

Zaključno poročilo o učinkovitosti AEQ programov, vodil Aleš Ernst (okt. 2023-febr.2024)

Brežice, Kranj, marec 2024

Aleš Ernst, ustanovitelj AEQ metode in učitelj 5.
stopnje

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

Kazalo vsebine

1. OPREDELITEV NAMENA RAZISKAVE IN HIPOTEZE	3
2. UDELEŽENCI	4
3. MERSKI PRIPOMOČKI	8
3.1 Medicinsko nepojasnjena stanja (kronične bolečine).....	8
3.2 Zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu	8
3.3 Interoceptivno zavedanje oz. večdimenzionalna ocena notranjega (telesnega) zavedanja.....	8
3.4 Čustvena regulacija	9
3.5 Postopek	10
4. REZULTATI	11
4.1 Opisne statistike vseh dimenzij, določitev testa za potrjevanje razlik in določitev korelacijskega koeficienta	11
4.2 Razlike v zakonskem/partnerskem odnosu pred in po udeležbi na AEQ programih	12
4.3 Razlike v zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu (merjeno z KMS vprašalnikom) na večih AEQ programih	13
4.4 Razlike v čustveni regulaciji pred in po udeležbi v AEQ programih	14
4.5 Razlike v zaznavanju notranje telesnih občutij pred in po udeležbi v AEQ programih	16
4.6 Povezava med medicinsko nepojasnenimi stanji in regulacijo čustev ter zavedanjem notranje telesnih občutij (interocepčijo)	18
4.7 Povezave med zadovoljstvom v zakonskem/partnerskem odnosu in regulacijo čustev ter zavedanjem notranje telesnih občutij (interocepčijo)	20
Literatura:.....	22

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

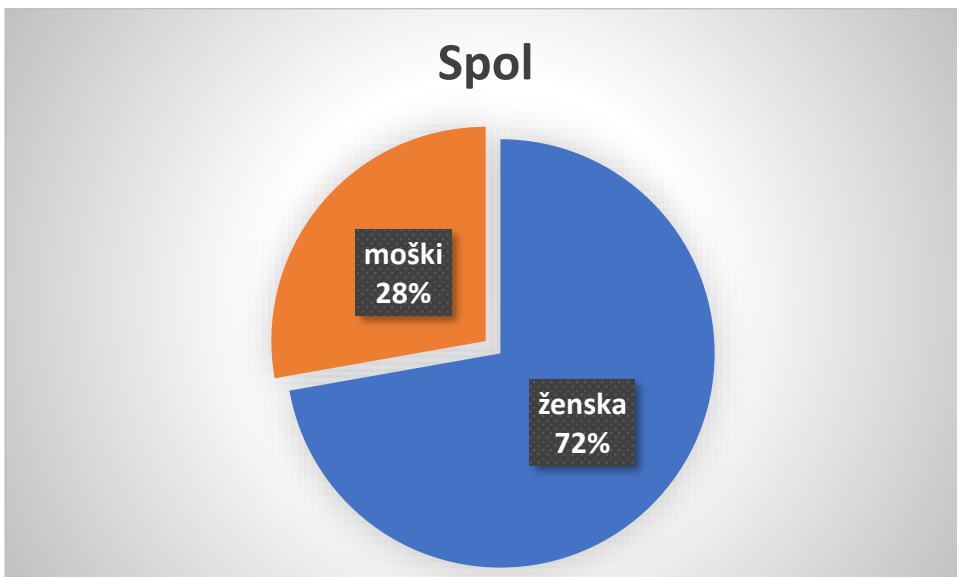
Hipoteza 4: Udeležba na AEQ programih v povprečju poveča zavedanje notranje telesnih občutij

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

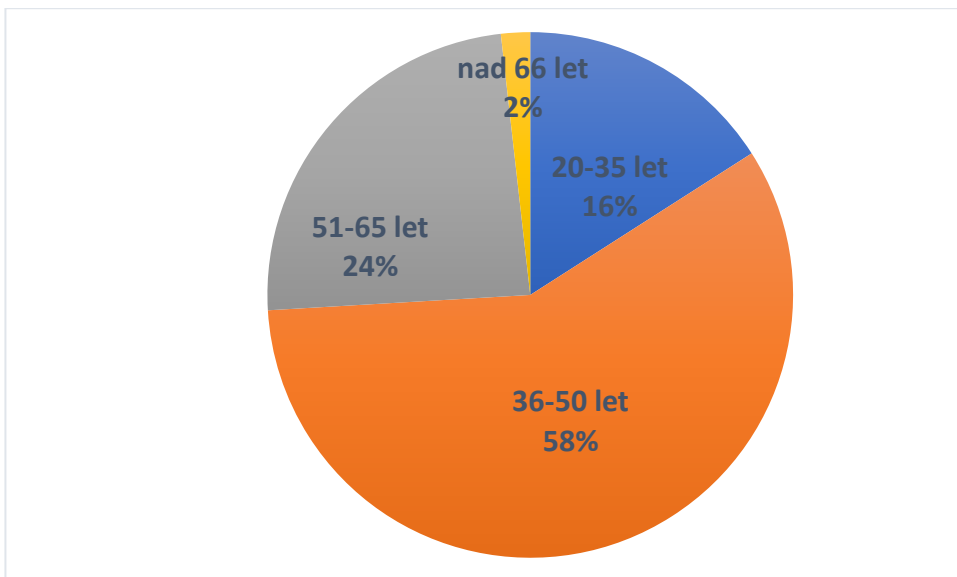
2. UDELEŽENCI

V raziskavi je sodelovalo 673 udeležencev, od tega 486 žensk (72 %) in 187 moških (28 %) kar prikazujemo v sliki 1.



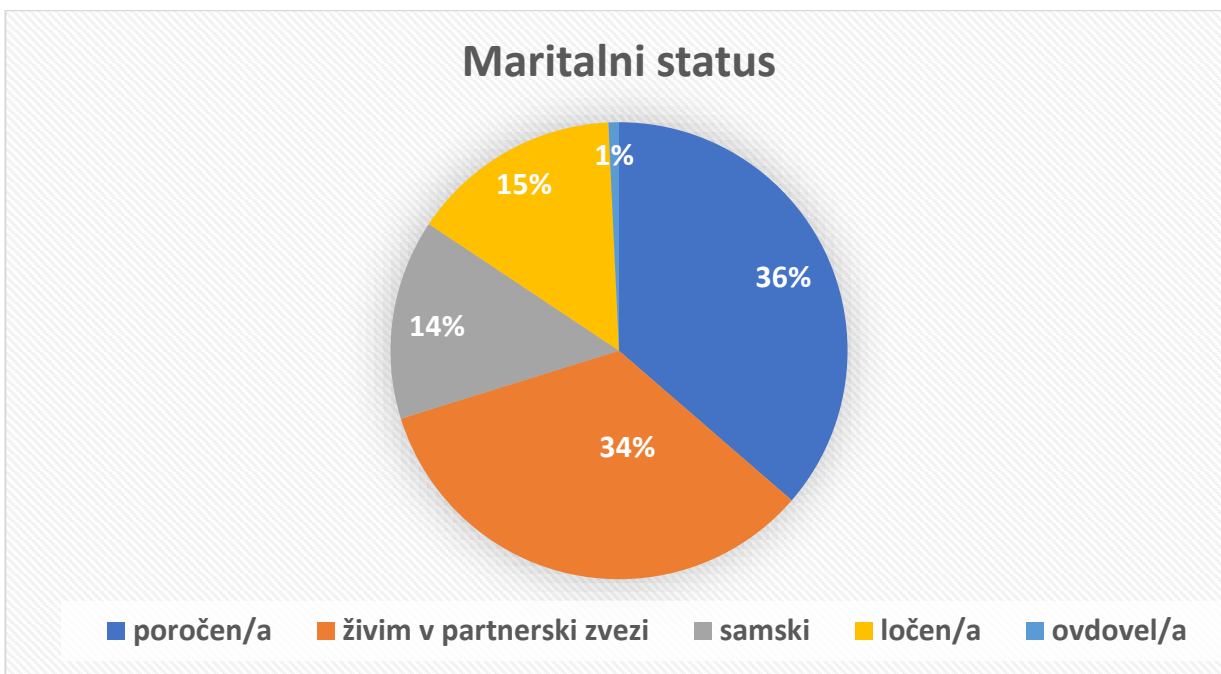
Slika 1: Prikaz strukture udeležencev AEQ programov po spolu

Najmlajši udeleženec je imel 21 let, najstarejši 76 let, povprečna starost udeležencev je bila 45,41 leta, standardni odklon je 9,35. Največ udeležencev je bilo starih 46 let, mediana je pri številki 46. Starostno strukturo po razredih prikazujemo v sliki številka 2.



Slika 2: Prikaz starostne strukture udeležencev AEQ programov

V vzorcu je 70 % udeležencev v zvezi, in sicer 244 poročenih udeležencev (36 %), neporočenih, ki živijo v partnerski zvezi, je 227 (34 %), samskih je 95 (14 %), ločenih 100 (15%) in ovdovelih 5. Udeležence glede na maritalni status prikazujemo v sliki številka 3.



Slika 3: Maritalni status udeležencev raziskave

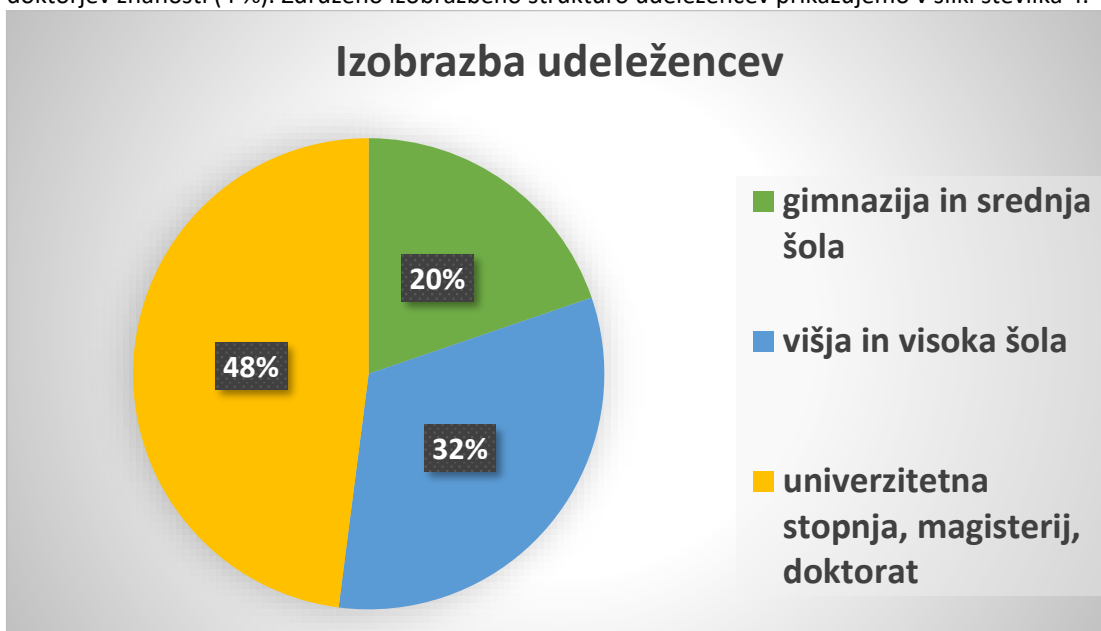
V času raziskave (okt. 2023 – febr. 2024) so bili izvedeni štirje AEQ programi. V tabeli 1 vidimo kateri programi so se v času raziskave izvajali, število udeležencev po programih in delež udeležencev po programih.

Tabela 1 Prikaz števila udeležencev po AEQ programih

AEQ program	N	odst.
za dvig čustvene zrelosti	219	32,50
za izboljšanje partnerske zveze	135	20,00
za športnike in poslovneže	25	4,00
za izboljšanje odnosa do otroka	122	18,10
za ureditev odnosa s staršem	198	29,40
SKUPAJ	625	100,00

Opombe: N -število udeležencev, odst. - odstotek

103 udeležencev je imelo srednješolsko (16 % vzorca) izobrazbo, 28 udeležencev je zaključilo gimnazijo (4 % vzorca), 69 višjo strokovno šolo (10 % vzorca), 145 visoko šolo (22 % vzorca), 251 univerzitetno stopnjo oz. bolonjski magisterij (38 % vzorca), 39 udeležencev je imelo znanstveni magisterij (6%) in 28 udeležencev je bilo doktorjev znanosti (4 %). Združeno izobrazbeno strukturo udeležencev prikazujemo v sliki številka 4.



Slika 4: Združena izobrazbena struktura udeležencev raziskave

Glede na zaposlitveni status je bilo 395 (63%) udeležencev raziskave zaposlenih, 109 (17%) samozaposlenih, 52 (8%) je bilo lastnikov podjetij, 5 (1%) študentov, 28 (4%) brezposelnih in 44 (7%) je bilo upokojevcev.

V večjem mestu (nad 20.000 prebivalcev) živi 233 (35%) udeležencev raziskave, v večjem naselju (med 1.000 in 20.000 prebivalcev) jih živi 236 (35%) in na vasi (pod 1.000 prebivalci) živi 203 (30%) 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	22	3 %
Od treh do šestih mesecev	16	3 %
Od šestih mesecev do enega leta	38	6 %
Od enega do dveh let	84	13 %
Več kot dve leti	496	76 %
Skupaj	656	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	6	1 %
Malo	26	4 %
Srednje	110	17 %
Veliko	229	35 %
Zelo veliko	247	37 %
Ves čas	45	7 %
Skupaj	663	100 %

38% udeležencev raziskave (250) še nikoli ni obiskalo psihoterapije, 16 % (107) udeležencev je obiskovalo psihoterapijo od enega do treh mesecev, 15 % (100) od 6 mesecev do enega leta, 17 % (113) od enega leta do treh let in 14 % (92) več kot tri leta.

356 udeležencev raziskave (54%) se je prvič udeležilo AEQ programa, ki ga vodi Aleš Ernst. 135 (20%) jih je bilo drugič na programu, 73 (11%) se jih je udeležilo že tri AEQ programe, 56 (8%) se jih je udeležilo AEQ programe štirikrat in 44 (7%) več kot štirikrat.

34% udeležencev raziskave (222) je že individualno obiskalo AEQ učitelja, 66% (441) 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 (Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness – MAIA) 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 odvrnati 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 dražje 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 α 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 izvirnem vprašalniku za celoto je 0,93.

3.5 Postopek

Raziskavo smo začeli izvajati oktobra 2023 in zaključili februarja 2024. V tem obdobju so potekali štiri 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. Udeležence programov je k izpolnjevanju ankete najprej ustno (preko zoom-a) 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: Opisne (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 (MAIA)

	N	Min	Maks	M	SD
KMS	461	3	21	13,82	3,82
MNS	545	0	21	8,64	4,38
D_DERS_CELOTA	570	40	162	87,89	21,50
D_NESPREJEMANJE	621	6	30	14,45	5,24
D_CILJI	618	5	25	13,98	4,16
D_IMPULZI	619	6	29	13,68	4,69
D_ZAVEDANJE	618	6	27	15,15	4,42
D_STRATEGIJE	611	8	39	19,06	5,56
D_JASNOST	626	5	25	11,52	3,57
M_ZAVEDANJE_TELESNIH_ZAZNAV	628	1	6	3,85	0,92
M_PREUSMERJANJE_POZORNOSTI	629	1	6	3,63	0,86
M_NEOBREMENJEVANJE	629	1	6	3,52	0,92
M_POZORNOSTI_NA_URAVNAVANJE_ TELESNIH_ZAZNAV	625	1	6	3,40	0,91
M_ZAVEDANJE_ČUSTEV	624	1	6	4,23	0,99
M_SAMOURAVNAVANJE	624	1	6	3,80	0,99
M_POSLUŠANJE_TELESA	627	1	6	3,44	1,12
M_ZAUPANJE_TELESU	629	1	6	3,92	1,17

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 Lilliefortsovim popravkom 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

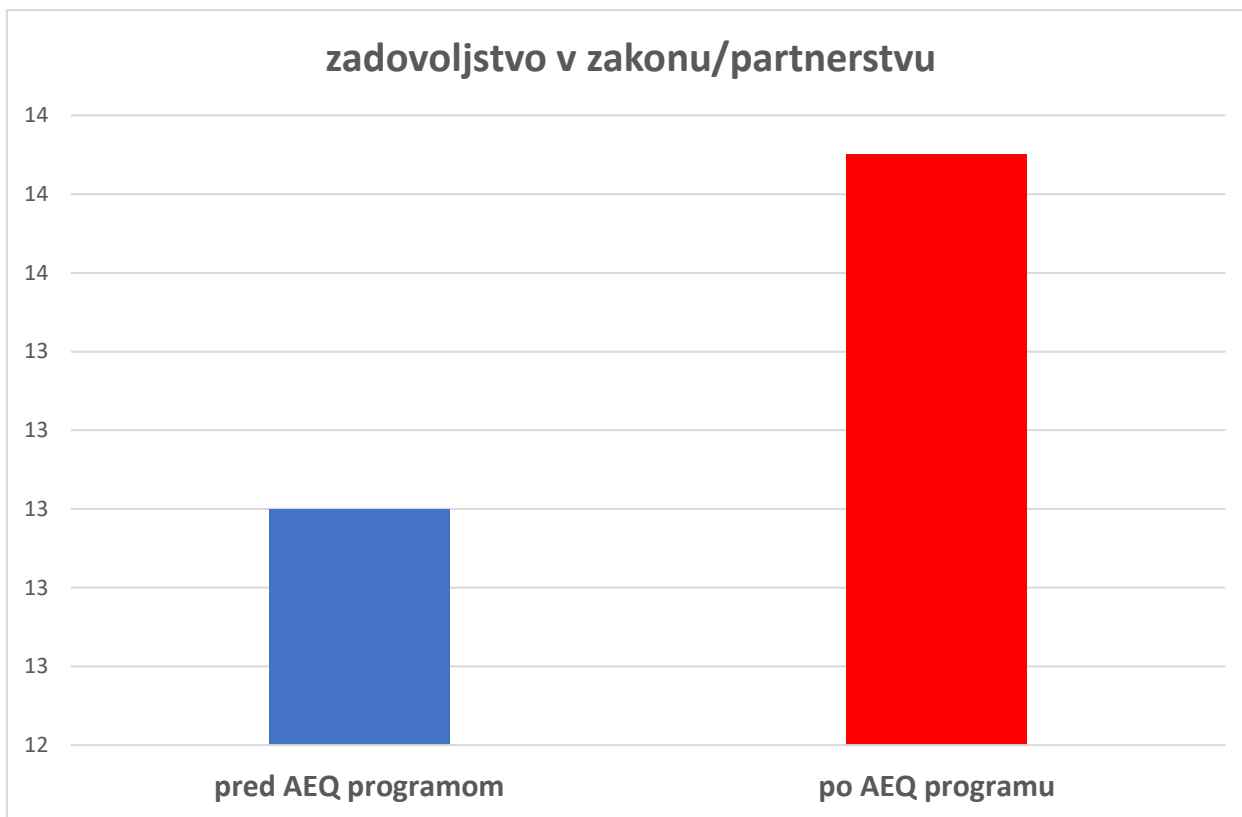
V raziskavi nas je zanimalo, ali se nivo zadovoljstva v zakonskem/partnerskem odnosu pred in po udeležbi v AEQ-programu, statistično razlikuje. V analizo smo vzeli le program za izboljšanje partnerskega odnosa. Rezultate vidimo v tabeli 5.

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	13,00	51	3,29	
Po zaključku AEQ programa	13,90	39	3,73	0,207

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) povečalo vendar razlika ni statistično značilna. Zato **Hipotezo 1** »Udeležba na AEQ programih v povprečju poveča zakonsko/partnersko zadovoljstvo«, **zavrnamo**. Rezultate prve hipoteze prikazujemo v sliki 5.



Slika 5: Prikaz zadovoljstva v zakonskem/partnerskem odnosu pred in po zaključku AEQ programa

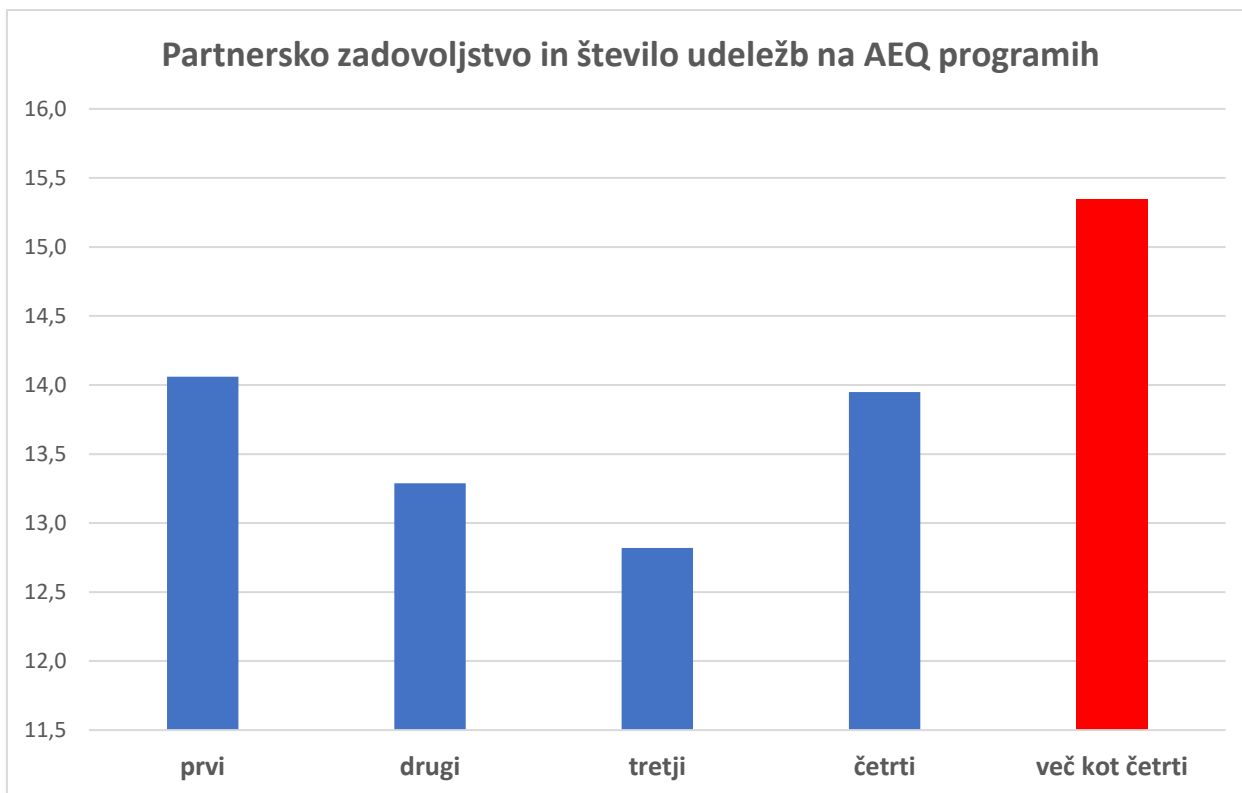
4.3 Razlike v zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu (merjeno z KMS vprašalnikom) na večih AEQ programih

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 6.

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	14,06	233	3,86	
Drugi	13,29	94	4,08	0,164
Tretji	12,82	61	3,87	0,079
Četrta	13,95	40	2,95	0,149
več kot četrta	15,34	32	3,11	0,012

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



Slika 6. 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 najprej celo upade, nato pa šele po več kot četrti udeležbi na AEQ programu signifikantno naraste. Zato **hipotezo 2** »Udeležba na večjih AEQ programih v povprečju poveča zakonsko/partnersko zadovoljstvo«, **delno 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 oziroma zmanjšanje težav v regulaciji čustev. 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« tako lahko **potrdimo** (razen za izjemo opisano v prejšnjem stavku).

Tabela 7: Razlike v čustveni regulaciji pred in po udeležbi na AEQ programu

		D_DERS_CELOTA	D_NESPREJEMANJE	D_STRATEGIJE	D_CILJI	D_JASNOST	D_IMPULZI	D_ZAVEDANJE
Na začetku AEQ programa	M	90,64	14,91	19,53	14,59	11,69	14,21	15,62
	N	304	332	327	330	334	331	330
	SD	22,40	5,42	5,94	4,31	3,73	4,98	4,61
Po zaključku AEQ programa	M	84,42	13,83	18,40	13,24	11,32	12,99	14,68
	N	251	271	265	267	273	267	268
	SD	19,25	4,87	4,85	3,73	3,32	4,15	4,05
	sig	,003	,020	,032	,000	,352	,012	,014

Opombe: M - povprečna vrednost, N – število udeležencev, SD – standardni odklon, D_DERS_CELOTA – težave z uravnavanjem čustev
D_NESPREJEMANJE - nesprijemanje 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, sig - statistična pomembnost

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			sig
	M	N	SD	M	N	SD	
M_ZAVEDANJE_TELESNIH_ZAZNAV	3,73	336	,98	3,98	272	,83	,001
M_PREUSMERJANJE_POZORNOSTI	3,51	334	,90	3,78	274	,80	,000
M_NEOBREMENJEVANJE	3,48	336	,98	3,58	273	,85	,081
M_POZORNOSTI_NA_URAVNAVANJE_TELESNIH_ZAZNAV	3,26	335	,96	3,56	270	,82	,000
M_ZAVEDANJE_ČUSTEV	4,15	337	1,02	4,33	268	,94	,050
M_SAMOURAVNAVANJE	3,65	335	1,01	3,97	269	,92	,000
M_POSLUŠANJE_TELESA	3,22	336	1,19	3,67	271	,99	,000
M_ZAUPANJE_TELESU	3,83	336	1,21	4,06	272	1,09	,007

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 pred in po udeležbi na AEQ programu, razen za dimenzijo M_NEOBREMENJEVANJE. Razlike so statistično značilne, razen pri omenjeni dimenziji v prejšnjem stavku. **Hipotezo 4** »Udeležba na AEQ programih v povprečju poveča zavedanje notranje telesnih občutij« tako lahko **potrdimo** (razen za izjemo opisano v prejšnjem stavku).

4.6 Povezava med medicinsko nepojasnenimi stanji (kronične bolečine) in regulacijo čustev ter zavedanjem notranje telesnih občutij (interocepčijo)

S Spearmanovim korelacijskim koeficientom smo ugotovili povezavo (korelacijo) med medicinsko nepojasninimi 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_STRATEGIJE	D_CILJI	D_JASNOST	D_IMPULZI	D_ZAVEDANJE	
MNS	korel. koef.	,367**	,339**	,368**	,329**	,219**	,327**	,098*	
	sig	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,024	
	N	498	536	529	533	541	534	534	

		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
MNS	korel. koef.	-,124**	-,203**	-,291**	-,271**	-,117**	-,284**	-,128**	-,385**
	sig	,004	,000	,000	,000	,007	,000	,003	,000
	N	541	541	543	539	540	538	540	541

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 na nivoju 1%, razen dimenzije D_ZAVEDANJE, ki je na nivoju 5% statističnega tveganja. V tem delu **potrjujemo hipotezo 5**. Podobna ugotovitev velja za dimenzije, ki merijo interoceptična zavedanja, kar smo merili z vprašalnikom MAIA. Vse povezave so na nivoju 1% statističnega tveganja. Tako lahko **hipotezo 5** – »Medicinsko nepojasnjena stanja (kronične bolečine) se pozitivno povezujejo z težavami v regulaciji čustev in negativno z dimenzijami, ki merijo zavedanje notranje telesnih občutij« **v celoti 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.	-,174**	-,060	-,097*	-,133**	-,219**	-,144**	-,245**
	sig	,000	,215	,045	,006	,000	,003	,000
	N	406	433	430	429	428	424	434

		M_ZAVEDANJE_TELESNIH_ZAZNAV	M_PREUSMERJANJE_POZORNOSTI	M_NEOBREMENJEVANJE	M_POZORNOSTI_NA_URAVNAVANJE_TEL_ESNIH_ZAZNAV	M_ZAVEDANJE_ČUSTEV	M_SAMOURAVNAVANJE_TELESA	M_POSLUŠANJE_TELESU	M_ZAUPANJE_TELESU
KMS	korel. koef.	,188**	,146**	,044	,217**	,224**	,185**	,240**	,246**
	sig	,000	,002	,364	,000	,000	,000	,000	,000
	N	435	432	433	430	430	430	431	433

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 vse dimenzije, razen za D_NESPREDJEMANJE 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, vendar šibko, povezuje z zavedanjem telesnih občutkov. Iz tabele 10 je razvidno, da ena povezava (M_NEOBREMENJEVANJE) ni statistično značilna. Ostale povezave so šibke, vendar statistično značilne na nivoju 1%. 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://repozitorij.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://repozitorij.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

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