

اثربخشی عمل جراحی زیبایی بینی بر رواندرستی روانشناختی، کیفیت زندگی و تصویر بدنی متقاضیان جراحی زیبایی

فاطمه مختاری^۱، حمیدرضا حاتمی^۲، حسن احدی^۳، غلامرضا صرامی فروشانی^۴

Effectiveness of cosmetic nose surgery on psychological well-being, quality of life, and body image in applicants of cosmetic surgery

Fatemeh Mokhtari¹, Hamidreza Hatami², Hassan Ahadi³, Gholamreza Sarami Foroushani⁴

چکیده

زمینه: جراحی زیبایی بینی از جمله متداولترین و پرطرفدارترین اعمال جراحی در جهان به ویژه ایران است. مؤلفه‌های روانشناختی در تقاضای عمل جراحی زیبایی و همچنین در پیش آگهی و رضایت پس از عمل نقش مؤثری دارد. روان‌شناسی جراحی زیبایی آن‌طور که باید مورد توجه و مطالعه واقع نشده و عمده مطالعات نیز به بررسی گزارش‌های بالینی یا متغیرهای محدودی مانند رضایت فردی از عمل جراحی مربوط هستند که نیاز به پژوهش در این زمینه را برجسته می‌سازد. **هدف:** این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی عمل جراحی زیبایی بینی بر دو مؤلفه مهم روانشناختی شامل رواندرستی روانشناختی و کیفیت زندگی انجام گرفته است. **روش:** پژوهش کاربردی و از نوع شبه‌آزمایشی است. ابزار اندازه‌گیری، پرسشنامه‌های رواندرستی روانشناختی (ریف، ۱۹۸۹) و کیفیت زندگی (نجات، ۱۳۸۷) بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی متقاضیان عمل جراحی زیبایی بینی سال ۹۶ کلینیک‌های خصوصی زیبایی شهر تهران بود که از میان آنها ۲۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و ۲۰ نفر نیز از افراد غیرمتقاضی به عنوان گروه گواه انتخاب شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره و آزمون t نشان داد که عمل جراحی بینی بر رواندرستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی تأثیری ندارد. همچنین کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن شامل جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیطی در گروه آزمایش پس از جراحی زیبایی بینی به طور معناداری تغییر نکرد. **نتیجه‌گیری:** ممکن است عمل جراحی در واقعیت با انتظارات متقاضیان مطابقت نداشته باشد و در نتیجه تأثیری بر رواندرستی روانشناختی و کیفیت زندگی ندارد. در نتیجه بررسی روانشناختی افراد متقاضی پیش از عمل جراحی زیبایی بینی در ارتباط با مؤلفه‌های رواندرستی روانشناختی و کیفیت زندگی می‌تواند مفید واقع شود. **واژه کلیدی‌ها:** رواندرستی روانشناختی، کیفیت زندگی، جراحی زیبایی.

Background: Cosmetic nose surgery is one of the most popular surgeries around the world, especially in Iran. Psychological elements play some effective roles on applications for cosmetic surgery and also on the applicants' precognition and satisfaction with surgery. The psychology of cosmetic surgery has not been studied as it should be, and most of studies have focused on clinical reports or limited variables such as personal satisfaction with surgery, which highlights the need for research in this area. **Aims:** The purpose of this study was to determine the effectiveness of cosmetic nose surgery on two important psychological elements: psychological well-being, and quality of life. **Method:** This is an applied and quasi-experimental research. Measuring tools are the questionnaires of Ryff's (1989) psychological well-being and quality of life (Nejat, 2008). Statistical population included all the applicants of cosmetic nose surgery at the private cosmetic clinics in Tehran in 2017, from whom 20 individuals were selected by convenience sampling and 20 individuals were selected from non-applicants as the control group. **Results:** The results of multivariable covariance analysis and t-test showed that nose surgery did not affect individuals' psychological well-being and its elements including self-acceptance, positive relationships with others, autonomy, mastery of the environment, purposeful life, and individual growth. Moreover, quality of life and its elements, namely physical, psychological, environmental and social relations in the experimental group after cosmetic nose surgery didn't change significantly. **Conclusions:** Maybe, cosmetic surgery actually doesn't meet applicants' expectations, and accordingly it has no effect on psychological well-being and quality of life. Therefore, psychological evaluation of applicants before cosmetic surgery in terms of psychological well-being and quality of life can be useful. **Key Words:** Psychological well-being, quality of life, cosmetic surgery.

Corresponding Author: drhahadi5@gmail.com

^۱ دانشجوی دکتری رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه عدالت، تهران، ایران

^۲ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه امام حسین، تهران، ایران

^۱ Ph.D Student in Clinical psychology, Edalat University, Tehran, Iran

^۲ Professor, Department of Psychology, Imam Hossein University, Tehran, Iran

^۳ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۴ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۴ Assistant Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

مقدمه

پس کیفیت زندگی به عنوان موضوعی کاملاً ذهنی توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است. با توجه به تعریف سازمان جهانی بهداشت در مورد کیفیت زندگی در هر پژوهش می‌باید مفهوم و ابعاد سنجش کیفیت زندگی به صورت شفاف مشخص شود (نجات، ۱۳۸۷). بر این اساس می‌توان گفت، عوامل زیادی بر کیفیت زندگی در عمل زیبایی بینی تأثیر می‌گذارند. برای مثال حمایت اجتماعی که شامل پذیرش و مقبولیت توسط دوستان و خانواده، شرایط اجتماعی و شغلی فرد، اعتماد به خود، خشنودی از ظاهر و تمایل به تغییر در ظاهر و غیره از مهم‌ترین این عوامل و یا سلامت جسمانی مانند حفظ و یا بهبود وضعیت تنفسی نقش بسزایی در بازخورد فرد در مورد کیفیت زندگی خواهد داشت. هر کدام از این ابعاد می‌تواند اثرات متفاوتی بر روی کیفیت زندگی افراد بگذارد. در زمینه تأثیر عمل جراحی زیبایی بر کیفیت زندگی نظرات متفاوتی وجود دارد. از جمله کلاسن، نیوتون و مالون (۲۰۰۰) و السراف (۲۰۰۰) بیان می‌کنند با انجام عمل جراحی زیبایی به طور متوسط کیفیت زندگی از ۳۷ درصد به ۴۸ درصد افزایش می‌یابد؛ در صورتی که پاپادوپولس، کوواکس، کرامر، هرسپاخ، هنریچ و بیرنر (۲۰۰۷) اثر مثبت جراحی زیبایی بینی بر کیفیت زندگی را رد می‌کنند.

تصویر بدنی یکی از سازه‌های روانشناختی و یک مفهوم محوری برای روانشناسان سلامت است (زنجان و گودرزی، ۲۰۱۸). تغییر در این سازه روانشناختی، یکی از دلایلی است که تمایل افراد را به جراحی زیبایی افزایش می‌دهد؛ چراکه عدم تغییر در تصور بدنی منجر به اضطراب شدید و اجتناب از رویارویی فرد با دیگران می‌شود. شکل ظاهری بدن در تعاملات اجتماعی اهمیت زیادی دارد. دامنه تصویر بدنی و نگرانی از آن تا به آنجا گسترش یافته است که مشغله ذهنی بسیاری از افراد، به‌خصوص جوانان گردیده و روزانه زمان و هزینه زیادی صرف تفکر و تغییرات ظاهری در بدن می‌شود (گرین و پریچارد، ۲۰۰۳). شاید دلیل این عمومیت فراگیر استفاده از جراحی زیبایی، وجود چندین عامل باشد که از جمله آنها تنوع‌طلبی، امکان‌پذیری تغییر در صورت، حداقل نارضایتی، ماندگاری تغییر و تمرکز فزاینده رسانه‌های جمعی بر تصویر بدنی در سال‌های اخیر باشد. در میان همه این عوامل آنچه مورد تأیید همه پژوهشگران در انگیزه تمایل به جراحی زیبایی

رواندرستی روانشناختی به کیفیت تجربه‌شده زندگی اشاره می‌کند و منعکس‌کننده عملکرد و تجربه روانشناختی مطلوب است. در ابتدا این مفهوم بر حسب فقدان آسیب‌شناسی روانی و حالات هیجانی منفی مانند افسردگی و اضطراب مطالعه شده است. با این حال، از آغاز دهه ۱۹۶۰ گرایش مطالعات به تدریج به طرف رشد و سلامت روانشناختی تغییر کرده است. باسون (۲۰۱۸) بر این عقیده است که رواندرستی روانشناختی، مفهومی گسترده است که به شرایط زندگی خوب یا رضایت‌بخش مربوط می‌شود، حالتی که با شادی، سلامتی و موفقیت مشخص می‌شود. بهادری خسروشاهی و هاشمی نصرت‌آباد (۲۰۱۲)، رواندرستی روانشناختی را ادراک فرد از هماهنگی بین خود و پیامدهای عملکردی خود می‌دانند و به‌عنوان یک ارزیابی مداوم و نسبتاً پایدار از رضایت درونی در طول عمر مطرح می‌کنند. رواندرستی روانی شامل تجربه عواطف خوشایند، سطوح پایین مزاج منفی و رضایت بالا از زندگی است (کلارک و گوسن، ۲۰۰۹). ریف، کیس (۱۹۹۵)، شش الگوی رواندرستی روانشناختی یا بهداشت روانی مثبت را ارائه کردند. بر اساس الگوی ریف، رواندرستی روانشناختی از ۶ عامل شامل پذیرش خود (داشتن بازخورد مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) تشکیل شده است. الگوی ریف به گونه‌ای گسترده در جهان مورد توجه قرار گرفته است. ریف این الگو را بر اساس مطالعه متون بهداشت روانی ارائه کرد و اظهار داشت مولفه‌های الگو، معیارهای بهداشت روانی مثبت است و این ابعاد کمک می‌کنند تا سطح رواندرستی و کارکرد مثبت افراد مشخص گردد.

از طرفی نشان داده شده که بهبود تصویر ظاهری بر روان و کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار است (فیگورا، ۲۰۰۳؛ هریس و کار، ۲۰۰۱) در نتیجه بررسی این سازه در زندگی این دسته از افراد از اهمیت زیادی برخوردار است. در مورد کیفیت زندگی تعریف جامع و یکسانی ارائه نشده است. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است.

می‌باشد نارضایتی از تصویر بدنی است (پونت، ۲۰۰۸).

جراحی زیبایی بینی از جمله متداول‌ترین و در عین حال پرطرفدارترین اعمال جراحی در دنیا می‌باشد و متقاضیان آن روز به روز افزایش می‌یابد. ایران رتبه نخست را در جراحی زیبایی در جهان دارد و حدوداً سالیانه ۱۶۰ میلیارد ریال صرف انجام عمل زیبایی می‌شود (توسلی و مدیری، ۱۳۹۱). در مورد مقدار و نوع جراحی‌های زیبایی در ایران آمار رسمی وجود ندارد اما مطابق با برخی آمار غیررسمی میزان جراحی زیبایی بینی در ایران هفت برابر ایالات متحده است (پیوندی، ۱۳۹۲، به نقل از محمدشاهی و همکاران، ۱۳۹۵). به گفته کارشناسان، پوشش زنان در ایران باعث شده است کمتر به جراحی‌های اندام توجهی نشان دهند (پیراهری و بیداران، ۱۳۹۶). علت دیگر علاقه‌مندی ایرانیان به جراحی و تغییر در شکل بینی، بیشتر به دلیل فرم ژنتیکی صورت و بینی و شاخص‌های قومی و نژادی در منطقه می‌باشد؛ چراکه شیوع بینی بزرگ با قوزغضروفی و استخوانی در آن زیاد است. با انجام این جراحی، کل صورت دستخوش تغییرات وسیعی می‌گردد که با هیچ‌یک از اعمال دیگر جراحی پلاستیک صورت، قابل مقایسه نمی‌باشد (حافظی، کوچک‌زاده و نقیب‌زاده، ۱۳۸۸). رینوپلاستی عمل جراحی است که در آن با ایجاد تغییراتی در پوست، غضروف و استخوان بینی باعث ایجاد تغییراتی در ظاهر و عملکرد بینی می‌گردد. با این همه رینوپلاستی حتی برای جراحانی که هر روز این کار را انجام می‌دهند، مشکل‌ترین جراحی پلاستیک است (متس، ۲۰۱۶).

به نظر می‌رسد برای جراحی بینی سه دلیل وجود دارد:

۱. اختلال در بینی که نفس کشیدن را مشکل می‌سازد، ۲. بدشکلی در ساختار خارجی یا داخلی بینی، ۳. تغییر شکل ظاهری بینی برای زیبایی. به‌طور کلی زنان ۸۵ درصد بیشتر از مردان به دنبال جراحی زیبایی بینی هستند و بیشترین متقاضیان عمل جراحی زیبایی بینی، در محدوده سنی ۲۹-۲۰ سال قرار دارند (ویل، ۲۰۱۰). میزان جراحی زیبایی، از جمله جراحی بینی در ایران روند افزایشی داشته است (محمدشاهی و همکاران، ۱۳۹۵). یافته‌ها نشان می‌دهد تنها ۱۰ درصد اعمال جراحی بینی در جهان به دلیل عملکرد مختل و ظاهر غیر طبیعی بینی است و سایر موارد فقط برای زیبایی بیشتر بینی است (آمبرو، ۲۰۰۸). مؤلفه‌های روانشناختی در تقاضای عمل جراحی زیبایی و همچنین در پیش‌آگهی و رضایت پس از عمل نقش

مؤثری دارند. بعضی پژوهشگران بر این باورند که قسمت عمده‌ای از حرمت خود در افرادی که برای عمل جراحی زیبایی اقدام می‌کنند، به ظاهر بدنی آنها وابسته است و بنابراین برای افزایش حرمت خود به دنبال تغییر به وسیله جراحی می‌روند. در حالی که دیگر پژوهشگران این گونه افراد را از نظر روانشناختی به طور کامل سالم می‌دانند که فقط برای بهتر کردن ظاهر خود انگیزه بالایی دارند. مطالعات نشان داده‌اند که جراحی زیبایی، اثر مثبت و قابل توجهی در حرمت خود، رضایت از خود، هویت خود جسمی، خود خانوادگی و خود اجتماعی دارد (سارور، وادن، پردسچاک و وایتاگر، ۲۰۱۷).

محمدشاهی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «مقایسه کیفیت زندگی قبل و بعد از عمل زیبایی بینی و برآورد هزینه آن با استفاده از رویکرد سرمایه انسانی» در طرحی توصیفی - تحلیلی با نمونه‌ای به حجم ۱۱۰ نفر نشان دادند که نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از عمل دارای اختلاف معناداری بود. در ابعاد کیفیت زندگی میانگین بعد «خودآگاهی کلی» بعد از عمل افزایش پیدا کرده بود اما دو بعد «حمایت اجتماعی» و «سلامت جسمانی» کاهش یافته بودند. همچنین نشان دادند که مهم ترین عامل انگیزش محرک‌های خارجی بود و بین کیفیت زندگی بعد از عمل و مدت زمان بعد از عمل همبستگی مثبت مشاهده شد.

باغبان بوساری و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی تحت عنوان «وضعیت سلامت روان قبل و بعد از عمل جراحی زیبایی بینی» در طرحی شبه‌تجربی و نمونه‌ای ۱۰۰ نفر از مردان و زنان متقاضی جراحی زیبایی بینی بیان داشتند که خط سیر علایم اختلالات روانی در ۳ تا ۶ ماه پس از جراحی انحراف قابل ملاحظه‌ای نسبت به قبل از جراحی نداشت.

زارع بهرام‌آبادی و دهقانی (۱۳۹۳) در پژوهشی تحت عنوان «مقایسه هوش هیجانی، تصویر بدن و کیفیت زندگی متقاضیان رینوپلاستی و گروه گواه» در طرحی علی - مقایسه‌ای و با نمونه‌ای به حجم ۸۰ نفر دریافتند که نمره مهارت اجتماعی و ارزیابی ظاهری متقاضیان رینوپلاستی به طور معناداری پایین‌تر از گروه گواه بود. همچنین نمره سرمایه‌گذاری ظاهری این متقاضیان به طور معناداری بالاتر از گروه گواه بود و بین این دو گروه تفاوتی از نظر کیفیت زندگی دیده نشد.

ظهيرالدین و خلیقی سیگارودی (۱۳۸۲) در پژوهشی با عنوان

برجسته می‌سازد. از این رو، پژوهش حاضر به دنبال این بود که اثربخشی عمل جراحی زیبایی بینی بر رواندرستی روانشناختی، کیفیت زندگی و تصویر بدنی در متقاضیان جراحی زیبایی چگونه است؟

روش

این پژوهش کاربردی و از نوع شبه‌آزمایشی است که در آن متغیر مستقل جراحی زیبایی بینی و متغیر وابسته روان‌درستی روانشناختی و کیفیت زندگی هستند. بر این اساس نخست، پیش آزمون‌های مربوطه در دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد و پس از انجام عمل جراحی زیبایی بینی (به‌عنوان متغیر مستقل) در مورد گروه آزمایش، پس از شش ماه، بر روی هر دو گروه پس‌آزمون اجرا گردید. جامعه آماری پژوهش تمامی متقاضیان عمل جراحی زیبایی بینی سال ۹۶ کلینیک‌های خصوصی زیبایی شهر تهران بود. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به صورت در دسترس بود. بر اساس طرح پژوهش، به‌طور کلی حجم نمونه در مطالعه حاضر ۴۰ نفر بودند که ۲۰ از آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از میان کسانی که در سال ۱۳۹۶ برای عمل جراحی به کلینیک‌ها مراجعه کرده بودند به عنوان گروه آزمایش انتخاب شدند و تعداد ۲۰ نفر دیگر نیز با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از میان افراد غیرمتقاضی عمل جراحی انتخاب و در گروه گواه گماشته شدند. به منظور کنترل واریانس‌های مزاحم و ناخواسته در نتایج پژوهش و اطمینان از افزایش اعتبار درونی پژوهش، گروه آزمایش و گروه گواه هم‌متاسازی شدند. همچنین به‌منظور اطمینان از تعیین تأثیر متغیرهای مستقل بر وابسته دو گروه از لحاظ حجم نمونه معادل‌سازی شدند تا تفاوت‌های میان‌فردی آزمودنی‌ها کنترل شوند. ملاک‌های ورود برای گروه آزمایش و گواه عبارت بودند از:

۱. متقاضی عمل جراحی زیبایی بینی باشد، ۲. دامنه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال؛ ۳. رضایت و موافقت شرکت‌کنندگان؛ ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل این موارد بودند: ۱. انصراف از تقاضای عمل جراحی بینی؛ ۲. دامنه سنی کمتر از ۲۰ و بالاتر از ۶۰ سال؛ ۳. عدم تمایل به مشارکت در هر مرحله از پژوهش. ملاحظات اخلاقی پژوهش نیز شامل شرکت داوطلبانه در پژوهش؛ کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان؛ محرمانه بودن اطلاعات و انتشار گزارش پژوهش بدون قابلیت شناسایی شرکت‌کنندگان بودند.

«بررسی رابطه سلامت روانی و خودپنداره با تقاضای رینوپلاستی» در طرحی مورد - شاهدی و با نمونه‌ای ۱۰۴ نفره نشان دادند که سلامت روانی (صورت کلی و زیر گروه‌های افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی و ناسازش یافتگی اجتماعی به تفکیک) بین متقاضیان رینوپلاستی و گروه گواه تفاوت معناداری نداشت.

فردریک و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی با عنوان «علاقه به جراحی زیبایی و تصویر بدنی: دیدگاه‌های مردان و زنان در طول عمر» در طرحی پیمایشی و با نمونه‌ای به حجم ۵۲۶۷۷ زن و مرد نشان دادند افرادی که به جراحی زیبایی تمایل داشتند تصویر بدنی ضعیف‌تری در مقایسه با افراد غیرعلاقه‌مند داشتند.

مسعودزاده و همکاران (۱۳۸۸) نیز در پژوهشی با عنوان «مقایسه الگوهای شخصیتی و وضعیت سلامت عمومی متقاضیان جراحی زیبایی بینی و گروه شاهد» در طرحی پژوهشی - توصیفی و نمونه‌ای به حجم ۱۰۰ نفر، به این نتیجه رسیدند که جراحی زیبایی بین تمام اقشار جامعه شایع بوده و یکی از دلایل آن، نامتعادل بودن صفات شخصیتی و عدم سلامت عمومی است.

به طور خلاصه، مطالعات قبلی نشان داده‌اند که جراحی‌های زیبایی می‌تواند عامل تغییرات روانشناختی باشند که در زمره این تغییرات، می‌توان از حرمت خود (برای مثال، وون سوئست، الم، رولد و اسکولبرگ، ۲۰۰۹) و رضایت از زندگی (کمبورگلو و اوزگور، ۲۰۰۷) نام برد. از سوی دیگر، مؤلفه‌های روانشناختی از جمله رواندرستی روانشناختی، کیفیت زندگی و غیره نیز می‌تواند افراد را به سوی جراحی زیبایی سوق دهند و یا اینکه به‌واسطه جراحی زیبایی کاهش یابند. آنچه تمامی پژوهشگران در مورد آن توافق دارند، این است که در ارزیابی روانشناختی این افراد، باید روی حرمت خود و خودپنداشت بدنی آنان متمرکز شد. مهم‌ترین اقدام، پیش از دست بردن به چاقوی جراحی، ارزیابی سلامت روانی فرد و برخی مؤلفه‌های مهم مانند حرمت خود، خودپنداشت، رواندرستی روانشناختی و کیفیت زندگی متقاضی است.

در مجموع نتایج تحقیقات پیشین نشان می‌دهد مؤلفه‌های روانشناختی نقش عمده‌ای در انجام عمل دشوار جراحی زیبایی بینی دارد. همچنین روانشناسی جراحی زیبایی آن‌طور که باید مورد توجه و مطالعه واقع نشده و عمده مطالعات نیز به بررسی گزارش‌های بالینی یا متغیرهای محدودی مانند رضایت فردی از عمل جراحی مربوط هستند که نیاز به پژوهش بیشتر در این زمینه را

ابزار

در این پژوهش از پرسشنامه رواندستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) و پرسشنامه کیفیت زندگی بهره گرفته شد که برای اولین بار توسط نجات (۱۳۸۷) ترجمه و درست آزمایی شده است. پرسشنامه رواندستی روانشناختی ریف در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف توسعه داده شد. این مقیاس شامل ۸۴ سؤال و ۶ خرده مقیاس است. گویه‌های پرسشنامه از نوع لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) می‌باشند. هر مقیاس از ۱۴ سؤال تشکیل شده است. عوامل این پرسشنامه عبارت‌اند از: استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود. درستی ابزار با همبستگی بین این آزمون با مقیاس تعادل عاطفی برادبورن، رضایت زندگی نیوگارتن و حرمت خود روزنبرگ بررسی گردید که نتایج همبستگی آزمون ریف با هریک از مقیاس‌های مذکور، قابل قبول بود. آلفای کرونباخ بدست آمده در مطالعه ریف و کیس (۱۹۹۵) برای خرده مقیاس‌های پذیرش خود (۰/۹۳)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، خودمختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰)، هدفمندی در زندگی (۰/۹۰) و رشد شخصی (۰/۸۷) گزارش شده است. در ایران طی پژوهشی که بر روی نمونه‌ای از دانشجویان انجام شد، همسانی درونی با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ سنجیده شد که نتایج حاصل برای خرده مقیاس‌های تسلط بر محیط ۰/۶۹، رشد شخصی ۰/۷۴، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۶۵، هدفمندی در زندگی ۰/۷۳، پذیرش خود ۰/۶۵، خودمختاری ۰/۶ و نمره کلی ۰/۹۴ بود (یحیی زاده، ۱۳۸۴).

پرسشنامه «کیفیت زندگی» توسط نجات (۱۳۸۷) توسعه داده شد. این مقیاس دربردارنده ۲۶ سؤال است که چهار بعد جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی می‌سنجد که جنبه‌های مثبت و منفی کیفیت زندگی را اندازه‌گیری می‌کند. مقیاس این سؤالات بر اساس درجه‌بندی ۵ تایی لیکرت است که نمره ۱، نشانگر درک منفی و کم و نمره ۵، درک مثبت و بالاست. قابلیت اعتماد این پرسشنامه، با قابلیت تمایز این ابزار در گروه‌های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی، مورد ارزیابی قرار گرفته است. مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای در تمام حیطه‌های پرسشنامه، بالای ۰/۷۰ گزارش شده است (کریمی‌زاده، ۲۰۰۹). در این پژوهش، میزان پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ به دست آمده است. این پرسشنامه در

طول سال‌های ۱۹۳۸-۱۹۵۷ توسط راجرز به منظور سنجش میزان خودپنداشت افراد تهیه شد که شامل دو فرم جداگانه «الف» و «ب» است، فرم الف «خودپنداشت پایه» را می‌سنجد یعنی آن گونه که فرد خودش را می‌بیند و تصویری که در حال حاضر از خودش دارد، فرم ب «خودپنداشت ایده‌آل یا آرمانی» را مورد سنجش قرار می‌دهد؛ یعنی آن گونه که فرد آرزو دارد باشد. در هر فرم ۲۵ صفت دو قطبی (مثبت و منفی) قرار داده شده است. قابلیت اعتماد و درستی این مقیاس توسط معطری و همکاران (۲۰۰۵) مورد بررسی قرار گرفته است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و درستی هم‌زمان ۰/۸۱ به دست آمده است.

تحلیل آماری در این پژوهش در دو سطح توصیفی و تبیینی انجام گرفت. در سطح تبیینی با توجه به طرح پژوهشی، نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایشی و گواه بر اساس روش آماری تحلیل کواریانس و با بهره‌گیری از نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS مورد مقایسه قرار گرفته است.

یافته‌ها

فرضیه ۱: نمره کل رواندستی روانشناختی و کیفیت زندگی متقاضیان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های جراحی زیبایی شهر تهران (گروه آزمایش) با گروه غیر متقاضی (گروه گواه) تفاوت معناداری دارد.

برای آزمون این فرضیه از تحلیل کواریانس استفاده شد؛ لازم به ذکر است که پیش از اجرای آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری مفروضه‌های نرمال بودن، خطی بودن رابطه، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون و همگنی ماتریس واریانس - کواریانس بررسی شد. برای ارزیابی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش با توجه به حجم کمتر از ۵۰ نفر، از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد که در گروه آزمایش، نتایج به این صورت بود که برای تمام متغیرهای پژوهش شامل رواندستی روانشناختی ($p=0/488$ ، $W=0/957$)، پذیرش خود ($p=0/723$ ، $W=0/969$)، روابط مثبت با دیگران ($p=0/239$ ، $W=0/940$)، خودمختاری ($p=0/870$ ، $W=0/976$)، تسلط بر محیط ($p=0/076$ ، $W=0/914$)، زندگی هدفمند ($p=0/485$ ، $W=0/957$)، رشد فردی ($p=0/138$ ، $W=0/927$)، کیفیت زندگی ($p=0/090$ ، $W=0/918$)، جسمانی ($p=0/486$ ، $W=0/957$)، روانشناختی ($p=0/599$ ، $W=0/963$)، روابط اجتماعی ($p=0/189$ ، $W=0/945$) و محیطی ($p=0/469$)

تسلط بر محیط ($F=0/578$, $p=0/316$)، زندگی هدفمند ($F=0/057$, $p=3/855$)، رشد فردی ($F=0/499$, $p=0/467$)، کیفیت زندگی ($F=0/518$, $p=0/425$)، جسمانی ($F=0/784$, $p=0/076$)، روانشناختی ($F=0/747$, $p=0/106$)، روابط اجتماعی ($F=0/061$, $p=3/175$) و محیطی ($F=0/666$, $p=0/189$) حاکی از برقراری این مفروضه بود. در نهایت برای تعیین همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس از آزمون M باکس استفاده شد ($p=0/933$)، $F=0/730$ و با توجه به بالاتر بودن سطح معناداری این آزمون از مقدار آلفای ۰/۰۵ نسبت به برقراری این مفروضه نیز اطمینان حاصل شد. در ادامه پس از بررسی مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، به منظور مقایسه متغیرهای پژوهش در دو گروه از دو آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که در تحلیل اول نمرات کل متغیرهای رواندرستی روانشناختی و کیفیت زندگی وارد تحلیل شدند و در تحلیل کوواریانس چندمتغیری دوم مؤلفه‌های رواندرستی روانشناختی (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، رشد فردی) و چهار مؤلفه کیفیت زندگی (جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیطی) وارد تحلیل شدند.

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون گزارش شده است.

($W=0/956$) سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ بود که این حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها بود. آزمون شاپیرو ویلک برای تعیین نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه کنترل نیز مورد استفاده قرار گرفت که نتایج به این صورت بود که برای تمام متغیرهای پژوهش شامل رواندرستی روانشناختی ($W=0/189$, $p=0/935$)، پذیرش خود ($W=0/868$, $p=0/976$)، روابط مثبت با دیگران ($W=0/162$, $p=0/931$)، خودمختاری ($W=0/685$, $p=0/967$)، تسلط بر محیط ($W=0/102$, $p=0/921$)، زندگی هدفمند ($W=0/085$, $p=0/916$)، رشد فردی ($W=0/326$, $p=0/947$)، کیفیت زندگی ($W=0/072$, $p=0/913$)، جسمانی ($W=0/679$, $p=0/966$)، روانشناختی ($W=0/827$, $p=0/974$)، روابط اجتماعی ($W=0/053$, $p=0/906$) و محیطی ($W=0/225$, $p=0/939$) سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ بود که این حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها بود.

برای تعیین خطی بودن رابطه متغیرها و همگنی شیب خط رگرسیون از نمودار پراکنش استفاده شد که نتایج این نمودار حاکی از خطی بودن رابطه متغیرها و عدم تعامل نمرات پیش آزمون با مداخله بود که این نشان‌دهنده برقراری مفروضه‌های خطی بودن و همگنی شیب خط رگرسیون بود. برای تعیین مفروضه همگنی واریانس متغیرها در دو گروه از آزمون لوین استفاده شد که نتایج برای متغیرهای رواندرستی روانشناختی ($F=0/269$, $p=0/259$)، پذیرش خود ($F=0/174$, $p=1/924$)، روابط مثبت با دیگران ($F=0/393$, $p=0/748$)، خودمختاری ($F=0/986$, $p=0/001$)،

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
رواندرستی روانشناختی	۳۵/۵۱	۳۴۹/۴۵	۳۷/۰۵	۳۳۷/۷۸
پذیرش خود	۷/۶۰	۵۶/۳۰	۵/۶۷	۵۷/۷۰
روابط مثبت با دیگران	۷/۵۶	۵۷/۸۵	۸/۱۹	۶۰/۹۰
خودمختاری	۶/۳۸	۵۸/۰۰	۸/۴۳	۵۸/۹۵
تسلط بر محیط	۷/۸۰	۵۸/۱۵	۸/۰۳	۶۳/۱۵
زندگی هدفمند	۹/۰۳	۵۸/۰۰	۸/۶۲	۶۳/۰۰
رشد فردی	۶/۴۶	۶۱/۱۵	۶/۳۱	۶۳/۲۰
کیفیت زندگی	۱۱/۷۱	۸۱/۰۵	۱۰/۵۳	۸۶/۹۵
جسمانی	۲/۴۶	۲۳/۶۵	۲/۸۷	۲۶/۳۰
روانشناختی	۳/۵۲	۲۰/۷۵	۳/۶۴	۲۲/۰۵
روابط اجتماعی	۲/۱۶	۹/۴۵	۲/۱۷	۹/۴۵
محیطی	۵/۳۹	۲۷/۲۰	۴/۳۶	۲۸/۸۵

متغیرهای نمره کل رواندستی روانشناختی و کیفیت زندگی در گروه آزمایش و گواه نشان داد که هیچ تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد ($F=1/417$, $p>0/05$, $\eta^2=0/075$). در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره به تفکیک برای متغیر نمره کل رواندستی روانشناختی و کیفیت زندگی ارائه شده است.

با توجه به جدول ۱ می‌توان مشاهده کرد که نمرات میانگین رواندستی روانشناختی و کیفیت زندگی در گروه آزمایش و کنترل از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون تفاوت چشمگیری نداشته است و این می‌تواند حاکی از عدم تأثیر جراحی زیبایی بینی بر متغیرهای مذکور باشد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس نمره‌های پس‌آزمون در دو گروه گواه و آزمایشی، با نمره پیش‌آزمون برای متغیر رواندستی روانشناختی و کیفیت زندگی							
متغیرها	منبع	SS	Df	MS	F	sig	Eta
نمره کل رواندستی روانشناختی	پیش‌آزمون	۲۷۴۳۶/۳۴۷	۱	۲۷۴۳۶/۳۴۷	۵۲/۲۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹۲
	گروه	۵۲/۷۳۹	۱	۵۲/۷۳۹	۰/۱	۰/۷۵۳	۰/۰۰۳
	خطا	۱۸۹۱۶/۹۰۲	۳۶	۵۲۵/۴۷۰	-	-	-
نمره کل کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۱۴۶۳/۹۷	۱	۱۴۶۳/۹۷	۴۵/۴۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۵۸
	گروه	۴۲/۰۸۵	۱	۴۲/۰۸۵	۱/۳۰۶	۰/۲۶۱	۰/۰۳۵
	خطا	۱۱۵۹/۷۰۲	۳۶	۳۲/۲۱۴	-	-	-

توجه: درجه آزادی = df، مجموع مجذورات = SS، میانگین مجذورات = MS، آزمون = F، همبستگی بین متغیرها = Eta

متغیره به تفکیک برای مؤلفه‌های رواندستی روانشناختی و کیفیت زندگی ارائه شده است.

با توجه به جدول ۳ می‌توان مشاهده کرد که پس از برداشتن سهم متغیر پیش‌آزمون از روی متغیر وابسته، عمل جراحی زیبایی بینی بر روی هیچ‌کدام از مؤلفه‌های رواندستی روانشناختی و کیفیت زندگی تأثیر معنادار نداشته است و از این رو می‌توان بیان کرد که انجام عمل زیبایی بینی نقشی در بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی و رواندستی ندارد.

با توجه به جدول ۲ می‌توان مشاهده کرد که پس از برداشتن سهم متغیر پیش‌آزمون، هیچ تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل از نظر نمره کل متغیر رواندستی روانشناختی وجود ندارد ($F=0/1$, $p>0/05$, $\eta^2=0/003$) که این حاکی از عدم اثربخشی عمل زیبایی جراحی بینی می‌باشد.

با توجه به جدول ۲ همچنین می‌توان مشاهده کرد که پس از برداشته شدن سهم متغیر پیش‌آزمون، هیچ تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیر نمره کل کیفیت زندگی وجود ندارد ($F=1/306$, $p>0/05$, $\eta^2=0/035$) که این حاکی از عدم اثربخشی عمل زیبایی جراحی بینی می‌باشد.

فرضیه ۲: مؤلفه‌های رواندستی روانشناختی و کیفیت زندگی متقاضیان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های جراحی زیبایی (گروه آزمایش) با گروه غیر متقاضی (گروه گواه) تفاوت معناداری دارد.

در ادامه برای مشخص شدن اثربخشی عمل جراحی زیبایی بینی بر روی هر کدام از مؤلفه‌های رواندستی روانشناختی و کیفیت زندگی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد هیچ تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر ترکیب متغیرهای وابسته وجود ندارد ($\eta^2=0/048$), $F=1/541$, $p>0/05$). در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تک

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس نمره‌های پس‌آزمون در دو گروه گواه و آزمایشی، با نمره پیش‌آزمون برای مؤلفه‌های روان‌درستی روانشناختی و کیفیت زندگی							
متغیرها	منبع	SS	Df	MS	F	sig	Eta
پذیرش خود	پیش‌آزمون	۱۹۰/۲۲	۱	۱۹۰/۲۲	۹/۷۴۸	۰/۰۰۴	۰/۲۵۸
	گروه	۴/۳۱۶	۱	۴/۳۱۶	۰/۲۲۱	۰/۶۴۲	۰/۰۰۸
	خطا	۵۴۶/۴۰۳	۲۸	۱۹/۵۱۴	-	-	-
روابط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	۱۰۰۰/۲۷۲	۱	۱۰۰۰/۲۷۲	۱۲۶/۷۴۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱۹
	گروه	۰/۶۲۳	۱	۰/۶۲۳	۰/۰۷۹	۰/۷۸۱	۰/۰۰۳
	خطا	۲۲۰/۹۸۲	۲۸	۷/۸۹۲	-	-	-
خودمختاری	پیش‌آزمون	۱۲۲۵/۲۱۳	۱	۱۲۲۵/۲۱۳	۵۵/۱۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶۳
	گروه	۳۴/۰۷۶	۱	۳۴/۰۷۶	۱/۵۳۵	۰/۲۲۶	۰/۰۵۲
	خطا	۶۲۱/۵۰۲	۲۸	۲۲/۱۹۶	-	-	-
تسلط بر محیط	پیش‌آزمون	۴۶۷/۶۶۷	۱	۴۶۷/۶۶۷	۱۷/۱۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۷۹
	گروه	۰/۰۲۲	۱	۰/۰۲۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷۷	۰/۰۰۱
	خطا	۷۶۴/۹۱	۲۸	۲۷/۳۱۸	-	-	-
زندگی هدفمند	پیش‌آزمون	۲۲۸/۱۴	۱	۲۲۸/۱۴	۸/۹۹۹	۰/۰۰۶	۰/۲۴۳
	گروه	۶/۶۲۲	۱	۶/۶۲۲	۰/۲۶۱	۰/۶۱۳	۰/۰۰۹
	خطا	۷۰۹/۸۵۹	۲۸	۲۵/۳۵۲	-	-	-
رشد فردی	پیش‌آزمون	۳۹۸/۹۷۲	۱	۳۹۸/۹۷۲	۳۱/۷۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳۱
	گروه	۵/۴۱۷	۱	۵/۴۱۷	۰/۴۳	۰/۵۱۷	۰/۰۱۵
	خطا	۳۵۲/۳۳۱	۲۸	۱۲/۵۸۳	-	-	-
جسمانی	پیش‌آزمون	۱۵۴/۹۱۶	۱	۱۵۴/۹۱۶	۶۰/۳۰۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸۳
	گروه	۰/۱۱۸	۱	۰/۱۱۸	۰/۰۴۶	۰/۸۳۲	۰/۰۰۲
	خطا	۷۱/۹۲۵	۲۸	۲/۵۶۹	-	-	-
روانشناختی	پیش‌آزمون	۶۹/۰۵۹	۱	۶۹/۰۵۹	۲۰/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	گروه	۱۰/۹۳۹	۱	۱۰/۹۳۹	۳/۲۰۶	۰/۰۸۴	۰/۱۰۳
	خطا	۹۵/۵۳۸	۲۸	۳/۴۱۲	-	-	-
روابط اجتماعی	پیش‌آزمون	۵/۲۹۶	۱	۵/۲۹۶	۵/۱۶۳	۰/۰۳۱	۰/۱۵۶
	گروه	۰/۵۲۴	۱	۰/۵۲۴	۰/۵۱۱	۰/۴۸۱	۰/۰۱۸
	خطا	۲۸/۷۲۱	۲۸	۱/۰۲۶	-	-	-
محیطی	پیش‌آزمون	۷۸/۱۳۶	۱	۷۸/۱۳۶	۱۰/۱۳۲	۰/۰۰۴	۰/۲۶۶
	گروه	۱۶/۲۵۷	۱	۱۶/۲۵۷	۲/۱۰۸	۰/۱۵۸	۰/۰۷
	خطا	۲۱۵/۹۴	۲۸	۷/۷۱۲	-	-	-

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی عمل جراحی زیبایی بینی بر دو مؤلفه مهم روانشناختی شامل روان‌درستی روانشناختی و کیفیت زندگی بود. نتایج مطالعه حاضر در باب این فرضیه، نشان داد که عمل جراحی زیبایی نتوانسته است کیفیت زندگی و روان‌درستی روانشناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش را بهبود ببخشد. یافته‌های پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش مارلن، گنورگی، آرتور و فیلیپ (۱۹۹۸)؛ پادپولیس، کاواکس، کرامر هرسیباخ و همکاران (۲۰۰۷)؛ بالتون، پروزینسکی، کش و پرسینگ (۲۰۰۳)؛ هریس و

کار (۲۰۰۳)؛ محمدشاهی و همکاران (۱۳۹۵)، زارع بهرام آبادی و دهقانی (۱۳۹۳)، باغبان بوساری و همکاران (۱۳۹۴) بود. خسروی و خلخالی (۱۳۹۵) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که بین زنان متقاضی، با سابقه عمل جراحی زیبایی و زنان عادی در متغیر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. مارلن و همکاران (۱۹۹۸) که در مطالعه خود به دنبال ارزیابی کیفیت زندگی بعد از عمل جراحی زیبایی بودند به این نتیجه رسیدند که عمل جراحی زیبایی کیفیت روش‌های مقابله‌ای افراد را به طور معناداری تحت تأثیر قرار نمی‌دهد. همچنین پادپولیس و همکاران که در مطالعه

جنبه‌های مختلف زندگی همچون عملکرد شناختی و رواندستی اشاره دارد (پاپاداپولوس، ۲۰۰۷) و جنبه‌های جسمی، روانشناختی، اجتماعی و محیط زندگی شخصی را شامل می‌شود (کانکیو، فرناندز و سیم، ۲۰۱۹). از آنجا که عمل جراحی بینی نه به منظور بهبود سلامتی بلکه در اکثر مواقع با هدف زیبایی صورت می‌گیرد، نه تنها ممکن است تأثیری بر روی رضایت از زندگی فرد نداشته باشد بلکه در مواردی به دلیل مشکلات جسمانی جدیدی که ناشی از عمل جراحی در فرد ظاهر می‌شوند، از جمله مشکلات تنفسی می‌تواند تأثیر منفی بر کیفیت زندگی داشته باشد (شاه‌محمدی و همکاران، ۱۳۹۵). اشاره به این نکته نیز بسیار مهم است که بدانیم آیا فرد عمل جراحی زیبایی بینی را با هدف از بین بردن تعارض‌های درون‌روانی که در زندگی خود با آنها دست و پنجه نرم می‌کند صورت می‌دهد یا با هدف زیباتر شدن. هر کدام از این متغیرها ممکن است تأثیر متفاوتی بر ارزیابی از کیفیت زندگی فرد داشته باشد. بنابراین تغییر در ابعاد مختلف کیفیت زندگی مسلزم تغییرهای اساسی در ابعاد مختلف فرد از جمله شخصیت، باورها، نگرش‌ها و به طور سبک زندگی است که عمل زیبایی جراحی هیچ کدام از این متغیرها را هدف قرار نمی‌دهد. یکی دیگر از ابعاد کیفیت زندگی بعد اجتماعی است که به توانایی فرد در برقراری ارتباط با اعضای خانواده، همسایه‌ها، همکاران و سایر گروه‌های اجتماعی، وضعیت شغلی و شرایط اقتصادی مربوط می‌شود. بسیاری از افرادی که متقاضی عمل جراحی زیبایی هستند ممکن است از کیفیت یا کمیت روابط اجتماعی خود شکایت داشته باشند. پژوهش‌های بسیاری بر روی رابطه بین اعتماد به خود و عمل جراحی زیبایی صورت گرفته که نتایج بیشتر این پژوهش‌ها بیانگر این مطلب بوده که پس از عمل جراحی زیبایی میزان اعتماد به خود و عزت‌نفس تغییر چندانی ایجاد نمی‌شود (صدرالسادات‌زاده، فراهانی، کیامنش و رضانی، ۱۳۹۲؛ پاپاداپولوس و همکاران، ۲۰۰۷).

موضوع مهم دیگر رواندستی روانشناختی بود. مفهوم رواندستی روانشناختی به انواع ارزیابی‌های گوناگون (مثبت و منفی) افراد از زندگی‌شان اشاره دارد که شامل ارزیابی‌های شناختی و فکری (مانند رضایت از زندگی، رضایت شغلی، علائق و تعهدات) و واکنش‌های عاطفی به حوادث زندگی (مانند لذت‌ها، شادی‌ها، غم‌ها و دل‌تنگی‌ها) هستند. رواندستی روانشناختی هم

آینده‌گراانه خود کیفیت زندگی را بعد از عمل جراحی زیبایی ارزیابی کرده بودند نتوانستند شواهد قابل توجهی را برای این فرضیه پیدا کنند که عمل جراحی زیبایی می‌تواند کیفیت زندگی افراد را افزایش دهد. محمدشاهی و همکاران نیز دریافتند که کیفیت زندگی پس از عمل جراحی حتی روند نزولی پیدا می‌کند (۱۳۹۵). از طرفی دیگر، نتایج پژوهش حاضر با برخی از پژوهش‌ها همچون ساروی، آلیسون، جیمز، کیساس و همکاران (۲۰۰۸)، چاهان، وارنر و آدامسون (۲۰۱۰) و لیتنر، روتنبرگ، دنیس و آدامسون (۲۰۰۸) همسو نبود. ساروی و همکاران (۲۰۰۸) گزارش دادند که افراد پس از عمل جراحی زیبایی بینی از ظاهر و تصویر بدنی خود رضایت بیشتری دارند، احساسات منفی آنها در موقعیت‌های اجتماعی کاهش می‌یابد و به طور کلی میزان رضایت آنها از زندگی بهبود می‌یابد و این دستاوردها حتی بعد از دو سال نیز حفظ می‌شوند. همچنین این نویسندگان اشاره کردند که پس از گذشت دو سال از عمل جراحی تغییرات قابل توجهی در عزت‌نفس و علائم افسردگی بیماران نشان داده نشد. به عبارتی تغییرات به وجود آمده از عمل جراحی زیبایی ممکن است در بلند مدت شاخص خوبی برای رضایت از زندگی و سایر متغیرهای روانشناختی نباشد. از طرفی، چاهان و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود نشان دادند که عمل جراحی پلاستیک منجر به افزایش کیفیت زندگی بیماران شده بود. ایشان در این مورد بر نیازهای مختلف افراد از عمل جراحی زیبایی تأکید می‌کنند. همچنین، لیتنر و همکاران نیز (۲۰۰۸) در مطالعه خود بر روی نوجوانان نشان دادند که عمل جراحی زیبایی بینی منجر به افزایش کیفیت زندگی آنها شده بود و روابط بین فردی این افراد پس از عمل جراحی زیبایی بینی افزایش یافته بود، سازگارانتر رفتار می‌کردند و دست به انتخاب‌های مناسب می‌زدند.

در تبیین یافته‌های متناقض و همسو با یافته‌های مطالعه حاضر در باب کیفیت زندگی و عمل جراحی زیبایی بینی، می‌توان گفت که کیفیت زندگی متغیر چندوجهی است و در نتیجه از عوامل مختلفی همچون زندگی زناشویی خوب، روابط بین فردی صمیمی، درآمد مالی خوب، برخورداری از حمایت اجتماعی، عزت‌نفس بالا، موفقیت‌های تحصیلی و سلامت روانشناختی ممکن است تأثیر بپذیرد. که در این مطالعه امکان بررسی و کنترل تمام جنبه‌ها وجود نداشت. همچنین، کیفیت زندگی به عنوان شاخصی از وضعیت سلامت فرد، مفهومی چندبعدی است که به ارزیابی ذهنی از

(خانجانی، باباپور و صبا، ۱۳۹۱). حتی این احتمال که این افراد به دنبال ارزیابی‌های منفی از ظاهر خود دچار مشکلات روانشناختی می‌شوند آنها را ترغیب می‌کند تا با تغییر وضع ظاهری خود بتوانند بر این احساسات غلبه کنند. در صورتی که بسیاری از این شیوه ارزیابی‌ها ریشه در مشکلات عمیق درون‌روانی فرد قرار دارند تغییر وضع ظاهری به عنوان یک راهبرد کوتاه مدت نارضایتی کلی آنها را از بین نمی‌برد یا باعث نمی‌شود تا این افراد بتوانند بر افسردگی و اضطراب خود غلبه کنند و همانند دیگران در اجتماع ظاهر شوند. احتمال دیگری که می‌توان بیان کرد این است که عدم تطابق انتظاری‌ها و پیش‌بینی‌های افراد قبل و بعد از عمل زیبایی ممکن است دلیلی بر این نتایج نیز باشد. یکی دیگر از تبیین‌های احتمالی برای این یافته‌ها این است افراد با دلایل مختلفی برای تغییر وضع جسمانی و ظاهری خود اقدام می‌کنند. بنابراین یکی از دلایل عدم معناداری فرضیه‌های پژوهش می‌تواند به محدودیت‌های ابزارهای مورد مطالعه برگردد که به خوبی نتوانسته‌اند تمام جنبه‌های مؤلفه‌های متغیرها را پوشش دهند

به‌طور کلی، با توجه به افزایش عمل‌های زیبایی به ویژه در کشور ایران و همچنین افزایش استفاده از لوازم آرایشی بررسی مسائل روانشناختی مرتبط با این اقدام‌ها می‌تواند راهی روشن در اختیار کسانی که تصمیم به عمل‌های زیبایی می‌گیرند فراهم آورد. در این مطالعه نتایج نشان داد که نه کیفیت زندگی و نه رواندستی روانشناختی تحت تأثیر عمل جراحی زیبایی بینی بهبود نیافتند بنابراین ممکن است این افراد قبل از اقدام به عمل زیبایی متحمل تعارض‌های روانشناختی و بین‌فردی زیادی شوند با این امید که عمل جراحی زیبایی بتواند مأمونی برای این احساسات منفی و مشکلات فردی و بین‌فردی باشد.

هر پژوهشی صرف نظر از هرگونه یافته‌هایی که به دنبال دارد عاری از محدودیت نیست. پژوهش حاضر نیز دارای محدودیت‌هایی بود. نخستین محدودیت به استفاده از ابزارهای خودگزارشی برمی‌گردد که ممکن است موجب کاهش دقت و سوگیری در پاسخ‌ها شود. تکیه صرف به ابزارهای خودگزارشی تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌سازد همچنین متغیرها و نتایج پژوهش ممکن است تحت تأثیر این ابزارها دچار سوگیری شوند. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی به منظور افزایش اعتبار درونی و بیرونی پژوهش از ابزارهای چندگانه همچون مصاحبه،

دارای مؤلفه‌های عاطفی و هم‌شناختی است. افراد با رواندستی بالا، به‌طور عمده هیجان‌ات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با رواندستی روانشناختی پایین، حوادث و موقعیت زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجان‌ات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند (مایرز و داینر، ۱۹۹۵). گسترش نامطلوب جراحی‌های زیبایی در جامعه و متعاقب آن گره زدن عزت نفس، ارزشمندی، خوشحالی و خوشبختی خود به زیبایی‌ها و تناسب چهره می‌تواند برآیند تعارض‌ها و انگیزه‌های درونی فرد برای مقابله با اضطراب، احساس حقارت، تعارض‌ها و سایر مشکلات فردی و بین‌فردی باشد. بنابراین، ممکن است افراد به عنوان یک راهبرد کوتاه‌مدت و در دسترس به جای تقویت مهارت‌های شناختی، فردی و بین‌فردی برای خلق یک زندگی غنی و عاری از رنج ممکن است به عوامل بیرونی از جمله زیبایی‌های مصنوعی مانند جراحی زیبایی بینی روی بیاورند. به این ترتیب ظاهری‌ترین لایه هویت، چنان برجسته می‌شود که دیگر ابعاد وجودی به حاشیه رانده می‌شوند. به عبارت دیگر، وقتی فرد نتواند احساس خود ارزشمندی و عزت نفس خود را از طریق راهبردهای سازگارانه به دست آورد ممکن است تحت تأثیر ارزیابی‌های منفی و نادرست ظاهر خود را هدف قرار دهد تا از این طریق احساس ارزشمندی و عزت نفس خود را بازیابد و از طرفی بتواند بسیاری از تعارض‌هایی که به غلط نتیجه این ارزیابی‌ها تلقی می‌شد سرکوب شوند. بنابراین، نه تنها ممکن است کیفیت زندگی فرد در بلندمدت افزایش نیابد بلکه هم‌چنین ممکن است مشکلات روانشناختی بیشتری نیز پیش بیایند.

از طرفی، بسیاری از افراد متقاضی جراحی زیبایی افراد کمال‌گرا هستند (هویت، سالین، فلت و شری، ۲۰۰۲). آنها تمایل دارند کارهای خود را به بهترین شکل انجام دهند و معمولاً به دلیل انتظار بالا، نتایج امور برایشان رضایت‌بخش نیست و تصویری که از خود دارند همواره نامطلوب‌تر از تصویر واقعی‌شان است. واضح است که در چنین شرایطی عمل زیبایی موجب بهتر شدن حال روانی فرد نخواهد شد.

برای بسیاری از افرادی که متقاضیان جراحی زیبایی هستند، این اقدام راهبردی برای مقابله با مسائل و تعارض‌های درون‌روانی مانند افسردگی، اضطراب، فوبی‌ها و انواع مشکلات بین‌فردی هستند

منابع

- باغبان بوساری، مینا؛ موسوی، سید ولی اله؛ نعمتی، شادمان و رضایی، سجاد (۱۳۹۴). وضعیت سلامت روان قبل و بعد از عمل جراحی زیبایی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۱۸(۲)، ۹۰-۸۴.
- پیراهری، نیر و بیداران، صنم (۱۳۹۶). عوامل اجتماعی مؤثر بر گرایش زنان به جراحی زیبایی. فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه، ۴(۴)، ۲۴۶-۲۲۹.
- توسلی، غلامعباس و مدیری، فاطمه (۱۳۹۱). بررسی گرایش زنان به جراحی زیبایی در شهر تهران. مطالعات زنان، ۱۰(۱)، ۸۲-۶۱.
- حافظی، فرهاد؛ کوچک‌زاده، کمال و نقیب‌زاده، بیژن (۱۳۸۸). تاریخچه و جایگاه جراحی بینی. نشریه جراحی ایران، ۱۷(۲)، ۹۴-۸۸.
- خانجانی، زینب؛ باباپور، جلیل؛ گریزه، صبا (۱۳۹۱). مقایسه اختلالات روانی در متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیرمتقاضی. مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱(۸۵)، ۳۱-۲۶.
- خسروی، آزاده و خلخالی، وحید (۱۳۹۵). مقایسه تصویر بدنی زنان متقاضی، با سابقه عمل جراحی زیبایی و عادی، سومین همایش ملی راهکارهای توسعه و ترویج علوم تربیتی، روانشناسی، مشاوره و آموزش در ایران، تهران.
- زارع بهرام‌آبادی، مهدی و دهقانی، الهام (۱۳۹۳). مقایسه هوش هیجانی، تصویر بدن و کیفیت زندگی متقاضیان رینوپلاستی و گروه گواه. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۹، ۹۲-۸۴.
- زنجانی، زهرا و گودرزی، محمدعلی (۱۳۸۷). بررسی روایی و پایایی مقیاس محرک‌های تصویری استاندارد در گروهی از دانشجویان شیراز، جنوب ایران. اصول بهداشت روانی، ۳۸(۱۰)، ۱۵۵-۱۴۹.
- ظهرالدین، علیرضا و خلیقی سیگارودی، عنایت (۱۳۸۲). بررسی رابطه سلامت روانی و خودپنداره با تقاضای رینوپلاستی. پژوهنده، ۸(۵)، ۱۵-۹.
- عبدالعلیان، مریم و فرهنگی، عبدالحسن (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر خودپنداره و حساسیت اضطرابی دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری. نشریه ناتوانی‌های یادگیری، ۴(۵)، ۵۸-۴۳.
- محمدشاهی، ماریتا؛ پوررضا، ابوالقاسم؛ ودادهیر، ابوعلی؛ حیدری ارجلو، پروانه؛ محمودی، محمود و اکبری، فیض‌الله (۱۳۹۵). مقایسه کیفیت زندگی قبل و بعد از عمل زیبایی بینی و برآورد هزینه آن با استفاده از رویکرد سرمایه انسانی. مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پیاورد سلامتی)، ۱۰(۳)، ۲۶۶-۲۵۸.

ابزارهای فیزیولوژیک و همین‌طور روش‌های کیفی برای بررسی رواندستی روانشناختی، کیفیت زندگی و تصویر بدنی بهره ببرند. از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر می‌توان به جامعه آماری و روش نمونه‌گیری اشاره داشت. مسلم است که هر جامعه‌ای دیدگاه خاص خودشان را در مورد عمل جراحی زیبایی، ارزیابی کیفیت زندگی، رواندستی روانشناختی دارند. بنابراین فرهنگ و معیارهای زیبایی و کیفیت زندگی از جامعه‌ای به جامعه دیگر ممکن است متفاوت باشد در همین راستا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی این ملاک را مد نظر قرار دهند. همچنین روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت در دسترس بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی برای بررسی رواندستی روانشناختی، کیفیت زندگی و تصویر بدنی متقاضیان جراحی زیبایی بینی استفاده کنند. به علاوه، این پژوهش مرحله‌پیگیری نداشت که پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی مرحله‌پیگیری را مدنظر قرار دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود متغیرهای پژوهش در ارتباط با سایر جراحی‌های زیبایی نیز مورد بررسی قرار گیرند.

به موازات یافته‌ها و محدودیت‌های پژوهش می‌توان پیشنهادی را برای مطالعات آتی و همچنین پیشنهادهای کاربردی برای کسانی که با این افراد سروکار دارند ارائه داد. پیشنهادهای پژوهشی در بالا ذکر شدند. یافته‌ها نشان داد که انجام عمل زیبایی بینی کیفیت زندگی و رواندستی روانشناختی را به طور معناداری تحت تأثیر قرار نداد بنابراین افرادی که از عمل جراحی زیبایی به منظور بهبود تعارض‌های فردی، بین فردی، درمان اضطراب، افسردگی و سایر مسائل استفاده می‌کنند می‌توانند آگاهانه در این زمینه تصمیم‌گیری کنند. البته یکی از پیشنهادها جهت افزایش آگاهی در این زمینه مربوط به متولیان امر در حوزه‌های آگاهی‌بخشی، روان‌شناسی، اولیای مدرسه، والدین و هم‌چنین پزشکان زیبایی است که پیشنهاد می‌شود اطلاعات دقیقی درباره عمل زیبایی و هم‌چنین انتظارات و پیش‌بینی‌های متقاضیان داده شود تا هم از در هزینه‌ها صرفه‌جویی شود و هم چنین فرد برای حل مسائل روانشناختی یا بهبود کیفیت زندگی خود به مسیرهای درستی هدایت شوند. بنابراین برگزاری جلسات مشاوره‌ای قبل از اقدام به عمل جراحی می‌تواند به افراد در تصمیم‌گیری درست، داشتن انتظارات واقع‌بینانه و افزایش کیفیت زندگی خود کمک کند.

- subjective well-being and ill-being. *Journal of happiness studies*, 7(4), 397-404.
- Figuroa, C. (2003). Self-esteem and cosmetic surgery: is there a relationship between the two?. *Plastic Surgical Nursing*, 23(1), 21.
- Frederick, D. A., Lever, J., & Peplau, L. A. (2007). Interest in cosmetic surgery and body image: Views of men and women across the lifespan. *Plastic and reconstructive surgery*, 120(5), 1407-1415.
- Green, P & Pritchard, M (2003). Predictors of Body Image Dissatisfaction i Adolut Men and Women. *Social Behavior Personality*, 31, 215-222.
- Harris, D. L., & Carr, A. T. (2001). The Derriford Appearance Scale (DAS59): a new psychometric scale for the evaluation of patients with disfigurements and aesthetic problems of appearance. *British journal of plastic surgery*, 54(3), 216-222.
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Flett, G. L., Sherry, S. B., Collins, L., & Flynn, C. A. (2002). Perfectionism in children: Associations with depression, anxiety, and anger. *Personality and Individual Differences*, 32(6), 1049-1061.
- Kamburoğlu, H. O., & Özgür, F. (2007). Postoperative satisfaction and the patient's body image, life satisfaction, and self-esteem: A retrospective study comparing adolescent girls and boys after cosmetic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 31(6), 739-745.
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Khunkaew, S., Fernandez, R., & Sim, J. (2019). Health-related quality of life among adults living with diabetic foot ulcers: a meta-analysis. *Quality of Life Research*, 28(6), 1413-1427.
- Klassen, A. F., Newton, J. N., & Mallon, E. (2000). Measuring quality of life in people referred for specialist care of acne: comparing generic and disease-specific measures. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 43(2), 229-233.
- Litner, J. A., Rotenberg, B. W., Dennis, M., & Adamson, P. A. (2008). Impact of cosmetic facial surgery on satisfaction with appearance and quality of life. *Archives of facial plastic surgery*, 10(2), 79-83.
- MacNeil, S., & Byers, E. S. (2009). Role of sexual self-disclosure in the sexual satisfaction of long-term heterosexual couples. *Journal of Sex Research*, 46(1), 3-14.
- Mathes, S.J. (2016). *Plastic Surgery*, Philadelphia, Saunders..
- McCullough, G., Huebner, E. S., & Laughlin, J. E. (2000). Life events, self-concept, and adolescents' positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, 37(3), 281-290.
- Myers, D. G., & Diener, E. (1995). Who is happy?. *Psychological science*, 6(1), 10-19.
- Papadopoulos, N. A., Kovacs, L., Krammer, S., Herschbach, P., Henrich, G., & Biemer, E. (2007). Quality of life following aesthetic plastic surgery: مسعودزاده، عباس؛ کارخانه یوسفی، مهتاب و تیرگری سراج، عبدالحکیم (۱۳۸۸). مقایسه الگوهای شخصیتی و وضعیت سلامت عمومی متقاضیان جراحی زیبایی بینی و گروه شاهد. نشریه دانشور پزشکی، ۱۶(۸۲)، ۵۳-۵۸.
- نجات، سحرناز (۱۳۸۷). کیفیت زندگی و اندازه گیری آن. مجله اپیدمیولوژی ایران، ۴(۲)، ۵۷-۶۲.
- یحیی زاده، سلیمان (۱۳۸۴). بررسی رابطه هوش هیجانی و منبع کنترل با سلامت روانشناختی در بین دانشجویان دانشگاه مازندران. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت معلم، تهران، ایران.
- Alfeld-Liro, C., & Sigelman, C. K. (1998). Sex differences in self-concept and symptoms of depression during the transition to college. *Journal of Youth and Adolescence*, 27(2), 219-244.
- Alsarraf, R. (2000). Outcomes research in facial plastic surgery: a review and new directions. *Aesthetic plastic surgery*, 24(3), 192-197.
- Ambro, B. T., & Wright, R. J. (2008). Psychological considerations in revision rhinoplasty. *Facial Plastic Surgery*, 24(03), 288-292.
- Bahadori Khosroshahi, J., & Hashemi Nosratabad, T. (2012). The relationship between social anxiety, optimism and self-efficacy with psychological well-being in students. *J Urmia Univ Med Sci* 2012, 23 (2): 115-122.
- Basson, N. (2018). *The influence factors on the subjective well-bing of adolescents*. (Unpublished master's thesis). University of the Free State. Bloemfontein, South Africa
- Bolton, M. A., Pruzinsky, T., Cash, T. F., & Persing, J. A. (2003). Measuring outcomes in plastic surgery: body image and quality of life in abdominoplasty patients. *Plastic and reconstructive surgery*, 112(2), 619-625.
- Bong, M., & Skaalvik, E. M. (2003). Academic self-concept and self-efficacy: How different are they really?. *Educational psychology review*, 15(1), 1-40.
- Chang, L., McBride-Chang, C., Stewart, S. M., & Au, E. (2003). Life satisfaction, self-concept, and family relations in Chinese adolescents and children. *International Journal of Behavioral Development*, 27(2), 182-189.
- Chauhan, N., Warner, J., & Adamson, P. A. (2010). Adolescent rhinoplasty: challenges and psychosocial and clinical outcomes. *Aesthetic plastic surgery*, 34(4), 510-516.
- Clarke, D., & Goosen, T. (2009). The mediating effects of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. *Personality and individual differences*, 46(4), 460-464.
- Cloninger, C. R. (2008). On well-being: current research trends and future directions. *Mens Sana Monographs*, 6(1), 3-9.
- Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of

- a prospective study. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery*, 60(8), 915-921.
- Papadopoulos, N. A., Kovacs, L., Krammer, S., Herschbach, P., Henrich, G., & Biemer, E. (2007). Quality of life following aesthetic plastic surgery: a prospective study. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery*, 60(8), 915-921.
- Puent, M. (2008). Non-surgical wrinkle filler wins by nose. *USA: USA Today*.
- Rankin, M., Borah, G. L., Perry, A. W., & Wey, P. D. (1998). Quality-of-life outcomes after cosmetic surgery. *Plastic and reconstructive surgery*, 102(6), 2139-2145.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.
- Salari P, Naeini A, Modarres Qorvi M, Vahid Rodsari F., & Jabari Noqabi H. (2011). Relationship between attachment to parents of female sexual function. *Journal of Mental Health*, 13, 346-55.
- Sam, K. G., & Philip, M. A. K. S. (2009). Pharmacoeconomics: cost of illness studies. *Hygeia*, 1(1), 464-9.
- Sarwer, D. B., Infield, A. L., Baker, J. L., Casas, L. A., Glat, P. M., Gold, A. H., ... & Young, V. L. (2008). Two-year results of a prospective, multi-site investigation of patient satisfaction and psychosocial status following cosmetic surgery. *Aesthetic Surgery Journal*, 28(3), 245-250.
- 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.
- Stucke, T. S., & Sporer, S. L. (2002). When a grandiose self-image is threatened: Narcissism and self-concept clarity as predictors of negative emotions and aggression following ego-threat. *Journal of personality*, 70(4), 509-532.
- Veale, D. (2010). *Body dysmorphic disorder. A treatment manual*. New York: Wiley.
- von Soest, T., Kvaem, I. L., Roald, H. E., & Skolleborg, K. C. (2009). The effects of cosmetic surgery on body image, self-esteem, and psychological problems. *Journal of plastic, reconstructive & Aesthetic Surgery*, 62(10), 1238-1244.
- Woolfolk, A. E. (2004). *Educational psychology. (9 th Ed)*. New York: pearson.