

بررسی عوامل اجتماعی و روانشناختی مؤثر بر نگرش نسبت به عمل های جراحی زیبایی

اکبر عطادخت^۱

کد مقاله: ۹۰۰۸۰۱۰۳

چکیده

مواد و روش ها: جامعه آماری این تحقیق را دانشجویان دختر دانشگاه های علوم پزشکی اصفهان و دانشگاه اصفهان تشکیل می دادند که از این میان تعداد ۲۵۰ نفر با روش نمونه گیری تصادفی ساده به عنوان نمونه انتخاب شدند و به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دادند. در این پژوهش از دو بعد پرسشنامه شخصیتی نئو یعنی روان رنجورخویی و برون گرایی جهت سنجش ویژگی های شخصیتی آزمودنی ها استفاده شده است. عوامل اجتماعی که در این پژوهش به عنوان متغیر مستقل مورد بررسی قرار گرفته اند عبارت است از: مدیریت بدن، دینداری، پایگاه اقتصادی- اجتماعی و مصرف رسانه.

یافته ها: یافته های پژوهش حاکی از این بود که رابطه ی متغیر های مدیریت بدن، دین داری و تصور از بدن با نگرش نسبت به جراحی زیبایی معنادار است. همچنین نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای پیش بین ۱۵٪ از واریانس نگرش نسبت به جراحی زیبایی را تبیین می کنند و متغیر مدیریت بدن بهترین پیش بین این نگرش ها بود.

نتیجه گیری: با شناخت متغیرهای پیش بین نگرش مثبت نسبت به عمل های جراحی زیبایی می توان راه کارهایی را در جهت کاهش گرایش به سمت عمل های جراحی زیبایی پیشنهاد نمود.

واژه های کلیدی: جراحی زیبایی، ویژگی های شخصیتی، مدیریت بدن، تصور از بدن

مقدمه

هر یک از ما به عنوان افراد جامعه، همواره توسط دیگر اعضای جامعه ارزیابی می‌شویم و همواره بخشی از این قضاوت‌ها، که اساس شکل‌گیری موقعیت‌های اجتماعی هستند، مبتنی بر قیافه و ظاهر افراد است. به عبارت دیگر زیبایی و بهره‌مندی از آن از خصایص بارزی است که همواره دارندگان این خصیصه را در ارزیابی‌های اجتماعی نسبت به افراد معمولی و کمتر بهره‌مند از زیبایی در موقعیت بهتری قرار داده است. جای تردید نیست که در اکثر جوامع و در اکثر دوره‌های تاریخی زنان در مقایسه با مردان نسبت به زیبایی و ظاهر خود بیشتر توجه داشته‌اند و همین حساسیت زیاد زنان و دختران به زیبایی و ویژگی‌های اندام و چهره زمینه‌ی گسترش انواع جراحی پلاستیک و زیبایی بوده است، در مورد بینی و اندام‌های دیگر علی‌رغم نگرانی‌ها و مخاطره‌های بهداشتی این گونه اعمال جراحی با استقبال زیادی از سوی زنان مواجه شده‌اند. به هر حال جراحی زیبایی^۲ یکی از آخرین دستاوردهای انسانی برای خلق زیبایی است، امروزه جراحی‌های زیبایی یکی از شایع‌ترین اعمال جراحی در سطح جهان هستند و میزان متقاضیان آن روبه‌فزونی است، به عنوان مثال بر اساس گزارش انجمن جراحی پلاستیک و زیبایی آمریکا^۳ جراحی‌های زیبایی از سال ۱۹۹۷ با ۱۱۹ درصد افزایش به بیش از ۶/۴ میلیون جراحی در سال ۱۹۹۹ رسیده است (کستل و هانیگما،^۴ ۲۰۰۲: ۶۰۱-۶۰۴). همچنین بر اساس گزارش دیگری در این باره در سال ۲۰۰۰ در آمریکا تعداد افرادی که تحت عمل جراحی زیبایی قرار گرفتند حدود ۳/۱ میلیون نفر بوده است که در مقایسه با سال ۱۹۹۲ حدود ۱۹۸ درصد افزایش نشان می‌دهد (چینگ و همکاران^۵، ۲۰۰۳). در کشور ما نیز تمایل به انجام این‌گونه جراحی‌ها در سال‌های اخیر روزافزون بوده است. اگرچه از شروع اعمال جراحی پلاستیک در ایران بیش از ۵ دهه نمی‌گذرد، لیکن تحولات سریع و وسیعی که در پیکره علمی و ساختاری آن به وجود آمده است، این رشته را یکی از شاخه‌های فوق تخصصی مطرح علم پزشکی و جراحی کشور ساخته است. ایران یکی از کشورهای با رتبه بالا در انجام اعمال جراحی زیبایی است و از آنجایی که قسمت قابل توجهی از بیماران در مطب‌ها و درمانگاه‌ها تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند آمار دقیقی از این عمل‌ها در دست نیست لیکن طبق گزارش‌ها، ایران از نظر نسبت اعمال زیبایی انجام شده به کل جمعیت در رتبه‌های اول جهان قرار دارد (موسوی زاده و دیگران، ۱۳۸۸: ۳۱۸ - ۳۲۳).

بیان مسأله

تاریخچه جراحی زیبایی: اولین جراحی‌های زیبایی به سال‌های پس از جنگ جهانی اول بر می‌گردد. جراحی‌های زیبایی به شکل امروزی در سال‌های بعد از جنگ جهانی اول که سربازان مرد مجروح از جبهه‌ها بر می‌گشتند، ظاهر شدند. جراحی

^۲ - Cosmetic Surgery

^۳ - American Society of Plastic and Reconstructive surgery

^۴ - Castl & Honigma

^۵ - Ching & etal

پلاستیک، با هدف ترمیم بافت های نرم بدن، پیشرفت سریع خود را مدیون همین جراحی ها و سوختگی های بعد از جنگ است. بعدها دو مفهوم از هم متمایز شد: یکی جراحی بازسازنده و دومی جراحی زیبایی. اولی به بازگرداندن ظاهر یک بدن یا عملکرد آن به حالت طبیعی بعد از جراحت یا معلولیت اشاره دارد و دومی به تغییرات بدنی اشاره دارد که قبلاً دارای پارامترهای طبیعی بوده اند. فمینیست ها نیز این تفکیک را تا حدود زیادی قبول دارند و برای آن ها، جراحی بازسازنده تا حدود زیادی قابل توجیه است (جونز و هیز^۶، ۲۰۰۹). اما نخستین موارد جراحی زیبایی در شکل امروزی مربوط به اواخر قرن هفدهم و اوایل قرن هجدهم می شود. در این دوره، بیماری سیفلیس شایع بود. یکی از عوارض این بیماری، زوال بینی بود و به همین دلیل به این نوع بینی ها، بینی سیفلیسی گفته می شد. این قضیه به گسترش رینوپلاستی (عمل جراحی زیبایی بینی) منجر شد به گونه ای که افراد می-توانستند با این عمل به جامعه هنجارمند بازگردند (سانگ^۷، ۲۰۰۳). در تاریخ مدرن جراحی زیبایی، اولین گزارش مکتوب از کشیدن صورت به سال ۱۹۰۱ بر می گردد. لیپوساکشن در سال ۱۹۷۴ ابداع شد و از دهه ی ۱۹۸۰ عمومیت زیادی یافت. حداقل از دهه ی ۱۹۵۰، زنان به صورتی روزافزون مصرف کنندگان جراحی زیبایی بوده اند (جونز و هیز، ۲۰۰۹).

در ایران نیز اولین جراحی زیبایی در سال ۱۳۰۷ در یکی از بیمارستان های تهران انجام شد. با این حساب از عمر جراحی پلاستیک در ایران بیش از ۸۰ سال می گذرد. (جام جم آنلاین: ۱۳۸۸/۹/۲۵ به نقل از بلالی و افشار کهن، ۱۳۸۹، ص ۹۹-۱۴۰). آماری رسمی در مورد جراحی زیبایی در ایران در دست نیست اما بر اساس یک آمار غیر رسمی، هر ساله بیش از ۳۶ هزار ایرانی زیر تیغ جراحی زیبایی صورت می روند. از میان جراحی های انجام شده زیبایی در ایران، جراحی زیبایی بینی در مقام اول قرار دارد. بر اساس آمار غیر رسمی، ایران از نظر تعداد جراحی زیبایی بینی، در دنیا اول است. بعد از ایران، کشورهای امریکا، انگلستان و تا حدی فرانسه در ردیف های بعدی قرار دارند (همشهری آنلاین: ۱۳۸۶/۱۱/۱۱ به نقل از بلالی و افشار کهن، ۱۳۸۹، ص ۹۹-۱۴۰).

مبانی نظری

می توان گفت تورشتاین و بلن^۸، اولین تئوری جامعه شناختی^۹ مربوط به زیبایی را ارائه کرد (سینات^{۱۰}، ۱۹۹۰). او با طرح مفاهیمی چون «مصرف تظاهری»^{۱۱} و «فراغت تظاهری»^{۱۲} موضوع زیبایی را به پدیده ی مصرف و در سطحی بالاتر به حوزه ی قشر بندی

^۶ - Jones & Heyes

^۷ - Song

^۸ - Veblen

^۹ - Sociological theory

^{۱۰} - Synnot

^{۱۱} - Conspicuous Consumption

^{۱۲} - Conspicuous Leisure

پیوند می‌زند. او بر این عقیده بود که فایده‌ی اشیاء با توجه به زیبایی‌شان ارزیابی می‌شود که به‌طور تنگاتنگی وابسته به گرانی آن اشیاء است. او در بحث خود از معیارهای اعتبار، زیبایی زنانه‌ی مطلوب را بررسی کرد. از نظر وی، زن زیبا، نمادی منزلتی است و نه تنها کاری انجام نمی‌دهد بلکه نمی‌تواند کاری هم انجام دهد. موهای بلند، پاشنه‌های بلند، لباس‌های بلند و متعاقبات این چنینی به منظور نشان دادن این نکته است که او متعلق به پایگاه اجتماعی بالایی است (ویبلن، ۱۹۵۳).

آنتونی گیدنز^{۱۳} نظریه پرداز معاصر معتقد است بدن جزئی از یک نظام کنشی است نه صرفاً یک شیء منفعل: نظارت بر جسمانی جزء ذاتی نوعی توجه بازتابی مداوم است که فاعل باید نسبت به رفتار خویش نشان دهد. آگاهی به چندوچون بدن برای یافتن تمام عیار هر لحظه از زندگی، اهمیت اساسی دارد و در حقیقت دنباله منطقی نظارت بر ورودی‌های حسی از محیط پیرامونی و هم‌چنین نظارت بر وضع و حال اندام‌های اصلی و خود بدن به عنوان نوعی کل یکپارچه است. (گیدنز، ۱۳۸۲: ۸۶-۸۷) بدن از نظر گیدنز تنها یک موجودیت نیست، بدن به عنوان وسیله‌ای عملی برای کنار آمدن با اوضاع و احوال و رویدادهای بیرونی است. حالات چهره و دیگر حرکات بدن فراهم آورنده محتوای اساسی همان نشانه‌هایی است که ارتباطات روزمره ما مشروط به آن‌ها است. برای آن‌ها که بتوانیم به طور مساوی با دیگران در تولید روابط اجتماعی شریک شویم، باید قادر باشیم نظارتی مداوم و موفقیت آمیز بر چهره و بدن خویش اعمال کنیم. در نهایت او می‌گوید کنترل منظم بدن یکی از ابزارهای اساسی است که شخص به وسیله‌ی آن روایت معینی از هویت شخصی را محفوظ می‌دارد و در عین حال «خود» نیز به طرز کمی و بیش ثابت از ورای همین روایت در معرض تماشای دیگران قرار می‌گیرد. در نتیجه برای آن‌ها که بتوانیم به طور مساوی با دیگران در تولید و باز تولید روابط اجتماعی شریک شویم باید قادر باشیم نظارتی مداوم و موفقیت آمیز بر چهره و بدن خود اعمال کنیم (گیدنز، ۱۳۸۲: ۸۶-۸۷).

فمینیسم و جراحی زیبایی: فمینیست‌ها عموماً مخالف جراحی زیبایی‌اند. برخی از آن‌ها به ویژه از فرهنگی انتقاد می‌کنند که اثرات آن زنان را تشویق می‌کند تا خود را به نام زیبایی در معرض جراحی قرار دهند و جراحی زیبایی را برای زنان بسیار آسیب‌پذیر می‌بینند. از دیدگاه آن‌ها اهمیت جراحی زیبایی زمانی نمایان می‌شود که زنان در تصمیم‌گیری برای عمل زیبایی با فشارهای فرهنگی و اجتماعی مواجه می‌شوند (لاتام^{۱۴}، ۲۰۰۸). در خصوص انجام جراحی زیبایی به شکل کلی می‌توان از دو دسته نظریه فمینیستی متفاوت نام برد. بر اساس نظر گروه اول که توجه به ظاهر و بدن و افزایش این دل‌مشغولی‌ها از زمان گسترش جنبش آغاز شده توسط مردان و سیاست و تدبیر آن‌ها برای تسلط یافتن بر زنان و سرکوب آن‌ها است (ذکایی و فرزانه، ۱۳۸۷، ص ۴۳). آنان بر ماهیت پدرسالارانه‌ی پزشکی، پزشکی شدن تصمیم در مورد سلامتی، قدرت کلینیک‌ها و حمایت قانونی از این پزشکان

۱۳ - Anthony Giddens

۱۴ - Latham
[Type text]

تأکید می‌کنند. برخی منتقدین فمینیست بر اثرات فشارهای فرهنگی نظامدار بر زنان برای تطابق با آرمان‌های جنسیتی کلیشه‌ای از زیبایی تأکید می‌کنند. آن‌ها از فرهنگ غالبی که حاوی فشار پدرسالاری و پزشکی شده است و باعث ایجاد محدودیت در توانایی کنترل زنان بر بدن‌هایشان می‌شود انتقاد کرده و در نتیجه با جراحی زیبایی مخالف هستند (لاتام، ۲۰۰۸). زنان از طریق رسانه‌ها و دیگر نهادهای اجتماعی طوری جامعه‌پذیر می‌شوند که به «شکلی خاص برسند» (سانگ، ۲۰۰۳).

با این حال در طرف مقابل، برخی دیگر از فمینیست‌ها معتقدند که این استراتژی زنان در نظام مردسالار برای دستیابی به کنترل و نظارت است. به عبارتی، بدن به عنوان محملی در جامعه مردسالار در نظر گرفته می‌شود که نظارت و کنترل آن بر عهده فرد است و اوست که برای رضایت خود، تصمیم به انجام جراحی زیبایی می‌گیرد. از این رو آنها عاملیت بیماران جراحی زیبایی را برجسته می‌کنند. در واقع آنها عاملیت افرادی که به جراحی زیبایی روی می‌آورند را نشانه‌ای از کنترل بر خود، استقلال و انتخاب فردی می‌دانند (لاتام، ۲۰۰۸).

سوزان بوردو^{۱۵} از مهمترین طرفداران این دیدگاه است. از نظر او زنان ممکن است به ورزش و رژیم غذایی برای مدیریت بدن‌های خود روی بیاورند و از این رو به نمودهایی فرهنگی از شکل زنانه مطلوب برسند. بوردو استدلال می‌کند که چنین اعمالی را می‌توان روی طیفی دید که در آن فشارهای فرهنگی به لحاظ تاریخی باعث آسیب روحی و جسمی زنان شده است. با بسط این قضیه می‌توان به این نکته رسید که جراحی زیبایی ممکن است شکل دیگری از مکانیسم فرهنگی برای ایجاد نمودهایی از شکل زنانه توسط زنان باشد که به آن‌ها به عنوان ابزاری برای رسیدن به تصویری که معرف شکل زنانه نرمال است فروخته می‌شود. بوردو معتقد است که زنان خطر و درد را تحمل می‌کنند تا به قدرتی برسند که آن‌ها را در هر جای دیگری مصون می‌کند. انتخاب نحوه‌ی تغییر شکل بدن به آن‌ها حداقل میزان متوسطی از خودتعیین‌کنندگی می‌دهد. چنین زنی احساس می‌کند که خود، هویت خود را انتخاب کرده است (بلالی و افشار کهن، ۱۳۸۹: ۹۹-۱۴۰).

کتی دیویس^{۱۶} جراحی زیبایی را نه تنها برای سلامتی زنان خطرناک می‌داند بلکه آن را ابزاری برای توان‌زدایی و تحقیر در نظر می‌گیرد. او معتقد است که از یک سو عمل جراحی زیبایی نه تنها برای زنان خطرناکی را به همراه دارد بلکه کارکرد توان‌زدایی و تحقیر را نیز دارد اما از سوی دیگر اگرچه زنان بدن‌های خود را با الگوهای فرهنگ غربی هم‌نوا می‌کنند اما در این میان بدن‌های خود را نیز عینیت می‌بخشند. در چنین شرایطی است که می‌توان درک کرد چرا زنان این اجازه را می‌دهند که بدن-

^{۱۵} -Suzan Bordo

^{۱۶} - Kathy Davis

هایشان تحت عمل جراحی زیبایی قرار گیرد. استفاده‌ی زنان از جراحی زیبایی نشانگر فعلیت بخشی آنان به بدن‌های خود و تنازع آنها برای ورود و نیز کنترل بدنشان است. (لاتام، ۲۰۰۸).

رویکرد روانشناسانه به بدن- تحلیل‌های روانشناختی بدن از توصیف ویژگی‌های فیزیولوژیک آن فراتر می‌رود و علاوه بر خصوصیات فیزیکی همچون وزن بدن به معیارهای غیر علنی همچون گرایش‌ها و رفتارها نیز توجه دارند و مثلاً "اهمیت وسواس شدید نسبت به ظاهر را مورد توجه قرار می‌دهند. بدین ترتیب، رویکرد تجربه‌گرایی پزشکی امتداد خود را به ابعاد شناختی و عاطفی نیز کشانده است. (ذکائی، ۱۳۸۷: ۴۳). در نگاه روان‌کاوانه^۱ مفهوم سازی از ویژگی‌های مردانه جزئی از تلاش زنان برای تکامل به مثابه یک هویت جدید اجتماعی است که دختران جوان برای دست‌یابی به آن می‌بایست واجد خصوصیات گردند که فرهنگ جامعه مدت‌های طولانی آن‌ها را نسبت به آن منع کرده و آن را منحصراً در اختیار مردان گذاشته است (همان، ۱۳۸۷: ۷۲).

ادبیات تحقیق

ذکایی و فرزانه (۱۳۸۷)، به مطالعه زمینه‌های انتخاب جراحی زیبایی در زنان تهرانی پرداخته‌اند. نتایج به دست آمده از تجربه‌های جراحی زیبایی نشان می‌دهد که انتخاب جراحی صرفاً کوششی بود تا به رضایت فردی دست یابند. آن‌ها به خود توجه داشته و به دنبال تحقق آرزوها و خواسته‌های خود بودند و پس از عمل احساس راحتی و شعف می‌کردند، چرا که این عمل‌ها موجب بهبود روحیه و افزایش اعتماد به نفسشان شده بود. بسیاری از آن‌ها با هدف زیبایی و به منظور رفع ایراد، از بین بردن علائم سنی و نیز تناسب اعضای صورت و بدن با یکدیگر، مبادرت به انجام جراحی زیبایی نموده‌اند.

کیوان آرا و همکاران (۱۳۸۹: ۷۳-۹۸)، در مطالعه خود به بررسی رابطه قشر بندی اجتماعی و جراحی زیبایی در بین ۱۴۰ نفر از افرادی که اقدام به عمل جراحی زیبایی کرده‌اند پرداختند. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که حدود ۸۲٪ متقاضیان را زنان مجرد تشکیل می‌دهند، همچنین یافته‌ها نشان داد که بیشترین میزان جراحی در طبقات پایین و متوسط جامعه می‌باشد که بیانگر اهمیت اجتماعی زیبایی و تمایل افراد جهت کسب منزلت بالاتر و دست‌یابی به احترام بیشتر است. نویسندگان نتیجه می‌گیرند که رفتارهای معطوف به زیبایی می‌تواند نمادی از تعلق طبقاتی و پایگاهی باشد.

مسعود زاده و دیگران (۱۳۸۸)، به بررسی الگوهای شخصیتی و سلامت عمومی ۵۰ فرد متقاضی جراحی زیبایی بینی در ساری و مقایسه آن با ۵۰ نفر از اقوام متقاضیان به عنوان گروه کنترل پرداختند. یافته‌ها نشان داد که یکی از دلایل عمل جراحی زیبایی نامتعادل بودن صفات شخصیتی و نداشتن سلامت عمومی است و وسواس و اعتمادبه‌نفس پایین در متقاضیان جراحی زیبایی نسبت به گروه کنترل بیشتر است.

موسوی زاده و همکاران (۱۳۸۸: ۳۱۸-۳۲۳)، در مطالعه ای تحت عنوان ارزیابی گرایش و انگیزه های بیماران زن در جراحی زیبایی، ۷۵ متقاضی جراحی زیبایی را مورد مطالعه قرار دادند. طبق نتایج حاصل از این پژوهش اصلی ترین منبع ایجاد انگیزه دوستان، خویشاوندان و همکلاسی ها بودند و کم اهمیت ترین منبع، مجلات و ژورنال ها بودند. ۱۰/۷ درصد از بیماران عضو هدف خود را بدون مشکل می دانستند، اما هدف آن ها از جراحی بهتر شدن ظاهر یا عملکرد آن بود. همچنین بین شغل بیماران، وضعیت تأهل و نظر بیمار در مورد عضو هدف رابطه معنادار وجود داشت.

علمدار ساروی (۲۰۰۴: ۱۱-۱۷)، یکصد بیمار متقاضی جراحی زیبایی را مورد بررسی قرار داد، این مطالعه با فرم خلاصه^{۱۷} MMPI-PD نشان داد که حدود ۳۵ درصد افراد فاقد اختلالات شخصیتی می باشند و در بقیه افراد نیز خود شیفتگی و شخصیت نمایشی مشاهده شد.

گابوری و دوون^{۱۸} (۲۰۰۳: ۸۰-۹۰)، در مطالعه ی خورد بر روی اعمال جراحی زیبایی با آزمون MMPI، ۱۳۳ بیمار را مورد بررسی قرار دادند، بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش ۲۹٪ از افراد فاقد اختلالات شخصیتی بودند، و در بقیه نمونه نیز ۲۵٪ خودشیفته، ۱۲٪ شخصیت وابسته، ۱۰٪ نیز دارای شخصیت نمایشی بودند.

گیملین^{۱۹} (۲۰۰۶)، در پژوهشی تحت عنوان پروژه بدن غایب^{۲۰} با بیست نفر از کسانی که عمل جراحی زیبایی انجام داده بودند مصاحبه کرد. این افراد اظهار داشتند که در نتیجه نوع نگاه های صورت گرفته و قضاوت های اعمال شده نسبت به آن ها از بدن خود احساس ناراحتی و نارضایتی نموده اند. پژوهشگران در نهایت بیان می کنند، بدنی که دارای ظاهری نامناسب است به صورت دیگری تجربه می شود و هر تلاشی در راستای از بین بردن ناسازگاری در قیافه را می توان در راستای اتحاد «بدن» و «خود»^{۲۱} تفسیر نمود.

روش شناسی پژوهش

روش پژوهش: روش پژوهش مورد استفاده در این پژوهش پیمایشی^{۲۲}، از نظر نوع هدف کاربردی، از نظر وسعت پهنا نگر و به لحاظ زمانی مقطعی می باشد.

^{۱۷} - Psychoanalysis

^{۱۸} - Gabouri , Devon

^{۱۹} Gimlin

^{۲۰} Absent Body Project

^{۲۱} Self

^{۲۲} Survey

ابزار گردآوری داده ها: ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه می باشد، این پرسشنامه بر اساس مطالعات نظری در نظریه ها و متون مربوط به مدیریت بدن و همچنین بر اساس پژوهش های قبلی تنظیم شده است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری: جامعه آماری این پژوهش همه دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دانشگاه اصفهان در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۳۸۹-۹۰ می باشد. از جامعه مورد نظر به روش نمونه گیری تصادفی ساده تعداد ۲۵۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند که از این میزان ۲۱۸ پرسشنامه تکمیل شده و قابل استفاده بدست آمد.

اعتبار پرسشنامه: روش انتخاب شده برای بررسی اعتبار پرسشنامه، یکی از روش های زیر مجموعه اعتبار محتوا^{۲۳} یعنی اعتبار صوری^{۲۴} است. بر این اساس با بهره گیری از نظرات افراد متخصص (جامعه شناسان، جراحان پلاستیک) اعتبار گویه ها به دست آمده است.

پایایی پرسشنامه: جهت سنجش پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ^{۲۵} بهره گرفته شده است. پایایی مقیاس های بکاررفته در پژوهش در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۱: ضریب پایایی مقیاس ها

مقیاس	نگرش نسبت به جراحی	روان رنجوری	برونگرایی	مدیریت بدن	تصور از بدن	مصرف رسانه	پایگاه اجتماعی اقتصادی	نگرش های مذهبی
آلفای کرونباخ	۰/۸۶	۰/۸۰	۰/۷۶	۰/۸۷	۰/۶۲	۰/۴۹	۰/۷۶	۰/۸۵

تعاریف متغیر های تحقیق

تصور از بدن: تصور از بدن، یعنی این که بدن خود را چگونه درک می کنیم که ممکن است بر توانایی ما در رابطه با بر قرار کردن با دیگران و بر پاسخ هایی که دیگران به ما می دهند، تأثیر گذار باشد. تصور بدنی نه تنها به نارضایتی بدنی مربوط است، بلکه به سرمایه گذاری افراطی رفتاری و شناختی فرد بر ظاهر فیزیکی و نیز در تعیین احساس فرد از خود مرتبط می شود. تصویر ذهنی منفی از خود، می تواند منجر به نارضایتی از بدن و احساس جذاب نبودن و در نهایت مشغولیت فکری نسبت قسمتی از بدن در

^{۲۳} Content Validity

^{۲۴} Face Validity

^{۲۵} - Cronbach Coefficient's Alpha

حد اختلال عملکرد شود. که این‌ها همه باعث مشکل جسمی و روحی برای فرد می‌شود که باید آن‌ها به وضعیت ظاهری را برطرف کند. بنابراین، فرد دست به تغییرات بدنی می‌زند. تصویر ذهنی‌ای که هر فرد نسبت به بدن خود دارد، تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و روانی فرد شکل می‌گیرد و فرد براساس آن احساس رضایت و یا نارضایتی می‌کند. احساس رضایت و خرسندی، عمدتاً در پی نزدیک شدن به معیارهای تناسب و زیبایی و نارضایتی و شکایت، در نتیجه دوری از این استانداردها است (ذکایی و فرزانه، ۱۳۸۷: ۵۵).

مصرف رسانه: منظور از مصرف رسانه‌ای، میزان استفاده از وسایل ارتباط جمعی است. درمورد تأثیر پذیری بدن از رسانه‌ها، صاحب‌نظران معتقد هستند که زنان و مردان همواره در تلاش هستند تا بتوانند با بالا بردن کیفیت متظاهر (نمایش) بدنی، خود را با انتظارات اجتماعی و فرهنگی جامعه که از سوی رسانه‌ها ترویج می‌شود، هماهنگ سازند (تیساناکاس^{۲۶}، ۲۰۰۵). هم‌چنین، مجلات و ماهواره‌ها سرشار از ویژگی‌هایی هستند که چگونگی تصور بدن، جراحی زیبایی و نیز جذاب‌سازی و نمایش جنسی بودن بدن را ترویج می‌دهند (شیلینگ^{۲۷}، ۱۹۹۳).

پایگاه اقتصادی - اجتماعی: پایگاه اقتصادی - اجتماعی عبارت است از جایگاه سلسله‌مراتبی که افراد با توجه به دو عامل قدرت اقتصادی و منزلت اجتماعی در جامعه اشغال می‌کنند. این متغیر به عنوان یک متغیر مستقل در پژوهش حاضر برحسب دو بعد اصلی اقتصادی و اجتماعی عملیاتی شده است. این متغیر در بعد اجتماعی برای افراد مجرد بر اساس منزلت شغلی پدر و مادر، تحصیلات پدر و مادر و تحصیلات پاسخگو عملیاتی شده است. برای افراد متأهل بر اساس منزلت شغلی و تحصیلات همسر در بعد اجتماعی و در بعد اقتصادی نیز بر اساس درآمد ماهیانه، نوع و قیمت مسکن و ارزش اتومبیل برای افراد متأهل و مجرد عملیاتی شده است.

مدیریت بدن: مدیریت بدن در این پژوهش به عنوان یکی از مهمترین متغیرهای مستقل و تأثیرگذار بر نگرش به جراحی زیبایی در نظر گرفته شده است. مدیریت بدن در این پژوهش در سه بعد استفاده از لباس‌های اندامی و کوتاه، آرایش صورت و استفاده از رویه‌های لاغری عملیاتی شده است.

ویژگی‌های شخصیتی: یکی از تعاریف جامع از شخصیت توسط آلپورت ارائه شده است، او شخصیت را به این صورت تعریف می‌کند: شخصیت سازمان‌پویایی از نظام‌های جسمانی و روانی در درون هر فرد است که رفتار و افکار ویژه‌ی او را تعیین می‌کند (شولتز، ۱۳۸۸). در این پژوهش از دو بعد پرسشنامه شخصیتی نئو یعنی روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی جهت سنجش ویژگی

^{۲۶} - Tslanakas

^{۲۷} - shilling

های شخصیتی آزمودنی ها استفاده شده است. خصوصیت عمده‌ی روان رنجور خوبی، اضطراب است که به طور مستقیم ابراز یا تجربه می شود (شاهنده، ۱۳۸۷) تمایل عمومی به تجربه‌ی عواطف منفی مانند ترس، غم، دستپاچگی، عصبانیت، احساس گناه و نفرت مجموعه‌ی حیطه‌ی روان نژندگرایی را تشکیل می دهند (گروسی فرشی، ۱۳۸۰). جامعه گرا بودن، دوست داشتن مردم، ترجیح گروه‌های بزرگ و گرده همایی‌ها با جرات بودن، فعال و پرحرف بودن، تمایل به برانگیختگی جنسی و تحریک، با انرژی و خوش بین بودن از صفات برون گراها است (شاهنده، ۱۳۸۷).

دین داری: دین داری در این پژوهش در چهار بعد مناسکی، اعتقادی، عاطفی و پیامدی در طیف لیکرت مورد سنجش قرار گرفته است.

نگرش نسبت به جراحی زیبایی: نگرش نسبت به جراحی زیبایی متغیر وابسته این پژوهش می باشد که سعی در سنجش نقش تعدادی از متغیر های روانی و اجتماعی را بر روی آن داریم.

فرضیه های پژوهش

بین ویژگی های شخصیتی روان رنجوری و برون گرایی و نگرش به جراحی زیبایی رابطه ی معنادار وجود دارد.

بین مدیریت بدن و نگرش به جراحی زیبایی رابطه ی معنادار وجود دارد.

بین تصور از بدن و نگرش به جراحی زیبایی رابطه ی معنادار وجود دارد.

بین مصرف رسانه و نگرش به جراحی زیبایی رابطه ی معنادار وجود دارد.

بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی و نگرش به جراحی زیبایی رابطه ی معنادار وجود دارد.

بین دین داری و نگرش به جراحی زیبایی رابطه ی معنادار وجود دارد.

یافته های پژوهش

فرضیه ی یک، بیانگر وجود رابطه معنی دار بین ویژگی های شخصیتی روان رنجوری و برون گرایی با نگرش نسبت به عمل جراحی زیبایی است. همان گونه که نتایج جدول شماره ۲ نشان می دهد این فرضیه در مورد هیچ کدام از این دو ویژگی شخصیتی مورد تأیید قرار نمی گیرد.

نتایج جدول شماره ۲ نشان می دهد که ضریب همبستگی پیرسون بین مدیریت بدن و نگرش نسبت به جراحی زیبایی ۰/۳۴۵ است که این رابطه در سطح $P < 0/01$ معنی دار است، یعنی هرچه توجه افراد و استفاده آن ها از رویه های مدیریت بدن بیشتر باشد به همان نسبت نگرش مثبت تری نسبت به عمل های جراحی زیبایی خواهند داشت. بنابراین فرضیه دوم پژوهش مورد تأیید قرار می گیرد.

همان طور که در جدول دیده می شود رابطه بین نگرش نسبت به عمل جراحی زیبایی و تصور از بدن برابر است با $0/193$ و این رابطه در سطح $P < 0/01$ معنی دار است، یعنی هرچه افراد تصور بدتری از بدن خود داشته باشند به همان نسبت نیز نگرش آن ها نسبت به عمل های جراحی زیبایی افزایش می یابد. بنابراین فرضیه سوم پژوهش نیز مورد تأیید قرار می گیرد.

رابطه بین مصرف رسانه و نگرش نسبت به عمل جراحی زیبایی مثبت است اما این رابطه بسیار ضعیف بوده و از لحاظ آماری معنی دار نیست. بنابراین فرضیه چهارم پژوهش مورد تأیید قرار نمی گیرد.

فرضیه پنجم پژوهش، مربوط به رابطه ی بین پایگاه اجتماعی اقتصادی و نگرش نسبت به عمل جراحی زیبایی است که این رابطه نیز به لحاظ آماری مورد تأیید قرار نگرفته است و این فرضیه نیز مورد تأیید قرار نمی گیرد.

ضریب همبستگی بین دینداری و نگرش نسبت به عمل جراحی زیبایی برابر با $-0/176$ و این رابطه در سطح $P < 0/01$ معنی دار است، اما رابطه ی بین این دو نگرش منفی است یعنی هرچه دین داری افراد قوی تر باشد نگرش آن ها نسبت به عمل جراحی زیبایی منفی تر خواهد بود. بنابراین فرضیه ششم پژوهش تأیید می شود.

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد و ضریب همبستگی بین متغیرها

نگرش های مذهبی	پایگاه اجتماعی اقتصادی	مصرف رسانه	تصور از بدن	مدیریت بدن	برونگرایی	روان رنجوری	نگرش نسبت به جراحی	انحراف استاندارد	میانگین	نگرش نسبت به جراحی
$-0/176^{**}$	$0/091$	$0/091$	$0/193^{**}$	$0/345^{**}$	$-0/004$	$0/003$	--	$3/873$	$13/665$	

روان رنجوری	۳۵/۱۳۱	۷/۸۹۰	۰/۰۰۳	--	۰/۳۹۵**	۰/۰۰۶	۰/۰۹۴	-۰/۰۱۸	-۰/۱۳۱	-۰/۰۲۳
برون گرای	۴۱/۱۲۲	۶/۴۵۹	-۰/۰۰۴	-۰/۳۹۵**	--	۰/۰۱۵	-۰/۱۳۱	۰/۱۴۶*	۰/۰۸۳	۰/۱۶۵*
مدیریت بدن	۵۵/۴۵۰	۱۳/۹۰۱	۰/۳۴۵**	۰/۰۰۶	۰/۰۱۵	--	۰/۱۰۳	۰/۳۴۲**	۰/۲۴۲**	۰/۵۰۳**
تصور از بدن	۱۹/۶۰۳	۲/۶۵۸	۰/۱۹۳**	۰/۰۹۴	-۰/۱۳۱	۰/۱۰۳	--	-۰/۰۳۳	۰/۱۱۶	۰/۰۳۵
مصرف رسانه	۱۷/۴۲۴	۳/۶۴۳	۰/۰۹۱	-۰/۰۱۸	۰/۱۴۶*	۰/۳۴۲**	-۰/۰۳۳	--	۰/۱۴۷*	-۰/۱۷۹**
پایگاه اجتماعی اقتصادی	۱۱/۵۱۴	۳/۷۳۹	۰/۰۹۱	-۰/۱۳۱	۰/۰۸۳	۰/۲۴۲**	۰/۱۱۶	۰/۱۴۷*	--	-۰/۱۶۰*
دین داری	۴۷/۲۸۷	۷/۹۱۶	-۰/۱۷۶**	-۰/۰۳۳	۰/۱۶۵*	-۰/۵۰۳**	۰/۰۳۵	-۰/۱۷۹**	-۰/۱۶۰*	--

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که همبستگی چندگانه روان رنجوری، برون گرای، مصرف رسانه، پایگاه اجتماعی - اقتصادی دین داری، تصور از بدن و مدیریت بدن با نگرش نسبت به عمل جراحی زیبایی برابر با ۰/۳۸۴ است که در سطح $P < ۰/۰۱$ معنی دار است. همچنین نتایج جدول ۳ نشان می دهد که متغیرهای پیش بین ۰/۱۴۷ از واریانس نگرش نسبت به عمل جراحی زیبایی را تبیین می کنند. β های به دست آمده نیز گویای این است که مدیریت بدن متغیر وابسته را به صورت مثبت پیش بینی می کنند و این متغیر تنها متغیری است که توان پیش بینی متغیر وابسته را دارد و بیشترین نقش را نیز در تبیین واریانس متغیر وابسته برعهده دارد.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه متغیرهای پیش بین با نگرش به عمل جراحی زیبایی

متغیرها	β	t	p	همبستگی چندگانه	ضریب تعیین
---------	---------	---	---	-----------------	------------

[Type text]

۰/۰۰۱	۰/۰۱۰	۰/۸۴۱	-۰/۲۰۰	-۰/۰۱۵	روان رنجوری
۰/۰۰۱	۰/۰۱۹	۰/۹۲۶	-۰/۰۹۲	-۰/۰۰۷	برون گرایی
۰/۰۱۳	۰/۱۱۶	۰/۸۳۰	-۰/۲۱۵	-۰/۰۱۷	مصرف رسانه
۰/۰۱۶	۰/۱۲۶	۰/۸۲۹	-۰/۲۱۷	-۰/۰۱۶	پایگاه اجتماعی-اقتصادی
۰/۰۳۴	۰/۱۸۵	۰/۸۳۸	-۰/۲۰۵	-۰/۰۱۷	دین داری
۰/۰۶۳	۰/۲۵۱	۰/۰۶۸	۱/۸۳۷	-۰/۱۳۳	تصور از بدن
۰/۱۴۷	۰/۳۸۴	۰/۰۰۱	۴/۱۵۰	۰/۳۵۲	مدیریت بدن

$$P < 0/01 \quad F = 26/89$$

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش به بررسی عوامل اجتماعی و روانی مؤثر بر نگرش نسبت به جراحی زیبایی در بین دانشجویان دانشگاه های علوم پزشکی اصفهان و دانشگاه اصفهان پرداخته شده است. یافته های آماری پژوهش درباره ی دو ویژگی شخصیتی روان رنجوری و برون گرایی نشان می دهد که رابطه ی معناداری با نگرش نسبت به جراحی زیبایی ندارند. در واقع این دو متغیر در نگرش دانشجویان این دو دانشگاه نسبت به عمل جراحی زیبایی تأثیر گذار نیستند، بنابراین فرضیه مربوط به این متغیرها از لحاظ آماری رد می شود. از میان متغیرهای اجتماعی که در این پژوهش در ارتباط با نگرش به جراحی زیبایی مورد بررسی قرار گرفت، رابطه پایگاه اقتصادی- اجتماعی و مصرف رسانه با نگرش نسبت به جراحی بر اساس یافته های آماری مورد تأیید قرار نگرفت و بنابراین فرضیات مربوط به آن ها رد شد. اما رابطه ی متغیرهای مدیریت بدن، دین داری و تصور از بدن با نگرش به جراحی زیبایی بر اساس یافته های آماری معنادار است. بر اساس جداول دو و سه ضریب همبستگی پیرسون بین مدیریت بدن و نگرش نسبت به جراحی زیبایی ۰/۳۴۵ و ضریب رگرسیون استاندارد ۰/۳۵۲ به دست آمده است، که نشان می دهد در میان متغیرهای مستقل، مدیریت بدن بیشترین تأثیر را بر نگرش نسبت به جراحی زیبایی دارد. همچنین بر اساس یافته های جدول شماره ۲ میانگین نمره مدیریت بدن در افرادی که گرایش بیشتری به جراحی زیبایی دارند از نمره متوسط مقیاس نظری بالاتر است که این نتایج آماری حاکی از الگومندی رابطه بین این دو متغیر است. به تعبیر دیگر تأیید فرضیه ی مربوط به ارتباط این دو متغیر، بیانگر این مسأله است که اکثر افرادی که گرایش بیشتری به سمت جراحی زیبایی دارند واجد سطح بالایی از مدیریت بدن هستند و در واقع این افراد در زندگی روزمره متعهد به انجام دادن مجموعه ای از رفتارها و اعمال هستند که با زیبایی و اصلاح بدن و صورت ارتباط

دارد. ضریب همبستگی بین دین داری و نگرش نسبت به جراحی بر اساس نتایج جدول شماره ۲، ۰/۱۷۶- است که یک رابطه ی معکوس را نشان می‌دهد، به این معنا که هر چه سطح دین داری افراد بالاتر می‌رود نگرش آن‌ها نسبت به جراحی زیبایی منفی‌تر می‌شود و بالعکس. درباره ی ارتباط این دو متغیر می‌توان بر اساس دیدگاه گیدنز، گفت که کاهش وابستگی افراد و جامعه در دوران مدرن به مذهب و اتکا و وابستگی هرچه بیشتر جامعه به علم باعث راحت‌تر شدن دستکاری فیزیولوژیکی بدن شده است. همچنین بر اساس دیدگاه گیدنز در دوران جدید با ضعیف شدن نقش دین در شکل دهی به هویت اجتماعی افراد، بدن جایگاه ویژه‌ای در هویت سازی پیدا می‌کند. بر اساس نتایج جدول شماره ۲ ضریب همبستگی پیرسون بین تصور از بدن و نگرش نسبت به جراحی زیبایی ۰/۱۷۶- است که یک رابطه معکوس را بین دو متغیر نشان می‌دهد به این معنی که هرچه افراد تصویر منفی‌تری از بدن خود داشته باشند نگرش آن‌ها به جراحی زیبایی مثبت‌تر است. در واقع تصویر منفی که هر فرد از بدن خود و زیبایی آن در ذهن دارد منجر به نارضایتی و احساس جذاب نبودن می‌شود. بنابراین در صدد رفع این تصویر منفی از بدن خود به وسیله ی اعمالی مانند جراحی زیبایی و دیگر شیوه‌های اصلاح بدن بر می‌آید تا بدین وسیله بدن خود را به استانداردها و معیارهای تناسب و زیبایی اندام حاکم بر جامعه نزدیکتر کند.

منابع

- بلالی، الف و افشار کهن، ج. زیبایی و پول: آرایش و جراحی. فصل نامه مطالعات زنان. شماره ۴۷، صص ۹۹-۱۴۰: ۱۳۸۹.
- ذکایی، م و فرزانه، ح. زنان و فرهنگ بدن: زمینه های انتخاب جراحی های زیبایی در زنان تهرانی. فصلنامه ی انجمن ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات. سال چهارم، شماره ۲، صص ۴۳-۶۱: ۱۳۸۷.
- ذکائی، م. جامعه شناسی جوانان ایران. تهران: نشر آگه. ۱۳۸۷.
- کیوان آرا، م.، ربانی، ر و زیانپور، م. قشر بندی اجتماعی و اصلاح بدن: جراحی زیبایی به مثابه نماد پایگاه اجتماعی. فصل نامه مطالعات زنان. شماره ۴۷، صص ۷۳-۹۸: ۱۳۸۹.
- گیدنز، الف. تجدد و شخص: جامعه و هویت شخصی در عصر جدید. مترجم: موقیان، ناصر. تهران: نشر نی. ۱۳۸۲.
- مسعود زاده، ع.، مهتاب، ک و تیرگری، ع. مقایسه الگوهای شخصیتی و وضعیت سلامت عمومی متقاضیان جراحی زیبایی بینی و گروه شاهد. دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد. سال شانزدهم، شماره ۸۲: ۱۳۸۸.
- موسوی زاده، م.، نیازی، ف.، کلاتر هرمزی، ع.، فدایی نائینی، ع و نصری لاری، م. ارزیابی گرایش و انگیزه های بیماران زن در جراحی های زیبایی. مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. سال چهاردهم، شماره ۶. صص ۳۱۸ تا ۳۲۳: ۱۳۸۸.
- شاهنده، م. ارزیابی شخصیت: آزمون‌ها و پرسشنامه‌ها. اهواز: نشر رسش. ۱۳۸۷.
- شولتز، د. نظریه‌های شخصیت. مترجم: یوسف کریمی و همکاران. تهران: نشر ارسباران. ۱۳۸۸.
- گروسی فرشی، م. رویکردهای نوین در ارزیابی شخصیت: کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت. تبریز: نشر دانیا. ۱۳۸۰.

منابع لاتین

- Alamdar saravi, M & Ghalebandi, M. F. Personality traits of candidate for esthetic surgery. Journal of Andishe va Raftar. ۹, ۴, ۱۱-۱۷: ۲۰۰۴.
- Castle, D. J & Honigman, R. J. Does cosmetic surgery improve psychological wellbeing? Medical Journal of Australia. ۱۷۶, ۶۰۱-۶۰۴: ۲۰۰۲.

-
- Ching, S., Thoma, A., McCabe, R. E & Antony, M. M. Measuring outcomes in Aesthetic Surgery: A comprehensive Review of the Literature. *Plast Reconstruct Surg.* ۲۰۰۳.
 - Gabouri, H & Devon, H. The desire for cosmetic facial surgery may reflect a personality disorder. *Science of Mental Health.* ۶, ۸-۹: ۲۰۰۳.
 - Gimlin, D. The Absent Body Project: Cosmetic Surgery as a Response to Bodily Dye-appearance. *Sociology.* ۴۰, ۴: ۲۰۰۶.
 - Jones, M. R & Heyes, C. J. Cosmetic surgery in the age of gender in Cressida J. Heyes & Meredith Jones (eds), *Cosmetic Surgery: A Feminist Primer.* Ashgate. England & USA. ۲۰۰۹.
 - Latham, M. The shape of things to come: Feminism, regulation and cosmetic surgery. *Medical Law review.* ۱۶: ۲۰۰۸.
 - Shilling, C. *Body and Social Theory.* London, Sage Publication. ۱۹۹۹.
 - Song, J. Saving Face: Asian American Women and the Politics of Cosmetic Surgery. Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association. Atlanta Hilton Hotel. Atlanta. GA. Aug ۱۶. ۲۰۰۳.
 - Synnott, A. Truth and goodness, mirrors and masks-part I: sociology of beauty and the face. *British Journal of sociology.* ۴۰, ۴: ۱۹۹۰.
 - Tsianakas, V & Rice, K. *Gender Impact Assessment: Body Image.* Australia. womens Helth Publication. ۲۰۰۵.
 - Veblen, T. *The Theory of the Leisure Class.* New York. The New American Library. ۱۹۵۳.
-