



มหาวิทยาลัยมหิดล
วิทยาลัยสาธารณสุข

CURRENT GLOBAL HEALTH ISSUES

CURRENT GLOBAL HEALTH ISSUE ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร.ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์

พิมพ์ครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2553 ISBN: 978-974-11-1298-2
ราคา 60 บาท

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร.ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์
ปราชญ์เกียรติยศ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ครั้งที่ 6

CURRENT GLOBAL HEALTH ISSUES



ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร.ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์
ปาฐกถาเกียรติยศ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โสภานนท์ ครั้งที่ 6

CURRENT GLOBAL HEALTH ISSUES

หนังสือปาฐกถาเกียรติยศ ศาสตราจารย์นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ครั้งที่ 6
องค์ปาฐก : ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ ดร.ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์

พิมพ์ครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2553
ISBN: 978-974-11-1298-2
จำนวนพิมพ์ 1,000 เล่ม

คณะผู้จัดทำหนังสือ
ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์คลินิก ปิยะสกล สกลสัตยาทร อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการ

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| 1. รองศาสตราจารย์คันสนีย์ ไชยโรจน์ | รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและวิชาการ |
| 2. นางรัตนา เพ็ชรอุไร | ผู้อำนวยการกองบริหารงานวิจัย |
| 3. นางสาวตรีระกา กิจเนตร | กองบริหารงานวิจัย |
| 4. นางสาวอรพรรณ คำดี | กองบริหารงานวิจัย |

ปกและรูปเล่ม ออกแบบเหมาะสม www.morsomdesign.blogspot.com

แยกสีและพิมพ์ที่ บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)
65/16 ถนนชัยพฤกษ์ (บรมราชชนนี) เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10170
โทรศัพท์ 0-2422-9000, 0-2882-1010
โทรสาร 0-2433-2742, 0-2434-1385

จัดทำโดย กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล
โทรศัพท์ 0-2849-6241-6 โทรสาร 0-2849-6247

เอกสารกองบริหารงานวิจัยหมายเลข 91

ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์.

Current Global Health Issues : ปาฐกถาเกียรติยศศาสตราจารย์เกียรติคุณชัชวาล
โอสถานนท์ ครั้งที่ 6 / ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ ; จัดทำโดย กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์ครั้งที่ 1 . - กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้ง, 2553.
64 หน้า. - (เอกสารกองบริหารงานวิจัย : หมายเลข 91)

ISBN 978-974-11-1298-2

1. ชัชวาล โอสถานนท์ - ปาฐกถา. - 3. ปัญหาสุขภาพ. - 4. สาธารณสุข. -
5. สุขภาพและอนามัย. - 5. Global Health. - 6. Health Issues. - I. ปาฐกถาเกียรติยศศาสตราจารย์
เกียรติคุณชัชวาล โอสถานนท์ ครั้งที่ 6. - II. เอกสารกองบริหารงานวิจัย : หมายเลข 91. - III.
มหาวิทยาลัยมหิดล. กองบริหารงานวิจัย. - IV. ชื่อเรื่อง.

WA300 n974C 2553

สารบัญ

07

คำนำ

08

คำกล่าวรายงานปาฐกถาเกียรติยศศาสตราจารย์

นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ครั้งที่ 6

งาน 41 ปี วันพระราชทานนาม “มหาวิทยาลัยมหิดล”

วันอังคารที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2553

09

คำกล่าวเปิดการแสดงปาฐกถา และแนะนำองค์ปาฐก

โดย ศาสตราจารย์คลินิกปิยะสกล สกลสัตยาทร

อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

011

ประวัติ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ

นายแพทย์ ดร.โกรสีทธิ์ ตันติศิริินทร์

017

CURRENT GLOBAL

HEALTH ISSUES

055

ภาคผนวก

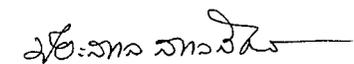
- ความเป็นมาในการจัดแสดงปาฐกถาเกียรติยศฯ
เนื่องในวันพระราชทานนามมหาวิทยาลัยมหิดล
(พ.ศ. 2542-2553)
- ประวัติศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์
อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. 2512-2514)

คำนำ

ในโอกาสที่มหาวิทยาลัยมหิดล ครบวาระ 41 ปี ได้จัดงานปาฐกถาเกียรติยศศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ครั้งที่ 6 โดยได้รับเกียรติจากศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร.ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ เป็นองค์ปาฐก ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ทางด้านโภชนาการแม่และเด็กในระดับโลก มาแสดงปาฐกถาเรื่อง “Current Global Health Issues” ซึ่งเป็นเรื่องที่เป็นประโยชน์มากต่อชาวมหิดลและผู้ฟังจากหน่วยงานต่างๆ ที่จะได้รับทราบถึงสถานการณ์ปัญหาทางด้านสุขภาพของโลกในขณะนี้ อีกทั้งทำให้ทราบว่าใครคือผู้ทำหน้าที่กำหนดเรื่องปัญหาสาธารณสุขของโลก และองค์การอนามัยโลกมีบทบาทอย่างไร รวมถึงหน่วยงานที่ให้ทุนสนับสนุนบุคคล และองค์กรเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมช่วยกันแก้ปัญหาได้อย่างไร

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร.ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ ได้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาด้านสุขภาพ เป็นเรื่องที่เกิดจากความไม่เสมอภาคด้านสาธารณสุข รวมถึงการระบาดของโรคติดเชื้อที่ควบคุมได้ และบางโรคอาจควบคุมไม่ได้ หรือโรคติดเชื้อที่ย้อนกลับมาเป็นซ้ำที่รุนแรงกว่าเดิม ระบบสาธารณสุขจะเข้ามาช่วยแก้ไขและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในแต่ละประเทศให้มีสุขภาพที่ดี มีคุณภาพนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอะไรบ้าง ซึ่งผู้อ่านสามารถศึกษาได้จากหนังสือเล่มนี้

มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดทำหนังสือเล่มนี้เพื่อเป็นการระลึกถึงศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ และหวังว่าจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่หน่วยงานภาครัฐนำไปกำหนดนโยบายสุขภาพของประเทศ และเป็นประโยชน์ต่อคณาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ และนักศึกษา นำไปกำหนดโจทย์วิจัยเพื่อหาทางแก้ไข ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยเพื่อฟันฝ่าวิกฤตการณ์ภาวะโลก (Global Crisis) ให้อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



ศาสตราจารย์คลินิกปิยะสกล สกลสัตยาทร

อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

กรกฎาคม 2553

คำกล่าวรายงาน

ปาฐกถาเกียรติยศศาสตราจารย์

นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ครั้งที่ 6

งาน 41 ปี วันพระราชทานนาม

“มหาวิทยาลัยมหิดล”

วันอังคารที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2553

รองศาสตราจารย์ศันสนีย์ ไชยโรจน์

รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและวิชาการ

ประธานอนุกรรมการฝ่ายจัดปาฐกถาฯ

กราบเรียน ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร.ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์
ท่านอธิการบดี ท่านผู้อำนวยการ และท่านผู้มีเกียรติทุกท่าน

ด้วยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อม พระราชทานนาม “มหิดล” ให้เป็นนามของมหาวิทยาลัย ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2512 ปัจจุบันได้เวียนมาบรรจบเป็นปีที่ 41 มหาวิทยาลัยมหิดลจึงจัดให้มีการแสดงปาฐกถาเกียรติยศศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ เป็นครั้งที่ 6 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเฉลิมฉลองถึงความสำคัญของวันคล้ายวันพระราชทานนามมหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับรำลึกถึง ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ซึ่งเป็นอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดลคนแรกในปีนี้คณะอนุกรรมการฝ่ายจัดงานปาฐกถาเกียรติยศฯ ได้เชิญศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร.ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ ประธานกรรมการนโยบายสนับสนุนการวิจัย มาเป็นองค์ปาฐก แสดงปาฐกถาเรื่อง “Current Global Health Issues” ในโอกาสนี้ขอกราบเรียนเชิญท่านอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวเปิดแสดงปาฐกถา และกล่าวแนะนำองค์ปาฐกต่อไปขอกราบขอบพระคุณ

คำกล่าวเปิดการแสดงปาฐกถา

และแนะนำองค์ปาฐก

โดย ศาสตราจารย์คลินิกปิยะสกล สกลสัตยาทร

อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

กราบเรียน ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร.ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์
นายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล ท่านผู้อำนวยการ และท่านผู้มีเกียรติทุกท่าน

ด้วยสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมพระราชทานนามภาษาไทยในสมเด็จพระมหิตลาธิเบศ อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ซึ่งเป็นนามใหม่แก่มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ตามพระราชบัญญัติซึ่งมีผลอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2512 มหาวิทยาลัยมหิดลจึงถือกำเนิดขึ้นนับจากวาระนั้นจนถึงปัจจุบัน วันนี้ถือเป็นโอกาสที่ดีเป็นอย่างยิ่งที่มหาวิทยาลัยมหิดลได้จัดให้มีปาฐกถาพิเศษคือปาฐกถาเกียรติยศ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ซึ่งนับเป็นครั้งที่ 6 เพื่อเป็นการระลึกถึงคุณงามความดีของท่านที่ได้เคยดำรงตำแหน่งเป็นอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดลเป็นคนแรกและในวันนี้มหาวิทยาลัยมหิดลได้รับเกียรติจาก ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร.ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ ประธานกรรมการนโยบายกองทุนสนับสนุนการวิจัยเป็นองค์ปาฐกในเรื่อง “Current Global Health Issues” ในโอกาสนี้ขอแนะนำประวัติท่านองค์ปาฐกโดยย่อดังนี้



ประวัติ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ

นายแพทย์ ดร.ไกรสิทธิ์ ตันติศิริรินทร์

เกิดวันที่

21 กรกฎาคม พ.ศ. 2487

อายุ

65 ปี

ตำแหน่งปัจจุบัน

วุฒิการศึกษา

- ประธานกรรมการนโยบายกองทุนสนับสนุนการวิจัย
- ปรินซิพัล วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
ปรินซิพัล วิทยาลัยบัณฑิตทางโภชนาการ
สถาบันเทคโนโลยีแห่งแมสซาชูเซตส์ (MIT)
สหรัฐอเมริกา
- ประกาศนียบัตรแพทย์ฝึกหัดเฉพาะทางกุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแวนเดอร์บิลท์
ประเทศสหรัฐอเมริกา
- แพทยศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยม อันดับ 2
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ประสบการณ์

- ผู้อำนวยการฝ่ายอาหารและโภชนาการของ Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) สำนักงานใหญ่ที่กรุงโรม
- ตำแหน่งศาสตราจารย์ 11 ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
- ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
- รองอธิการบดีฝ่ายวางแผนและวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- กรรมการรางวัลนานาชาติ มูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล
- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ในคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ
- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ในคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข
- ประธานกรรมการนโยบายกองทุนสนับสนุนการวิจัย
- ที่ปรึกษางานโครงการตามพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
- ประธานคณะกรรมการเฉพาะกิจพิจารณามาตรฐานอาหารระหว่างประเทศ สาขาอาหารแช่เยือกแข็ง และสาขาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในอาหาร สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ (มกอช.) กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
- มีผลงานด้านวิจัยและวิชาการ จำนวน 135 เรื่อง เป็นหนังสือและตำรา จำนวน 15 บท
- ผลงานวิจัยที่ได้รับยกย่องมาก ได้แก่ การคิดสูตรอาหารเสริมสำหรับทารกและเด็กเล็กการวิจัยสูตรอาหารเพื่อรักษาโรคอุจจาระร่วงในทารกและเด็กเล็ก การวิจัยทาง

รางวัล

- เลือกในการนิเทศงานแก่อาสาสมัครสาธารณสุข
- ได้รับเลือกให้ปฏิบัติงานเป็นแพทย์ประจำบ้าน เฉพาะเด็ก ณ โรงพยาบาลเด็กแห่งเมืองบอสตัน มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด สหรัฐอเมริกา
- รับพระราชทานรางวัลเหรียญดุษฎีมาลา เข็มศิลปวิทยาจากพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช
- บุคคลดีเด่นของชาติ สาขาพัฒนาสังคม (ด้านสาธารณสุข) จากคณะกรรมการเสริมสร้างเอกลักษณ์ของชาติ
- รางวัลนักสุขศึกษาดีเด่น ระดับนโยบาย จากสมาคมสุขศึกษา พลศึกษาและสันทนาการแห่งประเทศไทย
- ศิษย์เก่าดีเด่น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- รางวัลศิษย์เก่าดีเด่น คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- รับพระราชทานเหรียญรางวัลจาก สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในวันอาหารโลก จากองค์การอาหารและเกษตรแห่งองค์การสหประชาชาติ
- รางวัลมหิดลทยากร จากสมาคมศิษย์เก่า มหาวิทยาลัยมหิดล
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ และองค์การยูนิเซฟ ได้ยกย่องว่าศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ ดร.ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ เป็นผู้สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

CURRENT
GLOBAL
HEALTH
ISSUES

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร.ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร.ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ ได้กล่าวขอบคุณผู้จัดงานและผู้ร่วมงานทุกท่านในวันนี้เป็นอย่างมาก ซึ่งท่านได้กล่าวว่าในตอนแรกที่ตอบตกลงรับเป็นองค์ปาฐกในวันนี้ นั้น โดยเดิมที่คาดว่าจะพูดเรื่องที่ใกล้เคียงกับที่ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ได้ทำงานไว้ คือเรื่องแม่และเด็ก แต่เมื่อเดินทางไปประชุมที่ประเทศสหรัฐอเมริกาสำหรับอิมิเกรตในต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2553 จึงคิดว่าน่าจะพูดเรื่องที่กว้างขวางยิ่งขึ้น นั่นคือพูดถึงเรื่องของสถานการณ์ที่เกี่ยวกับปัญหาทางด้านสุขภาพของโลกในขณะนี้ ซึ่งคิดว่าสามารถบรรยายได้เป็นอย่างดีและมีข้อมูลประกอบจากการที่ได้ไปประชุมที่ประเทศสหรัฐอเมริกาสำหรับอิมิเกรต จึงได้เสนอเรื่อง “Current Global Health Issues” นี้ขึ้นมา ซึ่งรองศาสตราจารย์ศันสนีย์ ไชยโรจน์ รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและวิชาการ ได้แจ้งว่าเป็นเรื่องที่มีความเหมาะสม เพราะมหาวิทยาลัยมหิดลเป็นมหาวิทยาลัยที่มีวิวัฒนาการจากมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์มาสู่มหาวิทยาลัยมหิดล โดยเนื้อหาของปาฐกถานี้จะสอดคล้องกับการดำเนินงานตามพันธกิจของมหาวิทยาลัย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร.ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ ได้กล่าวถึงประวัติของศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ โดยย่อ รวมถึงความประทับใจในผลงานของท่านเพื่อให้การบรรยายสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร.ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ ได้กล่าวถึงประสบการณ์โดยตรงว่าได้มีโอกาสได้ฟังการบรรยาย และได้รับการสอนจากศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ในช่วงที่เป็นนักศึกษาที่ศิริราช เพราะสำเร็จการศึกษา ในปี พ.ศ. 2511 เป็นปีสุดท้ายของมหาวิทยาลัย

แพทยศาสตร์ ซึ่งศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ยังดำรงตำแหน่งอธิการบดีอยู่ ปฏิญญาบัตรที่ได้รับก็ยังมีลายเซ็นของท่าน ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2512 ได้เปลี่ยนเป็นมหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ เกิดเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2451 ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2542 สิริรวมอายุได้ 91 ปี 8 เดือน 27 วัน ท่านสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เมื่อปี พ.ศ. 2474 และได้บรรจุเป็นอาจารย์ในแผนกสูติ-นรีเวชวิทยา ศิริราชพยาบาล ท่านได้รับทุนอเล็กซานเดอร์ ฟอน ฮุมโบลด์ ไปศึกษาปริญญาเอก ณ ประเทศเยอรมัน พร้อมกับได้รับทุน “สมเด็จพระราชบิดา” เพื่อศึกษาและวิจัย โดยทำวิทยานิพนธ์เรื่อง Cystic Glandula Hyperplasia of Endometrium หลังจากนั้นได้ไปศึกษาวิชาโรคเมืองร้อนเพิ่มเติมที่มหาวิทยาลัย Hamburg และได้รับประกาศนียบัตรวิชาโรคเมืองร้อน Diploma in Tropical Medicine (D.T.M.) ท่านได้ศึกษาทั้งในเชิงลึกและกว้าง ซึ่งการศึกษาในขณะนี้นักศึกษารุ่นใหม่ในมหาวิทยาลัยมีความรู้สึกแต่ไม่รู้จักกว้าง คือเห็นภาพในเชิงยุทธศาสตร์น้อยมาก เพราะจากการที่ผู้บรรยายทำงานเป็นประธานกรรมการนโยบายกองทุนสนับสนุนการวิจัยและพยายามมองหาผู้มาช่วยงานที่รู้ทั้งลึกและกว้างในระดับชาติและระดับนานาชาติ ซึ่งหาได้ค่อนข้างยาก ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ เป็นบุคคลตัวอย่างท่านหนึ่งในยุคนั้น ที่มีความรู้ทั้งลึกและกว้าง เมื่อท่านสำเร็จการศึกษาแล้วได้เดินทางกลับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2481 ท่านทำงานทั้งด้านวิชาการและการเป็นผู้บริหาร โดยในปี พ.ศ. 2491-2501 ได้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2501-2506 ดำรงตำแหน่งคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ต่อมาท่านได้รับเลือกให้ดำรงตำแหน่งอธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2507-2512 และเมื่อมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้รับพระราชทานนามเป็นมหิดล ท่านก็ได้ดำรงตำแหน่งเป็นอธิการบดีคนแรกของมหาวิทยาลัยมหิดล และท่านได้รักษาการคณบดี คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2514-2522

จากประวัติของท่านศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์

ผู้บรรยายมีความประทับใจมากในผลงานของท่าน 2-3 เรื่อง คือ เมื่อศิริราชพยาบาลมีอายุครบ 60 ปี ในปี พ.ศ. 2493 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้า พระบรมราชินีนาถ ได้เสด็จพระราชดำเนินมาทรงเปิดพระบรมราชอนุสาวรีย์ของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก องค์พระบิดาแห่งการแพทย์ไทย ณ ศูนย์กลางคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งก่อให้เกิดผลสำเร็จที่ตามมาอีก 2 ประการคือ การสร้างหอประชุมราชแพทยาลัย และการสร้างเขื่อนคอนกรีตริมแม่น้ำเจ้าพระยา ซึ่งเป็นผลงานของศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ และคณะผู้ทำงานในขณะนั้น ในปี พ.ศ. 2512 ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ได้กราบบังคมทูลขอพระราชทานนามใหม่ให้แก่มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ซึ่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ได้พระราชทานนามว่า “มหาวิทยาลัยมหิดล” ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา ซึ่งนำความภาคภูมิใจและความซาบซึ้งในพระมหากรุณาธิคุณมีรู้คลาย และแนวคิดที่อยากเห็นมหาวิทยาลัยมหิดลเป็นมหาวิทยาลัยที่กว้างขวางมากขึ้น จึงได้กราบบังคมทูลขอพระกรุณาจากสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงช่วยเหลือซื้อที่ดินกว่า 1,200 ไร่ ซึ่งเป็นที่ดินของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ในราคาที่ถูกมากเพื่อใช้เป็นที่ตั้งของมหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายาในปัจจุบัน หลังจากนั้นพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ได้เสด็จมาทรงดนตรีที่หอประชุมราชแพทยาลัย โรงพยาบาลศิริราช และทรงรับสั่งตอนหนึ่งกับนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลว่า “เราเป็นลูกพ่อเดียวกันแล้วนะ” ซึ่งเป็นที่ปลาบปลื้มและซาบซึ้งในพระมหากรุณาธิคุณเป็นล้นพ้น และเราคงต้องอ้างไว้และประกาศเกียรติคุณชื่อเสียงมหาวิทยาลัยมหิดลให้ยิ่งใหญ่ขึ้นต่อไป

สำหรับเรื่องที่จะนำเสนอวันนี้ เนื้อหาที่ได้ส่วนหนึ่งมาจากประสบการณ์ที่ได้มีโอกาสทำงานทั้งระดับชาติ ระดับนานาชาติ และอีกส่วนหนึ่งได้จาก Prof. Sir Richard G.A. Feachem ซึ่งเป็นผู้ที่มีปัญหาเรื่อง Current Global Health Issues มาโดยตลอด ลำดับของเนื้อหาจะแบ่งออกเป็นบทนำ ประเด็นปัญหาสาธารณสุขของโลก โดยจะเน้นปัญหาสาธารณสุขที่ซับซ้อน 4 เรื่อง และปัญหาอื่นๆ ที่สำคัญ และส่วนสรุปในตอนท้าย

บทนำ

ผู้ทำหน้าที่กำหนดเรื่องปัญหาสาธารณสุขของโลก ได้แก่

1. องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และประเทศสมาชิก

โดยมีการประชุมกันเป็นประจำทุกปีมาโดยตลอด ซึ่งเป็นการประชุมสูงสุดขององค์การอนามัยโลก (World Health Assembly) เพื่อเป็นการหารือกันในประเด็นว่าเรื่องอะไรที่ประเทศสมาชิกควรทำหรือควรตกลงกันหรือให้ความร่วมมือกัน

Who define global health ?

By Global Health policy community networks of:



World Health Organization





- World Health Organization and Member Countries
- Funding agencies: The World Bank, UNICEF and foundations
- Individual (researchers, advocates, policy makers and technical officials)
- NGOs, CSOs and donor agencies

ภาพที่ 1 กลุ่มเครือข่ายผู้กำหนดนโยบาย Global Health

2. หน่วยงานที่ให้ทุนสนับสนุน

ได้แก่ ธนาคารโลก และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund-UNICEF) หน่วยงานเหล่านี้จะมองปัญหาของโลกจากระดับสูงว่ามีเรื่องใดบ้างที่สำคัญ และจะพยายามสนับสนุนเรื่องนั้น เช่น ธนาคารโลกอาจจะมองว่าปัญหาทางโภชนาการสำคัญ หรือปัญหาเรื่องโรคติดต่อสำคัญก็จะสนับสนุนด้านนั้น สำหรับ UNICEF ซึ่งเป็นกองทุนสำหรับแก้ไขปัญหาของเด็ก อาจจะมองว่าเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้วัคซีนหรือการติดตามการเจริญเติบโตของเด็กเป็นเรื่องสำคัญ ต่อมาบทบาทของมูลนิธิอื่นๆ มีมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีมูลนิธิเกิดขึ้นมากมาย มูลนิธิดั้งเดิมก็ยังคงมีการดำเนินการอยู่ เช่น Rockefeller Foundation หรือ China Medical Board ยังคงมีบทบาท แต่เงินสนับสนุนอาจจะน้อยลง มูลนิธิที่เกิดขึ้นจากองค์กรเอกชนอื่นๆ นั้น มีมากขึ้น เช่น มูลนิธิบิลล์และเมลินดา เกตส์ นั้น ได้สนับสนุนเงินทุนเป็นจำนวนหลายพันล้านเหรียญสหรัฐ เพื่อยกประเด็นปัญหาเหล่านั้นให้กลายเป็นประเด็นสาธารณสุขของนานาชาติ

3. บุคคล

ได้แก่ นักวิจัย นักทรงรงค์ หรือผู้กำหนดนโยบายในประเทศต่างๆ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทางด้านเทคนิค บุคคลเหล่านี้มีสิทธิที่จะเขียนบทความ มีสิทธิที่จะออกรายการโทรทัศน์ เขียนเว็บไซต์กระตุ้นให้มีการพูดถึงประเด็นต่างๆ ซึ่งนักวิชาการและอาจารย์มหาวิทยาลัยอยู่ในกลุ่มนี้

4. องค์กรเอกชนที่ไม่เกี่ยวกับการค้า

ได้แก่ Non-Governmental Organizations (NGOs), Civil Society Organizations (CSOs) และ Donor Agencies ซึ่งต่างจาก Foundations โดย Donor Agencies อาจจะเป็นของประเทศใดประเทศหนึ่ง เช่น ของประเทศสหรัฐอเมริกา คือ United States Agency for International Development (USAID) ของประเทศอังกฤษคือ Department for International Development (DFID) ของประเทศญี่ปุ่นคือ Japan International Cooperation Agency (JICA) และของประเทศไทยคือ Thai International Cooperation Agency (TICA)

เกณฑ์ในการกำหนดปัญหาสาธารณสุขของโลก

เกณฑ์ที่ใช้กำหนดว่าเรื่องใดควรเป็นเรื่องที่ต้องทำในระดับโลกด้านสาธารณสุขนั้น ใช้เกณฑ์ในการกำหนดดังนี้

1. สาเหตุการเสียชีวิตและการเจ็บป่วย รวมทั้งภาระและความรุนแรง

โดยใช้เกณฑ์ว่าการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยของมนุษย์เกิดจากอะไร มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด และรุนแรงอย่างไรในประเด็นสาธารณสุขตลอดจนภาระ (Burden) ที่เกิดขึ้นด้วย เช่น

1.1 อัตราการเสียชีวิตของแม่ (Maternal Mortality Rate: MMR)

เป็นตัวชี้วัดได้ว่าประเทศที่มีความยากจน ประชากรหนาแน่น และการบริการสาธารณสุขไม่ทั่วถึง จะมีปัญหาอัตราการเสียชีวิตของแม่สูง เช่น 700-800 คนต่อประชากร 100,000 คน ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้วอาจจะมีอัตราการเสียชีวิตเพียง 4-5 คนต่อประชากร 100,000 คน สำหรับประเทศไทยนั้นมีอัตราการเสียชีวิตของแม่ประมาณ 30-40 คนต่อประชากร 100,000 คน

1.2 อัตราการเสียชีวิตของทารก (Infant Mortality Rate: IMR)

โดยบางประเทศอาจจะมีอัตราการเสียชีวิตของทารกสูงถึง 100-200 คนต่อทารกที่เกิดมา 1,000 คน แต่ประเทศที่พัฒนาแล้วอาจมีอัตราการเสียชีวิตของทารกประมาณ 4-5 คนต่อทารกที่เกิดมา 1,000 คน สำหรับประเทศไทยนั้นมีอัตราการเสียชีวิตของทารกประมาณ 15-20 คนต่อทารกที่เกิดมา 1,000 คน

1.3 การเสียชีวิตจากโรคอุจจาระร่วงและโรคปอดบวม หรือปัญหาโรคติดเชื้อ

อัตราการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อต่างๆ รวมถึงโรคหอนอนพยาธิ จะเป็นเครื่องชี้ถึงปัญหาสุขภาพของประชากรได้ จากการที่ได้มีโอกาสตามเสด็จไปเยี่ยมศูนย์วิจัยโรคอุจจาระร่วง ประเทศบังคลาเทศ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีเตียงคนไข้ประมาณ 300 เตียง ไปด้วยผ้าสีเขียวหรือสีแดงแล้วมีการเจาะหลุมหรือรูที่เตียงเพื่อให้อุจจาระไหลลงไปแล้วรวมไว้ในถัง ซึ่งเป็นเรื่องไม่น่าเชื่อว่าจะมีปรากฏการณ์

เช่นนี้ในโลกปัจจุบัน ว่ามีผู้ป่วยอุจจาระร่วงถึงวันละ 300 คน และในช่วงที่วิกฤตจะมีผู้ป่วยมากถึงวันละ 1,000 คน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัญหานี้ยังเป็นปัญหาที่ยิ่งใหญ่ของบางประเทศ แต่บางครั้งก็ไม่ได้ได้รับความสนใจเท่าที่ควร

1.4 ดัชนีปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและการบาดเจ็บของประชากร (Disability Adjusted Life Year: DALYs)

เป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวม ที่วัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพ ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตและสามารถนำไปคำนวณผลเสียทางเศรษฐกิจได้ด้วย

2. กระบวนการเยียวยา และความคุ้มค่า

พิจารณาว่าปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้น มีกระบวนการในการเยียวยาได้หรือไม่ และมีความคุ้มค่าอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องยาและวัคซีน เพราะการผลิตวัคซีนนั้นหากมีความสำเร็จจะมีความคุ้มค่า แต่กระบวนการในการพัฒนาวัคซีนต้องใช้งบประมาณค่อนข้างมาก

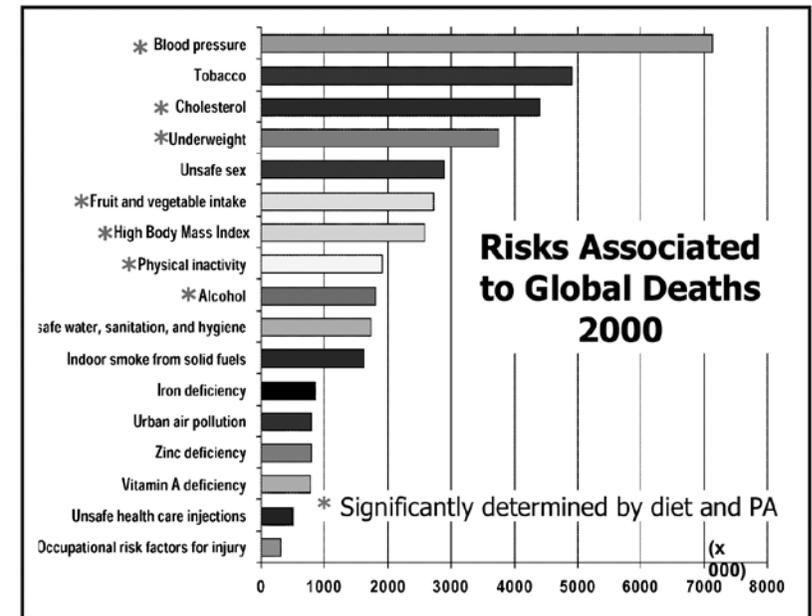
3. ตัวแปรทางด้านสังคม

โดยจะขึ้นอยู่กับผู้ที่กำหนดประเด็นปัญหาสุขภาพว่าจะตีความอย่างไร บางครั้งอาจตีความว่าเพื่อมนุษยชาติ เพื่อมนุษยธรรม หรือตีความด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชน ว่าคนเราต้องมีความเสมอภาค ต้องได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกัน บางครั้งอาจตีความทางด้านการเมืองด้วยเกณฑ์ความมั่นคงหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับประเทศนั้นๆ ตัวอย่างเช่น เรื่องไข้หวัดนก ไข้หวัด 2009 หรือโรคเอดส์ จะมีการตีความที่ต่างกันออกไป จึงเป็นประเด็นที่ว่าการคัดเลือกรูปแบบสุขภาพเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพื่อจัดว่าเป็น Global Health Issues หรือไม่ ควรใช้เกณฑ์ตัวแปรทางสังคมหรือการเมืองชนิดใด

4. การตีความทางด้านเศรษฐกิจ

พบว่า การตีความทางด้านเศรษฐกิจมีความสำคัญมากในระยะหลัง ตัวอย่างเช่น การระบุว่าปัญหาสุขภาพเรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญถ้าไม่ควบคุมอาจกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ การท่องเที่ยว หรือต่อรายได้ของประชาชาติ

จากการวิเคราะห์สาเหตุหรือความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมนุษย์ โดยองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2000 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ คือการมีความดันโลหิตสูง และผลที่ตามมาคือป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด มีอาการหัวใจวายและเสียชีวิต ซึ่งเกิดขึ้นทั่วโลกและพบว่าเป็นกับประชากรจำนวนมากในประเทศแถบเอเชีย ส่วนสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การมีคอเลสเตอรอลสูง การมีน้ำหนักน้อยจนเกินไป ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งทำให้เกิดโรคเอดส์ การบริโภคผักและผลไม้ไม่พอ หรือการไม่ออกกำลังกาย ทำให้เกิดโรคอ้วน และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนในบางประเทศที่ยากจน พบว่าประเด็นปัญหาเรื่องการขาดแคลนน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล รวมทั้งปัญหาอนามัยส่วนบุคคล จัดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ตัวอย่างเช่น ปัญหาเรื่องโรคอุจจาระร่วงที่ประเทศบังคลาเทศ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีสาเหตุของการเสียชีวิตที่มาจากควันภายในบ้าน เช่น บ้านขนาดเล็กที่มีการหุงหาอาหารภายในบ้าน การขาดธาตุเหล็กทำให้เกิดโรคโลหิตจาง มลภาวะเป็นพิษ การขาดธาตุสังกะสี การขาดวิตามินเอ การบริการด้านสาธารณสุขที่ขาดคุณภาพและไม่ปลอดภัย เช่น การใช้เข็มฉีดยาที่ไม่สะอาด และการเสียชีวิตจากการประกอบอาชีพและอุบัติเหตุ



แผนภูมิที่ 1 แสดงถึงความเสี่ยง ซึ่งนำไปสู่ Global Deaths ในปี ค.ศ. 2000

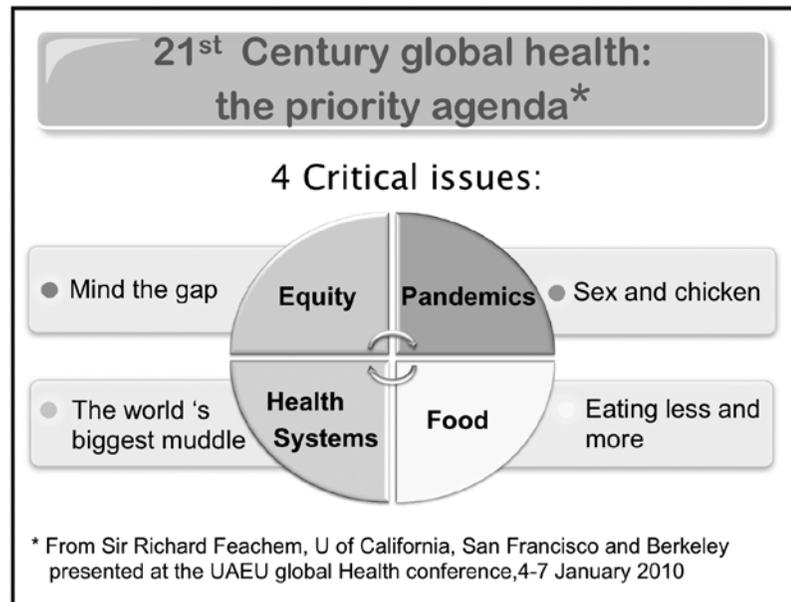
ข้อมูลจาก Prof. Sir Richard G.A. Feachem ซึ่งเป็นผู้ที่ทำการศึกษาเรื่อง Current Global Health Issues มาโดยตลอด ได้บรรยายไว้ที่งาน UAEU Global Health Conference ที่จัดขึ้นเมื่อวันที่ 4-7 มกราคม ค.ศ. 2010 ว่ามี 4 ปัญหาที่ค้ำขั้นในเรื่องสุขภาพ ซึ่งเป็นมุมมองจากประเทศที่พัฒนาแล้ว และมุมมองจาก Donor Agencies รวมถึง มูลนิธิบิลล์และเมลินดา เกตส์ ได้แก่

1. ความเสมอภาค (Equity) เรื่องนี้เป็นเรื่องใหญ่และจะอยู่กับเราอีกนาน ในเรื่องความเสมอภาค หรือความไม่เสมอภาคของมนุษย์

2. โรคระบาดทั่วไป (Pandemics) ที่เน้นคือปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ (โรคเอดส์) และปัญหาโรคไข้หวัดนก

3. อาหาร (Food) เรื่องการบริโภคอาหารนั้น เป็นปัญหาทั้งการบริโภคที่มากเกินไปและน้อยเกินไป

4. ระบบสุขภาพ (Health system) เรื่องนี้เป็นความสับสนที่ยิ่งใหญ่ของโลก ซึ่งผู้บรรยายติดตามใส่ใจมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987 จนถึงปัจจุบันราว 30 กว่าปีแล้ว ซึ่งจะเห็นวิวัฒนาการมาโดยตลอด ทำให้เข้าใจว่าปัญหาคืออะไร และจะแก้ไขอย่างไร โดยที่มหาวิทยาลัยมหิดลจะมีบทบาทเป็นอย่างมากหากสนใจในประเด็นนี้อย่างจริงจัง



ภาพที่ 2 แสดงปัญหาอันดับ 4 เรื่องที่มีผลต่อสุขภาพของประชากรโลก

ดังนั้นประเด็นในการบรรยายเพื่อให้ครอบคลุมเรื่อง "Current Global Health Issues" จึงแบ่งเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. ความไม่เสมอภาคทางด้านสาธารณสุข (Inequity in health)
2. การระบาดของโรคติดต่อ (Pandemics of infectious diseases)

3. อาหารโภชนาการและโรคเรื้อรัง (Food, nutrition and chronic diseases)

4. ระบบสาธารณสุข (Health systems)

5. ปัญหาอื่นๆ ที่ไม่ควรละเลย (Other global health issues) ได้แก่

5.1 สุขภาพจิต

5.2 สุขภาพของแม่ เด็ก และผู้สูงอายุ

5.3 โรคมะเร็ง

5.4 อุบัติเหตุและความรุนแรงต่างๆ

5.5 การบริโภคยาสูบ แอลกอฮอล์ และสารที่เป็นพิษต่อร่างกาย

5.6 การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ (Health Impact Assessments: HIA)

1. ความไม่เสมอภาคทางด้านสาธารณสุข (Inequity in health)

เรื่องความไม่เสมอภาคด้านสาธารณสุขเป็นเรื่องใหญ่ ตัวอย่างที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือ การมีชีวิตอยู่อย่างยั่งยืน สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดเรื่องความไม่เสมอภาคด้านสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี โดยประชากรของประเทศที่พัฒนาแล้วจะอายุยืนยาวทั้งเพศชายและเพศหญิงโดยที่เพศหญิงอายุยืนมากกว่าและมีอายุเฉลี่ยเกิน 80 ปี เช่น ประเทศญี่ปุ่น และประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวีย สำหรับประเทศที่ยังไม่พัฒนาในบางประเทศ เช่น สาธารณรัฐบอตสวานา ประชากรมีอายุประมาณ 30-40 ปี ก็จะเสียชีวิต สาเหตุหลักจากโรคเอดส์ และโรคติดต่อต่างๆ เช่น โรคอุจจาระร่วง ทางเดินหายใจอักเสบ ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องความไม่เสมอภาคทางสาธารณสุข โดยจะพบว่าประเทศที่ยากจน มีรายได้ต่ำ หรือประเทศที่กำลังพัฒนา ประชากรจะมีช่วงชีวิตสั้นเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว

ขณะเดียวกันก็มีความไม่เสมอภาคอย่างมาก เรื่องอัตราการเสียชีวิตของแม่ อัตราการเสียชีวิตของทารก การเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและปอดบวม เป็นต้น ซึ่งตัวอย่างที่ชัดเจนมาก โดยเป็นที่ทราบกันดีถึงสาเหตุของการเสียชีวิตว่าเกิดขึ้นเพราะอะไร แต่ไม่มีการปฏิบัติ หรือมีการปฏิบัติที่

ไม่เต็มที่ ขณะเดียวกันก็ยังคงมีความต้องการงานวิจัยในบางประเด็น เพื่อนำมาสู่การแก้ไขปัญหา

Rights To Access To Health Cares

In General Comment 14,
the UN Committee on Economic, Social and
Cultural Rights

stated that:

“Health facilities, goods, and services must be affordable for all. Payment for health care services, as well as services related to the underlying determinants of health, must be based on the principle of equity, ensuring that these services, whether privately or publicly provided, are affordable for all, including socially disadvantaged groups. Equity demands that poorer households should not be disproportionately burdened with health expenses as compared to richer households”.

ภาพที่ 3 สิทธิเกี่ยวกับเรื่องการได้รับการดูแลสุขภาพ โดยคณะกรรมการว่าด้วยสิทธิทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมขององค์การสหประชาชาติ

ความไม่เสมอภาคด้านสาธารณสุขจะเกี่ยวข้องกับเรื่องสิทธิมนุษยชน ซึ่งเรื่องสิทธิเป็นเรื่องใหญ่และจะอยู่กับเราไปอีกนานโดยองค์การสหประชาชาติได้พยายามทำเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิทธิเช่นสิทธิทางด้านสังคม สิทธิทางด้านเศรษฐกิจ สิทธิทางด้านมนุษยธรรม จึงได้มีคณะกรรมการว่าด้วยสิทธิทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ขององค์การสหประชาชาติ และภายใต้ขอบข่ายนั้นพยายามจะทำเรื่องสิทธิทางด้านอาหาร สิทธิในการศึกษา สิทธิในการพัฒนา ส่วนเรื่องสุขภาพได้มีประเด็นเรื่องสิทธิในการเข้าถึงการบริการทางด้านสุขภาพโดยได้กล่าวว่าโครงสร้างการบริการด้านสาธารณสุข เกสซ์กันซ์

หรือบริการต้องสามารถที่จะเข้าถึงและจ่ายได้โดยทุกคน คือราคาไม่แพงเกินไป ต้องอยู่บนพื้นฐานของความเสมอภาค เพื่อให้แน่ใจว่าการบริการเหล่านั้นซึ่งดำเนินการโดยเอกชนหรือรัฐก็ตาม สามารถที่จะจ่ายได้โดยทุกคน ถึงแม้จะเป็นบุคคลที่อยู่ชายขอบก็ต้องได้รับโอกาสนี้ และความเสมอภาคนี้ได้เรียกร้องให้ครอบครัวที่มีฐานะยากจน สามารถรับการดูแลสุขภาพได้เท่าเทียมกับครอบครัวที่มีฐานะดีกว่า ซึ่งคงต้องใช้เวลาอีกนานกว่าจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. การระบาดของโรคติดต่อ (Pandemics of infectious diseases)

สาเหตุที่ทำให้การระบาดของโรคติดต่อมีความรุนแรง เนื่องจากผลที่เกิดขึ้นนั้นกระทบต่อทั้งสภาพเศรษฐกิจและสังคม โดยที่ทุกประเทศมีความเสี่ยงด้วยกันทั้งสิ้น และการควบคุมหรือป้องกันโรคเหล่านี้ทำโดยประเทศใดประเทศหนึ่งไม่ได้ ต้องร่วมมือกันทั่วโลก ดังตัวอย่างที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมาได้แก่

2.1 โรคเอดส์

โรคเอดส์เป็นโรคที่มีการกระจายตัวเร็วมาก เร็วที่สุดในประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติ โรคนี้จะไม่สามารถป้องกันได้ทางเทคนิค ผลการประมาณการณ์จากโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (United Nations Programme on HIV/AIDS :UNAIDS) ว่าในปี ค.ศ. 2008 มีผู้ติดเชื้อ HIV ประมาณ 33.4 ล้านคน และมีผู้ติดเชื้อใหม่ปีละประมาณ 2.7 ล้านคน โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ปีละประมาณ 2 ล้านคน ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยกว่าผู้เสียชีวิตจากโรคอุจจาระร่วง แต่โรคเอดส์ก่อให้เกิดผลกระทบทางสาธารณสุขและสังคมมากกว่า

2.2 วัณโรค (Tuberculosis : TB)

ปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ปีละประมาณ 8.8 ล้านคน และมีประชากรที่เสียชีวิตด้วยวัณโรคปีละประมาณ 1.75 ล้านคน

2.3 โรคไข้หวัดนก (Avian influenza : H5N1)

โรคไข้หวัดนกเป็นโรคระบาดที่น่ากลัวมาก เพราะมีผู้ป่วยเพียงไม่กี่ร้อยคน แต่มีอัตราการเสียชีวิตสูงเกินครึ่ง จึงเป็นที่น่ากังวลว่าหากโรคนีกล้มมาระบาดอีกครั้ง แล้วมีการแพร่กระจายจากมนุษย์สู่มนุษย์ จะเป็นเรื่องที่น่ากลัวอย่างยิ่ง โดยปัจจุบันการแพร่กระจายของโรคคือจากนกหรือไก่มาสู่มนุษย์ ถ้าเป็นรุนแรงจะมีการเสียชีวิตสูงมาก ขณะนี้ได้มีการศึกษาเพื่อพัฒนาวัคซีนควบคู่ไปกับโรคไข้หวัด 2009 โดยพยายามที่จะทำวัคซีนตัวเดียวที่ป้องกันได้ทั้ง 2 โรค ซึ่งคงต้องใช้เวลาอีกนาน

2.4 โรคไข้หวัด 2009 (Pandemic influenza A virus (H1N1) 2009)

โรคไข้หวัด 2009 เป็นโรคระบาดที่ทำให้สร้างความหวาดกลัวเมื่อเร็วๆ นี้ โดยมีรายงานการระบาดที่รวดเร็วทำให้มีผู้ป่วยกว่า 20-30 ล้านคน แต่การเสียชีวิตไม่มากนัก แต่ยังคงเป็นที่น่ากังวลว่าหากมีการกลายพันธุ์ของเชื้อแล้วจะทำให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอีกหรือไม่ ประสิทธิภาพของวัคซีนที่ผลิตได้ในปัจจุบันพบว่าได้ผลในระดับหนึ่ง ซึ่งยังคงต้องติดตามเรื่องพัฒนาวิธีการป้องกันอย่างต่อเนื่อง

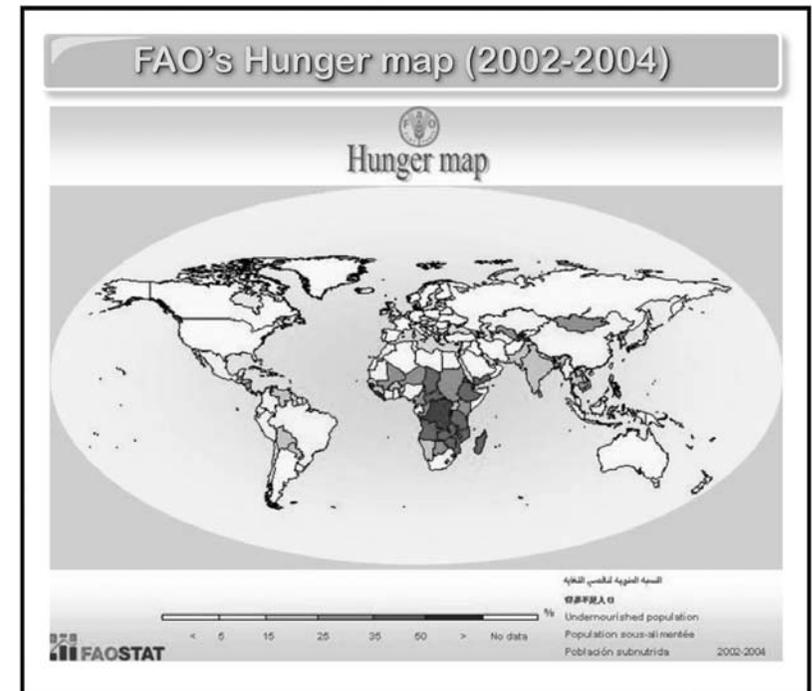
2.5 มาลาเรีย (Malaria)

ปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยโรคมาลาเรียปีละประมาณ 300 ล้านคน และเสียชีวิตปีละประมาณ 1 ล้านคน ในบางพื้นที่ของโลก เนื่องจากมีภาวะโลกร้อนทำให้หลายภูมิภาคของโลกในเขตอบอุ่น มีอุณหภูมิเป็นพาหะของโรคนี้อีกเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจทำให้มีการระบาดของมาลาเรียเพิ่มขึ้นได้

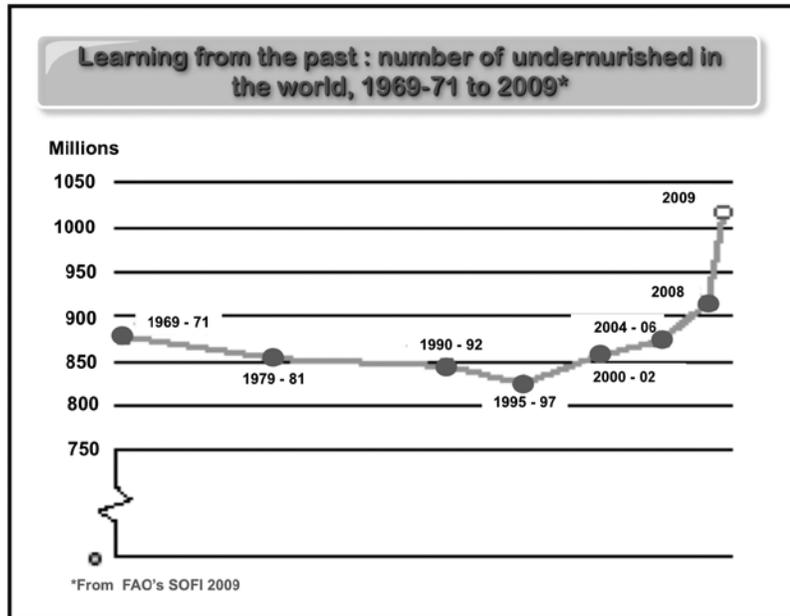
3. อาหาร โภชนาการและโรคเรื้อรัง (Food, nutrition and chronic diseases)

ในเรื่องโภชนาการนั้น พบว่าผู้ที่ได้รับผลกระทบมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นภาวะโภชนาการขาดหรือภาวะโภชนาการเกิน รวมทั้งภาวะเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง มีการประมาณการณ์ขององค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติว่าจะมีผู้หิวโหยทั่วโลกประมาณ 1,000 ล้านคน ในปี

ค.ศ. 2009 และในขณะเดียวกันองค์การอนามัยโลกได้ประเมินว่า ผู้ใหญ่ที่อายุมากกว่า 15 ปี มีภาวะโภชนาการเกินประมาณ 1,600 ล้านคน และมีคนอ้วนทั่วโลก 400 ล้านคน



ภาพที่ 4 แสดง Hunger Map ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ ในปี ค.ศ. 2002-2004



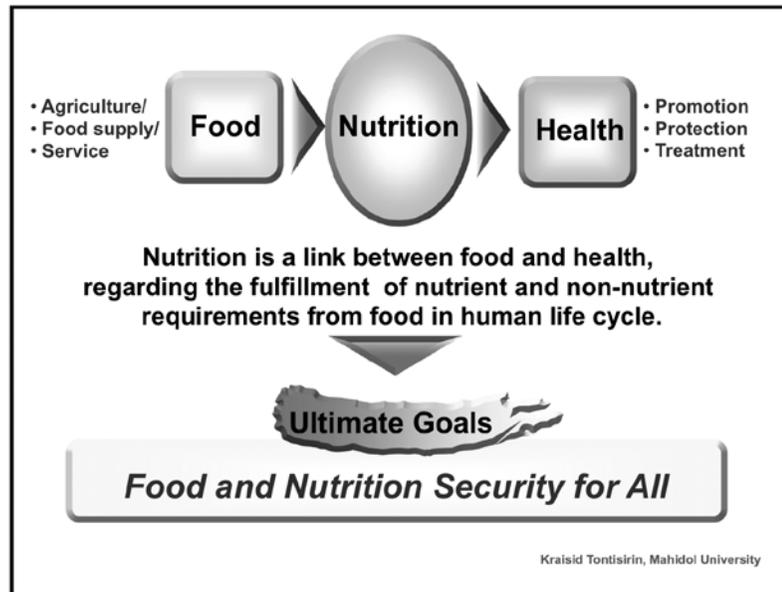
แผนภูมิที่ 2 แสดงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรที่มีภาวะโภชนาการขาดจากการประมาณการขององค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ ในช่วงปี ค.ศ. 1969-2009

ถ้ามองปัญหานี้ในภาพรวมจะเห็นว่า ปัญหาเรื่องการขาดอาหารยังคงมีอยู่ต่อไป ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมานานแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการขาดโปรตีนและพลังงานที่เกิดขึ้นทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ส่วนเรื่องการขาดแร่ธาตุและวิตามินนั้นมีผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงประมาณ 2,000 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นการขาดธาตุเหล็ก ไอโอดีน วิตามินเอ และอื่นๆ ในประเทศไทยใช้ตัวชี้วัดเรื่องการขาดธาตุไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ โดยพบว่าปีสภาวะของหญิงตั้งครรภ์มีไอโอดีนในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ถึง 50% และครอบครัวในชนบทมีการใช้เกลือที่มีการเสริม Iodine ประมาณ 50% เท่านั้น แต่ปัญหาเรื่องการขาดธาตุไอโอดีนกลับเป็นเรื่องที่ไม่ได้รับความสนใจ เนื่องจากไม่ได้มีผลต่อการเสียชีวิต ส่วนผู้ป่วยโรคเอื้อและโรคคอกพอกไม่ได้มีจำนวนมากนัก แต่พบว่าประชากรในวัยเด็กมีระดับสติปัญญาต่ำลง ซึ่งควรได้รับความสนใจและต้องแก้ไขให้สำเร็จ

เรื่องปัญหาภาวะโภชนาการเกินคือการมีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐานและอ้วน ผลที่ตามมาคือเป็นโรคเบาหวาน โดยเป็นที่น่าสังเกตว่าเมื่อ 20-30 ปีก่อน ในชนบทของประเทศไทย มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานน้อยมาก แต่ขณะนี้โรงพยาบาลของบางอำเภอในต่างจังหวัดมีคลินิกเบาหวาน มีคนไข้โรคไตวายซึ่งเป็นผลจากโรคเบาหวานจำนวนมาก โดยตัวอย่างนี้เป็นเพียงในระดับชุมชนเล็กๆ ซึ่งหากมองในระดับโลกจะพบว่าปัญหาภาวะโภชนาการเกินเป็นปัญหาที่ใหญ่มาก

ส่วนเรื่องไขมันในเลือดสูงนั้น เมื่อประมาณปี พ.ศ. 2517-2518 หรือก่อนหน้านั้น พบว่ามีผู้มีไขมันในเลือดสูงน้อยมากในชนบท ส่วนเรื่องคลอเรสเตอรอลอยู่ในระดับไม่เกิน 100 และน้ำตาลอยู่ในระดับไม่เกิน 100 เช่นกัน แต่ในปัจจุบันพบว่าประชากรประมาณ 25-30% มีไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นทั่วโลก สาเหตุนี้สามารถอธิบายได้หลายแนวทาง เช่น การบริโภคไขมันเพิ่มขึ้น โดยปัจจุบันน้ำมันปาล์มได้แพร่ไปทั่วโลก มีราคาถูกลงทำให้นิยมทอดอาหารมากขึ้น ประกอบกับการไม่ออกกำลังกาย การบริโภคผักและผลไม้ลดลง ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา รวมถึงโรคเมตาบอลิกของบางอวัยวะ ส่วนเรื่องการบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย

จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เชื่อมโยงถึงโรคอ้วนเรื้อรัง



ภาพที่ 5 แผนภาพแสดงความเชื่อมโยงเรื่องอาหาร โภชนาการ และสุขภาพ

เรื่องอาหาร โภชนาการและโรคเรื้อรังเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนมาก ซึ่งหากมองภาพรวมในลักษณะยุทธศาสตร์อาหารของประเทศจะเป็นเรื่องใหญ่มาก ต้องพยายามมองยุทธศาสตร์ จากการเกษตรมาสู่อาหารทั้งในแง่ของคุณภาพและความปลอดภัย มาสู่โภชนาการการกินที่ดีเพื่อสุขภาพ โดยต้องเชื่อมโยงกันในลักษณะบูรณาการ

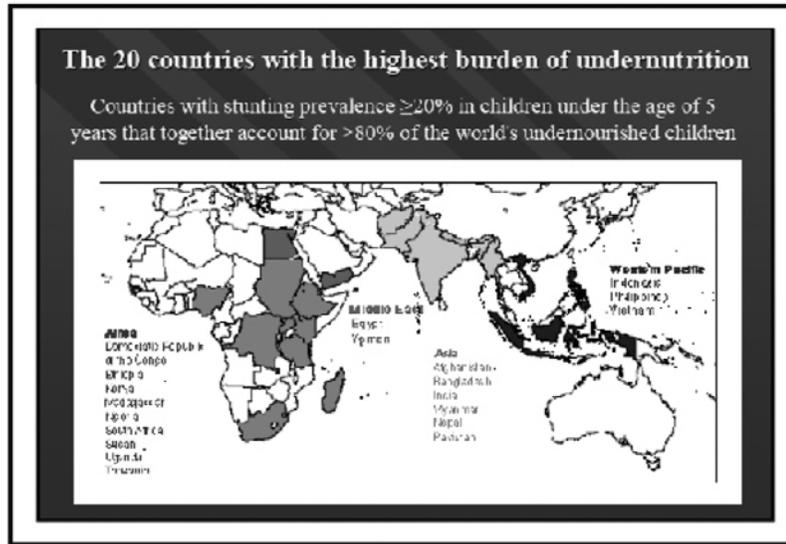
ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2005 พบว่าการเสียชีวิตของประชากรโลก ประมาณ 60% เกี่ยวกับเรื่องอาหาร และ 80% ของการเสียชีวิตด้วยสาเหตุนี้เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำหรือปานกลาง โดยเป็นปัญหาที่รุนแรงนักในประเทศที่ร่ำรวยหรือกลุ่มคนที่มีเศรษฐฐานะดี เพราะ

ประเทศที่ร่ำรวยจะมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง ตัวอย่างเช่น เมื่อประมาณ 3-4 ปีที่ผ่านมา ผู้บรรยายได้มีโอกาสไปร่วมงานประกาศปริญญาบัตรของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด พบว่าไม่มีคนอ้วนเลย แต่เมื่อเดินทางไปในชุมชนที่ยากจนของสหรัฐอเมริกาจะพบว่ามีคนอ้วนจำนวนมาก ซึ่งถ้าหากยังคงปล่อยให้ปัญหานี้มีอยู่ต่อไปโดยไม่ได้รับการแก้ไข ภายในปี ค.ศ. 2015 จะมีประชากรที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานเพิ่มขึ้น 2,300 ล้านคน และมีคนอ้วนเพิ่มขึ้นมากกว่า 700 ล้านคนทั่วโลก

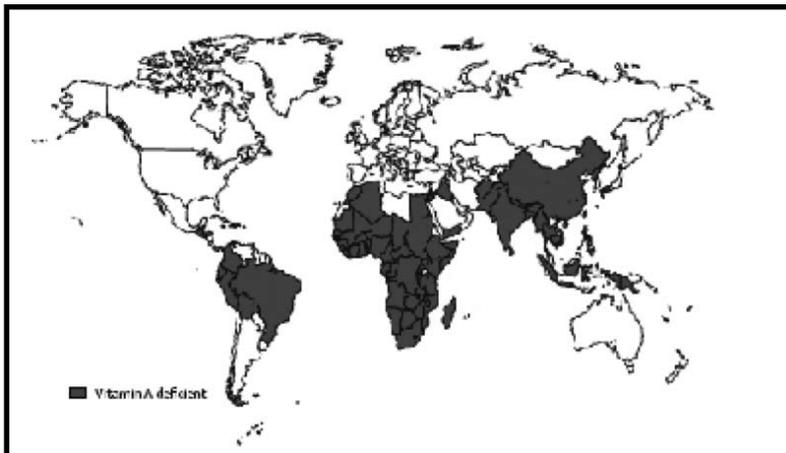
เรื่องความหิวโหยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวนประมาณ 5-6 ล้านคนต่อปี มากกว่าการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ แต่ปัญหานี้ยังไม่ได้รับการแก้ไขเท่าที่ควร และในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่าจำนวน 1 ใน 3 ของประชากรเด็ก มีลักษณะตัวเตี้ย แคระแกรน น้ำหนักน้อย โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประเทศเอเชียใต้ คือ อินเดีย บังคลาเทศ ปากีสถาน และเนปาล



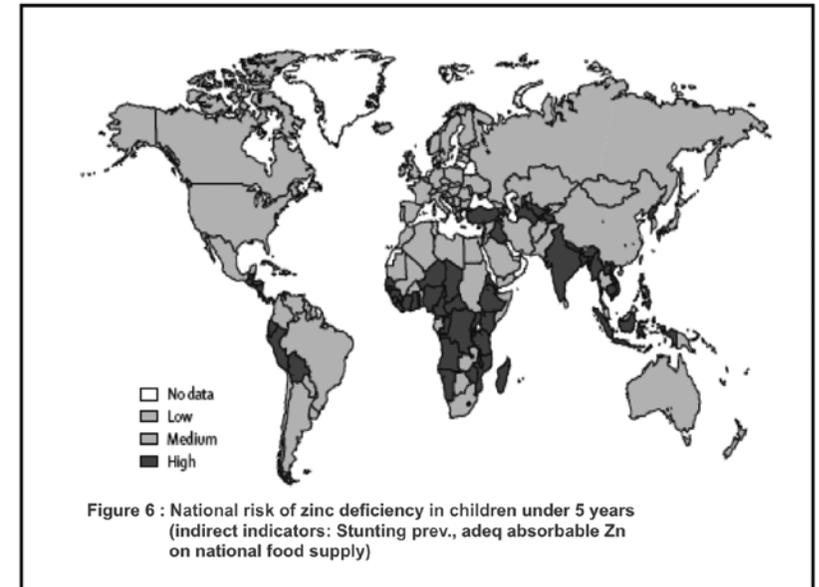
ภาพที่ 6 แสดงประเทศที่พบปัญหาประชากรอายุต่ำกว่า 5 ปี มีลักษณะตัวเตี้ย แคระแกรน น้ำหนักน้อย



ภาพที่ 7 แสดง 20 ประเทศที่พบปัญหาภาวะโภชนาการขาดมากที่สุด



ภาพที่ 8 แสดงประเทศที่พบปัญหาการขาดวิตามินเอ ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี



ภาพที่ 9 แสดงประเทศที่พบปัญหาการขาดธาตุสังกะสี ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ปัญหาเรื่องการขาดวิตามินและเกลือแร่พบว่าเป็นปัญหาทั่วโลก โดยเรื่องการขาดวิตามินเอ จะพบมากที่อเมริกาใต้ แอฟริกา เอเชียใต้ และจีน ส่วนเรื่องการขาดธาตุสังกะสีเป็นปัญหาในทั่วโลกเช่นกัน

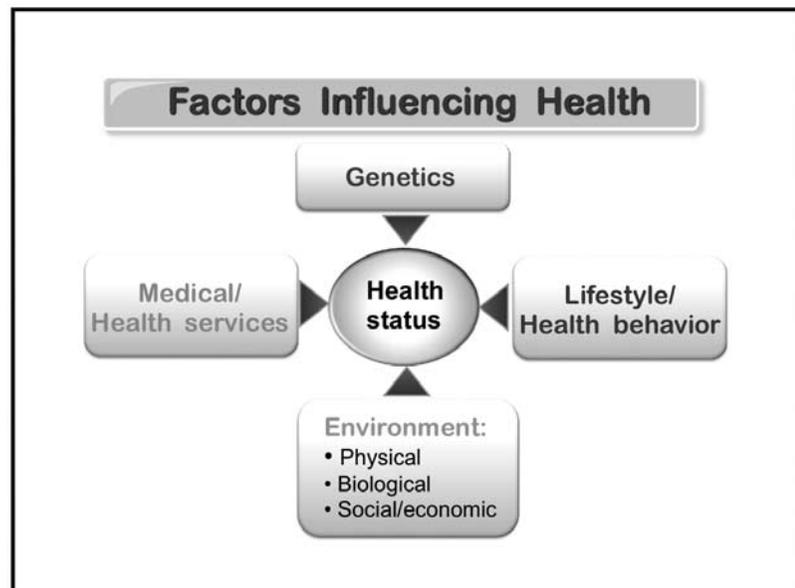
เป้าหมายหลักในระยะยาวคือทำอะไรให้ประชากรโลกบริโภคพลังงานและใช้พลังงานได้อย่างสมดุล โดยในหญิงตั้งครรภ์และเด็กต้องให้ได้รับพลังงานเพิ่มเติมอย่างเพียงพอในระหว่างที่มีการเจริญเติบโต ส่วนเรื่องน้ำหนักและดัชนีมวลกาย (Body mass index : BMI) ต้องให้มีความเหมาะสมกับความสูง และต้องการลดจำนวนประชากรที่มีภาวะโภชนาการเกิน และภาวะโภชนาการขาดเหลือเพียงอย่างละ 5% เท่านั้น ส่วนเรื่องของการขาดวิตามินและเกลือแร่จะต้องจัดให้หมดไปจนไม่กลายเป็นปัญหาสาธารณสุข

4. ระบบสาธารณสุข (Health systems)

เรื่องระบบการบริการสาธารณสุข (Health care system) จัดเป็นอุตสาหกรรมที่ใหญ่ที่สุดในโลก มีมูลค่าประมาณ 4 ล้านล้านดอลลาร์ต่อปี คิดเป็น 10% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศของทั่วโลก (Global GDP) โดยเมื่อเปรียบเทียบกับการค้าขายอาวุธ พบว่ามีเพียงแค่ 6% เท่านั้น Prof. Sir Richard G.A. Feachem ได้กำหนด Health system crisis ไว้ว่า "Poor access to low quality services" คือประชากรโลกยังไม่สามารถเข้าถึงหรือเข้าถึงอย่างไม่พอเพียงสำหรับการบริการซึ่งคุณภาพไม่ดี

4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีสุขภาพดี

แนวคิดจากศาสตราจารย์ นายแพทย์ประกอบ ตูจันดา อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้บรรยายหลังจากกลับจากประชุมเรื่อง สาธารณสุขมูลฐานใน พ.ศ. 2531 ได้กำหนดปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการมีสุขภาพดีไว้ดังนี้



ภาพที่ 10 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการมีสุขภาพที่ดี

4.1.1 การบริการสาธารณสุข

ปัจจัยหรือตัวแปรด้านการบริการสาธารณสุขนั้น จะมีผลต่อการมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับแต่ละประเทศ ตัวอย่างเช่น ประเทศแคนาดา ปัจจัยนี้มีผลเพียง 11% ต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชากร ในขณะที่บางประเทศ ปัจจัยนี้มีผลมากถึง 40-50% สำหรับประเทศไทยการบริการสาธารณสุขมีผล 25% ต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชากร

4.1.2 พันธุกรรม

ปัจจุบันมีความรู้ความเข้าใจเรื่องพันธุกรรมอย่างกว้างขวาง มีความเข้าใจเรื่องของ Genome ความเสี่ยงและผลที่อาจเกิดขึ้นต่อ Genotype และ Phenotype อย่างไรก็ดียังคงต้องการงานวิจัยอีกมากในเรื่องพันธุกรรมที่มีผลต่อสุขภาพของประชากรโลก และต่อสุขภาพของแต่ละบุคคล

4.1.3 วิถีชีวิตและพฤติกรรมด้านสุขภาพ

พฤติกรรมด้านสุขภาพนั้นครอบคลุมถึงเรื่องพฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมด้านสุขอนามัย และพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการมีสุขภาพที่ดี

4.1.4 สิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ และสังคม ถือว่าเป็นปัจจัยต่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งที่กำลังเป็นที่กังวลอยู่ในปัจจุบันคือการเปลี่ยนแปลงทางด้านภูมิอากาศ ที่ทำให้โลกร้อนขึ้นซึ่งจะมีผลต่อเชื้อโรคต่างๆ ในแง่ของฤดูกาลในการแพร่ระบาด แหล่งที่อยู่ของเชื้อ รวมทั้งมีผลต่อเรื่องอาหารของประชากรโลกด้วย โดยอาจทำให้เกิดภาวะขาดแคลนอาหาร

4.2 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ

4.2.1 นโยบายสุขภาพ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่นหรือแต่ละประเทศ

4.2.2 โครงสร้างการบริการพื้นฐานทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข

4.2.3 ผลิตภัณฑ์ทางด้านการแพทย์ ซึ่งรวมถึงยา วัคซีนและเทคโนโลยี

4.2.4 ระบบข้อมูลและสารสนเทศด้านสุขภาพ

4.2.5 บุคลากรด้านสาธารณสุข

4.2.6 เงินทุนทางด้านสุขภาพ

4.2.7 การมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชน

4.2.8 การวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ

4.3 วิวัฒนาการและการพัฒนาการของระบบสุขภาพ

เรื่องระบบสุขภาพเป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจและมีการศึกษาเรื่องนี้อย่างต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลานาน โดยได้มีวิวัฒนาการและการพัฒนามาเป็นลำดับ ดังนี้

4.3.1 ระบบบริการสุขภาพ (Health service systems) ปัจจุบันจะเห็นได้ว่าทั่วโลก หรือในบางประเทศจะเน้นด้านการบริการสุขภาพเป็นหลัก ซึ่งพบว่าเป็นปัญหามากในประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศที่ยากจน เพราะเกี่ยวข้องกับเรื่องที่มีโอกาสในการเข้าถึงการรับบริการด้วย จึงไม่สามารถหาจุดที่เหมาะสมของการให้บริการด้านสุขภาพที่เพียงพอได้

4.3.2 การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care: PHC) การสาธารณสุขมูลฐานนั้น เริ่มตั้งแต่การประชุม International Conference on Primary Health Care ที่เมือง Alma-Ata ประเทศสหพันธรัฐรัสเซีย ในปี ค.ศ. 1978 โดยได้มีการประชุมร่าง Declaration of Alma-Ata ซึ่งในเบื้องต้นกำหนดให้มีในระดับขั้นพื้นฐานก่อน โดยประชาชนมีส่วนร่วม และมีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

4.3.3 การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (Vertical programs in health) เป็นการมองปัญหาสุขภาพในระดับโลก ซึ่งมีหลาย

โครงการ เช่น การควบคุมโรคมาลาเรีย และการควบคุมวัณโรค การป้องกันโรคเอดส์ และอื่นๆ

4.3.4 เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium development goals: MDGs)



ภาพที่ 11 แสดงเป้าหมายของการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ

ในปี ค.ศ. 2000 เกือบทุกประเทศทั่วโลก ได้รวมตัวกันในการประชุมสุดยอดแห่งสหัสวรรษขององค์การสหประชาชาติที่นครนิวยอร์ก ในการประชุมครั้งนี้ ผู้นำประเทศต่างๆ ได้ตกลงตั้งเป้าหมายในการพัฒนาที่ทุกประเทศต้องทำให้บรรลุเป้าหมายภายในปี ค.ศ. 2015

เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษที่องค์การสหประชาชาติได้กำหนดไว้ ได้แก่

- 1) การจัดการความยากจนและความหิวโหย
 - 2) การให้เด็กทุกคนต้องได้รับการศึกษาขั้นต่ำในระดับประถมศึกษา
 - 3) การส่งเสริมบทบาทสตรีและความเท่าเทียมกันทางเพศ
 - 4) การลดอัตราการตายของเด็ก
 - 5) การพัฒนาสุขภาพสตรีตั้งครรภ์
 - 6) การต่อสู้กับโรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ
 - 7) การรักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน
 - 8) การส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาในประชาคมโลก
- ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป้าหมายในหลายข้อ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านอาหาร โภชนาการ และโรคติดต่อต่าง ๆ

4.3.5 กองทุนด้านสุขภาพ (Global health funds)

ในเรื่องกองทุนด้านสุขภาพนั้น ได้มีการกำหนดเรื่องนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินการ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในประเทศต้นปัญหาสาธารณสุขของโลกดังได้กล่าวมาในตอนต้น

4.3.6 การฟื้นฟูระบบสาธารณสุขมูลฐาน (Revitalization of primary health care) เรื่องระบบสาธารณสุขมูลฐานได้กลับมาได้รับความสนใจอีกครั้ง เพราะจะทำให้เกิดความเสมอภาคทางด้านสาธารณสุข และนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ และนำไปสู่การป้องกันโรคได้อีกด้วย

4.3.7 การเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ (Health systems strengthening focus) ปัจจุบันระบบสุขภาพได้เน้นเรื่องหลักคือ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุข ซึ่งเน้นการพัฒนา ระบบข้อมูลและสารสนเทศด้านสาธารณสุข ด้านบุคลากร และการเงินที่นำมาสนับสนุนงานสาธารณสุข

4.4 การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care : PHC)

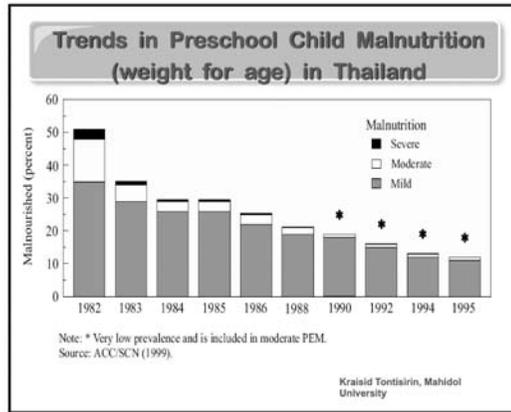
การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการปฏิบัติงานที่เน้นเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้การบริการขั้นพื้นฐาน ครบสมบูรณ์ 100% ประเทศไทยมีตัวอย่างที่ดีมากเรื่องอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งถือว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีหลายประเทศได้มาศึกษาและเรียนรู้เพื่อนำไปประยุกต์ต่อไป

4.4.1 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

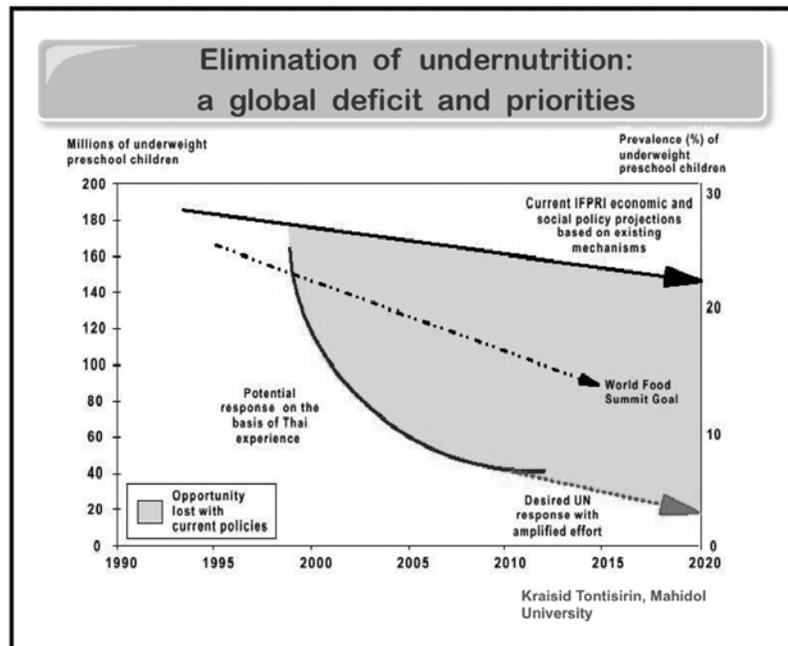
องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดกิจกรรมจำเป็นสำหรับการสาธารณสุขมูลฐานไว้ 8 ประการ ได้แก่

- 1) การสุขศึกษา
- 2) การโภชนาการ
- 3) การจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล
- 4) การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว
- 5) การสร้างภูมิคุ้มกันโรค
- 6) การควบคุมโรคระบาดประจำถิ่น
- 7) การรักษาโรคที่เกิดขึ้นบ่อยในท้องถิ่น
- 8) การจัดหายาที่จำเป็นในหมู่บ้าน

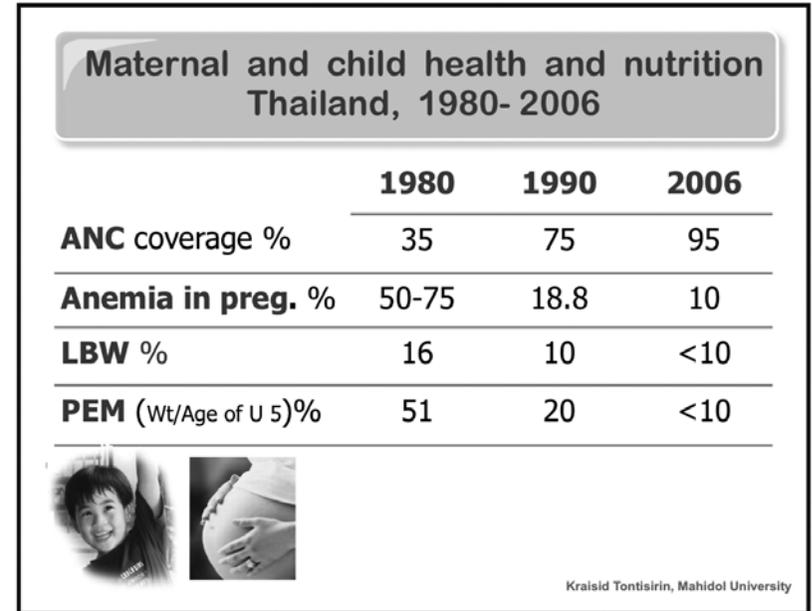
ประเทศไทยประสบความสำเร็จเรื่องการประยุกต์ใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นอย่างดี โดยเป็นการดำเนินการของทุกภาคส่วน และดำเนินการสำเร็จภายใต้แผนพัฒนาชนบทยากจน ในช่วงแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ผลงานที่ประเทศไทยได้รับความชื่นชมจากประเทศต่างๆ ทั่วโลกเป็นอย่างมากคือ การลดอุบัติเหตุการขาดอาหารในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้เป็นอย่างดี และมีอีกหลายตัวอย่างที่เป็นผลความสำเร็จในช่วงปี ค.ศ. 1980-2006 ได้แก่ การเพิ่มอัตราการฝากครรภ์จาก 35% เป็น 95% การลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ จาก 50-75% เป็น 10% การลดอัตราการรกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 16% เป็นน้อยกว่า 10% และการลดจำนวนผู้ป่วยโรคขาดโปรตีนและพลังงานจาก 51% เป็นน้อยกว่า 10%



แผนภูมิที่ 3 แสดงแนวโน้มการลดลงของภาวะขาดอาหารของเด็กในประเทศไทย ช่วงปี ค.ศ. 1982-1995



แผนภูมิที่ 4 แสดงการลดจำนวนภาวะขาดอาหารของเด็กในประเทศไทย เปรียบเทียบกับเป้าหมายของ World Food Summit และสถาบันนโยบายอาหารนานาชาติ (International Food Policy Research Institute : IFPRI)



ภาพที่ 12 ตัวอย่างความสำเร็จด้านสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย ในช่วงปี ค.ศ. 1980-2006

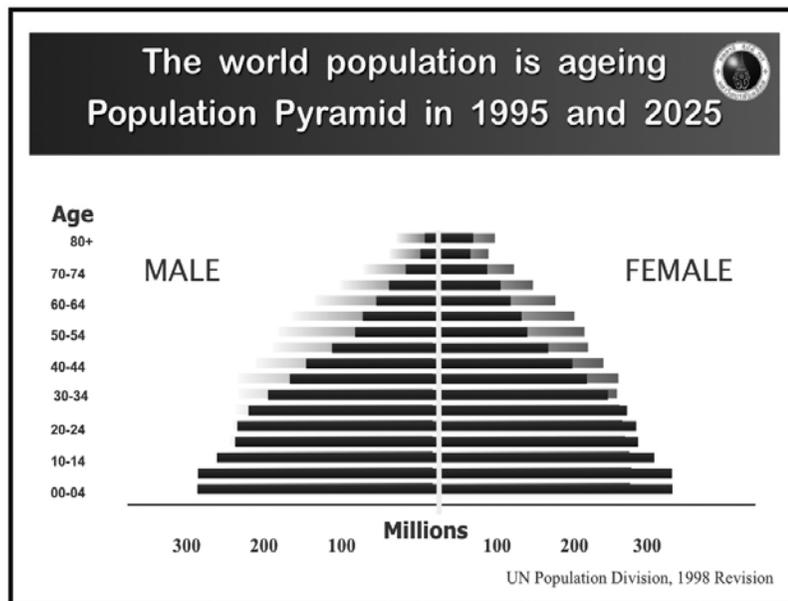
5. ปัญหาอื่นๆ ที่ไม่ควรละเลย (Other global health issues) ได้แก่

5.1 สุขภาพจิต (Mental health)

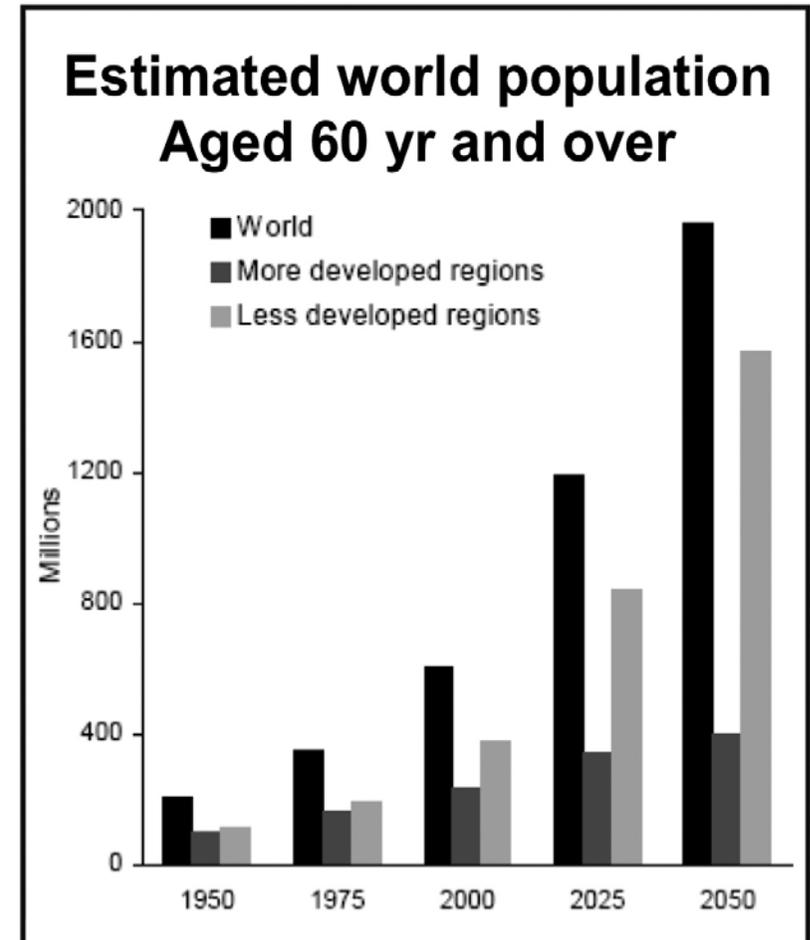
ได้มีการประมาณว่า 1 ใน 3 ของจำนวนประชากรทั่วโลก มีช่วงใดช่วงหนึ่งที่จิตใจหวนไหว เหมือนจะพังเพื่อนแต่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ โดยจำนวนผู้มีสุขภาพจิตผิดปกติมีประมาณ 8% ของประชากรโลก ซึ่งในช่วงที่เกิดภาวะสงคราม หรือในค่ายผู้อพยพต่างๆ พบผู้มีสุขภาพจิตผิดปกติเพิ่มขึ้นถึง 40% ปัญหาเรื่องสุขภาพจิตนั้นเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากเกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพจิตที่ดี และเกี่ยวข้องกับการปลูกฝังจริยธรรม ศีลธรรม ความดีงามอีกด้วย

5.2 สุขภาพของแม่ เด็ก และผู้สูงอายุ (Maternal, child and elderly health)

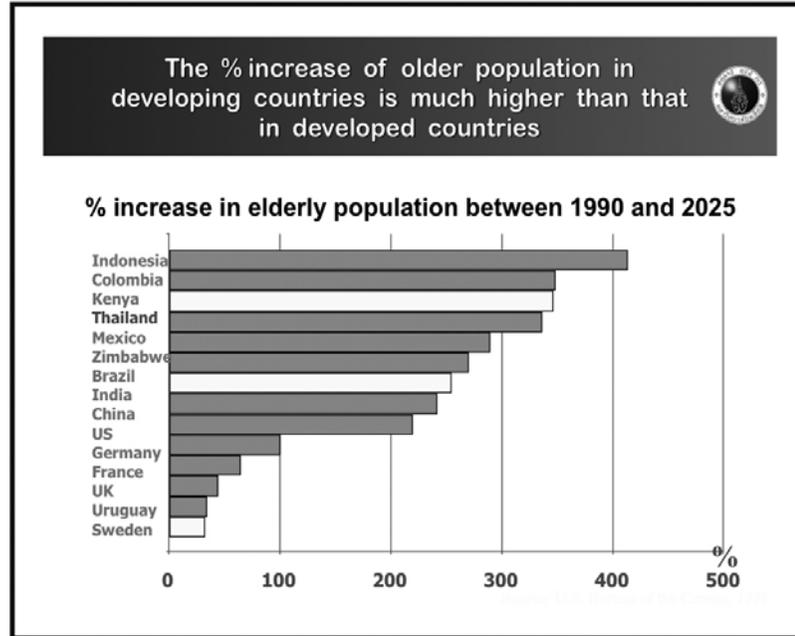
ปัญหาทั่วโลกที่พบคือการขาดความเสมอภาคในการดูแลสุขภาพของแม่และเด็ก ในขณะที่วัยที่ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (แผนภูมิที่ 5 และ 6) ประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุจากปี ค.ศ. 1990 ถึงปี ค.ศ. 2025 มากกว่า 300% และในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี กับประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จะมีจำนวนที่เท่ากัน



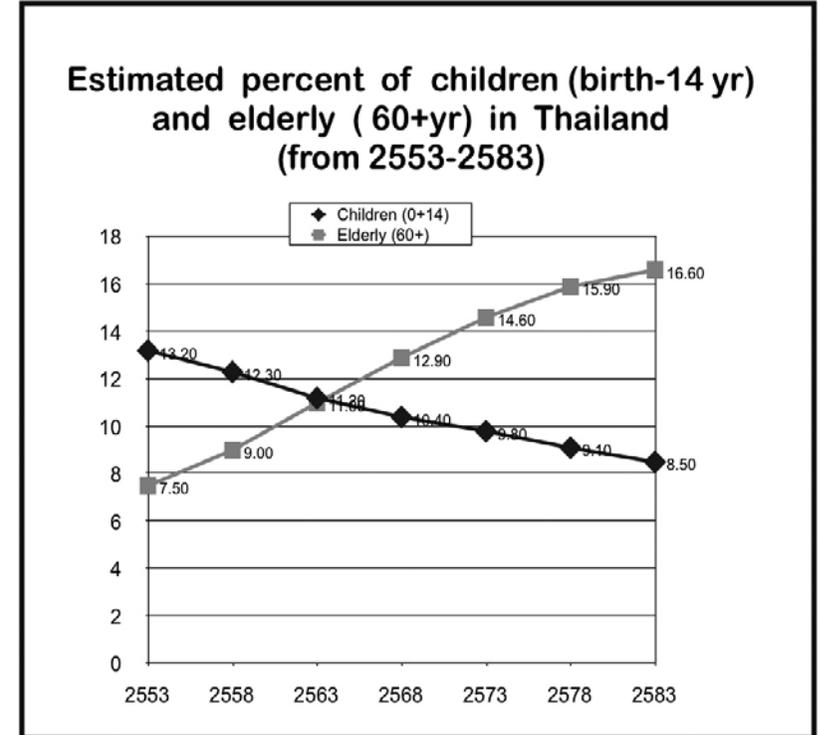
แผนภูมิที่ 5 ปีระมิตประชากรโลก ในปี ค.ศ. 1995 และ 2025



แผนภูมิที่ 6 แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในช่วงปี ค.ศ. 1950-2025



แผนภูมิที่ 7 แสดงเปอร์เซ็นต์การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในประเทศต่างๆ ในช่วง ปี ค.ศ. 1990-2025



แผนภูมิที่ 8 แสดงแนวโน้มการลดลงของเปอร์เซ็นต์ประชากรแรกเกิดถึง 14 ปี และการเพิ่มขึ้นของเปอร์เซ็นต์ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศไทย ช่วงปี พ.ศ. 2553-2583

5.3 โรคมะเร็ง (Cancers)

5.4 อุบัติเหตุและความรุนแรง (Accident and violence)

ปัญหาทั้ง 2 ประการ ใน 5.3 และ 5.4 เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรไทย และประชากรโลกที่ละเลยไม่ได้

5.5 การสูบบุหรี่และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Tobacco and alcoholic beverage)

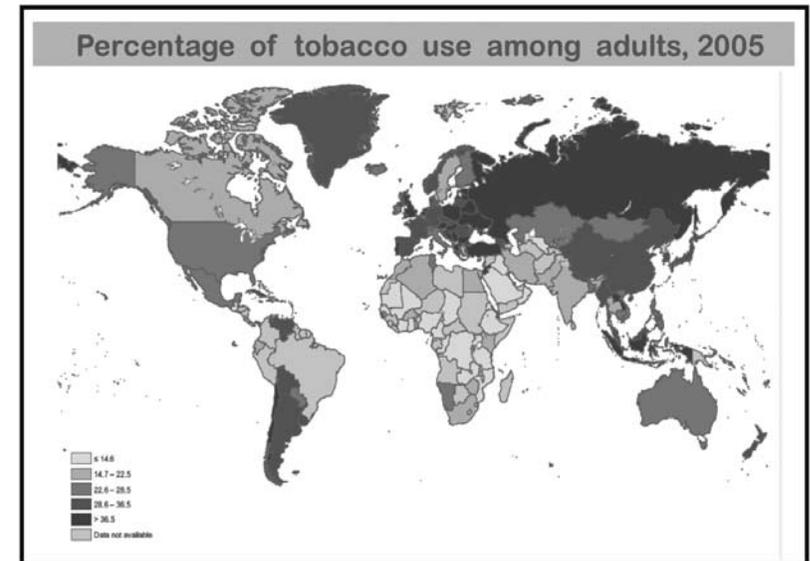
การสูบบุหรี่และการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นั้นมีผลเสียต่อสุขภาพอย่างมาก ซึ่งได้อ้างอิงจากผลการศึกษาของวารสาร Lancet ในปี ค.ศ. 2009 พบว่าอัตราการเสียชีวิตของจำนวนประชากรทั่วโลก 1 ใน 25 มีผลเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ทั้งทางตรงและทางอ้อม

การบริโภคยาสูบได้กระจายตัวไปทุกประเทศทั่วโลก หนาแน่นมากที่สหพันธรัฐรัสเซีย และยุโรป ส่วนประเทศไทยนั้นมีการบริโภคยาสูบต่ำกว่า 10% ของประชากร คือประมาณ 12 ล้านคน โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดเป็นหน่วยงานตัวอย่างที่ดีในการรณรงค์แบบอิสระควบคู่กับกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานวิชาการ และประชาสังคม ที่ทำให้การสูบบุหรี่ลดลง

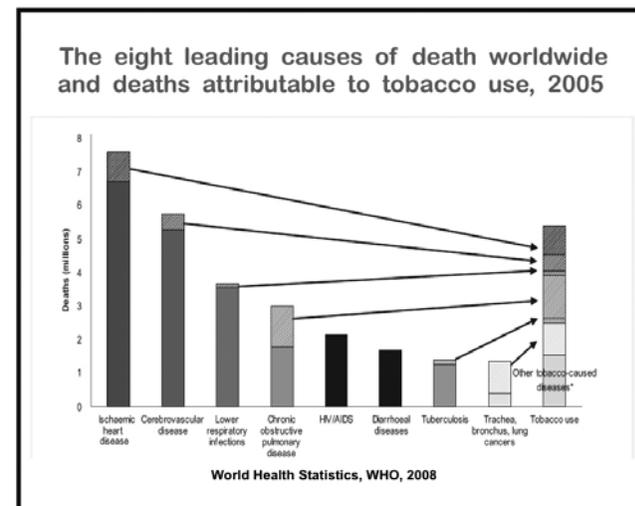
การเสียชีวิตจากการบริโภคยาสูบของประชากรทั่วโลกพบว่ามีจำนวนประมาณ 5 ล้านกว่าคนในหนึ่งปี และเป็นตัวสนับสนุนทำให้เกิดผู้ป่วยโรคมะเร็งเกือบ 1 ล้านคน นอกจากนี้ยังมีส่วนทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัญหาโรคถุงลมโป่งพองอีกด้วย โดยสรุปคือการบริโภคยาสูบมีส่วนทำให้เกิดโรคสำคัญต่างๆ ได้มากขึ้น ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าปัญหาเรื่องการสูบบุหรี่และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาที่มีความสำคัญ และควรเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลก

5.6 การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (Health impact assessments : HIA)

การดำเนินกิจกรรมด้านต่างๆ ของประชากรโลก ไม่ว่าจะเป็นการ



ภาพที่ 13 แสดงปริมาณการบริโภคยาสูบ ในประเทศต่างๆ ทั่วโลกในปี ค.ศ. 2005



แผนภูมิที่ 9 แสดงสาเหตุหลักที่ทำให้ประชากรโลกเสียชีวิตที่เกิดมาจากการสูบบุหรี่ในปี ค.ศ. 2005

ลงทุนทางด้านอุตสาหกรรม การสร้างถนน การสร้างเขื่อน งานระบบผังเมือง ล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรโลกทั้งสิ้น โดยในหลายประเทศต้องมีการประเมินเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพประกอบด้วยโครงการเหล่านั้นจึงจะสามารถดำเนินการได้ ซึ่งถือได้ว่าเป็นกระแสเรื่องของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในปัจจุบัน ทั้งต่อหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน โดยเป็นนโยบายที่จะใช้กับงานด้านต่างๆ ได้แก่ อุตสาหกรรม ที่อยู่อาศัย การผังเมือง การเกษตร และการขนส่ง เพื่อประเมินว่าการดำเนินการเหล่านั้นมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือไม่ และจะนำมาสู่การแก้ไข ตัวอย่างที่เห็นได้อย่างชัดเจน คือ ปัญหาที่นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด ที่เป็นปัญหาในปัจจุบันเนื่องจากไม่มีการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพก่อนดำเนินการ

ขณะนี้มีความคิดที่จะให้ภาครัฐบาลและภาคเอกชนทำงานร่วมกัน ภายใต้คำว่า Corporate social responsibility (CSR) โดยที่จะลงลึกในเรื่อง Creating share values (CSV) คือการสร้างคุณค่าร่วมกันเพื่อสังคม นั่นคือ อุตสาหกรรม ภาครัฐ และภาควิชาการ มาสร้างคุณค่าร่วมกัน เพื่อให้เกิดการสร้างสรรคในสิ่งที่มีผลด้านเศรษฐกิจคือการแก้ปัญหาความยากจน สิ่งที่มีผลทางด้านสุขภาพคือไม่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชากร และสิ่งที่มีผลต่อสิ่งแวดล้อมคือไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม ขณะเดียวกันก็มีความยั่งยืนในการพัฒนา ซึ่งเป็นแนวคิดใหม่ที่กำลังจะเกิดขึ้น

สรุป

การกำหนดปัญหาสาธารณสุขของโลก ผู้ที่ทำหน้าที่อย่างชัดเจนคือ องค์การอนามัยโลก และประเทศสมาชิก นอกจากนี้ยังมีเครือข่ายการดำเนินการขององค์กรต่างๆ ทั้งของรัฐและเอกชน รวมทั้งองค์กรที่ให้ทุนสนับสนุน ในขณะที่เดียวกันบทบาทของแต่ละบุคคลก็มีความสำคัญ เพราะนักวิชาการ หรือคนดังในสังคมที่มีความสนใจเรื่องนี้ สามารถเป็นผู้กำหนดปัญหาสาธารณสุขของโลกได้

เกณฑ์ที่ใช้ในการกำหนดว่าเป็นเรื่องใดควรเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลก คือ อัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต มีวิธีการในการเยียวยาหรือไม่และความคุ้มค่าของวิธีการเยียวยาว่าเป็นอย่างไร รวมทั้งการตีความทางด้านสังคม และผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

ประเด็นหลักของปัญหาสาธารณสุขของโลกที่น่าเสนอคือ ความไม่เสมอภาคทางด้านสาธารณสุข การระบาดของโรคติดเชื้อที่สำคัญ ปัญหาอาหาร โภชนาการและโรคเรื้อรัง และเรื่องระบบสาธารณสุข ที่มีความซับซ้อนมาก โดยมีประเด็นปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ที่ควรคำนึงถึง ได้แก่ สุขภาพจิต สุขภาพของแม่ เด็ก และผู้สูงอายุ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุและความรุนแรง การบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุขของโลกหลายประการนั้น เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้ว แต่ต้องการพันธุกิจว่าจะต้องทำ และทำจนกระทั่งเกิดผลการเปลี่ยนแปลง บทบาทของสถาบันอุดมศึกษาหรือวิชาการต้องเป็น ผู้ที่สร้าง กลั่นกรอง ส่งถ่ายการเรียนรู้หรือความรู้ และปัญญาไปสู่การแก้ปัญหา โดยที่มีคำถามอยู่ว่าพวกเราทุกคนได้ทำบทบาทนี้มากพอหรือยัง

ท้ายที่สุดผู้บรรยาย ขอกล่าวขอบคุณผู้จัดงานที่มีความตั้งใจอย่างสูง ในการจัดงานปาฐกถาพิเศษในครั้งนี้ เพื่อรำลึกถึงคุณงามความดีของท่าน ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ดีเยี่ยมของ อธิการบดีท่านหนึ่งของมหาวิทยาลัยมหิดล และขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความ สนใจฟังการบรรยายโดยตลอด

ภาคผนวก

- ความเป็นมาในการจัดแสดง
ปาฐกถาเกียรติยศเนื่องใน
วันพระราชทานนามมหาวิทยาลัย
มหิดล (พ.ศ. 2542-2553)
- ประวัติศาสตราจารย์
นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์
อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล
(พ.ศ. 2512-2514)

ความเป็นมาในการจัดแสดง ปาฐกถาเกียรติยศ เนื่องในวันพระราชทานนาม “มหาวิทยาลัยมหิดล”

“มหิดล” เป็นพระนามของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ทรงมีพระมหากรุณาธิคุณต่อประเทศชาติอย่างใหญ่หลวง โดยเฉพาะการแพทย์และการสาธารณสุข ทรงได้รับการยกย่องว่าเป็นพระบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทยและพระบิดาแห่งการสาธารณสุขไทย พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมพระราชทานนาม “มหิดล” ให้เป็นนามของมหาวิทยาลัย ที่ได้ตราพระราชบัญญัติมีผลใช้อย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2512 ซึ่งนับว่าเป็นวันเริ่มต้นของการใช้ชื่อมหาวิทยาลัยมหิดล นับจากวาระนั้นจนถึงวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2553 ซึ่งเวียนมาบรรจบครบ 41 ปี ที่ได้รับพระราชทานนามให้เป็น “มหาวิทยาลัยมหิดล” การได้รับพระราชทานพระมหากรุณาธิคุณครั้งนี้ ยังความปิติยินดีเป็นอย่างยิ่งให้แก่บรรดาอาจารย์ นักศึกษา และเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ตลอดจนศิษย์เก่าและนักศึกษาปัจจุบันของมหาวิทยาลัยมหิดล

นับตั้งแต่ พ.ศ. 2542 จนถึงปี พ.ศ. 2553 อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ได้มีดำริให้มีการจัดปาฐกถาเกียรติยศ เนื่องในวันพระราชทานนาม “มหาวิทยาลัยมหิดล” ติดต่อกันมาทุกปี โดยได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิจากสาขาต่างๆ มาแสดงปาฐกถาในหัวข้อต่อไปนี้

- พ.ศ. 2542 ปาฐกถาเกียรติยศเนื่องในงานคล้ายวันพระราชทานนามมหาวิทยาลัยมหิดล โดยสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์
- พ.ศ. 2543 ปาฐกถาเกียรติยศศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ครั้งที่ 1 โดย ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ ประดิษฐ์ เจริญไทยทวี
- พ.ศ. 2544 ปาฐกถาเกียรติยศศาสตราจารย์ นายแพทย์กษาน จาติกวณิช ครั้งที่ 1 โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ประเวศ วะสี
- พ.ศ. 2545 ปาฐกถาเกียรติยศศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ครั้งที่ 2 เรื่อง “สุขภาพสังคม” โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ประเวศ วะสี
- พ.ศ. 2546 ปาฐกถาเกียรติยศศาสตราจารย์ นายแพทย์กษาน จาติกวณิช ครั้งที่ 2 เรื่อง “พระพุทธศาสนากับการเติมปัญญาให้สังคม” โดย พระเทพโสภณ (ประยูร ธมฺมจิตฺโต ป.ธ.9) อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
- พ.ศ. 2547 ปาฐกถาเกียรติยศศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ครั้งที่ 3 “เศรษฐกิจการเงินโลกกับการปรับตัวของอุตสาหกรรมศึกษาไทย” โดย ดร.โอฬาร ไชยประวัติ ที่ปรึกษารองนายกรัฐมนตรีและที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง
- พ.ศ. 2548 ปาฐกถาเกียรติยศศาสตราจารย์ นายแพทย์กษาน จาติกวณิช ครั้งที่ 3 เรื่อง “โครงการพัฒนาอดอยตุง” โดย ม.ร.ว.ดิศนัดดา ดิศกุล เลขาธิการมูลนิธิแม่ฟ้าหลวงในพระบรมราชูปถัมภ์

- พ.ศ. 2549 ปาฐกถาเกียรติยศศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ครั้งที่ 4 เรื่อง “การปฏิรูปการเมืองกับสภาพสังคมไทย” โดย ศาสตราจารย์ ดร.อมร จันทรมบูรณ์ ประธานคณะกรรมการพัฒนากฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
- พ.ศ. 2550 ปาฐกถาเกียรติยศศาสตราจารย์ นายแพทย์เกษน จาติกวณิช ครั้งที่ 4 “สหกิจศึกษากับการพัฒนาคุณภาพบัณฑิต” โดย ศาสตราจารย์ ดร.วิจิตร ศรีสอ้าน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ
- พ.ศ. 2551 ปาฐกถาเกียรติยศศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ครั้งที่ 5 เรื่อง “ประสบการณ์การบริหารมหาวิทยาลัยออกนอกระบบเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ” โดย ดร.กฤษณพงศ์ กีรติกร ที่ปรึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
- พ.ศ. 2552 ปาฐกถาเกียรติยศศาสตราจารย์ นายแพทย์เกษน จาติกวณิช ครั้งที่ 5 เรื่อง ความอยู่รอดของมนุษยศาสตร์ไทย โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ เจตนา นาควัชระ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สภามหาวิทยาลัยมหิดล
- พ.ศ. 2553 ปาฐกถาเกียรติยศศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ครั้งที่ 6 เรื่อง “Current Global Health Issues” โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร.ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ ประธานกรรมการนโยบายกองทุนสนับสนุนการวิจัย



ประวัติ
ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โสสถานนท์ เป็นบุตรคนที่ 4 ของพระยาประชาภิจักรจักร (ชูป โสสถานนท์) และคุณหญิงนิล ประชากิจจักร เกิดเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2451 ณ บ้านถนนบำรุงเมือง ริมคลองผดุงกรุงเกษม มีพี่น้องร่วมบิดามารดา ซึ่งปัจจุบันถึงแก่กรรมแล้ว ดังนี้

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. พ.ต.วิลาส โสสถานนท์ | 6. นายทวีลาภ โสสถานนท์ |
| 2. นางระยับ สุกพล | 7. นางชานัญ สุขุม |
| 3. ด.ช.ศิริ โสสถานนท์ | 8. นายชาติ โสสถานนท์ |
| 4. ศ.นพ.ชัชวาล โสสถานนท์ | 9. นางอินทิรา นาคะเสถียร |
| 5. นายปชา โสสถานนท์ | |

สมรสกับนางสาวคุษฎี ปันยารชุน ธิดาพระยาปริชานุสาสน์ (เสริญ ปันยารชุน) และคุณหญิงปฤกษ์ ปริชานุสาสน์ เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2484 มีบุตรธิดา 2 คน ได้แก่

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์รพีพันธ์ โสสถานนท์
2. นางทิพสุดา สุวรรณรักษ์ สมรสกับ รศ.นพ.จินดา สุวรรณรักษ์ มีธิดา 1 คนคือ นางสาวไรรัตน์ สุวรรณรักษ์

ผู้ที่รู้จักกับศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โสสถานนท์ เรียกทำสั้นๆ ว่า “คุณหมอชัช”

ปี พ.ศ. 2474 สำเร็จปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์

ปี พ.ศ. 2476 บรรจุเป็นอาจารย์ในแผนกสูติ-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศิริราช

ปี พ.ศ. 2478 ได้ทุนอเล็กซานเดอร์ ฟอน ฮุมโบลด์ ไปศึกษาเพื่อทำปริญญาเอก (Dr.Med) ณ ประเทศเยอรมัน พร้อมกับได้รับทุน “สมเด็จพระ

พระราชบิดา” ศึกษา ค้นคว้า วิจัย ภายใต้ Prof. Schoeder และ Prof. Robert Kessler และทำวิทยานิพนธ์เรื่อง Cystic Glandula Hyperplasia of Endometrium หลังจากสำเร็จปริญญาเอกแล้ว ยังได้ไปศึกษาวิชาโรคเมืองร้อนเพิ่มเติมที่มหาวิทยาลัย Hamburg และได้ประกาศนียบัตรวิชาโรคเมืองร้อน Diploma in Tropical Medicine (D.T.M.)

ปี พ.ศ. 2481 เดินทางกลับประเทศไทยและทำงานที่โรงพยาบาลศิริราชเช่นเดิม เมื่อกลับมาทำงานที่แผนกสูติ-นรีเวชวิทยาที่ศิริราช ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประจักษ์ ทองประเสริฐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชขณะนั้นได้ขอให้ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โสสถานนท์ รับตำแหน่งผู้ช่วยผู้อำนวยการเมื่อศาสตราจารย์ นายแพทย์ประจักษ์ ทองประเสริฐ ลาออกในปี พ.ศ. 2491 ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โสสถานนท์ ได้รับเลือกเอกฉันท์ให้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โสสถานนท์ จึงเป็นคลินิกเขียน อาจารย์และนักบริหารพร้อมกันไป ท่านดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชจนถึงปี พ.ศ. 2501 เป็นคณบดีคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2501-2506 ดำรงตำแหน่งอธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ระหว่างปี พ.ศ. 2507-2512 ดำรงตำแหน่งอธิการบดีคนแรกของมหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างปี พ.ศ. 2512-2514 เป็นผู้เดียวที่เป็นทั้งอธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์และมหาวิทยาลัยมหิดล และยังรับตำแหน่งรักษาการคณบดีคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างปี พ.ศ. 2514-2522

ปี พ.ศ. 2493 เมื่อศิริราชก่อตั้งมาครบ 60 ปี ในฐานะเป็นผู้อำนวยการได้จัดงานใหญ่ ได้กราบบังคมทูลเชิญพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ เสด็จพระราชดำเนินทรงเป็นองค์ประธานในพิธีเปิดพระบรมราชานุสาวรีย์ของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก หรือที่วงการแพทย์เรียกว่า สมเด็จพระราชบิดา “องค์พระบิดาแห่งการแพทย์ไทย” ณ ศูนย์กลาง คณะแพทยศาสตร์ศิริราช

พยาบาล จากผลการจัดงานในครั้งนั้น ศาสตราจารย์ นายแพทย์กษาน จาติกวณิช ได้เขียนไว้ในหนังสือเจ็ดรอบนักษัตร ชั่วเวลา โอสถานนท์ ว่าก่อให้เกิดผลสำเร็จตามมาอีก 2 ประการคือ

1. สร้างหอประชุมราชแพทยาลัย
2. สร้างเขื่อนคอนกรีตริมแม่น้ำเจ้าพระยา

ปี พ.ศ. 2505 เมื่อศิริราชก่อตั้งมาครบ 72 ปี ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ เป็นแม่งานใหญ่อีกครั้งหนึ่ง การจัดงานครั้งนี้ก่อให้เกิดตึก 72 ปีศิริราช ซึ่งเป็นอาคาร 12 ชั้น ตั้งอยู่ใจกลางโรงพยาบาลศิริราช เบื้องหลังพระบรมราชานุสาวรีย์สมเด็จพระบรมราชชนก

เมื่อปี พ.ศ. 2512 ได้กราบบังคมทูลขอพระราชทานนามใหม่ ให้แก่มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ พระราชทานนามว่า “มหาวิทยาลัยมหิดล” ยังความภาคภูมิใจและความซาบซึ้งในพระมหากษัตริย์คุณต่อศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ มิรู้คลาย

นอกจากนั้นได้ร่วมกราบบังคมทูลขอพระกรุณาจากสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงช่วยเหลือซื้อที่ดิน 1,200 ไร่ ซึ่งเป็นที่ดินของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ในราคาที่ถูกมากใช้เป็นที่ตั้งของมหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายาในปัจจุบัน

ในขั้นแรกที่พระราชทานนามมหาวิทยาลัยมหิดลนั้นศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ เล่าว่าพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทรงตั้งมาว่ามหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ยังไม่ใช่มหาวิทยาลัยที่สมบูรณ์พร้อมสาขาวิชา ดังนั้นในสมัยที่ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ เป็นอธิการบดี จึงได้มีการจัดตั้งคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ขึ้น และเมื่อได้ก่อตั้งแล้ว ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ก็ยังได้ดำรงตำแหน่งรักษาการคณบดีของคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อีกเกือบ 10 ปี จนกว่าจะได้เลือกคณบดีคนใหม่ขึ้นมาแทน

หลังจากได้พระราชทานนามมหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ได้เสด็จมาทรงดนตรีที่หอประชุมราชแพทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และรับสั่งตอนหนึ่งกับนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลว่า “เราเป็นลูกพ่อเดียวกันแล้วนะ” ยิ่งความปลาบปลื้มและซาบซึ้งในพระมหากษัตริย์คุณเป็นล้นพ้นแก่ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ และผู้เข้าเฝ้าธุลีละองพระบาทโดยทั่วหน้ากัน

งานอื่นๆ นอกมหาวิทยาลัยยังมีอีกหลายอย่าง เช่น เป็นกรรมการสภาพนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นกรรมการฝ่ายการแพทย์ของมูลนิธิอานันทมหิดล กรรมการสภากิจแห่งชาติ กรรมการสำนักงานพลังงานปรมาณูเพื่อสันติ เป็นต้น

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ มีความจงรักภักดีในสมเด็จพระราชบิดาอย่างลึกซึ้งเคยเล่าให้ลูกหลานฟังว่า เมื่อเรียนแพทย์ปีที่ 1 ที่ศิริราช เรียนหนังสือดีได้ขอเข้าเฝ้าสมเด็จพระราชบิดา กราบบังคมทูลเพื่อขอทุนศึกษาแพทย์ต่างประเทศ สมเด็จพระราชบิดาโปรดฯ ให้มหาดเล็กนำกระดาษดินสอด้ามารงคิดเลขค่าใช้จ่ายในการเรียนให้ดูและทรงแสดงให้เห็นว่าการจะไปเรียนต่างประเทศนั้น ต้องใช้เวลาอีก 8 ปี ค่าใช้จ่ายสิ้นเปลืองมากขณะนี้เรียนที่ศิริราชก็ดีแล้ว อีก 3 ปีก็จะเรียนจบ จึงขอให้เรียนต่อไป เมื่อเรียนจบแล้วจะไปเรียนที่ไหนจะให้การสนับสนุน แต่จะต้องกลับมาทำงานที่ศิริราช เพราะศิริราชยังต้องการคนอีกมาก แต่หลังจากนั้นไม่กี่เดือน สมเด็จพระราชบิดาก็สิ้นพระชนม์ ยิ่งความเศร้าสลดใจแก่คุณศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ เป็นอย่างยิ่ง ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ คิดว่าจะสนองพระเดชพระคุณครั้งสุดท้ายได้อย่างไร ขณะนั้นผู้ที่มีโอกาสเข้าร่วมในขบวนอัญเชิญพานเครื่องราชอิสริยยศของสมเด็จพระราชบิดา จากพระบรมมหาราชวังไปยังพระเมรุ ต้องเป็นนักศึกษาแพทย์ปีที่ 4 แต่ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ก็ได้ขอร้องกับอาจารย์และได้เข้าร่วมในขบวนในที่สุด ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ได้ของที่ระลึกพระราชทานคือดินสอดะแบบกระเป๋ายี่ห้อ Parker

ลงยาส่วนบน ส่วนล่างเป็นทอง ตอนบนโดยรอบจารึกว่า พ.ศ. 2472 ซึ่งศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ได้เก็บสมบัติชิ้นนี้ไว้ตราบเท่าชีวิตหาไม่ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ เคยกล่าวหลายครั้งในหลายวาระว่ากรณีที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานนามมหาวิทยาลัยมหิดล ในสมัยที่ท่านเป็นอธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และการที่ท่านได้เป็นอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นสิ่งที่ท่านภาคภูมิใจมากและเป็นเกียรติที่จะต้องเทิดทูนพระนาม “มหิดล” อย่างเต็มสติกำลังในชีวิตการเป็นแพทย์ และการกระทำใดๆ ก็ดี ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ จะเทิดทูนยึดถือสมเด็จพระราชบิดาเป็นแบบอย่างมั่นคงเสมอมา

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ มีสุขภาพดีพอสมควรมาโดยตลอด ไม่มีอาการหลงและมีความห่วงใยคนรอบข้างเสมอจนบั้นปลายของชีวิต ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ เริ่มป่วยเป็นโรคมะเร็งที่ปอด เมื่อประมาณ 3 ปีที่ผ่านมา แต่ก็ยังมีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่มีอาการของมะเร็ง ในช่วง 3 เดือนสุดท้ายเริ่มมีอาการไอและอ่อนเพลีย ในวันพุธที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2542 เข้ารักษาตัว ณ ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์โรงพยาบาลรามาริบัติ และถึงแก่กรรมอย่างสงบในวันศุกร์ที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2542 เวลา 7 นาฬิกา 52 นาที สิริรวมอายุได้ 91 ปี 8 เดือน 27 วัน

(คัดย่อประวัติจากหนังสืออนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2542 พิมพ์ที่กรุงเทพฯ: 2542)