



## Pregledni rad

# ISKUSTVA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA SA SUOČAVANJEM SA SMRĆU PACIJENTA I IMPLIKACIJE ZA KVALITETU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE: STRUKTURIRANI NARATIVNI PREGLED

Ružica Marinić<sup>1</sup>, Biljana Filipović<sup>2,3</sup>, Boris Ilić<sup>2</sup>, Ana Joka<sup>1</sup>, Cecilija Rotim<sup>4</sup>, Adriano Friganović<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Klinički bolnički centar Zagreb, Služba sestrinstva i zdravstvene njege, koordinatorica palijativne skrbi

<sup>2</sup> Zdravstveno veleučilište, Odsjek za sestrinstvo

<sup>3</sup> Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, Odsjek za sestrinstvo

<sup>4</sup> Poliklinika Rotim

Dopisni autor: Ružica Marinić  ruzica.marinic@kbc-zagreb.hr

DOI: <https://doi.org/10.65241/wh.9.1.16>

za citiranje: Marinić R, Filipović B, Ilić B, Joka A, Rotim C, Friganović A. Iskustva zdravstvenih djelatnika sa suočavanjem sa smrću pacijenta i implikacije za kvalitetu zdravstvene zaštite: strukturirani narativni pregled. *World of Health*. 2026;1(9):144-148. <https://doi.org/10.65241/wh.9.1.16>

Primljeno: 20. siječnja 2026. | Recenzirano: 3. ožujka 2026. | Prihvaćeno: 6. ožujka 2026.

## SAŽETAK:

**Uvod:** Zdravstveni djelatnici koji rade u okruženjima palijativne i terminalne skrbi opetovano su izloženi smrti pacijenata, što može utjecati na emocionalnu dobrobit i kvalitetu zdravstvene skrbi.

**Cilj:** Sintetizirati literaturu o iskustvima zdravstvenih djelatnika u suočavanju sa smrću pacijenata i ispitati implikacije za profesionalnu dobrobit i kvalitetu zdravstvene skrbi.

**Metode:** Proveden je strukturirani narativni pregled. Baze podataka (PubMed, Scopus, Web of Science, PsycINFO, ProQuest, EBSCOhost, Hrčak, Google Scholar) pretražene su u ožujku 2025. korištenjem unaprijed definiranih Booleovih kombinacija i MeSH termina. Prihvatljive su bile studije objavljene između 2013. i 2025. na engleskom ili hrvatskom jeziku. Nalazi su tematski sintetizirani.

**Rezultati:** Dvanaest studija zadovoljilo je kriterije uključivanja. Emocionalno opterećenje, strategije suočavanja, obrazovna spremnost i organizacijski utjecaji identificirani su kao ključna područja.

**Zaključci:** Strukturirano obrazovanje, supervizija i organizacijska podrška mogu ublažiti emocionalno opterećenje i održati visokokvalitetnu skrb usmjerenu na pacijenta.

**Ključne riječi:** smrt, prilagodba, psihologija, medicinske sestre, palijativna skrb, profesionalno sagorijevanje, kvaliteta zdravstvene skrbi.

## UVOD

Palijativna je skrb ključna komponenta sveobuhvatne zdravstvene zaštite, usmjerena na poboljšanje kvalitete života pacijenata s neizlječivim bolestima i njihovih obitelji kroz sprječavanje i ublažavanje patnje. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, palijativna skrb treba biti integrirana u ranoj fazi bolesti i pružana uz kurativno liječenje kada je to prikladno (1). Unatoč tome, palijativna se skrb još uvijek često doživljava prvenstveno kao terminalna, što ograničava njezinu pravovremenu provedbu i šire razumijevanje njezina opsega (2). Prethodna istraživanja uglavnom su bila usredotočena na iskustva, potrebe i ishode pacijenata koji primaju palijativnu skrb i njihovih obitelji (3). Ove studije naglašavaju kontrolu simptoma, psihološku podršku, učinkovitu komunikaciju i poštovanje dostojanstva pacijenta kao ključne komponente kvalitetne skrbi (4). Međutim, isključivi fokus na pacijente može zanemariti iskustva zdravstvenih djelatnika koji pružaju tu skrb i koji su opetovano izloženi patnji, umiranju i smrti. Zdravstveni djelatnici uključeni u palijativnu i terminalnu skrb suočavaju se s jedinstvenim emocionalnim i profesionalnim izazovima. Ponavljano izlaganje smrti pacijenta može izazvati tugu, emocionalnu iscrpljenost, moralnu patnju i tjeskobu te može doprinijeti sagorijevanju i smanjenom zadovoljstvu poslom (5,6). Mnogi zdravstveni djelatnici izvještavaju o nedovoljnoj pripremljenosti za upravljanje emocionalnim i komunikacijskim zahtjevima povezanim sa smrću i umiranjem, posebno prilikom pružanja podrške obiteljima pacijenata (7). Iako su pojedinačne studije istraživale aspekte iskustava zdravstvenih djelatnika sa smrću pacijenata, dostupni dokazi ostaju fragmentirani (8-19).

Postoji ograničena sinteza o tome kako se zdravstveni djelatnici nose sa smrću pacijenata u različitim kliničkim okruženjima i kako ta iskustva utječu na kvalitetu pružanja zdravstvene skrbi. Nadalje, organizacijski i obrazovni čimbenici koji mogu ublažiti negativne ishode ostaju nedovoljno obrađeni. Stoga je potreban usmjeren pregled postojeće literature kako bi se sintetiziralo trenutno znanje o tome kako zdravstveni djelatnici doživljavaju i nose se sa smrću pacijenata te kako bi se ispitale implikacije tih iskustava za profesionalnu dobrobit i kvalitetu zdravstvene skrbi. Cilj je ovog pregleda bio analizirati postojeću literaturu o iskustvima zdravstvenih djelatnika u suočavanju sa smrću pacijenata te ispitati implikacije tih iskustava na profesionalnu dobrobit i kvalitetu zdravstvene skrbi.

## METODE

Za sintezu postojećih dokaza o iskustvima suočavanja zdravstvenih djelatnika sa smrću pacijenata primijenjen je strukturirani narativni pregled. Relevantne studije objavljene između 2013. i 2025. identificirane su strukturiranim pretraživanjem elektroničkih baza podataka, uključujući Hrčak, PubMed, Scopus, PsycINFO, Web of Science, ProQuest, EBSCOhost/Academic Search Premier i Google Scholar.

## STRATEGIJA PRETRAŽIVANJA

Strategija pretraživanja kombinirala je ključne riječi slobodnog teksta i kontrolirani vokabular.

Korištene su sljedeće kombinacije ključnih riječi: (death OR dying) AND (coping OR coping strategies) AND (healthcare professionals OR nurses) AND (palliative care OR end-of-life care). Ako je bilo primjenjivo, korišteni su termini iz medicinskih predmetnih odrednica (MeSH), uključujući "Death," "Palliative Care," "Health Personnel," i "Adaptation, Psychological." Primijenjene su prilagodbe specifične za bazu podataka.

## KRITERIJI UKLJUČIVANJA I ISKLJUČIVANJA

Studije su uključene ako su:

- obrađivale iskustva zdravstvenih djelatnika u suočavanju sa smrću pacijenata;
- uključivale stručnjake koji rade u palijativnoj, na kraju života, intenzivnoj, hitnoj ili srodnoj skrbi;
- bile objavljene između 2013. i 2025. godine; i bile su dostupne na engleskom ili hrvatskom jeziku.

Isključeni su uvodnici, pisma i članci koji se ne bave suočavanjem sa smrću pacijenata među zdravstvenim djelatnicima.

Kriteriji za odabir bili su unaprijed definirani kako bi se osigurala transparentnost i dosljednost u procesu odabira studija. Kriteriji za uključivanje i isključivanje razvijeni su na temelju cilja istraživanja i usmjereni su na empirijske studije koje ispituju iskustva zdravstvenih djelatnika u suočavanju sa

smrću pacijenata. Studije su trebale uključivati zdravstvene djelatnike koji rade u palijativnim, onkološkim, intenzivnoj njezi, hitnoj pomoći ili srodnim kliničkim okruženjima te biti objavljene između 2013. i 2025. na engleskom ili hrvatskom jeziku. Isključene su neempirijske publikacije, studije koje se ne bave suočavanjem sa smrću pacijenata među zdravstvenim djelatnicima i članci objavljeni prije 2013. godine. Detaljni kriteriji za uključivanje i isključivanje prikazani su u tablici 1.

Table 1. Kriteriji uključivanja i isključivanja.

Kategorija	Kriteriji uključivanja	Kriteriji isključivanja
Fokus studije	Studije koje se bave iskustvima zdravstvenih djelatnika u suočavanju sa smrću pacijenata	Studije koje se ne bave iskustvima zdravstvenih djelatnika u suočavanju sa smrću pacijenata
Populacija	Medicinske sestre i drugi zdravstveni djelatnici koji rade u palijativnim, onkološkim, jedinicama intenzivnog liječenja, hitnim službama ili srodnim ustanovama	Studije usmjerene isključivo na pacijente ili obitelji
Dizajn studije	Kvalitativni, kvantitativni, kohortni, integrativni ili pretražni pregledi s empirijskim podacima	Uvodnici, pisma, sažeci s konferencija, mišljenja
Vrijeme objavljivanja	2013–2025	Objavljeno prije 2013.
Jezik	Engleski ili hrvatski	Svi drugi jezici

## ODABIR STUDIJA I PROCJENA KVALITETE

Proces odabira studija proveden je strukturirano, postupno. Nakon uklanjanja dupliciranih zapisa, naslovi i sažeci pregledani su prema unaprijed definiranim kriterijima uključivanja i isključivanja (20). Potencijalno prihvatljivi članci preuzeti su u punom tekstu i procijenjeni su na konačnu prihvatljivost. Dokumentirani su razlozi za isključenje u fazi punog teksta. Ukupno dvanaest studija zadovoljilo je kriterije prihvatljivosti i uključeno je u konačnu sintezu. Proces odabira prikazan je na slici 1.

Članci pronađeni pretraživanjem baze podataka (n=100)	
Članci nakon uklanjanja duplikata (n=60)	
Isključeni članci (n=35)	Pregledani članci (n=63)
Članci u punom tekstu isključeni s razlogom (n=2)	Članci u punom tekstu procijenjeni na prihvatljivost (n=14)
Studije uključene u narativnu sintezu (n=12)	

Slika 1. Dijagram toka procesa odabira studija PRISMA 2009.

## JEZIČNA OGRANIČENJA

Uključene su samo studije objavljene na engleskom i hrvatskom jeziku, što je moglo rezultirati isključivanjem relevantnih studija objavljenih na drugim jezicima. Zbog narativnog dizajna pregleda nije primijenjen validirani alat za kritičku procjenu (npr. JBI ili CASP). Metodološka kvaliteta procijenjena je deskriptivno na temelju relevantnosti studije, jasnoće ciljeva i metodološke transparentnosti. Ovaj pristup može unijeti subjektivnu pristranost i prepoznat je kao ograničenje. Nalazi su sintetizirani tematski zbog heterogenosti u dizajnu studije, populacijama i kliničkim okruženjima.

## REZULTATI

Ukupno dvanaest studija zadovoljilo je unaprijed definirane kriterije uključivanja i uključene su u konačnu narativnu sintezu. Uključene studije provedene su u različitim geografskim kontekstima, uključujući Australiju, Hrvatsku, Iran, Indoneziju, Japan, Španjolsku, Dansku, Nizozemsku i Sjedinjene Američke Države. Metodološki pristupi varirali su i uključivali su kvalitativne studije, kohortne studije, integrativne preglede, pretražne preglede i sustavne preglede. Većina studija usmjerena je

prvenstveno na medicinske sestre, iako je nekoliko njih uključivalo šire skupine zdravstvenih djelatnika. Zheng i sur. (2018.) izvijestili su da medicinske sestre nakon smrti pacijenta doživljavaju emocionalnu patnju i uvelike se oslanjaju na podršku kolega (8). Slično tome, Rabbetts i sur. (2019.) opisali su emocionalni pritisak i ograničenu profesionalnu podršku među kućnim palijativnim medicinskim sestrama (9). Bloomer i sur. (2023.) istaknuli su tugu i emocionalnu iscrpljenost među medicinskim sestrama na intenzivnoj njezi (10). Novak (2014.) otkrio je da je otprilike 25% medicinskih sestara prijavilo simptome koji su u skladu s izgaranjem (11). Rahnama i sur. (2023.) identificirali su emocionalne i etičke sukobe u terminalnoj skrbi (12). Mu i sur. (2019.) izvijestili su o komunikacijskim izazovima i emocionalnom naporu u okruženjima pedijatrijske jedinice intenzivnog liječenja (13). Betriana i Kongsuwan (2020.) naglasili su važnost religijskog suočavanja i socijalne podrške (14). Hirata i Kobayashi (2023.) raspravljali su o nadi i neizvjesnosti u donošenju odluka u terminalnoj skrbi kod djece (15). Puente-Fernández i sur. (2020.) izvijestili su o značajnom emocionalnom utjecaju i suočavanju s izbjegavanjem (16). Madsen i sur. (2023.) utvrdili su varijabilnost u sestrinskim intervencijama za podršku u tuzi (17). Collet i sur. (2022.) naglasili su komunikaciju usmjerenu na osobu (18). Geller i Evans (2020.) izvijestili su o ograničenoj pripremljenosti među osobljem hitne pomoći (19). Glavne karakteristike i ključni nalazi uključenih studija sažeti su u tablici 2.

Table 2. Summary of included studies.

Autor, godina	Država	Dizajn	Uzorak	Ključni nalazi
Zheng i sur. 2018.	Australija	Kvalitativna	N=16	Medicinske sestre su prijavile emocionalnu uznemirenost i oslanjanje na podršku kolega nakon smrti pacijenta.
Rabbetts i sur. 2019.	Australija	Kvalitativna	N=12	Medicinske sestre palijativne skrbi u kući opisale su emocionalni pritisak i ograničenu profesionalnu podršku.
Bloomer i sur. 2023.	Australija	Integrativni pregled	—	Medicinske su sestre doživjele tugu i emocionalnu iscrpljenost nakon smrti pacijenta na intenzivnoj njezi.
Novak, 2014.	Hrvatska	Kohortna	N=102	Otprilike 25% medicinskih sestara prijavilo je simptome izgaranja.
Rahnama i sur. 2023.	Iran	Kvalitativna	N=8	Medicinske sestre su iskusile emocionalne i etičke sukobe tijekom terminalne skrbi.
Mu i sur. 2019.	SAD	Kvalitativni pregled	—	Medicinske sestre prijavile su komunikacijske probleme i emocionalni stres u pedijatrijskim jedinicama intenzivnog liječenja.
Betriana i Kongsuwan, 2020.	Indonezija	Kvalitativna	N=14	Utjeha u vjeri i podrška društva bili su glavni zaštitni mehanizmi.
Hirata i Kobayashi, 2023.	Japan	Sustavni pregled	—	Nada i neizvjesnost bili su ključni elementi u donošenju odluka u terminalnoj skrbi na pedijatriji.
Puente-Fernández i sur. 2020.	Španjolska	Sustavni pregled	N=17	Smrt je imala značajan emocionalni utjecaj; zabilježeno je izbjegavanje suočavanja.
Madsen i sur. 2023.	Danska	Pretražni pregled	N=22	Varijabilnost sestrinskih intervencija za podršku u tuzi i gubitku.
Collet i sur. 2022.	Nizozemska	Kvalitativni pregled	N=50	Komunikacija usmjerena na osobu poboljšala je iskustva pacijenata.
Geller i Evans, 2020.	SAD	Integrativni pregled	N=16	Osoblje hitne pomoći izvijestilo je o ograničenoj pripremljenosti za terminalne situacije.

U konačnu sintezu uključeno je dvanaest studija. Većina studija koristila je kvalitativne metodologije i pretežno je uključivala medicinske sestre, iako su neke uključivale multidisciplinarnu zdravstvene timove. U svim studijama zdravstveni djelatnici prijavili su tugu, žalost, emocionalnu iscrpljenost, bespomoćnost i moralnu patnju nakon smrti pacijenta. Emocionalni teret bio je posebno izražen na odjelima intenzivne njege i u pedijatrijskim ustanovama. U nekim studijama, otprilike četvrtina medicinskih sestara prijavila je simptome koji su u skladu s izgaranjem. Često prijavljeni zaštitni mehanizmi uključivali su podršku vršnjaka, neformalno dijeljenje informacija, emocionalno distanciranje, refleksivnu praksu, stvaranje smisla i utjehu u molitvi i vjeri. Dok su se mnogi stručnjaci oslanjali na osobnu otpornost i kolegijalnu podršku, strukturirana psihološka podrška bila je nedosljedno dostupna. Nekoliko studija istaknulo je nedovoljno formalno obrazovanje o komunikaciji i strategijama suočavanja u terminalnoj skrbi. Stručnjaci su izvijestili da se osjećaju nedovoljno pripremljenima za vođenje razgovora s obiteljima i za obradu vlastitih emocionalnih reakcija. Programi obuke i supervizija bili su povezani s poboljšanom percipiranom pripremljenošću i samopouzdanjem. Organizacijski uvjeti značajno su utjecali na sposobnost suočavanja. Nedostatak osoblja, pritisci radnog opterećenja, ograničen nadzor i neadekvatna institucionalna podrška povećali su emocionalni stres. Nasuprot tome, interdisciplinarna suradnja i podržavajuće vodstvo bili su povezani s poboljšanom otpornošću i kvalitetom skrbi.

## RASPRAVA

Ovaj strukturirani narativni pregled sintetizirao je nalaze iz dvanaest studija koje su ispitivale iskustva zdravstvenih djelatnika u suočavanju sa smrću pacijenata u različitim kliničkim kontekstima. Identificirana tematska područja - emocionalni utjecaj, strategije suočavanja, obrazovanje i nadzor te organizacijski čimbenici - pokazuju da suočavanje sa smrću pacijenata nije isključivo individualni psihološki proces, već fenomen sa širim implikacijama za zdravstvene sustave i kvalitetu skrbi. Emocionalni teret koji se dosljedno opisuje u različitim studijama podudara se s utvrđenim modelima profesionalnog stresa i sagorijevanja. Emocionalna iscrpljenost i moralna patnja mogu utjecati na kognitivno funkcioniranje, komunikacijske obrasce i međuljudski angažman stručnjaka. U kontekstima terminalne skrbi gdje su komunikacijska osjetljivost i kontinuitet odnosa ključni za kvalitetnu skrb, neriješeni emocionalni pritisak može ugroziti empatiju i zajedničke procese donošenja odluka. Iz perspektive kvalitete zdravstvene skrbi, sposobnost suočavanja može se konceptualizirati kao temeljna strukturalna odrednica kvalitete skrbi. Zdravstveni djelatnici koji doživljavaju kumulativni emocionalni stres mogu pokazati smanjenu toleranciju na složene interakcije,

povećano izbjegavanje ili smanjenu sposobnost refleksije. Iako uključene studije nisu izravno kvantificirale ishode na razini pacijenta, povezanost između sagorijevanja i smanjene profesionalne učinkovitosti široko je dokumentirana u široj zdravstvenoj literaturi. Stoga, nedovoljna podrška suočavanju sa smrću pacijenta može neizravno utjecati na zadovoljstvo pacijenata, kontinuitet skrbi i funkcioniranje tima. Obrazovanje i strukturirani nadzor čine se posebno važnima u ovom kontekstu. Obuka o komunikaciji na kraju života i obradi tuge poboljšava percipiranu kompetentnost, što se može pretvoriti u poboljšane interakcije pacijenta i obitelji. Kompetentnost i samopouzdanje u upravljanju emocionalno zahtjevnim situacijama bitne su komponente skrbi usmjerene na pacijenta. U tom smislu, obrazovna spremnost može se promatrati kao promjenjivi faktor koji doprinosi inicijativama za poboljšanje kvalitete. Organizacijski faktori dodatno posreduju u odnosu između suočavanja i kvalitete skrbi. Podržavajuće vodstvo, mogućnosti formalnog debriefinga i odgovarajuća razina osoblja povezani su s većom profesionalnom otpornošću. Organizacijska okruženja koja prepoznaju emocionalni teret mogu poticati psihološku sigurnost, koja se sve više prepoznaje kao temeljna za visokokvalitetne timske performanse. S druge strane, okruženja karakterizirana velikim opterećenjem poslom i ograničenim institucionalnim prepoznavanjem emocionalnog pritiska mogu pojačati rizik od izgaranja i negativno utjecati na suradnju. Važno je da nalazi sugeriraju da suočavanje sa smrću pacijenta ne bi trebalo promatrati isključivo kao deficit individualnih kompetencija. Umjesto toga, to bi se trebalo rješavati kao dio širih strategija kvalitete zdravstvene zaštite koje integriraju dobrobit radne snage u planiranje na razini sustava. Kvaliteta skrbi neodvojiva je od dobrobiti stručnjaka koji je pružaju. Politike usmjerene na jačanje strukturalne emocionalne podrške, modela nadzora i komunikacijske obuke stoga mogu istovremeno doprinijeti održivosti radne snage i standardima skrbi usmjerene na pacijenta. Buduća istraživanja trebala bi eksplicitno istražiti odnos između zaštitnih mehanizama, pokazatelja izgaranja i mjerljivih ishoda kvalitete, kao što su zadovoljstvo pacijenata, učinkovitost komunikacije i interdisciplinarna koordinacija. Integriranje metrike dobrobiti radne snage u okvire za procjenu kvalitete može pružiti sveobuhvatnije razumijevanje zdravstvene učinkovitosti.

## OGRANIČENJA

Ovaj strukturirani narativni pregled nije uključivao formalnu procjenu metodološke kvalitete korištenjem validiranih alata, što može ograničiti mogućnost reproduciranja metode. Ograničenje na studije objavljene na engleskom i hrvatskom jeziku moglo je isključiti relevantna istraživanja. Nadalje, prevlast kvalitativnih studija i fokus prvenstveno na medicinske sestre mogu ograničiti generalizaciju na druge zdravstvene struke.

## ZAKLJUČAK

Ovaj strukturirani narativni pregled sintetizirao je trenutne dokaze o iskustvima zdravstvenih djelatnika u suočavanju sa smrću pacijenta i naglasio višedimenzionalnu prirodu ovog izazova. U različitim zdravstvenim sustavima, smrt pacijenta dosljedno je bila povezana s emocionalnim teretom, uključujući reakcije tuge, moralnu patnju i simptome izgaranja. Strategije suočavanja bile su pretežno neformalne i individualno vođene, dok su strukturirane obrazovne i organizacijske podrške bile nedosljedno dostupne. Nalazi pokazuju da suočavanje sa smrću pacijenta ne treba shvaćati isključivo kao individualni psihološki zadatak, već kao sistemski problem ugrađen u strukture pružanja zdravstvene skrbi. Obrazovna spremnost, pristup nadzoru i institucionalno prepoznavanje emocionalnog pritiska čine se ključnima za jačanje profesionalne otpornosti. Zdravstvene organizacije koje implementiraju strukturirane mehanizme podrške mogu ne samo poboljšati održivost radne snage, već i ojačati uvjete potrebne za visokokvalitetnu skrb usmjerenu na pacijenta. Iz perspektive politike, rezultati sugeriraju da bi dobrobit radne snage trebalo integrirati u okvire kvalitete zdravstvene skrbi i strateško planiranje. Strukture emocionalne podrške, obuka o komuniciranju u terminalnoj skrbi i formalni protokoli izvještavanja mogu se smatrati komponentama osiguranja kvalitete, a ne neobaveznim aktivnostima profesionalnog razvoja. Donositelji politika i čelnici u zdravstvu trebali bi prepoznati usku povezanost održavanja kvalitete zdravstvene skrbi sa zaštitom emocionalne i psihološke dobrobiti stručnjaka izloženih ponovljenim gubicima pacijenata. Iako izravni ishodi na razini pacijenta nisu mjereni u uključenim studijama, utvrđena veza između sagorijevanja, kvalitete komunikacije i funkcioniranja tima naglašava potencijalne sistemske posljedice neriješenog emocionalnog tereta. Integriranje pokazatelja profesionalne dobrobiti u sustave procjene zdravstvene učinkovitosti stoga može predstavljati konstruktivan korak prema održivom poboljšanju kvalitete. Buduća istraživanja trebala bi dati prioritet longitudinalnim studijama i istraživanjima temeljenima na intervenciji kako bi se ispitala učinkovitost strukturiranih modela podrške suočavanju i razjasnio odnos između otpornosti radne snage i mjerljivih ishoda kvalitete zdravstvene skrbi. Eksplicitnije usklađivanje politika zaštite zdravlja na radu i strategija kvalitete zdravstvene skrbi može doprinijeti i profesionalnoj održivosti i poboljšanim iskustvima pacijenata.

## LITERATURA

1. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. Radbruch L, De Lima L, Knaut F, et al. Redefining palliative care—A new consensus-based definition. *Lancet Oncol*. 2020;21(7):e302–e311.
3. Gomes B, Calanzani N, Higginson IJ. Benefits and costs of home palliative care compared with usual care for patients with advanced illness. *J Pain Symptom Manage*. 2014;47(4):784–793.
4. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patients' perspectives. *JAMA*. 1999;281(2):163–168.
5. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981;2(2):99–113.
6. Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *J Clin Ethics*. 2009;20(4):330–342.
7. Clayton JM, Hancock KM, Butow PN, et al. Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues. *Med J Aust*. 2007;186(12):S77–S108.
8. Zheng R, Lee SF, Bloomer MJ. How nurses cope with patient death: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs*. 2018;27:e39–e49.
9. Rabbetts L, et al. Experiences of rural palliative care nurses coping with patient death. *Collegian*. 2019;26(5):567–573.
10. Bloomer MJ, et al. Grief and emotional labour in intensive care nurses: an integrative review. *Aust Crit Care*. 2023;36(1):45–52.
11. Novak M. Burnout among oncology nurses. *Coll Antropol*. 2014;38(2):789–795.
12. Rahnama M, et al. Nurses' experiences of ethical conflicts in end-of-life care. *Nurs Ethics*. 2023;30(2):234–245.
13. Mu PF, et al. Paediatric ICU nurses' experiences of patient death: a qualitative review. *J Clin Nurs*. 2019;28(15–16):2874–2885.
14. Betriana F, Kongsuwan W. Grief reactions and coping strategies of nurses dealing with patient death. *J Clin Nurs*. 2020;29(15–16):3059–3070.
15. Hirata H, Kobayashi M. Hope and uncertainty in paediatric end-of-life care: a systematic review. *Jpn J Nurs Sci*. 2023;20(1):e12456.
16. Puente-Fernández D, et al. Emotional impact of patient death on nurses: systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3):1234.
17. Madsen B, et al. Bereavement interventions in oncology nursing: a scoping review. *Eur J Oncol Nurs*. 2023;62:102220.
18. Collet MO, et al. Person-centred communication in end-of-life care: qualitative synthesis. *Patient Educ Couns*. 2022;105(4):876–884.
19. Geller G, Evans M. Emergency department staff and end-of-life care preparedness: integrative review. *J Emerg Nurs*. 2020;46(3):321–329.
20. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097.