

Burn-Out Syndrome and Management of Caregivers

Rosalie Shaw

Executive Director, Asia Pacific Hospice Palliative Care Network

What is Burnout?

When I told my friends that I was preparing a talk on burnout, they laughed and said, "Well, you have been there a few times." I disagree. Stressed maybe, but not burnout ... not yet. What is the difference?

An editorial in the Lancet in 1994 had an interesting title: "Burnished or burnt out: the delights and dangers of working in health". The writer of the editorial goes on to say, "Some people ostensibly thrive under pressure, learn new skills, develop greater commitment and shine through all adversity. They are burnished by exposure to stress and come out looking brighter than ever." "Others become dull and ineffective through a combination of emotional exhaustion, a sense of occupational uselessness, and indifference to the needs of those they care for. This is often described as burnout." (1)

Symptoms of Burnout

What are the symptoms of burnout? Feeling exhausted, sleep disturbance, waking feeling unrefreshed. Becoming increasingly irritable and hypercritical. Having difficulty concentrating, chronic forgetfulness, finding it difficult to make decisions. Having trouble in saying no. Feeling that things are getting out of control and that you are accomplishing less and less in the time available. Loss of enthusiasm for your work. Feeling unappreciated most of the time. Problems with headaches, backache, chest pain, indigestion ... and so on.

What a formidable list! At times we have all had some of these symptoms, but hopefully not to the extent that we feel we cannot continue with our job

Administrative Manifestations of Burnout

As managers we see staff burnout surfacing as low staff morale. Staff members begin to complain about seemingly petty issues. In my own unit, at a particularly stressful time, there was a rumpus

about access to batteries for the pagers. Staff members who are stressed take emergency leave for trivial complaints. Suddenly it seems that everyone has “flu” or “diarrhoea”. Team members complain that they are carrying additional loads because others are taking time off. Cliques develop. Certain staff members are singled out for criticism and this scape-goating exacerbates the stress experienced by the already distressed staff members. Individual performance drops.

It is not pleasant to come to work when there is staff conflict and dissatisfaction. We are all affected by it? clinical staff, administration staff and volunteers. But more importantly, the patient suffers because we are no longer able to give our full attention to the care of patients and their families.

What causes Burnout?

What causes burnout, this state of excessive and continual stress? Burnout has been described as an overflow of unresolved frustration. Studies of staff stress agree with this interpretation of burnout. Caring for cancer patients can be stressful. Before discussing the organisational factors which lead to burnout, it is important to look at some of the factors which cause stress in staff caring for cancer patients both in the acute hospital setting and in the palliative care or hospice setting.

The acute hospital setting

In the acute hospital setting, staff members care for an individual patient from the time of initial diagnosis, through the traumas of treatment and then either rejoice in recovery, or share the disappointment of treatment failure or disease recurrence. In this situation, when staff have come to know the patient and family so well, it is difficult to watch the patient deteriorate. Often, when staff members have been very positive and

encouraging about treatment, they feel responsible, guilty or depressed if the treatment is not successful.

If it is not possible to control symptoms such as breathlessness, nausea or pain, there may be feelings of guilt and helplessness. Concerns arise if the treatment does not appear to be working or is causing severe side effects. Individual staff members may feel that they can no longer be positive and encourage patients to continue with the treatment.

We usually think of nurses when we talk of staff caring for cancer patients. But what of physicians, especially oncologists. If nurses find that the stress of caring for cancer patients becomes too great, they can ask for a change of ward. But this is not possible for the oncologist who has spent many years training for this specialist role. The oncologist is committed to the patient’s welfare and also to research that may improve the chances of cure for future patients.

Very often the outcome of treatment for a particular patient is not known. The oncologist has to face the dilemma of causing suffering to the patient without any certainty that the treatment will cure or extend the patient’s life expectancy. In order to deal with this stress some oncologists withdraw emotionally from patients and their families and deal only with the physical aspects of disease.

The palliative care or hospice setting

In the palliative care or hospice setting, focus is more on the process of dying and the relief of suffering during this time. Hence some of the stressors are different from those in the acute hospital setting. Feelings of guilt and helplessness now occur if symptoms cannot be adequately controlled or if the patient dies in distress.

Furthermore, expectations of staff in hospice settings are often higher than in other settings. Hospice staff members are usually expected to be infinitely patient, compassionate, skilled and dedicated. It may therefore be difficult for staff to set limits on involvement with patients and their families or to establish realistic expectations about the service provided. When caring for dying patients staff members perceive that the only meaningful thing that they can do is to give the best possible care. However, if time is short, and if the patient and family are distressed, it is difficult to provide this care.

Mary Vachon over many years has written about occupational stress. She points out that, although caring for patients and their families may be difficult, particularly if staff feel inadequately prepared for their roles, much of the stress actually comes from areas apart from patient care.

The Lancet editorial also makes the point that, rather than being a cause of burnout, "patient contact seems to offer a buffer against the worst effects of stress and is a valuable source of reward among staff".

Mary Vachon identifies two types of variables as staff stressors: personal variables and organisational variables. Under personal variables she includes factors such as age and marital status. Staff members who are younger are more likely to be stressed, perhaps because they are trying to balance family life and work. They also have poorer coping strategies and are perhaps less realistic about what is possible to achieve both at home and at work. Unmarried staff members have higher levels of stress, perhaps because they are more isolated and have fewer opportunities for emotional support.

Mary Vachon also puts great emphasis on organisational variables. These include team

communication and role strain. Problems with team communication include conflict between clinical staff and administration, lack of participation in decision making and overlapping of roles. Role strain occurs when staff members feel that they are not adequately prepared for the tasks they are expected to perform. In particular, staff members report a need for training in communication techniques and management skills.

What can we do to prevent or deal with burnout?

What about lifestyle management? We all know what we are supposed to do at a personal level. We are told that we should eat well, get restful sleep, do physical exercise, take time off and have non-job related social activities. This means being able to laugh at oneself and have some fun in life. But in this frantic world this does not seem to be possible as we grapple with traffic jams, electronic banking, noise pollution and the immediacy of tragedy constantly beamed in at us from all over the globe.

As well as personal changes, organisational changes need to be made if staff burnout is to be minimised. We all need to feel that we are competent at what we do. And yet how often are staff members or volunteers given adequate job orientation. Someone may be allocated on the first day to show them where the toilets and the lunch rooms are, but sometimes, no handbook of policies and procedures is available and no experienced staff member is assigned to guide and support the new recruit. This is survival of the fittest. It is true that most survive but at what cost to both staff members, volunteers, organisations and the patients and their families.

Time allocated for on-going education is also important. Such sessions give a break in routine, which also allows for exchange of information and

support.

Confidence in our skills can only develop if we have a sense of control in our work situation. The Lancet editorial makes an interesting point. It says that “now with ...the introduction of commercial pressures into the health workplace, decisions about the nature and volume of work are increasingly determined by managers. Do managers recognise that, by taking on this role and removing responsibility from health professionals, they are creating the potential for resentment and burnout?”

It is true that decreasing resources and staff shortages have become major stressors for health care managers. It is imperative that managers encourage discussion about decisions which affect staff. Regular staff meetings are important. Often managers feel that these meetings are a waste of time. And yet it is at these meetings that staff members have an opportunity to set goals and standards, to reflect on and evaluate what they are doing, and to share in and take responsibility for decision making. At these meetings it is also possible for leaders to clarify unrealistic expectations about what is expected of staff, patient care and the organisation. Clear guidelines, especially for role delineation, allow staff to set limits without guilt.

Much has been said about multi-disciplinary teams in health care and yet team dynamics are often not understood. Many team leaders are not skilled

facilitators and do not know how to deal with conflict, anger and rivalry in the group. So often the focus is on getting the work done. We forget that each person is doing his or her best, given his or her own personal circumstances. The word of praise for a task well done, the offer of a cup of coffee at the completion of a stressful day, the expression of concern when someone looks particularly stressed or unhappy. These are the things that do make a difference.

There is much talk about holistic care for patients and families. This care and concern must extend to our care and concern for each other. We all need support, encouragement and acknowledgment. We need to be reminded that each of us has a unique contribution to make and that this contribution is important, not only for the patients and families but also for those with whom we are working.

Management of stress is about our growth as human beings. If we are to give total care to our patients, we must also become more complete in ourselves. Not only do we need to take responsibility for the holistic needs of our patients and their families: we also need to take responsibility for the holistic needs of our colleagues and ourselves.

References

- (1) Burnished or burnt out: the delights and dangers of working in health Editorial Lancet 1994; 344: 1583-1584

호스피스 제공자의 소진과 관리

Rosalie Shaw

Executive Director, Asia Pacific Hospice Palliative Care Network

1. 소진이란 무엇인가?

내가 나의 친구들에게 소진에 대해서 말하려고 할 때, 그들은 웃으며 말했다. “글쎄, 너는 몇 번 그런 적이 있었어.” 나는 동의하지 않는다. 스트레스는 받았을지 몰라도 소진은 아니다. 차이가 무엇인가?

1994년 란셋에 “Burnished or burnt out: the delights and dangers of working in health”란 흥미로운 주제의 논설이 있었다. 논설자는 계속해서 말하기를 “어떤 사람들은 표면상으로는 압박감 아래에서 자라고, 새로운 기술을 배우고, 더 큰 책임감을 발전시키고 모든 역경을 통하여 빛난다. 그들은 스트레스의 노출에 빛을 발하고 더욱 밝은 모습으로 나타난다. 또 다른 사람들은 감정의 소진, 직업적 무익과 그들이 돌보는 사람들의 요구에 대한 무관심으로 인하여 무감각하고 무능력의 사람이 된다. 이것이 자주 소진으로 기술이 된다.”

2. 소진의 증상

무엇이 소진의 증상인가? 지친 느낌, 수면 장애, 일어났을 때 개운치 않은 느낌, 초조감이 증가하고 혹평하는 것, 집중력 장애, 만성적인 건망증, 결정하기가 어려운 것, 아니오 라고 말하는데 어려움, 제어할 수 없는 느낌, 당신이 시간을 운용하는데 어려운 느낌, 당신의 일에 대한 열정의 소실, 대부분 진가를 인

정받지 못한 느낌, 두통, 등 통증, 흉통, 소화불량 등의 다양한 증상이 있다.

얼마나 무시무시한 목록인가! 때때로 우리는 어느 정도 이러한 증상들을 가진다. 그러나 다행히 우리의 일을 지속할 수 없을 정도로 느끼는 것은 아니다.

3. 소진에 대한 관리상의 징후

관리자로서 우리는 직원 소진이 낮은 직원 사기로서 나타나는 것을 본다. 팀원이 표면적으로는 어떤 이슈에 대해서 불만을 드러내기 시작한다. 저희의 병동에서, 특히 스트레스를 많이 받는 시간에, 호출기의 배터리의 접근에 대한 한바탕의 소동이 있었다. 스트레스를 받은 팀원들이 사소한 불만으로 긴급 휴가를 낸다. 갑자기 모든 사람들이 독감 혹은 설사가 발생한 것 같았다. 팀원들은 다른 사람들이 휴가를 내고 있기 때문에 부가적인 업무를 지고 있다고 불평한다. 파벌이 발생한다. 어떤 팀원들은 비평으로 외톨이가 되고 이 희생양은 이미 스트레스를 받고 있는 팀원에 의해서 유발된 스트레스를 더욱 더 악화시킨다. 각각의 업무가 중단 된다

직원 충돌과 불만족이 있을 때 직장에 출근하는 것은 즐거운 것이 아니다. 우리 모두는 임상의료진, 행정직원, 자원봉사자 등등에 의해서 영향을 받는다. 그러나 더욱 더 중요한 것은 우리가 환자와 가족을 돌

보는 것에 주의 집중하는 것을 더 이상 할 수 없기 때문에 환자는 고통에 빠져있다는 것이다.

4. 소진의 원인은 무엇인가?

무엇이 지나치고 지속적인 스트레스의 상태, 소진을 유발하는가? 소진은 해결되지 않는 욕구불만의 넘침으로 기술되어져 왔다. 직원 스트레스에 대한 연구들은 소진의 이러한 해석에 동의한다. 암 환자를 돌보는 일은 스트레스를 받을 수 있다. 소진을 유발하는 구조적인 인자를 토론하기 전에, 먼저 급성 병동과 호스피스 병동 혹은 완화의료 병동에서 암 환자를 돌보는 팀원의 스트레스를 유발하는 어떤 인자에 대해서 알아보는 것이 중요하다.

1) 급성 병동

급성 병동에서 팀원들은 첫 진단의 시기부터, 환자의 외상을 통하여 개개의 환자를 돌본다. 그리고 회복에서 기쁨을 누리거나 혹은 치료 실패 혹은 질병 재발의 실망을 공유한다. 이러한 상황에서 팀원이 환자와 가족을 너무 잘 알게 될 때, 환자가 나빠지는 것을 지켜보는 것이 어렵다. 자주 팀원이 치료에 대해서 매우 긍정적이고 희망적일 때, 치료가 성공적이지 못할 때, 그들은 책임감, 죄책감 혹은 우울감을 느낀다.

숨 가쁨, 오심 혹은 통증과 같은 증상을 조절하는 것이 가능하지 않다면 죄책감과 아무 도움이 못 된다는 느낌이 있을 수 있다. 치료가 잘 되지 않거나 심한 부작용이 일어난다면 걱정이 된다. 각각의 팀원들은 그들이 더 이상 환자가 그 치료를 계속해서 받도록 격려하지 못하거나 긍정적이지 못하다는 것을 느낄 수도 있다.

우리는 암 환자를 돌보는 팀원에 대해서 이야기 할 때 보통 간호사에 대해서 생각한다. 그러나 의사, 특히 종양전문의는 어떨까? 간호사들은 암환자를 돌보는 스트레스가 너무 크다는 것을 알면, 그들은 병동 이동을 요구할 수 있다. 그러나 이것은 많은 시간을 암을 치료하는 전문 역할을 훈련받은 종양 전문의에게는 가능하지 않다. 종양 전문의는 환자의 행복과 또한 장래 환자의 완치 기회를 향상시키기 위한 연구에 책임이 있다.

특별한 환자의 치료 결과에 대해서 잘 알려져 있지 않다. 종양 전문의는 치료가 환자를 완치시킬 것인지 혹은 환자의 여명을 연장할 것인지에 대한 어떤 확실함이 없이 환자에게 고통을 유발시키는 딜레마에 봉착해야만 한다. 이러한 스트레스를 다루기 위해서, 어떤 종양 전문의는 환자와 그들의 가족에게서 정서적으로는 물러나 다루지 않고 단지 질병의 신체적인 면만을 다룬다.

2) 완화의료 혹은 호스피스 병동

완화의료 혹은 호스피스 병동에서, 초점은 임종의 과정과 이 시간 동안에 고통의 완화에 더 둔다. 그러므로 스트레스의 요인이 급성 병동에서의 그것과 다르다. 죄책감과 아무것도 도와줄 수 없다는 느낌이 증상이 적절하게 조절되지 않거나 환자가 고통 가운데 임종한다면 발생할 수 있다.

더구나, 호스피스 병동에서 팀원의 기대는 자주 다른 병동보다 높다. 호스피스 팀원은 보통 끝없이 인내하고, 동정심이 많고, 숙련되며, 헌신적이라고 기대된다. 이리하여 팀원이 환자와 그들의 가족에 관여하는 것에 한계를 정하는 것이나 제공되는 서어비스에 대하여 현실적인 기대를 확고히 하는 것이 어려울 수 있다. 죽어가는 환자를 돌볼 때, 팀원은 그들이 할 수 있는 유일한 의미 있는 것이 가능한 한 가장 좋은 돌봄을 제공하는 것이라고 인지한다. 그러나, 시간이 부족하다면 그리고 환자와 가족인 고통 가운데 있다면 이러한 돌봄을 제공하는 것이 어렵다.

여러 해 동안 Mary Vachon은 직업적인 스트레스에 관하여 서술하였다. 그녀는 환자와 가족을 돌보는 것이 어려울 수 있으나, 특히 팀원이 그들의 역할에 대해서 부적절하게 제공되어 지고 있다고 느끼면, 많은 스트레스가 실질적으로 환자 돌봄 이외의 분야에서 발생한다고 지적하였다. 란셋의 논설자는 또한 소진의 원인보다는 그 점을 지적하였다. 환자 접촉은 스트레스의 가장 좋지 않은 효과에 대한 완충작용을 제공하는 것 같으며 팀원 사이에서 값진 보상의 원천이다.

Mary Vachon은 팀원 스트레스 요인으로 두 가지 변인으로 나누었다. 즉 개인적인 변인과 구조적인 변인이다. 개인적인 변인에서 그녀는 나이와 결혼 상태와 같은 요인을 포함한다. 더 젊은 팀원일수록 더 스트

레스를 받는다. 아마도 그들은 가족의 삶과 직장의 균형을 이루려고 노력하기 때문이다. 결혼을 하지 않은 팀원은 더 많은 스트레스를 가지는데 아마도 그들은 더 많이 고립되어 있고 정서적 지지가 덜하기 때문일 것이다.

Mary Vachon은 또한 구조적인 변인에 대해서 크게 강조하였다. 이것은 팀 의사소통과 역할 긴장을 포함한다. 팀 의사소통의 문제는 임상 의료진과 행정 사이의 충돌, 의사결정의 참여부족, 역할의 중복 등을 포함한다. 역할 긴장은 팀원들이 그들이 해야 할 일을 적절하게 제공되어 지지 못한다고 느낄 때 발생한다. 특히, 팀원들은 의사소통 기술과 관리 기술을 훈련할 필요성에 대해서 보고한다.

5. 우리가 소진을 예방하거나 다루기 위해서 무엇을 할 수 있는가?

생활습관 관리에 대해서 어떻게 생각하는가? 우리 모두는 개인적 수준에서 우리가 무엇을 해야 하는지를 안다. 우리가 잘 먹고, 잘 자고, 신체적인 운동을 하고 휴식을 취하고 취미활동을 해야 한다고 듣는다. 이것은 자기 자신을 웃음거리로 만들 수 있고 인생에서 어떤 재미를 가질 수도 있다는 것을 의미한다. 이 어려운 세상에서 이것은 우리가 교통지옥과, 전자화된 은행 업무, 소음 공해와 전 세계에서 우리에게 긴박하게 방송되는 비극과 씨름함으로써 가능할 것 같지 않다.

개인적이 변화 뿐 만 아니라 구조적인 변화가 직원 소진이 최소화되어 지려면 이루어 질 필요가 있다. 우리 모두는 우리가 하는 것에 충분히 자격이 있다고 느낄 필요가 있다. 그러나 얼마나 자주 팀원 혹은 자원봉사자들이 적절한 일자리에 있는가? 어떤이는 첫 날에 사람들에게 화장실과 점심 식당이 어디에 있는지를 보여주는 일에 할당될 수 있다. 그러나 때때로 정책과 절차에 대한 핸드북을 이용하지 못하고 경험이 없는 팀원이 신입직원을 안내하고 지지하는데 할당된다. 이것은 적자생존이다. 대부분이 살아남는 것은 사실이나 그러나 팀원과 자원봉사자, 기관과 환자와 가족에 어떤 비용을 치른다.

지속적인 교육에 대한 시간의 할애가 또한 중요하다. 그러한 것은 일상적으로 이루어져 정보와 지지의 교환에 도움을 줄 수 있다.

우리의 기술에 대한 자신감은 우리가 우리의 직업

상황에서 제어력을 가진다면 단지 개발할수 있다. 란셋의 논설자는 흥미로운 지적을 했다. “상업적인 압박이 보건 일터로 소개됨과 함께, 특성에 대한 결정과 작업량은 관리자에 의해서 더욱 더 결정된다. 관리자가 보건 전문가로부터 이 역할을 취하고 책임감을 제거함으로써, 관리자는 원한과 소진의 가능성을 만들고 있다는 것을 인식합니까?”

감소하는 자원과 팀원 부족은 보건 관리자에게는 큰 스트레스가 되어왔다는 것은 사실이다. 관리자가 팀원에게 영향을 주는 결정에 대해서 토론을 장려하는 것은 꼭 해야 한다. 정규적인 팀원 회의는 중요하다. 자주 관리자는 이러한 회의가 시간 낭비라고 느낀다. 그러나 이것은 팀원들이 목표와 표준을 정하는 기회를 가지며 그들이 하고 있는 것을 평가하고 결정한 것에 대한 책임감을 가지며 나누는 회의인 것이다. 이 회의에서 리더는 팀원이나, 환자, 기관에 의해서 기대되어 지는 비현실적인 기대를 분명히 하는 것이 또한 가능하다. 분명한 가이드라인, 특히 역할을 분명히 하는 것은 팀원들에게 죄책감 없이 한계를 정하게 할 수 있다.

보건 관리에서 다학제간 팀 접근이 많이 이야기되고 있다. 그러나 이러한 팀 접근이 자주 이해되지 못하고 있다. 많은 팀 리더가 수련된 조정자 역할을 못하고 조직에서 모순, 분노, 경쟁을 다루는 방법을 알지 못한다. 그래서 자주 초점이 일이 이루어지는데 맞추어진다. 우리는 각 사람이 주어진 여건에서 가장 잘하고 있다는 것을 잇는다. 일을 잘 하고 있다는 칭찬의 말, 스트레스를 받는 날에 일이 이루어졌을 때 커피 한잔의 제공, 어떤이가 불편해보이거나 스트레스를 받아 보일 때 걱정의 말 표현 등의 것은 아주 중요한 영향을 주는 것들이다.

환자와 가족에게 전인지유에 대한 많은 이야기가 있다. 이러한 치유는 서로를 위해서 우리의 돌봄에 확장되어야 한다. 우리 모두는 지지, 용기와 인정을 필요로 한다. 우리는 환자와 가족 뿐 만 아니라 우리와 함께 일하는 동료들을 위해서 우리 서로가 특별한 기여를 하고 있고 이러한 기여는 중요하다고 상기되어질 필요가 있다.

스트레스 관리는 인간으로서 우리의 성장에 관한 것이다. 우리가 환자들에게 전인지유를 한다면 우리는 또한 우리 자신에게 더욱 완전하게 되는 것이다. 우

리는 환자와 그들 가족의 전인적 요구에 책임감을 다할 필요가 있을 뿐 만 아니라 우리는 또한 우리 자신

과 우리 동료의 전인적 요구에 책임감을 다할 필요가 있다.