

Pencegahan Masalah-Masalah Kesehatan

Oleh: Ehan

Hampir semua orang setuju bahwa perilaku sederhana jika dilakukan secara luas akan mengurangi penderitaan manusia dan aliran dana yang masuk ke dalam sistem perawatan kesehatan termasuk mengurangi konsumsi kita akan garam dan makanan berlemak, menyetir dengan hati-hati dan menggunakan sabuk pengaman, berolahraga secara teratur, menghindari rokok dan menurunkan stress. Tetapi antara menasihati dan menyuruh orang untuk melakukan hal-hal tersebut adalah dua hal yang berbeda. Oleh karena itu, psikolog, spesialis perilaku lain dan profesional medis telah mengadakan program penelitian untuk mempelajari cara untuk merawat dan mencegah berbagai perilaku manusia yang berbahaya ini.

Pada bagian ini kita mendiskusikan *usaha pencegahan* dalam beberapa wilayah penting yang berkaitan dengan kesehatan : merokok, penyalahgunaan alkohol dan kontrol berat badan.

Merokok

Kesadaran yang meningkat akan bahaya rokok telah mengarahkan kepada penurunan - yang tetap sejak pertengahan tahun 1960- persentasi orang Amerika yang merokok setiap hari (Brannon dan Feist,2004). Namun demikian, angka merokok berbeda-beda dari segi gender, tingkat pendidikan dan gaji.

Terhitung kira-kira 29% laki-laki berusia 12 tahun atau lebih yang merokok dibandingkan dengan 23% perempuan yang merokok pada usia yang sama (Administrasi Jasa Kesehatan Mental dan Penyalahgunaan Zat, 2003).

Salah satu yang menjadi tren yaitu angka merokok untuk wanita menunjukkan pengurangan yang lebih banyak daripada laki-laki.

Perkiraan terbaik tentang merokok adalah pada tingkat pendidikan.Orang berpendidikan tinggi memiliki kemungkinan lebih sedikit untuk merokok daripada yang berpendidikan lebih rendah.

Merokok berhubungan erat dengan resiko penyakit kardiovaskular dan kanker. Dua penyebab utama kematian di Amerika Serikat. Walaupun merokok meningkatkan resiko

kematian dini akibat penyakit-penyakit seperti jantung koroner, kanker pernafasan, emfisema dan bronkhitis, orang-orang tetap merokok juga.

Mengapa itu terjadi? Diantara alasan-alasannya adalah pengendalian tekanan darah, tekanan sosial, kontrol berat badan, keberontakan (sifat memberontak), kecanduan nikotin dan sifat kepribadian yang dipengaruhi secara genetis seperti *extraversion* : lebih tertarik pada hal-hal luar diri (Brannon dan Feist,2004).

Kontrol tensi, kontrol berat badan, gen dan tekanan sosial dianggap sebagai alasan-alasan untuk mulai merokok, sedangkan keberontakan, kecanduan dan kepribadian dilihat sebagai faktor pemelihara merokok.

Berbagai teknik telah digunakan untuk membuat orang berhenti merokok termasuk program pendidikan, terapi aversi (misalnya merokok dengan cepat), kontrak perilaku, akupunktur, intervensi obat, terapi kognitif dan support kelompok.

Angka kekambuhan sangat tinggi (70%-80%), namun demikian penemuan penelitian tentang pendekatan penghentian merokok yang paling baik masih menjadi pertentangan. Kebanyakan perokok berhenti karena niat dari diri mereka sendiri.

Pendekatan terbaik nampaknya adalah dengan mencegah kebiasaan dari sejak awal (tidak mencoba untuk merokok). Sayangnya pendidikan diri (misalnya, pesan peringatan pada bungkus rokok) nampak tidak bisa mencegah generasi muda untuk tidak merokok (Brannon dan feist,2004).

Yang nampak lebih efektif adalah memfokuskan pada konsekwensi yang cepat daripada konsekwensi yang lambat, mengajarkan kemampuan meniru (*copying skills*) dan meningkatkan perasaan keefektifan diri (*self-efficacy*).

Salah satu program pencegahan multi-komponen yang ditujukan pada anak-anak dan remaja didasarkan pada prinsip-prinsip pembelajaran sosial dan menggunakan model *role* (peran).

Presentasi videotape, *peer modelings* (contoh dari teman sebaya), diskusi kelompok, pengawasan merokok dan mengecek secara berulang-ulang sikap-sikap dan pengetahuan tentang merokok semuanya menggunakan anak-anak SD. Pendekatan semacam itu nampak lebih unggul daripada yang menggunakan remaja yang berfokus pada pengaruh negatif jangka panjang dari merokok.

Trik seperti itu nampak menjadi fokus pada konsekwensi yang segera/cepat. (contohnya dari teman-teman) daripada konsekwensi yang tertunda (empisemia). Program-program yang serupa dengan Evan di Houston telah dipraktikan di negara bagian lain. Program pencegahan lainnya yang menggunakan siswa-siswa daripada model orang dewasa untuk mendorong remaja untuk tidak merokok telah berhasil juga (contohnya Murray, Richards Luepker dan Johnson,1987) Program-program yang mengajarkan kemampuan penolakan (merespon tawaran rokok dari audiotape) juga nampak menurunkan angka merokok (Elder dkk, 1993).

Penyalahgunaan Alkohol dan Kecanduan Alkohol

Diperkirakan 57% laki-laki dan 45% wanita di Amerika Serikat mengkonsumsi minuman beralkohol (Administrasi Jasa Kesehatan Mental dan Penyalahgunaan Zat,2003).

Walaupun beberapa studi telah menyatakan keuntungan kesehatan yang positif dari alkohol dari pemabuk ringan hingga yang pertengahan, konsumsi alkohol juga diasosiasikan dengan sejumlah hasil yang negatif.

Penggunaan alkohol yang berat diasosiasikan dengan resiko tinggi kerusakan syaraf atau liver, jenis-jenis kanker tertentu, masalah-masalah kardiovaskular, sindrom alkohol janin (*fetal syndrom alcohol*), tindakan penyerangan fisik dan kejahatan (Departemen Kesehatan dan Pelayanan Manusia AS, 2000). Daftar panjang masalah-masalah yang berhubungan dengan alkohol telah menyebabkan perawatan dan pencegahan penyalahgunaan alkohol dan kecanduan alkohol (alkoholisme) menjadi prioritas utama.

Selama bertahun-tahun, banyak pendekatan perawatan telah diaplikasikan untuk masalah-masalah pemabuk, banyak perawatan; kebanyakan perawatan ini mengajarkan puasa total. Ini semua mulai dari perawatan medis dan obat-obatan seperti disulfiram (Antabuse) dan nalxetresone sampai psikoterapi tradisional serta strategi dukungan kelompok seperti Alcoholics Anonymous. Bagaimanapun juga alkoholisme adalah satu masalah yang kebal pada semua intervensi dan angka kekambuhannya tinggi.

Pendekatan lain yang lebih kontroversial pada masalah alkohol adalah *minum yang dikontrol* (Sobell dan Sobell, 1976). Seperti namanya, pendekatan ini memiliki tujuan/ target dari mulai minum yang ringan sampai yang pertengahan (namun terkontrol). Klien diajarkan mengembangkan respon ““mengatasi”” alternatif (selain minum-minum) dan untuk secara dekat memonitor jumlah asupan alkohol.

Wilayah ini dibagi-bagi berdasarkan manfaat pendekatan ini, namun penelitian benar-benar menyatakan bahwa minum yang terkontrol adalah sebuah pilihan perawatan yang *viable* (dapat berjalan) untuk sebagian pecandu alkohol (Departemen Kesehatan dan Pelayanan Manusia AS, 2000).

Banyak program perawatan alkohol juga menggabungkan latihan *pencegahan kekambuhan* (Marlatt dan Gordon, 1985). Mayoritas klien yang dirawat untuk masalah alkohol mengalami episode kekambuhan yang cepat setelah program dihentikan. Daripada melihat hal ini sebagai sebuah kegagalan (sebuah tanda bahwa kambuh total yang terjadi), klien diajarkan kemampuan “mengatasi” dan perilaku-perilaku yang dapat mereka gunakan dalam situasi-situasi “beresiko-tinggi” untuk mencegah kemungkinan untuk kambuh total.

Penyalahgunaan alkohol dan kecanduan adalah masalah rumit yang mungkin membutuhkan strategi perawatan yang multi-bentuk. Karena kesulitan pada pendekatan sekunder dan tertier pada perawatan atau pencegahan, makin banyak profesional yang berpindah pada pencegahan primer untuk mencegah perkembangan masalah minum ini.

Untuk penyalahgunaan obat-obatan dan minuman, program yang serupa dengan itu didesain untuk mencegah remaja dari merokok sedang dikembangkan. Seringkali program-program ini diimplementasikan melalui kursus pendidikan kesehatan di SMA-SMA atau kampanye-kampanye media.

Program pencegahan berbasis sekolah biasanya melibatkan satu atau lebih komponen-komponen berikut: pendidikan afeksi (membangun penghargaan diri, meningkatkan kemampuan membuat keputusan); keterampilan hidup (kemampuan komunikasi, pelatihan keasertifan); program penolakan (belajar untuk menolak tekanan untuk minum alkohol); dan perbaikan persepsi yang keliru tentang norma-norma *peer* (Departemen Kesehatan dan Pelayanan Manusia AS, 1997). Bukti-bukti penelitian menunjukkan bahwa program yang menggabungkan latihan penolakan pada teman sebaya dan perbaikan mispersepsi mengenai norma-norma sesama (teman sebaya) lebih menjanjikan (Departemen Kesehatan dan Pelayanan Manusia AS, 1997).

PROFIL 17-1

Beth E. Meyerowitz

Dr. E. Meyerowitz adalah profesor psikologi di Jurusan Psikologi di Universitas Southern California dan Profesor Obat Pencegah di Southern California School of Medicine. Dr. Meyerowitz adalah seorang ahli tentang isu-isu kualitas hidup dan keterampilan “mengatasi” di antara pasien-pasien kanker dan anggota keluarga mereka. Dia adalah anggota Komite Eksekutif di divisi APA 38 (Psikologi Kesehatan). Dia adalah seorang peninjau sejumlah jurnal terkemuka dalam psikologi kesehatan dan ia telah menerima beberapa penghargaan untuk ajaran-ajarannya. Dr. E. Meyerowitz menjawab sejumlah pertanyaan yang kami ajukan seputar latar belakangnya dan minatnya dan ia memberikan pandangannya tentang masa depan psikologi klinis dan psikologi kesehatan.

Apa yang membuat Anda tertarik pada bidang psikologi klinis?

Jika melihat kembali ke belakang, saya menyadari bahwa saya tertarik dengan bidang psikologi ketika saya berusia 14 tahun. Selama musim panas itu, saya menjadi konselor sukarelawan di acara perkemahan untuk anak-anak dengan kelumpuhan otak. Saya sangat menikmati bermain dan mengajar anak-anak itu namun yang paling membuat saya tertarik adalah mencoba untuk memahami pengalaman anak-anak cacat parah ini serta keluarga mereka. Saya terutama tertarik dengan fakta bahwa beberapa keluarga terlihat dapat menangani masalahnya dengan sangat baik, walaupun menghadapi situasi yang saya anggap sangat-sangat sulit. Bagaimana sebagian orang saat dihadapkan pada masalah kronis yang hampir tak dapat mereka kendalikan bisa nampak bahagia dan menyesuaikan diri dengan baik? Selama kuliah dan sekolah, saya bersukarela untuk bekerja dalam setting klinik yang berbeda-beda. Dalam setiap setting ini saya berfikir bagaimanakah orang-orang ini berhasil dengan sangat baik sementara yang lainnya mengalami tekanan-tekanan dan gangguan yang terus-menerus dalam hidup mereka.

Saat saya hendak menamatkan sekolah saya, saya tahu bahwa saya ingin berfokus pada penelitian tentang bagaimana secara “psikologis” individu normal bereaksi dan menangani situasi yang penuh tekanan yang berat.

Jelaskan kegiatan-kegiatan seperti apa yang Anda ikuti sebagai ahli psikologi klinis?

Sebagai ahli psikologi klinis di sebuah jurusan psikologi di Universitas, kegiatan utama saya adalah mengajar, melakukan penelitian, dan administrasi. Kegiatan mengajar saya termasuk kursus pada S1 tentang Pengenalan/Pengantar Psikologi Klinis dan Seksualitas Manusia serta Seminar pada sarjana S1 tentang Pengantar Wawancara Klinik, seksualitas Manusia dan Psikologi Kesehatan. Saya juga menghabiskan banyak waktu dengan mahasiswa S1 dan sarjana S1 mengawasi proyek penelitian. Aktifitas penelitian saya adalah merencanakan dan merancang studi, mengembangkan kolaborasi dengan kelompok pasien dan dokter, menulis proposal hibah, mengawasi pengumpulan data, menganalisis hasil penelitian, memberikan ceramah, dan menulis artikel jurnal. Selain mengajar dan penelitian, saya juga terlibat dengan beberapa organisasi dan komite baik di tingkat universitas maupun tingkat nasional.

Saya juga mengulas hibah-hibah untuk NIH dan beberapa pemerintah asing serta saya mengulas artikel-artikel untuk jurnal-jurnal medis dan psikologi. Salah satu hal yang saya sangat suka dalam menjadi ahli psikologi klinis adalah saya bisa terlibat dalam berbagai aktifitas yang menarik.

Wilayah khusus mana yang menjadi minat atau keahlian Anda?

Penelitian saya berfokus pada kualitas hidup dan kemampuan “mengatasi” pada pasien serta anggota keluarga mereka yang terdiagnosa penyakit kronis terutama kanker. Saya tertarik dalam memahami reaksi terhadap diagnosis dan perawatan sepanjang wilayah kualitas hidup termasuk perubahan emosi, kognisi, sosial, fisik, dan fungsi. Apa yang dapat diharapkan oleh pasien, keluarga mereka, dan penyedia perawatan kesehatan dalam tahap-tahap yang berbeda pada penyakit itu? Faktor-faktor medis, kontekstual, sosial atau orang mana yang bisa menjelaskan siapa yang akan menyesuaikan diri dengan cepat dan siapa yang menghadapi masalah yang berkepanjangan? Mekanisme psikologis apa yang terjadi selama faktor-faktor ini memainkan perannya dalam penyesuaian? Proses apakah yang terjadi dimana banyak individu menemukan keuntungan dan makna dalam kesulitan/penderitaan? Baru-baru ini saya dan kolega saya telah mengembangkan dan menguji intervensi psikologis singkat yang disesain untuk mengembangkan kualitas hidup dan meningkatkan kemampuan “mengatasi” pada pasien dalam kanker tahap awal serta partner-partnernya. Saya juga tertarik dengan isu-isu budaya dan etnisitas dimana saya menyelidikinya melalui penelitian-penelitian pada populasi yang beragam di Amerika Serikat.

Tren masa depan seperti apa yang anda lihat pada psikologi klinis?

Saya yakin bahwa kemungkinan yang paling menarik bagi masa depan psikologi klinis ada di tangan keahlian kita sebagai peneliti klinis. Psikologi klinis terlibat dalam memperluas batasan tradisional penelitian dan mengembangkan metodologi untuk mengajukan berbagai pertanyaan yang relevan secara klinis. Kita akan terpanggil untuk merancang penelitian yang responsif terhadap kebutuhan sosial juga berpegang kuat pada teori dan metodologi yang kuat. Karena penelitian adalah keterampilan yang dapat berpindah-pindah, aktifitas penelitian dapat ditempatkan dalam setting komunitas melalui penciptaan link komunitas ilmuwan.

Saya juga berharap bahwa psikologi klinis akan perlu mempertahankan peranan mereka sebagai penyedia jasa mengingat permintaan tinggi untuk mendokumentasikan wilayah-wilayah dimana pelatihan tingkat Ph.D penting demi mengoptimalkan kinerja.

Psikolog dengan gelar doktor mungkin diminta untuk mengembangkan perawatan yang efektif dan alat penilaian kuat secara psikometrik yang kuat untuk menentukan perawatan mana yang sesuai dengan individu tertentu. Keefektifan biaya perlu dipertimbangkan dalam berbagai wilayah klinis.

Tren-tren masa depan seperti apa yang Anda lihat pada psikologi kesehatan?

Psikologi kesehatan dan pengobatan perilaku adalah bidang studi yang relatif baru yang telah menerima perhatian/fokus yang tinggi selama tiga dekade terakhir. Oleh karenanya, bidang ini masih terbuka untuk pengembangan dalam banyak arah yang menarik. Misalnya, kita banyak belajar tentang pentingnya faktor psikologis dalam menyebabkan penyakit melalui akibat tekanan dan isolasi pada fungsi hormonal dan imunologis.

Selain itu, psikologi kesehatan harus terus mengembangkan teori dan intervensinya yang didesain untuk meningkatkan perilaku yang sehat dan mengurangi perilaku yang beresiko.

Akhirnya, banyak kematian dini pada negara-negara industri berkaitan dengan kegagalan individu untuk mengadopsi pedoman-pedoman untuk kehidupan yang sehat. Penelitian pada kedua area ini harus diperluas pada populasi yang belum terlayani, dengan fokus pada pengidentifikasian peran budaya dalam mempengaruhi kesehatan dan hasil kualitas hidup. Penelitian pada budaya juga mesti berisi penyelidikan budaya sistem perawatan kesehatan dan cara-cara untuk membuat perawatan kesehatan lebih “ramah pada penggunaanya” (untuk pasien

dan keluarganya). Pemahaman yang komprehensif akan memerlukan pertimbangan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dan kualitas hidup di dalam konteks kehidupan yang berjalan pada individu daripada sebagai wilayah yang terpisah dan terisolasi. Dengan informasi ini, psikolog dapat terus mengembangkan pendekatan baru pada intervensi primer, sekunder dan tertier. Saya mengharapkan bahwa saat peneliti mengembangkan intervensi perilaku dan psikologis yang efektif dan mudah diintegrasikan ke dalam pemberian perawatan kesehatan yang berlangsung, maka intervensi-intervensi ini akan secara bertahap menjadi komponen-komponen perawatan standar. Pada tahap bahwa psikolog dapat menunjukkan keuntungan penghematan-uang psikologi kesehatan dan pengobatan perilaku, para pengasuransi kemungkinan akan mulai membayar kembali jasa/pelayanan semacam itu.

Obesitas

Perawatan perilaku untuk obesitas lebih umum daripada kondisi-kondisi manapun yang lain. Satu alasan untuk penekanan ini adalah karena obesitas diasosiasikan dengan penyakit seperti diabetes, hipertensi, penyakit kardiovaskular dan kanker-kanker tertentu (Brannon dan feist,2004). Ia juga merupakan sebuah kondisi yang menstigma secara sosial yang mengganggu konsep diri dan menghalangi keaktifan dalam berbagai seting sosial. Diperkirakan bahwa 64,5% orang dewasa di Amerika Serikat kelebihan berat badan (dan 30,5 % memenuhi kriteria obesitas-indeks masa tubuh 30 atau lebih). Seringkali, masalah berat badan dapat ditelusuri pada masa kanak-kanak : 10-25% dari semua anak-anak itu gemuk dan 80% individu ini menjadi orang dewasa yang gemuk (Stunkard,1979).

Walaupun jelas bahwa obesitas memiliki komponen genetik (Wadden, Brownell, & Foster,2002), penyebab obesitas secara jelas merepresentasikan interaksi yang kompleks antara faktor-faktor perilaku, sosial dan biologis serta mekanisme yang tepat sulit untuk ditekankan. Meratanya obesitas nampaknya lebih merupakan sebuah hasil dari perubahan kebiasaan makan kita dan tingkat aktifitas daripada akibat genetik. (Wadde dkk.,2002). Metode perawatan tradisional dan pola makan tradisional tidak begitu efektif; individu obesitas berkurang berat badannya namun kemudian naik lagi dengan cepat. Selain itu, angka DO mungkin tinggi dalam program pengendalian berat badan tradisional. Kebanyakan program perubahan perilaku berisi komponen yang ditujukan pada pembatasan beberapa jenis makanan, mengajarkan kapan dan pada kondisi bagaimana untuk makan, mendorong olahraga yang teratur dan menjaga pola

makan yang telah berubah setelah program berakhir. Terakhir, perawatan farmasi dan pembedahan untuk obesitas mengalami peningkatan (Wadden dkk.,2002).

Sekali lagi, bagaimanapun juga tindakan pencegahan nampaknya adalah yang terbaik dan jalan yang paling aman menuju kontrol berat badan. Contoh klasik yang paling sempurna pendekatan semacam itu adalah Proyek Obesitas Remaja Stanford (Coates dan Thoresen,1981). Berbagai strategi digunakan pada remaja dengan harapan bahwa kontrol berat badan pada usia ini akan mencegah obesitas pada masa dewasa. Strategi-strategi yang digunakan adalah observasi-diri, eliminasi tanda, dan dukungan keluarga dan masyarakat. Intervensi-intervensi ini terlihat lebih efektif saat orang tua dilibatkan.

Banyak penyelidik juga mengeksplor kemungkinan untuk menggunakan diskusi kelompok teman sebaya. Hasil studi selama 10 tahun perawatan untuk obesitas masa kanak-kanak berbasis keluarga dapat mempengaruhi perubahan penting dan bertahan (tetap) dalam kontrol berat badan (Epstein, Valoski, Wing dan Mc Curley, 1994).

Terakhir, walaupun sebagian besar belum teruji, tren yang lebih baru pada intervensi adalah menguji dan membuat kebijakan umum sebagai alat untuk mengubah praktik diet dan aktifitas fisik. Contohnya, Horgen dan Brownell (2002) telah membuat proposal sebagai berikut: mengatur iklan makanan yang ditujukan pada anak-anak; melarang *fastfood* dan *soft drink* di sekolah; menurunkan harga makanan sehat; pajak untuk makanan yang tidak sehat; dan memberikan lebih banyak sumber daya untuk aktifitas fisik.

Aplikasi lain

Perawatan dan langkah preventif harus dilengkapi dengan teknik-teknik yang mendorong pasien untuk mengatasi prosedur pengobatan dan mengikuti saran medis.

Mengatasi Prosedur Medis

Kemungkinan menghadapi operasi, mengunjungi dokter gigi, atau berbagai uji medis dapat memberikan rasa takut bahkan kepada orang yang paling kuat sekalipun. Karena dihadapkan dengan prosedur-prosedur semacam itu, banyak pasien menunda kunjungan mereka dan bahkan meninggalkannya sama sekali. Psikolog kesehatan yang mengkhususkan dirinya pada pengobatan perilaku telah mengembangkan intervensi untuk membantu pasien menangani tekanan pada prosedur-prosedur semacam itu.

Prosedur dan Pengujian Medis/Pengobatan. Beberapa prosedur dan pengujian medis membuat seseorang tertekan. Namun tanpa keduanya, pasien tidak akan dapat didiagnosa dengan tepat dan mungkin melewatkan intervensi yang akan menyelamatkan hidupnya. Contoh yang baik yaitu *sigmoidoscopy*, prosedur umum yang dirancang untuk memeriksa lendir yang melapisi usus untuk menemukan keberadaan pertumbuhan penyakit pada 10 inchi terakhir pada usus besar. Hal ini pada gilirannya akan membantu deteksi awal dan pencegahan kanker usus besar. Namun demikian, bagi banyak pasien prosedur ini benar-benar membuat stress. Ia melibatkan pemasukan sebuah alat optik ke dalam usus besar dengan sedikit pelonggaran usus. Walaupun semua ini tidak terlalu menyakitkan ataupun berbahaya, ia membuat sebagian orang merasa ngeri dan mereka menganggapnya sebagai prosedur yang memalukan. Intervensi telah dikembangkan untuk membantu pasien dalam mengatasi tekanan-tekanan ini ataupun tekanan dari prosedur lainnya. Misalnya, instruksi singkat mungkin perlu diberikan untuk mempersiapkan pasien tentang apa yang akan terjadi.

Informasi seperti apa yang mungkin dapat membantu pasien dalam situasi prosedur medis yang membuat tertekan? Seringkali, sebuah perbedaan dibuat di antara informasi prosedural (gambaran apa yang akan terjadi) dan informasi sensory (gambaran sensasi yang akan dirasakan).

Ulasan studi yang relevan menunjukkan bahwa walaupun prosedur persiapan lebih unggul daripada persiapan sensory dalam mengurangi efek negatif, pengaduan rasa sakit dan tekanan lainnya, prosedur gabungan antara keduanya tetap saja merupakan metode yang paling efektif (contoh., Suls dan Wan, 1989).

Disamping intervensi informasi, bukti-bukti mendukung penggunaan intervensi behavioral dalam beberapa situasi tertentu. Contohnya, *venipuncture* umum pada rangkaian perawatan kanker dan prosedur ini dapat cukup membuat anak kecil yang menderita kanker, perawat, serta keluarganya merasa cukup tertekan (Manne dkk., 1990). Manne dkk mengembangkan sebuah intervensi behavioral untuk mengurangi level tekanan yang diasosiasikan dengan prosedur ini. Komponen ini termasuk pengalihan perhatian (dengan menggunakan peniup), cara-cara bernafas, penguatan positif (misalnya mendapat stiker jika anak itu bekerjasama), dan pembinaan orang tua. Peneliti menemukan bahwa paket intervensi ini

benar-benar mengurangi tekanan perilaku anak, kecemasan orang tua dan penilaian orang tua akan rasa sakit anak. Menariknya, intervensi ini tidak mengurangi pengaduan rasa sakit anak.

Persiapan untuk Pembedahan/Operasi. Jumlah penelitian yang banyak telah dilakukan untuk mengembangkan persiapan psikologis untuk operasi. Serupa dengan metode yang digunakan untuk mempersiapkan pasien untuk prosedur dan pengujian medis, intervensi berisi (a)strategi relaksasi (b)informasi dasar mengenai prosedur yang digunakan (c) informasi mengenai pengalaman sensasi tubuh selama prosedur berlangsung dan (d) keterampilan “mengatasi” kognitif (Brannon dan Feist, 2004). Contohnya Wilson (1981) mengadakan studi yang terkontrol dimana disana diberikan latihan intensif relaksasi. Dalam sebuah sampel dari 700 pasien yang mengalami *cholecystectomy* (pembuangan bola empedu) atau *abdominal hysterectomy*, intervensi relaksasi ini tidak hanya mengurangi rawat inap namun juga mengembangkan laporan-diri dan data psikologis.

Teknik lain yang telah digunakan pada anak yang akan dioperasi. Ditemukan bahwa sebuah film yang menunjukkan *model coping* (model “mengatasi”) secara signifikan mengurangi reaksi emosional anak selama mereka di rumah sakit (Melamed dan Siegel,1975). Model film yang ditunjukkan itu berhasil dengan prosedur itu. Orang yang melihat film itu sebelum operasi lebih tidak cemas sebelum operasi mereka dan menunjukkan masalah perilaku yang lebih sedikit setelahnya. Secara umum, intervensi modeling yang paling efektif melibatkan model yang (a) yang mengalami prosedur yang sama dengan target (b) nampak cemas pada prosedur itu (c) berhasil “mengatasi” rasa cemasnya serta prosedurnya. (Brannon dan Feist,2004).

Penyesuaian dengan cara hidup

Walaupun ada strategi intervensi tadi, tetap saja banyak individu yang tidak menuruti intervensi program atau tidak memelihara perilaku baru mereka selama periode waktu yang signifikan. Diperkirakan bahwa angka ketidakpatuhan pada saran medis atau kesehatan kira-kira 50% (Brannon dan Feist, 2004). Strategi program yang benar-benar berhasil harus menciptakan kepatuhan dan pemeliharaan jangka panjang. Baik faktor perilaku maupun faktor psikologis keduanya harus dipertimbangkan.

Secara umum, prediksi kepatuhan pasien dapat dibagi kedalam empat kategori : sifat penyakit, karakter pribadi pasien, norma-norma budaya dan interaksi praktisi dan pasien (Brannon dan

Feist,2004). Tabel 17-2 merangkum temuan-temuan penelitian yang berkaitan dengan hubungan antara berbagai faktor dan kepatuhan pasien.

Metode instruksi dan edukasi belum berhasil dalam membantu meningkatkan kepatuhan/kerelaan pasien namun intervensi behavior terbukti lebih berhasil (Brannon dan Feist,20040. Dimateo dan Di Nicola (1982) merekomendasikan beberapa strategi untuk meningkatkan kerelaan pasien :

1. Penggunaan dorongan sebagai pengingat (misalnya, makan obat setelah setiap makan, sambungan telepon dari penyedia layanan).
2. Menyesuaikan cara perawatan dengan jadwal pasien dan cara hidupnya.
3. Menggunakan kontrak tertulis yang menjanjikan hadiah pada pasien yang patuh/rela dengan pedoman perawatan.

Psikologi Kesehatan : Prospek Masa untuk Depan

Psikologi kesehatan adalah bidang yang berkembang dan makin banyak psikolog yang memasukinya setiap tahun. Oleh karena itu, mungkin inilah saatnya bagi bidang ini untuk melihat dirinya sendiri dan memutuskan bagaimana cara terbaik untuk melatih psikolog kesehatan dan membangun program demi mencapai tujuan pelatihan (Bellar,1997;Travis, 2001). Pada bagian terakhir ini, kita mendiskusikan beberapa tren perawatan kesehatan, isu-isu pelatihan untuk masa depan psikologi kesehatan dan isu-isu penting dalam bidang psikologi kesehatan yang akan dibicarakan di masa depan.

TABEL 17-2 Rangkuman Temuan-Temuan Yang Berkaitan Dengan Sifat-Sifat Penyakit, Sifat Pribadi Pasien, Norma-norma Budaya, dan Faktor-faktor Interaksi Praktisi-Pasien terhadap Kepatuhan.

<i>Temuan-temuan</i>	
I. Sifat Penyakit	
A. Keparahan penyakit	
HIV	Tidak ada hubungannya
Kebutaan	Tidak ada hubungannya
Jika penyakit mengganggu aktifitas sehari-hari atau penampilan	Meningkatkan kepatuhan
Rasa sakit dengan penyakit	Meningkatkan kepatuhan
B. Efek samping obat	
Obat HIV yang tidak menyenangkan	Mengurangi kepatuhan

C. Prosedur perawatan yang rumit		
Jumlah dosis lebih dari tiga		Mengurangi kepatuhan
II. Faktor-faktor pribadi		
A. Umur yang meningkat		
Orang dewasa		
Berolahraga sampai 4 bulan		Meningkatkan kepatuhan
Berolahraga setelah empat bulan		Tidak ada hubungannya
Pemutaran film kanker		Hubungan kurvalinear
Pengobatan hipertensi		Meningkatkan kepatuhan
Pengobatan diabetes		Meningkatkan kepatuhan
Pengobatan jantung		Meningkatkan kepatuhan
Remaja		
Diabetes		Mengurangi kepatuhan
B. Gender		
Program olahraga	Tidak ada perbedaan untuk olahraga berbasis kelas	
	Wanita menunjukkan kepatuhan yang lebih pada latihan di rumah	
Makan makanan yang sehat		Wanita lebih patuh
Pengobatan penyakit mental		Wanita lebih patuh
C. Dukungan sosial		
Dukungan istri akan pola makan suami		Meningkatkan kepatuhan
Program hemodialisis		Meningkatkan kepatuhan
Pemeliharaan janji		Meningkatkan kepatuhan
D. Dukungan Emosional		
Pengobatan diabetes		Meningkatkan kepatuhan
Program jantung	Dukungan emosional prediksi yang lebih baik daripada pernikahan	
E. Faktor kepribadian		
Obsesif kompulsif		Meningkatkan kepatuhan
Kebencian klinis		Mengurangi kepatuhan
F. Faktor emosi		
Peristiwa hidup yang penuh tekanan		Mengurangi kepatuhan
Kecemasan		Mengurangi kepatuhan
G. Kepercayaan pribadi		
Penghindaran penanganan (coping)		
Pengendalian pribadi		
III. Norma-norma budaya		
A. Pasien diabetes dan hipertensi dalam kepercayaan Zimbabwe dan tabib tradisional		
		Mengurangi kepatuhan
B. Pasien orang latin		
Pengetahuan tabib budaya Spanyol		Meningkatkan kepatuhan
C. Stereotipe		
tabib Afrika Amerika		Mengurangi kepatuhan
pasien berpenghasilan rendah		Mengurangi kepatuhan

IV. Interaksi Praktisi dan Pasien

A. Komunikasi verbal

Kepercayaan pasien pada kompetensi tabib/dokter

Meningkatkan kepatuhan

Ketidakpedulian tabib

Mengurangi kepatuhan

B. Kualitas pribadi praktisi

Keramahan

Meningkatkan kepatuhan

Wanita

Dokter wanita memberikan informasi yang lebih

Sumber : Brannon & Feist (2004), Psikologi Kesehatan: Pengantar perilaku dan kesehatan (edisi kelima

hal.89-90. Pacific Grove, CA Brooks/Cole. Dicitak ulang dengan izin.

Tren Perawatan Kesehatan

Pada akhir 1997, 85% orang Amerika tergabung ke dalam beberapa jenis perawatan kesehatan yang teratur (Winslow, 1998). Dalam sistem perawatan yang teratur, mengetahui biaya menjadi prioritas utama. Pada bab sebelumnya, kita telah melihat pengaruh besar dari perawatan teratur dan yang ia berikan pada psikolog klinis. Pengaruh pada psikolog kesehatan bahkan akan jauh lebih besar karena para spesialis ini bekerja di pusat-pusat kesehatan atau dalam setting perawatan primer.

Psikolog kesehatan berdasarkan pelatihan mereka, lebih sesuai untuk memberikan intervensi yang akan membantu memotong biaya perawatan medis (Bellar & Feist, 2004). Saat bisnis dan industri menyadari biaya yang harus mereka tanggung dari pegawai yang kebiasaan dan cara hidupnya menyebabkan kemangkiran, inefisiensi dan pergantian, diperkirakan bahwa mereka akan menggunakan keterampilan psikolog kesehatan lebih sering.

Walaupun nampak pernah ada peningkatan kebutuhan psikolog klinis yang berspesialisasi pada pengobatan kesehatan atau perilaku, tetap harus diperhatikan bahwa saat ini nampaknya ada surplus pada profesional kesehatan mental. Contohnya, R.G. Frank dan Ross (1995) memperkirakan bahwa ada kira-kira 32,8 pekerja sosial, 22,8 psikolog, 13,1 psikiater dan 4,3 perawat psikiater untuk setiap 100.000 orang Amerika (total dari 73 profesional kesehatan mental per 100.000). Permasalahannya terletak pada tumpang tindihnya definisi/batasan masing-masing disiplin ilmu; semuanya mengklaim menilai dan merawat masalah yang sama. Saat tonggak ekonomi semakin tinggi, nampaknya definisi-diri disiplin-disiplin ilmu ini akan menggabungkan konsep dan isu yang pernah dianggap sebagai karakteristik pengobatan perilaku dan psikologi kesehatan. R.G Frank dan Ross (1995) meminta lebih banyak koordinasi tenaga kerja kesehatan yang terencana pada tingkat nasional.

Jelas bahwa menentukan dan menciptakan peran psikologis dalam perawatan kesehatan juga membutuhkan usaha menggambarkan kontribusi unik psikologi di tengah-tengah persediaan profesi-terkait dengan kesehatan yang lain... usaha untuk menciptakan batasan profesional yang jelas dan identitas di antara berbagai kelompok perawatan kesehatan, kelompok harus didasarkan pada dialog, koordinasi dan kerjasama untuk memastikan bahwa kebutuhan perawatan kesehatan populasi itu dipenuhi oleh profesional yang berkompeten, etis dan *qualified*.

Isu-isu training

Sumber daya psikolog kesehatan terus menjadi program psikologi klinis. Model-model ilmuwan praktisi dan ilmuwan klinis diadopsi oleh kebanyakan program psikologi klinis yang memungkinkan mereka untuk melatih ahli klinis sesuai dengan psikologi kesehatan. Sampai saat ini, tidak ada keahlian khusus psikologi lain yang memberikan kombinasi pengalaman akademik, ilmiah, profesional dan rumah sakit yang dibutuhkan untuk bekerja dalam seting medis. Namun demikian sub-keahlian psikologi yang lain juga direpresentasikan dengan baik dalam psikologi kesehatan. Banyak orang yang dikutip di bab ini adalah psikolog sosial, eksperimental dan fisiologis, bukan hanya psikolog klinis.

Untuk sebagian besarnya, psikologi kesehatan masih menjadi semacam tambahan sementara pada program doktoral dalam psikologi. Siswa yang memasuki program klinis, sosial atau eksperimental kemudian melakukan beberapa penelitian terspesialisasi (disamping pengalaman inti) atau mengambil satu atau dua praktikum dalam satu topik yang berhubungan dengan kesehatan. Mungkin hal ini ditambah dengan sebuah kedokteran junior dalam sebuah tempat perawatan kesehatan. Namun yang penting, pengalaman kesehatan dicantumkan pada program yang sudah ada pada psikologi klinis atau disiplin ilmu lain yang berkaitan.

Saat ini banyak orang yang menyebut psikologi kesehatan sebagai sebuah komponen standar pelatihan inti untuk semua psikolog profesional (contohnya., R.G. Frank dan Ross, 1995). Karena pentingnya isu-isu kesehatan dan perluasan batasan psikologi klinis dan profesional, pelatihan dalam wilayah seperti psikofarmakologi, neuropsikologi dan psikoneuroimunologi dianggap penting. Lebih jauh, psikolog kesehatan di masa depan harus dilatih hingga mereka mampu mendesain dan mengadakan studi untuk mengevaluasi *outcome* kesehatan secara empiris. Saat ini, beberapa program S1 psikologi klinis menawarkan “jalur”

dalam pengobatan perilaku atau psikologi kesehatan, namun ini lebih merupakan sebuah pengecualian daripada sebuah aturan. Dalam kasus manapun, rekomendasi kurikuler untuk pelatihan psikologi kesehatan terus ditawarkan. (Brannon dan Feist,2004). Beberapa website yang ditawarkan di akhir bab ini adalah titik awal yang baik untuk orang-orang yang tertarik dalam model dan kesempatan pelatihan untuk psikologi kesehatan.

Tantangan lain

Bidang baru lain yang muncul memiliki masalah dalam menentukan peran-peran anggotanya oleh karenanya psikologi kesehatan pun tidak terkecuali. Betahun-tahun yang lalu, S.E Taylor (1984) mengidentifikasi beberapa masalah ini.

Salah satu masalahnya yaitu ambiguitas peran. Tidak ada seorang pun yang benar-benar dipersiapkan untuk mengatakan apa yang harus dilakukan oleh seorang psikolog kesehatan-terutama dalam sebuah setting praktik. Psikolog kesehatan dapat menemukan dirinya benar-benar tanpa kolega psikologi atau model peran dalam setting kesehatan yang hanya menambah kebingungan mereka. Kedua, isu-isu status juga muncul. Dalam setting kesehatan, dokter benar-benar ada dalam puncak susunan. Kadang-kadang psikolog menikmati lebih sedikit status dalam sebuah pusat perawatan kesehatan daripada misalnya dalam sebuah setting akademis. Selain itu, psikolog dan ahli perawatan kesehatan mungkin memiliki tujuan yang berlawanan. Yang terakhir ini mungkin hanya tertarik pada mengidentifikasi cara-cara cepat membantu pasien. Psikolog mungkin menjadi lebih *tentative* (tidak yakin) dan kontemplatif saat memikirkan penelitian, model teori dan intervensi.

Sebagai salah satu cara mengidentifikasi identitas dan keberadaan mereka dalam setting yang secara tradisional didominasi oleh para dokter, psikolog kesehatan perlu mencatat keefektifan-biaya dari intervensi mereka (Brannon dan Feist,2004; Friedman, Sobel, Myers, Causill,&Benson, 1995). Di zaman reformasi perawatan kesehatan ini, perusahaan asuransi dan agen pemerintah dengan cermat menguji cara-cara untuk menurunkan biaya perawatan kesehatan. Berikut ini adalah intervensi yang berhasil dan efisien secara biaya yang dilakukan oleh orang-orang yang berspesialisasi di bidang psikologi kesehatan dan pengobatan perilaku, Friedman dkk. (1995) bertanya: Mengapa intervensi-intervensi ini tidak diintegrasikan ke sistem perawatan kesehatan kita yang lebih luas? Mereka menyatakan beberapa alasan :

1. Banyak data yang mendukung peran-peran psikologi kesehatan tidak diketahui oleh para dokter.
2. Asal mula biologis penyakit dan wabah yang telah ditekankan menyebabkan banyak orang melupakan manfaat yang ada dari penjelasan psikososial dan intervensi behavioral (perilaku).
3. Pasien mungkin menentang intervensi psikologi beserta penjelasannya.
4. Psikologi kesehatan klinis dan pengobatan perilaku masih dibingungkan dengan psikoterapi tradisional jangka panjang.

Jelas bahwa dokter, perusahaan asuransi, pemerintah federal dan masyarakat umum harus dididik tentang peran psikologi kesehatan, potensi keuangannya serta manfaat klinis dari intervensinya.

Tantangan lain bagi bidang ini adalah berkaitan dengan etnisitas dan kesehatan. Profil kesehatan ini (misalnya harapan hidup dan status kesehatan) dari berbagai populasi etnis minoritas di Amerika Serikat nampaknya berbeda-beda satu sama lainnya dan lebih banyak penelitian yang harus dilakukan tentang peningkatan kesehatan dan perilaku perusak kesehatan di antar anggota-anggota kelompok ini (N.B Anderson, 1995). Namun seperti yang Brannon dan Feist (2004) perhatikan, di AS seseorang tidak dapat menganggap etnisitas itu terpisah dengan faktor-faktor sosial, ekonomi dan pendidikan yang mempengaruhi kesehatan dan perawatan kesehatan. Ketidakberuntungan secara ekonomi dan pendidikan yang rendah juga diasosiasikan dengan *outcome* kesehatan yang lebih buruk dan dengan akses yang lebih rendah pada perawatan kesehatan yang memadai. Oleh sebab itu, penting untuk mempertimbangkan sejumlah faktor selain etnisitas saat mengevaluasi kesehatan dan kebutuhannya. (lihat contoh, kotak 17-2).

Merupakan hal yang mudah untuk terbawa oleh antusiasme yang diciptakan bidang menarik yang baru. Hal ini ada benarnya dalam setiap wilayah psikologi klinis sejauh ini. Namun demikian, masih ada *gap* antara janji pada bidang tersebut dan pelaksanaannya, karena ahli klinis berpengalaman manapun akan mengatakan kepada Anda bahwa sangatlah sulit untuk mengubah perilaku manusia untuk jangka panjang. Walaupun begitu, psikologi kesehatan tentu layak mendapatkan perhatian kita selain juga kewaspadaan kita (Keefe, Buffington, Studts, & Rumble, 2002). Banyak orang merasa optimis tentang masa depan psikologi kesehatan, karena permintaan yang mendesak akan perawatan kesehatannya yang meningkat. Pada kenyataannya,

bellar (1997), Keefe dkk (2002) dan lainnya percaya bahwa psikologi kesehatan secara unik menjadi keahlian khusus untuk para profesional klinis psikologi di abad 21.

KOTAK 17-2

Etnisitas dan Outcome Kanker

Sebuah pengujian dari angka kematian dan pengaruh kanker umum di antara kelompok etnik yang berbeda-beda menunjukkan sejumlah perbedaan yang menonjol (Meyerowitz, Richardson, Hudson, 1998). Secara umum orang Afrika Amerika memiliki angka kematian dan pengaruh yang paling tinggi dibandingkan yang lain, sementara orang latin, Cina Amerika, dan *native* Amerika memiliki angka yang paling rendah. Namun demikian, angka kematian dan pengaruh juga berbeda-beda secara gender, dan tempat anatomis kanker. Oleh karena itu, sulit untuk mendapatkan kesimpulan umum yang berfokus pada label etnik yang luas. Meyerowitz dkk (1998) memberikan kasus yang kuat untuk keluar dari kategori etnik dalam memahami angka kematian dan pengaruh kanker secara lebih baik.

Contohnya, mereka menemukan asosiasi signifikan antara etnisitas dan *cancer screening* (penunjukkan kanker), serta *follow up* harus dijelaskan oleh berbagai variabel seperti upah, pengetahuan tentang kanker dan prosedur *screening*, akses pada perawatan kesehatan dan rekomendasi dokter. Mereka melaporkan bahwa hubungan antara etnisitas dan kelangsungan hidup dapat dijelaskan dengan status sosioekonomi, pengetahuan akan kanker, dan perawatannya, akses perawatan yang cukup dan kepatuhan terhadap perawatan.

Temuan-temuan ini penting karena beberapa alasan. Pertama, karena mereka menunjukkan bahwa generalisasi luas mengenai etnisitas dan kesehatan mungkin menyesatkan karena hubungan antara etnisitas dan penyakit mungkin disebabkan oleh variabel lain yang diasosiasikan dengan etnisitas. Hal ini menerangkan bahwa peneliti harus menggali lebih dalam saat mereka menemukan perbedaan etnik untuk

memberikan penjelasan teori yang lebih baik demi kepentingan *outcome*. Kedua, variabel yang diidentifikasi oleh Meyerowitz dkk. (1998) lebih bermakna secara psikologis dan dapat ditunjukkan pada perawatan. Contohnya temuan mereka menjelaskan bahwa *screening* bebas serta *follow up*, informasi lebih tentang kanker dan prosedur *screening* juga akses pada perawatan kesehatan akan menyebabkan banyak individu berpartisipasi dalam *screening*,

yang dengannya akan meningkatkan kesempatan deteksi dini dan perawatan yang berhasil.

Rangkuman

Psikologi kesehatan adalah bidang khusus populer yang berisi kontribusi psikologi pada peningkatan kesehatan, pencegahan dan perawatan pada masalah kesehatan, dan pada sistem perawatan kesehatan. Kebanyakan psikolog kesehatan menganut model penyakit dan kesehatan biopsikososial, sebuah model yang menggabungkan model biomedis yang lebih tradisional dan model psikososial. Hubungan antar stress, gaya hidup dan perilaku kepribadian, dukungan sosial, serta kesehatan membentuk dasar-dasar bidang psikologi kesehatan. Proses stress memiliki pengaruh fisiologis, emosi, perilaku dan kognitif yang dapat membuat seseorang menjadi lebih rentan terhadap penyakit. Pemilihan perilaku dan gaya hidup juga dapat berpengaruh besar pada kesehatan. Selain itu kepribadian dan kemampuan “menangani” juga diasosiasikan dengan penyakit. Terakhir, dukungan sosial juga dapat mempengaruhi kerentanan seseorang.

Psikolog kesehatan menangani berbagai masalah melalui penilaian, intervensi, dan tindakan preventif. Kebanyakan intervensi bersifat behavioral atau kognitif-behavioral serta berisi teknik-teknik seperti *systematic desensitization*, *operant conditioning*, pelatihan inokulasi stress, serta *biofeedback*.

Intervensi spesifik untuk sakit kepala kronis, merokok, penyalahgunaan alkohol, obesitas menangani prosedur medis serta kepatuhan pada perawatan juga telah dibicarakan.

Prospek psikologi kesehatan nampaknya sangat cerah. Ada peningkatan kebutuhan pada intervensi yang lebih baik dan lebih efisien untuk memotong biaya perawatan kesehatan. Selain itu, data-data mendukung peran psikolog kesehatan di pusat perawatan kesehatan.

Kata-kata Kunci

pengobatan behavioral. Bidang penelitian, pendidikan dan praktik interdisipliner luas yang menggabungkan ilmu behavioral dengan disiplin ilmu kedokteran.

biofeedback. Serangkaian prosedur dimana pasien belajar untuk mengubah atau mengendalikan proses fisiologis tertentu. Biasanya, proses fisiologis yang diperlukan diawasi oleh seseorang dan informasi dikembalikan kepada pasien dalam bentuk isyarat audio, visual atau rabaan. Pasien kemudian mencoba mengubah sinyal itu (dan itu mengubah respon fisiologisnya) dengan menggunakan berbagai teknik.

model biopsikososial (biopsychososial model). Model teori yang menganggap bahwa penyakit dan kesehatan adalah sebuah fungsi dari pengaruh biologis (misalnya pengaruh genetik, kekurangan nutrisi), psikologis (misalnya emosi dan kognisi individu) dan sosial (misalnya teman, keluarga dan kejadian)

metode behavioral- kognitif. Teknik-teknik yang menekankan peran berfikir pada etiologi dan pemeliharaan masalah serta mencoba untuk mengubah pola pikir yang diyakini menyebabkan masalah seorang pasien. Beberapa perawatan behavioral-kognitif untuk stress atau masalah kesehatan lainnya nampak ada dalam daftar perawatan psikologi yang sah secara empiris.

contingency contracting (kontrak ketergantungan). Sebuah metode operant dimana terapis dan pasien membuat perjanjian formal yang menetapkan perilaku-perilaku tertentu yang diinginkan dan tidak diinginkan serta konsekwensinya jika melanggar atau mematuhi kontrak ini.

controlled drinking (pengendalian minum/minum yang terkontrol). Pendekatan yang kontroversial pada perawatan masalah alkohol. Klien diajarkan untuk mengawasi asupan alkohol mereka secara ketat dan mengembangkan respon “mengatasi” yang tidak melibatkan minum-minum (selain minum).

coping appraisal. Dalam teori motivasi, yaitu evaluasi kemampuan seseorang untuk menghindari atau mengatasi *outcome* negatif. Jika seseorang menyimpulkan bahwa seseorang tidak dapat

mengatasi secara efektif (dengan menahan diri dari perilaku yang tak diinginkan), seseorang akan memiliki kemungkinan lebih untuk terlibat dalam perilaku itu.

coping model (model mengatasi). Seseorang yang menunjukkan “mengatasi” yang efektif dalam situasi-situasi yang penuh tekanan (contohnya menyiapkan prosedur medis atau operasi). Mengamati atau memainkan film model semacam itu dapat berguna bagi individu yang akan mengalami prosedur yang serupa.

coronary heart disease (penyakit jantung koroner) Sebuah penyakit berupa kerusakan otot jantung dan disebabkan kurangnya supply darah.

extinction Eliminasi respon terkondisikan yang tak diinginkan dengan menciptakan situasi dimana stimulus yang terkondisikan tidak lagi diasosiasikan dengan stimulus lingkungan yang mula-mula menciptakan respon itu.

health behavior model (model perilaku sehat) Model teori yang menyatakan bahwa hubungan antara kecenderungan membenci dan kesehatan dimediasi oleh kinerja (atau kurangnya kinerja) perilaku sehat daripada oleh aspek fisiologis tekanan.

health psychology (psikologi kesehatan) Wilayah keahlian khusus di dalam psikologi yang mengaplikasikan alat-alat dari disiplin ilmu itu pada pencegahan penyakit, peningkatan dan pemeliharaan kesehatan, identifikasi hubungan penyakit dan sehat, perawatan individu dalam sistem perawatan kesehatan dan formulasi kebijakan perawatan kesehatan.

operant conditioning Prinsip-prinsip dimana perilaku yang dikuatkan cenderung terulang kembali, sementara perilaku yang tidak dikuatkan atau diberi hukuman cenderung berkurang frekwensinya.

prevention Dalam psikologi kesehatan, konsep bahwa dengan cara melakukan beberapa perilaku sederhana secara konsisten (misalnya berolahraga, menghindari rokok, menggunakan sabuk pengaman) orang dapat mengurangi resiko masalah kesehatan mereka secara dramatis dan dapat secara signifikan mengurangi biaya perawatan kesehatan.

procedural information (informasi prosedur) Gambaran tentang apa yang akan terjadi ketika seseorang mengalami prosedur pengobatan yang penuh tekanan.

protection motivation theory (teori motivasi perlindungan) Sebuah model perilaku sehat yang menempatkan perilaku sebagai fungsi dari *threat appraisal (penilaian ancaman)* dan *coping appraisal (penilaian penanganan)*.

psychophysiological reactivity model (model reaktifitas psikofisiologis) Model ini adalah salah satu hubungan antara kebencian dan kesehatan yang menempatkan bahwa individu yang berseteru mengalami peningkatan dalam detak jantung, tekanan darah dan hormon yang berkaitan dengan stress pada stressor yang potensial. Reaktifitas psikofisiologis yang meningkat dipercaya meningkatkan perkembangan penyakit arteri jantung dan gejala penyakit jantung koroner.

psychosocial vulnerability model (model kerentanan psikososial) model hubungan antara kebencian dan kesehatan ini menyatakan bahwa individu yang bermusuhan lebih mungkin mengalami lingkungan psikososial yang menegangkan karena mereka memiliki tingkat ketidakpercayaan yang lebih tinggi dan memindai lingkungannya akan perlakuan yang salah di masa depan.

pengobatan psikosomatis Sebuah bidang yang populer di tahun 1940 dan 1950 an yang didasarkan pada asumsi bahwa beberapa penyakit wabah disebabkan oleh faktor psikologis. Beberapa pengikutnya meyakini bahwa setiap penyakit psikosomatis sesuai dengan konflik bawah sadar tertentu yang mempengaruhi pasien pada penyakit tersebut.

Pencegahan kekambuhan (relapse prevention) Serangkaian strategi untuk mencegah kekambuhan, biasanya dalam konteks merawat perilaku kecanduan. Pasien diarahkan untuk mengantisipasi masalah –masalah dan diajarkan kemampuan menangani untuk mengarahkan jalan mereka melalui situasi-situasi ini tanpa terlibat dalam perilaku yang tidak diinginkan. Atau saat kambuh, pasien diajarkan cara-cara merespon untuk mencegah kambuh total.

relaksasi keadaan dimana kecemasan, tekanan dan kebangkitan fisiologis dalam keadaan rendah. Relaksasi dapat timbul dalam beberapa cara dan ia nampak efektif dalam perawatan sejumlah masalah-masalah kesehatan.

self efficacy (keberhasilan diri) Keyakinan seseorang tentang kapasitas diri mereka untuk mengendalikan atau meraih kontrol akan kejadian-kejadian yang mempengaruhi mereka. Konstruksi ini memainkan peranan besar dalam hampir semua model kognitif sosial perilaku yang sehat.

self-monitoring report (catatan pengawasan diri) Sebuah catatab yang sering digunakan dalam perawatan kognitif behavioral dimana individu mengawasi terjadinya respon emosional tertentu termasuk situasi yang menimbulkannya, kekuatan emosi, reaksi fisik atau perilaku manapun dan proses berfikir mereka pada waktu tersebut. Dengan menguji data yang terkumpul, terapis dapat

menarik hubungan antara situasi tertentu dengan pikiran, perasaan dan perilaku pasien serta mungkin pada akhirnya menyesuaikan intervensi perawatan tertentu.

informasi sensory Gambaran sensasi yang akan dihadapi ketika seseorang mengalami prosedur pengobatan yang menegangkan.

dukungan sosial Jumlah dan kualitas hubungan sosial seseorang. Beberapa studi telah menunjukkan bahwa dukungan sosial diasosiasikan secara positif dengan *outcome* kesehatan yang lebih baik.

stress Sebuah proses yang melibatkan kejadian lingkungan (stressor), penilaian oleh individu tersebut (apakah mengancam atau menantang?), berbagai respon makhluk (fisiologi, emosi, kognisi dan perilaku), serta reevaluasi yang terjadi sebagai hasil daripada respon-respon ini serta perubahan-perubahan pada stressornya.

sistem syaraf simpati (sympathetic nervous system) Adalah porsi sistem syaraf yang bertanggungjawab dalam menggerakkan tubuh dalam situasi gawat darurat. Aktifasi simpati yang berlangsung lama dapat memberikan pengaruh pada organ-orga tubuh, fungsi mental dan sistem imun.

systematic desensitization metode respon untuk mengurangi kecemasan dimana pasien mempraktikkan relaksasi saat memvisualisasikansituasi yang membangkitkan kecemasan dengan intensitas tinggi. Teknik ini didasarkan pada prinsip bahwa seseorang tidak dapat merasa rileks dan cemas sekaligus.

threat appraisal (penilaian ancaman) Dalam teori motivasi perlindungan, ia adalah evaluasi faktor-faktor negatif (seperti potensi bahaya) yang mempengaruhi kemungkinan terlibat dalam sebuah perilaku. Jika seseorang menyimpulkan bahwa hanya ada sedikit ancaman pada seseorang, maka ia kemungkinan besar akan terlibat dengan perilaku itu.

model transaksi tekanan (transactional model of stress) Sebuah model yang memandang stress sebagai sebuah proses yang melibatkan kejadian lingkungan, penilaiannya (mengancam atau ramah)oleh individu, respon perilaku, kognitif, emosional serta fisiologis pada kejadian, serta penilaian kembali pada kejadian yang terjadi kedua kali pada respon seseorang serta perubahannya pada stressor.

pola perilaku jenis A pola kepribadian yang diasosiasikan dengan resiko tinggi penyakit jantung koroner. Diantara yang lainnya, individu tipe A menunjukkan rasa desakan yang kuat, bekerja melampaui kemampuan walaupun tidak ada batas waktu (deadline) dan menjadi agresif dan bermusuhan ketika frustrasi serta termotivasi untuk menguasai lingkungan mereka dan memegang kendali.