مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان سال ۸ ، شمارهٔ ۴، | زمستان ۱۳۸۹ | صص ۷۵-۱۰۱

عوامل اجتماعی مؤثر بر انجام جراحی زیبایی زنان

دکتر محسن نوغانی *
استادیار دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر محمد مظلوم خراسانی
دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد
سمیه ورشوی
کارشناس ارشد پژوهشگری علوم اجتماعی

چکیده

جراحی زیبایی یکی از مسائل مهم در حوزهٔ پزشکی- فرهنگی و یکی از موضوعات مورد بررسی در جامعه‌شناسی بدن است. با عنایت به اینکه جراحی زیبایی در جامعهٔ ایران طی سال‌های اخیر افزایش یافته است؛ هدف اصلی این مقاله تحلیل و تبیین عوامل اجتماعی مرتبط با انجام عمل جراحی زیبایی توسط زنان است. روش پژوهش مورد استفاده روش علّی- مقایسه‌ای بوده که بر پایه آن نمونه مورد نظر که شامل ۸۰ نفراز زنان ۱۸ الی ۴۵ ساله است به دو گروه تقسیم شده است: زنانی که جراحی زیبایی انجام داده‌اند؛) و زنانی که جراحی زیبایی انجام نداده‌اند. این دو گروه بر حسب متغیرهای تأهل و منطقه محل سکونت همگن شده‌اند. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان می‌دهد متغیرهای سرمایه فرهنگی، فشار هنجاری و پایگاه اقتصادی- اجتماعی، با احتمال انجام جراحی زیبایی رابطه مثبت و معنادار، و متغیرهای تصور از بدن، و روابط اجتماعی با احتمال انجام جراحی زیبایی رابطه منفی و معنادارد.

واژگان کلیدی:

جراحی زیبایی، زنان، تصور از بدن، فشار هنجاری، روابط اجتماعی، سرمایه فرهنگی

---

*. نویسنده مسئول
تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۸/۱۰ تاریخ تصویب: ۱۳۸۹/۹/۱۲

مقدمه

جراحی زیبایی یک عمل پیشرفته پزشکی- فرهنگی[1] میریول[2]، ۲۰۰۷: ۳۰۹، و یکی از موضوعات مورد بررسی در جامعه‌شناسی بدن[3]است. جامعه‌شناسی بدن در چگونگی تأثیرپذیری بدنِ افراد از عوامل و نیروهای اجتماعی کاوش می‌کند. از دهۀ ۱۹۹۰ محققان به غایب بودن بدن در تئوری‌های جامعه‌شناسی اذعان داشته و از بدن به عنوان «حاضری غایب» در جامعه‌شناسی یاد کرده‌اند (فیت ریستون[4] و همکاران، ۱۹۹۱؛ اوکوک[5]، ۲۰۰۵: ۲۹۳).

تصویری که اکنون از بدن در جامعه وجود دارد این است که بدن به مثابه پارچه‌ای دیده می‌شود که می‌توان از روی آن موقعیت اجتماعی افراد را دید، و طبقه، جنسیّت، و گرایش‌های مختلف آن را تشخیص داد؛ که از نظر نتلتون، این عوامل از تأثیر پیشرفت‌های تکنولوژی بر بدن افراد؛ تلاش‌های افراد به کنترل بدن خود؛ مالکیت بدن‌ها؛ و وضع بدن در جامعه مصرفی ناشی است (سعیدی،۱۳۸۶). با توجه به این موضوع، می‌توان گفت بدن زنان به عنوان سرمایه‌ای مطرح می‌شود که باید در جامعه شاهکار و جذاب باشد (کوینگ و کِرک ولد[6]، ۲۰۰۲).

بنابراین، زنان به طور اجتماعی برای درگیر شدن در طرح‌های بدنی تشویق می‌شوند و از آنها انتظار می‌رود در بدن‌های خود دستکاری کنند (آتکینسون[7]، ۲۰۰۲). در این رابطه مباحث اجتماعی- فرهنگی که دربارۀ ظاهر و بدن به‌وجود می‌آید مملو از پیام‌هایی است که زیبایی زنان و جذابیت آنها را با مناسب بودن برابر می‌کند (اوگلی و دام هورست[8]، ۲۰۰۵). برخی از محققان، این عامل را ناشی از نقش مهم رسانه در شکل بخشیدن به ایده‌آل‌های زیبایی می‌دانند که از طرف جامعه به زنان تحمیل می‌شود (میلکین[9] و همکاران، ۱۹۹۹). تبلیغات، نارضایتی از

1. medico- cultural
2. Mirivel
3. Sociology of the body
4. Feathereton
5. Ucok
6. Kving & Kirkevold
7. Atkinson
8. Ogle & Damhorst
9. Milkin

بدن را تشویق و ایده‌آل‌های زیبایی را بدون در نظر گرفتن سلامتی زنان به آنها تحمیل می‌کند (سنگوپتا[1]، ۲۰۰۶: ۷۹۹؛ جونگ و فوربس[2]، ۲۰۰۶؛ فوربس و فردریک[3]، ۲۰۰۲؛ نگرین[4]، ۲۰۰۲).

مروری بر پیشینه پژوهش

ماهیت جراحی زیبایی کیفی بوده و محققان برای توضیح این پدیده پیچیده روش‌های پژوهش کیفی را بیشتر سودمند تشخیص داده‌اند. روش‌هایی چون مصاحبه عمیق و تحلیل محتوا، از جمله روش‌هایی است که این محققان از آنها در مطالعات خود استفاده کرده‌اند. اکثریت محققان خارجی از دیدگاه‌های فمینیستی پدیده جراحی زیبایی را بررسی کرده‌اند و عواملی چون تصور از بدن؛ نارضایتی از بدن؛ فشارهای هنجاری، و مصرف‌گرایی، را مهم تشخیص داده‌اند. محققان به این مسأله اذعان دارند که جراحی زیبایی پدیده‌ای است که بحث‌های جنسیّتی(لئو[5]، ۲۰۰۸؛ تروسبی[6]، ۲۰۰۸)، در آن نمود بیشتری یافته است. با توجه به پژوهش‌های انجام شده در این زمینه، زنان از فراوانی بیشتری در انجام این پدیده برخوردارند و این نشان دهندهٔ طبیعت جنسی شده عمیق از جراحی زیبایی است. این پدیده نه تنها در جوامع غربی، بلکه در جوامع شرقی، در دوران اخیر رشد روز افزونی داشته؛ از اینرو پژوهشگران بر این باور هستند که مجاورت با فرایند غربی شدن، زنان را وادار می‌کند تصویر منفی از بدن خویش (کاتزمن ولی[7]، ۱۹۹۷)، داشته باشند. وقتی این تصویر منفی در زنان ایجاد می‌شود، در زنان مسأله نارضایتی از بدن (جونگ وفوربس، ۲۰۰۶؛ فوربس و فردریک، ۲۰۰۷؛ نگرین، ۲۰۰۲) به وجود خواهد آمد؛ و این خود به بی‌نظمی در خوردن (راگاب[8]، ۲۰۰۵؛ مازئو[9] و همکاران، ۲۰۰۶؛ جونگ و فوربس، ۲۰۰۶)؛ و در نهایت به جراحی زیبایی منجر

1. sengupta
2. Jung & forbes
3. fredrick
4. Negrin
5. Luo
6. Throsby
7. Katzmman & Lee
8. Ragab
9. mazzeo

می‌شود. علاوه بر این عوامل، محققان به عاملی همچون فشارهای هنجاری اشاره داشته‌اند؛ این عامل در اکثر پژوهش‌ها برای انجام جراحی زیبایی از سوی زنان مهم تلقی شده است. این محققان فشارهای هنجاری را از طرف متن و شرایط اجتماعی- فرهنگی (مورگان[1]، ۲۰۰۵؛ کاتزمن ولی، ۱۹۹۷؛ مارک[2]، ۲۰۰۱؛ گیملین[3]، ۲۰۰۷)؛ خانواده و دوستان (نگرین، ۲۰۰۲؛ مارک، ۲۰۰۱؛ داویس و ورنون[4]، ۲۰۰۲؛ گیملین، ۲۰۰۷؛ فرزانه، ۱۳۸۵؛ صالحی‌زاهد،۱۳۸۴)؛ استانداردهای زیبایی در جامعه (ذکایی،۱۳۸۶؛ اوگلی و دام هورست، ۲۰۰۵)؛ رسانه، که شامل تبلیغات در تلویزیون، ماهواره؛ مجلات، ستاره‌های سینما (هیس[5]، ۲۰۰۷؛ مارک، ۲۰۰۱؛ مازئو و همکاران، ۲۰۰۶؛ سوامی[6] و همکاران، ۲۰۰۷؛ راگاب، ۲۰۰۵؛ دلینگر و سیترونی[7]، ۲۰۰۳؛ آدلمن و روگی[8]، ۲۰۰۸؛ فرزانه، ۱۳۸۵؛ صالحی‌زاهد، ۱۳۸۵، ذکایی، ۱۳۸۶) می‌شود. برخی دیگر از محققان نیز تأثیر علم و تکنولوژی که شامل سیستم پزشکی و صنایع زیبایی (نگرین، ۲۰۰۲؛ تروسبی، ۲۰۰۸؛ مارک، ۲۰۰۱؛ هارد کلارک و گریفین[9]، ۲۰۰۶)، است را در انجام جراحی زیبایی مهم تشخیص داده‌اند. در نهایت محققانی نیز به مصرف‌گرایی (مورگان، ۲۰۰۵؛ لئو، ۲۰۰۸)، در جامعه مدرن اشاره کرده‌اند. آنها عامل مصرف را در نزد زنان مهم دانسته و آن را در تحریک زنان به جراحی زیبایی مؤثر می‌دانند.

چارچوب نظری

بدن افراد از تجربه‌های اجتماعی، همچنین از هنجارها و ارزش‌های گروه‌هایی که به آنها تعلق دارند، تأثیر ژرفی می‌گیرد" (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۱۱). با توجه به مرور نظریاتی که در باب بدن و جراحی زیبایی انجام شد، بدن فرد در جامعه می‌تواند به صورت عرصه‌های گوناگونی از قبیل بدن فرهنگی، بدن اجتماعی، بدن سیاسی و بدن اقتصادی دیده شود.

---

1. Morgan
2. Mark
3. Gimlin
4. Davis & Vernon
5. Heyes
6. Swami
7. Dellinger & Citeroni
8. Adelman & Ruggi
9. Hurd Clark & Grifin

بدن هنگامی به عنوان متن فرهنگی خوانده می‌شود که به رفتارهای بـدن در جامعـه توجـه شود، زیرا از نظر مردم‌شناسان حرکات بدن در جامعـه نمـی‌توانـد بـه عنـوان رفتـاری طبیعـی محسوب شود، و آنها بر این باور هستند که رفتار بدنی از سنخ رفتار فرهنگـی اسـت و رابطـهٔ رفتار بدنی را با فرهنگ نشان می‌دهند و بدین واسطه این رفتارها را با حیثیت و منزلت هر فرد در سلسله مراتب اجتماعی پیوند می‌زنند (دوفرانس،۱۳۸۵؛ ذکایی، ۱۳۸۶). بوردیو و الیاس نیـز بدن را مرکزی برای اکتساب پایگاه، منزلت اجتماعی، و دیگر تمایزات ذکر می‌کنند، بـه عنـوان مثال، بوردیو بدن زیبا را نشانه‌ای از شادی و منزلت می‌داند (ذکایی، ۱۳۸۶؛ آزاد ارمکـی،۱۳۸۱؛ گیل[1] و همکاران، ۲۰۰۵). در همین زمینه بوردیو توجه خود را معطـوف بـه سـرمایه فرهنگـی می‌کند چون به نظر او بدن نماینده سرمایه نمادین؛ و این سرمایه یکی از ابعاد سرمایه فرهنگـی است. او بر این باور است که طبقات مختلف به اقتضای تحصیلات، آگاهی‌هـا و مهـارت‌هـای خود (سرمایه فرهنگی)، از سرمایه‌های نمادین متنوعی استفاده می‌کنند تا از طریق آنهـا، پایگـاه اجتماعی خویش را ابراز دارند (ذکایی، ۱۳۸۵).

برگر و لاکمن (۱۳۷۵)، معتقد هستند بدن به صورت اجتماعی ساخته و پرداخته می‌شـود و فوکو نیز بدن را بدنی اجتماعی دیده که به تولید رفتارهـای مقبـول فرهنگـی در فرهنـگ‌هـای مختلف، و تولید بدن‌های مطیع و مفید می‌انجامد (ذکایی، ۱۳۸۶: ۱۷۷). هنگـامی کـه بـدن بـه عنوان بیانی اجتماعی دیده می‌شود به نظر گافمن شخص باید بر حرکات بدن خـود در تمـامی کنش‌هایی که با دیگران انجام می‌دهد از دقت کافی برخوردار باشـد و از هـر گونـه اهمـال در کنترل بدنی خویش بپرهیزد، زیرا حالات چهره وحرکات بدن محتوای اساسی نشانه‌هایی اسـت که ارتباطات روزمره افراد مشروط به آنهاست و بدین ترتیب است که می‌توانـد بـا دیگـران در تولید و بازتولید روابط اجتماعی و هویت شخصی خود شریک شود (آزادارمکـی،۱۳۸۱: ۶۱) . گیدنز معتقد است "نمای ظاهری بدن مشتمل بر همه ویژگی‌های سطحی پیکر فرد است، زیـرا افـراد در ارتبـاط بـا یکـدیگر آنهـا را بـه عنـوان نـشانه‌هـایی بـرای تفـسیر کـنش‌هـا بـه کـار می‌گیرند"(گیدنز،۱۳۸۱: ۱۴۶)، زیرا "بدن فقط نوعی موجودیت ساده نیست و وسـیله‌ای عملـی برای کنار آمدن با اوضاع و احوال و رویدادهای بیرونی هم محسوب می‌شـود" (گیـدنز،۱۳۸۳ : ۸۶).

1. Gill

همان‌طور که داگلاس، برگر و لاکمن معتقد هستند جامعه نه تنها بدن را شکل می‌دهد، بلکه رفتارهای بدنی نیز ساخته و پرداخته جامعه هستند (هلمن،۱۳۸۲؛ برگر و لاکمن، ۱۳۷۵). بنابراین، "بدن دستخوش قدرت و سرکوب اجتماعی می‌شود"(ذکایی، ۱۳۸۶: ۱۷۵)، و بدن در متن سیاسی شکل می‌گیرد. این قدرت توسط ساختارها (تکنولوژی پزشکی) و با بکارگیری ایدئولوژی‌ها (الیاس و ترنر) (ادگار و سدگ ویک[1]، ۲۰۰۰؛ فرانک، ۲۰۰۶) از طریق تحریک و انضباط درونی (فوکو) (آزادارمکی،۱۳۸۱؛ ذکایی، ۱۳۸۶)، از سوی ساختارها و کنترل‌هایی که از سوی جامعه (گیدنز، گافمن) اعمال می‌شود (لوپز و اسکات، ۱۳۸۵)، و از طریق فشارهای بیرونی و درونی که فمینیست‌ها مطرح کرده‌اند (استانداردهای زیبایی، تبلیغات و تصاویر رسانه، نظام مردسالار، فشارهای درونی از سوی خود زنان، و تکنولوژی‌های پزشکی)؛ به افراد فشار وارد کرده و آنها را به رعایت این قدرت‌ها ملزم می‌کنند. فشارهای موجود در زمینه همنوایی زنان با استانداردهای زیبایی باعث می‌شود زنان به تصویری متفاوت از ظاهر خویش برسند و احساسی بیگانه نسبت به بدن خود داشته باشند. (دقیقی، ۱۳۸۱: ۸۱).

مورگان و بوردو نیز معتقد هستند بدین واسطه زنان در ماشین آلات قدرت گرفتار می‌شوند و تعهدات خود را به تکنولوژی‌های زیبایی الزامی می‌کنند. بنابراین، می‌توان گفت زنانی که جراحی زیبایی را تجربه می‌کنند احساسی از قدرت و کنترل به دست می‌آورند، ولی از طرف دیگر می‌توان گفت این نطق‌های قدرت نقابی برای اقتصاد مصرفی ایجاد می‌کند (لئو، ۲۰۰۸). بدین ترتیب است که بدن در متنی اقتصادی قرار می‌گیرد.به نظر ترنر "بدن در جامعه کنونی به بدنی مصرف‌کننده تبدیل می‌شود؛ زیرا وجود منابع تجاری و منافعی که در بدن وجود دارد، به عنوان نشانه‌ای از زندگی خوب و شاخص سرمایه فرهنگی مطرح می‌شود (ترنر[2]، ۱۹۹۶: ۳).

در همین زمینه فمینیست‌ها معتقد هستند وجود منافع تجاری و مصرف‌گرایی دربارهٔ بدن، تأکیداتی را برای داشتن بدن مناسب و زیبا به وجود می‌آورد (فیت ریستون و همکاران، ۱۹۹۱: ۱۹). بنابراین،، مبارزهٔ بی‌امانی برای تمایز یافتن در بین اقشار جامعه ایجاد می‌شود و باعث خواهد شد گروه‌های دارای منزلت بالای اجتماعی پیوسته مجبور به تغییر الگوی مصرف خود

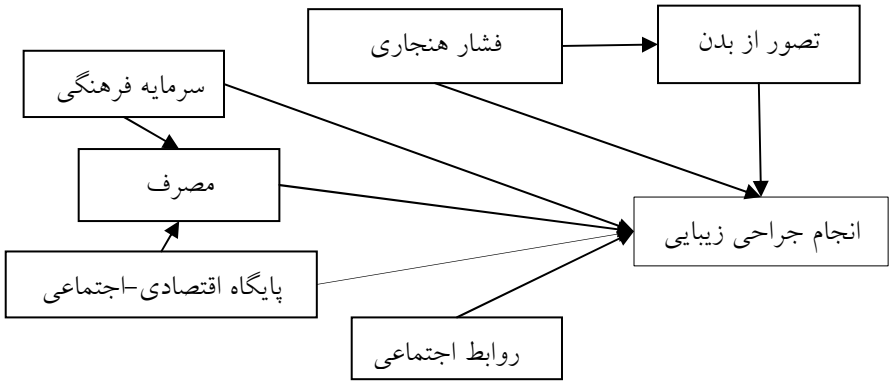
1. Edgar & Sedgwick
2. Turner

باشند؛ زیرا طبقات متوسط میانه و متوسط پایین و بیشتر اقشار طبقه کارگر از بعضی عادات آنها تقلید می‌کنند (باکاک، ۱۳۸۱: ۲۶).

فرضیه‌های پژوهش

۱. زنانی که جراحی زیبایی را انجام می‌دهند تصویر ذهنی منفی‌تری نسبت به زنانی که جراحی زیبایی را انجام نمی‌دهند دارا هستند.
۲. زنانی که جراحی زیبایی را انجام می‌دهند از سرمایه فرهنگی بالاتری نسبت به زنانی که جراحی زیبایی را انجام نمی‌دهند دارا هستند.
۳. زنانی که جراحی زیبایی را انجام می‌دهند از روابط اجتماعی کمتری نسبت به زنانی که جراحی زیبایی را انجام نمی‌دهند دارا هستند.
۴. زنانی که جراحی زیبایی را انجام می‌دهند فشار هنجاری بیشتری نسبت به زنانی که جراحی زیبایی را انجام نمی‌دهند پذیرا هستند.
۵. زنانی که جراحی زیبایی را انجام می‌دهند میزان مصرف آنها نسبت به زنانی که جراحی زیبایی را انجام نمی‌دهند بیشتر است.
۶. زنانی که جراحی زیبایی را انجام می‌دهند از پایگاه اقتصادی اجتماعی بالاتری نسبت به زنانی که جراحی زیبایی را انجام نمی‌دهند برخوردار هستند.

بنابراین، مدل نظری پژوهش به صورت زیر مشاهده می‌شود:



روش پژوهش

در ایـن پـژوهش از روش علّـی- مقایـسه‌ای[1] (پـس رویـدادی) اسـتفاده شـده اسـت. در پژوهش‌های علّی- مقایسه‌ای کنترل‌هایی که امکان آن در پـژوهش‌هـای آزمایـشی وجـود دارد فراهم نیست، ولی می‌توان به شیوه‌هایی کنترل جزئی را اعمال کرد. بـرای ایـن منظـور در ایـن پژوهش از روش ایجاد گروه‌های همگن برای کنتـرل اسـتفاده شـد. ایـن گـروه‌هـا بـر اسـاس متغیرهای جنس (زنان)، تأهل، و منطقه محل سکونت همگن شده‌اند.

جامعه آماری این پژوهش را زنان ۱۷ تا ۴۵ سال شهر مشهد تشکیل می‌دهند. تعداد نمونـه ۸۰ نفر بوده (۴۰ نفر از زنانی که جراحی زیبایی را انجام داده‌اند و ۴۰ نفر از زنانی که جراحـی زیبایی را انجام نداده‌اند).

ابزار مورد استفاده پرسشنامهٔ محقق ساخته و مصاحبه بود. سؤالات این پرسشنامه با استفاده از مصاحبه اکتشافی با پزشکان و متخصصان جراحی زیبایی، زنانی که جراحی زیبایی را انجـام داده‌اند و مطالعه متونِ مرتبط با جراحی زیبایی، ساخته شد.

شیوهٔ نمونه‌گیری غیراحتمالی (اتفاقی، گلوله‌برفی، قضاوتی) بوده ، در گروهی کـه جراحـی زیبایی را انجام داده‌اند، ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری اتفاقی؛ و ۱۰ نفر به صورت نمونه‌گیـری گلوله‌برفی انتخاب شدند. در گروه دیگر و با توجه به لزوم همگن شدن با گروهی که جراحـی زیبایی را انجام داده‌اند، ازروش نمونه‌گیری قضاوتی استفاده شد. به منظور ارزیابی پایایی[2] ابزار پژوهش، از روش همسازی درونی[3] استفاده شده و ضـریب آلفـای کرونبـاخ بـرای متغیرهـای مستقل عبارت است از: میزان مصرف (۷۵/.)، فشار هنجاری (۸۱/.)، سـرمایه فرهنگـی (۷۱/.)، روابط اجتماعی (۷۰/.)، تصور از بدن (۷۰/.) است. به منظور ارزیابی روایـی[4] ابـزار، از روایـی سازه [5] استفاده شده و مقدار آماره KMO متغیرهای تصور از بدن و میزان مصرف بیش از ۷۰٪ است؛ به این معنی که نسبت تعداد متغیرها بر حجم نمونه، برای اجرای آزمـون تحلیـل عـاملی بسیار مناسب‌اند. مقدار این آماره برای دیگر متغیرها نیز بین ۵۰٪ تا ۶۵٪ است .

---

1. Causal- Comparative Research or Ex Post Facto
2. reliability
3. Internal consistency
4. validity
5. Construct validity

مفاهیم و متغیرها

جراحی زیبایی: جراحی زیبایی به آن دسته عمل‌هایی اطلاق می‌شود که بـه منظـور بهبـود بخشیدن به ظاهر شخص در غیاب هرگونه ناهنجاری عملکردی انجـام مـی‌شـود (جـورابچی، ۱۳۷۸: ۱۸).

تصور از بدن: به تصویر ذهنی‌ای اشاره دارد که افراد از بدن خـود دارنـد (ذکـایی، ۱۳۸۵: ۶۷).

فشار هنجاری: برای انسان‌ها مهم است که دیگران دربارهٔ آنها چه فکر مـی‌کننـد. در اینجـا دیگران به دو دسته تقسیم می‌شوند یکی دیگران مهم یعنی افراد مهمـی کـه نظـرات و ارزیـابی آنها از ما، برای ما مهم باشد؛ و دیگری بقیه مردم که چگونه دربارهٔ ما فکر مـی‌کننـد. بنـابراین، انسان‌ها تحت شرایطی، در خود احساس اجبار یا میل به پیروی از برخی هنجارها را مـی‌کننـد. این حالت را نیرو یا فشار هنجاری می‌نامند (رفیع‌پور، ۱۳۸۲: ۱۹۱).

سرمایهٔ فرهنگی: سرمایه فرهنگی به معنای قدرت شـناخت و قابلیـت اسـتفاده از کالاهـای فرهنگی در هر فرد است که در خلال اجتماعی شدن در فرد انباشته می‌شوند (فکـوهی، ۱۳۸۱: ۳۰۰). برای عملیاتی کردن این متغیر از این پژوهش‌ها استفاده شـد (کـیم[1]، ۲۰۰۶؛ روسـکینگو واینزورث[2]، ۱۹۹۹؛ دی‌گراف[3] و همکاران،۲۰۰۰).

روابط اجتماعی: روابط اجتماعی ۲ جنبه مهم ساختار و کارکرد را شامل می‌شـود. در ایـن پژوهش ساختار روابط اجتماعی را به عنوان چارچوب روابط و پیوندهایی بررسی می‌کنیم کـه افراد با یکدیگر دارند. محققان بعد ساختاری روابط اجتماعی را شامل دو خـصوصیت سـاختی و تعاملی می‌دانند. خصوصیت ساختی ترکیب؛ و خصوصیت تعاملی فراوانـی تمـاس را شـامل می‌شود (باستانی و هیکویی، ۱۳۸۵: ۶۷).

برای ساخت متغیر رابطه اجتماعی، مؤلّفه‌هـای هریـک از ابعـاد سـاختی و تعـاملی بـا هـم ترکیب، و تمام مؤلّفه‌ها در یک مقیاس ۶ قسمتی از رابطه‌ای ندارم تا خیلی زیاد رابطه دارم، در سطح سنجش ترتیبی مجدداً کدگذاری شد.

---

1. Kim
2. Roscingo & Ainsworth
3. De Graaf

مصرف: استفاده از مواهب، امکانات و فرصت‌ها، که شامل استفاده از کالاهـای مـصرفی در برابر کالاهای مولد باشد (ساروخانی، ۱۳۷۵: ۱۴۶).

پایگاه اقتصادی- اجتماعی: در این پژوهش از شاخص دو بعدی هولینگ‌شید استفاده شـد که بر شغل و تحصیلات مبتنی است (میلر، ۱۳۸۰: ۳۸۴).

جدول ۱: تعریف عملیاتی متغیرهای پژوهش

نام متغیر		خرده ابعاد	عبارات	واحد سنجش/ طیف
فشار هنجاری	بیرونی	اطرافیان (والدین، همسر، دوستان و..)	اگر فردی در خانواده جراحی زیبایی را انجام داده باشد، من هم مایل به انجام این کار هستم. یکی از معیارهای انتخاب همسر، برخورداری از ظاهری زیبا و متناسب است. قضاوت دوستانم برای بهتر شدن قیافه‌ام مهم است. وقتی در یک جمع فامیلی هستیم در مورد ظاهر یکدیگر نظر می‌دهیم.	ترتیبی خیلی موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، خیلی مخالفم
		رسانه (تبلیغات در ماهواره، سینما و...)	تبلیغات زیبایی هر روز به زنان تلقین می‌کند با صرف پول می‌توانند زیبا شوند. الگوها و مدلهای روز، زیبایی زنان را در اولویت قرار داده‌اند. به زنانی که در فیلمهای ماهواره، اینترنت، تلویزیون، و سینما ظاهر می‌شوند حسودی‌ام می‌شود زیرا اندام و ظاهر مناسبی دارند. تبلیغات جراحی زیبایی در مجلات و سایتهای اینترنتی باعث شده زنان بیشتر به ظاهر خود حساس شوند.	
		زمینه و شرایط جامعه (استانداردهای زیبایی)	معیار ظاهر و قیافه‌ی بهتر زنان را جامعه و فرهنگ تعیین می‌کند. سلیقه امروز جامعه یعنی زیبایی ظاهر زنان. صنعتی شدن و رشد شهرنشینی باعث شده زنان بیشتر به ظاهر بدنی خود توجه کنند. استانداردها و ملاکهای زیبایی در جامعه نشان دهنده مدل غربی زیبایی است. تسلط و حاکمیت مردان، زیبایی را به زنان تحمیل می‌کند.	
	درونی	از جانب خود شخص	وقتی ظاهرم بهتر شود باطنم هم شاد می‌شود. زیبایی یک زن یعنی اینکه دلنواز و چشم‌نواز باشد. اولین چیزی که در تعریف یک زن مورد توجه قرار می‌گیرد، زیبایی‌اش است. زنان دچار وسواس جدیدی شده‌اند و آن توجه به بدن برای زیبایی ظاهر است.	

نام متغیر	خرده ابعاد		عبارات	واحد سنجش/ طیف
روابط اجتماعی	خصوصیات ساختی	ترکیب	دوستان، خویشاوندان، همسایگان، همکاران، سایر افراد (در طول روز)	فاصله‌ای رابطه‌ای ندارم، ۱ تا ۵ نفر، بین ۵ تا ۱۰ نفر، ۱۰ تا ۱۵ نفر، ۱۵ تا ۲۰ نفر، ۲۰ نفر و بیشتر
	خصوصیات تعاملی	فراوانی تماس	دوستان، خویشاوندان، همسایگان، همکاران، سایر افراد (در طول ماه)	فاصله‌ای هیچ وقت، ۱تا ۵ بار، ۵ تا۱۰ بار،۱۰ تا ۱۵ بار،۱۵ تا ۲۰ بار،۲۰ بار و بیشتر
سرمایه فرهنگی	ذهنی	رفتارهای مطالعه	دیوان شعر، کتابها و مجلات علمی و تخصصی، رمانهای هیجان‌آمیز و عشقی، کتابها و مجلات روانشناسی، مجلات اجتماعی و خانوادگی	ترتیبی هرگز، یک بار در سال، بیش از یک بار در سال
	عینی	استفاده از کالاهای فرهنگی	موزه (هنری، و ..)، سینما، تئاتر، جشنواره‌های فرهنگی هنری، نمایشگاه	
مصرف	لوازم آرایشی		آرایش ناخن (مانیکور و پدیکور)، استفاده از لنز رنگی، استفاده از وسایل آرایشی (کرم، مداد، ریمل، خط چشم، رژ لب، سایه، و ...)، رنگ کردن مو، استفاده از عطر و ادکلن، استفاده از ماسک‌های زیبایی	ترتیبی هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، غالباً، همیشه
	لوازم پیرایشی		استفاده از اپی‌لیدی، اصلاح سر و صورت، تاتو	
	وسایل و لوازم تناسب اندام		استفاده از داروهای لاغری یا چاقی، استفاده از کمربندهای لاغری (گن)، استفاده از رژیم غذایی	
پایگاه اقتصادی اجتماعی	تحصیلات		مدرک تحصیلی فرد	ترتیبی
	شغل		نوع شغل فرد	اسمی
تصور از بدن			رضایت از قد، وزن، اندام، و احساس کلی نسبت به اندام	ترتیبی کاملاً راضی، راضی، بینابین، ناراضی،کاملاً ناراضی

برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های گرایش مرکزی نظیر میانگین، و برای تحلیل داده‌ها از روش "مقایسه میانگین‌ها" و "آزمون من وایت نی"، و "تحلیل رگرسیون لوجستیک" استفاده شده است. به علاوه برای سهولت مقایسه نتایج در مبحث توصیف داده‌ها، محاسبه شاخص‌های مرکزی بر مبنای مقیاس ۰ تا ۱۰۰ انجام شده است.

بدین منظور، ابتدا معرف‌های هر متغیر به تفکیک ابعاد مختلف مشخص؛ و سپس برای هر بعد متغیر یک"شاخص بعد" با استفاده از فرمول زیر، به صورت عددی بین ۰ تا ۱۰۰ محاسبه شده است:

$$\text{شاخص بعد} = \frac{\text{مقدار حداقل} - \text{مقدار واقعی}}{\text{مقدار حداقل} - \text{مقدار حداکثر}}$$

یافته‌ها

نتایج توصیفی

در گروه آزمایش از ۴۰ نفر پاسخگو، ۸۷/۵٪ یکبار، و ۱۲/۵٪ ، دوبار جراحی زیبایی را انجام داده‌اند. این جراحی‌ها شامل رینوپلاستی (جراحی زیبایی بینی،۸۴/۱٪)، ماموپلاستی (جراحی زیبایی سینه،۶/۸۱٪)، ابدومینوپلاستی (جراحی زیبایی شکم،۴/۵۴٪)، بندینگ (گذاشتن حلقه در معده برای کاهش اشتها،۲/۲۷٪)، و جراحی زیبایی دهان و دندان ۲/۲۷٪ ، است. در هر دو گروه ۶۲/۵٪ مجرد و ۳۷/۵٪ متأهل بوده اند. در هر دو گروه رده سنی ۱۷ تا ۴۵ سال، و تحصیلات از سیکل تا فوق‌لیسانس است. ۳۲/۵٪ از زنانی که جراحی زیبایی انجام داده‌اند خانه‌دار، ۱۷/۵٪ از این افراد در مشاغل رده بالا، و ۵۰٪ درصد در مشاغل رده متوسط هستند. در گروه دیگر ، ۴۵٪ خانه‌دار،۱۰٪ در مشاغل رده بالا، و ۴۵٪ زنان نیز در رده مشاغل متوسط و پایین قرار دارند. به طور میانگین زنانی که جراحی زیبایی انجام داده‌اند روزانه "۱۴:۳۰ دقیقه بیشتر از گروه مقایسه وقت خود را صرف آرایش می‌کنند (M_2=۲۴.۵<M_1=۳۹) همچنین این گروه نسبت به زنانی که جراحی زیبایی را انجام نداده‌اند، در منزل دسترسی بیشتری به ماهواره، اینترنت و اشتراک روزنامه و مجله دارند.

میانگین متغیرهای مستقل پژوهش در دو گروه نیز بدین شرح است:

با توجه به میانگین تصویر ذهنی بدن زنانی که جراحی زیبایی را انجام داده‌اند (۵۳/۲۸)، و

زنانی که جراحی زیبایی را انجام نداده‌اند (۷۰/۹۳)، می‌توان گفت زنانی که جراحی زیبایی را انجام نداده‌اند تصویر ذهنی مثبت‌تری از بدن خویش دارند و به عبارت دیگر، رضایت بیشتری نسبت به بدن خویش دارند. همچنین میانگین فشار هنجاری زنانی که جراحی زیبایی را انجام داده‌اند (۶۰/۸۷)، و زنانی که جراحی زیبایی را انجام نداده‌اند (۵۳/۱۸)، است که می‌توان گفت زنانی که جراحی زیبایی را انجام داده‌اند فشار هنجاری بیشتری را پذیرا هستند و با فشارهای هنجاری دورنی و بیرونی موافق هستند.

میانگین سرمایه فرهنگی زنانی که جراحی زیبایی انجام داده‌اند (۵۶/۲۵)، و زنانی که جراحی زیبایی را انجام نداده‌اند (۴۱/۳۷)، نشان می‌دهد زنانی که جراحی زیبایی را انجام داده‌اند سرمایه فرهنگی بالاتری دارند؛ به عبارت دیگر مطالعه بیشتری دارند و از کالاهای فرهنگی بهره بیشتری می‌برند. با توجه به میانگین روابط اجتماعی زنانی که جراحی زیبایی را انجام داده‌اند (۲۵/۹)، و زنانی که جراحی زیبایی را انجام نداده‌اند (۳۳/۶)، زنانی که جراحی زیبایی را انجام نداده‌اند از روابط اجتماعی نسبتاً بیشتری با سایر افراد برخوردار هستند. میانگین میزان مصرف زنانی که جراحی زیبایی را انجام داده‌اند (۴۶/۶) در مقایسه با گروه دیگر (۳۲/۴)، نشان می‌دهد زنانی که جراحی زیبایی را انجام داده‌اند مصرف نسبتاً بالاتری داشته‌اند. در نهایت زنانی که جراحی زیبایی را انجام داده‌اند (۴۶/۲۵) از پایگاه اقتصادی اجتماعی بالاتری نسبت به زنانی که جراحی زیبایی را انجام نداده‌اند (۴۱/۸۷)، برخوردار هستند.

تحلیل داده ها

نتایج نشان می‌دهد متغیرهای تصور از بدن، فشار هنجاری، روابط اجتماعی و سرمایه فرهنگی توزیعی نرمال داشته‌اند و با استفاده از آزمون t تحلیل شده‌اند. در مقابل متغیرهای میزان مصرف و پایگاه اقتصادی- اجتماعی توزیعی نرمال نداشته‌اند و با استفاده از آزمون ناپارامتری من‌وایت‌نی سنجش شده اند.

جدول ۲: آزمون فرضیات

آزمون مقایسه میانگین‌ها (t- test)		tمقدار	sig
تصور از بدن	زنانی که جراحی زیبایی انجام داده‌اند زنانی که جراحی زیبایی انجام نداده‌اند	−۴/۴۰۷	/۰۰۰
فشار هنجاری	زنانی که جراحی زیبایی انجام داده‌اند زنانی که جراحی زیبایی انجام نداده‌اند	۲/۸۶۴	/۰۰۵
روابط اجتماعی	زنانی که جراحی زیبایی انجام داده‌اند زنانی که جراحی زیبایی انجام نداده‌اند	−۲/۳۹۵	/۰۱۹
سرمایه فرهنگی	زنانی که جراحی زیبایی انجام داده‌اند زنانی که جراحی زیبایی انجام نداده‌اند	۳/۴۲۲	۰/۰۰۱
آزمون من وایت نی (MW)		MW	sig
مصرف	زنانی که جراحی زیبایی انجام داده‌اند زنانی که جراحی زیبایی انجام نداده‌اند	۳۷۷	/۰۰۰
پایگاه اقتصادی- اجتماعی	زنانی که جراحی زیبایی انجام داده‌اند زنانی که جراحی زیبایی انجام نداده‌اند	۶۶۳/۵	/۱۷۵

نتایج گویای این مطلب است که تفاوت معناداری میان دو گروه از نظر رضایت حاصل از تصور ذهنی بدن وجود دارد (t=-۴/۴۰۷ ،p= /۰۰۰). در متغیر روابط اجتماعی نیزتفاوت معناداری میان دو گروه وجود دارد (t=-۲/۳۹۵ ،p= /۰۱۹). این دو گروه ازحیث فشار هنجاری نیز همانند نیستند (t=۲/۸۶۴ ،p= /۰۰۵). همچنین این دو گروه از نظر سرمایهٔ فرهنگی متفاوت هستند (t=۳/۴۲۲ ،p= /۰۰۱). میزان مصرف نیز در بین دو گروه همانند نیست . دست آخر اینکه پایگاه اقتصادی- اجتماعی زنانی که جراحی زیبایی انجام داده‌اند و زنانی که جراحی زیبایی انجام نداده‌اند تفاوت معناداری نداشته است .

برای بررسی تأثیر همزمان متغیرهای مستقل بر احتمال انجام جراحی زیبایی از رگرسیون

لوجستیک استفاده شد. گروهی که جراحی زیبایی را انجام داده‌اند با کد «۱» و گروهی که جراحی زیبایی را انجام نداده‌اند با کد «۰» وارد تحلیل رگرسیون شده‌اند. نتایج حاصله با توجه به آماره Nagelkerke R Square، نشان داد مدل مزبور توانسته است ۶۱/۶ درصد از تغییرات متغیر وابسته را پیش‌بینی کند.

جدول ۳: طبقه بندی مقادیر پیش‌بینی شده برای احتمال انجام و عدم انجام جراحی زیبایی

مشاهده شده		پیش‌بینی شده		
		آیا جراحی زیبایی را انجام داده‌اید		درصد صحیح
		بلی	خیر	
مرحله ۱ آیا جراحی زیبایی را انجام داده‌اید	بلی	۳۳	۷	۸۲/۵
	خیر	۷	۳۳	۸۲/۵
درصد کل				۸۲/۵
مرحله ۲ آیا جراحی زیبایی را انجام داده‌اید	بلی	۳۳	۷	۸۲/۵
	خیر	۸	۳۲	۸۰/۰
درصد کل				۸۱/۳

مدل رگرسیون لوجستیک توانسته در مجموع ۸۱/۳ درصد از افراد را به درستی طبقه‌بندی کند. به عبارت دیگر، با در نظر گرفتن متغیرهای مستقل و نقش آنها در پیش‌بینی انجام و فقدان انجام جراحی زیبایی ، از میان ۸۰ نفر، در مجموع ۴۰ نفر جراحی زیبایی انجام داده‌اند که در این میان بر اساس پیش بینی مدل رگرسیون لوجستیک ۳۳ نفر در شرایطی هستند که جراحی زیبایی انجام داده‌اند و ۷ نفر در شرایط فقدان انجام جراحی زیبایی قرار دارند. همچنین از بین ۴۰ نفری که جراحی زیبایی انجام نداده‌اند، بر اساس پیش‌بینی مدل رگرسیون لوجستیک ۳۲ نفر کسانی هستند که جراحی زیبایی انجام نداده‌اند و ۸ نفر در شرایط زنانی قرار می‌گیرند که جراحی زیبایی را انجام داده‌اند. بر اساس پیش‌بینی مدل، در مجموع ۸۲/۵ درصد از زنان مورد نظر در نمونهٔ پژوهش با توجه به متغیرهای تصور از بدن، روابط اجتماعی، سرمایه‌فرهنگی، فشار هنجاری، و پایگاه اقتصادی- اجتماعی، در گروه زنانی قرار می‌گیرند که جراحی زیبایی انجام داده‌اند و ۸۰ درصد در گروه زنانی قرار می‌گیرند که جراحی زیبایی را انجام نداده‌اند.

جدول ۴: آماره‌های مربوط به متغیرهای وارد شده در معادله رگرسیون لوجستیک

		B	.E.S	Wald	Df	.Sig	Exp (B)
Step2	سرمایه فرهنگی	/۰۵۰	/۰۱۸	۷/۵۲۱	۱	/۰۰۶	۱/۰۵۲
	روابط اجتماعی	-/۰۰۹	/۰۲۹	۱۱/۴۹۳	۱	/۰۰۱	/۹۰۵
	تصور از بدن	-/۰۶۹	/۰۲۱	۱۰/۳۰۲	۱	/۰۰۱	/۹۳۴
	فشار هنجاری	/۰۷۵	/۰۳۴	۵/۰۲۳	۱	/۰۲۵	۱/۰۷۸
	پایگاه اقتصادی- اجتماعی	/۰۲۴	/۰۱۱	۵/۲۷۱	۱	/۰۲۲	۱/۰۲۵
	Constant	۱/۱۵۴	۲/۳۰۰	/۲۵۲	۱	/۶۱۶	/۳۱۶

در صورت ورود همزمان متغیرهای مستقل، متغیرهای تصور از بدن، روابط اجتماعی، فشار هنجاری، سرمایه‌فرهنگی، و پایگاه اقتصادی- اجتماعی، سهم معنی‌داری در پیش‌بینی انجام یا فقدان انجام جراحی زیبایی زنان دارند. در مرحله اول تمام متغیرها در تحلیل وارد شده‌اند، و در مرحله دوم متغیر مصرف با توجه به سطح معنی‌داری در آزمون والد (/۳۸۱ > Sig(۰/۰۵ و ضریب (/۰۲۵)=B، از تحلیل کنار گذاشته شده است و می‌توان گفت سهمی در پیش‌بینی انجام یا فقدان انجام جراحی زیبایی زنان ندارد. مقدار ضریب B ، سطح معنی‌داری و نسبت برتری (Exp(B)) سایر متغیرها نیز به شرح زیر است:

تصور از بدن: (.۰۰۱)= ۰۶۹٪- ؛ ۹۳۴/ = $e^{-/۰۶۹}$:(Exp(B))

روابط اجتماعی: (.۰۰۱)=۰۹۹/- ؛ ۹۰۵/= $e^{-/۰۹۹}$:(Exp(B))

سرمایه فرهنگی: (.۰۰۶)= ۰۵۰٪ ؛ ۱/۰۵۲ = $e^{/۰۵۰}$:(Exp(B))

فشار هنجاری: (.۰۲۵)= ۰۷۵٪ ؛ ۱/۰۷۸= $e^{/۰۷۵}$:(Exp(B))

پایگاه اقتصادی- اجتماعی: (.۰۲۲)= ۰/.۰۲۴ ؛ ۱/۰۲۵= $e^{/۰۲۴}$:(Exp(B))

نتایج جدول۳ نشان می‌دهد متغیرهای تصور از بدن و روابط اجتماعی ضرایب منفی و معنی‌دار دارند. بنابراین، یک واحد افزایش در متغیر تصور از بدن، لگاریتم احتمال انجام جراحی زیبایی زنان، ۰۶۹/.- واحد کاهش می‌یابد. بنابراین، ۹۳۴/ = $e^{-/۰۶۹}$ نشان می‌دهد یک واحد افزایش در متغیر تصور از بدن شانس انجام جراحی زیبایی را در ۹۳۴/ ضرب می‌کند و به بیان دیگر آن را کاهش می‌دهد. یعنی هر چقدر تصور ذهنی زنان از بدن خود بهتر باشد،

کمتر احتمال دارد جراحی زیبایی را انجام دهند.

همچنین، ضریب منفی در متغیر روابط اجتماعی بدین معنی است که یک واحد افزایش در میزان روابط اجتماعی افراد، لگاریتم احتمال انجام جراحی زیبایی زنان، ۰/۰۹۹- واحد کاهش می‌یابد. بنابراین، $e^{-/۰۹۹}$=/۹۰۵ نشان می‌دهد یک واحد افزایش در متغیر روابط اجتماعی شانس انجام جراحی زیبایی را در ۹۳۴/ ضرب می‌کند و به بیان دیگر آن را کاهش می‌دهد. بدین معنی که هر چقدر زنان رابطه اجتماعی بیشتری با سایر افراد برقرار کنند، کمتر احتمال دارد که جراحی زیبایی را انجام دهند. همچنین بر اساس نتایج به دست آمده متغیرهای سرمایه‌فرهنگی، فشارهنجاری و پایگاه اقتصادی- اجتماعی ضریب مثبت و معنی‌دار دارند.

ضریب مثبت در متغیر سرمایه فرهنگی بدین معنی است که یک واحد افزایش در این متغیر، لگاریتم احتمال انجام جراحی زیبایی زنان، ۰/۰۵۰ واحد افزایش می‌یابد. بنابراین، $e^{/۰۵۰}$=۱/۰۵۲ نشان می‌دهد یک واحد افزایش در متغیر سرمایه فرهنگی شانس انجام جراحی زیبایی را در ۱/۰۵۲ ضرب می‌کند و به بیان دیگر آن را افزایش می‌دهد. یعنی اینکه هر چقدر سرمایه فرهنگی زنان بالاتر باشد، بیشتر احتمال دارد زنان جراحی زیبایی را انجام دهند.

ضریب مثبت در متغیر فشار هنجاری بدین معنی است که یک واحد افزایش در میزان فشار هنجاری، لگاریتم احتمال انجام جراحی زیبایی زنان، ۰/۰۷۵ واحد افزایش می‌یابد.بنابراین، $e^{/۰۷۵}$ =۱/۰۷۵ نشان می‌دهد یک واحد افزایش در متغیر فشار هنجاری شانس انجام جراحی زیبایی را در ۱/۰۵۲ ضرب می‌کند و به بیان دیگر آن را افزایش می‌دهد. یعنی هر چقدر فشار هنجاری بیشتری به زنان وارد آید، بیشتر احتمال دارد زنان جراحی زیبایی را انجام دهند.

همچنین ضریب مثبت در متغیر پایگاه اقتصادی- اجتماعی بدین معنی است که یک واحد افزایش در این متغیر ، لگاریتم احتمال انجام جراحی زیبایی زنان، ۰۲۴/. واحد افزایش می‌یابد. بنابراین، $e^{/۰۲۴}$=۱/۰۲۵ نشان می‌دهد یک واحد افزایش در متغیر پایگاه اقتصادی- اجتماعی، شانس انجام جراحی زیبایی را در ۱/۰۲۵ ضرب می‌کند و به بیان دیگر آن را افزایش می‌دهد. یعنی اینکه هر چقدر پایگاه اقتصادی- اجتماعی فرد بالاتر باشد، بیشتر احتمال دارد زنان جراحی زیبایی را انجام دهند.

بنابراین، بر مبنای ضریب B می‌توان معادله رگرسیون لوجستیک را به شرح ذیل عنوان کرد:

-(روابط اجتماعی) ۰۹۹/- (سرمایه فرهنگی) ۰۵۰/= (انجام جراحی زیبایی) Logit
(پایگاه اقتصادی- اجتماعی) ۰۲۴/+ (فشار هنجاری) ۰۷۵/ + (تصور از بدن) ۰۶۹/

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که بیان شد هدف این مطالعه تبیین عوامل مؤثر بر انجام جراحی زیبایی در بین زنان بود. نتایج به‌دست آمده از مطالعهٔ حاضر را می‌توان گامی در جهت فهم تصورات زنان از انجام جراحی زیبایی دانست. این پژوهش به روش علّی- مقایسه‌ای انجام شد؛ بدین صورت که پژوهش دو گروه زنانی را شامل بود، گروهی که جراحی زیبایی را انجام داده بودند و گروهی که جراحی زیبایی را انجام نداده‌اند.

نتایج حاکی از این است که هر چقدر فشار هنجاری بیشتری به زنان وارد شود، احتمال انجام جراحی زیبایی بیشتر می‌شود. این موضوع تأییدی بر نظریه‌های مطرح شده در خصوص فشار هنجاری است. می‌توان گفت زنانی که در متن جامعه زندگی می‌کنند از فشارهایی که از سوی رسانه‌ها (هِیز)، زمینه و شرایط اجتماعی (نگرین، کاو، گیملین، اوگله و دام هورست، کلارک و گریفین)، دیگران مهم (فالودی، گیملین، مارک)، و فشارهای درونی زنان (ولف، گروگان، وین رایت)، به آنها وارد می‌شود تأثیر پذیرفته و خود نیز بر این شرایط تأثیرگذار هستند.در اینجاست که می‌توان گفت بدن دستخوش قدرت و سرکوب اجتماعی می‌شود (ذکائی، ۱۳۸۶: ۱۷۵). همان‌طور که الیاس و ترنر نیز معتقد هستند ساختارهای موجود در جامعه با به‌کارگیری ایدئولوژی‌ها به افراد فشار وارد می‌آورد. الیاس و ترنر نقش تکنولوژی‌ها را در جامعه مهم دانسته؛ و آنها را عواملی می‌دانند که به یاری انسان می‌شتابد و جسم‌های جدیدی را برای افراد ایجاد می‌کنند. نظریه‌پردازانی چون برگر و لاکمن، داگلاس، و فوکو معتقد هستند ساختارهای موجود در جامعه بر فرد فشار وارد می‌کند و عاملیت انسانی را مجبور بر انجام فعالیتی می‌کند. در این رابطه گیدنز، ساختارها را به عنوان اجبار و اختیار مشخص و بیان می‌کند ساختار و عاملیت متقابلاً به یکدیگر وابسته هستند؛ و کنشگر اجتماعی نماینده‌ای است که از کنش‌های خود آگاهی دارد، اما قدرت نسبی ساختارها به کنشگر فشار وارد می‌کند. او در ادامه متذکر می‌شود اما ساختار تغییرپذیر و مطلقاً به عامل انسانی وابسته

است (ریچاردسون و چری[1]، ۲۰۰۵: ۶). فوکو نیز معتقد است کنترل موجود ممکن است از طریق تحریک و انضباط درونی نیز انجام شود. زنان مورد مطالعه نیز به صورت ناخودآگاه با اعمالی نظیر رژیم گرفتن، و اینکه ترجیح می‌دادند لاغر یا چاق باشند به این اعمال تن می‌دادند و نوعی کنترل بر بدن خود را اعمال می‌کردند. ولف در این زمینه معتقد است رضایت زنان برای تحمل کردن درد در نام زیبایی برای این است که آنها درد را به طور مشروط می‌پذیرند و آن را به عنوان یک ارزش یا انتظاری در جنسیّت خود می‌بینند (لئو، ۲۰۰۸: ۳۸). زنانی که جراحی زیبایی انجام داده بودند نیز به این نکته اشاره داشتند که افراد دیگر از آنها انتظار دارند که زیبا شوند. همان‌طور که مورگان معتقد است و در طی جریان پژوهش برای محقق روشن شد متخصصان پزشکی با نشان دادن عکس‌های قبل و بعد از عمل و... نیز از قدرت خود برای بازآراستن بدن زنان استفاده می‌کنند. می‌توان گفت با انجام جراحی زیبایی تفاوت‌های میان زنان حذف شده و آنها را همنوا با هنجارها و استانداردهای زنانگی می‌کند؛ و مطابق با نظر سوزان بوردو می‌توان گفت زنان از طریق جراحی زیبایی احساسی از قدرت و کنترل را تجربه می‌کنند (لئو، ۲۰۰۸: ۴۱).

فمینیست‌ها همچنین معتقد هستند فشارها و همنوایی با استانداردهای زیبایی باعث می‌شود زنان به تصویری متفاوت از ظاهر خود برسند و احساسی بیگانه با بدن خویش پیدا کنند که نارضایتی از بدن را موجب می‌شود. همان‌طور که گروگان، وین‌رایت، فوربز و فردریک نیز معتقد بودند تصور منفی از بدن می‌تواند نارضایتی از بدن را موجب شود. نتایج این پژوهش نیز نشان داد هر چقدر تصور از بدن زنان بهتر (مثبت‌تر) باشد، احتمال انجام جراحی زیبایی زنان کاهش می‌یابد. در نهایت می‌توان به این نظر ولف و چاپکیس نیز استناد کرد که صنایع زیبایی از عزّت نفس تنزل یافته زنان سود می‌برند و آنها را مطابق با انتظارات خود به زنانی تبدیل می‌کنند که برای جستجوی زیبایی، گران بودن و درد کشیدن بدن را تحمل می‌کنند. با توجه به آنچه گفته شد می‌توان این طور نتیجه گرفت فشارهای هنجاری که از سوی جامعه، دیگران مهم و رسانه به زنان تحمیل می‌شود، به نوبهٔ خود بر تصور از بدن آنها تأثیر می‌گذارد و باعث می‌شود زنان تصویر نامطلوبی از بدن خویش در ذهن ایجاد کنند که به جراحی زیبایی منجر می‌شود. یعنی اگر زنان از بدن خود احساس منفی نداشته باشند و از بدن و اندام خود

1. Richardson & Cherry

رضایت داشته باشند، کمتر احتمال دارد جراحی زیبایی را انجام دهند.

همان‌طور که ذکر شد، مطابق با نتیجه این پژوهش، انجام جراحی زیبایی با متغیر سرمایه فرهنگی در ارتباط است. به طوری که هر چه سرمایه فرهنگی زنان بیشتر باشد، احتمال انجام جراحی زیبایی از سوی آنها بیشتر است. بوردیو در این رابطه معتقد است طبقات مختلف (زنان) تحصیلات، آگاهی‌ها و مهارت‌های خود (سرمایه فرهنگی) را به کار می‌گیرند تا با استفاده از سرمایه نمادینی (بدن) که در اختیار دارند به بهبود موقعیت خود در یک میدان اجتماعی کمک کرده و برای کاهش احساسات منفی دربارهٔ خود استفاده کنند (اوگلی و دام هورست، ۲۰۰۵: ۱۰) بر مبنای نتایج پژوهش، هر چقدر روابط اجتماعی زنان با سایر افراد بیشتر باشد احتمال انجام جراحی زیبایی از سوی آنها کمتر خواهد شد. با توجه به این نتیجه می‌توان به نظر گافمن استناد کرد که می‌گوید شخص باید بر حرکات بدنش در تمامی انواع کنش‌های اجتماعی که با دیگران برقرار می‌کند کنترل دقیق و کامل داشته باشد، زیرا حالات چهره و حرکات بدن محتوای اساسی نشانه‌هایی است که ارتباطات روزمره افراد مشروط به آنهاست و برای اینکه بتوانند با دیگران در تولید و بازتولید روابط اجتماعی شریک شوند باید نظارتی مداوم و موفق بر چهره و بدن خود اعمال کنند (آزاد ارمکی، ۱۳۸۱: ۶۱). عاملان بدنی سعی دارند با توسل به همهٔ روش‌های علامت‌دهی اجتماعی، نظر دیگران را به خود جلب کنند. این عاملان بدنی«معرّف‌های تجسدیافتهٔ منش و منزلت‌اند»؛ که می‌توانند توسط دیگر کنش‌گران مورد «تفسیر» قرار گیرند (لوپز و اسکات،۱۳۸۵: ۱۵۵). گیدنز عنوان می‌کند برای اینکه افراد بتوانند به طور مساوی در تولید و بازتولید روابط اجتماعی شریک شوند باید قادر باشند نظارتی مداوم و موفقیّت‌آمیز بر چهره و بدن خویش اعمال کنند (گیدنز، ۱۳۸۳: ۸۷). با توجه به اینکه بدن زنان به عنوان سرمایه‌ای برای آنها محسوب می‌شود در کنترل دقیق بدن در ارتباطات روزمره خود سعی دارند. گافمن معتقد است حال اگر فردی داغ ننگی بر پیشانی‌اش خورده باشد در مواردی به موقعیت خود واکنش نشان می‌دهد. در بعضی موارد برای فرد این امکان وجود دارد که با یک تلاش مستقیم آنچه را که به عنوان مبنای عینی نقص او محسوب می‌شود از بین ببرد، مانند زمانی که یک فرد از جراحی پلاستیک استفاده می‌کند تا روابط خود را با سایر افراد گسترش دهد (گافمن، ۱۳۸۶: ۳۹).

بر طبق نتایج این پژوهش، هر چقدر پایگاه اقتصادی- اجتماعی زنان بالاتر باشد احتمال

انجام جراحی زیبایی بیشتر می‌شود. در این رابطه الیاس معتقد است نظارت وکنترل بدن به منزلت اجتماعی فرد مربوط می‌شود؛ و بوردیو عنوان می‌کند بدن زیبا نشانه‌ای از شادی و منزلت است و بدن منازعانه ناپذیرترین مظهر تجلی سلیقه‌های طبقاتی است؛ و باید برای کسب پایگاه، نگهداری طبقه و دیگر تمایزات، بدن را مدیریت کرد (گیل[1] و همکاران، ۲۰۰۵). به این دلیل است که زنان با به دست آورن پایگاهی بالاتر سعی در تغییر ظاهر و چهره خود دارند. می‌توان گفت زنان مورد مطالعه معمولاً از منزلت اجتماعی بالایی برخوردار بودند و این خود باعث شده است تنها با کسانی رابطه برقرار کنند که در سطح و جایگاه آنها قرار دارند و این موضوع خود به کاهش رابطه با سایر افراد منجر می‌شود. از طرف دیگر این افراد هم‌منزلت در بالا بردن سرمایه فرهنگی عینی و ذهنی خود از طریق رفتن به سینما، تئاتر، جشنواره‌های هنری، و از سوی دیگر با مطالعه مجلات خانوادگی، علمی، و مواجه شدن با تبلیغات گسترده پزشکان در این مجلات و مشاهده ستاره‌های سینما، رابطه خود را با سایر افراد محدود و برقراری ارتباط تنها با قشر و گروه خود سعی می‌کنند. به این دلیل می‌توان گفت روابط اجتماعی آنها محدود می‌شود. به طوری‌که این مسأله باعث می‌شود زنان برای نشان دادن خود، و هم سطح شدن با زنانی که در جایگاهی مشابه با آنها قرار دارند، جراحی زیبایی را به عنوان نمادی از زیبایی و رضایت فردی و رسیدن به استقلال بیشتر مصرف کنند. بدین صورت است زنانی که از سرمایه فرهنگی بالاتری نسبت به دیگران برخوردارند، بیشتر احتمال دارد جراحی زیبایی را انجام دهند. بنابراین، می‌توان این طور نتیجه گرفت زنان احتمال دارد از جراحی زیبایی به دلیل داشتن تصویری نامطلوب از بدن، انتقادات خود فرد و دیگران دربارهٔ ظاهر و اندام خود، استانداردها و ملاک‌های زیبایی در جامعه، گسترش وسایل ارتباطی نظیر ماهواره، اینترنت، و تبلیغات در رسانه‌های تصویری، داشتن سرمایه فرهنگی و منزلت اجتماعی بالا و رابطهٔ اجتماعی کمتر با سایر افراد، استفاده و مصرف کنند.

محدودیت‌های پژوهش

در حوزهٔ جراحی زیبایی روش‌های کیفی کاربرد بیشتری دارند، اما به دلایلی که بیان خواهد شد امکان کاربرد این روش میسر نشد. انجام مشاهدات مستمر و مصاحبه‌های عمیق با

1. Gill

زنانی که جراحی زیبایی را انجام داده‌اند، امکان‌پذیر نبود، همچنین از سوی دیگر زنانی که جراحی زیبایی را انجام داده‌اند به علت برچسبی که از سوی افراد جامعه خورده‌اند، حاضر به همکاری در این پژوهش نمی‌شدند. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش طولانی شدن گردآوری داده‌ها بود، می‌توان گفت اعمال جراحی زیبایی هزینه‌های بالایی را به دنبال دارد، و برخی از این عمل‌ها به صورت غیررسمی، و خارج از محدوده‌های قانونی انجام می‌شود و زنانی که جراحی زیبایی انجام داده بودند حاضر به پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه نبودند؛ که این مسأله باعث شد جمع‌آوری داده‌ها هفته‌ها به طول انجامد. از دیگر محدودیت‌ها، طراحی سؤالات مربوط به متغیر سرمایه فرهنگی است.در پژوهش حاضر به دلیل طولانی شدن پرسشنامه و عدم پاسخگویی به سؤالات، تنها به متون و منابعی توجه شده است که پاسخگو مطالعه می‌کند و کالاهای فرهنگی که استفاده می‌کند و به نوع و محتوای آن در برخی از آیتم‌ها توجه نشده است.

منابع

آزادارمکی، تقی و چاوشیان، حسن،(۱۳۸۱). بدن به مثابه رسانه هویت، *در مجله انجمن جامعه شناسی ایران*، دوره چهارم، شماره ۴.

باستانی، سوسن و صالحی هیکویی، مریم، (۱۳۸۵). سرمایه اجتماعی شبکه و جنسیّت: بررسی ویژگی‌های ساختی، تعاملی و کارکردی شبکه اجتماعی زنان و مردان در تهران، *در نامه علوم اجتماعی*، شماره ۳۰.

باکاک، رابرت، (۱۳۸۱). *مصرف*، ترجمه خسرو صبری، تهران: شیرازه.

برگر، پیتر.ال و لاکمن، توماس، (۱۳۷۵). *ساخت اجتماعی واقعیت (رساله‌ای در جامعه شناسی شناخت)*. ترجمه فریبرز مجیدی، تهران: انتشارات علمی و فرهنگی.

دقیقی، مژده، (۱۳۸۱). تصویر ذهنی بدن، در فصل زنان، تهران: توسعه.

جورابچی، کیوان، (۱۳۷۸). *جراحی پلاستیک بینی: آری یا خیر*، با نظارت مهدی خواجوی، محسن نراقی، تهران: پورسینا.

دوفرانس، ژاک، (۱۳۸۵). *جامعه شناسی ورزش*، ترجمه عبدالحسین نیک گهر، تهران: توتیا.

ذکایی، محمد سعید، (۱۳۸۵). *فرهنگ مطالعات جوانان*، تهران: آگه.

ذکایی، محمد سعید، (۱۳۸۶). *جامعه‌شناسی جوانان ایران*، تهران: آگه.

رفیع‌پور، فرامرز، (۱۳۸۲). *آناتومی جامعه: مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی کاربردی*، تهران: شرکت سهامی انتشار.

ساروخانی، باقر، (۱۳۷۵). *درآمدی بر دایره‌المعارف علوم اجتماعی*، جلد اول، تهران: کیهان.

سعیدی، علی اصغر،(۱۳۸۶). بدن و فرهنگ مصرفی، *ماهنامه مهندسی فرهنگی*، سال دوم، شماره چهاردهم، دی و بهمن (۱۳۸۶).

صالحی‌زاهد، لیلا و عبدالجلیل کلانتر هرمزی،(۱۳۸۵). بررسی علل اقدام به اعمال جراحی زیبایی در مراجعان به کلینیک‌های جراحی شهر تهران: *نشریه آرایش*، شماره ۷۰.

فرزانه، حمیده، (۱۳۸۵). *زنان و فرهنگ بدن، عوامل مؤثر برگرایش به جراحی‌های زیبایی در شهر تهران*، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.

فکوهی، ناصر، (۱۳۸۱). *تاریخ اندیشه و نظریه‌های انسان شناسی*، تهران: نی.

گافمن، اروینک، (۱۳۸۶). *داغ ننگ: چاره‌اندیشی برای هویت ضایع شده*، ترجمهٔ مسعود کیان‌پور، تهران، مرکز.

گیدنز، آنتونی، بردسال، کارن، (۱۳۸۶). *جامعه شناسی*، ویراست چهارم، ترجمه حسن چاوشیان، تهران: نی.

گیدنز، آنتونی، (۱۳۸۳). *تجدد و تشخص: جامعه و هویت شخصی در عصر جدید*، ترجمه ناصر موفقیان، تهران: نی.

لوپز، خوزه و جان اسکات،(۱۳۸۵). *ساخت اجتماعی*، ترجمه حسین قاضیان، تهران: نی.

میلر، دلبرت، (۱۳۸۰). *راهنمای سنجش و پژوهشات اجتماعی*، ترجمه هوشنگ نایبی، تهران: نی.

هلمن، سیسیل، (۱۳۸۲). *فرهنگ بیماری و سلامت*، ترجمه کبری فلاح حسنی و ماندانا شیرازی، تهران: شهرآب.

Adelman, Miriam & Ruggi, Lennita, (2008). The beautiful and the abject, gender, Identity and constructions of the body in contemporary Brazilian culture, *Current Sociology*, vol 56 ,(4), 555-586.

Atkinson, Michael , (2002). Pretty in ink :Conformity, resistance, and negotiation in women's tattooing, *Sex Roles*, vol 47,(5/6):219 -235.

Davis, Deborah & Vernon, Michael, L, (2002). Sculputing the body Beautiful: Attachment style, Neuroticism and use cosmetic surgeries, *in sex Roles*, Vol. 47: 314.

Dellinger, Kirsten A & Citeroni, Tracy, (2003*). Bodies at Work" .doing femininity "at a feminist magazine and at a men's pornographic magazine*, Southern Sociological Society

De Graaf, Nan Drik, De Graaf, Paul M. & Kraaykamp, Gerbert, (2000). Parental cultural capital and educational attainment in the Netherlands: Arefinement of the cultural capital perspective, *in sociology of Education*, Vol, 73, No, 2, 92-111.

Edgar, Andrew & Peter Sedgwick, (2000). *Cultural theory, the Ley thinkers,* London: Routledge Press.

Featherstone,Mike, Hepworth, Mike & Turner, Bryan S, (1991). *The Body : Social Process and Cultural Theory*, London & New Delhi :Sage Publications.

Forbes, Gordon B & Frederick, David A, (2007). The UCLA body project II : Breast and body dissatisfaction among African, Asian, European, and HispanicAmericanCollege women, *sex roles*, vol 58 :449-457.

Frank, Katherine, (2006). Agency, *Anthropological Theory*, Vol 6 (3) :281-302.

Gill, Rosalind, Henwood, Kren & Mclean, Carl, (2005). Body projects and the regulation of normative masculinity, *Body & Society*, Vol 11 (1) :37-62.

Gimlin, Debra, (2006). The absent body project: Cosmetic surgery as a response to bodily dis-appearance, *Sociology*, Vol 40 (4): 699-716.

Hurd Clarke, laura & Griffin Meridith, (2006). The body natural and the body unnatural: Beauty work and aging, *in Journal of Aging studies,* vol 21: 187-2010.

Heyes, Cressida, (2007). Cosmetic Surgery and the televisual makeover, *Feminist Media Studies*, vol 7 (1) :17-32.

Jung, Jaehee & Forbes, Gordon B, (2006). Multidimensional Assessment of Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Korean and US College Women :A Comparative Study, *Sex Roles*, Vol 55 :39-50.

Katzmman, Melanie A & Lee, Sing, (1997). Beyond body image :The integration of feminist and transcultural theories in the understanding of self starvation, *The International journal of eating disorders*, vol 22 (4):385-94.

Kim, Taeyon, (2003). Neo-Goufucian body techniques: women's bodies in korea's consumer, in Body & society, London & New Delhi: *sage Publications*, vol 9(2): 97-113.

Kving, Kari & Kirkevold, Marit, (2002). A feminist perspective on stroke rehabilitation :The relevance of de Beauvoir's theory, *Nursing Philosophy*, vol 3 :79-89.

Luo, Wei, (2008). *Aching for the modern body :Chinese women's consumption of cosmetic surgery,* unpublished dissertation, University of Utah.

Mark, Marie Elizabeth, (2001). The Medicalization of Feminine Beauty :A Study of Cosmetic Surgery, *Interface* vol.3 , 2007.

Mazzeo, Suzanne E;Trace, Sara E; Mitchel, Karen s & Walker Gow, Rachel, (2006). Effects of a reality TV cosmetic surgery makeover program on eating disordered attitudes and behaviors, *Eating Behaviors,* vol 8 :390-397.

Milkin,A.R; Wornian, K & Chrisler,J, 1999, Women and Weight :Gendered messages on magazine covers, *Sex Roles*, vol 40 :647-655.

Mirivel, Julien, (2007). Managing poor surgical candidacy :Communication problems for plastic surgeons, *Discourse & Communication*, vol 1(3):(309-336).

Morgan, Ashley, (2005). Evaluating risk and pain in elective cosmetic surgery, <http//:inter-disciplinary.net/mso/hid/hid4/morgan%20paper.pdf>.

Negrin, Llewellyn, (2002). Cosmetic surgery and the eclipse of identity, *Body & Society*, Vol 8 (4):(21-42.

Ogle, Jennifer Paff & Damhorst, Mary Lynn, (2005). Critical reflections on the body and related sociocultural discourses at the midlife transition :an interpretive study of women's experiences, *Journal of Adult Development*, vol 12 (1) :1-18.

Ragab, Shaima, (2005*). Media messages and women's body perceptions in Egept*, UNPUBLISHED DISSERTATION, College of Arts and Sciences.

Richardson, Abligait, Synder & Cherry, Elizabeth, (2005). Anorexia as a lifestyle :Agency through Pro-Anorexia websites, <http//:www.uga.edu/Richardson%20 and %20Cherry.pdf>.

Roscigno, Vincent, J & Ains worth-Dornell, James, W, (1999). Race, cultural capital, and Educational resources: Persistent inequalities and achievement returns, in sociology of education, vol, 72: 158-178.

Sengupta, Rhea, (2006). Reading representations of Blak, East Asian, and White women in magazines for adolescent girls, *Sex Roles*, vol 54 :799 -808.

Swami, Viren, Arteche, Adriane, Chamorro –Premuzic, Tomas, Furnham, Adrian, Stieger, Stefan, Haubner, Tanja & Voracek, Martin , (2007). Looking good :Factors affecting the likelihood of having cosmetic surgery, *European Journal of Plastic Surgery*, vol 30 :211 -218.

Throsby, Karen, (2008). Happy re -birthday :Weight loss surgery and the "new me", *Body & Society*, Vol 14 1 :(117-133).

Turner, Bryan S, (1996). *The Body and Society :Explorations in Social Theory*, London & New Delhi :Sage Publications

Ucok, Uzum, (2005). The meaning of appearance in surviving breast cancer, *Human Studies*, vol 28 :291-316

نویسندگان

دکتر محسن نوغانی **noghani@um.ac.ir**

استادیار گروه علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد (نویسنده مسئول)

استادیار گروه علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد

دانش آموخته دکترای تخصصی جامعه شناسی ، دانشگاه تربیت مدرس ،تهران (۱۳۸۱)

حوزه‌های تخصصی ایشان جامعه شناسی آموزش و پرورش و جامعه شناسی سازمان‌ها است ودر این زمینه تاکنون چندین مقاله علمی – پژوهشی منتشر نموده است.

وی عضو هیئت مؤسس انجمن جامعه شناسی آموزش و پرورش ایران و عضو مرکز پژوهشی روان شناسی سازمانی می‌باشد.

دکتر محمد مظلوم خراسانی **mmkhorasani@um.ac.ir**

دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد

دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد

دانش آموخته دکترای تخصصی جامعه شناسی ، دانشگاه برلن ،آلمان

حوزه‌های تخصصی ایشان بررسی مسائل اجتماعی ایران و جامعه شناسی سیاسی می‌باشدو تاکنون چندین مقاله در نشریات علمی- پژوهشی منتشر نموده است. از وی تاکنون کتابهای بررسی مسائل اجتماعی ایران ؛علوم اجتماعی و ارتش ؛ انقلاب فرانسه ،نهضت اجتماعی و تغییر روحیات و طرز تفکر اجتماعی منتشر شده است.

سمیه ورشوی s.varshoe@gmail.com

کارشناس ارشد پژوهشگری علوم اجتماعی

دانش آموخته کارشناسی ارشد پژوهشگری از دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد می‌باشد و علائق پژوهشی ایشان مطالعات زنان و جامعه شناسی بدن است.