



Resilience ในเด็กที่ถูกทารุณกรรม

ศุภรา เชาว์ปรีชา พ.บ., วทม. *

บทคัดย่อ

การทารุณกรรมเด็กจัดเป็นปัญหาสังคมและสาธารณสุขที่สำคัญ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อเด็ก ครอบครัว และสังคมเป็นวงกว้างทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

วัตถุประสงค์ ของการศึกษาในครั้งนี้เพื่อรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับ resilience ในเด็กที่ถูกทารุณกรรมอันจะนำไปสู่แนวทางการให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาการถูกทารุณกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา ได้จากการรวบรวมเอกสารวิชาการ ผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ medline, embase และ psychinfo ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985-2006 และการสืบค้นด้วยมือจากตำราและเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา เป็นการนำเสนอเชิงพรรณนาเริ่มต้นจากการอธิบายแนวคิดของ resilience โดยทั่วไป จากนั้นจึงเป็นผลการศึกษาต่างๆ ของ resilience ที่จำเพาะกับเด็กถูกทารุณกรรมซึ่งเน้นเกี่ยวกับปัจจัยและกระบวนการที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัวและด้านสังคม

สรุป resilience ในเด็กที่ถูกทารุณกรรมสามารถสร้างและพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ในทุกช่วงชีวิต แม้ว่าจะมีข้อจำกัดอยู่บ้างในบางกรณี และแม้กลไกหลักของการเกิด resilience มาจากปัจจัยภายในตัวบุคคลมากกว่าปัจจัยภายนอก แต่ในทางปฏิบัติแล้ว การช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้สามารถทำได้โดยการแทรกแซงที่ตัวเด็ก และบริบทแวดล้อม อันจะทำให้ resilience ในตัวเด็กมีความยั่งยืนยิ่งขึ้น

คำสำคัญ resilience, child maltreatment, child abuse, child neglect

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551; 53(3): 309-322

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



Resilience in child maltreatment victims

Supara Chaopricha, M.D., MSc.*

Abstract

Child maltreatment is a major global social and public health concern. The problem creates devastating impacts on the victim, their family and the society.

Objective: To conduct a literature review of resilience in child maltreatment and the effective interventions.

Method: the data was collected by retrieving relevant articles from some of the widely-used electronic databases; Medline, Embase and Psycinfo from 1985 to 2006 as well as chapters and references from standard textbooks.

Result: the results was presented in a descriptive way, including general concepts of resilience, factors and processes involving resilience in child maltreatment in relation to the child, family and society.

Conclusion: Resilience can be fostered throughout all stages of life despite its limitations in some cases. Resilience derives mainly from individual factors rather than external factors. However effective interventions can be implemented at the individual, family and environmental levels, all of which should make the resilience more sustainable.

Key words: resilience, child maltreatment, child abuse, child neglect

J Psychiatr Assoc Thailand 2008; 53(3): 309-322

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Thammasat University

บทนำ

การถูกระทำทารุณในเด็กเป็นปัญหาทางสังคมและสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทย ดังที่มักจะปรากฏเป็นข่าวหลายรูปแบบตามสื่อต่างๆ เช่น การขายและใช้แรงงานเด็ก โสเภณีเด็ก เด็กเร่ร่อน และการใช้ความรุนแรงต่อเด็กและครอบครัว เป็นต้น แม้ว่าส่วนใหญ่จะมีการรายงานความชุกจากองค์กรที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือดูแลเด็ก เช่น จากโรงพยาบาล องค์กรอิสระและเจ้าหน้าที่ตำรวจ แต่จำนวนตัวเลขของการรายงานเหล่านั้นมักจะต่ำกว่าความเป็นจริงและไม่สามารถสะท้อนสถานการณ์ความรุนแรงที่แท้จริงของปัญหาดังกล่าว เนื่องจากมีหลายกรณีที่เด็กไม่อาจเข้าถึงระบบการให้ความช่วยเหลือได้ นอกจากนี้ ปัญหาเด็กถูกทำร้ายจิตใจยังคงมีการวินิจฉัยต่ำกว่าความเป็นจริงมาก เนื่องจากไม่มีร่องรอยหรือหลักฐานที่เห็นได้ชัดเจนจากการตรวจร่างกาย¹

ความสำคัญ

ผลกระทบจากการถูกรังแกทารุณกรรมนี้ ก่อให้เกิดผลเสียต่อตัวเด็กเอง ครอบครัวและสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ปัญหาความเจ็บป่วยพิการทางกายและสติปัญญาอันเนื่องมาจากการถูกรังแกทารุณกรรมทางร่างกายและการถูกละเลยทอดทิ้ง ปัญหาการติดเชื้อเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากการถูกรังแกทารุณกรรมทางเพศ ปัญหาสุขภาพจิตในรูปแบบต่างๆ เช่น การใช้สารเสพติด โรคซึมเศร้า การทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตายจากการถูกทำร้ายจิตใจ และหรือถูกรังแกทารุณกรรมด้วยหลายรูปแบบร่วมกัน และที่สำคัญคือ การเกิดวงจรของการถูกรังแกทารุณกรรมในรุ่นลูกหลานต่อไป^{2,3}

แนวทางในการให้การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาดังกล่าว อันเนื่องมาจากผลกระทบของการถูกรังแกทารุณกรรมเด็กนั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ตลอดจนมีการประสานงานและร่วมมือกันในรูปแบบ

ของทีมนสหวิชาชีพ รวมถึงมีการสร้าง วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ เพื่อรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับ resilience ในเด็กที่ถูกรังแกทารุณกรรมซึ่งจะทำให้ทราบถึง ปัจจัย กลไก และกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้เด็กสามารถผ่านพ้นวิกฤติของชีวิตจากการถูกทำร้าย หรือละเลยทอดทิ้งและยังสามารถยืนหยัดใช้ชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้ จะช่วยนำไปสู่แนวทางการให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาการถูกรังแกทารุณกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้จาก

1. การสืบค้นทางอิเล็กทรอนิกส์ผ่านฐานข้อมูล medline, embase และ psychinfo ซึ่งได้รับการตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985 - 2006
2. การสืบค้นด้วยมือจากตำราที่เกี่ยวข้องและเอกสารที่ปรากฏในรายการอ้างอิงของงานวิจัยบทความหรือวรรณกรรมที่ได้จากข้อ 1.

คำสำคัญที่ใช้ คือ resilience, child maltreatment, child abuse, child neglect

ผลการศึกษา

1. แนวคิดของ resilience

เพื่อที่จะเข้าใจเรื่อง resilience ในผู้ที่ถูกรังแกทารุณกรรมได้ดีขึ้น ในเบื้องต้นควรต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับแนวคิดของ resilience โดยทั่วไปก่อน ซึ่งประกอบด้วยประเด็นดังต่อไปนี้ 1) คำจำกัดความและความหมาย 2) ลักษณะและคุณสมบัติ 3) การเปรียบเทียบกับแนวคิดแบบเก่า (แนวคิดแบบปัจจัยเสี่ยง-ปัจจัยป้องกัน) 4) ปัจจัยและกลไกที่เกี่ยวข้องกับการเกิด

และ 5) แนวทางการศึกษารวมถึงระเบียบวิธีวิจัย

Resilience แปลว่า ความยืดหยุ่น ความหายจากโรคได้⁴ ซึ่งโดยแนวคิดแล้วหมายถึงความสามารถในการดำรงอยู่อย่างมีประสิทธิภาพต่างๆ ที่เคยเผชิญกับสภาวะเครียดรุนแรง, สถานการณ์เสี่ยงหรือ ประสบการณ์ที่ยากลำบากมาก่อน⁵⁻⁸ ตัวอย่างของสถานการณ์ด้านลบเหล่านี้ เช่น การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ยากจน ขาดแคลน อดอยาก การประสบกับมหันตภัย และการถูกทารุณกรรม

เมื่อพิจารณาอย่างผิวเผิน resilience อาจมีความหมายคล้ายกับ การมีจิตใจที่เข้มแข็งหรือการมีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นคุณสมบัติภายในเฉพาะบุคคล แต่แท้จริงแล้วมันไม่ได้เป็นสิ่งเดียวกัน กล่าวคือ resilience มีแนวคิดในลักษณะที่เป็นปฏิสัมพันธ์ (interactive concept) ระหว่างตัวบุคคลกับสิ่งแวดล้อม มากกว่าที่จะมองว่า เป็นเรื่องของคุณลักษณะประจำตัวเพียงอย่างเดียว^{7,8} ในทำนองเดียวกัน resilience อาจเป็นสิ่งที่โดยทั่วไปถ้าไม่มีสถานการณ์ยากลำบากเกิดขึ้นก็จะไม่ปรากฏให้เห็น⁷ ซึ่งน่าจะพอเทียบเคียงได้กับสำนวนไทยที่ว่า “สถานการณ์สร้างวีรบุรุษ” ดังนั้น resilience จึงมีองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการคือ การเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง/ยากลำบากและการมีผลลัพธ์ที่ดีเกิดขึ้นในตัวบุคคลนั้น

แนวคิดอีกประการหนึ่งที่เป็นลักษณะของ resilience คือ แนวคิดแบบสัมพัทธ์ (relative concept)^{6,7} แนวคิดนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของบริบททั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ กล่าวคือ เมื่อบริบทต่างกัน สิ่งที่เป็นโทษในสถานการณ์ปกติกลับเป็นประโยชน์ในสถานการณ์เสี่ยง และในบริบทที่เสี่ยงน้อยการจัดการปัญหาเพียงทางใดทางหนึ่งก็เพียงพอ แต่ในบริบทที่เสี่ยงมาก การแก้ไข้ปัญหาเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงจึงจำเป็นต้องใช้หลายแนวทางหลายวิธีร่วมกัน มีข้อสังเกตที่ปรากฏตามธรรมชาติรวมถึงจากการศึกษาวิจัยหลายกรณีที่น่าสนใจในเรื่องนี้^{7,8} เช่น ในสภาวะทั่วๆ ไป ผู้ที่

มีความผิดปกติของเม็ดเลือดแดงชนิด sickle cell ทำให้มีภาวะซีด แต่เม็ดเลือดแดงชนิดนี้กลับเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่อาศัยในท้องถิ่นที่มีความชุกของโรคมาลาเรียสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศแอฟริกา หรือในกรณีของการรับเด็กมาเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรมที่อาจจะไม่ได้มีข้อดีและยังอาจจะทำให้เกิดผลเสียต่อเด็กมากกว่า เมื่อเทียบกับการที่เด็กได้รับการเลี้ยงดูที่ดีจากพ่อแม่แท้ๆ ของตนเองซึ่งเป็นสถานการณ์ปกติ แต่การรับเด็กมาเลี้ยงนี้จะเป็ประโยชน์และช่วยสร้างโอกาสที่ดีให้กับเด็กได้มาก หากเด็กคนนั้นเป็นเด็กกำพร้า หรือถูกกระทำทารุณมาโดยบุคคลในครอบครัวของตนเอง อีกตัวอย่างหนึ่งซึ่งเป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ resilience โดยตรงพบว่าในสภาวะแวดล้อมที่มีความเสี่ยงไม่มาก เด็กสามารถมี resilience ได้โดยการใช้เพียงกลไกการจัดการภายในของตัวเอง (self-organization) เช่น การมีวิถีคิดเชิงบวก การจัดการปัญหาอย่างสร้างสรรค์ การมีความสามารถในการควบคุมตนเอง แต่หากสภาพแวดล้อมมีความบีบคั้นอย่างมากหรือมีความเสี่ยงสูง การจัดการภายในของตัวเด็กอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอที่จะทำให้เด็กเกิด resilience ได้ จำเป็นต้องอาศัยการจัดการกับบริบทหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมภายนอกร่วมด้วย^{9,10}

Resilience เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเฉพาะเรื่อง เฉพาะเวลา อาจเกิดขึ้นทันที หรือเมื่อเวลาผ่านไปนานแล้วก็ได้^{6,7} คุณสมบัติในข้อนี้กล่าวอย่างง่าย ๆ คือ ธรรมชาติคนเราทุกคนไม่ได้มีความเก่ง และเข้มแข็งไปหมดทุกอย่าง และความเก่ง ความเข้มแข็งนี้ก็ได้คงอยู่ตลอดเวลาและเสมอไป ตัวอย่างเช่น เด็กที่มีความแข็งแกร่งทางจิตใจและปรับตัวได้ดี (มี resilience) จากการถูกทารุณกรรม อาจจะไม่มีความ resilient จากการประสบกับมหันตภัย หรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักก็ได้ resilience สามารถเกิดขึ้นได้ในขณะที่กำลังเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงอยู่หรือหลังจากเหตุการณ์เสี่ยงนั้นเพิ่งหมดไปในเวลาไม่นานนัก จึงพบเสมอๆ ว่าผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์รุนแรงในช่วงแรก บางคนปรับตัวได้ดีในขณะที่บางคน

ประสบปัญหาถึงขั้นเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรค acute stress disorder แต่เมื่อติดตามผลต่อไป คนบางคนสามารถหายจากโรคนี้ได้ และไม่ได้มีผลกระทบในระยะยาว ในขณะที่บางคนยังคงมีปัญหาอยู่ และคนที่ไม่ได้มีปัญหาในช่วงแรกกลับเกิดโรค posttraumatic stress disorder ในเวลาต่อมา นอกจากนี้ resilience ยังมีโอกาสเกิดขึ้นได้แม้ประสบการณเลวร้ายจะผ่านไปนานแล้ว ด้วยการพบกับจุดเปลี่ยนหรือจุดหักเหที่สำคัญในชีวิต ซึ่งเรียกว่ามี turning point effect เช่น การได้แต่งงานกับบุคคลที่มีความรักและความเข้าใจกัน ดังนั้นจะเห็นได้ว่า วิธีของ resilience ไม่ได้มีพัฒนาการแบบเป็นเส้นตรง (non-linear process) และความคงทน (stability) ของมันยังขึ้นกับ เหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นในเวลาถัดมาด้วย¹¹⁻¹³

แนวคิดเรื่อง resilience แตกต่างจากแนวคิดแบบปัจจัยเสี่ยง-ปัจจัยป้องกันซึ่งเป็นแนวคิดดั้งเดิม (traditional) กล่าวคือ การศึกษาของแนวคิดแบบปัจจัยเสี่ยง-ปัจจัยป้องกันตั้งต้นจากตัวแปรหรือปัจจัยที่ต้องการศึกษาซึ่งมีลักษณะคงที่ (static) และสามารถอธิบายได้เหมือนๆ กัน ในทุกคน ผลลัพธ์เชิงบวกเกิดจากการมีปัจจัยป้องกันที่มากพอจะเอาชนะปัจจัยเสี่ยงได้ ในขณะที่ แนวคิดของ resilience เป็นลักษณะพลวัต (dynamic) เพื่อศึกษากลไกหรือกระบวนการที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางบวก และเป็นสิ่งซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตาม แนวคิดทั้งสองแบบดังกล่าวข้างต้นไม่ได้เป็นเรื่องที่ขัดแย้งแต่เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมกัน^{6,7} โดยองค์ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง-ปัจจัยป้องกันจะเป็นพื้นฐานของศึกษาเรื่อง resilience เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นต่อปรากฏการณ์ของผู้คนที่ประสบผลลัพท์หลากหลาย ทั้งที่ตั้งต้นจากการมีประสบการณ์ในวัยเด็กที่ใกล้เคียงกัน

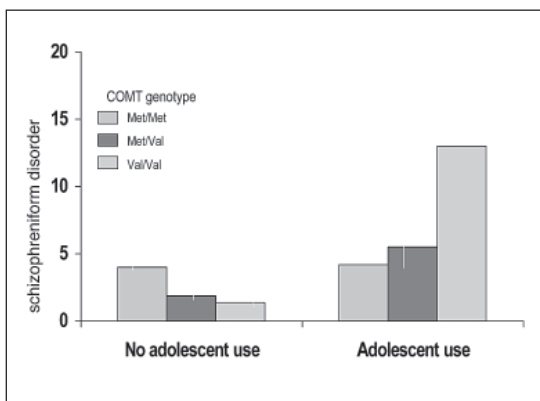
หากอาศัยแนวคิดแบบปัจจัยเสี่ยง-ปัจจัยป้องกันเพื่ออธิบายการเกิด resilience อาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยป้องกัน (protective factor) คือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ

การเกิด resilience (resilience factor) ซึ่งโดยทั่วไปในทางจิตเวช แบ่งการอธิบายปัจจัยออกเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านร่างกาย/ชีววิทยา ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคม แต่การแบ่งเช่นนี้ในความเป็นจริงมักทำให้เกิดความสับสน เพราะการเลี้ยงดูและความสัมพันธ์ที่ดีอย่างแน่นแฟ้นระหว่างพ่อแม่กับเด็กซึ่งจัดว่าเป็นปัจจัยป้องกันที่มีความสำคัญ เป็นเรื่องของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจึงไม่ใช่ทั้ง ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคม การแบ่งกลุ่มของปัจจัยป้องกันที่น่าจะครอบคลุมได้ดีกว่า คือการแบ่งของ Werner¹⁴ และ Luthar & Zigler¹⁵ คือ 1. ปัจจัยที่ติดตัวมาแต่กำเนิด เช่น ความสามารถทางสติปัญญาและพื้นอารมณ์ 2. ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่อบอุ่นและมั่นคง 3. ปัจจัยเกื้อหนุนภายนอกครอบครัว เช่น ครูและเพื่อน ในขณะที่ Goodman และ Scott² ก็อธิบายไว้คล้ายๆ กัน คือ ปัจจัยป้องกันการเกิดโรคและปัญหาทางจิตเวชในเด็ก ได้แก่ การมีระดับสติปัญญาดี การมีความสัมพันธ์ที่ดีและมั่นคงกับผู้ใหญ่ที่เด็กสนิทและรู้จักอย่างน้อยหนึ่งคน และการมีความถนัดหรือความสามารถพิเศษอย่างใดอย่างหนึ่งของเด็ก อย่างไรก็ตาม การมีระดับสติปัญญาที่ดีไม่ได้เป็นตัวทำนายการเกิด resilience เสมอไป^{18,16}

Rutter⁷ สรุปว่า resilience ได้รับอิทธิพลสำคัญจากปฏิกริยาระหว่างสารพันธุกรรม (gene) กับสิ่งแวดล้อม โดย ยกตัวอย่างของ gene และการใช้กฎหมายในช่วงวัยรุ่นที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทในวัยผู้ใหญ่¹⁷ ดังแผนภูมิที่ 1 ซึ่งสรุปได้ว่า polymorphism ของ gene แต่ละแบบมีความแปรปรวนต่อการเกิดปัญหาหรือโรคบางชนิดต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมที่มีความเฉพาะเจาะจง (specific environment) ที่ทำให้ gene นั้นแสดงตัวออกมา ดังนั้น ลำพังตัว gene เองเพียงอย่างเดียวถ้าปราศจาก specific environment แล้ว ไม่ได้จัดว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยป้องกัน

Resilience มาจากกระบวนการเผชิญปัญหาทางด้านสรีระ (physiological) และ/หรือทางจิตใจ

(psychological) ภายในตัวบุคคลมากกว่าจะมาจาก ปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยป้องกันภายนอกตัวบุคคลคนนั้น⁷ กระบวนการภายในดังกล่าวเกิดจากประสบการณ์ที่เคยเผชิญกับความเลวร้ายในอดีตแล้วกลายมาเป็น ภูมิคุ้มกัน หรือทำให้เกิดความเข้มแข็งเพิ่มมากขึ้น ในเวลาต่อมาซึ่งเรียกว่า “steeling effect” โดยกลไก การเกิดของ resilience ประกอบด้วย 1) การปรับตัว ทางสรีรวิทยา ตัวอย่างกลไกธรรมชาติ เช่น นักโดดร่ม จะมีการปรับตัวทางสรีรวิทยา ทำให้ลดอาการตื่นเต้น เมื่อต้องโดดซ้ำๆ การทดลองในหนูที่พบว่ามีการปรับตัว เชิงโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของระบบประสาท และต่อมไร้ท่อ เพื่อตอบสนองต่อความเครียด ตัวอย่าง กลไกทางจิตใจ เช่น ประสบการณ์การแยกจากกัน ด้วยดีในวัยเด็กเล็ก ช่วยให้เด็กเกิดการปรับตัวได้ดี เมื่อต้องนอนโรงพยาบาล 2) ลักษณะนิสัยของจิตใจ (psychological habituation) ซึ่งหมายถึง วิธีคิดการมองโลก รวมถึงความเข้มแข็งทางจิตใจ 3) การรู้สึกถึงประสิทธิภาพ ในตนเอง 4) การมียุทธศาสตร์ในการเผชิญปัญหาที่มี ประสิทธิภาพ และ 5) การให้ความหมายใหม่ (ในทาง บวก) ต่อประสบการณ์ในอดีต



แผนภูมิที่ 1: Schizophrenia spectrum disorder: ปฏิกริยา ระหว่างการใช้กัญชา กับ COMT genotype (from Caspi et al., 2005)

ดังนั้นแนวทางการส่งเสริม resilience คือ การให้ เผชิญกับสถานการณ์ยากลำบากที่ไม่มากจนเกินไป มากกว่าการหลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้นๆ เพื่อให้เกิด ภูมิคุ้มกัน และได้ฝึกทักษะการจัดการปัญหา นอกจากนี้ การสร้างโอกาสให้ได้ฝึกวิธีคิดและทักษะ การจัดการปัญหาอย่างเหมาะสมภายใต้คำแนะนำของ ผู้เชี่ยวชาญ^{6,7} รวมถึงการกระตุ้นให้เกิดวงจรทางบวก และตัดวงจรทางลบที่เป็นผลมาจากการปรับตัวต่อ สถานการณ์เสี่ยง จะช่วยให้สภาวะของ resilience มีความยั่งยืนยิ่งขึ้น⁶ ยิ่งไปกว่านั้น การส่งเสริมกลไกหลัก ซึ่งเป็นต้นกำเนิดของกลไกอื่นๆ ที่ช่วยให้เกิด resilience จะยังมีประโยชน์ เพราะเป็นทั้งการสร้างปัจจัยป้องกัน ทำให้ resilience มีความคงทนมากขึ้น และยังเป็นการจัด การที่คุ้มค่าในเชิงของการลงทุนเพื่อวางนโยบายทาง สาธารณสุขอีกด้วย ตัวอย่างของกลไกหลักดังกล่าวคือ การเสริมสร้างความผูกพันแน่นแฟ้นในช่วงแรกเกิด จนถึงปฐมวัยระหว่างเด็กและพ่อแม่¹⁶

อย่างไรก็ตามโอกาสการเกิด resilience จะถูก จำกัดด้วย ความเชื่อที่ฝังรากลึกในจิตใจว่าตนเอง ไม่มีประสิทธิภาพรวมถึงการมองโลกในแง่ร้าย รูปแบบ ปฏิสัมพันธ์ด้านลบที่มีต่อผู้อื่นจนกลายเป็นผู้ที่มีปัญหา บุคลิกภาพ และที่สำคัญคือ การถูกโปรแกรมทางชีววิทยา อันเนื่องมาจากการเผชิญกับความเครียด ความลำบาก อย่างรุนแรงและยาวนาน ที่ส่งผลเสียต่อระบบ ฮอโมน และสารสื่อประสาท รวมถึงการถูกทำลายของโครงสร้าง ระบบประสาท⁷

แนวคิดเกี่ยวกับ resilience ที่อธิบายไว้ข้างต้น เมื่อนำไปสู่การศึกษาวิจัย มีประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ 1. ธรรมชาติชีวิต resilience 2. ช่วงเวลาเพื่อประเมิน resilience 3. ผู้ประเมินและวิธีการประเมิน และ 4. ประเด็น อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีวิจัย^{7, 16, 18, 19} แต่ละ การศึกษาให้ข้อบ่งชี้ของ resilience ไม่เท่ากัน การศึกษา ในช่วงแรกๆ วัด resilience จากการไม่มีปัญหาที่ปรากฏ ให้เห็นจากภายนอก (ไม่มีโรคทางจิตเวช ไม่มีอาการ

แสดงทางคลินิก ไม่มีคดีหรือประวัติก่ออาชญากรรม) แต่เมื่อแนวคิดของresilience พัฒนาขึ้นเรื่อยๆ ความหมายของมันจึงไม่ใช่เพียงแค่การปราศจากโรคหรือไม่มีปัญหา แต่ยังคงต้องมีการปรับตัวที่ดีที่แสดงออกให้เห็นได้อีกด้วย^{18, 19} โดยการปรับตัวที่ดีนี้ได้แก่ การประสบความสำเร็จในหน้าที่การทำงาน การอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขและเหมาะสมกับพัฒนาการตามวัย เช่น การจบการศึกษาในระดับมัธยม การมีอาชีพที่มั่นคง มีบ้านที่พักอาศัยเป็นหลักแหล่ง และมีรายได้ที่แน่นอน ยิ่งไปกว่านั้นบางการศึกษาวัด resilience ด้วยความรู้สึกมีคุณค่าและภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) หรือการมีทักษะสังคมอย่างดีเยี่ยม (social competence) ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่สะท้อน resilience ในระดับสูง^{18, 19} ดังนั้นจึงอาจมองได้ว่าresilience โดยธรรมชาติมีลักษณะ (trait) ที่เป็นระดับต่อเนื่อง (continuous) มากกว่าจะเป็นการแบ่งชัดเจนว่ามีหรือไม่มี (all or none) แม้ในทางปฏิบัติในงานวิจัยจะมีการจัดกลุ่มเป็น มีและไม่มี resilience โดยใช้ค่าจุดตัดก็ตาม นอกจากนี้ resilience เป็นการมองคุณภาพของการปรับตัวในภาพรวมดังนั้นการวัด resilience จึงควรวัดให้ครอบคลุมหลายๆ ด้าน ทั้งในด้าน ความคิด/สติปัญญา (cognition) - พฤติกรรม - อารมณ์/ความรู้สึก และสังคม โดยจัดให้แต่ละด้านเป็นองค์ประกอบหนึ่ง (parameter) ของ resilience แทนที่จะให้เป็นตัวแปรเดี่ยวๆ แล้วแปลผลแต่ละตัวแปรให้เป็นการอนุมานresilience^{16, 18, 19}

เนื่องจาก resilience ดำเนินไปเป็นวิถีต่อเนื่องและมีสภาพคงทนที่แปรไปตามประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิต การศึกษา resilience ที่สมบูรณ์จึงควรศึกษาวิถีของมันแบบติดตามไปข้างหน้าระยะยาว^{7, 16, 18, 19} การศึกษาภาคตัดขวางทำให้ไม่สามารถศึกษาวิถีของ resilience ได้และการศึกษาย้อนหลังจะทำให้เกิดอคติ เช่น การลืมประสบการณ์ที่เจ็บปวด วิธีคิดและการมองปัญหาที่อาจเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาที่ผ่านไป

การประเมิน resilience ในผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มักได้ข้อมูลจากผู้ถูกประเมินโดยตรงจากการสัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถาม แต่ในเด็ก ข้อมูลมักได้จากครูและผู้ปกครอง¹⁶ ซึ่งมักจะเป็นข้อมูลด้านพฤติกรรมและสังคม มากกว่าเรื่องอารมณ์ความรู้สึกภายในของตัวเด็ก อย่างไรก็ตาม แม้ข้อมูลจากผู้ถูกประเมินโดยตรงจะสามารถบอกเรื่องอารมณ์ความรู้สึกได้ดี แต่ความสามารถในการประเมินตนเองแต่ละคนอาจไม่เท่ากัน ดังนั้นข้อมูลควรได้จากหลายๆ แหล่ง (multiple informants)²⁰ เพื่อให้ครอบคลุมทุกมุมมองและสถานการณ์ ส่วนรูปแบบของการประเมิน สามารถใช้ได้หลากหลายวิธีร่วมกัน ทั้งการตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการสังเกต โดย Rutter⁷ ให้ความเห็นว่า การสังเกตน่าจะเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดในการประเมิน resilience ประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีวิจัย เช่น การเลือกเครื่องมือที่จะวัด การหากลุ่มเปรียบเทียบที่เหมาะสม (ในกรณีที่เป็นการศึกษาแบบเปรียบเทียบ) การควบคุมเรื่องปัจจัยตัวกวน (confounder) ซึ่งมีผลต่อผลลัพธ์ที่ต้องการวัด วิธีการแปลผลรวมถึง การเลือกค่าจุดตัด และการจัดการกับข้อมูลที่ขัดแย้งกันที่มาจากหลายแหล่งข้อมูล ยังคงเป็นประเด็นที่ต้องคำนึงถึงในการทำวิจัยเรื่องresilience เช่นเดียวกับการทำวิจัยในเรื่องอื่นๆ ในอนาคตต่อไป

2. Resilienceในเด็กที่ถูกทารุณกรรม

แม้ว่าโดยแนวคิดแล้ว resilience จะเน้นเรื่องของกระบวนการ (process) ว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร มากกว่าเกิดจากอะไร (factor) ได้บ้าง แต่ข้อมูลจากการรวบรวมผลการศึกษาจนถึงปัจจุบัน พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องมักเป็นการศึกษาที่ผสมกันระหว่าง factor และ process ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเชิง factor มากกว่า process และแต่ละผลการศึกษายังนำมาเปรียบเทียบกันได้ยาก เนื่องจากการให้คำนิยามที่แตกต่างกัน ทั้งในเรื่อง resilience และการทารุณกรรมเด็ก นอกจากนี้ยังมีประเด็นอื่นๆ ทางด้านระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน เช่น รูปแบบ

ของงานวิจัย (study design) เครื่องมือ วิธีการวัด กลุ่มประชากรศึกษา แต่โดยภาพรวมแล้ว จำนวน ดรรชนีที่ใช้วัด resilience จะแปรผกผันกับสัดส่วนของ ผู้ที่มี resilience ครอบคลุมทุกดรรชนี^{18, 19, 21}

ในหัวข้อนี้ จะเป็นการนำเสนอในเชิงพรรณนา ซึ่ง แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นเรื่องการศึกษาคุณสมบัติ ของ resilience ที่เฉพาะเจาะจงกับการถูกทารุณกรรม และส่วนที่สองเป็นการรวบรวมปัจจัยและกระบวนการ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิด resilience ในผู้ที่ถูกระทำทารุณ โดย resilience ในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ครอบคลุม ตั้งแต่การไม่มีโรคทางจิตเวชไปจนถึงการมีคุณภาพชีวิต ที่ดี ประสบความสำเร็จทางการศึกษา อาชีพการงาน การใช้ชีวิตในสังคมตลอดจนการมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ส่วนการถูกทารุณกรรมในเด็กครอบคลุมทุกรูปแบบ ซึ่งได้แก่ การทารุณทางกาย จิตใจ ทางเพศ และ การถูกละเลยทอดทิ้ง

คุณสมบัติของ resilience ที่เฉพาะเจาะจงกับการถูกทารุณกรรม

แนวคิดในแง่ความหมายหรือคำจำกัดความ ของ resilience ได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาของ Chambers และ Belicki²² ว่า ไม่ใช่สิ่งเดียวกันกับ การมี สุขภาพจิตที่ดี (psychological well-being) เพราะในการ ศึกษา ผู้ที่มีประวัติการถูกทารุณกรรมในวัยเด็กแต่มี ความสามารถทางสังคมและมีพฤติกรรมที่ดี (socio-behavioral competency) ไม่ได้เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี เสมอไป ยิ่งไปกว่านั้นอาจจะเป็นผู้ที่ยังคงมีความเจ็บปวด ทางจิตใจอยู่ด้วย

ผลการศึกษาแบบไปข้างหน้าติดตามผลระยะยาว เพื่อดูลักษณะรูปแบบรวมถึงความคงสภาพ (stability) ของ resilience ในผู้ที่ถูกระทำทารุณทางเพศในวัยเด็ก¹¹ สนับสนุนว่า กระบวนการเกิด resilience ไม่ได้เป็นลักษณะ เส้นตรง (non-linear process) โดยพบว่า การถูกระทำซ้ำ ทำให้ resilience ลดลงหรือหมดไป ในขณะที่ การได้รับ

ความช่วยเหลือทางสังคม หรือการเพิ่มโอกาสและ ทางเลือกในชีวิตช่วยส่งเสริมให้เกิด resilience ได้ การศึกษาเชิงคุณภาพในงานวิจัยนี้ยังยืนยันความสำคัญ ของการมีจุดหักเหหรือจุดเปลี่ยนในชีวิต (turning point) ที่ทำให้เกิด resilience ได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามในการ ศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ว่า resilience เป็นสิ่งที่ค่อนข้างจะคงสภาพ โดย 76% ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนที่ได้จากการ ประเมิน resilience 2 ครั้งในช่วงเวลาห่างกัน 7 ปี ต่างกัน น้อยกว่าหนึ่ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

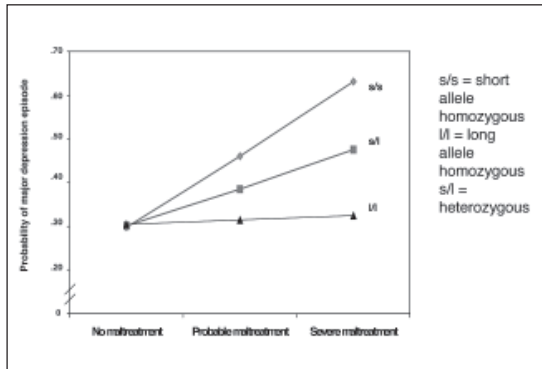
ปัจจัยและกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเกิด resilience ในเด็กที่ถูกทารุณกรรม

1. ปัจจัยด้านตัวเด็ก

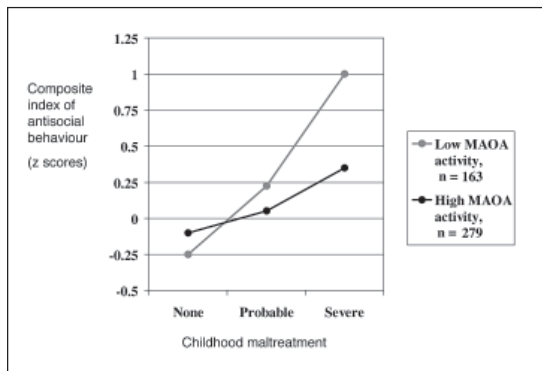
1.1 ด้านชีววิทยา

การศึกษาทางพันธุศาสตร์ พบว่า polymorphism ของ gene serotonin transporter (5-HTT) และระดับการทำงานของ monoamine oxidase A มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและการมีพฤติกรรม ต่อต้านสังคมได้แตกต่างกัน²³⁻²⁵ ดังแผนภูมิที่ 2 และ 3 โดย long/long 5-HTT genotype และการมี high MAO_A activity เป็นปัจจัยป้องกัน ที่เฉพาะเจาะจงต่อการเกิด resilience ในผู้ที่ถูกระทำทารุณกรรม นอกจากนี้ปฏิกิริยา ระหว่างการถูกทารุณกรรมทางเพศและ short/short 5-HTT genotype เป็นตัวทำนายโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และอาการทางกาย (somatic symptoms) ที่สูงกว่าการมี 5-HTT genotype แบบอื่นๆ ผลการศึกษา เหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปฏิกิริยาระหว่าง gene กับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดผลที่แตกต่างกัน

ในแง่ของการปรับตัวทางสรีรวิทยาและระบบ ต่อมไร้ท่อ ได้มีการศึกษาทดลอง²⁶ เปรียบเทียบ ระหว่างผู้หญิง 4 กลุ่ม คือ 1) ผู้หญิงปกติทั่วไปและ ไม่เคยมีประวัติการเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดที่ รุนแรง (กลุ่มควบคุม) 2) ผู้หญิงที่เคยถูกระทำทารุณ ทางเพศแต่ไม่มีโรคซึมเศร้า (จัดเป็นกลุ่มที่มี resilience)



แผนภูมิที่ 2: ผลของการถูกทารุณกรรมในวัยเด็กต่อแนวโน้มการเกิดโรคซึมเศร้าซึ่งขึ้นอยู่กับ genotype ของ 5-HTT (from Caspi et al., 2003)



แผนภูมิที่ 3: ความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมต่อต้านสังคมกับระดับของ MAOA_A activity และ ประวัติการถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก (from Caspi et al., 2002)

3) ผู้หญิงที่เคยถูกกระทำทารุณทางเพศร่วมกับมีโรคซึมเศร้า และ 4) ผู้หญิงที่มีโรคซึมเศร้าแต่ไม่เคยมีประวัติถูกทารุณกรรมทางเพศ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มี resilience มีการตอบสนองของฮอร์โมน ACTH ต่อการได้รับ Corticotropin-releasing factor (CRF) สูงกว่าผู้หญิงในกลุ่มควบคุม ในขณะที่ผู้หญิงในกลุ่ม 3 และ 4 แทบไม่มีการตอบสนองของ ACTH ต่อ CRF และในการศึกษานี้ ยังได้มีการทำ ACTH stimulation test ซึ่งพบว่ากลุ่มที่มี resilience มีระดับความเข้มข้นของ plasma cortisol

ทั้งใน baseline และในขณะที่มีการกระตุ้น ต่ำกว่าในกลุ่มอื่นๆ

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาในช่วงตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการมีประวัติถูกทารุณกรรมมีผลเสริมกันทำให้มีโอกาสเกิด resilience ลดลงอีก เมื่อเทียบกับผู้ที่ถูกทารุณกรรมแต่ไม่มีประวัติปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนในช่วงที่แม่ตั้งครรภ์และคลอด²⁷

ระดับสติปัญญา เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญและมีการศึกษากันมาก โดยทั่วไปการมีระดับสติปัญญาดีหรืออย่างน้อยอยู่ในเกณฑ์ปกติ เชื่อกันว่าเป็นปัจจัยป้องกันต่างๆ ไปต่อการเกิดโรคและปัญหาทางจิตเวช อย่างไรก็ตามในประเด็นเรื่องเด็กถูกทารุณกรรมก็ยังมีข้อถกเถียงกันว่า ความฉลาดหรือการมีสติปัญญาดีนี้เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิด resilience (factor promoting resilience) หรือเป็นตรรกะชีวิต resilience (factor defining resilience) แน่¹⁹ แต่หลายการศึกษาที่มีผลสอดคล้องกันว่าการมีระดับสติปัญญาดี สัมพันธ์กับการเกิด resilience¹⁸

เพศ มีรายงานผลการศึกษา^{13, 28} ที่สนับสนุนว่าเพศหญิง มี resilience มากกว่าเพศชาย แต่ก็เป็นไปได้ว่าผลที่เกิดขึ้นเป็นอคติจากการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง พื้นฐานอารมณ์ (temperament) มักพบว่าเด็กที่มีพื้นฐานอารมณ์แบบปรับตัวง่ายเป็นปัจจัยป้องกันต่างๆ ไป (ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับการถูกทารุณกรรมเท่านั้น) สำหรับการเกิดโรคและปัญหาทางจิตเวช^{2, 29}

อย่างไรก็ตามการศึกษาใน Isle of Wight ของอังกฤษ ซึ่งเป็นการศึกษาใหญ่ในระดับชุมชนที่นำเชื้อถื้ออีกงานหนึ่ง กลับมีผลการศึกษาที่แตกต่างไปกล่าวคือโดยภาพรวมแล้ว เพศ ระดับสติปัญญา และพื้นฐานอารมณ์แบบปรับตัวง่าย ไม่ได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิด resilience¹²

1.2 ด้านจิตใจ

กลไกการจัดการปัญหาด้วยวิธีคิด ความเชื่อ การมองโลก และทักษะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ สามารถนำไปสู่การเกิด resilience ได้^{9, 18, 30-36} โดยกลไก

ดังกล่าว ประกอบด้วย ความรู้สึกมีคุณค่า และ ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อที่เราสามารถกำหนด และควบคุมชีวิตของตัวเองได้ ความสุข ความสำเร็จ เกิดจากสิ่งที่เราทำและไม่ได้เกิดจากปัจจัยภายนอก เช่น โชคชะตา ฟ้าลิขิต หรือเป็นไปตามบุญตามกรรม (internal locus of control) ความเชื่อว่าสิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้น ไม่ได้เกิดจากตัวเรา และไม่ใช่วิถีชีวิตของเรา แต่เกิดจากปัจจัยภายนอก (external attribution of blame) ความรู้สึกและความเชื่อที่เราเกิดมาอย่างมีความหมาย มีชีวิตเพื่อบางสิ่งบางอย่างที่ดีและมีคุณค่า (presence of spirituality) ธรรมชาติของจิตใจที่มีลักษณะยืดหยุ่น สามารถยืดหยุ่นและดูแลตนเองได้ (ego-resilience) ความรู้สึกมีส่วนร่วมและเชื่อว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (sense of community) ความพึงพอใจต่อบทบาททางสังคมของตนเอง (social role satisfaction) การเปลี่ยนแนวคิด และการให้ความหมายใหม่ในเชิงบวกต่อประสบการณ์ในอดีต (conceptual change and cognitive restructuring) การมีกลไกจัดการปัญหาในเชิงพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งได้แก่การไปขอรับการปรึกษา ทำจิตบำบัด การทำสมาธิ ออกกำลังกาย การเป็นอาสาสมัคร การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา

Mrazek³⁵ เสนอรายละเอียดของลักษณะและ ทักษะเฉพาะที่มีส่วนในการสร้าง resilience ในเด็กที่ถูกทารุณกรรม เพิ่มเติมจากกลไกทางบวกดังกล่าวข้างต้น คือ การมีความไวและระแวดระวังต่อสถานการณ์ ที่อาจเป็นอันตราย การมีวุฒิภาวะตั้งแต่อายุน้อย การแยกอารมณ์ความรู้สึกออกจากเหตุการณ์ การหา ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือ การสร้างและ ใช้ประโยชน์จากความสัมพันธ์ที่มีเพื่อการอุดหนุน การคาดการณ์ล่วงหน้าในทางบวก ความกล้าตัดสินใจ เสี่ยง การเอาแบบอย่างที่เป็นข้อดี หรือจุดแข็งของ ผู้ที่ทำร้ายตน การมองโลกในแง่ดีและมีความหวัง อย่างไรก็ตามคุณลักษณะ หรือกลไกทางจิตใจบางประการ เหล่านี้อาจส่งผลเสียถ้าใช้มากเกินไป หรือไม่หยุดใช้

แม้ว่าสถานการณ์เสี่ยงหรือที่เป็นอันตรายเหล่านั้น จะหมดไปแล้ว

2. ปัจจัยด้านครอบครัว

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญมากโดยเฉพาะ อย่างยิ่งในช่วงวัยเด็ก เพราะเป็นสังคมแรกที่เด็กอยู่และ ใช้ชีวิตส่วนใหญ่ด้วย แม้ว่าการถูกทารุณกรรมในเด็ก มักจะเป็นผลพวงมาจากความบกพร่องไม่มากก็น้อย ในการดูแลเด็กของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง แต่เมื่อเทียบ ในกลุ่มเด็กถูกทารุณกรรมด้วยตนเองแล้ว พบว่า การที่ สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันใกล้ชิดกัน ครอบครัว มีเสถียรภาพ ตลอดจนมีพ่อแม่หรือผู้ปกครอง ที่มีการใช้ สสารเสพติด และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมน้อย จะช่วย ให้เด็กเกิด resilience ได้ดีกว่า เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ มีปัญหาและมีลักษณะตรงข้ามกับครอบครัวดังกล่าวข้างต้น^{10, 12, 18, 37}

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลภายนอก ครอบครัว การเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มบางอย่างในสังคม เช่น กลุ่มทางศาสนา หรือกีฬา ประกอบกับการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลหรือกลุ่มบุคคลนั้น มีส่วนสำคัญ ในการส่งเสริมให้เกิด resilience จากการถูกทารุณกรรม ได้^{18, 36, 38-41} การศึกษาด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ ที่เคยถูกทำร้ายทางจิตใจ/อารมณ์ แต่ยังสามารถปรับตัว ได้ดี สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้กลไก การจัดการกับปัญหาด้วยการหันไปใช้เวลาทำสิ่งอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้คนแทน เช่น สัตว์เลี้ยง ของเล่น และหนังสือ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ และช่วยในการ ระบายอารมณ์ ความรู้สึก⁴² นอกจากนี้การเข้าถึงโอกาส ที่ดีทางด้านสุขภาพ การศึกษา และสังคมเป็นปัจจัย ส่งเสริมการเกิด resilience ซึ่งไม่เฉพาะเจาะจงกับ ชนิดหรือรูปแบบของความเครียดหรือประสบการณ์ที่ ยากลำบาก สำหรับปัจจัยส่งเสริมที่เฉพาะเจาะจงกับ การถูกทารุณกรรมทางเพศ ได้แก่ การที่เด็กได้รับรู้อย่าง รวดเร็วถึงการยอมรับผิดของผู้กระทำและ กระบวนการ

ทางกฎหมายที่เอื้อต่อการดูแลเด็ก³⁵

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

องค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ น่าจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็ก ที่ถูกทารุณกรรม โดยช่วยเพิ่มพูนความรู้ (knowledge) ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ (attitude) และเป็นแนวทางเพื่อการปฏิบัติงานจริงได้ (practice) ประโยชน์ดังกล่าวสามารถสรุปเป็นประเด็นหลักๆ คือ

1. ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับช่วยเหลือเด็กที่ถูกทารุณกรรมควรจะมีควมหวังในการทำงานกับเด็ก อยู่เสมอเพราะโอกาสของการเกิด resilience มีได้ในทุกช่วงชีวิต

2. พฤติกรรม และวิธีการจัดการปัญหาในหลายๆ เรื่องมีความสัมพันธ์กับบริบท กล่าวคือ ในสภาวะทั่วไป พฤติกรรม หรือกลไกการจัดการปัญหาบางอย่าง อาจจะถูกจัดว่าไม่เหมาะสม แต่เมื่ออยู่สถานการณ์ที่เสี่ยง ยากลำบาก หรือเลวร้าย พฤติกรรม หรือกลไกต่างๆ เหล่านี้ กลับเป็นประโยชน์เพื่อให้บุคคลนั้นสามารถอยู่รอดได้ ดังนั้นในฐานะผู้บำบัด ดูแล หรือเกี่ยวข้องกับการทำงานกับผู้ที่มีประวัติถูกทารุณกรรม ควรจะมีการปรับทัศนคติ โดยการยอมรับและไม่ตัดสิน พฤติกรรมหรือกลไกที่ติดมาเป็นนิสัยของบุคคลเหล่านี้ และควรช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการชี้ให้เห็น และทำให้ตระหนักว่าเมื่อบริบทเปลี่ยนไปแล้ว กลไก หรือพฤติกรรมที่เคยใช้ ก็จะไม่เป็นประโยชน์อีกต่อไป และอาจจะก่อให้เกิดผลเสียมากยิ่งขึ้นในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมือนเดิม

3. แม้ความรู้และเทคโนโลยีในปัจจุบันจะก้าวหน้าไปมาก โดยเฉพาะการศึกษาในแง่พันธุศาสตร์ ที่มีผลต่อการเกิด resilience แต่การนำไปใช้ในทางปฏิบัติโดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทยขณะนี้ ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด ทั้งทางด้านงบประมาณและบุคลากร การให้การดูแล และส่งเสริมให้เกิด resilience ที่ศทางที่น่าจะมีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ รูปแบบการ

ส่งเสริม (intervention) ในแง่จิตสังคม (psychosocial) มากกว่าจะเน้นไปที่ การลงทุนเพิ่มองค์ความรู้ที่เน้นไป ในทางพันธุศาสตร์เป็นหลัก เพราะการช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงพันธุศาสตร์ยังคงต้องการการศึกษาเพิ่มเติมซึ่งใช้เวลายาวนานทำให้ไม่ทันต่อการแก้ไขปัญหาเร่งด่วนปัจจุบัน

4. การให้การบำบัดช่วยเหลือด้านจิตสังคม (psychosocial) แม้จะมีแนวทางกว้างๆ ที่เหมือนๆ กัน แต่ในทางปฏิบัติ การดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ที่ถูกทารุณกรรม ควรมีลักษณะเฉพาะบุคคล คือ ความเหมาะสมเป็นรายๆ ไป และในแต่ละรายต้องอาศัย การประเมินอย่างละเอียดและรอบด้าน ในกรณีที่เป็นเด็กโต หรือผู้ใหญ่ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก แนวทางการรักษาก็คือ การช่วยให้เกิด resilience ด้วยการเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลนั้น โดยการปรับวิถีคิด และวิธีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เรียนรู้ที่จะอยู่ภายใต้สภาวะที่ยากลำบาก เหล่านั้น ด้วยความสุขในจิตใจให้มากที่สุดกล่าวคือ ให้มีความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเอง ในขณะที่ในเด็กเล็ก หรือ กรณีที่สภาพแวดล้อมมีความเสี่ยง เลวร้าย รุนแรงมาก การให้การช่วยเหลือเพียงเน้นกลไกการเปลี่ยนแปลงภายในตัวเด็กอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ แต่ต้องเข้าไปช่วยจัดการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สภาพแวดล้อมเหล่านั้นด้วย

5. ผู้ที่ให้การช่วยเหลือเด็กควรมีวิธีการมอง ปัญหาแบบยืดหยุ่นและสามารถ approach ปัญหาได้จากหลายแง่มุม รวมถึงพยายามแสวงหาจุดแข็ง หรือทรัพยากรแวดล้อมที่มีอยู่ เพื่อช่วยเพิ่มทางเลือก ในการให้ความช่วยเหลือ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู เด็กและครอบครัวที่ถูกทารุณกรรมได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ

6. การทำงานเพื่อช่วยเหลือเด็กที่ถูกทารุณกรรม ควรมีการทำวิจัยควบคู่ไปด้วยเสมอ เพื่อพัฒนารูปแบบ ของการทำงาน และ สร้างองค์ความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง โดยรูปแบบของงานวิจัยเพื่อศึกษา resilience ในเด็ก

กลุ่มนี้ควรเป็นการศึกษาแบบติดตามต่อเนื่อง ไปข้างหน้า ระยะยาว (prospective and longitudinal study) และ เก็บข้อมูลตัวแปรต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิด resilience ทั้งด้านตัวเด็ก ครอบครัว และ สิ่งแวดล้อม ตลอดจน มีตรรกะชีวิต resilience ที่ครอบคลุม ทั้งด้าน กาย จิต และสังคมของเด็ก

สรุป

บทความนี้เป็น การรวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง กับ resilience ในเด็กที่ถูกทารุณกรรม โดยเริ่มจากการปูพื้นฐานแนวคิดของ resilience โดยทั่วไปก่อน จากนั้นจึงนำเสนอผลการศึกษาต่างๆ ของ resilience ที่เฉพาะเจาะจงกับการทารุณกรรมเด็ก ซึ่งพอสรุปได้ว่า resilience สามารถสร้างและพัฒนาให้เกิดขึ้นได้เสมอ ในทุกช่วงชีวิตแม้ว่าจะมีข้อจำกัดอยู่บ้างในบางกรณี โดยกลไกหลักของการเกิด resilience มาจากปัจจัยภายใน ตัวบุคคล มากกว่าจะมาจากปัจจัยภายนอก อย่างไรก็ตาม สำหรับการดูแลให้ความช่วยเหลือเด็กที่ถูกทารุณกรรม นั้น ต้องคำนึงถึงทั้งปัจจัยในตัวเด็ก และบริบทแวดล้อม ด้วย การเข้าแทรกแซงจึงสามารถกระทำได้ที่ตัวเด็ก โดยตรงเพื่อช่วยให้เกิด ความรู้สึกที่ดี มีคุณค่าในตัวเอง ตลอดจนมีทักษะในการแก้ปัญหาที่ดี และแทรกแซงที่ ปัจจัยภายนอกซึ่งได้แก่ ครอบครัว ชุมชน และสังคม กล่าวคือ ใช้การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยให้ ครอบครัวทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ให้ชุมชนและสังคม มีความอบอุ่น ปลอดภัย มีเครือข่ายทั้งที่เป็นทางการและ ไม่เป็นทางการ ตลอดจนมีกระบวนการทางกฎหมาย และระบบบริการสุขภาพที่เอื้อต่อการป้องกัน รักษา และฟื้นฟู เด็กที่ถูกทารุณกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่ การเกิด resilience ในเด็กที่ถูกทารุณกรรม อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl* 2002; 26: 697-714.
2. Goodman R, Scott S. Maltreatment of children. In: Goodman R, Scott S, eds. *Child Psychiatry*. Oxford: Blackwell Science 1997: 155-70.
3. Kaplan SJ., Pelcovitz D., V. L. Child and Adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years: Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 1214-22.
4. ราชบัณฑิตยสถาน. ศัพท์แพทย์ศาสตร์ อังกฤษ-ไทย ไทย-อังกฤษ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. 3 ed. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์, 2547.
5. Masten AS. Ordinary magic: resilience processes in development. *Am Psychol* 2001; 56: 227-38.
6. Rutter M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Am J Fam Ther* 1999; 21: 119-44.
7. Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1094: 1-12.
8. Rutter M. Resilience, competence, and coping. *Child Abuse Negl* 2007 Mar; 31: 205-9.
9. Cicchetti D, Rogosch FA. The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Dev Psychopathol* 1997 Fall; 9: 797-815.
10. Jaffee SR, Caspi A, Moffitt TE, Polo-Tomas M, Taylor A. Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: a cumulative stressors model. *Child Abuse Negl* 2007 Mar; 31: 231-53.

11. Banyard VL, Williams LM. Women's voices on recovery: a multi-method study of the complexity of recovery from child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2007 Mar; 31: 275-90.
12. Collishaw S, Pickles A, Messer J, Rutter M, Shearer C and Maughan B. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse Negl* 2007 Mar; 31: 211-29.
13. Dumont KA, Widom CS, Czaja SJ. Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: the role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse Negl* 2007 Mar; 31: 255-74.
14. Werner EE. High risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *Am J Orthopsychiatry* 1989; 59: 77-85.
15. Luthar SS, Zigler E. Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *Am J Orthopsychiatry* 1991; 61: 6-22.
16. Luthar SS, Sawyer JA. Conceptual issues in studies of resilience. *Ann N Y Acad Sci*. 2006; 1094: 105-15.
17. Capsi A, T.E. Moffitt M, et al. Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the COMT gene: Longitudinal evidence of a gene-environment interaction. *Biol Psychiatry* 2005; 57: 1117-27.
18. Heller SS, Larrieu JA, D'Imperio R, Boris NW. Research on resilience to child maltreatment: empirical considerations. *Child Abuse Negl* 1999 Apr; 23: 321-38.
19. Kinard EM. Methodological issues in assessing resilience in maltreated children. *Child Abuse Negl* 1998 Jul; 22: 669-80.
20. Wright MO, Fopma-Loy J, Fischer S. Multidimensional assessment of resilience in mothers who are child sexual abuse survivors. *Child Abuse Negl* 2005 Oct; 29: 1173-93.
21. Flores E, Cicchetti D, Rogosch FA. Predictors of resilience in maltreated and nonmaltreated Latino children. *Dev Psychol* 2005 Mar; 41: 338-51.
22. Chambers E, Belicki K. Using sleep dysfunction to explore the nature of resilience in adult survivors of childhood abuse or trauma. *Child Abuse Negl* 1998 Aug; 22: 753-8.
23. Capsi A, McClay J, Moffitt TE, al e. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002; 297: 851-4.
24. Capsi A, Sugden K, Moffitt TE. Influences of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003; 301: 386-9.
25. Cicchetti D, Rogosch FA, Sturge-Apple ML. Interactions of child maltreatment and serotonin transporter and monoamine oxidase A polymorphisms: Depressive symptomatology among adolescents from low socioeconomic status backgrounds. *Dev Psychopathol* 2007 Fall; 19: 1161-80.
26. Heim C, Newport DJ, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB. Altered Pituitary-Adrenal Axis Responses to Provocative Challenge Tests in Adult Survivors of Childhood Abuse *The American Journal of Psychiatry* 2001; 158: 575-81.
27. Nomura Y, Chemtob CM, Fifer WP, Newcorn JH, Brooks-Gunn J. Additive interaction of child abuse and perinatal risk as signs of resiliency in adulthood. *Ann N Y Acad Sci* 2006 Dec; 1094: 330-4.

28. McGloin JM, Widom CS. Resilience among abused and neglected children grown up. *Dev Psychopathol* 2001; 13: 1021-38.
29. WachsTD. Contributions of temperament to buffering and sensitization processes in children's development. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1094: 28-39.
30. Ai AL, Park CL. Possibilities of the positive following violence and trauma: informing the coming decade of research. *J Interpers Violence* 2005 Feb; 20: 242-50.
31. Bradley R, Schwartz AC, Kaslow NJ. Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: self-esteem, social support, and religious coping. *J Trauma Stress* 2005 Dec; 18: 685-96.
32. Dufour MH, Nadeau L, Bertrand K. [Resilience factors in the victims of sexual abuse: state of affairs]. *Child Abuse Negl* 2000 Jun; 24: 781-97.
33. Henry DL. Resilient children: what they tell us about coping with maltreatment. *Soc Work Health Care* 2001; 34: 283-98.
34. Himelein MJ, McElrath JA. Resilient child sexual abuse survivors: cognitive coping and illusion. *Child Abuse Negl* 1996 Aug; 20: 747-58.
35. Mrazek PJ, Mrazek DA. Resilience in child maltreatment victims: a conceptual exploration. *Child Abuse Negl* 1987; 11: 357-66.
36. Wilkes G. Abused child to nonabusive parent: resilience and conceptual change. *J Clin Psychol* 2002 Mar; 58: 261-76.
37. Harden BJ. Safety and stability for foster children: a developmental perspective. *Future Child* 2004 Winter; 14: 30-47.
38. Herrenkohl EC, Herrenkohl RC, Egolf B. Resilient early school-age children from maltreating homes: outcomes in late adolescence. *Am J Orthopsychiatry* 1994 Apr; 64: 301-9.
39. Rosenthal S, Feiring C, Taska L. Emotional support and adjustment over a year's time following sexual abuse discovery. *Child Abuse Negl* 2003 Jun; 27: 641-61.
40. Sagy S, Dotan N. Coping resources of maltreated children in the family: a salutogenic approach. *Child Abuse Negl* 2001 Nov; 25: 1463-80.
41. Scannapieco M, Jackson S. Kinship care: the African American response to family preservation. *Soc Work* 1996 Mar; 41: 190-6.
42. Doyle C. Surviving and coping with emotional abuse in childhood. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2001; 6: 387-402.