصی برخوردار است (کاگون و پتری^۱، ۱۹۹۶). همچنین این دانشجویان ممکن است در پاسخ به نگرش‌های منفی، کلیشه‌ها و تصورات قالبی در مورد شرکت زنان در فعالیت‌های ورزشی استرس‌های زیادی را تجربه کنند، به ویژه فعالیت‌هایی که بیشتر مردانه محسوب می‌شوند مثل بسکتبال و هاکی (کاگون و پتری، ۱۹۹۶).

هنوز هم دانشجویان ورزشکار را به عنوان گروه دانشجویی به حساب می‌آورند که تمایلی به استفاده از مشاوره ندارند (پینکرتون و همکاران، ۱۹۸۹). دلایل مختلفی برای این عدم تمایل وجود دارد. به عنوان مثال، دیدگاه کلی دانشجویان ورزشکار بر این است که وجود هرگونه مشکل هیجانی را انکار نمایند (پینکرتون و همکاران، ۱۹۸۹). بر اساس یافته‌های پینکرتون و همکاران، انکار این مسئله با تصویری که دانشجویان از خود دارند، هماهنگ است، آنها خود را افرادی مستقل و متکی به نفس می‌دانند و نمی‌خواهند ضعیف یا آسیب‌پذیر به نظر بیایند. یکی دیگر از دلایل اقبال کم دانشجویان ورزشکار از مشاوره این است که آنها از فعالیت‌ها و برنامه‌های ورزشی خود، حمایت اجتماعی قوی دریافت می‌دارند. در حالی که از دست دادن این منابع حمایت اجتماعی به هر دلیلی مثل آسیب‌دیدگی یا تخریب رابطه با هم تیمی‌ها یا مربیان تیم، می‌تواند آشفتگی و مشکلات بسیار زیادی را ایجاد نماید.

گاهی اوقات دانشجویان ورزشکار تنها برای قانع کردن مربی خود که آنها را وادار به استفاده از مشاوره کرده، به دنبال بهره‌گیری از خدمات مرکز بر می‌آیند. مربیان، قدرت کافی برای ارجاع دانشجویان ورزشکار و وادار کردن آنها برای حضور در جلسات مشاوره را دارند. فرایند ارجاع این‌گونه دانشجویان برای سایر کارکنان دانشگاه‌ها به غیر از مربیان، بسیار چالش برانگیز است. اگر مشاوره در مرکز مشاوره دانشگاه حضور داشته باشد که به کار با دانشجویان ورزشکار علاقه‌مند باشد یا در این کار مهارت داشته باشد، فرایند ارجاع بسیار آسان‌تر خواهد بود. طی سال‌های اخیر روان‌شناسی ورزش در حال توسعه است و توجه به آن به عنوان یک بخش لازم و ضروری در مراکز مشاوره دانشگاه‌ها افزایش یافته است. بعضی از مراکز مشاوره دانشگاه‌ها، مشاوران تخصصی تیم‌های ورزشی بزرگ هستند که در این حالت فرایند ارجاع دانشجویان به این‌گونه مراکز راحت‌تر خواهد بود. اگر مشاوران مراکز مشاوره دانشگاه‌ها، روان‌شناسی ورزش را یک تخصص مهم بدانند که نیاز به آموزش‌های ویژه دارد، ممکن است هیچ مشاوره در مرکز مشاوره دانشگاه از نزدیک با دانشجویان ورزشکار کار نکند.

اگر احتمال ارجاع دانشجویان ورزشکار به مشاور خاصی که با این‌گونه دانشجویان کار می‌کند، وجود نداشته باشد، بهترین کار این است که او را ترغیب کنیم تا به ملاقات مشاوره برود که

1 . Cagon & Petrie

قضاوت‌های خاص این دانشجو را خنثی نماید. به عنوان مثال، می‌توان مشاوره را به عنوان شیوه‌ای تصویر کرد که فعالانه به فهرست و حل مشکلات می‌پردازد، مشاور، فردی است که کاملاً بی طرف به حرف‌های شما گوش می‌دهد و با این که شما پذیرنده منفعل کمک دیگران باشید، مخالف است. همچنین اگر جستجوی کمک حرفه‌ای را علامت قدرت فرد توصیف کنید نه ضعف او، می‌توانید به فرایند ارجاع کمک نمایید. موضوع رازداری را نیز باید با تاکید برای دانشجوی ورزشکار روشن کرد، زیرا یکی از ترس‌های این افراد این است که افراد دیگر به ویژه مربیان‌شان به مشکلات خاص آنها مثل سوء مصرف مواد یا رفتارهای مربوط به اختلالات خوردن پی‌ببرند.

۸- دانشجویان تحصیلات تکمیلی

دانشجویان تحصیلات تکمیلی گروه دیگری از دانشجویان هستند که جمعیت خاصی را تشکیل می‌دهند و در مواجهه با مشکلات هیجانی، با چالش‌های منحصر به فردی روبرو هستند. متأسفانه، در ادبیات پژوهشی به اندازه گروه‌های دانشجویی دیگر به دانشجویان تحصیلات تکمیلی، توجه نشده است. بعضی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دانشجویان تحصیلات تکمیلی طی سال‌های اول و دوم تحصیل‌شان در مقاطع بالا، سطوح بالای استرس، اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند (گپلرد^۱، ۱۹۸۰؛ هاجسون و سیمونی^۲، ۱۹۹۵). علاوه بر این، پژوهش‌ها مشخص کرده‌اند که دانشجویان بیست و پنج ساله یا بیشتر که معمولاً در مقاطع بالاتر از لیسانس مشغول به تحصیل هستند، بیشتر از دانشجویان جوان‌تر در معرض خطر خودکشی قرار دارند (سیلورمن و همکاران، ۱۹۹۷). برخلاف دانشجویان دوره لیسانس، دانشجویان مقاطع تکمیلی تنوع سنی بیشتری دارند، تجارب مختلفی را پشت سر گذاشته‌اند و بار مسئولیت‌های مختلف اقتصادی، خانوادگی و تحصیلی را بر عهده دارند. هاجسون و سیمونی (۱۹۹۵) در پژوهشی که بر روی نمونه بزرگی از دانشجویان سال اول و دوم دکتری انجام دادند، دریافتند که آن دسته از این دانشجویان که مشکلات روان-شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند، منابع کمتری برای دریافت حمایت اجتماعی دارند و در عین حال از تحصیل خود رضایت ندارند، موفقیت‌های مورد انتظار را به دست نمی‌آورند و از مشکلات اقتصادی بیشتری رنج می‌برند.

مقتضیات تحصیل در مقاطع بالاتر می‌تواند به مشکلات زیادی منجر شود و حتی در مواردی نیز باعث بحرانی شدن اوضاع گردد. به عنوان مثال، برنامه‌ریزی و تلاش برای انجام کارهای مختلف مثل وجود زمان محدود و مشخص برای انجام تکالیف و برنامه‌ها، موفقیت یا شکست در امتحان‌های

1 . Goplerud
2 . Hodgson & Simoni

جامع، پیشرفت در مسیر انجام رساله یا پایان‌نامه، به دست آوردن یا حفظ منابع مالی یا دستیار یکی از اساتید شدن، سطوح بالایی از استرس را به این دانشجویان تحمیل می‌کند. درجه حمایت دانشگاه از این دانشجویان، به ویژه استاد راهنما، در سطوح استرس تجربه شده توسط این دانشجویان، نقش کلیدی را ایفا می‌کند (گیلر، ۱۹۸۰؛ هاجسون و سیمونی، ۱۹۹۵). زندگی خوابگاهی نیز می‌تواند برای این دانشجویان مشکل‌ساز باشد زیرا اغلب آنها تمایلی به زندگی اجتماعی یکپارچه در محیط خوابگاه ندارند. این مسئله به ویژه برای دانشجویانی که همسر یا شریک زندگی ندارند، احساس انزوای اجتماعی را به دنبال دارد. انزوای اجتماعی برای دانشجویان خارجی و دانشجویان گروه‌های اقلیت شدیدتر و دردناک‌تر خواهد بود. مشکلات دانشجویانی که هنگام تحصیل مسئولیت‌های خانوادگی (که برای دانشجویانی در این سن بسیار رخ می‌دهد) دارند یا به شکل تمام وقت کار می‌کنند، دوچندان خواهد بود.

آمارها نشان نمی‌دهند که دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی تمایل کمتری به استفاده از مشاوره دارند و حتی گاهی می‌توان به این نتیجه رسید که این دانشجویان در مقایسه با دانشجویان سطوح پایین‌تر، بیشتر از خدمات مراکز مشاوره استفاده می‌کنند. با این حال، عوامل موقعیتی ممکن است مانع استفاده درست این دسته از دانشجویان از خدمات مراکز مشاوره شوند. کار و مسئولیت‌های دیگر مانع حضور هفتگی و منظم این دانشجویان در جلسات مشاوره می‌شود و حتی ممکن است این افراد به همین دلایل نتوانند در ساعات کاری معمول مراکز مشاوره وقتی برای مراجعه ترتیب دهند. ممکن است بعضی از دانشجویان به خدماتی احتیاج داشته باشند که مراکز مشاوره دانشگاه‌ها قادر به ارائه آنها نیستند و یا خدماتی که برنامه‌ریزی برای آنها چالش بیشتری را به دنبال دارد، مثل مشاوره زوجی یا خانوادگی. همچنین دانشجویان مقاطع بالاتر خیلی اوقات به دلیل وجود مسئله نقش‌های دوگانه (مثلاً وقتی که قرار است دوره آموزشی و کارآموزی خود را در همان مرکز بگذرانند) تمایلی به استفاده از مراکز مشاوره دانشگاه‌ها ندارند.

هنگام مواجهه با دانشجویی تحصیلات تکمیلی که با مشکلات هیجانی درگیر است، بسیاری از اصولی که تا این‌جا برای دانشجویان مقاطع پایین‌تر ذکر کردیم، برقرار است. با این حال، اگر شرایط خاصی پیش آمد که توانایی یا تمایل دانشجو را برای استفاده از خدمات مرکز مشاوره دانشگاه کاهش داد، هنوز هم باید فرد را به برقراری ارتباط (حتی تلفنی) با مرکز مشاوره ترغیب نماییم. به عنوان مثال، اگر دانشجویی نگران تبعات مراجعه به مرکز مشاوره دانشگاه است و یا نمی‌تواند یک وقت خالی برای این کار پیدا نماید، مرکز مشاوره می‌تواند برای پیدا کردن خدمات مناسب در خارج از دانشگاه به او کمک کند. حتی بعضی از مراکز مشاوره، خدمات ویژه‌ای را برای دانشجویان

تحصیلات تکمیلی در نظر می‌گیرند، مثلاً گروه‌های حمایتی یا مشاوره‌ای اختصاصی و یا ساعت‌های کاری عصر که دانشجویان بتوانند برای حضور راحت‌تر در جلسات برنامه‌ریزی نمایند.

۹- خلاصه

فرایند پاسخ‌دهی به دانشجویان مشکل‌دار و ارجاع آنها به مراکز مشاوره با چالش‌های زیادی همراه است. موضوعات ویژه ای که هنگام مواجهه با دانشجویان مشکل‌دار مطرح می‌شود، عبارتند از: تصمیم‌گیری برای میزان مسئولیتی که در ارائه کمک به دانشجو باید برای خود فرض کرد، رعایت مرزها، مدیریت مشکلات احتمالی مربوط به نقش‌های چندگانه و پاسخ‌دهی به نگرانی والدین، همسالان و دانشجویان دیگر. علاوه بر این، دانشجویانی که در گروه‌های خاص جای می‌گیرند، مثل دانشجویان رنگین پوست یا ورزشکار، هنگام مواجهه با آشفتگی‌های روان‌شناختی و هیجانی با مشکلات و چالش‌های منحصر به فردی روبرو می‌شوند. داشتن اطلاعات درباره خدمات مراکز مشاوره و سابقه فرهنگی و حوزه‌های تخصصی مشاوران مراکز، فرایند ارجاع این‌گونه دانشجویان را تسهیل می‌کند.

فصل هفتم

سیاست‌ها و رویه‌های دانشگاه در زمینه سلامت روان دانشجویان

قوانین و سیاست‌هایی در مورد بهداشت روانی دانشجویان وجود دارد که برای اغلب دانشگاه‌ها مشترک است. این سیاست‌ها دربرگیرنده موضوعات مختلفی است مثل تسهیلات مورد نیاز دانشجویان مبتلا به ناتوانی‌های روان‌شناختی، اورژانس‌های روان‌شناختی، انصراف یا بازگشت مجدد دانشجو و مشاوره‌های اجباری. ارتباط این قوانین با پرسنل، بسته به نقشی که این افراد در دانشگاه بر عهده دارند، بسیار متفاوت است. با این حال، آشنایی با قوانین مربوط به سلامت روان دانشجویان، برای هر کسی که با این گروه بزرگ از افراد جامعه سرو کار دارد، مفید خواهد بود؛ به ویژه در این برهه از زمان که موضوع بهداشت روانی دانشجویان بیش از گذشته بر زندگی تحصیلی آنها تاثیر دارد.

در این فصل مهم‌ترین عناوین این قوانین و خطوط کلی مرتبط با موضوع سلامت و بهداشت روانی دانشجویان را مرور می‌کنیم. این موضوعات به پنج بخش تقسیم می‌شوند. فرایند ارزیابی و فراهم آوردن تسهیلات مورد نیاز دانشجویان مبتلا به ناتوانی‌های روان‌شناختی در بخش اول مورد بحث قرار گرفته است. پس از آن مروری بر مقررات مربوط به انصراف از دانشگاه و شرایط بازگشت مجدد انجام شده است. در بخش چهارم فرایند مشاوره اجباری را بحث می‌کنیم؛ این فصل با بحث مختصری درباره محدودیت‌های خدمات مراکز مشاوره که دربرگیرنده محدودیت‌های اخلاقی و مسئولیتی است، پایان می‌پذیرد.

۱- تسهیلاتی برای دانشجویان مبتلا به ناتوانی‌های روان‌شناختی

قانون «آمریکایی‌های مبتلا به معلولیت‌ها»^۱ که در سال ۱۹۹۰ به تصویب رسید، موضوع حمایت قانونی را از مساله تبعیض تا افراد مبتلا به اختلالات هیجانی و روان‌شناختی را شامل می‌شود (راتستین، ۱۹۹۶). مواردی از شرایط ناتوان کننده که مشمول این قانون می‌شوند عبارتند از اضطراب و اختلالات خلقی، اختلالات خوردن، اختلالات سایکوتیک و رهایی از سوء مصرف مواد. اداره حقوق شهروندی^۲ مسئول بررسی موارد و تضمین کننده اجرای این قانون است.

طی چند سال گذشته، توجه زیادی به اجرای قوانین ADA در خصوص دانشجویان مبتلا به ناتوانی‌های روان‌شناختی اختصاص یافته است (گیبسون^۳، ۲۰۰۰؛ آنگر^۴، ۱۹۹۸). در حال حاضر همه دانشگاه‌ها باید افراد یا حتی بخش‌های مجزایی داشته باشند که خدماتی را به دانشجویان مبتلا به ناتوانی‌های جسمی، روان‌شناختی و یادگیری ارائه دهد و البته اغلب در راه انجام این کار نیازمند هماهنگی و همکاری بخش‌های مختلف دانشگاه هستند (جاکوبز و گلاتر^۵، ۱۹۹۳).

دانشجویان مبتلا به ناتوانی‌های روان‌شناختی، درگیری زیادی را با محیط آکادمیک تجربه می‌کنند. مگیورن، پلریتو و موبرای^۶ (۲۰۰۳) براساس مطالعات کیفی که بر روی تجارب دانشجویان مبتلا به ناتوانی‌های روان‌شناختی انجام داده‌اند، دریافتند که این دانشجویان موانع و محدودیت‌هایی مثل ضعف تمرکز، حافظه، انگیزه و اشکال در ایجاد یکپارچگی اجتماعی در زندگی دانشگاهی را تجربه می‌کنند. آنها دریافتند که بیش از ۹۰ درصد نمونه مورد مطالعه آنها به دنبال دریافت کمک از مرکز مشاوره دانشگاه یا دفتر خدمات ناتوانی‌ها نرفته‌اند. مگیورن و همکاران این نظریه را مطرح کرده‌اند که بسیاری از دانشجویان تمایلی به استفاده از خدمات دانشگاه ندارند، زیرا می‌ترسند به دلیل مشکلات روان‌شناختی از دانشگاه اخراج شوند. همچنین درباره نگرش‌های منفی دانشجویان و کارکنان دانشگاه نیز نگرانی‌هایی وجود دارد مبنی بر این که افراد مراجعه کننده به مرکز مشاوره افرادی مخرب، بی‌صلاحیت و خطرناک هستند (آنگر، ۱۹۹۸؛ وال^۷، ۱۹۹۹).

فرایند فراهم کردن تسهیلات در پرتو قوانین ADA مشتمل بر سه مرحله است. اول، دانشجو باید توسط یک فرد واجد شرایط مثل روان‌شناسی که دارای مدرک معتبر است و یا روان‌پزشکی که می‌تواند شدت شرایط ناتوان کننده را تشخیص دهد، مورد ارزیابی قرار گیرد. فرد ارزیابی کننده باید شرایط ناتوان کننده و میزان تاثیرگذاری این شرایط بر روند تحصیل دانشجو را توضیح دهد و

1 . The Americans with Disabilities Act
2 . The Office for Civil Rights
3 . Gibson
4 . Unger
5 . Jacobs & Glater
6 . Megivern, Pellerito, & Mowbray
7 . Wahl

تسهیلات مورد نیاز دانشجو را بر اساس مشکلاتی که دارد، توصیه نماید. بعضی از دانشجویان پس از طی این مراحل وارد دانشگاه می‌شوند که در این صورت باید هنگام ورود، اسناد لازم را ارائه دهند. در نهایت خود دانشجو مسئول فراهم کردن اسنادی است که نشان دهنده نیاز او برای استفاده از تسهیلات خاص است.

وقتی اسناد معتبر به دانشگاه ارائه شد، مرحله دوم، برنامه‌ریزی برای فراهم کردن تسهیلات مورد نیاز دانشجو است. تسهیلات فراهم شده باید «معقول»^۱ و مورد نیاز باشد. تسهیلاتی که آشکارا ماهیت برنامه‌های تحصیلی را تغییر می‌دهند، نباید ارائه شوند. به عنوان مثال، اگر دانشجویی به دلیل شرایط خاص روان‌شناختی مثل اختلال هراس درخواست داشت که همه امتحاناتش را به شکل تکالیف منزل یا امتحان در منزل ارائه دهد، نباید با درخواستش موافقت کرد زیرا این شرایط برخلاف برنامه‌های آکادمیک دانشگاه است. تسهیلاتی که در کلاس ارائه می‌شوند، عبارتند از: تغییر برنامه امتحانی، ضبط سخنرانی‌های کلاس، استفاده از یادداشت‌کننده‌ها، استفاده از معلم خانگی و استثنای قایل شدن برای حضور مرتب و به موقع در کلاس (مثلاً ترک کردن کلاس در یک زمان خاص). معمولاً برای اطلاع اساتید از وضعیت دانشجویی که نیازمند برخورداری از تسهیلات خاص است، نامه‌هایی به آن‌ها ارسال می‌شود. علاوه بر تسهیلاتی که در کلاس ارائه می‌گردد، به بعضی از دانشجویان اجازه داده می‌شود، نسبت به دیگران تعداد درس کمتری را بگذرانند. همچنین در خوابگاهها نیز تسهیلات خاصی برای دانشجویان واجد شرایط ارائه می‌گردد. مثلاً دانشجویانی که تشخیص سندرم آسپرگر (بیماری خاصی از طیف اوتیسم که نقایص شدید در مهارت‌های اجتماعی را به دنبال دارد) می‌گیرند، در صورت درخواست در اتاق‌های تک نفره اسکان داده می‌شوند.

سومین مرحله در این فرایند، پیگیری وضعیت دانشجو توسط یکی از کارکنان مرکز مشاوره یا مرکز معلولیت‌های دانشگاه است. تداوم برقراری رابطه دانشجویان مبتلا به ناتوانی‌های روان‌شناختی با مراکز مشاوره برای آنها مفید خواهد بود اما این ارتباط نباید دلیلی برای دریافت تسهیلات ویژه باشد.

به نظر می‌رسد تعداد دانشجویانی که به دلیل ابتلا به ناتوانی‌های روان‌شناختی واجد شرایط استفاده از تسهیلات ویژه شناخته می‌شوند، در حال افزایش است. با این حال، یک پژوهش ملی [در آمریکا] که توسط مرکز خدمات ناتوانی‌های دانشگاه انجام شده، نشان می‌دهد که بسیاری از این مراکز و یا خدمات آنها نامناسب، ناقص و فاقد منابع مورد نیاز برای کمک به دانشجویان مبتلا به

1 . reasonable

اختلالات روان‌پزشکی هستند (کولینز و موبرای^۱، ۲۰۰۵). نتایج این پژوهش نشان دادند که مراکز خدمات ناتوانی‌ها از دانشگاهی به دانشگاه دیگر بسیار متفاوت است. کولینز و موبرای توصیه‌های زیادی را برای تقویت مراکز خدمات ناتوانی ارائه دادند، مثل فراهم آوردن فرصت‌های آموزشی بیشتر برای کارکنان این مراکز، کارکنان دانشگاه و دانشجویان.

۲- بحران‌ها و فوریت‌های روان‌شناختی

فوریت‌های روان‌شناختی در دانشگاه به اشکال مختلف ظاهر می‌شوند از جمله وقتی دانشجویان خودکشی می‌کنند یا مشکوک به اقدام به خودکشی هستند؛ با مرگ ناگهانی یکی از اعضای خانواده یا دوستان مواجه می‌شوند؛ مورد سوء استفاده‌های جنسی و غیرجنسی قرار می‌گیرند یا حمله‌های هراس و دوره‌های سایکوتیک را تجربه می‌کنند. برای حل این موارد بحرانی به ویژه اگر بعد از ساعت کاری معمول رخ دهند، باید تدابیری در دانشگاه اندیشیده شده باشد.

۲-۱- غیبت از کلاس به دلیل مشکلات هیجانی

گاهی پیش می‌آید که دانشجو به دلیل مشکلات شدید هیجانی از کلاس غیبت می‌کند و یا نیاز به ترک کلاس دارد. ممکن است این اتفاق تنها یک بار روی دهد و یا ممکن است ادامه‌دار باشد و کل ترم تحصیلی را در بر بگیرد. گاهی دانشجویان مشکل دار کلاس را به این دلیل از دست می‌دهند که در زمانی که قاعدتاً باید در کلاس حضور داشته باشند، خارج از کلاس به دنبال دریافت کمک از مشاوران دانشگاه هستند. وقتی که دانشجویی به دلیل حضور در مرکز مشاوره از کلاس غیبت می‌کند، (با اجازه دانشجو) تاییدیه‌ای از طرف مرکز مشاوره به او داده می‌شود که برای استادش کافی خواهد بود. وقتی دانشجو پس از غیبت از کلاس به دنبال دریافت کمک از مرکز مشاوره می‌رود، شخص مشاور باید تصمیم بگیرد که آیا غیبت دانشجو از کلاس موجه بوده یا خیر. وقتی دانشجویی به دلیل درگیری با یک مشکل هیجانی در جلسه امتحان غیبت کند و یا ارائه شفاهی تکلیفش در کلاس یا حضور در آزمایشگاه را از دست دهد و یا نتواند تکالیف خواسته شده را سر وقت انجام داده و ارائه نماید، موقعیت چالش برانگیزتر خواهد بود. گاهی تعیین اینکه مشکل هیجانی دانشجو تا چه حد توجیه کننده غیبت در امتحان یا عدم انجام تکالیف بوده، سخت و دشوار است. اعتقاد کلی بر این است که وقتی شرایط دانشجو نیازمند بذل توجه ویژه است، همانند

1 . Collins & Mowbray

مشاوران، بیشترین تلاش خود را انجام دهیم تا به او کمک کنیم و استاد را در جریان بگذاریم و فرصتی برای برگزاری امتحان از دست رفته و تکالیف انجام نشده برای او فراهم نماییم. گاهی آشفتگی هیجانی ایجاد شده، در عملکرد تحصیلی تخریب کلی ایجاد می‌نماید. به عنوان مثال، دانشجویی که به دلیل از دست دادن یک رابطه، افسرده شده، ممکن است در تمام طول ترم برای حفظ تمرکز بر درس‌ها و انجام به موقع تکالیفش با مشکل مواجه شود. گاهی دانشجویان هنگام بروز چنین مشکلاتی، مستقیماً با اساتید خود صحبت می‌کنند اما اغلب برای انجام این کار با خود کلنجار می‌روند و احساس راحتی نمی‌کنند. وقتی دانشجویان به دنبال دریافت کمک‌های تخصصی از مرکز مشاوره بر می‌آیند، این امکان را فراهم می‌کنند که مشاور به عنوان وکیل مدافع در ارتباط با استاد به آنها کمک کند. انجام این کار مشخص می‌کند که مشکلات روان‌شناختی و هیجانی دانشجو منجر به تضعیف عملکرد تحصیلی شده است و پس از آن می‌توان تمام گزینه‌های موجود را بررسی کرد که شامل موارد زیر هستند: انصراف از یک یا دو درس و یا ناتمام گذاشتن آنها و یا در صورت لزوم مرخصی تحصیلی. با این حال، گاهی دانشجویانی که مشکل هیجانی دارند، می‌توانند دروس خود را با موفقیت به اتمام برسانند به ویژه وقتی اساتید امکان جبران عقب ماندگی‌ها را فراهم می‌کنند و به این دانشجویان کمک می‌نمایند.

مشاوران دانشگاه، با رضایت دانشجویان، با اساتیدی که دانشجو قصد دارد علیرغم درگیری با مشکل هیجانی، تکالیف درس آنها را انجام دهد، به طور مستقیم از طریق نامه یا ایمیل وارد مذاکره می‌شوند. نمونه‌ای از این نامه‌ها را مشاهده می‌کنید:

استاد عزیز:

دانشجویی که در درس روان‌شناسی ۱۰۱ در کلاس شما ثبت نام کرده، در حال حاضر با یک مشکل هیجانی مواجه است و در مرکز مشاوره دانشگاه تحت درمان می‌باشد. توانایی او برای انجام تکالیف و مطالعه مستمر به واسطه مشکل اخیر تحت تاثیر قرار گرفته است. لطفاً وقتی این دانشجو نزد شما آمد و برای انجام تکالیف عقب افتاده تقاضای فرصت بیشتری کرد، این موضوع را مدنظر قرار دهید. اگر ماهیت درس شما و/یا مقدار تکالیف عقب افتاده مانع این می‌شود که او بتواند درس را با موفقیت به اتمام برساند، این موضوع را با او مطرح کنید تا گزینه حذف درس را بررسی نماید. این دانشجو برای جبران تکالیف عقب افتاده مستقیماً به شما مراجعه خواهد کرد. اگر سوالی درباره این مسئله دارید لطفاً با من تماس بگیرید.

این که اساتید از این اطلاعات چگونه استفاده می‌کنند و چطور این موقعیت‌ها را مدیریت می‌نمایند، در اختیار خودشان است. تجربه نشان می‌دهد که اغلب اساتید، انعطاف‌پذیر هستند و

تمایل دارند هر کاری از دستشان بر می‌آید برای دانشجو انجام دهند تا او بتواند درس خود را به اتمام برساند.

۲-۲- بحران‌هایی که بعد از ساعت کاری معمول رخ می‌دهند

فرایند پاسخ‌دهی به رویدادهای اضطراری طی ساعات معمول کاری، واضح و مشخص است. دانشجویانی که بحران‌های روان‌شناختی را تجربه می‌کنند یا خودشان به مرکز مشاوره مراجعه می‌نمایند و یا توسط دیگران ارجاع داده می‌شوند. طی ساعات معمول کاری، مشاوران در مراکز حاضر هستند و دانشجویان مراجعه کننده یا کسانی را که حالات بحرانی را تجربه می‌کنند، ویزیت می‌نمایند. برای پاسخ‌دهی به موقعیت‌های بحرانی و اورژانسی که خارج از ساعات کاری معمول رخ می‌دهد، باید منابع دیگری در اختیار داشته باشیم. در اکثر مراکز مشاوره، افرادی بعد از ساعات کاری حضور دارند و یا خدمات تلفنی ارائه می‌کنند تا بتوانند به شکل بیست و چهار ساعته بحران‌های احتمالی را مدیریت نمایند (کالتر، آفوت و ماسچر^۱، ۲۰۰۳؛ میلمن، هاکر و کراس-زیلمن^۲، ۱۹۹۳). مشاور تلفنی کسی است که از طریق تلفن‌های اورژانس که ممکن است تلفن حراست دانشگاه باشد یا تلفن مرکز بهداشت عمومی، می‌توان با او تماس برقرار کرد. این مسئله یکی از مهم‌ترین خدمات مرکز مشاوره دانشگاه است اما میزان تاثیرگذاری آن بستگی دارد به درجه همکاری افراد و مراکز مختلف دانشگاه مثل کارکنان خوابگاه‌های دانشجویی، رییس دانشگاه و مرکز بهداشت عمومی.

مثالی از یک موقعیت اورژانسی، چگونگی وقوع این رویداد را نشان می‌دهد. موقعیتی که قصد دارم آن را شرح دهم، حدود ساعت ۱ بامداد رخ داد و درباره خانمی است که وقتی رابطه خود را با دوست پسرش پایان داد، حرف‌هایی به هم اتاقی‌هایش زد که حاکی از قصد خودکشی بود. این صحبت‌ها برای هم اتاقی‌هایش هشدار بود و آنها تصمیم گرفتند مسئول طبقه خود را در جریان بگذارند. سپس او با سرپرست خوابگاه و ایشان نیز با مرکز بهداشت عمومی تماس گرفتند. ماموری بلافاصله از طرف مرکز اعزام شد تا ابتدا با دانشجو صحبت کند، پس از انجام این کار مامور با مشاور تلفنی (که در آن ساعت، شیفت کاری من بود) تماس گرفت و درخواست ارزیابی دانشجو را ارائه داد.

بعد از اینکه جزییات ماجرا را از آن مامور و هم اتاقی‌های دانشجوی مورد نظر شنیدم، با خود دانشجو صحبت کردم. او ناراحت بود اما هرگونه قصد خودکشی را انکار کرد. او اظهار داشت درک

1 . coulter, Offutt, & Mascher
2 . Meilman, Hacker, & Kraus-Zeilmann

می‌کند که چگونه هم اتاقی‌ها از صحبت‌هایش، تهدید به خودکشی را تفسیر کرده‌اند اما مصرا نه معتقد بود که قصد خودکشی نداشته و هرگونه تلاش برای انجام این کار حتی در گذشته را نیز انکار کرد. من تصمیم گرفتم که او آن شب را در خوابگاه بماند و تاکید کردم که فردا قضیه را پی‌گیری خواهم کرد و با او ملاقاتی خواهم داشت تا بینم اوضاع چطور است. این کار فرصتی فراهم می‌کند تا او را ترغیب کنیم برای ارتباط از دست رفته خود نیز از فرایند مشاوره استفاده نماید. من به مامور اداره بهداشت عمومی گفتم که او قصد خودکشی ندارد و آنچه را رخ داده بود، مستند نمودم.

بسیاری از تماس‌هایی که با مرکز بیست و چهار ساعته بحران برقرار می‌شود، مشابه مثال فوق هستند. در تمام موارد، اطرافیان نگران دانشجویی هستند که به نظر آنها نیازمند توجه فوری است. اغلب، احتمال خطر قریب الوقوعی می‌رود و مداخله تلفنی انجام می‌گیرد که معمولاً برای این موقعیت‌ها کافی است. با این حال گاهی موقعیت‌هایی به وجود می‌آیند که جدی‌تر هستند و نیازمند مداخله بیشتر. اگر دانشجو به داشتن قصد خودکشی اعتراف نماید، باید برای ارزیابی بیشتر او برنامه‌ریزی کرد و در صورت نیاز او را برای بستری ارجاع داد. در بعضی دانشگاه‌ها، فرایند به گونه‌ای است که دانشجو را برای ارزیابی جامع‌تر از طریق دفتر بهداشت عمومی به بیمارستان اعزام می‌کنند.

گاهی کارکنان خوابگاه‌ها ترجیح می‌دهند، جانب احتیاط را رعایت کرده و به دنبال وقوع یک رویداد اضطراری، به ویژه اگر این مسئله آسیب زدن عمدی یا غیر عمد به خود باشد، دانشجو را به خانه بازگردانند. وقتی افرادی را که اطلاعات محدودی درباره سلامت روان دارند، مامور نظارت بر دانشجویان می‌کنیم، بروز چنین مشکلاتی خیلی بعید نیست. برخلاف مشاوران دانشگاه، کارکنان خوابگاه‌های دانشجویی خیلی با اصول رازداری محدود نشده‌اند و آزادی بیشتری دارند تا به هنگام بروز مشکلات اضطراری، بدون کسب اجازه از دانشجو با والدینش تماس بگیرند. یکی دیگر از تجاربی را که در زمینه مشکلات روی داده پس از ساعت کاری دارم، معطوف به این مسئله است. دو نفر از دانشجویان که هم اتاق بودند در حالی رؤیت شدند که الکل زیادی نوشیده بودند و قصد خودزنی داشتند. اگرچه هیچ یک از آنها قصد خودکشی نداشتند اما کارکنان خوابگاه همچنان نگران ایمنی آن دو بودند؛ به ویژه این که می‌دانستند آنها تحت تاثیر الکل هستند. بنابراین، تصمیم گرفتند با والدین آنها تماس بگیرند و از آنها بخواهند که دانشجویان را حداقل برای یک شب به خانه ببرند.

در مجموع، مدیریت موقعیت‌هایی که پس از ساعت کاری معمول و غیر تعطیلی دانشگاه رخ می‌دهند، در مقایسه با موقعیت‌هایی که در زمان تعطیلی دانشگاه رخ می‌دهند آسان‌تر است.

همان‌طور که در اولین مثال بیان شد، سیستم تماس تلفنی، افراد زیادی را وارد ماجرا خواهد کرد و زنجیره‌ای از دستورات را به دنبال دارد. در بسیاری از دانشگاه‌ها، خوابگاه‌های دانشجویی، سیستم حمایتی قوی دارند که احتمال پاسخ‌دهی فوری به موقعیت‌های بحرانی را افزایش می‌دهند. در مقابل، دانشجویانی که ساکن خوابگاه‌های دانشگاه نیستند، در هنگام مواجهه با موقعیت‌های بحرانی، چنین منابع حمایتی را در دسترس ندارند. یکی از عوامل موثر در چگونگی مدیریت بحران-های بعد از ساعت کاری، وسعت دانشگاه است. دانشگاه‌های بزرگ امکان استفاده از مراکز خدماتی بیشتر و بزرگتری را چه در داخل و چه خارج از دانشگاه برای دانشجویان خود فراهم می‌کنند (کالتر و همکاران، ۲۰۰۳). در مقابل، دانشگاه‌های کوچک‌تر، امکان شناسایی و پاسخ‌گویی بیشتر به دانشجویان مشکل‌دار را دارند، زیرا تعداد دانشجویان آنها کمتر است و راحت‌تر می‌توانند این تعداد را مدیریت نمایند.

۲-۳- بستری کردن دانشجو

همان‌طور که در بخش قبل ذکر شد، گاهی لازم است امکان بستری شدن را برای دانشجویی خاص فراهم آورد؛ به ویژه زمانی که او دوره‌های سایکوتیک را تجربه می‌کند و خطر آسیب رساندن به خود یا دیگری وجود دارد. هنگام بستری شدن موارد مهمی وجود دارند که حتماً باید مد نظر قرار گیرند، مثلاً مشخص کردن این مسئله که آیا فرد تمایل به بستری شدن داوطلبانه دارد یا این-که باید این کار را علی‌رغم میل او و به اجبار انجام داد (پونتروتو^۱، ۱۹۸۷). گاهی دانشجویی که احساس می‌کند در معرض خطر قرار دارد، بستری شدن داوطلبانه را می‌پذیرد. بعضی از دانشجویان خودشان فرایند بستری شدن را آغاز می‌کنند. برای این کار یا خودشان به تنهایی در اورژانس درمانگاه حاضر می‌شوند و یا از یکی از دوستانشان می‌خواهند، آنها را تا اورژانس همراهی نمایند. وقتی دانشجویی به اورژانس بیمارستان انتقال داده می‌شود، لزوماً به این معنا نیست که برای بستری شدن، پذیرفته می‌شود. در ابتدا ارزیابی به عمل می‌آید تا مشخص شود که آیا درمان باید به شکل بستری انجام شود یا خیر. اگر بستری کردن لازم نبود، به دانشجو اجازه داده می‌شود تا پیش یا پس از دریافت درمان سرپایی جایگزین، بیمارستان را ترک کند. حتی وقتی که دانشجو به اجبار به بیمارستان ارجاع داده می‌شود، در صورتی که ارزیابی روان‌پزشکی وجود خطر حتمی را تشخیص ندهد، بستری شدن لازم نیست. به عنوان مثال، دانشجویی که به شکل کلامی تهدید به خودکشی کرده، ممکن است هنگام ارزیابی در بیمارستان اعلام کند که واقعاً قصد خودکشی نداشته است (این اتفاق بیشتر زمانی رخ می‌دهد که دانشجو پیش از انجام جلسه ارزیابی مدت

1. Ponterotto

زمان زیادی را منتظر می‌ماند). دانشجویی که اقدام جدی به خودکشی داشته با احتمال خیلی زیادی برای بستری شدن پذیرفته می‌شود. پس از پذیرش، حداقل زمان لازم برای ماندن در بیمارستان در نظر گرفته می‌شود و در صورت رفع مشکل، دانشجو به سرعت ترخیص می‌گردد و پس از آن پیگیری درمان انجام می‌شود. اغلب در بیمارستان، دانشجویان تحت درمان با داروهای روان‌پزشکی قرار می‌گیرند.

نکته مهم که باید در بستری کردن دانشجویان مدنظر قرار گیرد، تصمیم‌گیری درباره این مسئله است که آیا باید والدین را نیز مطلع کرد یا خیر. همان‌طور که در فصل اول مطرح شد، باید این مسئله را در نظر گرفت که آیا در جریان گذاشتن والدین دانشجو به نفع اوست یا او را در معرض خطر بزرگ‌تر و مشکلات بیشتری قرار می‌دهد. حضور والدین به چند طریق می‌تواند کمک کننده باشد، در تعیین این مسئله که آیا دانشجو باید در بیمارستان نزدیک منزل بستری شود یا نزدیک دانشگاه؛ و همچنین تصمیم‌گیری درباره آینده تحصیلی او (مثلاً آیا احتیاج به انصراف از یک یا چند درس دارد، آیا باید با استادها تماس گرفته و آنها را در جریان گذاشت و ...). تصمیم‌گیری درباره آگاه کردن والدین از مشکل به وجود آمده، اندکی سخت است زیرا بسیاری از دانشجویان تحت بیمه والدین خود هستند. به همین خاطر والدین بالاخره از بستری شدن فرزندان خود مطلع می‌شوند اما گاهی لزومی ندارد که در زمان بستری شدن، این خبر را به آنها برسانیم.

گاهی تحت شرایطی، دانشگاه در جریان ارزیابی یا بستری شدن دانشجویانش در بیمارستان قرار می‌گیرد و گاهی نیز این خبر به دانشگاه ارسال نمی‌شود. وقتی دانشجو داوطلبانه و بدون کمک کسی در دانشگاه، مشکلاتش را پذیرفت، بیمارستان تا زمان ترخیص او از ارائه اطلاعات مربوط به ارزیابی یا بستری شدنش به دانشگاه اجتناب می‌کند. اگرچه لزومی برای انجام این کار وجود ندارد اما بسیاری از بیمارستان‌ها سعی می‌کنند برای ارائه اطلاعات پزشکی دانشجو به خارج از بیمارستان (به ویژه مراکز مشاوره دانشگاه) قبلاً از او اجازه بگیرند. البته ارائه اطلاعات برای انجام پیگیری‌های بعد از درمان مفید است. از این طریق، مراکز مشاوره می‌توانند در دوره نقاهت، مراقبت لازم را از دانشجو به عمل آورند.

۲-۴- تیم مداخله در بحران

بسیاری از دانشگاه‌ها برنامه‌های از پیش تعیین شده‌ای برای مداخله در رویدادهای بحرانی دارند (ایوز، ۲۰۰۱). معمولاً تیمی متشکل از افراد مختلف با دانش و مهارت‌های متفاوت، تیم مداخله در بحران را می‌سازند و در مواقع اضطراری وارد عمل می‌شوند. اگرچه افرادی از طبقات و

دسته‌های متفاوت می‌توانند در این تیم حضور داشته باشند اما معمولاً اعضای تیم مداخله در بحران عبارتند از: نمایندگان از مرکز مشاوره، مرکز بهداشت، حراست دانشگاه و معاون امور دانشجویی. وظیفه اولیه تیم مداخله در بحران این است که برای مقابله با عواقب رویداد بحرانی که در داخل یا خارج از دانشگاه رخ داده به دانشجویان و کارکنان دانشگاه کمک کنند. وظایف این گروه با توجه به نوع پیشامد روی داده، متفاوت است اما اغلب باید اطلاعات دقیق درباره رویداد فراهم آورند، ایمنی و سلامت افراد را تامین نمایند و کمک کنند تا فرد بتواند با موقعیت استرس زا کنار بیاید و ترس و هراس خود را مدیریت نماید.

وقوع یک رخداد بحرانی در دانشگاه، تاثیر بسیار بدی بر کارکنان و سایر دانشجویان خواهد داشت. عواملی مثل وسعت دانشگاه و تعداد دانشجویان درگیر در رویداد بحرانی، در میزان تاثیرگذاری این رویداد دخالت دارند. رویدادهای آسیب‌زا به طرق مختلف رخ می‌دهند. یکی از رایج‌ترین رویدادهای آسیب‌زا که مکرر در دانشگاه رخ می‌دهد، خودکشی یا اقدام جدی به این عمل است. این رویداد وقتی آسیب بیشتری به جا می‌گذارد که دانشجویان دیگر شاهد خودکشی باشند یا بلافاصله بعد از این کار در صحنه حاضر شوند.

یکی دیگر از صور حوادث آسیب‌زا، مرگ یک دانشجو در اثر تصادف یا بیماری جدی است که در این صورت تعداد دانشجویان درگیر در حادثه بسته به شرایط مختلف، متفاوت است. به عنوان مثال، بعد از مرگ یک دانشجوی سال اولی در اثر بیماری مننژیت، بلافاصله مشاوره جهت مبارزه با احساس فقدان و داغدیدگی آغاز شد. از آنجا که این اتفاق در ابتدای سال تحصیلی رخ داده بود، مداخله از دانشجویانی آغاز شد که در خوابگاه کنار دانشجوی مرحوم زندگی می‌کردند. البته وقتی فهمیدند که دانشجوی مرحوم قبل از مرگش در مهمانی شرکت کرده که تعداد زیادی از دانشجویان در آن حضور داشتند و از ظرف مشترک نوشیدنی می‌خوردند، تعداد دانشجویان درگیر بیشتر شد. در نتیجه، ترس و وحشت فزاینده‌ای در میان دانشجویانی که از ظرف مشترک با دانشجوی مرحوم نوشیدنی خورده بودند، درگرفت. تیم مداخله در بحران که شامل مشاور و کارکنان بخش پزشکی و خدمات درمانی دانشگاه بودند، وارد عمل شدند تا وحشت دانشجویان را کاهش داده و اطلاعاتی درباره علائم مننژیت در اختیار آنها قرار دهند و امکان انجام معاینات لازم را فراهم آورند.

تیم مداخله در بحران، ممکن است در اتفاقات خارج از دانشگاه نیز درگیر شوند. رویدادهای آسیب‌زایی که در اطراف دانشگاه رخ می‌دهند ممکن است بازتاب‌هایی در درون دانشگاه داشته باشد به ویژه اگر دانشجویان نیز در این رویدادها درگیر شده باشند. نمونه‌ای از رویدادهایی که در نزدیکی دانشگاه رخ داد اما آسیب جدی بر دانشجویان و فضای دانشگاه تحمیل کرد و حتی افکار

عمومی را نیز درگیر کرد و حساسیت زیادی را برانگیخت، قتل زنجیره ای ۵ تن از دانشجویان دانشگاه فلوریدا در آپارتمان‌شان واقع در نزدیکی دانشگاه در سال ۱۹۹۰ بود. این قتل‌ها اضطراب عمومی را به شدت برانگیخت (بیرنات و هرکف^۱، ۱۹۹۴) و نیازمند کنترل شایعه پراکنی و مدیریت بحران بود تا وحشت و ترس به وجود آمده در تعداد زیادی از افراد کاهش یابد (آرچر، ۱۹۹۲). همچنین تیم‌های بحران دانشگاه‌ها باید برای مقابله با عواقب بلایای طبیعی مثل طوفان و زلزله نیز آمادگی داشته باشند (مک‌کارتی و بالتر^۲، ۲۰۰۳). حتی یک رویداد ملی یا بین‌المللی که خارج از محدوده دانشگاه رخ می‌دهد نیز ممکن است تاثیر عمیقی بر زندگی دانشجویان و کارکنان دانشگاه داشته باشد. به عنوان مثال، علائم ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه بعد از حمله تروریستی ۱۱ سپتامبر (کاردناس، ویلیامز، ویلسون، فانوراکي و سینگ^۳، ۲۰۰۳) و تحلیل‌های بعدی رسانه‌ها (دروما و همکاران، ۲۰۰۳) در بسیاری از دانشجویان دیده شد.

۳- انصراف از تحصیل و بازگشت به دانشگاه

گاهی اوقات دانشجویانی که مشکلات روان‌شناختی را تجربه کرده‌اند، نمی‌توانند انتظارات تحصیلی را برآورده کنند و باید به انصراف موقت یا دائم از تحصیل فکر کنند. در برخی موارد، دانشجویان مشکل‌دار باید مورد ارزیابی قرار گیرند؛ به ویژه پس از بروز رفتارهای مخرب، زیرا به شدت نگران این مسئله هستند که آیا توان ادامه تحصیل و باقی ماندن در دانشگاه را دارند یا خیر. رییس یا یکی از مدیران دانشگاه می‌توانند انجام این ارزیابی را تقاضا نمایند. این ارزیابی معمولاً توسط گروه یا تیمی از کارکنان دانشگاه انجام می‌گیرد که موقعیت دانشجو را بررسی و توصیه‌های لازم را مطرح می‌نمایند. این گروه‌ها اسامی متفاوتی دارند مثل «تیم ارزیابی دانشجویی» یا «تیم ارزیابی رفتارهای مخرب». هدف اولیه این ارزیابی‌ها، تصمیم‌گیری درباره این مسئله است که دانشگاه چگونه می‌تواند شانس موفقیت دانشجوی مشکل‌دار را در حوزه تحصیلی افزایش دهد، اما در نهایت ممکن است از این ارزیابی‌ها درباره امکان ادامه حضور دانشجو در دانشگاه نیز استفاده شود.

1 . Biernat & Herkov
2 . McCarthy & Bulter
3 . Cardenas, Williams, Wilson, Fanouraki, & Singh

۳-۱- انصراف داوطلبانه

بعضی از دانشجویان به دلیل بروز مشکلات روان‌شناختی یا هیجانی که بر عملکرد تحصیلی یا اجتماعی آنها تاثیر منفی می‌گذارد، شخصاً به این نتیجه می‌رسند که باید لاقلاً به طور موقت، دانشگاه را ترک کنند. بعضی از دانشجویان نیز با کمک افرادی مثل راهنماهای مورد اعتماد یا مشاوران دانشگاه به این نتیجه می‌رسند. بدون توجه به این که این تصمیم چگونه گرفته شده، مواردی وجود دارد که آشکارا نشان می‌دهد دور بودن حداقل موقتی دانشجو از دانشگاه برای او مفید است. وقتی دانشجو تصمیم گرفت به شکل داوطلبانه برای مدتی دانشگاه را ترک کند، باید برای این زمان برنامه‌های مناسبی در نظر بگیرد. بعضی از دانشجویان که به دلیل مشکلات هیجانی به شکل داوطلبانه از دانشگاه انصراف می‌دهند، تصمیم می‌گیرند فرایند مشاوره و درمان را بسیار جدی‌تر از زمانی که در دانشگاه حضور داشتند، دنبال کنند.

معمولاً دانشگاه‌ها به دانشجویان اجازه می‌دهند در صورت بروز مشکلات هیجانی و روان‌شناختی که در عملکرد تحصیلی شان اختلال ایجاد می‌کند، به شکل موقت دانشگاه را ترک کنند و در صورت بهبودی، مجدداً ثبت نام نمایند (میلمن و همکاران، ۱۹۹۲). این کار انصراف پزشکی محسوب می‌شود و این حق را به دانشجو می‌دهد که پس از بهبودی به دانشگاه برگردد. البته قوانین موسسات در مورد این مسئله گاهی با هم متفاوت هستند. در بعضی دانشگاه‌ها، انصراف پزشکی به واسطه مشکلات روان‌شناختی و هیجانی باید توسط یک مقام معتبر تایید شود. به این منظور دانشجویان باید مدارک معتبر را که تایید کننده نیاز آنها به انصراف پزشکی باشد، از متخصصان مراکز مشاوره دانشگاه یا مرکز تخصصی خارج از دانشگاه فراهم آورند. حتی وقتی انصراف پزشکی براساس تقاضای دانشجو تایید شد، شرط بازگشت دانشجو این است که در جلسات مشاوره و درمان شرکت کرده و مدارکی دال بر بهبودی را ارائه نماید. این مسئله به ماهیت و شدت مشکل دانشجو و شرایط مسبب درخواست انصراف از تحصیل بستگی دارد. تحت این شرایط، دانشجویان باید هنگام بازگشت به دانشگاه مدارک مربوط به اتمام موفقیت‌آمیز دوره درمان را ارائه نمایند.

شواهد نشان می‌دهند که عملکرد تحصیلی فرد پس از دوری موقت از دانشگاه و بهبود وضعیت روان‌شناختی، ارتقا خواهد یافت. یافته‌ها نشان داده‌اند که پس از این دوره توقف تحصیلی، میانگین نمرات دانشجویان به طور معناداری افزایش می‌یابد (میلمن و تورکو، ۱۹۹۵؛ وینر و وینر^۱، ۱۹۹۷). متأسفانه بعضی از دانشجویانی که به مشکلات روان‌شناختی و هیجانی دچار می‌شوند، به دلیل عملکرد تحصیلی ضعیف، از دانشگاه اخراج می‌شوند. دانشجویان باید هنگام مواجهه با مشکلات

1. Wiener & Wiener

روان‌شناختی و هیجانی شدید که موجب تضعیف عملکرد تحصیلی آنها می‌شود، این نکته را مدنظر قرار دهند. گاهی بهتر است برای جلوگیری از شکست تحصیلی و افزایش شانس کسب موفقیت تحصیلی در آینده، موقتاً دانشگاه را ترک کرد.

۳-۲- انصراف اجباری (غیر ارادی)

برخلاف انصراف داوطلبانه، اخراج غیرداوطلبانه و اجباری دانشجوی مبتلا به آشفتگی روان-شناختی، ملاحظات اخلاقی و قانونی فراوانی به دنبال دارد. معمولاً انصراف اجباری، آخرین گزینه است و هنگامی استفاده می‌شود که تمام گزینه‌های قبلی با شکست مواجه شده باشند. انصراف اجباری موافقی به دانشجو تحمیل می‌شود که احتمال بروز رفتارهایی از طرف دانشجو می‌رود (با رفتارهایی انجام شده) که به خودش یا دیگران آسیب می‌زند و یا اختلال جدی در فرایند آموزشی ایجاد می‌کند. بعضی از این رفتارها عبارتند از اقدام به خودکشی، رفتارهای سایکوتیک، سوء مصرف مواد و اختلالات خوردن که معمولاً پیامدهای طبی جدی دارند.

دیسکالا، اولسوانگ و نیکولز^۱ (۱۹۹۲) معتقدند که دانشگاه‌ها این قدرت را دارند که رفتار و فعالیت‌های دانشجو را تنظیم نمایند و از این طریق ایمنی را در دانشگاه افزایش داده و از هرگونه تداخل در فرایند آموزشی جلوگیری نمایند. البته مدیران باید مطمئن شوند که از انصراف‌های اجباری به شکل مناسبی استفاده می‌شود زیرا گاهی احتمال تخلف از حقوق دانشجویی نیز وجود دارد (کول، ۱۹۹۱؛ دیسکالا و همکاران، ۱۹۹۲). در این راستا، اصول و مقررات دانشگاه باید به اطلاع عمومی برسد به گونه‌ای که دانشجویان نسبت به رفتارهایی که از آنها انتظار می‌رود و عواقب احتمالی تخطی از قوانین آگاه باشند (لیچ و سوول^۲، ۱۹۸۶). کیراکف^۳ (۱۹۹۳) معتقد است تصمیم‌گیری برای اخراج یک دانشجو باید مبتنی بر ترکیبی از قوانین، توصیه‌های کارکنان و «رعایت مصالح همه ذینفعان^۴» باشد. مدیران هنگام اتخاذ چنین تصمیم‌هایی روی لبه تیغ حرکت می‌کنند، از طرفی حقوق فردی دانشجو در میان است و از طرف دیگر حفظ ایمنی و سلامت جامعه دانشجویی که تصمیم فوق باید عدالت را در هر دو جنبه در بر بگیرد. آنچه برای دانشجو خوب است، ممکن است برای دانشگاه خوب نباشد و البته مدیران هنگام تصمیم‌گیری باید مصلحت کل دانشگاه را در نظر داشته باشند.

1 . DiScala, Olswang, & Niccolls

2 . Leach & Sewell

3 . Kiracofe

4 . the best interests of all involved

وقتی مشکلات روان‌شناختی وجود نداشته باشند، اعمال قوانین انضباطی برای تخطی از اصول و مقررات رفتار دانشجویی با کمترین پیچیدگی به کار می‌روند. با این حال هنگامی که قوانین انضباطی برای دانشجویی اعمال می‌شود که مبتلا به اختلالات روان‌شناختی است، موقعیت اندکی پیچیده می‌شود. هنگام اخراج دانشجویان پرخطر یا کسانی که به دلیل ابتلا به اختلالات روان‌شناختی برهم زنده نظم دانشگاه محسوب می‌شوند، وجود قوانین روشن و تصریح شده از اهمیت زیادی برخوردار است (دانلز و استابر^۱، ۱۹۹۲؛ لیچ و سوول^۲، ۱۹۸۶). البته تکیه صرف بر «مدل‌های تصمیم‌گیری مدیریتی^۳» برای اخراج دانشجویان مبتلا به اختلالات هیجانی شدید، انتقاد برانگیز است (گرینگ^۳، ۱۹۸۴).

لیچ و سوول (۱۹۸۶) توصیه می‌کنند که هنگام استفاده از قوانین برای اخراج دانشجویان به دلیل ابتلا به اختلالات روانی، باید مشخص گردد که:

۱. دانشجو از مقررات انضباطی تخطی کرده، (و وضعیت روانی) به طور معناداری در روند آموزشی اختلال ایجاد کرده و ایمنی و سلامت کسی را تهدید کرده است؛
۲. رفتار (مشمول قوانین انضباطی) بر اثر بیماری یا ناتوانی روانشناختی انجام شده است و
۳. هیچ جایگزین مناسب دیگری برای تضمین سلامت و ایمنی افراد یا توقف مشکلات تحصیلی به وجود آمده، وجود ندارد.

آمادا (۱۹۹۲) ادعا می‌کند که هنگام مواجهه با یک دانشجوی آشفته و مشکل‌دار باید از اخراج اجباری به دلیل مشکلات روان‌شناختی اجتناب کرد. او پیشنهاد می‌کند تا وقتی شرایط زیر محقق نشده، دانشگاه‌ها باید فرایند اخراج دانشجو به دلیل رفتارهای مخرب را به تعویق بیندازند. این شرایط عبارتند از:

۱. رفتار دانشجو تاثیر منفی قابل ملاحظه‌ای بر سایر دانشجویان و یا کارکنان دانشگاه دارد؛
۲. محرومیت‌های انضباطی اعمال شده در مورد دانشجو به دلیل آسیب رساندن به دیگران اجرا شده است؛ و

۳. پس از اعمال محرومیت‌های انضباطی، دانشجو همچنان به رفتارهای خود ادامه می‌دهد. مواردی که شامل اقدام به خودکشی است، چالش‌هایی را پیش روی مدیران قرار می‌دهد. وقتی تمام تلاش‌ها انجام شد تا دانشجو، مراقبت‌های روان‌شناختی مناسب را دریافت نماید و علیرغم همه این تلاش‌ها او هنوز هم رفتارهای خودکشی را از خود نشان می‌دهد، تنها گزینه باقی مانده برای دانشگاه، اخراج و ممانعت از ادامه تحصیل او است. چند سال پیش، یکی از مدیران دانشگاه از من

1 . Dannells & Stuber
2 . administrative decision models
3 . gehring

خواست دانشجویی را ارزیابی کنم. این دانشجو با خوردن مقدار زیادی قرص غیرمجاز اقدام به خودکشی ناموفقی را پشت سر گذاشته بود اما همچنان تقاضا داشت در دانشگاه بماند و به تحصیل خود ادامه دهد. مدیر فوق می‌خواست مطمئن شود در صورت باقی ماندن دانشجو در دانشگاه خطر اقدام مجدد به خودکشی وجود دارد یا خیر. وقتی برای اولین بار با این دانشجو ملاقات کردم، او اصلاً افکار خودکشی نداشت و اقدام قبلی خود را یک «اشتباه احمقانه» قلمداد کرد. او اشتیاق خود را برای استفاده از جلسات مشاوره جهت حل مشکلی که منجر به اقدام او برای خودکشی شده بود، اعلام کرد. براساس محتوای مصاحبه‌ای که با این دانشجو انجام دادم، به مدیر دانشگاه اطمینان دادم که شواهدی دال بر وجود افکار خودکشی و احتمال اقدام مجدد به آن وجود ندارد و متعاقب آن هیچ مدرکی برای اخراج دانشجو در دست نیست. البته اکنون که دانشجو تمایل خود را به ادامه جلسات مشاوره ابراز کرده، توصیه اکید شد که ادامه حضور این دانشجو در دانشگاه را مشروط به استفاده منظم از جلسات مشاوره نمایند.

دوست داشتم اوضاع همان‌طور که من پیش‌بینی کرده بودم پیش می‌رفت، اما متأسفانه این‌طور نشد. او دو جلسه اول مشاوره را به خوبی پشت سر گذاشت اما از آن به بعد خیلی بی‌نظم شد. اغلب تلاش می‌کردم وقتی از جلسه‌ای غیبت کرد با او تماس بگیرم اما گاهی جواب تماس‌های مرا نمی‌داد. جلسات مشاوره طبق برنامه پیش نمی‌رفت و گاهی جلساتی خارج از برنامه معمول مرکز مشاوره تشکیل می‌شد. همچنین شواهدی دال بر ایجاد مزاحمت توسط این دانشجو برای سایر دانشجویان به ویژه هم‌اتاقی‌هایش، وجود داشت. بر اساس گزارش‌هایی که دیگر دانشجویان ارائه کردند، شواهدی به دست آمد مبنی بر این‌که او از داروهای غیرمجاز استفاده می‌کند و حتی گاهی داروهای مجاز و نسخه شده هم‌اتاقی‌های خود را می‌دزدد. از آنجا که من حق تماس با مدیری را که برای اولین بار تقاضای ارزیابی این دانشجو را داده بود، داشتم، نگرانی خود را درباره حضور نامنظم او در جلسات مشاوره ابراز کردم. انجام منظم جلسات مشاوره شرط باقی ماندن او در دانشگاه بود که اکنون از طرف دانشجو رعایت نمی‌شد. همچنین مدیر دانشگاه از طریق منابع دیگر، از رفتارهای مخرب این فرد در محل اقامت دانشجویان مطلع شد. وقتی قرار بر ارزیابی مجدد گذاشته شد، برای دومین بار اقدام به خودکشی نمود. این بار او رگ خود را برید به گونه‌ای که در مرکز خدمات پزشکی دانشگاه مورد مداوا و درمان قرار گرفت. این اتفاق نهایتاً منجر به اخراج اجباری او از دانشگاه شد.

این نمونه نشان می‌دهد که موارد اقدام به خودکشی تا چه حد می‌توانند پیچیده و چالش برانگیز باشند. همچنین اهمیت ادامه فرایند نظارت بر رفتار دانشجویی در معرض خطر - دانشجویی که علیرغم مشکلات ایجاد شده اجازه می‌یابد در دانشگاه بماند و به تحصیل خود ادامه دهد - را

توسط دانشگاه تایید می‌کند. این نمونه یک مثال هوشیارانه است برای درک این مطلب که مصاحبه غربالگری نمی‌تواند شاخص قابل اعتمادی برای پیش‌بینی احتمال رفتارهای پرخطر یا رفتارهای مشکل‌آفرین در آینده باشد (هافمن و ماستریانی^۱، ۱۹۹۱).

هنگامی که با دانشجوی مبتلا به اختلال خوردن مواجه می‌شویم نیز تصمیم‌گیری درباره انصراف اجباری اندکی مشکل می‌شود. دانشجویی که مبتلا به اختلال خوردن است به واسطه نگرانی‌های مکرری که دیگران در مورد سلامت جسمانی او ابراز می‌کنند، مورد توجه مدیران دانشگاه قرار می‌گیرد. وقتی وزن دانشجوی مبتلا به بی‌اشتهایی روانی ثابت نباشد یا به حد نگران‌کننده ای پایین آمده باشد، مداخلات پزشکی ضروری هستند. در چنین مواردی دانشجو باید به لحاظ پزشکی تحت نظر قرار گیرد و از او خواسته شود شیوه رفتاری را برگزیند که وزنش از یک حد خاص پایین‌تر نیاید. اگر وزن دانشجو از نقطه توافق شده کمتر شد، باید به دلیل مشکلات پزشکی دانشگاه را ترک کند. در بعضی از دانشگاه‌ها تیم درمان اختلال خوردن، متشکل از مشاور و نماینده مرکز بهداشتی، درمانی (و در صورت امکان یک متخصص تغذیه) وظیفه نظارت بر رفتار دانشجو را بر عهده دارند. دانشجویانی که شدت اختلال آنها بسیار زیاد است، به درمانی تخصصی‌تر و وسیع‌تر از آنچه در دانشگاه فراهم می‌شود، نیاز دارند. همچنین در صورتی که رفتارهای این دسته از دانشجویان باعث آزار دیگران شود (مثلاً بالا آوردن‌های مکرر در دستشویی عمومی یا دزدیدن غذاهای هم‌اتاقی‌ها)، مورد تنبیه انضباطی قرار می‌گیرند و حتی ممکن است از دانشگاه اخراج شوند.

۳-۳- شرایط بازگشت به دانشگاه

پس از این‌که با انصراف پزشکی دانشجو موافقت شد یا دانشجویی به اجبار از دانشگاه اخراج شد باید شرایطی برای ارزیابی امکان بازگشت او وجود داشته باشد. این کار معمولاً توسط رییس دانشگاه یا نماینده مرکز مشاوره انجام می‌شود و شامل یک مصاحبه غربالگری است. در بسیاری از دانشگاه‌ها یک تیم ارزیابی، مشاوره لازم را در مورد امکان بازگشت یک دانشجو به رییس یا سایر مسئولین دانشگاه ارائه می‌دهند. هدف اصلی ارزیابی، بررسی آمادگی دانشجو برای بازگشت به دانشگاه است. گاهی از سرگیری فعالیت‌های تحصیلی برای دانشجویی که به دلیل اختلالات روان‌شناختی تحت درمان است، کمک‌کننده می‌باشد اما اثراتی که حضور این دانشجو بر سایر دانشجویان و بر فضای کلی دانشگاه می‌گذارد نباید نادیده گرفته شود (گیت و سات‌ویک^۲، ۱۹۸۸؛ هافمن و ماستریانی، ۱۹۹۱).

1 . Hoffman & Mastrianni
2 . Gift & Southwick

هافمن و ماستریانی (۱۹۹۱) خاطر نشان کردند که مقررات دانشگاه‌ها در فرایند بازگشت دانشجویی که به دلیل مشکلات روان‌شناختی غیبت داشته، ممکن است با هم متفاوت باشند. ممکن است دانشگاهی، کمترین زمان لازم مثلاً یک ترم یا یک سال تحصیلی و حداقل معیارها را برای بازگشت به تحصیل کافی بداند. همچنین ممکن است دانشگاه دیگری نه تنها مدارک مبتنی بر حضور دانشجو در درمان در دوران غیبت از دانشگاه را درخواست نماید، بلکه دانشجو را وادار نماید که پس از بازگشت به دانشگاه نیز درمان خود را ادامه دهد.

نگرانی‌ها درباره دانشجویانی که پیش از موعد به دانشگاه باز می‌گردند و تأثیری که بر دانشجویان دیگر و کل جامعه دانشگاهی می‌گذارند، افزایش یافته است (گیفت و سات‌ویک، ۱۹۸۸؛ میلمن و همکاران، ۱۹۹۲). ممکن است دانشجویان و والدین‌شان فشار مضاعفی را بر دانشگاه وارد کنند و بخواهند اجازه بازگشت دانشجو را پیش از زمانی که قبلاً دانشگاه مقرر کرده بود، صادر نمایند، شاید به این دلیل که آنها فکر می‌کنند، فضای دانشگاه برای دانشجوی انصرافی بهتر از خانه است. گیفت و سات‌ویک در بحث بازگشت پیش از موعد دانشجویی که به دلیل مشکلات روان‌شناختی مدتی را از دانشگاه دور بوده، بر این نکته تأکید می‌کنند که دانشجویان و خانواده‌هایشان نباید از ارزش درمانی تحصیلات دانشگاهی انتظارات نامعقولی داشته باشند. متخصصان سلامت روان در خارج از دانشگاه که در دوره غیبت دانشجو به او خدمات تخصصی ارائه می‌دهند نیز با دانشجویان برای بازگشت سریع به دانشگاه موافقت و در این مورد به آنها کمک می‌کنند، بدون اینکه تأثیر چنین اقدامی را بر جامعه دانشگاهی در نظر بگیرند. آنها اغلب به این دلیل این کار را انجام می‌دهند که درباره پویایی‌های حاکم بر فرهنگ دانشگاه اطلاعات زیادی ندارند.

اگرچه قصد اصلی والدین دانشجو و متخصصین خارج از دانشگاه این است که بر حسب نظر خود، بهترین شرایط را برای دانشجو فراهم آورند اما باید بدانیم که بازگشت پیش از موعد دانشجو پیامدهای نامطلوبی را به دنبال خواهد داشت (میلمن و همکاران، ۱۹۹۲). همانطور که در مثال زیر خواهیم دید دانشجویی که اواخر ترم پاییز اقدام جدی برای خودکشی انجام داده بود، پس از ۴ هفته وقفه در روند تحصیل، تقاضا کرد که از ترم بهار به دانشگاه برگردد و تحصیلاتش را ادامه دهد. با توجه به وقفه بسیار کوتاهی که میان انصراف از تحصیل و بازگشت او افتاده بود، علاوه بر نگرانی‌هایی که درباره عدم رفع احتمال خطر خودکشی مجدد برای خود دانشجو وجود داشت، نگرانی‌های عمده‌ای نیز در ارتباط با تأثیر بازگشت دانشجو بر سایر دانشجویان مثل دوستان، هم‌اتاقی‌ها و هم‌تیمی‌هایش پدیدار شد. بسیاری از دانشجویان به دنبال خودکشی این دانشجو، حالت تروماتیک را تجربه کرده بودند زیرا در یک گردهمایی اجتماعی شاهد این واقعه بودند. بسیاری از

این دانشجویان وقتی شنیدند که دانشجویی فوق قصد دارد مدت کوتاهی پس از اقدام به خودکشی به دانشگاه برگردد، اعتراض کردند.

با توجه به جدی بودن اقدام به خودکشی و نگرانی سایر دانشجویان، با تقاضای دانشجوی برای بازگشت به تحصیل در ترم بهار مخالفت شد. دلیل این مخالفت ناکافی بودن زمان دوری از دانشگاه برای اطمینان از رفع خطر خودکشی و اضطراب برانگیز بودن این تصمیم برای تعداد زیادی از دانشجویان گزارش شد. به دانشجوی اعلام شد که پس از پایان ترم تحصیلی بهار، تقاضای بازگشت به دانشگاه نماید. علاوه بر این، بازگشت دانشجوی به دانشگاه به ارائه مدارکی از طرف یک مرکز معتبر و تخصصی روان‌شناختی مشروط شد که تایید می‌کند دانشجوی فوق دوره درمان خود را تکمیل کرده و آمادگی بازگشت به دانشگاه را دارد.

طبیعی است که مدیران دانشگاه در زمینه ارزیابی دانشجوی انصرافی برای بررسی آمادگی جهت بازگشت به دانشگاه به مشاوران مراکز مشاوره دانشگاهی خود بیشتر اعتماد داشته باشند اما در زمینه استفاده از این افراد انتقاداتی وارد می‌شود (آمادا، ۱۹۸۶؛ ۱۹۹۲؛ گیلبرت، ۱۹۸۹؛ هافمن و ماستریانی، ۱۹۹۱؛ کیراکف، ۱۹۹۳). این انتقادات به دو دلیل مطرح می‌شوند. اول اینکه، دانشجویانی که به دانشگاه بر می‌گردند، نیاز به استفاده از خدمات مرکز مشاوره دانشگاه دارند؛ در نتیجه وقتی همین مرکز مشاوره درباره بازگشت دانشجوی رای صادر می‌کند، رابطه درمانی بعدی تحت تاثیر قرار می‌گیرد. دوم اینکه، بر اساس توضیحات کیراکف، این کار تصویری را که دانشجوی از مرکز مشاوره دانشگاه در ذهن خود ساخته، خراب می‌کند، به خصوص مسئله رازداری در قبال مشکلات دانشجویان زیر سوال می‌رود.

گیلبرت معتقد است که مراکز مشاوره دانشگاه‌ها باید در ارزیابی مدارکی که توسط مراکز تخصصی خارج از دانشگاه جهت آمادگی بازگشت دانشجوی ارائه شده، به مدیران اجرایی کمک کنند. با این حال، همان‌طور که قبلاً گفته شد، متخصصان مراکز درمانی خارج از دانشگاه به راحتی اجازه بازگشت دانشجویان را می‌دهند و در این راه مشکلات و نگرانی‌های سایر دانشجویان را در نظر نمی‌گیرند، فقط به این دلیل که عضوی از این جامعه بزرگ نیستند. همان‌طور که ویسه و همکاران (۱۹۹۷) خاطر نشان کرده‌اند، این منطقی نیست که برای برقراری تعادل میان نیازها و منابع دانشجوی و دانشگاه، صرفاً به ارزیاب‌های خارج از دانشگاه اعتماد کنیم. مدیران اجرایی، علی‌رغم ابراز انتقادهای روا و به جا هم‌چنان از کارکنان مراکز مشاوره دانشگاه‌ها در فرایند بازگشت دانشجوی استفاده می‌کنند. بنابراین مراکز مشاوره باید همه تلاش خود را به کار گیرند و هر کاری می‌توانند انجام دهند تا انجام این وظیفه، تصویر آنها را در ذهن دانشجویان خراب نکند و تداخلی در ارائه خدمات آنها ایجاد ننماید.

۴- مشاوره اجباری

بسیاری از دانشگاه‌ها حضور در جلسات مشاوره را بخشی از قوانین انضباطی برای دانشجویانی قرار داده‌اند که می‌خواهند در دانشگاه بمانند یا پس از غیبت موقت به دانشگاه یا خوابگاه بازگشته‌اند. همچنین مدیران اجرایی دانشگاه از مشاوره اجباری به عنوان شرط ثبت نام دانشجویانی استفاده می‌کنند که قوانین مربوط به رفتارهای درست را رعایت نکرده‌اند. دانشجویانی وادار به حضور در جلسات مشاوره می‌شوند که سوء مصرف الکل یا مواد داشتند، دیگران را آزار داده یا رفتارهای خشونت بار نشان داده‌اند و یا از سایر قوانین تخطی کرده‌اند. افرادی که برای ارتکاب به چنین رفتارهایی دانشجویان را به اجبار به مشاوره می‌فرستند، معتقدند که زیربنای بسیاری از رفتارهای مشکل‌دار و مخرب را مسایل هیجانی مثل تکانش‌گری، افسردگی، خشم، استرس و مشکلات بین شخصی تشکیل می‌دهند (دانلز^۱، ۱۹۹۰). همچنین ممکن است دانشجویان را به خاطر بروز رفتارهای مرتبط با مشکلات خاص هیجانی نیز به مشاوره ارجاع دهند، به ویژه اگر این رفتارها موجب آزار دیگران شوند. وقتی مشاوره اجباری می‌شود، دانشجویان اغلب از خدمات مراکز مشاوره دانشگاه‌ها استفاده می‌کنند اما این حق را دارند که از مراکز خارج از دانشگاه نیز بهره ببرند. در هر صورت، از دانشجو انتظار می‌رود که آنچه را لازم است بیان دارد تا مشاور دانشگاه بتواند حضور او را بررسی نموده و در صورت نیاز گزارشی از ارزیابی و میزان پیشرفت ارائه نماید. اگر دفتر مدیریت دانشگاه گزارشی یا ارزیابی قانونی از دانشجو درخواست کرد، نامه‌ای به دانشجو ارائه می‌شود تا قوانین را به اطلاع او برسانند که احتمالاً مشاوره اجباری هم جز این اطلاعات است. نمونه‌ای از این نامه که به دنبال درخواست قانونی و قضایی در مورد تخطی از قوانین نوشیدن الکل برای دانشجویی فرستاده شده به شکل زیر است:

دانشجوی عزیز:

گزارش‌هایی ارائه شده مبنی بر اینکه شما در رویدادی حضور داشته‌اید که روز اول مارس ۲۰۰۴ رخ داده است. برپایه شواهد ارائه شده، به نظر می‌رسد از قوانین مربوط به نوشیدن الکل در دانشگاه تخطی کرده‌اید. در نتیجه، به مدت یک ترم که از همین الان آغاز می‌گردد، تحت تعلیق مجازات انضباطی ۲ قرار می‌گیرید. در این دوره نمی‌توانید در هیچ یک از سازمان‌های دانشجویی سمتی داشته باشید و در مسابقات ورزشی شرکت کنید؛ گزارش اعمال شما به دانشگاه ارسال خواهد شد. علاوه بر این، به موجب این نامه شما برای حضور در مرکز مشاوره دانشجویی دعوت

1 . Dannells
2 . disciplinary probation

می‌شوید و البته باید بدانید که این حضور الزامی است. مشاور دانشگاه شما را از نظر مصرف الکل ارزیابی می‌کند و برنامه درمانی شما را جهت پیگیری مسئله تنظیم خواهد کرد. باید تا زمانی که مشاور تشخیص می‌دهد و البته به توافق شما هم خواهد رسید، در جلسات مشاوره شرکت کنید. لطفاً دقت کنید که وقتی با مشاور مرکز ملاقات کردید، همه آنچه را باید بیان کنید، اظهار نمایید. این اظهارات روند پیشرفت شما را به این دفتر انعکاس می‌دهد. عدم پیگیری جلسات درمانی و غیبت‌های احتمالی منجر به اخراج از دانشگاه خواهد شد.

مداومت بر تخطی از قوانین انضباطی دانشگاه در این دوره نیز منجر به اخراج از دانشگاه می‌گردد. امید است این هشدارها را جدی بگیرید تا عواقب ناخوشایند آنها شما را دچار مشکل نکند.

با تقدیم احترام
دبیر کمیته انضباطی

مدیران اجرایی دانشگاه‌ها برای مدیریت و درمان رفتارهای مخرب دانشجویان بیش از پیش بر مراکز مشاوره تکیه می‌کنند. همان‌طور که به استفاده از مراکز مشاوره دانشگاه‌ها در تصمیم‌گیری برای بازگشت دانشجو انتقاداتی وارد شده است، بحث‌های زیادی در مخالفت با مشاوره اجباری نیز وجود دارد. بسیاری (آمادا، ۱۹۹۲؛ دانلز و کانسولوو^۱، ۲۰۰۰؛ گیلبرت، ۱۹۸۹؛ گیلبرت و شیمان^۲، ۱۹۹۵؛ کیراکف، ۱۹۹۳؛ استون و لوکاس^۳، ۱۹۹۴) معتقدند که در حال حاضر استفاده از مشاوره اجباری توسط دانشگاه‌ها افراطی است، از نظر بالینی نابه‌جا و غیرمنطقی، از نظر اخلاقی و قانونی بحث برانگیز و به نظر بی‌اثر می‌رسد. گیلبرت و شیمان مشاوره اجباری را غیرمنصفانه می‌دانند زیرا مشاوره به ندرت برای دانشجویی که انگیزه‌ای برای آن ندارد، آماده دریافت مشاوره نیست، انتظاری از آن ندارد و برای حضور در جلسات مقاومت می‌کند، موثر واقع می‌شود. همچنین، دانلز و کانسولوو ادعا می‌کنند که مشاوره اجباری لزوماً تغییر قابل توجهی در رفتار فرد ایجاد نمی‌کند زیرا دانشجویان می‌توانند آنچه را مشاور انتظار شنیدنش را دارد، بر زبان آورند تنها برای این‌که به این مشاوره اجباری خاتمه دهند. مورگان و کاوندیش^۴ (۱۹۸۷) در مخالفت با مشاوره اجباری برای دانشجویانی که به دلیل تخلف از قوانین مربوط به مصرف الکل و مواد در دانشگاه دچار مشکل شده‌اند، بحث مشابهی را بیان می‌کنند. وجود چنین حساسیت‌هایی باعث شده اغلب مشاوران دانشگاه‌ها، مشاوره اجباری را فرایندی بی‌اثر و بی‌نتیجه بدانند، به ویژه در روزگاری که تعداد دانشجویان خواهان دریافت داوطلبانه خدمات مراکز مشاوره، رو به افزایش است.

همچنین باید به این نکته توجه کرد که مرکز مشاوره به عنوان یک مرکز انضباطی یا مجری غیررسمی تصمیمات مدیریتی دانشگاه به چشم نیاید زیرا این مسئله صداقت و درستی و محبوبیت این نهاد را به عنوان یک ارگان منصف و عادل در دانشگاه خدشه‌دار می‌کند (فرانسیس، ۲۰۰۰؛ گیلبرت، ۱۹۸۹). حتی انجمن بین‌المللی خدمات مشاوره^۵ معتقد است که یک مرکز مشاوره باید از نظر اجرایی خنثی باشد و در دانشگاه هیچ‌گونه وظیفه یا قدرت انضباطی نداشته باشد زیرا این مسئله منجر به تخریب اعتبار خدمات مشاوره‌ای خواهد شد (بوید و همکاران، ۲۰۰۳).

توصیه شده به جای مشاوره اجباری از «آموزش^۶» انضباطی استفاده شود. این نوع آموزش جایگزین موثری برای مشاوره اجباری خواهد بود و آسیب کمتری به محبوبیت مراکز مشاوره وارد خواهد کرد (دانلز و کانسولوو، ۲۰۰۰؛ گیلبرت و شیمان، ۱۹۹۵؛ مورگان و کاوندیش، ۱۹۸۷؛ استون

1 . Dannels & Consolvo
 2 . Gilbert & Sheiman
 3 . Stone & Lucas
 4 . Morgan & Cavendish
 5 . International Association of Counseling Services
 6 . education

و لوکاس، ۱۹۹۴). برای انجام این کار باید از دانشجویان درخواست شود که در برنامه یا جلسه آموزشی (در صورت امکان کلاس‌ها گروهی برگزار شوند) شرکت کنند. در این جلسات اطلاعات و پیشنهادهای ارائه می‌شود بدون اینکه اطلاعات فردی کسی بازگو شود. از این جلسات آموزشی می‌توان در مواردی مثل کنترل مصرف الکل، مدیریت خشم، تصریح ارزش‌ها و تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب‌های مسئولانه استفاده کرد. مورگان و کاوندیش (۱۹۸۷) نشان دادند که آموزش انضباطی، یک ابزار مناسب و موثر در مواجهه با دانشجویانی است که از مقررات دانشگاه در مورد نوشیدن الکل تخطی کرده‌اند ولی هیچ علامتی از وجود مشکل جدی در آنها دیده نمی‌شود.

علی‌رغم نگرانی مشاوران دانشگاه در مورد کارایی مشاوره‌های اجباری، هنوز هم بر استفاده از این روش به عنوان وسیله‌ای برای مواجهه با دانشجویان مشکل‌دار و مدیریت آنها اصرار می‌شود. براساس نظرات فرانسیس^۱ (۲۰۰۰) مشاوران دانشگاه باید پاسخ‌گوی نیازهای مدیریتی هم باشند و برای ایجاد یک فضای ایمن و سالم جهت زندگی دانشجویان، با مدیران دانشگاه همکاری نمایند. با این‌که من با انتقادات وارده به مشاوره‌های اجباری موافق هستم، با گفته‌های فرانسیس هم موافق هستم. مشاوره اجباری وسیله‌ای است برای پاسخگویی به نیازهای مدیرانی که کاملاً منصفانه در تلاش هستند تا دانشجویان مشکل‌دار دانشگاه را مورد حمایت قرار دهند. قویاً باور دارم که بعضی از دانشجویان حتی در صورت اجباری بودن مشاوره می‌توانند بهره‌ی زیادی از آن ببرند. اگر استفاده از مشاوره اجباری، حداقل شانس از موفقیت را به دنبال داشته باشد، باید در مورد چگونگی به کارگیری آن میان مدیران و مشاوران توافق روشن و دو جانبه برقرار شود (دانلز و کانسولوو، ۲۰۰۰؛ فرانسیس، ۲۰۰۰).

۵- محدودیت‌های مشاوره دانشجویی

مشاوره دانشجویی که بخش مهمی از خدمات دانشجویی دانشگاه‌ها به شمار می‌آیند، محدودیت‌هایی نیز دارد. گاهی درمانی که دانشجویان به آن نیاز دارند، فراتر از منابع موجود مراکز مشاوره است (گیلبرت، ۱۹۹۲). به عنوان مثال، بعضی از دانشجویان نیاز به جلسات بیشتری دارند یا کارهای جدی‌تری باید برای درمان آنها انجام شود که به دلیل محدودیت‌های مراکز مشاوره، انجام این کارها مقدور نیست. گیلبرت معتقد است تلاش برای فراهم کردن امکان مشاوره در چنین شرایطی ملاحظات قانونی و اخلاقی به دنبال دارد: «این یک دلسوزی گمراه کننده است؛ تلاش برای فراهم کردن مشاوره در صورت نداشتن منابع و امکانات مناسب، از نظر اخلاقی، غیرعقلانه و

1 . Francis

از نظر قانونی، پرخطر است» (ص. ۶۹۸). تلاش برای فراهم کردن امکان مشاوره برای تعداد اندکی از دانشجویان که متقاضی اختصاص بخش اعظمی از وقت مرکز مشاوره به خود هستند، نیز فشار مضاعفی را بر امکانات و منابع محدود مرکز وارد می‌کند.

خدمات مراکز مشاوره ممکن است به دلایلی برای همه دانشجویان مناسب نباشد. آمادا (۱۹۹۹) نشان می‌دهد که چگونه بعضی از دانشجویان تلاش می‌کنند به شیوه‌ای نادرست و گاه مخرب از امکانات و خدمات مراکز مشاوره استفاده کنند. به عنوان مثال، گاهی دانشجویان با توسل به دلایل نابه‌جا و غیرقانونی از خدمات مرکز مشاوره استفاده می‌کنند، گاهی نسبت به کارکنان مراکز مشاوره بی‌احترامی می‌کنند و حتی ممکن است از آنها سوء استفاده نمایند. در چنین شرایطی، باید دانشجویان را از دریافت خدمات مراکز مشاوره محروم کرد.

وقتی دانشجویان شایسته استفاده از خدمات مراکز مشاوره دانشگاه شناخته نمی‌شوند، برای ارجاع آنها به مراکز تخصصی خارج از دانشگاه برنامه‌ریزی می‌شود (لاکور و کارتر^۱، ۲۰۰۲). از آنجا که مشاوره‌های کوتاه مدت در دانشگاه‌ها رواج یافته است، ناگزیر باید بعضی از دانشجویان را به مراکز خارج از دانشگاه ارجاع داد. زیرا امکانات و منابع محدود مراکز دانشگاه‌ها نیاز بعضی از دانشجویان را برآورده نمی‌کند. لاکور و کارتر چالش‌ها و موانع فرایند ارجاع به مراکز خارج از دانشگاه را نیز بررسی کرده‌اند.

۶- خلاصه

دانشگاه‌ها قوانین و مقرراتی را برای مواجهه با مسائل مربوط به سلامت روان دانشجویان تدوین و به مرحله اجرا گذاشته‌اند. اغلب این قوانین برای پاسخ‌گویی به موارد زیر به وجود آمده‌اند: فراهم کردن تسهیلات مورد نیاز دانشجویان مبتلا به ناتوانی‌های روان‌شناختی، پاسخ‌گویی به اورژانس‌های روان‌شناختی، شرایط انصراف داوطلبانه یا اجباری از دانشگاه و استفاده از مشاوره اجباری. مراکز مشاوره دانشگاه‌ها نقش مهمی در پاسخ‌گویی به مشکلات مربوط به سلامت روان دانشجویان ایفا می‌کنند. اگرچه مراکز مشاوره دانشگاه‌ها در فرایند کمک به دانشجویان مشکل‌دار و مدیریت آنها توسط مدیران، دارایی‌های ارزشمندی محسوب می‌شوند اما منابع و حوزه خدمات این مراکز نیز با محدودیت‌های خاص خود دست به گریبان هستند.

۷- نتیجه‌گیری

پاسخ‌گویی موثر به دانشجویان مشکل‌دار، نیازمند همکاری افرادی زیادی است. اگرچه مشاوران دانشگاه اولین افرادی هستند که مسئولیت برآوردن نیازهای مربوط به سلامت روان را در قبال دانشجویان به عهده دارند اما میزان موفقیت تلاش آنها به همکاری بخش‌های دیگر بستگی دارد. همان‌طور که در سراسر این راهنما عنوان کردم، همه افرادی که در محیط‌های دانشگاهی کار می‌کنند، باید بتوانند دانشجویان مشکل‌دار (دانشجویانی که مشکلات روان‌شناختی و هیجانی دارند) را بشناسند و توجه لازم را به آنها مبذول نمایند. بسیاری از این دانشجویان مشکل‌دار شخصاً به دنبال استفاده از کمک‌های تخصصی نمی‌روند، به همین خاطر کارکنان دانشگاه باید همه تلاش خود را به کار گیرند تا دانشجویان مشکل‌دار را برای دریافت کمک ترغیب نمایند و مطمئن شوند که این دسته از افراد توجه و مراقبت‌های بهداشتی لازم را دریافت می‌کنند.

علاوه بر کمک به کارکنان دانشگاه برای یادگیری فرایند شناسایی و ارجاع دانشجویان مشکل‌دار، دریافته‌ام که ارتباط کاری مثبت و قوی میان مشاوران و دیگر کارکنان دانشگاه، عامل اصلی در پاسخ‌دهی موثر به دانشجویان مشکل‌دار است. دانشگاه‌ها منابع بی‌شماری را در اختیار دانشجویان قرار می‌دهند. داشتن اطلاعات درباره منابع مختلف دانشگاه و خدمات حمایتی دانشجویان اهمیت زیادی دارد اما از این مهم‌تر، ارتباط خوب و قوی بین بخش‌های مختلف دانشگاه است. یک مسئله ارائه اطلاعات درباره خدمات و منابعی است که دانشجویان می‌توانند از آن بهره ببرند و مسئله دیگر این است که دانشجو چگونه از این اطلاعات استفاده نماید. مخصوصاً هنگامی که با یک دانشجوی مشکل‌دار سر و کار دارید، با احتمال بیشتری با این مسئله مواجه می‌شوید که دانشجو بدون دخالت و تشویق‌های دیگران به دنبال دریافت کمک نمی‌رود.

طی سال‌ها تجربه‌ای که به دست آورده‌ام، فهمیدم که فرایند کمک به دانشجویان مشکل‌دار وقتی موثرتر می‌شود که همکاران سایر بخش‌های دانشگاه نه تنها این‌گونه دانشجویان را ارجاع دهند، بلکه اطلاعاتی درباره پیشینه دانشجو و شرایطی که باعث به وجود آمدن مشکلات وی شده، برای مشاور فراهم آورند. همچنین فعال بودن اطرافیان در برنامه‌ریزی برای ملاقات با مشاور یا حتی همراهی دانشجو تا مرکز مشاوره نیز در بعضی موارد می‌تواند کمک کننده باشد. بعضی از دانشجویان بدون تلاش‌های زیاد افرادی که نگران وضعیت سلامت آنها هستند، از خدمات مراکز مشاوره استفاده نمی‌کنند. همچنین گاهی وقت‌ها مشاوران دانشگاه نیز دانشجویان مشکل‌دار را برای استفاده از خدمات سایر بخش‌های دانشگاه ارجاع می‌دهند و می‌توانند در زمینه بهره‌برداری دانشجو از سایر خدمات فراهم شده، نقش فعالی داشته باشند. مشاوران اغلب با کسب اجازه از دانشجویان با کارکنان سایر بخش‌های دانشگاه تماس برقرار می‌کنند تا بتوانند در زمینه‌های مختلف

مثل مشکلات تحصیلی، مشکلات مالی و اقامتی کمک‌هایی را برای دانشجو دریافت نمایند. من دریافته‌ام که وقتی قبل از ارجاع دانشجو به بخش‌های دیگر برای دریافت کمک‌ها و خدمات، شخصاً با مسئولین آن بخش‌ها تماس می‌گیرم و وضعیت او را تشریح می‌کنم، شانس دانشجو برای دستیابی به این امکانات و تسهیلات افزایش می‌یابد. همچنین گاهی با بخش‌هایی تماس می‌گیرم که دانشجو می‌تواند بدون مراجعه به آن بخش‌ها از امکانات و تسهیلاتشان استفاده نماید، مثلاً برای روشن شدن یک موضوع یا کسب اطلاعات درباره یک مسئله خاص.

وقتی اعضای هیئت علمی و کارکنان دانشگاه تلاش می‌کنند در بستر زندگی معمول دانشگاهی، جهت رفع نیازهای یک دانشجوی مشکل‌دار با یکدیگر تماس برقرار نمایند و از هم کمک بگیرند، مطمئناً چالش‌هایی برآنها تحمیل می‌شود. با این حال دانشگاه‌ها نمی‌توانند ریسک پاسخ‌دهی نادرست و نامناسب به یک دانشجوی مشکل‌دار را بپذیرند. این مسئله هنگامی بارزتر خواهد بود که نشانه‌های واضح خودکشی وجود داشته باشد، در این حالت مسئولیت افراد افزایش می‌یابد (فرانک^۱، ۲۰۰۴). من با دانشجویان زیادی برخورد کرده‌ام که به دلیل نبود ارتباطات مناسب یا ضعف آنها دچار مشکلات زیادی شده‌اند. همان‌طور که دانشگاه‌ها هرگز درباره مشکلات دانشجویان از خود رفع مسئولیت نمی‌کنند، اما سعی می‌کنند تنها حدی از مسئولیت را برای خود قایل باشند که امنیت و سلامت دانشجویان را تضمین نماید. اگرچه ناشناخته ماندن تعدادی از دانشجویان مشکل‌دار به ویژه در دانشگاه‌های بزرگ اجتناب‌ناپذیر است اما افزایش تلاش افرادی که با دانشجویان کار می‌کنند می‌تواند احتمال این غفلت را تا حد ممکن کاهش دهد.

افزایش توجه به بحث سلامت روان دانشجویان در سال‌های اخیر، منجر به افزایش تلاش‌ها برای برقراری ارتباطات و همکاری‌های قوی در دانشگاه‌های سراسر کشور شده است. این کار مستلزم این است که گروه‌های خاص به مسئله سلامت روان دانشجویان توجه نمایند و نیروهای زیادی به این امر اختصاص یابند و یا فرصت‌هایی برای مشاوران دانشگاه فراهم شود که اطلاعات و نظرات خود را با کارکنان و دیگر اعضای دانشگاه تبادل کنند. کارکنان دانشگاه طی این همکاری‌های گروهی، موضوع مراقبت‌های مربوط به سلامت روان دانشجویان را به بحث گذاشته و افزایش تقاضا برای رسیدگی به این امر را از نزدیک می‌بینند و حس می‌کنند. امیدوارم این راهنما در طی این مسیر موثر و مفید واقع شود.

References

- Allen, D.R., & Trimble, R.W. (1993). Identifying and referring troubled students: A primer for academic advisors. *NACADA Journal*, 13, 34-41.
- Amada, G. (1986). Dealing with disturbed college students: Some theoretical and practical considerations. *Journal of American College Health*, 34, 221-225.
- Amada, G. (1992). Coping with the disruptive college student: A practical model. *Journal of American College Health*, 40, 203-215.
- Amada, G. (1993). The role of the mental health consultant in dealing with disruptive college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 8, 121-137.
- Amada, G. (1999). Disqualifying specified students from the campus psychological service: Some considerations and guidelines. *Journal of College Student Psychotherapy*, 13, 7-24.
- Amada, G., & Grayson, P.A. (1989). Anxiety. In P.A. Grayson & K. Cauley (Eds.), *College psychotherapy* (pp. 150-165). New York: Guilford Press.
- Americans with Disabilities Act of 1990, 42 U.S.C.A. § 12101 *et seq.* (West 1993).
- Archer, J. (1991). *Counseling college students: A practical guide for teachers, parents, and counselors*. New York: Continuum Publishing.
- Archer, J. (1992). Campus in crisis: Coping with fear and panic related to serial murders. *Journal of Counseling and Development*, 71, 96-100.
- Arnstein, R.L. (1989). Chronically disturbed students. In P.A. Grayson & K. Cauley (Eds.), *College psychotherapy* (pp. 29-47). New York: Guilford Press.
- Attie, I., Brooks-Gunn, J., & Petersen, A.C. (1990). A developmental perspective on eating disorders and eating problems. In M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 409-420). New York: Plenum Press.
- Backels, K., & Wheeler, I. (2001). Faculty perceptions of mental health issues among college students. *Journal of College Student Development*, 42, 173-176.
- Barkin, C. (1999). *When your kid goes to college*. New York: Avon Books.
- Bartlett, T. (2002, February 1). Freshmen pay, mentally and physically, as they adjust to life in college. *The Chronicle of Higher Education*, 48, p. A35.
- Benton, S.A., Robertson, J.M., Tseng, W.C., Newton, F.B., & Benton, S.L. (2003). Changes in counseling center client problems across 13 years. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 66-72.
- Biernat, M., & Herkov, M.J. (1994). Reactions of violence: A campus copes with serial murders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 309-334.

Birky, I., Sharkin, B.S., Marin, J., & Scappaticci, A. (1998). Confidentiality after referral: A study of how restrictions on disclosure affect relationships between therapists and referral sources. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*, 179-182.

Bishop, J.B. (2002). Students with histories of counseling: Implications for counseling centers and other administrative units. *Journal of College Student Development, 43*, 130-133.

Bishop, J.B., Bishop, K.A., & Beale, C.L. (1992). A longitudinal look at faculty knowledge and perceptions of a university counseling center. *Journal of College Student Development, 33*, 374-375.

Bombardieri, M. (2005, July 30). Lawsuit allowed in MIT suicide. *The Boston Globe*. Retrieved August 3, 2005, from <http://www.boston.com>.

Boswinkel, J.P. (1987). The college resident assistant (RA) and the fine art of referral for psychotherapy. *Journal of College Student Psychotherapy, 1*, 53-62.

Boyd, V., Hattauer, E., Brandel, I.W., Buckles, N., Davidshofer, C., Deakin, S., Erskine, C., Hurley, G., Lochler, L., Piorkowski, G., et al. (2003). Accreditation standards for university and college counseling centers. *Journal of Counseling and Development, 81*, 168-177.

Boyer, S.P., & Sedlacek, W.E. (1989). Non-cognitive predictors of counseling center use by international students. *Journal of Counseling and Development, 67*, 404-407.

Brackney, B.E., & Karabenick, S.A. (1995). Psychopathology and academic performance: The role of motivation and learning strategies. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 456-465.

Bradley, L., Parr, G., Lan, W.Y., Bingi, R., & Gould, L.T. (1995). Counseling expectations of international students. *International Journal of the Advancement of Counselling, 18*, 21-31.

Brener, N.D., Hassan, S.S., & Barrios, L.C. (1999). Suicidal ideation among college students in the United States. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 67*, 1004-1008.

Brinson, J.A., & Kottler, J.A. (1995a). International students in counseling: Some alternative models. *Journal of College Student Psychotherapy, 9*, 57-70.

Brinson, J.A., & Kottler, J.A. (1995b). Minorities' underutilization of counseling centers' mental health services: A case for outreach and consultation. *Journal of Mental Health Counseling, 17*, 371-386.

Campus Care and Counseling Act, H.R. 3593, 108th Cong. (2003).

Campus Care and Counseling Act, S. 2215, 108th Cong. (2004).

Cardenas, J., Williams, K., Wilson, J.P., Fanouraki, G., & Singh, A. (2003). PTSD, major depressive symptoms, and substance abuse following September 11, 2001, in a midwestern university population. *International Journal of Emergency Mental Health, 5*, 15-28.

- Carter, G.C., & Winseman, J.S. (2003). Increasing numbers of students arriving on college campuses on psychiatric medications: Are they mentally ill? *Journal of College Student Psychotherapy, 18*, 3-10.
- Cashen, J.R., Presky, C.A., & Meilman, P.W. (1998). Alcohol use in the Greek system: Follow the leader? *Journal of Studies on Alcohol, 59*, 63-70.
- Cheng, D., Leong, F.T.L., & Geist, R. (1993). Cultural differences in psychological distress between Asian and Caucasian American college students. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 21*, 182-190.
- Chung, I.W. (2003). Examining suicidal behavior of Asian American female college students: Implications for practice. *Journal of College Student Psychotherapy, 18*, 31-47.
- Clark Oropeza, B.A., Fitzgibbon, M., & Baron, Jr., A. (1991). Managing mental health crises of foreign college students. *Journal of Counseling and Development, 69*, 280-284.
- Clements, R. (1999). Prevalence of alcohol-use disorders and alcohol-related problems in a college student sample. *Journal of American College Health, 48*, 111-118.
- Coburn, K.L., & Treeger, M.L. (1997). *Letting go: A parents' guide to understanding the college years*. New York: Harper Collins Publishers.
- Cogan, K.D., & Petrie, T.A. (1996). Counseling college women student-athletes. In E.F. Etzel, A.P. Ferrante, & J.W. Pinkney (Eds.), *Counseling college student-athletes: Issues and interventions* (2nd ed., pp. 77-106). Morgantown, WV: Fitness Information Technology, Inc.
- Coll, K.M. (1991). Mandatory psychiatric withdrawal from public colleges and universities: A review of potential legal violations and appropriate use. *Journal of College Student Psychotherapy, 5*, 91-98.
- Collins, M.E., & Mowbray, C.T. (2005). Higher education and psychiatric disabilities: National survey of campus disability services. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*, 304-315.
- Constantine, M.G., Chen, E.C., & Ceesay, P. (1997). Intake concerns of racial and ethnic minority students at a university counseling center: Implications for developmental programming and outreach. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 25*, 210-218.
- Constantine, M.G., Wilton, L., & Caldwell, L.D. (2003). The role of social support in moderating the relationship between psychological distress and willingness to seek psychological help among black and Latino college students. *Journal of College Counseling, 6*, 155-165.
- Corazzini, J.G., & Shelton, J. (1974). A conceptualization of the referral process. *Journal of College Student Personnel, 15*, 461-464.
- Cornish, J.A., Kominars, K.D., Riva, M.T., McIntosh, S., & Henderson, M.C. (2000). Perceived distress in university counseling center clients across a six-year period. *Journal of College Student Development, 41*, 104-109.

Coulter, L.P., Offutt, C.A., & Mascher, J. (2003). Counseling center management of after-hours crises: Practice and problems. *Journal of College Student Psychotherapy, 18*, 11-34.

Council for the Advancement of Standards in Higher Education (2003). *The book of professional standards in higher education*. Washington, DC: Author.

Damm, J., & Murray, P. (1996). Alcohol and other drug use among college student-athletes. In E.F. Etzel, A.P. Ferrante, & J.W. Pinkney (Eds.), *Counseling college student-athletes: Issues and interventions* (2nd ed., pp. 185-220). Morgantown, WV: Fitness Information Technology, Inc.

Dannells, M. (1990). Changes in policies and practices over 10 years. *Journal of College Student Development, 31*, 408-414.

Dannells, M., & Consolvo, C. (2000). Disciplinary counseling: Implications for policy and practice. *NASPA Journal, 38*, 44-57.

Dannells, M., & Stuber, D. (1992). Mandatory psychiatric withdrawal of severely disturbed students: A study and policy recommendations. *NASPA Journal, 29*, 163-168.

D'Augelli, A.R. (1992). Lesbian and gay male undergraduates's experiences of harassment and fear on campus. *Journal of Interpersonal Violence, 7*, 383-395.

D'Augelli, A.R. (1993). Preventing mental health problems among lesbian and gay college students. *Journal of Primary Prevention, 13*, 245-261.

D'Augelli, A.R., & Rose, M.L. (1990). Homophobia in a university community: Attitudes and experiences of heterosexual freshmen. *Journal of College Student Development, 31*, 484-491.

Dean, L.A. (2000). College counseling today: Changing roles and definitions. In D.C. Davis & K.M. Humphrey (Eds.), *College counseling: Issues and strategies for a new millennium* (pp. 41-56). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Deane, F.P., & Todd, D.M. (1996). Attitudes and intentions to seek professional psychological help for personal problems or suicidal thinking. *Journal of College Student Development, 10*, 45-59.

De Lucia, R.C., & Iasenza, S. (1995). Student disruption, disrespect, and disorder in class: A seminar for faculty. *Journal of College Student Development, 36*, 385-388.

DeRoma, V., Saylor, C., Swickert, R., Sinisi, C., Marable, T.B., & Vickery, P. (2003). College students' PTSD symptoms, coping, and perceived benefits following media exposure to 9/11. *Journal of College Student Psychotherapy, 18*, 49-64.

DiScala, J., Olswang, S.G., & Niccolls, C.S. (1992). College and university responses to the emotionally and mentally impaired student. *Journal of College and University Law, 19*, 17-33.

Dworkin, J. (2005). Risk taking as developmentally appropriate experimentation for college students. *Journal of Adolescent Research, 20*, 219-241.

Eaves, C. (2001). The development and implementation of a crisis response team in a school setting. *International Journal of Emergency Mental Health, 3*, 35-46.

Ellingson, K.T., Kochenour, E.O., & Weitzman, L.M. (1999). University counseling center consultation: Developing a faculty orientation program. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 51, 31-36.

Engs, R.C., Diebold, B.A., & Hanson, D.J. (1994). The drinking patterns and problems of a national sample of college students. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 41, 13-33.

Foreman, M.E. (1990). The counselor's assessment and intervention with the suicidal student. *Journal of College Student Psychotherapy*, 4, 125-140.

Francis, P.C. (2000). Practicing ethically as a college counselor. In D.C. Davis & K.M. Humphrey (Eds.), *College counseling: Issues and strategies for a new millennium* (pp. 71-86). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Francis, P.C. (2003). Developing ethical institutional policies and procedures for working with suicidal students on a college campus. *Journal of College Counseling*, 6, 114-123.

Franke, A.H. (2004, June 25). When students kill themselves, colleges may get the blame. *The Chronicle of Higher Education*, 50, pp. B18-B19.

Furr, S.R., Westefeld, J.S., McConnell, G.N., & Jenkins, J.M. (2001). Suicide and depression among college students: A decade later. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 97-100.

Garrett Lee Smith Memorial Act, H.R. 4799, 108th Cong. (2004).

Garrett Lee Smith Memorial Act, S. 2674, 108th Cong. (2004).

Gehring, D.D. (1984). The dismissal of students with serious emotional problems: An administrative decision model. *NASPA Journal*, 20, 9-14.

Gibson, J.M. (2000). Documentation of emotional and mental disabilities: The role of the counseling center. *Journal of College Counseling*, 3, 63-72.

Gift, T., & Southwick, W. (1988). Premature return to school following a psychotic episode. *Journal of American College Health*, 36, 289-292.

Gilbert, S.P. (1989). The juggling act of the college counseling center: A point of view. *The Counseling Psychologist*, 17, 477-489.

Gilbert, S.P. (1992). Ethical issues in the treatment of severe psychopathology in university and college counseling centers. *Journal of Counseling and Development*, 70, 695-699.

Gilbert, S.P., & Sheiman, J. A. (1995). Mandatory counseling of university students: An oxymoron? *Journal of College Student Psychotherapy*, 9, 3-21.

Gladstone, T.R.G., & Koenig, L.J. (1994). Sex differences in depression across the high school to college transition. *Journal of Youth and Adolescence*, 23, 643-669.

Goode, E. (2003, February 3). More in college seek help for psychological problems. *The New York Times*, p. A11.

Goplerud, E.N. (1980). Social support and stress during the first year of graduate school. *Professional Psychology*, 11, 283-290.

Grant, K., Marsh, P., Syniar, G., Williams, M., Addlesperger, E., Kinzler, M.H., & Cowman, S. (2002). Gender differences in rates of depression among undergraduates: Measurement matters. *Journal of Adolescence*, 25, 613-617.

- Gratz, K.L., Conrad, S.D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 128-140.
- Grayson, P., Schwartz, V., & Commerford, M. (1997). Brave new world? Drug therapy and college mental health. *Journal of College Student Psychotherapy*, 11, 23-55.
- Green, B.C. (1998). Thinking about students who do not identify as gay, lesbian, or bisexual, but... *Journal of American College Health*, 47, 89-91.
- Grosz, R.D. (1991). Suicide: Training the resident assistant as an interventionist. *Journal of College Student Psychotherapy*, 4, 179-194.
- Haas, A.P., Hendin, H., & Mann, J.J. (2003). Suicide in college students. *American Behavioral Scientist*, 46, 1224-1240.
- Haines, M.E., Norris, M.P., & Kashy, D.A. (1996). The effects of depressed mood on academic performance in college students. *Journal of College Student Development*, 37, 519-526.
- Harris, R.S. (2002). Dual relationships and university counseling center environments. In A. A. Lazarus & O. Zur (Eds.), *Dual relationships and psychotherapy* (pp. 337- 347). New York: Springer Publishing.
- Hayes, R.L., & Lin, H.-R. (1994). Coming to America: Developing social support systems for international students. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 22, 7-16.
- Hernandez, T.J., & Fister, D.L. (2001). Dealing with disruptive and emotional college students: A systems model. *Journal of College Counseling*, 4, 49-62.
- Hinkle, J.S. (1996). Depression, adjustment disorder, generalized anxiety, and substance abuse: An overview for sport professionals working with college student-athletes. In E.F. Etzel, A.P. Ferrante, & J.W. Pinkney (Eds.), *Counseling college student-athletes: Issues and interventions* (2nd ed., pp. 109-136). Morgantown, WV: Fitness Information Technology, Inc.
- Hodges, S. (2001). University counseling centers at the twenty-first century: Looking forward, looking back. *Journal of College Counseling*, 4, 161-173.
- Hodgson, C.S., & Simoni, J.M. (1995). Graduate student academic and psychological functioning. *Journal of College Student Development*, 36, 244-253.
- Hoffmann, F.L., & Mastrianni, X. (1991). Psychiatric leave policies: Myth and reality. *Journal of College Student Psychotherapy*, 6, 3-20.
- Horning, A. (1998). Helping students in trouble. *College Teaching*, 46, 2-6.
- Iosupovici, M., & Luke, E. (2002). College and university student counseling centers: Inevitable boundary shifts and dual roles. In A.A. Lazarus & O. Zur (Eds.), *Dual relationships and psychotherapy* (pp. 360-378). New York: Springer Publishing.
- Jacobs, E., & Glater, S. (1993). Students, staff, and community: A collaborative model of college services for students with psychological disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17, 201-209.

- Johnson, C., Powers, P.S., & Dick, R. (1999). Athletes and eating disorders: The National Collegiate Athletic Association study. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 179-188.
- Johnson, H.E. (2004, January 9). Educating parents about college life. *The Chronicle of Higher Education*, 50, p. B11.
- Johnson, H.E., & Schelhas-Miller, C. (2000). Don't tell me what to do, just send money: The essential parenting guide to the college years. New York: St. Martin's Press.
- Juhnke, G.A., Schroat, D.A., Cashwell, C.S., & Gmutza, B.M. (2003). A preliminary investigation of college students' alcohol consumption at two universities with limited Greek systems. *Journal of Addictions and Offender Counseling*, 24, 35-45.
- Kahn, J.H., & Nauta, M.N. (1997). The influence of student problem-solving appraisal and nature of problem on likelihood of seeking counseling services. *Journal of College Student Development*, 38, 32:39.
- Kahn, J.H., & Williams, M.N. (2003). The impact of prior counseling on predictors of college counseling center use. *Journal of College Counseling*, 6, 144-154.
- Kelly, A.E., & Achter, J.A. (1995). Self-concealment and attitudes toward counseling in university students. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 40-46.
- Kennedy, A. (2004). NYU counseling director defends services, students in suicide media blitz. *Counseling Today*, 46, 28.
- Kessler, R.C., Foster, C.L., Saunders, W.B., & Stang, P.E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders: I. Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1026-1032.
- Kiracofe, N.M. (1993). Changing demands on counseling centers: Problems and possibilities. *Journal of College Student Psychotherapy*, 7, 69-83.
- Kirn, W. (2003, November 3). University blues: A crisis. *Time*, 162, p. 55.
- Kitzrow, M.A. (2003). The mental health needs of today's college students: Challenges and recommendations. *NASPA Journal*, 41, 165-179.
- Kluger, J. (2003, November 3). Medicating young minds. *Time*, 162, pp. 48-58.
- Lacour, M.M., & Carter, E.F. (2002). Challenges of referral decisions in college counseling. *Journal of College Student Psychotherapy*, 17, 39-52.
- Lamb, C.S. (1992). Managing disruptive college students: The mental health practitioner as a consultant for faculty and staff. *Journal of College Student Psychotherapy*, 7, 23-39.
- Leach, B.E., & Sewell, J.D. (1986). Responding to students with mental disorders: A framework for action. *NASPA Journal*, 22, 37-43.
- Leichliter, J.S., Meilman, P.W., Presley, C.A., & Cashin, J.R. (1998). Alcohol use and related consequences among students with varying levels of involvement in college athletics. *Journal of American College Health*, 46, 257-262.
- Leong, F.T.L., Wagner, N.S., & Tata, S.P. (1995). Racial and ethnic variations in help-seeking attitudes. In J.G. Ponterotto, J.M. Casas, L.A. Suzuki, & C.M. Al-

exander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 415-438). Thousand Oaks, CA: Sage.

Lin, J.-C.G. (2000). College counseling and international students. In D .C. Davis & K.M. Humphrey (Eds.), *College counseling: Issues and strategies for a new millennium* (pp. 169-183). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Lott, J.K., Ness, M.E., Alcorn, J.S., & Greer, R.M. (1999). The impact of gender and age on referrals to psychological counseling. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 132-136.

Malley, P., Gallagher, R., & Brown, S.M. (1992). Ethical problems in university and college counseling centers: A Delphi Study. *Journal of College Student Development, 33*, 238-244.

Martinez, A.M., Huang, K.H., Johnson, Jr., S.D., & Edwards, Jr., S. (1989). Ethnic and international students. In P. A. Grayson & K. Cauley (Eds.), *College Psychotherapy* (pp. 298-315). New York: Guilford Press.

McCarthy, M.A., & Butler, L. (2003). Responding to traumatic events on college campuses: A case study and assessment of student post disaster anxiety. *Journal of College Counseling, 6*, 90-96.

McDermott, D., Tyndall, L., & Lichtenberg, J.W. (1989). Factors related to counselor preference among gays and lesbians. *Journal of Counseling and Development, 68*, 31-35.

Meadows, M.E. (2000). The evolution of college counseling. In D.C. Davis & K.M. Humphrey (Eds.), *College counseling: Issues and strategies for a new millennium* (pp. 15-40). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Megivern, D., Pellerito, S., & Mowbray, C. (2003). Barriers to higher education for individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 26*, 217- 231.

Meilman, P.W., & Gaylor, M.S. (1989). Substance abuse. In P.A. Grayson & K. Cauley(Eds.), *College psychotherapy* (pp. 193-215). New York: Guilford Press.

Meilman, P.W., Gaylor, M.S., Turco, J.H., & Stone, J.E. (1990). Drug use among college undergraduates: Current use and 10-year trends. *International Journal of the Addictions, 25*, 1025-1036.

Meilman, P.W., Hacker, D.S., & Kraus-Zeilmann, D. (1993). Use of the mental health on-call system on a university campus. *Journal of American College Health, 42*, 105-109.

Meilman, P.W., Leichliter, J.S., & Presley, C.A. (1999). Greeks and athletes: Who drinks more? *Journal of American College Health, 47*, 187-190. Meilman, P.W.,

Manley, C., Gaylor, M.S., & Turco, J.H. (1992). Medical withdrawals from college for mental health reasons and their relation to academic performance. *Journal of American College Health, 40*, 217-223.

Meilman, P.W., Pattis, J.A., & Kraus-Zeilmann, D. (1994). Suicide attempts and threats on one college campus: Policy and practice. *Journal of American College Health, 42*, 147-154.

- Meilman, P.W., Presley, C.A., & Cashin, J.R. (1997). Average weekly alcohol consumption: Drinking percentiles for American college students. *Journal of American College Health, 45*, 201-204.
- Meilman, P.W., Stone, J.E., Gaylor, M.S., & Truco, J.H. (1990). Alcohol consumption by college undergraduates: Current use and 10-year trends. *Journal of Studies on Alcohol, 51*, 389-395.
- Meilman, P.W., & Turco, J.H. (1995). On medical withdrawals for mental health reasons. *Journal of American College Health, 40*, 217-227.
- Meyer, S., & Schwitzer, A.M. (1999). Stages of identity development among college students with minority sexual orientations. *Journal of College Student Psychotherapy, 13*, 41-65.
- Miller, B.E., Miller, M.N., Verhegge, R., Linville, H.H., & Pumariega, A.J. (2002). Alcohol misuse among college athletes: Self-medication for psychiatric symptoms? *Journal of Drug Education, 32*, 41-52.
- Mintz, L.B., & Betz, N.E. (1988). Prevalence and correlates of eating disordered behaviors among undergraduate women. *Journal of Counseling Psychology, 35*, 463-471.
- Morgan, E.J., & Cavendish, J.M. (1987). Medical, ethical, and legal issues in treating college student substance abusers. *Alcoholism Treatment Quarterly, 4*, 141-149.
- Mori, S. (2000). Addressing the mental health concerns of international students. *Journal of Counseling and Development, 78*, 137-144.
- Narikiyo, T.A., & Kameoka, V.A. (1992). Attribution of mental illness and judgments about help seeking among Japanese-American and white American students. *Journal of Counseling Psychology, 39*, 363-369.
- Nelson, W.L., Hughes, H.M., Katz, B., & Searight, H.R. (1999). Anorexic eating attitudes and behaviors of male and female college students. *Adolescence, 34*, 621-633.
- Nickerson, K.J., Helms, J.E., & Terrell, F. (1994). Cultural mistrust, opinions about mental illness, and black students' attitudes toward seeking psychological help from white counselors. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 378-385.
- Nishimura, N.J. (1998). Assessing the issues of multiracial students on college campuses. *Journal of College Counseling, 1*, 45-53.
- Nolan-Hoeksema, S., & Girgus, J.S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin, 115*, 424-443.
- Norvilitis, J.M., Szablicki, P.B., & Wilson, S.D. (2003). Factors influencing levels of credit-card debt in college students. *Journal of Applied Social Psychology, 33*, 935-947.
- O'Malley, K., Wheeler, I., Murphey, J., O'Connell, J., & Waldo, M. (1990). Changes in levels of psychopathology being treated at college and university counseling centers. *Journal of College Student Personnel, 31*, 464-465.
- Palma, T.V., & Stanley, J.L. (2002). Effective counseling with lesbian, gay, and bisexual students. *Journal of College Counseling, 5*, 74-89.

- Parham, W.D. (1993). The intercollegiate athlete: A 1990's profile. *The Counseling Psychologist, 21*, 411-429.
- Pedersen, P.B. (1991). Counseling international students. *The Counseling Psychologist, 19*, 10-58.
- Pinkerton, R.S., Hinz, L.D., & Barrow, J.C. (1989). The college student-athlete: Psychological considerations and interventions. *Journal of American College Health, 37*, 218-226.
- Pledge, D.S., Lapan, R.T., Heppner, P.P., Kivlighan, D., & Roehlke, H.J. (1998). Stability and severity of presenting problems at a university counseling center: A 6-year analysis. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*, 386-389.
- Ponterotto, J.G. (1987). Client hospitalization: Issues and considerations for the counselor. *Journal of Counseling and Development, 65*, 542-546.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.
- Prouty, A.M., Protinsky, H.O., & Canady, D. (2002). College women: Eating behaviors and help-seeking preferences. *Adolescence, 37*, 353-363.
- Rawe, J. (2002, June 10). Young and jobless. *Time, 159*, pp. 36-39.
- Reifler, C.B., & Liptzin, M.D. (1969). Epidemiological studies of college mental health. *Archives of General Psychiatry, 20*, 528-540.
- Rivas-Vazquez, R.A., Johnson, S.L., Rey, G.J., Blais, M.A., & Rivas-Vazquez, A. (2002). Current treatments for bipolar disorder: A review and update for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*, 212-223.
- Rodolfa, E. (1987). Training university faculty to assist emotionally troubled students. *Journal of College Student Personnel, 28*, 183-184.
- Rothstein, L.F. (1996). Protections for persons with mental disabilities: Americans with Disabilities Act and related federal and state law. In B.D. Sales & D.W. Shuman (Eds.), *Law, mental health, and mental disorder* (pp. 178-201). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Rudd, M.D. (1989). The prevalence of suicidal ideation among college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 19*, 173-183.
- Schulken, E.D., Pinciaro, P.J., Sawyer, R.G., Jensen, J.G., & Hoban, M.T. (1997). Sorority women's body size perceptions and their weight-related attitudes and behaviors. *Journal of American College Health, 46*, 69-74.
- Schwartz, A.J., & Whitaker, L.C. (1990). Suicide among college students: Assessment, treatment, and intervention. In S.J. Blumenthal & D.J. Kupfer (Eds.), *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients* (pp. 303-340). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Seime, R., & Damer, D. (1991). Identification and treatment of the athlete with an eating disorder. In E.F. Etzel, A.P. Ferrante, & J.W. Pinkney (Eds.), *Counseling college student-athletes: Issues and interventions* (2nd ed., pp. 175-198). Morgantown, WV: Fitness Information Technology, Inc.
- Selzer, M.L. (1960). The happy college student myth: Psychiatric implications. *Archives of General Psychiatry, 2*, 131-136.
- Sharkin, B.S. (1995). Strains on confidentiality in college-student psychotherapy: Entangled therapeutic relationships, incidental encounters, and third-party inquiries. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*, 184-189.

- Sharkin, B.S. (1997). Increasing severity of presenting problems in college counseling centers: A closer look. *Journal of Counseling and Development, 75*, 275-281.
- Sharkin, B.S. (2004). Assessing changes in categories but not severity of counseling center client problems across 13 years: Comment on Benton, Robertson, Tseng, Newton, and Benton (2003). *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 313-315.
- Sharkin, B.S., & Coulter, L.P. (2005). Empirically supporting the increasing severity of college counseling center client problems: Why is it so challenging? *Journal of College Counseling, 8*, 165-171.
- Sharkin, B.S., Plageman, P.M., & Mangold, S.L. (2003). College student response to peers in distress: An exploratory study. *Journal of College Student Development, 44*, 691-698.
- Sharkin, B.S., Scappaticci, A.G., & Birky, I. (1995). Access to confidential information in a university counseling center: A survey of referral sources. *Journal of College Student Personnel, 36*, 494-495.
- Shea, R.H. (2002, February 18). On the edge on campus. *US News & World Report, 132*, pp. 56-57.
- Silverman, M.M., Meyer, P.M., Sloane, F., Raffel, M., & Pratt, D.M. (1997). The Big Ten student suicide study: A 10-year study of suicides on midwestern university campuses. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 27*, 285-303.
- Simon, G.E., Savarino, J., Operskalski, B., & Wang, P.S. (2006). Suicide risk during antidepressant treatment. *American Journal of Psychiatry, 163*, 41-47.
- Sontag, D. (2002, April 28). Who was responsible for Elizabeth Shin? *The New York Times Magazine, 151*, 56-61, 94, 139-140.
- Steenbarger, B.N. (1998). Alcohol abuse and college counseling: An overview of research and practice. *Journal of College Counseling, 1*, 81-92.
- Stein, L. (2004, February 16). A suicide warning. *US News and World Report, 136*, p. 15.
- Stone, G.L., & Archer, J. (1990). College and university counseling centers in the 1990s: Challenges and limits. *The Counseling Psychologist, 18*, 539-607.
- Stone, G.L., & Lucas, J. (1994). Disciplinary counseling in higher education: A neglected challenge. *Journal of Counseling and Development, 72*, 234-238.
- Stone, G.L., Vespia, K.M., & Kanz, J.E. (2000). How good is mental health care on college campuses? *Journal of Counseling Psychology, 47*, 498-510.
- Svanum, S., & Zody, Z.B. (2001). Psychopathology and college grades. *Journal of Counseling Psychology, 48*, 72-76.
- Tavernise, S. (2003, October 26). In college and in despair; with parents in the dark. *The New York Times*, p. 31.
- Twenge, J.M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 1007-1021.
- Uffelmann, R.A., & Hardin, S.I. (2002). Session limits at university counseling centers: Effects on help-seeking attitudes. *Journal of Counseling Psychology, 49*, 127-132.
- Unger, K. (1998). Handbook on supported education: Providing services to students with psychiatric disabilities. *Baltimore, MD: Brooks Publishing Co.*

VandeCreek, L., Miars, R.D., & Herzog, C.E. (1987). Client anticipations and preferences for confidentiality of records. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 62-67.

Voelker, R. (2003). Mounting student depression taxing campus mental health services. *Journal of the American Medical Association, 289*, 2055-2056.

Wahl, O. (1999). Telling is risky business: Mental health consumers confront stigma. *New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.*

Walden, C. (1994). The health status of African American college students: A literature review. *Journal of American College Health, 42*, 199-205.

Weber, B., Metha, A., & Nelsen, E. (1997). Relationships among multiple suicide ideation risk factors in college students. *Journal of College Student Psychotherapy, 11*, 49-64.

Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B., & Castillo, S. (1994). Health and behavioral consequences of binge drinking in college: A national survey of students at 140 campuses. *Journal of the American Medical Association, 271*, 1672-1677.

Wechsler, H., Lee, J.E., Kuo, M., & Lee, H. (2000). College binge drinking in the 1990s: A continuing problem: Results of the Harvard School of Public Health 1999 College Alcohol Study. *Journal of American College Health, 48*, 199-210.

Welch, P.J. (1996). In search of a caring community: Group therapy for gay, lesbian and bisexual college students. *Journal of College Student Psychotherapy, 11*, 27-40.

Westefeld, J.S., & Furr, S.R. (1987). Suicide and depression among college students. *Professional Psychology: Research and Practice, 18*, 119-123.

Westefeld, J.S., Maples, M.R., Buford, B., & Taylor, S. (2001) Gay, lesbian, and bisexual college students: The relationship between sexual orientation and depression, loneliness, and suicide. *Journal of College Student Psychotherapy, 15*, 71-82.

Whitaker, L.C. (1992). Prescription psychotropic drugs and psychotherapy: Adjunctive or disjunctive? *Journal of College Student Psychotherapy, 7*, 79-92.

White, V.E., Trepal-Wollenzier, H., & Nolan, J.M. (2002). College students and self-injury: Intervention strategies for counselors. *Journal of College Counseling, 5*, 105-113.

Widseth, J.C., Webb, R.E., & John, K.B. (1997). The question of outsourcing: The roles and functions of college counseling services. *Journal of College Student Psychotherapy, 11*, 3-22.

Wiener, E., & Wiener, J. (1997). University students with psychiatric illness: Factors involved in the decision to withdraw from their studies. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 20*, 88-91.

Young, J.R. (2003, February 14). Prozac campus: More students seek counseling and take psychiatric medication. *The Chronicle of Higher Education, 49*, pp. A37-A38.