

ارتباط علائم روان شناختی با رضایت پس از عمل رینوپلاستی

دکتر سید جواد سید توتونچی: استادیار گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر علی فخاری: استادیار روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر فریناز کلاهی: رزیدنت گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

E-mail: Dr_F.Kolahi.com

دریافت: ۸۵/۱/۲۱ پذیرش: ۸۵/۴/۱۹

چکیده

زمینه و اهداف: جراحی زیبایی بینی که برای بهتر کردن شکل ظاهری بینی انجام می شود، مشکلترین و پیچیده ترین جراحی زیبایی کل صورت است. بیماران با انگیزه و علل متفاوتی برای جراحی پیشقدم می شوند. جراح باید قبل از جراحی جنبه های سایکولوژیک بیمار را بررسی و کاندید مناسبی برای جراحی انتخاب کند. هدف اصلی این مطالعه تعیین شیوع علائم روان شناختی در بیماران داوطلب رینوپلاستی و تعیین ارتباط این علائم با میزان رضایت از نتیجه جراحی می باشد.

روش بررسی: مطالعه بر روی ۱۵۱ بیمار که در بخش گوش، حلق و بینی بیمارستان امام خمینی تبریز از آبان ماه سال ۱۳۸۲ لغایت شهریور ماه ۱۳۸۴ تحت عمل جراحی زیبایی بینی قرار گرفتند، انجام شد. هر یک پرسشنامه ترکیبی از سوالات عمومی و پرسشنامه فهرست ۹۰ سوالی علائم روان شناختی SCL-90-TR را کامل کردند و ۳ تا ۹ ماه (به طور متوسط ۶ ماه) بعد از جراحی رضایت آنها از نتیجه جراحی به وسیله ارتباط تلفنی سوال و نتایج در نرم افزار SPSS و عمدتاً با تست کای دوآنالیز شد.

یافته ها: نتایج به دست آمده شیوع علائم روان شناختی را به این صورت نشان داد: جسمانی سازی ۲۷/۸٪، پارانویا ۱۳/۹٪، نقص در روابط بین فردی ۱/۳٪ و افسردگی صفر درصد. در کل ۱۰۶ نفر از ۱۵۱ نفر (۷۰/۱٪) از داوطلبان رینوپلاستی علائم روانشناختی مثبت داشته و فقط افراد دارای علائم پارانوئیدی رابطه معنی دار با رضایت از نتیجه جراحی داشتند و رضایت آنها کمتر از بقیه بود.

نتیجه گیری: با توجه به اینکه حدود ۷۰٪ از داوطلبان حداقل یکی از علائم روان شناختی اینورمال (مثبت) داشتند، ارزیابی روانی قبل از جراحی توسط جراح اساسی می باشد.

کلید واژه ها: جراحی زیبایی بینی، جنبه های روان شناختی، رضایت از نتیجه جراحی.

مقدمه

گرفتند که از این تعداد بیش از یک میلیون نفر مربوط به جراحی زیبایی بینی بود (۸). در سال ۲۰۰۳ در آمریکا، ۸۳ میلیون نفر تحت جراحی زیبایی قرار گرفتند که در مقایسه با سال ۱۹۹۷ رشدی به اندازه بیش از دو برابر داشته است (۹).

از آنجائیکه جراحی زیبایی بینی برای تغییر ظاهر فرد و افزایش خشنودی و اعتماد به نفس انجام می شود، جراحی زیبایی بینی را می توان پیامد یک الگوی روان شناختی خاص دانست (۱۰-۱۱). گفتنی است درباره وضعیت روان شناختی افرادی که درصدد جراحی بر می آیند یا تغییرات روان شناختی که به دنبال آن فرد تصمیم به جراحی می گیرد، اطلاعات کمی در دست است (۱۱).

وضعیت روانی سالم در میزان رضایت بعد از عمل جراحی زیبایی محوری تعیین کننده است که مهمتر از تکنیک جراحی می باشد (۱۲). مطالعات نشان داده اند که بعضی حالات روانی مثل افسردگی و اضطراب و روان پریشی (سایکوز) و افرادی با اختلال

جراحی زیبایی بینی مشکلترین و پیچیده ترین جراحی زیبایی کل صورت است (۱ و ۲) که برای بهتر کردن ظاهر بینی انجام می شود (۳). در طی ۲۰ سال اخیر تحولاتی در روشها و جزئیات به دست آمده است (۴) و این پیشرفتهای باعث فواید چشمگیر هم برای جراح و هم بیمار شده است (۵).

فلسفه زیبایی به هر دوی انسان و حیوان تعلق دارد (۶) و تاریخچه جراحی زیبایی به اوایل قرن بیستم بر می گردد که ابتدا توسط Ely برای اصلاح گوشهای برجسته انجام شد و بعد از جنگ های جهانی با جراحی های ترمیمی تروماهای ماگزیلو-فاسیال روتو گرفت (۷).

در بررسی که در سال ۱۹۹۷ در آمریکا انجام شد ۵۶٪ زنان و ۴۳٪ مردان از ظاهر فیزیکی خود رضایت نداشتند و در ادامه بررسیها از آن سال تا سال ۱۹۹۹ افزایش ۱۹٪ در درخواست جراحی زیبایی دیده شد و در سال ۱۹۹۹، ۴ میلیون نفر تحت جراحی زیبایی قرار

شخصیت اسکیزوئید، پارانوئید، هیستریونیک و دپرسیو کتراندیکاسیون نسبی برای جراحی های زیبایی است (۱۵-۱۳). جراحی افرادی که عدم سلامت روانی دارند، میتواند مشکلاتی هم برای بیمار و هم برای جراح ایجاد کند (۱۶).

با توجه به اینکه علائم روانشناختی و فرهنگ کاربرد جراحی های زیبایی در جوامع متفاوت است، انجام این مطالعه در جامعه ما ضروری بود. اهداف این مطالعه تعیین میزان شیوع علائم روان شناختی در افراد داوطلب جراحی زیبایی بینی به تفکیک و تعیین ارتباط این علائم با رضایت پس از عمل جراحی است. و در پی این هدف، اهداف دیگر شامل میزان رضایت بعد از جراحی توصیف سنی و جنسی و شغلی و سواد و تاهل داوطلبان و بررسی سوابق طبی و روانی خود فرد و دوستان و خانواده وی و علت جراحی می باشد.

مواد و روش ها

مطالعه ای از نوع پیمایشی، توصیفی کاربردی بر روی ۱۵۱ بیمار داوطلب جراحی رینوپلاستی که در بخش گوش، حلق و بینی بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت جراحی رینوپلاستی قرار گرفتند، انجام شد. قبل از عمل جراحی با ارائه توضیح به آنها پرسشنامه ای که شامل سه بخش توضیح در مورد طرح و محرمانه بودن اطلاعات و سوالات عمومی و سوالات مربوط به تست ۹۰ سوالی علائم روان شناختی SCL-90-TR بود، توسط داوطلبان تکمیل شد. تست فوق ۹۰ سوال در ۹ بعد نشانه های اختلال روانی دارد که هر سوال پاسخ درجه بندی شده از هیچ تا به شدت دارد و فرمول محاسبه خاصی برای هر علامت روان شناختی دارد و نمره برش برای شاخصهای آن ۰/۶۳ و برای شاخص کلی علائم مرضی ۰/۴ می باشد. از تمام بیماران ۳ تا ۹ ماه بعد از جراحی (به طور متوسط ۶ ماه) با ارتباط تلفنی رضایت از نتیجه جراحی سوال شد و برای اینکه همه داوطلبانی که پرسشنامه اولیه را تکمیل کرده بودند امکان مراجعه مجدد را نداشتند لذا میزان رضایت بعد از عمل جراحی طی ارتباط تلفنی سوال شد. میزان رضایت براساس تقسیم بندی کمتر از ۰/۲۵، ۰/۲۵ تا ۰/۵۰، ۰/۵۰ تا ۰/۷۵، ۰/۷۵ تا ۱/۰۰ یادداشت می شد و بصورت رضایت کم (در موارد کمتر از ۰/۵۰) و رضایتمندی نسبی (۰/۵۰ تا ۰/۷۵ درصد) و رضایت مطلوب (۰/۷۵ تا ۱/۰۰ درصد) در نظر گرفته شد. سپس آنالیز در سیستم SPSS و عمدتاً با تستهای Chi square و Fisher Exact انجام می شد. لازم به ذکر است که از ۱۷۶ فرم پرسشنامه تکمیل شده ۲۵ نفر به علت پاسخنامه ناقص و عدم امکان ارتباط تلفنی از مطالعه خارج شدند و آنالیز با ۱۵۱ نفر انجام شد.

یافته ها

متوسط سن داوطلبین جراحی زیبایی بینی ۲۳/۹ سال به دست آمد که دامنه آن از ۱۶ سال تا ۵۲ سال بود. ۶۰/۳٪ آنها مرد و ۳۹/۷٪ زن بودند. بیش از ۵۰٪ بیماران را دانشجویان و

کارمندان تشکیل دادند و اکثریت آنها (۷۲/۹٪) تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند. ۶۰/۹٪ بیماران رینوپلاستی شده مجرد، ۱۵/۲٪ متاهل و ۲۳/۸٪ نامعلوم بودند. از میان ۱۵۱ نفر ۴۲ نفر (۲۷/۸٪) علائم مربوط به اختلال جسمانی سازی (سوماتیزیشن)، ۲۱ نفر (۱۳/۹٪) اختلال پارانوئیدی، ۱۵ نفر (۹/۹٪) پرخاشگری، ۱۱ نفر (۷/۳٪) فوبی، ۹ نفر (۶٪) روان پریشی (سایکوز)، ۴ نفر (۲/۲٪) وسواس جبری، ۲ نفر (۱/۳٪) اضطراب و ۲ نفر (۱/۳٪) علائم مربوط به نقص در روابط بین فردی داشتند و افسردگی در بین داوطلبان وجود نداشت. در کل ۷۰/۱٪ یعنی ۱۰۶ نفر از ۱۵۱ نفر علائم روان شناختی مثبت داشتند ولی ضریب ناراحتی و علائم کلی مرضی آنها در همه موارد کمتر از ۰/۴ بود لذا علائم هیچیک از افراد فوق در حد بیماری واضح (اختلال روانپزشکی) نبود.

۲۰ نفر (۱۳/۲٪) از بیماران رضایت کم، ۴۹ نفر (۳۲/۵٪) رضایت نسبی و ۸۲ نفر (۵۴/۳٪) رضایت در حد مطلوب داشتند. در کل ۸۶/۸٪ افراد جراحی شده رضایت نسبی و مطلوب (بیش از ۵۰٪) از نتیجه جراحی داشتند. ارتباط اختلالات روانشناختی با میزان رضایت از نتیجه جراحی رینوپلاستی در جدول ۱ آورده شده است. لازم به اشاره است که در اختلال افسردگی به علت نبود موردی با علائم مثبت تحلیلی صورت نگرفته است.

همانطور که دیده شد تنها ارتباط معنی دار از نظر آماری در افراد پارانوئید بدست آمده است که رضایت کمتری از بقیه دارند. افراد سوماتیزیشن (اختلال جسمانی سازی) نسبتاً رضایت کمتر از بقیه دارند ولی آنالیز آماری آن را معنی دار نشان نداد. فراوانی سابقه جراحی زیبایی بینی در خود داوطلب در ۵/۳٪ و در خانواده ۲۰/۵٪ و در دوستان ۴۷/۷٪ بود. در بیماران با علائم سوماتیزیشن و پارانوئید سابقه جراحی زیبایی در دوستان و خانواده به طور معنی داری ($P < ۰/۰۵$) بیشتر از بقیه بود ولی هیچیک از علائم روان شناختی رابطه معنی داری با سابقه جراحی قبلی در خود داوطلب نداشتند. ۷/۵۱٪ افراد جراحی شده مانند شکستگی یا ضربه منجر به بد شکلی بینی داشتند و تنها رابطه معنی دار سابقه ضربه یا شکستگی قبلی بینی با پرخاشگری است ($P = ۰/۰۳$) که نشان می دهد افراد پرخاشگر سابقه ضربه یا شکستگی قبلی بینی بیشتری از بقیه دارند. ۴۳٪ افراد به علت جراحی توام با اصلاح تیغه وسط بینی (سپتوپلاستی) و سابقه ضربه قبلی بینی و ۴۱/۷٪ صرفاً به علت بهتر شدن شکل ظاهری بینی و زیباتر شدن چهره اقدام به جراحی کردند. ۵۳٪ افراد به علت مناسب بودن امکانات فردی و شغلی اقدام به جراحی در زمان خاصی کردند (شایعترین). ۳۸/۴٪ علت انتخاب جراح یا جراحان یک مرکز را دیدن بیماران جراحی شده قبلی و ۲۱/۹٪ توصیه اطرافیان را ذکر کردند. سابقه مثبت بیماری جسمی ۸/۶٪ و بیماری روانی اعم از افسردگی و غیره (طبق اظهار بیمار) ۲/۶٪ و سابقه مصرف داروی خاص ۲/۶٪ و سابقه مراجعه به جراحان متعدد ۳۵/۸٪ می باشد. هیچیک از این سوابق با علائم روان شناختی ارتباط معنی دار نداشت.

جدول ۱: ارتباط علایم روانشناختی با رضایت از نتیجه جراحی رینوپلاستی

اختلال روانشناختی	رضایت کم (۰/۰) تعداد	رضایت نسبی (۰/۰) تعداد	رضایت مطلوب (۰/۰) تعداد	P_value
اضطراب				
دارد	۰(۰)	۰(۰)	۳(۱۰۰)	۰/۹۹۸
ندارد	۲۰(۱۳/۴)	۴۹(۳۲/۹)	۸۰(۵۳/۷)	
وسواس				
دارد	۰(۰)	۲(۵۰)	۲(۵۰)	۰/۹۹۷
ندارد	۲۰(۱۳/۶)	۴۷(۳۲)	۸۰(۵۴/۴)	
حساسیت در روابط متقابل				
دارد	۱(۵۰)	۱(۵۰)	۰(۰)	۰/۲۴۸
ندارد	۱۹(۱۲/۸)	۴۸(۳۲/۲)	۸۲(۵۵)	
پارانویا				
دارد	۲(۹/۵)	۱۳(۶۹/۹)	۶(۲۸/۶)	۰/۰۰۸
ندارد	۱۸(۶/۱)	۳۶(۲۷/۷)	۷۶(۵۸/۵)	
ترس مرضی				
دارد	۱(۹/۱)	۱(۹/۱)	۹(۸۱/۸)	۰/۵۵۷
ندارد	۱۹(۱۳/۶)	۴۸(۳۴/۳)	۷۳(۵۲/۱)	
پرخاشگری				
دارد	۱(۶/۷)	۶(۴۰)	۸(۵۳/۳)	۰/۶۹۴
ندارد	۱۹(۱۴)	۴۳(۳۱/۶)	۷۴(۵۴/۴)	
اختلال جسمانی سازی				
دارد	۳(۷/۱)	۱۵(۳۵/۷)	۲۴(۵۷/۲)	
ندارد	۱۷(۱۵/۶)	۳۴(۳۱/۲)	۵۸(۵۳/۲)	
روانپریشی				
دارد	۲(۲۲/۲)	۳(۳۳/۳)	۴(۴۴/۴)	۰/۳۴۰
ندارد	۱۸(۱۲/۷)	۴۶(۳۲/۴)	۷۶(۵۳/۵)	

* بعثت کم بودن تعداد نمونه بغیر از اختلال پارانویا و جسمانی سازی، رضایت پس از عمل بیماران در اختلالات دیگر بصورت دو حالتی رضایت کمتر از ۵۰ درصد و بیش از ۵۰ درصد در نظر گرفته شد و برای تحلیل از آزمون دقیق فیشر استفاده شد.

بحث

همانگونه که ذکر شد بیش از نصف افراد داوطلب رینوپلاستی حداقل یک علامت روان شناختی را نشان دادند که آمار آن بسیار بیشتر از جمعیت عادی است و لذا باید در ارزیابی روانی قبل از جراحی زیبایی بینی دقیق بود. شایعترین علامت روان شناختی که در داوطلبان رینوپلاستی وجود داشت اختلال جسمانی سازی (سوماتیزیشن) می باشد که ۲۷/۸٪ افراد را شامل می شود در اختلال سوماتیزیشن فرد یک سابقه طولانی مدت از شکایات متعدد درد، گوارشی، مشکلات جنسی و علائم عصبی دارد که قبل از ۳۰ سالگی شروع شده است. و این حالت باعث مشکلات واضحی در شغل و اجتماع و سایر عملکردهای وی ایجاد می کند (۱۷). اختلال بد شکلی بدن نوعی از اختلالات سوماتیزیشن می باشد که در آن فرد باور به اختلال در تصویر تن دارد (۱۸-۱۹). افراد با BDD مشکلاتی در جامعه و شغل و سایر عملکردها دارند و ساعتها در مورد این نقص فکر می کنند و توسط آرایش و لباس و قرار گیری در وضعیتهای خاص سعی در پوشاندن آن نقص می کنند (۱۳) و مرتب به آینه نگاه می کند و

سعی می کنند تغییراتی در همان عضو ایجاد کنند (۱۵). این افراد فکر می کنند که جراحی زیبایی بینی به طور واضحی زندگی آنها را متحول خواهد کرد و مشکلات شغلی، اجتماعی و فردی آنها را حل خواهد کرد (۲۰) ولی باید دانست که جراحی های زیبایی بندرت در اینها مفید است و اغلب از نتیجه جراحی ناراضیتری دارند و شکایات قانونی و خشونت علیه جراح در اینها دیده می شود (۱۵).

در مورد شیوع دقیق BDD در افراد داوطلب جراحی زیبایی گزارشها متنوع است در یک مطالعه تست غربالگری BDD در ۲۰/۷٪ مختل بوده است که این نزدیک به آمار به دست آمده ما است در ادامه این تست افراد به مرکز روان شناسی ارجاع شده و نتیجه نهایی اختلال BDD را در تقریباً ۵٪ افراد داوطلب گزارش کرد لذا پیشنهاد می شود که تستهای غربالگری مناسب تر که نتیجه نزدیکتر به واقعی داشته باشند تهیه و استفاده شود (۱۵). تعدادی از افرادی که علیرغم نتیجه خوب جراحی زیبایی رضایت از نتیجه آن ندارند، درگیر BDD هستند (۱۶).

نقص در روابط بین فردی متقابل:

کسی که از جامعه جدا شده یا نمی تواند با کسی ارتباط جدید یا طولانی مدت داشته باشد از نظر روابط بین فردی نقص دارد (۲۱). در مقالاتی که از مرور بر متون به دست آمد، آمار قابل مقایسه با میزان شیوع ۱/۳٪ حاصل از این مطالعه به دست نیامد. افسردگی:

با کاهش عمیق در احساس لذت با تمامی فعالیتهای لذت بخش زندگی مواجه است (۲۲). معمولاً افراد افسرده تمایل به جراحی ندارند (۲۳) و این همان چیزی است که در مطالعه ما با عدم وجود فردی با علائم افسردگی در بین داوطلبان نشان داده شد که با توجه به شیوع بالای افسردگی عدم وجود معیارها و علائم افسردگی شاید ناشی از وجد یا تمایل شدید بیماران به عمل جراحی و پنهان کاری علائم مربوط گردد. در این مطالعه اکثر افرادی که تحت رینوپلاستی قرار گرفتند (۸/۸۶٪) رضایت نسبی و در حد مطلوب از نتیجه جراحی رضایت داشتند که این نتیجه کاملاً همسو با مطالعات قبلی انجام شده است، در یک مقاله مروری بر روی ۳۷ مطالعه، میزان رضایت بعد از جراحی زیبایی در ۹۶٪ تا ۷۸٪ افراد گزارش شد (۱۶) و در مطالعه دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۸۱ رضایت نسبی و کامل از نتیجه جراحی را در ۸۳٪ افراد رینوپلاستی شده نشان داد (۱۰).

در مورد اینکه مشکلات روانی بیمار با میزان رضایت از نتیجه جراحی مرتبط است اختلاف نظر وجود دارد. بعضی این ارتباط را قوت بخشیده و مدعی شده‌اند که میتوان براساس تستهای تشخیص غربالگری تا ۵۰٪ میزان رضایت از نتیجه جراحی را تخمین زد و در بعضی مطالعات نوع شخصیت در نتیجه گیری از جراحی موثر بوده است (۱۶) ولی در بیشتر این مطالعات قابلیت اعتماد و ارزش پیشگویی کم و حجم نمونه کم بوده است (۱۶) و در مطالعه ای که روی ۲۱۶ بیمار رینوپلاستی شده در آنکارا انجام گرفت همسویی بیشتری با مطالعه ما وجود دارد؛ به طوریکه میزان رضایت از نتیجه جراحی ۷۲٪ گزارش شده که میزان این رضایت با نتایج تست روان شناختی ارتباط نداشت. هر چند که ۴۵٪ از افراد مطالعه شده یک یا چند معیار روان شناختی غیر طبیعی داشتند (۱۷).

در این مطالعه از ۱۵۱ بیمار که تحت جراحی زیبایی بینی قرار گرفتند ۶۰/۲٪ مرد و ۳۹/۷٪ زن بودند که این مغایر با آماری است که در مقالات متعدد آورده شده است و در آنها زنان ۸۲٪ تا ۷۵٪ موارد را شامل می شود (۱۷ و ۱۸). شاید بتوان دو علت محتمل برای این مورد پیشنهاد کرد: یکی از دلایل احتمالی مسبب این تفاوت ها مقبولیت بیشتر عمل جراحی زیبایی در بیمارستان دولتی، با هزینه کمتر و احتمال زیاد وجود سابقه تروما یا صدمات قبلی صورت در آقایان می باشد و دیگری اینکه اخیراً آقایان بیشتر به جراحیهای زیبایی بینی تمایل پیدا کرده اند ولی هر دو مورد فوق احتمال می باشد و برای روشن شدن آن باید بررسیها و مطالعات بیشتری انجام گیرد. تنها رابطه معنی دار جنسیت با علائم

دومین علامت روان شناختی شایع، پارانوئیا است که ۱۳/۹٪ داوطلبان علائم آن را نشان دادند و از آنجائیکه توصیه شده که بعضی از انواع شخصیتی مثل اسکیزوئید، پارانوئید، هیستریونیک و دپرسیو برای جراحی زیبایی کاندید مناسبی نیستند (۱۳)، لذا باید قبل از جراحی آن را تشخیص داد. پارانوئیا، نوعی اختلال روانی است که در آن هذیانهای مقاوم مثل هذیان خود بزرگ پنداری، هذیان حسادت و گزند و آسیب وجود دارد. ولی در این تست غربالگری فقط معیارها و شاخصهای آن مشخص می شود و معادل وجود و یا عدم وجود این اختلال نمی باشد.

پرخاشگری:

بعضی آنرا مترادف با تجاوز به قلمرو دیگران می دانند و بعضی معادل خلق تهاجمی در فردی که قادر به کنار آمدن با احساسات خشم آلود نیست، می دانند (۱۸-۱۹). در این مطالعه ۹/۹٪ داوطلبان پرخاشگر بودن و به طور معنی داری در افراد پرخاشگر سابقه ضربه به بینی و شکستگی بینی بالا می باشد.

ترس مرضی:

ترس مرضی ماهیت غیر طبیعی داشته و با محرک تناسب ندارد. و ۵/۰ درصد جمعیت عمومی را شامل می شود (۱۸). ولی در این مطالعه علائم فوبی در ۷/۳٪ افرادی که تحت رینوپلاستی قرار گرفتند بالا بود که این بیانگر زیاد بودن ترس مرضی در افراد داوطلب نسبت به جمعیت عمومی است.

روان پریشی (سایکوز):

بیماران با سایکوز، هذیان، توهم و شل شدن تداعی ها را نشان می دهند در این مطالعه ۶٪ افرادی که تحت رینوپلاستی قرار گرفتند علائم سایکوز داشتند، هر چند که این متناسب با آمار ۶٪ شخصیت اسکیزوئید در داوطلبان جراحی زیبایی در مطالعه ۱۳۸۱ دکتر قلعه بندی و دکتر ساروی است (۱۱). ولی با توجه به تفاوت تستهای کاربردی این نتایج قابل مقایسه نمی باشند.

وسواس جبری:

رفتار یا افکار آشفته تکراری که فرد به صورت اجباری درگیر آن است وسواس جبری گفته می شود و فرد قادر به دفع این اجبار نیست، هر چه که به بیهودگی آن واقف است (۱۸) به طور متوسط ۲٪ جمعیت عمومی درگیر آن است که نزدیک به شیوع ۲/۶٪ است که در جمعیت بیماران رینوپلاستی شده مطالعه ما بدست آمده و لذا شیوع وسواس جبری در داوطلبان جراحی زیبایی بینی تفاوت زیادی با شیوع آن در جمعیت عمومی ندارد.

اضطراب:

واکنش در برابر خطری که از درون شخصی را تهدید می کند اضطراب گفته می شود (۱۸) باید دانست که اضطراب در اولین ملاقات فرد با جراح شایع است و ویژگیهای بعدی انجام می شود تا از انواع بیمارگونه اضطراب افتراق داده شود (۱۳). ولی اگر اضطراب بیمارگونه در پیش وی وجود داشت، نباید جراحی زیبایی برای او در نظر گرفت (۱۴) در مطالعه ما میزان آن ۱/۳٪ بدست آمد ولی در مقالات مرور شده آمار قابل مقایسه با آن به دست نیامد.

رینوپلاستی، بیمار است لذا جراح باید قبل از جراحی جنبه های روانی بیمار را بررسی کند (۱۳).

جراحی فرد با عدم سلامت روانی باعث مشکلاتی هم برای جراح اعم از شکایات قانونی، جراحی های متعدد و ناراحتی و هم برای بیمار اعم از تشدید مشکلات روحی و روانی و انزجار اجتماعی و خانوادگی و تخریب رفتار و خشونت نسبت به جراح و دستیارش می شود (۱۶).

علاوه بر اهمیت شناخت وضعیت روحی و روانی انتظارات بیمار هم باید بررسی شود. بیمارانی که انتظارات بیش از حد و غیر واقعی از نتیجه جراحی دارند، بعد از جراحی دچار حالات افسردگی و اضطراب و نارضایتی خواهند شد و باید در مورد این مسئله بینش کافی به آنها داد و انتظارات را به حد معقولی رساند (۱۶). مورد مهم دیگری که قبل از جراحی، بررسی آن در انتخاب مناسب بیمار کمک می کند، شناخت کاندیدهای نامناسب جراحی است:

۱- مرد بودن: مردان هر چند کمتر از زنان اقدام به جراحی های زیبایی می کنند ولی در صورت اقدام، ثبات روانی کمتری دارند. لذا در جراحی مردان باید دقت کرد.

۲- عامل محرک خارجی: مثل پیشنهاد دیگران (نامزد یا همسر آینده) که باعث باور اشتباهی این مسئله می شود که جراحی وی باعث بهبود ارتباط یا منجر به ازدواج خواهد شد، بیمار غیر موثر در تصمیم گیری را کاندید نامناسب جراحی می کند.

۳- بیمار با سابقه مشکل روانی و یا انتظارات غیر واقعی و سابقه جراحی متعدد و سابقه ملاقات با پزشکان متعدد

۴- وضعیت شغلی و اجتماعی نامناسب و غیر ثابت

۵- سابقه خشونت و شکایت قانونی علیه جراح قبلی (۱۳).

در آخر پیشنهاد میشود که برای انتخاب فرد مناسب برای جراحی زیبایی بینی آگاهی بیشتر جراح از علائم روان شناختی و دقت در رفتار و حرکات و پوشش و صحبت بیمار با دید روانکاوی لازم است. و باید ارزیابی روانی را در داوطلبان به شکل رایج درآورد. شاید که بتوان مشکلات حاصل از عدم رضایت نابجا و شکایات قانونی بی اساس را کم کرد.

روان شناختی در مورد سوماتیزیشن است که در مردان بیشتر دیده می شود اگر چه گفته شده که BDD در هر دو جنس یکسان است ولی تمایل جنسی برای جراحی یک عضو خاص متفاوت است؛ مردان بیشتر به جراحی مو و صورت و زنان به جراحی های شکم و ران تمایل بیشتری دارند که همسو با مطالعه ما است (۱۳). سن متوسط افراد ۲۳/۹ سال بود که عمدتاً افراد جوان را شامل می شود و این همسان با نتایج سایر مطالعات است (۱۱و ۱۷).

بیش از ۵۰٪ افراد رینوپلاستی شده دانشجو و کارمند بودند و این با مطالعه دکتر قلعه بندی و دکتر ساروی هماهنگی دارد (۱۱). افرادی که تحت جراحی رینوپلاستی قرار گرفتند اکثراً تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند که با نتایج سه مطالعه مشابه هم خوانی دارد (۱۰و ۱۱و ۱۷).

۶۰/۹٪ افراد مطالعه شده مجرد و ۱۵/۲٪ متاهل بوده و ۳۶ نفر نیز وضعیت تاهل را ذکر نکردند که این با نتایج مطالعه دکتر ساروی و دکتر قلعه بندی (۷۰٪ مجرد) و مطالعه دانشگاه علوم پزشکی مشهد (۶۶/۷٪ مجرد) و مطالعه آنکارا مطابقت دارد. (۱۰و ۱۱و ۱۷).

افرادی که علایم سوماتیزیشن و پارانوئید داشتند ارتباط معنی دار با سابقه جراحی زیبایی در خانواده و دوستان داشتند و این همان چیزی است که در مورد BDD در مقالات ذکر شده است و یکی از موارد کمک کننده در تشخیص BDD است (۱۵).

سابقه جراحی زیبایی قبلی در خود داوطلب با هیچ یک از علائم روان شناختی مرتبط نبود که احتمالاً این نتیجه به علت تعداد کم افرادی که جراحی زیبایی قبلی داشتند، قابل اعتماد نمی باشد.

نتیجه گیری

جراحی زیبایی بینی به طور افزاینده ای در حال پیشرفت در جوامع است و کشور ما هم از این قاعده مستثنی نیست. در جراحی های زیبایی بخصوص رینوپلاستی انتخاب بیمار مهمتر از تکنیک جراحی ذکر شده است. و چون آغازگر اقدام به جراحی

References

- Farrior R, Farrior E, Cook R. Special Rhinoplasty Techniques. In: Cummings CW: *Cummings Otolaryngology Head & Neck Surgery*, Vollume2, 4th ed. Mosby, Philadelphia; 2005; PP: 1078-114.
- Kim Dw, Lopez MA, Toriumi DM. Revision Rhinoplasty. In: Cummings CW: *Cumming Otolaryngology Head & Neck Surgery*, Vollum2, 4th ed. Mosby, Philadelphia; 2005; PP: 115-49.
- Golar R. Functional and esthetic rhinoplasty. *Aesthetic plast surgery*, 2004; 27(5), 390-6.
- Tardy ME, Thomas JR. Rhinoplasty. In: Cummings CW et al: *Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery*, Vollume 2, 4th ed. Mosby, Philadelphia; 2005; PP: 1028-78.
- Hwang PH. Surgical Rhinoplasty : recent advances and future direction. *Otolaryngology Clin North Am*, 2004; 37(2), 489-99.
- Sarwer DB, Magee L, Clark V. What is beauty? Physical appearance and Cosmetic medical treatment: Physiological and Sociocultural influences. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 2003; 2(10), 29-39.
- Glinenstein J. Aesthetic Surgery and History. *Ann Chirp last Esthet*, 2003; 48(5), 257-72.

8. Castle DJ, Honigman RJ, Phillips KA. Does cosmetic surgery improve psycho social wellbeing? *MJA*, 2002; **176**(12), 601-4.
9. Sarwer DB. Female College Student and Cosmetic Surgery: An Investigation of Experiences, Aptitudes and Body Image. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2005; **115**(10), 931-38.
۱۰. مختاری امیر مجدی، ن و همکاران: « مطالعه تاثیر رینوپلاستی در وضعیت روانی مراجعین براساس پرسشنامه GHQ » گوش، گلو، بینی و حنجره ایران: سال چهاردهم، شماره ۳ و ۴، ۱۳۸۱: ۲۹-۳۹.
۱۱. ساروی م؛ قلعه بندی، ف: در ویژگی های شخصیتی داوطلبان انجام جراحی زیبایی. اندیشه و رفتار: سال نهم، شماره ۴، ۱۳۸۳: ۱۱-۱۷.
12. Darisi T, Thorne S, Iacobelli C. Influences on Decision- Making for Under going Plastic Surgery: A Mental Models and Quantitative Assessment. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2005; **116**: 907 – 16.
13. Sclafani AP. Psychological aspects of plastic surgery. *medicine*. 2003; **24**(15): 1101-14.
14. Padovan IF. approach to patient seeking cosmetic surgery. 2002. www.mja.com.au/public/issues/176-12-170602/cas/10571-fm.html (Accessed 2005).
15. Ercolani M. cosmetic surgery and body dysmorphic disorder. 2002 www.mja.com.au/public/issues/176-12-170602/cas/057/-fm.html. (Accessed 2005)
16. honigman RJ. A Review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2003; **113**: 1992-2004.
17. Hollifield – MA. Somatoform Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA: *Comprehensive Text book of psychiatry*, vollume 1, 8 th ed. Lippincott; Philaladelphia, 2004; PP: 1800-28.
۱۸. پورافکاری ن. نشانه شناسی بیماریهای روانی، چاپ ششم، تهران انتشارات آزاده، ۱۳۷۵ صص ۵۴ – ۷۶
۱۹. پورافکاری ن. نشانه شناسی بیماریهای روانی، چاپ هفتم، تهران انتشارات آزاده، ۱۳۷۸ صص ۶۳-۸۵
20. Fredric J, Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorders. 2001 www.science direct-british journal of plastic surgery. (Accessed 2003).
21. Fennig. S. Psychosis not otherwise specified. In: Sadock BJ, Sadock VA: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Vollume1, 8 th ed. Lippincott; Philadelphia, 2004; PP: 1542-50
22. Wilfley DE. Interpersonal Psychotherapy. In: Sadock BJ, Sadock VA: *Comperhensive Textbook of Psychiatry*, Vollume 1, 8 th ed. Lippincott; Philadelphia 2004; PP: 2610 – 20.
23. Charney DS. Anxiety Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Vollume1, 8 th ed. Lippincott; Philadelphia, 2004; PP: 1718-9.