





دانشگاه علامه طباطبائی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی

موضوع

مقایسه‌ی میزان وسواس و افسردگی در افراد اقدام کننده به جراحی زیبایی و جراحی ترمیمی

در شهر تهران

استاد راهنما

دکتر علیرضا مقدس

استاد مشاور

دکتر احمد برجعلی

استاد داور

دکتر فرامرز سهرابی

پژوهشگر

فاطمه اسماعیل بیگی

سال تحصیلی ۹۱-۹۰

سپاسگزاری

حمد و سپاس پروردگار عالم را که مرا لایق علم آموزی آفرید و با سپاس از کلیه

معلمانم از اوان تحصیل تا به امروز :

دکتر علیرضا مقدس به پاس هدایت و راهنمایی های ارزشمند شان،

و

دکتر احمد برجعلی به پاس همراهی بی دریغشان

تقدیم به

پدرم، به پاس حضورش تا ساحل آرام دغدغه‌هایم باشد. *

مادرم، به پاس زلال عاطفه‌اش تا معنا بخش زیبای "مادری" باشد. *

خواهر و برادر عزیزم، به پاس همراهی شان در فراز و نشیب زندگی. *

چکیده

فصل اول: کلیات

مقدمه	۱
1-1 بیان مسئله	۳
1-2 اهمیت و ضرورت پژوهش	۵
1-3 اهداف پژوهش	۶
1-4 فرضیه‌های اصلی پژوهش	۷
1-5 فرضیه‌های فرعی پژوهش	۷
1-6 تعریف مفاهیم و واژگان اختصاصی	۸

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۲-۱ مروری بر مبانی نظریه پژوهش	۱۰
۲-۱-۱ سواس‌های فکری-عملی	۱۰
۲-۱-۲ سواس‌های فکری و زمینه‌ی اجتماعی	۱۲
۲-۱-۳ آسیب پذیری در برابر اختلال و سواس فکری-عملی	۱۲
۲-۲ کمال گرایی و سواس	۱۳
۲-۲-۱ تعریف کمال گرایی	۱۴
۲-۲-۲ علل و عوامل موثر بر کمال گرایی	۱۴
۲-۲-۳ ویژگی‌های افراد کمال گرا	۱۴
۲-۲-۴ ابعاد کمال گرایی	۱۵

۲-۳ ماهیت اختلال وسواس فکری-عملی.....	۱۶
۲-۳-۱ تصویر های وسواسی.....	۱۸
۲-۳-۲ افکار وسواسی.....	۱۸
۲-۳-۳ تردیدهای وسواسی.....	۱۸
۲-۳-۴ رفتارهای بی اختیار.....	۱۸
۲-۴ همه گیر شناسی اختلال وسواس فکری-عملی.....	۲۰
۲-۴-۱ شیوع وسواس فکری-عملی.....	۲۲
۲-۴-۲ شیوع در ایرن.....	۲۳
۲-۵ سبب شناسی اختلال وسواس فکری-عملی.....	۲۴
۲-۵-۱ عوامل زیست شناختی.....	۲۴
۲-۵-۲ ژنتیک.....	۲۵
۲-۵-۳ سایر داده‌های زیست شناختی.....	۲۵
۲-۵-۴ دیدگاه شناختی.....	۲۶
۲-۵-۵ دیدگاه رفتاری.....	۲۷
۲-۵-۶ عوامل شخصیتی.....	۲۸
۲-۵-۷ دیدگاه روان پوشی.....	۲۸
۲-۵-۸ دیگر عوامل روان پوشی.....	۲۹
۲-۶ افسردگی.....	۳۰
۲-۶-۱ افسردگی، یک حالت.....	۳۱

۲-۷ تاریخچه افسردگی.....	۳۱
۲-۸ انواع افسردگی.....	۳۴
۲-۸-۱ افسردگی واکنشی.....	۳۴
۲-۸-۲ افسردگی درون زاد.....	۳۴
۲-۹ میزان شیوع افسردگی.....	۳۴
۲-۱۰ پیش آگهی.....	۳۵
۲-۱۱ علل افسردگی.....	۳۵
۲-۱۱-۱ دیدگاه زیستی.....	۳۵
۲-۱۱-۲ هورمون‌ها و افسردگی.....	۳۷
۲-۱۱-۳ مغز و افسردگی.....	۳۹
۲-۱۱-۴ دیدگاه رفتاری.....	۴۰
۲-۱۱-۵ دیدگاه بین فردی.....	۴۱
۲-۱۱-۶ دیدگاه شناختی.....	۴۲
۲-۱۱-۷ دیدگاه انسان گرایی.....	۴۳
۲-۱۱-۸ دیدگاه روان پویایی.....	۴۳
۲-۱۱-۹ عوامل روانی-اجتماعی.....	۴۴
۲-۱۱-۱۰ عوامل شخصیتی.....	۴۵
۲-۱۲ جراحی زیبایی.....	۴۶
۲-۱۳ سلامت ظاهر.....	۴۷

۴۹.....	۲-۱۴ اولین اصلاحات به وسیله جراحی.....
۵۰.....	۲-۱۵ تفاوت بین جراحی پلاستیک و جراحی زیبایی.....
۵۲.....	۲-۱۶ روانشناسی جراحی زیبایی.....
۵۳.....	۲-۱۷ پیشینه پژوهش.....
۵۴.....	۲-۱۷-۱ پژوهش داخلی.....
۵۶.....	۲-۱۷-۲ پژوهش خارجی.....

فصل سوم: روش پژوهش

۶۷.....	۳-۱ طرح پژوهش.....
۶۷.....	۳-۲ جامعه آماری.....
۶۷.....	۳-۳ نمونه آماری.....
۶۸.....	۳-۴ روش نمونه گیری.....
۶۸.....	۳-۵ ابزارهای پژوهش.....
۶۸.....	۳-۵-۱ پرسشنامه افسردگی بک.....
۷۰.....	۳-۵-۲ پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی.....
۷۲.....	۳-۶ روش اجرای پژوهش و گردآوری داده‌ها.....
۷۲.....	۳-۷ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها.....

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل یافته های تحقیق

۷۴.....	۴-۱ توصیف آماری.....
۷۹.....	۴-۲ استنباط آماری.....

فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری

۱-۵ بحث و نتیجه گیری.....	۸۹
۲-۵ محدودیت‌های پژوهش.....	۹۵
۳-۵ پیشنهادهای پژوهش.....	۹۶
۴-۵ پیشنهادهای کاربردی.....	۹۶
منابع و ماخذ.....	۹۷

پیوست

- جدول شماره ۱-۴: توزیع نمونه‌ها از نظر جنسیت..... 74
- جدول شماره ۲-۴: توزیع نمونه‌ها از نظر وضعیت تاهل..... 75
- جدول شماره ۳-۴: توزیع نمونه‌ها از نظر میزان تحصیلات..... 76
- جدول ۴-۴: شاخصه‌های توصیفی مربوط به سن..... 77
- جدول شماره ۵-۴: شاخصه‌های توصیفی مربوط به متغیر افسردگی..... 77
- جدو شماره ۶-۴: شاخصه‌های توصیفی مربوط به متغیر وسواس..... 78
- جدول شماره ۷-۴: نتایج تحلیل واریانس یکراهه در مقایسه میزان افسردگی در سه گروه..... 80
- جدول شماره ۸-۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در مقایسه میزان وسواس در سه گروه..... 80
- جدول شماره ۹-۴: نتایج آزمون تعقیبی توکی در مقایسه تفاوت میانگین افسردگی گروه اقدام کننده به جراحی زیبایی و گروه اقدام کننده برای ترمیم..... 82
- جدول شماره ۱۰-۴: نتایج آزمون تعقیبی توکی در مقایسه تفاوت میانگین وسواس گروه اقدام کننده به جراحی زیبایی و گروه اقدام کننده برای ترمیم..... 82
- جدول شماره ۱۱-۴: نتایج آزمون تعقیبی توکی در مقایسه تفاوت میانگین افسردگی گروه اقدام کننده به جراحی زیبایی و افراد غیر اقدام کننده..... 83
- جدول شماره ۱۲-۴: نتایج آزمون تعقیبی توکی در مقایسه تفاوت میانگین وسواس گروه اقدام کننده به جراحی زیبایی و افراد غیر اقدام کننده..... 84
- جدول شماره ۱۳-۴: شاخصه‌های توصیفی مربوط به متغیر افسردگی در گروه سنی ۲۳ سال و کمتر..... 85
- جدول شماره ۱۴-۴: شاخصه‌های توصیفی متغیر وسواس در گروه تحصیلی زیر لیسانس..... 86
- جدول شماره ۱۵-۴: شاخصه‌های توصیفی مربوط به متغیر افسردگی در گروه تحصیلی فوق لیسانس..... 87
- جدول شماره ۱۶-۴: شاخصه‌های مربوط به متغیر افسردگی در گروه افراد مجرد..... 87
- جدول شماره ۱۷-۴: شاخصه‌های توصیفی مربوط به متغیر افسردگی در گروه مردان..... 88

-
- نمودار شماره ۴-۱: توزیع نمونه‌ها از نظر جنسیت.....75
- نمودار شماره ۴-۲: توزیع نمونه‌ها از نظر وضعیت تاهل.....75
- نمودار شماره ۴-۳: توزیع نمونه‌ها از نظر میزان تحصیلات.....76
- نمودار شماره ۴-۴: مقایسه میانگین سنی افراد نمونه.....77
- نمودار شماره ۴-۵: مقایسه میانگین میزان افسردگی در سه گروه.....78
- نمودار شماره ۴-۶: مقایسه میانگین میزان وسواس در سه گروه.....79

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه‌ی میزان وسواس و افسردگی در افرادی که اقدام به جراحی زیبایی کردند در مقایسه با افرادی که جراحی ترمیمی داشتند انجام شده است. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه، شامل افراد اقدام کننده برای جراحی پلاستیک در شهر تهران که در گستره‌ی سنی ۱۸ تا ۳۵ سال می‌باشد. نمونه مورد مطالعه در مجموع تعداد ۱۸۰ نفر از اقدام کنندگان برای جراحی (۶۰ نفر جراحی زیبایی، ۶۰ نفر جراحی ترمیمی و ۶۰ نفر از گروه نرمال)، با روش نمونه‌گیری در دسترس از مناطق ۲ و ۵ شهر تهران انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک (BDI) و پرسشنامه‌ی وسواس فکری-عملی مادزلی (MOCI) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، تحلیل واریانس یکراهه و آزمون تعقیبی توکی انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت معناداری از نظر میزان وسواس و افسردگی در بین سه گروه اقدام کننده به جراحی زیبایی و گروه جراحی ترمیمی و گروه غیر اقدام کننده وجود ندارد. ولی بین میزان وسواس و افسردگی در تعدادی از زیرگروه‌های افراد اقدام کننده به جراحی زیبایی و گروه غیر اقدام کننده تفاوت معناداری وجود دارد، که این زیرگروه‌ها شامل سن، میزان تحصیلات، جنسیت و وضعیت تاهل می‌باشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های به دست آمده به طور کلی حاکی از آن بود که بین میزان وسواس و افسردگی در سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. علاوه بر این نتایج یافته‌های تحقیق نشان دادند که باید عامل سن، میزان تحصیلات، جنسیت و وضعیت تاهل را در علت اقدام به جراحی زیبایی در نظر بگیریم، به طوری که در بعضی از این زیرگروه‌ها عوامل روانشناختی وسواس و افسردگی نقش داشتند در حالیکه در گروه‌های دیگر این عوامل نقش چندانی نداشتند.

کلید واژه: وسواس، افسردگی، جراحی زیبایی، جراحی ترمیمی

مقدمه

گرایش به زیبا بودن و دقت و توجه به ظاهر در حد معمول امری بهنجار، پسندیده و حتی نشان دهنده سلامت روان است اما در جوامع امروزی به علت تاکید بیش از حد بر زیبایی و تصاویر ارائه شده در مجله‌های مد و سینما و رسانه‌ها این توجه خصوصا در زنان شکل افراطی به خود گرفته‌است به طوری که هر ساله صدها هزار نفر به طور خود خواسته اقدام به جراحی زیبایی می‌کنند تا ظاهر جسمانی خود را تغییر دهند و هم‌همی زنان تقریبا حداقل یکبار در زندگی خود دچار احساس شرم و نارضایتی از ظاهر بوده‌اند و این امر مختص قشر خاص، طبقه‌ی اجتماعی و سطح تحصیلات خاص نمی‌شود. این قبیل اشتغالات ذهنی می‌تواند موجب گسترش یک تصویر تحریف شده از بدن خود شده و حتی به گونه‌ای پیشرفت کند که زمینه‌ی ابتلا به اختلال بدشکلی بدنی^۱ را فراهم سازد که در بسیاری موارد انجام جراحی‌های زیبایی به عنوان اولین گزینه در جهت رهایی از این اختلال مورد توجه قرار می‌گیرد. با توجه به آنکه در طی سالیان اخیر شاهد روزافزون و نگران‌کننده‌ی این تقاضا بوده‌ایم و از آنجایی که این گونه جراحی‌ها دارای تبعات سنگین جسمی و مالی هستند که در بسیاری موارد غیر قابل جبران می‌باشند، شایسته است که در حوزه‌ی روانشناسی به ابعاد شخصی و اجتماعی این پدیده‌ی رو به رشد توجه نماییم (پورآقاجان، ۱۳۸۷).

از نظر بعد شخصی می‌توان گفت به دلیل اهمیت زیادی که زیبایی برای زنان دارد، بسیاری از آنهایی که از آن بهره‌ای نبرده‌اند تلاش می‌کنند تا آن را به دست بیاورند یا آنهایی که زیبا هستند در تلاشند تا آن را حفظ کنند.

پژوهشگر آلمانی فریگا هاگ^۲ و همکارانش (۱۹۸۷)، عبارت هویت هم ذات با بدن را برای توصیف مشاهداتشان در فرهنگ‌هایی وضع کردند که در آنها افراد به زنان با توجه به ظاهرشان ارزش قائل می‌شوند و زنان چنین فرهنگ‌هایی نیز در مقابل، هویت‌های خود را عمدتاً از طریق ارتباط با بدنشان بنا می‌کنند. ملاک‌های زیبایی در طی زمان و مکان متغیر است و زنان مجبور می‌شوند تا با این ملاک‌ها هم‌نوا شوند نمونه‌ها در سرتاسر فرهنگ‌ها روشن می‌کند که زنان اغلب در جهت رسیدن به استانداردهای زیبایی و کامل بودن به سختی تلاش می‌کنند. یکی از نمونه‌ها در ایران است که آمار قابل توجهی از دختران و زنان جوانی که اقدام به رینوپلاستی^۳ (عمل جراحی زیبایی)، می‌کنند دارد. حتی وجود باندهای زخم یا چسب زخم روی بینی جنبه‌ی پرستیز دارد. اعمال جراحی زیبایی دیگری

¹ body dysmorphic disorder

² Hauge, F

³ aesthetic rhinoplasty

نظیر تغییر اندازه‌ی سینه، برداشتن چربی‌های شکم و باسن و انواع متنوع جراحی‌های زیبایی در ایران محبوبیت دارد (لیپس^۱، ۲۰۰۶). این در حالی است که در نظر بیشتر افراد این احتمال که ظاهر جسمانی، عامل تعیین کننده‌ی میزان علاقه‌ی دیگران به فرد باشد اندکی غیر دموکراتیک است زیرا برخلاف منش و شخصیت، ظاهر جسمانی عاملی است که کنترل کمی روی آن داریم و از این رو منصفانه نیست که از آن به عنوان دوست داشتن کسی استفاده شود. در واقع زمینه‌یابی‌های انجام شده در طول چند دهه نشان داده است که مردم در دوست داشتن دیگران برای جذابیت جسمانی رتبه‌ی مهمی قایل نمی‌شوند اما رفتار واقعی مردم عکس آن را نشان داده است (اتکینسون، ترجمه رفیعی؛ ۱۳۸۳).

گیفورد^۲ (۲۰۰۸)، در مرور تاریخی خود، علاقه‌مندی روانشناسان به روانشناسی جراحی زیبایی بیماران را از زمان فروید (۱۹۱۸) به بعد مورد بررسی قرار داد. اندکی پس از آن به دنبال جنگ جهانی اول، پیشرفت‌هایی در علم پزشکی و نیز موفقیت‌هایی در جراحی ترمیمی افراد دچار بدریختی بدن یا چهره حاصل شد. این گزارش‌های مثبت منجر به رشد جراحی پلاستیک به عنوان یک روش انتخابی برای افرادی که دچار بدریختی در ظاهر خود شده بودند، کمک کرد و هیچ نوع ارزیابی روانپزشکی در این زمینه صورت نمی‌گرفت. این افراد عموماً به عنوان افرادی بسیار روان‌رنجور و یا خودشیفته شناخته می‌شدند. گزارش شد که شکایات بیماران از ظاهرشان غالباً ناشی از تعارضات درون روانی است که به صورت شکایات جسمانی نمود می‌یابد. جراحان متوجه‌ی بیمارانی شدند که میل سیری‌ناپذیری نسبت به جراحی دارند و اقدام به جراحی‌های زیبایی متعددی می‌نمایند تا به چهره‌ی ایده‌آل خود دست یابند ولی هیچ‌گاه به آن دست نمی‌یافتند. و این افراد تا جایی پیش می‌روند که اشتغالات ذهنی فزاینده‌ای در مورد ظاهر خود پیدا می‌کنند که موجب گسترش یک تصویر تحریف شده از بدن و خود شده و حتی به گونه‌ای پیشرفت می‌کند که زمینه ابتلا به اختلال بدریختی بدنی را فراهم ساخت.

اختلال بدریختی بدن یک اختلال جسمانی شکل شناخته شده است و از لحاظ بالینی متمایز از وسواس فکری-عملی، اختلال‌های خوردن و افسردگی است. افراد مبتلا به اختلال بدریختی بدن دچار یک اشتغال فکری نسبت به یک نقص خیالی در یک یا بیش از ظاهر فیزیکی خود هستند، این اشتغال فکری در آنها فشار روانی چشمگیر و تخریب

¹ Lips, H

² Giford

در عملکرد روزمره‌شان به وجود می‌آورد (فیلیپس، ۲۰۰۵). که افراد مبتلا برای رهایی از این استرس دست به هرکاری از جمله می‌توان گرایش به انجام انواع جراحی‌های زیبایی همانگونه که اشاره نمودیم می‌زنند. البته تحقیقات مشخص نموده‌اند روشهای درمانی زیبایی به ندرت باعث بهبود و کاهش علائم اختلال بدریختی بدن می‌شوند و اغلب به مشکلات و ناراحتی‌های روانی این بیماران می‌افزایند (هانت، تینهاوس، الیوود، ۲۰۰۸).

باتوجه به آنکه در طی سالین اخیر شاهد روز افزون و نگران کننده‌ی تقاضا این نوع عمل‌های جراحی بودیم و از آنجایی که اینگونه جراحی‌ها دارای تبعات سنگین مادی و جانی به همراه دارد اطلاعات بسیار کمی درباره‌ی وضعیت روانشناختی فردی که به دنبال جراحی زیبایی است و نیز در خصوص تغییرات روانشناختی بالقوه پس از جراحی زیبایی وجود دارد. برای مثال، این سوال وجود دارد که آیا ایا افراد از یک حدی از نارضایتی از تصویر بدنی، شامل اختلال بدریختی بدن به صورت بالینی رنج می‌برند؟ و یا اینکه این افراد از لحاظ روانشناختی سالمند و تنها به دنبال انجام جراحی زیبایی به منظور ارتقا و بهبود تصویر بدنی مطلوب قبلی خود هستند؟ و با توجه به اینکه زنان ایرانی مجاز نیستند بدون پوشش در انتظار عمومی ظاهر شوند چرا انقدر به ظاهر خود می‌پردازند؟

آشکار است که ظاهر فیزیکی یک دل‌نگرانی معمول بیماران خواستار انجام جراحی زیبایی است و عوامل زیادی در گرایش این افراد به انجام جراحی‌های زیبایی دخیل می‌باشد. جهت تبیین عوامل درگیر در گسترش این قبیل اشتغالات ذهنی می‌توان از رابطه‌ی این عمل با وسواس و افسردگی سخن به میان آورد. پژوهش حاضر در نظر دارد که ارتباط این عوامل روانشناختی یعنی افسردگی و وسواس در اقدام به جراحی زیبایی را مورد بررسی قرار دهد.

1-1 بیان مساله

هر ساله دهها هزار نفر به طور خودخواسته اقدام به جراحی زیبایی می‌کنند تا ظاهر جسمانی خود را تغییر دهند. برای مثال، در سال ۱۹۹۴، انجمن امریکایی جراحان پلاستیک و ترمیمی^۱ بیش از ۳۹۰۰۰۰ جراحی زیبایی انجام دادند که بخش اعظم آنها مربوط به لیپوساکشن (خارج کردن چربی انواع مختلف بدن)، بزرگ کردن سینه، جراحی زیبایی بینی و کشیدن پوست صورت بوده‌است. این آمار کمتر از میزان واقعی آن برآورد شده‌است، چرا که جراحان عمومی و پزشکان سایر تخصص‌ها نیز جراحی زیبایی انجام می‌دهند. در نهایت اینکه این جراحی‌ها به منظور

¹ american society of plastic and reconstructive surgeons

افزایش رضایت افراد از ظاهرشان صورت گرفته است و احتمالاً در بسیاری موارد برای افزایش عزت نفس^۱ بوده است. از این رو جراحی زیبایی می‌تواند یک مداخله‌ی روانشناختی تلقی شود یا حداقل به عنوان یک روش جراحی که پیامدهای روانشناختی به دنبال دارد در نظر گرفته شود (سارور و همکاران، ۲۰۰۹).

آشکار است که ظاهر فیزیکی، یک نگرانی و دل‌مشغولی ذهنی زیاد در بیماران متقاضی جراحی زیبایی می‌باشد که این مشغولیت ذهنی می‌تواند به صورت یک فکر وسواسی خود را نشان دهد. افکار وسواسی، یک سری از افکار مزاحم و تکرار شونده هستند که موجب افزایش اضطراب شخص می‌گردد، در حالیکه انجام عمل وسواسی اضطراب شخص را کاهش می‌دهد، بنابراین جراحی زیبایی می‌تواند یک نوع پاسخ بر افکار وسواسی باشد. همانطور که در تحقیقی که بایبی^۲ در سال ۲۰۰۶ انجام داد به این نتیجه دست یافت که سطح پایین عزت نفس و سطوح بالای افکار وسواسی و گرایش‌های افسردگی بر میزان اقدام به جراحی زیبایی تاثیر می‌گذارد.

هم چنین نگرانی شدید از ارزیابی منفی توسط دیگران منجر به نارضایتی از تصویر بدنی شده و شخص را با دو سوال اصلی به چالش می‌کشد: ۱- آیا ارزش من در جهان تحت تاثیر ظاهر جسمانی من است؟ ۲- آیا ظاهر من غیر قابل قبول است؟ تداوم این نارضایتی منجر به افسردگی، اضطراب اجتماعی و پایین آمدن عزت نفس می‌گردد.

با توجه به اهمیت و ضرورت جراحی زیبایی و فراگیر شدن نگران کننده‌ی آن در جامعه‌ی کنونی و تبعات مالی و جسمانی که گاهی به همراه دارد محققان در پی چرایی تمایل افراد به انجام این گونه جراحی‌ها پرداختند و پژوهش‌های مختلفی که در این زمینه انجام شده است نشان داده که متغیرهای روانشناختی در علت و چرایی اقدام به جراحی‌های زیبایی نقش دارد. با توجه به توضیحات ارائه شده، هدف پژوهشگر از این تحقیق پرداختن به این نکته خواهد بود که آیا انجام جراحی زیبایی پاسخی در جهت کاهش افکار وسواسی و در نتیجه‌ی گرایش‌های افسردگی می‌باشد یا خیر و بر این اساس سوالاتی مطرح می‌شود که: ۱- آیا میزان افسردگی در افراد اقدام کننده به جراحی زیبایی نسبت به افراد اقدام کننده به جراحی پلاستیک برای ترمیم بیشتر است؟ ۲- آیا میزان وسواس در افراد اقدام کننده‌ی جراحی زیبایی نسبت به افراد اقدام کننده به جراحی برای ترمیم بیشتر است؟ ۳- آیا میزان وسواس در افراد اقدام کننده به جراحی زیبایی بیشتر از افراد غیر اقدام کننده است؟ ۴- آیا میزان افسردگی در افراد اقدام کننده به

¹ self esteem

² Biby

جراحی زیبایی بیشتر از افراد غیر اقدام کننده است؟ ۵- آیا میزان افسردگی در گروه سنی کمتر از ۲۳ سال بیشتر از گروه غیر اقدام کننده است؟ ۶- آیا میزان وسواس در گروه تحصیلی زیر لیسانس اقدام کننده به جراحی زیبایی

بیشتر از گروه غیر اقدام کننده است؟ ۷- آیا میزان افسردگی در گروه تحصیلی بالاتر از لیسانس اقدام کننده به جراحی زیبایی بیشتر از گروه غیر اقدام کننده است؟ ۸- آیا میزان افسردگی در گروه افراد مجرد اقدام کننده به جراحی زیبایی بیشتر از گروه غیر اقدام کننده است؟ ۹- آیا میزان افسردگی در زنان اقدام کننده به جراحی زیبایی بیشتر از زنان غیر اقدام کننده است؟ ۱۰- آیا میزان وسواس در مردان اقدام کننده به جراحی زیبایی بیشتر از مردان غیر اقدام کننده است؟

۲-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش

دلایل زیادی برای افزایش نگرانی درباره ظاهر وجود دارد. برخی ممکن است که دلایل صرفاً کاربردی مانند حفظ جذابیت جسمانی برای شغلی که در آن ظاهر نقش مرکزی را در موفقیت بازی می کند یا پیری، که ممکن است فرصت هایی برای موفق شدن را تحت تاثیر قرار دهد، بخواهند جذابیت ظاهری خویش را افزایش دهند. برخی دیگر صرفاً لذت زیبایی را در خوب به نظر رسیدن می یابند. مساله اینجاست که برخی افراد آشکارا توسط عزت نفس زیربنایی پایین یا ناامنی در مورد واکنش های دیگران نسبت به خود به این کار برانگیخته می شوند. می توان گفت که ظاهر جسمانی تا حدی با واکنش های مثبت از جانب دیگران پیوند یافته است که می تواند شامل دوستی های ساده یا جذابیت های عاشقانه و محبت آمیز، ارتقاء و موفقیت در کسب و کار، قضاوت و رای در موقعیت های قانونی و غیره باشد (دیویس و ورنون، ۲۰۰۲). البته توجه و رسیدگی به ظاهر در جهت زیبایی معقول، بدون تاکید بیش از حد بر زیبایی خارج از دسترس می تواند نشانه ای از دارا بودن روانی سالم و در جهت انگیزه میل به زندگی باشد، اما رشد روز افزون تقاضای افراد برای انواع جراحی زیبایی بدون توجه به پیامدهای جسمانی و مالی این گونه جراحی ها نیاز به پژوهش های بیشتر برای یافتن چرایی تمایل افراد به انجام چنین اقدامات بعضاً مخاطره آمیز به چالش می کشاند.

علی رغم فقدان آمار دقیقی از داوطلبان رینوپلاستی زیبایی در ایران، طبق اعلام انجمن جراحان پلاستیک و زیبایی ایران، کشور ما مقام اول عمل جراحی زیبایی بینی در دنیا را دارد و حدود ۷۰٪ جراحی‌های زیبایی در کشور جراحی زیبایی بینی هستند که خود هزینه‌های سرسام‌آوری را موجب می‌شوند (هزینه هر عمل زیبای بینی در ایران چیزی حدود ۶۰۰ هزار تا ۴ میلیون تومان است).

علی‌رغم اینکه تحقیقات چندی به اثرات مثبت جراحی زیبایی به طور اعم و جراحی زیبایی به طور اخص در زمینه‌هایی مانند افزایش عزت نفس، رضایت از نتیجه عمل و کاهش اشتغال ذهنی شدید با شکل ظاهری بینی و بهبود پریشانی، شرم و کیفیت زندگی اشاره کرده‌اند (توماس^۱، ۲۰۰۷). اما در برخی از فراتحلیل‌هایی که در رابطه با این مطالعات صورت گرفته، چنین نتیجه‌گیری شده است که بسیاری از این پژوهش‌ها دارای محدودیت‌های روش شناختی مانند حجم کوچک نمونه و اثبات بالقوه سوگیرانه بوده‌اند. به علاوه مطالعاتی نیز نشان داده‌اند که جراحی زیبایی به طور مستقل نمی‌تواند منجر به پیامدهای مثبت شود مثلاً در برخی از آنها رضایت پس از عمل رابطه مستقیمی با نوع شخصیت افراد داشت (توماس، ۲۰۰۷).

بنابراین با توجه به رشد روزافزون تقاضا در راستای انجام انواع جراحی زیبایی بدون توجه به دلایل زیربنایی روانشناختی که در بعضی موارد همراه با پیامدهای سنگین مادی و جسمانی این‌گونه جراحی‌ها می‌باشند. اجرای چنین پژوهش‌هایی در جهت آگاهی افراد به عوامل فعال ساز روانی آنان برای انجام جراحی و جایگزین نمودن روش‌های درمانی روانشناختی مناسب برای رسیدن به احساسی مطلوب لازم به نظر می‌رسد. در برخی از مطالعات نیز عوارض کلی روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی و شکایات جسمانی غیر اختصاصی و مشکلات خواب در دوره پس از عمل گزارش شده است بنابراین با توجه به شمار زیاد جراحی‌های زیبایی که سالانه در کشورمان انجام می‌گیرند و هزینه‌های هنگفتی که در بردارند و نیز اینکه این عمل برای تمامی مراجعه‌کنندگان رضایت بخش نبوده انجام پژوهش‌هایی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

¹ Toomath

۱-۳ اهداف پژوهش

مقایسه‌ی میزان وسواس در افراد اقدام کننده به جراحی زیبایی با افراد اقدام کننده به جراحی برای ترمیم در شهر تهران.

مقایسه‌ی میزان وسواس در افراد اقدام کننده به جراحی زیبایی با افراد غیر اقدام کننده در شهر تهران.

مقایسه‌ی میزان افسردگی در افراد اقدام کننده به جراحی زیبایی با افراد غیر اقدام کننده در شهر تهران.

مقایسه‌ی میزان افسردگی در افراد اقدام کننده به جراحی زیبایی با افراد اقدام کننده به جراحی برای ترمیم در شهر تهران.

مقایسه‌ی میزان افسردگی در افراد گروه سنی زیر ۲۳ اقدام کننده به جراحی زیبایی با افراد غیر اقدام کننده در شهر تهران.

مقایسه‌ی میزان وسواس در گروه تحصیلی زیر لیسانس اقدام کننده به جراحی زیبایی با افراد غیر اقدام کننده در شهر تهران.

مقایسه‌ی میزان افسردگی در گروه تحصیلی لیسانس و فوق لیسانس اقدام کننده به جراحی زیبایی با افراد غیر اقدام کننده در شهر تهران.

مقایسه‌ی میزان افسردگی در گروه افراد مجرد اقدام کننده به جراحی زیبایی با افراد غیر اقدام کننده در شهر تهران.

مقایسه‌ی میزان افسردگی در گروه مردان اقدام کننده به جراحی زیبایی با افراد غیر اقدام کننده در شهر تهران.

مقایسه‌ی میزان وسواس در گروه زنان اقدام کننده به جراحی زیبایی با افراد غیر اقدام کننده در شهر تهران.

۴-۱ فرضیه‌های اصلی پژوهش

۱- میزان افسردگی در افراد اقدام کننده‌ی جراحی زیبایی بیشتر از افراد اقدام کننده به جراحی برای ترمیم در شهر تهران می‌باشد.

۲- میزان وسواس در افراد اقدام کننده‌ی جراحی زیبایی بیشتر از افراد اقدام کننده به جراحی برای ترمیم در شهر تهران می‌باشد.

۳- میزان افسردگی در افراد اقدام کننده‌ی جراحی زیبایی بیشتر از افراد غیر اقدام کننده در شهر تهران می‌باشد.

۴- میزان وسواس در افراد اقدام کننده به جراحی زیبایی بیشتر از افراد غیر اقدام کننده در شهر تهران می‌باشد.

۵-۱ فرضیه‌های فرعی پژوهش

۱- میزان افسردگی در گروه سنی کمتر از ۲۳ سال اقدام کننده به جراحی زیبایی بیشتر از گروه غیر اقدام کننده در شهر تهران می‌باشد.

۲- میزان وسواس در گروه تحصیلی زیر لیسانس اقدام کننده به جراحی زیبایی بیشتر از گروه غیر اقدام کننده در شهر تهران می‌باشد.