

Early maladaptive schemas and psychological health among Womens seeking cosmetic surgery

Nilforooshan¹ P (ph.D) - Shamohammadi² M (MSc) - Navidian³ A (ph.D)

Abstract

Introduction: Identifying the psychological factors is a major contributor in the management of applicants of cosmetic surgery. This study was conducted to investigate the early maladaptive schemas and general health among people seeking cosmetic surgery.

Methods: This study is a descriptive-analytical and comparative study. The population of this study was the combination of patients referring to beauty clinic and some people in Isfahan City. Participants included two groups of 60 (120 individuals) who were applicants for cosmetic surgery and non-applicants which selected through convenience sampling method. In this study data collection was made through using maladaptive schemas questionnaire (SF-YSQ) and general health (GHQ-28). Data analysis was carried out through using SPSS 18, descriptive statistics and MANOVA test.

Results: There was a significant difference between applicant and non-applicant of cosmetic surgery concerning the early maladaptive schemas ($P=0.02$, $F=3.34$). Results of MANOVA test showed the difference between the two groups in terms of schemas disconnection/rejection ($P=0.002$, $F=12.19$), autonomy ($P=0.001$, $F=15.14$), impaired limits ($P=0.016$, $F=6.55$) and other-directedness ($P=0.003$, $F=10.79$), but there is no significant difference between the two groups of ear ringing. Also, there are significant differences between applicant and non-applicant groups in terms of public health ($P=0.04$, $F=5.05$). The two groups had significant difference in terms of Physical status ($P=0.033$, $F=5.03$), depression ($P=0.001$, $F=14.92$) and anxiety ($P=0.009$, $F=8.01$), but the difference of social performance was not statistically significant.

Conclusion: Based on the identification of early maladaptive schemas and general health problems of women applicants of cosmetic surgery in current study, providing psychological treatment especially schema therapy before surgery is recommended.

Keyword: early maladaptive schemas, psychological health, cosmetic surgery, Women.

Received: 30 November 2014

Accepted: 8 April 2015

1- Assistant professor, Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

2- MSc in Counselig, Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

3- Associate professor, Pregnancy Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, zahedan, Iran. (**Corresponding Author**).

E-mail: alinavidian@gmail.com

طرح واره های ناسازگار اولیه و سلامت عمومی در زنان متقاضی جراحی زیبایی

پریسا نیلفروشان^۱، *علی نویدیان^۲، ملیحه شامحمدی^۳

چکیده

مقدمه: شناخت عوامل روان شناختی در مدیریت متقاضیان جراحی زیبایی، بسیار کمک کننده است. مطالعه حاضر با هدف تعیین طرحواره های ناسازگار و سلامت عمومی در افراد متقاضی جراحی زیبایی انجام شد.

روش: این پژوهش توصیفی تحلیلی از نوع مقایسه ای است. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان مراجعه کننده به کلینیک های زیبایی و همچنین افراد عادی شهرستان اصفهان بودند. شرکت کنندگان شامل دو گروه ۶۰ نفری (۱۲۰ نفر) از زنان متقاضی جراحی زیبایی و گروه غیر متقاضی بودند که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. در این پژوهش برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه طرحواره های ناسازگار (SF-YSQ) و سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS v.18 و به کمک آمار توصیفی و آزمون آماری مانوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیر متقاضی از نظر طرحواره های ناسازگار اولیه تفاوت معناداری وجود داشت ($p=0/02$). نتایج تحلیل مانوا نشان داد تفاوت دو گروه از نظر طرحواره های بریدگی و طرد ($p=0/002$)، خودگردانی ($p=0/001$)، محدودیت مختل ($p=0/01$) و دیگرجهت مندی ($p=0/003$) معنادار بودند ولی دو گروه از نظر گوش به زنگی تفاوت معنادار نداشتند. همچنین بین دو گروه متقاضی و غیر متقاضی جراحی زیبایی نیز از نظر سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود داشت ($p=0/04$). دو گروه از نظر وضعیت جسمانی ($p=0/03$)، افسردگی ($p=0/001$) و اضطراب ($p=0/009$) تفاوت معنادار داشتند ولی تفاوت آن ها از نظر عملکرد اجتماعی معنادار نبود.

نتیجه گیری: با توجه به شناخت طرحواره های ناسازگار اولیه و مشکلات سلامت عمومی زنان متقاضی جراحی زیبایی در این مطالعه، بنابراین ارائه درمان های روان شناختی به خصوص طرح واره درمانی قبل از اعمال جراحی زیبایی توصیه می شود.

کلید واژه ها: طرحواره های ناسازگار اولیه، سلامت عمومی، جراحی زیبایی، زنان.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۱/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۹/۹

۱- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات سلامت بارداری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران (نویسنده مسؤول).

پست الکترونیکی: alinavidian@gmail.com

۳- کارشناس ارشد مشاوره شغلی، دانشگاه اصفهان.

مقدمه

تغییرات جامعه مدرن باعث توجه بیشتر به بدن و چگونگی مدیریت، کنترل و رفتار با آن در جامعه مصرفی مدرن شده است. یکی از این رفتارها که در اغلب جوامع به تناسب دیده می شود، جراحی زیبایی است (۱). به طوری که انجمن جراحان پلاستیک آمریکا در سال ۲۰۰۹ تخمین زد که تعداد جراحی های زیبایی انجام شده در سال ۲۰۰۸، به ۱۲/۱ میلیون می رسد که نسبت به سال های قبل، تعداد آن بسیار بیشتر است (۲). در ایران، آمار دقیقی از این اعمال در دست نیست زیرا قسمت قابل توجهی از بیماران در مطب ها و درمانگاه ها تحت عمل جراحی قرار می گیرند (۳). رشد جراحی های زیبایی در کشورهای در حال توسعه بخصوص در بین جوانان بسیار قابل توجه بوده است (۴). در ایران سالانه حدود ۲۵ تا ۳۰ هزار جراحی زیبایی انجام می شود. ۶۰ درصد این موارد مربوط به جراحی بینی و بقیه مربوط به سایر جراحی های زیبایی و پلاستیک است. از نظر جراحی پلک و صورت ایران در رده چهارم جهان و از نظر لیپوساکشن، سینه و شکم پس از آمریکا در رده دوم قرار دارد (۵).

دانشمندان علوم اجتماعی دریافته اند مردم، زیبایی ظاهری را با ویژگی های شخصیتی پسندیده همچون هوش، شایستگی، دلپذیر بودن و پذیرش اجتماعی ربط می دهند. این جراحی ها بیشتر بر ای از میان بردن ناخشنودی افراد از ظاهر خود و گاهی افزایش عزت نفس انجام می شود (۶). مطالعات متعدد انجام شده در زمینه جراحی پلاستیک عواملی مانند: نارضایتی از تصویر ذهنی از جسم (۷)، جذابیت پایین (۸)، عوامل روان شناختی (۹)، اختلال بدشکلی بدن (۱۰) و استرس (۱۱) را از جمله متغیرهای تاثیر گذار بر گرایش به جراحی زیبایی معرفی کرده اند. به طور کلی، هدف اصلی جراحی زیبایی بهبود ظاهر فردی است که دارای ظاهری ناپهتجار باشد. زمانی که انسان ها در می یابند خصوصیات فیزیکی آنها مطابق با هنجارها نیست، ممکن است دچار رنجش شده و جراحی را به عنوان راه حل نهایی در نظر بگیرند (۱۲). براساس نظریه های شناختی - رفتاری، ارزیابی افراد از ظاهر خود بستگی به طرحواره هایشان

در رابطه با ظاهر دارد (۱۳). بک معتقد است عواطف و رفتارهای ما به وسیله طرحواره های شناختی که ناشی از تجارب گذشته مان است، ایجاد می شوند و بر روی ادراک ما از دنیا تأثیر می گذارند (۱۴).

Young طرحواره های ناسازگار اولیه Early Maladaptive Schema را موضوعات ثابت، فراگیر و پایداری می داند که از خاطرات، هیجان ها، شناخت ها و احساس های بدنی تشکیل شده اند (۱۵). این طرحواره ها، اطلاعات مربوط به رابطه بین فرد و محیط را تحریف و افکار خودکار منفی را فعال می کنند و در نهایت نگرش ها و پردازش شناختی ناپهتجار را در پی دارند (۱۶). Young معتقد است هر کدام از علایم آسیب شناسی روانی با یک یا تعداد بیشتری از طرحواره های اولیه مرتبط است (۱۷). همچنین طرحواره ها، باعث تحریک افکار خودآیند منفی و ناراحتی روانی شدیدی می شوند (۱۸). Marmon و همکاران در پژوهشی عنوان کردند که طرحواره های ناسازگار اولیه مکانیسم های ناکارآمدی هستند که به صورت مستقیم به پریشانی روان شناختی می انجامند (۱۹).

طرحواره ها به دلیل ارضا نشدن نیاز های هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می آیند که این نیاز ها عبارتند از: دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، کفایت و هویت، آزادی در بیان نیاز ها و هیجان های سالم، خودانگیختگی و تفریح و محدودیت های واقع بینانه و خویشتن داری. هنگامی یک کودک در سلامت روان به سر می برد که این نیاز ها برآورده شده باشند (۲۰). Young و همکاران مطابق با ۵ نیاز تحولی کودک هیجده طرحواره ناسازگار اولیه را در ۵ حوزه شناسایی کرده است. حوزه بریدگی و طرد (Disconnection & rejection): در این حوزه این انتظار می رود که نیاز های فرد به امنیت، سلامت، ثبات، حمایت، همدلی و پذیرش به شیوه ای با ثبات ارضا نشود. حوزه خودگردانی و عملکرد مختل (Impaired autonomy & performance): اعتقاد راسخ مبنی بر عدم عمل به وظیفه بطور مستقل و موفق نشدن که منجر به احساس نابسندگی می شود. حوزه محدودیت های مختل (Impaired limit): ضعف و ناتوانی در تعیین

وسلامت عمومی در افراد متقاضی عمل جراحی زیبایی و افراد عادی مقایسه می شود.

روش مطالعه

این پژوهش توصیفی تحلیلی از نوع مقایسه ای بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان مراجعه کننده به کلینیک های زیبایی که ظاهر ناپهنجاری نداشته و تنها برای زیباتر شدن به این گونه جراحی ها روی آورده اند و همچنین زنان عادی شهرستان اصفهان می باشند. از آنجایی که حداقل حجم نمونه برای تحقیقات علی - مقایسه‌ای در هر گروه ۲۰ نفر پیشنهاد شده است (۲۴)، در پژوهش حاضر ۶۰ نفر متقاضی جراحی زیبایی و ۶۰ نفر برای گروه مقایسه به شیوه در دسترس انتخاب شدند. به مطب جراحان زیبایی مراجعه شد و کسانی که متقاضی جراحی بودند به طور داوطلبانه پس از اخذ رضایت، آگاهانه در پژوهش شرکت کردند. در صورتی که در بررسی و معاینه روانی توسط روانشناس بالینی، فرد از اختلال روانپزشکی عمده ای برخوردار بود، از مطالعه خارج می شدند. تنها کسانی انتخاب شدند که قبلاً جراحی زیبایی و نیز بدشکلی مادرزادی نداشتند. همچنین افراد عادی نمونه به صورت در دسترس از بین همراهان بیماران انتخاب و از نظر متغیرهایی مانند سن، تاهل و تحصیلات با هم همسان سازی شدند و شامل کسانی بودند که تا به حال از جراحی های زیبایی استفاده نکرده اند و داوطلب جراحی زیبایی نبودند.

ابزار بررسی در این مطالعه پرسشنامه بود؛ به منظور اندازه گیری طرحواره های ناسازگار اولیه از پرسشنامه ۹۰ ماده ای یانگ (SF-YSQ) استفاده شده است که مقیاس پاسخگویی آن، مقیاس ۶ درجه ای لیکرت از کاملاً نادرست = ۱ تا کاملاً درست = ۶ می باشد. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است که ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه در قالب ۵ حوزه را مشخص می کند. این طرحواره ها شامل: حوزه بریدگی و طرد (محرومیت هیجانی، رهاشدگی/بی ثباتی، بی اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/بی مهری)، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل فرد (شکست در پیشرفت، وابستگی/بی کفایتی عملی، آسیب پذیری نسبت به ضرر و

مرزهای درونی، عملکرد مسئولانه یا فعالیت منسجم برای دستیابی به اهداف دراز مدت). حوزه دیگر جهت مندی (Other directedness): تأکید افراطی بر ارضا نیاز های دیگران به جای نیازهای خود. حوزه گوش به زنگی بیش از حد بازداری (Over-vigilance & inhibition): تأکید افراطی بر بازداری یا واپس زنی احساسات، تکانه ها و انتخاب های خودانگیخته فردیا برآورده ساختن قواعد و انتظارات درونی و انعطاف ناپذیر درباره عملکرد و رفتار اخلاقی (۲۱،۲۰).

جراحی زیبایی اغلب با توصیفات منفی از ظاهر بدنی ارتباط دارد. باتوجه به پژوهش های انجام گرفته در این زمینه در بررسی مسائل مربوط به جراحی زیبایی و تصویر بدنی و نگرش های مردان و زنان در طول عمر، به این نتیجه رسیدند، افرادی که به جراحی زیبایی علاقه مند بودند، تصویر بدنی ضعیف تری نسبت به کسانی داشتند که علاقه ای به جراحی زیبایی نداشتند (۲۲). همچنین Henderson-king در پژوهشی نشان دادند که پذیرش جراحی زیبایی با رضایت از ظاهر بدنی رابطه منفی و بانگرش در مورد استفاده از آرایش رابطه مثبت دارد (۷). همچنین پذیرش جراحی زیبایی با ترس از اینکه غیر جذاب باشد یا غیر جذاب به نظر برسد مرتبط است. محمد پناه و یوسفی نشان دادند که بین باورها در مورد ظاهر و احساس حقارت در افراد داوطلب و غیر داوطلب جراحی زیبایی تفاوت وجود دارد به طوری که افراد داوطلب نسبت به افراد غیر داوطلب نمرات بالاتری در این دو مؤلفه به دست آوردند. همچنین بین باورها در مورد ظاهر و احساس کمتری در افراد داوطلب جراحی زیبایی ارتباط وجود دارد (۲۳).

همان گونه که مطالعه ادبیات پژوهش نشان می دهد، افراد متقاضی جراحی زیبایی دارای مشکلات روان شناختی زیادی نسبت به جمعیت عادی هستند و همین اختلالات نیز پیش بینی کننده نتایج روانشناختی ضعیف بعد از جراحی زیبایی است. لذا پژوهش حاضر در پی آن است که نقش طرحواره های ناسازگار و سلامت عمومی افراد را در تمایل به عمل جراحی زیبایی مشخص نماید. بدین منظور طرحواره های ناسازگار اولیه

دهنده روایی آن است. در پژوهش دیگری که توسط صدوقی و همکاران (۱۶) انجام گرفت همسانی درونی طرحواره ها را به وسیله ضریب های آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ به دست آوردند و برای کل مقیاس ۰/۹۴ به دست آوردند.

در پژوهش حاضر به منظور بررسی پایایی این آزمون از دو روش بررسی همسانی درونی و باز آزمایی استفاده شد. پایایی برای کل آزمون از طریق آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۹۷ به دست آمد که نشان دهنده همسانی درونی این آزمون است. ضرایب آلفای کرونباخ برای حوزه های طرحواره های ناسازگار در جدول ۱ آمده است. همچنین ضریب بازآزمایی این آزمون در کل ۰/۹۴ به دست آمد که نشان دهنده ثبات بالای آن می باشد. در جدول ۱ ضرایب بازآزمایی برای حوزه های مختلف گزارش شده است.

بیماری، گرفتاری، حوزه دیگر جهت مندی (اطاعت، ایثار فداکاری)، پذیرش جوی/جلب توجه، حوزه محدودیت های مختل (استحقاق بودن/برتری داشتن، خویشتن داری/خود انضباطی ناکافی) و حوزه گوش به زنگی (بازداری هیجانی، تنبیه، منفی گرایی/بدبینی و معیارهای سرسختانه) را می سنجد (۲۵).

اولین پژوهش جامع درباره ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه توسط اسمیت و همکاران (۲۶) انجام شده است. این محققان ضرایب آلفایی از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ برای هر طرحواره ناسازگار اولیه گزارش دادند. همچنین ضریب بازآزمایی در جمعیت غیر بالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ گزارش دادند. همچنین نشان دادند که این پرسشنامه با مقیاس های پریشانی روان شناختی و اختلالات شخصیت، همبستگی بالایی دارد که نشان

جدول ۱ - ضرایب پایایی حوزه های طرحواره های ناسازگار اولیه

حوزه ها	بریدگی و طرد	خودگردانی	محدودیت مختل	جهت مندی	گوش به زنگی
آلفای کرونباخ	۰/۹۵	۰/۹۵	۰/۶۹	۰/۸۸	۰/۷۷
ضرایب بازآزمایی	۰/۹۹	۰/۹۲	۰/۶۶	۰/۸۹	۰/۷۶
سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

برای کل آزمون ۰/۹۵ به دست آمد. در جدول ۲ ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی ابعاد سلامت عمومی گزارش شده است. پس از گردآوری و استخراج داده های خام، با استفاده از نرم افزار SPSS v.18 نسخه برای توصیف داده های کمی از شاخص های مرکزی و پراکندگی و برای متغیرهای کیفی از فراوانی و درصد استفاده شد. سپس از تحلیل مانوا برای تجزیه و تحلیل متغیرهای پژوهش استفاده گردید.

اخذ رضایت شفاهی بر ای شرکت در مطالعه، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات، توضیح کار و هدف پژوهش، عدم نیاز به ثبت نام و نام خانوادگی و اخذ معرفی نامه از دانشگاه برای مراجعه به محیط پژوهش به عنوان ملاحظات اخلاقی در این مطالعه مورد توجه قرار گرفته است.

به منظور تعیین میزان سلامت روانی زنان از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) استفاده شده است. این ابزار توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ تدوین یافته است. این پرسشنامه مشتمل بر ۴ مقیاس فرعی است. این مقیاس ها عبارتند از: سلامت جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی می باشد (۲۷).

پالاهنگ در بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان، ضریب پایایی را با استفاده از روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۷ تا ۱۰ روز به میزان ۰/۹۱ برآورد نموده است (۲۸). همچنین در پژوهش دیگری که توسط تقوی انجام گرفت اعتبار پرسشنامه مزبور از سه روش دوباره سنجی، تصنیفی و آلفای کرونباخ بررسی گردید که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل شد (۲۷). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۷ و ضریب بازآزمایی

جدول ۲ - ضرایب پایایی ابعاد سلامت عمومی

زیر مقیاس های سلامت عمومی	علایم جسمانی	اضطراب و اختلال خواب	اختلال در عملکرد اجتماعی	افسردگی
---------------------------	--------------	----------------------	--------------------------	---------

ضرب آلفای کرونباخ	۰/۹۳	۰/۹۱	۰/۸۳	۰/۹۵
ضرب با آزمایی	۰/۹۱	۰/۹۲	۰/۷۳	۰/۹۵
سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

یافته ها

هم تفاوت معناداری ندارند ($p > 0.05$). وضعیت تاهل ۶۱/۶ درصد گروه متقاضی جراحی و ۶۶ درصد گروه عادی مجرد بودند که با توجه به همسان سازی صورت گرفته، از نظر آماری تفاوتی بین دو گروه وجود نداشت ($p > 0.05$). اکثریت قریب به اتفاق زنان گروه متقاضی جراحی، درخواست جراحی صورت داشتند.

در خصوص مشخصات فردی زنان نتایج نشان داد که حداقل سن ۱۷ سال و حداکثر ۴۴ سال و میانگین سنی گروه متقاضی جراحی 29.6 ± 5.52 و گروه عادی 30.21 ± 4.40 بود که آزمون آماری t مستقل بین دو گروه از نظر سنی تفاوت معناداری نشان نداد ($p > 0.05$). از نظر تحصیلات، اکثریت هر دو گروه یعنی $58/3$ درصد در گروه متقاضی جراحی و $51/6$ درصد در گروه عادی تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند. آزمون آماری کای دو نشان داد دو گروه از نظر سطح تحصیلات هم با

یافته های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد طرحواره های ناسازگار دو گروه عادی و متقاضی عمل جراحی زیبایی در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار حوزه های طرحواره های ناسازگار در دو گروه عادی و متقاضی جراحی زیبایی

گروه ها	بریدگی و طرد	خودگردانی	محدودیت	دیگر جهت مندی	گوش به زنگی
عادی	۲/۰۲	۱/۹۵	۲/۷۴	۲/۵۶	۳/۰۷
انحراف معیار	۰/۳۶	۰/۵۹	۰/۳۸	۰/۴۲	۰/۵۲
متقاضی	۳/۲۷	۳/۲۵	۳/۴۰	۳/۵۸	۳/۴۳
انحراف معیار	۱/۳۳	۱/۱۴	۰/۹۱	۱/۱۲	۰/۹۲

وجود دارد ($F=3.34, p=0.02$). تفاوت دو گروه از نظر طرحواره های ناسازگار که شامل بریدگی و طرد، خودگردانی، محدودیت مختل، دیگر جهت مندی و گوش به زنگی با استفاده از تحلیل مانوا در جدول ۴ نشان داده شده است.

در این پژوهش از تحلیل مانوا برای مقایسه طرحواره های ناسازگار دو گروه عادی و متقاضی عمل جراحی زیبایی استفاده شده است. نتایج تحلیل مانوا نشان داد که بین دو گروه عادی و متقاضی از نظر طرحواره های ناسازگار اولیه تفاوت معناداری

جدول ۴- خلاصه نتایج تحلیل مانوا حوزه های طرحواره های ناسازگار دو گروه متقاضی و عادی

منبع	متغیر مستقل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بریدگی و طرد	۱۱/۶۳	۱	۱۱/۶۳	۱۲/۱۹	۰/۰۰۲	
خود گردانی	۱۲/۶۱	۱	۱۲/۶۱	۱۵/۱۴	۰/۰۰۱	
محدودیت	۳/۲۰	۱	۳/۲۰	۶/۵۵	۰/۰۱۶	
دیگر جهت مندی	۷/۸۳	۱	۷/۸۳	۱۰/۷۹	۰/۰۰۳	
گوش به زنگی	۰/۹۹	۱	۰/۹۹	۱/۷۴	۰/۱۹۷	

و طرد، خودگردانی، محدودیت مختل و دیگر جهت مندی نمرات بالاتری به دست آوردند ولی در حوزه گوش به زنگی تفاوتی مشاهده نشد.

همانطور که در این جدول مشاهده می شود تفاوت دو گروه عادی و متقاضی جراحی زیبایی از نظر بریدگی و طرد ($F=12.19, p=0.002$)، خودگردانی ($F=14.14, p=0.001$)، محدودیت مختل ($F=6.55, p=0.016$) و جهت مندی ($F=10.79, p=0.003$) معنادار است ولی دو گروه از نظر گوش به زنگی تفاوت معناداری ندارند. به عبارت دیگر افراد متقاضی جراحی زیبایی نسبت به افراد غیر متقاضی درحوزه های بریدگی

یافته های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد ابعاد سلامت عمومی دو گروه عادی و متقاضی عمل جراحی زیبایی در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار ابعاد سلامت عمومی در دو گروه عادی و متقاضی جراحی زیبایی

گروه ها	ابعاد سلامت عمومی
---------	-------------------

افسردگی	عملکرد	اضطراب	جسمانی	میانگین	معیار
۰/۲۰	۰/۷۳	۰/۲۹	۰/۳۷	میانگین	عادی
۰/۲۶	۰/۲۰	۰/۳۵	۰/۲۴	انحراف معیار	
۱/۱۸	۱/۰۳	۰/۹۷	۰/۹۰	میانگین	متقاضی
۰/۹۳	۰/۶۷	۰/۸۵	۰/۸۸	انحراف معیار	

نظر ابعاد جسمانی، اضطراب، عملکرد و افسردگی با استفاده از تحلیل مانوا در جدول ۶ نشان داده شده است.

نتایج تحلیل مانوا نشان داد که بین دو گروه عادی و متقاضی جراحی زیبایی از نظر سلامت عمومی نیز تفاوت معناداری وجود دارد ($F=۰/۰۴$, $p=۰/۰۵$). تفاوت دو گروه از

جدول ۶ - خلاصه نتایج تحلیل مانوا ابعاد سلامت عمومی دو گروه متقاضی و عادی

منبع	متغیر مستقل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
	جسمانی	۲/۱۳	۱	۲/۱۳	۵/۰۳	۰/۳۳
ابعاد	اضطراب	۳/۴۲	۱	۳/۴۲	۸/۰۱	۰/۰۹
سلامت	عملکرد	۰/۶۹	۱	۰/۶۹	۲/۸۰	۰/۱۰۵
عمومی	افسردگی	۷/۰۷	۱	۷/۰۷	۱۴/۹۲	۰/۰۱

تفاوت است، متعلق به گروه یا دسته ای نیست و با دیگران فرق دارد. حس از خودبیگانگی در این افراد دیده می شود (۲۲). طرحواره های حوزه بریدگی شامل رهاسدگی و بی ثباتی فرد، بی اعتمادی و بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص و شرم و در نهایت انزوای اجتماعی می باشد که این قبیل طرحواره ها در افراد متقاضی، بیشتر دیده شده است و نشان دهنده آن است که نیازهای افراد متقاضی به امنیت، سلامت، حمایت و پذیرش به طور با ثبات ارضا نشده است. بدین ترتیب وجود چنین طرحواره هایی می تواند نشانگر این باشد که افراد متقاضی، توجه، گرمی و همراهی دیگران را کم تر دریافت کرده اند، منبع قدرت و حمایتی نداشته اند و خواهان رسیدن به این منبع حمایتی بوده اند (۱۵)، از این رو به جراحی زیبایی روی آورده اند.

در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، افراد متقاضی معمولاً انتظاراتی که از خودشان و محیطشان دارند با توانایی های آنها برای بقا و عملکرد مستقل و انجام کارها به طور موفقیت آمیز تداخل پیدا می کند. معمولاً افرادی که به سراغ این قبیل جراحی ها می روند اعتماد به نفس پایینی دارند یا خانواده های آنها بیش از حد از آنها محافظت می کنند (۲۰). مطالعه ای توسط علی احمایی و همکاران در سال ۱۳۹۰ با عنوان بررسی اپیدمیولوژیک علل گرایش به جراحی زیبایی بینی در شهرستان تهران انجام شد و نتیجه نشان داد اعتماد به نفس پایین مهمترین عامل برای گرایش به جراحی زیبایی بینی است. (۳۱) این افراد احساس درماندگی و بی کفایتی دارند. افراد با نمرات

همانطور که مشاهده می شود دو گروه از نظر وضعیت جسمانی ($F=۵/۰۳$, $p=۰/۰۳۳$) اضطراب ($F=۸/۰۱$, $p=۰/۰۰۹$) و افسردگی ($F=۱۴/۹۲$, $p=۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار دارند در حالی که تفاوت آنها از نظر عملکرد معنادار نیست. به طوری که افراد داوطلب جراحی زیبایی نسبت به افراد غیر داوطلب در ابعاد جسمانی، اضطراب و افسردگی نمرات بالاتری به دست آوردند ولی در بعد عملکرد دو گروه تفاوتی مشاهده نشد.

بحث

بالا بودن نمرات گروه زنان متقاضی جراحی زیبایی در طرحواره های ناسازگار اولیه را می توان با یافته های سایر پژوهش ها هم سو دانست که در آن افرادی متقاضی جراحی زیبایی هستند که توصیفات منفی از ظاهر خود دارند (۲۲). افراد متقاضی، طرحواره های ناسازگار بریدگی و طرد بیشتری را نشان داده اند که با نتایج پژوهش های پیشین مطابقت دارد (۳۰، ۲۹). افرادی که تصویر بدنی منفی دارند احساس خودارزشی کمتری نموده و به احتمال بیشتری از انزوا رنج می برند همچنین ناراضیاتی افراد از تصویر بدنی می تواند منجر به ارزیابی های نادرست، افکار و هیجانات منفی شده، زمینه کاهش اعتماد به نفس را برای آنها فراهم آورد. این افراد روابط اجتماعی خود را محدود تر کرده و حتی ممکن است منزوی شده و دچار اضطراب در برخورد های اجتماعی خود شوند (۲۳)، همچنین فرد این تجربه ذهنی را دارد که به نوعی از دیگران

ظاهر آرمانی، کسب مقام و منزلت، پذیرش اجتماعی و رسیدن به طبقه اجتماعی بالا به جراحی های زیبایی گرایش پیدا می کنند که با پژوهش موسوی زاده و همکاران همسوست (۳۲).
Pecorari و همکاران با بررسی ۱۸۸ بیمار مبتلا به بدشکلی بدنی نشان داد پس از اعمال جراحی مکرر، ۸۳ درصد بیماران تشدید نشانه ها یا نبود هرگونه تغییر، ۱۷ درصد موارد نشانه ها را گزارش کردند و تنها در ۴ درصد بیماری بهبود یافته بود (۳۳). که این امر از وجود مشکلات روان شناختی زیربنایی از جمله طرحواره های ناسازگار اولیه متقاضیان جراحی زیبایی حکایت می کند.

دو گروه از لحاظ ابعاد سلامت عمومی که شامل: جسمانی، اضطراب و افسردگی است تفاوت معناداری دارند ولی از نظر عملکرد یا اختلال در کنش اجتماعی تفاوت معناداری ملاحظه نشده است. در راستای عدم تفاوت معنادار عملکرد اجتماعی بین دو گروه، پژوهش Coirea و همکاران (۱۹۹۹) ارتباط سلامت روان و خودپنداره را با درخواست جراحی زیبایی بینی بررسی کرد و نتیجه آن نشان داد ابعاد سلامت روان شامل افسردگی، اضطراب، شکایت های جسمانی و ناسازگاری اجتماعی و خودپنداره در افراد متقاضی جراحی زیبایی بینی با گروه شاهد تفاوتی ندارد (۳۴). ولی نتایج مربوط به سه متغیر دیگر، با یافته های برخی پژوهشگران همسوست که بین تقاضای جراحی زیبایی و اختلال در سلامت عمومی رابطه وجود دارد (۳۵، ۳۶، ۳۷). همچنین توتونچی و همکاران در پژوهش خود بیان داشته اند که ۷ درصد متقاضیان جراحی زیبایی حداقل یکی از علائم اختلال در سلامت عمومی را نشان می دهند (۳۸). افرادی که علائم اضطراب و افسردگی دارند برای کنار آمدن با آن از مکانیسم های دفاعی استفاده می کنند. دفاعها به عنوان مبدلی از هیجانات اساسی در نظر گرفته میشوند و افراد برای سازش با مسایل و هیجانات منفی در زندگی به استفاده از سبکهای دفاعی روی میآورند (۳۹) میتوان گفت ممکن است افراد متقاضی جراحی زیبایی مکانیسمهای دفاعی را به صورت ناهوشیار به کار میبرند تا به نوعی از واقعیت که همان تصویر بدنی منفی است، فرار کنند (۴۰).

بالا در این مولفه، تلاش می کنند تا بر احساس ضعف و عدم کفایت خود غلبه کنند (۲۱). از این جهت این قبیل افراد، سهم به سزایی از جراحی های زیبایی را به خود اختصاص داده اند. همچنین افراد متقاضی عمل جراحی زیبایی نسبت به افراد غیر متقاضی در حوزه محدودیت های مختل نیز با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. محدودیت های مختل شامل استحقاق و بزرگ منشی و خویشتن داری و خود انضباطی است. این حوزه به توصیف افرادی می پردازد که در تعیین مرزهای درونی، عملکرد مسئولانه یا فعالیت منسجم برای دستیابی به اهداف دراز مدت، ضعف و ناتوانی نشان می دهند (۲۱) لذا افراد متقاضی مشکلاتی در رابطه با رعایت حقوق دیگران، همکاری با دیگران، تعهد یا هدف گزینی و رسیدن به اهداف واقع بینانه دارند (۲۰). معمولاً این افراد هر کاری را در هر زمانی که دوست داشته باشند، بدون در نظر گرفتن واقعیت های موجود و ضررهای احتمالی به دیگران، انجام می دهند و به منظور کسب قدرت یا کنترل، تاکید اغراق آمیزی بر برتری خود دارند، این افراد به منظور غلبه بر دیگران، تلاش بسیاری می کنند (۲۲). همچنین فرد به شدت از ناراحتی اجتناب می کند، اینگونه افراد، درد را تحمل نمی کنند، از مسئولیت پذیری گریزانند و می خواهند به هر قیمتی که شده از تعارض جلوگیری کنند (۲۰)، از این رو برای فرار از تعارض، به جراحی های زیبایی روی می آورند.

یکی دیگر از ابعاد طرحواره ها، دیگر جهت مندی است که شامل اطاعت، ایثار و پذیرش جویی می باشد. این حوزه حاکی از تاکید افراطی بر روی ارضای نیازهای دیگران به جای نیازهای خود فرد است، این کار به منظور به دست آوردن عشق و تایید، حفظ ارتباط هیجانی یا اجتناب از انتقام و تلافی صورت می گیرد (۲۱). با توجه به یافته هایی که در این پژوهش به دست آمده است افراد متقاضی، تمرکز افراطی بر تمایلات، احساسات و پاسخ های دیگران دارند به گونه ای که نیازهای خودشان را نادیده می گیرند. این افراد برای دستیابی به توجه و پذیرش دیگران جنبه های مهم شخصیت خودشان را نادیده می گیرند (۱۵). لذا برای گریز از احساس نارضایتی از ظاهر، کسب

بدنی بویژه در زنان شود، باید توجه کرد که عوامل روانشناختی نقش زیادی هم در تقاضای جراحی زیبایی و هم در پیامدهای حاصل از آن دارد. بنابراین بررسی این عوامل پیش از عمل جراحی، بسیار مهم است. با توجه به نتایج این مطالعه عوامل روانشناختی از جمله طرح واره های ناسازگار اولیه در حوزه های بریدگی و طرد، خودگردانی، محدودیت مختل و دیگر جهت مندی و نیز سلامت روانی از جمله علل موثر در گرایش و جستجوی جراحی زیبایی است. بنابراین ارائه مشاوره های روانشناختی از سوی تیم روانپزشکی بخصوص طرح واره درمانی قبل از اعمال جراحی زیبایی در زنان توصیه می شود.

تشکر و قدرانی

از مسئولین کلینیک های جراحی زیبایی اصفهان و افراد داوطلب جراحی و نیز زنان گروه عادی شرکت کننده در مطالعه که با همکاری و دقت نظر خود در تکمیل پرسشنامه های نسبتاً طولانی انجام پژوهش را میسر نمودند، تشکر و تقدیر بعمل می آید.

از آنجا که روش پژوهش از نوع علی مقایسه ای است، لذا تعیین الگوی علی با قطعیت مشکل است. محدودیت اصلی این پژوهش این است که فقط بر روی زنان انجام گرفته است بنابراین در تعمیم نتایج آن به دیگر گروه ها باید احتیاط شود لذا پیشنهاد می شود این پژوهش بر روی مردان نیز انجام گیرد تا از این طریق تعمیم پذیری پژوهش بالا رود. یکی دیگر از محدودیت ها، اجرای پیش آزمون ها بود که به دلیل تنش هایی که با آنها مواجه بودند جلب رضایت و تمرکز برخی از آنها برای تکمیل پرسشنامه گاهی مواقع دشوار و با مشکلاتی همراه بود. با توجه به اینکه این پژوهش در شهرستان اصفهان انجام گرفت و با توجه به اینکه مسائل فرهنگی و طبقات اجتماعی در نگرش افراد تاثیر دارد، پیشنهاد می شود که این پژوهش در شهرها، قومیت ها و فرهنگ های متفاوت تکرار شود.

نتیجه گیری نهایی

به طور کلی همخوان با پژوهشهای پیشین، اهمیت عوامل روانشناختی در پژوهش حاضر نیز نشان داده شد؛ بیش از آن که انتظار داشته باشیم یک عمل جراحی زیبایی موفق، باعث بهبود عوامل روانشناختی مانند بالا رفتن عزت نفس و نگرش به ظاهر

منابع

- 1- Koochi K, Alizadeh M. The Modelling of the Causes of Women's Tendency to Cosmetic Surgery Among Women Using Lisrel Software. Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2013; 21(8): 87-95.
- 2- Swami V, Taylor R, Carvalho C. Acceptance of cosmetic surgery and celebrity worship: Evidence of associations among female undergraduates. Personality and Individual Differences 2009; 47: 869-72.
- 3- Pearl A, Weston J. Attitudes of Adolescents about Cosmetic Surgery. Ann Plast surg 2003; 50(6): 628 - 30.
- 4- Swami V, Chamorro-Premuzic T, Bridges SS, Furnham A. Acceptance of cosmetic surgery: Personality and individual difference predictors. Body Image. 2009; 6(1):7-13.
- 5- Kalantar-Hormozi A. A Brief history of plastic surgery in Iran. Archives of Iranian Medicine. 2013; 16(3): 201-206.
- 6- Rahimi A, Dalband M, Shamsaei F, Zarabian MK. Prevalence of body dysmorphia and psychological disorders relatives in cosmetic rhinoplasty volunteer. Iranian Journal of Psychiatric Nursing 2013; 1(2):70-78.

- 7- Henderson-King D, Henderson-King E. Acceptance of cosmetic surgery: scale development and validation. *Body Image*. 2005; 2(2): 137-149.
- 8- Furnham A. Factors that motivate people to undergo cosmetic surgery. *Can J Plast Surg*. 2012; 20(4):47-50.
- 9- Prak JS, Cho Ch. Factors explaining college students' intention to receive cosmetic surgery in the future: A structural Equation Modeling approach. *Journal of Medical Marketing*. 2011; 11(2): 127-143.
- 10- Sarwer DB, Crerand CE. Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. *Body Image*. 2010; 22(4): 445-53.
- 11- Davis D, Vernon ML. Sculpting the body beautiful: Attachment style, neuroticism, and use of cosmetic surgeries. *Sex Roles*. 2002; 47 (3):129-138.
- 12- Hillhorst MT. Philosophical Pitfalls in Cosmetic Surgery: a case of rhinoplasty during adolescence . *Med Humanit* 2002; 28: 61-5.
- 13- Hrabosky JI, Cash TF, Veale D, et al. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, Body dysmorphic disorder, and clinical control: A multisite study, *Body Image* 2009 ; 6(3) : 155-63.
- 14- Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. A Meridian Book. Boston, MA: International Universities Press 1979.
- 15- Young J. *Cognitive therapy of personality disorders, schema-focused approach*. Ali and Hassan Hamidpour Sahebihagh translation. Tehran: Publications aware of venerable publication, 2005(Persian).
- 16- Sadooghi Z, Aguilar-vafaei R, Rasoulzadeh Tabatabaei SK, Esfahanian N. Factor Analysis of the Young Schema Questionnaire-Short non-clinical samples in Irani. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008; 2, 214-219(Persian).
- 17- Delattre, et al. The Early Maladaptive Schemas: A Study in Adult Patients with Anxiety Disorders, *Encephale* 2004; 30: 255-8.
- 18- Fata L, Motaby F, Dobson K, Moludi R, Ziaei K. Factor structure of the Persian version of the Young Schema Questionnaire - Form 232 questions in a non-clinical sample. *Journal - Research Psychology University Tabriz* 2009; 4 (16)(Persian).
- 19- Marmon, et al. Image of mother, self, and God as predictors of dysphoria in Non-Clinical samples. 2004; 1669-1680.
- 20- Young J, Klvskv J, Vyshar M. *Schema Therapy (Practical guide for clinicians)*. Translation: Hamid Hassan Pour, Zahra Andoz. Tehran: Entesharat Arjmand .1950(Persian).
- 21- Bambr MR. *Schema therapy for stress*. Translated by A.Translate: Hamidpour Hassan, Zirack husein. Tehran: book Arjmand 2010.(Persian).
- 22- Solvi AS, Fossa K, Soeste TV, Roald HE, Skolleborg KC, Holle A. Motivational factors and psychological processes in cosmetic breast augmentation surgery. 2010; 63 (4). 673-80.
- 23- Muhammad Panah A, Yousefi R. Beliefs about the inferiority feeling of disappointment and volunteers cosmetic surgery. *Skin and Beauty* 2011, 2(2): 85-97(Persian).

- 24- Gall M, Borg W, Gall J, Qualitative and quantitative research methods in education and psychology. Translated by Reza Nasr et al. Theran: Institute for Humanities University Studing Scriptures (SAMT). 2010 (Persian).
- 25- Yousefi N, Shyrbyg N. Early Maladaptive Schema Questionnaire credibility among young students. Journal of psychiatry and behavioral sciences 2010; 4 (1): 38-46(Persian).
- 26- Schmidt NB, Joiner TE, Young JE, Telch MJ. The schema questionnaire: investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schema. Cognitive Therapy and Research 1995; 19(3): 295-321.
- 27- Taghavi MR. Evaluate the validity and reliability of general health questionnaire. Psychology 2001; 20: 98-381. (Persian).
- 28- Palahang H.Nasr M, Baraheni MT, Shamohammadi D. An epidemiological study of mental disorders in Kashan. Journal Thought and behavior 1993; 4: 27-19(Persian).
- 29- Agakhani N, Feyzi A, Shams SH, Baghaei R, Rahbar N, Nickbakhsh AS. Body image and self-esteem of high school students in the University. Urmia University of Medical Sciences 2006; 17: 254-259(Persian).
- 30- Pasha GR, Naderi F, Akbari SH. Compared to body image, body mass index, general health and self-concept among people who did cosmetic surgery, cosmetic surgery and normal city people applying for PA. new findings in the Journal of Psychology 2009; 62-80 (Persian).
- 31- Aliehyaii F, H Latifi A, Bakhtiary M, Hassanpoor SE, Hariri GH, Shariati N, Delpishe A, Etemad K. An Epidemiological Study of the Reasons for Tendency to Undergo Rhinoplasty in Tehran. Journal of Teb and Tazkie 2013; 22(3): 1-9.
- 32- Mousavizade SM, Niazi Shahraki F, Kalantar Hormozi AJ, Fadaei Naeeni AR, Nasri Larry M. Attitudes and motivations of female cosmetic surgery. Magazine martyr Beheshti University of Medical Sciences 2009; 6: 318-323(Persian).
- 33- Pecorari G, Gramaglia C, Garzaro M, Abbate-Daga G, Cavallo GP, Giordano C, et al. Self-esteem and personality in subjects with and without body dysmorphic disorder traits undergoing cosmetic rhinoplasty: Preliminary data. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2010; 63 (3): 493-8.
- 34- Correa AJ, Sykes JM, Ries WR. Considerations before rhinoplasty. Otolaryngol Clin North Am. 1999; 32 (1): 7-14.
- 35- Ebrahimi A. Personality patterns of voluntary cosmetic surgery in Tehran 2006. 24-32 (Persian).
- 36- Alamdar sarvi M, Ghaebandi MF. Features Cosmetic Surgery Candidates personality. Thought and behavior 2004; 4 (9): 11-17(Persian).
- 37- Mohammadi N, Sajjadi M. Evaluation of psychometric questionnaires and test image concerns, body mass index, body image dissatisfaction and self-esteem in adolescent girls. Psychological study spring 2007; (3) 1: 83-99(Persian)

- 38- Totonchi SJ, fakhari A, kolahi F. Psychological symptoms associated with satisfaction after rhinoplasty. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences 2007; (2)29:71-76 (Persian).
- 39- Kiff J. Defense mechanism. J Psychother 2010; 63: 87-99.
- 40- Kaplan H, Sadock B. [Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry]. Pourafkari N. (translator). Tehran: Shahr-e-Ab; 2010. (Persian).