

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ รักษาไม่หายขาดและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลก เนื่องจากมีผู้ป่วยและตายเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ใน พ.ศ. 2543 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุการตาย อันดับที่ 3 จาก 6 อันดับของทั่วโลก (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2546) และได้ประมาณการว่า ในพ.ศ. 2563 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยอันดับที่ 5 ของโลก (Rennard et al., 2002, อ้างใน ปติมา เชื้อตาลี, 2548) จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับ 4 ของประชากรในประเทศ รองจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเส้นเลือดในสมอง (Celli, 1999) และ องค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ และได้ประมาณการว่า ในพ.ศ. 2563 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 (Celli, 1999) สำหรับในประเทศไทย ใน พ.ศ. 2541 พบอัตราความชุกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2,075 และอุบัติการณ์ของโรค 403 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ต่อประชากร 100,000 คน และพบประชากรที่มีกลุ่มอายุตั้งแต่ 30 ปีป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึง 10 ล้านคน และมีการประมาณแนวโน้มความชุกอัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังว่าใน พ.ศ. 2552 และ 2553 เป็น 5,820 และ 7,035.30 ต่อประชากร 100,000 คน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543) และใน พ.ศ. 2542 พบสาเหตุการตายพบด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอัตรา 33.50 ต่อประชากร 100,000 คน คิดเป็นร้อยละ 90 ของการตายในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543) โดยสาเหตุการตายเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การหายใจล้มเหลว และภาวะหัวใจล้มเหลว (สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2546) ในขณะที่โรงพยาบาลพร้าว ใน พ.ศ. 2548 มีอัตราผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้วางแผนถึงร้อยละ 49.33 ของผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมทั้งหมดที่แผนกผู้ป่วยใน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงมีสถิติเป็นอันดับหนึ่งของอัตราผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำทั้งหมด และใน พ.ศ. 2548-2550 พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่อยู่ใน 5 อันดับแรกทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และพบว่าผู้ป่วยนอกมีอัตราการป่วย อัตรา 3,648.66, 4,797.35 และ

5,148.70 ต่อประชากร 100,000 คน และสำหรับผู้ป่วยในมีอัตราป่วย 7,534.72, 8,402.80 และ 7,886.02 ต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ (ฝ่ายแผนงาน โรงพยาบาลพร้าว, 2550) จากมีภาวะแทรกซ้อนของโรคจนต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น ทำให้มีค่าใช้จ่ายและใช้ทรัพยากรสูงเมื่อเทียบกับโรคอื่น

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้ เป็นโรคที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีการดำเนินของโรคที่ค่อย ๆ เกลวลงโดยพยาธิสภาพไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ (วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์, ศักดิ์ชัย ลิ้มทองกุล, ประดิษฐ์ เจริญลาภ, และ สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2546) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง ได้แก่ อาการง่วงซึม (narcois) จากการมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด พบว่าเกิดพยาธิสภาพของโรคมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างถาวร ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง ทำให้มีการสูญเสียการทำงานของปอด ซึ่งอาจทำให้เกิดแรงดันเลือดในปอดสูง (pulmonary hypertension) ภาวะการหายใจล้มเหลว ซึ่งเป็นที่ระบบการหายใจเสื่อมสมรรถภาพจนไม่สามารถรักษาระดับของออกซิเจนในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ เมื่อมีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำเป็นเวลานานร่างกายปรับตัวโดยสร้างเม็ดเลือดแดงมากขึ้นเพื่อให้เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ จึงทำให้เลือดเข้มข้นและหนืดมาก หัวใจซีกซ้ายทำงานหนักในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ในร่างกาย ทำให้เกิดหัวใจซีกซ้ายโต (อนงค์ ฎาใบ, 2547) จากการทำงานหนักในการบีบเลือดไปฟอกที่ปอด และเกิดหัวใจซีกขวาโต เรื้อรัง เกิดโรคภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว จนในระยะสุดท้ายมีภาวะหายใจล้มเหลว (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (ลินจง โปธิบาล, 2539) และจากการศึกษาของ เทียบ (Tiep, 1997) พบว่าสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดจากการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมกับโรค เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้โรคมีระดับความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2546) เกิดความวิตกกังวลจากความเจ็บป่วยและวิธีการรักษา (Tiep, 1997) ส่งผลทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ที่เป็็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และด้านเศรษฐกิจ อย่างมากมาย

จะเห็นได้ว่า ผลกระทบต่อผู้ที่เป็็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านร่างกาย เมื่อมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 3 ขึ้นไปนั้น ซึ่งจะมีอาการหอบเหนื่อย บางครั้งมีอาการกำเริบ (exacerbation) รุนแรงมากจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน ความต้องการสิ่งจำเป็นพื้นฐาน ซึ่งมีข้อจำกัด ที่ชัดเจนทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติหรือมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรลดลง มีการเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด การตีบแคบของหลอดลมต้องทำให้ต้องออกแรงในการหายใจเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย ต้องเผชิญกับภาวะคุกคามของโรค การใช้จ่ายเกี่ยวกับโรคต่อเนื่องเป็นประจำ ซึ่งมีระยะเวลายาวนานตลอดชีวิต

ไม่ว่าจะเป็นกิจวัตรประจำวัน การรู้สึกเสียภาพลักษณ์และบุคลิกภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดลง เกิดความเครียดซึมเศร้า หมดหวัง ท้อแท้ในชีวิต (อัมพรพรรณ ชีรานุตร, 2542) การต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ก็จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและต่อครอบครัว เพราะการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยเป็นภารกิจที่สำคัญภารกิจหนึ่งของครอบครัวนั้นๆ (วิลาวัณย์ เสนารัตน์, 2545) อาการหายใจลำบาก อาจทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ความเครียด ความกลัว เกิดความวิตกกังวล และซึมเศร้า ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจต้องมีค่าใช้จ่ายต่างๆ ค่ารักษาพยาบาล มีรายได้ที่ลดลง เนื่องจากขาดงานหรือทำงานไม่ได้ เนื่องจากมีความสามารถของร่างกายที่ลดลง หนึ่งอย่าง ซึ่งผู้ป่วยอาจต้องเปลี่ยนงานและเมื่ออาการของโรคกำเริบรุนแรงมากขึ้นและเนื่องจากการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง (อัมพรพรรณ ชีรานุตร, 2542) และจากมีภาวะแทรกซ้อนของโรคจนต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น ทำให้มีค่าใช้จ่ายและใช้ทรัพยากรสูงเมื่อเทียบกับโรคอื่น และส่งผลกระทบต่อครอบครัวในเรื่องรายได้ที่ลดลงและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้น ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศตามมาด้วย (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543)

อย่างไรก็ตามภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สามารถป้องกันได้ด้วยการดูแลตนเองและปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ซึ่งได้แก่ การคงไว้ซึ่งการได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ การได้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอ ความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การรักษาสมดุลระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและความเป็นส่วนตัว การป้องกันอันตรายต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพได้ ทั้งโรคและการรักษา แต่เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่มีการดำเนินของโรคที่เลวลงเรื่อยๆ ไม่อาจกลับคืนสู่สภาพปกติได้ (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2004) ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาของโรคทำให้เกิดปัญหาทางร่างกาย อารมณ์และสังคมหลายๆ เรื่อง (อัมพรพรรณ ชีรานุตร, 2542) จึงทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะผู้ที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 3 ขึ้นไป เนื่องจากอาการเหนื่อยหอบ ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ ผู้ป่วยอาจท้อแท้ หมดกำลังใจ ความสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยลดลง และเมื่อภาวะของโรคเลวลงและผู้ป่วยต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆ ทำให้เพิ่มปัญหาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นครอบครัวควรจะเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเกื้อกูล ดูแลในยามที่ยังแข็งแรงและยามเจ็บป่วย (วิลาวัณย์ เสนารัตน์, 2545)

บริบทของวิถีชีวิตของครอบครัวในสังคมไทย โดยเฉพาะในสังคมชนบทนั้นครอบครัวเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เกิดการเจ็บป่วยหรือมีความเป็ยงเบนด้านสุขภาพเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการดูแลด้านร่างกาย การเงิน ด้านกำลังใจ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ที่เจ็บป่วยกลับมาามีสุขภาพที่ดีดังเดิม ดังนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วนที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างเต็มที่เพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุขแม้จะเกิด

ความเจ็บป่วย โดยการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนั้นต้องมีความสอดคล้องกับหน้าที่หลักสำคัญของครอบครัวของ ฟรายด์แมน (Friedman, 1992) ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3 ด้าน ซึ่งได้แก่ 1) ด้านสุขภาพ หรือจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิก โดยเฉพาะการจัดหาปัจจัยสี่ที่สำคัญในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค รวมทั้งปกป้องอันตรายให้แก่สมาชิกในครอบครัว การดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไป ดูแลความสะอาด และความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม เป็นต้น 2) ด้านความรัก ความเอาใจใส่แก่ครอบครัว ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ แสดงออกโดยการให้ความรัก ความอบอุ่น เอาใจใส่ต่อสมาชิกในครอบครัว การให้ความเคารพนับถือและยกย่อง การให้กำลังใจ การดูแลให้ได้รับความบันเทิงและการพักผ่อน เพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพจิตดี มีบุคลิกภาพที่มั่นคง 3) ด้านเศรษฐกิจ เป็นหน้าที่จำเป็นที่ทุกครอบครัวต้องปฏิบัติเพราะต้องมีการจัดการรายได้ที่จะนำมาเป็นค่าใช้จ่าย หาสิ่งจำเป็นทางกายภาพให้แก่ครอบครัว การช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่างๆ การให้ความช่วยเหลือด้านการบริการต่างๆ และการให้การพึ่งพาที่เหมาะสม ซึ่งมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว แต่เนื่องด้วยสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้ส่งผลให้สภาพสุขภาพครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปด้วย ทำให้การมีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกเมื่อเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไป ทั้งๆที่การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในทุกๆ ระยะและทุกภาวะสุขภาพจะช่วยลดภาระในการดูแลสมาชิกเมื่อเจ็บป่วยบ่ยด้วยอาการกำเริบของโรค ลดปัญหาการกลับมารักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหายใจลำบากและอาการกำเริบ การกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนในแผนกผู้ป่วยในที่ทำให้ทางโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายต่อรายของผู้ป่วยสูง ดังนั้นความช่วยเหลือดูแลจากสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นเหมือนพยาบาลในบ้าน เพื่อให้การดูแลบุคคลแบบองค์รวม (holistic Care) ที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลครอบครัว (รุจา ภูโพบูลย์, 2534) ดังนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์จากการดูแลทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวจึงควรมีส่วนร่วมในขั้นตอน การวางแผน ตัดสินใจ การค้นหาปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา ในการจะเลือกดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และที่สำคัญ มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลการดูแลนั้นๆ ด้วย

นโยบายพัฒนาระบบสุขภาพในปัจจุบันนั้น เน้นความยั่งยืนมีหลักคิดว่าต้องมีการสร้างจิตสำนึกทางด้านสุขภาพในสังคมอย่างทั่วถึง การพัฒนาระบบบริการของสถานบริการสุขภาพให้เน้นการดูแลแบบองค์รวม ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพและ สร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ให้มีการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพเน้นการดูแลโดยผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (ชลิตา ชาญธีรกุล, 2544) ซึ่งจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อน ลดการกำเริบของโรคและชะลออาการของโรคได้ ฉะนั้นครอบครัวจึงมีความสำคัญ

และมีบทบาท อย่างมากต่อผู้ป่วยที่บ้านทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ ทัศนคติ และวัฒนธรรมของครอบครัว อันจะก่อให้เกิดผลดีทั้งผู้ป่วย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านของอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ ให้ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเพื่อจะนำไปสู่การพัฒนาบริการ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในภาวะเจ็บป่วย (Health within illness) สามารถดำรงชีวิตได้อย่างผาสุก

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านในอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการศึกษา

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านในอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่เป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปีซึ่งมีระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 3 ขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่และเคยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลพร้าวถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2551

นิยามศัพท์

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมวางแผน และตัดสินใจ มีส่วนร่วมค้นปัญหา เพื่อแก้ไขปัญหา และทำกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากการดูแลและติดตามประเมินผลของหน้าที่หลักสำคัญของครอบครัวที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประเมินได้จากการมีส่วนร่วมดูแลในด้านสุขภาพ ด้านความรัก ความเอาใจใส่แก่ครอบครัว และมีส่วนร่วมดูแลในด้านเศรษฐกิจ จากแบบประเมินที่สร้างขึ้นเอง

ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปีซึ่งมีระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 3 ขึ้นไป โดยมีอาการดังต่อไปนี้ เช่น มีอาการหอบเหนื่อย จนรบกวนกิจวัตรประจำวันมีอาการกำเริบ (exacerbation) รุนแรงมากซึ่งมีข้อจำกัด ที่ชัดเจน ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เท่าคนวัยเดียวกัน มีคลื่นไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด การเดิน หรือลุกนั่งก็เหนื่อยหอบ ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง

สมาชิกครอบครัว หมายถึง บุคคลในครอบครัวซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและอาศัยในครัวเรือนเดียวกัน อาจเกี่ยวพันกันทางสายเลือดหรือไม่ก็ได้ อาจเกี่ยวพันกันทางกฎหมาย หรือมีความสัมพันธ์กันทางสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ได้แก่ พ่อ แม่ สามี ภรรยา บุตร สะใภ้ หรือ เครือญาติ