

ÁLL- ÉS ARCCSONTI (MAXILLO-FACIÁLIS) SÉRÜLÉSEK INTERPERSZONÁLIS VONATKOZÁSAI – ARCSÉRÜLT SZEMÉLYEKSEL KAPCSOLATOS ATTITŰDÖK VIZSGÁLATA

Gurka Éva Mária

SZTE-BTK Pszichológia Intézet, eva.gurka@gmail.com

Arcunk meghatározó szerepet tölt be társas interakcióinkban, ezáltal az arcészlelése bizonyos mértékig meghatározza pszichés jóllétünket is. Sebészeti területen született közlemények az arcukon sérülést szenvedett személyek pszichés egészségének romlásáról számolnak be. Ebből kiindulva kutatásomban arra keresem a választ, hogy a társas észlelést és benyomásszervezést hogyan befolyásolják az áll- és arccsonti (maxillo-faciális) rekonstruktív sebészeti beavatkozás után az arcon visszamaradó vágott jellegű hegek. Az arcukon sérült személyekkel kapcsolatos implicit attitűdöt Implicit Asszociációs Teszt (IAT) teszt, az explicit attitűdöt saját kérdőív segítségével vizsgáltam, saját programozású webes felület segítségével. A vizsgálat során 30 fővel, kontrollált körülmények között történt vizsgálat 3 al minta bevonásával (tanárok, SZTE hallgatók, SZTE egészségügyi dolgozók). Hipotézisemet egyértelműen igazoló vagy cáfoló szignifikáns eredményeket feltehetően a minta kis mérete miatt nem kaptam, azonban elvárásaimmal egybehazóan az implicit attitűd minden esetben negatív volt, az explicit attitűd pedig kismértékben volt negatív. Az eredmények, valamint a kutatási kérdés vizsgálatára kifejlesztett vizsálati eljárás és teszt további kutatásokat alapoz meg.

Kulcsszavak: arcészlelés, attitűd, arcsebészet, IAT, maxillofaciális sérülés

Köszönet nyilvánítás: Szeretnék köszönetet mondani témavezetőimnek Dr. Szokolszky Ágnesnek, Dr. Harsányi Szabolcs Gergőnek (SZTE BTK Pszichológiai Intézet) és Dr. Paczona Róbertnek (SZTE SZAKK ÁOK Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Klinika) a kutatásban nyújtott segítségükért. Az informatikai segítséget köszönöm Nagy Gergelynek (SZTE, TTIK, programtervező informatika BSc 3.) és Gurka Gábor Istvánnak (tanuló).

ÁLL- ÉS ARCCSONTI (MAXILLO-FACIÁLIS) SÉRÜLÉSEK INTERPERSZONÁLIS VONATKOZÁSAI

Kutatásomban arc- és állcsontsebészeti rekonstruktív beavatkozás után az arcon visszamaradó, vágott jellegű hegek hatását vizsgálom a személypercepcióra, elsősorban a sérült személyekkel kapcsolatos implicit és explicit attitűdök feltárásával. Mások arca, éppúgy, mint a saját arcunk, fontos szerepet tölt be életünkben. Ezt a tényt nyomatékosítja a már néhány órás csecsemők észlelésében is megjelenő arcpreferencia, azaz hogy előnyben részesítik az arcot más téri elrendezésekkel szemben (Révész, 2010). Ez a sokatmondó vizsgálati eredmény arra enged következtetni, hogy az arccal kapcsolatos alapvető észlelési mintázatok biológiailag kódoltak bennünk. Az arc társas észlelésben betöltött jelentőségéhez hozzájárul még, hogy a személypercepció kognitív modelljének alapelvei szerint egy személy megítélése során mindenekelőtt a kognitív fősvénység elve érvényesül. Vagyis feldolgozó kapacitásunk végessége miatt csak a számunkra leglényegesebb információkat dolgozzuk fel. Emellett a feldolgozásra kerülő információk válogatását céljaink által motiváltan, taktikusan végezzük: az észlelt személynek csak a számunkra az adott kontextusban éppen jelentőséggel bíró tulajdonságait dolgozzuk fel. Ezen belül a negatív tulajdonságok kapnak különleges figyelmet, evolúciós okokra visszavezethetően ezekre jóval éberebben reagálunk (Smith, Mackie 2004).

Tudományos indoklást nem igénylő tény, hogy kinézetünk fontos szempont egy másik személy rólunk kialakított mentális reprezentációjában. A fizikai megjelenés személypercepcióra gyakorolt hatását számos tudományterület megközelítésében vizsgálhatjuk, az azonban cáfolhatatlan, hogy külsőnk elválaszthatatlanul identitásunk részét képezi. Embertársaink számára azonosításunk alapjául elsődlegesen fizikai megjelenésünk egyedi vonásai szolgálnak. Ezen kívül külsőnk jelentős információforrás is. Legtöbb esetben egyértelműen leolvasható róla korunk, nemünk, egészségi állapotunk, sőt más kulturálisan meghatározott jellemzőnk is, mint etnikai vagy csoport hovatartozásunk, illetve akár szocio-ökonómiai státuszunk is (Révész, 2010). Testünk nemcsak alakítja identitásunkat, hanem kifejezésre is juttathatjuk általa azt (Orosz és Fallah, 2014). A külső jegyekből leolvasható információk közül a legtöbbet arcunk közvetíti (Bereczkei Tamás, 2008), valamint kommunikációnk túlnyomó része is arcunkhoz kötődik, így „abszolút referenciaként” szolgál (Orosz és Fallah, 2014). A fenti jegyek egyéni megítélése alapján természetesen nagy jelentőségű az arc a vonzalom kialakulása és az egyed párértékének megállapítása szempontjából is.

Hosszú evolúciós múltunk során az erős, egészséges, jó génállományú és termékeny pár kiválasztása meghatározó jelentőségű volt az egyedek számára. Ennek érdekében az arc rátermettséget bizonyító szimmetriájának, átlagos arctól való csekély mértékű eltérésének és szexuális dimorfizmusának előnyben részesítése vált adaptív stratégiává (Bereczkei in Révész, 2010). Ahogy ez számos evolúciós pszichológiai vizsgálatban bebizonyosodott, kulturális szépségeszményünket is meghatározzák ezek az evolúciós jelenségek: azokat az arcvonásokat, száj, szem, orr méreteket, arányokat látjuk szépnek, amelyek arra utalnak, hogy az őket hordozó egyedek kiváló tulajdonságokkal rendelkeznek a

szaporodásra, túlélésre (Zebrowitz és Montepare, 2008). Nem véletlen tehát, hogy kísérleti eredmények szerint az attraktívabb arcú személyeket társaságilag kompetensebbnek, erősebbnek, szexuálisan válaszkézsőbbnek, intelligensebbnek és egészségesebbnek látjuk (Maner és mtai., 2003). Evolúciós megközelítésben tehát az attraktívabb egyed rátermettebb, és ez holdudvar hatásként kivétel más pozitív vonásokra is (Aronson, 2014). Ezzel magyarázható, hogy a szép emberek előnyösebb bánásmódban részesülnek az élet sok területén, így az interperszonális kapcsolatokban, a munkaerő-piacon, sőt amerikai vizsgálatok szerint a bírósági rendszerben is (Zebrowitz és Montepare, 2008).

A szociális észlelés ökológiai elmélete szerint viszont a kinézet csak az alacsony genetikai fittséget (rátermettséget) jelzi biztosan, a szépség, attraktivitás holdudvar hatása csak az alacsony fitnessre adott reakció mellékterméke. Ez a megközelítés abból az alapfeltevésebből indul ki, hogy az emberek arca adaptív információt hordoz arról, hogy milyen szociális interakcióba kerülhetünk velük (Zebrowitz és Montepare, 2008). A beteg vagy rossz génekkel rendelkező individuumok – fajfenntartás szempontjából is fontos – felismerése előkészített minket az olyan arcminőségekre való reagálásra, amelyek alacsony fitnesszt jelölnek. A későbbiek során ez a válasz tovább generalizálódik azokra az egyénekre is, akiknek az arca pusztán csak emlékeztet azokra, akik nem elég rátermettek (mert pl. betegek, rossz minőségű a génállományuk). Tehát az attraktív személyekhez képest azért észleljük negatívabban a nem annyira attraktív személyeket, mert az arcuk nagyobb hasonlóságot mutat azokkal a nem fitt és nem egészséges arcokkal, amelyek felismerése számunkra adaptív. Ez a sztereotípiás, túlgeneralizáló észlelés azért alakulhatott ki, mert ez a hiba kevésbé maladaptív számunkra, mint a fittség, kor, különböző érzelmek vagy ismerőség jeleire más arcokkal kapcsolatban a megfelelő válaszadást elmulasztani (Zebrowitz & Montepare, 2008).

Az arc szociális észlelésünk szempontjából kategorizációs alap is: az adott személy arcáról leolvasható információk (nem, életkor, bőrszín) alapján a személyek csoportba sorolhatóak. Ezen perceptuális folyamatok segítenek minket a másik személy viselkedésének és érzelmeinek előrejelzésében, ugyanakkor az adott csoportra vonatkozóan – más információ hiányában – csoportstémákat, sztereotípiákat hívhatnak elő, befolyásolva az adott személlyel kapcsolatos későbbi viselkedésünket (Révész, 2010).

Ezen a ponton felmerülhet a kérdés, hogy vajon a fizikai behatásoknak nagymértékben kitett fej központi elemének, az arcnak a szokványostól való eltérése hogyan változtathatja az észlelési folyamatot, milyen témákat hívhat elő.

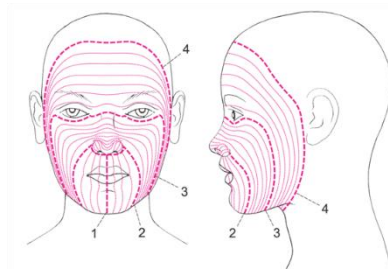
ARCSÉRÜLÉSEK PSZICHÉS VONATKOZÁSAI

Az arc észlelésének folyamatairól sokat tudunk. Különböző kutatások, tudományos eredmények rávilágítanak a háttérben álló fiziológiai, agyi

ÁLL- ÉS ARCCSONTI (MAXILLO-FACIÁLIS) SÉRÜLÉSEK INTERPERSZONÁLIS VONATKOZÁSAI

működésekre (pl. Németh és Zimmer, 2015), az arcok szociális észlelésben betöltött szerepére, az arc alapján történő benyomás szerveződés folyamataira (Révész, 2010). Arccal kapcsolatos szakirodalom még a klinikai gyakorlati orvoslás területén is felbukkan, ugyanis orvosi cikkek az arc- és állcsont (maxillo-faciális) sebészeti beavatkozásokon átesett páciensek, sérültek pszichésen rossz, akár pszichopatológias állapotáról számolnak be (De Sousa, 2008). Úgy tűnik, ezeknek a személyeknek gyakran nehézséget okoz a szociális közegbe, a mindennapokba való visszailleszkedés (Levine, Degutis, Pruzinsky, Shin, és Persing, 2005).

Általánosságban az arc- állcsont sebészeti beavatkozásokról elmondható, hogy legyen szó akár veleszületett rendellenességekkel kapcsolatos vagy onkológiai kezeléssel, akár traumás sérülés rekonstrukciójáról, a maxillo-faciális sebészek igyekeznek a sebészeti metszésvonalak (1. ábra) mentén dolgozva biztosítani az optimális sebgyógyulást (Szabó, 2004), így a legtöbb esetben a gyógyult beteg arcán csak egy vonal jellegű heg marad.



1. ábra: Sebészeti metszésvonalak az arcon
(Sebészet Digitális Tankönyvtár)

Ezzel együtt a betegek arról számolnak be, hogy érzékelik az arcukon található traumás vagy műtéti hegek hatását interperszonális interakcióikban, a nekik tulajdonított szociális funkciók, interperszonális jellemzők, sőt szakmai alkalmasság megítélésében is (Rankin és Borah, 2003). Egy New Jersey-i plasztikai sebészek által végzett kutatás szerint az arc műtéti beavatkozások okozta kisebb deformitásai is negatív hatást gyakorolnak a személy szociális kompetenciáinak megítélésére. Digitálisan manipulált képeket mutattak vizsgálati személyeknek normál és maxillo-faciális sebészeti beavatkozásokon átesett arcokról. Az arcukon beavatkozás nyomát viselő személyek képe alapján az illetőt kevésbé őszintének, kevésbé jó munkaerőnek, kevésbé becsületesnek, illetve kevésbé optimistának, hatékonynak, intelligensnek, kompetensnek, népszerűnek, attraktívnek látták a vizsgálati személyek, mint az ugyanezen személyekről készült retusált képeket a kontrollcsoport tagjai (Rankin és Borah, 2003).

A klinikai gyakorlatban dolgozó szakemberek által is megerősített jelenség felveti a kérdést: Vajon, mi okozhatja ezt az észlelhető változást arcsérült és egészséges arcú emberek megítélése között? Hogyan változik az arcészlelés, és elsősorban az arc alapján történő benyomásszervezés, az arc szerzett deformitásai esetén? Milyen az arcon látható eltérésekkel, sérülésekkel

kapcsolatos attitűdök könnyítik, vagy nehezítik ezeknek a személyeknek a testi, lelki gyógyulását?

Kutatásomban azt is tisztázni kívánom, hogy a maxillo-faciális rekonstrukciós beavatkozáson átesett személyek esetében állnak-e megítélésük háttérében olyan attitűdök, amelyek – orvosi szakcikkek tanulsága szerint (De Sousa, 2008) – később szociális, pszichés problémáik kialakulásához is hozzájárulhatnak. A vizsgálat során az arcfelületi, vágott jellegű hegek benyomásszervezésre gyakorolt hatását vizsgálom Implicit Asszociációs Teszt (IAT) és saját szerkesztésű, Bogardus skálát is tartalmazó explicit kérdőívvel. A különböző betegségekkel, sérülésekkel kapcsolatos, mások előtt is felvállalt, explicit attitűdjeink kultúra által (illetve bizonyos foglalkozásoknál a szerep identitás által is) meghatározottan talán inkább pozitívnak, segítőnek, támogatóknak mondhatóak. Evolúciós alapelvek és fogyatékkal élő, sérülést szenvedett személyek tapasztalata alapján (Kálmán & Könczei, 2002) azonban inkább egy alapvetően negatív beállítódás lenne feltételezhető. Ezért tartom fontosnak feltárni az arcukon sérülés nyomát viselő személyekkel kapcsolatos explicit attitűdök mellett a mélyebb, rejtettebb, társadalmi normák által kevésbé meghatározott implicit attitűdöket is.

Arra a hipotézisre keresek empirikus bizonyítékot, miszerint az arcukon maxillo-faciális (azaz arc-állcsonti) rekonstruktív beavatkozás után visszamaradó, vágott jellegű sérüléssel rendelkező személyekkel kapcsolatos implicit attitűdök negatívabbak, mint az egészséges arcú személyekkel kapcsolatosak (1. hipotézis). Az explicit attitűd alapján nem feltételezek jelentős eltérést az arcsérült személyek és sérülés nyomát nem viselő személyek megítélése között (Rankin és Borah, 2003) (2. hipotézis). Továbbá arra számítok, hogy a sérültekkel, beteg populációval kapcsolatos tapasztalattal rendelkező, egészségügyben dolgozó személyek implicit attitűdje nem annyira negatív, mint az ilyen tapasztalatokkal nem rendelkező személyeké (Zajonc, 2003) (3. hipotézis).

MÓDSZEREK

VIZSGÁLATI ESZKÖZÖK

A kutatás során használt Implicit Asszociációs Teszt (IAT) a 2000-es években Greenwald és Banaji által kifejlesztett implicit attitűdmérő eljárás, ami azon a feltevésen alapszik, hogy beállítódásaink szekvenciálisan szerveződnek (Banaji, 2003). A tesztben arcokról és szavakról kell billentyűk gyors lenyomásával kategorizációs döntéseket hozni. A gyors válasz kényszere miatt – a mérési eljárás

ÁLL- ÉS ARCCSONTI (MAXILLO-FACIÁLIS) SÉRÜLÉSEK INTERPERSZONÁLIS VONATKOZÁSAI

alapját képező elméleti feltételezés szerint – nincs időnk átgondolni reakciónkat, így implicit, rejtettebb, a kulturális normák hatására magunkban jobbra elnyomott, viselkedésünket mégis elsődlegesen meghatározó vélekedéseinkre is fény derülhet (Banaji, 2003). A teszthez a vizsgálati elrendezésben explicit, tudatosan vállalt attitűdöket, hagyományos mérési módszerekkel vizsgáló kérdőív is tartozik. Így a kétféle attitűd összevethetővé válik. Kutatásomban saját, php programozású webes felületet használok adatgyűjtésre, ami informált beleegyezésből, demográfiai adatfelvételtől, IAT tesztből és explicit kérdőívből áll.

Az IAT tesztben felhasznált képeken módszertani megfontolásokból (hasonló korú és attraktivitású) férfi és nő modellek arcai láthatók, akiknek képszerkesztő program segítségével arcára – arc- állcsont szájszélességgel történt egyeztetés után – műtéti heghez hasonló vágott jellegű sérüléseket montíroztunk. A tesztben felhasznált 6 számítógépesen manipulált kép (3 nő, 3 férfi arc) 12 kép közül került kiválasztásra a kutatási mintától különálló, 10 fős mintán végzett előtesztelés során. A résztvevőknek 10-es skálán kellett értékelniük a képeket a heg észrevehetősége, természetessége (mennyire hihető a számítógépes manipuláció) és sokkolósága (milyen mértékben vált ki belőlük negatív érzelmeket a kép) szempontjából. Ezek után a 6-6 képből az a 3-3 került kiválasztásra, amelyek minden szempont alapján a skála átlagértékekhez legközelebb helyezkedtek el. A képanyagban 1 homlok táji, 1 orr tájéki és egy száj/áll környéki sérülés volt látható a 3-3 férfi és nő kép esetén (lásd Melléklet).

Az eredeti, nyílt forráskódú IAT javascriptet (Winter Mason: Open Source, Online IAT) a kutatásnak megfelelően paramétereztük fel: saját képanyagunkkal – „Egészséges” és „Sérült” kategóriák –, illetve harvardi IAT projekt szó kategóriáit felhasználva – „Pozitív” és „Negatív” kategóriák („Implicit Home Page”).

A teszt (lásd 1. táblázat) összesen hét blokkból áll. Az első két, gyakorló blokkban a képernyő közepén megjelenő ingeranyagot az E és I billentyűk leütésével a jobb és baloldalon feltüntetett kategóriákba kell sorolni. Először a képeket Sérült vagy Egészséges, majd pedig a szavakat kell szétválogatni Pozitív vagy Negatív kategóriákba. A harmadik és a negyedik blokkban a kategorizációhoz használt E és I billentyűkhöz két kategória név is tartozik (E: Arcsérült, Negatív - I: Egészséges, Pozitív). A harmadik blokk gyakorló, a negyedik blokkban történik a reakcióidő mérés. Az ötödik blokkban ismét képek kategorizálása a feladat, de az eddig megismert kategóriák most helyet cserélnek, másik oldalra kerülnek, mint ahol eddig voltak. A hatodik és hetedik blokkban ismét párban jelennek meg a kategóriák. Az egyik billentyűhöz a Sérült és a Pozitív, a másikhoz az Egészséges és a Negatív kategóriák tartoznak. A megjelenő képeket és szavakat itt is a fenti négy kategória egyikébe kell besorolni a megfelelő billentyű leütésével.

ÁLL- ÉS ARCCSONTI (MAXILLO-FACIÁLIS) SÉRÜLÉSEK INTERPERSZONÁLIS
VONATKOZÁSAI

Blokk	Elemszám	Funkció	Adatok a bal (E) gombhoz	Adatok a jobb (I) gombhoz
1	20	gyakorlás	Arcsérültek képei	Egészségesek képei
2	20	gyakorlás	Pozitív szavak Élvezet, Szerelem, Béke, Csodálatos, Gyönyör, Ragyogó, Nevetés, Boldog	Negatív szavak Gyötrődés, Rettenetes, Szörnyű, Undok, Gonosz, Borzasztó, Hiba, Bántalom
3	40	gyakorlás	Arcsérült kép + Negatív szó	Egészséges kép + Pozitív szó
4	40	Teszt	ue.	ue.
5	20	gyakorlás	Egészséges kép	Arcsérült kép
6	40	gyakorlás	Egészséges + Negatív szó	Arcsérült + Pozitív szó
7	40	Teszt	ue.	ue.

1. táblázat: Saját IAT teszt felépítése

A teszten saját módszertani megfontolásból, kisebb mértékű változtatásokat hajtottam végre, egyrészt a korábban lezajlott ilyen témájú kutatásunk (Fejes, Gurka, Kiss, Lévai, Tóth, 2015) másrészt az IAT-vel foglalkozó kritikák (Azar, 2008) tanulságai alapján. Az eredeti IAT elrendezés magyarított verziójának szövegét – mivel a kitöltések során a nehéz értelmezhetőségből fakadó problémákra derült fény – átfogalmaztam, módosítottam a tesztfelvételek során. Illetve az eredeti harvardi online adatfelvételtől („Implicit Home Page”) eltérően úgy láttam jónak, ha a vizsgálati személyek a kitöltés után ne kapjanak őket előítéletességük mértéke alapján kategóriába soroló visszajelzést. Így igyekeztem elkerülni a mérési eljárással szemben gyakran kritikaként megfogalmazott (Tierney, 2008) negatív pszichés illetve attitűdinális hatásokat a kitöltő személyekre nézve.

A vizsgálat során az IAT, egy az eredetihez képest továbbfejlesztett értékelési algoritmusát használom (Greenwald, Nosek, & Banaji, 2003). Ezen értékelési eljárás alapján többféle hibát követhet el a vizsgálati személy. Ha a megjelenő ingert nem a megfelelő kategóriába sorolja, vagy ha az inger megjelenése és a válasz között eltelt idő túl rövid vagy túl hosszú. Az értékelés során, ha a reakcióidő kevesebb, mint 300 milliszekundum, vagy több, mint 10000 milliszekundum, akkor az adott reakcióidőt kihagyjuk a blokkátlag számításánál.

ÁLL- ÉS ARCCSONTI (MAXILLO-FACIÁLIS) SÉRÜLÉSEK INTERPERSZONÁLIS VONATKOZÁSAI

Illetve ha egy blokkon belül a válaszok 10 százaléka vagy annál nagyobb aránya kevesebb, mint 300 ms, akkor a blokk értékelhetetlen, mivel feltételezhetően random kitöltés történt, ezáltal az adott kitöltő teljes tesztje is érvénytelenné válik. Hibás kategorizáció esetén az adott reakcióidőt helyettesítjük a blokkátlag plusz 600 milliszekundummal, majd a helyettesített értékekkel újraszámoljuk a blokkátlagot.

A személy attitűdjét a vizsgált csoporttal kapcsolatban az IAT szakirodalomban használt D érték kiszámításával (2. ábra) kapom meg (Greenwald és mtsai., 2003). Ez az érték azt jelzi, hogy mennyire tér el a résztvevők sebessége a pozitív, illetve negatív szavakkal párba állított vizsgált csoport osztályozásakor (Banaji, 2003), tehát azt mutatja meg, hogy a kísérleti alany a két kategória névvel jelölt csoport közül melyiket preferálja inkább. A D érték számításánál a 3-as, 4-es, 6-os és 7-es blokkokat használjuk fel (Greenwald, Banaji, & Nosek, 2003). Miután elimináltuk a 10 000 ms-nál nagyobb és 300 ms-nál kisebb reakcióidőket a blokkokon belül, valamint azokat a vizsgálati személyeket, akiknél egy blokkon belül a mérések tíz vagy több százalékánál a reakcióidő 300 ms alatt marad, kiszámoljuk a megmaradt reakcióidők átlagát minden blokkban és kiszámítjuk a 3-as és 6-os illetve a 4-es és 7-es blokkok összesített szórását. Hogyha a vizsgálati személy hibázott (rossz gombot nyomott, rossz csoportba kategorizálta a képet/szót), akkor a hibás leütés reakcióidejét helyettesítjük a blokk reakcióidő átlaggal, és hozzáadunk 600 ms-t. Így, immár a hibázásokat is korrigálva, újraszámoljuk a blokkban az átlagot, majd a 6-os blokk átlagából kivonjuk a 3-as blokk átlagát illetve a 7-es blokk átlagából a 4-es blokk átlagát. A következő lépésben ezeket a különbségeket elosztjuk az előzőleg kiszámolt összesített szórásokkal. Legvégül ezen két eredményt átlagolva kapjuk meg a D értéket (Greenwald et al, 2003), amit minden alanyra kiszámolunk.

$$D = \frac{\frac{6. \text{ blokk átlaga} - 3. \text{ blokk átlaga}}{3. , 6. \text{ blokk összesített szórása}} - \frac{7. \text{ blokk átlaga} - 4. \text{ blokk átlaga}}{4. , 7. \text{ blokk összesített szórása}}}{2}$$

2. ábra: IAT teszt - attitűd érték (D) kiszámítása

A mostani teszt kidolgozása során egy már korábban lezajlott, szintén IAT tesztet alkalmazó, arcsérülések megítélésével kapcsolatos kutatásunkban (Fejes, Gurka, Kiss, Lévai, Tóth, 2015) szerzett tapasztalatokat is felhasználtam. Ebben a kutatásban pozitív-negatív kategóriák helyett még szimpatikus és ellenszenves (saját, előtesztelt) kategóriákkal, illetve más képanyaggal dolgoztunk. Ez a kizárólag egyetemistákon végzett vizsgálat a kevés kitöltő miatt nem hozott szignifikáns eredményt, viszont a csoport átlagok elemzése hipotéziseink igazolásának irányába mutató különbségeket tárt fel (Hipotézis₁: Az orvostanhallgatók kisebb mértékű negatív attitűdöt mutatnak arcsérültekkel szemben, mint más egyetemisták. Hipotézis₂: A klinikumi gyakorlat orvostanhallgatóknál csökkenti a negatív attitűd mértékét.).

ÁLL- ÉS ARCCSONTI (MAXILLO-FACIÁLIS) SÉRÜLÉSEK INTERPERSZONÁLIS VONATKOZÁSAI

A jelenlegi tesztben helyet kapó explicit kérdőív kidolgozására azért volt szükség, mert korábbi, a témában ilyen módszerrel végzett kutatást nem találtam. A kérdőív attitűd szempontból kiértékelésre kerülő kérdéseit – 4., 5., 6., 10., 13., 14. és 15. kérdések – korábbi online IAT (Project Implicit, Harvard) kutatás kérdéseit alapul véve, saját kutatásomnak megfelelően módosítva dolgoztam ki. A sérült arcú személyekkel kapcsolatos beállítódás 10-es skálán mért pontszámából (15. kérdés) a hibátlan arcú személyekkel kapcsolatos beállítódás hasonló skálán mért pontszámát (6. kérdés) kivonva kapom az egészségesekhez képest a sérült személyekkel kapcsolatos explicit attitűd mértékét mutató pontszámot. A saját archoz kapcsolódó attitűdöt a 4., 14. kérdések 5 szintű skáláján adott válaszok pontértéknek megfelelően átlagából kapom. Illetve azt, hogy a benyomásszervezésben az adott illető számára milyen fontos szerepet tölt be az arc, az 5., és 13. kérdések skála értékeinek átlagaként számolom.

A további 1., 2., 3. kérdéseket testmódosítással kapcsolatos online kutatások kérdéseit alapul véve határoztam meg. A 7., az arc részeinek benyomásszervezésben betöltött szerepét vizsgáló kérdést az arcészlelés, evolúciós pszichológiai szakirodalmára (Bereczkei Tamás, 2008; Révész, 2010) támaszkodva, az alkalmazott képeken látható, különböző elhelyezkedésű sérülésekre való tekintettel tettem a kérdőívbe. A társadalmi, szociális távolság mérésére Bogardus skálát használtam – 12. kérdés –, amelyet a kutatás témája miatt plusz, sérüléssel asszociálható és különböző érzelmi töltetű csoport nevekkel egészítettem ki (Háborús veterán, Bűnöző, Féllábú, Sérülés nyoma van az arcán, Extrém sportoló). Illetve igyekszem felmérni a sérült populációval kapcsolatos – 11., 11.2. kérdések –, és a saját szubjektív tapasztalatokat – 8., 9. kérdés. A fenti kérdésekre adott válaszokat, mint a sérült arcú személyekkel kapcsolatos attitűdöt esetleg befolyásoló tényezőket veszem számításba. Ezt a kérdőívet 10 fős végzett elővizsgálat, a teljes tesztet 13 egészségügyben dolgozó személy részvételével történt előtesztelés után, a tapasztalatokat beépítve alkalmaztam.

RÉSZTVEVŐK

A kontrollált adatfelvétel 30 fő részvételével történt (8 férfi, 22 nő, átlag életkor: 31,87; szórás: 13,58), egyesével, kísérletvezető jelenlétében. A résztvevők főbb demográfiai jellemzőik a 2. táblázatban láthatóak. A résztvevőket három, az arcsérültek megítélése szempontjából feltehetően jelentőséggel bíró csoportban vizsgáltam: egészségügyi dolgozók, tanárok/főiskolai oktatók, szegedi egyetemisták. A vizsgált populációk kiválasztásánál elsődleges szempont volt, hogy a vizsgált csoportok tagjai változatos társas közegben tevékenykedjenek, és hogy a nekik tulajdonított társadalmi szerep alapján feltételezhetően kevésbé legyenek előítéletesek.

Az egészségügyi dolgozó illetve a tanár/oktató almintánál az intézményben vezető beosztású személy segítségét kérve (egészségügy – főnővér, középiskola – igazgató helyettes, főiskola – oktatásfelelős) hozzáférés alapú

ÁLL- ÉS ARCCSONTI (MAXILLO-FACIÁLIS) SÉRÜLÉSEK INTERPERSZONÁLIS VONATKOZÁSAI

kényelmi mintavételt alkalmaztam. Az egyetemista almintánál is hozzáférés alapú mintavétel történt, de itt a résztvevőket egyesével, személyesen kerestem meg.

iskolaivégzettség						lakhely				családiállapot					gyerek			
egyetem	hallgató	kpiskola.	főiskola	diák	posztgrad	megyeszékhely	varos	falu	fovaros	párkapcs.	szingli	házas	elvált	özvegy	nincs	2	1	3
11	10	5	2	1	1	13	13	3	1	12	9	7	1	1	20	7	1	1

családiállapot					gyerek			
párkapcs.	szingli	házas	elvált	özvegy	nincs	2	1	3
12	9	7	1	1	20	7	1	1

2. táblázat: A vizsgált 30 fős minta főbb demográfiai jellemzői

A VIZSGÁLAT LEÍRÁSA

A Tanár csoport esetében (10 fő) a vizsgálatok kontrollált körülmények között, külön teremben, míg a Hallgató és egészségügyi mintánál (össz: 20 fő) az adatfelvétel kevésbé ideális környezetben, az egyetemi könyvtárban/kollégiumban, illetve a kórházban, munkaidőben zajlottak. A középiskolában, főiskolán a vizsgálati személyek érkeztek az adatfelvétel helyszínére, míg a kórházban én mentem el a különböző osztályokra, és kerestem fel a kitöltőket. A kórházi mintánál esetleges torzító tényezők lehetnek, hogy a résztvevőkkel nem történt előzetes egyeztetés a kutatásról, illetve gyakran előfordultak zavaró tényezők (kollégák érkezése, elvégzendő feladat miatti sietős kitöltés, viszonylag nagy háttérzaj).

A vizsgálati személyek a kitöltés megkezdése előtt rövid tájékoztatást kaptak a kutatás jellegéről –úgy tudták, hogy egy arcészleléssel kapcsolatos pszichológiai kutatásban vesznek részt. A tájékoztatás után a bekészített program önálló kitöltésére kértem őket, de felmerülő kérdéseiket feltehették, ha nem értettek valamit segítetttem nekik az értelmezésben. Az esetleges technikai okokból adódó mérési különbségek kiküszöbölése érdekében minden vizsgálati személy ugyanazon a laptopon dolgozott.

A kutatás elvégzésére etikai engedélyt 2016.03.16.-án kaptam, a vizsgálatok minden esetben informált beleegyezés után zajlottak, valamint a kitöltők felmerülő kérdéseiket is feltehették.

EREDMÉNYEK

Kutatásom során elsősorban arra a hipotézisre kerestem empirikus bizonyítékot, hogy az arcukon maxillo-faciális (azaz arc-állcsonti) rekonstruktív beavatkozás után visszamaradó, vágott jellegű sérüléssel rendelkező személyekkel kapcsolatos implicit attitűdök negatívabbak az egészséges arcú személyekhez

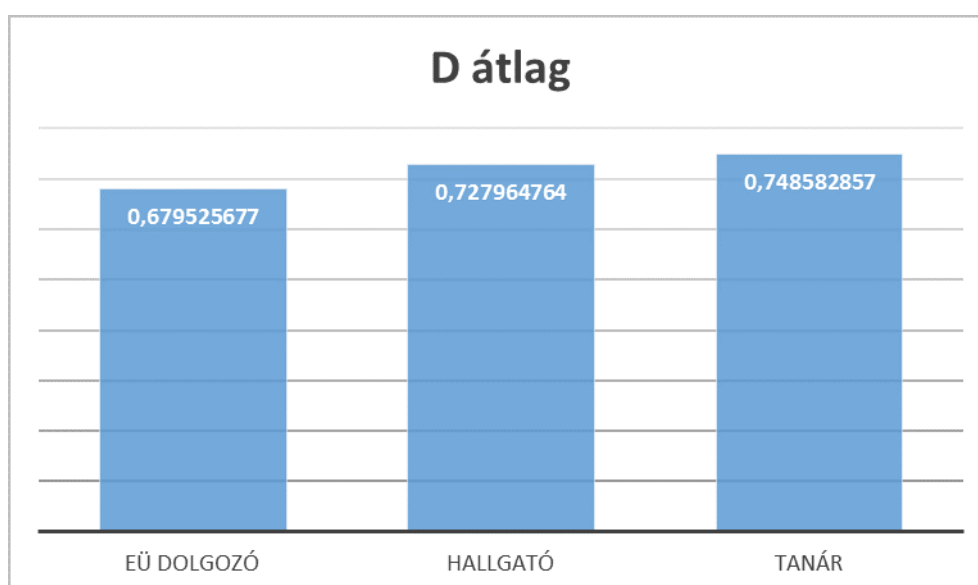
ÁLL- ÉS ARCCSONTI (MAXILLO-FACIÁLIS) SÉRÜLÉSEK INTERPERSZONÁLIS VONATKOZÁSAI

képest. Emellett az explicit attitűd alapján nem feltételeztem jelentős eltérést az arcsérült személyek és sérülés nyomát nem viselő személyek megítélése között.

Ezen hipotéziseim a vizsgált mintán beigazolódtak. Az implicit attitűd mutatója (D érték) mind a 30 vizsgálati személy esetén pozitív volt, ezzel mutatva az egészségesek preferenciáját az arcsérültekhez képest. Valamint az általam két 10-es skálán mért skálaérték különbségeként számolt explicit attitűdben a mintán átlagosan – a hibátlan arcú személyekre adott pontszámhoz viszonyítva – a sérült arcú személyekre adott skálaérték nem egészen eggyel volt kevesebb. A hibátlan és sérült arcú személyek megítélésében tehát az explicit attitűd alapján a páros mintás T próba eredménye szerint nincs statisztikailag releváns különbség ($t(29) = 1,96$, $p = 0,6$). Az explicit attitűd változóval kapcsolatban fontos leszögezni, hogy mind hibátlan arcú, mind a sérült arcú személyek esetén átlagosan 5-nél nagyobb, azaz pozitív érzelmet jelentő értéket jelöltek a vizsgálati személyek (Hibátlan (6. kérdés) – átlag: 7,43, szórás: 1,43; Sérült (15. kérdés) – átlag: 6,77, szórás: 1,48).

explicit		D	
N	30	N	30
Mean	-0,666667	Mean	0,718691
Std. Deviation	1,8631329	Std. Deviation	0,253153
Minimum	-5	Minimum	0,329189
Maximum	3	Maximum	1,232248

3. táblázat: Explicit és implicit attitűd értékek adatai a teljes mintán

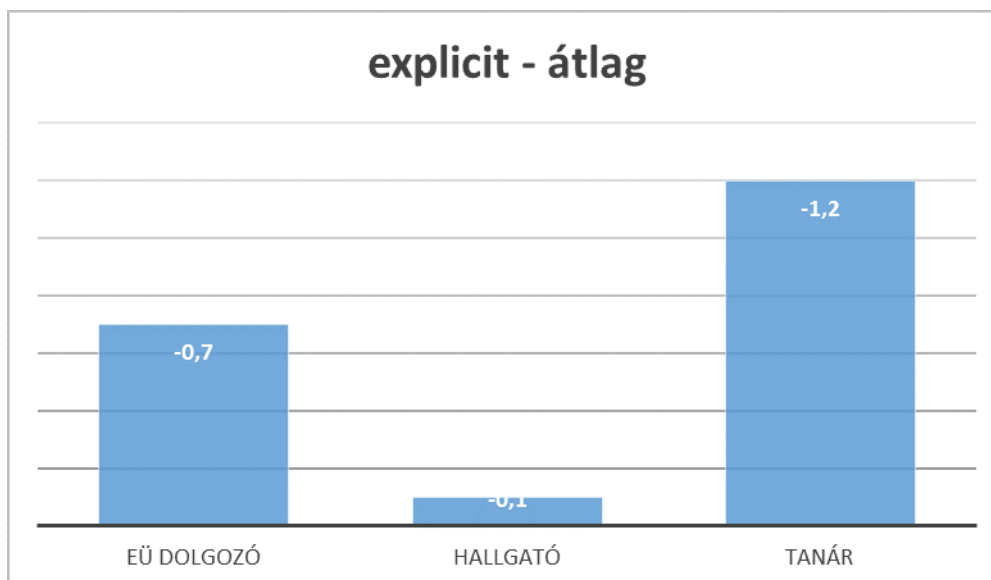


3. ábra: Csoportok implicit attitűd átlagai

ÁLL- ÉS ARCCSONTI (MAXILLO-FACIÁLIS) SÉRÜLÉSEK INTERPERSZONÁLIS VONATKOZÁSAI

A fenti hipotéziseken túl arra számítottam, hogy a sérültekkel, beteg populációval kapcsolatos tapasztalattal rendelkező személyek implicit attitűdje nem annyira negatív, mint az ilyen tapasztalatokkal nem rendelkező személyeké.

A vizsgált három CSOPORT (hallgatók, tanárok, egészségügyi dolgozók) között egyszempontos variancia analízissel nem találtam szignifikáns különbséget sem az implicit attitűdben - D érték - $F(2,27) = 0,185, p = 0,832$), sem az explicit attitűdben - $F(2, 27) = 0,866, p = 0,432$. Tehát a csoportok közt nem mutatkozott statisztikailag releváns eltérés sem az implicit, sem az explicit attitűdök tekintetében. Azonban ha a csoportok pontszámainak átlagait vesszük figyelembe a minimális különbségek alapján sorba rendezhetjük a csoportokat a negatív attitűd erőssége alapján.



4. ábra: Csoportok explicit attitűd

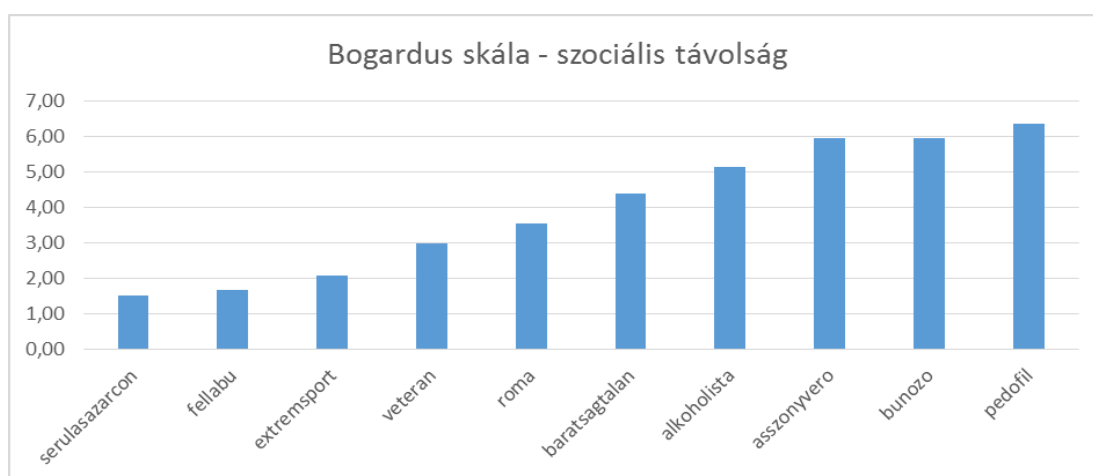
Az elenyésző különbségek alapján a csoportok átlagai a hipotézisek szempontjából elgondolkodtató mintázatba rendeződnek. A sérülthöz képest az egészséges csoport preferenciájának erősségét mérő D érték az így felállított sorrend alapján (3. ábra) illeszkedni látszik a kutatási hipotézisben feltételezettekhez. Az ennél valamivel nagyobb, szintén csekély különbségek az – általam a sérült arcúból a hibátlan arcú személyekkel kapcsolatos attitűd skálaértékét kivonva képzett – explicit attitűd értékekben érdekes elrendeződést mutatnak (4. ábra): A sérültekkel szemben felvállalt attitűdben a hallgatók a legkevésbé negatívak, az egészségügyi dolgozó csoport már inkább, a tanárcsoport pedig még erősebben (5. ábra). Ez a tendencia viszont inkább arra utalna, hogy a jelen teszt explicit attitűd mérésére használt faktorára valószínűleg nagy hatást gyakorolhat a kor illetve a szerepidentitás valamint a társas megfelelés igénye.

A statisztikai elemzés során szignifikáns negatív korrelációt találtam az általam létrehozott, az adott személy szempontjából az arc fontosságát vizsgáló faktor (benyomásban, önbecsülésben mennyire fontos – 10-es skála értékeinek

ÁLL- ÉS ARCCSONTI (MAXILLO-FACIÁLIS) SÉRÜLÉSEK INTERPERSZONÁLIS VONATKOZÁSAI

átlaga) és a kor változó között $r(30) = -0,595$, $p = 0,001$. Ez az eredmény arra utal, hogy a vizsgált mintán igaz, hogy a kor előrehaladtával egyre kevésbé fontos szerepet tölt be az arc a benyomásszervezésben.

Ezen kívül szignifikáns korreláció volt felfedezhető a saját arccal kapcsolatos attitűdöt mutató általános létrehozott faktor (mások szerint, környezetében lévő emberekhez képest milyennek tartja – 2 db 5-ös skála értékeinek átlaga) és a között, hogy a személy találkozik-e (pl. munkája folytán) arcsérült személyekkel, $r(30) = 0,467$, $p = 0,009$. Tehát a sérült személyekkel való rendszeresebb találkozás ezek szerint pozitívan hat a saját arccal kapcsolatos attitűdre.

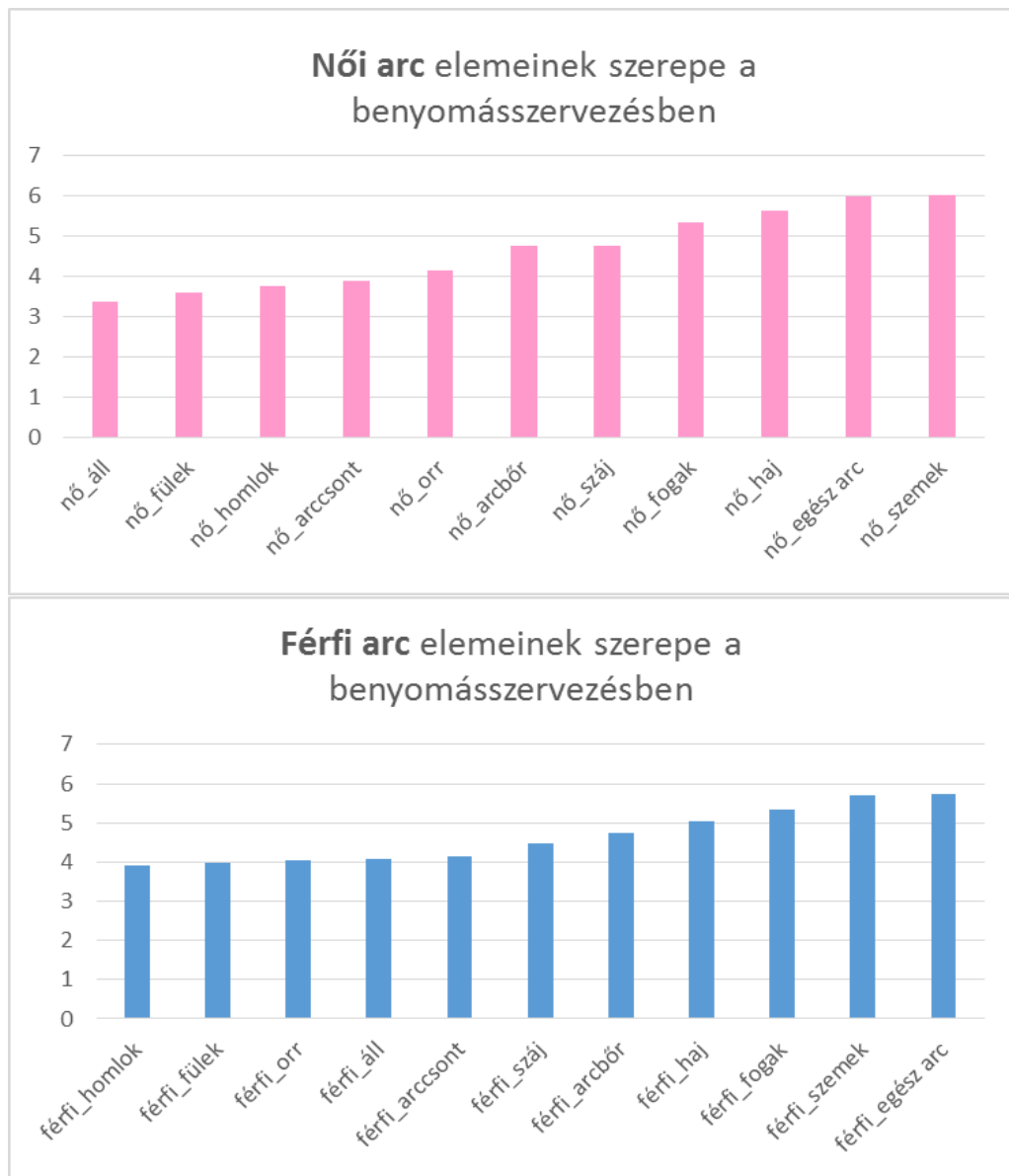


5. ábra: Bogardus skála átlagai a vizsgált mintán

A Bogardus skála elemzésével kapott sorrendből (5. ábra) is az látszik, hogy a sérült személyekkel szemben (sérülés nyoma az arcon, fellábú) felvállalt attitűdjük alapján – nagy valószínűség szerint kulturális normák nyomására – a legelfogadóbbak a vizsgálati személyek.

Az explicit kérdőív részét képezte még egy olyan feladat is, ahol a résztvevőknek értékelniük kellett azt, hogy számukra egy ismeretlen arc megítélése során milyen fontos szerepet töltenek be az arc egyes elemei, férfi illetve női arcok esetén (7. kérdés). A vizsgált mintán a benyomásban betöltött szerep alapján úgy tűnik (6., 7. ábra) mind a nők mind pedig a férfiak esetén elsődleges fontosságú az arc összbenyomása, valamint a szemek, illetve közepesen tartják fontosnak az arcbőrt. Kis különbség mutatkozik a nők és férfiak esetén a homlok és az orr megítélésében. Ezeknek a minimális különbségeknek esetleg a képekre adott reakciókra lehet befolyása (mivel a képanyagban 1 homlok táji, 1 orr tájéki és egy száj/áll környéki sérülés volt látható a 3-3 férfi és nő kép esetén).

ÁLL- ÉS ARCCSONTI (MAXILLO-FACIÁLIS) SÉRÜLÉSEK INTERPERSZONÁLIS VONATKOZÁSAI



6-7. ábra: Explicit kérdőívbeli nyert adatok alapján az arc elemeinek szerepe a benyomásszervezésben

MEGVITATÁS

A jelen vizsgálatban az adatfelvételek során számos, a kutatási téma szempontjából új részletre derült fény. Az explicit és implicit attitűdre vonatkozó hipotézisek (1. és 2.) beigazolódtak, azonban a csoportokra vonatkozó 3. hipotézisben foglaltakkal kapcsolatban – feltehetően a minta kis mérete miatt –

nem találtam szignifikáns eredményeket. Kétségtelenül megállítható, hogy az implicit attitűd tekintetében mind a harminc vizsgálati személy az egészséges csoport preferenciáját mutatta az arcsérült csoporthoz képest. Az explicit attitűddel kapcsolatban a 2. hipotézissel egybehangzóan azt találtam, hogy a vizsgálati személyek sérült és hibátlan arcú személyekkel kapcsolatos attitűdjében nincs statisztikailag releváns különbség. Tehát a tudatos és felvállalt explicit attitűdhez képest a tudattalan implicit attitűd a vizsgált mintán az egészségesekhez viszonyítva negatívabbnak bizonyult az arcukon esztétikai sérülést szenvedett személyekkel kapcsolatban. Vagyis a kulturális, társadalmi normák által meghatározott meggyőződéseknél a mélyebb, rejtettebb attitűdök – valószínűsíthetően az elméletekben megjelenő evolúciós elvek hatására – negatívabbak a sérülés nyomát viselő személyekkel kapcsolatosan (Banaji, 2003, Zebrowitz & Montepare, 2008).

A vizsgálatok során sikerült olyan tesztet létrehozni, ami a később esetleg internetes adatfelvétel során, illetve nagyobb mintán alkalmazva hiteles eredményeket hozhat. Kisebb módosításra adhat okot, hogy az explicit kérdőív eredményei alapján feltételezhetően a társas megfelelés és szerep identitás hatása érvényesülhetett a jelen kérdőívre adott válaszokon. Ezt a hatást a későbbiekben a kérdések sorrendjének változtatásával talán lehetne csökkenteni, a hibátlan arcú és sérült arcú személyekkel kapcsolatos explicit attitűdre vonatkozó kérdéseket a későbbiekben közvetlen egymás után rakva. Ezen kívül a kutatás eredményeire torzító hatást gyakorolhatott még a résztvevők alacsony létszáma mellett a mintaválasztás módja (kényelmi), illetve a kísérletvezető személye és jelenléte a kitöltés folyamán. A későbbiekben, online adatfelvétel során remélhetően ezen torzító tényezők hatását csökkenteni lehet. A jelen, személyes adatfelvétel anyagát kontroll mintaként felhasználva szeretném biztosítani a későbbiekben a már elkészült online, minél több személyhez eljuttatott tesztel (itt is elsősorban az egyetemista, pedagógus, egészségügyi dolgozó populációkra koncentrálni) gyűjtött adatok elemzésénél a megfelelő adatminőséget. Illetve további személyes adatfelvételt is tervezek a minta nagyságának reprezentatívágának növelése érdekében.

A kutatás tapasztalatai alapján új elemzési szempontként merülhet fel, hogy az IAT tesztben a heg elhelyezkedése az arcon illetve a képen szereplő személy neve gyakorol-e szignifikáns hatást az implicit attitűd értékre. További fejlesztési ötlet, hogy a pozitív negatív kategóriába tartozó szavakat a kísérleti személy saját maga válogathassa szét a teszt megkezdése előtt a kategóriákba, ezúton biztosítva, hogy a számára szubjektívan, valóban pozitív illetve negatív szavak szerepeljenek a kategorizációkor.

A továbbiakban érdemes lenne a sérülések interperszonális vonatkozásait más mérő eljárással, esetleg kísérleti elrendezéssel is vizsgálni, valamint érdekes lenne a kérdést esetleg az arc-, állcsont sebészeti műtéten átesett, arcukon maradandóan sérült személyek aspektusából is körüljárni. Vajon érzékelnek-e nehézségeket szociális közegben a szerzett deformitás következtében? Milyen jelentősebb pszichés eltéréseik lehetnek a más orvosi beavatkozásokon átesett

személyekhez képest? Milyen kölcsönhatások vannak az arc maradandó sérülésének szubjektív feldolgozása és a sérüléssel kapcsolatos interperszonális vonatkozások között? Ezenkívül kérdéseket vet még fel, hogy a sérült arcú személyekkel kapcsolatos korábbi kutatásunk eredményei alapján is valószínűsíthető, negatív beállítódások vajon sztereotípiának (tapasztalat alapú prekoncepció) vagy előítéletnek (tapasztalatot nélküli negatív beállítódás) tekinthetőek-e inkább? Vannak-e esetleg olyan kulturális elemek, amelyek szignifikáns hatást gyakorolhatnak negatív irányban ezen személyek megítélésére? Ezekre a kérdésekre a további kutatások fognak választ adni.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Aronson, E. (2014). *A társas lény*. Budapest: Akadémiai K. 123–187.
- Azar, B. (2008). IAT: Fad or fabulous? Elérés 2016. május 25., forrás <http://www.apa.org/monitor/2008/07-08/psychometric.aspx>
- Banaji, M. (2003). *Rejtőzködő attitűdök és sztereotípiák*. Budapest: Osiris. 137–377.
- Bereczkei Tamás. (2008). *Evolúciós pszichológia*. Budapest: Osiris. 203-225.
- De Sousa, A. (2008). Psychological issues in oral and maxillofacial reconstructive surgery. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 46(8), 661–664. <http://doi.org/10.1016/j.bjoms.2008.07.192>
- Greenwald, A. G., Nosek, B. A., & Banaji, M. R. (2003). Understanding and using the Implicit Association Test: I. An improved scoring algorithm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 197–216. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.197>
- Implicit Home Page. (é. n.). Elérés 2016. április 8., forrás <https://implicit.harvard.edu/implicit/hungary/>
- Kálmán, Z., & Könczei, G. (é. n.). *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig* (2002. kiad.). Osiris Kiadó. 307–309.
- Levine, E., Degutis, L., Pruzinsky, T., Shin, J., & Persing, J. A. (2005). Quality of life and facial trauma: psychological and body image effects. *Annals of plastic surgery*, 54(5), 502–510.
- Maner, J. K., Kenrick, D. T., Vaughn, D., Delton, A. W., Hofer, B., Wilbur, C. J., & Neuberg, S. L. (2003). Sexually Selective Cognition: Beauty Captures the Mind of the Beholder. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(6), 1107–1120. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.85.6.1107>
- Németh K., & Zimmer M. (2015). Az arcfelismerési zavarok osztályozása a kialakulás oka, az idegtudományi, valamint a viselkedéses eredmények tükrében*. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 70(3), 507–535. <http://doi.org/10.1556/0016.2015.70.3.2>

ÁLL- ÉS ARCCSONTI (MAXILLO-FACIÁLIS) SÉRÜLÉSEK INTERPERSZONÁLIS
VONATKOZÁSAI

- Orosz, G., & Fallah, N. (2014). Szituatív egyéni tényezők hatása egy testmódosított munkatárs megítélésére. *Pszichológia*, 34(3), 225–238.
- Rankin, M., & Borah, G. L. (2003). Perceived functional impact of abnormal facial appearance. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 111(7), 2140–2146; discussion 2147–2148. <http://doi.org/10.1097/01.PRS.0000060105.63335.0C>
- Révész, G. (2010). *Az emberi arc: tanulmányok a pszichológia, az orvostudomány, a mesterséges intelligencia és a képzőművészet területeiről*. [Pécs]: Pro Pannonia. 35–118.
- Smith, E. R., Mackie, D. M., (2004). *Szociálpszichológia*. Budapest: Osiris. 133–189., 377–481.
- Szabó, G. (2004). *Szájsebészet, maxillo- facialis sebészet: egyetemi tankönyv*. Budapest: Semmelweis K. 99–123.
- Tierney, J. (2008, november 17). Researchers Disagree on Accuracy of Well-Known Bias Test. *The New York Times*. Elérés forrás <http://www.nytimes.com/2008/11/18/science/18tier.html>
- Zajonc, R. (2003). Érzelmek a társas kapcsolatokban és megismerésben. Budapest, Osiris. 335–355.
- Zebrowitz, L. A., & Montepare, J. M. (2008). Social Psychological Face Perception: Why Appearance Matters. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(3), 1497–1517. <http://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00109.x>

KÉPEK FORRÁSAI:

2.ábra: Sebészet|Digitális Tankönyvtár. (é. n.). Elérés 2016. április 7., forrás http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_524_Sebeszet/ch04s12.html

ÁLL- ÉS ARCCSONTI (MAXILLO-FACIÁLIS) SÉRÜLÉSEK INTERPERSZONÁLIS VONATKOZÁSAI

Melléklet

1. Melléklet: Explicit kérdőív
2. Melléklet: IAT teszt képanyaga

1. Melléklet Arc attitűd – kérdőív

JELMAGYARÁZAT- a kérdőív pontozásához

negatív attitűd mértéke skála érték → pontszám → 6.-17. kérdés pontszáma

arc fontossága– skála érték → pontszám → kapott pontszámok átlaga

saját arccal kapcsolatos attitűd - skála érték → pontszám → pontszámok átlaga

attitűdöt feltehetően befolyásoló tényezők – nem pontozódik

Bogardus skála értékelése külön történik

1. Visel szemüveget vagy fülbevalót?

- Fülbevalót hordok
- Szemüveget hordok
- Fülbevalót és szemüveget is hordok
- Nem hordok egyiket sem

2. Használ sminket?

- Nem használok
- Naponta használok
- Alkalmanként használok

3. Van-e tetoválása, kozmetikai tetoválása, piercing-e? (Egyszerre többet is bejelölhet.)

- Van tetoválásom.
- Van kozmetikai tetoválásom.
- Van testékszerem (piercingem)
- Nincs, és soha nem is szeretnék
- Nincs, de szeretnék

4. Mások azt mondanák rám, hogy:

- Nagyon szép az arcom
- Szép az arcom
- Átlagos az arcom
- Nem túl szép az arcom
- Csúnya az arcom

5. Mennyire meghatározó az Ön számára saját arca önértékelése szempontjából?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Egyáltalán nem Teljes mértékben

6. A hibátlan arcú személyekkel kapcsolatos érzelmeidet hogyan értékelnéd az alábbi skálán?

ÁLL- ÉS ARCCSONTI (MAXILLO-FACIÁLIS) SÉRÜLÉSEK INTERPERSZONÁLIS VONATKOZÁSAI

- Közepesen
- Eléggé
- Teljesen
- Én is maradandó sérülést szenvedtem az arcomon

11. Ismer olyan személyt, akinek az arcán esztétikai hiba, sérülés van (pl. heg, pigmentfolt, égési sérülés)? (Egyszerre többet is bejelölhet.)

- nem
- igen, ismerőseim közt van ilyen
- igen, családban van ilyen
- igen, találkozok ilyen személyekkel (pl. munkám során)

Ha igen, milyen személyes tapasztalatai, érzései vannak az adott személlyel/ személyekkel kapcsolatban? (Egyszerre többet is bejelölhet.)

- pozitív
- negatív
- semleges
- vegyes
- nincs ilyen ismerősöm

12. Milyen jellegű legközelebbi viszonyt fogadna el szívesen, a felsorolt tulajdonságokkal rendelkező személlyel?

Jelöld be a legközelebbi viszonyt megfelelő számot, minden jellemzőnél csak egyet!

- 1 – családban / háztársamul fogadnám
- 2 – elfogadnám barátomnak
- 3 – elfogadnám osztálytársamnak/ munkatársamnak
- 4 – elfogadnám szomszédnak
- 5 – egy városban, faluban lagnék velem
- 6 – egy országban se lagnék velem
- 9 – nem tudom

		családban fogadnám					egy országban se lagnék velem		Nem tudom
		1	2	3	4	5	6	9	
1.	Alkoholista	1	2	3	4	5	6	9	
2.	Barátságtalan	1	2	3	4	5	6	9	
3.	Roma (cigány)	1	2	3	4	5	6	9	
4.	Pedofil	1	2	3	4	5	6	9	
5.	Veri a feleségét	1	2	3	4	5	6	9	
6.	Háborús veterán	1	2	3	4	5	6	9	

ÁLL- ÉS ARCCSONTI (MAXILLO-FACIÁLIS) SÉRÜLÉSEK INTERPERSZONÁLIS VONATKOZÁSAI

7.	Bűnöző	1	2	3	4	5	6	9
8.	Féllábú	1	2	3	4	5	6	9
9.	Sérülés nyoma van az arcán	1	2	3	4	5	6	9
10.	Extrém sportoló	1	2	3	4	5	6	9

13. Milyen mértékben határozza meg egy adott személyről kialakított benyomását annak arcának szépsége?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Egyáltalán nem Teljes mértékben

14. A környezetemben lévő emberekhez képest az én arcom:

- Szép
- Szebb
- Átlagos
- Csúnyább
- Nem szép

15. Mennyire pozitív vagy negatív érzelmei vannak az SÉRÜLT ARCÚ személyekkel kapcsolatban? 1-10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nagyon negatív Semleges Nagyon pozitív

ÁLL- ÉS ARCCSONTI (MAXILLO-FACIÁLIS) SÉRÜLÉSEK INTERPERSZONÁLIS
VONATKOZÁSAI

2. Melléklet

Iat-ben használt képanyag – Sérült kategóra
(Egészséges: az eredeti képek)

