

# **Zaključno poročilo o učinkovitosti AEQ programov, ki jih je vodil Aleš Ernst (febr.2024 – avg. 2024)**

Brežice, Kranj, avgust 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

<b>1. OPREDELITEV NAMENA RAZISKAVE IN HIPOTEZE .....</b>	<b>3</b>
<b>2. UDELEŽENCI .....</b>	<b>4</b>
<b>3. MERSKI PRIPOMOČKI.....</b>	<b>7</b>
3.1 MEDICINSKO NEPOJASNJENA STANJA (KRONIČNE BOLEČINE).....	7
3.2 ZADOVOLJSTVO V ZAKONSKEM/PARTNERSKEM ODNOSU.....	7
3.3 INTEROCEPTIVNO ZAVEDANJE OZ. VEČDIMENZIONALNA OCENA NOTRANJEGA (TELESNEGA) ZAVEDANJA.....	7
3.4 ČUSTVENA REGULACIJA.....	8
3.5 POSTOPEK.....	9
<b>4. REZULTATI .....</b>	<b>10</b>
4.1 OPISNE STATISTIKE VSEH DIMENZIJ, DOLOČITEV TESTA ZA POTRJEVANJE RAZLIK IN DOLOČITEV KORELACIJSKEGA KOEFICIENTA .....	10
4.2 RAZLIKE V ZAKONSKEM/PARTNERSKEM ODNOSU PRED IN PO UDELEŽBI NA AEQ PROGRAMIH.....	11
4.3 RAZLIKE V ZADOVOLJSTVO V ZAKONSKEM/PARTNERSKEM ODNOSU (MERJENO Z KMS VPRAŠALNIKOM), KJER NA AEQ PROGRAMIH SODELUJETA OBA PARTNERJA .....	12
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 .....	15
4.6 POVEZAVA MED MEDICINSKO NEPOJASNJENIMI STANJI (KRONIČNE BOLEČINE) IN REGULACIJO ČUSTEV TER ZAVEDANJEM NOTRANJE TELESNIH OBČUTIJ (INTEROCEPCIJO) .....	16
4.7 POVEZAVE MED ZADOVOLJSTVOM V ZAKONSKEM/PARTNERSKEM ODNOSU IN REGULACIJO ČUSTEV TER ZAVEDANJEM NOTRANJE TELESNIH OBČUTIJ (INTEROCEPCIJO) .....	17
4.8 UČINKI AEQ PROGRAMOV TRI IN ŠEST MESECEV TER VEČ PO ZAKLJUČKU PROGRAMOV .....	18
<b>LITERATURA: .....</b>	<b>21</b>

## 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,
- zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu udeležencev AEQ programov glede na to ali sodelujeta na programu oba partnerja,
- 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:** Zadovoljstvo v zakonu/partnerstvu je večje, kjer na programu sodelujeta oba partnerja

**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

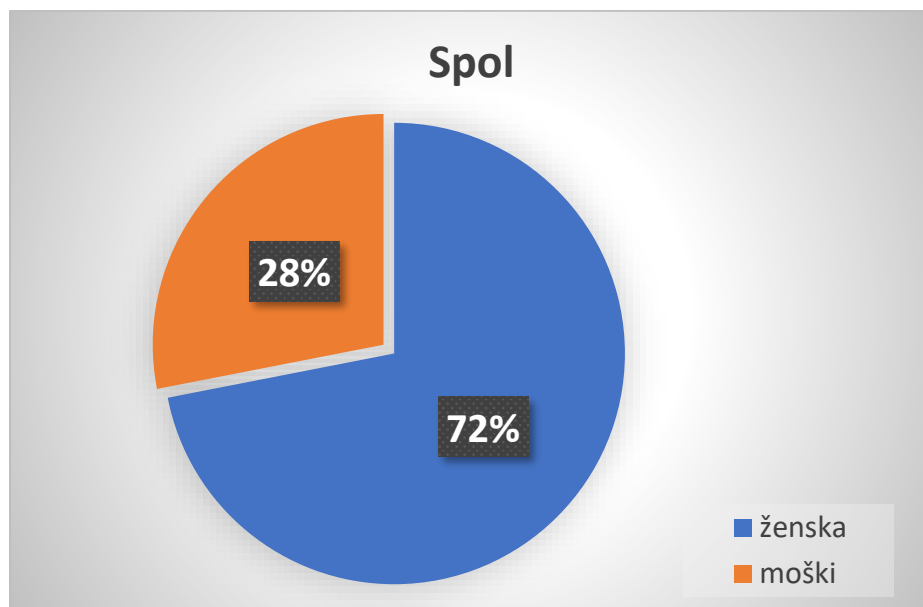
**Hipoteza 5:** Medicinsko nepojasnjena stanja (kronične bolečine) se pozitivno povezujejo z težavami v regulaciji čustev in negativno z dimenzijami, ki merijo zavedanje notranje telesnih občutij

**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

**Hipoteza 7:** Pozitivni učinki udeležbe na AEQ programih se pozitivno odražajo na udeležencih še tri mesece kot tudi še šest mesecev in več po zaključku AEQ programov: zakonsko/partnersko zadovoljstvo je višje kot pred začetkom AEQ programov, medicinsko nepojasnjena stanja so manjša, regulacija čustev je boljše in zavedanje notranjetelesnih občutkov je boljše kot pred začetkom AEQ programov.

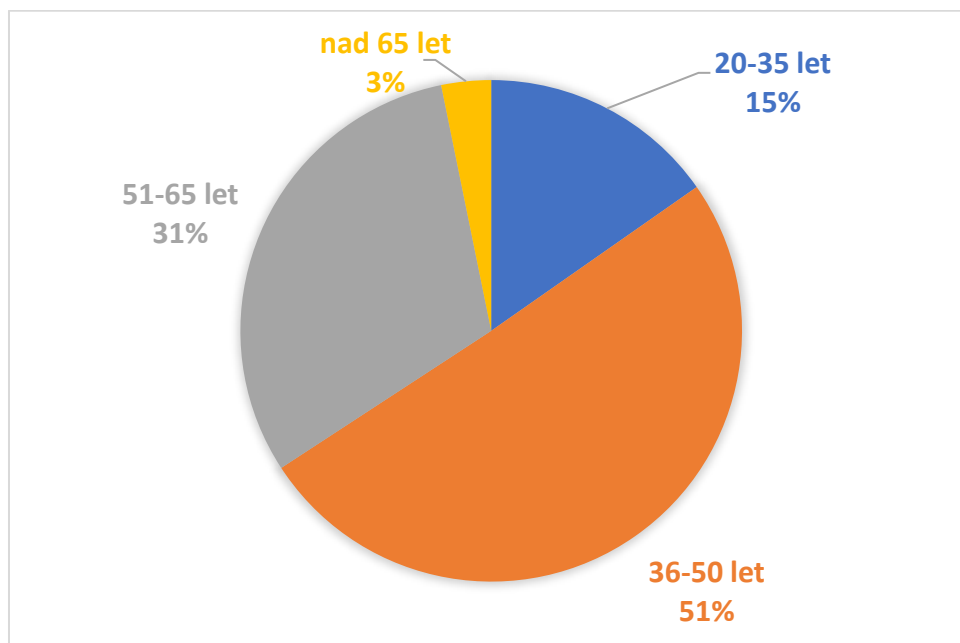
## 2. UDELEŽENCI

V raziskavi je sodelovalo 684 udeležencev, od tega 492 žensk (72 %) in 192 moških (28 %) kar prikazujemo v sliki 1.



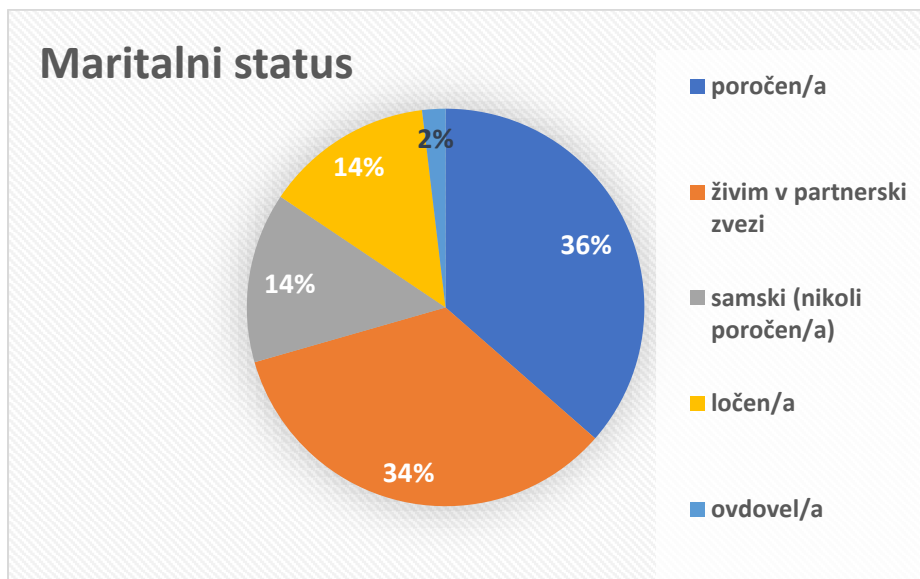
Slika 1: Prikaz strukture udeležencev AEQ programov po spolu

Najmlajši udeleženec je imel 23 let, najstarejši 77 let, povprečna starost udeležencev je bila 46,87 leta, standardni odklon je 10,15. Največ udeležencev je bilo starih 50 let, mediana je pri številki 47. 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 250 poročenih udeležencev (36 %), neporočenih, ki živijo v partnerski zvezi, je 234 (34 %), samskih je 95 (14 %), ločenih 94 (14%) in ovdovelih 13. 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 štiri 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	257	37,60
za izboljšanje partnerske zveze	211	30,90
za izboljšanje odnosa do otroka	95	13,90
za ureditev odnosa s staršem	120	17,60
SKUPAJ	683	100,00

Opombe: N -število udeležencev, odst. - odstotek

8 udeležencev je imelo osnovno šolo (1% vzorca), 110 udeležencev je imelo srednješolsko (17 % vzorca) izobrazbo, 20 udeležencev je zaključilo gimnazijo (3 % vzorca), 68 višjo strokovno šolo (10 % vzorca), 145 visoko šolo (22 % vzorca), 241 univerzitetno stopnjo oz. bolonjski magisterij (37 % vzorca), 48 udeležencev je imelo znanstveni magisterij (7%) in 21 udeležencev je bilo doktorjev znanosti (3 %).

Glede na zaposlitveni status je bilo 393 (65%) udeležencev raziskave zaposlenih, 97 (16%) samozaposlenih, 34 (6%) je bilo lastnikov podjetij, 10 (2%) študentov, 26 (4%) brezposelnih in 47 (7%) je bilo upokojenecv.

V večjem mestu (nad 20.000 prebivalcev) živi 232 (34%) udeležencev raziskave, v večjem naselju (med 1.000 in 20.000 prebivalcev) jih živi 235 (34%) in na vasi (pod 1.000 prebivalci) živi 219 (32%) 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	31	5 %
Od treh do šestih mesecev	21	3 %
Od šestih mesecev do enega leta	51	8 %
Od enega do dveh let	77	<b>12 %</b>
Več kot dve leti	470	<b>72 %</b>
Skupaj	650	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
Nič	2	0,3 %
Zelo malo	6	1 %
Malo	29	4,4 %
Srednje	119	18 %
Veliko	225	34 %
Zelo veliko	244	<b>36,9 %</b>
Ves čas	36	<b>5,4 %</b>
Skupaj	661	100 %

48% udeležencev raziskave (317) še nikoli ni obiskalo psihoterapije, 17 % (113) udeležencev je obiskovalo psihoterapijo od enega do treh mesecev, 10 % (67) od 6 mesecev do enega leta, 13 % (88) od enega leta do treh let in 11 % (73) več kot tri leta.

309 udeležencev raziskave (47%) se je prvič udeležilo AEQ programa, ki ga vodi Aleš Ernst. 149 (23%) jih je bilo drugič na programu, 89 (14%) se jih je udeležilo že tri AEQ programe, 56 (8%) se jih je udeležilo AEQ programe štirikrat in 54 (8%) več kot štirikrat.

36% udeležencev raziskave (236) je že individualno obiskalo AEQ učitelja, 64% (421) 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, Williama 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 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 dražče 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 februarja 2024 in zaključili avgusta 2024. V tem obdobju so potekali štirje 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. V maju 2024 in avgustu 2024 smo pozvali k izpolnitvi ankete še udeležence, ki so pred tremi meseci zaključili AEQ program in ne sodelujejo več pri tekočem programu. Podobno smo pozvali k izpolnjevanju ankete tudi udeležence, ki so obiskovali AEQ programe v letu 2023 in niso bili vključeni v tekoči program maja oziroma avgusta 2024. 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) oziroma medicinsko nepojasnjena stanja (kronične bolečine), vprašalnika o zadovoljstvu v zakonu (KMS), vprašalnika za ugotavljanje težav z uravnavanjem čustev (DERS) in vprašalnika večdimenzionalne ocene notranjega (telesnega) zavedanja (MAIA)

	N	Maks	Min	M	SD
KMS	454	3	21	13,79	3,62
MNS	613	0	22	7,44	4,15
D_NESPREJEMANJE	600	6	30	13,44	5,30
D_CILJI	601	5	25	13,62	4,40
D_IMPULZI	602	6	29	13,20	4,55
D_ZAVEDANJE	594	10	26	16,90	3,28
D_STRATEGIJE	595	8	37	18,54	5,46
D_JASNOST	603	5	25	11,44	3,65
D_DERS_CELOTA	554	41	158	87,40	21,40
M_ZAVEDANJE_TELESNIH_ZAZNAV	600	1	6	3,83	0,92
M_PREUSMERJANJE_POZORNOSTI	608	1	6	3,77	0,90
M_NEOBREMENJEVANJE	605	1	6	3,55	0,94
M_POZORNOSTI_NA_URAVNAVANJE_TELESNIH_ZAZNAV	608	1	6	3,48	0,93
M_ZAVEDANJE_ČUSTEV	607	1	6	4,26	0,95
M_SAMOURAVNAVANJE	607	1	6	3,89	0,94
M_POSLUŠANJE_TELESA	607	1	6	3,55	1,12
M_ZAUPANJE_TELESU	607	1	6	4,01	1,10

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 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, 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 Lilliefortovim 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. Večje število točk pomeni več zadovoljstva v zakonskem/partnerskem odnosu. 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	13,20	199	3,68	
Po zaključku AEQ programa	13,98	151	3,70	<b>0,033</b>

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

Iz tabele je razvidno, da se je zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu po udeležbi AEQ programa (traja en mesec) povečalo. Razlika je signifikantna. Zato **Hipotezo 1** »Udeležba na AEQ programih v povprečju poveča zakonsko/partnersko zadovoljstvo«, **potrdimo**. Rezultate prve hipoteze prikazujemo še v sliki 4.



Slika 4: Prikaz zadovoljstva v zakonskem/partnerskem odnosu pred in po zaključku AEQ programa

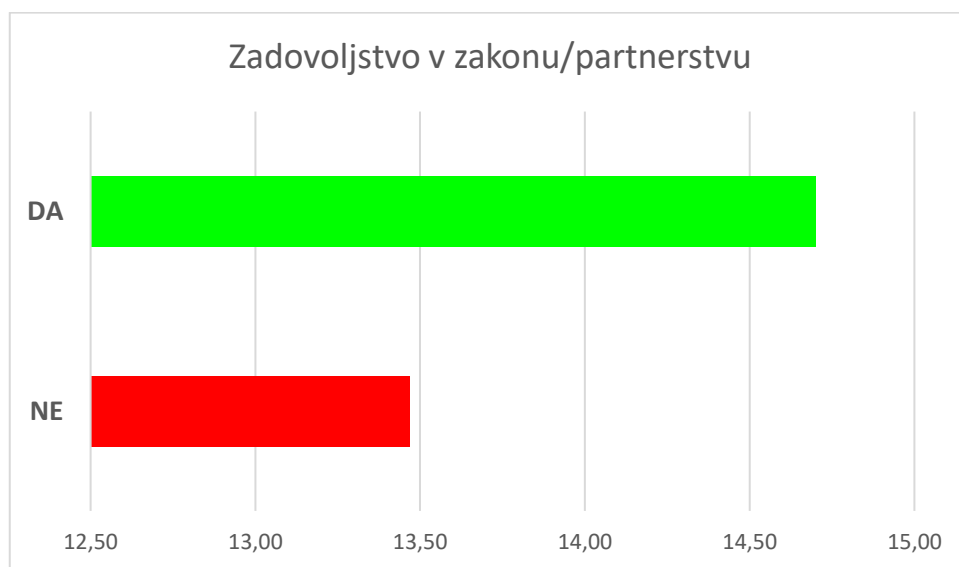
### 4.3 Razlike v zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu (merjeno z KMS vprašalnikom), kjer na AEQ programih sodelujeta oba partnerja

Zanimalo nas je, ali obstaja razlika v zadovoljstvu v zakonskem/partnerskem odnosu (merjeno z KMS vprašalnikom) glede na to ali na programu sodelujeta oba partnerja ali le eden. Rezultate vidimo v tabeli 6 in na sliki 5. Večje število točk pomeni večje zadovoljstvo v zakonu/partnerstvu.

Tabela 6: Razlike v zadovoljstvu v zakonskem/partnerskem odnosu glede na udeležbo enega ali obeh partnerjev na AEQ programih

Ali sodelujeta na AEQ programu oba?	M	N	SD	Sig
NE	13,47	294	3,68	
DA	14,70	120	3,37	0,003

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



Slika 5. Prikaz razlik v zakonskem/partnerskem zadovoljstvu glede na število udeležb na AEQ programih

Tako iz tabele 6 kot iz grafa na sliki 5 je razvidno, da zakonsko/partnersko zadovoljstvo večje, če na programih sodelujeta oba. Razlika je statistično pomembna. Zato **hipotezo 2** »Zadovoljstvo v zakonu/partnerstvu je večje, kjer na programu sodelujeta oba partnerja«, **potrdimo**.

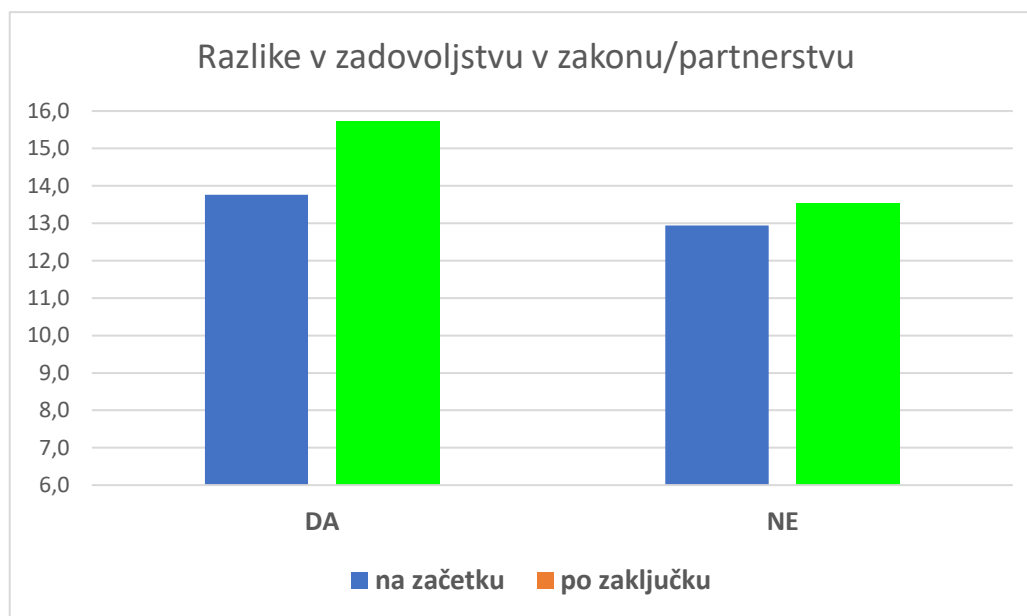
Pogledali smo še razlike pred in po AEQ programu glede na to ali sodelujeta oba ali samo eden na AEQ programih.

Tabela 7: Razlike v zadovoljstvu v partnerstvu/zakonu pred in po udeležbi na AEQ programu glede na skupno ali posamično udeležbo na programu

	na začetku	po zaključku	indeks
DA	13,8	15,7	114
NE	12,9	13,5	105

Opombe: DA/NE – Ali sodelujeta na programu oba?, na začetku – na začetku AEQ programa, po zaključku – po zaključku AEQ programa

Iz tabele 7 razberemo: 1. začetno zadovoljstvo pri skupni udeležbi je večje, 2. povečanje zadovoljstva zaradi skupne udeležbe na AEQ programu je večje (indeks 114) kot v primeru, če se programa udeleži samo eden (indeks 105).



Slika 6: Prikaz razlik v zadovoljstvu v zakonu/partnerstvu pred in po programu glede na skupno (par) ali posamično udeležbo na AEQ programu.

#### 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 8.

Iz tabele 8 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 8: Razlike v čustveni regulaciji (čustvene težave) pred in po udeležbi na AEQ programu

		D_DERS_CELOTA	D_NESPREJEMANJE	D_CILJI	D_IMPULZI	D_ZAVEDANJE	D_STRATEGIJE	D_JASNOST
Na začetku AEQ programa	M	93,59	14,57	14,83	14,32	17,52	19,91	11,97
	N	239	255	256	259	254	253	258
	SD	23,21	5,78	4,64	5,14	3,40	5,92	3,90
Po zaključku AEQ programa	M	86,01	13,04	13,37	12,87	16,83	18,06	11,48
	N	199	218	217	215	212	214	219
	SD	18,97	4,75	4,11	4,05	3,19	4,83	3,60
	sig	<b>,001</b>	<b>,006</b>	<b>,001</b>	<b>,004</b>	<b>,036</b>	<b>,001</b>	<b>,220</b>

Opombe: M – povprečna vrednost, N – število udeležencev, SD – standardni odklon, D\_DERS\_CELOTA težave z uravnavanjem čustev, sig statistična pomembnost, 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 9.

Tabela 9: Razlike v zaznavanju notranjetelesnih občutkov (interocepcija) pred in po zaključku AEQ programa

	Na začetku AEQ programa			Po zaključku AEQ programa			sig
	M	N	SD	M	N	SD	
M_ZAVEDANJE_TELESNIH_ZAZNAV	3,69	257	,93	3,84	218	,91	0,050
M_PREUSMERJANJE_POZORNOSTI	3,60	258	,89	3,75	221	,84	0,072
M_NEOBREMENJEVANJE	3,37	257	,93	3,63	221	,88	0,002
M_POZORNOSTI_NA_URAVNAVANJE_TELESNIH_ZAZNAV	3,24	258	,95	3,55	221	,89	0,000
M_ZAVEDANJE_ČUSTEV	4,13	258	1,03	4,26	220	,89	0,137
M_SAMOURAVNAVANJE	3,69	258	,99	3,98	220	,84	0,000
M_POSLUŠANJE_TELESA	3,24	258	1,16	3,58	220	,98	0,000
M_ZAUPANJE_TELESU	3,84	258	1,13	4,07	220	1,05	0,018

Opombe: M – povprečna vrednost, N – število udeležencev, SD – standardni odklon, 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 9 razberemo izboljšanje zavedanja notranje telesnih občutkov pri vseh poddimenzijah pred in po udeležbi na AEQ programu. Razlike so statistično značilne, razen pri dveh poddimenzijah, in sicer M\_PREUSMERJANJE\_POZORNOSTI - Preusmerjanje pozornosti in M\_ZAVEDANJE\_ČUSTEV - Zavedanje čustev. **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 (interocepcijo)

S Spearmanovim korelacijskim koeficientom smo ugotovili povezavo (korelacijo) med medicinsko nepojasnenimi stanji (kroničnimi bolečinami) in regulacijo čustev ter zavedanjem notranje telesnih občutij. Rezultati so razvidni v tabeli 10.

Tabela 10: Povezave med medicinsko nepojasnenimi stanji (kronične bolečine) in regulacijo čustev ter zavedanjem notranjetelesnih občutkov

		MNS	D_DERS_CELOTA	D_NESPREDJEMANJE	D_CILJI	D_IMPULZI	D_ZAVEDANJE	D_STRATEGIJE	D_JASNOST
MNS	korel. Koef.	1,000	,415**	,377**	,325**	,406**	,173**	,372**	,300**
	sig		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	613	554	600	601	602	594	595	603

		MNS	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.	1,000	-,046	-,216**	-,282**	-,252**	-,071	-,208**	-,198**	-,378**
	sig		,264	,000	,000	,000	,081	,000	,000	,000
	N	613	600	608	605	608	607	607	607	607

Opombe: korel. Koef. – korelacijski koeficient, sig – statistična značilnost, N – število udeležencev, MNS – medicinsko nepojasnjena stanja, D\_DERS\_CELOTA – težave z uravnavanjem čustev, D\_NESPREDJEMANJE – 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

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% statističnega tveganja. V tem delu **potrjujemo hipotezo 5**. Podobna ugotovitev velja za dimenzije, ki merijo interoceptična zavedanja, kar smo merili z vprašalnikom MAIA, vendar dve poddimenziji (M\_ZAVEDANJE\_TELESNIH\_ZAZNAV in M\_ZAVEDANJE\_ČUSTEV nista statistično značilni. 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« **potrdimo** (razen za izjemi omenjeni v prejšnjem stavku).



## 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 11.

Tabela 11: Povezave med zadovoljstvom v zakonu/partnerstvu, regulacijo čustev in zavedanjem notranje telesnih občutkov

		D_DERS_CELOTA	D_NESPREGJEMANJE	D_CILJI	D_IMPULZI	D_ZAVEDANJE	D_STRATEGIJE	D_JASNOST	
KMS	korel. koef.	-,302**	-,187**	-,196**		-,295**	-,236**	-,199**	-,298**
	sig	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	376	409	408		413	406	404	414

		M_ZAVEDANJE_TELESNI H_ZAZNAV	M_PREUSMERJANJE_ POZORNOSTI	M_POZORNOSTI_NA_URAVN M_NEOBREMENJEVANJE AVANJE_TELESNIH_ZAZNAV	M_ZAVEDANJE _ČUSTEV	M_SAMOURAVNA VANJE	M_POSLUSANJE _TELESA	M_ZAUPANJE _TELESU	
KMS	korel. koef.	,251**	,117*	,115*	,291**	,254**	,248**	,262**	,329**
	sig	,000	,017	,019	,000	,000	,000	,000	,000
	N	410	416	415	416	416	416	416	416

Opombe: korel. koef. – korelacijski koeficient, sig – statistična značilnost, N – število udeležencev, KMS – zadovoljstvo v zakonu/partnerstvu, D\_DERS\_CELOTA težave z uravnavanjem čustev, D\_NESPREGJEMANJE 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

Zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu se negativno povezuje z regulacijo čustev. Več kot je težav z regulacijo, manj je zadovoljstva. In obratno. Vprašalnik, ki smo ga uporabili seštevata točke in več točk pomeni več težav pri regulaciji čustev– zato je negativni predznak korelacijskega koeficienta. Vse povezave so zmerne, signifikante in značilne na nivoju 1% statističnega tveganja. Tako lahko za vse dimenzije, ki merijo težave v čustveni regulaciji, **hipotezo 6** – »Zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu se negativno povezujejo z težavami v regulaciji čustev, **potrdimo**.

Zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu se pozitivno, vendar šibko do zmerno, povezuje z zavedanjem telesnih občutkov. Vse povezave so statistično značilne. Iz tabele 11 je razvidno, da sta dve poddimenziji statistično značilne na nivoju 5%, ostale pa so statistično značilno na nivoju 1%. Tako lahko za vse dimenzije, ki merijo zavedanje interoceptije (notranjetelesnih občutkov), **hipotezo 6** – »Zadovoljstvo v zakonskem/partnerskem odnosu se pozitivno povezujejo z zavedanjem notranjetelesnih občutkov, **potrdimo**.

#### 4.8 Učinki AEQ programov tri in šest mesecev ter več po zaključku programov

Pogledali smo še gibanje vseh proučevanih dimenzij v času: tri mesece in šest mesecev ter več po zaključku AEQ programov. V tabeli 12 prikazujemo udeležence glede na čas izpolnjevanja ankete.

Tabela 12: Število udeležencev pred udeležbo na AEQ programu, po udeležbi tri ter šest in več mesecev po udeležbi na AEQ programu

	N	%
Na začetku AEQ programa	291	42
Po zaključku AEQ programa	242	35
3 mesece po zaključku programa	65	10
6 in več mesecev po zaključku programa	89	13
<b>SKUPAJ</b>	<b>687</b>	<b>100</b>

V naslednjih štirih tabelah bomo prikazali gibanje vseh dimenzij pred in po AEQ programu ter še gibanje istih dimenzij tri in šest ter več mesecev po zaključku AEQ programov.

Tabela 13: Gibanje dimenzij čustvene zrelosti oziroma težav pri regulaciji čustev v času

		D_DERS_CELOTA	D_NESPREJEMANJE	D_CILJI	D_IMPULZI	D_ZAVEDANJE	D_STRATEGIJE	D_JASNOST
Na začetku AEQ programa	M	93,59	14,57	14,83	14,32	17,52	19,91	11,97
	N	239	255	256	259	254	253	258
	SD	23,21	5,78	4,64	5,14	3,40	5,92	3,90
Po zaključku AEQ programa	M	86,01	13,04	13,37	12,87	16,83	18,06	11,48
	N	199	218	217	215	212	214	219
	SD	18,97	4,75	4,11	4,05	3,19	4,83	3,60
3 mesece po zaključku program	M	78,02	11,52	11,78	11,57	15,98	16,62	10,37
	N	52	54	54	54	55	55	54
	SD	17,47	4,46	3,50	3,45	2,86	4,94	2,99
6 in več mesecev po zaključku p	M	76,13	11,94	11,35	11,27	15,61	16,44	10,10
	N	63	70	71	71	71	70	70
	SD	16,06	4,86	3,57	3,17	2,88	4,65	2,82

Opombe: M – povprečna vrednost, N – število udeležencev, SD – standardni odklon, D\_DERS\_CELOTA težave z uravnavanjem čustev, sig statistična pomembnost, 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

Tako glavna dimenzija (D\_DERS\_CELOTA) kot vse poddimenzije se v času (po zaključku, po 3 mesecih in 6 mesecev in več mesecev) zmanjšujejo. Vse prikazane razlike so signifikantne. Torej težave v regulaciji čustev se po končanem AEQ programu statistično značilno zmanjšujejo še več kot pol leta.

Tabela 14: Gibanje dimenzij zavedanje notranjetelesnih občutkov (interoceptija) v času

		M_ZAVEDANJE_TELE SNIH_ZAZNAV	M_PREUSMERJANJE _POZORNOSTI	M_NEOBREMENJEVANJE	M_POZORNOSTI_NA_URAVNAVANJE _TELESNIH_ZAZNAV	M_ZAVEDANJE_ČUSTEV	M_SAMOURAVNAV ANJE	M_POSLUŠANJE_ TELESA	M_ZAUPANJE _TELESU
Na začetku	M	3,69	3,60	3,37	3,24	4,13	3,69	3,24	3,84
AEQ programa	N	257	258	257	258	258	258	258	258
	SD	,93	,89	,93	,95	1,03	,99	1,16	1,13
Po zaključku	M	3,84	3,75	3,63	3,55	4,26	3,98	3,58	4,07
AEQ programa	N	218	221	221	221	220	220	220	220
	SD	,91	,84	,88	,89	,89	,84	,98	1,05
3 mesece po	M	4,08	4,01	3,72	3,78	4,51	4,16	4,03	4,23
AEQ programu	N	52	54	54	54	54	54	54	54
	SD	,74	,94	1,18	,85	,77	,86	1,01	1,13
6 in več mesecev	M	4,17	4,25	3,86	3,88	4,50	4,15	4,17	4,32
po AEQ programu	N	71	72	71	72	72	72	72	72
	SD	,88	,86	,87	,85	,89	,98	1,06	1,03

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

Vse poddimenzije se v času (po zaključku, po 3 mesecih in 6 mesecev in več mesecev) povečujejo kar pomeni, da se povečuje stik s telesom oziroma je zaznavanje interoceptije boljše v času. Vse prikazane razlike so signifikantne.

Tabela 15: Gibanje dimenzije medicinsko nepojasnjena stanja (kronične bolečine) v času

MNS	M	N	SD
Na začetku AEQ programa	7,88	261	3,93
Po zaključku AEQ programa	7,58	221	4,26
3 mesece po zaključku programa	6,27	55	3,52
6 in več mesecev po zaključku programa	6,40	72	4,35

Opombe: M – povprečna vrednost, N – število udeležencev, SD – standardni odklon, MNS medicinsko nepojasnjena stanja (kronične bolečine)

Vidimo, da se kronične bolečine v času zmanjšujejo. Vse razlike so signifikantne.

Rezultate iz tabele 15 prikazujemo še v grafu na sliki št. 7

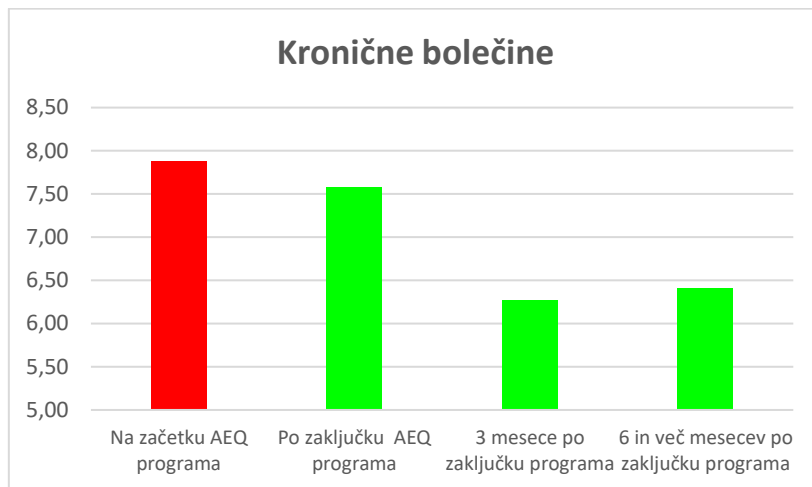


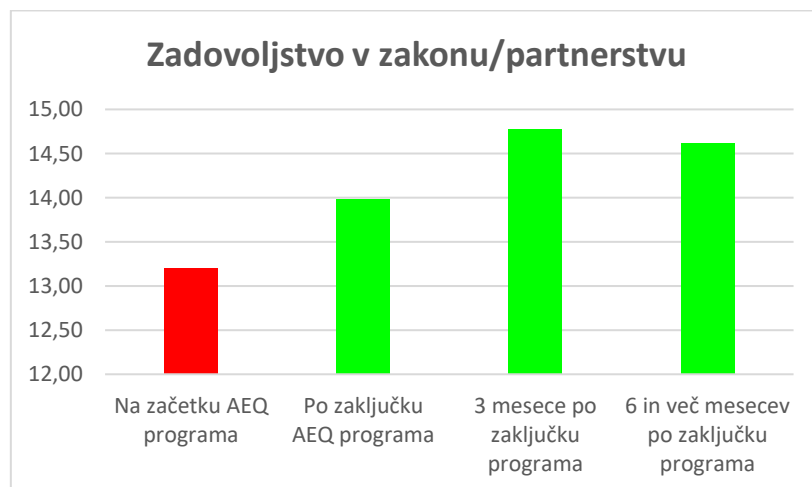
Tabela 16: Gibanje dimenzije zadovoljstvo v zakonu/partnerstvu v času

KMS	M	N	SD
Na začetku AEQ programa	13,20	199	3,68
Po zaključku AEQ programa	13,98	151	3,70
3 mesece po zaključku programa	14,78	41	2,71
6 in več mesecev po zaključku programa	14,61	62	3,46

Opombe: M – povprečna vrednost, N – število udeležencev, SD – standardni odklon, KMS – zadovoljstvo v zakonu/partnerstvu

Zadovoljstvo v zakonu/partnerstvu se po zaključku AEQ programov v času povečuje še vsaj pol leta. Vse razlike so signifikantne.

Rezultate iz tabele 16 prikazujemo še v grafu na sliki št. 8



## 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://repositorij.uni-lj.si/lzpisGradiva.php?id=144382>