ISSN (ONLINE): 3107-7862

Psychiatric Rehabilitation

A Comprehensive Approach to Chronic Mental Illness

Dr. மகேஷ் ராஜகோபால், MBBS, MPH, MRC Psych.(UK), மனநல மருத்துவர்,
அறம் மனநல மருத்துவமனை, திருச்சி.

Tamil Psychiatry Journal, Vol-2, Issue-3, Jul –Sep 2026, Page 1-6

மனநலத்தால் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு நீண்டநாள் மறுவாழ்வு சிகிச்சை என்பது மனநல சிகிச்சையில் முக்கிய பங்கை வகிக்கிறது. ஏனெனில் மனநலத்தால் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு மருந்துகளோ அல்லது மருந்துகளுடன் கூடிய ஆலோசனை மட்டுமே போதுமானது ஆகாது. அத்தகைய நோயாளிகளுக்கு சமூகத்துடன் ஒருங்கிணைவதற்கான ஒரு சில திறன்களை மேம்படுத்துவதற்கு இந்த சிகிச்சை உதவி புரிகிறது. Lancet Commission வெளியிட்டுள்ள ஆய்வில், உலகளவில் மனநோய்களுக்கு போதுமான சிகிச்சை மற்றும் மறுவாழ்வு சேவைகள் வழங்கப்படாவிட்டால், 2030ஆம் ஆண்டுக்குள் சுமார் 16 டிரில்லியன் அமெரிக்க டாலர் அளவிற்கு உலகப் பொருளாதார இழப்பு ஏற்படக்கூடும் என்று தெரிவிக்கிறது. (1) மேலும், உலக சுகாதார நிறுவனம் (WHO) வெளியிட்டுள்ள தகவலின்படி, உலகளவில் மொத்த நோய்ச்சுமையில் சுமார் 7% மனநலக் கோளாறுகளால் ஏற்படுகிறது. (2) இத்தகவல்கள், மனநோய்களின் மருத்துவச் சுமையை மட்டுமல்லாமல், அவற்றின் சமூக மற்றும் பொருளாதார தாக்கத்தையும் வெளிப்படுத்துகின்றன.

இந்த மறுவாழ்வு சிகிச்சை நோயாளிகளின் செயல்திறன், சமூகத் திறன், தன்னம்பிக்கை, தனியாக இயங்கும் திறன் மற்றும் வாழ்க்கைத் தரத்தை மேம்படுத்துவதில் குறிப்பிடத்தக்க பங்காற்றுகிறது. எனவே, மனநல மருத்துவர்கள் இந்த சிகிச்சையை கருத்தில் கொண்டு, முதன்முதலாக நோயாளி சிகிச்சைக்கு வரும்போதே, மருத்துவச் சிகிச்சையுடன் இணைந்து மறுவாழ்வு சிகிச்சைக்கான திட்டத்தை உருவாக்குவதை கருத்தில் கொள்ள வேண்டும். ஏனெனில் ஆரம்பத்திலேயே மருத்துவசிகிச்சையும் மறுவாழ்வு சேவைகளையும் இணைத்து செயல்படுத்தும் பொழுது, நோயாளியின் நீண்டகால முன்னேற்றத்திற்கும் இச்சிகிச்சை முக்கியமான அடித்தளமாக அமையும் என்பதில் சந்தேகமில்லை.

மேற்குறிப்பிட்ட கூற்றை சுட்டிக்காட்டும் வகையில், இந்தியாவின் ராஞ்சியில் உள்ள தேசிய மனநல மற்றும் நரம்பியல் சிகிச்சை மையத்தில் (Central Institute of Psychiatry,Ranchi) ஆய்வு மேற்கொள்ளப்பட்டது. அங்கு அனுமதிக்கப்பட்டிருந்த 450 நோயாளிகளிடம் மேற்கொள்ளப்பட்ட ஆய்வில், சுமார் 72% நோயாளிகளால் ஏதாவது ஒரு வகையான தொழிலை மேற்கொள்ளும் திறன் இருப்பது கண்டறியப்பட்டுள்ளது. இந்தக் கண்டுபிடிப்பின் அடிப்படையில், ஒவ்வொரு மனநல மறுவாழ்வு மையத்திலும் தொழில்வழிச் சிகிச்சை நிபுணர் (Occupational Therapist) கட்டாயமாக இருக்க வேண்டும் என்று ஆய்வாளர்கள் வலியுறுத்தியுள்ளனர். (3) இந்த மனநல நோயாளிகளுக்கு சரியான பயிற்சி மற்றும் ஆதரவு வழங்கினால், நீண்டநாள் மனநோயாளிகளும் சமூகத்தில் பயனுள்ள ஆக்கபூர்வமான மனிதர்களாக வாழ முடியும் என்பதை தான் இந்த ஆய்வு சுட்டி காட்டுகிறது.

இந்த மறுவாழ்வு சேவைகள் ஒவ்வொரு நோயாளிகளின் தேவைக்கு ஏற்ப மாறுபடும். குறிப்பாக-நோயளிகளின் கலாச்சாரம், சமூகப் பின்னணி, பொருளாதார நிலை மற்றும் வாழ்வாதாரத் தேவைகளுக்கு ஏற்ப இந்த சிகிச்சை முறை வடிவமைக்கப்பட வேண்டும். உதாரணமாக- கிராமப்புறங்களில் வாழும் நோயாளிகளுக்கு ஆடு, மாடு போன்ற கால்நடைகளை வழங்குவது, கடலோரப் பகுதிகளில் வசிப்பவர்களுக்கு மீன்பிடி உபகரணங்களை வழங்குவது போன்ற நடவடிக்கைகள், அவர்களின் சமூக மற்றும் பொருளாதார மறுவாழ்வை மேம்படுத்த உதவுகின்றன என்பதை Schizophrenia Research Foundation

(SCARF) நிறுவனம் தெரிவிக்கிறது. (4) எனவே, மறுவாழ்வு சிகிச்சை என்பது பொதுவான ஒரு திட்டமாக இல்லாமல், ஒவ்வொரு நோயாளியின் வாழ்க்கைச் சூழலுக்கேற்ப தனித்துவமாக வடிவமைக்க வேண்டும்.

மேலைநாடுகளில் 1950ஆம் ஆண்டிற்கு முன்பு, தெருக்களில் சுற்றி திரியும் மனநல நோயாளிகளோ அல்லது வீட்டில் இருக்கும் மனநல நோயாளிகளை பராமரிக்க முடியாமல் குடும்பத்தினர் மனநல காப்பகங்களில் அனுமதிக்கப்படும் பொழுது, திட்டமிடப்பட்ட காலாவகாசத்திற்கு மேல் தங்கவைக்கப்பட்டு நீண்ட கால சிகிச்சை கொடுக்கப்பட்டு வந்தன. இவ்வாறு மனநல நோயாளிகள் சமூகத்தில் ஒருங்கிணையாமல், மருந்துகளை மட்டும் எடுத்து கொண்டு வரும்நிலையில் மனநல நோயாளிகளின் சுய பராமரிப்பு, நோயாளிகளின் சமூகத் திறன், தன்னிச்சையாக வாழும் திறன் மற்றும் சுயசார்பு ஆகியவை குறிப்பிடத்தக்க அளவில் பாதிப்படுவதாக கணடறியப்பட்டுள்ளது. 1970களில் வெளியான பல ஆய்வுகள், நீண்டகால நிறுவனமயமான (INSTITUTIONAL) சிகிச்சையின் எதிர்மறை விளைவுகளையும் வெளிப்படுத்தின. இந்த விளைவுகளை கருத்தில் கொண்டு, நோயாளிகளின் திறன்களை மேம்படுத்தி, நோயாளிகள் சமூகத்தில் கண்ணியத்துடன் வாழவும், தன்னிச்சையாக இயங்கவும், தொழிலில் ஈடுபடவும், சமூக உறவுகளை பேணவும் உதவும் பல்துறை சிகிச்சை மற்றும் மறுவாழ்வு சேவைகள் ஒருங்கிணைந்து வாழ்வதற்கு சிகிச்சைகள் வழங்க வேண்டும் என்ற நோக்கில் சமூக அடிப்படையிலான (Community-based) மனநலச் சேவைகள் உருவாக்கப்பட்டன.

இந்த அறிவியல் ஆதாரங்களின் அடிப்படையில், மேலைநாடுகளில் நீண்டகால மனநலக் காப்பக சிகிச்சை முறை படிப்படியாகக் குறைக்கப்பட்டு, சமூக அடிப்படையிலான மனநலச் சேவைகள் (Community Mental Health Services) மற்றும் சமூக மறுவாழ்வு (Community Rehabilitation) முறைகள் விரிவுபடுத்தப்பட்டன. இதன் மூலம், நோயாளிகள் தங்களது குடும்பத்துடனும் சமூகத்துடனும் வாழ்வதற்கான செயல்திறன்களையும் ,அவர்களுக்கு தேவையான மருத்துவ, உளவியல் மற்றும் மறுவாழ்வு சேவைகளையும் பெறும் வாய்ப்பு உருவாக்கப்பட்டது. இவ்வகையான அணுகுமுறையே தற்போது உலகளவில் நீண்டநாள் மனநோய்களுக்கான சிறந்த சிகிச்சை முறையாக ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்டுள்ளது.

நீண்டநாள் மனநோய்களில் ஒருங்கிணைந்த சிகிச்சையின் முக்கியத்துவம்

மனநல மருத்துவர்களுக்கான பயிற்சியில், மனச்சிதைவு (Schizophrenia) போன்ற கடுமையான மனநோய்களின் நேர்மறை மற்றும் எதிர்மறை அறிகுறிகள் என இரண்டு வகையான அறிகுறிகள் உள்ளன. நேர்மறை அறிகுறியில் (Positive Symptoms) மாயக்குரல்கள் (Hallucinations), மாய நம்பிக்கைகள் (Delusions), மற்றும் ஒழுங்கற்ற சிந்தனை (thought disorders) போன்றவை உள்ளடங்கும். மனசிதைவு நோயின் எதிர்மறை அறிகுறியில் (Negative Symptoms) சமூக விலகல், உணர்ச்சி வெளிப்பாடு குறைதல், ஊக்கமின்மை, ஆர்வமின்மை மற்றும் தன்னிச்சையான செயல்பாடுகள் குறைதல் போன்றவை இவற்றில் உள்ளடங்கும். இந்த எதிர்மறை அறிகுறியில் நோயாளியின் செயல்திறன், சமூக உறவுகள் மற்றும் வாழ்க்கைத் தரத்தை நீண்டகாலத்தில் பெரிதும் பாதிக்கும் என்பதினால் அவற்றை நோயின் ஆரம்ப காலத்திலே கண்டறிந்து முறையான சிகிச்சை வழங்கிட வேண்டும். எதிர்மறை அறிகுறிகளை கண்டறிந்து, அந்த சிகிச்சை முறைகளுக்கான வழிமுறைகளை திட்டமிடுவது பற்றிய பயிற்சி, ஒப்பீட்டளவில் குறைவாகவே வழங்கப்படுகிறது. எனவே, மனநல மருத்துவக் கல்வியில் மனசிதைவு நோய்க்கான எதிர்மறை அறிகுறிகளை ஆரம்ப நிலையிலேயே அடையாளம் கண்டு, அதற்கேற்ற சிகிச்சை மற்றும் மறுவாழ்வு சிகிச்சை முறைகளை செயல்படுத்தும் மருத்துவ கல்வி திறனை மேம்படுத்துவது அவசியமாகும்.

நீண்டநாள் மனநோய்களில் மனச்சிதைவு நோயே(Schizophrenia) உலகளவில் அதிகமாகக் காணப்படும் முக்கியமான மனநலக் கோளாறுகளில் ஒன்றாகும். இந்நோய் சிந்தனை, உணர்வு, நடத்தை, சமூக உறவுகள், கல்வி, தொழில், குடும்ப வாழ்க்கை மற்றும் அன்றாட செயல்பாடுகள் உள்ளிட்ட பல்வேறு கோணங்களில் நீடித்த பாதிப்புகளை ஏற்படுத்தும். எனவே, ஒவ்வொரு நோயாளியின் அறிகுறிகள், செயல்திறன் குறைபாடுகள், சமூகச் சூழல் மற்றும் தனிப்பட்ட தேவைகளை முழுமையாக ஆராய்ந்து, தனிநபருக்கேற்ற ஒருங்கிணைந்த சிகிச்சைத் திட்டம் உருவாக்க வேண்டும்.

ISSN (ONLINE): 3107-7862

மனச்சிதைவு நோய் பெரும்பாலும் நீண்டகாலம் பாதிப்புகளை ஏற்படுத்துவதால், சிகிச்சையும் தொடர்ச்சியானதாக இருக்க வேண்டும். Psychotic அறிகுறிகளைக் கட்டுப்படுத்துவதில் மனநோய் எதிர்ப்பு மருந்துகள் (Antipsychotics medications) இன்றியமையாத பங்கு வகிக்கின்றன. இருப்பினும், நோயாளிகளுக்கு தங்களுடைய நோயைப் பற்றிய புரிதல் (Insight) குறைவாக இருப்பதாலும், மருந்துகளை தொடர்ந்து எடுத்துக்கொள்ள வேண்டிய அவசியத்தை முழுமையாக உணராததாலும், பலர் மருத்துவமனையிலிருந்து வீடு திரும்பிய சில மாதங்களிலேயே மருந்துகளை தானாகவே நிறுத்திவிடுகின்றனர். இதன் விளைவாக நோயின் அறிகுறிகள் மீண்டும் ஏற்பட்டு (Relapse), மீண்டும் மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்படுதல் மற்றும் செயல்திறன் மேலும் குறைதல் போன்ற விளைவுகள் ஏற்படுகின்றன.

எனவே, நோயாளிகளுக்கும் அவர்களது குடும்ப உறுப்பினர்களுக்கும் நோயின் தன்மை, அறிகுறிகள், சிகிச்சையின் நோக்கம், மருந்துகளை தொடர்ந்து எடுத்துக்கொள்வதன் அவசியம், நோயின் அறிகுறிகள் மீண்டும் தோன்றுவதற்கான ஆரம்ப அறிகுறிகள் மற்றும் அவற்றை சமாளிக்கும் வழிமுறைகள் பற்றிய பபுரிதலை ஏற்படுத்துவது (Psychoeducation) அவசியமாகும். இத்தகைய மனநலம் பற்றிய கல்வி குடும்ப உறுப்பினர்களின் பயம், தவறான நம்பிக்கைகள் மற்றும் மனஅழுத்தத்தைக் குறைப்பதுடன், நோயாளியின் சிகிச்சை ஒத்துழைப்பையும் மேம்படுத்துகிறது. மேலும், சிகிச்சையின் தொடக்கத்திலிருந்தே மருந்துகள் கொடுப்பது மட்டுமின்றி, உளவியல் சிகிச்சைகள், சமூகத் திறன் பயிற்சிகள், செயல்திறன் பயிற்சிகள், தொழிற் கல்வி (Vocational Rehabilitation), மற்றும் மனநல மறுவாழ்வு சேவைகள் ஆகியவற்றை ஒருங்கிணைத்து வழங்குவது மிகவும் அவசியமாகும். இவ்வாறான பல்துறை (Multidisciplinary) அணுகுமுறையானது, நோயாளிகள் சிகிச்சையை தொடர்ந்து எடுத்துக்கொள்வதை உறுதி செய்து, நோயின் அறிகுறிகள் மீண்டும் ஏற்படும் அபாயத்தைக் குறைத்து, நோயாளிகளின் செயல்திறன், சமூகப் பங்கேற்பு மற்றும் வாழ்க்கைத் தரத்தை குறிப்பிடத்தக்க அளவில் உயர்த்துவதாக பல்வேறு ஆய்வுகள் தெரிவிக்கின்றன. (6–8)

எனவே, மனச்சிதைவு நோயின் சிகிச்சை என்பது மருந்துகளை வழங்குவதில் மட்டும் முடிவடைவதல்ல. நோயாளியின் மருத்துவ, உளவியல், சமூக மற்றும் தொழில்வாழ்வு தேவைகளை ஒருங்கிணைத்து அணுகும் தொடர்ச்சியான மறுவாழ்வு சிகிச்சை முறையே நீண்டகால நல்ல முன்னேற்றத்திற்கும், சமூகத்தில் அர்த்தமுள்ள வாழ்க்கையை வாழ்வதற்கும் அடித்தளமாக அமைகிறது.

செயல்திறன் மதிப்பீடு மற்றும் திறன் மேம்பாட்டுப் பயிற்சிகள்

மனநல மறுவாழ்வு சிகிச்சையின் முதல் படியாக, நோயாளியின் தற்போதைய செயல்திறனை (Functional Assessment) முழுமையாக மதிப்பீடு செய்ய வேண்டும். குறிப்பாக மனச்சிதைவு (Schizophrenia) போன்ற நீண்டநாள் மனநோய்களால் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு, அன்றாட வாழ்வியல் செயல்பாடுகள் (Activities of Daily Living), தன்சுத்தம் பேணுதல், சமூகத்தில் பிறருடன் இயல்பாகப் பழகுதல், சிக்கலான பிரச்சினைகளுக்குத் தீர்வு காணுதல், திட்டமிடுதல் மற்றும் சுயமாக முடிவெடுத்தல் போன்ற திறன்கள் படிப்படியாகக் குறையக்கூடும். எனவே, சிகிச்சையின் தொடக்க நிலையிலேயே நோயாளியின் தனிநபருக்கேற்ற மறுவாழ்வு திட்டம் உருவாக்கப்பட வேண்டும்.

நோயாளியின் அறிவாற்றல் மற்றும் செயல்திறன் குறைபாடுகளை Cognitive Functional Assessment போன்ற மதிப்பீட்டு கருவிகள் மூலம் கண்டறியலாம். இக்கருவி, நோயாளியின் கல்வித்திறன், தொழில்திறன், சமூகச் செயல்திறன் மற்றும் சுயசார்பு வாழ்க்கைத் திறன் ஆகியவற்றை மேம்படுத்துவதற்கான தனிப்பட்ட பயிற்சித் திட்டத்தை உருவாக்க உதவுகிறது.

சமூகத் திறன் பயிற்சி (Social Skills Training)

சமூகத் திறன் (Social Skills) என்பது மனநல மறுவாழ்வின் முக்கிய கூறுகளில் ஒன்றாகும். சமூகத் திறன் மேம்பட்டால் மட்டுமே ஒருவர் வேலைவாய்ப்பைப் பெறவும், குடும்ப மற்றும் சமூக உறவுகளை பேணவும், தன்னம்பிக்கையுடன் சமூகத்தில் இயங்கவும் முடியும். எனவே, சமூகத் திறன் பயிற்சி அனைத்து நீண்டநாள் மனநோயாளிகளுக்கும் மறுவாழ்வு திட்டத்தின் ஒரு பகுதியாக வழங்கப்பட வேண்டும்.

ISSN (ONLINE): 3107-7862

சமூகத் திறன்களை வளர்ப்பதற்கு பல்வேறு பயிற்சி முறைகள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. அவற்றில் முக்கியமானது மாதிரிப்படுத்தல் (Modelling) ஆகும். இதில், மனநல நிபுணர்கள், சமூகப் பணியாளர்கள் அல்லது ஆலோசகர்கள் மற்றவர்களுடன் எவ்வாறு உரையாடுகிறார்கள், கருத்துப் பரிமாற்றம் செய்கிறார்கள், பிரச்சினைகளை சமாளிக்கிறார்கள் என்பதைக் கவனித்து, நோயாளிகள் அதே திறன்களைப் பயிற்சி மூலம் கற்றுக்கொள்கின்றனர்.

மற்றொரு முக்கியமான முறை பாத்திரமேற்று நடிக்கும் பயிற்சி (Role Play) ஆகும். இதில், வேலைவாய்ப்பு நேர்காணல், புதிய நபர்களுடன் உரையாடல், கருத்து வேறுபாடுகளை சமாளித்தல், பொதுவிடங்களில் தன்னம்பிக்கையுடன் பேசுதல் போன்ற அன்றாட வாழ்க்கைச் சூழல்களை உருவகப்படுத்தி, நோயாளிகள் அவற்றை நேரடியாகப் பயிற்சி செய்ய வேண்டும். இத்தகைய நடைமுறைப் பயிற்சிகள், நோயாளிக்கு தேவையான திறன்களை வளர்க்க பெரிதும் உதவுகின்றன.

சமூகத் திறன் பயிற்சியை ஆறு முதல் எட்டு வாரங்கள் வரை திட்டமிட்டு வழங்கி, அதனுடன் மருந்து சிகிச்சையையும் தொடர்ந்து மேற்கொண்டால், நோயின் அறிகுறிகள் மீண்டும் தோன்றும் அபாயம் குறைவதுடன், வேலைவாய்ப்பில் மீண்டும் இணைவதற்கு அதிக வாய்ப்பு இருப்பதாக ஆய்வுகள் தெரிவிக்கின்றன. (9)

அறிவாற்றல் திறன் மேம்பாட்டுப் பயிற்சி (Cognitive Remediation)

மனச்சிதைவு நோயால் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு அறிவாற்றல் (Cognition) குறிப்பிடத்தக்க அளவில் குறையக்கூடும். குறிப்பாக கவனக் குறைபாடு, நினைவாற்றல் திறன் குறைபாடு, நிர்வாகச் செயல் திறன் குறைதல் (Executive Functions), பல்வேறு தகவல்களை உள்வாங்கி ஒருங்கிணைத்து முடிவெடுத்தலில் சிக்கல் மற்றும் பிரச்சினைகளுக்குத் தீர்வு காணும் திறன் குறைதல் போன்ற மூளையின் உயர் செயல்பாடுகள் (highly executive functions) குறைந்திருக்கலாம். இத்தகைய குறைபாடுகள் நோயாளியின் கல்வி, தொழில் மற்றும் சமூக வாழ்க்கையை நேரடியாக பாதிக்கின்றன.

எனவே, அறிவாற்றல் திறன்களை மேம்படுத்துவதற்காக Cognitive Remediation Therapy அல்லது அறிவாற்றல் மேம்பாட்டுப் பயிற்சி வழங்கப்பட வேண்டும். எடுத்துக்காட்டாக, Card Sorting, வடிவ மற்றும் வகைப்பாடு சார்ந்த செயல்பாடுகள், புதிர்கள், வரிசைப்படுத்தும் பயிற்சிகள், கவனச் செயல்பாடுகள் மற்றும் சிந்தனையைத் தூண்டும் அறிவாற்றல் விளையாட்டுகளை பயன்படுத்த வேண்டும்.

இதனுடன், புத்தகங்கள் வாசித்தல், குழு விவாதங்களில் பங்கேற்பது, சமூக உறவுகளை வளர்த்துக்கொள்ளும் குழு நடவடிக்கைகள், தினசரி திட்டமிடுதல் மற்றும் சிறிய குழு செயல்பாடுகளில் ஈடுபடுதல் போன்ற செயல்பாடுகளும் அறிவாற்றல் திறன்களை மேம்படுத்துவதில் பயனுள்ளதாக இருக்கும் என பல்வேறு ஆய்வுகள் தெரிவிக்கின்றன. (10)

குடும்பத் தலையீடுகள், தொழில்வாழ்வு மறுவாழ்வு மற்றும் பகல்நேர மறுவாழ்வு சேவைகள்

நீண்டநாள் மனநோய்களின் சிகிச்சையில், நோயாளியின் குடும்ப உறுப்பினர்களும் முக்கிய பங்காற்றுகின்றனர். குறிப்பாக மனச்சிதைவு (Schizophrenia) நோயாளிகளின் குடும்பத்தில் நோயாளியின் மீது அதிக அளவிலான விமர்சனம், குற்றம் சுமத்துதல், மிகையான உணர்ச்சி வெளிப்பாடு அல்லது அளவுக்கு மீறிய ஈடுபாடு (High Expressed Emotion) காணப்படும் போது, நோயாளியின் மனஅழுத்தம் அதிகரித்து, நோய் அறிகுறிகள் மீண்டும் தோன்றும் (Relapse) அபாயம் உயரக்கூடும். எனவே, குடும்ப உறுப்பினர்கள் நோயாளியுடன் அமைதியாகவும், ஆதரவான அணுகுமுறையுடனும், சமநிலையான உணர்ச்சி வெளிப்பாட்டுடனும் பழகுவதன் அவசியத்தை மருத்துவர்கள் வலியுறுத்த வேண்டும்(11).

நோயாளியின் குடும்பத்தினருக்கு மனநோயின் தன்மை, அறிகுறிகள், சிகிச்சையின் நோக்கம், மருந்துகளை தொடர்ந்து எடுத்துக்கொள்வதன் அவசியம், நோய் அறிகுறிகள் மீண்டும் தோன்றும் ஆரம்ப அறிகுறிகள் மற்றும் அவற்றை சமாளிக்கும் வழிமுறைகள் குறித்து திட்டமிட்ட மனநலக் கல்வி (Psychoeducation) வழங்கப்பட வேண்டும். மேலும், குடும்பச் சிகிச்சை (Family Therapy), மனஅழுத்தத்தைச் சமாளிக்கும் திறன் மேம்பாட்டுப் பயிற்சிகள் (Coping Skills Training), பிரச்சினைத் தீர்க்கும் திறன் (Problem-solving Skills) மற்றும் தொடர்பு திறன் (Communication

Skills) ஆகியவற்றிலும் குடும்ப உறுப்பினர்களுக்கு பயிற்சி வழங்குவது பயனுள்ளதாக இருக்கும். இதனுடன், குறிப்பிட்ட கால இடைவெளிகளில் மனநல மருத்துவர்களை சந்தித்து ஆலோசனை பெறுவதன் முக்கியத்துவத்தையும் குடும்பத்தினருக்கு எடுத்துரைக்க வேண்டும்.

தொழில்வாழ்வு மறுவாழ்வு (Vocational Rehabilitation)

வேலைவாய்ப்பு என்பது வருமானம் ஈட்டுவதற்கான ஒரு வழி மட்டுமல்ல; அது நோயாளியின் தன்னம்பிக்கை, சமூகப் பங்கேற்பு, சுயமரியாதை மற்றும் வாழ்க்கைத் தரத்தை மேம்படுத்தும் முக்கியமான மறுவாழ்வு கருவியாகும். இருப்பினும், சில மனச்சிதைவு நோயாளிகளுக்கு பணிச்சுமை, வேலைச் சூழலில் ஏற்படும் மனஅழுத்தம், சமூகத் தொடர்புகள் மற்றும் பொறுப்புகளைச் சமாளிப்பது சிரமமாக இருக்கலாம். எனவே, நோயாளியின் அறிவாற்றல், செயல்திறன் மற்றும் விருப்பங்களுக்கு ஏற்ப பொருத்தமான வேலைவாய்ப்புகளைத் தேர்வு செய்து வழங்குவது அவசியமாகும். இதற்காக மறுவாழ்வு மையங்களில் பாதுகாக்கப்பட்ட வேலைவாய்ப்புகள் (Sheltered Employment) அல்லது ஆதரவுடனான வேலைவாய்ப்புகள் (Supported Employment) உருவாக்கப்படலாம். எடுத்துக்காட்டாக, பொருட்கள் பொதியிடும் (Packaging) மையங்கள், கார் கழுவும் சேவைகள் (Car Wash), தையல் மற்றும் ஆடைத் தயாரிப்பு, தோட்டப் பராமரிப்பு, அலுவலக உதவிப் பணிகள் போன்ற திறனடிப்படையிலான தொழில்களை உருவாக்குவதன் மூலம் அவர்களின் செயல்திறன், சிந்தனை திறன், மற்றும் சமூக திறன் மேம்படும். . இத்தகைய திட்டங்களை நிறுவனங்களின் சமூகப் பொறுப்பு நிதி (Corporate Social Responsibility – CSR) மூலம் செயல்படுத்துவதன் மூலம், நீண்டநாள் மனநோயாளிகளுக்கு நிலையான வேலைவாய்ப்புகளையும் சமூக ஒருங்கிணைப்பையும் ஏற்படுத்த முடியும்.

பகல்நேர மறுவாழ்வு மையங்கள் (Day Care Centres)

பகல்நேர மறுவாழ்வு மையங்கள் (Day Care Centres) நீண்டநாள் மனநோயாளிகளின் மறுவாழ்வில் முக்கிய பங்காற்றுகின்றன. இம்மையங்களில் நோயாளிகள் பகல் நேரத்தில் பங்கேற்று, மாலை நேரத்தில் தங்களது வீடுகளுக்கு திரும்புகின்றனர். இவ்வகை சேவைகள், நோயாளிகள் மருத்துவமனையில் நீண்டகாலம் தங்க வேண்டிய தேவையை குறைப்பதோடு, குடும்பத்துடனும் சமூகத்துடனும் தொடர்ந்து இணைந்திருக்கும் வாய்ப்பையும் ஏற்படுத்துகின்றது.

பகல்நேர மறுவாழ்வு மையங்களில் சமூகத் திறன் பயிற்சி, அறிவாற்றல் மேம்பாட்டுப் பயிற்சி, தொழில்வழிச் சிகிச்சை, உடற்பயிற்சி, குழு விவாதங்கள், வாழ்க்கைத்திறன் (Life Skills) பயிற்சிகள் மற்றும் தொழில்திறன் மேம்பாட்டுப் பயிற்சிகள் என பல்வேறு செயல்பாடுகள் மேற்கொள்ளப்படுகின்றன. இவ்வாறான குழு அடிப்படையிலான செயல்பாடுகள் மூலம், நோயாளிகளின் தன்னம்பிக்கை, சமூகத் திறன், அறிவாற்றல், குழு ஒத்துழைப்பு, மற்றும் வேலைவாய்ப்பில் ஈடுபடும் திறன் ஆகியவை குறிப்பிடத்தக்க அளவில் மேம்படுகின்றன

மறுவாழ்வு சிகிச்சையின் நீண்டகால நோக்கம்

மனநல மறுவாழ்வு சிகிச்சையின் முதன்மை நோக்கம், நோயின் அறிகுறிகளை மட்டுமே குறைப்பது அல்ல; மாறாக, நோயால் இழந்த செயல்திறன்களை மீட்டெடுத்து, நோயாளியை சமூகத்தில் முழுமையாகப் பங்கேற்கக்கூடிய, சுயசார்பான மற்றும் ஆற்றல்மிக்க நபராக உருவாக்குவதாகும். எனவே, மனச்சிதைவு போன்ற நீண்டநாள் மனநோய்கள் கண்டறியப்பட்ட உடனேயே நோயாளியை மனநல மறுவாழ்வு சேவைகளுக்கு பரிந்துரைத்து, அவரது தனிப்பட்ட தேவைகளின் அடிப்படையில்

கட்டமைக்கப்பட்ட மறுவாழ்வு திட்டத்தை ஆரம்பிப்பது மிகவும் அவசியமாகும். மருந்து சிகிச்சை, உளவியல் சிகிச்சை, குடும்ப ஆதரவு, தொழில்வாழ்வு மறுவாழ்வு மற்றும் சமூக அடிப்படையிலான சேவைகள் ஆகியவற்றை ஒருங்கிணைத்து வழங்கும் அணுகுமுறையே, நீண்டகால மீட்பு (Recovery) மற்றும் சமூக ஒருங்கிணைப்பை உறுதிப்படுத்தும் சிறந்த சிகிச்சை முறையாகக் கருதப்படுகிறது.

ISSN (ONLINE): 3107-7862

References

1. Brenner, H. D., Hodel, B., Roder, V., & Corrigan, P. (1992). Treatment of cognitive dysfunction and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 18*(1), 21–26.
2. Gupta, P., Prabhu, M., & Prabhu, G. G. (1968). Rehabilitation of the chronic psychiatric patient. *Indian Journal of Psychiatry, 10*, 157–165.
3. Hierholzer, R. W., & Liberman, R. P. (1986). Successful living: A social skills and problem-solving group for the chronic mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry, 37*(9), 913–918.
4. Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Javna, C. D., & Madonia, M. J. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry, 43*(7), 633–642.
5. Lamb, H. R. (1988). Deinstitutionalization at the crossroads. *Hospital and Community Psychiatry, 39*(9), 941–945.
6. Mechanic, D. (1986). The challenge of chronic mental illness: A retrospective and prospective view. *Hospital and Community Psychiatry, 37*(9), 891–896.
7. Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., et al. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet, 392*(10157), 1553–1598.
8. Strachan, A. M. (1986). Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia: Toward protection and coping. *Schizophrenia Bulletin, 12*(4), 678–697.
9. Thara, R. (2005). Cost of illness of schizophrenia: Perspective from an NGO. *Indian Journal of Psychiatry, 47*(4), 205–217. https://doi.org/10.4103/0019-5545.43054
10. Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry, 129*, 125–137.
11. Vigo, D. V., Patel, V., Becker, A., et al. (2019). A partnership for transforming mental health globally. *The Lancet Psychiatry, 6*(4), 350–356. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30434-6