

வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களின் தேவைகளை நிவர்த்தி செய்வதற்கான
தமிழ்நாடு மாநிலக் கொள்கை

வழிகாட்டுதல்கள் மற்றும் நெறிமுறைகள்

பிப்ரவரி 2022

மாநில அளவிலான வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கான கொள்கை -
பங்கேற்பாளர்கள்

நிபுணர் குழு

1. டாக்டர் வந்தனா கோபிகுமார் - இணை நிறுவனர், தி பான்யன் மற்றும் தி பான்யன் அகடமி, சென்னை
2. பேராசிரியர். டாக்டர் ஜோஸ்க் பண்டர்ஸ் - முன்னாள் இயக்குனர் பேராசிரியர், அதீனா இன்ஸ்டிடியூட் ஆஃப் இன்னோவேஷன் அண்ட் கம்யூனிகேஷன், விரிஜே பல்கலைக்கழகம், நெதர்லாந்து
3. பேராசிரியர். ஆண்ட்ரூ வில்ஃபோர்ட் - மானுடவியல் துறை, கார்னெல் பல்கலைக்கழகம், யு.எஸ்.ஏ.
4. டாக்டர் நெவ் ஜோன்ஸ் - உறுப்பினர் - உளவியல் தொடர்பான லான்செட் மனநல ஆணையம், உதவிப் பேராசிரியர், சமூகப்பணிக்கான பள்ளி, பிட்ஸ்பர்க் பல்கலைக்கழகம், பென்சில்வேனியா
5. டாக்டர் கே வி கிஷோர் குமார் - இயக்குனர், தி பான்யன் மற்றும் தி பான்யன் அகடமி, முன்னாள் ஆலோசகர் சமூக மனநல சேவைகள், மனநோய் துறை, நிம்ஹான்ஸ், சென்னை
6. டாக்டர் லட்சுமி நரசிம்மன் - துறைத் தலைவர், உதவிப் பேராசிரியர், சமூகப்பணிக்கான பள்ளி, குமரகுரு கலை மற்றும் அறிவியல் கல்லூரி, கோவை, தமிழ்நாடு
7. டாக்டர் சஞ்சீவ் ஜெயின் - பேராசிரியர் துறைத் தலைவர் (நடத்தை அறிவியல்), தேசிய மனநலம் மற்றும் நரம்பியல் நிறுவனம், பெங்களூர்
8. டாக்டர் அலோக் சரின் - மூத்த ஆலோசகர், மனநோய் துறை, சீதாராம் பாரதியா அறிவியல் மற்றும் ஆராய்ச்சி நிறுவனம், புது டெல்லி
9. டாக்டர். செளமித்ரா பதரே - இயக்குனர், மனநல சட்டம் கொள்கைக்கான மையம், இந்திய சட்ட சங்கம் (ILS)
10. டாக்டர் பூர்ண சந்திரிகா - இயக்குநர், பேராசிரியர் மனநோய் துறைத் தலைவர், மனநல நிறுவனம், சென்னை

11. டாக்டர். அர்ச்சனா பத்மகர் - தலைவர், அவசர சிகிச்சை மற்றும் குணப்படுத்தல் மையம், தி பான்யன், துணைத் தலைவர், மென்டல் ஹெல்த் ரிசோர்ஸ் ஹப், தி பான்யன் அகடமி, சென்னை
12. மிருணாளினி ரவி - துணைத் தலைவர், சுந்தரம் ஃபாஸனர்ஸ் சென்டர் ஃபார் சோஷியல் ஆக்ஷன் அண்ட் ரிசர்ச், தலைவர் - இயக்குநரகம், உலகளாவிய மனநல இயக்கம், துணை இயக்குநர் பார்ட்னர்ஷிப், தி பான்யன், சென்னை
13. டாக்டர் டெபோரா பேட்ஜெட், பேராசிரியர், சமூகப் பணி மற்றும் உலகளாவிய பொது ஆரோக்கியம் - மெக்ஸில்வர் ஃபேகல்டி ஃபெல்லோ, நியூயார்க் பல்கலைக்கழகம், சில்வர் ஸ்கூல் ஆஃப் சோஷியல் ஒர்க், நியூயார்க்
14. டாக்டர் லட்சுமி லிங்கம் - தலைவர் பேராசிரியர், மீடியா மற்றும் கலாச்சார ஆய்வுகள் பள்ளி, டாடா இன்ஸ்டிடியூட் ஆஃப் சோஷியல் சயின்சஸ் (TISS), மும்பை
15. திரு. தாரிக் முகமது குரேஷி - இயக்குநர் - கோஷிஷ், (வீடற்ற நிலை மற்றும் கையறுநிலை தொடர்பான TISS கள நடவடிக்கை), உதவிப் பேராசிரியர், டாடா இன்ஸ்டிடியூட் ஆஃப் சோஷியல் சயின்சஸ் (TISS), மும்பை
16. டாக்டர் சி ராமசுப்ரமணியன் - நிறுவனர், செல்லமுத்து அறக்கட்டளை மற்றும் ஆராய்ச்சி அறக்கட்டளை, மாநில நோடல் அதிகாரி, தமிழ்நாடு அரசு, பேராசிரியர் - மதுரை காமராஜ் பல்கலைக்கழகம், மதுரை
17. டாக்டர் எஸ் மணிகண்டன், மனநோய் மருத்துவ ஆலோசகர், விழுப்புரம் மாவட்டம், தமிழ்நாடு, இந்தியா
18. டாக்டர் மல்லியப்பன், மாநில மனநல ஆணையம், தமிழ்நாடு
19. திரு ஆர்கே ராதாகிருஷ்ணன், மூத்த பத்திரிகையாளர், தி பான்யன் அகடமியில் வருகைதரு பேராசிரியர், சென்னை

ஆலோசனைக் குழு

1. மறைந்த திரு கேசவ் தேசிராஜு - முன்னாள் மருத்துவத்துறை செயலாளர், இந்திய யூனியன், முதல் இந்திய மனநலக் கொள்கையின் சிற்பி
2. டாக்டர் ஜே ராதாகிருஷ்ணன் - செயலாளர், மருத்துவம் மற்றும் குடும்ப நலத்துறை, தமிழ்நாடு அரசு

3. டாக்டர் தாரிஸ் அகமத் - நிர்வாக இயக்குனர், தேசிய மருத்துவ இயக்கம், தமிழ்நாடு
4. பேராசிரியர் விக்ரம் படேல் - ஹார்வர்ட் மருத்துவப் பள்ளியில் உள்ள பிளாவட்னிக் இன்ஸ்டிடியூட் குளோபல் ஹெல்த் அண்ட் சோஷியல் மெடிசின் துறையில், உலகளாவிய மருத்துவத்தில் பெர்ஷிங் சதுக்கப் பேராசிரியர்
5. திருமிகு புனிதா சுரேஷ் - சேவைப் பயனர் மற்றும் ஆதரவாளர், தி பான்யன், சென்னை, தமிழ்நாடு
6. திருமிகு வர்ஷா ராவ் - சேவைப் பயனர் மற்றும் ஆதரவாளர், தி பான்யன், சென்னை, தமிழ்நாடு
7. பேராசிரியர் சுந்தரராமன் - முன்னாள் பேராசிரியர் மற்றும் டீன், ஸ்கூல் ஆஃப் ஹெல்த் சிஸ்டம்ஸ் ஸ்டடிஸ், டாடா இன்ஸ்டிடியூட் ஆஃப் சோஷியல் சயின்ஸ் (TISS), மும்பை, PHM
8. டாக்டர் இந்து பிரகாஷ் சிங் - உறுப்பினர், வீடற்றவர்களுக்கான உலகளாவிய நிறுவனம் மற்றும் இந்தோ-குளோபல் சோஷியல் சர்வீஸ் சொசைட்டி, ஒருங்கிணைப்பாளர், வீட்டுவசதி உரிமைகளுக்கான தேசிய மன்றம், புது டெல்லி
9. டாக்டர் அமிதா ஜோசப் - நிர்வாக இயக்குனர், வணிகம் மற்றும் சமூக அறக்கட்டளை, புது டெல்லி

பொருளடக்கம்

நோக்கங்கள், அணுகுமுறை மற்றும் பார்வையாளர்கள்

கொள்கையின் சிறப்பம்சங்கள்

பிரிவு A: வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்குப் பொருத்தமுடைய பராமரிப்புக்கான அணுகலை செயல்படுத்துதல்

A.1 பல்துறை கலப்பு தொடர்பாக கவனம் செலுத்தல்

A.2 பதிலளிக்கக்கூடிய கவனிப்புக்கான இணை - வடிவமைப்பு அணுகுமுறைகளில், மாறுபட்ட வாழ்க்கை அனுபவங்கள் மற்றும் பன்முகத்தன்மை தொடர்பாக கவனம் செலுத்தல்

A.3 மனநலப் பிரச்சினை உள்ளவர்களின் கவலைகளைத் தீர்ப்பதற்கான தமிழ்நாடு அரசின் கொள்கை முன்முயற்சி

பிரிவு B: வீடற்ற நிலை மற்றும் மனநலம் பாதிப்பு - உலகளாவிய மற்றும் உள்ளூர் தூழல்

B.1 வீடற்ற நிலை, இழப்பு மற்றும் பழிவாங்கல்

B.2 சமூக நகர்வு மற்றும் சமூகக் காரணம்

B.3 அடக்குமுறை மற்றும் அந்நியப்படுத்தல்

B.4 காலனித்துவ சகாப்தத்தின் நீடித்த மரபுகள் - தண்டிக்கும் அதிகாரம் கொண்ட சட்டமன்ற கட்டமைப்புகள் மற்றும் வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கான சட்டப்பூர்வ ஆதரவில் குறைபாடு

B.5 வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கு எதிரான குற்றங்களை இயல்பாக்குதல்

B.6 சிறைகளில் உள்ள வீடற்ற மனநல பிணியாளர்கள்

B.7 வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களின் கவலைகளை நிவர்த்தி செய்வதற்கான பராமரிப்பு அணுகுமுறைகள்

B.8 சமூக அடிப்படையிலான மாதிரிகளுக்கு ஏற்றவாறு புகலிட மாற்றம்

B.9 நீண்டகால பராமரிப்பு விருப்பங்கள்

B.10 விடாப்பிடியான சிக்கலான சவால்கள் - தீர்வுகள் மற்றும் புத்தாக்கங்களின் பற்றாக்குறை

பிரிவு c: பின்தங்கியோர் மற்றும் நலிவடைந்த குழுக்களின் தேவைகளுக்கு தமிழக அரசின் பதில்

பிரிவு d: தமிழ்நாட்டில் வீடற்ற நிலை மற்றும் மனநலம் பற்றிய சூழ்நிலைப் பகுப்பாய்வு

D.1 ஆய்வின் விளக்கம்: வகைமுறைகள் மற்றும் அணுகுமுறை

D.2 தரவு பகுப்பாய்வு

D.3 கண்டுபிடிப்புகள்

D.4 மனநலப் பிரச்சினைகளைக் கொண்ட வீடற்ற மற்றும் முந்தைய நாட்களில் வீடற்ற நிலையிலிருந்த நபர்களுடன் குழு கலந்துரையாடல்கள்

பிரிவு e: செயல்பாட்டு சவால்கள் மற்றும் சேவை இடைவெளிகள்

E.1 பராமரிப்பிற்கான உயிரியல்-மருத்துவ அணுகுமுறைகள்

E.2 பலபிரிவு கலப்பு மற்றும் வீடற்ற மனநல பிணியாளர்கள் பிரச்சினை குறித்த ஆய்வு

E.3 மனநோய் பன்மைத்துவத்தில் கவனம் செலுத்தல்

E.4 ஆரம்பகால கண்டறிதல், சிகிச்சை மற்றும் பராமரிப்பில் கவனம் செலுத்தல்

E.5 தேவை மற்றும் வழங்கல் சிக்கல்கள்

E.6 குறைந்த அளவிலான களப்பணி மற்றும் அவசரகால ஆதரவு

E.7 குற்றம் மற்றும் பயனற்ற தீர்வு வழிமுறைகள்

E.8 பிணியாளர்களின் ஒப்புதலின்றி அனுமதிக்கப்படும்போது, நெறிமுறைகளை கடைபிடிக்கத் தவறும் நிலை

E.9 நிறுவனத்தில் அனுமதிக்கப்பட்டபின் பராமரிப்புக்கான போதுமான அணுகுமுறைகள் இல்லாத நிலை

E.10 மருத்துவம் மற்றும் சமூகம்சார் துறைகளுக்கு இடையே போதிய ஒருங்கிணைப்பு இல்லாமை

E.11 அடிப்படை வசதிகள் மற்றும் சமூகப் பராமரிப்பு தேவைகளான ஊட்டச்சத்து, ஆரோக்கியம், காப்பீடு, வாழ்வாதாரம், கொடுப்பனவுகள் மற்றும் வீடுகள் ஆகியவற்றுக்கான அணுகல் இல்லாமை

E.12 அதிக அளவிலான ஆதரவு தேவைகள் மற்றும் தொடர்புடைய சவால்கள்

E.13 நிலைத்த வீட்டுவசதிக்கான பற்றாக்குறை

E.14 சேவை மேம்பாட்டில், ஆதரவாளர்களின் மிகக்குறைந்த பிரதிநிதித்துவம்

E.15 பொது சேவை பிரச்சாரங்கள் இல்லாதது - களங்கத்தைக் குறைப்பதில் கவனம் செலுத்தல்

E.16 ஆராய்ச்சி, கண்காணிப்பு மதிப்பீடு (ME) மற்றும் பின்னூட்ட கண்ணிகள் ஆகியவற்றில் கவனம் செலுத்தல்

பிரிவு F: வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கான கொள்கை - தத்துவார்த்த மற்றும் நடைமுறை கருத்தாய்வுகள்

F.1 முதல் இந்திய மனநலக் கொள்கையின் (2014) மூலமாக வழிகாட்டுதல்

F.2 இந்திய மனநலப் பாதுகாப்புச் சட்டத்தின் (2017) மூலமாக வழிகாட்டுதல்

F.3 மனித உரிமைகள் பிரகடனம் மற்றும் முக்கிய கோட்பாடுகள் மூலமாக வழிகாட்டுதல்

F.4. மன ஆரோக்கியம் மற்றும் உள்ளடக்கிய மேம்பாடு - கவனிப்பைத் திட்டமிடுவதற்கான வழிகாட்டுதல்கள்

F.5 தொடர்ச்சியான மற்றும் சிக்கலான பிரச்சினைகளை நிவர்த்தி செய்வதில், பல்புறங்களின் இணைந்த கண்ணாடி

F.6 பராமரிப்புக்கான குணமாக்கல்-அடிப்படையிலான அணுகுமுறைகள்

பிரிவு G: வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களை மையப்படுத்திய பராமரித்தல் மற்றும் அவர்களை சமூகத்திற்குள் ஒன்றிணைத்தல் - சேவை வரைபடங்கள் மற்றும் பன்மைகலப்பு கூட்டணிகளுக்கு ஆதரவளிப்பதற்கான வழிகாட்டல்கள்

G.1 பிணி தடுப்புப் பராமரிப்பு அணுகுமுறைகள்

A. குழந்தை மற்றும் வளரிளம் பருவத்தினருக்கான சமூக ஆரோக்கியப் பராமரிப்பு

- B. மனநோய் தொடர்பான முன்கூட்டிய இடையீடு
- C. மாவட்ட மனநலத் திட்டம்
- D. வீடற்ற நிலை மீண்டும் ஏற்படுவதை குறைத்தல்
- E. சமூக மூலதனத்தை கட்டமைத்தல்

G.2 ஆதரவு சேவைகள்:

- A. ஒருங்கிணைந்த சேவை மையம்
- B. முதல் உதவிக் குழு (FRT)

G.3 அணுகல் பாதைகளை இயக்குவதற்கான முன்னுரிமை அமைப்பு

G.4 பிணி பாதிப்பிற்குள்ளாகக் கூடிய நபர்களை ஆதரித்தல்

G.5 மனநலப் பாதுகாப்புச் சட்டத்துடனான (MHCA) இணக்கம்

G.6 மதிப்பீடுகள் மற்றும் பராமரிப்பு திட்டமிடலுக்கான தேவைகள்

G.7 பராமரிப்புக்கான அணுகுமுறைகள்

G.8 பிரிவுகளுக்கிடையேயான இணைப்புகளை செயல்படுத்துதல் - குடியுரிமை, கொடுப்பனவுகள், ஊட்டச்சத்து, வேலைவாய்ப்பு, வீட்டுவசதி மற்றும் சமூக இயக்கத்தை ஊக்குவிப்பதற்கான அணுகலை எளிதாக்குதல்

G.9 தொடர்ச்சியான கவனிப்பை வழங்குதல் - துணை மையங்கள், நகர்ப்புற மருத்துவ மையங்களை (UHCs) முதல் தொடர்பு மற்றும் பின்தொடர்தல் மையமாக இயக்குதல்

G.10 நிறுவன வழிமுறைகள்

G.11 தொழில்நுட்ப திறன்வாய்ந்த தரவு தகவல் மேலாண்மை அமைப்புகள்

G.12 தரநிலை தணிக்கைகள்

G.13 நிறுவனங்களின் கையேடு

பிரிவு H: மதிப்பு அடிப்படையிலான பராமரிப்பில் கவனம் செலுத்துங்கள் - மனநலம் மற்றும் சமூகப் பராமரிப்பு செயல்பாட்டாளர்களுக்கான வழிகாட்டுதல்

H.1. இரக்கம் மற்றும் ஏற்றுக் கொள்ளும் பண்பு: நம்பிக்கையின் சூழலை உருவாக்குதல்

H.2. பராமரிப்பிற்கான மன அதிர்ச்சி-கண்டறியப்பட்ட அணுகுமுறைகள்

H.3 கலாச்சாரம் சார்ந்து பண்படுத்தும் செயல்முறைகள்

H.4 நீடித்த ஈடுபாடு மற்றும் பதிலளிக்கும் தன்மை

H.5 ஒன்றுக்கொன்று சார்ந்திருக்கும் கலாச்சாரத்தை கட்டமைத்தல்

H.6 வளர்ப்புக்கான விருப்பத்தேர்வு மற்றும் செயலான்மை

H.7 புத்தாக்க கலாச்சாரத்தை கட்டமைத்தலானது, மனநல சேவைப் பயனர் கருத்து மூலமாக ஆதரிக்கப்படுகிறது

H.8 பிரதிநிதித்துவம்/ஆதரவாளர்கள் மற்றும் தலைவர்கள்

H.9 கண்ணியம், ஆபத்து, பராமரிப்பு மற்றும் உரிமைகளை சமநிலைப்படுத்துதல்

H.10 மனநோய்க்கான பல்வேறு சமூக மற்றும் கலாச்சார விளக்கக் கட்டமைப்புகள்

பிரிவு I: கற்றல் அமைப்புகள் மற்றும் தரநிலை தணிக்கைகள்

I. 1 கற்றல் ஆரோக்கிய அமைப்புகள் மற்றும் தரநிலை தணிக்கைகள்

I. 2 நுணுக்கமான இயக்கவியலைப் புரிந்துகொள்ளுதல்

I. 3 பொறுப்புணர்வு மற்றும் ஒத்துழைப்பு

குறிப்புகள்

பிற்சேர்க்கைகள்

சுருக்கங்கள்

சுருக்கம்	விளக்கம்
HPWMI	வீடற்ற மனநல பிணியாளர்கள்
இசிஆர்சி (ECRC)	அவசர சிகிச்சை மற்றும் மீட்கொணர்வு மையம்
என்பூஎல்எம் (NULM)	தேசிய நகர்ப்புற வாழ்வாதாரத் திட்டம்
என்எச்எம் (NHM)	தேசிய ஆரோக்கிய திட்டம்
எஸ்டிஜி (SDG)	நிலையான வளர்ச்சி இலக்குகள்
எஃப்ஆர்டி (FRT)	முதல் உதவி குழு
எம்எச்எஸ்சிஎஃப் (MHSCF)	மனநலம் மற்றும் சமூகப் பராமரிப்பை மேற்கொள்பவர்
எச்டிஐ (HDI)	மனித வளர்ச்சிக் குறியீடு
GoTN	தமிழ்நாடு அரசு
சிஎஸ்ஓ (CSO)	சிவில் சமூக அமைப்பு
எம்எச்சிஏ (MHCA)	மனநல பராமரிப்புச் சட்டம்
ஆர்பிடிஏ (RPDA)	ஊனமுற்ற நபர்களுக்கான உரிமைகள் சட்டம்
யூஎன்சிஆர்பிடி (UNCRPD)	ஊனமுற்ற நபர்களின் உரிமைகளுக்கான ஐக்கிய நாடுகள் அவையின் மாநாடு
எல்எம்ஐசி -கள் (LMICகள்)	குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமானம் கொண்ட நாடுகள்
பிஎச்சி (PHC)	ஆரம்ப சுகாதார நிலையம்
டிஎம்எச்ச்பி (DMHP)	மாவட்ட மனநல திட்டம்
என்எம்எச்ச்பி (NMHP)	தேசிய மனநல திட்டம்
ஐஎம்எச் (IMH)	மனநலத்திற்கான நிறுவனம்
எஸ்சிஏஆர்எஃப் (SCARF)	ஸ்கிசோஃப்ரெனியா ஆராய்ச்சி அறக்கட்டளை
எஸ்எம்எச்சஏ (SMHA)	மாநில மனநல ஆணையம்
ஏடி (AD)	முன்கூட்டிய உத்தரவு
என்ஆர் (NR)	நியமிக்கப்பட்ட பிரதிநிதி
பிவிடி (PVT)	புது வாழ்வு திட்டம்
எம்எச்ஆர்பி (MHRB)	மனநல ஆய்வு வாரியம்
எஃப்ஜிடி (FGD)	கவனக் குழு விவாதம்
எஸ்பிஎஸ்எஸ் (SPSS)	சமூக அறிவியல்களுக்கான புள்ளியியல் தொகுப்பு

எஸ்டிஐ (STI)	பாலுறவால் பரவும் நோய்த்தொற்றுக்கள்
பிடிஎஸ் (PDS)	பொது விநியோக அமைப்பு
எம்ஓஎஸ்பிஐ (MOSPI)	புள்ளியியல் மற்றும் திட்ட அமலாக்க அமைச்சகம்
ஈஃபிள்யூஎஸ் (EWS)	பொருளாதாரத்தில் பின்தங்கிய பிரிவு
எல்ஐஐ (LIG)	குறைந்த வருமானம் கொண்ட பிரிவினர்
ஏடிஏ (ADA)	ஊனமுற்ற அமெரிக்கர்களுக்கான சட்டம்
எம்ஐ (ME)	கண்காணிப்பு மற்றும் மதிப்பீடு
எஸ்சி (SC)	பட்டியல் சாதியினர்
எஸ்.டி (ST)	பட்டியல் பழங்குடியினர்
பிபிபி (PPP)	பொது-தனியார் கூட்டாண்மை
எஸ்எச்ஐ (SHG)	சுய உதவிக் குழு
ஐசிடி (ICD)	நோய்கள் தொடர்பான சர்வதேச வகைப்பாடு
எஸ்எம்ஐ (SMI)	கடுமையான மனநோய்
சிடபிள்யூசி (CWC)	குழந்தை நலக் குழு
எம்எச்பி (MHP)	மனநல நிபுணர்
எம்ஓ (MO)	மருத்துவ அலுவலர்
டிஐசி (TIC)	மனஅதிர்ச்சி-கண்டறியப்பட்ட நிலையிலான பராமரிப்பு
எல்எச்எஸ் (LHS)	கற்றல் ஆரோக்கிய அமைப்புகள்

நோக்கங்கள், அணுகுமுறை மற்றும் பார்வையாளர்கள்

இந்த ஆவணத்தில் கோடிட்டுக் காட்டப்பட்டுள்ள வழிகாட்டுதல்கள் மற்றும் நெறிமுறைகள், வீடற்ற நிலையைத் தவிர்த்து, மருத்துவமனைகளில் கலாச்சார ரீதியான சிகிச்சைக்கான வாய்ப்பு மற்றும் பழமையான சிகிச்சை முறைகளிலிருந்து கண்ணியமான முறையில் வெளியேறக்கூடிய வாய்ப்பு ஆகியவற்றை வழங்கும் பொது முதலீடுகள் மற்றும் முன்னெடுப்புகளை வழிநடத்தும் தமிழ்நாடு அரசாங்கத்தின் கொள்கையைத் தெரிவிக்கும் நோக்கம் கொண்டவை.

- தொடர்ச்சியான பிரதிபலிப்பு, மேம்பாடு, உத்திகளின் மறுசீரமைப்பு மற்றும் அர்த்தமுள்ள விளைவுகளுக்கான பொறுப்பேற்பு ஆகியவற்றிற்கான வழிமுறைகளைக் கொண்ட ஒரு மாறும் செயல்முறையாக இந்தக் கொள்கை நிலைநிறுத்தப்பட்டுள்ளது.
- இந்தக் கொள்கையானது, மாநில மற்றும் அரசு சாரா செயல்பாட்டாளர்களிடமிருந்து, முற்போக்கான மற்றும் தீர்க்கமான

செயல்களைத் தூண்டுவதை நோக்கமாகக் கொண்டுள்ளது. வீடற்ற நிலை மற்றும் மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட நிலை ஆகியவற்றின் இணைந்த நிலைக்கு தீர்வுகாண, இந்த நடவடிக்கைகளின் அடிப்படையாக செயல்பட வேண்டிய நெறிமுறைகள், மதிப்புகள் மற்றும் தரநிலைகளை வெளிப்படுத்துகிறது.

- இந்தக் கொள்கையின் வரைவாளர்கள், சாத்தியமான வழிகளின் எந்தவொரு வெளிப்பாடுகளும், அவற்றின் இயல்பிலேயே, நெகிழ்வானதாகவும், வளர்ச்சியடையக்கூடியதாகவும் இருக்க வேண்டும் என்பதை நன்கு அறிந்துள்ளனர். எனவே, அது ஒரு சுய-பிரதிபலிப்பு மற்றும் ஒரு கண்காணிப்புக் கூறு இரண்டையும் தனக்குள் உருவாக்க முயற்சிக்கிறது. இந்த இயல்பின் முயற்சியானது, சமூக மற்றும் தனிப்பட்ட மாறுபாட்டுடன் ஒத்துப்போக வேண்டும். இக்கொள்கையானது சூத்திரமாகவோ அல்லது கடினமாகவோ இருக்காது என்பதும் புரிந்துகொள்ளப்படுகிறது.
- வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களை (HPWMI) சென்றடைதல், அவர்களுக்கான சிகிச்சை மற்றும் மறுவாழ்வு ஆகியவற்றில் அக்கறை கொண்ட, பரந்தளவிலான தொழில்முறை நிபுணர்கள் மற்றும் நிறுவனங்கள், அரசு மற்றும் அரசு சாரா துறைகளே அவர்களின் இலக்கு.
- இந்தக் கொள்கையானது, இந்தியா முழுவதிலும் மற்றும் பிற நாடுகளிலும் இதேபோன்ற பிரச்சினைகளில் ஈடுபடுபவர்கள் தொடர்பான குறிப்பிட்ட ஆர்வத்தைக் கொண்டுள்ளது. மேலும், பொதுவாக வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களின் பிரச்சினைகளைத் தீர்ப்பதில் உரிமைகள்-அடிப்படையிலான அணுகுமுறைகளை ஆதரிப்பதில் ஆர்வமுள்ள மனநல சிகிச்சைக்கான தொழில்முறை நிபுணர்கள், சமூகப் பணியில் ஈடுபடுவோர், கல்வித்துறை மற்றும் கொள்கை ஆய்வாளர்கள் மற்றும் பிறர் தொடர்பாகவும் இக்கொள்கை ஆர்வம் கொண்டுள்ளது.

கொள்கையின் சிறப்பம்சங்கள்

- a. வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கு (HPWMI) சேவை செய்வதற்கான ஒரு சுற்றுச்சூழல் அடிப்படையிலான அணுகுமுறை:கண்ணியம் மற்றும் பங்கேற்பு மதிப்புகளில் உட்பொதியப்பட்ட விரிவான மீட்கொணர்வு அணுகுமுறைகளை உறுதிப்படுத்த, HPWMI பிரிவினரின் பல தேவைகளை நிவர்த்தி செய்யும் ஒரு ஆதரவு கட்டமைப்பை உருவாக்குவது அவசியம்.வீடற்ற தங்குமிடத்தை உள்ளடக்கிய ஒரு சிறந்த சுற்றுச்சூழல் அமைப்பானது, அனைத்து அடிப்படை வசதிகள், சமூக மனநலம் மற்றும் சமூக பராமரிப்பு சேவை மையங்கள், களப்பணி ஆதரவு, அவசர சிகிச்சை மீட்கொணர்வு சேவைகள் மற்றும் நீண்டகால பராமரிப்பு விருப்பத்தேர்வுகளுக்கான அணுகலுடன், பாதுகாப்பான இடங்களை உள்ளடக்கியதாக இருக்க வேண்டுமென பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

- b. நிலையான வளர்ச்சி இலக்குகளுடன் கூடிய (SDGs) இணக்கமான கொள்கை: அவசர சிகிச்சை மற்றும் மீட்கொணர்வு மையங்கள் (ECRCs) மற்றும் தேசிய நகர்ப்புற வாழ்வாதார இயக்கம் (NULM) ஆகிய இரண்டின் சமூக கட்டமைப்பின்படி, காப்பகம் என்பது, ஒரு சமூகநீதி கட்டமைப்பிற்குள் அமைந்திருக்க வேண்டும். அது வெறுமனே, சிகிச்சை மற்றும் பராமரிப்பு சேவைகளை வழங்குவதோடு அல்லாமல், மன ஆரோக்கியத்தைப் பாதிக்கும் சமூக நிர்ணயிப்புகளுக்கு தீர்வுகாண்பதன் மூலம், பாதிக்கப்பட்ட தனிநபர்களின் மத்தியில் சமூக மூலதனத்தைக் கட்டமைப்பதாகவும் இருக்க வேண்டும். இந்தப் பராமரிப்பு முன்னுதாரணங்கள் மனநலத்திற்கான ஆதாயங்களை மேம்படுத்துவதோடு மட்டுமல்லாமல், வறுமையைக் குறைக்கவும், சமூக உறவுகளை வலுப்படுத்தவும், பாலின சமத்துவம் மற்றும் உள்ளடக்கிய சமூகங்களை மேம்படுத்தவும் உதவும். இவை அனைத்தும் நிலையான வளர்ச்சி இலக்குகள் (SDGs) என்பதன் நோக்கத்தை மேம்படுத்துவதற்கு ஒருங்கிணைந்தவை.
- c. தமிழ்நாட்டில் ஒவ்வொரு மாவட்டத்திலும் அவசர சிகிச்சை மற்றும் மீட்கொணர்வு மையம்: தேசிய சுகாதார இயக்கத்தின் (NHM) கீழ், ஆரோக்கியம் மற்றும் குடும்ப நலத்துறை மற்றும் உள்நாட்டு அளவிலான சிவில் சமூக அமைப்புகளுடன் இணைந்து, பிணியாளரை-மையப்படுத்திய மனநலம் மற்றும் HPWMI பிரிவினருக்கான சமூகப் பராமரிப்பை வழங்கும் ECRC, அனைத்து மாவட்டங்களிலும் கிடைக்க பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. இவை, சிறியளவிலான (படுக்கைக் கொள்ளளவு 30-50) மனநலப் பிரிவுகளாகும். அவை பொதுவாக, பொது மருத்துவமனைகளுக்குள் ஒருங்கிணைக்கப்படுகின்றன; இவற்றுள் ஒரு சில, குறிப்பாக பெரிய மாவட்டங்களில், தனித்த மனநலப் பிரிவுகளாக செயல்படலாம்.
- d. தேசிய நகர்ப்புற வாழ்வாதாரத் திட்டம் (NULM), தமிழ்நாட்டின் ஒவ்வொரு மாவட்டத்திலும் காப்பகங்கள் அமைவதை ஆதரிக்கிறது: ஒவ்வொரு மாவட்டத்திலும் (20- 30 படுக்கைகள்) NULM திட்டத்தின் கீழ், வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கு சேவை செய்யும் சிறப்பு காப்பகங்களை ஏற்படுத்த பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.
- e. அடிப்படை வசதிகள் மற்றும் ஆதரவு வட்டங்களுக்கான அணுகலை உறுதிசெய்ய, பாதுகாப்பான இடங்கள் உருவாக்கப்பட வேண்டும்: நெருக்கடி மற்றும் முரண்பாடுகளுக்கான தீர்வு, ECRC -கள் மற்றும் NULM காப்பகங்களில் வழங்கப்படலாம். பலர் மருத்துவமனைகளில் அனுமதிக்கப்படுவதை விரும்பாமல் இருக்கலாம் மற்றும் உண்மையில், தங்களைத் தாங்களே கவனித்துக்கொள்ளும் திறன்களைக் கொண்டிருக்கலாம். மனநலம் தொடர்பான சமூகப் பராமரிப்பு சேவையாளர்களின் (MHSCFs) ஆதரவைப் பெறுகின்ற முதல் உதவிக் குழு மற்றும் ஆதரவு வட்டங்கள், ஒரு குறிப்பிட்ட காலத்திற்குள் பராமரிப்பு செயல்பாட்டைத் தொடங்குவதற்கான நம்பிக்கையை வளர்ப்பதற்கும், தங்குமிடம், உணவு, உடை, கழிப்பறைகள், மருத்துவப் பராமரிப்பு ஆகியவற்றைக் கொண்டிருக்கும் கெடுபிடையற்ற பாதுகாப்பான இடங்களை, சில மாவட்டங்களில் ஏற்படுத்துவதற்கும் உதவிபுரிய முடியும். இந்த

மையங்கள், ஆதரவாளர்கள் மற்றும் வீடற்றவர்களின் அமைப்பால் நடத்தப்படுவதற்கும், அவை திறந்தமுறையில், கடும் விதிமுறைகளின்றி, பாதுகாப்பாகவும் வரவேற்பளிக்கக்கூடியதாக இருப்பதற்கும் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. முன்முயற்சியின் விளைவுகள், கொள்கை உருவாகும்போது அதில் உட்புகுத்தப்படலாம்.

- f. ஒவ்வொரு HPWMI நபரும், அரசியலமைப்பு வழங்கும் உரிமையாக, அடிப்படை வசதிகளை அணுக முடியும்: சத்தான உணவு தண்ணீர், உடை, பாதுகாப்பான தங்குமிடங்கள் மற்றும் மருத்துவப் பராமரிப்பு போன்ற அடிப்படை வசதிகளுக்கான அணுகல் என்பது அடிப்படை உரிமை மற்றும் அதில் சமரசத்திற்கு இடமில்லை. அடிப்படைத் தேவைகளுக்கான அணுகலை, பஞ்சாயத்துகள், நகராட்சிகள், நகரங்கள் மற்றும் பெருநகரங்களில் வழங்கக்கூடிய ECRC -கள், NULM காப்பகங்கள், காவல் நிலையங்கள், அரசால் நிர்வகிக்கப்படும் உணவகங்களான அம்மா உணவகங்கள், கலைஞர் உணவகங்கள், ரேஷன் கடைகள், மத நிறுவனங்கள், சுயஉதவி குழுக்கள் (SHGs), குடியிருப்புச் சங்கங்கள், இளைஞர் சங்கங்கள் மற்றும் சிவில் சமூக அமைப்புகள் ஆகியவற்றில், பலவிதமான சேவை அணுகல் அம்சங்கள் பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. ஆதரவாளர்கள், மனநலம் மற்றும் சமூகப் பராமரிப்புக் குழுக்கள், காவல்துறை, வீடற்றவர்களின் அமைப்புகள், சமூக வானொலி மற்றும் பொதுச் சேவை விளம்பரப் பிரச்சாரங்கள் மூலம், இதுதொடர்பான தகவல்கள் பரவலாக கொண்டுசேர்க்கப்படுவதும் அவசியம். இது HPWMI பிரிவினருக்கு ஆதரவளிக்கும் பணியில், பலதரப்பட்ட ஈடுபாட்டாளர்களை ஈடுபடுத்துகிறது மற்றும் சிறுபான்மைப்படுத்தப்பட்ட சமூகங்களின் சூழலில், சமூகக் கலவை மற்றும் விலக்கம் பற்றிய கதையை மறுவடிவமைக்கவும் உதவுகிறது. இது பாதுகாப்பான மற்றும் அதிகம் உள்ளடக்கிய சமூகங்களைக் கட்டியெழுப்புவதற்கான ஒரு இன்றியமையாத படியாகும். மேலும், இது அரசின் நோக்கத்திற்கு உடன்பட்டிருப்பதோடு, இந்திய அரசியலமைப்பிலும் பொறிக்கப்பட்டுள்ளது. **அன்பான மக்கள், மகிழ்ச்சியான நகரம்/ கிராமம்** என்ற கருப்பொருளின் கீழ், இந்தப் பார்வை முன்னெடுக்கப்படலாம் என்று இங்கே பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. இப்பிரச்சாரம், மிகுந்த துயரத்தில் உள்ளவர்களுக்கு ஆதரவளிப்பதற்காக, சமூகத்தில், சமூக உணர்வைப் புத்துணர்வடையச் செய்து, நம்பிக்கை மற்றும் பாதுகாப்பு உணர்வையும் வளர்க்க உதவுகிறது.

- g. HPWMI பிரிவினருக்கான நீண்டகால பராமரிப்பு ஏற்பாடு உள்ளடங்கியதாக மற்றும் சமூக அடிப்படையிலானதாகவும் இருக்க வேண்டும்: கணிசமான எண்ணிக்கையிலான நபர்கள், சமூகங்கள் மற்றும் 'பொது நடைமுறை வாழ்க்கைக்கு' திரும்பினாலும், நாள்பட்ட பிரச்சினைகள் உள்ள சில நபர்களுக்கு, நீண்டகால தொடர் கவனிப்பு தேவைப்படலாம். அத்தகைய நபர்கள், கலாச்சார ரீதியாக பொருத்தமான, சமூக-அடிப்படையிலான அமைப்புகளில், மறுவாழ்வு இல்லங்கள் அல்லது குழு வீடுகளில், ஒரு சேவையில் இருந்து மற்றொன்றுக்கு விருப்பத்தின்

அடிப்படையில் மாறுவதற்கான சாத்தியக்கூறுகளுடன் தங்கவைக்கப்பட்டு பராமரிக்கப்படுவது பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

- h. நிறுவனங்களில் பின்பற்ற வேண்டிய பயனுள்ள பொது ஆரோக்கிய நெறிமுறைகள்:தொற்றுநோயின் விளைவாக உலகம் கடின சூழலைக் கடந்து செல்வதால், பொது சுகாதார நெறிமுறைகள், பராமரிப்பு அணுகுமுறைகளில், நியாயமான முறையில் ஒருங்கிணைக்கப்பட வேண்டும் என்று பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. இது, போதுமான மனித சேவைகளுக்கான தொழில்முறை நிபுணர்கள், சுகாதார ஏற்பாடுகள், ஆரோக்கியமான உணவுமுறைகள் போன்றவற்றைக் கட்டாயமாக்குகிறது. அதன்பொருட்டு, தேவையான வளங்கள் கிடைக்கச் செய்யப்பட வேண்டும் என்று வலுவாகப் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.
- i. விரைவான முறையில் குறைகளை நிவர்த்தி செய்வதற்கும், களப்பணிக்குமான ஒரு மையப்படுத்தப்பட்ட ஹெல்ப்லைன்:நெருக்கடியில் இருக்கும் HPWMI பிரிவினரின் தேவைகளை நிவர்த்தி செய்ய, ஆதரவளிக்க மற்றும் தேவைப்படும் முக்கியமான நேரத்தில் தலையிட, ஒரு மையப்படுத்தப்பட்ட ஹெல்ப்லைன் தொடங்கப்பட்டு, அது, காணாமல் போனவர்களின் தரவு தளம் மற்றும் பெண்களுக்கான அவசர உதவி எண், முதியோர்களுக்கான அவசர உதவி எண், சைல்டு லைன் போன்ற பிற உதவி மையங்களுடன் இணைக்கப்படலாம். இத்தகைய சிறப்பு வாய்ந்த அக்கறைகள், விரிவான முறையில் பதிவுசெய்யப்படலாம் மற்றும் தகுதிவாய்ந்த ஈடுபாட்டாளர்களால் தேவைகள் மதிப்பிடப்பட்டு நிவர்த்தி செய்யப்படலாம்.
- j. முக்கியமான நேரத்தில் தேவைப்படும் அவசியத் தலையீடுகளை ஆதரிப்பதற்கான ஒரு முதலில் பதிலளிப்பவர்கள் குழு: நெருக்கடி நிலையிலான ஆதரவு மற்றும் மனநலப் பராமரிப்பு ஆகியவற்றில், முதலில் பதிலளிப்போர் குழு (FRT) பயிற்சியளிக்கப்பட பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. இந்தக் குழுக்கள், ECRC -கள் மற்றும் NULM காப்பகங்களில் அமைந்திருக்கலாம் மற்றும் வாடிக்கையாளர் பெற வேண்டிய கவனிப்பின் தன்மையை நிர்ணயிக்கும் நெறிமுறைகளால் வழிநடத்தப்பட வேண்டும். மனநலத்திற்கான தொழில்முறை நிபுணர்கள் (MHPs) தவிர, இளைஞர்கள் மற்றும் பெண் தன்னார்வலர்கள் போல், இந்த செயல்முறை, HPWMI பிரிவினருக்கு எளிதில் அணுகக்கூடியதாகவும், பயமுறுத்தாத வகையிலும் இருப்பதற்கு, முதலில் பதிலளிப்பவர்களாக செயல்பட காவல்துறைக்கு பயிற்சி அளிக்கப்படலாம்.
- k. பராமரிப்பாளர் இல்லாத நிலையில் HPWMI பிரிவினர் மருத்துவச் சேவையை அணுகலாம் - அரசு அல்லது தனியார் மருத்துவக் காப்பகத்திற்குப் பரிந்துரைக்கப்படுகின்ற வீடற்ற எந்தவொரு நபருக்கும், உதவியாளர் இல்லாத மருத்துவச் சேவை, ஒரு அடிப்படை உரிமை என்ற வகையில் கிடைப்பதற்கு, பரிந்துரை செய்யப்படுகிறது. காப்பீட்டுத் திட்டங்கள், இந்த நோக்கத்தின் பிந்தைய காலத்திற்குப் பயன்படுத்தப்படலாம். ஆனால், அனைத்துப் பரிவர்த்தனைகளும், சேவையின்போது பணமற்றதாக இருக்க வேண்டும். பல HPWMI நபர்கள்,

சாலை விபத்துக்களுக்கு ஆளாவதாலும், நோய் எதிர்ப்பு சக்தியைக் குறைவாகக் கொண்டிருப்பதாலும், அவர்களுக்கு அவசர சிகிச்சை தேவைப்படலாம் என்பதால், இது மிகவும் முக்கியமானது.

- i. HPWMI பிரிவினருக்கு எதிரான குற்றங்கள் கட்டாயம் பதிவுசெய்யப்பட வேண்டும்: HPWMI பிரிவினருக்கு எதிரான அட்டுழியங்கள், முறையாக குறிப்பிடப்படாமலோ அல்லது பதிவு செய்யப்படாமலோ இருப்பது மனித உரிமை மீறலாகும். ஆகையால், பாதிக்கப்பட்டவருக்கு, நீதித்துறை உதவி இல்லாமல்போவது, எவ்வளவு கொடூரமான குற்றம்! HPWMI பிரிவினரைப் பாதிக்கும் எந்தவொரு வன்முறை அல்லது ஆத்திரமூட்டும் செயலையும் பதிவுசெய்து, மிகவும் பாதிக்கப்படக்கூடியவர்களின் உரிமைகள் மற்றும் பாதுகாப்பை உறுதிசெய்வதில், அரசின் பங்களிப்பிற்கு ஏற்றவகையிலான தொனியை அமைக்கும் வகையில், அதன்தொடர்பான மேல் நடவடிக்கைகள் விரைவாக எடுக்கப்பட வேண்டும் என்று பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.
- m. மனநலம் மற்றும் சமூக பராமரிப்பு சேவையாளர்கள் (MHSCF), பின்தங்கிய குழுக்களுக்கு சேவை செய்வதற்கான ஒரு புதிய வரவு: பஞ்சாயத்துகள், மகளிர் மேம்பாட்டு கவுன்சில் (WDC), சுகாதாரப் பணியாளர்கள் மற்றும் ஆசிரியர்கள் ஆகியோரிடமிருந்து, உள்நாட்டில் அணுகக்கூடிய மற்றும் பதிலளிக்கக்கூடிய MHSCF -களின் புதிய பணியாளர் பெறப்பட்டு, உளவியல் முதலுதவி மற்றும் சமூகப் பராமரிப்பை வழங்குவதற்காக, பயிற்சியளிக்க பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. மாவட்ட மனநலத் திட்டம் (DMHP) மற்றும் பொது விநியோகத் திட்டம் (PDS) மற்றும் மாற்றுத்திறனாளி துறை மற்றும் சமூக நலத்துறை மூலமான, தேவைகள் பாதிக்கப்படுதல் அடிப்படையிலான சமூகப் பராமரிப்பு ஆகியவற்றின் வாயிலாக, தொடர்ந்த பராமரிப்பிற்கான அணுகலை இந்த MHSCF -கள் செயல்படுத்தும்.
- n. HPWMI மற்றும் அவர்களின் பராமரிப்பாளர்களுக்கு, சமூகப் பாதுகாப்பு வழங்கப்பட வேண்டும்: மோசமான வறுமையானது, குறிப்பாக மனநோயின் பின்னணியில், வீடற்ற நிலைக்கான குறிப்பிடத்தக்க முன்கணிப்பு செயல்முறைக்கு ஆதாரமாக உள்ளது. சிறுபான்மைப்படுத்தப்பட்ட சமூகங்களின் வீடற்ற நிலை மற்றும் ஆதரவு தேவைகள் மீண்டும் நிகழாமல் தடுக்க, வாழ்வாதாரம் இல்லாத HPWMI பிரிவினருக்கான சமூகப் பாதுகாப்பு கொடுப்பனவுகள் தொடங்கப்பட வேண்டும் என்று பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.
- o. HPWMI பிரிவினரின் தேவைகளை நிவர்த்தி செய்வதற்கான வீட்டுவசதி திட்டங்கள்: வீடற்ற நிலையானது, மோசமான சமூக மூலதனம் மற்றும் நிலையற்ற வீட்டுவசதி, மற்றும் மனநலப் பிரச்சினை உள்ளவர்கள் ஆகிய அம்சங்களுடன் நெருக்கமாகப் பிணைக்கப்பட்டுள்ளது. எளிதில் பாதிக்கப்படக்கூடிய இந்த மக்களுக்கு, குறைந்த விலையில், நிலையான வீட்டுவசதித் திட்டம் அவசியமானது மற்றும் அழுத்தமாகவும் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.
- p. மனநல பாதிப்பின் சமூக நிர்ணயிப்புகளுக்குத் தீர்வுகாண, வாழ்வாதார வசதி கட்டாயம்: வாழ்வாதார விருப்பங்களும், ஆதாயமான வேலை

வாய்ப்பும், மதிப்புமிக்க சமூகப் பங்களிப்பிற்கும், பங்கேற்புக்கும் இன்றியமையாததாகும். திறன் மையங்கள், வேலை அட்டைகளை எளிதாக்குதல், சமூகக் கூட்டுறவு மற்றும் சமூக நிறுவனங்களின் அடைகாத்தல் ஆகிய இரண்டும் வறுமையைக் குறைத்து, சமூக இயக்கத்தை மேம்படுத்தும். ஆகையால், வீடற்ற நிலை மற்றும் சமூகஉளவியல்சார் இயலாமையால் பாதிக்கப்பட்டுள்ள இக்குழுவினருக்கென, பிரத்தியேகமாக ஒரு வேலைவாய்ப்புப் பதிவேடு உருவாக்கப்பட வேண்டும் என்று பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

- q. மேற்பார்வையை உறுதிப்படுத்துவதற்கான ஒரு மனநலம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்பு ஆணையம்: HPWMI பிரிவினரின் தேவைகளை ஆதரிக்கும் ஒரு மனநலம் மற்றும் சமூகப் பராமரிப்பு ஆணையத்தை அமைப்பதற்கு பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. இது பரிந்துரைகளை திட்டங்களாக மாற்றி, அவற்றை திறம்பட கண்காணிக்கிறது.
- r. பயனுள்ள கண்காணிப்பு அமைப்புகளை உறுதி செய்வதற்கான தரநிலை தணிக்கைகள்: இந்த அணுகுமுறைகளின் செயல்திறனைப் புரிந்துகொள்வதற்கும், அவை இருக்கும் இடத்திலுள்ள இடைவெளிகளை நிரப்புவதற்கும், ECRC -கள், NULM காப்பகங்கள், பாதுகாப்பான இடங்கள் மற்றும் மறுவாழ்வு மையங்கள் ஆகியவற்றில், தரநிலை தணிக்கைகள் மற்றும் மதிப்பாய்வுகள், இந்த ஆணையத்தால் அவ்வப்போது நடத்தப்படுவதற்கு பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

பிரிவு A

வீடற்ற மனநல பிணியாளர்கள் முறையான மற்றும் சரியான நேரத்தில் பராமரிப்பை அணுகுவதற்கான ஏற்பாடு செய்தல்

2030க்குள் அனைவருக்கும் சமமான வாழ்க்கைத் தரத்தை அனைத்து நாடுகளும் உறுதி செய்யவதற்கு நிலையான வளர்ச்சி இலக்குகள் (SDGs) உறுதியளிக்கிறது. ஆரோக்கியம், மன ஆரோக்கியம் மற்றும் பொருத்தமான வீட்டுவசதி உள்ளிட்டவற்றை மேம்படுத்துவதும் இதில் அடங்கும். யாரும் பசி, வன்முறை, பிரிவினை மற்றும் பல்வேறு வகையான வறுமை - வீடற்ற வறுமை உட்பட - உலகெங்கிலும் உள்ள மக்களை பாதிக்கும் அனைத்து ஆரோக்கியம் மற்றும் சமூக அபாயங்கள், குறிப்பாக பன்னெடுங்காலமாக பாலினம், வர்க்கம், சாதி ஆகியவற்றின் அடிப்படையிலான தடைகளால் பின்தங்கியவர்கள் வர்க்கம் மற்றும் இனம் ஆகியவற்றால் பாதிக்கப்படக் கூடாது என முயற்சிக்கிறது. அதிகரித்து வரும் இயற்கைப் பேரிடர்கள் அதன் தீவிரம், பருவநிலை மாற்றத்தாலும் முரண்களாலும் அதிகரித்து வரும் கவலைகள், சமீபகாலமாக கோடிக்கணக்கான மக்களைப் பாதித்து இன்னும் பலரை மோசமான வறுமை மற்றும் துயரத்தில் ஆழ்த்திய கோவிட்-19 தொற்றுநோய் ஆகியவற்றை முன்னிட்டு, தமிழ்நாடு உட்பட பல மாநிலங்களும் நாடுகளும் -

பாதிக்கப்படக்கூடிய சமூகங்களின், குறிப்பாக தேவைகள் பெரும்பாலும் வெளியில் தெரியாமல் இருக்கும், வீடற்ற நிலை மற்றும் மனநலப் பிரச்சினை என இரட்டைச் சமையை அனுபவிக்கும் நபர்களின் நிலைமையை நிவர்த்தி செய்வதற்கான கொள்கைகளை உருவாக்கி வருகின்றனர். SDG3 அனைவருக்குமான ஆரோக்கியம் மற்றும் நல்வாழ்வில் கவனம் செலுத்துகிறது என்றாலும், 'மனநலக் குறைபாடுகள் உள்ளவர்களைச் சென்றடைவதற்கு' உத்திகள் மற்றும் திட்டங்களை வடிவமைப்பதில், கல்வி, வேலைவாய்ப்பு, சுகாதாரம், சமூகப் பாதுகாப்பு மற்றும் வறுமைக் குறைப்புக் கொள்கைகள்' (உலக சுகாதார சபை 2012, 65.4) ஆகியவற்றில் உள்ள நபர்களை உள்ளடக்கிய' பல துறைகள் ஒன்றிணைவதை 'அரசாங்கங்கள் மற்றும் வளர்ச்சியில் பங்காற்றுவவர்கள்' உறுதிப்படுத்தினால் மட்டுமே இது சாத்தியப்படும்.

இந்தக் கொள்கையானது உடல்நலம் மற்றும் நல்வாழ்வில் கவனம் செலுத்தும் அதே வேளையில், உள்ளடக்கிய மேம்பாட்டிற்கான அதன் வலியுறுத்தல் பசி மற்றும் வறுமையைக் குறைப்பதற்கும் (SDGs 1 மற்றும் 2), பாலின சமத்துவம் மற்றும் பணியாளர்களின் பங்கேற்பை (SDGs 5 மற்றும் 8) மேம்படுத்துவதற்கும், ஏற்றத்தாழ்வுகள் மற்றும் ஏற்றத்தாழ்வுகளைக் குறைப்பதற்கும் உதவுவதன் விளைவாக நிலையான வளர்ச்சிக்கான அமைதியான மற்றும் உள்ளடக்கிய சமூகங்களை ஊக்குவித்தல், அனைவருக்கும் நீதிக்கான அணுகலை வழங்குதல் மற்றும் அனைத்து மட்டங்களிலும் பயனளிக்கக்கூடிய பொறுப்புணர்வு மற்றும் உள்ளடக்கிய நிறுவனங்களை உருவாக்குதல்' (SDG 16) மற்றும் அவ்வாறு செய்வதன் மூலம், கூட்டாண்மைகளை வளர்ப்பது (SDG 17).

A 1 பல்பிரிவு மீ தான கவனம்

பெரும்பாலும் பல தலைமுறைகளாக பரவும் பல்பிரிவு அல்லது பல வலுவூட்டும் காரணிகள், மக்களின் வாழ்க்கைத் தரத்தை பாதித்து, பெரும்பாலும் இழப்பு மற்றும் நம்பிக்கையற்ற உணர்வுகளை விளைவிக்கிறது. உலகளாவிய பசி குறியீடு 2021 இன் படி, கோவிட்-19, முரண் மற்றும் வேலையின்மை மற்றும் பிற சிக்கல்களின் ஒருங்கிணைந்த விளைவாக, 47 நாடுகள் மிகவும் ஆபத்தான, ஆபத்தான அல்லது தீவிரமான பட்டினியை அனுபவித்தன (GHI, 2021). மேலும், உலக மக்கள்தொகையில் 39% மக்களுக்கு இன்னும் மேம்படுத்தப்பட்ட சுகாதாரம் கிடைக்கவில்லை மற்றும் 751 மில்லியன் மக்கள் தங்கள் சுகாதார வசதிகளை மற்ற வீடுகளுடன் பகிர்ந்து கொள்கிறார்கள் அல்லது பொது வசதிகளை மட்டுமே பயன்படுத்துகின்றனர் (உலக சுகாதார அமைப்பு, 2009). உடல்நலம் மற்றும் மனநலத்தில் முதலீடுகள் போதுமானதாக இல்லை, மேலும் உலகெங்கிலும் உள்ள பல ஆரோக்கிய அமைப்புகள் தொற்றுநோய் பாதிப்பில் மூழ்கியிருந்தன.

உடல்நல அதிர்ச்சிகள், நிலையற்ற வீடுகள் மற்றும் கடுமையான பற்றாக்குறை ஆகியவற்றுடன் சேர்ந்து மனநலம் மற்றும் சீர்குலைந்த கவனிப்பு ஆபத்து பலரை வீடற்றவர்களாக ஆக்குகிறது.

2021 ஆம் ஆண்டில், 1.1 பில்லியன் மக்கள் அடிப்படை வசதிகளற்ற வீடுகளில் வாழ்ந்தனர் மற்றும் 100 மில்லியனுக்கும் அதிகமானோர் வீடற்றவர்களாக இருந்தனர். இவர்களுக்கு ஆதரவு அமைப்புகள் இல்லாத நிலையில் போதுமான நிவாரணமின்றி சீரற்ற வானிலையில், வருமான பாதுகாப்பின்மை, போதிய ஊட்டச்சத்து இன்மை ஆகியவற்றிலிருந்து ஏற்கனவே அதிக பாதிப்பை அனுபவித்துக் கொண்டிருப்பதால் அத்தகைய நபர்கள் மன அழுத்தம் மற்றும் மனநல கவலைகளுக்கு மிக எளிதில் பாதிக்கப்படக்கூடியவர்கள். உலகளவில் கிட்டத்தட்ட 1 பில்லியன் மக்கள் ஏதோ ஒரு வகையான மனநலப் பிரச்சினையை அனுபவிப்பதாகவும், அவர்களில் 150 மில்லியன் இந்திய குடிமக்கள் என்றும் மற்றும் 32% நீண்ட கால தேவைகளைக் கொண்டுள்ளனர் என்றும் மதிப்பிடப்பட்டுள்ளது (WHO, 2020). மனநல சமூக இயலாமையின் விளைவாக வீடற்ற நிலை எனும் கீழ்நோக்கிய சுழல் பெரும்பாலும் தொடர்ச்சியான கட்டமைப்புத் தடைகளின் விளைவாகும். இந்தியாவில் 1.77 பில்லியன் மக்கள் வீடற்றவர்களாக உள்ளனர் என்றும் 30% பேர் மனநலப் பிரச்சினையை அனுபவிக்கின்றனர் என்றும் மதிப்பிடப்பட்டுள்ளது.

A. 2 மாறுபட்ட வாழ்க்கை அனுபவங்கள் மற்றும் பதிலளிக்கக்கூடிய வினையாற்றும் பராமரிப்புக்கான இணை-வடிவமைப்பு அணுகுமுறைகளில் கவனம்

வீடற்ற மனநல பிணியாளர்கள் (HPWMI) எதிர்கொள்ளும் கடுமையானதும் நீண்டகாலம் நீடித்திருப்பதுமான பிரச்சனையின் அளவு அவர்களின் சுய உணர்வு, ஆளுமை மற்றும் கண்ணியம் ஆகியவற்றின் மீதான தாக்குதலைக் குறிக்கிறது. உலகளவில், வீடற்ற நிலை மற்றும் உடல்நலக்குறைவு ஆகியவற்றுக்கான நிவாரண வழியாக, சேவை வழங்கல் மற்றும் குறுகிய கண்ணோட்டப் பராமரிப்பு திட்டமிடல் மற்றும் கொள்கை மேம்பாடு ஆகியவற்றுடன் தொடர்புடைய மோசமான மனப்பான்மை காரணமாக வாழ்ந்த அனுபவங்களைக் கொண்ட பலர் விமர்சித்துள்ள பாரம்பரிய விருப்பங்களில் கவனம் செலுத்துகின்றன. சிக்கலான, கட்டுப்பாடுகள் நிறைந்த, பெரும்பாலும் தீர்க்க முடியாத சிக்கல்கள் மற்றும் குறைவான வளங்கள் கொண்ட நிலப்பரப்பாக இருந்தாலும், 'பரவலாக்கப்பட்ட பராமரிப்பு உட்பட மனித உரிமைகளை மேம்படுத்துவதற்கான தேவை, களங்கத்தை சமாளித்தல், சேவை பயனர்கள், குடும்பங்கள் மற்றும் சமூகங்களை மேம்படுத்துதல், வறுமையை நிவர்த்தி செய்தல் மற்றும் வீடற்ற நிலை, மாற்றியமைக்கக்கூடிய பெரிய அபாயங்களைச் சமாளித்தல், மற்றும் பொருத்தமான வகையில் பொது விழிப்புணர்வை ஊக்குவித்தல், வருமானம் ஈட்டுவதற்கான வாய்ப்புகளை உருவாக்குதல், வீட்டுவசதி மற்றும் கல்வி

வழங்குதல், ஆரோக்கிய சேவைகள் மற்றும் சமூகம் சார்ந்த தலையீடுகள் போன்றவற்றை கொள்கை மற்றும் மூலோபாய வளர்ச்சியில் சேர்க்க வேண்டிய தருணம் இது'.

வழிகாட்டுதல்கள், முற்போக்கான சட்டங்கள், சர்வதேச பிரகடனங்கள், இந்தியா உட்பட பல நாடுகள் ஒப்புதல் அளித்துள்ள மரபுகள், கட்டாய நடைமுறைகள் இருந்தபோதிலும் புறக்கணிப்பு, தரமற்ற மனநலம் மற்றும் சமூக பராமரிப்பு ஆகியவையே மனநல அமைப்புகளின் இயல்பாகத் தொடர்கின்றது. இந்தியாவில், பொது நல வழக்குகள் ஒவ்வொரு நிலை பராமரிப்பிலிருந்து மிகவும் நுணுக்கமான பராமரிப்பு முறைகளுக்குத் மாறுவதற்கு ஆதரவாக இருந்துள்ளன (உத்தரபிரதேச மாநிலம் எதிராக கௌரவ் குமார் பன்சால், 10 ஜூலை 2017) மேலும் சில மாநிலங்களில் கலாச்சார ரீதியான குறிப்பிட்ட அணுகுமுறைகள் சமூக வாழ்க்கை விருப்பங்களையும் நாள்பட்ட மனநலப் பிரச்சினைகள் மற்றும் கடுமையான இயலாமைக்குத் தள்ளப்பட்ட நபர்களையும் உள்ளடக்கிய சுற்றுச்சூழல் அமைப்புகளை உருவாக்க உதவுகின்றன. சக-தலைமையிலான முன்முயற்சிகள், கூட்டுப் பராமரிப்பு அணுகுமுறைகள், விமர்சன மற்றும் பிரதிபலிப்பு சிந்தனையுடன் நிச்சயமற்ற விளைவுகளை நிர்வகிக்கும் மனநிலை மற்றும் 'முடி நபரின்' தேவைகளை நிவர்த்தி செய்ய பல பங்குதாரர்களை ஈடுபடுத்தி மிகவும் பொருத்தமான பதில்களைக் கண்டறியும் ஆய்வு அணுகுமுறைகளும் அதிகரித்துள்ளன.

மார்ச் 2020 இல், தொற்றுநோயின் பேரழிவு விளைவுகளுடன், பின்தங்கிய மக்கள் மற்றும் மிகவும் பாதிக்கப்படக்கூடிய குழுக்களின் தேவைகளை நிவர்த்தி செய்வதற்கான உறுதிப்பாடுகள் இருந்தன, குறிப்பாக வீட்டு சாலைகளில் உறங்குபவர்கள் அல்லது தங்குமிடங்களில் இருப்பவர்கள், அவர்களின் நல்வாழ்வு மற்றும் பாதுகாப்பிற்கு முன்னுரிமை அளிக்க வேண்டியிருந்தது. கூட்டம் கூட்டமான நெரிசலான வீடுகள் மற்றும் பெரிய, படபடப்பான சூழல் மற்றும் நெரிசலான பொது நிறுவனங்களுடன் அதிர்ச்சி மற்றும் வன்முறையின் வெளிப்பாட்டையும் கணக்கில் எடுத்துக் கொண்டால் இம்மக்கள் மிகவும் பாதிக்கப்படக்கூடியவர்களாக இருந்தனர் என்பது தெளிவாகிறது. மனநலப் பாதுகாப்பு மற்றும் வீட்டுவசதியின் முக்கியத்துவம் ஆகியவற்றிற்கு முக்கியத்துவம் அளிக்கப்படுகையில், உலக சுகாதார சபையால் ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்ட பிற முக்கிய ஓரத்துகளான 'மனநல குறைபாடுகள் உள்ள நபர்களின் களங்கத்தை தவிர்க்க வேண்டிய அவசியம் உட்பட அவர்களின் உரிமைகளைப் பாதுகாத்தல், ஊக்குவித்தல் மற்றும் மரியாதை செலுத்துதல்; ஆரோக்கியப் பாதுகாப்பு அமைப்பின் அனைத்து நிலைகளிலும் மனநல ஆரோக்கியத்தை ஒருங்கிணைக்கும் வகையில் மலிவான, தரமான மற்றும் விரிவான சுகாதார மருத்துவ சேவைகள் சமமாக கிடைக்கச் செய்தல்; ஆரோக்கியப் பாதுகாப்பு, பள்ளிப்படிப்பு, வீட்டுவசதி, பாதுகாப்பான வேலைவாய்ப்பு மற்றும் வருமானத்தை உருவாக்கும் திட்டங்களில் பங்கேற்பது உள்ளிட்ட கல்வி மற்றும் சமூக சேவைகள் கிடைக்கச் செய்தல்; சிவில் சமூக அமைப்புகள்,

மனநல குறைபாடுகள் உள்ளவர்கள், குடும்பங்கள் மற்றும் பராமரிப்பாளர்கள் தங்கள் கருத்துக்களைக் கூறுவதில் மற்றும் முடிவெடுக்கும் செயல்முறைகளில் பங்களிப்பதில் ஈடுபடுதல்; குடும்பம் மற்றும் சமூக வாழ்க்கை மற்றும் குடிமை விவகாரங்களில் மனநல கோளாறுகள் உள்ளவர்களின் பங்கேற்றல்; ஏற்கனவே செய்த வேலைகளை கட்டியெழுப்புதல் மற்றும் செயலின் நகல்களைத் தவிர் தல்' வலுப்படுத்தப்பட்டது.

A.3 மிகவும் பாதிக்கப்படக்கூடிய பின்னணியில் உள்ள மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ளவர்களின் கவலைகளைத் தீர்ப்பதற்கான தமிழ்நாடு அரசின் கொள்கை

இந்த வழிகாட்டுதல்களின் துணையுடன், 'கடை மடையைச் சேர்' என்ற தத்துவத்திற்கு உறுதியேற்றுள்ள தமிழ்நாடு அரசு (GoTN) வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களின் தேவைகளை நிவர்த்தி செய்வதற்கான கொள்கையை உருவாக்கவும், பங்கேற்பு ஆராய்ச்சி முறைகள், சேவை-பயனர் தணிக்கைகள் மற்றும் பின்னூட்டம் மற்றும் பல பங்குதாரர்களின் நுண்ணறிவு ஆகியவை கட்டமைப்பை, வழிகாட்டுதல் மற்றும் நெறிமுறைகளை தெரிவிக்கும் வகையில் மாறும் மற்றும் தழுவும் மேம்பாட்டுக் கொள்கை செயல்முறையை உறுதிசெய்யவும் நிபுணர்கள் குழுவை அமைத்தது. இந்திய அரசின் முன்னாள் சுகாதாரச் செயலர் திரு கேசவ் தேசிராஜு தலைமையில் வளர்ச்சி நிபுணர்கள், சமூகப் பணியாளர்கள், பொது ஆரோக்கிய நிபுணர்கள், மனநல நிபுணர்கள், வழக்கறிஞர்கள் மற்றும் தலைவர்கள், வாழ்ந்த அனுபவமுள்ளவர்கள், மனித உரிமை ஆதரவாளர்கள், மாநில மற்றும் சிவில் சமூக பிரதிநிதிகள் மற்றும் ஆராய்ச்சியாளர்கள் என பலதரப்பட்டோர் அடங்கிய அணி. ஒரு முக்கிய குழு மற்றும் தலைமையுடனான ஆரம்பகட்ட தொடர் சந்திப்புகள் சுருக்கமான கணக்கெடுப்பு, கவனக் குழு விவாதங்கள் (FGDs), முக்கிய தகவல் வழங்குபவர் நேர்காணல்கள், நடைமுறை அடிப்படையிலான சான்றுகள், இரண்டாம் நிலை இலக்கியம் மற்றும் 2012 மனநலக் கொள்கை ஆகியவற்றுக்கான ஒரு வரைவை உருவாக்கியது. வளர்ந்து வரும் சிக்கல்கள், வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களின் வாழ்க்கையைப் பாதிக்கும் ஆழ்ந்த கவலைகளைத் தீர்க்கும் விரிவான எதிர்வினைகள் மூலம் பற்றாக்குறை மற்றும் குறைபாடுகளை நிவர்த்தி செய்ய வேண்டியதன் அவசியத்தை அடிக்கோடிட்டுக் காட்டுகின்றன. தனிநபர்கள் மீதான கொள்கையின் நிஜ-உலக தாக்கத்தை தொடர்ந்து கண்காணிக்கவும் மற்றும் அவர்களின் வாழ்க்கைத் தரத்தில் அதிகரிக்கும் மாற்றங்களையும், நிறுவனம் மற்றும் பங்கேற்பு அனுபவத்தையும் அளவிடவும், வறுமை மற்றும் பசியைக் குறைக்கவும் மற்றும் உடல்நலம் மற்றும் மன ஆரோக்கியத்தை முன்னேற்றவும் வேண்டிய கட்டாயத் தேவை இருந்தது. இந்த குழு இப்போது GoTN ஆரோக்கியம் மற்றும் குடும்ப நலன் செயலாளர் மற்றும் தேசிய ஆரோக்கிய இயக்கத்தின்

இயக்குனர் டாக்டர் டேரேஸ் அஹமட் ஆகியோரின் இணைத் தலைமையில் உள்ளது.

வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கான தமிழ்நாடு கொள்கையானது, பொது முதலீடுகள் மற்றும் முன்முயற்சிகளுக்கு வழிகாட்டும் முன்னோக்குகள் மற்றும் உத்திகளின் கட்டமைப்பை நிறுவுவதை நோக்கமாகக் கொண்டுள்ளதுடன், வீடற்ற நிலைக்குத் தள்ளப்படுவதை தடுக்கவும், நிறுவனமயமாக்கப்பட்ட அமைப்புகளிலிருந்து பொருத்தமான கலாச்சார ரீதியாக, கண்ணியமாக வெளியேறும் விருப்பங்களை வழங்குகிறது. உத்திகள் மற்றும் திசையானது, சமூக நீதிக் கண்ணோட்டத்தில் இந்தக் குறிப்பிட்ட மக்கள்தொகைக் குழுவிற்கு ஆரோக்கியத்தை வழங்குவதற்கான பரிமாணங்களை வழங்குகின்றது. தொடர்ச்சியான பிரதிபலிப்பு, மேம்பாடு, உத்திகளின் மறுசீரமைப்பு மற்றும் அர்த்தமுள்ள விளைவுகளுக்கான பொறுப்புக்கூறல் ஆகியவற்றிற்கான வழிமுறைகளைக் கொண்ட ஒரு வலிமையான செயல்முறையாக இந்தக் கொள்கை நிலைநிறுத்தப்பட்டுள்ளது. மாநில மற்றும் அரசு சாரா நிறுவனங்களின் முற்போக்கான மற்றும் தீர்க்கமான செயல்களைத் தூண்டுவதையும், வீடற்ற நிலை மற்றும் மனநலம் ஆகியவை இணைகையில், அதற்கான அடிப்படை நெறிமுறைகள், மதிப்புகள் மற்றும் தரநிலைகளை குறிப்பிட்டு வெளிப்படுத்துவதையும் இக்கொள்கை நோக்கமாகக் கொண்டுள்ளது.

வீடற்றவர்களுக்கான தமிழ்நாடு கொள்கையின் குறிப்பிட்ட நோக்கங்கள் பின்வருமாறு:

1. சேவை பயனர்களின் கண்ணியத்திற்கும் நிறுவனத்திற்கும் முன்னுரிமை அளித்து ஒப்புக்கொள்ளும் கலாச்சாரத்தை எதிரொலிக்கும் சேவை வடிவமைப்புகள் மற்றும் விநியோக அமைப்புகளுக்கு வழிகாட்டும் பரிசீலனைகள், மதிப்புகள் மற்றும் நெறிமுறைகளை தெளிவுபடுத்துதல்.
2. வாழ்ந்த அனுபவமுள்ள நிபுணர்களுடன் சேர்ந்து, வீடற்ற நிலையைத் தடுப்பதற்கும், ஆரோக்கியக் கவலைகள், தனித்துவிடல் மற்றும் புறக்கணித்தல், ஆய்வு மற்றும் புத்தாக்க சூழலை உருவாக்குதல் ஆகியவற்றுக்கான இணை-வடிவமைப்பு அறிவை தெரிவிக்க மற்றும் நிலையான தீர்வுகளை உருவாக்குவதற்கான தமிழ்நாடு மாநிலத்தில் மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட வீடற்றவர்களின் அனுபவங்களை அங்கீகரித்து, கணக்கிட்டு, புரிந்துகொள்வதற்கான வழிமுறைகளை நிறுவுதல்.
3. மத்திய அரசின் கொள்கை மற்றும் சட்டத்தின் சமகால சூழலையும், தமிழ்நாடு மாநிலத்திற்கான கூட்டாட்சி நிலை, விருப்பங்கள் மற்றும் சாத்தியக்கூறுகள்/பொறுப்புகளையும் விளக்குதல்.

4. வீடற்ற நிலை மற்றும் மனநலப் பிரச்சினைகளை இணைக்கும் சிக்கல்களுக்குத் தீர்வு காணும் சேவைகளை இணைத்தல் மற்றும் பல பங்குதாரர்கள் மட்டத்தில் கூட்டு முயற்சியில் திட்ட அளவில் வலுப்படுத்துவதற்கு முயற்சிப்பதாக அணுகுமுறைகளின் செயல்திறனைப் பரிசோதித்தல். உள்நாட்டு முறையில் குணப்படுத்துபவர் உட்பட அரசின் ஆரோக்கியம் மற்றும் குடும்ப நலத் துறைகள், மாற்றுத் திறனாளிகள் நலத் துறை மற்றும் சமூக நலத் துறைகள் முதல் வீட்டுவசதி மற்றும் ஊரக வளர்ச்சித் துறைகள், பஞ்சாயத்துகள், நம்பிக்கை சார்ந்த நிறுவனங்கள் மற்றும் சிவில் சமூக அமைப்புகள் (CSOs) வரை பங்குதாரர்கள் இருக்கலாம்.
5. ஒன்றுக்கொன்று தொடர்புடைய களங்கள் முழுவதும் செயல்படுவதற்காக மாநிலம் உத்திகள் செய்வது மற்றும் தமிழ்நாட்டில் வீடற்றோர் மற்றும் மனநலப் பிரச்சினைகளைத் தீர்ப்பதற்கான வழிகள்.
6. ஆற்றல்மிக்க கண்காணிப்பு, தொடர்ச்சியான கற்றல் மற்றும் விளைவுகளுக்குப் பொறுப்பேற்பதற்கான ஒரு பொறிமுறையை உருவாக்குவதால், கொள்கை மற்றும் வெளிப்படுத்தப்பட்ட தேவைகளின் அடிப்படையில் தொடர்புடைய உத்திகள் உருவாகலாம் மற்றும் மாறலாம்.
7. தன்னளவில் நலன் பெறுவது, வாழ்வில் திருப்தி அடைவது பங்கேற்பது ஆகியவற்றுக்குத் தங்களை ஒப்புக்கொடுக்கும் வகையில், மனநலச் சேவைகளைப் பயன்படுத்துபவர்களின் மனித உரிமைகளுடன் பாதுகாப்பு மற்றும் திறன்களைப் பின்தொடர்வதை சமநிலைப்படுத்தும், நபர் சார்ந்த, பொறுப்புடன் பராமரிப்பதற்கு அமைப்புகள் வலியுறுத்தப்படுவதை உறுதிசெய்யவும்.
8. தவறாக நடத்தப்படுத்தல், தாக்குதல், புறக்கணிப்பு மற்றும் தொடர்புடைய நெருக்கடிகளுக்கு நடவடிக்கை எடுப்பதற்கு சட்டப்பூர்வ மற்றும் 'சட்டம் மற்றும் ஒழுங்கு' அமைப்புகள் இருப்பதை உறுதி செய்வதன் மூலம் வீடற்ற மனநல பிணியாளர்கள் (HPWMI) அனுபவிக்கும் குற்றங்கள் மற்றும் பிற கொடுமைகளைக் குறைப்பதில் கவனம் செலுத்துதல்.
9. நோக்கங்கள் 1-9 ஐக் குறிக்கும் செயல்பாட்டில், வறுமைக் குறைப்பு, பாலின சமத்துவம், நிலையான வீடுகள் மற்றும் ஆரோக்கியம் மற்றும் அனைவருக்கும் நல்வாழ்வு, SDGs அத்தியாவசிய அம்சங்களில் கவனம் செலுத்துதல்.

பிரிவு B

வீடற்ற நிலை மற்றும் மனநல பாதிப்பு - உலகளாவிய மற்றும் உள்ளூர் சூழல்

இந்தியாவில் சுமார் 150 மில்லியன் மக்கள், கண்டறியத்தக்க மனநல சிக்கல்களுடன் வாழ்வதாக மதிப்பிடப்பட்டுள்ளது. அவர்களில், பொதுவான (அல்லது குறைந்தளவு கடுமை கொண்ட) மனநலப் பிரச்சினைகள் கொண்டவர்களாக 10% க்கும் குறைவானவர்களே உள்ளனர் மற்றும் அவர்களிலும், தீவிரமான மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ளவர்கள் என்று கண்டறியப்படும் 40-50% பேர் மட்டுமே, ஏதேனும் சிகிச்சை வசதிகளைப் பெறுகின்றனர். தேசிய சராசரியை விட, தமிழகத்தில், மனநலப் பிரச்சினைகளின் பாதிப்பு அதிகமாக உள்ளது. இந்திய மக்கள்தொகை கணக்கெடுப்பு 2011 இன் படி, இந்தியாவில், வீடற்ற தனிநபர்களின் எண்ணிக்கை 1.78 மில்லியன். தமிழ்நாட்டில், அத்தகையோரின் எண்ணிக்கை 50,000. இந்த எண்ணிக்கையில், 70% பேர் குடும்பமாக வாழ்பவர்கள். இந்தப் புள்ளிவிவரங்கள், குறிப்பிடத்தக்க அளவில் குறைத்து மதிப்பிடப்பட்டதாக இருக்கலாம், எவ்வாறாயினும், வீடற்ற மக்கள்தொகை தொடர்பான வரம்பிடப்பட்ட வரையறையின்படி, 'திறந்தவெளி அல்லது சாலையோரம், நடைபாதைகள், சிமென்ட் குழாய்கள், மேம்பாலங்கள் மற்றும் படிக்கட்டுகளின் கீழ், வழிபாட்டுத் தலங்கள், மண்டபங்கள், ரயில்வே பிளாட்பாரங்கள் மற்றும் இதுபோன்ற பல்வேறான இடங்களில் வசிப்பவர்கள், இந்த வகைப்பாட்டிற்குள் வருகின்றனர்.' இந்தியாவிலோ அல்லது தமிழ்நாட்டிலோ, வீடு இன்மை மற்றும் மனநலம் பாதிப்பு ஆகிய இரண்டு பிரச்சினைகளால் ஒரேசமயத்தில் பாதிக்கப்பட்டவர்களின் துல்லியமான எண்ணிக்கை இல்லை - உலகளாவிய மதிப்பீட்டின் அடிப்படையில், வீடற்றவர்களில் 25% பேர், கண்டறியக்கூடிய மனநல பாதிப்புடன் வாழ்கின்றனர். தீவிர மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ளவர்கள், மனநலப் பிரச்சினைகளுடன் பாதுகாப்பற்ற வீடுகளில் உள்ள குடும்பங்கள் மற்றும் சமூகங்கள், போதைப்பொருள் துஷ்பிரயோகம் காரணமாக நீண்டகால வீடற்ற நிலையில் இருப்பவர்கள் ஆகியோர் நோயின் பல படிநிலைகளில் உள்ள பல்வேறு குழுக்கள்.

கந்தல் ஆடை, ஊட்டச்சத்து குறைபாடு, பயம் மற்றும் அந்நியப்படுதல் ஆகியவை வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களின் அன்றாட வாழ்நிலையை வகைப்படுத்துகின்றன. சமூகப் புறக்கணிப்பை எதிர்கொள்ளும் பிற ஓரங்கட்டப்பட்ட குழுக்களைப் போலவே, அவர்கள் சிவில் சமூகத்திடமிருந்து, மாறுபட்ட மற்றும் சீரற்ற முக்கியத்துவத்தை, அதாவது, அரசு மற்றும் சட்ட நிறுவனங்களிடமிருந்து போதுமான பாதுகாப்பின்மை மற்றும் பல தசாப்தங்களாக மாறாமல் தொடரும் காலாவதியான மற்றும் ஒற்றைப்பரிமாண அணுகுமுறை வடிவில் எதிர்கொள்கின்றனர். இவர்களுக்கான ஆதரவு நிலையானதாக இருப்பதில்லை. மேலும், HPWMI பிரிவினர், துஷ்பிரயோகம் புறக்கணிப்பு,

சிறைவாசம், வற்புறுத்தல் மற்றும் பழமையான சிகிச்சை கட்டுப்பாட்டிலுள்ளவர்கள் ஆகியவற்றோடு, இன்னும் மோசமான சந்தர்ப்பங்களில், பரிசோதனைக்கான கருவிகளாக மாற்றப்படுவதுடன், உறுப்பு திருட்டுக்கும் ஆளாகின்றனர்.

HPWMI பிரிவினர், கிராமம் மற்றும் புறநகரம் என்று இருவகைப் பகுதிகளிலும் பரவியிருந்தாலும், நகர்ப்புற பகுதிகளில் அவர்களின் எண்ணிக்கை அதிகமாக உள்ளது. அவர்கள், உணவகங்கள் மற்றும் கோயில்கள் போன்ற இடங்களில் தங்களுக்கான வாழ்வாதாரங்களைத் தேடுகின்றனர். வேறு பெருநகரங்கள் மற்றும் நகரங்களிலிருந்து வரும் HPWMI பிரிவினருக்கு, பேருந்து நிலையங்கள் நிறுத்தங்கள், ரயில் நிலையங்கள் போன்ற இடங்களே விரும்பத்தக்க இலக்குகளாக உள்ளன. ஏனெனில், பரபரப்பாகவும், வெளிச்சமாகவும், காவல்துறை போன்ற சட்ட அமலாக்க அதிகாரிகளால் தொடர் கண்காணிப்பிற்கு உட்படுபவையாகவும் இருப்பதால், அவை ஒப்பீட்டளவில் பாதுகாப்பானவை. இதன்மூலம், அவர்கள் துஷ்பிரயோகம் மற்றும் சுரண்டலுக்கு உள்ளாகும் வாய்ப்புகள் குறைகின்றன.

B.1 வீடற்ற நிலை, இழப்பு மற்றும் பலிகடாவாக ஆக்கப்படுதல்

Fischer et al, நடத்திய (1992) ஆய்வுகளின்படி, வீடற்ற நபர்களை பலிகடா ஆக்குவதில், மனநோய் என்பது ஒரு மிக முக்கிய காரணியாக இருக்கிறது என்பது தெரியவந்தது. மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ள நபர்கள் தொடர்பான, குற்றங்களுக்கு பலிகடாவாக்குதல் மற்றும் மருத்துவ விளைவுகள் ஆகியவற்றின் பரவல் சம்பந்தப்படுத்துதலை தீர்மானிக்க, லேம் மற்றும் ரோசன்ஹெக் நடத்திய ஆய்வில் (1998) கலந்துகொண்டு பதிலளித்தவர்களில் 44% பேர், கொள்ளை, திருட்டு, ஆயுதத்தால் அச்சுறுத்தல், உடல்ரீதியான வன்முறை அல்லது பாலியல்ரீதியான துன்புறுத்தல் ஆகியவற்றால் பாதிக்கப்பட்டவர்கள் என்று தெரியவந்தது. மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ள பெண்கள், உடல் மற்றும் பாலியல் வன்கொடுமைக்கு உள்ளாகக்கூடிய அதிக ஆபத்தில் இருந்தனர். மற்றொரு ஆய்வில், மனநோயால் பாதிக்கப்பட்ட வீடற்ற ஆண்கள், தாக்கப்படுதல், கொள்ளையடிக்கப்படுதல், ஆயுதத்தால் அச்சுறுத்தப்படுதல் அல்லது காயப்படுத்தப்படுதல் ஆகியவற்றுக்கு உள்ளாகக்கூடிய அதிக ஆபத்தில் இருப்பதாகக் கண்டறியப்பட்டுள்ளது (Padgett et al., 1992). மனச்சிதைவு (schizophrenia) என்ற மனநலப் பிரச்சினைக் கொண்ட பெண்களிடையே நடத்தப்பட்ட கற்பழிப்பு சம்பவங்கள் பற்றிய ஆய்வில், அவர்களில் 22% பேர் பாலியல் பலாத்காரம் செய்யப்பட்டுள்ளனர் என்பதும், அந்த அளவினரில் மூன்றில் இரண்டு பங்கினர், பலமுறை அந்தக் கொடுமைக்கு உள்ளாகப்பட்டுள்ளனர் என்பதும் தெரியவந்தது. (Darves-Bornoz et al., 1995). தி பான்யன், இந்தியா என்ற அமைப்பு நடத்திய ஆய்வில், 57% பேர் கொடுமான குற்றங்கள் மற்றும் கடுமையான காயங்களுக்கு ஆளாகியுள்ளனர், 22% பேர் பாலியல் துஷ்பிரயோகத்தை அனுபவித்துள்ளனர், 35% பேர் உடல்ரீதியாக காயம்

அடைந்துள்ளனர், 57% பேர் இரத்த சோகை மற்றும் பரவலான வளர்ச்சிதை மாற்ற நோய்க்குறிகள் உள்ளிட்ட பல்வேறு இணை நோய்களைக் கொண்டிருந்தனர்.

மருத்துவமனைகள் அல்லது சமூக-அடிப்படையிலான மனநலன் மற்றும் கவனிப்பு; பராமரிப்பிற்கான வாய்ப்புகள் இல்லாமையால், வீடற்ற மனநல பிணியாளர்கள், சிறையில் அடைக்கப்படுவதற்கான அதிக ஆபத்தில் உள்ளனர். அவர்கள் பல உடல்நலன் சார்ந்த பிரச்சினைகளுக்கு ஆளாகிறார்கள். ஊட்டச்சத்து பற்றாக்குறை, இருதய நோய், HIV/AIDS, நிமோனியா, புகைப்பிடித்தலால் ஏற்படும் உயிர்கொல்லி நோய் மற்றும் கல்லீரல் நோய் ஆகியவற்றின் காரணமாக, அந்தப் பிரிவினரின் இறப்பு விகிதமும் அதிகமாக உள்ளது (Babidge et al., 2001; Brown et al., 2013).

B.2 சமூக சறுக்கல் மற்றும் சமூகக் காரணம்

காரணம் மற்றும் விளைவின் துல்லியமான அளவுருக்கள் அறியப்படாதவை மற்றும் உறுதியற்றவை என்ற நிலையிருந்தாலும், வீடற்ற நிலை மற்றும் மனநல நிலைமைகள், இருவழி உறவில் இணைக்கப்பட்டுள்ளன. வீடற்ற நிலை மற்றும் மனநலப் பிரச்சினைகளின் ஒரே நேரத்திய அனுபவங்களை மீண்டும் உருவாக்குகின்ற சமூக சறுக்கல் மற்றும் சமூகக் காரணிகளை சமகாலச் சான்று முன்னிலைப்படுத்திக் காட்டுகிறது. வீடற்ற மக்களிடையே, அதிகளவு மனநலப் பிரச்சினை இருப்பது கண்டறியப்பட்டுள்ளது. குறிப்பாக ஸ்கிசோஃப்ரெனியா, இருமுனைக் கோளாறு அல்லது தீங்கு விளைவிக்கும் பொருள் பயன்பாடு - போன்ற சிக்கல்கள், வீடற்ற நிலையில் இருப்பவர்களிடையே ஏற்படுவதற்கான அதிக ஆபத்துகள் உள்ளன.

குழந்தைப் பருவ துன்பங்கள், குடும்பம் மற்றும் உறவுகளில் ஏற்படும் இடையூறுகள்; மோதல் மற்றும் வன்முறை; மற்றும் இயற்கைப் பேரழிவுகள், குறிப்பாக வரலாற்று மற்றும் அமைப்புரீதியான குறைபாடுகள் மற்றும் பாதுகாப்பற்ற வீடுகள் ஆகியவற்றின் பின்னணியில்; வறுமை, பின்தங்கிய சாதி மற்றும் இன அடையாளங்கள் வாழ்வாதாரத்திற்கான போதுமான அணுகல் இல்லாமை ஆகியவற்றால் பாதிக்கப்பட்ட உறவினர்கள் அல்லது நண்பர்களின் கைவிடல் மூலம், வீடற்ற நிலைக்கான வழிகள் பொதுவாக விளக்கப்படுகின்றன.

இந்திய மற்றும் சர்வதேச சூழல்களில் கண்டறியப்படும் முக்கியத்துவம் வாய்ந்த அம்சம் என்னவென்றால், சிகிச்சைக்கான அணுகலில் ஏற்படும் குறைபாட்டைக் காட்டிலும், கட்டமைப்பு ரீதியிலான சமூக-நிலை காரணிகளால் அனுபவிக்கப்படும் சமத்துவமின்மை மற்றும் அநீதிகள், வீடற்றவர்களாக மாறும் அபாயத்தை அதிகரிக்கின்றன என்பதுதான். மாறாக, சிகிச்சை அளிக்கப்படாத மனநலப்

பிரச்சினைகளில் உள்ளவர்கள், உடல்நலம் மற்றும் சமூகப் பராமரிப்பிற்கான நிலையான அணுகலைப் பெற முடியாதவர்கள், வீடற்ற நிலையை அடையக்கூடிய அதிக ஆபத்தில் உள்ளனர். போதிய சிகிச்சையின்மை அல்லது சிகிச்சையின்மை காரணமாக மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ளவர்களிடையே ஏற்படும் வீடற்ற நிலையானது, மனநலம் மற்றும் வீடற்ற நிலை ஆகியவற்றுக்கு இடையேயான உறவைப் பராமரிக்கும் மிகவும் சிக்கலான அடிப்படைக் காரணிகளை மறைக்கக்கூடும். மனநல சிகிச்சை மற்றும் சமூக அக்கறை, பராமரிப்புத் திட்டங்களில் உள்ள இடைவெளிகள் மற்றும் நீடித்தக் கட்டமைப்புத் தடைகள் ஆகிய அம்சங்களைக் கருத்தில் கொண்டு, இரண்டின் (மனநலம் மற்றும் வீடற்ற நிலை) மீதும் சமமான கவனம் செலுத்தப்பட வேண்டும்.

கட்டமைப்பு வன்முறையானது வீடற்ற நிலை மற்றும் மனநல பாதிப்பு ஆகிய போக்குகளை விரைவுபடுத்தும் அதேவேளையில், மனநலப் பிரச்சினை இருப்பது கண்டறியப்பட்டு, வீடற்ற நிலையிலும் இருப்பதானது, பரவலான சமூக விலக்கம் மற்றும் அடிப்படை உரிமைகள் மறுப்புக்கு வழிவகுக்கிறது. தீவிரமான மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ளவர்களின் சராசரி ஆயுட்காலம், பொதுமக்களைவிட 15-25 ஆண்டுகள் குறைவாக இருக்கிறது. வேலையில்லாமல் இருப்பது, அதிக துஷ்பிரயோகம் மற்றும் குற்றங்களை எதிர்கொள்வோர், தற்கொலைக்கான அதிக ஆபத்தில் உள்ளனர். மேலும், சமூக, பொருளாதார, கலாச்சார மற்றும் அரசியல் துறைகளில் பரவலான விலக்கம் மற்றும் மனித உரிமை மீறல்களை அனுபவிக்கின்றனர். வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களிடையே, குறிப்பாக, மது மற்றும் போதைப்பொருளுக்கு அடிமையானவர்களிடையே, தற்கொலை எண்ணங்கள் மற்றும் தற்கொலைகள் அதிகமாக இருப்பதாக ஒரு ஆய்வு கண்டறிந்துள்ளது (Prigerson et al., 2003).

B.3 அடக்குமுறை மற்றும் அந்நியப்படுத்தல்

முறைப்படுத்தப்பட்ட வன்முறை மற்றும் பாலினம் சாதி அடிப்படையிலான ஒடுக்குமுறைக்கு இடையிலான குறுக்கீடுகள் மீதான மனநல பாதிப்புகள், இந்தியச் சூழலில் ஊடுருவுகின்றன. சட்டம் மற்றும் சமூக இழிவு மூலம் வீடற்றவர்களைக் குற்றவாளிகளாக்கும் மரபு, கலாச்சார ரீதியில் அந்நியப்படுத்தல், வளங்கள் மீதான உரிமைகள் இழப்பு, கட்டாய வெளியேற்றங்கள், நீதி அமைப்புகளால் துன்புறுத்தல் மற்றும் நிறுவன சேவைகளைப் பெருமளவில் அமலாக்குதல் போன்றவற்றுக்கு வழிவகுத்துள்ளது. பொதுவாக, பிச்சை எடுப்பதற்கு எதிரான மற்றும் மனநலச் சட்டத்தின் கீழ் வழங்கப்படும் சேவைகள், மக்களை, தெருக்கள் மற்றும் நிறுவனங்கள் அல்லது சிறை அமைப்புகளுக்கு இடையே வட்டப்பாதை அமைப்பில் கொண்டுவந்து நிறுத்துகின்றன. இது சமூக கருத்தாக்கத்தை வடிவமைக்கிறது மற்றும் வகைப்பிரிப்பு அல்லது நிறுவனமயமாக்கல் கலாச்சாரத்தை நிலைநிறுத்துகின்றன.

மேலும், HPWMI பிரிவினரின் கவலைகளை நிவர்த்தி செய்வதற்கான அணுகுமுறைகள் எப்பொழுதும் பொருத்தமானதாகவோ, பதிலளிக்கக்கூடியதாகவோ அல்லது நபரை மையப்படுத்தியோ இருக்காது. இதன்விளைவாக, எதிர்ப்பு அல்லது பொருந்தாத பயன்பாடு ஏற்படுகிறது. பயம், விலகல், நம்பிக்கையின்மை மற்றும் ஆத்திரம் உள்ளிட்ட சமூக சூழல் மற்றும் மன உளைச்சல் பற்றிய உரையாடல் கலாச்சாரம், நீண்டகால ஈடுபாடு மற்றும் ஆழமான புரிதல் - ஒரு நபர் எதிர்கொள்ளக்கூடிய பல தீர்க்கமுடியாத பிரச்சினைகளுக்கு இயற்கையான பதில் - பராமரிப்புக் குழுக்களாக செயல்படும் அமைப்புகள், சமூக பாதிப்புகள், தாங்கமுடியாத சமூக உளவியல் துன்பம் மற்றும் சமூக தோல்வி குறித்த உணர்வு ஆகியவற்றை அறிந்திருக்க வேண்டும். முதிர்ந்த நிர்வாகக் கட்டமைப்புகள், பொருத்தமான மற்றும் பதிலளிக்கக்கூடிய பராமரிப்பு அமைப்புகள், மற்றும் ஆற்றல்வாய்ந்த மருத்துவ சமூகப் பராமரிப்பு திட்டமிடல் ஆகியவை, இந்தக் கதைகளை மறுவடிவமைப்பு செய்வதற்கு அவசியமானவை.

B.4 காலனிய மரபுகள் - தண்டனைச் சட்டம் மற்றும் வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கு போதிய சட்டப்பூர்வ ஆதரவு இல்லாமை

மனநலப் பாதுகாப்புச் சட்டம் (MHCA) 2017, மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கான உரிமைகள் சட்டம் (RPDA), 2016 மற்றும் தொடர்புடையச் சட்டம் முக்கியத்துவம் பெற்று குறிப்பிடத்தக்க சீர்திருத்தங்களை ஆதரிக்கும் அதேவேளையில், பல காலனிய மற்றும் காலாவதியான சட்டங்கள் இன்னும் நடைமுறையில் உள்ளன. சட்டத்துடன் முரண்படக்கூடிய HPWMI விஷயத்தில், சட்டம்-ஒழுங்கு மற்றும் நீதித் துறைகள் அரிதாகவே தலையிடுகின்றன, மற்றும் HPWMI பிரிவினர், தீங்கு துஷ்பிரயோகத்திற்கு ஆளாகிற சூழல்களில் வாழ்கிறார்கள் என்பதைக் கருத்தில் கொள்வதைவிட, அவர்கள் 'இடையூறு' உண்டாக்கும் நபர்களாகவே அடையாளப்படுத்தப்படுகின்றனர். 'கிளீன் அப்ஸ்' மற்றும் 'டிரைவ்ஸ்', தங்குமிடம் மற்றும் கவனிப்புக்கான அணுகலை மேம்படுத்துவதை நோக்கமாகக் கொண்டாலும், 'வேறுபடும்' எவரையும் பிரித்து, அவரை 'மற்றவர்கள்' என்ற வகைப்பாட்டிற்குள் கொண்டுவரும் அமைப்பில், வரலாற்றுரீதியாக உட்பொதிந்துள்ளது. இதன் தோற்றம், வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களை தண்டனைக்குட்படுத்துகிற பிச்சையெடுத்தல் தடுப்புச் சட்டங்களின் கீழ், வீடற்றவர்கள், மனநலப் பிரச்சினை கொண்டவர்கள் அல்லது இதர உடல் இயலாமைகளைக் கொண்டவர்களை, குற்றவாளிகளாக்கும் செயல்பாட்டிலிருந்து தொடங்குகிறது. பிச்சையெடுத்தல் மற்றும் சந்தேகத்திற்கிடமாக அலைந்து திரிதல் தடுப்புச் சட்டங்கள், இந்தியாவின் 22 மாநிலங்களில் (சில யூனியன் பிரதேசங்கள் உட்பட) நடைமுறையில் உள்ளன.

இந்தப் பழமையான சட்டத்தில் உள்ள சில பிரிவுகள், வீடற்ற நபர்களை 'பிச்சைக்காரர்கள்' என்ற நிலையிலுள்ளவர்களுடன் ஒப்புமைப்படுத்தி, அவர்களுக்கு தண்டனையும் வழங்குகிறது. பிச்சையெடுத்தல் தடுப்புச் சட்டம், 1960 இன் கீழ், தெருக்களில் அலையும் பிச்சைக்காரர்கள், அங்கிருந்து அப்புறப்படுத்தப்பட்டு, அவர்களுக்கான இல்லங்களில் 1 ஆண்டுவரை வைக்கப்படுவார்கள் - அதேசமயம், பிச்சையெடுப்பதை மீண்டும் தொடருவோர், 10 ஆண்டுகள்வரை அந்த இல்லத்தில் வைக்கப்படலாம். பிச்சையெடுத்தல் என்ற செயல்பாட்டின் கீழ் குற்றம் சாட்டப்படும் வீடற்ற நபர்களின் மீது போடப்படும் குற்றப்பத்திரிகையில், அவர்களுடைய மனநிலை குறித்து பலநேரங்களில் குறிப்பிடப்படுவதில்லை. எனவே, பிச்சையெடுத்தல் குற்றத்தின் கீழ் கைதுசெய்யப்படும் நபர்களில், எத்தனை பேருக்கு மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ளன என்பதைக் கணக்கிடுவதற்கான நடைமுறை சாத்தியம் இல்லாமல் போகிறது; ஒருவேளை இதுகுறித்த ஆவணங்கள், குற்றம்சாட்டப்பட்டவர்களின் வீடுகளில் இருந்தால் ஒழிய. மேலும், ஏதேனும் பொருத்தமற்ற நடத்தை, ஒரு குற்றமாக கருதப்பட்டு, ஏற்கனவே கொடுமையான சட்டத்தின் பிடியில், தனியாளாக சிக்குண்டிருக்கும் வீடற்ற மனநல பிணியாளர்கள் மீதான குற்றச்சாட்டுகள் அதிகரிக்கப்படுகின்றன. அவர், பிறருக்கு கிடைப்பது மாதிரியான போதுமான சட்டப்பாதுகாப்பு அல்லது சரியான நிவாரணம் கிடைக்காமல் தவிப்பவர் என்பதும் நினைவில் கொள்ளத்தக்கது. சிறைவாசத்தில், தேவையான எந்தவொரு சிகிச்சையும் மறுக்கப்படுவதால், வாழ்வின் பல்லாண்டுகளை இயலாமை நிலையிலும், மோசமான தரத்திலும் கழிக்க நேரிடுகிறது. தேவையானதை செய்யும் உறவினர்கள் இல்லாதபட்சத்தில், அத்தகைய நபர், நீண்டகாலம் சிறையிலேயே கழிக்கும் சூழல் மட்டுமல்ல; சமயத்தில், வாழ்நாள் முழுமையுமே அடைபட்டுவிடக்கூடிய அவலமும் நேரிடுகிறது.

மேலும், ஒருவருக்கு மனநலப் பிரச்சினை ஏற்படும்போது, அவரது குடும்பத்தினர், அவரைக் கைவிடலாம் அல்லது அவரின் உரிமையில் வரக்கூடிய சொத்தை அபகரிக்கவும் முற்படலாம். இது மாற்றுத்திறனாளிகளின் உரிமைகளுக்கான ஐக்கிய நாடுகளின் மாநாடு (UNCRPD), குறைபாடுகள் கொண்ட நபர்களுக்கான உரிமைகள் சட்டம் (RPDA) மற்றும் மனநலப் பாதுகாப்புச் சட்டம் (MHCA) - (இது மனநலப் பிரச்சினைகளைக் கொண்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் உள்ளிட்ட அனைவருக்குமான சட்டம் சார்ந்த மற்றும் சொத்துரிமைகளை அளிக்கிறது) ஆகியவற்றுக்கு முரணானது. ஆனால், இந்திய தண்டனைச் சட்டத்திலுள்ள முரண்பாடான சட்டப் பிரிவு, இந்திய ஒப்பந்தச் சட்டம் மற்றும் 450 இதர சட்டங்கள் உள்ளிட்டவை, 'அமைதியற்ற (அ) கொந்தளிக்கும் மனம்' உடையவர்களை, சமூக ஒப்பந்தங்களில் நுழைய அனுமதிப்பதில்லை - இது உரிமைகள் அடிப்படையிலான, முற்போக்கான சட்டத்தின் நன்மைகளை ரத்து செய்கிறது. கூடுதலாக, PWMI (மனநலப் பிரச்சினை உள்ளவர்கள்) மத்தியில், அவர்களுக்கான சட்ட உரிமைகள் பற்றிய விழிப்புணர்வு இல்லாத நிலையானது.

பரவலான சுரண்டலுக்கு வழிவகுக்கிறது. இதனால், அவர்களுக்கான வீட்டுவசதி மற்றும் நிதியாதார விஷயத்தில், நிலையற்றத் தன்மை ஏற்பட்டு, இறுதியில் வீடற்ற நிலைக்கு வழிவகுக்கிறது.

சில நாடுகளில், குறிப்பாக அமெரிக்காவில் நடைமுறையில் உள்ள சட்டங்களின் காரணமாக, HPWMI பிரிவினரில் பலர் சிறையில் அடைபடலாம்; அந்த சட்டங்கள், பாதிக்கப்பட்ட ஒருவருக்கு மனநலக் காப்பகத்தில் இடம்கிடைக்க வேண்டுமெனில், அவர் சமூகத்திற்கு ஆபத்து விளைவிப்பவராக இருத்தல் வேண்டுமென்பதை ஒரு முதன்மை அளவுகோலாக கொண்டுள்ளன. எனவே, மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவர்களை, தம் இல்லங்களில் வைத்திருக்கும் உறவினர்களில் சிலர், மனநலக் காப்பகங்களில் இடங்களைப் பெறும் நோக்கில், பாதிக்கப்பட்டவர்களை வேண்டுமென்றே குற்றங்கள் புரிய அனுமதிக்கிறார்கள். இதன் விளைவாக, HPWMI - க்கான மிகப்பெரிய சேவை வழங்குனராக அமெரிக்க சிறைகள் திகழ்கின்றன; உதாரணமாக, சிகாகோவில் உள்ள குக் கவுண்டி சிறையில், மனநலப் பிரச்சினைகளைக் கொண்ட 6,000 க்கும் மேற்பட்ட நபர்கள் உள்ளனர்.

ஸ்டார்பக்ஸில் இருந்து, மைக், ஒரு குடியிருப்பு பகுதிக்குள் ஓடி, ஒரு வீட்டின் கொல்லைப்புறத்திற்குள் நுழைந்து, தனது மரத்தாலான தளத்தின் மீது ஏறி, பிளேட் கிளாஸ் கதவு வழியாக, ஒரு பேட்டியோ நாற்காலியைத் தூக்கிவீசி, அலாரத்தை அமைத்தார். அலாரத்தின் கடுமையான சத்தத்தையும் பொருட்படுத்தாமல், வீட்டிற்குள் நுழைந்து, ஸ்டிரியோவை ஆன் செய்து, சமையலறை அலமாரிகளில் உருட்டத் தொடங்கினார். பின்னர் அவர் மாடிக்குச் சென்று, ஒவ்வொரு குளியலறையாக நுழைந்து, குழாய்களைத் திறந்துவிட்டார். படுக்கையறைகளில் சோதித்தப் பிறகு, அங்கே யாருமில்லை என்பதை தெரிந்துகொண்ட அவர், தனது ஆடைகளைக் களைந்து, நுரைநீர் குளியல் மேற்கொண்டார். அவர் எனக்கோ அல்லது தனக்கோ அச்சுறுத்தலாக இருந்தால் ஒழிய, காவல்துறை அவரின்மேல் நடவடிக்கை எடுக்காது என்பதை, கடந்தகால அனுபவத்திலிருந்து நான் அறிந்திருந்தேன். எனவே, என் மகன் என்னைக் கொல்லப் போகிறான் என்று நான் நினைத்ததாக, காவல்துறையிடம் பொய் சொல்ல வேண்டிய கட்டாயம் ஏற்பட்டது. அவர் இறுதியாக, மவுண்ட் வெர்னான் மையத்திற்கு அழைத்துச் செல்லப்பட்டார். தற்போதுள்ள மனநலச் சட்டங்களின்படி, அவர் மருத்துவமனையில், 5 நாட்கள், மனநல மருந்துகளை உட்கொள்வது கட்டாயம். அதன்பிறகு, மைக் தானாக முன்வந்து தன்னைத்தானே ஒப்புக்கொள்ளாதவரை, அவர் மருத்துவமனையில், காவலில் வைக்கப்படமாட்டார், அல்லது அவர் எவ்வளவு உடல்நிலை சரியில்லாமல் இருந்தாலும் மருந்துகளை உட்கொள்ள கட்டாயப்படுத்தப்படமாட்டார். அவர் தானாக முன்வந்து மருந்துகளை எடுத்துக்கொள்வதற்கு எப்போது ஒப்புக்கொள்வார் என்பதைப் பொறுத்து, அவரை நீண்டகாலம் இந்த வசதியில் வைத்திருக்குமாறு மருத்துவமனை மற்றும் காப்பீட்டு நிறுவனங்களிடம் பலமுறை முறையிட்ட போதிலும், அவர்கள் மறுத்துவிட்டனர். அவர் விடுவிக்கப்பட்டப் பிறகான சிறிதுநேரத்தில், உடைத்தல் அத்துமீறி நுழைதல்

மற்றும் \$100 மதிப்பிற்கும் அதிகமான சொத்துகளை சேதப்படுத்தியது என்று அவர்மீது இரண்டு குற்றச்சாட்டுகள் சுமத்தப்பட்டன. இதற்காக, \$10,000 அபராதமும், ஓராண்டு சிறைத்தண்டனையும் விதிக்கப்பட்டது. அவர் கைது செய்யப்படுவார், ஆனால் அது அவரது முதல் கைது என்பதால் சிறைத்தண்டனை விதிக்கப்படவில்லை என்பதை நாங்கள் பின்னர் கண்டறிந்தோம், அவரை நன்னடத்தை சோதனை மையத்திற்கு அனுப்பி, மனநல சிகிச்சையைத் தொடர உத்தரவிடப்பட்டது. [ஒரு நபரைக் கைதுசெய்த பிறகே, அவருக்கான அவசரகால மனநல சிகிச்சையை வழங்க வழிசெய்யும் குறைபாடான சட்டவிதிகள் குறித்து ஆசிரியர் பிறகு பேசுகிறார். அதுதான் என்றாலும், அந்த இரண்டு குற்றச்சாட்டுகள், அவரது நிரந்தரப் பதிவேட்டில் தொடரும்; இதன்மூலம், அவர் ஏற்கனவே 4 ஆண்டுகள் கல்லூரியில் பணிபுரிந்திருந்தாலும், அந்தப் பணி உள்பட, வேறெந்தப் பணியிலும் சேரமுடியாத ஒரு முட்டுக்கட்டை ஏற்படும்.

ஆதாரம்: எர்லி, பி. (2007) கிரேஸி: அமெரிக்காவின் மனநலப் பித்து மூலமான ஒரு தந்தையின் தேடல், பெர்க்லே வெளியீட்டுக் குழு

இந்தியாவில், வீடற்ற மனநல பிணியாளர்கள், பொதுவாக, மனநல மருத்துவமனை அல்லது பிச்சைக்காரர்கள் மறுவாழ்வு இல்லத்தில் அனுமதிக்கப்படுவார்கள்; சிலர் சிறையிலும் அடைக்கப்படுவதுண்டு. இருப்பினும் 2019ஆம் ஆண்டு நிலவரப்படியான இந்திய சிறைச்சாலை புள்ளிவிவரங்கள், 15% கைதிகள், கண்டறியக்கூடிய மனநலப் பிரச்சினையைக் கொண்டிருப்பதாகவும், அதேசமயம், அதற்கான மருத்துவ சிகிச்சை வசதியை அணுகமுடியாமல் இருக்கலாம் என்றும் தெரிவிக்கின்றன.

B.5 மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ள நபர்களுக்கு எதிரான குற்றங்களை இயல்பாக்குதல்

வீடற்ற மனநல பிணியாளர்கள் மீது சுமத்தப்படும் குற்றங்கள் மட்டுமல்லாது, கற்கள் வீசப்படுவது, துஷ்பிரயோகம் மற்றும் கற்பழிப்பு வரையிலான குற்றங்கள், சட்டம்-ஒழுங்கு சார்ந்த பிரச்சினைகளாகப் பதிவு செய்யப்படுவதில்லை. முறையான பதிவுகள் இல்லாதது மற்றும் சில சிகிச்சை அளிக்கும் மருத்துவர்கள், செவிலியர்கள் மற்றும் மனநலக் குழுக்கள், குற்றவாளிகளுக்கு எதிராக குற்றச்சாட்டுகளை சுமத்துவதற்கு எந்த முயற்சியும் எடுக்காததனால் செயலற்ற தன்மை மற்றும் அது தொடர்புடைய பிறழ்வுகளை ஏற்றுக்கொள்ளும் கலாச்சாரம் உருவாக காரணமாகிவிட்டது. கற்பழிப்பு பெரும்பாலும் தேவையற்ற கர்ப்பங்களை விளைவிக்கிறது. அவை, பொதுவாக சரியான கவனிப்பின்மை, விபரமறிந்து முடிவெடுக்க துணையில்லாத நிலை, கர்ப்பத்தைத் தொடரலாமா என்பது பற்றி கலந்தாலோசிக்க இயலாத நிலை

ஆகியவற்றால் முழுக்கால அளவும் கருவை சுமக்க வேண்டிய நிலை ஏற்படுகிறது.

ஆய்வு

திருமிகு Z என்ற பெண்மணியின் வழக்கு, வீடற்ற மனநல பிணியாளர் தனது இனப்பெருக்க உரிமைகளை இழந்து பின்னர் வாழ்வதற்கான உரிமையையே இழப்பதை விளக்குகிறது. திருமிகு Z என்ற பெண்மணி, பாட்னாவில் உள்ள ஆதரவற்ற பெண்களுக்கான சாந்தி குதிர் மறுவாழ்வு இல்லத்தில் அனுமதிக்கப்பட்டார். அங்கு நடைபெற்ற மருத்துவப் பரிசோதனையில், தெருக்களில் கற்பழிக்கப்பட்டதன் விளைவாக, அவர் கர்ப்பமாக இருப்பது கண்டறியப்பட்டது. கர்ப்பத்தைக் கலைக்க வேண்டும் என்ற தனது விருப்பத்தை, அவர் தெளிவாகவும் உறுதியாகவும் வெளிப்படுத்தினார். இருப்பினும், அவரது மனநல நிலையைக் கருத்தில் கொண்டு, இந்த விஷயம் அரசியலாக்கப்பட்டு, மகளிர் குழுக்கள், மாநில மற்றும் மாவட்ட சட்ட உதவி அதிகாரிகள் என்று நீண்டு, இறுதியாக உயர்நீதிமன்றம் வரை சென்றது. அதன்பிறகு, இவ்விஷயத்தில் இறுதி முடிவெடுக்க, நீதிமன்றம், ஒரு மருத்துவக் குழுவை நியமித்தது. உடல்நலக் காரணங்கள் மற்றும் திருமிகு Z என்ற பெண்ணின் விருப்பம் ஆகியவற்றை கருத்தில் கொண்டு, கர்ப்பத்தை கலைத்துவிடுவதற்கு அந்த மருத்துவக் குழு ஒப்புதல் அளித்திருந்த போதிலும், உயர் நீதிமன்றம் கரு கலைப்பை ஏற்கவில்லை. இதனையடுத்து, அந்த வழக்கு உச்ச நீதிமன்றத்திற்குச் சென்றது. அதுவும், இதுகுறித்து ஆராய மற்றுமொரு மருத்துவக் குழுவை நியமித்தது - ஆனால், இந்த நீண்ட நடைமுறைகள் முடிவதற்குள்ளாக, பாதிக்கப்பட்ட திருமிகு Z என்ற பெண்ணிற்கான கரு கலைப்பு சாத்திய கால அளவு முடிவடைந்துவிட்டது. எனவே, தனது விருப்பத்தையும் மீறி, அப்பெண் தனது கருவை சுமக்க வேண்டிய கட்டாயத்திற்கு ஆளானார். அதிக இரத்தப் போக்கு மற்றும் பிற உடல்நல சிக்கல்கள் காரணமாக, தனது குழந்தையைப் பிரசவித்தப் பிறகான குறுகிய காலத்திலேயே, பாதிக்கப்பட்ட அப்பெண் இறந்துவிட்டார்.

இறுதித் தீர்ப்பு, கீழே உள்ள உரைப்பெட்டியில் கொடுக்கப்பட்டுள்ளது:

'தற்போதைய நிலையில், கருவில் ஏதேனும் பிரச்சினைக்குரிய அசாதாரண நிலை இருப்பதாக மருத்துவ அறிக்கை குறிப்பிடவில்லை. மேலும், அந்தக் கரு, ஏற்கனவே எச்ஐவி வைரஸ் தொற்றுக்கு ஆட்பட்டிருந்தது என்றும் அந்த அறிக்கை தெரிவிக்கவில்லை. குழந்தை, 18 மாதங்கள் என்ற வயதை அடையும்போது மட்டுமே, எந்தவொரு திட்டவாட்டமான கருத்தையும் தெரிவிக்க முடியும் என்று அது கணிக்கிறது. பாதிக்கப்பட்ட பெண், தனது கர்ப்பத்தை, அதன் முழு கால அளவிற்கும் சுமக்க அனுமதிக்கப்படுகையில், அவரின் உயிருக்கே ஏதேனும் ஆபத்து நேரிடுமா? அல்லது அவரின் உடல் அல்லது மன நலத்திற்கு கடுமையான பாதிப்புகள் ஏற்படுமா? என்பது பற்றியும் அந்த மருத்துவ அறிக்கை

குறிப்பிடவில்லை. பிரிவு 3 இல் அடங்கிய துணைப்பிரிவு 2 இன் விளக்கம் 1, கற்பழிப்பு குற்றத்தினால் ஏற்பட்டதாகக் கூறப்படும் கர்ப்பம், கர்ப்பிணிப் பெண்ணின் மன நலத்திற்கு, கடுமையான காயத்தை ஏற்படுத்துவதாக தெரிவிக்கிறது. இந்த வழக்கில், பாதிக்கப்பட்ட பெண், தான் துன்புறுத்தப்பட்டதாகக் குற்றம் சாட்டியுள்ளார். ஆனால் 13 வாரங்களுக்கும் மேலாக பாலியல் பலாத்கார சம்பவத்தை வெளியிடாமல் இருந்து, தனது கர்ப்பத்தை கலைக்கும் முடிவை, 20 வாரங்களுக்கு மேலாக மேற்கொள்ளாமல் இருந்துள்ளார். கர்ப்பமடைந்து 20 வாரங்களுக்குப் பிறகு, அதாவது, 07.04.2017 அன்று தாக்கல் செய்யப்பட்ட ரிட் மனுவில், முதன்மையாக, அத்தகைய கருத்தரிப்பு, உண்மையில், பாதிக்கப்பட்டவரின் மனநலத்தில் கடுமையான பாதிப்பை ஏற்படுத்தியதாகக் கூறப்படவில்லை. மேலும், 1971ஆம் ஆண்டு சட்டம், பிரிவு 3 இன் படி, கருக்கலைப்பு, முதல் 20 வாரங்கள் வரை மட்டுமே அனுமதிக்கப்படுகிறது. நிச்சயமாக, கர்ப்பத்தின் 17வது வாரத்திலேயே, பாதிக்கப்பட்ட பெண்ணின் சார்பாக, கருக்கலைப்பிற்கான முயற்சி மேற்கொள்ளப்பட்டது. ஆனால், தற்போதைய ரிட் மனு, அவர் கர்ப்பமடைந்து 20 வாரங்களுக்குப் பிறகுதான் இந்த நீதிமன்றத்தில் தாக்கல் செய்யப்பட்டுள்ளது.

B.6 வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கான பராமரிப்பு அணுகுமுறைகள்

6.a மனநலக் காப்பகம்

புராதன சீன, இந்திய மற்றும் கிரேக்கோ-ரோமானிய நாகரீகங்களில், மனநோயாளிகளுக்கான நிறுவனப் பராமரிப்பு முறைகள் இருந்தன என்பதைத் தெரிவிக்கும் தகவல்கள் இருக்கின்றன. அதேசமயம், அத்தகவல்களின் நம்பகத்தன்மை ஐயத்திற்கிடமானது. முதல் மில்லினியத்தின் முடிவில், முதன்முதலான பராமரிப்பு இல்லங்கள், பாக்தாத்தில் தோன்றி, பின்னர், வடக்கு ஆப்பிரிக்கா மற்றும் தெற்கு ஐரோப்பா முழுவதும் பரவின. விளிம்புநிலை மற்றும் நோயுற்ற மக்களை பராமரித்தல் என்பது ஆட்சிக்கலையின் ஒரு கோட்பாடாக மாறியது. நலமற்றவர்கள் மீதான குடிமை சமூகத்தின் பொறுப்புகளை வலியுறுத்தும் அதேவேளையில், ஆட்சியாளர்களுக்கு சட்டப்பூர்வ அங்கீகாரத்தையும் அளிக்கிறது. ஆட்சியாளர்கள், மத சித்தாந்தங்கள் அடிப்படையில் தமக்கான சட்டப்பூர்வ உரிமையைக் கோரியதால், நோயுற்றவர்களைப் பராமரிப்பது ஒரு தார்மீகக் கடமையாக இருந்தது. இந்த யோசனைகள், பின்னர் ஐரோப்பாவில் ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்டன, இதனால், அங்கே பராமரிப்பு இல்லங்களின் எண்ணிக்கை அதிகரித்தது. இந்தப் பராமரிப்பு இல்லங்கள், தொடக்கத்தில் மத நிறுவனங்களால் நிர்வகிக்கப்பட்ட நிலையில், அடுத்துவந்த காலங்களில், மனநலப் பிரச்சினைக்கான மதம் சார்ந்த விளக்கங்கள், அறிவியல் மற்றும் மருத்துவ வளர்ச்சியின் காரணமாக மறுதலிப்புக்கு உள்ளானதால், அந்தப்

பராமரிப்பு இல்லங்களின் நிர்வாகம், தொழில்முறையிலான 'பராமரிப்பு இல்ல மருத்துவர்கள்' மற்றும் மனநல மருத்துவர்களின் கைகளுக்கு மாறியது.

மனநோயாளிகளைப் பராமரிப்பது, வாழ்க்கையின் மாறுபாடுகள் மற்றும் அழுத்தங்களிலிருந்து அவர்களைப் பாதுகாக்கும் செயல்பாடுகள், ஒரு குடிமை அறமாக மாறியதால், ஐரோப்பாவில், அவர்களுக்கான பராமரிப்பு இல்லங்களை நிறுவுவதில், சமூகங்களுக்கிடையே போட்டியே ஏற்பட்டது. காலனி நாடுகளிலும், பராமரிப்பு இல்லங்களை நிறுவுதல், ஒரு சட்டப்பூர்வ அக்கறையாக தென்பட்டது. காலனித்துவ விரிவாக்கத்தின்போது, பராமரிப்பு இல்லங்கள், முதலில் அமெரிக்கா (1773) மற்றும் இந்தியாவில் (1788) நிறுவப்பட்டன. மேலும் ஒரு நூற்றாண்டுக்குள், (கலிஃபோர்னியா, 1855; தென்பூர், 1876), ஜப்பான் மற்றும் ஆப்பிரிக்கா உட்பட, கிட்டத்தட்ட உலகம் முழுவதும் அவை ஏற்படுத்தப்பட்டன. நடைமுறையில் உள்ள பழக்கவழக்கங்கள் மற்றும் பலவற்றின் படி, 'உள்ளூர்' சமூகத்துடன் அவர்களை ஒருங்கிணைப்பதென்பது வெளிப்படையாக வேறுபடுவதாகும். ஆனால், அவர்களுடைய பங்களிப்புப் பெருகி, விரைவில் அவர்கள் அதிகரித்துவிட்டனர்.

பெரும்பாலான பராமரிப்பு இல்லங்கள், தங்களைத் தற்காத்துக்கொள்ள முடியாத அளவு நோய்வாய்ப்பட்டவர்களுக்கான காவல் மையங்களாகவும் செயல்பட்டன. ஆனால், பாதிக்கப்பட்டவர்கள் வருவதும், சில மாதங்கள் அல்லது வாரங்கள் தங்கி, பிறகு செல்வதுமாக இருந்தனர். இருப்பினும், மனநோயின் தன்மைகளைப் பொறுத்து, சில நோயாளிகள் குணமடையவேயில்லை. அதாவது, சில காரணிகள் (சிபிலிஸ், தலைக் காயங்கள், டிமென்ஷியா, வலிப்பு, அறிவுசார் குறைபாடு, குடிப்பழக்கம், 'மேனியா லாங்கா') அவர்கள் குணமடைய அனுமதிக்கவில்லை. கடந்த 200 ஆண்டுகளில், 1 பில்லியனில் இருந்து 8 பில்லியன்களாக அதிகரித்த மக்கள்தொகை வளர்ச்சிக்கு ஏற்ப, மனநோயால் பாதிக்கப்பட்டவர்களின் எண்ணிக்கையும் அதிகரித்தது. கூட்ட நெரிசல் தொழில்முறை மேற்பார்வை இல்லாமை மற்றும் மனநோய் குறித்த அறிவியல்ரீதியான புரிதலில் குறைபாடு போன்றவை, அக்கறையின்மை மற்றும் அலட்சியத்திற்கு காரணமாயின.

தெற்காசியாவில், பராமரிப்பு இல்லங்கள், முதன்முதலாக, கிழக்கிந்திய கம்பெனியால் நிறுவப்பட்டன. இவற்றுடன் சேர்த்து, மருந்தகங்கள் மற்றும் தாலுகா மருத்துவமனைகள் மருத்துவக் கல்லூரிகள் என்ற வடிவில், நவீன மருத்துவ வசதிகளும் ஏற்படுத்தப்பட்டன. அவர்களின் வரலாறு, பிற அனைத்து வரலாறுகளையும் போலவே, மாறுபட்ட அம்சங்களைக் கொண்டது. பராமரிப்பு இல்லங்கள், தொடக்கத்தில், கிழக்கிந்திய கம்பெனியின் வீரர்களுக்காக (முக்கியமாக இந்தியர்கள், அதேசமயம், சில ஐரோப்பியர்களுக்கும்) செயல்பட்டாலும், சில ஆண்டுகளில், அவை முழு மக்கள்தொகைக்கும் திறக்கப்பட்டன. இதனால், 1790ஆம் ஆண்டுவாக்கில், இந்தியாவின் ஏழைகளுக்கான பராமரிப்பு இல்லங்கள் திறக்கப்பட்டன. இந்திய நிர்வாகம், பிரிட்டனின் மணிமகுடத்திற்கு மாறியபோது (1857ஆம் ஆண்டிற்குப் பிறகு), புதிய, பெரிய,

குறிப்பிட்ட நோக்கங்களுக்கான பராமரிப்பு இல்லங்கள் (லாகூர், ராஞ்சி, புனே) விரைவாக கட்டப்பட்டன. அதேசமயம், இந்தியாவின் பூர்வீக அரசுகள் (மைசூர், திருவிதாங்கூர், பெர்ஹாம்பூர், ஹைதராபாத் தவிர), பராமரிப்பு இல்லங்களைக் கட்டுவதற்கான முதலீட்டை மேற்கொள்ள மிகவும் தயக்கம் காட்டின. மருத்துவக் கல்வி, ஆராய்ச்சி மற்றும் கொள்கை உருவாக்கம் ஆகியவை, காலனிய அரசின் கடும் கட்டுப்பாட்டிற்குள் இருந்தன. காலனிய ஆட்சியாளர்களால், இந்திய சமுதாயத்தில் இருந்த அறிவு மற்றும் அதிகாரம் தொடர்பான சமச்சீரற்ற தன்மை, மருத்துவ சேவைகள் குடிமை வாழ்வில் ஒருங்கிணைக்கப்படுவதை அனுமதிக்கவில்லை. கூடுதலாக, இந்தியாவின் பாரம்பரிய மற்றும் மறுமலர்ச்சி கருத்துக்கள், 'மேற்கத்திய' மருத்துவத்தின் முழு நோக்கத்தையும் சந்தேகத்துடன் நோக்கின.

6.b பழைய நடமுறைகளின் உடைப்பு செயல்பாட்டு (de-institutionalisation) இயக்கம் 1930க்குப் பிறகு, மனநோய் காரணிகளுக்கான (மற்றும் விளைவுகளின்) ஆய்வுகள், சமூக மற்றும் கலாச்சார விளக்கங்களின்பால் திரும்பின. கூடுதலாக, மாற்றப்படாத ஷாக் ட்ரீட்மென்ட், அறுவை சிகிச்சை 'தீர்வுகள்', மற்றும் மனநோயால் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு, குறிப்பாக பெண்களுக்கான கட்டாய கருத்தடை (அவர்களே அறியாமல் அல்லது அனுமதியின்றி, குறிப்பாக பழங்குடிப் பெண்கள், வறுமையில் வாழும் பெண்கள் அல்லது மனநோயால் பாதிக்கப்பட்டவர்கள்) ஆகியவை, சீர்திருத்தங்களின் சகாப்தம் ஏற்பட வழிவகுத்தன; அதாவது, 'நெறிமுறை அடிப்படையிலான சிகிச்சை' முறை பிரபலமடைய காரணமாயின. முதல் மனநல மருந்து சிகிச்சைகள் (1931ஆம் ஆண்டு முதல் இந்தியாவில்; 1952ஆம் ஆண்டு முதல் பிரான்ஸ் மற்றும் இங்கிலாந்தில்) கிடைக்கத் தொடங்கிய சமயத்தில், இந்தக் கருத்தாக்கங்கள் சமூகத்தின் ஏற்பைப் பெற்றன. இந்த மருந்துகள், மனநோயால் பாதிக்கப்பட்ட பலருக்கு, நல்ல அறிகுறிகளையும், வாழ்க்கைத் தரத்தையும் சிறப்பாக மேம்படுத்தின என்பது விரைவில் தெளிவான முறையில் தெரியவந்தது. இது, மருந்தியல் முன்னேற்றங்கள் மற்றும் பரந்தளவிலான சமூக அக்கறை என்ற தளங்களிலிருந்து வந்த பராமரிப்பு இல்லங்கள் மற்றும் அதன் மருத்துவர்களுடைய பங்களிப்புகளை கேள்விக்குள்ளாக்கியது. ஏறக்குறைய எல்லா இடங்களிலும், மனநலப் பராமரிப்பு இல்லங்கள் மூடப்பட்டு, 'பழைய நடமுறைகளின் உடைப்பு செயல்பாடு' ஒரு மரபுவழி ஏற்புடைமையாக மாறியது.

1970கள் மற்றும் 1980களில், பல மேற்கத்திய நாடுகளில், பழைய நடமுறைகளின் உடைப்பு செயல்பாடு (de-institutionalisation) பெரியளவில் நிகழ்ந்தது. தாமஸ் சாஸ், பிராங்கோ பசாக்லியா மற்றும் எர்வின் கோஃப்மேன் உள்ளிட்ட பலர் இதற்கு காரணமாயினர். மனநோய் மருத்துவமனைகளில் நிகழ்ந்த

மொத்த உரிமை மீறல் செயல்பாடுகள் பலமுறை அம்பலமானது மற்றும் உரிமைகள் தொடர்பான விவாதங்களால், தொழில்முறையிலான மனநல மருத்துவ சேவையாளர்களிடம் இருந்த வரம்பற்ற அதிகாரங்கள் மற்றும் மனநல மருத்துவமனைகள் மற்றும் பராமரிப்பு இல்லங்களில், விருப்பமில்லாமல் சேர்க்கப்படும் பாதிக்கப்பட்டவர்களின் எண்ணிக்கை ஆகியவற்றைக் குறைப்பதற்கான கடுமையான சட்டங்கள் இயற்றப்பட்டன. குளோர்ப்ரோமேஸின் (Chlorpromazine) போன்ற புதிய மனநோய் மருந்துகளின் கண்டுபிடிப்பானது, இந்த இயக்கத்தின் முக்கியத்துவத்தை அதிகரித்தது. இது மனநலம் தொடர்பான அணுகுமுறைகளில், மாற்றத்திற்கான நேர்மறை வளர்ச்சியாக இருந்தாலும், இதன்மூலம் எதிர்பாராத எதிர்மறை விளைவுகளும் ஏற்பட்டன. எதிர்காலத்தில் தேவைப்படும் சிகிச்சை தொடர்பான தேவையான வியூகம் அல்லது முன்னோக்கு சிந்தனை இல்லாமல், அமெரிக்காவில், 1,00,000க்கும் அதிகமான 'மனநோயாளிகள்', ஒரே இரவில் டிஸ்சார்ஜ் செய்யப்பட்டனர். இந்தச் செயல்பாடு, அதிகரிக்கும் வீட்டுவசதி செலவினங்களுடன், வீட்டற்ற மக்களின் எண்ணிக்கையையும், குறிப்பாக இங்கிலாந்து மற்றும் அமெரிக்காவில் பெருமளவில் அதிகரித்தது. தீவிரமான கவனிப்பு தேவைப்படும் மனநலப் பிரச்சனைகள் கொண்டவர்களுக்கு, அவர்கள் 'தங்களுக்கோ அல்லது பிறருக்கோ உடனடி ஆபத்தில்லை' என்ற அடிப்படையில் மருத்துவமனை அனுமதி மறுக்கப்பட்டது. அதேசமயம், சிகிச்சை மறுக்கப்பட்ட இந்த நபர்களில் சிலர், பின்னர் கைது செய்யப்பட்டனர். மனநல மருத்துவமனைகளிலிருந்து வெளியேற்றப்பட்ட பலர், தெருக்களில் அல்லது நகரங்களுடைய ஒதுக்குப்புறங்களில் (நிறுவனமயமாக்கல்), நிலையற்ற வீட்டுத் திட்டங்களில் வசிக்கும் நிலைக்குத் தள்ளப்படுகிறார்கள். இவ்வாறு, சிகிச்சை வசதிகளைப் பெறுவதிலிருந்து தொலைவில் வைக்கப்படும் அவர்கள், தீங்கிழைக்கப்படுதல், மற்றும்/அல்லது சிறைவாசம் போன்ற ஆபத்துகளில் சிக்கி, அவர்களுடைய உடல், மனம், உணர்வு மற்றும் சமூக நலன் சார்ந்த வாழ்க்கையில் பெரிய வீழ்ச்சி ஏற்படுகிறது. மனநோயாளிகளைக் கையாள்வதில் நேர்ந்த அதிகமான மருத்துவச் செலவுகள் மற்றும் நிதிச்சுமை பற்றிய கவலை, பல ஐரோப்பிய பொருளாதாரங்களின் முதன்மை சிந்தனையாக மாறியது.

6.c உயிர் மருத்துவ கவனிப்பின் தோற்றம்

மருந்து சிகிச்சைகள் தொடர்பான முழு நம்பகத்தன்மை குறுகியகாலமே நீடித்தது. அவை பக்கவிளைவுகளைக் கொண்டிருந்ததோடு; முழுமையான குணமாகுதலுக்கும் உதவவில்லை; மேலும், மனநோயால் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கான சமூக அக்கறை, எதிர்பார்த்ததைவிட குறைவாகவே இருந்தது. 1930 மற்றும் 1960ஆம் ஆண்டுகளுக்கு இடைப்பட்ட தொடக்ககால கண்டுபிடிப்புகளிலிருந்து, மனநோய் பற்றிய தெளிவானப் புரிதல் மற்றும் அதற்கான 'புதிய' சிகிச்சைகள் தொடர்பாக ஒப்பீட்டளவில் சிறிய முன்னேற்றம்

ஏற்பட்டுள்ளது. இது, மனநோயால் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கான அக்கறை கொண்ட செயல்பாட்டில் ஒருவிதமான தேக்கநிலையை ஏற்படுத்தியது. மனநோயாளிகள் முழுமையாக குணமடைய, பராமரிப்பு சேவைகளுக்கான ஒருமித்த நெட்வொர்க் தேவை என்பது தெளிவாகத் தெரிந்தாலும், அவை இல்லாத காரணத்தால், மீண்டும் மீண்டும் உடல்நலக்குறைவு ஏற்படுகின்ற ஒரு நிகழ்முறைக்கு ஆளாவது, சிறைகள் அல்லது பிணவறைகளில் காணாமல் போவது என்ற நிலை ஏற்படுகிறது. மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கான மருத்துவமனை வசதிகள் குறைவாக இருந்ததால், சிறைகள், பிச்சைக்காரர் இல்லங்கள் அல்லது இரவுநேர தங்குமிடங்களில் (அவர்கள் இருக்கும் இடங்களில்) மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவர்களுடைய எண்ணிக்கை பெரியளவில் உயர்ந்தது. மேலும், இன்றைய நாளில் 'முறையான சிகிச்சையில்' உள்ளவர்களின் எண்ணிக்கை, பல ஆண்டுகளுக்கு முன்பு இருந்ததுடன் ஒப்பிடுகையில் அதியளவில் உள்ளது.

B.7 சமூக அடிப்படையிலான மாதிரிகளுக்கு, பராமரிப்பு முறையை மாற்றுதல்

மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கான கவனிப்பு அல்லது பராமரிப்பு, இப்போது சமூகத்திற்கு மாறியுள்ளது. பெரும்பாலான செல்வந்த நாடுகள், வாழ்வாதாரக் கொடுப்பனவுகள் (subsistence payments), பாதுகாக்கப்பட்ட வீட்டுவசதி மற்றும் வாழ்வாதாரங்கள் வரை பல்வேறான சேவைகளில் முதலீடு செய்கின்றன. உண்மையில், வாழ்க்கைச் செலவினம் ஊதியத்தைவிட அதிகமாக உயர்ந்துள்ளதாலும், 'வேலை' செய்ய முடியாதவர்கள் உலகின் பல பகுதிகளில் தவிர்க்கப்பட வேண்டியவர்களாகவோ அல்லது சுமையாகவோ காணப்படுவதாலும், இது நேரடியானதாக இல்லை. காலனித்துவத்திற்குப் பிந்தைய நாடுகளில் (குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமானம் கொண்ட நாடுகள் அல்லது LMICகள் என்றும் குறிப்பிடப்படுகின்றன) உடல்நலப் பாதுகாப்புக்கான பௌதீக அல்லது அறிவுசார் உட்கட்டமைப்பை உருவாக்கவில்லை, இந்தக் காலகட்டம், மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு குறிப்பாக தீங்கு விளைவிக்கிறது. சமூகங்கள், விரைவான பொருளாதார மாற்றத்தினுடைய அழுத்தத்தின் கீழ் வருவதால், நிர்வாகத்திற்கான நிறுவனங்களின் பற்றாக்குறை (இதனால் கவனிப்பு) தீவிரமாக உணரப்படுகிறது. திட்டமிடப்பட்ட வகை மாற்றத்திற்கு உதவுவதற்கான நிதி அதிகரிப்பு, மேலோட்டமான தீர்வுகளைக் காட்டிலும், மையமான பிரச்சினைகளை சரிசெய்வதற்கு அழைப்பு விடுத்தல் என்ற வகையில், முன்னோக்கி செல்வற்கான ஒரே வழியாக இது இருக்கிறது.

வடஅமெரிக்கா மற்றும் மேற்கு ஐரோப்பாவின் பெரும்பாலான பகுதிகளில் 1950களில் தொடங்கிய, 'பழைய நடமுறைகளின் உடைப்பு செயல்பாடு (de-institutionalisation)' பெரிய மனநல மருத்துவ வசதிகளைக் குறைக்கவும், அடிக்கடி

மூடுவதற்கும் முயன்றது. இந்தச் செயல்பாட்டுடன், சமூக-அடிப்படையிலான மனநல சேவைகள் என்பது குறித்த மறுசிந்தனைப் போக்கும், உலகின் சில பகுதிகளில் இணைந்தது. இந்தியாவில், சமூகஅளவிலான மனநலப் பராமரிப்பு, கடந்த 1960களில், பழைய நடமுறைகளின் உடைப்பு செயல்பாட்டிலிருந்து சுயாதீனமாக உருவானது. இதனுடன், பிரதான மருத்துவமனைகளினுடைய உளவியல் துறைகளின், ஊரகப் பகுதிகளுக்கான சில விரிவாக்க மையங்களும் அடக்கம். ஒப்பீட்டளவில் பற்றாக்குறையான மனநலச் சேவைகளுடன், நிறுவனரீதியிலான அல்லது சமூகம் சார்ந்ததாக இருந்தாலும், இந்த முயற்சிகள், மனநலனுக்கான பராமரிப்பு என்பதை இன்னும் பரந்தளவில் அணுகக்கூடியதாக மாற்ற முயன்றன. 1970களில், ஆரம்ப சுகாதார நிலையங்கள் (PHCs) சர்வதேச அளவில் முக்கியத்துவம் பெற்றன.

இந்தியாவில், மாவட்ட மனநலத் திட்டத்தின் (DMHP) செயல்பாடு மற்றும் தாக்கம் குறித்து, இரண்டு மாநில-நியமன மதிப்பீடுகள் இருந்தன. நேஷனல் இன்ஸ்டிடியூட் ஆஃப் மென்டல் ஹெல்த் அண்ட் நியூரோ சயின்சஸ் (NIMHANS) அனைவருக்குமான உடல்நலனை உறுதி செய்வதற்காக, தொடக்கநிலை மதிப்பீட்டை மேற்கொண்டது மற்றும் அல்மா அட்டா பிரகடனம் 1978ஆம் ஆண்டில் ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்டது. அதேநேரத்தில், ஆரம்பநிலையில், மனநலச் சேவைகளை ஒருங்கிணைக்க உந்துதல் இருந்தது. 1970களில், ராய்ப்பூர் ராணி மற்றும் சகல்வாடா ஆகிய இடங்களில் மேற்கொள்ளப்பட்ட இரண்டு பரிசோதனைகள் மூலம், மருத்துவ அலுவலர்கள், செவிலியர்கள் மற்றும் பல்நோக்குப் பணியாளர்களுக்கான பயிற்சியுடன், நேரடியாக வீட்டிற்கே சென்று ஆய்வுசெய்து சிகிச்சைகளைத் தொடரும் சேவைகளைக் (domiciliary follow-up) கொண்ட மனநல மருத்துவப் பிரிவுகள் ஆரம்ப சுகாதார நிலையங்களில் (PHC) நிறுவப்பட்டன. இந்த தொடக்கநிலை பரிசோதனைகள், மக்களுக்கான குறைந்தபட்ச மனநலப் பராமரிப்பு சேவைகள் கிடைப்பது மற்றும் அணுகுதலை நோக்கமாகக் கொண்டு, கடந்த 1982ஆம் ஆண்டில் நிறுவப்பட்ட தேசிய மனநலத் திட்டத்திற்கு பங்களித்தன. 1985 மற்றும் 1990ஆம் ஆண்டுகளுக்கு இடைப்பட்ட காலத்தில், நிம்ஹான்ஸ் (NIMHANS), பெல்லாரியில் (கர்நாடகா), ஒரு பிரத்யேக சமூக மனநல நிகழ்ச்சியை நடத்தியது. இதில் சமூகத் திரையிடல், விழிப்புணர்வு, வெளிநோயாளி மற்றும் பயிற்சிபெற்ற ஆரம்ப சுகாதார நிலைய ஊழியருடன், பின்தொடர்தல் (நேரடியாக வீட்டிற்கே சென்று ஆய்வுசெய்து சிகிச்சைகளைத் தொடருதல்) சேவைகளுடன் கூடிய, 10 படுக்கைகள் கொண்ட உள்நோயாளி சேவையும் அடக்கம். பெல்லாரி மாதிரியின் வெற்றியானது, 1996ஆம் ஆண்டில் DMHP தொடங்கப்படுவதற்கான தூண்டுகோலாய் அமைந்தது. தொடக்கநிலை சேவைகளை அளிக்கும்விதமாக PHC ஊழியருக்குப் பயிற்சியளிப்பதன் மூலம், சமூக அடிப்படையிலான மனநலத்தை விரிவுபடுத்த முற்படுதல் மற்றும் மாவட்ட அளவிலான மனநல யூனிட்களுக்கான பரிந்துரை வழிமுறைகளை நிறுவுதல். DMHP, இதுவரை, இந்தியாவில் உள்ள 692 மாவட்டங்களை உள்ளடக்கியதாக விரிவடைந்துள்ளது. 2003ஆம் ஆண்டில், GoTN,

27 மாவட்டங்களை, DMHP இன் கீழ் ஒருங்கிணைத்தது. இதன்மூலம், ஒடுக்கப்பட்ட சமூகப் பிரிவினர் எதிர்கொள்ளும் சில பிரச்சினைகளைத் தணிக்க உதவியது.

20 மாநிலங்களில் உள்ள இந்த மாவட்டங்களுக்காக வாதிடுவது, சமநிலையை அடைவதற்கான ஒரு சிறந்த வழி என்பதை உணர்ந்து, இந்திய சந்தை ஆராய்ச்சி கவுன்சில், 20 மாவட்டங்களை உள்ளடக்கிய இரண்டாவது மதிப்பீட்டை 2008ஆம் ஆண்டில் நடத்தியது. 2011ஆம் ஆண்டில், தென் மாநிலங்களில் உள்ள 27 மாவட்டங்களை மையமாகக் கொண்டு DMHPயை NIMHANS மதிப்பீடு செய்தது. அதே ஆண்டில், மனநலக் கொள்கைக் குழு, பலவிதமான தரவு ஆதாரங்கள் மற்றும் கள ஆய்வுகள் பரிந்துரைக்கப்பட்ட மேம்பாடுகளின் அடிப்படையில், DMHP இன் செயல்பாட்டை ஆய்வு செய்தது. இத்திட்டத்தின் ஏற்பாடுகள் எவ்வாறு நடைமுறையில் கொண்டுவரப்படுகின்றன என்பதில் பெரும் வேறுபாடுகள் இருந்தாலும், தற்போது மாவட்ட மருத்துவமனைகள் அல்லது அருகிலுள்ள தாலுகா அளவிலான சமூக சுகாதார மையங்களில் உள்ள முகாம்களில் மனநலக் குழுக்கள் மூலம் வழங்கப்படும் வெளிநோயாளி மனநலச் சேவைகள் அதிகமாக உள்ளன. ஆயினும், DMHP இல் உள்ள பல சவால்கள், பொது சுகாதார அமைப்பில் ஒரு திட்டத்தை ஒருங்கிணைக்க முயற்சிப்பதில் இருந்து உருவாகிறது. இது தொடக்கத்திலிருந்தே, உள்கட்டமைப்பு மற்றும் பணியாளர்கள் பற்றாக்குறையுடன் இருந்தது. DMHP இன் மதிப்பீடுகள், பின்வருவனவற்றை முன்னிலைப்படுத்தியுள்ளன:

1. சிகிச்சையின் முக்கிய அம்சம், நோய் தீர்க்கும் மருந்தளிப்பில் கவனம் செலுத்துவது. DMHP ஆனது, கலாச்சார ரீதியாக பொருத்தமான சேவைகளை வழங்கவோ அல்லது பரவல் மற்றும் முன்கணிப்பு ஆகிய இரண்டின் அடிப்படையில் மனநல நிலைமைகளை தீர்மானிக்கக் கூடியவற்றை கணக்கில் எடுத்துக்கொள்ளவோ முடியாது என்று விமர்சகர்கள் வாதிடுகின்றனர்.
2. தெளிவான உரிமைத்துவம், பொறுப்புகள் இல்லாமை, தேசிய, மாநில, மாவட்ட அளவில் அமைச்சகங்கள்/துறைகளுக்கும் ஒத்துழைப்பின்மையாலும் நிர்வாகச் சவால்கள் ஏற்படுகின்றன. சுகாதாரத் துறைகள் பராமரிப்பு வழங்குவதிலேயே தங்கள் பொறுப்பை முடித்துக் கொள்வதனாலும் மறுவாழ்வு என்பது சமூக நீதித்துறையாக கருதப்படுவதாலும், பயனாளிகளுக்கு, ஒரு திருப்தியற்ற அனுபவமே கிடைக்கிறது.
3. மாவட்ட அளவில், அடிப்படை தேவைகள் (மருந்துகள் உட்பட) கிடைப்பதற்கு, தடையாக இருப்பவை, நிதி பகிர்வும் அதைப் பயன்படுத்துவதும் உள்ள நிதிச் சிக்கல்கள்தான். தேசிய மனநலத் (NMHP)

திட்டத்தின் கீழ், உயர் சிகிச்சை வசதிகள் கொண்ட மருத்துவமனைகளுக்கான பெரும்பகுதியான நிதியுதவியை (~98%), மத்திய அரசின் வருடாந்திர பட்ஜெட் எடுத்துக்காட்டுகிறது.

4. பாதிக்கப்பட்ட மக்களுக்கு, சமூக அடிப்படையிலான கவனிப்பை வழங்குவதற்கான திறன்களைக் கொண்ட போதுமான மருத்துவம் அல்லாத தொழில்முறை பணியாளர் பதவிகள் நிரப்பப்படவில்லை என்பது கண்டறியப்பட்டுள்ளது. இந்தியாவில், பயிற்சிபெற்ற மனநல நிபுணர்கள் குறைவாக இருப்பதே இதற்குக் காரணம். பிணியாளரை-மையப்படுத்தப்பட்ட, உயிர்-உளவியல், நோயியல் கண்ணோட்டமும், நோயாளிகள் மற்றும் பராமரிப்பாளர்கள் ஆகியோரின் சமையைக் குறைப்பதற்கும், அவர்களின் பங்கேற்பை அதிகரித்து, சமூக உட்சேர்க்கையை ஊக்குவிப்பதற்கும், மருத்துவக் குழுவினரின் கண்ணோட்டத்திற்கும் இடையிலான இடைவெளியை நிரப்புவது கடும் சவாலாக இருந்து வருகிறது.

இந்தியாவில் தற்போது 43 மனநல மருத்துவமனைகள் மற்றும் 718 மாவட்டங்கள் உள்ளன. அவற்றில் 742, சமூக அடிப்படையிலான மனநல விருப்பத்தேர்வு எனப்படும் DMHP இன் கீழ் உள்ளன.

B.8 நீண்டகால பராமரிப்பு விருப்பத்தேர்வுகள்

நீண்டகாலத் தேவைகள் உள்ளவர்கள் அல்லது நீண்டகால மனநலப் பிரச்சினைகள் மற்றும் கடுமையான இயலாமையுடன் வாழ்பவர்கள், மருத்துவமனைகள், பராமரிப்பு மையங்கள் அல்லது மறுவாழ்வு இல்லங்களில் நீண்டகாலம் தங்குவதைத் தவிர, மிகக்குறைந்த விருப்பத்தேர்வுகளே உள்ளன. நீண்டகால தேவைகளைக் கொண்டவர்களில், மூன்றில் ஒரு பகுதியினர், பிறவகையான சேவைகள் அல்லது வீடு தேடிவரும் பராமரிப்பு வழங்குநர்கள் இல்லாத நிலையில், மனநல மருத்துவமனைகள் மற்றும் CSO -களால் நடத்தப்படும் நிறுவனங்களில் தொடர்ந்து இருக்க வேண்டிய தேவை இருப்பதாக மதிப்பிடப்பட்டுள்ளது. எனவே, பல அரசாங்கங்கள் மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ள நபர்களுக்கு புத்தாக்கமிக்க மற்றும் நிலையான வீட்டுவசதி விருப்பத்தேர்வுகளை உருவாக்கியுள்ளன. கருத்துக்கள் மற்றும் மாதிரிகளின் பரஸ்பர பரிமாற்றம், நீண்டகால பராமரிப்பு மற்றும் கண்ணியமான வாழ்க்கை பற்றிய அதிகரித்துவரும் கவலைகளை அகற்றுவது தொடர்பான புத்தாக்க செயல்பாடு மற்றும் முயற்சியில் ஈடுபடுவதற்கான விரும்பத்தக்க வழியாக இருந்தாலும், இந்தியாவில் மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ளவர்களுக்கான உள்ளடக்கிய வாழ்விற்கான விருப்பத்தேர்வுகள் இல்லாதது கவலைக்குரியதாகவே உள்ளது. 'ஹோம் அகைன் (Home Again)' போன்ற சில புத்தாக்கங்கள் இருந்து வருகின்றன. (Patel et al., 2018) 2015ஆம் ஆண்டில் தி பான்யன் மூலம் செயல்படுத்தப்பட்டது. நாள்பட்ட மனநோயாளிகள் மத்தியில்,

வீடற்ற தன்மைக்கான முதன்மைக் காரணங்களில் ஒன்றாக, போதிய வீட்டுவசதி இல்லாமை அடிக்கடி குறிப்பிடப்படுகிறது; பழைய நடமுறைகளின் உடைப்பு செயல்பாட்டிற்குப் (de-institutionalisation) பிறகு, அமெரிக்காவில் வீடற்றவர்களின் எண்ணிக்கை அதிகரித்ததற்கான அறிகுறிகள் உள்ளன, அது விலைமலிவான வீடுகள் இல்லாமல் போன காலமாகவும் இருந்தது (ஓஃபிளாஹெர்டி, 1996). வீடற்ற நிலை மற்றும் மனநோய் ஆகியவற்றுக்கு இடையேயான காரண திசையை நிறுவுவது கடினம் என்று நிரூபிக்கப்பட்டாலும், வீடற்ற மனநலம் குன்றியவர்களிடையே, தேவையான அம்சங்கள் கொண்ட வீட்டுவசதி இல்லாதது, பெரும் துயரத்திற்கான ஒரு சமமான காரணியாக இருக்கிறது என்று வலுவான அனுபவச் சான்றுகள் கூறுகின்றன.

B.9 உறுதியான மற்றும் சிக்கலான சவால்கள் - தீர்வுகள் மற்றும் புத்தாக்கங்களின் பற்றாக்குறை

சமூகத்தில் அக்கறை செலுத்துவதன் மூலம், நிறுவனங்கள் முழுமையடைய வேண்டும். எவ்வாறாயினும், மனம் மற்றும் அதன் செயல்முறைகள் அல்லது நடத்தையில் சமூக காரணிகள் ஏற்படுத்தும் தாக்கம் பற்றிய வரையறுக்கப்பட்ட விரிவான புரிதலால், அணுகுமுறை சோதனைக்குரியதாக மற்றும் பிழையாக இருக்க வேண்டும். இந்த அணுகுமுறை, மனநல சேவைகளைப் பயன்படுத்துபவர்கள், தனிநபர், குடும்பம் மற்றும் சமூக நிலைகளில் அனுபவிக்கும் பல போராட்டங்களை சமரசம் செய்ய முயல்கிறது. மூளைக் கோளாறுகளால் மனநோய்கள் ஏற்படுமா என்பதை ஆராய்வதில், நரம்பியல் அறிவியல் துறையின் வளர்ச்சி, எதிர்பார்த்ததை விட, குறைந்த முக்கியத்துவத்துடனேயே இருந்துள்ளது. பல்வேறு புவியியல் மற்றும் சமூகங்கள் அல்லது சமூகக் குழுக்களில், கள நிலவரப்படியான மனம் மற்றும் சமூக நல விளைவுகள் முழுமையாக மதிப்பிடப்படவில்லை அல்லது முறையாகப் புரிந்து கொள்ளப்படவில்லை (Susser et al., 2006). இதன்விளைவாக, முற்போக்கான சட்டத்தின் வடிவத்தில் உலகளாவிய அளவிலான கவனம்/அர்ப்பணிப்பில், சிறியளவு முன்னேற்றங்களே அடையப்பட்டுள்ளன. இதற்கிடையில், HPWMI பிரிவினருக்கு தேவைக்கேற்ற மருத்துவமனை அடிப்படையிலான பராமரிப்பு, மற்றும் விரும்பும்போது 'சமூகத்தில்' மீண்டும் ஒருங்கிணைக்கப்படுதல் (இது எப்போதும் ஏற்றுக்கொள்ளக்கூடியதாகவோ அல்லது வரவேற்கப்படக்கூடியதாகவோ இருக்காது) பராமரிப்பு மற்றும் சமூக சேர்க்கைக்கான அணுகுமுறையாக உள்ளது. இரண்டுமே சஞ்சீவி நிவாரணம் அல்ல. மாறாக, ஒவ்வொன்றும் அவைதொடர்பான சவால்கள் மற்றும் நீண்டகால தேவைகளை நிவர்த்தி செய்வதற்கான பைனரி அணுகுமுறையைக் கொண்டிருக்கும். தனிநபர் மற்றும் வெளிப்படுத்தப்பட்ட தேவைகளைக் கணக்கில் எடுத்துக்கொள்ளாமல், 'மருத்துவமனை' அல்லது 'சமூகம்' ஆகியவற்றில் கவனம் செலுத்துவது கருத்தியல் அடிப்படையிலான 'தீர்வுகளை' மட்டுமே விளைவிக்கும்.

பிரிவு c

பிற்படுத்தப்பட்டோர் மற்றும் நலிவடைந்த குழுக்களின் தேவைகளுக்கு தமிழக அரசின் வினை

சுதந்திரத்திற்கு முன்பிருந்தே அடுத்தடுத்து அமைந்த தமிழக அரசுகள் கடைப்பிடித்த, எளிதில் பாதிப்பிற்குள்ளாகக்கூடிய மற்றும் குறிப்பிட்ட துறைக்கான தொலைநோக்கு கொள்கைகள், ஒடுக்கப்பட்ட சமூகத் துறைகள் எதிர்கொள்ளும் சில பிரச்சனைகளைத் குறைத்துள்ளன.

சமத்துவத்தை அடைவதற்கான ஒரு சிறந்த வழி கல்வி மற்றும் வேலைகளில் உடன்பாடான நடவடிக்கை கொள்கைகளை பரிந்துரைப்பதும் ஒருங்கிணைப்பதும் என்பதை உணர்ந்து, நீதிக்கட்சி என்று பிரபலமாக அறியப்படும் தென்னிந்திய லிபரல் ஃபெடரேஷன், அரசாங்கத்தில் ஒடுக்கப்பட்ட மற்றும் பின்தங்கிய சமூகங்களின் பிரதிநிதித்துவத்தை அதிகரிக்க 1928 ஆம் ஆண்டு வகுப்புவாத அரசாங்க ஆணையை நிறைவேற்றுவதில் முக்கிய பங்கு வகித்தது. அதன்பிறகு, பல முற்போக்கு அரசாங்கங்கள் ஆதாயங்களை அதிகரிப்பதற்காக சமூகப் பொருளாதாரத்தில் தாழ்ந்த மற்றும் ஒடுக்கப்பட்ட வகுப்பினருக்கான இடஒதுக்கீடுகளை மாற்றியுள்ளன. உதாரணமாக, கு. காமராஜர் 1954 இல் சென்னை மாகாணத்தின் முதலமைச்சரான பின்னர், கல்வி மற்றும் வேலைகளில் 'பிற்படுத்தப்பட்ட வகுப்பினருக்காக' (BCs) 25% மற்றும் 'பட்டியலிடப்பட்ட சாதியினர்' (SCs) மற்றும் 'பழங்குடியினருக்காக' (STs) 16% இட ஒதுக்கீடு அமல்படுத்தப்பட்டது. 1969-ல் முதலமைச்சர் மு. கருணாநிதி, 'பிற்படுத்தப்பட்ட வகுப்பினருக்கான' முதல் ஆணையமான சட்டநாதன் ஆணையத்தை அமைத்தார். பிற்படுத்தப்பட்டோர் இடஒதுக்கீட்டை 25% லிருந்து 31% ஆகவும், பட்டியலின மற்றும் பழங்குடியினர் இடஒதுக்கீட்டை 16% லிருந்து 18% ஆகவும் உயர்த்துவதற்குப் பரிந்துரைக்கப்பட்டு நடைமுறைப்படுத்தப்பட்டது. முதல்வர் எம்.ஜி. ராமச்சந்திரன் தனது முதல் ஆட்சிக் காலத்தில், பிற்படுத்தப்பட்டோர் இடஒதுக்கீட்டை 50% ஆக உயர்த்தி, பட்டியலின மற்றும் பழங்குடியினர் இடஒதுக்கீட்டை 18% ஆக நிலைநிறுத்தினார். 1990இல் பழங்குடியினருக்கு 1% இடஒதுக்கீடு வழங்கப்பட்டது. மு. கருணாநிதி தனது கடைசி ஆட்சி காலத்தில் (2006-2011), பிற்படுத்தப்பட்டோர் இட ஒதுக்கீட்டில் இருந்து 3.5% முஸ்லிம்களுக்கும், பட்டியலின ஒதுக்கீட்டிலிருந்து 3% அருந்ததியர்களுக்கும் ஒதுக்கினார். (மாறாக, இந்தியாவில் பிற்படுத்தப்பட்டோர் இடஒதுக்கீடு மண்டல் கமிஷன் அறிக்கையின் பரிந்துரைகளை அமல்படுத்தக் கோரிய மாபெரும் போராட்டத்திற்குப் பிறகு, 1991 இல் (27%) அமல்படுத்தப்பட்டது.)

நிலையற்ற வாழ்விடம், மோசமான ஊட்டச்சத்து, குறைந்த கல்வியறிவு விகிதம் மற்றும் மோசமான பள்ளி சேர்க்கை தொடர்பான தடைகளை நிவர்த்தி செய்வது என இவை அனைத்திற்குமான தீர்வை நோக்கமாகக் கொண்டு அரசு மற்றும் பொதுப் பணிகளில் 30% இடஒதுக்கீடு (2021ல் 40% ஆக அதிகரித்தது), மற்றும் பெண்களுக்கு உள்ளாட்சி அமைப்புகளில் 33% இடங்கள், சாதிய பாகுபாட்டை ஒழிப்பதற்காக சமத்துவப்புரங்களை உருவாக்கியது (சமத்துவத்தின் வாழ்விடங்கள்), ஏழை மற்றும் நலிந்த குடும்பங்களுக்கு இலவச வீட்டு மனை பட்டா வழங்கியது மற்றும் பள்ளியில் இலவச மதிய உணவு ஆகியவை GoTN எடுத்த சில குறிப்பிடத்தக்க முக்கியமான நடவடிக்கைகளாகும். காமராஜரால் செயல்படுத்தப்பட்ட இந்தத் திட்டம், ராமச்சந்திரனால் அனைவருக்குமானதாக்கப்பட்டது. திராவிட முன்னேற்றக் கழக (திமுக) அரசாங்கத்தின் ஆரம்பகால வாக்குறுதிகளில் ஒன்றான அனைத்து சாதிகளிலிருந்தும் 3 அர்ச்சகர்களை (கோவில்களில் அர்ச்சனை செய்வதற்கு அனுமதிக்கப்பட்ட பிராமணர் அல்லாத அர்ச்சகர்கள்) நியமிப்பதற்காக தமிழ்நாடு சமய அறநிலையத்துறை சட்டம், 1959 இல் 1970 ஆம் ஆண்டு கொண்டுவரப்பட்ட திருத்தம், ஆகஸ்ட் 2021 இல் நடைமுறைக்கு வந்தது. இந்து திருமணச் சட்டத்தில் திருத்தம் செய்து, புரோகிதர்கள் மற்றும் சடங்குகள் தேவைப்படாத சுயமரியாதைத் திருமணங்களைச் சட்டப்பூர்வமாக்குவது, தமிழ்நாட்டின் குறிப்பிட்ட தேவைகளைப் பூர்த்தி செய்வதற்காக மாநில அளவிலான முதல் திட்டக்குழுவை அமைத்தல், நகர்ப்புற ஏழைகளுக்கு வீடுகள் வழங்குவதற்காக குடிசை மாற்று வாரியம் அமைத்தல், கைரிக்ஷாக்களை தடை செய்து மற்றும் ரிக்ஷா அத்தொழிலாளர்களுக்கு மாற்று வேலை வழங்குதல், நிலச்சீர்திருத்தம் மற்றும் விவசாய தொழிலாளர்களுக்கு நியாயமான ஊதியம் நிர்ணயம் செய்தல், விவசாயிகளுக்கு இலவச மின்சாரம் வழங்குதல், நேரடி நெல் கொள்முதல் நிலையங்களைத் திறந்து, பின்னர் இடைத்தரகர்களின் பிடியில் இருந்து அவர்களை விடுவிப்பதற்காக உழவர் சந்தைகள் அமைத்தல், 12 ஆம் வகுப்பு வரை அனைவருக்கும் இலவச கல்வி, 'கடை மடை' வரையில் இணைப்பை மேம்படுத்துவதற்காக பேருந்து சேவைகளை அரசுடைமையாக்குதல் மற்றும் மாநிலம் முழுவதும் பொது விநியோக முறையை விரிவுபடுத்துதல் மற்றும் ஏழைகளுக்கு மானிய விலையில் அரிசி, சர்க்கரை, மண்ணெண்ணெய் மற்றும் கோதுமை ஆகியவற்றை வழங்குதல் ஆகியவை அடுத்தடுத்து வந்த அரசாங்கங்களால் செய்யப்பட்ட கொள்கை மாற்றங்களாகும்.

நகர்ப்புற ஏழைகள் குடிசை வாரியம் (2021 இல் நகர்ப்புற வாழ்விட மேம்பாட்டு வாரியம் என மறுபெயரிடப்பட்டது) மூலம் வீடுகளைப் பெறுவதற்கான திட்டம் இருந்தபோதிலும், கிராமப்புற ஏழைகளுக்கு 2006 வரை சிறந்த வீட்டுவசதி கிடைக்கவில்லை. அனைத்து கிராமப்புற ஏழைகளின் (ஓடு கூரை, மண் சுவர்கள்) மக்கள்தொகை கணக்கெடுப்பில் 22 லட்சம் வீடுகள் இந்த இயல்புடையவை என்று கண்டறியப்பட்டது; 0.3% மட்டுமே 'முன்னேறிய' சமூகங்களைச் சேர்ந்தவர்கள்

என்பது தீமைகள் தொடர்வதில் சாதியின் பங்கைப் பிரதிபலிக்கிறது. இந்த பின்தங்கிய மக்களுக்கு சிறந்த வீடுகளை கட்டுவதற்கு GoTN முடிவு செய்து, 2010-2011 முதல் ஆண்டில், 4 லட்சம் வீடுகள் கட்டப்பட்டது, பின்னர் திட்டம் செயலாற்றுப் போனது.

பின்தங்கிய வகுப்பினரின் நிலையை மேம்படுத்தும் வகையில் வடிவமைக்கப்பட்ட அனைத்து திட்டங்களிலும், தமிழ்நாட்டில் 'பெரியார்' என அன்போடு அழைக்கப்படும் ஈ. வெ. ராமசாமியின் பெயரிடப்பட்ட சமத்துவபுரங்கள் (சமத்துவபுரம்) மிகவும் உயரிய லட்சியமாகும். சமத்துவபுரங்கள் சாதியும் வர்க்க பேதமுமற்ற ஒரு சமுதாயத்தை உருவாக்கும் எனக் கருதப்பட்டது. பலதரப்பட்ட குழுக்களைச் சேர்ந்த மக்களை ஒன்றிணைத்து ஒரு பகுதியில் ஒரே சமூகமாக வாழச் செய்வதும் சமூக ஒற்றுமையை நிலைநாட்டுவதும், முன்னேற்றம் மற்றும் உள்ளடக்கிய வளர்ச்சியைத் தடுக்கும் கட்டமைப்புத் தடைகளைத் தகர்ப்பதற்கான ஒரு வழியாகக் கருதப்பட்டது. இந்தச் சமத்துவபுரங்கள் தமிழகம் முழுவதும் 100 வீடுகளுடன் கட்டப்பட்டுள்ளன. இருப்பினும், தொடர்ச்சியான ஜாதிச் சண்டைகள் மற்றும் உயரிய இலக்குகளைத் தடுக்கும் படிநிலைகளையும் சமூக அமைப்புகளையும் அனுமதிக்கும் மனித பலவீனங்கள் காரணமாக முயற்சி தோல்வியடைந்தது.

சமீபத்திய முயற்சிகளில், உணவுப் பாதுகாப்பின்மையை நிவர்த்தி செய்வதற்கான முன்னாள் முதல்வர் டாக்டர் ஜெ. ஜெயலலிதாவால் தொடங்கப்பட்ட அம்மா உணவகங்களும் அடங்கும். 2021 ஆம் ஆண்டில், முதல்வர் ஸ்டாலின் தொடங்கிய மூன்று முக்கியத் திட்டங்களில் இரண்டு, இல்லம் தேடி மருத்தவம் மற்றும் வீடு தேடி கல்வி, ஆரோக்கியம் மற்றும் கல்வியில் கவனம் செலுத்தும் இவை இரண்டும் சமமான வாழ்க்கைத் தரத்திற்கு அவசியமாகும். வீடு இல்லாதவர்கள் உட்பட மிகவும் பின்தங்கியவர்களுக்கு உதவும் வகையில், அம்மா உணவாகம் வரிசையில், எஸ்டிஜிக்களின் முக்கிய குறிக்கோள்களில் ஒன்றான பசியை ஒழிக்க உதவும் கலைஞர் உணவகம் கேன்டீன்களை 500 இடங்களில் அமைக்கும் மூன்றாவது திட்டம் இன்னும் செயல்படுத்தப்படவில்லை, 2021 ஆம் ஆண்டில், மாற்றுத்திறனாளிகளின் உரிமைகள், தேவைகள் மற்றும் லட்சியங்களுக்கு உதவுவதில் ஈர்க்கக்கூடிய மற்றும் நீடித்த முயற்சிகளுக்காக GoTN மாநில விருதை வென்றது. (மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கு அதிகாரமளித்ததற்காக தமிழ்நாடு விருது, தி இந்து, 2021).

C. 1 வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களின் தேவைகளுக்காக தமிழ்நாடு அரசின் நடவடிக்கைகள்

C. 1 a. அரசு தலைமையிலான சமூகம் மற்றும் மருத்துவமனை சார்ந்த ஆதரவு சேவைகள்

தமிழ்நாட்டில் 15 மாநகராட்சிகள், 121 நகராட்சிகள் மற்றும் 528 பேரூராட்சிகள் உள்ளன; 48.45% மக்கள் நகர்ப்புறங்களில் வாழ்கின்றனர் (இந்திய மக்கள் தொகை கணக்கெடுப்பு, 2011); மற்றும் 37 மாவட்டங்களில் 12,525 கிராமங்கள் பரவியுள்ளனர். ஒவ்வொரு கிராமத்திலும் அடிமட்ட நிர்வாகத்திற்கு பொறுப்பான பஞ்சாயத்து உள்ளது. மாநகராட்சிகள் மற்றும் நகராட்சிகள் மண்டலங்களாக பிரிக்கப்பட்டுள்ளன. துன்பத்தில் உள்ளவர்களை முன்கூட்டியே கண்டறிவதிலும், மாவட்ட தலைமையகத்தில் உள்ள மூன்றாம் நிலை மனநல பராமரிப்பு வசதிக்கான பரிந்துரைகளை எளிதாக்குவதிலும் பெரும்பாலும் கவனம் செலுத்தும் டிஎம்எச்பி 37 மாவட்டங்களிலும் இயங்குகிறது. செயற்கைக்கோள் சிகிச்சையகங்கள் மற்றும் மனநல முகாம்கள் மூலம் தொகுதி வாரியாக மனநல சேவைகள் வழங்கப்படுகின்றன; பெரும்பாலான ஹூ(WHO)-பட்டியலிட்ட அத்தியாவசிய மருந்துகள் (WHO, 2000), மருத்துவக் கல்லூரி மருத்துவமனைகளில் உள்ள மூன்றாம் நிலை வசதிகள் மற்றும் மனநலத் துறைகளில் கிடைக்கின்றன. பொதுவான மனநல குறைபாடுகள் உள்ளவர்களுக்கான பெரும்பாலான சிகிச்சைகளும் உள்நோயாளி சேர்க்கைகளும் மாவட்ட அல்லது தொகுதி அளவிலான சுகாதார வசதிகளில் அல்லது சிகிச்சையகங்கள் முகாம்களாக நடத்தப்படும் போது மட்டும் நடைபெறும் என்றக் கட்டுப்பாட்டுடன் சேவை செய்யும் PHCs முழுமையாக செயல்படுகின்றன. மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்படுபவர்களுக்கு, மாவட்ட அளவில் 320 மனநல மருத்துவ பிரிவுகளில் படுக்கைகள் உள்ளன. 1871 இல் நிறுவப்பட்ட மனநல காப்பகம்(IMH), தற்போது 1,800 படுக்கைகளைக் கொண்டுள்ள இது, மனநலத்திற்கான தமிழ்நாட்டின் மாநில மண்டல முகாமையாகும். இது ஒவ்வொரு ஆண்டும் 800 வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கு பயனளிக்கிறது, மேலும் ஒரு நாளைக்கு 300 வெளி நோயாளிகளுக்கு சேவை வழங்குகின்றது. மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ளவர்களுக்கான படுக்கைகள் தொகுதி அல்லது முதன்மை பராமரிப்பு நிலைகளில் இல்லை என்பதாலும் மாவட்ட அளவில் உள்நோயாளி சேர்க்கைக்கு உதவியாளர்கள் இருக்க வேண்டும் என்பதாலும் 2018 ஆம் ஆண்டு வரை, வீடற்றவர்களுக்கான படுக்கைகள் ஐஎம்எச் இல் மட்டுமே கிடைத்தன.

c. 1 b சீர்திருத்தங்களின் சகாப்தம்

சென்னை மனநலக் காப்பகம் (IMH), மனநல மருத்துவமனையாக மாற்றப்பட்டதிலிருந்து, மாற்றுத்திறனாளிகளின் உரிமைகள் சட்டம் (ஆர்பிடிஏ) மற்றும் மனநலப் பாதுகாப்புச் சட்டம் (MHCA) 2017 ஆகியவற்றுடன் இணைந்து பல சீர்திருத்தங்கள் முன்னெடுக்கப்பட்டுள்ளன. பணியாளர்கள், பயிற்சி, உள்கட்டமைப்பு, சுகாதாரம் மற்றும் ஊட்டச்சத்து ஆகியவற்றின் அடிப்படையில் ஐஎம்எச் பல மேம்பாடுகளைச் செய்துள்ளது. டிஎம்ஹெச்பிக்கான மண்டல மையமாக, மறுவாழ்வு மற்றும் மறுஒருங்கிணைப்பில் இது முக்கிய பங்கு வகிக்கிறது.

மேலும், அதன் சேவைப் பயனர்களால் நடத்தப்படும் ' ரிவைவ் காஃபே' ('Rvive café') அறிமுகத்துடன், வாழ்வாதாரங்கள் மற்றும் சமூகக் கலப்பு ஆகியவற்றில் கவனம் செலுத்துகிறது. இது, அதன் பராமரிப்பு அமைப்புகளின் ஒருங்கிணைந்த பகுதியாக ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்டது. இது மற்ற திறன் மற்றும் தொழில் பயிற்சி விருப்பங்களுடன் மறுவாழ்வு மண்டல மையமாகவும் செயல்படுகிறது. சிகிச்சைக்குப் பின் போதுமான ஆதரவை உறுதி செய்வதற்காக பல்வேறு சிவில் சமூகப் பங்கேற்பகிர்ப்பாளர்களுடன் இணைந்திருப்பது நிறுவனத்தின் நோக்கத்தை மேம்படுத்தியுள்ளது. மேலும், யுடிஐடி அட்டைகள் வழங்குதல் மற்றும் மாற்றுத்திறனாளி சான்றிதழ்கள் வழங்குதல் ஆகியவை எளிதாக்கப்பட்டுள்ளன. நீண்ட கால தேவைகளைக் கொண்ட வாடிக்கையாளர்களுக்கு தனிவீட்டுவசதியை ஏற்படுத்துவதற்கான முயற்சிகள் 2018 முதல் சோதனை செய்யப்பட்டுள்ளன.

C.1 c வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கான பிரத்யேக சேவைகள்

இந்தியாவில் முதன்முறையாக, தேசிய சுகாதார இயக்கம் (NHM) மற்றும் சுகாதாரம் மற்றும் குடும்ப நலத் துறையின் முயற்சியால் அவசர சிகிச்சை மற்றும் மீட்பு மையங்கள் (ECRCs) உருவாக்கப்பட்டு, வீடற்ற மனநல பிணியாளர்கள் (HPWMI) மாவட்ட மருத்துவமனைகளில் அனுமதிக்கப்பட்டனர். இது, வீடற்ற நபர்களுக்கான பராமரிப்பு வசதிகளை அதற்காகவே ஒதுக்கப்பட்ட இடங்களில் அல்லாமல் பொது மருத்துவமனைகளில் ஒன்றிணைக்க உதவியது. இந்த முயற்சியால், கிராமப்புறங்களில் கடுமையான மனநலப் பிரச்சினைகளால் பாதிக்கப்பட்ட மக்கள் பெருமளவில் பயனடைந்துள்ளனர். IMH, தி பான்யன் மற்றும் பல இலாப நோக்கற்ற நிறுவனங்களுடன் இணைந்து, DMHP இப்போது 13 மாவட்டங்களில் ECRCs இயக்குகி, ஒவ்வொரு ஆண்டும் சுமார் 1,000 பேருக்கு சேவை வழங்குகின்றது.

2013 ஆம் ஆண்டில், தேசிய நகர்ப்புற வாழ்வாதார இயக்கத்தின் (NULM) கீழ் தொடங்கப்பட்ட நகர்ப்புற வீடற்றவர்களுக்கான தங்குமிடம் (SUH) திட்டம், பின்னர் தீன்தயாள் அந்த்யோதயா யோஜனா (DAY) என பெயர் மாற்றப்பட்டது. வீடற்றவர்கள் உட்பட ஏழ்மையான நகர்ப்புற மக்களுக்கு தங்குமிடம் மற்றும் பிற அத்தியாவசிய இது சேவைகளை வழங்குகின்றது. இந்த தங்குமிடங்கள் வீட்டுவசதி, ஆரோக்கியம், கல்வி மற்றும் சமூக நலன் போன்ற பிற துறைகளுடன் தொடர்பை உருவாக்குகிறது. துறைகளுக்கிடையேயான ஒருங்கிணைப்பை வளர்த்து, தனிநபர்கள், குடும்பங்கள் மற்றும் சமூகங்களின் வாழ்க்கைத் தரத்தை மேம்படுத்த உதவும் பல்வேறு அத்தியாவசிய உரிமைகளை வழங்கி தலைமுறை தலைமுறையாக ஒதுக்கப்பட்ட மரபைத் தகர்ப்பது இதன் நோக்கமாக உள்ளது. தாநாஅ மாநிலம் முழுவதும் அனுமதித்துள்ள 242 தங்குமிடங்களில், தற்போது 11,747 நபர்கள் தங்கவைக்கப்பட்டுள்ள 176 செயலில் உள்ள, இதில் 35% பேர்

மனநல சமூக வேதனையை அனுபவிக்கின்றனர். இரவு தங்குமிடமாக செயல்படுவதே முக்கிய நோக்கமானாலும், வீடற்ற நபர்களின் பல்வேறு வகையானத் தேவைகளைக் கருத்தில் கொண்டு, மனநல சிகிச்சையை வழங்க அனுமதிக்கும் சிறப்பு தங்குமிடங்கள் உருவாக்கப்பட்டன. நீண்ட கால பராமரிப்பிற்கோ மற்றும்/அல்லது இதைவிட நிலையான வீட்டு வசதி மற்றும் வாழ்க்கை முறையைக்கு மாற்றப்படும் வரை இந்த சேவைகள் வழங்கப்படலாம். பெருநகர சென்னை மாநகராட்சி நடத்தும் 53 தங்குமிடங்களில், ஐந்து பிரத்தியேகமாக வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்காக உள்ளன. இதில் தோராயமாக 250 தங்கலாம்.

புனர்வாழ்வு இல்லங்கள் - மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ளவர்களுக்காக மாற்றுத் திறனாளிகள் நலத் துறையால் நடத்தப்படும் மொத்தம் 2,750 படுக்கைகளுடன் 53 நீண்ட கால புனர்வாழ்வு இல்லங்கள் உள்ளன. இவை மருத்துவ மற்றும் மனநல உதவிகள் வழங்குகின்றன, ஆனால் வாழ்வாதாரம் அல்லது சமூகம் சார்ந்த புனர்வாழ்வு அல்லது சமூக வாழ்க்கை போன்றவற்றுக்காக குறைந்த சேவைகள் மட்டுமே உள்ளன.

சிவில் சமூகத்தின் எதிர்வினைகள் மற்றும் அரசாங்கத்துடனான கூட்டாண்மை - தமிழ்நாட்டில் 82 பதிவுசெய்யப்பட்ட மனநல நிறுவனங்கள் உள்ளன, இருப்பினும் ஒரு சில மட்டுமே வீடற்ற அல்லது பின்தங்கிய பின்னணியில் உள்ளவர்களுடன் செயல்படுகின்றன. மேலே குறிப்பிட்டுள்ளபடி, தி பான்யன் போன்ற CSOs ஒவ்வொரு ஆண்டும் 500-800 வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்காக ECRCs நடத்துகின்றன; பான்யன் களப்பணி, நோயாளி பராமரிப்பு மற்றும் நீண்டகால மனநலத் தேவைகளைக் கொண்ட நபர்களுக்கு ஆதரவளிக்கும் ஒரு உள்ளடக்கிய வாழ்க்கைத் தேர்வாக 'ஹோம் அகெய்ன்' போன்றவற்றையும் இது வழங்குகின்றது. இந்தச் சேவைகள் மனநலப் பாதுகாப்புக் குழுக்கள், சமூக அணிதிரட்டுபவர்கள், சமூகப் பாதுகாப்பு ஒருங்கிணைப்பாளர்கள் மற்றும் சக தலைவர்கள் மற்றும் மேலாளர்களால் நிர்வகிக்கப்படுகின்றன. வீடற்ற தன்மைக்கு முந்தைய நிலையில், பின்தங்கிய பின்னணியைச் சேர்ந்த 2,500 நபர்களுக்கு வெளிநோயாளர் சேவைகளையும் பான்யன் வழங்குகிறது.

மனச்சிதைவு (schizophrenia) ஆராய்ச்சி அறக்கட்டளை (SCARF) தமிழ்நாட்டின் மற்றொரு CSO ஆகும், இது முன்னோடி ஆராய்ச்சியை மேற்கொண்டுள்ளது மற்றும் கீழ் நடுத்தர மற்றும் நடுத்தர வருமானம் கொண்ட நபர்களுக்கு சேவைகளை வழங்குகின்றது. SCARF மற்றும் தி பான்யன் டெலி-கவுன்சிலிங் சேவைகளையும் நடத்துகின்றன. SNEHA தற்கொலை தடுப்பு மையம் 24/7 தற்கொலை உதவி எண்ணை வழங்குகின்றது, மேலும் போதைக்கு அடிமையான பிரச்சனைகளுக்கு டிடி ரங்கநாதன் மருத்துவ மற்றும் ஆராய்ச்சி அறக்கட்டளை சேவைகளை வழங்குகின்றது. உதவும் கரங்கள் மற்றும் தி மிஷனரிஸ் ஆஃப் சேரிட்டி ஆகியவை 1980 களின் முற்பகுதியில் இருந்து எஃபிஎம்எச்ஐ இன்

தேவைகளை ஆதரித்து வருகின்றன. மேலும் ஆண்டுதோறும் மனநலம் தொடர்பாக தீவிரமாக பாதிக்கப்படக்கூடிய ஆயிரக்கணக்கான மக்களுக்கு உதவுகின்றன.

ECRCs விரிவுபடுத்துவதில் செல்லமுத்து அறக்கட்டளை (மதுரை), பிரதர்ஸ் ஆஃப் சேரிட்டி (சிவகங்கை), ஆர்-சோயா (திருநெல்வேலி), அட்சயம் வெல்ஃபேர் டிரஸ்ட் (ஈரோடு), நீலகிரி ஆதிவாசிகள் நலச் சங்கம் (நீலகிரி) அன்பாலயம் சொசைட்டி (தஞ்சை) மற்றும் அருள்மிகு பிரசன்ன வெங்கடாசலபதி கோயில் அறக்கட்டளை (குணசீலம், திருச்சி), அன்பகம் மற்றும் உதவி உள்ளங்கள் ஆகியோர் அரசாங்கத்துடன் பங்கு பெற்றவர்கள். மதுரை மாவட்டத்தில் முன்னணியில் உள்ள செல்லமுத்து அறக்கட்டளையானது பின்தங்கிய குழுக்களுக்கான தங்குமிடங்கள் மூலம் மனநல ஆரோக்கிய பராமரிப்பு, அவசர சிகிச்சை மையங்கள், வெளிநோயாளர் சிகிச்சையகங்கள் வழங்குவதுடன் ஆராய்ச்சி மற்றும் கற்பித்தல் நடவடிக்கைகள் மற்றும் மனித வள மேம்பாட்டிற்கும் பங்களிக்கிறது. இதேபோல், SCARF மற்றும் தி பான்யன் அகாடெமி, உள்ளூர் மற்றும் சர்வதேச ஒத்துழைப்பாளர்களுடன் இணைந்து, மனநலத் துறையில் திறன்களை மேம்படுத்துவதற்கு சான்றிதழ் மற்றும் டிப்ளமோ திட்டங்களை வழங்குகின்றன.

சிகிச்சைக்குப் பின் மனநலம் குன்றி மற்றும் வீடற்ற நிலை மீண்டும் ஏற்படுவதைத் தடுப்பதற்கான பராமரிப்பு சேவைகள் - கடந்த தசாப்தத்தில் குடியரிமை உரிமைகள், சமூக உரிமைகள் மற்றும் நிதி உள்ளடக்கம் ஆகியவை GoTN வழங்கும் பராமரிப்புப் பொதிகளில் ஒருங்கிணைக்கப்பட்டு சுகாதாரம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்புத் துறைகளுக்கு இடையே அதிக ஒருங்கிணைப்பு ஏற்பட்டுள்ளது. CSOs ஆதரவுடன் சுகாதாரம் மற்றும் குடும்ப நலன், மாற்றுத்திறன், சமூக நலம், சமூக நீதி மற்றும் அதிகாரமளித்தல் ஆகிய துறைகளுக்கு இடையிலான கூட்டு முயற்சியாக இது ஏற்படுத்தப்பட்டது. இவை மனநலக் கோளாறுக்கான சமூக நிர்ணயம் மற்றும் பொது விநியோகத் திட்டம் (PDS) மூலம் உணவு கிடைப்பதை உறுதி செய்கின்றன; மாற்றுத்திறனாளி உதவித்தொகை மூலம் உகந்த நிதி உதவி கிடைப்பதையும் தடையில்லா மனநல சிகிச்சை கிடைப்பதற்கு DMHPயை அணுகுவதையும் எளிதாக்குகின்றது. தொடர்ந்து வீடற்ற நிலையில் இருப்பவர்களுக்குத் தொடர்ச்சியான உடல்நலக்குறைவு என்பது மிகவும் பொதுவானது, எனவே இந்த பாதுகாப்பு காரணிகள் தனிநபர்கள் சில நிலைத்தன்மையை அடைய உதவுகின்றன. அதேபோல், குடியரிமை உரிமை பெறுவது, சமூக-கலாச்சார மற்றும் அரசியல் துறைகளில் பங்கேற்பதற்கு HPMHI உதவுகிறது. அட்டவணை 1 HPWMI கிடைக்கும் திட்டங்களையும் துறைகளையும் மற்றும் சுருக்கமாகக் கூறுகிறது.

அட்டவணை 1. HPWMIக்கு சேவை செய்ய துறைகளுக்கு இடையேயான இடைநிலை ஒருங்கிணைப்பு

	ஆரோக்கியம் மற்றும் குடும்ப நலத்துறை	மாற்றுத் திறனாளிகள் நலத்துறை	
		நிதிநிலை	சேவைகள்
	<p>மாவட்ட மனநல திட்டம்</p> <p>மனநலக் காப்பகம்</p> <p>போதை ஒழிப்பு மையங்கள்</p> <p>முதலமைச்சரின் விரிவான மருத்துவக் காப்பீட்டுத் திட்டம்</p> <p>அவசரஊர்தி சேவைகள் (102)</p>	<p>30778.44 (லட்சம்)</p> <p>48 லட்சம்</p> <p>381.36 (லட்சம்)</p> <p>5 லட்சம்</p> <p>50 லட்சம்</p> <p>2045.11 (லட்சம்)</p> <p>97.14 (லட்சம்)</p> <p>475.94 (லட்சம்)</p> <p>7.50 லட்சம்</p> <p>59.50</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கான கொடுப்பனவுகள் (கடுமையாக பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு) ● ஆதரவு அதிகம் தேவையுள்ள மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கு தனிப்பட்ட உதவி கொடுப்பனவுகள் ● சுயதொழில், குறுந்தொழில் மற்றும் பங்கீட்டாளர்கள் ● பிரதமரின் வேலைவாய்ப்பு உருவாக்கும் திட்டம் ● மாற்றுத்திறனாளிகள் ஆவின் பாலகம் அமைப்பதற்கான உதவி. ● வேலை வாய்ப்பு அலுவலகத்தில் பதிவு செய்துள்ள அனைத்து வகை மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கும் வேலையற்றோருக்கான உதவித்தொகை. ● மாற்றுத் திறனாளிகள் திருமணம் செய்து கொள்ள உதவி ● மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கான இல்லம் ● மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவர்களை மீட்டு மனநல மருத்துவமனைகள்/புனர்வாழ்வு இல்லங்களில் அனுமதிப்பதற்கான திட்டம் ● மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கான மாநில வளங்கள் மற்றும் பயிற்சி மையம்

		(லட்சம்)	
தேசிய	ஆரோக்கிய இயக்கம்	சமூக நலத்துறை	
நிதிநிலை	சேவைகள்	நிதிநிலை	சேவைகள்
	அவசர தைரியம் மற்றும் மீட்பு மையங்கள்	135 (லட்சம்) 625.89 (லட்சம்) 188.13 (லட்சம்) 62.47 (லட்சம்)	சத்தியவாணி முத்து அம்மையார் நினைவு இலவச தையல் இயந்திரம் வழங்கும் திட்டம் அரசு சேவை இல்லம் அரசு பணிபுரியும் மகளிர் விடுதிகள் இந்திரா காந்தி தேசிய மாற்றுத்திறனாளி ஓய்வூதியத் திட்டம் மாற்றுத் திறனாளிகள் ஓய்வூதியத் திட்டம்
சென்னை	மாநகராட்சி		வீட்டுவசதி துறை
நிதிநிலை	சேவைகள்	நிதிநிலை	சேவைகள்
	வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கான தங்குமிடம்		மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கான வீடு ஒதுக்கீடு

ஊரக வளர்ச்சி மற்றும் பஞ்சாயத்து ராஜ்			
நிதிநிலை	சேவைகள்	நிதிநிலை	சேவைகள்
	MNREGA - சமூக பொருளாதார வளர்ச்சி திட்டம் இந்திரா ஆவாஸ் யோஜனா PWDs 3% இட ஒதுக்கீடு இந்திரா ஆவாஸ் யோஜனா		

மனநலத் துறையில் உள்ள வல்லுநர்கள் - மாநகராட்சிகள் மற்றும் மாவட்ட ஆட்சியர் அலுவலகத்துடன் இணைந்து வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கான சேவைகள் பல்வேறு துறைகளில் (அட்டவணை 1 இல் காட்டப்பட்டுள்ளது) செயல்பட்டாலும், சிறந்த கட்டமைப்பு மற்றும் துறைகளுக்கிடையே தெளிவாக வரையறுக்கப்பட்ட ஒருங்கிணைப்பு ஆகியவையே சேவைப் பயனர்களுக்கான விளைவுகளை மேம்படுத்தும். பணியாளர்கள் பற்றாக்குறை மற்றும் பல்வேறு நிலைகள் துறைசார் ஈடுபாடு ஆகியவை காரணமாக ஒருங்கிணைப்பில் குறைபாடுகள் இருக்கலாம். மனநலம் தொடர்பாக, இந்தியாவில் 1 லட்சம் மக்கள்தொகைக்கு 0.3 மனநல மருத்துவர்கள், 0.07 உளவியலாளர்கள், 0.07 மருத்துவ சமூகப் பணியாளர்கள் மற்றும் 0.12 மனநல செவிலியர்கள் உள்ளனர் (மனநல அட்லஸ், 2017). இதற்கிடையில், தமிழ்நாட்டில் உள்ள DMHPயில் கணிசமான எண்ணிக்கையிலான காலியிடங்கள் உள்ளன. குறிப்பாக, சமூகப் பணியாளர்கள் மற்றும் உளவியலாளர்கள், அதாவது கவனிப்பு பெரும்பாலும் உயிரியல் மருத்துவமாகவே உள்ளது, சமூக ஆரோக்கியத்தில் குறைந்த கவனம் செலுத்துகிறது; ஒரு சமூக அல்லது உளவியல் ரீதியாக பிரச்சனை பார்க்கப்பட்டால், இந்த பணியாளர் பற்றாக்குறை மிக முக்கியமானது. இந்தியாவில் தேசிய சிகிச்சை இடைவெளி 83% என மதிப்பிடப்பட்டுள்ளது. இந்த இடைவெளியைக் குறைக்க, ஒவ்வொரு நபரின் தேவைகளையும் அடிப்படையாகக் கொண்டு, சிகிச்சையில் உள்ள இடைவெளிகளைக் கவனிப்பதில் இருந்து பராமரிப்புக் குறைபாடுகளை கவனிப்பதற்கு மாற வேண்டும். இது பராமரிப்பு குழுக்கள் மற்றும் பொறுப்பான கட்டமைப்புகளின் பரந்த மற்றும் பலதரப்பட்ட கருத்தாக்கங்களுக்கு அழைப்பு விடுக்கும் வழி வகுக்கும், இது பல பங்குதாரர்களின் உரையாடல், பங்கேற்பு மற்றும் ஒத்துழைப்பைச் சார்ந்தது.

இது சம்பந்தமாக, மனநல மருத்துவர்கள், ஆதரவாளர்கள், உளவியலாளர்கள், பராமரிப்பாளர்கள், சமூகப் பணியாளர்கள் மற்றும் CSOs போன்ற பலதரப்பட்ட பங்குதாரர்களின் பிரதிநிதித்துவத்துடன் ஒரு மாநில மனநல ஆணையத்தை (SMHA) தமிழ்நாடு நிறுவியுள்ளது. பராமரிப்பு தணிக்கைகள், மனநல வசதிகளை பதிவு செய்தல், மனநல நிபுணர்கள் ACTயுடன் இணங்குவதை மதிப்பாய்வு செய்தல், முன்னெச்சரிக்கை உத்தரவுகள் (AD), தேவைக்கேற்ப பரிந்துரைக்கப்பட்ட பிரதிநிதிகளை (NR) நியமித்தல் மற்றும் குறைகளை நிவர்த்தி செய்தல் ஆகியவற்றுக்கு SMHA பொறுப்பு. இதேபோல், 13 மாவட்ட மனநல ஆய்வு வாரியங்கள் (MHRBs) நிறுவப்பட்டுள்ளன; 281 மனநல சுகாதார வசதிகள் SMHA இல் பதிவு செய்யப்பட்டுள்ளன, இருப்பினும் வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுடன் சிலர் மட்டுமே ஈடுபடுகின்றனர்.

வாழ்வாதாரங்களில் கவனம் செலுத்துதல் - மாற்றுத்திறனாளிகளின் தேவைகளை அதன் வளர்ச்சித் திட்டங்களின் மையமாக வைக்கும் கலாச்சாரத்தையும் தமிழ்நாடு வளர்த்து வருகிறது. உலக வங்கியின் நிதியுதவியுடன் செயல்படும் புது வாழ்வுத் திட்டம் (PVP) உள்ளிட்ட பல்வேறு திட்டங்களால் மனநல குறைபாடுகள் உள்ளவர்களுக்கு சேவைகள் அளிக்கப்படுகின்றது. ஒரு தனித்துவமான அணுகுமுறையைப் பின்பற்றி, 2012 மற்றும் 2016 க்கு இடையில், சமூகத்தில் கவனிப்பு, சமூக உள்ளடக்கம், வாழ்வாதாரத்திற்கான ஏற்பாடுகள் மற்றும் ஆதரவு குழுக்களை உருவாக்குதல் ஆகியவற்றில் PVP திட்டம் கவனம் செலுத்தியது. துரதிர்ஷ்டவசமாக, உலக வங்கியின் நிதியுதவி நிறுத்தப்பட்டதன் மூலம் இது முடிவுக்கு வந்தது. இதேபோல், மகாத்மா காந்தி தேசிய ஊரக வேலை உறுதித் திட்டம் (MGNREGA) மூலம் மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு வேலை வாய்ப்புத் திட்டங்களை உருவாக்கி செயல்படுத்திய தமிழ்நாடுதான் நாட்டிலேயே முதல் மாநிலமாகும். 2012 இல் நடத்தப்பட்ட டைம் அண்ட் மோஷன் ஆய்வின் மூலம், UNCRPD இன் அடிப்படைக் கொள்கைகளுக்கு ஏற்ப, MNREGA வேலையில் ஈடுபடுவோருக்கான நியாயமான இடவசதியை உருவாக்குவதை GoTN சாத்தியமாக்கியது. தமிழ்நாடு மாதிரியானது மத்திய அரசால் அங்கீகரிக்கப்பட்டு மற்ற மாநிலங்களிலும் பின்பற்றப்பட்டது. தற்போது 71,099, குறைபாடுகள் உள்ளவர்கள், முன்பு HPWMI, MNREGA வை அணுகுகின்றனர். சமூகப் பாத்திரங்கள் மற்றும் பங்கேற்பு ஆகியவற்றில் கவனம் செலுத்துவதன் மூலம் மனநலக் குறைபாடுகளின் சமூக நிர்ணயிப்பாளர்களுக்கு வாழ்வாதாரங்களில் அதிக கவனம் செலுத்துவது கட்டாயமாகும்.

பிரிவு D

தமிழ்நாட்டில் வீடற்ற நிலை மற்றும் மனநலம் பற்றிய சூழ்நிலை பகுப்பாய்வு

இந்தியாவில் வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களின் நிலைமை குறித்து மிகக் குறைவான ஆய்வுகள் மட்டுமே இருந்து வருகின்றன, இருப்பினும் இந்தியாவிலும் பிற இடங்களிலும் உள்ள பெரும்பாலானவை, மனநல பாதிப்புடன், வீடற்ற நிலை குறுக்கிடுகின்ற நிலைத்த தன்மையில், சமூகப் பாதகத்தின் பங்கை அடிக்கோடிட்டுக் காட்டுகின்றன. சிக்கலான தேவைகளை நிவர்த்தி செய்யும் அல்லது வீடற்ற நிலை மீண்டும் ஏற்படுவதைத் தடுக்கும் காரணப் பாதைகள் அல்லது மாதிரிகளில் பெரும்பாலானவர்கள் கவனம் செலுத்தினாலும், ஒரு சிலரே, கட்டமைப்புத் தடைகள் மற்றும் துயரங்களின் தன்மை பற்றிய விரிவான தரவு மற்றும் தகவல்கள் தொடர்பாக கவனம் செலுத்துகின்றனர்.

வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கான தமிழ்நாடு அரசின் கொள்கை, மனநலப் பிரச்சினைகளுடன் வாழும் தெரு மக்கள் சார்ந்த உள்ளூர் கதைகள் மற்றும் அனுபவங்கள் மூலமாக செறிவூட்டப்பட வேண்டும். எனவே, பரிந்துரைகள் மற்றும் சேவைகள், நிஜ உலகில், தனித்துவமான மற்றும் மாறுபட்ட உண்மைகளை நிவர்த்தி செய்கின்றன. இந்தக் காரணத்திற்காக, ஒரு கலப்பு முறையிலான ஆய்வு மேற்கொள்ளப்பட்டது. அதிலிருந்து, இந்தப் பகுதியானது சில விளக்கமான காட்சிகளை வழங்குகிறது.

D.1 ஆய்வின் விளக்கம்: முறைகள் மற்றும் அணுகுமுறை

சென்னை, செங்கல்பட்டு, திருவள்ளூர், சிவகங்கை, திருச்சி, தஞ்சை, ஈரோடு மற்றும் கோயம்புத்தூர் ஆகிய இடங்களில், வீடற்றோர் மற்றும் மனநலம் குறித்த கலப்பு முறையிலான விரைவான மதிப்பீடு அக்டோபர், 2021ஆம் ஆண்டு மேற்கொள்ளப்பட்டது. நோக்கங்கள்:

1. வீடற்ற மக்களிடையே மனநலக் குறைபாடு இருப்பதைப் புரிந்துகொள்ள
2. வாழ்க்கை நிலைமைகளை ஆய்வு செய்தல் மற்றும் அடிப்படை வசதிகளுக்கான அணுகல்
3. மனநல பிரச்சினைகள் உள்ளவர்கள் அல்லது உளவியல் ரீதியான துன்பங்களை அனுபவிப்பவர்கள் மத்தியில், வீடற்ற நிலைக்கான காரணங்களை ஆராய்தல்
4. வீடற்ற மக்களிடையே வெளிப்படுத்தப்பட்ட தேவைகளை ஆராய்தல்

5. மனநல பாதிப்பு மற்றும் வீடற்ற நிலை ஆகியவற்றின் குறுக்கீட்டு தொடர்பில் சிக்கியவர்களை, சிறப்பாகக் கையாளக்கூடிய சேவைகள் மற்றும் முன்முயற்சிகள் பற்றிய கொள்கையைத் தெரிவிக்க

இந்த ஆய்வு, வீடற்றவர்களை, குறிப்பாக பல மனநலத் தேவைகள் கொண்டவர்களை, நேர்காணல் செய்வதை நோக்கமாகக் கொண்டது. ஆய்வின் நோக்கங்களுக்காக, வீடற்ற மக்கள் இவ்வாறாக வரையறை செய்யப்படுகிறார்கள்:

தலைக்கு மேல் கூரை இல்லாதவர்கள், தற்காலிக கட்டிடங்களில், சொந்தமாகவோ அல்லது வாடகைக்கோ வாழ்கிறவர்கள், மேலும், நடைபாதைகள், பூங்காக்கள், ரயில் நிலையங்கள், பேருந்து நிலையங்கள், வழிபாட்டுத் தலங்கள், கடைகளுக்கு வெளியே, பாலங்களுக்கு அடியில் மற்றும் பிற இடங்களில், அதாவது திறந்த வானத்திற்கு கீழே, மனிதர்கள் வாழ்வதற்கு தகுதியற்ற இடங்களில் வசிப்பவர்கள்.

வீடற்ற மக்களிடையே, எளிதல் பாதிக்கத்தக்க மற்றும் இயலாமையின் பல அளவுகள் உள்ளன. உதாரணமாக, குழந்தைகளுடன் இருக்கும் ஒற்றைப் பெண்கள், கடுமையான மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ளவர்கள், அல்லது சமூகஉளவியல்சார் துன்பத்தில் உள்ளவர்கள், உடல் ஊனமுற்றவர்கள் மற்றும் பலவீனமான நிலைமைகளால் பாதிக்கப்பட்ட முதியவர்கள் உள்ளனர். பலதரப்பட்ட மக்கள்தொகையினர், மருத்துவரீதியான மனநலப் பிரச்சினை உள்ளவர்கள் மற்றும் சமூகஉளவியல்சார் துன்பத்தில் உள்ளவர்கள் என்பதாக பரந்தளவில் வகைப்படுத்தப்பட்டனர். இந்த ஆய்வில் எடுத்துக்கொள்ளப்படும் வீடற்றவர்களின் வகைகளை, அட்டவணை 2 காட்டுகிறது.

அட்டவணை 2 வீடற்ற மக்களின் வகைகள்

	உயர்நிலை / தாழ்நிலை	மனநோய் (இருத்தல் / இல்லாமை)
மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட நிலையிலுள்ள வீடற்ற மக்கள்	உயர் மனநல பாதிப்புகளால் நேரும் விளைவுகள்	இருத்தல்

சமூகஉளவியல்சார் துயரத்தில் இருக்கும் வீடற்ற மக்கள்தொகையினர்	உளவியல் விளைவுகளுடன் கூடிய உயர் சமூகநிலை	தொடர் இல்லாமை
--	--	------------------

தகுந்த பங்கேற்பாளர்களைச் சேர்ப்பதற்காக, தரவு சேகரிப்பாளர்களுடைய முடிவின் அடிப்படையில், அவர்களிடம் நோக்கம்கொண்ட 'மாதிரி' பயன்படுத்தப்பட்டு, 240 பங்கேற்பாளர்கள் நேர்காணல் செய்யப்பட்டனர். அட்டவணை 3, மாவட்டங்கள் மற்றும் ஒவ்வொரு மாவட்டத்திலும் உள்ள பங்கேற்பாளர்களின் எண்ணிக்கை விபரங்களைக் காட்டுகிறது.

அட்டவணை 3 மாவட்ட வாரியான நேர்காணல் மாதிரி

மாவட்டம்	எண்
செங்கல்பட்டு	34
சென்னை	67
கோயம்புத்தூர்	26
ஈரோடு	16
சிவகங்கை	31
தஞ்சாவூர்	7

திருவள்ளூர்	29
திருச்சி	30
மொத்தம்	240

மனிதன் தொடர்பான ஆய்வை உள்ளடக்கிய, ஆராய்ச்சி நெறிமுறைகளுக்கு இணங்க மேற்கொள்ளப்பட்ட ஆய்வு முன்மொழிவு, தி பன்யான் அகடமியின் ஆராய்ச்சி மதிப்பாய்வு வாரியத்தால் (RRB) அங்கீகரிக்கப்பட்டது. ஆராய்ச்சியின் நோக்கம் மற்றும் அவர்களுக்கான ரகசியம் காக்கும் உரிமை மற்றும் ஏதேனும் அல்லது அனைத்து கேள்வித்தாள் உருப்படிகளுக்கும் பதிலளிக்க மறுப்பது ஆகிய அனைத்து அம்சங்கள் தொடர்பாக, பங்கேற்பாளர்களுக்கு தெரிவிக்கப்பட்டது. நேர்காணலுக்கு முன் அனைத்து பங்கேற்பாளர்களிடமிருந்தும், விபரம் தெரிவிக்கப்பட்ட நிலையிலான ஒப்புதல் பெறப்பட்டது - எழுதப்பட்ட அல்லது வாய்மொழியான - மற்றும் தனிப்பட்ட முறையில் அடையாளம் காணக்கூடிய பெயர்கள் அல்லது விவரங்கள் பகுப்பாய்வுக்கு முன்பாக நீக்கப்பட்டன.

பயிற்சிபெற்ற தரவு சேகரிப்பாளர்கள், ஐந்து நாட்கள் வரையான காலத்தில் நேர்காணல்களை நடத்தினர், அவர்களில் பெரும்பாலானோர் ECRC -களில் உள்ள அணிகள் மற்றும் அவர்கள், MSW பாடத்தில் முதுநிலைப் பட்டம் பெற்றவர்கள் அல்லது பயிற்சியில் இருப்பவர்கள், மற்றும் குமரகுரு லிபரல் ஆர்ட்ஸ் அண்ட் சயின்ஸ் கல்லூரியின் (KCLAS) சமூகப் பணிக்கான பள்ளியில் பயிற்சி பெறுபவர்கள். தரமான அவதானிப்புகளைப் பதிவுசெய்ய, சரிபார்ப்புப் பட்டியலுடன், பாதிளவு-கட்டமைக்கப்பட்ட நேர்காணல் அட்டவணை பயன்படுத்தப்பட்டது. தரவானது, காகிதத்தில் உள்ளிடப்பட்டு, கிளவுட் அடிப்படையிலான மென்பொருள் மூலம் பதிவேற்றப்பட்டது. தேர்ந்தெடுக்கப்பட்ட பங்கேற்பாளர்களுக்கான விரிவான அவதானிப்புகளுடன், நேர்காணல்களின் தரமான சுருக்கங்கள் தயார்செய்யப்பட்டன. தினசரி விளக்கமளிப்பு செயல்பாடு, பங்கேற்பாளர்கள் தேர்வுசெய்யப்படுதலை தெரிவித்தது. அவர்களுக்காக, தரமான விளக்கப் படங்கள் தயாரிக்கப்பட்டன.

வீடற்ற நிலை மற்றும் மனநலம் சம்பந்தமான அனுபவங்கள் தொடர்பான நுணுக்கங்களை வெளிப்படுத்தவும், அவர்களுடைய பல்வேறு சமூகஉளவியல்சார் தேவைகளின் அடிப்படையில், வீடற்றவர்களை வகைப்படுத்துவதற்கான அளவுகோல்களை உறுதிப்படுத்தவும், நேர்காணல்களுக்குப் பிறகு, ஏழு பங்கேற்பாளர்களுடன், கவனக் குழு விவாதம் (FGD) நடத்தப்பட்டது.

D.2 தரவு பகுப்பாய்வு

மேலே விவரிக்கப்பட்டபடி, தரவானது, வீடற்றவர்கள் தொடர்பான இரண்டு வகைகளாகப் பிரிக்கப்பட்டது. மனநல அளவுகோலை எடுத்தாளும் அனைத்து பங்கேற்பாளர்களும், முதலில் பிரிவு 1 (வீடற்ற மனநல பிணியாளர்கள்) இல் ஈடுபடுத்தப்படுகிறார்கள் மற்றும் பிரிவு 2 இன் கீழ் வகைப்படுத்தப்பட்ட குறிப்பிட்ட சமூகஉளவியல்சார் அளவுகோல்களை (சமூகஉளவியல்சார் துயரத்தில் இருக்கும் வீடற்ற மக்கள்) எடுத்தாள்கிறார்கள் (அட்டவணை 4 ஐ பார்க்கவும்).

அட்டவணை 4 மாதிரியை வகைப்படுத்துவதற்கான அளவுகோல்கள்

	அளவுகோல்கள்	மனநோய் (இருத்தல் / இல்லாமை)
வீடற்ற மனநல பிணியாளர்கள்	மனநோய் - போதைப்பொருள் பயன்பாடு உட்பட	இருத்தல்
சமூகஉளவியல்சார் துயரத்தில் உள்ள வீடற்ற மக்கள்	குடும்பத்தில் முதன்மையான உறுப்பினரின் மரணம், வேறன்சன் நோய், உடல்சார்ந்த நோய், போதுமான குடும்ப ஆதரவு இல்லாமை ஆகியவற்றால் ஏற்பட்ட வீடற்ற நிலை	இல்லாமை

ஒரு மூத்த ஆராய்ச்சியாளர், இலவச-உரை தரவுடன் கூடிய திறந்த-நிலை கேள்விகளை வகைப்படுத்தினார். மாதிரியின் சமூக-மக்கள்தொகை விவரக்குறிப்பைப் புரிந்துகொள்வதற்காக, ஐயத்திற்கிடமற்ற மாறிகளுக்கான அதிர்வெண் மற்றும் சதவிகிதம் நிலையான விலகல்/தொடர்ச்சியான மாறிகளுக்கான வரம்பு கொண்ட சராசரி/இடைநிலை மதிப்பு ஆகியவற்றைக்

கொண்ட SPSS பயன்படுத்தப்பட்டு, அளவுநிலையிலான தரவு ஆய்வுக்குட்படுத்தப்பட்டது. தொடர்புடைய கருப்பொருள்களை அடையாளம் காணவும், ஆய்வு விக்னெட்டுகளை (விபரப் படங்கள்) தயாரிக்கவும், இரண்டு மூத்த ஆராய்ச்சியாளர்கள், உள்ளடக்கப் பகுப்பாய்வு முறையைப் பயன்படுத்தினர்.

D.3 கண்டடைவுகள்

D. 3 a பங்கேற்பாளர்களின் சமூக-மக்கள்தொகை விவரக்குறிப்பு (n=240)

பெரும்பாலான மாதிரிகள் (43%), 61-80 வயதுடையவர்களால் பின்தொடரப்படும், 41 மற்றும் 50 வயதுக்கு இடைப்பட்டவர்கள். பெண்களைவிட (43.3%), அதிகமான ஆண்கள் (56.7%) கணக்கெடுக்கப்பட்டனர். மாற்று பாலினத்தவர் எவரும் நேர்காணல் செய்யப்படவில்லை. பதிலளித்தவர்களில் 47.5% மக்களின் ஜாதித் தரவு கிடைக்கவில்லை. 15% பேர், சாதி அடையாளத்தை வெளியிடுவதால் நேரும் மோசமான பின்விளைவுகளுக்குப் பயந்து, தங்கள் சாதியை வெளியிட விரும்பவில்லை. கல்வி அறிவு குறைவாக காணப்பட்ட நிலையில், 65% பேர் கல்வியைப் பெறவில்லை மற்றும் 56.7% பேர் பணியில் இல்லை.

பெரும்பாலானவர்கள் (75.4%) தங்களை இந்து என்று அடையாளப்படுத்திக் கொண்டாலும், அவர்களிடையே, அந்த அடையாளத்தில், உறுதித்தன்மையற்ற நிலையும் காணப்பட்டது. இந்த மாதிரியில் உள்ளடங்கும் குறிப்பிட்ட எண்ணிக்கையிலான வீடற்ற நபர்களுக்கு, மத அனுஷ்டானத்தின் மீது குறிப்பான ஆர்வம் இருந்தது. மேலும், மதம் சார்ந்த தங்குமிடம், அவர்கள் மீதான விமர்சனங்களை எழுப்பாத இடமாக இருந்ததுடன், அவர்களுக்கான அடையாள உணர்வு, பாதுகாப்பு மற்றும் உணவு போன்ற அடிப்படைத் தேவைகளை வழங்கிய இடமாகவும் இருந்தது. பங்கேற்பாளர்களில் சிலர், மதம் மற்றும் ஆன்மீகத்தை வெவ்வேறு அம்சங்களாகக் கருதினர். எனவே, ஒரு குறிப்பிட்ட மதத்தில் பிறந்து வளர்ந்திருந்தாலும், இந்த வகைப்பாட்டில் உள்ள வீடற்ற நபர்கள், அவர்களுக்கு அடைக்கலம் அளித்த வேறு மதங்களைத் தழுவியுள்ளனர். இந்த நிலை, செங்கல்பட்டு, திருச்சி மற்றும் சிவகங்கை போன்ற சில மாவட்டங்களில் அதிகமாகக் காணப்பட்டது. அங்கு வீடற்ற மக்களுக்கு, நம்பிக்கை அடிப்படையிலான அக்கறைகள் மற்றும் ஆதரவு தளங்கள் உள்ளன.

பதிலளித்தவர்களில், ஒட்டுமொத்தமாக, 37.5% அளவினர் மாற்றுத்திறனாளிகள். கோயம்புத்தூர் வகைமாதிரியில், ஹான்சன் நோயுடன் தொடர்புடைய இயலாமை முக்கிய அம்சமாக உள்ளது. அந்த நிலையுடன், தமிழகத்தின் பல்வேறு பகுதிகளில் இருந்து, மத ஸ்தலமான மருதமலையில் மக்கள் கூடுகிறார்கள்.

வகைமாதிரியில் உள்ள 240 பேரில், 59 (24.5%) பேர் மனநல பிரச்சினையுடன் வாழ்வதாக தெரிவிக்கப்பட்டது. அந்தப் பிரச்சினை, மனநோய் (31),

போதைப்பொருள் பயன்பாடு (19), மனச்சோர்வு (5) மற்றும் சரிசெய்தல்-தொடர்பான நிலைமைகள் (4) என்பதாக வகைப்படுத்தப்பட்டுள்ளது. முறையான ஸ்கிரீனிங் கருவிகள் எதுவும் பயன்படுத்தப்படவில்லை, ஆனால் குழுவினரின் மருத்துவரீதியான சமூகப் பணியாளர்கள், சாத்தியமான மனநலப் பிரச்சினைகளை மதிப்பீடு செய்தனர். வெளிப்படுத்தப்பட்ட அறிகுறிகளின் தரமான தரவுகள் பதிவுசெய்யப்பட்டன மற்றும் மூத்த மருத்துவர்கள் மனநலப் பிரச்சினைகளின் வகைகளை சரிபார்த்தனர்.

பதிலளித்தவர்களிடையே, வீடற்றவர்களின் வகைப்பாட்டில், மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ளவர்கள் மற்றும் பொதுவான சமூகஉளவியல்சார் துயரத்தில் உள்ளவர்கள் இடையே குறிப்பிடத்தக்க வேறுபாடுகள் உள்ளன. பெரும்பாலானோர், நீண்டகாலமாக வீடற்றவர்களாய் (49.6%) இருப்பதாய் கூறப்பட்டாலும், மனநலப் பிரச்சினையுடன் (33.9%) வாழ்பவர்களுக்கு, வீடற்ற நிலை, அவ்வப்போது தொடர்ச்சியாக நிகழ்வதாய் கூறப்பட்டது. மேலும், சமூகஉளவியல்சார் துயரத்தில் உள்ளவர்கள் (29.8%), தற்காலிக வீடற்ற நிலைக்கு ஆளாகிறவர்களாக உள்ளனர்.

D. 3 b அடிப்படை வசதிகளுக்கான அணுகல்

மக்கள், மத நிறுவனங்கள் மற்றும் இலாப நோக்கற்ற நிறுவனங்களை நம்பியிருந்தனர். அவை அவ்வப்போது சமைத்த உணவை விநியோகித்தன; பங்கேற்றவர்களில், 54.2% பேர், தீவிரநிலையிலான உணவுப் பாதுகாப்பின்மை நிலவுவதாக தெரிவித்தனர். கழிப்பறை வசதிகளுக்கான அணுகல் குறைவாக இருந்தது. 47.6% பேர், தொடர்ச்சியாக கட்டணம் செலுத்தி, கழிவறை வசதிகளைப் பயன்படுத்தும் நிலையில் இல்லை.

தீவிர மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ளவர்களில், 98% பேர் எந்தவிதமான சிகிச்சையையும் நாடவில்லை. அவர்களுக்கான சேவைகள் இருந்தபோதிலும், வீடற்றவர்களுக்கான தொடர்ந்த பராமரிப்புகளில் உள்ள இடைவெளிகளை இது குறிக்கிறது. தமிழ்நாட்டில் பரவலான பொது மருத்துவ அமைப்பு இருந்தபோதிலும், உடல்நலப் பாதுகாப்புக்கான அணுகலில் உள்ள இடைவெளிகளை விளக்க, நேர்காணல்களில், கர்ப்பம் மற்றும் உடல்நல நிலைமைகள் - ஹென்சன்ஸ் நோய் போன்ற தொடர்புடையக் குறைபாடுகள் உள்ளிட்ட சில தரமான அம்சங்கள் வெளிப்பட்டன. மேற்கோள் காட்டப்பட்ட காரணங்களில், தாக்குப்பிடிக்க முடியாத செலவு, சிகிச்சை கிடைப்பதில் தாமதம், சுகாதார சேவைகளில் நிலவும் ஜாதி அடிப்படையிலான பாகுபாடு, குறிப்பாக, பரம்பரையாக வீடற்ற மக்களிடையே நிலவும் வாக்குரிமையற்ற நிலை, உடனடி சாதகமான விளைவுகளுக்கான பற்றாக்குறை மற்றும் நோயின் காரணமாக, சம்பாதிக்காத குடும்ப உறுப்பினராக மாறுதல் ஆகியவை அடங்கும். மாற்றுத்திறனாளிகளில், 5% -க்கும் குறைவானவர்களே, அதற்கான அடையாள அட்டைகள் மற்றும் அவை தொடர்புடைய பலன்களை அனுபவிப்போராக இருந்தனர்.

D.3 c வீடற்ற நிலைக்கான காரணிகள்

பங்கேற்பவர்கள், வீடற்ற நிலைக்கு வழிவகுக்கும் பல காரணிகளை முன்னிலைப்படுத்தியதாக, தரமான தரவு தெரிவிக்கிறது. வீடற்ற நிலையை விளக்கும் முக்கிய கருப்பொருள்கள், மனநலப் பிரச்சினைகள் அல்லது குடும்ப மோதல்கள் போன்ற உடனடி தூண்டுதல் காரணங்கள் இருந்ததை வெளிப்படுத்துகின்றன. முந்தைய நெருக்கடியான வாழ்க்கை நிகழ்வுகள் மற்றும் சமூகப் பாதகங்கள், குறிப்பாக, சாதி மற்றும் பாலின அடிப்படையிலான ஒடுக்குமுறை ஆகியவற்றின் பின்னணியில் இவை நிகழ்ந்தன.

வீடற்றவர்களின் வாழ்க்கைக் கதைகளில், சாதி என்பது குறிப்பிடத்தக்க வகையில் இடம்பெற்றுள்ளது. தலைமுறையாக நீடிக்கும் சிரமங்களால் வறுமை தொடர்ந்தாலும், தொடர்ச்சியான பாகுபாடு மற்றும் ஒடுக்குமுறை, மேலான வாழ்க்கை வாய்ப்புகளைப் பெறுவதிலிருந்து அவர்களை விலக்கிவைத்தது (ஆய்வு 1 ஐ பார்க்கவும்: நந்தியா). சாதி சார்ந்த தொழில்கள், உறுதியற்ற தன்மை மற்றும் அத்தகைய உழைப்பின் முறைசாரா தன்மை ஆகியவை, கிராமப்புற மக்களை சிறந்த, கண்ணியமான வாழ்வாதார வாய்ப்புகளை எதிர்பார்த்து இடம்பெயர வழிவகுத்தன. ஆனால், நகர்ப்புற வறுமையுடன் தொடர்புடைய ஒரே மாதிரியான வேலைகள் மற்றும் மிகவும் சிக்கலான தடைகளை மட்டுமே சந்திக்க நேரிட்டது (ஆய்வு 2 ஐ பார்க்கவும்: செங்கேனி).

ஆய்வு 1: நந்தியா

அண்ணாநகர் பாலத்தின் கீழ் வசிக்கும் நரிகுறவர் பழங்குடியினத்தைச் சேர்ந்த சுமார் 50 குடும்பங்களில், நந்தியாவும் அவரது குடும்பத்தினரும் உள்ளனர். நந்தியா சமைக்கும்போது, தற்காலிக கம்பங்களால், ஆபத்தான முறையில், தார்ப்பாய்க்கு அடியில் உரையாடல் நடைபெறுகிறது. அவரது நான்கு வயது மகன், அன்றைய உரையாடலுக்கான மொழிபெயர்ப்பாளராக இருக்கிறார். அவர்களுடைய மொழியிலிருந்து முக்கியமான வார்த்தைகளை திறமையாக தமிழில் மொழிபெயர்க்கிறார்.

குழந்தை உட்பட முழு குடும்பமும், இரும்புக் குப்பைகளை சேகரித்து விற்கும் தொழிலில் ஈடுபட்டுள்ளனர். 'அன்றாடம் உழைத்து வாழ்கிறோம். ஒரு நாளைக்கு, ரூ.20 முதல் 100 வரை சம்பாதிக்கிறோம்' என்கிறார் அப்பெண். ஜாதி அடிப்படையிலான பாகுபாடு காரணமாக, இந்தக் குடும்பம், வேறுவகையான பணிவாய்ப்புகளைப் பெறவோ, வாடகை வீட்டிற்கு குடிபெயரவோ, அல்லது அடிப்படை மருத்துவ வசதிகளைப் பெறவோ முடியாது.

சாதிய ஒடுக்குமுறை, அவர்களது வாழ்க்கையின் ஒவ்வொரு அம்சத்திலும் வியாபிக்கிறது. 1952ஆம் ஆண்டு நரிக்குறவர்கள் குறியீடு இடப்பட்டாலும் (DNC),

காலனிய ஆட்சியின்போது குற்றவாளி சமூகமாக ஆக்கப்பட்டார்கள். அவர்களது சமூகத்தின் மீதான களங்கம் மற்றும் ஒடுக்குமுறை மரபு, இன்னும் தொடர்கிறது. குள்ளநரிகள், எலிகளை வேட்டையாடுவது, மற்றும் பிற சிறு விளையாட்டுகள், ஜாதி இந்து சமுதாயத்தால் ஒதுக்கப்படுவதற்கு காரணமானதால், அவர்களின் தற்போதைய தொழில், மணிகள் தயாரித்தல், துப்புரவு அல்லது கழிவுநீக்கம் தொடர்பான பிற வகையான பரிமாணங்களுக்கு மாறியுள்ளது. அவரது சமூகத்தில் உள்ள பெரும்பாலானவர்களைப் போலவே, நந்தியாவும், தனது குழந்தைப் பருவத்தை வீடு இல்லாமலேயே கழித்ததோடு, முறையான பள்ளிப் படிப்பையும் பெற இயலவில்லை. மிகவும் பிற்படுத்தப்பட்ட வகுப்பினர் (MBC) என்ற பிரிவின் கீழ், நரிக்குறவர் சமூகம் வகைப்படுத்தப்பட்டிருப்பதால், பல நம்பிக்கையான நடவடிக்கைகள் மற்றும் பட்டியல் பழங்குடியினருக்கென்று வழங்கப்பட்ட சமூகக் கொள்கைகளிலிருந்து கிடைக்கும் நன்மைகளை அவர்கள் இழக்கின்றனர். அவைகளை அவர்கள் பெறுகின்ற வாய்ப்பு கிடைத்திருந்தால், அவர்களுக்கான வாழ்க்கைப்பாதைகள் மாறியிருக்கும். வீடற்றவர்கள் மத்தியில்கூட, சாதியானது, படிநிலை அந்தஸ்து மற்றும் வளங்களை அணுகுவதை தீர்மானிக்கிறது என்று அவர் கூறுகிறார். உயர் மதிப்புமிக்க நடைபாதைகள் மற்றும் நரிக்குறவர்கள் வாழ அனுமதிக்கப்படும் தரம்குறைந்தவைகளுக்கு இடையே, சொல்லப்படாத விதிகள் மூலம் எல்லைகள் தீர்மானிக்கப்படுகின்றன.

மேலும், ஒரு பெண் என்ற முறையில், இன்னும் கூடுதல் தடைகளை எதிர்கொள்வதாகவும் அவர் கூறுகிறார். அவசியம் தேவைப்படும் தனிமைக்காக (காலைக்கடன்கள் உள்ளிட்டவை), சில வசதிகளை நாடிச்செல்கையில், அவர் சந்திக்கும் அவமதிப்புகள் பற்றி வலியுறுத்திக் கூறுகிறார். ஒரு நாளைக்கு, சுமார் ரூ.30 -க்கு மேல் வசூலிப்பதால், கட்டணக் கழிப்பறை வசதிகளை அவரால் பயன்படுத்த முடிவதில்லை. அதுவும், மாதவிடாய் காலங்கள், அவருக்கு மிகவும் கடினமானவை. ஒரே அட்டையை (pad), இரண்டு நாட்களுக்குப் பயன்படுத்த வேண்டிய அவலம் நேர்கிறது. அவர் தனது முதல் கர்ப்பத்தின்போது, ஒரு அங்கன்வாடி பணியாளரின் உதவியைப் பெற்றதை நினைவு கூர்ந்தார். ஆனால், அவரது குழந்தைகளுக்கு தடுப்பூசிகள் போடப்படவில்லை மற்றும் அவர்கள் பள்ளிக்கும் செல்லவில்லை. அவர்களின் வாழ்க்கையும், பரம்பரையாகத் தொடரும் பரிதாபக் கதைகள் மற்றும் எளிதில் பாதிப்புகளுக்கு ஆளாகிற சூழலுடன் நகர்கிறது.

'என்னோட வீடு' என்று சொல்வதற்கான ஒரு வீட்டைத் தவிர, நந்தியாவிடம் வேறெந்த எதிர்பார்ப்பும் இல்லை. ஏனெனில், ஒருவரது தலைக்குமேலே இருக்கும் கூரையானது, அவருக்கான அடையாளமாக கருதப்படுவதோடு, சம்பந்தப்பட்டவரின் குடும்பம் மற்றும் வாழ்விலும் நிலைத்தன்மையைக் கொண்டுவர முடியும்.

ஆய்வு 2: செங்கேனி

இலவச உணவுப் பொட்டலங்களைப் பெறுவதற்காக, பொள்ளாச்சியிலிருந்து, தினமும் குறிப்பிட்ட இடங்களுக்குப் பயணிப்பதை உறுதிசெய்யும் செங்கேனி, அதேசமயத்தில், தான் ஒருபோதும் பொய் சொல்லமாட்டேன் என்பதை திரும்பத் திரும்ப சொல்கிறார். தனது இரண்டு அனாதைப் பேரக்குழந்தைகள் மற்றும் காசநோய் காரணமாக, வேலையின்றி இயலாமைக்கு ஆளான தனது நோய்வாய்ப்பட்ட கணவர் ஆகியோருக்காக, இந்த உணவுப் பொட்டலங்களை எடுத்துச்செல்வதாக அவர் கூறுகிறார். உக்கடம் பேருந்து நிலையத்தை ஒட்டிய கட்டிடங்களுக்கு என்ன வயதோ, அதுதான் இந்த செங்கேனிக்கும்! அந்தக் கட்டிடங்களுக்கு அடிக்கல் நாட்டப்பட்டபோது, அவரை, பொள்ளாச்சியில் இருந்து கோவைக்கு அழைத்து வந்தனர் அவரின் பெற்றோர். அவரது தந்தை முனிசிபல் கார்ப்பரேஷனில் ஒரு துப்புரவுத் தொழிலாளியாக இருந்தார். முக்கியமாக, டவுன்ஹாலுக்கு அருகிலுள்ள பொற்கொல்லர் சாலையில் அவர் பணிபுரிந்த அதேவேளையில், அவரது தாயார், தங்கத் துகளைப் பிரித்தெடுக்கும் பொருட்டு, வடிகால்களில் இருந்து, கழிவுகள் மற்றும் தூசிகளை சலிக்கும் வேலையை செய்தார்.

அவருக்கு 12 வயதில் திருமணம் நடந்துமுடிந்த பிறகு, இறுதியாக மும்பைக்குச் சென்ற அவர், விக்டோரியா டெர்மினல் அருகே, 20 ஆண்டுகளாக டீ ஸ்டால் நடத்தினார். அவரது மைத்துனியுடன் ஏற்பட்ட தொடர் சச்சரவால் களைத்துப்போன இவரின் குடும்பத்தினர், மீண்டும் பொள்ளாச்சிக்கே திரும்பிவிட முடிவுசெய்ததாக இவர் கூறுகிறார். அவரது கணவரின் உடல்நிலை பாதிப்பால், எந்தவித வேலையிலும் ஈடுபட முடியாத நிலை ஏற்படுவதற்கு முன்னர், அருந்ததியர் சமூகத்தைச் சேர்ந்த பலர் செய்வதுபோல், சில ஆண்டுகள், கந்தல் சேகரிக்கும் தொழிலை செய்தார் இவர். அவர் தற்போது தேர்வுசெய்திருக்கும் இடமான, பொது மருத்துவமனையின் பின்புறம் உள்ள ஒரு நடைமேடை பகுதியில், உணவுக்குப் பஞ்சமில்லை. பாதுகாப்பான உறங்கும் இடங்களுக்கு மிக அருகில் இது உள்ளது. இத்தகைய இடப் பாதுகாப்பு, வயது வித்தியாசமின்றி பாலியல் வன்கொடுமைகளை எதிர்கொள்ளும் வீடற்ற பெண்களுக்கு மிகவும் முக்கியமான என்று அவர் கூறுகிறார். அவர் தனது பாதுகாப்பிற்காக, ஒரு பெரிய கம்பை உடன் வைத்திருக்கிறார். உக்கடம், டவுன்ஹால் மற்றும் அரசு பொது மருத்துவமனை இடையே உள்ள இந்தப் பகுதியில், அதிகளவில் உணவு கிடைக்கிறது, மேலும், இப்பகுதியில் இருக்கும் கட்டணக் கழிப்பறை வசதிகளும், அரிதான முறையில் பயன்படுத்தப்படலாம். பலர் துணிகளை விநியோகிக்கிறார்கள், சிலர் பேசுவதற்காக நிறுத்துகிறார்கள், பள்ளிக் குழந்தைகள் சிறிது சில்லறைகளைக் கொடுக்கிறார்கள், அருகிலுள்ள பேருந்து நிறுத்தத்தில் இறங்குபவர்கள், அவருக்கு சில ரூபாய்

நோட்டுகளையும் கொடுப்பதால், இவரால் தேவையை நிறைவுசெய்துகொள்ள முடிகிறது. இரண்டு பெண்கள், அவர்கள் தாயும் மகளுமாக இருக்கலாம், தங்களின் காரில் இருந்து, தன்னைக் கை காட்டி அழைத்து, தன்னுடன் உரையாடிவிட்டுச் சென்ற சமீபத்திய சம்பவத்தை இவர் விவரிக்கிறார். செங்கேனிக்கு, சில வகையான நரம்பியல் சார்ந்த பிரச்சினைகள் இருப்பதாக தெரியவருவதோடு, அவரது கால் மற்றும் கைகளில் எரிச்சல் உணர்வுகள் இருப்பதாகவும் கூறுகிறார் - மருத்துவரின் ஆலோசனையின் பேரில், அவர் தன்னுடைய ஒரு காலில், அழுத்தத்திற்காக, துணியைப் பயன்படுத்துகிறார்.

செங்கேனி, உரையாடலின் குறிக்கோள் குறித்து ஆர்வமாக இருப்பதோடு, எங்களது நோக்கங்களையும் தெளிவாகத் தெரிந்துகொள்வதில் நாட்டமாக இருந்தார். அவரை ஏதேனுமொரு காப்பகத்திற்கு அழைத்துச் செல்வதற்காக, மீண்டும் மீண்டும் வரக்கூடிய நபர்களைப் போன்றவர்களல்ல நாங்கள் என்பதை அவர் நம்புகிறார். வீடற்ற பெண்களுடன் நாம் உரையாடும் வாய்ப்புள்ள வேறு சில இடங்களையும் அவர் சுட்டிக்காட்டுகிறார் - அந்தப் பெண்களில் ஒருவருக்கு, மனநலப் பிரச்சினை இருப்பதாகவும் அவர் தெரிவிக்கிறார். அவர் தனது ஆதார் அட்டையை எங்களிடம் காட்டியபோதுதான், அவரின் பெயர் பாப்பாத்தி என்றும், செங்கேனி அல்ல என்றும் நாங்கள் அறிந்துகொண்டோம். அவரைக் காப்பகத்திற்கு அழைத்துச் செல்ல வருகின்ற எவரிடமும், பாப்பாத்திக்கு என்று முகவரி உள்ளது என்பதற்கான ஆதாரமாக இந்த அட்டை கொடுக்கப்படுகிறது. மீண்டும் திரும்பி வருவதற்கு, வீடு, கணவர் அல்லது பேரக்குழந்தைகள் இல்லை என்பதை நாம் தெரிந்திருந்தாலும், அவரின் கடந்த காலத்தையே, நிகழ்காலமாகவும் கருதுவதானது, அந்தப் பெண்ணின் சுதந்திரத்தைப் பாதுகாக்க உதவுகிறது. செங்கேனி, தன்னைப் போன்றவர்களுக்குத் தேவைப்படும் ஒரே விஷயமாக கருதுவது, 'கேள்விகள் கேட்கப்படாத' இடத்தைதான். அங்கு, அவரைப் போன்றவர்கள், தங்களின் படுக்கை மற்றும் உடைமைகளை வைத்துக்கொண்டு இரவில் உறங்க முடியும்.

D.3d ஆரோக்கிய நிலைமைகள், வறுமையையும் வீடற்ற நிலைக்குத் தள்ளப்படுவதையும் இணைத்து, புரிதலை உண்டாக்குகிறது.

நாள்பட்ட அல்லது வெளிப்படையாக சொல்ல இயலாத ஆரோக்கிய நிலைமைகள் முற்றுவதன் விளைவாக, சிகிச்சைக்காக அதிகளவு பயணம் மேற்கொள்வதால் நேரக்கூடிய அதிகளவிலான செலவுகள் மற்றும் சிகிச்சைக்கான நடைமுறைகளைப் பின்தொடர்தல் ஆகியவை, வீடற்ற தன்மையைத் தூண்டும் காரணிகளில் வலுவானவையாக கருதப்படுகின்றன. உடல்நிலையின் காரணமாக ஒரு நபர் வேலையில்லாமல் இருக்கும் சூழலில், அவருக்குத் தேவைப்படும் சரியான பராமரிப்பை குடும்பத்தினர் வழங்கத் தயங்கும் நிலைதான், வறுமைக்கான முக்கியப் பின்னணியாக இருக்கிறது (ஆய்வு 3 ஐ பார்க்கவும்:

ராமசாமி). துணைக்கான தேவை மற்றும் சமூக ஆதரவிற்காக ஒருவர் மறுமணம் செய்துகொள்ளும்போது, பொதுவாக ஆண்களிடையே, சம்பந்தப்பட்ட ஆணின் குடும்பம் அந்த ஜோடியை நிராகரிக்கும்போது, உடனிருக்கும் பெண்ணும் வீடற்ற நிலைக்குத் தள்ளப்படுகிறார் (ஆய்வு 4 ஐ பார்க்கவும்: அன்புச்செல்வன் மற்றும் மதுகை).

ஆய்வு 3: ராமசாமி

பொது மருத்துவமனையைச் சுற்றிய நடைபாதைகளை ஆக்கிரமித்தவர்களில் ராமசாமியும் ஒருவர். அவருடைய 70 -களின் முற்பகுதியில், அவர் ஒரு தங்க நகை கைவினைஞராக இருந்தார். அவர் தனது குடும்பத்துடன், குழந்தையாக இருந்தபோதே, தஞ்சாவூரில் இருந்து கோவைக்கு குடிபெயர்ந்தவர். அவர்களின் சமூகம் மற்றும் தொழில் நடைமுறை, சோழர் காலத்தைத் தொடுகிறது. அதற்கு ஆதாரமாக, அவர் தனது முன்னோர்களால் வேலைப்பாடு செய்யப்பட்ட நகைகளைக் கொண்ட பல கோயில்களை மேற்கோள் காட்டுகிறார்.

ராமசாமி தெளிவற்ற முறையில் விவரிப்பதன்படி, சுமார் 20 ஆண்டுகளுக்கு முன்பு, இயந்திரமயத்தால் உருவான நகைகளின் வருகை மற்றும் தங்கத்தின் விலையில் ஏற்பட்ட ஏற்ற-இறக்கங்களால், கடும் நஷ்டங்களை சந்தித்த அவர், அத்தொழிலைக் கைவிட்டு, பாதுகாவலர் பணிக்குச் செல்ல வேண்டிய நிலை ஏற்பட்டு, பல தொழிற்சாலைகளில் பணிபுரிந்தார். இந்தச் சரிவுடன், குடும்பப் பிரச்சினைகளும் சேர்ந்துகொள்ள, அது பொருளாதார துயரமாக மாறியது. அத்தகைய ஒரு பணியின்போது, அவர் வெல்டிங் செயல்முறை நடைபெற்ற இடத்திற்கு மிக அருகில் சென்றதால், அதனால் ஏற்பட்ட காயத்தின் விளைவாக, தனது கண்பார்வையை இழந்தார். அரவிந்த் கண் மருத்துவமனையிலும், அதனைத் தொடர்ந்து, அரசு பொது மருத்துவமனையிலும் சிகிச்சை பெற்றும், அவரால் தனது பார்வையை திரும்பப் பெற முடியவில்லை. இந்தநிலை, அவரது குடும்பத்துடனான உறவை மேலும் மோசமாக்கி, கடந்த மூன்று ஆண்டுகளுக்கு முன்பாக, அவர் வீட்டைவிட்டு வெளியேற வேண்டிய கட்டாயத்தை ஏற்படுத்தியது. பொது மருத்துவமனையில் அவருக்கு பல நண்பர்கள் உள்ளனர். எனவே, அவருக்கான அடிப்படைத் தேவைகளுக்கு உதவக்கூடியவர்களை தொடர்புகொண்டு நிறைவுசெய்து கொள்கிறார். அவர் பொது மக்கள் மற்றும் அருகிலுள்ள தேவாலயத்திற்குச் செல்வார், காவல்துறையில் பணிபுரியும் அவரின் நண்பர் ஆகியோரிடமிருந்து பணஉதவிகளைப் பெறுகிறார். இதனால், மருந்துகள் போன்ற அவருக்கான சில அடிப்படைத் தேவைகளை நிறைவுசெய்துகொள்ள முடிகிறது. பல தனிநபர்கள் மற்றும் தன்னார்வ தொண்டு நிறுவனங்கள் உணவுப் பொட்டலங்களை விநியோகிப்பதில் ஈடுபட்டுள்ளனர். இதனால், அவருக்கு, ஒருநாளில் குறைந்தபட்சம் இரண்டு வேளை உணவாவது கிடைத்துவிடுகிறது. கழிப்பறைகள் மற்றும் குளியல் வசதிகள் (குறைவான கட்டணத்தில்

இயங்குபவை), குறைந்தபட்சம் 2 கி.மீ தொலைவில் இருப்பதாலும், அதிக எண்ணிக்கையிலான மக்கள் அவற்றைப் பயன்படுத்துவதாலும், அவை எப்போதும் அணுகக்கூடியவையாக இருப்பதில்லை. ஓரிரு வாரங்களுக்கு முன், ஆதார், வாக்காளர் அடையாள அட்டை, ரேஷன் கார்டு, கண் அறுவை சிகிச்சை தொடர்பான ஆவணங்கள், வங்கி பாஸ்புக் என முக்கியமான பொருட்கள் அடங்கிய அவரின் பை ஒன்று, பணத்துடன் சேர்த்து திருடுபோய்விட்டது.

ஒரு காப்பகத்தில், 20 நாட்கள் தங்கியிருந்தபோது, அவரது அனுபவங்கள் திருப்தியானதாக இல்லை, பெரும்பாலும் அதிகப்படியான கட்டுப்பாடுகள் (வெளியே செல்லக்கூடாது, ஒரு நாளைக்கு ஒரு 'பீடி' கூட இல்லாமை, விருப்பத் தேநீருக்கான கட்டுப்பாடுகள், உணவு தொடர்பான விருப்பத்தேர்வுகளுக்கான கட்டும் வரையறைகள்) நடமாடுதல் மற்றும் விருப்பத் தேர்வுகளுக்கான வரம்புகள்தான் அதற்கான காரணங்கள். உண்மையில், காப்பகங்கள் என்பவை சிறைச்சாலையாக இருக்கும்போது, முதியோர் இல்லம் என்று ஏன் அதை அழைக்க வேண்டும் என்று கேட்கிறார் இவர். தனிமனித சுதந்திரத்தின் மீது ஏற்கமுடியாத கட்டுப்பாடுகள் இல்லாத, லாக்கர்களுடன் கூடிய பாதுகாப்பான உறங்கும் இடங்களை உருவாக்குவதில் அரசாங்கம் கவனம் செலுத்த வேண்டும் என்று அவர் எதிர்பார்க்கிறார்.

ஆய்வு 4: அன்புச்செல்வன் மற்றும் மதுகை

அன்புச்செல்வன் மற்றும் மதுகை தம்பதியினர், தங்களின் 50 வயதுகளில் இருப்பவர்கள். கடந்த ஆறு ஆண்டுகளாக பேருந்து நிறுத்தத்தில் வசிக்கும் அவர்களுக்கு, அருகிலுள்ள சில கடைக்காரர்களின் உதவிகள் கிடைக்கின்றன. அன்புச்செல்வன் இளைஞராக இருக்கும்போதே, ஹேன்சன்ஸ் நோய் பாதிப்புக்கு ஆளானார் மற்றும் அதன்விளைவாக, அவரின் பார்வைத்திறன் பெரியளவில் பாதிக்கப்பட்டதோடு, ஒரே கையில் மூன்று விரல்களையும் அவர் இழக்க நேரிட்டது. மதுகை அவரின் இரண்டாவது மனைவி. மதுகை விரும்பியபடி, தேவாலயத்தில் திருமணம் செய்துகொள்வதற்காக, அன்புச்செல்வன் கிறிஸ்தவ மதத்திற்கு மாறினார். அன்புச்செல்வனின் வயதுவந்த மகன்கள், இத்திருமணத்தை ஒருபோதும் ஏற்றுக்கொள்ளாத காரணத்தால், இந்தத் தம்பதியினருடன் தொடர்ச்சியான தகராறில் ஈடுபட்டனர். ஒரு கட்டத்தில், மகன்கள் - தந்தைக்கு இடையிலான உறவு சிதைந்து, இந்தத் தம்பதியினர் கைவிடப்பட்டனர். அவர்கள், அந்தப் பிரச்சினை தொடர்பாக இன்னும் விரிவாகப் பேசுவதற்கு தயங்குகிறார்கள். ஏனெனில், அது தந்த அதிர்ச்சியையும் வேதனையையும் மீண்டும் நினைவுகூற அவர்கள் விரும்பவில்லை.

தம்பதியர் ஒருவருக்கொருவர் அர்ப்பணிப்புடன் உள்ளனர். மேலும், மதுகை, தங்களிடம் உள்ள பற்றாக்குறையான வளங்களைக் கொண்டு, அன்புச்செல்வனை கவனித்துக்கொள்வதில், தனது நாளின் பெரும்பகுதியை செலவிடுகிறார். பணத்திற்காக விற்கப்படக்கூடிய பாட்டில்கள், உடைகள் மற்றும் பிற குப்பைகளை சேகரிப்பதுடன், தங்களின் உணவுத் தேவைக்காக, அருகிலுள்ள கடைகள் மற்றும் மத நிறுவனங்களின் தயாளத்தையும் நம்பியிருக்கிறார்கள். ஆனால் நீடித்த உதவிகளுக்கான தேவையுடன், அவர்களின் வாழ்க்கைச் சூழலில் பயணிப்பதானது, தம்பதியருக்கு கடும் சவாலாக இருப்பதுடன், அன்புச்செல்வனின் உடல்நல பாதிப்பையும் அதிகரிக்கிறது. அவர்கள், தங்களுடைய இக்கட்டான சூழ்நிலையில் இருந்து தப்பிக்க உதவும் வகையில், நிலையான தங்குமிடத்தையும், வேலை வாய்ப்பையும் எதிர்பார்க்கின்றனர். காவல்துறையால் துரத்தப்படுவோமோ என்ற பயம், அவர்கள் மனதை தொடர்ந்து ஆக்கிரமித்துள்ளது. காவல்துறையினருடன் நேர்ந்த ஒரு கொடூரமான நிகழ்விலிருந்து, அருகிலுள்ள சிறு வணிகர்கள் கொடுத்த ஆதரவு மற்றும் வக்காலத்தின் காரணமாக தப்பியதை அவர்கள் நினைவு கூர்ந்தனர். அன்புச்செல்வன் கூறுகையில், 'இரவு நேரங்களில், காவல்துறையினர் ரோந்து வருகையில், நாங்கள் தொடர்ந்து உயிருக்கு அஞ்சும் சூழல் ஏற்படுகிறது. நீண்ட லத்தியால் எங்களை அச்சுறுத்தி, தற்போது எங்களின் ஒரே வீடாக இருக்கும் இந்தப் பேருந்து நிறுத்தத்தை விட்டு வெளியேறுமாறு கேட்டுக் கொள்ளப்பட்டோம். நாங்கள் தங்குவதற்கு வேறு இடம் இல்லை' என்கிறார். தமக்கான பெருமளவிலான ஆதரவு தளங்களை இழந்துள்ள மற்றும் நடைமுறையிலுள்ள ஆதாரவளங்களிலிருந்து, இழந்தவற்றை மீட்டெடுக்கும் முயற்சியில் இருக்கின்ற இந்த வீடற்ற மக்களுக்கு, மத விழுமியங்கள் மற்றும் சார்பு ஆகியவை நேர்மறை விளைவுகளை உண்டாக்குகிற மற்றும் பாதுகாப்பான காரணிகளாக உள்ளன.

D.3e குடும்ப மோதல்கள் அல்லது முக்கியமான குடும்ப உறுப்பினர்களின் மரணம் காரணமாக, சமூக ஆதரவில் ஏற்படும் இடையூறுகள் மற்றும் சரிவு.

கடுமையான வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களிடையே, முக்கியமான குடும்ப உறுப்பினர்களின் மரணம், பாதிப்பிற்கான பிரதான காரணியாக உள்ளது. (ஆய்வு 5 ஐ பார்க்கவும்: முகை).போதை உள்ளிட்ட பொருட்களைப் பயன்படுத்துபவர்களின் கதைகளில், கடந்தகால குடும்ப மோதல்கள், காவல்துறையினருடன் மீண்டும் மீண்டும் ஏற்பட்ட மோசமான அனுபவங்கள் போதைப்பொருள் பயன்படுத்துவோரின் குழுக்கள் மற்றும் அவர்கள் தொடர்பான துணைக் கலாச்சாரங்களுடன் தொடர்பு உள்ளிட்ட அம்சங்களே பிரதானமாக இடம்பெற்றுள்ளன. சில சந்தர்ப்பங்களில், போதைப்பொருள் பயன்பாட்டினால் ஏற்பட்ட தொடர் மோதல்கள் மற்றும் மோதல்களால், சம்பந்தப்பட்ட குடும்பம், வீடற்ற நிலைக்கு மாறுகிறது மற்றும் அக்குடும்பத்தின் பெண்களும் மோசமான தொடர்விளைவுகளை சந்திக்கின்றனர். (ஆய்வு 7 ஐ பார்க்கவும்: காளியம்மா).

குழந்தைப் பருவம் முதல் முதிர்வுவயது வரை, பல காலக்கட்டங்களில் ஏற்படும் வீடற்ற நிலைக்குப் பங்களிக்கும் காரணங்களில், குடும்ப மோதல்கள் அல்லது சச்சரவுகள், ஒரு தொடர்ச்சியான கருப்பொருளாக இருந்தன (ஆய்வு 6 ஐ பார்க்கவும்:கரிகாலன்).கைவிடப்பட்ட நிலை, பெரும்பாலும், மோசமான உடல்சார் துஷ்பிரயோகத்தில் முடிவடையும், தொடர்ந்த குடும்ப சிக்கல்களிலிருந்து தப்பிப்பதற்காக, நண்பர்களுடன் வீட்டைவிட்டு ஓடிப்போதல் என்பதாக பங்கேற்றவர்கள் பதிலளித்தனர்.

ஆய்வு 5: முகை

2021ஆம் ஆண்டில், கும்பகோணம் காவல்துறையினர், புதிதாகப் பிறந்த குழந்தை அருகில் இருக்க, முகை, ரத்த வெள்ளத்தில் கிடந்ததைக் கண்டுபிடித்தனர். அவர் உடனடியாக, பொது மருத்துவமனைக்கு கொண்டு செல்லப்பட்டார். அங்கு அவர் தீவிர சிகிச்சைப் பிரிவில் (ICU) சிகிச்சைப் பெற்றார் மற்றும் அவரது மனநலப் பிரச்சினைகளின் பொருட்டு, அவரை ECRC -க்கு அழைத்துச் செல்லும்படியும் பரிந்துரைக்கப்பட்டது.தெருவில் குழந்தைப் பெற்றதன் கொடூர அனுபவம் அவரின் நினைவுகளை அழுத்தியதால், மறுவாழ்வின் போதான முகையின் ஆரம்ப நாட்கள் கடினமானதாக இருந்தன.ஆனால், கடந்துசெல்லும் காலத்தின் போக்கு மற்றும் குணமடைவின் காரணமாக, அவர் தன்னைச் சுற்றிய உலகத்துடன் மீண்டும் ஐக்கியமாகத் தொடங்கியபோது, குழந்தைப் பருவத்தில் தனக்கேற்பட்ட துன்பங்கள் குறித்த விபரங்களைப் பகிர்ந்தார். அவரது கதை, பல துண்டிக்கப்பட்ட விவரங்களுடன் ஒன்றாக இணைக்கப்பட்டுள்ளது. அவர் 10 வயதாக இருந்தபோது நிகழ்ந்த அவரது தாயின் மரணத்திலிருந்து தொடங்குகிறது.மகள் முகையின் பாதுகாப்பைவிட, தனது தேவைகளுக்கு முன்னுரிமை அளித்த, தீங்குதரும் போதைப் பொருட்களைப் பயன்படுத்திய ஒரு அலட்சியமிக்க தந்தையுடன், தாயின் மரணத்திற்குப் பிறகு வாழ நேர்ந்ததால், முகை, மிகுந்த துக்கத்தையும் தனிமையையும் அனுபவித்தார். இந்தச் சூழல், மிக இளம் வயதிலேயே, அவர் மனநலப் பிரச்சினைக்கு ஆட்படும் நிலைக்குத் தள்ளியது. அவளது தந்தை பல்வேறு இடங்களில் சிகிச்சைக்கு முயன்றதால், முகையின் வாழ்க்கை, ஒரு ஆதரவான சூழலைத் தேடி, வீட்டை விட்டு வெளியே அலைவதான அத்தியாயங்களைக் கொண்ட இடையீட்டு நிகழ்வுகளானது. தாயை இழந்ததிலிருந்து, தான் உணர்ந்துவந்த வெற்றிடத்தை, நட்புகளின் மூலம் பூர்த்திசெய்து கொள்ளலாம் என்ற நம்பிக்கையில், பல அந்நியர்களுடன் சென்றதை அவர் நினைவு கூர்ந்தார்.அப்படியாக, வீட்டைவிட்டு அடிக்கடி வெளியே அலைந்து திரியும் ஒரு சூழலின்போது, தொற்றுநோய் பரவியதால், இவர் ஒரு வருடத்திற்கும் மேலாக வெளியிலேயே இருந்ததால், தொடர்ச்சியான பாலியல் சுரண்டலுக்கு ஆளானார்.

முக்கை, தன் குழந்தையைப் பார்க்க விரும்புகிறாள்; ஆனால், அதை வளர்க்க விரும்பவில்லை. பொதுஇடத்தில் குழந்தைப் பெற்றெடுத்த அனுபவத்தையும், அவளது இருப்பின் மீதான இந்த முழுமையான மீறலைத் தூண்டிய பாலியல் வன்முறையையும் தன்னளவில் சமாதானம் செய்துகொள்வது கடினமாக இருப்பதை அவர் உணர்ந்தார். 'என் அம்மா உயிருடன் இருந்திருந்தால், நான் தெருவில் சுற்றியிருக்க மாட்டேன் அல்லது என்னைப் போன்ற ஆதரவற்ற பெண்களை வேட்டையாடும் காழ்க்காளின் கைகளில் சிக்கியிருக்க மாட்டேன்' என்று அவர் சிலநேரங்களில், தன் அம்மா உயிருடன் இருந்திருந்தால் என்ன நடந்திருக்கும் என்பதைப் பற்றி யோசிக்கிறார்.

ஆய்வு 6: கரிகாலன்

கரிகாலன் 50 ஆண்டுகளுக்கும் மேலாக வீடில்லாமல் இருக்கிறார். ஆனால், அவரின் கதை வேறுமாதிரியானது. 40க்கும் மேற்பட்ட நெசவு யூனிட்டுகளைக் கொண்ட ஒரு பணக்கார தொழிலதிபரின் ஒரே மகனாக, அவர் ஒரு வசதியான குழந்தைப் பருவத்தைக் கொண்டிருந்தார். அவருக்கு 15 வயதாக இருந்தபோது, நீண்டகால நோயின் காரணமாக அவரது பெற்றோர் இறந்த பிறகு, மற்ற குடும்ப உறுப்பினர்கள் அனைத்து சொத்துக்களையும் அபகரிக்க சதி செய்து, கரிகாலனை வீட்டைவிட்டு வெளியேற்றிவிட்டனர். அந்நேரத்தில், வளரிளம் பருவ சிறுவனாக இருந்த கரிகாலனுக்கு, எங்கு, எப்படி தனக்கான ஆதரவைத் தேடுவது என்பது தெரியாததால், ஒரு சிவன் கோயிலில் அடைக்கலமானார். இது ஒரு உறுதியான திருப்புமுனையாக அமைந்தது. ஏனெனில், கரிகாலன் தனது முழு வாழ்க்கையையும் சிவ வழிபாட்டிற்காக அர்ப்பணித்துள்ளார். சிவன் குறித்த அவரது தேடலும், அவரது தீவிர பக்தியும், அவரை இந்தியாவின் பல இடங்களுக்கு அழைத்துச் சென்றன. பெரும்பாலும் நடைபயணம், சில சமயங்களில் காளை மாட்டு வண்டிகள் என்று பயணிக்கும் அவர், திருநள்ளாறு தொடங்கி, கேதார்நாத், பத்ரிநாத், காசி என்று பட்டியல் நீள்கிறது. கரிகாலன் செல்லாத சிவன் கோயிலே இல்லை எனலாம். அவர் மிகவும் பொக்கிஷமாக கருதுவது, பத்ரிநாத் பயணத்தையும், கங்கை நதியின் முன்னிலையில் இருப்பதையும் தான்.

கடந்த 15 ஆண்டுகளாக, சென்னையில் உள்ள சிவன் கோயிலில் தஞ்சம் அடைந்துள்ளார். கோயில், வழிபாட்டிற்கு வருகின்ற பொதுமக்கள் மற்றும் அருகிலுள்ள ஹோட்டல்களின் தாராள மனப்பான்மையை, அவர் தனது தேவைகளுக்காக நம்பியுள்ளார். வாழ்க்கை என்பது, பெரும்பாலும் உழைத்து பணம் சம்பாதிப்பதற்காகவே செலவழிக்கப்படுகிறது என்ற கருத்து குறித்து கரிகாலன் ஆச்சரியமடைகிறார். பொருளாதாரம் மற்றும் வசதிகள் இல்லாவிட்டாலும்,

சிக்கனம் மற்றும் மனநிறைவுடன் வாழ்கின்ற தனது விருப்பத்தை வலியுறுத்தும் அவர், 'இத்தனை ஆண்டுகளில், பசியை உணராமல் இருப்பது எப்படி என்பதை நான் கற்றுக்கொண்டேன், அதனால் என்னால் பல நாட்கள் உணவின்றி இருக்க முடியும். அதனால், நீங்கள் வீட்டிற்கு நிலையில் இருக்கும்போது, எவ்வளவு கிடைத்தாலும் அதிகம்தானே?'

ஆய்வு 7: காளியம்மா

தஞ்சாவூரில் உள்ள மாரியம்மன் கோவிலில், வளம் மற்றும் செழிப்பைத் தேடி நாடிவரும் ஏராளமான பக்தர்களில், காளியம்மாவும் அவரது கணவரும் அடங்குவர்புகழ் வெளிச்சம் பெற்ற அந்த அம்மனின் வல்லமை காரணமாக, கடினமான வாழ்க்கைச் சூழல்கள் மற்றும் நோய்களில் இருந்து விடுபடவும், நிலத்தில் மழைப் பொழியவும், மனிதர்கள் வளம் பெறவும், புதிய வாழ்வில் அடியெடுத்து வைப்பதற்கும், அம்மனின் அருள் மற்றும் தயவைப் பெறவேண்டி, நூற்றுக்கணக்கான கிலோமீட்டர்கள் பயணம் செய்து, தரிசிக்க, திரண்டுவருகிறார்கள் மக்கள்.

தனது சமூக சூழ்நிலையில் உள்ள பல பெண்களைப் போலவே, சிறுவயதில் காளியம்மாவும், தனது தாய் மாமாவுடன் திருமணம் நடக்கும் என்று நம்பினார். அவர் தனது மாமாவை காதலித்ததையும், அவர்கள் வளரும்போது, நண்பர்களாக ஒன்றாகக் கழித்த நாட்களை நினைவுகூர்வதாயும் கூறுகிறார் அவர். அவர்கள் ஒன்றாக வாழ்வதற்காகப் பிறந்தவர்கள் என்று நம்பிய காளியம்மா, தனது பெற்றோரை வற்புறுத்தி, விரைவில் தனது மாமாவை திருமணம் செய்து கொண்டார். துரதிர்ஷ்டவசமாக, அவரது கணவரின் ஆல்கஹால் உபயோகத்தால், பல பிரச்சினைகள் உண்டாகி, காளியம்மாவின் பெற்றோருடனான உறவில் இடையூறுகளுக்கு வழிவகுத்தது. தனது கணவரின் குடிபோதை பழக்கத்தின் காரணமாக, தன் தாய்க்கும் அவருக்கும் இடையே ஏற்பட்ட ஒரு தகராறைத் தொடர்ந்து, அவர்கள் வீட்டைவிட்டு வெளியேற்றப்பட்ட நாளை நினைவுகூர்கிறார் காளியம்மா. கடுமையான நிதி நெருக்கடி, அதிர்ச்சி மற்றும் இழப்பு; வீட்டிற்கு நிலை குறித்தான மன அழுத்தத்தைத் தொடர்ந்து, விரைவிலேயே நிகழ்ந்த காளியம்மாவின் பிரசவத்தில் குழந்தை இறந்தே பிறந்தது.

நம்பிக்கையிழந்த நிலையில், மிகக்குறைந்த வாய்ப்புகள் மட்டுமே எஞ்சியிருந்த சூழலில், அந்தக் குடும்பம், தங்களின் துன்பங்களுக்கு அந்த தெய்வம் விடை சொல்லும் என்ற நம்பிக்கையில், கோவிலுக்கு எதிரே உள்ள நடைபாதையில் தஞ்சம் புகுந்தது. அந்த இடத்திற்கு அவர்கள் வந்துசேர்ந்த இரண்டு வருடங்களில், காளியம்மாவுக்கு ஒரு குழந்தை பிறந்து, தற்போது இரண்டாவதுமுறை கருதரித்து, ஏழு மாதங்கள் ஆகின்றன. உணவுக்காக, கோயிலில் நடைபெறும்

அன்னதானத்தை நம்பியிருக்கும் அக்குடும்பத்திற்கான பிற தேவைகளை நிறைவுசெய்வதற்கான வாய்ப்புகள், அவ்வப்போது கிடைக்கின்றன. காளியம்மாவின் கணவர், நிலையற்ற தினசரி கூலித் தொழிலின் மூலம் சம்பாதிப்பதில், சிறிதளவு மதுவுக்கும் செலவிடுவதை தொடர்ந்து செய்கிறார். மிகுந்த ஊட்டச்சத்து குறைபாடுடன், பலவீனமான நிலையில் இருக்கும் காளியம்மாவிற்கு, அதுதொடர்பான தகவல்களை அளிக்கவோ அல்லது உதவிகளை செய்யவோ ஆளில்லை. அவரின் குழந்தைக்கும் அதே நிலைதான். அவர் அடிக்கடி மூச்சு விடுவதை நிறுத்துவார் அல்லது சரியான வார்த்தைகளைத் தேடுவார். தொடர்ந்து உரையாடுவதற்குக்கூட இயலாமல், மிகவும் பலவீனமாக இருக்கிறார். கடும் துன்பம் மற்றும் கஷ்டத்தில் உழன்றாலும், காளியம்மாவின் நம்பிக்கை மட்டும் தளரவில்லை. 'என் குழந்தைகளும், மாமாகவும் மற்றும் நானும், ஆத்தா மாரியம்மாவின் கரங்களில் பாதுகாப்பாக இருப்போம். நாங்கள் அடிப்படைத் தேவைகளுக்கே போராடினாலும், இந்தக் கோயிலும், ஆத்தாவும் எங்களுக்கு அவற்றை வழங்குவார்கள்.

D.3f பாலின-அடிப்படையிலான ஒடுக்குமுறை மற்றும் வறுமை; சாதியின் சமூக தாக்கங்கள், வீடற்ற நிலைக்கு பங்களிக்கின்றன

பெண்கள் வன்முறையின் தொடர் சுழற்சிகளில் இருந்து தப்பிக்க முற்படுகின்றனர். குறிப்பாக, அவர்களுடைய நெருங்கிய துணையால் நிகழ்த்தப்படும் வன்முறைகளின் காரணமாக, வீட்டைவிட்டு வெளியேறி வீதிக்கு வருகின்றனர். தங்கள் குடும்பம் அல்லது ஒரு நிறுவனத்தின் கீழ், கட்டுப்படுத்தப்பட்ட சூழலில் வாழ்வதைவிட, சுயநிர்ணயத்திற்கான அவர்களின் விருப்பங்கள் பெரிதாக இருப்பதையே, நாம் கேட்ட கதைகள் எடுத்துக்காட்டுகின்றன (ஆய்வு 8 ஐ பார்க்கவும்: வைனி). வறுமையில் அல்லது தலைமுறையாக வீடற்ற நிலையில் வாழும் பின்தங்கிய சாதிகளைச் சேர்ந்த பெண்கள், தொடர்ந்த முறையில், நிறுவன ரீதியான பாகுபாடுகள் மற்றும் உடல்நலப் பாதுகாப்பு உள்ளிட்ட உரிமைகளுக்கான அணுகலில் இருந்து திட்டமிட்ட விலக்கல்களை எதிர்கொண்டனர் (ஆய்வு 9 ஐ பார்க்கவும்: அவினி).

ஆய்வு 8: வைனி

வைனி ஒரு சாக்லேட் தொழிற்சாலையில் பணிபுரிந்தபோது, அங்கு அவர் ஒவ்வொரு நிமிடமும் புதிய கோகோவின் நறுமணத்தில் மூழ்கியதையும், சுவையான சாக்லேட்டுகள் பல்வேறு வடிவங்களில் உருவாவதைக் கண்டு ரசித்ததையும் நினைவுகூர்கிறார். ஓரளவு சுதந்திரம் மற்றும் செயலாண்மையுடன் கூடிய மகிழ்ச்சியான வாழ்க்கையின் நினைவுகள், மனதின் ஒரு ஓரத்தில் நிரம்பியுள்ளன. அவரது தற்போதைய வாழ்க்கையில், வைனிக்கு வேலையோ அல்லது வீடோ கிடையாது. அவர் தனது பெரும்பாலான நாட்களை, தமிழ்நாட்டின்

ஒரு கடலோர நகரத்திலுள்ள ஒரு தர்காவின் முன் அமர்ந்து, பிரார்த்தனையிலும், அவரைப்போன்று அங்கே ஆதரவற்று தங்கியிருக்கும் பிறருடனான நட்பிலும் ஆறுதலை அடைகிறார்.

வைனி, முறையான பள்ளிப் படிப்பை விரும்பாமல், இடைநின்று, சிறுவயதிலிருந்தே குடும்பத்திற்காக வேலைசெய்யத் தொடங்கிவிட்டார். ஒரு பெண்ணினுடைய வாழ்வின் இறுதி இலக்காக, திருமணத்தை வலியுறுத்தும் ஒரு சமூக சூழலில் வளர்க்கப்பட்ட அவர், கடினமான வாழ்க்கைச் சூழ்நிலைகளில் இருந்து தப்பிக்க அனுமதிக்கும் ஒரு சரியான துணை தொடர்பாக அடிக்கடி கனவு கண்டார். அவரின் இத்தகைய நம்பிக்கைகள், இடைவிடாத துஷ்பிரயோகம் மற்றும் வன்முறையை செலுத்தத்தக்க ஒரு மனிதனுடன், அவரின் 18 வயதில் திருமணம் நடைபெற்ற மிகக்குறுகிய காலத்தில் தகர்ந்தன.

அவரது திருமணத்திற்குப் பிறகு, அவர் தனது அனைத்துவித செயலாண்மை மற்றும் சுதந்திரத்தைக் கைவிடுவதற்கு நிர்பந்திக்கப்பட்டார். அவரால் வேலை செய்யவோ, சுயமாக சிந்திக்கவோ இயலாமல் போன நிலையில், அவரின் கணவர் மற்றும் கணவர் வழியிலான நெருங்கிய உறவினர்கள் தவிர, பிறரிடம் பேசக்கூட முடியவில்லை. அவளுடைய வாழ்க்கையின் ஒவ்வொரு அம்சமும், கண்காணிக்கப்பட்டு கட்டுப்படுத்தப்பட்டது; ஒவ்வொரு நாளும் வாய்மொழி மற்றும் உடல் ரீதியான வன்முறைகளுக்கு அவர் இலக்காக்கப்பட்டார். அவர் ஒவ்வொரு நாளும் பயந்து பயந்து வாழ்ந்து, அந்நிலையிலிருந்து விடுபடுவதற்கு, தற்கொலை உட்பட பல வழிகளைத் தேடினாள். இரண்டு மகன்கள் மற்றும் இரண்டு மகள்கள் என்ற அவரது குழந்தைகளின் மீதான பாசம் மற்றும் அக்கறையால், இன்னல்களையும் மீறி, பல ஆண்டுகள் திருமண பந்தத்தில் நிலைத்திருந்தார். அவர் பல்லாண்டுகளாக அனுபவித்த தினசரி சித்ரவதைகளுக்கு, அவருடைய உடலில் இருக்கும் சிகரெட் தீக்காயங்கள் மற்றும் சிராய்ப்புகள் சாட்சியாக உள்ளன.

வைனி, எப்படி, எப்போது வீட்டைவிட்டு வெளியேறி, தெருவிற்கு வந்தார் என்பது தெளிவாகத் தெரியவில்லை. அவரது மன ஆரோக்கியத்தின் மீது இடைவிடாது நிகழ்ந்த வன்முறையின் தாக்கம், அவர் தன்னை வெளிப்படுத்தும் விதத்தில் பிரதிபலிக்கிறது. அந்தச் சூழலை மிகைப்படுத்தும் வகையில், அவரிடமிருந்து எண்ணங்களும் வார்த்தைகளும் பொங்கியெழுந்து, விரைவாக வெளிப்பட்டன. அவர் எப்போதாவது ஒரு மனநல மருத்துவமனையில் சிகிச்சை மேற்கொள்வது குறித்து யோசித்ததுண்டா? இந்தக் கேள்வியானது, அவர் தனது திருமண வாழ்வில் அனுபவித்த அதிகாரத்துவம் மற்றும் கட்டுப்பாட்டு சூழலின் ஒத்த நிலையை எதிரொலிப்பது போல் இருந்ததால், அவரிடமிருந்து உடனடியாக கடுமையான மறுப்பு வெளிப்பட்டது. அவரது தற்போதைய வாழ்க்கையில், வீடற்றவராக இருந்தாலும், உடல் மற்றும் மனரீதியான துன்பங்களில் இருந்து

விடுதலை, பாதுகாப்பு மற்றும் இவரைப்போன்ற குடும்ப வரலாற்றைக் கொண்ட நபர்களின் ஆதரவு மற்றும் முக்கியமாக, ஆறுதல் இவருக்கு கிடைத்துவருகிறது.'தினமும் என் கணவரால் அடிபட்டு சித்ரவதைப்படுவதை விட, வீடற்ற நிலையில் இருப்பதே மேலானது என்னைப் போன்ற பெண்கள், இதுபோன்ற வலைகளில் சிக்காமல் இருக்க, உள்ளூர் பத்திரிகை அல்லது செய்தித்தாளில் எனது கதையை வெளியிடுங்கள்.'

ஆய்வு 9:அவினி

23 வயதே ஆன அவினி, தனது கணவர் மற்றும் சகோதரருடன், ஐந்து குழந்தைகளையும் கவனித்து வருகிறார். வீடில்லாமல் பிறந்து, ஒன்பது வயதில் தனது பெற்றோரை இழந்த வைனி, தனது தாய்வழி பாட்டியால் வளர்க்கப்பட்டார். விடாமுயற்சி மற்றும் வாய்ப்புகள் கொண்ட பெரிய உலகத்தின் கதைகளைக் கேட்டுக்கொண்டு, பாட்டியின் மடியில் தான் கழித்த இனிய தருணங்களை, அவர் விருப்பத்துடன் நினைவு கூர்ந்தார். அவினியும், அவரது நான்கு வயது சகோதரனும், தங்கள் பாட்டியுடன் பல இடங்களுக்குச் சென்று, பெரும்பாலும் நாடோடி வாழ்க்கை நடத்தி, அவர்கள் தற்போது இருக்கும் இடத்தில், கோவிலுக்கு எதிரே உள்ள ஒரு நிலத்தில் வயதுவந்தவர்களாகக் குடியேறினர். அவர் விரைவில் ஒரு வீடற்ற மனிதரை மணந்தார். அவர்களுக்கு ஐந்து இளம் குழந்தைகள் உள்ளனர்.

மிச்சம் மீதியான பொருட்களால் அமைக்கப்பட்ட ஒரு பாதுகாப்பற்ற கூடாரத்தில் வசிக்கும் அவினி, தான் வாழ்நாள் முழுவதும் அனுபவித்திராத தனியுரிமை குறித்த தனது ஏக்கப் புலம்பலை வெளிப்படுத்துகிறார். நெருக்கம் மற்றும் தம்பதியரின் தாம்பத்திய வாழ்க்கை தொடர்பான கடும சவால்களை இந்தச் சூழல் கொண்டுள்ளது. அவினி மற்றும் அவரது குடும்பத்தினருக்கு, அரசு வழங்கும் சலுகைகள் மற்றும் மருத்துவ கவனிப்புகளைப் பெறுவதற்கான அணுகல், சரியான முறையில் இல்லை. கந்தல் சேகரிப்பவர்களாக வாழும் அவர்கள், தங்களின் அன்றாட தேவைகளை பூர்த்திசெய்வதில் மிகுந்த சிரமத்தை எதிர்கொள்கிறார்கள்.வைனியின் நான்கு குழந்தைகளுக்கான பிரசவம், தெருவோரத்தில்தான் நடைபெற்றது. அக்குழந்தைகளுக்கு தடுப்பூசி போடப்படாதது மட்டுமல்ல, அவர்களுக்கான இளம்பிராய கல்வியும் இல்லை.பெரியளவிலான சவால்கள் இருந்தபோதிலும், அவினி, தனது குழந்தைகளுக்கான நல்ல எதிர்காலம் குறித்த நம்பிக்கையை வளர்த்துக்கொள்கிறார். 'ஒரு பெண்ணாக, நான் தெருவில் நான்கு குழந்தைகளைப் பெற்றெடுத்தேன். அந்த சமயங்களில், நான் அனுபவித்த வலியும் போராட்டமும் எனக்கு மட்டுமே தெரியும். நாங்கள் ஏழைகளாகவும் வீடற்றவர்களாகவும் இருப்பதால், எங்களின் வாழ்க்கைக்கு எந்த மதிப்புமில்லை. ஆனால், என்றாவது ஒருநாள், என் பிள்ளைகள் படித்து, நல்ல வேலைகளைத்

தேடி, நன்றாக சம்பாதிப்பார்கள் என்ற நம்பிக்கை எனக்கு இருக்கிறது. இதுவே என் விருப்பம்'.

D.4 வீடற்ற மனநல பிணியாளர்கள் மற்றும் முன்பு வீடற்றவர்களாய் இருந்த நபர்களுடன் மேற்கொள்ளப்பட்ட ஃபோகஸ் குழு கலந்துரையாடல்

D.4a துஷ்பிரயோகத்திற்கு எளிதில் ஆளாகக்கூடிய நிலை, அடிப்படை வசதிகள் மற்றும் பாதுகாப்பான இடங்களுக்கான அணுகல் பற்றாக்குறை

வாழ்ந்த அனுபவங்கள், நேர்காணல்களில் கேட்கப்படுபவைத் தவிர, ஏதேனும் கூடுதல் கருப்பொருட்களைப் பெறுவதற்காக, மனநலப் பிரச்சினைகளுடன் முன்பு வீடற்றவர்களாய் இருந்த நபர்களுடன் நடத்தப்பட்ட கவனக் குழு விவாதங்கள் (FGDs). பலவிதமான கேள்விகள், வீடற்ற அனுபவத்தால் ஏற்படும் தடைகள் மற்றும் சவால்கள் பற்றிய ஆழமான நுண்ணறிவுகளை வெளிப்படுத்தின. மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ள பெண்கள், குறிப்பாக, தாக்குதல் மற்றும் பாலியல் வன்முறைக்கு எளிதில் ஆளாகிறார்கள். மனச்சிதைவு (schizophrenia) பாதிப்பு கொண்ட பெண்களிடையே நிகழ்த்தப்பட்ட கற்பழிப்பு வன்முறைகள் குறித்த அமெரிக்க ஆய்வில், பாதிப்புக்கு உள்ளானோரில், 22% பேர் பாலியல் பலாத்காரம் செய்யப்பட்டுள்ளனர். அந்தக் குறிப்பிட்ட அளவினரில், மூன்றில் இரண்டு பங்கினர் பலமுறை அந்த வன்முறைக்கு ஆளாகியுள்ளனர் (Darves-Bornoz et al., 1995). எனவே, பெண்கள் மிகவும் பாதிக்கப்படக்கூடியவர்களாக இருப்பதால், அவர்களுக்கான அவசர கவனம் மற்றும் பாதுகாப்பான இடங்களுக்கான உடனடி அணுகல் தேவைப்படுகின்றன. பெரும்பாலான பெண்கள் பாதுகாப்பின்மை, வன்முறை; துஷ்பிரயோகம், பயம்; பதட்டம் போன்ற உணர்வுகளை வெளிப்படுத்தினர். இதுதவிர, பொதுக் கழிப்பறைகள் அல்லது பிற அடிப்படை வசதிகளை அணுக முடியாமல் இருப்பது, அவர்களின் நிலைமையை மேலும் ஆபத்தானதாக மாற்றுவதாய் இருந்தது. உணவு, சுகாதாரப் பொருட்கள் மற்றும் உடைகளுக்கான பற்றாக்குறை, குறிப்பாக மாதவிடாய் காலத்தில், குறிப்பிட்ட பிரச்சினைகளுக்குக் காரணமாயின. அப்படியிருந்தும், சில பெண்கள், காப்பகங்களைவிட, தெருக்களில் வாழ்வதையே விரும்பினர். ஏனெனில், அவர்கள் காப்பகக் கட்டுப்பாடுகளில் சிக்கிக்கொண்டு, தங்கள் 'சுதந்திரம்' மற்றும் 'சுயநிர்ணய உரிமையை' இழக்க நேரிடும் என்ற அச்சத்தால்தான்.

D.4b பாகுபாடு, காழ்புணர்ச்சி, அந்நியப்படுத்தல் ஆகியவற்றின் பின்னணியில், கலந்தாய்வு மற்றும் மனஅதிர்ச்சிக்கான சிகிச்சை தேவைப்படுகிறது

பயனாளிகளின் கூற்றுப்படி, சுயமரியாதையைப் பாதிக்கும் உளவியல் மற்றும் சமூக இழப்புகள், அவமானம், அடையாளப்படுத்தல் (எதிர்மறையாக) மற்றும் தொடர்புடைய புறக்கணிப்பு ஆகியவற்றின் விளைவாக, சமூகங்களில் மீண்டும் நுழைவதற்கான அனுபவம், சற்றே கடினமான ஒன்றாக உள்ளது. நேர்காணல்கள் மற்றும் FGD களின் அடிப்படையில், விழிப்புணர்வு பிரச்சாரங்கள், அனுபமிக்க நிபுணர்களின் ஈடுபாடு, அத்துடன் மனநல பாதிப்பு பற்றிய கதையை மறுவடிவமைக்க உதவும் தொழில்முறை பொதுப் பிரச்சாரங்கள் ஆகியவற்றின் மூலம், களங்கத்தைக் குறைப்பதற்கான நடவடிக்கைகள் போதுமானதாக இல்லை. பாகுபடுத்திப் பார்க்கும் கலாச்சாரத்தின் விளைவாக, அந்நியப்படுதல் மற்றும் தொடர்புடைய மனஅதிர்ச்சியின் உணர்வுகளை விளைவித்தது. இந்த அனுபவங்களை எதிர்கொள்வதற்கான சிகிச்சை அணுகுமுறைகளின் தேவை, பெரும்பாலான உள்நோயாளிகளுக்கான மருத்துவமனை, காப்பகம் மற்றும் மறுவாழ்வு-அடிப்படையிலான சேவைகளில் போதுமான அளவிற்கு இல்லாததாக தோன்றுகின்றது. இந்த நிலை, மக்கள் தங்கள் வாழ்க்கை இலக்குகளைத் தொடர, வாழ்வாதார பணியில் ஈடுபட, நம்பிக்கையின் உணர்வுகளை வளர்ப்பதற்கான விருப்பத்தைத் தடுக்கிறது. சேவைகளை மையமாகக் கொண்ட பராமரிப்புத் திட்டங்கள், தேவைப்படுபவர்களை விட, சில சமயங்களில் பயனாளர்களின் நம்பிக்கைகளையும், அவர்களின் திறன்கள் மற்றும் விருப்பங்களை தொடர்ந்து மேற்கொள்வதையும் தடுப்பவையாக காட்சியளிகின்றது. அதேபோல, அவசரத் தேவை மற்றும் ஆழ்ந்த துயரத்தின்போது, ஒரு மனநல நிபுணர், ஒரு ஆதரவாளர் அல்லது ஆதரவான சேவையை அணுகுவது அவர்களின் மனஉறுதியை அதிகரித்ததாக பலர் உணர்ந்தனர், மற்றும் அரசாங்கம், சமூகம் மற்றும் ஆதரவு அமைப்புகளின் மீதான அவர்களின் நம்பிக்கையை, அந்தநிலை, மீண்டும் உறுதிப்படுத்தியது. அவை, பாதகங்களை எதிர்கொண்ட தனிநபர்களுக்கு அதிகாரம் அளிப்பதற்கானவை.

D.4c சமூக கவனிப்பு, அடையாளங்களை மீண்டும் கட்டியெழுப்பதல் மற்றும் ஆழமான சமூக உறவுகளில் கவனம் செலுத்துதல்

FGD பங்கேற்பாளர்கள், மருந்து சிகிச்சை ஒரு நல்விளைவை ஏற்படுத்தியது மற்றும் பயனுள்ள பராமரிப்பு மற்றும் மீட்புக்கு, உண்மையில் அது அவசியம் என்று நம்பினர். சமமான சமூகத் தலையீடுகள், நீதி சார்ந்த நல்வாழ்வு கட்டமைப்புகளைத் தடுக்கும் நிரந்தரமான மற்றும் தாமதப்படுத்தும் காரணிகளை முடிவுக்குக் கொண்டுவர உதவின. சமூக மூலதனத்தை அதிகரிப்பதற்கு, அறிஞிகளைக் குறைப்பது போலவே, மனநலப் பராமரிப்பிற்கு அதிக முக்கியத்துவம் தேவைப்படுகிறது. பங்கேற்புக்கு இன்றியமையாததாக, எதிர்மறையாக்கப்பட்ட அடையாளங்கள் மற்றும் சமூகங்களுக்குள், வலுவான சமூக உறவுகளை மீண்டும் கட்டியெழுப்புவதற்கு இது வினையூக்கியாக அமையும்

என்று பங்கேற்பாளர்கள் நம்பினர் (Ding et al., 2015). வாழ்வாதாரத்திற்கான அணுகல் மற்றும் அடிப்படைத் தேவைகளை ஆதரிக்க உதவும் நலத்திட்டங்கள், ஆரோக்கியமான வாழ்க்கைத் தரத்திற்கு இன்றியமையாததாகக் கருதப்பட்டது. மதிப்புமிக்க சமூகப் பாத்திரங்கள் மற்றும் சமூக மூலதனம் பற்றிய கருத்துக்கள், வேலை நிதிப் பாதுகாப்பிற்காக மட்டுப்படுத்தப்படவில்லை, மேலும் ஆரோக்கியமான சமூக உறவுகள் மற்றும் அணுகுமுறைகளை அவை உள்ளடக்கியவை மற்றும் செயலாண்மை கட்டுப்பாட்டு உணர்வை அனுபவித்தல். பெரும்பாலான பங்கேற்பாளர்கள், உள்ளூர் மீட்கொணர்வு இயக்கங்களை ஆதரிக்கும் அடிப்படைக் கொள்கைகளை மேம்படுத்துவதற்கும் சீரமைப்பதற்குமான ஒரு வலுவான மற்றும் மிகவும் அவசியமான அடித்தளமாக இருக்கக்கூடிய இடையீடுகளை, இணை-வடிவமைப்பு செய்வதற்காக, வாழ்ந்த அனுபவம் கொண்ட நபர்களின் தேவையை ஒருமனதாக ஏற்றுக்கொண்டனர்.

ஆன்மீகம், நடவடிக்கைகளில் ஈடுபடும் திறன் போன்ற பாதுகாப்பு காரணிகள், தனிநபருக்கு, அர்த்த உணர்வை ஏற்படுத்த உதவுகிறது. தகவல் சமச்சீர்மை ஆதரவு நெட்வொர்க்குகள் மற்றும் குழுக்களை செயல்படுத்துதல் பேணுதல் ஆகியவை, சமூகம் மற்றும் நம்பிக்கையின் உணர்வைத் தூண்டுவதாகத் தோன்றியது.

அட்டவணை 5 : போகஸ் குழு விவாதங்களின் மூலம் சாத்தியமான முக்கியக் கண்டுபிடிப்புகள்

	உடனடி / ஆய்வு	முக்கிய பதில்கள்	பரிந்துரைகள்
1.	தெருக்களில் வாழ்வதால் ஏற்படும் சவால்கள்	பாதுகாப்பு பாலியல் வன்முறை குறித்த பயம் உடைமைகள் பறிமுதல் செய்யப்பட்டு, தாக்கப்படுவோமோ என்ற பயம் பாரபட்சம் மற்றும் அவமானம் இகழ்ச்சி மற்றும் புறக்கணிப்பு குறித்த பயம் அடையாளப்படுத்தல் (எதிர்மறையாக)	பாதுகாப்பான இடங்களை உருவாக்குதல் HPWMI பிரிவினருக்கான அரசாங்க ஆதரவு அமைப்பு, குறிப்பாக, தனிப்பட்ட மோதல்களால் வீடற்ற நிலைக்கு வரக்கூடிய பெண்களுக்கு இணை-வடிவமைப்பு இடையீடுகள் தொழில்முறை சாராத சமூக சேவையாளர்கள், தெருக்களில் அலையும்

		<p>அடிப்படை வசதிகளை அணுகுதலுக்கான பற்றாக்குறை உணவு ஆடை வீட்டுவசதி</p>	<p>HPWMI பிரிவினருக்கு உதவ முடியும் சமூக உறவுகள் மற்றும் உணர்திறன் மனநலம் பற்றிய விழிப்புணர்வை உருவாக்குங்கள். இதனால், HPWMI வகையினர் சிறப்பாகப் பயனடைவார்கள்; மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவர்களைக் கைவிடும் அல்லது அவர்களைத் துன்புறுத்தும் குடும்பங்கள் மீது, அரசாங்கம் உறுதியான நடவடிக்கை எடுக்க வேண்டும்</p>
2.	<p>சவால்களை வென்றெடுத்தல் - உதவுகிறது?</p>	<p>தனிப்பட்ட குணமடைவை மேம்படுத்துவதற்கான முழுமையான அணுகுமுறைகள் மத நம்பிக்கைகள் ஆன்மீகம் வேலை தேடுதல் உதவி மற்றும் நம்பிக்கை ஊக்கத்தை அளித்த பரிச்சயமானவர்கள் ஆதரவு வட்டங்கள் மற்றும் நம்பத்தக்க உறவுகளை உருவாக்குதல் மக்கள் இயற்கையால் ஆதரிக்கப்படுகிறார்கள் என்ற நம்பிக்கை இசை 'என்னை' ஊக்கப்படுத்தியது மற்றும் 'என்னை'</p>	<p>வாழ்ந்த அனுபவம் கொண்ட நிபுணர்கள் மற்றும் ஆதரவு குழுக்களின் பங்கு மனநல சேவைப் பயனர்களால் பகிரப்படும் அனுபவங்கள் மற்றும் குணமாக்குதல் மீட்பிற்கான பயணங்கள், ஒரேமாதிரியான துயர சூழ்நிலைகளில் உள்ள பலருக்கும் உதவும்.</p>

		<p>அமைதிப்படுத்தியது'</p> <p>பெற்றோரின் அன்பும், அவர்களுக்கு உதவியாக இருந்த முடிவுகளும் (அதை நினைக்கையில் ஆறுதலாக இருக்கிறது)</p> <p>மருந்துகள், ஆலோசனை மற்றும் சமூகப் பராமரிப்பு.</p> <p>வேலைவாய்ப்புக்கான அணுகல்</p> <p>ஊனமுற்றோர் கொடுப்பனவு அல்லது வருவாய் ஆதரவு / மேம்பாடு.</p> <p>சிக்கல் தீர்க்கும் ஆதரவு நெட்வொர்க்குகள் மற்றும் பரிந்துரை சேவைகளுக்கான அணுகல்.</p>	
3.	<p>மனநோய் என்றால் சமரசம் செய்யப்பட்ட அடையாளம்</p> <p>உங்களுக்குப் புரிவது குடும்ப உறுப்பினர்களின்</p> <p>என்ன? எதிர்மறையான பயனுள்ள உணர்திறன்</p> <p>அணுகுமுறையால் தூண்டப்பட்ட பிரச்சாரங்கள் மற்றும்</p> <p>உடல்நலக்குறைவு சான்றுகள், மனநோயை</p> <p>கேலி' மற்றும் இகழ்ச்சிக்கு இயல்பாக்குதல், வெகுஜன</p> <p>ஆளாதல் ஊடகங்களில் போதுமான</p> <p>எனது சொந்த வீட்டில் பாதுகாப்பு கதைகளைப் பரப்புதல்,</p> <p>இல்லை' - நான் எங்கு செல்வது? ஆராய்ச்சியில்</p> <p>குணமடைந்த பிறகும் ஆதரவாளர்களை</p> <p>மனநோயாளி என்று ஈடுபடுத்துதல் மற்றும்</p> <p>குறிப்பிடப்படுவது (மிகவும் தலையீடுகள் மற்றும்</p> <p>காயப்படுத்துகிறது) திட்டங்களை இணை-</p> <p>எதிர்மறையாக்கப்பட்ட வடிவமைத்தல், மாறுபட்ட</p> <p>அடையாளம்' - இப்படித்தான் சிந்தனை மற்றும் சமூக</p> <p>இருக்குமா? கலப்பில் கவனம்</p> <p>செலுத்துதல்</p> <p>மனநோயுடன் வாழ்ந்த ஒரு</p> <p>காலத்திற்குப் பிறகு, முழுமையாக</p> <p>குணமடைந்தாலும், சமூகமும்</p>	<p>மனநலத்தை</p> <p>மேம்படுத்துதல்</p> <p>பயனுள்ள உணர்திறன்</p> <p>பிரச்சாரங்கள் மற்றும்</p> <p>சான்றுகள், மனநோயை</p> <p>இயல்பாக்குதல், வெகுஜன</p> <p>ஊடகங்களில் போதுமான</p> <p>சித்தரிப்பு, வெற்றிக்</p> <p>கதைகளைப் பரப்புதல்,</p> <p>ஆராய்ச்சியில்</p> <p>ஆதரவாளர்களை</p> <p>ஈடுபடுத்துதல் மற்றும்</p> <p>தலையீடுகள் மற்றும்</p> <p>திட்டங்களை இணை-</p> <p>வடிவமைத்தல், மாறுபட்ட</p> <p>சிந்தனை மற்றும் சமூக</p> <p>கலப்பில் கவனம்</p> <p>செலுத்துதல்</p>	

		குடும்பமும் உங்களைப் பழைய நபராகவே பார்ப்பதில்லை பாரபட்சம்	
4.	குணமடைதல் என்பதன் அர்த்தம் அறிவீர்களா?	குணமடைவு கண்ணோட்டங்கள் பேச்சு சுதந்திரம் அடையாளப்படுத்தப்படாமை' சுகமின்மைக்கு அப்பால்' மற்ற எல்லா அம்சங்களிலும் உள்ளதைப் போலவே, திறன்கள் மற்றும் திறமையின் அடிப்படையிலான வாழ்வாதார விருப்பத்தேர்வுகள் மனநல பாதிப்பு என்பது, வாழ்க்கையின் அனைத்து பரிமாணங்களிலும் ஒரு முட்டுக்கட்டையாக இருப்பதில்லை மதிப்பிடப்படாத உணர்வுகள் மனநல பாதிப்பு என்பது, ஒவ்வொரு 'இயல்பற்ற', 'இணக்கமற்ற', முக்கியக் காரணியாக கருதப்படவில்லை சுதந்திரம் மற்றும் தன்னம்பிக்கை மற்றவர்கள் போல் இருப்பது - உறவுக் குழுக்களை உருவாக்க வேண்டியுள்ளது மற்றும் பிரிக்கப்பட்டதாக உணராமை உடல் மற்றும் சமூக இயக்கம். வாழ்வில், ஒருவருக்கொருவர் பகிர்தல் பங்கெடுத்தல் மற்றும் உறவுகளை வலுவாக்குதல். நோக்கம் மற்றும் அர்த்தத்தின்	நிலையான மற்றும் உள்ளடக்கிய மீட்கொணர்வு விருப்பத்தேர்வுகள் தவிர்த்தல், பிரித்தல் மற்றும் தொடர்ந்து இணக்கமாக இருத்தல் ஆகியவற்றுக்கான நோக்குகளை எதிர்கொள்ளல் ஆதரவு இடையீடுகளை மேம்படுத்துவதில் உள்ள கட்டுப்படுத்தும் காரணிகளை எதிர்கொள்ளல் குறுகிய நோக்குடைய விரைவு தீர்வுகளுக்கு அப்பால் ஆராய்வது

		உணர்வைக் கண்டறியவும்	

பிரிவு E

செயல்பாட்டு ரீதியான சவால்கள், சேவை இடைவெளிகள் மற்றும் பரிந்துரைகள்

தமிழ்நாட்டில் வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கு தற்போது கிடைக்கும் சேவைகளில் உள்ள சில முக்கியமான பொதுவான சவால்கள் மற்றும் குறிப்பிட்ட இடைவெளிகளை இந்தப் பிரிவு கோட்டுக் காட்டுகிறது. மேலும் அவற்றை எவ்வாறு நிவர்த்தி செய்வது என்பது குறித்த பரிந்துரைகளையும் வழங்குகின்றது.

E.1 பயோ-மெடிக்கல் மற்றும் பராமரிப்புக்காக முழுமையான அணுகுமுறைகள்

பெரும்பாலும், மனநலப் பயிற்சியானது, பாதிக்கப்பட்டவர்கள் ' மீண்டு வந்ததற்குப் பின் கலாச்சார ரீதியாக சமூக விளைவுகளைக்' (Kirmayer & Gomez-Carillo, 2018) கணக்கில் கொள்ளாமல், அறிகுறிகளைக் குறைத்தல் மற்றும் மருந்து சிகிச்சையின் மூலம் மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்படுவது குறைக்கப்பட்டதா என்பது போன்ற குறுகிய கால, அளவிடக்கூடிய தலையீடுகளில் கவனம் செலுத்துகிறது. Kirmayer and Gomez-Carillo ஆகியோர், நோய்களின் 'உடல், காலம் மற்றும் சமூக இறுக்கம் சார்ந்தவற்றை புறக்கணித்து, அறிகுறி அறிக்கைகளாக நோய் தாக்கத்தைச் சுறுக்குவதற்கு மனநல ஆராய்ச்சி முனைகிறது என்று சுட்டிக்காட்டினார்கள். எவ்வாறாயினும், அறிகுறி சார்ந்த வகைப்பாடுகள், சிக்கலான காரணங்களையும், வேறுபட்ட சுகாதார விளைவுகளைத் தீர்மானிக்கின்ற சமூக, அரசியல் மற்றும் பொருளாதார சக்திகளையும், கவனிக்காமல் மனநோயின் நிகழ்வு மற்றும் தீவிரத்தை கணிக்கத் துணிகின்றன. சமூகத் தீர்மான சக்திகள் மன அழுத்தம் மற்றும் அது தொடர்பான தீவிரமான உடல்நலக்குறைவுக்கு ஒரு முக்கிய காரணமாகும். 'சமூகத்தை' நிவர்த்தி செய்வதில் கவனம் செலுத்துவது இந்தியாவிலும் உலக அளவிலும் சவாலாகவே உள்ளது. தொடர்ந்து அழுத்தத்தை நோய்க்குறியாக்கும் கலாச்சாரத்தால், எளிதில் கிடைக்கக்கூடியதால் மருந்துகளை முதல் தீர்வாக நாடுவதன் விளைவாக, ஒரு நபரின் சமூக மற்றும் கலாச்சார வாழ்க்கையின் பல்வேறு களங்களில் இருந்து எழும் பிரச்சனைகளுக்கு தீர்வு காண்பதில் பெரும்பாலும் இந்த மீட்புத் திட்டங்கள் தோல்வியடைகிறது (Jain & Jadhav, 2008). சமூக அக்கறை, ஆலோசனை, 'பேசும் சிகிச்சைகள்', பிரச்சனை-தீர்வு ஆதரவு, முரண்-தீர்வு, உறவுகளை வலுப்படுத்துதல், சமூக ஒற்றுமை, நம்பிக்கையை வளர்ப்பது, அதிர்ச்சி யிலிருந்து நிவர்த்தி மீள் செய்தல், மற்றும் பல என நபரை மையமாகக் கொண்ட பராமரிப்பில் ஒருங்கிணைந்ததாகக் காட்டப்படும் இவை அனைத்தும். மீட்பு, மனநலம் அல்லது சமூக சேர்க்கைக்கான திட்டங்களில் திறம்பட ஒருங்கிணைக்கப்படுவது அரிதானது.

பாதிப்பு மற்றும் நோயின் அபாயகரமான சுழற்சியை அறிகுறிகளின் பட்டியல் மூலம் அறிந்துகொள்ள முடியாது. ஆனால் முழுமையான தலையீடு தேவைப்படுகிறது. மருத்துவ மற்றும் சமூகப் பணி நடைமுறையில் முழுமையான அல்லது 'முழு நபர்' அணுகுமுறையை மேற்கொள்வது, இந்த நிபுணர்களின் 'கட்டமைப்பு ரீதியான பணிவுக்கும், அனுதாபத்தை அதிகரிக்கவும் பங்களிக்கிறது. மேலும் பாதிக்கப்பட்ட தனிநபரின் அல்லது அவர்கள் சார்ந்த சமூகத்தின் 'அவர்களை பாதிக்கும் கட்டமைப்பு வன்முறையை எதிர்ப்பதில் சொந்த நிபுணத்துவம் மற்றும் வளத்தைப் பயன்படுத்துகிறது' (Stonington, Holmes, Hansen et al., 2018: 1960). தனிநபர்கள் மற்றும் சமூகங்கள் மீண்டெழும் தற்போதைய ஆதாரங்களைப் புரிந்துகொள்வதென்பது, அறிகுறிகளைக் கண்டறிவது போலவே முக்கியமானது, ஏனெனில் இதன்மூலம் மருத்துவம் அர்த்தமுள்ளதாக, நல்வாழ்வை வரையறுக்கும் நம்பிக்கைகள் மற்றும் மதிப்புகளுடன் ஒத்துப்போவதோடு, ஆசையும் நம்பிக்கையும் கொள்ளும் வலுவைத் தருகின்றது.

இந்த அணுகுமுறையை செயல்படுத்துவதற்கு, DMHP மற்றும் பிற மனநலம் மற்றும் சமூக பராமரிப்பு சேவை வழங்குபவர்கள் தங்கள் மனநலக் குழுக்களை வித்தியாசமாக கட்டமைக்க வேண்டும். மனநல நிபுணர்களுடன் கூடுதலாக மேம்பாட்டுத் துறை வல்லுநர்கள், உள்ளூர் பங்குதாரர்கள் மற்றும் ஆதரவாளர்களுடன் தீவிரமாக ஒத்துழைக்க வேண்டும். மனநலம் மற்றும் சமூக உள்ளடக்கத்தை முழுமையாகப் பார்ப்பதற்கு சம நிலையில் பதவிவகிப்பவர்கள் பல்வேறு துறைகளில் இருந்து பெறப்பட வேண்டும்.

E.2 பல பிரிவுகளுக்கிடையேயான வேறுபாடு மற்றும் வீடற்ற தன்மை மற்றும் மனநோய் பாதிப்புக்கான தீர்வு

கட்டமைப்புத் தடைகள் மற்றும் பல பிரிவுகளுக்கிடையேயான வேறுபாடுகளை (பாதகம் மற்றும் ஒடுக்குமுறையின் அம்சங்களைப் பரஸ்பரம் வலுப்படுத்துகிறது) சிறப்பாகச் சமாளிக்க வேண்டியது அவசரத் தேவையாகும். அதன் மூலம் கல்வி, சமூக நலன், கிராமப்புற மேம்பாடு, நகர்ப்புற மேம்பாடு, மாற்றுத்திறன் மற்றும் வீட்டுவசதி போன்ற தொடர்புடைய கொள்கைகள் மற்றும் துறைகளில் செல்வாக்கு செலுத்துவது, வீடற்ற தன்மைக்கும் மனநோய்க்கும் இடையிலான தொடர்பிற்கு தீர்வு காண்பதைப் போன்றே குறிப்பாக முக்கியமானது. பல ஆய்வுகள் பாதகமான வாழ்க்கை நிகழ்வுகள், வன்கொடுமை, குடும்ப வன்முறை, மோசமான சமூகக் குற்றம் மற்றும் ஆதரவளிப்பவர்களின் தொடர்புகள் முறிவு ஆகியவை வீடற்ற நிலைக்கு செல்வதற்கு வழிவகை செய்கின்றது; வீடற்ற நிலைக்கும் அதிர்ச்சிக்கும் இடையே நேரடித் தொடர்பு உள்ளது போல என பல ஆய்வுகள் காட்டுகின்றன. அனைத்து துன்பம் அல்லது அமைப்பு ரீதியான மற்றும் கட்டமைப்பு தடைகள் நோய்க்குறியியல் அல்லது நிலையான நிலைகளாக பார்க்க முடியாது; ஒடுக்குமுறைகளையும் உரிமைகள் பறிக்கப்படுவதையும் நிலைக்கச் செய்வதில் ஏற்றத்தாழ்வுகள் மற்றும் அநீதிகள் பெரும் பங்கு கொண்டுள்ளன. இந்த இரட்டை உண்மைகளை அறிந்து கொள்வது அவசியம்.

E.3 மனநல பன்மைத்துவத்தில் கவனம் செலுத்துங்கள்

பலவிதமான விவரிப்புகள், பலவிதமான கருத்தாக்கங்கள் மற்றும் மனநோய்க்கான காரணங்கள், மற்றும் பலவிதமான எதிர்வினைகள் மற்றும் மாதிரிகள் - சமூக யதார்த்தவாதி முதல் உயிரியல் மருத்துவம், உளவியலிலிருந்து ஆன்மீகம் மற்றும் சமூக கட்டுமானம் வரை - மனநலம் மற்றும் மனநலப் பராமரிப்பில் பன்மைத்துவத்தை திட்டமிடல் மற்றும் கொள்கை மேம்பாட்டில் வலியுறுத்துவது முக்கியமாகும். தனிநபர் மற்றும் சமூகம் எவ்வாறு விமர்சன ரீதியாக ஒன்றோடொன்று இணைக்கப்பட்டுள்ளன என்பதைப் புரிந்துகொள்வதன் அடிப்படையில், தனிநபர் மற்றும் சமூக நல்வாழ்வை ஊக்குவிக்கும் சமூக அடிப்படையிலான பராமரிப்பு நெகிழ்வான மற்றும் சூழல்-உணர்திறன் நடைமுறைகளை இணைக்க வேண்டும் (Kirmayer & Gomez-Carillo, 2018; Kleinman, 1988). கடுமையான குறைபாடுகள் மற்றும் பயனற்ற மனநல கோளாறுகளை அனுபவிப்பவர்கள் உட்பட பலவிதமான மனநலப் பிரச்சனைகளுக்கான பதில்களையும் தீர்வுகளையும் இது உருவாக்க வேண்டும்.

E.4 முன்கூட்டியே கண்டறிதல், சிகிச்சை மற்றும் கவனிப்பு தேவை

குழந்தை பருவ அனுபவங்கள், இளைஞர்களிடையே மனநலப் பிரச்சினைகளின் பாதிப்பு மற்றும் தீவிரத்தன்மையில் தாக்கத்தை ஏற்படுத்துகின்றன. பொதுவாக 14 வயதில் மனநோய் ஏற்படுவதாக தொற்றுநோயியல் ஆய்வுகள் தெரிவிக்கின்றன. மனநல கோளாறுகளை முன்கூட்டியே கண்டறிந்து சிகிச்சையளிப்பது ஒரு சிறந்த வருமுன் காப்பதற்கான சான்றுகள் இருந்தபோதிலும், இந்தியாவில் மிகச் சில மனநல திட்டங்கள் குழந்தைகள் மற்றும் இளம் பருவத்தினருக்கு ஆதரவளிக்கின்றன. மனநலம் குறித்த பரவலான தவறான புரிதல் மற்றும் எளிதில் அணுகக்கூடிய மற்றும் பொருத்தமான சேவைகள் இல்லாததால் குழந்தைகள் மற்றும் இளைஞர்கள் துன்பம் மற்றும் / அல்லது மனநல சவால்களை அனுபவிக்கின்றனர். இதன் பொருள் அவர்களோ அல்லது அவர்களைப் பராமரிப்பவர்களோ அவர்களுக்குத் தேவையான ஆதரவைப் பெறவில்லை. 15 மற்றும் 35 வயதுக்கு இடைப்பட்ட காலப்பகுதி, பெரும்பாலும் வீடற்ற நிலையில், கட்டாய சிறைவாசம் மற்றும் போதைப்பொருளால் தூண்டப்பட்ட மயக்கத்தில் கழிக்கப்படுகிறது இது பள்ளிகள் மற்றும் கல்லூரிகளில் ஆலோசனை மற்றும் பிற மனநல ஆதரவு சேவைகள் மூலம் தடுக்கப்பட்டிருக்கலாம். கொடுமைப்படுத்துதல், சாதி அடிப்படையிலான பாகுபாடு, வன்முறை மற்றும் பற்றாக்குறையை அனுபவிப்பவர்களுக்கு உளவியல் ரீதியான முதலுதவி மற்றும் சமூக ஆதரவின் இன்றியமையாத தேவையை இது சுட்டிக்காட்டுகிறது. உள்ளூர் சுயாட்சி அமைப்புகள், ஆசிரியர்கள், பெற்றோர்கள் மற்றும் இளைஞர்கள்/மாணவர்கள் ஆகியோரின் தலைமையில், பள்ளி மற்றும் சமூக வட்டங்களை அமைப்பதற்கு, மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட சமூக காரணத்தை அங்கீகரித்து நன்கு புரிந்து கொள்ள வேண்டும். முறையாக முன்கூட்டியே கண்டறிவதைப் போலவே மனநலப் பிரச்சினைகளைப் பற்றி நன்கு அறிந்த இளந்தலைவர்களும் முக்கியம்.

E.5 தேவை மற்றும் வழங்கல் சிக்கல்கள்

மனநலப் பராமரிப்பில் தற்போது தேவை அதிகமாக உள்ளது. அவசரகாலத்தில் பயணத்தையும், வேலையிலிருந்து விடுப்பு எடுக்கும் சந்தர்ப்ப செலவுயும் தவிர்ப்பதற்கு, அருகில் 24 மணிநேர மனநலப் பராமரிப்பு எப்போதும் இருப்பதில்லை. DMHP இன்னும் முதன்மையாக ஒரு முகாம் அல்லது செயற்கைக்கோள் சிகிச்சையகம் முறையில் செயல்படுகிறது. பொதுவாக ஆரம்ப ஆலோசனைகள் அல்லது மறு பராமரிப்பு போன்றவை மூன்றாம் நிலை மருத்துவமனைகள் அல்லது சிறப்பு மனநல மருத்துவமனைகளில் மட்டுமே கிடைக்கும். தொகுதி அல்லது கிராம பஞ்சாயத்து மட்டத்தில் மனநல திட்டங்கள் அரிதாகவே உள்ளன. சிறந்த விளைவுகளைக் கொண்டதாக அறியப்படும் அத்தியாவசிய மனநல மருந்துகள் மற்றும் நீண்டகாலமாக செயல்படும் மருந்துகள் PHCs அரிதாகவே கிடைக்கின்றன. தேவையான பொருத்தமான பரிந்துரைகளுடன், PHCs சிகிச்சையை திறம்பட மாற்றாமல், அணுகக்கூடிய பராமரிப்பு மற்றும் சிகிச்சை சிக்கலாகவே இருக்கும். வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களிடையே வீடற்ற நிலை மற்றும் பழைய சிகிச்சை முறைகளுக்குத் திரும்புவது ஆகியவை மீண்டும் ஏற்படுவது பொதுவானது. அவர்களை மேலும் மன உளைச்சல் மற்றும் உறுதியற்ற தன்மைக்கு ஆளாக்குகிறது. இந்த சுழற்சியை உடைக்க முறையான மாற்றங்கள் தேவை.

E.6 வரையறுக்கப்பட்ட களப்பணிகள் மற்றும் நெருக்கடி நேர ஆதரவு

வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கான களப்பணிகள் குறைவாகவே உள்ளன. NULM தங்குமிடம் ஒருங்கிணைப்பாளர்கள் (அவர்கள் இருக்கும் இடம்), மனநல மருத்துவமனை ஊழியர்கள் மற்றும் ECRCs அல்லது NGOs ஈடுபாட்டின் மூலம் சில மாவட்டங்களில் ஒரு நாளைக்கு மூன்று முறை என உணவு மற்றும் தண்ணீர் சில குழுக்களில் வழங்கப்படுகின்றது. இருப்பினும், தற்போதைய கவனிப்பு அணுகுமுறை ஒரு தங்குமிடம் மற்றும் மருத்துவமனைக்கு இடையே அமைந்துள்ளது. மாறாக, களப்பணி என்பது ஒரு விரிவான கருத்தாகும், மேலும் பல்வேறு சமூக உறுப்பினர்களிடையே அதிக தொடர்புகளை ஏற்படுத்துவதற்கு கையேடுகள் விநியோகிப்பதைத் தாண்டி வேறெதுவும் செய்ய வேண்டும். இந்தக் குழுவின் தேவைகளை ஆதரிப்பதில் அரசும் சமூகமும் ஒத்துழைப்பது பல்வேறு விரிவான எதிர்வினைகளைச் சார்ந்துள்ளது. பாதுகாப்பான இடங்கள் மற்றும் குறுகிய காலம் ஓய்விடங்கள், ஓய்வு பராமரிப்பு, சூப் கிச்சன்கள், நல்வாழ்வு மையங்கள், திறன் மற்றும் வேலை வாய்ப்பு மையங்கள், தங்கும் விடுதிகள், வேலையின்மை பயன்கள், மருத்துவப் பராமரிப்பு போன்றவை இல்லாதது சிறுபான்மையினரின் பல பரிமாணத் தேவைகளை நிவர்த்தி செய்யும் திறன் கொண்ட பாதுகாப்புத் திட்டங்களில் உள்ள இடைவெளியாகும். இந்த பன்முகத்தன்மை அதிக சிவில் சமூக ஈடுபாட்டிற்கும் சமூக கலப்புக்கான அதிக வாய்ப்புகளுக்கும் வழி வகுக்கக்கூடும்.

E.7 குற்றம் மற்றும் பயனற்ற தீர்வு வழிமுறைகள்

வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களின் மரணங்கள்/கடுமையான காயங்களின் தொடர்ச்சியான நிகழ்வுகள் (பொதுக் களத்தில் குறைந்த தரவுகள் உள்ளன) அரிதாகவே ஒப்புக்கொள்ளப்படுகின்றன அல்லது அதற்குத் தகுதியான அர்ப்பணிப்பு மற்றும் அவசரத்துடன் கவனிக்கப்படுகின்றன. இந்த மக்கள் உடல் ரீதியாகவும் பாலியல் ரீதியாகவும் வன்கொடுமை செய்யப்பட்டாலும், திருட்டு, விலைமதிப்பற்ற பொருட்களை இழந்தல், தாக்குதல்கள் மற்றும் அவர்களின் குழந்தைகளைக் கடத்துதல் உள்ளிட்ட பல்வேறு கொடுமைகள் மற்றும் கடுமையான தீங்குகளுக்கு ஆளானாலும் கூட, அவர்களின் புகார்கள் அரிதாகவே கவனிக்கப்படுகின்றன அல்லது குற்றவாளிகள் நீதியின் முன் நிறுத்தப்படுகிறார்கள். கர்ப்பம் மற்றும் பாலியல் ரீதியாக பரவும் நோய்த்தொற்றுகள் (STIs) பொதுவான நிகழ்வுகளாகும், ஏனெனில் சட்டத்தை எளிதில் அணுக முடியாத காரணத்தால் துன்பத்தில் அல்லது உடல்நிலை சரியில்லாமல் இருப்பவர்கள் மேலும் சுரண்டப்படுகிறார்கள்.

E.8 நபர்களின் தெளிவான அனுமதியின்றி அனுமதிக்கப்படும் போது நெறிமுறைகள் மோசமாகப் பின்பற்றப்படுகின்றன

மனநலப் பாதுகாப்பு, சுகாதாரப் பாதுகாப்பு மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்புக்கான ஆரம்பகால அணுகல் பயனளிக்கக்கூடியதாக இருந்தாலும், HPWMI தெருக்களில் சுரண்டலுக்குப் பலியாகின்றனர், சேவைப் பயனர்களின் பார்வையில் பாதுகாப்பு மற்றும் உரிமைகளுக்கு இடையிலான சமநிலை எப்போதும் நுட்பமாகவும் சிக்கலானதாகவும் உள்ளது. ஒரு நபரின் நல்வாழ்வு தொடர்பாக அவர்களின் செயலாண்மை மற்றும் சுயநிர்ணய உரிமையைப் பயன்படுத்துவதற்கான திறன் குறுகிய காலத்திற்கு சமரசம் செய்யப்படும்போது, கண்ணியம் மற்றும் நம்பிக்கையை வளர்ப்பதில் கவனம் செலுத்துவது மிகவும் முக்கியமானது. நேர்மையான தகவல்தொடர்பு கடினமாக இருந்தாலும், அவர்களின் தேவைகளைப் பூர்த்தி செய்து துன்பங்களை தீர்க்கும்மேயானால் அந்த நபரின் தெளிவான ஒப்புதல் இல்லாமல் பராமரிப்பை வழங்குவது எதிர்மறையான அல்லது அதிர்ச்சிகரமான அனுபவமாக மாறாது. ஒருவர் இறப்பதையும், புழு களால் ஊரும் காயங்களையும், பாலியல் அத்துமீறல்களையும், ஊட்டச்சத்து குறைபாட்டுடன் இருப்பதையும் மற்றும் கடுமையான வானிலையில் அவதிப்படுவதையும் கண்டும் காணாமல் இருப்பது என்பது புறக்கணிப்பதற்குச் சமம். ஒருவரின் திறன்கள் மற்றும் சுதந்திரங்கள், செயலாண்மை மற்றும் சுயநிர்ணயம் ஆகியவற்றை மேம்படுத்துவதற்காக பராமரிப்பை அணுகுவது பயனளிப்பதற்கான சாத்தியமுள்ளதற்கு பல சான்றுகள் உள்ளன. இருப்பினும், 'இயக்கம்' மற்றும் 'மீட்பு பணிகள்' உள்ளிட்ட தற்காலிக கட்டாய நடைமுறைகள் நீண்டகால மனநல விளைவுகளில் எதிர்மறையான தாக்கத்தை ஏற்படுத்தி பயம், அவநம்பிக்கை, கோபம் மற்றும் அதிர்ச்சியை உருவாக்குகின்றன.

மாறாக, மோசமான சமூக ஆரோக்கியத்தில் உள்ள ஒரு தனிநபருடனான நீடித்த ஈடுபாடு, ஒரு குறிப்பிட்ட காலத்திற்குப் பின் சிறந்த ஆரோக்கியத்தைத் தேடும் நடத்தைக்கு உந்துதலாக இருக்கலாம். இது நம்பகத் தன்மையையும் நம்பிக்கையையும் நிறுவுதல் மற்றும் ஒரு நபர் கவனி பராமரிப்பைப் பெறுவதற்கான வசதிகளை வலுப்படுத்துதல் ஆகியவற்றைச் சார்ந்துள்ளது, அதோடு, பயனளிக்கக்கூடிய நடைமுறைகளையும் நிச்சயமற்ற மற்றும் சிக்கலான தன்மையை எதிர்கொள்ளக்கூடிய நியாயமான, மனிதாபிமான செயல்முறைகளையும் உள்ளடக்கியது. முழுமையானதாக இல்லை என்றாலும், உடனடி கவனிப்பு தேவைப்படுபவர்களுக்கும், சமூக ஆதரவுடன் நியாயமான வாழ்க்கைத் தரத்தை அனுபவிப்பவர்களுக்கும் இடையே வேறுபடுத்திப் பார்ப்பதற்கு ஒரு முன்னுரிமை கட்டம் உதவும்.

துரதிர்ஷ்டவசமாக, HPWMI சுகாதாரத் துறைக்கும் அல்லாமல் சமூக நலத்துறைக்கும் அல்லாமல் இடையே உள்ளனர், இதன் விளைவாக அவர்கள் களப்பணியை ஒரு அறச் செயல்/தண்டனையாக மட்டுமே பார்க்கிறார்கள். பிந்தையது பெரும்பாலும் மிகவும் துன்பகரமான சூழ்நிலைகளில் தனிநபர்களின் அப்பட்டமான புகைப்படங்களுடன், நிர்வாணமாக மற்றும்/அல்லது கடுமையான காயங்கள் மற்றும் நோய்த்தொற்றுகளுடன் உள்சேர்க்கையின் பொது தனிப்பட்ட நபரின் கண்ணியத்தை புறக்கணிப்பதற்கான வாய்ப்பிருக்கிறது. நோயாளியின் முன்னேற்றத்தைக் கண்காணிப்பதற்கு, நோயாளியின் நிலையைப் பதிவு செய்ய வேண்டிய அவசியம் இருக்கும்போது, இதுபோன்ற புகைப்படங்கள் HPWMI யைப் பற்றிய பொதுவான அபிப்பிராயத்தையே நிலைநிறுத்தி அரசும் சிவில் சமூகம் அவர்கள் சம்மதத்திற்கான அடிப்படை உரிமையை மறுப்பதற்கு ஊக்குவிக்கின்றன, மேலும் நம்பிக்கை, வெளிப்படைத்தன்மை ஆகியவற்றை அகற்றிடும் கண்காணிக்கப்படாத மற்றும் நியாயமற்ற அதிகார அமைப்புகளின் சூழலை உருவாக்குகின்றன, உதவியற்ற நிலையை வளர்க்கின்றது. வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களைப் புகைப்படம் எடுப்பது, 'மீட்பு செயல்பாட்டில்' நிலவும் அடக்குமுறை அணுகுமுறைகளுக்கு ஒரு எடுத்துக்காட்டு. இது (முன்னர்) வீடற்ற நபர்கள் மற்றும் ஆதரவாளர்கள் இணைந்து பராமரிப்பு வழிகளை உருவாக்குவதற்கு வழி வகுக்கிறது, அதனால் பராமரிப்பிற்கான பல்வேறு அணுகுமுறைகளை வாழ்ந்த அனுபவம் தெரிவிக்கிறது - மேலும் நடைமுறை நீதிக்கான தடைகள் மற்றும் இடையூறுகளைத் தீர்க்க உதவும்.

E.9 காப்பகப் பராமரிப்புக்கு போதுமான அணுகுமுறைகள் இல்லை

பொது சுகாதார நெறிமுறைகளை அரசும் CSO வழங்குநர்கள் மோசமாக கடைப்பிடிப்பதன் விளைவாக பராமரிப்பின் தரநிலைகள் பெரும்பாலும் போதுமானதாக இல்லை மற்றும் சில சமயங்களில் பயங்கரமானதாக இருக்கும். இது கோவிட்-19 போன்ற ஆரோக்கிய அவசரநிலைகளின் பின்னணியிலும் பொருத்தமானதாகவும் பரவலாகவும் பொருந்தும். பணியாளர்கள் மற்றும் வளங்களில் பற்றாக்குறையின் விளைவாக உண்டாகும் நெரிசல், மனநலப் பாதுகாப்பு தேவைப்படும் நபர்களையும் அதை வழங்குபவர்களையும் அடிக்கடி பாதிக்கிறது. இது தலைமை நிலைகளில் கூட, பராமரிப்பு வழங்குநர்களிடையே சோர்வு மற்றும் அக்கறையின்மை உணர்வுகளை ஏற்படுத்துகின்றது. மனநலம் குறித்த தொழில்நுட்பக் குழுவின் அறிக்கையில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளபடி - விநியோகத்தைத் தாண்டிய தேவை, குறைவான வளங்கள் மற்றும் HPWMI க்கள் வெளியேறுவதற்கான வாய்ப்புகள் இல்லாமை ஆகியவற்றின் விளைவாக கூட்டம் அதிகமாக உள்ளது. அரசு மனநல மருத்துவமனைகளில் நீண்ட கால நோயாளிகளில் 40% மாக HPWMIக்களின் கணக்கு உள்ளது. தன்னார்வ தொண்டு நிறுவனம் மற்றும் அரசு நடத்தும் மறுவாழ்வு இல்லங்கள் மற்றும் வீடற்றவர்களுக்கான தங்குமிடங்கள் போன்றவற்றில் அவர்களின் நிலைமை குறித்து இன்னும் விரிவான அறிக்கை எதுவும் இல்லை, ஆனால் நிகழ்வுச் சான்றுகள் இதே போன்ற போக்குகளைக் கூறுகின்றன.

இந்த உண்மையின் உடனடி தாக்கம் என்னவென்றால், படுக்கைகள் இல்லாததால், அரசு மற்றும் அரசு சாரா செயல்பாட்டாளர்களால் கடுமையான தேவைகள் உள்ளவர்களுக்கு உதவ முடியவில்லை. இது மிகவும் கடினமான சவாலை முன்வைக்கிறது. இது கிட்டத்தட்ட தீர்க்க முடியாததாக தோன்றுகிறது. மக்கள் தங்கள் சமூக மற்றும் பொருளாதார நிலையின் அடிப்படையில் பெறும் சமத்துவமற்ற என்பது சந்தேகத்திற்கு இடமின்றி ஒரு உண்மை மற்றும் உலகளாவிய ஆரோக்கியப் பாதுகாப்பு மற்றும் சமூக நீதியின் கொள்கைகளுக்கு எதிரானது. குறிப்பாக பின்தங்கிய நோயாளிகளுக்கு, பழமையான பராமரிப்பை மாற்றியமைக்க வேண்டிய அவசரத் தேவை உள்ளது. நோயாளிகள் மற்றும் பராமரிப்பு வழங்குநர்கள் இருவரையும் சிறப்பாக ஆதரிப்பதற்கு, பெரிய கட்டமைப்புகளைக் காட்டிலும், சாத்தியமான பொது ஆரோக்கிய அமைப்புகளுக்குள் ஒருங்கிணைக்கப்பட்ட சிறிய அலகுகள் உகந்தது. மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட நோயாளிகளுக்கு ஆதரவளிக்கும் பெரிய நிறுவனங்கள், இந்த மக்கள்தொகையின் நல்வாழ்வை உறுதிசெய்வதற்கு, தரமான தணிக்கைகளுடன் தேவையான மனித மற்றும் நிதி ஆதாரங்களைக் கொண்டிருப்பது அவசியமாகும்.

E.10 சுகாதாரம் மற்றும் சமூகத் துறைகளுக்கு இடையே ஒருங்கிணைப்பு இல்லாமை

வேலைவாய்ப்பு, வீட்டுவசதி மற்றும் அரை-சுயாதீனமான வாழ்க்கையை எளிதாக்குவதன் மூலம் நோயாளிகளின் செயலாண்மைக்கு முக்கியத்துவம் கொடுப்பது, மிகச் சிறந்த நீண்ட கால முன்கணிப்புக்கு வழிவகுக்கிறது (எ.கா. Luhrmann & Marrow, 2016; Patel et al., 2018; Nakamura, 2013). எனவே பிரிவுகளுக்கு இடையேயான ஒத்துழைப்பு என்பது ஆழமான, பரந்த மற்றும் தொலைநோக்கு முக்கியத்துவம் வாய்ந்தது. சமூக ஆரோக்கியத்தில் கவனம் செலுத்துவது நடத்தை ஆரோக்கியத்தை மேம்படுத்த உதவும். ஒரு நபரின் வாழ்க்கைத் தரத்தை பாதிக்கும் சமூகத் தீர்மானங்களை கணக்கில் எடுத்துக் கொண்டாலும், சமூக ஆரோக்கியம் வாழ்நாள் முழுவதும் பராமரிப்பிற்கான புதிய வாய்ப்புகளைத் திறக்கும். வீடற்றோர் மற்றும் மனநலம் தொடர்பான பிரச்சினைகளுக்கு விரிவான அணுகுமுறையை எடுப்பது, மாற்றுத்திறனாளிகள், சமூக நலம், வீட்டுவசதி, ஊரக மற்றும் நகர்ப்புற மேம்பாடு, வீட்டுவசதி மற்றும் சுகாதாரம் ஆகிய துறைகள், நகர மாநகராட்சிகள், பஞ்சாயத்துகள், மாவட்ட ஆட்சியர் அலுவலகங்கள், தேசிய சுகாதார இயக்கம், மற்றும் கல்வித் துறை, குழந்தைகள் நலக் குழு, காவல்துறை போன்ற பிற பங்குதாரர்கள் மற்ற அமைப்புகள் ஆகியவற்றுக்கிடையேயான ஒத்துழைப்பைச் சார்ந்தது.

E.11 ஊட்டச்சத்து, ஆரோக்கியம், காப்பீடு, வாழ்வாதாரம், கொடுப்பனவுகள் மற்றும் வீடுகள் போன்ற அடிப்படை வசதிகள் மற்றும் சமூக பராமரிப்பு தேவைகளுக்கான அணுகல் இல்லாமை.

பின்தங்கிய குழுக்களின், குறிப்பாக வீடற்றவர்களின் உளவியல் மற்றும் சமூக ஆரோக்கியத்தை மேம்படுத்துவதற்கு, ஊட்டச்சத்து மற்றும் சுகாதாரத் தேவைகளைப் பூர்த்தி செய்வதற்கான பொது விநியோக அமைப்பு (PDS), ஆரோக்கிய அட்டைகள் மற்றும் காப்பீடு ஆகியவை அணுகல் கிடைப்பது அவசியம். வீட்டுவசதி இல்லாதது மற்றும் நிரந்தர அல்லது தற்காலிக முகவரி இல்லாதது அல்லது குடும்பம் இல்லாதது - விலக்கிவைத்தல், வேலையின்மை, தனிமைப்படுத்தல் மற்றும் நம்பிக்கையின்மை மற்றும் இறப்பு ஆகியவற்றின் சுழற்சியை நிலைநிறுத்துகிறது - மிகவும் பாதிக்கப்படக்கூடியவர்களை மோசமான வறுமை மற்றும் பாதகங்கள் மற்றும் விலக்கு சுழற்சிகளிலிருந்து மீட்டெடுக்க உதவும் அடிப்படை உரிமைகளைப் பெறுவதற்கு யாருக்கும் தடையில்லை.

பல வீடற்ற நபர்கள், மனநோயுடன் வாழ்கிறார்களோ இல்லையோ, முறையான அல்லது முறைசாரா பணிகளில் இல்லை, பொதுவாக பொருளாதார மந்தநிலை, உடல்நலம் அதிர்ச்சி அல்லது இயற்கை பேரிடர் ஏற்படும் போது முதலில் இவர்களே பாதிக்கப்படுகிறார்கள். மனநலப் பிரச்சனைகள் உள்ளவர்களுக்கு, குறிப்பாக மிதமாக மற்றும் கடுமையாக பாதிப்புள்ள மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கு வேலையில்லாத திண்டாட்டமும், குறைந்தபட்ச வருமானமும் இல்லாதது கவலைக்குரியது, ஏனெனில் வரையறுக்கப்பட்ட நிதி ஆதாரங்கள், மோசமான ஆதரவு அமைப்புகள் மற்றும் மோசமான சமூக மூலதனம் ஆகியவை இணைந்து பல வழிகளில் தனிநபர் மற்றும் அவர்களது குடும்பத்தை பாதிக்கும் ஒரு நிலையற்றத் தன்மையை உருவாக்கலாம். குழந்தை, இளம் பருவத்தினர் மற்றும் முதியோர் பராமரிப்பாளர்களின் விஷயத்தில் இது மிகவும் சிக்கலானதாகிறது, இதனால் தலைமுறைகளுக்கு இடையேயான துன்பம், பள்ளிக்குச் செல்வதை நிறுத்துவது, முடக்கிவிடக்கூடிய உதவியற்ற தன்மை போன்றவை விளைகின்றது.

E.12 அதிக ஆதரவு தேவைகள் மற்றும் தொடர்புடைய சவால்கள்

80% பேர் மனநோய் உட்பட உடல்நலக்குறைவு பாதிப்புகளில் இருந்து மீண்டு வருகிறார்கள் (Lieberman et al., 1993; Lieberman et al., 2003), 10-20% Bertolote et al., 2005; Thompson et al., 2003) தொடர்ச்சியான அறிகுறிகளையும் கடுமையான இயலாமையையும் அனுபவிக்கும் நிலைக்கு வாழ்நாள் முழுவதும் பராமரிப்புத் தேவைப்படலாம். உள்ளடக்கிய வாழ்க்கைத் தேர்வுகள், பங்கேற்பதையும் சமூக இயக்கத்தையும் வளர்க்கும் வசதிகள் ஆகியவை மருத்துவ பராமரிப்பு போன்றே அத்தியாவசியமானவை. சுய-வெளியேற்றம், சுழலும் கதவு ஏற்பாடுகள், தனிப்பயனாக்கப்பட்ட பராமரிப்புத் திட்டங்கள் ஆகியவை கூட்டு, இடர்-அல்லாத ஏற்பாடுகளை அனுமதிக்கின்றன, அவை அமைப்பை வெளிப்படைத்தன்மை உள்ளதாக்குவதற்கு உதவலாம், சேவை பயனர்களிடையே நம்பிக்கையை வளர்க்க உதவலாம் மற்றும் நேர்மறையான உதவி தேடும் நடத்தைகளைப் பின்பற்ற அவர்களை ஊக்குவிக்கலாம்.

E.13 நிலையான வீடுகள் இல்லாமை

2001 மக்கள் தொகை கணக்கெடுப்பின்படி, 1.78 மில்லியன் மக்கள் தெருக்களில் வாழ்கின்றனர், மேலும் கிட்டத்தட்ட 15 மில்லியன் மக்களுக்குத் தனி குடியிருப்புகள் தேவைப்படுகின்றது. வீற்றவர்களில் ஏறக்குறைய பாதி பேர் ஒற்றைக் குடியேற்றவாசிகள் மற்றும் பாதி பேர் சராசரியாக மூன்று நபர்கள் உள்ள குடும்பங்களைக் கொண்டிருப்பதைக் கருத்தில் கொண்டு, புள்ளியியல் மற்றும் திட்ட அமலாக்க அமைச்சகத்தால் (MOSPI) அமைக்கப்பட்ட ஒரு தொழில்நுட்பக் குழு மொத்தம் 0.53 மில்லியன் வீடுகள் தேவை எனவும்; 0.99 மில்லியன் மக்கள் வாழத் தகுதியற்ற குடிசைகளிலும், 2.27 மில்லியன் மக்கள் 40 ஆண்டுகளுக்கு முன் கட்டப்பட்ட மோசமான வீடுகளிலும், 80 ஆண்டுகளுக்கு முன்பு கட்டப்பட்ட வீடுகளிலும் வாழ்கின்றனர் எனக் கணக்கிட்டது. முக்கால்வாசி பற்றாக்குறை பொருளாதார ரீதியாக நலிவடைந்த (EWS) பிரிவில் உள்ளது, அதாவது மாதம் ரூ. 5000 வரை, மற்றும் குறைந்த வருமானம் கொண்ட குழுவில் 25%. (LIG) வருமான வகை மாதத்திற்கு ரூ. 5001 முதல் ரூ. 10,000 வரை. காற்றோட்டமின்றி கூட்டமான வீட்டில் வசிப்பதும் மனநலம் பாதிப்பிற்கும் தொடர்பு உள்ளது. இதேபோல், பற்றாக்குறை மற்றும் நிலைத்தன்மையின்மை ஆகியவை அறிவாற்றலைப் பாதிக்கின்றன என்று சுட்டிக்காட்டப்படுகிறது (முல்லைநாதன்; ஷஃபிர், 2013; பேட்ஜெட், 2007). குறிப்பாக வறுமைக் கோட்டிலும் அல்லது அதற்குக் கீழும் வசிப்பவர்களுக்கு, அனைவரையும் உள்ளடக்கிய வீடுகளை வழங்குவதற்கு மாநகரம் மற்றும் நகரத் திட்டமிடலில் கவனம் செலுத்த வேண்டியத் தேவையிருக்கிறது.

E.14 சேவை மேம்பாட்டில் சக வக்கீல்களின் மிகக் குறைவான பிரதிநிதித்துவம்

மீட்புக்கு உதவுவதில் ஆதரவாளர்களின் பங்கு முக்கியமானதாக இருக்கும். மனநல அமைப்பில், SMHA விற்குள் இருக்கும் அவர்களின் பங்கு மற்றும் பொறுப்புகள் மிகக் குறைவு. உலகளவில், மீட்பு இயக்கங்கள் (கில்போர்ன், 2018) மனநல நிறுவனங்கள் மற்றும் பராமரிப்புத் திட்டங்களில் தாக்கம் மற்றும் தணிக்கைத் தரத்தை மதிப்பிடுவதற்கான சேவை மற்றும் கொள்கை மேம்பாடு மற்றும் ஆராய்ச்சியில் வாழ்ந்த அனுபவமுள்ளவர்களின் ஞானத்தை நாடுகின்றன. இது மனித உரிமைகள் மரபுகளுக்கு இணங்குவதற்கான ஒரு சின்னமாக இல்லாமல், உள்நாட்டில் பொருத்தமான, வலுவான மற்றும் அர்த்தமுள்ள பொறுப்புகள் மற்றும் கொள்கைகளை உருவாக்கும் செயல்பாடாக இருக்க வேண்டும். பல்வேறு வகையான பராமரிப்பு மேலாண்மையில் பங்கேற்பதற்கும் கொள்கையில் செல்வாக்கு செலுத்துவதற்கும் சக வக்கீல்களின் திறனை மேம்படுத்துவது அவசியமாகும். HPWMI விஷயத்தில் இது மிகவும் பொருத்தமானது, ஏனெனில் வீற்ற நிலை மற்றும் மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவர்களின் வாழ்க்கை அனுபவம் கொள்கை மேம்பாடு மற்றும் பராமரிப்பு அணுகுமுறைகளைத் தெரிவிக்க வேண்டும்.

E.15 பொது சேவை பிரச்சாரங்கள் இல்லாதது - களங்கம் குறைப்பதில் கவனம்

பொது சேவை பிரச்சாரங்கள் மற்றும் வீடற்ற தன்மை மற்றும் மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட நிகழ்வு பற்றிய ஊடக பிரதிநிதித்துவங்கள் மறுபரிசீலனை செய்ய வேண்டும். உடல்நலக்குறைவுடன் தனிப்பட்ட குறிக்கோள்கள், சமூகப் பின்னணிகள், விதிமுறைகளும் ஒழுக்க நெறிகளும் மற்றும் தனிப்பட்ட பராமரிப்பு மற்றும் மீட்புப் போக்குகள் ஆகியவை சமூக உணர்வுகள் மற்றும் அணுகுமுறைகளில் தாக்கத்தை ஏற்படுத்தும்.

E.16 ஆராய்ச்சி, கண்காணிப்பு மற்றும் மதிப்பீடு (ME), மற்றும் பின்னூட்ட சுழல்கள் ஆகியவற்றில் கவனம் செலுத்துவது

தனிப்பட்ட, குடும்பம் மற்றும் சமூக மட்டங்களில் தரமான தணிக்கைகளுடன் இணைந்து விளைவுகளை நீளமாக கண்காணிப்பது, தகவமைப்பு மற்றும் மாறும் பராமரிப்புத் திட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகளின் வளர்ச்சியை எளிதாக்கும். வீடற்ற நிலை மற்றும் மனநோய்களின் நிலைமைகளுக்கு தீவிர பாதிப்பு எவ்வாறு பங்களிக்கிறது என்பதை நன்கு புரிந்துகொள்வதற்காக. வன்கொடுமை, பாகுபாடு, களங்கம் மற்றும் வறுமை போன்ற கட்டமைப்பு வன்முறையின் வடிவங்களை தனிநபர் அனுபவிக்கும் சமூக மற்றும் கலாச்சார நிலப்பரப்பை ஆராயும் ஆய்வு முறைகள் தேவைப்படுகிறது. ஆராய்ச்சி மற்றும் போக்குகளின் முடிவுகள் திட்டங்களில் ஊட்டப்பட வேண்டும் மற்றும் தேவைப்படும் போது மற்றும் தகவமைப்பு வடிவமைப்புகளுக்கு இடைப்பட்ட திருத்தங்களை ஆதரிக்க வேண்டும்.

பிரிவு F

வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கான கொள்கை - தத்துவவார்த்த மற்றும் நடைமுறைக் கருத்தாய்வுகள்

அரசுப் பொறுப்புகள், சட்டத் திருத்தங்கள் மற்றும் உலகளாவிய கொள்கைகள் ஆகியவை மனநலப் பிரச்சினை உள்ளவர்களின் வாழ்க்கையில் முக்கியமான மற்றும் நீண்டகால தாக்கத்தை ஏற்படுத்துகின்றன. மனநலப் பராமரிப்புக்கான நிதி குறைப்பு அல்லது கற்பனைக்கு எட்டாத நிதி ஒதுக்கீடுகள், மலிவு விலையில் வீடுகள் இல்லாமை, உரிமை மறுத்தல், மேல்மட்டக் கொள்கைகள் மற்றும் மனநலப் பிரச்சினை உள்ளவர்களின் உரிமைகளை அலட்சியப்படுத்தும் பழமையான சட்டங்கள் மற்றும் சமூகப் புறக்கணிப்பு ஆகியவற்றின் விளைவாக தனிநபர்கள் பெரும் துயரத்திற்கு ஆளாகியுள்ளனர்.

கடந்த 20 ஆண்டுகளில், UNCRPD (2007), தேசிய மனநலக் கொள்கை 2014 (இந்தியா), மாற்றுத்திறனாளி அமெரிக்கர்கள் சட்டம் (ADA), 1990 உட்பட, அரசின் பொறுப்புகள் மற்றும் உலகளாவிய கொள்கைகளில் குறிப்பிடத்தக்க மாற்றங்கள் மற்றும் சேர்த்தல்கள் உள்ளன. எவ்வாறாயினும், எந்தவொரு சட்டமும் பல கருத்துக்களைக் கணக்கில் எடுத்துக்கொண்டு உரையாடல் மற்றும் கருத்து வேறுபாடுகளுக்கு வாய்ப்பளித்தால் மட்டுமே நேர்மறையான மற்றும் நீடித்த தாக்கத்தை ஏற்படுத்தும். சட்டத்தை உருவாக்குபவர்களின், அனைவருக்கும் ஒரே மாதிரியான மனநல ஆரோக்கிய சேவைகள் பொருத்தமாக இருக்கும் என்ற அணுகுமுறையை திணிப்பதை விட, மன ஆரோக்கியம் சீரானதல்ல, சிக்கலானது மற்றும் நுணுக்கமானது, புரிந்துகொள்ள முடியாத பல நெறிமுறைகளைக் கொண்டது, என்பதை உள்ளபடியே ஏற்றுக்கொள்ள வேண்டும்.

மிக முக்கியமாக, அரசு, சட்டத்தை உருவாக்கும் அமைப்புகள், நிதி நிறுவனங்கள் மற்றும் சேவை வழங்குநர்களின் அனைத்து நிலைகளும் உள்ளடக்கம் மற்றும் சமூகப் பங்கேற்பில் கவனம் செலுத்த வேண்டும். சில எதிர்பார்ப்புகள் மற்றும் கோரிக்கைகளின் அடிப்படையில் சமூகம் ஒரு நபருக்கு ஒரு குறிப்பிட்ட அடையாளத்தை கற்பிக்கிறது என்று எர்விங் கோஃப்மேன் கூறுகிறார் (கோஃப்மேன், 2009). அந்தப் பண்புக்கூறுகள் சமூகத்தின் எதிர்பார்ப்புகளுக்கு முரணாக இருக்கும்போது, அந்த நபர் விரும்பத்தகாதவராக, ஆபத்தானவராக அல்லது பலவீனமானவராக பார்க்கப்படுகிறார். பல நூற்றாண்டுகளாக புறக்கணித்தல், வன்கொடுமை மற்றும் சுரண்டல் ஆகியவற்றை நியாயப்படுத்தி தனிப்பட்ட பலவீனமாக மற்றும்/அல்லது தார்மீகத் தோல்வியாகப் பார்க்கப்பட்ட மனநோய் விஷயத்தில் இது மிகவும் பொருத்தமானது.

களங்கம், பாகுபாடு மற்றும் சமூக விலக்கு ஆகியவை சமூக-அரசியல், பொருளாதாரம், குடும்பம் மற்றும் தனிப்பட்ட மட்டங்களில் எதிர்மறையான விளைவுகளை ஏற்படுத்துகின்றன. இது பராமரிப்புச் செலவுகள், வேலையின்மை, வாய்ப்பு செலவுகள், வன்கொடுமை, மனித உரிமை மீறல்கள் மற்றும் வீடற்ற நிலை ஆகியவற்றின் அதிகரிப்புக்கு வழிவகுக்கிறது. தொடர்ந்து தொடர்பிலிருப்பதுடன் விழிப்புணர்வு மற்றும் பொது மக்களுக்கு புரியவைப்பது ஆகியவை களங்கத்தைத் தணிக்க மிகவும் பயனுள்ள மற்றும் நிலையான வழிகளில் ஒன்றாகும் (Luber et al., 2004).

F.1 முதல் இந்திய மனநலக் கொள்கையின் வழிகாட்டுதல் (2014)

மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ளவர்களுக்கான இந்தியாவின் முதல் கொள்கையானது UNCRPDயிலிருந்து ஈர்க்கப்பட்டது; குறிப்பாக கல்வி, வேலைவாய்ப்பு, வீடு, சமூகப் பங்கேற்பு, குடியரிமை, சுகாதாரம் மற்றும் நீதிக்கான அணுகல் ஆகியவற்றுக்கான உரிமைகள் தொடர்பான 55 கட்டுரைகளைக் கொண்டது. தேசியம், சாதி, மதம், பாலினம் மற்றும் மாற்றுத்திறன் ஆகியவற்றைப் பொருட்படுத்தாமல், அனைத்து மனிதர்களுக்கும் உரிமையுள்ள உலகளாவிய மற்றும் உள்ளார்ந்த கண்ணியத்தை UNCRPD உள்ளடக்கியுள்ளது. முழு பங்கேற்பையும் தனிப்பட்ட இலக்குகளை அடைவதையும் தாமதப்படுத்தும் மாற்றுத்திறன் கொண்ட தனிநபர்களுக்கு சுற்றுச்சூழல் மற்றும் மனப்பான்மை தடைகளை உருவாக்கும் சமூகத்தின் செயல்பாடாக இயலாமை அணுகப்படுகிறது (ஐக்கிய நாடுகளின் பொதுச் சபை, 2006).

ஆரோக்கியத்தை மேம்படுத்துதல், மனநோய்களைத் தடுப்பது, மனநோயிலிருந்து மீள்வது, பாகுபாடற்ற நிலையை ஊக்குவித்தல் மற்றும் மனநோயால் பாதிக்கப்பட்ட நபர்களை அணுகக்கூடிய, மலிவு மற்றும் நல்ல தரமான ஆரோக்கியம் மற்றும் சமூகப் பராமரிப்பை வழங்குவதன் மூலம் சமூகப் பொருளாதாரச் சேர்க்கையை உறுதி செய்வது மற்றும் அனைத்து நபர்களும் தங்கள் வாழ்நாள் முழுவதும் உரிமைகள் அடிப்படையிலான கட்டமைப்பிற்குள் சமூக அக்கறை ஆகியவையே கொள்கையின் முதன்மை நோக்கம். சமத்துவம், நீதி, பங்கேற்பு, அனைத்துத் துறை ஒத்துழைப்பு, தரத்தில் கவனம் செலுத்துதல், பயனுள்ள நிர்வாகம், சான்றுகள் அடிப்படையிலான அணுகுமுறைகள் மற்றும் ME ஆகியவற்றின் மதிப்புகளுக்கு ஏற்ப நாட்டில் மனநலப் பாதுகாப்புக்கான சாலை வரைபடத்தை வழியை இது உருவாக்கியது. மனநலப் பராமரிப்பை அனைவரும் அணுகக்கூடியதாக மாற்றும் குறிக்கோளுடன், HPMHI உட்பட பாதிக்கப்படக்கூடிய சமூகங்களுக்கு இது குறிப்பிட்ட முக்கியத்துவம் அளித்தது. ஆதரவு அமைப்புகளின் சீர்குலைவு வீடற்ற நிலைக்குத் தள்ளப்படுவதை உணர்ந்து, அவசரகால சேவைகளுக்கான உள்ளூர்மயமாக்கப்பட்ட அணுகலை மேம்படுத்துவதற்கான முயற்சிகளையும் நீண்ட கால வீட்டுவசதி மற்றும் துணை ஆதரவையும் கொள்கை அறிவுறுத்துகிறது. நுண்ணூட்டச்சத்து, குடிநீர், நல்வாழ்வு மையங்கள் மற்றும் பிரத்தியேக சேவைகள் மூலம் தெருக்களில் (அவசர சிகிச்சை தேவையில்லாத தனிநபர்கள் மற்றும் போதுமான ஆதரவைப் பெறுபவர்களுக்கு) வாழக்கூடிய சூழ்நிலைகளை உருவாக்குவது, குறிப்பாக பாதிக்கப்படக்கூடிய பெண்கள் மற்றும் குழந்தைகளின் பிரத்தியேக சேவைகள் வழங்குவதன் மூலம் திறந்த மற்றும் பாதுகாப்பான சமூகங்களின் தேவையை இது நிவர்த்தி செய்கிறது. வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களை கவனிப்பதற்காக அடுக்குத் தொழில் வல்லுநர்களை உருவாக்குவதைக் கருத்தில் கொண்டு, பொது-தனியார்

கூட்டாண்மைகள் (PPPs) மற்றும் பஞ்சாயத்துகள் மற்றும் சுய உதவிக் குழு கள் (SHGs) மூலம் நடத்தப்படும் தங்குமிட சேவைகள் பரிந்துரைக்கப்பட்டன.

மனநலம், வறுமை மற்றும் வீடற்ற அனுபவங்கள் ஆகியவற்றின் தொடர்பின் தன்மை பற்றிய ஆராய்ச்சியின் நிலையான கண்டுபிடிப்பு, பிரச்சனையின் சிக்கலான தன்மை மற்றும் நிலைத்தன்மையுடன் தொடர்புபடுத்தியது. 'சிக்கலானது,' 'தொடர்ந்து' அல்லது 'பொல்லாதது' (Gopikumar et al., 2015) என பல பெயர்களில் சமூகப் பிரச்சனைகள் காலம் காலமாக குறிப்பிடப்பட்டுள்ளதுடன் ஒத்துப்போகும் விதத்தில், சிக்கல் பகுப்பாய்வு மற்றும் சிக்கல்-தீர்வின் பல நிலைகளில் இந்த சிக்கல் உள்ளது (Gopikumar et al., 2015).

வீடற்ற நிலை மற்றும் மனநலப் பிரச்சனைகள் உள்ள நிலையில் பல காரணிகள் சார்ந்த சமூகரீதியாக பாதகமான சூழ்நிலையில், உடல்நலம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்பு மற்றும் விரிவான சிகிச்சை மற்றும் பொது ஆரோக்கியம் ஆகியவற்றை மறுபரிசீலனை செய்வது அவசியமாகிறது. பிற சேவைகளுடன் ஒருங்கிணைந்து, வீடற்ற நிலைக்குத் தள்ளுவது வன்முறைதான் என்பதை ஒப்புக்கொண்டு அதற்கு தீர்வு காண வேண்டும். இதை அடைவது என்பது கிளைகள், துறைகள் மற்றும் இணைப்புகளுக்கு அப்பாற்பட்ட பல-பங்குதாரர் கூட்டாண்மையின் அர்ப்பணிப்பைப் பெருவத்தைச் சார்ந்தது. சேவை வழங்கல், பராமரிப்பு உருவாக்கம் மற்றும் வெற்றிக்கான நடவடிக்கைகள் ஆகியவற்றையும் உள்ளடக்க வேண்டும். ஆனால் கண்ணியம், எதிர்வினை மற்றும் சமூக துயரங்கள் மற்றும் குறைகளை சரியான முறையில் நிவர்த்தி செய்வதில் கவனம் செலுத்துவதற்கு அருகிலுள்ள அணுகல் மற்றும் சேவைகளில் பதிவுசெய்யப்பட்ட நபர்கள் என அதற்கு அப்பால் செல்லவேண்டும்

F.2 இந்திய மனநலப் பாதுகாப்புச் சட்டத்திலிருந்து வழிகாட்டுதல்

மனநலப் பாதுகாப்புச் சட்டம், 2017 (MHCA) UNCRPD இன் கீழ் இந்தியாவின் கடமைகளுக்கு இணங்க, 'மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு மனநலப் பராமரிப்பு மற்றும் சேவைகள் வழங்குதல் மற்றும் அத்தகைய நபர்களின் உரிமைகளைப் பாதுகாத்தல், ஊக்குவித்தல் மற்றும் நிறைவேற்றுதல் மற்றும் சேவைகள் மற்றும் அதனுடன் தொடர்புடைய மற்றும் தற்செயலான விஷயங்கள்...'. ஆகியவற்றின் நோக்கத்துடன் இயற்றப்பட்டது. மனநலப் பாதுகாப்பு மற்றும் சிகிச்சையை வழங்குவதற்கான உரிமைகள் அடிப்படையிலான சட்டமான, MHCA ஆனது UNCRPD இல் உள்ள உலகளவில் ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்ட கொள்கைகளை அடிப்படையாகக் கொண்டது. இவை பின்வரும் சமரசத்திற்கு உட்படாத கொள்கைகளை உள்ளடக்கியது:

- சமத்துவம், சுதந்திரம் மற்றும் கண்ணியம் உள்ளிட்ட அடிப்படை மனித உரிமைகளுக்கும் தனிமனிதர்கள் அனைவருக்கும் உரிமை உண்டு;
- ஒவ்வொரு நபரும் தங்களுக்குச் சிறந்ததாகக் கருதும் தேர்வுகளைச் செய்வதற்கான சுய அதிகாரத்தை வழங்க வேண்டும், மேலும் இது அவர்களின் மனநலப் பாதுகாப்பு மற்றும் சிகிச்சை பற்றிய முடிவுகளுக்கு நீட்டிக்கப்படுகிறது;
- ஒவ்வொருவருக்கும் சமூகத்தில் முழு பங்கேற்பு மற்றும் உள்ளடக்க உரிமை உண்டு;
- சாதி, வர்க்கம், இனம், பாலினம், பாலின நோக்குநிலை, மதம், மாற்றுத்திறன், சமூக, அரசியல் அல்லது கலாச்சார நம்பிக்கைகள் போன்ற அடிப்படையில் எந்த நபருக்கும் பாகுபாடு காட்ட முடியாது;
- ஒருவரின் சொந்த முடிவுகளை எடுப்பதற்கான உரிமையைப் பயன்படுத்துவதற்கு பொருத்தமான மற்றும் வெவ்வேறு அளவிலான ஆதரவைப் பெறுவதுடன் (முடிவெடுப்பதற்கான ஆதரவு) ஒருங்கிணைந்ததாகும்.

மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட அனைத்து நபர்களுக்கும் பாகுபாடு இல்லாமல் பராமரிப்பு மற்றும் சிகிச்சையை அணுகுவதையும் பெறுவதையும் MHCA அங்கீகரிக்கிறது. மனநலப் பிரச்சனைகள் உள்ள நபர்கள் தேவைப்படும்போதும், ஆதரவு அளிக்கப்படும்போதும், பாகுபாட்டிற்கு உட்படாமல் பாதுகாக்கப்படுவதை உறுதி செய்வதற்கான நடைமுறைகள் மற்றும் பாதுகாப்புகளையும் இது நிறுவுகிறது. இந்தியாவில் உள்ள அனைத்து மனநல நிபுணர்களும் சட்டத்திற்கு ஏற்றவாறு தங்கள் மருத்துவ நடைமுறையில் மாற்றங்களைச் செய்வதை MHCA கட்டாயமாக்குகிறது. மனநல நிபுணர்களுக்கு (MHPs) அதிகாரங்கள் வழங்கப்படுகின்றன, எடுத்துக்காட்டாக, பிரிவு 89 இன் கீழ் சேர்க்கை தொடர்பானது, இது மனநல மருத்துவருடன் இணைந்து சேர்க்கைக்கானப் பரிந்துரைகளை வழங்க அனுமதிக்கிறது (Harbishettar et al., 2019). மற்ற MHP களும் நோயாளிகளை வெளியேற்றுவதற்கு திட்டமிட முடியும். MHP களின் பொறுப்புணர்வை உறுதி செய்யும் வகையில் அவர்களை அதன் வரம்பிற்குள் கொண்டு வந்த முதல் நிறுவனம் MHCA ஆகும் (முந்தைய சட்டங்கள் MHP களை உள்ளடக்கியிருக்கவில்லை). HPWMI க்களின் தேவைகளை நிவர்த்தி செய்வதற்குப் பொருத்தமான ஒரு பிரத்யேகப் பிரிவையும் MHCA கொண்டுள்ளது (பிரிவு 18(c) மற்றும் 19ல் கோடிட்டுக் காட்டப்பட்டுள்ளது) (Swaminath et al., 2019).

F.3 மனித உரிமைகள் பிரகடனம் மற்றும் அடிப்படைக் கொள்கைகளிலிருந்து வழிகாட்டுதல்

உலக சுகாதார அமைப்பு (WHO) மற்றும் ஐக்கிய நாடுகள் சபை உள்ளிட்ட சர்வதேச அமைப்புகள், மாற்றுத்திறனுள்ள நபர்களின் உரிமைகளை வெளிப்படுத்துதல் மற்றும் பாதுகாப்பதில் கவனம் செலுத்தும் பல்வேறு கட்டமைப்புகள் மற்றும் கொள்கை ஆவணங்களை உருவாக்கியுள்ளன (Martinuzzi et al., 2010; Stucki et al., 2007; ஐக்கிய நாடுகள் சபை, 2006). உரிமைகள் அடிப்படையிலான இந்த முக்கியமான கட்டமைப்புகள், சமூகப் பங்கேற்பு (வேலை, பள்ளி, குழந்தை வளர்ப்பு), ஆரோக்கியம் (சுகாதாரம், சிகிச்சை) மற்றும் அதிகபட்சம் சட்ட அமைப்புகள் மற்றும் கொள்கையின் பின்னணியில் சுயநிர்ணயம் ஆகியவற்றுக்கான அடிப்படை உரிமைகளைப் பாதுகாப்பதில் அரசாங்கங்கள் மற்றும் அரசு சாரா நிறுவனங்கள் மற்றும் சமூகத்தின் அடிப்படை நெறிமுறை மற்றும் தார்மீகப் பொறுப்புகளை முன்னிறுத்துகிறது.

F.4 மன ஆரோக்கியம் மற்றும் உள்ளடக்கிய மேம்பாடு - பராமரிப்பைத் திட்டமிடுவதற்கான வழிகாட்டுதல்கள்

F.4.a மனநோய், பராமரிப்பு மற்றும் மறுவாழ்வு ஆகியவற்றின் சமூக பரிமாணங்கள்

நியூ இங்கிலாந்து ஜர்னல் ஆஃப் மெடிசினில் வெளியிடப்பட்ட ஒரு தொடர், 'சான்று அடிப்படையிலான மருத்துவம்' மீதான அறிகுறி சார்ந்த முக்கியத்துவத்தைத் தவிர்ப்பதற்காக சமூக மருத்துவ நடைமுறைக்குத் திரும்ப வேண்டும் என்று வாதிட்டது. 'மருத்துவப் பத்திரிகைகளில் [மருத்துவமனையாளர்கள்] படித்தவற்றில் பெரும்பாலானவை சிகிச்சை மருத்துவத்தில், வெளியே உள்ள சமூக உலகத்தைக் காட்டிலும் நோயாளியின் உடலின் உயிரியல் மற்றும் நடத்தை உலகம் மிகவும் முக்கியமானது என்ற அனுமானத்தை உறுதிப்படுத்துவதை' குறிப்பிட்டு இத்தொடரை Stonington et al (2018) தொடங்கினார்கள். இன்னும் 'உடல்நலம், நோய், சிகிச்சை மற்றும் மீட்சியை தீர்மானிப்பதில் சமூக சக்திகளின் பங்கு' பற்றிய சான்றுகள் அதிகரித்து வருகின்றன (ஐபிட், 1958). இது அனைத்து மருத்துவ நடைமுறைகளுக்கும் பொருந்தும் என்றாலும், மனநலம், உளவியல், சமூகப் பணி மற்றும் மனிதநேயங்கள் தொடர்புடைய பிறவற்றிலும் முக்கியம் என்பதால், மனநல சிகிச்சையிலும் முக்கியத்துவம் பெறுகிறது. சமூகத்தை மையமாகக் கொண்ட சமூக அடிப்படையிலான பராமரிப்பில், உலகளாவிய மனநல இயக்கத்தில் தமிழ்நாடு ஒரு முன்னணி சக்தியாக உள்ளது, APA ஆல் தயாரிக்கப்பட்டு US இல்

பயன்படுத்தப்படும் மனநல கோளாறுகளைக் கண்டறிதல் மற்றும் புள்ளியியல் கையேடு, 5வது பதிப்பிலும் (DSM-V); மற்றும் WHO ஆல் தயாரிக்கப்பட்ட நோய்களின் சர்வதேச வகைப்பாடு, 11வது பதிப்பிலும் (ICD 11), நோய்களின் வகைப்பாட்டில் ஆதிக்கம் செலுத்தும், 'சான்று அடிப்படையிலான மனநல' பற்றிய தேவையான மறுபரிசீலனையில் ஈடுபட இது உதவும். சில மனநல மருத்துவர்கள் இந்த இரண்டையும் பயன்படுத்துவதில்லை. அவற்றின் பயன்பாட்டை கிரிட்டிகள் சைகியாட்ரிஸ்ட் நெட்ஓர்க்(UK) முற்றிலுமாக ரத்து செய்துள்ளது.

மனநல மருத்துவத்தில் ஆராய்ச்சி மற்றும் சிகிச்சையைத் தூண்டும் உலகளாவிய மருந்து நிறுவனங்கள் விரும்பும், பயோ மெடிக்கல் ரிட்கூனிஷத்திலுள்ள ஆபத்து, மனநல ஆரோக்கியத்தை தீர்மானிக்கக்கூடிய காரணிகளை கணக்கில் எடுத்துக்கொள்ளாதது (ரோஸ், 2018; கிர்மேயர்; கோம்ஸ்-கரில்லோ, 2018) அறிகுறிகளை குறுகிய காலத்தில் குறைப்பதில் மட்டுமே கவனம் செலுத்துவது, நோயின் சமூக நிர்ணயம் மற்றும் கலாச்சார ரீதியாக உள்ளடங்கிய அனுபவத்தைப் புரிந்து கொள்ளத் தவறிவிடும். உயிரியல்-மருத்துவ நடைமுறையின் கலாச்சார, சமூக மற்றும் பொருளாதார நிர்ணயம் பற்றி சிந்திப்பதும் முக்கியம். கிர்மேயர் மற்றும் கோம்ஸ்-கரில்லோ (2018) வலியுறுத்துவது போல், 'சான்று அடிப்படையிலான மனநல மருத்துவம்'; என்பது மரபுகள், மதிப்புகள் மற்றும் சமூக சக்திகளால் பிணைக்கப்பட்ட 'கலாச்சாரமாகும்'. இதைக் கருத்தில் கொண்டு, மருத்துவ களபணியாளர்கள் சிகிச்சையளிப்பானால் பாதிக்கப்பட்ட மற்றும் ஒதுக்கப்பட்ட மக்களுக்கு நம்பிக்கையையும் கண்ணியத்தையும், அறிகுறி நிவாரணத்தையும் அச்சிகிச்சை வழங்கும்.

F.4.b சமூக துன்பம் மற்றும் சமூக தோல்வியை நிவர்த்தி செய்தல்

ஹார்வர்ட் பல்கலைக்கழகத்தில் உள்ள முன்னணி மனநல நிபுணர்கள் மற்றும் மனநல மருத்துவர்களான Vikram Patel and Arthur Kleinman ஆகியோரால் எழுதப்பட்ட 2003 *WHO Bulletin*, 1990 முதல் வெளியிடப்பட்ட மூன்று பெரிய உலகளாவிய மனநல அறிக்கைகள் மற்றும் 11 சமூக ஆய்வுகளின் கண்டுபிடிப்புகள் மற்றும் பகுப்பாய்வுகளை வழங்கியது. இந்த கணக்கெடுப்பு வறுமை மற்றும் பொதுவான மனநல கோளாறுகளுக்கு இடையேயுள்ள வலுவான தொடர்பை உறுதிப்படுத்தியது, குறிப்பாக மனச்சோர்வு மற்றும் பதட்டம் தொடர்பானவை. தாழ்ந்த சமூகப் பொருளாதார நிலை (சமூக அல்லது வருமான வர்க்கத்தால் அளவிடப்படுகிறது), வேலையின்மை மற்றும் குறைந்த கல்வி நிலை' (Patel & Kleinman, 2003) ஆகியவற்றை வறுமை என ஆசிரியர்கள் வரையறுத்துள்ளனர். ஆனால், உணர்ச்சி மற்றும் மன உளைச்சலில் வலுவான தொற்றுநோயியல் தாக்கத்தை ஏற்படுத்தும் சமூகப் பொருளாதார பற்றாக்குறையுடன் தொடர்புடைய பல காரணிகளை பரிந்துரைத்த போதும்

தற்செயலான உறவுகள் தொடர்புகளால் உறுதிப்படுத்தப்பட வேண்டிய அவசியமில்லை என்பதைக் குறிப்பிடுவதில் கவனமாக இருந்தனர். Patel & Kleinman ஆகியோர் வருமானம் மட்டும் தீர்மானிக்கப்படுவதில்லை என்பதைக் கண்டறிந்தனர், அதேசமயம் அது மோசமான கல்வி மற்றும் வீட்டுப் பிரச்சனைகளுடன் இணையும்போது, அவற்றின் உறவு மனநோயுடன் வலுவடைந்தது. குறிப்பாக, ஒரு நபர் 'முந்தைய ஆறு மாதங்களில் கடுமையான வருமான வீழ்ச்சியால் பாதிக்கப்படும்போது', வருமானம் குறித்த கவலை மனநலக் கோளாறுகளின் அபாயத்தை அதிகரிப்பதாக Patel & Kleinman கண்டறிந்தனர். எடுத்துக்காட்டாக, இந்தியாவில் விவசாயிகள் தற்கொலைகள் இந்த வகைக்குள் அடங்கும். மனச்சோர்வு மற்றும் தற்கொலைக்குப் பங்களிப்பதில் ஒரு 'முக்கிய அனுபவமாக' நம்பிக்கையின்மைக்கு ஒரு வலுவான தொடர்பு இருப்பதை அவர்கள் கண்டறிந்ததில் ஆச்சரியமில்லை. நம்பிக்கையின்மை, அவமானம், களங்கம், வீடற்ற நிலை மற்றும் வறுமையுடன் தொடர்புடைய அவமானங்கள் போன்ற முக்கிய அனுபவங்களுக்குள் வறுமையை விட முக்கியமானதாகக் காணப்பட்டது. எமில் டர்கெய்ம் நீண்ட காலத்திற்கு முன்பே வலியுறுத்திய கோட்பாடு போல நகர்ப்புற சூழல்களில், தனித்துவிடப்பட்டதல் மற்றும் தனிமைக்கு வழிவகும் இடப்பெயர்வோடு தொடர்புடைய சமூக மாற்றம், பொதுவான மனநலக் கோளாறுகளுக்கு வழிவகுக்கும் மற்றொரு முக்கிய காரணியாகும். உடல் அல்லது கட்டமைக்கப்பட்ட வன்முறையால் ஏற்படும் அதிர்ச்சி, போதிய சமூக ஆதரவின்மை ஆகியவற்றுடன் இணைந்து, 'பொதுவான மனநலக் கோளாறுகளின் நோய்களில் முக்கிய பங்கு வகித்தது' (Patel & Kleinman, 2003). பெண்கள் 'வறுமையுடன் தொடர்புடைய துன்பங்களின் சுமைகளைத் தாங்குகிறார்கள், குறைவானவர்களே பள்ளிக்குச் செல்கிறார்கள், கணவர்களிடமிருந்து உடல் ரீதியான வன்முறைகள், கட்டாயத் திருமணங்கள், குறைவான வேலை வாய்ப்புகள்' ஆகியவற்றால் பாலினம், கருத்தில் கொள்ள வேண்டிய மற்றொரு காரணியாகும் (ibid., p. 612). ஊட்டச்சத்து குறைபாடு, சுத்தமான தண்ணீர் கிடைக்காமை மற்றும் நச்சு சூழலில் வாழ்வது, போதிய வீட்டுவசதி இல்லாதது மற்றும் மோசமான உடல்நலத்துடன் தொடர்புடைய பிற காரணிகள் மனநலக் கோளாறுகளுடன் இணை நோயாயின. மேலும், இந்த உடல்நலம் மற்றும் மனநலப் பிரச்சனைகள் செலவுகள் அதிகரித்து வறுமையை மோசமாக்கி உளவியல் மன அழுத்தம் மற்றும் வறுமையின் தீய சுழற்சிக்கு பங்களிக்கிறது .

ஒருவருக்கொருவர் தங்கள் சுதந்திரத்தைப் புரிந்துகொள்வதும் சமமாக முக்கியமானது. எல்லா துன்பம் அல்லது வறுமையும் 'மனநோயாளி' (மில்ஸ், 2015) அல்லது நோய்க்குறியியலாக்கப்பட முடியாது. மனநல பாதிப்புகள் இருக்கலாம் என்றாலும், மோசமான வறுமை, வீட்டு மற்றும் கட்டமைப்பு வன்முறை ஆகியவற்றின் விளைவாக வீடற்ற நிலை அல்லது விரைவான

ஸ்திரமின்மை மற்றும் சமூக இழப்புகள் போன்ற சூழலோடு தொடர்புடையது (விவசாயி, 1999).

F.4.c வீட்டுவசதி மற்றும் வருமான உறுதியற்ற தன்மை

லுஹர்மான் and மர்ரோ (2016) மேற்கொண்ட தொற்றுநோயியல் இலக்கியம் மற்றும் இனவரைவியல் ஆய்வின் மிக சமீபத்திய ஆய்வு, மனநோய்களின் மிகவும் பயனற்ற தன்மையான மனச்சிதைவின் (schizophrenia) பாதையும் களங்கம், இனவெறி, வறுமை, வீடற்ற நிலை, மற்றும் சுகாதாரப் பாதுகாப்புத் துறை மற்றும் பெரும்பாலும் மனிதாபிமானமற்ற சட்ட அதிகாரத்துவத்துடனான தொடர்புகளின் கட்டமைப்பு வன்முறை ஆகியவற்றோடு 'சமூக தோல்வி' அல்லது தொடர்ச்சியான அவமானங்களின் அனுபவங்களால் பாதிக்கப்படுகிறது என்பதைக் கண்டறிந்துள்ளது. வீட்டுவசதியும் வேலையும் இருக்கும்போது நோயை முன்கூட்டியே அறிவது சிறப்பாக இருந்தன, மேலும் 'நோயறிதல் நடுநிலை' என்பது நோயாளியின் குடும்பத்திலும் பரந்த சமூகத்திலும் மருத்துவ நோயறிதலைப் பற்றி குறைவான உணர்ச்சி மன அழுத்தம் இருக்கும்போது, நம்பிக்கை சிறப்பாக பராமரிக்கப்படுவதைக் குறிக்கிறது. உளவியல் சமூக தலையீடுகளை விட உயிர் மருத்துவப் பராமரிப்புபிற்கும் கலாச்சார நுணுக்கத்திற்கும் அதிக முக்கியத்துவம் கொடுக்கப்பட்டதால் இந்த ஆய்வு, நீண்டகாலம் மருத்துவமனை சேர்க்கையை விட சமூக அடிப்படையிலான பராமரிப்பு அதிக செயல்திறனைக் கொண்டிருப்பதைச் சுட்டிக்காட்டியது. மேலும், 'ஹவுசிங் ஃபர்ஸ்ட்' (Padgett et al., 2016) மற்றும் 'ஹோம் அகெய்ன்' மாதிரிகளிலிருந்து விளைவுகள் (Patel et al., 2016) தனிப்பட்ட மீட்பு, சமூக மறுபிரவேசம், பங்கேற்பு மற்றும் செயலாண்மை மற்றும் சமூகத்தின் உணர்வை செயல்படுத்துவதில் நிலையான வீட்டுவசதியின் பங்கைக் காட்டுகிறது. இருத்தலியல் உறுதியற்ற நிலை மற்றும் மனநல பாதிப்பு என்பது, துன்பத்தை அதிகரிப்பது, வீடற்ற நிலைக்கு கீழ்நோக்கிய சரிவை துரிதப்படுத்துவது மற்றும் இன்னும் மோசமாக, நம்பிக்கையின்மை சமூகம் மற்றும் வாழ்க்கையில் பங்கேற்பதில் இருந்து விலக்குவது போன்ற பல புள்ளிகளில் இணைகிறது, (Padgett et al., 2007).

F.5 தொடர்ச்சியான மற்றும் சிக்கலான பிரச்சனைகளை நிவர்த்தி செய்வதில் டிரான்ஸ்டிசிப்ளினரி லென்ஸ்

வெற்றிகரமான தொடர்புகளை வளர்ப்பதற்கான ஒரு முக்கிய மூலோபாயம் டிரான்ஸ்டிசிப்ளினரி கொள்கை மேம்பாடு ஆகும், அதன் கட்டமைப்பு மற்றும் தாக்கங்கள் கீழே விவாதிக்கப்படும். இது முக்கியமாக ஆராய்ச்சி அமைப்புகளில்

பயன்படுத்தப்பட்டாலும், பஸ்துறைக் கொள்கை பற்றிய அறிவு, தகவல் தொடர்புத் திறன், வக்காலத்து மற்றும் கூட்டணியை உருவாக்குவதற்கான திறனைக் குறிக்கவும் வகையில் இதன் சமீபத்திய படைப்புகள் அறிவு மற்றும் சமூக மாற்றம் ஆகியவற்றில் அதன் திறனை நிறுவியுள்ளது. தனிப்பட்ட அறிவு கலாச்சாரங்களை அங்கீகரிப்பதன் மூலமும், பொதுவான இலக்குகளை அடையாளம் கண்டு நிலைநிறுத்துவதன் மூலமும் சம பங்குதாரர்களின் ஒத்துழைப்பைக் கட்டமைப்பதன் மூலம், பல பரிமாண வறுமை மற்றும் மனநலக் குறைபாடு ஆகியவற்றுக்கு இடையேயான தொடர்புகளை நிவர்த்தி செய்வதற்கான பெரும் ஆற்றலை டிரான்ஸ்-சிப்ளினரிட்டி கொண்டுள்ளது.

மேலே குறிப்பிட்டுள்ள சிக்கலான தன்மையைக் கருத்தில் கொண்டு, சுகாதார அமைப்பின் வழக்கமான சீர்திருத்தங்கள் அல்லது நிதி அல்லது மனித வள முதலீடு தொடர்பான கொள்கைகள் மூலப் பிரச்சினைகளைச் சமாளிப்பதற்குப் போதுமானதாக இல்லை என்பதை நேரடியாகக் கருத்தில் கொள்வது நியாயமாகும் (Narasimhan et al., 2019). மேலும், உள்ளூர் பொறுப்பு மற்றும் அனுபவங்களைப் பரிசீலிக்க வேண்டியதன் அவசியம், பிரச்சனைகள் இருக்கும் சமூக உண்மைகளுக்கு அறிவுத் தளங்களைப் பயன்படுத்த வேண்டியதன் அவசியத்தைக் கருத்தில் கொண்டு, பொதுவாகக் கருதப்படுவதை விட, செயல்பாட்டில் பரந்த அளவிலான பங்கேற்பாளர்களை இணைத்துக் கொள்ள வேண்டும் என்பதைக் குறிக்கிறது (Narasimhan et al., 2019, Misra et al., 2011). உண்மையில், இது அடிமட்ட நிலைக்கும் அப்பால் சென்று, பயனுள்ள ஆரோக்கிய அமைப்புகளின் தற்போதைய புரிதல்கள் அவற்றின் கூறு பகுதிகளுக்கு அப்பால் விரிவடைந்து, சேவைப் பயனர்களுக்கு அவர்கள் எதிர்வினையாற்றும் தன்மையைக் கருத்தில் கொள்ளும் வாய்ப்புள்ளது (Narasimhan et al., 2019). ஆராய்ச்சி மற்றும் நடைமுறையில் முன்னுரிமைகளை அமைப்பதில் பாதிக்கப்பட்ட நபர்களுடன் பணிபுரிவது, விளைவுகளுக்கும் சட்டபூர்வமான தன்மையை மேம்படுத்துவதற்கும் பங்குதாரர்களின் ஆதரவு அதிகரிப்பதைக் காட்டுகின்றன (Broerse et al., 2010).

கொள்கை தொடர்பான பாதிக்கப்பட்ட தனிநபர்கள், அடிமட்ட அமைப்புகள், அரசு சாரா நிறுவனங்கள், ஆரோக்கிய அமைச்சகம், மருத்துவமனைகள், மனநல நிறுவனங்கள், சட்ட அமலாக்கத்துறை, மனநல மருத்துவர்கள், செவிலியர்கள், சமூகப் பணியாளர்கள், உளவியலாளர்கள், சமூகப் பணியாளர்கள் மற்றும் பலர் உள்ளிட்ட செயல்பாட்டில் ஈடுபட வேண்டிய பரந்த அளவிலான பங்கேற்பாளர்கள் தொடர்பான முதல் சிக்கலான பகுதியை இது பரிந்துரைக்கிறது. வெவ்வேறு குழுக்கள் தங்கள் சொந்த சிந்தனை, முன்னுரிமைகள் மற்றும் அனுமானங்கள் வரையறைக்குள் செயல்படுவதால், இந்த ஒத்துழைப்பின் இயல்பு கட்டாயம் சிக்கலானதுதான். மேலும் அவர்கள் சிக்கலை எவ்வாறு புரிந்துகொள்கிறார்கள் மற்றும் வெவ்வேறு தீர்வுகளை ஆதரிக்கிறார்கள் என்பதும் வேறுபடக்கூடியது (Benard et al., 2014). இது பிளவுபட்ட பரப்புரைகள், உள் கருத்தொற்றுமை மற்றும்

சவாலான இலக்குகள் இல்லாமை, அத்துடன் ஒத்துழைப்பிற்கான தயார்நிலை மற்றும் திறனைப் பொறுத்து மாறுபட்ட அளவிலான செயல்திறன் ஆகியவற்றால் அதிகரிக்கலாம் (Gopikumar et al, 2021, Misra et al., 2011). சிக்கலைச் சமாளிப்பதற்குத் தேவைப்படும் சிக்கலான ஒத்துழைப்பிற்கு மேலும் ஒரு கட்டமைக்கப்பட்ட அணுகுமுறையில் இணக்கம் மற்றும் சமரசம் தேவைப்படுகிறது. சிக்கலான உடல்நலப் பிரச்சினைகளை (Murphy et al.,2017) ஆராய்வதற்கான ஒரு நம்பிக்கைக்குரிய அணுகுமுறை என்று அறிஞர்கள் கண்டறிந்த டிரான்ஸ்டிசிப்ளினரி முறை பல நன்மைகளைக் கொண்டுள்ளது, எடுத்துக்காட்டாக, அதன் கட்டமைப்பு அடிப்படையிலான தொடர்பு மற்றும் எதிர்பார்ப்புகள் மற்றும் இலக்குகளை சீரமைத்தல் ஆகியவற்றின் அடிப்படையில் இது ஒத்துழைப்பின் ஆரம்ப கட்டங்களில் இழந்த நேரத்தை குறைக்கிறது (Misra et al., 2011).

வளர்ச்சிக்கான பொதுவான கட்டமைப்பை உருவாக்குவதற்கு வேண்டிய தெளிவான, மதிப்பு சார்ந்த இலக்குகள் தேவைப்படும் பங்குதாரர்களின் நம்பிக்கையைப் பெறும் பொதுவான சிக்கல், விவாதிக்கப்பட்ட சிக்கல்களுக்கும் மேலானது (Gopikumar et al.,2021).பிரச்சனையின் சிக்கலான தன்மையைப் பொறுத்தமட்டில், சில சமயங்களில் இந்தத் துறையை வகைப்படுத்தியிருக்கும் மிகை எளிமைப்படுத்தலுக்கு அப்பால் நகரும் கேள்வியின் வரிசையை நிறுவுவது முக்கியம். இறுதியாக, பங்குதாரர்களின் ஒத்துழைப்பைக் கட்டமைப்பதற்கு, சிக்கலான நிலையை எதிர்கொள்ளும் தலைமையின் ஒருங்கிணைப்பு போன்ற விஷயங்களை வெளிப்படையாகக் கருத்தில் கொள்ள வேண்டும் (Bunders et al., 2010), எதிர்பார்ப்புகளை நிர்வகித்தல் மற்றும் பரஸ்பர கற்றலுக்கான சூழலை உருவாக்குதல் (Kirst et al., 2011)

F.6 பராமரிப்புக்கான மீட்பு அடிப்படையிலான அணுகுமுறைகள்

நவீன 'மீட்பு' இயக்கம் என்று அழைக்கப்படுவதன் தோற்றம், மனச்சிதைவு (schizophrenia) (எ.கா., Harrison et al., 2001; Hopper et al., 2007) உட்பட தீவிர மனநலக் கோளாறுகளின் நீண்டகால முன்கணிப்பு பற்றிய முந்தைய அனுமானங்களைக் கேள்விக்குள்ளாக்கியது. அத்துடன் சேவைப் பயனர்கள், குடும்பங்கள் மற்றும் முற்போக்கான வழங்குநர்களின் வக்காலத்து முயற்சிகள் (Davidson et al., 2011; Deegan, 2003). அடிப்படையில், மீட்பு-சார்ந்த நடைமுறையானது, உளவியல் குறைபாடுகள் உள்ளவர்களின் மனித உரிமைகளை வலியுறுத்தும் சேவைகளை விவரிக்கிறது மற்றும் அறிகுறிகளின் நிவாரணம் இல்லாவிட்டாலும் கூட, சமூகத்தில் அவர்களின் முழுப் பங்கேற்பையும் ஒருங்கிணைப்பையும் ஊக்குவிக்கிறது.

பல அசல் விடுதலை இயக்கங்களைப் போலவே, மீட்டெடுப்பு என்ற கருத்தும் சில சமயங்களில் கொள்கை மற்றும் நடைமுறையில் தவறாகப் பயன்படுத்தப்பட்டது அல்லது தவறாகப் கையாளப்பட்டது (Slade et al., 2014) மற்றும் - குறிப்பாக இந்தியா மற்றும் பிற LMIC களில் - ஐரோப்பா சார்ந்த சிந்தனை மற்றும் கட்டமைப்பின் அடிப்படையிலான ஒரு கட்டமைப்பை விமர்சனமற்ற முறையில் ஏற்றுக்கொள்வதற்கான சாத்தியக்கூறுகள் உள்ளன (Bayetti et al., 2017; Gamiieldien et al., 2021). எடுத்துக்காட்டாக, நோயாளிகள் பலனடைவதற்குப் பதிலாக அவர்களை அடிக்கடி தெருக்களுக்கும் சிறைகளுக்கும் தள்ளும் உயர்தர குடியிருப்பு வசதிகளை மூடுவதையும் மருத்துவமனை படுக்கைகளை அகற்றுவதையும் நியாயப்படுத்த மீட்டெடுப்பு பற்றிய சொற்பொழிவைத் தூண்டுவதற்கு எதிராக சில விமர்சகர்கள் எச்சரித்தனர். நம்பிக்கையை மையமாகக் கொண்ட விருப்பங்களும் உரிமைகளும் திறன்கள் மற்றும் வாழ்க்கை இலக்குகள், கலாச்சார ரீதியாக பொருத்தமான வாழ்க்கை மற்றும் குணப்படுத்தும் பாணிகளைப் பின்தொடர்வது போன்ற மாற்று வழிகளை ஊக்கப்படுத்தியுள்ளன; மற்றும் கண்ணியம், பங்கேற்பு போன்றவற்றின் மதிப்புகள் சமூக சூழல், அதிர்ச்சி, துயரம், மனநோய் மற்றும் பாதிக்கப்பட்ட நபர்களின் நல்வாழ்வு ஆகியவற்றை நிவர்த்தி செய்யும் தீர்வுகளை உருவாக்குவதில் தீவிரமான முக்கியத்துவம் பெறுகின்றன.

L&MICகளில் மீட்பு அணுகுமுறைகள்

சில L&MIC சூழல்களில், பங்கேற்பு-சார்ந்த சேவைகளை மேம்படுத்துவதற்கான சமீபத்திய மற்றும் வளர்ந்து வரும் முயற்சிகளை, முற்போக்கான சர்வதேச வளர்ச்சிப் பணிகள் (எ.கா. அமர்த்தியா சென்), உலகின் பல்வேறு பகுதிகளில் இருந்து முன்மாதிரியான சேவை மாதிரிகள் மற்றும் குடும்பம், சமூகம் மற்றும் மதிப்புமிக்க சமூகப் பங்கேற்பாளர்களின் உள்ளூர் அர்த்தங்கள் தொடர்பான பிராந்திய மற்றும் கலாச்சார ரீதியாக குறிப்பிட்ட பரிசீலனைகள் ஆகியவற்றிலிருந்து உருவாகும் உலகளாவிய மனித உரிமைகள் கட்டமைப்பின் பிரதிபலிப்பு, ஒத்திசைவு ஒருங்கிணைப்பு எனச் சிறப்பாக புரிந்து கொள்ளப்படலாம் (அதாவது மாற்றுத்திறனாளிகளின் உரிமைகளுக்கான ஐக்கிய நாடுகளின் குழு அல்லது உலக சுகாதார அமைப்பின் தர உரிமைகள் முன்முயற்சி போன்றவை), (Radhakrishnan et al., 2021; Ravi et al., 2021; Venkatapuram, 2014). நபர் மற்றும் சமூகத்தை மையமாகக் கொண்ட சேவைகளுக்கான இந்த அணுகுமுறை உளவியல் சமூக இயலாமை, மீட்பு மற்றும் பாலினம், சாதி, மத அடையாளம் மற்றும் மருத்துவம் அல்லாத விளக்கக் கட்டமைப்புகளுடன் பங்கு பெறுதல் ஆகியவை இணையும் இடங்களில் அக்கறையுடன் கவனம் செலுத்துகிறது.

முழுமையான, செலவு குறைந்த மற்றும் நிலையான மனநலப் பாதுகாப்பு மாதிரிகள், அறிகுறிகளைக் குறைப்பதில் குறுகிய கால விளைவுகளுக்கு மேலாக, செயலாண்மை, உரிமைகள் மற்றும் புரிதலை வலியுறுத்துகின்றன. கடுமையான மனநோய்கள் (SMIகள்) மற்றும் வீடற்ற நிலை, வறுமை மற்றும் பிற 'சிறுபான்மையினமாக்கல்' தொடர்பான சர்வதேச ஆராய்ச்சி மற்றும் நடைமுறைகள், அனுபவங்கள் மற்றும் அவர்கள் தங்களை அடையாளப்படுத்திக்கொள்ளும் கலாச்சாரங்கள் மற்றும் சமூகங்களில் தனிநபரின் மதிப்புகளை மையமாகக் கொண்டு வற்புறுத்தலைக் குறைக்கும் வழிகளில் ஈடுபடுவதன் முக்கியத்துவத்தை வலியுறுத்துகின்றன. ஆர்தர் க்ளீன்மேன் (2012) உலகளாவிய மன ஆரோக்கியத்தில் கவனம் செலுத்துவது நோயியலுக்கு எதிராக நோயியல் அல்லாத நோயறிதல் மாதிரியிலிருந்து, அதன் உள்ளூர் மற்றும் கலாச்சார வடிவ பரிமாணங்களில் துன்பத்தின் உளவியல் அனுபவத்தைப் புரிந்துகொள்வதோடு கூடுதலாக (2012) வறுமை மற்றும் இணை நோய்களின் தொகுப்பில் ஆரோக்கியத்தை இணைத்து அதன் அனைத்துப் பரிமாண அம்சங்களிலும் 'சமூக துன்பங்களை' நிவர்த்தி செய்யும் ஒன்றை நோக்கி மாற வேண்டும் என்று பரிந்துரைக்கிறது. சிறந்த நோக்கங்கள் இருந்தபோதிலும், சில சமயங்களில் மருத்துவப் பராமரிப்பில் மனிதாபிமானமற்ற அம்சங்கள் சமூக மற்றும் தார்மீக தோல்விக்கு எவ்வாறு பங்களிக்கும் என்பதில் அவர் கவனம் செலுத்துகிறார். மருந்தியல் சிகிச்சைகளுக்கான அணுகலை விரிவுபடுத்துவதற்குப் பதிலாக, மனநலம் குன்றியவர்களின் மனிதநேயமற்ற சிகிச்சையில் கவனம் செலுத்த வேண்டிய அவசியம் உள்ளது என்று அவர் வாதிடுகிறார். இருப்பினும், பல LMICகளில், மனநலப் பாதுகாப்பு மற்றும் ஆலோசனைக்கான அடிப்படை அணுகல் இல்லாததை க்ளீன்மேன் சுட்டிக் காட்டி, 'அரசு மனநோயாளிகள் மீது சக்திவாய்ந்த கட்டுப்பாட்டின் ஆதாரமாக முதன்மையாக அல்லாமல், மாறாக அவர்கள் மூலம் ஒட்டுமொத்த சமுதாயத்தின் பலவீனமான, கட்டுப்படுத்தப்பட்ட மற்றும் அதன் மிகவும் பலவீனமான மற்றும் பாதிக்கப்படக்கூடிய உறுப்பினர்களுக்கு மிக அடிப்படையான பராமரிப்பை வழங்குவதற்கு கிட்டத்தட்ட சக்தியற்றது என்பதைக் காணும்போது என்ன நடக்கும்?' எனக் கேட்கிறார். இத்தகைய சூழலில், கூட்டு நோயுற்ற உடல்நலம் மற்றும் மனநலப் பிரச்சினைகளுக்கு பங்களிக்கும் சமூகப் பொருளாதார ஏற்றத்தாழ்வுகளைக் குறைப்பதைக் காட்டிலும் அதிக மருத்துவமையமாக்கல் குறைவான முக்கியமானதாகும். மனநல நிபுணர்கள் ஆதரிக்க வேண்டிய முக்கிய மதிப்புக் கட்டமைப்புகளை பிரிவு H பட்டியலிலிருந்து, இது இறுதியில் நிலையான மற்றும் முழுமையான மனநலம் மற்றும் சமூக பராமரிப்பு அமைப்பை வடிவமைக்கிறது.

பிரிவு G

வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களை மீட்டெடுப்பதற்கும் சமூகத்தில் சேர்ப்பதற்கும் ஆதரவளிப்பதற்கான வழிகாட்டுதல்கள்: சேவை வரையறைகள் மற்றும் பல்துறைக் கூட்டணிகள்

பராமரிப்புக்கான அனைத்து அணுகுமுறைகளும் நபரை மையமாகக் கொண்டதாக, நல்வாழ்வில் உள்ளடங்கியதாக மற்றும் மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவர்களின் உயிரியல்-மருத்துவ, சமூக மற்றும் உளவியல் காரணிகளின் மனநல ஆரோக்கியம் அல்லது உளவியல் சமூக இயலாமை ஆகியவற்றை நிவர்த்தி செய்வதாக இருப்பதை உறுதிசெய்வதற்காக, இந்த முக்கியப் பிரிவு தடுப்பு, ஆதரவு மற்றும் மறுசீரமைப்பு என மூன்று நிலைகளில் சேவைகளுக்கான வழிகாட்டுதல்களை பரிந்துரைக்கிறது. இதைச் செய்வது, வாழ்க்கைச் சுழற்சி அணுகுமுறையில் முன்னெச்சரிக்கை, துரிதப்படுத்துதல், நிரந்தரமாக்குதல் மற்றும் பாதுகாப்புக் காரணிகளைக் கணக்கில் எடுத்துக்கொண்டு, பராமரிப்பு தொடர்ச்சியின் ஒவ்வொரு கட்டத்திலும் பலவிதமான சேவைகளைப் பெறுவதைச் சார்ந்துள்ளது. இது பல்வேறு தேவைகளை நிவர்த்தி செய்யும் சேவைகளின் வரிசைக்கு அதிக அணுகலை ஏற்படுத்தலாம்.

கிராம பஞ்சாயத்துகள் முதல் தொகுதி அளவிலான PHCகள் மற்றும் மூன்றாம் நிலை மருத்துவமனைகள் அல்லது பொது மற்றும் தனியார் பராமரிப்பு மையங்கள் (CSOs போன்றவற்றால் நிர்வகிக்கப்படுகிறது) மற்றும் சுகாதாரம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்பு அமைப்புகள் வரை பல்வேறு நிர்வாக மட்டங்களில் பல்வேறு சேவைகள் கிடைக்கும் பட்சத்தில், மனநலப் பிரச்சினைகளால் ஏற்படும் துன்பம் மற்றும் வீடற்ற நிலைகள் மீண்டும் ஏற்படுவது குறைக்கப்படலாம் அல்லது நிறுத்தப்படலாம் என்று நாங்கள் நம்புகிறோம். இந்த பரிந்துரைகள் இந்த சேவைகள் அல்லது தலையீடுகள் அமைந்துள்ள கிராமம், நகரம், நகராட்சி மற்றும் நகரத்தின் சூழலை கணக்கில் எடுத்துக்கொள்ள வேண்டும்.

அட்டவணை 6 வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கான தடுப்பு, ஆதரவு மற்றும் மறுசீரமைப்பு சேவைகள்

தடுப்பு	ஆதரவான	மறுசீரமைப்பு
---------	--------	--------------

<p>கடினமான தூழ்நிலையில் இருப்பவர்களுக்கான குழந்தைகள் மற்றும் இளம்பருவ நலவாழ்வுத் திட்டங்கள்</p>	<p>கிராமம் முதல் மாவட்ட அளவில் ஒத்துழைக்கும் முதன்மை பதில் வினையாற்றும் குழுக்கள் (CSOக்கள், தன்னார்வலர்கள், பஞ்சாயத்துகள் மற்றும் இளைஞர் தலைவர்களுடன் இணைந்து)</p>	<p>ஆதரிக்கப்படும் வீட்டுவசதி: நீண்ட கால அல்லது இடைநிலை பராமரிப்புக்கான தேவைகள் அடிப்படையிலான தனிப்பட்ட உதவியுடன் வாடகைக்கு, சொந்தமான அல்லது விடுதி வகை (Padmakar et al., 2020)</p>
<p>அலைந்து திரிதல்/வீடற்ற நிலையிலிருப்பவர்கள் மற்றும் சமீபகாலமாக உள்ளோயாளிகளின் பராமரிப்பில் இருந்து வெளியேற்றப்பட்டவர்களுக்கான பராமரிப்புத் திட்டத்தைத் தொடர்வது</p>	<p>நெருக்கடி இடையீடு சேவைகள் (CIS)</p>	<p>பயனர் தலைமையிலான சமூக நிறுவனங்கள்</p>
<p>பாதிக்கப்படக்கூடிய பராமரிப்பாளர்களுக்கான ஆதரவு</p>	<p>அவசர கால இடையீடுகள் (CITகள்)</p>	<p>வேலை வாய்ப்பு (தகுதி மற்றும் திறன்களின் அடிப்படையில்) மற்றும் சமூக மூலதனத்தை மேம்படுத்துதல் (வருமானம், சமூக வலைப்பின்னல்கள்)</p>
<p>சமூக அடிப்படையிலான தீங்கு-குறைப்பு மற்றும் போதை பழக்கத்திற்கான பரிந்துரை அமைப்புகள்</p>	<p>ECRCகள்: NHM, சுகாதாரம் மற்றும் குடும்ப நலத் துறை, IMH மற்றும் CSOக்கள் மூலம் அரசு இரண்டாம் நிலை மற்றும் மூன்றாம் நிலை பராமரிப்பு மருத்துவமனைகளுக்கு 3 லட்சம் மக்கள்தொகைக்கு 30-50 படுக்கைகள் ஒருங்கிணைந்த பராமரிப்பு மையங்களாக</p>	<p>சட்ட உதவி சேவைகள்</p>

	நிர்வகிக்கப்படுகின்றன.	
மனநல நிலைமைகளுடன் வாழும் அதிக ஆபத்துள்ள மக்களுக்கான சட்டப்பூர்வ உரிமைகள் (உணவு, வீட்டுவசதி, வேலைவாய்ப்பு, ஓய்வூதியம்) முறையாக கிடைப்பதற்கு இடைநிலை ஒத்துழைப்பு	திறந்த நிலை தங்குமிடம் சேவைகள்: வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கு ஒவ்வொரு மூன்று மண்டலங்களுக்கும் ஒரு சிறப்பு மையத்துடன், 1 லட்சம் மக்கள் தொகைக்கு 100 படுக்கைகள் (NULM திட்டத்தின்படி)	மதிப்புமிக்க சமூக பங்கேற்பு மற்றும் அறிவின் இணை உற்பத்தி (பராமரிப்பு, தணிக்கைகள் மற்றும் கொள்கை மேம்பாட்டில் ஈடுபடும் ஆதரவாளர்கள், ஆராய்ச்சியாளர்கள் மற்றும் மேலாளர்கள்)
மனநோய் திட்டத்தில் ஆரம்பகால தலையீடு	பஞ்சாயத்து, நகராட்சி மற்றும் மாவட்ட அளவில் பாதுகாப்பான இடங்கள் மற்றும் சமூக பராமரிப்பு மேசைகள்	
பாலினம் அல்லது சாதி அடிப்படையிலான வன்முறை மற்றும் மனநலத்துடன் ஒரே நேரத்தில் நிகழும் பிற அடக்குமுறைகளை முன்கூட்டியே கண்டறிந்து எதிர்வினையாற்றுவதற்கான, PHC மற்றும் தொகுதி-நிலை மனநலக் குழுக்களுக்கான பயிற்சி	நபர்களை மையமாகக் கொண்ட, உரிமைகள் அடிப்படையிலான, குறைந்த கட்டுப்பாடுகள் மற்றும் கவனிப்பு ஆகியவற்றில் ஆரோக்கிய அமைப்பு மற்றும் அதனுடன் தொடர்புடைய துறைகளில் பங்குதாரர்களை உணர்தல்	
துணை மையங்கள் / நலவாழ்வு மையங்களாக PHCகள் / சமூக பராமரிப்பு மேசைகள்	மையப்படுத்தப்பட்ட ஹெல்ப்லைன் சேவை	

G.1 தடுப்பு ஆதரவு அணுகுமுறைகள்

முழுமையான பராமரிப்பு, இந்தக் கொள்கையை உருவாக்குவதிலும் பரிந்துரைக்கப்பட்ட திட்டமிடல் மற்றும் செயல்படுத்துதலிலும் ஒரு மையமாக செயல்படுகிறது. நபரை மையமாகக் கொண்ட கவனி பராமரிப்பை எளிதாக்குவதில் மருத்துவ மற்றும் சமூக பராமரிப்பு சமமாக முக்கியமானது. தொடர்ச்சியான மருத்துவ பராமரிப்பு இல்லாமை மற்றும் பாதுகாப்பு வலைகளின் சிதைவு ஆகியவை SMI கள் உள்ளவர்களிடையே மீண்டும் வீடற்ற நிலையை ஏற்படுவதற்கு முக்கியமான காரணங்களாகும். HPMI தடுப்பு மற்றும் பராமரிப்பில் மருத்துவப் பராமரிப்பை வலுப்படுத்துவது அவசியமாகும்.

தமிழ்நாட்டில் மனநலக் காப்பகம், அரசு மருத்துவக் கல்லூரி மருத்துவமனைகளில் உள்ள மனநலத் துறை, மாவட்டத் தலைமை மருத்துவமனைகள், DMHP, CSOக்கள் மற்றும் ECRCக்களில் மருத்துவப் பாதுகாப்பு கிடைக்கிறது. மருத்துவ மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்பு வழங்கும் இத்தகைய வசதிகளில் உள்கட்டமைப்பை வலுப்படுத்தப்பட வேண்டும் மற்றும் மனித ஆற்றல் மற்றும் அத்தியாவசிய மருந்துகள் தொடர்ந்து கிடைக்கச் செய்ய வேண்டும். மனநோய்க்கான ஆரம்பத் தலை இடையீட்டிற்கு, அனைத்து மருத்துவக் கல்லூரிகள் மற்றும் மருத்துவமனைகளில் உள்ள மனநலத் துறைகளில் குழந்தைகள் மற்றும் இளம்பருவ மனநலப் பிரிவுகள் உருவாக்கப்பட வேண்டும்.

G.1. a குழந்தைகள் மற்றும் இளம்பருவ சமூக ஆரோக்கியப் பாதுகாப்பு வாழ்நாள் முழுவதும் நல்வாழ்வுக்கான குழந்தைகள் மற்றும் இளம்பருவ மனநலம் என்பது ஒரு முக்கியமான முன்கணிப்பு ஆகும், இது கல்வி அமைப்பில் மனநலம் மற்றும் சமூகத்தின் ஆதரவு மற்றும் வலைப்பின்னல்களை நிறுவுவது அவசியம். உடல்நலக்குறைவு அல்லது சமூக துயரத்தின் ஆரம்ப அறிகுறிகளைக் கண்டறிவதற்கும், வளரும் பருவத்தில் அவர்களின் வளர்ச்சி மற்றும் மேம்பாட்டை பாதிக்கக்கூடிய கட்டமைப்புத் தடைகள் மற்றும் தொடர்புடைய தீமைகள் அல்லது கடினமான உறவுகளைத் தடுப்பதற்கும், குழந்தைகள் மற்றும் இளம் பருவத்தினரைப் பராமரிப்பதில் கவனம் செலுத்தும் கல்வித் துறை மற்றும் பிற பங்குதாரர்களுடன் ஒத்துழைக்க வேண்டும். போதுமான அளவு உணவு, நிலையான வீட்டுவசதி மற்றும் வருமானம், மற்றும் சீரான பெற்றோருக்குரிய திறன்களில் பயிற்சி, மற்றும் பள்ளிகளில் நேர்மறை இளைஞர் மேம்பாட்டு உத்திகள் ஆகியவை குழந்தை மற்றும் பருவ வளர்ச்சியின் இந்த கட்டத்தில் முக்கிய பங்கு வகிக்கின்றன.வறுமை மற்றும் குறிப்பிடத்தக்க சமூக இழப்புகளுக்குச் செல்லும் அபாயத்தில் உள்ள குடும்பங்களிலுள்ள மிகவும் பாதிக்கப்படக்கூடிய குழந்தைகள் மற்றும் இளைஞர்களின் தேவைகளை

மதிப்பிடுவதற்கு உள்ளூர் சுயாட்சி அமைப்புகள், உள்ளூர் மனநல உதவியாளர்கள் அல்லது தன்னார்வலர்களுடன் இணைவது போல சமூக நலத் துறை, கல்வித் துறை, வீட்டுவசதி மற்றும் ஆரோக்கியம் மற்றும் குடும்ப நலத் துறைகள் ஆகியவற்றுடனான தொடர்பு மிக முக்கியமானது. இத்தகைய சூழ்நிலைகளில், நிலையான மற்றும் செயலூக்கமான ஈடுபாடு மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்பு ஆதரவின் மூலம் களங்கமற்ற மற்றும் பாரபட்சமற்ற முறையில் வழங்கப்படும் 'கடை கோடியையும் எட்டும் பராமரிப்பு' இன்றியமையாதது.

கடினமான சூழ்நிலைகளில் குழந்தைகள் மீண்டெழுவதில் கவனம் செலுத்தும் இடையீடுகள்

மனநோயால் பாதிக்கப்பட்ட மக்களிடையே மீட்புக்கு பங்களிப்பதற்கும் மனநோய் உருவாகும் அபாயங்களைக் குறைப்பதற்கும் சுயமரியாதை மற்றும் மீண்டெழும் தன்மை முக்கியமானது. ஆகையால் மனநலத் துறையில் தடுப்பு மற்றும் ஊக்குவிப்புக்கான முக்கிய கவனம் பாதுகாப்பு காரணிகளை அதிகரிப்பது மற்றும் ஆபத்து காரணிகளைக் குறைப்பது ஆகியவற்றில் இருக்க வேண்டும். DMHP ஏற்கனவே அதன் ஆணையில் பள்ளிகள் மற்றும் கல்லூரிகளில் வாழ்க்கைத் திறன் கல்வியைக் கொண்டுள்ளது. ஊக்குவிப்பு மற்றும் தடுப்புக்கான நேரடியான இடையீட்டுத் திட்டமாக இதை மாற்றுவதற்குத் தேவையானவை:

- எல்லை மீறாமலும் களங்கப்படுத்தாமலும் கணக்கெடுத்தல் மற்றும் சமூக விவரங்களைச் சேர்த்தல் மூலம் மனநலம் பாதிக்கப்படும் அபாயத்தில் உள்ள குழந்தைகளை (எ.கா., பெற்றோர் மனநோயுடன் வாழ்வது, சமூக மற்றும் பொருளாதார பாகுபாடுகளை அனுபவிப்பது, காப்பங்களில் உள்ள குழந்தைகள், தெருவோர குழந்தைகள்) முறையாகக் கண்டறிதல்.
- சமூக ஆதரவு, தகவமைப்புச் சமாளிப்பு, சுயமரியாதை மற்றும் மீண்டெழும் திறனை வளர்ப்பதன் மூலம் இளம் பருவத்தினரின் மன நலனை பேணுவதற்காக அடிமட்ட அணிதிரட்டுபவர்கள் மற்றும் மனநலம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்புக் குழுக்களால் வழங்கப்படும் பள்ளிகள் மற்றும் பிற அமைப்புகளில் தரப்படுத்தப்பட்ட குழு அடிப்படையிலான தொகுதிகள்.

G.1 b மனநோயில் ஆரம்பகால இடையீடு

மனநோய் சீர்குலைவுகளில் ஆரம்பகால இடையீடு ஒரு சிறந்த முன்கணிப்பைக் கொண்டிருக்கக்கூடும், அதே சமயம் தாமதமான சிகிச்சையானது நாள்பட்ட தன்மை மற்றும் மோசமான விளைவுகளுடன் தொடர்புடையது (Marshal et al., 2005; Perkins et al., 2005); மாறாக முக்கியமான ஆரம்ப-தொடக்க கட்டத்தில் தலையீடு சமூக மற்றும் தொழில்சார் செயல்பாடுகளை முன்னறிவிக்கிறது (Craig et al., 2004). TIPS போன்று முதன்மை பராமரிப்புடன் தொடர்புடைய சிறப்பு ஆரம்ப இடையீட்டு சேவைகள் (Johannessen et al., 2000), RAISE (Rosenheck et al., 2016), OPUS

(Peterson et al., 2005) and LEO (Craig et al., 2004) சிறப்பாகச் செயல்படுவதையும், உள்நோயாளிகளின் பராமரிப்பைக் குறைத்து, சுதந்திரமான வாழ்க்கையை வளர்ப்பதையும் நிரூபித்துள்ளனர். சிகிச்சை அளிக்கப்படாத பாதிப்புள்ள மனநோயை அடையாளம் காணுதல் மற்றும் ஒரு சிறப்புக் குழுவின் தீவிர ஈடுபாட்டுடன், மனநோய்க்கான ஆரம்ப இடையீடு (EIP) திட்டத்தைத் தொடங்க நாங்கள் முன்மொழிகிறோம். சமூகப் பராமரிப்பு அமைப்புகளில் 2-5 வருட காலத்திற்கு தனிநபர் இருந்ததைத் தொடர்ந்து அவரின் நிலையில் சரிவு இருந்தால் சரியான மருத்துவருக்கு பரிந்துரைப்பது அல்லது பராமரிப்புக் குழுவிற்கு மாற்றுவது.

G.1 c வீடற்ற நிலையின் மறுநிகழ்வைக் குறைப்பதில் DMHP இன் தாக்கம்

குறைந்த வளங்களுள்ள கிராமப்புற மற்றும் நகர்ப்புறங்களுக்கு, ஆரம்பத்தில் முகாம் முறையிலும் போகப் போக ஒருங்கிணைந்த சேவை அமைப்பை நோக்கி நகரக் கூடிய அளவில் DMHP விரிவுபடுத்தப்பட வேண்டும் என்று பரிந்துரைக்கிறோம். இது நெருக்கமான மற்றும் நிலையற்ற நகர்ப்புறக் குடியிருப்புப் பகுதிகளிலும், PHCகள் மற்றும் துணை மையங்களிலும் உள்ள மனநலம் மற்றும் சமூக பராமரிப்பு கட்டமைப்புகளைச் சார்ந்துள்ளது. இது கடுமையான மனநோய்களை அனுபவிப்பவர்களுக்கு தொடர்ந்து பராமரிப்பை வழங்குவதற்கும், மனநலப் பிரச்சனைகளுக்கான ஆரம்ப பரிசோதனையை உறுதி செய்வதற்கும் பயனுள்ள, சரியான நேரத்தில் மற்றும் பொருத்தமான பராமரிப்பை வழங்குவதற்கும் உதவும். மருந்து அணுகல், ஆலோசனை மற்றும் சிக்கல் தீர்க்கும் ஆதரவு தவிர, வாழ்வாதாரங்கள் மற்றும் பிற சமூக சேவைகளுக்கான அணுகல் மற்றும் துன்பம் அல்லது வீடற்ற நிலைக்குத் திரும்புதல் அல்லது மீண்டும் கீழ்நிலைக்கு வருதல் ஆகியவற்றைத் தூண்டும் தூண்டுதல்களை முன்கூட்டியே அகற்றுவதற்காக பிற சமூக சேவைகள்லை உறுதி செய்வதில் சமூகப் பராமரிப்பின் பங்கு மிகவும் பொருத்தமானது.

ஆரோக்கியம் மற்றும் சமூக பராமரிப்பு மற்றும் மாற்றுத்திறனாளிகள் துறைகளில் MHSCF கள் ஒரு முக்கியமான பணியாளர்களாகும், மேலும் விரைவான எதிர்வினைகள், குறைகளை தீர்க்கும் வழிமுறைகள் மற்றும் துறைகளுக்கு இடையே ஒருங்கிணைப்பு ஆகியவற்றை ஊக்குவிக்கும். உள்ளூர் பஞ்சாயத்து உறுப்பினர்கள், SHGகள், ஆசிரியர்கள், இளைஞர் தலைவர்கள், ஆதரவாளர்கள், சமூகம் சார்ந்த மறுவாழ்வு பணியாளர்கள் போன்றவர்கள், அத்துடன் CSO தலைவர்கள், உள்ளூர் மாநகராட்சி கவுன்சில் உறுப்பினர்களான சுகாதார அதிகாரிகள் மற்றும் NULM தங்குமிட ஒருங்கிணைப்பாளர்கள் ஆகியோரின் ஒத்துழைப்புடன் இதை அடைய முடியும். மற்றும் பல. உள்ளூர் ஆதரவு வட்டங்கள் சமமாக முக்கியமானவை மற்றும் அணுகக்கூடிய மற்றும் கலாச்சார

ரீதியாக ஏற்றுக்கொள்ளக்கூடிய அக்கறையுள்ள சமூகங்களை உருவாக்குவதற்காக நட்பு, தீர்வு-சார்ந்த சுருக்கமான சிகிச்சை மற்றும் திறந்த உரையாடல் (அவர்கள் பயிற்சி பெற்றவர்கள்) ஆகியவற்றின் கொள்கைகளைப் பயன்படுத்தலாம் - கடுமையான மனநோயின் விளைவாக வீற்ற நிலை மீண்டும் ஏற்படுவதைக் குறைக்கும் மற்றொரு உறுப்பு.

G.2 ஆதரவு சேவைகள்

வீற்றவர்கள் மற்றும் மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ளவர்களுக்கான பரிந்துரைக்கப்பட்ட ஆதரவுக் கட்டமைப்புகளை இந்த துணைப் பிரிவு கோடிட்டுக் காட்டுகிறது; இவற்றில் களப்பணிகள், அவசரகால சேவைகள் மற்றும் தற்போதுள்ள மனநலம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்புத் திட்டங்கள் ஏற்றுக்கொள்ளக்கூடிய மறுவாழ்வுச் சேவைகள் ஆகியவை அடங்கும். மையப்படுத்தப்பட்ட மட்டத்தில் MHCF உடன் இணைக்கப்பட்டுள்ள ஒருவர், தெருக்களில் பராமரிப்பு மற்றும் களப்பணிகள் மூலம் தனிநபருக்கு தொடர்ச்சியான பராமரிப்பு மூலம் உதவக்கூடிய தொடர்புடைய பிராந்திய அல்லது மண்டலக் குழுவுடன் இணைக்கப்படும் ஹப் மற்றும் ஸ்போக் மாதிரியை நாங்கள் பரிந்துரைக்கிறோம். தகுந்தபடி, பாதுகாப்பான இடங்கள் மற்றும் அடிப்படை வசதிகளை அணுகுவதற்கு உதவுதல் மற்றும் தேவைகளை மதிப்பிடுவதற்கும் பொருத்தமான பராமரிப்பு அணுகுமுறைகளை ஒதுக்குவதற்கும் பொறுப்பான உள்ளூர் மனநலம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்புக் குழுக்கள். சேவைகளின் வரம்பில் மருத்துவமனை அடிப்படையிலான சேவைகள், புனர்வாழ்வு சேவைகள், நீண்டகால பராமரிப்பு சேவைகள் மற்றும் சமூக தேவைகள் பராமரிப்பு ஆகியவை அடங்கும் என்பதால், அவற்றின் ஏற்பாடுகள் பரந்த மனித உரிமைக் கோட்பாடுகள் மற்றும் தனிநபர் கவலைகளைத் தீர்ப்பதில் தற்போதைய சட்டத்திற்கு இணங்க வேண்டும்.

G.2.a ஒரு மையப்படுத்தப்பட்ட ஹெல்ப்லைன்

நபரின் தேவைகளுக்கு ஏற்பவும், மனித உரிமைகள் மற்றும் தற்போதைய சட்டங்களுக்கு இணங்கவும், HPWMIக்கு சரியான நேரத்தில் உதவி வழங்க, கட்டணமில்லா மையப்படுத்தப்பட்ட உதவி எண்களை அமைப்பதற்கு பரிந்துரைக்கிறோம். இந்த உதவி எண், ஒரு மாவட்டத்தில் இருக்கும் போது, உள் மாவட்ட மற்றும் மாவட்டங்களுக்கு இடையே உள்ள உள்ளூர் உதவி எண்களுடன் இணைக்கப்படும். நிபுணர்களின் வழிகாட்டுதலுக்காக அழைக்கப்படும் சூழ்நிலைகளில் தற்கொலை உதவி எண், முதியோர்களுக்கான உதவி எண், மகளிர் உதவி எண் குழந்தை உதவி போன்ற பிறவற்றுடன் இணைக்கப்பட வேண்டிய இந்த உதவி எண்களை :பர்ஸ்ட் ரெஸ்பான்டர்ஸ் டீம் (FRT)

நிர்வகிக்க வேண்டும் என்றும் பரிந்துரைக்கிறோம். உதவி எண், அழைப்பாளரை ECRC போன்ற உடல்நலம் அல்லது மனநலப் பராமரிப்பு வசதி, சமூகப் பாதுகாப்பு உதவி/ நல்வாழ்வு மையம் அல்லது வீடற்ற தங்குமிடத்திற்குப் பரிந்துரைக்கலாம் - அல்லது வன்முறை மற்றும் புறக்கணிப்பு போன்ற சூழலில் மனநலம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்புக் குழுக்களை எச்சரிக்கலாம். உள்ளூர் ECRC குழுவால் வழங்கப்படும் உதவி எண் (FRT என இரட்டிப்பாகும்) சுய உதவி குழுக்கள், பஞ்சாயத்துகள், ஆரோக்கிய அமைப்பில் உள்ள பல்நோக்கு பணியாளர்கள், NULM-உருவாக்கிய தங்குமிடம் நெட்வொர்க் (கிடைக்கும் இடங்களில்), உறுப்பினர்கள் அல்லது பெண்கள் மேம்பாட்டு கவுன்சில்களின் பிரதிநிதிகள், ஆதரவாளர்கள், பராமரிப்பாளர்கள் போன்றவை உட்பட பல்வேறு உள்ளூர் ஒத்துழைப்பாளர்களுடன் இணைந்து, கவனிப்பு மற்றும் சமூக பராமரிப்பு தேவைகளை நிவர்த்தி செய்வதை உறுதி செய்யும். .

நெருக்கடியின் போது மட்டுமல்ல, சட்ட உதவி, உடல்நலம் மற்றும் மனநலப் பராமரிப்பு மற்றும் முரண்-தீர்வு மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்பு ஆகியவற்றைப் பெறவும் உதவி எண் HPWMI க்கு அணுகக்கூடியதாக இருக்க வேண்டும். மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கும், வீடற்றவர்களுக்கு மிகவும் பாதிக்கப்படக்கூடியவர்களுக்கும் உதவி எண் சிறந்த ஆதரவை வழங்க வேண்டும். அனைத்து அழைப்புகளும் பதிவுசெய்யப்பட்டு, இருப்பிடக் குறிப்புத் தேர்வுகள் இயக்கப்பட்டிருக்க பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. அவசர சிகிச்சை, வீடற்றோருக்கான ஆதரவு அல்லது களப்பணிக்கான கோரிக்கைகள் உள்ளூர் FRTக்கு அனுப்பப்படும்.

சமூக வானொலிகள், பட்டறைகள், பிரபலமான வெகுஜன பரவல் முறைகள், நாட்டுப்புற கலை போன்ற சமூக அடிப்படையிலான நிறுவனங்கள் மூலம் உதவி எண் பற்றிய தகவல்கள் பரப்பப்படலாம்.

G.2.b முதல் உதவிக் குழு (FRT)

FRT ஆனது ECRCகள், NULM தங்குமிடங்கள், கிராமம் மற்றும் நகர பஞ்சாயத்துகள், வீடற்ற குழுக்கள், மகளிர் குழுக்கள் மற்றும் SHGகள் ஆகியவற்றின் உறுப்பினர்களைக் கொண்டிருக்கும், எனவே சம்பந்தப்பட்ட தனிநபர் மீது பலதரப்பட்ட கண்ணோட்டத்தைக் கொண்டிருக்கும். அமைப்பில் மனநல நிபுணர்கள், சமூகப் பணியில் ஈடுபடுபவர்கள், அரசாங்கப் பிரதிநிதிகள், ஆதரவாளர்கள், தன்னார்வத் தொண்டர்கள், CSO பிரதிநிதிகள் போன்றவர்கள் அடங்குவர். தேவைப்படும் போது காவல்துறையும் FRT இன் ஒரு பகுதியாக இருக்கும்; மனநலப் பாதுகாப்புச் சட்டம், 2017, அவர்களின் அதிகார வரம்பில் அடையாளம் காணப்பட்ட HPWMI க்கு, பரிசோதனைகள் மற்றும் தொடர்ச்சியான பராமரிப்புக்காக, பாதுகாப்பு மற்றும் உடல்நலம் மற்றும் மனநல வசதிகளுக்கான

அணுகலை வழங்குவது காவல்துறையின் பொறுப்பு என்று விதித்திருக்கிறது. அவசர கால இடையீட்டிற்காகவோ (CTI) அல்லது தேவைப்படும்போதோ அவர்கள் FRT இல் சேரலாம் , மேலும் பலரை உதவிக்காக FRT க்குப் பரிந்துரைக்கலாம்.FRT வீடற்றவர்களுக்கான ஆதரவு மற்றும் அவசர கால மருத்துவப் பராமரிப்பு ஆகியவற்றை வழங்கி, இந்த வழிகாட்டுதல்கள் மற்றும் நெறிமுறைகளில் அமைக்கப்பட்டுள்ள பிற மனித உரிமைக் கடமைகள் மற்றும் சம்பந்தப்பட்ட நபரை ஆதரிப்பதில் எடுக்கப்பட்ட நடவடிக்கைகள் MHCA, 2017 உடன் இணங்குவதை உறுதி செய்கிறது.நிறுவப்பட்ட ஒப்பந்தத்தின் அடிப்படையில் இடையீட்டின் நோக்கம் மற்றும் இலக்குகள் மற்றும் அடுத்தடுத்த செயல்முறைகள் பற்றிய தகவல் தனிநபருக்குத் தெளிவாகத் தெரிவிக்கப்படும்.தனிநபர் உடனடி ஆதரவை அணுகும் வகையில், அரசாங்கத்தால் அங்கீகரிக்கப்பட்ட சுகாதார நிறுவனங்களால் உடல்நலம் மற்றும் மனநல மதிப்பீடுகள் செய்யப்படுவதை FRTகள் உறுதி செய்கின்றன. FRTகள் பன்மொழி பேசுபவர்களாக (பிற மாநிலங்களில் இருந்து வந்த பல HPWMIகள் சென்னைக்குள் அலைந்துகொண்டிருக்கலாம்) கலாச்சாரம்-உணர்திறன் கொண்டவர்களாக இருந்து, நபரின் தேவைகள் மற்றும் சமூக-கலாச்சாரத்திற்கு ஏற்றதாக ஆரம்ப ஆதரவு, அடிப்படை வசதிகள் மற்றும் மனநல பராமரிப்புக்கான தொடர்ச்சியான அணுகல் இருப்பதை உறுதி செய்வார்கள்.பராமரிப்பைப் பெறுவதற்கு அவர்கள் சம்மதிக்கவில்லை என்றால், களபணிகள் தொடர்வதற்கு மற்றும் தனிநபருடனான ஈடுபாட்டிற்கும் FRTகள் பொறுப்பாவார்கள்.அங்கீகரிக்கப்பட்டு பட்டியலிடப்பட்ட நிறுவனங்களுக்குப் பரிந்துரைக்கப்படுவதற்கான பொறுப்பான அதிகாரியாகவும் அவர்கள் நியமிக்கப்படலாம் (இணைப்பு 2 ஐப் பார்க்கவும்) மேலும் தேவைப்படும் போது மேலே குறிப்பிட்டுள்ள பல துறைகள் மற்றும் பல பங்குதாரர்களிடமிருந்து சிறப்புச் சேவைகளை நாடுவார்கள். FRTகள் சூழ்நிலையின் அவசரத்தை கணக்கில் எடுத்துக்கொண்டு அதற்கேற்ப செயல்படுவார்கள், பொருத்தமான மற்றும் சரியான நேரத்தில் பராமரிப்பிற்கான அணுகலுடன் தனிப்பட்ட விருப்பத்தை சமநிலைப்படுத்துதல், தீவிர புறக்கணிப்பின் அசாதாரண சூழ்நிலைகளைத் தவிர வற்புறுத்தலின் பயன்பாட்டைக் கட்டுப்படுத்துதல், கடுமையான ஊட்டச்சத்து குறைபாடு, வன்கொடுமை மற்றும் கடுமையான மனநலப் பாதுகாப்பு தேவைகள் உள்ளிட்ட உடல்நலக் கேடுகளுக்கு, குறிப்பாக வயது வராத சிறுவர் ஒரு தனிநபருடன் வசிக்கும்போது ஆளாக நேரிடும், . இந்த நோக்கத்திற்காக ஒரு முன்னுரிமை கட்டம் ஒரு குறிப்புப் புள்ளியாக உருவாக்கப்படலாம்.

6.3 அணுகல் பாதைகளை இயக்க முன்னுரிமை கட்டம்

அட்டவணை 7 முன்னுரிமை கட்டம்

வகை	முன்னுரிமை	விளக்கம்	சேவைகள்	சேர்க்கையில் நடைமுறை நியாயத்தை உறுதி செய்தல்	தங்கியிருக்கும் காலம்	உடல்நலம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்புத் திட்டங்கள்
வீடற்ற மனநல பிணியாளர்கள்	உயர் (ஒரு நாள் முதல் ஒரு வாரம் வரையிலான கண்காணிப்பு மற்றும் மனநலம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்புக் குழுவின் ஆழ்ந்த ஈடுபாடு, நம்பிக்கையை வளர்த்து ஒப்புதல் பெற முயற்சிக்கும்)	மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட கடுமையான அறிகுறிகள், கடுமையான நேரங்களின் அனுபவம். மோசமான சமூக உறவு மற்றும் குறைந்த ஆதரவு அமைப்புகள், அதிக பாதிப்புகள், காயங்கள் மற்றும் நோய்த்தொற்றுகளின் இருப்பு, கர்ப்பிணிப் பெண்கள், குழந்தைகளுடன் கூடிய பெண்கள், உணவு மற்றும் சுகாதாரத் தேவைகள் போன்ற அடிப்படை	மனநல நிறுவனம்/பிற அரசு மற்றும் தனியார் மருத்துவமனைகள்/ECRCகள்/ NULM தங்குமிடங்கள் பான்யன் ECRC	மனநலம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்பு உதவியாளர்கள்/ செவிலிய ரோடு மீட்டிங் குழுவின் பாலினப் பொருத்தம் உடல் ரீதியாக எந்தவொரு அடக்குமுறைகளும் பயன்படுத்தப்படக் கூடாது மற்றும் வெளிப்படையான அனுமதியின்றி சேர்க்கை கட்டாயப்படுத்தப்பட்டால், ஒரு	MHCA 2017 (Sec 90, MHCA, 2017) படி 3 மாதங்கள் மற்றும் மதிப்புரைகள். தேவைப்பட்டால், நீட்டிப்பு கோரலாம். மீண்டும் ஒன்றிணைவ தற்கான முயற்சிகள், அல்லது குழு வீடுகள், 'ஹோம் அகைன்' வகை வசதிகள் போன்ற அனைவருக்குமான வாழ்க்கைத் தேர்வுக்கான பரிந்துரைகள், சக குடிமக்கள் நடத்தும் விருந்தினர்	உடல்நலம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்பு வசதிக் கான அணுகல் உட்பட a) குடியரிமை ஆவணங்கள் b) PDS மற்றும் உணவு மற்றும் ஊட்டச்சத்துக்கான அணுகல் c) வேலை இல்லாத கொடுப்பனவுகள் அல்லது

		<p>வசதிகள் குறைந்த அல்லது அணுக முடியாத தனிநபர்கள் ஆகிய காரணங்களால் வன்முறை வாடிக்கையானது</p>		<p>பயிற்சி பெற்ற குழு CTI இல் ஈடுபடும்; ஒரு தனிநபர் அதிக அறிகுறியுடன் இருந்தாலும் கூட CTIக்கான காரணத்தின் விளக்கம்.</p>	<p>இல்லங்கள், தங்கும் விடுதிகள், மறுவாழ்வு இல்லங்கள் மற்றும் NHM, தன்னார்வ மற்றும் CSOக்களால் நடத்தப்படும் ஓய்வு இல்லங்கள் மற்றும் நம்பிக்கை சார்ந்த அமைப்புகள் மற்றும் பிற.</p>	<p>மாற்றுத் திறனாளிகள் ஆதரவு / அடிப்படை வருமான வகை ஆதரவு போன்ற சமூகப் பாதுகாப்புக்கான அணுகல் - நிதிச் சேர்க்கை மற்றும் வங்கி ஆதரவில் கவனம் செலுத்தாதல்</p> <p>d) RPDA, 2016 இல் 3% இடஒதுக்கீட்டைப் பெற, MNREGS வகை திட்டங்கள் மற்றும் / அல்லது பிற திறன், சமூக நிறுவன வகை ஏற்பாடுகளுக்கு,</p>
--	--	--	--	---	--	---

					<p>வேலை அட்டைக ளைப் பெறுவத ன் மூலம் வாழ்வா தாரம் கிடைப்ப து</p> <p>e) அவ்வப் போது மதிப்பா ய்வுகள், மருந்து மற்றும் ஆலோச னை ஆதரவுக் காக உள்ளூர் DMHP மற்றும் / அல்லது NGO/ உடல்நல ம் மற்றும் சமூக பராமரிப் பு சேவை யைத் தொடர்பு கொள்ள வும்</p> <p>ஃ) பஞ்சாய த்துகள், SHGகள்,</p>
--	--	--	--	--	---

						<p>வாடிக் கையாள ர் மற்றும் பராமரிப் பாளர் குழுக்கள் , வீடற்ற குழுக்கள் போன்ற உள்ளூர் நெட் வொர்க்கு கள் மூலம் ஆதரவு குழுக்க ளுக்கான அணுகல் . .</p> <p>9) ஆரோக் கிய அட்டைக ள் மற்றும் காப்பீட்டு க்கான அணுகல்</p>
--	--	--	--	--	--	---

<p>பொதுவான மற்றும் குறைவான கடுமையான மனநலக் கவலைகள் உள்ள நபர்கள்</p>	<p>நடுத்தர தேவைப்பட்டால் ஒரு பதினைந்து நாட்களுக்கும் அதற்கு அப்பாலும் ஆழ்ந்த ஈடுபாடு</p>	<p>பாதுகாப்பு மற்றும் ஆதரவு அமைப்புகளின் இருப்பு, ஊட்டச்சத்து மற்றும் சுகாதார அணுகல் கிடைக்கச் செய்வது; வாடிக்கையாளர் மிகவும் தன்னம்பிக்கை மற்றும் செயலாண்மை உள்ளவராக இருந்தாலும், இன்னும் பல விளிம்புநிலைகளுக்குத் தள்ளப்பட்டிருந்தால், மிகவும் பொருத்தமான பராமரிப்பு திட்டங்களை ஒத்துழைப்புடன் விவாதிக்கவும்</p>	<p>NULM சிறப்பு தங்குமிடங்கள், சக குடிமக்களால் நடத்தப்படும் காப்பகங்கள் அல்லது விருந்தினர் இல்லங்கள். இந்த நபர்களின் குழுவிற்கு உருவாக்கப்படும் சேவைகள் பற்றிய கூடுதல் தகவலுக்கு இந்த இணைப்பைப் பயன்படுத்தவும்</p>	<p>தேவைகளைப் புரிந்து கொள்வது மற்றும் ஆவணப்படுத்துதல், தொடர்பு குழுக்கள் மற்றும் உணவு வழங்குநர்களிடமிருந்து ஆதரவு வாராந்திர களப்பணி மற்றும் செக்-இன் மற்றும் ஆதரவு நெட்வொர்க்குகளை உருவாக்குதல்</p>	<p>தேவைப்படும் சந்தர்ப்பங்களில், 1-3 மாதங்களுக்கு வெளியேறுவதை தாங்களாகவே அவர்கள் தேர்வுசெய்தால், தொடர்ந்து வாராந்திர களப்பணி செய்வதை உறுதிசெய்து, உள்ளூர் சமூகம் / அவர்களின் ஆதரவு வட்டங்களில் இருந்து ஒரு பராமரிப்பு ஒருங்கிணைப்பாளரை நியமித்து (ஊக்கப்படுத்தப்படலாம்) பாதுகாப்பு மற்றும் நல்வாழ்வை உறுதிப்படுத்தவும்.</p>	<p>சுதந்திரமான அல்லது இணைவீடு தேர்வுகள் வழங்கப்படலாம். சக பணியாளர்கள், தங்குமிடங்களின் மேலாளர்கள் போன்ற கூடுதல் தொழில் சார் தேர்வுகள் பரிந்துரைக்கப்படலாம்.</p>
<p>வீடற்ற நபர்கள் உளவியல் ரீதியான துன்பத்தி் உள்ளனர்</p>	<p>நடுத்தர</p>	<p>தெருக்களில் தங்க விரும்புவர்கள், பல தலைமுறையாக வீடற்ற நிலை அனுபவிப்பவர்கள், தெருவியாபாரிகள்</p>	<p>NULM தங்குமிடங்கள், பிரதமர் ஆவாஸ் யோஜனாவின் கீழ் நிரந்தர வீடுகள், சூப்</p>	<p>தெருக்களில் மற்றும் தங்குமிடங்களில் அத்தகைய நபர்கள் / குடும்பங்களுடன்</p>	<p>1-3 மாதங்கள் தங்குமிடம், விருப்பமான தேர்வாக இருந்தால்; நிரந்தர வீடு/ விடுதிகளைப் பரிந்துரைக்கலாம். தெருக்களில்</p>	<p>தேவைப்படும் இடங்களில் முழுமையான உடல்நலம் மற்றும் மனநலம்</p>

		<p>போன்ற இன்னும் பிறர். செயலாண்மை மற்றும் தன்னம்பிக்கை இலக்கு அமைப்பில் தெளிவு</p>	<p>சமையலறைகளுக்கான அணுகல் மற்றும் பல்வேறு வகையான துயரங்களை நிவர்த்தி செய்வதற்கான சேவைகளுடன் தனிநபர்களை இணைக்கும் ஒரு சமூக பராமரிப்பு மையம்</p>	<p>மாதா மாதம் ஈடுபடுவது.</p>	<p>தங்க விரும்புவோருக்கு, பாதுகாப்பு மற்றும் அடிப்படை வசதிகளுக்கான அணுகலை உறுதி செய்வதற்கான மாதாந்திர ஈடுபாடு.</p>	<p>பணி.குறிப்பாக NULM தங்குமிடங்களில் உளவியல் ரீதியான துயரங்களை அனுபவிப்பவர்களுக்கான சமூகப்பாதுகாப்பு மற்றும் சட்ட உதவி ஆதரவுடன் தனிநபர் பராமரிப்புத் திட்டங்கள்; நிலையான வீட்டு வசதி, குழந்தைகளுடன் வசிப்பவர்களுக்கு வேலைவாய்ப்புக்கான அணுகல்; குழந்தைகளுக்கான கல்வி</p>
--	--	--	--	------------------------------	--	---

						மற்றும் சமூக உளவிய ல் மற்றும் சமூக ஆதரவு
--	--	--	--	--	--	--

G.4 மிகவும் பாதிக்கப்படக்கூடிய நபர்களை ஆதரித்தல்

G.4. a கைக்குழந்தைகள் அல்லது குழந்தைகளைக் கொண்ட பெண்கள் HPWMIக்கு குழந்தை இருந்தால், உடனடியாக குழந்தைகள் நலக் குழுவுக்கு (CWC) தெரிவிக்க வேண்டும்.கொலை செய்யும் எண்ணத்தின் அறிகுறிகள் இல்லாத பட்சத்தில் நோயின் தீவிரத்தைப் பொருட்படுத்தாமல், ஒரு தாய்க்கும் அவளுடைய குழந்தைக்கும் இடையே உள்ள பிணைப்பின் முக்கியத்துவத்தை வலியுறுத்துவது முக்கியம். குழந்தை வேறொரு தங்குமிடம் அல்லது பராமரிப்பு வசதிக்கு மாற்றப்பட்டாலும், CWC மற்றும் ECRC/NULM குழுக்கள் அவர்கள் தாயை (அல்லது தந்தையை) தொடர்ந்து சந்திப்பதை அவருடன் நேரத்தை செலவிடுவதை உறுதி செய்ய வேண்டும். தாய்மார்கள் மற்றும் குழந்தைகளின் மன ஆரோக்கியத்தை மேம்படுத்துவதற்காக தொடர்க்கான தேவை மற்றும் பிணைப்புக்கான சூழலை வளர்ப்பதற்கான அவசியத்தை (Winston & Chichot, 2016) ஆய்வுகள் மீண்டும் மீண்டும் நிறுவியுள்ளன (Young, 2013). பெற்றோர் டிஸ்சார்ஜ் செய்யப்பட்டு அவர்கள் தேர்ந்தெடுத்த வீட்டிற்கு திரும்பினாலும் அல்லது 'ஹோம் அகைன்' (Home Again) போன்ற நீண்ட கால பராமரிப்பு வசதிகளுக்குச் சென்றாலும், பெற்றோரும் குழந்தையும் மீண்டும் ஒன்றிணைத்து ஆதரவளிக்கப்பட வேண்டும்.

G.4.b மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ள முதியவர்கள்

வயதானவர்களின் குறிப்பிட்ட கவலைகளை நிவர்த்தி செய்ய முதியோர் உதவி எண் மற்றும் முதியோர் பராமரிப்பு மற்றும் ஆதரவு வசதிகளுடன் பிணைப்புகள் ஏற்படுத்தப்பட வேண்டும். எந்த நீண்ட கால தேவைகள் மற்றும் நீண்ட கால தேர்வுகள் கூட விவாதிக்கப்பட வேண்டும்.

G.4.c போதைப் பழக்கம் மற்றும் இணை அது தொடர்பாக நிகழும் நிலைமைகள் வீடற்றவர்களில் 35% பேர் கண்டறியக்கூடிய மனநலப் பிரச்சினை மற்றும்/அல்லது இணையாக போதைப் பொருள் பயன்பாட்டினைக் கொண்டிருப்பதாக மதிப்பிடப்பட்டுள்ளது. மேலும் பல வீடற்ற நபர்கள் தெருக்களில் கடுமையான நிலைமைகளைத் தாக்குப்பிடிக்க மது மற்றும் பிற போதைப் பொருட்களை உட்கொள்கின்றனர். குறிப்பாக வீடற்ற ஆண்கள் பசியை அடக்குவதற்காக சிகரெட் புகைக்கிறார்கள், மேலும் அவர்கள் தூங்குவதற்கு மதுவை பயன்படுத்துகிறார்கள். HPWM க்கான மறுவாழ்வு முயற்சிகள், ஏற்கனவே உள்ள உள்நோயாளிகளுக்கான சேவைகள் மற்றும் அரசு மற்றும் அரசு சாரா மறுவாழ்வு வசதிகளில் நச்சு நீக்கும் கூறுகளை உள்ளடக்கியிருக்க வேண்டும். தீங்கு விளைவிக்கும் மது பயன்பாட்டை நிவர்த்தி செய்வதற்கான பராமரிப்புப் பொதிகளை சாதாரண தொழிலாளர்களுக்கு வழங்குவதற்கான ஆதாரங்கள் இந்தியாவில் வளர்ந்து வருகின்றன. போதைப்பொருள் பயன்பாடு, குறிப்பாக தமிழ்நாட்டில் மதுபானம் அதிகமாகப் பரவி வரும் சூழலில், தொகுதி அளவிலான மனநலக் குழுக்களுக்கு, தீங்கு விளைவிக்கும் பயன்பாட்டை திறம்பட அறிந்துகொள்வதற்காக திறன் மேம்பாடு மற்றும் வழிகாட்டுதல்கள் தேவைப்படும், முதன்மை நிலை மருந்தியல் சிகிச்சை மற்றும் தீங்கு-குறைப்பு இடையீடுகளை வழங்கவும், மாவட்ட அல்லது மாநில அளவிலான மூன்றாம் நிலை பராமரிப்பு மையங்களில் உள்நோயாளி பராமரிப்பு மேலும் முன்னேறவும் உதவும்.

G.4.d. வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களும் இயற்கை பேரழிவுகளும் தமிழ்நாடு பேரழிவுகரமான சுனாமி, வெள்ளம் மற்றும் சூறாவளிகளைக் கண்டுள்ளது, மேலும் வீடற்றவர்கள் மற்றும் நிலையற்ற வீடுகளில் வசிப்பவர்கள் மிகவும் மோசமாக பாதிக்கப்பட்டுள்ளனர். பல தனிநபர்களும் குடும்பங்களும் தொடர்ச்சியான இயற்கை பேரழிவுகளால் தங்கள் வீட்டை மீண்டும் மீண்டும் இழந்துள்ளனர். மக்கள் கூட்டம் அதிகமாகும் வகையில் தங்குமிடங்கள் மற்றும் சமூகக் கூடங்களுக்கு மக்களை நகர்த்துவதற்கு மட்டுமே இன்றைய எதிர்வினைகள் மட்டுப்படுத்தப்பட்டுள்ளனவே அன்றி அதிர்ச்சி சிகிச்சை மற்றும் உளவியல் முதலுதவி உள்ளிட்ட தனியுரிமை மற்றும் ஆதரவு சேவைகள் அரிதாகவே வழங்கப்படுகின்றது. பேரிடர் மேலாண்மை திட்டத்தின் ஒரு பகுதியாக துணை ஆதரவு சேவைகளை இணைத்துக்கொள்வதோடு, அரசாங்கங்களும் நல அமைப்புகளும் புதிய பங்குதாரர்களைக் கூட்டாக்கிக்கொள்ளப் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. உதாரணமாக, ஹோட்டல்கள் அரிதாகவே பயன்படுத்தப்பட்டன; COVID-19 இன் இரண்டாவது அலையின் போது, மருத்துவமனை படுக்கைகள் இல்லாததால், ஹோட்டல்கள் பராமரிப்பு வசதிகளாக திறக்கப்பட்டன (தி இந்தி, 2021). இயற்கை பேரழிவுகள், மோசமான பருவநிலை மற்றும் இது போன்ற பிற சூழ்நிலைகளில் இந்த அணுகுமுறையைப் பயன்படுத்த பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

G.4.f மனித சேவை நிபுணர்களின் மேம்பாடு

மனநலம், சமூக ஆரோக்கியம் மற்றும் மனநலம் ஆகியவற்றைக் கணக்கில் எடுத்துக் கொள்ளும் மனநல ஆரோக்கியத்திற்கு, தனிப்பயனாக்கப்பட்ட பராமரிப்பை வழங்குவதற்கும், 'முழு நபர் அணுகுமுறைகளை' அறிமுகப்படுத்துவதற்கும் (Eldal et al., 2019) பல்வேறு வசதிகள் முழுவதும் உடல்நலம், இயலாமை, சமூக உள்ளடக்கம், உள்ளடக்கிய மேம்பாடு மற்றும் சமூக நீதி ஆகிய பலதுறைகளில் பணிபுரியும் ஒரு ட்ரான்ஸ்-டிசிபிலினரி குழுவை நிறுவுவது அவசியம். துறையில் நிலையான மாற்றம் திறமையான பணியாளர்களைப் பொறுத்தது. எனவே, மனநலம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்புத் தலைவர்கள், மனநலம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்பு வசதியாளர்கள் (MHSCFகள்) மற்றும் பிற 'மாற்ற முகவர்கள்' (Steckler et al., 2018) ஆகியோர் உறுதியான ஆதாயங்களுக்கு கொள்கையை மொழிபெயர்ப்பது மிகவும் முக்கியமானது. மனித வள மேம்பாடு, திறன்கள் மற்றும் கட்டமைப்பு ஆகியவற்றில் முதலீடு செய்வது கட்டமைப்பு மாற்றத்தின் இன்றியமையாத பகுதியாகும். எனவே, தாநாஅ ஆனது மூன்றாம் நிலை முதல் முதன்மை பராமரிப்பு வரை தொடர்ச்சியாக மனநலக் குழுக்களுக்கான மாநில அளவிலான பணியாளர் நெறிமுறைகள் மற்றும் பங்குகளை நிறுவுவது பரிந்துரைக்கப்படுகிறது, குறிப்பாக உளவியல் சமூக இடையீடுகளை வழங்குவதற்கு பணியாளர்களின் இருப்பு மற்றும் திறன் தொகுப்புகளை மேம்படுத்துவதில் கவனம் செலுத்த வேண்டும்.

மனநலத்தில் தொழில்முறைத் தகுதிகள் அவசியம் இல்லாத, சரியான முறையில் பயிற்சியளிக்கப்பட்ட மற்றும் மேற்பார்வையிடப்பட்ட சாதாரண தொழிலாளர்கள், பரந்த அளவிலான இடையீடுகளை வெற்றிகரமாக வழங்க முடியும் என்பதற்கான உலகளாவிய சான்றுகள் அதிகரித்து வருகின்றன. மேலும், சேவைகள் மனநலத்தின் சமூக நிர்ணயிப்பாளர்களை கணக்கில் எடுத்துக்கொள்வதற்கும், மனசாட்சியுடன் இவற்றை நிவர்த்தி செய்வதற்கான இடையீடுகளை வழங்குவதற்கும், மனநலம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்பு அமைப்புகளில் பல்வேறு துறைகளின் பங்களிப்பிற்கும் ஊக்கமளிக்கப்பட வேண்டும், அடிக்கடி இயல்புநிலை மருத்துவர் உதவியாளர் என்பதிலிருந்து விலகிச் சென்று தங்கள் துறை அடிப்படையிலான நிபுணத்துவக் கருத்துக்களை வழங்கவேண்டும். சேவைகளை விரிவுபடுத்தும் வகையில், வறுமை ஒழிப்பு மற்றும் மாற்றுத்திறனாளிகள் திட்டங்களில் இருந்து தற்போதுள்ள பணியாளர்களுடன் பல்துறை இணைப்புகளை உருவாக்குவது அவசியமாக இருக்கலாம். நிறுவன மற்றும் சமூக அமைப்புகளில் அடிமட்ட பேச்சுவார்த்தையாளர் பங்களிப்பைச் சேர்ப்பதும், மக்கள் மருத்துவ மற்றும் சமூக பராமரிப்பு வளங்களை வழிநடத்த உதவுவதும் சமூக நீதியில் வெற்றிகளை அடைய உதவும். தற்போதுள்ள பணியாளர் நெறிமுறைகள், அவர்களின் நோக்குநிலை மற்றும் திறன்கள் ஆகியவற்றின் தணிக்கை மற்றும் பகுப்பாய்வை நாங்கள் முன்மொழிகிறோம், பராமரிப்பின் தொடர்ச்சியில் மீட்டி-சார்ந்த சேவைகளின் பார்வையை ஆதரிப்பதோடு, சமூக அமைப்பில் அடித்தட்டு பணியாளர்களின் இருப்பை அதிகரிக்கும் மனித வளத் திட்டத்தைத் தயாரிப்பதற்கான அடிப்படையாக இதைப் பயன்படுத்துகிறோம். மேலும் ஆதரவாளர்கள், அடிமட்ட அணிதிரட்டுபவர்கள், பொது சேவை செய்பவர்கள், உளவியலாளர்கள், செவிலியர்கள், நர்சிங் உதவியாளர்கள் மற்றும் தொழில்சார் சிகிச்சையாளர்கள் என பல வகையிலும் பிரதிநிதித்துவத்தை மேம்படுத்துதல்.

இந்தியாவின் 2வது பெரிய நிறுவனமான சென்னை மனநல நிறுவனம், 2020-2021 ஆம் கல்வியாண்டில் இருந்து 20 இடங்களைக் கொண்ட மனநல செவிலியர் உதவியாளர் என்ற 1 ஆண்டு சான்றிதழ் படிப்பைத் தொடங்குவதற்கான தொடர்ச்சியான முயற்சிகளுக்கு இந்திய அரசின் அனுமதி கிடைத்துள்ளது. G.O.(Ms) No.78 தேதி: 17.02.2021). இந்தப் பாடத்திட்டத்தில் பயிற்சி பெற்ற திறமையான துணை மருத்துவர்கள் மனநலப் பொறுப்பாளர்களாகச் செயல்படுவார்கள் மற்றும் சமூக மனநலத்தின் இலட்சியத்தை மேம்படுத்துவார்கள்.

G.4.g பயிற்சி

மனநலம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்புக் குழுக்களுக்கான வழிகாட்டுதல்கள் பிரிவு H இல் கோடிட்டுக் காட்டப்பட்டுள்ளன. பலதரப்பட்ட வல்லுநர்கள் மற்றும் தொழிலாளர்களை ஈடுபடுத்தும் வகையில், கொள்கைகள், மனநலப் பாதுகாப்புக்கான மதிப்பு அடிப்படையிலான அணுகுமுறைகள், ECRCகளைச் செயல்படுத்துவது மற்றும் சிறப்பு தங்குமிடங்கள் மற்றும் அவற்றின் செயல்பாடுகளுடன் தொடர்புடைய நெறிமுறைகளை செயல்படுத்துதல் ஆகியவற்றில் பயிற்சி தொகுதிகளை உருவாக்க வேண்டிய அவசியம் உள்ளது. துன்பத்தில் உள்ள அல்லது சமூகத்தில் பின்தங்கிய நிலையில் மனநலப் பிரச்சினைகளுடன் வாழ்வது போன்ற நபர்களை முன்கூட்டியே அடையாளம் காண வேண்டும். இந்தக் கொள்கையை அடைவதில் பணியமர்த்தப்படும் பல்வேறு துறைகளில் இருந்து பயிற்றுவிக்க நாங்கள் பரிந்துரைக்கும் மனித வளங்கள் பின்வருமாறு:

- மாவட்ட மனநலம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்புக் குழுக்கள் மற்றும் மண்டல மனநல அலுவலர்களுக்கான IMH மற்றும் அரசு மருத்துவக் கல்லூரிகளில் உள்ள பிற துறைகளான உளவியல் மற்றும் சமூகப் பணி மற்றும் பிற மனநல நிறுவனங்கள், பல்கலைக்கழகங்கள் மற்றும் CSOக்கள் ஆகியவற்றின் பயிற்சித் தொகுதிகள்
- சம்பந்தப்பட்ட போலீஸ் அதிகாரிகள்
- ECRC, NULM தங்குமிடங்கள் மற்றும் மறுவாழ்வு இல்லங்களில் உள்ள பணியாளர்கள்
- FRTகள்
- ஒத்துழைக்கும் கூட்டாளர்கள் மற்றும் CSOக்கள்
- பஞ்சாயத்துகளில் இருந்து உறுப்பினர்கள்
- சுய உதவிக்குழுக்களில் இருந்து உறுப்பினர்கள்
- மகளிர் மேம்பாட்டு கவுன்சில் உறுப்பினர்கள்
- நகர மண்டல சுகாதார அலுவலர்கள் (கார்ப்பரேஷன்)
- சட்ட உதவி குழுக்கள்
- சமூக அடிப்படையிலான மறுவாழ்வு பணியாளர்கள்
- கிராம சுகாதார செவிலியர்கள்
- மனநல மருத்துவ உதவியாளர்கள்
- பள்ளி ஆசிரியர்கள் குழந்தைகள் மற்றும் இளைஞர்களின் மனநலத் திட்டங்களில் ஈடுபட்டுள்ளனர்
- பழங்குடியினர் நலக் குழுக்கள்

இவர்களில், பல சமூகப் பணி பயிற்சியாளர்கள், உளவியலாளர்கள், சக வக்கீல்கள் மற்றும் செவிலியர்கள் அல்லது அடிமட்ட அணிதிரட்டுபவர்கள் மற்றும் மனநல

மருத்துவர்கள் ஆகியோர் மனநலம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்பு வசதியாளர்களாக (MHSCFs) பயிற்சி பெறலாம். அவர்கள் FRTகள், மனநல மறுஆய்வு வாரியங்கள், ECRCகள், சிறப்பு தங்குமிடங்கள், பல்வேறு மறுவாழ்வு இல்லங்கள் மற்றும் உள்ளடக்கிய வாழ்க்கைத் தேர்வுகள், காவல்துறை, CSOக்கள், சம்பந்தப்பட்ட நபர்கள், பராமரிப்பாளர்கள் மற்றும் கடுமையான வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களை பராமரிப்பதில் ஈடுபட்டுள்ள அனைத்துத் துறைகளுடனும் தொடர்புகொள்வார்கள். ECRCகள், DMHP திட்டங்கள் மற்றும் NULM தங்குமிடங்களை அடிப்படையாகக் கொண்ட தொடர்ச்சியான பராமரிப்பு மற்றும் அடிப்படை விளைவு கண்காணிப்பு தொடர்பான தரவு மற்றும் மேலாண்மை திறன்களை இந்தக் குழு நிர்வகிக்கும் மற்றும் தமிழ்நாட்டின் பல்வேறு நிர்வாக மட்டங்களில் அமைந்துள்ள சமூக பராமரிப்பு பணிமனைகளை இயக்கும்.

6.5.மனநலப் பாதுகாப்புச் சட்டத்துடன் (MHCA) இணக்கம்

மனநோய்களைத் தீர்மானித்தல் மற்றும் மனநல மருத்துவமனைகளில் சேர்க்கைக்கான அங்கீகாரமளித்தல் ஒரு மருத்துவ முடிவு என்பதை MHCA அங்கீகரிக்கிறது. இதன் பொருள், ஒரு நபரை மனநல காப்பகத்தில் அனுமதிப்பதை நியமிக்கப்பட்ட மனநல நிபுணர் (MHP) அல்லது மருத்துவ அதிகாரி (MO) ஆகியோர் மட்டுமே அங்கீகரிக்க முடியும்; மற்றும் அனுமதி மற்றும் வெளியேற்றத்தை அங்கீகரிப்பதற்காக நீதித்துறை மாஜிஸ்திரேட்களின் ஏற்பு ஆணைகள் இனி அனுமதிக்கப்படாது. மனநோயால் பாதிக்கப்பட்ட நபர்களுக்கு இரண்டு வகையான சேர்க்கை முறைகள் அங்கீகரிக்கப்பட்டுள்ளன - சுயாதீன சேர்க்கை மற்றும் ஆதரவு சேர்க்கை.

சுயாதீன சேர்க்கை: இந்த வழக்கில், ஒரு நபர் மனநல மருத்துவமனையில் சிகிச்சைக்காக அனுமதிக்கப்பட வேண்டும் என்று தானாக முன்வந்து கோருகிறார். MHP/MO ஆனது சட்டப்பூர்வ அளவுகோல்களின் அடிப்படையில் விண்ணப்பத்தை மதிப்பாய்வு செய்து முடிவெடுக்கிறது. நோயாளி எப்போது வேண்டுமானாலும் டிஸ்சார்ஜ் செய்யப்படும்படி கேட்கலாம், மேலும் இந்த உரிமையை சேர்க்கையின் போதே தெரிவிக்க வேண்டும்.

ஆதரவுச் சேர்க்கைகள்: இந்த வகையில், நியமிக்கப்பட்ட பிரதிநிதி (NR) மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட நபரை அனுமதிக்கக் கோருகிறார் (அவரது ஒப்புதல் தேவையில்லை). தனிநபருக்கு சிகிச்சை முடிவுகளை எடுக்கும் திறன் இல்லாதபோது மற்றும்/அல்லது மிக அதிக ஆதரவு தேவைப்படும்போது மற்றும் பின்வரும் சூழ்நிலைகளில் ஏதேனும் ஒன்று சந்திக்கப்படும்போது விதிவிலக்கான

சூழ்நிலைகளில் ஆதரவுச் சேர்க்கைகள் அங்கீகரிக்கப்படுகின்றன: (i) சமீபத்தில் அச்சுறுத்தல்/முயற்சி செய்தல் அல்லது அச்சுறுத்தல்/தானே உடல் ரீதியான காயம் ஏற்படுத்த முயற்சித்தல்; (ii) மற்றொரு நபரிடம் ஆக்ரோஷமான முறையில் நடந்துகொண்டது/நடத்துவது அல்லது அவர்களுக்கு உடல் ரீதியான தீங்கு ஏற்படுமோ என்ற அச்சத்தை ஏற்படுத்துவது; (iii) தங்களைக் கவனித்துக் கொள்ள இயலாத காரணத்தால் தனிப்பட்ட ஆபத்தில் உள்ளவர்கள்.

இரண்டு MHPகள் சட்டத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள அளவுகோல்களின் அடிப்படையில் தனிநபரை சுயாதீனமாக பரிசோதித்து அந்த நபர் அனுமதிக்கப்பட வேண்டுமா என்பதற்கு சான்றளிக்க வேண்டும். ஆதரவுச் சேர்க்கை ஆரம்பத்தில் 30 நாட்கள் மற்றும் ஒவ்வொரு கட்டத்திலும் சேர்க்கை செயல்முறையை மீண்டும் செய்வதன் மூலம் மேலும் 90 நாட்கள், 120 நாட்கள் மற்றும் இறுதியில் 180 நாட்களுக்கு நீட்டிக்கப்படலாம். நோயாளியின் திறனை வாரத்திற்கு ஒரு முறையாவது மதிப்பீடு செய்ய வேண்டும். திறனை மீட்டெடுத்தவுடன், நோயாளி வெளியேற்றப்பட வேண்டும் அல்லது ஒரு சுயாதீன நோயாளியாக சேர்க்கையைத் தொடரலாம்.

வீடற்ற மனநல பிணியாளரை மனநல நிறுவனத்திற்கு காவல்துறை கொண்டு வரும்போது, அதே சேர்க்கை மற்றும் மதிப்பீட்டு அளவுகோல்கள் பொருந்தும். இந்த அளவுகோல்கள் பூர்த்தி செய்யப்படாவிட்டால், மனநல ஆரோக்கிய நிறுவனங்களுக்கு அனுமதி மறுக்க MHCA அனுமதிக்கிறது, ஆனால் மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட நபர்களின் உரிமைகளைப் பாதுகாக்க அவர்கள் கடமைப்பட்டுள்ளதால் தகுந்த ஆரோக்கிய பராமரிப்பு மற்றும் தேவைக்கேற்ப சிகிச்சை அளிக்கவும் வேண்டும். (MHCA இன் விரிவான வழிகாட்டுதலுக்கு இணைப்பு 1ஐப் பார்க்கவும்.)

(i) பாகுபாடற்ற சமத்துவத்திற்கான உரிமை; (ii) மருத்துவக் காப்பீட்டுக்கான உரிமை; (iii) சமூக வாழ்வுக்கான உரிமை; (iv) கொடூரமான, மனிதாபிமானமற்ற மற்றும் இழிவான நடத்தையிலிருந்து பாதுகாப்பதற்கான உரிமை; (v) தகவலுக்கான உரிமை; (vi) ரகசியத்தன்மைக்கான உரிமை; (vii) மருத்துவ பதிவுகளை அணுகுவதற்கான உரிமை; (viii) தனிப்பட்ட தொடர்புகள் மற்றும் தொடர்புக்கான உரிமை; (ix) சட்ட உதவிக்கான உரிமை; மற்றும் (x) சேவைகளில் உள்ள குறைபாடுகள் பற்றி புகார் செய்யும் உரிமை உட்பட MHCA இல் மற்றவர்களுக்குக் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள அதே உரிமைகள் மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட அனைத்து வீடற்ற மற்றும் அலைந்து திரிந்த நபர்களுக்கும் உண்டு.

மனநல மறுஆய்வு வாரியம் (MHRB) என்பது மாவட்ட அளவிலான அரை-நீதித்துறை அமைப்பாகும், இதன் பங்கு மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட நபர்களின் உரிமைகளைப் பாதுகாப்பது மற்றும் MHCA செயல்படுத்தப்படுவதை உறுதி செய்வதாகும். எந்தவொரு நபரின் உரிமைகளும் மீறப்பட்டிருந்தால் அல்லது மனநல நிறுவனம் அல்லது சட்ட அமலாக்க அதிகாரியின் எந்தவொரு முடிவையும் கேள்விக்குள்ளாக்க அவர்கள் விரும்பினால், அவர்கள் தங்கள் குறைகளை நிவர்த்தி செய்ய MHRB க்கு புகார் அளிக்கலாம். MHRB பின்னர் ஒரு செயல்முறையை நடத்தி ஒரு பிணைப்பு ஆணையை அனுப்புகிறது. MHRB ஆனது முன்னெச்சரிக்கை உத்தரவுகளைப் பதிவு செய்வதற்கும், NRஐ நியமிக்க / திரும்பப் பெற / மாற்றுவதற்கும் அங்கீகரிக்கப்பட்டுள்ளது.

6.6. மதிப்பீடுகள் மற்றும் பராமரிப்பு திட்டமிடல் தேவை

MHSCF அல்லது FRT ஆனது அடையாளம் காணப்பட்ட மற்றும் அங்கீகரிக்கப்பட்ட உடல்நலம், மனநலம் மற்றும் சமூகப் பராமரிப்பு நிறுவனங்களுடன் ஒருங்கிணைந்து ஒரு தனிநபரின் வெளிப்படுத்தப்பட்ட தேவைகளுக்கு ஏற்ப மற்றும் முன்னுரிமை கட்டம் (அட்டவணை 7 ஐப் பார்க்கவும்) மற்றும் MHCA ஆகியவற்றின் அடிப்படையில் தேவைகளை மதிப்பிடும். ECRC களில் அமைந்துள்ள FRT மற்றும் MHSC குழுக்களால் நடத்தப்படும் தேவைகள் மதிப்பீடுகள் பல பரிமாணங்களாகவும், ஆரோக்கியம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்பு, நிதி நிலைத்தன்மை, மனநலம், வீடுகள் போன்றவற்றில் கவனம் செலுத்துவதாகவும், ஆரம்பத்தில் இருந்தே 'முழு நபர்' அணுகுமுறையை உள்ளடக்கியதாகவும் இருக்கும். பராமரிப்புப் பாதைகள் தனிநபரை கிராமப்புற மற்றும் நகர்ப்புறங்களில் பாதுகாப்பான இடங்களுக்கு அழைத்துச் செல்லலாம் (கீழே காண்க), வீடற்றோருக்கான NULM தங்குமிடங்கள் இருக்குமிடங்களில், மாவட்டங்கள் முழுவதும் தேவைப்படும் போது ECRCகள் மற்றும் / அல்லது ஒரு குறிப்பிட்ட காலத்திற்கு ஒரு நீடித்த முறை யில் தனிநபருடன் ஈடுபட முயற்சிக்கும் தன்னார்வலருடன் தொடர்பு கொள்ளலாம். பராமரிப்புத் திட்டங்கள் உடனடித் தேவைகள் மற்றும் தற்போதைய மற்றும் நீண்ட கால மனநலம் மற்றும் மேம்பட்ட வருமானம், வாழ்வாதாரத்திற்கான அணுகல் மற்றும் நிலையான வீடுகள் போன்ற சமூகப் பாதுகாப்புத் தேவைகளை உருவாக்கி நிவர்த்தி செய்யும். வீடற்ற நிலை மீண்டும் ஏற்படுவதைத் தடுக்க, பராமரிப்புத் திட்டங்களை வகுப்பதில், வீடற்ற நிலைக்கு வழிவகுத்த காரணப் பாதைகளும் கருத்தில் கொள்ளப்படும்.

G.6.a களப்பணிகள்

அனைத்து HPWMI க்கும் உள்நோயாளி சிகிச்சை அல்லது தங்குமிடத்திற்கு பரிந்துரைகள் தேவையில்லை (Corin, 1990).உள்ளூர் அமைப்புகளின் ஆதரவுடன் பலர் தெருக்களில் வாழ்கின்றனர். பல சந்தர்ப்பங்களில், நல்வாழ்வு என்பது (Renes et al., 2018) செயலாண்மை, சுதந்திரம் மற்றும் ஆதரவு நெட்வொர்க்குகள், நட்புகளை அணுகுதல் ஆகிய இரண்டையும் உள்ளடக்கியது. பெரும்பாலும், உள்ளூர் கடைகள் போன்ற சிறிய நிறுவனங்களின் உரிமையாளர்கள், HPWMIக்கான குடும்ப உறுப்பினராக செயல்பட்டு ஆதாரவளர்களாக மாறுகிறார்கள். மேலும், சுத்தம் செய்தல், பாதுகாப்புப் பணிகள், பொருட்களை வாங்குதல் போன்ற பல்வேறு வேலைகளை அவர்களுக்கு வழங்குவதன் மூலம் அவர்கள் வேலைவாய்ப்பு, நிலையான வருமானம் மற்றும் வாழ்வாதாரத்தை வழங்குகிறார்கள். வீடற்ற நபர்களை வலுக்கட்டாயமாக அகற்றுவதும், இந்த உறவுகளிலிருந்து தொடர்பைத் துண்டிப்பதும் நம்பிக்கைச் சிக்கல்கள், சமூகத் திறன்கள் மற்றும் சமூகப் பங்கேற்புக்கான உந்துதல் ஆகியவற்றை மோசமாக்குகிறது. முன்னுரிமை கட்டத்தை ஒரு குறிப்பாக விவேகமாகப் பயன்படுத்துவது, பணியாளர்களை மையமாகக் கொண்ட பராமரிப்பின் இலக்குகளைத் தொடர்வதற்கு முக்கியமாகத் தெரிகிறது.

இருப்பினும், சமூகத்தில் பல நூற்றாண்டுகளாக தீங்கு உள்ளது, அது இன்னும் தொடர்கிறது (Reid-Quinones et al., 2011). வன்முறை முதல் தாக்குதல் மற்றும் கொலைகள் வரை - HPWMI அனைத்தையும் அனுபவித்திருக்கிறார்கள். எனவே, ECRC-அடிப்படையிலான உள்நோயாளி பராமரிப்புக்கு எதிராக சமூக அடிப்படையிலான ஆதரவு கட்டமைப்புகள் மற்றும் களப்பணிகளின் நன்மை தீமைகள் ஆகியவற்றின் அடிப்படையில் இவை தெரியப்படுத்தப்பட்ட முடிவாக இருக்க வேண்டும்.மனநலம் தொடர்பான அவசரத் தேவைகளுக்காகவும், HPWMI இன் தேவைகளைப் பூர்த்தி செய்யவும், மாவட்டங்களில் உள்ள ஒவ்வொரு கிராமப் பஞ்சாயத்துக்கும் குறைந்தபட்சம் ஒரு அவசர ஊர்தி மற்றும் நகரங்களில் ஒரு மண்டலத்துக்கு ஒன்று இருக்க வேண்டும் என்று பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. இவை MHSCFகளால் ஒருங்கிணைக்கப்படலாம்.

Morse et al (1996) மனநல ஆரோக்கிய களப்பணியை, வீடற்ற மனநல பணியாளர்களை பாரம்பரியமற்ற அமைப்புகளில் அவர்களின் மன அல்லது உடல் ஆரோக்கியம், சமூக செயல்பாடு அல்லது மனித சேவைகள் மற்றும் வளங்களைப் பயன்படுத்துதல் ஆகியவற்றை மேம்படுத்துவதற்காக தொழிலாளர்கள் தொடர்புகொள்வது என வரையறுக்கின்றனர். உறவுகளை உருவாக்குதல், நம்பிக்கை மற்றும் தொடர்புடைய சமூகத்துடன் நீடித்த கூட்டுறவை

உருவாக்குதல் ஆகியவை களப்பணியின் மூலக்கல்லாகும். HPWMI விஷயத்தில், பின்வருபவை அவசியம்:

1. தொடர்பு மற்றும் நம்பகத்தன்மையை நிறுவுதல்
2. மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவர்களைக் கண்டறிதல்
3. தனிநபர்களை ஈடுபடுத்துதல், மதிப்பீடுகளை நடத்துதல் (பரிசோதனை மற்றும் பரிந்துரைகளில் மட்டுமே கவனம் செலுத்துவது அரிதாகவே அர்த்தமுள்ள விளைவுகளை ஏற்படுத்துகிறது; எனவே, களப்பணி சீரானதாகவும், தனிப்பயனாக்கப்பட்டதாகவும் மற்றும் தீவிரமானதாகவும் இருக்க வேண்டும்)
4. சிகிச்சை திட்டமிடல் மற்றும் தொடர்ந்து சேவையை வழங்குதல்.

உணவகங்கள், தங்குமிடங்கள், வழிபாட்டுத் தலங்கள், பேருந்து மற்றும் ரயில் நிலையங்கள் உட்பட, HPWMI ஒன்று கூடும் பகுதிகளில் களப்பணி நடைபெறுகிறது. மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்ட அல்லது தங்கள் தேவைகளுக்கு ஆதரவாக இல்லாத அல்லது பொருத்தமானதாக இல்லாத பிற வகையான காவல் பராமரிப்பு ஆகிய அனுபவம் உள்ள கணிசமான பெரும்பான்மையான HPWMI களுக்கு களப்பணி தொழிலாளர்கள் மற்றும் மனநல நிபுணர்கள் மீது அவநம்பிக்கை இருக்கலாம். எனவே ஆதரவு அமைப்புகள் நம்பிக்கை மற்றும் உறவை கட்டியெழுப்புவதற்கு தடையாக இருக்கும் தடைகளை போக்குவதில் பங்கு வகிக்கின்றன. எனவே களப்பணிகள் பின்வருவனவற்றை உள்ளடக்கியதாக பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

G.6.b சீரான உணவு மற்றும் நீர் வழங்கல் - வீடற்றவர்கள் யாரும் பசியோடோ தாகத்தோடோ தூங்காத தமிழ்நாடு

சூப் கிச்சன்கள், உணவு வண்டிகள், தாநாஅ தலைமையிலான அம்மா உணவகங்கள் மற்றும் கலைஞர் உணவகங்களுடன் இணைப்புகள் இருக்க வேண்டும் மற்றும் துணை மையங்களில் வழங்கப்படும் உணவு மற்றும் கூடுதல் ஊட்டச்சத்து இந்த நோக்கத்திற்காக கிடைக்க வேண்டும். NULM வீடற்ற தங்குமிடங்கள், ECRCகள், மத அறக்கட்டளைகள் ஆகியவற்றில் உள்ள CSOக்களுடன் ஒருங்கிணைப்பு, வீடற்ற எந்த ஒரு நபரும் அடிப்படை உணவு மற்றும் தண்ணீர் பற்றாக்குறையால் பசி அல்லது தாகத்தை அனுபவிக்காமல் இருப்பதை உறுதி செய்வதை நோக்கமாகக் கொண்டிருக்க வேண்டும். தேசிய நெடுஞ்சாலைகளில் உள்ள அங்கீகரிக்கப்பட்ட சிறிய உணவகங்கள் மற்றும் பல வீடற்ற நபர்கள் அணுகும் அல்லது அடிக்கடி செல்லும் மத நிறுவனங்களிலும் இந்த சேவைகள் கிடைக்கப்பெற வேண்டும். தேவைப்பட்டால், தாநாஅ இந்த நிறுவனங்களுக்கு ஈடுசெய்யலாம். தேவையான அனைத்து வீடற்ற நபர்களையும்

சென்றடைவதை உறுதி செய்வதற்காக உணவு மற்றும் நீர் ஆதாரங்கள் பற்றிய தகவல் பரவலாகப் பரப்பப்பட வேண்டும்.

G.6.c கழிப்பறைகள் மற்றும் குளியலறை வசதிகளுக்கான அணுகல் HPWMI க்கு அனைத்து கழிப்பறைகளும் இலவசம் என்பது கட்டாயமாகும், மேலும் வீடற்ற மக்கள் கூடும் இடங்களில், சுங்கச்சாவடிகள், பேருந்து நிலையங்கள், ரயில் நிலையங்கள், மத அமைப்புகள் போன்ற இடங்களில் குளிக்கும் வசதியுடன் கூடுதல் கழிப்பறைகள் கட்டப்பட வேண்டும் என்று பரிந்துரைக்கிறோம். இந்த சேவைகள் பற்றிய தகவல்கள் பரப்பப்பட வேண்டும். தனிநபர் இந்த வசதிகளில் தொடர்ந்து பராமரிப்பை பெற விரும்பவில்லை என்றாலும் கூட, NULM தங்குமிடங்கள் மற்றும் ECRCகள் கூட இந்த நோக்கத்திற்காக பயன்படுத்தப்படலாம். அனைத்து கழிப்பறைகளும் பெண்களின் மாதவிடாய் சுகாதாரம் மற்றும் பிற சுகாதார தேவைகளை பூர்த்தி செய்யும் வகையில் வசதி செய்யப்பட்டிருக்க வேண்டும். இது நம்பிக்கையை வளர்க்கவும், குறிப்பிட்ட காலத்திற்குப் பிறகு மனநலப் பாதுகாப்பை அணுக நபரை ஊக்குவிக்கவும் உதவும். தனியார் CSOக்கள் மற்றும் தாங்கும் விடுதிகளும் தங்கள் கழிப்பறை வசதிகளையும், உணவு மற்றும் தண்ணீரையும் HPMHI க்கு வழங்க அணுகலாம், இது சமூக உணர்வை வளர்ப்பதற்கும் மற்றும் மிகவும் பாதிக்கப்படக்கூடியவர்களை பராமரிப்பதற்கும், 'அக்கறையுள்ள மக்கள், மகிழ்ச்சியான நகரம் / கிராமம்' என்ற முயற்சியைச் சுற்றிய ஒரு பெரிய பிரச்சாரத்தின் ஒரு பகுதியாகும். கிராமங்கள், நகரங்கள் மற்றும் பெருநகரங்களை வீடற்றவர்களுக்கு ஏதுவாக மாற்றுவதோடு கூடுதலாக, சேவைகளை அதிகரிக்க பரிசோதனை முயற்சியாக ஆடைகள் மற்றும் சுகாதாரப் பொருட்களை விற்கும் கடைகளை முக்கிய இடங்களில் அமைக்கலாம். வீடற்ற நபர்களுக்கு இந்த கடைகளை நிர்வகிக்கும் MHSCF களுடன் தொடர்புகொள்வதற்கான வாய்ப்புகளை இது வழங்கும் அதே வேளையில், இதுபோன்ற அச்சுறுத்தல் இல்லாத சூழல்களைக் கையாள்வது நம்பிக்கையை வளர்க்கலாம். உணவு, உடை, தண்ணீர், கழிப்பறை மற்றும் சுகாதாரப் பொருட்கள் ஆகியவை ஒன்றாகக் கிடைக்கும் வகையில் இந்த விரிவான களப்பணி அலகுகள் தங்குமிடங்கள், ECRCகள், சிறிய உணவகங்கள் மற்றும் தாங்கும் விடுதிகள், CSOக்கள், தாநாஅ நடத்தும் கடைகள் மற்றும் கேன்டீன்கள், மத நிறுவனங்கள் போன்ற தனியார் நிறுவனங்களில் அமைந்திருக்கலாம்.

G.6.d மருத்துவ பராமரிப்புக்கான அணுகல்

ஒரு வீடற்ற நபர், பரிந்துரைக்கப்பட்டாலும் அல்லது ஒரு குறிப்பிட்ட பிரச்சனைக்காக சிகிச்சை பெற விரும்பும் தன்னார்வ நோயாளியாக இருந்தாலும்,

அனைத்து மருத்துவ சேவைகளும் கிடைக்கும் மருத்துவமனையில் இலவசமாக வழங்கப்பட வேண்டும். சுகாதார வளாகத்தில் சேர்க்கைக்கு வருகை கட்டாயமாக இருக்கக்கூடாது.

G.6.e MHSCF மற்றும் சமூக பராமரிப்பு மேசைகளுக்கான அணுகல் தங்குமிடங்கள், ECRCகள், மறுவாழ்வு இல்லங்கள், ஓய்வு இல்லங்கள், மருத்துவமனைகள் மற்றும் மருத்துவமனை மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்புக் குழுக்களின் ஒரு பகுதியாக உள்ள சிக்கல்களைத் தீர்க்க MHSCFகள் தேவைக்கேற்ப இருக்க வேண்டும். அவர்கள் தேவைகளை மதிப்பிடலாம், பொருத்தமான வசதிகளுக்கு பரிந்துரை செய்யலாம் மற்றும் தனிநபருக்கு சிறப்பாக செயல்படக்கூடிய விருப்பங்களை அடையாளம் காணலாம். அனைத்து தரவுகளும் மையப்படுத்தப்பட்டதாக இருக்க வேண்டும், இதனால் பொருத்தமான எதிர்வினைகள்/தீர்வுகள் கண்டறியப்படும் வரை பணி மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்புத் தேர்வுகள் பல துறைகள் மற்றும் சம்பந்தப்பட்ட அரசாங்கங்களால் கண்காணிக்கப்படும்.

G.6.f குறுகிய காலம் தங்குவதற்கான பாதுகாப்பான இடங்கள், ஓய்வு இல்லங்கள் மற்றும் சமூக கட்டிடங்கள் நீண்ட கால பராமரிப்பு மற்றும் / அல்லது ஆதரவு சேவைகளைப் பெற போதுமான நம்பிக்கை இருக்கும் வரை, தடையற்ற, 'உங்கள் சொந்த விதிமுறைகளில் வாழ்வு' ஓய்வு மற்றும் பராமரிப்பு/வீடு வழங்குவதற்கான குறுகிய காலம் தாங்கும் வசதி சில தனிநபர்களின் தேவைகளுக்கு ஏற்றதாக இருக்கலாம். இவை 'கிளப்ஹவுஸ்' மாதிரியின் வேலை மற்றும் கூட்டுறவு கூறுகளை எடுத்துக்கொண்டு நெருக்கமான ஆதரவு வட்டங்களை எளிதாக்கலாம். NULM தங்குமிடங்கள் மற்றும் ECRC களில் அமைந்துள்ளவைகளிலிருந்து தொண்டு அறக்கட்டளைகள் அல்லது நம்பிக்கை சார்ந்த நிறுவனங்கள் வரையிலான மாதிரிகளைத் தொடங்க பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. எந்தவொரு கொள்கையும் HPWMI மற்றும் பிற வீடற்ற நபர்களின் தேவைகளை நகர்ப்புற திட்டமிடலில் உள்ளடக்கியதாக, சமூக உள்ளடக்கம் மற்றும் சிவில் சமூகத்தின் பங்கேற்பு மதிப்புகளுக்கு இணங்க வேண்டும், ஏற்கனவே உள்ள சமூக கட்டிடங்கள் மற்றும் சமையலறைகளை வழக்கமான அடிப்படையில் (அணுகலுக்கான நிலையான நேரத்துடன்) பயன்படுத்துவது இதில் அடங்கும்.

மதம், தொண்டு நிறுவனங்களிலும் மற்றும் அதைச் சுற்றியுள்ள பாதுகாப்பான இடங்களிலும், இரவு அல்லது சிறிது நேரம் தங்குவதற்கு படுக்கைகளை வழங்க

விரும்பலாம், மேலும் அடிப்படை வசதிகளையும் வழங்குகிறது. விவரங்கள் கிடைக்கப்பெற வேண்டும், மேலும் நிறுவனங்கள் ஆய்வு செய்யப்பட்டு, அங்கீகரிக்கப்பட்டால், தாநாஅ ஆல் பட்டியலிடப்பட வேண்டும். இத்தகைய இடங்கள் தேவைக்கேற்ப தொடர்ந்து மருத்துவம், மனநலம் மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்பு சேவைகளுக்கு மக்களை இணைக்கும் மையங்களாகவும் செயல்படும்.

G.6g அவசர கால இடையீடுகள் - அவசர சிகிச்சை மற்றும் மீட்பு மையங்கள்

'தீங்கு மோசமானதாக இருக்கும் வரை மற்றும் அது திரும்பவும் நடக்கக்கூடிய சாத்தியக்கூறுகள் அதிகமாக இருக்கும் வரை, தீவிரமான தீங்கு ஏற்படும் நிலையில் மற்றவர்கள் போல் ஒரு நிலை சிவில் உறுதிப்பாட்டின் தேவையை வழங்குகின்றது. அவர் வீடற்ற நிலையில் அனுபவித்த வழக்கமான தீங்குகளை விட அதிகமானவற்றுக்கு தன்னை வெளிப்படுத்துகிறார், மேலும் அவர் தனது மன நோயின் விளைவாக அவ்வாறு செய்கிறார்' என்று எலின் சாக்ஸ் கூறுகிறார்.

இது பல விவாதங்களுக்கு உட்பட்டது, மேலும் இரு தரப்பிலும் வெளிப்படையாக புலப்படாத பகுதிகள் மற்றும் சரியான வாதங்கள் உள்ளன. மனநலப் பிரச்சனைகள் உள்ளவர்கள் பல ஆளுமை மாற்றங்களுக்கு உள்ளாகிறார்கள், அதாவது அவர்களின் நிராகரிப்புக் குரல் அவர்களுடையதாக இருக்காது என்று மனநல ஆலோசகரும் சேவைப் பயனருமான டாக்டர் எலின் சாக்ஸ் வெளிப்படுத்தினார். 'மனநலத்திறன் குறைபாடு' ஒரு மனநலம் குன்றிய நபரை மருத்துவமனையில் அனுமதிப்பதையோ அல்லது அவர்களின் துன்பத்தைப் போக்க உதவும் பராமரிப்பையோ மறுக்கும் போது, அது அவர்களின் தேவைகள் மற்றும் துயரங்களை உணர்ந்து ஆதரவான முறையில் வழங்கப்பட்டால், அவர்கள் சேவைகளை நிராகரிப்பதை கவனமாகக் கருத்தில் கொள்ள வேண்டும். ஏனென்றால், மனநலப் பாதுகாப்பு மற்றும் சமூக ஆரோக்கியத்தின் குறிக்கோள்களில் ஒன்று செழித்து வளர்வது. இது வெளிப்படையாக, தெருக்களில் வாழும் வாழ்க்கை வழங்காது. சாக்ஸின் கூற்றுப்படி, அத்தகைய சூழ்நிலைகளில் நெறிமுறை மற்றும் சட்டரீதியான குழப்பங்களைக் குறைப்பதற்கான ஒரு வழி, ஒரு நபரின் முதல் மனநோய் அத்தியாயத்தைத் தொடர்ந்து மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்பட்ட பிறகு விருப்பமில்லாத அர்ப்பணிப்பு குறித்த அவரது எதிர்கால முடிவுகளை பதிவு செய்வதாகும். CTI இன் செயல்முறைகள் அல்லது 'மீட்புகள்' பொதுவாகக் குறிப்பிடப்படுவது, கண்ணியம் மற்றும் பொறுப்புணர்வு மற்றும், முடிந்தவரை, தேர்வு ஆகியவற்றின் மதிப்புகளை மதிக்க வேண்டும். ஆதரிக்கப்படும் முடிவெடுப்பது, தனிநபரின் நலனுக்காக அவர்கள் செய்திருக்கும் தேர்வுகளுக்கு ஏற்ப அவர்களின் சிறந்த நலனுக்காக வேலை செய்வதை உள்ளடக்குகிறது. உதாரணமாக, FRT, நபர், அவர்களின் விருப்பங்கள் மற்றும் தேர்வுகளைப் புரிந்துகொள்வதில் நேரத்தை செலவிட வேண்டும், மேலும் அவர்களின் பராமரிப்புத் திட்டத்தின் தன்மையை விரிவாக அமைக்க

வேண்டும். நம்பிக்கையையும் நம்பகத்தன்மையையும் கட்டியெழுப்புவதற்கு நிறுவனத்தில் வழங்கப்படும் சேவைகள் நபருக்கு விளக்கப்பட வேண்டும், இது இல்லாமல் நடைமுறை நீதி மறுக்கப்பட்டு சிகிச்சை உறவுக்கு எதிர்மறையான நீண்ட கால விளைவுகளை ஏற்படுத்தும் .

தனிநபருக்கு சுமைகளை ஏற்படுத்தலாம், நம்பிக்கையை உடைக்கலாம் மற்றும் உடல்நலம் மற்றும் சமூக பாதுகாப்பு அமைப்பில் அழுத்தம் கொடுக்கலாம் என்பதால், வெகுஜன இயக்கங்கள் அல்லது சேர்க்கைகள் மற்றும் 'மீட்புகள்' ஆகியவற்றில் ஈடுபடுவது பரிந்துரைக்கப்படவில்லை.

G.6h உள்ளடக்கிய நீண்ட கால பராமரிப்பு விருப்பங்கள்

i. மறுவாழ்வு இல்லங்கள்: CSOக்களுடன் இணைந்து நடத்தப்படும் மறுவாழ்வு இல்லங்கள் சிறந்த பணியாளர்கள் மற்றும் வளங்களைக் கொண்டிருக்க வேண்டும் என்றும், போதுமான பணியாளர்கள் மற்றும் உள்கட்டமைப்பை உறுதி செய்வதற்காக நிதி ஒதுக்கீடுகள் கணிசமாக அதிகரிக்கப்பட வேண்டும் என்றும் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. நீண்ட கால பராமரிப்பு ஒரு நபரின் வாழ்நாள் முழுவதும் ஆதரவாக இருக்கலாம், குறிப்பாக கடுமையான குறைபாடுகள் உள்ளவர்களின் விஷயத்தில். எனவே, இது உடல் இயக்கம் மற்றும் சமூகக் கூடலுக்கான வாய்ப்புகளை அனுமதிக்கும் வகையில் இடத்தின் வடிவமைப்பு உள்ளடக்கியதாக இருக்க வேண்டும்.

ii ஹோம் அகைன், தனிப்பட்ட ஆதரவு மற்றும் வீட்டு வசதிகளுக்கான உதவித் திட்டம்: குடும்பங்களுக்குத் திரும்ப வேண்டாம் என்று விரும்புவவர்களுக்கும் நீண்ட கால பராமரிப்பு தேவைப்படுபவர்களுக்கும் சமூக அடிப்படையிலான வீட்டுவசதி அமைப்புகளை ஒதுக்குவது பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. தி பான்யன்னால் பரிசோதனை முயற்சியாக உருவாக்கப்பட்டு உலக சுகாதார அமைப்பு (WHO, 2021) மூலம் சரிபார்க்கப்பட்ட அணுகுமுறை, நீண்டகால பராமரிப்பு தேவைப்படும் கடுமையான உளவியல் குறைபாடுகள் உள்ளவர்களுக்கு மனநல சுகாதாரக் குழுவின் மேற்பார்வையின் கீழ் மாற்றுத் திறனாளிகள் நலத் துறை அல்லது SMHA ஆல் அங்கீகரிக்கப்பட்ட வெவ்வேறு தளங்களில் அல்லது ஒரே இடத்தில் வீட்டு வசதி வழங்கலாம் என்று அறிவுறுத்துகிறது. இதேபோல், தங்கும் விடுதி வகைத் தேர்வுகளை விரும்புவோருக்கு, அரசாங்க உரிமம் பெற்ற பயனர்-பராமரிப்புக் குழுக்கள் அல்லது CSO களின் ஆதரவில் வாங்க நிதி உதவியுடன் கூடிய விடுதிகள் பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. தனியொரு தொழிலாளியாக சுதந்திரமாக வாழ்வதற்கு அல்லது சமூக வாழ்க்கைக்கு சுய-வெளியேற்றம் போன்ற

வித்தியாசமான வெளியேற்றங்கள் அங்கீகரிக்கப்பட்டு செயல்படுத்தப்பட வேண்டும்.கட்டமைக்கப்பட்ட திட்டங்கள் அல்லது வீட்டு வசதி அடிப்படையிலான ஏற்பாடுகளுடன் பணியமர்த்தல் ஆதரவு இணைக்கப்பட வேண்டியதில்லை. மனநல குறைபாடுள்ள பெரியவர்கள் தங்கள் சொந்த வீடுகளைக் கொண்டவர்கள், அதற்குப் பதிலாக நிதி உதவித் தொகுப்புடன் விருப்பமான ஆதரவைப் பெறத் தேர்வு செய்யலாம். இதேபோல், சிலருக்கு வீட்டு விருப்பத்தேர்வுகள் மட்டும் தேவைப்படலாம், அவை தனிப்பட்ட விருப்பங்களுக்கு இசைவான பல்வேறு வடிவங்களில் வழங்கப்படலாம். ஒரு குறிப்பிட்ட வாழ்க்கை முறையைத் தேர்ந்தெடுக்க யாரும் வற்புறுத்தக்கூடாது.

G.6.i பராமரிப்பாளர்களுக்கான ஆதரவு

பராமரிப்பாளர்கள் ஒரு முக்கியமான முறைசாரா பணியாளர்கள், அவர்கள் பெரும்பாலும் குறைமதிப்பிற்கு உட்பட்டவர்கள் மற்றும் அவர்களின் அக்கறையான பங்கு, நல்வாழ்வு மற்றும் ஆரோக்கியத்தை பராமரிப்பதில் சவால்களை எதிர்கொள்கின்றனர். பாதிக்கப்படக்கூடிய அல்லது முறைசாரா பராமரிப்பாளர்கள், அவர்களின் உரிமைகள் அல்லது அவர்களை பிரதிநிதித்துவப்படுத்த தொழிற்சங்கங்கள் இல்லாததால் பெரும்பாலும் சுரண்டலுக்கு ஆளாகிறார்கள். அவர்கள் பெரும்பாலும் குறைந்த ஊதியம் பெறுகிறார்கள், நீண்ட நேரம் வேலை செய்ய வேண்டிய கட்டாயத்தில் உள்ளனர் மற்றும் நோயால் பாதிக்கப்பட்டவர்களைக் கவனிப்பதில் இருந்து அதிர்ச்சிக்கு ஆளாகிறார்கள். முதலாவதாக, பாதிக்கப்படக்கூடிய பராமரிப்பாளர்களையும் அவர்களின் பாதிப்பின் தன்மையையும் அடையாளம் கண்டு, அவர்கள் மற்றும் அவர்களின் நோயாளியின் நல்வாழ்வு மற்றும் ஆரோக்கியத்தையும் மேம்படுத்தலாம்.மேலும், பாதிக்கப்படக்கூடிய பராமரிப்பாளர்களின் தேவைகளை நிவர்த்தி செய்யத் தவறினால், இரு தரப்பினருக்கும் மன அழுத்தம் மற்றும் பாதுகாப்பற்ற சூழலை உருவாக்க முடியும் என்பதை ஆய்வுகள் நிரூபித்துள்ளன. எனவே, இத்துறையில் பணிபுரியும் பலர் குறைந்த சமூகப் பொருளாதாரப் பிரிவைச் சேர்ந்தவர்கள் என்பதால், நியாயமான வேலை நேரம் மற்றும் போதுமான இழப்பீடு, திட்டங்கள் மற்றும் பலன்களுக்கான அணுகலை உறுதி செய்வது மிகவும் முக்கியமானது.

G.6.j சட்ட உதவி சேவைகள்

மனநோயாளிகள் உட்பட சமூகத்தின் ஏழை மற்றும் நலிந்த பிரிவினருக்கு இலவச மற்றும் தரமான சட்ட உதவிக்கான உரிமையை இந்திய அரசியலமைப்பு உறுதியளிக்கிறது (பிரிவு 39A மற்றும் பிரிவு 21). மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவர்களின் தேவைகள் குறித்து தமிழ்நாடு மாநில சட்ட சேவைகள் ஆணையத்துடன் (TNSLSA) ஈடுபடுவது சட்ட உதவி வழக்கறிஞர்கள் வழங்கும் சட்ட உதவியின் தரத்தை மேம்படுத்தும். மாநிலம் முழுவதும் உள்ள ஒவ்வொரு மனநலப் பாதுகாப்பு நிறுவனத்திலும் ஒரு சட்ட உதவி மருத்துவமனையை நிறுவுவதன் மூலம்,

மனநலம் குன்றியவர்களுக்கான சட்ட உதவியை அணுகுவதற்கான நடவடிக்கைகள் முக்கியமாக இருக்க வேண்டும். வழக்கமான பயிலரங்குகள் மற்றும் கருத்தரங்குகளை ஒழுங்கமைப்பது இந்த பிரச்சினையில் உரையாடலை மேலும் மேம்படுத்தலாம் - வழக்கறிஞர்கள் வாடிக்கையாளருக்கு அவர்களின் சட்ட உரிமைகள் பற்றி கல்வி கற்பிக்க உதவுகிறது, மேலும் மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவர்களுடன் தொடர்பு கொள்ளும்போது சட்ட அமைப்பு மற்றும் நீதிமன்றங்களுக்குள் வரம்புகளை அமைக்கிறது.

G.6.k மீட்டெடுப்பில் கவனம் செலுத்துதல்: உள்ளூர்மயமாக்கப்பட்ட மீட்பு அணுகுமுறையின் முக்கிய கோட்பாடுகள் பாதுகாப்பான இடங்கள் உட்பட நீண்ட கால பராமரிப்பு மையங்கள் ஒருங்கிணைக்கப்படுவதை உள்ளடக்கியது.

i குடும்பம், சமூகம் மற்றும் கலாச்சாரம் ஆகியவற்றின் பின்னணியில் தனிநபருக்கு மிகவும் அர்த்தமுள்ளதாக இருக்கும் வகையில் சமூக மறு ஒருங்கிணைப்பின் முதன்மை இலக்கு - குடும்ப மறு ஒருங்கிணைப்பு, வேலைவாய்ப்பு ஆதரவு மற்றும்/அல்லது குடியிருப்பு சமூக வாழ்க்கை ஆகியவை அடங்கும்.

ii மருத்துவத் இடையீட்டின் மீது 'செயல்பாட்டு' ஆதரவை மையமாகக் கொண்ட சேவைகள், அதாவது சாதாரண தினசரி செயல்பாடுகள் (சமையல், குளியல்), சமூக செழிப்பு, வேலை அல்லது பயிற்சி, குடிமைப் பங்கேற்பு மற்றும் மத ஈடுபாடு ஆகியவற்றுக்கான அணுகலைச் செயல்படுத்துகிறது.

iii சமூகம் மற்றும் சமூகக் கடமைகள், படிநிலைகள் மற்றும் அடையாளங்களை குணப்படுத்தும் செயல்முறையின் மையமாக வழிநடத்துவதில் உணர்வுள்ள ஆதரவு.

iv. கூட்டு சிகிச்சைகள் உட்பட உரையாடல் நடைமுறை, மற்றும் சாத்தியமான இடங்களில் திட்டங்கள் மற்றும் சேவைகளின் இணை வடிவமைப்பு, இணை தயாரிப்பு மற்றும் பங்கேற்பு மதிப்பீடு.

வடிவமைப்பு மற்றும் சமூக கட்டிடக்கலை: எந்தவொரு பாதுகாப்பான இடத்தின் வடிவமைப்பு, ECRC, தங்குமிடம் அல்லது நீண்ட கால பராமரிப்பு விருப்பம் ஆகியவை அச்சுறுத்தலாக இல்லாமல் இருக்க வேண்டும், சமூக கலவையை ஊக்குவிக்க வேண்டும் மற்றும் நம்பிக்கை மற்றும் சமூக உணர்வை வளர்க்க வேண்டும். கண்ணியம் மற்றும் தனிப்பட்ட தனித்துவத்தை மதிக்கும் அமைப்பில் உட்பொதிக்கப்பட்ட உரையாடல் பயிற்சி மற்றும் 'முழு நபர்' அணுகுமுறைகளை வெளிப்படுத்த அனுமதிக்கும் திறன்களை ஊழியர்கள் கொண்டிருக்க வேண்டும், சுதந்திரமான வெளிப்பாட்டை ஊக்குவிக்கிறது மற்றும் நிச்சயமற்ற தன்மை

மற்றும் நெகிழ்வான அட்டவணைகள் மற்றும் பராமரிப்பு திட்டமிடல் ஆகியவற்றை அனுமதிக்கிறது. திறந்த வார்டுகள், தனித்தனி அறைகள் அல்லது தனிப்பட்ட சிகிச்சை அமர்வுகளுக்கு இடங்கள் இருக்க வேண்டும் மற்றும் இயக்கம் மற்றும் இயக்கத்தை ஊக்குவிக்க வேண்டும், அதாவது குடியிருப்பாளர்கள் சிகிச்சை மற்றும் தங்கும் போது திரையரங்குகள், சந்தைகள் போன்ற இடங்களுக்குச் செல்ல முடியும்.

மன ஆரோக்கியம் மற்றும் உள்ளடக்கிய வளர்ச்சி உரையாடல்கள்: கட்டிட சங்கங்கள் (நகர்ப்புறங்களில்) அல்லது பஞ்சாயத்துகள் (கிராமப்புறங்களில்), உள்ளூர் உணவகங்கள், பகுதி கவுன்சிலர்கள் மற்றும் வீடற்ற நபர்களிடையே டவுன் ஹால் விவாதங்களை ஊக்குவித்து நம்பிக்கை மற்றும் உரையாடல் சூழலை வளர்க்கிறது, இறுதியில் நகரம், பெருநகரம் மற்றும் கிராம திட்டமிடலுக்கு வழிவகுக்கிறது.

6.7 பராமரிப்பிற்கான அணுகுமுறைகள்

6.7.a கலாச்சார ரீதியாக ஒத்ததிர்வு சிகிச்சை முறைகளின் பங்கு

இந்தியச் சூழலில், கலாச்சாரத்தின் பன்முகத்தன்மை, வளங்களின் இருப்பு மற்றும் சமூகச் சூழல் ஆகியவற்றைக் கருத்தில் கொண்டு, மனோ-சிகிச்சை மற்றும் சமூக சேவைகளின் தேர்ந்தெடுக்கப்பட்ட கலவை மற்றும் வரம்பை வழங்குவது அவசியம். சமூக ரீதியாக தனிமைப்படுத்தப்பட்ட சமூகங்களான இருளர்கள், தலித்கள் மற்றும் பாலியல் சிறுபான்மையினர் தீவிர உடல், சமூக மற்றும் பொருளாதார விலக்குகளை தொடர்ந்து அனுபவிக்கின்றனர். உள்ளூர் கலாச்சாரங்கள், துணை கலாச்சாரங்கள் மற்றும் சமூக அமைப்புகளுக்குள் சமூக தூண்டுதல்கள் பெரும்பாலும் அமைந்திருப்பதால், வழக்கமான மனோதத்துவ மற்றும் நடத்தை அணுகுமுறைகள் எப்போதும் முடிவுகளைத் தராது. எனவே, உடல்நலக்குறைவைத் தூண்டுவதில் சமூக மற்றும் சூழலியல் காரணிகளின் பங்கையும், அது தொடர்பான துயரத்தைத் தணிப்பதில் உளவியல் இடையீடுகளின் பங்கையும் நன்கு புரிந்துகொள்வதற்கும் நிவர்த்தி செய்வதற்கும் பரிசோதனை சிகிச்சை முறைகளைப் பயன்படுத்தப் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. பஞ்சாயத்து/தொகுதி/மண்டல மனநலக் குழுக்களின் விழிப்புணர்வை நாங்கள் முன்மொழிகிறோம் மற்றும் அத்தகைய ஒதுக்கப்பட்ட சிறுபான்மையினருடன் ஈடுபடும் வகையில் அவர்களின் திறன்களை வளர்த்து, மனநலம் பற்றிய அவர்களின் தனித்துவமான கலாச்சாரக் கதைகளைப் புரிந்துகொண்டு, அதற்கேற்ப சேவைகளை மாற்றியமைக்கிறோம்.

G.7.b பங்கேற்பு மற்றும் தன்னம்பிக்கையில் கவனம் செலுத்துகிறது

ஒரே மாதிரியான பங்களிப்பை உடைத்து, மாறுபட்ட மற்றும் மதிப்புமிக்க சமூகப் பங்களிப்புகளை, தொழில் மற்றும் வருமானத்துடன் பொருந்தக்கூடிய திறன்களை வெளிப்படுத்த, வருமான மேம்பாடு மற்றும் தன்னம்பிக்கை ஆகியவற்றில் குறிப்பிடத்தக்க கவனம் செலுத்தப் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. இது வேலையில்லாத திண்டாட்டம் அல்லது மோசமான வறுமையின் விளைவாக மீண்டும் வீடற்ற நிலை ஏற்படுவதையும் குறைக்கலாம்.

- A. கஃபேக்கள், சுற்றுலாப் பாதைகள், உள்நாட்டு கலைகள் மற்றும் கைவினைப்பொருட்களின் உற்பத்தி மற்றும் சில்லறை விற்பனை போன்ற செயலில் உள்ள பொது இடைமுகங்களுடன் பயனர் தலைமையிலான சமூக நிறுவனங்களை அடைகாத்தல், இது மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவர்களின் தற்போதைய விவரிப்புகளை சவால் செய்ய பொதுமக்களுடன் ஈடுபடுகிறது; தமிழ்நாட்டில் பல நூற்றாண்டுகளாக மனநல சிகிச்சையின் பயணத்தை உரையாடல் மற்றும் சொற்பொழிவுகளை மேம்படுத்துவதற்கான ஒரு வழிமுறையாக மனதின் அருங்காட்சியகத்தை உருவாக்குதல்.
- B. முதலாளிகளுடன் வலைப்பின்னல்களை உருவாக்குதல், உள்ளடக்கிய கொள்கைகளுக்காக வாதிடுதல் மற்றும் சேவைத் துறையில் நீண்ட கால வேலை வாய்ப்புகளை வழங்குதல் - கேட்டரிங், வீட்டு பராமரிப்பு, பாதுகாப்பு, தோட்டக்கலை, தரவு மேலாண்மை மற்றும் திறன் மற்றும் திறன்களின் அடிப்படையில் வேலைவாய்ப்புகளைத் தீர்மானித்தல்.
- C. சக சேவை வழங்குநர்களின் (சுகாதாரப் பயிற்சியாளர்கள், பராமரிப்பு ஒருங்கிணைப்பாளர்கள் போன்ற சேவைகளைப் பயன்படுத்துபவர்கள்) பணியமர்த்துதல் மற்றும் திறமைப்படுத்துதல்.
- D. RPDA ஆல் ஆணையிடப்பட்ட குறைபாடுகளில் உளவியல் சமூக இயலாமை ஒன்றாகும், இது மனநலக் கவலைகள் உள்ளவர்களுக்கு 3% இடஒதுக்கீட்டைப் பரிந்துரைக்கிறது. UNCRPD (2007) இன் முக்கியக் கொள்கைகளில் ஒன்றான 'நியாயமான தங்குமிடம்', கடுமையான மனநோயால் பாதிக்கப்பட்டு வேலை தேடுபவர்களுக்குப் பரிந்துரைக்கப்படலாம், இதனால் அவர்களின் ஆர்வத்திற்கேற்ற, திறன் மற்றும் சுகாதாரத் தேவைகளைப் பொருத்து பணியாளர்களின் பங்களிப்பிற்கு ஊக்கமளிக்கும், .

G.8 பஸ்துறை இணைப்பைச் செயல்படுத்துதல் - குடியரிமை, கொடுப்பனவுகள், ஊட்டச்சத்து, வேலைவாய்ப்பு, வீட்டுவசதி மற்றும் சமூக இயக்கத்தை ஊக்குவிக்கும் அணுகலை எளிதாக்குதல்

மருத்துவ அறிகுறிகள் மற்றும் சமூகப் பொருளாதாரச் சிக்கல்களைத் தணிக்கக்கூடிய விரிவான பராமரிப்பை உறுதிசெய்ய, உடல்நலம் மற்றும் சமூக நலப் பொறிமுறைகளுக்கு இடையே ஒருங்கிணைப்பு அவசியமாகும். பல்வேறு துறைகளால் வழங்கப்படும் திட்டங்கள் மற்றும் இடையீடுகள் பயனர்களின் பல்வேறு தேவைகளுக்கு கூட்டாக சேவை செய்ய ஒருங்கிணைக்கப்பட வேண்டும். மனநோய்களில் உள்ள இயலாமையைக் கண்டறிவதற்கான ஒருமித்த கருத்தை எட்டுவதற்கும், மாற்றுத்திறனாளி சான்றிதழ் மற்றும் மாற்றுத்திறனாளி ஒய்வூதியம் ஆகியவற்றை மனநோயால் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கான பராமரிப்பு செயல்முறையுடன் சீரமைப்பதற்கும் மாற்றுத்திறனாளி துறையுடன் தொடர்பு/துறை ஒப்பந்தங்களை ஏற்படுத்தப் பரிந்துரைக்கிறோம். இதேபோல், நகர்ப்புற மற்றும் கிராமப்புற வீட்டுவசதிக்கான அரசுத் துறைகள் மற்றும் ஏஜென்சிகள் நீண்ட கால பராமரிப்புத் தேவைகள் உள்ளவர்களுக்கு ஹோம் அகைன்னில்(Home Again) பதிவுசெய்யும் வகையில் வீடுகளை ஒதுக்க வேண்டும்; நகர்ப்புற மற்றும் கிராமப்புற வாழ்வாதார மீட்டெடுப்பில் ஈடுபட்டுள்ள முகவர்/துறைகள் மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு வேலை வாய்ப்புகளை அதிகரிக்க அர்ப்பணிப்புள்ள வளங்களை ஒதுக்குவதற்கு ஊக்குவிக்கப்பட வேண்டும்.

கலந்துரையாடல் நடத்தும் அடிமட்ட அணிதிரட்டுபவர்கள் - தேவையான உடல்நல இடையீடுகளை, சமூகப் பாதுகாப்பை அணுகுவதற்கான உதவியுடன் - மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட குடும்ப உறுப்பினர் மற்றும் வீடற்ற நிலைக்கு இறங்கும் அபாயங்களைக் குறைக்கும் தீவிர ஏழைக் குடும்பங்களை மையமாகக் கொண்டு பணிபுரிய கட்டாயப்படுத்தப்படுவார்கள். மேலும், மாற்றுத்திறனாளிகள் நலத்துறையில் பணியாற்றும் ஊழியர்களுக்கு, முக்கியமாக மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலர்கள் மற்றும் அவர்களின் அலுவலகங்களில் உள்ள முக்கியப் பணியாளர்களுக்கு, மனநோய்க்கான ஊனத்தை அங்கீகரிப்பதை உணர்த்துவதற்கும், நிறுவனப் பொறுப்புகளை தெளிவுபடுத்துவதற்கும், குறுக்கு பயிற்சி அளிக்க முன்மொழிகிறோம். ஒருங்கிணைப்பை மேலும் வலுப்படுத்துவதற்கும், நகர்ப்புற உள்ளாட்சி அமைப்புகள் மற்றும் பஞ்சாயத்துகளில் உள்ள தலைவர்களுக்கு மாநில அளவிலான விழிப்புணர்வு மற்றும் பயிற்சி அளிப்பதற்கும், உள்ளூர் கிராம வறுமைக் குறைப்புக் குழுக்கள் (VPRCகள்), சுய உதவிக் குழுக்கள் மற்றும் அத்தகைய பிற நிறுவனங்களுக்கு பயிற்சி அளிப்பதற்கும் தொகுதி அளவிலான மனநலக் குழுக்களின் திறன்களை வளர்ப்பதற்கும் நாங்கள் முன்மொழிகிறோம்.

6.9 துணை மையங்கள் மற்றும் நகர்ப்புற சுகாதார மையங்களை முதல் தொடர்பு மற்றும் பின்தொடர்தல் மையங்களாகப் பயன்படுத்தி, தொடர்ச்சியான பராமரிப்பை வழங்குதல்

துணை மையங்களை (மற்றும் நகர்ப்புற சுகாதார மையங்கள்) உருவாக்க பரிந்துரைக்கிறோம், அவை தற்போது முக்கியமாக தாய் மற்றும் குழந்தை ஆரோக்கிய இடையீடுகளை வழங்குவதற்குப் பயன்படுத்தப்படுகின்றன, அவை சமூகப் பாதுகாப்பு மதிப்பீடுகளுக்கான மையங்களாக, ஆரோக்கியத்துடன் இணைக்கப்பட்ட நலன்புரி உரிமைகளின் கூட்டு வழங்கல், எ.கா., மனநலப் பிரச்சினைகளுக்காக சிகிச்சை பெறும் நபர்களுக்கான மாற்றுத்திறனாளி உதவித்தொகை, உயர் மட்ட பராமரிப்பில் இருந்து வெளியேற்றப்பட்டவர்களுக்கான பின்தொடர்தல் மற்றும் வீட்டு அடிப்படையிலான சேவைகள், ஆலோசனை சேவைகள் மற்றும் குழு அடிப்படையிலான சிகிச்சைகள். அவர்கள் உயர் மட்ட பராமரிப்பில் இருந்து வெளியேற்றப்பட்டவர்களுக்கான பின்தொடர்தல் மையங்களாக செயல்படலாம் மற்றும் ' ஸ்டேப்-கீழ் டௌன்' சேவைகளை வழங்கலாம். DMHP இன் ஒரு பகுதியாக வேலை செய்வதற்கு அடிமட்ட அணிதிரட்டுபவர்களை (PHC களுக்கு ஒதுக்கப்படும்) இந்த மையங்கள் பணியமர்த்துகின்றன.

சிக்கலான தேவைகள் உள்ளவர்களுக்கான பராமரிப்பைத் தொடர்வது - மூன்றாம் நிலை பராமரிப்பு/நோயாளி அமைப்புகளில் இருந்து வெளியேற்றப்பட்டவர்கள், அல்லது வீடற்ற நிலையின் முன்னோடிகளைக் கொண்டவர்கள், அல்லது இடைவிடாத அறிகுறிகள் அல்லது முழுமையான வறுமையில் வாழ்பவர்கள், சமூகத்தில் தங்கள் வாழ்க்கையை ஆதரிக்க குறிப்பிட்ட கவனமும் நிலையான ஈடுபாடும் தேவை. உள்நோயாளி சிகிச்சைக்கு அவர்கள் செல்வதைக் குறைத்தல். 12-18 மாத வீட்டு அடிப்படையிலான கடுமையான பராமரிப்புத் திட்டத்தைத் தொடர்ந்து நிறுவுவதற்குப் பரிந்துரைக்கிறோம், இது ஒரு பொருந்திய சமூக தன்னார்வலர் அல்லது சுகாதாரப் பணியாளர் மூலம் சுய- பராமரிப்பு முதல் வேலை மற்றும் குடிமை வாழ்வில் பங்கேற்பது வரையிலான சமூகச் செயல்பாட்டிற்குத் தேவையான களங்களில் சுதந்திரத்தின் வளர்ச்சியை ஆதரிக்கிறது.

6.10. தொழில்நுட்ப தரவு தகவல் மேலாண்மை அமைப்புகள்

முக்கிய கூட்டுப் பராமரிப்பு மற்றும் பின்தொடர்தலை ஆதரிப்பதற்கு, சேவைகள் முழுவதும் தரவைப் பதிவு செய்ய தொழில்நுட்பத் தளத்தைப் பயன்படுத்த பரிந்துரைக்கிறோம். ஒரு சேவையை முதலில் அணுகுவது முதல் டிஸ்சார்ஜ்

செய்வது மற்றும் பணியாளர்கள் மற்றும் பயனர்கள் தங்கள் பதிவுகளை அணுகுவதற்கு அலைபேசி அடிப்படையிலான இடைமுகத்துடன் தொடர்புடைய சேவை வழங்கல் தொடர்பான விவரங்களைப் பராமரிப்பது ஆகியவை இதில் அடங்கும். சேவைகளை மேம்படுத்துதல் மற்றும் புதுமைகளை அறிமுகப்படுத்துதல் ஆகியவற்றின் நோக்கங்களுக்காக அநாமதேய ஆராய்ச்சி தொடர்பான தரவுகளை அடையாளம் கண்டு பதிவு செய்தல்; FRT களின் மூலம் தகவல் திரட்டுதல் மற்றும் மையமாக பராமரிக்கப்படும் காணாமல் போன நபர்களின் தரவுத்தளத்தை அவ்வப்போது சோதனை செய்தல்; ஊழியர்களுக்கான அலைபேசிப் பயன்பாடு, டேஷ்போர்டு அடிப்படையிலான பணி மதிப்பாய்வு மற்றும் பணியுடன் பல்வேறு நிலைகளில் சேவை வழங்குவதுடன், அவர்களின் தினசரி பணிகளை எளிதாக அணுகவும், சம்பந்தப்பட்ட பிற ஊழியர்கள் மற்றும் ஏஜென்சிகளுடன் ஒத்துழைக்கவும் உதவும்.

இது ஆதரவு ஆதாரங்கள், அரசாங்க திட்டங்கள், உள்ளூர் ஆதரவு வலைப்பின்னல்கள் மற்றும் பலவற்றின் தொகுப்பையும், பரிந்துரைகளுக்கான மொபைல் பயன்பாட்டின் மூலம் எளிதாக தொடர்பு கொள்ள உதவும்.

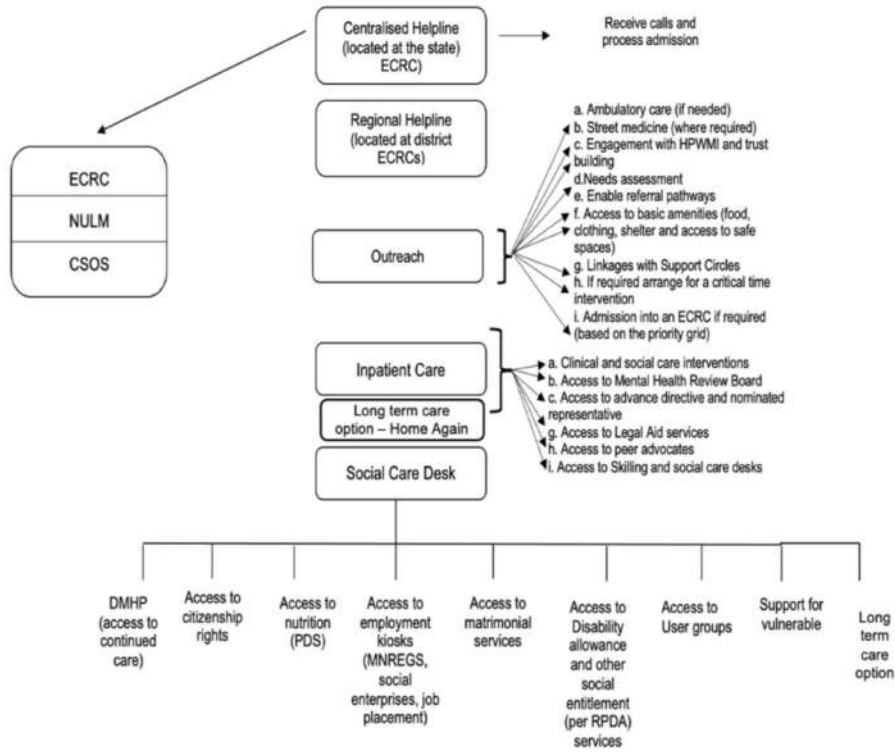
இந்த அமைப்புகளை வடிவமைப்பதில், தனிப்பட்ட தரவுகளுக்கான அணுகலை நிர்வகிக்கும் கடுமையான அனுமதி நெறிமுறைகளுடன் 'தனியுரிமை முதலில்' என்ற கொள்கையைப் பின்பற்ற வேண்டும், அது அந்த நபரின் சொத்தாகவே உள்ளது. சிறந்த சேவையை வழங்குவதற்கும் தனிநபரின் வெளிப்படையான ஒப்புதலுடன் மட்டுமே தனிப்பட்ட தரவு பயன்படுத்தப்பட வேண்டும்.

G.12 கூட்டுத் தர தணிக்கைகள்

கூட்டுத் தரத் தணிக்கை என்பது பலம் மற்றும் இடைவெளிகளைக் கண்டறிவதற்கும், நடப்பு மதிப்பீட்டை வழங்குவதற்கும் ஒரு குறிப்பிட்ட அமைப்பின் முறையான கண்காணிப்பு மற்றும் ஆய்வு ஆகும். பல பங்குதாரர்களைச் சேர்ப்பதாலும், பல்வேறு அரசு அமைப்புகள் மற்றும் NGOக்கள் அல்லது CSO களின் கூட்டு ஈடுபாட்டின் முக்கியத்துவம் மற்றும் வாழ்ந்த அனுபவங்களைக் கொண்டவர்கள் உட்பட, கூட்டுத் தணிக்கை முறையை உருவாக்குவது கட்டாயமாகும். இது சொல்லப்பட்ட கொள்கை இலக்குகள் மற்றும் நோக்கங்களை அவ்வப்போது மதிப்பீடு செய்வதற்கு அனுமதிக்கும், மேலும் தேவையான தழுவல்கள் மற்றும் மேம்பாடுகளை எளிதாக்கும். கூட்டுத் தணிக்கை பல்வேறு பங்குதாரர்களிடையே நம்பிக்கையையும் உறுதியையும் மேலும் ஊக்குவிக்கும். இது பிரிவு 1 இல் மேலும் விளக்கப்பட்டுள்ளது.

G.13 நிறுவனங்களின் அடைவு

மாநில மருத்துவமனைகள், ECRCகள், NULM தங்குமிடங்கள் மற்றும் தன்னார்வ தொண்டு நிறுவனங்கள் உட்பட வீடற்ற நபர்கள் மற்றும் மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட நபர்களுக்கு கிடைக்கும் சேவைகளின் அடைவு அனைத்து காவல் நிலையங்கள், மருத்துவமனைகள், பராமரிப்பு இல்லங்கள் மற்றும் தொடர்புடைய துறைகளில் பதிவு செய்யப்பட வேண்டும். அனைத்து சேவை வழங்குநர்களும் ஒவ்வொரு வசதியிலும் கிடைக்கும் படுக்கைகளைக் காட்டும் நேரடி டாஷ்போர்டுகளை வைத்திருக்க வேண்டும் என்றும் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.



பிரிவு H

மதிப்பு-அடிப்படையிலான கவனிப்பு, நல்வாழ்வை நிலைநிறுத்துதல், செழிப்பு மற்றும் மீட்பு ஆகியவற்றில் கவனம் செலுத்துதல்: மனநல பயிற்சி பெறுபவர்களுக்கான வழிகாட்டுதல்

H.1 செயலில் அனுதாபம் மற்றும் உரையாடல் பயிற்சி: நம்பிக்கையின் சூழலை உருவாக்குதல்

மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ளவர்களுடன் மட்டுமின்றி, எந்தவொரு மனிதனுடனும் பணிபுரியும்போது அனுதாபம் காட்டுவது அவசியம். இது பிறரின் கண்ணோட்டங்கள் மற்றும் சூழ்நிலைகளை உண்மையாகப் புரிந்துகொள்வதற்கும், சிகிச்சையின்போது, சார்பற்ற கருத்துக்களை நிலைநிறுத்துவதற்கும், 'தன்னை பிறரது சூழலில் வைத்து கற்பனை செய்தல்' நிலைக்கும் மேலானது. ஹவுசிங் ஃபர்ஸ்ட் (Housing First) மற்றும் ஹோம் அகைன் (Home Again) வகை அணுகுமுறையுடன் சீரமைத்தல் (Narasimhan et al., 2019), சமூக மேம்பாட்டிற்கு பணியாற்றுவவர்கள் (களப்பணியாளர் தொழிலாளர்கள்) மற்றும் பரிந்துரையில் ஈடுபடுபவர்கள், ஒரு தனிநபரின் நடத்தையில் வேறுபாடுகளைக் கொண்டிருத்தல் (எ.கா., பாலியல் வேலை, சட்டவிரோத போதைப்பொருள் பயன்பாடு, COVID-19 தடுப்பூசி செலுத்திக்கொள்ள மறுப்பது) போன்றவற்றில் ஈடுபட்டிருந்தாலும்கூட, தொழில்முறை அடிப்படைக் கோட்பாடுகளைப் புரிந்துகொள்ள வேண்டும்.

மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ள ஒருவருடனான சிகிச்சை செயல்பாட்டில், தொடக்கத்திலிருந்தே, அவர்கள் கூறுவதில் நம்பக உணர்வு, நம்பிக்கை மற்றும் நம்பத்தக்க நிலை ஆகியவற்றை கட்டமைப்பது மிகவும் முக்கியமானதாகும். ஒருவர், அனுபவங்களையும் உணர்வுகளையும் நேர்மையாகப் பகிர்ந்து, அதன்மூலம் நம்பகத்தன்மையை நிலைநாட்ட இது உதவுகிறது. மனநலம் தொடர்பான முற்போக்கு சிந்தனையின் ஒரு பகுதியானது, பெரும்பாலும், வடக்கு ஐரோப்பாவில் உருகொண்ட உரையாடல் கட்டமைப்பிலிருந்து உருவானது. இது, ரஷ்ய தத்துவஞானி மற்றும் மொழியியலாளர் மிகைல் பக்தினின் (பக்டின், 1981, 1986) பணியால் ஈர்க்கப்பட்டு, ஆண்டர்சனின் பிரதிபலிப்பு சிகிச்சையில் விரிவுபடுத்தப்பட்டது (Andersen et al., 1987, 1991) மற்றும் பின்லாந்தின் திறந்த உரையாடல் வகை (Seikkula et al., 1995; Seikkula & Olson, 2003). ஒட்டுமொத்தமாக, இந்த அணுகுமுறைகள், மற்றவர்களுடனான கலந்துரையாடல் மற்றும் உரையாடல் மூலமாக, ஒருவரது சொந்த அனுபவம் மற்றும் அதன் பார்ப்பட்ட படிப்பினையின் கூட்டு கட்டுமானத்தை வலியுறுத்துகின்றன. சிகிச்சை இடையீடுகளுக்குப் பயன்படுத்தக்கூடிய, உரையாடல் மற்றும் கலந்துரையாடல் செயல்பாட்டில், ஜனநாயக மற்றும் படிநிலையற்ற பங்கேற்பை (குடும்பங்கள், மருத்துவர்கள் மற்றும் சேவைப் பயனர்களால் பயன்படுத்தப்படக்கூடிய) வலியுறுத்தும், வெளிப்புற விளக்கக் கட்டமைப்புகளை திணிப்பதற்கு எதிரான உரையாடல் அணுகுமுறைகள். பல உரையாடல் எழுத்துக்கள், ஒரு நபர் குழப்பமாகவோ அல்லது சீரற்று இயங்குபவராகவோ தோன்றினாலும்கூட, 'செய்வது' அல்லது 'அதற்காக' (ஆண்டர்சன், 1997, 2007), என்பதைவிட, 'உடன் இருப்பது' என்பதன் முக்கியத்துவத்தை வலியுறுத்துகிறது: பொறுமையுடன் இருப்பது, நிச்சயமற்ற தன்மை தொடர்பான சகிப்புத்தன்மை மற்றும் தனிநபர்கள் தங்களுக்கான

போதுமான நேரத்தை எடுத்துக்கொண்டு, முடிவுகளை எடுக்க அனுமதிக்கும் அர்ப்பணிப்பு ஆகியவை முக்கியம்.

H.2 மனஅதிர்ச்சி-கண்டறியப்பட்ட நிலையிலான கவனிப்பு அணுகுமுறைகள்

நிலையான வசிப்பிடமின்றி அல்லது தெருக்களில் வசிக்க வேண்டிய நிலையிலிருக்கும் நபர்கள், குடும்ப உறுப்பினர்கள், மருத்துவப் பணியாளர்கள் (குறிப்பாக, அடிப்படை சுதந்திரம் இல்லாத மனநல மருத்துவமனை அமைப்புகளில்) மற்றும் பல சந்தர்ப்பங்களில், பாலியல் தொந்தரவு, உடல்ரீதியான துன்புறுத்தல் அல்லது வசவு சொற்களை ஏற்பது உட்பட குறிப்பிடத்தக்க மனஅதிர்ச்சியை அனுபவிக்கிறார்கள் (Gilmoor et al., 2020; Bhattacharya et al., 2021; Roy et al., 2014); இந்த நபர்கள், சமூகஉளவியல்சார் பிரச்சினைகளை, 'நோய்கள்' அல்லது 'குறைபாடுகள்' என்று வகைப்படுத்தும் பாரம்பரிய வகையிலானப் புரிதலை ஏற்கலாம் அல்லது மறுக்கலாம். எனவே, அத்தகைய நபர்களுடன் தொடர்புகொள்ளும் சமூகப் பணியாளர்கள் மற்றும் வழங்குநர்கள் மற்றும்/அல்லது ஆதரவான சேவைகளைப் பரிந்துரைப்பதில் பங்கு வகிப்பவர்கள், மனஅதிர்ச்சி-கண்டறியப்பட்ட, கலாச்சார ரீதியாக உணர்திறனுடைய, வற்புறுத்தல் இல்லாத, கூட்டுப் பராமரிப்பில் ஈடுபடுவதற்கான பயிற்சியளிக்கப்பட்டு, தயார்படுத்தப்படுவது, இதன்காரணமாக கட்டாயமாகிறது. குழந்தைப் பருவ துன்பம் மற்றும்/அல்லது மனஅதிர்ச்சி மற்றும் மனம் உடல் ஆரோக்கியத்தில் அதன் தாக்கம் பற்றிய விழிப்புணர்வு ஆகியவற்றில் கவனம் செலுத்தும் 'மனஅதிர்ச்சி-கண்டறியப்பட்ட நிலையிலான பராமரிப்பு' (TIC) -இன் எளிமைப்படுத்தப்பட்ட பதிப்புகள் இருந்தாலும், மிகவும் வலுவான TIC கட்டமைப்புகள், சிக்கலான மற்றும் அடுக்கக அமைப்பிலான வழிகளில் கவனம் செலுத்துகின்றன. மருத்துவமனைகள் போன்ற நிறுவனங்களில் நிகழும் அதிகாரப் பறிப்பு மற்றும்/அல்லது ஆற்றலின் ஒட்டுமொத்த அனுபவங்கள், தனிநபரின் செயலான்மை, சுய-மதிப்பு மற்றும் தனிநபர்கள் மற்றும் நிறுவனங்களின் மீதான நம்பிக்கையைப் பாதிக்கின்றன. களப்பணி மற்றும் ஈடுபாட்டிற்கான TIC அணுகுமுறைகள், சுய-வழிகாட்டுதலை அதிகப்படுத்துதல் மற்றும் உறவுகளால் நிகழும் வன்முறையை திரும்ப நிகழ்ச்செய்தல்/பிரதிபலிக்கச் செய்யும் நடைமுறைகளை கவனமாகத் தவிர்த்தல் ஆகியவற்றை வலியுறுத்துகின்றன. பாலினம் என்ற சூழலில், பாலின அடிப்படையிலான வன்முறையை அனுபவித்த தனிநபர்களின் பாலின விருப்பங்கள் தொடர்பாக கவனம் செலுத்த வேண்டியதன் தேவையையும், உடல் மற்றும் உணர்வுநிலைப் பாதுகாப்பை உருவாக்குவதன் முக்கியத்துவத்தையும், TIC அணுகுமுறைகள் அடிக்கோடிட்டுக் காட்டுகின்றன.

H.3 கலாச்சாரம் சார்ந்த குணப்படுத்தும் செயல்முறைகள்

அப்பாதுரை (2013) குறிப்பிடுவதுபோல, 'அபிலாஷை' மற்றும் நம்பிக்கைக்கான திறனை உருவாக்குவதற்கு, கலாச்சார அடிப்படையில் மட்டுமே கிடைக்கக்கூடிய ஒரு நல்ல மற்றும் பயனுள்ள வாழ்க்கையை வாழ்வதற்கான மாதிரிகளைப் புரிந்துகொள்ள வேண்டியுள்ளது. இது, இருப்பிடம் மற்றும் சூழலைப் பற்றி ஓரளவு புரிந்துகொள்வதை அவசியமாக்குகிறது. கலாச்சாரம் என்பது பாரம்பரியம், மரபுவழி மற்றும் கடந்தகால சிந்தனைகளின் களஞ்சியம் மட்டுமல்ல; மாறாக, இது எதிர்காலத்தில், சமூக நடவடிக்கைகளைப் புரிந்துகொள்வதற்கும் முன்வைப்பதற்குமான ஒரு வார்ப்புரு (template) மற்றும் வரைச்சட்டம் (matrix) ஆகும். கீர்ட்ஸ் பிரபலமாக வாதிட்டதுபோல (1974), உண்மையில், இது 'அதன்' மற்றும் 'அதற்காக' என்ற எதார்த்தத்தின் ஒரு மாதிரியாக, எதிர்காலத்தைப் பற்றியதாகும். கோஹென் (2012) கணிப்பின்படி, பெரும்பாலான மருத்துவ மானுடவியல், உடல்நலக் குறைபாடு மற்றும் நோயின் உலகளாவிய பொது ஆரோக்கிய மாதிரிகள் மீது, இருப்பிடம் மற்றும் கலாச்சாரக் கூறுகளை வென்றெடுப்பதில், மருத்துவத்துக்கு உடன்பாடாக அல்லது அதற்கு எதிராக தன்னை அமைத்துக் கொண்டுள்ளது. இலக்கியத்தில் 'கலாச்சாரத்திற்கு-உட்பட்ட நோய்க்குறி'களுக்கு முக்கியத்துவம் கொடுப்பதைப்போல, நோய் என்பது கலாச்சாரத்தால் உருவாக்கப்படுவது அல்லது 'கலாச்சாரத்திற்கு உட்பட்டது' என்று மருத்துவம் மற்றும் உளவியல் சார்ந்த மானுடவியலின் சில அம்சங்கள் மிகைப்படுத்திக் கூறியுள்ளன. ஆனால் கிளைன்மேனைப் போலவே, கோஹெனும் மற்றொரு யதார்த்தத்தை சுட்டிக்காட்டியுள்ளார்: அதன்படி, உடலானது, கலாச்சாரம் மற்றும் இருப்பிடம் ஆகியவற்றின் அம்சமாக இருக்கிறது மற்றும் கட்டமைப்பு நிலைமைகள் *மற்றும்* இருப்பிட நம்பிக்கைகளுக்கு இடையே உள்ள மையத்தில் உற்பத்தி செய்யப்படுகிறது. இருப்பிட உடலானது, வறுமை, ஊட்டச்சத்து குறைபாடு மற்றும் மீண்டும் மீண்டும் நிகழ்ந்த சமூக தோல்வியின் அனுபவங்கள் மூலம் உருவாக்கப்படுகிறது. மேலும், முடிந்தளவிற்கு, அது நம்பிக்கைகள் மற்றும் வாழ்க்கைக்கான மாதிரிகளால் வடிவமைக்கப்பட்டுள்ளது. எளிமையாகச் சொன்னால், எந்தவொரு உள்ளூர் சூழலையும் புரிந்துகொள்வதிலும், கூடுதலாக, இந்த உடலானது, குறியீட்டு அல்லது அர்த்தமுள்ள சொற்களில் எவ்வாறு உணரப்படுகிறது என்பதைப் புரிந்துகொள்வதிலும், கட்டமைப்பு மற்றும் சமூக வன்முறை மையமாக உள்ளன (ராஜன், 2017).

இருத்தலியல் பாதுகாப்பு (அதாவது, ஒரு நிலையான மனநிலை), மற்றும் HPWMI பிரிவினரின் மத்தியில் நம்பிக்கை உணர்வு ஆகியவற்றை அதிகரிப்பதில், மத நிறுவனங்களின் பங்களிப்பு பெரும்பாலும் குறைத்துக் கூறப்படுகிறது. தமிழ்நாடு முழுவதும் உள்ள வழிபாட்டுத் தலங்கள் சூப் கிச்சன் எனப்படும் இலவச

உணவுக்கான சமையலறைகளை செயல்படுத்துகின்றன மற்றும் தங்குமிடம், வேலைவாய்ப்பை வழங்குவதோடு, தங்கள் பக்தர்கள் மற்றும் புரவலர்கள் மூலம், HPWMI பிரிவினருக்குத் தேவைப்படும் பிறவகையான உதவிகளையும் திரட்டுகின்றன. அவர்கள், நரம்பியல் (சிந்தனை) பன்முகத்தன்மையை சமநிலையுடனும் கடமை உணர்வுடனும் அணுகுகிறார்கள். இது தனிநபர்கள், தங்களுக்கான மனஅமைதி, சாந்தம், ஏற்றுக்கொள்ளல் மற்றும் வாய்ப்புகளை உருவாக்கும் திறனை அளித்து, அவற்றின்மூலம் பயனடைய உதவுகிறது. மானுடவியலாளர்களின் பணி (எ.கா., Obeyesekere, 1985; Luhrmann & Marrow, 2016; Corin 2007; Gopikumar, et al., 2016) சமூகங்கள் மற்றும் தனிநபர்களுக்குள் உள்ள பௌதீக நிலைமைகளைப் பாதித்த கட்டமைப்பு வன்முறையின் பின்னணியில், நல்வாழ்வு மற்றும் மன உறுதியை நிலைநாட்டுவதில், நம்பிக்கை மற்றும் பாரம்பரியமான குணப்படுத்தும் நடைமுறைகள் தொடர்ந்து முக்கியப் பங்கு வகிக்கின்றன. சிறந்த எதிர்காலத்தை நோக்கிய சமூகத்தின் தாங்குதன்மை மற்றும் அபிலாஷைகள், வெளிப்புற உதவியை மட்டும் சார்ந்தது அல்ல; அதேசமயம், சமூகத்திற்குள் இருக்கும் கலாச்சார மற்றும் ஆன்மீக வளங்களுடன் ஒன்றாக இணைந்துள்ளது. ஆகையால், சமூகங்களுக்குள் ஏற்கனவே இருக்கும் அர்த்தமுள்ள வாழ்க்கை வடிவங்களுடன் இணையும்போது, சமூக அதிகாரமளிப்பிற்கான ஏதேனும் வெளிப்புறத் தலையீடுகள் மற்றும் அணிதிரட்டல் மிகவும் பயனுள்ளதாக இருக்கும். ஏனெனில், அபிலாஷை மற்றும் கலாச்சாரம் ஒன்றுடன் ஒன்று கைகோர்த்துச் செல்கின்றன (அப்பாதுரை, 2013).

H.4 நீடித்த ஈடுபாடு மற்றும் பதிலளிக்கும் தன்மை

ஒரு தனிநபர் துயரத்தை எதிர்கொள்ளலாம், அவர் தனது வாழ்வின் ஏற்றத்தாழ்வுகளுக்கு இடையே, பாதுகாப்பான முறையில் கடந்துசென்று, நிலைத்தன்மையை மீண்டும் பெறுவதை உறுதிசெய்யும் வாய்ப்பு உறுதியாக வழங்கப்பட வேண்டும் என்பதை ஏற்றுக்கொள்ளும் சூழலை, மனநல நிபுணர்கள் வளர்த்தெடுப்பது இன்றியமையாதது. மனநோயின் தன்மை காரணமாக, தனிநபர்கள் மகிழ்ச்சியான மற்றும் துன்பமான நாட்களுக்கு இடையில் ஊசலாடலாம், மற்றும் பராமரிப்புக் குழுவானது, அவர்களுக்கு உதவிகள் கிடைத்தல் மற்றும் தங்களது உணர்வுநிலைகளைக் கடப்பதில், அவர்கள் சவுகரியமாக உணர்வதற்குரிய ஒரு பாரபட்சமற்ற வாய்ப்பைப் பெறுதல் ஆகியவற்றை உறுதிசெய்ய வேண்டும். 'கைவிடுதலுக்கான' வலுவான நிர்ப்பந்தம் இருந்தபோதும், தங்கள் அன்புக்குரியவர்களை கைவிடாமல் தொடர்ந்து பராமரிக்கும் இதுபோன்ற ஒத்தவகையிலான ஈடுபாடு மற்றும் பொறுப்புடைமை, குடும்பங்களில் காணப்படுகின்றன. விடாமுயற்சி மற்றும் தன்னம்பிக்கை, மனநல

தொழில்முறை நிபுணர்களை, குறிப்பாக, HPWMI பிரிவினருடன் பணிபுரிவதில் நல்ல நிலையில் தக்கவைக்கும் .

H.5 ஒன்றுக்கொன்று சார்ந்திருக்கும் கலாச்சாரத்தை கட்டமைத்தல்

ஒரு மருத்துவர், நோயாளியிடமிருந்து, தொழில்முறை இடைவெளியைப் பராமரிக்க வேண்டும் என்ற கருத்திற்கு மாறாக, நோயாளிகளை தொட்டுப் பேசுதல் மற்றும் சகவாழ்விற்கான உணர்வுகளை வளர்த்துக்கொள்வதானது (மெஹ்ரி, 2018), நேர்மையான மற்றும் உண்மையான ஈடுபாட்டை ஏற்படுத்துவதோடு, நோயாளியின் மனரீதியான, உணர்வுப்பூர்வமான மற்றும் உளவியல் நலத்திலும் சிறந்த மாற்றங்களை ஏற்படுத்துவதாக பல மருத்துவர்கள் நம்புகின்றனர். இது உறவை எளிதாக்கும், அதிக சமமாகவும் ஆக்குகிறது. தனிநபரின் நல்வாழ்வில் அக்கறை செலுத்த, உடல்நலத்திற்கான தொழில்முறை நிபுணர் அல்லது சமூகப் பராமரிப்பு பணியாளரை ஊக்குவிக்கிறது. அதனையடுத்து அந்த தனிநபர், மருத்துவருடனான உறவுநிலை தொடர்பான பரஸ்பர நம்பிக்கை மற்றும் அக்கறையைக் கட்டமைக்கிறார். இருப்பினும், சிகிச்சைக்கான வழக்கமான அணுகுமுறைகள், குறைந்த-வள அமைப்புகளில் அல்லது 'ஜஸ்ட் தெரபி' (மருத்துவப் பயிற்சி மற்றும் வரையறையை, பல்வேறு அம்சங்களின் கட்டுப்பாடுகளிலிருந்து விடுவித்தல்) போன்ற சிக்கலான பிரச்சினைகளைத் தீர்ப்பதில், எப்போதும் பொருத்தமானதாக இருக்காது.

H.6 விருப்பத்தேர்வு மற்றும் செயலான்மையை வளர்த்தல்

ஆடை, ஓய்வு, உணவு, மதம், ஆன்மீக நடைமுறைகள், நட்புகள், ஈடுபாடு மற்றும் விலகல், நெருக்கம் அல்லது கோபத்தின் வெளிப்பாடு போன்ற அன்றாட விருப்பத்தேர்வுகளை ஒரு தனிநபர் மேற்கொள்ள முடியும் என்பதை உறுதிசெய்ய, மருத்துவர்கள் முயல வேண்டும். தனிப்பட்ட அனுதாபத்தையும் மரியாதையையும் காட்டுவது முக்கியம்.

கடந்த தசாப்தத்தில், சர்வதேச மேம்பாடு மற்றும் மனித உரிமைகளின் வேறு பிரிவுகளில் ஏற்பட்ட மாற்றங்களால், 'மீட்கொணர்வு' அணுகுமுறைகள் பல்வகைப்படுத்தப்பட்டுள்ளன அல்லது சிக்கலாக்கப்பட்டுள்ளன. அமர்த்தியா சென்னின் (2009) திறன்கள் அணுகுமுறை (CA), எடுத்துக்காட்டாக, மனநலத்தில் சமூகப் பங்கேற்பைப் பற்றிய சிந்தனையை மாற்றியமைக்க உதவியது (Hopper, 2007; Wallcraft & Hopper, 2015; White et al., 2016). சர்வதேச வளர்ச்சியில் மிகவும்

செல்வாக்குள்ள CA ஆனது, நல்வாழ்வை அனுபவிக்க அல்லது கண்டறிவதற்கான சுதந்திரத்தில் கவனம் செலுத்துகிறது, மக்களின் 'திறன்கள்' மற்றும் 'செயல்பாடுகள்' ஆகியவற்றின் நிகழ்வாகப் புரிந்து கொள்ளப்படும். திறன்கள் என்பவை 'திருமணம், குடிமைப் பங்கேற்பு மற்றும் வேலை போன்றவற்றை தொடர்ந்து மேற்கொள்ள, மக்கள் தேர்ந்தெடுக்கக்கூடிய (அல்லது செய்வதற்கு இயலக்கூடிய) செயல்கள் மற்றும் வழிகள். 'செயல்பாடுகள்' என்பவை தெரிவுசெய்யப்பட்ட மற்றும் உணரப்பட்ட திறன்கள். திறன்களின் சூழலில், சமூக, கலாச்சார மற்றும் சுற்றுச்சூழல் காரணிகளின் பங்கை CA வலியுறுத்துகிறது. வேறுவார்த்தைகளில் கூறுவதானால், மக்கள் வாழக்கூடிய சமூக, அரசியல் மற்றும் பெளதீக சூழல், தேர்ந்தெடுக்கப்பட்ட செயல்பாடுகளை உணர்வதற்கான வாய்ப்புகளை வழங்க வேண்டும்.

மனநலக் கொள்கையின் சூழலில், மற்றும் பிற சமூக-சுற்றுச்சூழல் தொடர்பான இயலாமை கட்டமைப்புகளுடன் இணைந்து, சமூகஉளவியல்சார் குறைபாடுகள் உள்ளவர்களின் நல்வாழ்வு மற்றும் சமூகப் பங்கேற்பு, முற்றிலும் 'உள்ளார்ந்த' தனிப்பட்ட குறைபாட்டிலிருந்து உருவாவதைவிட, அவர்கள் வாழும் சமூகத்தை எந்த அளவிற்கு சார்ந்துள்ளது என்பதை CA எடுத்துக்காட்டுகிறது. CA உடன் தளர்வாக இணைக்கப்பட்ட நடைமுறை இடையீடுகள், இயலாமையின் தனிப்பட்ட வெளிப்பாடுகளில் கவனம் செலுத்துவதுடன் சேர்த்து, கூடுதல் செயலாக்க வாய்ப்புகளையும் (எ.கா., ஒரு சிறு வணிகத்தைத் தொடங்குவதற்கான மூலதனம்) உருவாக்க முயல்கின்றன.

H.8 மனநலச் சேவைகளைப் பயன்படுத்துபவர்களின் பின்னூட்டத்தால் ஆதரிக்கப்படும் புத்தாக்க கலாச்சாரத்தை கட்டமைத்தல்

மனநலம் என்பது ஒரு வாழ்நாள் லட்சியம், ஆனால், அது சீராக அமைவது அரிதான ஒன்று. எனவே, பராமரிப்பு கட்டமைப்புகள், ஒரு தனிநபரின் ஏற்றத்தாழ்வுகள் மற்றும் ஒட்டங்களுடன் வேலை செய்ய வேண்டிய தேவையுள்ளது. மேலும், தொழில்முறை நிபுணர்கள், அவர்களுடைய கூட்டு மதிப்புகளின் அடிப்படையில், புத்தாக்கங்களை மேற்கொள்ள ஊக்குவிக்கப்படுகிறார்கள். ஒரு தனிநபருக்கு இரண்டு ஒருங்கிணைப்பாளர்களை இணைத்துக்கொள்வது, குடும்ப உறுப்பினர்கள், அவர்களுடன் தெருவில் வாழ்ந்த நண்பர்களை அழைத்து வருதல், மருத்துவமனை அமைப்பிற்கு வெளியே இருந்து, அவர்கள் மிகவும் வசதியாக உணரக்கூடிய இடத்தில், அந்த நபருடன் இருந்து அவரைப் புரிந்துகொள்ள மற்றும் கையாள முயலுதல் மற்றும் பலவற்றை இது

குறிக்கும். இது நல்வாழ்வு மற்றும் தனிப்பட்ட மீட்சியை ஊக்குவிப்பதில், அடிக்கடி பயன்படுத்தப்படும் ஆராயப்படாத வினையூக்கியாகும்.

H.9 பிரதிநிதித்துவம்/சகாக்களின் தலைமை

மனநல சேவைகள், மருத்துவ இடையீடுகள் மற்றும் ஆதரவு ஆகியவற்றில், மேலும் ஒரு பெரிய மேம்பாடு என்பது, 'சாமானியர்' என்று வகைப்படுத்தப்படுபவர், 'சமூகம்' மற்றும்/அல்லது 'சகாக்கள்' போன்றோரின் ஆதரவு அல்லது இடையீட்டுப் பங்களிப்புகள் ஆகும் (Balaji et al., 2012; Javadi et al., 2017; Rathod et al., 2017). பரந்த அர்த்தத்தில், இந்தப் பங்களிப்புகள், சேவை வழங்கலின் எந்தப் பகுதியையும் உள்ளடக்கியிருக்கலாம் (போக்குவரத்து, அடிப்படைத் தேவைகளுக்கான உதவி, நட்பு, குழு வசதி). பல நாடுகளில், சிறை-அடிப்படையிலான மனநலச் சேவைகள், மருத்துவமனைகள் குடியிருப்பு வசதிகள் மற்றும் மருத்துவம் அல்லாத சமூக-அடிப்படையிலான திட்டங்கள் ஆகியவற்றை உள்ளடக்கிய பெரியளவிலான அமைப்புகளில், சாமானியர் மற்றும்/அல்லது சகாக்கள் இடம்பெற்றிருப்பதைக் காணலாம் (Myrick & DelVecchio, 2016; Repper & Carter, 2011; Sokol & Fisher, 2016). இந்தச் சேவைகள் மற்றும் சமூகஉளவியல்சார் இயலாமையின் பகிரப்பட்ட அனுபவங்களின் மீது, பொதுவாக சக பங்களிப்புகள் முன்வைக்கப்படுகின்றன. மேலும், களப்பணி மற்றும் ஈடுபாடு, சமூக உளவியல்சார் குறைபாடுகளுடன் தொடர்புடைய சவால்களுக்கான நேரடி உதவி மற்றும் சிக்கலான அல்லது அணுக முடியாத சேவைகளுக்கான வழிகாட்டல் ஆகியவற்றை உள்ளடக்கிய பொதுவான செயல்பாடுகள், மனநல சேவைகளுக்குப் பிரத்தியேகமானவை (Chapman et al., 2018). குறிப்பாக வீடற்ற தனிநபர்கள் அல்லது குழுக்களை அணுகுவது தொடர்பான 'சக பணியாளர்களின்' மதிப்பை அடிக்கோடிட்டுக் காட்டுவது ஏற்கத்தக்கது; ஒரு பெரிய விவரிப்பு மற்றும் தரமான ஆராய்ச்சியானது, வீடற்ற நிலைக்கு சென்ற தனிநபர்கள், தற்போது தெருக்களில் இருப்பவர்களுடன் தாக்கம்வாய்ந்த முறையில் இணையும் திறனை விளக்குகிறது (Olivet et al., 2010; Vale, 2004).

பங்களிப்புகளின் பன்முகத்தன்மையைக் கருத்தில் கொண்டு, சக ஊழியர்களின் நடைமுறைக் கொள்கைகள் வேறுபடுகின்றன. ஆனால், பெரும்பாலான சக-ஆதரவு கட்டமைப்புகள், பரஸ்பரத்தன்மை, பிரதியுபகாரத்துவம், பகிரப்பட்ட உடைமை உணர்வு மற்றும் அனுபவ அடிப்படையிலான கற்றல் மற்றும் உத்திகளின் பகிரவு மேம்பாட்டை வலியுறுத்துகின்றன (Andersen et al., 2017; Mead et al 2001; Sweeney et al., 2016). கூடுதலாக, ஒரேமாதிரியான அனுபவங்களைக் கொண்ட தனிநபர்களுக்கு அவர்கள் ஆதரவளிக்கிறார்கள் (அல்லது அடைய முயற்சிக்கிறார்கள்), 'தெருவில் வசித்தல்' தொடர்பாக, அப்படி வாழ்பவர்களிடையே இருக்கும் உத்திகள் குறித்த அறிவு மற்றும் புரிந்துணர்வைக் கொண்ட, பிற தொழில்முறை நிபுணர்கள்

பெற்றிராத நுண்ணறிவுகளை உள்ளடக்குகிறார்கள் (Fisk et al., 2000), குறிப்பிட்ட சேவைகள் மற்றும் பலன்களை அணுகுதல் அல்லது தகுதி பெறுவதற்கான 'உண்மை உலக' வழிகள் (Paskett et al., 2011; Valaitis et al., 2017) துயரக் குரல்கள் மற்றும் சித்தப்பிரமை உள்ளிட்ட இயலாமை-தொடர்பான சவால்களைக் கையாள்வதற்கான உத்திகள் (Corstens et al., 2014), மற்றும் சமூக களங்கம் (Burke et al., 2019; Yu et al., 2018).

கூடுதலாக, குறிப்பிடத்தக்க சமூகஉளவியல்சார் திறன்களைக் கொண்ட தனிநபர்களின் குடும்பங்களுக்குப் பயிற்சியளித்தல் அல்லது இதேபோன்ற சூழ்நிலையில் உள்ள மற்ற குடும்பங்களுடன் தொடர்புகொள்வதற்கும், அவர்களுக்கு ஆதரவளிப்பதற்கும் பணியமர்த்துதல் ஆகியவற்றில் சக-குடும்பத்தினரின் பங்களிப்புகள் உண்டு. மொழி மற்றும் கலாச்சார வேறுபாடுகளைக் களையும் திறன், குறிப்பாக அவர்களுக்கு வாய்க்கப்பெறும்போது இது பயனளிக்கக்கூடும்.

குழு களை உருவாக்குவது மற்றும் அவசரகால, களப்பணி; நீண்டகால வசதிகளில் ஆதரவுக் கட்டமைப்புகளை உருவாக்குவதற்கு, சிக்கலானப் பிரச்சினைகளை கையாள்வதில், மனநலப் பிரச்சனைகள்/உளவியல் துயரங்கள் ஆகியவற்றின் நேரடி வாழ்ந்த அனுபவமுள்ள நபர்களின் போதுமான பிரதிநிதித்துவத்தை உறுதி செய்வது இன்றியமையாதது.கூடுதலாக, வாழ்ந்த அனுபவமுள்ளவர்களுக்கு, உள்ளூர் பிரதிநிதித்துவம் மற்றும் சமமான பாலின சமன்பாடு (ஊதிய சமத்துவத்துடன்), மனநலப் பிரச்சினைகள் உள்ள நபர்களுக்கான பராமரிப்பு மற்றும் ஆதரவு நடவடிக்கைகளை மேற்கொண்டுள்ள ஈடுபாட்டாளர்களுக்கு பன்முகத்தன்மையை சேர்க்கின்றன. மேலும், முக்கியத்துவமிக்க கலாச்சார, மதம் பாலின பிரதிநிதித்துவம் மற்றும் நோய்கள் குணமடைதல் குறித்த புரிதலையும் உறுதி செய்கிறது. சமூக மருத்துவத்தின் சூழலில், இந்தத் திட்டமிடல் மையமாகிறது.

H. 10 கண்ணியம், ஆபத்து, பராமரிப்பு மற்றும் உரிமைகளை சமநிலைப்படுத்துதல்

கட்டாயப்படுத்தலைக் குறைப்பது, உரிமைகள் அடிப்படையிலான பராமரிப்பின் ஒரு முக்கியக் கொள்கையாக இருந்தாலும், உண்மையில் தீவிரமான உளவியல் குறைபாடுகள், குறிப்பாக ஸ்கிசோஃப்ரெனியா அல்லது அறிவுசார் இயலாமை போன்றவை, கண்ணியம் மற்றும் ஆபத்து, உரிமைகள் மற்றும் கவனிப்பு ஆகியவற்றை சமநிலைப்படுத்துவதில், பெரும் நெறிமுறை சவால்களை

முன்வைக்கின்றன. உயர்மட்ட நெறிமுறைக் கோட்பாடுகள், கொள்கை வழிகாட்டலை மேற்கொள்ளலாம். அதேவேளையில், நடைமுறையில் சில சூழ்நிலைகள், தனித்தன்மை வாய்ந்ததாகவும், சிக்கலானதாகவும் மற்றும் மிகுந்த தனிப்பட்ட வகையிலான முடிவுகள் தேவைப்படுவதாகவும் இருக்கும். இத்தகைய சூழ்நிலைகளில்கூட, நேரடி அல்லது மறைமுக வற்புறுத்தல், அடிப்படையில் வலுக்கட்டாய சிகிச்சையானது முற்றிலும் குறைந்தபட்ச அளவில் வைக்கப்பட வேண்டும். இது அனைத்து ஊழியர்களுடைய பயிற்சியின் அடிப்படையாக இருக்க வேண்டும் மற்றும் அடிப்படையான ஏற்கத்தக்க தரத்தை மேம்படுத்த, தொடர்ச்சியான மேற்பார்வை, சாத்தியமுள்ள வகையிலான சகாவினுடைய மேற்பார்வை சேர்க்கப்பட வேண்டும். தன்னிச்சையான சிகிச்சை அல்லது முடிவுகள் ஒருபோதும் இயல்புநிலையில் அமையக்கூடாது என்றாலும், அவை சிலநேரங்களில் தவிர்க்க முடியாதவை. உதாரணமாக, தொற்று நோய்கள் (மற்றும் தொடர்புடைய சிகிச்சை முடிவுகள்) தனிப்பட்ட நோயாளிகள் மற்றும் பராமரிப்பாளர்களுக்கு மட்டுமல்ல, மக்கள் கூடும் இடங்களுக்குச் செல்வோர், அல்லது பெரிய குடும்பங்கள்/சமூகங்களில் உள்ள மற்றவர்களுக்கும் ஆபத்துக்களை ஏற்படுத்துகின்றன.

H.11 மனநோய் மற்றும் அவற்றின் மருத்துவ முக்கியத்துவத்தைப் புரிந்துகொள்வதற்கான பல்வேறு சமூக மற்றும் கலாச்சார கட்டமைப்புகள்

இந்தியாவிலும் ஆசியாவின் பிற பகுதிகளிலும், 'சமூக மையப்படுத்தப்பட்டது' பற்றி அதிகம் எழுதப்பட்டுள்ளது. இதில், பல பகுப்பாய்வாளர்கள் பரிந்துரைத்துள்ளதன்படி (Kakar, 1982; Obeyesekere, 1985; Nichter, 1982; Roland, 1988; Fabregas, 2009), தனிநபர்கள், ஒற்றுமையுணர்வால், நல்லிணக்கமாக இருக்கும்வரை ஆரோக்கியமாக இருக்கிறார்கள். Kakar (1982) வாதிட்டது போல், 'உன்னை அறிதல்' என்பது, ஒருவரின் உள்நிலையை சமூகத்துடன் ஒத்திசைக்க மற்றும் உலகளாவிய அளவிற்கு நீட்டிப்பதன் மூலம், தனிப்பட்ட அகங்காரத்தை கலைத்து, வழக்கமான இந்து தத்துவத்தின் அடிப்படையில் மாற்றுவதாகும்; அதுதான், மேற்குலகில், 'உன்னை அறிதல்' என்பதாக குறிப்பிடப்படுகிறது. 'உன்னை அறிதல்' என்பது ஒருவரின் சொந்த ஞானம் மற்றும் புரிதலுக்கான வரம்புகளை அறிவதாகும். இது தனித்துவமான மற்றும் எல்லைக்குட்பட்ட அடையாளத்தின் நிலையான உணர்வை அனுமானிக்கிறது.

ஒரு ஆக்கபூர்வமான நிலையில் இருந்து, சுயத்தன்மை மற்றும் இயல்பான அனுபவம், கலாச்சார ரீதியாக வரையறுக்கப்படுகிறது. இது நோய் மற்றும் ஆரோக்கிய குறைபாடு பற்றிய உலகளாவிய கூற்றுகளை சாத்தியமற்றதாக

ஆக்குகிறது. Foucault (2006) இந்த வாதத்தை மேலும் எடுத்துச் சென்றார். அதாவது, பைத்தியக்காரத்தனம் என்பது அதிகாரத்தின் சிந்தனை மற்றும் கலாச்சார சொற்பொழிவு சமூக நடைமுறையில் வெளிப்படுத்தப்படும் ஆற்றலின் அடிப்படையில் இயல்பான தன்மையை வரையறுப்பதே என்கிறார் (Rose, 2018). மானுடவியலில், கலாச்சார நிர்ணயிப்பாளர்கள், மாறுபட்ட முறையில், ஒரு தகவமைப்புத் திறனாக அதிக நெகிழ்தன்மைக் கொண்ட யோசனைக்கு உறுதியளித்தனர் மற்றும் மனித அனுபவத்தை வடிவமைப்பதில் சார்பியல்வாதத்தை ஏற்றுக்கொண்டனர் (Geertz, 1974; Rosaldo, 1984; Benedict, 1934; Shweder et al., 1984), அனைத்து மனிதர்களுக்கும், மனநோய் தொடர்பான பொதுவான உலகளாவிய முன்னுதாரணம் என்பதாக எதுவும் இல்லை என்று வாதிடுகின்றனர். ஸ்பெக்ட்ரமின் மறுமுனையில், உலகளாவிய உயிரியல்-மருத்துவ நோய்க்கண்டறி மனநல மருத்துவம் வாதிப்பது என்னவென்றால், வெவ்வேறு கலாச்சாரங்களில் அறிகுறிகளின் வெளிப்பாடு மாறுபடும்போது, உதாரணமாக, மனச்சிதைவின் (schizophrenia) பின்னணியில் உள்ள மூளை நோயியல், அதன் மாறுபட்ட வெளிப்பாட்டைப் பொருட்படுத்தாமல், அதிகமாகவோ அல்லது குறைவாகவோ ஒரேமாதிரியாக இருக்கும் என்பதுதான். கலாச்சார உள்ளடக்கமானது, குறிப்பிட்ட சமூகமயமாக்கல் நடைமுறைகளில் இருந்து எழும் பாதுகாப்பு அம்சங்களின் இரண்டாம் நிலை அல்லது விரிவாக்கமாக கருதப்படுகிறது (ஸ்பைரோ, 1984; டெவெரக்ஸ், 1980; கார்டினர், 1945).

ஆகவே, அதீத ஆக்கபூர்வமான ரொமாண்டிஸிசத்திற்கும், உயிரியல்-மருத்துவ நோய்க்காரணியல் குறைப்புவாதத்திற்கும் இடையே, ஒரு நடுநிலையைக் கண்டறிவது முக்கியம். இது நல்வாழ்வை ஆதரிக்கும் மற்றும் வாழ்க்கைக்கு அர்த்தத்தைத் தரும் சமூக மற்றும் கலாச்சார சக்திகளைப் புறக்கணிக்கிறது (ககார், 1982; ஒபேசேகரே , 1985; க்ளின்மேன், 1988, 2009)

பல தசாப்தங்களாக, கலாச்சார மற்றும் மருத்துவ மானுடவியலாளர்கள், அத்துடன் சமூகஉளவியல்சார் இயலாமையை அனுபவிக்கும் நபர்களுடன் நேரடியாக ஈடுபடும் வழங்குநர்கள் மற்றும் வழக்கறிஞர்கள், வேற்றுமை மற்றும் பன்முகத்தன்மை கொண்ட 'கலாச்சார விளக்க கட்டமைப்புகள்' அல்லது 'நோய் விவரிப்புகள்' மீதான கவனத்தை ஈர்த்துவருகிறார்கள் (Kleinman et al., 1978; Kleinman, 1988; Kirmayer & Bhugra, 2009). தனிப்பட்ட நோயாளியின் அல்லது சேவைப் பயனரின் சொந்த அனுபவங்கள் அடிப்படையிலான கண்ணோட்டத்தைப் புரிந்துகொள்வது, குறிப்பிட்ட சமூக மற்றும் கலாச்சார விளக்கக் கட்டமைப்புகளுடன் அடையாளம் காணுதல், மற்றும் இந்த கட்டமைப்புகள், ஆதரவு/சிகிச்சை மற்றும் குணமடைதலுக்கான எதிர்பார்ப்புகளில் எவ்வாறு செல்வாக்கு செலுத்துகின்றன என்பதற்கான அகநிலை உணர்வு ஆகியவற்றுக்கு, இந்தப் பாரம்பரியத்தில் உள்ள

மருத்துவர்கள் குறிப்பிட்ட முக்கியத்துவம் கொடுக்கின்றனர். பல அறிஞர்கள் குறிப்பிட்டுள்ளபடி, இந்த கட்டமைப்புகள் அரிதாகவே 'ஓர்மை அம்சம்' என்ற தன்மையில் உள்ளன; மாறாக, நோயாளிகள் - நாம் அனைவரும் செய்வதுபோல் - பல விளக்கங்கள் மற்றும் நம்பிக்கைகளை உருவாக்க முனைகிறார்கள். சமகாலத்தின் பன்மைகலாச்சார, உலகமயமாக்கப்பட்ட சமூகங்களின் சிக்கல்களை பகுதியளவிற்கு பிரதிபலிக்கிறது (Charles et al., 2007; Jones et al., 2016; Legare et al., 2012). இந்திய சூழலில், ஆயுர்வேத மருத்துவத்தின் வரலாற்று மரபுகள், சமணம், இந்து, பௌத்தம், இந்திய கிறிஸ்தவம், இஸ்லாம் மற்றும் சீக்கியம் உள்ளிட்ட மத நம்பிக்கைகள், அத்துடன் பிரிட்டிஷ் காலனித்துவம் மற்றும் ஆசிய மரபுகளின் பரிமாற்றம் ஆகியவை, சமூகங்கள், 'நோயை' புரிந்துகொள்ளும் முறைகளில் தாக்கத்தை ஏற்படுத்தியுள்ளன (Senel, 2019; Weiss et al., 1988; Raguram et al., 1996).

இந்தியாவில், விளக்கமளிக்கும் கட்டமைப்புகள் பற்றிய பழைய மற்றும் சமகால ஆராய்ச்சி இரண்டும், நம்பிக்கைகள் மற்றும் நோய் விவரிப்புகளின் வரம்பைக் கண்டறிந்துள்ளன. ஆனால், நோயாளிகளில் சிறுபகுதியினர் மட்டுமே, உயிரியல் காரணங்களினால் (மரபுவழி) மனநோய் தொடர்பான பிரச்சினைகளைக் கொண்டிருப்பது தொடர்ந்து கண்டறியப்பட்டது (Banerjee & Roy, 1998; Chadda et al., 2001; Charles et al., 2007; Saravanan et al., 2007; Srinivasan & Thara, 2001; Weiss et al., 1986); இருப்பினும், தாங்கள் எந்தவித மனநலப் பிரச்சினைகளையும் அனுபவிக்கவில்லை என்று அடித்துக்கூறும் கணிசமான எண்ணிக்கையிலான நோயாளிகளை ஆய்வுகள் கண்டறிந்தாலும், தமது உடல்சார்ந்த நோய்களை அவர்கள் ஒப்புக்கொள்கிறார்கள் (Shankar et al., 2006). இந்தியாவில் உள்ள பெரும்பாலான நோயாளிகள், சில சமயங்களில், பாரம்பரிய முறையிலான குணமளிப்போரை (ஆயுர்வேத, நாட்டுப்புற வைத்தியர்கள் மற்றும் கோவில் சார்ந்த குணமளிப்போர் உட்பட) கலந்தாலோசிப்பதாகவும் இந்த இலக்கியத்தின் ஒரு பகுதி தெரிவிக்கிறது. சூழ்நிலை சார்ந்த மனஅழுத்தம் (திருமண விவகாரம், குடும்ப சச்சரவு, அண்டை வீட்டாருடன் மோதல்கள்), இயற்கைக்கு அப்பாற்பட்ட காரணங்கள் (தெய்வீக தண்டனை அல்லது பழிவாங்கல், 'கண்கட்டி' வித்தை, சூனியம் அல்லது மாந்திரீகம்), மற்றும் கர்மா சமூகப் பாதகங்கள், தாங்க முடியாத துன்பம் அல்லது ஜாதி, பாலினம் மற்றும் வர்க்கம் ஆகியவை சம்பந்தப்பட்ட, சமத்துவமின்மையுடன் இணைந்த கட்டமைப்பு வன்முறை ஆகியவை விளக்கத்தக்க முக்கியக் கருத்துகளில் அடங்கியவை. ஆதிக்கம் செலுத்தும் நெறிமுறைகள் மற்றும் பலவற்றின் காரணமாக மன அழுத்தம் மற்றும் தலைமுறைகளுக்கு இடையே ஏற்படும் துன்பம், மனநலன் மற்றும் 'குணமடைதல்' வழிவகைகளில் தாக்கத்தை ஏற்படுத்துவதாகக் காட்டப்பட்டுள்ளது. ஏனெனில், நிரந்தர உணர்ச்சி வலி, பெரும்பாலும் இந்த மரபுகள் மற்றும் சமூக அமைப்புகளுடன் தொடர்புடையது.

பிறக்கும்போது அடையாளம் காணப்பட்ட அறிவுசார் இயலாமைக்கான இந்திய அளவிலான விளக்கக் கட்டமைப்புகள் பற்றிய ஆராய்ச்சி மிகவும் குறைவாகவே உள்ளது. ஆனால், கர்ப்ப காலத்தில் மற்றும்/அல்லது பிறப்பின்போதான ஊட்டச்சத்து குறைபாடு, பிறப்பு காயம் மற்றும் கர்ப்ப காலத்தில் ஏற்படும் உடல் நோய்கள் உள்ளிட்ட மரபணு, சுற்றுச்சூழல் மற்றும் உளவியல் காரணங்களுக்கான பண்புக்கூறுகள் மிக அதிகமாக இருப்பதாகத் தெரிகிறது. (Edwardraj et al., 2010; Thara et al., 1998).

விளக்கக் கட்டமைப்புகள் என்பவை, சேவைப் பயனர்கள் அல்லது நோயாளிகளின் கண்ணோட்டங்கள் மற்றும் சிகிச்சையைப் பற்றிய முடிவுகள், அத்துடன் குடும்பம் மற்றும் சமூகப் பார்வைகளை குறிப்பிடத்தக்க அளவு பாதிக்கின்றன (Bannerjee & Roy, 1988) மற்றும் களங்கத்தின் அளவு (Charles et al., 2007). நோயாளிகளுடன் நேரடியாக மட்டுமல்லாமல், வீடற்ற நிலைக்கான வழிகளைப் புரிந்துகொள்வது (கவனிப்புக்கான அணுகல் இல்லாமை, குடும்ப நிராகரிப்பு அல்லது பிணக்கு உட்பட) மற்றும் இறுதியில் (மற்றும் பொருத்தமான சமயத்தில்) குடும்பத்துடன் (மற்றும் அண்டைவீட்டார்/சமூகம்) ஒன்றிணைதல் ஆகியவற்றுடன், விளக்கக் கட்டமைப்புகளைப் புரிந்துகொள்ளுதல் மற்றும் அவற்றுடன் வியூக ரீதியாக செயல்படுவதும் அவசியம். தனிப்பட்ட மற்றும் குடும்ப விளக்கக் கட்டமைப்பை ஆராய்வதற்கான முறையான அல்லது முறைசாரா உத்திகள் மற்றும் இவற்றுக்குத் தகுந்தவாறு பதிலளிப்பது (அதாவது தேவைப்படும்போது தலையிடுவது, உதாரணமாக விளக்கங்கள், களங்கம் அல்லது நிராகரிப்பைத் தூண்டும்போது) வீடற்றவர்களின் நீண்டகால முன்னேற்றத்தின் முக்கிய அங்கமாகும். அதில், சமூகஉளவியல்சார் இயலாமை மற்றும் விளைவுகளின் மக்கள்தொகை-நிலை முன்னேற்றம் ஆகியவையும் அடக்கம்.

பிரிவு I

கற்றல் ஆரோக்கிய அமைப்புகள் மற்றும் தரநிலை தணிக்கைகள்

I. 1 கற்றல் ஆரோக்கிய அமைப்புகள் மற்றும் தரநிலை தணிக்கைகள்

அமெரிக்காவில் உள்ள மருத்துவ நிறுவனத்தால் முறைப்படி கருத்துருவாக்கப்பட்டிருந்தாலும் (Olsen et al., 2007), 'கற்றல் ஆரோக்கிய அமைப்புகள்' (LHS) -க்குப் பின்னால் உள்ள யோசனைகள், பழமையானவை மற்றும் மிகவும்

வேறுபட்டவை. இதில் தொடர்ச்சியான கற்றலின் பரந்த கோட்பாடுகள் (Shrivastava,1983; London & Sessa, 2007) மற்றும் பயிற்சி அடிப்படையிலான ஆராய்ச்சி ஆகியவை அடங்கும் (எ.கா. Christoffel, 1988; Fox, 2003). IoM பணிக்குழு LHS ஐ 'ஒவ்வொரு நோயாளி மற்றும் வழங்குநரின் கூட்டு ஆரோக்கிய தேர்வுகளுக்கான சிறந்த ஆதாரங்களை உருவாக்கி பயன்படுத்தும்' ஒரு அமைப்பு என வரையறுக்கிறது; நோயாளி பராமரிப்பின் இயற்கையான வளர்ச்சியாக கண்டுபிடிப்பு செயல்முறையை இயக்குகிறது; மற்றும் ஆரோக்கியம் தொடர்பாக, புத்தாக்கம், தரம், பாதுகாப்பு மற்றும் மதிப்பை உறுதி செய்கிறது' (Olsen et al., 2007). கல்வி அமைப்பில் (முக்கியமாக, அதிக வருமானம் உள்ள நாடுகளில்) மாதிரிகள் உருவாக்கப்படும் தர மேம்பாட்டிற்கான முந்தைய 'மேல்-கீழ்' அணுகுமுறைகளைப் போலன்றி, LHS கட்டமைப்பானது, உள்ளூர்மயமாக்கப்பட்ட, கலாச்சாரரீதியாக மற்றும் நிறுவனரீதியாக உட்பொதிக்கப்பட்ட, பயிற்சி அடிப்படையிலான கற்றலில் கவனம் செலுத்துகிறது. LHS இன் பல சமீபத்திய மறு செய்கைகள், சேவைப் பயனர்களின் தொடர்ச்சியான ஈடுபாடு மற்றும் பரந்த குறுக்கு-அமைப்புகளின் சமூக ஈடுபாடு ஆகிய இரண்டின் பங்களிப்புகளை, அவை வெளிப்புறமாகத் திணிக்கப்படுவதைவிட, நடைமுறையில் இருந்து எழும் தேவைகள் மற்றும் முன்னுரிமைகளைப் பூர்த்தி செய்யும் நோக்கத்துடன், வெளிப்படையாக மையப்படுத்தியுள்ளன (Mullins et al., 2018). ஒற்றை மருத்துவமனைகள் மற்றும் கிளினிக்குகளின் அமைப்புகளுக்குள் எல்ஹெச்எஸ் (LHS) அமலாக்கப்பட்டாலும், விநியோகிக்கப்பட்ட, பல-தளம் மற்றும்/அல்லது பல-அமைப்பு LHS-க்கு நிறைய எடுத்துக்காட்டுகள் உள்ளன.

சேவைப் பயனர்களை ஈடுபடுத்துவதன் அடிப்படையில், தரநிலை தணிக்கைகள் LHS -க்கு அடிப்படையானவை. இது வெளிப்படைத்தன்மை மற்றும் பொறுப்புணர்வை உறுதிப்படுத்த உதவுகிறது மற்றும் மேம்பாட்டிற்கான முன்னுரிமைகள் அமைப்புகள் கற்றலுக்கான பரந்த வாய்ப்புகளையும் வெளிப்படுத்துகிறது. தபன்யான் ஏற்கனவே நடைமுறையில் பயன்படுத்திவரும் பலதரப்பட்ட திட்டங்கள் மற்றும் தளங்களின் இருப்பு, கற்றலுக்கான வாய்ப்புகளை பெருக்குகிறது. ஏனெனில் பன்மைத்தன்மையானது, உள்ளூர் சமூகங்களுக்கிடையேயான சிக்கலான தொடர்புகள், சேவை பயனர்களின் புள்ளிவிவரங்கள், வெளிப்படுகின்ற (உள்ளூர்மயப்பட்ட) வழங்குநர் நடைமுறைகள் உட்பட, தளங்களில் உள்ள நடைமுறைகள் மற்றும் விளைவுகளில் உள்ள வேறுபாடுகளின் அடிப்படைக் காரணங்களை நன்கு புரிந்துகொள்ள, அமைப்பின் இயக்குநர்களை அனுமதிக்கிறது. LHS மாதிரி மற்றும் தர தணிக்கை செயல்முறைகளின் கூடுதல் நன்மை, சேவைப் பயனர்கள் மற்றும் பெரியளவிலான அளவு (எ.கா. மருத்துவ மற்றும் நிர்வாக) தரவின் தேவைகள் அனுபவங்களைப்

புரிந்துகொள்வதற்கான தரமான மற்றும் இனவியல் அணுகுமுறைகள் போன்ற கலப்பு முறைகளின் ஒருங்கிணைப்பு ஆகும்.

LHS மற்றும் தரத் தணிக்கைகளில், சேவை-பயனர் ஈடுபாட்டின் பிரத்தியேகங்கள் தொடர்ந்து உருவாகின்றன (பார்க்க Devine et al., 2013; Dixon-Woods et al., 2020), பயனர்கள் மற்றும் நேரடி வழங்குநர்களின் ஈடுபாட்டைத் தொடர்ந்து வலுப்படுத்துவது, முன்னுரிமைகள், எதை அளவிடுவது மற்றும் எப்படி மேற்கொள்வது என்பது குறித்த முடிவுகள், பயனர்கள், வழங்குநர்கள் மற்றும் சுற்றியுள்ள சமூகங்களுக்கு இடையே இருவழிப் பரிமாற்றங்களை வலுப்படுத்துவதற்கான உத்திகள் ஆகியவை, நீண்ட கால இலக்கு ஆகும். வீடற்ற நிலையை மையமாகக் கொண்ட பராமரிப்பு அமைப்புகளின் பின்னணியில், எடுத்துக்காட்டாக, முக்கிய ஈடுபாட்டாளர்கள் மற்றும் கற்றல் ஆதாரங்கள், வீடற்ற நிலையை மையமாகக் கொண்ட சேவைகளுக்கானப் பரிந்துரை, தொடர்ந்த வெளியேற்றம் மற்றும் சமூகத்தில் மறுஒருங்கிணைப்பு ஆகியவற்றின் சிக்கலான சங்கிலிகளில் ஈடுபட்டுள்ள தற்போதைய/முன்னர் வீடற்ற சேவைப் பயனர்கள், சமூகம் சார்ந்த அமைப்புகள் மற்றும் நிறுவனங்களைத் (பன்மை-ஊன நிறுவனங்கள், மத நிறுவனங்கள், அரசு அதிகாரிகள், காவல்துறை, பிற உடல்நலம் மற்றும் சமூக சேவை வழங்குநர்கள்) தெளிவாக உள்ளடக்குகின்றன.

இதேபோல், பல்துறை ஆராய்ச்சி, நடைமுறைப்படுத்தும் சவால்கள் - திட்டமிட்ட செயல்பாடுகள் மற்றும் நிபுணர்கள் ஈடுபாட்டாளர்களின் குழுவுடனான சவால்கள் மற்றும் வாய்ப்புகளின் மீதான பகிரப்பட்ட பிரதிபலிப்பு முடிவுகளை சீராக கவனமாக கண்காணித்தல் - நடவடிக்கைகளின் தழுவல் மற்றும் நடுப்பகுதி மதிப்பாய்வுகளை அறிமுகம் செய்யும் முயற்சிகளை அறிந்துகொள்ள முயலுகிறது. ஆய்வுகள், FGDகள், நேர்காணல்கள் அல்லது இனவரைவியல் குறிப்புகள் போன்ற தேவையான தாக்கம்வாய்ந்த தரவைப் பெறுவதற்கு, பல கலப்பு முறையிலான அணுகுமுறைகள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. (பார்க்க புரோர்ஸி மற்றும் பண்டர்ஸ் (2010) அல்லது மேலதிகப் பகுப்பாய்வு மற்றும் பல்துறை அணுகுமுறையின் மதிப்பீட்டு நடைமுறைகள்.)

வறுமை, வீடற்ற நிலை மற்றும் மனநோய் ஆகியவை தொடர்புடைய அனுபவங்களின் மீதான கொள்கை தாக்கம் மற்றும் தணிக்கை முடிவுகளை அளவிடுவது தொடர்பான புரிதல், பிரதிபலிப்பு மற்றும் மீண்டும் செயல்படும் தன்மை ஆகியவை, சிக்கலான தன்மை மற்றும் இனக்கலப்பு ஆகியவற்றைக் கையாள்வதற்கான அத்தியாவசிய அடிப்படையாகும். கொள்கை மேம்பாட்டு

நிலையில், சிக்கல் பகுப்பாய்வு மற்றும் ஈடுபாட்டிலுள்ள நடிகர்கள் பங்குதாரர்கள் அடங்கிய பல்வேறு குழுக்கள் ஆகிய இரண்டிலும், சிக்கல் இருப்பதாக ஏற்கனவே குறிப்பிடப்பட்டுள்ளது. எனவே, கொள்கை அமலாக்கப் பணிக்கான தொடக்கப் புள்ளியானது, கூட்டு நடவடிக்கையை வளர்ப்பதற்காக, அனைத்துக் குழுக்களின் தேவைகளையும் நலன்களையும் கைப்பற்றக்கூடிய ஒரு பல்துறை அணுகுமுறையை உள்ளடக்கியது. யாருக்காக கொள்கை உருவாக்கப்படுகிறதோ, அவர்களின் கண்ணோட்டங்கள் மற்றும் அனுபவங்களை இழக்காமல் இருப்பதும், செயல்பாட்டில் அவர்களை மையப்புள்ளியாகவும் ஒன்றிணைக்கும் சக்தியாகவும் கருதுவதும் அவசியம். சமீபத்திய ஆண்டுகளில், பல்இன கலப்பை மாதிரியிடும் மற்றும் அள்விடும் பல்வேறு வடிவங்கள் உருவாக்கப்பட்டாலும், பெரும்பாலானவை, தனிப்பட்ட வாழ்க்கை அனுபவங்களில் தனித்துவ செல்லுபடியாகத்தக்க முக்கியத்துவத்துடன், கலப்பு அடையாளங்களை மையமாகக் கொண்டுள்ளன. இதனால், பரிசீலனையில் உள்ள அனுபவங்களில், உள்ளார்ந்த சார்புநிலைக்கு இடமளிக்கத் தவறின. இந்த அனுபவங்கள் எப்படி ஒன்றுடன் ஒன்று குறுக்கிடுகின்றன மற்றும் வலுவூட்டுகின்றன என்பதிலிருந்து எழும் சிக்கலானது, விளைவுகளை அளவிடுவதற்கான அடிப்படையாக பன்மைத்துவ புரிதலின் தேவையை ஏற்படுத்துகிறது.

எவ்வாறாயினும், சிக்கலான நிலையின் பன்முகத்தன்மை கொண்ட அனுபவங்கள் பல்வேறு பாதைகளை எடுத்துக்கொள்வதால், நிஜ-உலக சூழ்நிலைகள் மற்றும் நிகழ்வுகளுக்குப் பதிலளிக்கும் தன்மையை எளிதாக்கும் வகையில், ஆரம்பகட்ட தேடல் ஆராய்ச்சியிலிருந்து எழும் தரமான தாக்க அளவீட்டின் எந்தவொரு விளைவுகளையும் தொடர்நிகழ்வு புள்ளிகளாகக் கருதுவது அவசியம்.

1.2 சிறுமணி-அளவிலான இயக்கவியலைப் புரிந்துகொள்ளுதல்

வெற்றிகரமான தரநிலை தணிக்கைகள் மற்றும் தாக்க மதிப்பீட்டிற்கு, அமலாக்குதல்-தொடர்பான சிக்கல்களை எதிர்நோக்குவதற்கும் தடுப்பதற்குமான அடிநிலையாக, ஒரு விரிவான புரிதல் தேவை. இந்த அடிநிலையானது, பின்வரும் அளவிலான பகுப்பாய்வை உள்ளடக்கியதாக இருக்கும்:

- இடையீடு மற்றும் ஆதரவிற்கான தடைகள் உட்பட, வறுமை, வீடற்ற நிலை மற்றும் மனநோய் ஆகியவற்றுடன் தொடர்புடைய அனுபவத்தினுடைய தனிப்பட்ட பாதைகளின் மீதான ஆழமான ஆய்வு.
- வாழ்க்கைத் தரம் குறைவதற்கான முக்கியப் புள்ளிகள் மற்றும் தூண்டுதல்களைக் கண்டறியும் செயல்பாட்டில், முக்கியத்துவத்துடன் கூடிய பாதகத்தன்மை தொடர்புடைய வடிவங்களை அங்கீகரித்தல்.

c) தாங்குதன்மையின் முன்னோடிகளாக, முனை-புள்ளிகளுக்கு, மாற்று பதில்களை அடையாளம் காணுதல்.

இடையீடு மற்றும் பதிலளிப்பின் ஒவ்வொரு கட்டத்திலும், தவிர்த்தல் பற்றிய புரிதல்கள் நிலையானவை அல்ல. எனவே, இடையீட்டு விளைவுகளின் பகுப்பாய்வு, செயல்பாட்டின் அனைத்து நிலைகளையும் கருத்தில் கொள்ள வேண்டும். உதாரணமாக, அவசர சிகிச்சை தொடர்பான தனிப்பட்ட பாதைகள் மற்றும் அனுபவங்கள், நீண்டகால இடையீடுகளுடன் சீரானமுறையில், ஒன்றுடன் ஒன்று சேராது. இந்தக் காரணத்திற்காக, அனுபவத்தின் வேறுபட்ட பாதைகளை ஆய்வுசெய்ய, கொள்கை நடைமுறையாக்கத்தின் ஒவ்வொரு எதிர்பார்க்கப்பட்ட மட்டத்திலும், பகுப்பாய்வு மற்றும் புரிதலின் மூன்று நிலைகள் பயன்படுத்தப்பட வேண்டும். நிலைகள் முழுவதும், பரஸ்பர கற்றல் மற்றும் கொள்கை செயலாக்கத்தில் எதிர்பாராமல் நேரும் சிக்கல்களைத் தடுக்கக்கூடிய பாதைகள் மற்றும் பதில்களின் ஒப்பீடு ஆகியவற்றின் அடிப்படையை இது உருவாக்க வேண்டும்.

1.3 பொறுப்புணர்வு மற்றும் ஒத்துழைப்பு

கொள்கையானது, தனிநபர் யதார்த்த நிலைகள் மற்றும் தேவைகளுக்குப் பொறுப்பாகும் வகையில், அனுபவ அறிவை உள்ளடக்கி மதிப்பீடு செய்வதிலும், தனிநபர்களுடனான ஒத்துழைப்பை எளிதாக்குவதிலும் முனைப்புடன் இருப்பது அவசியம். தேவைகள் மற்றும் அவற்றின் சிக்கலான தன்மையைப் புரிந்துகொள்வதற்கான பயன்பாட்டு அணுகுமுறையாக, அனுபவ அறிவு மற்றும் பல்அம்ச கலப்பு அனுபவத்தின் தனிப்பட்ட பாதைகளை, உயிர்ப்பான முறையில் கருத்தில் கொள்வது இதில் அடங்கும். இந்தக் காரணத்திற்காக, கொள்கை நடைமுறையாக்கமானது, தன்னார்வ ஒப்புமை அடிப்படையிலான இடையீட்டின் அனைத்து மட்டங்களிலும், சிக்கல் பகுப்பாய்வு மற்றும் ஆராய்ச்சி முன்னுரிமைகளின் பிரதிபலிப்பு மதிப்பீட்டில் கவனம் செலுத்த, உட்பொதியப்பட்ட சக ஆராய்ச்சியாளர்களுடன் இணைந்து மேற்கொள்ளப்பட வேண்டும். அனுபவ அறிவு கொண்ட அனைவரையும், ஈடுபாட்டாளர்களாக சமமாக, உயிர்ப்பான ஒத்துழைப்பு நிலையில், ஆராய்ச்சியாளர்களாகக் கருதுவதை இது அவசியமாக்குகிறது. இது, கொள்கை மற்றும் இடையீட்டு மேம்பாட்டிற்கான பல்நிலை அணுகுமுறையுடன் நன்கு ஒத்துப்போகிறது. இதில், அனைத்து ஈடுபாட்டாளர்களும் மதிப்புமிக்க அறிவு மற்றும் தகவல்களைப் பரிமாறும் சமநிலையிலான பங்கேற்பாளர்களாகக் கருதப்படுகிறார்கள்.

References

1. Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. Basic Books
2. Anderson, H. (2007). The Heart and Spirit of Collaborative Therapy: The Philosophical Stance—"A Way of Being" in Relationship and Conversation. In: Anderson, H. & Gehart, D. (Eds.): *Collaborative Therapy—Relationships and Conversations that make a Difference*.
3. Andersen, J., Altwies, E., Bossewitch, J., Brown, C., Cole, K., Davidow, S., ... & Weber, C. L. (2017). Mad resistance/mad alternatives: Democratizing mental health care. In *Community Mental Health* (pp. 19-36). Routledge.
4. Anderson, S., & Mezuk, B. (2012). Participating in a policy debate program and academic achievement among at-risk adolescents in an urban public school district: 1997–2007. *Journal of adolescence*, 35(5), 1225-1235
5. Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family process*, 26(4), 415-428.
6. Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. WW Norton & Co.
7. Appadurai, A. (2013). Housing and hope. *Places Journal*.
8. Babidge, N. C., Buhrich, N., & Butler, T. (2001). Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia: a 10-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(2), 105-110.
9. Bakhtin, M. M. (2010). *The dialogic imagination: Four essays* (Vol. 1). University of Texas Press.
10. Bakhtin, M. M. (2010). *Speech genres and other late essays*. University of Texas Press.
11. Balaji, M., Chatterjee, S., Koschorke, M., Rangaswamy, T., Chavan, A., Dabholkar, H., ... & Patel, V. (2012). The development of a lay health worker delivered collaborative community-based intervention for people with schizophrenia in India. *BMC health services research*, 12(1), 1-12.
12. Banerjee, G., & Roy, S. (1998). Determinants of help-seeking behaviour of families of schizophrenic patients attending a teaching hospital in India: An indigenous explanatory model. *International Journal of Social Psychiatry*, 44(3), 199-214.
13. Bayetti, C., Jadhav, S., & Jain, S. (2017). The re-covering self: a critique of the recovery-based approach in India's mental health care.
14. Benard, M., & De Cock-Buning, T. (2014). Moving from monodisciplinarity towards transdisciplinarity: Insights into the barriers and facilitators that scientists faced. *Science and Public Policy*, 41(6), 720-733.
15. Benedict, R. (1934). Anthropology and the abnormal. *The Journal of General Psychology*, 10(1), 59-82.
16. Bertolote, J., & McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *The British Journal of Psychiatry*, 187(S48), s116-s119.
17. Bhattacharya, P., Khemka, G. C., Roy, L., & Roy, S. D. (2021). Social Injustice in the Neoliberal Pandemic Era for Homeless Persons with Mental Illness: A Qualitative Inquiry from India. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 988.
18. Braslow, J. T. (2013). The manufacture of recovery. *Annual review of clinical psychology*, 9, 781-809.
19. Broerse, J. E., Zweekhorst, M. B., van Rensen, A. J., & de Haan, M. J. (2010). Involving burn survivors in agenda setting on burn research: an added value? *Burns*, 36(2), 217-231.

20. Brown, R. T., Thomas, M. L., Cutler, D. F., & Hinderlie, M. (2013). Meeting the housing and care needs of older homeless adults: A permanent supportive housing program targeting homeless elders. *Seniors housing & care journal*, *21*(1), 126.
21. Bunders, A. E., Broerse, J. E., & Regeer, B. J. (2021). Leadership for Empowerment: Analyzing Leadership Practices in a Youth Care Organization Using Peer Video Reflection. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, *45*(5), 431-453
22. Burke, E., Pyle, M., Machin, K., Varese, F., & Morrison, A. P. (2019). The effects of peer support on empowerment, self-efficacy, and internalized stigma: A narrative synthesis and meta-analysis. *Stigma and health*, *4*(3), 337.
23. Chadda, R. K., Agarwal, V., Singh, M. C., & Raheja, D. (2001). Help seeking behaviour of psychiatric patients before seeking care at a mental hospital. *International Journal of Social Psychiatry*, *47*(4), 71-78.
24. Chapman, S. A., Blash, L. K., Mayer, K., & Spetz, J. (2018). Emerging roles for peer providers in mental health and substance use disorders. *American journal of preventive medicine*, *54*(6), S267-S274.
25. Charles, H., Manoranjitham, S. D., & Jacob, K. S. (2007). Stigma and explanatory models among people with schizophrenia and their relatives in Vellore, South India. *International Journal of Social Psychiatry*, *53*(4), 325-332.
26. Christoffel, K. K., Binns, H. J., Stockman III, J. A., McGuire, P., Poncher, J., Unti, S., ... & Pediatric Practice Research Group. (1988). Practice-based research: opportunities and obstacles. *Pediatrics*, *82*(3), 399-406.
27. Cohen, N. (2012). Informal payments for health care—the phenomenon and its context. *Health Economics, Policy and Law*, *7*(3), 285-308.
28. Corin, E. (2007). 9. The “Other” of Culture in Psychosis. In *Subjectivity* (pp. 273-314). University of California Press.
29. Corin, E. E. (1990). Facts and meaning in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics. *Culture, medicine and psychiatry*, *14*(2), 153-188.
30. Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R., & Thomas, N. (2014). Emerging perspectives from the hearing voices movement: implications for research and practice. *Schizophrenia bulletin*, *40*(Suppl_4), S285-S294.
31. Craig, T. K., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fornells-Ambrojo, M., & Dunn, G. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *Bmj*, *329*(7474), 1067.
32. Darves-Bornoz, J. M., Lemperiere, T., Degiovanni, A., & Gaillard, P. (1995). Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *30*(2), 78-84.
33. Davidson, L., Rakfeldt, J., & Strauss, J. (2011). *The roots of the recovery movement in psychiatry: Lessons learned*. John Wiley & Sons.
34. Deegan, G. (2003). Discovering recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *26*(4), 368.
35. Devereux, G. (1980). Basic Problems of Ethnopsychiatry, trans. *Basia Miller Gulati and*.
36. Devine, E. B., Alfonso-Cristancho, R., Devlin, A., Edwards, T. C., Farrokhi, E. T., Kessler, L., ... & Flum, D. R. (2013). A model for incorporating patient and stakeholder voices in a learning health care network: Washington State's Comparative Effectiveness Research Translation Network. *Journal of clinical epidemiology*, *66*(8), S122-S129.
37. Dixon-Woods, M., Campbell, A., Chang, T., Martin, G., Georgiadis, A., Heney, V., ... & Nelson, E. C. (2020). A qualitative study of design stakeholders' views of developing and implementing a registry-based learning health system. *Implementation Science*, *15*(1), 1-11.

38. Edwardraj, S., Mumtaj, K., Prasad, J. H., Kuruvilla, A., & Jacob, K. S. (2010). Perceptions about intellectual disability: a qualitative study from Vellore, South India. *Journal of Intellectual Disability Research, 54*(8), 736-748.
39. Eldal, K., Natvik, E., Veseth, M., Davidson, L., Skjølberg, Å., Gytri, D., & Moltu, C. (2019). Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health. *Issues in mental health nursing, 40*(2), 88-96.
40. Fabregas Janeiro, M. G. (2009). *Assessing changes in intercultural sensitivity in students exposed to intercultural experiences supported by the College of Agricultural Sciences and Natural Resources at Oklahoma State University using the Intercultural Development Inventory* (Doctoral dissertation, Oklahoma State University).
41. Farmer, P. (1999). Pathologies of power: rethinking health and human rights. *American journal of public health, 89*(10), 1486-1496.
42. Fischer, P. J. (1992). Victimization and homelessness: Cause and effect. *New England Journal of Public Policy, 8*(1), 20.
43. Fisk, D., Rowe, M., Brooks, R., & Gildersleeve, D. (2000). Integrating consumer staff members into a homeless outreach project: Critical issues and strategies. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 23*(3), 244.
44. Khalfa, J. (2009). History of madness.
45. Fox, N. J. (2003). Practice-based evidence: Towards collaborative and transgressive research. *Sociology, 37*(1), 81-102.
46. Gamielien, F., Galvaan, R., Myers, B., & Sorsdahl, K. (2020). Exploration of recovery of people living with severe mental illness (SMI) in low-income and middle-income countries (LMIC): a scoping review protocol. *BMJ open, 10*(2), e032912
47. Gaurav Kumar Bansal v State of Uttar Pradesh. W.P.(C) No 412 OF 2016, Supreme Court of India.
48. Geertz, C. (1974). " From the native's point of view":
49. Gilmoor, A., Vallath, S., Regeer, B., & Bunders, J. (2020). "If somebody could just understand what I am going through, it would make all the difference": Conceptualizations of trauma in homeless populations experiencing severe mental illness. *Transcultural psychiatry, 57*(3), 455-467. On the nature of anthropological understanding. *Bulletin of the american academy of arts and sciences, 26*-45.
50. Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster.
51. Gómez-Carrillo, A., Langlois-Thérien, T., & Kirmayer, L. J. (2018). Precision Psychiatry—Yes, but Precisely What? *JAMA psychiatry, 75*(12), 1302-1303.
52. Gopikumar, V., Kumar, K.V., Sarin, A., & Jain, S. (September, 21st, 2016). 'How centres of faith can help provide better mental healthcare in India'. Scroll.in
53. Gopikumar, V., Narasimhan, L., Easwaran, K., Bunders, J., & Parasuraman, S. (2015). Persistent, Complex and Unresolved Issues: Indian Discourse on Mental Ill Health and Homelessness. *Economic and Political Weekly, 42*-51.
54. Vijaykumar Harbishettar, A. E., & Gowda, M. (2019). Making the most of Mental Healthcare Act 2017: Practitioners' perspective. *Indian journal of psychiatry, 61*(Suppl 4), S645.
55. Harrison, G., Hopper, K. I. M., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J. O. E., ... & Wiersma, D. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15-and 25-year international follow-up study. *The British journal of psychiatry, 178*(6), 506-517.
56. Hopper, K. (2007). Rethinking social recovery in schizophrenia: What a capabilities approach might offer. *Social science & medicine, 65*(5), 868-879.

57. Jain, S., & Jadhav, S. (2008). A cultural critique of community psychiatry in India. *International Journal of Health Services*, 38(3), 561-584
58. Javadi, D., Feldhaus, I., Mancuso, A., & Ghaffar, A. (2017). Applying systems thinking to task shifting for mental health using lay providers: a review of the evidence. *Global Mental Health*, 4.
59. Johannessen, J. O., Larsen, T. K., McGlashan, T., & Vaglum, P. (2000). Early intervention in psychosis: the TIPS project, a multi-centre study in Scandinavia.
60. Jones, N., Kelly, T., & Shattell, M. (2016). God in the brain: Experiencing psychosis in the postsecular United States. *Transcultural Psychiatry*, 53(4), 488-505.
61. Kakar, S. (1982). Reflections on psychoanalysis, Indian culture and mysticism. *Journal of Indian Philosophy*, 10(3), 289-297.
62. Kardiner, A. (1945). *The psychological frontiers of society*. Columbia University Press.
63. Kilbourne, A. M., Beck, K., Spaeth-Ruble, B., Ramanuj, P., O'Brien, R. W., Tomoyasu, N., & Pincus, H. A. (2018). Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World psychiatry*, 17(1), 30-38.
64. Kirmayer, L. J., & Bhugra, D. (2009). Culture and mental illness: social context and explanatory models. *Psychiatric diagnosis: Patterns and prospects*, 29-37.
65. Kirmayer, L. J., & Gómez-Carrillo, A. (2019). Culturally responsive clinical psychology and psychiatry: an ecosocial approach. *Cultural clinical psychology and PTSD*, 2019, 3-21.
66. Kirst, M., Schaefer-McDaniel, N., Hwang, S., & O'Campo, P. (2011). Moving Forward: The Future of Transdisciplinary Health Research. In *Converging Disciplines* (pp. 161-167). Springer, New York, NY.
67. Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of internal medicine*, 88(2), 251-258.
68. Kleinman, A. (2020). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic books.
69. Kleinman, A. R. T. H. U. R. (1991). Suffering, healing and the human condition. *Encyclopedia of Human Biology*, 7, 323.
70. Kleinman, A. (2009). Global mental health: a failure of humanity. *The Lancet*, 374(9690), 603-604.
71. Kleinman, A. (2012). Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen-and soon. *The British Journal of Psychiatry*, 201(6), 421-422.
72. Lam, J. A., & Rosenheck, R. (1998). The effect of victimization on clinical outcomes of homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 49(5), 678-683.
73. Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2004). Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community mental health journal*, 40(3), 265-274.
74. Legare, C. H., Evans, E. M., Rosengren, K. S., & Harris, P. L. (2012). The coexistence of natural and supernatural explanations across cultures and development. *Child development*, 83(3), 779-793.
75. Lieberman, J. A., Phillips, M., Gu, H., Stroup, S., Zhang, P., Kong, L., ... & Hamer, R. M. (2003). Atypical and conventional antipsychotic drugs in treatment-naïve first-episode schizophrenia: a 52-week randomized trial of clozapine vs chlorpromazine. *Neuropsychopharmacology*, 28(5), 995-1003.
76. Lieberman, J., Jody, D., Geisler, S., Alvir, J., Loebel, A., Szymanski, S., ... & Borenstein, M. (1993). Time course and biologic correlates of treatment response in first-episode schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 50(5), 369-376.
77. London, M., & Sessa, V. I. (2007). How groups learn, continuously. *Human Resource Management: Published in Cooperation with the School of Business Administration, The*

University of Michigan and in alliance with the Society of Human Resources Management, 46(4), 651-669

78. Luhrmann, T. M., & Marrow, J. (Eds.). (2016). *Our most troubling madness: Case studies in schizophrenia across cultures* (Vol. 11). Univ of California Press.
79. Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of general psychiatry*, 62(9), 975-983.
80. Martinuzzi, A., Salghetti, A., Betto, S., Russo, E., Leonardi, M., Raggi, A., & Francescutti, C. (2010). The international classification of functioning disability and health, version for children and youth as a road-map for projecting and programming rehabilitation in a neuropaediatric hospital unit. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42(1), 49-55.
81. Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatric rehabilitation journal*, 25(2), 134.
82. Mehry, V. A. (2018). Autonomy or Dependence: Working with Therapeutic Symbiosis in the Non-Psychotic Therapist-Client Relationship. *International Journal of Transactional Analysis Research & Practice*, 9(2).
83. Mills, C. (2015). The psychiatrization of poverty: Rethinking the mental health–poverty nexus. *Social and Personality Psychology Compass*, 9(5), 213-222., Chicago,
84. Misra, S., Stokols, D., Hall, K., & Feng, A. (2011). Transdisciplinary training in health research: Distinctive features and future directions. In *Converging Disciplines* (pp. 133-147). Springer, New York, NY.
85. Mullainathan, S., & Shafir, E. (2013). Scarcity. *Social Policy*, 46(2), 231-249.
86. Morse, G. A., Calsyn, R. J., Miller, J., Rosenberg, P., West, L., & Gilliland, J. (1996). Outreach to homeless mentally ill people: Conceptual and clinical considerations. *Community Mental Health Journal*, 32(3), 261-274.
87. Mullins, C. D., Wingate, L. M. T., Edwards, H. A., Tofade, T., & Wutoh, A. (2018). Transitioning from learning healthcare systems to learning health care communities. *Journal of comparative effectiveness research*, 7(6), 603-614.
88. Murphy, R., Clissold, E., & Keynejad, R. C. (2017). Problem-based, peer-to-peer global mental health e-learning between the UK and Somaliland: a pilot study. *Evidence-based mental health*, 20(4), 142-146.
89. Myrick, K., & Del Vecchio, P. (2016). Peer support services in the behavioral healthcare workforce: State of the field. *Psychiatric rehabilitation journal*, 39(3), 197.
90. Narasimhan, L., Gopikumar, V., Jayakumar, V., Bunders, J., & Regeer, B. (2019). Responsive mental health systems to address the poverty, homelessness and mental illness nexus: The Banyan experience from India. *International journal of mental health systems*, 13(1), 1-10.
91. Nichter, M. (1981). Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India. *Culture, medicine and psychiatry*, 5(4), 379-408.
92. O'Flaherty, B. (2004). Wrong person and wrong place: for homelessness, the conjunction is what matters. *Journal of Housing Economics*, 13(1), 1-15.
93. Obeyesekere, G. (1985). 4. Depression, Buddhism, and the Work of Culture in Sri Lanka. In *Culture and depression* (pp. 134-152). University of California Press.
94. Olivet, J., Bassuk, E., Elstad, E., Kenney, R., & Jassil, L. (2010). Outreach and engagement in homeless services: A review of the literature. *The Open Health Services and Policy Journal*, 3(1).
95. Olsen, L., Aisner, D., & McGinnis, J. M. (2007). The learning healthcare system: workshop summary.

96. Padgett, D. K. (2007). There's no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Social science & medicine*, 64(9), 1925-1936.
97. Padgett, D. K., & Struening, E. L. (1992). Victimization and traumatic injuries among the homeless: associations with alcohol, drug, and mental problems. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(4), 525-534.
98. Padgett, D., Henwood, B. F., & Tsemberis, S. J. (2016). *Housing First: Ending homelessness, transforming systems, and changing lives*. Oxford University Press, USA.
99. Padmakar, A., De Wit, E. E., Mary, S., Regeer, E., Bunders-Aelen, J., & Regeer, B. (2020). Supported Housing as a recovery option for long-stay patients with severe mental illness in a psychiatric hospital in South India: Learning from an innovative de-hospitalization process. *PLoS one*, 15(4), e0230074.
100. Paskett, E. D., Harrop, J. P., & Wells, K. J. (2011). Patient navigation: an update on the state of the science. *CA: a cancer journal for clinicians*, 61(4), 237-249.
101. Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598.
102. Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 609-615.
103. Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *American journal of psychiatry*, 162(10), 1785-1804.
104. Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Abel, M. B., Øhlenschläger, J., Christensen, T. Ø., ... & Nordentoft, M. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *Bmj*, 331(7517), 602.
105. Pohl, C., & Hadorn, G. H. (2008). Methodological challenges of transdisciplinary research. *Natures Sciences Sociétés*, 16(2), 111-121.
106. Radhakrishnan, R. K., Vallath, S., de Wit, E. E., Bunders, J. G. F., & Gopikumar, V. Developing Care Approaches to Address the Homelessness, Poverty and Severe Mental Illnesses Crisis. *World J Psychiatry Ment Health Res*. 2021; 5 (1), 1027.
107. Raguram, R. D. P. M., Weiss, M. G., Channabasavanna, S. M., & Devins, G. M. (1996). Stigma, depression, and somatization in South India. *American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1043-1049.
108. Rajan, K. S. (2017). *Pharmocracy: Value, politics, and knowledge in global biomedicine*. Duke University Press.
109. Rathod, S., Pinninti, N., Irfan, M., Gorczynski, P., Rathod, P., Gega, L., & Naeem, F. (2017). Mental health service provision in low-and middle-income countries. *Health services insights*, 10, 1178632917694350.
110. Ravi, M., Regeer, B., Padmakar, A., Gopikumar, V., & Bunders, J. (2021). Contextualising Legal Capacity and Supported Decision Making in the Global South: Experiences of Homeless Women with Mental Health Issues from Chennai, India. *Mental Health, Legal Capacity, and Human Rights*, 109.
111. Reid-Quiñones, K., Kliewer, W., Shields, B. J., Goodman, K., Ray, M. H., & Wheat, E. (2011). Cognitive, affective, and behavioral responses to witnessed versus experienced violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 51.
112. Renes, R. A., & Aarts, H. (2018). The sense of agency in health and well-being: Understanding the role of the minimal self in action-control.
113. Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of mental health*, 20(4), 392-411.

114. Roland, A. (2021). *In search of self in India and Japan*. Princeton University Press.
115. Rosenheck, R., Leslie, D., Sint, K., Lin, H., Robinson, D. G., Schooler, N. R., ... & Kane, J. M. (2016). Cost-effectiveness of comprehensive, integrated care for first episode psychosis in the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Schizophrenia bulletin*, 42(4), 896-906.
116. Roy, L., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Latimer, E. A., & Ayllon, A. R. (2014). Criminal behavior and victimization among homeless individuals with severe mental illness: a systematic review. *Psychiatric services*, 65(6), 739-750.
117. Saravanan, B., Jacob, K. S., Johnson, S., Prince, M., Bhugra, D., & David, A. S. (2007). Belief models in first episode schizophrenia in South India. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(6), 446-451.
118. Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family process*, 42(3), 403-418.
119. Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. *The reflective team in action: Collaborative practice in family therapy*, 62-80.
120. Sen, A. K. (2009). *The idea of justice*. Harvard University Press.
121. Şenel, E. (2019). Dharmic religions and health: A holistic analysis of global health literature related to Hinduism, Buddhism, Sikhism and Jainism. *Journal of religion and health*, 58(4), 1161-1171.
122. Shankar, B. R., Saravanan, B., & Jacob, K. S. (2006). Explanatory models of common mental disorders among traditional healers and their patients in rural south India. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(3), 221-233.
123. Shrivastava, P. (1983). A typology of organizational learning systems. *Journal of management studies*, 20(1), 7-28.
124. Shweder, R. A., Le Vine, R. A., Levine, R. A., & Economiste, R. A. L. (Eds.). (1984). *Culture theory: Essays on mind, self and emotion*. Cambridge University Press.
125. Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., ... & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20.
126. Sokol, R., & Fisher, E. (2016). Peer support for the hardly reached: a systematic review. *American journal of public health*, 106(7), e1-e8.
127. Sofion, A. (1984). Temple servitors of Thailand.
128. Srinivasan, T. N., & Thara, R. (2001). Beliefs about causation of schizophrenia: Do Indian families believe in supernatural causes? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(3), 134-140.
129. Steckler, E. L., & Waddock, S. (2018). Self-sustaining practices of successful social change agents: A retreats framework for supporting transformational change. *Humanistic Management Journal*, 2(2), 171-198.
130. Stonington, S. D., Holmes, S. M., Hansen, H., Greene, J. A., Wailoo, K. A., Malina, D., ... & Marmot, M. G. (2018). Case studies in social medicine-attending to structural forces in clinical practice. *New England Journal of Medicine*, 379(20), 1958-1961.
131. Stucki, G., Reinhardt, J. D., Grimby, G., & Melvin, J. (2008). Developing "Human Functioning and Rehabilitation Research" from the comprehensive perspective. *Journal of rehabilitation medicine*, 39(9), 665-671.
132. Susser, E., Schwartz, S., Morabia, A., & Bromet, E. J. (2006). *Psychiatric epidemiology: searching for the causes of mental disorders*. Oxford University Press.

133. Gopalrao Swaminath, A. E., Rao, R., Kumar, K. V. K., & Kumar, C. N. (2019). Mental Healthcare Act, 2017 and homeless persons with mental illness in India. *Indian journal of psychiatry*, 61(Suppl 4), S768.
134. Sweeney, A., Clement, S., Filson, B., & Kennedy, A. (2016). Trauma-informed mental healthcare in the UK: what is it and how can we further its development? *Mental Health Review Journal*.
135. Thara, R., Islam, A., & Padmavati, R. (1998). Beliefs about mental illness: A study of a rural South-Indian community. *International Journal of Mental Health*, 27(3), 70-85.
136. The Rights of Persons with Disability Act. 2016. <http://www.disabilityaffairs.gov.in/upload/uploadfiles/files/RPWD%20ACT%202016.pdf>.
137. Thompson, K. N., McGorry, P. D., & Harrigan, S. M. (2003). Recovery style and outcome in first-episode psychosis. *Schizophrenia research*, 62(1-2), 31-36.
138. United Nations. (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
139. Valaitis, R. K., Carter, N., Lam, A., Nicholl, J., Feather, J., & Cleghorn, L. (2017). Implementation and maintenance of patient navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a scoping literature review. *BMC health services research*, 17(1), 1-14.
140. Vale, Z., & Gronda, H. (2004). Homeless Outreach Worker. *Parity*, 17(5), 18-19.
141. Venkatapuram, S. (2014). Mental disability, human rights and the capabilities approach: Searching for the foundations. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 408-414.
142. Wallcraft, J., & Hopper, K. (2015). The Capabilities Approach and the social model of mental health. *Madness, distress and the politics of disablement*, 83-97.
143. Weiss, M. G., Desai, A., Jadhav, S., Gupta, L., Channabasavanna, S. M., Doongaji, D. R., & Behere, P. B. (1988). Humoral concepts of mental illness in India. *Social Science & Medicine*, 27(5), 471-477.
144. White, R. G., Imperiale, M. G., & Perera, E. (2016). The Capabilities Approach: Fostering contexts for enhancing mental health and wellbeing across the globe. *Globalization and health*, 12(1), 1-10.
145. Winston, R., & Chicot, R. (2016). The importance of early bonding on the long-term mental health and resilience of children. *London journal of primary care*, 8(1), 12-14.
146. World Health Organization. (2020). World Mental Health Day: An opportunity to kick-start a massive scale-up in investment in mental health. *Last accessed on*, 08-29.
147. World Health Organization. (2021). Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches.
148. Young, R. (2013). The Importance of Bonding. *International journal of childbirth education*, 28(3).
149. Yu, S., Kowitt, S. D., Fisher, E. B., & Li, G. (2018). Mental health in China: Stigma, family obligations, and the potential of peer support. *Community mental health journal*, 54(6), 757-764.
150. <http://www.ihrn.org.in/blog/Why-Re-defining-Homelessness--and-Responding-to-Census-Data-Should-Inform-Homeless-Policy-in-India>
151. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>
152. <https://ncrb.gov.in/sites/default/files/Executive-Summary-2019.pdf>. Last accessed on 01/12/2021
153. <https://sdgs.un.org/goals>

154. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
155. <https://www.globalhungerindex.org/pdf/en/2021.pdf>
156. <https://www.globalhungerindex.org/ranking.html>
157. https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS09_Full.pdf
. BROKEN LINK Last accessed on 01/12/2021
158. https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS09_Full.pdf
159. https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/IND.pdf?ua=1.
160. https://www.who.int/mental_health/WHA65.4_resolution.pdf
161. https://www.who.int/mental_health/WHA65.4_resolution.pdf Last accessed on 01/12/2021

https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf

இணைப்பு

இணைப்பு 1 - மனநலப் பாதுகாப்புச் சட்டம் 2017 மற்றும் வீடற்ற மனநல பிணியாளர்கள்

வீடற்ற நபர்களுக்கான மனநலப் பாதுகாப்புச் சட்டம், 2017

அறிமுகம்

மனநலப் பாதுகாப்புச் சட்டம், 2017 (MHCA) ஆனது, "மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு மனநலப் பராமரிப்பு மற்றும் சேவைகளை வழங்குதல் மற்றும் உரிமைகளைப் பாதுகாத்தல், ஊக்குவித்தல் மற்றும் நிறைவேற்றுதல் ஆகியவற்றை நோக்கமாகக் கொண்டு, மாற்றுத் திறனாளிகளின் உரிமைகள் தொடர்பான ஐ.நா. மாநாட்டின் கீழ் இந்தியாவின் கடமைகளுக்கு இணங்க இயற்றப்பட்டது. அத்தகைய நபர்களின் மனநலம் மற்றும் சேவைகளை வழங்கும்போது மற்றும் அதனுடன் தொடர்புடைய மற்றும் தற்செயலான விஷயங்களுக்கு". MHCA ஆனது மனநலம் பராமரிப்பு மற்றும் சிகிச்சையை வழங்குவதற்கான உரிமைகள் அடிப்படையிலான சட்டமாக CRPD அடிப்படையில் உலகளவில் ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்ட கொள்கைகளால் வழிநடத்தப்படுகிறது. இந்த கொள்கைகளில் பின்வருவன அடங்கும்

:

- அனைத்து தனிநபர்களும் சமத்துவம், சுதந்திரம் மற்றும் கண்ணியத்திற்கான உரிமை உள்ளிட்ட அடிப்படை மனித உரிமைகளுக்கு உரிமையுடையவர்கள்;
- ஒவ்வொரு நபரும் தங்களுக்குச் சிறந்ததாகக் கருதும் தேர்வுகளைச் செய்வதற்கான சுயாட்சியை வழங்க வேண்டும் மேலும் இது அவர்களின்

மனநலப் பாதுகாப்பு மற்றும் சிகிச்சை பற்றிய முடிவுகளுக்கும் நீட்டிக்கப்படுகிறது;

- சமூகத்தில் முழுவதுமாகப் பங்கேற்பதற்கும் சேர்ந்திருப்பதற்கும் அனைவருக்கும் உரிமை உண்டு;
- சாதி, வர்க்கம், இனம், பாலினம், பாலியல் சார்பு, மதம், இயலாமை, சமூக, அரசியல் அல்லது கலாச்சார நம்பிக்கைகள் போன்ற அடிப்படையில் எந்த நபருக்கும் எதிராக பாகுபாடு காட்ட முடியாது;
- பொருத்தமான மற்றும் மாறுபட்ட அளவிலான ஆதரவைப் பெறுவது (ஆதரவு முடிவெடுத்தல்) ஒருவரின் சொந்த முடிவுகளை எடுப்பதற்கான உரிமையைப் பயன்படுத்துவதுடன் ஒருங்கிணைந்ததாகும்.

மனநலம் மற்றும் சிகிச்சையைப் பெறும்போது மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட அனைத்து நபர்களின் உரிமைகளையும் MHCA அங்கீகரிக்கிறது. பாகுபாடு இல்லாமல் அனைத்து நபர்களுக்கும் மனநலம் மற்றும் சிகிச்சையை அணுகுவதற்கான உரிமையையும் இது அங்கீகரிக்கிறது. இந்த நோக்கத்திற்காக, MHCA மனநல நிபுணர்கள், பராமரிப்பாளர்கள், சட்ட அமலாக்க அதிகாரிகள் மற்றும் அரசுக்கும் உரிமைகள் அடிப்படையிலான மனநலப் பாதுகாப்பு மற்றும் சிகிச்சையை வழங்குவதற்கான பொறுப்புகளை வழங்குகின்றது. மேலும், மனநலப் பிரச்சனைகள் உள்ளவர்கள் பாதுகாக்கப்படுவதையும், பாகுபாடு காட்டப்படாமல் இருப்பதையும் உறுதி செய்வதற்கான நடைமுறைகள் மற்றும் பாதுகாப்புகளையும் இது வைத்துள்ளது. இந்தியாவில் உள்ள அனைத்து மனநல நிபுணர்களும் தங்கள் மருத்துவ நடைமுறையில் மாற்றங்களைச் செய்வதை MHCA கட்டாயமாக்குகிறது, இதனால் அவர்கள் சட்டத்திற்கு இணங்க முடியும்.

வீடற்ற நபர்கள் மற்றும் மனநோயால் அலைந்து திரிபவர்களுக்குப் பொருந்தும் குறிப்பிட்ட விதிகள்

வீடற்ற மற்றும் அலைந்து திரிந்த மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட நபர்களைப் பாதுகாப்பதற்கான சட்ட அமலாக்க அதிகாரிகள் பின்பற்ற வேண்டிய நடைமுறை

MHCA ஆனது, வீடற்ற மற்றும் மனநோயால் பாதிக்கப்பட்டிருப்பதாக சந்தேகிக்கப்படும் நபர்களை பாதுகாப்பதற்காக காவல் அதிகாரிகளுக்கு கடமைகளை விதிக்கிறது. பிரிவு 100 இன் படி, ஒரு காவல் நிலையத்தின் பொறுப்பாளர் பாதுகாப்பில் ஈடுபட வேண்டிய கடமை உள்ளது:

- i) காவல் நிலைய எல்லைக்குள் அலைந்து திரியும் எவருக்கும் மனநோய் இருப்பதாகவும், தன்னைக் கவனித்துக் கொள்ள முடியாத நிலையில் இருப்பதாகவும் காவல்துறை அதிகாரி நம்பும்
- ii) அதிகாரி நம்பும் எந்தவொரு நபரும் மனநோயால் தங்களுக்கு அல்லது வேறு எவருக்கு ஆபத்தாகும். அத்தகைய நபர் அல்லது அவர்களால் பரிந்துரைக்கப்பட்ட பிரதிநிதி பாதுகாப்பிற்கு எடுத்துச் செல்லப்படுவதற்கான காரணங்கள் குறித்து தெரிவிக்கப்பட வேண்டும்.

அத்தகைய நபர் "பாதுகாப்பிற்கு" அழைத்துச் செல்லப்படுகிறார், "காவல்" அல்ல என்பதை நினைவில் கொள்வது முக்கியம், அதாவது அந்த நபரை கைது செய்யவோ அல்லது குற்றம் சாட்டப்பட்டவராகவோ அல்லது குற்றவாளியாகவோ கருத முடியாது.

a) வீடற்ற அல்லது அலைந்து திரிந்த நபரின் மதிப்பீடு

அந்த நபரைப் பாதுகாப்பிற்கு அழைத்துச் சென்ற பிறகு, அந்த நபரின் ஆரோக்கியத் தேவைகளை மதிப்பிடுவதற்காக, காவல் அதிகாரி அத்தகைய நபரை 24 மணிநேரத்திற்குள் அருகிலுள்ள பொது சுகாதார நிறுவனத்திற்கு அனுப்ப வேண்டும். அத்தகைய நபரை பூட்டி வைக்கவோ அல்லது சிறையிலோ அடைக்க முடியாது.

b) MHCA விதிகளின்படி மதிப்பீடு

பொது சுகாதார ஸ்தாபனத்திற்குப் பொறுப்பான மருத்துவ அதிகாரி, நபர் மற்றும் அவர்களின் தேவைகளை மதிப்பீடு செய்வதற்கு ஏற்பாடு செய்ய வேண்டும். MHCA இன் விதிகளின்படி இதுவே செய்யப்படும். மனநல நிபுணர் அல்லது பொறுப்பு மருத்துவ அதிகாரி அத்தகைய நபருக்கு மனநோய் உள்ளதா அல்லது சேர்க்கை தேவைப்படும் நிலை உள்ளதா என்பதை மதிப்பிட வேண்டும். ஆம் எனில், MHCA இல் சேர்க்கை விதிகளின்படி அந்த நபர் அனுமதிக்கப்படுவார்.

c) சேர்க்கை தேவையில்லை என்றால்:

நபருக்கு சேர்க்கை தேவையில்லை எனில், மனநல நிபுணர் அல்லது பொறுப்பு மருத்துவ அதிகாரி, மதிப்பீட்டைப் பற்றி காவல்துறை அதிகாரிக்குத் தெரிவிக்க வேண்டும். அத்தகைய நபர் அவரது இல்லத்திற்கு காவல்துறை அதிகாரியால் அழைத்துச் செல்லப்படுவார். நபர் வீடற்றவராக இருந்தால், அவர்கள் வீடற்றவர்களுக்கான அரசு நிறுவனத்திற்கு அழைத்துச் செல்லப்படுவார்கள்.

d) FIR தாக்கல்:

வீடற்ற அல்லது சமூகத்தில் அலைந்து திரிந்த நபர்களுக்கு, அந்த நபரைக் கண்டுபிடிக்கும் காவல்துறை அதிகாரி சம்பந்தப்பட்ட காவல் நிலையத்தில் காணாமல் போன நபருக்கான FIR பதிவு செய்ய வேண்டும். அதிகாரி குடும்பத்தைக் கண்டுபிடித்து, அத்தகைய நபரின் இருப்பிடத்தை அவர்களுக்குத் தெரிவிக்க வேண்டும். வீடற்ற அல்லது அலைந்து திரிந்த நபர் மனநல சுகாதார நிறுவனத்தை நேரடியாக அணுகினால், மனநல நிறுவனம் அருகில் உள்ள காவல்நிலையத்தில் அதைப் புகாரளிக்க வேண்டும்.

e) நீதித்துறை நீதிபதிகளின் பங்கு:

ஜூடிசியல் மாஜிஸ்திரேட்டுகளுக்கு வரவேற்பு உத்தரவுகளை வழங்கவோ அல்லது வீடற்ற மற்றும் அலைந்து திரிந்த நபர்களை மனநல நிறுவனங்களில் அனுமதிக்கவோ அதிகாரம் இல்லை. எவ்வாறாயினும், வீடற்ற அல்லது அலைந்து திரிந்து மனநோயால் பாதிக்கப்பட்டுள்ள நபர்களைப் பற்றி நீதித்துறை மாஜிஸ்திரேட்டுக்கு தெரிவிக்கப்பட்டு, அது குறித்து அறிந்தால், அத்தகைய வீடற்ற அல்லது அலைந்து திரிபவர்களைப் பாதுகாப்பதற்கான பிரிவு 100 இன் கீழ் நடைமுறைக்கு இணங்குமாறு அந்த அதிகார எல்லையில் உள்ள காவல்துறை அதிகாரிகளுக்கு மாஜிஸ்திரேட் உத்தரவிட வேண்டும். நபர்.

வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்குப் பொருந்தும் பொதுவான விதிகள்

சமத்துவத்திற்கான உரிமை மற்றும் பாகுபாடு காட்டாதது MHCA வில் ஒருங்கிணைந்ததாகும். மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட நபர்களின் உரிமைகள் மற்றும் மனநலப் பாதுகாப்பு மற்றும் சிகிச்சைக்கான அணுகல் ஆகியவற்றின் அனைத்து விதிகளும், குடும்பங்களை அடையாளம் காட்டினாலும் இல்லாவிட்டாலும்,

அனைவருக்கும் சமமாகப் பொருந்தும். வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களுக்கான முக்கியமான சில பொதுவான விதிகளை இந்தப் பிரிவு விவரிக்கிறது.

a. பரிந்துரைக்கப்பட்ட பிரதிநிதி (NR):

MHCA இன் பிரிவு 14, ஒவ்வொரு நபருக்கும் (அவர்கள் மனநோயாளியாக இருந்தாலும் இல்லாவிட்டாலும்) NRஐ நியமனம் செய்ய வழங்குகிறது. ஒரு நபர் மனநலப் பராமரிப்பு மற்றும் சிகிச்சையைப் பெறும்போது அவர்களுக்கு ஆதரவளிக்க வேண்டிய கடமை NRக்கு உண்டு; அவர்களின் மனநலப் பாதுகாப்பு மற்றும் சிகிச்சை தொடர்பான விஷயங்களில் அவர்களைப் பிரதிநிதித்துவப்படுத்தி; நபர் தனது சொந்த முடிவுகளை எடுக்க போதுமான மற்றும் பொருத்தமான ஆதரவை வழங்குதல். மனநோயால் பாதிக்கப்பட்ட சில நபர்கள் மனநல சிகிச்சை மற்றும் பராமரிப்பைப் பெறும்போது நம்பகமான நபரின் ஆதரவு பல்வேறு நிலைகளில் தேவைப்படலாம். ஒரு NR தனிநபரின் சார்பாக மனநலப் பாதுகாப்பு, சேர்க்கை மற்றும் சிகிச்சை தொடர்பான முடிவுகளை எடுக்க முடியும். NR இன் இந்த முடிவுகள் தற்காலிகமானவை மற்றும் தனிநபர் முடிவெடுக்கும் திறனை மீண்டும் பெறும் வரை மட்டுமே நீடிக்கும். கூடுதலாக, மனநோயுடன் வாழும் நபர்களின் உரிமைகள் மீறல்கள் ஏதேனும் இருந்தால், வெளியேற்றப்படுவதற்கான மேல்முறையீடுகள் அல்லது புகார்களை NR தாக்கல் செய்யலாம். மனநல நிபுணர், சிகிச்சைகளைத் திட்டமிடும் போது பரிந்துரைக்கப்பட்ட பிரதிநிதியைக் கலந்தாலோசிக்க வேண்டும்.

மேலும், வீடற்ற மற்றும் அலைந்து திரிந்த நபர் உட்பட எந்தவொரு தனிநபரும் ஒரு NR ஐ நியமிக்காத அல்லது அவர்களது குடும்பத்தினரால் கைவிடப்பட்ட மற்றும் NR ஐ நியமிக்க முடியாத சந்தர்ப்பங்களில், பிரிவு 14, NR-ன் பட்டியலை வழங்குகின்றது. முன்னுரிமை வரிசையில் இவை:

- முன்னெச்சரிக்கை உத்தரவுகளில் பரிந்துரைக்கப்பட்ட பிரதிநிதியாக நியமிக்கப்பட்ட நபர்; அல்லது
- உறவினர்; அல்லது
- பராமரிப்பாளர்; அல்லது
- மனநல ஆய்வு வாரியத்தால் நியமிக்கப்பட்ட பொருத்தமான நபர்; அல்லது
- இயக்குனர், சமூக நலத்துறை அல்லது மனநல ஆய்வு வாரியத்தால் நியமிக்கப்பட்ட பிரதிநிதி.
- மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட நபர்களுக்காகப் பணிபுரியும் பதிவுசெய்யப்பட்ட அமைப்பின் பிரதிநிதி, அந்த நபரின் சிகிச்சைக்கு பொறுப்பான மருத்துவ

அதிகாரி அல்லது மனநல நிபுணரிடம் எழுத்துப்பூர்வ விண்ணப்பத்தை சமர்ப்பிக்கலாம். மனநல மறுஆய்வு வாரியம் மற்றொரு NR ஐ நியமிக்கும் வரை, அத்தகைய நபர் மருத்துவப் பணியாளர்களால் தற்காலிகமாக பரிந்துரைக்கப்பட்ட பிரதிநிதியாக ஏற்றுக்கொள்ளப்படலாம்.

b. முன்னெச்சரிக்கை உத்தரவுகள்

MHCA இன் பிரிவு 5 இன் படி, அனைத்து நபர்களும் (வீடற்றவர்கள் மற்றும் அலைந்து திரிபவர்கள் உட்பட) அவர்கள் முடிவுகளை எடுக்க முடியாவிட்டால் அல்லது முடிவெடுப்பதில் அவர்களுக்கு உதவுவதற்கு ஒரு NR இல்லாவிட்டாலும் மனநோய்க்கு எவ்வாறு சிகிச்சை எடுக்க விரும்புகிறார்கள் அல்லது எப்படி சிகிச்சை பெற விரும்புகிறார்கள் என்பதைக் குறிப்பிடும் முன்னெச்சரிக்கை உத்தரவைத் தயாரிப்பதற்கு உரிமை உண்டு. முன்னெச்சரிக்கை உத்தரவு மத்திய மனநல ஆணையத்தால் பரிந்துரைக்கப்பட்ட வடிவத்தில் எழுதப்படலாம் மற்றும் உள்ளூர் மனநல மறுஆய்வு வாரியத்தில் பதிவு செய்யப்பட வேண்டும்.

c. சமூக வாழ்வுக்கான உரிமை

பழைய முறையிலிருந்து இருந்து சமூக அடிப்படையிலான சிகிச்சை மற்றும் பராமரிப்புக்கு மாற்றுவதை MHCA வலியுறுத்துகின்றது. அதாவது, எந்தவொரு நபரும் சேர்க்கைக்குப் பொருத்தமான அளவுகோல்களை பூர்த்தி செய்தால், குறைந்தபட்சம் கட்டுப்படுத்தப்பட்ட தேர்வாக மனநலத்தில் காப்பகத்தில் கடைசி முயற்சியாக மட்டுமே அனுமதிக்கப்பட முடியும். இந்த சேவைகளை நாடும் நபர்களுக்கு சமூக அடிப்படையிலான மனநல சிகிச்சை மற்றும் பராமரிப்பு விருப்பங்கள் முடிந்தவரை வழங்கப்பட வேண்டும்.

இதன் விளைவாக, மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட அனைத்து நபர்களுக்கும் சமூக வாழ்வதற்கான உரிமையை MHCA அங்கீகரிக்கிறது. பிரிவு 19, ஒவ்வொரு நபருக்கும் வாழ்வதற்கும், அங்கமாக இருப்பதற்கும், சமூகத்திலிருந்து பிரிக்கப்படாமல் இருப்பதற்கும் உரிமை உண்டு என்று கூறுகிறது. மேலும் எந்தவொரு நபரும் தனக்கு குடும்பம் இல்லாத காரணத்தினாலோ அல்லது அவரது குடும்பத்தினரால் ஏற்றுக்கொள்ளப்படாத காரணத்தினாலோ அல்லது வீடற்றவர் என்பதனாலோ அல்லது சமூக அடிப்படையிலான வசதிகள் இல்லாத காரணத்தினாலோ மனநல அமைப்பில் தொடர்ந்து இருக்கக்கூடாது. மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட ஒருவர் தனது குடும்பத்தினர் அல்லது உறவினர்களுடன் வாழ

முடியாத பட்சத்தில், அல்லது அவரது குடும்பத்தினர் அல்லது உறவினர்களால் கைவிடப்பட்டிருந்தால், உரிய அரசாங்கம் சட்ட உதவி உள்ளிட்ட உதவிகளை வழங்க வேண்டும். குடும்ப வீட்டில் வாழ்வதற்கான அவர்களின் உரிமையைப் பயன்படுத்துதல்.

மனநல சுகாதார நிறுவனங்களில் நீண்ட காலம் தங்கியிருப்பது போன்ற கட்டுப்பாடுகள் நிறைந்த அமைப்புகளில் இனி சிகிச்சை தேவைப்படாத நபர்களுக்கு பாதி வழி வீடுகள், மறுவாழ்வு வசதிகள் மற்றும் ஆதரவான தங்குமிடங்கள் உள்ளிட்ட சமூக அடிப்படையிலான நிறுவனங்களை நியாயமான காலத்திற்குள் பொருத்தமான அரசாங்கம் நிறுவ வேண்டும்.

d. சேர்க்கை வெளியேற்றம்

MHCA மனநோய்களைத் தீர்மானிப்பது மற்றும் மனநல நிறுவனங்களில் சேர்க்கைக்கான அங்கீகாரம் ஒரு மருத்துவ முடிவு என்பதை அங்கீகரிக்கிறது. எனவே, MHCA இன் கீழ், ஒரு நபரை மனநல மருத்துவத்தில் சேர்ப்பது நியமிக்கப்பட்ட மனநல நிபுணர் (MHP) அல்லது மருத்துவ அதிகாரி (MO) மூலம் மட்டுமே அங்கீகரிக்கப்பட முடியும். எனவே, சேர்க்கை மற்றும் வெளியேற்றத்தை அங்கீகரிப்பதற்காக நீதித்துறை மாஜிஸ்திரேட்டுகளின் வரவேற்பு உத்தரவுகளை சட்டம் இனி அங்கீகரிக்காது. மனநோயால் பாதிக்கப்பட்ட நபர்களுக்கு இரண்டு வகையான சேர்க்கை முறைகள் அங்கீகரிக்கப்பட்டுள்ளன - சுயாதீன சேர்க்கை மற்றும் ஆதரவு சேர்க்கை.

(i) சுயாதீன சேர்க்கைகள்

சுயாதீன சேர்க்கையில், சிகிச்சைக்காக மனநல நிறுவனத்தில் அனுமதிக்கப்படுவதற்கு ஒரு நபர் தானாக முன்வந்து கோருகிறார். அத்தகைய கோரிக்கையைப் பெற்றவுடன், MHP/MO ஆனது சட்டத்தால் வகுக்கப்பட்ட அளவுகோல்களின் அடிப்படையில் விண்ணப்பத்தை மதிப்பாய்வு செய்து, சேர்க்கை அனுமதிக்கப்பட வேண்டுமா இல்லையா என்பதைத் தீர்மானிக்கிறது. இந்த வகையான சேர்க்கையில், நோயாளி எப்போது வேண்டுமானாலும் வெளியேற்றத்தைக் கேட்கலாம். தானாக முன்வந்து வெளியேற்றத்தைக் கோருவதற்கான உரிமையை அவர்கள் அனுமதிக்கும் நேரத்தில் சுயாதீன நோயாளிக்கு தெரிவிக்க வேண்டும்.

(ii) ஆதரிக்கப்படும் சேர்க்கைகள்

ஆதரவுச் சேர்க்கைக்கு, மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட நபரை அனுமதிக்குமாறு NR கோருகிறார் (மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவரின் ஒப்புதல் தேவையில்லை). தனிநபருக்கு சிகிச்சை முடிவுகளை எடுக்கும் திறன் இல்லாத மற்றும்/அல்லது மிக உயர்ந்த ஆதரவு தேவைப்படும் விதிவிலக்கான சூழ்நிலைகளில் ஆதரிக்கப்படும் சேர்க்கைகள் அங்கீகரிக்கப்படுகின்றன மற்றும் பின்வரும் ஏதேனும் ஒரு சூழ்நிலைகளில்: (i) சமீபத்தில் அச்சுறுத்தல்/முயற்சி செய்தல் அல்லது தங்களைத் தாங்களே உடல் ரீதியாக தீங்கிழைக்க அச்சுறுத்தல்/முயற்சித்தல் (ii) வேறொரு நபரிடம் வன்முறையாக நடந்துகொண்டார்/நடத்துகிறார் அல்லது அவர்களுக்கே உடல் தீங்கு விளைவிப்பதாக பயப்படுகிறார் (iii) தங்களைக் கவனித்துக் கொள்ள இயலாமை காரணமாக அவர்கள் சுய ஆபத்துக்கு ஆளாகிறார்கள்

2 MHPகள் தனிநபரை ஆதரிக்கும் சேர்க்கைக்கான சட்டத்தில் உள்ள அளவுகோல்களின் அடிப்படையில் சுயாதீனமாக ஆய்வு செய்ய வேண்டும் மற்றும் பிந்தையவருக்கு சேர்க்கை தேவையா என்பதற்கு சான்றளிக்க வேண்டும். முதல் நிகழ்வில் அனுமதிக்கப்படும் சேர்க்கை 30 நாட்களுக்கு மட்டுமே, மேலும் ஒவ்வொரு கட்டத்திலும் சேர்க்கை செயல்முறையை மீண்டும் செய்வதன் மூலம் 90 நாட்கள், 120 நாட்கள் மற்றும் இறுதியில் 180 நாட்களுக்கு நீட்டிக்க முடியும். ஆதரிக்கப்படும் நோயாளியின் திறனை 7 நாட்களுக்கு ஒரு முறையாவது அடிக்கடி மதிப்பிட வேண்டும். திறனை மீட்டெடுத்ததும், ஆதரிக்கப்படும் நோயாளி வெளியேறுவதற்கு அல்லது சுயாதீன நோயாளியாக தொடர்வதற்கு சேர்க்கையை நாடலாம்.

வீடற்ற மனநல பிணியாளர், காவல்துறையால் மனநல நிறுவனத்திற்கு அழைத்து வரப்பட்டால், சேர்க்கை மற்றும் மதிப்பீட்டிற்கான அளவுகோல்கள் அப்படியே இருக்கும். MHCA இன் படி மனநல நிறுவனங்கள் மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட நபரின் சேர்க்கைக்கு தேவையான அளவுகோல்கள் பூர்த்தி செய்யப்படாவிட்டால் அவரை அனுமதிக்க மறுக்கலாம். இருப்பினும், மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட நபர்களின் உரிமைகளைப் பாதுகாப்பதற்கும், தேவைக்கேற்ப தகுந்த சுகாதாரம் மற்றும் சிகிச்சையை வழங்குவதற்கும் ஒரு மனநல நிறுவனம் கடமைப்பட்டுள்ளது.

e) மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட நபர்களின் உரிமைகள்

அனைத்து வீடற்ற மனநல பிணியாளர்கள் மற்றும் அலைந்து திரிந்த நபர்களுக்கும் MHCA இல் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள அதே உரிமைகள் உள்ளன, இதில் அடங்கும்: (i) சமத்துவத்திற்கான உரிமை மற்றும் பாகுபாடு காட்டாத உரிமை (ii) மருத்துவக் காப்பீட்டுக்கான உரிமை (iii) சமூக வாழ்வுக்கான உரிமை (iv) கொடூரமான, மனிதாபிமானமற்ற மற்றும் இழிவான சிகிச்சையிலிருந்து பாதுகாப்பதற்கான உரிமை (v) தகவல் அறியும் உரிமை (vi) ரகசியத்தன்மைக்கான உரிமை (vii) மருத்துவப் பதிவுகளை அணுகுவதற்கான உரிமை (viii) தனிப்பட்ட தொடர்புகளுக்கான உரிமை மற்றும் தகவல் தொடர்பு (ix) சட்ட உதவிக்கான உரிமை (x) சேவைகளில் உள்ள குறைபாடுகள் குறித்து புகார் அளிக்கும் உரிமை

f) காவல் நிறுவனங்கள்

வீடற்ற அல்லது அலைந்து திரிந்த நபர், அரசு நடத்தும் காப்பகம் அல்லது வீடற்ற நபர்களுக்கான நிறுவனத்தில் வசிப்பவராக இருந்தால், அவர்களுக்கு மனநோய் இருப்பதாகத் தோன்றினால், MHCA இன் விதிகளின்படி, அந்த நிறுவனம் அல்லது நிறுவனத்தின் பொறுப்பாளர் அந்த நபரை அருகில் உள்ள மதிப்பீடு மற்றும் சிகிச்சைக்கான சுகாதார நிறுவனமான பொது மனநல மருத்துவமனைக்கு அழைத்துச் செல்ல வேண்டும்.

g) மனநல ஆய்வு வாரியம் (MHRB):

MHRB என்பது மாவட்ட அளவிலான அரை-நீதித்துறை அமைப்பாகும். MHRB இன் பங்கு மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட நபர்களின் உரிமைகளைப் பாதுகாப்பது மற்றும் MHCA ஐ முறையாக செயல்படுத்தப்படுவதை உறுதி செய்வதாகும். எந்தவொரு நபரின் உரிமைகளும் மீறப்பட்டிருந்தால் அல்லது மனநல நிறுவனம் அல்லது சட்ட அமலாக்க அதிகாரியின் எந்தவொரு முடிவையும் அவர்கள் கேள்விக்குட்படுத்த விரும்பினால், அவர்களின் குறைகளைத் தீர்ப்பதற்காக MHRB க்கு புகாரை சமர்ப்பிக்கலாம். MHRB ஒரு நடைமுறையை நடத்தும் மற்றும் இரு அதிகாரிகளும் கேட்ட பிறகு ஒரு பிரிவினங் ஆர்டரை கொடுக்க வேண்டும். MHRB ஆனது முன்னெச்சரிக்கை உத்தரவுகளைப் பதிவுசெய்து, பரிந்துரைக்கப்பட்ட பிரதிநிதியை நியமிக்க/திரும்பப்பெற/மாற்றியமைக்கவும் அங்கீகரிக்கப்பட்டுள்ளது.

வீடற்ற மனநல பிணியாளர்களைப் பாதுகாப்பதில் உள்ள சவால்கள்

- a) MHPs, MHRBs, போலீஸ், நீதித்துறை அதிகாரிகள், அரசு மற்றும் அரசு சாரா அதிகாரிகள் போன்ற பங்குதாரர்கள், MHCA இன் கீழ் தங்கள் பங்கு மற்றும் கடமைகள் போன்ற சேவை வழங்குநர்களிடையே விழிப்புணர்வு இல்லாமை.
- b) MHCA இன் கீழ் உள்ள சட்டப்பூர்வ அமைப்புகள் ஒன்று உருவாக்கப்படவில்லை அல்லது செயல்படுத்தப்படுவதை கண்காணிக்கவும் உரிமை மீறல்களை நிவர்த்தி செய்யவும் முழுமையாக செயல்படவில்லை.
- c) தங்குமிடங்கள், பாதி வீடுகள், ஆதரவற்ற வீடுகள் போன்ற அரசாங்க வசதிகள் இல்லாததால், வீடற்ற மற்றும் அலைந்து திரிந்த நபர்கள், அனுமதி தேவையில்லாமல் அல்லது குடும்பங்களால் கைவிடப்பட்டால் அவர்கள் தங்கி மறுவாழ்வு பெறலாம்.
- d) MHCA இன் அளவுகோலாக உண்மையில் சேர்க்கை தேவையா என்பதைப் பொருட்படுத்தாமல் மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட அனைத்து நபர்களும் மனநல நிறுவனங்களில் அனுமதிக்கப்பட வேண்டும் என்பது தவறான கருத்து.
- e) மனநல நிறுவனங்கள், சிவில் சமூக அமைப்புகள் மற்றும் சட்ட அமலாக்க அதிகாரிகள் இன்னும் வீடற்ற நபர்களின் வழக்குகளை வரவேற்பு உத்தரவுகளை வழங்குவதற்காக நீதித்துறை மாஜிஸ்திரேட்டுகளுக்கு அனுப்புகின்றனர். MHCA இன் கீழ், மாஜிஸ்திரேட்டுகள் வீடற்றவர்கள் அல்லது எந்தவொரு நபர்களையும் அனுமதிக்கும் வரவேற்பு உத்தரவுகளை வழங்க முடியாது.
- f) அரசு மற்றும் அரசு சாரா பங்குதாரர்களுக்கு இடையேயான துறைகளுக்கிடையேயான ஒருங்கிணைப்பு இல்லாமை பங்களிப்புக்கு குழப்பத்திற்கும் MHCA இன் நடைமுறைகளுக்கு இணங்காததற்கும் வழிவகுக்கிறது.

இணைப்பு -2



தமிழ்நாடு மாநில மனநல ஆணையம்

மனநல ஆரோக்கிய நிறுவன வளாகம்,
Medavakkam Tank Road, Kilpauk, Chennai-600 010

மனநல சுகாதார நிறுவனங்களின் தற்காலிக பதிவு

Sl. No	Name & Address of the applicant	Name of the establishment & Address	Date of Registration	No. of bed	Remark
1	R. Praveen, No.43, V.G.P. Amutha Nagar, Vengayamandi Bus Stop, Maduravoyal, Chennai. PinCode – 600095.	Turning Point Foundations, No.43, V.G.P. Amutha Nagar, Vengayamandi Bus Stop, Maduravoyal, Chennai – 600095.	23.10.2020	25	De-addiction cum Rehabilitation Centre
2	P. Sathyaraj, No.62, 4 th Cross Street, Farm Grove, Srinivasa Nagar, Kazhipattur, OMR Road, Chennai. PinCode – 603103.	Nanmayam Wellness & Lifecare, No.62, 4 th Cross Street, Farm Grove, Srinivasa Nagar, Kazhipattur, OMR Road, Chennai, PinCode – 603103.	23.10.2020	40	Psychiatric Hospital & De-addiction cum Rehabilitation Centre
3	Y. Simon Prabhu, No.15/179, Rajaji Street, Moovar Nagar, Pozhichalur, Chennai. PinCode – 600074.	Go Green Care Centre, No.15/179, Rajaji Street, Moovar Nagar, Pozhichalur, Chennai – 600074.	22.10.2020	50	De-addiction Pcum Rehabilitation Centre
4	G. Arumugam, No.12,13,14, Bharathidasan Street, Venkateshwara Nagar, Oragadam Village, Ambattur, Chennai. PinCode – 600053.	Helping Hearts De-Addiction-Cum-Rehabilitation & Mental Health Care Centre, No. 12, 13, 14, Bharathidasan Street, Venkateshwara Nagar, Oragadam Village, Ambattur, Chennai – 600053.	27.10.2020	41	De-addiction cum Rehabilitation Centre
5	J. Senthil Kumar, No. Q1, 301, The Metro Zone, J.N. Road, Anna Nagar, Chennai. PinCode – 600040.	Waves Home For Rehabilitation, No. 19, C.V.M. Annamalai Street, Manavalan Nagar, Thiruvallur District. PinCode – 602002.	30.10.2020	150	-

6	Dr. R. Srinivas, No. 90, Thayumanava Sundaram Street, Poondurai Main Road, Kollampalayam, Erode – 638002.	Lotus Hospitals and Research Centre Limited, No. 90, Thayumanava Sundaram Street, Poondurai Main Road, Kollampalayam Erode – 638002.	31.10.2020	6	Psychiatric Hospital
7	J. Devaraj, No. 170, Kundan Nagar, Nellikuppam Road, Kannivakkam, Guduvanchery, PinCode – 603202.	Keerthi Foundation, No. 170, Kundan Nagar, Nellikuppam Road, Kannivakkam, Guduvanchery, PinCode – 603202.	31.10.2020	40	Psychiatric Nursing Home & De-addiction cum Rehabilitation Centre
8	I.Dhanasekaran No. 137/1, Sairam Nagar, Sankagiri Main Road, Nethimedu, Salem. PinCode – 636002.	Salem Care Foundation, No. 137/1, Sairam Nagar, Sankagiri Main Road, Nethimedu, Salem. Pin Code – 636002.	02.11.2020	50	Psychiatric Nursing Home & De-addiction cum Rehabilitation Centre
9	K. Nageswaran, No. 2/122, Thanthai Selva Nagar, Puthenthal, Ramanathapuram District. PinCode – 623502.	Humanitarian Trust, Chencholai Mental Health Archive, No. 2/122, Thanthai Selva Nagar, Puthenthal, Ramanathapuram District. PinCode – 623502.	04.11.2020	100	De-addiction cum Rehabilitation Centre
10	C. Jegan, No. 4/147-1, Raja Ganapathi Illam, 6 th Main Road, Annai Indira Nagar, Near Law College, Kannankurichi, Salem. PinCode – 636008.	K.C. Foundation Trust, No. 4/147-1, Raja Ganapathi Illam, 6 th Main Road, Annai Indira Nagar, Near Law College, Kannankurichi, Salem. PinCode – 636008.	04.11.2020	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
11	Dr. K. RadhaKrishnan No.6A, Kalyan Nagar, Municipal Colony, Thanjavur. PinCode – 613403.	Nila Psychiatric Hospital, No. 9, Sennampatti Road, Vallam, Thanjavur. PinCode – 613403.	04.11.2020	90	De-addiction cum Rehabilitation Centre
12	Dr. K. RadhaKrishnan No.6A, Kalyan Nagar, Municipal Colony, Thanjavur. PinCode – 613403.	Vaigarai Hospital, No. 27, Shivaji Nagar, Near Membalam, Thanjavur. PinCode – 613007.	04.11.2020	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
13	V.Kandavelu,	The Best life Foundation,	06.11.2020	30	De-addiction cum

	Plot No. 9, V.G.N Garden, No.62, Nolambur, Mogappair West, Chennai. PinCode – 600037.	Plot No. 9, V.G.N Garden, No.62, Nolambur, Mogappair West, Chennai. PinCode – 600037.			Rehabilitation Centre
14	T. Rajasimmon, No. D-21, 1 st Floor, M.T.H Road, Ambattur, Chennai. Pincod – 600058.	Revamp Hospital, No. D-21, 1 st Floor, M.T.H Road, Ambattur, Chennai. PinCode – 600058.	06.11.2020	30	Psychiatric Hospital & De-addiction cum Rehabilitation Centre
15	S.Vijaya, Annai Theresa Nagar, Kootampuli, Tuticorin District, Pincod – 628103.	Anbu Ullangal, Annai Theresa Nagar, Kootampuli, Tuticorin District, PinCode – 628103.	06.11.2020	60	De-addiction cum Rehabilitation Centre
16	Y. Sivalingam No. 12/219, Vishnu Nagar Extension, Vinayaga Nagar, Padappai, Kancheepuram District – 601301.	Ayya Trust De-Addiction and Psychiatric Rehabilitation Center, No. 12/219, Vishnu Nagar Extension, Vinayaga Nagar, Padappai, Kancheepuram District – 601301.	07.11.2020	20	Psychiatric Nursing Home & De-addiction cum Rehabilitation Centre
17	A.Elayaraja, No. 4/10, 9 th Street, Aandal Nagar, Alapakkam, Porur, Chennai. PinCode – 600116.	Divine Life Foundation De- Addiction Cum Rehabilitation Center, No. 29, Srinivasa Nagar, 2 nd Street, Maduravoyal, Chennai. PinCode – 600095.	07.11.2020	45	De-addiction cum Rehabilitation Centre
18	Dr. R. Reuben Paul, No. 73, Vijaya Nagar, Thandal Kazhani, Kavangarai, Puzhal, Chennai. PinCode – 600066.	Pioneer Rehabilitation Center, No. 73, Vijaya Nagar, Thandal Kazhani, Kavangarai, Puzhal, Chennai. PinCode – 600066.	09.11.2020	50	De-addiction cum Rehabilitation Centre
19	S. Kedharnath, No. 102/1B, Arumbanoor Main Road, Othakadai Post, Madurai, PinCode – 625104.	Spark Medical Centre De- Addiction & Psychiatric Care No. 102/1B, Arumbanoor Main Road, Othakadai Post, Madurai, PinCode – 625104.	10.11.2020	100	Psychiatric Hospital & De-addiction cum Rehabilitation Centre
20	M.P. Mohammed Rafi, No. 5, Subbarayan Main	Anbagam Rehabilitation Centre, No. 5, Subbarayan Main Street,	10.11.2020	40	De-addiction cum Rehabilitation

	Street, Nammalwarpet, Otteri, Chennai, PinCode – 600012.	Nammalwarpet, Otteri, Chennai, PinCode – 600012.			Centre
21	M.P. Mohammed Rafi, Thirunilai Village, Vichur Post, Chennai, PinCode – 600103.	Anbagam Rehabilitation Centre, Thirunilai Village, Vichur Post, Chennai, PinCode – 600103.	10.11.2020	125	De-addiction cum Rehabilitation Centre
22	K. Suresh, No. 44, Thirumalai Nagar, Kundrathur, Chennai. PinCode – 600069.	Confident Care Centre, No. 44, Thirumalai Nagar, Kundrathur, Chennai. PinCode – 600069.	11.11.2020	15	De-addiction cum Rehabilitation Centre
23	K. Suresh, No. 5/134, G.S.T Road, Singaperumal Koil, Chengalpet. PinCode – 603204.	Re – Life Foundation De – Addiction cum Psychiatric Care Centre No. 5/134, G.S.T Road, Singaperumal Koil, Chengalpet. PinCode – 603204.	11.11.2020	10	De-addiction cum Rehabilitation Centre
24	R. Panneer Selvam, No. 12, 3 rd Cross Street, Meenakshi Nagar, Villangudi, Madurai. PinCode – 625018.	Hope Research Foundation, Hope Alcohol/Drug and Psychiatric Treatment Centre, No. 12, 3 rd Cross Street, Meenakshi Nagar, Villangudi, Madurai. PinCode – 625018.	11.11.2020	21	De-addiction cum Rehabilitation Centre
25	P. Sakthi Kumar, No.86/2A, 14/4C, 1 st Floor, 200 Feet Service Road, Kanniamman Nagar Main Road, Maduravoyal Earikarai, Vanagaram, Chennai. PinCode – 600095.	Serene Life Hospital, No.86/2A, 14/4C, 1 st Floor, 200 Feet Service Road, Kanniamman Nagar Main Road, Maduravoyal Earikarai, Vanagaram, Chennai. PinCode – 600095.	11.11.2020	45	Psychiatric Hospital
26	Dr. S. Radhakrishnan, No. 96 Am, Sathy Main Road, Via S.S. Kulam, Kurumbapalayam, Coimbatore. Pincode – 641107.	The United Home For The Adult Mentally Ill, No. 96 Am, Sathy Main Road, Via S.S. Kulam, Kurumbapalayam, Coimbatore. Pincode – 641107.	12.11.2020	50	Psychiatric Nursing Home (Closed)
27	B. Kumaran, Old. No. 47, New No. 16/1,	Miracle Foundation, Old. No. 47, New No. 16/1,	12.11.2020	20	De-addiction cum Rehabilitation

	Vivekananthar Street, Kadapperi, Maduranthagam, Kanchipuram. PinCode – 603306.	Vivekananthar Street, Kadapperi, Maduranthagam, Kanchipuram. PinCode – 603306.			Centre
28	S. Vidyaakar, No. 112/3,4,5 & 6 Block – I, S.No.111/7 & 115/15A Block-II, Girivalan Road, Adiannamalai village, Thiruvannamalai. PinCode – 606604.	Udavum Karangal, No. 112/3,4,5 & 6 Block – I, S.No.111/7 & 115/15A Block-II, Girivalan Road, Adiannamalai village, Thiruvannamalai. PinCode – 606604.	13.11.2020	45	Long Stay Rehabilitation Centre
29	M. Sumathi, No. 4/481 C, Ganapathy Quarters, Soolakarai Medu, Virudhunagar. PinCode – 626003.	M.K. Foundation De-Addiction cum Rehabilitation Centre, No. 4/481 C, Ganapathy Quarters, Soolakarai Medu, Virudhunagar. PinCode – 626003.	13.11.2020	25	De-addiction cum Rehabilitation Centre
30	J. Selvakumar, No. 13, 200 Feet Road, Vanasakthi Nagar, Kolathur, Chennai, PinCode – 600009.	V Can Foundation, No. 13, 200 Feet Road, Vanasakthi Nagar, Kolathur, Chennai, PinCode – 600009.	16.11.2020	45	De-addiction cum Rehabilitation Centre
31	V.R. Anna Durai, No. 3, Sigmund Freud Block, Ragumaniapuram, Thillai Nagar, Trichy, PinCode – 620018.	Mercy Hospital, No. 3, Sigmund Freud Block, Ragumaniapuram, Thillai Nagar, Trichy, PinCode – 620018.	16.11.2020	20	Psychiatric Hospital
32	N. D. Ravikumar, No. 11/655, Janakiram Nagar, Paraniputhur, Iyyappanthangal, Chennai, PinCode – 600122.	Ree Life Foundation De- Addiction Cum Rehabilitation Center, No. 11/655, Janakiram Nagar, Paraniputhur, Iyyappanthangal, Chennai, PinCode – 600122.	16.11.2020	30	De-addiction cum Rehabilitation Centre
33	B. Kumaran, No. 306/42, Ottraivadai Street, Puzhal, Chennai, PinCode – 600066.	Miracle Foundation, No. 306/42, Ottraivadai Street, Puzhal, Chennai, PinCode – 600066.	16.11.2020	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
34	P.C. Rafiya, No. 1A, Airport Road, Poomambakkam, Ulundoorpetai, Kallakurichi, PinCode –	Anbagam Residential Care Home, No. 1A, Airport Road, Poomambakkam, Ulundoorpetai,	16.11.2020	50	De-addiction cum Rehabilitation Centre

	606107.	Kallakurichi, PinCode – 606107.			
35	S.R. Reeba Antony, Ummancode, Emmausnager, Mekkamandapam Post, Kanniya Kumari District, PinCode – 629116.	Emmaus Rehabilitation Centre For Mentally Ill Women, Ummancode, Emmausnager, Mekkamandapam Post, Kanniya Kumari District, PinCode – 629116.	16.11.2020	100	Psychiatric Nursing Home
36	S. Vidyaakar, S.No. 83/4B2A1, 4B2B1, 4B3A & 4B3B, Madurai – Tuticorin National Highway, S. Kallupatti Village, Kariapatti Taluk, Virudhunagar District.	Udavum Karangal Shanthivanam, S.No. 83/4B2A1, 4B2B1, 4B3A & 4B3B, Madurai – Tuticorin National Highway, S. Kallupatti Village, Kariapatti Taluk, Virudhunagar District.	1.11.2020	75	Long Stay Rehabilitation Centre
37	M. Asirvatham, No. 244, Ramalayam Colony, Courttalam, Tenkasi, PinCode – 627802.	Velicham Psychiatric Nursing Home, No. 244, Ramalayam Colony, Courttalam, Tenkasi, PinCode – 627802.	18.11.2020	22	Psychiatric Nursing Home
38	V. Vinoth Kumar, Door. No. 1, Plot No. 1&1A, Om Sakthi Nagar, Valasaravakkam, Chennai, PinCode – 600087.	Green Life Foundation, Door. No. 1, Plot No. 1&1A, Om Sakthi Nagar, Valasaravakkam, Chennai, PinCode – 600087.	18.11.2020	30	De-addiction cum Rehabilitation Centre
39	R. Aravindaraj, No. 30, Panchalam Road, Near Government Hospital, Thindivanam, PinCode – 604001.	Trust Way Foundation – Unit II, No. 30, Panchalam Road, Near Government Hospital, Thindivanam, PinCode – 604001.	18.11.2020	30	De-addiction cum Rehabilitation Centre
40	A.Selvaraj, No. 6-6-2A, Bathlagundu, Madurai Road, Nilakkottai Taluk, Dindugal District.	Smile Hospital For De-Addiction & Psychiatric Care, No. 6-6-2A, Bathlagundu, Madurai Road, Nilakkottai Taluk, Dindugal District.	18.11.2020	50	Psychiatric Hospital & De-addiction cum Rehabilitation Centre
41	S. Vidyaakar, Burial Ground Street, Maduravoyal, Chennai,	Udavum Karangal, Burial Ground Street, Maduravoyal, Chennai, PinCode –	18.11.2020	90	Long Stay

	PinCode – 600095.	600095.			Rehabilitation Centre
42	G. Manikandan, No. 4/133/4, Chardep Nagar, Achankulam, Potrayadi Post, Kanyakumari District, PinCode – 629703.	Manolaya, No. 4/133/4, Chardep Nagar, Achankulam, Potrayadi Post, Kanyakumari District, PinCode – 629703.	20.11.2020	60	Psychiatric Nursing Home
43	R. Panneer Selvam, Plot. No. 222, AIBEA 'A' Colony, 6 th Street, Paravai, Madurai, PinCode – 625018.	Hope Research Foundation – Unit II, Plot. No. 222, AIBEA 'A' Colony, 6 th Street, Paravai, Madurai, PinCode – 625018.	20.11.2020	40	De-addiction cum Rehabilitation Centre
44	S. Sathya Seelan, Plot. No. 1, V.G.P Pon Nagar, 1 st Main Street, Near by Samraj 8 th Cross, Sembakkam, Chennai, PinCode – 600073.	Moonshine Alco Care Foundation, Plot. No. 1, V.G.P Pon Nagar, 1st Main Street, Near by Samraj 8 th Cross, Sembakkam, Chennai, PinCode – 600073.	20.11.2020	30	Psychiatric Nursing Home & De-addiction cum Rehabilitation Centre
45	S.R. Jolly, Melsi Thamur, Vallam Post, Gingee Taluk, Villupuram District, PinCode – 604206.	St. Joseph's Mercy Home De – Addiction Centre, Melsi Thamur, Vallam Post, Gingee Taluk, Villupuram District, PinCode – 604206.	23.11.2020	15	De-addiction cum Rehabilitation Centre
46	Swamynathan Wilfred, No.50/2, Meenavayal Village, Ariyakudi Post, Karaikudi Taluk, Sivagangai District, PinCode – 630202.	St. Giuseppe Moscati Psycho-Social Rehabilitation Centre, No.50/2, Meenavayal Village, Ariyakudi Post, Karaikudi Taluk, Sivagangai District, PinCode – 630202.	23.11.2020	51	Psychiatric Nursing Home
47	S. Anbazhagan, No. 1, Puthira Goundanpalayam Post, Puthiragoundampalayam, Salem, PinCode – 636119.	S.R.D Foundation, No. 1, Puthira Goundanpalayam Post, Puthiragoundampalayam, Salem, PinCode – 636119.	27.11.2020	15	De-addiction cum Rehabilitation Centre
48	V. Kathirvel, No. 169, Sri Ayyappa Nagar, 1 st Cross Street, Chinmaya Nagar, Koyambedu, Chennai,	Recovery Home Foundation, No. 169, Sri Ayyappa Nagar, 1 st Cross Street, Chinmaya Nagar, Koyambedu, Chennai, PinCode – 600092.	27.11.2020	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre

	PinCode – 600092.				
49	T. Saravanan, No. 421 & 427, Singapore Nagar, Kallampatti, Alagarkoil, Madurai, PinCode – 625014.	Peace Psychiatric / De – Addiction Treatment Centre, No. 421 & 427, Singapore Nagar, Kallampatti, Alagarkoil, Madurai, PinCode – 625014.	27.11.2020	150	De-addiction cum Rehabilitation Centre
50	S. Vidyaaakar, No. 93, Car Street, Behind Amman Temple, Thiruverkadu, Chennai, PinCode – 600077.	Udavum Karangal, No. 93, Car Street, Behind Amman Temple, Thiruverkadu, Chennai, PinCode – 600077.	28.11.2020	200	Long Stay Rehabilitation Centre
51	C. Panneer Selvan, No. 12, South Bye Pass Road, Vannarpettai, Tirunelveli, PinCode – 627005.	Sneka Mind Care Centre, No. 12, South Bye Pass Road, Vannarpettai, Tirunelveli, PinCode – 627005.	28.11.2020	40	Psychiatric Hospital
52	Dr. V. Ramanujam, Madurai – Tuticorin Ring Road, Near Chinthamani Toll Gate, Anuppanadi, Madurai, PinCode – 625009.	Velammal Medical College Hospital & Research Institute, Madurai – Tuticorin Ring Road, Near Chinthamani Toll Gate, Anuppanadi, Madurai, PinCode – 625009.	28.11.2020	30	Psychiatric Hospital
53	Dr. M. Chandrasekaran, Etchikulam, Rama Goundampatti, Palamedu, Madurai, PinCode – 625503.	Agam Mentally Ill Home De – Addiction & Rehabilitation Centre, Etchikulam, Rama Goundampatti, Palamedu, Madurai, PinCode – 625503.	01.12.2020	50	De-addiction cum Rehabilitation Centre
54	S. Rajesh Kumar, No. 25, Karunanidhi 1 st Street, NandavanaMettur, Avadi, Chennai, PinCode – 600071.	SRN Foundation, No. 25, Karunanidhi 1 st Street, NandavanaMettur, Avadi, Chennai, PinCode – 600071.	02.12.2020	21	De-addiction cum Rehabilitation Centre
55	S. Sathya Seelan, Plot No. 104, V.P. Chinthan Street, Annai Sathya Nagar, Chengalpet, Kancheepuram District, PinCode – 603001.	Moon Shine De – Addiction Cum Rehabilitation Centre, Plot No. 104, V.P. Chinthan Street, Annai Sathya Nagar, Chengalpet, Kancheepuram District, PinCode –	04.12.2020	25	Psychiatric Nursing Home & De-addiction cum Rehabilitation

		603001.			Centre
56	A. Kesavarajan, No. 27, Sub – Collector Office Road, Near Krishnan Kovil, Y.M.R Patty, Dindigul, PinCode – 624001.	Ramana Hospital, No. 27, Sub – Collector Office Road, Near Krishnan Kovil, Y.M.R Patty, Dindigul, PinCode – 624001.	04.12.2020	30	Psychiatric Hospital
57	P.Raja, Plot No. 5, 1 st Cross Street, V.K. Ramasami Nagar, Perumbakkam Road, Thiruvannamalai, Pincode – 606603.	A.S.R. Foundation, Plot No. 5, 1 st Cross Street, V.K. Ramasami Nagar, Perumbakkam Road, Thiruvannamalai, Pincode – 606603.	05.12.2020	15	De-addiction cum Rehabilitation Centre
58	Pirmanayagam, No. 265, Zion Nagar, Vanchuvancherry, Padappai, PinCode – 601301.	Brahma Psychiatric Rehabilitation Centre, No. 265, Zion Nagar, Vanchuvancherry, Padappai, PinCode – 601301.	05.12.2020	50	Psychiatric Nursing Home
59	S. Vidyaakar, No. 308, Pollachi Main Road, Myleripalayam, Coimbatore, Pincode – 641032.	Udavum Karangal, No. 308, Pollachi Main Road, Myleripalayam, Coimbatore, Pincode – 641032.	05.12.2020	250	Long Stay Rehabilitation Centre
60	Dr. K. Regunathan, No. 6, Mullai Nagar, Masakkalipalayam, Coimbatore, Pincode – 641015.	Srinivas Hospital, No. 6, Mullai Nagar, Masakkalipalayam, Coimbatore, Pincode – 641015.	04.12.2020	14	Psychiatric Hospital
61	M. Ganesan, No. 12/11 C, Sengulam East 1 st Street, Thirumangalam, Madurai, Pincode – 625706.	Goodwill Foundation De – Addiction Cum Rehabilitation Centre, No. 12/11 C, Sengulam East 1 st Street, Thirumangalam, Madurai, Pincode – 625706.	08.12.2020	15	De-addiction cum Rehabilitation Centre
62	A.V. Thomas, Karode, Arumanai Post, KanyaKumari District, Tamil Nadu, PinCode – 629151.	Devasagayam Nalvazhvu Nilayam Treatment & Rehabilitation Centre For Mentally ill , Karode, Arumanai Post, Kanya Kumari District, Tamil Nadu, Pincode – 629151.	08.12.2020	45	Psychiatric Nursing Home & De-addiction cum Rehabilitation Centre

63	A.Sasikumar, No. 4/2, Aadhi Sakthi Nagar, Lourdhuburam, Kattupakkam, Poonamallee High Road, Chennai, Pincode – 600056.	Jananam Care Centre, No. 4/2, Aadhi Sakthi Nagar, Lourdhuburam, Kattupakkam, Poonamallee High Road, Chennai, Pincode – 600056.	08.12.2020	14	De-addiction cum Rehabilitation Centre
64	Y. Purushothaman, No. 650/2, I.O.B. Nagar, Nehruji Street, Maniyampattu Road, Sipcot, Ranipet, Pincode – 632403.	Paasam Foundation De – Addiction Cum Rehabilitation Centre, No. 650/2, I.O.B. Nagar, Nehruji Street, Maniyampattu Road, Sipcot, Ranipet, Pincode – 632403.	08.12.2020	30	De-addiction cum Rehabilitation Centre
65	Dr. A. Victor Jayaseelan, No. 1, Chengalpattu Road, Paruthi Kollai Village, Vadanallur Post, Uthiramerur, Kanchipuram, Pincode – 603406.	Moonlight Alco Care Foundation “De – Addiction Cum Rehabilitation Centre”, No. 1, Chengalpattu Road, Paruthi Kollai Village, Vadanallur Post, Uthiramerur, Kanchipuram, Pincode – 603406.	08.12.2020	20	De-addiction cum Rehabilitation centre
66	S. Ilayaraja, Koliyanur Coot Road, Panruti Main Road, Sri Ram Nagar, Ramaiyan Paalayam, Villupuram, Pincode – 605103.	Higher Power Foundation, Koliyanur Coot Road, Panruti Main Road, Sri Ram Nagar, Ramaiyan Paalayam, Villupuram, Pincode – 605103.	10.12.2020	73	De-addiction cum Rehabilitation Centre
67	Soosai Antony, No. 2/110, Vaithiyar Street, Thirusulam, Chennai – 600043.	Manasu, No. 2/110, Vaithiyar Street, Thirusulam, Chennai – 600043.	10.12.2020	42	Psychiatric Nursing Home
68	S. Pari, No. 50, 2 nd Floor, Chettiar Agaram Main Road, Vanagaram, Chennai – 600095.	Phoenix Social Service Trust, No. 50, 2 nd Floor, Chettiar Agaram Main Road, Vanagaram, Chennai – 600095.	10.12.2020	45	Psychiatric & De-addiction Centre
69	Jaisy Jacob, No. 58/812, C.T.H. Road, Thirumullaivayal Post, Chennai, PinCode – 600062.	Friends For The Needy, No. 58/812, C.T.H. Road, Thirumullaivayal Post, Chennai, PinCode – 600062.	10.12.2020	40	Psychiatric Nursing Home
70	R. Palani, No.2/1, Ganapathy Nagar Main Road, Odama Nagar,	Ashram Foundation, No.2/1, Ganapathy Nagar Main Road, Odama Nagar, Vanagaram,	11.12.2020	40	Psychiatric Nursing Home

	Vanagaram, Chennai, PinCode – 600095.	Chennai, PinCode – 600095.			& De-addiction cum Rehabilitation Centre
71	C. Johnson Paulraj, No. 41, Malligai Street, Rajeshwari Nagar, Vallancheri, Guduvancheri, PinCode – 603202.	India Forum For The Mentally Handicapped Psychiatric Rehabilitation Centre, No. 41, Malligai Street, Rajeshwari Nagar, Vallancheri, Guduvancheri, Pincode – 603202.	11.12.2020	25	Psychiatric Nursing Home
72	D. Gasper, No. 6, 2 nd Cross Street, ‘J’ Nagar, East Coast Road, Panaiyur, Chennai, Pincode – 600119.	Desire Home De – Addiction Centre, No. 6, 2 nd Cross Street, ‘J’ Nagar, East Coast Road, Panaiyur, Chennai, Pincode – 600119.	14.12.2020	25	De-addiction cum Rehabilitation Centre
73	Albert Rathish Balan, No. 42/7, Krishnan Street, Kodungaiyur, Chennai, Pincode – 600118.	First Step Trust De – Addiction Cum Rehabilitation Centre, No. 42/7, Krishnan Street, Kodungaiyur, Chennai, Pincode – 600118.	14.12.2020	10	De-addiction cum Rehabilitation Centre
74	A.S. Gnaneswaran No: 45, Meenakshi Nagar, 1 st Colony, Sakkimangalam, Madurai - 625 201.	Wisdom Hospital & Psychotherapy Home, No: 45, Meenakshi Nagar, 1 st Colony, Sakkimangalam, Madurai -625 201.	15.12.2020	30	Psychiatric Nursing Home & De-addiction cum Rehabilitation Centre
75	M.V. Preethi, No. 63, South Veli Street, South Gate Signal, Madurai – 625 001	Dr. Preethi’s Child Guidance Centre and Hospital, No. 63, South Veli Street, South Gate Signal, Madurai – 625 001	16.12.2020	05	Psychiatric Hospital
76	Dr. M. Murugan, No: S-61, 20 th Street, Anna Nagar, Chennai – 600 040.	Sundance Medical Centre, No: S-61, 20 th Street, Anna Nagar, Chennai – 600 040.	16.12.2020	20	Psychiatric Nursing Home
77	P. Muthu Vellappan, No: 479, Kamarajar Road, Varatharajapuram, Coimbatore – 641 015.	Kasturba Gandhi De-Addiction & Rehabilitation Centre, No: 479, Kamarajar Road, Varatharajapuram, Coimbatore – 641 015.	26.12.2020	30	De-addiction cum Rehabilitation Centre

78	G. Ashok No. 3, Kalasathamman Kovil Street, Selavoil, Kodungaiyur, Chennai – 118.	The Grace Foundation, A Centre for De-Addiction Cum Rehabilitation, No. 3, Kalasathamman Kovil Street, Selavoil, Kodungaiyur, Chennai – 118.	26.12.2020	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
79	G. Gandhi No: 3, Thiru.Vi.Ka.Nagar, 5 th Street, Crystal Garden, Thundalam, Chennai – 600 077.	Super Natural Dream, No: 3, Thiru.Vi.Ka.Nagar, 5 th Street, Crystal Garden, Thundalam, Chennai – 600 077.	26.12.2020	16	De-addiction cum Rehabilitation Centre
80	Dr. M. Arivazhagan, No: 306, Kalakadi Street, Tenkasi – 627 811	Sri Ramakrishna Seva Nilayam, No: 306, Kalakadi Street, Tenkasi – 627 811	26.12.2020	30	De-addiction cum Rehabilitation Centre
81	S. Murugan, No: 19, Karumariamman Nagar, Mudichur Road, West Tambaram, Chennai – 600 045.	Adapt Home, No: 19, Karumariamman Nagar, Mudichur Road, West Tambaram, Chennai – 600 045.	26.12.2020	50	De-addiction cum Rehabilitation Centre
82	K. Saravanan, No: 12/4-2, Sastha Nagar, 1 st Street, Anayur Main Road, Mudakkathan, Madurai – 625 017.	Strength Foundation, No: 12/4-2, Sastha Nagar, 1 st Street, Anayur Main Road, Mudakkathan, Madurai – 625 017.	26.12.2020	15	De-addiction cum Rehabilitation Centre
83	S. Thirugnana Sampanthan, Vembulaiyan Nagar, Vannivelam patty, Peraiyur Taluk, Madurai – 625 702.	Annai De-Addiction Centre, Vembulaiyan Nagar, Vannivelam patty, Peraiyur Taluk, Madurai – 625 702.	28.12.2020	10	De-addiction cum Rehabilitation Centre
84	Dr. S. Sakthivel Plot No: 18, Vasantham Nagar – II, Golden Temple Road, Ariyur, Vellore – 632 055.	Nesam Seva Foundation - De-Addiction Cum Rehabilitation Centre, Plot No: 18, Vasantham Nagar – II, Golden Temple Road, Ariyur, Vellore – 632 055.	28.12.2020	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
85	R. Selvi Axliya, No: 174, 5 th Street, Saraswathi Nagar, Thirumullaivoyal, Chennai – 600 062.	Corner Stone, A Centre For De-Addiction Cum Rehabilitation Centre, No: 174, 5 th Street, Saraswathi Nagar, Thirumullaivoyal, Chennai – 600 062.	28.12.2020	50	De-addiction cum Rehabilitation Centre

86	K. Santhanam, No: 7/176-3, London House Bus Stop, Athikulam-Manakadhan (Via), Devarkulam Main Road, Athikulam (PO), Kayathar (Taluk), Tuticorin (DT) – 628 952	Amends Foundation Unit -2 De-Addiction & Psychiatric Rehabilitation Centre, No: 7/176-3, London House Bus Stop, Athikulam-Manakadhan (Via), Devarkulam Main Road, Athikulam (PO), Kayathar (Taluk), Tuticorin (DT) – 628 952	29.12.2020	31	De-addiction cum Rehabilitation Centre
87	K. Santhanam, No: 1A, P & T Nagar Main Road, Meenakshi Nagar (Bus Stop), Madurai – 625 017.	Amends Foundation Unit – 1, De-Addiction & Psychiatric Rehabilitation Centre, No: 1A, P & T Nagar Main Road, Meenakshi Nagar (Bus Stop), Madurai – 625 017.	30.12.2020	21	De-addiction cum Rehabilitation Centre
88	R. Srinivasan, Pralayambakkam Village, Thirupalaivanam Post, Ponneri, Thiruvallur District – 601 205.	J.S.V. De-Addiction Cum Rehabilitation Centre, Pralayambakkam Village, Thirupalaivanam Post, Ponneri, Thiruvallur District – 601 205.	31.12.2020	30	De-addiction cum Rehabilitation Centre
89	Pavayee, No: 64/1, Poosala Gengu Reddy Street, Egmore, Chennai – 600 008.	Putholi Health Care, No. 64/1, Poosala Gengu Reddy Street, Egmore, Chennai – 600 008.	31.12.2020	10	Psychiatric Nursing Home
90	S. Sakthivel, No. 9/2 B, Ramakrishna Street, Krishnamurthy Nagar, Kodungaiyur, Chennai – 600 118.	S.N. Foundation, No.9/2 B, Ramakrishna Street, Krishnamurthy Nagar, Kodungaiyur, Chennai – 600 118.	31.12.2020	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
91	P. Vedachalam, Samathuvapuram, Pulivalam, Pudukottai District – 622 507.	Card De-Addiction Hospital, Samathuvapuram, Pulivalam, Pudukottai District – 622 507.	04.01.2021	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
92	P. Kalaiyaran, No: 11/148, Munusamy Nagar, Velachery – Tambaram Main Road, Medavakkam, Chennai – 600 100.	Gaba Health Care, No: 11/148, Munusamy Nagar, Velachery – Tambaram Main Road, Medavakkam, Chennai – 600 100.	04.01.2021	10	Psychiatric Hospital
93	M. Perumal, No: 150, Kamarajar Nagar,	New Life Foundation, No: 150, Kamarajar Nagar, 4 th	04.01.2021	30	Psychiatric &

	4 th Street, Avadi, Chennai.	Street, Avadi, Chennai.			De-addiction cum Rehabilitation Centre
94	Dr. K. Ramakrishnan, No: 12 B & C, 10 th Cross East, Thillai Nagar, Trichy – 620 018.	Athma Hospitals and Research Pvt. Ltd, No: 12 B & C, 10 th Cross East, Thillai Nagar, Trichy – 620 018	05.01.2021	30	Psychiatric Hospital
95	R. Siva Subramanian, No: 62, 62-1, ATC Colony Back Side, Near Railway Gate, Ayothiya Pattinam, Salem – 636 103.	New Life Foundation, No: 62, 62-1, ATC Colony Back Side, Near Railway Gate, Ayothiya Pattinam, Salem – 636 103.	05.01.2021	40	Psychiatric & De-addiction Centre
96	S. Gokulakannan, No: 23/50, Dr. Ramanathan Street, Near Salem Dist. Central Co-op. Bank, Salem – 636 001.	Vidiyal Life Trust, De-Addiction Cum Rehabilitation Centre, No: 23/50, Dr. Ramanathan Street, Near Salem Dist. Central Co-op. Bank, Salem – 636 001.	05.01.2021	20	Psychiatric & De-addiction Centre
97	Dr. Paul Swamidhas Sudhakar Russell, Bagayam, Vellore – 632 002.	Christian Medical College & Hospital, Bagayam, Vellore – 632 002.	06.01.2021	122	Psychiatric Hospital
98	A.C.N. Aruna, No.12, Velan Nagar, 4 th Street, Valasaravakkam, Chennai – 600 087.	Jeeva Rakshai De-addiction Cum Rehabilitation & Psychiatric Care, No.12, Velan Nagar, 4 th Street, Valasaravakkam, Chennai – 600 087.	06.01.2021	20	Psychiatric & De-addiction cum Rehabilitation Centre
99	P. Prem Kumar, No. 44, Samathanam Nagar, 2 nd Street, Alamelumangapuram, Vellore – 632 009.	Carewell Rehabilitation Trust, No.44, Samathanam Nagar, 2 nd Street, Alamelumangapuram, Vellore – 632 009.	07.01.2021	25	De-addiction cum Rehabilitation Centre
100	A.Johnselvakumar, No. 38, 4 th Street, Jothi Nagar, Thiruvettiyur, Ernavoor, Chennai – 600 057.	Sugam Foundation Trust De-Addiction Cum Rehabilitation Centre, No. 38, 4 th Street, Jothi Nagar, Thiruvettiyur, Ernavoor, Chennai – 600 057.	07.01.2021	30	De-addiction cum Rehabilitation Centre
101	R. Sathies, No. 1403/1A & 1B, Kandamanur Road,	Arpanam Development Trust, No. 1403/1A & 1B, Kandamanur Road, Pandhuvar Patti Vilakku,	07.01.2021	30	De-addiction cum Rehabilitation Centre

	Pandhuvar Patti Vilakku, Thirumalapuram Panchayat, Andipatti Taluk, Theni – 625 531.	Thirumalapuram Panchayat, Andipatti Taluk, Theni – 625 531.			
102	K.P.M. Raja, No. 4/126, V.R.S. Nagar, 1 st Street, Alapakkam Main Road, Maduravoyal, Chennai – 600 095.	Confident Health Centre, No. 4/126, V.R.S. Nagar, 1 st Street, Alapakkam Main Road, Maduravoyal, Chennai – 600 095.	08.01.2021	15	De-addiction cum Rehabilitation Centre
103	R.Muruganandham, No. 18, Karuppa Goundampalayam Road, Veerapandi Post, Tirupur – 641 605.	Tirupur Care Rehabilitation Centre, No.18, Karuppa Goundampalayam Road, Veerapandi Post, Tirupur –641 605.	11.01.2021	45	De-addiction cum Rehabilitation Centre
104	M.S. Gugan, No. 223, Forest Road, Behind GTM College, Gandhi Nagar, Kondasamudhiram, Gudiyatham, Vellore – 632 601.	Kan Voli Foundation, No. 223, Forest Road, Behind GTM College, Gandhi Nagar, Kondasamudhiram, Gudiyatham, Vellore – 632 601.	12.01.2021	21	Psychiatric & De- addiction Centre
105	Dr. K. Deepak Kumar, D-98, 9 th Cross, Thillai Nagar, Thiruchirappalli – 620 018.	Visranthi Mental Health Centre, D-98, 9 th Cross, Thillai Nagar, Thiruchirappalli – 620 018.	12.01.2021	08	Psychiatric Nursing Home
106	Dr. K. Ramakrishnan, Seethapatti, Pulutheri Panchayat, Poolangulathuppalli, Ramji Nagar, Kulithalai, Karur – 620 009.	Trust Shanthivanam (Home for Mentally ill), Seethapatti, Pulutheri Panchayat, Poolangulathuppalli, Ramji Nagar, Kulithalai, Karur – 620 009.	12.01.2021	150	De-addiction cum Rehabilitation Centre
107	Dr. K. Ramakrishnan, C-101, North East Extension, 7 th Cross, Thillai Nagar, Trichy – 620 018.	Athma De-Addiction Centre, C-101, North East Extension, 7 th Cross, Thillai Nagar, Trichy – 620 018.	12.01.2021	32	De-addiction cum Rehabilitation Centre
108	M. Selvakumar, No. 36, Muthu Vinayagar Kovil Street, Tiruvannamalai -606 601.	Appa Mental Health Facility, No. 36, Muthu Vinayagar Kovil Street, Tiruvannamalai - 606 601.	13.01.2021	60	Psychiatric & De- addiction Centre

109	Dr. M. Rajeswari, No. 8, Fort Main Road, Shevapet, Salem – 636 002	Department of Psychiatry, Government Mohan Kumaramangalam Medical College and Hospital, No. 8, Fort Main Road, Shevapet, Salem – 636 002	20.01.2021	40	Govt. Medical College Hospital
110	P. Kasi Krishnaraja, NH47, Perundurair Sanatorium, Erode – 638 053.	Department of Psychiatry, Government Erode Medical College And Hospital, NH47, Perundurair Sanatorium, Erode – 638 053.	20.01.2021	10	Govt. Medical College Hospital
111	C. Bhaskar Sankari Main Road (NH47), Seeragapadi, Salem – 636 308.	Department of Psychiatry, Vinayaka Mission’s Kirupananda Variyar Medical College & Hospitals, Salem Sankari Main Road (NH47), Seeragapadi, Salem – 636 308	21.01.2021	30	Private Medical College / Hospital
112	Arul Maria, No. 59A, South Veeravanallur, S.No. 410/3A, Cheranmahadevi Taluk, Thirunelveli District – 627 426	St. Dymphna Rehabilitation Centre for Homeless Mentally Ill Women at Aussi Community Development and Educational Society, No.59A, South Veeravanallur, S.No. 410/3A, Cheranmahadevi Taluk, Thirunelveli District – 627 426	21.01.2021	40	Psychiatric & De- addiction Centre
113	Thresia Dias Hobart Road, Nondimedu, Lovedale Junction, Ooty – 643001.	Bethesda Mental Health Rehabilitation Centre, Hobart Road, Nondimedu, Lovedale Junction, Ooty – 643001.	21.01.2021	16	De-addiction cum Rehabilitation Centre
114	S. Madhu Sudhanan No. 30, 30/1, Kasimali Nagar, Natham Road, Dindigul – 624003.	Brindhavan De-Addiction, Psychiatric Treatment Cum Rehabilitation Centre, No. 30, 30/1, Kasimali Nagar, Natham Road, Dindigul – 624003.	22.01.2021	25	De-addiction cum Rehabilitation Centre
115	R. AravindaRaj Plot No. 8 & 9, Lakshmi Nagar, By Pass Service Road, Anakaputhur, Chennai – 600 070.	Trustway Foundation De- Addiction cum Rehabilitation Centre Plot No. 8 & 9, Lakshmi Nagar, By Pass Service Road, Anakaputhur, Chennai – 600 070.	25.01.2021	50	De-addiction cum Rehabilitation Cen tre

116	A. Tamil Vendan No. 6A, 4 th Street, Rasi Nagar, Collector Nagar Main Road, Kathirvedu, Chennai – 600 066.	Rebirth Foundation, No. 6A, 4 th Street, Rasi Nagar, Collector Nagar Main Road, Kathirvedu, Chennai – 600 066.	25.01.2021	50	De-addiction cum Rehabilitation Centre
117	Dr. M. Sreeprathap House No. 2/18 & 18A, Veteran Lines, Pallavaram, Chennai – 600 043.	Shadithya Rehabilitation Centre, Unit – 2, House No. 2/18 & 18A, Veteran Lines, Pallavaram, Chennai – 600 043.	25.01.2021	15	Psychiatric Nursing Home
118	Dr. M. Sreeprathap No. 7, Tannery Street, Pallavaram, Chennai – 600 043.	Shadithya Hospital, No. 7, Tannery Street, Pallavaram, Chennai – 600 043.	25.01.2021	34	Psychiatric Hospital
119	Dr. M. Sreeprathap No. 768, Pammal Main Road, Pallavaram, Chennai - 600 043	Shadithya Rehabilitation Centre, No. 768, Pammal Main Road, Pallavaram, Chennai - 600 043	25.01.2021	45	Psychiatric Nursing Home & De-addiction cum Rehabilitation Centre
120	Dr. M. Sreeprathap No. 4, 2 nd Munaver Avenue, Pallavaram, Chennai – 600 043.	Shadithya Rehabilitation Centre, Unit – 4 No. 4, 2 nd Munaver Avenue, Pallavaram, Chennai – 600 043.	25.01.2021	12	Psychiatric Nursing Home
121	Dr. M. Sreeprathap No. 2, 1 st Street, Somasundharam Nagar, Pallavaram, Chennai – 600 043.	Shadithya Rehabilitation Centre, Unit – 3 No. 2, 1 st Street, Somasundharam Nagar, Pallavaram, Chennai – 600 043.	29.01.2021	08	Psychiatric Nursing Home
122	Dr. R. Karthik Deivanayagam, Dr. Muthulakshmi Memorial Government Hospital, West Main Street, Pudukkottai – 622 001.	Emergency Care and Recovery Centre, Dr. Muthulakshmi Memorial Government Hospital, West Main Street, Pudukkottai – 622 001.	30.01.2021	50	Emergency Care & Recovery Centre

123	Dr. R. Karthik Deivanayagam, Dr. Muthulakshmi Memorial Government Hospital, West Main Street, Pudukkottai – 622 001.	District Mental Health Programme, Pudukkottai Dr. Muthulakshmi Memorial Government Hospital, West Main Street, Pudukkottai – 622 001.	30.01.2021	06	District Mental Health Programme
124	K. Pugazhendhi Medical College Road, Mundiampakkam, Villupuram, Tamil Nadu – 605 601	Department of Psychiatry, Government Villupuram Medical College and Hospital Villupuram Medical College Road, Mundiampakkam, Villupuram, Tamil Nadu – 605 601	01.02.2021	30	Govt. Medical College Hospital
125	Binu Varghese, Senthil Nagar, Opp. Kalpana Kalyana Mandapam, Kavundampalayam, Coimbatore – 641 030.	Preshitha Karunai Illam, Senthil Nagar, Opp. Kalpana Kalyana Mandapam, Kavundampalayam, Coimbatore – 641 030.	01.02.2021	30	De-addiction cum Rehabilitation Centre
126	S. Samuel Gunasekaran, No. 54, Spencer Compound, Dindigul – 624 003.	Mesmer Mental Health Home For Long Term Care, No. 54, Spencer Compound, Dindigul – 624 003.	01.02.2021	09	Psychiatric Nursing Home
127	S. Samuel Gunasekaran, No. 93, Spencer Compound, Dindigul – 624 003	Mesmer Neuro Psychiatric Hospital, De – Addiction Cum Rehabilitation Centre No. 93, Spencer Compound, Dindigul – 624 003	01.02.2021	40	Psychiatric Hospital
128	Dr. T. Ramesh G.S.T. Road, Melmaruvathur, Chengalpattu – 603 319	Department of Psychiatry, Melmaruvathur Adhiparasakthi Institute of Medical Sciences And Research, G.S.T. Road, Melmaruvathur, Chengalpattu – 603319	02.02.2021	30	Psychiatric Hospital
129	P. Rajesh NO. 11/199-1, Kandasamy Nagar, Bharathiyar Road, Ganapathy, Coimbatore –	Lakshmi Mental Health Care Centre, No.11/199-1, Kandasamy Nagar, Bharathiyar Road, Ganapathy,	03.02.2021	60	Psychiatric Hospital

	641 006.	Coimbatore – 641 006.			
130	S Shanmugavel, No. 9384, Ayappakkam, Housing Board, Ayappakkam, Thiruverkadu, Chennai – 600 077.	Valli Care Foundation Trust De-Addiction cum Rehabilitation Centre, No.9384, Ayappakkam, Housing Board, Ayappakkam, Thiruverkadu, Chennai – 600 077.	03.02.2021	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
131	Dr. M. Priya Subhashini, Department of Psychiatry, Government Medical College, Omandurar Government Estate, Chennai – 2.	Department of Psychiatry, Government Medical College, Omandurar Government Estate, Chennai – 2. Department of Psychiatry, Government Medical College, Omandurar Government Estate, Chennai – 2.	04.02.2021	10	Govt. Medical College Hospital
132	R. Nithyanantham No.1463, Shanmugasiga Mani Street, Royappa Nagar, Varadharajapuram, Chennai – 600 048.	Udhayam Public Charitable Trust, No.1463, Shanmugasiga Mani Street, Royappa Nagar, Varadharajapuram, Chennai – 600 048	04.02.2021	15	Psychiatric & De-addiction Centre
133	R. Charuhasan, No. 8, Kamatchi Amman Nagar, Karanai Puducherry, Urapakkam, Kanchipuram – 603 202.	Nivarthi Trust De-Addiction cum Rehabilitation Centre, No.8, Kamatchi Amman Nagar, Karanai Puducherry, Urapakkam, Kanchipuram – 603 202.	06.02.2021	25	De-addiction cum Rehabilitation Centre
134	B. Indharakumar No. 147/4, C.T.H. Road, Thiruninravur, Chennai – 602 024.	Udhayam Trust De-Addiction cum Rehabilitation Centre, No. 147/4, C.T.H. Road, Thiruninravur, Chennai – 602 024	06.02.2021	15	De-addiction cum Rehabilitation Centre
135	Dr. M.B. Abdul Rahuman, Department of Psychiatry, Kanyakumari Government Medical College Hospital,	Department of Psychiatry, Kanyakumari Government Medical College Hospital, Asaripallam, Kanyakumari – 629 201.	06.02.2021	20	Govt. Medical College Hospital

	Asaripallam, Kanyakumari – 629 201.				
136	S. Sakthivel No. 21, Vadivel Balamani Nagar, Muthiyal Pettai, Kanchipuram – 631 601.	S.N. Foundation, De-Addiction cum Rehabilitation Centre, No. 21, Vadivel Balamani Nagar, Muthiyal Pettai, Kanchipuram – 631 601.	06.02.2021	30	De-addiction cum Rehabilitation Centre
137	P. Rajesh No. 11/1, Azhagepalayam, Kuppanur Post, Annur, Coimbatore – 641 653.	HCA Mentally Ill Home, No. 11/1, Azhagepalayam, Kuppanur Post, Annur, Coimbatore – 641 653.	09.02.2021	75	Psychiatric Hospital
138	J. Shanthakumar J.C.K. Nagar, Near Bus Stand, Kondapuram Post, Kaveripakkam, Ranipet District – 632 508.	Vidiyal Foundation De- Addiction cum Rehabilitation Centre, J.C.K. Nagar, Near Bus Stand, Kondapuram Post, Kaveripakkam, Ranipet District – 632 508.	09.02.2021	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
139	Kannan .S No. 1/180, Astalakshmi Nagar, 1 st Main Road, Varadharajapuram, Mudichur, Chennai – 600 048.	New Deepam Foundation Psychiatry & Alcohol Drug De- Addiction Centre, No.1/180, Astalakshmi Nagar, 1 st Main Road, Varadharajapuram, Mudichur, Chennai – 600 048.	09.02.2021	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
140	M. Kumarasamy No. 2, Pallikuppam, Avadi to Poonamallee Main Road, Vettilai Thotam Bus Stand to Thiruverkadu Main Road, Chennai – 77.	Mother Foundation De- Addiction Cum Rehabilitation Centre, No. 2, Pallikuppam, Avadi to Poonamallee Main Road, Vettilai Thotam Bus Stand to Thiruverkadu Main Road, Chennai – 77	11.02.2021	30	Psychaiatric & De- addiction Centre
141	Dr. Malar Moses Thirinjapuram Union, Outer Ring Road, New Town, Vegikkal, Thiruvannamalai – 606 604.	Department of Psychiatry, Government Thiruvannamalai Medical College And Hospital, Thirinjapuram Union, Outer Ring Road, New Town, Vegikkal, Thiruvannamalai – 606 604.	12.02.2021	12	Govt. Medical College Hospital

142	M.V. Muthukumar No. 2/282, Muthu Bhavanam, Arulmigu Kallalagar Nagar, Aattukulam, Melur, Madurai – 625 106.	Vishalam Foundation, A Centre For De-Addiction Cum Rehabilitation, No. 2/282, Muthu Bhavanam, Arulmigu Kallalagar Nagar, Aattukulam, Melur, Madurai – 625 106.	12.02.2021	32	De-addiction cum Rehabilitation Centre
143	Dr. Jaya Prakash.J No. 37/68, Kavin Hospital Premises, Gandhi Nagar Colony, Perundurai Road, Erode – 638 011.	Eyalbagam – Manathin Maiyam, No. 37/68, Kavin Hospital Premises, Gandhi Nagar Colony, Perundurai Road, Erode – 638 011.	16.02.2021	15	Psychiatric Hospital
144	B. Vinoth Kumar, Old No. 3, New No. 5, Gandhi Nagar, 6 th Street, Bye Pass Road, Thiruvannamalai – 606 601.	Idayam Home Foundation, De-Addiction cum Rehabilitation Centre, Old No. 3, New No. 5, Gandhi Nagar, 6 th Street, Bye Pass Road, Thiruvannamalai – 606 601.	16.02.2021	15	De-addiction cum Rehabilitation Centre
145	R. Shymala, No. 140, Punitha Anthoniyar Koil 3 rd Street, Puzhal, Chennai - 66	Nalam Foundation, De-Addiction cum Rehabilitation Centre, No. 140, Punitha Anthoniyar Koil 3 rd Street, Puzhal, Chennai - 66	16.02.2021	20	Psychiatric & De-addiction Centre
146	Nelson Mariya Susai, No. 129-B, Bye Pass Road, Pulliline Village, Near Kamatchi Amman Temple, Redhills, Chennai – 600 052	Redemptive Recovery Care De-Addiction Cum Rehabilitation Centre, No.129, B, Bye Pass Road, Pulliline Village, Near Kamatchi Amman Temple, Redhills, Chennai – 600 052	16.02.2121	30	De-addiction cum Rehabilitation Centre
147	P. Sugumar, No. 390/6, Modern Nagar, Oil Mill Bus Stop, Near Nandavanapatti Bye Pass, Dindigal- 624 001.	K P T Bliss, A Psycosocial Rehabilitation Centre, No. 390/6, Modern Nagar, Oil Mill Bus Stop, Near Nandavanapatti Bye Pass, Dindigal-624 001	17.02.2021	50	De-addiction cum Rehabilitation Centre

148	R. Prasad, No. 39,40 Kamatchi Salai, Sri Chakara Nagar, Mangadu, Chennai – 600 122.	Jeevan Care Centre, No. 39,40, Kamatchi Salai, Sri Chakara Nagar, Mangadu, Chennai – 600 122.	17.02.2021	100	Psychiatric & De-addiction centre
149	Dr. M. Sreeprathap, No. 3/1, Tannery Street, Pallavaram , Chennai – 43.	Madhavi Ammal Psychiatric Unit, (A Unit of Shadithya Health Care) No. 3/1, Tannery Street, Pallavaram , Chennai – 43	19.02.2021	38	Psychiatric Nursing Home
150	A.Francis Jayapathy, St. Joseph’s College Farm, Keela Mullaikudi, Tiruchirappalli – 620 010.	AHEAD – (Arrupe Health Enclave for Alcohol / Drugs De-Addiction), St. Joseph’s College Farm, Keela Mullaikudi, Tiruchirappalli – 620 010.	19.02.2021	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
151	K. M. Ramesh Krishna Kumar, No. 6, New Alagar Garden, (MAVMM Polytechnic Behind), Moonur Village, Alagar Kovil Main Road, Alagarkovil, Madurai – 625 301.	SACC – (Substance Abuse Care Centre) Psychiatric / De-Addiction Centre, No. 6, New Alagar Garden, (MAVMM Polytechnic Behind), Moonur Village, Alagar Kovil Main Road, Alagarkovil, Madurai – 625 301.	19.02.2021	50	Psychiatric & De-addiction Centre
152	R. Prasad, No. 1, Aandavar Street, Anna Nedumpathai, Choolaimedu, Chennai – 600 094.	Chennai De-Addiction Centre, No. 1, Aandavar Street, Anna Nedumpathai, Choolaimedu, Chennai – 600 094.	19.02.2021	50	Psychiatric & De-addiction Centre
153	Dr. Magesh Rajagopal, No. 21, 4 th Cross Street, Ramalinga Nagar South Extn, Vayalur Road, Trichy – 620 017.	Aram Hospital, No.21, 4 th Cross Street, Ramalinga Nagar South Extn, Vayalur Road, Trichy – 620 017.	23.12.2021	32	Psychiatric Hospital
154	Mini Mathew @ Macreenamma, No.150, Annai Maria	Parisutha Narkarunai Illam Charitable Trust, No. 150, Annai Maria Colony,	24.02.2021	150	Psychiatric &

	Colony, Veerapuram, (Near T.S.P. Camp), Avadi, Chennai – 600 055.	Veerapuram, (Near T.S.P. Camp), Avadi, Chennai – 600 055.			De-addiction Rehabilitation Centre
155	M. Sivakumar, No. 532, Attur Main Road, Near Kongu Vellaler Mandapam, K.N. Colony, Ammamet, Salem – 636 014.	SSS Yogi Foundation Trust, Alcohol & Drugs Abuse Treatment, Rehabilitation Centre, No. 532, Attur Main Road, Near Kongu Vellaler Mandapam, K.N. Colony, Ammapet, Salem – 636 014.	26.02.2021	14	De-addiction cum Rehabilitation Centre
156	A.Monica, No. 6A, Madhavaram High Road, Grandline Village, Redhills, Chennai – 600 052.	Annai Psychiatric Karunai Illam, No. 6A, Madhavaram High Road, Grandline Village, Redhills, Chennai – 600 052.	26.02.2021	50	Psychiatric & De-addiction Centre
157	A. Joseph Baskaran, No. 3/1, Thanneer Pandal, Sathy Sirumugai Road, Chinnakallipatty, Coimbatore – 641 302.	FFIRE De-Addiction Cum Rehabilitation Centre, No. 3/1, Thanneer Pandal, Sathy Sirumugai Road, Chinnakallipatty, Coimbatore – 641 302.	27.02.2021	15	De-addiction cum Rehabilitation Centre
158	A. Joseph Baskaran, No. 2/175, Lurthupuram, Thandukaran Palayam Post, Avinashi Taluk, Tiruppur District – 641 655.	FFIRE De-Addiction Cum Rehabilitation Centre, No. 2/175, Lurthupuram, Thandukaran Palayam Post, Avinashi Taluk, Tiruppur District – 641 655.	27.02.2021	15	De-addiction cum Rehabilitation Centre
159	Dr. Vikhram Ramasubramanian, No. 11, Subburaman Street, Gandhi Nagar, Madurai – 625 020.	Ahana Hospitals LLP, No. 11, Subburaman Street, Gandhi Nagar, Madurai – 625 020.	02.03.2021	20	Psychiatric Hospital
160	Dr. Vikhram Ramasubramanian, No. 25, Jawahar Street, Gandhi Nagar, Shenoy Nagar, Madurai – 625 020.	Ahana Hospitals LLP, Acute Care Branch, No. 25, Jawahar Street, Gandhi Nagar, Shenoy Nagar, Madurai – 625 020.	02.03.2021	10	Psychiatric Hospital

161	Dr. Vikhram Ramasubramanian, No. 16/2A, Iyyanar Kovil 2 nd Street, Managiri, Madurai – 625 020.	Ahana Hospitals LLP, No. 16/2A, Iyyanar Kovil 2 nd Street, Managiri, Madurai – 625 020.	03.03.2021	20	Psychiatric Hospital
162	Dr. Vikhram Ramasubramanian, No. 16, S.F. Nagar, Bhuvaneshwari Colony, Sakkimangalam, Elamanur Post, Madurai – 625 201.	Ahana Hospitals LLP, No. 16, S.F. Nagar, Bhuvaneshwari Colony, Sakkimangalam, Elamanur Post, Madurai – 625 201.	03.03.2021	30	Psychiatric Hospital
163	Dr. Vikhram Ramasubramanian, No. 611, K.K. Nagar, Madurai – 625 020.	Ahana Hospitals LLP, No. 611, K.K. Nagar, Madurai – 625 020.	03.03.2021	Out Patient Service Only	Psychiatric Hospital
164	Dr. Vikhram Ramasubramanian, No. 7, Subburaman Street, Gandhi Nagar, Madurai – 625 020.	Ahana Hospitals LLP, No. 7, Subburaman Street, Gandhi Nagar, Madurai – 625 020	03.03.2021	12	Psychiatric Hospital
165	Dr. D. Sivalingam, Department of Psychiatry, Government Thoothukudi Medical College Hospital, Thoothukudi	Department of Psychiatry, Government Thoothukudi Medical College Hospital, Thoothukudi	03.03.2021	20	Govt. Medical College Hospital
166	J. Yusuf, No. 78B, English Electrical Nagar, Om Sakthi Nagar Extn, Nemilichery, Chrompet, Chennai – 600 044.	M.S. De-Addiction Cum Rehabilitation Centre, No. 78B, English Electrical Nagar, Om Sakthi Nagar Extn, Nemilichery, Chrompet, Chennai – 600 044	03.03.2021	30	De-addiction cum Rehabilitation Centre
167	SR. P. Anthoni Deva Thilagam, Arockia Nagar, Sarugani, Devakottai Taluk, Sivagangai District – 630 411	The Immaculate Heart of Mary Society of Rehabilitation Home for Mentally Ill Persons, Arockia Nagar, Sarugani, Devakottai Taluk, Sivagangai District – 630 411	03.03.2021	50	Psychiatric Nursing Home
168	J. Selvaraj, No. P20, Guru Street,	Bishop Sargent Anbin Illam For Men,	04.03.2021	43	Psychiatric Nursing Home

	Bishop Sargent Campus, Trivandrum Road, Murugan Kuruchi, Palayamkottai, Tirunelveli – 627 002.	No. 20, Guru Street, Bishop Sargent Campus, Trivandrum Road, Murugan Kuruchi, Palayamkottai, Tirunelveli – 627 002.			
169	J. Selvaraj, No. 20, Guru Street, Bishop Sargent Campus, Trivandrum Road, Murugan Kuruchi, Palayamkottai, Tirunelveli – 627 002.	Bishop Sargent Anbin Illam For Women, No. 20, Guru Street, Bishop Sargent Campus, Trivandrum Road, Murugan Kuruchi, Palayamkottai, Tirunelveli – 627 002.	04.03.2021	50	Psychiatric Nursing Home
170	A.Velayuthan, No. 8, Balaji Nagar, Thondamuthur Road, Vadavalli, Coimbatore – 641 041.	Puthiya Pathai De-Addiction Center, No. 8, Balaji Nagar, Thondamuthur Road, Vadavalli, Coimbatore – 641 041.	05.03.2021	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
171	SR. Usha sahaya Rani. S, Amala Nagar, V. Ammapatti, Kodaneri Post, T. Kallupatti (Via), Madurai District – 625 702.	Amala Home For Mentally Ill And Rehabilitation for Women, Amala Nagar, V. Ammapatti, Kodaneri Post, T. Kallupatti (Via), Madurai District – 625 702.	05.03.2021	30	Psychiatric Nursing Home
172	Manikandan. D No. 12, 12 th Cross, Kumaran Nagar, Vayalur Road, Trichy - 620 017	Jaithra Foundation, No. 12, 12 th Cross, Kumaran Nagar, Vayalur Road, Trichy - 620 017	06.03.2021	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
173	Dr. R. Padmavati, No. 72, New East Coast Road, Mammalapuram – 603 104.	Bhagavan Mahavir Manav Sanmarga Seva Kendra (A Unit of SCARF), No. 72, New East Coast Road, Mammalapuram – 603 104.	06.03.2021	50	Psychiatric Hospital
174	Dr. R. Padmavati, New No. 12, Old No. 2, Bharathi Nagar, Thiruverkadu, Chennai – 600 077.	Bhavishya Bhavan (A Unit of SCARF), New No. 12, Old No. 2, Bharathi Nagar, Thiruverkadu, Chennai – 600 077.	06.03.2021	60	Psychiatric Hospital

175	Dr. R. Padmavati, No. R/7A, 2 nd Floor, Anna Nagar West Extn, North Main Road, Chennai – 600 101.	DR. Sarada Menon Centre for Schizophrenia Care, (A Unit of SCARF), No. R/7A, 2 nd Floor, Anna Nagar West Extn, North Main Road, Chennai – 600 101.	06.03.2021	50	Psychiatric Hospital
176	R. Karthick, No. 234, Rajeswari Nagar, 6 th Street, Thaiyur, Kelambakkam, Chennai – 603 103.	Sai Puthiya Kudumbam De- Addiction Cum Rehabilitation Trust, No. 234, Rajeswari Nagar, 6 th Street, Thaiyur, Kelambakkam, Chennai – 603 103.	09.03.2021	25	Psychiatric Nursing Home & De-addiction Cum Rehabilitation Centre
177	Dr. I. Meenakshi, Department of Psychiatry, Thanjavur Medical College Hospital, Thanjavur – 613 004.	Department of Psychiatry, Thanjavur Medical College Hospital, Thanjavur.	10.03.2021	30	Govt. Medical College Hospital
178	Dr. G. Ramanujam, Department of Psychiatry, Tirunelveli Medical College Hospital, Tirunelveli – 11.	Department of Psychiatry, Tirunelveli Medical College Hospital, Tirunelveli - 11	10.03.2021	30	Govt. Medical College Hospital
179	T. Leela, No. 14, K.V.R. Building, Ramamoorthy Nagar, Old Karur Bye Pass Road, Chathiram Bus Stand, Trichy – 620 002.	Kharunya Drug Awareness Counselling And Rescuing Centre, No. 14, K.V.R. Building, Ramamoorthy Nagar, Old Karur Bye Pass Road, Chathiram Bus Stand, Trichy – 620 002.	12.03.2021	10	De-addiction cum Rehabilitation Centre
180	Fr. I. Antony John Kennedy, Koodal Nagar, Madurai – 625 018.	Halcyon Home De-Addiction Centre Madurai, Koodal Nagar, Madurai – 625 018.	12.03.2021	10	De-addiction cum Rehabilitation Centre
181	J. Selvaraj, No. 20, Guru Street, Bishop Sargent Centre, Trivandrum Road, Murugankurichi, Palayamkottai,	Bishop Sargent New Life Centre Tirunelveli, No. 20, Guru Street, Bishop Sargent Centre, Trivandrum Road, Murugankurichi, Palayamkottai,	12.03.2021	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre

	Tirunelveli – 627 002.	Tirunelveli – 627 002.			
182	Dr. P. Balu, No. 6AB, 7, 7A, 8, Swaranambika Layout, Ramnagar, Coimbatore – 641 009.	Krishna Nursing Home, No. 6AB, 7, 7A, 8, Swaranambika Layout, Ramnagar, Coimbatore – 641 009.	12.03.2021	35	Psychiatric Nursing Home
183	G. Krishnamurthy No. 25, East Agraharam, Kudavasal, Thiruvarur District – 612 601.	Sakthi De-Addiction Centre, No. 25, East Agraharam, Kudavasal, Thiruvarur District – 612 601.	16.03.2021	10	De-addiction cum Rehabilitation Centre
184	S. Masilamani No. 1-17A, Gopalapuram, Aruppukottai – 626 112.	Siva Sundara Foundation, A Centre for De-Addiction Cum Rehabilitation, No. 1-17A, Gopalapuram, Aruppukottai – 626 112.	16.03.2021	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
185	S. Arivudai Nambi No. 2/21, Melur Main Road, Uthangudi, Madurai – 625 107.	Aathmik Institute of Mental Health And Neuro Sciences, No. 2/21, Melur Main Road, Uthangudi, Madurai – 625 107	19.03.2021	50	Psychiatric Nursing Home
186	Dr. K. Selvaraj, Nehru Street, Avinashi Road, Peelamedu, Coimbatore - 641004	Vazhikatti Mental Health Centre & Research Institute, Nehru Street, Avinashi Road, Peelamedu, Coimbatore - 641004	19.03.2021	29	Psychiatric & De- addiction Centre
187	S.R. Madhavan, No. 19/103, Vinayagar Kovil 2 nd Cross Street, Raj Bai Nagar, Goverthanagiri, Avadi, Chennai – 600 071.	New Way Foundation De- Addiction Cum Rehabilitation Centre, No. 19/103, Vinayagar Kovil 2 nd Cross Street, Raj Bai Nagar, Goverthanagiri, Avadi, Chennai – 600 071.	19.03.2021	30	Psychiatric & De- addiction Centre
188	K.Ravindar, D.No: 553, Udavayal, Keeranur Post, Kulathur Taluk, Pudukkottai – 622 502	Ookamadhu Kaividael, De- Addiction Treatment Rehabilitation Centre, D.No: 553, Udavayal, Keeranur Post, Kulathur Taluk, Pudukkottai – 622 502	30.03.2021	10	De-addiction cum Rehabilitation Centre

189	K.P. Gautam Srinivas, Department of Psychiatry, Chikkarayapuram, Near Mangadu, Chennai – 600 069.	Department of Psychiatry, Sri Muthukumar Medical College Hospital And Research Institute Chennai, Department of Psychiatry, Chikkarayapuram, Near Mangadu, Chennai – 600 069	30.03.2021	30	Private Medical College / Hospital
190	C. Regina, No.627, Thomas Street, Aorun Ullasa Nagar, Pulliline Village, Redhills, Chennai - 52	New Born Foundation, No.627, Thomas Street, Aorun Ullasa Nagar, Pulliline Village, Redhills, Chennai – 52	31.03.2021	45	Psychiatric Nursing Home
191	V. Kalyanakumar, No.4/236, Ariyampalayam Nadu Street, Ariyanur, veerapandi, Salem – 636 008.	Life Recovery Foundation, Psychiatric & De-Addiction Centre, No.4/236, Ariyampalayam Nadu Street, Ariyanur, veerapandi, Salem – 636 008.	31.03.2021	12	Psychiatric & De-addiction cum Rehabilitation Centre
192	K.K. Siva Shanmugam, KME Unnamalai Street, Sakthi Nagar, Kondasamudram Panchayat, Pichnoor, Gudiyattam – 632 602.	New Life House De-Addiction Cum Rehabilitation Centre, KME Unnamalai Street, Sakthi Nagar, Kondasamudram Panchayat, Pichnoor, Gudiyattam – 632 602.	01.04.2021	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
193	Dr. G. Shefali Singh, No.80, Bypass Road, Madurai – 625 010.	Rathina Mental Health Centre, No.80, Bypass Road, Madurai – 625 010.	09.04.2021	20	Psychiatric & De-addiction Centre
194	B. Ramesh, No.18, Bharathi Nagar, Kottakuppam, Villupuram, Tamil Nadu.	Mother Care Foundation, No.18, Bharathi Nagar, Kottakuppam, Villupuram, Tamil Nadu.	09.04.2021	30	Psychiatric & De-addiction Centre
195	B. Ayyappan, No.2/74 A,B,C,D, Block, Thidiyoor Road, Tharuvai Palai Taluk, Tirunelveli	Bala Saranya Rehabilitation Centre, No.2/74 A,B,C,D, Block, Thidiyoor Road, Tharuvai Palai Taluk, Tirunelveli	09.04.2021	180	De-addiction cum Rehabilitation Centre
196	AnbuKumar.S, No.5/314F, Vellakkal, Opp KSR College (ASS School Backside), Thokkavadi,	Living Sober Foundation, No.5/314F, Vellakkal, Opp KSR College (ASS School Backside), Thokkavadi, Tiruchengode,	15.04.2021	30	De-addiction cum Rehabilitation Centre

	Tiruchengode, Namakkal – 637 215.	Namakkal – 637 215.			
197	Raj Kumari.R, Government Mental Health Hospital Cum Rehabilitation Centre, Erwadi Dharga, Ramnad – 623 566	Mi Home Erwadi – Home For Persons with Mental Illness, Government Mental Health Hospital Cum Rehabilitation Centre, Erwadi Dharga, Ramnad – 623 566	15.04.2021	50	Psychiatric Hospital
198	Dr. N.D. Ravi Kumar No.5, Srinivasa Garden, Anaikkattuchery Village, Amudhurmedu, Pattabiram, Chennai – 600 072	Ree Life Foundation II De-Addiction Cum Rehabilitation Center, No.5, Srinivasa Garden, Anaikkattuchery Village, Amudhurmedu, Pattabiram, Chennai – 600 072	15.04.2021	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
199	Raja.C Unnamalai Nagar, Venkikal, Puthur, Tiruvannamalai-606 054.	Tiruvannamalai Recovery De-Addiction & Rehab Home, Unnamalai Nagar, Venkikal, Puthur, Tiruvannamalai-606 054.	15.04.2021	30	De-addiction cum Rehabilitation Centre
200	Dr. R. Sathianathan, No.1, Ramachandra Nagar, Porur, Chennai – 600 116.	Sri Ramachandra Hospital, No.1, Ramachandra Nagar, Porur, Chennai – 600 116.	16.04.2021	45	Psychiatric Hospital
201	R. Panneer Selvam, D.No.7-3-112, AIBEA ‘B’ Colony, Near Karpagam Matric School, Dindigul Main Road, Paravai, Madurai – 625 402	Hope Research Foundation, (Hope Alcohol / Drug and Psychiatric Treatment Centre), D.No.7-3-112, AIBEA ‘B’ Colony, Near Karpagam Matric School, Dindigul Main Road, Paravai, Madurai – 625 402	16.04.2021	75	Psychiatric & De-addiction Centre
202	Raj Kumari. R No.1, Ayathampatti Village, Near Alagar Kovil, Melur Taluk, Madurai – 625 106.	Bothi Rehabilitation Centre For The Mentally Ill, No.1, Ayathampatti Village, Near Alagar Kovil, Melur Taluk, Madurai – 625 106	16.04.2021	100	Psychiatric Hospital
203	Sathish Kumar.A No: 4, Dhanalakshmi Nagar, Alinjivakkam, Vadakarai, Redhills,	Vaanavil De-Addiction Cum Rehabilitation Centre, No: 4, Dhanalakshmi Nagar, Alinjivakkam, Vadakarai,	19.04.2021	30	De-addiction cum Rehabilitation Centre

	Chennai – 600 052.	Redhills, Chennai – 600 052.			
204	Dr. R. S. Praveen Kumar, No.391, Bangalore Trunk Road, Varadharajapuram, Nazarethpet, Poonamallee, Chennai – 600 123.	Department of Psychiatry, Panimalar Medical College Hospital & Research Institute, No.391, Bangalore Trunk Road, Varadharajapuram, Nazarethpet, Poonamallee, Chennai – 600 123.	20.04.2021	08	Private Medical College / Hospital
205	Dr. A. Niranjana Devi, EVR Road, Puthar, Bharthi Nagar, Tiruchirappalli – 620 017.	Department of Psychiatry, Mahatma Gandhi Memorial Govt. Hospital, Trichy, EVR Road, Puthar, Bharthi Nagar, Tiruchirappalli – 620 017.	20.04.2021	40	Govt. Medical College / Hospital
206	N. Raja, No.65, Kuppa Goundan Palayam, Green Park School Bus Stop, Goundachipalayam Post, V.Vellode (Via), Kanagapuram, Erode – 638 112.	We Care Foundation, Psychiatric & De-Addiction Centre, No.65, Kuppa Goundan Palayam, Green Park School Bus Stop, Goundachipalayam Post, V.Vellode (Via), Kanagapuram, Erode – 638 112.	20.04.2021	20	Psychiatric & De-addiction Centre
207	T. Mokkesh, No.79, 8 th Street, Jakkappan Nagar, Krishnagiri – 635 001.	Sri Siva Kavidhalaya Charitable Trust, De-Addiction / Psychiatric Treatment Centre, No.79, 8 th Street, Jakkappan Nagar, Krishnagiri - 635 001	27.04.2021	10	Psychiatric & De-addiction Centre
208	D.A. Masilla Mani, Ongur Village, Kuppayanallur, Uthiramerur, Kancheepuram – 603 406.	Jesuit Ministry To Alcohol And Drug Dependents, Ongur Village, Kuppayanallur, Uthiramerur, Kancheepuram- 603 406	27.04.2021	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
209	R. Maria Alesthar Reno, No.5/B, Madurai Road, Nehruji Nagar, St.Francis Xavier School Opp, Begambur Post, Dindigul – 624 002.	Real Hospital & Foundation For De-Addiction Cum – Rehab Centre, No.5/B, Madurai Road, Nehruji Nagar, St.Francis Xavier School Opp, Begambur Post, Dindigul – 624 002.	27.04.2021	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre

210	S. Narmatha, No.6, Chozhambedu Main Road, Chozhapuram, Ambattur, Chennai – 600 053.	Sri Foundation De-Addiction Cum Rehabilitation Centre, No.6, Chozhambedu Main Road, Chozhapuram, Ambattur, Chennai – 600 053.	29.04.2021	40	De-addiction cum Rehabilitation Centre
211	Dr. K. Veeramuthu, Arani Road, Opposite Staff Quarters, Adukkamparai, Vellore – 632 011	Department of Psychiatry, Govt. Vellore Medical College Hospital, Vellore, Arani Road, Opposite Staff Quarters, Adukkamparai, Vellore – 632 011	29.04.2021	10	Govt. Medical College Hospital
212	Dr. N. S. Kumar, GMC Campus, Kulantha Goundanoor, Gandhigramam, Karur – 639004.	Department of Psychiatry, Govt. Karur Medical College Hospital, Karur, GMC Campus, Kulantha Goundanoor, Gandhigramam, Karur – 639004.	29.04.2021	30	Govt. Medical College Hospital
213	P. Ilayaraja, No.3/625, Periyapalayam, Uthukuli Main Road, Tirupur – 641 607.	R.M. Foundation, De-Addiction Cum Rehabilitation Centre, No.3/625, Periyapalayam, Uthukuli Main Road, Tirupur – 641 607.	03.05.2021	30	De-addiction cum Rehabilitation Centre
214	Dr. R. Arul Kannan, No.7-46B, Naduvoorkarai Road, Mondaikadu, Kanyakumari – 629 252	Athencottasan Muthamizh Kazhagam, De-Addiction Centre, No.7-46B, Naduvoorkarai Road, Mondaikadu, Kanyakumari – 629 252	07.05.2021	15	De-addiction cum Rehabilitation Centre
215	R. Karthikeyan, No. 4/44A, Plot No.10&11, Bharathiyar Nagar, 10 th Street, Nagamalai Pudukottai, Madurai – 626 019.	Vigilance Foundation, No. 4/44A, Plot No.10&11, Bharathiyar Nagar, 10 th Street, Nagamalai Pudukottai, Madurai – 626 019.	04.06.2021	21	Psychiatric & De-addiction Centre
216	A.M. Francis Jayapathy, Carmel Higher Secondary School Campus, Nagercoil, KanyaKumari -629 004.	Jesuit Ministry To Alcohol And Drug Dependents, Carmel Higher Secondary School Campus, Nagercoil, KanyaKumari-629 004.	24.06.2021	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre

217	B.R. J. Level Joseph, Mekkalur, Kilpennathur Taluk, Thiruvannamalai District – 604 601.	St. Amalarakkini MI Home For Women (CURE), Mekkalur, Kilpennathur Taluk, Thiruvannamalai District – 604 601	30.06.2021	50	Psychiatric Nursing Home
218	FR. N. John Benhar, No.17/370, Near Block Office, Tholayavattam, Kanyakumari – 629 157.	Puthuvasantham Addiction Treatment Ministry, No.17/370, Near Block Office, Tholayavattam, Kanyakumari – 629 157.	05.07.2021	24	De-addiction cum Rehabilitation Centre
219	R. Suresh Kumar, No.46, Vasantham Nagar, Karuppur Village, Maruthanallur, Kumbakonam – 612 402.	Vidivelli Public Charitable Trust De-Addiction Cum Rehabilitation Centre, No.46, Vasantham Nagar, Karuppur Village, Maruthanallur, Kumbakonam – 612 402.	06.07.2021	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
220	M.S. Iyengaran, No: 3/90, Manthikulam, New Natham Road, Karavanur Post, Madurai – 625 014.	Iyengaran Faith Care Centre Private Limited (OPC), Rehabilitation Centre For Drug Addicts And Alcoholics, No: 3/90, Manthikulam, New Natham Road, Karavanur Post, Madurai – 625 014.	13.07.2021	100	Psychiatric & De- addiction Centre
221	David. D Plot No: 57, Vishnu Nagar Anex, Madhavaram Redhills Road, Grantline, Chennai – 600 052.	Aalam Trust De-Addiction Cum Rehabilitation Center, Plot No: 57, Vishnu Nagar Anex, Madhavaram Redhills Road, Grantline, Chennai – 600 052.	13.07.2021	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
222	K.Emmanuvel, No: 9, Padasalai Street, Mel Ayanambakkam, Chennai – 600 095.	Blessan De-Addiction Centre, No:9, Padasalai Street, Mel Ayanambakkam, Chennai – 600 095	13.07.2021	25	De-addiction cum Rehabilitation Centre
223	M. Kiran, No: 96, Toyota Showroom Backside, Opp.VIT, Rajavalli Nagar, Katpadi Taluk, Vellore District – 632 007.	New Life Care De-Addiction Rehabilitation Trust, No:96, Toyota Showroom Backside, Opp.VIT, Rajavalli Nagar, Katpadi Taluk, Vellore District – 632 007	13.07.2021	25	De-addiction cum Rehabilitation Centre

224	Sivaraman.S, SRM Nagar, Irungalur, Trichy – 621 105.	Department of Psychiatry, Trichy SRM Medical College Hospital And Research Centre, SRM Nagar, Irungalur, Trichy – 621 105.	15.07.2021	30	Private Medical College / Hospital
225	T. Saravanan, No: 112, AVM Complex, 1 st Floor, Surveyor Colony, Alagarkovil Main Road, Madurai – 625 007.	3 Neurotic – Addiction Psychosis Hospice, No: 112, AVM Complex, 1 st Floor, Surveyor Colony, Alagarkovil Main Road, Madurai – 625 007.	20.07.2021	40	Psychiatric Hospital
226	SR. Vineetha (Superior), No: 303, Middle Street, J.J. Colony, Vadaputhupatty, Annanji Post, Theni - 625 531.	Anbu Illam, Franciscan Charitable Trust, Rehabilitation Centre, No: 303, Middle Street, J.J. Colony, Vadaputhupatty, Annanji Post, Theni - 625 531.	23.07.2021	75	De-addiction cum Rehabilitation Centre
227	K. Vijayakumar, No: 2/226, Janapachatram Koot Road, Periyapalayam Road, Alinjivakkam Post, Chennai - 600 067.	A Best Care Foundation De- Addiction Cum Rehabilitation Centre, No: 2/226, Janapachatram Koot Road, Periyapalayam Road, Alinjivakkam Post, Chennai - 600 067.	02.08.2021	17	De-Addiction cum Rehabilitation centre
228	Gnanasekaran. D No: 238, 239, Golden Royal City, Sikkanam Patty Village, Omalur, Salem – 636 309.	Omalur Hope Life Foundation De-Addiction & Rehabilitation Centre, No: 238, 239, Golden Royal City, Sikkanam Patty Village, Omalur, Salem – 636 309.	02.08.2021	20	De-Addiction cum Rehabilitation centre
229	Dhandapani.V, Plot No: 28, Kuruvi Karan Salai, 1st Cross Street, Sathamangalam, Anna Nagar, Madurai - 625 020.	Ananda Priya Hospital, Plot No: 28, Kuruvi Karan Salai, 1st Cross Street, Sathamangalam, Anna Nagar, Madurai - 625 020.	02.08.2021	14	Psychiatric Hospital
230	S. Jeeva Kumar, No.16, Lalitha Nagar, 1 st Main Road, Madambakkam, Guduvancherry – 603 202.	Peace Life Care Centre De- Addiction Cum Rehabilitation Centre, No.16, Lalitha Nagar, 1 st Main Road, Madambakkam, Guduvancherry – 603 202.	03.08.2021	30	De-Addiction cum Rehabilitation centre

231	D. Daniel Luke, No: 1, Paruthi Kottai Village, Vadanallur Post, Uthiramerur Taluk, Kanchipuram District – 603 406	Delfina Seva Memorial Foundation Trust, De-Addiction Cum Rehabilitation Centre For Addicts, No: 1, Paruthi Kottai Village, Vadanallur Post, Uthiramerur Taluk, Kanchipuram District – 603 406.	03.08.2021	20	De-Addiction cum Rehabilitation centre
232	M. Ravi Varman, No: 73, 74, Siddha Garden, Moratandi Village, Pattanur, Villupuram District -605 101.	Dream Residential Psychiatric Reehab Facility, No: 73,74, Siddha Garden, Moratandi Village, Pattanur, Villupuram District -605 101.	04.08.2021	25	De-Addiction cum Rehabilitation centre
233	Dr. G.S. Chandreleka, Saveetha Nagar, Thandalam, Kancheepuram District - 602 105	Department of Psychiatry, Saveetha Medical College And Hospital, Saveetha Nagar, Thandalam, Kancheepuram District - 602 105.	07.08.2021	40	Private Medical College / Hospital
234	B. Meena Ravi, No: 338, Vilapakkam Main Road, Vilapakkam Village, Karikalavakkam Post, Thiruvallur District - 602 021.	Kokilam Balakrishnan Old Age Home And Mental Health Care, No: 338, Vilapakkam Main Road, Vilapakkam Village, Karikalavakkam Post Thiruvallur District - 602 021.	07.08.2021	25	Psychiatric Nursing Home
235	Dr. Venkatesh Kumar D.No: 116,116A, Elachipalayam Road, Behind Kovai Public School, Karumathampatti Village, Sulur Taluk, Coimbatore – 641 659	Ahal Neuro Psychiatry And De- Addiction Hospital, D.No: 116,116A, Elachipalayam Road, Behind Kovai Public School, Karumathampatti Village, Sulur Taluk, Coimbatore – 641 659	12.08.2021	25	Psychiatric & De- Addiction Centre
236	Selvakumar Parthiban.R No: 1/497, Kathir Arts College Road, Neelambur, Coimbatore – 641 062	Saaraal Psychiatric And De- Addiction Centre, No: 1/497, Kathir Arts College Road, Neelambur, Coimbatore – 641 062	17.08.2021	60	Psychiatric & De- Addiction Centre

237	R. Rajan No:1/170, Anna Main Road, Kolapakkam, Chennai – 600 128	East Eden Foundation, No:1/170, Anna Main Road, Kolapakkam, Chennai – 600 128	19.08.2021	30	Psychiatric Nursing Home
238	V. Sivaselvan No: 1-2A, Ponnkaala Towers, Vadugapatti, Madurai – Dindigul Highway, Vadipatti Taluk, Madurai – 625 221	Akrura Hospital Psychiatric & De-Addiction Hospital, No: 1-2A, Ponnkaala Towers, Vadugapatti, Madurai – Dindigul Highway, Vadipatti Taluk, Madurai – 625 221	24.08.2021	35	Psychiatric Hospital
239	Mohanraj. M No: 6/150, Main Road, Ramasamy Doss Park Opposite, Inammaniyachi, Kovilpatti, Thoothukkudi – 628 502.	New Happy Life Foundation De-Addiction Cum, Rehabilitation Centre, No: 6/150, Main Road, Ramasamy Doss Park Opposite, Inammaniyachi, Kovilpatti, Thoothukkudi – 628 502.	25.08.2021	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre
240	Dr. Siva Ilango. T G.S.T. Road, Chinna Kolambakkam, Palayanoor Post, Madhuranthagam Taluk, Chengalpattu District – 603 308	Department of Psychiatry, Karpaga Vinayaga Institute of Medical Sciences & Research Centre, G.S.T. Road, Chinna Kolambakkam, Palayanoor Post, Madhuranthagam Taluk, Chengalpattu District – 603 308	25.08.2021	30	Private Medical College / Hospital
241	C. Selvaraj Bovas, No. 1, Erikarai Road, Melathur – Nallur Junction, Somangalam Village, Kanchipuram – 602 109	Little Drops Unit – 2, No. 1, Erikarai Road, Melathur – Nallur Junction, Somangalam Village, Kanchipuram – 602 109	25.08.2021	80	Psychiatric & De-addiction Centre
242	Gokulakrishnan. C No: 6/11- A, Pillaiyar Koil Street, Shozhiapalayam, Orakkadu Road, Sholavaram, Chennai – 600 067.	Aadharikkum Annai Care Centre De-Addiction Cum Rehabilitation Centre, No: 6/11- A, Pillaiyar Koil Street, Shozhiapalayam, Orakkadu Road, Sholavaram, Chennai – 600 067.	26.08.2021	12	De-Addiction Cum Rehabilitation Centre

243	Joy Rosalin. G No: 367/3B, Senguttai Kadu, Canara Bank Branch Back Side, Chandrasegarapuram Post, Rasipuram Taluk, Namakkal District – 637 408.	Anaikkum Karangal Mental Illness Rehabilitation Centre for Women, No: 367/3B, Senguttai Kadu, Canara Bank Branch Back Side, Chandrasegarapuram Post, Rasipuram Taluk, Namakkal District – 637 408.	31.08.2021	30	De-addiction cum Rehabilitation Centre
244	R. Raj kumar No. 7, Works Road, Chrompet, Chennai – 600 044.	Department of Psychiatry, Sree Balaji Medical College & Hospital No. 7, Works Road, Chrompet, Chennai – 600 044	06.09.2021	30	Private Medical College/Hospital
245	Dr. Kailash Suresh Kumar Rajiv Gandhi Salai, Kelambakkam, Chengalpattu – 603 103.	Department of Psychiatry, Chettinad Hospital And Research Institute Rajiv Gandhi Salai, Kelambakkam, Chengalpattu – 603 103.	08.09.2021	30	Private Medical College
246	Dr. Jeshoor Kumar Plot: 84 to 87, No: 3/157 & 3/158, Four Way City, Reddiarpatti, Tirunelveli - 627 007	Hebron De-Addiction Cum Rehabilitation Centre Plot: 84 to 87, No: 3/157 & 3/158, Four Way City, Reddiarpatti, Tirunelveli - 627 007.	08.09.2021	40	De-addiction Cum Rehabilitation Centre
247	Praveena. M No: 39/559, 5 th Main Road, RTO Office Road, Phase-II, Ethiraj School Opp, Sathuvachari, Vellore – 632 009.	Mithran De-Addiction Cum Rehabilitation Center No: 39/559, 5 th Main Road, RTO Office Road, Phase-II, Ethiraj School Opp, Sathuvachari, Vellore – 632 009.	08.09.2021	25	De-addiction Cum Rehabilitation Centre
248	K. Dhanasekaran No: 58, Annai Indra Nagar, Vyasarpadi, Chennai – 600 039.	N.M. Foundation, De-Addiction Cum Rehabilitation Center No: 58, Annai Indra Nagar, Vyasarpadi, Chennai – 600 039.	09.09.2021	25	De-addiction Cum Rehabilitation Centre
249	S. Prem Kumar No. 250, Redhills Road, Kalikuppam, Ambathur, Chennai – 600 053.	Mercy Foundation De-addiction Rehabilitation + Mental Health Care No. 250, Redhills Road, Kalikuppam, Ambathur, Chennai – 600 053.	18.09.2021	20	De-addiction Cum Rehabilitation Centre + Mental Health Care

250	Senthil Kumar. S No. 25, Sri Ganapathy Nagar, Pollikalipalayam Bus Stop, Peruntholuvu Road, Muthanampalayam, Tirupur – 641 606.	Akam Psychiatric Rehabilitation Centre No. 25, Sri Ganapathy Nagar, Pollikalipalayam Bus Stop, Peruntholuvu Road, Muthanampalayam, Tirupur – 641 606.	22.09.2021	30	Psychiatric & De- addiction Centre
251	M.N. Arvind Mohanraj No. 500/3, 4, 5 Kannapiran Mill Road, Sowripalayam, Coimbatore – 641 028.	Abhasa Wellness Retreat No. 500/3, 4, 5 Kannapiran Mill Road, Sowripalayam, Coimbatore – 641 028.	27.09.2021	30	De-addiction Cum Rehabilitation Centre
252	Prem Chandran Shree Vijayalakshmi Nagar, Ramanujapuram, Kovilankulam Village, Aruppukottai, Virudhunagar District – 626 101.	Annai Illam Shree Vijayalakshmi Nagar, Ramanujapuram, Kovilankulam Village, Aruppukottai, Virudhunagar District – 626 101.	27.09.2021	48	De-addiction Cum Rehabilitation Centre
253	Bhanu Suresh Babu No. 5, Manickam Nagar, 3 rd Main Road, Nuthancherry, Madambakam, Chennai – 600 126.	Concern No. 5, Manickam Nagar, 3 rd Main Road, Nuthancherry, Madambakam, Chennai – 600 126.	27.09.2021	20	Psychiatric & De- addiction Centre
254	Dr. V. Mugilarasi Government Head Quarters Hospital, Mohanur – Namakkal Road, Thillaipuram, Namakkal – 637 001.	District Mental Health Programme, Government Head Quarters Hospital – Namakkal Government Head Quarters Hospital, Mohanur – Namakkal Road, Thillaipuram, Namakkal – 637 001.	29.09.2021	10	Dist. Mental Health Programme
255	Dr. G. Raghuthaman Peelamedu, Coimbatore – 641 004.	Department of Psychiatry, PSG Institute of Medical Sciences & Research – Coimbatore Peelamedu, Coimbatore – 641 004.	28.09.2021	53	Private Medical College/Hospital
256	L. Easwaran No. 135, Agraharam Street, Perundurai, Erode – 638 052.	LG Foundation No. 135, Agraharam Street, Perundurai, Erode – 638 052.	01.10.2021	20	De-addiction Cum Rehabilitation Centre
257	S. Raj Kumar No. 3, Molandipatty, Mattukaranur Post, Omalur Taluk, Salem – 636 011.	Salem Sober Home No. 3, Molandipatty, Mattukaranur Post, Omalur Taluk,	01.10.2021	40	De-addiction Cum Rehabilitation Centre

		Salem – 636 011.			
258	Rosamma K.K Assisi Nagar, Kothalampallam, Palkulam Post, Thadikkarakonam (via), Kanyakumari District – 629 851.	Assisi Rehabilitation Centre for Mentally Ill Women Assisi Nagar, Kothalampallam, Palkulam Post, Thadikkarakonam (via), Kanyakumari District – 629 851.	04.10.2021	60	Rehabilitation Centre for Mentally Ill Women
259	S. Ravindran No. 150-G, Deputy Collector Colony, K.K. Nagar, Madurai – 625 020.	Madurai Vel Foundation No. 150-G, Deputy Collector Colony, K.K. Nagar, Madurai – 625 020.	04.10.2021	30	De-addiction Cum Rehabilitation Centre Psychiatric & De- addiction Centre
260	K. Ramakrishnan Plot No: 556, 4 th Cross Street, K.K. Nagar West, Madurai – 625 020.	Gratitude Hospital Psychological & Psychiatric/De-Addiction Center Plot No: 556, 4 th Cross Street, K.K. Nagar West, Madurai – 625 020.	05.10.2021	20	De-addiction Cum Rehabilitation Centre Psychiatric & De- addiction Centre
261	E.R. Sivakumar D. No: 852/3, Bannari Amman Nagar, Karattupalayam Pirivu, Old Imayam School Opp, Kavundappadi Road, Chithode, Erode – 638 102.	Sakthi De-Addiction Cum Rehabilitation Center D. No: 852/3, Bannari Amman Nagar, Karattupalayam Pirivu, Old Imayam School Opp, Kavundappadi Road, Chithode, Erode – 638 102.	12.10.2021	25	De-addiction Cum Rehabilitation Centre
262	Dr. Karthik Duraisamy No. 22, Kuttralam Main Road, Nannagaram, Melagaram Town, Tenkasi – 627 811.	Bodhi Mind Hospital No. 22, Kuttralam Main Road, Nannagaram, Melagaram Town, Tenkasi – 627 811.	20.10.2021	20	Psychiatric Nursing Home
263	V. Sathish Kumar No. 20, 1 st & 2 nd floor, Shastri Nagar Main Road, Adambakkam, Chennai – 600 088.	INSIGHT REHABS DE- ADDICTION CUM REHABILITATION No. 20, 1 st & 2 nd floor, Shastri Nagar Main Road, Adambakkam, Chennai – 600 088.	20.10.2021	30	De-addiction Cum Rehabilitation Centre

264	Dr. Thila Rajagopalan Yeshwanth No. 3, 3 A/16, Plot No. 16, Kanniappan Salai, Ranganathan Nagar, Porur, Chennai – 600 116.	HOME FOR CHANGE No. 3, 3 A/16, Plot No. 16, Kanniappan Salai, Ranganathan Nagar, Porur, Chennai – 600 116.	27.10.2021	40	Psychiatric Nursing Home/De-addiction cum Rehabilitation Centre/Psychiatric & De-addiction Centre
265	V. Sampath T.S. No: 72/1B2, Collector Office Road, Chennai – Bangalore National Highway – 48, Vellore – 632 004.	NARUVI HOSPITALS, A UNIT OF M/S SANCO FOUNDATION T.S. No: 72/1B2, Collector Office Road, Chennai – Bangalore National Highway – 48, Vellore – 632 004	29.10.2021	03	Psychiatric Hospital
266	N. Vanitha Rengaraj 221/2A1, Singarampalayam, Kinathukadavu Taluk, Coimbatore – 642 109.	SHARANALAYAM JOTHI 221/2A1, Singarampalayam, Kinathukadavu Taluk, Coimbatore – 642 109.	12.11.2021	15	Psychiatric Rehabilitation Centre
267	Dr. S. Vijaya Rengan No. 41, Andal Street, Tuticorin – 628 002.	RENGASAMY NURSING HOME No. 41, Andal Street, Tuticorin – 628 002.	16.11.2021	22	Private Hospital/Nursing Home with Psychiatric Facility
268	B. Vinoth Kumar No: 32 E/1, Vettavalam Road, Thiruvannamalai – 606 601.	IDHAYAM HOSPITAL No: 32 E/1, Vettavalam Road, Thiruvannamalai – 606 601.	17.11.2021	10	Private Hospital/Nursing Home with Psychiatric Facility
269	A. Senthil No: 332/5, Nehru Nagar West, Kalapatti Main Road, Sitra, Coimbatore – 641 014.	MAATRAM DE-ADDICTION AND REHABILITATION CENTRE No: 332/5, Nehru Nagar West, Kalapatti Main Road, Sitra, Coimbatore – 641 014.	19.11.2021	25	De-addiction Cum Rehabilitation Centre
270	V. Karthigeyan K.S.S Nagar, Kelambakkam, Chengalpattu district – 603 103.	BRIGHT LIFE FOUNDATION AND CHARITABLE TRUST K.S.S Nagar, Kelambakkam, Chengalpattu district – 603 103.	22.11.2021	35	Psychiatric Nursing Home/Psychiatric & De-addiction Centre

271	S. Krishnan 1/179, Kallar Street, Kumaravayalur, Srirangam Taluk, Tiruchirapalli – 620 102.	SHRI VRUDHASHRAM 1/179, Kallar Street, Kumaravayalur, Srirangam Taluk, Tiruchirapalli – 620 102.	22.11.2021	20	De-addiction cum Rehabilitation Centre (Old age home & Disability Rehabilitation Centre)
272	A. Jeyan 7-A, Chettiapalayam Road, Podanur (PO), Coimbatore – 641 023.	S.M. CLINIC 7-A, Chettiapalayam Road, Podanur (PO), Coimbatore – 641 023.	22.11.2021	05	Psychiatric Hospital
273	The Secretary Fr. B. John Selvaraj 49 K, Bharathiar Salai, Post Box No. 12, Tiruchirappalli – 620 001.	TIRUCHIRAPPALLI MULTI PURPOSE SOCIAL SERVICE SOCIETY (TMSSS) 49 K, Bharathiar Salai, Post Box No. 12, Tiruchirappalli – 620 001.	25.11.2021	17	De-addiction Cum Rehabilitation Centre
274	Dr. Vandana Gopikumar 6 th Main Road, Mogappair Eri Scheme, Mogappair West, Chennai – 600 037.	THE BANYAN 6 th Main Road, Mogappair Eri Scheme, Mogappair West, Chennai – 600 037.	25.11.2021	150	Psychiatric Hospital
275	G. MANI 1/92, East Street, Periyavetakkudi, T.V. Puthur (PO), Virudhachalam, Cuddalore District	GOD MERCY HOSPITAL AND FOUNDATION DE-ADDICTION CENTRE CUM REHABILITATION CENTRE 1/92, East Street, Periyavetakkudi, T.V. Puthur (PO), Virudhachalam, Cuddalore District	02.12.2021	25	De-addiction cum Rehabilitation Centre
276	DR. Vandana Gopikumar No: 5/244, Pillaiyar Kovil Street, Kovalam Village, Chengalpet District – 603 112.	THE BANYAN HEALTH CENTRE No: 5/244, Pillaiyar Kovil Street, Kovalam Village, Chengalpet District – 603 112.	02.12.2021	12	Psychiatric Hospital
277	DR. Vandana Gopikumar No: 45, Sannathi Street, Thiruvidadanthai, Near Kovalam Village, Chengalpet District – 603 112.	THE BANYAN CLUSTERED GROUP HOME No: 45, Sannathi Street, Thiruvidadanthai, Near Kovalam Village, Chengalpet District – 603 112.	02.12.2021	60	Psychiatric Hospital

278	DR. VENKATESH RAMACHANDRAN No: 49/2, Harrington Road, Chetpet, Chennai – 600 031.	PSYMED HOSPITAL PVT. LTD No: 49/2, Harrington Road, Chetpet, Chennai – 600 031.	02.12.2021	27	Psychiatric Hospital
279	D. KOTTESWARA RAO No: 705, Periyapalayam – Aarani Main Road, Near Sai Baba Temple, Rallapadi Village, Thiruvallur District – 601 102.	AADHARAVU HOME (MEN) No: 705, Periyapalayam – Aarani Main Road, Near Sai Baba Temple, Rallapadi Village, Thiruvallur District – 601 102.	08.12.2021	75	De-addiction cum Rehabilitation Centre Psychiatric Rehabilitation Centre
280	A. JEEVA No: 705, Periyapalayam – Aarani Main Road, Near Sai Baba Temple, Rallapadi Village, Thiruvallur District – 601 102.	AADHARAVU HOME (WOMEN) No: 705, Periyapalayam – Aarani Main Road, Near Sai Baba Temple, Rallapadi Village, Thiruvallur District – 601 102.	08.12.2021	50	De-addiction cum Rehabilitation Centre Psychiatric Rehabilitation Centre
281	I. RITA IYYAPPAN No: 56, Nallur Village, Kadapakkam Post, Cheyyur Taluk, Chengalpattu District – 603 304.	LITTLE HEARTS REHABILITATION CENTRE FOR THE PERSONS WITH MENTAL ILLNESS No: 56, Nallur Village, Kadapakkam Post, Cheyyur Taluk, Chengalpattu District – 603 304.	13.12.2021	125	Psychiatric Nursing Home