

## اهداف پژوهش

### هدف کلی

- هدف کلی این پژوهش بررسی رابطه کنشه ای عامل و باورهای کلیشه ای نوجوانان بزهکار و غیر بزهکار می باشد.

### اهداف جزئی

- ۱- بررسی و مقایسه کنشهای عامل در نوجوانان بزهکار و غیر بزهکار
- ۲- بررسی و مقایسه باورهای کلیشه ای در نوجوانان بزهکار و غیر بزهکار

### سوالات پژوهش

- میزان کنش های عامل در نوجوانان بزهکار چه اندازه است؟
- میزان باورهای کلیشه ای در نوجوانان بزهکار چه اندازه است؟
- آیا بین کنش های عامل و باورهای کلیشه ای در نوجوانان بزهکار رابطه وجود دارد؟
- آیا بین کنشهای عامل نوجوانان بزهکار و غیربزهکار تفاوتی وجود دارد؟
- آیا بین باورهای کلیشه ای نوجوانان بزهکار و غیربزهکار تفاوتی وجود دارد؟

### متغیرهای پژوهش

متغیر مستقل: بزهکاری

متغیر وابسته: کنشهای عامل و باورهای کلیشهای

متغیر کنترل: سن (۱۲ تا ۱۶ سالگی)

متغیر کنترل: جنسیت (نوجوانان بزهکار و غیربزهکار پسر)

رفتارها را بزهکار می نامند (احمدی، ۱۳۸۸).

تعریف عملیاتی کنشهای عامل: منظور از کنش های عامل سازه ای است که بوسیله آزمون عصبی - روان شناختی و شخصیتی کولیح (۲۰۰۲) اندازه گیری میشود. تعریف عملیاتی باورهای کلیشه ای: منظور از باورهای کلیشهای، سازه های است که بوسیله آزمون باورهای غیرمنطقی جونز (۱۹۶۸) اندازه گیری می شود. تعریف عملیاتی نوجوان بزهکار: به نوجوانی گفته می شود که در کانون اصلاح و تربیت به سر میبرد و جزو مددجویان آن مکان محسوب می شود.

### طرح پژوهش

پژوهش حاضر از انواع طرحهای غیرآزمایشی است. این پژوهش از نوع پس رویدادی بوده و پژوهشگر باتوجه به متغیر وابسته (بزهکاری نوجوانان) به عوامل پیش بینی کننده بزهکاری نوجوانان می پردازد و دو عامل اساسی کنشهای عامل و باورهای کلیشهای را در آنها بررسی میکند. لذا پژوهش پس رویدادی می باشد. در این پژوهش بدون اینکه کنترلی بر متغیرها وجود داشته باشد، کنش های عامل و باورهای کلیشه ای نوجوانان بزهکار و غیربزهکار مورد بررسی قرار گرفت.

### جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش، کلیه مددجویان پسر نوجوان ۱۲ تا ۱۶ سال کانون اصلاح و تربیت شهر تهران و دانش آموزان پسر نوجوان ۱۲ تا ۱۶ سال شهر تهران در سال ۱۳۹۰ را دربرمیگیرد.

### روش نمونه گیری

روش نمونه گیری دانش آموزان نوجوان بزهکار بصورت نمونه گیری در دسترس میباشد. بدین معنا که کلیه نوجوانان ۱۲ تا ۱۶ سال کانون اصلاح و تربیت که امکان داشت مورد بررسی قرار گرفتند.

روش نمونه گیری دانش آموزان نوجوانان غیربزهکار بصورت خوشه ای چند مرحله ای انجام می شد. به این ترتیب که ابتدا با مراجعه به اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران لیستی از مدارس پسرانه راهنمایی و دبیرستان و همچنین تعداد دانشآموزان (پسر) مشغول به تحصیل، در این مدارس به دست آورده شد. سپس از لیست مدارس، تعداد مدارس موردنیاز از هر گروه باتوجه به حجم نمونه بصورت تصادفی انتخاب شدند و در آخر تعداد نوجوانان غیر بزهکار (باتوجه به تعداد نوجوانان بزهکار) بصورت تصادفی انتخاب شدند.

### گروه نمونه

در کانون اصلاح و تربیت کلیه نوجوانانی را که امکان داشت (یعنی اینکه ۱- تمایل به شرکت داشته و داوطلبانه در آزمون شرکت کردند. ۲- سواد و درک پاسخگویی به

### تعریف متغیرهای پژوهش

تعریف مفهومی کنش های عامل عصبی- شناختی: مجموعه ای از تواناییها و مهارتهای عالی شناختی هستند و به انسان در زندگی، هدایت و کنترل رفتار، رسیدن به هدف، انجام تکالیف یادگیری و کنشهای هوش کمک می کنند و در طول رشد با افزایش سن تحول می یابند و به تدریج به فرد کمک می کنند تا تکالیف پیچیده تر و سخت تری را انجام دهد. مانند حل مسئله، حافظه فعال، خودگردانی، سازماندهی و ... (بارکلی، ۱۹۹۸؛ ولش و پنینگتون، زلازو و مولر، ۲۰۰۲، به نقل از علیزاده، ۱۳۸۵).

تعریف مفهومی باورهای کلیشه ای: باورهای کلیشه ای فرآیندهای فکری ناکارآمدی هستند که فرد در طول زندگی تحت تأثیر عوامل فرهنگی و محیطی دریافت می کند. این تفکرات خیالی و بی معنی باعث ایجاد اضطراب و اختلالات رفتاری انسان می گردد. (پاترسن، ۱۹۶۶؛ الیس، ۱۹۷۳؛ پاپن، ۱۹۷۴، به نقل از شفیع آبادی، ۱۳۸۹).

تعریف مفهومی بزهکاری نوجوانان: از نظر قانونی رفتار انحرافی نوجوانانی که هنوز به سن قانونی (۱۸ سالگی) نرسیده اند بزهکاری نامیده می شود و نوجوانان مرتکب این

سوم راهنمایی؛ اول و دوم دبیرستان) دانش‌آموزان را در اختیار محقق قرار دهند و بسته به فراخور حال هر مدرسه در سالن اجتماعات، دفتر معاونین یا نمازخانه آزمون‌ها اجرا شد.

### ابزار جمع آوری اطلاعات

برای جمع آوری اطلاعات در این پژوهش از دو آزمون استاندارد شده، بهره گرفته شد. برای بررسی کنش‌های عامل بخشی از آزمون عصبی - روان شناختی و شخصیتی کولیج (۲۰۰۲) استفاده شد؛ و برای سنجش باورهای کلیشه‌ای از مقیاس باورهای منطقی جونز (۱۹۶۸)، به ترجمه تقی پور، (۱۳۷۳) استفاده شد. در ادامه اطلاعات روانسنجی هریک از ابزارها ارائه می‌گردد.

### بحث و نتیجه گیری

برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری آزمون t مستقل برای سنجش تفاوت گروه‌ها و ضریب همبستگی برای بررسی ارتباط بین متغیرها و تحلیل واریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شد.

نتایج حاکی از این است که میزان کنش‌های عامل در نوجوانان بزهکار ضعیفتر از نوجوانان غیربزهکار می‌باشد و همینطور میزان باورهای کلیشه‌ای در نوجوانان بزهکار

سوالات را داشتند) مورد آزمون قرار گرفته شدند، که درحین اجرا از کل ۸۴ نفر شرکت کننده در آزمون ۲۲ نفر بعثت انتقال به کانون اصلاح و تربیت استان البرز حذف شدند و تعدادشان به ۶۲ نفر رسید. از بین ۸ مدرسه راهنمایی و دبیرستان که انتخابشان بطور تصادفی بود تعداد ۹۶ نفر دانش‌آموزان بطور تصادفی انتخاب شدند. که درحین اجرا ۱۴ نفر از آزمودنی‌ها به دلیل مفقود شدن آزمونه‌های گرفته شده از ایشان حذف شدند و تعداد آنها به ۸۲ نفر تقلیل یافت.

### توزیع نمونه مورد بررسی

#### برحسب بزهکار و غیربزهکار بودن نوجوانان

جدول شماره ۳-۱. توزیع فراوانی افراد مورد بررسی برحسب بزهکار و غیربزهکار بودن نوجوانان

گروه	فراوانی	درصد
غیربزهکار	۸۲	۵۶/۹
بزهکار	۶۲	۴۳/۱

نمودار شماره ۳-۱. توزیع فراوانی افراد مورد بررسی برحسب بزهکار و غیربزهکار بودن نوجوانان



بیشتر از نوجوانان غیربزهکار است. در ضمن بین کنش‌های عامل و باورهای کلیشه‌ای در هر دو گروه رابطه‌ای دیده نشد.

در آخر اینکه میزان باورهای کلیشه‌ای نوجوان غیربزهکار با وجود اینکه نسبت به نوجوانان بزهکار کمتر است اما در نوع خود زیاد می‌باشد. به گونه‌ای که بنظر می‌رسد نقص در کنش‌های عامل و باورهای کلیشه‌ای از جمله متغیرهای زمینه ساز بزهکاری می‌باشند.

منابع در دفتر آموزش و پژوهش موجود می‌باشد

### موقعیت پژوهش

موقعیت پژوهش دربارهی نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت شهر تهران واقع در کوی شهر زیبای تهران بود و مدت ۱۵ روز به طول انجامید (از ۱۶ فروردین ۱۳۹۰ تا ۳۱ فروردین ۱۳۹۰).

موقعیت پژوهش در مورد نوجوانان غیربزهکار مدارس راهنمایی و دبیرستان پسرانه شهر تهران (۸ مدرسه) بود که در مدت ۴ روز اجرا شد (از اول تا چهارم اردیبهشت ۱۳۹۰). با مراجعه به مدرسه‌ها و توضیح درباره هدف تحقیق به مسئولین مدارس از آنها درخواست شد که بطور تصادفی با استفاده از لیست اسامی دانش‌آموزان هر پایه (اول، دوم،

# مددکاری اجتماعی و درمان سوء مصرف مواد

## مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر یکی از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی جهان امروز است. اعتیاد به داروهای مجاز و غیر مجاز در چند دهه گذشته، بسیار فراگیر شده است و حاکی از بروز یک مشکل جدی در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است. عواقب و خسارت های اقتصادی، بهداشتی، روانی و اجتماعی اعتیاد بر کسی پوشیده نیست (رحیمی موقر ۱۳۷۸). برخی گزارش ها همراهی اعتیاد با برخی از بیماری های خطرناک مانند هیپاتیت و ایدز و همچنین عوارضی چون افسردگی، اضطراب، فراموشی، روان پریشی، اختلالات مغزی مانند دمانس و دلیریوم را نشان می دهد.

علل شیوع اعتیاد پیچیده و متعدد بوده و بنا به ویژگی های جوامع مختلف تفاوت های قابل ملاحظه ای دارد. برخی از محققان، پایین بودن سطح بهداشت و در دسترس نبودن حداقل امکانات درمانی، فقر، بیکاری، مسایل و مشکلات عاطفی و خانوادگی، شرایط شغلی و در دسترس بودن مواد مخدر را از جمله عوامل مؤثر در روی آوری گروه های مستعد و تنگدست جامعه به اعتیاد ذکر می کنند (کوهن ۱۹۸۵). در مورد کاهش اعتیاد باید گفت که به طور کلی مبارزه با اعتیاد در جهان بر سه روش مبارزه با عرضه، درمان معتادان و فعالیت های پیشگیری در جهت کاهش تقاضا استوار می باشد (رحیمی موقر ۱۳۷۸). در کشور ما عرضه مواد مخدر از طریق اجرای قوانین و فعالیت های نیروی انتظامی روزه به روز کاهش می یابد. لیکن تاکنون این تلاش مشکل سوء مصرف و اعتیاد را از بین نبرده است.

از طرف دیگر رویکردهای درمانی نیز با مشکلات بسیاری مواجه بوده است. بسیاری از افرادی که برای درمان مراجعه می کنند دچار عوارض جسمی، روانی و اجتماعی جدی شده اند که برطرف کردن آن هزینه و وقت و انرژی زیادی صرف می کند و میزان موفقیت نیز نامعلوم است. به دلیل پیچیدگی مورد نیاز است تا همه ابعاد زندگی و



سید رضا جوادیان  
دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی

## چکیده

مطالعات زیادی نشان داده است که درمان نتیجه سوء مصرف مواد مستلزم مشارکت فعال بیماران، خانواده آنان و اعضای تیم درمان (روانشناس، پزشک، روانپزشک و مددکار اجتماعی) است. مددکار اجتماعی به عنوان یکی از اعضای تیم درمان، در فرآیند بهبودی بیماران نقش بسزایی را ایفا می نمایند. وی به واسطه نقش حامی و رابطی که با خانواده های بیماران ایفا می کند، باید در زمینه کاهش مسائل و مشکلات بیمار و خانواده وی چه در دوره سم زدایی و چه پس از سم زدایی و مرحله پیگیری تلاش گسترده ای به عمل آورد. در این مقاله به تشریح فعالیت های مددکار از قبیل ارائه راهنمایی های لازم به بیمار و اطرافیان و همچنین آماده سازی فضای خانواده برای پذیرش بیمار در تمام مراحل درمان پرداخته شود.

## واژگان کلیدی:

اعتیاد، سوء مصرف مواد، درمان، مددکار اجتماعی.

مددکار در این مرحله می بایست با رفتاری صمیمی و حرفه ای ضمن توجه به نکات مثبتی که در بیمار وجود دارد، تلاش کند وی را نسبت به شروع زندگی بدون مواد امیدوار و آماده نماید. همچنین می بایست بیمار را در تحمل ناراحتی ها و فشارهای ناشی از مسائل و مشکلات بوجود آمده در زمان اعتیاد وی (که ناشی از اعتیاد او بوده) یاری دهد. چراکه احتمالا بیمار در آغاز این مرحله دچار احساس نگرانی و ترس از شروع زندگی بدون مواد و همراه با مسائل حل نشده گذشته معتاد خود است. لذا کلیه تلاش مددکار در این مرحله باید در راستای این باشد که بیمار بر روی توانمندی هایش و آموزش هایی که در زمینه درمان توسط اعضای تیم درمان به وی ارائه شده است، متمرکز شود و در نهایت به این نکته برسد که خود باید بیش از هر فرد دیگری در رفع مشکلاتش بکوشد. مددکار واقعیت زندگی گذشته و حال و پیوستگی آنها را برای بیمار روشن می کند و وی را از چگونگی احساسات، عواطف، باورها، پندارها و وضعیت کنونی اش مطلع سازد. پس از این مرحله، تلاش برای ایجاد تعهد و مسئولیت، خودسازی و مشارکت فعال فرد برای بهبود سرنوشت و ایجاد اعتماد به نفس و اراده و آشنایی با امکانات خلاق و سازنده وی آغاز و بر خود تصمیم گیری و خودباوری در او تأکید می کند. معمولا معتادان تمایل دارند تا از زیر بار مسئولیت شانه خالی کنند و این موضوع در مواردی که رفتار مرتبط با اعتیاد در آنها روی می دهد، بیشتر است. لذا مددکار باید به این نکته (رفتار غیر مسئولانه) توجه کافی داشته باشد و به جای پرداختن به گذشته هایی که مقیم از آن صحبت می کند و آن را عامل اعتیاد خود می داند، باید تلاش کند که بیمار را از غیر مسئولانه بودن رفتار و عملکردش آگاه کند. (ابراهیم، ۱۳۸۰) مددکار در این مرحله به جای پرداختن به گذشته های بیمار و آن چیزی که او موجب اعتیادش می داند، به زمان حال و آینده وی تأکید می کند. زیرا تنها چیزی که قیابل تغییر نیست گذشته است اما حال و آینده را می توان بهتر ساخت.

از طرفی مددکار جلوی هرگونه عذر و بهانه ای که در بعضی مواقع، بیمار برای مصرف مواد مخدر (انگیزه های ناخودآگاه و دلیل تراشی ها) می آورد را مسدود می کند و با برخوردی صمیمی و جدی او را قادر می سازد تا درباره رفتار غیر مسئولانه اش به جای دلیل تراشی، به قضاوت منطقی بیاورد. وی در این جریان می تواند بیمار را با رفتارش روبرو سازد تا بتواند درک درستی از رفتار غیر مسئولانه اش بدست آورد و ضمن توجه کردن به استعدادها و توانمندی هایش، عمیقا احساس کند که خود مسئول وضعیت موجود است. در بحث رفتار مسئولانه باید بر رفتار و عملکرد زمان حال تأکید و توجه داشت (روزالی، ۱۹۹۹). اکثر معتادان برای اجتناب از روبرو شدن با رفتار قبلی خود، بر احساسات خویش تأکید می ورزند (مثلا به کار بردن عباراتی چون «حالم گرفته بود» یا «اعصابم خرد بود» و ...) لذا مددکار باید به این نکته توجه داشته باشد و در بعضی موارد آموخته های بیمار را به وی یادآوری و تجزیه و تحلیل کند.

الگوهای رفتاری مختلف معتادان را دربرگیرد. برنامه های درمانی نیاز به زمان و تلاش صبورانه فرد بیمار، خانواده وی، درمانگر و سازمانهای مسئول دارد. درمان اعتیاد به دلیل فردی بودن آن و دلایل ذکر شده، بسیار پرهزینه می باشد. از سوی دیگر درمان کارآمد مستلزم شرکت فعال معتادان به مواد، خانواده آنان و اعضای تیم درمان (روانشناس، پزشک، روانپزشک، مددکار اجتماعی) است (معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۹).

مددکاران اجتماعی به دلیل نقش مهمی که در درمان معتادان دارند و همینطور به واسطه نقش حامی و رابطی که با خانواده های آنان ایفا می کنند، ملزم به انجام تلاش گسترده ای در زمینه کاهش مسائل و مشکلات بیمار و خانواده وی چه در دوره سم زدایی و چه در مرحله پس از سم زدایی هستند. بویژه در مراحل سم زدایی و پیگیری که موظف به آماده سازی فضای خانواده برای پذیرش بیمار و ارائه راهنمایی های لازم به بیمار و خانواده وی در جهت پیشگیری از عود می باشند.

مددکار اجتماعی به عنوان یکی از اعضای تیم درمان، در فرآیند بهبودی بیماران نقش بسزایی را ایفا می نماید. اهمیت اقدامات وی در این فرآیند بر کسی پوشیده نیست. شاید نتوان بین نقش مددکار با دیگر اعضای تیم درمان در مرحله سم زدایی مرز مشخصی قایل شد. اما در مراحل پس از سم زدایی و بویژه پیگیری، فعالیت هایی که مددکار انجام می دهد و خدماتی که به بیمار و خانواده وی ارائه می کند و یا حداقل انتظار می رود که انجام دهد و ارائه کند، با دیگر اعضای تیم درمان تقریبا متفاوت و از نظر کمیت و کیفیت دارای اهمیت خاصی است. لیکن به دلیل حساسیت و اهمیت نقش جایگاه مددکار در مراحل پس از سم زدایی و پیگیری ضرورت ایجاد کرد که ضمن توجه به آن، جزئیات اقدامات مددکار را نیز به طور روشن و واضح بیان کرده و به صورت آنچه در دست شماسست، تهیه گردد. امید است این نوشتار بتواند کمبودهای موجود در این زمینه را جبران نموده و مورد استفاده تمام مددکاران عزیز که در امر پیشگیری و درمان اعتیاد تلاش می کنند، واقع شود.

### فعالیت های مددکار در مرحله پس از سم زدایی

مطمئنا می دانید که اکثر قریب به اتفاق معتادان دارای نمونه های رفتاری خاصی هستند و از هر ابزاری جهت توجیه عمل خود استفاده می کنند و دلایل محکمه پسندی نیز ارائه می دهند تا رفتار خود را موجه جلوه دهند. در این زمان و بویژه در مرحله پس از سم زدایی باید به این نکته آگاهی کامل داشت که «تا بیمار دلیل محکمی برای مصرف نکردن و پاک ماندن نداشته باشد، عملا هرگونه اقدامی در جهت بهبودی وی بی نتیجه خواهد بود.» به عبارت دیگر تا بیمار قادر نباشد زندگی همراه با مصرف مواد مخدر خود را با زندگی بدون مصرف آن به خوبی مقایسه کند و بویژه آثار این دو شیوه زندگی را در آینده تحلیل نماید، فرآیند بهبودی ثمربخش نخواهد بود.

در مواردی که به دلایلی قسمتی از برنامه اجرا نشد، درباره دلایل عدم اجرای آن در جلسه ای مشترک با بیمار بحث شود.

- بیمار هر شب قبل از خواب در مورد برنامه امروز و فعالیت های انجام گرفته، تفکر کرده و آنها را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد.

- در ملاقات های بعدی با بیمار در مورد رفتار های انجام شده در قالب برنامه ریزی فوق سؤال شود و مورد بحث قرار گیرد.

- در شروع مرحله پس از سم زدایی، بعد از انجام اقدامات فوق (طرح برنامه روزانه و ...) می بایست ملاقاتی نیز با خانواده بیمار (بدون حضور وی) در محل مرکز درمان صورت گیرد. بیماران برخوردار از حمایت خانوادگی، بهبودیشان را با سرعت و جدیت بیشتری ادامه می دهند.

- تجارب بالینی نیز نشان داده است که مشارکت و دخالت دادن خانواده ها در درمان باعث مشارکت بیشتر بیمار در درمان و تسریع آن می شود (اقلیما، ۱۳۷۶).

- در هنگام ملاقات با خانواده، باید ابتدا خانواده را نسبت به رفتاری که از بیمار سر می زند، حساس نمود و خانواده را متمایل به پذیرش این واقعیت کرد که فرد بیمار به تنهایی مسئول اعتیاد خود نیست (بلوم، ۱۹۹۲).

- شاید برخی از خانواده ها در برابر تلاش ما به منظور کمک به آنها مقاومت کنند. «من خوبم» یا «ما خوبیم» جمله ای است که اغلب آنها می گویند. آنان تمایل دارند که به فرد بیمار کمک شود نه به آنها و معتقدند که بیمار فرد دیگری است.

- لذا باید به این نکات توجه داشت که آنها با دید چشمه‌ایشان را نسبت به رفتارهای غیرسازشی خود باز کنند. به آنها باید یاد داد که بیمار را بپذیرند و این واقعیت را دریابند که معتادان مشکلاتی دارند که باید تشخیص، درک و پذیرفته شود و در نهایت خانواده ها به این باور برسند که آنها مسئول رفتارهای بیمار نیستند.

- همچنین آنها باید یاد بگیرند که در مقابل تغییراتی که در رفتار بیمار ایجاد می شود، بویژه رفتارهای مطلوب (مثل نکشیدن سیگار زیر سقف) بی توجه نبوده و بازخوردهای خوبی به وی بدهند.

- در پایان به خانواده ها یادآوری کرد که به هیچ وجه انتظاراتی بالا و خارج از توان بیمار از وی نداشته باشند. مثلا انتظار نداشته باشند بیمار بعد از سم زدایی شغل مناسبی پیدا کند. خانواده ها باید بدانند که فرآیند بهبودی تدریجی است. در پایان ملاقات، مددکار خانواده را در مورد نحوه پیگیری بیمار آگاه کرده و در زمینه اوقات ملاقات حضوری و تماس های تلفنی با آنها هماهنگی لازم را به عمل می آورد.

### فعالیت های مددکار در مرحله پیگیری

بهرتر است، پیگیری در سه ماه اول شروع درمان، هر دو هفته یکبار به صورت ملاقات حضوری و هر هفته یکبار به صورت تلفنی و در سه ماه دوم به صورت هر ماه ملاقات

مددکار در مورد رفتار بیمار به طور مستقیم قضاوت نمی کند بلکه سعی می کند او را آگاه ساخته و با او به گونه ای برخورد کند تا خودش دست به قضاوت صحیح و مناسب بزند. در واقع با چنین برخوردی راه برای هرگونه دلیل تراشی های بیمار بسته خواهد بود.

مثلا در صورتی که بیمار فکر کند (یا قضاوت می کند) بدون مصرف موادمخدر زندگی بهتری خواهد داشت باید در مورد آن بیش از هر شخص دیگری تفکر و اندیشه کرده و برای زندگی بدون مواد برنامه ریزی و تلاش کند.

در مورد موضوع فوق لازم است مددکار با بیمار همکاری صمیمانه داشته و او را در طرح برنامه روزانه و اتخاذ تصمیم برای داشتن زندگی سالم و بدون مواد یاری دهد و او همکاری خود را در طرح برنامه روزانه بیمار، اینگونه آغاز می کند که ابتدا با همکاری بیمار فهرستی از فعالیت های مورد علاقه وی را تهیه کرده و سپس با توجه به آنها، طرح برنامه روزانه برای مدتی مشخص، نوشته می شود. هدف از این کار در درجه اول، آموزش چگونگی برنامه ریزی به بیمار و در درجه دوم جلوگیری از اتلاف وقت روزانه و شکل نگرفتن احساس کلافگی و سردرگمی در بیمار در مرحله سم زدایی است. جهت آشنایی بیشتر، نمونه ای از برنامه ریزی مربوط به یکی از بیماران آورده می شود:

ساعت	نوع فعالیت	ساعت	نوع فعالیت
۷ صبح	بیداری	۱۵/۵-۱۶	چای
۷/۵-۸	صبحانه	۱۶-۱۶/۵	مطالعه
۸-۸/۵	مطالعه	۱۶/۵-۱۷/۵	تلویزیون و موسیقی
۸/۵-۹/۵	موسیقی و تلویزیون	۱۷/۵-۱۹/۵	سر زدن به دوستان و فامیل
۹/۵-۱۰	استراحت و چای	۱۹/۵-۲۰	ورزش
۱۰-۱۰/۵	فکر کردن راجع به کار امروز	۲۰-۲۱/۵	استحمام و استراحت
۱۰/۵-۱۱/۵	خریدهای خانه و انجام کارهای بیرون	۲۱/۵-۲۲	شام
۱۱/۵-۱۲/۵	کمک به دیگر اعضای خانواده	۲۲-۲۳	تلویزیون
۱۲/۵-۱۳/۵	ناهار و نیاپش	۲۳-۲۳/۵	برنامه ریزی برای کارهای فردا و ارزیابی برنامه های امروز
۱۳/۵-۱۵/۵	خواب و استراحت	۲۳/۵	خواب

در مورد طرح برنامه روزانه لازم است به این نکات توجه داشت:

- نباید برنامه ای طرح ریزی شود که امکان شکست آن زیاد باشد.  
- بیمار حداکثر توان خود را جهت اجرای دقیق آن به کار برد.