

تأثير العوامل الخمس الكبرى للشخصية على استراتيجيات التعامل لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة

The effect the Big Five Factors of personality traits on coping strategies in patients with irritable bowel syndrome

بن سي سعيد شهرزاد^{1*} ، خطار زهية²

¹ جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله (الجزائر)، مخبر علم نفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة، الإيميل: chahrazed.ben-si-said@univ-alger2.dz

² جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله (الجزائر)، وخبر علم نفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة، الإيميل: kzahia71@yahoo.fr

تاريخ النشر: 30/ديسمبر/2023

تاريخ القبول: 03/سبتمبر/2023

تاريخ الاستلام: 31/جويلية/2023

ملخص: تُعتبر العلاقة بين سمات الشخصية واستراتيجيات التعامل لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة جانباً مهماً في عملية التعرف على البروفيل النفسي لدى هذه الفئة، لما يوفّره هذان العاملان من معلومات عن الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية للمريض، وبالتالي هدفت الدراسة الحالية لمعرفة تأثير عوامل الخمس الكبرى للشخصية في كيفية اختيار مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لاستراتيجيات تعاملهم وقد تمّ افتراض وجود اختلاف في استراتيجيات تعاملهم تُعزى لعوامل الشخصية الكبرى. وبالاعتماد على المنهج الوصفي تمّ تطبيق مقياس العوامل الخمس الكبرى (BFI-Fr) ومقياس استراتيجيات التعامل المختصر (Brief-COPE) في نسختيهما الفرنسية بعد ترجمتهما وتحديد خصائصهما السيكومترية على عيّنة 80 مريضاً بين 18 – 60 سنة من كلا الجنسين. و أظهرت النتائج وجود اختلاف في نوع استراتيجيات التعامل لدى مرضى المتلازمة تُعزى لعوامل التفتُّح و الوعي والعصابية، حيث سجّلت استراتيجيات حلّ المشكل والتفكير الإيجابي ظهوراً لدى المرضى المنفتحين فكراً والمتميّزين بالوعي، في حين أُعزيت استراتيجيات التجنُّب للمرضى الذي تظهر لديهم سمة العصابية مع استعمال إستراتيجية الفكاهة للتخفيف من الضغط النفسي، ولم يُسجّل أيّ اختلاف يُعزى لباقي العوامل.

الكلمات المفتاحية: الوعي ؛ لتفتح ؛ العصابية ؛ استراتيجيات التعامل ؛ متلازمة الأمعاء المتهيجة

Abstract: The study aimed to investigate the effect of the big five factors of personality on coping strategies in patients with irritable bowel syndrome, we hypothesized that there is a difference in coping strategies attributed to the big five factors of personality. By using the descriptive method, we applied the Big Five inventory (BFI-Fr) and the brief COPE questionnaire on a simple of 80 patients aged 18-60 years of both sexe after has been translated to arabic and submitted to psychometric standers . The results revealed that there was a difference in the type of coping strategies among patients with the syndrome attributed to the factors of openness, awareness and neuroticism, where problem-solving and positive thinking strategies appeared among patients who had openness and consciousness, while avoidance strategies were attributed to neurotic patients, with the use of the humor strategy to relieve stress, and no difference was recorded can be attributed to the rest of the factors.

Keywords: Openness ; Awareness ; Neuroticism ; Coping ; Irritable bowel syndrome

تُعتبر متلازمة الأمعاء المتهيجَة أكثر الاضطرابات انتشاراً لدى مرضى الاضطرابات المعوية الوظيفية، وقد اندرجت في السابق تحت عدّة مسميات كاعتلال القولون الوظيفي، اعتلال القولون المتشنج/ الحساس والقولون العصبي (Berkane (s.d, 2) وتتجلى أعراضها في وجود آلام بطنية أو عدم راحة هضمية مع وجود معايير تتعلق بعملية الإخراج (Coffin (2011, 85)، وحسب المختصين تُشكّل هذه المتلازمة إعاقةً وظيفية للمريض سواءً كانت جسدية أو نفسية أو اجتماعية تنعكس سلباً على رفاهية حياته. (Friedt (2008, 22)، وغالباً ما تُعتبر متلازمة الأمعاء المتهيجَة من الاضطرابات المرتبطة بالضغط النفسي، وهو الأمر الذي تركز ذكره في عدّة دراسات كدراسة (Whitehead et al (1992) التي أشارت إلى تسجيل هذه الفئة من المرضى لمستويات عالية من الضغط النفسي مقارنةً بباقي الاضطرابات المعوية الوظيفية، وكذا دراسة (Seres et al (2008) التي أظهرت أنّ مرضى هذه المتلازمة يعانون من ضيق نفسي وتضخيم في إدراكهم للأعراض، كما تلعب الأنواع المختلفة من الضغط النفسي دوراً مهماً في ظهور أعراض المتلازمة على المريض وتعديلها أيضاً (Mayer et al (2001, 519).

ولمواجهة هذه الضغوط النفسية تظهر مجموعة ردود فعل من المريض تهدف لتسوية وتقليل الآثار المحتملة التي تنعكس على مختلف جوانب حياته الجسمية والنفسية والاجتماعية، والتي تُسمى باستراتيجيات التعامل، وتُعرف بأنها "مجموع الجهود المعرفية والسلوكية المتغيرة باستمرار، والمهادفة للتحكم والتقليل أو تحمّل المتطلبات الخاصة الداخليّة والخارجيّة التي تمّ إدراكها على أنّها تهديد أو التي تفوق المصادر الذاتية للفرد". (Lazarus & Folkman (1984) Fischer & Tarquinio (2014, 117)، ومن بين الدراسات التي تناولت تعامل مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجَة مع الضغط نجد دراسة (Jones et al (2006) التي أُجريت على هذا النوع من المرضى ومرضى التهاب الأمعاء والتي كشفت عن استعمال هاتين الفئتين للاستراتيجيات السلبية الغير تكيفية كاستراتيجيات التجنّب، وفي ذات السياق توصلت دراسة (Pellissier et al (2010) إلى أنّ المصابين بهذه المتلازمة الذين يعانون من الانفعالات السلبية سجّلوا تديني في استراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل مقارنة بالمرضى الذين يملكون انفعالات ايجابية وكذا الأفراد الأصحاء، وارتفع في استعمال استراتيجيات التعامل المركّزة على الانفعال وانخفاض في استراتيجيات التعامل المركّزة على البحث عن المساندة الاجتماعية مقارنة بالمرضى الذين لديهم انفعالات ايجابية، كما كشفت أنّ مرضى المتلازمة الذين لهم انفعالات ايجابية يبحثون عن المساندة أكثر من الأصحاء، بينما كشفت دراسة (Selim et al (2021) عن وجود ارتباط بين استراتيجيات التعامل كإعادة التأويل الإيجابي وخصائص تشخيص متلازمة الأمعاء المتهيجَة.

وبالرجوع لنتائج الدراسات السابقة الذكر، يتّضح لنا جلياً الإجماع على أنّ هذه الفئة من المرضى تلجأ للاستراتيجيات السلبية في تعاملها مع الضغوط النفسية، بالإضافة لوجود عامل الانفعالات الذي يحدّد نوع الاستراتيجيات لدى هؤلاء المرضى، مع ظهور إمكانية ارتباطها بتطور المتلازمة.

وبتعميق القراءة النظرية التحليلية لهذا المفهوم تبيّن لنا ارتباطه بعامل استعدادي ثابت وهو عامل الشخصية، وقد تمّت الإشارة إلى أهميته من طرف الباحثين والممارسين في مجال متلازمة الأمعاء المتهيجَة، فـ (Denis (2002) مثلاً أشار إلى أهميّة تناول الجانب النفسي للمريض وشدّد على ضرورة العودة إلى نوع شخصياتهم أثناء التكفّل العلاجي، ذلك لما تكشفه عن طرق تعاملهم مع المرض وتقييمهم لوضعيتهم، ممّا يسهّل عملية التواصل على المستوى الطبي، بالإضافة إلى الإثراء الذي جادت به الدراسات في مجال الفسيولوجية المرضية للمتلازمة التي كشفت عن العلاقة الموجودة بين الدماغ والأمعاء عبر التفاعلات الكيميائية التي تساهم في تغيير حالة العضوية المعوية. (Bonaz (2010, 581)

وبالتالي فإنّ للشخصية أثر هام في المتلازمة سواءً بطريقة مباشرة كالمحور دماغ-أمعاء الذي يؤثر على أعراض المرض، أو غير مباشرة عن طريق الأفكار والسلوكيات التي تدخل في عملية التعامل مع الضغط، ممّا يؤكّد على أهميّة استدعاء هذا العامل في دراسة مرضى المتلازمة.

ومن بين التناولات التي عرّفت الشخصية نجد تناول الوصفي الذي أتى بمفهوم السمة باعتبارها "استعداد لإصدار السلوك بطريقة معيّنة، والذي يميز سلوك الشخص عبر مدى واسع من المواقف". (برافين a (2010, 164)

وقد حاولت عدّة نماذج مفسّرة إعطاء صورة مفصّلة للسمة لفهم سلوك الإنسان، ومن أشهرها نموذج العوامل الخمس للشخصية التي حاولت جمع سمات الفرد بطريقة وافية والذي يُعدُّ نموذجاً ضرورياً وكافياً لوصف الأبعاد الأساسية للشخصية (Plaisant et al (2010, 483) وتمثّلت في انفتاح الفكر (التفتُّح) والوعي (يقظة الضمير) والانبساطية والطيبة والعصابية، وقد تمّ البحث عنها في مجال مرضى متلازمة الأمعاء المتهيّجة في عدّة دراسات منها: دراسة (Farnam et al (2008) التي أظهرت أنّ مرضى هذه الفئة لديهم مستويات عالية من العصابية والوعي (يقظة الضمير) ومستوى أقل من انفتاح الفكر والطيبة، ودراسة (Tkalcic et al (2010) التي أكّدت على وجود مستويات عالية من القلق لدى هؤلاء المرضى وإعراجهم عن مستوى عالٍ من العصابية كسمة شخصية مقارنةً بمرضى إتهاب الأمعاء، وهو ما توصلت إليه دراسة Zarpour & Besharat (2011) بوجود مستوى مرتفع من سمة العصابية لديهم ودرجات أقل من الانبساطية والوعي (يقظة الضمير) مقارنة بالأصحاء، كما أشاروا إلى إمكانية اعتبار الشخصية جزءاً من عامل التنبؤ بالإصابة بالمتلازمة، وهي النقطة التي اشتركت فيها دراسة (Tayama et al (2012) حول علاقة الشخصية بالجانب العضوي للمريض، حيث أشارت إلى أنّ للسمة دوراً في الفسيولوجيا المرضية لمتلازمة الأمعاء المتهيّجة لدى فئة الشباب خاصة في نوعه الفرعي الإسهال.

وبالنسبة لعنصر الارتباط بين سمات الشخصية الكبرى واستراتيجيات التعامل، نجد دراسات أكّدت هذه العلاقة، كالتي قام بها David & Suls (1999) التي أظهرت أنّ الفروق الفردية للشخصية تُعدُّ من بين المحدّيات الهامة لاستخدام استراتيجيات التعامل في الحياة اليومية، وذكرت أنّ عوامل العصابية والانبساطية وانفتاح الفكر والوعي (يقظة الضمير) قد يكونوا عوامل منبّهة، وربطت التحليلات المتعدّدة بين التفاؤل والانبساطية والوعي (يقظة الضمير) وانفتاح الفكر للاستراتيجيات التعامل العملية، في حين ارتبط عامل العصابية بالاستراتيجيات التجنّبية، عكس التفاؤل والوعي والطيبة الذين يستعملون استراتيجيات التجنّب بشكل أقل. (Carver & Connor-Smith (2010)

وفي الجهة المقابلة لهذا الطرح، أتت نتائج دراسة (Conner-Smith & Flachsbar (2007) لتحليل عاملي للعلاقة بين الشخصية واستراتيجيات التعامل بوجود ارتباطٍ ضعيف بين الشخصية واستراتيجيات التعامل في شكلها المحمل (العملي المشارك أو التجنّبي)، لكن جميع السمات والعوامل الخمس للشخصية تنبأت باستراتيجيات محدّدة، فالانبساطية والوعي (يقظة الضمير) تنبأت باستعمال أكثر لاستراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل وإعادة البناء المعرفي وبعبصائية أقل، في حين تنبأت العصابية باستراتيجيات ذات طبيعة إشكالية كالتمتّي والانسحاب والاستراتيجيات المركّزة على الإنفعال، ولكن مثلها مثل عامل الانبساطية تنبأت بالبحث عن المساندة أيضاً. وفي دراسة أخرى لـ Khan et al (2011) كشفت أنّ نقاط القوة النفسية الإيجابية وعوامل الشخصية الخمس الكبرى مرتبطة بشكل كبير باستراتيجيات التعامل باستثناء العصابية، حيث وجد أنّ الذين لديهم مستوى عالٍ من العصابية هم الأقل انخراطاً في استراتيجيات التعامل، في حين أنّ المستويات العالية من الانبساطية وانفتاح الفكر والوعي (يقظة الضمير) ينخرطون أكثر في استراتيجيات حل المشكل.

نلاحظ ممّا طُرح آنفاً بعض التباين في مدى تأثير سمات الشخصية في استراتيجيات التعامل، وبناءً عليه استلزم الأمر تعميق البحث في هذا الجانب باستعداد المستويات المختلفة لعوامل الشخصية ومعرفة تأثيرها في عملية تبني سلوك معين للمريض في مواجهة الضغوط النفسية، وهو الأمر الذي يساهم في تحديد السمات الإنقاذية والإراضية لديهم التي تقوم عليها السلوكات التكيفية والغير تكيفية لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيّجة، وعليه طُرحت مشكلة البحث في التساؤلات التالية:

1- هل يوجد اختلاف بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيّجة في استراتيجيات تعاملهم تُعزى لمستوى العوامل الخمس الكبرى للشخصية (التفتُّح، الوعي، الانبساطية، الطيبة، العصابية)؟

البحث:

فرضيات

1.1-.

- يوجد اختلاف بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجية في استراتيجيات تعاملهم تُعزى لمستوى العوامل الخمس الكبرى للشخصية (التفتُّح، الوعي، الإنبساطية، الطيبة، العصابية).

2.I.- مصطلحات البحث

- **العوامل الخمس الكبرى للشخصية:** النموذج المكوّن من خمسة عوامل، أو كما تُسمّى بالخمس الكبرى، والذي نشأ من دراسات الصفات الوصفية للسمات المستمّدة من المعجم، وهو نظام التصنيف الأكثر استخداماً لسمات الشخصية (DeYoung, et al (2007, 880). وتتجلّى في العصابية، الانبساطية، التفتُّح، الطيبة، الوعي.

اجرائياً: هي مجموعة من الصفات التي تساهم في ظهور عامل من العوامل الخمس الكبرى في الشخصية، وتبرز مؤشرات هذه السمات في مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية في نسخته الفرنسية BFI-Fr لـ (Plaisant & al (2010)، ويتمُّ تحديد سمة المريض حسب ارتفاع درجة العبارات الخاصة بالعامل الذي استجاب لها.

- **استراتيجيات التعامل:** هي عملية إدارة المطالب (الخارجية أو الداخلية) التي تُقيّم من قبل الفرد بأنّها شاقة أو تفوق إمكانياته، فالتعامل يتكوّن من الجهود التي توجه نحو العمل، وتلك التي تتمُّ على المستوى النفسي من أجل إدارة (ضبط، أو تحمُّل، أو تقليل، أو تخفيف) مطالب البيئة الداخلية والخارجية، والصراع بين هذه المطالب شيلي تايلور (2008، 352).

اجرائياً: هي مجموعة ردود الفعل المعرفية والانفعالية والسلوكية التي يستعملها المريض لمواجهة الضغط النفسي، وتكون إمّا موجهة لحلّ المشكل، أو التفكير الإيجابي، أو البحث عن المساندة الاجتماعية، أو التجنّب، ويتمُّ قياسها بتطبيق مقياس استراتيجيات التعامل المختصر لـ Brief-COPE لـ Charles S. Carver (1997) ويكون من خلال استجابة المريض لعبارته، إذ كلّما ارتفعت الدرجة على عبارات المقياس الخاص بكلّ استراتيجية، كلّما دلّ ذلك على شيوع تلك الاستراتيجية أكثر.

- **متلازمة الأمعاء المتهيجية:** وجود آلام بطنية أو عدم راحة هضمية (إحساس غير مريح على مستوى البطن بدون آلام) لمُدّة 3 أيام في الشهر على الأقلّ في آخر 3 أشهر الماضية، مع وجود معيارين على الأقلّ من المعايير التالية: الإحساس بالتحسُّن بعد عملية الإخراج / الإخراج يصاحب تغييراً على مستوى تواتر البراز / الإخراج يصاحب تغييراً على مستوى كثافة البراز (Coffin (2011, 85).

اجرائياً: هو المريض التي تمّ تشخيصه من طرف الطبيب على أنّه مصاب باضطراب في وظيفة الأمعاء الدقيقة والقولون بدون إصابة ملموسة للأعضاء ويكون عن طريق إجراء الفحوصات اللازمّة للتأكد من عدم وجود أمراض مشابهة لها في الأعراض تكون ناجمة عن إصابة العضو. وتكون الأعراض على شكل آلام بطنية مزمنة مع/أو انتفاخ وعدم الراحة الهضمية بالإضافة إلى اضطرابات في عملية الإخراج كالإمساك و/أو الإسهال. ويكون العلاج وفق أدوية لتخفيف الألم وضبط الحركة الهضمية وإعادة توازن الوظيفة في الأعضاء التحتية للجهاز الهضمي مع الحماية الغذائية المناسبة وكذا الحثّ على تخفيف الضغط النفسي.

II - الإجراءات و أدوات البحث

تمّ اعتماد المنهج الوصفي والتعامل بالعينة اللاعشوائية نظراً لصعوبة ضبط وتحديد المجتمع الأصلي، وعلية تمّ اللجوء إلى معايير العينة العرضية والتي بلغت 80 مصاباً بمتلازمة الأمعاء المتهيجية من الجنسين من فئة الراشدين، وتظهر خصائص العينة في الجداول التالية:

الجدول رقم (1) توزيع العينة حسب عامل الجنس

النسب	العدد	الجنس
12.5%	10	ذكر
87.5%	70	أنثى
100%	80	المجموع

نلاحظ من الجدول أعلاه أنَّ غالبية المشاركين في البحث من الجنس الأنثوي حيث بلغت نسبتهم 87.5% بينما كان للجنس الذكوري 12.5% من المشاركين.

الجدول رقم (2) توزيع العينة حسب عامل السن

النسب	العدد	الفئة
42.5%	34	30-18
45.0%	36	49-31
11.3%	9	50 +
/	1	بدون اجابة
100%	80	المجموع

نلاحظ من الجدول أعلاه أنَّ الفئة العمرية التي تتراوح بين 31-49 سنة الأكثر حضوراً في عينة البحث بنسبة تقدر بـ 45.0% تليها فئة 30-18 سنة بنسبة 42.5% وهي نسب جد متقاربة، بينما تبلغ الفئة المتراوحة بين 50-60 سنة نسبة 11.3% والتي تعد الأقل من المبحوثين، بينما لم يُجِب مبحوث عن سنه.

وقد تمَّ جمع البيانات من خلال بيانات الشخصية، مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية BFI-Fr لـ (Plaisant et al (2010) الذي احتوى على 45 بنداً وبعد ترجمته للغة العربية وإخضاعه للخصائص السيكومترية (معامل ارتباط بيرسون لتحديد صدق الاتساق الداخلي ومعامل ألفا كرونباخ لتحديد ثبات الاتساق الداخلي) أصبح يحتوي على 42 بنداً بمعامل ثبات تراوح بين (0.605 و 0.722)، وكذا مقياس استراتيجيات التعامل Brief-COPE لـ (Charles S. Carver (1997) بنسخته الفرنسية الذي احتوى 28 بنداً وبعد ترجمته للغة العربية وإخضاعه للخصائص السيكومترية كسابقه أصبح يحتوي على 26 بنداً بمعامل ثبات تراوح بين (0.615 و 0.738).

أمَّا لمعرفة العلاقة بين المتغيرات فقد استعمل اختبار كروسكال-وليس Kruskal-Wallis لتحديد مدى دلالة الفرق بين متوسط عدة مجموعات لاختبار فرضيات البحث.

وتمَّت عملية ملأ البيانات بطريقة فردية مع المريض في غرفة الفحص الطبي مع الطبيب المعالج التابع لمصلحة الطب الداخلي، وكذا في مكتب الأخصائية النفسية التابع لمصلحة طب الغدد مع المرضى الذين يحملون أعراض المتلازمة في مستشفى بولوغين ابن زيري-باينام-، وأجريت أيضاً خارج محيط المستشفى مع من وافقوا على الإجابة بإعطائهم المقاييس وإعادة استرجاعها، كما أُجريت بطريقة جماعية مع من تمَّ التأكد من إصابتهم بالمتلازمة بتصريحهم بأعراضها وموافقتهم على الإجابة من طلاب جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله، وتمَّ اللُّجوء أيضاً إلى فضاء الإنترنت خلال المواقع التي توفّر تواصلًا بين هذا النوع من المرضى للبحث عن المساندة المختلفة فيما بينهم وإبداء الرغبة من بعضهم في المشاركة في البحث عن طريق التواصل الإلكتروني، واستغرقت العملية من شهر جوان لغاية شهر ديسمبر 2019.

النتائج ومناقشتها:

III-عرض

نصت فرضية البحث على أنه: " يوجد اختلاف بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيججة في استراتيجيات تعاملهم تُعزى لمستوى العوامل الخمسة للشخصية (التفتُّح، الوعي، الإنبساطية، الطيبة، العصابية)" ، وللتأكد من صحتها تمَّ اختبارها إحصائياً باختبار Kruskal-Wallis لتحليل التباين الأحادي الرتيبي، وتمثَّلت النتائج الخاصة بكلِّ عامل من العوامل الخمس الكبرى للشخصية وتأثيرها في استراتيجيات التعامل كما هي موضحة في الجداول الموالية:

1- النتائج الخاصة بمستوى عامل (التفتُّح / انفتاح الفكر) واستراتيجيات التعامل

1-1 عامل التفتُّح واستراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل

الجدول رقم (3) نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل

بدلالة مستوى سمة التفتُّح

الدلالة الاحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل بدلالة مستوى سمة التفتُّح
دال إحصائياً عند 0.05α	8.26	31.33	18	مستوى منخفض
		39.29	45	مستوى متوسط
		53.41	17	مستوى مرتفع
				استراتيجيات حلّ المشكل

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيججة لذوي المستوى المنخفض (31,33) وذوي المستوى المتوسط (39,29) وذوي المستوى المرتفع (53,41) وهي فروق حقيقية تُعزى للمستوى المرتفع من التفتُّح، إذ قُدِّرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 8,26 وهي دالة إحصائية.

1 - 2 عامل التفتُّح واستراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي

جدول رقم (4) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة

مستوى سمة التفتُّح

الدلالة الاحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة التفتُّح
دال إحصائياً عند 0.05α	7.53	37.61	18	مستوى منخفض
		36.5	45	مستوى متوسط
		54.15	17	مستوى مرتفع
				استراتيجيات التفكير الإيجابي

يظهر الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل المركّزة على التفكير الإيجابي لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة لذوي المستوى المنخفض (37,61) وذوي المستوى المتوسط (36,5) وذوي المستوى المرتفع (54,15) هي فروق حقيقية، إذ قُدّرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 7,53 وهي دالة إحصائياً.

3-1 عامل التفتّح واستراتيجيات التعامل المركّزة على البحث عن المساعدة الاجتماعية

جدول رقم (5) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركّزة على البحث عن المساعدة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة التفتّح

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على المساعدة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة التفتّح
غير دال إحصائياً	2.45	48	18	مستوى منخفض
		38.08	45	مستوى متوسط
		38.97	17	مستوى مرتفع

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل المركّزة على البحث عن المساعدة الاجتماعية لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة لذوي المستوى المنخفض (48) وذوي المستوى المتوسط (38,08) وذوي المستوى المرتفع (38,97) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدّرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 2,45 وهي غير دالة إحصائياً.

4-1 عامل التفتّح واستراتيجيات التعامل المركّزة على التجنّب

جدول رقم (6) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركّزة على التجنّب بدلالة مستوى سمة التفتّح

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على التجنّب بدلالة مستوى سمة التفتّح
غير دال إحصائياً	3.65	49.58	18	مستوى منخفض
		37.38	17	مستوى متوسط
		39.15	45	مستوى مرتفع

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل الخاصة بالتجنّب لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة لذوي المستوى المنخفض (49,58) وذوي المستوى المتوسط (37,38) وذوي المستوى المرتفع (39,15) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدّرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 3,65 وهي غير دالة إحصائياً.

2- النتائج الخاصة بمستوى عامل (الوعي/ يقظة الضمير) واستراتيجيات التعامل

1-2 عامل الوعي واستراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل

جدول رقم (7) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل بدلالة مستوى سمة الوعي

الدالة الاحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل بدلالة مستوى سمة الوعي	
دال احصائيا عند 0.05α	7.84	26.83	15	مستوى منخفض	استراتيجيات حل المشكل
		41.15	42	مستوى متوسط	
		48.22	23	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنَّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجية لذوي المستوى المنخفض لسمة الوعي (26,83) وذوي المستوى المتوسط (41,15) وذوي المستوى المرتفع (48,22) هي فروق حقيقية تُعزى للمستوى المرتفع من التفتُّح، إذ قُدِّرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 7,84 وهي دالة إحصائياً.

2-2 عامل الوعي واستراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل

الجدول رقم (8) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة الوعي

الدالة الاحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة الوعي	
دال احصائيا عند 0.05α	9.08	24.8	15	مستوى منخفض	استراتيجيات التفكير الإيجابي
		42.5	42	مستوى متوسط	
		47.09	23	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنَّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجية لذوي المستوى المنخفض لسمة الوعي (24,8) وذوي المستوى المتوسط (42,5) وذوي المستوى المرتفع (47,09) هي فروق حقيقية تُعزى للمستوى المرتفع من التفتُّح، إذ قُدِّرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 9,08 وهي دالة إحصائياً.

2-3- عامل الوعي واستراتيجيات التعامل المرکزة على البحث عن المساعدة الإجتماعية

الجدول رقم (9) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المرکزة على البحث عن المساعدة الإجتماعية بدلالة مستوى سمة الوعي

الدلالة الاحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المرکزة على المساعدة الإجتماعية بدلالة مستوى سمة الوعي
غير دال احصائياً	1.45	39.87	15	مستوى منخفض
		43.20	42	مستوى متوسط
		35.98	23	مستوى مرتفع

يظهر لنا الجدول أعلاه أن الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل المرکزة على البحث عن المساعدة الإجتماعية لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهدجة لذوي المستوى المنخفض (39,87) وذوي المستوى المتوسط (43,20)، وذوي المستوى المرتفع (35,98) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 1,45 وهي دالة إحصائياً.

2-4- عامل الوعي واستراتيجيات التعامل المرکزة على التجنب

الجدول رقم (10) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المرکزة التجنب بدلالة مستوى سمة الوعي

الدلالة الاحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المرکزة على التجنب بدلالة مستوى سمة الوعي
غير دال احصائياً	3.33	49.03	15	مستوى منخفض
		40.45	42	مستوى متوسط
		35.02	23	مستوى مرتفع

يظهر لنا الجدول أعلاه أن الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل الخاصة بالتجنب لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهدجة لذوي المستوى المنخفض (49,03) وذوي المستوى المتوسط (40,45)، وذوي المستوى المرتفع (35,02) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 3,33 وهي غير دالة إحصائياً.

3- النتائج الخاصة بمستوى عامل (الإنبساطية) واستراتيجيات التعامل

3-1 عامل الإنبساطية واستراتيجيات التعامل المرکزة على حلّ المشكل

الجدول رقم (11) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المرکزة على حلّ المشكل بدلالة مستوى سمة الإنبساطية

الدلالة الاحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل بدلالة مستوى سمة الانبساطية	
غير دال احصائياً	2.33	37.10	10	مستوى منخفض	استراتيجيات
		43.78	47	مستوى متوسط	حل المشكل
		35.28	23	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة لذوي المستوى المنخفض (37.10) وذوي المستوى المتوسط (43.78) وذوي المستوى المرتفع (35.28) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 2,33 وهي غير دالة إحصائياً.

3-2 عامل الانبساطية واستراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي

الجدول رقم (12) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة الانبساطية

الدلالة الاحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الايجابي بدلالة مستوى سمة الانبساطية	
غير دال احصائياً	4.347	27.20	10	مستوى منخفض	استراتيجيات
		43.86	47	مستوى متوسط	التفكير الايجابي
		39.41	23	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التفكير الإيجابي لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة لذوي المستوى المنخفض (27.20) وذوي المستوى المتوسط (43.86) وذوي المستوى المرتفع (39.41) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 4,347 وهي غير دالة إحصائياً.

3-3 عامل الانبساطية واستراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساعدة الاجتماعية

الجدول رقم (13) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساعدة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة الانبساطية

الدلالة الاحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على المساعدة الاجتماعية بدلالة مستوى السمّة الانبساطية	
غير دال احصائياً	0.931	36.90	10	مستوى منخفض	استراتيجيات
		39.45	47	مستوى متوسط	المساعدة الاجتماعية
		44.22	23	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أن الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتماعية لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيّجة لذوي المستوى المنخفض (36.90) وذوي المستوى المتوسط (39.45) وذوي المستوى المرتفع (44.22) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 0,931 وهي غير دالة إحصائياً.

3-4 عامل الإنبساطية واستراتيجيات التعامل المركزة على التجنب

الجدول رقم (14) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التجنب بدلالة

مستوى سمّة الإنبساطية

الدلالة الاحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على التجنب بدلالة مستوى سمّة الإنبساطية	
غير دال احصائياً	0.315	37.35	10	مستوى منخفض	استراتيجيات
		40.33	47	مستوى متوسط	التجنب
		44.22	23	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التجنب لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيّجة لذوي المستوى المنخفض (37.35) وذوي المستوى المتوسط (40.33) وذوي المستوى المرتفع (42.22) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 0,315 وهي غير دالة إحصائياً.

4- النتائج الخاصة بمستوى عامل (الطيبة) واستراتيجيات التعامل

4-1 عامل الطيبة واستراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل

الجدول رقم (15) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على حلّ

المشكل بدلالة مستوى سمّة الطيبة

الدلالة الاحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل بدلالة مستوى سمة الطيبة	
غير دال احصائياً	0.324	39.36	11	مستوى منخفض	استراتيجيات حل المشكل
		39.96	56	متوسط	
		43.81	13	مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة لذوي المستوى المنخفض (39.36) وذوي المستوى المتوسط (39.96) وذوي المستوى المرتفع (43.81) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 0,324 وهي غير دالة إحصائياً.

2-4 عامل الطيبة واستراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي

الجدول رقم (16) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة الطيبة

الدلالة الاحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الايجابي بدلالة مستوى سمة الطيبة	
غير دال احصائياً	1.336	36.45	11	مستوى منخفض	استراتيجيات التفكير الايجابي
		39.84	56	متوسط	
		46.77	13	مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل الخاصّة بالتفكير الإيجابي لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة لذوي المستوى المنخفض (36.45) وذوي المستوى المتوسط (39.84) وذوي المستوى المرتفع (46.77) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 1,336 وهي غير دالة إحصائياً.

3-4 عامل الطيبة واستراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الإجتماعية

الجدول رقم (17) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة الطيبة

الدلالة الاحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة الطيبة	
-------------------	----------------------------	-------------	-------	---	--

غير دال إحصائياً	1.115	45.32	11	مستوى منخفض	استراتيجيات
		38.72	56	مستوى متوسط	المساندة الاجتماعية
		44.08	13	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنَّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجَّة لذوي المستوى المنخفض (45.32) وذوي المستوى المتوسط (38.72) وذوي المستوى المرتفع (44.08) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 1,115 وهي غير دالة إحصائياً.

4-4 عامل الطيبة واستراتيجيات التعامل المركزة على التجنب

الجدول رقم (18) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التجنب بدلالة

مستوى سمة الطيبة

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal- Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على التجنب بدلالة مستوى سمة الطيبة	
غير دال إحصائياً	2.506	31.14	11	مستوى منخفض	استراتيجيات
		42.86	56	مستوى متوسط	التجنب
		38.27	13	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنَّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التجنب لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجَّة لذوي المستوى المنخفض (31.14) وذوي المستوى المتوسط (42.86) وذوي المستوى المرتفع (38.27) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 2.506 وهي غير دالة إحصائياً.

5 - النتائج الخاصة بمستوى عامل (العصابية) واستراتيجيات التعامل

1-5 عامل العصابية واستراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل

جدول رقم (19) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل بدلالة

مستوى سمة العصابية

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal- Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل بدلالة مستوى سمة العصابية	
غير دال إحصائياً	1.468	33.33	9	مستوى منخفض	استراتيجيات
		43.31	36	مستوى متوسط	حلّ المشكل
		39.46	35	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنَّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجَّة لذوي المستوى المنخفض (33,33) وذوي المستوى المتوسط (43,31) وذوي المستوى المرتفع (39,46) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 1,468 وهي غير دالة إحصائياً.

5-2 عامل العصائية واستراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي

الجدول رقم (20) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة العصائية

الدلالة الاحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة العصائية
دال إحصائياً عند $\alpha 0,05$	6.452	27.11	9	استراتيجيات التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة العصائية
		46.93	36	مستوى منخفض
		37.33	35	مستوى متوسط مرتفع

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل الخاصة بالتفكير الإيجابي لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهدجة لذوي المستوى المنخفض (27,11) وذوي المستوى المتوسط (46,93) وذوي المستوى المرتفع (37,33) هي فروق حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 6,45 وهي دالة إحصائياً.

ولتقصي أكثر عن طبيعة هذا التأثير وجدنا النتائج التالية في الاستراتيجيات الفرعية:

جدول رقم (21) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل الفرعية الخاصة بالتفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة العصائية

الدلالة الاحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	مستوى العصائية	الاستراتيجية الفرعية
دال إحصائياً عند $\alpha 0,01$	7.988	56.22	9	مستوى منخفض	الفكاهة
		46.19	36	مستوى متوسط	
		39.26	35	مستوى مرتفع	

يتضح لنا من الجدول أعلاه فيما يخص استراتيجيات التعامل الخاصة بالتفكير الإيجابي ، أنّ المرضى من ذوي المستوى المتوسط إلى حدود الارتفاع لسمة العصائية هم الذين يلجئون أكثر للفكاهة ، وقد تكون كطريقة للتخفيف من الضغوط النفسية.

5-3 سمة العصائية واستراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الإجتماعية

الجدول رقم (22) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة العصائية

الدلالة الاحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على المساعدة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة العصائية	
غير دال احصائياً	1.370	42.83	9	مستوى منخفض	استراتيجيات
		37.15	36	مستوى متوسط	المساعدة الاجتماعية
		43.34	35	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنَّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتماعية لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجَّة لذوي المستوى المنخفض (42,83) وذوي المستوى المتوسط (37,15) وذوي المستوى المرتفع (43,34) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 1,370 وهي دالة إحصائية.

4-5 عامل العصائية واستراتيجيات التعامل المركزة على التجنب

الجدول رقم (23) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التجنب بدلالة

مستوى سمة العصائية

الدلالة الاحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على التجنب بدلالة مستوى سمة العصائية	
دال إحصائياً عند 0.05α	5.76	38	9	مستوى منخفض	استراتيجيات
		34.39	36	مستوى متوسط	التجنب
		47.43	35	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنَّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التجنب لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجَّة لذوي المستوى المنخفض (38) وذوي المستوى المتوسط (34) وذوي المستوى المرتفع (47,43) هي فروق حقيقية تُعزى لمستوى العصائية التي يتميزون بها، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 5,76 وهي دالة إحصائية.

وبالرجوع للنتائج الواردة في الجداول السابقة، تُؤكد لنا تحقق فرضية للبحث من حيث وجود فروق في استعمال استراتيجيات التعامل التي يلجأ إليها مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجَّة حسب مستوى سمات شخصيتهم، وظهر ذلك جلياً في كلٍّ من سمة التفتُّح (انفتاح الفكر)، الوعي (يقظة الضمير) والعصائية فقط.

فبالنسبة لسمة التفتُّح (انفتاح الفكر) كان للمستوى المرتفع منها تأثيراً على اختيار استراتيجيات حلّ المشكل في مواجهة الضغوط، وقد توافقت هذه النتيجة مع عدَّة دراسات وتحليلات منها التي قام بها Hubbard & Watson (1996) عن طريق مراجعة الأدلة السابقة التي تربط بين مقاييس أساليب التكيف بسمات الشخصية من خلال نموذج العوامل الخمس الكبرى، حيث كشفت أنَّ سمة التفتُّح تعكس نهجاً فكرياً أكثر مرونة وخيالية وفضولية لحلّ المشكلات، كما أشارت دراسة David & Suls (1999) إلى أنَّ سمة التفتُّح تُعتبر منبئاً للاستراتيجيات التعامل العملية، في حين أسفرت نتائج دراسة Khan et al (2011) على أنَّ المستويات العالية من انفتاح الفكر تساعد على الانخراط في استراتيجيات حلّ المشكل، ورُكزت دراسة Schneider et al (2012) على تأثير المظاهر الإيجابية للشخصية كانفتاح الفكر على استجابات الضغط، ووجدت أنَّ لهذا العامل التأثير الإيجابي العالي والتأثير السلبي المنخفض لتقييم الوضعيات الضاغطة والأداء الأفضل في التعامل، وهو ما توافقت مع نتائج البحث الحالي

ويتميز أصحاب هذه السمة بالبحث على النشاط والانجذاب نحو الخبرة، والتلقائية والتحمُّل لاكتشاف ما هو غير مألوف. برافين أ (2010)، فكلما ارتفعت درجة الانفتاح على الخبرات والإقدام على خوض التجارب والإطلاع على الأفكار المتنوعة والتفكير خارج الصندوق، والميل إلى التعرف على مختلف الثقافات والنماذج الحياتية، وكذا توسيع قاعدة التخيُّل والاستبصار، كلما مال أصحابها إلى تبني استراتيجيات تعاملية نشطة تركز على حلّ المشكل عن طريق الاستفادة مما تمّ الحصول عليه من التجارب وتطبيقه على واقعهم بتوسيع لائحة الاقتراحات للحلول والإقدام على تفعيلها في مواجهة الوضعية الضاغطة. وبالتالي يُعتبر انفتاح الفكر من عوامل الشخصية التي تساهم في تعزيز تطوير استراتيجيات التعامل النشطة أمام الوضعيات الصعبة. Bruchon-Schwietzer & Boujut (2014, 348-349).

وقد ساهمت السمة في التأثير على استعمال استراتيجيات التفكير الإيجابي من طرف المرضى أثناء مواجهتهم للأحداث الضاغطة أيضاً، ويكون ذلك من خلال تقبُّل الأوضاع وعدم إنكارها أو الهروب من تصديق حدوثها، والتسليم بأنّ المشكلات هي جزء من حياة الفرد، وأنّ الاعتراف بإمكانية حدوث الأوضاع الغير مرغوبة أو الغير قابلة للتحكُّم هي علامة للسلامة النفسية للمريض، وبالتالي يساعد على سير أفضل في مسار الحياة، وتُصنّف هذه الاستراتيجيات على أنّها ردود فعل ترتكز على أسس معرفية إيجابية في قراءة الأحداث للتخفيف من الضغط النفسي، فليجأ إليها المريض للتعامل الصحي مع ضغوطات الحياة كونها تؤثر على تقييمها ويزيد من القدرة على التعامل معها بشكلٍ فعّال وتؤدي إلى العديد من النتائج الصحيّة الجيدة (Naseem & Khaled (2010, 53).

في حين لم يكن هناك أي تأثير لسمة التفتُّح على استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتماعية والتجنُّب، فلم نجد فروقاً لدى المرضى باختلاف مستويات سمة تفتحهم في ميلهم لاستعمال أيّ من هذه الاستراتيجيات في مواجهة أحداث الحياة، وقد تُفسّر النتيجة بأنّ المريض قد يلجأ إلى أساليب تعامل حسب ما تتطلبه الوضعية الضاغطة وكذا حسب خصائص المرض الذي يعاني منه على مستوى مجالات حياته، فإنّما يستعين بالمساعدة الاجتماعية بكافة أشكالها لتوسيع زاوية حلول المشكل، أو ينصرف لاستراتيجيات التجنُّب في حال ما إذا كانت الوضعية غير قابلة للتحكُّم أو التحمُّل حسب إدراكه.

وبالنسبة لسمة الوعي (يقظة الضمير) فقد كان للمستوى المرتفع منها تأثيراً على استراتيجيات حلّ المشكل، حيث كلما ارتفع وعي المريض بواقعه ومسؤولياته ازداد اقبالاً على استخدام الاستراتيجيات التي تسعى لحلّ وتسوية الأوضاع ومجابهتها بنشاط وسعي نحو الهدف، ذلك لما تتميز به هذه السمة من إدراك للمسؤولية الملقية على عاتق الفرد أمام مشكلات حياته، واستعداده للعمل والمشاركة في الحلّ وهو السلوك النابع عن صفة التفاني والشعور بالواجب والمثابرة على التحكُّم في زمام الأمور، حيث يتميز صاحب هذه السمة بتنظيمه ومثابرته ودفاعيته في توجيه سلوكه نحو الهدف. برافين أ (2010، 126)

وهي النتيجة التي توافقت مع عدّة دراسات كدراسة Khan et al (2011) التي كشفت أنّ المستوى العالي من الوعي يساعد على الانخراط أكثر في استراتيجيات حلّ المشكل، ودُعِّمت بدراسة Bartley & Roesch (2011) التي أشارت إلى أنّ الأفراد الذي يملكون مستوى مرتفع من سمة الوعي (يقظة الضمير) يستخدمون أكثر الاستراتيجيات المركزة على حلّ المشكل في مواجهتهم للضغوط، كما أنّها سمة ترتبط بالانفعالات الإيجابية أيضاً، وأشارت إلى أنّ عامل الوعي بمثابة عامل وقائي من الضغط من خلال تأثيره على اختيار استراتيجية التعامل، وقد قامت دراسة Connor-Smith & Flachsbar (2007) بتحليل عملي لعدّة دراسات تناولت العلاقة بين الشخصية واستراتيجيات التعامل واستنتجت من خلالها أنّ سمة الوعي تنبئ باستعمال أكثر لاستراتيجيات حلّ المشكل، وهي نفس النتيجة التي دَعَّمتها دراسة O'Brien & DeLongis (1996) ; Watson & Hubbard (1996) حسب Peneley & Tomaka (2001) حيث أشارت إلى أنّ سمة الوعي تنبئ باستعمال الاستراتيجيات المركزة على حلّ المشكل كالتدخل المباشر والتخطيط، وهو الأمر الذي توافقت مع نتائج البحث الحالي حيث

بيّنت ديناميكية التعامل مع الواقع من خلال المبادرة إلى تحليل وحلّ المشكلات وإبداء المشاركة الفعّالة بطرح الحلول وتفعيلها لتهدئة وتسوية الضغوط التي يواجهها الفرد.

كما ثبت وجود تأثير لسمية الوعي في اختيار استراتيجيات التفكير الإيجابي لدى مرضى المتلازمة، حيث كان هناك تأثير للمستوى المرتفع لهذه السمة في تبني استراتيجيات معرفية من شأنها إعادة قراءة الأحداث بطريقة إيجابية للتخفيف من وطأة الضغط النفسي لدى مرضى المتلازمة، وهو ما توافق مع دراسة (Connor-Smith & Flachsbart (2007 التي قامت بتحليل عاملي لعدّة دراسات أسفرت عنها أنّ سمة الوعي قد تنبئ بمزيد من استراتيجية إعادة الهيكلة المعرفية، وأكّدت هذه النتيجة دراسة (Geisler et al (2009 التي أشارت إلى أنّ المستوى المرتفع من الوعي قد ينبئ بإعادة الهيكلة المعرفية لدى الفرد، وتفسّر هذه النتائج بأنّ سمة الوعي تساعد في تكوين قاعدة معرفية أكثر إيجابية وتفاؤلية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، ذلك لما توفّره هذه السمة من إحساس بالمسؤولية ونبذ السلوكيات التي تتّصف بالتفوق على الذات واتخاذ مواقف سلبية أمام المشكلات، وعليه فإن الفرد الواعي يتطلّع إلى تبني أفكار تساهم في تسوية الأوضاع التي يواجهها، وتفادي الاستسلام والسلوك الغير متكيف مع الأحداث، فيسعى إلى إعادة ترتيب الأحداث بانتظام وفق رؤية إيجابية، واستعمال المرونة في معالجتها بطريقة موضوعية دون المبالغة في تقييمها من جهة أو إنكارها وتقميعها والهروب منها من جهة أخرى.

في حين لم يكن هناك اختلاف في استعمال استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتماعية أو التجنّب تُعزى لسمية الوعي لدى مرضى المتلازمة، حيث أنّها مهما اختلف مستوى عامل الوعي لديهم، فقد يلجئون إلى الإستراتيجيتين حسب ما تقتضيه الوضعية من متطلبات وفق الحدث الضاغط والتي من ضمنها خصائص المرض التي تتمحور حول الألم والاضطرابات الهضمية التي تعيق مجالات حياتهم وعليه قد يسعون لشحن مختلف الطرق التي تؤدي للمساعدة الاجتماعية مادية كانت أو انفعالية لتسهيل عملية تعاملهم مع مشكلاتهم والتخفيف من شدّة وطأتها، أو قد يميلون لاستعمال استراتيجيات التجنّب حسب إدراك وتقييم الوضعية الضاغطة من طرف المرضى ومدى شدتها عليهم وتوفّر مصادر موائمة لمواجهتها.

أمّا بالنسبة لسمية العصائية فقد كان هناك تأثير للمستوى المرتفع منها على استراتيجيات التجنّب وهي النتيجة التي توافقت مع دراسة (Gunthert et al (1999 التي كانت من بين نتائجها أنّ الأفراد الذين يملكون مستوى مرتفع من العصائية يميلون لاستراتيجيات تعامل أقلّ تكيفاً، وتوافق أيضاً مع دراسة (Conner-Smith & Flachsbart (2007 التي أسفرت نتائجها بأنّ العصائية تنبأت باستراتيجيات ذات طبيعة إشكالية كالتمني والانسحاب والاستراتيجيات المركّزة على الإنفعال، وفي مجال الاستراتيجيات المركّزة على الإنفعال تناولت دراسة (Karimzade & Besharat (2011 طبيعة الارتباط الموجود بين العصائية والانفعالات كأسلوب مواجهة، فأسفرت نتائجها إلى ارتباط العصائية سلباً بأساليب التعامل المركّزة على الإنفعال الإيجابية وارتباطها بشكل إيجابي بأساليب التعامل المركّزة على الإنفعال السلبية، وكذا دراسة (Carver & Connor-Smith (2010 التي أشارت إلى ارتباط عامل العصائية بالاستراتيجيات التجنّبية، وما يفسّر هذه النتيجة هو أنّ سمة العصائية تتّصف بالانفعالات السلبية كالقلق والاكتئاب وعدم الثبات الإنفعالي والتي تؤدي إلى استراتيجيات تعامل سلبية تقوم على التجنّب وعدم مواجهة الأحداث الضاغطة بفعالية، فالفرد الذي يتّصف بالقلق والتوتر أو الاكتئاب يتبنّى أفكاراً وسلوكيات غير فعّالة أمام المشكلات التي يواجهها، فتجده يميل إلى الإنعزال وتجنّب المواقف التي تتطلّب منه النّشاط لحلّ المشكل، فالعصائية تلعب دوراً هاماً في عملية التفاعل بين الضغط واستراتيجيات التعامل، وباستخدام مقياس التعامل COPE (Carver Et al (1989 أظهر Scheier أنّ العصائية مرتبطة إيجابياً بالتجنّب السلوكي والتجنّب المعرفي والإنكار والتعبير عن المشاعر، كما أسفرت دراستهم عن وجود علاقات ارتباطية سلبية أضعف مع استراتيجيات التعامل النشطة وإعادة التأويل الإيجابي. (Watson & Hubbard (1996 ,749 كما أسفرت نتائج البحث على ارتباط سمة العصائية لدى مرضى المتلازمة بإستراتيجية الفكاهة التي هي فرعٌ من استراتيجيات التفكير الإيجابي، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأنّها محاولة من المريض للتخفيف من وطأة الضغط النفسي وتناول الأمور بروح أكثر مرح من أجل التخفيف من ثقل الانفعالات السلبية .

في حين لم نجد تأثيراً لعامل العصائية في لجوء المريض لاستراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل أو البحث عن المساعدة الاجتماعية، ويمكن تفسير النتيجة على أنه مهما اختلف مستوى العصائية لدى المريض فإن الميل لهذه الاستراتيجيات أو تجنبها يكون مرتبطاً بما تقتضيه متطلبات الوضعية التي يواجهها، ومدى انعكاس خصائص المرض على حياة المريض في مجالات حياته الجسمية والنفسية والاجتماعية، وكيفية مواجهتها بما يتوفر لديه من المصادر الذاتية والبيئية للتعامل مع الحدث الضاغط.

أمّا بالنسبة لسميّة الانبساطية والطيبة فلم تُحقّق استراتيجيات التعامل الأربعة أيّ اختلافاً يُعزى لمستويات هذه السمات لدى المرضى، فمهما اختلف مستوى سمة الانبساطية -التي تُعتبر ذات طابع تفاعلي اجتماعي بالدرجة الأولى- لدى المرضى فقد يلجئون لاستعمال الاستراتيجيات التي تناسب متطلبات الوضعية وتخفف من عبئها وتسعى للتقليل من تهديدها على توازنهم النفسي سواءً بحلّ المشكل أو البحث عن المساعدة الاجتماعية أو التركيز على تقنيات التفكير الإيجابي أو تجنب الموقف، وبالتالي ليس لدى هذه العينة أيّ تفضيل في استعمال استراتيجية على حساب الأخرى وفق مستوى انبساطهم، وإنّما يكون ميلهم متنوع حسب ما يتطلّب الحدث الضاغط الذي يواجهونه، وهو نفس الأمر مع سمة الطيبة حيث تُعتبر سمة انفعالية تتركز على المشاعر والجوانب الإنسانية والسعي إلى تكوين علاقات صحيّة والمبادرة الطيبة إزاء الآخرين، وكسب وإعطاء صفات الود والتعاطف والتفهم مع الآخرين، لكن في هذا البحث لم يكن لهذه السمات لدى المرضى أيّ تدخّل في عملية التفاعل مع الوضعيات الضاغطة وإنّما كان اختيار الاستراتيجية وفق ما تقتضيه وضعيتهم الراهنة من متطلبات عليهم الاستجابة لها.

وتتفق نتائج هذا البحث في عدم وجود تأثير لبعض سمات الشخصية في استراتيجيات التعامل مع المنظور السياقي لهذا المفهوم الذي يؤكّد على العوامل المؤقتة القائمة على الموقف والتي تشكّل استجابات التعامل لمواقف ضغط محدّدة (Moos et al (2003)، وهو ما ساهمت في بيانه دراسة (Ponnelle (1998) التي أظهرت نتائجها أنّ خصائص السياق و/أو الخصائص الذاتية تحدد طريقة تكيف الفرد مع التجارب الضاغطة وانعكاسها على رفايته الذاتية، وأنّ دور هذه المحددات يختلف وفقاً لوظائف استراتيجيات التعامل (الموجّهة لحلّ المشكل، الموجهة للانفعال أو التجنّب) وأنّ العلاقة الموجودة بين أنماط التعامل واستراتيجيات التعامل تعتمد على ظروف الضغط النفسي.

IV- الخاتمة:

تناول البحث الحالي تأثير العوامل الخمس الكبرى للشخصية على استراتيجيات التعامل لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة، وكشفت عن تأثير ثلاث سمات في كيفية اختيار المريض لردود فعله إزاء الأحداث الضاغطة، تمثّلت في سمتين إنفاذيتين للصحة تجسّدتا في عامل التفنّع والوعي اللتين ساهمتا في تبني ردود أفعال معرفية وسلوكية ذات منحي إيجابي تساهم في تفسير ضغوط المريض على نحو سليم كاستراتيجيات حلّ المشكلات التي تتبنى التعامل النشط مع المشكلات والسعي إلى حلّها والتخفيف من عبئها، واستراتيجيات التفكير الإيجابي التي تقوم على أسس معرفية إيجابية كإعادة التأويل الإيجابي والتقبّل وعدم تضخيم الأحداث للتخفيف من وطأة الضغوط النفسية.

وفي المقابل كشفت النتائج عن وجود عامل إمراضي للشخصية تمثّل في سمة العصائية التي تؤدي بالمريض إلى استخدام استراتيجيات سلبية تجاه الضغط النفسي كالتجنّب وعدم تحويل الجهود لحلّ الوضعية الضاغطة وهو ما يُعتبر أمراً غير مساعد على السير الحسن في مواجهة أحداث الحياة، وقد ينعكس سلباً على صحته ورفاهيته، مع استعمال هذه الفئة لاستراتيجية الفكاهة كنوع من محاولة التخفيف من وطأة الحدث الضاغط، في حين لم يكن لعوامل الانبساطية والطيبة أي تأثير يُذكر في كيفية اختيار استراتيجيات التعامل لدى مرضى المتلازمة.

وبالاعتماد على هذه النتائج يمكن للمختصين في هذا المجال التعرف على جانب نفسي لدى هذه الفئة والعمل وفقه للوصول إلى أهداف العلاج المسطرة لديهم بخفيف وطأة أعراض المتلازمة، ويكون بالعمل مع المختص النفسي الصحي الذي سيساهم في الكشف عن السمات الإنفاذية والإمراضية لدى المريض والعمل على تعزيزها وتعديلها من أجل الوصول إلى سلوك تكيفي يساهم في استقرار المريض وتعزيز رفايته.

وتندرج هذا النوع من الدراسات ضمن إشكاليات علم نفس الصحة التي تسعى للكشف عن العوامل المساهمة في تحسين سلوك المريض المزمن إزاء مرضه وأحداث حياته الضاغطة. كما أنَّها تُعتبر انطلاقة لدراسات تتبعية أخرى تسعى للكشف عن باقي المظاهر النفسية الاجتماعية لتكوين نموذج تفسيري وفق نموذج تكاملي متعدد العوامل لدى هذه الفئة من المرضى بهدف تحسين نوعية التكفل الطبي والنفسي بهم، وتفعيل المصادر اللازمة لمساعدتهم على تبنى سلوكيات صحية تساهم في تكوين نوعية حياة جيّدة لهم.

المصادر و المراجع:

- 1- برفين، ل.، أ. (2010). علم الشخصية. (ج 1، ط 1،، ترجمة ع.، م. السيد و أ.، م عامر، مراجعة م.، ي. الرخاوي) القاهرة: المركز القومي للترجمة.
- 2- تايلور، ش. (2008). علم النفس الصحي. (ترجمة بريك، د. و.، و داود، ف.، ش.). ط 1، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- 3- Bartley, C. E., & Roesch, S. C. (2011). Coping with daily stress: The role of conscientiousness. *Personality and individual differences*, 50(1), 79-83. doi : <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.08.027>
- 4- Berkane, S. (s.d). *Le syndrome de l'intestin irritable*. Médecine Corriere international
- 5- Bonaz, B. (2010). Communication entre cerveau et intestin. *La revue de médecine interne*, 31(8), 581-585. doi : [10.1016/j.revmed.2009.09.035](https://doi.org/10.1016/j.revmed.2009.09.035)
- 6- Bruchon-Schweitzer, M. ,& Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé : Concepts, méthodes et modèles.*(2eme Ed.). Paris : Dunod.
- 7- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, 61, 679-704.
- 8- Coffin, B. (2011). Syndrome de l'intestin irritable : traitements conventionnels et alternatifs. *Post'U FMC-HGE*, 85-94. Repéré à : <https://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2011-paris/textes-postu-2011-paris/syndrome-de-lintestin-irritable-traitements-conventionnels-et-alternatifs/>
- 9- Connor-Smith, J. K., & Flachsbar, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 1080–1107. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.93.6.1080>
- 10- David, J. P., & Suls, J. (1999). Coping efforts in daily life: role of big five traits and problem appraisals. *Journal of personality*, 67(2), p. 265-294. doi : <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00056>
- 11- Denis, P. (2002). Le colopathe. *Post'U FMC-HGE*, Repéré : <https://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2002-nantes/>
- 12- Farnam, A., Somi, M. H., Sarami, F., & Farhang, S. (2008). Five personality dimensions in patients with irritable bowel syndrome. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 4(5), 959. doi: 10.2147/ndt.s3836
- 13- Fischer, G. N. ,& Tarquinio, G. (2014). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé.*(2eme Ed.). Paris :Dunod
- 14- Friedt, M. (2008). Colon irritable. *PAEDIATRICA*, 19(5), 20-24
- 15- Geisler, F. C., Wiedig-Allison, M., & Weber, H. (2009). What coping tells about personality. *European Journal of Personality*, 23(4), 289-306. doi : <https://doi.org/10.1002/per.709>
- 16- Gunthert, K. C., Cohen, L. H., & Armeli, S. (1999). The role of neuroticism in daily stress and coping. *Journal of personality and social psychology*, 77(5), 1087.
- 17- Jones, M. P., Wessinger, S., & Crowell, M. D. (2006). Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 4(4), 474-481. doi : doi.org/10.1016/j.cgh.2005.12.012

- 18- karimzade, A., & besharat, M. A. (2011). An investigation of the relationship between personality dimensions and stress coping styles. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 797-802. doi : <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.155>
- 19- Khan, A. and Siraj, S and Lau, P.L. (2011) *Role of positive psychological strengths and big five personality traits in coping mechanism of University students*. In: 2011 International Conference on Humanities, Society and Culture, 04-06 Nov 2011, Kuala Lumpur-
- 20- DeYoung, C. G., Quilty, L. C., & Peterson, J. B. (2007). Between facets and domains: 10 aspects of the Big Five. *Journal of personality and social psychology*, 93(5), 880 –896 doi : 10.1037/0022-3514.93.5.880
- 21- Mayer, E. A., Naliboff, B. D., Chang, L., & Coutinho, S. V. (2001). V. Stress and irritable bowel syndrome. *American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology*, 280(4), G519-G524. doi : doi.org/10.1152/ajpgi.2001.280.4.G519
- 22- Moos, R. H., Holahan, C. J., & Beutler, L. E. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Introduction to the special issue. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1257-1259. doi : : 10.1002/jclp.10218
- 23- Naseem, Z., & Khalid, R. (2010). Positive Thinking in Coping with Stress and Health outcomes: Literature Review. *Journal of Research & Reflections in Education (JRRE)*, 4(1).
- 24- Newman, A., Dunwoodie, K., Jiang, Z., & Nielsen, I. (2022). Openness to experience and the career adaptability of refugees: how do career optimism and family social support matter?. *Journal of Career Assessment*, 30(2), 309-328.
- 25- Pellissier, S., Dantzer, C., Canini, F., Mathieu, N., & Bonaz, B. (2010). *Psychological adjustment and autonomic disturbances in inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome*. *Psychoneuroendocrinology*, 35(5), 653–662. doi:10.1016/j.psyneuen.2009.10.004
- 26- Penley, J. A., & Tomaka, J. (2002). Associations among the Big Five, emotional responses, and coping with acute stress. *Personality and individual differences*, 32(7), 1215-1228. Doi : [//doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00087-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00087-3)
- 27- Plaisant, O., Guertault, J., Courtois, R., Réveillère, C., Mendelsohn, G. A., & John, O. P. (2010). Histoire des « Big Five » : OCEAN des cinq grands facteurs de la personnalité. Introduction du Big Five Inventory français ou BFI-Fr. *Annales Médico-Psychologiques*, 168(7), 481-486. doi : 10.1016/j.amp.2009.04.016
- 28- Ponnelle, S. (1998). Rôle des déterminants contextuels et personnels dans l'ajustement aux situations de stress (*Doctoral dissertation*) , Amiens
- 29- Schneider, T. R., Rench, T. A., Lyons, J. B., & Riffle, R. R. (2012). The influence of neuroticism, extraversion and openness on stress responses. *Stress and Health*, 28(2), 102-110. doi : [//doi.org/10.1002/smi.1409](https://doi.org/10.1002/smi.1409)
- 30- Selim, A., Saad Salem, S., Albasher, N., Bakrmom, G., Alanzi, S., & Jradi, H. (2021). Irritable Bowel Syndrome and Coping Strategies: A Cross-sectional Study for Identifying Psychological Alarms and Factors Related to Coping in Riyadh, Saudi Arabia. *Clinical Nursing Research*, doi : [//doi.org/10.1177/10547738211020437](https://doi.org/10.1177/10547738211020437)
- 31- Seres, G., Kovács, Z., Kovács, Á., Kerégyártó, O., Sárdi, K., Demeter, P., ... Túry, F. (2008). Different Associations of Health Related Quality of Life with Pain, Psychological Distress and Coping Strategies in Patients with Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disorder. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(4), 287–295. doi:10.1007/s10880-008-9132-9
- 32- Tayama, J., Nakaya, N., Hamaguchi, T., Tomiie, T., Shinozaki, M., Saigo, T., ... & Fukudo, S. (2012). Effects of personality traits on the manifestations of irritable bowel syndrome. *BioPsychoSocial medicine*, 6(1), 1-8. doi : <https://doi.org/10.1186/1751-0759-6-20>
- 33- Tkalcic, M., Hauser, G., & Štimac, D. (2010). Differences in the health-related quality of life, affective status, and personality between irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease patients. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 22(7), 862-867. doi: 10.1097/MEG.0b013e3283307c75

- 34- Watson, D., & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor model. *Journal of personality*, 64(4), 737-774. doi : <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00943.x>
- 35- Watson, D., & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor model. *Journal of personality*, 64(4), 737-774. doi : <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00943.x>
- 36- Whitehead, W. E., Crowell, M. D., Robinson, J. C., Heller, B. R., & Schuster, M. M. (1992). Effects of stressful life events on bowel symptoms: subjects with irritable bowel syndrome compared with subjects without bowel dysfunction. *Gut*, 33(6), 825-830. doi : [dx.doi.org/10.1136/gut.33.6.825](https://doi.org/10.1136/gut.33.6.825)
- 37- Zarpour, S., & Besharat, M. A. (2011). Comparison of personality characteristics of individuals with irritable bowel syndrome and healthy individuals. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 84-88 doi : <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.017>