

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยที่ได้รับการพยากรณ์โรคว่าเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีอาการต่างๆ บ่งชี้ถึงการมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน (องค์การอนามัยโลก, 1990) ในปัจจุบันเทคโนโลยีมีความก้าวหน้ามาก มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย และการรักษาที่สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยได้มากขึ้น (วนิดา ศรีวรกุล, 2537) จนทำให้คนสมัยนี้เข้าใจว่าโรคทุกโรคสามารถรักษาให้หายได้ และผู้ป่วยไม่ควรตาย แพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพก็ต้องการช่วยชีวิตผู้ป่วย และพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยให้อยู่ได้นานที่สุด ไม่ว่าจะด้วยการรักษาที่เต็มที่มีมากเกินความจำเป็น มีค่าใช้จ่ายที่สูง ทั้งนี้ก็ด้วยเจตนาดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะเดียวกันญาติก็ต้องการให้ผู้ที่เป็นที่รักสามารถอยู่ให้นานที่สุด ไม่ว่าจะคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นเช่นไรก็ตาม ความเชื่อที่ว่าความตายเป็นสิ่งน่าสะพรึงกลัวที่ทุกคนไม่พึงปรารถนา เจ็บปวดทุกข์ทรมาน เต็มไปด้วยความเศร้าโศก ทำให้ผู้ป่วยใกล้ตายส่วนมากต้องการมาใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายที่โรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายส่วนใหญ่จึงเป็นภาระของแพทย์ พยาบาล เพราะผู้ป่วยต้องการให้มีผู้ดูแลตนอย่างต่อเนื่อง ช่วยปลดปล่อยความทุกข์ทรมาน ซึ่งเกิดจากโรค และความเจ็บป่วยให้หมดไป (ชมพูนุช พงษ์ศิริ, 2538)

ในต่างประเทศจากการศึกษาของ Morrison et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยชาวอเมริกันส่วนมากเลือกเสียชีวิตที่บ้าน แต่เมื่อมีการจัดระบบ Hospice และการดูแลแบบประคับประคองขยายเพิ่มมากขึ้นในปี ค.ศ. 2004 พบว่าชาวอเมริกันมากกว่า 50 % ที่เจ็บป่วยด้วยโรครุนแรงในระยะสุดท้ายเลือกที่จะเสียชีวิตขณะรับการรักษาอยู่ในห้องไอซียู เช่นเดียวกับการศึกษาของ Richard et al. (2005) เป็นการศึกษาในสหรัฐอเมริกาเช่นกัน พบว่าชาวอเมริกันประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรเสียชีวิตในโรงพยาบาล และต้องการได้รับการดูแลในห้องไอซียู เนื่องจากมีประสบการณ์เกี่ยวกับห้องไอซียูว่าสามารถจัดการกับอาการทุกข์ทรมานต่างๆ เช่น ความปวด อาการกระสับกระส่าย และอาการหายใจลำบากได้ การดูแลแบบประคับประคองสามารถเกิดขึ้นได้ทุกสถานที่ไม่จำกัดอยู่เฉพาะในโรงพยาบาล การศึกษาของวนิดา ศรีวรกุล (2537) พบว่าในอดีตครอบครัวจะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่บ้าน ท่ามกลางญาติพี่น้องที่คอยดูแลเอาใจใส่ให้ความช่วยเหลือเขื้ออาหารกัน การดูแลในสถานพยาบาลจะเกิดเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นหรือมีปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลเพื่อควบคุมอาการทุกข์ทรมาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ

จอนอะจุง เฟ็งจาด (2547) พบว่า ในอดีตบ้านเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการใช้เป็นที่เสียชีวิต แต่ในปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ที่คนคิดเกี่ยวกับการรักษาเปลี่ยนไป เน้นการรักษาเพื่อให้มีชีวิตยืนยาว และความไม่พร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยส่วนมากต้องมาเสียชีวิตที่โรงพยาบาล

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในปัจจุบันเป็นการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยให้ความสำคัญต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตในภาวะที่ยังมีการเจ็บป่วย โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว แต่จากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านมา พบปัญหาที่เกิดขึ้นหลายด้าน เช่นจากการศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ ชันนาฏ ฌ นคร และคณะ (2538) พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการพยาบาลแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตายของขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ (2543) พบว่า ความต้องการขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย สรุปได้ 4 ประเด็นคือ ต้องการหายจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ต้องการกำลังใจและการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอันเป็นที่รัก ต้องการการให้อภัย การอโหสิกรรมก่อนตาย ต้องการตายอย่างสงบและมีชีวิตที่ดีหลังความตาย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย จะมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้พยาบาลเกิดความยุ่งยากในการให้การพยาบาล บางครั้งพยาบาลไม่กล้าที่จะเดินเข้าไปใกล้ผู้ป่วย ไม่กล้าที่จะพูดกับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตาย (ขวัญตา บาลทิพย์, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ รสพร ประทุมวัน (2534) พบว่า พยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย รับรู้สภาวะและอาการของผู้ป่วยตลอดเวลา มักเกิดความท้อแท้ใจ เพราะเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เกิดความเหนื่อยหน่าย เครียด และวิตกกังวล การปฏิบัติงานจึงเป็นไปในลักษณะมุ่งเน้นงานกิจวัตรให้เสร็จ และเฉยเมยต่อความรู้สึกของผู้ป่วย อีกทั้งความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในปัจจุบัน ทำให้แพทย์และพยาบาลให้ความสนใจกับเครื่องมือทันสมัยต่างๆ มากขึ้น จนทำให้สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยลดน้อยลง ไม่เข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความทุกข์ทรมาน ต้องการการดูแลที่ใกล้ชิดและครอบคลุมทุกด้านมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป (ชันนาฏ ฌ นคร และคณะ, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของ Clarke et al. (2003) พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในห้องไอซียู มักได้รับความทุกข์ทรมานจากความปวด เนื่องจากไม่ได้รับการจัดการกับอาการที่เหมาะสมและการเจ็บป่วยที่รุนแรง จนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ไม่ทันได้เตรียมใจให้พร้อม ย่อมก่อให้เกิดความวิตกกังวลสูง (วงรัตน์ ไสสุข, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ

Katherine et al. (2001) พบว่าการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว จะก่อให้เกิดความเครียด ทั้งตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ที่ต้องนอนป่วยอยู่ท่ามกลางแพทย์และพยาบาลที่เดินขวักไขว่ มีงานยุ่งมากกับการให้ยา ให้การรักษา และดูแลการทำงานของเครื่องมือต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเหมือนถูกแยกจากบุคคลเหล่านี้ (พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, 2549)

การศึกษาของ Truog et al. (2001) พบว่าครอบครัวมีความต้องการในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ต้องการได้รับทราบข้อมูล และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของวงรัตน์ ไสสุข (2544) พบว่าญาติของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต มีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของสุนิศา สุขตระกูล (2544) พบว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย มีความต้องการ 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูลข่าวสาร ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการได้รับการสนับสนุนและการระบายความรู้สึก จะเห็นได้ว่าครอบครัวของผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบองค์รวม ทางด้านของทมิสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตให้สมบูรณ์ ไม่ใช่การดูแลเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตเท่านั้น แต่ควรคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย คุณภาพชีวิต และคุณภาพการตายด้วย พันธกิจของหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตในปัจจุบัน จึงไม่ใช่เฉพาะการดูแลเพื่อรักษาชีวิตเพียงอย่างเดียว แต่ต้องการการดูแลอย่างมีเมตตาต่อผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและกำลังเสียชีวิตด้วย (พรเลิศ ฉัตรแก้ว, 2548) ปัญหาที่พบในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตในปัจจุบัน คือการรักษาที่มุ่งเน้นด้านร่างกายมากเกินไป (วงรัตน์ ไสสุข, 2544) ขัดแย้งกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในการดูแลที่เน้นการรักษาโรคมารับเป็นการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย ให้ความสำคัญต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตในภาวะที่ยังมีการเจ็บป่วย โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (จอณณะเจง เห่งจาด, 2547; Skilbeck and Payne, 2005)

วิชาชีพการพยาบาลเป็นการให้การพยาบาลบุคคล ทั้งคน ทุกเพศ ทุกวัย โดยไม่มีการแบ่งชนชั้น เชื้อชาติ ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ หรือที่เรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม Corr (2003) ทำการศึกษาการจัดการพยาบาลในการดูแลระยะสุดท้าย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นภาระหน้าที่ของพยาบาลที่สำคัญอย่างหนึ่ง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ใช้ช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่ให้เป็นช่วงเวลาที่มั่งคั่งที่สุด พร้อมทั้งจะเผชิญหน้ากับความตายด้วยความกล้าหาญ

สิ้นชีวิตลงด้วยความสงบสุข ปราศจากความทุกข์ทรมาน การพยาบาลที่ให้อดต้องคำนึงถึงประโยชน์
 สิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การดูแลแบบองค์รวมในฐานะของมนุษย์ ที่มีเกียรติและมี
 ศักดิ์ศรี ซึ่งลักษณะการพยาบาลเช่นนี้ สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยระยะ
 สุดท้ายของ ชันนาฏ ณ นคร และคณะ (2538) และ Clarke et al. (2003) พบว่าผู้ป่วยระยะ
 สุดท้ายต้องการการดูแลแบบองค์รวมในระดับมาก การปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ต้อง
 ให้ความสำคัญกับการจัดการอาการทางกายที่เห็นชัดเจนขณะเจ็บป่วย การพยาบาลที่ให้อดที่
 ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อความตาย ลดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ให้อดผู้ป่วยได้รับ
 ความสุขสบายมากที่สุด นอกจากจะสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์
 และสังคมแล้ว จะต้องคำนึงถึงการความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เป็นความเชื่อ เป็นจิตใต้สำนึก
 ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่เป็นไปได้จริง เพื่อให้มีชีวิตช่วง
 สุดท้ายที่ดีและสิ้นชีวิตอย่างสงบสุข พยาบาลต้องให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีส่วนร่วม
 ในการวางแผนการดูแลรักษา โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในเรื่องของการเคารพสิทธิปัจเจกบุคคล
 การได้รับการปฏิบัติที่ดี ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย การได้รับข้อมูลเพื่อการยินยอมรักษา การบอก
 ความจริง รวมไปถึงความยุติธรรม เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมที่มี
 คุณภาพ นำไปสู่การปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นมาตรฐาน

จากการศึกษาที่ผ่านมาการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องการเครื่องมือ
 หรือตัวชี้วัดที่มีความถูกต้อง แม่นยำในการตรวจสอบคุณภาพการเสียชีวิต ซึ่งค่อนข้างเป็นปัญหา
 สำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากมักเจ็บป่วยรุนแรง อาการหนักเกินกว่าที่จะบอก
 ความคาดหวังของตนเองในเรื่องคุณภาพชีวิตและเล่าประสบการณ์ในระยะสุดท้ายได้ หากจะถาม
 จากญาติหรือสมาชิกในครอบครัว บางครั้งคนเหล่านี้ก็ยังคงอยู่ในอารมณ์ของความสูญเสียและ
 อารมณ์อื่นๆ ที่ไม่สามารถตอบคำถามได้ (Mularski et al., 2005)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมมาประมวลสรุป เพื่อ
 เป็นแนวทางในการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต สู่อการ
 พัฒนาความรู้ ทักษะการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วยให้พยาบาลสามารถให้
 การพยาบาลที่มีคุณภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นการมี
 คุณภาพชีวิตที่ดีในทุกระยะของการเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิต

ปัญหาการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยองค์ประกอบใดบ้าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 25 แห่งทั่วประเทศ จำแนกตามการแบ่งส่วนราชการของหน่วยงานส่วนภูมิภาค สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งเป็น 12 เขต

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต มีประสบการณ์ทำงาน 5 ปีขึ้นไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ในการวิจัยครั้งนี้ ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลศูนย์
2. ความแตกต่างด้านเวลาและสถานที่ในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มประชากร จะไม่ส่งผลต่อการประเมินของผู้ตอบในแต่ละข้อความ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง แนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประเมินได้จากการรับรู้ของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ตามที่ได้ประมวลสรุปแนวคิดของสันต์ หัตถิรัตน์ (2528), สิวลี ศิริไล (2534), รลพร ประทุมวัน (2534), วนิตา ศรีวรกุล (2537), พวงเพ็ญ ชุณหปราณ (2538), โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (2545), โรงพยาบาลรามาริบัติ (2547), จอนณะจ พึ่งจาด (2547), เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี (2548), ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (2548), Singer (1999), Fowler et al. (1999), Stewart et al. (1990), Teno (2001), Wenger and Rosenfeld (2001), Curtis et al. (2002) และ Clarke et al. (2003) ร่วมกับการสัมภาษณ์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยการตัดสินใจโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การสื่อสาร

ภายในที่มาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการกับอาการและการดูแลเพื่อความสบาย การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการสนับสนุนขององค์กรแก่บุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยวิกฤต

หอผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกโรค ซึ่งมีอาการหนักและอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา โดยการรักษาพยาบาลกระทำโดยแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ และทักษะในการดูแล มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง พร้อมทั้งมีเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ลักษณะของหอผู้ป่วยแบ่งตามอาการเจ็บป่วยตามสภาวะของโรค ได้แก่ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารกแรกเกิด

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล มีประสบการณ์เป็นพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยวิกฤต 5 ปีขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทางด้านการพยาบาลสามารถนำเอาผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาบทบาทและความสามารถของพยาบาลในการพัฒนาการพยาบาลที่เป็นรูปธรรม และเป็น การปฏิบัติการพยาบาลที่มีการนำความรู้จากการวิจัยรองรับในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. ทางด้านการศึกษา สามารถนำเอาผลการวิจัยเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกรวมทั้งนักศึกษาพยาบาลให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤตได้

3. ทางด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า พัฒนาการวิจัยองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อไป