PSIKOLOGI SOSIAL DAN PERAWATAN KESEHATAN

Yohanes Budiarto
Dosen Fakultas Psikologi, Universitas INDONUSA Esa Unggul, Jakarta
yohanes.budiarto@indonusa.ac.id

ABSTRACT

Social psychology has become deeply involved in promoting good health, preventing and treating illness, and improving healthcare system. Many neglected social psychological concepts now need to reconsider to be applied within health care issues. The role theory, social support, sick role, personal control, communication and interaction model are needed to revisit.

Keywords: *Health care, role , social support, sick role, personal control, communication and interaction model*

Pendahuluan

Dr. Ed Rosenbaum ialah seorang dokter kepala di bagian spesialis penyakit dalam dan reumatik. Kedokteran merupakan bidang yang paling diobsesikan dalam keluarga besarnya. Suatu hari ia mengalami sakit tenggorokan yang agak lama. Setelah beberapa lama, ia menceritakan permasalahannya kepada kerabat di bidangnya. Rekannya tersebut melakukan diagnosa singkat dan menyatakan bahwa keadaan tersebut tidak berbahaya. Setelah beberapa tahun ke depan, rekannya mulai memeriksa keadaannya, lengkap dengan tes alergi dan sesuatu yang psikologis. Akhirnya, diputuskan bahwa dr Ed harus menjalani biopsi. Sekarang telah terjadi pertukaran peran. Ia bukan lagi seorang dokter namun seorang pasien yang tidak berdaya, berada di atas kursi roda dan menggunakan seragam pasien. Suatu hari ia diminta untuk mengambil kartu identitas yang baru yang akan disesuaikan ke dalam sistem komputer rumah sakit. Ia menerima kartu identitas barunya, lengkap dengan namanya namun tidak dilengkapi gelar dokternya. Akhirnya apa yang dicemaskan pun terjadi. Ia menderita kanker saluran pernafasan. Ia pun harus menerima perawatan dengan sinar radiasi, yang menurutnya memiliki tingkat keberhasilan 85%. Kini ia menyadari bahwa memberi resep atau perlakuan kepada pasien, berbeda dengan menerimanya. Suatu hari ketika ia siap untuk meninggalkan rumah sakit seorang dokter menyuruhnya untuk tetap tingal dulu sejenak. Ketika ia mempunyai pertanyaan yang penting untuk ditanyakan, ia harus menunggu terlebih dahulu hingga 4 jam lamanya dan kemudian mendapat kabar bahwa dokter yang merawatnya terlalu sibuk untuk menemuinya. Ia kemudian dijadwalkan untuk bertemu minggu depan. Seminggu telah berlalu ternyata ia hanya ditemui seorang asisten dokter yang dikatakan memiliki keahlian yang sama dengan dokter yang merawatnya. Ilustrasi di atas menggambarkan peran pasien dan dokter yang sangat baik.

Psikologi telah cukup dalam terlibat dalam mempromosikan kesehatan, perawatan dan pencegahan penyakit, dan juga meningkatkan sistem perawatan kesehatan (Matarazzo, 1980). Psikologi sosial menurut Allport (dalam Franzoi, 2005) merupakan disiplin ilmu yang berusaha untuk memahami bagaimana pikiran, perasaan, dan perilaku individu dipengaruhi oleh kehadiran orang lain yang nyata, dibayangkan atau tidak langsung. Psikologi sosial dapat memainkan peranannya dalam bidang kesehatan seperti mengaplikasikan prinsip-prinsip persuasi untuk mempengaruhi orang lain berhenti merokok, mempelajari bentuk komunikasi antara dokter dan pasiennya, dan juga menelaah bagaimana hubungan interpersonal dapat mempengaruhi kesehatan dan proses penyembuhan seseorang.

Tulisan ini akan menyajikan kontribusi psikologi sosial dalam perawatan kesehatan. Bagian pertama akan membahas dua faktor psikologi sosial yang berkaitan dengan etiologi (penyebab) penyakit dan proses kesembuhan dari suatu penyakit: gender dan hubungan antara stres dan dukungan sosial. Selanjutnya diskusi berkembang ke arah makna sakit yang dijelaskan

sebagai suatu peran sosial. Diskusi ditutup dengan melihat hubungan antara dokter dengan pasiennya yang menekankan pada pemberdayaan pasien.

Tunjauan Teori

Setiap orang tentunya menghendaki untuk hidup lama dan sehat. Namun, harapan hidup ternyata tidak berdistribusi secara normal dalam masyarakat; sebagai contoh, pada tahun 1988 harapan hidup di Amerika Serikat bagi kulit putih berkisar pada angka 75,6 tahun namun hanya 64,9 tahun bagi orang Amerika keturunan Afrika. Status sosial ekonomi juga merupakan faktor penentu yang sangat kuat bagi kesehatan dan penyakit dan perbedaan ini muncul pada semua level kelas sosial; yakni, mereka yang tergolong sangat kaya menikmati kesehatan yang lebih baik daripada mereka yang berada di kelas menengah, dan mereka yang miskin memiliki harapan hidup terendah (Adler et al., 1994). Dalam bagian ini akan didiskusikan dua fakta sosial yang sangat kontradiktif yaitu perempuan cenderung untuk memiliki harapan hidup lebih lama dari pada laki-laki namun mereka mengalami lebih banyak permasalahan kesehatan.

Perempuan di negara maju memiliki rata-rata kelebihan usia tujuh tahun lebih lama daripada laki-laki (Wingard, dalam Sadava dan McCreary, 1997). Salah satu faktor penentunya ialah menurunnya tingkat kematian perempuan akibat kehamilan dan melahirkan secara signifikan (Waldron, dalam Sadava dan McCreary, 1997).

Mengapa hal ini muncul sebagai fakta yang benar? Pada bagian tertentu, hal ini berkaitan dengan perilaku. Laki-laki memiliki kecenderungan paling sedikit dua kali dari perempuan untuk mengalami kanker paru-paru, sirosis hati, sakit jantung, kekerasan, bunuh diri atau kecelakaan. Data yang lain menunjukkan bahwa laki-laki lebih memiliki kecenderungan untuk terlibat dalam perilaku yang membahayakan dirinya seperti merokok, minum minuman beralkohol tinggi dan beragam perilaku beresiko lainnya (Harrison, dalam Sadava dan McCreary, 1997). Di luar perbedaan perilaku sosial ini, faktor biologis juga turut berperan dalam melindungi perempuan dari resiko terserang beberapa penyakit seperti misalnya hormon estrogen yang ternyata mampu menjadi pelindung bagi timbulnya penyakit infeksi saluran pernafasan.

Namun demikian, terlepas dari lebih tingginya harapan hidup perempuan, ternyata perempuan memiliki kecederungan memiliki tingkat penyakit fisik yang lebih tinggi dari pada laki-laki, frekuensi yang lebih tinggi dalam berkonsultasi dengan dokter dan penggunaan obat-obatan bebas atau sesuai resep dokter (Verbrugge, 1989). Paling tidak ada lima alasan mengapa perempuan memiliki kecenderungan untuk sakit: (a) perbedaan biologis yang berdasarkan hormon dan gen yang menyebabkan perempuan lebih rentan terhadap beberapa jenis penyakit tertentu; (b) aspek psiko-sosial kesehatan yang dalam hal-hal tertentu mempengaruhi laki-laki dan perempuan dalam mempersepsi dan bereaksi terhadap gejala-gejala suatu penyakit dan perawatannya; (c) perilaku melaporkan kesehatan yang meliputi fakta bahwa perempuan cenderung untuk lebih terbuka dalam menceritakan masalah kesehatannya terhadap teman, keluarga, dan dokter; (d) perempuan lebih cenderung untuk patuh dan konsisten dalam menggunakan obat-obatan dalam jangka waktu yang panjang sehingga dampaknya baru akan terlihat di masa mendatang. Sebagai contoh di Amerika Serikat, lebih dari 70% anti depresan diresepkan bagi perempuan dan 66% prosedur operasi banyak dilakukan pada perempuan (Rodin & Ikovicks, 1990).

Lebih dari 90 tahun yang lalu, Durkeim (1897-1951) menggambarkan bahwa kemunculan masyarakat industri dan teknologi telah membawa manusia kehilangan integrasi sosial seperti misalnya mulai pudarnya ikatan antara individu dan keluarga besarnya, dengan komunitasnya bahkan intitusi keagamaannya. Oleh karena itu tidaklah heran apabila hal-hal tersebut menjadi penyebab terjadinya bunuh diri. *Social support* merupakan faktor yang memainkan peranan penting dalam morbiditas (penyakit) dan mortalitas (kematian). Kaplan dan kawan-kawan (1989) menyatakan bahwa individu yang berada dalam situasi dukungan sosial yang rendah dan terjadi secara menerus akan berada pada resiko buruknya kesehatan. Hal yang lebih buruk akan terjadi ketika kondisi seperti itu disertai dengan keadaan yang sangat tertekan (Ruberman, dkk., 1984).

Beberapa hasil studi menyatakan bahwa tingkat dukungan sosial juga berpengaruh terha-

dap kesehatan dan proses penyembuhan seseorang. Sebagai contoh orang yang memiliki pasangan hidup lebih cederung untuk lebih sedikit mengalami proses pengobatan dan lebih cepat sembuh dari operasi yang telah dijalaninya (Kuli dan Maher, dalam Sadava dan McCreary, 1997). Rendahnya dukungan sosial ternyata berhubungan dengan tingginya tingkat kematian dan lebih lamanya proses kesembuhan pasien jantung. Studi yang lain juga menemukan bahwa proses penyembuhan penyakit jantung koroner dipercepat dengan adanya dukungan sosial, yang dalam hal ini ditunjukkan dengan rendahnya tingkat kesepian pasien (Fontana, et al. dalam Sadava dan McCreary, 1997).

Para psikolog telah berupaya untuk mendefinisikan apa arti dari sakit secara sosial. Sakit ternyata tidak hanya berkaitan dengan fisik belaka karena sakit berkaitan dengan skema peran. Skema peran sakit berhubungan dengan serangkaian harapan dan gambaran dengan keadaan sakit.

Bagi kebanyakan orang, sakit diawali oleh pengenalan akan adanya gejala-gejala akan sesuatu yang menyimpang dari biasanya dalam tubuh. Ketika gejala tersebut dapat diperhatikan dengan baik orang cenderung untuk memperoleh penjelasan-penjelasan. Seringkali gejala-gejala yang muncul di persepsi secara salah (*misattribution*). Gejala berat tubuh yang meningkat drastis seringkali di atribusikan dengan efek samping pengobatan atau masalah metabolisme. Padahal bisa jadi hal tersebut disebabkan oleh keadaan depresi.

Kesehatan dan proses kesembuhan seseorang sangat dipengaruhi oleh kontrol diri individu itu sendiri. Konsep kontrol diri menyatakan bahwa peristiwa-peristiwa dalam kehidupan seseorang sangat tergantung oleh tindakan individu itu sendiri. Kiecolt dan Glaser (1990) menyatakan bahwa kontrol diri sangat berhubungan dengan sel-sel pembunuh (komponen dalam sistem kekebalan tubuh).

Studi-studi telah membuktikan bahwa perasaan kontrol diri berhubungan dengan proses kesembuhan dan penyesuaian diri pasien-pasien penderita kanker payudara (Taylor, dkk., 1984; arthritis, Nicassio, et al., 1985; dan sakit jantung, Michela, 1986 dalam Sadava dan McCreary). Namun demikian, karena studi tersebut hanya dilaksanakan satu kali, maka tidak mungkin dapat diambil kesimpulan ilmiah bahwa kontrol diri berhubungan dengan proses penyembuhan penyakit-penyakit tersebut di atas.

Nelson dan Mc Lemore (1988) melaporkan bahwa rata-rata perawatan medis berlangsung sekitar dua puluh menit. Banyak yang diharapkan dalam waktu yang relatif singkat tersebut: Dokter diharapkan mampu menciptakan hubungan (*rapport*) dengan pasien; memberikan informasi yang cukup tentang gejala penyakit pasien; melakukan pemeriksaan fisik yang tepat; memerintahkan tes diagnostik; dan mendiskusikan alternatif perawatan. Penelitian telah membuktikan bahwa *partnership building* yang dilakukan kaum medis berhubungan dengan kepuasan pasien yang lebih besar, pemahaman informasi yang lebih baik, dan kepatuhan yag lebih besar atas rekomendasi medis yang dilakukan (Hall, Roter, & Katz, 1998).

Peran gender membuktikan bahwa ada perbedaan perilaku antara laki-laki dan perempuan berkaitan dengan perawatan kesehatan. Lebih banyak kaum perempuan yang masuk ke sekolah perawat daripada laki-laki (Lewis, dalam Sadava dan McCreary, 1997). Pasien perempuan juga cenderung untuk lebih menerima informasi yang lebih banyak dan lebih jelas daripada pasien laki-laki (Waitzkin, 2002). Stewart (dalam Sadava dan McCreary, 1997) menjelaskan lebih lanjut bahwa pasien perempuan cenderung untuk lebih mampu mengekspresikan apa yang dirasakannya. Secara umum perempuan cenderung lebih cakap dalam keterampilan berkomunikasi sehingga tidak mengherankan apabila kepuasan lebih dirasakan oleh kaum perempuan dari pada laki-laki.

Di lain pihak dokter perempuan cenderung untuk menggunakan waktu konsultasi yang lebih lama dengan pasiennya, terlebih terhadap pasien perempuan (Roter et al., 1998). Hall dan kawan-kawan (1998) mendapatkan bahwa dokter perempuan cenderung untuk lebih menyukai pasiennya bila pasien tersebut menderita sakit yang tidak terlalu serius, puas dengan perawatan yang diberikan dan tentunya pasien laki-laki.

Pembahasan

Kelompok pendukung telah menjadi komponen umum dari perawatan bagi berbagai penyakit seperti jantung, kanker dan skoliosis. Para psikolog sosial akhirnya mendesain kelompok pendukung dengan tujuan tertentu seperti

kelompok yang bertujuan membangkitkan emosi secara mutualisme dan kelompok yang dapat memberikan dukungan-dukungan praktis; kelompok yang lainnya memfokuskan pada bidang khusus seperti melatih keterampilan pasien dalam menghadapi masalah, melatih ketangguhan mental pasien (adversitas), relaksasi, dan melibatan pasien dalam aktivitas-aktivitas ringan yang menyenangkan.

Meskipun kelompok pendukung sangat bermanfaat bagi proses kesembuhan pasien namun ada beberapa perilaku orang yang sebaliknya justru begitu menikmati keadaan sakitnya. Hal ini yang akan dibahas dalam pembahasan selanjutnya.

Berkaitan dengan peran sakit, orang yang sakit memiliki peran sosial yang berbeda (Parsons, 1951). Sebagai contoh, seorang dewasa diharapkan untuk mandiri, mampu mengurus diri sendiri dan mampu melakukan kewajiban-kewajiban sosialnya. Namun ketika orang tersebut sakit ia diijinkan secara sementara untk menjadi dependen kepada orang lain dan diijinkan untuk bebas dari kewajiban-kewajiban sosialnya. Secara khusus, Parsons membagi dua hak dan dua tugas dalam peran sakit. Seeorang memiliki (a) hak untuk bebas dari peran sosial yang normal, (b) hak untuk tidak bertanggung jawab atas tidak berlangsungnya peran sosial yang normal, (c) kewajiban untuk berusaha sembuh, (d) kewajiban untuk bekerja sama dengan perawat kesehatan yang kompeten.

Meskipun sakit merupakan keadaan yang tidak menyenangkan, namun sakit memiliki beberapa keuntungan bagi yang mengalaminya: menghindari tanggung jawab, memperoleh perawatan, simpati, dan memungkinkan kita untuk bergantung kepada orag lain. Moss (1986) menyatakan bahwa orang dewasa yang seringkali menggunakan keuntungan "sakit" ternyata cenderung memiliki pengalaman masa kecil yang memiliki penguatan untuk menjadi sakit dan juga belajar dari orang tuanya yang sering mempraktekan keuntungan "sakit".

Konsep peran sakit ternyata tidak dapat diterapkan pada pasien yang mengalami sakit terminal atau kronis, yang sangat sukar untuk disembuhkan. Pasien seringkali menolak untuk melakukan pengobatan dengan baik karena merasa sudah tidak ada harapan lagi. Thompson dan kawan-kawan (1989) menyatakan bahwa orang yang menderita penyakit terminal biasanya lebih depresi ketika memperoleh perawatan dan perhatian yang berlebihan.

Berikut ini akan dibahas dua penyakit yang sangat membahayakan kehidupan penderitanya dalam kaitannya dengan peran sakit: AIDS dan kanker.

Sepanjang sejarah, reaksi publik terhadap terhadap epidemi tidak selalu dikarakteristikan dengan rasionalitas dan empati (Conrad, 1986). Orang yang hidup dengan AIDS selalu mendapatkan dirinya dalam isolasi sosial dan kurangnya dukungan sosial karena ketakutan orang lain akan tertular olehnya. Eksperimen yang dilakukan oleh Cohn dan Switz (dalam Sadava dan McCreary, 1997) mendapatkan bahwa secara sosial orang akan menjauh apabila ia mengetahui bahwa ada penderita AIDS di dekatnya. Bahkan Winslow et al. (1999) mendapatkan bahwa orang akhirnya takut dan menjauhi orang-orang yang homoseks karena diasosiasikan dengan AIDS (homophobia). Akhirnya sangatlah jelas bahwa sakit karena AIDS tidak berkonsekuensi sama dengan sakit lainnya dalam kaitannya dengan peran sakit..

Dakoff dan Taylor (2000) mengidentifikasi adanya lima pola *coping* dengan kanker: (a) *cognitive escape-avoidance* (harapan bagi mukjijat), (b) *behavioral escape-avoidance* (mencoba untuk merasa lebih baik dengan makan, minum, merokok, atau menggunakan obat), (c) *distancing* (membuat seolah tidak terjadi hal yang buruk padanya), (d) *focus on the positive* (mencari kepercayaan baru, menemukan kembali apa yang penting dalam hidup ini), (e) *seek and use social support* (bertanya tentang informasi/kabar, curhat). Banyak pasien kanker yang menyadari bahwa dirinya terisolasi dan dijauhi orang lain. Oleh karena itu seringkali penyandang kanker menggunakan berbagai cara untuk memperoleh perhatian orang lain melalui misalnya membesar-besarkan rasa sakit mereka

Berkaitan dengan kontrol diri, ditemukan beberapa fakta pendukung seperti berikut ini. Janis (dalam Sadava dan McCreary, 1997) menyatakan bahwa mekanisme kecemasan pasien dapat mempengaruhi proses kecepatan kesembuhan pasca operasi. Melalui studi klasiknya, ditemukan bahwa pasien yang secara realistis telah memiliki informasi yang nyata tentang apa yang akan terjadi pasca operasi memiliki pengalaman proses kesembuhan yang

sangat baik. Mereka yang secara berlebihan merasa takut akan apa yang akan terjadi pasca operasi mengalami proses kesembuhan yang agak lama. Sementara mereka yang merasa acuh tak acuh atau santai terhadap operasi yang akan dijalaninya justru mengalami masa-masa tersulit pasca operasi. Dapat disimpulkan bahwa kecemasan yang berdasarkan harapan-harapan realistik sangatlah penting dalam penyembuhan pasca operasi. Namun demikian kiranya perlu dilakukan studi-studi yang membahas faktor-faktor personal dan situasional apa saja yang turut memediasi dampak dari kontrol realistik terhadap proses kesembuhan. Hal tersebut perlu diperhatikan mengingat ketika pasien memiliki penyakit terminal atau kronis, seringkali kontrol diri tidak mampu mempengaruhi hasil dari pengobatan yang dilakukan.

Sementara itu, permasalahan interaksi antara dokter dan pasien dapat dipecahkan dengan teori akomodasi percakapan *interpersonal*. *Speech maintenance* muncul ketika kedua pihak berbicara seperti apa adanya, tidak memperhatian pola bicara antar kedua pihak. *Speech divergence* terjadi ketika salah satu pihak mendominasi percakapan yang mengakibatkan adanya perbedaan sosial. *Speech convergence* terjadi ketika salah satu pihak berusaha untuk menyelaraskan pola bicara partner interaksinya. Pola ini berusaha sedemikian rupa untuk meminimalkan perbedaan sosial dan mempertahankan sosial harmoni antar kedua pihak.

Pola komunikasi yang lebih jelas lagi membedakan hubungan antara pasien dan dokter ialah *doctor-centered* dan *patient-centered*. Komunikasi *doctor-centered* berisikan pertanyaan-pertanyaan terstruktur yang sederhana dan ditujukan untuk dengan cepat mendiagnosis dengan tepat keadaan pasien. Sementara itu *patient-centered* menekankan pada strategi pertanyaan terbuka (*open-ended questions*) kepada pasien. Pasien memiliki kebebasan untuk menjelaskan permasalahan yang dihadapi dengan kata-kata yang dirangkai sendiri. Pendekatan yang terakhir sangat memfasilitasi tercapainya informasi penyakit dan perawatan yang sangat ingin diketahui pasien. Dokter akan lebih baik dalam mendiagnosis penyakit dan pasien merasa puas dengan proses komunikasi yang ada.

Hubungan antara dokter dan pasien juga dapat menciptakan harapan positif akan pengobatan yang dilakukan. Konsep *placebo effect* sekiranya dapat menjelaskan fenomena ini. Banyak proses medikasi yang berhasil karena di dalamnya terdapat fondasi *placebo*. Meskipun konsep *plcebo effect* dijelaskan sebagai mobilisasi harapan, kekuatan sugesti dan *self-fulfilling prophecy*, namun diyakini bahwa kesemuanya terletak pada komunikasi antara pasien dan dokternya. Tidak dapat disangkal bahwa pasien dan dokter yang tidak saling percaya satu sama lainnya akan mengalami proses perawatan yang tidak efektif

Dari ilustrasi di muka telah disinggung bahwa Dr. Rosenbaum menyadari bahwa memberi resep adalah berbeda dengan menerima resep. Sebagai pasien, ia diharapkan untuk mengikuti apa yang telah direkomendasikan. Hal ini berkaitan dengan skema peran sakit yang memiliki dua peran yaitu dokter dan pasien. Dapat dikatakan bahwa persuasi dan kepatuhan merupakan konsep psikologi sosial yang diterapkan dalam *setting* medis.

Banyak ditemukan bahwa pasien tidak mampu untuk mematuhi anjuran medis dari dokter (Becker, dalam Sadava dan McCreary, 1997). Hal ini diperburuk dengan banyaknya dokter yang menganggampangkan permasalahan ini. Telah tercatat bahwa ketidakpatuhan pasien terhadap rekomendasi dokter mencapai rentang 20%-30% untuk penggunaan antibiotik; lebih dari 40% pasien yang tidak melakukan tindakan pencegahan; dan lebih dari 50% pasien yang tidak mau mengadakan perubahan gaya hidup. Perilaku tida patuh (*non compliance*) ini banyak dijumpai pada pasien kronis dan pasien yang dianjurkan merubah gaya hidup seperti: diet, berhenti merokok dan melakukan olah raga ringan.

Kebanyakan penelitian *non compliance* terhadap rezim medis berkaitan dengan hipertensi. Kita semua tahu bahwa tekanan darah tinggi sangat membahayakan bagi penderitanya. Namun demikian, banyak pasien yang menolak untuk melakukan *treatment* dengan anti hipertensi dengan berbagai alasan dampak sampingnya misalnya disfungsi ereksi. Becker dan Friedman (dalam Sadava dan McCreary, 1997) menyebut hal tersebut sebagai *rational noncompliance*.

Prinsip-prinsip psikologi sosial sekiranya dapat membantu individu untuk lebih baik dalam memahami proses kepatuhan (Cialdini et al.,

1999). Beberapa prinsip psikologi sosial yang dapat dipertimbangkan secara praktis oleh kaum medis antara lain:

a. Orang cenderung untuk memiliki konsistensi dalam sikap dan tindakannya. Secara khusus, suatu tindakan cenderung untuk menimbulkan perasaan komitmen bagi tindakan di masa mendatang yang konsisten dengan tindakan pertamanya. Freedman dan Fraser (dalam Baron dan Byrne, 2004)) mendapatkan bahwa seseorang yang mematuhi permintaan kecil, cenderung untuk mematuhi permintaan yang lebih besar di masa mendatang. Konsep ini dikenal dengan teknik *foot-in-the-door*. Profesional dalam kesehatan tentunya dapat menerapkan teknik ini dengan pertama kali merekomendasikan perubahan perilaku yang kecil terlebih dahulu sebelum memasuki perubahan gaya hidup yang lebih besar lagi.
b. Orang cenderung untuk membenarkan pilihan sikap dan tindakan mereka dengan cara membandingkan dirinya dengan orang lain dalam situasi yang sama. Para profesional kesehatan tentunya dapat menggunakan konsep *social comparison process* ini melalui misalnya mempublikasikan perubahan perilaku yang diharapkan seperti misalnya menurunnya jumlah perokok pada kelompok tertentu dalam suatu masyarakat.
c. Rekomendasi lebih mungkin dipatuhi ketika berasal dari sumber yang dapat dipercaya. Dokter pada umumnya dipersepsi sebagai sumber yang dapat dipercaya terlebih bila ia berpengalaman.

Kesimpulan

Pendekatan multi interdispliner terhadap suatu objek sosial merupakan suatu "kebijakan" yang harus dipertimbangkan kalangan akademisi dan praktisi. Terlebih hal-hal yang bersifat psikologis seperti perilaku individu tentunya harus mempertimbangkan aspek-aspek dasar psikoogis pembentuk perilaku. Dalam dunia terapan medis, psikologi dapat memberikan kontribusinya seperti apa yang telah dibahas di atas.

Secara khusus Psikologi Sosial berusaha memberikan *insight* literal dan praktis pada praktek dunia medis seperti misalnya: konstruksi perilaku gender, dukungan sosial, interaksi dokter dan pasien yang melibatkan konsep peran, peningkatan keefektifan komunikasi dan strategi kepatuhan pada "regim" medis.

Daftar Pustaka

Adler, N.E., Boyce, T., Chesney, M.A, *"Socioeconomic status and health: the challenge of gradient", American Psychologist, 49. 15-24*, 1994.

Cialdini, R.B., Wosinska, W., Barrett, D.W., Butner, J. & Gornik-Durose, M, *"Compliance with a request in two cultures: The differential influence of social proof and commitment/consistency on collectivists and individualists", Personality and Social Psychology Bulletin*. 25, 1242-1253, 1999.

DiMatteo, M.R., & DiNicola, D.D, *"Achieving patient compliance"*, Pergamon, New York, 2002.

Dakoff, G.A. and Taylor, *"Patient's perception of social support: What is helpful from whom?", Journal of Personality and Social Psychology*. 58, 80-90, 2000.

Hall, J.A., Rotter, D.L., and Katz, *"Metaanalysis of correlates of provider behaviour in medical encounters", Medic Care*, 1998.

Hall, J.A., Epstein, A.M., & Mc Neil, B.J, *"Physicians liking for their patients: More evidence of the role of affect in medical care", Health Psychology*, 12, 140-146, 1998.

Kiecolt-Glaser, J.K. & Glasser, R, *"Behavioral influences on immune function: Evidence for the interplay between stress and health"*, In T. Field, P. McCade, & A. Shneiderman (Eds.) *Stress and coping*. (Vol.2, pp 189-206). Hillsdale, NJ Lawrence Elrbaum Associates, 1990.

Sadava, S.W., & McCreary, *"Applied Social Psychology"*, Upper Saddle River, Prentice Hall, New York, 1997.

Verbrugge, L.M, *"The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health*

and mortality", Journal of Health and Social Behavior, 30, 282-304, 1989.

Waitzkin, H, "*Information giving in medical care", Journal of health and social behavior*. 26, 81-101, 2002.

Winslow, R.W., Rumbault, R.G., & Hwang J, *"AIDS, FRAIDS and quarrantine, Students' responses to pro-quantine initiative in California", Journal of Applied Social Psychology, 19, 1453-1478*, 1999.