

ارتقای خودمدیریتی در مشکلات مزمن سلامتی

نظریه‌ها و کاربست

تألیف
ارین مارتز

ترجمه
دکتر خدیجه باباخانی
دکترای تخصصی روانشناسی سلامت

دکتر فردین مرادی‌متش
دکترای تخصصی روانشناسی سلامت
استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول

ویراستار
نیلوفر زاهدی بیالوائی



فهرست

۱	فهرست اختصارات
۹	سخن مترجم
۱۱	۱: مقدمه.....
۲۰	۲: تعریف خودمدیریتی در سطح فردی.....
۴۱	بخش ۱: نظریه‌ها و مداخله‌های سطح فردی برای ارتقای خودمدیریتی
۴۳	۳: درمان شناختی رفتاری برای ارتقای خودمدیریتی.....
۷۲	۴: افزایش امید
۸۷	۵: مزاحمت بیماری و خودمدیریتی مشکلات مزمن سلامتی.....
۱۰۶	۶: مصاحبه انگیزشی برای ارتقای خودمدیریتی.....
۱۱۹	بخش ۲: پژوهش درباره مشکلات مزمن سلامتی خاص
۱۲۱	۷: خودمدیریتی رفتارهای اعتیادی.....
۱۴۲	۸: خودمدیریتی آرتربیت (التهاب مفاصل).....
۱۶۲	۹: خودمدیریتی آسیب‌های سوختگی.....
۱۷۸	۱۰: خودمدیریتی سرطان.....
۱۹۱	۱۱: خودمدیریتی مشکلات سلامتی مرتبط با قلب.....
۲۰۵	۱۲: خودمدیریتی دیابت.....
۲۳۲	۱۳: خودمدیریتی صرع.....
۲۴۳	۱۴: خودمدیریتی آسیب شناوی.....
۲۵۴	۱۵: خودمدیریتی ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV).....
۲۶۵	۱۶: خودمدیریتی مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس).....
۲۷۹	۱۷: خودمدیریتی درد.....
۲۹۰	۱۸: خودمدیریتی وزوز گوش.....
۳۰۱	۱۹: خودمدیریتی آسیب‌های بینایی.....
۳۲۳	بخش ۳: فناوری و فنون جدید برای ارتقای خودمدیریتی
۳۲۵	۲۰: پزشکی از راه دور

۳۳۱	۲۱	مدخلهای اینترنتی
۳۳۹	بخش ۲: ارتقای خودمدیریتی در جهان	
۳۴۱	۲۲	مدلهای سیستمی از خودمدیریتی
۳۵۱	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	
۳۵۲	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	

۳

تعریف خودمدیریتی در سطح فردی

▪ ارین مارتز

اصطلاح «خودمدیریتی» نشان‌دهنده مسئولیت افراد مبتلا به مشکلات مزمن سلامتی برای مراقبت ساعتی یا روزانه از خودشان است که آنها را ملزم می‌کند هنگام دوری از محیط مراقبت سلامتی، تصمیم‌گیری‌های مداوم مرتبط با مشکل خود را اتخاذ کنند. آنها «مراقبان اصلی» خودشان هستند، هر چند متخصصان مراقب سلامتی در نقش مشاورشان عمل می‌کنند (بادن‌هایمر، لوریگ، هولمن و گرومباخ، ۲۰۰۲). از آنجا که مشکلات مزمن سلامتی، بر اساس تعریف (به فصل ۱ مراجعه کنید) قابل درمان نیستند و دوره زمانی طولانی (اگر نه مدام‌العمر) ادامه می‌یابند، برای اکثر افراد مبتلا به مشکلات مزمن سلامتی، خودمدیریتی «وظيفة مدام‌العمر» (لوریگ و هولمن، ۲۰۰۳) خواهد بود.

این فصل طیف وسیعی از تعاریف علمی و الگوهای خودمدیریتی را در سطح فردی بررسی می‌کند، هر چند فصل آخر این کتاب مفاهیم مربوط به «حمایت از خودمدیریتی» یا خودمدیریتی براساس دیدگاه سیستم‌ها را پوشش می‌دهد. فصل با بخشی کوتاه در مورد کنش متعادل‌کننده خودمدیریتی آغاز و سپس با بخش کوتاهی در مورد الگوی سه مؤلفه‌ای خودمدیریتی ادامه می‌یابد. ادامه فصل شامل بخش‌های زیر است: سایر شیوه‌های تعریف خودمدیریتی، نحوه تمایز خودمدیریتی از اصطلاح‌های دیگر (خودمراقبتی، مقابله و سازگاری) و رویکردهای خودمدیریتی نشان‌دهنده تغییر در فلسفه خودمدیریتی هستند. در نهایت، فصل با پیشنهاد الگوی جدیدی در مورد گسترش مدل سه مؤلفه‌ای خودمدیریتی به پایان می‌رسد.

نقش تعادل‌بخش خودمدیریتی در مشکلات مزمن سلامتی

فرایند خودمدیریتی مشکل مزمن سلامتی شامل تعادل بخشی مداوم بین عوامل گوناگون (علائم نوسان‌کننده، شناخت مشکلات سلامتی خویش و بهترین شیوه‌های مدیریت علائم، شناخت

نگرش‌های خود در مورد ابتلا به مشکل مزمن سلامتی و انگیزهٔ خویش برای به کارگیری توصیه‌های متخصصان مراقبت سلامتی) است. این روند خودمدیریتی ناقص است و همیشه منجر به تعادلی «سالم» نمی‌شود.

افراد مبتلا به مشکلات مزمن سلامتی در یک طرف معادلهٔ خودمدیریتی، باید روزانه مشکل‌شان را مدیریت کنند. این مسئولیت آسانی نیست. بیشترین بار خودمدیریتی مشکلات مزمن سلامتی بر دوش افراد مبتلا است، زیرا آنها مجبورند هر روز دربارهٔ نحوهٔ اجرای توصیه‌های مراقبت سلامتی برای علائم نوسان‌کننده و شرایط جدیدشان تصمیم‌گیری کنند. آنها باید اطلاعات مرتبط با مشکل‌شان همکاران، (۲۰۰۲) که افراد مبتلا باید در طول روز اتخاذ کنند. آنها باید اطلاعات مرتبط با مشکل‌شان (برای مثال، نحوهٔ استفاده از انسولین برای مدیریت دیابت یا نحوهٔ کاهش فراوانی تشنج در صرع)، طیف وسیعی از علائم مرتبط با مشکلات مزمن سلامتی شان را بشناسند و از بروز احتمالی علائم آگاه و اقدامات مدیریت علائم را انجام دهنند. این افراد به تنها می‌توانند مدیریت خُرد سلامت‌شان را بر عهده بگیرند. افراد «در نهایت مراقبان اصلی» خودشان هستند (واگنر و همکاران، ۲۰۰۵، ص. ۱۰). این مسئولیت پایان‌ناپذیر برای بعضی از افراد مبتلا به مشکلات مزمن سلامتی دلهره‌آور است.

در سوی دیگر معادلهٔ خودمدیریتی، مدیریت مشکلات مزمن سلامتی مستلزم آن است که مراقبان سلامت با تدوین چارچوب نحوهٔ مراقبت از مشکلات سلامتی (برای مثال، برنامهٔ درمانی) تصمیم‌های کلان اتخاذ کنند. مراقبان سلامت، تشخیص‌گذاری و توصیه‌های مراقبت سلامتی را مطرح می‌کنند (برای مثال، اقداماتی که افراد باید برای درمان بیماری مزمن سلامتی شان انجام دهنند) و با افراد در مورد درک چارچوب برنامهٔ درمانی گفت‌وگو می‌کنند. این همکاری مشترک ممکن است شامل تصمیم‌گیری مشترک بین مراقب و دریافت کنندهٔ مراقبت سلامتی شود (ادواردز و الوبن، ۲۰۰۹). با وجود این، در نهایت خود فرد باید روزانه، ساعت‌ها و حتی دقیقه به دقیقه اجرای برنامهٔ درمانی اش را مدیریت کند.

با توجه به اینکه رویکرد خودمدیریتی «مداخله‌ای پیچیده» است، شکل‌گیری همکاری مشترک برای متخصصان سلامت وظیفه ساده‌ای نیست (تراپن بیورگ و همکاران، ۲۰۱۳) که نشان می‌دهد خودمدیریتی، راهبردی با مؤلفه‌های بسیار و درجات مختلف پیچیدگی است. اجرای هر فرآیندی با «مؤلفه‌های متفاوت» بسیار پیچیده است و این پیچیدگی هنگام اضافه شدن مؤلفه انسانی مستقل اندیش بیشتر می‌شود. هر چند، متخصصان مراقبت سلامتی تصمیم‌های کلانی در مورد نحوهٔ درمان مشکلات مزمن سلامتی اتخاذ می‌کنند، اما بر رفتار افرادی که به آنها توصیه‌های خودمدیریتی را پیشنهاد می‌کنند، هیچ‌گونه کنترلی ندارند. با توجه به همهٔ این عوامل، برای متخصصان مراقبت سلامتی انگیزه دادن به افراد برای اجرای برنامه‌های درمانی وظیفه‌ای دشوار است؛ بهویژه اگر متخصصان مراقبت سلامت با

رویکردهای خودمدیریتی آشنا نباشد.

تعاریف خودمدیریتی

این بخش طیفی از تعاریف خودمدیریتی در سطح فردی را پوشش می‌دهد و با تعریف سه مؤلفه‌ای خودمدیریتی شروع می‌شود.

الگوی سه مؤلفه‌ای خودمدیریتی

گروه‌های پژوهشی متعدد بر مؤلفه‌های خودمدیریتی مختلف تأکید دارند، بنابراین تعاریف خودمدیریتی بسیار متفاوت است. کوربین و اشتراوس (۱۹۸۸) یکی از نخستین الگوهای سه مؤلفه‌ای خودمدیریتی را مطرح کردند که بسیاری از پژوهشگران هنوز هم هنگام بحث درباره تعریف خودمدیریتی به این تعریف اشاره می‌کنند. این دو پژوهشگر پیشنهاد کردند که خودمدیریتی شامل سه مؤلفه است: الف- مدیریت پزشکی که شامل مصرف دارو طبق تجویز پزشک و حضور در جلسات پزشکی است. ب- مدیریت رفتاری که شامل حفظ یا تغییر نقش‌های مهم زندگی پس از شروع مشکل مزمن سلامتی است. ج- مدیریت هیجانی که شامل مدیریت واکنش‌های هیجانی نسبت به شروع مشکل مزمن سلامتی و سازگاری با ماهیت مداوم و پایدار مشکل است.

چند سال بعد، کلارک و همکاران (۱۹۹۱) سه «دسته از فعالیت‌ها» یا «رفتارها» را در خودمدیریتی پیشنهاد کردند که عبارت‌اند از: الف- کسب اطلاعات کافی در مورد بیماری خویش و گزینه‌های درمانی برای تصمیم‌گیری صحیح و منطقی در مورد مراقبت از خود، ب- اقدام برای مدیریت بیماری خود و ج- مدیریت واکنش‌های هیجانی نسبت به ابتلا به بیماری. در زمینه تعریف خودمدیریتی توجه داشته باشید که مفهوم سه مؤلفه‌ای کلارک و همکاران همسو با دیدگاه‌های کوربین و اشتراوس (۱۹۸۸) است.

خودمدیران

کلارک و همکاران (۱۹۹۱) تأکید می‌کنند که خودمدیریتی چیزی بیش از صرف آموزش مرتبط با مشکل سلامتی است؛ خودمدیریتی شامل ترکیب اطلاعات در رفتار است: «تبديل شدن به خودمدیری بهتر، کمتر با فهم واقعیت‌ها در مورد مشکل سلامتی ارتباط دارد و بیشتر با یادگیری نحوه تعیین اهداف، سازمان‌دهی منابع (از جمله منابع روانی) و اجرای راهبردهای حل مسئله مرتبط است» (ص. ۲۰). دیدگاه‌های آنها نشان دهنده درک فزاینده این واقعیت بود که افراد فعلی برای مدیریت مشکل مزمن سلامتی‌شان در زمینه مراقبت سلامت در بیرون از مطب پزشک، نیازمند کمک هستند. بنابراین

دیدگاه دریافت‌کننده مراقب سلامت در درمان افراد مبتلا به مشکلات مزمن سلامتی همچون فردی منفعل که تابع دستورات پرشک است، مفهومی کهنه تلقی می‌شد. بر اساس دیدگاه جرانت، ون فریدریچس فیتز واتر و مور (۲۰۰۵)، خودمدیران منفعل دارای ویژگی‌های زیر هستند: الف- تأخیر در مراجعه به مراقبان سلامت، ب- احساس اجبار برای رهایی از نقش‌های ارزشمند زندگی و ج- استفاده از انواع ناکارآمد مدیریت هیجانی (کنار آمدن‌ها). در مقابل، خودمدیران فعل دارای ویژگی‌های زیر هستند: الف- همکاری با مراقبان سلامت، ب- تلاش برای حفظ نقش‌های ارزشمند زندگی و ج- استفاده آگاهانه از راهبردهای مقابله منتخب (جرانت و همکاران، ۲۰۰۵).

شورای سلامت کانادا (۲۰۱۲) پیشنهاد کرد که «خودمدیران موفق» افرادی هستند که ابعاد مسئولیت‌های خود را می‌دانند و «به طور فعل به مراقبت از خود می‌پردازند و قادر به تصمیم‌گیری‌هایی درباره حفاظت از سلامتی شان هستند، از جمله اینکه می‌دانند چه هنگام به تنها می‌توانند به خودمدیریتی سلامت‌شان پردازنند و چه هنگام باید به مراقبان سلامت مراجعه کنند» (ص. ۱۳). همچین، خودمدیران موفق قادر به شناخت علائم نوسان کننده خودشان هستند و می‌دانند هنگام بروز علائم چه اقداماتی باید انجام دهنند. به عبارت دیگر، آنها «علائم مشکلات سلامتی شان را در بین جلسات مراقبت از سلامت، پایش و مدیریت می‌کنند و نحوه حل مسائل را می‌دانند یا برای مدیریت پیامد مشکل سلامتی بر زندگی جسمی، هیجانی، خانوادگی و اجتماعی شان کمک بگیرند» (شورای سلامت کانادا، ۲۰۱۲، ص. ۱۳).

تعریف دیگری از خودمدیریتی

خودمدیریتی به شیوه‌های مختلفی تعریف شده است که بر جنبه‌های متفاوت، از جمله فرآیندهای مؤلفه‌ها تأکید دارند. خودمدیریتی به منزله «پدیدهای پویا و پیچیده متشكل از سه بعد: زمینه، فرآیند و نتایج» تعریف شده است (رایان و ساوین، ۲۰۰۹، ص. ۹). دیگران برای تعریف خودمدیریتی، مجموعه‌ای از رویکردها را ذکر می‌کنند: اصطلاحی که به فرآیندهای خودمدیریتی اشاره می‌کند، خودمدیریتی همچون برنامه مداخله‌ای، یا پیامدهایی که منجر به فعالیت‌های خودمدیریتی می‌شوند (گریدی و گاف، ۲۰۱۴). بخش‌های بعدی به‌طور مختصر از خودمدیریتی در قالب یک فرآیند صحبت می‌کند و مؤلفه‌های آن را مورد بحث قرار می‌دهند.

خودمدیریتی به منزله فرآیند

از آنجا که مشکلات مزمن سلامتی نیازمند درمان و پایش مداوم هستند، خودمدیریتی را می‌توان به صورت فرآیندی تلقی کرد. فرآیندهای خودمدیریتی شامل فرآیندهای درون فردی و بین فردی است که

دامنه آن از شناسایی مشکلات احتمالی سلامتی با شناخت علائم و مدیریت هیجان‌های به وجود آمده توسط مشکل مزمن سلامتی فرد تا دست‌یابی به مراقبت‌های سلامتی مطلوب از طریق برقراری تعامل‌های مؤثر با مراقبان سلامت، گسترده است (کلارک و همکاران، ۱۹۹۱).

پژوهشگران دیگر خودمدیریتی را از دیدگاهی چند بعدی در نظر می‌گیرند و خود مدیریتی را به مثابه «توانایی افراد برای برقراری ارتباط با خانواده، جامعه و متخصصان مراقبت سلامت برای مدیریت علائم، درمان‌ها، تغییرات سبک زندگی و پیامدهای روانی اجتماعی، فرهنگی و معنوی مشکل مزمن سلامتی» تعریف می‌کنند (ویلکینسون و وايت‌هد، ۲۰۰۹، ص. ۱۱۴۵).

شولمن و همکاران (۲۰۱۱) با تجزیه و تحلیل ۱۰۱ پژوهش، سه فرآیند خودمدیریتی را شناسایی کردند: الف- تمرکز بر نیازهای مربوط به مشکل (از جمله نیازهای مرتبط با سلامتی)، ب- فعال‌سازی منابع (کمک گرفتن از متخصصان مراقب سلامت، خانواده و جامعه) و ج- زندگی با وجود ابتلاء به مشکل مزمن سلامتی (از جمله مهارت‌های مقابله‌ای، سازگاری و پذیرش مشکل و یافتن معنا). طبق دیدگاه این پژوهشگران، سیر مشکل مزمن سلامتی و عوارض آن یا مشکلات همایند سلامتی ممکن است به طور چشمگیری فرآیندهای خودمدیریتی و روند روزمره زندگی افراد مبتلا را تغییر دهد؛ بنابراین، خود مدیریتی را باید به صورت فرآیندی خطی تلقی کرد.

مؤلفه‌های خودمدیریتی

سایر الگوهای خودمدیریتی بر مؤلفه‌های آن تأکید می‌کنند. چند دهه گذشته، هالروید و کریر (۱۹۸۶) شش مهارت را به منزله مؤلفه‌های خودمدیریتی شناسایی کردند: خودپایی، خودآموزی، تغییر محرك خودانگیخته (تغییر عوامل محیطی که بر مشکل مزمن سلامتی تأثیر می‌گذارند)، تغییر پاسخ خودانگیخته (راهبردهای تقویت خود)، آرمیدگی و تصمیم‌گیری.

بارلو، رایت، شیسبی، ترنر و هینسورث (۲۰۰۲) با بررسی ۱۴۵ مقاله مربوط به خودمدیریتی، به هشت مؤلفه اصلی برنامه‌های خودمدیریتی دست یافتند که عبارت‌اند از: اطلاعات، مدیریت دارویی، مدیریت علائم، مدیریت پیامدهای روان‌شناختی (از جمله خشم، افسردگی، پذیرش)، سبک زندگی (از جمله ورزش)، حمایت اجتماعی، ارتباطات و طبقه‌ای حاوی سایر مؤلفه‌ها (مقابله، تصمیم‌گیری، تعیین هدف و حل مسئله). سایر پژوهشگران (لوریگ و هولمن، ۲۰۰۳) پیشنهاد کردند که مؤلفه‌های اصلی خودمدیریتی برای افراد مبتلا به مشکلات مزمن سلامتی عبارت‌اند از حل مسئله، تصمیم‌گیری، استفاده از منابع، همکاری با مراقبان سلامت، عمل‌گرایی و خودتطبیقی (تطبیق مهارت‌ها و اطلاعات خودمدیریتی با مشکل سلامت خویش).

اکثر پژوهشگران و متخصصان بالینی مراقب سلامت موافق هستند که افراد برای مدیریت مشکل

سلامتی شان باید عمل‌گرای باشند. توانایی تصمیم‌گیری در مورد نحوه اقداماتی از جمله مهارت حل مسئله را برای مشکلات نوسان‌کننده مرتبط با سلامت انجام دهن. پژوهشگران تأکید کردند که حل مسئله مهارت اصلی در آموزش خودمدیریتی است (بادنهایمر و همکاران، ۲۰۰۲؛ لوریگ و هولمن، ۲۰۰۳) که آن را از آموزش سنتی و عرضه اطلاعات و مهارت‌های فنی مرتبط با مشکل مزمن سلامتی (برای مثال آموزش دیابت) متمایز می‌کند. به عقیده این پژوهشگران، آموزش سنتی مشکلات مزمن سلامتی به افراد کمک می‌کند تا مشکلات را تعریف کنند، هرچند، آموزش خودمدیریتی به افراد اجازه می‌دهد تا مشکلات خود را شناسایی کنند و سپس فنونی برای کمک به تصمیم‌گیری افراد، انجام اقدامات مناسب و تغییر رویکردهای خود هنگام مواجهه با شرایط جدید پیشنهاد می‌کنند.

تیلور و همکاران (۲۰۱۴) در گزارشی مفصل تحت عنوان مرور نظام مند عملی حمایت خودمدیریتی از مشکلات مزمن سلامتی (PRISMS) پیشنهاد کردند که موارد زیر مؤلفه‌های اصلی هستند که بهتر است در مداخله‌های خودمدیریتی برای افراد مبتلا به مشکلات مزمن سلامتی گنجانده شود:

۱. آموزش: آموزش شامل عرضه اطلاعات در مورد مشکلات مزمن سلامتی است. از نظر چارچوب آموزش، انواع مختلفی از چارچوب‌ها برای برنامه‌های آموزشی عبارت‌اند از: مداخله‌های گروهی، جلسات انفرادی، آموزش‌های همسالان یا افراد غیر متخصص، مداخله‌های رایانه‌ای یا مبتنی بر اینترنت با پیش از یک شیوه آموزش.
۲. حمایت روان‌شنختی: حمایت روان‌شنختی شامل راهبردهای مختلف (برای مثال، حل مسئله، برنامه‌ریزی فعالیت، تعیین هدف، آرمیدگی، بازسازی شناختی) برای کمک به افرادی است که پس از شروع مشکل مزمن سلامتی با زندگی سازگار شوند. این سازگاری بسته به ماهیت مشکل، باورها و نگرش‌ها، حمایت اجتماعی و منابع مالی برای افراد متفاوت است.
۳. حمایت از فرد برای اجرای توصیه‌های دارویی یا درمانی: این حمایت ممکن است شامل توصیه‌های مرتبط با مشکل از سوی مراقب سلامت یا بازخورد در مورد نتایج خودپایی شود.
۴. حمایت اجتماعی عملی: یکی از اهداف این حمایت کمک به افراد برای مقابله بهتر و سازگاری‌های اجتماعی مرتبط با سبک زندگی‌شان است. این حمایت ممکن است شامل استفاده از حمایت یا پایش همسالان شود.

دکرت و دویتس (به فصل ۱۰ کتاب مراجعه کنید) چهار سطح از اهداف خودمدیریتی پیشنهاد کرده‌اند که می‌توان از آنها برای سازماندهی مداخله‌های خودمدیریتی استفاده کرد:

۱. اهداف اول بر سیر مشکل سلامتی تمرکز دارند که با اقدامات فرد قابل اصلاح است (برای

- مثال، ورزش، رژیم‌های غذایی محدودشده، مصرف دارو).
۲. اهداف دوم بر درمان علائم و عوارض جانبی درمان متمرکز است.
 ۳. اهداف سوم بر پیامدهای روانی متمرکز است (برای مثال افسردگی، کیفیت زندگی، روابط بین فردی).
 ۴. اهداف چهارم بر پیشگیری از عوارض ناشی از مشکل متمرکز هستند که می‌توان از طریق اقدامات افراد از بروز آنها پیشگیری کرد (برای مثال، افراد مبتلا به دیابت تلاش می‌کنند سطوح قند خون خود را به سطح طبیعی برسانند تا از عوارضی از جمله نوروپاتی یا قطع عضو اجتناب کنند).

مدیریت هیجانی

بعضی از پژوهش‌های خودمدیریتی به مؤلفه مدیریت هیجانی نمی‌پردازند اما بر مؤلفه‌های آموزشی و رفتاری (آگاهی و عمل) تأکید کرده‌اند. در حالی که جایی برای عناصر آگاهی و عمل وجود دارد، اکثر افراد شروع مشکل مزمن سلامتی را در قالب رویدادی با بار روان‌شناختی (استرس‌زا یا آشفته‌کننده) تجربه می‌کنند. این نشان می‌دهد اگر افراد خواستار توانمندی بسیار در خودمدیریتی هستند، باید اطلاعاتی در مورد روش‌های مقابله با استرس روان‌شناختی شروع مشکل مزمن سلامتی داشته باشند. راهبردهای مدیریت استرس را می‌توان در طبقه گسترده‌تر تحت عنوان مدیریت هیجانی طبقه‌بندی کرد. حمایت روان‌شناختی عرضه شده برای تقویت مدیریت هیجانی افراد، همچنین می‌تواند در رفع مواعن متعدد افراد مبتلا به مشکلات مزمن سلامتی، از افسردگی تا فقدان حمایت خانوادگی یا اجتماعی، کمک کننده باشد (جرانت و همکاران، ۲۰۰۵).

جنبهای از مدیریت هیجانی در نقش پردازش واکنش‌های روان‌شناختی به رویدادهای آشفته ساز است، که شامل آگاهی از طیف هیجان‌های برانگیخته شده با شروع مشکل مزمن سلامتی و ابراز این هیجان‌ها و سوگ درباره فقدان مرتبط با آسیب سلامت و یا عملکردشان است (شولمن و همکاران، ۲۰۱۲). لیونه و آنتوناک (۱۹۹۷) فرآیند سازگاری با مشکل مزمن سلامتی و ناتوانی ناشی از آن را به مثابة توانایی مدیریت پیامدهای هیجانی آن شرایط تعریف می‌کنند. دهه‌ها پژوهش نشان می‌دهد که سازگاری و انطباق با مشکلات مزمن سلامتی مستلزم پذیرش تغییرات در زندگی خویش و پذیرش مشکل مزمن سلامتی است (لیونه، ۲۰۰۱؛ لیونه و آنتوناک، ۱۹۹۷؛ شولمن و همکاران، ۲۰۱۲؛ شوتز، ۱۹۷۷؛ رایت، ۱۹۸۳).

آدولف، پکر، هات چینسون و همکاران (۲۰۱۶) با بررسی همپوشانی مفاهیم مقابله، سازگاری و خود مدیریتی در بستر مشکل عصب‌شناختی به این نتیجه رسیدند که این سه مفهوم را می‌توان در