

مقایسه الگوهای شخصیتی و وضعیت سلامت عمومی متقاضیان جراحی زیبایی بینی و گروه شاهد

نویسندگان: دکتر عباس مسعودزاده^۱، دکتر مهتاب کارخانه یوسفی^{۲*}، و دکتر عبدالحکیم تیرگری^۳

۱. استادیار روان‌پزشکی مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران
 ۲. روان‌پزشک، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
 ۳. استادیار روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- نویسنده مسئول:
E-mail: Mahtab720@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: هر سال ده‌ها هزار نفر عمل جراحی زیبایی انجام می‌دهند تا نمای اندام‌ها و صورت خود را زیباتر کنند. از آنجا که جراحی‌های زیبایی برای تغییر ظاهر افراد و افزایش سطح رضایت‌مندی و اعتماد به نفس انجام می‌شود، جراحی زیبایی را می‌توان پیامد یک الگوی روان‌شناختی معین دانست. هدف از مطالعه حاضر مقایسه الگوهای شخصیتی و سلامت عمومی افراد متقاضی جراحی زیبایی بینی با گروه شاهد است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه پژوهشی-توصیفی است که در بیمارستان زارع ساری در سال ۱۳۸۶ صورت گرفت. پنجاه فرد متقاضی جراحی زیبایی بینی با پنجاه فرد گروه کنترل که اقوام درجه اول متقاضیان باهمسان‌سازی سن، جنس و سطح تحصیلات است و خواستار جراحی زیبایی بینی نبودند، مقایسه شدند. الگوهای شخصیتی این افراد با آزمون NEO-FFI، سلامت عمومی آنان با پرسشنامه GHQ-۲۸ سنجیده شد. تحلیل یافته‌ها با مدل آماری کای دو و آزمون t-test انجام گرفت.

یافته‌ها: محدوده سنی افراد شرکت‌کننده ۲۴/۷ سال بود. تعداد زن و مرد برابر و بیشتر آن‌ها مجرد بودند. در افراد متقاضی الگوهای شخصیتی باز بودن و برون‌گرایی بیشتر و الگوهای شخصیتی عصبیت و توافق، کمتر از افراد گروه شاهد بود. صفت وجدانی بودن در افراد متقاضی نسبت به گروه شاهد در حد تعادل نبود. این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود ($P=0/011$). درصد بیشتری از افراد گروه متقاضی وضعیت سلامت عمومی در حد مشکوک داشتند.

نتیجه‌گیری: جراحی زیبایی بین تمام اقشار جامعه شایع بوده و یکی از دلایل آن، نامتعادل بودن صفات شخصیتی و عدم سلامت عمومی است. مطالعه حاضر نشان داد، صفت وسواسی و اعتماد به نفس پایین در متقاضیان جراحی زیبایی بینی بیشتر است. همچنین سایر الگوهای شخصیتی نیز در این افراد متعادل نیست. بنابراین به مشاوره‌های روان‌پزشکی قبل از جراحی‌های زیبایی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: الگوهای شخصیتی، جراحی زیبایی بینی، پرسش‌نامه NEO-FFI

دوماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال شانزدهم - شماره ۸۲
شهریور ۱۳۸۸

وصول: ۸۷/۱۱/۱۰
آخرین اصلاحات: ۸۸/۳/۲۲
پذیرش: ۸۸/۴/۱۴

مقدمه

نشان داد که ۲۹ درصد معیارها هیچ اختلال شخصیتی نداشته و در افراد باقیمانده، اختلال شخصیت خودشیفته (۲۵ درصد) شایع‌ترین، پس از آن اختلال شخصیت وابسته (دوازده درصد) و نمایشی (ده درصد) بود.

در مطالعه زجاجی و همکاران [۶] که روی شش بیمار داوطلب رینوپلاستی با استفاده از آزمون MMPI انجام گرفت، نشان داده شد که صفت وسواسی شایع‌ترین صفت و ضدا اجتماعی کمترین صفت بود.

در تحقیقاتی که از سایر مقیاس‌ها استفاده شده نیز آسیب‌شناسی خفیف یا فقدان آسیب‌شناسی روانی را گزارش کرده‌اند. با استفاده از ابزار MCMI-II (Millon Clinical Multiaxial Inventory-II) که قلع‌بندی [۱۰] روی سی بیمار متقاضی جراحی زیبایی بینی انجام داد، نشان داده شد که اختلال شخصیت وسواسی و خودشیفته بیشترین شیوع را دارند.

این نتایج در مقایسه با تحقیقاتی که از مصاحبه استفاده کرده‌اند نشان‌دهنده آسیب‌شناسی کمتری در بیماران جراحی پلاستیک است. در بیشتر موارد مقیاس‌های مورد استفاده برای نشان دادن انواع آسیب‌شناسی روانی که مختص این بیماران است، طرح‌ریزی نشده بود. مقیاسی مانند MMPI می‌تواند یک مقیاس کلی از نگرانی و وسواسی بودن را نشان دهد، اما ممکن است به انواع اختلالاتی که به نگرانی‌های ظاهر بدن مربوط می‌شود، حساس نباشد. آزمون NEO که در این مطالعه استفاده شد، بر پایه آسیب‌شناسی روانی طراحی نشده است و به‌خوبی می‌تواند در مشاوره و روان‌درمانی و همچنین در ارائه تشخیص در محور دوم ارزیابی روان‌پزشکی با ملاک‌های DSM-IV سازگار بوده و با سنجش الگوهای شخصیتی، مزیتی برای مطالعه به‌شمار آید. وجود الگوهای شخصیتی خاص در جامعه بیش از اختلالات شخصیتی تمام‌عیار است و با تعداد نمونه کمتر نیز قابل ارزیابی است. هیچ مطالعه‌ای تاکنون این آزمون را برای متقاضیان جراحی زیبایی به‌کار نبرده بود.

علاوه بر این، تحقیقات متعدد نتوانسته‌اند از گروه‌های کنترل یا مقایسه‌ای استفاده کنند. در این مطالعه با انتخاب گروه شاهد برای افراد متقاضی جراحی زیبایی بینی، امکان ارزیابی و مقایسه آن‌ها فراهم شده است که مطالعات قبلی فاقد آن بود. همچنین سنجش وضعیت سلامت عمومی

شهرت جراحی پلاستیک بیشتر به دلیل جراحی ترمیمی و زیبایی است تا دلایل دیگر انجام آن. این مسئله ممکن است به دلیل اثرات روانی آن روی بیمار و هزینه‌های آن باشد. به هر حال امروزه تقاضای جراحی زیبایی بیشتر از هر زمان دیگری است [۱]. براساس گزارش انجمن پلاستیک و زیبایی امریکا (American Society of Plastic and Reconstructive surgery) جراحی‌های زیبایی از سال ۱۹۹۷ با ۱۱۹ درصد افزایش به بیش از ۴/۶ میلیون جراحی در سال ۱۹۹۹ رسیده است [۲]. از آنجا که جراحی‌های زیبایی برای تغییر ظاهر افراد و افزایش خشنودی و بهبود اعتماد به نفس آن‌ها انجام می‌شود، جراحی زیبایی را می‌توان پیامد یک الگوی روان‌شناختی معین دانست. در شرایط مطلوب این بیماران درصد روان‌درمانی برمی‌آیند تا ماهیت حقیقی احساسات نوروتیک مبنی بر بی‌کفایتی خود را دریابند، در غیر این صورت با تداوم این مشکل ممکن است بیمار خشم خود را با اقامه دعوی علیه جراحی پلاستیک ابراز کرده یا به اختلال افسردگی مبتلا شود. یکی از بالاترین آمارهای اقامه دعوی به دلیل سوء طبابت، مربوط به جراحان پلاستیک است [۳].

تحقیقاتی که از آزمون‌های استاندارد شده برای ارزیابی آسیب‌شناسی روانی استفاده کرده‌اند، در مقایسه با نتایج تحقیقات مصاحبه‌ای، به طور عموم اختلالات کمتری را گزارش داده‌اند [۱، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹]. از جمله مقیاس‌های سنجش آسیب‌شناسی روانی، پرسش‌نامه MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) است. با استفاده از این پرسش‌نامه در تحقیق گوئین و همکاران [۴] که بر پنجاه بیمار داوطلب کشیدن صورت، قبل از جراحی انجام شد، هیچ نوع آسیب‌شناسی روانی که از لحاظ آماری معنادار باشد، مشاهده نشد.

در مطالعه علمدار ساروی [۱] که بر صد بیمار متقاضی جراحی زیبایی صورت گرفت، با استفاده از آزمون MMPI-PD (فرم خلاصه‌شده) نشان داده شد که ۳۵ درصد افراد فاقد اختلال هستند. در افراد باقیمانده نیز اختلال شخصیت خودشیفته و نمایشی بیشترین شیوع را داشت.

مطالعه گابوری و همکاران [۵] که بر ۱۳۳ بیمار خواستار جراحی زیبایی صورت با استفاده از آزمون MMPI

۱۳۸۵ این آزمون را مورد ارزیابی قرار داده و ۹۱ درصد اعتبار برای آن محاسبه شده است [۱۲]. برای نمره‌گذاری در مقیاس چهار درجه‌ای و با روش نمره‌گذاری لیکرت (۳-۰)، نمره‌گذاری شده، به طوری که نمره کلی آزمون از صفر تا ۸۴ متغیر است و نقطه برش این آزمون ۲۳ در نظر گرفته می‌شود. ارزیابی وضعیت اقتصادی-اجتماعی به شیوه دلفی (براساس درجه‌بندی بر مبنای شاخص‌های بعد خانوار، محل زندگی، نوع منزل مسکونی، دارا بودن بیمه تکمیلی و باغ) انجام گرفت. تحلیل داده‌ها به روش آمار توصیفی، مدل آماری خسی دو و t-test انجام گرفت و با توجه به همسان‌سازی دو گروه در جنس، سن و تحصیلات، نمره $P > 0.05$ به دست آمد.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد مورد و شاهد را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی در دو گروه

متغیر	گروه	
	مورد	شاهد
جنس	مذکر	۲۵ (۵۰٪)
	مونث	۲۵ (۵۰٪)
سن	< ۲۰	۹ (۱۸٪)
	۲۰-۲۵	۲۰ (۴۰٪)
	۲۶-۳۰	۱۷ (۳۴٪)
	۳۱-۳۵	۴ (۸٪)
	مجرد	۲۸ (۵۶٪)
وضعیت تاهل	متاهل	۲۱ (۴۲٪)
	بیوه	۱ (۲٪)
تحصیلات	کمتر از دیپلم	۹ (۲۵٪)
	دیپلم	۲۵ (۵۰٪)
	دانشجو	۶ (۱۲٪)
	فوق دیپلم و لیسانس	۹ (۱۸٪)
	بالتر از لیسانس	۱ (۲٪)
شغل	آزاد	۲۸ (۵۶٪)
	خانه دار	۷ (۱۴٪)
	کارمند	۶ (۱۲٪)
	بی کار	۹ (۱۸٪)
وضعیت اقتصادی	مطلوب	۷ (۱۴٪)
	متوسط	۳۷ (۷۴٪)
	ضعیف	۶ (۱۲٪)

افراد و ارزیابی نظر جراح در مورد جراحی از مزایای مطالعه حاضر است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع پژوهشی-توصیفی بود که در سال ۱۳۸۶ روی پنجاه فرد متقانی جراحی زیبایی بینی مراجعه‌کننده به بیمارستان زارع ساری (مرکز دولتی ترمیمی استان) صورت گرفت. معیار ورود افراد مذکور، تمایل به شرکت در طرح، نداشتن دلیل طبی اصلی برای جراحی بینی و داشتن فردی از فامیل که از نظر سن، جنس و تحصیلات با وی یکسان بوده، اما خواستار جراحی زیبایی بینی نباشد. این افراد به‌عنوان گروه شاهد در نظر گرفته می‌شدند، به این دلیل فردی از فامیل انتخاب شد که عامل فرهنگ و ژنتیک نیز همسان شود.

بعد از ورود به مطالعه، از جراح خواسته شد نظر خود را مبنی بر لزوم جراحی از نظر طبی یا طبی-زیبایی یا فقط زیبایی بیان کند. سپس گروه مورد (مقاضی جراحی زیبایی بینی) و گروه شاهد پرسش‌نامه‌ها تکمیل کردند.

ابزار به کار برده شده در این پژوهش، پرسش‌نامه نشو (فرم خلاصه‌شده) NEO-FFI، پرسش‌نامه GHQ-28 بود. پرسش‌نامه NEO-FFI دارای شصت سؤال بوده و پنج الگوی شخصیتی باز بودن (Openness)، توافق (agreeableness)، بی‌ثباتی هیجانی (nervousness)، وجدانی بودن (contisiosness) و برونگرایی (extroversion) را ارزیابی می‌کند. این آزمون را در ایران حق‌شناس [۱۱] هنجاریابی کرده است. ضرایب آلفا برای مقیاس‌ها بین ۰/۷۱ و ۰/۸۳ و سنجش پایایی در بازآزمایی نشان‌دهنده ضرایب هبستگی ۰/۵۳ تا ۰/۷۳ است.

پس از اجرای آزمون، نمره‌گذاری و رمزگذاری پاسخ‌نامه‌ها به صورت حاصل جمع نمره‌های گزینه‌های هر شاخص به دست آمد. براساس کلید به بعضی از جملات نمرات ۱-۲-۳-۴ برای پاسخ‌های به طور کامل موافق تا به طور کامل مخالف داده می‌شود و برای سؤالات دیگر نمرات معکوس ۰-۱-۲-۳-۴ داده شد. پرسش‌نامه GHQ-28 دارای ۲۸ سؤال است و چهار بعد مختلف شامل شکایات جسمانی، نشانگان اضطراب و اختلال خواب، نشانگان کارکردهای اجتماعی و نشانگان افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. بالاهانگ، نصر و شاه‌محمدی در سال

جدول ۲. مقایسه الگوهای شخصیتی در دو گروه

P-value	شاهد			متقاضی			نمره صفات
	بالا	متوسط	پایین	بالا	متوسط	پایین	
۹۰۴ .۰	۶(۱۲٪)	۲۴(۴۸٪)	۲۰(۴۰٪)	۷(۱۴٪)	۲۵(۵۰٪)	۱۸(۳۶٪)	باز بودن
۲۱۴ .۰	۱۸(۳۶٪)	۷(۱۴٪)	۲۵(۵۰٪)	۱۱(۲۲٪)	۱۲(۲۴٪)	۲۷(۵۴٪)	بی ثباتی هیجانی
۶۷۲ .۰	۱۵(۳۰٪)	۱۶(۳۲٪)	۱۹(۳۸٪)	۱۷(۳۴٪)	۱۲(۲۴٪)	۲۱(۴۲٪)	برونگرایی
۱۹۴ .۰	۰	۴۷(۹۴٪)	۳(۶٪)	۲(۴٪)	۴۲(۸۴٪)	۶(۱۲٪)	توافق
۰۱۱ .۰	۱۱(۲۲٪)	۱۷(۳۴٪)	۲۲(۴۴٪)	۱۹(۳۸٪)	۵(۱۰٪)	۲۶(۵۲٪)	وجدانی بودن

بحث

نتیجه پژوهش نشان داد که تعداد زنان و مردان متقاضی جراحی زیبایی بینی برابر است و تحصیلات بیشتر آن‌ها در حد دیپلم است که در مطالعات قبلی از جمله مطالعه زجاجی و همکاران [۶]، بابکو و همکاران [۱۳] بیشتر افراد را زنان با تحصیلات عالی تشکیل می‌دادند. از آنجا که در جوامع، ایجاد تغییرات عمیق در ظاهر، در زنان پذیرفتنی‌تر از مردان است و در حقیقت همان مقدار توجهی که یک زن به ظاهر خود می‌کند و خوش لباسی تلقی می‌شود، در یک مرد خودشیفتگی قلمداد می‌شود و همان‌طور که در مطالعه قلعه‌بندی [۱۰] آمده، بیشتر مردان طالب جراحی، الگوی شخصیتی وابسته داشتند که از نظر فرهنگی یک ویژگی زنانه به‌شمار می‌رود. برابر بودن تعداد مردان و زنان متقاضی جراحی زیبایی در مطالعه ما، شاید به دلیل تبلیغات گسترده از طریق رسانه‌های گروهی و الکترونیکی در مورد جراحی زیبایی مردان را نیز تشویق به انجام جراحی می‌کند.

همچنین در مطالعه حاضر بیش از نیمی از افراد متقاضی مجرد بودند که با مطالعه بابکو و همکاران [۱۳] همخوانی داشت. در مورد پنج صفت شخصیتی بررسی شده در این پژوهش، دیده شد که ویژگی شخصیتی «باز بودن» در گروه مورد، بارزتر از گروه شاهد است و این به آن معناست که این افراد برای اندیشه‌های نو تحمل دارند و به دنبال راه‌های تازه انجام امور و پذیرش تجربه‌های جدید هستند.

ویژگی شخصیتی «بی‌ثباتی هیجانی» یا «عصیت» در گروه مورد، چندان چشمگیر نبود و تعداد بیشتری از آن‌ها در این صفت نمره پایین ببه دست آوردند، یعنی آن‌ها

همان‌طور که نشان داده شده، تعداد زنان و مردان متقاضی جراحی زیبایی بینی برابر است. بیشتر افراد مجرد، در محدوده سنی ۲۵-۲۰ سال با تحصیلات دیپلم و شغل آزاد هستند. با ارزیابی وضعیت اقتصادی-اجتماعی به شیوه دلفی شش نفر (دوازده درصد) در سطح بالا، ۳۷ نفر (۷۴ درصد) در سطح متوسط و هفت نفر (چهارده درصد) در سطح پایین قرار داشتند و در مقایسه با گروه شاهد تفاوت آماری معنادار نداشت ($x^2=4/950$, $df=2$, $P=0/084$).

جدول دو مقایسه الگوهای شخصیتی در دو گروه مورد و شاهد را نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، در افراد گروه مورد الگوهای شخصیتی باز بودن و برون‌گرایی، بیشتر و الگوهای شخصیتی عصیت و توافق، کمتر از افراد گروه شاهد است که از لحاظ آماری معنادار نیست. در رابطه با الگوی شخصیتی وجدانی بودن، در مقایسه دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد ($x^2=9$, $df=2$, $P=0/011$).

جدول شماره سه مقایسه وضعیت سلامت عمومی (GHQ) در دو گروه مورد و شاهد را نشان می‌دهد. با وجود این که نمره مشکوک در تعداد بیشتری از افراد گروه مورد نسبت به گروه شاهد دیده می‌شود اما این تفاوت در دو گروه با یکدیگر اختلاف معناداری ندارد ($x^2=0/932$, $df=1$, $P=0/334$).

جدول ۳. مقایسه وضعیت سلامت عمومی در دو گروه

وضعیت سلامت عمومی	مورد	شاهد
نرمال ≤ 23	۳۷(۷۴٪)	۴۱(۸۲٪)
مشکوک >23	۱۳(۲۶٪)	۹(۱۸٪)
مجموع	۵۰(۱۰۰٪)	۵۰(۱۰۰٪)

تعداد افراد گروه مورد که در صفت «وجدانی بودن» نمره متوسط به دست آوردند کمتر از گروه شاهد بود. این گروه در دو سر طیف قرار داشتند، یعنی بیش از افراد گروه شاهد نمره بالا و پایین به دست آوردند. به این مفهوم که افراد با نمره بالا، افرادی مثبت و بااراده هستند که احساس مسئولیت کرده و افرادی اصولی و با دقت عمل بالا و پایبند به اصول اخلاقی هستند. این ویژگی‌ها در افراد با اختلال وسواسی-جبری دیده می‌شود و هماهنگ با مطالعه قلعه‌بندی [۱۰] است. فرد با نمره پایین در این صفت، از باریک‌بینی لازم، دقت و پاکیزگی زیاد دوری می‌کند. شاید به دست آمدن نمره پایین در این صفت، نشان دهنده این موضوع باشد که امروزه افراد تحت تأثیر تبلیغات و مد قرار می‌گیرند و احساس بی‌کفایتی خود را با زیبایی ظاهر پر می‌کنند.

در مطالعه حاضر، نظر جراح نیز در رابطه با اندیکاسیون جراحی سنجیده شد. در ۳۶ درصد موارد، جراحی‌ها فقط جنبه زیبایی و در ۶۴ درصد موارد جنبه طبی-زیبایی داشت، البته موارد طبی شامل: تصحیح انحراف تیغه بینی بود که یک جراحی بزرگ و اندیکاسیون اصلی برای عمل نبوده و تا حدودی بستگی به الگوهای شخصیتی افراد دارد و می‌تواند نشان‌دهنده سایکوپاتولوژی باشد. این مورد در مطالعات قبلی سنجیده نشده بود.

مقایسه وضعیت سلامت عمومی در دو گروه مورد و شاهد هیچ تفاوت آماری معناداری نشان نداد. هر چند تعداد افراد گروه مورد (سیزده نفر در مقابل نه نفر گروه شاهد) که نمره مشکوک داشتند، بیشتر بود. به این معنا که وجود شکایات جسمانی، نشانگان اضطراب و اختلال خواب، نشانگان افسردگی و وجود مشکل در کارکردهای اجتماعی در تصمیم برای انجام جراحی دخالت دارد. این مورد نیز در مطالعات قبلی سنجیده نشده بود. همچنین افراد دو گروه از نظر وضعیت اقتصادی-اجتماعی با یکدیگر تفاوتی نداشتند که نشان می‌دهد از این نظر نیز دو گروه همسان بودند و وضعیت اقتصادی-اجتماعی عامل مخدوش‌کننده‌ای نیست.

تمام موارد فوق، بیانگر وجود انحراف از حالت طبیعی است و لزوم مشاوره روان‌پزشکی قبل از جراحی زیبایی را مطرح می‌کند.

ویژگی‌های اضطراب، افسردگی و پرخاشگری کمتری داشته، شتابزده و کمرو نیستند و در مقابله با استرس تحمل خوبی دارند. در مطالعه گابوری [۵] و همکاران نیمی از افراد دارای افسردگی و هفتاد درصد واجد اضطراب بودند. این دو علامت به طور اختصاصی در مطالعه حاضر سنجیده نشده بود، اما از زیرگروه‌های صفت شخصیتی بی‌ثباتی هیجانی، افسردگی و اضطراب است که می‌توان نتیجه گرفت افراد متقاضی جراحی، افسردگی و اضطراب کمتری داشتند. شاید تفاوت فرهنگی-اجتماعی در دو مطالعه فوق سبب این تضاد شده باشد که البته در پژوهش حقیقت‌شناس [۱۱] نیز نشان داده شد، افراد آمریکایی در مقایسه با ایرانیان در برخی از مقیاس‌های آزمون NEO از جمله بی‌ثباتی هیجانی، تفاوت دارند.

در مطالعه‌ای که ارکولانی [۱۴] انجام داد، نشان داده شد که افراد بعد از جراحی، در صفت بی‌ثباتی هیجانی و اضطراب کاهش دارند که البته در پژوهش حاضر، الگوهای شخصیتی بعد از جراحی سنجیده نشده است.

ارکولانی [۱۴] در مطالعه خود دریافت که افزایش در صفت برون‌گرایی بعد از جراحی در افراد دیده می‌شود. حال آن‌که در مطالعه حاضر، این صفت قبل از جراحی در افراد مورد بیش از افراد شاهد بود. به این معنا که این افراد تمایل دارند روابط دوستانه و فعالیت‌های هیجانی داشته باشند و گاه ویژگی پرخاشگری نیز در مقابل مردم وجود دارد. در مطالعه علمدار ساروی [۱] نیز بیشترین اختلال شخصیت در افراد متقاضی جراحی زیبایی، خودشیفته و نمایشی بود که از ویژگی‌های اختلال شخصیت نمایشی، خودنمایی فراگیر و زیاد، هیجانانگیز و وافر و جلب توجه است.

خصیصه شخصیت «توافق» در بیشتر افراد دو گروه در حد متوسط بود، در اقلیت باقی مانده، نمره پایین در این صفت در افراد گروه مورد، بیش از گروه شاهد بود که نشان‌دهنده آن است که این افراد در انجام کارها اتفاق‌نظر کمتری داشته و با یکدیگر همبستگی و اتحاد ندارند و در انجام امور با دیگران سازگار و موافق نیستند. در پژوهش قلعه‌بندی [۱۰] نیز بیشترین شیوع اختلال شخصیتی در افراد متقاضی رینوپلاستی خودشیفته و وسواسی بود که تا حدودی در این افراد نیز صفت توافق پایین است.

منابع

1. Alamdar saravi M, Ghalebani MF. Personality traits of candidate for esthetic surgery. *J Andishe va Raftar*. 2004; 9(4):11-17.
2. Castle DJ, Honigman RJ. Does cosmetic surgery improve psychological wellbeing? *Medical Journal of Australia*. 2002;176: 601-604.
3. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry. 9th edtion William & Wilkin company 2003; p:653-655.
4. Goin M K, Burgoyne R w, Goin J M. A prospective psychological study of 50 female face-lift patients plastic and reconstructive surgery 1980;65:436-442.
5. Gabouri H, Devon H. The desire for cosmetic facial surgery may reflect a personality disorder. *Science of Mental Health* 2003;6:80-90.
6. Zojaji R, Javanbakht M, Ghanadan A, Hosien H, Sadeghi H. High Prevalence of personality abnormalities in patients seeking rhinoplasty. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;137(1):83-87.
7. Baker JL, Kolin IS, Barlett ES. Psychosexual dynamics of patients undergoing mammary augmentation. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1974;53: 652-659.
8. Goin M K, Rees T D. A A prospective study of patients psychological reactions to rhinoplasty. *Annals of Plastic Surgery* 1991;27:210-215.
9. Larson J. Personality as a predictor of weight loss maintenance after surgery for morbid obesity. *Obesity Research* 2004;12: 1828-1834.
10. Ghalebani M, Afkham ebrahimi A. Personality pattern in cosmetic rhinoplasty patients. *J Andishe va Raftar* 2004; 9(4):4-10.
11. Haghshenase H. Persian version and standardization of NEO Personality Inventory-Revised. *J Andishe va Raftar* 1999; (4)4:38-47.
12. Masudzade A, Khalilian A, Ashrafi M, Kimia beygi K. Mental status of high school students of Sari city in 2002-2003. *J Mazand Univ Med Sci* 2004;14(45):74-83.
13. Babuccu O, Lati foglu O, A tabay K, Oral N, Cosan B. Sociological aspects of rhinoplasty. *Aesthetic Plastic Surgery* 2003;27(1):44-49.
14. Ercolani M, Baldaro B, Rossi N, Trombini E, Trombini G. Short-term outcome of rhinoplasty for medical or cosmetic indication. *Journal of Psychosomatic Research* 1999;47(3):277-281.

هیچ مطالعه‌ای تاکنون این آزمون را برای متقاضیان جراحی زیبایی به کار نبرده بود.

در این تحقیق با سنجیدن نظر جراح در مورد لزوم جراحی، شناسایی افراد با سایکوپاتولوژی احتمالی، امکان پذیر است و با انجام این آزمون قبل از جراحی، مشاوره‌های لازم صورت می‌گیرد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، نقش ویژگی‌های شخصیتی، در درجه رضایت بعد از عمل نیز سنجیده شود.

محدودیت‌های مطالعه حاضر، انجام آن در یک مرکز دولتی و دانشگاهی بود که قشر فرهنگی - اقتصادی متوسط و پایین به آن مراجعه می‌کنند. همچنین جراحی‌ها توسط فوق تخصص جراحی پلاستیک صورت می‌گرفت، در حالی که جراحی زیبایی بینی توسط متخصصان دیگر از جمله متخصص گوش و حلق و بینی نیز صورت می‌گیرد. شاید الگوهای شخصیتی به وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات و شغل افراد، در انتخاب جراح مؤثر باشد.

تقدیر و تشکر

در پایان محققان این پژوهش بر خود لازم می‌دانند از زحمات آقایان دکتر احمد توسلی اشرفی، دکتر محمدحسین حسامی، دکتر احمد زاغی حسینی، خانم جعفرزاده و سایر عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند سپاس‌گزاری و قدردانی داشته باشند.