

## مدیریت اعمال جراحی زیبایی در ایران: چالش‌ها و راهکارها

### چکیده

دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۱۴ ویرایش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۳ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۰۷ آنلاین: ۱۴۰۲/۰۱/۱۵

**زمینه و هدف:** امروزه، اعمال زیبایی به دنبال تغییر سبک زندگی و ارزش‌های اجتماعی مورد توجه مردم قرار گرفته‌اند. از این رو، مطالعه حاضر با هدف بررسی نظر خبرگان در خصوص چالش‌ها و راهکارهای مدیریت اعمال یادشده در ایران انجام گرفت.

**روش بررسی:** این مطالعه کیفی از طریق مصاحبه با ۲۶ نفر از سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان خدمات جراحی زیبایی در شهر تهران از فروردین تا شهریور ۱۴۰۰ انجام شد. نمونه‌گیری از نوع هدفمند و گلوله برفی بود. معیار ورود مصاحبه‌شوندگان به پژوهش، دانش و تجربه در موضوع و تمایل به مشارکت بود. مصاحبه‌ها به صورت نیمه‌ساختاریافته بوده و به صورت چهره به چهره یا تلفنی انجام گرفت. تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از تحلیل موضوعی انجام شد.

**یافته‌ها:** چالش‌ها در چهار طبقه ارائه‌دهندگان خدمات (آموزش و پرورش نامناسب، ارائه‌دهندگان غیرمتخصص، مخاطرات اخلاقی، کاستی در نحوه نگارش قوانین و موثر نبودن فرآیند رسیدگی به شکایات)، گیرندگان خدمات (تحت‌تاثیر تبلیغات فریبنده قرار گرفتن، پایین بودن سطح سواد سلامت مردم و عدم سلامت روان)، محل ارائه خدمات (انجام اعمال جراحی در مکان‌های غیراستاندارد و یکپارچه نبودن نظام اطلاعات) و داروها، فرآورده‌ها و تجهیزات پزشکی (نظارت ناکافی بر تامین، توزیع و به‌کارگیری و نوسانات قیمت) دسته‌بندی شدند.

**نتیجه‌گیری:** اقدام اصلی موثر جهت رفع چالش‌ها، شامل تقویت نظارت متولی نظام سلامت با هماهنگی و همکاری درون و برون‌بخشی است. در این راستا، تدوین چارچوب‌های آموزشی، اخلاقی و حقوقی، تنظیم قوانین نظارتی، آگاه‌سازی جامعه، مصاحبه‌های بالینی و مشاوره‌های روانشناختی به‌ویژه پیش از جراحی زیبایی و استقرار سامانه یکپارچه پرونده الکترونیک سلامت توصیه می‌شود.

**کلمات کلیدی:** مدیریت خدمات سلامت، جراحی پلاستیک، جراحان.

مریم تاجور<sup>۱</sup>، پریسا پورفرخ<sup>۱</sup>، نجمه بهمن‌زیاری<sup>۲</sup>، ابراهیم جعفری‌پویان<sup>۱</sup>، مریم نظری<sup>۳\*</sup>، حانیه سادات سجادی<sup>۳</sup>

۱- گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲- مرکز تحقیقات چشم‌پزشکی ترجمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳- مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

\* نویسنده مسئول: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، خیابان پورسینا، دانشکده بهداشت.

تلفن: ۰۲۱-۴۲۹۳۳۰۴۴

E-mail: mnazari@razi.tums.ac.ir

### مقدمه

افراد از زیبایی خود موثر بوده و منجر به تلاش برای تطابق با معیارهای رایج در جامعه می‌شوند.<sup>۱</sup> ارتباط مستقیمی بین زیبایی ظاهری، احساس شادی، اعتمادبه‌نفس و محبوبیت اجتماعی شناسایی شده است.<sup>۲</sup> با این وجود، تردیدهایی درباره جراحی زیبایی به‌عنوان یک مداخله پزشکی و اخلاقی به سود بیماران و بخش جدایی‌ناپذیر از نظام سلامت و یا خدمت غیرضروری و دارای مقاصد تجاری

معیارهای زیبایی ظاهری، ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی یک جامعه را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد و واضح‌ترین پیامد آن، گسترش روزافزون تعداد و تنوع عمل‌های زیبایی است.<sup>۱</sup> به‌عبارت‌دیگر، استانداردهای زیبایی که از سوی اجتماع تحمیل می‌شوند بر ادراک

اقتصاد و نظام سلامت کشورها می‌شود. طبق آخرین برآوردها، سالانه ۱۶ میلیارد تومان صرف جراحی‌های پلاستیک در ایران می‌شود.<sup>۱۵</sup> از آنجایی که منابع نظام سلامت محدود است، دولت و سیاست‌گذاران باید برنامه‌هایی در رابطه با اعمال جراحی و خدمات زیبایی تعریف نمایند.<sup>۱۶</sup> هدف مطالعه حاضر، بررسی نظر خبرگان این حوزه در خصوص چالش‌ها و راهکارهای ارتقا مدیریت اعمال جراحی زیبایی در ایران بود. نتایج این مطالعه می‌تواند در مدیریت صحیح جراحی‌های زیبایی به سیاستگذاران نظام سلامت یاری رساند.

## روش بررسی

مطالعه کیفی حاضر از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۲۶ نفر از سیاستگذاران از نهادهای مختلف مرتبط با سلامت و ارائه‌دهندگان خدمات جراحی زیبایی در بیمارستان‌های دولتی دارای درمانگاه زیبایی در تهران و در نیمه نخست سال ۱۴۰۰ انجام شد. نمونه‌گیری از نوع هدفمند و گلوله‌برفی و انجام مصاحبه‌ها به صورت چهره‌به‌چهره یا تلفنی صورت گرفت که به صورت میانگین ۴۰ دقیقه به طول انجامید. معیار ورود مصاحبه‌شوندگان به پژوهش، دانش و تجربه در موضوع و تمایل به مشارکت بود. به منظور رعایت اصول علمی و اخذ رضایت آگاهانه مصاحبه‌شوندگان، راهنمای اولیه شامل ذکر عنوان طرح و ضرورت اجرای آن، کسب اجازه جهت ضبط مصاحبه با تاکید بر رازداری و اعلام آزادی انصراف از شرکت در مطالعه در تمامی مراحل، تهیه و ابتدای هر مصاحبه توسط مصاحبه‌گر بازگو شد. راهنمای مصاحبه شامل پرسش‌های اصلی در خصوص اعمال جراحی زیبایی و مدیریت آن از جمله درباره وضعیت کنونی کشور، قوانین، محدودیت‌ها، لزوم بازنگری در آنها و اصلاحات پیشنهادی، مزایا و آسیب‌های احتمالی برای دریافت‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات، موانع تغییرات موردنیاز، اصلاحات و راهکارهای پیشنهادی بود. روایی صوری و محتوایی این راهنما با استفاده از نظرات چند نفر از اعضای هیات علمی گروه مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران، به‌عنوان خبره در این زمینه تایید شد. مصاحبه‌ها تا زمانی که برداشت‌ها از دید پژوهشگر به اشباع نظر برسد، ادامه یافت. ضمناً برای اطمینان از اشباع اطلاعات، در مواردی که بخشی از اطلاعات مصاحبه‌ای نیاز به تکمیل داشت و یا

مطرح است.<sup>۴</sup> در مطالعه Dean جراحی زیبایی هر عمل تهاجمی با هدف دستیابی به وضعیت ظاهری مطلوب‌تر از دید بیمار و ایجاد تغییر در ویژگی‌های جسمانی طبیعی از دید پزشک تعریف شده است.<sup>۵</sup> طبق گزارش انجمن بین‌المللی جراحی زیبایی در سال ۲۰۲۰، آمریکا، برزیل، آلمان، ژاپن و ترکیه در صدر تعداد اعمال جراحی زیبایی انجام‌شده در سال قرار داشتند. همچنین مطابق آمار، میزان اعمال جراحی در سال ۲۰۲۰ نسبت به سال ۲۰۱۹، ۱/۸٪ کاهش داشته است.<sup>۶</sup> فعالیت‌های رسانه‌ای پزشکان برای جذب مشتری، تبلیغات توسط مصرف‌کننده، افراد غیرمتخصص و فرصت‌طلب و منافع مالی قابل توجه از جمله چالش‌های مطرح در این حیطه هستند.<sup>۷</sup> به علاوه، اکثر خدمات جراحی زیبایی در بخش خصوصی و خارج از ترتیبات معمول نظام ارجاع انجام می‌گیرند، که این مساله نظارت صحیح بر این خدمات، داروهای مصرفی و رعایت نکات بهداشتی و کنترل عفونت را بسیار مشکل می‌کند.<sup>۸</sup> همچنین داشتن اختلالات روان بر میزان رضایت و تمایل به استفاده از این خدمات موثر است.<sup>۹</sup> مشاهده تصاویر افراد مشهور که پیش‌تر تحت جراحی زیبایی قرار گرفته‌اند، مردم به‌ویژه نسل جوان را به انجام اعمال زیبایی ترغیب می‌کند.<sup>۱۱</sup> انتخاب روش صحیح، قدرت شناسایی نتایج جراحی و توجیه بیمار نسبت به عوارض احتمالی از دیگر ابعاد چالش‌برانگیز اعمال جراحی زیبایی است.<sup>۱۲</sup>

مطابق نتایج مطالعه Bidkhorji، عوامل دموگرافیک مانند سن، جنس، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات در تصمیم‌گیری ایرانیان برای انجام جراحی زیبایی موثر هستند. با توجه به بار اقتصادی بالای این جراحی‌های غیرضروری، تاکید بر برنامه‌های افزایش آگاهی برای افرادی که بیشتر تحت عمل جراحی زیبایی قرار می‌گیرند اثرگذار خواهد بود.<sup>۱۳</sup> در مطالعه Kalantar Hormozi پنج جراحی زیبایی اول انجام‌شده در ایران به ترتیب، جراحی بینی (۶۱/۳٪)، تزریق چربی (۶/۷٪)، بلغاروپلاستی (جراحی زیبایی پلک) (۶/۳٪)، لیفت صورت (۴٪) و جراحی بزرگ‌کردن سینه (۳/۸٪) عنوان شدند.<sup>۱۴</sup> نتایج پژوهش Mozaffari-Niya نیز نشان داد که احساس حقارت، فرار از تنهایی و ترس از نادیده گرفته شدن توسط بستگان و جامعه، مهم‌ترین انگیزه‌ها برای انجام و پذیرش خطر جراحی زیبایی در ایران است.<sup>۱۵</sup> سالانه مبالغ قابل توجهی برای جراحی‌های زیبایی و مراقبت‌های پیش و پس از عمل پرداخت می‌شود که منجر به تحمیل بار مالی زیادی بر

شد.<sup>۱۸</sup> به منظور ارتقا سطح تعیین یافته‌ها، پژوهشگر تلاش نمود تا در تمامی مراحل از برداشت‌ها و ارزش‌های شخصی خود آگاه بوده و آنها را در تحلیل و تفسیر نتایج دخالت نهد و برای حصول اطمینان از مقبولیت، همسانی و انتقال‌پذیری یافته‌ها نیز از نظرات سایر اعضا تیم پژوهش و همکاران غیردرگیر در پژوهش استفاده شد.

## یافته‌ها

چالش‌ها و راهکارهای اعمال جراحی‌های زیبایی در چهار طبقه ارائه‌دهندگان خدمات، گیرندگان خدمات، محل ارائه خدمات و داروها، فرآورده‌ها و تجهیزات پزشکی دسته‌بندی شدند. طبقات یادشده و زیرطبقات مرتبط با هر یک در جدول ۲ ارائه شده است. بسیاری از صاحب‌نظران، بخش عمده چالش‌ها را مرتبط با ارائه‌دهندگان خدمات دانستند. همچنین از دید ایشان پرتکرارترین معضل در طبقه ارائه‌دهندگان خدمت، "آموزش و پرورش نامناسب"، در طبقه گیرندگان خدمت، "تحت تأثیر تبلیغات فریبنده قرار گرفتن"، در طبقه محل ارائه خدمات، "انجام اعمال جراحی در مکان‌های غیراستاندارد" و در طبقه داروها، فرآورده‌ها و تجهیزات پزشکی، "نظارت ناکافی بر تأمین، توزیع و به‌کارگیری" بود.

مصاحبه‌های بعدی پرسش جدیدی را مطرح کرده بودند، مجدداً به مصاحبه‌شوندگان قبلی برای تکمیل و تصحیح اطلاعات مراجعه شد. بیشتر مصاحبه‌شوندگان در گروه ارائه‌دهندگان خدمات به تخصص‌های جراحی پلاستیک و پوست، مو و زیبایی تعلق داشتند (جدول ۱).

مصاحبه‌کنندگان، دو نفر از متخصصان و پژوهشگران حوزه سلامت باتجربه انجام مطالعات کیفی بودند. همچنین تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای تماتیک با استفاده از تکنیک شش مرحله‌ای Braun & Clarke انجام شد. بدین منظور، مصاحبه‌ها به صورت دقیق پیاده شده و مکرراً بازخوانی شد.

سخنان مصاحبه‌شوندگان که بر یک واحد معنایی (کد) دلالت داشتند، استخراج شدند. پس از استخراج کدهای اولیه، دسته‌بندی کدهای مختلف در قالب کدهای گزینشی و مرتب کردن داده‌های کدگذاری شده صورت گرفت. در ادامه، موارد به‌منظور دستیابی به تم‌های فرعی مرور گردید و براساس آنها، داده‌ها به تم‌های اصلی مختلف دسته‌بندی و گزارش شدند.<sup>۱۷</sup>

ارزیابی اطلاعات حاصل نیز به وسیله چهار معیار مورداستفاده Speziale شامل مقبولیت (Credibility)، همسانی (Dependability)، تایید (Confirmability) و انتقال‌پذیری (Transferability) انجام

جدول ۱: اطلاعات مربوط به مصاحبه‌شوندگان

سازمان	تخصص	فراوانی	درصد
بیمارستان‌های دولتی دارای درمانگاه زیبایی	پوست، مو و زیبایی	۴	۷۳/۰۷٪
	چشم پزشکی	۲	
	گوش و حلق و بینی	۳	
	جراحی پلاستیک	۴	
	فک و صورت	۳	
	عمومی	۳	
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی	۱	۲۶/۹۳٪
	مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان	۱	
	دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه خدمات	۱	
	دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی	۱	
	اداره نظارت	۱	
	-	۱	
	عضو کمیسیون بهداشت و درمان	۱	
جمع		۲۶	۱۰۰٪

جدول ۲: طبقه‌بندی چالش‌ها و راهکارهای ارتقا مدیریت اعمال جراحی زیبایی در ایران\*

چالش‌ها طبقه	زیر طبقه	کدهای معنادار	راهکارها
ارائه‌دهندگان خدمات	آموزش و پرورش نامناسب	<ul style="list-style-type: none"> <li>- عدم کفایت دوره‌های آموزشی کوتاه‌مدت جراحی زیبایی</li> <li>- درگیری و اختلاف برخی رشته‌های مرتبط</li> <li>- عدم امکان تعیین برخی استانداردها به دلیل ضعف در تدوین کوریکولوم‌های آموزشی و عدم شفافیت آنها</li> <li>- عدم کفایت دانش پزشکی عمومی</li> <li>- طولانی بودن طول کل دوران تحصیل تا دانش‌آموختگی در رشته جراحی پلاستیک</li> <li>- حساسیت خدمات جراحی پلاستیک به دلیل آسیب‌های برگشت‌ناپذیر ناشی از خطاهای پزشکی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- استفاده از دوره‌های کوتاه‌مدت صرفاً به منظور بازآموزی و به‌روزرسانی دانش متخصصین جراحی پلاستیک</li> <li>- مطالعات تطبیقی درباره عملکرد سایر کشورها</li> <li>- به‌روزرسانی قوانین موجود</li> <li>- تدوین کوریکولوم‌های آموزشی به صورت مشارکتی با حضور متخصصان رشته‌های ذینفع و نظارت وزارت بهداشت</li> <li>- تغییر رشته جراحی پلاستیک از فوق‌تخصص به تخصص</li> <li>- برگزاری کارگاه‌ها و کلاس‌های آموزشی توسط انجمن‌های تخصصی (راهکاری ارائه نشد)</li> </ul>
	ارائه‌دهندگان غیرمتخصص	<ul style="list-style-type: none"> <li>- جذابیت مالی برای افراد غیرمتخصص نظیر آرایشگرها، پزشکان عمومی، تکنسین‌های مختلف پزشکی و جراحان عمومی و افزایش خطر بروز عوارض و خطاهای جبران‌ناپذیر در پی آن</li> <li>- عدم احترام به حقوق بیمار و نشر تصاویر مغایر با پابندی به اخلاق پزشکی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- نظارت انجمن‌ها و نظام پزشکی بر اعمال انجام جراحی بدون اندیکاسیون</li> </ul>
گیرندگان خدمات	مخاطرات اخلاقی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- سودجویی و ایجاد تقاضای القایی</li> <li>- عدم احترام به حقوق بیمار و نشر تصاویر انواع خدمات زیبایی مغایر با پابندی به اصول اخلاق پزشکی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- هم‌افزایی متخصصین وزارت بهداشت و نمایندگان مجلس در تدوین قوانین بازدارنده (راهکاری ارائه نشد)</li> </ul>
	کاستی در نحوه نگارش قوانین مؤثر نبودن فرایند رسیدگی به شکایات	<ul style="list-style-type: none"> <li>- استناد به قوانین ناکارآمد یا منسوخ</li> <li>- لابی قدرت در قانون‌گذاری</li> <li>- رویکرد منفعلانه متولیان در امر شناسایی متخلفین و رسیدگی به شکایات</li> <li>- ممانعت روابط از اجرای ضوابط</li> <li>- تب تند جراحی زیبایی در جامعه</li> <li>- تبلیغات گسترده رسانه‌ای</li> <li>- وعده‌های افراطی برخی پزشکان</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- آگاه‌سازی جامعه توسط نهادهای تخصصی مشتمل بر وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی و انجمن‌های تخصصی به صورت چهره‌به‌چهره و مجازی از طریق رسانه و وبسایت‌های مرتبط</li> <li>- تقویت نقش نظارتی وزارت بهداشت بر تبلیغات رسانه‌ای</li> </ul>
محل ارائه خدمات	افزایش گرایش مردم به جراحی زیبایی به دلیل تحت‌تاثیر تبلیغات فریبنده قرارگرفتن	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تقاضای خدمات غیرمعقول و غیرضرور</li> <li>- استقبال مردم از خدمات ارزان‌قیمت بدون توجه به صلاحیت ارائه‌دهنده و کیفیت خدمات</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- آگاه‌سازی جامعه توسط نهادهای تخصصی مشتمل بر وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی و انجمن‌های تخصصی به صورت چهره‌به‌چهره و مجازی از طریق رسانه و وبسایت‌های مرتبط</li> </ul>
	پایین بودن سطح سواد سلامت مردم	<ul style="list-style-type: none"> <li>- درخواست خدمات غیرضرور به دلیل ابتلا به اختلال زشت‌انگاری اندام‌ها</li> <li>- درخواست خدمات غیرضرور به دلیل ابتلا به افسردگی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تقویت فرآیند کسب رضایت آگاهانه مراجعین</li> <li>- بهبود نقش جراح پلاستیک در غربالگری روانی مقاضیان اعمال جراحی زیبایی</li> <li>- ارجاع متقاضیان اعمال جراحی زیبایی به روانپزشکان و روانشناسان جهت مشاوره روانشناختی</li> <li>- انجام بررسی‌های جامعه‌شناسانه (راهکاری ارائه نشد)</li> </ul>
داروها، فرآورده‌ها و تجهیزات پزشکی	یکپارچه نبودن نظام اطلاعات سلامت	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مراکز جراحی محدود</li> <li>- اماکن غیراستریل</li> <li>- نقاط غیرمجاز</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تدوین دستورالعمل‌های جامع جهت بهبود نظارت</li> </ul>
	نظارت ناکافی بر تامین، توزیع و به‌کارگیری	<ul style="list-style-type: none"> <li>- متصل نبودن مراکز جراحی محدود به سامانه‌های اطلاعاتی وزارت بهداشت و دشواری نظارت بر آنها</li> <li>- ورود اقلام بی‌کیفیت به کشور</li> <li>- عدم رعایت زنجیره سرد در صنعت دارو</li> <li>- استفاده از دستگاه‌های غیراستاندارد</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- قابل تعیین نبودن تعرفه خدمات زیبایی به دلیل نوسانات قیمت مواد</li> <li>- اثرپذیری بیشتر بخش خصوصی نسبت به نوسانات قیمت مواد</li> </ul>
نوسانات قیمت مواد			

\* ترتیب موارد در جدول، حسب فراوانی تکرار در مصاحبه‌ها تنظیم شده است.

## بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی چالش‌ها و راهکارهای احتمالی مدیریت اعمال جراحی زیبایی در ایران انجام گرفت و چالش‌های مطرح‌شده از سوی صاحب‌نظران در چهار طبقه ارائه‌دهنده خدمات، گیرنده خدمات، محل ارائه خدمات و داروها، فرآورده‌ها و تجهیزات پزشکی دسته‌بندی شدند. از این میان، عمده چالش‌های موجود، مرتبط با ارائه‌دهندگان خدمات این حوزه بود.

در موضوع ارائه‌دهنده خدمت، آموزش و پرورش نامناسب، ارائه‌دهندگان غیرمتخصص، مخاطرات اخلاقی، کاستی در نحوه نگارش قوانین و موثرنبودن فرآیند رسیدگی به شکایات مطرح شد. در بحث آموزش و پرورش نامناسب ارائه‌دهندگان، بازنگری محتوا و طول دوره الزامی ارزیابی شد. به‌طورمشابه با یافته‌های مطالعه حاضر، برنامه‌های دستیاری جراحی پلاستیک ایالات متحده در سال ۲۰۰۶، زمینه‌های مختلفی را برای بهبود مشخص کرد که منجر به تغییراتی در مدت و محتوای دوره آموزش شد.<sup>۱۹</sup> در مطالعه دیگری، تعمیق و بازنگری دوره‌های آموزشی در زمینه مداخلات کم‌ترتهاجمی و جراحی‌های سر و گردن و تنوع بخشیدن به بیماران ویزیت‌شده در طول دوره تحصیلی از نیازهای توسعه برنامه‌های دستیاری پلاستیک و ترمیمی در ایالات متحده و سطح بین‌المللی معرفی شده است.<sup>۲۰</sup> همچنین ۹۰٪ از دستیاران در کانادا احساس می‌کنند که قرارگرفتن در معرض یادگیری اعمال زیبایی به‌طور فزاینده‌ای دشوار شده است، زیرا اکثر آنها در مراکز جراحی خصوصی انجام می‌شوند.<sup>۱۹</sup> بدیهی است که عدم‌مهارت کافی جراح در انجام جراحی‌های زیبایی می‌تواند منجر به آسیب‌های بازگشت‌ناپذیر شود و احتمال بروز عوارضی همچون نکروز، عفونت، تاخیر در بهبود، درد، نازیبایی و نیاز به جراحی‌های مجدد را تشدید کند.<sup>۲۱</sup> پژوهش دیگری درمورد اثرات همه‌گیری کووید-۱۹ بر برنامه‌های آموزشی جراحی پلاستیک و بیماران حاکی از کاهش تعداد جراحی‌ها و متعاقباً کاهش فرصت ارتقا مهارت‌های جراحی بود. طبق نتایج مطالعه یادشده، این اثرات بلافاصله پس از همه‌گیری از بین نمی‌روند.<sup>۲۲</sup> مساله دیگر، عدم‌کفایت دانش پزشکی عمومی جهت انجام جراحی پلاستیک و سایر خدمات زیبایی بود. نتایج یک مطالعه انجام گرفته در این خصوص نشان داد که برگزاری یک دوره فشرده جراحی پلاستیک در مقطع عمومی

می‌تواند باورهای غلط رایج درمورد این رشته را از بین ببرد.<sup>۲۳</sup> علاوه‌براین، همکاری میان اساتید جراحی پلاستیک، انجمن‌های تخصصی، صنعت و امور خیریه می‌تواند یک استراتژی موفق برای افزایش دانش و توسعه مهارت‌های فنی دستیاران و منابع آموزشی مرتبط از جمله محتواهای دیجیتال باشد.<sup>۲۴</sup> بر مبنای مطالعات پیشین توصیه شده است که آموزش فوق‌تخصصی در زمینه جراحی زیبایی پس از اتمام دوره دستیاری جراحی در قالب یک فلوشیپ ساختاریافته با همکاری چندرشته‌ای صورت پذیرد.<sup>۲۵</sup> از دیگر چالش‌های مرتبط با ارائه‌دهندگان خدمات زیبایی که در پژوهش حاضر به آن اشاره نشد، تغییرات مداوم فنون جراحی و توزیع نابرابر در دسترسی به خدمات و متخصصین جراحی بود.<sup>۲۶</sup> به‌طورکلی، به نظر می‌رسد موضع نظام‌های سلامت پیشگام دنیا نسبت به ارتقا مداوم مهارت‌آموزی ارائه‌دهندگان خدمات زیبایی پویاتر از ایران و متمرکز بر ارزیابی و بازنگری مداوم است و این امر موجب، غنای برنامه‌های آموزشی و پرورشی شده است. بر این اساس، گام بنیادین در موضوع ارائه‌دهندگان خدمات زیبایی در ایران، توافق تصمیم‌گیرندگان کلیدی روی تعریف مرزهای مجاز ارائه این خدمات مابین تخصص‌های مختلف پزشکی و حذف افراد غیرمتخصص از چرخه خدمت‌رسانی است. متعاقب این اقدام، استانداردسازی فرایند و محتوای آموزش ارائه‌دهندگان خدمت، تنظیم قوانین و مقررات بازدارنده و نظارت سخت‌گیرانه بر اجرای آنها به‌منظور تضمین ارائه خدمات توسط افرادی که به‌درستی آموزش دیده‌اند و واجد شرایط و الزامات تعریف‌شده هستند، منجر به بهبود کیفیت اعمال جراحی زیبایی و حذف رویه‌های نایمن می‌شود.

کژمنشی، عدم‌احترام به حقوق بیمار و سودجویی نیز از جمله مخاطرات اخلاقی این حوزه است. در تایید این یافته Mirdamadi و همکاران، تضاد منافع مابین پزشک و بیمار را عامل ارائه اطلاعات و ایجاد تصور نادرست از نتایج اعمال جراحی از سوی ارائه‌دهندگان خدمت معرفی کرده‌اند.<sup>۲۷</sup> همچنین در مطالعه دیگری، صرف انتخاب رشته جراحی پلاستیک برای ثروتمندشدن و فراموشی اصول اولیه پزشکی را موردنقد قرار داده و بر ضرورت پایبندی به اخلاق پزشکی و تعهدات حرفه‌ای تاکید داشته است.<sup>۴</sup> این درحالی است که در صورت آگاهی بیماران از حقوق خود، خطرات و مزایای روش‌های درمانی، هرگونه عوارض احتمالی و خصوصیات یک مراقبت پزشکی

نباشند.<sup>۳۴</sup> با پیشرفت فناوری، جراحی زیبایی بیش از هر زمان دیگری در جامعه فراگیر شده و عمده دلیل آن تبلیغات رسانه‌ای است که البته این مساله محدود به کشور ایران نیست.<sup>۳۵،۳۶</sup> تبلیغات منجر به شکل‌گیری فشارهای اجتماعی برای انطباق با استانداردهای زیبایی خاص شده که می‌تواند باعث شود افراد تحت عمل جراحی زیبایی قرار گیرند حتی اگر واقعا نیازی به آن نداشته باشند. این مساله اهمیت نظارت دقیق بر بحث بازاریابی در حیطه خدمات سلامت را دو چندان می‌سازد.

مسلماً جراحی پلاستیک باید زمانی انجام گیرد که نیاز واقعی به آن وجود داشته باشد و آگاهی مراجعین در این زمینه موثر است. همسو با این یافته، یک پژوهش داخلی نشان داده که آگاهی مردم درباره جراحی زیبایی محدود و سطحی بوده، آنان اغلب انتظارات خوشبینانه‌ای داشته و جراحی را ابزار کسب اعتبار اجتماعی بالاتر می‌دانند.<sup>۳۶</sup> نتایج مطالعه دیگری بر اهمیت آموزش عمومی در مورد خطرات بالقوه مرتبط با این روش و اهمیت انتخاب یک جراح ماهر و واجد شرایط برای کاهش بروز عوارض تاکید کرده است.<sup>۳۷</sup> مطالعات همچنین حاکی از آن است که تیم مراقبت‌های سلامت به‌ویژه پرستاران نقش غیرقابل انکاری در مشاوره و کمک به تصمیم‌گیری بهتر بیماران و مراجعین در انجام اعمال جراحی انتخابی و غیرضروری دارند.<sup>۳۸</sup> وضع مقررات در این زمینه، ضمن اثر نمادین بر آگاه کردن مردم از خطرات جراحی، تقاضا برای خدمات زیبایی را کاهش می‌دهد.<sup>۳۹</sup> به‌طورکلی این واقعیت که بیماران نیازهای واقعی خود را درک نمی‌کنند می‌تواند منجر به دو مساله اساسی شود. نخست ممکن است بیماران تحت رویه‌های غیرضروری یا نامناسب قرار گیرند که نگرانی‌های اساسی آنها را برطرف نمی‌کند. علاوه‌براین، آنها ممکن است انتظارات غیرواقعی از نتایج جراحی خود داشته باشند که منجر به ناامیدی یا نارضایتی می‌شود. در این زمینه برقراری ارتباط مناسب مابین جراحان و بیمار، پیش و پس از جراحی می‌تواند به مدیریت انتظارات کمک کند.

تصمیم به انجام جراحی زیبایی به‌شدت تحت‌تأثیر مشکلات روان‌شناختی قرار دارد و نارضایتی افراد از تصویر بدنی خود می‌تواند منجر به ارزیابی‌های نادرست، افکار و هیجانات منفی شود.<sup>۴۰</sup> در مقابل در پژوهشی، میانگین امتیاز تصویر بدن در بین افراد غیرمتقاضی بیشتر از متقاضیان جراحی زیبایی بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار

باکیفیت، این افراد از ظرفیت مناسبی به‌عنوان عامل بازدارنده مخاطرات اخلاقی برخوردار خواهند بود. در تایید اهمیت فرآیند رسیدگی به شکایات، مطالعات متعددی وجود دارد، چراکه در این حوزه، ارزیابی اثربخشی خدمات دریافت‌شده با توجه به مشهود بودن نتیجه برای بیماران و مراجعین ملموس‌تر است. نتایج یک مطالعه داخلی نشان داد که بیشترین شکایت از ارائه‌دهندگان خدمات زیبایی مربوط به استفاده از فنون نامناسب و عدم مهارت بود.<sup>۲۸</sup> همچنین همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، مطالعه‌ای در تایلد نشان داد که با وجود تعداد قابل‌توجه شکایات در یک بیمارستان جراحی پلاستیک، اغلب موارد نادیده گرفته می‌شوند. این درحالی است که یکی از مهمترین عوامل تعیین‌کننده موفقیت بیمارستان در بازار رقابتی جراحی پلاستیک و بهبود خدمات، مشتری‌مداری است که از طریق مدیریت موثر شکایات میسر می‌شود.<sup>۲۹</sup> مطابق قوانین، جراحان پلاستیک در صورت احراز ضرورت انجام جراحی، کسب رضایت آگاهانه و آزادانه از بیمار و برخورداری از تخصص کامل در گرایش مربوطه و سوابق حسنه، کمتر با شکایات مرتبط با قصور پزشکی مواجه خواهند شد.<sup>۳۰-۳۳</sup> سایر مطالعات نیز بر برقراری ارتباط مناسب جراحان با بیماران خود، مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری، حفظ سوابق پزشکی کامل و دقیق و نظارت بر فرآیند مراقبت از بیمار برای به حداقل رساندن احتمال شکایت تاکید داشتند.<sup>۳۳</sup> موضوع دیگر عدم شفافیت و پاسخگویی در رسیدگی به شکایات بیماران در کشور است. بیماران اغلب در ثبت شکایات با مشکلاتی مواجه می‌شوند و حتی در صورت شکایت، روند مشخصی برای حل و فصل وجود ندارد. این امر می‌تواند منجر به تشدید ناامیدی و عدم اعتماد به نظام سلامت شود. همچنین یک نظام ثبت شکایت کارآمد باید امکان گزارش منظم در مورد آمار و نتایج شکایات و هرگونه اقدام انضباطی علیه پزشکان دریافت‌کننده شکایات را فراهم آورد.

تحت‌تأثیر تبلیغات فریبنده قرار گرفتن، پایین بودن سطح سواد سلامت مردم و عدم سلامت روان درخصوص گیرندگان خدمات مطرح شد. مطابق نتایج پژوهش‌های انجام گرفته و در تایید یافته‌های این مطالعه، مشاهده تصاویر زنانه که تحت مراقبت‌های زیبایی قرار گرفته‌اند، بر تمایل به جراحی زیبایی تأثیر می‌گذارد، به‌ویژه اگر این افراد زمان قابل‌توجهی را در شبکه‌های اجتماعی سپری نمایند، حساب‌های کاربری زیادی را دنبال کنند و از ظاهر خود چندان راضی

نبود. همچنین بین دو گروه از نظر عزت نفس و مشکلات روانی تفاوت معناداری وجود نداشت. به این معنا که جراحی زیبایی لزوماً با تصویر بدن، عزت نفس و مشکلات روانی همراه نیست.<sup>۴۱</sup> با این وجود مطالعه دیگری در تایید یافته پژوهش حاضر، نگرش مراجعین نسبت به خود را از پیش‌بینی‌کننده‌های جراحی زیبایی معرفی کرده که در طراحی مداخلات ارتقادهنده رفتارهای سالم سلامت باید بیشتر مورد توجه قرار گیرد.<sup>۴۲</sup> به‌ر صورت، غربالگری و ارزیابی صحیح بیماران برای تشخیص اختلالات روانپزشکی ناشناخته یا درمان‌نشده می‌تواند سبب صرفه‌جویی در هزینه و منابع صرف‌شده شود.<sup>۴۳</sup> در مطالعه Hostiuc اذعان شده که جراحی زیبایی برای بیماران با اختلال بدشکل‌انگاری بدن از نظر اخلاقی موجه نیست و پزشکان باید در برخورد با بیماران مشکوک به این اختلال از انجام عمل خودداری کرده، بیمار را برای ارزیابی روانشناسی ارجاع دهند. این رویکرد می‌تواند رضایت کلی بیماران را به میزان قابل توجهی افزایش و شکایات را کاهش دهد.<sup>۴۴</sup> از این رو، صاحب‌نظران بر تقویت فرآیند کسب رضایت آگاهانه مراجعین و بهبود نقش جراح پلاستیک در غربالگری روانی مقاضیان اعمال جراحی زیبایی تاکید داشتند. در این راستا، همکاری متقابل جراحان زیبایی و روانشناسان نیز ضروری به نظر می‌رسد.<sup>۴۵</sup>

همچنین اصلاح فرهنگ عمومی یک ضرورت اجتماعی است. این اقدام اهدافی نظیر تصحیح باورهای سستی درباره اختلالات سلامت روان و انگ نسبت به آن، پرهیز از انتقال اطلاعات ناصحیح، شناخت، کمک‌رسانی، حمایت و ترغیب مبتلایان به بهره‌گیری از خدمات تخصصی روان‌شناختی را تعقیب می‌کند.

انجام اعمال جراحی در مکان‌های غیراستاندارد و یکپارچه نبودن نظام اطلاعات سلامت و متصل نبودن مراکز محدود به سامانه‌های اطلاعاتی وزارت بهداشت نیز معضلات مربوط به امکان ارائه خدمات بود. با توجه به این که همه‌گیری کووید-۱۹ منجر به خارج شدن جراحی‌های انتخابی از اولویت خدمت‌رسانی نظام سلامت شده است، ممکن است تن سپردن به تیغ جراحی در اماکن غیراستاندارد و خارج از حیطه نظارتی وزارت بهداشت افزایش یابد.<sup>۴۵</sup> این در حالی است که قوانین حاکم بر انواع تسهیلات سرپایی و توسعه مستمر استانداردهای اعتباربخشی برای مراکز مراقبت‌های سلامت در برزیل، نشانه تعهد به ایمنی بیمار و کیفیت بالای مراقبت است.<sup>۴۶</sup> همچنین اعضای انجمن

جراحی پلاستیک آمریکا، صرفاً مجاز به فعالیت در مراکز معتبر یا دارای گواهی اعتباربخشی هستند و به واسطه اعتباربخشی امکانات جراحی سرپایی، محیط‌های بهتر و ایمن‌تری برای جراحی‌های زیبایی فراهم شده است.<sup>۴۷</sup> با این وجود در ایران از لحاظ قانون‌گذاری کمتر به امکان مجاز خدمت‌رسانی پرداخته شده است. ضمناً توجه به این نکته حایز اهمیت است که ضمانت اجرایی قوانین وضع‌شده از طریق جریمه‌های بازدارنده و غیرمنعطف حاصل می‌شود. یکی دیگر از دغدغه‌های کلیدی که مردم را ناچار به انتخاب خدمات پرخطرتر اما ارزان‌تر می‌کند، پررنگ بودن نقش بخش خصوصی در بازار خدمات زیبایی، مشمول بیمه نشدن خدمات یادشده، تعرفه‌های قابل توجه و سهم عمده مردم در پرداخت آن است. در واقع یکی از چالش‌های خدمات جراحی زیبایی برابری و عدالت در دسترسی به خدمات باکیفیت است که رفع آن نیازمند حمایت‌های دولتی و اجتماعی است.<sup>۴۸</sup> در تایید این ادعا، مطالعات محدود صورت‌گرفته نشان داده که برخورداری از بیمه و پایگاه اجتماعی-اقتصادی بیمار بر چگونگی گرایش وی به جراحی زیبایی موثرند.<sup>۴۹،۵۰</sup> به هر روی، افزایش آگاهی عمومی در مورد خطرات و مزایای خدمات زیبایی توصیه می‌شود. این امر می‌تواند از طریق کمپین‌های آموزشی عمومی یا مشارکت با سازمان‌های اجتماعی انجام شود تا در نهایت منجر به تصمیمات آگاهانه مصرف‌کنندگان گردد. همچنین بدون ادغام مناسب سیستم‌های اطلاعات سلامت و نظارت کافی، بیماران ممکن است با هزینه‌های غیرضروری مواجه و یا دچار آسیب‌های احتمالی شوند. به‌طور کلی، پرداختن به این چالش نیازمند یک رویکرد جامع است که شامل سرمایه‌گذاری در فناوری، استانداردهای تسهیلات و همکاری بین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت است.

در خصوص داروها، فرآورده‌ها و تجهیزات پزشکی، نظارت ناکافی بر تامین، توزیع و به‌کارگیری و نوسانات قیمت مواد مورد استفاده از جمله مسائل مطرح‌شده بود. طی مرور شواهد در دسترس مطالعه مشابهی در این زمینه یافت نشد. با این وجود، رشد و توسعه خدمات زیبایی و جراحی پلاستیک مرهون پیشرفت‌های نوآورانه مداوم در فنون جراحی، تجهیزات و فناوری‌های کمکی زیبایی بوده است.<sup>۵۱،۵۲</sup> فناوری‌های نوین در زمینه مشاوره از راه دور و ارتباط با بیمار، ارائه مراقبت‌های پزشکی باکیفیت پیش و پس از جراحی، افزایش دقت در پیش‌بینی نتایج اعمال جراحی و پیگیری

سودآور و جراحی‌های مرتبط با آن به‌عنوان یک هنجار فرهنگی-اجتماعی مطلوب در حال گسترش است. نظر به گستردگی بازیگران این حوزه، اتخاذ رویکرد جامع و یکپارچگی منابع انسانی، تسهیلات و زیرساخت‌های فیزیکی و نظارت و ارزیابی حایز اهمیت است. اقدام اصلی موثر جهت برطرف نمودن عمده چالش‌ها، تقویت نظارت متولی نظام سلامت بر این حوزه با هماهنگی و همکاری درون و برون‌بخشی است. در ادامه، بایستی چارچوب‌های دقیق و استاندارد آموزشی، اخلاقی و حقوقی تدوین شود تا پزشکان مطابق با آن عمل کرده و بهترین اقدام را در جهت مصلحت بیمار و براساس موازین علم‌رغم تعارض منافع موجود انجام دهند. از آن جمله هم‌افزایی متخصصین وزارت بهداشت و نمایندگان مجلس در تدوین قوانین نظارتی با هدف استانداردسازی خدمات جراحی زیبایی و کنترل ارائه خدمات توسط افراد غیرپزشک و در مکان‌های نامناسب، آگاه‌سازی جامعه توسط همه نهادهای تخصصی مشتمل بر وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی و انجمن‌های تخصصی به‌صورت چهره‌به‌چهره و مجازی از طریق رسانه و وب‌سایت‌های مرتبط، انجام مصاحبه بالینی و مشاوره روانشناختی توسط روان‌پزشکان و روانشناسان به‌ویژه پیش از جراحی زیبایی و معماری اطلاعاتی نظام سلامت از طریق استقرار سامانه یکپارچه پرونده الکترونیک سلامت توصیه می‌شود.

سپاسگزاری: این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه تحت عنوان "بررسی چالش‌ها و راهکارهای مدیریت اعمال جراحی زیبایی در بخش دولتی در کشور" در مقطع کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در سال ۱۳۹۹ و کد ۹۶۱۱۳۸۲۰۰۳ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا شده است.

وضعیت بیمار به‌منظور کنترل هزینه‌های اقامت طولانی‌مدت در مراکز درمانی ایفاگر نقشی غیرقابل‌انکار هستند.<sup>۵۳-۵۵</sup> این درحالی است که طی سالیان اخیر ایران به‌دلیل تحریم‌های اقتصادی و محدودیت‌های واردات با مشکلات عمده‌ای در زمینه دسترسی، کیفیت و مقرون‌به‌صرفگی داروها، فرآورده‌ها و تجهیزات پزشکی روبه‌رو بوده است. بدیهی است که تداوم حضور در این بازار رقابتی و متغیر خدمات زیبایی، بدون تعریف استانداردها و استقرار سازوکارهای نظارتی مناسب، سرعت عمل در رسیدگی به تخلفات و اطلاع‌رسانی گسترده درباره موارد غیرمجاز، مخاطره‌آمیز و فاقد استاندارد میسر نخواهد بود. همچنین نظر به ارائه برخی خدمات این حوزه در خارج از نظام سلامت، همکاری بین بخشی جهت تقویت این سازوکارها ضروری است.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم تمایل برخی صاحب‌نظران برای همکاری اشاره نمود که تلاش شد با تعداد بیشتری از افراد جهت مصاحبه هماهنگ و این معضل برطرف شود. همچنین با وجود رونق گردشگری زیبایی در کشور، پژوهش‌های علمی داخلی در راستای بررسی ابعاد مختلف این موضوع کماکان محدود است که این مساله بحث درباره یافته‌ها و مقایسه آن‌ها را دشوار ساخته است. نقاط قوت این مطالعه نیز، پرداختن به موضوعاتی نظیر نقص در تدوین کوریکولوم‌های آموزشی، ارائه‌دهندگان غیرمتخصص و انجام اعمال جراحی در مکان‌های غیراستاندارد، کاستی در نحوه نگارش قوانین و نابسامانی در حوزه داروها، فرآورده‌ها و تجهیزات پزشکی است که کمتر مطالعه مشابهی به آنها پرداخته بود. امروزه خدمات زیبایی به‌عنوان یک صنعت

## References

1. Prokopakis EP, Vlastos IM, Picavet VA, Nolst Trenite G, Thomas R, Cingi C, Hellings PW. The golden ratio in facial symmetry. *Rhinology* 2013;51(1):18-21.
2. Higgins S, Wysong A. Cosmetic surgery and body dysmorphic disorder—an update. *International journal of women's dermatology* 2018;4(1):43-8.
3. Singh P, Vijayan R, Mosahebi A. The golden ratio and aesthetic surgery. *Aesthetic Surgery Journal* 2019;39(1):NP4-5.
4. Atiyeh BS, Rubeiz MT, Hayek SN. Aesthetic/cosmetic surgery and ethical challenges. *Aesthetic plastic surgery* 2020;44:1364-74.
5. Dean NR, Foley K, Ward P. Defining cosmetic surgery. *Australasian Journal of Plastic Surgery* 2018;1(1):37-45.
6. International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures. 2020.
7. Atiyeh B, Ibrahim A. Aesthetic/cosmetic surgery and ethical challenges: the social media era. *Aesthetic Plastic Surgery* 2020;44(4):1375-7.
8. Pereira RT, Malone CM, Flaherty GT. Aesthetic journeys: a review of cosmetic surgery tourism. *Journal of travel medicine* 2018;25(1):tay042.
9. Fathololoomi MR, Noohi SA, Makhdoom A. Body dysmorphic disorder in aesthetic rhinoplasty candidates. *Pakistan journal of medical sciences* 2013;29(1):197.
10. Kim YA, Cho Chung HI. Side effect experiences of South Korean women in their twenties and thirties after facial plastic surgery. *International journal of women's health* 2018:309-16.
11. Walker CE, Krumhuber EG, Dayan S, Furnham A. Effects of social media use on desire for cosmetic surgery among young women. *Current Psychology* 2021;40:3355-64.
12. Shaydakov M.E, Tuma F. *Operative Risk: StatPearls Publishing*

- LLC; 2022.
13. Bidkhorji M, Yaseri M, Sari AA, Majdzadeh R. Relationship between socioeconomic factors and incidence of cosmetic surgery in Tehran, Iran. *Iranian journal of public health* 2021;50(2):360.
  14. Kalantar Hormozi A, Maleki S, Rahimi A, Manafi A, Amirzad SJ. Cosmetic surgery in Iran: sociodemographic characteristics of cosmetic surgery patients in a large clinical sample in Tehran. *The American Journal of Cosmetic Surgery* 2018;35(4):177-82.
  15. Niya NM, Kazemi M, Abazari F, Ahmadi F. Personal motivations of Iranian men and women in making decision to do face cosmetic surgery: A qualitative study. *Electronic Journal of General Medicine* 2018;15(3).
  16. Ramandi SD, Irandoust K, Hashempour R, Talebianpour H, Dizaj JY, Moghimi F, Kazemi-Karyani A. Inequality in Cosmetic Services and Surgery among Iranian Households in 2019: A Decomposition Analysis. *World Journal of Plastic Surgery* 2022;11(1):73.
  17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology* 2006;3(2):77-101.
  18. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. *Lippincott Williams & Wilkins* 2011.
  19. Chivers QJ, Ahmad J, Lista F, Warren RJ, Arkoubi AY, Mahabir RC, Murray KA, Islur A. Cosmetic surgery training in Canadian plastic surgery residencies: are we training competent surgeons?. *Aesthetic surgery journal* 2013;33(1):160-5.
  20. Morris MP, Toyoda Y, Christopher AN, Broach RB, Percec I. A systematic review of aesthetic surgery training within plastic surgery training programs in the USA: an in-depth analysis and practical reference. *Aesthetic Plastic Surgery* 2022;46(1):513-23.
  21. Prasad K, Zhou R, Zhou R, Schuessler D, Ostrikov KK, Bazaka K. Cosmetic reconstruction in breast cancer patients: Opportunities for nanocomposite materials. *Acta Biomaterialia* 2019;86: 41-65.
  22. Kalantar-Hormozi A, Habibzadeh Z, Yavari M, Mousavizadeh SM, Hassanpour SE, Motamed S, Rouiantan A, Mozafari N, Shahroksh S, Mohammadsadeghi S, Niazi F. Impact of COVID-19 pandemic on plastic surgery activities and residency programs in a tertiary referral centre in Iran. *European Journal of Plastic Surgery* 2021;44(6):817-23.
  23. Khatib M, Soukup B, Boughton O, Amin K, Davis C.R, Evans D.M. Plastic Surgery Undergraduate Training: How a Single Local Event Can Inspire and Educate Medical Students. *Ann Plast Surg* 2015; 75 (2): 208-12.
  24. Diaz-Siso JR, Plana NM, Stranix JT, McCarthy JG, Flores RL. Computer simulation and digital resources for plastic surgery psychomotor education. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2016;138(4):730e-8e.
  25. Dastoury K, Haiavy J, Petro J, Ayewah M. Cosmetic surgery: a subspecialty that needs specialized training and recognition. *The American Journal of Cosmetic Surgery* 2023;40(1):29-41.
  26. Chung E, Moon DG, Hui J, Chang HC, Hakim L, Nagao K, Tan R, Mak SK, Tantiwongse K, Lin H, Mai DB. Clinical recommendations on penile reconstructive and prosthetic surgery: a consensus statement from the Asia-Pacific Society of Sexual Medicine. *Sexual Medicine* 2023;11(2):qfad003.
  27. Mirdamadi N, Ghanbari Z, Adabi K. Female Genital Cosmetic Surgery, What Is the Challenge?. *Fertility, Gynecology and Andrology* 2022;2(1).
  28. Kaboodkhani R, Kalani N. Seven years survey study of complaints of facial cosmetic surgery referred to Shiraz Forensic administration since 2006 to 2013. *Pars Journal of Medical Sciences* 2022;17(4):8-16.
  29. Oratanachai S. Creating a standard patient complaint management system in Thai private plastic surgery hospital. 2017.
  30. AHMADIFAR R. A Examining the Legal Challenges of the Doctor's Responsibility for Cosmetic Surgery. 2018
  31. Vila-Nova da Silva DB, Nahas FX, Ferreira LM. Factors influencing judicial decisions on medical disputes in plastic surgery. *Aesthetic Surgery Journal* 2015;35(4):477-83.
  32. Abbasi M, Kalthornia-Golkar M, Kalthornia-Golkar B, Rezaei-Yekdangi M. Obligations and Requirements of Cosmetic Surgeons in the Field of Medical Law. *Medical Law Journal* 2012;6(22):13-50.
  33. Boyd JB, Moon HK, Martin S, Mastrogiovanni DB. Plastic surgery and the malpractice industry. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2021;147(1):239-47.
  34. Noaman S, Montargot N. UNDERSTANDING COSMETIC TOURISM FROM A COSMETIC MEDICAL PROVIDER-COSMETIC TOURIST INTERACTION: EXPERIENCES FROM LEBANON. *Tourism Culture & Communication* 2022.
  35. Khanzadeh M, Aghamohamadi S. Media use and the tendency for cosmetic surgery among young Iranian women: A structural model. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2023; 25(1): 59-67.
  36. Najjarzadehghalati F, Gradmann C, Kaboodkhani R. A Qualitative Study of Iranian Candidates' Awareness, Expectations and Motivational Factors Related to Nose Job Surgery (Rhinoplasty). *Electronic Journal of General Medicine* 2022;19(2).
  37. Taha M, AlZubaidi HA, Alrezqi AA, Alsulbi AM, Alrashdi AA, Alzubaidi AA, Alqarni AS, Taha Sr M, AlZubaidi HA, Alrezqi AA, Alrashdi Sr AA. Adult Knowledge About Postoperative Complications of Rhinoplasty in the Western Region of Saudi Arabia. *Cureus* 2023;15(4).
  38. Brady M. Iranians' Perspective to Cosmetic Surgery: A Thematic Content Analysis for the Reasons. *World Journal of Plastic Surgery* 2020;9(1):103.
  39. Griffiths D, Mullock A. Cosmetic surgery: regulatory challenges in a global beauty market. *Health Care Analysis* 2018;26: 220-34.
  40. Hosaini Z, Karbalaee Mohammad Meigouni A, Geramipor M. Structural model of relationships between body image, illogical beliefs, mental health in applicants of cosmetic surgery. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology* 2018;13(48):17-26.
  41. Heidarzadeh A, Shahmohammadipour P, Azzizadeh Forouzi M, Dehghan M, Khorasani Z. Body image, self-esteem, and psychological problems among applicants and non-applicants of cosmetic surgery. *Practice in Clinical Psychology* 2019;7(1):33-42.
  42. Mohsenipouya H, Ramezankhani A, Akhbari P, Khodakarim S. Prediction of the Cosmetic Surgeries Affecting Factors by the Theory of Planned Behavior. *Health Education and Health Promotion* 2022;10(1):51-6.
  43. Jafferany M, Salimi S, Mkhoyan R, Kalashnikova N, Sadoughifar R, Jorgaqi E. Psychological aspects of aesthetic and cosmetic surgery: Clinical and therapeutic implications. *Dermatologic Therapy* 2020;33(4):e13727.
  44. Hostiuć S, Isailā OM, Rusu MC, Negoii I. Ethical Challenges Regarding Cosmetic Surgery in Patients with Body Dysmorphic Disorder. *InHealthcare* 2022 (Vol. 10, No. 7, p. 1345). MDPI.
  45. Wu M, Wang J, Panayi AC. Plastic surgery during the COVID-19 pandemic: the space, equipment, expertise approach. *Aesthetic surgery journal* 2020;40(9):NP574-7.
  46. May DM. Ambulatory anesthesia for cosmetic surgery in Brazil. *Curr Opin Anaesthesiol* 2016;29(4):493-8.
  47. Singer R, Keyes GR, Nahai F. American Association for Accreditation of Ambulatory Surgical Facilities (AAAASF) history: its role in plastic surgery safety. *InAesthetic Surgery Journal Open Forum* 2019 (Vol. 1, No. 2, p. ojz008). US: Oxford University Press.
  48. Meyerson, J, Shields-Tyler B.S, Liechty A, O'Brien A. Creating a rural plastic surgery practice: social and financial impacts. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open* 2022; 10(5): e4293.
  49. Jones K.D, Wen Y.E, Teotia S.S, Haddock N.T. Impact of Health Insurance Contract Timing on Breast Reconstruction Completion. *Plastic and reconstructive surgery* 2022; 151(3):489-496.
  50. Bagheri M, Kiani S, Hazbavi A. Sociological study of the influencing factors on the tendency to cosmetic surgery (case study: women 18 to 60 years old in the city Ahvaz). *Sociological Review* 2022;29(1):391-428..

51. Chuang J, Barnes C, Wong BJ. Overview of facial plastic surgery and current developments. *The Surgery Journal* 2016;2(01):e17-28.
52. Jaisuekul M, Teerasu C. The study of Thailand's cosmetic surgery market and attitudes of surgeons and foreign patients towards cosmetic surgery in Thailand. *Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences)* 2017;10(1):16-26.
53. Chang YF, Chen LC. Introduction to Metaverse: Future of Surgical and Cosmetic Dermatology. *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology* 2023;16(3):20.
54. Tian Q, Zhang YX, Wang JJ, Huang GB. Advances in Photoelectric Therapy for the Early Intervention and Treatment of Traumatic Scars. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology* 2023:869-77.
55. Topsakal O, Dobratz EJ, Akbas MI, Dougherty W, Akinci TC, Celikoyar M. Utilization of Machine Learning for the Objective Assessment of Rhinoplasty Outcomes. *IEEE Access* 2023.

## Management of cosmetic surgery in Iran: challenges and solutions

Maryam Tajvar Ph.D.<sup>1</sup>  
 Parisa Pourfarokh M.Sc.<sup>1</sup>  
 Najmeh Bahmanziari Ph.D.<sup>2</sup>  
 Ebrahim Jaafari-pooyan Ph.D.<sup>1</sup>  
 Maryam Nazari Ph.D.  
 Candidate<sup>\*1</sup>  
 Haniye Sadat Sajadi Ph.D.<sup>3</sup>

1- Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.  
 2- Translational Ophthalmology Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.  
 3- Knowledge Utilization Research Center, University Research and Development Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\* Corresponding author: Tehran, Keshavarz Blvd., 16 Azar St., Poursina St., School of Public Health  
 Tel: +98-21-42933044  
 E-mail: mnazari@razi.tums.ac.ir

### Abstract

Received: 05 Mar. 2023 Revised: 14 Mar. 2023 Accepted: 27 March. 2023 Available online: 4 Apr. 2023

**Background:** Nowadays, beauty practices have attracted the attention of people following the change in lifestyle and social values. Therefore, the present study was conducted with the aim of examining the opinion of experts regarding the challenges and management solutions of the aforementioned practices in Iran.

**Methods:** This qualitative study was conducted through interviews with 26 policymakers and cosmetic surgery service providers in Tehran from April to September 2022. Sampling was purposeful and snowball. The interviews were semi-structured and thematic analysis was used to analyze the data obtained from the interviews. The inclusion criteria for the interviewees' entry were knowledge and experience in the subject and willingness to participate.

**Results:** Challenges under the four categories of service providers (improper education, non-specialist providers, moral hazards, deficiencies in the way laws are written, and the ineffectiveness of the complaint handling process), service receivers (being influenced by deceptive advertisements, low level of public health literacy and lack of mental health), the place of providing services (performing surgeries in non-standard places and non-integrated information system) and medicines, products and medical equipment (insufficient control over supply, distribution and use and price fluctuations) were categorized. Experts considered the major part of the challenges to be related to the service providers. In the category of service recipients, "being influenced by deceptive advertisements" was the main problem mentioned by the experts. Performing surgeries in non-standard places, including limited surgery centers, non-sterile places, and unauthorized places, is among the unsolved problems regarding the place of providing services. In relation to medicines, products, and medical equipment, the main problem was insufficient supply, distribution, and use supervision.

**Conclusion:** The main effective measure to solve the challenges is to strengthen the supervision of the health system administrator with internal and external coordination and cooperation. In this regard, it is recommended to develop educational, ethical, and legal frameworks, regulate regulatory laws, public awareness, clinical interviews and psychological counseling, especially before cosmetic surgery, and the establishment of an integrated electronic health record system.

**Keywords:** health services administration, plastic surgery, surgeons.

Copyright © 2023 Tajvar et al. Published by Tehran University of Medical Sciences.

 This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.