



بررسی تطبیقی کمال گرایی و عاطفه مثبت و منفی در متقاضیان جراحی زیبایی و افراد غیر متقاضی

سمانه واحدی مقدم ماسوله^۱، مجید برادران^۲، فرزانه رنجبر نوشری^۳

۱- کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور، آستانه اشرفیه، ایران

۲- استادیار دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳- استادیار دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

چکیده

متغیرهای روان‌شناختی یکی از عوامل مهم گرایش افراد به جراحی زیبایی است. هدف از این مطالعه، مقایسه کمال گرایی و عاطفه مثبت و منفی در متقاضیان جراحی زیبایی و افراد عادی بود. پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های علمی مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل تمامی متقاضیان جراحی زیبایی در سال ۱۳۹۹ شهرستان رشت بود. نمونه شامل ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر متقاضی جراحی زیبایی و ۱۰۰ نفر غیرمتقاضی) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای به کار رفته در این پژوهش شامل مقیاس کمال‌گرایی و پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه در زمینه کمال‌گرایی و عاطفه مثبت و منفی تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین یافته‌های این مطالعه تلویحات مهمی در ریشه‌یابی مشکلات روان‌شناختی در این افراد دارد.

واژگان کلیدی: کمال‌گرایی، عاطفه مثبت و منفی، جراحی زیبایی



مقدمه

ظاهر بخش مهمی از هویت فرد است و در موقعیت‌های اجتماعی بلافاصله در برخورد با دیگران نمایان می‌شود، بنابراین اهمیت آن بسیار بارز است. یکی از آخرین دستاوردهای بشر برای خلق زیبایی، جراحی زیبایی می‌باشد که در کنار ایجاد تغییر در ظاهر بدن در غیاب بیماری، آسیب و جراحت یا بدشکلی‌های مادرزادی و ارثی، می‌تواند عاملی برای بهبود سلامت باشد. به‌طور کلی منظور از جراحی زیبایی، جراحی‌هایی است که بدون ضرورت طبی خاص و صرفاً به منظور زیبایی انجام می‌شوند (Breuning et al, 2010). هدف اصلی جراحی زیبایی، بهبود ظاهر فردی است که دارای ظاهری نابهنجار باشد. زمانی که انسان‌ها درمی‌یابند که خصوصیات فیزیکی آن‌ها مطابق با هنجارها نیست، ممکن است دچار رنجش شده و جراحی را به‌عنوان راه حل نهایی در نظر بگیرند (Hillhorst, 2002). در بسیاری موارد، ممکن است انجام جراحی به‌عنوان اولین گزینه در جهت رهایی از اختلال بدریختی بدن، مورد توجه قرار گیرد. افراد مبتلا به این اختلال دچار اشتغال فکری نسبت به یک نقص خیالی در یک یا بیش از یک بخش از ظاهر فیزیکی خود هستند. به‌طوری‌که، افکار کمال‌گرایانه بیشتری در مورد ظاهر خویش دارند و جذابیت چهره و ظاهر خود را پایین‌تر از حد واقعی ارزیابی می‌کنند (Sherry, 2014). پژوهشگران با بررسی ۸۶۶۵ نفری که داوطلب جراحی زیبایی بودند اظهار داشتند که ۱۶/۷ درصد این افراد دارای اضطراب بالا بودند (Majumdar et al, 2019).

یکی از متغیرهای روانشناختی مرتبط با انجام جراحی زیبایی، کمال‌گرایی است. از نظر روانشناسی، کمال‌گرایی مربوط به افرادی است که معیارهای بالا و دست‌نیافتنی برای خود وضع می‌کنند، کمال‌گرایی به دو دسته بهنجار (مثبت) و نوروپیک (منفی) تقسیم می‌شود. کمال‌گرای بهنجار از تلاش و رقابت برای برتری و کمال لذت می‌برند و در عین حال محدودیت‌های شخصی خود را به رسمیت می‌شناسند و کمال‌گرای نوروپیک به علت انتظارات غیر واقع‌بینانه هرگز از عملکرد خود خوشنود نخواهند شد (نیکنام و همکاران، ۱۳۹۱). همچنین نتایج پژوهش‌های متعددی تاثیرهای مثبت و منفی کمال‌گرایی را بر روی افکار، عواطف و رفتارها تایید کرده‌اند. از طرفی به نظر می‌رسد که شخصیت‌های کمال‌گرای بیشترین متقاضی جراحی زیبایی به خصوص جراحی زیبایی بینی را تشکیل می‌دهند و بخش عمده‌ای از نارضایتی بعد از عمل مربوط به این افراد است (Shafran and Mansell, 2001).

علاوه بر کمال‌گرایی، متغیرهای دیگری نیز می‌تواند در تصمیم‌گیری بر انجام جراحی تاثیر بگذارد که می‌توان به عاطفه مثبت و منفی اشاره نمود. عاطفه مثبت شامل هیجانهای خوشایند مانند شادی و خوشحالی و عاطفه منفی شامل احساس‌های ناخوشایند مانند غم، اضطراب و ترس است (بخشی، دائمی و آجیل‌چی، ۱۳۸۸). اغلب افراد هنگام قضاوت در مورد میزان رضایت‌مندی از جنبه‌های مختلف زندگی خود، به طراز عواطف منفی و مثبت خود توجه دارند که نشان‌دهنده غلبه احساس‌های مثبت آنان بر احساس‌های منفی است (بخشی و همکاران، ۱۳۸۸). بررسی‌ها نشان داده‌اند که دو بُعد عاطفه (منفی و مثبت) از لحاظ آماری از یکدیگر مستقل‌اند و هر یک به صورت متفاوت با دیگر متغیرها همبستگی دارند (بخشی و همکاران، ۱۳۸۸). میکلسز و همکاران در پژوهشی به بررسی وضعیت روانشناختی علائم روانی-روانی در



بیماران یک کلینیک جراحی بزرگ که جراحی زیبایی انجام دادند پرداختند. نتایج نشان داد که داوطلبان جراحی زیبایی ۲۱-۵۹ درصد اختلال در تصویر بدن و علائم اختلال بدشکلی بدنی بیشتری نسبت به نرم هنجار جامعه نشان می دهند. بیماران با علامت روانشناختی بالا از نتیجه جراحی ناراضی ترند، سطح بالاتری از آسیب شناسی روانی را به نمایش می گذارند و از اعتماد به نفس پایین تری برخوردار هستند (Mulkens et al, 2012). با توجه به مسایل مطرح شده و اینکه ویژگی شخصیتی در نارضایتی و رضایت از ظاهر افراد تاثیر گذار است در این پژوهش به مقایسه کمال گرایی و عاطفه مثبت و منفی صورت گرفته است. از این رو سوال تحقیق حاضر، این بوده است که آیا بین کمال گرایی و عاطفه مثبت و منفی در متقاضیان جراحی زیبایی و افراد غیر متقاضی تفاوت وجود دارد؟

روش تحقیق

طرح پژوهش

روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای و از لحاظ زمانی مقطعی بوده و پژوهشگر به دنبال بررسی تطبیقی کمال گرایی و عاطفه مثبت و منفی در متقاضیان جراحی زیبایی و افراد غیر متقاضی بوده است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری پژوهش

در این پژوهش، جامعه آماری شامل کلیه افراد متقاضی مراجعه کننده به کلینیک های مشاوره جراحی زیبایی شهر رشت در سال ۱۳۹۹ می باشد که با افراد غیر متقاضی از نظر سن، جنسیت و تحصیلات با این افراد که هیچ عمل زیبایی انجام نداده بودند همتا شدند. از این رو با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۲۰۰ نفر از کلیه افراد متقاضی و افراد غیر متقاضی (هر گروه ۱۰۰ نفر) برای پژوهش حاضر انتخاب و به دلیل وجود بیهاری کرونا و عدم دسترسی دقیق به تعداد افراد مراجعه کننده به کلینیک های جراحی، از روش نمونه گیری در دسترس برای هر دو گروه استفاده شد.

ابزار

پرسشنامه کمال گرایی. این مقیاس در سال ۱۹۹۵ توسط تری شورت و همکارا ساخته شد که دارای ۴۰ سوال است که ۲۰ ماده آن کمال گرایی مثبت و ۲۰ ماده دیگر آن کمال گرایی منفی را می سنجد (Terry-Short et al, 2010). گویه ها در مقیاس ۵ درجه ای لیکرتی، کمال گرایی آزمودنی ها را از نمره یک تا پنج در دو زمینه مثبت و منفی می سنجد. در فرم فارسی این پرسشنامه، بشارت (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ را برای هر یک از مقیاس ها در یک نمونه ۲۱۲ نفری از دانشجویان ۰/۹۰ و ۱/۸۷ و برای کل شرکت کننده ها ۰/۹۱ و ۰/۸۸ برآورد نمود که نشان دهنده همسانی درونی بالای مقیاس است.

پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی. برای اندازه گیری عاطفه مثبت و منفی از مقیاس عاطفه مثبت و منفی استفاده شد. مقیاس های عاطفه مثبت و عاطفه منفی یک ابزار سنجش ۲۰ آیتمی است که برای سنجش دو بعد خلقی یعنی عاطفه منفی و عاطفه مثبت طراحی شده است. هر خرده مقیاس دارای ۱۰ آیتم است. آیتم ها روی یک مقیاس ۵ نقطه ای رتبه



بندی می شوند. ضرایب آلفای کرونباخ برای عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای عاطفه منفی ۰/۸۷ است. پایایی آزمون-آزمون مجدد با فاصله ۸ هفته ای عاطفه مثبت ۰/۶۸ و عاطفه منفی ۰/۷۱ است (بخشی، دائمی و آجیل چی، ۱۳۸۸).

روش تجزیه و تحلیل داده ها

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات در این پژوهش از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در بخش آمار توصیفی از آماره های میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته ها

بر اساس نتایج، در هر دو گروه افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد غیر متقاضی، ۷۹ نفر زن و ۲۱ نفر مرد حضور داشتند. در گروه متقاضی جراحی زیبایی ۴۸ نفر مجرد و ۵۲ نفر متأهل و در گروه غیر متقاضی، ۴۳ نفر مجرد و ۵۷ نفر متأهل مشارکت داشتند. بالاترین و کمترین فراوانی تحصیلات در هر دو گروه کارشناسی و زیر دیپلم بوده است.

جدول ۱- شاخص های توصیفی مربوط به متغیر کمال گرایی در شرکت کنندگان

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
کمال گرایی مثبت	متقاضی جراحی زیبایی	۵۱/۳۷	۶/۷۴
	غیر متقاضی	۶۲/۸۸	۷/۲۳
کمال گرایی منفی	متقاضی جراحی زیبایی	۵۳/۷۵	۵/۹۴
	غیر متقاضی	۴۸/۸۲	۶/۱۸

جدول ۲- شاخص های توصیفی مربوط به متغیر عاطفه مثبت و منفی در شرکت کنندگان

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
عاطفه مثبت	متقاضی جراحی زیبایی	۲۴/۳۱	۴/۵۲
	غیر متقاضی	۳۰/۸۳	۴/۷۹
عاطفه منفی	متقاضی جراحی زیبایی	۳۱/۶۸	۴/۱۸
	غیر متقاضی	۲۴/۹۳	۴/۰۷

جهت بررسی تفاوت دو گروه از نظر کمال گرایی از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش از به کارگیری این آزمون، مفروضه های آن به وسیله آزمون باکس و لوین بررسی گردید. ابتدا، جهت بررسی پیش فرض همسانی ماتریس های واریانس- کواریانس در گروه ها از آزمون باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این پیش فرض به خوبی



رعایت شده است ($\text{Box's } M=11/64, F=1/79, P=0/21$). در ادامه جهت بررسی پیش فرض تساوی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد و با توجه به عدم معناداری آزمون لوین برای متغیرها، می توان بیان نمود که شرط برابری واریانس ها برای همه متغیرها رعایت گردیده است. با توجه به نتایج به دست آمده از دو پیش فرض فوق، می توان از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده نمود که نتایج مربوطه در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل واریانس جهت بررسی شاخص کمال گرایی در گروه ها

متغیر	SS	df	MS	F	Sig
کمال گرایی مثبت	2479/32	1	2479/32	34/69	0/001
کمال گرایی منفی	1163/83	1	1163/83	15/38	0/001

بر اساس جدول ۳، بین کمال گرایی مثبت و کمال گرایی منفی در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که طبق جدول ۱، میانگین نمره کمال گرایی مثبت در افراد غیر متقاضی بالاتر از گروه متقاضیان جراحی زیبایی و میانگین نمره کمال گرایی منفی در متقاضیان جراحی زیبایی بالاتر از گروه مقابل بوده است، لذا فرضیه این مطالعه مبنی بر تفاوت کمال گرایی در متقاضیان جراحی زیبایی و افراد غیر متقاضی، مورد تأیید قرار گرفت.

در ادامه جهت بررسی تفاوت دو گروه از نظر شاخص عاطفه مثبت و منفی از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده گردید. قبل از به کارگیری این آزمون، مفروضه های آن به وسیله آزمون باکس و لوین بررسی شد. ابتدا، به منظور بررسی پیش فرض همسانی ماتریس های واریانس- کواریانس در گروه ها از آزمون باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این پیش فرض به خوبی رعایت شده است ($\text{Box's } M=13/03, F=1/87, P=0/17$). جهت بررسی پیش فرض تساوی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد که با توجه به عدم معناداری آزمون لوین برای متغیرها، می توان بیان نمود که شرط برابری واریانس ها برای همه متغیرها رعایت شده است. با توجه به نتایج به دست آمده از دو پیش فرض فوق، می توان از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده نمود که نتایج مربوطه در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس جهت بررسی شاخص عاطفه مثبت و منفی در گروه ها

متغیر	SS	df	MS	F	Sig
عاطفه مثبت	1348/27	1	1348/27	17/39	0/001
عاطفه منفی	1493/91	1	1493/91	19/28	0/001

بر اساس جدول ۴، بین عاطفه مثبت و منفی در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که طبق جدول ۲، میانگین نمره عاطفه مثبت در افراد غیر متقاضی بالاتر از گروه متقاضیان جراحی زیبایی و میانگین نمره عاطفه منفی در



متقاضیان جراحی زیبایی بالاتر از گروه مقابل بوده است، لذا فرضیه این پژوهش، مبنی بر تفاوت عاطفه مثبت و منفی در متقاضیان جراحی زیبایی و افراد غیر متقاضی، تأیید شد.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های به دست آمده در خصوص فرضیه اول پژوهش، مشخص گردید که بین کمال‌گرایی در متقاضیان جراحی زیبایی و افراد غیر متقاضی تفاوت وجود دارد. این نتایج همسو با پژوهش‌هایی است که محمدمدی و همکاران (۱۳۹۱) و شفران و مانسل (۲۰۰۱) انجام داده‌اند و دستاوردهای مشابه با یافته‌های حاضر گزارش نموده‌اند. همه گزارش‌های ذکر شده گویای این سخن هستند که بین کمال‌گرایی در افراد تفاوت وجود دارد. از آنجایی که افراد کمال‌گرا تمایل دارند امور به بهترین وجه انجام گیرد و نتایج امور برایشان رضایت‌بخش نیست، این خصیصه در مواردی در افراد بسیار تشدید شده و به شکل بیمارگونه و وسواس فکری تبدیل می‌شود که در این حالت تصویری که فرد از خود دارد نامطلوبتر از تصویر واقعی خود می‌باشد (Fitzpatrick et al, 2011). بنابراین با توجه به این نکته، به نظر می‌رسد که چنین نگرانی‌هایی در افراد متقاضی جراحی زیبایی وجود داشته باشد و در نتیجه وجود این خصیصه، می‌توانیم انتظار داشته باشیم که حساسیت اضطرابی نیز در این دسته از افراد به میزان بالاتری وجود داشته باشد. در تبیین نتایج می‌توان مطرح نمود که گرایش و تلاش برای دستکاری و تغییر چهره و اندام به شکل مُد و یک جایگاه اجتماعی، به خصوص در بین جوانان تبدیل شده است. تأکید زیاد جامعه بر جذابیت‌های ظاهری، مقایسه کردن افراد از لحاظ ظاهری و ارزش قایل شدن برای افراد زیبا و تسهیل امور برای آنها و از طرفی ایجاد احساس کهنتری به دلیل ظاهر و یا تجربه تمسخرآمیز از سوی دیگران می‌تواند فرد را در مقابل تصویر بدنی خود حساس نماید. جراحی زیبایی و سیله‌ای است برای ایجاد یک احساس خود ایده‌آل و آرمانی که از طریق آن تصویر بدنی مثبت افراد افزایش می‌یابد.

کمال‌گرایی مثبت، انتظارات واقع‌گرایانه با توجه به توانایی‌های فرد ایجاد می‌کند که باعث می‌شود فرد معیارهای سخت و غیرقابل دسترسی را به خود تحمیل نکند و فرد به صورت جامعه‌پسندانه‌تر و واقع‌گرایانه‌تر با محدودیت‌های خود برخورد نماید. افراد دارای کمال‌گرایی منفی با داشتن معیارهای بسیار بالا و دست‌نیافتنی و المزام ذهنی برای رسیدن به آنها و احتمالاً ناکامی‌های متعدد دچار اضطراب و سرخوردگی می‌شوند، در نتیجه برای کاهش اضطراب از مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته و روان‌آزرده استفاده می‌کنند (Shafran and Mansell, 2001). زمانی که افراد ویژگی کمال‌گرایی منفی را در خویش پرورش دهند، بر نقص‌های جزئی و یا خیالی ظاهر خود تکیه کرده و ویژگی‌های مثبت را نادیده می‌گیرند. مجموعه این عوامل که منجر به تضعیف و کاهش سلامت فرد شده است، می‌تواند فرد را به سمت تلاش برای تغییر شکل ظاهری که فرد آن را بد شکل و تمسخرآمیز می‌شمارد، ترغیب کند.

با توجه به یافته‌های به دست آمده مشخص گردید که بین عاطفه مثبت و منفی در متقاضیان جراحی زیبایی و افراد غیر متقاضی تفاوت وجود دارد که این نتایج همسو با پژوهش‌های میکلمنر و همکارانش (۲۰۱۲) است. باید گفت در



حالی که عاطفه مثبت انرژی بالا و هشیار و خودآگاهی همه جانبه روانشناختی و جسمانی را با خود به همراه دارد، در مقابل، پایین بودن عاطفه مثبت، غم و اندوه و نارسایی در توجه و آگاهی را نتیجه خواهد داد. مطالعات نشان می دهند پایین بودن عواطف مثبت با شکایات مختلف درباره سلامتی و علائم بیماری همراه است و همچنین بدتنظیمی هیجانی و عاطفه منفی می تواند ماشه چکان مشکلات باشد (Dockray and Steptoe, 2010). جهت دستیابی به نتایجی با امکان تعمیم بیشتر، پیشنهاد می گردد در پژوهش های آتی از روش های نمونه گیری تصادفی استفاده گردد. در صورت وجود امکانات، بهتر است این پژوهش در نمونه های بزرگتر و مناطق و شهرهای مختلف اجرا شود تا امکان تعمیم آن به جوامع مختلف وجود داشته باشد. پیشنهاد می شود که پژوهشگران به انجام پژوهش هایی با تکیه بر روش های تحقیق ترکیبی (کمی و کیفی) روی آورند تا نتایج دقیق تر و قابل اتکاتری را در حجم نمونه های بالاتر ارائه دهند.



منابع

- بخشی، علی؛ دائمی، فاطمه و آجیل چی، بیتا. (۱۳۸۸). ویژگیهای روان‌سنجی مقیاسهای عاطفه مثبت و منفی در یک نمونه ایرانی. روانشناسی تحولی: فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۵(۲۰)، ۳۴۳-۳۵۳.
- بشارت، محمد علی. (۱۳۸۹). رابطه کمال‌گرایی با سلامت و بیماری جسمی. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱(۱)، ۶۲-۴۲.
- نیکنام، مرضیه؛ فراوی، محمد؛ کامکار، علی و فولادی، نرگس. (۱۳۹۱). مقایسه کمال‌گرایی در افراد استفاده‌کننده از جراحی بینی با گروه شاهد در شهر یاسوج، مجله (پی‌اورد سلامت) ۶(۱)، ۵۲-۶۰.
- Breuning, E. E., Oikonomou, D., Singh, P., Rai, J. K., & Mendonca, D. A. (2010). Cosmetic surgery in the NHS: Applying local and national guidelines. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 63(9), 1437-42.
- Dockray, S. & Steptoe, A. (2010). Positive affect and psychobiological processes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 69-75.
- Fitzpatrick, S., Sherry, S., Hartling, N., Hewitt, P., Flett, G. & Sherry, D. (2011) Narcissism, perfectionism, and interest in cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 127(6), 176-7.
- Hillhorst, M.T. (2002). *Philosophical pitfalls in cosmetic surgery: a case of rhinoplasty during adolescence*. *Journal of Medical Humanities*, 28(2), 61-65.
- Majumdar, J. R., Vertosick, E. A., Cohen, B., Assel, M., Levine, M., & Barton-Burke, M. (2019). Preoperative anxiety in patients undergoing outpatient cancer surgery. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(4), 440-445.
- Mulkens, S., Bos, A. E., Uleman, R., Muris, P., Mayer, B. & Velthuis, P. (2012). Psychopathology symptoms in a sample of female cosmetic surgery patients. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 65(3), 321-7.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879-906.
- Sherry, S. B., Vriend, J. L., Hewitt, P. L., Sherry, D. L., Flett, G. L., & Wardrop, A. A. (2009). Perfectionism dimensions, appearance schemas, and body image disturbance in community members and university students. *Body Image*, 6(2), 83-89.
- Terry-Short, L. A., Owens, R.G., Slade, P. D., & Dewey, M.E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18(5), 663-668.