



بررسی و مقایسه وضعیت روانی و تصویر بدنی متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیرمتقاضی

زینب خانجانی*^۱، جلیل باباپور^۲، گزیزه صبا^۳

۱- دانشیار و عضو هیات علمی گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز

۲- دانشیار و عضو هیات علمی گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز

۳- کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۷/۹

چکیده

مقدمه: امروزه اصلاح و بازاندیشی نسبت به ظاهر و رفع نواقص و معایب واقعی یا خیالی آن به واسطه جراحی زیبایی دغدغه فکری تعداد قابل توجهی از افراد جامعه شده است. این مطالعه با هدف مقایسه اختلالات اضطرابی، افسردگی و تصویر بدنی متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیرمتقاضی انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک بررسی علی مقایسه‌ای است. متقاضیان جراحی زیبایی ۶۲ نفر بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس و غیرمتقاضیان با هم‌تاسازی سن، جنسیت و سطح تحصیلات از میان بستگان داوطلبین جراحی زیبایی انتخاب شدند، بنابراین آزمودنی‌های پژوهش حاضر ۱۲۴ نفر بودند. همچنین 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 و پرسشنامه خود توصیف‌گری بدنی مارش (PSDQ) و پرسشنامه سنجش اطلاعات دموگرافیک جمع آوری گردید. یافته‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS16 و آمار توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و آزمون t-test مستقل مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که بین افراد متقاضی و غیرمتقاضی جراحی زیبایی از لحاظ اختلالات اضطرابی، افسردگی و تصویر بدنی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: همانند دیگر تخصص‌ها در پزشکی، مداخله‌های جراحی زیبایی نیز قبل از آنکه بر روی بیماران اعمال شوند، باید تحت کار آزمایشی‌های بالینی دقیقی قرار بگیرند و ارزیابی و ترغیب بیماران به مشاور و روانپزشک قبل از انجام دادن جراحی زیبایی حائز اهمیت می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلالات اضطرابی، ترس مرضی، وسواسی جبری، افسردگی، تصویر بدنی، جراحی زیبایی

مقدمه

انسان موجودی زیبا دوست است و تمایل به زیبایی از دیرباز در سرشت انسان‌ها وجود داشته است (۱). چهره مطلوب، تصور فرد نسبت به خود را بهتر می‌سازد و به او اعتماد بنفس می‌بخشد در نتیجه فعالیت‌های اجتماعی در سطح قابل قبول‌تری شکل می‌گیرد (۲). 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 (۳). ظاهر فیزیکی قسمت مهمی از تصویر بدنی است زیرا اولین منبع اطلاعاتی است که دیگران برای تعاملات اجتماعی با فرد از آن استفاده می‌کنند (۴). مفهوم فرد از بدن خویش بخش مهمی از خودپنداره او می‌باشد. بدن قابل مشاهده‌ترین قسمت خود و خودآگاهی فرد است (۵). تصویر بدنی تجسم درونی ظاهر بیرونی فرد است که این بازنمایی ابعاد جسمانی، ادراکی و نگرشی را در برمی‌گیرد (۶). ابعاد اصلی این نگرش شامل مؤلفه‌های ارزیابی، سرمایه‌گذاری فرد در برخورد با طرحواره‌های ظاهر و عواطف است که اهمیت ظاهر درونی سازی شده را نمایان می‌سازد (۵).

در قرن بیستم مخصوصاً در چند دهه اخیر برداشت‌های تازه‌ای از زیبایی شده است و زیبایی به عنوان مجموعه‌ای از مؤلفه‌هایی چون تناسب اندام، آرایش، پوشش و جذابیت و بی‌نقص بودن تعریف می‌شود (۷). تلفیق زیبایی با دستاوردهای صنعتی و پزشکی باعث شده است زیبایی دیگر تنها یک مشخصه طبیعی و زیستی نباشد و ویژگی اکتسابی پیدا کند (۸). امروزه جراحی زیبایی به عنوان یکی از شایع‌ترین اعمال جراحی در سطح جهان مطرح است که میزان بهره‌گیری از آن رو به فزونی است (۹). هدف اصلی جراحی زیبایی بهبود ظاهر فردی است که دارای ظاهری نابهنجار باشد. زمانی که انسان‌ها در می‌یابند خصوصیات فیزیکی آنها مطابق با آن هنجارها نیست، ممکن است دچار رنجش شده و جراحی را به عنوان راه حل نهایی در نظر بگیرند (۱۰). جراحی زیبایی اکنون تبدیل به یک عامل فریبنده و وسیله‌ای برای تجمل‌گرایی افراد مختلف شده است و این امر سبب پایه‌ریزی انتظارات غیر واقعی

در افراد و مخدوش شدن حقایق در مورد ماهیت واقعی آن گردیده است (۱۱).

ارزشیابی‌های روانپزشکی بر روی کسانی که خواهان زیبایی بودند نخستین بار در دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ گزارش شدند. این گزارش‌ها بیشتر بازتاب دهنده گرایش‌های روانکاوی در روانپزشکی آمریکا بودند (۱۲). پژوهش‌هایی که به بررسی وضعیت روانشناختی بیش از جراحی زیبایی پرداخته‌اند یا به مصاحبه بالینی بسنده کرده و یا از مقیاس‌های روانشناختی برای ارزیابی آسیب‌شناسی روانی بهره برده‌اند، آسیب‌شناسی روانی چشمگیری را در بیماران جراحی زیبایی گزارش نموده‌اند. در یکی از این بررسی‌ها در ۷۰ درصد از این افراد یک اختلال روانپزشکی تشخیص داده شده که متداول‌ترین آنها افسردگی و روان‌نژندی و شخصیت پرخاشگر منفعل بود (۱۳). Green و همکارش 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 (۱۴). به نظر می‌رسد رضایت از تصویر بدنی در بین جوانان مستلزم رضایت از ۵ عامل بدنی می‌باشد: تناسب اندام و زیبایی ظاهری، سلامت بدنی، پاکیزگی - بهداشت و زیبایی پوست و در نهایت توانایی کنترل وزن (۱۵) به طوری که نارضایتی از این تصویر بدنی پیامدهایی چون اضطراب، افسردگی، انزوای اجتماعی، اختلالات روانی، تضعیف خود پنداره و عزت نفس را در پی خواهد داشت (۱۶). Sarwey و همکاران میزان افسردگی، اضطراب و تصویر بدنی را در افراد متقاضی جراحی زیبایی بررسی کرد. نتایج حاکی از آن بود که میزان افسردگی و اضطراب در زنان متقاضی جراحی زیبایی نسبت به زنان غیر متقاضی دانشگاه پنسیلوانیا تفاوت معنی‌داری با هم ندارند. در بررسی میزان افسردگی، اضطراب و تصویر بدنی در افرادی که جراحی زیبایی انجام داده بودند نسبت به افراد عادی زن دانشگاه پنسیلوانیا نشان داد، میزان اضطراب و افسردگی گروهی که جراحی زیبایی انجام داده‌اند و افراد عادی تفاوت معنی‌داری با هم ندارند ولی گروهی که

روش بررسی

طرح پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای است و به لحاظ مدت اجرای آن یک بررسی مقطعی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه متقاضیان اعمال جراحی زیبایی در شهر ارومیه درشش ماه اول سال ۱۳۹۰ است. از آنجا که جامعه آماری یعنی تعداد متقاضیان جراح زیبایی در شهر ارومیه مشخص نبود در نتیجه حجم بر نمونه با استناد به مقالات منتشر شده در این حیطه در ژورنال‌های معتبر تعیین گردید. بر این اساس نمونه آماری این پژوهش ۱۲۴ نفر که شامل ۶۲ متقاضی و ۶۲ غیرمتقاضی هستند به صورت نمونه‌گیری غیر تصادفی و از نوع در دسترس از بین افرادی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند انتخاب شدند. 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 نه به صورت سرپایی و تزریق مواد در مطب معیار ورود و پذیرش افراد متقاضی جراحی زیبایی به پژوهش بود و انتخاب افراد غیرمتقاضی نیز با هم‌تاسازی سن، جنس و سطح تحصیلات از میان بستگان داوطلبین انجام گرفت. در مرحله بعد نمونه‌های انتخاب شده متقاضی جراحی زیبایی و افراد غیر متقاضی به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند و سپس آزمون‌ها توسط محققین نمره‌گذاری شده از طریق نرم افزار SPSS 16 و متخصص آمار مورد تحلیل قرار گرفت.

نحوه جمع‌آوری داده‌ها

داده‌های این پژوهش از طریق دو پرسشنامه SCL-90R و پرسشنامه خود توصیف‌گری بدنی به دست آمد. قبل از اجرای آزمون‌ها به آزمودنی‌ها گفته شد که در این پژوهش ویژگی‌های روانشناختی افراد مورد بررسی قرار می‌گیرد و نتایج کاملاً محرمانه تلقی می‌گردد و فقط برای مقاصد پژوهشی مورد استفاده قرار خواهد گرفت بنابراین با صداقت بدان پاسخ دهید. در زیر ابزار جمع‌آوری داده‌ها بررسی می‌گردد:

ابزارهای پژوهش

الف- پرسشنامه SCL-90-R

جراحی زیبایی انجام داده‌اند نارضایتی از تصویر بدنی کمتری را نسبت به گروه عادی گزارش می‌دهند (۱۷).

Fredrick و همکاران در سال ۲۰۰۷ در پژوهشی مربوط به جراحی زیبایی و تصویر بدنی و نگرش‌های مردان و زنان در طول عمر به این نتیجه رسیدند، افرادی که به جراحی زیبایی علاقمند بودند تصویر بدنی ضعیف‌تری نسبت به کسانی داشتند که علاقه‌ای به جراحی زیبایی نداشتند و بخصوص افراد سنگین وزن علاقمندی بیشتری به جراحی زیبایی لیپوساکشن نشان می‌دادند و تصویر بدنی ضعیف‌تری نسبت به افراد دیگر داشتند (۱۸). Sarwer در پژوهش خود به این نتیجه رسید که افراد بعد از انجام جراحی زیبایی تصویر بدنی بهتری از خود گزارش می‌دهند (۱۹). در این ارتباط در مطالعه‌ای دیگر افراد متقاضی جراحی زیبایی پس از عمل بهبودی بیشتری در حساسیت بین فردی، وسواس و نگرانی نسبت به ظاهر، جرأت ورزی، اعتماد به نفس و سازگاری‌های اجتماعی از خود نشان دادند (۲۰). اما باید همواره توجه داشت که وضعیت روانی سالم نیز در میزان رضایت بعد از عمل جراحی زیبایی محوری تعیین کننده است که مهمتر از تکنیک جراحی می‌باشد (۲۱). براساس مطالعات و پژوهش‌های صورت گرفته افرادی که دارای بعضی از حالات روانی مثل افسردگی، اضطراب و روانپریشی‌اند همچنین کسانی که از اختلالات روانی مزمن رنج می‌برند کاندید مناسبی برای جراحی زیبایی نمی‌باشند (۲۲).

از آنجا که روانشناسی جراحی زیبایی هنوز به خوبی شناخته نشده است و پژوهش‌های صورت گرفته درباره ویژگی‌های روانپزشکی مراجعه‌کنندگان برای جراحی زیبایی بسیار اندک است و بیشتر شامل گزارش‌های بالینی می‌باشد و با توجه به اینکه شمار متقاضیان جراحی زیبایی سالیانه سیر صعودی دارد (۲۳). که می‌تواند پیامدهای روانشناختی وخیمی به همراه داشته باشد انجام مطالعات بیشتر و منسجم‌تر در این زمینه احساس می‌شود. بنابراین این پژوهش نیز با هدف اصلی مقایسه اختلالات اضطرابی، افسردگی و تصویر بدنی در متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیرمتقاضی انجام گرفت.

در این پژوهش برای اختلالات اضطرابی و افسردگی از پرسشنامه SCL-90-R استفاده شد. این پرسشنامه یکی از پرستفاده ترین ابزارهای تشخیصی روانپزشکی است. این پرسشنامه توسط Derogatisn و همکارش در سال ۱۹۷۳ تهیه شد (۲۴). Levitt و Truma در سال ۱۹۷۲ پایایی پرسشنامه SCL-90-R را مورد ارزیابی قرار داده‌اند (۲۵) و با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (α) همسانی درونی این آزمون را بررسی کرده‌اند. آنها دامنه ضرایب آلفا را برای خرده مقیاس های ده گانه بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ گزارش کردند که نشان دهنده همسانی درونی مطلوب این پرسشنامه است. در ایران روایی و پایایی این پرسشنامه در ۹۴۰ مطالعه به اثبات رسیده است. در کشور ما نیز این پرسشنامه استاندارد شده و روایی آن بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به دست آمده است (۲۶). آزمون SCL90 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 سوالات این پرسشنامه بر اساس طیف ۵ گزینه‌ای میزان ناراحتی از صفر (هیچ) تا ۴ (به شدت) می‌باشد، در نتیجه دامنه تغییرات نمرات بین ۰ تا ۳۶۰ می‌باشد. نمره گذاری و تفسیر آزمون بر اساس سه شاخص ضریب کلی علایم مرضی (GSI) معیار ضریب ناراحتی (PSDI) و جمع علایم مرضی (PSI) بدست می‌آید.

ب- پرسشنامه خودتوصیف گری بدنی (PSDQ)

پرسشنامه خود توصیف گری بدنی توسط مارش (۱۹۹۶) برای اندازه‌گیری خودپنداره بدنی ایجاد شد که بوسیله ۹ زیر مقیاس اختصاصی و ۲ زیرمقیاس کلی، خودپنداره بدنی را اندازه‌گیری می‌کند (۲۷). فرم کوتاه و جدید این پرسشنامه شامل ۴۷ عبارت بوده و دارای پایایی خوب و قابلیت تکرارپذیری مطلوبی است خود توصیف‌گری بدنی شامل ۹ عامل اختصاصی برای خودپنداره بدنی است (فعالیت، ظاهر، چربی بدن، تناسب، مقاومت، انعطاف پذیری، سلامتی، ورزش و قدرت) و دو زیر مقیاس کلی شامل خودپنداره بدنی کلی و خود توصیف گری عزت نفس که شامل توانایی بدنی، ظاهر بدنی،

حرمت خود است در بردارد و مفاهیم تناسب بدنی شناخته می‌شوند. هر زیرمقیاس شامل ۶ یا ۸ عبارت است و هر عبارت به صورتی ارائه می‌شود که آزمودنی به صورت مقیاس ۶ درجه‌ای درست تا غلط پاسخ می‌دهد. بنابراین حداقل نمره ۴۷ و حداکثر ۲۸۲ می‌باشد. مارش و همکاران در سال ۱۹۹۶ اعتبار و پایایی پرسشنامه خود توصیفی بدنی را با دو نمونه ۳۱۵ و ۳۹۵ نفری از دانش آموزان دبیرستانی استرالیا بررسی کرد و مشاهده نمود که این آزمون از اعتبار لازم برای تشخیص عوامل خودپنداره برخوردار است و با روش آلفای کرونباخ پایایی ۰/۸۰ را برآورد کرد (۲۷). در ایران این پرسشنامه توسط بهرام و شفیق زاده در سال ۱۳۸۳ در نمونه ۳۵۱ نفری دانش‌آموزان دبیرستانی مورد ارزیابی قرار گرفته است. نتایج در مورد پایایی زمانی با روش آزمون آزمون مجدد برابر با ۰/۷۸ و ثبات درونی با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ بود (۲۸). اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط عبدالملکی و همکاران در سال ۱۳۹۰ مجدداً بررسی شد و پایایی کل پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد، همچنین دامنه پایایی هریک از خرده مقیاس‌های آن نیز بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۸ متغیر بود (۲۹). داده‌ها با بهره‌گیری از روش آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار)، آزمون تحلیل واریانس چند متغیره مانوا و آزمون آماری تی تست مستقل (t-test) مورد تحلیل قرار گرفتند همچنین $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری اختلاف‌ها در نظر گرفته شده است.

نتایج

در زیر نتایج بدست آمده از آمار توصیفی و نتایج تحلیل داده‌ها ارائه می‌گردد.

در جدول ۱ برخی ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌های پژوهش نشان داده شده است. جدول ۱ نشان می‌دهد که بیشترین متقاضیان جراحی زیبایی ۴۱/۹٪ در دامنه سنی ۱۹-۲۵ سال قرار دارند، همچنین ۵۰٪ از متقاضیان مجرد هستند در حالی که ۵۱/۶٪ از غیرمتقاضیان متأهلین می‌باشند و نیز نتایج این جدول حاکی از آن است که بالاترین درصد متقاضیان جراحی زیبایی ۳۳/۹٪ دارای مدرک لیسانس هستند

و ۳۸/۷٪ آنها دانشجوییند، در حالی که در بین غیر متقاضیان بالاترین درصد ۳۲/۳٪ متعلق به کارمندهاست. همچنین ۷۵/۸٪ از متقاضیان جراحی زیبایی زن و ۲۴/۲٪ از افراد متقاضی مرد بودند.

بر اساس نتایج جدول ۲، میانگین اختلالات اضطرابی در متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیر متقاضی (N=۱۲۴) برابر است. همچنین میانگین مربوط به اختلال وسواسی-جبری M=۱/۵۷ است. تصویر بدنی با M=۹۳/۵۹ در متقاضیان جراحی زیبایی بیشتر از افراد غیرمتقاضی است.

جدول ۱: توزیع فراوانی‌های دموگرافیک در متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیر متقاضی (N=۱۲۴)

جنس	افراد متقاضی		افراد غیرمتقاضی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مرد	۱۵	۲۴/۲	۱۷	۲۷/۴
زن	۴۷	۷۵/۸	۴۵	۷۲/۶
سن	۱۹-۲۵	۲۶	۳۰	۴۸/۴
	۲۵-۳۳	۲۲	۱۹	۳۰/۶
	۳۳-۴۰	۱۴	۱۲	۱۹/۴
وضعیت تأهل	مجرد	۳۱	۲۶	۴۱/۹
	متاهل	۲۵	۳۲	۵۱/۶
	مطلق	۶	۴	۶/۵
تحصیلات	کمتر از دیپلم	۶	۵	۸/۱
	دیپلم	۱۴	۱۳	۲۱/۰
	فوق دیپلم	۱۶	۷	۱۱/۳
	لیسانس	۲۱	۲۸	۴۵/۲
	فوق لیسانس	۵	۹	۱۴/۵
شغل	کارمند	۱۴	۲۰	۳۲/۳
	خانه دار	۱۷	۱۷	۲۷/۴
	دانشجو	۲۴	۱۱	۱۷/۷
	آزاد	۵	۸	۱۲/۹
	بیکار	۲	۳/۲	۹/۷

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار اختلالات اضطرابی، افسردگی و تصویر بدنی در متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیرمتقاضی (N=۱۲۴)

متغیر	افراد متقاضی		افراد غیر متقاضی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	۱/۴۱	۰/۶۲	۰/۷۴	۰/۶۶
وسواسی-جبری	۱/۵۷	۰/۶۴	۰/۹۷	۰/۶۳
ترس مرضی	۱/۲۸	۰/۸۰	۰/۶۳	۰/۵۷
افسردگی	۱/۴۶	۰/۶۹	۰/۸۰	۰/۶۵
تصویر بدنی	۹۳/۵۹	۴۳/۶۰	۶۳/۰۴	۳۰/۹۰

مرضی با ($F=26/68$ و $P<0/00$) و اختلال وسواسی-جبری با ($F=26/96$ و $P<0/00$) تفاوت معنی‌دار آماری با یکدیگر دارند. همچنین نتایج نشان می‌دهد که دو گروه متقاضی و غیرمتقاضی در اختلال افسردگی با ($F=29/18$ و $P<0/00$) تفاوت معنی‌دار آماری با یکدیگر دارند.

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری گروه‌های متقاضی و غیرمتقاضی جراحی زیبایی را از نظر اختلالات اضطرابی و افسردگی نشان می‌دهد. بر اساس مندرجات جدول ۳، در اختلالات اضطرابی دو گروه متقاضی و غیر متقاضی در اختلال اضطراب با ($F=33/03$ و $p<0/00$)، اختلال ترس

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری گروه‌های متقاضی و غیرمتقاضی جراحی زیبایی از نظر مؤلفه‌های اختلالات اضطرابی و افسردگی

متغیر	مجموع مجزورات	d.f	میانگین مجزورات	F	P	مجزورات
اضطراب	۱۳/۷۶	۱	۱۳/۷۶	۳۳/۰۲	۰/۰۰	۰/۲۱
وسواسی-جبری	۱۱/۰۴	۱	۱۱/۰۴	۲۶/۹۶	۰/۰۰	۰/۱۸
ترس مرضی	۱۳/۰۷	۱	۱۳/۰۷	۲۶/۶۸	۰/۰۰	۰/۱۷
افسردگی	۱۳/۴۳	۱	۱۳/۴۳	۲۹/۱۸	۰/۰۰	۰/۱۹

N=۱۲۴

تفاوت معنی‌دار آماری با یکدیگر دارند، به طوری که افراد متقاضی جراحی زیبایی از تصویر بدنی منفی‌تری برخوردار هستند.

جدول ۴ نتایج آزمون تی تست مستقل را در گروه‌های متقاضی و غیر متقاضی جراحی زیبایی از نظر مؤلفه تصویر بدنی می‌دهد. همانطور که این جدول نشان می‌دهد دو گروه متقاضی و غیر متقاضی در تصویر بدنی با ($t=4/50$ و $p<0/00$)

جدول ۴: تفاوت گروه‌های متقاضی و غیرمتقاضی جراحی زیبایی از نظر مؤلفه تصویر بدنی

شاخص متغیر	افراد متقاضی		افراد عادی		Sig
	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	d.f	
تصویر بدنی	۹۳/۵۹	۴۳/۶۰	۶۳/۰۴	۳۰/۹۰	۰/۰۰

N=۱۲۴

بحث و نتیجه‌گیری

و همکاران در سال ۲۰۰۳ بیش از نیمی از افراد متقاضی مجرد بودند (۳۱) که با نتایج پژوهش حاضر همسو است. به نظر می‌رسد که این باور در برخی از افراد مجرد وجود دارد که جذابیت چهره ای یکی از شرایط مهم و مقدماتی برای ازدواج محسوب می‌شود و برای موفق بودن در امر ازدواج می‌بایست عدم تناسب‌های چهره‌ای را به حداقل رسانید. شاید به همین دلیل افراد مجرد بیش از افراد متأهل به سوی جراحی‌های

احساس رضایت و خرسندی عمدتاً در پی نزدیک شدن به معیارهای تناسب و زیبایی است و نارضایتی و شکایت در نتیجه دوری از این معیارهاست که این احساس بیشتر در میان زنان وجود دارد تا مردان (۱۸). نتایج پژوهش نشان داد که بیشتر متقاضیان جراحی زیبایی زنان هستند و تحصیلات اکثر آنها نیز لیسانس است که این با نتایج مطالعات Zojaji و همکاران در سال ۲۰۰۷ همخوانی دارد (۳۰). همچنین در مطالعه Babuccu

زیبایی گرایش دارند.

نتایج یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اختلال اضطراب در افراد متقاضی جراحی زیبایی بیشتر از افراد غیرمتقاضی است. در این ارتباط Moss و همکارش در سال ۲۰۰۹ دریافتند که سطح اضطراب متقاضیان جراحی زیبایی نسبت به گروه کنترل ۷/۴ و نسبت به گروه افسرده ۷/۶ درصد قبل از انجام عمل زیبایی بیشتر بوده است و در سایر جنبه‌های اجتماعی و روابط نیز دچار ناسازگاری و اختلال بودند (۳۲). و در مطالعه Devon و همکارش در سال ۲۰۰۳ بر روی ۱۳۳ بیمار خواستار جراحی زیبایی صورت با استفاده از آزمون MMPI نشان داده شد که هفتاد درصد از این بیماران دارای اضطراب و نیمی هم واجد افسردگی اند (۳۳). همچنین نتایج این یافته با نتایج سایر مطالعات (۱۶، ۲۰، ۲۲، ۳۲، ۳۴) همخوان است.

ویژگی اختلال اضطراب احساس منتشر بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم و با تعارض است که خبر از خطری قریب الوقوع می‌دهد و شخص را برای مقابله آماده می‌کند. در افرادی که دچار اختلالات اضطرابی هستند اضطراب اجتماعی شایع‌تر می‌باشد، اگرچه در این پژوهش اضطراب اجتماعی بررسی نشده است اما به نظر می‌رسد چنانچه انواع اختلالات اضطرابی در افراد متقاضی جراحی زیبایی بررسی می‌شد، اضطراب اجتماعی بالاترین رتبه را بدست می‌آورد. در این نوع از اضطراب فرد از ارزیابی‌های منفی اطرافیان خود می‌ترسد و به همین دلیل در حضور جمع دچار ترس و اضطراب شدیدی می‌شود، ترس از قیافه بد، داشتن نقص و چهره ناخوشایند از هراس‌های متداول در این افراد است که آنان را برای جراحی‌های زیبایی مستعدتر از افرادی می‌کند که چنین اضطرابهایی ندارند.

یافته دیگر پژوهش حاکی از آن بود که در متقاضیان جراحی زیبایی اختلال وسواسی-جبری 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 روان نژندی و اختلال وسواس هستند (۳۵). افراد مبتلا به اختلال وسواسی

فرامن بسیار قوی دارند و از شخصیت کمالگرایی برخوردارند که این شخصیت بیشترین متقاضیان اعمال جراحی زیبایی مثل رینوپلاستی را تشکیل می‌دهند. این کمال گرایی و یا توجه زیاد به جزئیات چهره واشتغال 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. براساس یافته‌های این پژوهش اختلال ترس مرضی در بین متقاضیان جراحی زیبایی بیشتر از غیرمتقاضیان است. براساس مطالعات Totonchi و همکاران بر روی ۱۵۱ نفر داوطلب جراحی زیبایی رینوپلاستی مشاهده شد که ۷۰/۱ نفر از این داوطلبان دارای علائم روانشناختی مثبتی هستند که در این بین ۷/۳ درصد از آنان علائم مرضی فوبیا را داشتند (۳۶). مبتلایان به ترس مرضی از ارزیابی‌های منفی درباره ظاهر و قیافه خود از سوی دیگران و تحقیر شدن و احساس شرمساری در موقعیت‌های اجتماعی خاص واهمه دارند، بنابراین از حضور داشتن در مکان‌های عمومی و اجتماع واهمه دارند از سوی دیگر به دلیل این درگیری‌های ذهنی و فشارهای روحی سعی می‌کنند که از طریق زیباسازی اکتسابی مثل جراحی زیبایی به کاهش این احساسات پرداخته و برای انجام جراحی زیبایی مستعد باشند.

یافته‌های پژوهش نشان داد که اختلال افسردگی در افراد متقاضی جراحی زیبایی بیش از افراد غیر متقاضی است. در مطالعه Sarwer و همکاران در سال ۲۰۰۵ میزان افسردگی در متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیرمتقاضی تفاوت معنی‌داری نداشت (۱۷) در حالی که یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات Bronell, Sclafani, Moss, Richardson, Petrie همخوان می‌باشد (۱۶، ۲۲، ۳۲، ۳۷، ۳۸). در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که گرایش‌های 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 بر روی جراحی زیبایی شود تا بدین وسیله اندکی از این احساس منفی خود بکاهند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین دو گروه متقاضی جراحی زیبایی و غیر متقاضی در تصویر بدنی تفاوت وجود دارد و متقاضیان جراحی زیبایی تصویر بدنی منفی تری از خود دارند. براساس مطالعات Ricciardelli و همکارش در سال ۲۰۰۱ نشان داده شد که عده زیادی از افراد جامعه به خصوص زنان در پی تغییر در تصویر بدنی خود هستند (۳۹). Rubinstein در سال ۲۰۰۵ در پژوهش خود بیان کرد که در پی احساس ناراضی بدنی و ایجاد خودپنداره منفی فرد خواستار تغییر در تصویر بدنی خود خواهد شد تا بتواند تصویر بدنی حقیقی خود را به تصویر بدنی ایده آتش نزدیک کند (۴۰). تصاویر بدنی تحریف شده می‌تواند سلامت جسمی و روحی فرد را تحت تأثیر قرار داده و ناراضی مداوم از تصویر بدنی خود می‌تواند به افسردگی (۳۸، ۴۱)، اضطراب و فوبیای اجتماعی (۴۲، ۴۳)، اختلال در خواب و آشفتگی روانی (۳۷، ۴۴)، اختلال در الگوهای تغذیه ای (۳۷، ۳۸، ۴۵) و سایر اختلالات منجر گردد. همچنین این یافته‌ها با مطالعات Fredrick و همکاران در سال ۲۰۰۷ و Von soest در سال ۲۰۰۹ (۴۶، ۱۸) همخوان می‌باشد. تبیین احتمالی در مورد این یافته آن است که یکی از جنبه های مهم شکل دهنده سلامت افراد، ظاهر جسمانی و تصویر بدنی آنهاست. ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی و تأکید زیاد جامعه بر جذابیت‌های ظاهری، مقایسه کردن افراد از لحاظ ظاهری و ارزش قایل شدن برای افراد زیبا و تسهیل امور برای آنها و از طرفی ایجاد احساس کهنتری به دلیل ظاهر و یا تجربه تمسخرآمیز از سوی دیگران می‌تواند فرد را در مقابل تصویر

بدنی خود حساس نماید. از سوی دیگر این افراد که دچار خودپنداره منفی از خود هستند، برای کاهش این تصویر بدنی و بدست آوردن عزت نفس بالاتر از جراحی زیبایی استفاده می‌کنند و حال در صورتی که جراحی زیبایی حداقل رضایت آنها از عضو مربوطه را فراهم سازد امکان دارد که از تصویر بدنی خود رضایت پیدا کنند.

بسیاری از واکنش‌های افراد به پنداره و تصویری که از خود در ذهن دارند بستگی دارد. یک برداشت واقعی از ظاهر خود در محدوده‌ای منطقی نشان دهنده بلوغ فردی است. بیمارانی که جراحی را برای افزایش زیبایی و تناسب در خود جستجو می‌کنند معمولاً در تصویر واقعی از خود گمراه شده‌اند. بنابراین آگاهی بیشتر جراح از علایم روانشناختی و اطمینان یافتن از سلامت روانی بیماران ضروری به نظر می‌رسد و در این ارتباط پیشنهاد می‌شود که پزشکان جراحی زیبایی در پذیرش بیماران با سابقه مشکلات روانی و شخصیتی و جراحی‌های متعدد و مکرر با احتیاط عمل کرده و در صورت نیاز به ترغیب و ارجاع دادن بیمار به روانپزشک و مشاور بپردازند تا از عواقب و پیامدهای احتمالی سوء آن جلوگیری به عمل آید. همچنین میزان ضرورت انجام جراحی زیبایی توسط پزشک متخصص که بتواند آسیب شناسی روانی را در داوطلبان نشان دهد در این تحقیق مورد بررسی قرار نگرفته است و جمعیت مورد مطالعه این پژوهش محدود به متقاضیان جراحی زیبایی می‌باشد، لذا از تعمیم دادن نتایج به کل جامعه و آنهایی که اقدام به جراحی زیبایی کرده‌اند باید محتاط بود و نتایج بدست آمده از این پژوهش محدود به یک منطقه جغرافیایی می‌باشد، لذا به منظور تعمیم دادن نتایج به سایر مناطق جغرافیایی دیگر باید با احتیاط عمل کرد.

References:

- 1- Wolpe PR. *Treatment, enhancement and the ethics of neurotherapeutics*. Brain Cogn 2002; 50: 382-95.
- 2- Jourabchi K. *Rhinoplast. Yes or No?*. 1th ed. Tehran: Pour Sina; 1999: 11-84. [Persian]
- 3- Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. *Onset of adolescent eating disorder: population based cohort*

- study over 3 years.* BMJ 1999; 318(7186): 767-68.
- 4- Sarwer DB, Creand CE, Didie E. *Body dysmorphic disorder in cosmetic patient.* Facial Plast Surg 2003; 19(2): 7-18.
 - 5- Cash TF, Phillips KA, Santos MT, Hrabosky JI. *Measuring "negative body image": validation of the body image disturbance questionnaire in a nonclinical population.* Body Image 2004; 1(4): 363-72.
 - 6- Brozekoeski DL, Bayer AM. *Body image and media use among adolescents.* Adolscnt Med Clinics 2005;16(2): 230-89 .
 - 7- Synnot A. *Truth and goodness, mirrors and masks-part I: spciology of beauty and face.* Brit J Sociol 1990; 40(4): 250-82.
 - 8- Webster M, Driskell JE. *Beauty as status.* Am J Sociol 1983; 89(1): 162-82.
 - 9- Hwang PH. *Surgical rhinoplasty: recent advances and future direction.* Otolaryngol Clin North Am 2004; 37(2): 489-99.
 - 10- Hillhorst MT. *Philosophical pitfalls in cosmetic surgery: a case of rhinoplasty during adolescence.* Med Humanit 2002; 28(2): 61-5.
 - 11- Pearl A, Weston J. *Attitude of adolescents about cosmetic surgery.* Ann Plast Surg 2003; 50(6): 628-30.
 - 12- Hill G, Silver AG. *Psychodynamic and esthetic motivation for plastic surgery.* Psychosom Med 1950; 12(6): 345-52.
 - 13- Edgerton MT, Jacobson WE, Meyer E. *Surgical psychiatric study of patients seeking Plastic surgery. Ninety eight Con secutive patients with minimal deformity.* Brit J Plastic Surgery 1960; 13: 136-45.
 - 14- Green P, Pritchard M. *Predictors of body image dissatisfaction in adult Men and women.* Social Behav Personal 2003; 31(3): 215-22.
 - 15- Marsh H. *Age and gender effects in physical self-concepts adolcent elite athletes and non-athletes: a multi cohort-multi occasion design.* Sport Exercise Psychol 2000; 20(3): 237-59.
 - 16- Bronell K. *Dieting and search for the perfect body where psysiology and culture collide.* Behav Therapy 1991; 22(1): 1-12.
 - 17- Sarwer DB, Cash TF, Magee L, Wiliams EF, Thompson JK, Roehrig M. *Female college students and cosmetic surgery: an investigation of experiences, attitudes and body image.* Plast Reconstr surg 2005; 115(3): 931-8.
 - 18- Fredrick DA, Lever J, Peplau J, Letita A. *Intrest in cosmetic Surgery and body image: view of men and woman across the lifespan.* Plastic Reconstr Surg 2007; 120(5): 1047-415.
 - 19- Sarwer DB. *Female college student and cosmetic surgery: an investigation of experiences. aptitudes and body image.* Plastic Reconstr Surg 2005; 115(10): 931-5.
 - 20- Cash TF, Labarge AS. *Development of the appreance schema inventory: a new cognitive body image assessment.*

- Cogn Therap Res 1996; 20(1): 37-50.
- 21- Darisi T, Thorne S, Iacobelli C. *Influences on decision- making for under going plastic surgery: amental models and quantitutive assessment*. Plastic Reconstr Surg 2005; 116(3): 907-16.
- 22- Sclafani AP. *Psychological aspects of plast surgery*. J Med 2003; 24: 1101-14.
- 23- Chalebandi M, Afkham Ebrahimi A. *Personality pattern in Cosmetic rhinoplasty patients*. J Andishe and Reftar 2004; 9(4): 4-10. [Persian]
- 24- Derogatis LR, Lipman L. *SCL 90: aministration, scoring and procedures manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research; 1973.p. 1-43.
- 25- Levitt EE, Truma A. *The normalization and validation of SCL-90-R for adolescence*. New York: Grune & Stratton; 1972.
- 26- Abasi A, Kamkar A, Bageri G, Anbari A. *The survey of mental health students in the Yasoj university of medical science*. Teb and Tazkie Journal 1999; 43: 34-7. [Persian]
- 27- Marsh HW. *Physical self-description questionnaire:stability and discriminate validity*. Res Exerc Sport 1996; 67(3): 249-64.
- 28- Bahram A, Shafigzadeh M. *Validity and reliability of body image among adolescents and adults in Tehran*. Institute for Physical Science Department; 2004. [Persian]
- 29- Abdolmaleki Z, Salehsedghpour B, Bahram A, Abdolmaleki F. *Vlidity and reliability of the physical self-description questionnaire among adolescent girls*. J Applied Psychol 2011; 4(16): 42-55.
- 30- Zojaji R, Javanbakht M, Ghanadan A, Hossien H, Sadeghi H. *High prevalence of personality abnormalities in patients seeking rhinoplasty*. Otolaryngol Neck Surg 2007; 137(1): 83-7.
- 31- Babuccu O, Latifoglu OA, Tabay K, Oral N, Cosan B. *Sociological aspects of rhinoplasty*. Aesthic Plast Surg 2003; 27(1): 44-9 .
- 32- Moss TL, Hariss DI. *Psychological change after aeschetic plastic surgery: a prospective controlled outcome study*. Psychol Health Med 2009; 14(5): 567-76.
- 33- Gabouri H, Devon H. *The desire for cosmetic facial surhery may reflect apersonality Disorder*. Sci Mental Health 2003; 6: 80-90.
- 34- 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): 283-87.
- 35- Philips KA. *Body dysmorphic disorder: the distress of imagined Ugliss*. Am J Psychiatry 1998; 148(9): 1138-49.
- 36- Totonchi J, Fakhari A, Kolahi F. *Psychological symptoms associated with Satisfaction after rhinoplasty surgery*. Med J Tabriz University 2007; 2(29): 71-6.[Persian]
- 37- Richardson LP, Arison MM, Drangsholt M, Manol L, LeResch L. *Association between depressive symptoms*

- and obesity during puberty.* Gen Hosp Psychiatry 2006; 28(4): 313-20.
- 38- Petrie T, Rogers R. *Extending the discussion of eating disorder to include men and physical appearance over the life span.* Personality and Social psychology Bulletin 2001; 16: 263-73.
- 39- McCabe M, Ricciardelli L. *Body image and body change techniques among adolescent Male.* Eur Eat Disorder Rev 2001; 9(5): 335-47.
- 40- Rubinstein G. *The big five and self esteem concept among overweight dieting and non dieting women.* Eat Behav 2006; 7(4): S55-61.
- 41- Aramats CA, Moran L, Sands RT. *Gender differences in body image concerns and Depression amongst Austalian adolescents.* The abstracts of the 38 th conference of the Australian psychological Society, 2003 2-5 oct; Australia, perth. Melbourne: Australian Psychological Society; 2003.p. 163.
- 42- Cash TF, Theriault J, Milkewicz AN. *Body image in an interpersonal context: adult Attachment, fear of intimacy, and social anxiety.* J Social Clin Psychol 2004; 23(1): 89-103.
- 43- Freda I, Gamze A. *Social phobia among university students and its relation to self- Esteem and body image.* Canadian J Psyiatry 2004; 49(9): 630-635.
- 44- Webster J, Triggeman M. *The relationship between women body statisfaction and self-image across the life span: the role of cognitive control.* J Genet psychol 2003;164(2): 241-53.
- 45- Cash TF. *Outcomes of mineralization cognitive behavioral body treated in a private clinical practice.* International Journal of Eating Disorder 2006; 39(1): 31-40.
- 46- Von soest IL. *Effects of cosmetic surgery on body image self-esteem and psychological problems.* Reconstuctive & Aesthetic Surgery 2009; 62(10): 1233-44.

Investigating Mental Status and Body Image in Cosmetic Surgery Applicants in Comparison with Non-applicants

Khanjani Z(PhD)^{*1}, Babapour J(PhD)², Saba G(MA)³

^{1,2}*Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran*

³*Psychologist, Tabriz Azad University, Tabriz, Iran*

Received: 1 Oct 2011

Accepted: 16 Jan 2012

Abstract

Introduction: Today revising and rethinking of the appearance and eliminating its flaws, real or imaginary, through cosmetic surgery is the main concern of some individuals. This study was conducted in order to compare the body image, depression and anxiety disorders between applicants of cosmetic surgery and non-applicants.

Methods: The present study is of cause-comparison type. Cosmetic surgery applicants involved 62 participants who were selected by available sampling from those who referred to specialized centers for cosmetic surgery in Urumia during a three-month period; the non-applicants were homogenized with applicants regarding their age, gender, and level of education who were selected from the applicants' relatives. So the study subjects were 124 individuals. Data were collected via a questionnaire about demographic characteristics, SCL-90-R and PSDQ questionnaires. The data were submitted to SPSS (ver. 16) and were analyzed using descriptive statistics, multivariable analysis of variance (MANOVA), and t-test.

Results: Results showed that there is a significant difference between applicants for cosmetic surgery and non-applicants in regard to body image, depression and anxiety disorders.

Conclusion: Like other medical specialties, cosmetic surgical interventions should undergo precise clinical trial before exerting on the patients. Therefore, Assessment and encouraging patients to refer to psychiatrists and consultants before operation is significant.

Keywords: Anxiety Disorders; Phobic Disorders; Obsessive- Compulsive Disorders; Depression; Body Image; Surgery, Plastic

This paper should be cited as:

Khanjani Z, Babapour J, Saba G. *Investigating mental status and body image in cosmetic surgery applicants in comparison with non-applicants*. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2012; 20(2): 237-48.

****Corresponding author: Tel: 09143016011, Email: zeynabkhanjani@yahoo.com***