



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

**Незадовољство сликом тела, темперамент, самопоуздање и
анксиозност код особа са вишеструким нехируршким
естетским интервенцијама**

Докторска дисертација

Др Марина Столић

Крагујевац, 2017. године

САДРЖАЈ

1. УВОД	5
1.1. ЕСТЕТСКА МЕДИЦИНА	5
1.1.1. Историјски осврт	5
1.1.2. Тренд пораста учесталости естетских интервенција	9
1.2. ЕСТЕТСКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ	12
1.2.1. Индикације и инвазивност естетских интервенција	12
1.2.2. Класификација естетских интервенција	13
1.2.3. Не-хируршке неинвазивне интервенције ботулинум токсином	15
1.2.4. Не-хируршке неинвазивне интервенције хијалуронском киселином	16
1.2.5. Не-хируршке неинвазивне интервенције- мезотерапија	16
1.2.6. Не-хируршке неинвазивне интервенције- мезонити	17
1.2.7. Неинвазивне интервенције биолошким агенсима –PRP (Plasma Rich Plateds)	18
1.2.8. Неинвазивне интервенције механичким (микродермоабразија) и хемијским агенсима (хемијски пилинзи)	19
1.2.9. Неинвазивне интервенције ласером и ултразвуком	20
1.3. МЕДИЦИНСКИ АСПЕКТ И ЗНАЧАЈ ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА	21
1.4. ПСИХОЛОШКИ АСПЕКТ И ЗНАЧАЈ ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА	23
1.5. ЕМОЦИЈЕ И НАСТАНАК НЕЗАДОВОЉСТВА	28
1.6. НЕЗАДОВОЉСТВО СЛИКОМ ТЕЛА	29
1.7. КОМПОНЕНТЕ НЕЗАДОВОЉСТВА СЛИКОМ ТЕЛА	32
1.7.1. Темперамент као развојна компонента незадовољства	32
1.7.2. Самопоуздање као глобална компонента незадовољства	35
1.7.3. Анксиозност као афективна компонента незадовољства	37
2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА	40
2.1. Општи циљеви	40
2.2. Специфични циљеви	40
3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА	43
3.1. Врста студије	43
3.2. Етички аспекти	43
3.3. Популација која се истражује и узорковање	43
3.3. Варијабле истраживања	44
3.3.1. Независне варијабле	44
3.3.2. Зависне варијабле	45
3.3.4. Збуњујуће варијабле	45
3.4. ИНСТРУМЕНТИ ИСТРАЖИВАЊА	46
3.4.1. Упитник о социодемографским карактеристикама	46
3.4.2. Упитник о здравственом стању и врстама интервенција	47
3.4.3. Скала процене слике тела (Body-Image Assessment Scale- Body Dimensions, <i>BIAS-BD</i>) ...	47
3.4.4. Скала темперамента (The original Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Scale, <i>TEMPS-A</i>)	49
3.4.5. Розенбергова скала самопоуздања (Rosenberg Self-Esteem Scale, <i>RSES</i>)	52
3.4.6. Инвентар стања анксиозности (State-Trait Anxiety Inventory, <i>STAI</i>)	54
3.4.7. Статистичка обрада података	55
4. РЕЗУЛТАТИ	57
4.4. СОЦИОДЕМОГРАФСКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ СТУДИЈСКЕ ПОПУЛАЦИЈЕ	57
4.5. ПОКАЗАТЕЉИ ОПШТЕГ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА СТУДИЈСКЕ ПОПУАЦИЈЕ	63
4.6. ВРСТА, БРОЈ И ЛОКАЛИЗАЦИЈА НЕХИРУРШКИХ ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА У СТУДИЈСКОЈ ПОПУЛАЦИЈИ	69
4.7. НЕЗАДОВОЉСТВО СЛИКОМ ТЕЛА	74
4.8. ТЕМПЕРАМЕНТ, САМОПОУЗДАЊЕ И СТАЊЕ АНКСИОЗНОСТИ ИСПИТАНИКА	77
4.9. ПОВЕЗАНОСТ НЕЗАДОВОЉСТВА СЛИКОМ ТЕЛА СА ИСПИТИВАНИМ ПАРАМЕТРИМА	78

4.10. ПОВЕЗАНОСТ ПОКАЗАТЕЉА ОПШТЕГ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА СА СТЕПЕНОМ НЕЗАДОВОЉСТВА СЛИКОМ ТЕЛА	79
4.11. ПОВЕЗАНОСТ БРОЈА, ВРСТЕ И УЧЕСТАЛОСТИ ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА СА СТЕПЕНОМ НЕЗАДОВОЉСТВА СЛИКОМ ТЕЛА	82
4.12. ПОВЕЗАНОСТ ДОМИНАТНИХ ЦРТА ТЕМПЕРАМЕНТА СА СТЕПЕНОМ НЕЗАДОВОЉСТВА СЛИКОМ ТЕЛА	83
4.13. ПОВЕЗАНОСТ ИНДЕКСА САМОПОУЗДАЊА СА БРОЈЕМ, УЧЕСТАЛОШЋУ ПО ГОДИНИ И ЛОКАЛИЗАЦИЈОМ ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА	88
4.14. ПОВЕЗАНОСТ АНКСИОЗНОГ СТАЊА СА БРОЈЕМ, УЧЕСТАЛОШЋУ ПО ГОДИНИ И ЛОКАЛИЗАЦИЈОМ ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА.....	89
4.15. ПОВЕЗАНОСТ НЕЗАДОВОЉСТВА, АНКСИОЗНОГ СТАЊА И ИНДЕКСА САМОПОУЗДАЊА СА БРОЈЕМ ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА	89
5. ДИСКУСИЈА	92
6. ЗАКЉУЧЦИ.....	107
7. ЛИТЕРАТУРА	109

1.

УВОД

1. УВОД

1.1. ЕСТЕТСКА МЕДИЦИНА

Манифест напредне медицине, понекад и пренаглашене потребе да останемо што лепши и млађи и естетска медицина су нешто што дефинитивно представља важан део савременог доба особа и женског и мушког пола (1-3).

Естетска медицина подразумева примену различитих интервенција, инвазивних и неинвазивних естетских процедура, којима се врше корекције одређених делова тела из различитих разлога. Примена естетских интервенција се данас све више описује као стална борба против старења, а не као потреба за лепотом. Вишевековни развој ове гране медицине и иновације које је време донело, чине естетску медицину толико усавршеном да мало која грана медицине може да јој парира по ефикасности и контрибуцији у естетском смислу (3-10).

1.1.1. Историјски осврт

Први званични подаци говоре да почеци примене естетских интервенција и третмана датирају у Бразилу, који је данас са више од 11,5 милиона операција годишње највећи потрошач пластичне хирургије у свету. Иначе термин „пластична“ хирургија настао је од грчке речи „пластикос“ што значи калуп, па је јасно зашто је овај термин општеприхваћен за све интервенције и третмане који се спроводе са циљем преобликовања тела или делова тела, као и да управо термин пластична хирургија нема везу са било чим што је пластично и вештачко (12-14).

Међутим, супротно данашњем уверењу, историчари тврде да су први почеци естетске медицине настали у Старој Кини, 700. година пре нове ере, када су се последице опекотина коже третирали танинским купкама. Као доказ томе, пронађен је документ индијског аутора *Sushrut-a*, у коме су описане методе и технике реконструкције ушних ресица и носа, која је први пут поновљена 1815. Године на западу, познат под називом Сушрутин метод ринопластике. Иако је и медицина била у самим зачецима, за пластичну хирургију и естетску медицину се готово уопште није знало, а примена описаних метода третирања последица опекотина у то време се врло

ретко примењивала и није напредовала из верских и политичких разлога, као и медицина уопште (14).

Литературни подаци наводе да се у Европи примена оваквих метода појавила доста касније, тек почетком 19. века новог доба. Током 19.-ог века, медицина се значајно развија, са значајним проблемима у хирургији због непознавања принципа антисепсе и асепсе. Прве интервенције у естетској и пластичној хирургији које су се радиле у то време су корекције клемпавости и корекције носа, али и интервенције унакажених лица учесника Првог светског рата. Оцем савремене пластичне хирургије сматра се Харолд Цилис, новозеландски оториноларинголог, који је радивши у Лондону у Краљевској медицинској академији развио технике фацијалних захвата и оснивач је Клинике за максилофацијалну хирургију у Кембриџу. До краја рата, Харолд је урадио чак преко 11 хиљада интервенција на лицу над 5000 људи, углавном повређених у рату. Највећи напредак у пољу естетске медицине у то време одвија се у Енглеској, затим у Америци а тек касније широм света. Већ 1921. године, у Америци се оснива Америчко удружење пластичних хирурга од када се естетска медицина рапидно развија и чије препоруке су данас основна начела у тој области. Временом, ова област медицине трпи различите промене, али спроводе се и едукације из области естетске медицине; 1960. године почињу да се раде захвати попут увећања и подизања груди, затезања лица (енг. *face-lifting*), корекције капака и носа, а већ 1970.-е године естетска медицина и пластична хирургија постају најтраженији и најплаћенији посао (12-14).

Хијалуронска киселина као природни мукополисахарид који синтетишу многе ћелије у организму, се састоји од дисахарида *D*-глукуронске киселине и *N*-ацетилглукозамина повезаних β -1,3 гликозидном везом и први пут је изолована 1934. године на Универзитету Колумбија из стакластог тела ока животиња, а нешто касније, 1952. године утврђена је и структура полисахарида. Каније, 1980. године увођењем колагена најављена је нова ера минимално инвазивних естетских процедура. Од тада па на даље, естетска медицина је прешла дуг пут. Деведестих година, минимално инвазивне естетске интервенције су се унапредиле и наставиле да доминирају на светском тржишту естетске медицине, а хијалуронска киселина се појављује као нови лидер са значајним предностима у односу на остале препарате. 2002. године *FDA* (Америчка агенција за храну и лекове) је издала одобрење за употребу ињекција хијалуронске киселине у естетској медицини, а 2003.-а година је историјска

прекретница у употреби хијалуронске киселине у естетској медицини. Познавајући особине хијалуронске киселине, савремена технологија је омогућила њено синтетизовање вештачким путем када се и по први пут 2003. године, производи препарат хијалуронске киселине под заштићеним називом Restylane®. Са увођењем овог препарата, појављују се и други произвођачи са својом понудом препарата хијалуронске киселине у другим облицима и карактеристикама, а пре свега у погледу различитости у трајању дејства и жељених ефеката. Постоји податак да је у државама Северне Европе до 2010. године регистровано преко 50 препарата хијалуронске киселине на тржишту(15-19).

Мезотерапија је настала у Француској 1952. године, а развио ју је др Михаел Пистор који је имао циљ да убризгава мали број лекова тачно у одговарајуће место. Неколико година касније др Пистор објављује своја сазнања у књизи „La Mesotherapie“, након чега спроводи низ едукација у области мезотерапије, 1978. године у Њујорку, 2007. године у Сингапуру. Од 1987. Године, Академија медицинских наука у Француској укључује мезотерапију у традиционалну медицину, која ће се користити у области неурологије, гинекологије, дерматологије и естетској медицини. За своја револуционарна открића у естетској медицини др Михаел Пистор добија признање „Legion d Honneur“ од државе Француске за иновације у области нехируршке естетске медицине. Данас, мезотерапију примењује преко 20 000 лекара широм света у различитим медицинским областима (20-28).

Поред тога, почетак примене хемијских пилинга као једне од нехируршких метода у естетској медицини датира још из древног Египта. Египћани су пре три хиљаде година приметили да купање у млеку подмлађује кожу тела и чини је еластичнијом. Њима такође приписује идеју о коришћењу производа млечне киселине и сокова различитог воћа. Међутим, ти рецепти за подмлађивање били су вековима заборављени. Историја хемијских пилинга почиње 1882. године, када је немачки дерматолог Паул Герсон Уна, након мноштва експеримената, описао метод примене комбинације салицилне киселине, резорцина и трихлорсирћетне киселине, које је назвао корисним агенсима за обнову коже и лечење низа дерматолошких болести. Експерти разликују два периода у историји хемијских пилинга. Први се односи на период од 80-их година 19. века до 80-их година 20. века. У то време ствара се теоријска база која је постала темељ за практичну примјену пилинга. Тада су откривене и класификоване многобројне супстанце које се примењују у савременој козметологији

а проучавани су њихови клинички ефекти уз помоћ хистолошких експеримената. (29-32). Други период започиње крајем 80-их година прошлог века и траје до данашњих дана и представља време практичне примене пилинга и продубљавања знања о њима. Значајно је споменути америчког дерматолога Обаца који је детаљно проучио механизме дејства трихлорсирћетне киселине (ТСА) и осмислио програм комплексне неге коже током извођења пилинга са овим киселином. Значајан допринос при развоју методе хемијских пилинга имао је и др Јуџин Ван Скот, са универзитета Ханеман у Филаделфији који је увео примену алфахидроксикиселине (АНА) као пилинг средство. Данас, пилинзи се сматрају једном од најтраженијих козметичких процедура иако постоји још много непознаница о њиховој примени (29-35).

Ботулинум токсин је отров који је средином 19. века био препознат као узрок тешке и смртоносне болести ботулизма, а који настаје као продукт анаеробне бактерије *Clostridium botulinum*. Од седам типова, за људску врсту су отровни А, Б и Е подтипови, а доводи до парализе мишића, односно до трајне блокаде преноса нервнoг сигнала блокирањем ослобађања ацетилхолина на нервним завршецима. Прве идеје о могућностима примене ботулинум токсина у сврху лечења настале су још давне 1822. Године али нису заживеле. Идеја добија карактер практичне примене тек око 1980. године, када је примењен у лечењу страбизма. 1989. године у Америци FDA одобрава његову примену у лечењу страбизма блефароспазма и хемифацијалног спазма.

Касније се овим индикацијама додају и нове и примењују се иу лијечењу цервикалне дилеоније, хиперхидрозе (прекомерног знојења), болних синдрома (миопхасиц паин синдроме, хеадацхе), мусцле спасмс, ахаласес, уринари дисордерс, фиссурес оф анал спхинцтер. У посљедње вријеме примјена се проширила иу козметичке сврхе - уклањање пора без скалпела. Козметички ефекти ботулинум токсин тип-А први пут се спомињу 1989. Године од стране пластичног хирурга др Ричарда Кларка који објављује своја сазнања у часопису *Plastic and Reconstructive Surgery*. У складу са тим, FDA одобрава примену ботулинум токсина тип-А за привремено ублажавање умерених до веома изражених бора између обрва, односно глабеларних линија. Под заштићеним називом Botox®, FDA одобрава примену ботулиним токсина-А за индикацију хроничне мигренозне главобоље, блефароспазма, страбизма, фацијалног спазма, цервикалне дистоније, примарне аксиларне хиперхидрозе и глабеларних бора тек 2010. Године (36-42).

Најмлађа метода нехируршке неинвазивне естетске медицине је метода мезонитима која се први пут смомиње 2002. године, када је др Келер први пут спровео интервенције полипропилен нитима и известио о томе. Исте године је откривен и први индустријски бодљикави конач под називом Аптос, а две године касније др Лика је известио о додатним сазнањима у вези са применом Аптоса. 2004. и 2005. године др Ву је објавио рад о компликацијама примене овог препарата. Крајем 2009, године PDO мезонити као нехируршки лифтинг постаје врло популарна метода, а тада почиње и примена тзв. златних нити у побољшању тонуса коже средње трећине лица, која од 2011. године има веома распрострањену примену у свету и код нас за исту индикацију (25-28).

Данас, у свету, ова естетска медицина представља високо софистицирану грану медицине, која покрива широк спектар болести, поремећаја, хируршких и нехируршких процедура, која није посвећена само једном сегменту нити органу, већ обухвата низ процедура по целом телу чији резултат јесте корекција али не само функцијски, већ и естетски прихватљив, што естетску медицину, унутар пластичне и реконструктивне чини важним сегментом.

Упоредо са дешавањима и развојем естетске медицине у свету, социјално-културолошки притисак да се достигне идеал физичког изгледа и у Србији даје свој допринос. У Србији такође долази до повећања броја естетских третмана и интервенција последњих десет година, али се још увек ради на усавршавању неких већ старих техника у свету, а полако се усвајају и нове технике естетске медицине, што наводи на значај ових интервенција.

1.1.2. Тренд пораста учесталости естетских интервенција

Последњих деценија регистрован је значајан тренд пораста броја естетских инвазивних и неинвазивних процедура. Америчко удружење пластичних хирурга је саопштило да је током 2007. године изведено око 11,8 милиона естетских интервенција, што је за 59% више у односу на 2000. годину. Током наредних година дошло је до још већег пораста учесталости ових врста интервенција, па се процењује да је током 2012.-е године спроведено 14,6 милиона неинвазивних и 5,6 милиона реконструктивних процедура. Резултати истраживања која су се бавила овом проблематиком показала су да се највише естетских интервенција уради код особа женског пола (око 12,8 милиона

интревенција), као и у узрасној групи од 40 до 54 године живота (око 6,8 милиона интервенција) (1-12).

Према подацима које је објавило америчко удружење пластичних хирурга, у 2015.године најчешће хируршке интервенције код жена биле су липосукција, повећање груди, затезање стомака, подизање груди и на крају затезање очног капка. Са друге стране, најчешће интервенције којима су се подвргавали мушкарци биле су липосукција, потом естетска хирургија носа, затезање и подизање капака, редукција груди у случају гинекомастије, и на крају фејслифтинг. Статистика поручује да се жене далеко чешће подвргавају естетским захватима (укупно 11,5 милиона појединачних интервенција наспрот укупно 1,2 милиона појединачних интервенција у којима су клијенти били мушкарци.) Ипак, иста статистика показује да је број естетских интервенција код мушкараца забележио раст од чак 325% у односу на 1997.године. Занимљиво је позабавити се и све већом експанзијом неинванзивних метода естетске хирургије од којих су према истом истраживању за оба пола у претходној години најчешће биле ботулинум токсин, хијалуронска киселина, пресађивање косе, хемијски пилинг, микродермоабразија (1-5).

Како популарност естетских интервенција расте, расте и популарност социјалне прихватљивости естетских операција и медијска пажња, а самим тим све веће интересовање за естетске интервенције. Индивидуална мотивација подвргавању естетским интервенцијама повећава жељу да се повећа задовољство собом, самопоуздање и социјална интеракција. Истраживања говоре да је већина пацијената веома задовољни резултатом естетских интервенција на лицу, и да постоји мала субгрупа пацијената која није задовољна. Незадовољство резултатом интервенције је најчешће резултат пре-егзистирајућим психолошким стањем. Истраживања сугеришу да пре сваке естетске интервенције се ураде тестови за искључивање психијатријског поремећаја. Пацијент који је подвргнут естетској интервенцији и није задовољан упркос клинички задовољавајућем резултату, је у ризику да има у будућности следеће психијатријске симптоме: депресија, анксиозност, социјална изолација, деструктивно понашање. Третирањем таквих пацијената доводи до повећаног ризика за погоршање психолошких проблема код пацијента. Један од веома важних услова за успех интервенције је преоперативна припрема пацијента и добра психолошка процена односно, идентификовати пацијенте са већ постојећим психијатријским проблемом, са нереалним захтевима и нереалним очекивањима.

У последњој деценији, естетски медицински третмани постају све популарнији услед развоја сигурнијих, минимално инванзивних процедура са краћим периодом опоравка (43). Све већи социјално-културолошки притисак да се достигне идеал физичког изгледа, повезан са нижим ценама поменутих третмана, додатно смањују страх људи од козметичких медицинских процедура (44). Из тих разлога није необично зашто су неинвазивне и минимално естетске инванзивне интервенције, као што су ботулинум токсин и хијалуронске инјекције, или ласерски третмани коже и кавитација, претекле традиционалне хируршке интервенције по популарности. Међутим, мало се зна о забринутости и проблемима клијената у вези са сопственом сликом тела који стоје у основи овог тренда (1-5, 43, 44).

Број третмана није једнак броју особа које су подвргнуте третманима, јер се сви нехируршки естетски третмани морају понављати у одређеном периоду (најчешће 1-3 пута годишње) како би се одржао жељени изглед, па зато није необично да иста особа има преко пет третмана годишње (45). У Србији, такође долази до повећања броја естетских третмана и интервенција, али то није праћено озбиљнијим испитивањем повезаности карактеристика тих третмана са социокултурним и психолошким карактеристикама пацијената.

1.2. ЕСТЕТСКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

1.2.1. Индикације и инвазивност естетских интервенција

Естетска медицина је данас у правој експанзији и све више добија на популарности, јер подразумева процедуре за подмлађивање и улепшавање које не захтевају велике хируршке интервенције и општу анестезију, а имају кратак период опоравка и релативно су безбедне. Специфичност ове медицине је у томе да се не ради о болесним људима, већ људима који су обично срећни и доброг здравља и једноставно желе брзу "поправку" да би успорили старење или улепшали неки део свог лица и тела. У Сједињеним Америчким Државама је током 2009. спроведено око 10 милиона хируршких и нехируршких козметских процедура, од чега 83% чине нехируршке интервенције (1-3). Данас, савремена естетска медицина нуди скоро неограничене могућности. У задњих неколико деценија су се развиле нове технике и захвати помоћу којих се врло брзо и прецизно санирају деформације коже и ткива.

Када говоримо о индикацијама примене естетских корекција, опет се враћамо на већ поменуто сврху естетске медицине у анти-ејџинг медицини и корективној медицини (46). Иако су у већини случајева индикације за примену хируршких и нехируршких интервенција врло јасне и очигледне, некада су прави изазов за лекара. Дилеме у вези естетских интервенција још увек постоје, и код лекара и код пацијента. У складу са тим, у основи је одлука пацијента о пристанку на естетску интервенцију, естетика, леп изглед, задовољство самим собом и задовољство околине и најближих. У зависности од естетског третмана којем се особа подвргава, разликује је и индикација, али генерално, у основи већине индикација лежи лична жеља и мотивација за решавањем естетског недостатка. Шта следи након интервенције, и шта су последице поновљених третмана, тема је ове докторске дисертације.

Естетске процедуре зависе од година, пола и етничке припадности пацијента. Особе се најчешће опредељују за интервенције које ће их подмладити и учинити атрактивнијим. Међу женама, најчешћи естетски захвати јесу увећање дојки, липосукција, операција очних капака, абдоминопластика (уклањање вишка коже из подручја стомака) и смањење груди (1-5). Мушкарци се подвргавају процедурама које ће их учинити младим и zgodнијим и код њих је најзаступљеније пресађивање косе, липосукција, операција очних капака, операција носа и смањење груди (1-10). Код

тинејдера су заступљене операције за решавање недостатака, којима се други подсмевају, а најчешћа операција је преобликовање носа (3). Припадност одређеним етничким и културним срединама утицај на то да ли ће неко имати естетску операцију, а неки људи би изгледали мање етнички, нпр. азијаткиње раде операције очних капака како би им очи биле округле и крупне, док неки амерички Јевреји и Афроамериканци мењају облик носа, како би био мањи и више налик носу западних народа (47-49).

1.2.2. Класификација естетских интервенција

Све естетске интервенције се у односу технику извођења деле на хируршке и нехируршке, на инвазивне и неизвазивне (47-50). Хируршке естетске интервенције подразумевају примену хируршког третмана у циљу постизања бољег изгледа и хармоније различитих делова тела, а које подразумевају употребу одређене хируршке технике, преоперативне и постоперативне процедуре. У ову врсту естетских интервенција спадају: преобликовање горњих и доњих екстремитета липосукцијом или уградњом имплантата или комбиновано, операције опуштених горњих очних капака, подочњака, носа, клемпавих ушију, подизање и затезање контура лица и врата, подмлађивање, ремоделирање и умекшавање контура, уклањање ожиљака од бубуљица и других интервенција, затим операције уклањања вишка коже после наглог мршављења или опуштене коже препуне стрија после порођаја, уклањање масних наслага на предњем и бочном трбушном зиду липосукцијом, преобликовање фигуре комбинованим методама липосукције и тоталним лифтингом трупа, операције повећања и смањења груди, подизања, кориговање асиметрије, подмлађивање спољашњих гениталија филерима и радиоталасном хирургијом.

Нехируршке естетске интервенције подразумевају све интервенције које се обављају амбулантно, без употребе хируршког ножа, уз помоћ најмање агресивних процедура од руку хирурга, преко употребе мало агресивних хемијских препарата, ролера и инјекција. Врло често се фраза „подмлађивање у паузи за ручак“ користи као синоним за нехируршке минимално инвазивне естетске интервенције, због своје практичности и једноставности примене.

У нехируршке процедуре подразумевају контурирање структура лица, усана, јагодичне регије, орбиталне регије - привременим и трајним филерима, што подразумева додавање волумена одређеним деловима лица, ублажавање ситних и дубоких бора, постизање једрине и мекоћу целокупне коже лица, методе пилинга,

методе подмлађивања хемијским агенсима и алгама, сопственом крвљу, хијалуронском киселином и ботулином токсином.

Америчко удружење за пластичну и естетску хирургију, класификовала је све естетске интервенције у четири категорије, према делу тела на коме се изводе (1-3):

1. Грудни: а) ревизија груди, б) подизање груди, ц) повећање груди, д) смањење груди е) импланти ф) смањење груди код мушкараца
2. Тело: а) затезање руку, б) затезање доњег дела тела, ц) повећање задњице, д) интервенције након губитка килограма, е) не-хируршко уклањање масти, ф) затезање стомака, г) липосукција, х) обликовање тела
3. Глава: а) повећање трепавица, б) затезање коже лица (фејслифтинг) ц) преобликовање носа, д) импланти лица, е) повећање јагодица, ф) затезање цела, г) повећање браде, х) трансплантација косе, хирургија уха, и) повећање усана, ј) затезање очних капака
4. Кожа: а) дубоки хемијски пилинг, б) ласерско уклањање длака, ц) подмлађивање руку, д) микро-пигментација, е) не-хируршко затезање коже, ф) микро-дермо-абразија, г) светлосни хемијски пилинг, х) обнављање коже, и) ињекције масти, и) лечење мрежа капилара, ј) ињективни препарати

Поједини аутори класификују естетске интервенције према инвазивности на људски организам. Према једној оваквој класификацији, све естетске процедуре могу се поделити на две категорије - инвазивне методе и неинвазивне методе (47).

Неинвазивне методе укључују интервенције на површини тела. То су минимално инвазивне процедуре, не захтевају много времена и не укључују операцију у којој лекар засеца пацијента, дакле нема хируршке процедуре. Последњих десетак година, дошло је до драстичног развоја неинвазивних техника естетске хирургије, као што су филери, који надокнађују волумен лица који се губи са годинама, као и ињекције токсина, које бришу боре. Такође, доступни су ласери и друге технологије засноване на светлосним зрацима, које се користе за подмлађивање лица, руку, груди, као и за уклањање естетских ефеката насталих због старења, излагања сунцу, лошим навикама у исхрани и пушења. Број неинвазивних процедура је у порасту с` обзиром на то да не захтевају операцију, а нежељени ефекти су минимални. Предности ових неинвазивних процедура су кратка процедура, неупотреба анестетика и опијата, максималан комфор при чему

процедура не оставља ожиљке нити друге последице, а оно што је такође битно и због чега ове методе уживају велику популарност је та што су резултати одмах видљиви. Метода која захтева до 5 ml препарата је козметско-медицинска корекција на лицу, а метода која захтева количину већу од 5 ml је неинвазивни фејслифтинг (12-15).

Инвазивне методе подразумевају класичну хируршку процедуру, односно операцију која се ради под анестезијом у клиници. Ове процедуре се могу груписати према жељеним ефектима. Обликовање тела подразумева процедуру која мења облик већих телесних површина. Може се радити на стомаку, задњици или ногама. Овде спадају липосукција, абдоминопластика, уметање импланта, операције дојки и операције лица (20, 21).

1.2.3. Нехируршке неинвазивне интервенције ботулиnum токсином

Ботулиnum токсин (Botox®, Dysport®, Xeomin®, Myobloc®, Azzalure®, Vistabel®) је пречишћен токсин који се користи као блокатор нервних сигнала из мозга до мишића убризгавањем веома мале количине у одређене мишиће на лицу како би онеспособио мишић и изазвао релаксацију. Постоји седам подтипова, а од у људској популацији се користе типови А, Ц и Б. На овај начин ботулиnum токсин делује као блокатор мишића парализујући га и не дозвољавајући мишићима да се померају те се отклања узрок нежељених бора, саме боре а кожа је затегнута и глатка. Ботулиnum токсин се убризгава директно у циљани мишић за лечење вертикалне линије између обрва (глабела) и око носа, те око очију, хоризонталне боре на челу и на врату. Такође, ботулиnum токсин се може користити за позиционирање обрва (у случају асиметрије обрва). Ово се често јавља код ослабљених и опуштених мишића, те се ботулиnum токсином ово може санирати. Остали мишићи, као онај за подизање обрва остају нетакнути па добијамо симетричан природан изглед. Важно је напоменути, да се ботулиnum токсин користи и за подизање углова усана (линија осмеха), али су резултати често незадовољавајући, јер су ти мишићи неопходни за важне функције, попут јела и мимична ескпресија може бити измењена. Лечење подразумева убризгавање веома мале количине ботулиnum токсина у мишиће да би их онеспособио. Лечење се добро подноси и траје веома кратко уз минималан опоравак. Ботулиnum токсин почиње да делује 3 до 7 дана након убризгавања. Резултати углавном трају око 3 до 6 месеци, после чега ефекат постепено бледи и потпуна функција мишића се враћа.

Резултати поновљених третмана обично трају дуже из простог разлога јер се мишићи навикну да се не користе (нпр. мрштење је често ствар навике па кад се мишићи навикну на неактивност ефекат следећег третмана буде продужен). Ботулинум токсин је метод избора за горње трећину лица и код бора који се јављају у активном стању тј. при мимици, али се за санирање боре у пасивном стању или стању мировања уз употребу ботулинум токсина користе и друге врло ефикасне методе естетске медицине (50-53).

1.2.4. Нехируршке неинвазивне интервенције хијалуронском киселином

Хијалуронска киселина је природна компонента нашег тела и неопходна је за одржавање влажности, чврстине и еластичности коже а добијена синтетским путем користи се у естетској медицини (Stylage®, Juvarem®, Restylane®). Фактори из животне средине, попут излагања сунцу, загађење и слободни радикали, утичу на природан процес старења, па ниво хијалуронске киселине који се природно налази у нашој кожи с годинама се смањује. На тај начин наша кожа постаје сувља, тања и губи еластичност. Због ових промена, линије и боре почињу да се појављују на нашој кожи. Са хијалуронским филерима неоперативно можемо отклонити ове промене и побољшати општи изглед коже.

Хијалуронски филери су метод избора за боре који се налазе у стању мировања и за надокнаду волимена на лицу. Хијалуронски филери су *cross*-линковани гелови хијалуронске киселине који нису животињског порекла, стерилни су и апирогени, са физиолошким рН и осмоларношћу, паковани у готовој инјекционој форми од 1, 2 или 3 ml за једнократну употребу. Филерима са хијалуронском киселином, са којима површина коже постаје глатка, свежа и бришу се знаци старења на потпуно природан и безбедан начин. Предност употребе хијалуронских филера је не-хируршки третман са одмах видљивим резултатима и могу се поновити након неколико месеци. Хијалуронска киселина је не-животињског порекла и производи се јединственом технологијом у складу са највишим безбедносним стандардима. Гелови су апсолутно чисти, контролисани и изузетно добро се толеришу након апликације (54-57).

1.2.5. Нехируршке неинвазивне интервенције- мезотерапија

Мезотерапија је ефикасна медицинска и традиционална метода којом се активна супстанца ињектира у средњи слој коже познатог као мезодерм. Мезотерапија се може применити на кожи лица, врата, деколтеа и шака, у циљу регенерације и затезања коже

и смањивања процеса старења, а на телу се може применити у циљу уклањања масних наслага, лечења целулита и затезања коже. Различити ефекти постижу се комбинацијом одговарајућих активних супстанци и протокола, а примењују се мануелно или апаративно. Основне су три групе активних супстанци: липолитици, вазоактивне супстанце и стимулатори фибробласта. Од липолитика у мезотерапији се користе 2% 5% јохимбин алфа, аминофилин, еуфилин, фосфатидилхолин, деоксихолат, L-карнитин, кофеин, коензим А, хијалуронидаза, колагеназа, зелени чај. Од вазоактивних агенаса у мезотерапији се користе кумарин, буфломедил алфа, мелилотус, гинко билоба, прокаин, лидокаин и калцитонин а од стимулатора фибробласта у употреби су колаген, еластин, плацента, натријум пируват, витамин Ц, *Centella asiatica*, хијалуронска киселина, хондроитинсулфат и други (57-60).

Мезотерапија подразумева примену коктела природних и синтетских супстанци који стимулише кожу на продукцију сопственог хијалурона. Коктели који се користе за млађу кожу садрже мању количину хијалурона, чак 10 до 16 пута мању од оне која се налази у коктелима за кожу после 45. године. Сматра се да кожа треба да продукује сопствени хијалурон што је могуће дуже и више. Хијалурон у мезотерапијским коктелима није трајан већ постиже потребан терапијски ефекат и нестаје, а кожа захваљујући њему остаје свежа, једрија, изхидријанија, док остале супстанце коктела - витамини, минерали, коензими, аминокиселине, нуклеинске киселине - делују биостимулативно и омогућавају правилну синтезу новог колагена и хијалурона. Правилном техником мезотерапијског ињектирања стимулишу се фибробласти и кожа се буди. Мезолифт и мезоглоу су методе подмлађивања које подразумевају стимулацију коже лица, врата, деколтеа посебном техником боцкања коже и уношењем потребних мезотерапијских коктела који садрже потребне супстанце неопходне за регенерацију и ревитализацију коже (58-60).

1.2.6. Нехируршке неинвазивне интервенције- мезонити

Мезонити представљају минимално инвазивну не-хируршку методу подмлађивања, која се користи у сврху побољшања тонуса и изгледа коже. Мезонити примену налазе на лицу и телу, савршене су за подизање јагодица и затезање виличних линија, као и за подизање брадавице, затезање стомака и унутрашње стране бутина. Мезонити су влакна (обично од ресорптивног хирушког краја PDO-полидиоканон), који уводе се под кожу иглом којима се кроз неколико фаза остварује ефекат на кожу. Прва

фаза траје 3-12 недеља, при чему се хидролиза нити дешава искључиво на површини, нити губе 9% тежине, јачина ните се не мења. Затим настаје друга фаза разградње од 4-6 (зависно од дебљине нити) месеци, при чему у наредних 60 дана 90% снаге губи нит и губи само 1,5% масе. У шестом месецу од апликације због промене рН, нити се потпуно разграђују. Карактеристике PDO нити су зависне од фазе, тако у првој фази настаје микротраума, хемостаза, па вазодилатација и посттрауматска инфламација, у другој фази оток се појачава и након 3 дана се смањује и гранулационо ткиво почиње да се формира, док у трећој фази почиње синтеза проколагена и у наредним месецима сазревање колагенских канала (50-55).

У односу на индикације, прави се мрежа нити те се на тај начин затеже кожа, уклањају се боре и вишак коже и кожа се може преобликовати. Према жељеним резултатима и региону која се третира се уводи одређен број игала под кожу које се потом ваде а нити остају у кожи. На месту убода остају само мале тачкице које се повлаче после пар сати а резултати су одмах видљиви али пун ефекат се постиже тек после пар месеци. Пошто се мезонити постепено разграђују па самим тим се и колаген постепено ствара добија се потпуно природан изглед без губљења мимике. Примена метода мезонитима су погодне код особа које имају изражене боре између обрва, око уста, или на целом лицу, као и код опуштене коже лица, подбрадка, руку, стомака, ногу. Такође, мезонити се примењују и код превенције настанка бора али је ипак препоручљиво за особе изнад 30 година. Мезонитима се осим уклањање бора и уклањања вишка коже појачава тонус коже те се постиже природно млађи изглед. Контраиндикације код третмана мезонитима као и код многих естетских третмана, мезонити се не препоручују код особа које имају аутоимуна обољења, поремећај коагулације крви, инфекције коже или екцем, јаке алергије или онколошка обољења (59, 62).

1.2.7. Неинвазивне интервенције биолошким агенсима –PRP (Plasma Rich Platets)

PRP терапија је нехируршка метода револуционарна метода у естетској медицини при којој лекар употребљава минималну количину крви пацијента за подмлађивање коже. PRP подразумева издвајање ћелија и протеина који се налазе у крви и убризгавање у кожу. Тако се поспешује обнављање коже и поткожног ткива. Део крви по којој је метода добила име је PRP (**p**lasma **r**ich **p**latets) или у преводу, плазма

богата тромбоцитима. Овим поступком на природан начин подстиче регенерацију и опоравак ткива на лицу, смањују боре и побољшава тонус коже на лицу, ублажити ожиљци, зауставити опадање косе и поспешити раст. PRP је метода у којој концентрација тромбоцита у малом волумену плазме износи преко 10^6 у mm^3 односно 2- пута већа него крви при рН of 6,5 – 6,7 (рН крви = 7,0 – 7,2) (60-63).

У PRP-у се уз тромбоците налази седам фактора раста које луче тромбоцити а који надаље стимулишу процес обнављања и управо суштина третмана су тромбоцити (крвне плочице) који садрже бројне факторе раста али и протеине укључене у адхезију фибрин, фибронектин и витронектин. Они стимулишу производњу колагена и кератина. Будући да се код овог третмана користи крв пацијента, не уносе се синтетичке супстанце и не постоји могућност нуспојава (61-63).

1.2.8. Неинвазивне интервенције механичким (микродермоабразија) и хемијским агенсима (хемијски пилинзи)

Микродермоабразија представља нехуруршку методу естетске медицине за подмлађивање и обнављање коже. Микродермоабразија је процедура површног отклањања стратум корнеума и ефикасне редукције финих линија бора око очију, флека на лицу и ожиљака од акни. Овом процедуром стимулише се обнављање кожних ћелија и колагена. Лечење се састоји у томе што се ради површна плитка абразија епидерма коже (64).

Хемијски пилинг коже представља минимално инвазивну нехирурушку методу, која применом хемијских средстава уклања недостатке на кожи, хиперпигментације изазваних сунчевом светлошћу или другим факторима, акни и црних комедона, финих бора, ожиљака насталих након акни или грубе коже настале услед оштећења. Хемијски пилинзи могу се радити на лицу, врату, шакама, рукама и ногама. У зависности од дубине, могу бити површни хемијски пилинзи, средње дубоки хемијски пилинзи и дубоки хемијски пилинзи. Хемијски пилинг се може спроводити различим хемијским агенсима, као што су воћне киселине, салицилна киселина али и висока концентрација ретинола, гликолане, манделичне и лактичне киселине, трихлорсирћетном киселином (ТСА). Зависно од стања коже која се третира наведени пилинзи могу се комбиновати са другим врстама пилинга или другим процедурама, о чему одлучује лекар. Микродермоабразија је метода која може да се комбинује и са хемијским пилингом што појачава дејство (64-66).

1.2.9. Неинвазивне интервенције ласером и ултразвуком

Примена аблативних и неаблативних ласера су неинвазивне нехируршке методе третирања дубоких бора као и у постизању бржих резултата у третирању ожиљака. Подразумевају потпуно уклањање површног оштећеног слоја коже и стварања нове подмлађене коже. Ласерски сноп је сконцентрисани ваздух светлости у једној тачки, тако да нема никаквог зрачења, а такође захваљујући најсавременијим ултрапулсним ласерима, ваздух је велике снаге и веома кратког времена деловања тако да не оштећује околна ткива тј. дубље структуре (крвне судове, нерве, лимфне жлезде). Благо термосензитивно дејство разбија везе између сраслих еластичних влакана и стимулише стварање нових ћелија колагена, што доводи до затезања и подмлађивања коже, па чак и ожиљног ткива (67, 68).

Ласером се у потпуности и трајно, са свега неколико третмана могу уклонити проширени капилари и венуле на лицу. Различите врсте ласера могу да смање и потпуно уклоне различите облике пега и флека. Дуготрајност ефекта третмана зависна је од врсте ласера као и врсте пигментације која се уклања. Ласери су конструисани за уклањање пигмента који се налази у трећем слоју коже. Ризик од компликација старе технологије CO₂ ласера и инфекција након ових процедура учинила је да се пацијенти и лекари окрећу неаблативни ласерима, који нису ни близу ефикасности аблативних. Напретком технологије омогућено је коришћење аблативног CO₂ ласера без бојазни од компликација у такозваном фракционисаном моду (69).

Радиоталасни лифтинг је такође неизвазивна нехируршка метода идеалан за оне који желе да затегну и учврсте кожу лица и врата а да то учине на један максимално комфоран начин. Овом методом могуће је постићи и веома задовољавајући ефекат када је реч и о опуштеној кожи читавог тела, пре свега стомака, унутрашње стране надлактица и бутина. Абразија радиоталасима је врло ефикасна метода уклањања као и абразивни CO₂ ласер. Међутим, велика мана ових процедура је трајно оштећење пигмента тако да на месту тамног поља које било третирано може остати поље са мање пигмента. Амерички радиоталасни лифтинг који користи фреквенцију радиоталаса направио је револуцију у свету у овој области. Његовом применом кожа лица постаје чвршћа, fine боре невидљиве, дубље се редукују, а кесице испод очију смањују за 30 одсто. Обзиром на снагу и могућности овог радиоталасног апарата (овај исти амерички

апарат се користи у хирургији за различите хируршке захвате, укључујући фаце лифт) радиоталасни лифтинг на овом апарату може радити искључиво лекар посебно едукован за рад на њему. Учинак овог радиоталасног лифтинга су велике (70).

Третмани ултразвучним (УЗ) таласима су неинвазивне методе чишћења коже и тзв. кожных аднекса где спадају и лојне жлезде. Третмани се изводе ултразвучном спатулом (*ultrasonic scroober*) која ради на подесивим фреквенцијама од 25000 Hz и више. Механичким дејством вибрација спатуле је могуће са лакоћом скинути површински слој мртвог епидерма, отворити канале лојних жлезди и знојних жлезди. Вибрације које се преносе у дубину дерма истискују садржај набора, као и лојних и знојних жлезди. На тај начин се постиже чишћење површине козе и кожных аднекса од нечистоћа. Осим тога, масажни ефекти ултразвучних таласа побољшавају циркулацију и лимфну дренажу коже. Део енергије ултразвучних таласа се трансформише у топлотну енергију па због тога постоје и благотворни, стимулишући ефекти на синтезу колагена и еластичних влакана, као и на њихово ремоделирање (70, 71).

1.3. МЕДИЦИНСКИ АСПЕКТ И ЗНАЧАЈ ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА

Процес старења је континуиран процес. Сви процеси старења органа и ткива резултирају тродимензионалним променама облика и контура лица; променом квалитета коже, лабавост, набори, пигментације; и површинске промене, укључујући и грубости и задебљање коже (72).

Примарни спољашњи узроци старења коже су окарактерисани као "три С" промене, настале услед деловања сунчане светлости и последица ултраљубичастиг зрачења, пушења и стреса (енг. Sun, Smoking, Stress). Који повећавају оксидативни стрес помоћу реактивног преоптерећења врста кисеоника и пратећег антиоксидативног исцрпљивања, при чему се активирају вишеструки биохемијски путеви. Хронична изложеност овим факторима промовише губитак колагена изазивањем супресије трансформишућег фактора раста- β рецептора II; прекомерну експресију колагеназа матрикс-металопротеиназа; и повећања запаљења путем нуклеарног фактора капа β пута. Ултраљубичасто зрачење такође директно оштећује структурни протеини коже (73, 74).

Унутрашњи фактори старења коже односе се на прогресивно опадање антиоксидативног капацитета старењем, заједно са повећаном продукцијом реактивних кисеоничних врста (РОС) током оксидативног метаболизма у ћелијама коже, доприносећи настанку оксидативног стреса. Хромозомска анализа старења ћелија открива да старењем настаје прогресивно скраћивање теломера, повезано са оштећењем ткива. Стопе спољашњег и унутрашњег старења знатно варирају а зависе од индивидуалног излагања узрочним факторима али и од наследне предиспозиције.

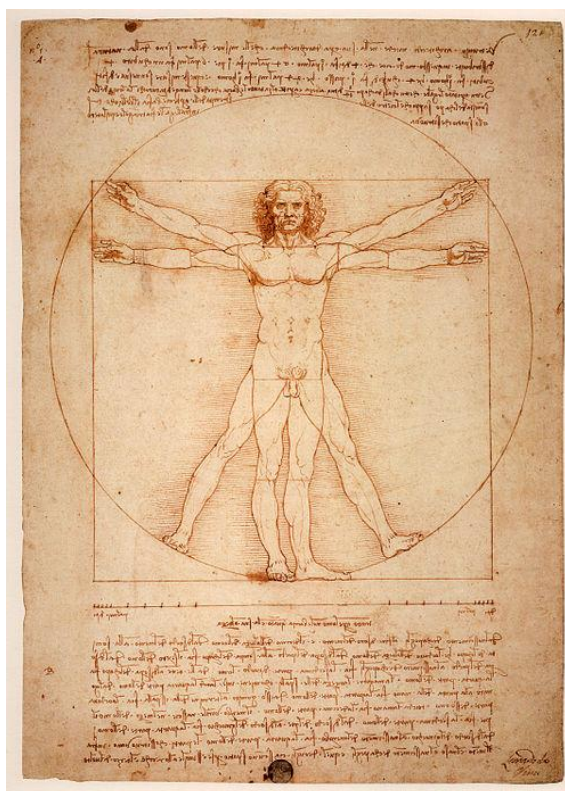
Мултифакторијална анализа узрока старења лица даје образложење и оправдава примену различитих естетских интервенција (75, 76).

1.4. ПСИХОЛОШКИ АСПЕКТ И ЗНАЧАЈ ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА

О значају естетске медицине говори поменута чињеница да решавање естетских недостатака на телу, доводи до психичких промена и чак излечења. Истраживања показују како људи који припадају категорији лепих и привлачних, имају бољи животни стандард, нуди им се више прилика, бољи послови, уопштено, задовољнији су и срећнији од оних мање привлачних (79, 80).

Идеју да естетски третмани могу деловати на исти начин као и психоанализе, помажући пацијентима да се ослободе опасних нервних обољења, развио је током претходних деценија славни бразилски пластични хирург др Иво Питангуи (*dr Ivo Pitanguy, 1923-2016*). У својим књигама описао је да естетске корекције помажу људима да живе бољи и квалитетнији живот, а својим делима изнова је указивао на ту чињеницу током свог живота. По његовим речима, естетска медицина је „покушај да се ускладе тело и дух, емоције и разум, и има за циљ да постигне равнотежу која омогућава појединцу да се осећа у складу са својом сликом и са универзумом који га окружује“ (79, 80).

Рационално посматрајући, поставља се питање шта је заправо лепота? Идеал лепоте предмет је многих филозофа, песника, сликара и многих других вековима, а тема је још увек врло актуелна. Последњих деценија, појам лепоте се везује за научно-медицинска схватања и сазнања, пропорцији и односу према целини. Под лепотом се подразумева управо пропорционалност и симетричност како тела, тако и лица. Сликара и истраживач Леонардо да Винчи (1452-1519) је нагласио значај пропорционалности делова тела самостално и у односу на цело тело, помоћу цртежа људског тела уцртаног у кружницу и квадрат (Слика бр. 1) (80-84).



Слика бр. 1- Витрувијев човек, цртеж Леонарда да Винчија настао око 1487. године (81)

Уз цртежу се налазе и белешке засноване на делу чувеног архитекте Витрувија. Урађен је пером и мастилом на папиру, а приказује фигуру мушкарца у два позицијама које се преклапају, са раширеним рукама (у једној) и раширеним рукама и ногама (у другој), око којих су истовремено описани кружница и квадрат. Цртеж и текст понекад се називају Законом пропорција или, ређе, пропорције човека, и чува се у Галерији *dell'Accademia* у Венецији. Цртеж је заснован на корелацијама идеалних људских пропорција и геометрије које је описао старо-римски архитекта Витрувије у трећој књизи своје расправе *De Architectura* (О архитектури) (81). Он је описао људску фигуру као основни извор пропорција међу тзв. класичним архитектонским порецима. Овај цртеж представља спој уметности и науке током ренесансе те је савршен пример Леонардовог занимања за пропорције. Такође представља и камен темељац Леонардових покушаја да успостави односе између човека и природе. И други уметници покушали су осликати овај концепт, али са мање успеха. Витрувијев човек данас се користи као савремени симбол медицинских професионалаца и медицинских естаблишмента. Многе медицинске компаније прихватиле су ово уметничко дело као симбол њихове групе, компаније или организације, нарочито у САД-у, Саудијској Арабији, Индији и Немачкој (80-83).

Тврдња теоретичара естетике да је особеност естетске функције у томе што она „нема никакав конкретан циљ, није усмерена на извршавање било каквог практичног задатка, већ само изазивање естетског задовољстава“ и да се она „пре свега везује за форму ствари или чина“ (Макаржовски), се у наведеним случајевима не може прихватити. Сваки покушај да се одвоји естетика од функције у естетској медицини и хирургији постаје апсурдан. Суд по коме је нешто лепо је парадигма естетском суду о укусу. Међутим, и поред постојања неких (универзалних) стандарда укуса, не може се избећи мишљење да су судови о лепом базирани на субјективним осећањима задовољства, опажајног, али и сваког другог (82, 83).

Пацијенткиња којој је учињена естетска корекција носа, незадовољна, тужи докторе. Није задовољна изгледом носа јер је очекивала да ће после операције наћи брачног партнера, добити (бољи) посао, решити социјални статус итд. А није. Ђакон који тражи да му се надокнаде прва три ампутирана прста десне шаке како би вршио свештену функцију. Човек који захтева увећање носа не би ли изгледао мужевније. Захтеви за променом пола, идентитета имају, такође, своју мотивацију. Има ли у овим случајевима естетика "конкретан циљ"? Свакако да. И, то је оно што је чини функцијом. Можемо тврдити да форма, односно естетика "per se" има улогу функције, дакле, да је естетика функција. Не само ради постизања личног задовољства пацијента, већ и као фактор у остваривању одређених циљева и потреба.

Са друге стране, лични доживљај и слика тела је свакако битан узрок и последица естетске интервенције. Слика тела је психолошка репрезентација доживљаја сопственог тела; она је део активног процеса диференцијације и интеграције животних искустава са сопственим телом и реакција других на њега (85). Константна потреба да се достигне идеал физичке лепоте заједно са променљивим идејама како у ствари идеално женско и мушко тело изгледају, води не само повећаном стресу, фрустрацији и анксиозности, већ може резултирати и развојем негативне слике тела и другим психолошким проблемима повезаним са физичким изгледом (86). Истраживања незадовољства сликом тела и поремећаја у доживљају тела су доживела велики пораст у последњих пар деценија, углавном због тога што је вишеструко потврђена њихова кључна улога у развоју поремећаја исхране и гојазности (86).

Из тог разлога, због реалних бенефиција које имају природно лепо људи, није зачуђујуће што они према којима природа није била тако дарежљива, теже побољшању свог физичког изгледа, а тиме и самопоуздања, као и квалитета живота.

Циљ естетске интервенције је постићи хармонију и склад што ближи Канону идеалних мера, односно Златном пресеку (52, 53). Тај Канон познат је у уметности и архитектури као златни пресек и представља најскладнији облик и најлепшу пропорцију. Идеални изглед људског лица и тела у потпуности је подређен Златном пресеку, а видимо га код античких скулптура Фидије, Пракситела, Поликлета или код Микеланђеловог "Давида". Вековима представљајући Канон идеалне лепоте лица и тела изражава се кроз размеру, где се мање према већем односи као вече према целини и која се још назива и "Божанска пропорција". Потпуно је очекивано да је примена Златног пресека (Канон идеалних мера) значајно утицала на планирање естетских захвата, не само на лицу већ и код низа естетских интервенција на телу пацијената. Та дефинисана материјализована размера се изражава математичким путем (79-82):

$$\frac{a+b}{a} = \frac{a}{b} = \varphi \quad \varphi = \frac{1 + \sqrt{5}}{2} \approx 1.6180339887\dots$$

Може се ради поређења пренети на контуре лица (брада, усне, вилични углови, нос, очи, јагодичне кости, чело) или делове и контуре тела (рамена, груди, струк, бокови, бедра, листови) и утврдити сва одступања од идеалних мера (изгледа) тих структура, а да би приликом естетске интервенције постигли хармонију и склад што ближи Канону идеалних мера односно Златном пресеку. Врхунски естетски резултати постигнути у дугогодишњој пракси доказали су исправност таквог приступа.

Применом овог принципа у пракси постижу се врхунски естетски резултати, а искључује се недоумица и лични укус лекара. Суштина је да се естетски резултати подигну на ниво објективног и хармоничног. Естетска медицина, често није само вештина заснована на науци него и "уметност" на свој начин (80-85).

Досадашња литература (87), показује да скоро 50% пацијената који се желе подвргнути козметичко-медицинским процедурама имају неки психолошки проблем, као што су анксиозност, депресивност, ниско самопоуздање, нарцистички и

хистрионични поремећаји личности. Такође, велики део пацијената представљају младе особе које немају стварну физичку потребу за естетском корекцијом, али да се тим интервенцијама подвргавају из других, психолошких разлога. Ови проблеми могу утицати и на незадовољство резултатима спроведених естетских интервенција након чега следи континуирано незадовољство и жеља за поновним интервенцијама које немају реалну физичку основу чак ни у временској пролазности описаних третмана.

Из тог разлога, посебна пажња у овом раду, биће усмерена на особе које учестало раде естетске интервенције, нарочито оне које те интервенције раде на различитим деловима тела, јер се претпоставља да је код њих незадовољство сликом тела најинтензивније и најширег обима.

1.5. ЕМОЦИЈЕ И НАСТАНАК НЕЗАДОВОЉСТВА

Емоција је унутрашњи феномен који може да се испољи кроз изразе лица и понашања али и не мора. Неки истраживачи посматрају емоције као физиолошке реакције и фидбек (енг. *feed-back*) периферног нервног система. Физиолошко мерење емоција је могуће, и то преко откуцаја срца и електродермалних одговора, али и фацијалних експресија. Заправо, мерењем фацијалних израза добијамо информације о емоцијама индивидуе. Поред тога, већина истраживача сматра да су емоције колекција когнитивних процена, а мера емоција је самопроцена испитаника. Гледано из угла нашег истраживања, важно је знати шта је узрок емоција. Дакле, људска бића су биолошки припремљена да одговоре на специфичне објекте и догађаје са специфичним емоционалним одговором, или су побуђене процесом евалуације који повезује догађаје из окружења са тренутним циљевима и потребама дате особе. Међутим, емоције су и продукт комбинације ова два процеса (86).

Емоција је феномен који се може манифестовати на различите начине како психолошки тако и из аспекта понашања. Компоненте емоције су субјективна осећања, изражено моторичко понашање, когнитивна процена и физиолошка реакција. Постоје различите теорије о томе да ли су емоције биолошки или социјално условљене, односно да се наслеђују или су стеченог карактера. Теорија Катарине Брицис је да се емоције развијају од рођења, па тако тек рођена деца имају 1 емоцију - дифузно узбуђење, затим са 3 месеца се већ развијају задовољство и незадовољство као емоције, са 6 месеци незадовољство се диференцира у страх, гађење и бес, са 12 месеци задовољство се диференцира у усхићење и приврженост, а са 2 године живота љубомора се развија из незадовољства а радост из усхићења. Током даљег развоја и одрастања емоције постају разноврсније и комплексније, ређе и мање интензивне али и де-соматизоване, односно њихова експресија може постати невидљива околина. Такође, одрастањем емоције постају регулисане, када се њихов интензитет, трајање и квалитет могу вољно модификовати. Данас је ипак општеприхваћена дефиниција да су емоције генетске и стечене предиспозиције да се реагује искуствено, физиолошки, и понашајне на специфичне интерне и екстерне варијабле (86-90).

1.6. НЕЗАДОВОЉСТВО СЛИКОМ ТЕЛА

Слика тела је субјективни доживљај сопственог телесног изгледа а који одражава емоцију, перцепцију и мишљење особе везано за њено тело. Слика тела одражава ставове, мишљење и емоције везане за сопствено тело, и представља начин на који особа доживљава себе и своје тело. Како особа себе доживљава није увек реална слика и субјективан је осећај, па из тог разлога за многе представља извор незадовољства као емоције. Савремено доба и напредак естетске медицине врши друштвени и социјални притисак на телесни изглед појединца, а како је већини недостижан, управо настојање да се постигне идеал, доводи до незадовољства изгледом. Незадовољство сликом тела представља субјективну негативну процену сопственог изгледа тела, или делова тела или његових карактеристика, попут величине и/или облика, чврстоће итд. Емоција незадовољстава може се кретати од благог незадовољства неким делом тела до екстремног омаложавања свог изгледа. Заправо, у сржи незадовољства лежи раскорак између тела онаквог каквог га видимо и онаквог каквог бисмо желели да буде, а што је тај раскорак већи, веће је и незадовољство телом (87-91).

Слика тела мултидимензионалан је конструкт који у себи садржи интерне и спољашње факторе и истраживачи разликују компоненту става о телесном изгледу и перцептивно искуство изгледа тела, док Липовски (92) додаје и бихевиоралну компоненту која се односи на стално проверавање сопственог изгледа, као и избегавање ситуација које изазивају анксиозност. Срж незадовољства сопствене слике тела представља дискрепанца између перципираног и идеалног ја, било да се ради о нашем унутрашњем идеалу или идеалу наметнутом од стране друштва (87-92).

Дубље посматрано, различитим биолошким и психолошким као унутрашњим, и културалним и социјалним као спољашњим факторима је условљено формирање сопствене слике о телу. У литератури се наводе основне компоненте слике тела, перцептивна и субјективна. Перцептивна компонента се односи на перцептивну тачност процене величине, облика и тежине сопственог тела у односу на стварне пропорције и одређује се мерењем целог тела или делова тела. Субјективна компонента се односи на емотивни доживљај сопственог тела, на задовољство и незадовољство вечичином и обликом тела, и укључује и ставове особе који се односе на телесни изглед у целини или на поједине делове тела и телесне карактеристике (93, 94).

У основи објашњавања настанка и/или развоја незадовољства сликом тела, четири су основна приступа: социјално поређење, социо-културални притисак, развојни приступ и притисак околине (95-100).

Развојни приступ усмерен је развојне факторе који су посебно изражени током детињства и адолесценције, а усмерен је на циклус пуберталног сазревања, односно на период уласка у пубертет у односу на вршњаке, као централног чиниоца у каснијем настанку незадовољства сопственим телом.

Будући да је слика тела субјективни доживљај особе и субјективно искуство, врло често она није у складу са реалним особинама тела. Током развоја, тело се развија и мења, а тиме и карактеристике тела, док се свест о сопственом телу развија врло рано. Резултати истраживања показују како деца већ са шест година изражавају незадовољство телом и забринутост телесном тежином, које се развојем и старењем повећава. Уласком у пубертет, у кратком временском року дечји телесни изглед одједном поприма драстичне промене које захтевају и психолошко прилагођавање, па због тога изглед тела постаје једна од главних преокупација адолесцената (95-102). Како се самопоштовање у адолесцентном добу темељи на слици тела, ако је негативна, онда долази до низа негативних осећаја и веровања о себи. Управо тада, током адолесцентног доба, забринутост за сопствени изглед и психичке промене услед преласка детета у одраслу особу, имају важну улогу у развоју депресивних поремећаја, поремећаја исхране и ниског самопоштовања, као фактори ризика (96-103).

Према приступу социјалног поређења, ризик за развој незадовољства сликом тела већи је код особа које свој изглед често упоређују са изгледом других у односу на особе које то ређе чине. Према социо-културалном приступу, највећи притисак на особу имају социо-културални утицаји, а нарочито визуелни медији као извори снажних порука. Са тим вези је и приступ који се темељи на негативном вербалном коментару, који заправо представља притисак околине и изложеност задиркивању у форми примедба околине везаних за изглед а који узрокује настанак незадовољства и нарушавање општег психо-социјалног функционисања али и ниско самопоштовање. Култура у којој живимо, као и наметнути нам стандарди о идеалном изгледу људског тела имају снажан утицај на нашу перцепцију тела, као и на развој незадовољства телесним изгледом. Социо-културно окружење може допринети развоју незадовољства телом преносећи норме о идеалном телесном изгледу путем медија, посебно огласа

модне и козметичке индустрије које зарађују на рачун незадовољства телом (15, 85, 88-90, 97).

Степен у коме су особе незадовољне сопственим телом има снажне импликације на њихово самопоимање, самопоштовање и социјално понашање те на развој поремећаја храњења. Истраживања показују да забринутост и незадовољство телесним изгледом није искључиво одлика жена јер социо-културална очекивања о идеалном телесном изгледу утичу и на мушкарце. Дакле, незадовољство телом различито се манифестује код жена и мушкараца; оно код жена иде увек у смеру губитка телесне тежине, док се код мушкараца огледа у губљењу и добијању на телесној тежини, посебно мишићној маси. Незадовољство телом израженије је код жена, до те мере да је постало готово нормативно у западним културама. Жене су забринутије и мање задовољне изгледом у односу на мушкарце, склоније су прецењивању властите телесне тежине, исказују већу забринутост. Многе жене имају искривљену слику свог тела; перципирају да је њихова тежина већа од идеалне, доживљавају дискрепанцу између своје идеалне и перципиране слике тела, што још више повећава незадовољство (98, 105, 106). За процену доживљаја слике тела користи се скала *The Body Image Assessment Scale – Body Dimensions (BIAS-BD)*, која се састоји из 17 фигура женског и 17 фигура мушког пола према растућој телесној тежини од 60% до 140% изнад просечне телесне тежине, при чему се свака фигура од претходне разликује за 5% (100-107).

Прегледом литературе, анализом слике тела добијамо увид у перцептивним, емоционалним, когнитивним и бихевиоралним функцијама појединца током раста и развоја, а појава незадовољством тела, као једног од поремећаја слике тела, представља врло важну карику у развоју депресивних и анксиозних поремећаја, као и сниженог самопоштовања и самопоуздања (95-107).

1.7. КОМПОНЕНТЕ НЕЗАДОВОЉСТВА СЛИКОМ ТЕЛА

1.7.1. Темперамент као развојна компонента незадовољства

Темперамент представља емотивни тон особе и тенденцију особе ка доследном изражавању емоција. Под темпераментом се најчешће подразумева црта личности и карактеристичан начин емоционалног реаговања неке особе. Брзина, интензитет, трајање и врста реакције неке особе зависиће од њеног темперамента. Поред тога, темперамент је генетски одређен део личности, који је сталан у различитим ситуацијама, односно урођена карактеристика која персистира током живота особе и обликује сва њена стечена искуства. Разлике у темпераменту код људи се објашњавају разликама у организацији рада нервног система. Ипак, постоје и они који се неће сложити са идејом да је темперамент непроменљива инстанца у људском функционисању, а то су углавном заговорници теорија учења, који често покушавају да докажу како се одређеним начинима тренинга, може утицати чак и на промену тока функционисања аутономних биолошких функција организма (108-115).

Појам темперамента је вишеструк и повезан са многим тешкоћама дефинисања и мерења али је истовремено и веома користан када се разматрају утицаји на понашање и формирање различитих стилова превладавања. И док неки аутори виде темперамент као биолошку основу на којој је заснована личност и као најранију експресију индивидуалних разлика у личности, други истичу да је темперамент видљива манифестација развоја личности, језгро око којег се развијају особине личности. Заправо, темперамент је тај који одређује конституционално условљене индивидуалне разлике у емоционалној и моторичкој спремности на реакцију, пажњу и саморегулацију, а помаже у предикцији сналажења у свом окружењу. У литератури се издвајају следеће особине темперамента: активност, ритмичност, адаптабилност, приступ новим стварима, расположење, пажња, праг толеранције и интензитет емоционалних реакција (115, 116).

Најпознатија је подела на 4 типа темперамента: сангвиничан, флегматичан, колеричан и меланхоличан. Хипократ сматра да темперамент одређују телесни сокови, а типови личности се разликују по томе колико расположења и хумора носе у себи, као и према концентрацији "животног сока" у организму. То мешање на латинском језику означено је речју темпераментум, а сокови који се мешају су: крв, црна жуч, жута жуч и флегма (грчка реч, што значи слуз, хладнокрвност). У зависности од тога који од

четири телесна сока преовлађује у организму испољиће се одређени тип темперамента (116, 117).

Сангвинични особа се одликује брзим, краткотрајним емоционалним реакцијама, лако мења расположење, склона је оптимизму и ведра. Колеричан темперамент испољава снажне емоције, импулсивност и напоритост и тешко контролише афекте. Флегматик реагује ретко, слабо изражава емоције, миран је и сталожан без наглих промена у емотивном доживљавању и реаговању. Меланхолични темперамент има ретке али изузетно интензивне емотивне реакције, које дуго трају. Има тенденцију ка негативним емоцијама, осећају туге и забринутости. Ова подела, иако недовољно осетљива на све могуће варијације људског реаговања, добро представља основне димензије по којима се може пратити емоционално реаговање људи. Модерна психологија је преузела, развила, уобличила и верификовала Хипократову типологију темперамента. За означавање четири темперамента се и данас користе грчки називи (118, 119).

Иако се још од 17-ог века одустало од Хипократове хуморалне теорије темперамента, она има своју вредност. Прво, пре око 2000 година је уочила важност одређених течности у организму. Данас се може својеврсним наставком Хипократових ставова сматрати данашња ендокринологија, која је убедљиво доказала да психолошка стања, понашања и реакције човека зависе од садржаја хормона у човековом организму. Наравно, модерна наука је показала да су хормоналне супстанце много бројније и сложеније у организму, него што је случај са четири основна "хумора" (84, 85).

Током 20.-ог века настају нове теорије и сазнања о темпераменту. Крепелин описује темперамент као фундаментално стање психичких функција особе описујући четири стила карактера код особа, депресивни, анксиозни, манични, иритабилни и циклотимични (117-119).

Депресивни стил темперамента се одликује недостатком иницијативе, осећајем кривице, стидљивошћу, у чијој је основи повученост и размишљање отпорно на промене. Особе са депресивним стилем темперамента су врло осетљиве на критику других али у исто време поуздане и истрајне. Други их описују као особе без енергије, иницијативе, социјално и друштвено неактивне. Овакве особе имају нихилистичке, идеје пропасти, кривице и самооптуживања (118).

Анксиозни стил темперамента је у тесној повезаности са депресивним стилем и циклотимичним, па их је из тог разлога некада врло тешко разликовати. Други аутори

наводе да се чак надовезују један на други, и да су узрочно-последични. У основи анксиозног стила темперамента је хроничан страх од непознатог, а опасност и претња долазе из унутрашњости. Особа која у основи свог карактера има анксиозни стил темперамента има потребу да непрестано брине, а хроничан страх може прерасти у у телесни симптом (119).

Циклотимични стил темперамента је повезан са лабилним расположењем, тендецијом ка брзим енергетским промена, ниским или претераним самопоштовањем, и честим променама у друштвеним релацијама. Пацијенти са таквим темпераментом прибегавају површном размишљању. И као што је речено, они доживљавају интензивне емоције, могу да имају романтичне изливе, и отворени су за нове везе. Особе оваквог темперамента су склоне уметности, поезији, сликарству и друго (119).

Иритабилни стил темперамента се делимично преклапа са циклотимним типом. Основна разлика је виши ниво енергије и нижи ниво емпатије, код иритабилног темперамента. Такве особе су скептичне и имају критичко размишљање, које се може приписати позитивним интелектуалним карактеристикама. Међутим, што се тиче се тиче других фактора, сматра се најсуморнијим од свих врста темперамента. Такви пацијенти имају тенденцију да буду мрзовољни, да се непрекидно жале и да су незадовољни, брзо се љуте, насилни су и завидни о својим партнерима (119).

Манични стил темперамента се одликује ентузијазмом, оптимизмом, енергичношћу, израженим самопоуздањем, као животним особинама (119). Очигледно, такве особине имају значајну повезаност са територијалношћу и лидерством. Други аутори описују биографију ових индивидуа следећим особинама: живи, активни, екстроветни, вербално агресивни, самоуверени, јаке воље, самозапослени, склони преузимању ризика и тражењу сензација, склони непоштовању социјалних норми и великодушни и расипници. Гарднер са друге стране, се базира више на интуитивним формулацијама, описује понашање ових индивидуе још у више територијаним жаргону: доброг расположења и забавни, зраче квалитетом, имају необичну топлину, експанзивни, велике самоуверености, систематични, робустани и неуморни и агресивни и наметљиви (116-119).

У оквиру овог теоријског модела, Акискал тврди да темперамент игра кључну улогу у предипозицији за развој афективних пре свега (114-118), али и других поремећаја, а проверити овакву тврдњу је један од наших циљева у овом истраживању.

1.7.2. Самопоуздање као глобална компонента незадовољства

Самопоштовање (енг. *self-esteem*), самопоуздање (енг. *self-confidence*) и самопроцена (енг. *self-assessment*) представљају аспект селф-концепта и глобалну процену сопствене вредности. Ови појмови рефлектују ниво до којег особа себе позитивно или негативно процењује и важан психолошки аспект, јер представља централну компоненту дневног искуства индивидуе и односи се на осећања која особа има о себи, што даље утиче на комуникацију и однос који особа има са својом околином. У објашњењу термина самопоуздање, поред вредновања и емоционалног односа према себи, стоји и поуздање и увереност у сопствене способности. Алтернативни термин за самопоуздање је самопоштовање, који у основи има самоевалуацију, а односи се о ставу о себи који је повезан са личним уверењима о способностима, вештинама, социјалним релацијама и будућим исходима, што значи да је завистан и од социјалног контекста. Ипак, термин самопоштовање није најпрецизнији јер се на тај начин наглашава емоционални, а занемарује онај аспект самопроцене који се односи на поуздање у сопствене способности и капацитете. Зато сматрамо да се као синоним за овај појам може користити и термин самопоуздање који се такође дефинише као позитивно вредновање себе и веровање у сопствене способности. Стога су у овом раду самопоштовање и самопоуздање схваћени као синонимима, јер се оба термина могу користити у контексту самопроцене (92-96).

Још од Розенберга потиче схватање да је самопроцена „свеобухватност мисли и осећања према себи као објекту“ (89, 91, 120). Розенберг је конструирао Скалу самопоштовања (*Rosenberg Self-Esteem Scale-RSE*, 1965) (89, 91, 120). Претпоставио је постојање глобалног самопоштовања, односно глобалне процене и евалуације појединца о себи као о личности састављене из повезаних аспеката самопоимања. Скала је употребљавана у истраживањима и третирана је као једнодимензионална скала која поуздано мери глобално самопоштовање. Након факторске анализе скале, 1980-их година, установљено је да се на различитим узорцима не добијају увек једнофакторска решења, већ и двофакторска или трофакторска, мада се након каснијих конфирматорних анализа остало при мишљењу да је највећем броју популација најбоља опција управо једнофакторска, док се остала решења добијају уколико се узраст испитаника значајно варира. Код двофакторских решења други фактор је последица

методе (издваја се под утицајем специфичне тенденције одговарања с обзиром на смер скала процене), а не засебан конструкт. Због дужине и добрих психометријских показатеља често се користи и у истраживањима и у пракси (89, 91, 120).

Постоји много теорија о томе који су извори самопоштовања, односно самопоуздања. Вилијам Џејмс крајем је 19. века тврдио да се самопоштовање развија акумулацијом искустава у којима искуство индивидуе надилази постављене циљеве на неком значајном животном пољу и да је самопоштовање једнако количнику постигнутог успеха и зацртаних амбиција (121-123). Остале теорије стављају акценат и на социјални миље као важан фактор у самопроцени. Више аутора говори о тзв. симболичком интеракционизму, као процесу у којем људи интернализују идеје и ставове исказане од стране значајних других људи у њиховим животима. Други теоретичари, даље, наглашавају значај норми и система вредности друштвене средине и културе у којој појединац одраста, а говоре чак о колективном самопоштовању као појави која се базира на личној идентификацији са социјалним идентитетом групе којој појединац припада (121-123).

У концепту самопоштовања садржан је и емоционални одговор на самовредновање различитих делова *self*-а. Управо због поменутог емоционалног аспекта верује се да постоји вишеструка корист од позитивне слике о себи, односно од високо израженог самопоуздања. Високо самопоуздање значи да особа високо рангира сопствену вредност, сматра да је особа вредна поштовања и наклоности. Ниско самопоуздање значи да особа ниско рангира сопствену вредност и сматра да заслужује презир и сажалење (122-125).

Пошто особе ниског самопоштовања нису задовољне собом, своје неуспехе приписују личној неспособности и очекују да ће их други одбацити због тога, па понекад и избегавају социјалне контакте, што у коначној слици особе чини подложном честим променама расположења и развоју депресивних симптома (96). Због смањених интерперсоналних релација, особе ниског самопоштовања се могу осетити усамљено, а у истраживањима је потврђена позитивна релација између самопоштовања, усамљености и депресије (126).

Када је реч о депресији, питање когнитивне осетљивости проучавано је у лонгитудиналном истраживању самопоштовања (125). У том истраживању је утврђено да су жене које су доживеле неки тежи психолошки доживљај, а да су пре тога себе и сопствену вредност процењивале на негативан начин, имале тенденцију да развију

депресивну епизоду чешће од жена које су пре сличних догађаја процењивале позитивно сопствену вредност.

1.7.3. Анксиозност као афективна компонента незадовољства

Анксиозност је стање које се карактерише осећајем унутрашње узнемирености, уплашености, страха да ће се нешто страшно догодити, уз психомоторну напетост и унутрашњи немир. Анксиозност је непријатно стање стрепње, јер особа очекује неку опасност и има доживљај да неће моћи да се заштити од те опасности или да ће тешко подносити њене последице. Анксиозност је симптом, сигнал, аларм који говори да особа није више у стању да потискује, супресује, трпи и контролише нека осећања која је до тада потискивала. Осећања која особа настоји да контролише, односно супресује могу бити страх, туга, бес, беспомоћност и слично (130-134).

Узнемиреност сликом тела представља афективну компоненту незадовољства телом, па је стога важно испитати и стање анксиозности у коме се налазе клијенти естетске медицине. Како анксиозност може бити узрок незадовољства физичким изгледом, али и последица, сасвим је јасно из ког разлога у овом истраживању анксиозност као узрок и/или последица заузима посебно место (133).

Заправо, биосоцијални модели темперамента и карактера описују повезаност између структуре личности и психијатријских поремећаја као што су анксиозност и депресија. Претпоставка је да се личност свеобухватно развија у односу на генетске предиспозиције и наслеђе уопште, учење и селф-концепт претходно описан. Током животног века, сталном интеракцијом стила темперамента, црте карактера и утицаја околине се развија личност, чије се особине могу, као резултат тих интеракција, мењати. Промене које настају некада иду су у смеру негативне афективности, што је основа специфичних депресивних и анксиозних поремећаја (133, 134).

Литературни подаци подржавају концепт у којем је анксиозност делимично у вези са покретањем и инхибицијом људског понашања повезаног са импулсивношћу. Поред тога, повезаност између специфичне анксиозности и самопоуздања је описана, а самопоуздање директно зависи од стила темперамента и карактера особе (133). Међутим иако је самопоуздање последња карика која настаје током сазревања и развоја карактера, у тесној је повезаности са појавом незадовољства и анксиозности, и обрнуто.

Из литературе се види да теоријски квалитет живота обухвата веома широк спектар области, укључујући индивидуално и психичко здравље и функционисање,

психо-социјално благостање, психолошки изглед, улогу у психолошком и друштвеном функционисању, друштвену подршку и ресурсе, независност, аутономију и контролу над животом, материјално и финансијско стање, друштвени капитал заједнице и спољашње окружење, укључујући и политичку структуру друштва (129-133, 135-137).

Досадашња литература (45), показује да скоро 50% пацијената који се желе подвргнути козметичко-медицинским процедурама имају неки психолошки проблем, као што су анксиозност, депресивност, ниско самопоуздање, нарцистички и хистрионични поремећаји личности. Ови проблеми могу утицати и на незадовољство резултатима спроведених естетских интервенција након чега следи континуирано незадовољство и жеља за поновним интервенцијама које немају реалну физичку основу чак ни у временској пролазности описаних третмана. Из тог разлога, посебна пажња у овом раду, биће усмерена на особе које учестало раде естетске интервенције, нарочито оне које те интервенције раде на различитим деловима тела, јер се претпоставља да је код њих незадовољство сликом тела најинтензивније и најширег обима (137, 138).

2.

ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

На основу претходно изнетих података и резултата истраживања већег броја аутора, постављени су следећи циљеви овог истраживања:

2.1. Општи циљеви

- 1) Испитати повезаност незадовољства сликом тела са доминатним цртама темперамента код особа које су из естетских разлога имале више нехируршких естетских интервенција на једном или више делова тела.
- 2) Испитати повезаност незадовољства сликом тела са акутним анксиозним стањем код особа које су из естетских разлога имале више нехируршких естетских интервенција на једном или више делова тела.
- 3) Испитати повезаност незадовољства сликом тела са индексом самопоуздања код особа које су из естетских разлога имале више нехируршких естетских интервенција на једном или више делова тела.
- 4) Испитати повезаност социодемографских варијабли са степеном незадовољства сликом тела.
- 5) Испитати повезаност показатеља општег здравственог стања са степеном незадовољства сликом тела.

2.2. Специфични циљеви

- 1) Испитати да ли се степен незадовољства сликом тела разликује по категоријама у оквиру социодемографских варијабли (пол, доб, образовање, економски и радни статус, брачни статус, број деце).
- 2) Испитати да ли су показатељи општег здравственог стања: тежина, висина, индекс телесне масе, хронична обољења, узимање лекова, држање дијета, вежбање, конзумирање цигарета, алкохола, узимање медикамената, хируршке естетске интервенције и др. повезани са степеном незадовољства сликом тела.
- 3) Испитати да ли постоје разлике у степену незадовољства с обзиром на број и локализацију (на једном или више делова тела) нехируршких интервенција.
- 4) Испитати степен дискрепанције између тренутне и идеалне слике тела код испитаника и проценити степен незадовољства сликом тела.

- 5) Испитати да ли постоји повезаност доминантних стилова темперамента са незадовољством сликом тела, и упоредити скорове узорка испитаника на TEMPS-A скали са нормама из опште популације.
- 6) Испитати да ли је индекс значајно повезан са степеном незадовољства сликом тела
- 7) Испитати да ли су скорови на скали стања анксиозности значајно повезани са степеном незадовољства сликом тела

3.

**МЕТОДОЛОГИЈА
ИСТРАЖИВАЊА**

3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.1. Врста студије

Студија је дизајнирана као ретроспективно-проспективна неекспериментална корелациона клиничка студија пресека.

3.2. Етички аспекти

Истраживање је спроведено уз писани добровољни пристанак испитаника, уз претходно информисање о дизајну, циљу и значају самог истраживања, након добијања дозволе етичког комитета факултета и сагласности установе.

3.3. Популација која се истражује и узорковање

Истраживање је спроведено на испитаницима оба пола старијим од 18 година који су имали две или више нехируршке, неинвазивне или минимално инвазивне естетске интервенције током периода од 3 месеца, у периоду од јануара до априла 2014. године у Центру за Естетску медицину у Београду. Критеријуми за укључивање у студију били су: информисани писани пристанак за учествовање у истраживању, старост 18 и више година, барем две или више нехируршке, неинвазивне или минимално инвазивне естетске интервенције из естетских разлога и да су спроведене интервенције само у овом центру за естетску медицину како бисмо имали прецизан увид у њихов број и природу.

Критеријуми за искључење из студије били су: присуство болести и коморбидитета који су разлог спроведене естетске интервенције, присуство поремећаја исхране, претходно спроведене сличне интервенције у другим центрима за естетску медицину, јер се на тај начин губи контрола прецизног броја и врсти интервенција кроз увид у званичну документацију центра.

Узимајући у обзир укључујуће и искључујуће критеријуме, укупан број испитаника укључен у студију био је 228 испитаника оба пола, који су у периоду од три месеца током почетка 2014. године имали неку од неинвазивних/минимално инвазивних естетских интервенција из естетских разлога.

3.4. Варијабле истраживања

У овој студији пресека пратили смо појаву различитих зависних, независних и збуњујућих варијабли.

3.4.1. Независне варијабле

1. Анамнестички подаци

Основни и специфични анамнестички подаци прикупљени су током прве посете естетском центру и пре естетске интервенције од испитаника и из доступне медицинске документације, као што су: присуство болести и терапије, претходне операције, болести и естетске интервенције (број, локализација, тип, време), претходне и садашње навике у исхрани (осцилације, дијете), животне навике (пушење, конзумирање алкохола).

2. Социодемографски подаци

Социодемографски подаци су добијени путем упитника о социодемографским карактеристикама специјално прилагођеним у односу на пол, а чине их: пол, старост, ниво образовања, социоекономски статус, радни статус, брачни статус, број деце.

3. Подаци о здравственом стању

Подаци о здравственом стању су добијени увидом у документацију доступну у естетском центру. Податке о здравственом стању, историји здравствених обољења и тешкоћа чине: разлози за интервенцију (здравствени/естетски), подаци о тежини, висини и индексу телесне масе, осцилирању тежине, хроничним обољењима (респираторна, кардиваскуларна, ендокрина, неуролошка, уринарна, локомоторна, дерматолошка, инфективна, алергије и сл), евентуалним поремећајима исхране, циклусу, трудноћи, узимању медикамената, конзумирању дувана, алкохола и других психоактивних супстанци, претходним медицинским интервенцијама, нарочито претходним хируршким естетским интервенцијама, држању дијета и интензитету физичке рекреације/вежбања.

4. Темперамент

Темперамент је мерен путем шест скорова на одговарајућим супскалама српске верзије TEMPS-A инструмента (139). Стилкови темперамента мерени помоћу ове скале су: депресивни, циклотимични, хипертимични, иритабилни, анксиозно-когнитивни и анксиозно-соматски. Виши скор означава израженију црту темперамента. Темперамент репрезентује типичне емотивне реакције људи на догађаје и средину и самим тим чини

значајан део људског понашања. До сада, овај концепт темперамента није испитиван у вези са естетским интервенцијама. Пошто темперамент представља црту личности под доминантно наследним утицајем, ова варијабла сврстана је у независне варијбле у овом истраживању.

3.4.2. Зависне варијабле

1. Незадовољство сликом тела

Незадовољство сликом тела, или разлика између актуелне и идеалне слике тела – подаци о тренутној слици тела коју има особа и слици коју би желела да има (идеална слика тела) добијени су преко Скале процене слике тела (140). Након тога је израчуната разлика између актуелне слике тела и индекса телесне масе, као и разлика између тренутне и идеалне слике тела која говори о степену и смеру незадовољства сликом тела. Овај концепт ће бити испитиван зато што постоје подаци да је већа дискрепанција између реалне и идеалне слике тела у позитивној корелацији са развојем поремећаја слике тела (125).

3.4.3. Збуњујуће варијабле

1. Број, врста и локализација нехируршких естетских интервенција

Подаци о броју и врсти нехируршких естетских интервенција су подаци добијени увидом у медицинску документацију центра, а чине их: број интервенција, врста интервенције, део тела на коме је спроведена интервенција (лице, труп, екстремитети). На основу ових података испитаници су укључени у подгрупе оних који су интервенције радили на једном делу или више делова тела.

2. Анксиозност

Анксиозност, изражена кроз скор на инвентару стања анксиозности (133). Виши скор означава већи степен анксиозности. Узнемиреност сликом тела представља афективну компоненту незадовољства телом, па је стога важно испитати и стање анксиозности у коме се налазе клијенти естетске медицине. Како анксиозност може бити узрок незадовољства физичким изгледом, али и последица, у овом истраживању је сврстана у групу збуњујућих варијабли.

3. Индекс самопоуздања

Индекс самопоуздања, изражен кроз скор на Розенберговој скали самопоуздања (81, 91, 134). Виши скор означава већи степен самопоуздања. Од карактерних црта личности, које се углавном формирају на основу животног искуства, ова варијабла се најчешће доводи у везу са реакцијама на слику тела. Иако се самопоуздање формира још од првих година живота, нарочито у адолесцентном периоду, на ову црту личности могу утицати и значајни животни догађаји током живота, тако да из предострожности ову варијаблу нећемо сврстати у независне, јер може бити и узрок незадовољства физичким изгледом, али и последица.

3.5. Инструменти истраживања

У истраживању су употребљени следећи инструменти мерења: 1. Упитник о социодемографским карактеристикама; 2. Упитник о здравственом стању и врстама интервенција; 3. Скала процене слике тела *BIAS-BD*; 4. Скала темперамента *TEMPS-A*; 5. Розенбергова скала самопоуздања *RSES*; 6. Инвентар стања анксиозности *STAI*.

Главни критеријуми за одабир упитника били су: једноставност и прецизност упитника, прилагођеност упитника за мерење одређеног концепта за узраст 18 и више година, да је упитник по типу самопроцене, да има висок степен поузданости и валидности мерења испитиваних концепата. Инструменти мерења су приказани редоследом како су и употребљени у истраживању:

3.5.1. Упитник о социодемографским карактеристикама

Упитник о социодемографским карактеристикама је конструисан за потребе истраживања и у њему се од испитаника траже подаци о полу, годишту, нивоу образовања, економском статусу, радном и брачном статусу, броју деце.

Табела 1. Социо-демографски упитник

Пол	1.	2.	Колико година имате? Упишите број година: ____		
	мушки	женски			
Степен образовања	1. завршена основна школа	2. завршена средња школа	3. тренутно студирам	4. завршена виша школа/факултет	
Брачно стање	1. ожењен	2. у вези	3. нисам у вези	4. друго _____	
Радни статус	1. запослен	2. незапослен	3. студирам	4. у пензији	5. _____
Број деце	1. немам деце	2. имам деце Упишите број деце: ____			

<p>Како би сте оценили ваш економски положај? (заокружите само један одговор)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Једва састављам крај с` крајем 2. Имам довољно за основне потребе (храну, рачуне...) 3. Поред основних потреба могу да приуштим себи и друге мање (гардеробу, биоскоп, изласке ...) 4. Имам довољно за основне потребе и неке крупније издатке (белу технику, намештај, летовања...) 5. Немам значајнијих финансијских потешкоћа
--	---

3.5.2. Упитник о здравственом стању и врстама интервенција

Упитник о здравственом стању и врстама интервенција је део документације која се у естетском медицинском центру води о клијентима и садржи податке о здравственом стању, антропометријским карактеристикама, историји здравствених обољења и поремећаја испитаника пре спроведене естетске интервенције. Кроз поменути медицинску документацију прикупљени су тачни подаци и о врстама, броју и локализацији естетских интервенција.

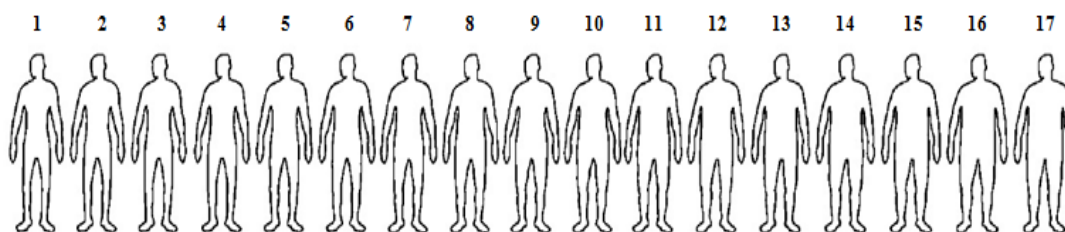
3.5.3. Скала процене слике тела (*BIAS-BD*)

Скала процене слике тела (енг. *Body-image assessment scale- Body Dimensions*, *BIAS-BD*) је инструмент који чине цртежи женских и мушких фигура ранжираних према растућој тежини, од најмршавије до најдебље, означене бројевима на скали од 1 до 17 (104-106, 140). У првом делу, испитаници треба да обележе који цртеж представља њихов тренутни изглед, а затим који цртеж представља њихов жељени изглед. Разлика која се добије одузимањем вредности идеалне слике од актуелне говори о степену и смеру незадовољства сликом тела. Цртежи фигура одговарају вредностима тежине од 60% испод до 140% изнад просека. Одговарајуће БМИ вредности се крећу од 16,92 до 39,48 за женске фигуре, и од 16,68 до 39,92 за мушке фигуре. Одећа, фризура и црте лица су намерно изостављене како би се избегле потенцијалне асоцијације на материјално стање, етничку припадност и како би се испитаници фокусирали искључиво на величину и облик тела. *BIAS-BD* показује добру тест–ретест поузданост и код процене испитаника и код процене тест администратора (140). Такође показује задовољавајућу конкурентну валидност са корелацијама између актуелне слике тела и БМИ скорa које се крећу око 0.80 (Слика 2) (140).

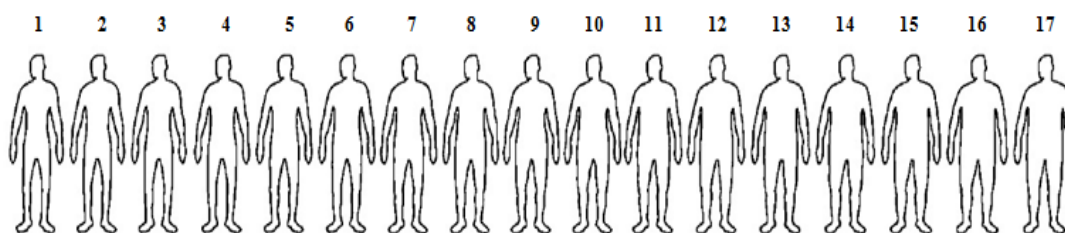
Слика 2. Скала процене слике тела (Слика тела од 1-5 представља особу ниске телесне тежине, 6-9 представља особу нормалне телесне тежине, 10-13 представља особу прекомерне тежине и фигура особе од 14-17 представља гојазну особу) Разлика између жељене и садашње слике тела представља скор на скали процене слике тела

Молимо Вас да добро погледате цртеже и заокруживањем броја изнад цртежа у низу одредите који од њих одговара:

1. Вашем садашњем изгледу



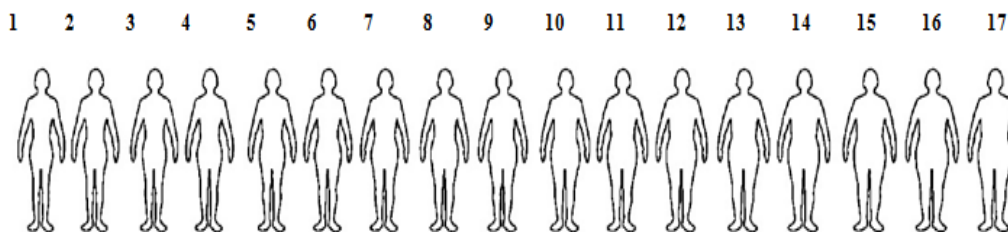
2. Вашем жељеном изгледу



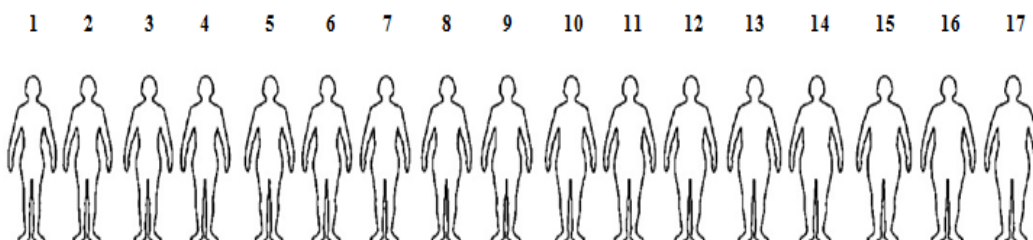
Слика 3. Скала процене слике тела (Слика тела од 1-5 представља особу ниске телесне тежине, 6-9 представља особу нормалне телесне тежине, 10-13 представља особу прекомерне тежине и фигура особе од 14-17 представља гојазну особу). Разлика између жељене и садашње слике тела представља скор на скали процене слике тела

Молимо Вас да добро погледате цртеже и заокруживањем броја изнад цртежа у низу одредите који од њих одговара:

1. Вашем садашњем изгледу



2. Вашем жељеном изгледу



3.5.4. Скала темперамента (*TEMPS-A*)

Скала темперамента (енг. The original Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Scale, *TEMPS-A*) представља упитник самопроцене којим се испитује израженост најважнијих црта темперамента, тачније емоционална реактивност (нпр. депресивност, иритабилност, радост), когнитивна компонента емотивних реакција (песимизам или оптимизам), психомоторне реакције и циркадијални ритам (висока или ниска енергичност у реакцијама, режим спавања и сл.), и социјални аспект емотивних реакција (45, 139). У истраживању је примењена српска верзија од 41 ајтема (139), која је показала добру интерну конзистентност и конструкт валидност ($\alpha=0.83$), као и задовољавајуће високе алфа коефицијенте за подскеле (0.73–0.80). Просечан тест-ретест коефицијент ($\rho=0.82$) сугерише стабилну поузданост током времена. Српска верзија, издвојила је шест црта темперамента, а то су: депресивни, циклотимични, хипертимични, иритабилни, анксиозно-когнитивни и анксиозно-соматски. Екстерна валидација скале показала је високу корелацију са TCI-R скалом темперамента на српској популацији, а потврђена је и валидност са другим скалама личности, депресивности, неуротицизма, између осталог са NEO-PI-R и MPT скалама (45, 139).

Табела 2. - Скала темперамента (енг. *The original Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Scale, TEMPS-A*) по принципу самопроцене за испитанике мушког пола

Молимо Вас да пажљиво прочитате следеће тврдње и: Заокружите Т (тачно) за све ставке које су за Вас тачне и односе се на већи део Вашег живота, или Н (нетачно) за све остале који се не односе на Вас и већи део Вашег живота. Дакле, заокружите опцију која најбоље описује начин како се обично понашате или осећате, а не како се осећате у овом тренутку.			
1.	Т	Н	Ја сам тужна, несрећна особа.
2.	Т	Н	Људи ми говоре да не могу да увидим позитивну страну ствари.
3.	Т	Н	Мислим да ствари често крену на лоше.
4.	Т	Н	Одувек доживљавам само неуспехе.
5.	Т	Н	Људи ми говоре да сам често песимистичан и да заборавим претходне срећне периоде.
6.	Т	Н	Ја сам по природи незадовољна особа.
7.	Т	Н	Доста се жалим.
8.	Т	Н	Имам нагле промене расположења и енергије.
9.	Т	Н	Моје расположење и енергија су или високо или ниско, ретко између.
10.	Т	Н	Расположење ми се често мења без разлога.
11.	Т	Н	Стално ми се дешава да сам час пун енергије, а час је тром и успорен.
12.	Т	Н	Осећања ми често варирају од претераног самопоуздања до несигурности у себи.
13.	Т	Н	Често ми се чини да сам час дружељубив, а час повучен у односима с другима.
14.	Т	Н	Понекад ми се ствари око мене чине пуне живота, а понекад сиве и беживотне.
15.	Т	Н	Имам велику веру у себе.
16.	Т	Н	Често ми се јављају сјајне идеје.
17.	Т	Н	Могу да извршим много задатака, а да се чак и не уморим.
18.	Т	Н	Добар сам на речима и умем да убедим и инспиришем друге.
19.	Т	Н	Волим да учествујем у новим пројектима, иако су ризични.
20.	Т	Н	Једном када решим да остварим нешто, ништа ме не може зауставити.
21.	Т	Н	Потпуно сам опуштен, чак и са људима које једва познајем.
22.	Т	Н	Када се не слажем са неким, могу да уђем у жучну расправу са том особом.
23.	Т	Н	Много критикујем друге.
24.	Т	Н	Често се толико разбесним да сам у стању да поразбијам све око себе.
25.	Т	Н	Када сам љут, могао бих да се потучем.
26.	Т	Н	Када сам љут, лако одбрусим људима.
27.	Т	Н	Волим да задиркујем људе, чак и оне које једва познајем.
28.	Т	Н	Мој заједљив хумор ми понекад ствара проблеме.
29.	Т	Н	Могу толико да се разбесним да бих могао тада да повредим некога.
30.	Т	Н	Откад памтим, ја сам неко ко брине.
31.	Т	Н	Увек се бринем због свакодневних ствари које други сматрају неважним.
32.	Т	Н	Не могу да престанем да бринем.
33.	Т	Н	Много људи ми је рекло да не бринем толико.
34.	Т	Н	Када неко касни кући, имам страх да му се догодила нека несрећа.

35.	T	H	Често размишљам о томе да чујем лоше вести о некој члану своје породице.
36.	T	H	Када сам под стресом, руке ми често подрхтавају.
37.	T	H	Често ми се узнемири стомак кад сам нервозан.
38.	T	H	Када сам нервозан, дешава се да добијем пролив.
39.	T	H	Када сам нервозан, често осећам мучнину.
40.	T	H	Када сам нервозан, идем чешће у тоалет.
41.	T	H	Лако добијам главобољу кад сам под стресом.

Табела 3. - Скала темперамента (енг. *The original Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Scale, TEMPS-A*) по принципу самопроцене за испитанике женског пола

Молимо Вас да пажљиво прочитате следеће тврдње и: Заокружите Т (тачно) за све ставке које су за Вас тачне и односе се на већи део Вашег живота, или Н (нетачно) за све остале који се не односе на Вас и већи део Вашег живота. Дакле, заокружите опцију која најбоље описује начин како се обично понашате или осећате, а не како се осећате у овом тренутку.			
1.	T	H	Ја сам тужна, несрећна особа.
2.	T	H	Људи ми говоре да не могу да увидим позитивну страну ствари.
3.	T	H	Мислим да ствари често крену на лоше.
4.	T	H	Одувек доживљавам само неуспехе.
5.	T	H	Људи ми говоре да сам често песимистична и да заборавим претходне срећне периоде.
6.	T	H	Ја сам по природи незадовољна особа.
7.	T	H	Доста се жалим.
8.	T	H	Имам нагле промене расположења и енергије.
9.	T	H	Моје расположење и енергија су или високо или ниско, ретко између.
10.	T	H	Расположење ми се често мења без разлога.
11.	T	H	Стално ми се дешава да сам час пуна енергије, а час трома и успорена.
12.	T	H	Осећања ми често варирају од претераног самопоуздања до несигурности у себи.
13.	T	H	Често ми се чини да сам час дружељубива, а час повучена у односима с другима.
14.	T	H	Понекад ми се ствари око мене чине пуне живота, а понекад сиве и беживотне.
15.	T	H	Имам велику веру у себе.
16.	T	H	Често ми се јављају сјајне идеје.
17.	T	H	Могу да извршим много задатака, а да се чак и не уморим.
18.	T	H	Добра сам на речима и умем да убедим и инспиришем друге.
19.	T	H	Волим да учествујем у новим пројектима, иако су ризични.
20.	T	H	Једном када решим да остварим нешто, ништа ме не може зауставити.
21.	T	H	Потпуно сам опуштена, чак и са људима које једва познајем.
22.	T	H	Када се не слажем са неким, могу да уђем у жучну расправу са том особом.
23.	T	H	Много критикујем друге.
24.	T	H	Често се толико разбесним да сам у стању да поразбијам све око себе.
25.	T	H	Када сам љута, могла бих да се потучем.
26.	T	H	Када сам љута, лако одбрусим људима.
27.	T	H	Волим да задиркујем људе, чак и оне које једва познајем.

28.	T	H	Мој заједљив хумор ми понекад ствара проблеме.
29.	T	H	Могу толико да се разбесним да бих могла тада да повредим некога.
30.	T	H	Откад памтим, ја сам неко ко брине.
31.	T	H	Увек се бринем због свакодневних ствари које други сматрају неважним.
32.	T	H	Не могу да престанем да бринем.
33.	T	H	Много људи ми је рекло да не бринем толико.
34.	T	H	Када неко касни кући, имам страх да му се догодила нека несрећа.
35.	T	H	Често размишљам о томе да чујем лоше вести о некој члану своје породице.
36.	T	H	Када сам под стресом, руке ми често подрхтавају.
37.	T	H	Често ми се узнемири стомак кад сам нервозна.
38.	T	H	Када сам нервозна, дешава се да добијем пролив.
39.	T	H	Када сам нервозна, често осећам мучнину.
40.	T	H	Када сам нервозна, идем чешће у тоалет.
41.	T	H	Лако добијам главобољу кад сам под стресом.

3.5.5. Розенбергова скала самопоуздања (*RSES*)

Розенбергова скала самопоуздања (енг. *The Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES*) је једнодимензионална скала и мери глобално самопоуздање или општу вредносну оријентацију појединца према самом себи (89, 91, 125, 126, 128, 134). Скала садржи 10 тврдњи, пет ајтема се односи на позитивну самопроцену, а пет ајтема на негативну самопроцену, и може се користити као скала Ликертова типа са четири или пет ступњева (127). У нашем истраживању испитаници на четворостепеној скали Ликертовог типа процењују у којој се мери тврдње односе или не односе на њих (у потпуности се слажем –1; слажем се -2; не слажем се – 3; у потпуности се не слажем - 4). Теоријски распон скорова је од 10 до 40. Већи резултат означава већи степен самопоуздања. Розенбергова скала је најчешће коришћена мера самопоуздања с обзиром да је једноставна и кратка, код нас је адаптирана још у доба СФРЈ, а студије кроз велики број различитих узорака потврђују високу ваљаност и поузданост која се креће од $\alpha=0.81$ до 0.84 (89, 91, 125, 126, 128, 134, 141).

Табела 4. - **Розенбергова скала самопоуздања** (енг. *Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES*) по принципу самопроцене за испитанике мушког пола. Питања која се обрнуто кодирају обележена су звездицом (*)

Тврдње	У потпуности се слажем	Слажем се	Не слажем се	У потпуности се не слажем
1. У суштини, задовољан сам самим собом.	1	2	3	4
2*. С времена на време мислим да нисам добар ни у чему.	1	2	3	4
3. Мислим да имам пуно добрих особина.	1	2	3	4
4. Способан сам да радим ствари подједнако добро као и већина људи.	1	2	3	4
5*. Мислим да немам пуно тога на чему бих био поносан код себе.	1	2	3	4
6*. С времена на време осећам се бескорисно.	1	2	3	4
7. Мислим да сам особа која вреди, бар као и многи други људи.	1	2	3	4
8*. Волео бих да имам више самопоштовања.	1	2	3	4
9*. Све у свему, склон сам мишљењу да сам потпуно неуспешан.	1	2	3	4
10. Имам позитиван став о себи.	1	2	3	4

Табела 6. - **Розенбергова скала самопоуздања** (енг. *Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES*) по принципу самопроцене за испитанике женског пола. Питања која се обрнуто кодирају обележена су звездицом (*)

Тврдње	У потпуности се слажем	Слажем се	Не слажем се	У потпуности се не слажем
1. У суштини, задовољна сам самом собом.	1	2	3	4
2*. С времена на време мислим да нисам добра ни у чему.	1	2	3	4
3. Мислим да имам пуно добрих особина.	1	2	3	4
4. Способна сам да радим ствари подједнако добро као и већина људи.	1	2	3	4

5*. Мислим да немам пуно тога на чему бих била поносна код себе.	1	2	3	4
6*. С времена на време осећам се бескорисно.	1	2	3	4
7. Мислим да сам особа која вреди, бар као и многи други људи.	1	2	3	4
8*. Волела бих да имам више самопоштовања.	1	2	3	4
9*. Све у свему, склона сам мишљењу да сам потпуно неуспешна.	1	2	3	4
10. Имам позитиван став о себи.	1	2	3	4

3.5.6. Инвентар стања анксиозности (STAI)

Инвентар стања анксиозности (енг. *State-Trait Anxiety Inventory*, STAI), је инструмент самопроцене за мерење анксиозности, и састоји се из две форме упитника које мере анксиозност као акутно стање и као црту личности (133). Обе форме садрже по 20 ајтема на које испитаник одговара преко четворостепене Ликертове скале (не уопште-1; помало -2; прилично -3; веома -4). У раду је коришћена само форма за испитивање акутног стања анксиозности. Распон бодова се креће од 20 до 80. Кронбахов алфа коефицијент за ову форму, на српском узорку, износи 0.90 (133).

3.6. Статистичка обрада података

У дисертацији су коришћене мере дескриптивне статистике (мере централне тенденције и проценти). Нормалност расподеле података провераваће се помоћу Шапиро-Вилк и Колмогоров-Смирнов тестова. За утврђивање значајности разлика (континуираних промењивих) према контролним варијаблама, биће коришћене следеће анализе: за поређење средњих вредности варијабли две популације користиће се т-тест за независне узорке и Ман-Витнијев тест, а за поређење средњих вредности варијабли више популација користиће се анализа варијанси и Краскал-Волисов тест. Разлика између категоријских варијабли биће испитивана помоћу хи-квадрат теста. За утврђивање повезаности и значајности везе између испитиваних варијабли (нпр. скор на скали самопоуздања и темперамента) биће коришћени Пирсонов и Спирманов коефицијент корелације. За наведене статистичке анализе биће коришћен програмски пакет PASW верзија 18.0. p -вредност ≤ 0.05 сматраће се статистички значајном.

4.

РЕЗУЛТАТИ

4. РЕЗУЛТАТИ

У нашој студији пресека основни циљеви били су испитивање повезаности социодемографских варијабли, показатеља општег здравственог стања са степеном незадовољства, али и испитивање повезаности незадовољства сликом тела са доминатним цртама темперамента, са акутним анксиозним и са стањем индексом самопоуздања код особа које су из естетских разлога имале више нехируршких естетских интервенција на једном или више делова тела. Током студијског периода, пратили смо и анализирали социо-демографске карактеристике, показатеље општег здравственог стања, али и проценили незадовољство сликом тела, темперамент, самопоуздање и стање анксиозности студијске популације, као и потенцијалну међусобну повезаност свих испитиваних варијабли.

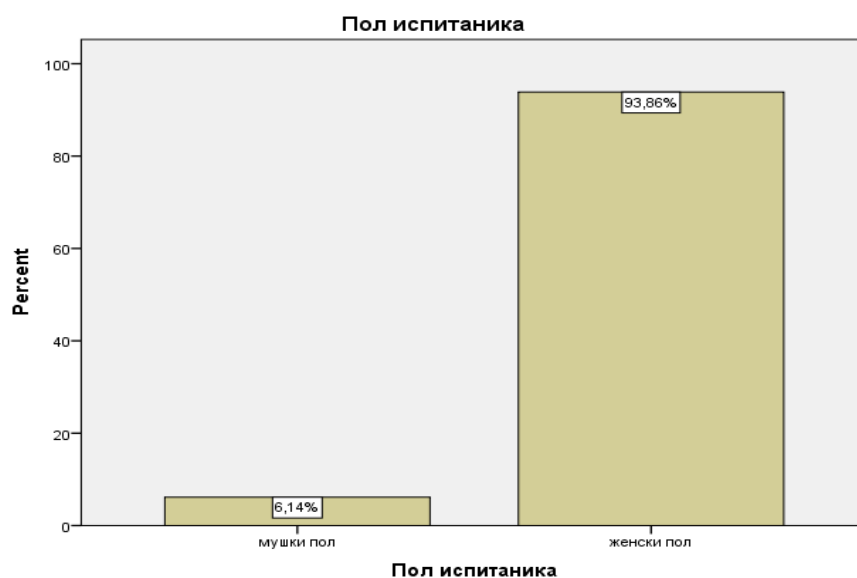
4.1. СОЦИОДЕМОГРАФСКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ СТУДИЈСКЕ ПОПУЛАЦИЈЕ

Истраживање је обихватило 228 испитаника оба пола а који су имали неку нехируршку, минималну инванзивну или неинванзивну естетску интервенцију у последњих седам година. Истраживање је спроведено у Центру за естетску медицину у Београду. Критеријуми за укључивање у узорак били су: особа мора имати 18 и више година, барем две или више нехируршке, неинванзивне или минимално инванзивне естетске интервенције из естетских разлога, и да је радила интервенције само у овом центру за естетску медицину. Последњи наведен критеријум је морао бити примењен, јер се тако може кроз званичну документацију, уз потпунију контролу, идентификовати прецизнији број и врста интервенција. Коначно, испитаници су дали информисани пристанак за учествовање у истраживању. Критеријум за искључење из студије био је да је интервенција спроведена из здравствених разлога, да особа има дијагностикован неки од поремећаја исхране, и да је радила сличне интервенције и у другим центрима за естетску медицину.

У првом делу истраживања, анализирали смо дистрибуцију испитаника по полу и старости. Од укупно 228 испитаника, мушкарци су заступљени са 6,14% (14 испитаника), док испитаница има 93,86 % (214 испитаница), старости од 21 до 73 године (Графикон 1). Средње вредности испитаника по узрасту износе $M=42,80$;

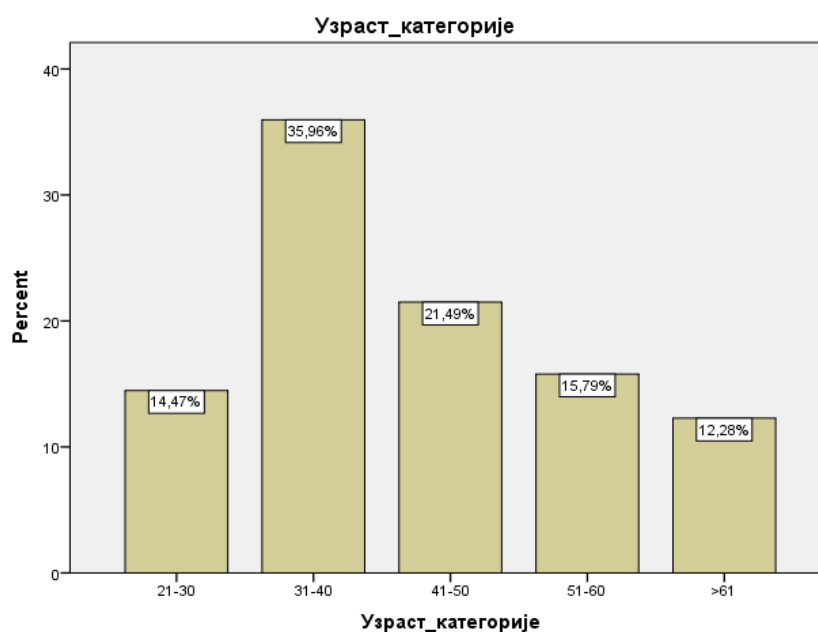
SD=11,88, а расподела испитаника у оквиру узрасних категорија приказана је на Графикону 2.

Графикон бр. 1 Дистрибуција испитаника по полу. Подаци су приказани у виду учесталости и изражени у процентима (%)



Највише испитаника било је старости од 31-40 година (35,60%), затим старости од 41-50 (21,49%), након тога 51-60 (15,79%), и најмање је било испитаника у старосној категорији млађих од 30 година (14,47%) и старијих од 60 година (12,28%) (Графикон бр. 2).

Графикон бр. 2 Дистрибуција испитаника по старосним категоријама



Поред основних демографских карактеристика студијске популације, пратили смо и специфичне социо-демографске параметре свих испитаника, као што је ниво образовања, брачни статус и потомство, радни и економски статус. Остале демографске варијабле приказане су у графички.

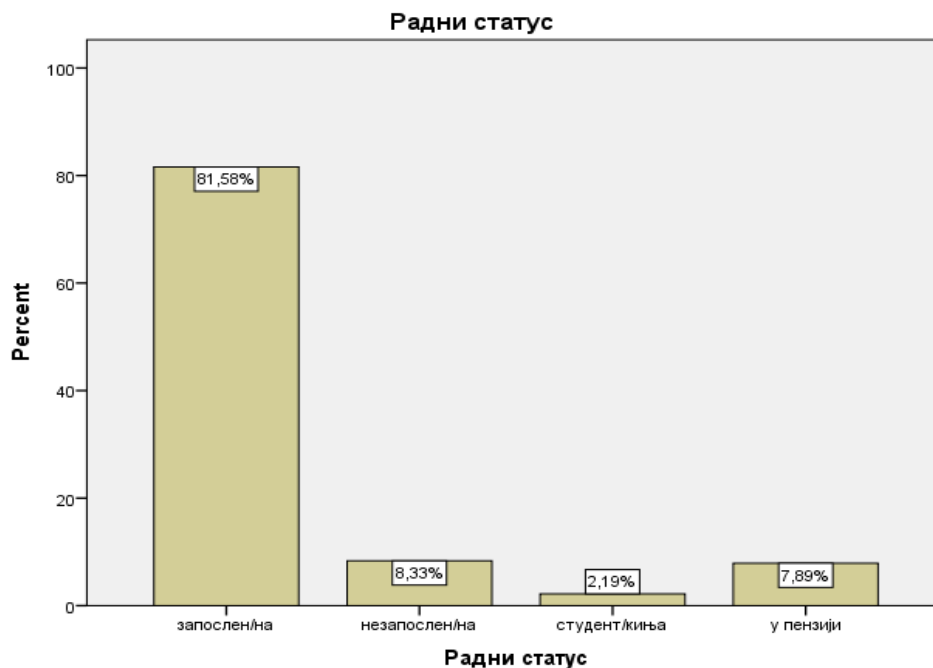
На графикону бр. 3 приказана је учесталост испитаника у односу на ниво образовања. Већи део студијске популације био је високог образовања (74,56%), а мањи део средњег образовања (20,61%). Најмањи део студијске популације изјаснио се као део студентске популације (4,82%).

Графикон бр. 3 Дистрибуција испитаника у односу на ниво образовања. Подаци су приказани у виду учесталости и изражени у процентима (%)



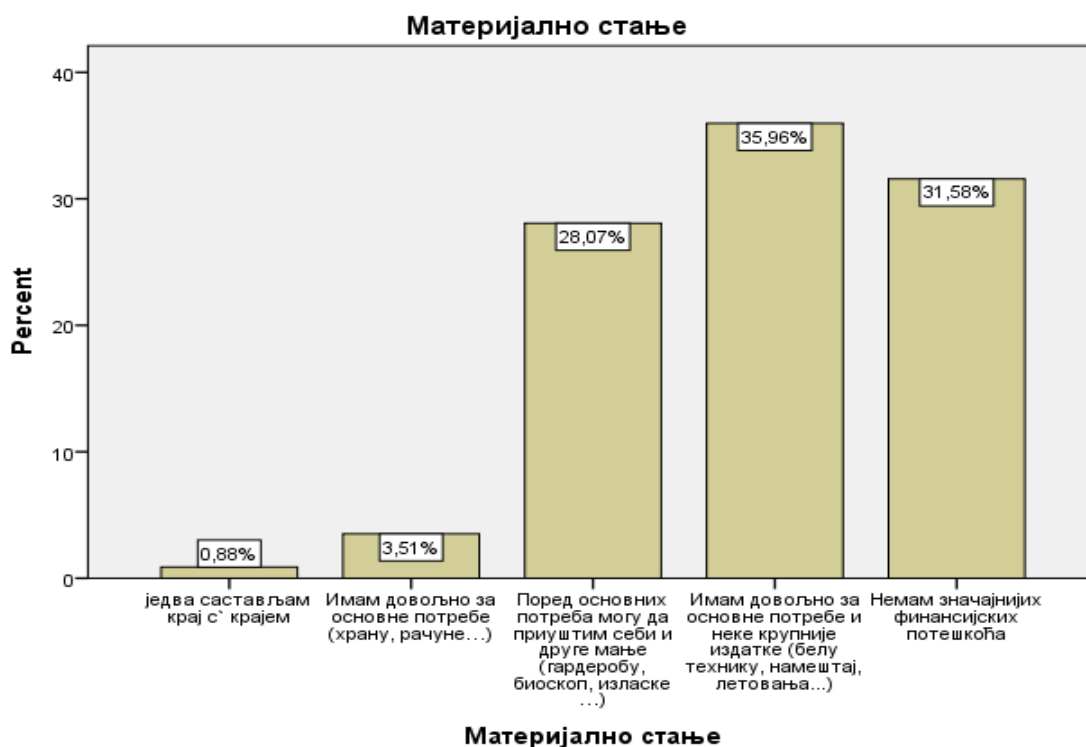
Од укупно 228 испитаника, 81,58% испитаника је било у радном односу, 8,33% испитаника је било незапослено, 7,89% у пензији а само 2,19% су били студенти.

Графикон бр. 4 Дистрибуција испитаника у односу на радни статус (запослен/на, незапослен/на, студент/киња, пензионер). Подаци су приказани у виду учесталости и изражени у процентима (%)



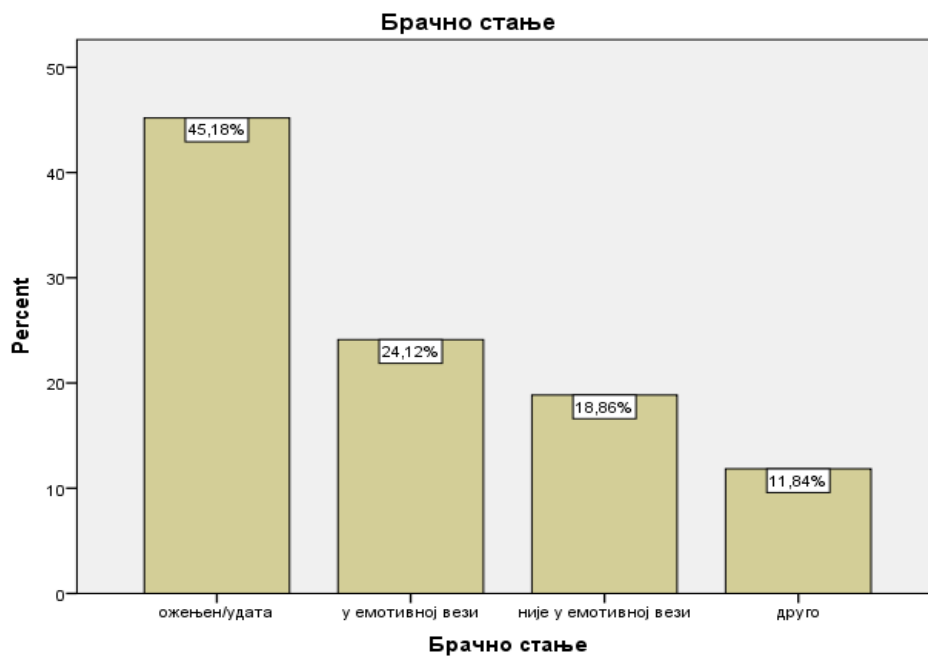
Анализом студијске популације и посматрањем материјалног статуса испитаника, примећена је знатно већа учесталост испитаника доброг (35,36%), врло доброг (31,58%) и средњег материјалног стања (28,07%), и ниска заступљеност испитаника лошег (3,51%) и јако лошег материјалног стања (0,86%) (Графикон бр. 5).

Графикон бр. 5 Дистрибуција испитаника у односу на материјално стање

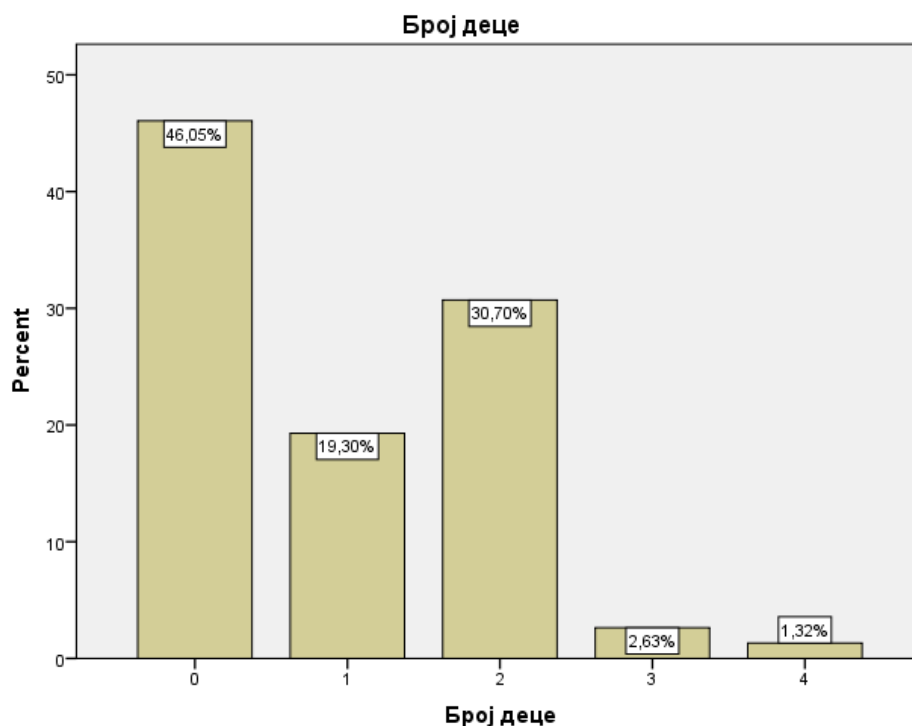


Од укупног броја испитаника (228), 41,18% испитаника је било ожењено/удато, 24,12% испитаника у емотивној вези, 18,86% испитаника није било у емотивној вези, а један део испитаника се није изјаснио у вези свог емотивног статуса (11,84%) (Графикон бр. 6). Затим, највећи број испитаника није имао децу (46,05%), чак двоје деце је имало 30,70% испитаника, док једно дете је имало 19,30%. У студијској популацији најмањи проценат испитаника је имало троје (2,63%) и четворо деце (1,32%) (Графикон бр. 7).

Графикон бр. 6 Дистрибуција испитаника у односу на брачно стање. Подаци су приказани у виду учесталости и изражени у процентима (%)



Графикон бр. 7 Дистрибуција испитаника у односу на број деце. Подаци су приказани у виду учесталости и изражени у процентима (%)



На Табели 7 је сумарно приказана дистрибуција испитаника у односу на специфичне социо-демографске карактеристике студијске популације. Прмећено је, да у нашем исраживању стидијски узорак су у највећем проценту чиниле особе високог образовања које су у брачној заједници, запослени и доброг материјалног и економског статуса и без потомства (Табела 7).

Табела 7. Демографске карактеристике испитаника (образовање, брачно стање и број деце, радни и економски статус). Подаци су приказани у виду учесталости и изражени у процентима (%).

Образовање	%	Брачни статус	%	Радни статус	%	Економски статус	%	Број деце	%
средња стручна спрема	20,6	у браку	45,2	запослено	81,6	доњи средњи	4,4	нема	46,1
студенти	4,8	у вези	24,1	незапослено	8,3	средњи	28,1	једно	19,3
завршен факултет	74,6	сам/а	18,9	студира	2,2	горњи средњи	36,0	двоје	30,7

		друго	11,8	у пензији	7,9	виши	31,6	троје и више	3,9
--	--	-------	------	-----------	-----	------	------	-----------------	-----

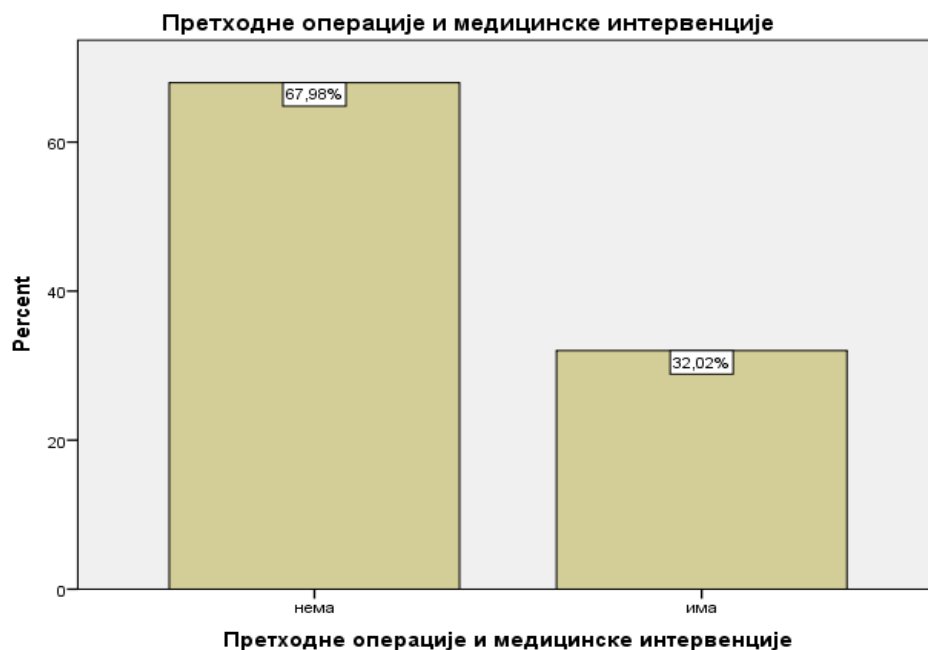
3.4. ПОКАЗАТЕЉИ ОПШТЕГ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА СТУДИЈСКЕ ПОПУАЦИЈЕ

Ради прецизније процене специфичних параметара овог истраживања испитивали смо базичне карактеристике опшег здравственог стања. Показатељи опшег здравственог стања су подаци добијени увидом у документацију доступну у естетском центру, а то су сви подаци о здравственом стању и историји здравствених обољења и поремећаја као и разлози за интервенцију (здравствени/естетски), подаци о тежини, висини и индексу телесне масе, осцилирању тежине, хроничним обољењима (респираторна, кардиваскуларна, ендокрина, неуролошка, уринарна, локомоторна, дерматолошка, инфективна, алергије и сл), евентуалним поремећајима исхране, циклусу, трудноћи, узимању лекова, конзумирању дувана, алкохола и других психоактивних супстанци, претходним медицинским интервенцијама, нарочито претходним хируршким естетским интервенцијама, држању дијета и интензитету физичке рекреације/вежбања.

Преко половине испитаних клијената нема хроничне соматске тегобе или обољења (56%), мало мање од половине испитаника (44%) има неку хроничну болест или тегобу, а 15% има две или више хроничних болести или тегоба. Од особа које су се пожалиле на неку болест, највише (15,6%) има кожне и 10% ендокрине тегобе.

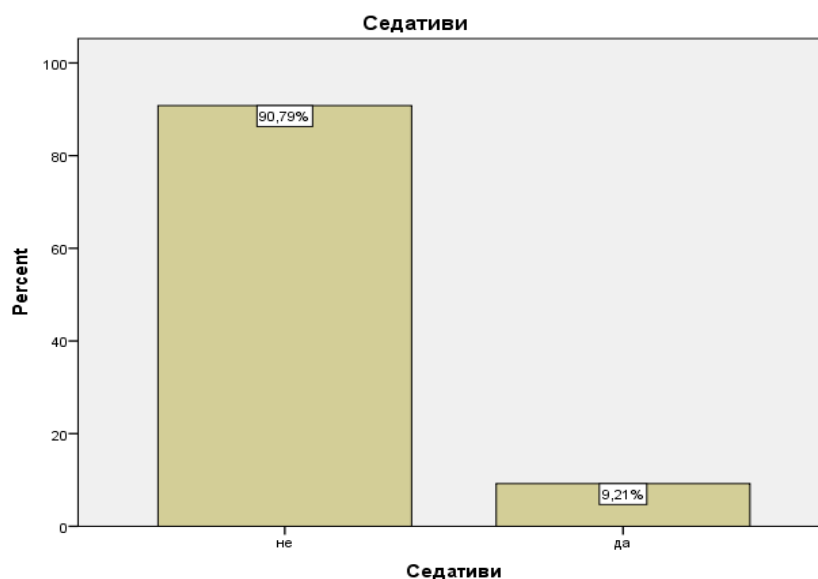
На графикону бр. 8 приказане су процентуалне заступљености испитаника који су имали неку претходну медицинску интервенцију и операцију из било ког разлога. Од укупног броја испитаника, 32,02% испитаника је имало неку операцију у својој медицинској историји, док већи део популације није имао ни једну операцију нити интервенцију (67,98%) (Графикон бр. 8).

Графикон бр. 8 Дистрибуција испитаника у односу на присуство претходних операција и медицинских интервенција.



Посматрајући целокупан узорак, приметили смо да није било испитаника који је на хроничној терапији. У вези са тим, од значаја је било испитати који проценат испитаника је повремено и акутно на терапији седативима. На графикону бр. 9 приказан је проценат испитаника који повремено узимају седативну терапију (9,21%) и проценат испитаника који не користе седативе (90,79%) (Графикон бр. 9).

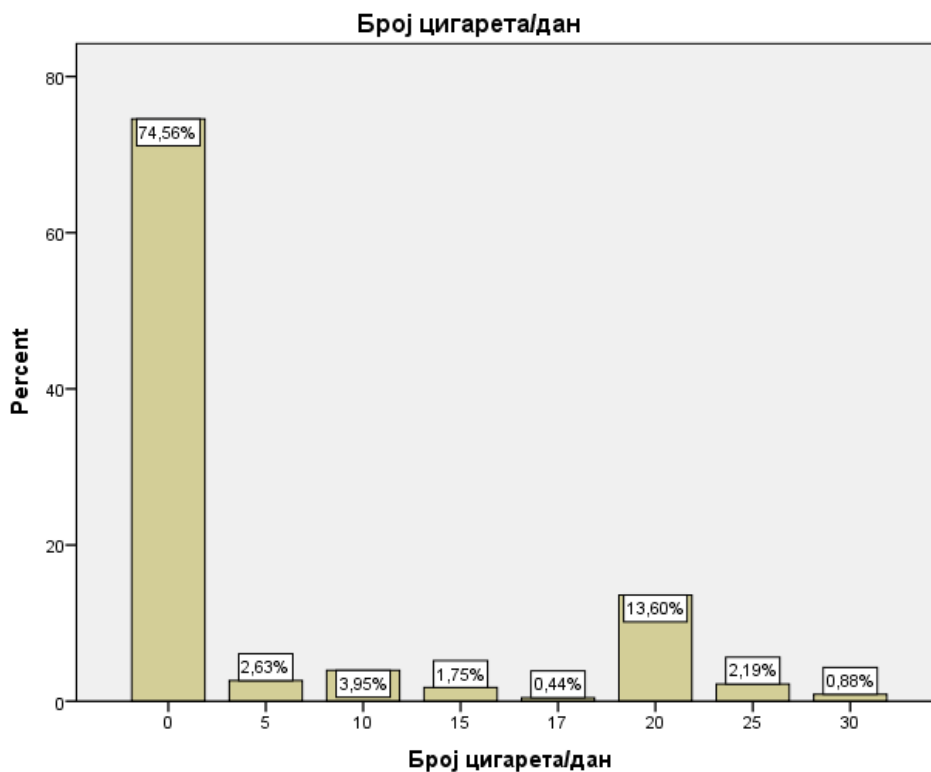
Графикон бр. 9. Дистрибуција испитаника у односу на примену седатива. Подаци су приказани у виду учесталости и изражени у процентима (%)



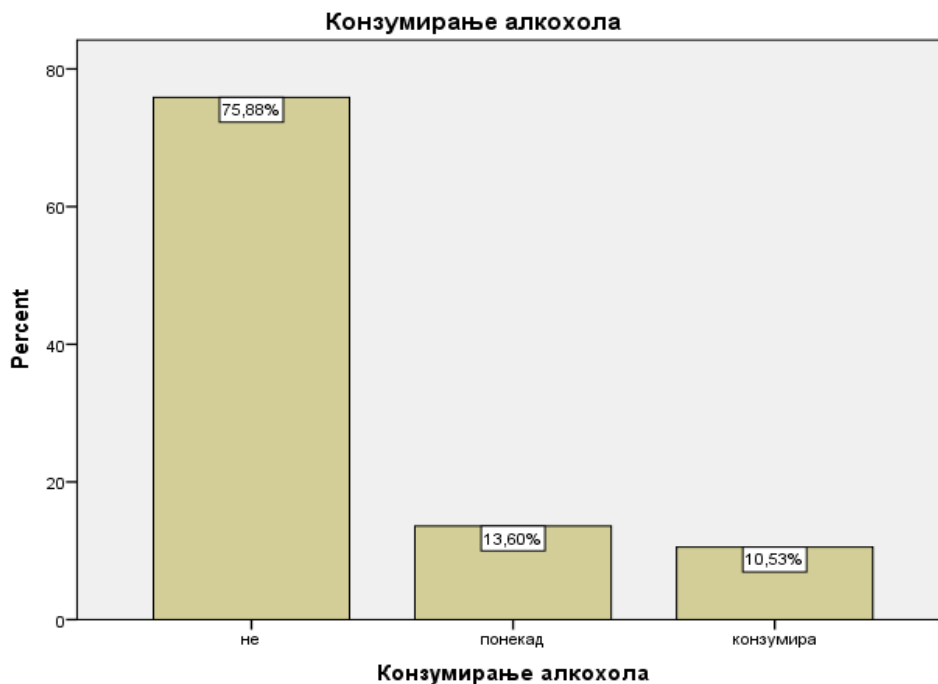
На графикону бр. 10 приказана је дистрибуција испитаника у односу на конзумирање дувана. Највећи број испитаника није конзумирало цигарете (74,56%), а чак 13,16% процената је конзумирало 20 цигарета/дан. У мањем проценту су били заступљене остале категорије пушача у односу на број цигарета/дан које су приказане на Графикону бр. 10.

Од укупног броја испитаника, 75,88% испитаника није конзумирало алкохол, понекад конзумира 13,60% испитаника, а 10,53% испитаника конзумира редовно алкохол (Графикон бр. 11).

Графикон бр. 10. Дистрибуција испитаника у односу на конзумирање дувана. Подаци су приказани у виду учесталости и изражени у процентима (%)



Графикон бр. 11. Дистрибуција испитаника у односу конзумирање алкохола. Подаци су приказани у виду учесталости и изражени у процентима (%)



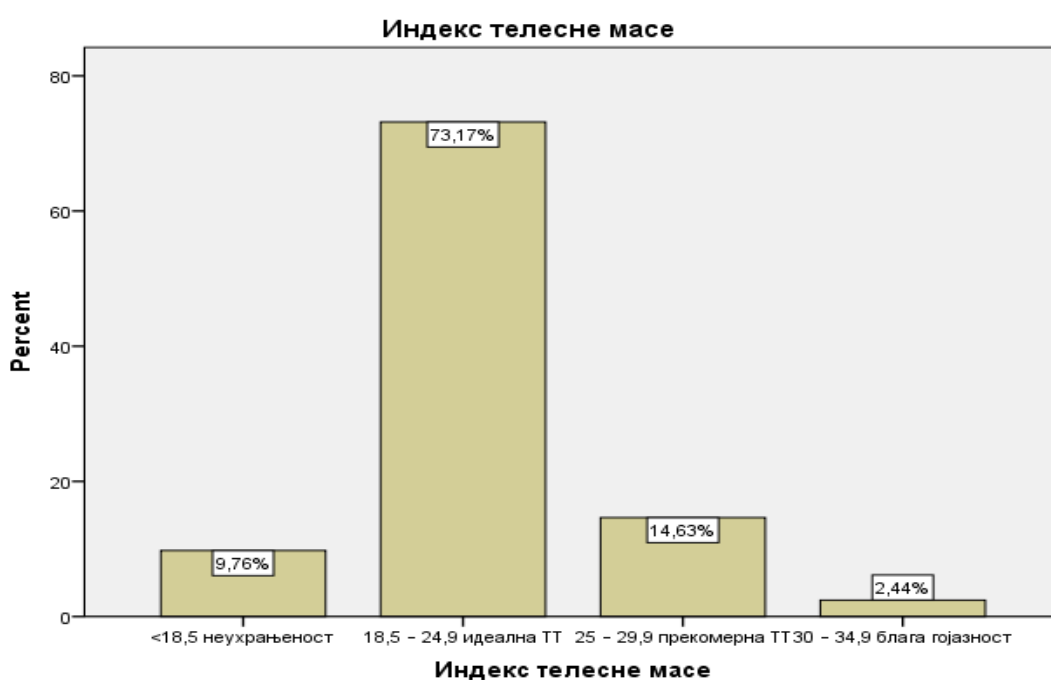
Нешто више од четвртине (28,1)% испитаника није хтело да каже своју прецизну тежину и висину, а од доступних података, према категоријама индекса телесне масе, израчуната је расподела испитаника. Просечна телесна висина испитаника износила 170,32 cm. Вредности индекса телесне масе испитаника и заступљеност у односу на одређену категорију BMI су приказани на Табели 8.

Табела 8. Вредности индекса телесне масе испитаника и заступљеност у односу на одређену категорију BMI. Подаци су приказани у виду учесталости и изражени у процентима (%)

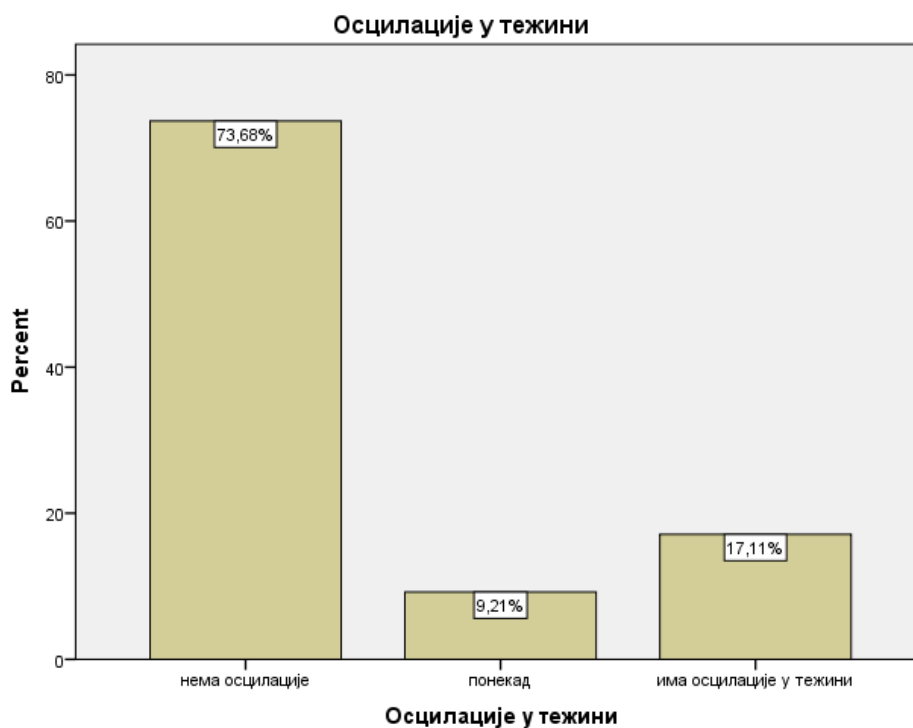
Индекс телесне масе (BMI)	Процент (%)
неухраћеност (<18,5)	9,8
идеална маса (18,5 – 24,9)	73,2
прекомерна маса (25 – 29,9)	14,6
блага гојазност (30 – 34,9)	2,4
тешка гојазност (35 – 39,9)	-
M=21,96, SD=3,23; Min=16,3; Max=34,6	

Највећи број испитаника нема осцилације у тежини (73,7%), 17,1% их има, а 9,2% их има само ретко (Графикон бр. 13). Нешто више од четвртине испитаника држи или је држало дијету (25,88%) и они се значајно разликују по вишим вредностима индекса телесне масе од оних који нису држали дијету ($t(160)=-3,56$; $p=.000$) (Графикон бр. 14). Затим, од укупног броја испитаница, 71% испитаница има редован менструални циклус, 4,2% нема, а 24,3% је у менопаузи.

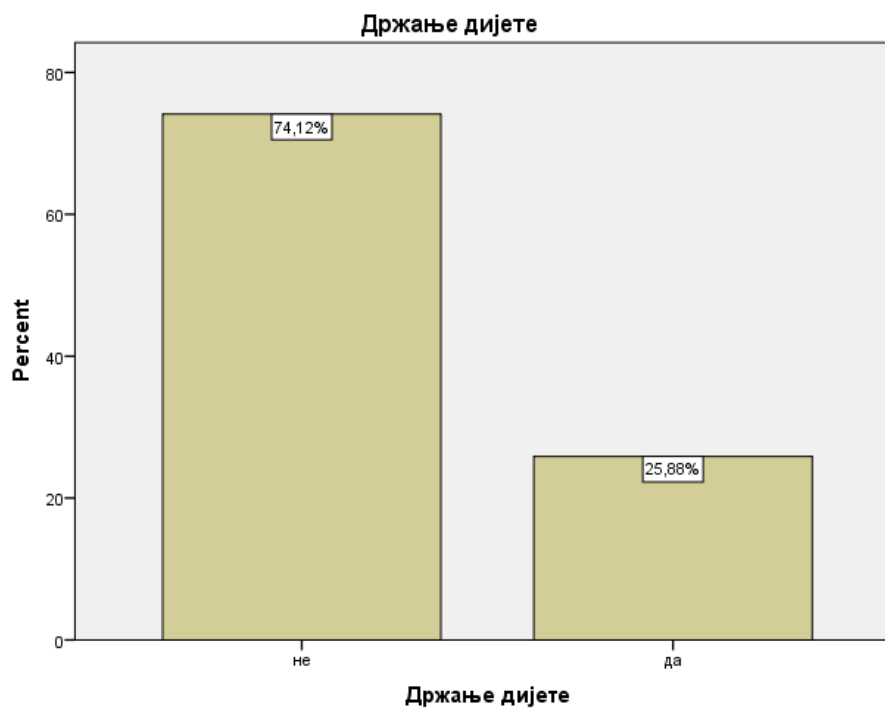
Графикон бр. 12. Вредности индекса телесне масе испитаника и заступљеност у односу на одређену категорију ВМІ. Подаци су приказани у виду учесталости и изражени у процентима (%)



Графикон бр. 13. Учесталост испитаника у односу на осцилације у телесној тежини. Подаци су приказани у виду учесталости и изражени у процентима (%)



Графикон бр. 14. Учесталост испитаника у односу на спровођење дијеталног режима. Подаци су приказани у виду учесталости и изражени у процентима (%)



3.5. ВРСТА, БРОЈ И ЛОКАЛИЗАЦИЈА НЕХИРУРШКИХ ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА У СТУДИЈСКОЈ ПОПУЛАЦИЈИ

У односу на врсту интервенција, можемо закључити да највећу „популарност“ и даље има уклањање стрија, филери, а затим следи мезотела и мезолица, као и ботокс (Табела 9).

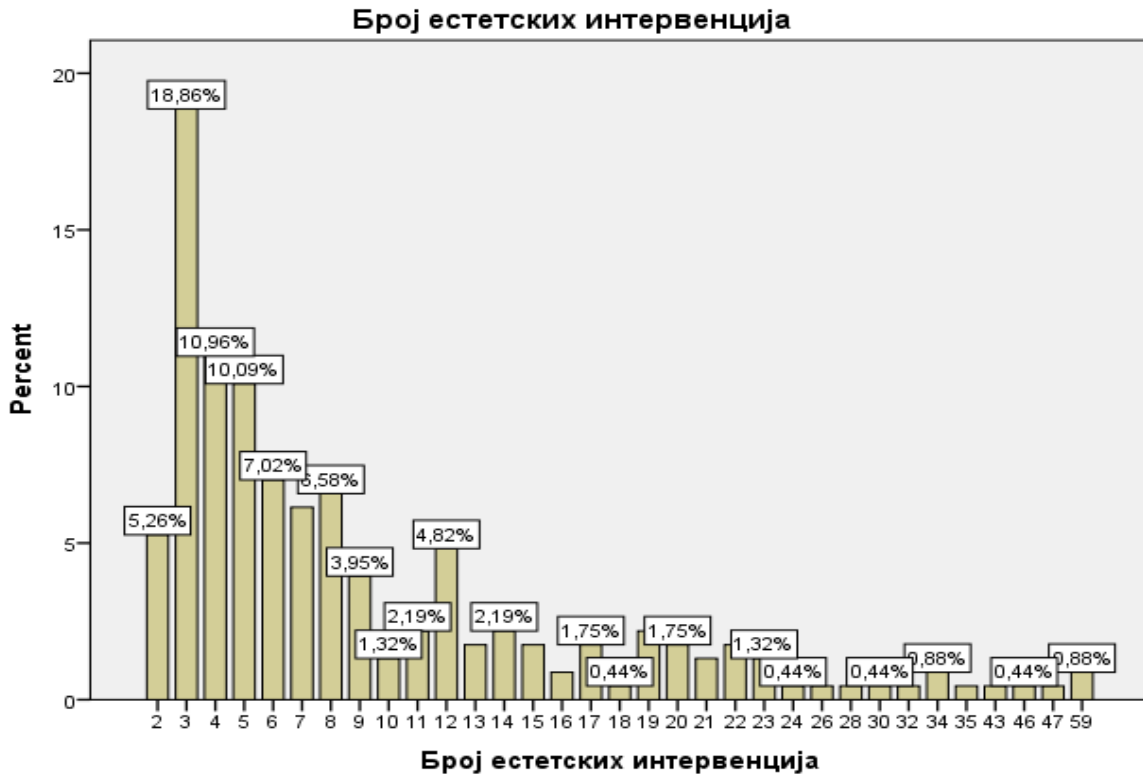
Табела 9. Учесталост естетских интервенција у односу на врсту интервенције

Врста интервенције	филер	ботокс	стрије	мезолица	епилација	кавитација & липолиза	мезотела
Процент интервенција (%)	25,1	14,7	21,6	11,5	4,6	7,8	14,7

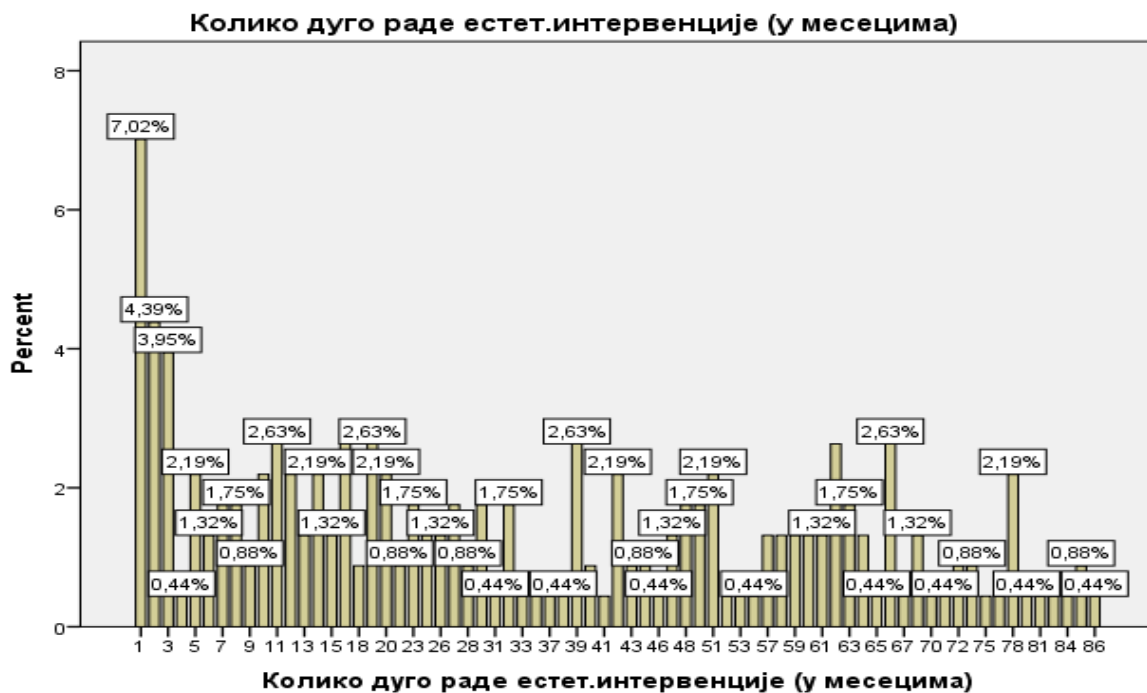
Број нехируршких естетских интервенција по особи се кретао од 2 до 59 ($M=9.26$; $SD=9.29$). Највећи број пацијената је имао 3 естетске интервенције (18,86%), а зна другом месту по учесталости су испитаници који су имали 4 естетске интервенције (10,96%) и 5 естетских интервенција (10,09%). Анализирањем ове учесталости, примећено је да учесталост испитаника опада са повећањем броја спроведених интервенција (Графикон бр.15).

На графикону бр. 16 је приказана учесталост броја естетских интервенција у односу на временски период током којег су спроведене. Највећи проценат испитаника ове студије је урадио естетске интервенције током три месеца, док је мали број испитаника урадио све естетске интервенције током вишемесечног периода (Графикон бр. 16).

Графикон бр. 15. Учесталост испитаника у односу на број урађених естетских интервенција. Подаци су приказани у виду учесталости и изражени у процентима (%)

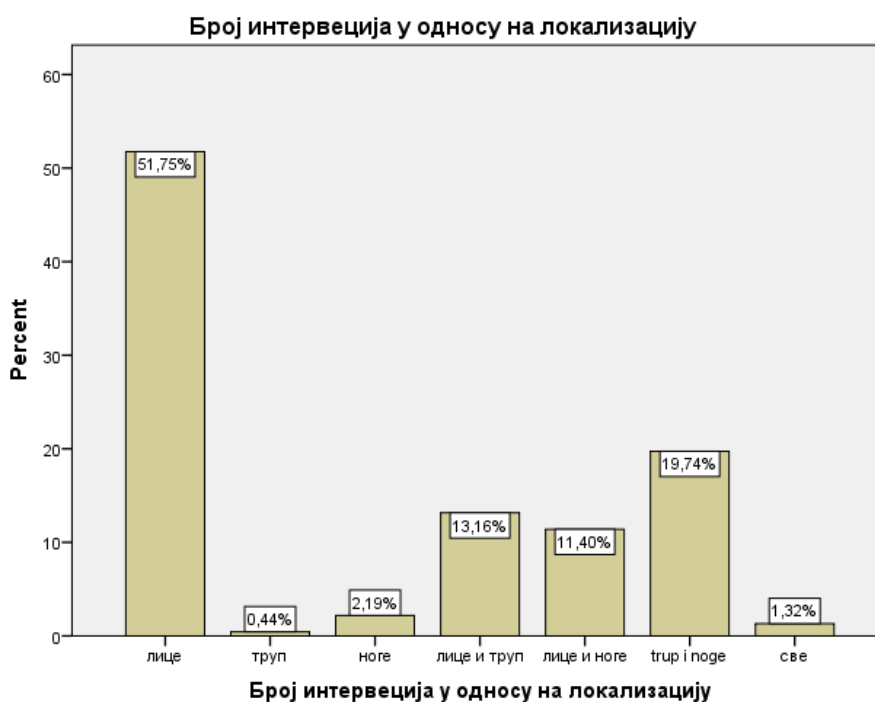


Графикон бр. 16. Учесталост испитаника у односу на временски период у месецима за који су урађене естетске интервенције. Подаци су приказани у виду учесталости и изражени у процентима (%)



Од укупног броја естетских интервенција, интервенције су најчешће радиле на лицу (51,75%), затим у пределу трупа и доњих екстремитета (19,74%), у пределу лица и трупа (13,16%), лица и доњих екстремитета (11,40%), а најређе у пределу доњих екстремитета (2,19%), у пределу трупа, лица и доњих екстремитета (1,32%) и пределу трупа (0,44%) (Графикон бр. 17).

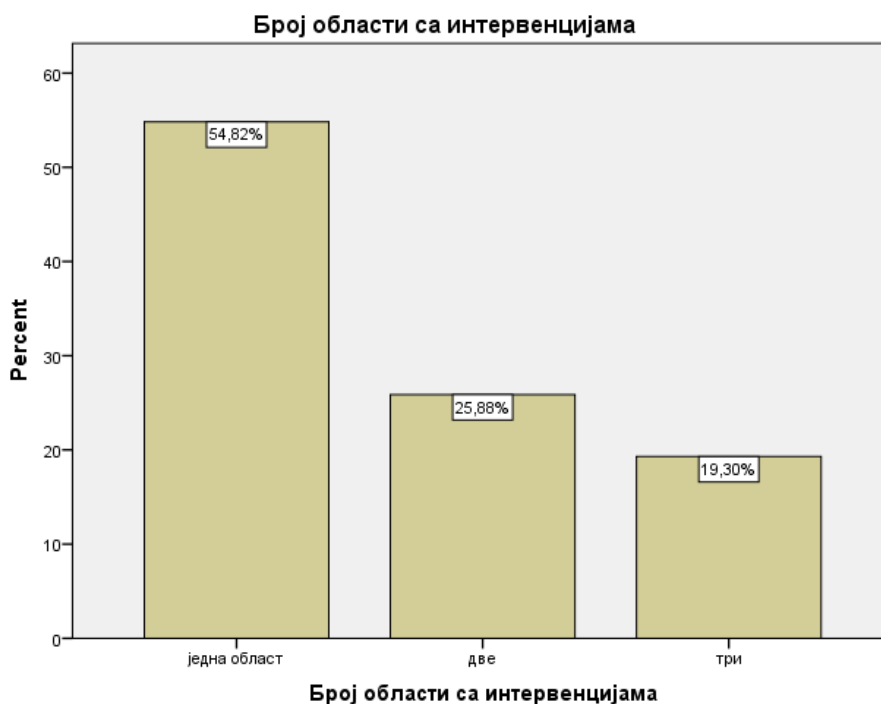
Графикон бр. 17. Расподела естетских интервенција у односу локализацију. Подаци су приказани у виду учесталости и изражени у процентима (%)



Од укупног броја естетских интервенција, најчешће су се спроводиле у једној области или регији тела (54,82%), затим у пределу две регије (25,85%) са приближном учесталошћу са бројем интервенција у три регије (19,30%) (Графикон бр. 19).

По питању локализације интервенција, највећи број интервенција ради се у области лица, што је и очекивано. Од укупног броја испитаника, 19% испитаника је радило интервенције на све три области тела (лице, торзо, ноге) које су издвојене у овој студији (Графикон бр. 17). Управо ови испитаници су радили и највећи број интервенција ($M=17.56$), затим их следе они који су радили на две области (10.21) и они који су радили све интервенције само на једној области (6.02) ($F(2)=32.134$; $p=.000$). Нису пронађене друге разлике у локализацији интервенција према осталих демографским карактеристикама

Графикон бр. 18. Учесталост испитаника који су спровели естетске интервенције на једној две или три локализоване регије. Подаци су приказани у виду учесталости и изражени у процентима (%)



Табела 10. Учесталост естетских интервенција у односу на локализацију (лице, торзо, доњи екстремитети)

Области тела	Број интервенција	Процент (%)	Кумулативна учесталост (%)
лице	120	52,6	52,6
торзо	1	0,4	53,1
ноге	5	2,2	55,3
лице & торзо	29	12,7	68,0
лице & ноге	26	11,4	79,4
торзо & ноге	3	1,3	80,7
све три области	44	19,3	100,0

Број нехируршких естетских интервенција по особи се кретао од 2 до 59 ($M=9.26$; $SD=9.29$). Ипак, пошто су неки испитаници радили своје прве интервенције у неколико месеци пре испитивања, док су неки прве интервенције радили пре скоро седам година (Графикон бр. 16), израчунат је просечан број интервенција по години. Током првих годину дана просечно су наши испитаници радили $M=4.76$ ($SD=3.334$) интервенције, да би се тај број незнатно смањио током друге године $M=4.35$

(SD=2.446), а након тога се тај тренд смањивања интервенција наставио $M=3.12$ (SD=2.24).

Највише естетских интервенција су радили испитаници у узрасној групи од 51 до 60 година и 41 до 50 година ($F(4)=7.181$; $p=.000$).

Табела 11. Разлике (Tukey's B) у броју интервенција по узрасним групама

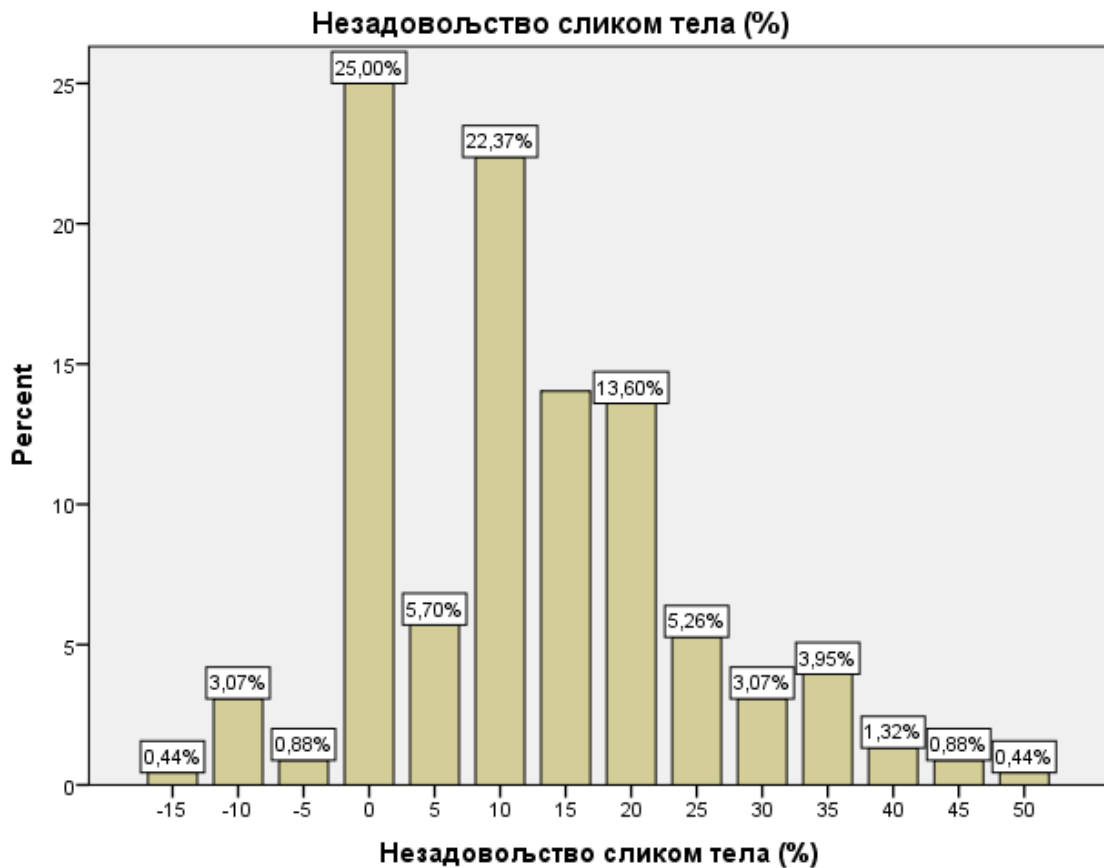
Узрасне групе (године)	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
18-30	33	6.52	
31-40	81	6.94	
60+	28	8.68	
41-50	50	10.58	10.58
51-60	36		15.61

Од осталих демографских карактеристика једино се издвојио економски статус, где су испитаници са бољим статусом радили више интервенција, мада је корелација слаба позитивна ($r=0,159$; $p=0,016$).

3.6. НЕЗАДОВОЉСТВО СЛИКОМ ТЕЛА

Незадовољство сликом тела, у овом истраживању, представљала је разлику између тренутне слике и идеалне слике тела коју испитаници замишљају, изражену у процентима телесне масе које би испитаници желели да добију или изгубе. Распон се кретао од могућих 60% испод, до 140% изнад просека. Добијене су средње, умерене вредности ($M=11.69$; $SD=11.69$; $KS(228)=.135$; $p=.000$) које благо одступају ка вишим вредностима (према делу који показује да испитаници желе да смршају). Добијени распон је од минималних -15%, до максималних +50%, код испитаника који би желели да смршају. Тачно четвртина узорка (25%) није изразила ни најмање незадовољство сликом тела и њихова девијација идеалне од тренутне слике је 0%. Мали проценат испитаника (4.4%) желео је да добије на тежини, док су остали желели да смршају, а чак пола испитаника (50%) је желело да смрша у распону од 10 до 20% (Графикон бр. 19).

Графикон бр. 19. Незадовољство сликом тела. Колоне на лево од 0 представљају процентуалне разлике и учесталост испитаника који имају мање килограма него што би желели (минус представља мањак килограма и негативну перцепцију), а десно од 0 представља учесталост испитаника који би желели да изгубе килограме (плус представља вишак килограма и негативну перцепцију)



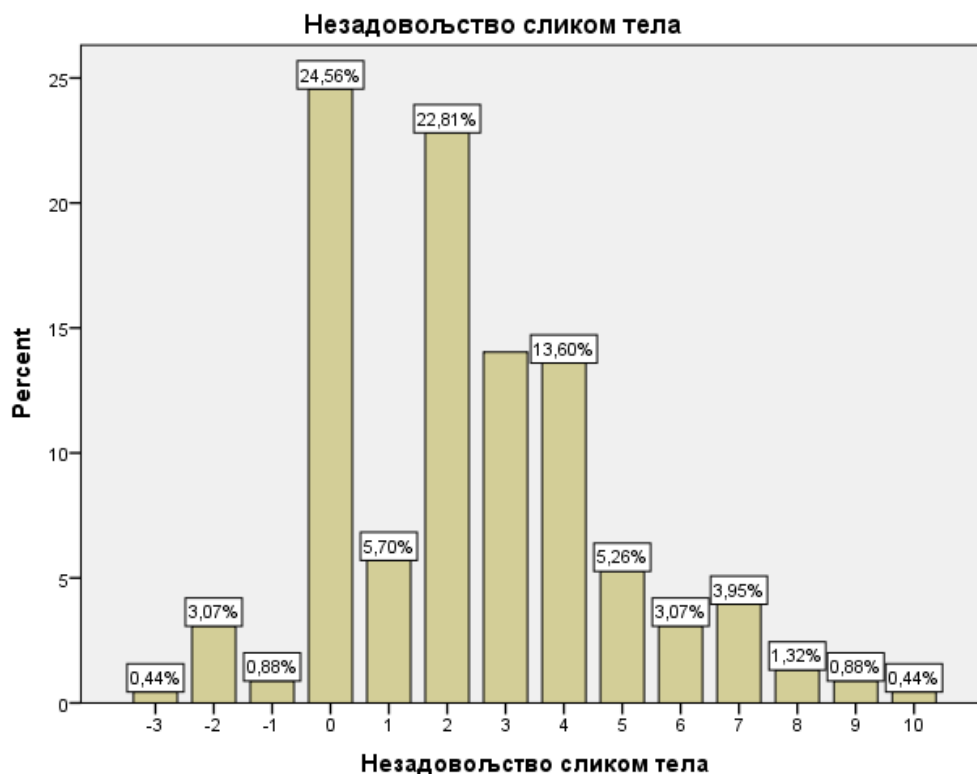
Као што је напоменуто, израчуната су и одступања у перцепцији слике тела, која су операционализована као разлика између актуелне слике тела (одговарајуће перцепције слике тела и вредности на скали се крећу од 16,92 до 39,48 за женске фигуре, и од 16,68 до 39,92 за мушке фигуре) и реалног индекса телесне масе (Графикон бр. 19 и 20). Израчунавање перцепције слике тела је важан параметар при анализи особа које су подвргнуте неком облику козметичко-естетских процедура јер такве особе често описују свој физички изглед на начин који не одговара објективним показатељима, а које је важно задовољити. Просечна вредност разлике између тренутне и жељене слике тела износи -4,46, при чему је минимум -14,98 а максимум ове разлике 3,48 код 164

испитаника код којих је примећена разлика у перцепцији (Табела 12). Просечна одступања процене наших испитаника су износила $M=-4,46$; $SD=3,70$, при чему су се ове процене кретале од $-14,98$ (процена особа има већи БМИ од реалног) до $3,48$ (мања процена од реалног БМИ). Ова одступања су такође у високој позитивној корелацији са незадовољством сликом тела ($r=.608$; $p<.001$).

Табела 12. Разлика између тренутне и жељене слике тела код испитаника код којих се појавила разлика у перцепцији

Descriptive Statistics						
	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Разлика између тренутне и жељене слике тела	164	18,46	-14,98	3,48	-4,4642	3,70019
Valid N (listwise)	164					

Графикон бр. 20. Незадовољство сликом тела. Колоне на лево и десно од 0 представљају смер и разлику између тренутне и жељене слике тела код испитаника



3.7. ТЕМПЕРАМЕНТ, САМОПОУЗДАЊЕ И СТАЊЕ АНКСИОЗНОСТИ ИСПИТАНИКА

Основни дескриптивни подаци за мерене типове темперамента, индекса самопоуздања и стања анксиозности, дати су у Табели 13 и 14. Просечне вредности за депресивни темперамент су изразито ниске, следе за циклотимични и иритабилни, мало више су за анксиозне типове, а вредности код хипертимичног групишу се према вишим вредностима. Индекс самопоуздања је такође релативно висок, док стање анксиозности одступа према нижим вредностима (Табеле 13 и 14).

Табела 13. Дескриптивни подаци за темперамент и самопоуздање

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Dev.	α	KS
Депресивни темперамент	,00	,71	,0902	,162	.68	,383**
Циклотимични темперамент	,00	1,00	,2218	,289	.83	,275**
Хипертимични темперамент	,00	1,00	,7657	,243	.68	,221**
Иритабилни темперамент	,00	,75	,2177	,191	.61	,174**
Анксиозно-когнитвни темперамент	,00	1,00	,4079	,355	.83	,186**
Анксиозно-соматски темперамент	,00	1,00	,3472	,278	.68	,211**
Самопоуздање	26	45	38,55	3,91	.81	,095**
Стање анксиозности	20	71	35,56	9,66	,94	,095**

**p<.01

Табела 14. Дескриптивни подаци за анксиозност испитаника

		Анксиозност	Индекс самопоуздања
N	Valid	228	228
	Missing	0	0
Mean		35,56	38,55
Minimum		20	26
Maximum		71	45

3.8. ПОВЕЗАНОСТ НЕЗАДОВОЉСТВА СЛИКОМ ТЕЛА СА ИСПИТИВАНИМ ПАРАМЕТРИМА

Анализом повезаности незадовољства сликом тела као зависне варијабле са независним варијаблама као што су пол и старост, приметили смо да је незадовољство у позитивној слабој корелацији са старошћу ($r=0,177$; $p=0,007$), док незадовољство није у корелацији са полом ($r=0,038$; $p=0,568$) (Табела 15).

Табела 15. Корелациони матрикс социодемографских варијабли са степеном незадовољства испитаника. *Pearson*-ов коефицијент корелације (r) и статистичка значајност (p) корелационе анализе: ниска корелација $0 \leq r \leq 0,3$; умерена корелација $0,3 \leq r < 0,7$; јака корелација $0,7 \leq r < 1$ (- указује на негативну повезаност); p вредност мања од 0,05 указује на постојање корелације ($p \leq 0,05$).

		Correlations			
		Незадовољс тво сликом тела	Пол испитаника	Старост испитаника	Узраст_катег орије
Незадовољство сликом тела	Pearson Correlation	1	,038	,177**	,184**
	Sig. (2-tailed)		,567	,007	,005
	N	228	228	228	228
Пол испитаника	Pearson Correlation	,038	1	,033	,023
	Sig. (2-tailed)	,567		,616	,729
	N	228	228	228	228
Старост испитаника	Pearson Correlation	,177**	,033	1	,972**
	Sig. (2-tailed)	,007	,616		,000
	N	228	228	228	228
Узраст_категорије	Pearson Correlation	,184**	,023	,972**	1
	Sig. (2-tailed)	,005	,729	,000	
	N	228	228	228	228

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Затим, анализирали смо потенцијалну повезаност осталих социодемографских карактеристика испитаника са зависном варијаблом, незадовољством сликом тела, и приметили да незадовољство сликом тела није у корелацији са нивоом образовања, брачним стањем и бројем деце, као ни са материјалним и економским статусом (Табела 16).

Табела 16. Корелациони матрикс социодемографских варијабли са степеном незадовољства испитаника. *Pearson*-ов коефицијент корелације (r) и статистичка значајност (p) корелационе анализе: ниска корелација $0 \leq r \leq 0,3$; умерена корелација $0,3 \leq r < 0,7$; јака корелација $0,7 \leq r < 1$ (- указује на негативну повезаност); p вредност мања од 0,05 указује на постојање корелације ($p \leq 0,05$).

		Correlations					
		Незадовољство сликом тела	Ниво образовања	Брачно стање	Радни статус	Број деце	Материјално стање
Незадовољство сликом тела	Pearson Correlation	1	-,080	-,032	-,004	,079	,039
	Sig. (2-tailed)		,227	,631	,954	,233	,554
	N	228	228	228	228	228	228
Ниво образовања	Pearson Correlation	-,080	1	,011	-,260**	-,258**	,207**
	Sig. (2-tailed)	,227		,864	,000	,000	,002
	N	228	228	228	228	228	228
Брачно стање	Pearson Correlation	-,032	,011	1	,135*	-,261**	-,237**
	Sig. (2-tailed)	,631	,864		,041	,000	,000
	N	228	228	228	228	228	228
Радни статус	Pearson Correlation	-,004	-,260**	,135*	1	,097	-,123
	Sig. (2-tailed)	,954	,000	,041		,143	,063
	N	228	228	228	228	228	228
Број деце	Pearson Correlation	,079	-,258**	-,261**	,097	1	,064
	Sig. (2-tailed)	,233	,000	,000	,143		,333
	N	228	228	228	228	228	228
Материјално стање	Pearson Correlation	,039	,207**	-,237**	-,123	,064	1
	Sig. (2-tailed)	,554	,002	,000	,063	,333	
	N	228	228	228	228	228	228

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

3.9. ПОВЕЗАНОСТ ПОКАЗАТЕЉА ОПШТЕГ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА СА СТЕПЕНОМ НЕЗАДОВОЉСТВА СЛИКОМ ТЕЛА

При анализи зависних и независних варијабли у овој студији, пратили смо, осим учесталости и заступљености одређене карактеристике у студијској популацији, и њихову међусобну повезаност. Незадовољство сликом тела је у позитивној умереној корелацији са телесном тежином ($r=0,375$; $p=0,000$) и индексом телесне масе ($r=0,474$; $p=0,000$) (Табела 17). Просечна одступања процене наших испитаника су износила $M=-4,46$; $SD=3,70$, при чему су се ове процене кретале од -14,98 (процена особа има већи БМИ од реалног) до 3,48 (мања процена од реалног БМИ). Ова одступања су такође у високој позитивној корелацији са незадовољством сликом тела ($r=.608$; $p<.001$)

Табела 17. Корелациони матрикс антропометријских карактеристика испитаника са степеном незадовољства испитаника. *Pearson*-ов коефицијент корелације (r) и статистичка значајност (p) корелационе анализе: ниска корелација $0 \leq r \leq 0,3$; умерена корелација $0,3 \leq r < 0,7$; јака корелација $0,7 \leq r < 1$ (- указује на негативну повезаност); p вредност мања од $0,05$ указује на постојање корелације ($p \leq 0,05$).

		Correlations				
		Незадовољство сликом тела	Висина	Тежина	Индекс телесне масе	Индекс телесне масе
Незадовољство сликом тела	Pearson Correlation	1	-,100	,375**	,474**	,418**
	Sig. (2-tailed)		,200	,000	,000	,000
	N	228	164	164	164	164
Висина	Pearson Correlation	-,100	1	,461**	-,057	-,105
	Sig. (2-tailed)	,200		,000	,471	,180
	N	164	164	164	164	164
Тежина	Pearson Correlation	,375**	,461**	1	,856**	,721**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000
	N	164	164	164	164	164
Индекс телесне масе	Pearson Correlation	,474**	-,057	,856**	1	,872**
	Sig. (2-tailed)	,000	,471	,000		,000
	N	164	164	164	164	164
Индекс телесне масе	Pearson Correlation	,418**	-,105	,721**	,872**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,180	,000	,000	
	N	164	164	164	164	164

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Незадовољство сликом тела је у ниској позитивној корелацији са осцилацијама у телесној тежини ($r=0,203$; $p=0,002$), држањем дијете ($r=0,248$; $p=0,000$) као и са редовним менструалним циклусом ($r=0,191$; $p=0,004$), док незадовољство сликом тела није у корелацији са присуством претходних медицинских интервенција ($r=-0,094$; $p=0,157$) (Табела 18).

Табела 18. Корелациони матрикс осталих анамнестичких података испитаника са степеном незадовољства испитаника. *Pearson*-ов коефицијент корелације (r) и статистичка значајност (p) корелационе анализе: ниска корелација $0 \leq r \leq 0,3$; умерена корелација $0,3 \leq r < 0,7$; јака корелација $0,7 \leq r < 1$ (- указује на негативну повезаност); p вредност мања од $0,05$ указује на постојање корелације ($p \leq 0,05$).

Correlations

		Незадовољс тво сликом тела	Осцилације у тежини	Држање дијете	редовност менструлано г циклуса	Претходне операције и медицинске интервенције
Незадовољство сликом тела	Pearson Correlation	1	,203**	,248**	,191**	-,094
	Sig. (2-tailed)		,002	,000	,004	,157
	N	228	228	228	228	228
Осцилације у тежини	Pearson Correlation	,203**	1	,541**	-,108	-,070
	Sig. (2-tailed)	,002		,000	,103	,294
	N	228	228	228	228	228
Држање дијете	Pearson Correlation	,248**	,541**	1	-,154*	,153*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,020	,021
	N	228	228	228	228	228
редовност менструланог циклуса	Pearson Correlation	,191**	-,108	-,154*	1	-,071
	Sig. (2-tailed)	,004	,103	,020		,286
	N	228	228	228	228	228
Претходне операције и медицинске интервенције	Pearson Correlation	-,094	-,070	,153*	-,071	1
	Sig. (2-tailed)	,157	,294	,021	,286	
	N	228	228	228	228	228

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Незадовољство сликом тела није у корелацији са конзумирањем цигарета ($r=0,101$; $p=0,130$), алкохола ($r=-0,015$; $p=0,818$) као ни са употребом седатива ($r=0,109$; $p=0,101$) (Табела 19).

Табела 19. Корелациони матрикс осталих социодемографских карактеристика испитаника са степеном незадовољства испитаника. *Pearson*-ов коефицијент корелације (r) и статистичка значајност (p) корелационе анализе: ниска корелација $0 \leq r \leq 0,3$; умерена корелација $0,3 \leq r < 0,7$; јака корелација $0,7 \leq r < 1$ (- указује на негативну повезаност); p вредност мања од $0,05$ указује на постојање корелације ($p \leq 0,05$).

Correlations

		Незадовољс тво сликом тела	Број цигарета/дан	Конзумирањ е алкохола	Седативи
Незадовољство сликом тела	Pearson Correlation	1	-,101	-,015	,109
	Sig. (2-tailed)		,130	,818	,101
	N	228	228	228	228
Број цигарета/дан	Pearson Correlation	-,101	1	,137*	,126
	Sig. (2-tailed)	,130		,039	,058
	N	228	228	228	228
Конзумирање алкохола	Pearson Correlation	-,015	,137*	1	-,075
	Sig. (2-tailed)	,818	,039		,258
	N	228	228	228	228
Седативи	Pearson Correlation	,109	,126	-,075	1
	Sig. (2-tailed)	,101	,058	,258	
	N	228	228	228	228

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

3.10. ПОВЕЗАНОСТ БРОЈА, ВРСТЕ И УЧЕСТАЛОСТИ ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА СА СТЕПЕНОМ НЕЗАДОВОЉСТВА СЛИКОМ ТЕЛА

Незадовољство сликом тела је у ниској позитивној корелацији са бројем естетских интервенција у односу на локализацију тела ($r=0,144$; $p=0,030$), док ова варијабла није у корелацији са укупним бројем естетских интервенција, временским излагањем естетским интервенцијама као ни са просечним бројем интервенција по години (Табела 20). Са порастом незадовољства, број интервенција није значајно растао ($r=.075$; $p=.263$), али јесте број делова тела где се изводе те интервенције (Табела 20).

Табела 20. Корелациони матрикс броја, врсте и учесталости естетских интервенција испитаника са степеном незадовољства испитаника. *Pearson*-ов коефицијент корелације (r) и статистичка значајност (p) корелационе анализе: ниска корелација $0 \leq r \leq 0,3$; умерена корелација $0,3 \leq r < 0,7$; јака корелација $0,7 \leq r < 1$ (- указује на негативну повезаност); p вредност мања од $0,05$ указује на постојање корелације ($p \leq 0,05$).

Correlations

		Незадовољс тво сликом тела	Број естетских интервенција	Број интервенција у односу на локализацију	Колико дуго раде естет. интервенције (у месецима)	Просек естет. интервенција
Незадовољство сликом тела	Pearson Correlation	1	,088	,144*	,067	,067
	Sig. (2-tailed)		,186	,030	,313	,313
	N	228	228	228	228	228
Број естетских интервенција	Pearson Correlation	,088	1	,439**	,528**	,528**
	Sig. (2-tailed)	,186		,000	,000	,000
	N	228	228	228	228	228
Број интервенција у односу на локализацију	Pearson Correlation	,144*	,439**	1	,252**	,252**
	Sig. (2-tailed)	,030	,000		,000	,000
	N	228	228	228	228	228
Колико дуго раде естет. интервенције (у месецима)	Pearson Correlation	,067	,528**	,252**	1	1,000**
	Sig. (2-tailed)	,313	,000	,000		,000
	N	228	228	228	228	228
Просек естет. интервенција	Pearson Correlation	,067	,528**	,252**	1,000**	1
	Sig. (2-tailed)	,313	,000	,000	,000	
	N	228	228	228	228	228

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

3.11. ПОВЕЗАНОСТ ДОМИНАТНИХ ЦРТА ТЕМПЕРАМЕНТА СА СТЕПЕНОМ НЕЗАДОВОЉСТВА СЛИКОМ ТЕЛА

У другом делу истраживања испитивали смо повезаност незадовољства сликом тела са доминатним цртама темперамента код особа које су из естетских разлога имале више нехируршких естетских интервенција на једном или више делова тела. Главни циљ овог истраживања био је покушати наћи везу између нивоа незадовољства сликом тела, броја и врста естетских неинвазивних интервенција и психолошких варијабли мерених у овој студији: црте темперамента, индекса самопоуздања и стања анксиозности. Ако упоредимо средње вредности на овим психолошким скалама (само испитаница) добићемо одступања нашег узорка од норми у општој одраслој популацији у Србији, на којима су коришћени инструменти стандардизовани. По питању црта темперамента (139), скорови испитаница у нашем узорку значајно одступају према нижим вредностима за депресивни ($t(213)=-8.805$; $p<.01$), циклотимични ($t(213)=-9.185$; $p<.01$), иритабилни темперамент ($t(213)=-4.712$; $p<.01$), а према вишим вредностима за хипертимични ($t(213)=9.765$; $p<.01$), док се нису показале статистички значајна одступања код анксиозно-соматског и когнитивног темперамента ($t(213)=-0.826$; $p>.05$; $t(213)=-1.614$; $p>.05$) (Табела 21).

Табела 21. Корелациони матрикс учесталости одређеног типа темперамента испитаника са степеном незадовољства испитаника на целом узорку. *Pearson*-ов коефицијент корелације (r) и статистичка значајност (p) корелационе анализе: ниска корелација $0 \leq r \leq 0,3$; умерена корелација $0,3 \leq r < 0,7$; јака корелација $0,7 \leq r < 1$ (- указује на негативну повезаност); p вредност мања од $0,05$ указује на постојање корелације ($p \leq 0,05$).

Correlations^b

		Незадовољс тво сликом тела	Депресивни	Циклотимичн и	Хипертимичн и	Иритабилни	Анксиозно- когнитивни	Анксиозно- соматски
Незадовољство сликом тела	Pearson Correlation	1	,024	,059	,099	-,016	,032	-,011
	Sig. (2-tailed)		,724	,374	,135	,816	,635	,871
	N	228	228	228	228	228	228	228
Депресивни	Pearson Correlation	,024	1	,469**	-,322**	,118	,384**	,324**
	Sig. (2-tailed)	,724		,000	,000	,076	,000	,000
	N	228	228	228	228	228	228	228
Циклотимични	Pearson Correlation	,059	,469**	1	-,221**	,218**	,503**	,301**
	Sig. (2-tailed)	,374	,000		,001	,001	,000	,000
	N	228	228	228	228	228	228	228
Хипертимични	Pearson Correlation	,099	-,322**	-,221**	1	,082	-,191**	-,181**
	Sig. (2-tailed)	,135	,000	,001		,219	,004	,006
	N	228	228	228	228	228	228	228
Иритабилни	Pearson Correlation	-,016	,118	,218**	,082	1	,017	,191**
	Sig. (2-tailed)	,816	,076	,001	,219		,801	,004
	N	228	228	228	228	228	228	228
Анксиозно-когнитивни	Pearson Correlation	,032	,384**	,503**	-,191**	,017	1	,357**
	Sig. (2-tailed)	,635	,000	,000	,004	,801		,000
	N	228	228	228	228	228	228	228
Анксиозно-соматски	Pearson Correlation	-,011	,324**	,301**	-,181**	,191**	,357**	1
	Sig. (2-tailed)	,871	,000	,000	,006	,004	,000	
	N	228	228	228	228	228	228	228

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

b. Повезаност учесталости одређеног типа темперамента са незадовољством сликом тела

Затим, циљ је био испитати повезаност незадовољства сликом тела са акутним анксиозним стањем и са индексом самопоуздања код особа које су из естетских разлога имале више нехируршких естетских интервенција на једном или више делова тела. Незадовољство сликом тела није у корелацији са индексом самопоуздања нити са присуством анксиозности ако посматрамо узорак од 228 испитаника (Табела 22 и 23).

Табела 22. Корелациони матрикс анксиозности испитаника са степеном незадовољства испитаника. *Pearson*-ов коефицијент корелације (r) и статистичка значајност (p): ниска

корелација $0 \leq r \leq 0,3$; умерена корелација $0,3 \leq r < 0,7$; јака корелација $0,7 \leq r < 1$ (- указује на негативну повезаност); p вредност мања од 0,05 указује на постојање корелације ($p \leq 0,05$).

Correlations

		Незадовољс тво сликом тела	Анксиозност
Незадовољство сликом тела	Pearson Correlation	1	,003
	Sig. (2-tailed)		,967
	N	228	228
Анксиозност	Pearson Correlation	,003	1
	Sig. (2-tailed)	,967	
	N	228	228

Табела 23. Корелациони матрикс индекса самопоуздања испитаника са степеном незадовољства испитаника. *Pearson*-ов коефицијент корелације (r) и статистичка значајност (p): ниска корелација $0 \leq r \leq 0,3$; умерена корелација $0,3 \leq r < 0,7$; јака корелација $0,7 \leq r < 1$ (- указује на негативну повезаност); p вредност мања од 0,05 указује на постојање корелације ($p \leq 0,05$).

Correlations

		Незадовољс тво сликом тела	Индекс самопоузда ња
Незадовољство сликом тела	Pearson Correlation	1	-,112
	Sig. (2-tailed)		,092
	N	228	228
Индекс самопоуздања	Pearson Correlation	-,112	1
	Sig. (2-tailed)	,092	
	N	228	228

Међутим, уколико корелациону анализу урадио на испитаницима женског пола, искључивши особе мушког пола, добили смо статистички значајну повезаност између незадовољства сликом тела и хипертимичног темперамента, као и између незадовољства сликом тела и индекса самопоуздања (Табела 24).

Индекс самопоуздања не одступа значајно од норми ($t(227)=1.710$; $p>.05$), а иста ситуација је и код скорова на скали стања анксиозности ($t(227)=.558$; $p>.05$). У оквиру самог узорка особа које су радиле неколико интервенција, најзначајнију повезаност, мада и даље слабу, показали су скорови незадовољства сликом тела и индекса самопоуздања, а добијена је и негативна веза са хипертимичним темпераментом.

Табела 24. Корелације незадовољства са психолошким карактеристикама узорка

		Незадовољство
Индекс самопоуздања	Pearson Correl.	-.211
	Sig. (2-tailed)	.001
Депресивни темперамент	Pearson Correl.	.028
	Sig. (2-tailed)	.673
Циклотимични темперамент	Pearson Correl.	.057
	Sig. (2-tailed)	.394
Хипертимични темперамент	Pearson Correl.	.136
	Sig. (2-tailed)	.048
Иритабилни темперамент	Pearson Correl.	-.010
	Sig. (2-tailed)	.875
Анксиозно-когнитивни темперамент	Pearson Correl.	.038
	Sig. (2-tailed)	.572
Анксиозно-соматски темперамент	Pearson Correl.	-.001
	Sig. (2-tailed)	.988
Стање анксиозности	Pearson Correl.	.006
	Sig. (2-tailed)	.932

Број интервенција није био значајно повезан ни са једном психолошком карактеристиком. Ипак, у погледу локализације тих третмана, тј. чињенице да ли су оне вршене на једној или различитим областима тела, утврђене су одређене разлике (Табела 25). Пре свега, испитаници који су радили третмане на све три области тела су показали и највеће незадовољство сликом тела ($F(2)=4.768$; $p=.009$), као и најизраженији хипертимични темперамент ($F(2)=3.313$; $p=.038$).

Табела 25. Повезаност незадовољства сликом тела и хипертимичног темперамента са бројем естетских интервенција у односу на локализацију

Незадовољство сликом тела

Област	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
једна	127	10.35	
две	58	10.52	
три	43		16.51

Хипертимични темперамент

Област	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
једна	58	.7069	
две	127	.7706	.7705
три	43		.8306

3.12. ПОВЕЗАНОСТ ИНДЕКСА САМОПОУЗДАЊА СА БРОЈЕМ, УЧЕСТАЛОШЋУ ПО ГОДИНИ И ЛОКАЛИЗАЦИЈОМ ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА

Статистичком анализом целокупног узорка, примећено је да индекс самопоуздања испитаника није у статистички значајној повезаности са бројем, учесталашћу по години и бројем у односу на локализацију естетских интервенција испитаника (Табела 26).

Табела 26. Корелациони матрикс индекса самопоуздања испитаника са бројем, учесталашћу по години и локализацијом естетских интервенција. *Pearson*-ов коефицијент корелације (r) и статистичка значајност (p): ниска корелација $0 \leq r \leq 0,3$; умерена корелација $0,3 \leq r < 0,7$; јака корелација $0,7 \leq r < 1$ (- указује на негативну повезаност); p вредност мања од 0,05 указује на постојање корелације ($p \leq 0,05$).

Correlations

		Индекс самопоуздања	Број интервенција у односу на локализацију	Просек интервенција /година	Број естетских интервенција
Индекс самопоуздања	Pearson Correlation	1	,016	,123	-,057
	Sig. (2-tailed)		,806	,063	,392
	N	228	228	228	228
Број интервенција у односу на локализацију	Pearson Correlation	,016	1	,152*	,439**
	Sig. (2-tailed)	,806		,021	,000
	N	228	228	228	228
Просек интервенција/година	Pearson Correlation	,123	,152*	1	-,039
	Sig. (2-tailed)	,063	,021		,560
	N	228	228	228	228
Број естетских интервенција	Pearson Correlation	-,057	,439**	-,039	1
	Sig. (2-tailed)	,392	,000	,560	
	N	228	228	228	228

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

3.13. ПОВЕЗАНОСТ АНКСИОЗНОГ СТАЊА СА БРОЈЕМ, УЧЕСТАЛОШЋУ ПО ГОДИНИ И ЛОКАЛИЗАЦИЈОМ ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА

Статистичком анализом целокупног узорка, примећено је да анксиозност испитаника није у статистички значајној повезаности са бројем, учесталашћу по години и бројем у односу на локализацију естетских интервенција испитаника (Табела 27).

Табела 27. Корелациони матрикс анксиозног стања испитаника са бројем, учесталашћу по години и локализацијом естетских интервенција. *Pearson*-ов коефицијент корелације (r) и статистичка значајност (p): ниска корелација $0 \leq r \leq 0,3$; умерена корелација $0,3 \leq r < 0,7$; јака корелација $0,7 \leq r < 1$ (- указује на негативну повезаност); p вредност мања од $0,05$ указује на постојање корелације ($p \leq 0,05$).

		Correlations			
		Анксиозност	Број интервенција у односу на локализацију	Просек интервенција /година	Број естетских интервенција
Анксиозност	Pearson Correlation	1	,068	,024	,129
	Sig. (2-tailed)		,309	,714	,052
	N	228	228	228	228
Број интервенција у односу на локализацију	Pearson Correlation	,068	1	,152*	,439**
	Sig. (2-tailed)	,309		,021	,000
	N	228	228	228	228
Просек интервенција/година	Pearson Correlation	,024	,152*	1	-,039
	Sig. (2-tailed)	,714	,021		,560
	N	228	228	228	228
Број естетских интервенција	Pearson Correlation	,129	,439**	-,039	1
	Sig. (2-tailed)	,052	,000	,560	
	N	228	228	228	228

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

3.14. ПОВЕЗАНОСТ НЕЗАДОВОЉСТВА, АНКСИОЗНОГ СТАЊА И ИНДЕКСА САМОПОУДАЊА СА БРОЈЕМ ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА

Статистичком анализом целокупног узорка, примећено је да анксиозност испитаника није у статистички значајној повезаности са бројем естетских интервенција, а такође ни незадовољство ни индекс самопоуздања испитаника (Табела 28). Интересантно је да је анксиозност у умереној негативној корелацији са индексом самопоуздања код испитаника који су се подвргли естетским интервенцијама ($r=-0,532$; $p=0.000$) (Табела 28).

Табела 28. Корелациони матрикс незадовољства, анксиозног стања и индекса самопоуздања са бројем естетских интервенција. *Pearson*-ов коефицијент корелације (r) и статистичка значајност (p): ниска корелација $0 \leq r \leq 0,3$; умерена корелација $0,3 \leq r < 0,7$; јака корелација $0,7 \leq r < 1$ (- указује на негативну повезаност); p вредност мања од $0,05$ указује на постојање корелације ($p \leq 0,05$).

Correlations

		Анксиозност	Незадовољство сликом тела	Индекс самопоуздања	Број естетских интервенција
Анксиозност	Pearson Correlation	1	,003	-,532**	,129
	Sig. (2-tailed)		,967	,000	,052
	N	228	228	228	228
Незадовољство сликом тела	Pearson Correlation	,003	1	-,112	,088
	Sig. (2-tailed)	,967		,092	,186
	N	228	228	228	228
Индекс самопоуздања	Pearson Correlation	-,532**	-,112	1	-,057
	Sig. (2-tailed)	,000	,092		,392
	N	228	228	228	228
Број естетских интервенција	Pearson Correlation	,129	,088	-,057	1
	Sig. (2-tailed)	,052	,186	,392	
	N	228	228	228	228

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

5.

ДИСКУСИЈА

5. ДИСКУСИЈА

Слика тела је психолошка репрезентација доживљаја сопственог тела и део је активног процеса диференцијације и интеграције животних искустава са сопственим телом и реакција других на њега (97-100). Константна потреба да се достигне идеал физичке лепоте заједно са променљивим идејама како у ствари идеално женско и мушко тело изгледају, води не само повећаном стресу, фрустрацији и анксиозности, већ може резултирати и развојем негативне слике тела и другим психолошким проблемима повезаним са физичким изгледом (99, 102).

Истраживања незадовољства сликом тела и поремећаја у доживљају тела су доживела велики пораст у последњих пар деценија, углавном због тога што је вишеструко потврђена њихова кључна улога у развоју поремећаја исхране и гојазности (140). Из тог разлога, фокус ове студије представља проучавање фактора коју утичу на развој незадовољства сликом тела.

У последњој деценији, естетски медицински третмани постају све популарнији услед развоја сигурнијих, минимално инванзивних процедура са краћим периодом опоравка (84). Све већи социјално-културолошки притисак да се достигне идеал физичког изгледа, повезан са нижим ценама поменутих третмана, додатно смањују страх људи од козметичких медицинских процедура (85). Из тих разлога није необично зашто су неинвазивне и минимално естетске инванзивне интервенције, као што су ботокс, колаген и хеуронске инјекције, или ласерски третмани коже и кавитација, претекле традиционалне хируршке интервенције по популарности (1-10). Међутим, мало се зна о забринутости и проблемима клијената у вези са сопственом сликом тела који стоје у основи овог тренда (84).

Број третмана није једнак броју особа које су подвргнуте третманима, јер се сви нехируршки естетски третмани морају понављати у одређеном периоду (најчешће 1-3 пута годишње) како би се одржао жељени изглед, па зато није необично да иста особа има преко пет третмана годишње (45). У Србији такође долази до повећања броја естетских третмана и интервенција, али то није праћено озбиљнијим испитивањем повезаности карактеристика тих третмана са социокултурним и психолошким карактеристикама пацијената.

Досадашња литература (43), показује да скоро 50% пацијената који се желе подвргнути козметичко-медицинским процедурама имају неки психолошки проблем,

као што су анксиозност, депресивност, ниско самопоуздање, нарцистички и хистрионични поремећаји личности. Ови проблеми могу утицати и на незадовољство резултатима спроведених естетских интервенција након чега следи континуирано незадовољство и жеља за поновним интервенцијама које немају реалну физичку основу чак ни у временској пролазности описаних третмана. Из тог разлога, посебна пажња у овом раду, биће усмерена на особе које учестало раде естетске интервенције, нарочито оне које те интервенције раде на различитим деловима тела, јер се претпоставља да је код њих незадовољство сликом тела најинтензивније и најширег обима.

Циљ овог истраживања је испитати повезаност незадовољства сликом тела са доминантним цртама темперамента, акутним анксиозним стањем и индексом самопоуздања код особа које су из естетских разлога имале више нехируршких естетских интервенција на једном или више делова тела. Такође је испитано да ли се испитаници у оквиру социодемографских варијабли и показатеља општег здравственог стања разликују по степену незадовољства сликом тела.

У првом делу истраживања, анализирали смо дистрибуцију испитаника по полу и старости. Од укупно 228 испитаника, мушкарци су заступљени са 6,14% (14 испитаника), док испитаница има 93,86 % (214 испитаница), старости од 21 до 73 године (Графикон 1). Повезаност незадовољства сликом тела и пола је предмет истраживања од раније, међутим у срединама у којима још увек владају традиционалније културне вредности, колективизам, и социјални притисак ка униформности, у које спада Србија (43, 45), није општеприхваћено да се мушкарци подвргавају естетским интервенцијама, било хируршким било нехируршким. Упркос томе, истраживања показују да припадници мушке популације, без обзира на културу, осећају притисак да имају мршаво и мишићаво тело, тј. да смање наслаге сала истовремено повећавајући мишићну масу (136-139), као и да мењају друге телесне карактеристике које се данас сматрају непожељним (нпр. превелика маљавост, ћелавост и сл). Као што смо рекли, то не успева увек природним путем (нпр. вежбањем), тако да званични светски подаци показују да свака седма нехируршка естетска интервенција припада мушкој популацији, односно да је у популацији спроведених нехируршких интервенција у свету, 12,8 процената спроведено на мушкарцима (1-10). У нашем истраживању, само 6,14% чине мушкарци, а један од разлога овако мале процентулане заступљености је претходно наведен. Са друге стране, не треба занемарити незадовољство сликом тела код мушкараца због на пример културолошких баријера.

Van den Brinks су проучавали повезаност и последице незадовољства спољашњег изгледа са многим исходима, као што је успех на послу и напредовање у каријери, социјални живот и сексуална дисфункцију. Анализирајући све факторе и исходе, закључено је да интервенције које су се спроводиле у циљу побољшања спољашњег изгледа значајно доприносе бољем квалитету живота, како на приватном тако и на пословном плану (142).

Интересантно је да још у дечијем узрасту настају прве промене селф-концепта и различитости у односу на пол. *Mendo-Lázaro* и сарадници су у спровели истраживање на узорку од 944 детета узраста од 9-12 година и путем анонимних упитника прикупљени подаци о перцепцији сопственог изгледа, наставним и социјалним аспектима који утичу на незадовољство сликом тела. Доказано је да, независно од спортских активности, чак 50% девојчица је било незадовољно изгледом и желело да буде мршавије, а да је свако четврто дете задовољно изгледом без обзира на то да ли упражњавају неку физичку активност. У погледу полне разлике, слична је била заступљеност незадовољства код девојчица и дечака, са тежњом девојчица да изгубе килограме а дечака да добију више килограма и мишићне масе, што потврђује теорију о почецима незадовољства још у адолесцентном периоду (143)

Ова студија потврђује и закључке претходних студија, које наглашавају да преокупација изгледом тела у раном детињству подједнако утиче на оба пола, док у каснијем животном добу незадовољство изгледом проистиче из више повезаних фактора, укључујући и пол (144-146).

Дакле, стандарди привлачности жена су више повезани са младошћу него код мушкараца, код којих перцепција мужевности опада тек у позним годинама (147-148).

Просечна старост испитаника у нашем истраживању је 42,8 година, у опсегу од 18 до 72 године старости при чему је највише испитаника било у старостној категорији од 31-40 година (Графикон бр. 2). У нашем истраживању, старост и незадовољство сликом тела су у ниској позитивној корелацији, односно са старењем настаје и/или повећава се незадовољство сопственим изгледом код жена и мушкараца. Међутим, у студији која је спроведена 2016.-е године на кохорти од 15,975 испитаника, праћена је повезаност незадовољства сликом тела и телесном тежином као важне компоненте слике тела са годинама живота, индексом телесне масе и полом (149). Закључили си да неезависне варијабле као што су пол и године живота не утичу на незадовољство,

међутим нагласили су изузетну важност и других варијабли које се морају узети у обзир када се открива узрочно-последична повезаност незадовољства са зависним и независним варијаблама. Примећено је чак, да скоро 20% старијих особа у овом истраживању је имало неку депресивну епизоду или поремећај, као и да су конзумирали лекове за стабилизацију расположења, па према томе, сасвим је јасно да депресивно расположење и старија животна доб јесу повезани, али да незадовољство сликом тела не произилази директно из независног фактора, година живота. У поменутој али и другим студијама, све се чешће наглашава чињеница да незадовољство сликом тела може бити предиктор депресивног поремећаја, нарочито код старијих. Овакве тврдње су поткрепљене и новим доказима из неуробиолошких истраживања, која су пронашла и биохемијску основу овакве повезаности али и улогу неких регија централног нервног система (150-152).

Како би смо прецизније установили разлоге настанка незадовољства сликом тела и учинили их променљивим варијаблама, анализирали смо и остале социодемографске карактеристике испитаника, као и антропометријске карактеристике свих субјеката у истраживању. Циљеви су били испитати повезаност социодемографских варијабли са степеном незадовољства сликом тела али и испитати повезаност показатеља општег здравственог стања са степеном незадовољства сликом тела.

У склопу претходно поменутих варијабли као што су пол и старост, посматрали смо утицај телесне тежине, индекса телесне масе као и осцилација у телесној тежина на појаву незадовољства, односно међусобну повезаност а смер повезаности је корелационим анализама немогуће је установити. У нашој студији, незадовољство сликом тела је у позитивној умереној корелацији са телесном тежином ($r=0,375$; $p=0,000$) и индексом телесне масе ($r=0,474$; $p=0,000$) (Табела 8). Просечна одступања процене наших испитаника су износила $M=-4,46$; $SD=3,70$, при чему су се ове процене кретале од $-14,98$ (процена особа има већи БМИ од реалног) до $3,48$ (мања процена од реалног БМИ). Ова одступања су такође у високој позитивној корелацији са незадовољством сликом тела ($r=.608$; $p<.001$). У свим студијама је индекс телесне масе израчунат на основу селф-репортинга, односно на основу информација које добијамо од пацијента. Обзиром да се и друге варијабле посматрају и добијају на основу принципа само-процене, јасно је зашто су и антропометријске карактеристике испитаника анализирани на овај начин. Као један од важнијих фактора јесте заиста телесна тежина и/или индекс телесне масе који значајно контрибуира у развоју

незадовољства сликом тела, као једног од најблажих поремећаја расположења и личности. Студије наводе да повећањем категорије индекса телесне масе (ВМІ степен) од неухрањености до гојазности настаје и повећање жеље за смањењем димензије тела чак и испод реалне димензије и телесне тежине, односно да искривљена сопствена слика о телу постаје још искривљенија повећањем индекса телесне масе. Поред тога, наводе се и подаци да је незадовољство сликом тела значајније и више заступљено код вишег индекса телесне масе, што је донекле и очекивано али и у складу са нашим резултатима (153).

Међутим не треба занемарити, ни да различити поремећаји исхране могу базично утицати на појаву незадовољства а последично и до настанка претеране мршавости или гојазности. Незадовољство сликом тела је у ниској позитивној корелацији са осцилацијама у телесној тежини ($r=0,203$; $p=0,002$), држањем дијете ($r=0,248$; $p=0,000$) као и са редовним менструалним циклусом ($r=0,191$; $p=0,004$), док незадовољство сликом тела није у корелацији са присуством претходних медицинских интервенција ($r=-0,094$; $p=0,157$).

Студија спроведена у Ирану, наглашава високу преваленцу незадовољства сликом тела код жена које су имале неки од поремећаја исхране као и да превентивни програми у решавању психолошких проблема у вези са поремећајима исхране су били неопходни (153, 154).

У дечјем узрасту такође, чак 82,9% испитаника старости од 7-10 година има неки степен незадовољства сликом тела а који је у вези са индексом телесне масе (155). Претпоставка је да је индекс телесне масе важан предиктор незадовољства сликом тела, али и да је незадовољство некада независно од телесне тежине и висине тела.

Међутим, у литератури се наводе и важни економски и социо-демографско-културолошки фактори који утичу на комплетан селф-концепт особе а који су чак везани за регион у којој живи. У нашем истраживању незадовољство сликом тела није у корелацији са конзумирањем цигарета ($r=0,101$; $p=0,130$), алкохола ($r=-0,015$; $p=0,818$) као ни са употребом седатива ($r=0,109$; $p=0,101$).

Amenyah и сарадници су испитивали социо-културолошке факторе на незадовољство сопственом фигуром тела на узорку од 370 испитаника афричког порекла који су имали нормалну телесну тежину. Закључили су да нормална телесна тежина у комбинацији са абнормалним културолошким идеалима може узроковати

незадовољство сликом тела али и екстремне промене стила живота и расположења (156, 157).

Blostein F и сарадници су испитивали етничку припадност, материјални и економски статус са појавом незадовољства код црнаца широм Сједињених Америчких Држава (САД). Одрасле особе црне пути карибског и афроамеричког порекла су посматране током годину дана при чему је испитивана зависна варијабла незадовољство сликом тела, укључујући и коваријабле старост и социоекономске факторе. Етничка припадност је била фокални модератор. Доказано је да су афроамериканци имали већу стопу незадовољства у односу на другу групу (158).

Последњих година се у литератури све више истражује улога медија и друштвених мрежа на појаву незадовољства и депресивних поремећаја, али и на промене антропометријских карактеристика, што можемо сврстати у социо-демографске варијабле. *Hicks* и сарадници су јасно нагласили утицај појединих друштвених мрежа и информација које сте путем њих добијају на доживљај и перцепцију сопственог тела (159). *Carter* и сарадници су описали повезаност употребе интернета и појаве незадовољства сопственом сликом тела код младих жена. Дакле, током ове године објављени су резултати студије која је обухватила узорак младих жена старости од 20-29 година које су користиле интернет укључујући и друштвене мреже у интензитету од 1-20 часова недељно. Утврђена је позитивна јака корелација између интензивне употребе интернета са појавом већег степена незадовољства, а овакве појаве се све чешће понављају јер се налазимо у тзв. дигиталној ери (160).

У другом делу студије, циљ истраживања је био испитати повезаност учесталости, броја и локализације естетских интервенција са незадовољством сликом тела. Незадовољство сликом тела је у ниској позитивној корелацији са бројем естетских интервенција у односу на локализацију тела ($r=0,144$; $p=0,030$), док ова варијабла није у корелацији са укупним бројем естетских интервенција, временским излагањем естетским интервенцијама као ни са просечним бројем интервенција по години (Табела 6). Са порастом незадовољства, број интервенција није значајно растао ($r=.075$; $p=.263$), али јесте број делова тела где се изводе те интервенције (Табела 9).

Индивидуална мотивација подвргавању естетским интервенцијама повећава жељу да се повећа задовољство собом, самопоуздање и социјална интеракција. Истраживања говоре да је већина пацијената веома задовољни резултатом естетских интервенција на лицу, и да постоји мала субгрупа пацијената која није задовољна.

Незадовољство резултатом интервенције је најчешће резултат пре-егзистирајућим психолошким стањем. Истраживања сугеришу да пре сваке естетске интервенције се ураде тестови за искључивање психијатријског поремећаја. Пацијент који је подвргнут естетској интервенцији и није задовољан упркос клинички задовољавајућем резултату, је у ризику да има у будућности следеће психијатријске симптоме: депресија, анксиозност, социјална изолација, деструктивно понашање. Наши резултати указују на потенцијалну опсесију и веома изражено незадовољство услед неког естетског недостатка једног дела тела услед чега се понављају естетске интервенције у једној области тела. Овај резултат може потсећати да поремећај самопроцене који се чак дешава при дисморфичном телесном поремећају у чијој је основи опсесија перфекцијом. Сматра се да чак 0.7-2.4% опште популације има овакав поремећај а неки од њих управо покушавају да реше овај проблем естетским интервенцијама. Дакле, укупан број естетских интервенција није једини доказ да постоји неки психолошки проблем и/или незадовољство сликом тела, већ да управо учесталост или начин на који се особе излажу естетским интервенцијама може указати на неки психолошки проблем који је узрок или последица (161).

Javo и сарадници су испитивали учесталост психолошких фактора који могу бити предиктори настанка интересовања за козметичке и естетске процедуре. Управо ова студија је једна од ретких која је обрадила тему сличну нашој и покушала да нагласи, по први пут научној јавности, значај психолошких фактора у естетској медицини. Регресионим анализама доказали су да младе особе женског пола које имају симптоме сличне дисформичном синдрому, а при томе су и доброг материјалног стања и високог нивоа образовања подложније утицају естетске медицине а у исто време незадовољније сопственим изгледом (162).

Blackburn је осмислио у свом истраживању алатку за психолошку процену сваке особе која се одлучи за неку хирурушку или нехирурушку естетску интервенцију, наглашавајући при томе важност селекције пацијената који ће се подвргнути овим интервенцијама. Дакле, SAGA је јединствени упитник који је користи при консултацији са пацијентом и планирањем будуће интервенције, помоћу којег се могу открити потенцијални психолошки проблеми и незадовољство након естетске интервенције али и побољшати постоперативни опоравак пацијента (163).

Важно је напоменути да, естетска медицина и стручњак естетске медицине који обавља интервенције данас врло често служе пацијентима као сервис за самопроцену.

Клијент очекује од лекара естетске медицине да ``купи одлуку`` како се то назива у литератури, а што представља скуп различитих фаза: настанак проблема, прикупљане информација у циљу решавања проблема, куповина одлуке и промене понашања услед одлуке. *Fansa* и сарадници су описали да клијент пре него што се подвргне некој естетској интервенцији, о томе као проблему размишља у просеку 3-4 година пре него што уради интервенцију, па врло често естетска интервенција може само продубити претходно створено незадовољство сликом тела (164).

У трећем делу истраживања, циљ истраживања је био испитати повезаност незадовољства сликом тела са психолошким варијаблама односно са доминатним цртама темперамента, акутним анксиозним стањем и са индексом самопоуздања код особа које су из естетских разлога имале више нехируршких естетских интервенција на једном или више делова тела. Циљ је био посматрајући више фактора истовремено који могу утицати на настанак незадовољства сликом тела, како социоекономско-демографских, тако и психолошких, проценити ефекат више нехируршких естетских интервенција код пунолетне особе.

Досадашња литература (15, 45, 65-69), показује да скоро 50% пацијената који се желе подвргнути козметичко-медицинским процедурама имају неки психолошки проблем, као што су анксиозност, депресивност, ниско самопоуздање, нарцистички и хистрионични поремећаји личности. Такође, велики део пацијената представљају младе особе које немају стварну физичку потребу за естетском корекцијом, али да се тим интервенцијама подвргавају из других, психолошких разлога. Ови проблеми могу утицати и на незадовољство резултатима спроведених естетских интервенција након чега следи континуирано незадовољство и жеља за поновним интервенцијама које немају реалну физичку основу чак ни у временској пролазности описаних третмана.

Из тог разлога, посебна пажња у овом раду, биће усмерена на особе које учестало раде естетске интервенције, нарочито оне које те интервенције раде на различитим деловима тела, јер се претпоставља да је код њих незадовољство сликом тела најинтензивније и најширег обима.

Ако упоредимо средње вредности на овим психолошким скалама (само испитаница) добићемо одступања нашег узорка од норми у општој одраслој популацији у Србији, на којима су коришћени инструменти стандардизовани. По питању црта темперамента (139), скорови испитаница у нашем узорку значајно одступају према нижим вредностима за депресивни ($t(213)=-8.805$; $p<.01$), циклотимични ($t(213)=-9.185$;

$p < .01$), иритабилни темперамент ($t(213) = -4.712$; $p < .01$), а према вишим вредностима за хипертимични ($t(213) = 9.765$; $p < .01$), док се нису показале статистички значајна одступања код анксиозно-соматског и когнитивног темперамента ($t(213) = -0.826$; $p > .05$; $t(213) = -1.614$; $p > .05$).

Незадовољство сликом тела није у корелацији са индексом самопоуздања нити са присуством анксиозности ако посматрамо узорак од 228 испитаника (Табела 21-23). Међутим, када корелациону анализу урадимо на испитаницима женског пола, искључивши особе мушког пола, добили смо статистички значајну повезаност између незадовољства сликом тела и хипертимичног темперамента, као и између незадовољства сликом тела и индекса самопоуздања (Табела 23).

Под темпераментом се најчешће подразумева црта личности и карактеристичан начин емоционалног реаговања неке особе и брзина, интензитет, трајање и врста реакције неке особе зависиће од њеног темперамента. Заправо, темперамент је у овом случају независна и стални фактор јер је темперамент генетски одређен део личности, који је сталан у различитим ситуацијама, односно урођена карактеристика која перзистира током живота особе и обликује сва њена стечена искуства. У нашем истраживању је примећена повезаност незадовољства са хипертимичним типом темперамента.

Много студија је испитивало повезаност типа темперамента и карактерних црта са настанком психијатријских поремећаја и поремећаја исхране. Таква истраживања наводе да особе код којих се развија неки поремећај исхране или неки депресивни поремећај су врло често перфекционисти, анксиозног или иритабилног типа темперамента. Претпоставка је да такве особе, покушавајући да препознају унутрашње емоције и сензације услед смањеног самопоуздања антиципирају анксиозност у смеру повећаног уноса хране и наношења штете свом телу. Улога темперамента у свему томе је врло мало позната и непознаница у научним круговима. Пожељно би било знати како тачно темперамент може утицати на појаву психолошких поремећаја па и психијатријских болести, како би се могло спречити неко непожељно стање.

Zanetti је проучавала утицај темперамента на настанак поремећаја исхране, (Anorexia nervosa (AN) и Bulimia nervosa (BN)). У тој студији, закључено је да анксиозни тип темперамента је подложнији прогресији ка тешким поремећајима исхране у односу на особе са другим доминантним типом темперамента (165). Сличне резултате добио је и Sarisoy. Код испитаника који нису имали психијатријски поремећај

а који су имали поремећај телесне тежине у смеру гојазности, закључено је да гојазност је повезана са карактеристикама темперамента особе, односно карактеристике личности су важан чинилац у настанку малигне гојазности (166).

Међутим, како је познато да се црте темперамента међусобно преплићу и да не постоји јасна граница између различитих типова темперамента, онда је јасно зашто је у нашој студији хипертимички темперамент у позитивној корелацији са незадовољством сликом тела.

Међутим мало је студија (укупно 6) које испитивале повезаност примене естетских интервенција са типом темперамента.

Sharif је над иранском популацијом испитивао учесталост одређеног типа темперамента код особа које су се подвргле ринопластици са циљем да се на основу процене темперамента изврши селекција идеалних и спремних кандидата за естетску интервенцију. Крајњи циљ је био побољшати задовољство пацијената естетском интервенцијом али и смањити трошкове након интервенције (167).

Затим, *Mizokami* напомиње повезаност циклотимичног темперамента са креативношћу и спремношћу на честе промене на свом телу и честу примену естетских интервенција (168).

Al-Omiri MK наглашава да се на основу темперамента може предвидети и прогноzirати будуће незадовољство при уградњи имплантата (169).

Даље, *Turhan-Naktanir* у својој студији описује интеракцију перцепције тела са карактером и темпераментом на популацији жена које су имале естетску интервенцију, напомињући да се нека интервенција попут смањења груди не треба спроводити код жена са анксиозним и депресивним типом темперамента (170).

Једна интересантна студија спроведена у Италији, проучавала је колико често особе своје дерматолошке и телесне недостатке које субјективно доживљавају лече код дерматолога и лекара естетске медицине а не код психијатра. Нагласили су да је такве пацијенте тешко лечити и да изнова долазе незадовољни својим изгледом, а да је у основи свега темперамент особе из којег ако се настави незадовољство и примена естетских интервенција може се развити озбиљан психијатријски поремећај (171).

Претходне студије су описале и снажну повезаност депресивних поремећаја расположења са настанком незадовољства сликом тела, али и повезаност анксиозности са депресивним поремећајима. У свему томе самопоуздање као кофактор у настанку депресивних поремећаја контрибуира у настанку незадовољства сликом тела.

У нашем истраживању, индекс самопоуздања не одступа значајно од норми ($t(227)=1.710$; $p>.05$), а иста ситуација је и код скорова на скали стања анксиозности ($t(227)=.558$; $p>.05$) (132, 133). У оквиру самог узорка особа које су радиле неколико интервенција, најзначајнију повезаност, мада и даље слабу, показали су скорови незадовољства сликом тела и индекса самопоуздања, а добијена је и негативна веза са хипертимичним темпераментом.

Број интервенција није био значајно повезан ни са једном психолошком карактеристиком. Ипак, у погледу локализације тих третмана, тј. чињенице да ли су оне вршене на једној или различитим областима тела, утврђене су одређене разлике (Табела 9). Пре свега, испитаници који су радили третмане на све три области тела су показали и највеће незадовољство сликом тела ($F(2)=4.768$; $p=.009$), као и најизраженији хипертимични темперамент ($F(2)=3.313$; $p=.038$). Интересантно је да је анксиозност у умереној негативној корелацији са индексом самопоуздања код испитаника који су се подвргли естетским интервенцијама ($r=-0,532$; $p=0.000$).

Flores-Cornejo је испитивао повезаност депресивних симптома и незадовољства сликом тела код адолесцената, и закључио је да је чак 19.9% адолесцената било депресивно, а да је незадовољство сликом тела у снажној позитивној корелацији са депресивним симптомима (172).

Особе након тешких обољења која након излечења или услед нарушеног изгледа тела се повргну неком естетском захвату из пре свега медицинских разлога а затим и из естетских разлога, су у неком периоду живота пролазиле кроз депресивну фазу која се завршила излечењем и спроведеном естетском интервенцијом, у најбољем случају. Са друге стране, здраве особе, које немају органско обољење које би за последицу имало поремећај расположења или индикацију за естетску интервенцију а које више пута се изложе естетској процедури, треба посматрати са друге тачке гледишта. Ово су запажања многих аутора последњих година, која су све чешћа како је и број естетских интервенција растао (145-162). Депресивни поремећај и незадовољство сликом тела се данас најчешће поистовећују са екстремном гојазношћу и тешким поремећајима исхране који доводе до хроничних психичких промена па и психијатријских болести. Када је реч о депресији, питање когнитивне осетљивости проучавано је у лонгитудиналном истраживању самопоштовања (121-125). У том истраживању је утврђено да су жене које су доживеле неки тежи психолошки доживљај, а да су пре тога себе и сопствену вредност процењивале на негативан начин, имале тенденцију да

развију депресивну епизоду чешће од жена које су пре сличних догађаја процењивале позитивно сопствену вредност. Међутим, управо је важно открити рано незадовољство сликом тела код особа које немају поремећај исхране а често се опредељују за естетске интервенције и то минимално инвазивне, како би се превенирали други психосоцијални проблеми. Први знак у том моменту управо може бити честа употреба естетске медицине и страх од инвазивних естетских интервенција.

Важна карика незадовољства сопственим телом је и самопоштовање, односно начин на који видимо себе и односи се на опште мишљење и евалуацију коју имамо о себи, као и вредност коју придајемо себи као особи (125, 126, 128). Код ниског самопоштовања централна веровања о себи су негативна, односно, опште мишљење је да је особа неадекватна или инфериорна, да нема праве вредности нити права на добре ствари у животу. Самопоштовање је битније нарушено, онда када особа не може да се идентификује са улогама које је стекла или у којој се тренутно налази. Услед ниског самопоуздања и самопоштовања, особа тражи могућа решења за позитивно мишљење о себи.

Kaur је описао колико снажно самопоуздање може бити нарушено услед неког естетског недостатка. Наводећи пример адолесцената који имају дентални поремећај а који утиче на њихово понашање и успех у школи, доказао је да је стопа самопоуздања важна још у раном детињству када социјална компонента живота није потпуно развијена нити дефинитивна (173). Са овим у вези, опет се враћамо на то да селф-концепт се формира још у раном детињству и код дечака и девојчица, а у одраслом периоду се може значајно смањити или значајно повећати. *Morin* је успоставио и тзв. хипотезу селф-концепта, *self-equilibrium* хипотезу, у чијој основи се налази личност, на коју се надограђују психосоцијалне компоненте током одрастања и образовања, утицај родитеља, пола и окружења (174).

Претходна истраживања су снижено самопоуздање навели као важан чинилац и узрочник настанка депресивних поремећаја. *Kollndorfer* у својој студији је навео предлог да самопоуздање и његова промена, буде нешто што треба бити присутно и у медицинској историји пацијента описано, јер се на основу самопоуздања могу предвидети други психички поремећаји као и незадовољство сликом тела (175). Праћењем и мерењем самопоуздања путем упитника и његовим евидентирањем у медицинску документацију, омогућио би се персонализован приступ према пацијентима, задовољавајући тачне потребе за сваког пацијента појединачно. Резултати

ове студије су у сагласности са нашим резултатима, у којима смо открили повезаност индекса самопоуздања са других психолошким варијаблама.

Од значајнијих резултата који повезују самопоштовање и концепте који говоре о субјективном благостању, задовољству животим и сличним концептима, можемо издвојити резултате који показују да самопоштовање има медијацијски утицај у односу између различитих стратегија суочавања са стресом и постизања субјективне добробити, а у случају избегавајуће стратегије не може се одбацити ни претпоставка о потпуној медијацији (124).

Такође, врло често се ниско самопоштовање јавља код жена са израженијом депресивношћу (124) или нпр. постпарталном депресијом (173-175), тако да је ниско самопоштовање идентификовано и као симптом депресије према дијагностичком критеријуму DSM-IV. Самопоштовање је повезано са нижим степеном депресије током трудноће, непосредно након порођаја, и шест недеља након порођаја, што сугерише да је самопоштовање поуздан фактор осетљивости на депресију у раном периоду постпартума (120, 121).

Пошто особе ниског самопоштовања нису задовољне собом, своје неуспехе приписују личној неспособности и очекују да ће их други одбацити због тога, па понекад и избегавају социјалне контакте, што у коначној слици особе чини подложном честим променама расположења и развоју депресивних симптома (120). Због смањених интерперсоналних релација, особе ниског самопоштовања се могу осетити усамљено, а у истраживањима је потврђена позитивна релација између самопоштовања, усамљености и депресије (120-125).

Поред тога, квалитет живота као свеукупан концепт зависи у великој мери од самопоуздања и свих поменутих психолошких варијабли како у овој студији, тако и у резултатима других студија. Затим, сталан осећај кривице и реченица „Осећам се кривом“ је знак ниског самопоуздања али и депресивног поремећаја, а у исто време ову констатацију можемо поистоветити са осећајем незадовољства сопственом сликом тела према тврдњама *Hurst et al* (176).

На крају, на основу свега претходно наведеног, једина истинита и правилна дефиниција сврхе и циља естетских интервенција би била: унапређење и побољшање људског духа естетским захватима и преображај тела техничким манипулацијама. (177). Свака естетска интервенција се, дубоко у основи, спроводи из разлога

побољшања квалитета живота, јер мењањем физичког изгледа, пацијенти уживају и мењање сопствене слике о себи и нивоа самопоуздања.

На питање, зашто физички здрава особа се подлеже естетским интервенцијама и то из више пута некада је била табу тема, а сада када се све више говори о психологији људског бића које жели промене у сопственом изгледу, разлози постају јаснији.

6.

ЗАКЉУЧЦИ

6. ЗАКЉУЧЦИ

На основу наших резултата истраживања као и на основу резултата других аутора можемо закључити следеће:

1. Степен дискрепанције између тренутне и идеалне слике тела код испитаника, мерен преко скале перцепције сопственог тела, са високом поузданошћу говори о степену незадовољства сликом тела.
2. Посматрањем демографских и здравствених варијабли нема разлика између категорија ових варијабли према степену незадовољства сликом тела, осим код индекса телесне масе где је доказана позитивна корелација.
3. Незадовољство сликом тела је у позитивној корелацији са бројем нехируршких интервенција на различитим деловима тела.
4. Степен незадовољства сликом тела је више изражен у групи испитаника који су радили више естетских интервенције на различитим деловима тела.
5. Код особа са већим незадовољством сликом тела, изражен је виши ниво анксиозности и доминантније црте хипертимичног темперамента.
6. Код особа са већим незадовољством сликом тела, изражен је нижи индекс самопоуздања у односу на норму из опште популације.
7. На основу свеобухватног увида у социодемографске и психолошке варијабле студија пружа бољи увид у комплексну етиологију менталних проблема код испитаника са неким видом незадовољства физичким изгледом како би се превентивним деловањем допринело успешнијем третману психичких потешкоћа код ових особа.
8. Резултати добијени овом студијом пружају и значајан корак ка побољшању квалитета менталног здравља популације које више од два пута имају естетске нехируршке интервенције, нарочито ако се узме у обзир чињеница да се до сада углавном радило на популацији која се одлучује за *хируршке естетске захвате*, а занемаривали проблеми популације која прихвата „само“ *нехируршке* козметичко-естетске процедуре.

7.

ЛИТЕРАТУРА

7. ЛИТЕРАТУРА

1. American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS) Cosmetic surgery national data bank statistics. 2014. Available at:<http://www.surgery.org/sites/default/files/2014-Stats.pdf>. Accessed May 09, 2017
2. International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). International survey on aesthetic/cosmetic procedures performed in 2014. Available at: <http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2015%20ISAPS%20Results.pdf>. Accessed May 09, 2017.
3. American Society for Dermatologic Surgery (ASDS) ASDS survey: Skin cancer, cosmetic procedures jump 22 percent in 2013. 2013 ASDS survey on dermatologic procedures. Available at: https://www.asds.net/_Media.aspx?id=7744. Accessed May 2, 2017.
4. Carruthers A, Gallagher C, Darmody S. Evolution of facial aesthetic treatment over 5 or more years: An international, retrospective, cross-sectional analysis of continuous onabotulinumtoxin A treatment. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70:AB17.
5. Lam SM. Aesthetic strategies for the aging Asian face. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2007;15:283–291.
6. Coleman SR, Grover R. The anatomy of the aging face: Volume loss and changes in 3-dimensional topography. *Aesthet Surg J*. 2006;26(1S):S4–S9.
7. Mendelson B, Wong CH. Changes in the facial skeleton with aging: Implications and clinical applications in facial rejuvenation. *Aesthetic Plast Surg*. 2012;36:753–760.
8. Shaw RB, Jr, Katzel EB, Koltz PF, Kahn DM, Giroto JA, Langstein HN. Aging of the mandible and its aesthetic implications. *Plast Reconstr Surg*. 2010;125:332–342.
9. Pessa JE, Zadoo VP, Yuan C, et al. Concertina effect and facial aging: Nonlinear aspects of youthfulness and skeletal remodeling, and why, perhaps, infants have jowls. *Plast Reconstr Surg*. 1999;103:635–644.
10. Albert AM, Ricanek K, Jr., Patterson E. A review of the literature on the aging adult skull and face: Implications for forensic science research and applications. *Forensic Sci Int*. 2007;172:1–9.
11. Michaels BM, Csank GA, Ryb GE, Eko FN, Rubin A. Prospective randomized comparison of onabotulinumtoxinA (Botox) and abobotulinumtoxinA (Dysport) in

- the treatment of forehead, glabellar, and periorbital wrinkles. *Aesthet Surg J.* 2012;32:96–102.
12. A Zoumalan RA, Larrabee WF. Anatomic considerations in the aging face. *Facial Plast Surg* 2011;27:20.
 13. Shaw RBJ Jr, Katzel EB, Koltz PF, et al. Aging of the facial skeleton: aesthetic implications and rejuvenation strategies. *Plast Reconstr Surg* 2011;127(1):374–383.
 14. Shaw RB, Katzel EB, Koltz PF, Yaremchuk MJ, et al. Aging of the facial skeleton aesthetic implications and rejuvenation strategies. *Plast Reconstruct Surg* 2011;127(1): 374–383.
 15. Sundaram H, Cassuto D. Biophysical characteristics of hyaluronic acid soft-tissue fillers and their relevance to aesthetic applications. *Plast Reconstr Surg.* 2013;132(Suppl 2):5S–21S.
 16. Moers-Carpi M, Vogt S, Santos BM, Planas J, Vallve SR, Howell DJ. A multicenter, randomized trial comparing calcium hydroxylapatite to two hyaluronic acids for treatment of nasolabial folds. *Dermatol Surg.* 2007;33(Suppl 2):S144–S151.
 17. Monheit GD, Baumann LS, Gold MH, et al. Novel hyaluronic acid dermal filler: Dermal gel extra physical properties and clinical outcomes. *Dermatol Surg.* 2010;36(Suppl 3):1833–1841.
 18. Flynn TC, Sarazin D, Bezzola A, Terrani C, Micheels P. Comparative histology of intradermal implantation of mono and biphasic hyaluronic acid fillers. *Dermatol Surg.* 2011;37:637–643.
 19. Micheels P, Besse S, Flynn TC, Sarazin D, Elbaz Y. Superficial dermal injection of hyaluronic acid soft tissue fillers: Comparative ultrasound study. *Dermatol Surg.* 2012;38:1162–1169.
 20. Vaillant P. Remission of painful oro-dental symptoms using treatment with mesotherapy. *Chir Dent Fr.* 1986;56:41-2.
 21. Monticone M, Barbarino A, Testi C, Arzano S, Moschi A, Negrini S. Symptomatic efficacy of stabilizing treatment versus laser therapy for sub-acute low back pain with positive tests for sacroiliac dysfunction: a randomised clinical controlled trial with 1 year follow-up. *Eura Medicophys.* 2004;40:263-8.
 22. Rittes PG. The use of phosphatidylcholine for correction of lower lid bulging due to prominent fat pads. *Dermatol Surg.* 2001;27:391-2.

23. Rittes PG. The use of phosphatidylcholine for correction of localized fat deposits. *Aesthetic Plast Surg.* 2003;27:315-8.
24. Doerr TD. Lipoplasty of the face and neck. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;15:228-32.
25. Rotunda AM, Avram MM, Avram AS. Cellulite: Is there a role for injectables? *J Cosmet Laser Ther.* 2005;7:147-54.
26. Matarasso A, Pfeifer TM. Plastic Surgery Educational Foundation DATA Committee. Mesotherapy for body contouring. *Plast Reconstr Surg.* 2005;115:1420-4
27. Rotunda AM, Suzuki H, Moy RL, Kolodney MS. Detergent effects of sodium deoxycholate are a major feature of an injectable phosphatidyl choline formulation used for localized fat dissolution. *Dermatol Surg.* 2004;30:1001-8
28. Rose PT, Morgan M. Histological changes associated with mesotherapy for fat dissolution. *J Cosmet Laser Ther.* 2005;7:17-9
29. Glogau RG. Chemical peeling and aging skin. *J Geriatr Dermatol* 2(1):30-5 (1994).
30. Monheit GD. Facial resurfacing may trigger the herpes simplex virus. *Cosmetic Dermatol* 8(7):9-16 (1995 Jul).
31. Brody HJ. Trichloroacetic acid application in chemical peeling, operative techniques. *Plast Reconstr Surg* 2(2):127-8 (1995).
32. Brody HJ. Variations and comparisons in medium-depth chemical peeling. *J Dermatol Surg Oncol* 15(9):953-63 (1989 Sep).
33. Monheit GD. The Jessner's + TCA peel: a medium depth chemical peel. *J Dermatol Surg Oncol* 15(9):945-50 (1989 Sep).
34. Coleman WP 3rd, Futrell JM. The glycolic acid trichloroacetic acid peel. *J Dermatol Surg Oncol* 20(1):76-80 (1994 Jan).
35. Rubin M. *Manual of chemical peels.* Philadelphia: Lippincott, p120-1(1995).
36. Bonaparte JP, Ellis D. Skin biomechanical changes after injection of onabotulinum toxin A: Prospective assessment of elasticity and pliability. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014;150:949–955.
37. Chang SP, Tsai HH, Chen WY, Lee WR, Chen PL, Tsai TH. The wrinkles soothing effect on the middle and lower face by intradermal injection of botulinum toxin type A. *Int J Dermatol.* 2008;47:1287–1294.
38. Shah AR. Use of intradermal botulinum toxin to reduce sebum production and facial pore size. *J Drugs Dermatol.* 2008;7:847–850.

39. Rose AE, Goldberg DJ. Safety and efficacy of intradermal injection of botulinum toxin for the treatment of oily skin. *Dermatol Surg*. 2013;39:443–448.
40. Kurzen H, Schallreuter KU. Novel aspects in cutaneous biology of acetylcholine synthesis and acetylcholine receptors. *Exp Dermatol*. 2004;13(Suppl 4):27–30.
41. Lowe NJ, Ascher B, Heckmann M, Kumar C, Fraczek S, Eadie N Botox Facial Aesthetics Study Team. Double-blind, randomized, placebo-controlled, dose-response study of the safety and efficacy of botulinum toxin type A in subjects with crow's feet. *Dermatol Surg*. 2005;31:257–262.
42. Kowalski J, Ravelo A, Saulay M, Fraczek S. Patient self-perceptions and satisfaction with botulinum toxin type-A treatment for moderate to severe crow's feet: Results from a placebo-controlled clinical study.. Paper presented at: 63rd Annual Meeting of the American Academy of Dermatology; February 18–22, 2005; New Orleans, La.
43. Malick, F., Howard, J., Koo, J. (2008). Understanding the psychology of cosmetic patients. *Dermatologic Therapy*, 21, 47-53.
44. Rubeša, G., Tic-Bačić, T, Sveško-Visentin, H., Bačić, G. (2011). The Influence of Aesthetic Surgery on the Profile of Emotion. *Collegium Antropologicum* 35, Suppl. 2, 51–55.
45. Stolić, M., Stolić, D., Hinić, D., Ignjatović-Ristić, D. (2016). Localisation and Types of Cosmetic Medical Treatments – Correlation with Demographic Characteristics of Serbian Clients. *Serbian Journal of Experimental and Clinical Research*, in press
46. Lambros V. Observations on periorbital and midface aging. *Plast Reconstr Surg* 2007;120(5):1367–1376.
47. Kummerow KL, Du L, Penson DF, et al. Nationwide trends in mastectomy for early-stage breast cancer. *JAMA Surg* 2015;150:9-16.
48. Jin HR, Won TB. Rhinoplasty in the Asian Patient. *Clin Plast Surg*. 2016 Jan;43(1):265-79.
49. Farhadian JA, Bloom BS, Brauer JA. Male Aesthetics: A Review of Facial Anatomy and Pertinent Clinical Implications. *J Drugs Dermatol*. 2015 Sep;14(9):1029-34.
50. Cooper L, Lui M, Nduka C. Botulinum toxin treatment for facial palsy: A systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2017 Feb 16. pii: S1748-6815(17)30065-7.
51. Pirazzini M, Rossetto O, Eleopra R, Montecucco C. Botulinum Neurotoxins: Biology, Pharmacology, and Toxicology. *Pharmacol Rev*. 2017 Apr;69(2):200-235.

52. Atassi MZ. (2004) Basic immunological aspects of botulinum toxin therapy. *Mov Disord* 19 (Suppl 8):S68–S84.
53. Callaway JE. (2004) Botulinum toxin type B (Myobloc): pharmacology and biochemistry. *Clin Dermatol* 22:23–28.
54. Jung S, Petelska A, Beldowski P, Augé WK 2nd, Casey T, Walczak D, Lemke K, Gadowski A. Hyaluronic acid and phospholipid interactions useful for repaired articular cartilage surfaces-a mini review toward tribological surgical adjuvants. *Colloid Polym Sci.* 2017;295(3):403-412.
55. Signorini M, Liew S, Sundaram H, De Bouille KL, Goodman GJ, Monheit G, Wu Y, Trindade de Almeida AR, Swift A, Vieira Braz A; Global Aesthetics Consensus Group.. Global Aesthetics Consensus: Avoidance and Management of Complications from Hyaluronic Acid Fillers-Evidence- and Opinion-Based Review and Consensus Recommendations. *Plast Reconstr Surg.* 2016 Jun;137(6):961e-71e.
56. Alam M, Dover JS. Management of complications and sequelae with temporary injectable fillers. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120(Suppl):98S–105S.
57. Friedman PM, Mafong EA, Kauvar AN, Geronemus RG. Safety data of injectable nonanimal stabilized hyaluronic acid gel for soft tissue augmentation. *Dermatol Surg.* 2002;28:491–494.
58. Glaich AS, Cohen JL, Goldberg LH. Injection necrosis of the glabella: Protocol for prevention and treatment after use of dermal fillers. *Dermatol Surg.* 2006;32:276–281.
59. Bailey SH, Cohen JL, Kenkel JM. Etiology, prevention, and treatment of dermal filler complications. *Aesthet Surg J.* 2011;31:110–121.
60. Sclafani AP, Fagien S. Treatment of injectable soft tissue filler complications. *Dermatol Surg.* 2009;35(Suppl 2):1672–1680.
61. Ulusal BG. Platelet-rich plasma and hyaluronic acid - an efficient biostimulation method for face rejuvenation. *J Cosmet Dermatol.* 2017 Mar;16(1):112-119.
62. Gordon R. Platelet-Rich Growth Factor for Lip and Perioral Rejuvenation. A Case Study on "The Kiss Shot". *Dent Today.* 2016 May;35(5):114, 116. PubMed PMID: 27281978.
63. Savardekar P. Microdermabrasion. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2007 Jul-Aug;73(4):277-9.

64. Faghihi G, Taheri A, Shahmoradi Z, Nilforoushzadeh MA. Solution of Azelaic Acid (20%), Resorcinol (10%) and Phytic Acid (6%) Versus Glycolic Acid (50%) Peeling Agent in the Treatment of Female Patients with Facial Melasma. *Adv Biomed Res.* 2017 Feb 22;6:9. doi: 10.4103/2277-9175.200784.
65. Costa IM, Damasceno PS, Costa MC, Gomes KG. Review in peeling complications. *J Cosmet Dermatol.* 2017 Mar 27. doi: 10.1111/jocd.12329.
66. Abdel-Motaleb AA, Abu-Dief EE, Hussein MR. Dermal morphological changes following salicylic acid peeling and microdermabrasion. *J Cosmet Dermatol.* 2017 Feb 22. doi: 10.1111/jocd.12315.
67. Paasch U, Schwandt A, Seeber N, Kautz G, Grunewald S, Haedersdal M. New lasers and light sources - old and new risks? *J Dtsch Dermatol Ges.* 2017 May;15(5):487-496.
68. Wang F, Xu R, Xu Q, Cao Y, Lin L, Dang W. Effect of laser therapy on plasma expression of VEGF and bFGF in infants with cutaneous hemangioma. *Oncol Lett.* 2017 Mar;13(3):1861-1865.
69. Ross NA, Ho D, Fisher J, Mamalis A, Heilman E, Saedi N, Jagdeo J. Striae Distensae: Preventative and Therapeutic Modalities to Improve Aesthetic Appearance. *Dermatol Surg.* 2017 May;43(5):635-648.
70. Kielczewska M, Szymczyk J, Leszczyński R, Błaszczak J. [The effect of high-frequency current and ultrasonic wave on selected parameters of fat tissue]. *Pol Merkur Lekarski.* 2016 May;40(239):298-300.
71. Langelier N, Beleznyay K, Woodward J. Rejuvenation of the Upper Face and Periocular Region: Combining Neuromodulator, Facial Filler, Laser, Light, and Energy-Based Therapies for Optimal Results. *Dermatol Surg.* 2016 May;42 Suppl 2:S77-82. doi: 10.1097/DSS.0000000000000740.
72. Knorre DA, Severin FF. Uncouplers of Oxidation and Phosphorylation as Antiaging Compounds. *Biochemistry (Mosc).* 2016 Dec;81(12):1438-1444.
73. Verdin, E. (2015) NAD⁺ in aging, metabolism, and neurodegeneration, *Science*, 350, 1208-1213.
74. Ristow, M., and Zarse, K. (2010) How increased oxidative stress promotes longevity and metabolic health: the concept of mitochondrial hormesis (mitohormesis), *Exp. Gerontol.*, 45, 410-418.

75. Green, D. R., Galluzzi, L., and Kroemer, G. (2014) Cell biology. Metabolic control of cell death, *Science*, 345, 1250256.
76. Zorov, D. B. (1996) Mitochondrial damage as a source of diseases and aging: a strategy of how to fight these, *Biochim. Biophys. Acta*, 1275, 10-15.
77. Rohrich RJ, McGrath MH, Molina F, Pitanguy I, Sherman R, Wei Wang S, Walton RL, Wolfe A, Verheyden C. Where were you when...? Plastic surgeons remember John F. Kennedy. *Plast Reconstr Surg*. 2013 Nov;132(5):1365-9.
78. Pitanguy I, Machado BH. Facial rejuvenation surgery: retrospective study of 8788 cases. *Aesthet Surg J*. 2012 May;32(4):393-412.
79. Umberto Eko. *Istorija lepote* 2004.
80. Richard Stemp. *Tajni jezik renesanse* 2010.
81. Vitruvijev čovjek, Leonardodavinci.stanford.edu;
82. "Da Vinci je kod", Witcombe.sbc.edu;
83. Geometrija u pozadini Vitruvijevog čovjeka, Aiwaz.net;
84. Sarwer, D.B., Crerand, C.E. (2004). Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image*, 1, 99–111.
85. Swami, V., Chamorro-Premuzic, T., Bridges, S., Furnham, A. (2009). Acceptance of cosmetic surgery: Personality and individual difference predictors. *Body Image*, 6, 7–13.
86. McGee H. Quality of life. In: Kaptein AA, Weinman J, editors. *Health Psychology*. Blackwell Publishing Ltd 2004: 234-258.
87. Groenman NH, Sauer HC. Personality characteristics of the cosmetic surgical insatiable patient. *Psychother Psychosom* 1983;40(1-4):241-245.
88. Edward KL, Herculinsky G, Giandinoto JA. Emotional labour i mental health nursing: An integrative systematic review. *Int J Ment Health Nurs*. 2017 Apr 4. doi: 10.1111/inm.12330.
89. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
90. Badoud D, Tsakiris M. From the body's viscera to the body's image Is there a link between interoception and body image concerns? *Neurosci Biobehav Rev*. 2017 Apr 1;77:237-246. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.03.017.

91. Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60: 141–156.
92. Lipowski ZJ. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. 3. Theoretical issues. *Psychosom Med*. 1968 Jul-Aug;30(4):395-422.
93. Vamos M. Body image in chronic illness--a reconceptualization. *Int J Psychiatry Med*. 1993;23(2):163-78.
94. Barker, E.T., Galambos, N.L. (2003). Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: Risk and resource factors. *Journal of Early Adolescence*, 23, 141-165.
95. Bays, H., Bazata, D., Fox, K., Grandy, S., Gavin, J. (2009). Perceived body image in men and women with type 2 diabetes mellitus: correlation of body mass index with the figure rating scale. *Nutrition Journal*, 8, 57-63.
96. Bearman, S.K., Presnell, K., Martinez, E., Stice, E. (2006). The Skinny on Body Dissatisfaction: A Longitudinal Study of Adolescent Girls and Boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 217-229.
97. Brodie, D.A., Bagley, K., Slade, P.D. (1994). Body-image perception in pre- and post-adolescent females. *Perceptual and Motor Skills*, 78, 147–154.
98. Byely, L., Archibald, A.B., Graber, J., Brooks-Gunn, J. (2000). A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 155-164.
99. Cash, T. F., Winstead, B. A., Janda, L. H. (1986). The great American shape-up: Body image survey report. *Psychology Today*, 20, 30-37.
100. Cattarin, J., Thompson, J.K. (1994). A three year longitudinal study of body image and eating disturbance in adolescent females. *Eating Disorders: The Journal of Prevention and Treatment*, 2, 114-125.
101. Furnham, A., Calnan, A. (1998). Eating Disturbance, Self-Esteem, Reasons for Exercising and Body Weight Dissatisfaction in Adolescent Males. *European Eating Disorders Review*, 6, 58-72.
102. Furnham, A., Greaves, N. (1994). Gender and locus of control correlates of body image dissatisfaction. *European Journal of Personality*, 8, 183-200.
103. Furnham, A., Lim, A. (1997). Cross-Cultural Differences in the Perception of Male and Female Body Shapes as

104. Gardner, R.M. (2002). Body Image Assessment in Children. U T. F. Cash, T. Pruzinsky (Ur.), *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*, 127-134. New York: The Guilford Press.
105. Gardner, R.M., Friedman B.N., Jackson, N.A. (1998). Methodological concerns when using silhouettes to measure body image. *Perceptual and Motor Skills*, 86, 387–395. Gardner, R.M., Friedman, B.N., Stark, K., Jackson, N.A. (1999). Body size estimation in children six through fourteen: A longitudinal study. *Perceptual and Motor Skills*, 88, 541-555.
106. Gardner, R.M., Jappe, L.M., Gardner, L. (2009). Development and Validation of a New Figural Drawing Scale for Body-Image Assessment: The BIAS-BD. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 113-122.
107. Thompson, J.K., Penner, L.A., Altabe, M. N. (1990). Procedures, problems and progress in the assessment of body images . U: T. F. Cash, T. Pruzusky (Ur.), *Body images: Development deviance and change*, 21 -48. New York: The Guildford Press.
108. Akiskal, H.S., 1996. The temperamental foundations of affective disorders. In: Mundt,C., Hahlweg, K., Fiedler, P. (Eds.), *Interpersonal factors in the origin and cursor of affective disorders*. Gaskell, London, pp. 3–30.
109. Akiskal, H.S., Mallya, G., 1987. Criteria for the “soft” bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol. Bull.* 23, 68–73.
110. Akiskal, H.S., Akiskal, K.K., (Eds.), 2005. Special Issue: TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego. *J. Affect. Disord.*, 85, 1–242.
111. Akiskal, H.S., Hirschfeld, R.M., Yerevanian, B.I., 1983. The relationship of personality to affective disorders. A critical review. *J. Affect. Disord.* 40, 801–810.
112. Akiskal, H.S., Placidi, G.F., Maremmani, I., Signoretta, S., Liguori, A., Mallya, G., Puzantian, V.R., 1998. TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive, hyperthymic and irritable temperaments in a non patient population. *J. Affect. Disord.* 51, 7–19.
113. Kraepelin, E., 1921. *Manic-depressive insanity and paranoia* (Engl. transl). Churchill Livingstone, Edinburgh, UK.
114. Akiskal, H.S., Akiskal, K.K., Haykal, R.F., Manning, J.S., Connor, P.D., 2005a. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the

- Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *J. Affect. Disord.* 85 (1–2), 3–16.
115. Akiskal, H.S., Mendlowicz, M.V., Girardin, J.-L., Rapaport, M.H., Kelsoe, J.R., Gillin, J.C., Smith, T.L., 2005b. TEMPS-A: validation of a short-version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *J. Affect. Disord.* 85, 45–52.
116. Akiskal, H.S., Akiskal, K., Allilaire, J.F., Azorin, J.-F., Bourgeois, M.L., Sechter, D., Fraud, J.-P., Chatenêt-Duchêne, L., Lancrenon, S., Perugi, G., Hantouche, E.G., 2005c. Validating affective temperaments in their subaffective and socially positive attributes: psychometric, clinical and familial data from a French national study. *J. Affect. Disord.* 85, 9–36.
117. Akiskal, H.S., Kilzieh, N., Maser, J.D., Clayton, P.J., Schttler, P.J., Shea, M.T., Endicott, J., Schftner, W., Hirschfeld, R.M., Keller, M.B., 2006. The distinct temperament profiles of bipolar I, bipolar II and unipolar patients. *J. Affect. Disord.* 92, 19–33.
118. Akiskal HS. Proposal for a depressive personality (temperament). In: Tyrer P, Stein G, eds. *Personality Disorders Reviewed*. London: Gaskell, Royal College of Psychiatrists; 1993:165-179.
119. Eysenck HJ, editor. *The biological basis of personality*. Springfield: Thomas; 1967.
- Merikangas KR, Swendsen JD, Preisig MA. Psychopathology and temperament in parents and offspring: results of a family study. *J Affect Disord.* 1998;51:63–74.
120. Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
121. Hundson, D., Elek, S., Campbell-Grossman, C., Cox, J. (2000). Depression, self-esteem, loneliness and social support among adolescent mothers participating in the new parents project. *Adolescences*, 35, 445-454.
122. Brown, G.W., Anderws, B., Bifulco, A., Veiel, H. (1990). Self-esteem and depression 1. Measurement issues and prediction of onset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 200-209.
123. Fontaiane, K., Jones, L. (1997). Self-esteem, optimism and pessimism and postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 59-63
124. Cheng, H., Furnham, A. (2003). Attributional style and self esteem as predictor of psychological well being. *Counseling Psychology Quarterly*, 16, 121-130.

125. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
126. Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60: 141–156.
127. Lacković-Grgin, K. (1994). *Samopoimanje mladih*. Naklada Slap, Jastrebarsko.
128. Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescence Self-Image*. Middletown CT: Wesleyan Univeresty Press.
129. Eysenck HJ. The definition of personality disorders and the criteria appropriate for their description. *J Person Disord*. 1987;1:211–219.
130. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry*. 1991 Sep;148(9):1138-49.
131. Hollander E, Neville D, Frenkel M, Josephson S, Liebowitz MR. Body dysmorphic disorder. Diagnostic issues and related disorders. *Psychosomatics*. 1992 Spring;33(2):156-65.
132. Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
133. Tovilović, S., Novović, Z., Mihić, Lj., Jovanović, V. (2009). The role of trait anxiety in induction of state anxiety. *Psihologija*, 42 (4), 491–504
134. Todorović, D., Zlatanović, LJ., Stojiljković, S., Todorović, J. (2009). Povezanost perfekcionizma sa samopoštovanjem i depresivnošću kod studenata, *Godišnjak za psihologiju*, 6 (8), 173-184.
135. Akiskal HS, Akiskal K. Cyclothymic, hyperthymic and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders. In: Tasman A, Riba MB, editors. *Annual review of psychiatry*. Vol. 11. Washington: American Psychiatric Press; 1992. pp. 43–62.
136. Gershuny BS, Sher KJ. The relation between personality and anxiety: findings from a 3-year prospective study. *J Abnorm Psychol*. 1998;107:252–262. [PubMed]
137. Battaglia M, Przybeck TR, Bellodi L. Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. *Compr Psychiatry*. 1996;37:292–298.
138. Gershuny BS, Sher KJ. The relation between personality and anxiety: findings from a 3-year prospective study. *J Abnorm Psychol*. 1998;107:252–262.

- 139.Ristić-Ignjatović D, Hinić D, Bessonov D, Akiskal SH, Akiskal KK, Ristić B. Towards validation of the short TEMPS-A in non-clinical adult population in Serbia. *J Affect Disord* 2014;164:43-49.
- 140.Gardner RM, Jappe LM, Gardner L. Development and Validation of a New Figural Drawing Scale for Body-Image Assessment: The BIAS-BD. *J Clin Psychol* 2009;65(1):113-122.
- 141.Gray-Little, B., Williams, V.S.L., & Hancock, T. D. (1997). An item response theory analysis of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 443-451.
- 142.van den Brink F, Vollmann M, Sternheim LC, Berkhout LJ, Zomerdijk RA, Woertman L. Negative Body Attitudes and Sexual Dissatisfaction in Men: The Mediating Role of Body Self-Consciousness During Physical Intimacy. *Arch Sex Behav*. 2017 Jun 23. doi: 10.1007/s10508-017-1016-3.
- 143.Mendo-Lázaro S, Polo-Del-Río MI, Amado-Alonso D, Iglesias-Gallego D, León-Del-Barco B. Self-Concept in Childhood: The Role of Body Image and Sport Practice. *Front Psychol*. 2017 May 24;8:853. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00853.
- 144.Gendered dimensions of obesity in childhood and adolescence. Sweeting HN *Nutr J*. 2008 Jan 14; 7(1):1. [Sex differences in body image, weight control and Body Mass Index of Spanish adolescents]. Ramos Valverde P, Rivera de Los Santos F, Moreno Rodríguez C *Psicothema*. 2010 Feb; 22(1):77-83. Esnaola I, Goñi A., Madariaga J. M. (2008). Self-concept: research issues. *Rev. Psicodidáctica* 13 179–194.
- 145.Esnaola I., Revuelta L. (2009). Relations between the physical activity, physical self-concept, expectations, perceived value and perceived difficulty. *Acción Psicol*. 6 31–43. 10.5944/ap.6.2.219
- 146.Fernández J. G., Contreras O. R., García L. M., González S. (2010). Physical Self-concept depending on the kind of physical activity practised and motivation to it. *Rev. Latinoam. Psicol*. 42 251–263.
- 147.Deutsch, F.M., Zalenski, C.M., Clark, M.E. (2002). Is there a double standard of aging? *Journal of Applied Social Psychology*, 16, 771–785.
- 148.Michels N, Amenyah SD. Body size ideals and dissatisfaction in Ghanaian adolescents: role of media, lifestyle and well-being. *Public Health*. 2017 May;146:65-74.

149. Richard A, Rohrmann S, Lohse T, Eichholzer M. Is body weight dissatisfaction a predictor of depression independent of body mass index, sex and age? Results of a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2016 Aug 24;16(1):863.
150. Tang J, Yu Y, Du Y, Ma Y, Zhu H, Liu Z. Association between actual weight status, perceived weight and depressive, anxious symptoms in Chinese adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2010;10:594.
151. Stevens SD, Herbozo S, Morrell HE, Schaefer LM, Thompson JK. Adult and childhood weight influence body image and depression through weight stigmatization. *J Health Psychol*. 2016. 2016; January 28, Epub first
152. Hoebel BG, Leibowitz SF. Brain monoamines in the modulation of self-stimulation, feeding, and body weight. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis*. 1981;59:103–142
153. Nikniaz Z, Mahdavi R, Amiri S, Ostadrahimi A, Nikniaz L. Factors associated with body image dissatisfaction and distortion among Iranian women. *Eat Behav*. 2016 Aug;22:5-9.
154. Alipour B, Abbasalizad Farhangi M, Dehghan P, Alipour M. Body image perception and its association with body mass index and nutrient intakes among female college students aged 18-35 years from Tabriz, Iran. *Eat Weight Disord*. 2015 Dec;20(4):465-71.
155. Costa Lda C, Silva DA, Alvarenga Mdos S, de Vasconcelos Fde A. Association between body image dissatisfaction and obesity among schoolchildren aged 7-10years. *Physiol Behav*. 2016 Jun 1;160:6-11.
156. Amenyah SD, Michels N. Body size ideals, beliefs and dissatisfaction in Ghanaian adolescents: sociodemographic determinants and intercorrelations. *Public Health*. 2016 Oct;139:112-120.
157. Michels N, Amenyah SD. Body size ideals and dissatisfaction in Ghanaian adolescents: role of media, lifestyle and well-being. *Public Health*. 2017 May;146:65-74.
158. Blostein F, Assari S, Caldwell CH. Gender and Ethnic Differences in the Association Between Body Image Dissatisfaction and Binge Eating Disorder among Blacks. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2016 Jun 28. [Epub ahead of print]
159. Hicks S, Brown A. Higher Facebook use predicts greater body image dissatisfaction during pregnancy: The role of self-comparison. *Midwifery*. 2016 Sep;40:132-40. doi: 10.1016/j.midw.2016.06.018.

160. Carter A, Forrest JI, Kaida A. Association Between Internet Use and Body Dissatisfaction Among Young Females: Cross-Sectional Analysis of the Canadian Community Health Survey. *J Med Internet Res*. 2017 Feb 9;19(2):e39.
161. Vashi NA. Obsession with perfection: Body dysmorphia. *Clin Dermatol*. 2016 Nov - Dec;34(6):788-791.
162. Javo IM, Sørli T. Psychosocial predictors of an interest in cosmetic surgery among young Norwegian women: a population-based study. *Plast Reconstr Surg*. 2009 Dec;124(6):2142-8.
163. Blackburn VF, Blackburn AV. Taking a history in aesthetic surgery: SAGA—the surgeon's tool for patient selection. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2008 Jul;61(7):723-9.
164. Fansa H, Haller S. [Patients' decision for aesthetic surgery]. *Handchir Mikrochir Plast Chir*. 2011 Dec;43(6):368-75.
165. Zanetti T, Santonastaso P, Sgaravatti E, Degortes D, Favaro A. Clinical and temperamental correlates of body image disturbance in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2013 Jan;21(1):32-7.
166. Sarısoy G, Atmaca A, Ecemiş G, Gümüş K, Pazvantoğlu O. Personality characteristics and body image in obese individuals. *Asia Pac Psychiatry*. 2014 Jun;6(2):191-9.
167. Sharif F, Anooshehpour B, Mani A, Zarshenas L, Zare N, Haghghatian A. Comparison of the Temperament and Character of Patients Referred to Cosmetic Nasal Surgeon in Shiraz Hospitals, 2015. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2016 Apr;4(2):137-47.
168. Mizokami Y, Terao T, Hatano K, Kodama K, Kohno K, Makino M, Hoaki N, Araki Y, Izumi T, Shimomura T, Fujiki M, Kochiyama T. Identification of the neural correlates of cyclothymic temperament using an esthetic judgment for paintings task in fMRI. *J Affect Disord*. 2014 Dec;169:47-50.
169. Al-Omiri MK, Abu Hantash RO, Abu Yunis M, Lynch E. Relationship between personality and impacts of implant treatment on daily living. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2012 May;14 Suppl 1:e2-10.
170. Turhan-Haktanir N, Geçici O, Murat Emül H, Aşık A, Demir Y, Ozbulut O. Temperament and character traits of women admitted for breast reduction and comparison with body perception. *Aesthetic Plast Surg*. 2010 Jun;34(3):359-64.

- 171.Pavan C, Vindigni V, Semenzin M, Mazzoleni F, Gardiolo M, Simonato P, Marini M. Personality, temperament and clinical scales in an Italian Plastic Surgery setting: what about body dysmorphic disorder? *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2006;10(2):91-6.
- 172.Flores-Cornejo F, Kamego-Tome M, Zapata-Pachas MA, Alvarado GF. Association between body image dissatisfaction and depressive symptoms in adolescents. *Rev Bras Psiquiatr.* 2017 Mar 23. pii: S1516-44462017005007101
- 173.Kaur P, Singh S, Mathur A, Makkar DK, Aggarwal VP, Batra M, Sharma A, Goyal N. Impact of Dental Disorders and its Influence on Self Esteem Levels among Adolescents. *J Clin Diagn Res.* 2017 Apr;11(4):ZC05-ZC08.
- 174.Morin AJS, Maïano C, Scalas LF, Janosz M, Litalien D. Adolescents' Body Image Trajectories: A Further Test of the Self-Equilibrium Hypothesis. *Dev Psychol.* 2017 May 29. doi: 10.1037/dev0000355
- 175.Kollndorfer K, Reichert JL, Brückler B, Hinterleitner V, Schöpf V. Self-esteem as an important factor in quality of life and depressive symptoms in anosmia: A pilot study. *Clin Otolaryngol.* 2017 Feb 25. doi: 10.1111/coa.12855.
- 176.Hurst M, Dittmar H, Banerjee R, Bond R. "I just feel so guilty": The role of introjected regulation in linking appearance goals for exercise with women's body image. *Body Image.* 2017 Mar;20:120-129.
- 177.Terino E. Psychology of the aesthetic patient: the value of personality profile testing. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2008 May;16(2):165-71.
- .