

Studying narcissistic traits and inferiority feelings among patients seeking cosmetic surgery

Mohammadzadeh A. *PhD*[✉], Jafari E. *PhD*¹, Ahmadi Tahor Soltani M. *PhD*²,
Akbarzadeh D. *MSc*³

[✉] *Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran*

¹ *Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran*

² *Department of Clinical Psychology, Baghiatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

³ *Department of Educational Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran*

Received: 2014.7.12

Accepted: 2014.10.23

Abstract

Introduction: As the main motivation for cosmetic surgery is appearance changing and improving happiness and self-confidence, this issue can be viewed as a consequent of psychological patterns. The purpose of this study was to study the relationship between cosmetic surgery seeking and two psychological factors of narcissism and inferiority feelings. **Method:** This study was a correlative and post facto research. 50 individuals who were seeking cosmetic surgery and were admitted at cosmetic clinics in Tabriz were asked to participate. The subjects were assessed by a inferiority feeling scale and narcissistic personality inventory [NPI-16]. Data were analyzed by using a multivariate analysis of the variance and logistic regression analysis methods.

Result: Results showed that the seeking cosmetic surgery group got high scores in inferiority feelings and low scores in narcissistic characteristics. It also became clear that seeking cosmetic surgery was positively related to inferiority feelings and negatively related to narcissistic characteristics.

Conclusion: As inferiority feelings play an important role in approaching to cosmetic surgeries, self enhancement and self-acceptance methods are recommended as alternative therapeutic methods in the treatment of cosmetic surgery patients.

Keywords: Cosmetic Surgery, Inferiority Feeling, Narcissism

بررسی رگه‌های خودشیفتگی و احساس کهنتری در بیماران داوطلب جراحی زیبایی

علی محمدزاده[✉]، عیسی جعفری^۱، محسن احمدی طهورسلطانی^۲، داود اکبرزاده^۳

[✉] گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۱ گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۲ گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

^۳ گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۴/۲۱

چکیده

مقدمه: از آنجا که جراحی‌های زیبایی برای تغییر ظاهر و افزایش خشنودی و بهبود اعتماد به نفس انجام می‌شود، آن را می‌توان پیامد یک الگوی روان‌شناختی معین دانست. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه گرایش به جراحی‌های زیبایی و دو متغیر روان‌شناختی خودشیفتگی و احساس کهنتری انجام گرفت.

روش: پژوهش حاضر از نوع همبستگی و علی-مقایسه‌ای است. از بین بیماران متقاضی عمل جراحی زیبایی شهر تبریز ۵۰ نفر انتخاب و با مقیاس احساس کهنتری و پرسشنامه شخصیت خود شیفته مورد آزمون قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری و رگرسیون لجستیک تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد در بین داوطلبین جراحی زیبایی احساس کهنتری بالا و خودشیفتگی پایین می‌باشد. همچنین، احساس کهنتری بصورت مثبت و خودشیفتگی بصورت منفی با گرایش به جراحی‌های زیبایی رابطه دارد.

نتیجه‌گیری: از آنجایی که احساس کهنتری یکی از متغیرهای روان‌شناختی موثر در گرایش افراد به جراحی‌های زیبایی است، روش‌های ارتقا و پذیرش خود بعنوان یکی از مهمترین جایگزین‌های درمانی عمل جراحی زیبایی توصیه می‌گردد.

کلید واژه‌ها: جراحی زیبایی، احساس کهنتری، خودشیفتگی

مقدمه

خودشیفتگی (narcissism) که یکی از مفاهیم قدیمی در روان-شناسی بویژه مکتب روان تحلیل‌گری است، امروزه هم بعنوان نوعی اختلال در سطح بالینی و هم بعنوان صفت شخصیتی در سطح غیربالینی موضوع مورد تحقیق در ادبیات پژوهشی است. خودشیفتگی سبکی از شخصیت است که با ویژگی‌های همچون بزرگ بینی، تخیلات افراطی در مورد قدرت، زیبایی و موفقیت، حساسیت زیاد نسبت به انتقاد و احساس بی نظیر بودن مشخص می‌شود [۱]. احساس کهنتری (inferiority) نیز یک باور عمیق، غیرواقعی و دائم در مورد پایین بودن توانایی‌های عقلانی و جسمانی است که به کاهش سطح ارزش‌ها و نوازنده سازی فرد منجر می‌شود. احساس کهنتری نیروی برانگیزنده رفتار در سطوح مختلف اعم از بهنجار یا بهنجار به شمار می‌آید اما در بعضی از وضعیت‌های آسیب شناختی روانی ممکن است بیشتر دیده شود [۲].

امروزه هر روزه بر تعداد افرادی که داوطلب جراحی زیبایی در یکی از قسمت‌های بدن خود هستند، افزوده می‌شود. بطور کلی انگیزه‌های جراحی‌های زیبایی به دو گروه پزشکی و غیرپزشکی قابل تقسیم است [۳]. آن گروه از افرادی که در اثر تصادف، مشکلات تنفسی یا غضروفی متقاضی جراحی زیبایی هستند در گروه با انگیزه‌های پزشکی جای می‌گیرند [۴]. اما شواهد حاکی از آن است که شمار زیادی از داوطلبان جراحی زیبایی علت پزشکی تایید شده‌ای در پرونده پزشکی خود ندارند [۴]. اما در جوامع امروزی به علت تأکید بیش از حد بر زیبایی و تصاویر ارائه شده در مجله‌های مد، سینما و رسانه‌ها، این توجه خصوصاً در بین زنان شکل افراطی به خود گرفته است. به گونه‌ای که تقریباً همه زنان حداقل یک بار در زندگی احساس شرم و نارضایتی از ظاهر خود داشته‌اند و این امر مختص قشر خاص، طبقه اجتماعی و سطح تحصیلات خاصی نمی‌شود [۵]. این قبیل اشتغالات ذهنی می‌تواند موجب گسترش یک تصویر تحریف شده از بدن و خود شده و حتی به گونه‌ای پیشرفت کند که زمینه ابتلا به اختلال بدشکلی بدنی را فراهم سازد [۶]. بنابراین، تعجب انگیز نیست که سالانه، میلیون‌ها نفر برای جراحی زیبایی داوطلب شوند [۷]. محققین دریافته‌اند که مردم، زیبایی ظاهری را با ویژگی‌های شخصیتی پسندیده همچون هوش، شایستگی، دلپذیر بودن و پذیرش اجتماعی ربط می‌دهند. این جراحی‌ها بیشتر برای از میان بردن ناخشنودی افراد از ظاهر خود و گاهی افزایش عزت نفس انجام می‌شود [۸]. عزت نفس پایین و تصویر بدنی منفی معمولاً استرس‌هایی را برای فرد به دنبال دارد که فرد برای غلبه بر آن‌ها راهبردهای مقابله‌ای خاصی را به کار می‌گیرد. ویژگی‌های شخصیتی بر راهبردهایی که فرد در مقابله با استرس‌های زندگی از آنها استفاده می‌کند، تأثیر می‌گذارد [۹]. از این رو، درک و شناخت ویژگی‌های شخصیت اهمیت دارد. در شرایط مطلوب این بیماران در صدد

روان درمانی برمی‌آیند تا ماهیت حقیقی احساسات نوروپیک مبنی بر بی‌کفایتی خود را دریابند، در غیر این صورت با تداوم این مشکل ممکن است بیمار به اختلال افسردگی مبتلا شود [۱۰]. تقاضای روزافزون جراحی زیبایی در ایران و جهان بعنوان یک رفتار سلامت اجتماعی و نه پزشکی، محققان را بیش از هر چیز متوجه متغیرهای شخصیتی-اجتماعی نموده است [۱۱] و [۱۲]. پژوهش‌های مرتبط با اختلالات شخصیت درباره داوطلبان جراحی زیبایی نشان داده است که ۷۰ درصد از داوطلبان جراحی زیبایی یک اختلال در محور یک و ۱۹/۵ درصد آن‌ها یک اختلال در محور دو داشتند [۱۳]. زجاجی و همکاران [۱۴] نشان داده‌اند که اختلال شخصیت و سواسی دارای بیشترین فراوانی و اختلال شخصیت ضداجتماعی از کمترین فراوانی در میان افراد طالب جراحی زیبایی بینی بودند. تحقیق بابوججو، لطیف اغلو، آتابایی، اورال و جوشان [۱۵] نشان داد که زنان طالب جراحی رینوپلاستی دارای ویژگی‌های خودمحوری، کودکانه، فعالیت زیاد، تکانشی، رقابتی، عکس‌العملی، کمال‌گرایی درباره خودشان هستند. مردان طالب جراحی رینوپلاستی دارای تنش و اضطراب با احساس کهنتری می‌باشند. پژوهش گراسارت و سارور نشان داد که ۷۱ درصد متقاضیان جراحی زیبایی، تشخیص اختلال شخصیت را دریافت می‌کنند. رایج‌ترین آن‌ها به ترتیب اختلال شخصیت خودشیفته، وابسته، نمایشی و مرزی می‌باشند. فراوانی بالای شیوع اختلال شخصیت خودشیفته و مرزی توسط سایر پژوهشگران نیز گزارش شده است [۱۶]. سهرابی، محمودعلیلو و رسولی آزاد [۱۷] نیز گزارش کردند که جویندگان جراحی پلاستیک در مقیاس‌های افسرده، نمایشی، خودشیفته، و سواسی، خودآزار، مرزی و اسکیزوتایپال از میان شاخص‌های مربوط به الگوهای بالینی شخصیت نمرات بالاتری دارند. محب، حسینی نسب و کلاهی [۱۸] نیز میانگین اختلال شخصیت و سواسی، ضداجتماعی، خودشیفته و هیستری را در داوطلبان جراحی زیبایی بیشتر از گروه افراد عادی گزارش کرده‌اند. از طرفی، یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که از نظر احساس کهنتری در افراد داوطلب و غیرداوطلب جراحی زیبایی تفاوت وجود دارد، به طوری که افراد داوطلب نسبت به افراد غیرداوطلب نمرات بالاتری در این مؤلفه به دست می‌آورند [۱۵، ۱۹].

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت که در برخی پژوهش‌ها ویژگی‌های خودشیفتگی و در برخی نیز احساس کهنتری از مشخصه‌های بیماران داوطلب جراحی می‌باشد. به نظر می‌رسد تحقیقی لازم است که نقش دو متغیر مذکور را همزمان در گرایش به جراحی زیبایی مورد ارزیابی قرار دهد، تا وضوح بیشتری به ارتباط احتمالی رگه‌های خودشیفتگی و احساس کهنتری با تمایل به جراحی زیبایی بخشد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه رگه‌های خودشیفتگی و احساس کهنتری در بیماران داوطلب جراحی زیبایی می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی و علی-مقایسه ای است. جامعه آماری تحقیق حاضر عبارت بود از بیماران متقاضی عمل جراحی زیبایی شهر تبریز و از بین آن‌ها ۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با ابزار پژوهش مورد آزمون قرار گرفتند. آزمودنی‌های داوطلب جراحی زیبایی به تفکیک جنسیت، متشکل از ۳۶ نفر (۷۲ درصد) زن با میانگین سنی ۲۶/۴۲ سال و انحراف معیار ۶/۲۹ و ۱۴ نفر (۲۸ درصد) مرد با میانگین سنی ۲۴/۶۵ سال و انحراف معیار ۳/۶۴ بودند. میانگین سنی و انحراف معیار کل نمونه نیز به ترتیب ۲۵/۹۱ و ۵/۶۸ بود. دامنه سنی شرکت کنندگان هم ۱۸ تا ۴۸ سال بود. شرکت کنندگان بر اساس وضعیت تاهل ۳۴ نفر (۶۸ درصد) مجرد و ۱۶ نفر (۳۲ درصد) نیز متاهل بودند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری و رگرسیون لجستیک تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش عبارت بود از: **مقیاس احساس کهنتری**: مقیاس احساس کهنتری دارای ۳۴ گویه شامل افکار منفی است که به طور مکرر به وسیله بیماران که از اختلال‌های اضطرابی (به ویژه هراس اجتماعی و وسواس بی‌اختیاری) رنج می‌برند، گزارش شده است. این مقیاس یک ابزار خودگزارش‌دهی است که ۱۷ گویه‌ی آن کهنتری مرتبط با قضاوت‌های دیگران را می‌سنجد. از لحاظ محتوایی، از ۳۴ گویه مقیاس ۱۵ گویه آن با رویدادهای منفی مانند ضعف، خستگی، اشتباه و انتقاد و ۱۵ گویه دیگر آن با رویدادهای مثبت نظیر ارزشمندی، موفقیت و تحسین مرتبط هستند و ۴ گویه دیگر منعکس کننده‌ی اصول موضوعه بی‌قید و شرط هستند. ضریب اعتبار مقیاس کهنتری برای پژوهش یوسفی و همکاران [۲۰] از طریق بازآزمایی ۰/۷۶ و هم‌هنگی درونی گویه‌های مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمده است. **پرسشنامه شخصیت خود شیفته- نسخه ۱۶ گویه ای (NPI-16)**: این پرسشنامه به منظور سنجش ویژگی‌های مرتبط با شخصیت خود شیفته توسط *آمز، روسه و اندرسون* [۲۱] ساخته شده است. این پرسشنامه فاقد زیر مقیاس بوده و خودشیفتگی را بر اساس رویکرد تک بعدی ارزیابی می‌کند. NPI-16 متشکل از جفت گویه‌هایی است که پاسخ دهنده باید یکی از آن‌ها را انتخاب

نماید. ضرایب پایایی بازآزمایی گزارش شده توسط سازندگان اصلی آزمون ۰/۸۵ در طول ۵ هفته می‌باشد. روایی همگرا از طریق محاسبه ضریب همبستگی بین نمرات NPI-16 و نمرات حاصل از شاخص‌های برون‌گرایی و گشودگی نسبت به تجارب جدید مقیاس ۵ عامل بزرگ شخصیت (BFI) انجام گرفته است. این ضرایب برای شاخص‌های برون‌گرایی ۰/۳۲ و برای گشودگی نسبت به تجارب جدید ۰/۴۱ محاسبه شده است. در اعتباریابی این مقیاس در ایران، *محمدرزاده* [۱۹] روایی همزمان آن را از طریق اجرای همزمان مقیاس خود شیفتگی پرسشنامه شخصیت چند محوری بالینی میلیون (MCMI-II) ۰/۷۷ ($p < ۰/۰۰۱$) گزارش کرده است.

یافته‌ها

میانگین نمرات کسب شده در متغیرهای پژوهش توسط افراد داوطلب و غیر داوطلب جراحی زیبایی در جدول ۱ خلاصه شده است. به منظور بررسی تفاوت نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه داوطلب جراحی زیبایی بودن / داوطلب جراحی زیبایی نبودن از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. به منظور افزایش توان آزمون F در تمایزگذاری بین گروه‌های داوطلب جراحی زیبایی بودن و داوطلب جراحی زیبایی نبودن در رگه‌های خود شیفتگی و احساس کهنتری تاثیر جنسیت از طریق هم‌تاسازی جنسیتی گروه غیرداوطلب کنترل شد (تعداد داوطلبین جراحی زیبایی زن بیشتر از مردان بود). نخست مفروضه‌های این روش بررسی شدند؛ نرمال بودن چند متغیری بر اساس محاسبه فاصله ماهالانوبایس بررسی شد. با توجه به تعداد متغیرهای وابسته (دو متغیر) هیچ فاصله ماهالانوبایس بزرگتر از ارزش بحرانی ۱۳/۸۲ در بین داده‌ها وجود نداشت (بعبارتی داده پرتی در توزیع داده‌ها وجود نداشت)، چند هم خطی بودن از طریق محاسبه شدت همبستگی بین متغیرهای وابسته بررسی شد و فقدان همبستگی‌های بالای ۰/۸۰ نشان داد که چند هم خطی بودن اتفاق نیفتاده است (همبستگی بین متغیرها ۰/۴۶- می‌باشد).

جدول ۱. میانگین نمرات کسب شده در متغیرهای پژوهش

متغیر	داوطلب جراحی زیبایی		غیر داوطلب جراحی زیبایی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودشیفتگی	۴/۱۶	۲/۷۵	۶/۶۴	۳/۱۰
احساس کهنتری	۲۷/۵	۱۷/۷۵	۱۴/۸۶	۷/۱۶

جدول ۲. آزمون‌های چندمتغیری

ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	مجذور اتای تفکیکی
۰/۲۳	۱۴/۴۲	۲	۹۷	۰/۰۰۰۵	۰/۲۳
۰/۷۷	۱۴/۴۲	۲	۹۷	۰/۰۰۰۵	۰/۲۳
۰/۲۳	۱۴/۴۲	۲	۹۷	۰/۰۰۰۵	۰/۲۳
۰/۲۳	۱۴/۴۲	۲	۹۷	۰/۰۰۰۵	۰/۲۳

اسنل) و ۳۱ درصد (مجذور R نگل کرک) از ۵۰ درصد واریانس تعلق داشتن به یکی از دو گروه داوطلب جراحی زیبایی بودن/ داوطلب جراحی زیبایی نبودن را به درستی طبقه بندی کند. جدول ۴ نتایج این بخش از تحلیل را نشان می‌دهد. بر اساس مدل فوق، قوی‌ترین پیش بین داوطلب جراحی زیبایی بودن با نسبت احتمالی ۱/۰۷ متغیر احساس کهنتری است. این بدین معناست که افرادی که دارای رگه‌های احساس کهنتری هستند بیشتر از یک برابر احتمال دارد داوطلب جراحی زیبایی باشند. همچنین، پیش‌بین دیگر داوطلب جراحی زیبایی بودن با نسبت احتمالی ۰/۸۴ متغیر خودشیفتگی است که نشان می‌دهد افراد خودشیفته ۰/۸۴ بار کمتر احتمال دارد که داوطلب جراحی زیبایی باشند.

بحث

از آنجا که جراح‌های زیبایی برای تغییر ظاهر افراد و افزایش خشنودی و بهبود اعتماد به نفس آن‌ها انجام می‌شود، آن را می‌توان پیامد یک الگوی روان‌شناختی معین دانست. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه گرایش به جراحی‌های زیبایی و دو متغیر روان‌شناختی خودشیفتگی و احساس کهنتری انجام گرفت و نتایج نشان داد در بین داوطلبان جراحی زیبایی احساس کهنتری بالا و خودشیفتگی پایین می‌باشد. تحلیل رگرسیون لجستیک هم نشان داد احساس کهنتری بصورت مثبت و خودشیفتگی بصورت منفی با گرایش به جراحی‌های زیبایی رابطه دارند. این بدان معناست که احساس کهنتری فرد را به سمت جراحی زیبایی سوق داده و خودشیفتگی ممکن است مانع از آن شود.

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر این که افراد داوطلب جراحی زیبایی نمرات بالاتری در احساس کهنتری دریافت می‌کنند با یافته‌های پژوهش‌های قبلی [۱۵] و [۲۲] همسو می‌باشد. از آن جایی که احساس کهنتری همراه با نارزنده‌سازی‌ها در مورد خود و احساس عدم کفایت است، افراد با نمرات بالا در این مؤلفه، تلاش می‌کنند تا به نوعی بر احساس ضعف و عدم کفایت خود غلبه نمایند.

اما آزمون M باکس نشان داد از مفروضه یکسانی ماتریس واریانس-کوواریانس تخطی شده است ($\text{Box's } M=39/95, p < 0/0005$). با توجه به عدم رعایت مفروضه آزمون M باکس از شاخص اثر پیلائی بعنوان مبنای قضاوت استفاده خواهد شد. جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری را نشان می‌دهد. اثر پیلائی و دیگر شاخصه‌های جدول حاکی از آن هستند که حداقل در یکی از متغیرهای خودشیفتگی و احساس کهنتری بین دو گروه داوطلب جراحی زیبایی و غیرداوطلب جراحی زیبایی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=14/42, p < 0/0005$). در ادامه آزمون اثرات بین آزمودنی تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ خلاصه شده است.

بر اساس اطلاعات جدول ۳ و با عنایت به میانگین‌های گروهی جدول ۱ احساس کهنتری در داوطلبان جراحی زیبایی بیشتر از غیرداوطلبان می‌باشد. همچنین، خودشیفتگی در داوطلبان جراحی زیبایی کمتر از غیرداوطلبان است. مقدار مجذور اتای تفکیکی نیز حاکی از آن است که ۱۵ و ۱۸ درصد واریانس خودشیفتگی و احساس کهنتری از طریق داوطلب/ غیرداوطلب بودن تبیین می‌شود.

در ادامه، به منظور بررسی دقیق‌تر رابطه رگه‌های احساس کهنتری و خودشیفتگی با داوطلب جراحی زیبایی بودن از روش رگرسیون لجستیک استفاده شد. این روش به نرمال بودن توزیع داده‌ها حساس نیست. ضریب همبستگی احساس کهنتری و خودشیفتگی ۰/۴۶- (کمتر از ۰/۸۰) بیانگر این است که متغیرهای پیش‌بین (احساس کهنتری و خودشیفتگی) همبستگی بالایی با یکدیگر ندارند، بنابراین همخطی بودن چندگانه انفاق نیفتاده است. مدل شامل ۲ متغیر پیش‌بین (احساس کهنتری و خودشیفتگی) و یک متغیر ملاک (داوطلب جراحی زیبایی بودن/ داوطلب جراحی زیبایی نبودن) بود. مدل کلی که شامل همه پیش‌بین‌ها بود از لحاظ آماری معنادار بود ($\chi^2(2, =50) = 26/72, p < 0/0005$). همچنین، مقدار مجذور کای برای آزمون هاسمر- لیمشو برابر با ۵/۲۷ با سطح معناداری ۰/۷۲ است، از آنجایی که این مقدار از ۰/۰۵ بزرگتر است، بنابراین حمایتی برای مدل فراهم می‌آورد. این شاخصه‌ها حاکی از آنند که مدل قادر است بین افرادی که داوطلب جراحی زیبایی هستند و آن‌هایی که داوطلب نیستند تفاوت قائل شود و می‌تواند بعنوان یک کل بین ۲۳ درصد (مجذور R کاکس و

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری تفاوت متغیرهای وابسته در افراد داوطلب و غیر داوطلب جراحی زیبایی

مجذور اتای تفکیکی	p	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۱۵	۰/۰۰۰۵	۱۷/۸۰	۱۵۳/۷۶	۱	۱۵۳/۷۶	خودشیفتگی
۰/۱۸	۰/۰۰۰۵	۲۱/۵۸	۳۹۹۴/۲۴	۱	۳۹۹۴/۲۴	احساس کهنتری

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک برای پیش‌بینی احتمال داوطلب جراحی زیبایی بودن

نسبت احتمال	P	df	Wald	S.E.	B	
۰/۸۴	۰/۰۴	۱	۴/۳۶	۰/۰۸	-۰/۱۷	خودشیفتگی
۱/۰۷	۰/۰۰۶	۱	۷/۶	۰/۰۲	۰/۰۷	احساس کهنتری
۰/۶۶	۰/۵۸	۱	۰/۳۰	۰/۷۶	-۰/۴۲	مقدار ثابت

جراحی زیبایی عزت نفس پایین است [۳۱]، رابطه منفی خودشیفتگی با گرایش به جراحی زیبایی موجه به نظر می‌رسد. از طرفی افراد خودشیفته گرایش به انکار نقص‌های خود و فرافکنی ناکامی‌ها به بیرون را دارند، بنابراین انکار نقص‌های بدنی و انگاره خودخواهانه از ویژگی‌های خود (اعم از ویژگی‌های بدنی یا روانی) ممکن است آن‌ها را کمتر به سمت جراحی زیبایی که مستلزم برداشت منفی از بدن است، سوق دهد. ضمن این که ناهمسویی نتایج پژوهش حاضر با برخی تحقیقات قبلی ممکن است به واگرایی بین دیدگاه‌های شخصیتی/اجتماعی بهنجار و دیدگاه‌های بالینی که کلاً روی عزت نفس پایین یا شکننده‌ی خودشیفته تاکید می‌کنند، مربوط شود [۳۲، ۳۳، ۳۴] و [۳۵] و یا مرتبط با مطالعه برخی از ابعاد خودشیفتگی بر اساس نظریه پیوستاری خودشیفتگی [۳۶] باشند.

در بیان محدودیت پژوهش حاضر لازم به ذکر است که در این مطالعه امکان تفکیک انگیزه‌های جراحی‌های زیبایی به دو گروه پزشکی و غیرپزشکی که توسط متخصص جراحی زیبایی باید انجام می‌شد، میسر نگردید و شرکت‌کننده‌های پژوهش حاضر را صرف نظر از اینکه جراحی تا چه اندازه از نظر پزشکی ضرورت دارد، فقط افراد متقاضی جراحی زیبایی تشکیل می‌دادند. بر این اساس پیشنهاد می‌شود تحقیقات بعدی با در نظر گرفتن این متغیر نتایج پژوهش حاضر را روی داوطلبان جراحی زیبایی تکرار کنند. همچنین، لزوم توجه متخصصان جراحی زیبایی به متغیر احساس کهنتری قبل از انجام عمل جراحی و ارجاع این گروه از بیماران به متخصصان روانپزشکی و روانشناسی بالینی پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

به دلیل رابطه مثبت احساس کهنتری و رابطه منفی خودشیفتگی با گرایش به جراحی زیبایی نتیجه گرفته می‌شود که احساس کهنتری یکی از متغیرهای روانشناختی موثر در گرایش افراد به جراحی‌های زیبایی است، بنابراین، روش‌های ارتقا و پذیرش خود بعنوان یکی از مهمترین جایگزین‌های درمانی عمل جراحی زیبایی توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی: این مقاله مستخرج از طرحی با همین عنوان می‌باشد که در دانشگاه پیام نور به تصویب رسیده است، بدین وسیله از ریاست و اعضای شورای پژوهشی دانشگاه که از این پژوهش حمایت مالی کردند، قدردانی می‌گردد.

منابع

1. American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
2. Duane SP, Sydney SE. Theories of personality.

در واقع این افراد می‌پندارند تغییر ظاهر می‌تواند جای تغییر باطن را بگیرد. چنین شخصی دیدگاه‌ها و احساس عدم کفایت روانی خود را ناشی از ناشایستگی ظاهری‌اش می‌داند، به عبارتی به صورت ناخودآگاه، ناکارآمدی خویش را به ظاهر خود نسبت م دهد. این احساس منفی می‌تواند مربوط به کل شخصیت فرد و حتی فقط بخشی جزئی مثل ظاهر بیرونی را شامل شود. از این جهت، افراد با احساس کهنتری در مورد ظاهر خود، ممکن است از بین روش‌هایی که برای جبران نقص خود انتخاب می‌کنند، جراحی زیبایی را برگزینند. در افراد دارای احساس کهنتری تلاشی روانی آغاز به رشد می‌کند تا به آن وسیله، ترس و عدم کفایت خود را زیر سرپوش آن مخفی نگه دارند. آدلر وظیفه‌ی این تلاش روانی را در زندگی روانی سالم یا وضعیت بیمار آن می‌داند که فرد بر ضعف و عدم کفایت احساس شده غالب شود و بدین وسیله تعالی مجدد ایجاد نماید. همچنین احساس کهنتری به عنوان یکی از ویژگی‌های شناختی افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی نیز در نظر گرفته می‌شود. به طوری که افراد مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی و وسواسی جبری ارزیابی‌های منفی‌تری از خود و عملکردهای اجتماعی‌شان دارند [۲۳]. این افراد برای کنار آمدن با اضطراب، باید چندین نوع واکنش دفاعی را پرورش دهند که مهم‌ترین آن‌ها از نظر روان تحلیل‌گری، مکانیزم دفاعی سرکوبی است. در این مکانیزم، فرد انرژی خود را بسیج می‌کند و افکار ناخوشایند را واپس می‌زند [۲۴]. در افراد داوطلب جراحی زیبایی نیز این موضوع می‌تواند به خوبی مشاهده شود، به طوری که این افراد معمولاً برای غلبه بر اضطراب، احساس کهنتری و تصویر بدنی منفی خود، به جراحی زیبایی روی می‌آورند تا به نوعی از واقعیت فرار کنند.

در ارتباط با متغیر خودشیفتگی، پژوهش حاضر نشان داد که افراد داوطلب جراحی زیبایی در مقایسه با غیرداوطلب‌ها نمره خود شیفتگی پایینی دارند. این یافته با برخی تحقیقات قبلی که ویژگی‌های خودشیفتگی را در افراد داوطلب جراحی زیبایی بالا گزارش کرده بودند [۱۶]، [۱۷] و [۱۸] ناهمسو می‌باشد. تحقیقات مرتبط با خودشیفتگی نشان داده اند که خودشیفتگی می‌تواند با پیامدهای مثبت و منفی همراه باشد. برخی از پیامدهای مثبت آن عبارتند از کاهش افسردگی [۲۵]، برونگرایی [۲۶]، خوشایندی اولیه [۲۷] و عملکرد بهتر در جمع [۲۸]. از طرفی، عطش توجه، اطمینان افراطی به خود و فقدان همدلی [۲۹] برخی از پیامدهای منفی خودشیفتگی را تشکیل می‌دهند. از آنجایی که یکی از ویژگی‌های خودشیفتگی عزت نفس بالاست [۳۰] و در داوطلبین

- 10th ed. Belmont, CA: Cengage Learning; 2012.
3. Cooka SA, Rosser R, Toone H, James MI, Salmon P. Cosmetic surgery and psychosocial dysfunction. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2006;59 (1):64.
4. Latham M. A poor prognosis for autonomy: Self-regulated cosmetic surgery in the United Kingdom.

- Reprod Health Matters. 2010;18(35):47-55.
5. Murray SB, Rieger E, Karlov L, Touyz SW. Masculinity and femininity in the divergence of male body image concerns. *J Eat Disord.* 2013;1:11.
 6. Stendale M. The relationship between beauty and fashion magazines and the use of pathologic dieting methods among adolescent females. *J Adolescence.* 2002;37:1-18.
 7. Haas CF, Champion A, Secor D. Motivating factors for seeking cosmetic surgery: a synthesis of the literature. *Plast Surg Nurs.* 2008 ;28(4):177-82.
 8. Smith ER, Mackie DM. *Social psychology.* Philadelphia: Psychology Press. ;2000.
 9. Besharat M. Personality and coping styles against stress. *J Psychology (Tabriz University).* 2007;2:25-49. [Persian]
 10. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry,* 9th ed. William & Willkin company. 2003:653-5.
 11. Markey CN, Markey PM. A correlational and experimental examination of reality television viewing and interest in cosmetic surgery. *Body Image.* 2010 ;7(2):165-71.
 12. Swami V, Chamorro-Premuzic T, Bridges S, Furnham A. Acceptance of cosmetic surgery: Personality and individual difference predictors. *Body image.* 2009;6(1):7-13.
 13. Napoleon A, Lewis CM. Psychological considerations in lipoplasty: The problematic or "special care" patient. *Annals Plastic Surg.* 1989;23(5):430-2.
 14. Zojaji R, Javanbakht M, Ghanadan A, Hosien H, Sadeghi H. High prevalence of personality abnormalities in patients seeking rhinoplasty. *Otolaryngology--Head Neck Surg .* 2007;137(1):83-7.
 15. Babuccu O, Latifoglu O, Atabay K, Oral N, Cosan B. Sociological aspects of rhinoplasty. *Aesthetic plast Surg.* 2003; 27(1):44-9.
 16. Carroll DH, Scahill L, Phillips KA. Current concepts in body dysmorphic disorder. *Archives Psychiatr Nurs.* 2002;16(2):72-9.
 17. Sohrabi F, Mahmood-Aliloo M, Rasouli-Azad M. Assessment of psychopathological profile in applicants for cosmetic surgery. *J Fundament Mental Health.* 2010;3(51):91-106. [Persian]
 18. Moheb M, Hosseininasab D, Kolahi P. Comparative study of personality disorders among cosmetic surgery candidates and normal people. *Wom Fam Stud.* 2009;1(3):85-97.
 19. Mohammadpanah-Ardakan A, Yousefi R. Iranian validation of the narcissistic personality inventory-16. *J Fundament Mental Health.* 2010;44(4):274-81. [Persian]
 20. Yousefi R, Mazaheri MA, Adhamyan E. Inferiority feeling in social and obsessive compulsive disorder patients. *Iranian J Psychol.* 2008;5:63-8 [Persian]
 21. Ames DR, Rose P, Anderson CP. The NPI-16 as a short measure of narcissism. *J Res Pers.* 2006;40:440-50.
 22. Mohammadpanah Ardakan A YR. Assessment of beliefs about appearance and inferiority feeling in cosmetic surgery candidates. *Dermatol Cosm.* 2011;2(2):85-97. [Persian]
 23. Yao S, Cottraux J, Martin R, Mollard E, Bouvard M, Guerin J, et al. Inferiority in social phobics, obsessive-compulsives, and non-clinical controls: A controlled study with the inferiority scale. *Behav Cogn Tod.* 2007:305-18.
 24. Darabi J. *Theories of personality Psychology.* Tehran: Aeeizh 2005:44-6 [Persian]
 25. Watson PJ, Biderman MD. Narcissistic Personality Inventory factors, splitting and self-consciousness. *J Pers Assess.* 1993;61:41-57.
 26. Bradlee PM, Emmons RA. Locating narcissism within the interpersonal circumplex and the Wve-factor model. *Pers Individ Differ.* 1992;13:821-30.
 27. Oltmanns TF, Friedman JN, Fiedler ER, Turkheimer E. Perceptions of people with personality disorders based on thin slices of behavior. *J Res Pers.* 2004;38:216-29.
 28. Wallace HM, Baumeister RF. The performance of narcissists rises and falls with perceived opportunity for glory. *J Pers Soc Psychol.* 2002;82:819-34.
 29. Young SM, Pinsky D. Narcissism and celebrity. *J Res Pers.* 2006;40:463-71.
 30. Rosenthal SA, Hooley JM. Narcissism assessment in social-personality research: Does the association between narcissism and psychological health result from a confound with self-esteem? *J Res Pers.* 2010;44:453-65.
 31. Sarwer DB, Cramer CE, Magee L. Body dysmorphic disorder in patients who seek appearance-enhancing medical treatments. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2010;22(4):445-53.
 32. Cain NM, Pincus AK, Ansell EB. Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/ personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clin Psychol Rev.* 2008;28:638-56.
 33. Miller JD, Campbell WK. Comparing clinical and social-personality conceptualizations of narcissism. *J Pers.* 2008 ;76(3):449-76.
 34. Pincus AL, Ansell EB, Pimentel CA, Cain NM, Wright AGC, Levy KN. Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychol Assess.* 2009;21:365-79.
 35. Pincus AL, Lukowitsky MR. Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Rev Clin Psychol.* 2010;6:421-46.
 36. Peyvastegar M YS, Mokhtari L. Comparison of narcissism dimensions in aggressive and non-aggressive girls. *J Behav Sci.* 2012;6(2):119-24 [Persian]