

جامعه‌شناسی بدن و بدن زن

دکتر شیرین احمدنیا

سایت رسمی: از زندگی

<http://blog.ahmadnia.net/>

مقدمه

جای تردید نیست که در اکثر جوامع زنان در مقایسه با مردان نسبت به وضعیت زیبایی و ظاهر خود و آنچه به چشم می‌آید دقت نظر بیشتری داشته و حساسیت و توجه بیشتری نشان می‌دهند. این توجه وافر ایشان را و می‌دارد تا رفتارهایی گاه افراطی را به منظور مطابقت دادن ویژگیهای بدن خود با الگوهای فرهنگی زیبایی چهره و اندام که در رسانه‌های جمعی

و عوامل تبلیغاتی صنعت زیبایی تبلیغ می‌شود، اتخاذ کنند که بعضاً تبعات سوئی بیار می‌آورد. تصویری که زنان از خود در ذهن دارند تا چه حد بر احساس رضایتمندی زنان از خویش، و نهایتاً بر سلامت روانی و جسمانی زنان و بر نحوه‌ی درک و ارتباطشان با بدن‌هایشان تاثیر می‌گذارد. پرسشهایی است که در چارچوب بررسیهای جامعه‌شناسی بویژه جامعه‌شناسی جنسیت و جامعه‌شناسی بدن مورد مطالعه و تحقیق قرار گرفته است. از آنجا که جامعه‌شناسی بدن یکی از تخصص‌های نسبتاً جدید در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی و در نتیجه برای بسیاری هنوز ناشناخته است، در ابتدا مختصری به معرفی این زیر-شاخه‌ی جامعه‌شناسی می‌پردازم. سپس در تلاشی برای پاسخگویی به پرسشهای مطروحه به برخی از شواهد و یافته‌های بررسیهای علمی در این ارتباط استناد خواهیم کرد.

سوابق نظری جامعه‌شناسی بدن

توجه میشل فوکو (1926-1984) Michel Foucault نظریه‌پرداز اجتماعی فرانسوی به تاریخ حرفه‌ی پزشکی و پرداختن وی به بدن انسان به عنوان موضوعی که دستمایه اعمال کنترل و مداخله پزشکی قرار می‌گیرد و نیز تحلیلهای وی در مورد نظارتی که توسط دولت، کلیسا و پزشکی به خصوصی‌ترین فعالیتهای بدنی یعنی امورجنسی انسان اعمال می‌شد به ایجاد تخصصی جدیدی در عرصه جامعه‌شناسی به نام جامعه‌شناسی بدن - sociology of body بویژه با ظهور کتاب برایان ترنر Bryan Turner (جامعه‌شناس انگلیسی متولد 1945) تحت عنوان "بدن و جامعه" (1984) به عنوان یکی از اولین آثار اساسی این رشته - منجر شد (کاکرهام، 2001). کاکرهام که خود از جامعه‌شناسان بنام امریکایی است پیشرفتهای نظری در سالهای اخیر در ارتباط با درک جامعه‌شناختی از کنترل، استفاده، و تجربه‌ی پدیدارشناختی phenomenological بدن مشتمل بر عواطف و احساسات را در بریتانیا که این موضوع به یکی از عناوین عمده در جامعه‌شناسی پزشکی مبدل شده، چشمگیرتر از هر جای دیگر می‌داند (کاکرهام، 2001).

کانون توجه جامعه‌شناسی بدن این است که بدن‌های ما و از جمله سلامت و رفتار جنسی‌مان، چگونه تحت تاثیر عوامل اجتماعی قرار دارد (گیدنز، 2003). یکی از حوزه‌های مورد بررسی آن، رابطه‌ی دیالکتیکی میان بدن فیزیکی (جسم) و ذهنیت انسانی human subjectivity یا همان تجربه‌ی پدیدارشناختی یا زیست‌شده‌ی (lived) دارابودن یک بدن یا بودن در یک بدن است (کاکرهام، 2001: 14). محسنی (1376: 22 با ارجاع به Le Breton, 1992 ص 3) می‌نویسد بدن انسان واسطی میان فرد و دنیای خارج است. وجود انسانی در بدو امر دارای یک مظهر بدنی است. اعضای مختلف بدن دارای ارزشهای مساوی فرهنگی نیستند. صورت بیش از هر منطقه عضوی دیگر، محل تمرکز ارزشهاست، احساس هویت شخص بیش از هر عضو دیگر در صورت متجلی است. صورت شناسایی فرد در رابطه با دیگری را ایجاد می‌کند. کیفیتهای مربوط به جذابیت در صورت متجلی می‌شود، و عامل نخست شناسایی جنسیت است.

الن آندال (1998: 57) جامعه‌شناس پزشکی انگلیسی نیز با مروری بر سابقه تفکر نظری غرب که به تضاد ذهن و جسم متأثر از اندیشه‌ی افلاطون فیلسوف یونانی قائل بوده است، هدف جامعه‌شناسان بدن را مشخص کردن و تاکید بر وجود رابطه‌ی دیالکتیکی (یا دو طرفه‌ی) میان بدن فیزیکی و ذهنیت انسانی human subjectivity می‌داند که غالباً به آن از طریق مفهوم بدن زیست‌شده lived body ارجاع می‌شود. وی به اثر مرلو پونتی (Merleau-Ponty 1962) که بر نوعی هم‌آمیزی غیرقابل

تقلیل *irreducible fusion* ذهن و بدن اصرار می‌ورزد، ارجاع می‌دهد که درهم‌آمیختگی روح و بدن را امری دائمی می‌داند که در هر مرحله از حرکت وجود *movement of existence* متحقق می‌شود. بنابراین این تجربه‌ی ما، و بودن ما در این جهان، بواسطه‌ی رابطه‌ی مالوف بدن‌مان با جهان محقق می‌شود. جامعه‌شناسی بدن به جریان داشتن نوعی بازخورد یا فید بک *feedback* است که طی آن محیط‌های اجتماعی بدن‌ها را می‌سازند، و این ساخته‌شدن بدن‌ها به نوبه خود بر رفتار اجتماعی تأثیر می‌گذارد، و رفتار اجتماعی باز بر تحولات و تغییرات بدنی موثر واقع می‌شود (همان: 57).

آندال با اشاره به مثالی از تحقیق کانل (1987) به روشن‌تر شدن فرایند دیالکتیکی میان بدن فیزیکی و محیط اجتماعی کمک می‌کند. کانل در بحث خود در مورد اینکه چگونه هویت‌های جنسیتی در تضاد با فیزیولوژی قرار می‌گیرند توضیح می‌دهد که معمولاً وقتی دخترچه‌های ده ساله را توصیف می‌کنند ایشان را ضعیف و شکننده معرفی می‌کنند درحالی‌که در واقع، بدن‌های‌شان معمولاً در مقایسه با پسرهای همسن و سالشان درشت‌تر است. این "هویت جنسیتی" بنوبه خود به درون بدن‌های‌شان از طریق روابط اجتماعی تزریق می‌شود؛ و در نتیجه این احتمال شکل می‌گیرد که بدن‌های‌شان عملاً در نتیجه‌ی اعمال اجتماعی که در مورد آنها صادق است، ضعیف‌تر بشود! برای مثال، معمولاً آن دسته از اعمال‌شان که بیشتر جنبه‌ی منفعلانه داشته باشد تا فعالانه، مورد تأیید قرار می‌گیرد و در نتیجه زمینه‌ی رشد بدن‌شان کاهش می‌یابد!

حوزه‌ی دیگر مطرح در جامعه‌شناسی بدن، ساختن اجتماعی *social construction* بدن، و عواطف است. یعنی که چگونه جامعه، بدن و عواطف را ساخته و پردازش می‌کند. رویکرد "ساختن اجتماعی *social construction*" نیز در جامعه‌شناسی پزشکی تا حد زیادی با افکار میشل فوکو پیوند خورده است که بدن را به عنوان فرآورده‌ی قدرت و دانش مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهد (آندال، 1998؛ نتلتون، 1995؛ بری، 1986 ارجاع شده توسط کاکرهام، 2001) و بر شیوه‌هایی که انسان‌ها بدن‌های‌شان را تغییر شکل می‌دهند، تزئین می‌کنند، عرضه می‌کنند، مدیریت می‌کنند و از نظر اجتماعی مورد ارزیابی قرار می‌دهند تأکید دارد. یکی از مثال‌های ملموس مرتبط با این حوزه تأثیر طبقه اجتماعی است. کاکرهام به مفهوم تجسم طبقه *embodiment of class* که کریس شیلینگ (1993) *Shilling* بکار برده ارجاع نموده و می‌نویسد طبقه‌ی اجتماعی تأثیر عمیقی می‌گذارد بر این که چگونه افراد بدن‌های‌شان را به شکل خاصی رشد بدهند و ارزش‌های سمبولیک خاصی را به اشکال بدنی خاص نسبت بدهند. شیلینگ دریافت که بدن‌ها در حکم نوعی "سرمایه‌ی اجتماعی" اند که ارزش‌شان از طریق توانایی گروه‌های مسلط در معرفی بدن و سبک زندگی خودشان به عنوان بدن‌ها و سبک زندگی‌های والاتر یا ارزشمندتر - که خود به طور استعاری و به معنای دقیق کلمه همان تجسم طبقه است -، تعریف و تعیین می‌شود (کاکرهام، 2001: 15).

کاکرهام جامعه‌شناس امریکایی به ریشه‌های مابعدساختارگرایی *poststructural* نظریه فمینیستی در عرصه‌ی جامعه‌شناسی پزشکی بویژه در ارتباط با روایت‌های ساختگرایانه‌ی اجتماعی *social constructionist* آن از بدن زنانه / مونث *female body* و تنظیم یا به قاعده‌درآوردن *regulation* بدن توسط جامعه‌ی تحت سلطه‌ی مردان اشاره دارد (همان: 15). در اینجا هم مفروضات اجتماعی و فرهنگی درکارند تا درک ما را نسبت به بدن تحت تأثیر قرار دهد، از جمله در مورد استفاده از بدن مردانه / مذکر *male body* به عنوان استاندارد یا معیار در آموزش‌های پزشکی، یا نسبت دادن ویژگی‌های عاطفی و جسمانی‌ای که از نظر اجتماعی مطلوبیت کمتری دارد به زنان، و نیز از راه ساختن (و تعریف) اجتماعی بیماری‌های زنان (همان: 15).

آندال (1998: 58) به عنوان انتقاد نسبت به حیطة عمل محققان جامعه‌شناسی بدن به این اشاره می‌کند که توجه ایشان تاکنون غالباً به مشکلات یا نابسامانی‌های دوران زندگی افراد معطوف شده است، به عنوان مثال، اختلالات تغذیه و بیماری‌هایی چون آنورکسیای عصبی مورد تحقیق قرار گرفته است. درحالی‌که ما همچنان درباره‌ی تجربه‌ی زیست‌شده‌ی "بدن سالمند" یا بدن‌هایی که دچار مشکل خاصی نبوده‌اند، مثلاً بدن مردان میانسال سالم خیلی کم می‌دانیم. خلاصه اینکه، نیازی احساس می‌شود که تجربه‌های "معمولی" بدن در شرایط سلامت و بیماری نیز مورد بررسی قرار گیرد.

فشارهای فرهنگی اجتماعی موثر بر بدن زنان

گیدنز (2003) جامعه‌شناس معاصر انگلیسی معتقد است زنان به‌ویژه بر اساس ویژگیهای جسمانی‌شان مورد قضاوت قرار می‌گیرند، و احساس شرم‌ساری نسبت به بدن‌شان رابطه‌ی مستقیمی با انتظارات اجتماعی دارد. زنان در مقایسه با مردان بیشتر در معرض اختلالات تغذیه‌ای قرار می‌گیرند که وی آن‌را ناشی از چند دلیل عمده می‌داند: اول اینکه هنجارهای اجتماعی ما در مورد زنان به نسبت بیشتری بر جذابیت جسمانی تاکید دارد. دوم اینکه، آنچه به لحاظ اجتماعی تصویری مطلوب از بدن تعریف می‌شود، در مورد زنان تصویری لاغراندام و نه عضلانی است. سوم اینکه، هرچند امروزه زنان در عرصه‌ی عمومی و زندگی اجتماعی نسبت به قبل، فعال‌تر شده‌اند، اما همچنان همانقدر بر اساس پیشرفت‌ها و موفقیت‌هایشان مورد ارزیابی قرار می‌گیرند که بر پایه‌ی وضعیت ظاهری‌شان.

در هر جامعه‌ای یکسری الگوها و ایده‌آلهای فرهنگی در ارتباط با خصوصیات زیبایی اندام و چهره در مورد زنان مورد تبلیغ و اشاعه قرار می‌گیرد. با توجه به پدیده‌ی انتشار گسترده‌ی الگوهای فرهنگی غربی در سطح بین‌المللی که از طریق رسانه‌های جمعی و تکنولوژیهای نوین ارتباطی تشدید و تسهیل می‌گردد، ارزشهای خاصی مرتبط با اشکال و اندازه‌های بدنی ایده‌آل و مطلوب مورد تاکید قرار می‌گیرد. این‌گونه ارزشها به عنوان ایده‌آلها و اهداف عینی بر رفتارهای افراد بویژه زنان در جوامع مختلف برای هماهنگ کردن یا نزدیک‌تر کردن خصوصیات بدن خود با این ارزشها مورد توجه قرار می‌گیرند. نمونه‌ی مشخصی از این ارزشها که امروزه در مورد زنان در اکثر جوامع مورد توافق قرار گرفته، باریک‌اندامی *slimness* است. گروگن (2000: 356) با ارجاع به تحقیقی از بوردو (1993) می‌نویسد: در جوامع غربی باریک‌اندامی صفت با ارزشی برای زنان تلقی می‌گردد که با جذابیت، کنترل بر نفس، مهارت اجتماعی، موفقیت شغلی، و جوانی تداومی می‌شود.

در چند دهه‌ی اخیر لاغری در ایران نیز به عنوان معیار زیبایی اندام مورد توجه دختران و زنان جوان قرار گرفته است و اقدام برای رعایت رژیم غذایی لاغری جهت دستیابی به تناسب اندام به دغدغه‌ی بسیاری از دختران و زنان ایرانی تبدیل شده است. در حالیکه در مورد نسلهای پیشین چنین تاکید شدیدی بر لاغری موجود نبوده است و حتی می‌توان ادعا نمود که ادبیات عامیانه با کاربرد اصطلاحاتی چون ضرورت وجود "یک پرده گوشت" سلیقه‌ی ایرانی را در مورد معیار زیبایی اندام برای زنان تا حدی در تضاد با لاغری افراطی آنچنان که در کشورهای غربی در حال حاضر تبلیغ می‌شود، نشان می‌دهد. باید دانست حتی در غرب نیز همچنانکه گروگن (2000: 356) یادآور گردیده، تغییر سلیقه عمومی مبنی بر ترجیح لاغری بر چاقی در واقع پدیده‌ی نسبتاً جدیدی است که ظهور آن به آغاز قرن بیستم باز می‌گردد.

مطالعه رفتار مترتب بر اینگونه ارزش‌گذارها دلیل اهمیت و حساسیت پیامدهای حاصل از اتخاذ این رفتارها بر سلامت روانی و جسمانی زنان اهمیت می‌یابد. پیش از آنکه به شواهد و نمونه‌هایی از اقدامات رایج در جهت تغییر شکل اندام و صورت و برخی تبعات جسمانی و روانی اینگونه رفتارهای مرتبط با بدن زنان بپردازیم باید به مفاهیمی چون تصویر از بدن یا تصویر از خود و رضایت‌مندی اشاره شود.

سارا گروگن (2000:356) Grogan تصویر از بدن *body image* را به ادراک، احساسات و افکار زنان نسبت به بدن خود مربوط می‌داند و آنرا شامل برآورد اندازه بدن، ارزیابی از میزان جذابیت بدن و عواطف مرتبط با شکل و حجم آن می‌داند. تصویر از بدن یک سازه‌ی اجتماعی *socially constructed* است که با رضایت‌خاطر فرد نسبت به بدنش رابطه دارد.

دبورا لوپتن (1998) مورد ارجاع از سوی کاکرهام، (2001) توضیح می‌دهد تصویری که هر فرد از بدن خود در سر دارد بر نحوه‌ی درک و تجربه‌ی احساسات جسمانی‌اش تاثیر می‌گذارد. تصویر از بدن همچنین در مورد اینکه فرد چگونه خود را در فضای اجتماعی قرار دهد، چگونه خود را به عنوان موجودی مجزا از سایر پدیده‌های فیزیکی مفهوم‌سازی کند، خود را حفظ کند،

درون را از بیرون خود تمیز دهد، یا خود را در حکم فاعل یا مفعول بکارگیرد، تاثیر می‌گذارد. مطالعاتی که در بریتانیا، ایالات متحده و استرالیا به انجام رسیده نشان داده که زنان در هر سنی که باشند معمولاً از شرایط بدنی خود ناراضی‌اند و آرزو می‌کنند که لاغرتر از آنچه هستند بشوند (گروگن، 2000: 356). چندین مورد از تحقیقات بعمل آمده در سالهای دهه‌ی هشتاد و نود میلادی حکایت از این داشته که هنجارهای زیبایی غربی، ایده‌آلهایی را برای زنان تعیین می‌کند که دستیابی به آنها عملاً غیرممکن است و این ایده‌آلها و اهداف غیرواقعی زنان را در موقعیت فرودستی position subordinate قرار می‌دهد که وادارشان می‌سازد دائماً با تمام قوا در حال آماده باش و نظارت بر تغییرات بدن خود قرار داشته باشند (همان منبع: 357).

سوزان براون میلر (1984، مورد ارجاع توسط گروگن، 2000: 357) نشان می‌دهد که چگونه بدن زنان در طول تاریخ محدود و کنترل شده تا با معیارهای زیباشناختی (aesthetics از طریق پوشیدن کمرستهای مخصوص و اخیراً از طریق رژیمهای لاغری) هماهنگ شود و چگونه این مراقبت فوق‌العاده موجب ضعف و ناتوانی جسمانی ایشان می‌شود.

تحقیقی که چوی (2000: 373) به انجام رسانده نشان می‌دهد که در میان زنان و مردانی که ورزش می‌کرده‌اند، زنان بطور معنی‌داری بیشتر از مردان علت پرداختن به فعالیت جسمانی خود را کنترل وزن و ظاهر فیزیکی خود گزارش نموده‌اند. در نظر زنان فعالیت ورزشی یک فعالیت به قصد دستیابی به زیبایی تلقی می‌گردد نه یک فعالیت بهداشتی بمنظور ارتقای سلامت.

احمدنیا (1380: 84) با ارجاع به برک، (1999: 538) ذکر نموده که در نتیجه‌ی تاثیر عمیق ارزشهای فرهنگی حاکم بر جامعه، وضعیت ظاهر جسمانی در دوره نوجوانی از اهمیت خاصی برخوردار می‌شود، یعنی نوجوانان به شدت نسبت به تصویری که از بدن خود ادراک می‌نمایند، حساس می‌گردند. وی همچنین با ارجاع به نتایج تحقیقات (Williams and Currie, 2000) می‌نویسد تحقیقات متعددی در زمینه‌ی رابطه‌ی میان بلوغ، تصویر از بدن، و عزت نفس نوجوانان در غرب به عمل آمده است که نشان می‌دهد دخترانی که نسبت به شکل ظاهری بدن خود یا وزن خود ابراز نارضایتی کرده‌اند، نسبت به آنان که تصویر مثبتی از بدن خود در سر داشتند، از عزت نفس پایین‌تری برخوردار بودند. افراد جوان که مرحله بلوغ خود را پشت سر می‌گذارند، معمولاً تلاش می‌کنند تا خود را هر چه بیشتر به شرایط ایده‌آلی الگوهای فرهنگی که توسط رسانه‌های جمعی، بویژه در غرب تبلیغ می‌شوند نزدیک کنند (همان: 84). در این شرایط هنگامیکه فاصله‌ی میان واقعیت وجودی ایشان و شرایط ایده‌آلی که در ذهن می‌پرورند زیاد می‌شود، به انواع فشارهای روانی و اختلالات ناشی از آن دچار می‌گردند که اثرات مخربی برای سلامت ایشان بدنبال دارد. نتایج تحقیقی در مورد چهار هزار نوجوان در اسکاتلند نشان داد که 40 درصد از افراد 15 ساله معتقد بودند باید وزن کم کنند و نیمی از ایشان در زمان تحقیق در حال رعایت رژیم غذایی بمنظور لاغری بودند (شاک‌اسمیت و هندری، 1998).

پیامدهای سوء برای سلامت روانی و جسمانی زنان

احمدنیا (1380: 85) متذکر گردیده که هنگامیکه لاغری به عنوان شرایط مطلوب بدنی در رسانه‌ها تبلیغ می‌شود، دختران و پسران جوان در طلب رسیدن به وزن ایده‌آل، خود را در معرض رژیمهای سخت غذایی قرار می‌دهند و در واقع خود را در حساس‌ترین دوران رشد بدنی، از شرایط تغذیه سالم و متعادل محروم می‌سازند. لطف‌آبادی (1378: 171) نیز می‌نویسد، مساله تناسب اندام برای دختران به قدری مهم است که آنان ممکن است نسبت به چاق شدن خود حالتی وسواسی پیدا کنند. ادامه‌ی این وسواس به احتمال بروز نوعی بیماری به نام بی‌اشتهایی عصبی (Anorexia nervosa) منجر می‌شود که همراه با تحمیل محدودیتهای شدید در رژیم غذایی، کاهش شدید وزن و ترس از افزایش وزن و فریبی است (همان: 171). بیماری دیگری

که لطف‌آبادی نام می‌برد ” پراشتهایی عصبی (bulimia nervosa) ” است یعنی اختلال غذایی دیگری همراه با ابتلای مکرر به پرخوری و مصرف فوق‌العاده زیاد مواد غذایی که باز در مورد افرادی عمدتاً دختران اتفاق می‌افتد که نسبت به وزن خود وسواس و حساسیت دارند.

حساسیت زنان و دختران به ویژگیهای اندام و چهره زمینه‌ی گسترش انواع جراحی‌های پلاستیک و زیبایی به عنوان مثال در مورد بینی، و اندام‌های دیگر نظیر پستانها و نیز اقدامات دیگری همچون خالکوبی روی چهره در مورد ابروها، لبها و اطراف چشم را بدنبال داشته است که علی‌رغم نگرانی‌ها و مخاطرات بهداشتی مربوطه، در ایران نیز همچون کشورهای غربی مطلوبیت روز افزون یافته است. آندال (1998: 14-15) در مورد رواج جراحی سینه آماری را ارائه داده است. وی می‌نویسد، در محدوده‌ی سالهای دهه‌ی هشتاد و ابتدای دهه‌ی 90 میلادی تقریباً یک میلیون نفر از زنان اقدام به جراحی و کاشت implants بافت مصنوعی پستانها به دلایل مختلف از زیبایی اندام گرفته تا جبران برش سینه ناشی از عمل سرطان پستان نموده بودند. برآوردها نشان داد که رقمی بین 30 هزار تا 50 هزار از این موارد در انگلستان به انجام رسیده بود. تا سال 1994، 36 هزار مورد از زنانی که اقدام به جراحی پلاستیک نموده بودند گزارش دادند که در نتیجه‌ی این عمل دچار آسیب و ناراحتی‌هایی شده بودند و در پی اخذ خسارت برآمدند. دو خطر عمده‌ای که آشکار گردیده بود یکی در مورد نشت ژل سیلیکون بکاررفته به درون بدن بوده که با بیماریهای جدی خاصی نظیر تصلب سیستمی، systemic sclerosis و لوپوس و بیماریهای دیگر مرتبط با سیستم ایمنی و بیماریهای عصب‌شناختی مرتبط است که در مواردی این بیماریها دوره‌ی نهفتگی تا سی سال را نیز دارند که عوارض خود را آشکار نمی‌سازد. مشکل دوم مسئله‌ی در پوشینه یا کپسول سازی encapsulation که واکنش بدن در مقابل سیلیکون است که قشر سختی بافتهای اطراف سینه را در بر می‌گیرد. مسئله‌ی دیگر، تاثیر وجود ژل سیلیکون در مورد انجام رادیولوژی سینه است که کار تشخیص سرطان سینه را برای رادیولوژیستها دشوار می‌سازد. تعدادی از زنان تاکنون در نتیجه‌ی عوارض جانبی کاشت سیلیکون جان خود را از دست داده‌اند و تعداد بیشتری به بیماریهای مزمن گرفتار شده‌اند که تاثیر عمیقی بر زندگی‌شان بجا گذاشته است (همان منبع).

آمار مربوط به جراحیهای زیبایی در ایران نیز هشداردهنده است. بنابر ارزیابی پزشکان 60 درصد متقاضیان جراحی‌های پلاستیک و زیبایی در ایران از نظر علمی و زیبایی شناسی نیازی به این جراحی‌ها ندارند. دکتر مهدی فتحی، فوق تخصص جراحی پلاستیک و ترمیمی در حاشیه کنگره علمی جامعه جراحان ایران در مصاحبه خود (روزنامه جام جم، 1382/11/20، ص 17) اظهار می‌دارد که مهمترین انگیزه‌ای که باعث می‌شود این افراد اقدام به این نوع جراحی‌ها کنند، تبلیغات ماهواره و مجلات خارجی و چشم و هم چشمی با اطرافیان است. وی با اشاره به اینکه جراحی‌های زیبایی مهمترین جراحی‌های پلاستیکی در کشور است، گفت: بیشتر متقاضیان جراحی بینی دختران مجردی هستند که در فاصله سنی 17 تا 22 سال قرار دارند و در مقاطع تحصیلی آخر دبیرستان و اوایل دانشگاه به سر می‌برند. وی با اشاره به مخاطرات جراحی‌های پلاستیکی صورت در سن پایین و دوران بلوغ افزود جراحی بینی و یا دیگر اعضای صورت در سنین زیر 17 سال برای دختران و زیر 18 سال برای پسران مخاطرات زیادی دارد، زیرا استخوانها در این سنین در حال رشد هستند و اقدام به جراحی باعث به وجود آوردن عوارض خطرناکی در بزرگسالی می‌شود (همان منبع).

هنگامیکه نتایج تحقیقات متعدد در ایران (من جمله تحقیق ارزشها و نگرشهای ایرانیان، موج دوم، که از سوی وزارت ارشاد به انجام رسیده و تحقیق احمدنیا و مهریار، 1383) اهمیت معیار زیبایی ظاهری را در انتخاب همسر ایده آل از سوی مردان ایرانی تأیید می‌کند، جای تعجب ندارد که زنان به زیباییهای ظاهری اهمیت بیشتری داده و به انحاء گوناگون و به قیمت هزینه‌های کلان درصدد تاثیرگذاری بر بدن خویش برآیند و از روند همگانی توجه افراطی به وضعیت ظاهری خود در جهان تبعیت نمایند. درد دل یکی از زنان در روزنامه همشهری (14 اسفند 1382، ص 4 ضمیمه بازارچه) حکایتگر برخی واقعیتهاست: ... “سبب اینکه بعضی از خانمها به سمت جراحی‌های پلاستیک و آرایش کشیده می‌شوند این است که همسرانشان اینگونه

دوست دارند. روزگار به گونه‌ای پیش می‌رود که برخی فکر می‌کنند دیگر نمی‌توان حتی بدون آرایش از منزل خارج شد وگرنه فردی متحجر و عقب افتاده به حساب می‌آیند! ... من زمانی که ازدواج نکرده بودم معتقد بودم استفاده زیاد از لوازم آرایش پوست را خراب می‌کند و دختری ساده بودم، ولی اکنون تنها به این دلیل که شوهرم را راضی نگاهدارم. به این کار و یا انجام عمل جراحی و خرج مبالغ هنگفت تن می‌دهم! زنان دیگر هم همینطور هستند. حاضرند دهها هزار تومان هزینه کنند تا همان عروسی شوند که همسرانشان می‌خواهند."!

بنظر می‌رسد ویژگیهای ظاهری برای زنان بیشتر اهمیت دارد چراکه تصور می‌کنند چهره و بدنهای زیباتر می‌تواند آنها را در دستیابی به اهداف و ایده‌آلهای اقتصادی و اجتماعی خود یاری رساند. در واقع زنان با نوعی دید ابزاری به بدنهای خود مینگرند. بدن و چهره‌ی مطلوب‌تر عملاً فرصتهای بیشتر و بهتری را در شرایط جامعه‌ی مردسالار برای زنان فراهم می‌سازد تا بتوانند به موفقیت‌های بیشتری در پیشبرد اهداف خود نظیر موفقیت در ازدواج، احراز یا ترقی در شغل یا حفظ و تداوم توجه همسر و نظایر آن دست یابند. بهر ترتیب فقدان تحقیقات در ارتباط با مسائل فوق‌الذکر در حوزه جامعه‌شناسی بدن و جنسیت در ایران باعث می‌شود بسیاری از پرسشهای مطروحه اولیه همچنان بی‌پاسخ باقی بماند و در این مرحله از سطح حدس و گمانی که می‌بایستی به محک تجربه آزموده شود فراتر نرود.

فهرست منابع:

- احمدنیا، شیرین (1380) بلوغ، انگیزه سلامت و رفتارهای بهداشتی نوجوانان و جوانان، نمایه پژوهش، سال پنجم، شماره 17، صص 80-90.
- احمدنیا، شیرین و مهریار، امیرهوشنگ (1383) نگرش و ایده‌آلهای نوجوانان تهرانی در زمینه‌ی همسرگزینی، فرزندآوری و تنظیم خانواده، مجموعه مقالات دومین همایش انجمن جمعیت شناسی ایران، بررسی مسائل جمعیتی ایران با تاکید بر جوانان، دانشگاه شیراز، 23-24 اردیبهشت 1383، در شرف انتشار.
- روزنامه همشهری، 14 اسفند، 1382 نامه از الهه صفری تحت عنوان هزینه‌های اجباری ص 4 ضمیمه ی بازارچه.
- لطف آبادی، ج. (1378) روانشناسی رشد (2) نوجوانی، جوانی و بزرگسالی، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت).
- محسنی، منوچهر (1376) جامعه‌شناسی پزشکی، چاپ پنجم (با تجدید نظر) تهران: کتابخانه طهوری.
- Annandale, Ellen (1998) *The sociology of Health and Medicine, A critical introduction*, Cambridge: The Polity Press.
- Choi, Percilla, Y. L. (2000) Looking good and feeling good: why do fewer women than men exercise?, pp. 372-378, in pp. 423-430. In Jane M. Ussher (Ed.) *Women's Health*, Leicester: The British Psychological Society.
- Cockerham, William, C. (2001) *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, Oxford: Blackwell Publishers.
- Giddens, A. (2003), <http://www.wwnorton.com/giddens4/chapters/chapter18/welcome.htm>
- Grogan, Sarah (2000) *Body Image*, pp. 356-363, in Jane M. Ussher (Ed.) *Women's Health*, Leicester: The British Psychological Society.
- Shucksmith J. and Hendry, L. B. (1998) *Health Issues and Adolescents. Growing up, speaking out*, London: Routledge.
- این مقاله نخستین بار در سال 1384 در این منبع به چاپ رسیده است: "فصل زنان"، به کوشش نوشین احمدی و پروانه اردلان، شماره 5، تهران: انتشارات روشنگران و مطالعات زنان، صص 132-143.

دکتر شیرین احمدنیا

shirin.ahmadnia@gmail.com



- مشخصات فردی:

متولد 1342

متاهل، دارای یک فرزند

2- تحصیلات دانشگاهی:

- لیسانس رشته ی (پژوهشگری) علوم اجتماعی از دانشگاه تهران 1362-1367

- فوق لیسانس رشته "پژوهش اجتماعی" از دانشگاه شهید بهشتی 1367-1371

- دکترای تخصصی Ph.D در رشته جامعه شناسی از دانشگاه واریک Warwick University انگلستان سال 1996-2000 میلادی

3- مسئولیت های شغلی و اجتماعی فعلی:

- عضو هیات علمی دانشگاه علامه طباطبایی (اسنادیار، گروه جامعه شناسی و گروه کارشناسی ارشد جمعیت شناسی)

- رئیس کتابخانه دانشکده علوم اجتماعی علامه طباطبایی

- عضو هیات مدیره انجمن جامعه شناسی ایران

- مدیر گروه علمی تخصصی جامعه شناسی پزشکی انجمن جامعه شناسی ایران

- عضو هیات تحریریه مجله علمی پژوهشی مطالعات اجتماعی ایران

- عضو هیات مدیره انجمن غیر دولتی حامیان سفر ایمن

4- سوابق تحقیقاتی:

- نیاز سنجی سلامت شهروندان محله های شهر تهران، معاونت اجتماعی فرهنگی شهرداری تهران، به سفارش اداره کل سلامت، مدیر و مجری طرح (در دست انجام از 1387)

- احمدنیا، شیرین (1386) بررسی جامعه شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان در تهران، اولین همایش سراسری علوم انسانی و سلامت، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات علوم

- احمدنیا، شیرین (1385) طرح ملی بهروزان ایران: انگیزه ها، رضایت شغلی و عملکرد، مرکز مطالعات و پژوهشهای جمعیتی آسیا و اقیانوسیه، وزارت علوم تحقیقات و فناوری، طرح پژوهشی مصوب مرکز.

- احمدنیا، ش (1383) پروژه تحقیقاتی " بررسی هویت، نگرش و گرایش نوجوانان (حوزه‌های تحصیل، ازدواج و تنظیم خانواده، اشتغال و اوقات فراغت) در شهر تهران، پاییز 1382". مرکز مطالعات و پژوهشهای جمعیتی آسیا و اقیانوسیه وابسته به وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری.

- احمدنیا، ش (1382) بانوی تهران، بررسی جامعه‌شناختی مسائل زنان، تهران: سازمان فرهنگی-هنری شهرداری تهران (گزارش داخلی سازمان).

- احمدنیا، ش (1381) "بررسی عملکرد مرکز امور مشارکت زنان"، مرکز پژوهشهای مجلس شورای اسلامی، معاونت پژوهشی، دفتر مطالعات فرهنگی، شماره مسلسل 6556

- احمدنیا، ش (1381) "بررسی ارتباط ویژگیهای اقتصادی اجتماعی زنان با فعالیت سیاسی ایشان"، همایش بین المللی مشارکت سیاسی زنان در کشور های اسلامی، تهران (همکاری دانشگاه علامه طباطبایی و مرکز امور مشارکت زنان).

- احمدنیا، ش (1380) بهداشت رشد جسمانی و روانی اجتماعی نوجوانان، پژوهشی در شهر تهران، سازمان ملی جوانان، اداره کل مطالعات و تحقیقات راهبردی.

5- انتشارات/ سخنرانی ها:

- به زبان انگلیسی:

Ahmad-Nia, Shirin, Amir H. Mehryar, Mohsen Naghavi, and Shahla azemipour (2008) Vital Horoscope: Longitudinal Data Collection in the Iranian Primary Health Care System, Asia-Pacific Population Journal (APPJ), Dec.

Ahmad-Nia, S (2007) Iranian Behvarzes' (rural health workers) job satisfaction and working life: a gendered comparison. A paper presented at the Interim International Conference of ISA- RC32: Women and Citizenship in a Local/Global World, Athens, Greece, May 31-June 2007.

- Amir H. Mehryar, Ahmad-Nia, S, and Jalali-Savar, A. (2007), chapter on Iran, pp 63-87, in The Greenwood Encyclopedia of Children's Issues Worldwide (6-Volume Set), Epstein, Irving (EDT) /Pattnaik, Jyotsna (EDT) Westport: Greenwood Press.

Mehryar, A. H. and S. Ahmad-Nia, , and S. Kazemipour, (2007) Reproductive Health in Iran: Pragmatic Achievements, Unmet Needs, and Ethical Challenges in a Theocratic System, Studies in Family Planning, Vol. 38, No. 4

Mehryar, A.H., Ahmad-Nia, S. and Kazemipour S. (2006) Reproductive Health in a Theocratic System, Iran: Pragmatic Achievements, Unmet Needs, and Ethical Challenges, A paper presented at the Seminar on Ethical Issues in Reproductive Health, Netherlands Institute for Advanced Study in the Humanities and Social Sciences (NIAS) , Wassenaar, **The Netherlands**.

Mehryar, A. H. and S. Ahmad-Nia (2006) Age-Structural Transition in Iran: short- and long-term consequences of drastic fertility swings during the final decades of the twentieth century, pp 319-358, in Ian Pool, Laura R. Wong and E. Vilquin (Eds.) Age-Structural Transitions: Challenges

for Development, Seminar organized by CISRED and INED with support from UNFPA , Paris: Committee for International Cooperation in National Research in Demography.

-Ahmad-Nia, S. (2006) Media and Gender, A paper presented the international seminar on : The Role of Media in Introducing and Protecting Cultural Heritage, organized by UNESCO Tehran Cluster Office *and* Cultural Heritage News Agency, Tehran, Iran (5-7 September).

-Mehryar, A.H. and Ahmad-Nia, S. (2005), Primary Health Care System, Narrowing of Rural-Urban Gap in Health Indicators and Rural Poverty Reduction: The Experience of Iran, Paper presented at the 25th General Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), 18-23 July 2005, Tours, France.

- Mehryar, A.H., Aghajanian, A. and Ahmad-Nia, S. (2004) Making health services work for people in the Islamic Republic of Iran, World Development Report 2004, A Copublication of the World Bank and Oxford University Press. P. 135. The paper was presented also in The World Bank Conference on Poverty Reduction, Shanghai, China 25-28 May, 2004.

Ahmad-Nia, S. (2003) Women and the ICTs, The realm of Information Society, Volunteer, Newsletter of Iran Civil Society Organizations, Special Issue, August, pp. 22-25.

-Ahmad-Nia, S. (2003) The Status of Women in the Information Society: A sociological Approach. *Zan-e Farzaneh*, Journal on Gender Studies Autumn , pp. 7-23.

Mehryar, A.H., Aghajanian, A., Ahmad-Nia, S., and Tajdini, F. (2002), 'Women's Education and Labour-Force Participation and Fertility Decline in Iran', Population Studies and Research Center for Asia & the Pacific, Tehran, Working Paper No.4, 45 p.

-Ahmad-Nia, S. (2002) 'Women's Work and Health in Iran: a comparison of working and non-working mothers', *Social Science and Medicine*, Vol. 54, Pp. 753-765.

-Ahmad-Nia, S. (1996) 'Iran, Women and Health', *Medical Sociology News*, Vol. 22, pp.48-67.

به فارسی:

-طراحی رشته کارشناسی ارشد "جامعه شناسی پزشکی" به سفارش پژوهشکده مطالعات اجتماعی فرهنگی وزارت علوم تحقیقات و فناوری، 1387

-احمدنیا، ش (1384) جامعه شناسی بدن و بدن زن، فصل زنان، شماره 5، انتشارات روشنگران و مطالعات زنان، صص 132-143.

-احمدنیا، ش (1383) اثرات اشتغال بر سلامت زنان، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، 157-178

-احمدنیا، شیرین و مهریار، امیرھوشنگ (1383) نگرش و ایده‌آلهای نوجوانان تهرانی در زمینه‌ی همسرگزینی، فرزندآوری و تنظیم خانواده، خلاصه مقالات دومین همایش انجمن جمعیت شناسی ایران، بررسی مسائل جمعیتی ایران با تاکید بر جوانان، دانشگاه شیراز، 23-24 اردیبهشت 1383. صص 41-42.

-احمدنیا، شیرین (1381) نقش آموزش و پرورش در ارتقای آگاهی‌های تغذیه‌ای نوجوانان، مجله رشد آموزش علوم اجتماعی، شماره 19، صص 44-51.

-احمدنیا، شیرین و مهریار، امیرهوشنگ (1381) بارداری‌های ناخواسته و برخی وابسته‌های آن در ایران، خلاصه مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، زمستان 1381، شماره 1، سال چهارم، زمستان 1381.

-احمدنیا، ش (1380) برخی عوامل فرهنگی-اجتماعی موثر بر مشارکت محدود زنان، نامهنجمن جامعه‌شناسی ایران، ویژه‌نامه دومین همایش مسایل اجتماعی ایران، شماره 4، صص 71-86.

-احمدنیا، ش (1380) بلوغ، انگیزه سلامت و رفتارهای بهداشتی نوجوانان و جوانان، نمایه پژوهش (فصلنامه اطلاع‌رسانی پژوهشی)، سال پنجم، شماره 17.

6-دروس تدریس شده

الف- در مقطع کارشناسی:

جامعه‌شناسی پزشکی (دانشگاه‌های علامه طباطبایی و دانشگاه شهید بهشتی)

جامعه‌شناسی کار و شغل (دانشگاه تهران)

درس تنظیم خانواده و بهداشت باروری،

درس جامعه‌شناسی رسانه‌های جمعی (دانشگاه شهید بهشتی)

درس جامعه‌شناسی خانواده

روش تحقیق نظری و عملی

درس جمعیت و تنظیم خانواده (به انگلیسی) در موسسه آموزش عالی اکو ECO

ب- در مقطع کارشناسی ارشد:

درس سلامت و بهداشت زن (دانشگاه‌های علامه طباطبایی، تربیت مدرس)

درس زبان تخصصی انگلیسی (برای گروه مطالعات زنان)

ج- در مقطع دکترا Ph.D:

عوامل فرهنگی جامعه شناختی موثر بر بهداشت باروری- برای دانشجویان در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

7- علائق مطالعاتی و پژوهشی

مطالعات حوزه جامعه‌شناسی سلامت و بهداشت باروری، مطالعات جوانان و زنان، تکنولوژی‌های نوین اطلاعاتی و ارتباطی،

8-سوابق اجرایی. مدیر پروژه‌های پژوهشی در سازمان‌ها و موسسات تحقیقاتی. موسسه عالی پژوهش سازمان برنامه و بودجه، مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه، سازمان ملی جوانان

9-سوابق امتیازات تحصیلی:

- رتبه دوم پذیرفته شدگان کنکور سراسری اعزام دکترای تخصصی جامعه‌شناسی 1371

- رتبه اول در میان فارغ التحصیلان کارشناسی ارشد پژوهش اجتماعی دانشگاه شهید بهشتی

