

انگیزه‌های اقدام به جراحی‌های زیبایی در زنان متأهل: یک مطالعه‌ی کیفی

دکتر جواد خدادادی سنگده^۱
سولماز رنجی^۲
محسن رضایی آهوانویی^۳

۱. دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۲. دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۳. دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر جواد خدادادی سنگده

تهران، دهکده‌ی المپیک، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی
پست الکترونیک:

Javad.khodadadi7@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

زمینه و هدف: این مطالعه با هدف بررسی علل اقدام زنان متأهل به جراحی‌های زیبایی مورد بررسی قرار گرفت.

روش اجرا: مطالعه‌ی حاضر از نوع توصیفی و در حیطه‌ی پژوهش کیفی بود که با استفاده از روش داده بنیاد انجام شد. بدین منظور ۲۱ شرکت‌کننده به روش نمونه‌گیری هدفمند و با استفاده از مصاحبه‌ی عمیق در طول دوره‌ی ۶ ماهه مورد مطالعه قرار گرفتند. داده‌ها جمع‌آوری، ثبت و سپس کدگذاری و در قالب مقوله‌های اصلی، دسته‌بندی شدند.

یافته‌ها: تحلیل مصاحبه‌ی شرکت‌کنندگان به شناسایی ۴۱۶ کد اولیه، ۲۱ زیرمقوله و ۳ مقوله‌ی اصلی شامل زمینه‌های فردی، زناشویی - خانوادگی و فرهنگی - اجتماعی منجر شد.

نتیجه‌گیری: تمایل به جراحی زیبایی از طرفی متأثر از عوامل فردی همچون بدریخت‌انگاری، تصویر منفی فرد نسبت به خود و غیره بوده است. از طرفی متأثر از عوامل خانوادگی - زناشویی همچون ادراک تکراری شدن برای همسر، تحقیر از سوی همسر و خانواده و غیره بوده و از طرفی متأثر از عوامل اجتماعی - فرهنگی همچون نقش همسالان و دوستان و نقش مدل‌های رسانه‌ای و غیره بوده است بنابراین لزوم توجه به علل اقدام زنان به جراحی‌های زیبایی اهمیت اساسی دارد.

کلیدواژه‌ها: اقدام، زنان متأهل، جراحی زیبایی، مطالعه‌ی کیفی

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۲۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۲/۲۴

پوست و زیبایی؛ بهار ۱۳۹۹، دوره‌ی ۱۱ (۱): ۱۴-۲۷

مقدمه

جراحی زیبایی یکی از مسائل مهم در حوزه‌ی پزشکی - فرهنگی و در زمره‌ی موضوعات مورد بررسی در جامعه‌شناسی بدن است. مطالعات قبلی نشان داده است که جراحی زیبایی در جامعه ایران، طی سال‌های اخیر افزایش یافته است.^۱

سالانه ۱۶۰ میلیارد ریال صرف اعمال زیبایی می‌شود^۲.^۳ ایران همچنین رتبه‌ی اول را از نظر تعداد جراحی‌های زیبایی انجام‌شده در جهان دارد.^۴ این جراحی بیشتر برای از میان بردن ناخشنودی افراد از ظاهر خود و در پاره‌ای از موارد جهت افزایش عزت نفس انجام می‌شود.^۵ بدن افراد از تجربه‌های اجتماعی، به‌خصوص از هنجارها و ارزش‌های گروه‌هایی که به آن

تعلق دارند، تأثیر می‌پذیرد.^۶ یکی از جنبه‌های روان‌شناختی مورد بررسی در ارتباط با جراحی زیبایی، تصویر منفی فرد از خود است. ویژگی اصلی آن عبارت از اشتغال ذهنی فرد با نوعی نقص در ظاهر است که این نقص ممکن است خیالی باشد یا به نوعی ناهنجاری جسمی جزئی مرتبط باشد و دلواپسی بیمار در مورد آن افراطی و عذاب‌آور است. افراد برای بهبود تصویر ذهنی از ظاهر خود در جست‌وجوی تغییراتی، از طریق رژیم‌های غذایی، ورزش یا جراحی زیبایی هستند.^۷

دامنه‌ی تصویر ذهنی منفی و نگرانی از آن بسیار گسترده است و بیشتر، افراد جوان را درگیر می‌کند.^۸ بیشترین اشتغال ذهنی مربوط به پوست، مو، بینی،

است در جست‌وجوی تغییراتی در آن، از طریق رژیم‌های غذایی، ورزش یا جراحی‌های زیبایی برآیند.^۷ جراحی زیبایی اغلب با توصیفات منفی از ظاهر بدنی ارتباط دارد نه توصیفات مثبت از آن. پژوهش‌های موسوی‌زاده، شهرکی و هرمزی^{۱۸} نشان دادند که عوامل مؤثر در گرایش به جراحی زیبایی شامل نارضایتی از ظاهر، کسب ظاهر آرمانی و ایده‌آل، جنسیت، شریک عشقی و درآمد و سطح طبقه‌ی اجتماعی بالا است. افزون بر این در پژوهشی مشخص شد که یکی از بهترین عوامل برانگیزاننده برای جراحی زیبایی سطح تحصیلات می‌باشد نه سطح درآمد؛ به‌گونه‌ای که سطح تحصیلات افراد متقاضی جراحی زیبایی از میانگین سطح تحصیلات زنان ایرانی بسیار بالاتر بود و اغلب متقاضیان تحصیلات دانشگاهی داشتند.^{۱۹} هم‌چنین پذیرش جراحی زیبایی با رضایت از ظاهر بدنی رابطه‌ی منفی و با نگرش در مورد استفاده از آرایش، رابطه مثبت دارد. پذیرش جراحی زیبایی ممکن است با ترس از غیرجذاب بودن و غیرجذاب به‌نظررسیدن مرتبط باشد. افزون بر این، نگرش در مورد جراحی زیبایی در زنان و مردان، رابطه‌ی مثبتی با سن دارد.^{۲۰} بنابراین زنان به‌طور اجتماعی برای درگیرشدن در طرح‌های بدنی تشویق می‌شوند و از آنها انتظار می‌رود بدن‌های خود را دستکاری کنند.^{۲۱}

جسم و اندام آدمی یک کالبد ساکن و بی‌تغییر نیست و بیش از یک راه و شیوه برای نشان‌دادن عضویت و تعلق به یک گروه وجود دارد. این نوع نگرش‌ها هم‌چنین ما را متوجه می‌سازد که فرهنگ همواره در حال تحول است. آنچه یک روز زیبا و خارق‌العاده است روز دیگر نامطلوب تلقی می‌شود و روزی نیز باز جسته می‌شود. جهانی‌شدن تصورات و خیالات، باعث پدیدآمدن انواع و اقسام مدل‌های جسم و تن مستقر شده که ربطی به استانداردهای غربی ندارد.^{۲۲} اهمیت زیبایی و تجسم از اندام خود یعنی حالت ساختمانی بدن عامل بالقوه‌ای در پیشرفت

چشم‌ها، دهان، لب‌ها، فک و چانه است، اما اشتغال ذهنی ممکن است به‌طور هم‌زمان مربوط به چندین قسمت بدن باشد.^۹

تصویر بدنی برای اولین بار به‌وسیله شیلدر با چشم‌اندازی روان‌شناسانه، «تصویری از بدن‌مان که ما در ذهن شکل می‌دهیم و شیوه‌هایی که بدن برای‌مان آشکار می‌شود.» تعریف شده است.^{۱۰}

این اشتغال ذهنی باعث می‌شود که افراد، زمان و هزینه‌ی زیادی را صرف تغییر در ظاهر خود کنند.^{۱۱} ظاهر، بخش مهمی از هویت فرد است و در موقعیت‌های اجتماعی بلافاصله در برخورد با دیگران نمایان می‌شود، بنابراین اهمیت این سازه‌ی شخصیتی بسیار بارز است.^{۱۲} ظاهر فیزیکی، قسمت مهمی از تصویر بدنی است زیرا اولین منبع اطلاعاتی است که دیگران برای تعاملات اجتماعی با فرد از آن استفاده می‌کنند.^{۱۳} مفهوم فرد از بدن خویش بخش مهمی از خودپنداره‌ی او می‌باشد. بدن قابل مشاهده‌ترین قسمت فرد است.^{۱۴} تصویر بدنی، تجسم درونی ظاهر بیرونی فرد است که این بازنمایی، ابعاد جسمانی، ادراکی و نگرشی را دربرمی‌گیرد.^{۱۵} ابعاد اصلی این نگرش شامل مؤلفه‌های ارزیابی، سرمایه‌گذاری فرد در برخورد با طرح داده‌های ظاهر و عواطف است که اهمیت ظاهری درونی‌سازی‌شده را نمایان می‌سازد.^{۱۶}

براساس نظریه‌ی شناخت - رفتاری، میزان درجه‌ی ارزیابی افراد از ظاهر خود بستگی به طرح داده‌های‌شان در رابطه با ظاهر دارد.^{۱۶}

طرح داده‌های مربوط به تصویر بدنی، به‌عنوان الگوهای شناختی برای ارزیابی ظاهر فرد و هیجانات مربوط به تصور از بدن به‌کار می‌رود. تصویر بدن بیشتر متأثر از ذهن افراد است و عزت نفس نقش عمده‌ای در ایجاد آن ایفا می‌کند، به‌طوری‌که افراد با تصویر بدنی منفی معمولاً از عزت نفس پایین و احساس کهنتری بالایی را نشان می‌دهند^{۱۷} و در صورتی که افراد تصویر بدنی منفی داشته باشند، برای بهترکردن آن ممکن

آن است که عوامل اجتماعی، فرهنگی، خانوادگی و فردی مؤثر در گرایش افراد به اعمال زیبایی بررسی شود. با توجه به روزافزون شدن این پدیده و نبودن موضوع بر آنیم که به این علل دست یابیم.

روش اجرا

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و از لحاظ روش کیفی بود. مطالعه‌ی کیفی، بر تأکید بر روند درک عمیق از معانی، تفاسیر و رفتارها دلالت می‌کند. پژوهشگران کیفی با مطالعه‌ی پدیده‌ها در جایگاه طبیعی‌شان تلاش می‌کنند آن‌ها را از خلال معنایی که مردم استفاده می‌کنند، تفسیر کنند.^{۲۳} مطالعه‌ی حاضر از بین روش‌های کیفی به روش داده‌بنیاد (grounded theory) انجام شد. روش داده‌بنیاد، اولین بار توسط گلسر و استراوس در سال ۱۹۶۰ میلادی مطرح شد.^{۲۴} زمانی از این روش پژوهشی استفاده می‌شود که نیازمند تبیین کلی از یک موضوع است. در این روش داده‌ها در چندین مرحله جمع‌آوری می‌شوند و شاید نیاز باشد پژوهشگران چندین بار به شرکت‌کنندگان مراجعه کنند. پژوهشگری که تصمیم به پژوهش به شیوه‌ی نظریه‌پردازی داده‌بنیاد دارد باید توانایی برگشت به عقب، تجزیه و تحلیل منتقدانه و توانایی تشخیص سوء‌گرای را داشته و لازم است انعطاف‌پذیر باشد. حساسیت به کلمه‌ها و اعمال شرکت‌کنندگان در پژوهش را داشته‌باشد.^{۲۵}

داده‌های پژوهش از طریق مصاحبه‌ی عمیق ساخت‌نیافته، به‌دست آمد. مصاحبه‌ی عمیق شامل مصاحبه‌ی باز و هدایت آن است که پاسخ‌دهندگان مسائل چشمگیری را بیان می‌کنند. در حالی که پژوهشگر در مورد موضوع بیشتر یاد می‌گیرد و دانش بیشتری به‌دست می‌آورد. به عبارت دیگر هر مصاحبه با اضافه‌شدن به مصاحبه‌های قبلی به گسترده‌شدن معلوم‌ها و دانش می‌انجامد. محصول نهایی یک مدل عمیق از واقعیت موجود است.^{۲۴} این روش به افراد

عاطفی و فرهنگی محسوب می‌شود. پل شیلدر در کتاب تصویر و نمای بدن انسان آورده است که «اهمیت زیبایی و زشتی در زندگی انسان بسیار زیاد است. زیبایی یا زشتی ما نه تنها در تصویر ما از خودمان تأثیر دارد بلکه در تصویر دیگران از ما نیز تأثیر می‌گذارد. تجسم از اندام، معلول زندگی اجتماعی است. زیبایی و زشتی پدیده‌های فردی نیستند، بلکه پدیده‌های اجتماعی‌اند و منتهای اهمیت را دارند». زیبایی چهره‌ی انسان نه یک موضوع انتزاعی و نه یک مفهوم مطلق است، بلکه معیارهای آن از نظر فرهنگ‌های قومی متفاوت است و سلیقه فردی محسوب می‌شود. این حالت به عوامل گوناگونی ارتباط دارد که براساس «تجسم از بدن» و ارزش‌های فرهنگی به‌ویژه طی سالیان طولانی به‌صورت بخشی از ضمیر ناخودآگاه درمی‌آیند. در فرهنگ یک قوم، زیبایی به معنی نزدیک‌شدن به آنچه هنجار به حساب می‌آید است و جراحان این هنجار را طبق نسبت‌های ریاضی در انسان تحقق می‌بخشند.^۷

امروزه بسیاری از انسان‌ها در کشورهای گوناگون خودشان را به تیغ جراحی می‌سپارند تا نقص یا زشتی‌های ظاهری چهره‌شان یا اندام‌شان را که مادرزادی است یا بر اثر حوادثی مانند آتش‌سوزی یا تصادف‌های رانندگی به وجود آمده است، رفع کنند.^{۱۱} گرایش به زیبایی یک گرایش کاملاً طبیعی و مشترک بین تمامی انسان‌ها و در تمامی جوامع توسعه‌یافته و نیافته است که کسی توان انکار آن را ندارد، گرایش آن‌چنان قدرتمند و درونی که به قول میلدن کوندر (Milden Kondra) انسان همیشه و در همه حال حتی در لحظه عمیق‌ترین پریشانی‌ها، زندگی‌اش را طبق قوانین زیبایی می‌سازد و این انسان دوست دارد که زیبایی را به مسابقه بگذارد و این مسابقه‌ی زیبایی در جامعه‌ی ما شایع و رایج شده است و روزبه‌روز در حال گسترش است. در این پژوهش که عنوان آن علل گرایش به جراحی زیبایی است سعی بر

برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند و در دسترس با مراجعه به زنانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، استفاده شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از (۱) حداکثر یک سال از عمل جراحی زیبایی گذشته باشد، (۲) عمل صرفاً جهت زیبایی انجام شده باشد نه ترمیمی یا پزشکی، (۳) تأهل و (۴) رضایت داشتن برای انجام مصاحبه. معیار خروج نیز شامل مواردی بودند که فاقد هر یک از شرایط ورود به پژوهش بودند. روش نمونه‌گیری هدفمند به معنای انتخاب هدفدار نمونه‌های پژوهش جهت دسترسی به اطلاعات موردنظر در زمینه‌ی خاص است که امکان حداکثری درباره‌ی پاسخ سؤالات موردنظر را فراهم می‌سازند.^{۲۹} در این روش، نمونه‌ی انتخاب‌شده، نماینده‌ی آماری نیست و شانس انتخاب شدن برای هر فرد ناشناخته است. در مقابل، داشتن ملاک‌ها و ویژگی‌های جامعه‌ی آماری، پایه و اساس انتخاب نمونه است.^{۳۰}

فرایند گزینش نمونه‌ها تا هنگامی ادامه پیدا کرد که در جریان کسب اطلاعات هیچ داده‌ی جدیدی پدیدار نشد. به عبارتی جمع‌آوری داده‌ها تا حصول اشباع داده‌ها ادامه یافت که به ۱۸ مصاحبه رسید. جهت اطمینان بیشتر از اشباع، ۳ مصاحبه‌ی دیگر نیز انجام شد که در پایان تعداد نمونه در پژوهش به ۲۱ شرکت‌کننده رسید. منظور از اشباع در نظریه‌ی داده‌بنیاد حالتی است که پژوهشگر در آن به‌طور ذهنی به این مفاهیم می‌رسد که داده‌های جدید، اطلاع‌های جدید یا شناخت بیشتری به دست نمی‌دهد.^{۲۸} عموماً پژوهش‌های کیفی با حجم نمونه‌ی کمتر از ۳۰ نفر انجام می‌شوند و استفاده از حجم نمونه‌ی بالاتر می‌تواند عمق بررسی را کاهش دهد.^{۲۳}

ابزار اصلی این پژوهش، مصاحبه (interview) بود. ماهیت اکتشافی پژوهش انعطاف‌پذیری بالای پژوهشگر را جهت کاوش موضوع‌های تازه، غیرمنتظره و مبهم می‌طلبد، بر این اساس از روش مصاحبه‌ی عمیق

مصاحبه‌شونده اجازه می‌دهد تا با آزادی و انعطاف بیشتر افکار، احساس‌ها، تجربه‌ها، نگرش‌ها و محرمانه‌ترین اطلاعات زندگی خود را به محقق منعکس کنند. مصاحبه، قسمتی از فرآیند تحقیق است و خود، به‌تنهایی تحقیق محسوب نمی‌شود. حین تحقیق نیاز است مصاحبه با برانگیختن انگیزه‌ی پاسخ‌دهنده جهت پاسخگویی هدایت شود و سؤال‌ها باید با کلماتی باشند که مصاحبه‌گر آن‌ها را به راحتی درک کند و جهت‌گیری خاصی در سؤال نباشد. سپس پاسخ‌ها ثبت شود که در این تحقیق از ضبط صدا استفاده شد و پس از تهیه و نظم‌دهی، کدهای عددی و در نهایت کدگذاری پاسخ‌های مصاحبه‌انجام شد.^{۲۶} برای ارزشیابی یافته‌های کیفی، متن مصاحبه‌ها به‌صورت تصادفی به تعدادی از نمونه‌ها داده شد تا مشخص شود، تفسیر نتایج، مشابه بیان‌های آن‌ها است برای افزایش قابلیت تأیید موارد متضاد و منفی واریسی شد.^{۲۷}

جامعه‌ی آماری پژوهش عبارت بود از تمامی زنان متأهل اقدام‌کننده به جراحی‌های زیبایی (اعم از جراحی زیبایی بینی، گونه، لب، گردن و ...) شهر کرج در بازه‌ی زمانی ۹۶-۱۳۹۵. نمونه‌گیری در مطالعات کیفی، باید به‌گونه‌ای باشد که شامل دسترسی به تجربه‌های وسیعی شود. در این روش، برخلاف مطالعات کمی، تعداد نمونه را نمی‌توان قبل از شروع مطالعه محاسبه کرد. فرآیند گزینش نمونه‌ها و جمع‌آوری داده‌ها تا حصول اشباع نظری (theoretical saturation) ادامه می‌یابد. لازم به ذکر است استفاده از حجم نمونه‌ی گسترده می‌تواند عمق بررسی را کاهش دهد.^{۲۸} در نظریه‌پردازی داده‌بنیاد نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند (purposive sampling) صورت می‌گیرد. در ابتدای پژوهش نمونه‌گیری باز (open sampling) است به دلیل اینکه هنوز مفاهیم (concepts) خاصی شکل نگرفته‌اند. پژوهشگر می‌تواند از هر شخص / مکان / زمانی که بتوان از آن‌ها داده‌های مناسب به‌دست آورد، نمونه‌ی خود را انتخاب کند.

کفایت و اشباع داده‌ها را فراهم کند.

یافته‌ها

نمونه‌ی مورد مطالعه شامل ۲۱ شرکت‌کننده از زنان متأهل اقدام‌کننده به جراحی‌های زیبایی در سال ۱۳۹۶ شهر کرج بود. دامنه‌ی جراحی شامل انجام کلیه‌ی جراحی‌های زیبایی بدون ضرورت پزشکی و ترمیم جراحی از جمله بینی، پلک، ابرو، گونه، پیشانی، گردن، پهلو، باسن و اشکال مختلف پیکرتراشی صرفاً به‌منظور زیبایی بدن بوده است. دامنه‌ی سنی شرکت‌کنندگان از ۲۳-۵۸ سال بود. میانگین و انحراف معیار سنی آن‌ها به ترتیب ۳۴ و ۵ به‌دست آمد. جهت دسترسی به نمونه غنی و معرف، دامنه‌ی تحصیلی شرکت‌کنندگان از کارشناسی ارشد تا کمتر از دیپلم متغیر بود. وضعیت شغلی آنان نیز هر دو دسته خانه‌دار و شاغل را شامل شد. سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی در جدول ۱ آمده است.

پس از حصول اشباع نظری داده‌ها در فرایند ۱۸ مصاحبه، جهت اطمینان بیشتر ۳ مصاحبه‌ی تکمیلی

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

(n=۲۱)

| متغیر | تعداد |
|---------------|--------------------|
| وضعیت شغلی | خانه‌دار ۹ |
| | شاغل ۱۱ |
| تحصیلات | دیپلم و پایین‌تر ۶ |
| | فوق دیپلم ۴ |
| | لیسانس ۹ |
| درآمد خانواده | فوق لیسانس ۲ |
| | عالی ۷ |
| | خوب ۸ |
| | متوسط ۴ |
| نوع مسکن | ضعیف ۲ |
| | شخصی ۱۲ |
| | استیجاری ۷ |
| | سازمانی ۲ |

(indepth interview) و بدون ساختار استفاده شد. در مصاحبه‌ی بدون ساختار، پرسش‌های آماده و از پیش تعیین‌شده‌ای وجود ندارد، به‌جز یک سؤال کلی که در ابتدای زمینه‌ی پژوهش پرسیده می‌شود. این شیوه‌ی مصاحبه از انعطاف‌پذیری بسیار بالایی برخوردار است و امکان می‌دهد به اندیشه‌ی افراد آن‌گونه که به فرایندهای فکری آن‌ها مرتبط است، پی‌برده شود. هدف از این مصاحبه استنباط عمیق جزئیات عمیق و مواد مهمی است که بتوان از آن‌ها در تجزیه و تحلیل استفاده کرد.^{۲۳}

سؤال اصلی مصاحبه عبارت بود از «چه شد که تصمیم گرفتید عمل زیبایی انجام دهید؟» در طول مصاحبه در مواقع لازم از سؤالات اکتشافی (explore questions) استفاده شود. پرسیدن سؤالات کاوشگرانه از قبیل «می‌توانید بیشتر در این مورد بگویید؟» یا «منظورتان از این مورد چه بود؟» دستیابی به معنا، جزئیات و اطلاعات غنی‌تر را فراهم می‌سازد و ابهام را کاهش می‌دهد.^{۲۳}

در این نوع مصاحبه به‌جای استفاده از سؤالات استاندارد شده و جواب‌های طبقه‌بندی که در مصاحبه با پرسش‌نامه کاربرد دارد، از سؤالات با پاسخ‌های باز استفاده می‌شود. در مصاحبه، پژوهشگر یک ابزار مهم پژوهش است. محتوای مصاحبه‌ی عمیق بستگی به ارتباط میان مصاحبه‌کننده و مصاحبه‌شونده دارد. این رویکرد نیاز دارد که مصاحبه‌گر با دقت گوش دهد، پیوسته اطلاعات را ادغام کند. در مواقع لزوم جزئیات را کاوش کند و در طول مصاحبه بررسی کند که تفسیر و برداشت صورت گرفته درست است. روند کلی مصاحبه‌ها معمولاً ۲۰-۴۰ دقیقه طول می‌کشد. کلیه‌ی مصاحبه‌ها با تعیین زمان قبلی از سوی شرکت‌کنندگان توسط پژوهشگر و بدون حضور فرد دیگری انجام شد. مصاحبه‌ها با کسب رضایت افراد شرکت‌کننده ضبط و در اسرع وقت روی کاغذ پیاده، تحلیل و کدبندی می‌شد تا بازخورد لازم برای مصاحبه‌های بعدی یا

بحث

عوامل فردی

طبق بررسی‌های انجام‌شده عوامل فردی مؤثر بر انجام عمل‌های زیبایی عبارتند از: خودپنداره‌ی منفی، انزوای اجتماعی، بدریخت‌انگاری، تجربه‌ی نشانگان روان‌رنجوری (افسردگی، اضطراب و تحریک‌پذیری) گرایش به الگوی شخصیتی خودشیفته، نیاز به تأیید و تنوع‌طلبی، ترس و اجتناب از نشانگان پیری. این یافته‌ها با نتایج مطالعات پیرل و واتسون^{۳۲}، ابراهیمی و صالحی و قلهباندی، کافیان^{۳۳}، استمدال^{۳۴}، موس و هریس^{۳۵}، برونل^{۳۶}، طوسی و همکاران^{۳۷}، خوش‌اقبال^{۳۷}، مارفتینز و همکاران^{۳۸}، مادو و همکاران^{۳۹}، پاشا و همکاران^{۴۰}، پیکواری و همکاران^{۴۱} و رابرت و

انجام شد و مصاحبه‌ها به ۲۱ نفر رسید. فرایند تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های شرکت‌کنندگان در پژوهش به شناسایی ۴۱۶ کد اولیه، ۲۱ زیر مقوله و ۳ مقوله‌ی اصلی شامل زمینه‌های فردی، زناشویی - خانوادگی و فرهنگی - اجتماعی منجر شد که در جدول ۲ نشان داده و در ادامه به تفکیک به آن‌ها پرداخته شده است. همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد بسترهای فردی شامل ۸ مقوله‌ی فرعی، بسترهای زناشویی خانوادگی شامل ۷ مقوله‌ی فرعی و بسترهای فرهنگی - اجتماعی شامل ۶ مقوله‌ی فرعی شده است و شرایط علی و تسهیلگر را شکل داده است که در ادامه به تفصیل تشریح شده است.

جدول ۲: مقوله‌های اصلی و فرعی شناسایی‌شده‌ی بسترهای اقدام به جراحی زیبایی

| مقوله | زیرمقوله |
|------------------------|--|
| (۱) فردی | خودپنداره‌ی منفی |
| | انزوای اجتماعی |
| | بدریخت‌انگاری |
| | تجربه‌ی نشانگان روان‌رنجوری (افسردگی، اضطراب، تحریک‌پذیری) |
| | گرایش به الگوی شخصیتی خودشیفته |
| | نیاز به تأییدشدن |
| | تنوع‌طلبی |
| | ترس و اجتناب از تجربه‌ی نشانگان پیری |
| | ادراک تکراری شدن برای همسر |
| | جلب توجه همسر |
| (۲) زناشویی - خانوادگی | سابقه‌ی اقدام به جراحی زیبایی در خانواده |
| | رفتارهای تحقیرآمیز همسر و سایر اعضای خانواده |
| | افزایش رضایت جنسی |
| | کمرنگ‌شدن صمیمیت زناشویی |
| | نگرش مثبت و تشویق همسر |
| (۳) فرهنگی - اجتماعی | نقش همسالان و دوستان |
| | دریافت تأیید اجتماعی |
| | ارزش‌یافتن زیبایی و ریخت‌پروری |
| | نقش مدل‌های رسانه‌ای |
| | تسهیل اقدام به جراحی و پیشرفت جراحی زیبایی |
| مُدشدن اقدام به جراحی | |

زمینه‌های اقدام به جراحی زیبایی

ذهنیت خود پژوهشگر براساس تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده می‌باشد. مبنای اولویت‌بندی مقوله‌ها و به تبع آن انتخاب شاخص‌های اصلی، شکل‌دهنده‌ی زیربنای تبیین نظری متأثر از منابع مذکور به‌ویژه ذهنیت پژوهشگر براساس یافته‌ها می‌باشد از این رو، از یافته‌های کیفی پژوهش حاضر می‌توان مدل‌های نظری متفاوت درباره عوامل مؤثر بر اقدام به جراحی‌های زیبایی در زنان استخراج کرد. به بیان دیگر مدل پارادیمی حال حاضر یک مدل نظری اکتشافی است که تا کنون مورد بررسی و تأیید قرار نگرفته است، بنابراین هدف اصلی اکتشاف مدل است و نه تأیید آن و در عین حال مدل حاضر می‌تواند مسیرها و پارامترهای متعددی داشته باشد.^{۲۸}

براساس این مدل نظری، زمینه‌های فردی، زناشویی - خانوادگی و فرهنگی - اجتماعی دلایل علی اثرگذار محسوب می‌شوند. شرایط تسهیل‌گر دلایلی هستند که از یک سو به تقویت شرایط علی می‌انجامد و از سوی دیگر می‌تواند اقدام فرد به جراحی را تسهیل سازد. براین اساس پدیده‌محوری یعنی اقدام به جراحی زیبایی معلول شرایط علی و تسهیل‌گر است. راهبردهای فرد در این شرایط اقدام کردن به جراحی و توجه به ریخت پروری و بدن به‌عنوان ابزاری برای نشان دادن سبک رفتاری خویش است. با توجه به این استراتژی فرد با پیامدهای مثبتی در ابعاد فردی چون افزایش عزت نفس، زناشویی چون افزایش رضایت و اجتماعی چون دریافت تأیید و مقبولیت اجتماعی روبه‌رو خواهد شد. بنابراین براساس این مدل مطرح‌شده، جراحی زیبایی برآیند تعامل عوامل علی و تسهیل‌گر و پیامدهای ادراکی وابسته به آن است.

طبق مدل الگوی پارادیمی عوامل زمینه‌ساز جراحی زیبایی زمینه‌های فردی، زناشویی - خانوادگی و اجتماعی - فرهنگی جزء عوامل علی و سبب‌ساز محسوب شده‌اند. عواملی که فرد را وادار می‌کند به سمت جراحی زیبایی سوق داده شوند و تصمیم بر

همکاران^{۴۲} همسو بوده و با مطالعات توسلی و مدیری^۳ ناهمسو بوده است. از آنجا که طبق این تحقیقات تنها زنانی که اعتماد به نفس پایینی داشتند اقدام به جراحی زیبایی می‌کردند اما یافته‌های به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر بانوانی با اعتماد به نفس بالا و تنها برای تنوع طلبی، ترس و اجتناب از نشانگان پیری، جزء یافته‌های نو به حساب می‌آیند.

عوامل خانوادگی - زناشویی

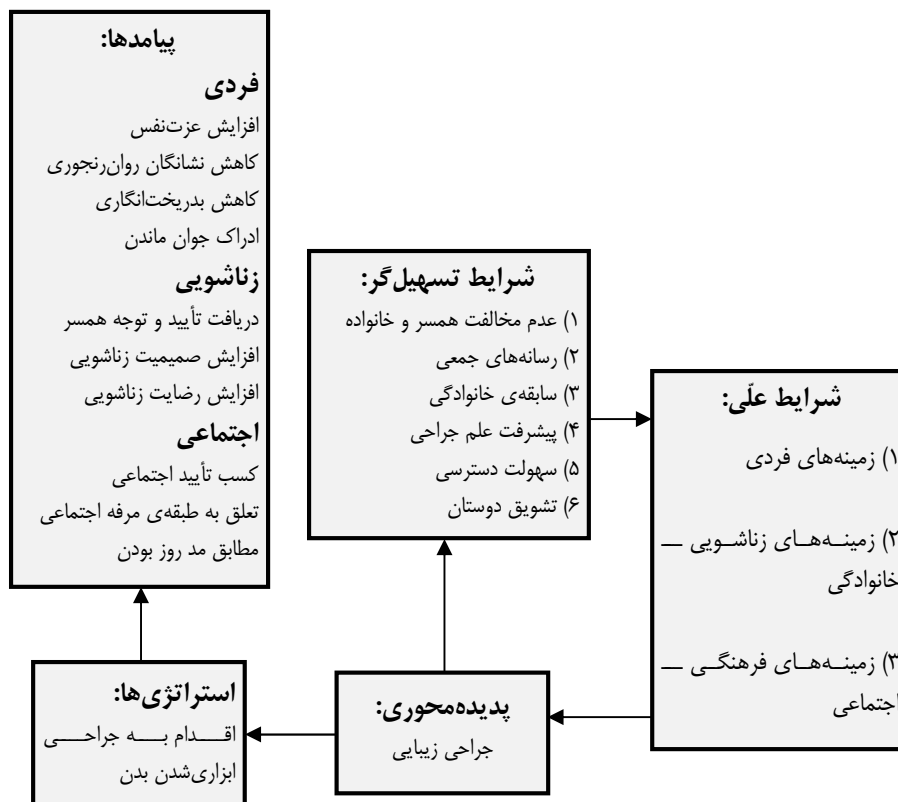
مطالعات انجام‌شده در رابطه با عوامل خانوادگی - زناشویی مؤثر بر اقدام بانوان متأهل بر انجام جراحی‌های زیبایی عبارتند از: ادراک تکراری شدن برای همسر، جلب توجه همسر، سابقه اقدام به جراحی زیبایی در خانواده، رفتار تحقیرآمیز همسر و سایر اعضای خانواده، افزایش رضایت جنسی، کمرنگ‌شدن صمیمیت زناشویی و نگرش مثبت و تشویق همسر. این یافته‌ها مطالعات هندرسون - کینگ^{۲۰}، شری و هویت و لی و فلت^{۴۳}، نتلتون و واتسون^{۴۴} همسو بوده است.

عوامل فرهنگی - اجتماعی

طبق بررسی‌های انجام‌شده، عوامل فرهنگی - اجتماعی مؤثر بر اقدام زنان به جراحی‌های زیبایی عبارتند از: نقش همسالان و دوستان، دریافت تأیید اجتماعی، ارزش یافتن زیبایی و ریخت‌پروری، نقش مدل‌های رسانه‌ای، تسهیل اقدام به جراحی و پیشرفت جراحی زیبایی و مد شدن اقدام به جراحی مطالعات به‌دست‌آمده با نتایج مطالعات کیوان‌آرا، ربانی و ژیانپور^{۴۵}، بران^{۴۶} و نوغانی، خراسانی و ورشوی^۱ همسو بوده است.

تدوین مدل مفهومی پژوهش

ارائه‌ی مدل نظری در روش پژوهش کیفی از طریق انتخاب و توجه به یک یا چند مقوله‌ی محوری و بیان رابطه بین مقوله‌های کشف‌شده در مطالعه انجام می‌شود. منابع پژوهشگر برای ارائه‌ی مدل نظری بررسی پیشینه‌ی علمی، نتایج حاصل از بخش کیفی و



شکل ۱: الگوی پارادایمی عوامل زمینه‌ساز جراحی زیبایی

زناشویی و افزایش رضایت زناشویی. عوامل اجتماعی مطلوب هم مانند کسب تأیید اجتماعی، تعلق به طبقه مرفه اجتماعی و مطابق مد روز بودن. به‌طور کلی می‌توان افرادی که گرایش روان رنجوری دارند بیش از سایر افراد به‌هنجار نگرش منفی نسبت به خود دارند لذا برای افزایش عزت نفس و کاهش بدریخت‌انگاری و ... اقدام به جراحی‌های زیبایی می‌کنند و هم‌چنین برای جلوگیری از سرکوب‌های اجتماعی و کسب تأیید اجتماعی و مد شدن این اقدام و اینکه این عمل را وسیله‌ای برای معرفی خود به‌عنوان طبقه مرفه جامعه را نشان دهند. اقدام به جراحی زیبایی می‌نمایند و هم‌چنین زنان متأهل برای به‌دست آوردن تأیید و جلب توجه همسر و افزایش صمیمیت و رضایت زناشویی بیشتر متمایل به عمل‌های زیبایی بودند.

این پژوهش کیفی با رویکرد داده - بنیاد به بررسی عوامل اقدام به جراحی‌های زیبایی در زنان پرداخت. تحلیل مصاحبه شرکت‌کنندگان به شناسایی ۴۱۶ کد

جراحی زیبایی بگیرند. در کنار شرایط علی وجود دارند که شرایط تسهیل‌گر محسوب می‌شود یعنی اقدام فرد به جراحی زیبایی را هموار می‌سازد عواملی مثل عدم مخالفت همسر و خانواده، رسانه‌های جمعی، سابقه‌ی خانوادگی، پیشرفت علم جراحی، سهولت دسترسی و تشویق دوستان. شرایط علی و شرایط تسهیل‌گر فرد را به سمت جراحی زیبایی سوق می‌دهد. فرد در این شرایط دو استراتژی یا دو راهبرد پیش رو دارد: یک راهبرد اینکه اقدام به جراحی زیبایی کند و یک راهبرد دیگر ادامه‌دادن با همان شرایط است که این اقدامات بستگی به پیامدها دارد. در این مطالعه اقدام به جراحی زیبایی پیامدهای مطلوب فردی، زناشویی و اجتماعی داشته است. عوامل فردی مطلوب مثل افزایش عزت نفس، کاهش بدریخت‌انگاری، کاهش نشانگان روان رنجوری و ادراک جوان ماندن. عوامل زناشویی مطلوب مثل دریافت تأیید و توجه همسر، افزایش صمیمیت

این عامل نیز به نوبه‌ی خود باعث افزایش خودپنداره‌ی منفی در آنان می‌باشد و وجود این عوامل و عوامل مشابه می‌توانند افراد را به جراحی زیبایی سوق دهد.

در سطح خانواده، فشار از سوی اعضای خانواده و همسر به منزله‌ی منشأ ایجاد انگیزه برای انجام عمل زیبایی مطرح می‌شود. در همین رابطه، الگوهای رفتاری تحقیرآمیز در خانواده، از عواملی است که منشأ ایجاد انگیزه در افراد برای انجام عمل زیبایی بوده است. این نوع رفتارهای تحقیرآمیز، از دوران کودکی در خانواده‌ها بوده و تا دوران بزرگسالی نیز ادامه داشته و زمینه‌ساز نارضایتی فرد از بدنش را فراهم کرده است. یکی دیگر از عامل‌های اصلی که به‌عنوان انگیزه‌ی انجام عمل زیبایی مطرح می‌شود، کسب رضایت همسر است. در مواردی همسران‌شان در مورد ظاهر آن‌ها اظهارنظر کرده و در مواردی هم زنان احساس می‌کردند که همسران‌شان غیرمستقیم آن‌ها را با زانی که از آن‌ها زیباتر و بی‌نقص‌تر بودند مقایسه می‌کردند. برخی از زنان تصور می‌کنند که برای همسرشان، جذابیت اولیه را ندارند و به عبارتی تکراری شدند در نتیجه، به‌واسطه‌ی جراحی زیبایی، به‌دنبال جلب توجه همسرشان هستند. یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار در جراحی زیبایی، اطلاع از تجربه‌ی خوشایند دیگران است که باعث می‌شود زنان با آسودگی خاطر و اطمینان بیشتری جراحی زیبایی را انتخاب کنند. زنان از طریق آشنایان و دوستان خود به‌طور مستقیم یا با واسطه در جریان چگونگی شرایط و مراحل جراحی زیبایی و نوع ارزیابی کسانی که این تجربه را داشته‌اند قرار می‌گیرند. یافته‌های تحقیقات دیگر نیز نشان‌دهنده‌ی این امر است که ۴۴ درصد از افرادی که جراحی زیبایی انجام داده‌اند، یکی از بستگان درجه‌ی اول آن‌ها سابقه‌ی جراحی زیبایی داشته است.^{۱۹}

در حوزه‌ی عوامل فرهنگی - اجتماعی مؤثر اقدام‌کننده به جراحی‌های زیبایی، هرچه فشار همسالان و دوستان، رسانه‌ها و همچنین دریافت تأیید

اولیه، ۲۱ زیرمقوله و ۳ مقوله‌ی اصلی شامل زمینه‌های فردی، زناشویی - خانوادگی و فرهنگی - اجتماعی منجر شد که در ادامه به تبیین این عوامل پرداخته خواهد شد.

در تبیین نتایج عوامل فردی مؤثر اقدام‌کننده به جراحی‌های زیبایی می‌توان بیان داشت که وجود خودپنداره‌ی منفی، بدریخت‌انگاری، طرحواره‌های ناسازگار، تجربه‌ی نشانگان روان‌رنجوری، گرایش به الگوی شخصیتی خودشیفته، نیاز به تنوع‌طلبی، تأیید شدن و ترس و اجتناب از تجربه‌ی نشانگان پیری در افراد اقدام‌کننده به جراحی زیبایی بیشتر به چشم می‌خورد. این موضوع نشان‌دهنده‌ی آن است که نیازهای افراد اقدام‌کننده به امنیت، سلامت، حمایت و پذیرش به‌صورت قابل تأملی ارضا نشده است بنابراین وجود چنین مؤلفه‌هایی نشان‌گر این است که افراد اقدام‌کننده به جراحی زیبایی، توجه، محبت، گرمی و مصاحبت با دیگران را کمتر دریافت کرده‌اند، منابع حمایتی مناسبی نداشته و دنبال رسیدن به این منبع حمایتی هستند.^{۴۷}

هم‌چنین احساس نقص در چهره یا احساس بدریخت‌انگاری در رسیدن افراد اقدام‌کننده به جراحی زیبایی به برخی از اهداف هم‌چون اهداف هیجانی و عاطفی، ناکامی ایجاد کرده و سبب کاهش سطح پردازش هیجانی در آن‌ها می‌شود. این عامل سبب آشفتگی عاطفی می‌شود و رفتارها و تجارب دیگر را مغشوش می‌کند.

علاوه‌بر مطالب مطرح‌شده، نارضایتی افراد از تصویر بدنی خود تحت تأثیر فرهنگ و گروه همسالان می‌تواند سبب‌ساز ارزیابی‌های نادرست، افکار و هیجانات منفی در وی شده است که درنهایت زمینه‌ساز کاهش اعتماد به نفس می‌شود. در چنین حالاتی، این افراد روابط اجتماعی خود را محدود کرده و حتی ممکن به انزوای اجتماعی نیز منجر شده و دچار اضطراب در برخوردهای اجتماعی خود شوند که

می‌گیرند تا با استفاده از سرمایه بدنی که در اختیار دارند به بهبود موقعیت خود در یک میدان اجتماعی کمک کرده و برای کاهش احساسات منفی درباره خود استفاده کنند.^{۴۹}

محدودیت‌ها

تعمیم نتایج به دلیل اینکه نمونه، فقط شامل زنان متأهل شهر کرج است، محدودیت دارد. اقدام به جراحی زیبایی از عوامل و متغیرهای اثرگذار دیگری ممکن است ناشی شود که در این مطالعه مورد شناسایی نشده است. محدودیت دیگر به متغیر تأهل مربوط می‌شود؛ ممکن است در مطالعه‌ی زنان مجرد یافته‌های دیگری نیز به دست آید.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران پژوهش کنونی، مراتب قدردانی و سپاس خود را از مشارکت‌کنندگان اعلام می‌دارند.

اجتماعی پررنگ‌تر باشد، احتمال جراحی زیبایی بیشتر می‌شود. می‌توان بیان داشت زنانی که در صحنه اجتماع زندگی می‌کنند، از سوی رسانه‌ها، زمینه‌ی اجتماعی و دیگران، تأثیر می‌پذیرند. در حقیقت می‌توان گفت بدن، دستخوش قدرت و سرکوب اجتماعی قرار می‌گیرد.

رضایت زنان برای تحمل درد در موضوع جراحی زیبایی برای این است که آن‌ها درد را به صورت مشروط می‌پذیرند و آن‌را به عنوان یک ارزش یا انتظاری در جنسیت خود می‌بینند.^{۴۸} زنانی که جراحی زیبایی انجام داده بودند نیز به این نکته اشاره داشتند که افراد دیگر از آن‌ها انتظار دارند که زیبا شوند. بدین واسطه تفاوت‌های میان زنان حذف شده و آن‌ها را همنوا با هنجارها و استانداردهای زنانگی می‌کند. همچنین زنان از طریق جراحی زیبایی، احساسی از قدرت و کنترل را تجربه می‌کنند.^{۴۸}

انجام جراحی زیبایی با متغیر سرمایه‌ی فرهنگی در ارتباط است. در همین رابطه می‌توان بیان کرد که طبقات مختلف زنان تحصیلات و آگاهی‌ها را به کار

References

1. Noghani M, Khorasani M, Varshoe S. Social factors influencing women to have cosmetic surgery. *Women 's Sociological and Psychological Studies*. 2011; 8(4): 75-101 (Persian).
2. Niknejad G. *Victims volunteers*. Tehran: Hayate Economics; 2004 (Persian).
3. Tavassoli G, Modyri F. Women tend to consider cosmetic surgery in Tehran. *Women's Studies*. 2012; 10(1): 61-82 (Persian).
4. Barzegar A. Numerous applicants' cosmetic surgery. *Gynecology*. 2003 ;(94): 23-6 (Persian).
5. Ghalehbandi M, AfkhamEbrahimi A. Personality patterns in cosmetic rhinoplasty patients. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2004; 9(4): 4-10 (Persian).
6. Giddens A. *Sociology*. 4th ed. Tehran: Ney; 2012.
7. Williams H. *Body image*. Greenhaven press, a part of Gale. Cengage Learn Detroit. 2009; 4-5.
8. Green P, Pritchard M. Predictors of body image dissatisfaction in adult men and women. *Soc Behav Personal*. 2003; 31(3): 215-22.
9. Phillips K. *Understanding body dysmorphic disorder*. Oxford: UK: Oxford University Press; 2009.

10. Enayet H, Mokhtari M. Grounded theory study of women's body image socialization of women undergoing rhinoplasty in Shiraz. *Women's sociological and Psychological Studies*. 2010; 7(1):7-30 (Persian).
11. Gimlin D. Cosmetic surgery: beauty as commodity. *Qual Sociol*. 2000; 23(1): 77-98.
12. Patton G, Selzer R, Coffey C, et al. Onset of adolescent eating disorder: population based cohort study over 3 years. *BMJ*. 1999; 318(7186): 765-8.
13. Sarwer D, Creand C, Didie E. Body dysmorphic disorder in cosmetic patient. *Facial Plast Surg*. 2003; 19(2): 7-18.
14. Cash T, Phillips K, Santos M., Hrabosky J. Measuring "negative body image": validation of the body image disturbance questionnaire in a nonclinical population. *Body Image*. 2004; 1(4): 363-72.
15. Brozekoeski D, Bayer A. Body image and media use among adolescents. *Adolscnt Med Clin*. 2005; 16(2): 230-89.
16. Hrabosky J, Cash T, Veale D, et al. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: a multisite study. *Body Image*. 2009; 6(3): 155-63.
17. Aghakhanei N, Feizi A, Shams S, et al. Study of body image and self-esteem in high school students in urmia 1381-82. *Journal of Uremia University of Medical Sciences* 2007; 17(4): 254-9 (Persian).
18. Mousavizadeh M, NiyaziShahraki F, KalantarHormozi A. Assessment of females patients motivations in cosmetic surgeries. *Journal of shahid Beheshti University of Medical Sciences. J Shahid Beheshti University of Medical Sciences*. 2009; 6: 303-18 (Persian).
19. Toosi P, Barikbin B, Arbabi M, Saati S. Assessment of 116 bolulinum toxin injection applicants visiting private clinics in Tehran. *Iran Journal of Dermatology*. 2008; 40 (125-129) (Persian).
20. Henderson-King D, Henderson-King E. Acceptance of cosmetic surgery: Scale and validation. *Body Image*. 2005; 2: 137-49.
21. Atkinson M. Pretty in ink: Conformity, resistance, and negotiation in women's tattooing. *Sex Roles*. 2002; 47(5/6): 219-35.
22. Synder C. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq*. 2002; 13:249-75.
23. Khodadadisangdeh J, Nazari A, Ahmadi K, Hasani J. Successful parents' experiences regarding factors affecting a healthy family: a qualitative research. *J Qual Res Health Sci*. 2015; 4(2):178-90 (Persian).
24. Cottrell R, McKenzie J. Health promotion and education research methods: Using the five-chapter thesis/dissertation model. New York: Jones & Bartlett Publishers; 2010.
25. Wasmuth S, Brandon-Friedman R, Olesek K. A grounded theory of eterans' experiences of addiction-as-occupation. *J Occup Sci*. 2016; 23(1): 128-41.
26. Delavar A. Research methods in psychology and educational sciences. Tehran: Virayesh; 2017 (Persian).
27. Guba E, Lincoln Y. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: CA: Sage Publishing; 1994.

28. Strauss A, Corbin G. Fundamentals of qualitative research; techniques and stages of field theory production. 3rd. Tehran: Ney; 2013.
29. Creswell J. Research Design: qualitative, quantitative and mixed method approaches. Los angeles: University of Nebraska-Lincoln; 2009.
30. Tashakkori A, Teddie C. Mixed methodology: combining qualitative and quantitative approaches. Thousand Oaks: CA: Sage Publishing; 2003.
31. Hooman H. Handbook of qualitative research. Tehran: SAMT; 2016 (Persian).
32. Pearl A, Weston J. Attitudes of adolescents about cosmetic surgery. *Ann Plast Surg*. 2003; 50(6): 628-30.
33. AfkhamEbrahimi A, Ghale Bandi M, Salehi M. Sleep parameters and the factors affecting the quality of sleep in patients attending selected clinics of Rasoul-e-Akram Hospital. *RJMS*. 2008; 15:8-31 (Persian).
34. Stendale M. The relationship between beauty and fashion magazines and the use of pathologic dieting methods among adolescent females. *J Adolesc*. 2002; 37: 1-18.
35. Moss T, Herviss D. Psychological change after aesthetic plastic surgery; a prospective controlled outcome study. *Psycho Health Med*. 2009; 14(5): 567-76.
36. Brownell K. Dieting and the search for the perfect body: Where physiology and culture collide. *Behav Ther*. 1991; 22(1): 1-12.
37. Khosh-eghbal M. Comparison of primary maladaptive schemas, perfectionism and dissatisfaction with body image among people applying for rhinoplasty and non-applicants in Urmia. MA [Dissertation]. Urmia; 2015 (Persian).
38. Marftinez H, Hatchett D, Anderman E. Compare dysfunctional attitudes and coping strategies in women seeking cosmetic surgery and non-applicant. *J Psychol*. 2014;13(3): 404-9.
39. Madu S, Bodiba P, Ezeokana J, Nnedum O. The relationship between body mass index and self-concept among adolescent black female university students. *J Curationis*. 2011; 25(5): 215-39.
40. Pasha G, Naderi F, Akbari S. Compared to body image, body mass index, general health and self-concept among people who did cosmetic surgery, cosmetic surgery and normal city people applying for PA. *New Find J Psychol*. 2009; 62-80 (Persian).
41. Pecorari G, Gramaglia C, Garzaro M. Self-esteem and personality in subjects with and without body dysmorphic disorder traits undergoing cosmetic rhinoplasty: Preliminary data. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2010; 63(3): 8-493.
42. Roberta G, Honigman B, Comm B, et al. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2004; 113(4): 1229-37.
43. Sherry S, Hewitt P, Flett G, Lee Bagg Iey D. Perfectionism and undergoing cosmetic surgery. *E Ur J Plast Surge*. 2007; 29 (1): 349-54.
44. Nettelton S, Watson J. The body in everyday life. London: Routledge; 1998.
45. Keyvan-ara M, Rabbani R, Zhiyanpur M. Social stratification and body correction (cosmetic surgery as a symbol of social base). *Women's Strategic Studies*. 2011;12(47): 73-98 (Persian).
46. Brown B. Body image and femininity. *Br J Med Psychol*. 2001; 59: 279-87.

47. Young S. The interpersonal dimension: a potential source of musical creativity for young children? *Music Sci.* 2003; 7(1): 175-91.
48. Luo W. Aching for the modern body: Chinese women's consumption of cosmetic surgery. [unpublished dissertation]: University of Utah; 2008.
49. Olge J, Damhorst M. Critical reflections on the body and related sociocultural discourses at the midlife transition: an interpretive study of women's experiences. *J Adult Dev.* 2005; 12 (1): 1-18.

The motivations of doing cosmetic surgeries in married women: a qualitative study

Javad Khodadadi Sangdeh, PhD¹
Solmaz Ranji, MA²
Mohsen Rezaee Ahvanuee, Msc³

1. School of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
2. School of Psychology and Educational Sciences, Azad University, Tehran, Iran
3. School of Education Sciences and Psychology, Ferdowsi University, Mashhad, Iran

Background and Aim: The aim of this study was to investigate the causes of doing cosmetic surgeries in married women.

Methods: The research design was descriptive. The statistical population of the study consisted of married women who had performed cosmetic surgery. An in-depth, unstructured interview was conducted to collect information from 21 married women who were undergoing a cosmetic surgery. The data were analyzed using the foundation data (coding) method.

Results: In the present study, participants' interview analysis led to the identification of 416 primary codes, 21 subcategories, and three main categories, including individual, marital-family, and sociocultural contexts.

Conclusion: The desire for cosmetic surgery, on the one hand, has been influenced by individual factors, such as mischief, the negative image of the individual towards herself and et al. On the other hand, it has been influenced by family-marital factors such as the perception of repetition for the spouse, humiliation by the spouse and family and, also, influenced by socio-cultural factors such as the role of peers and friends and the role of media models.

Keywords: action, married women, cosmetic surgery, qualitative study

Received: Mar 15, 2020 Accepted: Apr 12, 2020

Dermatology and Cosmetic 2020; 11 (1): 14-27

Corresponding Author:

Javad Khodadadi Sangdeh, PhD

Olympic Village, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
Email: Javad.khodadadi7@gmail.com

Conflict of interest: None to declare