Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6 (6), November-December 2026
Old ISSN 2774-0374: New ISSN 2985-2749
Website: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/index
Article ID: e298372

Compassion Fatigue and Mental Health among Healthcare Professionals: Implications and Preventive Approaches

Waranyoo Ongsara[1] and Pansa Intaram[2]

[1] Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Burapha University, Thailand

[2]Faculty of Public Health, Bangkokthonburi University, Thailand

[1]Corresponding author e-mail: waranyoo.on@go.buu.ac.th, ORCID ID: https://orcid.org/0009-0004-4585-4832

e-mail: gadeint@gmail.com, ORCID ID: https://orcid.org/0009-0009-6038-5188

Received 13/02/2026 Revised 06/03/2026 Accepted 07/04/2026

Abstract

Background and Aims: Healthcare professionals are a group that continuously faces the suffering, illness, and loss of patients. Emotional engagement with patients is a crucial component of care, but prolonged exposure to the suffering of others can lead to "compassion fatigue," an emotional exhaustion that affects mental health, work performance, and the quality of patient care. This issue has received increasing attention in the context of healthcare systems with high workloads and facing health crises. This study aims to synthesize knowledge about the concepts, psychological mechanisms, risk factors, impacts on mental health, and prevention approaches of compassion fatigue among healthcare professionals.

Methodology: This study reviews and synthesizes academic literature related to compassion fatigue in the context of healthcare professionals. It analyzes theoretical concepts, empirical research, and management approaches at both individual and organizational levels to integrate systemic knowledge about the mechanisms of its occurrence, determinants, and prevention approaches.

Results: The synthesis revealed that compassion fatigue results from the interaction of emotional processes, cognitive interpretation, and neural processing, involving the continuous absorption of patients' emotions and a decrease in emotional resources. Key risk factors include high workload, long working hours, lack of organizational support, and a stressful work culture. This condition is associated with mental health issues such as stress, depression, and anxiety, and also affects the quality of patient care and the sustainability of the healthcare system. Effective prevention approaches encompass both individual and organizational levels, such as mindfulness training, emotional regulation skills development, social support systems, empathetic leadership, and organizational policies that promote work-life balance.

Conclusion: Empathy burnout is a significant issue reflecting systemic stress in the healthcare sector. Preventing and managing this problem requires an integrated approach at the individual, team, organizational, and policy levels to enhance the mental well-being of healthcare personnel,

Citation:
Ongsara, W., & Intaram, P. (2026). Compassion Fatigue and Mental Health among Healthcare Professionals: Implications and Preventive Approaches. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6(6), e298372; DOI: https://doi.org/10.60027/iarj.2026.e298372

Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6 (6), November-December 2026
Old ISSN 2774-0374: New ISSN 2985-2749
Website: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/index
Article ID: e298372

improve the quality of patient care, and support the long-term sustainability of the healthcare system.

Keywords: Compassion Fatigue; Mental Health; Healthcare Professionals

Citation:
Ongsara, W., & Intaram, P. (2026). Compassion Fatigue and Mental Health among Healthcare Professionals: Implications and Preventive Approaches. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6(6), e298372; DOI: https://doi.org/10.60027/iarj.2026.e298372

Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6 (6), November-December 2026
Old ISSN 2774-0374: New ISSN 2985-2749
Website: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/index
Article ID: e298372

ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจและสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุข: ผลกระทบและแนวทางการป้องกัน

วรัญญู องศารา[1] และพรรษา อินทะรัมย์[2]
[1]ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[2]คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและวัตถุประสงค์: บุคลากรสาธารณสุขเป็นกลุ่มวิชาชีพที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ ความเจ็บป่วย และการสูญเสียของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมทางอารมณ์กับผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแล แต่การรับรู้ความทุกข์ของผู้อื่นเป็นเวลานานอาจนำไปสู่ภาวะ “ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ” (Compassion Fatigue) ซึ่งเป็นภาวะอ่อนล้าทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต ประสิทธิภาพการทำงาน และคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ปัญหาดังกล่าวได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในบริบทของระบบบริการสุขภาพที่มีภาระงานสูงและเผชิญสถานการณ์วิกฤตด้านสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับแนวคิด กลไกทางจิตวิทยา ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบต่อสุขภาพจิต และแนวทางการป้องกันความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจในบุคลากรสาธารณสุข

ระเบียบวิธีศึกษา: การศึกษานี้เป็นการทบทวนและสังเคราะห์วรรณกรรมทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจในบริบทของบุคลากรสาธารณสุข โดยวิเคราะห์แนวคิดทฤษฎี งานวิจัยเชิงประจักษ์ และแนวทางการจัดการทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์การ เพื่อบูรณาการองค์ความรู้เชิงระบบเกี่ยวกับกลไกการเกิด ปัจจัยกำหนด และแนวทางป้องกัน

ผลการศึกษา: ผลการสังเคราะห์พบว่า ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของกระบวนการทางอารมณ์ การตีความทางปัญญา และการประมวลผลทางประสาท ซึ่งเกี่ยวข้องกับการซึมซับอารมณ์ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการลดลงของทรัพยากรทางอารมณ์ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญประกอบด้วยภาระงานสูง ชั่วโมงการทำงานยาวนาน การขาดการสนับสนุนจากองค์การ และวัฒนธรรมการทำงานที่กดดัน ภาวะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล รวมถึงส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ แนวทางป้องกันที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมทั้งระดับบุคคลและระดับองค์การ เช่น การฝึกสติ การพัฒนาทักษะกำกับอารมณ์ ระบบสนับสนุนทางสังคม ภาวะผู้นำเชิงเห็นอกเห็นใจ และนโยบายองค์กรที่ส่งเสริมสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว

สรุปผล: ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจเป็นประเด็นสำคัญที่สะท้อนความตึงเครียดของระบบบริการสุขภาพ การป้องกันและจัดการปัญหานี้จำเป็นต้องดำเนินการอย่างบูรณาการทั้งในระดับบุคคล ทีมงาน องค์การ และนโยบาย เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตใจของบุคลากรสาธารณสุข ยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนความยั่งยืนของระบบสุขภาพในระยะยาว

คำสำคัญ: ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ; สุขภาพจิต; บุคลากรสาธารณสุข

Citation:
Ongsara, W., & Intaram, P. (2026). Compassion Fatigue and Mental Health among Healthcare Professionals: Implications and Preventive Approaches. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6(6), e298372; DOI: https://doi.org/10.60027/iarj.2026.e298372

Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6 (6), November-December 2026
Old ISSN 2774-0374: New ISSN 2985-2749
Website: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/index
Article ID: e298372

บทนำ

บุคลากรสาธารณสุขเป็นกลุ่มวิชาชีพที่ปฏิบัติงานท่ามกลางความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และความสูญเสียของมนุษย์อย่างต่อเนื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยมิได้อาศัยเพียงความรู้และทักษะทางวิชาชีพเท่านั้น แต่ยังต้องใช้พลังทางอารมณ์และความเห็นอกเห็นใจในการสร้างความเชื่อมโยงกับผู้ป่วยและครอบครัวในทุกวัน ภายใต้บริบทของระบบสาธารณสุขที่เผชิญข้อจำกัดด้านทรัพยากร ภาระงานที่เพิ่มสูงขึ้น และความคาดหวังทางสังคมที่ทวีความเข้มข้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขในวงกว้าง (World Health Organization [WHO], 2022) ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ (Compassion Fatigue) ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มวิชาชีพด้านการดูแลช่วยเหลือ โดยแนวคิดดังกล่าวอธิบายถึงภาวะความอ่อนล้าทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดจากการรับรู้และซึมซับความทุกข์ของผู้อื่นเป็นระยะเวลานาน จนส่งผลให้ความสามารถในการแสดงความเห็นอกเห็นใจลดลง รวมถึงกระทบต่อความรู้สึก คุณค่าในตนเอง และความหมายของการทำงาน (Figley, 1995; Stamm, 2010) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ภาวะนี้มักเกิดจากการสะสมประสบการณ์การทำงานในระยะยาว มากกว่าจะเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน และบางครั้งยากต่อการแยกแยะจากความเหนื่อยล้าทั่วไป

สถานการณ์ด้านสุขภาพระดับโลก โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยิ่งทำให้ปัญหาดังกล่าวปรากฏชัดเจนมากขึ้น งานวิจัยหลายฉบับรายงานว่าบุคลากรสาธารณสุขจำนวนมากเผชิญกับความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจควบคู่กับปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ เช่น ความเครียดเรื้อรัง ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และภาวะหมดไฟในการทำงาน (De Kock et al., 2022; Labrague, 2021) แม้สถานการณ์การแพร่ระบาดจะคลี่คลายลง แต่ผลกระทบทางจิตใจยังคงดำรงอยู่ โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรแนวหน้าหรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอาการรุนแรงและเรื้อรัง (Mandato et al., 2024) แม้ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจจะมีความเชื่อมโยงกับแนวคิดภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) แต่ทั้งสองแนวคิดมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน โดยภาวะหมดไฟมักสัมพันธ์กับโครงสร้างงาน ภาระงาน และปัจจัยระดับองค์การ ขณะที่ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจเน้นผลกระทบทางอารมณ์จากการเผชิญความทุกข์ของผู้อื่นโดยตรง (Maslach & Leiter, 2016) อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติภาวะทั้งสองมักเกิดร่วมกันและส่งเสริมซึ่งกันและกัน ส่งผลให้บุคลากรมีความเสี่ยงต่อการถดถอยของสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในการทำงาน

ประเด็นที่น่ากังวลคือ ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจมิได้ส่งผลกระทบเฉพาะต่อบุคลากรเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุขโดยรวม งานวิจัยพบว่าภาวะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน การสื่อสารที่ลดลง ความรู้สึกห่างเหินทางอารมณ์ และความตั้งใจลาออกจากวิชาชีพ (Sorenson et al., 2016; WHO, 2022) หากขาดการตระหนักรู้และการจัดการที่เหมาะสม ปัญหานี้อาจบั่นทอนความยั่งยืนของกำลังคนด้านสุขภาพในระยะยาว

แม้มีงานศึกษาจำนวนมากที่กล่าวถึงความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจในเชิงอธิบายและการประเมินระดับปัญหา แต่ยังพบช่องว่างสำคัญในการบูรณาการองค์ความรู้เพื่อการป้องกันอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในบริบทการทำงานจริงของบุคลากรสาธารณสุข งานจำนวนไม่น้อยมุ่งเน้นการแก้ไขในระดับบุคคล เช่น การฝึกสติ การดูแลตนเอง หรือการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) ขณะที่บทบาทขององค์การ วัฒนธรรมการทำงาน และระบบสนับสนุนด้านสุขภาพจิตยังได้รับความสนใจไม่เพียงพอ (Ruiz-Fernández et al.,

Citation:
Ongsara, W., & Intaram, P. (2026). Compassion Fatigue and Mental Health among Healthcare Professionals: Implications and Preventive Approaches. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6(6), e298372; DOI: https://doi.org/10.60027/iarj.2026.e298372

Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6 (6), November-December 2026
Old ISSN 2774-0374: New ISSN 2985-2749
Website: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/index
Article ID: e298372

2023) ดังนั้น การสังเคราะห์องค์ความรู้ที่เชื่อมโยงทั้งระดับบุคคลและระดับองค์การจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจของบุคลากรสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

ในบริบทของประเทศไทย ระบบบริการสาธารณสุขกำลังเผชิญความท้าทายด้านกำลังคนและภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลของรัฐจำนวนมากต้องรองรับผู้ป่วยเกินศักยภาพ ขณะที่อัตรากำลังบุคลากรต่อประชากรยังไม่สมดุลในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ในเขตเมืองใหญ่ นอกจากนี้ รายงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขสะท้อนแนวโน้มภาระงานที่สูงขึ้น ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน และความตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ภาวะหมดไฟในการทำงาน และปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขในประเทศ (World Health Organization [WHO], 2022) แม้ประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ แต่ความสำเร็จดังกล่าวก็นำมาซึ่งภาระงานที่เพิ่มขึ้นในระดับปฏิบัติการ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลรัฐที่ต้องให้บริการผู้ป่วยจำนวนมากต่อวัน ภายใต้ข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากร ความกดดันทางอารมณ์จากการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงเรื้อรัง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต จึงเป็นบริบทสำคัญที่เอื้อต่อการเกิดความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขไทย

เมื่อพิจารณาร่วมกับหลักฐานจากการศึกษาระดับนานาชาติที่ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจกับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน และความตั้งใจลาออกจากวิชาชีพ (De Kock et al., 2022; Sorenson et al., 2016) ยิ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัญหานี้มิได้เป็นเพียงประเด็นระดับบุคคล หากแต่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการให้บริการและความยั่งยืนของระบบสาธารณสุขโดยรวม อย่างไรก็ตาม งานวิชาการในประเทศไทยที่สังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับกลไกทางจิตวิทยา ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางป้องกันความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจในลักษณะบูรณาการยังมีจำกัด การทบทวนองค์ความรู้ในมิติที่เชื่อมโยงทั้งระดับบุคคลและระดับองค์การจึงมีความจำเป็น เพื่อสนับสนุนการพัฒนาแนวทางเชิงระบบที่เหมาะสมกับบริบทการทำงานจริงของบุคลากรสาธารณสุขไทย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่ออธิบายแนวคิดและกลไกทางจิตวิทยาของความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ
2. เพื่อสังเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุข
3. เพื่อเสนอแนวทางการป้องกันและการจัดการในระดับบุคคลและระดับองค์การ
4. เพื่ออภิปรายแนวทางเชิงนโยบายที่สนับสนุนสุขภาวะทางจิตใจและความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ

แนวคิดและความหมายของความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ

1. ความหมายของความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ (Compassion Fatigue)

ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ ได้รับการกล่าวถึงอย่างแพร่หลายในกลุ่มวิชาชีพที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลและช่วยเหลือผู้อื่น โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขอาทิ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ โดย Figley (1995) อธิบายว่า ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจคือภาวะความอ่อนล้าทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดจากการรับฟัง การเห็น หรือการมีส่วนร่วมกับความทุกข์ ความเจ็บปวด และประสบการณ์บอบช้ำของผู้อื่นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จนส่งผลให้ผู้ให้การดูแลไม่สามารถคงไว้ซึ่งพลังทางอารมณ์และความเห็นอกเห็น

Citation:
Ongsara, W., & Intaram, P. (2026). Compassion Fatigue and Mental Health among Healthcare Professionals: Implications and Preventive Approaches. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6(6), e298372; DOI: https://doi.org/10.60027/iarj.2026.e298372

Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6 (6), November-December 2026
Old ISSN 2774-0374: New ISSN 2985-2749
Website: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/index
Article ID: e298372

ใจได้ดังเดิม ต่อมา Figley (2002) ได้ขยายความหมายของ ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจว่าเป็น “ต้นทุนของการเอาใจใส่ผู้อื่น” (The Cost of Caring) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการใช้ความเห็นอกเห็นใจโดยขาดการดูแลตนเองหรือการฟื้นฟูทางจิตใจ อาจกลายเป็นปัจจัยที่บั่นทอนสุขภาวะทางอารมณ์ของผู้ให้การดูแลเอง ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจไม่ได้เป็นเพียงความเหนื่อยล้าชั่วคราว แต่เป็นภาวะที่มีลักษณะสะสมและสามารถส่งผลกระทบต่อทัศนคติ ความรู้สึก และพฤติกรรมในการทำงานได้อย่างลึกซึ้ง (Cocker & Joss, 2016)

2. ความแตกต่างระหว่างความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจและภาวะหมดไฟในการทำงาน

แม้ว่า ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจมักถูกกล่าวถึงร่วมกับภาวะหมดไฟในการทำงาน แต่ทั้งสองแนวคิดมีลักษณะและที่มาแตกต่างกัน โดย ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ เป็นภาวะที่เกิดจากการมีส่วนร่วมทางอารมณ์กับความทุกข์ของผู้อื่นโดยตรง โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลหรือการช่วยเหลือ ซึ่งความเห็นอกเห็นใจที่ถูกใช้ซ้ำ ๆ โดยไม่มีการฟื้นฟูอย่างเพียงพอ จะนำไปสู่ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ความรู้สึกชินชา และการลดลงของความสามารถในการเชื่อมโยงทางอารมณ์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (Figley, 2002) ในขณะที่ภาวะหมดไฟในการทำงาน เป็นภาวะที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังในที่ทำงาน ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความทุกข์ของผู้อื่นโดยตรง Maslach & Leiter (2016) อธิบายว่า ภาวะหมดไฟในการทำงาน ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ประการ ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) ความรู้สึกห่างเหินหรือไม่ผูกพันกับงาน (Depersonalization) และความรู้สึกว่าตนเองขาดความสำเร็จในการทำงาน (Reduced Personal Accomplishment) โดย ภาวะหมดไฟในการทำงาน มักพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป

เพื่อให้เห็นความแตกต่างของทั้งสองแนวคิดอย่างเป็นระบบ สามารถสรุปเปรียบเทียบได้ดังตารางต่อไปนี้

ประเด็นเปรียบเทียบ	ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ	ภาวะหมดไฟในการทำงาน
ที่มาของภาวะ	เกิดจากการมีส่วนร่วมทางอารมณ์กับความทุกข์ของผู้อื่นโดยตรง โดยเฉพาะผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	เกิดจากความเครียดเรื้อรังในบริบทการทำงาน เช่น ภาระงานมาก ระบบงานไม่สนับสนุน
กลไกการเกิด	การใช้ความเห็นอกเห็นใจอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีการฟื้นฟูทางจิตใจเพียงพอ (“ต้นทุนของการเอาใจใส่” หรือ *cost of caring*)	ความไม่สมดุลระหว่างความต้องการของงานกับทรัพยากรหรือการสนับสนุนในองค์กร
ลักษณะการเกิด	อาจเกิดขึ้นค่อนข้างรวดเร็ว หลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนใจซ้ำ ๆ	ค่อยเป็นค่อยไป สะสมในระยะยาว
กลุ่มเสี่ยงหลัก	บุคลากรสาธารณสุข นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะยาว	บุคลากรทุกสายงาน
อาการสำคัญ	อ่อนล้าทางอารมณ์ รู้สึกชินชาต่อความทุกข์ผู้อื่น ลดความสามารถในการเห็นอกเห็นใจ	อ่อนล้าทางอารมณ์ ห่างเหินจากงาน (Depersonalization) และรู้สึกไร้ความสำเร็จ

Citation:
Ongsara, W., & Intaram, P. (2026). Compassion Fatigue and Mental Health among Healthcare Professionals: Implications and Preventive Approaches. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6(6), e298372; DOI: https://doi.org/10.60027/iarj.2026.e298372

Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6 (6), November-December 2026
Old ISSN 2774-0374: New ISSN 2985-2749
Website: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/index
Article ID: e298372

จากตารางจะเห็นได้ว่า แม้ทั้งสองภาวะจะมีองค์ประกอบของความอ่อนล้าทางอารมณ์ร่วมกัน แต่ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจมีรากฐานมาจากการมีส่วนร่วมกับความทุกข์ของผู้อื่นโดยตรง ในขณะที่ภาวะหมดไฟในการทำงานมีรากฐานจากบริบทเชิงโครงสร้างของงานและองค์กรเป็นสำคัญ

3. การพัฒนาแนวคิดของความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ

แนวคิดความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจเริ่มได้รับความสนใจอย่างจริงจังในช่วงทศวรรษที่ 1990 จากงานของ Figley (1995) ซึ่งมุ่งอธิบายผลกระทบทางจิตใจของผู้ที่ทำงานช่วยเหลือผู้ประสบเหตุสะเทือนขวัญ ต่อมา งานวิจัยได้ขยายขอบเขตของแนวคิดนี้ไปยังกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่ทำงานกับผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยระยะท้าย แนวคิด ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ ได้รับการพัฒนาเชิงโครงสร้างมากขึ้น ผ่านเครื่องมือวัด เช่น Professional Quality of Life Scale (ProQOL) ซึ่งเสนอให้มองคุณภาพชีวิตของผู้ช่วยเหลือผ่านทั้งมิติด้านลบ และมิติด้านบวก คือ ความพึงพอใจจากการเห็นอกเห็นใจ (Compassion Satisfaction) (Stamm,2010) การพัฒนาเครื่องมือดังกล่าวทำให้การศึกษาความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจสามารถวัดผลเชิงปริมาณและเปรียบเทียบข้ามบริบทได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น

แนวคิดความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจได้พัฒนาไปสู่การวิเคราะห์เชิงโครงสร้างและเชิงสาเหตุมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Ghafarzadegan et al. (2026) ในกลุ่มพยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) พบรูปแบบการเปลี่ยนผ่านจากการมีความเอาใจใส่สูงไปสู่ภาวะอารมณ์เฉยชา (Emotional Detachment) เมื่อเผชิญความสูญเสียอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลทั้งต่อสุขภาพจิตของบุคลากรและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ในปี 2026 ได้สังเคราะห์โปรแกรมและแนวทางการแทรกแซงเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจในพยาบาล โดยพบว่าแนวทางที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมทั้งระดับปัจเจกและระดับองค์กร ได้แก่ การฝึกสติ (Mindfulness-Based Interventions) การเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางจิตใจในสถานบริการสุขภาพ (Smith et al., 2026)

กล่าวโดยสรุป พัฒนาการของแนวคิดความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจสะท้อนการเคลื่อนจากการอธิบายเชิงทฤษฎี ไปสู่การพัฒนาเครื่องมือวัด และต่อยอดสู่การออกแบบแนวทางป้องกันเชิงระบบในระดับองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางการวิจัยร่วมสมัยที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

4. การวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ของความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ

แม้แนวคิดความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจจะมีจุดเริ่มต้นจากกรอบแนวคิดของ Secondary Traumatic Stress (STS) ซึ่งเน้นผลกระทบทางจิตใจจากการรับรู้เหตุการณ์สะเทือนขวัญของผู้อื่น (Figley, 1995) แต่พัฒนาการของนิยามในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาได้ขยายความหมายไปสู่บริบทที่กว้างขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

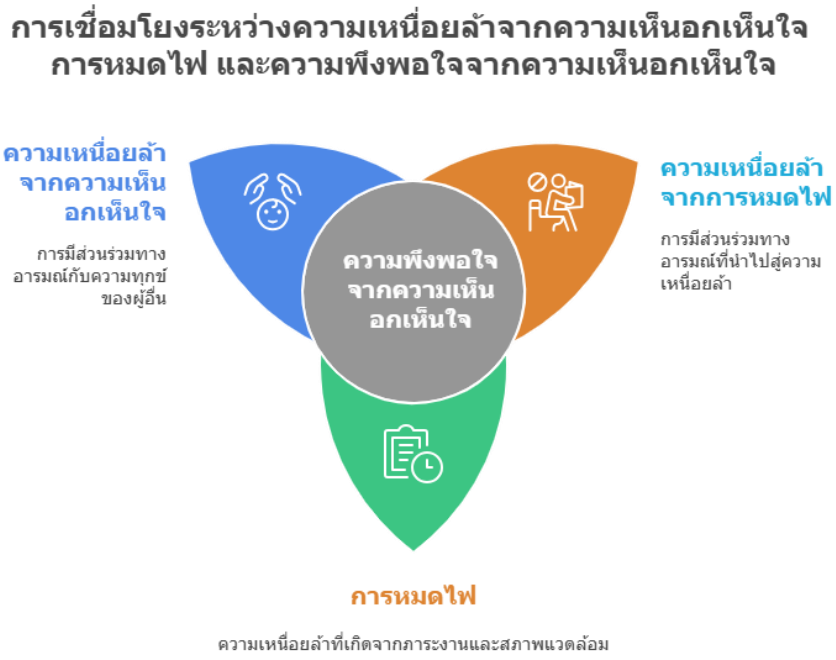
ในระยะแรกความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจถูกมองว่าเป็นปรากฏการณ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับอาการภายหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรง (PTSD-like symptoms) ในระดับทุติยภูมิ กล่าวคือ ผู้ให้การช่วยเหลือได้รับผลกระทบจากการสัมผัสประสบการณ์กระทบกระเทือนจิตใจของผู้รับบริการ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยระยะหลังได้สะท้อนว่าความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะบริบทของเหตุการณ์รุนแรงเท่านั้น แต่สามารถเกิดขึ้นได้ในงานดูแลทั่วไปที่มีการใช้ความเห็นอกเห็นใจอย่างต่อเนื่อง เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะท้าย หรือผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนทางอารมณ์ (Stamm, 2010; Cocker & Joss, 2016)

Citation:
Ongsara, W., & Intaram, P. (2026). Compassion Fatigue and Mental Health among Healthcare Professionals: Implications and Preventive Approaches. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6(6), e298372; DOI: https://doi.org/10.60027/iarj.2026.e298372

Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6 (6), November-December 2026
Old ISSN 2774-0374: New ISSN 2985-2749
Website: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/index
Article ID: e298372

การเปลี่ยนผ่านของนิยามดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความหลากหลายของระดับความรุนแรงของภาวะนี้ กล่าวคือความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ อาจมีตั้งแต่ระดับอ่อน (Emotional Exhaustion) จากภาระการดูแลทั่วไป ไปจนถึงระดับรุนแรงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ Secondary Traumatic Stress ในบริบทที่เผชิญเหตุการณ์สะเทือนใจซ้ำ ๆ (Ghafarzadegan et al., 2026)

อย่างไรก็ตาม ความขยายตัวของนิยามก็ทำให้เกิดข้อถกเถียงทางวิชาการ เนื่องจากบางงานวิจัยเริ่มใช้คำว่าความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ และ ภาวะหมดไฟในการทำงาน สลับกันโดยไม่แยกความแตกต่างเชิงมโนทัศน์อย่างชัดเจน ซึ่งอาจนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนในการวัดผลและการออกแบบแนวทางป้องกัน ดังนั้น การทำความเข้าใจพัฒนาการของนิยามอย่างวิพากษ์จึงมีความสำคัญต่อการกำหนดขอบเขตการศึกษาและการพัฒนาโมเดลเชิงแนวคิดที่แม่นยำยิ่งขึ้นกล่าวได้ว่า วิวัฒนาการของแนวคิดความเหนื่อยหน่ายจากความเห็น อกเห็นใจได้เคลื่อนจาก “ภาวะทุติยภูมิของความเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง” ไปสู่ “ภาวะความอ่อนล้าทางอารมณ์จากงานดูแลอย่างต่อเนื่อง” ซึ่งสะท้อนการเปลี่ยนมุมมองจากเหตุการณ์เฉพาะหน้าไปสู่โครงสร้างงานและระบบบริการสุขภาพโดยรวม



โมเดลนี้แสดงให้เห็นว่า ภาวะหมดไฟในการทำงาน และความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ มีความสัมพันธ์กันแต่มีจุดกำเนิดต่างกัน โดย ภาวะหมดไฟในการทำงาน มีรากฐานจากโครงสร้างงานและระบบองค์กร ในขณะที่ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ มีรากฐานจากการมีส่วนร่วมทางอารมณ์กับความทุกข์ของผู้รับบริการ ทั้งนี้ ความพึงพอใจจากการเห็นอกเห็นใจ ทำหน้าที่เป็นปัจจัยคุ้มครองที่ช่วยลดผลกระทบของทั้งสองภาวะ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ ProQOL (Stamm, 2010)

Citation:
Ongsara, W., & Intaram, P. (2026). Compassion Fatigue and Mental Health among Healthcare Professionals: Implications and Preventive Approaches. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6(6), e298372; DOI: https://doi.org/10.60027/iarj.2026.e298372

Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6 (6), November-December 2026
Old ISSN 2774-0374: New ISSN 2985-2749
Website: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/index
Article ID: e298372

5. กลไกทางจิตวิทยาของความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ

ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจมิได้เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน หากแต่เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการทางจิตวิทยาที่ซับซ้อน ซึ่งครอบคลุมทั้งมิติทางอารมณ์ (affective processes) มิติทางปัญญา (cognitive processes) และกลไกทางประสาทวิทยา (neuropsychological mechanisms) การทำความเข้าใจกลไกเหล่านี้ช่วยอธิบายว่าการใช้ความเห็นอกเห็นใจอย่างต่อเนื่องสามารถนำไปสู่ความอ่อนล้าทางอารมณ์ และในบางกรณีสามารถป้องกันได้หากมีการปรับกระบวนการทางความคิดอย่างเหมาะสม

5.1 มิติทางอารมณ์: จาก Empathic Engagement สู่ Emotional Exhaustion

ความเห็นอกเห็นใจเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจและเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้อื่น (Sinclair et al., 2017) ในบริบทวิชาชีพสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางอารมณ์ (empathic engagement) เป็นองค์ประกอบสำคัญของความสัมพันธ์เชิงบำบัด อย่างไรก็ตาม เมื่อการเปิดรับอารมณ์ของผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยขาดการฟื้นฟู อาจนำไปสู่การสะสมของความเครียดทางอารมณ์ (Decety & Jackson, 2004)

กลไกหนึ่งที่อธิบายกระบวนการนี้คือ Emotional Contagion ซึ่งหมายถึงการซึมซับอารมณ์ของผู้อื่นโดยไม่รู้ตัว (Hatfield et al., 1994) หากเกิดขึ้นซ้ำ ๆ จะนำไปสู่ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) ซึ่งเป็นแกนกลางของทั้ง ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจและภาวะหมดไฟในการทำงาน (Maslach & Leiter, 2016) อย่างไรก็ตาม การอธิบายเฉพาะมิติทางอารมณ์เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ เนื่องจากกระบวนการทางปัญญามีบทบาทสำคัญในการขยายหรือบรรเทาผลกระทบทางอารมณ์ดังกล่าว

5.2 มิติทางปัญญา: การตีความความหมายและบทบาทของ Idealism

นอกจากการซึมซับอารมณ์แล้ว กระบวนการทางปัญญา (Cognitive Appraisal) มีบทบาทสำคัญในการกำหนดระดับความรุนแรงของความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ บุคลากรสาธารณสุขมักมี ความคาดหวังเชิงอุดมคติ (Professional Idealism) เช่น ความเชื่อว่าตนควรช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ หรือไม่ควรล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วย หากเกิดสถานการณ์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือได้ตามอุดมคติ เช่น การสูญเสียผู้ป่วยระยะท้าย อาจนำไปสู่กระบวนการตีความเชิงลบ (Maladaptive Appraisal) เช่น “ฉันทำได้ไม่ดีพอ” “ฉันควรป้องกันสิ่งนี้ได้” “ฉันล้มเหลวในฐานะผู้ดูแล” กระบวนการตีความลักษณะนี้จะกระตุ้นวงจรความรู้สึกผิด ความสิ้นหวัง และการตำหนิตนเอง ซึ่งทำให้ภาระทางอารมณ์ทวีความรุนแรงขึ้น

กรอบแนวคิดนี้สอดคล้องกับทฤษฎี Cognitive Appraisal ของ Lazarus ที่ชี้ว่า ความเครียดมิได้เกิดจากเหตุการณ์โดยตรง แต่เกิดจาก “การตีความเหตุการณ์” ดังนั้น ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจจึงไม่ได้เป็นเพียงผลของการรับอารมณ์ แต่ยังเกี่ยวข้องกับวิธีคิดและความหมายที่บุคลากรสร้างขึ้นจากประสบการณ์การดูแล เนื่องจากกระบวนการทางปัญญาสามารถปรับเปลี่ยนได้ผ่านการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) และการฝึกการปรับกรอบความคิด (Cognitive Reframing)

5.3 มิติประสาทวิทยาศาสตร์: Empathic Distress vs Compassion

งานวิจัยทางประสาทวิทยาสมัยใหม่ได้แยกความแตกต่างระหว่าง Empathic Distress (การรู้สึกทุกข์ไปกับผู้อื่น) Compassion (ความปรารถนาให้ผู้อื่นพ้นทุกข์โดยมีระยะห่างทางอารมณ์ที่เหมาะสม) การศึกษาด้วย fMRI พบว่า Empathic Distress กระตุ้นสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด (pain matrix) และความทุกข์ส่วนบุคคล ขณะที่ Compassion กระตุ้นวงจรสมองที่เกี่ยวข้องกับความอบอุ่น ความผูกพัน และแรงจูงใจเชิงบวก

Citation:
Ongsara, W., & Intaram, P. (2026). Compassion Fatigue and Mental Health among Healthcare Professionals: Implications and Preventive Approaches. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6(6), e298372; DOI: https://doi.org/10.60027/iarj.2026.e298372

Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6 (6), November-December 2026
Old ISSN 2774-0374: New ISSN 2985-2749
Website: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/index
Article ID: e298372

(Klimecki et al., 2014) กล่าวอีกนัยหนึ่ง การใช้ “Empathy แบบเอาใจไปใส่จนรู้สึกทุกข์ร่วม” อาจนำไปสู่ความเหนื่อยล้า ขณะที่การฝึก “Compassion” หรือความเมตตาอย่างมีสติกลับช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นทางอารมณ์

แนวคิดนี้ช่วยอธิบายว่าเหตุใดการฝึกเมตตาภาวนา (compassion training) และการฝึกสติ (mindfulness) จึงไม่เพียงไม่เพิ่มความเหนื่อยหน่าย แต่กลับลดระดับความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น กลไกทางจิตวิทยาของความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ จึงมิได้เป็นเพียงการสะสมอารมณ์เชิงลบ หากแต่เป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่าง การมีส่วนร่วมทางอารมณ์ การตีความเชิงปัญญา และรูปแบบการประมวลผลทางประสาท

6. ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพจิตของความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ

ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ เป็นผลจากการปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยหลายระดับ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านงาน ปัจจัยเชิงองค์การ และบริบททางสังคม ซึ่งทำงานร่วมกันในลักษณะเชิงระบบ มากกว่าการเกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งโดยลำพัง

6.1 ปัจจัยเสี่ยง

1) ระดับบุคคล บุคลากรที่มีความเห็นอกเห็นใจสูง ความไวทางอารมณ์มาก และมีแนวโน้มคาดหวังตนเองสูง มีความเสี่ยงต่อการซึมซับความทุกข์ของผู้ป่วยและเกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ได้ง่าย (Figley, 2002)

2) ระดับงาน ภาระงานสูง ชั่วโมงทำงานยาวนาน และการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนใจอย่างต่อเนื่อง เพิ่มความเสี่ยงต่อความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ โดยเฉพาะเมื่อขาดเวลาฟื้นฟู (Shanafelt et al., 2019)

3) ระดับองค์การ วัฒนธรรมองค์กรที่เน้นผลผลิตมากกว่าสุขภาวะบุคลากร การขาดการสนับสนุนทางจิตใจ และการไม่มีพื้นที่ปลอดภัยทางอารมณ์ เป็นปัจจัยเสริมให้ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจรุนแรงขึ้น (West et al., 2018)

4) บริบทวิกฤตและสังคม สถานการณ์วิกฤต เช่น การระบาดของ COVID-19 เพิ่มระดับความเครียดและความเปราะบางทางจิตใจของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญ (WHO, 2022)

ปัจจัยเหล่านี้มีลักษณะ “เสริมแรงกัน” เช่น บุคลากรที่มีความไวทางอารมณ์สูง หากทำงานในองค์กรที่มีภาระงานหนักและขาดการสนับสนุน จะมีความเสี่ยงต่อความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจสูงกว่าปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว

6.2 ผลกระทบต่อสุขภาพจิตและระบบบริการ

1) ผลกระทบทางอารมณ์

ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการลดลงของความพึงพอใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น (Stamm, 2010; Sorenson et al., 2016)

2) ผลกระทบทางพฤติกรรม

บุคลากรอาจแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงและสร้างระยะห่างทางอารมณ์ ซึ่งแม้ช่วยปกป้องตนเองระยะสั้น แต่ลดคุณภาพการสื่อสารและการดูแลผู้ป่วย (Bride et al., 2007)

3) ผลกระทบเชิงระบบ

ความอ่อนล้าทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับความผิดพลาดทางการแพทย์และความตั้งใจลาออกจากงาน (Dyrbye et al., 2017) ส่งผลต่อคุณภาพการบริการและความยั่งยืนของระบบสุขภาพโดยรวม

Citation:
Ongsara, W., & Intaram, P. (2026). Compassion Fatigue and Mental Health among Healthcare Professionals: Implications and Preventive Approaches. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6(6), e298372; DOI: https://doi.org/10.60027/iarj.2026.e298372

Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6 (6), November-December 2026
Old ISSN 2774-0374: New ISSN 2985-2749
Website: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/index
Article ID: e298372

7. บทบาทขององค์การและนโยบายในการป้องกันเชิงระบบ

ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ ไม่สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากจำกัดการแทรกแซงไว้เพียงระดับบุคคลหรือระดับทีมเท่านั้น เนื่องจากปัจจัยกำหนดสำคัญจำนวนมากมีลักษณะเชิงโครงสร้างและเชิงระบบ (Dyrbye et al., 2017; West et al., 2018) ในระบบสาธารณสุขที่พึ่งพาทุนมนุษย์เป็นกลไกหลัก สุขภาพจิตของบุคลากรจึงเป็นทรัพยากรเชิงกลยุทธ์ที่มีผลโดยตรงต่อคุณภาพ ความปลอดภัย และความยั่งยืนของบริการสุขภาพ (World Health Organization [WHO], 2020) การป้องกันความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจในระยะยาวจึงจำเป็นต้องบูรณาการเข้าสู่ระดับองค์การและนโยบายอย่างเป็นระบบ

7.1 การบูรณาการสุขภาวะบุคลากรในนโยบายองค์การ

หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ว่า องค์การที่บูรณาการประเด็นสุขภาพจิตของบุคลากรไว้ในนโยบายหลักสามารถลดระดับความเหนื่อยหน่ายและอัตราการลาออกได้อย่างมีนัยสำคัญ (Shanafelt & Noseworthy, 2017) การบูรณาการดังกล่าวควรครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการวางแผนกำลังคน การประเมินภาระงาน การจัดตารางเวร ไปจนถึงระบบสนับสนุนด้านสุขภาพจิตที่เข้าถึงได้จริง

ในเชิงโครงสร้าง นโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับสุขภาวะบุคลากรช่วยลด “วัฒนธรรมการอดทนฝืนใจ” (culture of endurance) ซึ่งมักทำให้ความเหนื่อยล้าถูกทำให้เป็นเรื่องปกติในวิชาชีพการดูแล (Maslach & Leiter, 2016) การยกระดับสุขภาวะบุคลากรให้เป็นวาระเชิงนโยบาย จึงเป็นการปรับกรอบคิดจากการมองว่า CF เป็นปัญหาส่วนบุคคล ไปสู่การมองว่าเป็นความท้าทายเชิงระบบที่ต้องได้รับการจัดการเชิงองค์กร

7.2 การพัฒนาภาวะผู้นำเชิงเห็นอกเห็นใจ (Compassionate Leadership)

รูปแบบการนำมีบทบาทสำคัญต่อประสบการณ์ทางอารมณ์ของบุคลากรในองค์กรสุขภาพ ผู้นำที่มีทักษะการรับฟัง การสะท้อนอารมณ์ และการสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางใจ มีความสัมพันธ์กับระดับความเหนื่อยหน่ายที่ต่ำกว่า และความผูกพันต่อองค์การที่สูงขึ้น (West et al., 2018; Boorman, 2009)
การพัฒนาผู้นำเชิงเห็นอกเห็นใจจึงควรครอบคลุมทั้งทักษะการสื่อสาร การตระหนักรู้ทางอารมณ์ และการส่งเสริม psychological safety ภายในทีม (Edmondson, 2018) ภาวะผู้นำลักษณะนี้ช่วยให้บุคลากรสามารถสะท้อนความเปราะบาง ความผิดพลาด หรือความเหนื่อยล้าได้โดยไม่ถูกตีตรา ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญในการป้องกันการสะสมของความเครียดทางอารมณ์ในระยะยาว

7.3 การลงทุนด้านสุขภาวะบุคลากรในฐานะยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ

การดูแลสุขภาวะบุคลากรควรถูกพิจารณาในฐานะ “การลงทุนเชิงระบบ” มากกว่าต้นทุนทางการบริหาร งานวิจัยพบว่าองค์กรที่ลงทุนด้านความเป็นอยู่ของบุคลากรมีอัตราความผิดพลาดทางการแพทย์ต่ำกว่า และมีอัตราการคงอยู่ในงานสูงกว่า (Dyrbye et al., 2017) ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย องค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) เน้นว่าสุขภาพจิตของบุคลากรเป็นองค์ประกอบหลักของความยืดหยุ่นของระบบสุขภาพ (health system resilience) โดยเฉพาะในบริบทวิกฤต เช่น โรคระบาดหรือภัยพิบัติ ซึ่งระดับความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจมีแนวโน้มเพิ่มสูงอย่างรวดเร็ว หากปราศจากกลไกสนับสนุนเชิงระบบ

ดังนั้น การกำหนดตัวชี้วัดสุขภาวะบุคลากร (well-being indicators) และบูรณาการเข้าสู่ระบบประเมินคุณภาพองค์กร จึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเปลี่ยนการดูแลผู้ดูแลจาก “กิจกรรมเสริม” ไปสู่ “มาตรฐานเชิงโครงสร้าง” ของระบบบริการสุขภาพ

Citation:
Ongsara, W., & Intaram, P. (2026). Compassion Fatigue and Mental Health among Healthcare Professionals: Implications and Preventive Approaches. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6(6), e298372; DOI: https://doi.org/10.60027/iarj.2026.e298372

Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6 (6), November-December 2026
Old ISSN 2774-0374: New ISSN 2985-2749
Website: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/index
Article ID: e298372

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติด้านสาธารณสุข

จากการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจในบุคลากรสาธารณสุข สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในเชิงระบบได้หลายระดับ ครอบคลุมระดับหน่วยบริการ ระดับพื้นที่ และระดับนโยบายประเทศ ดังนี้

1. ระดับหน่วยบริการสุขภาพ (Healthcare Facility Level) หลักฐานเชิงประจักษ์สะท้อนว่า การสนับสนุนจากองค์การ (Organizational Support) ในระดับหน่วยบริการมีบทบาทสำคัญต่อการลด ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจและภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะการจัด ระบบสนับสนุนด้านจิตใจ (Psychological Support Systems) การสื่อสารที่เปิดกว้าง และการสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่เอื้อต่อความปลอดภัยทางอารมณ์ (Psychological Safety) (Rowe et al., 2024) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ (Perceived Organizational Support) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความอ่อนล้าทางอารมณ์ และสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเชิงมนุษยธรรม (Caring Behavior) ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาวะของบุคลากรกับคุณภาพการบริการ (Liu et al., 2024)

นอกจากนี้ การมีระบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support) การจัดกิจกรรม ทบทวนเหตุการณ์หลังภาวะวิกฤต (Debriefing) และการออกแบบ สภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสม (Supportive Work Environment) มีส่วนช่วยลดความอ่อนล้าทางอารมณ์และเพิ่มความพึงพอใจในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ (Garnett, 2023)

2. ระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด (Regional and Provincial Level) การจัดการความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจในระดับพื้นที่จำเป็นต้องอาศัย กลไกสนับสนุนเชิงระบบ (System-level Support Mechanisms) ที่ครอบคลุมมากกว่าหน่วยบริการรายแห่ง โดยเฉพาะความร่วมมือผ่าน เครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ (Regional Health Networks) การขาดโครงสร้างสนับสนุนในระดับนี้อาจทำให้ความอ่อนล้าทางอารมณ์สะสมและส่งผลกระทบในวงกว้าง (Garnett, 2023) การบริหารภาระงาน (Workload Management) การสนับสนุนจากผู้บริหาร และการสร้าง เครือข่ายช่วยเหลือระดับพื้นที่ (Regional Support Networks) มีความสัมพันธ์กับการลดความเครียดเรื้อรังและความอ่อนล้าทางอารมณ์ของบุคลากร (Buonomo et al., 2023) เขตสุขภาพและจังหวัดจึงควรพัฒนา ทีมสนับสนุนสุขภาพจิต (Mental Health Support Team) ระบบส่งต่อด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากร และตัวชี้วัดด้านสุขภาวะบุคลากร

3. ระดับนโยบายประเทศ (National Policy Level) ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจเป็นประเด็นเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับ โครงสร้างการทำงาน (Work Structure) และ นโยบายสาธารณะ (Public Policy) การสนับสนุนจากองค์การและการออกแบบระบบงานมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับระดับความอ่อนล้าทางอารมณ์ของบุคลากร (Liu et al., 2024) ระบบสุขภาพที่มีนโยบายสนับสนุน สุขภาวะบุคลากร (Workforce Wellbeing) อย่างเป็นรูปธรรม เช่น การจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพจิต การออกแบบภาระงานเชิงระบบ และการพัฒนา ภาวะผู้นำเชิงเห็นอกเห็นใจ (Compassionate Leadership) มีแนวโน้มลดภาวะหมดไฟในการทำงานและการลาออกของบุคลากรได้ (Rowe et al., 2024) ดังนั้น หน่วยงานระดับชาติควรกำหนดสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขเป็นวาระสำคัญ โดยพัฒนามาตรฐานด้านความปลอดภัยทางจิตใจ (Psychological Safety) การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพจิตในที่ทำงาน (Workplace Mental Health) และระบบติดตามสุขภาวะบุคลากร เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของระบบสุขภาพในระยะยาว

Citation:
Ongsara, W., & Intaram, P. (2026). Compassion Fatigue and Mental Health among Healthcare Professionals: Implications and Preventive Approaches. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6(6), e298372; DOI: https://doi.org/10.60027/iarj.2026.e298372

Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6 (6), November-December 2026
Old ISSN 2774-0374: New ISSN 2985-2749
Website: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/index
Article ID: e298372

แนวทางปฏิบัติ (Action Plan)

ระดับ	ระยะสั้น (0–6 เดือน)	ระยะกลาง (6–24 เดือน)	ระยะยาว (มากกว่า 2 ปี)
ระดับบุคลากร (Individual level)	- ประเมินความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ของตนเองด้วยแบบประเมินมาตรฐาน - ฝึกพักสั้นระหว่างงาน (Micro-break = การพัก 3–5 นาทีระหว่างเวร)	- เข้าร่วมอบรมการฝึกสติ (Mindfulness = การรู้ตัวอยู่กับปัจจุบัน) - ฝึกทักษะกำกับอารมณ์ (Emotion Regulation)	- สร้างนิสัยการดูแลใจตนเองอย่างต่อเนื่อง - เป็นที่ปรึกษาให้เพื่อนร่วมงาน (Peer Support)
ระดับหน่วยงาน (Organizational level)	- สำรวจภาระงานและความเครียดของบุคลากร - จัดประชุมสะท้อนเหตุการณ์หลังเคสหนัก (Debriefing)	- จัดบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตในองค์การ - ปรับสมดุลภาระงาน	- บรรจุการดูแลสุขภาพจิตเป็นนโยบายถาวรขององค์การ
ระดับนโยบาย (Policy level)	- ใส่ประเด็นสุขภาพจิตบุคลากรไว้ในแผนยุทธศาสตร์	- จัดสรรงบประมาณสนับสนุนระบบดูแลใจบุคลากร	- ปฏิรูประบบกำลังคนให้เหมาะสมกับภาระงานในระยะยาว

บทสรุป

ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ เป็นปรากฏการณ์ทางจิตวิทยาที่มีความซับซ้อนและมีนัยสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน พัฒนาการของแนวคิดได้เคลื่อนจากการอธิบายในฐานะภาวะทุติยภูมิของความเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ไปสู่ความเข้าใจที่ครอบคลุมภาวะความอ่อนล้าทางอารมณ์จากการทำงานดูแลอย่างต่อเนื่องในบริบทวิชาชีพสาธารณสุข ความแตกต่างระหว่างความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจ และภาวะหมดไฟในการทำงาน สะท้อนให้เห็นรากฐานเชิงมโนทัศน์ที่ต่างกัน แม้จะมีองค์ประกอบด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ร่วมกันก็ตาม

การวิเคราะห์กลไกทางจิตวิทยาชี้ให้เห็นว่าความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจมิได้เกิดจากการซึมซับอารมณ์เพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทางอารมณ์ กระบวนการทางปัญญา และรูปแบบการประมวลผลทางประสาทวิทยา โดยเฉพาะความแตกต่างระหว่าง empathic distress และ compassion ซึ่งมีนัยสำคัญต่อการออกแบบแนวทางป้องกันที่มีฐานวิทยาศาสตร์รองรับ

ในเชิงปัจจัยกำหนดความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์เชิงระบบระหว่างความเปราะบางส่วนบุคคล ภาระงาน โครงสร้างองค์การ และบริบททางสังคม ผลกระทบของภาวะดังกล่าวขยายจากระดับบุคคลไปสู่คุณภาพการดูแล ความปลอดภัยของผู้ป่วย และความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพโดยรวม ดังนั้น การจัดการความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจจึงไม่ควรถูกจำกัดอยู่ที่การเสริมทักษะการดูแลตนเองของบุคลากรเท่านั้น แต่ต้องบูรณาการมาตรการในระดับทีม องค์การ และนโยบายอย่างเป็นระบบ

การส่งเสริมปัจจัยปกป้อง เช่น ความพึงพอใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น ความยืดหยุ่นทางจิตใจ ความเมตตาต่อตนเอง และภาวะผู้นำเชิงเห็นอกเห็นใจ ตลอดจนการกำหนดตัวชี้วัดสุขภาวะบุคลากรในระดับองค์กร เป็นแนวทางสำคัญในการเปลี่ยนการดูแลผู้ดูแลจาก “ความรับผิดชอบส่วนบุคคล” ไปสู่ “ความรับผิดชอบเชิงโครงสร้าง” ของระบบสุขภาพ

Citation:
Ongsara, W., & Intaram, P. (2026). Compassion Fatigue and Mental Health among Healthcare Professionals: Implications and Preventive Approaches. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6(6), e298372; DOI: https://doi.org/10.60027/iarj.2026.e298372

โดยสรุป ความเหนื่อยหน่ายจากความเห็นอกเห็นใจมิใช่สัญญาณของความอ่อนแอของบุคลากร หากแต่เป็นตัวชี้วัดความตึงเครียดของระบบบริการสุขภาพ การจัดการอย่างรอบด้านและมีฐานหลักฐานเชิงประจักษ์จะช่วยเสริมสร้างทั้งสุขภาวะของบุคลากร คุณภาพการดูแลผู้ป่วย และความยั่งยืนของระบบสุขภาพในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

Boorman, S. (2009). *NHS health and well-being review: Final report*. Department of Health.

Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2007). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice, 17*(1), 85–94.

Buonomo, I., Benevene, P., Pansini, M., & Fiorilli, C. (2023). Organizational support, workload, and burnout among healthcare professionals: The mediating role of work engagement. *BMC Health Services Research, 23*(1), 10356.

Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency, and community service workers: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 13*(6), 618.

De Kock, J. H., Latham, H. A., Leslie, S. J., Grindle, M., Muñoz, S. A., Ellis, L., Polson, R., & O'Malley, C. M. (2022). A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: Implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health, 22*, 104. https://doi.org/10.1186/s12889-020-10070-3

Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews, 3*(2), 71–100.

Dyrbye, L. N., West, C. P., Sinsky, C. A., Goeders, L. E., Satele, D. V., Shanafelt, T. D., & Tutty, M. A. (2017). Medical licensure questions and physician reluctance to seek care for mental health conditions. *Mayo Clinic Proceedings, 92*(10), 1486–1493.

Edmondson, A. (2018). *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. Wiley.

Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3–28). Sidran Press.

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology, 58*(11), 1433–1441.

Garnett, L. (2023). Supporting emotional well-being in healthcare settings: The role of peer support and debriefing systems. *Journal of Healthcare Management, 68*(4), 245–258.

Ghafarzadegan, R., et al. (2026). Emotional detachment and compassion fatigue among palliative care nurses: A longitudinal analysis. *Journal of Advanced Nursing, 82*(3), 1120–1134.

Citation:
Ongsara, W., & Intaram, P. (2026). Compassion Fatigue and Mental Health among Healthcare Professionals: Implications and Preventive Approaches. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6(6), e298372; DOI: https://doi.org/10.60027/iarj.2026.e298372

Hatfield, E., Cacioppo, J. T., & Rapson, R. L. (1994). *Emotional contagion*. Cambridge University Press.

Klimecki, O. M., Leiberg, S., Lamm, C., & Singer, T. (2014). Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cerebral Cortex, 24*(7), 1664–1676.

Labrague, L. J. (2021). Psychological resilience, coping behaviours, and social support among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Nursing Management, 29*(7), 1893–1905.

Liu, X., Zhang, Y., & Wang, H. (2024). Perceived organizational support and caring behavior among nurses: The mediating role of emotional exhaustion. *Nursing Outlook, 72*(1), 45–53.

Mandato, C., et al. (2024). Post-pandemic mental health burden among frontline healthcare professionals: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing, 33*(2), 356–368.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burnout in the workplace: A psychological perspective*. Psychology Press.

Rowe, L., et al. (2024). Organizational strategies for reducing compassion fatigue and burnout in healthcare systems. *Health Policy and Planning, 39*(1), 12–23.

Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., Carmona-Rega, M. I., & Ortega-Galán, Á. M. (2023). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction, and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(4), 3286.

Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). Executive leadership and physician well-being: Nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clinic Proceedings, 92*(1), 129–146.

Shanafelt, T. D., West, C. P., Sinsky, C., Trockel, M., Tutty, M., & Wang, H. (2019). Changes in burnout and satisfaction with work-life integration among physicians. *Mayo Clinic Proceedings, 94*(9), 1681–1694.

Sinclair, S., Norris, J. M., McConnell, S. J., Chochinov, H. M., Hack, T. F., Hagen, N. A., McClement, S., & Bouchal, S. R. (2017). Compassion: A scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliative Care, 16*, 24. https://doi.org/10.1186/s12904-017-0197-0

Smith, J., et al. (2026). Effectiveness of mindfulness-based interventions in reducing compassion fatigue among nurses: A systematic review. *Journal of Nursing Scholarship, 58*(2), 210–220.

Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2016). Understanding compassion fatigue in healthcare providers: A review of current literature. *Journal of Nursing Scholarship, 48*(5), 456–465.

Citation:
Ongsara, W., & Intaram, P. (2026). Compassion Fatigue and Mental Health among Healthcare Professionals: Implications and Preventive Approaches. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6(6), e298372; DOI: https://doi.org/10.60027/iarj.2026.e298372

Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual* (2nd ed.). ProQOL.org.

West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences, and solutions. *Journal of Internal Medicine, 283*(6), 516–529.

World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. WHO.

World Health Organization. (2022). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. WHO.

Citation:
Ongsara, W., & Intaram, P. (2026). Compassion Fatigue and Mental Health among Healthcare Professionals: Implications and Preventive Approaches. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 6(6), e298372; DOI: https://doi.org/10.60027/iarj.2026.e298372