

Pertimbangan-pertimbangan dalam Intervensi Konseling Rehabilitasi

Oleh Didi Tarsidi

Masing-masing orang adalah individu yang unik dengan minat, nilai-nilai, dan pengalaman yang berbeda-beda. Kecacatan yang diperolehnya tidak mengubah keunikan ini, dan kecacatannya itu tidak juga menjadi satu-satunya karakteristik yang membedakannya dari individu-individu lain; kecacatan hanya menjadi satu atribut tambahan baginya. Oleh karenanya, kita harus sangat berhati-hati dalam menggeneralisasikan orang berdasarkan kecacatannya. Akan tetapi, mungkin terdapat kesamaan pengalaman di kalangan para penyandang cacat pada umumnya, dan mungkin juga terdapat kesamaan pengalaman di kalangan individu yang menyandang kategori kecacatan yang sama (fisik, sensori, kognitif). Kesamaan pengalaman tersebut dapat dipergunakan sebagai dasar bagi konselor rehabilitasi untuk melakukan intervensi. Makalah ini mendeskripsikan pertimbangan-pertimbangan dalam intervensi konseling berdasarkan factor-faktor yang terkait dengan individu, lingkungannya, dan hakikat kecacatannya.

Dalam melaksanakan intervensi konseling rehabilitasi, Patterson, DeLaGarza & Schaller (2004) menghimbau agar konselor berpegang pada tiga prinsip berikut ini:

1. Makna personal dari kecacatan berdampak besar terhadap respon individu terhadap kecacatannya.
2. Tidak ada dua individu yang merespon terhadap kecacatan dengan cara yang persis sama. Bahkan individu kembar dengan kebutaan bawaan, dibesarkan dalam keluarga yang sama, akan merespon terhadap kecacatannya itu secara berbeda.
3. Konselor rehabilitasi tidak boleh memasuki hubungan konseling dengan asumsi yang kaku tentang bagaimana seharusnya seorang individu merespon terhadap kecacatannya.

Kecacatan merupakan pengalaman khas individu, dan respon individu terhadap kecacatannya itu dipengaruhi oleh sejumlah factor. Vash (1981) mengelompokkan factor-faktor ini ke dalam tiga kategori

sebagai berikut: (a) factor individu, (b) factor lingkungan, dan (c) hakikat kecacatannya. Bila factor-factor yang membentuk ketiga kategori ini dipertimbangkan secara kolektif, maka kita dapat memahami secara lebih baik mengapa respon terhadap kecacatan itu bersifat individual.

I. Faktor Personal

Faktor personal adalah kualitas-kualitas yang melekat pada individu. Kualitas-kualitas ini menentukan dan membedakan satu orang dengan orang lainnya, dan secara signifikan mempengaruhi cara individu memaknai kecacatannya. Cayleff (1986) menyarankan agar jenis kelamin, ras, status social, dan orientasi sexual klien seyogyanya dipertimbangkan, dipahami, dan dihormati untuk mencegah melakukan kesalahan, melayani kesejahteraan klien, menghormati prinsip-prinsip otonomi, dan akhirnya untuk memberikan konseling yang efektif. Faktor-faktor personal yang dipertimbangkan pada makalah ini adalah (a) karakteristik pribadi; (b) minat, aktivitas, dan tujuan; (c) gender; dan (d) budaya.

a. Karakteristik Pribadi

Karakteristik atau kualitas yang melekat pada seseorang (seperti kemandirian, sifat pemalu, optimisme, adaptibilitas, inteligensi, daya tarik, kematangan) mempengaruhi caranya mendefinisikan dan mengintegrasikan kecacatan ke dalam kehidupannya. Kualitas pribadi ini juga mempengaruhi cara seorang individu menghadapi perubahan yang diakibatkan oleh kecacatan. Karakteristik individu juga mencakup nilai, sikap, dan perasaan serta pandangan individu terhadap dirinya sendiri, kehidupannya, dan kecacatannya.

Vash (1981) memasukkan prinsip spiritual dan filosofi individu sebagai factor personal yang mempengaruhi responnya terhadap kecacatan. Dia mengemukakan bahwa seorang individu yang mempersepsi kecacatan sebagai sebuah hukuman dari Tuhan akan memandang kecacatan secara

berbeda dari seorang individu yang menganggap kecacatan sebagai sebuah ujian atau kesempatan untuk pengembangan spiritual. Sherman dan Fischer (2001) mengemukakan bahwa spiritualitas sebagai satu factor dalam rehabilitasi merupakan konsep yang semakin diterima, sedangkan Nosek dan Hughes (2001) menemukan bahwa spiritualitas merupakan sebuah alat penting yang dipergunakan oleh perempuan penyandang cacat dalam menepis perlakuan negative akibat societal stereotypes dan untuk mengatasi hambatan untuk mencapai keberhasilan hidup.

B. Minat, Aktivitas, dan Tujuan

Vash (1981) mengemukakan bahwa dampak gangguan akibat kecacatan sangat ditentukan oleh sejauh mana kondisi tersebut mengganggu aktivitas yang sedang dilakukan oleh individu atau kegiatan apa yang sudah direncanakannya. Semakin kecil dampak kecacatan pada aktivitas individu saat ini dan di masa depan, semakin sedikit akomodasi yang akan diperlukan oleh individu tersebut. Nilai, minat, dan tujuan mempengaruhi pilihan orang akan karir, teman-teman, dan aktivitas waktu senggangnya.

Wright (1983) mengemukakan bahwa nilai yang dianut seseorang berdampak besar terhadap penilaiannya mengenai kecacatan. Misalnya, jika seorang individu sangat menghargai aktivitas di luar ruangan (outdoor activities), tetapi karena cedera yang dialaminya, dia mungkin merasa bahwa kegiatan atletik tidak dapat dilakukannya lagi. Nilai komparatifnya, yang menekankan pada kegiatan dengan cara yang sama dengan yang dilakukan semua orang lainnya mungkin perlu digantikan dengan nilai asset (Wright, 1983). Melalui transformasi nilai ini, dia dapat mengembangkan satu focus pada apa yang masih dapat dilakukannya dengan baik. Seorang konselor dapat membantu individu seperti ini untuk meningkatkan kesadarannya akan apa yang masih dapat dilakukannya, dan mengeksplorasi peluang kerja yang mencakup minatnya terhadap aktivitas di luar ruangan. Orang dengan jumlah minat yang lebih banyak cenderung memiliki lebih banyak minat yang tersisa ketika kecacatannya terjadi dibanding individu yang minatnya hanya dalam satu bidang saja. Demikian pula, individu yang nilai-nilainya terkait dengan

akademika mungkin akan lebih mudah mengakomodasi kecacatan daripada mereka yang nilai-nilainya terkait secara lebih eksklusif pada kegiatan-kegiatan fisik.

Citra tubuh seseorang, yang terkait dengan konsep diri, sangat dipengaruhi oleh nilai-nilai. Jika individu memegang nilai “keindahan tubuh”, maka kecacatan yang mengurangi daya tarik fisiknya dapat menciptakan hambatan tambahan baginya. Dia akan cenderung menarik diri dari pergaulan social, yang dapat mengakibatkannya kurang pengetahuan dan pengalaman, dan cenderung lebih menyukai bekerja sendiri. Seorang konselor yang terampil akan membantunya mengeksplorasi minat-minatnya dan membantunya memperoleh pengalaman, sehingga pilihan-pilihan yang dibuatnya akan valid. Di samping itu, konselor itu akan peka terhadap masalah harga diri (self-esteem) yang mungkin diakibatkan oleh penampilannya. Respon seorang individu terhadap kecacatan tidak bersifat permanen. Individu menghadapi dan menyesuaikan diri kecacatan apabila situasi kehidupannya berubah. Konselor yang membantu individu penyandang cacat harus mengelola respon terhadap kecacatan itu untuk memfasilitasi penyesuaian (coping).

Konselor harus mempertimbangkan konsep diri individu dan kematangan vokasionalnya. Bagi individu yang belum pernah bekerja, konselor sebaiknya menginvestigasi (a) pekerjaan paruh waktu atau kegiatan waktu senggang yang melibatkan orang lain, (b) bidang-bidang tanggung jawab dalam masa pertumbuhan, dan (c) pengetahuan tentang diri sendiri, serta pengetahuan tentang dunia kerja. Bagi klien dengan konsep diri yang kurang tepat atau terganggu dan kematangan vokasional yang terbatas, konselor rehabilitasi sebaiknya memasukkan kegiatan-kegiatan (seperti kegiatan volunteer, kerja magang) dalam proses konseling yang dapat meningkatkan rasa percaya diri dan mengembangkan kematangan vokasional (vocational maturity).

Livneh dan Sherwood-Hawes (1993) mengidentifikasi tiga tujuan untuk konseling kelompok bagi individu penyandang *myocardial infarction*, yaitu tujuan kognitif, afektif, dan behavioral. Ketiga tujuan ini mungkin dapat diterapkan juga pada individu dengan kecacatan lain. Secara rinci, ketiga tujuan tersebut adalah sebagai berikut.

1. Tujuan kognitif: Memberikan informasi tentang kecacatan, termasuk komplikasi medis yang umum, dan mendorong atau memberi penguatan terhadap kepatuhan kepada treatment yang sedang dijalannya; menumbuhkan harga diri anggota kelompok; dan membantu individu dalam memahami kelebihan dan keterbatasannya.
2. Tujuan afektif: Memberikan suasana dukungan di mana individu dapat nyaman mencurahkan isi hati dan mengekspresikan emosi, mengurangi kecemasan dan ketegangan, mendapati bahwa orang lain pun mempunyai respon yang serupa, dan mengurangi perasaan depresi.
3. Tujuan behavioral: Mengembangkan perilaku mandiri, memberikan kesempatan untuk mempraktekkan keterampilan atau perilaku baru, meningkatkan *coping mechanisms*, dan mengidentifikasi tujuan-tujuan masa depan.

C. Gender

Dalam mempertimbangkan isu konseling yang terkait dengan gender, konselor rehabilitasi sebaiknya tidak berasumsi bahwa *gender stereotyping* terjadi hanya dalam situasi konseling lintas gender (yaitu laki-laki melakukan konseling kepada perempuan atau sebaliknya). Stereotipe gender, nilai, dan sikap tidak hanya didasarkan pada gender konselor. Baik konselor laki-laki maupun perempuan menghadapi resiko bila menganut nilai dan keyakinan yang stereotipik tentang perempuan. Di pihak lain, laki-laki dan perempuan penyandang cacat pun mungkin juga memiliki ekspektasi yang *gender-based* untuk jenis layanan rehabilitasi yang mereka inginkan.

Langkah pertama yang harus dilakukan konselor adalah mengevaluasi sikapnya sendiri (yaitu pengetahuan, perasaan, dan tindakan) dan stereotipe gender yang mungkin dimilikinya. Menelaah sikap terhadap isu gender sama pentingnya dengan menelaah sikap terhadap penyandang cacat. Konselor juga perlu menelaah perilakunya sendiri. Beberapa pertanyaan untuk telaah diri yang dapat dipertimbangkan oleh konselor mencakup pertanyaan-pertanyaan berikut: Apakah memiliki karir sama pentingnya bagi seorang perempuan seperti bagi seorang laki-laki? Apakah perlu membantu seorang perempuan mendapatkan karir nontradisional (misalnya bidang teknik, reparasi computer)? Apakah mengatur pengasuhan anak sama pentingnya dengan mengatur transportasi ke tempat kerja? Sadar atau tak sadar, konselor rehabilitasi membuat keputusan yang bermuatan nilai seperti ini setiap hari. Isu gender harus dipertimbangkan oleh konselor pada setiap titik dalam proses, dari penentuan perlu-tidaknya suatu intervensi hingga pengidentifikasian suatu tujuan vokasional, termasuk jenis-jenis layanan yang perlu tercakup dalam perencanaan rehabilitasi. Karena bias itu sering kali tidak disadari, maka konselor perlu menelaah keyakinan (pengetahuan dan perasaan) yang dimilikinya, maupun tindakannya.

Terbatasnya aspirasi vokasional merupakan salah satu dari banyak isu yang harus dipertimbangkan oleh konselor rehabilitasi dalam membantu perempuan. Terbatasnya aspirasi vokasional itu sering kali diakibatkan oleh (a) hakikat dan jenis kecacatan; (b) sosialisasi, yang dapat membatasi karir perempuan pada pekerjaan-pekerjaan tradisional bagi perempuan; dan (c) terbatasnya kesempatan untuk mendapatkan mentor atau *role model* (Patterson et al., 2004). Konselor mempunyai tanggung jawab khusus untuk memperluas pilihan vokasi bagi perempuan penyandang cacat, terutama bila klien mempunyai pengalaman atau pengetahuan yang sempit. Faktor sosialisasi dan kecacatan mungkin mengharuskan perempuan membatasi opsi vokasinya pada pekerjaan, bukan karir. Oleh karena itu, sangat penting bagi konselor untuk benar-benar memahami klien dalam hal (a) pengetahuannya tentang okupasi, (b) nilai yang terkait dengan kerja, dan (c) aspirasi karir, sebelum dilakukan asesmen formal. Sebuah tes minat, misalnya, tidak akan memberikan hasil yang valid jika seorang perempuan

tidak mempunyai cukup pengetahuan tentang kesempatan karir atau tidak memandang sebuah jenjang karir sebagai sebuah pilihan yang patut ditempuhnya. Dalam hal seperti ini, konselor sebaiknya mempergunakan berbagai macam pendekatan eksplorasi karir (misalnya membaca tentang berbagai macam pekerjaan, wawancara informasional, kerja magang, bekerja sebagai percobaan) untuk membantu klien dalam memperoleh kematangan karir yang lebih baik.

Ekspektasi *self-efficacy* – yaitu keyakinan akan kemampuan diri untuk dapat berhasil melakukan suatu pekerjaan tertentu – telah dipergunakan untuk menjelaskan mengapa perempuan tidak memandang dirinya mampu berprestasi dalam okupasi yang didominasi laki-laki dan mengapa mereka meragukan kemampuannya untuk dapat berhasil mengkombinasikan tanggung jawab rumah tangga dan keluarga dengan karir. Bonett (1994), yang menemukan bahwa perempuan yang menikah maupun yang tidak, mempunyai ekspektasi *self-efficacy* yang lebih rendah daripada laki-laki dalam okupasi yang secara tradisional didominasi oleh laki-laki, berpendapat bahwa rendahnya *self-efficacy* itu mencerminkan adanya *underestimation* perempuan terhadap kapabilitasnya.

D. Budaya

Budaya dapat didefinisikan sebagai berbagai cara mempersepsi dan mengorganisasikan dunia, yang dimiliki bersama oleh sekelompok orang, dan diwariskan secara interpersonal dan intergenerasi (Hecht, Andersen, & Ribeau, 1989). Masing-masing orang mempunyai sebuah "budaya personal" yang dihasilkan dari proses enkulturasinya masing-masing (Vacc et al., 2003), yang dipengaruhi oleh berbagai factor, termasuk factor usia, gender, pendidikan, kecacatan, status sosioekonomi, akulturasi, etnisitas, dan geografi perkotaan atau pedesaan. Budaya personal seorang individu berkembang sebagai hasil dari akumulasi kegiatan belajar dari berbagai sumber (misalnya sekolah, keluarga, masyarakat); dibentuk melalui interaksi dengan orang lain; senantiasa berubah untuk mengakomodasi berbagai

pengalaman dalam dunia yang senantiasa berubah; dan merupakan dasar untuk nilai-nilai, keyakinan, dan perilaku (Sue & Sue, 2003).

Diversitas Budaya

Diversitas budaya dapat dikonseptualisasikan sebagai “broad constructs” yang menggambarkan keyakinan, nilai, dan perilaku berbagai macam budaya di seluruh dunia (Sue & Sue, 2003). Konstruk ini merupakan generalisasi keyakinan, nilai, dan perilaku yang ada, dalam kadar yang berbeda-beda, dalam banyak masyarakat di seluruh dunia. Keuntungan penggunaan konstruk yang luas ini adalah bahwa tidak ada satu kelompok usia, gender, atau kelompok etnik yang dibahas secara langsung. Meskipun konstruk luas sebuah budaya mungkin merupakan generalisasi perilaku dan nilai, dan oleh karenanya juga termasuk stereotype, penggunaan konstruk luas untuk menggambarkan persamaan dan perbedaan di antara orang-orang di seluruh dunia ini membuat konselor harus waspada terhadap kenyataan bahwa masing-masing individu mempunyai keyakinan, nilai, dan perilaku tersebut dengan kadar yang bervariasi. Penting untuk diingat bahwa masing-masing konstruk luas itu menggambarkan kontinum di mana individu berada, dan tidak menggambarkan nilai dan perilaku itu sendiri. Di samping itu, seorang individu mungkin menunjukkan konstruk dengan kadar yang bervariasi dalam keadaan yang berbeda (misalnya cara seseorang berkomunikasi dengan orang lain di tempat kerja mungkin berbeda dengan caranya berkomunikasi dengan anggota keluarga di rumah).

Individualisme-Kolektivisme

Dalam budaya yang sangat individualistic, kepentingan individu lebih menonjol daripada kepentingan kelompok, sedangkan kepentingan kelompok lebih menonjol daripada kepentingan individu dalam budaya kolektif. Cara seseorang mendefinisikan dirinya dan peran kelompoknya mungkin dipengaruhi oleh konstruk budaya ini.

Individu yang menganut nilai dan keyakinan yang sangat individualistic mempunyai kecenderungan melihat dirinya sebagai terpisah dan unik, dan definisi dirinya pada umumnya tidak mencakup orang lain. Realisasi diri dipandang penting dan dikembangkan sebagai tujuan utama. Prestasi

individu dipandang penting, dan imbalan seyogyanya didistribusikan atas dasar andilnya dalam suatu pekerjaan, bukan atas dasar keanggotaannya dalam sebuah kelompok kerja.

Di pihak lain, individu yang menganut nilai dan keyakinan dengan orientasi kolektif cenderung lebih menghargai saling ketergantungan dan mendefinisikan dirinya dalam kaitannya dengan orang lain. Keanggotaan dalam kelompok yang stabil (seperti keluarga atau komunitas) sangat dihargai. Di dalam kelompok ini, yang ditekankan adalah kerjasama, bukan kompetisi, karena terdapat kesadaran bahwa prestasi individu berkontribusi terhadap prestasi kelompok. Hubungan dengan orang lain itu penting, dan integritas pribadi dalam hubungannya dengan orang lain memperoleh penghargaan.

Komunikasi High-Context Versus Low-Context

Individu dengan gaya komunikasi *high-context* menghargai setting atau situasi di mana komunikasi terjadi. Perasaan yang tidak diucapkan, isyarat gerak atau mimic, dan kecepatan percakapan merupakan hal yang penting dan dipandang sebagai bagian dari proses komunikasi. Diharapkan pendengar akan membaca air muka dan isyarat pembicara, dan memahami makna perilaku tersebut. Oleh karena itu, informasi yang tidak dikomunikasikan secara langsung melalui kata-kata dalam percakapan dapat merupakan bagian terpenting dari komunikasi itu.

Di pihak lain, individu dengan gaya komunikasi *low-context* menghargai komunikasi verbal yang langsung dan pasti dengan sedikit perhatian pada air muka, setting, atau isyarat nonverbal. Menyampaikan detail, jadwal waktu, dan instruksi atau informasi yang spesifik merupakan focus gaya komunikasi *low-context*. Hubungan interpersonal dan kerjasama antarindividu mungkin tidak ditekankan. Seorang individu dengan gaya komunikasi *low-context*, bila berbicara dengan orang dengan gaya komunikasi *high-context*, merasa bahwa orang dengan gaya komunikasi *high-context* itu tidak bias "to the point". Sebaliknya, orang yang *high-context* merasa bahwa orang yang *low-context* itu selalu mengulang-ulang perkataannya, menjelaskan yang sudah jelas, dan kemungkinan ofensif dalam keterusterangannya.

Implikasi

Implikasi dari hal-hal di atas adalah sebagai berikut.

- Pengetahuan tentang diversitas budaya berkontribusi terhadap pemahaman bahwa kecacatan mungkin didefinisikan dan dipersepsi secara berbeda di kalangan masyarakat yang berbeda.
- Konselor harus memahami bahwa tidak setiap orang menganut nilai-nilai individualistic ataupun kolektif.
- Dalam berkomunikasi dengan klien, konselor harus mempertimbangkan gaya komunikasi klien ataupun gayanya sendiri (low-context atau high-context).

II. Lingkungan

Lingkungan merupakan kategori kedua dalam faktor-faktor yang mempengaruhi respon terhadap kecacatan. Lingkungan, yang mencakup faktor-faktor eksternal bagi individu, meliputi lingkungan terdekat (misalnya keluarga, teman, komunitas) maupun lingkungan masyarakat yang lebih luas (misalnya teknologi, perundang-undangan, definisi sosial tentang kecacatan). Penting untuk memahami bahwa dampak kecacatan dapat bervariasi berdasarkan lingkungan. Misalnya, dampak ketunarunguan dan penggunaan bahasa isyarat menjadi sangat berkurang bila individu tinggal dalam komunitas di mana bahasa isyarat merupakan bahasa utama. Demikian pula, dampak kecacatan anak terhadap keluarga dapat berkurang bila keluarga itu memiliki informasi yang memadai dan berbagai dukungan yang dibutuhkan (termasuk dukungan emosional, finansial, sosial, masyarakat).

a. Keluarga

Pentingnya keluarga dalam proses rehabilitasi telah ditunjukkan dalam berbagai studi. Sebagaimana dikemukakan oleh Power, Dell Orto, dan Gibbons (1988), keluarga dapat menjadi sumber bantuan utama bagi

rehabilitasi atau proses penyesuaian seorang individu, atau juga dapat menjadi batu sandungan yang signifikan menuju pencapaian tujuan treatment. Keluarga dan orang terdekat lainnya mempengaruhi cara individu merespon terhadap kecacatannya, dan, pada gilirannya, keluarga dipengaruhi oleh kecacatan yang terjadi pada seorang anggota keluarga.

Merupakan kewajiban seorang konselor rehabilitasi untuk mengakui pentingnya keluarga dan melibatkannya dalam upaya rehabilitasi sesuai dengan kebutuhan klien. Keluarga yang tidak dilibatkan dalam proses rehabilitasi akan lebih sulit memberikan dukungan terhadap upaya rehabilitasi.

Respon orang tua merupakan factor utama yang mempengaruhi anak dengan kecacatan bawaan; akan tetapi, respon orang tua cenderung sangat bervariasi (Ferguson, 2001). Karena pada umumnya orang tua tidak mengantisipasi mempunyai anak yang menyandang kecacatan, sebagian orang tua akan bereaksi dengan duka cita, kebingungan, ketakutan, kemarahan, dan kekecewaan ketika mereka mendapati bahwa anaknya mengalami kecacatan. Biasanya perasaan-perasaan seperti ini akan mereda; akan tetapi, kadang-kadang perasaan ini dapat mengakibatkan overproteksi atau bahkan penolakan terhadap anak itu. Respon orang tua dipengaruhi oleh: (a) keyakinan mengenai kecacatan, (b) keterampilan *coping*, (c) keterampilan mengelola stress, (d) keterampilan mengelola anak, dan (e) jaringan dukungan yang tersedia (Van Hasselt, Lutzker, & Hersen, 1990).

Konseling vokasional dari perspektif perkembangan adalah penting bagi konselor rehabilitasi karena suatu kecacatan, terutama kecacatan bawaan, berdampak besar terhadap perkembangan karir. Gilbride (1993), setelah menemukan bahwa orang tua mempunyai ekspektasi yang rendah untuk anaknya yang menyandang kecacatan, berpendapat bahwa orang tua itu mungkin secara tidak sadar memperkecil jumlah pilihan vokasi bagi anaknya itu. Curnow (1989) berpendapat bahwa terbatasnya pengalaman pada usia dini, kurangnya kesempatan untuk mengembangkan keterampilan membuat keputusan, dan rendahnya konsep diri merupakan akibat yang

umum dari kecacatan bawaan atau kecacatan yang diperoleh pada usia dini. Oleh karena itu, intervensi oleh konselor mencakup pemberian bantuan kepada keluarga untuk memahami pentingnya memberi kesempatan kepada anak untuk berinteraksi dengan lingkungan di luar rumah yang berkontribusi terhadap aktivitas eksplorasi karir. Kegiatan eksplorasi karir mencakup pemberian pengalaman yang terkait dengan pengembangan kematangan karir (Patton & Creed, 2001), seperti memahami minat dan bakat sendiri, dan mengenal berbagai lingkungan kerja (Curnow, 1989). Karena keterampilan membuat keputusan akan meningkat dengan praktek, maka konselor seyogyanya membantu keluarga mengidentifikasi berbagai kesempatan bagi anak untuk belajar dan menggunakan keterampilan membuat keputusan itu. Konselor dapat membantu keluarga menyadari bahwa overproteksi dan ketergantungan yang dipaksakan pada anak penyandang cacat sering berkontribusi terhadap ketidakmatangan social (social immaturity) dan menghambat pembuatan keputusan (Chubon, 1985).

Peran pendidikan dan dukungan konselor rehabilitasi bervariasi berdasarkan kekuatan dan kelemahan unit keluarga dan tergantung pada tahap dalam proses rehabilitasi yang sedang berjalan (diagnosis, perawatan atau rehabilitasi di rumah sakit, terminasi perawatan atau rehabilitasi di rumah sakit dan kembali ke dalam unit keluarga, dan perawatan atau rehabilitasi di luar rumah sakit). Power (1988) mendeskripsikan pertimbangan-pertimbangan konseling untuk keluarga pada berbagai tahap dalam proses rehabilitasi tersebut.

Pada tahap diagnosis dan awal treatment, kebutuhan keluarga mungkin mencakup pemrosesan informasi, mengeksplorasi berbagai alternative, mengklarifikasi frustrasi, memperoleh dukungan, dan mendapatkan akses ke pendengar yang empatik.

Pada tahap perawatan atau rehabilitasi di rumah sakit, konselor mungkin perlu mengases ketepatan informasi yang sudah didapatkan oleh keluarga mengenai kecacatan atau penyakitnya. Sering kali, keluarga perlu memproses informasi itu di luar pertemuan dengan dokter, karena dalam pertemuan tersebut kecemasan biasanya lebih tinggi. Konselor mungkin perlu mengidentifikasi kemungkinan ancaman terhadap keberfungsian keluarga,

serta mengases keefektifan keterampilan *coping* yang sudah dipergunakan oleh keluarga sejauh ini.

Bila perawatan atau rehabilitasi di rumah sakit sudah dihentikan dan pasien sudah kembali ke rumahnya, Power (1988) merekomendasikan agar konselor rehabilitasi mengidentifikasi ekspektasi keluarga terhadap anggota keluarga yang menyandang kecacatan itu, kebutuhan individu yang akan paling bertanggung jawab menjaga klien itu, dan perasaan para anggota keluarga lainnya terhadap klien. Tidak jarang bahwa anggota keluarga mempunyai perasaan yang kuat dan bercampur aduk terhadap klien; perasaan ini (misalnya perasaan marah terhadap perilaku klien atau merasa sangat perlu mempertahankan klien dalam perannya sebagai "orang sakit". Ini akan berdampak pada upaya rehabilitasi selanjutnya.

Pada tahap perawatan atau rehabilitasi di luar rumah sakit, konselor harus memperhatikan apakah terdapat gangguan dalam keluarga dan apakah hubungan antara keluarga dengan petugas kesehatan telah berubah. Mengidentifikasi bagaimana perubahan yang telah terjadi di dalam keluarga sejak klien kembali dari rumah sakit, masalah-masalah yang mereka rasakan dalam hubungannya dengan klien, dan pelayanan yang mereka butuhkan, akan membantu konselor dalam mengembangkan rencananya untuk klien tersebut.

B. Sahabat

Hubungan, termasuk hubungan persahabatan, merupakan inti kehidupan yang bermakna. Persahabatan membantu individu merasa bahwa mereka merupakan bagian dari komunitasnya, diperhatikan kesejahteraannya dan kesehatannya, dan terlindung dari eksploitasi dan tidak diabaikan. Sahabat merupakan sumber dukungan social.

Dukungan social (social support) didefinisikan sebagai terdiri dari empat kategori (Reid et al., 1989), yaitu: (1) emotional support, informational support, instrumental aid, dan companionship.

C. Komunitas

Komunitas mempunyai berbagai sumber yang khusus bagi para penyandang cacat. Adanya pendidikan inklusif yang berkualitas, berbagai sumber dan fasilitas medis, program rehabilitasi *inpatient* dan *outpatient*, pelayanan lembaga rehabilitasi, pelayanan kehidupan mandiri, peralatan teknologi asistif, organisasi advokasi, dan transportasi umum dapat mempengaruhi kemandirian dan penyesuaian diri para penyandang cacat maupun layanan konseling yang mungkin dibutuhkannya. Seorang konselor rehabilitasi wajib mengetahui sumber-sumber yang tersedia di dalam komunitas kliennya. Di samping itu, konselor juga harus mengetahui keberadaan organisasi-organisasi atau penyedia jasa layanan yang terkait dengan kecacatan, seperti pusat kehidupan mandiri, kelompok-kelompok advokasi seperti persatuan tunanetra nasional.

Sumber-sumber komunitas tidak hanya mempengaruhi respon individu tetapi juga respon keluarga terhadap kecacatan. Individu penyandang cacat mungkin merasa menjadi beban bila keluarga menjadi satu-satunya pihak yang dapat membantunya. Demikian pula, individu penyandang cacat akan dapat tetap tinggal di lingkungan rumahnya jika terdapat layanan dukungan di dalam komunitasnya, dan mereka akan lebih mudah beradaptasi dengan kecacatannya daripada kalau mereka harus tinggal di dalam institusi khusus bagi penyandang cacat.

D. Masyarakat

Lingkungan juga mencakup aspek-aspek masyarakat secara keseluruhan; yang sangat penting adalah definisi cultural tentang kecacatan dan sikap terhadap kecacatan. Makna yang diberikan oleh masyarakat terhadap kecacatan juga berdampak besar pada respon individu terhadap kecacatan. Sikap masyarakat dapat termanifestasikan dalam perundang-undangan, maupun dalam penggambaran citra, pendeskripsian dalam bahasa, dan inklusi penyandang cacat dalam semua aspek kehidupan. Apabila individu mendapatkan pengalaman negative dalam hal tersebut,

maka kecacatannya pun berdampak besar pada kehidupannya. Seorang konselor rehabilitasi harus memahami konteks social, politik, dan budaya dari kecacatan, agar dapat memahami pengalaman individu tersebut.

Gerakan hak azasi penyandang cacat, yang dipimpin oleh individu penyandang cacat, telah memaksakan perubahan social positif yang signifikan bagi para penyandang cacat dalam pelayanan, kemandirian, perlindungan hukum, control, pilihan, dan penghormatan. Dengan mengorganisasikan, memaksakan konfrontasi, dan berusaha untuk mengubah system, banyak penyandang cacat dapat mengembangkan rasa bangga dan berdaya (Fleischer & Zanies, 2001; Shapiro, 1993). Sayangnya, gerakan hak azasi penyandang cacat ini tidak selalu dipandang positif oleh masyarakat umum, oleh profesional, ataupun oleh kelompok penyandang cacat tertentu. Ada orang yang merasa kesal dengan kemandirian dan "bossiness" para konsumen ini, atau merasa bahwa kemarahan dan pembangkangan sipil itu tidak pantas, dan beranggapan bahwa para penyandang cacat seharusnya berkiprah dalam system yang ada saja.

Konselor harus menelaah sikapnya terhadap kecacatan yang telah diserapnya dari masyarakat umum, maupun perasaannya tentang kemandirian, pilihan, dan kemarahan dari pihak penyandang cacat. Setiap konselor perlu mempertimbangkan pertanyaan-pertanyaan ini: Apakah saya menginginkan atau mengharapkan ucapan terima kasih dan kepatuhan dari klien saya? Apakah saya sadar akan hambatan lingkungan, perundang-undangan, dan hambatan social yang dapat mewarnai detail kehidupan sehari-hari seorang individu penyandang cacat?

Di dalam masyarakat ini, yang menghargai kemandirian, rasionalitas, dan keindahan fisik, penyandang cacat secara signifikan menjadi terdevaluasi (Vash,1981). Devaluasi ini mungkin termanifestasikan dalam bentuk ungkapan rasa kasihan, cemooh, atau pengucilan. Sikap negative masyarakat pada umumnya terhadap kecacatan dapat mempunyai dampak yang signifikan pada konsep diri seorang individu. Dalam kenyataannya, tidak

ada demarkasi yang jelas antara persepsi masyarakat tentang kecacatan dengan penyesuaian individu terhadap kecacatannya karena individu menginternalisasikan banyak penilaian dan reaksi masyarakat terhadap kecacatan (Smart, 2001). Harga diri (self-esteem) berkembang secara internal maupun eksternal selama tahap-tahap awal perkembangan. Harga diri seseorang pada umumnya diperoleh dari perilaku dan verbalisasi orang lain (eksternal). Ketika seorang individu sudah matang dan menjadi produktif, kompeten, dan bertanggung jawab, harga diri menjadi proses yang lebih berorientasi internal (Tuttle & Tuttle, 1996).

Sebagian besar anak penyandang cacat tumbuh dengan pesan-pesan bahwa mereka tidak sebaik anak tanpa kecacatan, bahwa kelainannya membuat mereka "tidak okay". Akibatnya, banyak penyandang cacat memasuki masa dewasa dengan merasa membutuhkan persetujuan dan validasi. Seorang konselor sebaiknya menyadari sikap negative masyarakat terhadap kecacatan dan dampak sikap negative tersebut pada rasa harga diri individu tersebut.

Banyak orang dewasa penyandang cacat tidak mendapat kesempatan untuk membuktikan kompetensi dan produktivitasnya, dan mampu menjadi anggota masyarakat yang kontributif; maka mereka berjuang untuk mengembangkan *internal sources of self-esteem*. Seorang konselor mungkin dapat membantu individu dalam mengembangkan kesempatan-kesempatan baru, seperti menjadi relawan atau memperoleh pengalaman kerja, yang dapat meningkatkan rasa memiliki kompetensi dan produktivitas. Di samping itu, konselor mungkin dapat membantu individu dalam mengevaluasi aspek-aspek lain dari kehidupannya yang dapat membuktikan kompetensi dan produktivitasnya, tetapi yang oleh masyarakat pada umumnya tidak dihargai sebagai kerja. Memberdayakan seorang individu untuk mengidentifikasi dan mengukur daya produktivitasnya berdasarkan makna personal, mungkin merupakan sebuah pertimbangan yang penting dalam memberikan konseling kepada individu dengan rasa harga diri rendah.

III. Hakikat Kecacatan

Aspek-aspek spesifik dari kecacatan itu sendiri mempengaruhi cara seorang individu memaknai kecacatannya, dan akhirnya juga mempengaruhi responnya terhadap kecacatannya itu. Hakikat kecacatan mencakup jenis kecacatan (fisik, mental, emosional), maupun factor-faktor seperti fungsi yang terganggu, tingkat keparahan, saat terjadinya, jenis kejadiannya, visibilitas, stabilitas, dan rasa sakit yang dialaminya. Faktor-faktor tersebut mungkin berimplikasi pada tugas konselor rehabilitasi.

A. Fungsi yang Terganggu

Gangguan pada fungsi tertentu (sensori, motor, atau kognitif) turut menentukan respon individu terhadap kecacatannya. Kecacatan itu mungkin hanya mempengaruhi satu bidang keberfungsian, seperti kemampuan untuk berkomunikasi atau melakukan pemecahan masalah. Seorang individu mungkin juga menyandang dua jenis kecacatan atau lebih, yang mempengaruhi sejumlah fungsi.

Gangguan fungsional yang terkait dengan jenis kecacatan tertentu menuntut adaptasi dari pihak konselor. Ini terutama untuk individu dengan gangguan kognitif, seperti tunagrahita, yang menghadapkan banyak tantangan bagi konselor rehabilitasi dalam hal pemahaman individu tentang konseling dan layanan yang diberikan kepadanya. Prout dan Strohmer (1995), dalam menyusun pedoman untuk membantu konselor dalam memberikan layanan konseling yang lebih efektif kepada individu tunagrahita sebagai, dia merekomendasikan sebagai berikut:

1. Mengembangkan intervensi dan tujuan yang tepat. Konselor tidak boleh berbicara kepada anak tunagrahita seperti kepada boneka atau berbicara kepada orang dewasa seperti kepada anak kecil. Konselor harus menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti oleh

klien dan berfokus pada hal-hal yang konkret (misalnya tentang situasi actual atau masalah yang dihadapi saat ini), tidak abstrak. Konselor harus membatasi jumlah bidang yang dibahas dalam satu sesi konseling. Karena individu tunagrahita biasanya tidak mampu membuat generalisasi, maka tujuan konseling harus "situation specific".

2. Gaya. Konselor harus lebih aktif dan direktif dengan sedikit atau tidak ada fokus pada "insight" oleh klien. Kegiatan konkret seperti *role playing* dan *modeling* mungkin harus lebih difokuskan.
3. Ekspresi. Banyak individu tunagrahita tidak mempunyai kosa kata yang cukup untuk mengekspresikan perasaan dan kekhawatirannya. Mereka juga mungkin tidak akan merasa nyaman berbicara dengan konselor. Strategi yang dapat dipergunakan oleh konselor untuk memfasilitasi ekspresi adalah: (a) mengajari klien perbedaan antara pikiran dan perasaan, serta berbagai kata yang menunjukkan perasaan (seperti sedih, senang), (b) menggunakan kegiatan lain sebagai media konseling (misalnya melalui kegiatan menggambar atau bermain boneka).

B. Tingkat Keparahan Kecacatan

Meskipun tingkat keparahan kecacatan sering dikaitkan dengan tingkat gangguan fungsi, terdapat hal-hal lain yang harus dipertimbangkan. Keterbatasan fungsi yang diakibatkan oleh kecacatan mungkin lebih banyak dipengaruhi oleh karakteristik personal individu daripada oleh kecacatannya sendiri.

Meskipun orang sering mengira bahwa semakin berat tingkat keparahan kecacatan maka akan semakin besar pula dampak psikologisnya pada penyandanginya, tetapi tidak ada bukti yang mendukung anggapan ini.

Seorang konselor sebaiknya tidak menaksir dampak kecacatan berdasarkan tingkat keparahannya. Apa yang dipandang parah oleh seorang individu belum tentu parah bagi individu lain.

Salah satu pertimbangan konseling utama yang terkait dengan tingkat keparahan kecacatan adalah bahwa konselor rehabilitasi harus memastikan pandangan klien tentang kecacatannya. Berbagai macam pertanyaan atau pernyataan oleh konselor dapat menggali informasi tersebut.

C. Saat Terjadinya Kecacatan

Saat terjadinya kecacatan dalam masa kehidupan seorang individu merupakan satu pertimbangan konseling yang penting. Seorang individu dengan kecacatan bawaan – yaitu individu yang lahir cacat atau kecacatannya terjadi sebelum usia tiga tahun – biasanya mempunyai pengalaman yang berbeda dari individu dengan kecacatan didapatkan – yaitu yang kecacatannya terjadi sesudah usia tiga tahun. Misalnya, seorang anak yang lahir tanpa penglihatan berasumsi bahwa semua orang tidak mempunyai penglihatan seperti dirinya, hingga anak itu cukup besar untuk memahami yang sesungguhnya. Kebalikannya, bila kehilangan penglihatan itu terjadi kemudian, individu itu akan lebih memahami keterbatasan fungsionalnya, karena pengetahuan dan pengalaman yang pernah diperolehnya melalui penglihatan. Individu itu juga akan dapat membandingkan apa yang dapat dilakukannya atau cara orang berinteraksi sebelum dan sesudah kehilangan penglihatan. Bila kita mempertimbangkan berbagai aktivitas yang dapat dilakukan orang pada usia yang berbeda, maka kita dapat melihat signifikansi saat terjadinya kecacatan. Penting diingat oleh konselor bahwa saat terjadinya kecacatan tidak secara otomatis berarti bahwa adaptasi terhadap kecacatan itu lebih sulit bila kecacatan itu terjadi lebih awal atau kemudian. Ini sekedar berarti bahwa isu yang dihadapi oleh individu itu berbeda; maka intervensi yang direkomendasikannya juga mungkin berbeda.

D. Jenis Kejadian Kecacatan (Types of Onset)

Jenis kejadian mencakup kejadian yang tiba-tiba (seperti kecacatan yang diakibatkan oleh kecelakaan lalu-lintas), maupun kejadian yang berproses panjang (seperti kecacatan yang diakibatkan oleh *sclerosis*). Jenis kejadian juga dapat dibedakan apakah kecacatan itu akibat keteledoran sendiri, disebabkan oleh tindakan orang lain, genetic, atau tidak diketahui penyebabnya.

Dengan kecacatan yang terjadi tiba-tiba, individu dan keluarganya tidak mempunyai kesempatan untuk mempersiapkan diri untuk menghadapi kecacatan itu, sedangkan dengan kecacatan yang terjadi secara berangsur-angsur, individu dapat mempunyai lebih banyak waktu untuk mendapatkan informasi tentang kecacatan itu dan oleh karenanya dapat membuat perencanaan. Akan tetapi, ini tidak berarti bahwa satu jenis kejadian membuat penyesuaian diri lebih mudah. Dengan kecacatan yang terjadi secara berangsur-angsur, individu mungkin menolak implikasi kecacatan itu untuk waktu yang lebih lama sehingga tidak membuat perencanaan ataupun belajar keterampilan alternative hingga terpaksa melakukannya.

Konselor harus menyadari adanya masalah-masalah dalam penyesuaian diri terhadap kecacatan meskipun individu sudah mengetahui bakal kecacatannya cukup lama. Pengetahuan dan perasaan individu belum tentu konsisten. Demikian pula halnya dengan anggota keluarganya. Selama masa transisi, individu atau anggota keluarganya mungkin mengalami ketegangan emosi. Penting untuk peka terhadap saat-saat berkabung menyusul awal terjadinya kecacatan, terutama yang diakibatkan oleh trauma. Akan tetapi, konselor tidak boleh terhanyut ke dalam suasana berkabung itu, dan jangan berasumsi adanya reaksi penolakan jika individu tidak menunjukkan tanda-tanda berduka.

Individu dengan kecacatan dapatan (*adventitious disabilities*) sering pada awalnya memiliki stereotype tentang orang yang menyandang kecacatan, yang didasarkan atas pengalaman sosialisasinya. Individu

sering membutuhkan waktu untuk mengubah sikap, nilai, dan keyakinan negative yang pernah dimilikinya tentang kecacatan untuk dapat menyesuaikan diri dengan pengalaman pribadinya menjadi penyandang cacat saat ini. Perasaan-perasaan yang sudah terinternalisasi ini dapat mengakibatkan timbulnya perasaan bersalah dan malu, dan mungkin sulit bagi individu itu untuk mengemukakannya.

E. Visibilitas, Stabilitas, dan Rasa Sakit

Visibilitas suatu kecacatan, seperti yang ditunjukkan oleh kelainan fisik individu atau oleh indicator-indikator kecacatan, seperti penggunaan kursi roda atau tongkat, dapat mempengaruhi cara orang lain bereaksi terhadap penyandang cacat.

Kecacatan yang tak tampak seperti *low vision* atau ketunarunguan, sering mengakibatkan kesalahfahaman orang lain. Banyak kecacatan yang tak tampak dikira sebagai kecacatan kognitif atau masalah kepribadian. Visibilitas kecacatan bagi pengguna kursi roda dapat menjadi hambatan, baik dalam kaitannya dengan lingkungan fisik maupun hubungan interpersonal, karena masyarakat sering membuat asumsi-asumsi stereotipik tentang individu, didasarkan hanya atas kursi rodanya, bukan orangnya. Masyarakat cenderung lebih menghargai daya tarik fisik, yang dapat menciptakan hambatan bagi orang yang memiliki kelainan fisik, seperti noda di wajah. Dalam situasi seperti ini, individu mungkin tidak mengalami kehilangan keberfungsian fisik, namun demikian mungkin tetap diperlakukan lain karena kelainan fisiknya.

Satu isu konseling yang sering muncul adalah sejauh mana individu dapat menyembunyikan kecacatan yang tak tampak. Stigma social yang terkait dengan kecacatan dapat menyebabkan individu memilih untuk tetap menampilkan dirinya sebagai orang yang "normal". Meskipun individu penyandang cacat mempunyai kebebasan untuk

menempuh pilihan seperti ini, tetapi penting bagi konselor untuk mendiskusikan implikasinya.

Stabilitas kecacatan adalah konsistensi kecacatan itu. Secara definisi, kecacatan progresif tidak stabil selamanya. Kecacatan yang berangsur-angsur dengan lambat itu sulit bagi individu, karena berbagai adaptasi harus dimulai kembali pada saat suatu keberfungsian hilang. Jenis-jenis kecacatan lain, seperti sakit mental atau asma, mungkin tidak stabil tetapi progresif. Ada pula kecacatan yang progresif tetapi keberfungsianya berfluktuasi untuk jangka waktu yang panjang.

Instabilitas kecacatan seperti ini dapat berkontribusi pada isolasi social dan masalah karir, karena individu mungkin enggan membuat perencanaan karena tidak tahu apakah mereka akan mempunyai energi atau stamina emosi untuk melaksanakan rencana itu.

Konselor yang membantu individu penyandang kecacatan yang tidak stabil harus waspada untuk membantu klien menghindari pekerjaan yang akan memperparah kecacatan, seperti pekerjaan di tempat yang berasap bagi klien pengidap asma. Konselor juga mungkin perlu membantu klien mengidentifikasi kesempatan kerja yang dapat memberikan fleksibilitas yang lebih besar dalam hal jadwal kerja, berdasarkan pengalaman pribadinya dengan kecacatannya. Pengetahuan klien tentang kecacatannya merupakan satu factor yang sangat penting dalam merencanakan program rehabilitasi.

Rasa sakit adalah satu factor lain yang berkontribusi pada respon terhadap kecacatan. Rasa sakit menyertai kecacatan tertentu seperti amputasi atau kecacatan akibat terbakar. Rasa sakit biasanya merupakan elemen kecacatan yang paling sulit diatasi. Vash (1981) mengatakan bahwa apa pun stimulusnya, bila rasa sakit terjadi, rasa sakit itu pasti mempengaruhi perasaan dan perilaku individu. Sulit untuk gembira, kreatif, atau mungkin bahkan juga untuk bersikap sopan, bila orang merasa sakit. Rasa sakit yang kronis dapat mengontrol kehidupan individu: membatasi kegiatan bekerja, kehidupan keluarga, dan kegiatan social (Smart, 2001). Terdapat evidensi bahwa meniadakan rasa sakit dari laporan tentang pasien yang dilakukan

oleh professional medis mengakibatkan perasaan terisolasi dan frustrasi pada individu.

Konselor perlu peka terhadap isu rasa sakit. Sesi konseling dan perencanaan mungkin perlu lebih singkat, dan dalam situasi testing, klien mungkin perlu diberi jeda setiap 30 atau 45 menit. Pemahaman tentang isu rasa sakit juga dapat membantu konselor memahami mengapa perilaku atau sikap klien dapat sangat berfluktuasi dari hari ke hari. Konselor juga harus menyadari efek obat penghilang rasa sakit (atau obat-obat lain yang sedang dipergunakan oleh klien) terhadap keberfungsian klien.

Kesimpulan

Dalam makalah ini telah dideskripsikan pertimbangan dan intervensi konseling berdasarkan factor-faktor yang terkait dengan (a) individu, (b) lingkungan, dan (c) hakikat kecacatan. Totalitas factor-faktor dari ketiga kategori tersebut menghasilkan pengalaman kecacatan yang unik bagi masing-masing individu.

Untuk dapat menggunakan secara efektif intervensi konseling yang disajikan dalam makalah ini, konselor pertama-tama harus “memahami dirinya sendiri”. Jika benar-benar ingin menghormati individualitas dan keunikan setiap orang penyandang cacat dan menghindari *stereotyping* atas dasar kecacatan, gender, etnisitas, atau variable-variabel lainnya, konselor harus pertama-tama memiliki pengetahuan diri mengenai nilai-nilai dan system keyakinan yang dianutnya. Tanpa pengetahuan diri (self-knowledge), orang tidak akan pernah tahu sejauh mana stereotype, mitos, sikap, atau nilai yang dianutnya masuk ke dalam hubungan konseling. Proses pemahaman diri yang berkelanjutan harus menjadi tujuan setiap konselor professional.

Referensi

Bonett, R. (1994). Marital Status and Sex: Impact On Career Self-Efficacy. *Journal of Counseling and Development*, 73, 187-190.

- Cayleff, S. (1986). Ethical Issues in Counseling Gender, Race, and Culturally Distinct Groups. *Journal of Counseling and Development*, 64, 345-347.
- Chubon, R. (1985). Career-Related Needs of School Children with Severe Physical Disabilities. *Journal of Counseling and Development*, 64, 47-51.
- Curnow, T. (1989). Vocational Development of Persons with Disability. *Career Development Quarterly*, 37, 269-278.
- Ferguson, P. (2001). Mapping the Family: Disability Studies and the Exploration of Parental Response to Disability. In G. L. Albrecht, K. Fleischer, D. Z. & Zanies, E (2001). *The Disability Rights Movement: From Charity to Confrontation*. Philadelphia: Temple University Press.
- Gilbride, D. (1993). Parental Attitudes toward Their Child with a Disability: Implications for Rehabilitation Counselors. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 36, 129-150.
- Hecht, M., Andersen, P., & Ribeau, S. (1989). The Cultural Dimensions of Nonverbal Communication. In M. Asante & W. Gudykunst (Eds.), *Handbook of International and Intercultural Communication* (Pp. 163-185). London: Sage.
- Livneh, H., & Sherwood-Hawes, A. (1993). Group Counseling Approaches with Persons who Have Sustained Myocardial Infarction. *Journal of Counseling and Development*, 72, 57-61.
- Patterson, J.B.; Delagarza, D. & Schaller, J. (2004). "Rehabilitation Counseling Practice: Considerations and Interventions". In: Parker Et Al. (2004). Rehabilitation Counseling: Basics and Beyond. Fourth Edition. Texas: Pro.Ed Inc. International Publisher
- Patton, W, & Creed, P A. (2001). Developmental Issues in Career Maturity and Career Decision Status. *The Career Development Quarterly*, 49, 336-351.
- Power, P, Dell Orto, A., & Gibbons, M. (Eds.). (1988). *Family Interventions throughout Chronic Illness and Disability*. New York: Springer.
- Prout, H.O., & Strohmer, . (1995). Counseling with Persons with Mental Retardation: Issues And Considerations. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 26(3), 49-54.
- Reid, M., Landesman, S., Treder, R., & Jaccard, J. (1989). "My Family and Friends": Six to Twelve Year-Old Children's Perceptions of Social Support. *Child Development*, 60, 896-910.
- Seelman, & M. Bury (Eds.), *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Shapiro, J.P. (1993). *No Pity*. New York: Times Books.
- Sherman, J., & Fischer, J. M. (2001). Spirituality and Addiction Recovery for Rehabilitation Counseling. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 33(4), 27-31.
- Smart, J. (2001). *Disability, Society, and the Individual*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Sue, L.W., & Sue, D. (2003). *Counseling the Culturally Diverse: Theory and Practice* (4th Ed.). New York: Wiley.

- Tuttle, D., & Tuttle, N. (1996). *Self-Esteem and Adjusting with Blindness*. Springfield, IL: Thomas.
- Vacc, N. A., Devaney, S. B., & Brendel, J. M. (2003). *Counseling Multicultural and Diverse Populations: Smudgies for Practitioners*. New York: Brunner-Routledge.
- Van Hasselt, V.B., Lutzker, J., & Hersen, M. (1990). Overview. In M. Hersen & V Van Hasselt (Eds.). *Psychological Aspects of Developmental and Physical Disabilities: A Casebook*. Newbury Park, CA: Sage.
- Vash, C. (1981). *The Psychology of Disability*. New York: Springer.
- Wright, B. (1983). *Physical Disability-A Psychosocial Approach* (2nd Ed.). New York: Harper & Row.