مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/دوره نوزدهم / تابستان ۹۲/۱۳۹۳-۸۴

مقایسه هوش هیجانی، تصویر بدن و کیفیت زندگی متقاضیان رینوپلاستی و گروه گواه

مهدی زارع بهرام آبادی[۱]؛ الهام دهقانی[۲]

۱. استادیارگروه علوم رفتاری، مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی(سازمان سمت)، تهران، ایران. (نویسنده مسئول) تلفن ثابت:۴۴۲۴۸۷۸۷-۰۲۱

mz.bahramabadi@gmai.com

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران.

چکیده

مقدمه: امروزه گرایش به جراحی های زیبایی به ویژه رینوپلاستی در جامعه ما افزایش یافته است. ویژگیهای روانشناختی افراد قبل از رینوپلاستی یکی از عوامل پیش بینی کننده رضایت بیمار از جراحی است. هدف از پژوهش حاضر، مقایسه هوش هیجانی، تصویربدنی و کیفیت زندگی متقاضیان رینوپلاستی (قبل از عمل) با گروه گواه بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه علی- مقایسه ای بود. نمونه تحقیق از دو مرکز درمانی غیر دولتی مرتبط با جراحی های زیبایی در شهرستان اراک و در طی دوره زمانی شش ماهه (از آبان ماه ۱۳۸۹ تا فروردین ۱۳۹۰) انتخاب شدند. ۸۰ نفر از متقاضیان رینوپلاستی مراجعه کننده به مراکز مذکور به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و با ۸۰ نفر از همراهان این متقاضیان مورد مقایسه قرار گرفتند. ۴۰ نفر از هر گروه را خانم‌ها و ۴۰ نفر دیگر را در هر گروه آقایان تشکیل دادند. افراد دو گروه از نظر جنس، سن و وضعیت تأهل همتا شدند. همچنین از ابزارهای هوش هیجانی شرینگ، کیفیت زندگی (SF-۳۶) و تصویربدن، برای سنجش متغیرهای پژوهش استفاده شد. تحلیل یافته‌ها با استفاده از آزمون t برای دو گروه مستقل انجام گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که نمره مهارت اجتماعی و ارزیابی ظاهری متقاضیان رینوپلاستی به طور معنادار 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.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد متقاضیان رینوپلاستی در این تحقیق از مهارت اجتماعی و ارزیابی ظاهری پایین و سرمایه گذاری ظاهری بالایی برخوردارند.

واژگان کلیدی: رینوپلاستی، هوش هیجانی، تصور از خود و کیفیت زندگی.

وصول مقاله:۹۱/۲/۵ اصلاحیه نهایی:۹۲/۱۰/۲۱ پذیرش:۹۲/۱۱/۳۰

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.22102/19.2.84]

مقدمه

درایران زیبایی به ویژه جراحی بینی یا رینوپلاستی[1] پدیده‌ای آشناست؛ رینوپلاستی را به جرأت می‌توان شایعترین عمل جراحی زیبایی در ایران نامید که هر روزه به تعداد آن افزوده می گردد (۱). همچنین بر اساس گزارش انجمن جراحی زیبایی آمریکا در سال ۲۰۱۰، جراحی زیبایی از سال ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۹، ۱۴۷٪ افزایش یافته است (۲).

نتایج بعضی از تحقیقات در زمینه جراحی زیبایی نشان می‌دهند که علل روانشناختی، نقش عمده ای در گرایش به جراحی زیبایی دارند (۳). در دو بررسی که روی داوطلبان جراحی زیبایی بینی و گروه گواه صورت گرفت، گروه نخست بیش از گروه گواه، علایم روان‌نژندی و وسواسی را نشان دادند (۴). به گفته بومن[2]، تعداد قابل توجهی از متقاضیان رینوپلاستی از نتیجه جراحی زیبایی بینی راضی نیستند (۵). در یک بررسی دو ساله روی زنان ۲۹ تا ۷۵ ساله که جراحی زیبایی انجام داده بودند (در ارتباط با رضایت از جراحی و وضعیت روانی- اجتماعی)، سارور[3] و همکاران، چنین نتیجه گرفتند که زنان جوانتر غمگین‌تر بودند و درگیری ذهنی بیشتری با بدنشان داشتند (۶). نتایج تحقیقات انجام شده در ایران نیز بیانگر آن است که میانگین سنی افراد متقاضی جراحی های زیبایی به ویژه رینوپلاستی در اواخر دوره نوجوانی و دوره جوانی است (۱). در این راستا تحقیق حاضر ویژگی‌های روانشناختی کیفیت زندگی، هوش هیجانی و تصویر بدنی متقاضیان رینوپلاستی را در مقایسه با گروه گواه مورد مطالعه قرار می‌دهد.

یکی از عواملی که ممکن است با اقدام به جراحی رینوپلاستی در ارتباط باشد، کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی ارتباط گسترده ای با موارد احساسی فرد و بهداشت روانی دارد که به بیان حالات درون افراد و بیان تغییرات و توانایی‌ها و حالات رضایتمندی آنها از عملکردهای چندگانه تأثیرات زندگی می پردازد (۷). پایین آمدن کیفیت زندگی افراد می‌تواند توجه آنها را به تصویر بدنی خود جلب و حتی در مخدوش ساختن این تصویر موثر واقع شود. ظهیرالدین و خلیقی سیگارودی، پژوهشی با هدف بررسی رابطه سلامت روانی و خودپنداره با تقاضای رینوپلاستی در تهران به انجام رسانیدند. نتایج نشان داد که سلامت روانی (به صورت کلی و زیر گروه‌های افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی و ناسازگاری اجتماعی به تفکیک) و همچنین خودپنداره، بین متقاضیان رینوپلاستی و گروه گواه مشابه بود (۸). همچنین سینگی و همکاران، در ترکیه در پژوهشی با هدف مقایسه سطح کیفیت زندگی متقاضیان رینوپلاستی که برای بار اول اقدام به جراحی می کردند و متقاضیان بار دوم چنین نتیجه گرفتند که کیفیت زندگی هم در متقاضیان رینوپلاستی بار اول و هم بار دوم بطور مشابه بهبود پیدا کرد (۹).

یکی دیگر از عواملی که می‌تواند با اقدام به جراحی رینوپلاستی در ارتباط باشد، هوش هیجانی است. به گفته بار-آن[4]، هوش هیجانی از جمله عوامل موثر بر میزان سازگاری با شرایط و احساس خوشبختی و توانمندی تاکتیکی در عملکرد فردی است (۱۰) و منجر به توانایی آگاه شدن از خود، کنترل احساس، حل مشکلات فردی و بین فردی و توانایی حفظ خوشبختی می شود (۱۱). آدامز در پژوهشی، چنین نتیجه گرفت که انگیزه متقاضیان جراحی زیبایی که متحمل این سختی می شوند، هم به دلایل جسمانی است و هم دلایل روانی ـ اجتماعی؛ یعنی این افراد با امید به تغییرات فیزیکی مثبت و کمک به تغییرات اجتماعی یا هیجانی (تغییر در ارتباطات و احساس هیجانی) به جراحی زیبایی گرایش پیدا می‌کنند (۱۲).

1- Rhinoplasty
2- Baumann
3- Sarwer
4- Bar-On

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.22102/19.2.84]

تصویر بدن نیز ممکن است در گرایش به جراحی رینوپلاستی موثر باشد. این تصویر ذهنی می‌تواند تحت تأثیر عواملی چون رشد جسمانی، تعاملات فرد با محیط اجتماعی، سوانح، آسیب و جراحات بدنی قرار گیرد و نگرانی از تصویر بدنی را در فرد ایجاد می کند (۱۳). در پژوهشی با بررسی تأثیر جراحی زیبایی بر تصویر ذهنی نسبت به بدن، بر روی زنان متقاضی جراحی زیبایی بین سنین ۲۵-۲۲ سال در نروژ، نتایج نشان داد که ۶ ماه بعد از عمل جراحی بهبودی در تصویر ذهنی افراد دیده شد (۵). فردریک و همکاران[1]، در بررسی مسائل مربوط به جراحی زیبائی و تصویر بدنی و نگرش‌های مردان و زنان در طول عمر در امریکا، به این نتیجه رسیدند افرادی که به جراحی زیبائی علاقمند بودند، تصویر بدنی ضعیف تری نسبت به کسانی داشتند که به این جراحی علاقمند نبودند (۱۴).

با توجه به اهمیت و لزوم انجام مطالعات بیشتر برای فهم عوامل روانشناختی موثر بر گرایش به جراحی زیبایی به ویژه جراحی رینوپلاستی و با توجه به آمار بالای جراحی زیبایی بالاخص جراحی رینوپلاستی در جامعه ما، پژوهش حاضر تلاشی است برای درک و شناخت بیشتر تفاوت‌های روانشناختی متقاضیان به جراحی رینوپلاستی با گروه گواه.

روش بررسی

تحقیق حاضر یک مطالعه علی-مقایسه ای بود. جامعه آماری مورد مطالعه در این مطالعه شامل کلیه افراد متقاضی جراحی رینوپلاستی مراجعه کننده به دو مرکز درمانی غیر دولتی شهر اراک شامل یک مرکز جراحی‌های محدود و یک مطب خصوصی مرتبط با جراحی زیبایی در شهرستان اراک (از آبان ۱۳۸۹ تا پایان فروردین ۱۳۹۰) بود. گروه گواه شامل کلیه همراهان متقاضیان مراجعه کننده به این مراکز بود که از نظر ویژگی‌هایی همچون سن، جنسیت و وضعیت تاهل با گروه اول همتا شدند. نمونه آماری پژوهش، شامل ۱۶۰ نفر بود که ۸۰ نفر از آنها شامل متقاضیان رینوپلاستی و ۸۰ نفر دیگر را، گروه گواه شکل دادند که این نمونه آماری به صورت نمونه‌گیری در دسترس از مراکز مذکور و همراهان متقاضیان مراجعه کننده به این مراکز انتخاب شدند که شرط لازم برای ورود این افراد به تحقیق، فقدان تجربه جراحی زیبایی و نیز عدم تمایل به جراحی زیبایی در زمان اجرای تحقیق بود. این افراد به پرسشنامه‌های تحقیق قبل از عمل پاسخ دادند. از ابزارهای هوش هیجانی شرینگ، کیفیت زندگی (SF-۳۶) و تصور از خود، برای سنجش ویژگی‌های هوش هیجانی، کیفیت زندگی و تصور بدنی استفاده شد که در زیر به توصیف هریک می پردازیم.

مقیاس هوش هیجانی شرینگ، در سال ۱۹۹۶؛ توسط شرینگ ساخته شد. فرم اصلی این آزمون دارای دو قسمت و هفتاد سوال می باشد که به علت ناهمخوانی با فرهنگ کشور ما از قسمت دوم استفاده نشده است. در قسمت اول سوالات مربوط به ابعاد هوش هیجانی می باشد که نمره هر کدام از آنها جداگانه محاسبه می شود. این مولفه ها عبارتند از: خودانگیزی، خودآگاهی، خودکنترلی، همدلی و مهارت اجتماعی. در ایران این پرسشنامه توسط میری، خانزاده و همکاران مورد استفاده قرار گرفت و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ از ۷۵ تا ۸۵ صدم گزارش شده است (۱۶و۱۵). پایایی محاسبه شده برای این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در تحقیق حاضر ۷۶ صدم بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی (فرم کوتاه ۳۶ سوالی، SF-۳۶) در ایران توسط منتظری و همکاران، با روش ترجمه و ترجمه مجدد به فارسی برگردانده و روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا (میانگین سنی ۳۵/۱ سال) که ۵۲ درصد آنها زن بودند، هنجاریابی شده است. ضریب پایایی گزارش شده برای خرده مقیاس ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۹ است، به غیر از خرده مقیاس سرزندگی که ۰/۶۵ بود. در مجموع یافته‌ها نشان دادند که نسخه ایرانی این پرسشنامه ابزاری مناسب برای اندازه گیری کیفیت زندگی است (۱۷). این پرسشنامه شامل

1-Fredrick

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.22102/19.2.84]

۳۶ سوال است، که ۳۵ سوال آن در ۸ خرده مقیاس چند ماده ای خلاصه شده است؛ هشت مقیاس (SF-۳۶) شامل ۲ بُعد سلامت جسمانی و سلامت روانی است، چهار خرده مقیاس اول شامل کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد جسمانی و سلامت عمومی و ۴ خرده مقیاس آخر شامل؛ سرزندگی، کارکرد اجتماعی، نقش هیجان و سلامت روانی در بعد "سلامت روانی" ترکیب می شودکه در این پژوهش نمره کلی آزمون در نظر گرفته شد (۱۸). پایایی محاسبه شده برای شاخص کل این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در تحقیق حاضر ۷۸ صدم بود.

پرسشنامه چند بعدی رابطه خود و بدن (MBSRQ)توسط کش در سال ۲۰۰۰، جهت اندازه‌گیری سطوح مختلف رضایتمندی و نارضایتی تصور بدنی ساخته شده است و شامل ۱۰ خرده مقیاس به قرار ذیل می باشد:ارزیابی ظاهری، سرمایه گذاری ظاهری، ارزیابی قابلیت جسمانی، سرمایه گذاری قابلیت جسمانی، ارزیابی سلامت، سرمایه گذاری سلامت، سرمایه گذاری بیماری، رضایت از قسمت‌های بدن، اشتغال ذهنی به اضافه وزن و خود طبقه بندی وزن. در این پژوهش، دو خرده مقیاس ارزیابی ظاهری و سرمایه گذاری ظاهری به کار گرفته شد: خرده مقیاس ارزیابی ظاهری به ارزیابی احساسات فرد نسبت به جذابیت و رضایت یا عدم جذابیت و رضایت از ظاهر خود می پردازد. خرده مقیاس سرمایه گذاری ظاهری، میزان سرمایه گذاری فرد جهت رسیدن به وضعیت ظاهری خود را نشان می دهد. نمره پائین حاکی از بی تفاوتی به سیمای ظاهری، اهمیت ندادن و نداشتن تلاشی خاص برای رسیدن به ظاهر فیزیکی خوب است.اعتبار خرده مقیاس ها بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۷ تا ۰/۹۱ برای مردان و ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برای زنان به دست آمده است. روایی آزمون با انجام باز آزمون با فاصله یک ماه برای مردان، ۰/۹۰ تا ۰/۹۴ و برای زنان ۰/۷۳ تا۰/۸۹ گزارش شده است(۱۹). پایایی محاسبه شده برای این دو خرده آزمون پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۸۱ و ۷۸ صدم بود.

برای مقایسه تفاوت میانگین‌های متغیرهای مورد سنجش در دو گروه، از روش آماری t برای دو گروه مستقل استفاده شد که پیش فرصهای این روش شامل فرض نرمال بودن توزیع داده ها و برابری واریانس ها رعایت شده است. سطح معنادرای کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

نتایج به دست آمده نشان داد که ۴۰ نفر از شرکت گنندگان تحقیق را در هر گروه مردان (۵۰٪) و ۴۰ نفر دیگر را در هر گروه زنان (۵۰٪) تشکیل دادند . ۶۸ نفر از هر گروه را افراد مجرد (۸۵٪) و ۱۲ نفر آنها را متأهلین تشکیل میدادند (۱۵٪). میانگین سنی افراد دو گروه ۲۴ سال بود (دامنه سنی ۱۸ تا ۳۸ سال) و بیشتر این افراد دانشجو بودند (۶۱٪). مقطع تحصیلی لیسانس با ۵۱/۳٪ بالاترین و مقطع تحصیلی سیکل با ۲/۵٪ پائین ترین درصد در مقاطع تحصیلی بودند. همچنین ۹۸/۸٪ از متقاضیان رینوپلاستی برای بار اول و ۱/۲٪ از آنان بار دوم بود که اقدام به جراحی رینوپلاستی می‌کردند. متقاضیان جراحی فاقد هرگونه ضایعه یا آسیب در ظاهر بودند که حاصل از تصادف و یا سانحه منجر به عمل جراحی باشد.

در جدول ۱، به مقایسه هوش هیجانی و مولفه‌های آن در متقاضیان جراحی رینوپلاستی و گروه گواه پرداخته شده است.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.22102/19.2.84]

جدول ۱: مقایسه هوش هیجانی و مولفه های آن در متقاضیان جراحی رینو پلاستی و گروه گواه

متغیر	متقاضیان رینوپلاستی میانگین(انحراف استاندارد)	گروه گواه میانگین(انحراف استاندارد)	T آماره	احتمال معنی‌داری
هوش هیجانی	(۹/۱۴۰)۱۰۴/۸۳	۰۱۲)۱۰۵/۸۱	-۰/۶۵۲	۰/۵۱۶
خودآگاهی	(۴/۰۵۹)۲۹/۱۴	(۴/۷۴۴)۲۹/۲۳	-۰/۱۲۵	۰/۹۰۰
خودکنترلی	(۴/۲۶۹)۲۱/۰۵	(۵/۱۱۰)۲۰/۳۰	۱/۰۰۷	۰/۳۱۵
همدلی	(۳/۱۴۹)۱۹/۹۳	(۳/۹۱۳)۲۰/۷۹	-۱/۵۳۶	۰/۱۲۷
مهارت اجتماعی	(۳/۶۶۵)۱۷/۳۱	(۲/۹۳۳)۱۸/۵۸	-۲/۴۰۶	۰/۰۱۷
خودانگیزگی	(۲/۷۴۹)۱۷/۴۰	(۲/۴۳۸)۱۶/۹۳	۱/۱۵۶	۰/۲۴۹

*تعداد نمونه درهرگروه ۸۰ نفراست

با توجه به نتایج حاصل از جدول ۱، تفاوت میانگین هوش هیجانی به صورت کلی و متغیرهای خود آگاهی، خود کنترلی، همدلی و خود انگیزی در دو گروه از نظر آماری معنادار نیستند(P>۰/۰۵). اما تفاوت میانگین نمرات متغیر مهارت اجتماعی گروه رینوپلاستی در مقایسه با گروه گواه پائین بوده و از نظر آماری معنادار است (P<۰/۰۵). در نتیجه با ۹۵ درصد اطمینان می توان نتیجه گرفت که مهارت اجتماعی افراد عادی بیشتر از افراد متقاضی رینوپلاستی است. در جدول ۲، به مقایسه ارزیابی ظاهری، سرمایه گذاری ظاهری و کیفیت زندگی در متقاضیان جراحی رینو پلاستی و گروه گواه پرداخته شده است.

جدول ۲: مقایسه ارزیابی ظاهری، سرمایه گذاری ظاهری و کیفیت زندگی در متقاضیان جراحی رینو پلاستی و گروه گواه

متغیر	متقاضیان رینوپلاستی میانگین(انحراف استاندارد)	گروه گواه میانگین(انحراف استاندارد)	T آماره	احتمال معنی‌داری
ارزیابی ظاهری	(۲/۸۶۳)۱۸/۴۳	(۳/۷۴۶)۱۹/۹۴	-۲/۸۶۹	۰/۰۰۵
سرمایه گذاری ظاهری	(۳/۴۲۲)۳۱/۶۰	۴/۶۷۵)۲۸/۷۱	۴/۴۵۸	۰/۰۰۰
کیفیت زندگی	(۱۳/۲۲۳)۷۴/۳۲	(۹/۴۲۶)۷۷/۴۴	-۱/۷۲۱	۰/۰۸۷

*تعداد نمونه درهرگروه ۸۰ نفراست

با توجه به نتایج حاصل از جدول ۲ تفاوت میانگین متغیر ارزیابی ظاهری و سرمایه گذاری ظاهری دو گروه از نظر آماری معنادار است (P<۰/۰۱). به عبارت دیگر با ۹۹ درصد اطمینان می توان نتیجه گرفت که ارزیابی ظاهری افراد عادی بیشتر و سرمایه گذاری ظاهری این افراد کمتر از افراد متقاضی رینوپلاستی است. همچنین با توجه به نتایج جدول ۲، هرچند میانگین کیفیت زندگی گروه گواه از گروه متقاضی رینوپلاستی بالاتر است، ولیکن تفاوت این دو گروه از نظر آماری معنادار نیست(P>۰/۰۵).

بحث

نتایج به دست آمده حاکی از آن بود که بین نمره کلی هوش هیجانی متقاضیان جراحی رینو پلاستی و گروه گواه تفاوتی وجود نداشت (P>۰/۰۵). باتوجه به اینکه هوش

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.22102/19.2.84]

هیجانی، مجموعه‌ای از مولفه های خودآگاهی، خودکنترلی، همدلی، مهارتهای اجتماعی و خود انگیزی است، برای بررسی دقیق تر آن به مقایسه هریک از مولفه ها بطور مجزا پرداخته شد. نتایج نشان داد تفاوت بین خودآگاهی (P>۰/۰۵)، خودکنترلی (P>۰/۰۵)، همدلی (P>۰/۰۵) و خود انگیزی (P>۰/۰۵) متقاضیان جراحی رینوپلاستی و گروه گواه از نظر آماری معنادار نبود. این نتایج بدین معنا است که مولفه‌های خودآگاهی، خود کنترلی، همدلی و خود انگیزی نمی‌توانند در اقدام افراد به جراحی رینوپلاستی نقش بسزایی داشته باشند. تنها در رابطه با مولفه مهارت‌های اجتماعی نتایج نشان دادکه تفاوت بین مهارت‌های اجتماعی متقاضیان جراحی رینو پلاستی و گروه گواه از نظر آماری معنادار بود (P<۰/۰۵). نتایج نشان دادکه مهارت‌های اجتماعی گروه گواه نسبت به متقاضیان رینوپلاستی بالاتر است. برخی از تحقیقات انجام شده نتایجی همسو با تحقیق حاضر داشتند.

این نتیجه با نتیجه تحقیق توتونچی، فخاری و کلاهی، که شیوع نقص در روابط بین فردی بین متقاضیان رینوپلاستی را گزارش کردند، همسو میباشد (۲۰). نراقی و همکاران، نیز در بررسی خود به این نتیجه رسیدند که ویژگی شخصیتی تمایل به گوشه گیری و مردم گریزی و اشکال در برقراری روابط اجتماعی در متقاضیان رینوپلاستی بیشتر از گروه گواه بود (۲۱). مختاری امیرمجدی و همکاران، نیز بهبودی مختصری را در عملکرد اجتماعی بعد از جراحی زیبایی گزارش دادند. منینگاد و همکاران، در بررسی خود نشان دادند که اضطراب اجتماعی در متقاضیان جراحی زیبایی بالا بود و بعد از جراحی بهبودی حاصل شد (۲۲). همچنین بر اساس نتایج حاصل از پژوهش‌های ایوارسون و همکاران، مشخص گردید که تفاوت ارزیابی‌های فرد از خود با معیارهای ایده‌آلش در مورد وضع ظاهری بدنی و پایین بودن نمره‌ی افراد در تصور از بدن با نگرش مثبت نسبت به لاغری، خلق و خوی منفی و علائم استرس و اضطراب و ترس‌های اجتماعی و همچنین اضطراب فیزیکی همبستگی زیادی را نشان داد (۳۰). مهارتهای اجتماعی شامل مهارتهایی همچون توانایی شناخت و همدلی با دیگران، برقراری ارتباط موثر، گوش دادن عمیق، پرسیدن سوألات مهم، تشریک مساعی و مذاکره کردن می‌شود. ضعف در این مهارت‌ها خود می‌تواند بر عزت نفس متقاضیان به جراحی بینی تاثیر گذار بوده و موجب ترغیب آنها به جبران آن از طریق تغییر تصویر ظاهر با انجام عمل جراحی زیبایی باشد.

همچنین نتایج نشان داد که تفاوت بین ارزیابی ظاهری و سرمایه‌گذاری ظاهری متقاضیان جراحی رینوپلاستی و گروه گواه از نظر آماری معنادار بود. با مشاهده میانگین دو گروه گواه و متقاضیان رینوپلاستی در جدول (۱)، میانگین نمرات ارزیابی ظاهری گروه گواه در مقایسه با گروه رینوپلاستی حدود یک نمره بالاتر و میانگین نمرات سرمایه گذاری ظاهری گروه رینوپلاستی در مقایسه با گروه گواه، حدود سه نمره‌بالاتر می‌باشد و از نظر آماری این تفاوت نیز معنادار است. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان می دهد که ارزیابی ظاهری گروه گواه نسبت به متقاضیان رینوپلاستی بالاتر و سرمایه گذاری ظاهری گروه رینوپلاستی در مقایسه با گروه گواه، بالاتر است. این یافته با نتیجه بررسی فردریک، لور، پاپلو و لتیتیا، همسو است که در بررسی مسائل مربوط به جراحی زیبائی و تصویر بدنی و نگرش های مردان و زنان در طول عمر در امریکا، به این نتیجه رسیدند افرادی که به جراحی زیبائی علاقمند بودند، تصویر بدنی ضعیف تری نسبت به کسانی داشتند که به این جراحی علاقمند نبودند (۱۴). ویل، هارو و لامبرو، در مقایسه متقاضایان رینوپلاستی که اختلال بدشکلی بدن داشتند، با افرادی که دارای این اختلال بودند و آرزوی چنین جراحی را داشتند، اما به دلایل مختلف به آن دست نیافته بودند، چنین نتیجه گرفتند که افرادی که نتوانسته بودند اقدام به چنین جراحی کنند به احتمال بیشتری در شغل،

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.22102/19.2.84]

زندگی اجتماعی و روابط صمیمی و اجتناب از موقعیت های اجتماعی به خاطر شکل بینی شان مشکل داشتند (۲۳).

پایین بودن ارزیابی ظاهری و بیشتر بودن سرمایه‌گذاری ظاهری بیانگر پایین بودن تصویر بدنی مثبت متقاضیان است. تصویر ذهنی این افراد تصویر ذهنی ناخوشایندی نسبت به ظاهر خویشتن است، در واقع آنها تصور تحریف شده‌ای از خود دارند، و بالطبع رضایت کمتری از ظاهر خود به دست می آورند. بالطبع آنها یکی از روش های بهتر شدن ظاهر را نیز در اقدام به رینوپلاستی می‌دانند. مطالعات نشان داده‌اند که بیماران متقاضی جراحی زیبایی که تحت جراحی زیبایی و یا حتی ترمیمی قرار می‌گیرند، بدشکلی بدن خود را به گونه‌ای افراطی ارزیابی می‌کنند. بنابراین شاید بتوان گفت که جنبه‌های روانی و اجتماعی، انگیزه اصلی گرایش به جراحی‌های زیبایی است (۲۴).

سایر نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی متقاضیان جراحی رینوپلاستی و گروه گواه تفاوتی دیده نشد ($P>0/05$). اگرچه با مشاهده میانگین دو گروه گواه و متقاضیان رینوپلاستی در جدول (۲)، میانگین گروه گواه سه نمره بالاتر از گروه رینوپلاستی می باشد، اما از نظر آماری این تفاوت معنادار نیست. این بدین معناست که سطح کیفیت زندگی نمی تواند به عنوان یک عامل کلیدی و به تنهایی در اقدام به جراحی رینوپلاستی موثر در نظر گرفته شود. عدم تفاوت بین دو گروه فوق در مولفه کیفیت زندگی ممکن است به دلیل در دسترس بودن نمونه و کم بودن تعداد آن باشد. تحقیقات صورت گرفته در این زمینه به کیفیت زندگی بعد از عمل پرداخته، مثلاً پاپادوپالوس و همکاران، در بررسی دو بعد کیفیت زندگی (سلامت جسمانی و روانی) در بیماران متقاضی جراحی زیبایی چنین نتیجه گرفتند که سه ماه بعد از عمل در هر دو بعد افزایش دیده شد، اما شش ماه بعد از عمل افزایش تنها در بعد سلامت روان دیده شد و سلامت جسمانی کاهش یافت (۲۵). کلاسن و همکاران، نیز در پژوهشی نشان دادند که کیفیت زندگی زنانی که برای کوچک کردن سینه مراجعه کرده بودند، شش ماه بعد از عمل بهبودی قابل توجهی پیدا کردند؛ اما در افرادی که برای جراحی های زیبایی دیگری مراجعه کرده بودند، بهبودی تنها در عزت نفس حاصل شد (۲۶). بنابراین انجام مطالعات پیگیری می تواند در تکمیل این یافته ها مفید واقع شود.

نتیجه گیری

به طور کلی نتایج این تحقیق نشان می دهد که تفاوتی بین نمره کل هوش هیجانی و نیز کیفیت زندگی متقاضیان رینوپلاستی و گروه گواه وجود نداشت. ولیکن میزان ارزیابی ظاهری و نیز مهارتهای اجتماعی متقاضیان در مقایسه با گروه گواه پایین تر و میزان سرمایه گذاری ظاهری این گروه نسبت به گروه گواه بالاتر بود. پیشنهاد می شود که بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی همچون مهارتهای اجتماعی، ارزیابی ظاهری و سرمایه گذاری ظاهری در متقاضیان جراحی رینوپلاستی قبل از عمل مورد توجه جراحان و متخصصان زیبایی قرار گیرد.

تشکر وقدردانی

محققان مراتب تقدیر و سپاسگزاری خود را از کلیه شرکت کنندگان در تحقیق حاضر و نیز کلیه مسئولین مراکز درمانی که درجهت انجام این تحقیق ما را یاری کردند اعلام می‌دارند.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.22102/19.2.84]

References

1. Meymaneh Jahromi A, Noorolahian M, Seyyedi M, Salehi M, Afzalaghaei M. Comparison between external and internal lateral osteotomy regarding postoperative edema and

ecchymosis in rhinoplasty .The Iranian Journal of Otorhinolaryngology2006;18 73-79. [In Persian]
2. American Society for Aestetic Plastic Surgery. Cosmetic Surgery National Databank; Statistics 2009. Liposuction no longer the most popular surgical procedure according to new statistics.Available at: http://www.surjery.org/sites/default/files/2009stats. Accessedtime: 11 March 2010.
3. Slevec J, Tiggemann M. Attitudes toward cosmetic surgery in middle-aged women:Body image, aging anxiety, and the media. Psychlo Women Q 2010; 34: 65–74.
4. Philips KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. Am J Psychiatry 1991; 148: 1138-1149.
5. Baumann Ingo. Quality of life before and after septoplasty and rhinoplasty. GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg 2010; 9: Doc06.
6.Sarwer DB, Alison L, Baker JL, Casas LA, Glat PM, Gold AH, and et al. Two-Year results of a prospective, multi-site investigation of patient satisfaction and psychosocial status following cosmetic surgery. Aesthet Surg J 2008; 28: 245-250.
7. Rafiee M. The relationship between quality of life and job satisfaction of faculty at Sharif University. Journal of Research and Planning in Higher Education 2003; 48: 72-80. [In Persian]
8. Zahairedin AR, Khaliqi Sigarody E. The relationship between mental health and self – concept with demand for rhinoplasty. Inquiring 2003; 8: 355-359. [In Persian]
9. Cingi C, Eskiizmir G, Cakli H. Comparative analysis of primary and secondary rhinoplasties according to surgeon's perspective, patient satisfaction, and quality of life. Ann Otol Rhinol Laryngol 2012; 121:322-7.
10. Bar-On R. Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). In: R. Bar-On and J. D. A. Parker (Eds.), *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass. 2000.
11. Bar-On R. Emotional intelligence and subjective wellbeing. Manuscript submitted for publication. 2005.
12. Adams, Josh. Motivational narratives and assessments of the body after cosmetic surgery. Qual Health Res 2010; 20: 755–767.
13. Sugar M. Female adolescent development, New York: Brunner Mazel. 2003: 859.
14. Fredrick DA, Lever JJ, Peplau Letitia A. Interest in cosmetic surgery and body image: View of men and women across the lifespan. J Plast Reconstr Surg (Plast Perconstr). 2007; 120: 1407-15.
15. Miri MR, Akbari Bourang M. The correlation between emotional intelligence and school anxiety among high school students in South Khorasan. Journal of Birjand University of Medical Sciences 2007; 14: 54-9. [In Persian]
16. khan zadeh A, Marefat H, Hejazi B, Jafari Kandowan GR. Relation of emotional intelligence and assertiveness with learners verbal participation. Foreign Language Research Journal 2006; 38: 19-41.[In Persian]
17. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, and Gandek B. The short form health survey (sf-36): translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res 2005; 14: 875-882. [Persian]
18. Tafreshi Heidari GH, Delfan Azeri QA. Relationship between emotional intelligence and coping skills of the students Roudehen. Quarterly Journal of Management Education 2010; 2: 15-24. [In Persian]

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.22102/19.2.84]

19. Akhondi M, Dadkhah A, Bagherpour A, Behjati Ardakani Z, Kamali K, Binaafar S, Kosari H, Ghorbani B.Study of body image in fertile and infertile men. J Reprod Infertil 2011 Oct; 12:295-8.
20. Tootoonchi SJ, Fakhar A, kolahy F. The relationship between psychological symptoms with satisfaction after rhinoplasty. Tabriz University of Medical Sciences Journal 2007 ; 29: 76-71. [In Persian]
21.Naraghi M, Kazemi M, Rohani M, Kazemi Ahmad Ali, Alameh F, Malekzadeh JM, Asadi Majid. Comparing personality specifies of rhinoplastic patients with control group in Amir - Alamhospital. Gift of Knowledge 2005; 11: 93-99. [In Persian]
22. Meningaud JP, Benadiba L, Servant JM, Herve C, Bertrand JC, Pelicier Y. Depression, anxiety and quality of life: outcome 9 months after facial cosmetic surgery. J Craniomaxillofac Surg 2003; 31: 46-50.
23. Veale D, De Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. Br J Plast Surg 2005; 56: 546-551.
24. Delamater JL. A study to determine the effect of the media on the perception of adolescent female body image and the resultant relationship to academic achievement.[dissertation]. Menomonie, Wisconsin-Stout Univer; 2002.
25. Papadopulos NA, Kovacs L, Krammer S, Herschbach P, Henrich G, Biemer E. Quality of life following aesthetic plastic surgery: a prospective study. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2007; 60: 915-921.
26. Klassen A, Jenkinson C, Fitzpatrick R, Goodacre T. Patients' health related quality of life before and after aesthetic surgery. Br J Plast Surg 2005; 57: 380-384.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.22102/19.2.84]