پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال هفدهم، شماره ۱، پی در پی ۸۵، صفحات ۲۶ تا ۳۱
فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۷/۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱/۱۵

مقایسه اختلالات روانی در متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیرمتقاضی

دکتر زینب خانجانی[۱]، دکتر جلیل باباپور[۲]، گزیزه صبا[۳]*

۱. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز
۳. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز

چکیده

سابقه و هدف: ظاهر بخش مهمی از هویت فرد است و در موقعیتهای اجتماعی، بلافاصله در برخورد با دیگران نمایان می‌شود. بنابراین اهمیت این سازه شخصیتی بسیار بارز است. این پژوهش نیز با هدف مقایسه اختلالات روانی در متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیر متقاضی انجام گرفته است.

مواد و روشها: پژوهش حاضر یک بررسی تحلیلی است. متقاضیان جراحی زیبایی ۶۲ نفر بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، غیر متقاضیان نیز با همتاسازی سن، جنسیت و سطح تحصیلات از میان بستگان داوطلبین جراحی زیبایی انتخاب گشتند. متقاضیان جراحی زیبایی مراجعانی بودند که در طی سه ماه به مراکز تخصصی جراحی زیبایی شهر ارومیه مراجعه کرده بودند. اطلاعات از طریق پرسشنامه SCL-90-R جمع‌آوری گردید. یافته‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS16 و آمار توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که از بین نه بعد اختلالات روانی، دو گروه متقاضی و غیر متقاضی جراحی زیبایی در همه ابعاد بجز دو بعد افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر داشتند.

نتیجه‌گیری: بر اساس این نتایج پژوهش، در متقاضیان جراحی زیبایی آسیب‌پذیری چشمگیری در مؤلفه‌های اختلالات روانی وجود دارد.

واژگان کلیدی: اختلالات روانی، جراحی زیبایی، ایران

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Khanjani Z, Papapour J, Saba G. Comparison of psychopathology in people seeking cosmetic surgery with controls. Pejouhandeh 2012;17(1):26-31.

مقدمه

در جامعه به شدت پویا و پرشتاب کنونی که اولین برداشتها و تأثیرات در طرف مقابل مهم هستند، ظاهر افراد، نمادها و نشانه‌های خارجی، منزلت و اهمیت بسزایی می‌یابند (۱). زیبایی بر این اساس به عنوان یکی از مؤلفه‌های جایگاه اجتماعی در ارزیابی موقعیتهای اجتماعی افراد جامعه مهم قلمداد می‌گردد. شکل‌گیری پدیده‌ای به نام جراحی پلاستیک، شاید بزرگترین کمک ممکن را به کسانی کرد که از قیافه و ظاهر خود ناراضی بودند (۲). در طی ۲۰ سال اخیر تحولاتی در روشها و جزئیات جراحی زیبایی بدست آمده (۳) که باعث فواید چشمگیری برای جراح و بیمار شده است. امروزه جراحی زیبایی به عنوان یکی از شایعترین اعمال جراحی در سطح جهان مطرح است که میزان بهره‌گیری از آن، رو به فزونی است (۴). از زمانیکه پیشرفتهای علم پزشکی، توانایی بشر را در دستکاری و تغییر ظاهر افراد ممکن ساخته طالبینی بسیار زیاد از مردم برای جراحی زیبایی به وجود آمد. از سوی دیگر وضعیت روانی و شخصیتی متقاضیان نیز در انجام این اقدام تأثیر گذار بوده است (۵).

Ishigooka درپژوهشی روی ۴۱۵ بیمار متقاضی جراحی زیبایی به منظور مشخص نمودن ویژگیهای روانپزشکی، دریافت که وجود اختلالات نوروتیک، افسردگی، فوبیا و ناسازگاریهای اجتماعی در بین آنها چشمگیرتر ازسایر اختلالات است (۶). دراین ارتباط Moss و Harris در سال ۲۰۰۹ دریافتند که پیش از انجام عمل زیبایی، سطح اضطراب

*نویسنده مسؤول مکاتبات: دکتر زینب خانجانی؛ تبریز، خیابان ۲۹ بهمن، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی،
پست الکترونیک: zeynabkhanjani@yahoo.com

و افسردگی متقاضیان جراحی زیبایی نسبت به گروه کنترل، به ترتیب ۷/۴ و ۷/۶ درصد بیشتر بوده است؛ همچنین این افراد در سایر جنبه‌های اجتماعی و روابط نیز دچار ناسازگاری و اختلال بودند (۷). Marsh در سال ۲۰۰۰ در پژوهشی به ارتباط نارضایتی از بدن در متقاضیان جراحی زیبایی با اضطراب، افسردگی، انزوای اجتماعی، اختلالات روان‌پریشی، وسواس، تضعیف خودپنداره و اعتماد به نفس پرداخت (۸). همچنین Pritchard و Green در سال ۲۰۰۳ در مطالعه خود بیان کردند که نارضایتی و نگرانی نسبت به بدن و اشتغال ذهنی به تغییر دادن آن در بین جوانان داوطلب جراحی زیبایی بیشتر مشاهده می‌شود (۹). در مطالعه‌ای افراد متقاضی جراحی زیبایی پس از عمل بهبودی بیشتری در حساسیت بین فردی، وسواس و نگرانی نسبت به ظاهر، جرأت‌ورزی، اعتماد به نفس و سازگاریهای اجتماعی از خود نشان دادند (۱۰).

همانند دیگر تخصصها در پزشکی، مداخله‌های جراحی زیبایی نیز باید قبل از آنکه بر روی بیماران اعمال شوند، تحت کارآزمایی‌های بالینی دقیقی قرار بگیرند. مرز بین نوآوری در جراحی و آزمایش بر روی انسان مرز مبهمی است و همیشه باید تأکید بر حفاظت از سلامت و تندرستی بیماران باشد (۱۱). در این باره، وضعیت روانی سالم نیز در میزان رضایت بعد از عمل جراحی زیبایی، محوری تعیین کننده است که مهمتر از تکنیک جراحی می‌باشد (۱۲). در بررسی که بر روی ۱۵۱ نفر داوطلب جراحی زیبایی با استفاده از پرسشنامه SCL-90 انجام گرفت، مشاهده شد که ۷۰/۱٪ از متقاضیان دارای علایم روانشناختی مثبتی بودند؛ ۲۷/۸٪ اختلال شکایات جسمانی، ۱۳/۹٪ اختلال پارانوئید، ۹/۹٪ پرخاشگری، ۷/۳٪ فوبی، ۶٪ روانپریشی، ۲/۶٪ وسواس، ۳/۱٪ اضطراب، و ۳/۱٪ دچار نقص در روابط بین فردی بودند (۱۳). در پژوهشی دیگر توسط مسعودزاده و همکاران در سال ۱۳۸۸ روی ۵۰ فرد متقاضی جراحی زیبایی بینی با استفاده از پرسشنامه NEO و سلامت عمومی GHQ-28 مشاهده شد که در این افراد، الگوی شخصیتی باز بودن و برون‌گرایی بیشتر و بی‌ثباتی هیجانی و توافق کمتر است و در وضعیت سلامت عمومی شکایتهای جسمانی، اضطراب، افسردگی واختلال خواب وجود داشت (۱۴).

اقدام به جراحی زیبایی در جامعه مدرن امروزی آنچنان همه‌گیر شده است که می‌توان آن را حتی یک اپیدمی دانست. با این وجود تاکنون تحقیقی جامع که این عمل را از حیطه روانشناختی بررسی نماید بسیار اندک بوده است و اکثر پژوهشهای صورت گرفته نیز براساس پیامدهای جراحی زیبایی بوده و فاقد گروه کنترل می‌باشند. لذا ضمن توجه به این مسائل، این پژوهش با هدف مقایسه اختلالات روانی در متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیر متقاضی انجام گرفته است.

مواد و روشها

پژوهش حاضر از نوع تحلیلی است و جامعه آماری این پژوهش کلیه متقاضیان اعمال جراحی زیبایی در شهر ارومیه در سال ۱۳۹۰ است. نمونه آماری این تحقیق شامل ۶۲ متقاضی جراحی زیبایی بود که به کلینیک پزشکان متخصص اعمال زیبایی ارومیه مراجعه کرده بودند و براساس فرمول $n = \varphi^2\left(\frac{1-w^2\,\mathrm{A}}{w^2\mathrm{A}}\right)$ تعداد نمونه اختصاص یافته برای افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد عادی هر کدام ۶۲ نفر است و در مجموع ۱۲۴ نفر نمونه آماری پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهند. نمونه‌گیری به صورت غیر تصادفی و از نوع در دسترس به صورت تمام شماری از بین افرادی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند انجام شد. در ابتدا توضیحات لازم به داوطلبان داده شد و به آنها در محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد. اعلام رضایت و همکاری، حتمی بودن زمان انجام عمل زیبایی توسط پزشک متخصص طی ۱۵ روز آینده با گذراندن مراحل پزشکی، نداشتن دلیل طبی و ضروری برای انجام عمل زیبایی، انجام عمل زیبایی در اتاق عمل و نه به صورت سرپایی و تزریق مواد در مطب، معیار ورود و پذیرش افراد متقاضی جراحی زیبایی به پژوهش بود و انتخاب افراد غیر متقاضی نیز با همتاسازی سن، جنسیت و سطح تحصیلات از میان بستگان داوطلبین انجام گرفت.

ابزار به کار رفته در این پژوهش پرسشنامه SCL-90-R می‌باشد. این پرسشنامه یکی از پر استفاده ترین ابزارهای تشخیصی روانپزشکی است. فرم اولیه آزمون توسط Derogatisn و همکاران در سال ۱۹۷۳ و فرم تجدید نظر شده آن نیز توسط Derogatisn و همکاران در سال ۱۹۷۶ تهیه گردیده است (۱۵ و ۱۶). Levitt و همکاران در سال ۱۹۷۲ پایایی پرسشنامه SCL-90-R را مورد ارزیابی قرار دادند (۱۷) و با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (α) همسانی درونی این آزمون را بررسی کردند. آنها دامنه ضرایب آلفا را برای خرده مقیاسهای ده‌گانه بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ گزارش کردند که نشان دهنده همسانی درونی مطلوب این پرسشنامه است. در ایران میرزایی در سال ۱۳۵۹ این پرسشنامه را هنجاریابی کرده و جهت بررسی پایایی آن از محاسبه آلفای کرونباخ استفاده کرده است. او ضریب آلفا را برابر با ۰/۰۷ و روایی آن را برابر با

۰/۶۷ گزارش نمود (۱۸). این آزمون ۹ بعد از اختلالات روانی شامل شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روانپریشی را می‌سنجد. پاسخ به سؤالات این پرسشنامه بر اساس طیف ۵ گزینه‌ای میزان ناراحتی از صفر (هیچ) تا ۴ (به شدت) می‌باشد، در نتیجه دامنه تغییرات نمرات بین صفر تا ۳۶۰ است. نمره‌گذاری و تفسیر آزمون بر اساس سه شاخص ضریب کلی علایم مرضی (GSI) معیار ضریب ناراحتی (PSDI) و جمع علایم مرضی (PSI) بدست می‌آید.

تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از روش آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) انجام شد و P<۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌داری اختلافها در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در گروه متقاضیان جراحی زیبایی ۴۷ نفر (۷۵/۸٪) زن و ۱۵ نفر (۲۴/۲٪) مرد بودند. بیشترین متقاضیان جراحی زیبایی (۴۱/۹٪) در دامنه سنی ۲۵- ۱۹ سال قرار داشتند و ۵۰٪ از متقاضیان مجرد بودند، درحالیکه ۵۱/۶٪ از غیر متقاضیان متأهل بودند. همچنین بالاترین درصد متقاضیان جراحی زیبایی ۳۳/۹٪ دارای مدرک لیسانس و ۳۸/۷٪ آنها دانشجو بودند، درحالیکه در بین غیر متقاضیان بالاترین درصد ۳۲/۳٪ متعلق به کارمندها بود.

جدول ۱ به مطالعه علایم اختلالات روانی در میان دو گروه مورد مطالعه پرداخته است و چنانکه مشاهده می‌شود، درمتقاضیان جراحی زیبایی بیشترین میزان مربوط به وسواس (M=۱/۵۷) و کمترین آن مربوط به روان‌پریشی (M=۰/۹۱) است؛ در حالیکه در افراد غیر متقاضی بیشترین میزان مربوط به روان‌پریشی (M=۱/۰۶) وکمترین آن مربوط به ترس مرضی (M=۰/۶۳) است.

از بین نه بعد اختلالات روانی، دو گروه متقاضی و غیر متقاضی در ۷ بعد شامل شکایات جسمانی (P<۰/۰۳) و وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و ترس مرضی (در تمام موارد P<۰/۰۱) تفاوت معنی‌دار آماری با یکدیگر داشتند اما در دو بعد افکار پارانوئیدی و روان پریشی تفاوت معنی‌دار آماری با هم نداشتند.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار علایم مرضی اختلالات روانی در متقاضیان جراحی زیبایی و افراد غیر متقاضی

متغیر	افراد متقاضی		افراد غیر متقاضی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شکایات جسمانی	۱/۱۶	۰/۸۳	۰/۸۹	۰/۶۱
وسواس	۱/۵۷	۰/۶۴	۰/۹۷	۰/۶۳
حساسیت در روابط متقابل	۱/۴۰	۰/۷۷	۰/۷۵	۰/۶۱
افسردگی	۱/۴۶	۰/۶۹	۰/۸۰	۰/۶۵
اضطراب	۱/۴۱	۰/۶۲	۰/۷۴	۰/۶۶
پرخاشگری	۱/۲۸	۰/۸۱	۰/۸۹	۰/۶۶
ترس مرضی	۱/۲۸	۰/۸۰	۰/۶۳	۰/۵۷
افکار پارانوئید	۰/۹۵	۰/۷۱	۱/۰۵	۰/۸۴
روان‌پریشی	۰/۹۱	۰/۶۱	۱/۰۶	۰/۶۳

بحث

نتایج یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که افراد متقاضی جراحی زیبایی شکایات جسمانی بیشتری نسبت به گروه غیر متقاضی دارند. این یافته با نتایج پژوهش توتونچی و همکاران (۱۳) و مسعودزاده و همکاران (۱۴) همخوان است. به نظر می‌رسد که افراد متقاضی جراحی زیبایی به دلیل بدنی سازی کردن مشکلات روانشناختی و درونی خود دارای شکایات جسمانی بیشتری باشند. این احتمال مطرح است که این افراد اصولاً بیش از افراد غیر متقاضی به بدن خود توجه نشان می‌دهند و برای آنها بدن وسیله‌ای برای حل تعارضات درونی و بیرونی محسوب شده و از طریق زیباسازی اکتسابی مثل جراحی زیبایی به جلب توجه دیگران به ویژه اطرافیان می‌پردازند.

یافته دیگر پژوهش حاکی از آن بود که در متقاضیان جراحی زیبایی اختلال وسواس بیش از افراد غیر متقاضی است. در مطالعه‌ای که به کمک مجموعه‌ای از آزمونها از جمله پرسشنامه شخصیتی آیسنگ انجام گرفت، داوطلبان جراحی زیبایی و یک گروه گواه مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که گروه نخست بیش از گروه گواه دچار روان‌نژندی و اختلال وسواس بودند (۱۹). افراد مبتلا به اختلال وسواسی فرامن بسیار قوی دارند و از کمال‌گرایی برخوردارند که این

خود بیشترین تعداد متقاضی اعمال جراحی زیبایی به ویژه رینوپلاستی را تشکیل می‌دهد. از سوی دیگر بخش عمده‌ای از نارضایتی پس از عمل جراحی زیبایی نیز مربوط به این افراد می‌باشد. همانطور که Sclafani در سال ۲۰۰۳ در پژوهش خود بیان کرد، افرادی که دارای اختلالات روانی مزمن هستند کاندیدای مناسبی برای جراحی زیبایی نمی‌باشند (۲۰). این کمال‌گرایی و یا توجه زیاد به جزئیات چهره و اشتغال ذهنی دائمی و گریز ناپذیر بر روی عیوب ظاهری واقعی یا خیالی، زمینه گرایش به انواع جراحی زیبایی را در این افراد فراهم می‌سازد. همچنین می‌توان گفت که حتی افسردگی و یأس پس از جراحی زیبایی از پیامدهای روانی پس از عمل در افراد دچار وسواس فکری است.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که متقاضیان جراحی زیبایی بیش از افراد غیر متقاضی دارای حساسیت در روابط متقابل هستند که این همسو با نتایج سایر پژوهشها است (۱۰ و ۲۱). مهمترین ویژگی حساسیت در روابط متقابل احساس عدم کفایت و حقارت فردی است. به دلیل وجود چنین احساسی این افراد دارای حساسیت زیاد بر روی قضاوتها و ارزیابی‌های دیگران در مورد خود هستند. این احتمال مطرح است که چنین وضعیت روانشناختی در چارچوب روابط اجتماعی می‌تواند فرد را به سمت تلاش برای کاهش احتمال ارزیابی‌های منفی دیگران از خود سوق دهد و شاید جراحی زیبایی وسیله‌ای برای دستیابی به این هدف باشد. یافته دیگر پژوهش نشان داد که افسردگی در متقاضیان بیش از غیر متقاضیان است. در مطالعه Witaker در سال ۲۰۰۵ میزان افسردگی در متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیرمتقاضی تفاوت معنی‌داری نداشت (۲۲)، در حالیکه در مطالعه Moss و همکاران در سال ۲۰۰۹ و Gabouri و همکاران در ۲۰۰۳ میزان افسردگی در متقاضیان جراحی زیبایی نسبت به افراد عادی بیشتر بود (۷ و ۲۳). همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات برخی محققین دیگر (۸ و ۲۴) همخوان می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که گرایشات افسرده‌وار دارند بیش از سایر افراد بهنجار دارای نگرش منفی نسبت به خود هستند. آنان اغلب احساس عدم ارزشمندی کرده و به شدت خود را در ابعاد مختلف جسمانی و روانی نالایق تصور کرده و همین نگرش منفی همراه با سایر عوامل می‌تواند باعث تمایل آنان به جراحی زیبایی شود تا بدین وسیله اندکی از این احساس منفی خود بکاهند.

در این بررسی اختلال اضطراب در افراد متقاضی جراحی زیبایی بیشتر از افراد غیر متقاضی و همچنین بیشتر از سایر اختلالات بود. در مطالعه‌ای که توسط Gabouri و همکاران در سال ۲۰۰۳ بر روی ۱۳۳ بیمار خواستار جراحی زیبایی صورت با استفاده از آزمون MMPI انجام شد، نشان داده شد که هفتاد درصد از این بیماران دارای اضطراب و نیمی هم دارای افسردگی می‌باشند (۲۳). از سوی دیگر نتایج این یافته با نتایج سایر مطالعات (۸-۶، ۱۰، ۱۳ و ۲۰) همخوان می‌باشد. افرادی که دچار اختلال اضطرابی هستند اضطراب اجتماعی در بین آنها شایعتر است، اگرچه در این پژوهش این نوع اضطراب بررسی نشده است، اما به نظر می‌رسد چنانچه انواع اختلالات اضطرابی در افراد متقاضی جراحی زیبایی بررسی شود، اضطراب اجتماعی بالاترین رتبه را بدست خواهد آورد. در این نوع اضطراب فرد از ارزیابی‌های منفی درباره ظاهر و قیافه خود از سوی دیگران واهمه دارد و از حضور داشتن در جمع می‌ترسد و این خود می‌تواند باعث شود که این افراد برای انجام جراحیهای زیبایی مستعدتر از سایر افراد باشند.

نتایج دیگر این بررسی نشان داد که بین دو گروه متقاضی جراحی زیبایی و غیر متقاضی در پرخاشگری تفاوت وجود دارد که این با نتایج پژوهش Richardson و همکاران (۲۵) همخوان می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که وجود احساس نقص و عدم هماهنگی جسمانی و چهره‌ای و یا وجود احساس نازیبایی در رسیدن افراد به برخی اهداف همچون اهداف عاطفی و هیجانی ناکامی و خلل ایجاد کرده و باعث افزایش سطح تحریک‌پذیری و پرخاشگری در افرادی می‌شود که تصویر منفی از خود دارند. همچنین احساس مورد تمسخر قرار گرفتن از سوی دیگران به دلیل چهره و ظاهر و وجود احساس حسادت نسبت به کسانی که که دارای چنین نواقصی در ظاهر خود نیستند می‌تواند در این افراد باعث ایجاد پرخاشگری و یا افزایش آن گردد.

یافته دیگر پژوهش حاکی از آن بود که اختلال فوبیا در بین متقاضیان جراحی زیبایی بیشتر از غیر متقاضیان است. بر اساس یافته‌های این پژوهش اختلال ترس مرضی نیز در بین متقاضیان جراحی زیبایی بیشتر از غیر متقاضیان است. این یافته با نتایج سایر مطالعات (۱۰، ۲۵ و ۲۶) همسو است. تبیین احتمالی برای این یافته آن است که مبتلایان به فوبیا از ارزیابی‌های منفی درباره ظاهر و قیافه خود از سوی دیگران و تحقیرشدن و احساس شرمساری در موقعیتهای اجتماعی خاص واهمه دارند، بنابراین از حضور داشتن در جمع می‌ترسند. از سوی دیگر به دلیل این درگیریهای ذهنی و فشارهای روحی سعی می‌کنند که از طریق زیبا سازی اکتسابی مثل جراحی زیبایی به کاهش این احساسات پرداخته و برای انجام جراحی زیبایی مستعد می‌باشند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که از بین نـه بعـد، فقـط در دو بعد افکار پارانوئیدی و روانپریشی بین دو گروه متقاضی و غیـر متقاضی جراحی زیبایی تفاوت وجود ندارد کـه ایـن بـا نتـایج سایر پژوهشها (۶ و ۲۰) متفاوت است. شاید این عدم همسویی به دلایل فرهنگی و یا علـل روش شـناختی ماننـد اسـتفاده از ابزارهای پژوهشی و نوع نمونه انتخابی متفـاوت باشـد. در ایـن تحقیق میزان ضرورت انجـام جراحـی زیبـایی توسـط پزشـک متخصص که بتواند آسیب‌شناسی روانی را در داوطلبـان نشـان دهد مورد بررسی قرار نگرفته است و جمعیت مورد مطالعه این پژوهش محدود به متقاضیان جراحی زیبایی می‌باشـد، لـذا در تعمیم دادن نتایج به کل جامعه و آنهایی که اقدام بـه جراحـی زیبایی کرده‌اند باید محتاط بود. همچنین نتایج بدست آمده از این پژوهش محدود به یک منطقه جغرافیایی می‌باشد، لـذا بـه منظور تعمیم دادن نتایج به سایر مناطق جغرافیایی دیگر بایـد با احتیاط عمل کرد.

بیمارانی که جراحی را برای افزایش زیبایی و تناسب در خود جستجو مـی‌کننـد معمـولاً در تصـویر واقعـی از خـود گمـراه شده‌اند. بنابراین آگاهی بیشتر جـراح از علائـم روانشـناختی و اطمینان یـافتن از سـلامت روانـی بیمـاران ضـروری بـه نظـر می‌رسد. در این ارتباط پیشنهاد می‌شود که پزشـکان جراحـی زیبایی در پذیرش بیماران با سابقه مشکلات روانی و شخصیتی و جراحیهای متعدد و مکرر با احتیاط عمل کرده و در صـورت نیاز، به ترغیب و ارجاع بیمار به روانپزشک و مشاور بپردازند تا ازعواقب و پیشامدهای احتمالی سوء آن جلوگیری به عمل آید.

نتیجه‌گیری

کسانی که برای جراحی زیبایی مراجعه می‌کننـد از انـدام یـا عضو منظور عمـل جراحـی زیبـایی ناراضـی هسـتند و درصـد بالایی از این افراد به دلیـل نارضـایتی از شـکل ظـاهری عضـو مذکور به جراحان زیبایی مراجعه می‌کنند. از سوی دیگر اقدام به جراحی زیبایی به واسطه وجود اختلالات روانی نیز می‌تواند در این گرایش تأثیرگذار باشـد. نارضـایتی متقاضـیان جراحـی زیبایی از ظاهر و اندام خـود منجـر بـه ارزیابیهـای نادرسـت و افکار و هیجانهای منفی شده و زمینه کاهش اعتماد به نفس را فراهم می‌آورد. درچنین حالتی این افراد روابط اجتماعی خـود را محدودتر کرده و حتی ممکـن اسـت منـزوی شـده و دچـار اضطراب در برخوردهای اجتماعی خود شوند. انزوای اجتمـاعی و دوری از اطرافیان می‌تواند موجبات افسردگی آنهـا را فـراهم آورد و باعـث شـود ارزیابیهـای منفـی خـود را چنـان رشـد و گسترش دهند که حتی یک یا چنـد انـدام خـود را بدشـکل و تنفر آمیز تصور کنند، در نتیجه احساس خـود ارزشـمندی در آنها کاهش می‌یابد. مجموعه این عوامل که منجر به تضـعیف و کاهش سلامت عمومی فرد شـده اسـت، مـی‌توانـد فـرد را بـه سمت تلاش برای تغییر شکل ظـاهری عضـوی کـه فـرد آن را بدشکل و تمسخر آمیز می‌شمارد، ترغیب کند و در صورتی که جراحی زیبایی حداقل رضایت آنها از عضـو مربوطـه را فـراهم سازد، امکان دارد که از ظاهر و اندام خود رضایت پیدا کنند.

REFERENCES

1. Keyvanara R, Rabani R, Jianpour M. Social stratification and modification of the body: cosmetic surgery as a symbol of social standing. J Strategic Stud Women 2010;47:73-92. (Full text in Persian)
2. Jourabchi K. Rhinoplasty yes or no? 1st ed. Tehran: Pour Sina; 1999. p.11-84 (Text in Persian)
3. Golar R. Functional and esthetic rhinoplasty. Aesthetic Plast Surg 2003;27(5):390-6.
4. Hwang PH. Surgical Rhinoplasty: recent advances and future direction. Otolaryngol Clin North Am 2004;37(2):489-99.
5. Azizi M, Mahraouzadeh S, Nickravanfard N. Ethical considerations in Cosmetic surgery. J Med Ethics Hist Med 2008;1(3):25-33. (Full Text in Persian)
6. Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. Psychiatry Clin Neurosci 1998;52(3):283-7.
7. Moss TP, Harris DL. Psychological change after aesthetic plastic surgery: a prospective controlled outcome study. Psychol Health Med 2009;14(5):567-72.
8. Marsh HW. Age and gender effects in physical self-concepts for adolescent elite-athletes and nonathletes: A multi-cohort-multi-occasion design. J Sport Exerc Psychol 1998;20(3):237-59.
9. Green P, Pritchard ME. Predictors of body image dissatisfaction in adult men and women. Soc Behav Personal 2003;31(31):215-22.
10. Cash TF, Labarge AS. Development of the appearance schemas inventory: A new cognitive body-image assessment. Cognit Ther Res 1996;20(1):37-50.
11. De Sousa A. Concerns about cosmetic surgery. Indian J Med Ethics 2007;4(4):171-3.
12. Darisi T, Thorne S, Iacobelli C. Influences on decision-making for undergoing plastic surgery: a mental models and quantitative assessment. Plast Reconstr Surg 2005;116(3):907-16.

13. Seyed Tuotounchi SJ, Fakhari A, Kolahi F. Correlation between psychological signs and postoperative satisfaction of rhinoplasty. Med J Tabriz Univ Med Sci 2007;29(2):71-6. (Full Text in Persian)

14. Masoudzadeh A, Karkhaneh Yousefi M, Tirgiri A. A Comparison of Personality Pattern and General Health Condition between Individuals Seeking Cosmetic Nose Surgery and Those of the Control Group. Daneshvar Med 2009;16(82):53-58. (Text in Persian)

15. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale: Preliminary report. Psychopharmacol Bulletin;9:13-27.

16. Deragotis LR, Richels K, Rock A. The SCL-90 and MMPI: A step in the validation of a new scale. Br J Psychiatry 1976;4:4280-9.

17. Levitt EE, Truma A. The Rorschach Technique with Children and Adolescents: Application and Norms. New York: Grune and Stratton; 1972.

18. Mirzaei R. Reliability and Validity of SCL-90-R in Iran (Dissertation). Tehran: University of Tehran; 1979.

19. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. Am J psychiatry 1998;148(9):1138-49.

20. Sclafani AP, Choe KS. Psychological aspects of plastic surgery, in Otolaryngology-Facial Plastic Surgery, AM (ed.), eMedine from WebMD. Availabe from: http://emedicine.medscape.com/article/838030-overview.

21. Rohani M. Comparing personality characteristics of clients of rhinoplasty in ENT Clinic of Amir Alam Hospital with controls, using the personality inventory questionnaire of MMPI (Dissertation). Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2000.

22. Sarwer DB, Cash TF, Magee L, Williams EF, Thompson JK, Roehrig M, et al. Female college students and cosmetic surgery: an investigation of experiences, attitudes, and body image. Plast Reconstr Surg 2005;115(3):931-8.

23. Mental Health. Available from: http://mentalhealth.about.com/cs/personaltydisordrs/l/blpdfacial.htm.

24. Petrie TA, Rogers R. Extending the discussion of eating disorders to include men and athletes. Couns Psychol 2001;29:743-53.

25. Richardson LP, Garrison MM, Drangsholt M, Mancl L, LeResche L. Associations between depressive symptoms and obesity during puberty. Gen Hosp Psychiatry 2006; 28(4):313-20.

26. von Soest T, Kvalem IL, Roald HE, Skolleborg KC. The effects of cosmetic surgery on body image, self-esteem, and psychological problems. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2009;62(10):1238-44.