



روان پرستاری

دوره اول شماره ۲ تابستان ۱۳۹۲ - شماره استاندارد بین المللی: ۲۵۰۱-۲۳۴۵

- ۱- بررسی تأثیر تور آشناسازی آنژیوگرافی بر سطح اضطراب و رضایتمندی بیماران کاندید آنژیوگرافی عروق کرونر ۱
شکوه ورعی - صالح کشاورز - مرتضی شمسی زاده - علیرضا نیکبخت نصرآبادی - انوشیروان کاظم نژاد
- ۱۱- تأثیر تخلیه هیجانی با نوشتن بر افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس ۱۱
مسعود فلاحی خشکتاب - پریسا علی حسن زاده - کیان نوروزی تبریزی
- ۲۱- بررسی علایم اختلال وسواس فکری- عملی در مراجعه کنندگان به مراکز درمانی شهر تهران ۲۱
حمیده صادقیان - محمدرضا خدایی اردکانی - حسین اسکندری - زهرا تمیزی - علیرضا خدایی
- ۳۰- تأثیر خاطره گویی بر عزت نفس سالمندان ساکن در خانه های سالمندان ارومیه ۳۰
معصومه همتی مسلک پاک - مطهره موسوی - سیامک شیخی
- ۳۸- سازگاری با بازنشستگی: یک مطالعه مروری ۳۸
منیر نوبهار - فضل الله احمدی - فاطمه الحانی - مسعود فلاحی خشکتاب
- ۵۴- اضطراب و افسردگی بیمارستانی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر ۵۴
سید طیب مرادیان - عباس عبادی - یاسر سعید - مجتبی آسپایی
- ۶۲- اثربخشی آموزش فردی مهارت های رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی اساسی ۶۲
عزیزه علیزاده - عیسی علیزاده - ابوالفضل محمدی
- ۷۰- بررسی فراوانی اختلال بدریختی بدن و اختلالات روانی توأم با آن در داوطلبان جراحی زیبایی ۷۰
علیرضا رحیمی - محسن دالبند - فرشید شمسانی - محمدکاظم ضرابیان

به نام خداوند جان و خرد
نشریه تخصصی روان پرستاری
فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره اول - شماره ۲ - تابستان ۱۳۹۲

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسؤول و سردبیر: دکتر مسعود فلاحي خشکتاب
- مدیر اجرایی: محمدرضا شیخی
- شماره پروانه انتشار وزارت ارشاد اسلامی: ۹۱/۳۴۷۰۲ مورخ ۱۳۹۱/۱۱/۱۶
- شماره بین‌المللی نشریه چاپی (Print-ISSN): ۲۳۴۵-۲۵۰۱ مورخ ۱۳۹۲/۴/۱۶
- شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی (e-ISSN): ۲۳۴۵-۲۵۲۸ مورخ ۱۳۹۲/۴/۱۶
- دارای رتبه علمی پژوهشی از یکصد و دهمین جلسه کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور: به شماره ۱۰۰/۵۱۱ مورخ ۱۳۹۲/۳/۲۷

• مشاوران علمی این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر حسین ابراهیمی
- دکتر مسعود بحرینی
- دکتر اکبر بیگلریان (مشاور آمار)
- دکتر اکرم ثناگو
- فریال خمسه
- دکتر مهدی رهگذر (مشاور آمار)
- محمد ابراهیم ساریچلو
- دکتر نعیمه سیدفاطمی
- دکتر فرشید شمسایی
- محمدرضا شیخی
- دکتر رضا ضیغمی
- دکتر عباس عبادی
- حسین نامدار
- فرشته نجفی
- دکتر علی نویدیان

• شورای نویسندگان (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر مسعود بحرینی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
- دکتر اکبر بیگلریان، استادیار آمار زیستی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر یداله جنتی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- دکتر محمدرضا خدایی، دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر اصغر دادخواه، استاد توانبخشی روانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر محمد ذوالعدل، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- دکتر مهدی رهگذر، دانشیار آمار زیستی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر کورش زارع، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار آموزش پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سیدفاطمی، دانشیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فرخنده شریف، استاد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- دکتر فرشید شمسایی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی همدان
- دکتر رضا ضیغمی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین
- دکتر عباس عبادی، استادیار پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله الاعظم (عج)
- دکتر فرید فدایی، دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مسعود فلاحي خشکتاب، دانشیار روان پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر پروانه محمدخانی، استاد روان شناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار پرستاری داخلی جراحی دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار پرستاری بهداشت جامعه دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر علی نویدیان، استادیار مشاوره دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر شهرزاد یکتاطلب، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز

• ویراستار انگلیسی: دکتر علی نجومی

• ویراستار فارسی: محمدرضا شیخی

• حروفچینی و صفحه‌آرایی: فرشته حیدری

• طراح جلد: اصغر سورانی

• ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران

• نشانی: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• کدپستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸، تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

• e-mail: info@ijpn.ir , Website: http://ijpn.ir

بررسی فراوانی اختلال بدریختی بدن و اختلالات روانی توأم با آن در داوطلبان جراحی زیبایی

علیرضا رحیمی^۱، محسن دالبند^۲، فرشید شمسائی^۳، محمد کاظم ضرابیان^۴

چکیده

مقدمه: اختلال بدریختی بدن، بیماری روانی است که ۲۰٪ از داوطلبان جراحی پلاستیک آن را تجربه می‌کنند. اختلال بدریختی بدن باید توسط جراحان مورد بررسی و شناخت قرار گیرد. این پژوهش با هدف تعیین فراوانی اختلال بدریختی بدن و اختلالات روانی توأم با آن در داوطلبان جراحی زیبایی بینی انجام شد.

روش: در یک بررسی مقطعی- توصیفی، ابتدا ۴۰۰ نفر داوطلب جراحی زیبایی بینی مراجعه‌کننده به یک کلینیک جراحی در شهر همدان در سال ۱۳۸۸، با روش نمونه‌گیری در دسترس از طریق مصاحبه بالینی و براساس معیار DSM-IV از نظر فراوانی اختلال بدریختی بدن مورد بررسی قرار گرفتند. در گام بعدی مراجعین با تشخیص اختلال بدریختی بدن با آزمون استاندارد MMPI و مصاحبه بالینی از نظر اختلالات روانی همراه مورد ارزیابی قرار گرفتند و داده‌ها با آمار توصیفی تحلیل گردید.

یافته‌ها: ۲۱ نفر از بیماران اختلال بدریختی بدن داشتند که میانگین و انحراف معیار اختلالات روانی همراه در آنان در ابعاد خودبیمارانگاری ۶/۱۴ و ۳/۳۲، افسردگی ۹/۸۵ و ۴/۳۰، هیستری ۱۲/۲۸ و ۳/۴۵، انحراف روانی اجتماعی ۹ و ۴، پارانویا ۵/۳۳ و ۲/۳۱، ضعف روانی ۹/۵۷ و ۴/۳۳، اسکیزوفرنیا ۹ و ۵ و در بعد هیپومانیا ۵/۶۶ و ۳/۱۶ بود.

نتیجه‌گیری: در افراد متقاضی جراحی زیبایی بینی باید به تعامل عوامل روان‌شناختی فردی توجه گردد و مشاوره‌های روانی برای بیماران مورد توجه قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: اختلال بدریختی بدن، اختلالات روانی، جراحی زیبایی بینی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۵/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۴/۱۰

- ۱- استادیار، دانشگاه علوم پزشکی همدان، مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد، همدان، ایران
 - ۲- استادیار، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
 - ۳- استادیار، دانشگاه علوم پزشکی همدان، مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد، همدان، ایران (نویسنده مسؤول)
 - ۴- دانشگاه علوم پزشکی همدان، مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد، همدان، ایران
- پست الکترونیکی: shamsaei@umsha.ac.ir

مقدمه

اختلال بدریختی بدن، اشتغال ذهنی ناراحت کننده و یا اختلال با نقص خیالی یا جزئی در ظاهر است که به طور فزاینده‌ای در طول چند دهه گذشته مورد مطالعه قرار گرفته است (۱). بیماران مبتلا به اختلال بدریختی بدن، احساس ذهنی مداومی درباره زشت بودن برخی از جنبه‌های ظاهر یا چهره خود دارند، علی‌رغم این که ظاهر آن‌ها طبیعی یا تقریباً طبیعی است. اساس این اختلال باور یا ترس قوی بیمار است از این که ظاهر جذابی ندارد. اختلال بدریختی بدن به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته است زیرا این بیماران بیشتر به متخصص پوست، داخلی یا جراحان پلاستیک مراجعه می‌کنند (۲).

در مورد تعداد بیماران مبتلا به اختلال بدریختی بدن که درصدد جراحی ترمیمی بر می‌آیند اطلاعات زیادی در دسترس نیست. یک مطالعه نشان داد که فقط ۲۰٪ بیمارانی که به یک درمانگاه جراحی ترمیمی مراجعه کرده‌اند واجد شرایط این تشخیص هستند. با این حال درصد کلی این بیماران ممکن است بسیار بیش از این مقدار باشد. این بیماران اعمال جراحی مختلفی را درخواست می‌کنند: از بین بردن غبغب، چین و چروک، پف کردگی، یا فرورفتگی صورت، رینوپلاستی از جمله این موارد است. معمولاً باور این بیماران درباره وضع ظاهری و چهره با انتظارات غیر واقع‌بینانه‌ای از میزان تصحیح نقایص آن‌ها به وسیله جراحی همراه است. وقتی این بیماران از دیدگاه واقع‌بینانه به مشکل خود می‌نگرند، در می‌یابند که تغییر نقص خیالی در وضعیت ظاهری، چیزی از مشکلات زندگی آن‌ها نمی‌کاهد. در شرایط مطلوب این بیماران درصدد روان درمانی بر می‌آیند تا ماهیت حقیقی احساسات نوروپیک مبتنی بر بی‌کفایتی خود را دریابند. در غیر این صورت ممکن است بیمار خشم خود را با اقامه دعوی به خاطر سوء طبابت، که مربوط به جراحان پلاستیک است بیان نمایند (۳و۴).

امروزه جراحی زیبایی به یکی از دغدغه‌های انسان تبدیل شده است. طبق گزارش انجمن جراحی پلاستیک آمریکا در سال ۲۰۱۰ بیش از ۱۳ میلیون جراحی پلاستیک انجام گرفته است (۵). در یک بررسی ملی در کشور نروژ مشخص شده است که ۳٪ از مردان و ۷٪ از زنان ۱۸-۶۵ سال یک نوع جراحی پلاستیک را انجام داده‌اند (۶).

آمار رسمی در مورد جراحی زیبایی در ایران در دست نیست براساس یک آمار غیررسمی، هر ساله بیش از ۳۶ هزار ایرانی زیر تیغ جراحی زیبایی صورت می‌روند. از میان جراحی‌های انجام شده زیبایی در ایران جراحی زیبایی بینی در مقام اول قرار دارد. براساس آمار غیررسمی، ایران از نظر تعداد جراحی زیبایی بینی، در دنیا اول است. بعد از ایران، کشورهای آمریکا، انگلستان و تاحدی فرانسه در ردیف‌های بعدی قرار دارند (به نقل از همشهری: آنلاین: ۱۳۸۶/۱۱/۱۱). این آمار و ارقام تقریبی، تنها موارد غیررسمی جراحی زیبایی بودند. باید به این آمار و ارقام، افرادی را که تمایل بدان دارند اما به دلیل ترس از تبعات بدان مبادرت نمی‌ورزند را نیز اضافه کرد (۷).

انسان‌ها به طور فزاینده‌ای نیاز درونی را برای همانندسازی ظاهرشان با مدل‌های زیبایی خاص به عنوان یک عرف اجتماعی احساس می‌کنند. با این وجود، فهم حد و مرز بین آرزوی رایج برای بهبود ظاهر یک شخص و روان رنجوری، بسیار مهم است. نارضایتی افراطی از ظاهر ممکن است حالات روانی بیمارگونه را پنهان کند و غفلت از آن ممکن است عواقب پزشکی جدی را به همراه داشته باشد (۸).

دانشمندان علوم اجتماعی دریافته‌اند که مردم، زیبایی ظاهری را با ویژگی‌های شخصیتی پسندیده همچون هوش، شایستگی، دلپذیربودن و پذیرش اجتماعی ربط می‌دهند. این جراحی‌ها بیشتر برای از میان بردن ناخشنودی افراد از ظاهر خود و گاهی افزایش عزت نفس انجام می‌شود (۹) زیرا عزت نفس پایین و احساس نداشتن جذابیت فیزیکی و جنسی در افراد، احتمال گرایش آن‌ها را به انجام جراحی‌های پلاستیک افزایش می‌دهد (۱۰). عزت نفس پایین و تصویر بدنی منفی معمولاً استرس‌هایی را برای فرد به دنبال دارد که فرد برای غلبه بر آن‌ها راهبردهای مقابله‌ای خاصی را به کار می‌گیرد. ویژگی‌های شخصیتی بر راهبردهایی که فرد در مقابله با استرس‌های زندگی از آن‌ها استفاده می‌کند، تأثیر می‌گذارد (۱۱).

همچنین گاهی میزان عزت نفس افراد با احتمال پذیرش جراحی زیبایی رابطه منفی دارد، به این معنی که افراد با عزت نفس پایین از جراحی زیبایی به عنوان وسیله‌ای برای بهبود خودانگاره کلی استفاده می‌کنند (۱۲) و از سویی دیگر اختلال بدشکلی بدن، سطح تحصیلات

جسمی، وابستگی به الكل، اختلال تفکر و افسردگی اساسی نمرات آنان بالاتر از جمعیت عادی بود (۲۰).

در دو بررسی که به کمک مجموعه‌ای از آزمون‌ها از جمله پرسشنامه شخصیتی آیزنک داوطلبان جراحی بینی و یک گروه گواه مورد ارزیابی قرار گرفتند، گروه نخست بیش از گروه گواه علایم روان‌نژندی و وسواسی از خود نشان دادند (۲۱).

قلعه‌بندی و افخم ابراهیمی در بررسی الگوهای شخصیتی متقاضیان جراحی بینی گزارش کردند فراوانی الگوهای شخصیتی وسواسی - خودشیفته در درخواست‌کنندگان جراحی بینی به طور معناداری بیشتر از سایر الگوهای شخصیتی است (۲۲) همان‌طور که در مطالعه ادبیات پژوهش هم مشاهده شد، افراد متقاضی جراحی زیبایی دارای اختلالات روان‌پزشکی بالایی نسبت به جمعیت عادی هستند و همین اختلالات نیز پیش‌بینی‌کننده نتایج روان‌شناختی ضعیف بعد از جراحی زیبایی است. لذا این مطالعه با هدف بررسی فراوانی اختلال بدریختی بدن و اختلالات روانی توأم با آن در داوطلبان جراحی زیبایی بینی مراجعه‌کننده به کلینیک خصوصی شفا شهر همدان انجام گرفته است.

روش مطالعه

این مطالعه به صورت توصیفی - مقطعی انجام گرفته است. جامعه آماری مورد پژوهش شامل مراجعه‌کنندگان به کلینیک جراحی زیبایی شفا در شهر همدان در سال ۱۳۸۸ بود که داوطلب انجام جراحی زیبایی بینی بودند. حجم نمونه شامل ۴۰۰ نفر بود که به صورت در دسترس از مراجعه‌کنندگان به کلینیک شفا انتخاب گردیدند. معیارهای ورود به مطالعه: داشتن سواد حداقل راهنمایی، سن ۵۰-۱۸ سال، نداشتن سابقه بیماری روانی بود و معیارهای خروج از مطالعه: داشتن سابقه سوختگی یا صدمات به صورت و انجام جراحی به صورت غیرداوطلبانه بود. واحدهای مورد مطالعه پس از ارجاع به روان‌پزشک براساس مصاحبه بالینی و معیار تشخیصی DSM-IV از نظر اختلال بدریختی بدن مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای تشخیصی شامل الف) اشکال ذهنی یا نقص تخیلی در ظاهر یا قیافه ب) این اشتغال ذهنی از لحاظ بالینی ناراحتی یا اختلال چشمگیری در کارکرد

فرد و فرهنگ نیز عوامل پیشگویی‌کننده تصمیم‌گیری برای جراحی زیبایی محسوب می‌گردند (۱۳).

از آنجا که جراحی‌های زیبایی برای تغییر ظاهر افراد و افزایش خشنودی و بهبود اعتماد به نفس آن‌ها انجام می‌شود، جراحی زیبایی را می‌توان پیامد یک الگوی روان‌شناختی معین دانست. گفتنی است درباره وضعیت روان‌شناختی افرادی که درصدد جراحی بر می‌آیند، با تغییرات روان‌شناختی که به دنبال چنین تصمیمی گرفته می‌شود، اطلاعات کمی در دست است (۱۴).

جراحان همواره به تشخیص افرادی که از نظر روان‌شناختی برای جراحی نامناسبند علاقمند بوده‌اند. بررسی‌های انجام شده در این زمینه شامل ارزیابی‌های پیش از عمل و پس از آن است، ارزشیابی‌های روان‌پزشکی بروی کسانی که خواهان جراحی زیبایی بوده‌اند نخستین بار در دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ گزارش شدند. این گزارش‌ها بیشتر بازتاب‌دهنده گرایش‌های روان‌کاوی در روان‌پزشکی آمریکا بودند و این افراد را روان‌نژند و یا خودشیفته می‌پنداشتند (۱۵). در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ ارزیابی‌های روان‌شناختی پیش از جراحی زیبایی بیماران و پس از آن مورد توجه قرار گرفت و بیشتر پژوهش‌هایی که به مصاحبه بالینی بسنده کرده‌اند آسیب‌شناسی روانی درخور توجهی را در متقاضیان جراحی زیبایی گزارش نمودند (۱۶ و ۱۷).

اختلال بدریختی بدن یکی از علایم مشترک در بیماران داوطلب جراحی پلاستیک می‌باشد که اغلب نیاز به مداخلات درمانی مناسب دارد (۱۷). این اختلال معمولاً به صورت پنهان باقی می‌ماند و بیماران از بیان علایم و نشانه‌های بیماری خودداری می‌کنند به همین دلیل اغلب ناشناخته باقی می‌ماند (۱۸). بیماران با اختلال بدریختی بدن اغلب بیماری‌های روانی و اختلالات شخصیت متعددی را به صورت توأم دارا می‌باشند که باید مورد توجه درمانگران قرار بگیرد (۱۹).

سهرابی و همکاران در بررسی نیمرخ آسیب‌شناسی روانی در متقاضیان جراحی پلاستیک می‌نویسند جویندگان جراحی پلاستیک در مقیاس‌های افسرده، نمایشی، خودشیفته، وسواسی، خودآزار، مرزی و اسکیزوتایپال از میان شاخص‌های مربوط به الگوهای بالینی شخصیت نمرات بالاتری داشتند. همچنین از میان شاخص‌های مربوط به نشانگان بالینی نیز در مقیاس‌های اضطراب، شبه

خارج شوند رازداری و محفوظ بودن اطلاعات شخصی نمونه‌های مورد بررسی از نکات مورد توجه بود.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد از مجموع ۴۰۰ نفر نمونه‌های مورد بررسی به طور کلی ۶۸٪ را زنان تشکیل می‌دادند. و از کل واحدهای مورد مطالعه تعداد ۲۱ نفر (۵٪) براساس مصاحبه بالینی توسط روان‌پزشک و براساس معیار تشخیصی DSM-IV دارای اختلال بد ریختی بدن بودند (جدول شماره ۱). که از این تعداد ۶۶/۶۷٪ زن، ۳۳/۳۳٪ مرد، ۷۶/۱۹٪ مجرد ۲۳/۸٪ متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات ۵۷/۱۴٪ دارای تحصیلات زیردیپلم و ۴۲/۸۶٪ دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. و میانگین سنی آنان ۲۳/۵۷٪ سال بود.

بررسی اختلالات روانی همراه در افراد با اختلال بد ریختی بدن نشان داد که تمام این افراد علاوه بر دارا بودن ویژگی‌ها و علائم اختلال شبه جسمی دارای اختلال همراه در محور I و محور II بدین شرح بودند:

افسرده‌خویی و وسواس در ۹/۵۳٪، اختلال جسمانی‌سازی ۴/۷۶٪، اضطراب اجتماعی توأم با جسمانی‌سازی ۱۹٪، اختلال شخصیت کلاستر A به صورت مختلط ۴/۷۶٪، اختلال جسمانی‌سازی توأم با ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی به صورت NOS ۴/۷۶٪ و افسردگی اساسی در ۹/۵۳٪، اضطراب اجتماعی توأم با جسمانی‌سازی و ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی ۴/۷۶٪، اختلال افسرده‌خویی توأم با اضطراب اجتماعی ۴/۷۶٪، اختلال دوقطبی نوع دو ۴/۷۶٪، افسرده‌خویی توأم با اختلال شخصیت مرزی ۱۴/۲۹٪، افسرده‌خویی توأم با جسمانی‌سازی ۴/۷۶٪، اختلال شخصیت مرزی توأم با ویژگی‌های اختلال شخصیت پارانویید ۴/۷۶٪ و اختلال هذیانی توأم با جسمانی‌سازی ۴/۷۶٪ و ۱۹٪ نیز دارای افکار خودکشی بودند.

بیشترین اختلال روانی توأم با اختلال بدشکلی بدن در بیماران اختلال خلقی بود (جدول شماره ۲).

و تفسیر آزمون مینه‌سوتا نشان داد که بالاترین میانگین نمره مربوط به مقیاس هیستری و افسردگی می‌باشد (جدول شماره ۳).

شغلی، اجتماعی و با دیگر حوزه‌های کارکردی ایجاد می‌کند (ج) اشتغال ذهنی را نمی‌توان با اختلال روانی دیگری توجیه کرد (۱). در ارزیابی اولیه کسانی که براساس معیارهای فوق مبتلا به اختلال بد ریختی بدن بودند جهت ارزیابی اختلالات روانی همراه، با مصاحبه بالینی و معیار تشخیصی DSM-IV توسط روان‌پزشک و با استفاده از آزمون استاندارد MMPI مورد سنجش قرار می‌گرفتند.

آزمون شخصیتی مینه‌سوتا یا MMPI را می‌توان یکی از مهم‌ترین و معتبرترین آزمون‌ها در زمینه شخصیت دانست. این پرسشنامه در سال ۱۹۴۳ به وسیله هاتوی و مک‌کنیلی در دانشگاه مینه‌سوتا ساخته شد و از آن پس در پژوهش‌های مختلف مربوط به مسایل شخصیتی و اختلالات روانی و در بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مراکز بهداشت روانی مورد استفاده گسترده‌ای قرار گرفت. از سال ۱۹۴۳ تا ۱۹۵۴ بالغ بر ۶۸۹ مقاله پژوهشی که بیانگر ارزش چشمگیر این پرسشنامه در تشخیص و ارزشیابی شخصیت می‌باشد، منتشر شد. این آزمون ۸ مقیاس خودبیمارانگاری، افسردگی، هیستری، انحراف جامعه ستیزی، پارانویا، ضعف روانی، اسکیزوفرنیل و هیپومانیا را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این پرسشنامه در دو دسته از مقیاس‌ها صورت می‌گیرد. یک دسته مقیاس‌های روانی را شامل می‌شود که قبل از تفسیر و نمره‌گذاری مقیاس‌های بالینی نمره‌گذاری و تفسیر می‌شود. مقیاس‌های روانی شامل مواردی است که احتمال این که فرد به برخی از سوالات دروغ گفته باشد، یا جنبه‌های دفاعی به خود گرفته باشد را مشخص می‌کند (۲۲). همچنین با استفاده از برخی میزان‌های این مقیاس می‌توان تعیین کرد که آیا فرد در طول پاسخ‌دهی به آزمون تلاش داشته خود را بهتر و خوب‌تر جلوه دهد یا بدتر. بر همین اساس نمرات آزمودنی در مقیاس بالینی نیز مورد تعبیر و تفسیر قرار می‌گیرند. تفسیر آزمون توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی شخصیت انجام گرفته است. منظور رعایت مسایل اخلاقی در ابتدا به کلیه کسانی که نمونه‌های پژوهش را تشکیل می‌دادند در مورد هدف پژوهش و نحوه مطالعه توضیحات لازم داده شد و مشارکت آنان در مطالعه به صورت داوطلبانه بوده به طوری که در هر مرحله از تحقیق می‌توانستند از مطالعه

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه‌های مورد بررسی برحسب تشخیص اختلال بدریختی بدن

افراد مورد بررسی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
با اختلال	۲۱	۵
بدون اختلال	۳۷۹	۹۵
جمع	۴۰۰	۱۰۰

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی اختلالات روانی همراه با اختلال بدشکلی بدن

اختلال روانی همراه	فراوانی مطلق	درصد
اختلال خلقی	۶	۲۸/۵۷
اختلال جسمانی شکل	۵	۲۳/۸۱
اختلال اضطرابی	۴	۱۹/۰۵
اختلال شخصیت	۵	۲۳/۸۱
اختلال هذیانی	۱	۴/۳۶
کل	۲۱	۱۰۰

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار افراد مبتلا به اختلال بدریختی بدن در مقیاس MMPI

مقیاس‌های آزمون MMPI	میانگین	انحراف معیار
دروغیاب	۱/۴۲	۱/۵۹
احساس بد	۴/۹	۴/۰۱
اصلاح	۶/۸۵	۲/۹۸
خودبیمارانگاری	۶/۱۴	۳/۳۲
افسردگی	۹/۸۵	۴/۳۰
هیستری	۱۲/۲۸	۳/۴۵
انحراف روانی اجتماعی	۹/۰۴	۴
پارانویا	۵/۳۳	۲/۳۱
ضعف روانی	۹/۵۷	۴/۳۳
اسکیزوفرنیا	۹/۰۴	۵/۰۲
هیپومانیا	۵/۶۶	۳/۱۶

بحث

داده‌اند بین ۲۰ تا ۴۸٪ گزارش شده است (۲۴). در حالی که میزان شیوع اختلال بدریختی بدن در کسانی که داوطلب جراحی پلاستیک بوده‌اند از ۷ تا ۱۵٪ گزارش شده است (۲۶ و ۲۷). Veale و همکاران در بررسی اختلال بدریختی بدن جراحی زیبایی گزارش کردند که افرادی که جهت انجام جراحی زیبایی بینی داوطلب بودند در غربالگری اولیه ۲۰/۷٪ مشکوک به اختلال بدریختی بدن بودند که نیاز به بررسی‌های بیشتری داشتند (۱۸). یافته‌های مطالعه حاضر همسو با نتایج سایر پژوهش‌ها است که نشان می‌دهد اختلال بدریختی بدن در متقاضیان جراحی زیبایی بینی موضوعی قابل تأملی است. اگرچه میزان شیوع و فراوانی اختلال بدریختی بدن در مطالعات مختلف متفاوت است به نظر می‌رسد که این تفاوت‌ها به عوامل متعددی بستگی دارد که ابزار ارزیابی

بیشترین متقاضیان جراحی زیبایی بینی در این مطالعه را زنان تشکیل داده‌اند که در مطالعات متعدد بر رابطه معنادار بین جنسیت و تمایل به جراحی‌های زیبایی تأکید شده است به طوری که در بیشتر گزارشات زنان بیشترین درصد مراجعین برای جراحی پلاستیک از جمله زیبایی بینی را تشکیل می‌دهند که نهایتاً تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند (۱۱،۷ و ۱۴). از ۴۰۰ متقاضی جراحی زیبایی بینی در حدود ۵٪ آنان اختلال بدریختی بدن داشتند. اگرچه Rief و همکاران در یک مطالعه بر روی ۲۵۵۲ نمونه میزان شیوع اختلال بدریختی بدن را ۱/۷٪ گزارش کرده‌اند (۲۵). اما این فراوانی مربوط به جمعیت عادی می‌باشد. Crerand و همکاران شیوع کلی اختلالات روانی در بیمارانی که جراحی پلاستیک را انجام

زیبایی بینی در طیف گوناگونی توسط محققین مورد توجه بوده است. محمدپناه و همکاران که بررسی رابطه بین صفات شخصیتی و سبک‌های دفاعی در افراد داوطلب جراحی زیبایی را مورد ارزیابی قرار داده‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که در افراد داوطلب جراحی زیبایی نسبت به افراد غیرداوطلب نمرات پایین‌تری در صفت شخصیتی دلپذیر بودن به دست آوردند و در هنگام حل تعارض، مقابله‌های غیرمنطقی‌تر و سبک‌های دفاعی رشد نیافته‌تری را به کار می‌بردند و بین صفات شخصیتی سبک‌های دفاعی افراد داوطلب جراحی زیبایی ارتباط وجود داشت، به این صورت که هرچه نمرات فرد در صفات شخصیتی مثبت بیشتر بود، از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته‌تری استفاده می‌کردند (۱۱).

اگرچه در گزارشات مطالعات انجام شده دامنه اختلالات روانی و اختلالات شخصیتی به شکل‌های مختلفی بیان شده‌اند اما می‌توان چنین استنباط کرد که اغلب متقاضیان جراحی‌های پلاستیک و زیبایی از نظر روانی و شخصیتی نیاز به ارزیابی‌های بیشتری دارند و اختلالات روان‌پزشکی در این افراد قابل توجه و بررسی می‌باشد. در ایران علی‌رغم افزایش متقاضیان جراحی‌های زیبایی، مسایل روان‌پزشکی همراه کمتر مورد توجه قرار گرفته است و ضرورت توجه بیشتر به ابعاد روان‌شناختی گرایش به جراحی زیبایی را ضروری می‌سازد. حجم نمونه و شیوه نمونه‌گیری به صورت در دسترس به دلیل محدودیت ابزار پژوهش که فقط بر جمعیت خاصی (داشتن حداقل تحصیلات) قابل اجرا است از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. انجام این پژوهش در نمونه‌های بزرگ‌تر می‌تواند به تشخیص‌های دقیق‌تر کمک کند.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه جنبه‌های روان‌شناختی در کسانی که متقاضی جراحی زیبایی بینی هستند، ارایه گردید و نشان داد که اختلال بدریختی بدن یکی از جنبه‌های روان‌شناختی قابل تأمل در داوطلبین جراحی زیبایی بینی می‌باشد که گاهی سایر اختلالات روانی توأم با آن دیده می‌شود. بنابراین ارایه مشاوره و خدمات روان‌پزشکی برای این افراد در پیشگیری از انجام اعمال جراحی غیرضروری و نیز پیامدهای منفی ناشی از جراحی بسیار مؤثر می‌باشد.

اختلال بدریختی بدن یکی از آنان می‌تواند باشد و از سویی عوامل فرهنگی و اجتماعی نیز می‌تواند تأثیرگذار باشد.

از نظر سایر اختلالات روانی همراه با اختلال بدریختی بدن ارزیابی بالینی و آزمون روانی نشان داد که همه نمونه‌های مورد بررسی با اختلال بدشکلی بدن علاوه بر علائم اختلالات جسمانی شکل دارای اختلال در محور I و II نیز بودند که اضطراب اجتماعی توأم با جسمانی‌سازی و افسرده‌خویی توأم با اختلال شخصیت مرزی بیشتر از سایر اختلالات در نمونه‌های مورد مطالعه دیده می‌شود. همراه بودن سایر اختلالات روانی توأم با اختلال بدریختی بدن موضوعی است که در بسیاری از کتب روان‌پزشکی و مقالات مورد تأیید قرار گرفته است اگرچه ابعاد اختلالات روانی تاحدی متفاوت می‌باشد به طوری که Rief و Phillips می‌نویسند: بیماران با اختلال بدریختی بدن ابعاد مختلفی از اختلالات روانی را به صورت توأم نشان می‌دهند از جمله اختلال خوردن، اختلال وسواس- اجبار و ترس اجتماعی و سوء مصرف مواد است (۲۵ و ۲۸). در مطالعاتی دیگر هراس اجتماعی و اختلال افسردگی توأم با سایر اختلالات اضطرابی، در بیمارانی که اختلال بدریختی بدن دارند را به صورت هم‌زمان گزارش نموده‌اند (۴۰ و ۲۹). همچنین در مطالعه‌ای دیگر شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی در میان متقاضیان جراحی پلاستیک، اختلال بدریختی بدنی، اختلالات اضطرابی، افسردگی و همچنین اختلال شخصیت وسواسی- جبری بوده است (۳۰). اگرچه نتایج پژوهش حاضر با سایر مطالعات از نظر نوع اختلال روانی در افراد داوطلب جراحی زیبایی بینی تفاوت‌هایی دارد، اما اشتراکات زیادی نیز با هم دارند.

در پژوهشی که در بیمارستان امیراعلم با آزمون استاندارد مینه‌سوتا بر روی متقاضیان رینوپلاستی انجام شده است شخصیت رشد نیافته، تمایل به گوشه‌گیری و مردم‌گریزی و اشکال در روابط متقابل را بیش از سایر الگوها نشان داده‌اند (۲۱). اما در مطالعه حاضر مقیاس‌های هیستری و افسردگی شاخص‌تر بوده‌اند. در پژوهش قلعه‌بندی و افخم ابراهیمی نیز فراوانی الگوهای شخصیتی وسواسی- خودشیفته را بیش از سایر الگوهای شخصیتی گزارش نموده است (۲۲). مطالعات مرتبط با ابعاد روان‌شناختی و عوامل تأثیرگذار در بیماران داوطلب جراحی

تشکر و قدردانی

پژوهشگران وظیفه خود می‌دانند تا مراتب سپاسگزاری خود را از مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و

سوء مصرف مواد و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان برای تصویب و حمایت مالی طرح تحقیقاتی حاضر ابراز نمایند.

منابع

- 1 - Katharine AP, Sabine W, Lorrin MK, Elizabeth RD, Brian AF, Jamie F, Dan JS. Body dysmorphia disorder: some key issue for DSM-V. *Depression and Anxiety*. 2010; 27: 573-591.
- 2 - Williams J, Hadjistavropoulos T, Sharpe D. A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2006; 44: 99-111.
- 3 - Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 9th ed. Vol 2, USA: Lippincott Williams & wilkins; 2009.
- 4 - Tignol J, Biraben-Gotzamanis L, Martin-Guehl C, Grabot D, Aouizerate B. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: evolution of 24 subjects with a minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery. *Eur Psychiatry*. 2007; 22: 520-4.
- 5 - American Society for Aesthetic Plastic Surgery. *Statistics, 2000 to 2010*. Retrieved from <http://www.surgery.org/media/statistics>. Accessed May 23, 2011.
- 6 - Statistics Norway Educational statistics. Retrieved from <http://www.ssb.no/emner/04/01/utniv/arkiv/tab-2010-06-25-01.html>. Accessed August 14, 2011.
- 7 - Balali A, Afsharkohan J. [Beauty and Money: makeup & surgery]. *Women Cultural-Social Council Quarterly*. 2011(Spring); 47: 99-140. (Persian)
- 8 - Pavan C, Simonato P, Marini M. Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: A literature review. *Aesth Plast Surg*. 2008; 32: 473-84.
- 9 - Alamdar Sarve M, Ghalebani M. [Characteristics of candidates for cosmetic surgery]. Thesis of Psychiatry. Iran University of Medical Sciences, 2002. (Persian)
- 10 - Besharat MA. [Personality and coping styles against stress]. *Journal of Psychology (Tabriz University) Medical Sciences*. 2007; 2: 25-49. (Persian)
- 11 - Mohammadpanah A, Yaghoobi H, Yusefi R. [Personality traits and defense mechanisms in patients seeking for cosmetic surgery]. *Dermatology and Cosmetic*. 2012; 3(2): 72-82. (Persian)
- 12 - Swami V, Charnorro-Premuzic T, Bridges S, Furnham A. Acceptance of cosmetic surgery: Personality and individual difference predictors. *Body Image*. 2009; 6: 7-13.
- 13 - Zuckerman D, Abraham A. Teenagers and cosmetic surgery: Focus on breast augmentation and liposuction. *J Adolesc Health*. 2008; 43: 318-24.
- 14 - Kvalem IL, Von-Soest T, Roald HE, Skolleborg KC. The interplay of personality and negative comments about appearance in predicting body image. *Body Image*. 2006; 3: 263-73.

- 15 - Hill G, Silver AG. Psychodynamic and esthetic motivation for plastic surgery. *Psychosomatic Medicine*. 1998; 12: 345-352.
- 16 - Goin MK, Rees TD. A personality study patients psychological reactions to rhinoplasty. *Annals of Plastic Surgery*. 1991; 27: 210-215.
- 17 - Napoleon A, Lewis C. Psychological consideration in lipoplasty: the problematic or special cars patients. *Annals of Plastic Surgery*. 1989; 23: 430-439.
- 18 - Veale D, Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *The British Association of Plastic Surgeons*. 2003; 56: 546-551.
- 19 - Ruffolo JS, Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg RB. Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body image disturbance. *Int J Eat Disord*. 2006; 39: 11-19.
- 20 - Sohrabi F, Mahmood Aliloo M, Rasouli-Azad M. [Assessment of psychopathological profile in applicants for cosmetic surgery]. *Journal of Fundamentals of Mental Health Autumn*. 2010; 13(3): 260-9. (Persian)
- 21 - Rohani M. [Personality characteristics compared to visitors to the Reno Plastic refer of amir alam hospital]. MD Dissesertation. Tehran Medical University, 2000. (Persian)
- 22 - Ghaleh Bandi MF, Afkham Ebrahimi A. [Personality patterns in cosmetic rhinoplasty patients]. *Andishe va Raftar*. 2003; 4: 4-10. (Persian)
- 23 - Hodgkinson DJ. Identifying the body-dysmorphic patient in aesthetic surgery. *Aesth Plast Surg*. 2005; 29: 503-9.
- 24 - Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body Dysmorphic Disorder and Cosmetic Surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2006; 118(7): 167-170.
- 25 - Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brähler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med*. 2006 Jun; 36(6): 877-85.
- 26 - Sarwer DB, Crerand CE. Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image*. 2004; 1(1): 99-111.
- 27 - Sarwer DB, Crerand CE, Gibbons LM. *Body dysmorphic disorder. The Art of Aesthetic Surgery*. St. Louis: Quality Medical Publishing; 2005.
- 28 - Phillips KA. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder. *Prim Psychiatry*. 2007; 14: 58-66.
- 29 - Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2003; 44: 270-6.
- 30 - Phillips KA, Didie ER, Menard W. Clinical features and correlates of major depressive disorder in individuals with body dysmorphic disorder. *J Affect Disord*. 2007; 97: 129-35.

Prevalence of body dysmorphia and psychological disorders relatives in cosmetic rhinoplasty volunteer

Rahimi¹ A (MD) - Dalband² M (MD) - Shamsaei³ F (Ph.D) - Zarabian⁴ MK (MSc.).

Introduction: Body dysmorphia (BDD) is a psychiatric illness experienced by up to 20% of patients requesting cosmetic surgery. BDD should be searched out and recognized by the plastic surgeon. This study aimed to determine the prevalence of Prevalence of body dysmorphia and psychological disorders relatives in cosmetic rhinoplasty volunteer.

Method: In the cross-sectional study first 400 patients who referred for treatment to a clinic surgery in Hamedan city in 2009 were selected by convenience sampling and clinical interview with criteria DSM-IV to assess BDD. In the next phase, patients with body dysmorphia were assessed with MMPI questionnaire and clinical interview to identify other relative mental disorders. Data analyzed were descriptive statistical.

Results: 21 patients had body dysmorphia disorder whose mean and standard deviation of MMPI questionnaire were hypochondrias is 6.14(3.32), Depression 9.85(4.30), hysteria 12.28(3.45), antisocial 9(4), paranoia 5.33(2.31), Psychatseni 9.57(4.33), schizophrenia 9(5) and hypomania 5.66(3.16).

Conclusion: Body dysmorphia is a psychiatric illness experienced by cosmetic surgery and necessary appropriate consultation and intervention.

Key words: Body dysmorphia, psychological disorders, rhinoplasty

Received: 1 July 2013

Accepted: 12 August 2013

1 - Assistant Professor, Research Center for Behavioral Disorders and Substance Abuse, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

2 - Assistant Professor, Dentistry Faculty, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

3 - Corresponding author: Assistant Professor, Research Center for Behavioral Disorders and Substance Abuse, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

e-mail: shamsaei@umsha.ac.ir

4 - Research Center for Behavioral Disorders and Substance Abuse, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran



Iranian Journal of Psychiatric Nursing

Vol. 1 No. 2 Summer 2013 ISSN: 2345 - 2501

- The effect of orientation tour with angiography procedure on anxiety and satisfaction of patients undergoing coronary angiography 10*
Varaei Sh (Ph.D) - Keshavarz S (MSc.) - Shamsizadeh M (MSc.) - Nikbakht Nasrabadi A (Ph.D) - Kazemnejad A (Ph.D).
- Impacts of emotional catharsis by writing on depression in multiple sclerosis patients 20*
Fallahi Khoshkenab M (Ph.D) - Ali Hasan Zadeh P (MSc.) - Norouzi Tabrizi K (Ph.D).
- Symptomology of patients with obsessive compulsive disorders when referring to clinical centers in Tehran 29*
Sadeghian H (MSc.) - Khodaie Ardakani MR (MD) - Eskandari H (Ph.D) - Tamizi Z (MSc.) - Khodaie A (MSc.).
- The effect of reminiscence therapy on the self-esteem among residents of a nursing home in Uromie 37*
Hemmati Maslampak M (Ph.D) - Musavi M (B.Sc) - Sheikhi S (Ph.D).
- Coping to retirement: A review article 53*
Nobahar M (Ph.D) - Ahmadi F (Ph.D) - Alhani F (Ph.D) - Fallahi Khoshknab M (Ph.D).
- Hospital anxiety and depression in patients with coronary artery disease 61*
Moradian ST (MSc.) - Ebadi A (Ph.D) - Saeid Y (B.Sc) - Asiabi M (B.Sc).
- Effectiveness of individual dialectical behavior therapy skills training on major depression 69*
Alizadeh A (MSc.) - Alizadeh E (MSc.) - Mohammadi A (Ph.D).
- Prevalence of body dysmorphia and psychological disorders relatives in cosmetic rhinoplasty volunteer 78*
Rahimi A (MD) - Dalband M (MD) - Shamsaei F (Ph.D) - Zarabian MK (MSc.).