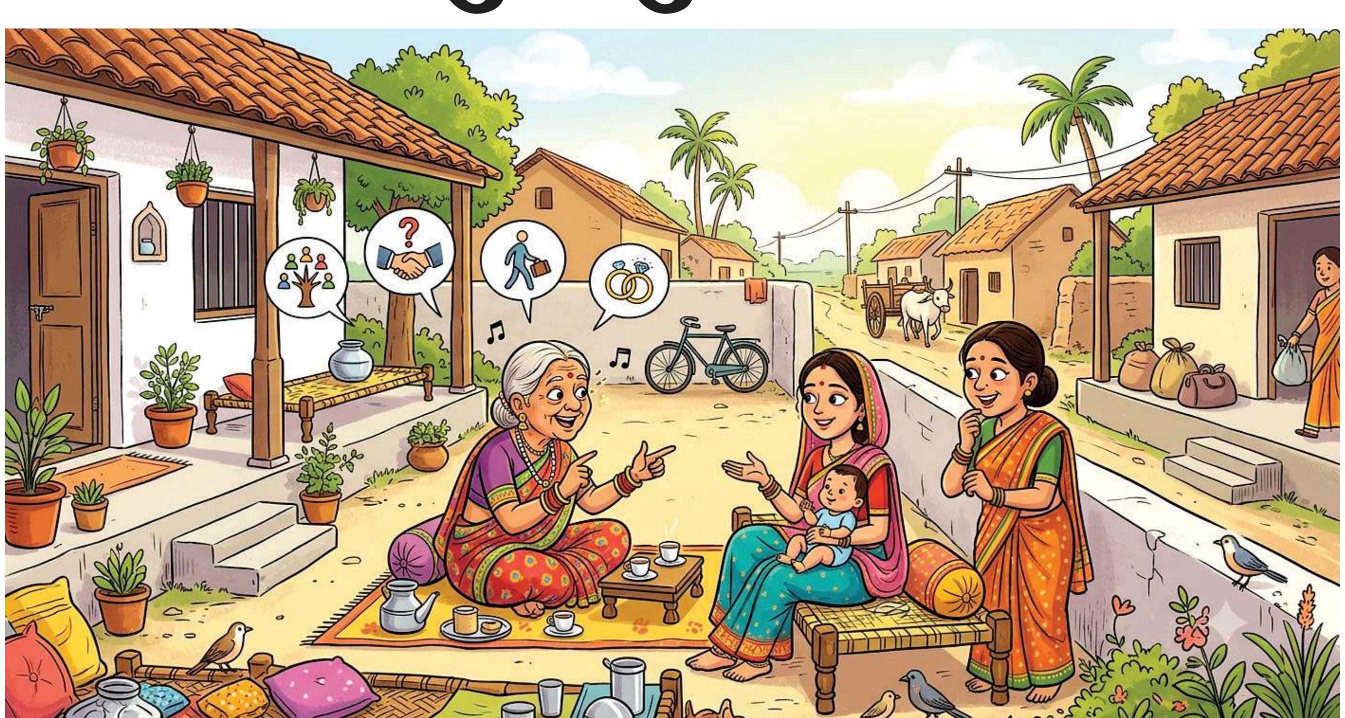
તમારી આજુબાજુમાં કોણ રહે છે?

અબીલ ગુલાલ

જયવંત પંડ્યા



સામાન્યતઃ સૌરાષ્ટ્રમાં કોઈ નવા લોકો પડોશમાં રહેવા આવે એટલે એની આખી કુંડળી મીઠી રીતે કાઢી લેવામાં આવે અને આ કામ સ્ત્રીઓનું. “તમારું શું નામ?” “તમે ક્યાંના?” “પરિવારમાં કેટલા લોકો?” “મારા ભાઈ શું કરે છે?” “હું તો મારા ભાઈને બહુ ઘરે જોતી નથી. બહારગામ નોકરી કરે છે?” “તમારી બેબી માટે હવે તમે જોવાનું શરૂ કર્યું હશે, નહીં?” આમ પૂછી-પૂછીને બધી માહિતી કઢાવી લેવામાં આવે.

જે લોકો સૌરાષ્ટ્રના જ હોય તેમને આ વાતની નવાઈ પણ ન લાગે. તેઓ આ બધા પ્રશ્નોના બને ત્યાં સુધી સાચા ઉત્તર આપે પણ ખરા અને સામા પક્ષે પણ આવી ‘પંચાત’ કરી લે. સૌરાષ્ટ્ર જેવું જ ઉત્તર ભારતનાં ગામડાંમાં ખરું. પરંતુ જેને પહેલાનાં સમયમાં ‘ગુજરાત’ કહેવાતું તે સૌરાષ્ટ્ર સિવાયના ગુજરાતમાં આવું નથી. એમાંય મેટ્રૉ કલ્ચર વધ્યા પછી તો બિલકુલ નહીં. પડોશમાં કોણ રહે છે, શું કરે છે, ક્યારે આવે છે-જાય છે, તેના ઘરે કોણ આવે છે તેની જાણ હોય જ નહીં. કારણ કે ભાગ્યે જ વાતચીત થાય અને વાતચીતમાં આવી પૂછપરછ કરવામાં આવે તો મોઢું તોડી લેવાનો ભય (એટલે કે વક્રોક્તિ સાંભળવાનો ભય) ખરો.આવામાં અમદાવાદ, સુરત, વડોદરા, મુંબઈ જેવાં મહાનગરોમાં આપણી બાજુમાં કોણ રહે છે તે આપણને ખબર નથી હોતી. પરંતુ શું ઘણી વાર ગામડામાં પણ ખબર હોય છે ખરી કે તેમની બાજુમાં કોણ રહે છે? તો ઉત્તર છે ના. એવા બે વ્યક્તિની વાત કરવી છે જેઓ પડોશી તરીકે રહ્યા હશે પરંતુ તેમનો સાચો પરિચય ગામમાં કોઈને નહોતો.

પહેલી વાત છત્તીસગઢના બલૌદાબાજાર જિલ્લાના ખાર્વે ગામની છે. આ ગામમાં ફેબ્રુઆરીથી મે ૨૦૨૬ના ચાર મહિનામાં એક પછી એક આઠ જણા મરી ગયા. લોકોને એમ કે તેમના નસીબ ફૂટલા છે અથવા બીમાર છે તેથી મરી ગયા હશે. પહેલું મૃત્યુ થયું, બીજું થયું આમ કરતાં આઠમું થયું એટલે ગામના લોકોને શંકા ગઈ. તેમણે પોલીસ ફરિયાદ કરી. તેમણે સ્થાનિક રહેવાસી રામસહાય જયસ્વાલ પર શંકા વ્યક્ત કરી. આ ફરિયાદના લીધે પોલીસે વિગતવાર તપાસ કરવી પડી.

અજય દેવગનની ‘દશ્યમ્’ને આંટી મારે તેવી આ કથામાં એવું બહાર આવ્યું કે રામસહાય જયસ્વાલે પહેલાં શ્વાન પર ઝેરનો પ્રયોગ કર્યો હતો. તેમાં સફળ થયો તે પછી તે પીડિતોને દારૂ પીવડાવતો. તેમાં આ ઝેર નાખી દેતો.

આઠ લોકોને મારી નાખવાનું કારણ?

કોઈની સાથે જૂનો વિવાદ હતો. કોઈની સાથે જમીનનો ઝઘડો હતો. કોઈની સાથે દેવા (ઋણ)નો પ્રશ્ન હતો. કોઈની સાથે જીભાજોડી થઈ હોય તો પણ આ ભાઈ એને ‘ટપકાવી દેતો’. કોઈના પર તેને શંકા હોય કે તે તેની પત્ની પર કુદૃષ્ટિ ધરાવે છે. તો કોઈ વાર તેને શંકા થતી કે તેણે તેના પર (રામસહાય પર) કાળો જાદુ કર્યો છે. ટૂંકમાં, કારણ અલગ-અલગ. એટલે તેને સાઈકૉ કિલર ન કહી શકાય.

આ આખા કિસ્સામાં, લોકોને પહેલાં રામસહાય પર શંકા જ નહોતી પડી. તેનું કારણ એ હતું કે ગામમાં રામસહાયની છાપ સારા અને સહાય માટે સદા તત્પર માણસની હતી. તેમાંય પીડિતને પોતે જ દારૂ પીવડાવે અને પછી તેનું સ્વાસ્થ્ય કથળે એટલે હૉસ્પિટલ પણ તે જ પહોંચાડે. તેની અંતિમ ક્રિયામાં પણ તેના પરિવારજનો પડખે ઊભો રહે. ટૂંકમાં, સારા પડોશીની છાપ તેની હતી. હવે તમે જ કહો, તેના પર કોણ શંકા કરે?

આવા એક બીજા પડોશીની કથા તમિલનાડુના સોક્કાલિંગપુરમ્ન ગામના ૬૧ વર્ષના એક ભાઈની છે. તેમનું નામ મુતુ માસ્ટર. તેઓ ચેન્નાઈમાં રસોઈયા તરીકે કામ કરતા હતા. બીડીઓ ફૂંકે. તેમના શર્ટની બાંયો ઊંચી કરો તો તેમના હાથ પર અનેક સ્ત્રીઓનાં નામ છુંદાયેલાં છે! આ સ્ત્રીઓ મુતુ માસ્ટર પર મોહી પડી હતી. તે સ્ત્રીઓ ચેન્નાઈમાં તેમની સાથે કામ કરતી હતી. તે સ્ત્રીઓના હાથ પર પણ મુતુ માસ્ટરનું નામ છુંદાયેલું હતું. એક છોકરી તો બરાબર પાછળ પડી ગઈ. કહે કે પરણું તો તમને જ પરણું. મુતુ માસ્ટરે કહ્યું, “મારા ગામમાં મારા દૂરના સગાની છોકરી સાથે મારું પરણવાનું નિશ્ચિત છે.” છોકરીને વાત ગળે ઉતરી ગઈ.

૨૦૨૨માં આ ભાઈએ તેમની ઓળખ છતી કરી કે તેઓ તો સ્ત્રી છે! તો આ મહિલા કેમ પુરુષ તરીકે કેમ રહેતી હતી? ના. અત્યારે ઘણાને એમ જ શોખ ઉપડ્યો છે અથવા મનમાં ઠસી ગયું હોય કે પોતે જે છે તે નથી, તેથી જેન્ડર ચેન્જ કરાવે છે, તેવો આ કિસ્સો નથી. આ મહિલામાં એવી કોઈ ખોટી વાત ભરાયેલી નહોતી. મુતુ માસ્ટર તરીકે લગભગ ૩૭ વર્ષ રહેલી મહિલાનું મૂળ નામ પેત્ચિયમ્મલ છે. લગ્નના પંદર જ દિવસમાં તેઓ વિધવા થઈ ગયાં. પરંતુ તેમના પતિ થકી તેઓ ગર્ભવતી થયાં. તેમણે એક છોકરીને જન્મ આપ્યો. તેમની વય હશે વીસ વર્ષ.

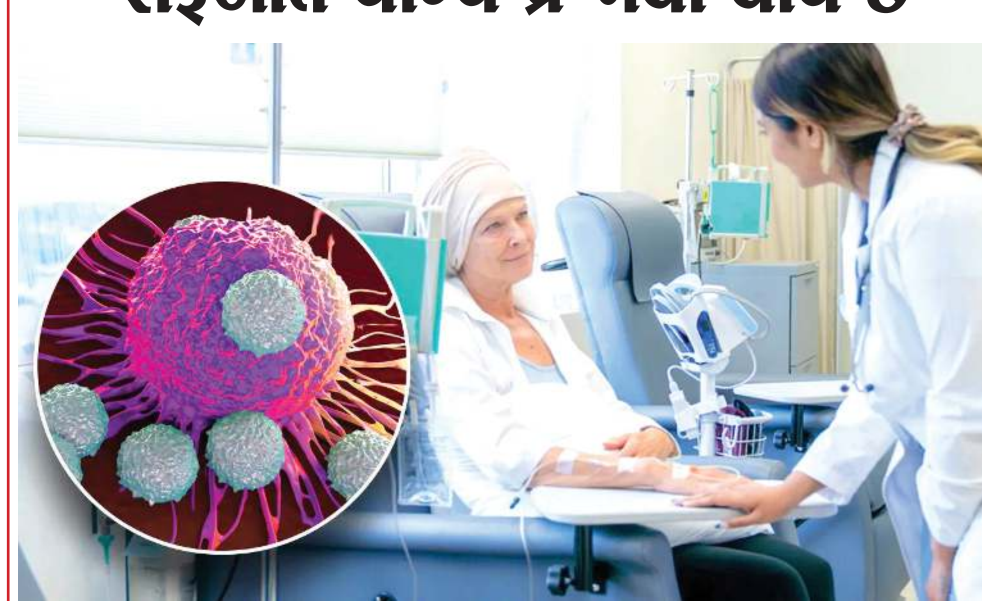
તેને કોઈ શોખ નહોતો પુરુષ તરીકે જીવવાનો. પરંતુ ઘર ચલાવવા ટુટિકોરિનની કોલસાની ફેક્ટરીમાં પેત્ચીમ્મલ કામ કરવા લાગી. એક રાત્રે એક ટ્રક ડ્રાઈવરે તેને પરાણે ટ્રકમાં ખેંચી જવાનો પ્રયાસ કર્યો જેમાં તે સફળ ન ગયો. તે પછી પેત્ચીમ્મલે પોતાના મહિલા રૂપને વિદાય આપી દીધી. તેણે બીજા દિવસે શર્ટ અને ધોતી લીધાં અને બની ગઈ મુતુ માસ્ટર. (રાજ કપૂરની ‘મેરા નામ જૉકર’નો મીનુ માસ્ટર યાદ છે ને?)

તેણે માથું મુંડાવી નાખ્યું. તે નિયમિત રીતે તિરુચેન્દુર મંદિરમાં જતી, પરંતુ ગર્ભગૃહમાં ક્યારેય ન જતી કારણકે ત્યાં પ્રથા મુજબ પુરુષોએ ગર્ભગૃહમાં જવા ઉપરનું પહેરણ કાઢવું ફરજિયાત છે. ટુટિકૉરિનમાં ઘણો સમય તેણે રસોઈયા તરીકે કામ કર્યું. તે પછી ત્રણ વર્ષ ચેન્નાઈમાં તે રહી અને પછી કટ્ટુનૈક્કનપટ્ટી નામના ગામમાં તે તેની દીકરી સાથે રહેવા ગઈ. તેની દીકરી સાત વર્ષની થઈ ત્યારે જ તેને ખબર પડી કે તે જેને પિતા (અપ્પા) ગણે છે તે મુતુ માસ્ટર જ તેની ‘અમ્મા’ છે. તે પહેલાં તે એમ માનતી હતી કે તેની માસી તેની માતા છે. પરંતુ દીકરીએ જાહેરમાં તેની માતાને મુતુ માસ્ટર જ કહ્યા રાખ્યું. તેની ઓળખ છતી ન કરી.

ગામડાઓના લોકો માત્ર પડોશમાં રહેતા હોય તેની નહીં, ગામડાના પ્રત્યેકની આખી કુંડળી જાણતા હોય, જ્યારે મહાનગરોમાં તો પડોશી અંગે પણ કંઇ ખબર હોતી નથી!

મુતુ માસ્ટર કહે છે કે બીડી તેની રક્ષક છે. એક વાર ગામડામાં મોડી રાત્રે ૧૧.૩૦ વાગે (ગામડાંના લોકો માટે તો આ મોડી રાત જ કહેવાય) તે જતી હતી ત્યારે એક દારૂડિયો તેની નજીક આવી ગયો હતો. તે કંઈ અટકચાળું કરે તે પહેલાં મુતુએ બીડી સળગાવી. દારૂડિયાએ આ જોયું અને કહ્યું, મને પણ બાકસ (મેચ બૉક્સ) આપ ને. મુતુને માસિકના દિવસોમાં બહુ ધ્યાન રાખવું પડતું. તે કામ કરતી એટલે તે પણ છોડી ન શકે નહીં તો લોકોને શંકા પડી જાય. આથી તે ઔષધિઓ લઈ કામ ચલાવતી. મુતુની ઓળખ જો તેણે વૃદ્ધોને પેન્શન માટે યાચિકા ન કરી હોત તો કદાચ કોઈને ખબર ન પડી હોત. જોકે મુતુ માસ્ટરની પાસે તે સ્ત્રી છે તેવું પૂરવાર કરવા કોઈ પુરાવા નથી. એટલે પેન્શન તો તેને મુતુ માસ્ટર તરીકે જ મળશે.

કેન્સરની સારવારમાં યોગ્ય સારવારની શરૂઆત યોગ્ય પ્રશ્નથી થાય છે



કેન્સરથી મોટી જિંદગી

ડૉ. કૌશલ પટેલ

મેડિકલ ઓન્કોલોજીસ્ટ જ્યારે કોઇ દર્દી અથવા તેના પરિવારજનોને પહેલીવાર કેન્સર હોવાનું જાણવા મળે છે, ત્યારે મનમાં એકસાથે અનેક પ્રશ્નો ઊભા થાય છે - હવે શું કરવું? સારવાર કયાં કરાવવી? કેટલી તાત્કાલિકતા કે ગંભીરતા છે? કેન્સર સાજું થઇ શકે? અને ભારતમાં, ઘણી વખત આ સાથે એક વધુ પ્રશ્ન તરત જોડાઇ જાય છે - સરકારી યોજનામાં સારવાર થઇ જશે?

કેશલેસ મળશે? કઈ દવા કે કઈ સારવાર પેકેજમાં આવે છે? આ પ્રશ્ન સ્વાભાવિક છે. કેન્સરની સારવાર ખર્ચાળ હોઈ શકે છે. ઘણા પરિવારો મદાટે સરકારી યોજના, ઇન્શ્યોરન્સ, ટ્રસ્ટ સહાય અથવા પેકેજ આધારિત સારવાર એ જ એવી વ્યવસ્થા હોય છે જેના કારણે સારવાર શરૂ કરી શકાય. એક મેડિકલ ઓન્કોલોજીસ્ટ હું આ વાસ્તવિકતા રોજ જોઉં છું અને તેની ગંભીરતા સારી રીતે સમજુ છું.

પરંતુ મારી દ્રષ્ટિએ એક એવો પ્રશ્ન છે જે બધાથી પહેલા પૂછવો જોઇએ અને કદાચ કેન્સરની સારવારમાં સૌથી મહત્વનો પ્રશ્ન એ છે :

''ડૉકટર, મારા કેન્સર માટે મેડિકલ રીતે યોગ્ય સારવારના વિકલ્પો કયા છે? અને એમાં મારા માટે શ્રેષ્ઠ વિકલ્પ કયો છે?'' આ સવાલ સામાન્ય લાગે, પરંતુ હકીકતમાં દર્દીના સમગ્ર કેન્સર-પ્રવાસને બદલવાની ક્ષમતા ધરાવે છે.

આ મુદ્દો વર્ષોથી ખૂબ જ મહત્વનો છે. વિશ્વપ્રસિદ્ધ ઓન્કોલોજીસ્ટ ડૉ. વિન્સેન્ટ ડીવિટાએ પણ પોતાના લેખન દ્વારા આ જ મુદ્દા પર ભાર મૂક્યો છે. ડૉ. વિન્સેન્ટ ડીવિટા આધુનિક ઓન્કોલોજીના અગ્રણી નામોમાંથી એક છે - તેઓ અમેરિકાની નેશનલ કેન્સર ઇન્સ્ટિટ્યુટ (NCI) ના ભૂતપૂર્વ ડિરેક્ટર રહી ચૂકયા છે અને લિમ્ફોમા જેવી બિમારીઓમાં કયુરેટીવ કોમ્બિનેશન કીમોથેરાપીના પ્રણેતાઓમાંના એક છે. તેમણે પોતાના લેખમાં લખ્યું હતું કે તેમને જીવલેણ પ્રોસ્ટેટ કેન્સરનું નિદાન થયું હતું અને તેઓ જીવિત રહ્યા, કારણ કે તેમણે એવી સર્જરી કરાવી જે તેમના પ્રકારના રોગમાં પ્રચલિત ''સ્ટાન્ડર્ડ ઓફ કેર'' - એટલે કે હોર્મોન થેરાપીથી અલગ હતી. તેમની વાતનો મૂળ અર્થ એ હતો કે ઘણી વખત દર્દી માત્ર કેન્સરથી જ નહીં, પરંતુ સિસ્ટમ, જુની માન્યતાઓ, બ્યુરોક્રેસી અને કઠોર સારવાર-માર્ગોથી પણ નુકસાન ભોગવે છે. ભારતની પરિસ્થિતિ અમેરિકાથી જુદી છે. અહીં પડકારો અલગ છે, ખર્ચનું દબાણ અલગ છે અને સરકારી યોજનાઓની ભૂમિકા પણ અત્યંત મહત્વપૂર્ણ છે. છતાં ડૉ. ડીવિટાના અનુભવમાંથી આપણે એક મોટો પાઠ લઇ શકીએ છીએ: કેન્સર સારવાર અંગેની ચર્ચા ''યોજનામાં શું મળશે?'' એથી નહીં, પરંતુ ''મારા કેન્સર માટે મેડિકલ રીતે શ્રેષ્ઠ શું છે?'' ત્યાંથી શરૂ થવી જોઈએ.

કેન્સરની સારવાર હવે માત્ર એક જ રસ્તે ચાલતી સારવાર નથી :

આધુનિક ઓન્કોલોજી બહુ આગળ વધી ચૂકી છે. આજે ઘણા કેન્સરમાં એક જ ‘સ્ટાન્ડર્ડ’ સારવાર બધાને લાગુ પડે એવું નથી. બે દર્દીઓને ફેફસાંનું કેન્સર હોઇ શકે, પરંતુ એક માટે સર્જરી શ્રેષ્ઠ હોય, બીજા માટે ટાર્ગેટેડ થેરાપી રામબાણ સાબિત થાય, અને ત્રીજા દર્દીમાં ઇમ્યુનોથેરાપીનો મહત્વનો ભાગ હોઇ શકે. બે દર્દીઓને સ્તનનું કેન્સર હોઇ શકે, પરંતુ એકને સર્જરી પછી હોર્મોનલ થેરાપીથી ઉત્તમ પરિણામ મળે, જ્યારે બીજામાં કીમોથેરાપી, HER2 - ટાર્ગેટેડ સારવાર અથવા ઇમ્યુનોથેરાપી જરૂરી બને. એટલે જ મારા ક્લિનિકમાં હું એક વાત ખાસ કરીને સ્પષ્ટ કરું છું - એફોર્ડેબિલીટી વિશે ચર્ચા જરૂર કરીશું, પરંતુ પહેલાં એ સમજવું જરૂરી છે કે મેડિકલ રીતે યોગ્ય વિકલ્પો કયા છે?

કેન્સર કયા પ્રકારનું છે? કયા સ્ટેજમાં છે? તેનું બાયોલોજીકલ સ્વરૂપ કેવું છે? શું આ કયુરેબલ સ્ટેજ છે કે લાંબા સમય સુધી કંટ્રોલમાં રાખી શકાય તેવો રોગ છે? સર્જરીનો ભાગ છે? રેડિએશન જરૂરી છે? કીમોથેરાપીનો ફાયદો છે?

હોર્મોનલ થેરાપી, ટાર્ગેટેડ થેરાપી અથવા ઇમ્યુનોથેરાપીમાંથી કઇ વસ્તુ યોગ્ય છે? પસંદગીના કેસમાં CAR-T જેવી સારવારનો ભાગ છે? શું મ્યુટેશન ટેસ્ટીંગ અથવા NGS જેવી અદ્યતન તપાસોની જરૂર છે? આ વધારાના' પ્રશ્નો નથી. આજના સમયમાં આ મૂળભૂત પ્રશ્નો છે.

હવે માત્ર બાયોપ્સી અને સ્કેનથી જ બધું નક્કી થતું નથી :

થોડા વર્ષો પહેલાં કેન્સરની સારવાર નક્કી કરવા માટે મુખ્યત્વે બાયોપ્સી રિપોર્ટ અને CT/PET જેવા સ્કેન પૂરતા માનવામાં આવતા. આજે ઘણાં કેન્સરમાં એ પૂરતું નથી. હવે માત્ર ‘કયો કેન્સર છે?'' એટલું જાણવું પૂરતું નથી, હવે ‘આ કેન્સર અંદરથી કેવી રીતે વર્તે છે?’ એ પણ સમજવું જરૂરી છે. અહીં મોલેક્યુલર ડાયગ્નોસ્ટિકસ અને પ્રિસિઝન ઓન્કોલોજીનું મહત્વ શરૂ થાય છે. આજે ઘણા દર્દીઓમાં નીચેની તપાસો સારવારની દિશા બદલી શકે છે.

રિસેપ્ટર ટેસ્ટીંગ, બાયોમાર્કર ટેસ્ટીંગ, મ્યુટેશન એનાલિસીસ, FISH, PCR, ફ્લો સાઇટોમેટ્રી, MSI/MMR, PD-L1 જેવા માર્કર્સ અને પસંદગીના દર્દીઓમાં NGS (Next Generation Sequencing) પેનલ. કારણ કે આજે ઘણીવાર કેન્સરની સારવાર તે શરીરના કયા ભાગમાં થયું છે એથી જેટલી નક્કી થતી નથી, એટલી તેની અંદરની જિનેટીક અને મોલેકયુલર રચના પરથી નક્કી થાય છે. ફેફસાંના કેન્સરમાં EGFR, ALK, ROS1, BRAF, MET, RET જેવા મ્યુટેશન હોય તો દર્દીને એવી ટાર્ગેટેડ દવાઓ મળી શકે છે જે સામાન્ય કીમોથેરાપી કરતાં વધુ અસરકારક સાબિત થાય. સ્તનના કેન્સરમાં ER/PR અને HER2 સ્ટેટસ સારવારનો આધારસ્તંભ છે. કોલોરેકટલ કેન્સરમાં RAS, BRAF, MSI જેવી માહિતી ખૂબ ઉપયોગી બને છે. બ્લડ કેન્સરમાં મોલેકયુલર અને સાયટોજિનેટીક માહિતી ઘણીવાર પ્રોગ્નોસિસથી લઇને ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સુધીના નિર્ણયો બદલી નાખે છે. NGS જેવી તપાસો કેટલીક પરિસ્થિતિઓમાં બતાવી શકે છે કે દર્દીને કઈ દવા ખાસ અસરકારક થઈ શકે, કઈ દવા કામ નહીં કરે, અથવા કઇ નવી સારવારનો રસ્તો ખૂલ્લો પડી શકે છે. કયારેક તે દર્દીને અનાવશ્યક અને ખર્ચાળ સારવારથી બચાવે છે. કયારેક તે સામાન્ય લાગતા કેન્સરમાંથી એવી ખાસ બાયોલોજી બહાર લાવે છે જે આખી સારવારની દિશા બદલી નાખે. અર્થાત્ આજની કેન્સર-સારવાર માત્ર ''રોગ શોધી કાઢવા'' પૂરતી નથી, રોગને ઊંડાણથી સમજવો એટલો જ જરૂરી છે. મારા અનુભવ મુજબ ઘણી વખત સૌથી મોટું નુકસાન સારવારમાં નહીં, પરંતુ સારવાર શરૂ થાય તે પહેલાંની ચર્ચામાં થાય છે. ઘણા દર્દીઓ સુધી સંપૂર્ણ માહિતી જ પહોંચતી નથી. પરિવારને સીધું કહેવામાં આવે છે કે '' આ સારવાર ઉપલબ્ધ છે'' અથવા ''આ યોજના હેઠળ આ મળશે'' પરંતુ કદાચ તેમને કયારેય જણાવવામાં આવતું નથી કે શું આ કેન્સરમાં ટાર્ગેટેડ થેરાપીનો ભાગ છે?

શું ઈમ્યુનોથેરાપી ઉપયોગી બની શકે?

શું સર્જરી શ્રેષ્ઠ વિકલ્પ હોઇ શકે?

શું મ્યુટેશન ટેસ્ટીંગ કે ફ્ગલ થી સારવાર બદલાઇ શકે?

શું સસ્તી જનરિક \ બાયોસિમિલર દવાઓથી વધુ સારી સારવાર શક્ય બની શકે? હું ફરીથી સ્પષ્ટ કરું - હું સરકારી યોજનાઓ અથવા પેકેજ આધારિત સારવારનો વિરોધ કરતો નથી. એ ઘણી વખત જીવનદાતા સાબિત થાય છે. પરંતુ એક દર્દી કયારેય એવી સમજ સાથે ક્લિનિકમાંથી બહાર ન નીકળવો જોઈએ.

કે ''યોજનામાં જે મળે છે, એ જ મારા કેન્સર માટે ઉપલબ્ધ સમગ્ર સારવાર છે.''

આ બંને વસ્તુઓ એક જેવી હોવી જરૂરી નથી.

કયારેક દર્દી પાસે એવું કેન્સર હોઇ શકે જેમાં ટાર્ગેટેડ થેરાપીથી નોંધપાત્ર ફાયદો થાય, પરંતુ મ્યુટેશન ટેસ્ટ જ ન કરાવાય. કયારેક ઈમ્યુનોથેરાપીથી ફાયદો થઇ શકે, પરંતુ દર્દીને એની જાણ જ ન થાય. કયારેક દર્દી શ્રેષ્ઠ સર્જીકલ વિકલ્પ માટે યોગ્ય હોય, પરંતુ ચર્ચા ત્યાં સુધી જ ન પહોંચે. કયારેક થોડા પ્રયાસ, ટ્રસ્ટ, લોન, પેશન્ટ આસિસ્ટન્ટ પ્રોગ્રામ, બાયોસિમિલર અથવા જનરિક વિકલ્પો દ્વારા વધુ સારી શકય બને - પણ દર્દીને એ ‘શ્રેષ્ઠ વિકલ્પ’ વિશે પહેલેથી જ સમજ આપવામાં આવી ન હોવાથી એ દિશામાં વિચાર જ થતો નથી. મારી ચિંતા અહીં છે. દરેક દર્દી દરેક સારવાર એફોર્ડ કરી શકે એવું નથી - આ વાસ્તવિકતા છે. પરંતુ દર્દીને ઉપલબ્ધ તમામ યોગ્ય વિકલ્પોની જાણ જ ન થાય, એ મોટી khami છે.

મારા મતે દરેક કેન્સર-દર્દીને ઓછામાં ઓછી નીચેની બાબતો સ્પષ્ટ રીતે સમજાવવી જોઈએ : મને કયો કેન્સર છે- ચોકકસ રીતે? અંતિમ સારવાર નકકી કરતાં પહેલા કઈ વધારાની તપાસો જરૂરી છે? મારા માટે મેડિકલ રીતે શ્રેષ્ઠ સારવાર કઇ છે? જો એ સારવાર આર્થિક રીતે મુશ્કેલ હોય, તો પછીનો શ્રેષ્ઠ વિકલ્પ કયો? શું વધુ સારી સારવારને શકય બનાવવાના રસ્તા છે - જનરિક, બાયોસિમિલર, ટ્રસ્ટ, સહાય યોજના, સેકન્ડ ઓપિનિયન? આ ચર્ચા દર્દીને દબાણમાં મૂકવા માટે નથી. આ ચર્ચા દર્દીને સાચી માહિતીના આધારે નિર્ણય લેવાની તક આપવા માટે છે. નવી સારવાર એટલે હંમેશા શ્રેષ્ઠ સારવાર- આવું નથી.

આ પણ યાદ રાખવું જરૂરી છે કે ''મોર્ડન'' સારવારનો અર્થ હંમેશા મોંઘી દવા જ નથી. આજની ઓન્કોલોજીનો સાર એ નથી કે દરેક દર્દીને ઇમ્યુનોથેરાપી કે ટાર્ગેટેડ થેરાપી જ આપવી. સાચો મુદ્દો એ છે કે કયા દર્દીને કઇ સારવાર યોગ્ય છે. ઘણા કેન્સરમાં સર્જરી આજે પણ સૌથી અસરકારક અને કયુરેટીવ સારવાર છે. ઘણી જગ્યાએ રેડિએશન મુખ્ય ભૂમિકા ભજવે છે. કીમોથેરાપી હજુ પણ અનેક કેન્સરમાં જીવનદાતા છે. હોર્મોનલ થેરાપીનો પ્રભાવ ઘણા સ્તન અને પ્રોસ્ટેટ કેન્સરમાં અતિ મહત્વનો છે. ટાર્ગેટેડ થેરાપીએ કેટલીક બિમારીઓમાં આખી રમત બદલી નાખી છે. ઇમ્યુનોથેરાપીએ કેટલાક દર્દીઓમાં લાંબા ગાળાના ઉત્તમ પરિણામો આપ્યા છે. CAR-T જેવી સેલ્યુલર થેરાપી ચોકકસ... બ્લડ કેન્સરમાં નવી દિશા બતાવે છે. પરંતુ પ્રશ્ન ''નવી દવા કઈ?'' નો નથી, પ્રશ્ન ''મારા કેન્સર માટે યોગ્ય સારવાર કઈ?'' નો છે.

સરકારી યોજનાઓ જરૂરી છે- પરંતુ ચર્ચાની મર્યાદા ન બનવી જોઈએ : સરકારી યોજનાઓ અને જાહેર આરોગ્ય આધારિત સારવાર વ્યવસ્થા વગર ભારતમાં કેન્સરની સારવારની કલ્પના પણ કરી શકાય નહીં. આ વ્યવસ્થાઓએ લાખો પરિવારોને સારવાર સુધી પહોંચાડયા છે. આ માટે આપણે આભારી હોવા જોઈએ. પણ મેડિકલ વિજ્ઞાન ઝડપથી બદલાય છે. નવી દવાઓ આવે છે, નવી તપાસો આવે છે, નવા ઇન્ડિકેશન્સ આવે છે અને ઘણી વખત સારવારની વ્યાખ્યા જ બદલાઇ જાય છે. આ બધું દરેક યોજના અથવા પેકેજમાં એકસરખી ઝડપે સામેલ થાય એવું હંમેશા શકય નથી. એટલે દર્દીએ આ પ્રશ્નો પૂછવા જ જોઈએઃ મારા કેન્સર માટે ઉપલબ્ધ તમામ સારવારના વિકલ્પો કયા છે? શું સર્જરીનો ભાગ છે? શું ટાર્ગેટેડ થેરાપી અથવા ઇમ્યુનોથેરાપીનો ભાગ છે? શું NGS અથવા મ્યુટેશન ટેસ્ટીંગથી સારવાર બદલાઇ શકે? યોજનામાં મળતી સારવાર અને મેડિકલ રીતે શ્રેષ્ઠ સારવાર વચ્ચે કેટલો તફાવત છે? વધુ સારી સારવાર માટે કોઇ સસ્તો વિકલ્પ, જનરિક, બાયોસિમિલર કે સહાય ઉપલબ્ધ છે? ઘણા પરિવારોને લાગે છે કે વધુ પ્રશ્ન પૂછવાથી સારવારમાં મોડું થશે અથવા ડૉકટર નારાજ થશે. હું તો એનાથી ઉલટું માનું છું. જાણકાર દર્દી ''મુશ્કેલ'' દર્દી નથી. જાણકાર દર્દી વધુ સુરક્ષિત દર્દી છે.

આખરે હું દરેક દર્દી અને પરિવારને એક જ વાત કહેવા માગીશ : ફકત એટલું જ ન પૂછો કે ''મને કઈ સારવાર મળી શકે?'' એ પણ પૂછો કે ''ડૉકટર, મારા કેન્સર માટે સંપૂર્ણ સારવાર-નકશો શું છે - યોગ્ય તપાસોથી લઇને સર્જરી, રેડિએશન, કીમોથેરાપી, હોર્મોનલ થેરાપી, ટાર્ગેટેડ થેરાપી અને ઈમ્યુનોથેરાપી સુધી.'' કારણ કે ઘણી વખત કેન્સરમાં યોગ્ય સારવારની શરૂઆત યોગ્ય પ્રશ્નથી જ થાય છે. ડિસ્કલેમર આ લેખમાં આપવામાં આવેલી માહિતી માત્ર માહિતીના હેતુઓ માટે છે અને તેને તબીબી સલાહ તરીકે ગણવામાં આવવી જોઇએ નહીં. વ્યકિતગત માર્ગદર્શન અને સારવારના વિકલ્પો માટી કૃપા કરીને કવોલીફાઇડ હેલ્થકેર પ્રોફેશનલનો સંપર્ક કરો.

કયારેક થોડા પ્રયાસ, ટ્રસ્ટ, લોન, પેશન્ટ આસિસ્ટન્ટ પ્રોગ્રામ, બાયોસિમિલર અથવા જનરિક વિકલ્પો દ્વારા વધુ સારી શકય બને - પણ દર્દીને એ ‘શ્રેષ્ઠ વિકલ્પ’ વિશે પહેલેથી જ સમજ આપવામાં આવી ન હોવાથી એ દિશામાં વિચાર જ થતો નથી

અનુસંધાન પાના એકનું

બહુશ્રુત

અગ્રણી ટેક્નોલૉજી શક્તિઓએ અપનાવેલા મોડેલથી મૂળભૂત રીતે અલગ છે. UPIને તેના પોતાના સંદર્ભમાં સમજવાની જરૂર છે. તે વિઝા સામે સ્પર્ધા કરતી કંપની નથી. તે જાહેર ડિજિટલ માળખું છેચ એવી વ્યવસ્થા જેના પર ખાનગી કંપનીઓ સ્પર્ધા કરી શકે છે, પરંતુ જેના મૂળભૂત માળખા પર કોઈ એક કંપનીની માલિકી નથી.

એટલા માટે જ હવે વિશ્વના અનેક દેશો ભારતના આ મોડેલમાં ગંભીર રસ દાખવી રહ્યા છે. સૌથી મહત્ત્વનો વિકાસ ત્યારે થયો જ્યારે યુરોપિયન સેન્ટ્રલ બેન્કે પોતાના રિયલ-ટાઈમ પેમેન્ટ પ્લેટફોર્મને UPI સાથે જોડવાની પ્રક્રિયા શરૂ કરવાનો નિર્ણય લીધો. આ માત્ર પ્રવાસીઓની સગવડ માટેની વ્યવસ્થા નથી. યુરોપ પ્રથમ વખત ભારતીય પેમેન્ટ આર્કિટેક્ચરને વૈશ્વિક નાણાકીય માળખાના ભાગ તરીકે જોવાનું શરૂ કરી રહ્યું છે. આ માત્ર પ્રશંસા નથી. આ સ્વીકાર છે.

અને કદાચ અનિવાર્યતા તરફનું પહેલું પગલું પણ. પણ હજી આપણે ત્યાં પહોંચ્યા નથી.

અહીં ઈતિહાસ આપણને એક અગત્યનો પાઠ શીખવે છે. 2022માં જ્યારે રશિયાને SWIFTમાંથી બહાર કરવામાં આવ્યું, ત્યારે તે માત્ર બેન્કિંગનો નિર્ણય નહોતો. તે દુનિયાની નાણાકીય વ્યવસ્થાના માળખામાં રહેલી ભૂરાજકીય શક્તિનું પ્રદર્શન હતું. પાંચ દાયકાથી ઊભી થયેલી નિર્ભરતાએ એક જ નિર્ણયને વૈશ્વિક અસર આપવાની તાકાત આપી.

GPSની વાત પણ કંઈક એવી જ છે. અમેરિકાના સંરક્ષણ વિભાગે વિકસાવેલી આ ટેક્નોલૉજી આજે એવા સ્તરે પહોંચી છે કે અમેરિકાની નીતિઓ સાથે અસહમત દેશો પણ પોતાના પ્રદેશમાં રસ્તો શોધવા અમેરિકાના સેટેલાઈટ્સ પર આધાર રાખે છે.

આ બંને ઉદાહરણો એક જ વાત કહે છે. કોઈ ટેક્નોલૉજી માત્ર સારી હોવાથી અનિવાર્ય બનતી નથી. તે અનિવાર્ય બને છે જ્યારે વર્ષો સુધી તેને આંતરરાષ્ટ્રીય ધોરણો, વેપાર કરારો, સરકારી વ્યવસ્થાઓ અને લોકોના રોજિંદા જીવન સાથે સાંકળી દેવામાં આવે. ટેક્નોલૉજી જેટલું જ આ કામ રાજદ્વારી અને વ્યૂહરચનાનું પણ છે.

ભારતે અત્યાર સુધી ઘણી ઉત્તમ વ્યવસ્થાઓ ઊભી કરી છે. દુનિયાએ તેની નોંધ લીધી છે. તેનો અભ્યાસ પણ કર્યો છે. પણ દુનિયા હજી તેના પર નિર્ભર થઈ નથી. UPIના વધતા વૈશ્વિક સ્વીકારથી પ્રથમ વખત એવું લાગે છે કે ભારત પોતાની ટેક્નોલૉજીને ભૂરાજકીય સાધન તરીકે પણ જોવાનું શરૂ કરી રહ્યું છે. જો આ દિશા સતત આગળ વધે, તો ભારત ડિજિટલ ગ્લોબલ સાઉથ માટે માત્ર બજાર નહીં, પરંતુ મૂળભૂત માળખું પણ બની શકે છે. પરંતુ આખરે સવાલ ફરી ત્યાં જ આવીને ઊભો રહે છે. શું આપણે આપણા જ સપનાઓ પર એટલો વિશ્વાસ રાખી શકીશું કે દુનિયા જેને માત્ર વખાણે નહીં, પરંતુ જેના વિના ચાલે પણ નહીં એવી ટેક્નોલૉજી અહીંથી ઊભી કરી શકીએ? કારણ કે ઈતિહાસ દેશોને તેમની શોધ માટે નહીં, પરંતુ દુનિયા જેને છોડવાની હિંમત ન કરી શકે એવી શોધ માટે યાદ રાખે છે. દુનિયા એવી ટેક્નોલૉજી પર નથી ચાલતી જેને તે માન આપે છે. દુનિયા એવી ટેક્નોલૉજી પર ચાલે છે, જેના વિના તે ચાલી ન શકે.

અનુસંધાન પાના એકનું

મન કા સિતાર

એમને પકડીને પાંજરે પૂરવા જોઈએ. આફ્રિકામાં તો આવા માનવભક્ષી સિંહોને શૂટ કરી દેવામાં આવે છે. આપણા દયાળુ દેશમાં આઝાદી પૂર્વે હજારો સિંહોને ઠાર મારીને બ્રિટિશ અધિકારીઓએ કે રાજા મહારાજાઓએ એમના મૃતદેહ પર બંદૂક ટેકવી ફોટા પડાવ્યા છે. એમના મૃતદેહોમાંથી સડી જાય એવાં અંગો કાઢી નાખીને, દુર્ગંધ ના આવે એવાં રસાયણો ભરીને એમને દરબાર ગઢની શોભા બનાવી ગૌરવ અનુભવ્યું હતું. આજે આટલાં વર્ષો પછી પણ રાજમહેલોની દીવાલો પર શિકાર કરેલા વાઘ, સિંહ અને ચિત્તાના ચહેરા જોવા મળે છે અને રાજપૂતો એમના પ્રતાપી પૂર્વજોએ કરેલાં હિંસક પરાક્રમોનું ગૌરવ અનુભવે છે. ગીર ક્યારેક અંગ્રેજ હાકેમો અને જૂનાગઢના નવાબના શાહી મહેમાનો માટે શિકારનો માંચડો હતું. નવાબને લાગ્યું કે આમને આમ ગીર સિંહવિહોણું બની જશે ત્યારે એમણે શિકાર પર પ્રતિબંધ મૂકીને એ વિશિષ્ટ પ્રદેશની વિશિષ્ટ ઓળખ સાચવવાની જવાબદારી નિભાવી હતી. આવું જ કાંઈક ઉત્તરાખંડમાં જિમ કોર્બેટ નામના ભારતીય મૂળના અંગ્રેજ શિકારીને સૂઝ્યું હતું. શરૂ શરૂમાં ઓછામાં ઓછા ત્રીસ માનવભક્ષી વાઘ અને ત્રણેક ચિત્તાઓનો શિકાર કરીને લોકનાયક જેવી પ્રતિષ્ઠા મેળવી હતી. પરંતુ જિંદગીના અંતિમ તબક્કામાં એ જ શિકારી વિશ્વકક્ષાએ મહાન પર્યાવરણ રક્ષક તરીકે જાણીતા થયા હતા. એમની સ્મૃતિમાં નૈનીતાલ જિલ્લામાં સાકાર થયેલો નેશનલ ટાઈગર પાર્ક આપણું મોટું પર્યટનતીર્થ બની રહેલ છે.

શિકાર એક ક્રૂર શોખ છે. આજે પણ સસલાથી લઈ સિંહ અને શાર્ક સુધીના પ્રાણીઓનો શિકાર થતો રહે છે. રક્ષિત પ્રાણી તરીકે જેનો શિકાર પ્રતિબંધિત છે એવા અભયારણ્ય તરીકે સ્થાપિત કરવામાં આવેલા વિસ્તારોમાં પણ શિકારીઓ એમનું ધંધાકીય નેટવર્ક ચલાવતા હોવાનું સર્વવિદિત છે. હાથીદાંત માટે હાથીનો, નહોર માટે સિંહ અને વાઘનો અને કસ્તુરી માટે હરણનો શિકાર થતો રહે છે. રક્ષક જ ભક્ષક બની શિકારી ગેંગને અનુકૂળતા કરી આપતા હોય છે. અખબારોમાં સમાચાર છપાય છે, વિધાનસભામાં પસ્તાળ પડે છે, ધરપકડો થાય છે... ‘જડબેસલાક’ નાકાબંધી થાય છે અને પછી થોડા વખત પછી વોહી બેઢંગી રફ્તાર ચાલુ થઈ જાય છે. સેક્સ ઈન્ડસ્ટ્રીથી લઈ ફાર્મા કંપનીઓ અને જ્યોતિષ વ્યવસાય સુધી એની માગ રહ્યા કરે છે. સરકાર આંખ આડા કાન કરી બધું દાબડદીબડ ચાલવા દે છે. એ કાયદા કાનૂન બનાવે છે અને પછી નિરાંતે ઊંઘી જાય છે. તાજેતરમાં એક સેલિબ્રિટી ચારણને ગીરમાં વસવાટની પરવાનગીની બાબત ઘણી ચર્ચાસ્પદ બની હતી. પરંતુ સરકાર તો સરકાર હોય છે. સેલિબ્રિટીને સાચવવા નીતિનિયમોને હાંસિયામાં હડસેલી દેવામાં એને લાજશરમ થોડી નડે!

આવી લાગવગિયા લોબીને ગીરનું અભયારણ્ય સોનાની ખાણ લાગે છે અને એટલે અંતરિયાળ જંગલ વિસ્તારમાં અને સાસણની ચારે કોર ફાઈવસ્ટાર ફેસિલિટી ધરાવતા રિસોર્ટ અને હોટલોનો રાફડો ફાટયો છે.

જમીનોના ભાવ આસમાને પહોંચી ગયા છે. ખેડૂતોએ હિરણ નદીના કિનારે રેસ્ટહાઉસ અને ફાર્મહાઉસ બનાવી તગડી કમાણી શરૂ કરી દીધી છે. પરંપરાગત માલધારીઓને પણ એમના નેસ ફળ્યા છે. કેટલાક શોખીનો મધ્ય જંગલમાં નેસની મહેમાનગતિ માણી ધન્યતા અનુભવે છે.

જે રીતે ગીરમાં માનવીની દખલ વધતી રહી છે એ જોતાં બિચારા જંગલના રાજાને એનું રજવાડું છોડીને બહાર નીકળી જવામાં સલામતી લાગતી હોય તો નવાઈ નહીં. શિકાર માટે એ ગીરની ઝાડીઓમાં છુપાઈને અનુકૂળ તકની રાહ જોતો. હવે એ નજીકના માનવવસ્તી વાળાં ગામોમાં આંટાફેરા કરતો થઈ ગયો છે.

એ માલધારીઓના નેસમાં ખાબકે છે. રાત્રે ઝગમગતા સ્ટ્રીટ લાઈટના અજવાળે રસ્તે રઝળતી ગાયોનું મારણ કરે છે અને અપવાદ રૂપે હમણાં બની ગઈ એવી કમનસીબ ઘટનાઓને અંજામ દે છે. એ માનવી અને અન્ય પ્રાણીઓ જેમ વાઈરસ અને બીજા ચેપી રોગનો પણ ભોગ બનવા લાગ્યો છે. સિંહને વૈકલ્પિક વસવાટ આપવા વિશે પણ વાતો થતી રહી છે. બહુ જ ઊંડાણથી વિચારવું પડે એવી સ્થિતિ સરજાઈ છે કે એની તરફ બેદરકારી દાખવવી પોસાય એમ નથી. સરકાર અને સમાજ બેઉએ સાથે મળીને આ કોયડો ઉકેલવાની જરૂર છે.