

Development of an Integrated Advance Care Planning Model for Enhancing Palliative Care in Community-Based Patients with Chronic Kidney Disease

Punnathut Bonkhunthod¹

¹Lecturer, Faculty of nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Nakhon Ratchasima Province

Abstract

Introduction: End-stage chronic kidney disease (CKD) patients face complex physical, psychosocial, and spiritual needs. However, community-based health systems often lack a systematic integration of Advance Care Planning (ACP) and palliative care, resulting in end-of-life care that may not align with patients' values and preferences.

Objectives: To present knowledge regarding the development of an integrated advance care planning model to promote palliative care among patients with chronic kidney disease at the community level.

Key contents: The development of the integrated advance care planning model for promoting palliative care among patients with chronic kidney disease in community settings consisted of four major phases: situation analysis, model design, implementation, and model refinement. The model comprised six core components: (1) leadership, (2) empowerment, (3) service flow, (4) information systems, (5) community engagement, and (6) tools. The outcomes of implementing the model demonstrated positive impacts on patients, families, healthcare providers and communities, as well as the overall healthcare service system.

Conclusion: The integrated advance care planning model to promote palliative care among patients with chronic kidney disease at the community level provides a patient-centered and system-oriented approach that emphasizes community engagement. The model contributes to improving quality of life, reducing family burden, and enhancing the efficiency of healthcare service delivery.

Implications: This model should be promoted for implementation across primary healthcare settings nationwide. Furthermore, long-term outcome evaluations are recommended to generate policy-relevant evidence for the sustainable development of community-based palliative care systems for patients with chronic kidney disease.

Key Words: Advance care planning, Chronic kidney disease, Community-based care, Palliative care

Corresponding author: Punnathut Bonkhunthod E-mail: punnathut.b@nrru.ac.th

Received: 27 December 2025 Revised: 2 February 2026 Accepted: 30 April 2026

การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริม การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน

ปณณัท บณขุนทด¹

¹อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, จังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายเผชิญกับความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แต่ระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนยังขาดการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การดูแลในระยะท้ายไม่สอดคล้องกับคุณค่าและความเจตจำนงของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน

สาระสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ การออกแบบรูปแบบ การทดลองใช้ และการปรับปรุงรูปแบบ โดยมีองค์ประกอบหลัก 6 องค์ประกอบ คือ 1) การมีภาวะผู้นำ 2) การเสริมศักยภาพ 3) กระบวนการดูแล 4) ระบบข้อมูลและสารสนเทศ 5) การมีส่วนร่วมของชุมชน และ 6) เครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน ซึ่งผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามรูปแบบส่งผลต่อผู้ป่วย ครอบครัว ต่อบุคลากรสุขภาพและชุมชน และต่อระบบบริการสุขภาพ

สรุป: รูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน เป็นแนวทางการดูแลเชิงระบบที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ลดภาระของครอบครัว และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ: ควรผลักดันการนำรูปแบบนี้ไปปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ พร้อมทั้งประเมินผลลัพธ์ในระยะยาวเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การวางแผนการดูแลล่วงหน้า, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, การดูแลในชุมชน, การดูแลแบบประคับประคอง

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable chronic diseases: NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรค (Ong-Ajyooth et al., 2009) สถานการณ์ในประเทศไทยสะท้อนการเกิดโรคที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบความชุกของโรคไตเรื้อรังในประชากรผู้ใหญ่ร้อยละ 17.5 และสูงถึงร้อยละ 22.2 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งสัมพันธ์กับโครงสร้างประชากรสูงอายุและภาระโรค NCDs ที่เพิ่มขึ้น (เริงฤดี ปธานวนิช, 2568) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณ 1.5 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยระยะที่ 3 จำนวน 649,159 คน ระยะที่ 4 จำนวน 179,401 คน และระยะสุดท้าย 115,290 คน ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและใช้ทรัพยากรสุขภาพในระดับสูง (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

การดำเนินโรคไตเรื้อรังมีลักษณะการเสื่อมถอยอย่างค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลให้ผู้ป่วยเผชิญภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการตัดสินใจที่ซับซ้อนเกี่ยวกับแนวทางการรักษาในระยะท้าย การดูแลแบบประคับประคองจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตและการเคารพคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Davison, 2011) อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกชี้ให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการประคับประคองในระดับปฐมภูมิและชุมชนยังมีข้อจำกัด ทั้งด้านศักยภาพบุคลากร ระบบสนับสนุน และการบูรณาการการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง (World Health Organization [WHO], 2018) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning: ACP) จึงได้รับการยอมรับว่าเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง โดยเป็นกระบวนการสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับค่านิยมของผู้ป่วย (Sudore et al., 2017) หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า ACP ช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการดูแล ลดการรักษาที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และส่งเสริมการตัดสินใจร่วมกันอย่างมีคุณภาพ (Rietjens et al., 2017)

ในประเทศไทย แม้จะมีการกำหนดมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อสนับสนุนสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2565) แต่การนำ ACP ไปปฏิบัติในระดับบริการปฐมภูมิและชุมชนยังคงเผชิญข้อจำกัดด้านทักษะการสื่อสารของบุคลากร ความเข้าใจของประชาชน และการขาดรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลที่บูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) เข้ากับระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนจึงเป็นช่องว่างสำคัญขององค์ความรู้ และเป็นแนวทางที่จำเป็นต่อการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในบริบทของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน

1. แนวคิดและกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน จำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมทั้งมิติทางคลินิก จริยธรรม และสังคม โดยเฉพาะแนวคิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การดูแลแบบประคับประคอง และการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการในระดับชุมชน ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ

1.1 แนวคิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning: ACP)

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning: ACP) เป็นกระบวนการสื่อสารเชิงรุกที่มีความต่อเนื่องและสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ของผู้ป่วย มิได้จำกัดเฉพาะการจัดทำพินัยกรรมชีวิต (Living will) แต่เป็นการเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพพร้อมกันสะท้อนคุณค่า ความเชื่อเป้าหมายชีวิต และความคาดหวังต่อการดูแลในอนาคต โดยเฉพาะเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะท้าย (Sudore et al., 2017) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย (End-stage kidney disease: ESKD) ACP มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากลักษณะโรคที่ดำเนินเรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อนสูง และการตัดสินใจด้านการรักษามีความซับซ้อน เช่น การเลือกหรือยุติการบำบัดทดแทนไต การดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลในระยะท้ายของชีวิต องค์ประกอบหลักของ ACP ประกอบด้วย การประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยต่อโรคและการพยากรณ์โรค การสนทนาเชิงลึกเพื่อค้นหาคุณค่าและเป้าหมายการดูแล การแต่งตั้งผู้ตัดสินใจแทน และการบันทึกเจตนาถาวรด้านการรักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง แนวคิด ACP สอดคล้องกับหลักการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งเปิดโอกาสให้บุคคลแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2565) เน้นย้ำว่า ACP เป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมการตายอย่างสงบและการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย

1.2 แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

การดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (WHO, 2018) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การดูแลแบบประคับประคองสามารถเริ่มได้ตั้งแต่วะยะต้นของโรคและดำเนินควบคู่กับการรักษาทางการแพทย์ โดยมุ่งเน้นการประเมินและจัดการอาการรบกวนที่พบบ่อย เช่น อ่อนเพลีย ความปวด อาการคัน นอนไม่หลับ ภาวะซีด เสร้า และความทุกข์ทางจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังช่วยลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็น เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว และส่งเสริมการตัดสินใจด้านการรักษาที่สอดคล้องกับคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

1.3 กรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบการดูแลในระดับชุมชน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายในระดับชุมชนจำเป็นต้องอาศัยการทำงานเชิงบูรณาการของทีมนสหวิชาชีพ (Interprofessional collaboration) ควบคู่กับการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัครชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และสอดคล้องกับบริบทชีวิต สังคม และวัฒนธรรมของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ภายใต้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งเป็นฐานสำคัญของการดูแลระยะยาวในชุมชน

ASCE Model เป็นกรอบแนวคิดเชิงระบบที่ใช้ในการออกแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะท้าย โดยเน้นการบูรณาการกระบวนการดูแลตั้งแต่ระยะต้นของโรคไปจนถึงระยะท้ายของชีวิต โมเดลนี้เหมาะสำหรับการนำไปใช้ในบริบทของการดูแลต่อเนื่องในชุมชนและระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งต้องการการประสานงานระหว่างหลายภาคส่วนและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด กรอบแนวคิด ASCE Model ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ได้แก่

1. Advance care planning (ACP) การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อสะท้อนคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการของผู้ป่วย

2. Symptom management การจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

3. Coordination of care การประสานการดูแลระหว่างระดับบริการ ทีมสุขภาพ และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง

4. End-of-life care การดูแลระยะท้ายของชีวิตที่เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และคุณค่าประสงคของผู้ป่วย ซึ่งเป็นกรอบที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลในการออกแบบระบบการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย (Rietjens et al., 2017)

การนำ ASCE Model มาประยุกต์ใช้ในระดับชุมชนจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย ได้แก่ ภาคสาธารณสุข (หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติ และทีมสหวิชาชีพ) ภาคท้องถิ่น (อบต. เทศบาล) ภาคชุมชน (ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน) เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) การจัดการอาการ และการดูแลระยะท้ายของชีวิตอย่างเป็นระบบ โมเดลดังกล่าวช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพิ่มศักยภาพของทีมสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และเอื้อต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีความยั่งยืนและสอดคล้องกับบริบททรัพยากรและวัฒนธรรมของสังคมไทย (Rietjens et al., 2017)

2. วิธิตำเนินการพัฒนารูปแบบ (Model development process)

การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาแบบเป็นขั้นตอน (Systematic model development) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพ (Health service model development) และการพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบ (System-based innovation) เพื่อให้รูปแบบที่ได้มีความสอดคล้องกับบริบทจริง มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และสามารถขยายผลในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างยั่งยืน (Rycroft-Malone et al., 2016; van Gemert-Pijnen et al., 2018) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ดังต่อไปนี้

2.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis)

ขั้นตอนแรกเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อทำความเข้าใจบริบทของปัญหา ภาระโรค และช่องว่างในการดูแล (Care gaps) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยอาศัยการทบทวนข้อมูลทุติยภูมิจากระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่ ร่วมกับการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวนมากยังเข้าถึงบริการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เนื่องจากขาดระบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีความต้องการด้านการดูแลระยะท้ายอย่างชัดเจน รวมทั้งบุคลากรปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดด้านทักษะการสื่อสารและแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ช่องว่างดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานจากต่างประเทศที่ระบุว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักได้รับการดูแลแบบประคับประคองล่าช้า และการสนทนา ACP มักเกิดขึ้นในระยะท้ายมากเกินไป ส่งผลให้การตัดสินใจด้านการรักษาไม่สอดคล้องกับคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วย (Davison, 2010) ข้อมูลจากบริบทประเทศไทยยังสะท้อนปัญหาความไม่ต่อเนื่องของการดูแลระหว่างบ้าน หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดูแลแบบองค์รวม

2.2 การออกแบบรูปแบบ (Model design)

ขั้นตอนที่สองเป็นการออกแบบรูปแบบการดูแล โดยนำผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสังเคราะห์เป็นโครงสร้างการดูแลที่ชัดเจน ครอบคลุมบทบาทของผู้ให้บริการในแต่ละระดับ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) แนวทางการสนทนา ACP ที่เหมาะสมกับบริบทของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โดยเน้นการสื่อสารเชิงเห็นอกเห็นใจ การตั้งคำถามเชิงคุณค่า และการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 2) ระบบการส่งต่อและประสานการดูแล (Referral and coordination flow) ระหว่างบ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องและลดความซ้ำซ้อนของบริการ การออกแบบ

รูปแบบในระยะนี้อาศัยกรอบแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการ (Integrated care) และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-centered care) ซึ่งเน้นการตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะบุคคล และการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ (WHO, 2016; Kodner & Spreeuwenberg, 2002)

2.3 การทดลองใช้รูปแบบ (Pilot implementation)

ขั้นตอนที่สามเป็นการทดลองใช้รูปแบบในกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่นำร่อง เพื่อประเมินความเป็นไปได้ (Feasibility) และความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง การดำเนินการในระยะนี้เน้นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายโดยทีมสุขภาพปฐมภูมิ ร่วมกับการใช้เครื่องมือประเมินอาการและคุณภาพชีวิตที่มีความเรียบง่ายเหมาะสมกับการสื่อสารในระดับชุมชน และสามารถใช้เป็นสื่อกลางในการสนทนา ACP ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการนำหลักฐานไปใช้ในทางปฏิบัติ (Implementation science) ซึ่งให้ความสำคัญกับการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริง และการปรับใช้รูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ (Damschroder et al., 2009)

2.4 การปรับปรุงและสรุปรูปแบบ (Refinement and model finalization)

ขั้นตอนที่สี่เป็นขั้นตอนการปรับปรุงและสรุปรูปแบบรูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน โดยอาศัยการถอดบทเรียนจากการทดลองใช้รูปแบบจริง ผ่านการรวบรวมข้อมูลจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย ครอบครัวผู้ดูแล อาสาสมัครชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อนำมาวิเคราะห์จุดแข็ง ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยเอื้อในการดำเนินงาน และปรับปรุงรูปแบบให้มีความชัดเจนเป็นระบบ และเหมาะสมกับบริบทชุมชนที่หลากหลาย

3. องค์ประกอบของรูปแบบ (Model Components)

รูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชนที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีองค์ประกอบเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และการสนับสนุนเชิงระบบอย่างครบถ้วน เพื่อรองรับความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลักที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ดังนี้

3.1 การมีภาวะผู้นำ (Leadership) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการกำหนดทิศทาง บริหารจัดการทรัพยากร และประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการและภาคชุมชน ซึ่งช่วยให้การบูรณาการ ACP และการดูแลแบบประคับประคองเกิดความต่อเนื่องและลดความซ้ำซ้อนของบริการ โดยหลักฐานชี้ว่าระบบที่มีโครงสร้างการนำชัดเจนในระดับปฐมภูมิ และการมีภาวะผู้นำจะเอื้อต่อความสำเร็จของการดูแลระยะท้าย (Goodwin et al., 2012)

3.2 การเสริมศักยภาพ (Empowerment) การพัฒนาทักษะการสื่อสารเชิงคุณค่า ความเห็นอกเห็นใจ และความเข้าใจบริบทวัฒนธรรมของทีมสุขภาพและอาสาสมัครชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพของกระบวนการ ACP โดยช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเริ่มต้นการสนทนาและส่งเสริมการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2565; Lum et al., 2016)

3.3 กระบวนการดูแล (Service flow) การมีระบบคัดกรอง วางแผนการดูแลรายบุคคล และการติดตามต่อเนื่อง โดยเฉพาะการดูแลที่บ้าน ช่วยสนับสนุนการดูแลแบบองค์รวม ลดการเข้ารับบริการฉุกเฉินที่ไม่จำเป็น และเพิ่มความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Brumley et al., 2007)

3.4 ระบบข้อมูลและสารสนเทศ (Information system) การจัดเก็บและเชื่อมโยงข้อมูล ACP อย่างเป็นระบบช่วยให้ทีมสุขภาพทุกระดับเข้าถึงข้อมูลเจตนาารมณ์ของผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วถึง ลดความคลาดเคลื่อนในการตัดสินใจทางคลินิก และเพิ่มความสอดคล้องของการดูแลกับความต้องการของผู้ป่วย โดยต้องคำนึงถึงความสะดวกในการใช้งานและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Baker et al., 2012)

3.5 การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community engagement) การมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร ผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนา ช่วยเสริมพลังการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ลดความโดดเดี่ยวของผู้ป่วย และสร้างความยอมรับต่อการดูแลแบบประคับประคองในบริบทวัฒนธรรมไทย (Kellehear, 2013)

3.6 เครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน (Tools) เครื่องมือ เช่น แบบฟอร์ม ACP แบบประเมินอาการและสื่อการสนทนาที่เหมาะสมกับบริบทภาษาและวัฒนธรรม ช่วยแปลงแนวคิด ACP ไปสู่การปฏิบัติจริง และทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้การสนทนามีคุณภาพมากยิ่งขึ้น (Sudore et al., 2017)

สามารถสรุปองค์ประกอบและสาระสำคัญของรูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบและสาระสำคัญของรูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน

องค์ประกอบ	สาระสำคัญ
1. การมีภาวะผู้นำ (Leadership)	หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการกำหนดนโยบาย วางแผน และบริหารจัดการทรัพยากร รวมถึงประสานความร่วมมือระหว่างบ้าน ชุมชน และโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความต่อเนื่องและเป็นระบบ
2. การเสริมศักยภาพ (Empowerment)	พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพและอาสาสมัครผ่านการฝึกอบรมทักษะการสื่อสารเรื่องความตาย การรับฟังเชิงลึก และการสนทนา ACP เพื่อเพิ่มความมั่นใจและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว
3. กระบวนการดูแล (Service flow)	จัดให้มีระบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลระยะท้าย การวางแผนการดูแลรายบุคคล และการติดตามต่อเนื่องโดยเน้นการดูแลที่บ้าน (home-based care)
4. ระบบข้อมูล (Information system)	ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศหรือแอปพลิเคชันในการบันทึกและส่งต่อข้อมูล ACP และเจตนาารมณ์ด้านการรักษา เพื่อให้ทีมสุขภาพทุกระดับเข้าถึงข้อมูลได้ตลอด 24 ชั่วโมง
5. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community engagement)	ส่งเสริมบทบาทของ อสม. ผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนาในการสนับสนุนด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเสริมพลังการดูแลแบบประคับประคองในบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่น
6. เครื่องมือ (Tools)	ใช้แบบฟอร์ม ACP และแบบประเมินความสุขสบายที่เรียบง่ายเหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย เพื่อเป็นสื่อกลางในการสื่อสารและการตัดสินใจร่วมกัน

4. ผลลัพธ์ของรูปแบบ (Model outcomes)

การพัฒนาารูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน มีเป้าหมายเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ในหลายมิติ ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพโดยรวม ผลลัพธ์ของรูปแบบสามารถสรุปได้เป็น 4 ระดับหลัก ดังนี้

4.1 ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย (Patient outcomes) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการของตนเองมากขึ้น ผ่านกระบวนการสนทนา ACP ที่เป็นระบบ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดอาการรบกวนทางกายและความทุกข์ทางจิตใจ รวมถึงลดการได้รับการรักษาที่ไม่สอดคล้องกับเป้าหมายชีวิตในระยะท้าย หลักฐานจากงานวิจัยระบุว่า การมี ACP ที่มีคุณภาพช่วยเพิ่มความสอดคล้องระหว่างการดูแลที่ได้รับกับความต้องการของผู้ป่วย และสนับสนุนการตายอย่างสงบ (Sudore et al., 2017; Davison, 2010) กรณีศึกษาจากระบบบริการปฐมภูมิในต่างประเทศแสดงให้เห็นว่า การดำเนิน ACP ในลักษณะเป็นกระบวนการต่อเนื่องและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สามารถเปลี่ยนรูปแบบการดูแลจากเชิงรับไปสู่การดูแลเชิงรุก เพิ่มความสอดคล้องระหว่างการดูแลที่ได้รับกับคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล และสนับสนุนการตัดสินใจด้านการรักษาอย่างมีศักดิ์ศรี โดยบทบาทของทีมสุขภาพปฐมภูมิ และการพัฒนาทักษะการสื่อสารของบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของกระบวนการดังกล่าว (Sudore et al., 2017; Davison, 2010)

4.2 ผลลัพธ์ต่อครอบครัว (Family outcomes) ครอบครัวมีความเข้าใจบทบาทในการตัดสินใจแทนมากขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และลดภาระทางอารมณ์เมื่อเผชิญการตัดสินใจด้านการรักษาในภาวะวิกฤต การมีส่วนร่วมในกระบวนการ ACP ช่วยลดความขัดแย้งภายในครอบครัว และลดความรู้สึกผิดหรือความไม่แน่ใจหลังการสูญเสีย (Bereavement outcomes) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ชี้ว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่มี ACP มีระดับความเครียดและความทุกข์ใจต่ำกว่า การมีการสนทนา ACP ล่วงหน้าช่วยลดภาระทางอารมณ์และความไม่แน่ใจในการตัดสินใจแทน ส่งผลเชิงบวกต่อการปรับตัวหลังการสูญเสีย และสร้างความมั่นใจว่าการดูแลเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วย (Wright et al., 2008)

4.3 ผลลัพธ์ต่อบุคลากรสุขภาพและชุมชน (Provider and community outcomes) บุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิและอาสาสมัครชุมชนมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมากขึ้น เกิดการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพและการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน ส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและสามารถร่วมดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง แนวคิด Compassionate community สนับสนุนว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้การดูแลระยะท้ายไม่เป็นการของระบบสุขภาพเพียงฝ่ายเดียว แต่เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน อาสาสมัคร และผู้นำชุมชน สามารถเสริมพลังการดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ และลดความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญ (Kellehear, 2013)

4.4 ผลลัพธ์ต่อระบบบริการสุขภาพ (Health system outcomes) รูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน มีแนวโน้มก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกต่อระบบสุขภาพหลายด้าน โดยเฉพาะการลดการเข้ารับบริการฉุกเฉินและการนอนโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็น ซึ่งนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะท้ายของชีวิตและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ การจัดบริการที่มุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การดูแลที่บ้าน การจัดการอาการอย่างเหมาะสม และการประสานการดูแลแบบสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ ยังมีส่วนช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงส่งเสริมคุณภาพของการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ในระดับระบบการบูรณาการ ACP ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองยังสะท้อนศักยภาพในการเพิ่มความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Economic value) และสนับสนุนความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของสังคมสูงวัยและการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง (Brumley et al., 2007; WHO, 2016) สำหรับบริบทประเทศไทย การดำเนินการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสอดคล้องกับหลักการตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งรับรองสิทธิของบุคคลในการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต และสอดคล้องกับแนวทางการขับเคลื่อนของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง

ในระบบบริการสุขภาพ การบูรณาการ ACP ในระดับปฐมภูมิและระดับชุมชนจึงมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะเมื่อมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพและอาสาสมัครชุมชน ควบคู่กับการออกแบบรูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และโครงสร้างชุมชนของประเทศไทย

บทสรุป

การพัฒนาการดูแลที่บูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในระดับชุมชน เป็นแนวทางสำคัญในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย รูปแบบที่นำเสนอได้รับการออกแบบบนพื้นฐานการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในระดับนานาชาติและบริบทของระบบสุขภาพไทย

จุดเด่นของรูปแบบนี้คือการออกแบบให้ ACP เป็นกระบวนการเชิงระบบที่ฝังอยู่ในบริการปฐมภูมิและการดูแลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง แตกต่างจากรูปแบบทั่วไปที่มักดำเนินการ ACP เป็นกิจกรรมเฉพาะครั้งหรือจำกัดอยู่ในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ รูปแบบดังกล่าวเน้นการเริ่มต้น ACP ตั้งแต่ระยะต้นของโรค การทบทวนแผนอย่างต่อเนื่อง และการเชื่อมโยงการตัดสินใจของผู้ป่วยเข้ากับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นรูปธรรม ผลการสังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบชี้ให้เห็นว่าปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อความสำเร็จ ได้แก่ ภาวะผู้นำและนโยบายสนับสนุนที่ชัดเจน การเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรด้านทักษะการสื่อสารและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม กระบวนการดูแลที่เป็นระบบและต่อเนื่อง การใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการสื่อสารข้ามหน่วยบริการ การมีส่วนร่วมของชุมชน และการใช้เครื่องมือ ACP ที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม

โดยภาพรวม รูปแบบการบูรณาการ ACP ที่พัฒนาขึ้นมีศักยภาพในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ลดภาระของครอบครัว ลดการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่ไม่จำเป็นในระยะท้ายของชีวิต และส่งเสริมการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี รูปแบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้และขยายผลในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและชุมชนอื่น ๆ ได้ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาต่อยอดในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืน ผลลัพธ์ด้านต้นทุน-ประสิทธิผล และผลกระทบเชิงระบบ เพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายและระบบการดูแลแบบประคับประคองในระดับชุมชนของประเทศไทยอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. การบูรณาการเชิงนโยบายและระบบ (Policy and system Integration) ภาครัฐและหน่วยงานส่วนท้องถิ่นควรบรรจุการดูแลแบบประคับประคองและ ACP เข้าเป็นพันธกิจหลักของระบบบริการปฐมภูมิ โดยจัดทำแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (Standard operating procedures: SOPs) พร้อมสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระดับโครงสร้าง

2. การพัฒนาระบบบริการเชิงรุก (Primary care service enhancement) หน่วยบริการปฐมภูมิควรยกระดับทักษะทีมสุขภาพด้านการสื่อสารเชิงลึก (Serious illness conversation) และการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายเข้าสู่ระบบ ACP ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เพื่อให้กระบวนการดูแลสอดคล้องกับคุณค่าของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

3. การประสานความร่วมมือสหวิชาชีพ (Interprofessional synergy) ควรกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพและภาคีชุมชน (แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ อสม. และผู้นำชุมชน) ให้ชัดเจน โดยเน้นการสร้างช่องทางสื่อสารที่ไร้รอยต่อระหว่างบ้านและสถานพยาบาล เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล

4. การมีส่วนร่วมบนฐานวัฒนธรรม (Community and cultural engagement) กระบวนการ ACP ควรให้ความสำคัญกับค่านิยมและความเชื่อทางวัฒนธรรมของครอบครัว โดยตั้งผู้นำทางศาสนาและเครือข่ายภาคสังคมมาร่วมสนับสนุนการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยในชุมชน

5. การใช้ระบบสารสนเทศดิจิทัล (Digital health and information system) ควรพัฒนาระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงเจตนาารมณ์ล่วงหน้า (Living will/Advance directive) ระหว่างหน่วยบริการ เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถเข้าถึงและปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ โดยเฉพาะในภาวะวิกฤต

6. การกำกับติดตามและประเมินผล (Monitoring and evaluation) ควรกำหนดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมทั้งมิติคุณภาพชีวิต (Quality of life) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความคุ้มค่าเชิงระบบ (Value-based healthcare) เพื่อนำผลลัพธ์มาพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล จำแนกตาม Stage (Work Load). <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/47a33f6886e36962dec4bb578819ba64?subcatalogId=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce>
- เริงฤดี ปธานวนิช. (2568) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568. https://kkhos.moph.go.th/kkhos/data_workmanual/healthsurvey_2025.pdf
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2565). ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย. https://old.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/ประกาศ-ACP.pdf
- Baker, A., Leak, P., Ritchie, L. D., Lee, A. J., & Fielding, S. (2012). Anticipatory care planning and integration: a primary care pilot study aimed at reducing unplanned hospitalisation. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 62(595), e113–e120. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X625175>
- Brumley, R., Enguidanos, S., Jamison, P., Seitz, R., Morgenstern, N., Saito, S., McIlwane, J., Hillary, K. and Gonzalez, J. (2007), Increased Satisfaction with Care and Lower Costs: Results of a Randomized Trial of In-Home Palliative Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 993-1000. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01234.x>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), Article 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Davison S. N. (2010). End-of-life care preferences and needs: perceptions of patients with chronic kidney disease. *Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN*, 5(2), 195–204. <https://doi.org/10.2215/CJN.05960809>
- Davison S. N. (2011). Integrating palliative care for patients with advanced chronic kidney disease: recent advances, remaining challenges. *Journal of palliative care*, 27(1), 53–61.

- Goodwin, N., Smith, J., Davies, A., Perry, C., Rosen, R., Dixon, A., Dixon, J., & Ham, C. (2012). *Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together: A report to the Department of Health and the NHS Future Forum. The King's Fund and Nuffield Trust*. https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/2ff65ea41a/integrated_care_nhs_future_forum_january_2012.pdf
- Kellehear, A. (2013). Compassionate communities: End-of-life care as everyone's responsibility. *QJM: An International Journal of Medicine*, 106(12), 1071–1075. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hct200>
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *International journal of integrated care*, 2, e12. <https://doi.org/10.5334/ijic.67>
- Lum, H. D., Jones, J., Matlock, D. D., Glasgow, R. E., Lobo, I., Levy, C. R., ... & Kutner, J. S. (2016). Advance care planning meets group medical visits: the feasibility of promoting conversations. *The Annals of Family Medicine*, 14(2), 125-132. <https://doi.org/10.1370/afm.1906>
- Ong-Ajyooth, L., Vareesangthip, K., Khonputsu, P., & Aekplakorn, W. (2009). Prevalence of chronic kidney disease in Thai adults: A national health survey. *BMC Nephrology*, 10(1), Article 35. <https://doi.org/10.1186/1471-2369-10-35>
- Rietjens, J. A., Sudore, R. L., Connolly, M., van Delden, J. J., Drickamer, M. A., Droger, M., ... & Korfage, I. J. (2017). Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet Oncology*, 18(9), e543-e551.
- Rycroft-Malone, J., Burton, C. R., Bucknall, T., Graham, I. D., Hutchinson, A. M., & Stacey, D. (2016). Collaboration and Co-Production of Knowledge in Healthcare: Opportunities and Challenges. *International journal of health policy and management*, 5(4), 221–223. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.08>
- Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilat, S. Z., Matlock, D. D., Rietjens, J. A. C., Korfage, I. J., Ritchie, C. S., Kutner, J. S., Teno, J. M., Thomas, J., McMahan, R. D., & Heyland, D. K. (2017). Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *Journal of pain and symptom management*, 53(5), 821–832.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331>
- van Gemert-Pijnen, L. J. E. W. C., Kelders, S. M., Kip, H., & Sanderma, R. (2018). *eHealth research, theory and development* (pp. 3-26). Oxford, New York: Routledge.
- Wright, A. A., Zhang, B., Ray, A., Mack, J. W., Trice, E., Balboni, T., Mitchell, S. L., Jackson, V. A., Block, S. D., Maciejewski, P. K., & Prigerson, H. G. (2008). Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*, 300(14), 1665–1673. <https://doi.org/10.1001/jama.300.14.1665>

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf

World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers*. <https://www.who.int/publications/i/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-primary-health-care>