

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال سیزدهم شماره ۵۲ زمستان ۱۳۹۷

نقش واسطه‌ای تصویربندی منفی و مکانیسم‌های دفاعی نوروپیک در رابطه صفات شخصیت و تمایل به جراحی زیبایی

تورج هاشمی^۱

عذرا محمدپناه اردکان^۲

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی روابط ساختاری صفات شخصیتی و تمایل به جراحی زیبایی با واسطه‌گری تصویربندی منفی و مکانیسم‌های دفاعی نوروپیک انجام شد. روش آن توصیفی از نوع علی-همبستگی بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۲۰۰ نفر (۴۰ مرد و ۱۶۰ زن) از متقاضیان جراحی زیبایی شهر یزد انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های شخصیتی نئو، باورهای منفی در مورد ظاهر، سبک‌های دفاعی و مقیاس پذیرش جراحی زیبایی بودند. جهت تحلیل داده‌ها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (ESM) استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که صفات شخصیت، تصویربندی منفی و مکانیسم‌های دفاعی نوروپیک با تمایل به جراحی زیبایی رابطه دارند؛ به طوری که صفت شخصیتی نوروپیزم به‌طور غیرمستقیم و به‌واسطه مکانیسم دفاعی نوروپیک؛ و صفت شخصیتی دلپذیری به‌طور غیرمستقیم و به‌واسطه تصویربندی منفی با تمایل به جراحی زیبایی رابطه دارند. همچنین صفت شخصیتی انعطاف‌پذیری به‌طور مستقیم در تمایل به این نوع جراحی نقش معنی‌دار دارد. مدل مفهومی طراحی شده در پژوهش براساس روش معادلات ساختاری برازش گردید و شاخص‌های برازش تطبیقی (CFI): ۰/۸۲، افزایشی (IFI): ۰/۸۲ و جذر واریانس خطای تقریب (RMSEA): ۰/۰۶، نشان داد مدل مفهومی، برازش اندازه‌گیری شده نسبتاً مطلوبی دارد.

واژگان کلیدی: صفات شخصیت؛ تصویربندی منفی؛ مکانیسم‌های دفاعی نوروپیک و تمایل به جراحی زیبایی

Email:tourajhashemi@yahoo.com

۱- استاد دانشگاه تبریز، گروه روانشناسی (نویسنده مسئول)

۲- دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه تبریز، عضو هیئت علمی دانشگاه اردکان

مقدمه

زیبایی در فرهنگ بشری اغلب جزء مقوله‌ها و مفاهیم مثبت بوده و تاریخچه زندگی انسان‌ها پر از پرستش الهه‌ها یا موجودات زیبا بوده است (کروس میر^۱، ۱۳۸۷). تغییر نحوه تلقی از زیبایی تحت تأثیر تغییرات فرهنگی در جوامع است. در اکثر فرهنگ‌های مختلف روی زمین تفاوت‌هایی اساسی در مورد اینکه زیبایی چیست، درونی است یا برونی، و اینکه چه نوع زیبایی مثبت و کدام نوع منفی است وجود داشته و دارد. زیبایی در فرهنگ‌های کوچک و بزرگ با هم تفاوت‌های زیاد و گاهاً اساسی داشته و دارند (هنسن^۲ و دیگران، ۱۳۸۶). البته برخی نظریه‌پردازان که از زاویه جهانی شدن و فرهنگ جهانی به این قضیه نگاه می‌کنند، به این نکته اشاره دارند که هم‌گرایی در مقوله زیبایی و استانداردهای آن در جهان در حال شکل‌گیری است. با این وجود، چه جهانی بیاندیشیم و چه محلی، یک نکته مشترک وجود دارد و آن اینکه زیبایی مقوله‌ای فرهنگی است. خواه این فرهنگ محلی و ملی باشد و یا جهانی (باللی و افشار کهن، ۱۳۸۹).

از دیدگاه رئالیستی نیز زیبایی مفهومی ثابت نبوده و تغییرپذیر است. چنانچه به بازار رو به رشد محصولات، درمان‌ها و جراحی‌ها، پرهیزها و رژیم‌های زیبایی نگریسته شود، چنین به نظر می‌رسد که بسیاری از مردم به پرداخت مقادیر زیادی پول یا تحمل رژیم‌های گران‌بها برای رسیدن به زیبایی مشتاق هستند (کلپ^۳، ۲۰۰۹؛ مختاری، ۱۳۹۰).

وقتی اعضای یک جامعه سعی دارند بدن‌های خود را مطابق با انتظارات فرهنگی جامعه و یا گروهی که بدان تعلق دارند هم‌نوا کنند، به این نکته واقف‌اند که زیبایی با تلاش فردی به‌دست می‌آید و نکته دیگر اینکه این انتظارات فرهنگی و اجتماعی هستند که تغییرات در بدن برای زیبا شدن را به افراد تحمیل می‌کنند یعنی انتظارات درباره اینکه بدن یک مرد، یک زن، یک دختر و یا یک پسر چگونه باید باشد. بر مبنای تحلیلی کارکردگرایانه، زیبایی، برای فرد، کارکردهایی روانی و اجتماعی دارد. شاید بتوان مهم‌ترین کارکرد زیبایی را تسهیل

1- Kross mir
3- Klepp

2- Hansen

و تسریع برقراری روابط اجتماعی در گروه و جامعه دانست. زیبایی همچنین تعلق فرد را به گروه و جامعه راحت‌تر می‌کند (بالالی و افشار کهن، ۱۳۸۹).

بر این اساس می‌توان بیان نمود که با پول و تلاش می‌توان زیبایی را خلق کرد و چنانچه ذکر شد این استدلال مبتنی بر شعور عامه^۱ نیز هست. ابزارهای متعددی را می‌توان برای رسیدن به زیبایی توسط افراد تصور نمود. حداقل دو نوع شناخته‌شده آن عبارت‌اند از آرایش و جراحی.

بر این اساس، از زمان ظهور زیبایی به شکل مدرن آن، افراد به جراحی زیبایی نه تنها به‌عنوان شیوه‌ای برای ارتقای ظاهرشان بلکه به‌عنوان ابزاری برای توانمندسازی آنان برای کاهش یا حذف علایمی که به اعتقاد آنها، آنها را دیگری قرار می‌دهد در نظر گرفته می‌شود، دیگری‌ای که از گروه قومی یا نژادی [یا جنسی] مسلط و مطلوب‌تر جامعه متمایز است. اوژیناکا^۲ (۲۰۰۰)، جراحی زیبایی را ابزاری برای غربی شدن در نظر می‌گیرد (به نقل از سانگ^۳، ۲۰۰۳). فرآیندهایی تاریخی وجود دارند که فرهنگ زیبایی را جهانی می‌کنند و بعد از جنگ جهانی دوم، شرکت‌های آمریکایی در حال سلطه بر صنعت زیبایی و سلامت جهانی هستند. زمانی که صحبت از نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی بر شکل‌گیری زیبایی و تصویر از بدن می‌شود، منظور انتظاری است که شخص بر مبنای مطلوب‌های تعریف‌شده در جامعه از بدن خود پیدا می‌کند. این مطلوب‌ها گاه خود را در قامت الگوهای نقشی همچون بازیگران و ستارگان سینما و موسیقی یا ورزشکاران مشهور عیان می‌سازند و گاه از طریق جریان‌های مد به افراد عرضه می‌شوند و در مواردی نیز سنت‌های ریشه‌دار یا ارزش‌های مذهبی آنها را نمایندگی می‌کنند (حیدری چروده و کرمانی، ۱۳۹۰). به بیان دیگر، جراحی زیبایی پیوند نزدیکی با مرزهای تحریم اجتماعی دارد. آنهایی که به‌لحاظ جغرافیایی ساکن در جامعه‌اند، اما به‌لحاظ اجتماعی یا در حاشیه‌ها هستند و یا به‌طور کلی، خارج از مرزهای اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی قرار می‌گیرند (بیل^۴، ۲۰۰۷). زیرا جراحی زیبایی راهی است برای تحرک عمودی و همسان‌گردی با فرهنگی که آنها را به‌خاطر ظاهرشان

1- Common sense

2- Augeina Caw

3- Song

4- Beall

متفاوت و از همه مهم‌تر، دون پایه در نظر می‌گیرد. از این رو، جراحی زیبایی شکلی از گذار است. گذار از یک هویت به هویتی دیگر و رسیدن به امتیازات و پایگاه دیگری. برای گروه‌های قبلاً تحریم شده اجتماعی، جراحی زیبایی یک حق تازه ایجاد شده است (دیویس^۱، ۲۰۰۳).

دانشمندان علوم اجتماعی دریافته‌اند که در تمایل به جراحی زیبایی عوامل مختلفی نقش دارند. از مهم‌ترین عوامل می‌توان به شخصیت اشاره کرد. منظور از شخصیت الگوهای معین و مشخصی از تفکر، هیجان و رفتار است که سبک شخصی فرد را در تعامل با محیط اجتماعی و مادی‌اش رقم می‌زنند (اتکینسون و هیلگارد^۲، ۱۳۹۲). بر اساس نظریه صفات، شخصیت افراد از خصوصیات و صفات گسترده‌ای ترکیب یافته است که باعث می‌شود افراد بر مبنای آنها به شیوه‌های خاصی رفتار کنند. آپورت شخصیت را سازمانی پویا از نظام‌های روانی و جسمانی می‌داند که در درون فرد قرار دارد (به نقل از پروین و جان، ۱۳۹۴) و تا اندازه‌ای قابل پیش‌بینی است و بر عواطف و الگوهای رفتاری انسان تأثیر می‌گذارد (کارور و شی‌یر^۳، ۱۳۸۷). بر اساس مدل پنج عاملی شخصیت که توسط کاستا و مک‌کری^۴ (۱۹۹۲) مطرح گردید، شخصیت از پنج عامل یا ویژگی تشکیل شده است که عبارتند از: ویژگی شخصیتی روان‌رنجورخویی^۵، برون‌گرایی^۶، پذیرا بودن^۷، دلپذیر بودن^۸ و مسئولیت‌پذیری (با وجدان بودن)^۹ (به نقل از حق‌شناس، ۱۳۷۸)؛ هر یک از این صفات می‌تواند بر روی رفتار فرد در تعامل با دیگران اثر داشته باشد و حتی موجب انتخاب راهبردهایی خاص برای مقابله با مسائل و استرس‌های زندگی شود؛ همچنین افراد برای کسب برخی از صفات شخصیتی، حاضر به انجام فعالیت‌های مختلف نیز می‌شوند. حتی، برخی مردم زیبایی ظاهری را با ویژگی‌های شخصیتی پسندیده همچون هوش، شایستگی، عزت‌نفس و پذیرش اجتماعی، ربط می‌دهند (اسمیت و مک‌کی^{۱۰}، ۲۰۰۰)؛ به عبارتی، جذابیت چهره با صفات شخصیتی مطلوب اجتماعی از قبیل مهربانی، صداقت، یاری و مساعدت و قابلیت اعتماد ارتباط مثبت دارد (تسوکورا و کابزا^{۱۱}، ۲۰۱۱). از این رو، درک و شناخت ویژگی‌های شخصیت اهمیت دارد.

1- Davis

3- Carver & Scheier

5- Neuroticism

7- Openness to experience

9- Conscientiousness

11- Tsukiura & Cabeza

2- Atkinson & Hilgard

4- Costa & McMræe

6- Extraversion

8- Agreeableness

10- Smith & Mackie

زیرا، ویژگی‌های شخصیتی منفی می‌تواند آسیب‌پذیری افراد و روش‌های مقابله در آنها را پیش‌بینی نماید (برهمند و همکاران، ۲۰۱۰؛ بشارت، ۱۳۸۶). از نظر روانشناسان، ویژگی‌های شخصیتی اساس الگوهای رفتاری افراد است. از آن‌جا که جراحی‌های زیبایی، برای تغییر ظاهر افراد و افزایش خشنودی و بهبود اعتماد به نفس آن‌ها انجام می‌شود، جراحی زیبایی را می‌توان پیامد یک الگوی روان‌شناختی و شخصیتی معین دانست (مسعودزاده و همکاران، ۱۳۸۸). برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در این میان سه صفت شخصیتی روان‌رنجورخوبی، دلپذیر نبودن و انعطاف‌ناپذیری از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. منظور از روان‌رنجورخوبی از دست رفتن توانایی واکنش هنجار در برابر موقعیت‌های گوناگون زندگی است که به صورت هیجانات منفی مانند غم، تحریک‌پذیری، تنش عصبی، و ... نشان داده می‌شود (کاستا و مک‌کری^۱، ۱۹۹۲). در افرادی که دارای نمره‌های بالا در این شاخص باشند، احتمال بیشتری وجود دارد که دارای باورهای غیرمنطقی باشند و میزان سازش ضعیف‌تری با دیگران و شرایط استرس‌زایی نشان دهند (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۵). دلپذیر نبودن نیز یعنی فرد در موقعیت‌های فشارزا پاسخ مناسب و سازگارانه‌ای نداشته باشد؛ انعطاف‌پذیری به میزان تجربه‌پذیری فرد در مقابل محرکات (کاستا و مک‌کری، ۱۹۹۲) و به عبارت دیگر، به ظرفیت فرد برای نرمش در تغییر نگرش‌ها یا ظرفیت او برای سازگاری سریع در موقعیت‌های جدید اطلاق می‌گردد (ساعتچی، ۱۳۸۵). پژوهش‌ها حاکی از آن است این صفات یک پیش‌بینی‌کننده قوی برای نگرش نسبت به اندازه بدن نیز (تصویربندی) محسوب می‌شوند (سوامی و همکاران، ۲۰۰۹)؛ به طوری که تصور از خود و پذیرش جراحی زیبایی با دلپذیر بودن (محمدپناه اردکان و همکاران، ۱۳۹۱)، انعطاف‌پذیری (والم^۲ همکاران، ۲۰۰۶) و تجربه‌پذیری افراد (فینک، نیو، مانینگ و گرامر^۳، ۲۰۰۵) ارتباط دارد؛ اما برخی از پژوهش‌ها صفات شخصیتی دیگری از جمله برون‌گرایی (مسعودزاده و همکاران، ۱۳۸۸)، مسئولیت‌پذیری (نور و ایوانز^۴، ۲۰۰۳) و سلطه‌پذیری (لیوینگتون و پیرس^۵، ۲۰۰۹)، را با تمایل به جراحی زیبایی و جذابیت چهره مرتبط می‌دانند.

1- Costa & McCrae

3- Fink, Neave, Manning & Grammer

5- Livingston & Pearce

2- Kvaalem

4- Noor & Evans

تصویر بدنی منفی نیز خود به تنهایی می‌تواند در پذیرش جراحی زیبایی مؤثر باشد. تصویر بدنی یک تجربه روان‌شناختی چندوجهی است که افکار، عقاید و احساسات ارزیابی‌کننده و رفتارهایی در رابطه با ظاهر فیزیکی یا جسمانی شخص را شامل می‌شود (کش^۱، ۲۰۰۴). ضمناً، توصیف ظاهر به صورت مثبت اغلب با ظاهر به طور کلی ارتباط دارد ولی توصیف ظاهر به صورت منفی به جزئیات ظاهر همچون وزن، شکل و اندازه بدن اشاره دارد (پارک^۲، کالوگرو^۳، هاروین^۴ و دیرادو^۵، ۲۰۰۹). مفهوم شخص از بدنش بخش اصلی و مهم خودپنداره او بوده و مطالعات بسیاری وجود ارتباط مثبت بین خودپنداره و تصویر بدنی را نشان داده‌اند (اسمیت^۶ و همکاران، ۱۹۹۰). این ارتباط و پیوند به نظر می‌رسد که در تمامی فرهنگ‌ها وجود داشته باشد. تصویر بدنی می‌تواند مجموعه‌ای از نگرش‌های خودآگاه و ناخودآگاه فرد نسبت به بدنش باشد که شامل دریافت‌های حال و گذشته و احساساتی در مورد اندازه، عملکرد، ظاهر و توانایی‌های بالقوه می‌شود. تصویر بدنی دارای موجودیت و جوهره‌ای پویا می‌باشد، زیرا دائماً توسط دریافت‌ها و تجارب جدید تغییر یافته و یا تعدیل می‌شود. تصویر بدنی به مثابه پرده هدف یا نشانه‌ای است که شخص مهم‌ترین احساسات شخصی، اضطراب‌ها و ارزش‌هایش را بر روی آن فراقنی می‌کند (گریب^۷ و همکاران، ۲۰۰۸). در این راستا فرض سارور و همکاران (۲۰۰۵) این است که نارضایتی زیاد در هر دو زمینه تصور بدنی، منجر به روی آوری به جراحی زیبایی می‌شود. اما نکته اینجاست که شخص چگونه و از خلال کدام عوامل شخصیتی یا بین فردی به تصور رضایت‌مندانه یا نارضایتی از بدن خود می‌رسد. مطالعات نشان می‌دهد افراد با تصویر بدنی منفی، اگر دارای ویژگی‌های شخصیتی منفی همچون عزت نفس پایین، روان‌رنجورخویی، انعطاف ناپذیری، دلپذیر نبودن باشند، آمادگی بیشتری برای آسیب‌های روانشناختی دارند. تصویر بدنی منفی معمولاً استرس‌هایی را برای فرد به دنبال دارد که فرد برای غلبه بر آن‌ها راهبردهای مقابله‌ای خاصی را به کار می‌گیرد. ویژگی‌های شخصیتی بر راهبردهایی که فرد در مقابله با استرس‌های زندگی از آنها استفاده می‌کند، تأثیر می‌گذارد (بشارت، ۱۳۸۶). از این رو، درک و

1- Cash
3- Calogero
5- Diraddo
7- Grabe

2- Park
4- Harvin
6- Smith

شناخت ویژگی‌های شخصیت اهمیت دارد. همچنین، سبک‌های دفاعی از جمله عوامل زمینه‌ساز است که به تمایلات جراحی زیبایی منتهی می‌شوند؛ به این معنی که برای افراد داوطلب جراحی زیبایی، پیگیری زیبایی از طریق جراحی یک کناره‌گیری روانی از واقعیت (مکانیسم دفاعی) است، به طوری که فرد با اعتقاد به این موضوع که قادر است خودش را از نو بسازد، با توهم خودسازی یک عقب‌نشینی و کناره‌گیری دارد. برای دیگران، این امر وسیله‌ای است برای ایجاد یک احساس خود ایده‌آل و آرمانی که از آن طریق، درد مطلوب نبودن خود یا دوست نداشتن خود دفع می‌شود (لما^۱، ۲۰۱۰). در روان‌کاوی سنتی و نوین بسیاری از مفاهیم و نظریه‌ها به طور مستقیم با مفهوم ناهشیار ارتباط دارند. در این میان «مکانیسم‌های دفاعی من» که فروید^۲ آن‌ها را به صورت زیر تعریف می‌کند: راهکارهای ناهشیار «من» جهت حل تعارض بین چهار راهنمای زندگی درونی: غریزه، واقعیت، افراد مهم و وجدان (سادوک، ۱۳۹۵)، یکی از مهمترین مفاهیم مرتبط با ناهشیار است که در نظام روان‌کاوی جهت تبیین عملکرد دفاعی دستگاه روانی در برابر اضطراب و تنیدگی معرفی شدند. طبق تعریف، مکانیسم‌های دفاعی، فرآیندهای تنظیم‌کننده خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی از طریق تاثیرگذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدیدکننده عمل می‌کنند. فروید سبک دفاعی^۴ شخصی، یعنی فراوانی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی متفاوت در مقایسه با دیگران را متغیر اصلی برای شناخت شخصیت، آسیب‌شناسی و میزان سازش‌یافتگی و سلامتی می‌دانست (کارینا^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). از این رو، افراد داوطلب جراحی زیبایی برای غلبه بر اضطراب و تصویر بدنی منفی خود که ناشی از نهاد و بالاخره فرامن است، به جراحی زیبایی روی می‌آورند تا به نوعی از واقعیت فرار کنند.

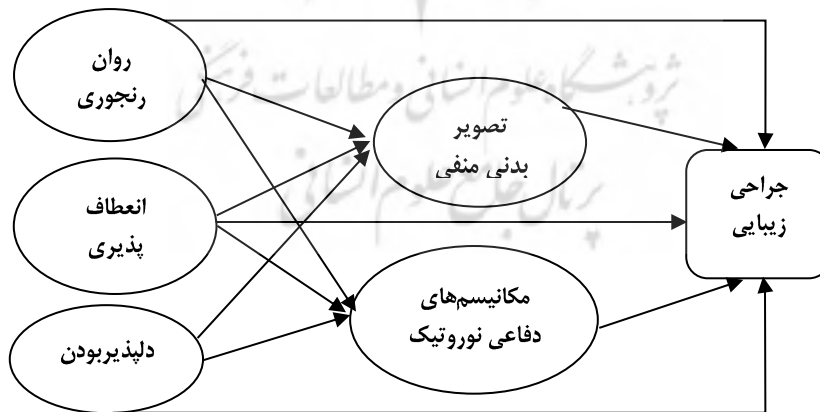
افزون بر این، هر یک از صفات شخصیتی زمینه را برای استفاده از نوعی مکانیسم دفاعی در روابط میان فردی فراهم می‌کنند، به طوری که، پژوهش‌ها حاکی از آن است که پنج صفت شخصیت با برخی از مکانیسم‌های دفاعی مرتبطند، به این ترتیب که دفاع‌های پخته

1- Lemma
3- Ego
5- Karina

2- Freud
4- Defense Style

و سازگار با صفاتی چون برون‌گرایی و پذیرابودن و دفاع‌های ناسازگار و مقابله‌های روان‌آزرده با صفت آزرده‌خویی و دلپذیر نبودن ارتباط دارد (کرامر و جونز، ۲۰۰۷). افزون بر این، زیگلر-هیل و همکاران (۲۰۰۸) بیان می‌کنند که دفاع‌های رشدیافته با عزت‌نفس پایدار و پیامدهای مثبت چون روابط اجتماعی مناسب، موفقیت شغلی و رضایت از زندگی مرتبط هستند؛ از این‌رو، با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی در انتخاب جراحی زیبایی و وجود مکانیسم‌های دفاعی برای تعدیل این عوامل، می‌توان بیان داشت که وفور و عدم وفور استفاده از مکانیسم‌های دفاعی، احتمالاً نشان‌دهنده مشکلات روان‌شناختی بوده و هر دو حالت می‌تواند با مشکلات شخصیتی مرتبط باشد، در حالی که دفاع‌هایی که در سطح به‌نجار استفاده می‌شوند، افراد را در برابر استرس‌های بی‌مورد و زیاد محافظت می‌نمایند (کرامر، ۲۰۰۳).

مبتنی بر آنچه عنوان شد می‌توان بیان داشت که افزایش جراحی و استفاده از روش‌های زیبایی که موجب ثبت رکوردهای بی‌نظیر در جامعه ایرانی شده است، ضرورت بررسی نقش عوامل زمینه‌ساز و آشکارکننده این پدیده را به روشنی نشان می‌دهد؛ از این‌رو، همان‌طور که در شکل (۱) نشان داده شده است، هدف پژوهش حاضر این است که نقش ویژگی‌های شخصیتی روان‌رنجوری، انعطاف‌پذیری و دلپذیر بودن به‌طور مستقیم و نیز از طریق متغیرهایی چون تصویر بدنی منفی و مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک به‌عنوان عوامل واسطه‌ای در تمایل به انجام جراحی‌های زیبایی مورد بررسی قرار گیرد.



شکل (۱) مدل فرضی روابط مستقیم و با واسطه صفات شخصیتی و جراحی زیبایی

روش

این پژوهش مبتنی بر اهداف، بنیادی، با توجه به روش جمع‌آوری داده‌ها از نوع توصیفی و با توجه به طرح پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد داوطلب جراحی زیبایی بود که به مراکز و کلینیک‌های پوست و زیبایی شهرستان یزد در سال ۹۵-۱۳۹۴ مراجعه کرده بودند. قابل ذکر است که کلینیک‌های زیبایی شامل جراحی‌های بینی، سینه، شکم، پوست، مو، گوش و جراحی پلاستیکی چهره است. با روش نمونه‌گیری در دسترس از ۲۰۰ نفر از افرادی که برای انجام جراحی زیبایی به کلینیک‌های پوست و زیبایی شهرستان یزد مراجعه نموده بودند، درخواست شد تا به صورت داوطلبانه در این پژوهش شرکت کنند.

ابزار

مقیاس پذیرش جراحی زیبایی^۱ (ACSS-15): این پرسشنامه یک مقیاس ۱۵ گویه‌ای است که توسط هندرسون کینگ^۲ و هندرسون کینگ (۲۰۰۵) ساخته شد و جنبه‌های مختلف نگرش فرد درمورد جراحی زیبایی را اندازه می‌گیرد و پاسخ‌ها بر اساس یک طیف ۶ نمره‌ای (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۶) درجه‌بندی می‌شود. این پرسشنامه دارای ۳ بُعد است شامل: ۱- بُعد میان‌فردی^۳ (۵ سوال بیانگر نگرش‌ها در رابطه با مزایای جراحی زیبایی)، ۲- بُعد اجتماعی^۴ (۵ سوال برای سنجش انگیزه‌های اجتماعی جراحی زیبایی) و ۳- بُعد توجه^۵ (۵ سوال بیانگر احتمال اینکه یک فرد به جراحی زیبایی توجه کند). پژوهش‌های قبلی در رابطه با مقیاس پذیرش جراحی زیبایی، حاکی از ثبات درونی بالا و پایایی آزمون-بازآزمون خوبی بعد از ۳ هفته است. هم‌چنین اعتبار افتراقی و همگرایی این آزمون در سطح خوبی گزارش شده است (هندرسون کینگ و هندرسون کینگ، ۲۰۰۵). آلفای کرونباخ در پژوهش (فرشیدفر و همکاران، ۲۰۱۳) برای خرده‌مقیاس‌های میان‌فردی ۰/۸، اجتماعی ۰/۷۸ و توجه ۰/۷۴ به‌دست آمد که نشانه اعتبارسوالات این خرده‌مقیاس‌هاست.

پرسشنامه پنج‌عاملی شخصیت^۶ (NEO): {هر خرده‌مقیاس شامل ۱۲ سوال}: برای سنجش

1- Acceptance of Cosmetic Surgery Scale (ACSS)
3- Intrapersonal
5- Consider

2- Henderson-King
4- Social
6- NEO- Personality Inventory- Revised (NEO-PI-R)

ویژگی‌های شخصیتی مورد نظر در این پژوهش، از پرسشنامه ۵ عاملی شخصیت نئو (NEO-FFI) که شامل ۶۰ سؤال است، استفاده خواهد شد. این پرسشنامه بر اساس تحلیل عاملی نمرات NEO° PI که در سال ۱۹۸۶ اجرا شده بود، به دست آمده است و ۵ بُعد عمده شخصیت را اندازه می‌گیرد، که عبارتند از آزرده‌خویی یا نوروئیزم (بُعد N)، درون‌گرایی - برون‌گرایی (بُعد E)، پذیرابودن یا انعطاف‌پذیری (بُعد O)، دلپذیربودن (بُعد A) و مسئولیت‌پذیری (بُعد C) و ترتیب سؤالات آن به صورت زیر می‌باشد (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۵)؛ لازم به ذکر است که در این پژوهش فقط از سؤالات مربوط به خرده‌مقیاس‌های روان‌آزرده‌خویی، دلپذیری و انعطاف‌پذیری استفاده خواهد شد. برای هر عبارت پرسشنامه یک مقیاس درجه‌بندی پنج رتبه‌ای وجود دارد که دارای ارزش ۰ تا ۴ است. برای برخی از جمله‌ها این نمره‌گذاری از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم به ترتیب ۰ تا ۴ تعلق می‌گیرد و برای برخی دیگر برعکس. نمرات مقیاس با جمع بستن ۱۲ آیتم برای هر بُعد به دست می‌آید (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۵). در خصوص پایایی عوامل، نتایج چندین مطالعه حاکی از آن است زیرمقیاس‌های این آزمون، همسانی درونی خوبی دارند. به عنوان مثال، هلدن^۱ (۱۹۹۲)، ضریب آلفای این ۵ عامل را در دامنه ۰/۷۶ (برای انعطاف‌پذیری) تا ۰/۸۷ (برای نوروئیزم) گزارش می‌کند. پژوهش دیگری بیانگر همسانی درونی مناسب (بالای ۰/۷۰) ۵ عامل است. نتایج مطالعه مورادیان و نزلک^۲ (۱۹۹۵)، نیز حاکی از آن است که آلفای کرونباخ آزرده‌خویی، برون‌گرایی، پذیرابودن، دلپذیربودن و مسئولیت‌پذیری به ترتیب عبارت است از: ۰/۸۴، ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۵ و ۰/۸۳ (به نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۹۵). پژوهش‌هایی نیز در ایران جهت تعیین روایی و پایایی این پرسشنامه انجام شده است که از میان آنها می‌توان به تحقیق دکتر چسلی و همکاران (۱۳۸۵) اشاره کرد. نتایج این مطالعه نشان داد که تنها عوامل آزرده‌خویی و مسئولیت‌پذیری در تمام آزمودنی‌ها، ثبات درونی قابل قبولی دارند (بزرگ‌تر از ۰/۷۰) که البته آلفای کرونباخ عوامل برون‌گرایی و دلپذیربودن نیز، از سطح توصیه شده برای مقایسه‌های گروهی بالاتر است (بزرگتر از ۰/۵۰). هم‌چنین در تحقیقی ضریب اعتبار آزمون - آزمون مجدد در فاصله ۳۷ روز به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۸، ۰/۷۳، ۰/۷۹ و ۰/۸۵ برای آزرده‌خویی، برون‌گرایی، پذیرابودن، دلپذیربودن و مسئولیت‌پذیری گزارش شده

1- Holden

2- Mooradian & Nezlec

است. آلفای کرونباخ نیز برای آزرده‌خویی $0/86$ ، برون‌گرایی $0/83$ ، پذیرابودن $0/74$ ، دلپذیربودن $0/76$ ، مسئولیت‌پذیری $0/87$ و آلفای کل برابر $0/83$ به‌دست آمده است (ملازاده، 1381 ، به نقل از فتحی آشتیانی، 1395).

پرسشنامه باورها در مورد ظاهر^۱ (BAAS- 20): این مقیاس توسط اسپانگلر و استیس^۲ (2001) ساخته شده است و دارای 20 گویه شامل نگرش‌های منفی در مورد ظاهر بدنی است که به‌طور مکرر به‌وسیله بیماران که از اختلالات خوردن رنج می‌برند گزارش شده است. مقیاس باورها در مورد ظاهر یک ابزار خودگزارش‌دهی است و میزان موافقت افکار در مورد ظاهر بدنی شامل: روابط میان فردی، پیشرفت، تصور از خود و احساسات را می‌سنجد. میزان توافق هر یک از مقوله‌ها بر اساس مقیاس لیکرت دامنه‌ای از نمرات از 0 تا 4 (هرگز تا همیشه) درجه‌بندی می‌شود. همسانی درونی گویه‌های مقیاس از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش اسپانگلر و استیس (2001) در سه نمونه بررسی به‌ترتیب $0/94 =$ ، $0/95 =$ و $0/96 =$ بود و در پژوهش محمدپناه اردکان و یوسفی (1390)، $0/86 =$ به‌دست آمد (به نقل از محمدپناه اردکان و یوسفی، 1390).

پرسشنامه سبک‌های دفاعی^۳ (DSQ): {نوروتیک: ۸ سوال}; پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ) بر اساس الگوی سلسله‌مراتبی دفاع‌ها ساخته شده است. DSQ نخستین بار توسط باند و همکارانش (1983) تدوین گردید. بعد از بارها تجدیدنظر آندروز و همکاران (1993) نسخه جدید دیگری به نام $DSQ-40$ را تدوین کردند که شامل 40 سؤال بود و 20 مکانیسم دفاعی را در سه سطح رشدیافته، روان‌آزرده و رشدنا یافته مورد ارزیابی قرار می‌داد (سینها و واتسون^۴، 2004).

مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته عبارتند از: والایش، پیشاپیش‌نگری، شوخ‌طبعی و فرونشانی.

مکانیسم‌های دفاعی رشدنا یافته عبارتند از: دلیل‌تراشی، فرافکنی، انکار، همه‌کار‌توانی،

1- Beliefs About Appearance scale (BAAS)
3- Defense Styles Questionnaire (DSQ)

2- Spangler & Stice
4- Sinha & Watson

نارزنده‌سازی، گذاربه‌عمل، بدنی‌سازی، خیال‌پردازی اوتیستیک، لایه‌سازی، پرخاشگری منفعلانه، جابه‌جایی، مجزاسازی.

مکانیسم‌های دفاعی روان‌آزرده عبارتند از: دیگ‌ردوستی کاذب، تشکل واکنشی، عقلانی‌سازی، ابطال.

مقیاس نمره‌گذاری به‌صورت لیکرت می‌باشد که فرد به هر سؤال میزان موافقت خود را در یک مقیاس ۹ درجه‌ای اعلام می‌کند. فرد در هر یک از مکانیسم‌های دفاعی نمره‌ای بین ۲ تا ۱۸ به‌دست می‌آورد، در هر کدام از مکانیسم‌های دفاعی که نمره فرد از ۱۰ بیشتر می‌شود به معنی استفاده فرد از آن مکانیسم است و در سبک‌های کلی میانگین نمرات فرد در هر سبک مشخص شده و با نمره میانگین فرد در سبک‌های دیگر مقایسه می‌شود. فرد دارای سبک دفاعی است که بیشترین میانگین را داشته باشد (فتحی‌آشتیانی، ۱۳۹۵).

پرسشنامه سبک‌های دفاعی در کشورهایی چون ژاپن، فرانسه، برزیل، پرتقال و ایران مورد ارزیابی قرار گرفته است. نتایج مطالعات در ژاپن نشان داد که این ابزار دارای روایی همزمان با پرسشنامه شخصیت مادللی^۱ (MPI) است و با وجود آنکه تردیدهایی در ساختار به‌نقل از فتحی‌آشتیانی، ۱۳۹۵). در فرانسه، برزیل و پرتقال نیز مشخص شد نسخه فرانسوی و برزیلی^۲ پرتقالی DSQ^{۴۰} ترکیب روان‌سنجی مشابهی با مقیاس اصلی دارد و این پرسشنامه ابزار مفید و سودمندی بشمار رفته و از روایی و اعتبار مطلوبی برخوردار است. (بونساک، دسپلند و اسپگ‌نولی^۲، ۱۹۹۸ به نقل از فتحی‌آشتیانی، ۱۳۹۵). پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ-40) در ایران نیز توسط حیدری‌نسب (۱۳۸۵) مورد بررسی و هنجاریابی قرار گرفت. بنابر یافته‌های مربوط به روایی، مشخص شد پرسشنامه همانند نسخه اصلی از روایی مطلوبی برخوردار است. هم‌چنین در پژوهشی، ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از سبک‌های رشدیافته، رشدنا یافته و روان‌آزرده به‌ترتیب برابر ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ و ضریب اعتبار بازآزمایی را با فاصله ۴ هفته ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. بر اساس این یافته، مشخص شد پرسشنامه سبک‌های دفاعی در گروه‌های مورد مطالعه از اعتبار مناسبی

1- Maudsley Personality Inventory (MPI)

2- Bonsack, Despland & Spagnoli

مناسبی برخوردار است (به نقل از فتحی‌آشتیانی، ۱۳۹۵). در این پژوهش فقط از سوالات مربوط به سبک دفاعی روان‌آزرده استفاده می‌شود (۱،۷،۲۱،۲۴،۲۸،۳۲،۳۹،۴۰).

یافته‌ها

روش‌های آماری مورد استفاده در این پژوهش به دو بخش داده‌های توصیفی و تجزیه تحلیل استنباطی یافته‌ها تقسیم‌بندی می‌شوند. در بخش توصیفی متغیرهای برگرفته از تحلیل عامل با نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۱، مورد بررسی توصیفی و سپس با استفاده از نرم‌افزار لیزرل و با ادغام دو مدل تحلیل عوامل تأییدی و تحلیل توابع ساختاری، روابط علت و معلولی بین سازه‌ها مورد تجزیه و تحلیل استنباطی قرار گرفت. مدلیابی توابع ساختاری، الگویی قوی برای محک زدن نظریه‌ها می‌باشد که در دو مرحله انجام می‌گیرد. مرحله اول مدل اندازه‌گیری یا تحلیل عوامل تأییدی مشخص می‌کند که چگونه متغیرهای نهفته در قالب تعداد بیشتری متغیرهای قابل مشاهده اندازه‌گیری می‌شوند. در مرحله دوم یا قسمت تابع ساختاری روابط عملی بین متغیرهای نهفته مشخص می‌گردد.

در راستای توصیف داده‌ها از شاخص‌های پراکندگی و مرکزی به‌ویژه میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد که در جدول (۱) ارایه شده است:

جدول (۱) شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرها

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	آزمودنی
تمایل به جراحی زیبایی	۵۸/۰۲	۱۸/۷۸	۲۰۰
نوروتیزیسیم	۳۴/۳۲	۶/۸۳	۲۰۰
گشودگی به تجربه	۳۸/۶۱	۴/۲۵	۲۰۰
توافق‌پذیری	۴۲/۸۸	۵/۷۰	۲۰۰
تصویر بدنی منفی	۶۱/۴۸	۱۴/۸۰	۲۰۰
مکانیسم دفاعی نوروتیک	۴۷/۶۹	۱۰/۴۲	۲۰۰

مندرجات جدول (۱) نشان می‌دهد که:

- (۱) پراکندگی تمایل به جراحی زیبایی با توجه به هنجار ابزار مورد استفاده در حد متوسط به بالا است.
- (۲) پراکندگی نوروتیزیسیم، گشودگی به تجربه و توافق‌پذیری در حد متوسط است.
- (۳) پراکندگی تصویر بدنی منفی و مکانیسم دفاعی نوروتیک در حد متوسط به بالا است.
- این بررسی بر روی ۶ متغیر که در تحلیل مسیر مورد استفاده قرار گرفت، انجام شد. روش اجرای کار به این ترتیب بود که برای آزمون تطابق هریک از متغیرهای نام‌برده، آزمون فوق به کار رفت. ماتریس همبستگی متغیرهای مورد پژوهش به شرح جدول (۲) به دست آمده است.

مندرجات جدول (۲) نشان می‌دهد که رابطه نوروتیزیسیم، گشودگی به تجربه، تصویر بدنی منفی و مکانیسم دفاعی نوروتیک با تمایل به جراحی زیبایی مثبت و از نظر آماری معنی‌دار است ($p < 0/05$). رابطه دلپذیری و تمایل به جراحی زیبایی، منفی و از نظر آماری معنی‌دار است ($p < 0/05$). رابطه نوروتیزیسیم با تصویر بدنی منفی، مثبت و از نظر آماری معنی‌دار است ($p < 0/05$). رابطه گشودگی به تجربه و دلپذیری با تصویر بدنی منفی، از نظر آماری معنی‌دار و معکوس است ($p < 0/05$). رابطه نوروتیزیسیم با مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک از نظر آماری معنی‌دار است ($p < 0/05$). رابطه گشودگی به تجربه و دلپذیری با مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک، منفی و از نظر آماری معنی‌دار است ($p < 0/05$).

جدول (۲) ماتریس همبستگی متغیرهای مؤثر بر تمایل به جراحی زیبایی

متغیر	تمایل به جراحی زیبایی	نوروتیزیسیم	گشودگی به تجربه	دلپذیری	تصویر بدنی منفی	مکانیسم دفاعی نوروتیک
تمایل به جراحی زیبایی	۱					
نوروتیزیسیم	**۰/۵۱	۱				
گشودگی به تجربه	**۰/۴۲	*۰/۱۲	۱			
دلپذیری	**۰/۳۱	**۰/۳۶	*۰/۱۳	۱		
تصویر بدنی منفی	**۰/۳۲	**۰/۴۱	**۰/۳۷	**۰/۳۹	۱	
مکانیسم دفاعی نوروتیک	**۰/۲۸	**۰/۳۵	**۰/۳۰	**۰/۴۱	۰/۰۶	۱

مدل مسیر نهایی بر حسب ضرایب استاندارد شده به شرح زیر است، برازش مدل مذکور براساس شاخص‌های کای اسکوئر (خی‌دو)^۱، ارزش احتمال^۲، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد^۳، نیکویی برازش^۴، نیکویی برازش اصلاح‌شده^۵، برازش تطبیقی^۶، شاخص برازش هنجار شده^۷، شاخص برازش هنجار نشده^۸ و برازش افزایش^۹ که در جدول (۳) آمده است.

جدول (۳) شاخص‌های برازش مدل نهایی تمایل به جراحی زیبایی

نتیجه	دامنه مورد قبول	مقدار	شاخص
برازش مدل	-	۴۶۳۰	X ²
برازش مدل	-	۲۴۰۶	df
برازش مدل	<۶	۱/۹۲	X ² /df
برازش مدل	<۰/۰۵	۰/۰۰	P.value
برازش مدل	<۰/۰۹	۰/۰۶	RMSEA
برازش نسبی مدل	>۰/۸	۰/۶۸	NFI
برازش مدل	>۰/۸	۰/۸۱	NNFI
برازش مدل	>۰/۸	۰/۸۲	CFI
برازش نسبی مدل	>۰/۸	۰/۶۰	GFI
برازش نسبی مدل	>۰/۸	۰/۶۰	AGFI
برازش مدل	>۰/۸	۰/۸۲	IFI

همان‌گونه که در جدول (۳) نشان داده شده است، شاخص‌های اندازه‌گیری برازش نسبی را نشان می‌دهند و مدل نهایی تمایل به جراحی زیبایی به طور نسبتاً مطلوبی برازش یافته است؛ با این تفاوت که تمام رابطه‌های مدل اولیه معنادار به دست نیامده است، از این رو تمامی روابط غیرمعنی‌دار از مدل حذف شدند تا مقادیر نهایی پارامترهای مدل مشخص شوند. مدل اصلاحی به شکل زیر می‌باشد.

1- Chi-square (X²)

3- Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

5- Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)

7- Normed Fit Index (NFI)

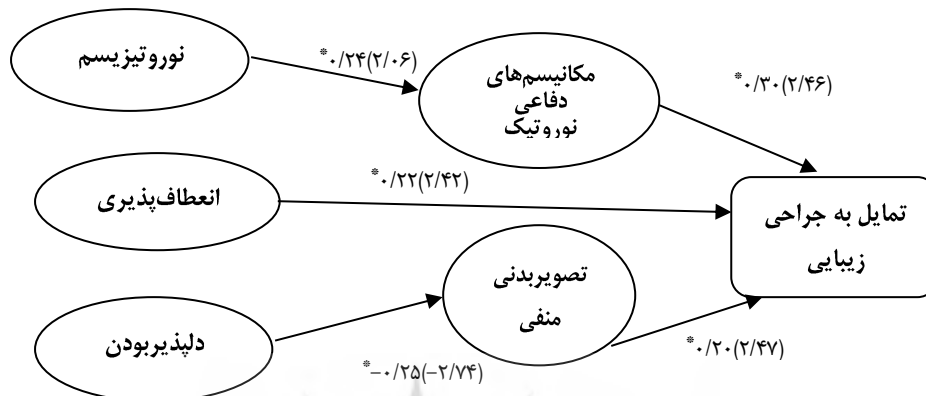
9- Incremental Fit Index (IFI)

2- p.value

4- Goodness of Fit Index (GFI)

6- Comparative Fit Index (CFI)

8- Non-Normed Fit Index (NNFI)



شکل (۲) مدل اصلاحی روابط مستقیم و با واسطه صفات شخصیتی و تمایل به جراحی زیبایی

شکل بالا الگوی ارتباط صفات شخصیت نوروتیزیسم (شامل ۱۱ سوال)، انعطاف‌پذیری (۶ سوال)، دلپذیر بودن (۱۲ سوال) و تمایل به جراحی زیبایی (۱۵ سوال) به واسطه عواملی چون مکانیسم‌های دفاعی نروتیک (۷ سوال) و تصویر بدنی منفی (۲۰ سوال) را نشان می‌دهد. براساس نتایج به دست آمده از مدل تجربی عوامل روان‌شناختی مؤثر در تمایل به جراحی زیبایی، می‌توان دریافت که صفت شخصیتی نوروتیزیسم به واسطه مکانیسم‌های دفاعی نروتیک در تمایل افراد به جراحی زیبایی مؤثر است، به طوری که هر چه ویژگی شخصیتی نوروتیزیسم در افراد بیشتر مشاهده شود استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نروتیک نیز به همان نسبت بیشتر است و این عامل زمینه جراحی زیبایی را فراهم می‌کند. به بیان دیگر، مکانیسم‌های دفاعی نروتیک به اندازه 0.30 ناشی از وجود صفات شخصیتی نوروتیزیسم و خود به اندازه 0.30 در تمایل به جراحی زیبایی نقش دارند. همچنین صفت شخصیتی انعطاف‌پذیری به طور مستقیم پیش‌بینی‌کننده تمایل به جراحی زیبایی 0.22 و صفت شخصیتی دلپذیر بودن به واسطه تصویر بدنی منفی علت این تمایل است. به عبارت دیگر، هر چه صفت شخصیتی انعطاف‌پذیری در افراد بیشتر باشد، تمایل به جراحی زیبایی بالاتر و هرچه افراد میزان کمتری از صفت شخصیتی دلپذیری را نشان دهند، تصویر منفی بیشتر و در نهایت تمایل بیشتری برای جراحی زیبایی دارند (دلپذیر بودن ۲۵ درصد از تغییرات تصویر بدنی منفی و تصویر بدنی منفی ۲۰ درصد از تغییرات تمایل به جراحی زیبایی

را تبیین می‌کند؛ و از آنجایی که مقدار «شاخص نیکویی برازش» این مدل $0/60$ می‌باشد می‌توان بیان کرد که این مدل برازش نسبتاً قابل قبولی با واقعیت دارد. علاوه بر آن، شاخص برازش تطبیقی و شاخص برازش افزایش ($0/82$) بالاتر از $0/80$ بوده و برازش مطلوب را نشان می‌دهد. همچنین، مقدار کای اسکوئر در سطح $0/00$ معنادار، نسبت X^2/df در حد مطلوب (کمتر از ۶) واقع شده و ریشه خطای میانگین مجزورات ($0/06$)، کمتر از $0/09$ بوده که جملگی معرف برازش مدل محقق است (شکل ۲).

بحث و نتیجه‌گیری

برای آزمون برازش مدل نظری تحقیق با تأکید بر شاخص‌های برازش می‌توان به برازش نسبی مدل تدوین شده از یک سو و داده‌های تجربی از سوی دیگر، تأکید داشت. بنابراین انطباق تقریباً مطلوبی بین مدل‌های به تصویر درآمده و یا مدل ساختاری شده با داده‌های تجربی فراهم گردیده است و با تأکید بر معادلات ساختاری، الگوی مناسبی در زمینه رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته طراحی گردیده و برازش مطلوب معرف الگویابی معادلات ساختاری است.

از زمان ظهور زیبایی به شکل مدرن آن، افراد به جراحی زیبایی نه تنها به عنوان شیوه‌ای برای ارتقای ظاهرشان بلکه به عنوان ابزاری برای توانمندسازی آنان برای کاهش یا حذف علایمی که به اعتقاد آنها، آنها را دیگری قرار می‌دهد در نظر گرفته می‌شود (دیویس^۱، ۲۰۰۳). اما عوامل روانشناختی گوناگونی با این تمایل ارتباط دارند که با توجه به یافته‌های بالا می‌توان به ویژگی‌های شخصیتی نوروتیزسم، انعطاف‌پذیری و دلپذیربودن، مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و تصویربندی منفی اشاره کرد. هر یک از صفات شخصیتی می‌تواند بر روی رفتار فرد در تعامل با دیگران اثر داشته باشد و حتی زمینه آسیب‌پذیری روانشناختی نسبت به اختلالات روانی یا انتخاب راهبردهایی خاص برای مقابله با مسائل و استرس‌های زندگی را فراهم آورد (بشارت، ۱۳۸۶). از این‌رو، درک و شناخت ویژگی‌های شخصیت اهمیت دارد. به طوری که افراد با نمرات بالا در شاخص‌های ویژگی شخصیتی نوروتیزسم از قبیل نگرانی،

1- Davis

شرم، احساس تنهایی، آسیب‌پذیری، خودپنداره و خودباوری ضعیف، برای جلب توجه دیگران، سعی می‌کنند تا انجام کارهایی مثل رژیم غذایی و یا ورزش ظاهری زیباتر داشته باشند (ژانگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۴ و اسمیت و مک‌کی، ۲۰۰۰)، ولی این ویژگی شخصیتی به تنهایی موجب گرایش به اعمال زیباسازی دردناک و پرهزینه همچون جراحی زیبایی نمی‌شود. ولی این افراد در سازش با استرس‌های روزمره احساس ناتوانی می‌کنند. پس در موقعیت‌های فوق‌العاده و استرس‌زا به طور اجباری به دیگران متوسل می‌شوند و یا ناامید و پریشان شده (فتحتی‌آشتیانی، ۱۳۹۵) و به استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نوروپیک روی می‌آورند؛ به عبارتی، افراد با نمره‌های بالا در این شاخص مستعد احساس حقارت هستند و از آن‌جا که جراحی‌های زیبایی، برای تغییر ظاهر افراد و افزایش خشنودی و بهبود اعتماد به نفس آن‌ها انجام می‌شود، جراحی زیبایی را می‌توان پیامد یک الگوی روان‌شناختی و شخصیتی معین دانست (مسعودزاده و همکاران، ۱۳۸۸). به عبارت دیگر، ویژگی شخصیتی نوروپیزم یا روان‌رنجوری به واسطه مکانیسم‌های دفاعی نوروپیک می‌تواند یکی از علل تمایل به جراحی زیبایی باشد.

افزون‌براین، در پژوهش حاضر نمرات پایینی در صفت شخصیتی دلپذیربودن در افراد داوطلب جراحی زیبایی همسو با یافته‌های پژوهشی محمدپناه اردکان و همکاران (۱۳۹۱)؛ ژانگ و همکاران (۲۰۱۴)؛ پارک و همکاران (۲۰۰۹)؛ سالوی و همکاران (۲۰۱۰)؛ هندرسون^۲ کینگ و هندرسون - کینگ (۲۰۰۵)؛ سوامی و همکاران (۲۰۰۹)؛ سارور (۲۰۰۷) و هاس و همکاران (۲۰۰۸) مشاهده شد. دلپذیربودن یکی از صفات درون - فردی است و نشان می‌دهد که افراد با یکدیگر و برای یکدیگر چه می‌کنند. ویژگی افراد با نمره پایین در این خرده‌مقیاس، بدگمانی، بی‌ثباتی و تأثیرپذیری است (پروین و جان، ۱۳۹۴). هم‌چنین این افراد نسبت به دیگران در جامعه به‌طور اعم، متوقع و منتقدند و سعی دارند تا خود را به گونه‌ای نشان دهند که مورد تأیید دیگران هستند. افراد با نمرات پایین در صفت شخصیتی دلپذیربودن، معمولاً از خود و ظاهر خود رضایت کافی ندارند و از افکار دیگران تأثیر زیادی می‌گیرند و در تلاشند تا خود را با نظرات دیگران سازگار نمایند، به طوری که وقتی بر ویژگی‌های خود متمرکز می‌شوند معمولاً یک تصویر منفی از خود در ذهن می‌سازند و سپس

1- Zhang

سپس برای اصلاح و بهبود آن تصویر منفی سعی در تغییر ویژگی‌های خود می‌نمایند (فتحی‌آشتیانی، ۱۳۹۵).

از طرفی دیگر عزت‌نفس این افراد معمولاً پایین‌تر از افراد عادی است و دوست نداشتن خود، می‌تواند در آن‌ها منجر به دوست نداشتن بدن خود نیز گردد. تصویر بدنی منفی نه تنها به نارضایتی از بدن مربوط است، بلکه به سرمایه‌گذاری افراطی رفتاری و شناختی فرد به ظاهر جسمی خود نیز ارتباط دارد (کش^۱، ۱۳۹۰). تصویر بدنی مفهوم پیچیده و چندبعدی است که دست کم شامل جنبه‌های ادراکی، عاطفی، شناختی و نیز جنبه رفتاری تجربه بدنی است. افراد داوطلب جراحی زیبایی به علت داشتن تصویربندی منفی و به علت اینکه خود را از نظر دیگران دلپذیر نمی‌دانند سعی دارند تا با انجام عمل جراحی پلاستیک بر این مشکل فائق آیند. به عبارت دیگر این افراد این گونه تصور می‌کنند که با جراحی زیبایی به احساس مثبتی از تصویربندی خود دست پیدا می‌کنند و این امر خود منجر به افزایش عزت‌نفس، رضایت روان‌شناختی، رضایت در روابط بین فردی و احساس ارزشمندی اجتماعی آنان می‌شود. از این رو، صفت شخصیتی دلپذیر بودن به صورت غیرمستقیم و به واسطه تصویربندی منفی یکی از علل تمایل به جراحی زیبایی به‌شمار می‌آید.

همچنین در یافته‌های پژوهشی بالا نمرات بالایی در صفت شخصیتی انعطاف‌پذیری و بازپذیری نسبت به تجربه همسو با نتایج پژوهش‌های ژانگ و همکاران، ۲۰۱۴؛ فینک و همکاران، ۲۰۰۵؛ والم و همکاران، ۲۰۰۶ مشاهده شد؛ به عبارتی این ویژگی شخصیتی به‌طور مستقیم و بدون هیچ واسطه‌ای در انتخاب جراحی زیبایی نقش دارد. افراد تجربه‌پذیر انسان‌هایی هستند که در باروری تجارب درونی و دنیای پیرامون کنجکاو بوده و زندگی آنها سرشار از تجربه است. این افراد طالب ارزش‌های غیرمتعارف و درک جنبه‌های نوین و احتمالاً نظرات غیرمعمول هستند. گشودگی به رفتار به شکل علاقه‌مندی به داشتن فعالیت‌های مختلف، رفتن به محل‌های جدید و حتی امتحان اعمال غیرمعمول و خطرآوری چون جراحی زیبایی نمایان می‌شود. افراد با نمره بالا در این ویژگی شخصیتی، تازگی و تنوع تنوع را به امور آشنا و معمول ترجیح می‌دهند و امور تازه می‌تواند شامل داشتن یک چهره و

یا اندام جدید پس از یک جراحی زیبایی باشد (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۵).

می‌توان به‌عنوان جمع‌بندی نهایی بیان کرد که جراحی زیبایی وسیله‌ای است برای یک احساس خود ایده‌آل و آرمانی که از طریق درد مطلوب نبودن یا دوست نداشتن خود رفع می‌گردد. استانداردهای کمال‌گرایانه فرد درمورد ظاهر، فشار متوقعانه‌ای است که در پشت تصویربندی منفی افراد قرار دارد و اگر افراد نتوانند به آن معیارهای ایده‌آل دست پیدا کنند، با استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نامطلوب به اصلاح و یا انتقاد خود می‌پردازند. البته تأثیر صفات و ویژگی‌های شخصیتی در سوق افراد به این موضوع خالی از توجه نیست. لازم به ذکر است که جراحی زیبایی یک عصای جادویی نیست، بلکه تسهیل‌گری است برای تغییر رابطه فرد با خودش. بی‌شک جراحی زیبایی می‌تواند کیفیت زندگی افرادی را که به خاطر بدریختی‌های مادرزادی یا تصادف، فرصت‌هایی را برای خوشبختی، شادمانی و بهره‌وری از زندگی، از دست داده‌اند، بهبود بخشد. اما در شرایطی که بدریختی ظاهری وجود ندارد- نظیر شل‌شدگی شکم، چروک‌های اطراف چشم یا بینی‌ای که خیلی قلمی و زیبا نیست، چگونه؟ تصمیم به عمل جراحی نباید هم‌چون تصمیم تکانشی برای عوض کردن مدل مو و آرایش مو به‌شيوه‌ای جدید باشد بلکه باید تصمیمی باشد عاقلانه، آگاهانه و توأم با کنکاش در مورد بررسی دقیق نکات مثبت و منفی عمل جراحی.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۶/۰۷/۱۰

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۶/۱۰/۱۵

تاریخ پذیرش مقاله:

۱۳۹۶/۱۱/۲۰

منابع

- اتکینسون، ریتا. ال؛ اتکینسون، ریچارد، اس؛ هیلگارد، ارنست، آر. (۲۰۰۹). *زمینه روانشناسی*، (ترجمه حسین رفیعی و محسن ارجمند، ۱۳۹۲)، تهران: انتشارات ارجمند.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). *شخصیت و سبک‌های مقابله با استرس، فصلنامه روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، ۷(۲): ۲۵-۴۹.
- بلالی، اسماعیل و جواد افشارکهن (۱۳۸۹). *زیبایی و پول: آرایش و جراحی، مطالعات راهبردی زنان*، ۱۲(۴۷): ۹۹-۱۴۰.
- حیدری چروده، مجید و مهدی کرمانی (۱۳۹۰). *رابطه باورهای زیباشناختی با تصویر ذهنی از بدن و نحوه مدیریت ظاهر در جوانان، مورد مطالعه: جوانان ۱۸ تا ۳۰ ساله ساکن شهر مشهد، مجله مطالعات اجتماعی ایران*، ۴(۱۲): ۱-۱۳.
- سادوک، بنجامین (۱۳۹۵). *خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک براساس DSM-5*، ترجمه مهدی گنجی، تهران: ساوالان.
- ساعتچی، محمود (۱۳۸۵). *روانشناسی کاربردی برای مدیران*، تهران: نشر ویرایش.
- حق‌شناس، حسن (۱۳۷۸). *هنجاریابی آزمون شخصیتی نئو، فرم تجدیدنظرشده، فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۴(۴): ۳۸-۴۷.
- فتحی‌آشتیانی، علی و محبوبه داستانی (۱۳۹۵). *آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*، تهران: بعثت.
- کارور، چاز اس و شی‌یر، مایکل اف. (۱۳۸۷). *نظریه‌های شخصیت*، ترجمه احمد رضوانی، مشهد: آستان قدس رضوی.
- کروس‌میر، کارولین (۱۳۸۷). *فمینیسم و زیبایی‌شناسی*، ترجمه افشنگ مقصودی، تهران: گل‌آذین.
- کش، توماس (۱۳۹۰). *راهنمای تن‌نگاره (روانشناسی تصویر بدن)*، ترجمه نیلوفر رایگان، تهران، نشر دانژه.
- محمدپناه اردکان، عذرا؛ باباپور، جلیل و رحیم یوسفی (۱۳۹۳). *بررسی روایی پرسشنامه نگرش‌های فرهنگی-اجتماعی در مورد ظاهر بدن با استفاده از تحلیل عاملی، مجله پوست و زیبایی*، ۵(۱): ۲۲-۳۲.
- محمدپناه اردکان، عذرا؛ یعقوبی، حسن و رحیم یوسفی (۱۳۹۱). *صفات شخصیت و سبک‌های دفاعی در افراد داوطلب جراحی زیبایی، مجله پوست و زیبایی*، ۳(۲): ۷۲-۸۲.

- محمدپناه اردکان، عذرا و رحیم یوسفی (۱۳۹۰). بررسی باورها در مورد ظاهر و احساس کهنتری در افراد داوطلب جراحی زیبایی، *مجله پوست و زیبایی*، ۲(۲): ۸۵-۹۷.
- مختاری، مریم (۱۳۹۰). تصور زنان از جسم خود و انتظارات مرتبط با آن، *مجله زن: حقوق و خانواده (تحقیقات زنان)*، ۵(۲): ۴۹-۷۷.
- مسعودزاده، عباس، و کارخانه یوسفی، مهتاب و عبدالکریم تیرگری (۱۳۸۸). مقایسه الگوهای شخصیتی و وضعیت سلامت عمومی متقاضیان جراحی زیبایی بینی و گروه شاهد، *دو ماهنامه دانشور پزشکی دانشگاه شاهد*، ۱۶ و ۸۲، ۵۸-۵۳.
- هنسن، جوزف؛ ایولین، رید و ماری آلیس، واترز. (۱۳۸۶). آرایش، مد و بهره‌کشی از زنان، *ترجمه افشنگ مقصودی*. تهران: گل‌آذین.
- Barahmand, U., Mozdsetan, N., Narimani, M. (2010). Body dysmorphic traits and personality disorder patterns in rhinoplasty seekers, *Asian Journal of Psychiatry*, 3: 194-199.
- Beall, J. (2007). *Globalization and Social Exclusion in Cities: Framing the Debate with Lessons from Africa and Asia*, LSE Development studies Institute, Working, 2- 27.
- Camron, M.A. (2004). *Importing "beauty culture" into Iran in the 1920s and 1930s: Mass Marketing individualism in the age of anti imperialism sacrifice*, comparative Studies of South Asia, Africa and Middle East, 24, 1.
- Cash, T.F. (2004). Body image: past, present, and future, *Body Image*, 1, 1-5.
- Costa, P.T., & Mc Care, R.R. (1992). Reply to Eysenck, *Personality and individual differences*. 13, 861-865.
- Cramer, P. (2003). Personality change in later adulthood is predicted by defense mechanism use in early adulthood, *Journal of Research in Personality*, 37, 76-104.
- Cramer, P., & Jones, C.J. (2007). Defense mechanisms predict diverential lifespan change in Self-control and Self-acceptance, *Journal of Research in Personality*, 41, 841-855.
- Davis, K. (2003). *Surgical Passing: Or Why Michael Jackson's Nose Makes us Uneasy*, Feminist Theory 4.

-
- Farshidfar, Z., Dastjerdi, R., Shahabizadeh, F. (2013). Acceptance of Cosmetic Surgery: *Body Image, Self Esteem and Conformity, Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 84, 238 – 242.
- Fink, B., Neave, N., Manning, J. T., & Grammer, K. (2005). Facial symmetry and the big-five personality factors, *Personality and Individual Differences*, 39, 523° 529.
- Grabe, S., Ward, L.M., Shibly Hyde, J. (2008). The role of the media in body image concern among women: A Meta-analysis of experimental and correlational studies, *Psychological Bulletin*, 134(3): 460-476.
- Haas, C.F., Champion, A., & Secor, D. (2008). Motivating factors for seeking cosmetic surgery: a synthesis of the literature, *Plast Surg Nurs*, 28(4): 177–82.
- Henderson-King, D., & Henderson-King, E. (2005). Acceptance of cosmetic surgery: Scaled development and validation. *Body Image*, 2(2): 137–149.
- Karina, W., Davidson, M.W., MacGregor, E.A., Johnson, E.Z., Woody, D., & William, F.C. (2004). The relation between defense use and adaptive behaviors, *Journal of Research in Personality*, 38: 105-129.
- Klepp, I.G. (2009). Does beauty come from within? Beauty and wellbeing in Norwegian spas; *Medische antropologie*, 21(1).
- Kvalem, I.L, Von-Soest, T., Roald, H.E., Skolleborg, K.C. (2006). The interplay of personality and negative comments about appearance in predicting body image, *Body Image*, 3: 263-73.
- Lemma, A. (2010). Copies without originals: the psychodynamics of cosmetic surgery, *Psychoanal Q.* 79(1): 129-57.
- Livingston, R.W. & Pearce, N.A. (2009). The teddybear effect: does having a baby face benefit black chief executive officers? *Psychol Sci*; 20:1229–36.
- Noor, F., & Evans, D.C. (2003). The effect of facial symmetry on perceptions of personality and attractiveness, *Journal of Research in Personality*, 37, 339–347.
- Park, L.E., Calogero, R.M., Harwin, M.J., & DiRaddo, A.M. (2009). Predicting interest in cosmetic surgery: Interactive effects of appearance-based rejection sensitivity and negative appearance comments, *Body Image*, 6: 186–193.
- Sarwer, D.B. (2007). The psychological aspects of cosmetic breast augmentation, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 120 (2007), 110-117.
-

- Sarwer, D.B., Cash, T.F., Magee, L., Williams, E.F., Thompson, J.K., Roehrig, M. (2005). Female college students and cosmetic surgery: An investigation of experiences, attitudes, and body image, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 115, 931–938.
- Sinha, B.K; Watson, D.C. (2004). Personality disorder clusters and the defense style questionnaire, *Psychology and psychotherapy*, 77: 55-66.
- Smith JE, Waldorf VA, Trembath DL. (1990). Single White male looking for thin, very attractive. *Sex Roles*, 23: 675–85.
- Smith, E.R., & Mackie, D.M. (2000). *Social psychology*, Philadelphia Psychology Press.
- Song, J. (2003). *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, and Atlanta, GA.
- Spangler DL, Stice E. Validation of the Beliefs about Appearance Scale, *Cognitive Therapy and Research* 2001; 25: 813-27.
- Swami, V., Charnorro-Premuzic, T., Bridges, S., & Furnham, A. (2009). Acceptance of cosmetic surgery: Personality and individual difference predictors, *Body Image*, 6, 7–13.
- Tsukiura, T., & Cabeza, R. (2011). Shared brain activity for aesthetic and moral judgments: implications for the Beauty-is-Good stereotype, *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 6, 138–148.
- Yan Zhang, Fanchang Kong, Yanli Zhong, Hui Kou. (2014). Personality manipulations: Do they modulate facial attractiveness, *Personality and Individual Differences*, 70: 80° 84.
- Zeigler-Hill, V., Chadha, S., & Osterman, L. (2008). Psychological defense and self-esteem instability: Is defense style associated with unstable self-esteem? *Journal of Research in Personality*, 42: 348-364.