

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

نگاه روانشناسانه به جراحی های زیبایی

مؤلف:

احمد پارسائی

سرشناسه	:	
عنوان و نام پدیدآور	:	نگاه روانشناسانه به جراحی‌های زیبایی
مشخصات نشر	:	
مشخصات ظاهری	:	ص.
شابک	:	
وضعیت فهرست نویسی	:	
یادداشت	:	



عنوان کتاب : نگاه روانشناسانه به جراحی‌های زیبایی

مؤلف : احمد پارسائی

ناشر : میعاد اندیشه

طراح جلد : شکوفه احمدی

صفحه آرا : مائده طومار

نوبت چاپ : اول - ۱۴۰۲

شمارگان : ۱۰۰۰ نسخه

قیمت : ۱/۹۶۰/۰۰۰ ریال

شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۳۲۸-۴۷۷-۹

تلفن انتشارات: ۰۹۱۲۵۱۲۰۰۶۷ - ۰۲۱۶۶۰۱۷۴۴۸ - ۰۲۱۶۶۰۱۴۷۹۷

همه ی حقوق مادی و معنوی این اثر برای مؤلف محفوظ است.

تکثیر و انتشار این اثر به هر صورت، از جمله بازنویسی، فتوکپی، ضبط الکترونیکی

و ذخیره در سیستم‌های بازیابی و پخش، بدون دریافت مجوز کتبی و قبلی از مؤلف

به هر شکلی ممنوع است.

این اثر تحت حمایت «قانون حمایت از حقوق مولفان، مصنفان و هنرمندان ایران» قرار دارد

به نام خداوند دانایی

پیشگام:

امروزه با پیشرفت کردن علم پزشکی در همه زمینه‌ها به خصوص زمینه زیبایی باعث شده که بتوانیم ایرادات و مشکلاتی که در ظاهر ما از بدو تولد یا به مرور زمان ایجاد شده، و باعث کمتر شدن اعتماد بنفس افراد و گاهی در درجات بالاتر دوری گزیدن فرد از اجتماع و تضعیف روحیه شخص شده براحتی با مشاوره گرفتن تخصصی از پزشک مربوطه قابل حل خواهد بود.

در این کتاب نگارنده با توضیحات درباره جراحی‌های بازسازی به افراد کمک می‌کند که از شر نقایص جدی جسمانی خود خلاص شوند و کیفیت زندگی اجتماعی خود را بهبود ببخشند. ما در این کتاب می‌آموزیم که ظاهری جذاب می‌تواند مزیت رقابتی برای دست آوردهای اجتماعی باشد مانند جستجوی شغل و روابط افراد و... جراحی زیبایی تضمین کننده دگرگونی سریع با وعده دستیابی به ایده‌آل‌های زیبایی دست نیافتنی است که دستیابی به آن‌ها از طریق روش‌های طبیعی دشوار است. نگارنده در مورد خطراتی که ممکن است جراحی زیبایی با خود به همراه داشته باشد سخن می‌گوید مانند اعتیاد به جراحی‌های زیبایی که ممکن است فرد خودش را دست افراد غیرمتخصص و غیرپزشک جهت اعمال زیبایی بسپارد. کتاب تعدادی از جراحی‌های زیبایی را مثل عملیات‌ها روی صورت و جراحی بینی، ماموپلاستی (بزرگ کردن سینه)، ابدومینوپلاستی (برداشتن چربی) چگونگی تاثیر روانشناختی این عامل جراحی را روی فرد توضیح می‌دهد.

در پایان از خانم دکتر حیدری جهت راهنمایی و حمایت از اینجانب در تدوین این کتاب قدردانی می‌نمایم. امیدوارم این کتاب مورد توجه اساتید محترم و مصاحبه‌ناظران قرار گیرد و انتشار این کتاب با ارزش خدمتی به جامعه باشد و جامعه با دید بازتر نسبت به اقدام‌های زیبایی روی خود به مجموعه‌های مجاز مراجعه کنند.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۹	فصل اول: مقدمه‌ای بر جراحی زیبایی
۹	مقدمه
۱۴	مطالعه‌های اجتماعی در زمینه گرایش به جراحی زیبایی و موضوعات نزدیک به آن
۲۶	اثرگذاری عوامل روانشناسی و اجتماعی بر جراحی زیبایی در ایران
۳۱	فصل دوم: نگاهی به جراحی زیبایی در جهان
۳۳	پذیرش جراحی زیبایی
۳۴	تأثیرات روانشناختی اجتماعی بر پذیرش جراحی زیبایی
۴۰	خطرات جراحی زیبایی
۴۲	تأثیرات روانشناختی اجتماعی بر پذیرش جراحی زیبایی براساس تجربه جراحی زیبایی قبلی
۴۷	فصل سوم: روانشناسی جراحی زیبایی
۴۸	نگاه روانشناسانه به جراحی زیبایی
۴۹	بررسی‌های روانشناختی پیش از عمل
۵۳	ارزیابی‌های بالینی
۵۴	ارزیابی‌های روانسنجی
۵۶	نتیجه‌گیری از ارزیابی‌های قبل از عمل

۵۷	بررسی‌های روانشناختی پس از عمل
۵۸	جراحی زیبایی و تصویر بدن
۵۹	مدلی از رابطه بین تصویر بدن و جراحی زیبایی
۵۹	واقعیت ظاهری فیزیکی
۶۰	تأثیرات روانشناختی بر تصویر بدن
۶۰	تأثیرات ادراکی
۶۱	تأثیرات رشدی
۶۲	تأثیرات فرهنگی-اجتماعی
۶۳	عزت نفس
۶۴	تصویر بدن: ظرفیت و ارزش
۶۶	تداوم نارضایتی از تصویر بدن
۶۶	رضایت از تصویر بدن
۶۶	نارضایتی از تصویر بدن
۶۷	اختلال تصویر بدن
۶۷	اختلال بدشکلی بدن
۶۹	تصمیم برای انجام جراحی زیبایی
۷۱	توسعه اختلال تصویر بدن
۷۳	تغییرات در تصویر بدن پس از جراحی
۷۳	درمان غیر جراحی نارضایتی از تصویر بدن
۷۴	فصل چهارم: جراحی زیبایی و مسائل روانشناختی

۷۵	تأثیر روانشناختی جراحی زیبایی
۷۶	افزایش اندازه سینه
۷۸	ابدومینوپلاستی
۷۹	عملیات صورت
۸۱	جراحی بینی (رینوپلاستی)
۸۴	جمع بندی
۸۷	منابع

فصل اول:

مقدمه‌ای بر جراحی زیبایی

مقدمه

در عصر حاضر، زندگی روزمره به موضوع انتخاب شخصی تبدیل شده است؛ بدین معنا که مردم می‌توانند کاری را انجام دهند که می‌خواهند و چیری بشوند که خودشان می‌خواهند (ذوقی پایدار و همکاران، ۱۳۹۷). جراحی پلاستیک یک علم و هنر حساس است که به شخص کمک می‌کند بدن خود را بهتر بسازد و احساس اعتماد به نفس بیشتری داشته باشد (صالح‌احمدی و رفیعی، ۱۳۹۱). جراحی پلاستیک عاملی برای بهبود کیفیت زندگی برای افرادی است که دچار بدشکلی بدن هستند؛ اما اگر به طور درستی به کار گرفته نشود، خطرناک است (فرشیدفر و همکاران، ۱۳۹۲). جراحی پلاستیک عموماً به دو طبقه عمده بازسازی و زیبایی تقسیم می‌شود. جراحی‌های مرتبط با بازسازی برای ایجاد عملکرد بهنجار جسمانی و اجتماعی در افراد ضروری‌اند. جراحی‌های بازسازی کمک می‌کنند تا افراد از شر نقایص جدی جسمانی خود خلاص شوند و کیفیت زندگی اجتماعی‌شان را بهبود ببخشند. اما

جراحی‌های زیبایی اغلب به دلیل نارضایتی افراد از نقص‌های جزئی و تخیلی در ظاهرشان انجام می‌گیرند و بر جنبه‌های زیبایی و ظرافت تاکید دارند (سهرابی، ۱۳۹۰). در واقع، جراحی بازسازی، اقدامی ترمیمی است و تمرکز بر رفع نقایص و بهبود عملکرد و ظاهر دارد. ولیکن جراحی زیبایی، تمرکزش بر بهبود و ارتقای ظاهر در جهت ایده‌آل‌گرایی می‌باشد و اختیاری است (شکر امرجی و عباسی، ۱۳۸۷). از سویی دیگر، گرایش به زیبایی و زیباخواهی در فطرت انسان است (هدایتی و نظری پشت کوهی، ۱۴۰۲) و در این بین، جراحی پلاستیک به شخص کمک می‌کند بدن خودش را بهتر بسازد و احساس اعتماد به نفس بیشتری داشته باشد (صالح‌احمدی و رفیعی، ۱۳۹۱). در واقع عاملی برای بهبود کیفیت زندگی برای افرادی است که دچار بدشکلی بدن هستند؛ اما اگر به طور درستی به کار گرفته نشود، خطرناک است (فرشیدفر و همکاران، ۱۳۹۲). جراحی پلاستیک عموماً به دو طبقه عمده بازسازی و زیبایی تقسیم می‌شود. جراحی‌های مرتبط با بازسازی برای ایجاد عملکرد بهنجار جسمانی و اجتماعی در افراد ضروری‌اند. جراحی‌های بازسازی کمک می‌کنند تا افراد از شر نقایص جدی جسمانی خود خلاص شوند و کیفیت زندگی اجتماعی‌شان را بهبود ببخشند. اما جراحی‌های زیبایی اغلب به دلیل نارضایتی افراد از نقص‌های جزئی و تخیلی در ظاهرشان انجام می‌گیرند و بر جنبه‌های زیبایی و ظرافت تاکید دارند (سهرابی، ۱۳۹۰). در واقع، جراحی بازسازی، اقدامی ترمیمی است و تمرکز بر رفع نقایص و بهبود عملکرد و ظاهر دارد. ولی جراحی زیبایی، تمرکزش بر بهبود و ارتقای ظاهر در جهت ایده‌آل‌گرایی می‌باشد و اختیاری است (شکر امرجی و عباسی، ۱۳۸۷، به نقل از طالبی دلیر، ۱۴۰۲).

در حقیقت امروزه یکی از روش‌های ارضای میل درونی به زیبایی، عمل جراحی زیبایی است (هدایتی و نظری پشت کوهی، ۱۴۰۲). جراحی زیبایی به عنوان یکی از شایعترین اعمال جراحی در سطح جهان مطرح است که میزان بهره‌گیری از آن رو به افزایش است. این نوع جراحی، نوعی جراحی ترمیمی است که در ابتدا برای رفع ضایعات

مادرزادی استفاده می‌شده اما در مراحل بعد با اهداف زیبایی به کار گرفته شد (ذوقی پایدار و همکاران، ۱۳۹۷). از سویی دیگر، در چند دهه اخیر برداشت‌های تازه‌ای از زیبایی شده و زیبایی به عنوان جذابیت و بی‌نقص بودن تعریف گردیده است (خبازثابت و همکاران، ۱۴۰۲). اعمال زیبایی به‌دنبال تغییر سبک زندگی و ارزش‌های اجتماعی مورد توجه مردم قرار گرفته‌اند (تاجور و همکاران، ۱۴۰۲) به گونه‌ای که نرخ جراحی زیبایی از ابتدای قرن ۲۱ در مسیر صعودی قرار گرفته است (شاه حیدری و همکاران، ۱۴۰۲).

همانطور که اشاره شد، امروزه جراحی زیبایی به عنوان شایع‌ترین نوع جراحی‌ها شناخته شده است که به طور روزافزونی میزان آن نیز افزایش پیدا می‌کند (کازی و لین^۱، ۲۰۱۹) و در سال‌های اخیر، گرایش به این نوع جراحی در ایران نیز افزایش پیدا کرده است. در واقع امروزه جراحی‌های زیبایی به عنوان یکی از دغدغه‌های انسان در جامعه ایرانی تلقی می‌شود (تورانی و همکاران، ۱۴۰۲). در این راستا پژوهش‌های فراوانی در حوزه روانشناختی- اجتماعی در رابطه با گرایش به جراحی زیبایی در بین گروه‌های مختلف و با روش‌های متفاوت انجام شده‌است (طالبی دلیر، ۱۴۰۲) چرا که مولفه‌های روانشناختی در تقاضای عمل جراحی زیبایی و همچنین در پیش‌آگهی و رضایت پس از عمل نقش مؤثری دارد (مختاری و همکاران، ۱۴۰۰).

زیبایی و زیباسازی یکی از مسائل مورد توجه انسان در طول تاریخ بوده است، زیرا چهره و ظاهر فیزیکی ممتاز مردان و زنان مزایای ویژه‌ای را برای آن‌ها به ارمغان می‌آورد و سبب بروز رفتار ویژه از طرف دیگران در برخورد با فرد می‌شود (رهاردجا^۲، ۲۰۲۲). از این رو همه ساله در سراسر جهان، تعداد فزاینده‌ای از افراد به دلایلی مختلفی همچون اصلاح ناهنجاری‌های مادرزادی تا کاهش اثرات پیری تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند

¹ - Kazei, & Lin

² - Rahardja

(الوتاییبی^۱، ۲۰۲۱). در این بین، دستاورد پژوهشی در ایران در زمینه دلایل گرایش به زیباسازی، حاکی از آن است که عوامل درون فردی، زیبایی با زیرمضامین خودپنداره بدنی منفی، اضطراب اجتماعی، برتری جویی، اعتماد به نفس پایین، پیری هراسی و نگاه زیبایی شناسانه به بدن، مضمون عوامل خانوادگی با زیرمضامین کسب رضایت همسر و ترس از مقایسه شدن با زنان زیبا توسط همسر و مضمون عوامل اجتماعی با زیرمضامین فشار اجتماعی، نشان دادن هویت طبقاتی، تبلیغات رسانه‌ای، الگوگیری از دوستان، همنوایی گروهی، مدگرایی از دلایل گرایش به جراحی زیبایی عنوان شده است (حسینی و همکاران، ۱۳۹۹). اما از سویی دیگر، آمارها حاکی از آن است که حدود ۷۰ درصد افراد جویای جراحی‌های زیبایی دارای اختلالات روانی می‌باشند که شایع‌ترین این اختلالات افسردگی و اختلال شخصیت پرخاشگر- منفعل می‌باشد (پروزینسکی^۲، ۲۰۱۹). یک مطالعه نیز نشان داد از میان ۱۰۰۰ نفر متقاضی جراحی زیبایی در آمریکا، ۴۴/۱ درصد دارای اختلالات روانپزشکی بودند، و بیشترین اختلال روانپزشکی در میان آن‌ها اختلال افسردگی اساسی و اختلال اضطراب فراگیر بود (جانگ و بهاوسر^۳، ۲۰۱۹). باورهای غیرمنطقی نیز نقش مهمی در کاهش بهداشت روانی در افراد متقاضی جراحی زیبایی بازی می‌کند (حسینی و همکاران، ۱۳۹۷). برای مثال؛ در مطالعه‌ای نشان داده شد باورهای غیرمنطقی در مورد ظاهر، فقط در زنان متقاضی جراحی زیبایی به عنوان ملاک زیبایی دیده می‌شود (وانگ^۴ و همکاران، ۲۰۲۰).

جراحی‌های زیبایی از طریق مکانیسم تغییر در تصویر بدنی می‌تواند بیشتر زنان را تحت تأثیر قرار دهد (افتخار و همکاران، ۱۳۹۸). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که زن‌های علاقمند به جراحی زیبایی، دارای نگرش‌های ناکارآمد در مورد تصویر بدن خود در روابط بین فردی، پیشرفت شخصی و خودپنداره هستند (صادقی و همکاران، ۱۳۹۷).

¹ - Alotaibi

² - Pruzinsky

³ - Jang, & Bhavsar

⁴ - Wang

علاوه بر این طرح‌واره‌های افراد متقاضی جراحی زیبایی در تصمیم‌گیری آن‌ها برای اقدام به جراحی دارای نقشی اساسی است (صالحی و همکاران، ۱۳۹۸).

به‌طور کلی در میان جراحی‌های زیبایی مختلف، مردم بیشترین انگیزه را برای جراحی زیبایی بینی^۱ و بعد زیبایی پلک^۲، لیفت صورت^۳ و لاغری شکم و پهلو^۴ دارند (موسوی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱). جراحی زیبایی در دهه‌های اخیر در ایران بسیار گسترش یافته‌است به طوری که نسبت به کشورهای دیگر رشد چشمگیری داشته است (زجاجی و همکاران، ۱۳۹۳). آمار بالای گرایش به جراحی زیبایی در جامعه ایران و رتبه دوم آن در منطقه خاورمیانه پدیده‌ای قابل توجه است و نمی‌توان با بی‌اعتنایی با آن مواجه شد.

اکبری ساری و همکاران (۱۳۹۱) جراحی بینی را متداول‌ترین روش جراحی زیبایی در ایران می‌دانند. در پژوهش آن‌ها، ۱۸۰ مورد جراحی بینی در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت (مجموع ۱۳۴،۷۶۶ جراحی در هر سال) در ایران گزارش شده است. در دوران اخیر، متقاضیان جراحی زیبایی بینی علاوه بر زنان، مردان جوان نیز هستند که به منظور کسب منزلت اجتماعی و افزایش اعتماد به نفس، چندین مرتبه، زیر بار هزینه گزاف این جراحی می‌روند (کلانتر معتمدی و همکاران، ۱۳۹۵). بر اساس نظرات گزگندو^۵ (۲۰۰۶) انسان‌شناس فرانسوی ادارک منفی از بینی در میان زنان ایرانی طبقه مرفه در زمان حکومت سلطنتی محمد رضا پهلوی نیز وجود داشته است. در طول دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ زانی که از اطرافیان شاه بودند عمل زیبایی بینی انجام می‌دادند و از مدل‌ها و بازیگران اروپایی مانند جینا لولوبریجیدا الگو می‌گرفتند.

1 - Rhinoplasty

2 - Blepharoplasty

3 - Face Lift

4 - Abdominoplasty

5 - Gazagnadou

اغلب روانشناسی به سمت جامعه‌شناسی و جامعه‌شناسی هم به سمت روانشناسی کشیده می‌شود (تویتز، ۱۹۹۵). ایده‌آل‌های زیبایی بدن از طریق کانال‌های فرهنگی منتقل می‌شوند؛ توسط افراد جامعه نهادینه می‌گردند؛ الزام فرهنگی می‌گردند و سپس، بر رضایت از بدن تاثیر می‌گذارند (عرب‌نرمی و رمضان‌زاده، ۱۴۰۰). از این‌رو عوامل روانشناسی در پیوند تنگاتنگی با عوامل اجتماعی، توأمًا، در رفتار مدیریتی و اصلاح بدن دخیل هستند (صالح‌احمدی و رفیعی، ۱۳۹۱). شناخت مشکلات روانی و ویژگی‌های شخصیتی، پیش‌بینی تمایل به جراحی زیبایی و رضایت بدنی فرد را، قبل و بعد از عمل جراحی زیبایی، امکان‌پذیر می‌سازند (زجاجی و همکاران، ۱۳۹۳). به همین صورت، بررسی عوامل اجتماعی منجر به شناخت محیط اجتماعی و ساختارهای فرهنگی مستولی بر فرد و جامعه- در زمینه جراحی زیبایی- می‌گردند (ذکایی و فرزانه، ۱۳۸۷). از این‌رو، در ایران، مطالعات متعددی به بررسی عوامل روانشناسی و اجتماعی موثر بر گرایش به جراحی زیبایی پرداخته‌اند. اما این مطالعات شکل پراکنده و فردی داشته‌اند.

مطالعه‌های اجتماعی در زمینه گرایش به جراحی زیبایی و موضوعات نزدیک به آن

مطالعه‌های اجتماعی در زمینه گرایش به جراحی زیبایی و موضوعات نزدیک به آن (تصویر بدنی، رضایت بدنی و ...) توسط برخی از پژوهشگران خارجی و ایرانی صورت پذیرفته‌است. برخی از این پژوهش‌ها فقط روی موضوع مورد بررسی- در سطح بین‌الملل تمرکز داشته‌اند و خود را محدود به جامعه خاص نکرده‌اند. اما برخی از آن‌ها بر موضوع و جامعه خاصی تمرکز کرده‌اند. هوانگ و همکاران (۲۰۲۰) به فراتحلیل مطالعات در زمینه تاثیر رسانه بر تصویر بدنی پرداخته‌اند. آن‌ها ۱۲۷ مطالعه را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های آنان نشان داد که همه زنان و مردان در همه گروه‌های سنی در کشورهای مختلف تحت تاثیر

نمایش‌های رسانه‌ای مربوط به بدن‌های ورزشکاری ایده‌آل و لاغر قرار گرفته‌اند؛ رسانه‌های تجاری در مقایسه با رسانه‌های غیرتجاری کمتر در نگرانی‌های در حال افزایش تصویر بدنی موثر بوده‌اند؛ نمایش‌های رسانه‌ای بیشترین تاثیر را در ایجاد اختلال خوردن و درونی‌سازی بدن ایده‌آل و لاغر داشته‌اند.

گروز و همکاران (۲۰۰۱) اثر نمایش تصاویر بدن لاغر و ایده‌آل در رسانه‌ها را بر رضایت از بدن زنان ارزیابی کرده‌اند. آن‌ها به مطالعه ۲۵ مطالعه پرداخته‌اند. آن‌ها نشان دادند شرکت‌کنندگان کمتر از ۱۹ سال؛ افرادی که مدل‌های بسیار لاغر را دیده بودند و آن‌هایی که در برابر طرح لاغری آسیب‌پذیر بودند؛ تاثیر منفی و بیشتری از تصاویر رسانه‌ها و مدل‌ها می‌پذیرفتند. آن‌ها پیشنهاد کردند مولفه‌هایی برای پیشگیری و کاهش‌هایی در زمینه فرایند مقایسه اجتماعی مورد توجه قرار بگیرند.

میلوتزیدیس و همکاران (۲۰۱۶) به مرور سیستماتیک پیش‌بینی‌کننده‌های علاقه به جراحی زیبایی پرداخته‌اند. آن‌ها ۱۲ مقاله انگلیسی را شناسایی کردند و ویژگی‌های روانی و اجتماعی علاقه‌مندان به جراحی زیبایی را تجزیه و تحلیل نمودند. بر طبق این مطالعه، علاقه به جراحی زیبایی با عوامل اپیدمیولوژیک، شبکه‌های اجتماعی، ویژگی‌های روانشناختی افراد همانند تصویر بدنی، عزت نفس و خصیصه‌های شخصیتی و آسیب‌های خاص روانی مرتبط است. درک ویژگی‌های بیماران متقاضی جراحی زیبایی، انگیزه و انتظارات آن‌ها جنبه مهمی از مراقبت‌های بالینی است که آن دسته از بیمارانی را که بیشترین بازخورد مثبت را از این عمل می‌برند شناسایی می‌کند.

لیناردون و همکاران (۲۰۲۱) به مطالعه فراتحلیل «انعطاف‌پذیری تصویر بدنی» و همبستگی‌های آن پرداختند. آن‌ها اذعان کردند شواهد انباشته‌ای در مورد انعطاف‌پذیری تصویر بدنی وجود دارد اما با این حال، یک ترکیب و انسجام کمی از این پژوهش‌های تجربی وجود ندارد. بنابراین، ۶۲ مطالعه و ۱۹ همبستگی روانشناختی را مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند. همبستگی‌ها در سه دسته طبقه بندی شدند:

«اختلالات تصویربندی و خوردن»، «آسیب‌شناسی‌های کلی روانی» و «ساختارهای کلی روانشناختی و بدنی مثبت». مدل اثرات تصادفی نشان دادند همبستگی انعطاف‌پذیری تصویر بدنی با دو دسته اول معکوس و با دسته آخر مثبت است. براساس نتایج این پژوهش، مردان سطوح بالاتری از انعطاف‌پذیری تصویر بدنی را، نسبت به زنان، گزارش کردند. یافته‌ها تأیید کردند که انعطاف‌پذیری تصویر بدنی به طور مداوم با شاخص‌های سلامت روان مرتبط است و می‌توان آن را در طول مداخلات روانشناختی افزایش داد.

یون و کیم (۲۰۱۹) به مرور سیستماتیک و فراتحلیل جراحی زیبایی و عزت نفس در کره جنوبی پرداخته‌اند. آن‌ها ۱۶ مقاله با معیارهای متناسب را گزینش و تجزیه و تحلیل کردند. براساس نتایج این فراتحلیل، اکثر مطالعات از مقیاس عزت نفس روزنبرگ استفاده کرده بودند. بعضی مقاله‌ها فقط شامل زنان و بعضی هر دو جنس را شامل می‌شدند. همچنین متغیرهای نگرش اجتماعی- فرهنگی، BMI و استرس همبستگی ضعیف و متغیرهای قصد مدیریت ظاهر، قصد جراحی زیبایی و رضایت از بدن همبستگی متوسطی با عزت نفس نشان دادند. قصد جراحی زیبایی، BMI و استرس همبستگی منفی با عزت نفس داشتند. از این دست مطالعات فراتحلیل در ایران نیز انجام شده است.

اخلاصی و همکاران (۱۳۹۸) به فراتحلیل مطالعات ناظر به برساخت اجتماعی بدن در جامعه ایرانی پرداخته‌اند. آن‌ها به بررسی این موضوع پرداخته‌اند که در پژوهش‌های داخلی ۱۳۸۶-۱۳۹۵ پدیده مدیریت بدن در نسبت با چه متغیرهایی مورد توجه محققان علوم اجتماعی قرار گرفته است. فراتحلیل ۲۹ مقاله پژوهشی منتخب فارسی و ۴۸ متغیر نشان داد متغیرهای اجتماعی و روانشناختی، بیشترین اهمیت، و متغیرهای زمینه‌ای و فرهنگی اهمیت کمتری نزد نویسندگان پژوهش‌های مرور شده داشته‌اند.

پورکاوه دهکردی و همکاران (۱۳۹۹) به «فراتحلیل عوامل گرایش زنان ایرانی به عمل‌های جراحی زیبایی» پرداخته‌اند. آن‌ها این مطالعه را با گزینش ۵۰ و در مرحله بعد ۳۲ پژوهش مربوطه، و از معکوس واریانس در سال‌های ۸۶ تا ۹۶ انجام داده‌اند. در این پژوهش از روش هگز و الکین فرضیه‌ها به عنوان وزن‌دهی به مطالعات استفاده شده است. در مطالعه آن‌ها، متغیر مقبولیت اجتماعی، هویت اجتماعی، هوش هیجانی و خودکارآمدی عمومی به عنوان متغیر تعدیل‌گر بیشترین اندازه اثر را بر جراحی زیبایی زنان داشته‌اند. در مطالعه پورکاوه دهکردی و همکاران، فقط تاثیر ۴ متغیر مذکور، در بین زنان، مورد بررسی قرار گرفته بود.

طالبی دلیر (۱۴۰۲) در پژوهشی با هدف تحلیل و ترکیب نتایج مطالعات صورت گرفته پیرامون عوامل روانشناختی- اجتماعی موثر بر گرایش به جراحی زیبایی در ایران با تمرکز بر اندازه اثر نشان داد که «طرح‌واره ناسازگار خودگردانی» بیشترین تاثیر را بر گرایش به جراحی زیبایی داشته است. به طوری که، میانگین اندازه اثر آن مثبت و زیاد است. بعد از آن، بیشترین عوامل تاثیرگذار بر گرایش به جراحی زیبایی «اختلال بدشکلی بدن»، «اختلال شخصیت نمایشی»، «خودکم‌بینی»، «ترس مرضی» و «مدیریت بدن» با اندازه اثر مثبت و زیاد و «عزت نفس» با اندازه اثر منفی و زیاد هستند. یافته‌ها نشان‌دهنده آسیب‌های روانی و اجتماعی در افراد متقاضی جراحی زیبایی است که منتج از فضای فرهنگی جامعه می‌باشد.

هدایتی و نظری پشت کوهی (۱۴۰۲) در پژوهشی با این فرض که زیبایی طلبی حق طبیعی و تکوینی آدمی است؛ امر نسبی و مصادیق آن تابع شرایط زمان و مکان و تشخیص عرف است و عمل جراحی زیبایی در زمان امروزی مصداق رایجی از این خواسته به حساب می‌آید و این حق می‌بایست به تراز اخلاق درآید و با معیارهای ارزشی سنجیده شود. به این نتایج دست یافتند که جراحی زیبایی که از مصادیق زیبایی طلبی انسان است برای این که مانند سایر حقوق طبیعی آدمی مدیریت شود، می‌بایست خود را با اصول و مرزهای اخلاقی منطبق سازد.

شیرازی و همکاران (۱۴۰۲) پژوهشی با هدف بررسی نقش تنظیم شناختی هیجان، ذهن‌آگاهی و آمیختگی شناختی در پیش‌بینی نگرانی از تصویر بدن در زنان متقاضی جراحی زیبایی انجام داد. نتایج نشان داد که بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه و آمیختگی شناختی با نگرانی از تصویر بدن رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگارانه و ذهن‌آگاهی با نگرانی از تصویر بدن رابطه منفی و معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز آشکار کرد که ۷۵/۱ درصد واریانس نگرانی از تصویر بدن به وسیله تنظیم شناختی هیجان، ذهن‌آگاهی و آمیختگی شناختی تبیین می‌شود. به طور کلی می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری نمود که تنظیم شناختی هیجان، ذهن‌آگاهی و آمیختگی شناختی در نگرانی از تصویر بدن در زنان متقاضی جراحی زیبایی نقش ویژه‌ای را ایفا می‌نماید. لذا، پیشنهاد شد در مراکز درمانی و بیمارستان‌ها به درمان‌های مبتنی بر تنظیم هیجان، درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان متقاضی جراحی زیبایی توجه ویژه‌ای شود، زیرا این مداخلات درمانی باعث کاهش مشکلات روان‌شناختی مثل افسردگی، وسواس، اضطراب و استرس می‌شود و این به نوبه خود می‌تواند به بهبود تصویر بدن در زنان متقاضی جراحی زیبایی منجر شود.

شاه حیدری و همکاران (۱۴۰۲) پژوهش خود را با هدف بررسی نقش سبک‌های دلبستگی و احساس شرم از بدن در پیش‌بینی حساسیت به طرد و قدردانی از بدن در متقاضیان جراحی زیبایی انجام دادند. نتایج نشان داد که ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نیز آشکار کرد که ۶۱/۴ درصد واریانس حساسیت به طرد و ۴۰/۵ درصد از واریانس قدردانی از بدن به وسیله سبک‌های دلبستگی و احساس شرم از بدن تبیین می‌شود. نتیجه پژوهش بیانگر نقش معنادار سبک‌های دلبستگی و احساس شرم از بدن در پیش‌بینی حساسیت به طرد و قدردانی از بدن در متقاضیان جراحی زیبایی بود؛ لذا با توجه به نتایج به دست آمده، می‌توان گفت که بهره‌گیری از این مولفه‌ها احتمالا

می‌تواند هم در جهت شناخت بهتر عوامل و انگیزه‌های جراحی زیبایی در زنان و هم در درمان عوامل آسیب‌زا، کمک‌کننده باشد.

تاجور و همکاران (۱۴۰۲) پژوهشی با هدف بررسی نظر خبرگان در خصوص چالش‌ها و راهکارهای مدیریت اعمال یادشده در ایران انجام دادند. یافته‌ها حاکی از آن بود که چالش‌ها در چهار طبقه ارائه‌دهندگان خدمات (آموزش و پرورش نامناسب، ارائه‌دهندگان غیرمتخصص، مخاطرات اخلاقی، کاستی در نحوه نگارش قوانین و موثر نبودن فرآیند رسیدگی به شکایات)، گیرندگان خدمات (تحت‌تاثیر تبلیغات فریبنده قرار گرفتن، پایین بودن سطح سواد سلامت مردم و عدم سلامت روان)، محل ارائه خدمات (انجام اعمال جراحی در مکان‌های غیراستاندارد و یکپارچه نبودن نظام اطلاعات) و داروها، فرآورده‌ها و تجهیزات پزشکی (نظارت ناکافی بر تامین، توزیع و به‌کارگیری و نوسانات قیمت) دسته‌بندی شدند. بنابراین اقدام اصلی موثر جهت رفع چالش‌ها، شامل تقویت نظارت متولی نظام سلامت با هماهنگی و همکاری درون و برون‌بخشی است. در این راستا، تدوین چارچوب‌های آموزشی، اخلاقی و حقوقی، تنظیم قوانین نظارتی، آگاه‌سازی جامعه، مصاحبه‌های بالینی و مشاوره‌های روانشناختی به‌ویژه پیش از جراحی زیبایی و استقرار سامانه یکپارچه پرونده الکترونیک سلامت توصیه شد.

رابعی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر ارزشیابی تناسب اندام و نگرانی از عدم پذیرش درخواست زنان متقاضی جراحی زیبایی نشان داد طرح‌واره درمانی بر کاهش ارزشیابی تناسب اندام، نگرانی از عدم پذیرش درخواست و انتظار پاسخ در زنان متقاضی جراحی زیبایی موثر است. همچنین نشان داد که این اثربخشی در دوره پیگیری نیز ماندگار است. بنابراین طرح‌واره درمانی یک درمان موثر در کاهش ارزشیابی تناسب اندام، نگرانی از عدم پذیرش درخواست و انتظار پاسخ در زنان متقاضی جراحی زیبایی است.

خباث‌نابت و همکاران (۱۴۰۱) پژوهشی با هدف تعیین برآزش مدل ساختاری روابط بین گرایش به جراحی زیبایی با تصویر بدنی منفی و باورهای غیرمنطقی با میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان در زنان متقاضی جراحی زیبایی شهر بوشهر انجام داد. نتایج نشان داد که متغیرهای تصویر بدنی منفی و باورهای غیرمنطقی با میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان پیش‌بینی‌کننده گرایش به جراحی زیبایی در زنان بودند. همچنین تحلیل داده‌ها نشان‌دهنده مناسب بودن شاخص‌ها بوده و مدل از برآزش مطلوبی برخوردار بود. یافته‌های مدل ساختاری نشان داد که مسیر تصویر بدنی منفی و باورهای غیرمنطقی با تنظیم شناختی هیجان به‌طور مستقیم و با گرایش به جراحی زیبایی با میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان معنادار می‌باشد. نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش، می‌تواند برای روان‌درمانگران و مشاوران در ارائه مشاوره تخصصی به زنان متقاضی جراحی پروتکلی مبنی بر اصلاح باورها و شناخت‌های غیرمنطقی و آموزش سبک‌های مقابله‌ای جهت کاهش تصویر بدنی منفی و باورهای غیرمنطقی و افزایش تنظیم شناختی هیجان معرفی نماید.

خان‌زاده و آقامحمدی (۱۴۰۱) در پژوهشی با هدف آزمون مدل ساختاری تأثیرات استفاده از رسانه بر گرایش زنان جوان ایرانی به جراحی زیبایی، با توجه به نقش میانجیگر درونی‌سازی الگوهای رسانه، باورها در مورد ظاهر و نگرانی از تصویر بدنی به این نتایج دست یافتند که شاخص‌های برآزش برای مدل پژوهش در حد مطلوبی بوده است. همچنین نتایج آزمون اثرات مستقیم با استفاده از روش برآورد حداکثر درست‌نمایی نشان داد که تمامی تأثیرات مستقیم مدل به جز تأثیر باورهای ظاهری بر گرایش به جراحی زیبایی معنادار بوده و در نهایت، نتایج آزمون اثرات غیرمستقیم با استفاده از روش بوت استرپ پارامتریک نشان داد که تمامی اثرات غیرمستقیم مدل معنادار بود. از این رو نتایج از اهمیت نقش درونی‌سازی الگوهای رسانه و نگرانی از تصویر بدنی در گرایش زنان ایرانی به جراحی زیبایی حمایت نمود.

درجانی و رضایی (۱۴۰۱) در پژوهشی با هدف پیش‌بینی نشانه‌های اختلال بدریخت‌انگاری بدنی براساس میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی و مکانیزم‌های دفاعی در مراجعان مراکز جراحی زیبایی به این نتایج دست یافت داد که استفاده از شبکه‌های اجتماعی و دو سبک دفاعی رشدنیافته و روان‌رنجور پیش‌بینی کننده بدریخت‌انگاری بدنی هستند ولی سبک رشدنیافته پیش‌بینی کننده معناداری برای بدریخت‌انگاری بدنی نبود. همچنین متغیرهای پیش‌بین پژوهش قادر به پیش‌بینی ۷ درصد از واریانس متغیر ملاک در مراجعان به مراکز جراحی زیبایی بودند. نتیجه پژوهش نشان داد که توجه به مکانیزم‌های دفاعی و استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی توسط روان‌شناسان می‌تواند به تبیین بدریخت‌انگاری بدنی در مراجعه‌کنندگان به مراکز جراحی زیبایی کمک نماید.

پورکاوه دهکردی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی با هدف فراتحلیل عوامل موثر در گرایش زنان ایرانی به عمل‌های جراحی زیبایی ۱۵ متغیر موثر بر انجام جراحی زیبایی بدست آوردند که از بین این ۱۸ متغیر، چهار متغیر هویت اجتماعی با اندازه اثر ۷/۷، مقبولیت اجتماعی ۷/۴، هوش هیجانی ۷/۲ و خودکارآمدی عمومی با اندازه اثر ۷ به صورت معناداری برگرایش به انجام جراحی زیبایی زنان ایرانی اثر داشتند.

اخلاصی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی با هدف مطالعه، شناسایی و سنخ‌بندی متغیرهای معطوف به ساخت اجتماعی بدن در جامعه ایرانی نشان داد بدن‌های طبیعی زیست‌شناختی کنش‌گران اجتماعی متأثر از ۴۸ متغیر در چهار سنخ اجتماعی، فرهنگی، زمینه‌ای و روانشناختی، به نوعی مصنوع اجتماعی فرهنگی بدل شده‌اند. متغیرهای اجتماعی در ۵۷/۸٪ موارد بیشترین فراوانی، و متغیرهای فرهنگی در ۲۷/۲٪ موارد کمترین فراوانی را دارا هستند؛ در ۷۸/۲٪ پژوهش‌ها، متغیرهای روانشناختی توجه پژوهشگران را به خود جلب نموده‌اند؛ بدین‌سان، متغیرهای اجتماعی و روان‌شناختی، بیشترین اهمیت، و متغیرهای زمینه‌ای و فرهنگی اهمیت کمتری نزد نویسندگان پژوهش‌های مرور شده داشته‌اند.

عباسی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی با هدف مطالعه نظام معنایی گرایش زنان به هویت‌های متمایز ظاهری از طریق عمل‌های زیبایی نشان داد مهم‌ترین علل جراحی زیبایی و مدیریت بدن زنان جوان تهرانی «حساسیت به زیبایی و تناسب اندام»، «حقارت عضوی» و «میل به تغییر» در آنان بود. «اکتسابی شدن زیبایی»، «پیشنهاد پزشک»، «تقابل سنت و مدرنیته» و «ایدئولوژی رقابتی»، از عوامل مداخله‌گر بود. زنان راهبردهایی چون «واپس‌زنی پیری»، «ریسک‌پذیری»، «مشاوره و چیدمان جسمی» داشتند. پیامد برخی از این راهبردها «لاغری مدگونه»، «پرستیژ اجتماعی»، «خطر مرگ»، «گزینه‌های مقایسه‌ای»، «بدن نمایشی»، و «زندگی وانمودی» بود. پدیده محوری نیز «انقیاد بدن» و «هژمونی وانمودگی» و «بدن ساختار زدایی شده» مقوله هسته تعیین گردید.

ذوقی پایدار و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی با هدف مقایسه اختلال تصویر تن، بدریختی بدن و گرایش به مد در افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد غیرمتقاضی نشان داد که بین میانگین اختلال تصویر تن، اختلال بدشکلی بدنی و گرایش به مد در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نشان داد که اختلال بدریختی بدن به طور معنی‌داری توان پیش‌بینی تمایل یا عدم تمایل به جراحی زیبایی در افراد را دارد. بنابراین افرادی که اختلال تصویر تن، بدریختی بدن و گرایش به مد در آنها دیده می‌شود بیشتر اقدام به عمل جراحی زیبایی می‌کنند.

یو^۱ و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی با هدف قرار دادن متقاضیان جراحی زیبایی بینی به این نتایج دست یافتند که روانشناسی‌های پاتولوژیک مانند اضطراب، افسردگی و اختلال بدشکلی بدن در بیمارانی که قرار است تحت عمل جراحی بینی قرار گیرند رایج است و اختلال بدشکلی بدن بیشتر با افسردگی مرتبط است. جراحی بینی تاثیر روانی کمی بر بیماران دارد، یعنی نه باعث بهبودی می‌شود و نه بدتر می‌شود. بیماران زنی که

^۱ - Yu

تحت عمل زیبایی بینی قرار گرفته‌اند باید در معرض خطر بالای اختلال بدشکلی بدن در نظر گرفته شوند. اگرچه نتایج جراحی به طور کلی کاملاً مثبت است، بیمارانی که مبتلا به اختلال بدشکلی بدن تشخیص داده می‌شوند، به احتمال زیاد ناراضی هستند.

محمد و ابراهیم (۲۰۲۳) در پژوهشی به این نتایج دست یافتند که بین احتمال انجام جراحی زیبایی و عزت نفس همبستگی معنی‌دار آماری وجود دارد. علاوه بر این، بین احتمال انجام جراحی زیبایی و شادی زندگی همبستگی معنادار آماری وجود دارد. در نهایت، بین احتمال انجام جراحی زیبایی و جذابیت ظاهری رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد. این نتایج نشان می‌دهد که عزت نفس، شادی و سطح جذابیت فیزیکی یک فرد ممکن است در تصمیم او برای انجام جراحی زیبایی نقش داشته باشد.

اوری^۱ و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی با اشاره به اینکه هدف از اعمال زیبایی، افزایش جذابیت افراد با اصلاح ظاهر فیزیکی آنهاست و به دلیل ایده‌آل لاغری که توسط رسانه‌ها تبلیغ می‌شود، زنان بیشتر از مردان جراحی زیبایی را ترجیح می‌دهند. نوجوانان دختر نیز، که تحت یک مرحله رشد عاطفی ناپایدار هستند، به ویژه به استانداردهای زیبایی غیرواقعی واکنش نشان می‌دهند. از این رو هر چه بیشتر هنجارهای فرهنگی را درونی کنند، بدن خود را بیشتر عینیت می‌بخشند و دیدگاه جوانان در مورد بدنشان اساساً تحت تأثیر بازخوردهای دریافتی از والدین و سایر بزرگسالان است؛ به این نتایج دست یافتند که پیام‌های مراقب در مورد ظاهر و عادات غذایی نوجوانان دختر، نقش سازنده‌ای بر نگرش آنها نسبت به جراحی زیبایی دارد. چنین پیام‌هایی تمایل آنها را برای مشاهده بدن خود به عنوان اشیایی که در خدمت رعایت استانداردهای زیبایی خاص هستند، پیش‌بینی می‌کند. هرچه بیشتر این گونه دیدگاه‌ها را تایید کنند، تمایل بیشتری به جراحی زیبایی برای بهبود ظاهر خود دارند.

^۱ - Öry

یون و کیم^۱ (۲۰۲۰) در پژوهشی با هدف بررسی ارتباط جراحی زیبایی و عزت نفس در قالب یک پژوهش فراتحلیلی بیان کردند متغیرهای نگرش اجتماعی-فرهنگی، BMI، استرس، مدیریت ظاهر، قصد جراحی زیبایی و رضایت از بدن بر عزت نفس افراد متقاضی جراحی زیبایی اثرگذارند. از میان متغیرهای مربوطه طبقه‌بندی‌شده، نگرش اجتماعی-فرهنگی، BMI و استرس اندازه‌های اثر ضعیف را نشان دادند و مقوله‌های قصد مدیریت ظاهر، قصد جراحی زیبایی و رضایت از بدن، اندازه‌های اثر متوسط را نشان دادند.

چن^۲ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی با اشاره به اینکه پلتفرم‌های رسانه‌های اجتماعی و برنامه‌های ویرایش عکس (عکس) منابع الهام‌بخش فزاینده‌ای برای افراد علاقه‌مند به جراحی زیبایی هستند؛ به این نتایج دست یافتند که استفاده از رسانه‌های اجتماعی خاص و برنامه‌های ویرایش عکس ممکن است با افزایش پذیرش جراحی زیبایی همراه باشد. این یافته‌ها می‌تواند به هدایت بحث‌های آینده بیمار و پزشک در مورد برداشت‌های جراحی زیبایی کمک کند، که براساس رسانه‌های اجتماعی یا استفاده از برنامه ویرایش عکس متفاوت است.

مونپلییر و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی با هدف قرار دادن زنانی که زایمان را سپری کرده بودند؛ پژوهشی در راستای جراحی‌های زیبایی انجام دادند و به این نتایج دست یافتند که این بیماران در ارزیابی ظاهر و مقیاس رضایت از تصویر بدن نمرات کمتری داشتند و علائم افسردگی بیشتری را نشان دادند. بیماران بدون میل به جراحی، کمترین میزان علائم افسردگی و تصویر بدنی مثبت‌تری داشتند. در بیمارانی که میل به جراحی کانتورینگ بدن بودند، درصد کاهش وزن کل تحت تاثیر منفی علائم افسردگی از طریق ارزیابی ظاهر و رضایت از ناحیه بدن قرار گرفت. تفاوت‌های قابل توجهی در مورد رضایت از تصویر بدن و علائم افسردگی هنگام مقایسه بیماران پس از باریاتریک و بدون تمایل

¹ - Yoon & Kim

² - Chen

به جراحی کانتورینگ بدن وجود داشت. رضایت از تصویر بدن با علائم افسردگی کمتر در همه بیماران پس از باریاتریک همراه بود. در بیمارانی که مایل به جراحی کانتورینگ بدن بودند، تصویر بدن یکی از واسطه‌های ارتباط بین درصد کاهش وزن کل و علائم افسردگی بود. بنابراین، تصویر بدن باید جدی گرفته شود و بخشی از ارزیابی پیامد در بیماران پس از باریاتریک باشد.

وی^۱ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی بیان نمودند که در بیمارانی که به دنبال جراحی پلاستیک زیبایی هستند، اضطراب قبل از عمل آشکارتر از افسردگی است. علاوه بر این، بین سطح تحصیلات و علائم اضطراب و افسردگی همبستگی منفی وجود دارد.

طبق بررسی وو و همکاران (۲۰۲۲) سه مقوله باعث تقویت نگرش‌های مثبت نسبت به جراحی زیبایی می‌شود که به شرح زیر می‌باشند:

الف) فشار اجتماعی و فرهنگی (همانند عادی‌سازی جراحی زیبایی و همسالان معطوف به ظاهر)؛

ب) ویژگی‌های درون‌فردی (همانند درونی‌کردن زیبایی ایده‌آل و مقایسه اجتماعی)؛

ج) مزایای زیبایی (منافع اجتماعی و اقتصادی).

همچنین، دو مقوله مشخص شد که باعث تضعیف نگرش مثبت به جراحی زیبایی می‌شود.

الف) ویژگی‌های درون‌فردی (همانند پذیرش بدون قید و شرط بدن و اعتماد به نفس)؛

ب) ملاحظات خارجی (همانند ریسک سلامتی و هزینه‌های مالی).

^۱ - Wei

اثرگذاری عوامل روانشناسی و اجتماعی بر جراحی زیبایی در ایران

ویژگی‌های روانی و شخصیتی بر گرایش افراد به جراحی زیبایی موثراند؛ ولیکن، برخی متغیرهای اجتماعی با متغیرهای روانشناختی رابطه و پیوند نزدیکی دارند و در سازوکار اثربخشی یکدیگر را پوشش می‌دهند. پژوهش‌های گسترده و متعددی در مورد اثرگذاری عوامل روانشناسی و اجتماعی بر جراحی زیبایی در ایران انجام و انباشته شده است. مرور و کندوکاو مقالات پیرامون موضوع گرایش به جراحی زیبایی در ایران نشان داده است که غالباً، در این مطالعات به مبانی نظری و ادبیات تئوریک روانشناختی غنی و پرباری پرداخته نشده است. تئوری‌های روانشناختی در پژوهش‌های مورد بررسی در سطح نسبتاً ضعیفی قرار داشت و تنها در برخی مقالات به تعریف پاره‌ایی از مفاهیم روانشناسی پرداخته شده بود و مقیاس‌هایی برای سنجش آن‌ها ذکر شده بود. همچنین در برخی مقالات، ابهام در معنای مفاهیم روانشناسی احساس می‌شد؛ و یا از نظر معنایی همپوشانی و قرابت به نظر می‌آمد. ادبیات نظری‌ایی که در این پژوهش‌ها مورد توجه قرار گرفته بودند غالباً در حوزه اجتماعی و روانشناسی اجتماعی (فمینیسم و رسانه) جای داشتند و تکراری بودند. در یک بررسی درون‌کشوی یافته‌ها حاکی از آن بود که بیشترین فراوانی‌ها، به ترتیب، مربوط به متغیرهای رسانه‌ها، فشار اجتماعی، اضطراب و تصویر بدنی منفی بود. داده‌ها حاکی از این موضوع بوده است که برخی متغیرها (یا عوامل) به طور مکرر مورد بررسی و سنجش قرار گرفته‌اند. ولیکن، متغیرهای کثیر و متنوع‌ایی هم وجود دارند که به طور پراکنده و در مقاله‌های محدودی، با توجه به علقه و دغدغه پژوهشگران، واری شده‌اند. از این رو، بررسی و تحلیل این متغیرها نیز حائز اهمیت و توجه می‌باشد. به طور کلی، با توجه به کثرت متغیرها، آن‌ها با تسامح به پنج مولفه محتوایی طبقه‌بندی شدند تا درک و شناخت بیشتری حاصل گردد:

(۱) محرک اجتماعی؛

(۲) درک و تصور منفی از بدن؛

(۳) خصیصه‌های روانشناختی مثبت؛

(۴) خصیصه‌های روانشناختی منفی؛

(۵) طرحواره‌های ناسازگار، اختلالات شخصیت و راهبردها

نتایج تحلیل‌ها نشان داد «طرح‌واره ناسازگار خودگردانی» بیشترین تاثیر را بر گرایش به جراحی زیبایی دارد. به طوری که، میزان میانگین این اندازه اثر قوی و جهت آن مثبت است. همچنین اندازه اثر متغیرهای اختلال بدشکلی بدن، اختلال شخصیت نمایشی، خودکم‌بینی، ترس‌مرزی و مدیریت بدن، مثبت و قوی و متغیر «عزت نفس» منفی و قوی است. متغیرهای با اندازه اثر متوسط وسواس جبری، فشار اجتماعی، اضطراب، تصویر بدنی منفی و افسردگی هستند که جهت رابطه همگی آن‌ها مثبت است. در نهایت، متغیرهای اختلال شخصیت مرزی، رسانه‌ها، نشانگان و شکایات جسمانی، اسکیزوتایپال و اختلال در عملکرد اجتماعی و اختلال شخصیت اجتنابی دارای اندازه اثر کم و مثبت هستند. اندازه اثر در متغیر اعتماد به نفس، نیز، کم و منفی است. مولفه‌های «محرک اجتماعی»، «درک و تصور منفی از بدن»، «خصیصه‌های روانشناختی منفی» و «طرحواره‌های ناسازگار، اختلالات شخصیت و راهبردها» تاثیر مثبت بر گرایش به جراحی زیبایی نشان دادند. اما، مولفه «خصیصه‌های روان شناختی مثبت» تاثیر منفی و معکوس بر گرایش به جراحی زیبایی داشت. به طور کلی، رویکردهای اجتماعی و فرهنگی به مساله زیبایی نقش مهمی در ایجاد استانداردها و تعیین ایده‌آل‌های بدن بازی می‌کنند به طوری که بازخوردهای ادراکی، نگرشی و رفتاری در بردارند. عوامل اجتماعی همانند رسانه جمعی، شبکه‌های اجتماعی و انواع برنامه‌های آن‌ها، اثر مستقیم و غیرمستقیم بر ارزش‌ها، باورها و آرمان‌های اجتماعی دارند. رسانه‌ها هنجارآفرینی می‌کنند؛ فشار اجتماعی را تولید و بازتولید می‌کنند؛ و بر رفتارهای فردی و اجتماعی

و حتی فضایِ گفتمانی جامعه مستولی هستند. نقش رسانه‌ها در ارزش‌گذاری‌های اجتماعی و اخلاقی، و تعیین خوبی‌ها و بدی‌ها قابل تامل است. در این جریان، با نمایش الگوهای رسانه‌ای، تایید اطرافیان (همسالان، دوستان، خویشاوندان و دیگر افراد) و فشارهای محیط اجتماعی، زیبایی بدنی به عنوان خوبی و فضیلت ارزش‌گذاری می‌شود. پیرو آن، ایده‌آل‌ها و استانداردهای زیبایی درونی می‌شود و فرد سعی می‌کند به این آرمان‌ها، فضیلت‌ها و ارزش‌های اجتماعی دست یابد. در این جریان، افراد به مقایسه خود با الگوهای نمایشی و دیگران می‌پردازند. آنجا که برخی افراد نمی‌توانند در قالب این استانداردهای زیبایی بگنجد و تلاش آن‌ها برای دستیابی به تصویر بدنی مطلوب و دلخواه بی‌نتیجه است در معرض آسیب‌ها و مشکلات روحی و روانی قرار می‌گیرند. در این شرایط فرد دچار احساس حقارت و خودکم‌بینی می‌شود و سعی می‌کند در جهت جبران و سرکوب احساسات منفی‌اش به مدیریت بدن بیشتری بپردازد. پس به ویرایش بدن و عمل جراحی روی می‌آورد تا در کسب ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی موفق شود. در این زمینه، افرادی که دچار ویژگی‌های روانشناختی حساس و آسیب‌پذیری هستند بیشتر در معرض مسائل و مشکلات روحی، روانی و اجتماعی قرار می‌گیرند. ولیکن افرادی که ویژگی‌های روانشناختی مثبت در آن‌ها قوی‌تر است کمتر به چالش کشیده می‌شوند. با این حال، به نظر می‌رسد، مسائل و مشکلات روانشناختی در هم‌تنیده هستند و با هم همپوشانی دارند. افرادی که خودگردانی و عملکرد اجتماعی پایینی دارند معمولاً از اعتماد به نفس و عزت نفس پایین‌تری نیز برخوردارند. همچنین، آن‌ها برای رفع خودکم‌بینی به سبک زندگی تظاهری و نمایشی روی می‌آورند و بیشتر به مدیریت بدن می‌پردازند تا وانمود به خود موفق و دستیابی به فضیلت‌های اجتماعی و اخلاقی کنند. از آنجایی که، عموماً در جوامع مردسالار، زیبایی به عنوان یک سرمایه برای زنان محسوب می‌شود، آن‌ها در این بستر بیشتر دچار آسیب و

مشکلات روانی و اجتماعی می‌گردند. انتظار می‌رود گزارش‌های درج شده در این کتاب به عنوان پایه‌ای ملموس و مفیدی برای توسعه استراتژی‌های پژوهش‌های آینده و سیاستگذاری‌های اجتماعی، فرهنگی و سلامت روانی، به کار گرفته شود تا اثرات نامطلوب صنعت جراحی زیبایی در حال رشد، مدیریت شود. دستاورد این کتاب می‌تواند در حوزه پزشکی، روانشناسی فرهنگی و سلامت اجتماعی مفید واقع شود. به طوری که، پیش‌بینی تقاضا و رضایتمندی بدنی بیمار بعد از عمل جراحی زیبایی تا اندازه‌ایی به ویژگی‌های شخصیتی و مشکلات روانی فرد پیوند خورده است. این مشکلات و ویژگی‌ها نیز متاثر از شرایط زندگی و محیط اجتماعی افراد است. این کتاب روشنگر این مطالب است که در مطالعات کمی پیرامون گرایش به جراحی زیبایی به چه عوامل روانشناسی و اجتماعی بیشتر توجه شده است؛ و ارزیابی کلی از اندازه اثر هر یک از این متغیرها به چه میزان بوده است؛ و یا بررسی چه متغیرهایی مغفول مانده است یا به آن‌ها توجه کمی شده است. بنابراین، از طریق این دست از نوشتارها، امکان جهت‌گیری‌های آتی و خط‌های پژوهشی آینده در زمینه گرایش به جراحی زیبایی، اختلال تصویر بدنی و ... فراهم می‌شود. در همین راستا امکان شناخت و اعمال مداخلات روانشناختی و اجتماعی و بررسی تکنیک‌ها در این زمینه فراهم می‌شود. اگر چه این مداخلات، آرمان‌های زیبایی و گرایش به جراحی زیبایی را به چالش نمی‌کشند اما بدون تاثیر نیستند. برای مثال طبقه‌بندی وو و همکاران (۲۰۲۲) و مطالعه فراتحلیل لیناردون و همکارانش (۲۰۲۱) در زمینه «انعطاف‌پذیری تصویر بدنی» در زمینه ارائه مداخلات حائز اهمیت هستند. در زمینه مداخلات اجتماعی، معمولاً، سواد اجتماعی و تاثیر و تاثر آن در بسترهای گوناگون مورد توجه قرار می‌گیرد. همچنین یکی از مداخلات پیشنهادی ارائه مدل‌های زیبایی متفاوت، متنوع و گوناگون - مثلاً ارائه مدل برای افراد چاق یا درشت اندام - است. از آن جایی که افراد آرزو دارند شبیه مدل‌های زیبایی باشند بدین طریق حد و ثغور و محدودیت‌ها برای همانندسازی با استانداردها

و معیارهای زیبایی کمتر و منعطف‌تر می‌گردد و افراد در مقایسه‌ها کمتر دچار تعارض می‌شوند.

فصل دوم:

نگاهی به جراحی زیبایی در جهان

جراحی زیبایی به طور فزاینده‌ای در سراسر جهان پذیرفته شده است، با نرخ پذیرش از ۵.۴٪ در سال ۲۰۱۸ به ۷.۴٪ در سال ۲۰۱۹ (انجمن بین‌المللی جراحی پلاستیک زیبایی، ۲۰۱۹، ۲۰۲۰). براساس آمار در سطح جهان، ۱۵.۹ درصد از کل عمل‌های جراحی زیبایی در سال ۲۰۱۹ در ایالات متحده انجام شده است و برزیل، ژاپن، مکزیک و ایتالیا نیز از نظر تعداد عمل در رتبه‌های بالایی قرار دارند (انجمن بین‌المللی جراحی پلاستیک زیبایی، ۲۰۱۹، ۲۰۲۰). در کره جنوبی، تعداد عمل‌ها کمتر بوده است، اما سرانه، تعداد عمل‌های جراحی زیبایی و جراحان پلاستیک از سال ۲۰۱۰ در سطح جهانی در رتبه‌بندی بالایی قرار گرفته‌اند (بونل و همکاران، ۲۰۲۱؛ جی و همکاران، ۲۰۱۴).

تقریباً ۲۰٪ از مردم کره جنوبی حداقل یک عمل جراحی زیبایی را انجام داده‌اند که این امر پذیرش گسترده‌ای را نشان می‌دهد (بونل و همکاران، ۲۰۲۱). جراحی زیبایی برای زنان بیشتر از مردان در کره جنوبی رایج است، زیرا زنان بیشتر از نظر ظاهر ارزیابی می‌شوند و ظاهر زنان تأثیر قوی‌تری بر ارزیابی افراد از توانایی اجتماعی آن‌ها در مقایسه با ظاهر مردان دارد (پارک و همکاران، ۲۰۱۹). یک نظرسنجی کره ای گالوپ نشان داد که ۹۱٪ از زنان بزرگسال در کره جنوبی پاسخ دادند که ظاهر نقش مهمی در موفقیت

اجتماعی دارد و ۵۳.۹٪ از آن‌ها هنگام درخواست شغل با تبعیض ظاهری مواجه شدند (گالوپ کره، ۲۰۱۵؛ لیم، ۲۰۱۹).

جراحی زیبایی یک رفتار مدیریت ظاهر برای اصلاح اساسی ظاهر فرد در مدت زمان کوتاه با روش‌های جراحی یا غیرجراحی است (بونل و همکاران، ۲۰۲۱؛ هندرسون-کینگ و هندرسون-کینگ، ۲۰۰۵؛ لی و لی، ۲۰۱۹). افرادی که به دنبال تغییر ظاهری شدید هستند، اغلب تصمیم می‌گیرند که تحت عمل جراحی زیبایی قرار گیرند، اما این روش‌ها خطراتی مانند عوارض جانبی پزشکی (مانند واکنش‌های التهابی، عفونت، عملکرد نادرست فیزیکی محل جراحی و شکست جراحی)، مشکلات روانی (به عنوان مثال اعتیاد به جراحی زیبایی) و بار اقتصادی (سارور و همکاران، ۱۹۹۸) را شامل می‌شود.

همانطور که اشاره شد، جراحی زیبایی یک روش مدیریت ظاهر برای اصلاح دائمی یا نیمه دائمی ظاهر فرد در مدت زمان کوتاهی است (هندرسون کینگ و هندرسون کینگ، ۲۰۰۵؛ لی و لی، ۲۰۱۹). خطرات بیشتری نسبت به لوازم زیبایی جداسدنی یا قابل جابجایی دارد که به طور موقت برای مدت کوتاهی روی بدن اعمال می‌شوند، مانند پوشیدن آرایش، لباس یا لوازم جانبی (روچ هیگینز و ایچر، ۱۹۹۲). جراحی زیبایی به طور کلی به روش‌های جراحی و غیرجراحی طبقه‌بندی می‌شود (لی و لی، ۲۰۱۹).

نگرش منفی نسبت به جراحی زیبایی تا اوایل دهه ۲۰۰۰ رایج بود، اما احساسات عمومی نسبت به جراحی زیبایی اخیراً به سمت پذیرش مثبت تغییر کرده است (لی و لی، ۲۰۱۹). امروزه جراحی زیبایی به عنوان راهی برای تغییر ظاهر در نظر گرفته می‌شود. بنابراین، مردم به طور فزاینده‌ای آن را به عنوان یک ابزار مدیریت ظاهر قابل قبول درک می‌کنند زیرا آرمان‌های دست نیافتنی زیبایی در جامعه فراگیر شده است (بونل و همکاران، ۲۰۲۱).

پذیرش جراحی زیبایی

پذیرش جراحی زیبایی نشان دهنده درجه‌ای است که افراد نسبت به جراحی زیبایی نگرش مثبت دارند و آن را به عنوان یک ابزار مدیریت ظاهر می‌پذیرند (هندرسون-کینگ و هندرسون-کینگ، ۲۰۰۵). مردم به طور فزاینده‌ای بر این باورند که تغییر ظاهر خود برای برآورده کردن استانداردهای زیبایی ایده آل به نفع زندگی اجتماعی یا ادراک خود است (هندرسون-کینگ و هندرسون-کینگ، ۲۰۰۵). هندرسون کینگ و هندرسون کینگ (۲۰۰۵) اظهار داشتند که پذیرش جراحی زیبایی توسط انگیزه‌های اجتماعی و درون فردی براساس یک مقیاس اندازه‌گیری سه بعدی تعیین می‌شود:

(۱) بعد «درون فردی» شامل عوامل شخصی است که بر پذیرش جراحی زیبایی تأثیر می‌گذارد. بهبود عزت نفس یا کاهش مشکلات روانی؛

(۲) بعد "اجتماعی" به انگیزه‌های اجتماعی اشاره دارد که بر تصمیم‌گیری برای انجام عمل جراحی زیبایی برای افزایش چشم اندازه‌های اجتماعی و حرفه‌ای و جذب اعضای اجتماعی تأثیر می‌گذارد. و

(۳) بعد "در نظر گرفتن" درجه‌ای را اندازه می‌گیرد که جراحی زیبایی به طور جدی برای بهبود جذابیت فیزیکی در نظر گرفته می‌شود. با این حال، پذیرش جراحی زیبایی همیشه منجر به انجام عمل جراحی زیبایی واقعی نمی‌شود (سون، ۲۰۱۱).

انجام جراحی زیبایی یک عامل تعیین کننده اساسی در ادراکات، نگرش‌ها و رفتارها در مورد جراحی زیبایی است. کیم و چانگ (۲۰۱۴) و سوامی و همکاران. (۲۰۰۸) نشان داد که انجام جراحی زیبایی قبلی پیش‌بینی کننده قابل توجهی برای جراحی زیبایی آینده است. سون (۲۰۱۱) همچنین دریافت که سطوح ویژگی‌های روان‌شناختی اجتماعی (یعنی درونی‌سازی ایده‌آل‌های زیبایی، مقایسه اجتماعی ظاهر و نظارت بر بدن) بین افرادی که جراحی زیبایی انجام داده‌اند و افرادی که انجام نداده‌اند به‌طور قابل توجهی متفاوت است. با این حال، این مطالعات تنها تفاوت‌ها را در احتمال انجام

جراحی زیبایی اضافی (کیم و چانگ، ۲۰۱۴؛ سوامی و همکاران، ۲۰۰۸) و تفاوت‌ها در میانگین نمرات ویژگی‌های روان‌شناختی اجتماعی براساس تجربه جراحی زیبایی قبلی بررسی کرده‌اند (سون، ۲۰۱۱). بنابراین، تعیین اینکه آیا تأثیرات روانشناختی اجتماعی بر پذیرش جراحی زیبایی براساس تجربه جراحی زیبایی فرد متفاوت است یا خیر، از یافته‌های مطالعات قبلی غیرممکن بود.

تأثیرات روانشناختی اجتماعی بر پذیرش جراحی زیبایی

عوامل متعددی بر پذیرش جراحی زیبایی تأثیر می‌گذارد. بر اساس یک مرور ادبیات سیستماتیک، سارور و همکاران. (۱۹۹۸) یک مدل مفهومی از رابطه بین عوامل تأثیرگذار و پذیرش جراحی زیبایی پیشنهاد کرد که شامل چهار عامل تأثیرگذار بود. تأثیرات روان‌شناختی اجتماعی، از جمله مقایسه اجتماعی ظاهر و نگرش‌های اجتماعی-فرهنگی نسبت به ظاهر، به‌عنوان یکی از چهار عامل تأثیرگذار مرتبط با پذیرش بیشتر جراحی‌های زیبایی شناسایی شد. علاوه بر این، هندرسون-کینگ و هندرسون-کینگ (۲۰۰۵) مقیاس اندازه‌گیری پذیرش جراحی زیبایی را ابداع کردند و نشان دادند که شیئی‌سازی بدن، به‌عنوان یکی از تأثیرات روانشناختی اجتماعی، بر پذیرش جراحی زیبایی تأثیر می‌گذارد.

مقایسه اجتماعی ظاهر

سارور و همکاران (۱۹۹۸) مقایسه اجتماعی ظاهر را به‌عنوان یک تأثیر روانشناختی اجتماعی بر پذیرش جراحی زیبایی شناسایی کرد. طبق نظریه مقایسه اجتماعی فستینگر (۱۹۵۴)، مقایسه اجتماعی به این معناست که افراد اجتماعی توانایی اجتماعی خود را که برای موفقیت اجتماعی ضروری است، در مقابل توانایی سایر اعضای اجتماعی ارزیابی می‌کنند. مقایسه اجتماعی زمانی افزایش می‌یابد که:

(۱) معیارهای ارزیابی ذهنی باشند،

(۲) دستیابی به توانایی دست‌نیافتنی باشد، و

(۳) توانایی برای موفقیت اجتماعی ضروری باشد (فستینگر، ۱۹۵۴؛ رادلوف، ۱۹۶۶).

در جامعه مدرن، زمانی که ظاهر جذاب نقش مهمی در موفقیت اجتماعی ایفا می‌کند و ظاهر ایده‌آل استاندارد دست‌نیافتنی است، افراد ظاهر خود را با سایر اعضای اجتماعی مقایسه می‌کنند (آرنوکی و همکاران، ۲۰۱۶؛ ماترا و همکاران، ۲۰۱۸؛ نیرینی و همکاران، ۲۰۱۴؛ پاتریک و همکاران، ۲۰۰۴).

مقایسه ظاهری رو به بالا نشان می‌دهد که افراد ظاهر خود را در مقابل افرادی که ظاهر برتری نسبت به خودشان دارند مانند افراد مشهور یا تأثیرگذاران رسانه‌های اجتماعی ارزیابی می‌کنند (آبراین و همکاران، ۲۰۰۹). این مقایسه‌ها می‌تواند رفتارهای مخاطره‌آمیز مدیریت ظاهر، از جمله جراحی زیبایی را افزایش دهد (کیم و لی، ۲۰۱۸؛ اوبراین و همکاران، ۲۰۰۹). مقایسه ظاهری به سمت بالا می‌تواند منجر به عقده حقارت در مورد ظاهر معمولی فرد شود که از آرمان‌های زیبایی جامعه دور است (آبراین و همکاران، ۲۰۰۹). عقده حسادت و حقارت می‌تواند به تمایل فرد برای تغییر سریع ظاهر معمولی منجر شود، بنابراین با وجود خطرات و عوارض جانبی، به آرمان‌های زیبایی دست‌نیافتنی جامعه نزدیک‌تر است (آرنوکی و همکاران، ۲۰۱۶). اخیراً قرار گرفتن در معرض گسترده رسانه‌ها و پرستش افراد مشهور بر پذیرش جراحی زیبایی تأثیر گذاشته است زیرا تصاویر افراد مشهور با ایربراش بیش از حد در رسانه‌ها به هدف اصلی مقایسه‌های ظاهری تبدیل شده‌اند و نارضایتی مردم از ظاهر معمولی را افزایش داده‌اند (یونگ و هوانگ، ۲۰۱۶؛ سوامی و همکاران، ۲۰۰۹).

علاوه بر این، از آنجایی که استفاده از پلتفرم‌های رسانه‌های اجتماعی تصویر محور مانند اینستاگرام به طور تصاعدی رشد کرده است، قرار گرفتن در معرض پست‌های افراد با ظاهری عالی، پذیرش جراحی زیبایی را افزایش داده است (براون و تیگمن، ۲۰۱۶؛ واکر و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، منطقی است که پیش‌بینی کنیم که مقایسه ظاهری رو

به بالا، پذیرش جراحی زیبایی را افزایش می‌دهد. با این حال، مطالعات قبلی با تمرکز بر تأثیر مقایسه ظاهر رو به بالا بر پذیرش جراحی زیبایی، بیشتر داده‌ها را از نمونه‌های عمومی جمع‌آوری کرده‌اند و تجربه قبلی جراحی زیبایی را در نظر نگرفته‌اند (کیم و لی، ۲۰۱۸؛ ماترا و همکاران، ۲۰۱۸؛ نرینی و همکاران، ۲۰۱۴؛ اوبراین و همکاران، ۲۰۰۹؛ سارور و همکاران، ۱۹۹۸). این احتمال وجود دارد که نمونه‌های کلی در این مطالعات شامل افرادی باشد که جراحی زیبایی انجام داده‌اند و افرادی که جراحی زیبایی انجام نداده‌اند اما پیش‌بینی می‌شود مقایسه ظاهری رو به بالا بر پذیرش جراحی زیبایی برای هر دو گروه تأثیر مثبت دارد: کسانی که قبلاً جراحی زیبایی انجام داده‌اند (گروه جراحی زیبایی) و کسانی که انجام نداده‌اند (گروه بدون جراحی زیبایی).

نگرش‌های اجتماعی فرهنگی نسبت به ظاهر

استانداردهای زیبایی ایده‌آل که در رسانه‌ها به تصویر کشیده می‌شوند، اهمیت ظاهر را ترویج می‌کنند و افراد را به درونی کردن بیشتر استانداردهای زیبایی ایده‌آل در ارزش‌ها و ترجیحات زیبایی‌شناختی خود سوق می‌دهند (پارک، ۲۰۱۲). این ادراکات و درونی‌سازی نگرش کلی افراد اجتماعی نسبت به ظاهر را تشکیل می‌دهد (هاینبرگ و همکاران، ۱۹۹۵). این نگرش‌ها محصولات اجتماعی-فرهنگی هستند زیرا افراد اجتماعی تحت تأثیر نیروهای اجتماعی-فرهنگی مانند ارزش‌ها، سبک زندگی و رسانه‌ها قرار می‌گیرند (لی و چو، ۲۰۱۴). پرسشنامه نگرش‌های اجتماعی-فرهنگی هاینبرگ و همکاران (۱۹۹۵) نسبت به ظاهر (SATAQ) ادراک افراد و پذیرش استانداردهای زیبایی ایده‌آل تحمیلی اجتماعی را ارزیابی می‌کند. این ابزار شامل دو بعد فرعی است:

(۱) "آگاهی از تاکید بر ایده‌آل‌های زیبایی" که اندازه‌گیری میزان درک اهمیت ظاهر جذاب برای دستیابی به مزایای اجتماعی و

(۲) "درونی‌سازی آرمان‌های زیبایی" با اشاره به میزان اهمیت ظاهری جذاب.

مردم از استانداردهای زیبایی ایده‌آل محبوب اجتماعی استقبال می‌کنند تا ارزش‌ها و ترجیحات زیبایی‌شناختی شخصی خود را تعیین کنند (هاینبرگ و همکاران، ۱۹۹۵). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که نگرش‌های اجتماعی-فرهنگی نسبت به ظاهر بر رفتارهای مدیریت ظاهر متفاوت تأثیر می‌گذارد (لی و چو، ۲۰۱۴؛ پارک، ۲۰۱۲). افراد اجتماعی با نمرات نگرش‌های اجتماعی-فرهنگی نسبت به ظاهر بالا (کسانی که معتقدند ظاهر جذاب برای دستیابی به مزایای اجتماعی مهم است و استانداردهای زیبایی ایده‌آل را به عنوان ارزش‌ها یا ترجیحات زیبایی‌شناختی خود می‌پذیرند) در رفتارهای مدیریت ظاهری پرخطرتر و عوارض جانبی، از جمله جراحی زیبایی شرکت می‌کنند که دارای خطرات ذاتی است (استینر-آدیر و همکاران، ۲۰۰۲؛ سوامی، ۲۰۰۹).

تامپسون و هاینبرگ (۱۹۹۹) خاطرنشان کردند که افراد اجتماعی بدن‌های لاغر غیرطبیعی و استانداردهای زیبایی دست‌نیافتنی را درونی می‌کنند زیرا این بدن‌ها و استانداردهای زیبایی در رسانه‌ها از جمله تلویزیون، فیلم‌ها، مجلات و تبلیغات رایج هستند. آن‌ها همچنین استدلال کردند که دوران مدرن شاهد یک روند صعودی در ظاهر مهم تلقی شده است. در گذشته، استانداردهای زیبایی از طریق آثار هنری ارائه می‌شد که بیشتر طبقات اجتماعی ممتاز از آن لذت می‌بردند، اما در جامعه مدرن، این استانداردها به شدت و به سرعت از طریق رسانه‌ها پخش می‌شوند (کیم، ۲۰۱۶). با این حال، استانداردهای زیبایی که در جامعه مدرن منتشر شده است برای مردم عادی دشوار است. تصاویر در رسانه‌ها که بر شکل‌گیری استانداردهای زیبایی ایده‌آل تأثیر می‌گذارند، اغلب ویرایش‌های بیش از حدی مانند ایربراشینگ را پشت سر گذاشته‌اند و افراد حاضر در تصاویر با روش‌های زیباسازی نامتعارف توسط متخصصان زیبایی ماهر، ظاهر خود را مدیریت می‌کنند (لین و مک فران، ۲۰۱۶).

قرار گرفتن در معرض این تصاویر و پیام‌های رسانه‌ای می‌تواند منجر به نارضایتی بدن و متعاقباً به درونی‌سازی استانداردهای زیبایی تحریف شده منجر شود (آهرن و همکاران، ۲۰۰۸؛ هوگو و میلز، ۲۰۱۹). علاوه بر این، از آنجایی که افراد تشخیص

می‌دهند که ظاهر جذاب می‌تواند مزیت رقابتی برای دستاوردهای اجتماعی باشد، مانند جستجوی شغل و روابط عاشقانه، افراد در نهایت بر ایده‌آل‌های زیبایی تأکید می‌کنند و از بدن معمولی خود ناراضی هستند (وارن و همکاران، ۲۰۰۵). این نارضایتی از بدن فیزیکی میل به تغییر ظاهر برای تحقق ایده‌آل زیبایی را در مدت کوتاهی افزایش می‌دهد و در نتیجه پذیرش جراحی زیبایی را با وجود خطرات ذاتی و انتقادات اجتماعی افزایش می‌دهد. مطالعات قبلی نشان داده‌اند که پذیرش جراحی زیبایی زمانی افزایش می‌یابد که آگاهی از تأکید و درونی‌سازی ایده‌آل‌های زیبایی وجود داشته باشد (جونگ و هوانگ، ۲۰۱۶؛ کیم، ۲۰۲۱؛ ماترا و همکاران، ۲۰۱۸؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۱).

جسم‌سازی بدن: نظارت بر بدن

عینیت بخشیدن به بدن نشان می‌دهد که یک فرد اجتماعی بدن خود را به عنوان یک سوژه شخصی کامل که می‌تواند به طور مستقل کنترل کند، درک نمی‌کند، بلکه هدفی است که سایر اعضای اجتماعی می‌توانند مشاهده کنند (گاپینسکی و همکاران، ۲۰۰۳؛ تیگمان و لینچ، ۲۰۰۱). محققان دریافته‌اند که نیروهای اجتماعی، مانند قرار گرفتن در معرض رسانه‌ها، عینیت‌سازی بدن را تقویت می‌کنند (فردریکسون و رابرتز، ۱۹۹۷؛ هریسون و کانتور، ۱۹۹۷؛ تاینر و اوگل، ۲۰۰۹). تصاویر و محتوای رسانه‌ای مردم را تشویق می‌کند که بدن خود، به ویژه زنان را با توصیف آن‌ها به عنوان اشیاء تحت نظارت از دیدگاه شخص ثالث، (سیلورستاین و همکاران، ۱۹۸۶)، که منجر به مشکلات عاطفی (مانند شرم، اضطراب، و... افسردگی) و مشکلات رفتاری (به عنوان مثال، اختلالات خوردن و اعتیاد به جراحی زیبایی) می‌شود، عینیت بخشند (فردریکسون و رابرتز، ۱۹۹۷؛ لی و جانسون، ۲۰۰۹). به طور خاص، در نتیجه پیشرفت‌های تکنولوژیکی و افزایش محبوبیت جراحی زیبایی، بسیاری از زنانی که از پیامدهای منفی شیئی‌سازی بدن رنج می‌برند، جراحی زیبایی را به عنوان راه‌حل انتخاب کرده‌اند (چینگ و زو، ۲۰۱۹).

مک کینلی و هاید (۱۹۹۶) آگاهی بدن عینیت یافته را این باور توصیف کردند که دستیابی به استانداردهای زیبایی غیرواقعی با درونی کردن آن استانداردها به عنوان معیارهای فرد برای تعیین ترجیحات زیبایی شناختی ممکن است. آن‌ها همچنین یک مقیاس اندازه‌گیری با سه زیربعد ایجاد کردند: نظارت بر بدن، شرم بدن، و باورهای کنترل ظاهر. در این میان، نظارت بر بدن نشان می‌دهد که افراد بدن خود را عینیت می‌بخشند و آن‌ها را از منظر شخص ثالث مشاهده می‌کنند، گویی شخص دیگری وجود دارد که ناظر است (مک کینلی و هاید، ۱۹۹۶). به طور کلی، زنان بیشتر از مردان تحت نظارت بدنی بیشتری قرار می‌گیرند، زیرا برای حفظ ظاهری مطلوب نسبت به مردان در معرض فشار اجتماعی بیشتری قرار دارند (رابرتز و گتمن، ۲۰۰۴؛ تاینر و اوگل، ۲۰۰۹). هنگامی که زنان به طور مکرر نظارت بر بدن را تجربه می‌کنند، منجر به از دست دادن مالکیت بدن می‌شود و آن‌ها نظرات ناظران را با استانداردهای زیبایی غیرواقعی درونی می‌کنند (رابرتس و گتمن، ۲۰۰۴). این درونی‌سازی می‌تواند باعث شود که زنان همیشه بدن خود را سانسور کنند (اسلیتر و تیگمان، ۲۰۰۲). وقتی خودسانسوری ظاهر قوی‌تر می‌شود، زنان می‌توانند از بدن خود ناراضی شوند، زیرا نمی‌توانند به استانداردهای زیبایی ایده‌آل برسند (سلاتر و تیگمن، ۲۰۰۲). بنابراین، زنان ممکن است جراحی زیبایی را برای کاهش نارضایتی فیزیکی خود بپذیرند و اتخاذ کنند، زیرا جراحی زیبایی تضمین‌کننده دگرگونی سریع با وعده دستیابی به ایده‌آل‌های زیبایی دست‌نیافتنی است که دستیابی به آن‌ها از طریق روش‌های طبیعی دشوار است (چینگ و زو، ۲۰۱۹؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعات قبلی نشان داده‌اند که نظارت بر بدن پذیرش جراحی زیبایی را تسهیل می‌کند و این مطالعات داده‌هایی را از نمونه‌های وسیعی از افرادی که قبلاً جراحی زیبایی انجام داده‌اند و همچنین کسانی که هرگز جراحی نکرده‌اند جمع‌آوری کرده‌اند (چینگ و زو، ۲۰۱۹؛ لیو و همکاران، ۲۰۲۱؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۱).

خطرات جراحی زیبایی

اعتیاد به جراحی زیبایی

یکی از خطرات جراحی زیبایی این است که می‌تواند منجر به اعتیاد به جراحی زیبایی شود، که یک وسواس برای اصلاح مکرر ظاهر خود از طریق جراحی زیبایی است (لی، ۲۰۱۳). اعتیاد به جراحی زیبایی همچنین می‌تواند خطر قابل توجهی باشد زیرا ممکن است منجر به جراحی‌های غیرقانونی انجام شده توسط متخصصان پزشکی غیرحرفه‌ای شود (شین و همکاران، ۲۰۰۴). نمونه‌ای از خطر اعتیاد به جراحی زیبایی در یک برنامه تلویزیونی واقعیت مشهور در کره جنوبی به نام "بانوی فن" نشان داده شده است که یک زن کره جنوبی را نشان می‌دهد که به جراحی زیبایی غیرقانونی معتاد شده بود. جراحی زیبایی غیرقانونی مکرر صورت او را بزرگتر کرد تا شبیه یک فن شود. او همچنین از عوارض جانبی جدی رنج می‌برد که زندگی او را به خطر می‌انداخت (شین و همکاران، ۲۰۰۴).

انجام جراحی زیبایی اغلب توسط جامعه مورد انتقاد قرار می‌گیرد زیرا ظاهر زیبا از طریق جراحی زیبایی به عنوان "زیبایی تقلبی" یا "زیبایی مصنوعی" رد می‌شود (بونل و همکاران، ۲۰۲۲). به دلیل این برداشت‌های نامطلوب، مردم اغلب از انجام جراحی زیبایی می‌ترسند و از استفاده از آن به عنوان ابزاری برای دستیابی به ظاهری زیبا انتقاد می‌کنند (بونل و همکاران، ۲۰۲۲). به طور خاص، افراد تصمیم می‌گیرند که آیا در یک رفتار خاص شرکت کنند یا نه. بر اساس اینکه آیا این رفتار باعث می‌شود آن‌ها از نظر اجتماعی به رسمیت شناخته شوند، احساس تعلق داشته باشند یا به عنوان افراد اجتماعی احساس احترام کنند (حسین و علی، ۲۰۱۴؛ اورموند، ۱۹۹۱). افراد اجتماعی:

(۱) به گروه‌های اجتماعی تعلق دارند،

(۲) تمایل به روابط پایدار با اعضای گروه‌های اجتماعی خود دارند، و

(۳) خود را از طریق ارزیابی اجتماعی و تصدیق شناسایی می‌کنند (حسین و علی، ۲۰۱۴؛ اورموند، ۱۹۹۱).

بنابراین، به عنوان افراد اجتماعی، ممکن است به دلیل انتقاد اجتماعی اعضای گروه اجتماعی خود از جراحی زیبایی، معتقد باشند که انجام جراحی زیبایی به اعتبار اجتماعی یا موقعیت اجتماعی آن‌ها آسیب می‌رساند. با این حال، علیرغم این تصورات منفی، ممکن است افراد همچنان تصمیم به انجام جراحی زیبایی داشته باشند (بونل و همکاران، ۲۰۲۱).

این تناقض در جامعه مدرن به دلیل تسهیل‌کننده‌های متعدد جراحی زیبایی که برداشته‌های منفی از جراحی زیبایی را خنثی می‌کنند، آشکارتر شده است (بونل و همکاران، ۲۰۲۱، ۲۰۲۲؛ کیم، ۲۰۲۱؛ کیم و لی، ۲۰۱۸). در میان تسهیل‌کننده‌ها، تأثیرات روان‌شناختی اجتماعی از قوی‌ترین نیروها در گسترش جراحی‌های زیبایی هستند (سارور و همکاران، ۱۹۹۸). سارور و همکاران (۱۹۹۸) و وانگ و همکاران (۲۰۲۱) پیشنهاد کرد که تأثیرات روان‌شناختی اجتماعی بر پذیرش جراحی زیبایی شامل:

(۱) مقایسه ظاهری با اعضای اجتماعی که به یک گروه اجتماعی خاص تعلق دارند (حسین و علی، ۲۰۱۴)،

(۲) نگرش اجتماعی-فرهنگی نسبت به ظاهر، و

(۳) بدن عینیت یافته است.

ادراکات این عوامل بر ادراک افراد اجتماعی از خود و ظاهرشان تأثیر می‌گذارد (به عنوان مثال، رضایت از بدن، رضایت از ظاهر، و عزت نفس)، که منجر به تمایل به حفظ فیزیک منظم و ظاهری زیبا می‌شود (کیم و لی، ۲۰۱۸؛ ابراین و همکاران، ۲۰۰۹؛ پاتریک و همکاران، ۲۰۰۴). با توجه به این شرایط روان‌شناختی اجتماعی، افرادی که ظاهرشان

شبيه به آرمان‌های زیبایی جامعه است از رقابت اجتماعی بهره می‌برند، در حالی که افرادی که ظاهر معمولی‌تری دارند ممکن است با تبعیض اجتماعی مواجه شوند (فریز و همکاران، ۱۹۹۱؛ جولاندر و جولاندر، ۲۰۰۹؛ مولفورد و همکاران، ۱۹۹۸). این شرایط روانشناختی اجتماعی، پذیرش افراد از جراحی زیبایی را علیرغم خطرات و انتقادات اجتماعی تشویق می‌کند (وانگ و همکاران، ۲۰۲۱).

توجه به این نکته مهم است که پذیرش جراحی زیبایی، که نشان دهنده نگرش مثبت نسبت به جراحی زیبایی است (هندرسون-کینگ و هندرسون-کینگ، ۲۰۰۵)، همیشه منجر به انجام عمل جراحی زیبایی نمی‌شود. سون (۲۰۱۱) دریافت که بیش از ۷۰ درصد از زنان کره جنوبی نگرش مثبتی نسبت به پذیرش جراحی زیبایی دارند، اما تنها حدود ۲۶ درصد آن‌ها جراحی زیبایی انجام داده‌اند.

تأثیرات روانشناختی اجتماعی بر پذیرش جراحی زیبایی براساس تجربه جراحی زیبایی قبلی

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که مقایسه ظاهری رو به بالا (به عنوان مثال، کیم و لی، ۲۰۱۸؛ ماترا و همکاران، ۲۰۱۸؛ نرینی و همکاران، ۲۰۱۴؛ اوبراین و همکاران، ۲۰۰۹؛ سارور و همکاران، ۱۹۹۸)، آگاهی از تاکید بر آرمان‌های زیبایی (به عنوان مثال، کیم و چانگ، ۲۰۱۴؛ سارور و همکاران، ۱۹۹۸)، و نظارت بر بدن (به عنوان مثال، لیو و همکاران، ۲۰۲۱؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۱) تأثیرات روانشناختی اجتماعی هستند که پذیرش جراحی زیبایی را افزایش می‌دهند.

مطالعات قبلی تأیید کرده‌اند که تأثیرات روانشناختی اجتماعی بر پذیرش جراحی زیبایی، از جمله مقایسه ظاهری رو به بالا، آگاهی از تاکید بر ایده‌آل‌های زیبایی و نظارت بر بدن، می‌تواند منجر به مسائل روانشناختی مانند زوال عزت‌نفس و رضایت از بدن شود (چینگ و زو، ۲۰۱۹؛ کیم و لی، ۲۰۱۸؛ لی و لی، ۲۰۱۹؛ لیو و همکاران، ۲۰۲۱؛ پاتریک و همکاران، ۲۰۰۴؛ سون، ۲۰۱۱؛ سوامی و همکاران، ۲۰۰۹؛ وانگ و

همکاران، ۲۰۲۱). این مسائل روانی در نهایت می‌تواند منجر به رفتارهای جبرانی پرخطر، مانند جراحی زیبایی، برای تسکین آن مسائل شود (آرنوکی و همکاران، ۲۰۱۶). علاوه بر این، مطالعات قبلی نشان داده‌اند که تجربه قبلی جراحی زیبایی پذیرش جراحی زیبایی را افزایش می‌دهد (لی، ۲۰۱۴؛ سئو و کیم، ۲۰۲۰؛ سوامی و همکاران، ۲۰۰۸)، و این پذیرش می‌تواند منجر به رفتارهای جراحی زیبایی واقعی، به ویژه در میان افرادی شود که قبلاً جراحی زیبایی داشته‌اند (ریچتین و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، تکرار عمل جراحی زیبایی ممکن است منجر به اعتیاد به جراحی زیبایی شود. به طور خاص، مطالعات قبلی نشان داده است که تجربه جراحی زیبایی گذشته یک عامل مهم منجر به اعتیاد به جراحی زیبایی است (کیم و چانگ، ۲۰۱۴). افرادی که قبلاً تحت عمل جراحی زیبایی قرار گرفته‌اند ممکن است بر این باور باشند که خطر جراحی زیبایی ناچیز است، و بنابراین، ممکن است در انجام روش‌های اضافی تردید نداشته باشند (ریچتین و همکاران، ۲۰۲۰؛ سئو و کیم، ۲۰۲۰). این پذیرش سخاوتمندانه جراحی زیبایی در گروه جراحی زیبایی می‌تواند عامل بالقوه‌ای در ترویج اعتیاد به جراحی‌های زیبایی باشد. با توجه به این بحث، پذیرش جراحی زیبایی در گروه جراحی زیبایی می‌تواند منجر به روش‌های جراحی زیبایی اضافی شود که می‌تواند اعتیاد به جراحی زیبایی را تحریک کند. بنابراین، مقایسه ظاهری رو به بالا، آگاهی از تاکید بر ایده‌آل‌های زیبایی و نظارت بر بدن می‌تواند محرک اعتیاد به جراحی زیبایی در گروه جراحی زیبایی باشد.

علاوه بر این، مطالعات متعدد نشان داده‌اند که درونی‌سازی آرمان‌های زیبایی (به عنوان مثال، لی و جانسون، ۲۰۰۹؛ لوند، ۲۰۱۳؛ نرینی و همکاران، ۲۰۱۴) و نظارت بر بدن (به عنوان مثال، لیو و همکاران، ۲۰۲۱؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۱) باعث می‌شوند پذیرش جراحی زیبایی افزایش یابد.

همچنین، ریچتین و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند که نگرش مثبت نسبت به جراحی زیبایی به ندرت منجر به انجام عمل‌های جراحی زیبایی واقعی در گروه بدون جراحی

زیبایی می‌شود زیرا افرادی که جراحی زیبایی انجام نداده‌اند تمایل دارند خطر مرتبط با جراحی زیبایی را خطرناک‌تر از افرادی که عمل جراحی زیبایی را تجربه کرده‌اند درک کنند. بنابراین، انتظار می‌رود که گروه بدون جراحی زیبایی احتمال کمتری برای معتاد شدن به جراحی زیبایی در مقایسه با گروه جراحی زیبایی داشته باشد. علاوه بر این، مطالعات قبلی نشان داده‌اند که نگرش مثبت نسبت به جراحی زیبایی با قدردانی از بدن ارتباط منفی دارد (مسکو و لانگ، ۲۰۲۱؛ سوامی، ۲۰۱۰)، به این معنی که افراد بدن خود را همانطور که هستند می‌پذیرند و به آن احترام می‌گذارند (تیلکا و وود-بارکالو، ۲۰۱۵). در نتیجه، افزایش درونی شدن ایده‌آل‌های زیبایی و نظارت بر بدن در گروه بدون جراحی زیبایی ممکن است با سطوح پایین‌تر قدردانی از بدن، اما نه با جراحی زیبایی بیش از حد، مرتبط باشد.

همچنین برخی از مطالعات مکانیسم‌های روان‌شناختی اجتماعی را بررسی کرده‌اند که رفتارهای جراحی زیبایی را تحریک می‌کنند (کیم و لی، ۲۰۱۸؛ لی و همکاران، ۲۰۱۷؛ لیم، ۲۰۱۹؛ پارک و همکاران، ۲۰۱۹). به طور خاص، مطالعه بین فرهنگی کیم و لی (۲۰۱۸) روی فرهنگ‌های کره جنوبی، چینی و ژاپنی نشان داد که زنان کره جنوبی تمایل دارند ظاهر خود را با اعضای اجتماعی جذابی که با استانداردهای زیبایی اجتماعی مطابقت دارند تا حد بیشتری نسبت به زنان چینی و ژاپنی مقایسه کنند. آن‌ها استدلال کردند که این تمایل منجر به عمل جراحی زیبایی واقعی برای غلبه بر عزت نفس آسیب دیده و رضایت از بدن آن‌ها می‌شود. کیم و لی (۲۰۱۸) همچنین تأکید کردند که مقایسه ظاهری بیشتر در کره جنوبی به این واقعیت مربوط می‌شود که ظاهر جذابی که استانداردهای زیبایی ایده‌آل را برآورده می‌کند، قدرت اجتماعی را در فرهنگ کره جنوبی ایجاد می‌کند. ادعای آن‌ها مربوط به "قدرت زیبایی" است که در مطالعه ناهای (۲۰۱۸) برای توصیف این پدیده ذکر شد که ظاهر جذاب که به استانداردهای زیبایی ایده‌آل نزدیک می‌شود قدرت رقابتی در حوزه‌های مختلف اجتماعی مانند شکار شغل، ترفیع و روابط عاشقانه دارد. علاوه بر این، لی و همکاران (۲۰۱۷) پیشنهاد کرد که

تمایل زنان کره جنوبی به آگاهی از اهمیت زیبایی ایده‌آل در حوزه‌های اجتماعی متنوع، رفتارهای مخاطره آمیز مدیریت ظاهری، از جمله جراحی زیبایی را افزایش می‌دهد. این اظهارات توسط مطالعات قبلی متعددی پشتیبانی شده است (کیم و لی، ۲۰۱۸؛ لیم، ۲۰۱۹؛ پارک و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین «قدرت زیبایی» ممکن است مقایسه ظاهری رو به بالا و آگاهی از تأکید بر ایده‌آل‌های زیبایی را افزایش دهد و در نهایت می‌تواند به روش‌های جراحی زیبایی واقعی منجر شود.

مطالعات قبلی نشان داده اند که درونی سازی آرمان‌های زیبایی نقش مهمی در تشدید پذیرش جراحی زیبایی ایفا می‌کند (لی و جانسون، ۲۰۰۹؛ لوند، ۲۰۱۳؛ نرینی و همکاران، ۲۰۱۴). با این حال، پذیرش جراحی زیبایی همیشه منجر به رفتار عمل جراحی زیبایی واقعی نمی‌شود، زیرا خطر مرتبط با جراحی زیبایی متفاوت درک می‌شود (ریچتین و همکاران، ۲۰۲۰). ریچتین و همکاران (۲۰۲۰) همچنین اظهار داشت که خطر درک شده جراحی زیبایی یکی از تعیین‌کننده‌ترین عوامل بازدارنده برای روش‌های جراحی زیبایی واقعی است و افراد تنها زمانی تصمیم به انجام جراحی زیبایی می‌گیرند که مزایای جراحی زیبایی بر خطر درک شده بیشتر باشد. بنابراین، بر خلاف مزایای کسب قدرت زیبایی، مزایای رضایت‌بخش ارزش‌ها یا سلیقه‌های زیبایی‌شناختی که توسط درونی‌سازی آرمان‌های زیبایی تعیین می‌شود، ممکن است برای جبران خطر جراحی زیبایی با رعایت استانداردهای زیبایی ایده‌آل، کافی نباشد. علاوه بر این، در گروه بدون جراحی زیبایی که درونی سازی ایده‌آل‌های زیبایی پذیرش جراحی زیبایی را افزایش می‌دهد، ممکن است نتایج مطالعات سون (۲۰۱۱) و کیم و لی (۲۰۱۸) را تأیید کند که برخی از زنان نگرش مطلوبی نسبت به جراحی زیبایی دارند حتی اگرچه هرگز آن را نداشته‌اند.

دستاورد پژوهش‌های پیشین حاکی از آن است که از نظر نظارت بر بدن، ادراک یک بدن عینی (یعنی بدن فرد از دیدگاه شخص ثالث تحت نظارت است) پذیرش جراحی زیبایی را افزایش می‌دهد. نظارت بر بدن عموماً یک عامل روان‌شناختی اجتماعی در

نظر گرفته می‌شود که پذیرش جراحی زیبایی را افزایش می‌دهد (چینگ و زو، ۲۰۱۹؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۱؛ لیو و همکاران، ۲۰۲۱). نظارت بر بدن یک تسهیل‌کننده اساسی برای نگرش کلی مثبت نسبت به جراحی زیبایی است، جایی که سرانه تعداد عمل‌های جراحی زیبایی و جراحان پلاستیک بدون توجه به تجربه قبلی افراد در جراحی زیبایی، بالا است (بونل و همکاران، ۲۰۲۱؛ جی و همکاران، ۲۰۱۴).

فصل سوم:

روانشناسی جراحی زیبایی

هر سال ده ها هزار نفر تحت عمل جراحی انتخابی و زیبایی قرار می‌گیرند تا ظاهر فیزیکی خود را تغییر دهند. به عنوان مثال، در سال ۱۹۹۴، انجمن جراحان پلاستیک و ترمیمی آمریکا (ASPRS) گزارش داد که اعضای آن بیش از ۳۹۰۰۰۰ عمل زیبایی را انجام داده اند که رایج ترین آن‌ها شامل لیپوساکشن (حذف چربی از نواحی مختلف بدن)، بزرگ کردن سینه، جراحی زیبایی بینی (تغییر بینی) است. و ریتیدکتومی (لیفت صورت) (ASPRS، ۱۹۹۴). این یک دست کم گرفتن از تعداد واقعی انجام شده است، زیرا جراحان عمومی و پزشکان سایر تخصص‌ها نیز عمل‌های زیبایی را انجام می‌دهند. در نهایت، این روش‌ها برای بهبود رضایت افراد از ظاهرشان و احتمالاً در بسیاری از موارد، عزت نفس آن‌ها انجام شد. در این راستا می‌توان جراحی زیبایی را یک مداخله روانی و یا حداقل یک عمل جراحی با پیامدهای روانی دانست.

در مورد وضعیت روانشناختی افرادی که به دنبال جراحی زیبایی یا تغییرات روانی احتمالی پس از جراحی هستند، اطلاعات کمی وجود دارد. به عنوان مثال، آیا چنین افرادی از درجانی از نارضایتی از تصویر بدن، از جمله اختلال بدشکلی بدن که از نظر بالینی قابل توجه است، رنج می‌برند؟ از طرف دیگر، آیا چنین افرادی از نظر روانشناختی سالم هستند و به دنبال جراحی برای افزایش تصویر مطلوب از خود هستند؟ شاید چنین افرادی به طور شهودی آنچه را که دانشمندان علوم اجتماعی طی سه دهه گذشته

آموخته‌اند درک کنند - اینکه افراد جذابیت فیزیکی را با ویژگی‌های شخصیتی بسیار مطلوب از جمله هوش، شایستگی و مطلوبیت اجتماعی مرتبط می‌دانند (به عنوان مثال، هاتفیلد و اسپرچر، ۱۹۸۶).

این فصل به روانشناسی جراحی زیبایی می‌پردازد و چارچوب آن بدین صورت است که با مروری بر تحقیقات روان‌شناختی روی بیماران جراحی زیبایی آغاز می‌شود و سپس پیشرفت‌های اخیر در روان‌شناسی تصویر بدن را مورد بحث قرار می‌دهد. اکثر نظریه‌پردازان معاصر بر این باورند که نگرانی‌های مربوط به تصویر بدن در درک بیماران جراحی زیبایی نقش اساسی دارد. با این حال، مطالعه رسمی کمی در مورد این رابطه انجام شده است. بنابراین، در این فصل مدلی از رابطه بین نارضایتی از تصویر بدن و جراحی زیبایی پیشنهاد شده و توصیه‌هایی برای تحقیقات تجربی در مورد این رابطه ارائه گردیده است. در ابتدا متذکر می‌شویم که تحقیقات در مورد روانشناسی بیماران جراحی زیبایی عموماً از دامنه و کیفیت محدودی برخوردار است و عمدتاً از گزارش‌های بالینی تشکیل شده است. با توجه به تعداد بالای اعمالی که سالانه انجام می‌شود، و با توجه به احتمال آسیب روانی و همچنین بهره‌مندی از تغییر ظاهر جراحی، پیشرفت‌های تئوری و تحقیقاتی ضروری است.

نگاه روانشناسانه به جراحی زیبایی

گیفورد (۱۹۷۲) در بررسی تاریخی خود، علاقه به روانشناسی بیماران جراحی زیبایی را به فروید (۱۹۱۸) وولف-من ردیابی کرد، که نگرانی و سواسی او در مورد یک اسکار بی‌اهمیت ناشی از برداشتن کیست کانون توجه یکی از مشهورترین موارد روانپزشکی قرار گرفت. اندکی پس از آن، پیشرفت‌های جراحی پس از جنگ جهانی اول با گزارش‌های مشتاقانه‌ای از تسکین عاطفی تجربه شده توسط افراد بدشکلی که تحت عمل جراحی ترمیمی قرار گرفتند، همراه شد. این گزارش‌های مثبت به رشد جراحی پلاستیک به عنوان یک روش انتخابی برای افراد بی‌شکل دامن زد.

ارزیابی‌های رسمی روانپزشکی افرادی که به دنبال جراحی زیبایی انتخابی بودند، برای اولین بار در دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ در ادبیات ظاهر شد. به طور معمول، این گزارش‌ها غلبه تفکر روانکاوانه را در روانپزشکی آمریکایی منعکس می‌کند و به طور کلی بیماران را به عنوان بسیار روان رنجور و/یا خودشیفته توصیف می‌کند (به عنوان مثال، هیل و سیلور، ۱۹۵۰؛ لین و گلدمن، ۱۹۴۹). شکایات ظاهری بیماران اغلب بر حسب تعارضات درون روانی که به نگرانی‌های جسمانی جابه‌جا شده بودند، مفهوم‌سازی می‌شدند. جراحان در مورد آسیب‌شناسی روانی بیمار مرد و همچنین بیمار جراحی «سیری‌ناپذیر» که به دنبال روش‌های زیبایی متعددی برای دستیابی به چهره کامل بود، هشدار داده‌اند. اگرچه تصور می‌شد که بیماران آن دوره از نظر روانی دچار اختلال هستند، جراحی به ندرت رد می‌شد و پیامدهای روانپزشکی معمولاً مثبت توصیف می‌شد (گیفورد، ۱۹۷۲).

اکثر متون روانشناسی در مورد بیماران جراحی زیبایی از سال ۱۹۶۰ تا به امروز منتشر شده است. به طور معمول، این تحقیقات محصول همکاری بین جراحان پلاستیک و روانپزشکان یا روانشناسان بوده است. آن‌ها علاقه جراحان را به شناسایی بیمارانی که از نظر روانی برای جراحی نامناسب هستند، و همچنین علاقه روانپزشکان به ارتباط آسیب‌شناسی روانی با روش‌های زیبایی خاص را منعکس کرده‌اند. جراحان پلاستیک همچنین برای تصحیح نقایص مادرزادی یا آسیب‌های ناشی از ضربه، روش‌های ترمیمی را انجام می‌دهند. در حالی که این روش‌های اخیر ممکن است شامل یک جزء روانشناختی قابل توجه باشد.

بررسی‌های روانشناختی پیش از عمل

مطالعات متعددی وضعیت روانی بیماران جراحی زیبایی قبل از عمل را ارزیابی کرده است. این گزارش‌ها، که در جدول ۱ جدول ۲ خلاصه شده‌اند، می‌توانند به گزارش‌هایی تقسیم شوند که عمدتاً به مصاحبه بالینی (نگاه کنید به جدول ۱) در مقابل گزارش‌هایی

که از معیارهای روان‌سنجی برای ارزیابی آسیب‌شناسی روانی استفاده می‌کنند (نگاه کنید به جدول ۲) تقسیم می‌شوند.

جدول ۱. بررسی‌های مصاحبه بالینی قبل و بعد از عمل از بیماران جراحی زیبایی

نویسنده	روش‌های زیبایی	حجم نمونه	روش ارزیابی	گروه کنترل	نتایج قبل از عمل	نتایج بعد از عمل
Edgerton et al. (1960)	همه	۹۸	۱.۲	-	۷۰٪ با تشخیص؛ ۳۵ درصد اختلالات شخصیت، ۱۶ درصد روان‌پریشی	۵۵٪ با اختلال عاطفی حاد
Meyer et al. (1960)	رینوپلاستی	۳۰	۱.۲	-	۵۳ درصد با تشخیص	۴۵٪ با اختلال قابل توجه بعد از عمل
Webb et al. (1965)	لیفت صورت	۷۲	۱.۲	-	۷۰٪ با تشخیص، در درجه اول اختلال شخصیت	۱۴ امتیاز از ۱۶ امتیاز با بهبود افسردگی
Hay and Heather (1973)	رینوپلاستی	۱۷	۱.۲	-	مقایسه با هنجارها انجام نشده است	کاهش خصومت؛ هیستریک‌تر
Goin et al. (1977)	کوچک کردن سینه	۸	۱	-	۲۵٪ " افسردگی شدید "	افسردگی در همه بیماران برطرف شد
Ohlsen et al. (1978)	بزرگ کردن سینه	۳۷	۱	-	افزایش علائم افسردگی، کاهش عزت نفس	کاهش علائم افسردگی، بهبود عزت نفس

۱ = مصاحبه بالینی. ۲ = پرسشنامه‌های خود گزارشی. ۳ = تست ناپولئون قبل از عمل

جدول ۱. بررسی‌های مصاحبه بالینی قبل و بعد از عمل از بیماران جراحی زیبایی

نویسنده	روش‌های زیبایی	حجم نمونه	روش ارزیابی	گروه کنترل	نتایج قبل از عمل	نتایج بعد از عمل
Sihm et al. (1978)	بزرگ کردن سینه	۲۰	۱.۲	-	۷۰٪ به عنوان "انحراف از تصویر عادی"	"بدون تغییر مهم در ساختار شخصیتی"
Beale et al. (1980)	بزرگ کردن سینه	۲۵	۱.۲	۲۸ بیمار پزشکی	گروه بیماران با افزایش افسردگی و احساس گناه	-
Schlebusch and Levin (1992)	بزرگ کردن سینه	۲۰	۱	۲۰ بیمار پزشکی	گروه بیماران با افزایش افسردگی و اضطراب؛ ۵۵٪ "نیاز به درمان"	-
Marcus (1984)	رینوپلاستی	۳۰	۱.۲	۲۵ بیمار جراحی دهان	۶۰ درصد از بیماران مبتلا به "بی ثباتی عصبی" یا "اختلال شخصیت"	کاهش اضطراب، بهبود خودپنداره در گروه بیمار
Robin et al. (1988)	رینوپلاستی	۳۱	۱.۲	۳۱ بیمار جراحی	گروه بیماران با اضطراب، وسواس و پارانویا بیشتر	کاهش اضطراب، وسواس و پارانویا
Edgerton et al. (1991)	همه	۸۷	۱	-	همه بیماران مبتلا به اختلالات روانی؛ ۷۰٪ روان رنجور، ۱۷٪ اختلال شخصیت، ۱۳٪ روان پریشی	۸۳٪ نتیجه روانپزشکی مثبت، ۱۴٪ حداقل بهبود
Napoleon (1993)	همه	۱۳۳	۱.۳	-	۷۰٪ با تشخیص محور II. ۱۹.۵٪ با تشخیص محور I	-

۱ = مصاحبه بالینی. ۲ = پرسشنامه‌های خود گزارشی. ۳ = تست ناپولئون قبل از عمل

جدول ۲. بررسی‌های ارزیابی روان‌سنجی قبل و بعد از عمل در بیماران جراحی زیبایی

نویسنده	روش‌های زیبایی	حجم نمونه	روش ارزیابی	گروه کنترل	نتایج قبل از عمل	نتایج بعد از عمل
Hay (1970)	رینوپلاستی	۴۵	۱.۲.۳	۴۵ پرستار	گروه بیماران عصبی تر و وسواسی تر. ۱۸ نفر مبتلا به اختلال شخصیت تشخیص داده شد	-
Baker et al. (1974)	بزرگ کردن سینه	۱۰	۱.۲.۳.۴	-	پروقیل مرکب معمولی	-
Wright and Wright (1975)	رینوپلاستی	۲۴	۴	۲۵ بیمار جراحی	مقیاس Pd به طور معنی داری < در گروه جراحی بینی، بدون نمره پاتولوژیک در گروه جراحی بینی	تفاوت معنی داری در نمرات قبل / بعد وجود ندارد
Shipley et al. (1977)	بزرگ کردن سینه	۲۸	۲.۶	۲۸ زن با سینه کوچک و ۲۸ زن با سینه متوسط	بیماران در موفقیت و زنانگی امتیاز کمتری داشتند. همه نمرات با ۱ SD نمونه هنجاری	-
Micheli-Pellegrini and Manfrida (1979)	رینوپلاستی	۶۵	۱.۴.۵	-	"اختلال روانی مشخص"	-
Goin et al. (1980)	لیفت صورت	۵۰	۱.۲.۴.۷	-	۵۴٪ با آسیب شناسی قابل توجه	۵۴ درصد با علائم افسردگی در دوره بعد از عمل
Hollyman et al. (1986)	کوچک کردن سینه	۱۱	۱.۲.۸	۱۹ نفر از کارکنان و دانش‌آموزان	افزایش افسردگی و اضطراب در مقایسه با نمونه هنجاری	هیچ تغییری در هفته ۲۶ وجود نداشت.
Goin and Rees (1991)	رینوپلاستی	۱۲۱	۹	-	BSI برای همه بیماران طبیعی است	کاهش اضطراب، افسردگی و وسواس در ۶ ماه

۱ = مصاحبه بالینی؛ ۲ = پرسشنامه‌های خود گزارشی؛ ۳ = پرسشنامه شخصیت آیزنک؛ ۴ = MMPI؛ ۵ = رورشاخ؛ ۶ = فهرست شخصیت کالیفرنیا؛ ۷ = پرسشنامه افسردگی بک؛ ۸ = Crown-Crisp Experimental Index؛ ۹ = فهرست مختصر علائم.

ارزیابی‌های بالینی

اکثر مطالعاتی که بر مصاحبه بالینی تکیه داشتند آسیب‌شناسی روانی قابل توجهی را در بیماران جراحی زیبایی گزارش کردند (جدول ۱ را ببینید). در یکی از تحقیقات اولیه، ۷۰ درصد از یک سری؛ ۹۸ بیمار مبتلا به اختلال روانپزشکی تشخیص داده شد که شایع‌ترین آن‌ها افسردگی، روان‌رنجور و شخصیت وابسته به منفعل توصیف شد (ادگرتون و همکاران، ۱۹۶۰). توصیفات مشابهی از آسیب‌شناسی روانی در یک سری از بیماران لیفت صورت (وب و همکاران، ۱۹۶۵)، سه تحقیق در مورد بیماران جراحی بینی (مارکوس، ۱۹۸۴؛ مایر و همکاران، ۱۹۶۰؛ رابین و همکاران، ۱۹۸۸)، و چهار تحقیق در مورد بیماران جراحی بزرگ کردن سینه گزارش شده است (بیل و همکاران، ۱۹۸۰؛ اوهلسن و همکاران، ۱۹۷۸؛ اسپلبوش و لوین، ۱۹۸۳؛ سیهم و همکاران، ۱۹۷۸). کاستی‌های روش‌شناختی اطمینانی را که می‌توان به یافته‌های فوق داد، محدود می‌کند. اول، این مطالعات از روش‌های ارزیابی استاندارد استفاده نکردند. در بیشتر موارد، ماهیت مصاحبه بالینی توصیف نشده و معیارهای تشخیصی یکسانی استفاده نشده است. دسته‌بندی‌های بیمارانی که در این مقالات یافت می‌شوند، مانند "اختلال روانی مشخص"، "انحراف از تصویر عادی" و "نیاز به درمان" به قدری مبهم هستند که تکرار را غیرممکن می‌کنند.

برخی از تحقیقات مصاحبه را با فرم‌های خودگزارشی تقویت کردند، اما روشن نیست که چگونه از این داده‌ها در فرمول‌بندی توصیفات یا تشخیص‌ها استفاده شده است. علاوه بر این، اکثر تحقیقات شامل یک گروه کنترل یا مقایسه نبودند. در نتیجه، تعیین اینکه آیا سطح گزارش شده از اختلال روانی بیشتر از بیمارانی بود که تحت سایر روش‌های پزشکی یا جراحی قرار گرفتند یا افراد کنترل که براساس متغیرهای مقایسه مناسب همسان شده بودند، غیرممکن است. در نهایت، سطوح بالای آسیب‌شناسی روانی ممکن است بازتابی از سوگیری‌های پژوهشگران روان‌پزشکی باشد که عمدتاً تحت آموزش روانکاوی قرار گرفته‌اند. چنین محدودیت‌های روش‌شناختی را می‌توان حتی در

مطالعات مصاحبه یافت. ناپلئون (۱۹۹۳) گزارش داد که ۷۰ درصد بیماران در یک عمل جراحی زیبایی دارای اختلال شخصیت محور II و ۱۹.۵ درصد از بیماران دارای اختلال محور I بودند. اگرچه مطالعه ناپلئون نسبت به تحقیقات قبلی با استفاده از معیارهای تشخیصی پذیرفته شده (دستورالعمل تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش سوم، بازبینی شده [DSM-III-R]؛ انجمن روانپزشکی آمریکا [APA]، ۱۹۸۷) بهبود یافت، اما استفاده از یک مصاحبه بالینی نامشخص و عدم وجود پایایی تشخیص‌ها می‌تواند دلیل شیوع بالای اختلالات محور II در این نمونه باشد.

به طور خلاصه، گزارش‌های بالینی آسیب‌شناسی روانی در بیماران جراحی زیبایی باید با احتیاط مشاهده شود. با توجه به کاستی‌های ذکر شده، تعیین اینکه آیا بیماران واقعاً از نظر روانی آشفته بودند یا خیر، غیرممکن است. مطالعات بالا همچنین تعیین نکردند که آیا بیمارانی که به دنبال یک عمل زیبایی مشابه هستند، مانند جراحی زیبایی بینی "تغییر نوع" (که در آن بینی به ظاهر جدیدی تغییر می‌کند)، یا یک روش متفاوت، مانند لیفت صورت "ترمیمی" (که در آن صورت به حالت جوانتر و سابق برمی‌گردد) مشکلات روانی خاصی دارند که با افرادی که تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند متفاوت است یا خیر. در عوض، ادبیات بالینی بررسی شده در بالا، شاید زودتر از موعد به این نتیجه رسید که اکثر بیماران جراحی زیبایی از نظر روانی آشفته بودند.

ارزیابی‌های روانسنجی

مطالعاتی که از آزمون‌های استاندارد برای ارزیابی آسیب‌شناسی روانی استفاده می‌کنند، معمولاً در مقایسه با نتایج تحقیقات مصاحبه بالینی، اختلال کمتری را گزارش کرده‌اند (جدول ۲ را ببینید). متداول‌ترین معیار آسیب‌شناسی روانی، پرسشنامه شخصیت چندمرحله‌ای مینه سوتا (MMPI) بوده است. هیچ آسیب‌شناسی روانی قابل توجهی برای ۵۰ بیمار لیفت صورت که قبل از عمل MMPI را تکمیل کردند، گزارش نشد (گوئین و همکاران، ۱۹۸۰).

به طور مشابه، پروفایل‌های نرمال MMPI در یک سری از ۱۰ بیمار بزرگ‌کننده سینه (بیکر و همکاران، ۱۹۷۴) و در دو تحقیق جداگانه در مورد بیماران جراحی بینی یافت شد (مانفیدا و میشلی-پلگرینی، ۱۹۷۹؛ رایت و رایت، ۱۹۷۵).

تحقیقاتی که از اندازه‌گیری‌های دیگر استفاده کردند نیز آسیب‌شناسی روانی خفیف یا بدون آن را نشان دادند. ۲۸ بیمار بزرگ‌کردن سینه تنها با زنان گروه کنترل کوچک و متوسط در متغیرهای «دستاورد از طریق استقلال» و «انعطاف‌پذیری» که توسط پرسشنامه شخصیت کالیفرنیا اندازه‌گیری شد، تفاوت داشتند (شیپلی و همکاران، ۱۹۷۷). به طور مشابه، یک سری از ۱۲۱ بیمار رینوپلاستی در محدوده نرمال در فهرست مختصر علائم (گوین و ریس، ۱۹۹۱) امتیاز گرفتند. آسیب‌شناسی روانی خفیف در دو مطالعه دیگر مشاهده شد. با استفاده از مجموعه‌ای از آزمایش‌هایی که شامل پرسشنامه شخصیت آیزنک می‌شد، مشخص شد که بیماران جراحی بینی نسبت به گروه کنترل پرستاران بیمارستان، عصبی‌تر و وسواس‌گراتر هستند (هی، ۱۹۷۰). نمونه‌ای از ۱۱ بیمار کاهش اندازه سینه نیز در مقایسه با مقادیر هنجاری شاخص تجربی کراون کریسپ (هولیمن و همکاران، ۱۹۸۶) دارای آسیب‌شناسی روانی خفیف از جمله افزایش افسردگی و اضطراب بودند.

در حالی که این نتایج در مقایسه با تحقیقات مصاحبه، آسیب‌شناسی روانی بسیار کمتری را در بیماران جراحی زیبایی نشان می‌دهد، این مطالعات محدودیت‌هایی نیز دارند. در بیشتر موارد، ابزار مورد استفاده برای استفاده از انواع آسیب‌شناسی روانی خاص این بیماران طراحی نشده است. در حالی که مقیاسی مانند مقیاس روان‌استنی MMPI ممکن است معیاری «جهانی» از نگرانی و وسواس ارائه دهد، ممکن است به انواع اختلالات مرتبط با نگرانی‌های ظاهری حساس نباشد. علاوه بر این، چندین تحقیق در استفاده از گروه‌های کنترل یا مقایسه شکست خوردند. در نهایت، تحقیقاتی که بیماران را با نمونه‌های هنجاری مقایسه می‌کردند، اغلب نتوانستند شباهت‌ها یا

تفاوت‌های ویژگی‌های توصیفی بین دو گروه را توصیف کنند. به این ترتیب، مناسب بودن چنین مقایسه‌هایی ناشناخته است.

نتیجه‌گیری از ارزیابی‌های قبل از عمل

اعتقاد بر این است که نتایج آزمایش‌های عینی، و مداد کاغذی عموماً قابل اعتمادتر و معتبرتر از نتایج حاصل از مصاحبه بالینی هستند. به طور آزمایشی نیز، براساس تعداد کمی از مطالعات، نتیجه گرفته می‌شود که اکثر بیماران جراحی زیبایی از اختلالات روانی جدی رنج نمی‌برند. علاوه بر این، به نظر می‌رسد هیچ رابطه روشنی بین یک روش زیبایی خاص و اشکال خاص آسیب‌شناسی روانی وجود ندارد.

با این حال، دو تفسیر جایگزین از تفاوت بین یافته‌های مبتنی بر مصاحبه و روان‌سنجی باید مورد توجه قرار گیرد. اول، ماهیت جمعیت جراحی زیبایی در طول زمان تغییر کرده است. قبل از دهه ۱۹۷۰، زمانی که محققان میزان بالاتر آسیب‌شناسی روانی را گزارش کردند، جراحی زیبایی بسیار کمتر رایج بود. امروزه نه تنها افراد بیشتری نسبت به قبل به دنبال جراحی زیبایی هستند، بلکه این زنان و مردان از طیف وسیع‌تری از سنین و گروه‌های اجتماعی-اقتصادی هستند (آسپرز، ۱۹۹۴). شاید برای جستجوی جراحی زیبایی باید بیشتر از نظر روانی آشفته می‌شد، در حالی که این خدمات آنچنان که امروزه به بازار عرضه می‌شود، نبود. احتمال دوم، همانطور که در بالا ذکر شد، این است که محققان قبلی، که بسیاری از آن‌ها پزشکان ماهر بودند، در مصاحبه‌های خود ویژگی‌های روان‌شناختی ظریف‌تری را کشف کردند که ممکن است با معیارهای استاندارد از قلم افتاده باشد. متأسفانه، ماهیت این صفات ممکن است به اندازه کافی توصیف نشده باشد و بنابراین در نتیجه نامگذاری نسبتاً مبهم روانپزشکی آن زمان از بین رفته باشد.

بررسی‌های روانشناختی پس از عمل

بررسی نتیجه روانشناختی جراحی زیبایی، نتایج قطعی به همراه نداشته است. همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است، ۶ مورد از ۱۰ مطالعه‌ای که از مصاحبه‌های بالینی استفاده کردند، پیامد روانشناختی مطلوبی را گزارش کردند (ادگرتون و همکاران، ۱۹۹۱؛ گوین و همکاران، ۱۹۷۷؛ مارکوس، ۱۹۸۴؛ اولسن و همکاران، ۱۹۷۸؛ رابین و همکاران، ۱۹۸۸؛ وب و همکاران، ۱۹۶۵)، در حالی که دو پیامد منفی مشاهده کردند (ادگرتون و همکاران، ۱۹۶۰؛ مایر و همکاران، ۱۹۶۰)، و دو نفر دیگر هیچ تغییری یا نتایج مختلطی را مشاهده نکردند (هی و هیدر، ۱۹۷۳؛ سیهم و همکاران، ۱۹۷۸). علاوه بر انتقادات از ارزیابی‌های مصاحبه قبل از عمل که قبلاً توضیح داده شد، مصاحبه‌های قبل و بعد از عمل اغلب توسط همان مصاحبه‌گر انجام می‌شد، عملی که پتانسیل سوگیری مصاحبه‌گر را افزایش می‌دهد. بنابراین، اگرچه گزارش‌های تغییرات روان‌شناختی مثبت پس از جراحی زیبایی دلگرم‌کننده است، اما باید با احتیاط به آن‌ها نگاه کرد.

جدول ۲ نشان می‌دهد که تنها چهار مطالعه از آزمون‌های استاندارد برای ارزیابی پیامد روانی استفاده کردند. یک مطالعه تغییر مطلوبی را نشان داد (گوین و ریس، ۱۹۹۱) و دو مطالعه هیچ تغییری را مشاهده نکردند (هولیمن و همکاران، ۱۹۸۶؛ رایت و رایت، ۱۹۷۵). یکی افزایش علائم افسردگی را در بیماران لیفت صورت در طول دوره پس از عمل توصیف کرد، اگرچه امتیاز BDI در واقع نسبت به سطوح قبل از عمل کاهش یافته بود (گوئین و همکاران، ۱۹۸۰).

همانطور که قبلاً ذکر شد، یکی از دلایل اصلی که پزشکان وضعیت روانی بیماران را ارزیابی کردند، شناسایی افرادی بود که در معرض خطر واکنش عاطفی نامطلوب به جراحی بودند. در حالی که تجربه بالینی نقش بالقوه دو متغیر - انگیزه بیمار برای جراحی و جنسیت بیمار - را پیشنهاد می‌کند - هیچ کدام به طور تجربی مورد بررسی

قرار نگرفته است. علاوه بر این، هیچ مطالعه‌ای وجود ندارد که به طور سیستماتیک رابطه بین معیارهای پایه آسیب‌شناسی روانی و رضایت بیمار از جراحی یا تغییرات در وضعیت روانی-اجتماعی پس از عمل را بررسی کند. بنابراین، با توجه به تعداد محدود مطالعات و عدم وجود تحقیقات روش‌شناختی صحیح، اعتقاد بر این است که زودهنگام است که به این نتیجه برسیم که جراحی زیبایی در اکثر بیماران مزایای روانی ایجاد می‌کند.

جراحی زیبایی و تصویر بدن

واضح است که ظاهر فیزیکی یکی از دغدغه‌های رایج بیماران جراحی زیبایی است. تحقیقات در مورد روانشناسی ظاهر فیزیکی در دو دهه اخیر به سرعت رشد کرده است، اما این موضوع به طور پراکنده در بیماران جراحی زیبایی مورد بررسی قرار گرفته است. برخی از محققان معتقدند که این بیماران بیشتر عزت نفس خود را از ظاهر خود به دست می‌آورند (ناپلئون و لوئیس، ۱۹۸۹) و زمانی که عزت نفس آنها کاهش می‌یابد، به دنبال تغییر جراحی هستند (ادگرتون و لانگمن، ۱۹۸۲). دیگران استدلال کرده‌اند که بیماران از نظر روان‌شناختی «انجام‌دهنده» سالم هستند (گوئین و گوئین، ۱۹۸۷) که انگیزه بالایی برای بهبود ظاهر خود دارند، حتی با وجود خطرات بیهوشی و جراحی، و همچنین هزینه‌های قابل توجهی که از جیب خود می‌گیرند.

اعتقاد بر این است که مطالعات آینده روانشناسی جراحی زیبایی باید بر تصویر بدن تمرکز کند، یک ساختار روانشناختی که ارتباط نزدیکی با ظاهر فیزیکی دارد. بسیاری از محققین معتقدند که تصویر بدن دارای ابعاد چندگانه است (به عنوان مثال، پروزینسکی و کش، ۱۹۹۰؛ تامپسون، ۱۹۹۰). به عنوان مثال، تامپسون (۱۹۹۰) معتقد است که شامل سه جزء اصلی است. اولی ادراکی است که منعکس‌کننده تخمین فرد از اندازه بدن است. دومی ذهنی است که منعکس‌کننده نگرش فرد نسبت به بدن خود است. مؤلفه نهایی رفتاری است و به میزان تأثیرپذیری رفتارهای فرد از ادراکات یا

احساسات در مورد بدن مربوط می‌شود. کش و پروزینسکی (۱۹۹۰) پیشنهاد کردند که تصویر بدن باید به عنوان «تصاویر بدن» دوباره مفهوم‌سازی شود تا تنوع اجزای خارجی/عینی و درونی/ذهنی را با دقت بیشتری به تصویر بکشد. آن‌ها تصاویر بدن را به عنوان ادراکات، افکار و احساسات درباره بدن و تجربیات بدنی تعریف می‌کنند (کش و پروزینسکی، ۱۹۹۰).

باور عمومی بر این است که افرادی که جراحی زیبایی انجام می‌دهند این کار را برای تغییر ظاهر فیزیکی و احتمالاً تصویر بدن خود انجام می‌دهند. پروزینسکی و ادگرتون (۱۹۹۰) پیشنهاد کرده‌اند که جراحی زیبایی، جراحی تصویر بدن است - که با اصلاح بدن از طریق جراحی، بهبود روانی رخ خواهد داد. در حالی که چند مطالعه بهبود تصویر بدن را به دنبال بزرگ کردن سینه گزارش کرده‌اند (کیلن و همکاران، ۱۹۸۷؛ اسپلیوش و ماهر، ۱۹۹۳)، به این ترتیب، کمی در مورد رابطه بین تصویر بدن و جراحی زیبایی می‌توان به طور قابل اعتماد ادعا کرد.

مدلی از رابطه بین تصویر بدن و جراحی زیبایی

واقعیت ظاهری فیزیکی

در حالی که تصویر بدن اغلب به عنوان یک پدیده "روانی" در نظر گرفته می‌شود، واقعیت فیزیکی ظاهر پایه و اساس تصویر بدن یک فرد را می‌گذارد. ظاهر فیزیکی یک عامل تعیین کننده قوی برای ادراک فرد است، زیرا معمولاً در میان اولین منابع اطلاعاتی است که برای هدایت تعامل اجتماعی در دسترس دیگران است (آلی، ۱۹۸۸). افرادی که از نظر جسمی جذاب تلقی می‌شوند تقریباً در هر موقعیتی که مورد مطالعه قرار می‌گیرد، از درمان اجتماعی ترجیحی، از جمله آموزش، اشتغال، مراقبت‌های پزشکی، و انتخاب شریک زندگی برخوردار می‌شوند (بول و رامسی، ۱۹۸۸؛ هتفیلد و اسپریچر، ۱۹۸۶). در مقابل، تصور می‌شود که آن‌هایی که به‌عنوان زشت یا بدشکل دیده می‌شوند،

خواه توسط «ژن‌های بد»، ناهنجاری‌های مادرزادی، یا تصادفات آسیب‌زا در معرض خطر بیشتری برای مشکلات اجتماعی و روانی باشند (بول و رامسی، ۱۹۸۸). علاوه بر این، ظاهر فیزیکی فرد در پاسخ به محرک‌های درون (مانند تغییرات در توده عضلانی و چربی) و خارج از کنترل ما (مانند پیری) انعطاف‌پذیر است (آلی، ۱۹۸۸). بنابراین، واقعیت فیزیکی ظاهر در هر نقطه از زمان، "زمینه" را برای تأثیرات روانی بر تصویر بدن آماده می‌کند.

تأثیرات روانشناختی بر تصویر بدن

چندین محقق تأثیرات روانی بالقوه بر تصویر بدن را تشریح کرده‌اند (کش، ۱۹۹۶؛ هاینبرگ، ۱۹۹۶). به عنوان مثال، هاینبرگ (۱۹۹۶) نظریه‌های اختلال تصویر بدن را به سه دسته تقسیم کرده است - ادراکی، رشدی و اجتماعی-فرهنگی. در حال حاضر، این نظریه‌ها عمدتاً برای افرادی که از اختلالات خوردن و/یا نگرانی‌های اضافه وزن و شکل رنج می‌برند به کار گرفته شده‌اند (هاینبرگ، ۱۹۹۶). با این حال، آن‌ها همچنین ممکن است در درک رابطه بین تصویر بدن و جراحی زیبایی مفید باشند. علاوه بر این، اعتقاد بر این است که رابطه بین عزت نفس و تصویر بدن در درک پیگیری جراحی زیبایی مهم است.

تأثیرات ادراکی

هاینبرگ (۱۹۹۶) سه نظریه ادراکی تصویر بدن را توصیف کرد:

۱. نظریه نقص قشر مغز
 ۲. نظریه شکست تطبیقی
 ۳. نظریه مصنوع ادراکی
- نظریه نقص قشر مغز نشان می‌دهد که تخمین بیش از حد اندازه بدن از تعامل بین نقایص فضایی بینایی و تأثیرات شناختی و عاطفی ناشی می‌شود (دولچه و همکاران، ۱۹۸۷؛ تامپسون و اسپنا، ۱۹۹۱). تئوری شکست انطباقی نشان می‌دهد که درک افراد

از اندازه بدن به همان سرعتی که اندازه واقعی آن‌ها در نتیجه افزایش یا کاهش وزن تغییر می‌کند تغییر نمی‌کند (هاینبرگ، ۱۹۹۶). به طور مشابه، تئوری مصنوع ادراکی نشان می‌دهد که تمایل به تخمین بیش از حد اندازه بدن با اندازه واقعی بدن فرد مرتبط است (پنر و همکاران، ۱۹۹۱).

به نظر می‌رسد که نظریه‌های ادراکی تصویر بدن، پشتوانه تجربی کمی فراتر از مطالعات ذکر شده دارند. علاوه بر این، آن‌ها اغلب برای توضیح نارضایتی از اندازه یا شکل کلی بدن استفاده می‌شوند (هاینبرگ، ۱۹۹۶). بنابراین، کاربرد آن‌ها برای بیماران جراحی زیبایی، که اغلب نگرانی‌هایی در مورد یک ویژگی مجزا از ظاهر خود دارند، ناشناخته است.

با این وجود، اعتقاد بر این است که تأثیرات ادراکی بر تصویر بدن در بیماران جراحی زیبایی مرتبط است. این بیماران اغلب به جراح خود گزارش می‌دهند که یک ویژگی ظاهری از نظر اندازه، شکل یا ظاهر با واقعیت عینی ویژگی متفاوت است. این گزارش‌های روایتی با ادبیات روانشناسی بوم‌شناختی سازگار است که نشان می‌دهد توانایی درک تغییرات در ظاهر فیزیکی نسبتاً نادقیق است (آلی، ۱۹۸۸). با این حال، چنین نادرستی ادراکی هنوز به طور رسمی در جمعیت‌های جراحی زیبایی مورد مطالعه قرار نگرفته است.

تأثیرات رشدی

تئوری‌های رشدی اختلال تصویر بدن بر نقش تجارب کودکی و نوجوانی در تصویر بدن بزرگسالان تمرکز دارند. تئوری بلوغ و زمان بلوغ نشان می‌دهد که دخترانی که قاعدگی زودرس دارند، بیشتر احتمال دارد که تصویر بدنی منفی داشته باشند (هاینبرگ، ۱۹۹۶)، همانطور که توسط تخمین بیش از حد اندازه بدن (فابیان و تامپسون، ۱۹۸۹) و گزارش آن‌ها از نارضایتی از تصویر بدن مشهود است (بروکس-گان و وارن، ۱۹۸۵). با این حال، این رابطه ممکن است فقط در افراد با وزن طبیعی وجود داشته باشد، زیرا

در زنان چاق مشاهده نشد (سارور و همکاران، ۱۹۹۷). به نظر می‌رسد تحقیر و اذیت کردن در دوران کودکی زنان را مستعد نارضایتی از وزن و شکل می‌کند (کش و همکاران، ۱۹۸۶). چنین رابطه‌ای در جمعیت نوجوانان و بزرگسالان و همچنین در افراد چاق و غیرچاق شناسایی شده است (به عنوان مثال، فابیان و تامپسون، ۱۹۸۹؛ گریلو و همکاران، ۱۹۹۴).

پیام‌های اولیه در دوران کودکی و نوجوانی، خواه منفی («تو بامزه به نظر می‌رسی») یا مثبت («چه دختر زیبا/پسر خوش‌تیپی»), به نظر می‌رسد بر تصویر بدن بزرگسالان تأثیر بگذارد. در حالی که تحقیقات قبلی رابطه‌ای بین اذیت کردن دوران کودکی و نارضایتی کلی از تصویر بدن را شناسایی کرده است، ما شاهد رابطه مشابهی بین اذیت کردن و نارضایتی از ویژگی‌های خاص بدن در بیماران جراحی زیبایی بوده‌ایم. این افراد اغلب توضیح می‌دهند که چگونه برای اولین بار از بینی برجسته یا عدم رشد سینه خود در نتیجه اظهار نظرهای تحقیرآمیز دیگران آگاه شدند. همانند تأثیرات ادراکی، تأثیرات رشدی هنوز به طور رسمی در این افراد مورد مطالعه قرار نگرفته است.

تأثیرات فرهنگی-اجتماعی

نظریه‌های اجتماعی-فرهنگی بر تأثیر هنجارها و انتظارات اجتماعی بر علت‌شناسی و حفظ اختلال تصویر بدن تأکید کرده‌اند (هاینبرگ، ۱۹۹۶). به طور کلی، این نظریه‌ها بر تعامل رسانه‌های جمعی و آرمان‌های فرهنگی ظاهری (که اغلب مدل‌های تصویر بدنی غیرواقعی، اغراق‌آمیز یا دست‌نیافتنی را به تصویر می‌کشند) با مستاجرینی که هم اختلاف ایده‌آل خود را دارند (تامپسون، ۱۹۹۲) و هم نظریه مقایسه اجتماعی (تامپسون، ۱۹۹۲) تأکید می‌کنند (فستینگر، ۱۹۵۴). براساس این نظریه، افراد ظاهر خود را با مدل‌های مد، افراد مشهور هالیوود یا ورزشکاران فوق ستاره مقایسه می‌کنند و متوجه می‌شوند که در مقایسه با آن‌ها کمتر هستند و در نتیجه باعث افزایش نارضایتی از تصویر بدن می‌شوند (هاینبرگ، ۱۹۹۶). این مجموعه از نظریه‌ها جذابیت شهودی

گسترده‌ای دارد و حمایت همبسته‌ای دریافت کرده است (به عنوان مثال، هاینبرگ و همکاران، ۱۹۹۵؛ مازور، ۱۹۸۶).

جای تعجب نیست که استانداردهای اجتماعی و فرهنگی زیبایی که در رسانه‌های جمعی به تصویر کشیده می‌شود، به طور مستقیم بر افزایش تقاضا برای جراحی زیبایی تأثیر می‌گذارد (پروزی‌نسکی، ۱۹۹۳). در سال‌های اخیر، جراحی زیبایی به شدت تبلیغ و به بازار عرضه شده است. هم رسانه‌های مکتوب و هم رسانه‌های الکترونیکی به طور معمول در مورد آخرین عمل زیبایی یا چهره مشهوری که اخیراً مشکوک به انجام جراحی زیبایی هستند، گزارش می‌دهند. اغلب، جراحی زیبایی به عنوان مسیری برای داشتن چهره و اندام درست مانند مدل‌ها در تبلیغات مجلات و تبلیغات تلویزیونی به تصویر کشیده می‌شود و بنابراین تنها راه برای رسیدگی مستقیم به نارضایتی از ظاهر است. به این ترتیب، اعتقاد بر این است که تأثیرات اجتماعی فرهنگی بر تصویر بدن ممکن است برای درک نقش تصویر بدن در جراحی زیبایی مرتبط باشد.

عزت نفس

بدن فیزیکی، هم در ساختار و هم در عملکرد، مدت‌هاست که بخش مهمی از احساس خود در نظر گرفته می‌شود (فیشر، ۱۹۸۶؛ ۱۹۹۰) نظریه‌پردازان روان‌کاوی اولیه، مانند فروید، یونگ، و آدلر، و همچنین نویسندگان معاصر بیشتری فرض کرده‌اند که بدن فیزیکی در واقع بازنمایی خود است (فیشر، ۱۹۹۰). در یکی از اولین تحقیقات تجربی در مورد رابطه بدن-خود، ژورارد و سکورد (۱۹۵۵) همبستگی متوسطی را بین رضایت از بدن و رضایت از خود شناسایی کردند. تحقیقات جدیدتر این رابطه بین تصویر بدن و عزت نفس را تکرار کرده است (به عنوان مثال، کش و همکاران، ۱۹۸۶؛ فابین و تامپسون، ۱۹۸۹؛ فاستر و همکاران، ۱۹۹۷؛ سارور و همکاران، ۱۹۹۷).

کش یک مدل شناختی-رفتاری از رابطه بین تصویر بدن و عزت نفس پیشنهاد کرده است (کش، ۱۹۹۶؛ کش و لبارج، ۱۹۹۶). نظریه طرحواره‌شناختی، یا به طور خاص

نظریه خود طرحواره، نشان می‌دهد که افراد دارای طرحواره‌ها یا ساختارهای شناختی هستند که از تجربیات گذشته به دست آمده است، که اطلاعات مربوط به تجربه فعلی را سازماندهی و هدایت می‌کند (بک و همکاران، ۱۹۹۰؛ مارکوس، ۱۹۷۷). چنین طرحواره‌هایی ممکن است برای حوزه‌های مختلفی از جمله ظاهر فیزیکی یا تصویر بدن وجود داشته باشد (کش و لاجار، ۱۹۹۶). محرک‌های محیطی در مورد ظاهر از هر منبعی می‌توانند این طرحواره مربوط به ظاهر یا تصویر بدن را فعال کنند که به نوبه خود بر عاطفه و رفتار تأثیر می‌گذارد (کش و لاجار، ۱۹۹۶). طبق نظر کش و لاجار (۱۹۹۶)، در افرادی که چنین طرحواره‌ای دارند، عزت نفس به شدت با احساسات مربوط به ظاهر فیزیکی مرتبط است.

این توصیف نظری از رابطه بین تصویر بدن و عزت نفس به طور شهودی خوشایند است و اخیراً به طور تجربی مورد بررسی قرار گرفته است. با این حال، از توضیح کش و لاجار (۱۹۹۶)، به نظر می‌رسد که فقط افراد خاصی طرحواره‌ای مرتبط با ظاهر یا تصویر بدن دارند. از طرف دیگر، ممکن است همه ما یک طرحواره تصویر بدن داشته باشیم، اما دارای یک ظرفیت تفاضلی است که اهمیت نسبی آن را برای عزت نفس کلی تعیین می‌کند. در حال حاضر، به نظر می‌رسد که چنین طرحواره‌ای برای تصویر زنان از خود برجسته‌تر از مردان است، همانطور که با افزایش نارضایتی از تصویر بدن در زنان مشهود است (کش و همکاران، ۱۹۸۶). این تفاوت شاید به بهترین وجه در نتیجه اجتماعی شدن متفاوت زنان و مردان در مورد مسائل مربوط به ظاهر درک شود (هتفیلد و اسپرچر، ۱۹۸۶).

تصویر بدن: ظرفیت و ارزش

کش و همکارانش همچنین پیشنهاد کرده‌اند که مؤلفه نگرشی تصویر بدن خود دو بعدی است که شامل یک جزء جهت‌گیری (نماینده اهمیت یا توجهی است که به بدن داده می‌شود) و یک مؤلفه ارزیابی (نماینده عناصر عاطفی تصویر بدن) (براون و

همکاران، ۱۹۹۰). این نظریه مولفه نگرشی دو بعدی تصویر بدن توسط تحلیل عاملی پرسشنامه چندبعدی روابط بدن-خود در یک نمونه سراسری پشتیبانی شده است (براون و همکاران، ۱۹۹۰).

همانطور که رابطه بین تصویر بدن و جراحی زیبایی در نظر گرفته می‌شود، اعتقاد بر این است که نگرش‌ها در مورد بدن دو بعدی است، که هم از یک ظرفیت (یعنی معیار اهمیت برای عزت نفس فرد) و هم از یک ارزش (یعنی ارزش) درجه واقعی رضایت یا نارضایتی از بدن خود) تشکیل شده است. ظرفیت و ارزش تصویر بدن به ترتیب شبیه به جهت‌گیری و ابعاد ارزیابی تصویر بدن است (براون و همکاران، ۱۹۹۰؛ کش و همکاران، ۱۹۸۶). به عنوان مثال، افراد با ظرفیت تصویر بدنی بالا ممکن است بیشتر عزت نفس خود را از تصویر بدن خود به دست آورند. به این ترتیب، آن‌ها ممکن است به اطلاعات مربوط به ظاهر خود توجه بیشتری نشان دهند، مانند افرادی که طرحواره‌های مربوط به ظاهر دارند (کش و لابارج، ۱۹۹۶). در مقابل، افراد با ظرفیت تصویر بدن پایین برای حمایت از عزت نفس خود به ظاهر فیزیکی خود وابسته نیستند. این افراد ممکن است نسبت به مسائل ظاهری بی‌توجه باشند یا حتی غافل باشند. به طور مشابه، ظرفیت تصویر بدن ممکن است بسته به قسمت بدن مورد نظر متفاوت باشد. برای مثال، تعداد زنانی که از وزن و شکل بدن خود نارضایتی را گزارش می‌کنند نشان می‌دهد که «طرحواره شکل بدن» ممکن است ظرفیت نسبتاً بالایی در مقایسه با «طرحواره قد» داشته باشد، ویژگی ظاهری که زنان نارضایتی بسیار کمتری از آن نشان می‌دهند (کش و همکاران، ۱۹۸۶).

علاوه بر این، تصویر بدن نیز دارای ارزش است. نارضایتی از تصویر بدن آنقدر شایع است که به عنوان یک "نارضایتی هنجاری" توصیف شده است (رودین و همکاران، ۱۹۸۵). با این حال، تعیین نقطه‌ای که در آن ادراکات، نگرش‌ها و رفتارهای یک فرد در مورد بدنش مشکل‌ساز یا آسیب‌شناسی روانی می‌شود، دشوار است. در حال حاضر، هیچ نقطه برش پذیرفته‌شده‌ای بین «نارضایتی هنجاری» و «نارضایتی بیمارگونه»

وجود ندارد. با این وجود، اعتقاد بر این است که میزان نارضایتی از تصویر بدن به عنوان یک مؤلفه انگیزشی برای جراحی زیبایی عمل می‌کند.

تداوم نارضایتی از تصویر بدن

در غیاب معیارهای پذیرفته شده برای نارضایتی از تصویر بدن، اعتقاد بر این است که باید به صورت پیوسته در نظر گرفته شود. چنین پیوستاری می‌تواند در یک طرف توسط افرادی که از تصویر بدن رضایت دارند و از سوی دیگر توسط افرادی با نارضایتی شدید از تصویر بدنی ثابت شود.

رضایت از تصویر بدن

تصور می‌شود که افرادی که از تصویر بدن رضایت دارند، تصویر کلی بدن مثبتی دارند. اگرچه ممکن است از جنبه‌ای از ظاهر خود خوششان نیاید، اما از این امر چندان ناراحت نمی‌شوند. در حالی که ممکن است در مواردی بخواهند جنبه‌ای از ظاهر خود را تغییر دهند، اما بعید است که به دنبال جراحی زیبایی باشند، زیرا تصویر کلی بدن آن‌ها مطلوب است.

نارضایتی از تصویر بدن

به طور بالقوه، درجاتی از نارضایتی از تصویر بدن وجود دارد که اولین مورد ممکن است عدم علاقه به یک جنبه ظاهری باشد. چنین بیزاری ممکن است به پریشانی یا نگرانی نسبتاً مکرر منجر شود و با تغییر رفتاری ناسازگار همراه باشد. به همین ترتیب، یک فرد ممکن است از یک جنبه از ظاهر خود ناراضی باشد، اما ممکن است از ویژگی‌های دیگر راضی باشد. در حال حاضر، مشخص نیست که چنین نارضایتی، چه مختص به یک ویژگی ظاهری و چه بیشتر در سطح جهانی، در چه مقطعی منجر به جراحی زیبایی می‌شود.

اختلال تصویر بدن

سطح بعدی نارضایتی، اختلال تصویر بدن است (تامپسون، ۱۹۹۰)، یا آنچه که به عنوان اختلال تصویر بدن نیز از آن یاد می‌شود (روزن، ۱۹۹۲، ۱۹۹۶؛ تامپسون، ۱۹۹۲). چنین افرادی پریشانی عاطفی بیشتری را تجربه می‌کنند و تغییرات رفتاری عمیق‌تری را از خود نشان می‌دهند، از جمله «استتار کردن» قسمت بدن متخلف یا امتناع از اجازه دیدن دیگران به آن. برخی دیگر ممکن است تحریف‌شناختی یا ادراکی ظاهر خود را نشان دهند که ناشی از ترکیبی از افکار غیرمنطقی و انتظارات غیرواقعی در مورد بدن است (فریدمن، ۱۹۹۰). در حال حاضر، رابطه بین اختلال تصویر بدن و اشکال شدیدتر آسیب‌شناسی روانی تصویر بدن به خوبی ثابت نشده است.

اختلال بدشکلی بدن

اختلال بدشکلی بدن (BDD) تنها اصطلاح تشخیصی در DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) است که مستقیماً به نگرانی‌های مربوط به تصویر بدن می‌پردازد. BDD به عنوان یک مشغله فکری با یک نقص در ظاهر تعریف می‌شود که یا تصور می‌شود، یا اگر جزئی باشد، منجر به نگرانی بیش از حد قابل توجهی می‌شود. این مشغله باید باعث ناراحتی یا اختلال قابل توجهی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم شود (APA، ۱۹۹۴). مقاومت در برابر این مشغله یا کنترل آن دشوار است (هولاندر و فیلیپس، ۱۹۹۳)، و تصور می‌شود در موقعیت‌های اجتماعی که در آن فرد احساس خودآگاهی می‌کند، شدیدتر می‌شود (روزن، ۱۹۹۶). اکثر بیماران رفتارهای تکراری شامل بررسی، معاینه، پنهان کردن یا بهبود نقص انجام می‌دهند. اگرچه هر ناحیه از بدن ممکن است تحت تأثیر قرار گیرد، اما شایع‌ترین نواحی پوست، صورت و بینی هستند (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۳).

تشخیص BDD برای روانپزشکی آمریکایی نسبتاً جدید است و اولین بار در DSM-III-R ظاهر شد. در ابتدا بیش از ۱۰۰ سال پیش در ادبیات روانپزشکی اروپا به عنوان

بدشکلی هراسی - احساس ذهنی زشتی در فردی با ظاهر طبیعی توصیف شد (مورسلی، ۱۸۸۶). گزارش‌های امروزی‌تر، علامت اولیه بدشکلی هراسی را به‌عنوان باور افراطی و ناراحت‌کننده به غیرجذاب بودن فرد توصیف کرده‌اند (آندرسن و بارداج، ۱۹۷۷)، که اغلب با افسردگی و نارضایتی شدید از تصویر بدن همراه است (هاردی، ۱۹۸۲). با این حال، چندین مشکل با توضیحات قبلی از بدشکلی هراسی وجود دارد. اولاً، با توجه به اقلیت قابل توجهی از افرادی که از ظاهر خود نارضایتی را گزارش می‌کنند (به‌عنوان مثال، کش و همکاران، ۱۹۸۶)، این تعریف بسیار گسترده است. دوم، بدشکلی هراسی معیارهای یک فوبیا را برآورده نمی‌کند، زیرا هیچ ترسی از ناهنجاری فیزیکی و اجتناب از زشتی دیگران وجود ندارد (پروزینسکی، ۱۹۹۰). در نهایت، افراد مبتلا به اختلال تصویر بدن معمولاً نگرانی خود را مانند افراد فوبیا بیش از حد یا غیرمنطقی تشخیص نمی‌دهند.

BDD به‌عنوان یک اختلال جسمانی در DSM-IV طبقه‌بندی می‌شود. اغلب با اختلال وسواس فکری-اجباری (OCD)، یک اختلال اضطراب مقایسه می‌شود. هلندر (۱۹۹۳) پیشنهاد کرده است که BDD یک اختلال طیف وسواسی-اجباری است که براساس شباهت علائم، علت، بیماری‌های همراه، سن شروع، دوره بیماری و پاسخ درمانی است. تشخیص‌های افتراقی و همراه BDD معمولاً شامل OCD، فوبیای اجتماعی، افسردگی، هیپوکندریازیس، اختلالات خوردن و اختلالات شخصیتی متعدد است (نزیروغلو و همکاران، ۱۹۹۶؛ روزن، ۱۹۹۶؛ ویل و همکاران، ۱۹۹۶).

درصد بیماران جراحی زیبایی که معیارهای BDD را دارند ناشناخته است. آندرسن و بارداج (۱۹۷۷) از تجربه بالینی خود تخمین زدند که ۲٪ از بیمارانی که درخواست جراحی زیبایی داشتند از این اختلال رنج می‌برند. متأسفانه، هیچ مطالعه رسمی شیوع کامل نشده است، و کار قبلی براساس گزارش‌های موردی و مجموعه‌های کوچک موردی است که فاقد تعاریف کاملاً عملیاتی شده است (فیلیپس، ۱۹۹۱؛ پروزینسکی، ۱۹۹۶).

تظاهرات معمول بیماران BDD برای جراحی زیبایی نیز ناشناخته است (پروزینسکی، ۱۹۹۳). پروزینسکی (۱۹۹۶) پیشنهاد کرده است که بیماران با "ناهنجاری حداقلی" ممکن است بیشترین احتمال را برای تشخیص BDD داشته باشند. با این حال، بیمار «سیری ناپذیر» که برای چندین روش جراحی بازمی‌گردد، ممکن است کاندیدای تشخیص باشد و از جراحی‌های متوالی (به روشی تقریباً تشریفاتی) برای رهایی از نارضایتی عمیق از تصویر بدن استفاده کند. پشتیبانی از این استدلال از مشاهده این موضوع ناشی می‌شود که بیماران BDD معمولاً از داروهای ظاهری استفاده می‌کنند، همانطور که بیماران هیپوکندریا بیش از حد از خدمات پزشکی استفاده می‌کنند (روزن، ۱۹۹۶).

تصمیم برای انجام جراحی زیبایی

اعتقاد بر این است که این تعامل بین ظرفیت تصویر بدن و ارزش تصویر بدن است که منجر به تصمیم‌گیری برای پیگیری جراحی زیبایی می‌شود. به نظر می‌رسد افرادی با ظرفیت تصویر پایین بدن، که عزت نفس آن‌ها به ظاهر آن‌ها بستگی ندارد، جراحی زیبایی را دنبال کنند. صرف نظر از اینکه چنین افرادی از تصویر بدن خود راضی یا ناراضی هستند، ظرفیت تصویر بدن در عزت نفس به اندازه کافی بزرگ نیست که انگیزه ایجاد تغییر در ظاهر جراحی را ایجاد کند.

در مقابل، افرادی که ظرفیت تصویر بدنی بالاتری دارند ممکن است بیشتر به دنبال جراحی زیبایی باشند. افراد با ظرفیت تصویر بدنی بالا، که تصویر بدن برای آن‌ها بخش مهمی از عزت نفس است و درجه قابل توجهی از نارضایتی از تصویر بدنی دارند، ممکن است اکثر بیماران جراحی زیبایی را تشکیل دهند. این افراد به ظاهر خود اهمیت زیادی می‌دهند و از یک ویژگی آن ناراضی هستند. همانطور که در بالا ذکر شد، در حالی که درجاتی از نارضایتی ممکن است در اکثر بیماران شناسایی شود، نارضایتی یا مشغله شدید ممکن است معرف اختلال تصویر بدن یا BDD باشد. افرادی که هم ظرفیت

تصویر بدنی بالایی دارند و هم از ظاهر خود رضایت بالایی دارند نیز ممکن است به دنبال جراحی زیبایی باشند. این افراد ممکن است نماینده «انجام‌دهندگان» سالمی باشند که می‌خواهند ظاهر خود و عزت نفس مطلوب خود را بهبود بخشند (گوئین و گوئین، ۱۹۸۷).

سنجش نارضایتی از تصویر بدن و BDD

چندین معیار نارضایتی از تصویر بدن را می‌توان با جمعیت‌های جراحی زیبایی استفاده کرد؛ پرسشنامه چندبعدی روابط بدن-خود (MBSRQ) (براون و همکاران، ۱۹۹۰؛ کش و همکاران، ۱۹۸۶) و آزمون اختلال بدشکلی بدن (BDDE) (روزن و ریتر، ۱۹۹۶) ممکن است مناسب‌ترین باشند. MBSRQ یک فهرست ۶۹ موردی خودگزارشی برای ارزیابی نگرش بیماران نسبت به بدنشان است. ۱۰ خرده‌مقیاس آن امکان اندازه‌گیری ویژگی‌های چندبعدی تصویر بدن را فراهم می‌کند. این معیار اعتبار قابل قبولی دارد و پایایی آزمون-بازآزمایی یک ماهه از ۰/۸۹ تا ۰/۷۱ برای خرده‌مقیاس‌ها متغیر است (براون و همکاران، ۱۹۹۰). اغلب به عنوان معیاری برای سنجش نارضایتی از تصویر بدن در جمعیت‌های غیربالینی استفاده شده است. به طور خاص‌تر، خرده‌مقیاس‌های جهت‌گیری ظاهری و ارزیابی ظاهری MBSRQ (براون و همکاران، ۱۹۹۰؛ کش و همکاران، ۱۹۸۶) ممکن است به ترتیب معیارهای مناسبی برای ظرفیت تصویر بدن و میزان نارضایتی از تصویر بدن باشند.

روزن و ریتر (۱۹۹۶) به عنوان معیاری خاص‌تر از BDD، BDDE را توسعه دادند. این می‌تواند به عنوان یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته یا اندازه‌گیری خودگزارشی علائم BDD تجربه شده در ۴ هفته گذشته مورد استفاده قرار گیرد. علاوه بر به دست آوردن نمره کل برای شدت BDD، معیارهای توصیه شده برای تشخیص BDD وجود دارد. این معیار دارای سازگاری درونی کافی (آلفای کرونباخ از ۰/۸۱ تا ۰/۹۳) و پایایی بین ارزیاب ($r = 0/98$) است و در ارزیابی BDD نویدبخش است (روزن و ریتر، ۱۹۹۶).

BDDE ممکن است به عنوان یک ابزار مفید در تعیین شیوع BDD در جمعیت‌های جراحی زیبایی عمل کند.

برای افرادی که نارضایتی عمیق‌تری از تصویر بدن دارند، مانند BDD، مزایای بالقوه جراحی زیبایی نامشخص است. داده‌های اولیه نشان می‌دهد که برخی از بیماران BDD پس از جراحی علائم تشدید می‌کنند، در حالی که برخی دیگر نقص جدیدی برای اصلاح جراحی پیدا می‌کنند (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۳). چندین نویسنده پیشنهاد می‌کنند که درمان مناسب‌تر برای چنین بیمارانی روانپزشکی است، نه جراحی (آندرسن و بارداج، ۱۹۷۷؛ بیرتچنل، ۱۹۸۸). مطالعاتی که تغییرات نارضایتی از تصویر بدن را پس از عمل ارزیابی می‌کنند، برای ارزیابی بیشتر پتانسیل منافع روانی برای این افراد پس از جراحی زیبایی مورد نیاز است.

توسعه اختلال تصویر بدن

لازم است نقش تأثیرات رشدی، اجتماعی-فرهنگی و ادراکی بر تصویر بدن ارزیابی شود. به عنوان مثال، برای برخی از زنان، شروع زودرس بلوغ فیزیکی همراه با نظرات کلامی منفی در مورد رشد سینه ممکن است منجر به نارضایتی از تصویر بدن شود که منجر به جراحی کوچک کردن سینه می‌شود. چنین رابطه‌ای را می‌توان به‌طور تجربی از طریق استفاده از مقیاس اذیت‌کردن مرتبط با ظاهر فیزیکی (PARTS) (تامپسون و همکاران، ۱۹۹۱) برای ارزیابی سابقه‌ای از اذیت‌کردن مرتبط با ظاهر بررسی کرد. PARTS دارای دو زیرمقیاس است که هم آزار دادن وزن و اندازه بدن و هم آزارهای کلی‌تر مربوط به ظاهر را ارزیابی می‌کند. این خرده‌مقیاس‌ها دارای همسانی درونی ۰/۹۱ و ۰/۷۱ و پایایی آزمون-بازآزمایی ۲ هفته‌ای به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۷ هستند.

به طور مشابه، نظریه‌های اجتماعی-فرهنگی توضیح داده‌اند که چگونه تصور می‌شود لاغری تصاویر رسانه‌های جمعی زنان به شیوع اختلالات وزن و خوردن کمک می‌کند (هاینبرگ، ۱۹۹۶). در حال حاضر تأثیر چنین تصاویری در انتخاب روش‌های زیبایی

مانند لیپوساکشن ناشناخته است. با این حال، معیاری مانند پرسشنامه نگرش‌های اجتماعی-فرهنگی نسبت به ظاهر (SATAQ) (هاینبرگ و همکاران، ۱۹۹۵) ممکن است به عنوان یک ابزار مفید در ارزیابی اثرات تأثیرات اجتماعی-فرهنگی بر پیگیری جراحی زیبایی عمل کند. SATAQ یک مقیاس ۱۴ ماده‌ای است که تشخیص و پذیرش استانداردهای ظاهری اجتماعی را ارزیابی می‌کند. خرده‌مقیاس‌های آگاهی (که فشارهای وارده بر زنان را برای جذاب به نظر رسیدن ارزیابی می‌کند) و درون‌سازی (که پذیرش یا رد این پیام‌های اجتماعی-فرهنگی را ارزیابی می‌کند) به ترتیب دارای ضرایب سازگاری درونی ۰/۷۱ و ۰/۸۸ هستند. همانطور که در بالا بحث شد، در حالی که گزارش‌های بالینی نشان می‌دهند که بیماران جراحی زیبایی اغلب در تخمین اندازه و شکل ویژگی‌های بدن اشتباهات ادراکی نشان می‌دهند، این گزارش‌ها به صورت تجربی ارزیابی نشده‌اند. فن‌آوری‌های جدیدتر، مانند سیستم‌های تصویربرداری بصری، که امکان اصلاح کامپیوتری ویژگی‌های صورت و بدن را فراهم می‌کند، می‌تواند در مطالعات آینده برای ارزیابی مولفه ادراکی تصویر بدن مورد استفاده قرار گیرد.

همچنین لازم است رابطه بین تصویر بدن و عزت نفس روشن شود. معیارهای عمومی عزت نفس، مانند مقیاس عزت نفس روزنبرگ (روزنبرگ، ۱۹۷۹)، ممکن است مفید باشد، اما معیارهای جدیدتر که ارزیابی چندبعدی از عزت نفس را ارائه می‌دهند، احتمالاً مفیدتر خواهند بود. پرسشنامه طرحواره‌های ظاهری (ASI) (کش و لابراج، ۱۹۹۶) که از مدل طرحواره شناختی کش (۱۹۹۶) در مورد تصویر بدن و نارضایتی از تصویر بدن ایجاد شده است، ممکن است ابزار مفیدی برای ارزیابی رابطه بین تصویر بدن و عزت نفس باشد. ASI باورهای اصلی در مورد اهمیت، معنا و تأثیرات ظاهر در زندگی فرد را ارزیابی می‌کند. پایایی قابل قبولی دارد (آلفای کرونباخ = ۰.۸۴) و اعتبار همگرا و افتراقی را با چندین معیار دیگر از مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری تصویر بدن نشان می‌دهد.

تغییرات در تصویر بدن پس از جراحی

اگرچه بیماران به طور معمول سطوح بالایی از رضایت را از نتیجه جراحی خود گزارش می‌کنند (ونگل، ۱۹۸۶)، رضایت طولانی مدت به خوبی مورد بررسی قرار نگرفته است. با توجه به رابطه پیشنهادی بین تأثیرات اجتماعی-فرهنگی و تصویر بدن، ممکن است بیماران جراحی زیبایی فقط رضایت خود را در طول دوره بلافاصله پس از جراحی گزارش کنند، در حالی که آن‌ها تقویت مثبت ظاهر خود را از خانواده و دوستان دریافت می‌کنند. تحقیقات آتی که از معیارهای استاندارد شده تصویر بدن استفاده می‌کند، می‌تواند ارزیابی کند که آیا بهبودها در دوره‌های زمانی طولانی‌تری حفظ می‌شوند، زیرا احتمالاً میزان تقویت خارجی کاهش می‌یابد. تحقیقات قبل و بعد از عمل در مورد ناراضی‌تی از تصویر بدن ممکن است مفیدترین شواهد تا به امروز را برای سودمندی جراحی زیبایی به عنوان درمان تصویر بدن ارائه دهد.

درمان غیر جراحی ناراضی‌تی از تصویر بدن

درمان‌های غیر جراحی برای مشکلات تصویر بدن نسبتاً جدید هستند. درمان شناختی-رفتاری به طور موثری برای درمان زنان ناراضی از تصویر بدنی خود استفاده شده است (باترز و کش، ۱۹۸۷؛ دورکین و کر، ۱۹۸۷؛ فیشر و تامپسون، ۱۹۹۴؛ گرانت و کش، ۱۹۹۵؛ روزن و همکاران، ۱۹۹۰؛ روزن و همکاران، ۱۹۹۰؛ دوورکین و کر، ۱۹۸۷. همکاران، ۱۹۸۹). اخیراً، همین درمان با موفقیت برای زنان مبتلا به BDD مورد استفاده قرار گرفته است (روزن و همکاران، ۱۹۹۵). چندین گزارش از درمان موفقیت‌آمیز BDD با مداخلات رفتاری، مانند مواجهه و پیشگیری از پاسخ وجود دارد (مارکس و میشان، ۱۹۸۸؛ مونجک، ۱۹۷۸؛ نزیروغلو و همکاران، ۱۹۹۶؛ نزیروغلو و یاریورا-تویباس، ۱۹۹۳). همچنین شواهدی برای درمان موفق دارویی BDD با مهارکننده‌های انتخابی (SSRIs) و غیرانتخابی بازجذب سروتونین (SRIs) مانند فلوکستین و کلومیپرامین وجود دارد (هولاندر و همکاران، ۱۹۹۴، ۱۹۸۹؛ فیلیپس،

۱۹۹۳). با این حال، این درمان‌ها هنوز به طور خاص برای جمعیت‌های جراحی زیبایی مورد استفاده قرار نگرفته‌اند.

مبانی ارائه شده در این بخش دو هدف نهایی داشته است. ابتدا، باید برای ارزیابی رابطه بین نارضایتی از تصویر بدن و جراحی زیبایی، هم از نظر درجه قبلی نارضایتی از تصویر بدن و هم از نظر سودمندی جراحی به عنوان درمان تصویر بدن استفاده شود. دوم، این مبانی باید برای شناسایی بیمارانی که ممکن است برای آن‌ها جراحی مفید باشد و همچنین بیمارانی که برای آن‌ها منع مصرف دارد، استفاده شود. از طریق استفاده از ساختار تصویر بدن، می‌توان شروع به درک بهتر روانشناسی این جمعیت منحصر به فرد نمود.

فصل چهارم:

جراحی زیبایی و مسائل روانشناختی

واضح است که عمل‌های زیبایی در حال افزایش است. در نتیجه، این بیماران در مراکز مراقبت اولیه و روانپزشکی غیرمعمول نیستند. اما واقعاً چقدر از مسائل روانی مربوط به این افراد اطلاع داریم؟ در این فصل به تاثیر روانشناختی جراحی زیبایی می‌پردازیم.

تأثیر روانشناختی جراحی زیبایی

از جراحان زیبایی، نه تنها انتظار می‌رود که بهبود فیزیکی را برای بیماران خود فراهم کنند، بلکه اغلب انتظار می‌رود که از دیدگاه روانشناختی به آن‌ها کمک کنند. این امر به ویژه در مورد روش‌های زیبایی، که در آن مسائلی مانند اضطراب، افسردگی، بدشکلی بدن و پشیمانی تصمیم غیرمعمول نیستند، صادق است. پس از آن، جراحان روزانه با طیف گسترده‌ای از مسائل روانشناختی مواجه خواهند شد که حول فرآیند جراحی می‌چرخد. بنابراین، درک کامل وضعیت روانی بیمار حیاتی است.

نشان داده شده است که بیمارانی که تحت عمل‌های زیبایی شناختی قرار می‌گیرند، در مقایسه با بیمارانی که سایر روش‌ها را دنبال می‌کنند، دارای شیوع بیشتری از اختلالات خلقی از قبل موجود هستند (ون سوئست و همکاران، ۲۰۲۰؛ میننگاود و همکاران، ۲۰۰۳). با این حال، برخی تحقیقات بدتر شدن علائم افسردگی و اضطراب پس از عمل را نشان داده‌اند که حوزه‌ای از جراحی زیبایی را برجسته می‌کند که به تحقیقات بیشتری نیاز دارد (بوره و همکاران، ۱۹۹۹). این خلاصه داده‌های موجود در رابطه با وجود اختلالات خلقی از قبل موجود و تأثیر رویه‌های زیبایی شناختی که ممکن است بر خلق و خوی پس از عمل داشته باشد را نشان می‌دهد. درک روانشناسی قبل از عمل و تغییرات خلقی پس از جراحی برای جراحان پلاستیک بسیار مهم است تا به طور موثر به بیماران مشاوره دهند، انتظارات را به وضوح بیان کنند، و در تصمیم‌گیری در مورد اینکه آیا بیماران کاندید مناسبی برای جراحی هستند یا خیر، بسیار مهم است.

افزایش اندازه سینه

هدف از ماماپلاستی بزرگ کردن است که معمولاً با قرار دادن یک ایمپلنت مصنوعی در زیر بافت سینه، سایز سینه را افزایش می‌دهد (چانداوارکار و همکاران، ۲۰۱۹). تعداد قابل توجهی از عوامل روانی وجود دارد که در تصمیم‌گیری برای انجام این عمل و سپس مدیریت فرآیند بهبودی نقش دارند. قبل از عمل، زنان ممکن است از درجاتی از نارضایتی از تصویر بدن رنج ببرند که اگر شدید باشد، می‌تواند به عنوان یک وضعیت روانی به نام اختلال بدشکلی بدن شناخته شود (کیراند و همکاران، ۲۰۰۷). به خوبی مشخص نیست که آیا بیمارانی که تحت عمل بزرگ کردن سینه قرار می‌گیرند در مقایسه با افرادی که پروسه‌های بزرگ کردن سینه را دنبال نمی‌کنند، بیشتر از مشکلات سلامت روانی برخوردار هستند یا خیر. ون سوست و همکاران (۲۰۲۰) به دنبال پاسخ به این سوال با یک مطالعه کوهورت بزرگ شامل ۷۰۰۰۰ زن با استفاده از داده‌های مطالعه کوهورت در مقایسه با زنانی که هرگز عمل جراحی سینه انجام نداده‌اند، زنانی که عمل بزرگ کردن سینه انجام داده‌اند، به طور قابل توجهی نمرات بیشتری از داشتن مشکلات روانی فعلی و نمرات پایین‌تری در احساس خوب بودن گزارش کرده‌اند. همچنین افسردگی، اضطراب، اختلالات خوردن و مصرف مواد از قبل وجود داشته است (ون سوست و همکاران، ۲۰۲۰). افزایش مشکلات سلامت روان قبل از عمل نیز در یک مطالعه همگروهی گذشته نگر انجام شده توسط جاکوبسن و همکاران (۲۰۰۴) مشاهده شد که میزان مرگ و میر و علل آن را در زنانی که تحت عمل بزرگ کردن سینه قرار گرفتند، بررسی کردند. مشخص شد که بیماران بزرگ کردن سینه در مقایسه با جمعیت عمومی ۳ برابر افزایش مرگ و میر ناشی از خودکشی دارند.

در هفت سال گذشته، مجموعه‌ای از مطالعات به طور مداوم افزایش خطر خودکشی را در میان زنانی که تحت عمل جراحی زیبایی سینه قرار گرفته‌اند، نشان داده است. در تنها مطالعه موجود در ایالات متحده، برینتون و همکاران (۲۰۰۱) به طور گذشته نگر خطر خودکشی کامل را در گروهی متشکل از ۱۳۰۰۰ زن که جراحی زیبایی سینه

دریافت کرده بودند، بررسی کردند. در طول دوره مطالعه، به طور متوسط حدود ۱۴ سال پس از عمل، نرخ مرگ و میر استاندارد شده (SMR) (یعنی نسبت میزان مرگ و میر مشاهده شده به میزان مرگ و میر پیش‌بینی شده در جمعیت عمومی) برای خودکشی در این نمونه مطالعه ۱.۵۴ بود (فاصله اطمینان ۹۵٪، ۱.۰-۲.۴). در معاینه بعدی این شرکت کنندگان تقریباً پنج سال بعد، SMR برای خودکشی ۱.۶۳ بود (برینتون و همکاران، ۲۰۰۶). در یک مطالعه آینده نگر توسط کوت و همکاران (۲۰۰۳) روی بیش از ۳۵۰۰ زن سوئدی که تحت عمل جراحی زیبایی سینه قرار گرفته بودند، محققان مجدداً متوجه افزایش خطر خودکشی شدند (SMR 2.9؛ فاصله اطمینان ۹۵ درصد، ۱.۶-۴.۸). در مطالعات بین زنان فنلاندی (۲۰۰۳) و دانمارکی (۲۰۰۴)، SMR برای خودکشی پس از جراحی بزرگ کردن سینه به ترتیب ۴.۲۶ (فاصله اطمینان ۹۵٪، ۱.۵۶-۹.۲۶) و ۳.۱ (فاصله اطمینان ۹۵٪، ۱.۷-۵.۲) بود. در نهایت، در یک مطالعه گذشته نگر بر روی زنان کانادایی که جراحی زیبایی سینه انجام داده بودند، ویلنوو و همکارانش (۲۰۰۶) ۱/۷۳ SMR برای خودکشی یافتند (فاصله اطمینان ۹۵٪، ۱/۲۴-۱/۳۱). روریچ و همکاران (۲۰۰۸) هشدار می‌دهند که این یافته‌ها، با توجه به تعداد مطلق اندک مرگ و میر در میان نمونه‌های مختلف ممکن است با شانس تصادفی مرتبط باشد. با این حال، این مطالعات مستلزم روش‌شناسی‌های مختلف، ویژگی‌های مختلف بیمار، و گروه‌های تحقیقاتی مختلف بود، اما هر کدام به یک نتیجه رسیدند: خطر خودکشی در میان زنان دارای ایمپلنت‌های سینه کمی بالاتر (بیش از دو برابر بیشتر از جمعیت عمومی) است.

در مجموع تأثیر روانشناختی بزرگ کردن سینه پس از عمل به طور گسترده مورد بررسی قرار نگرفته است و بنابراین منطقه‌ای از جراحی زیبایی را شناسایی می‌کند که نیاز به تحقیقات بیشتری دارد. با این حال، یک یافته مرتبط درد مزمن به دنبال انواع دیگر روش‌های زیبایی سینه است که با مطالعه آینده‌نگر انجام شده توسط اسپوی و همکاران (۲۰۱۸) با استفاده از معیارهای پیامد گزارش شده توسط بیمار نشان داده شده

است. درد مزمن به دردی گفته می‌شود که ۳ تا ۶ ماه پس از عمل ادامه یابد. عمل‌های گنجانده شده در مطالعه اسپوی و همکاران (۲۰۱۸) عبارت از جراحی حفظ پستان، ماستکتومی به تنهایی و ماستکتومی با بازسازی بود. متغیرهای روانی-اجتماعی بیماران با استفاده از پرسشنامه‌های سیستم اطلاعاتی سنجش پیامد گزارش شده بیمار اندازه‌گیری شد. ارزیابی درد با استفاده از شاخص بار درد انجام شد. نتایج نشان داد که میزان درد پس از عمل توسط بیمار به طور قابل توجهی در ۶ ماهگی در گروهی با اضطراب و افسردگی بالاتر قبل از عمل افزایش یافته است. با این حال، مطالعه اسپوی و همکاران (۲۰۱۸) ارتباط احتمالی بین وجود مسائل روانشناختی قبل از عمل و عوارض بعد از عمل را که نمی‌توان به یک علت فیزیکی نسبت داد، پیشنهاد نمود. درد مزمن ممکن است تظاهر گسسته‌تری از یک واکنش روانی پس از عمل باشد. برای بررسی بیشتر این ارتباط به تحقیقات بیشتری نیاز است.

ابدومینوپلاستی

ابدومینوپلاستی شامل برداشتن بخش بزرگی از پوست و بافت چربی شکم تا سطح دیواره تحتانی شکم است. این روش اغلب بر روی بیماران پس از باریاتریک انجام می‌شود که دارای پوست و بافت زیر جلدی اضافی هستند (چانداواکار و همکاران، ۲۰۱۹). بیماران دارای اضافه وزن و چاق اغلب دارای شرایط روانشناختی همراه هستند که مهم‌ترین آن‌ها افسردگی است (لوپینو و همکاران، ۲۰۱۰). برای تعیین اینکه آیا روندهای مشابهی در آن گروه وجود دارد یا خیر، تحقیقات لازم است.

یک مطالعه کوهورت کنترل‌شده تصادفی آینده‌نگر توسط نیلسن و همکاران (۲۰۲۲)، تأثیر روان‌شناختی ابدومینوپلاستی را بر روی ۱۱۰ بیمار چاق مورد بررسی قرار داد. شرکت کنندگان ۳ نظرسنجی جداگانه را تکمیل کردند که به ترتیب تغییرات در کیفیت زندگی، تجربه داشتن پوست اضافی و علائم افسردگی را اندازه‌گیری کردند. بررسی‌ها قبل از عمل و یک سال بعد از عمل تکمیل شد. بیماران پس از ابدومینوپلاستی علائم

افسردگی کمتری داشتند. با این حال، کیفیت زندگی بدون تغییر بود. دلیل اینکه کیفیت زندگی علیرغم بهبود قابل توجهی در علائم افسردگی تغییر نکرد، ممکن است به دلیل اعتبار ساختاری پایین نظرسنجی سلامت برای سنجش کیفیت زندگی باشد.

مطالعه‌ای که توسط پاپادوپولوس و همکارانش (۲۰۱۹) انجام شد تغییرات مشابهی را در علائم افسردگی بعد از ابدومینوپلاستی نشان داد. بیست و دو زن قبل و ۶ ماه پس از ابدومینوپلاستی با استفاده از ۴ تست استاندارد شده که عزت نفس، تصویر بدن و رضایت از زندگی را اندازه‌گیری می‌کردند، مورد بررسی قرار گرفتند. نمرات در احساس راحتی بیشتر با شرکای جنسی، در رویدادهای اجتماعی و لباس شنا به طور قابل توجهی بالا بود. رضایت از زندگی و تصویر بدن نیز به طور قابل توجهی پس از عمل بهبود یافت. تاثیرگذارترین نتیجه تغییر در نمرات افسردگی است. قبل از عمل، ۲۷٪ و ۳۷٪ بیماران به ترتیب افسردگی خفیف و متوسط داشتند. شش ماه پس از عمل، ۱۸ درصد از بیماران افسردگی خفیف و ۹ درصد افسردگی متوسط داشتند که از نظر آماری یک یافته معنی‌دار بود. علاوه بر این، مطالعه فقط شامل بیماران زن بود، بنابراین تغییرات خلق و خوی پس از عمل در بیماران مرد را نمی‌توان از این مطالعه نتیجه‌گیری یا برون‌یابی کرد.

عملیات صورت

یک بررسی توسط گوئین و همکاران (۲۰۱۷) به این نتیجه رسید که بیمارانی که به دنبال روش‌های لیفت صورت هستند، اغلب با چالش‌های روان‌شناختی از قبل وجود داشته‌اند که رایج‌ترین تشخیص‌ها افسردگی، تکانشگری و شخصیت ناپایدار است. مانند بسیاری از عمل‌های زیبایی شناختی، بهبود تصویر بدن نیروی محرکه اصلی برای کسانی است که به دنبال لیفت صورت هستند و بهبود کیفیت زندگی نتیجه رایج آن است. با این حال، نشان داده شده است که واکنش‌های روانی نامطلوب به عمل لیفت صورت در حدود ۵۰ درصد بیماران رخ می‌دهد که افسردگی و اضطراب شایع‌ترین آن‌هاست.

نظرسنجی انجام شده توسط گوئین و همکاران در سال ۱۹۷۴ نشان داد که بیمارانی که تحت عمل لیفت صورت قرار می‌گیرند، بیشتر از بیمارانی که تحت عمل‌های زیبایی قرار می‌گیرند، افسردگی زودهنگام بعد از عمل را تجربه می‌کنند. برای بررسی بیشتر این موضوع، گوین و همکاران (۱۹۸۰) یک مطالعه آینده نگر بر روی ۵۰ زن که تحت عمل لیفت صورت قرار گرفتند، انجام دادند. بیماران با استفاده از مصاحبه‌ها و تست‌های روان‌شناختی قبل از عمل و مجدداً در بازه‌های زمانی متعدد پس از عمل تا ۱۸۰ روز پس از عمل مورد ارزیابی قرار گرفتند. تقریباً ۳۰ درصد از بیماران در مرحله‌ای از پیگیری پس از عمل، واکنش افسردگی پس از عمل را تجربه کردند. زمان ظهور علائم افسردگی به عوامل متعددی از جمله عوامل استرس‌زا فردی و عوامل شخصیتی بستگی دارد. به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به افسردگی از قبل، احتمال بیشتری برای داشتن واکنش افسردگی شدید بعد از عمل داشتند. علاوه بر این، بیمارانی که دارای برخی ویژگی‌های شخصیتی مستعد افسردگی مانند روان‌رنجوری هستند، بیشتر احتمال دارد افسردگی پس از عمل را تجربه کنند. با این حال، نمرات افسردگی پس از عمل در نهایت به سطحی کمتر از نمرات قبل از عمل تا ۶ ماه برابر شد. باید توجه داشت که پاسخ‌های روان‌شناختی که در مطالعه گوئین و همکاران (۱۹۸۰) مشاهده می‌شود، ممکن است سال‌ها بعد با چندین پیشرفت جراحی و دیدگاه جدید مرتبط نباشد. در مورد پیری تحقیقات بیشتر در مورد این موضوع به تشخیص اینکه آیا واکنش‌های روان‌شناختی مشابهی همچنان دیده می‌شود یا خیر کمک خواهد کرد.

مینگائود و همکاران (۲۰۰۳) همچنین عوامل روان‌شناختی مؤثر بر رویه‌های زیبایی‌شناسی صورت را مورد بررسی قرار دادند و بر خلاف گوئین و همکاران (۱۹۸۰) دریافتند که عملیات زیبایی‌شناختی باعث بهبود یا بدتر شدن احساس افسردگی می‌شود. مینگائود و همکاران (۲۰۰۳) یک مطالعه چند مرکزی آینده نگر را در ۳ بیمارستان دولتی در پاریس انجام دادند. عمل‌های صورت شامل بلفاروپلاستی، لیفت صورت، لیپوساکشن گردن، رینوپلاستی، ترمیم مو، اتوپلاستی و اصلاح چانه بود.

مشخص شد بیمارانی که تحت عمل‌های صورت قرار گرفته‌اند، بیشتر در معرض اضطراب و افسردگی قبل از عمل هستند. مشخص شد که اضطراب نتیجه اعتماد به نفس پایین است و بنابراین پس از عمل بهبود می‌یابد. کاهش قابل توجه در اضطراب نیروی محرکه برای بهبود درک شده در کیفیت زندگی پس از عمل بود. اگر پیگیری قبل از ۹ ماه پس از عمل انجام شده باشد، ممکن است تغییری در علائم افسردگی مشابه آنچه توسط گوین و همکاران مشاهده کردند، مشاهده شود، بنابراین نتیجه‌گیری اینکه براساس این مطالعه افسردگی کوتاه پس از عمل رخ نداده است؛ دشوار است.

جراحی بینی (رینوپلاستی)

رینوپلاستی نوع خاصی از عمل‌های صورت است که شامل اصلاح زیبایی و/یا عملکردی بینی می‌شود (پیرومچایی و همکاران، ۲۰۱۱؛ ادگرتون و همکاران، ۱۹۷۱). مطالعات متعدد نشان داده است که بیمارانی که به دنبال جراحی بینی هستند، مشکلات روانی از جمله بدشکلی بدن، اضطراب و افسردگی را افزایش داده‌اند (پیرومچایی و همکاران، ۲۰۱۱؛ جوانبخت و همکاران، ۲۰۱۲). یکی از این مطالعات که توسط نراقی و عطاری (۲۰۱۵) انجام شد، بروز افسردگی را در ۲۱ بیمار که تحت عمل زیبایی بینی و ۲۱ بیمار تحت عمل جراحی زیبایی بینی قرار گرفتند با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک قبل از عمل (BDI) و خرده‌مقیاس افسردگی از SCL-90 تجدیدنظر شده بررسی کرد. نتایج نشان داد که نمرات به طور قابل توجهی در مقیاس افسردگی در گروه جراحی زیبایی بینی در مقایسه با گروه جراحی بینی عملکردی بالاتر است.

واکنش‌های روان‌شناختی پس از جراحی بینی در یک مطالعه آینده‌نگر که توسط گوئین و رس (۱۹۹۱) انجام شد، اندازه‌گیری شد. از ۲۰۰ بیمار که تحت عمل جراحی زیبایی بینی توسط همان جراح قرار گرفتند، از آن‌ها خواسته شد تا یک سیاهه مختصر علائم (BSI) را تکمیل کنند تا وضعیت روان‌شناختی قبل از عمل و دوباره در ۱ ماه و ۶ ماه

ارزیابی شود. ماه بعد از عمل نتایج نشان داد که نمرات BSI قبل از عمل برای گروه به طور کلی و کاهش معنی داری در افسردگی برای زنان در بازه زمانی ۶ ماهه وجود دارد. در یک جمع‌بندی باید گفت جراحی زیبایی همچنان محبوب است زیرا بیماران به دنبال بهبود ویژگی‌های فیزیکی و ادراک خود هستند. طبق گفته انجمن زیبایی‌شناسی، عمل بزرگ کردن سینه و ابدومینوپلاستی هر دو از سال ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۱ بیش از ۴۰ درصد افزایش یافته است. علاوه بر این، از زمان همه‌گیری COVID-19، زوم (سان خوزه، کالیفرنیا، ۲۰۲۰) به یک ابزار ویدیویی آشنا برای ارتباطات شغلی و آموزشی تبدیل شده است. استفاده روزافزون از آن در این تنظیمات، آگاهی بیشتری از ظاهر ایجاد کرده است، که باعث افزایش بروز و تشدید علائم بدشکلی بدن شده است. افزایش آگاهی از ظاهر و خودانتقادی مرتبط با انواع کنفرانس‌های ویدئویی، اکنون در مجموع به عنوان "دیسمورفی زوم" نامیده می‌شود. " و متعاقباً نشان داده شده است که درخواست‌ها برای روش‌های زیبایی را افزایش می‌دهد (سارانگی و همکاران، ۲۰۲۲).

درخواست‌ها برای انجام عمل‌های زیبایی توسط بسیاری از عوامل روان‌شناختی که بر نحوه پاسخ بیماران پس از عمل نیز تأثیر می‌گذارند، مبهم است. این فصل تعداد بی‌شماری از عوامل روان‌شناختی را که بر بیماران قبل و بعد از عمل‌های زیبایی تأثیر می‌گذارند، خلاصه نمود. ون سوئست و همکاران (۲۰۲۰) و جاکوبسن و همکاران (۲۰۰۴) هر دو متوجه افزایش مشکلات سلامت روان در زنانی شدند که تحت عمل بزرگ کردن سینه قرار می‌گرفتند، در مقایسه با زنانی که سایر عمل‌های سینه را انجام داده‌اند و زنانی که هرگز تحت عمل سینه قرار نگرفته‌اند. هر دو مطالعه نقاط قوت زیادی در طراحی خود دارند و حجم نمونه بزرگ به مطالعات قدرت بالایی می‌دهد. اما به دلیل تفاوت در تأکید جامعه بر ظاهر فیزیکی و استانداردهای زیبایی، تأثیرات روانی بزرگ کردن سینه و مسائل مربوط به سلامت روان ممکن است در کشورهای مختلف متفاوت باشد. بنابراین، نیاز به مطالعات بیشتر برای بررسی بیشتر مسائل روانشناختی رایجی که جراحان پلاستیک ممکن است هنگام درمان بیماران خود با آن مواجه شوند، وجود

دارد. در مقابل، مطالعات انجام شده توسط نیلسون و همکاران (۲۰۲۲) و پادوپولوس و همکاران (۲۰۱۹) بهبود قابل توجهی در علائم افسردگی پس از ابدومینوپلاستی نشان داد. افزایش عزت نفس و تصویر بدن در هر دو مطالعه بهبود یافت. این سؤال را در مورد وضعیت ذهنی از قبل موجود در بیماران ابدومینوپلاستی ایجاد می‌کند؛ اینکه چگونه ممکن است با بیماری که به دنبال بزرگ کردن سینه هستند متفاوت باشد؟ مطالعات بیشتر در مورد فرآیندهای روانی که بر بیماری که مایل به انجام عمل بزرگ کردن سینه و ابدومینوپلاستی هستند تأثیر می‌گذارد، به درک تفاوت در نتایج روانشناختی پس از این عمل‌ها کمک می‌کند.

جالب‌ترین نتیجه روان‌شناختی همه عمل‌های زیبایی‌شناختی، نتیجه‌ای است که گوین و همکاران (۱۹۸۰) در مطالعه افسردگی پس از عمل بعد از عمل‌های صورت یافتند. این ممکن است با افزایش کبودی و تورم، و همچنین ماهیت عمل انجام شده بر روی صورت که نمی‌توان آن را پنهان کرد، توضیح داد، و روند بهبود را دشوارتر می‌کند. با این حال، منینگاود و همکاران (۲۰۰۳) همان واکنش افسردگی را پیدا نکردند. در واقع، منینگاود و همکاران (۲۰۰۳) دریافتند که اضطراب به طور قابل توجهی پس از عمل‌های صورت بهبود می‌یابد که باعث می‌شود فرد به این باور برسد که علائم افسردگی نیز باید بهبود می‌یافت زیرا این دو حالت روانی اغلب همراه هستند.

علاوه بر این، گوئین و رس (۱۹۹۱) پس از جراحی بینی با استفاده از BDI علائم افسردگی را به طور قابل توجهی بهبود بخشیدند. با این حال، نمرات BDI قبل از عمل طبیعی بود که در تضاد با یافته‌های نراقی و عطاری (۲۰۱۵) بود که نشان می‌داد بیماران رینوپلاستی میزان بیشتری از افسردگی قبل از عمل را دارند. این تفاوت ممکن است به دلیل استفاده از مقیاس‌های مختلف اندازه‌گیری افسردگی باشد. حداقل ادبیات در مورد واکنش‌های روانی پس از عمل‌های صورت وجود دارد، بنابراین تحقیقات بیشتری برای به دست آوردن اطلاعات برای مشاوره کامل بیماران در مورد انتظارات پس از عمل در این زمینه مورد نیاز است.

علیرغم چندین تفاوت در واکنش‌های روان‌شناختی پس از عمل، به نظر می‌رسد تفاوت‌های کمی در روان‌شناسی قبل از عمل در بیمارانی که انواع عمل‌های زیبایی‌شناختی را دنبال می‌کنند، وجود دارد که اضطراب و افسردگی قبل از عمل شایع‌ترین تشخیص‌های سلامت روان هستند. مشخص شد که اضطراب و افسردگی پایه در بیمارانی که به دنبال جراحی زیبایی سینه و صورت هستند، بیشتر است. به نظر می‌رسد افسردگی به جای اضطراب در بیمارانی که تحت عمل جراحی ابدومینوپلاستی قرار می‌گیرند، شایع‌تر است. افزایش بروز بدشکلی بدن در بیمارانی که به دنبال جراحی زیبایی بینی و بزرگ کردن سینه بودند، پیشنهاد شد.

جمع‌بندی

در جامعه کنونی ما، جذابیت ظاهری به عنوان نشانه‌ای از داشتن شخصیت کامل، شغل موفق، ازدواج شاد و زندگی راحت تلقی می‌شود. به همین دلیل، گزینه انجام جراحی زیبایی در حال تبدیل شدن به یک عنصر مهم زندگی روزمره مدرن است (آمانتایووا^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). اما با توجه به خطرات جسمی و روان‌شناختی این روش، درک مولفه‌های روان‌شناختی مختلف در متقاضیان جراحی زیبایی اهمیت بسزایی دارد (شاه حیدری و همکاران، ۱۴۰۲). چرا که عوامل روان‌شناختی نقش مهمی در تصمیم به انجام جراحی زیبایی دارد (اویسی و همکاران، ۱۴۰۲)؛ از سویی دیگر دیدگاه بیمار در مورد جراحی زیبایی اغلب با ترکیبی از هنجارهای اجتماعی، تجربیات شخصی، باورهای فرهنگی، قرار گرفتن در معرض رسانه‌ها و ارزش‌های فردی شکل می‌گیرد (محمد و ابراهیم^۲، ۲۰۲۳). از این رو، فهم ویژگی‌های روان‌شناختی متقاضیان جراحی زیبایی می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های مختلف جهت پیشگیری و درمان مشکلات روان‌شناختی این بیماران کمک کند (شیرازی و همکاران، ۱۴۰۲) و این در حالی است که روان‌شناسی جراحی زیبایی آن‌طور که باید مورد توجه و مطالعه واقع نشده و عمده

¹ - Amantayeva

² - Mohammed & Ibrahim

مطالعات نیز به بررسی گزارش‌های بالینی یا متغیرهای محدودی مانند رضایت فردی از عمل جراحی مربوط هستند که ضرورت پژوهش در این زمینه را برجسته می‌سازد (مختاری و همکاران، ۱۴۰۰). در حقیقت پیشینه اختلالات روانپزشکی در بین افرادی که تحت عمل‌های زیبایی قرار می‌گیرند بیشتر از جمعیت عمومی است و ارزیابی سلامت روان می‌تواند برای جراحان این عرصه دشوار باشد (باسکارن^۱ و همکاران، ۲۰۲۱).

گزارش‌ها نیز حاکی از آن است که شیوع اختلال روانپزشکی در بیماران تحت عمل جراحی زیبایی برای اختلال بدشکلی بدن تا ۵۷ درصد بود. ارقام مربوط به افسردگی، اضطراب و اختلال شخصیت به ترتیب $4/8$ تا $25/8$ ، $10/8$ تا 22 و 0 تا 53 درصد بود (باسکارن و همکاران، ۲۰۲۱). شایع‌ترین بیماری روانپزشکی ثبت شده در بین بیماران تحت عمل جراحی زیبایی نیز، اختلال بدشکلی بدن است. یک فراتحلیل نشان داد که شیوع اختلال بدشکلی بدن در بیمارانی که به دنبال جراحی پلاستیک بودند (15.04%) در مقایسه با کسانی که به دنبال مشاوره با متخصص پوست بودند (12.65%) بیشتر بود و در زنان در هر دو گروه شایع‌تر بود (ریبیرو^۲، ۲۰۱۷). مونپلییر^۳ و همکاران (۲۰۱۸) گزارش کردند که نارضایتی از تصویر بدن در بیمارانی که تحت عمل جراحی چاقی قرار گرفتند با علائم افسردگی بیشتر همراه بود (مونپلییر و همکاران، ۲۰۱۸).

در خصوص اختلالات شخصیت نیز، اختلالات شخصیتی خوشه‌های B و C در بیمارانی که تحت عمل جراحی زیبایی قرار می‌گیرند شایع‌تر است، و همچنین خطر پیامدهای نامطلوب مانند نارضایتی بیمار، دعوی قضایی و آسیب رساندن به خود را افزایش می‌دهد (ناپولئون^۴، ۱۹۹۳؛ به نقل از باسکارن و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین عوارض روانپزشکی

¹ - Bascarane

² - Ribeiro

³ - Montpellier

⁴ - Napoleon

یکی از عوارض شایع در جراحی زیبایی است. از این رو، یک رویکرد ساختاریافته و یکپارچه برای ارزیابی و مدیریت عوارض روانپزشکی به بهینه‌سازی نتایج پس از جراحی کمک خواهد کرد. در اصل، اگرچه بیماری روانپزشکی به طور گسترده به عنوان منع مصرف جراحی زیبایی در نظر گرفته می‌شود، اما این بحث وجود دارد که آن دسته از بیمارانی که بیماری روانپزشکی «کمتر پاتولوژیک» یا «به خوبی کنترل شده» دارند، ممکن است با بهبود کیفیت زندگی خود از عمل جراحی بهره ببرند. در این راستا، طیف وسیعی از ابزارها برای ارزیابی این اختلالات استفاده شده است و اقدامات خاصی نیز برای ارزیابی نتایج بالینی پس از جراحی در دسترس است. غربالگری این اختلالات برای جلوگیری از اعمال جراحی غیرضروری و همچنین برای اطمینان از مدیریت به موقع بیماری روانپزشکی ضروری است (باسکارن و همکاران، ۲۰۲۱). امید است این نوشتار به سهم خود، راهگشای معضل جراحی‌های زیبایی غیرضروری باشد و بتواند به مراکز مشاوره مرتبط با جراحی زیبایی خدمتی مفید ارائه نماید. از سویی دیگر انتظار می‌رود این نوشتار به عنوان پایه‌ای ملموس برای توسعه استراتژی‌هایی برای به حداقل رساندن اثرات نامطلوب صنعت جراحی زیبایی در حال رشد باشد و بتواند به روشن شدن ویژگی‌های روانشناختی افرادی که به دنبال جراحی زیبایی هستند کمک کند و به نتایج مطلوب پزشکی کمک کند.

منابع

الف) منابع فارسی

اخلاصی، ابراهیم، رستگار، یاسر، راسخی، زهرا. (۱۳۹۸). فراتحلیل مطالعات ناظر به
 برساخت اجتماعی بدن در جامعه ایرانی (مورد کاوش: مقالات علمی پژوهشی
 داخلی ۱۳۹۵-۱۳۸۶). *جامعه پژوهی فرهنگی*، ۱۰(۳)، ۱-۲۵.
<https://doi.org/10.30465/scs.2019.4935>

افتخار، طاهره، حاجی بابایی، مرضیه، دلدار پسیخانی، مریم، رهنما، پروین، و منتظری،
 علی. (۱۳۹۸). کیفیت زندگی جنسی، عملکرد جنسی زنان، تصویر خود و بدن
 اندام تناسلی زنان در زنان متقاضی جراحی زیبایی دستگاه تناسلی: یک مطالعه

مقایسه ای. روانشناسی و جنسیت، ۱۰(۲)، ۹۴-۱۰۰.
<https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1552187>

اویسی، هلیا، منیرپور، نادر، زرغام حاجبی، مجید. (۱۴۰۲). مدل قدرت ایگو براساس روابط موضوعی و نقش میانجی سازمان شخصیت در افراد متقاضی جراحی زیبایی سر و صورت. *روانشناسی*. ۱۲ (۱): ۱۴۵-۱۵۴.
[20.1001.1.2383353.1402.12.1.13.7](https://doi.org/10.1001.1.2383353.1402.12.1.13.7)

پورکاو دهکردی، الهه، خان محمدی اطاقسرا، ارسلان، عباسی اسفجیر، علی اصغر. (۱۳۹۹). فراتحلیل عوامل گرایش زنان ایرانی به عمل‌های جراحی زیبایی، *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۹(۳۴)، ۷-۲۴.
<https://doi.org/10.30473/hpj.2020.44278.4266>

پیراهری، نیر، بیداران، صنم. (۱۳۹۶). عوامل اجتماعی موثر بر گرایش زنان به جراحی زیبایی. *فصلنامه زن و جامعه*، ۸(۳۲)، ۲۲۹-۲۴۶.
[20.1001.1.20088566.1396.8.32.12.7](https://doi.org/10.1001.1.20088566.1396.8.32.12.7)

تاجور، مریم، پورفرخ، پریسا، بهمن‌زیاری، نجمه، جعفری‌پویان، ابراهیم، نظری، مریم، سجادی، حانیه سادات. (۱۴۰۲). مدیریت اعمال جراحی زیبایی در ایران: چالش‌ها و راهکارها. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*. ۸۱ (۱): ۳۸-۴۸.
<https://tumj.tums.ac.ir/article-1-12330-fa.html>

تورانی، فائزه، آقایی، حکیمه، حاجی آقایی، لیلا، صانعی، امین. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و مهارت تنظیم هیجان بر گرایش به مد، باورهای غیرمنطقی و هم‌جوشی فکر-عمل در زنان متقاضی جراحی زیبایی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۸(۷۰)، ۳۱-۳۹.
https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16509.html

توکلی، زینب، قدم‌پور، عزت‌اله، باقری، نسرین، تنها، زهرا. مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا و طرح‌واره‌درمانی بر باورهای غیرمنطقی و تصویر بدنی در

زنان متقاضی جراحی زیبایی. *رویش روان شناسی*. ۱۱ (۱۲): ۱۹۵-۲۰۶.
[20.1001.1.2383353.1401.11.12.18.7](https://doi.org/10.1001.1.2383353.1401.11.12.18.7)

حسینی، زهره، کربلایی محمدمیگونی، احمد، گرامی پور، مسعود. (۱۳۹۷). مدل ساختاری روابط بین تصویر بدنی، باورهای غیرمنطقی و سلامت روان در متقاضیان جراحی زیبایی. *اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی*، ۱۳(۴۸)، ۱۷-۲۶.
https://jtbc.roudehen.iau.ir/article_1454.html

حیدری، صدیقه، آزادیکتا، مهرناز، کاظمی، اشکان. (۱۴۰۲). شناسایی عوامل موثر بر کاهش میل به ازدواج با استفاده از نظریه زمینه‌ای. *روانشناسی اجتماعی*، ۱۱(۶۷)، ۶۴-۵۱.
[20.1001.1.23455098.1402.11.67.3.1](https://doi.org/10.23455098.1402.11.67.3.1)

خان‌زاده، مصطفی، آقامحمدی، سمیه. (۱۴۰۱). استفاده از رسانه و گرایش به جراحی زیبایی در زنان جوان ایرانی: یک مدل ساختاری. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۲۵(۱)، ۶۷-۵۹.
[10.22038/jfmh.2023.22119](https://doi.org/10.22038/jfmh.2023.22119)

خبازثابت، سرور، پولادی ری شهری، علی، کیخسروانی، مولود، بحرانی، محمدرضا. (۱۴۰۱). رابطه بین گرایش به جراحی زیبایی با تصویر بدنی منفی و باورهای غیرمنطقی زنان متقاضی جراحی زیبایی: نقش میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان. *روانشناسی سلامت*، ۱۱(۴۴)، ۳۱-۵۰.
<https://doi.org/10.30473/hpj.2022.60727.5327>

درجاتی، عباس علی، رضائی، امید. (۱۴۰۱). پیش‌بینی نشانه‌های اختلال بدریخت‌انگاری بدنی براساس میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی و مکانیزم‌های دفاعی در مراجعان مراکز جراحی زیبایی. *رویش روان شناسی*. ۱۱ (۱۱): ۶۳-۷۲.
[20.1001.1.2383353.1401.11.11.6.3](https://doi.org/10.1001.1.2383353.1401.11.11.6.3)

ذوقی پایدار، محمدرضا، کرمی، افسانه، نبی‌زاده، صفدر. (۱۳۹۷). مقایسه اختلال تصویرتن، اختلال بد شکلی بدنی و گرایش به مد در افراد متقاضی و غیر متقاضی

جراحی زیبایی. روانشناسی سلامت، ۷(۲۶)، ۲۴-۷.
[20.1001.1.23221283.1397.7.26.1.0](https://doi.org/10.2322/1283.1397.7.26.1.0)

رابعی، مرجان، مشایخ، مریم، حاتمی، محمد، زم، فاطمه، شعبانی، سمیه. (۱۴۰۲).
 اثربخشی طرحواره درمانی بر ارزشیابی تناسب اندام و نگرانی از عدم پذیرش
 درخواست در زنان متقاضی جراحی زیبایی. *رویش روان شناسی*. ۱۲ (۵): ۱۱۹-
[20.1001.1.2383353.1402.12.5.12.4](https://doi.org/10.1001.1.2383353.1402.12.5.12.4). ۱۲۸

سهرابی، فائزه. (۱۳۹۰). بررسی نیمرخ آسیب شناسی روانی در متقاضیان جراحی
 پلاستیک. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۵۱)، ۲۶۰-۹.
[10.22038/jfmh.2011.1010](https://doi.org/10.22038/jfmh.2011.1010)

شاه حیدری، آتنا، نکوئی، هاله، خدایی، توران، قاسمی، پوریا. (۱۴۰۲). نقش سبک‌های
 دلبستگی و احساس شرم از بدن در پیش‌بینی حساسیت به طرد و قدردانی از
 بدن در متقاضیان جراحی زیبایی. *روان پرستاری*. ۱۱ (۵): ۳۹-۲۸.
<http://ijpn.ir/article-1-2206-fa.html>

شفیع‌آبادی، عبدالله، حسنی، جعفر، یاری، مرصده. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان
 شناختی - رفتاری هیجان‌مدار با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تصویر
 بدنی و نظم‌جویی شناختی هیجان در دختران نوجوان خواهان جراحی زیبایی.
 دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۳۰(۱)، ۳۶-۱۹.
<https://doi.org/10.22055/psy.2022.34239.2569>

شکر امرجی، ایوب، عباسی، محمود. (۱۳۸۷). جراحی زیبایی از منظر فقه و حقوق
 پزشکی. *مجله علمی پژوهشی حقوق پزشکی*، ۲(۶)، ۹۱-۵۳.
<http://ijmedicallaw.ir/article-1-450-fa.html>

شیرازی، فرشته، صالحی، مریم، هاشمی پور، فرحناز، کرمی، صابر. (۱۴۰۲). نقش
 تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و آمیختگی شناختی در پیش‌بینی نگرانی

از تصویر بدن در زنان متقاضی جراحی زیبایی. *روان پرستاری*. ۱۱ (۲): ۵۲-۶۳.
[10.22034/IJPN.11.2.52](https://doi.org/10.22034/IJPN.11.2.52)

صادقی، نگار، مرادی، علی‌رضا، حسنی، جعفر، محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۷). ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری تصویر بدنی در زنان علاقمند به جراحی زیبایی. *پوست و زیبایی*. ۹ (۲): ۱۰۰-۱۱۲. <https://jdc.tums.ac.ir/article-1-5319-fa.html>

صالح احمدی، زینب، و رافعی، سیدرضا. (۱۳۹۱). عوامل موثر بر بیماران تحت عمل جراحی زیبایی در بوشهر، جنوب ایران. *مجله جهانی جراحی پلاستیک*، ۱ (۲)، ۹۹-۱۰۶. <http://wjps.ir/article-1-42-en.html>

صالحی، مریم، رجبی، سوران، دهقانی، یوسف. (۱۳۹۸). پیش‌بینی اختلال بدریخت‌انگاری بدن براساس طرحواره‌های هیجانی، سبک‌های دلبستگی و ویژگی‌های شخصیتی در افراد متقاضی جراحی زیبایی، *مجله علوم روانشناختی*. ۱۸ (۷۳): ۷۷-۸۷. [20.1001.1.17357462.1398.18.73.12.7](https://doi.org/10.1001.1.17357462.1398.18.73.12.7)

طالبی دلیر، معصومه. (۱۴۰۲). فراتحلیل عوامل روانشناختی-اجتماعی موثر بر گرایش به جراحی زیبایی در ایران. *فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*، ۱۸ (۶۳)، ۴۹-۸۲. [20.1001.1.26454955.1402.18.63.2.8](https://doi.org/10.1001.1.26454955.1402.18.63.2.8)

عباسی، بهاره، حقیقتیان، منصور، موذنی، احمد. (۱۳۹۸). بازنمایی نظام معنایی زنان تهرانی به هویت‌های متمایز ظاهری برآمده از جراحی‌های زیبایی. *مطالعات راهبردی زنان*، ۲۱ (۸۳)، ۱۰۱-۱۱۸. [10.22095/JWSS.2019.100377](https://doi.org/10.22095/JWSS.2019.100377)

مختاری، فاطمه، حاتمی، حمیدرضا، احدی، حسن، صرامی فروشانی، غلامرضا. (۱۴۰۰). اثربخشی عمل جراحی زیبایی بینی بر رواندستی روانشناختی، کیفیت زندگی و تصویر بدنی متقاضیان جراحی زیبایی، *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰ (۹۹): ۳۶۵-۳۷۸. [20.1001.1.17357462.1400.20.99.11.2](https://doi.org/10.1001.1.17357462.1400.20.99.11.2)

هدایتی، محمد، نظری پشت کوهی، محمد. (۱۴۰۲). حق زیبایی طلبی و مدیریت اخلاقی آن در متقاضی جراحی زیبایی با رویکرد اسلامی. پژوهشنامه اخلاق، ۱۶ (۵۹): ۷-۷. <https://akhlagh.maaref.ac.ir/article-1-2095-fa.html>

(ب) منابع انگلیسی

- A. Mazur U.S. trends in feminine beauty and overadaptation. *The Journal of Sex Research*, 22 (1986), pp. 281-303
- A. Napoleon, C. Lewis. Psychological considerations in lipoplasty: the problematic or “special care” patient. *Annals of Plastic Surgery*, 23 (1989), pp. 430-432
- A. Napoleon. The presentation of personalities in plastic surgery *Annals of Plastic Surgery*, 31 (1993), pp. 193-208
- A.A. Robin, J.B. Copas, A.B. Jack, A.C. Kaeser, P.J. Thomas. Reshaping the psyche: The concurrent improvement in appearance and mental state after rhinoplasty *British Journal of Psychiatry*, 152 (1988), pp. 539-543

- Ahern, A. L., Bennett, K. M., & Hetherington, M. M. (2008). Internalization of the ultra-thin ideal: Positive implicit associations with underweight fashion models are associated with drive for thinness in young women. *Eating Disorders*, *16*(4), 294–307. <https://doi.org/10.1080/10640260802115852>
- Alley, T. R. (Ed.). (2013). *Social and applied aspects of perceiving faces*. Psychology Press.
- Amantayeva, J. B., Burkhanova, D. K., Amitov, S. A., Sarybayeva, I. S., & Nagaibayeva, Z. A. (2024). The Beauty Industry in Kazakhstan and the Attitude of Kazakh Citizens Toward Plastic Surgery. *Plastic and Aesthetic Nursing*, *44*(1), 72-85. [10.1097/PSN.0000000000000547](https://doi.org/10.1097/PSN.0000000000000547)
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders (DSM-III-R)*. American psychiatric association.
- Andreasen, N. C., & Bardach, J. (1977). Dysmorphophobia: symptom or disease?. *The American journal of psychiatry*, *134*(6), 673-676.
- Arnocky, S., Perilloux, C., Cloud, J. M., Bird, B. M., & Thomas, K. (2016). Envy mediates the link between social comparison and appearance enhancement in women. *Evolutionary Psychological Science*, *2*(2), 71–83. <https://doi.org/10.1007/s40806-015-0037-1>Return to ref 2016 in article
- Baker Jr, J. L., Kolin, I. S., & Bartlett, E. S. (1974). Psychosexual dynamics of patients undergoing mammary augmentation. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *53*(6), 652-659.
- Barrett, P. M., & Duffy, A. L. American Psychiatric Association.(1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, DC: Author. Barrett, PM; Dadds, MR; and Rapee, RM (1996).“Family Treatment of Childhood Anxiety: A Con. *Marriage and Family*, *66*, 893-905.
- Bascarane, S., Kuppili, P. P., & Menon, V. (2021). Psychiatric assessment and management of clients undergoing cosmetic surgery: Overview

and need for an integrated approach. *Indian journal of plastic surgery*, 54(01), 008-019. [10.1055/s-0040-1721868](https://doi.org/10.1055/s-0040-1721868)

Beale, S., Lisper, H. O., & Palm, B. (1980). A psychological study of patients seeking augmentation mammoplasty. *The British Journal of Psychiatry*, 136(2), 133-138.

Beck, A.T., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. New York: Guilford Press.

Birtchnell, S.A. (1988). Dysmorphophobia μ A centenary discussion. *British Journal of Psychiatry*, 153, 41–43.

Bonell, S., Barlow, F. K., & Griffiths, S. (2021). The cosmetic surgery paradox: Toward a contemporary understanding of cosmetic surgery popularisation and attitudes. *Body Image*, 38, 230–240. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.04.010>Return to ref 2021 in article

Bonell, S., Murphy, S. C., Austen, E., & Griffiths, S. (2022). When (fake) beauty turns ugly: Plastic surgery as a moral violation. *Current Psychology*, 41, 5444–5457. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01060-0>Return to ref 2022 in article

Borah, G., Rankin, M., & Wey, P. (1999). Psychological complications in 281 plastic surgery practices. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 104(5), 1241-1246. [10.1097/00006534-199910000-00002](https://doi.org/10.1097/00006534-199910000-00002)

Brinton LA, Lubin JH, Burich MC, et al. Mortality among augmentation mammoplasty patients. *Epidemiol.* 2001;12:321–6.

Brinton LA, Lubin JH, Murray MC, et al. Mortality rates among augmentation mammoplasty patients: An update. *Epidemiology.* 2006;17:162–9.

Brown, Z., & Tiggemann, M. (2016). Attractive celebrity and peer images on Instagram: Effect on women’s mood and body image. *Body Image*, 19, 37–43. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.08.007>Return to ref 2016 in article

- Bull, R., & Rumsey, N. (1988). *The social psychology of facial appearance*. New York: Springer-Verlag.
- C.M. Grilo, D.E. Wilfley, K.D. Brownell, J. Rodin. Teasing, body image, and self-esteem in a clinical sample of obese women *Addictive Behaviors*, 19 (1994), pp. 443-450.
- Cash, T.F. (1996). The treatment of body-image disturbances. In J.K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity* (pp. 83–107). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cash, T.F., and Pruzinsky, T. (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. New York: Guilford Press.
- Chandawarkar, R. Y. M. M., Kellogg, B. C., Schulz, S. A., Valerio, I. L., Kirschner, R. E., Brunicardi, F. A. D., ... & Pollock, R. E. (2019). *Schwartz's Principles of Surgery*.
- Chen, J., Ishii, M., Bater, K. L., Darrach, H., Liao, D., Huynh, P. P., ... & Ishii, L. E. (2019). Association between the use of social media and photograph editing applications, self-esteem, and cosmetic surgery acceptance. *JAMA Facial Plastic Surgery* 21 (5): 361–367. <https://doi.org/10.1001/jamafacial.2019.0328>
- Ching, B. H. H., & Xu, J. T. (2019). Understanding cosmetic surgery consideration in Chinese adolescent girls: Contributions of materialism and sexual objectification. *Body Image*, 28, 6–15. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.11.001>Return to ref 2019 in article
- Crerand, C. E., Infield, A. L., & Sarwer, D. B. (2007). Psychological considerations in cosmetic breast augmentation. *Plastic and Aesthetic Nursing*, 27(3), 146-154. https://journals.lww.com/psnjournalonline/abstract/2007/07000/psychological_considerations_in_cosmetic_breast.7.aspx
- D. Veale, A. Boocock, K. Gournay, W. Dryden, F. Shah, R. Willson, J. Walburn, *Body dysmorphic disorder: A survey of fifty cases*, *British Journal of Psychiatry*, 169 (1996), pp. 196-201

- D.J. Munjack. The behavioral treatment of dysmorphophobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 152 (1978), pp. 674-678.
- E. Fisher, J.K. Thompson. A comparative evaluation of cognitive-behavioral therapy (CBT) versus exercise therapy (ET) for the treatment of body-image disturbance: Preliminary findings *Behavior Modification*, 18 (1994), pp. 171-185
- E. Hollander, L. Cohen, D. Simeon, J. Rosen, C. DeCaria, D.J. Stein. Fluvoxamine treatment of body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Pharmacology*, 14 (1994), pp. 75-77
- E. Hollander, M.R. Liebowitz, R. Winchel, A. Klumker, D.F. Klein. Treatment of body-dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *American Journal of Psychiatry*, 146 (1989), pp. 768-770
- E. Meyer, W.E. Jacobson, M.T. Edgerton, A. Canter. Motivational patterns in patients seeking elective plastic surgery. *Psychosomatic Medicine*, 22 (1960), pp. 193-202
- E. Morselli. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia *Nolletinno Della Accademia di Genova*, 6 (1886), pp. 110-119
- Edgerton Jr, M. T., & Knorr, N. J. (1971). Motivational patterns of patients seeking cosmetic (esthetic) surgery. *Plastic and reconstructive surgery*, 48(6), 551-557. [10.1097/00006534-197112000-00005](https://doi.org/10.1097/00006534-197112000-00005)
- Edgerton, M.T. & Langman, M.W. (1982). Psychiatric considerations. In E.H. Courtiss (Ed.), *Male aesthetic surgery* (pp. 17-38). St. Louis, MO: C.V. Mosby.
- F. Neziroglu, D. McKay, J. Todaro, J.A. Yaryura-Tobias. Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid axis II diagnoses. *Behavior Therapy*, 27 (1996), pp. 67-77

- F. Sihm, M. Jagd, M. Pers. Psychological assessment before and after augmentation mammoplasty. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*, 12 (1978), pp. 295-298
- F.A. Neziroglu, J.A. Yaryura-Tobias. Exposure, response prevention, and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 24 (1993), pp. 431-438
- Farshidfar, Z., Dastjerdi, R., & Shahabizadeh, F. (2013). "Acceptance of Cosmetic Surgery: Body Image, Self Esteem and Conformity". *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 238-242.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison process. *Human Relations*, 7(2), 117-140.
<https://doi.org/10.1177/00187267540070>Return to ref 1954 in article
- Fisher, S. (1986). *Development and structure of the body image* (Vols. 1 and 2). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). *Development, deviance and change* (pp. 3-20). New York: Guilford Press.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>Return to ref 1997 in article
- Freedman, R. (1990). Cognitive-behavioral perspective on body-image change. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change* (pp. 272-295). New York: Guilford Press.
- Freud, S. (1918). From the history of an infantile neurosis (1918). In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 3-122). London: Hogarth and Institute of Psychoanalysis.

- Frieze, I. H., Olson, J. E., & Russell, J. (1991). Attractiveness and income for men and women in management. *Journal of Applied Social Psychology*, 21(13), 1039–1057. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1991.tb00458.x>Return to ref 1991 in article
- G. Hill, A.G. Silver. Psychodynamic and esthetic motivations for plastic surgery. *Psychosomatic Medicine*, 12 (1950), pp. 345-352
- G.D. Foster, T.A. Wadden, R.A. Vogt. Body image before, during, and after weight loss. *Health Psychology*, 16 (1997), pp. 226-229
- G.E. Hardy. Body image disturbance in dysmorphophobia *British Journal of Psychiatry*, 141 (1982), pp. 181-185
- G.G. Hay, B.B. Heather. Changes in psychometric test results following cosmetic nasal operations. *British Journal of Psychiatry*, 122 (1973), pp. 89-90
- G.G. Hay. Psychiatric aspects of cosmetic nasal operations. *British Journal of Psychiatry*, 116 (1970), pp. 85-97
- Gallup Korea. (2015, April 15). *외모와 성형수술에 대한 인식 조사: 1994/2004/2015 년 비교* [A survey on the perception of appearance and cosmetic surgery: Comparison among 1994, 2004, and 2015]. <https://www.gallup.co.kr/gallupdb/reportContent.asp?seqNo=656>Return to ref 2015 in article
- Gapinski, K., Brownell, K., & LaFrance, M. (2003). Body objectification and “Fat talk”: Effects on emotion, motivation, and cognitive performance. *Sex Roles*, 48(9/10), 377–388. <https://doi.org/10.1023/A:1023516209973>Return to ref 2003 in article
- Gifford, S. (1972). Cosmetic surgery and personality change: A review and some clinical observations. In R.M. Goldwyn (Ed.), *The unfavorable result in plastic surgery: Avoidance and treatment* (pp. 11–33). Boston: Little, Brown.

- Goin, J., Goin, M., Karimi, K., Adamson, P., Edgerton, M., Jacobson, W., ... & Buhler, C. (2017). Psychology of the facelift patient. *Facial Plastic Surgery*, 33(03), 252-259. [10.1055/s-0037-1598071](https://doi.org/10.1055/s-0037-1598071)
- Goin, J.M., & Goin, M.K. (1987). Psychological understanding and management of the plastic surgery patient. In N.G. Georgiade, G.S. Georgiade, R. Riefkohl, & W.J. Barwick (Eds.), *Essentials of plastic, maxillofacial, and reconstructive surgery* (pp. 1127–1143). Baltimore, MD: Williams & Wilkens.
- Goin, M. K., & Rees, T. D. (1991). A prospective study of patients' psychological reactions to rhinoplasty. *Annals of plastic surgery*, 27(3), 210-215. [10.1097/0000637-199109000-00004](https://doi.org/10.1097/0000637-199109000-00004)
- Goin, M. K., Burgoyne, R. W., Goin, J. M., & Staples, F. R. (1980). A prospective psychological study of 50 female face-lift patients. *Plastic and reconstructive surgery*, 65(4), 436-442. [10.1097/00006534-198004000-00007](https://doi.org/10.1097/00006534-198004000-00007)
- H. Markus. Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35 (1977), pp. 63-78
- H.P. Wengle, The psychology of cosmetic surgery: A critical overview of the literature 1960–1982-Part I, *Annals of Plastic Surgery*, 16 (1986), pp. 435-443
- Harrison, K., & Cantor, J. (1997). The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of Communication*, 47(1), 40–67. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1997.tb02692.x>
[Return to ref 1997 in article](#)
- Hatfield, E., & Sprecher, S. (1986). *Mirror, mirror...The importance of looks in everyday life*. Albany, NY: SUNY Press.
- Heinberg, L. J., Thompson, J. K., & Stormer, S. (1995). Development and validation of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire. *The International Journal of Eating Disorders*, 17(1), 81–89. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199501\)17:1%3c81::AID-EAT2260170111%3e3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199501)17:1%3c81::AID-EAT2260170111%3e3.0.CO;2-Y)
[Return to ref 1995 in article](#)

- Heinberg, L.J. (1996). Theories of body image disturbance. In J.K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity* (pp. 27–47). Washington, DC: American Psychological Association.
- Henderson-King, D., & Henderson-King, E. (2005). Acceptance of cosmetic surgery: Scale development and validation. *Body Image*, 2(2), 137–149. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.03.003>[Return to ref 2005 in article](#)
- Hogue, J. V., & Mills, J. S. (2019). The effects of active social media engagement with peers on body image in young women. *Body Image*, 28, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.11.002>[Return to ref 2019 in article](#)
- Hollander, E. (1993). *Obsessive-compulsive related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hollander, E., & Phillips, K.A. (1993). Body image and experiential disorders. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive compulsive related disorders* (pp. 17–48). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hossain, F. M. A., & Ali, M. K. (2014). Relation between individual and society. *Open Journal of Social Sciences*, 2(8), 130–137. <https://doi.org/10.4236/jss.2014.28019>[Return to ref 2014 in article](#)
- I. Marks, J. Mishan. Dymorphophobic avoidance with disturbed bodily perception: A pilot study of exposure therapy *British Journal of Psychiatry*, 152 (1988), pp. 674-678
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery. (2019). *ISAPS Global Survey Results 2018*. <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2020/10/ISAPS-Global-Survey-Results-2018-1.pdf>[Return to ref 2019 in article](#)
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery. (2020, December 9). *ISAPS Global Survey Results 2019*. <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2020/12/Global-Survey-2019.pdf>[Return to ref 2020 in article](#)

- J. Brooks-Gunn, M.P. Warren, Effects of delayed menarche in different contexts: Dance and nondance students, *Journal of Youth and Adolescence*, 14 (1985), pp. 285-300
- J. Grant, T.F. Cash. Cognitive-behavioral body-image therapy: Comparative efficacy of group and modest-contact treatments *Behavior Therapy*, 26 (1995), pp. 69-84.
- J.A. Hollyman, J.H. Lacey, P.J. Whitfield, J.S.P. Wilson. Surgery for the psyche: A longitudinal study of women undergoing reduction mammoplasty. *British Journal of Plastic Surgery*, 39 (1986), pp. 222-224
- J.C. Rosen, E. Saltzberg, D. Srebnik. Cognitive behavior therapy for negative body image. *Behavior Therapy*, 20 (1989), pp. 393-404
- J.C. Rosen, J. Reiter, P. Orosan. Cognitive behavioral body image therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (1995), pp. 263-269
- J.C. Rosen, J. Reiter. Development of the body dysmorphic disorder examination, *Behaviour Research and Therapy*, 34 (1996), pp. 755-766
- J.C. Rosen, S. Cado, N.T. Silberg, D. Srebnik, S. Wendt. Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy*, 21 (1990), pp. 481-498
- J.J. Dolce, J.K. Thompson, A. Register, R.E. Spana. Generalization of body size distortion. *International Journal of Eating Disorders*, 8 (1987), pp. 401-408
- J.K. Thompson, L.J. Fabian, D.O. Moulton, M.F. Dunn, M.N. Altabe, Development and validation of the physical appearance related teasing scale, *Journal of Personality Assessment*, 56 (1991), pp. 513-521

- J.K. Thompson, R.E. Spana, Visuospatial ability and size estimation accuracy, *Perceptual and Motor Skills*, 73 (1991), pp. 335-338
- J.K. Thompson, S. Tantleff, Female and male ratings of upper torso: Actual, ideal, and stereotypical conceptions, *Journal of Social Behavior and Personality*, 7 (1992), pp. 345-354
- J.W. Butters, T.F. Cash. Cognitive-behavioral treatment of women's body image dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (1987), pp. 889-897
- Jacobsen PH, Holmich LR, McLaughlin JK, et al. Mortality and suicide among Danish women with cosmetic breast implants. *Arch Int Med*. 2004;164:2450-5.
- Jacobsen, P. H., Hölmich, L. R., McLaughlin, J. K., Johansen, C., Olsen, J. H., Kjølner, K., & Friis, S. (2004). Mortality and suicide among Danish women with cosmetic breast implants. *Archives of Internal Medicine*, 164(22), 2450-2455. [10.1001/archinte.164.22.2450](https://doi.org/10.1001/archinte.164.22.2450)
- Jang, B., & Bhavsar, D.R. (2019). The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Elective Plastic Surgery Patients. *Eplasty*, 18; 19: e6. eCollection. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30949279/>
- Javanbakht, M., Nazari, A., Javanbakht, A., & Moghaddam, L. (2012). Body dysmorphic factors and mental health problems in people seeking rhinoplastic surgery. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 32(1), 37.
- Jee, S.-M., Lee, S., Park, E., Park, J., & Kim, J. (2013, December 31). *미용성형시술의 현황 파악과 이용자 정보집 개발* [Determine the status of cosmetic plastic procedure and the development of information booklet for the users]. National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency. [https://www.neca.re.kr/SKIN_DIR/doc.html?fn=9284320140818103043.pdf&rs=/upload/synap/202101/Return to ref 2014 in article](https://www.neca.re.kr/SKIN_DIR/doc.html?fn=9284320140818103043.pdf&rs=/upload/synap/202101/Return%20to%20ref%202014%20in%20article)
- Julander, C., & Julander, C.-R. (2009). Physical attractiveness of the service worker in the moment of truth and its effects on customer satisfaction. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 16(3),

216–226. <https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2008.11.008>Return to ref 2009 in article

- Jung, J., & Hwang, C. S. (2016). Associations between attitudes toward cosmetic surgery, celebrity worship, and body image among South Korean and US female college students. *Fashion and Textiles*, 3, Article 17. <https://doi.org/10.1186/s40691-016-0069-6>Return to ref 2016 in article
- K.A. Phillips, S.L. McElroy, P.E. Keck, H.G. Pope, J.I. Hudson. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150 (1993), pp. 302-308.
- K.A. Phillips. Body dysmorphic disorder: The distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148 (1991), pp. 1138-1149
- Kazei, D.D., & Lin S.J. (2019). Discussion: Reevaluating the Current Model of Rhinoplasty Training and Future Directions: A Role for Focused, Maneuver-Specific Simulation. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 144(4):606e-607e. [10.1097/PRS.0000000000005987](https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005987)
- Kim, S. (2016). Understanding the ideal female beauty on advertisement images in modern Korean society through the iconological comprehension of Renaissance portraits. *International Journal of Costume and Fashion*, 16(2), 1–24. <https://doi.org/10.7233/ijcf.2016.16.2.001>Return to ref 2016 in article
- Kim, S. (2021). Effect of appearance instrumentality on the acceptance of cosmetic surgery: Moderated mediation effects of ambivalent emotions toward attractive friends and appearance appreciation. *International Journal of Costume and Fashion*, 21(1), 38–53. <https://doi.org/10.7233/ijcf.2021.21.1.038>Return to ref 2021 in article
- Kim, S., & Lee, Y. (2018). Why do women want to be beautiful? A qualitative study proposing a new “human beauty values” concept. *PLoS ONE*, 13(8), Article e0201347.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201347>Return to ref 2018 in article

- Kim, Y. A., & Chung, H.-I. (2014). Factors affecting plastic surgery addiction tendency among undergraduate women. *Journal of Digital Convergence*, 12(12), 621–631. <https://doi.org/10.14400/jdc.2014.12.12.621>Return to ref 2014 in article
- Koot VCM, Peeters PHM, Granath F, et al. Total and cause specific mortality among Swedish women with cosmetic breast implants: Prospective study. *BMJ*. 2003;326:527–8.
- L. Festinger. A theory of social comparison processes, *Human Relations*, 7 (1954), pp. 117-140
- L. Linn, I.B. Goldman. Psychiatric observations concerning rhinoplasty *Psychosomatic Medicine*, 11 (1949), pp. 307-315
- L. Ohlsen, B. Ponten, G. Hambert. Augmentation mammoplasty: A surgical and psychiatric evaluation of the results. *Annals of Plastic Surgery*, 2 (1978), pp. 42-52.
- L. Schlebusch, A. Levin. A psychological profile of women selected for augmentation mammoplasty. *South African Medical Journal*, 64 (1983), pp. 481-483
- L. Schlebusch, I. Mahrt. Long-term psychological sequelae of augmentation mammoplasty. *South African Medical Journal*, 83 (1993), pp. 267-271
- L.A. Penner, J.K. Thompson, D.L. Coovert. Size estimation among anorexics: Much ado about very little. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (1991), pp. 90-93
- L.J. Fabian, J.K. Thompson. Body image and eating disturbance in young females. *International Journal of Eating Disorders*, 8 (1989), pp. 63-74

- L.J. Heinberg, J.K. Thompson, S. Stormer. Development and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ). *International Journal of Eating Disorders*, 17 (1995), pp. 81-89.
- Lee, H. (2013). Predictor of wish to undergo cosmetic surgery according to experience of cosmetic surgery in female college students. *Journal of the Korean Academia-Industrial Cooperation Society*, 14(1), 285–293. <https://doi.org/10.5762/kais.2013.14.1.285>[Return to ref 2013 in article](#)
- Lee, H., Son, I., Yoon, J., & Kim, S. S. (2017). Lookism hurts: Appearance discrimination and self-rated health in South Korea. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0678-8>[Return to ref 2017 in article](#)
- Lee, J., & Johnson, K. K. P. (2009). Factors related to engagement in risky appearance management behaviors. *Clothing and Textiles Research Journal*, 27(3), 163–178. <https://doi.org/10.1177/0887302x08327200>[Return to ref 2009 in article](#)
- Lee, M., & Lee, H. H. (2019). Effects of family, friends, and social media pressures on acceptance of cosmetic surgical procedures via internalization and appearance satisfaction. *Journal of the Korean Society of Clothing and Textiles*, 43(5), 620–633. <https://doi.org/10.5850/JKSCT.2019.43.5.620>[Return to ref 2019 in article](#)
- Lee, S. G., & Cho, H. (2014). Influence of self-construal on sociocultural attitude toward physical appearance, body satisfactions, and appearance management behavior. *Journal of the Korean Society of Clothing and Textiles*, 38(4), 528–539. <https://doi.org/10.5850/jksct.2014.38.4.528>[Return to ref 2014 in article](#)
- Lim, I.-S. (2019). Discussion on legalization of photo-information abolition for preventing discrimination against women appearance in

- the recruitment process. *Journal of Korean Women's Studies*, 35(2), 37–74. <https://doi.org/10.30719/JKWS.2019.06.35.2.37>[Return to ref 2019 in article](#)
- Lin, L., & McFerran, B. (2016). The (ironic) dove effect: Use of acceptance cues for larger body types increases unhealthy behaviors. *Journal of Public Policy and Marketing*, 35(1), 76–90. <https://doi.org/10.1509/jppm.14.020>[Return to ref 2016 in article](#)
- Lunde, C. (2013). Acceptance of cosmetic surgery, body appreciation, body ideal internalization, and fashion blog reading among late adolescents in Sweden. *Body Image*, 10(4), 632–635. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.06.007>[Return to ref 2013 in article](#)
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry*, 67(3), 220-229. [10.1001/archgenpsychiatry.2010.2](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2)
- Lyu, Z., Jiao, Y., Zheng, P., & Zhong, J. (2021). Why do selfies increase young women's willingness to consider cosmetic surgery in China? The mediating roles of body surveillance and body shame. *Journal of Health Psychology*, 27(5), 1205–1217. <https://doi.org/10.1177/1359105321990802>[Return to ref 2021 in article](#)
- M.K. Goin, J.M. Goin, M.H. Gianini. The psychic consequences of a reduction mammoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 59 (1977), pp. 530-534
- M.K. Goin, R.W. Burgoyne, J.M. Goin, F.R. Staples A prospective psychological study of 50 female face-lift patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 65 (1980), pp. 436-442
- M.K. Goin, T.D. Rees. A prospective study of patients' psychological reactions to rhinoplasty. *Annals of Plastic Surgery*, 27 (1991), pp. 210-215.

- M.R. Wright, W.K. Wright, A psychological study of patients undergoing cosmetic surgery, *Archives of Otolaryngology*, 101 (1975), pp. 145-151
- M.T. Edgerton, M.W. Langman, T. Pruzinsky. Plastic surgery and psychotherapy in the treatment of 100 psychologically disturbed patients *Plastic and Reconstructive Surgery*, 88 (1991), pp. 594-608
- M.T. Edgerton, W.E. Jacobson, E. Meyer. Surgical-psychiatric study of patients seeking plastic (cosmetic) surgery: Ninety-eight consecutive patients with minimal deformity. *British Journal of Plastic Surgery*, 13 (1960), pp. 136-145
- Matera, C., Nerini, A., & Stefanile, C. (2018). Why are men interested in cosmetic surgery procedures? Examining the role of different forms of peer influence, social comparison, internalization, and body dissatisfaction. *Body Image*, 26, 74–77. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.06.003> Return to ref 2018 in article
- McKinley, N. M., & Hyde, J. S. (1996). The objectified body consciousness scale: Development and validation. *Psychology of Women*, 20(2), 181–215. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1996.tb00467.x> Return to ref 1996 in article
- Meningaud, J. P., Benadiba, L., Servant, J. M., Herve, C., Bertrand, J. C., & Pelicier, Y. (2003). Depression, anxiety and quality of life: outcome 9 months after facial cosmetic surgery. *Journal of cranio-maxillofacial surgery*, 31(1), 46-50. [10.1016/s1010-5182\(02\)00159-2](https://doi.org/10.1016/s1010-5182(02)00159-2)
- Meskó, N., & Láng, A. (2021). Acceptance of cosmetic surgery among Hungarian women in a global context: The Hungarian version of the acceptance of cosmetic surgery scale (ACSS). *Current Psychology*, 40(12), 5822–5833. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00519-z> Return to ref 2021 in article

- Mohammed, D. I., & Ibrahim, R. H. (2023). Exploring the impact of psychological factors on cosmetic surgery acceptance: A cross-sectional study. *Informatics in Medicine Unlocked*, *39*, 101231.
- Monpellier, V. M., Antoniou, E. E., Mulkens, S., Janssen, I. M., van der Molen, A. B. M., & Jansen, A. T. (2018). Body image dissatisfaction and depression in postbariatric patients is associated with less weight loss and a desire for body contouring surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *14*(10), 1507-1515. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2018.04.016>
- Mulford, M., Orbell, J., Shatto, C., & Stockard, J. (1998). Physical attractiveness, opportunity, and success in everyday exchange. *American Journal of Sociology*, *103*(6), 1565–1592. <https://doi.org/10.1086/231401>Return to ref 1998 in article
- Nahai, F. (2018). The power of beauty. *Aesthetic Surgery Journal*, *38*(9), 1039–1041. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy038>Return to ref 2018 in article
- Naraghi, M., & Atari, M. (2015). A comparison of depression scores between aesthetic and functional rhinoplasty patients. *Asian journal of psychiatry*, *14*, 28-30. [10.1016/j.ajp.2015.01.009](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.01.009)
- Nerini, A., Matera, C., & Stefanile, C. (2014). Psychosocial predictors in consideration of cosmetic surgery among women. *Aesthetic Plastic Surgery*, *38*(2), 461–466. <https://doi.org/10.1007/s00266-014-0294-6>Return to ref 2014 in article
- Nielsen, C., Elander, A., Staalesen, T., Al Nouh, M., & Fagevik Olsén, M. (2022). Depressive symptoms before and after abdominoplasty among post-bariatric patients—a cohort study. *Journal of plastic surgery and hand surgery*, *56*(6), 381-386. [10.1080/2000656X.2022.2050251](https://doi.org/10.1080/2000656X.2022.2050251)
- O'Brien, K. S., Caputi, P., Minto, R., Peoples, G., Hooper, C., Kell, S., & Sawley, E. (2009). Upward and downward physical appearance comparisons: Development of scales and examination of predictive qualities. *Body Image*, *6*(3), 201–206.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.03.003>Return to ref 2009 in article

Oetzel, J. G., & Ting-Toomey, S. (2003). Face concerns in interpersonal conflict: A cross-cultural empirical test of the face negotiation theory. *Communication Research*, 30(6), 599–624. <https://doi.org/10.1177/0093650203257841>Return to ref 2003 in article

Ormond, A. T. (1991). The social individual. *Psychological Review*, 8(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037/h0073045>Return to ref 1991 in article

Óry, F., Láng, A., & Meskó, N. (2023). Acceptance of cosmetic surgery in adolescents: The effects of caregiver eating messages and objectified body consciousness. *Current Psychology*, 42(18), 15838-15846. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-022-02863-z>

P. Marcus. Psychological aspects of cosmetic rhinoplasty. *British Journal of Plastic Surgery*, 37 (1984), pp. 313-318

P.R. Killman, J.I. Sattler, J. Taylor. The impact of augmentation mammoplasty: A follow-up study *Plastic and Reconstructive Surgery*, 80 (1987), pp. 374-378

Papadopoulos, N. A., Meier, A. C., Henrich, G., Herschbach, P., Kovacs, L., Machens, H. G., & Klöppel, M. (2019). Aesthetic abdominoplasty has a positive impact on quality of life prospectively. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 72(5), 813-820. [10.1016/j.bjps.2018.12.020](https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.12.020)

Park, K.-H. (2012). Correlations among cognitive age, sociocultural attitudes towards appearance, and appearance management behavior. *Journal of the Korean Society of Clothing and Textiles*, 36(7), 756–766. <https://doi.org/10.5850/jksct.2012.36.7.756>Return to ref 2012 in article

Park, R. H., Myers, P. L., & Langstein, H. N. (2019). Beliefs and trends of aesthetic surgery in South Korean young adults. *Archives of Plastic*

Surgery, 46(6), 612–616.
<https://doi.org/10.5999/aps.2018.01172>Return to ref 2019 in article

Patrick, H., Neighbors, C., & Knee, C. R. (2004). Appearance-related social comparisons: The role of contingent self-esteem and self-perceptions of attractiveness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(4), 501–514.
<https://doi.org/10.1177/0146167203261891>Return to ref 2004 in article

Piromchai, P., Suetrong, S., & Arunpongpaisal, S. (2011). Psychological status in patients seeking rhinoplasty. *Clinical Medicine Insights: Ear, Nose and Throat*, 4, CMENT-S7859. [10.4137/CMENT.S7859](https://doi.org/10.4137/CMENT.S7859)

Pruzinsky T. (2019). Caring for Plastic Surgery Patients Experiencing Significant Psychological Disturbance: The Foundational and Enduring Contributions of Milton T Edgerton, MD. *Journal of Craniofacial Surgery*, 30(2):294-297.
[10.1097/SCS.0000000000005323](https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000005323)

Pruzinsky, T. (1996). Cosmetic plastic surgery and body image: Critical factors in patient assessment. In J.K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity* (pp. 109–127). Washington, DC: American Psychological Association.

Pruzinsky, T., & Cash, T.F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change* (pp. 337–349). New York: Guilford Press.

Pruzinsky, T., & Edgerton, M.T. (1990). Body image change in cosmetic plastic surgery. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change* (pp. 217–236). New York: Guilford Press.

Pukkala E, Kulmala I, Hovi SL, et al. Causes of death among Finnish women with cosmetic breast implants, 1971–2001. *Ann Plast Surg*. 2003;51:339–42.

- R.H. Shipley, J.M. O'Donnell, K.F. Bader. Personality characteristics of women seeking breast augmentation. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 60 (1977), pp. 369-376
- Radloff, R. (1966). Social comparison and ability evaluation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1, 6–26.
[https://doi.org/10.1016/0022-1031\(66\)90061-8](https://doi.org/10.1016/0022-1031(66)90061-8)Return to ref 1966 in article
- Rahardja, C. T. (2022). Enhancing Physical Appearance On Self Esteem: The Intensity Of Learning As A Moderation. *Wahana: Jurnal Ekonomi, Manajemen dan Akuntansi*, 25(1), 1-12.
<http://jurnalwahana.aaykpn.ac.id/wahana/article/view/428>
- Ribeiro, R. V. E. (2017). Prevalence of body dysmorphic disorder in plastic surgery and dermatology patients: a systematic review with meta-analysis. *Aesthetic plastic surgery*, 41, 964-970.
<https://doi.org/10.1007/s00266-017-0869-0>
- Richetin, J., Osterini, D., & Conner, M. (2020). Predicting engaging in cosmetic surgery: A test of the role of doing and not doing cognitions. *Journal of Applied Social Psychology*, 50(1), 53–62.
<https://doi.org/10.1111/jasp.12641>Return to ref 2020 in article
- Roach-Higgins, M. E., & Eicher, J. B. (1992). Dress and Identity. *Clothing and Textiles Research Journal*, 10(4), 1–8.
<https://doi.org/10.1177/0887302x9201000401>Return to ref 1992 in article
- Roberts, T. A., & Gettman, J. Y. (2004). Mere exposure: Gender differences in the negative effects of priming a state of self-objectification. *Sex Roles*, 51(1–2), 17–27.
<https://doi.org/10.1023/b:sers.0000032306.20462.22>Return to ref 2004 in article
- Rodin, J., Silberstein, L.R., & Striegel-Moore, R.H. (1985). Women and weight: A normative discontent. In T.B. Sonderegger (Ed.), *Psychology and gender*. Nebraska symposium on motivation (pp. 267–307). Lincoln: University of Nebraska Press.

- Rohrich RJ, Adams WP, Potter JK. A review of psychological outcomes and suicide in aesthetic breast augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119:401–8.
- Rosen, J.C. (1992). Body image disorder: Definition, development and contribution to eating disorders. In J.H. Crowther, D.L. Tennenbaum, S.E. Hobfoll, & M.A.P. Stephens (Eds.), *The etiology of bulimia: The individual and family context* (pp. 157–177). Washington, DC: Hemisphere Publishers.
- Rosen, J.C. (1996). Body dysmorphic disorder: Assessment and treatment. In J.K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity* (pp. 149–170). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- S.H. Dworkin, B.A. Kerr. Comparison of interventions for women experiencing body image problems. *Journal of Counseling Psychology*, 34 (1987), pp. 136-140
- S.M. Jourard, P.F. Secord. Body cathexis and the ideal female figure. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 50 (1955), pp. 243-246
- Sarangi, A., Yadav, S., Gude, J., & Amor, W. (2022). Video conferencing dysmorphia: assessment of pandemic-related body dysmorphia and implications for the post-lockdown era. *Cureus*, 14(3). [10.7759/cureus.22965](https://doi.org/10.7759/cureus.22965)
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Pertschuk, M. J., & Whitaker, L. A. (1998). The psychology of cosmetic surgery: A review and reconceptualization. *Clinical Psychology Review*, 18(1), 1–22. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00047-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00047-0)[Return to ref 1998 in article](#)
- Sarwer, D.B., Wadden, T.A., & Foster, G.D. (1997). Assessment of body image dissatisfaction in obese women: Specificity, severity, and clinical significance. Unpublished manuscript.

- Seo, Y. A., & Kim, Y. A. (2020). Factors affecting acceptance of cosmetic surgery in adults in their 20s–30s. *Aesthetic Plastic Surgery*, *44*(5), 1881–1888. <https://doi.org/10.1007/s00266-020-01761-8>[Return to ref 2020 in article](#)
- Shin, Y., Park, J., & Kim, T. (Executive Directors) (2004, November 25). 잃어버린 얼굴 [A lost face] (Episode 317) [TV series episode]. In Y. Shin, J. Park, & T. Kim, (Executive Producers), *순간포착 세상에 이런일이* [Capturing the moment in the world, this is happening]. Seoul Broadcasting System. <https://programs.sbs.co.kr/culture/whatonearth/vod/55718/22000002703>[Return to ref 2004 in article](#)
- Silverstein, B., Perdue, L., Peterson, B., & Kelly, E. (1986). The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. *Sex Roles*, *14*(9/10), 519–532. <https://doi.org/10.1007/BF00287452>[Return to ref 1986 in article](#)
- Slater, A., & Tiggemann, M. (2002). A test of objectification theory in adolescent girls. *Sex Roles*, *46*(9–10), 343–349. <https://doi.org/10.1023/A:1020232714705>[Return to ref 2002 in article](#)
- Son, E. (2011). The differences of psychosocial characteristics according to plastic surgery experience and satisfaction with the plastic surgery. *The Korean Journal of Woman Psychology*, *16*(1), 23–42. <https://doi.org/10.18205/kpa.2011.16.1.002>[Return to ref 2011 in article](#)
- Spivey, T. L., Gutowski, E. D., Zinboonyahoon, N., King, T. A., Dominici, L., Edwards, R. R., ... & Schreiber, K. L. (2018). Chronic pain after breast surgery: a prospective, observational study. *Annals of surgical oncology*, *25*, 2917–2924.
- Steiner-Adair, C., Sjostrom, L., Franko, D. L., Pai, S., Tucker, R., Becker, A. E., & Herzog, D. B. (2002). Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: Learning from practice.

International Journal of Eating Disorders, 32(4), 401–411.
<https://doi.org/10.1002/eat.10089>Return to ref 2002 in article

- Swami, V., Arteché, A., Chamorro-Premuzic, T., Furnham, A., Stieger, S., Haubner, T., & Voracek, M. (2008). Looking good: Factors affecting the likelihood of having cosmetic surgery. *European Journal of Plastic Surgery*, 30, 211–218. <https://doi.org/10.1007/s00238-007-0185-z>Return to ref 2008 in article
- Swami, V., Taylor, R., & Carvalho, C. (2009). Acceptance of cosmetic surgery and celebrity worship: Evidence of associations among female undergraduates. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 869–872. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.07.006>Return to ref 2009 in article
- T. Pruzinsky. Psychological factors in cosmetic plastic surgery: Recent developments in patient care. *Plastic Surgical Nursing*, 13 (1993), pp. 64-71
- T.A. Brown, T.F. Cash, P.J. Mikulka. Attitudinal body image assessment: Factor analysis of the Body Self Relations Questionnaire, *Journal of Personality Assessment*, 55 (1990), pp. 135-144
- T.F. Cash, A.S. Labarge. Development of the Appearance Schemas Inventory: A new cognitive body-image assessment *Cognitive Therapy and Research*, 20 (1996), pp. 37-50
- T.F. Cash, B.A. Winstead, L.H. Janda. The great American shape-up: Body image survey report. *Psychology Today*, 20 (1986), pp. 30-37
- Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Thompson, J.K. (1992). Body image: Extent of disturbance, associated features, theoretical models, assessment methodologies, intervention strategies, and a proposal for a new DSM IV diagnostic category — Body image disorder. In M. Hersen, R.M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 28, pp. 3–54). Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company.

- Thompson, J.K. (1996). *Body image, eating disorders, and obesity*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Tiggemann, M., & Lynch, J. E. (2001). Body image across the life span in adult women: The role of self-objectification. *Developmental Psychology*, 37(2), 243–253. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.37.2.243>[Return to ref 2001 in article](#)
- Ting-Toomey, S., & Kurogi, A. (1998). Facework competence intercultural conflict: An updated face-negotiation theory. *International Journal of Intercultural Relations*, 22(2), 187–225. [https://doi.org/10.1016/S0147-1767\(98\)00004-2](https://doi.org/10.1016/S0147-1767(98)00004-2)[Return to ref 1998 in article](#)
- Tyner, K. E., & Ogle, J. P. (2009). Feminist theory of the dressed female body: A comparative analysis and applications for textiles and clothing scholarship. *Clothing and Textiles Research Journal*, 27(2), 98–121. <https://doi.org/10.1177/0887302x08322715>[Return to ref 2009 in article](#)
- V. Micheli-Pellegrini, G.M. Manfrida. Rhinoplasty and its psychological implications: Applied psychology observations in aesthetic surgery *Aesthetic Plastic Surgery*, 3 (1979), pp. 299-319
- Villeneuve PJ, Holowaty EJ, Brisson J, et al. Mortality among Canadian women with cosmetic breast implants. *Am J Epidemiol*. 2006;164:334–41.
- von Soest, T., Torgersen, L., & Kvaalem, I. L. (2020). Mental health and psychosocial characteristics of breast augmentation patients. *Journal of health psychology*, 25(9), 1270-1284. [10.1177/1359105318754645](https://doi.org/10.1177/1359105318754645)
- W.L. Webb, R. Slaughter, E. Meyer, M. Edgerton Mechanisms of psychosocial adjustment in patients seeking “face-lift” operation, *Psychosomatic Medicine*, 27 (1965), pp. 183-192
- Walker, C. E., Krumhuber, E. G., Dayan, S., & Furnham, A. (2021). Effects of social media use on desire for cosmetic surgery among young women. *Current Psychology*, 40, 3355–3364.

<https://doi.org/10.1007/s12144-019-00282-1>Return to ref 2021 in article

- Wang, W., Zheng, X., Yue, X., & Zhong, N. (2021). The role of beauty as currency belief in acceptance of cosmetic surgery and career aspirations among Chinese young women. *Journal of Social Psychology*, *161*(3), 351–362. <https://doi.org/10.1080/00224545.2020.1842314>Return to ref 2021 in article
- Wang, X., Teng, F., Chen Z., & Poon, K. T. (2020). Control my appearance, control my social standing: Appearance control beliefs influence American women's (not men's) social mobility perception. *Personality and Individual Differences*, *155*, 109629. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109629>
- Warren, C. S., Gleaves, D. H., Cepeda-Benito, A., Fernandez, M. D. C., & Rodriguez-Ruiz, S. (2005). Ethnicity as a protective factor against internalization of a thin ideal and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, *37*(3), 241–249. <https://doi.org/10.1002/eat.20102>Return to ref 2005 in article
- Wei, L., Ge, C., Xiao, W., Zhang, X., & Xu, J. (2018). Cross-sectional investigation and analysis of anxiety and depression in preoperative patients in the outpatient department of aesthetic plastic surgery in a general hospital in China. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, *71*(11), 1539-1546. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.07.015>
- Yoon, S., & Kim, Y. A. (2020). Cosmetic surgery and self-esteem in South Korea: a systematic review and meta-analysis. *Aesthetic plastic surgery*, *44*, 229-238. <https://doi.org/10.1007/s00266-019-01515-1>
- Yu, Z., Zhang, Z., Wang, X., Song, D., Yan, Q., Sun, Y., ... & Yi, Z. (2024). Psychological evaluation of Asian female patients with rhinoplasty. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, *88*, 112-118. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2023.10.127>

