

# **Zaključno poročilo o učinkovitosti AEQ programov, vodil Aleš Ernst (okt. 2022-avg.2023)**

Brežice, Kranj, avgust 2023

Aleš Ernst, ustanovitelj AEQ metode in učitelj 5.  
stopnje

Janez Logar, mag. zakonske in družinske terapije,  
psihoterapevt, učitelj AEQ metode 1. stopnje,  
učitelj diha

## 1. OPREDELITEV NAMENA RAZISKAVE IN HIPOTEZE

V raziskavi smo preverjali razlike v dimenzijah pred in po udeležbi na AEQ programu:

- zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu udeležencev AEQ programov,
- čustveno regulacijo oziroma nivo čustvene zrelosti udeležencev AEQ programov,
- zavedanja notranje telesnih občutkov udeležencev AEQ programov.

Preverjali smo tudi kakšne povezave imajo medicinsko nepojasnjena stanja (kronične bolečine) z nivojem čustvene regulacije (čustvene zrelosti) in z nivojem zavedanja notranje telesnih občutkov. Preverjali smo še povezave zakonskega/partnerskega zadovoljstva z nivojem čustvene regulacije (čustvene zrelosti) in z nivojem zavedanja notranje telesnih občutkov.

Raziskava je bila izvedena na programih, ki jih je izvajal Aleš Ernst, ustanovitelj AEQ metode in učitelj 5. stopnje AEQ metode. Zato rezultatov raziskave ne moremo posplošiti na AEQ programe, ki jih vodijo učitelji nižjih stopenj. Rezultatov raziskave tudi ne moremo posploševati na učinkovitost somatike, klinične somatike ali Feldenkreis metode.

**Hipoteza 1:** Udeležba na AEQ programih v povprečju poveča zakonsko/partnersko zadovoljstvo

**Hipoteza 2:** Udeležba na večih AEQ programih v povprečju poveča zakonsko/partnersko zadovoljstvo

**Hipoteza 3:** Udeležba na AEQ programih v povprečju poveča čustveno regulacijo oziroma dvigne čustveno zrelost

**Hipoteza 4:** Udeležba na AEQ programih v povprečju poveča zavedanje notranje telesnih občutij

**Hipoteza 5:** Medicinsko nepojasnjena stanja (kronične bolečine) se pozitivno povezujejo z težavami v regulaciji čustev in negativno z dimenzijami, ki merijo zavedanje notranje telesnih občutij

**Hipoteza 6:** Zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu se negativno povezujejo z težavami v regulaciji čustev in pozitivno z dimenzijami, ki merijo zavedanje notranje telesnih občutij

## 2. UDELEŽENCI

V raziskavi je sodelovalo 622 udeležencev, od tega 445 žensk (72 %) in 177 moških (28 %). Najmlajši udeleženec je imel 24 let, najstarejši 89 let, povprečna starost udeležencev je bila 44,32 leta, standardni odklon je 10,24. Največ udeležencev je bilo starih 46 let. V vzorcu je 195 poročenih udeležencev (32 %), neporočenih, ki živijo v partnerski zvezi, je 226 (37 %), samskih 130 (21 %), ločenih 63 (10%) in ovdovelih 1.

V tabeli 1 vidimo kateri programi so se v času raziskave izvajali in število udeležencev.

Tabela 1 Prikaz števila udeležencev po AEQ programih

AEQ program	N	odst.
za dvig čustvene zrelosti	299	47,84
za izboljšanje partnerske zveze	164	26,24
za športnike in poslovneže	25	4,00
za starše otrok s kroničnimi ali ponavljajočimi stanji	55	8,80
za preprečitev izgorelosti in kronične utrujenosti	82	13,12
<b>SKUPAJ</b>	<b>625</b>	<b>100,0</b>

Opombe: N -število udeležencev, odst. - odstotek

93 udeležencev je imelo srednješolsko (16 % vzorca) izobrazbo, 35 udeležencev je zaključilo gimnazijo (6 % vzorca), 57 višjo strokovno šolo (9 % vzorca), 109 visoko šolo (18 % vzorca), 254 univerzitetno stopnjo oz. bolonjski magisterij (43 % vzorca), 23 udeležencev je imelo znanstveni magisterij (5%) in 18 udeležencev je bilo doktorjev znanosti (3 %).

Glede na zaposlitveni status je bilo 284 (55%) udeležencev raziskave zaposlenih, 104 (20%) samozaposlenih, 51 (10%) je bilo lastnikov podjetij, 8 (2%) študentov, 31 (6%) brezposelnih in 35 (7%) je bilo upokojenecv.

V večjem mestu (nad 20.000 prebivalcev) živi 233 (38%) udeležencev raziskave, v večjem naselju (med 1.000 in 20.000 prebivalcev) jih živi 175 (29%) in na vasi (pod 1.000 prebivalci) živi 206 (34%) udeležencev raziskave.

V tabeli 2 vidimo, koliko časa so udeleženci raziskave že zaskrbljeni odnosov zaradi katerih so prišli na AEQ program

Tabela 2: Prikaz števila in deleža udeležencev glede na čas zaskrbljenosti o odnosih

	Število	Delež
Od enega do treh mesecev	24	4 %
Od treh do šestih mesecev	24	4 %
Od šestih mesecev do enega leta	47	8 %
Od enega do dveh let	85	<b>15 %</b>
Več kot dve leti	402	<b>69 %</b>
Skupaj	582	100 %

Udeležence raziskave smo povprašali, koliko časa namenjajo razmišljanju o sebi, svojem vedenju, svojih mislih in čustvih, AEQ-vajah, reševanju svojih osebnih težav ter o vzrokih in rešitvah svojih težav. Odgovore prikazujemo v tabeli 3.

Tabela 3: Prikaz števila in deleža odgovorov udeležencev na vprašanje: koliko časa namenjate razmišljanju o sebi, svojem vedenju, svojih mislih in čustvih, AEQ-vajah, vzrokih in rešitvah svojih težav

	Število	Delež
Zelo malo	7	1 %
Malo	23	4 %
Srednje	71	12 %
Veliko	190	32 %
Zelo veliko	258	<b>43 %</b>
Ves čas	47	<b>8 %</b>
Skupaj	596	100 %

39% udeležencev raziskave (234) še nikoli ni obiskalo psihoterapije, 19 % (113) udeležencev je obiskovalo psihoterapijo od enega do treh mesecev, 13 % (77) od 6 mesecev do enega leta, 14 % (81) od enega leta do treh let in 16 % (93) več kot tri leta.

326 udeležencev raziskave (55%) se je prvič udeležilo AEQ programa, ki ga vodi Aleš Ernst. 117 (20%) jih je bilo drugič na programu, 62 se jih je udeležilo že tri AEQ programe, 26 se jih je udeležilo AEQ programe štirikrat in 63 (11%) več kot štirikrat.

46% udeležencev raziskave (274) je že individualno obiskalo AEQ učitelja, 54% (321) pa še ne.

### 3. MERSKI PRIPOMOČKI

#### 3.1 Medicinsko nepojasnjena stanja (kronične bolečine)

Vprašalnik o bolnikovem zdravju (The Patient Health Questionnaire – PHQ-15; Pfizer Inc, 1990s) je samoocenjevalni vprašalnik, ki se uporablja kot presejalni pripomoček za somatizacijsko motnjo in za spremljanje resnosti somatskih simptomov v klinični praksi ter raziskavah (Iheme idr., 2014). Izpeljan je iz celotnega PHQ-vprašalnika Kroenkeja, Spitzerja, Williamsa in Löwa (2010). V naši raziskavi smo ga uporabili za merjenje kroničnih bolečin, ki jih bomo v raziskavi imenovali medicinsko nepojasnjena stanja. Prvotno so vprašalnik o bolnikovem zdravju, PHQ-15, validirali Kroenke, Spitzer in Williams (2002). Vključuje 15 prevladujočih somatskih simptomov (npr. bolečina v želodcu, bolečina v hrbtu), ki predstavljajo več kot 90 % simptomov na ravni primarne zdravstvene nege. Posamezniki resnost svojih simptomov ocenijo na 3-stopenjski lestvici (0 = sploh me ni motila, 1 = malo me je motila, 2 = zelo me je motila). Vprašalnik ima dobro notranjo skladnost (Cronbachova alfa = 0,80) (Kroenke idr., 2002) in je preveden ter uporabljen v več jezikih (Leonhart idr., 2018). V naši raziskavi je notranja skladnost 0,73, merjena s koeficientom Cronbachova alfa.

#### 3.2 Zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu

Zadovoljstvo v zakonu smo merili z vprašalnikom Kansas marital satisfaction scale. Vprašalnik ima 3 vprašanja, ki imajo 7-stopenjske trditve, kjer udeleženec odgovarja od 1 do 7, glede na to, v kolikšni meri se z odgovorom strinja, največje možno število točk je 21, najmanjše 3. Udeleženci so odgovarjali na tri vprašanja, ki se začnejo z vprašanjem Kako ste zadovoljni s ... svojim zakonom, s svojim možem (ženo) kot zakonskim partnerjem in z odnosom do svojega moža (žene). Večji seštevek točk izraža večje zadovoljstvo v zakonu.

Zanesljivost vprašalnika smo preverili s Cronbachovim koeficientom alfa, ki je 0,92, medtem ko je v originalnem vprašalniku 0,93. Veljavnost vprašalnika potrjujejo npr. tudi Schuman in drugi ter White, ko ugotavljajo statistično pomembne povezave vprašalnika Kansas marital satisfaction in sorodnih vprašalnikov (Quality of Marriage Index, Dyadic adjustment scale, Marital adjustment test), ki merijo kakovost odnosa med zakoncema oz. partnerjema. Dobljene povezave, ki jih navajajo Schuman in drugi, so 0,91 za vprašalnik Quality of Marriage Index in za vprašalnik Dyadic adjustment scale 0,83. Nadalje potrjujejo veljavnost tega vprašalnika ponovni testi z visoko korelacijo 0,71 z 1-odstotnim tveganjem (Logar, 37 - 38).

#### 3.3 Interoceptivno zavedanje oz. večdimenzionalna ocena notranjega (telesnega) zavedanja

Večdimenzionalna ocena notranjega zavedanja je samoocenjevalni inštrument, ki je bil razvit za eksperimentalno raziskovanje interoceptije ter kot pomoč pri oceni medicinskih terapij in terapevtskih modelov, ki temeljijo na povezavi uma in telesa. Samoocenjevalna lestvica pomaga pri razločevanju telesnih zaznav, pri zaznavanju vključevanja čustev v proces zavedanja telesnih zaznav ter pri prepoznavanju obramb, ki nastanejo ob fizičnem nelagodju. Vprašalnik sestavlja 28 postavk, ki so razporejene v 8 dimenzij. Posamezno dimenzijo sestavlja vsota povprečnih vrednosti postavk, te pa segajo od 3 do 7 postavk v eni dimenziji. Udeleženci na trditve odgovarjajo s pomočjo 6-stopenjske Likertove lestvice, ki sega od 0, kar pomeni nikoli, do 5, kar pomeni vedno.

**Zavedanje telesnih zaznav:** Ta dimenzija se osredotoča na zaznavanje neprijetnih, prijetnih ali nevtrálnih telesnih zaznav ter sposobnost opazovanja in pozornosti na notranji (interoceptivni) dražljaj. To pomeni, da gre za zavedanje telesnih občutkov, ki vključuje zmožnost čuječega opazovanja telesa ter prepoznavanja interoceptivnih dražljajev, kot so napetosti, nelagodje ali udobje.

**Preusmerjanje pozornosti:** Ta dimenzija meri zmožnost, da se ne odvrnemo od soočanja s fizičnim nelagodjem ali bolečino ter se ne skušamo zamotiti ali zaščititi pred temi občutki. Poudarja, da je kljub nelagodju pomembno ostati prisoten in se ne odvracati od telesnih zaznav.

**Neobremenjevanje** – dimenzija zaznava tendenco osebe, da se skuša ne obremenjevati s čustvenim stresom, povezanim s fizičnim nelagodjem ali bolečino. Z drugimi besedami, oseba sprejema (negativne) telesne zaznave ter se celo zaveda, kako čustva vplivajo na njeno vedenje.

**Pozornost na uravnavanju telesnih zaznav** – dimenzija preverja zmožnost osebe, da je pozorna na telesne zaznave in z njimi vzdrži. Pomeni visoko zmožnost čuječnosti, samozavedanja in nizko odzivnost, zaznavo interoceptivnih indikatorjev in osmišlja pomembnost, da telesnim zaznavam prisluhne.

**Zavedanje čustev** – dimenzija zaznava zmožnost povezave telesnih zaznav in fizioloških izrazov čustev. Povezava med telesnimi zaznavami in fiziološkimi izrazi čutenj predpostavlja notranji proces, za katerega je značilno preseganje refleksnega odzivanja na neznane ali dražeče telesne zaznave s strahom ali zaskrbljenostjo. Za ta notranji proces sam po sebi je potrebna zmožnost bolj poglobljenega interoceptivnega zaznavanja.

**Samouravnavanje** – dimenzija meri zmožnost uravnavanja psihološkega stresa s pomočjo pozornosti, usmerjene v telesne zaznave.

**Poslušanje telesa** – dimenzija meri tendenco aktivnega poslušanja telesa kot polja, ki omogoča pogled vase. Povezana je z večjim čustvenim zavedanjem, veččinami poslušanja telesa in telesnih zaznav, čuječnosti ter funkcionalnejšim odzivanjem.

**Zaupanje telesu** – dimenzija ocenjuje osebno izkušnjo telesa kot varnega in zaupanja vrednega prostora, zato predpostavlja veščine, ki pomagajo pri poslušanju telesa. (Avberšek, 115 – 117)

Notranja konsistentnost (skladnost) vprašalnika, kar preverja zanesljivost, je segala od 0,68 do ,93. Cronbachov koeficient  $\alpha$  je na posameznih dimenzijah dosegal naslednje vrednosti: zaznavanje telesnih zaznav  $\alpha=,83$ ; preusmerjanje pozornosti  $\alpha=,68$ ; neobremenjevanje  $\alpha=,76$ ; pozornost na uravnavanju telesnih zaznav  $\alpha=,92$ ; zavedanje čustev  $\alpha=,88$ ; samouravnavanje  $\alpha=,88$ ; poslušanje telesa  $\alpha=,93$  in zaupanje telesu  $\alpha=,92$

### 3.4 Čustvena regulacija

Za merjenje čustvene regulacije smo uporabili Vprašalnik za ugotavljanje težav z uravnavanjem čustev – DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale), namenjen (samo)ocenjevanju več vidikov disregulacije čustev. Je kratek samoocenjevalni vprašalnik s 36 vprašanji, ki je zasnovan za ocenjevanje več vidikov čustvene neregulacije. Posameznik ocenjuje postavke na petstopenjski Likertovi lestvici (1

– skoraj nikoli, 2 – včasih, 3 – približno polovico časa, 4 – večino časa, 5 – skoraj vedno). Višji rezultat kaže večje težave pri uravnavanju čustev; razviden je iz skupnega seštevka vseh vprašanj (celotna dimenzija) in rezultatov šestih poddimenzij: nesprejemanje čustvenih odzivov, težave pri ciljno usmerjenem vedenju, težave pri nadziranju impulzov, pomanjkanje čustvenega zavedanja, omejen dostop do strategij za urejanje čustev in pomanjkanje čustvene jakosti.

**Nesprejemanje čustvenih odzivov**, je sestavljena iz odgovorov, ki se nagibajo k negativnim sekundarnim čustvenim odzivom na lastna negativna čustva ali na nesprejemanje odzivov na lastno stisko.

**Težave pri ciljno usmerjenem vedenju**, sestavljajo odgovori, ki odražajo težave s koncentracijo in opravljanjem nalog, kadar oseba doživlja negativna čustva.

**Težave pri nadziranju impulzov**, je sestavljena iz odgovorov, ki odražajo težave pri nadzoru lastnega obnašanja, kadar oseba doživlja negativna čustva.

**Pomanjkanje čustvenega zavedanja** je četrta dimenzija. Sestavljajo jo odgovori, ki odražajo nagnjenje k priznavanju čustev in ukvarjanju z njimi. Kadar so ti odgovori primerno obratno ovrednoteni, ta poddimenzija odraža pomanjkanje pozornosti in zavedanja o čustvenih odzivih.

**Omejen dostop do strategij za urejanje čustev**, je sestavljena iz odgovorov, ki odražajo prepričanje, da se ne da učinkovito nadzirati čustev, kadar je oseba vznemirjena.

**Pomanjkanje čustvene jasnosti**, sestavljajo odgovori, ki odražajo, koliko posamezniki vedo (in so o njih jasni) o čustvih, ki jih doživljajo. (Tasič, 115 – 117).

Zanesljivost vprašalnika smo merili s Cronbachovim koeficientom alfa. Pri testu celotnega vprašalnika je 0,93, kar kaže dobro zanesljivost. Cronbachov koeficient alfa pri izvornem vprašalniku za celoto je 0,93.

### 3.5 Postopek

Raziskavo smo začeli izvajati oktobra 2022 in zaključili avgusta 2023. V tem obdobju je potekalo šest AEQ-programov, ki jih je vodil Aleš Ernst, učitelj AEQ metode 5. stopnje. En AEQ program traja en mesec. Udeleženci AEQ-programov so izpolnjevali anketo tri dni po začetku in tri dni po koncu AEQ-programa. Decembra 2021, marca 2023, junija 2023 smo poslali anketo v izpolnjevanje še udeležencem, ki so se udeležili AEQ-programa v letu 2022 in 2023 vendar s pogojem, da trenutno niso udeleženi v AEQ-programu. Udeležence programov je k izpolnjevanju ankete najprej povabil voditelj AEQ-programa, nato pa so dobili še pisno povabilo preko elektronske pošte. Rezultate smo izračunali s pomočjo programskega paketa SPSS 20.

## 4. REZULTATI

### 4.1 Opisne statistike vseh dimenzij, določitev testa za potrjevanje razlik in določitev korelacijskega koeficienta

Tabela 4: Deskriptivne statistike za vse uporabljene dimenzije vprašalnika o bolnikovem zdravju (PHQ15), vprašalnika o zadovoljstvu v zakonu (KMS), vprašalnika za ugotavljanje težav z uravnavanjem čustev (DERS) in vprašalnika večdimenzionalne ocene notranjega (telesnega) zavedanja

	N	Min	Maks	M	SD
MNS	559	0	23	8,75	4,51
KMS	391	3	21	14,19	3,78
D_DERS_CELOTA	504	43	167	89,43	19,79
D_NESPREJEMANJE	546	6	30	14,18	5,21
D_CILJI	550	5	25	13,89	4,13
D_IMPULZI	542	6	30	13,78	4,43
D_ZAVEDANJE	541	10	26	16,89	3,32
D_STRATEGIJE	547	8	40	19,00	5,05
D_JASNOST	551	5	24	11,63	3,57
M_ZAVEDANJE_TELESNIH_ZAZNAV	550	1	6	3,92	0,92
M_PREUSMERJANJE_POZORNOSTI	552	1	6	3,73	0,90
M_NEOBREMENJEVANJE	552	1	6	3,42	0,98
M_POZORNOSTI_NA_URAVNAVANJE_TELESNIH_ZAZNAV	548	1	6	3,51	0,92
M_ZAVEDANJE_ČUSTEV	546	1	6	4,34	0,97
M_SAMOURAVNAVANJE	548	1	6	3,78	1,02
M_POSLUŠANJE_TELESA	555	1	6	3,59	1,13
M_ZAUPANJE_TELESU	556	1	6	3,85	1,21

Opombe: N – število udeležencev, Min – najmanjša vrednost, Maks – največja vrednost, M – povprečna vrednost, SD – standardni odklon, MNS – medicinsko nepojasnjena stanja, D\_DERS\_CELOTA težave z uravnavanjem čustev, D\_NESPREJEMANJE nesprejemanje čustvenih odzivov, D\_CILJI težave pri ciljno usmerjenem vedenju, D\_IMPULZI težave pri nadziranju impulzov, D\_ZAVEDANJE - pomanjkanje čustvenega zavedanja, D\_STRATEGIJE - omejen dostop do strategij za urejanje čustev, D\_JASNOST - pomanjkanje čustvene jasnosti, M\_ZAVEDANJE\_TELESNIH\_ZAZNAV - Zavedanje telesnih zaznav, M\_PREUSMERJANJE\_POZORNOSTI - Preusmerjanje pozornosti, M\_NEOBREMENJEVANJE – Neobremenjevanje, M\_POZORNOSTI\_NA\_URAVNAVANJE\_TELESNIH\_ZAZNAV - Pozornost na uravnavanju telesnih zaznav, M\_ZAVEDANJE\_ČUSTEV - Zavedanje čustev, M\_SAMOURAVNAVANJE - Samouravnavanje, M\_POSLUŠANJE\_TELESA - Poslušanje telesa, M\_ZAUPANJE\_TELESU - Zaupanje telesu

Preverili smo normalnost porazdelitve dimenzij. Tako Kolmogorov-Smirnov test kot Kolmogorov-Smirnov test z Lilliefortsovimi popravki test normalnosti sta pokazala, da vse dimenzije obeh vprašalnikov odstopajo od normalne porazdelitve ( $\text{sig} = 0,000$ ). Zato smo za izračune uporabili neparametrične teste oziroma korelacijske koeficiente. Za ugotavljanje razlik dimenzij glede na čas izpolnjevanja ankete smo uporabili Mann-Whitneyjev U-test oziroma Krushal-Wallisov H-test. Za proučevanje povezav med dimenzijami pa smo uporabili Spearmanov korelacijski koeficient.

#### 4.2 Razlike v zakonskem/partnerskem odnosu pred in po udeležbi na AEQ programih

V raziskavi nas je zanimalo, ali se nivo zadovoljstva v zakonskem/partnerskem odnosu pred in po udeležbi v AEQ-programu, statistično razlikuje. Rezultate vidimo v tabeli 5.

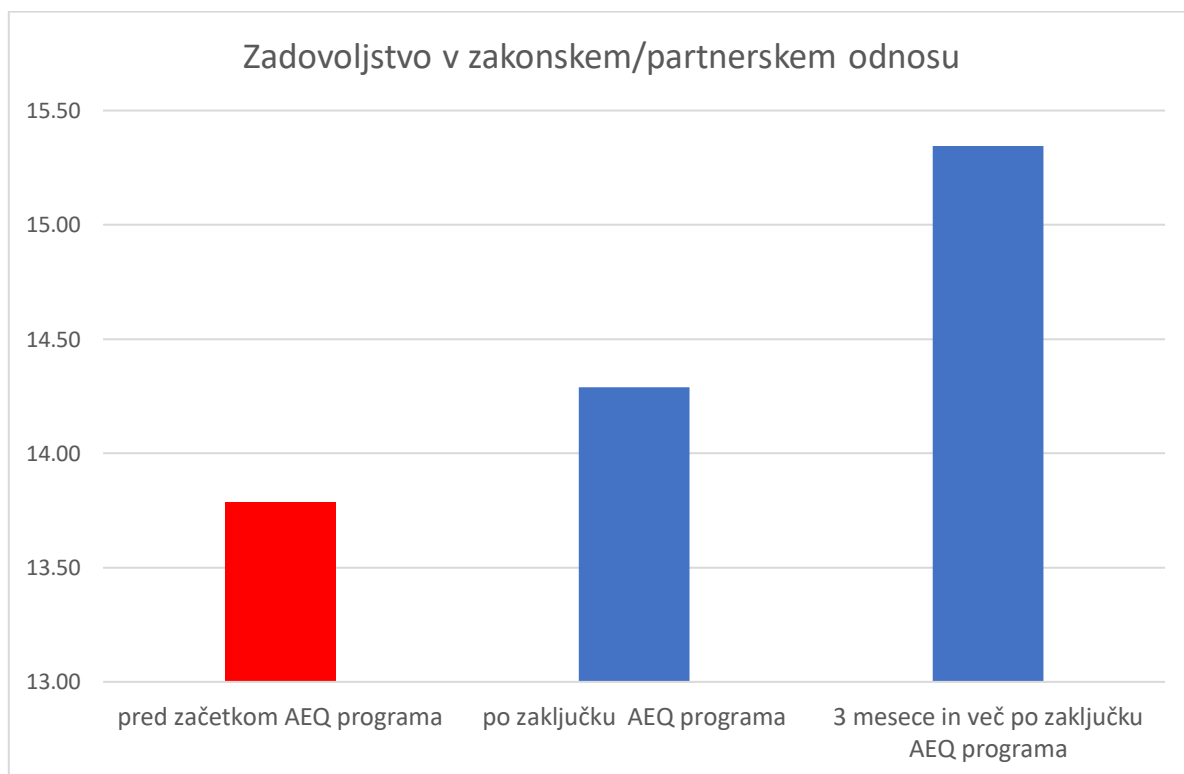


Tabela 5: Razlike v zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu (merjeno z KMS vprašalnikom) pred in po udeležbi na AEQ programih

	M	N	SD	Sig
Na začetku AEQ programa	13,78	190	3,75	
Po zaključku AEQ programa	14,29	145	3,90	0,158
3 mesece in več po zaključku programa	15,35	55	3,42	0,013

Opombe: M – povprečna vrednost, N – število udeležencev, SD – standardni odklon, sig – statistična pomembnost, KMS – Kansas marital satisfaction scale

Iz tabele je razvidno, da se je zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu po udeležbi AEQ programa (traja en mesec) povečala vendar razlika ni statistično značilna. Enako pa ne velja za spremembo zadovoljstva v zakonskem/partnerskem odnosu tri mesece in več po zaključku AEQ programov. Zato **Hipotezo 1** Udeležba na AEQ programih v povprečju poveča zakonsko/partnersko zadovoljstvo, **zavrnamo** po zaključku programa in **potrdimo** za vrednost spremembe tri mesece in več po zaključku AEQ programa. Rezultate prve hipoteze prikazujemo v sliki 1.



Slika 1: Prikaz zadovoljstva v zakonskem/partnerskem odnosu pred, po in tri mesece po zaključku AEQ programa

#### 4.3 Razlike v zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu (merjeno z KMS vprašalnikom) na večih AEQ programih

Zanimalo nas je, ali obstaja razlika v zadovoljstvu v zakonskem/partnerskem odnosu (merjeno z KMS vprašalnikom) glede na število udeležb na AEQ programih. Rezultate vidimo v tabeli 6 in na sliki 1.

Tabela 6: Razlike v zadovoljstvu v zakonskem/partnerskem odnosu glede na udeležbo v večih AEQ programih

Program AEQ, ki ga trenutno obiskujete je vaš kateri:	M	N	SD	Sig
Prvi	13,69	217	3,78	
Drugi	13,97	71	3,52	0,595
Tretji	15,47	34	3,76	0,037
Četrti	14,55	20	3,71	0,071
več kot četrti	15,77	47	3,75	0,002

Opombe: M – povprečna vrednost, N – število udeležencev, SD – standardni odklon, sig – statistična pomembnost, KMS – Kansas marital satisfaction scale



Slika 1. Prikaz razlik v zakonskem/partnerskem zadovoljstvu glede na število udeležb na AEQ programih

Tako iz tabele 6 kot iz grafa na sliki 1 je razvidno, da zakonsko/partnersko zadovoljstvo s številom udeležb na AEQ programih narašča. Statistično značilne razlike (glede na prvi program) pa veljajo za tretjo in več kot četrtu udeležbo na AEQ programu. Zato **hipotezo 2** Udeležba na večih AEQ programih v povprečju poveča zakonsko/partnersko zadovoljstvo, **potrdimo**.

#### 4.4 Razlike v čustveni regulaciji pred in po udeležbi v AEQ programih

Zanimalo nas je ali se čustvena regulacija pred in po udeležbi na AEQ programih statistično značilno razlikuje. Rezultate in statistično značilnost vidimo v tabeli 7.

Iz tabele 7 razberemo izboljšanje čustvene regulacije. To velja tako za skupno dimenzijo kot tudi za vse poddimenzije. Razlike so statistično značilne, razen za poddimenzijo D\_JASNOST -pomanjkanje čustvene jasnosti po zaključku AEQ programa. **Hipotezo 3:** - Udeležba na AEQ programih v povprečju poveča čustveno regulacijo oziroma dvigne čustveno zrelost in tako jo lahko **potrdimo** (razen za izjemo opisano v prejšnjem stavku) tako po zaključku AEQ programa kot za obdobje tri mesece in več po zaključku AEQ programa.

Tabela 7: Razlike v čustveni regulaciji pred in po AEQ programih

	Na začetku AEQ programa			Po zaključku AEQ programa				3 mesece in več po zaključku AEQ programa			
	M	N	SD	M	N	SD	sig	M	N	SD	sig
D_DERS_CELOTA	94,56	240	20,55	86,79	194	18,38	<b>0,000</b>	79,04	69	15,25	<b>,000</b>
D_NESPREJEMANJE	15,10	262	5,36	13,72	211	5,14	<b>0,002</b>	12,22	72	4,13	<b>,000</b>
D_CILJI	14,82	259	4,30	13,38	218	3,92	<b>0,000</b>	12,13	72	3,18	<b>,000</b>
D_IMPULZI	14,71	257	4,63	13,31	213	4,23	<b>0,001</b>	11,93	71	3,34	<b>,000</b>
D_ZAVEDANJE	17,51	256	3,37	16,57	213	3,08	<b>0,002</b>	15,51	71	3,15	<b>,000</b>
D_STRATEGIJE	20,01	259	5,28	18,43	216	4,82	<b>0,001</b>	17,15	71	3,89	<b>,000</b>
D_JASNOST	12,08	261	3,73	11,60	218	3,42	<b>0,160</b>	9,96	71	2,70	<b>,000</b>

Opombe: M – povprečna vrednost, N – število udeležencev, SD – standardni odklon, sig – statistična pomembnost

D\_DERS\_CELOTA - težave z uravnavanjem čustev, D\_NESPREJEMANJE - nesprejemanje čustvenih odzivov, D\_CILJI - težave pri ciljno usmerjenem vedenju,

, D\_IMPULZI - težave pri nadziranju impulzov, D\_ZAVEDANJE - pomanjkanje čustvenega zavedanja, D\_STRATEGIJE - omejen dostop do strategij za urejanje čustev,

D\_JASNOST - pomanjkanje čustvene jasnosti,

#### 4.5 Razlike v zaznavanju notranje telesnih občutij pred in po udeležbi v AEQ programih

V naslednji hipotezi nas je zanimalo ali se notranje telesni občutki (interocepcija) pri udeležencih raziskave pred in po udeležbi na AEQ programih statistično značilno razlikujejo. Rezultate in statistično značilnost vidimo v tabeli 8.

Tabela 8: Razlike v zaznavanju notranje telesnih občutkov (interocepcija)

	Na začetku AEQ programa			Po zaključku AEQ programa				3 mesece in več po zaključku programa			
	M	N	SD	M	N	SD	sig	M	N	SD	sig
M_ZAVEDANJE_TELESNIH_ZAZNAV	3,77	262	,94	3,99	216	,88	<b>,011</b>	4,32	71	,80	<b>,000</b>
M_PREUSMERJANJE_POZORNOSTI	3,58	262	,94	3,78	217	,85	<b>,032</b>	4,10	72	,75	<b>,000</b>
M_NEOBREMENJEVANJE	3,26	263	,99	3,49	217	,93	<b>,021</b>	3,79	71	,98	<b>,001</b>
M_POZORNOSTI_NA_URAVNAVANJE_TELESNIH_ZAZNAV	3,34	261	,92	3,61	215	,90	<b>,002</b>	3,82	71	,83	<b>,000</b>
M_ZAVEDANJE_ČUSTEV	4,25	258	,99	4,36	215	,94	<b>,420</b>	4,66	72	,87	<b>,020</b>
M_SAMOURAVNAVANJE	3,62	263	1,05	3,85	212	,98	<b>,046</b>	4,15	72	,92	<b>,001</b>
M_POSLUŠANJE_TELESA	3,34	265	1,14	3,73	217	1,09	<b>,001</b>	4,11	72	,94	<b>,000</b>
M_ZAUPANJE_TELESU	3,67	265	1,19	3,95	218	1,22	<b>,006</b>	4,22	72	1,10	<b>,000</b>

Opombe: M – povprečna vrednost, N – število udeležencev, SD – standardni odklon, sig – statistična pomembnost, M\_ZAVEDANJE\_TELESNIH\_ZAZNAV - Zavedanje telesnih zaznav, M\_PREUSMERJANJE\_POZORNOSTI - Preusmerjanje pozornosti, M\_NEOBREMENJEVANJE – Neobremenjevanje, M\_POZORNOSTI\_NA\_URAVNAVANJE\_TELESNIH\_ZAZNAV - Pozornost na uravnavanju telesnih zaznav, M\_ZAVEDANJE\_ČUSTEV - Zavedanje čustev, M\_SAMOURAVNAVANJE - Samouravnavanje, M\_POSLUŠANJE\_TELESA - Poslušanje telesa, M\_ZAUPANJE\_TELESU - Zaupanje telesu

Iz tabele 8 razberemo izboljšanje zavedanja notranje telesnih občutkov. To velja za vse dimenzije tako po zaključku AEQ programa kot za obdobje tri mesece po zaključku AEQ programa. Razlike so statistično značilne, razen pri dimenziji M\_ZAVEDANJE\_ČUSTEV - Zavedanje čustev. **Hipotezo 4:** - Udeležba na AEQ programih v povprečju poveča zavedanje notranje telesnih občutij in tako lahko **potrdimo** (razen za izjemo opisano v prejšnjem stavku).

#### 4.6 Povezava med medicinsko nepojasnjenimi stanji in regulacijo čustev ter zavedanjem notranje telesnih občutij (interocepcijo)

S Spearmanovim korelacijskim koeficientom smo ugotovili povezavo (korelacijo) med medicinsko nepojasnjenimi stanji (kroničnimi bolečinami) in regulacijo čustev ter zavedanjem notranje telesnih občutij. Rezultati so razvidni v tabeli 9.

Tabela 9: Povezave med medicinsko nepojasninimi stanji (kroničnimi bolečinami), regulacijo čustev in zavedanjem notranje telesnih občutij.

	D_DERS_CELOTA	D_NESPREJEMANJE	D_CILJI	D_IMPULZI	D_ZAVEDANJE	D_STRATEGIJE	D_JASNOST
korel. koef.	,344**	,309**	,242**	,265**	,098*	,383**	,282**
MNS sig	,000	,000	,000	,000	,023	,000	,000
N	504	546	550	542	541	547	551

	M_ZAVEDANJE_TELESNIH_Z AZNAV	M_PREUSMERJANJE_P OZORNOSTI	M_POZORNOSTI_NA_URAVNAVANJE_T M_ZAVEDANJE_ ELESNIH_ZAZNAV	M_ZAVEDANJE_ČUSTEV	M_SAMOURAVNAVANJE	M_POSLUŠANJE_ TELESA	M_ZAUPANJE_ TELESU
korel. koef.	-,037	-,229**	-,308**	-,187**	-,082	-,204**	-,163**
MNS sig	,387	,000	,000	,056	,000	,000	,000
N	550	552	552	548	546	548	555

Opombe: M – povprečna vrednost, N – število udeležencev, SD – standardni odklon, sig – statistična pomembnost, korel. Koef. - korelacijski koeficient

MNS – medicinsko nepojasnjena stanja, D\_DERS\_CELOTA - težave z uravnavanjem čustev, D\_NESPREJEMANJE - nesprejemanje čustvenih odzivov, D\_CILJI - težave pri ciljno usmerjenem vedenju,

D\_IMPULZI - težave pri nadziranju impulzov, D\_ZAVEDANJE - pomanjkanje čustvenega zavedanja, D\_STRATEGIJE - omejen dostop do strategij za urejanje čustev,

D\_JASNOST - pomanjkanje čustvene jasnosti, M\_ZAVEDANJE\_TELESNIH\_ZAZNAV - Zavedanje telesnih zaznav, M\_PREUSMERJANJE\_POZORNOSTI - Preusmerjanje pozornosti,

M\_NEOBREMENJEVANJE – Neobremenjevanje, M\_POZORNOSTI\_NA\_URAVNAVANJE\_TELESNIH\_ZAZNAV - Pozornost na uravnavanju telesnih zaznav, M\_ZAVEDANJE\_ČUSTEV - Zavedanje čustev,

M\_SAMOURAVNAVANJE - Samouravnavanje, M\_POSLUŠANJE\_TELESA - Poslušanje telesa, M\_ZAUPANJE\_TELESU - Zaupanje telesu, \*\* – statistična pomembnost na nivoju 1 %

\* – statistična pomembnost na nivoju 5 %



Medicinsko nepojasnjena stanja se pozitivno, zmerno močno, povezujejo tako z glavno dimenzijo regulacijo čustev D\_DERS\_CELOTA kot tudi z vsemi poddimenzijami tega vprašalnika. Vse povezave so statistično značilne. V tem delu **potrjujemo hipotezo 5**.

Medicinsko nepojasnjena stanja se negativno povezujejo z dimenzijami, ki merijo interocepcijo. Pri dveh dimenzijah (M\_NEOBREMENJEVANJE in M-ZAUPANJE\_TELESU) sta povezavi srednje močni, statistično značilni z 1% statističnim tveganjem. Tri dimenzije (M\_PREUSMERJANJE\_POZORNSOTI, M\_POZORNOSTI\_NA\_URAVNAVANJE\_TELESNIH\_ZAZNAV in M\_SAMOURAVNAVANJE) so povezave nizke, vendar statistično značilne z 1% statističnim tveganjem. Dve dimenziji pa nista statistično značilni (M\_ZAVEDANJE\_TELESNIH\_ZAZNAV) in M\_ZAVEDANJE\_ČUSTEV). V tem delu lahko **hipotezo 5 delno potrdimo**.

#### 4.7 Povezave med zadovoljstvom v zakonskem/partnerskem odnosu in regulacijo čustev ter zavedanjem notranje telesnih občutij (interocepcijo)

Rezultate hipoteze 6: zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu se negativno povezujejo z težavami v regulaciji čustev in pozitivno z dimenzijami, ki merijo zavedanje notranje telesnih občutij, prikazujemo v tabeli 10.

Tabela 10: Povezave med zadovoljstvom v zakonu/partnerstvu, regulacijo čustev in zavedanjem notranje telesnih občutij

		D_DERS_CELOTA	D_NESPREJEMANJE	D_CILJI	D_IMPULZI	D_ZAVEDANJE	D_STRATEGIJE	D_JASNOST
KMS	korel. koef.	-,182**	-,067	-,084	-,188**	-,148**	-,172**	-,208**
	sig	,001	,206	,108	,000	,005	,001	,000
	N	334	361	364	359	361	362	366

		M_ZAVEDANJE_TELESNIH_ZAZNAV	M_PREUSMERJANJE_POZORNOSTI	M_NEOBREMENJEVANJE	M_POZORNOSTI_NA_URAVNAVANJE_TELESNIH_ZAZNAV	M_ZAVEDANJE_ČUSTEV	M_SAMOURAVNAVANJE	M_POSLUŠANJE_TELESA	M_ZAUPANJE_TELESU
KMS	korel. koef.	,185**	,104*	,041	,279**	,184**	,294**	,246**	,315**
	sig	,000	,046	,434	,000	,000	,000	,000	,000
	N	364	366	366	362	360	363	367	368

Opombe: M – povprečna vrednost, N – število udeležencev, SD – standardni odklon, sig – statistična pomembnost, korel. koef. - korelacijski koeficient

KMS – zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu, D\_DERS\_CELOTA - težave z uravnavanjem čustev, D\_NESPREJEMANJE - nesprejemanje čustvenih odzivov, D\_CILJI - težave pri ciljno usmerjenem vedenju,

D\_IMPULZI - težave pri nadziranju impulzov, D\_ZAVEDANJE - pomanjkanje čustvenega zavedanja, D\_STRATEGIJE - omejen dostop do strategij za urejanje čustev,

D\_JASNOST - pomanjkanje čustvene jasnosti, M\_ZAVEDANJE\_TELESNIH\_ZAZNAV - Zavedanje telesnih zaznav, M\_PREUSMERJANJE\_POZORNOSTI - Preusmerjanje pozornosti,

M\_NEOBREMENJEVANJE – Neobremenjevanje, M\_POZORNOSTI\_NA\_URAVNAVANJE\_TELESNIH\_ZAZNAV - Pozornost na uravnavanju telesnih zaznav, M\_ZAVEDANJE\_ČUSTEV - Zavedanje čustev,

M\_SAMOURAVNAVANJE - Samouravnavanje, M\_POSLUŠANJE\_TELESA - Poslušanje telesa, M\_ZAUPANJE\_TELESU - Zaupanje telesu, \*\* – statistična pomembnost na nivoju 1 %

\* – statistična pomembnost na nivoju 5 %

Zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu se negativno povezuje z regulacijo čustev. Več kot je težav z regulacijo, manj je zadovoljstva. Vprašalnik, ki smo ga uporabili seštevata točke in več točk pomeni več težav – zato je negativni predznak korelacijskega koeficienta. Vse povezave so šibke, dve med njimi nista statistično značilne, štiri pa so statistično značilna na nivoju 1%. Tako lahko za štiri dimenzije: (D\_DERS\_CELOTA težave z uravnavanjem čustev, D\_IMPULZI težave pri nadziranju impulzov, D\_ZAVEDANJE - pomanjkanje čustvenega zavedanja, D\_STRATEGIJE - omejen dostop do strategij za urejanje čustev, D\_JASNOST - pomanjkanje čustvene jasnosti) potrdimo **hipotezo 6** - Zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu se negativno povezujejo z težavami v regulaciji čustev in pozitivno z dimenzijami, ki merijo zavedanje notranje telesnih občutij, **potrdimo**.

Zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu se pozitivno povezuje z zavedanjem telesnih občutkov. Iz tabele 10 je razvidno, da ena povezava ni statistično značilna. Ostale povezave so šibke, vendar statistično značilne na nivoju 1% (oz. 5%). Pri dimenziji zaupanje telesu pa smo dobili srednje močno povezavo, statistično značilno na nivoju 1%.

## Literatura:

Avberšek, M. (2022). Obravnava telesnih zaznav pri mladostnikih v relacijski družinski terapiji: doktorska disertacija [[M. Avberšek Platiša]]. <https://repositorij.uni-lj.si/lzpisGradiva.php?id=142742>

Cvetek, R. 2013. *Raziskujemo medosebne odnose : priročnik za izvedbo kvantitativne empirične raziskave*. Ljubljana: Teološka fakulteta.

Kocalevent, R. D., Hinz, A., & Brähler, E. 2013. Standardization of the depression screener patient health questionnaire (PHQ-9) in the general population. *General hospital psychiatry*, 35(5), 551-555.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. in Löwe, B. 2010. The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32, 345–359.

Kroenke, K., Spitzer, R. L. in Williams, J. B. 2002. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266.

Logar, J. (2015). *Kakovost zakonskih odnosov in religioznost zakoncev v povezavi z obiskovanjem zakonskih skupin*. Magistrsko delo, Univerza v Ljubljani, Ljubljana

Petrovčič, A. 2019. *Povezanost telesne aktivnosti, psihosomatskih simptomov in prezentizma : magistrsko delo*. Filozofska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Ljubljana

Porenta, A. (2017). *Komunikacija o spolnosti v družini, interoceptivno zavedanje, čuječnost in zavedanje svoje spolnosti: magistrsko delo* [[A. Porenta]]. <https://repositorij.uni-lj.si/lzpisGradiva.php?id=91443>

Pfizer Inc, 1990s, Vprašalnik o bolnikovem zdravju (The Patient Health Questionnaire – PHQ-15). Izvirni vprašalnik prosto dostopen na: [https://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10049256/f/201412/English\\_0.pdf](https://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10049256/f/201412/English_0.pdf)

Tasič, A. (2022). Kakovost odnosov v primarnih družinah odvisnic od alkohola: doktorska disertacija [[A. Tasič]]. <https://repozitorij.uni-lj.si/lzpisGradiva.php?id=144382>