วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
Journal of Nursing and Public Health Research e278760
วารสารผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1

การจัดการความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในพยาบาล

Management of Compassion Fatigue among Nurses

วัชรินทร์ ชัยทอง[1], ณัฐวัตร วงค์จันทร์[1*] ศศิชา รอดเพ็ชร[1]

Watcharin Chaithong[1], Natthawat Wongchan[1*], Sasicha Rodpet[1]

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช[1]

Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University[1]

(Received: November 7, 2025; Revised: April 30, 2026; Accepted: May 12, 2026)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการป้องกันความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในพยาบาล เนื่องจากพยาบาลในปัจจุบันต้องเผชิญกับความเครียดจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจเป็นหนึ่งในผลลัพธ์ที่เกิดจากการทำงานภายใต้ความกดดันและการเผชิญกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยพบว่า พยาบาลเกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจสูงมากกว่าร้อยละ 50 และอยู่ในระดับต่ำจนถึงสูง ภาวะดังกล่าวไม่เพียงส่งผลต่อความรู้สึกต่อวิชาชีพและคุณภาพชีวิตในการทำงาน แต่ยังส่งผลต่อความตั้งใจลาออกที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนกระทบต่อความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การศึกษาชี้ให้เห็นว่าภาวะความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจมีความสัมพันธ์กับชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน การขาดการสนับสนุนจากองค์กร ลักษณะงาน และทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบทั้งระดับตัวบุคคลและระดับองค์กร อีกทั้งยังควรส่งเสริมความพึงพอใจจากการเห็นอกเห็นใจ ซึ่งเป็นความรู้สึกเชิงบวกที่เกิดจากการได้ช่วยเหลือผู้อื่น การดำเนินกลยุทธ์ดังกล่าวคาดว่าจะช่วยลดระดับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ เพิ่มความพึงพอใจในการทำงาน เพิ่มความผูกพันต่อวิชาชีพ และสนับสนุนการคงไว้ซึ่งกำลังคนพยาบาล อันนำไปสู่ความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

คำสำคัญ: การจัดการ, ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ, พยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ ณัฐวัตร วงค์จันทร์ email: natthawat.wongc@gmail.com

Abstract

This article proposes strategies to prevent compassion fatigue among nurses. Currently, nurses are continuously exposed to work-related stress, which leads to both mental and physical health problems. Compassion fatigue is one of the outcomes of working under pressure and continuous exposure to patients' suffering. It has been found that nurses experience compassion fatigue at prevalence rates exceeding 50%, with levels ranging from low to high. This condition not only affects attitudes toward the profession and quality of work life but also increases turnover intention and impacts patient safety and quality of care. Studies indicate that compassion fatigue is associated with long working hours, heavy workloads, lack of organizational support, job characteristics, and insufficient coping skills. Therefore, managing this issue requires systematic implementation at both the individual and organizational levels. Furthermore, promoting compassion satisfaction, a positive feeling derived from helping others. The implementation of these strategies is expected to reduce compassion fatigue, increase job satisfaction, enhance professional commitment, and support nurse retention, ultimately contributing to the long-term sustainability of the healthcare system.

Keywords: Management, Compassion Fatigue, Nurses

บทนำ

พยาบาลเป็นกลุ่มอาชีพที่ใหญ่ที่สุดในสายงานด้านสุขภาพ โดยทั่วโลกมีพยาบาลประมาณ 29 ล้านคน (Boniol, Kunjumen, Nair, Siyam, Campbell, & Diallo, 2022) บทบาทสำคัญของพยาบาล คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพ รวมไปถึงการช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวและปรับตัวให้เข้ากับภาวะสุขภาพของตนเองได้ (White, Gunn, Chiarella, Catton, & Stewart, 2025) ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ผ่านมา พยาบาลต้องเผชิญกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น และความกดดันอย่างต่อเนื่องจากการขาดการสนับสนุนที่เพียงพอ ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน และการต้องเผชิญกับความทุกข์ของผู้ป่วย นอกจากนี้ ปัญหาภาวะหมดไฟในการทำงานยังทวีความรุนแรงขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตพยาบาล เนื่องจากการทำงานที่ต้องตัดสินใจในภาวะเสี่ยงสูง และความคาดหวังจากผู้รับบริการที่ต้องการการดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลอยู่ภายใต้แรงกดดันทางจิตใจอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ภาวะความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (Lluch-Sanz, Galiana, Doménech-Vañó, & Sansó, 2022) จนส่งผลต่อความสามารถในการแสดงความเห็นอกเห็นใจ พยาบาลจะค่อย ๆ สูญเสียความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งภาวะดังกล่าวมักถูกมองข้ามและยังไม่ได้มีการจัดการอย่างเป็นระบบ ทั้งที่กำลัง

กลายเป็นหนึ่งในความเสี่ยงสำคัญด้านสุขภาพจากการทำงาน และส่งผลต่อการคงอยู่ในงาน (Lourens, 2021; Nadarajan, Chui, Lee, & Zaini, 2025) รวมถึงส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (Compassion Fatigue) เป็นผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยที่กำลังทนทุกข์ทรมานด้วยความเห็นอกเห็นใจ และพยาบาลไม่สามารถจัดการกับความทุกข์ทรมานและอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ เกิดการซึมซับกับความทุกข์ทรมานนั้นอยู่เป็นประจำจนกระทั่งไม่สามารถดึงตัวเองออกจากต้นตอของความทุกข์ได้ (Peters, 2018) พบได้บ่อยในกลุ่มพยาบาลทั่วโลก จากการศึกษาในแถบทวีปเอเชียพบว่าความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016; Uzen Cura, Dogu, & Karadas, 2024; Yakar, Oguz, Bulut, Kapusuz, Abi, & Yavuz, 2023; Yilmaz, Bozkul, Ugras, Dogan, & Kalem, 2025) เนื่องจากเป็นวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยพบอัตราความชุกของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจสูงถึงร้อยละ 52.55 (Zhang et al., 2018) แม้ในประเทศไทย การศึกษาในพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจะพบว่ามีความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจอยู่ในระดับต่ำ (ศิริลักษณ์ เตชะธนอิทธิกุล, 2561) แต่ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อพยาบาลทั้งด้านความผาสุกทางจิตใจ คุณภาพชีวิต และความตั้งใจลาออกจากงาน นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อเพื่อนร่วมงานและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอีกด้วย (Marshman, Hansen, & Munro, 2022; Zhang, Liu, Wang, Zhao, Zhang, & Li, 2023) ในขณะที่ผลกระทบต่อผู้รับบริการ พบว่าความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจส่งผลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และความคลาดเคลื่อนทางคลินิก ซึ่งกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Hall, Johnson, Watt, Tsipa, & O'Connor, 2016) รวมไปถึงความปลอดภัยของหน่วยงาน (Tawfik et al., 2019) และความพึงพอใจของผู้ป่วย (Vahey, Aiken, Sloane, Clarke, & Vargas, 2004) นอกจากนี้ ยังส่งผลให้เกิดต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลที่ลดลง การลาออก และการทดแทนบุคลากร ซึ่งเป็นภาระต่อความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ (Han et al., 2019) แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจทั่วโลก แต่สำหรับประเทศไทยมีค่อนข้างน้อย และยังขาดการสังเคราะห์แนวทางการจัดการที่เหมาะสม รวมถึงการบูรณาการแนวทางในระดับบุคคล และองค์กรอย่างเป็นรูปธรรม

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการจัดการความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาล ซึ่งมีผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและประสิทธิภาพขององค์กร อีกทั้งยังช่วยยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาดทางการพยาบาล และส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

แนวคิดของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ

ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ นำมาใช้ในการศึกษาครั้งแรกในกลุ่มพยาบาลห้องฉุกเฉิน (Joinson, 1992) ต่อมานักวิชาการได้ให้คำจำกัดความว่า หมายถึง ภาวะความเครียดหรือความบอบช้ำทางจิตใจที่เกิดขึ้นจาก

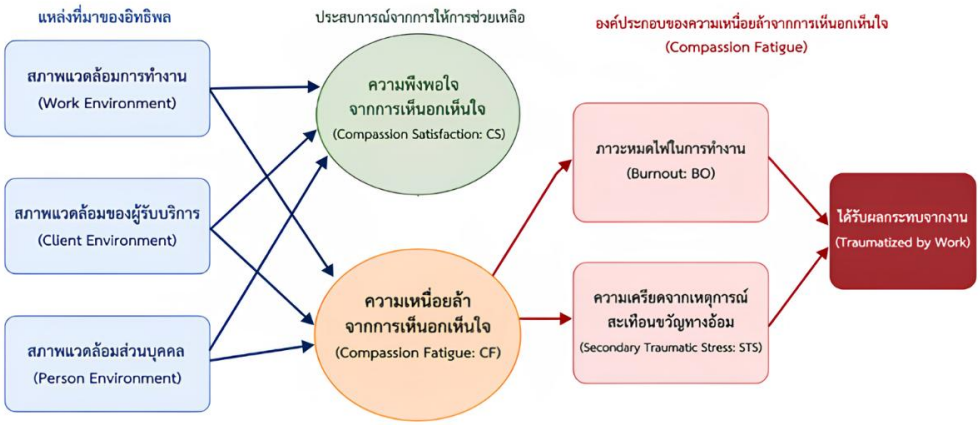
การรับรู้และมีส่วนร่วมกับความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และปัญหาของผู้อื่น อันส่งผลให้ผู้ให้การดูแลเกิดความรู้สึกหมดหนทางในการช่วยเหลือ สับสนในบทบาทของตนเอง เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว และลดทอนแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ (Figley, 2002) ภาวะดังกล่าวสะท้อนถึงความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ซึ่งมักเกิดจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในบริบทที่ต้องมีส่วนร่วมทางอารมณ์และการแสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Alharbi, Jackson, & Usher, 2019; Zhang, Liu, Wang, Zhao, Zhang, & Li, 2023) หากสะสมเป็นเวลานานอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางจิตใจและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของผู้ให้การดูแล ตามแนวคิดของ Figley (1995) ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจเป็นโครงสร้างที่ประกอบด้วย 2 มิติหลัก ได้แก่

1. ความเหนื่อยหน่ายในงาน (Burnout) หมายถึง ภาวะของความเหนื่อยล้า หงุดหงิด เครียด สิ้นหวัง และรู้สึกเบื่อหน่ายในการทำงาน ซึ่งเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป จากภาระงานที่หนักหรือสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ส่งผลให้ผู้ให้การดูแลสูญเสียพลังและความพึงพอใจในงาน

2. ความเครียดทางอ้อมจากบาดแผลทางจิตใจ (Secondary Traumatic Stress) หมายถึง ภาวะความเครียดที่เกิดจากการรับรู้หรือรับฟังเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจของผู้อื่น เช่น การสูญเสียหรือเหตุการณ์รุนแรง โดยผู้ที่ประสบภาวะนี้อาจมีอาการ เช่น ภาพเหตุการณ์ย้อนกลับเข้ามาในความคิด นอนไม่หลับ หรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้หวนระลึกถึงประสบการณ์นั้น

แม้ว่าความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจจะมีลักษณะคล้ายกับภาวะหมดไฟในการทำงาน แต่ทั้งสองแนวคิดมีความแตกต่างกัน โดยภาวะหมดไฟในการทำงานมักสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงานหรือความเครียดในองค์กร ขณะที่ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจเกิดจากการมีส่วนร่วมทางอารมณ์กับความทุกข์ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนผู้ให้การดูแลเกิดการซึมซับความทุกข์นั้นและไม่สามารถแยกตนเองออกจากประสบการณ์ดังกล่าวได้ (Peters, 2018)

ต่อมา Stamm (2010) ได้พัฒนาแนวคิดดังกล่าวภายใต้กรอบ “คุณภาพชีวิตในการทำงานของผู้ให้การช่วยเหลือ (Professional Quality of Life (ProQOL))” ซึ่งอธิบายว่า ประสบการณ์จากการดูแลผู้อื่นประกอบด้วยผลลัพธ์ด้านลบคือ ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (Compassion Fatigue) และผลลัพธ์ด้านบวกคือ ความพึงพอใจจากการเห็นอกเห็นใจ (Compassion Satisfaction) โดยผลลัพธ์ด้านบวกจะช่วยลดระดับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลได้ในระยะยาว นอกจากนี้กรอบแนวคิดยังชี้ให้เห็นว่า ทั้งความพึงพอใจจากการเห็นอกเห็นใจและความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ สภาพแวดล้อมการทำงาน ผู้รับบริการ และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ให้การดูแล ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ทางจิตใจของพยาบาลทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของความพึงพอใจจากการเห็นอกเห็นใจและความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (Stamm, 2010)

จากแนวคิดข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายมิติ ไม่ได้เกิดขึ้นจากสาเหตุใดเพียงลำพัง ดังนั้น การทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงมีความสำคัญต่อการอธิบายกลไกการเกิดภาวะดังกล่าว และเป็นพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการจัดการที่เหมาะสม

ปัจจัยของการเกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในพยาบาล

พยาบาลต้องเผชิญกับปัจจัยหลายประการที่ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ โดยสามารถจำแนกออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านลักษณะงาน และปัจจัยด้านองค์กร ดังนี้

ปัจจัยด้านบุคคล

1. การเผชิญกับความทุกข์ ความตาย และประสบการณ์ที่เจ็บปวดทางใจ พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องเผชิญกับความท้าทายทางอารมณ์อยู่ตลอดเวลา ด้วยบทบาทที่ใกล้ชิดกับความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และการเสียชีวิต (Alharbi, Jackson, & Usher, 2019) รวมไปถึงการสัมผัสกับความเครียดทางอ้อมจากบาดแผลทางจิตใจ (Secondary Traumatic Stress) ตัวอย่างเช่น พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการช่วยชีวิตด้วยการกดนวดหัวใจ ต้องเผชิญกับความเครียด ความรู้สึกผิด และความวิตกกังวลในระดับสูง ความเครียดที่เกิดขึ้นเชื่อมโยงกับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ การต้องเห็นความทุกข์ทรมานซ้ำแล้วซ้ำเล่า โดยที่บางครั้งไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างเต็มที่ ก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ และสิ้นหวัง (El-Ashry, Elsayed, Ghoneam, & El-Sherif, 2023)

2. ความเห็นอกเห็นใจ เป็นคุณสมบัติที่สำคัญของพยาบาล แต่ถ้าหากขาดกลไกการจัดการทางอารมณ์ที่เหมาะสม อาจทำให้พยาบาลอ่อนไหวและรับเอาความทุกข์ของผู้ป่วยมาแบกรับได้ง่าย (Alharbi, Jackson, & Usher, 2019) ขณะเดียวกัน ความหวัง และความยืดหยุ่นทางจิตใจ มีบทบาทสำคัญในการป้องกันพยาบาลจากความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ โดยปัจจัยเหล่านี้ช่วยเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตใจ และลดความเสี่ยงจากผลกระทบเชิงลบที่เกิดจากการปฏิบัติงานที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย (Yeşil & Polat, 2023)

3. ทักษะการเผชิญปัญหา การขาดทักษะในการเผชิญปัญหาเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ โดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่พยาบาลต้องปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์กดดัน หากพยาบาลขาดทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมหรือมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงการแก้ไขปัญหา อาจส่งผลให้เกิดความเครียดสะสมและทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Abou Hashish & Ghanem Atalla, 2023)

ปัจจัยด้านลักษณะงาน

1. ลักษณะงานของพยาบาลที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความกดดันสูง เช่น การดูแลผู้ป่วยวิกฤต การช่วยฟื้นคืนชีพ หรือการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ซึ่งต้องเผชิญกับความสูญเสียและความไม่แน่นอนอยู่เสมอ ประกอบกับภาระงาน และชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ส่งผลให้เกิดความเครียดและความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ โดยเฉพาะเมื่อพยาบาลต้องเผชิญกับเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจซ้ำ ๆ (Alharbi, Jackson, & Usher, 2019; El-Ashry, Elsayed, Ghoneam, & El-Sherif, 2023)

2. การขาดการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างาน รวมถึงการไม่มีโอกาสในการสะท้อนประสบการณ์หรือระบายความรู้สึกภายหลังเหตุการณ์ที่ตึงเครียด (Debriefing) เป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ อาจทำให้เกิดความเครียดสะสม และทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากทีม เพื่อนร่วมงาน และหัวหน้างาน ทั้งในรูปแบบของการให้กำลังใจ การช่วยเหลือการปฏิบัติงาน และการเปิดโอกาสให้สะท้อนความรู้สึก จะช่วยลดระดับความเครียด ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพทางจิตใจ และช่วยป้องกันการเกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้ (Figley & Abendroth, 2011; Schmidt & Haglund, 2017)

ปัจจัยด้านองค์กร

1. ภาระงานและชั่วโมงการทำงาน พยาบาลต้องแบกรับภาระงานที่เกินกำลังต้องทำงานมากกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Uslu & Kendirkiran, 2022) หรือมีจำนวนผู้ป่วยมากเกินไปเมื่อเทียบกับจำนวนพยาบาล ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานและการทำงานล่วงเวลา เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (Alharbi, Jackson, & Usher, 2019) เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบว่าอัตรากำลังพยาบาลต่อผู้ป่วยในปัจจุบันประมาณ 1:36 คน ซึ่งเกินมาตรฐานอัตรากำลังพยาบาลต่อผู้ป่วยตามที่สภาการพยาบาลกำหนด 1:5 (สภาการพยาบาล, 2566)

2. วัฒนธรรมองค์กรที่ละเลยสุขภาวะของบุคลากร เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ โดยเฉพาะในองค์กรที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ของงานมากกว่าสุขภาพจิตของพยาบาล ส่งผลให้พยาบาลไม่สามารถจัดสรรเวลาในการพักผ่อนหรือฟื้นฟูสภาพจิตใจได้อย่างเหมาะสม การขาดแคลนทรัพยากรและโอกาสในการพัฒนาอาชีพ ยังเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความคับข้องใจ และลดแรงจูงใจในการทำงาน ส่งผลให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจมากขึ้น (Alharbi, Jackson, & Usher, 2019; Yeşil & Polat, 2023)

เมื่อพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในพยาบาล เป็นผลจากการผสมผสานของปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน และปัจจัยระดับองค์กร ที่มีอิทธิพลต่อกัน หากปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม จะนำไปสู่ผลกระทบในหลายมิติทั้งต่อพยาบาล ผู้ป่วย และระบบบริการสุขภาพ

ผลกระทบของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ

ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อพยาบาล และระบบบริการสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมมีการอธิบายผลกระทบไว้ในหลายมิติ โดยผู้เขียนแบ่งออกเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านบุคคล ด้านการดูแลผู้ป่วย ด้านองค์กรวิชาชีพ และด้านระบบสุขภาพ ดังนี้

ด้านบุคคล

1. ด้านความคิด ส่งผลให้สมาธิลดลง การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง แสดงท่าทีเฉยเมย แข็งกร้าว สับสน และยึดติดกับความสมบูรณ์แบบ เมื่อเกิดภาวะนี้พยาบาลมักหมกมุ่นอยู่กับความเจ็บปวด การกล่าวโทษตนเอง หรือในบางครั้งจะพยายามลดความสำคัญของเรื่องราวที่มากระทบจิตใจ และในกรณีรุนแรง อาจมีความคิดทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น (Figley, 1995) และความสามารถในการตัดสินใจบกพร่อง ซึ่งส่งโดยตรงต่อการปฏิบัติงาน (Wang et al., 2023)

2. ด้านอารมณ์ อาจเกิดความรู้สึกไร้พลัง วิตกกังวล โกรธ หรือรู้สึกผิดต่อสถานการณ์ที่ควบคุมไม่ได้ รวมถึงมีแนวโน้มปิดกั้นตนเองและรู้สึกด้านชา บางรายอาจมีอารมณ์แปรปรวน กลัว ไร้หนทาง หรืออ่อนไหวต่อสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์มากขึ้น (Figley, 1995) นอกจากนี้ความรู้สึกสิ้นหวัง และหงุดหงิดง่าย (Wang et al., 2023) และในระยะยาวอาจพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Yi, Wang, Li, Zhang, Li, & Zhang, 2022)

3. ด้านพฤติกรรม มีปัญหานอนไม่หลับ ฝันร้าย ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป มีความหวาดระแวงเกินเหตุและตกใจง่าย ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และมักทำสิ่งของหายบ่อยครั้ง (Figley, 1995; Yi, Wang, Li, Zhang, Li, & Zhang, 2022) มีความคิดเชิงลบต่อผู้ป่วยหรือต่อวิชาชีพ ส่งผลให้มีพฤติกรรมไม่ไว้วางใจในแรงจูงใจของผู้อื่น (Wang et al., 2023)

4. ด้านจิตวิญญาณ เริ่มตั้งคำถามถึงความหมายและคุณค่าของชีวิต สูญเสียจุดมุ่งหมายในชีวิต ขาดความพึงพอใจในตนเอง รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง โกรธสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือพระเจ้า เกิดความสงสัยในความเชื่อทางศาสนา (Figley, 1995)

5. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พยาบาลอาจเริ่มถอยห่างจากสังคม ความสนใจเรื่องเพศลดลง และแยกตัวออกจากผู้อื่น การโยนความโกรธหรือความผิดให้แก่ผู้อื่น การไม่ยอมรับผู้อื่น รู้สึกเหงา และมีความขัดแย้งระหว่างบุคคลเพิ่มมากขึ้น (Figley, 1995)

6. ด้านร่างกาย ผลกระทบทางกายภาพที่ปรากฏอาจรวมถึงอาการต่าง ๆ เช่น รู้สึกตกใจง่าย เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว หายใจลำบาก ปวดเมื่อยตามร่างกาย เวียนศีรษะ เจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง (Figley, 1995) นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทางกายเรื้อรัง อาการปวดศีรษะ และปัญหาการนอนหลับ (Yi, Wang, Li, Zhang, Li, & Zhang, 2022)

7. ด้านประสิทธิภาพการทำงาน พยาบาลอาจขาดแรงจูงใจในการทำงาน พยายามหลีกเลี่ยงงาน หมกมุ่นอยู่กับรายละเอียดปลีกย่อย แสดงความเฉยเมย และมีความคิดเชิงลบต่อการทำงาน การแยกตัวจากกิจกรรมในที่ทำงาน การลางานและขาดงานบ่อยขึ้น เกิดความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน รู้สึกเหนื่อยล้า หงุดหงิด และถอยห่างจากเพื่อนร่วมงาน (Figley, 1995) ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ขาดความกระตือรือร้น พยาบาลรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ หรือไม่มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และมีความตั้งใจที่จะลาออกจากวิชาชีพสูงขึ้น (Wang et al., 2023; Wolotira, 2023; Yi, Wang, Li, Zhang, Li, & Zhang, 2022)

ด้านการดูแลผู้ป่วย

1. ความผิดพลาดทางยา ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจมีความสัมพันธ์กับการทำงานของกระบวนการทางความคิดและสมอง (Cognitive Functioning) จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนทางคลินิก เมื่อพยาบาลมีสมาธิลดลงและการตัดสินใจบกพร่อง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อความผิดพลาดทางยา (Hall, Johnson, Watt, Tsipa, & O'Connor, 2016; Vahey, Aiken, Sloane, Clarke, & Vargas, 2004) และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาหรือการให้บริการทางสุขภาพ (Adverse Events) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อน (Harm) และมีความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในการดูแลรักษา (Clinical Safety) ซึ่งกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง (Hall, Johnson, Watt, Tsipa, & O'Connor, 2016)

2. คุณภาพการดูแล ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจทำให้ความเอาใจใส่ ความละเอียดอ่อน และคุณภาพการพยาบาลลดลง ส่งผลให้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพการดูแลที่ลดลงส่งผลให้ ระดับความพึงพอใจลดลงด้วย (Vahey, Aiken, Sloane, Clarke, & Vargas, 2004)

ด้านองค์กรวิชาชีพ

ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจส่งผลให้พยาบาลมีแรงจูงใจในการทำงานลดลง หลีกเลี่ยงงานและแยกตัวจากทีม ทำให้ความร่วมมือในทีมลดลง และเกิดความขัดแย้งมากขึ้น ผลกระทบในระดับองค์กรสามารถสะท้อนจากหลายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ที่ทำให้เกิดความหงุดหงิดและหมดกำลังใจ ด้านพฤติกรรมที่ทำให้หลีกเลี่ยงงานและถอยห่างจากทีม ด้านสัมพันธภาพที่ทำให้การสื่อสารและความสัมพันธ์ในทีมลดลง และด้านประสิทธิภาพการทำงานที่ทำให้การทำงานร่วมกันไม่มีประสิทธิภาพ (Figley, 1995) พยาบาลรู้สึกว่าตนเองไม่มีประสิทธิภาพในการทำงาน ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลงและความตั้งใจลาออกจากวิชาชีพสูงขึ้น (Wang et al., 2023; Wolotira, 2023; Yi, Wang, Li, Zhang, Li, & Zhang, 2022)

ด้านระบบสุขภาพ

ผลกระทบจากความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจเกิดจากการสะสมของปัญหา ทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร เมื่อพยาบาลจำนวนมากประสบภาวะดังกล่าว อาจนำไปสู่การขาดแคลนบุคลากร ภาระงานที่เพิ่มขึ้น และการทำงานภายใต้ข้อจำกัดมากขึ้น ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อความล้มเหลวของการดูแล ผลลัพธ์ที่ตามมา คือ การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลจากหลายปัจจัย เช่น ความผิดพลาดทางการรักษา การจัดการภาวะแทรกซ้อน การสูญเสียบุคลากร และต้นทุนในการทดแทนกำลังคน (Han, Shanafelt, Sinsky, 2019) สะท้อนว่าผลกระทบไม่ได้จำกัดอยู่ในระดับปฏิบัติงาน แต่ขยายสู่ในทุกมิติของระบบสุขภาพ

จะเห็นได้ว่า ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจส่งผลกระทบตั้งแต่ระดับบุคคล การดูแลผู้ป่วย องค์กรวิชาชีพ ไปจนถึงระบบสุขภาพ โดยมีลักษณะเชื่อมโยงกัน ดังนั้น การเข้าใจผลกระทบดังกล่าวจึงมีความสำคัญต่อการวางแนวทางการจัดการอย่างเหมาะสม เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลต่อไป

กลยุทธ์การจัดการความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในพยาบาล

พยาบาลส่วนใหญ่เข้าสู่วิชาชีพด้วยความภาคภูมิใจและเชื่อว่างานของตนมีความหมายต่อชีวิตผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม เมื่อเผชิญกับความเครียดสะสม และการขาดการสนับสนุนจากองค์กร ย่อมส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ความภาคภูมิใจ และคุณค่าตนเองอาจค่อย ๆ ลดลง จนนำไปสู่การตั้งคำถามถึงคุณค่าของวิชาชีพ การฟื้นตัวจากภาวะนี้เป็นเรื่องยาก พยาบาลบางรายอาจลาออกจากวิชาชีพเพื่อลดความทุกข์ใจ ดังนั้นจึงควรมีแนวทางในการจัดการเพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของพยาบาล ดังนี้

กลยุทธ์ระดับบุคคล

1. การสังเกตตนเอง ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจสามารถป้องกันได้ โดยพยาบาลควรตระหนักและเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของตนเอง เพื่อให้สามารถขอความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที อาการอาจปรากฏทั้งด้านร่างกาย เช่น อาการนอนไม่หลับ ความเหนื่อยล้า ปวดศีรษะ ปวดหลัง ง่วงซึม และความดันโลหิตสูง ส่วนด้านจิตใจ เช่น การหมกมุ่นกับปัญหาของผู้ป่วย ความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดพลัง การแยกตัวจากครอบครัวหรือเพื่อน ความต้องการลาออก และประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เป็นต้น ทั้งนี้การคิดไตร่ตรองตนเองภายหลังการปฏิบัติงานในวันที่มีความตึงเครียดสูง จะช่วยให้สามารถระบุอารมณ์และสาเหตุของอารมณ์นั้นได้อย่างชัดเจน รวมทั้งแยกแยะได้ว่าอารมณ์ดังกล่าวเกิดจากการทำงานหรือปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อหาวิธีจัดการอย่างเหมาะสม (Lachman, 2016; Vu & Bodenmann, 2017)

2. การสนับสนุนซึ่งกันและกัน พยาบาลเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกันอย่างทุ่มเท และเมื่อเผชิญกับกรณีผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรือความยากลำบาก ย่อมมีประสบการณ์ทางอารมณ์ร่วมกัน ทั้งในด้านความเครียดและความโศกเศร้า ดังนั้น พยาบาลควรปฏิบัติงานร่วมกันด้วยความเข้าใจและเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เพื่อเสริมสร้าง

ความเข้มแข็งทางจิตใจ อีกทั้งยังควรเปิดโอกาสให้มีการระบายความรู้สึก หรือความคับข้องใจในการทำงาน และหากพบว่าตนเองประสบปัญหา ควรแสวงหาคำแนะนำและการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานหรือพยาบาลรุ่นพี่ (Nolte, Downing, Temane, & Hastings-Tolsma, 2017) ทั้งนี้ การส่งเสริมบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการช่วยเหลือซึ่งกันและกันควรเริ่มต้นจากตนเอง โดยการมีทัศนคติที่เปิดกว้าง พร้อมช่วยเหลือผู้อื่น รับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความเห็นอกเห็นใจต่อเพื่อนร่วมงาน ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและความร่วมมือในทีม

3. การดูแลตนเอง พยาบาลมักมีภาระงานมาก และคุ้นเคยกับการให้ความสำคัญต่อความต้องการผู้ป่วยเป็นหลัก ทุ่มเทอารมณ์ให้กับผู้ป่วยมากจนไม่สามารถหยุดคิดถึงได้ จนอาจละเลยความต้องการของตนเอง ดังนั้นจึงควรใส่ใจสุขภาพของตน เช่น การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การพักผ่อนให้เพียงพอ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งจัดสรรเวลาในการทำกิจกรรมที่ตนสนใจ เช่น การทำกิจกรรมกลางแจ้ง การใช้เวลากับครอบครัว การฝึกสติ เช่น โยคะ ไทเก็ก การหายใจลึก ๆ การทำสมาธิ และการเขียนบันทึกประจำวัน ตลอดจนหาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น การทำงานศิลปะหรือการเคลื่อนไหวร่างกายรูปแบบต่าง ๆ นอกจากนี้ หากบูรณาการร่วมกับการเจริญสติหรือทำสมาธิ ซึ่งเป็นกระบวนการฝึกฝนที่มีแบบแผน โดยเริ่มจากการตระหนักและประเมินความต้องการของตนเอง และนำไปสู่การเลือกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างตั้งใจให้สอดคล้องกับความต้องการส่วนบุคคล จะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลตระหนักรู้ และปรับการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (Collier, Bergen, & Li, 2024; Pavithrakshmi, Chukkali, & Krishnamurthy, 2026; Wei et al., 2025)

3. การใช้ปรัชญาพุทธศาสนา โดยอาศัยหลักอุเบกขา คือความวางใจเป็นกลาง ไม่ยึดติดหรือเอนเอียงต่ออารมณ์ ควบคู่กับการเจริญเมตตา กรุณา และมุทิตา ซึ่งเป็นคุณธรรมที่ช่วยให้สามารถแสดงความปรารถนาดี เห็นอกเห็นใจ และยินดีต่อผู้อื่นได้ การนำหลักธรรมดังกล่าวมาประยุกต์ใช้จะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจโดยไม่เกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (Lachman, 2016) ตัวอย่างเช่น พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มักเกิดความเครียดหรือความรู้สึกสงสาร หากยึดหลักอุเบกขาจะช่วยให้สามารถวางใจเป็นกลาง ไม่ปล่อยให้อารมณ์ครอบงำ ขณะเดียวกันการมีเมตตาและกรุณาจะช่วยให้ยังคงให้การดูแลด้วยความเอาใจใส่ และเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย และการใช้มุทิตาจะช่วยให้พยาบาลสามารถยินดีเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ทั้งนี้อาจจะต้องอาศัยการสนับสนุนจากองค์กรในการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการประยุกต์ใช้หลักธรรมดังกล่าว

กลยุทธ์ระดับองค์กร

1. การสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้ตระหนักเกี่ยวกับปัญหาความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจองค์กร ควรสร้างความตระหนักรู้และลดการตีตรา เนื่องจากเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้จริง และพยาบาลทุกคนมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะนี้ ควรจัดทำเอกสารเผยแพร่การให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ โดยมีหัวข้อชัดเจน ดึงดูดความสนใจ และกระตุ้นให้พยาบาลอ่านต่อ พร้อมเนื้อหาครอบคลุมคำจำกัดความ ปัจจัยเสี่ยง อาการ ผลกระทบ และช่องทางการขอคำปรึกษา นอกจากนี้ โรงพยาบาลควรจัดช่องทางสำหรับ

การแบ่งปันประสบการณ์การแก้ปัญหาดังกล่าว เพื่อให้พยาบาลคนอื่น ๆ สามารถเรียนรู้จากกลยุทธ์ที่ใช้ได้จริง และนำไปปรับใช้กับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Peters, 2018)

นอกจากนี้ การสร้างวัฒนธรรมแห่งความใส่ใจ (Culture of Caring) ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่บุคลากรรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับความเคารพ การสนับสนุน และมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในที่ทำงาน ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลควรเปิดโอกาสให้พยาบาลได้แสดงความคิดเห็น รับฟังข้อกังวล และความต้องการของพยาบาล ตลอดจนให้การตอบสนองและสนับสนุนอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และการจับคู่พยาบาลใหม่และพยาบาลที่มีประสบการณ์ให้ทำงานร่วมกัน ยังช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจ ความสามัคคี และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีภายในทีมจะช่วยลดความเครียด ลดความโดดเดี่ยว และลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้ (Lachman, 2016)

2. การอบรมและพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลควรจัดให้มีการอบรมประจำปีที่บูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะดังกล่าว การอบรมควรมุ่งเน้นทั้งด้านทฤษฎีและการปฏิบัติ เช่น การสังเกตสัญญาณเตือน การประเมินตนเอง การสร้างสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน การดูแลสุขภาวะจิตใจ และการใช้เทคนิคการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น และป้องกันความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (Alharbi, Jackson, & Usher, 2019; Slatten, Carson, & Carson, 2020)

3. การหมุนเวียนพยาบาลดูแลผู้ป่วย การหมุนเวียนพยาบาลให้ดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องพยุงชีพ หรือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งต้องอาศัยความรับผิดชอบและความทุ่มเทต่อเนื่อง การจัดให้มีการหมุนเวียนหน้าที่ในการดูแลจะช่วยให้พยาบาลได้พักจากการดูแลผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจ และลดความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป นอกจากนี้ยังช่วยให้ทีมพยาบาลมีการแบ่งเบาภาระงานอย่างเท่าเทียม และส่งเสริมความร่วมมือภายในทีม (Peters, 2018; Slatten, Carson, & Carson, 2020) เช่น การจัดให้พยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตสลับไปดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเบากว่าในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เป็นต้น

4. ส่งเสริมความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน โรงพยาบาลควรสนับสนุนให้พยาบาลมีเวลาและทรัพยากรในการฟื้นฟูสมดุลชีวิต เช่น จัดสวัสดิการหอพัก อาหาร สถานที่ออกกำลังกาย และวันหยุดพักผ่อน ซึ่งช่วยให้พยาบาลนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ มีโภชนาการดี และสุขภาพร่างกายแข็งแรง นอกจากนี้ การจัดให้พยาบาลได้ท่องเที่ยวพักผ่อนในระยะเวลาสั้น ๆ และส่งเสริมให้มีกิจกรรมหรืองานอดิเรกทำ จะช่วยให้เกิดการแบ่งแยกระหว่างงาน ชีวิตครอบครัว และกิจกรรมยามว่างได้อย่างชัดเจน ทำให้พยาบาลสามารถรักษาสมดุลชีวิตและลดความเครียดจากการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Slatten, Carson, & Carson, 2020)

5. สนับสนุนการฝึกสมาธิ ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจมักทำให้พยาบาลรู้สึกแปลกแยกจากสภาพแวดล้อมการทำงาน ดังนั้น การฝึกสมาธิ จึงเป็นแนวทางที่ช่วยให้พยาบาลกลับมาเชื่อมโยงกับตนเอง

และชีวิตส่วนตัวอีกครั้ง โดยไม่จมอยู่กับความทุกข์ของผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยให้มองความคิดที่เป็นปัญหาอย่างมีสติ หยุดพักจากการคิดถึงปัญหานั้น และนำมาใช้ได้แบบเรียลไทม์ในช่วงเผชิญเหตุการณ์เครียดได้เป็นอย่างดี (Paiva-Salisbury & Schwanz, 2022) ดังนั้น จึงควรจัดให้มีกิจกรรมฝึกสมาธิหรือการเจริญสติ (Mindfulness-Based Interventions) เช่น กิจกรรมฝึกสมาธิประจำสัปดาห์ หรือกิจกรรมผ่อนคลายระหว่างเวร เพื่อช่วยให้พยาบาลได้ฟื้นฟูพลังใจ ลดความเครียด ส่งเสริมการยอมรับ ความเห็นอกเห็นใจ และเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพจิตของพยาบาล ทำให้ลดความวิตกกังวล ความเหนื่อยหน่าย และความเครียดได้ (Pérez, Menéndez-Crispín, Sarabia-Cobo, De Lorena, Fernández-Rodríguez, & González-Vaca, 2022)

6. การนิเทศทางการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่พยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่าคอยติดตาม และกำกับดูแลพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการพัฒนาทางวิชาชีพ ถ่ายทอดทักษะ ความรู้ และประสบการณ์ในการปฏิบัติทักษะทางคลินิกเพื่อที่จะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างอิสระในที่สุด ซึ่งจะมีการสะท้อนคิด (Reflective) การอภิปราย (Debriefing Sessions) และเปิดโอกาสให้พยาบาลสามารถบอกเล่าความคับข้องใจเกี่ยวกับสถานการณ์การทำงาน หรือความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น ส่งผลให้มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นทางใจ และป้องกันความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในพยาบาลได้ (Marshman, Hansen, & Munro, 2022; Pathan et al., 2023)

บทสรุป

ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจเป็นปัญหาสำคัญในพยาบาลที่เกิดจากการเผชิญความทุกข์ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องร่วมกับภาระงานสูงและการขาดการสนับสนุนที่เหมาะสม โดยมีปัจจัยเกี่ยวข้องทั้งระดับบุคคล ลักษณะงาน และองค์กร และก่อให้เกิดผลกระทบครอบคลุมตั้งแต่สุขภาวะของพยาบาล ประสิทธิภาพการทำงาน คุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ไปจนถึงประสิทธิภาพขององค์กร และระบบสุขภาพโดยรวม การจัดการจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ ทั้งการจัดการตนเองของพยาบาล และการมีส่วนร่วมขององค์กร เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตพยาบาล ยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการวิจัย ควรมุ่งเน้นการศึกษาความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ พยาบาลห้องฉุกเฉิน พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต และพยาบาลจิตเวช เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลในบริบทการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน ตลอดจนส่งเสริมการพัฒนาโปรแกรมในการจัดการความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในพยาบาล เพื่อให้ได้แนวทางการจัดการที่เหมาะสมกับแต่ละหน่วยงาน รวมถึงมีการใช้เครื่องมือวัดที่มีมาตรฐาน เช่น Professional Quality of Life Scale (ProQOL) เพื่อช่วยให้สามารถเปรียบเทียบ

กับการศึกษาระดับสากลได้ หรือพัฒนาเครื่องมือวัดที่เหมาะสมกับบริบทของพยาบาลไทย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการป้องกัน และจัดการที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ด้านการศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาควรบูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจไว้ในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง เช่น การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และรายวิชาปฏิบัติทางการพยาบาล โดยเฉพาะในช่วงก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติจริง เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของภาวะดังกล่าว ควบคู่กับการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และการตระหนักรู้ทางจิตใจของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถปรับตัวต่อบริบทการทำงานจริงได้อย่างเหมาะสม

3. ด้านนโยบายระบบสุขภาพ ควรมีการบูรณาการประเด็นความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจเข้าเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานคุณภาพบริการและระบบรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เช่น Hospital Accreditation (HA) รวมถึงการกำหนดนโยบายด้านอัตรากำลังพยาบาล ชั่วโมงการทำงาน และระบบสนับสนุนด้านสุขภาพจิตของพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาวะของพยาบาล ลดอัตราการลาออก และยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของบริการสุขภาพได้ในระยะยาว

คำแถลงการณ์ใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้เขียนได้มีการใช้ ChatGPT เพื่อตรวจแก้ภาษาในทำบทความวิชาการฉบับนี้ และการสร้างรูปภาพที่อ้างอิงถึงทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ข้าพเจ้ามีความตระหนักและรับผิดชอบต่อเนื้อหาที่ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์สร้างขึ้นและได้ตรวจสอบความถูกต้อง แหล่งที่มาของข้อมูล และปรับปรุงเนื้อหาทั้งหมดให้เหมาะสมด้วยตัวของข้าพเจ้าและคณะฯ รวมถึงได้ระมัดระวังไม่ให้เกิดการละเมิดสัญญา ลิขสิทธิ์ หรือทรัพย์สินทางปัญญาของบุคคลอื่นตามความเหมาะสมทางจริยธรรมการวิจัย

ผลประโยชน์ทับซ้อน

คณะผู้วิจัยขอประกาศว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ ในการทำวิจัยและเผยแพร่บทความฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

ศิริลักษณ์ เตชะธนอิทธิกุล. (2561). *ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต* วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สภาการพยาบาล. (2566). *อัตรากำลัง ค่าบริการ และรหัสกิจกรรมทางการพยาบาล*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.

Abou Hashish, E. A. & Ghanem Atalla, A. D. (2023). The relationship between coping strategies, compassion satisfaction, and compassion fatigue during the COVID-19 pandemic. *SAGE Open Nursing*, *9*, 23779608231160463. https://doi.org/10.1177/23779608231160463

Alharbi, J., Jackson, D., & Usher, K. (2019). Compassion fatigue in critical care nurses. An integrative review of the literature. *Saudi Medical Journal*, *40*(11), 1087-1097. https://doi.org/10.15537/smj.2019.11.24569

Boniol, M., Kunjumen, T., Nair, T. S., Siyam, A., Campbell, J., & Diallo, K. (2022). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: A threat to equity and universal health coverage? *BMJ Global Health, 7*(6), e009316. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009316

Collier, J., Bergen, T., & Li, H. (2024). An integrative review of strategies to prevent and treat compassion fatigue in oncology nurses. *Canadian Oncology Nursing Journal = Revue Canadienne de Nursing Oncologique*, *34*(1), 28-37. https://doi.org/10.5737/2368807634128

Duarte, J. & Pinto-Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *International Journal of Nursing Studies*, *64*, 98-107. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002

El-Ashry, A. M., Elsayed, S. M., Ghoneam, M. A., & El-Sherif, R. I. (2023). Compassion fatigue and stress related to cardiopulmonary resuscitation: A study of critical care nurses' experiences. *BMC Nursing*, *22*, 482. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01640-y

Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.

Figley, C. R. (Ed.) (2002). *Treating compassion fatigue*. Brunner-Routledge.

Figley, C. R., & Abendroth, M. (2011). Compassion fatigue in nursing. In P. S. Cowen & S. Moorhead (Eds.), *Current issues in nursing (8th ed)*. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.

Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. *PloS One*, *11*(7), e0159015. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015

Han, S., et al. (2019). Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States. *Annals of Internal Medicine*, *170*(11), 784-790. https://doi.org/10.7326/M18-1422

Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, *22*(4), 116-120.

Lachman, V. D. (2016). Ethics, law, and policy. Compassion fatigue as a threat to ethical practice: Identification, personal and workplace prevention/management strategies. *MEDSURG Nursing*, *25*(4), 275-278.

Lluch-Sanz, C., Galiana, L., Doménech-Vañó, P., & Sansó, N. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on burnout, compassion fatigue and compassion satisfaction in healthcare personnel: A systematic review of the literature published during the first year of the pandemic. *Healthcare (Switzerland)*, *10*(2), 364. https://doi.org/10.3390/healthcare 10020364

Lourens, R. (2021). Burnout, compassion fatigue and vicarious trauma. *Clinical Investigation (London)*, *11*(2), 37-40.

Marshman, C., Hansen, A., & Munro, I. (2022). Compassion fatigue in mental health nurses: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 29*(4), 529-543. https://doi.org/10.1111/jpm.12812

Nadarajan, S. S., Chui, P. L., Lee, W. L., & Zaini, N. H. (2025). Factors influencing compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A study in a tertiary hospital. *BMC Nursing*, *24*(1), 93. https://doi.org/10.1186/s12912-025-02736-3

Nolte, A. G., Downing, C., Temane, A., & Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(23-24), 4364-4378. https://doi.org/10.1111/jocn.13766

Paiva-Salisbury, M. L. & Schwanz, K. A. (2022). Building compassion fatigue resilience: Awareness, prevention, and intervention for pre-professionals and current practitioners. *Journal of Health Service Psychology: An Official Journal of the National Register of Health Service Psychologists.*, *48*(1), 39-46. https://doi.org/10.1007/s42843-022-00054-9

Pathan, S., et al. (2023). The impact of a hospital staff supervision group on well-being, sense-making, and compassion fatigue. *Traumatology, 29*(4), 451-457.

Pavithrakshmi, K. M., Chukkali, S., & Krishnamurthy, V. (2026). Interventions addressing compassion fatigue among nurses: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 1. https://doi.org/10.1111/jan.70465

Pérez, V., Menéndez-Crispín, E. J., Sarabia-Cobo, C., de Lorena, P., Fernández-Rodríguez, A., & González-Vaca, J. (2022). Mindfulness-based intervention for the reduction of compassion fatigue and burnout in nurse caregivers of institutionalized older persons with dementia: A randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(18), 11441. https://doi.org/10.3390/ijerph191811441

Peters, E. (2018). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*, *53*(4), 466-480. https://doi.org/10.1111/nuf.12274

Schmidt, M. & Haglund, K. (2017). Debrief in emergency departments to improve compassion fatigue and promote resiliency. *Journal of Trauma Nursing, 24*(5), 317-322. https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000315

Slatten, L. A., Carson, K. D., & Carson, P. P. (2020). Compassion fatigue and burnout: What managers should know. *The Health Care Manager*, *39*(4), 181-189. https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000306

Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2nd Ed). Pocatello: The ProQOL.

Tawfik, D. S., et al. (2019). Physician burnout and work unit safety grades. *Mayo Clinic Proceedings, 94*(11), 2021-2028. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.03.027

Uslu, E. & Kendirkiran, G. (2022). Compassion fatigue and risk factors in nurses in the Covid-19 pandemic. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *15*(3), 298-306. https://doi.org/10.46483/deuhfed.1010957

Uzen Cura, S., Dogu, O., & Karadas, A. (2024). Factors affecting nurses' compassion fatigue: A path analysis study. *Archives of Psychiatric Nursing*, *49*, 32-37. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.01.014

Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care, 42*(2 Suppl), II57-II66.

Vu, F., & Bodenmann, P. (2017). Preventing, managing and treating compassion fatigue. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy, 168*(8), 224-231.

Wang, J. et al. (2023). Factors associated with compassion fatigue and compassion satisfaction in obstetrics and gynaecology nurses: A cross-sectional study. *Nursing Open*, *10*(8), 5509-5520. https://doi.org/10.1002/nop2.1790

Wei, J. et al. (2025). Mindful self-care and compassion fatigue in nurses: The chain mediating roles of resilience and professional identity. *Journal of Nursing Management*, *2025*, 1-14. https://doi.org/10.1155/jonm/8572654

White, J., Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H., & Stewart, D., (2025). *Renewing the definitions of nursing and a nurse.* Geneva: International Council of Nurses.

Wolotira, E. A. (2023). Trauma, compassion fatigue, and burnout in nurses: The nurse leader's response. *Nurse Leader*, *21*(2), 202-206. https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.04.009

Yakar, H. K., Oguz, S., Bulut, B., Kapusuz, C., Abi, P., & Yavuz, R. (2023). Compassion fatigue in nurses caring for chronic diseases. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics: JOSE*, *29*(1), 109-114. https://doi.org/10.1080/10803548.2021.2025314

Yeşil, A. & Polat, Ş. (2023). Investigation of psychological factors related to compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among nurses. *BMC Nursing*, *22*, 12. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01174-3

Yi, L. J., Wang, J., Li, C., Zhang, X., Li, Y., & Zhang, Y. (2022). Prevalence of compassion fatigue and its association with professional identity in junior college nursing interns: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(22), 15206. https://doi.org/10.3390/ijerph192215206

Yilmaz, S. G., Bozkul, G., Ugras, G. A., Dogan, H., & Kalem, H. F. (2025). Impact of compassion fatigue on care behaviors in intensive care nurses. *Bezmialem Science*, *13*(2), 103-109. https://doi: 10.14235/bas.galenos.2024.21549

Zhang, J., Liu, Y., Wang, L., Zhao, X., Zhang, Y., & Li, Z. (2023). Clinical nurses' compassion fatigue psychological experience process: A constructivist grounded theory study. *BMC Nursing*, *22*(1), 487. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01665-3

Zhang, Y.-Y., et al. (2018). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *Journal of Nursing Management*, *26*(7), 810-819. https://doi.org/10.1111/jonm.12589