

Отримано: 16 червня 2025 р.

Прорецензовано: 17 червня 2025 р.

Прийнято до друку: 18 червня 2025 р.

e-mail: oa@oa.edu.ua

oksana.matlashevych@oa.edu.ua

roman.hushchuk@oa.edu.ua

DOI: <http://doi.org/10.25264/2415-7384-2025-18-4-14>

Пасічник І. Д., Матласевич О. В., Гуцук Р. І. Роль метакогнітивних переконань в емоційно-вольовій саморегуляції лікарів в умовах війни. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»* : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, 2025. № 18. С. 4–14.

УДК: 159.9:614.23/25:335.02

Пасічник Ігор Демидович,*доктор психологічних наук, професор, президент**Національного університету «Острозька академія»*ORCID-ідентифікатор: <https://orcid.org/0000-0001-7785-2584>**Матласевич Оксана Володимирівна,***доктор психологічних наук, доцент кафедри психології**Національного університету «Острозька академія»*ORCID-ідентифікатор: <https://orcid.org/0000-0002-8742-5161>**Гуцук Роман Ігорович,***аспірант кафедри психології**Національного університету «Острозька академія»*ORCID-ідентифікатор: <https://orcid.org/0009-0001-4501-6722>

РОЛЬ МЕТАКОГНІТИВНИХ ПЕРЕКОНАНЬ В ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВІЙ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

У статті досліджено роль метакогнітивних переконань в емоційно-вольовій саморегуляції лікарів, які працюють в умовах війни та зазнають підвищеного професійного і психологічного навантаження. У теоретичній частині висвітлено сучасні уявлення про саморегуляцію як динамічний циклічний процес, що охоплює планування, моніторинг і постдіяльнісну рефлексію. Особливу увагу приділено метакогнітивному компоненту, зокрема переконанням людини про власне мислення й емоційне реагування, які є ключовими детермінантами вибору стратегій емоційної регуляції.

Результати емпіричного дослідження показали, що когнітивна переоцінка та самомотивація достовірно пов'язані з позитивними метакогнітивними переконаннями щодо тривоги. Натомість дезадаптивні переконання щодо неконтрольованості думок, надмірної потреби контролювати думки та когнітивної невпевненості виявилися пов'язаними з тенденцією до пригнічення емоційної експресії.

Порівняльний аналіз показав, що лікарі, які часто працюють з військовими та ветеранами, мають вищі середні показники за всіма п'ятьма шкалами метакогнітивних переконань, особливо за шкалами «негативні переконання про неконтрольованість думок», «когнітивна невпевненість» і «потреба контролювати думки». Це може свідчити про підвищене емоційне навантаження, внутрішнє напруження та знижену психологічну гнучкість у цієї групи фахівців.

Зроблено висновок, що розвиток позитивних метакогнітивних переконань є потенційним ресурсом для посилення емоційно-вольової саморегуляції лікарів, а також важливою умовою профілактики професійного вигорання в умовах хронічного стресу.

Ключові слова: саморегуляція, емоційна регуляція, метакогнітивні переконання, лікарі, медичні працівники.

Ihor Pasichnyk,*Doctor of Science in Psychology, Professor, President**of the National University of Ostroh Academy*ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0001-7785-2584>**Oksana Matlashevych,***Doctor of Psychology, Associate Professor at the Department of Psychology**of the National University of Ostroh Academy*ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0002-8742-5161>**Roman Hushchuk,***postgraduate student at the Department of Psychology**of the National University of Ostroh Academy*ORCID-ID: <https://orcid.org/0009-0001-4501-6722>

THE ROLE OF METACOGNITIVE BELIEFS IN EMOTIONAL AND VOLITIONAL SELF-REGULATION OF DOCTORS IN WAR CONDITIONS

The article examines the role of metacognitive beliefs in the emotional and volitional self-regulation of doctors working in war conditions and experiencing increased professional and psychological stress. The theoretical part highlights

contemporary views on self-regulation as a dynamic cyclical process that includes planning, monitoring, and post-action reflection. Particular attention is paid to the metacognitive component, in particular, a person's beliefs about their own thinking and emotional responses, which are key determinants in the choice of emotional regulation strategies.

The aim of the empirical study was to determine the existence of links between metacognitive beliefs and the emotional and volitional regulation of doctors, as well as to identify differences in these indicators depending on the frequency with which they provide medical care to military personnel and veterans. Thirty-two doctors of various specialties participated in the study. Three psychodiagnostic methods (MCQ-30, ERQ, Hall's test) were used, and correlation and regression analysis was performed.

The results showed that cognitive reappraisal and self-motivation are significantly associated with positive metacognitive beliefs about anxiety. In contrast, maladaptive beliefs about the uncontrollability of thoughts, excessive need to control thoughts, and cognitive uncertainty were found to be associated with a tendency to suppress emotional expression.

A comparative analysis showed that doctors who often work with military personnel and veterans have higher average scores on all five scales of metacognitive beliefs, especially on the scales of "negative beliefs about the uncontrollability of thoughts," "cognitive uncertainty," and "need to control thoughts." This may indicate increased emotional stress, internal tension, and reduced psychological flexibility in this group of specialists.

It was concluded that the development of positive metacognitive beliefs is a potential resource for strengthening the emotional and volitional self-regulation of doctors, as well as an important condition for the prevention of professional burnout in conditions of chronic stress.

Keywords: self-regulation, emotional regulation, metacognitive beliefs, doctors, medical workers.

Постановка проблеми. Високий рівень стресу, постійні контакти зі стражданнями, смертю, фізичними та психічними травмами пацієнтів, необхідність швидко ухвалювати рішення в умовах невизначеності сильно впливають на психологічний стан лікарів. Окрім того, українські лікарі, як і інші громадяни України, піддаються впливу тривоги, страху, втоми, викликаних повномасштабною війною, що додатково посилює психоемоційне навантаження. За таких обставин емоційно-вольова саморегуляція стає вкрай важливою професійною компетентністю медичних працівників.

Довгий час вплив емоцій в оцінці ефективності професійної діяльності ігнорувався. Однак, завдяки розвитку наукових досліджень у сфері емоційного інтелекту, когнітивної психології, метакогнітивних процесів погляд на це питання змінився. Усе більш очевидним стає той факт, що для забезпечення належної медичної допомоги у загрозованих обставинах, часто в умовах нестачі ресурсів, необхідно бути психологічно стійким, вміти регулювати свої емоційні та вольові стани.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. В останні роки, особливо в контексті війни в Україні, тема емоційно-вольової саморегуляції медичних працівників все частіше є предметом наукових інтересів психологів. Хоча українські дослідження рідко використовують конструкт "емоційно-вольова саморегуляція" і окреслену проблему розглядають ширше – як «емоційну стійкість», «професійну свідомість», «саморегуляцію» в контексті медичної діяльності.

Так, Ю. Асєєва досліджувала психоемоційні стани лікарів першої ланки, які працюють в умовах воєнного часу. Авторкою було встановлено, що медичні працівники відчують високий рівень тривоги, депресії та стресу, що негативно впливають на їхні емоційні стани, але при цьому зберігають інтерес до роботи та професійного розвитку [2]. О. Грицук із колегами порушує питання корекції емоційних станів медичних працівників, зокрема, обґрунтовує необхідність зменшення інтенсивності проявів дезадаптивних станів, зниження рівня стресу та невротизму, редукції професійних обов'язків [5]. Питання стійкості медичних працівників до професійного стресу аналізує у своїх працях С. Максимець, виділяючи серед найбільших психологічних стресорів високу тривожність, знижену мотивацію, високий рівень напруження, схильність до депресивних станів [7].

Варто зазначити, що більшість українських досліджень у цьому напрямку проведені на вибірці медичних сестер або майбутніх медичних працівників, тобто студентів. Досліджень, що вивчали би питання емоційно-вольової саморегуляції безпосередньо лікарів, досить мало.

Зарубіжні науковці-психологи розглядають емоційно-вольову регуляцію як один із аспектів емоційного інтелекту (Дж.Майєр, П. Саловей), як здатність людини модулювати свій афективний досвід (через свідомі чи несвідомі процеси) для того, щоб досягнути адаптивних результатів [14].

Зарубіжні дослідники вказують на те, що здатність людей регулювати вираження позитивних чи негативних емоцій так, щоб вони не шкодили їхнім стосункам з іншими, є однією з найважливіших навичок ефективної соціальної взаємодії, у тому числі і між лікарем та пацієнтом. Лікар повинен бути здатним використовувати свої навички регулювання емоцій, а також дозволяти пацієнтам виражати свої емоції під час консультації. У зв'язку з цим велику увагу приділяють вивченню зв'язку саморегуляції медичних працівників із рівнем задоволеності пацієнтами надання медичних послуг.

Так, Hall та Roter було встановлено, що емоційні навички та компетенції лікарів є важливими предикторами задоволеності пацієнтів наданою медичною допомогою [15]. Лікарі з нижчим рівнем контролю, підвищеною тривожністю, гнівом і депресією в поєднанні з сумнівами у своїх клінічних можливостях частіше одержують скарги від пацієнтів (Jain & Ogden, 1999). Лікарі з вищим рівнем тривожності частіше

повідомляли про медичні помилки [12]. Лонгітудне дослідження, проведене в американському центрі первинної медичної допомоги, показало, що задоволеність пацієнтів позитивно пов'язана з емоційним інтелектом лікарів [17]. У цьому контексті регуляція емоцій була визначена як важливий, але маловивчений аспект взаємодії між лікарем і пацієнтом [11].

В умовах зростання психологічних викликів сучасного світу (війна, нестабільність, інформаційне перевантаження) завдяки розвитку нейропсихології та третьої хвилі КПТ усе більш обґрунтованими стають висновки про роль думок щодо власних емоцій у здатності людини справлятися зі стресом та долати психологічні труднощі. Так, Р.Мансер з колегами показали зв'язок переконань про емоції (наприклад, що емоції неконтрольовані, марні, руйнівні тощо) із дисфункційною емоційною регуляцією в неклінічній вибірці ($n = 289$) [18]. Дж.Мансето, К. Маріно та інші у своєму дослідженні на загальній ($n = 395$) та клінічній ($n = 388$) вибірках показали, що метакогнітивні переконання прямо та опосередковано (через негативне мислення – *worries/rumination*) пов'язані з емоційною дисрегуляцією [19]. Той же Дж.Мансето, здійснивши огляд 19 досліджень, продемонстрував, що дисфункційні метакогнітивні переконання стабільно пов'язані з труднощами емоційної регуляції, як прямо, так і через такі стратегії як занепокоєння, обмірковування, придушення [20].

Результати цих та подібних досліджень вказують на те, що метакогнітивні переконання можуть бути потенційною терапевтичною мішенню в клінічних втручаннях, спрямованих на зменшення труднощів регуляції емоцій.

В Україні дослідження метакогнітивних переконань ще не набуло такого ж масштабу, як у західній науці, однак окремі вчені активно впроваджують цю тематику в контексті психологічних досліджень. Так, В. Волошина-Нарожна та Г. Гандзілевська дослідили, як негативні метакогнітивні установки впливають на психічне благополуччя [4]; М. Августук – роль емоційного інтелекту у структурі контролю власних думок під час навчання [1]; Е. Балашов, І. Пасічник, Р. Каламаж досліджують метакогнітивні процеси у контексті саморегуляції навчальної діяльності студентів [8].

Хоч у літературі і сказано про зв'язок між метакогнітивними переконаннями (також званими «метакогніціями») та порушенням регуляції емоцій, усе ж, досліджень ролі цих переконань в емоційно-вольовій саморегуляції лікарів, немає.

Тому поточне дослідження має на меті виявити роль метакогнітивних переконань в емоційно-вольовій саморегуляції українських лікарів в умовах повномасштабної війни.

Виклад основного матеріалу. У загальному розумінні саморегуляцію визначають як «самостійно генеровані думки, почуття і дії, які плануються і циклічно адаптуються для досягнення особистих цілей» [22, с. 14]. Для цього у літературі використовують різні терміни, пов'язані з регулюванням, такі як «виконавське функціонування», «самоменеджмент», «самоспрямованість», «самомоніторинг» і «самоконтроль».

Існує декілька емпірично підтверджених моделей саморегуляції, які окреслюють набір окремих процесів, за допомогою яких люди здійснюють контроль над своєю поведінкою (діями), пізнанням (думками) та/або середовищем (оточенням). Зарубіжні автори розглядають саморегуляцію як процес, який характеризується різними підпроцесами, такими як: постановка цілей, планування, використання стратегій, самоконтроль, самомоніторинг і саморефлексія [21].

Представники соціально-когнітивних моделей саморегуляції, які історично базуються на роботах і теоріях А. Бандури, припускають, що люди є активними учасниками свого життя, які прагнуть контролювати важливі події шляхом регулювання своїх думок, дій і факторів навколишнього середовища для досягнення особистих цілей. Із цього погляду передбачається взаємна взаємодія між поведінкою, середовищем і особистими факторами, такими як переконання та афекти. У будь-який момент часу один фактор може переважати (наприклад, читання книги може гальмуватися надмірно галасливим оточенням або через відсутність інтересу до змісту книги).

Хоча різні автори по-різному розглядають саморегуляцію, більшість теоретиків концептуалізують її як циклічний процес, що має фази «до» (обмірковування), «під час» (перформанс або виконання) і «після» (саморефлексія) [22]. Таке розуміння саморегуляції означає, що люди під час цього процесу активно використовують специфічні метакогнітивні стратегії, а також безперервно збирають інформацію про ефективність цих стратегій у досягненні своїх цілей.

Відповідно до цієї моделі, припускаємо, що на етапі підготовки (або попереднього обмірковування) саморегульовані лікарі проактивно «готуються», намагаючись зрозуміти суть завдання або діяльності, а потім ставлять цілі та конкретні плани для успішного виконання цього завдання. Б. Циммерман стверджує, що ця підготовча фаза підкреслює проактивну сутність саморегуляції і що такі підготовчі думки та дії сприяють адаптивному самооцінюванню та рефлексії після завершення діяльності. Важливо також відзначити, що переконання самомотивації, такі як самоефективність, орієнтація на мету, цінність завдання, надають імпульс або мотивацію, щоб докладати необхідних зусиль для участі у процесі саморегуляції.

Під час фази «виконання» саморегульовані лікарі також намагатимуться контролювати свою поведінку та думки, застосовуючи специфічні тактики, такі як фокусування уваги, розслаблення, позитивне самонавіювання і подумки повторюючи кроки процедури [24]. Наприклад, лікар може структурувати своє середовище так, щоб воно не відволікало, використовувати позитивні самонастанови, щоб мотивувати себе, коли він втомився. Саморегульовані люди високо стратегічні за своєю природою, а отже, будуть активно намагатися керувати емоціями, пізнанням і поведінкою, щоб досягти своїх продуманих цілей.

Під час заключної фази – саморефлексії – людина самооцінює, чи досягла вона своїх цілей, і намагається визначити основні фактори, що спричиняють її успіх або невдачі.

Теоретики, які підтримують циклічний погляд на саморегуляцію, вважають, що після цього людина приймає рішення про модифікацію або адаптацію своїх цілей чи стратегій для подальшої діяльності, тим самим ініціюючи наступний етап регуляторної петлі зворотного зв'язку.

Нещодавно Т. Клірі та Дж. Сандарс використали підхід тематичного аналізу для якісного дослідження процесів саморегуляції студентів-медиків, які успішно виконали венепункцію з першої спроби, та тих, кому знадобилося декілька спроб для забору крові. Учасники, які успішно виконали це завдання, демонстрували стратегічне мислення протягом кожної з трьох циклічних фаз, тоді як ті, які не досягли успіху, були схильні зосереджуватися на результатах або не-процесах. Зокрема, учасники, які успішно виконали венепункцію з першої спроби, повідомляли про встановлення цілей та планів процесу, контролювали процес та свої методи венепункції, що використовували під час завдання (етап виконання), та оцінювали свій рівень успіху або задоволення своєю роботою, використовуючи критерії, пов'язані з процесом або технікою. На противагу цьому, якісний профіль тих, хто мав труднощі, містив більше зосередження на результатах, ніж на процесах або стратегіях, що сприяли успішному виконанню завдання [9].

Із цього дослідження бачимо, що метакогнітивні процеси дозволяють медичним працівникам бути проактивними, а не реактивними, що особливо важливо у невідкладних ситуаціях або під час навчання нових навичок, і тим самим забезпечувати ефективність медичних втручань.

Упродовж останніх десятиліть спостерігається активне зростання наукового інтересу до метакогнітивних феноменів у контексті психічного здоров'я, навчання, стресостійкості та саморегуляції. Попри відносно недавнє формування цього напрямку, метакогніція вже посідає ключове місце у сучасних когнітивних і клінічних моделях поведінки та емоційної регуляції.

Під метакогніцією, зазвичай, розуміють знання та уявлення людини про власне мислення, а також здатність контролювати, оцінювати й регулювати власні когнітивні процеси. Це містить такі компоненти, як метакогнітивні знання, стратегії та досвід. Згідно з моделлю Нельсона і Наренса, метакогніція функціонує у вигляді багаторівневої системи, де «метарівень» контролює й коригує «об'єктний рівень» пізнавальної та емоційної активності, що забезпечує саморефлексію, моніторинг і стратегічне втручання у власну поведінку.

Особливо важливу роль у цих процесах відіграють метакогнітивні переконання – стабільні уявлення людини про властивості власного мислення або емоційного реагування, що визначають способи її саморегуляції. Такі переконання можуть бути як адаптивними (наприклад, «Я можу впоратись зі своїми думками»), так і дезадаптивними (наприклад, «Я не здатен контролювати свої думки»), і суттєво впливають на емоційне функціонування. У рамках моделі саморегуляційної виконавчої функції (S-REF), метакогнітивні переконання є центральним механізмом, який визначає стратегії регуляції емоцій – зокрема, тривожне обдумування (rumination), постійне занепокоєння, уникнення або пригнічення емоцій [23].

Позитивні метакогнітивні переконання щодо занепокоєння (наприклад, «Якщо я хвилююся – я краще підготовлений») можуть спонукати особу до хронічного занепокоєння як способу регуляції дистресу. Водночас, негативні переконання («Я не можу контролювати свої думки») поглиблюють тривожний досвід, формуючи замкнене коло стресу, що самопідсилюється. У такому циклі дезадаптивна емоційна саморегуляція одночасно стає наслідком і причиною метакогнітивних порушень.

Окрім переконань щодо когніцій, сучасні дослідження дедалі частіше акцентують увагу на *метакогнітивних переконаннях щодо емоцій* (метаемоціях). Зокрема, негативні переконання про емоції як неконтрольовані, шкідливі або ганебні можуть впливати на тенденцію пригнічувати емоційне вираження, уникати афективного досвіду, або розвивати дезадаптивні стратегії подолання [18; 16]. Відповідно до сучасних досліджень, такі переконання пов'язані з різноманітними психоемоційними порушеннями – від тривожних розладів до порушень харчової поведінки [10].

Метакогнітивна модель передбачає, що проблемою є не самі негативні емоції, а переконання про їх неконтрольованість, шкідливість чи загрозливість, які визначають стратегії взаємодії з емоційним станом. Саме тому, на нашу думку, зміна дезадаптивних метакогнітивних переконань (як щодо мислення, так і щодо емоцій) є критично важливим етапом у підвищенні ефективності емоційно-вольової саморегуляції лікарів.

Із метою емпіричної перевірки нашої гіпотези нами було проведено емпіричне дослідження метакогнітивних переконань та їх ролі в емоційно-вольовій саморегуляції лікарів – зокрема, залежно від частоти надання ними медичної допомоги військовим та ветеранам.

В емпіричному дослідженні взяли участь 32 лікарі з вищою медичною освітою різних спеціальностей (сімейні лікарі, хірургія, нейрохірургія, клінічна онкологія, травматологія, гематологія, гастроентерологія, гінекологія, урологія), віком від 25 до 60 років, з них – 61% жінок та 39 % чоловіків. У 74% досліджуваних лікарів хтось із родичів або друзів бере участь у бойових діях, у 13% – у бойових діях беруть участь члени сім'ї (чоловік/дружина, син/донька, рідний брат/сестра).

Дослідження проводилося в онлайн форматі за допомогою Google Forms. З огляду на мету та завдання дослідження, було обрано 3 психодіагностичних методики:

1) «Опитувальник метакогнітивного пізнання (MCQ-30)» (А. Уеллс та С. Картрайт-Хаттон, в адаптації О. Савченко, Д. Лавриненка);

2) шкала емоційної регуляції Гросса (ERQ);

3) тест для діагностики емоційного інтелекту Н.Холла (шкали «управління емоціями» та «самотивація»).

Опитувальник метакогнітивного пізнання (MCQ-30) вимірює метакогнітивні переконання особистості щодо своїх можливостей контролювати та регулювати емоційні та когнітивні процеси та містить 5 шкал:

– позитивні переконання щодо тривоги (хвилювання) – шкала, що оцінює ступінь віри та переконання в тому, що занепокоєння може мати корисні наслідки, такі як попередження небезпеки або стимулювання діяльності. Особи з високими значеннями впевнені, що підвищений рівень збудження допомагає їм мобілізувати зусилля та долати труднощі;

– негативні переконання про неконтрольованість думок і небезпеку – шкала, що відображає, наскільки особа вважає, що деякі думки та процеси мислення неконтрольовані та можуть бути загрозливими. Особи з високими значеннями вважають, що хвилювання роблять їх слабкими, що вони не мають сил здійснювати контроль над хвилюваннями та тривожними думками;

– відсутність когнітивної впевненості – шкала, що оцінює, наскільки людина недооцінює свої когнітивні здібності та вміння. В осіб із високими значеннями спостерігається відсутня або низька довіра до власної пам'яті та когнітивних процесів. Вони тривожаться під час виконання певних задач, оскільки вважають, що їхня пам'ять та інші здібності можуть призвести до помилок;

– потреба контролювати думки – шкала, що оцінює ступінь переконання, що думки потребують постійного контролю та регулювання. Особи з високим рівнем вірять, що вони втратять продуктивність, якщо будуть неспроможні контролювати свої думки, переживання та дії;

– когнітивна самосвідомість – шкала, що оцінює ступінь усвідомлення перебігу власних когнітивних процесів. Особи з високим балами за шкалою багато часу приділяють моніторингу власних думок та переживань, самоспостереженню, усвідомленню причин власної поведінки [6].

Опитувальник ERQ (Emotion Regulation Questionnaire) був розроблений Дж. Гроссом із урахуванням процесуальної моделі емоційної регуляції і спрямований на діагностику двох стратегій емоційної регуляції – когнітивної переоцінки (cognitive reappraisal) і придушення експресії (expressive suppression). В основі цієї моделі лежить концепція процесу породження емоцій, згідно з якою емоції починаються з оцінки емоційних сигналів. Відповідно, Дж.Гросс виділив 5 груп регулятивних стратегій, які відповідають різним етапам емоційних відповідей: вибір ситуації; модифікація ситуації; перемикання уваги; зміна когніцій; перетворення відповіді [13].

Методика діагностики емоційного інтелекту Н.Холл призначена для оцінки рівня емоційного інтелекту особистості та містить 5 шкал: емоційна обізнаність (здатність усвідомлювати власні емоції, розуміти їх причини та наслідки), управління емоціями (вміння контролювати свої емоції, уникати надмірних та деструктивних проявів, а також використовувати емоції для досягнення цілей), самотивація (довільне керування емоціями, здатність мотивувати себе, використовуючи позитивні емоції та долати негативні), емпатія (вміння розуміти емоції інших людей, співчувати їм та надавати підтримку) та розпізнавання емоцій інших (здатність правильно інтерпретувати емоційні сигнали інших людей, розуміти їхні потреби та мотиви). У контексті нашого дослідження нас цікавили дві шкали – управління емоціями та самотивація.

Усі обрані психодіагностичні інструменти демонструють хороші психометричні характеристики.

Статистичну обробку отриманих даних здійснено із застосуванням програмного забезпечення «SPSS for Windows», Microsoft Excel 2013. Було використано кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнта Пірсона та багатофакторний регресійний аналіз.

Результати дослідження емоційно-вольової регуляції лікарів представлено в таблиці 1 та на рис.1.

Таблиця 1

Емоційно-вольова регуляція лікарів (описова статистика, $n=32$)

	Управління емоціями	Самотивація	Когнітивна переоцінка	Придушення експресії
Середнє значення	21,41	24,19	28,8	17,67
Стандартне відхилення	4,99	4,87	6,51	4,69
Мінімальне значення	9	10	9	6
Максимальне значення	32	36	42	26

Як бачимо, найвищі середні показники спостерігалися за шкалою когнітивної переоцінки – $M=28,80$, $SD=6,51$, що свідчить про відносно активне використання конструктивних когнітивних стратегій емоційної регуляції у професійній діяльності. Також достатньо високими є показники самотивації – $M=24,19$, $SD=4,87$, що може вказувати на здатність доволіно контролювати свої емоції з метою подолання труднощів. Дещо нижчі середні значення отримано за шкалою управління емоціями – $M=21,41$, $SD=4,99$, що може свідчити про певні труднощі в контролі емоцій у складних чи стресових ситуаціях. Найнижчий середній показник зафіксовано за шкалою придушення експресії – $M=17,67$, $SD=4,69$, що може бути інтерпретовано як тенденція до менш вираженого пригнічення зовнішнього прояву емоцій або ж як показник адаптивної відкритості у комунікації.

Як показано на рис. 1, лікарі, які дуже рідко надають допомогу військовим та ветеранам, мають вищі середні показники за всіма чотирма компонентами емоційно-вольової регуляції порівняно з тими, хто часто працює з цією категорією пацієнтів. Це може свідчити про більший емоційний ресурс або менший емоційний тиск у їхній щоденній практиці.

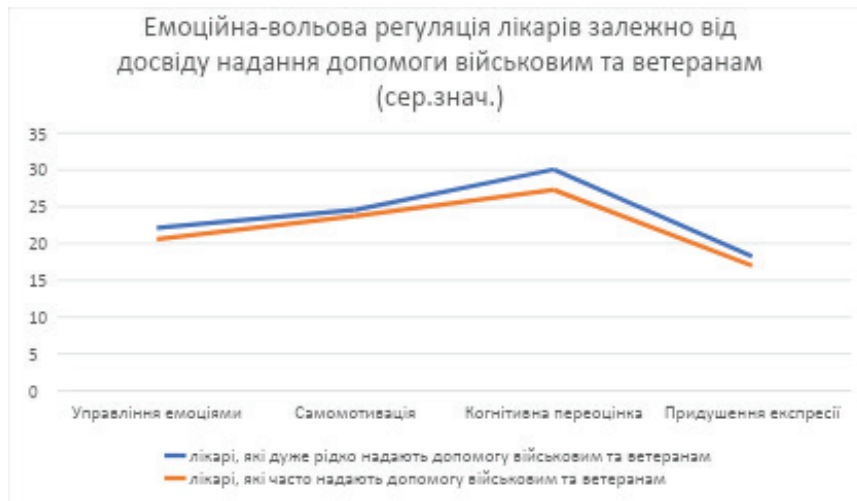


Рис. 1. Емоційно-вольова регуляція лікарів залежно від частоти надання медичної допомоги військовим та ветеранам

Загальна картина свідчить про те, що частий досвід надання допомоги військовим та ветеранам може бути пов'язаний із нижчим рівнем емоційно-вольової регуляції. Це, ймовірно, обумовлено високою інтенсивністю стресових впливів, емоційним вигоранням, або надмірним когнітивним та афективним навантаженням, що знижує ефективність саморегуляційних процесів.

У результаті діагностики метакогнітивних переконань лікарів (таблиця 2) найвищі середні значення були виявлені за шкалою негативних переконань про неконтрольованість думок і їхню небезпеку – $M=15,09$, $SD=4,34$, що вказує на помірно виражене занепокоєння з приводу втрати контролю над власними думками, а також схильність інтерпретувати ментальні процеси як потенційно загрозливі.

Також досить високі результати спостерігались за шкалами когнітивної самосвідомості ($M=14,45$, $SD=3,45$) та потреби контролювати думки ($M=14,19$, $SD=4,15$), що свідчить про загострену увагу лікарів до власних думок та сильну потребу їхнього упорядкування і контролю. Ці характеристики можуть відображати особливості професійного мислення медичних працівників, а також високу відповідальність, притаманну їхній діяльності.

Середні значення за шкалами позитивних переконань щодо тривоги ($M=12,19$, $SD=4,49$) та відсутності когнітивної впевненості ($M=12,35$, $SD=4,23$) є дещо нижчими, але також свідчать про наявність тенденцій до використання тривоги як стратегії підготовки до дій або як способу мобілізації. Разом із цим зафіксовано помірний рівень невпевненості у власному мисленні, що може бути фактором внутрішньої нестабільності у прийнятті рішень у складних ситуаціях.

Таблиця 2

Метакогнітивні переконання лікарів за методикою MCQ-30 (описова статистика, n=32)

	Відсутність когнітивної впевненості	Позитивні переконання щодо тривоги	Когнітивна самосвідомість	Негативні переконання про неконтрольованість думок і небезпеку	Потреба контролювати думки
Середнє значення	12,35	12,19	14,45	15,09	14,19
Стандартне відхилення	4,23	4,49	3,45	4,34	4,15
Мінім. значення	6	6	8	6	7
Максим. значення	24	23	24	24	24

Загалом, дані свідчать про помірний рівень дезадаптивних метакогнітивних переконань у лікарів, з вираженою потребою контролю ментальних процесів та підвищеною увагою до власного мислення, що може як сприяти мобілізації в екстремальних умовах, так і створювати ризики емоційного виснаження та хронічного тривожного напруження.

Аналіз відмінностей у метакогнітивних переконаннях лікарів залежно від частоти їхньої взаємодії з військовими та ветеранами виявив низку помітних тенденцій. Зокрема, за всіма п'ятьма шкалами опитувальника MCQ-30 лікарі, які часто надають медичну допомогу військовим та ветеранам, демонструють вищі середні значення, ніж ті, хто рідко працює з цією категорією пацієнтів (див. Рис. 2).

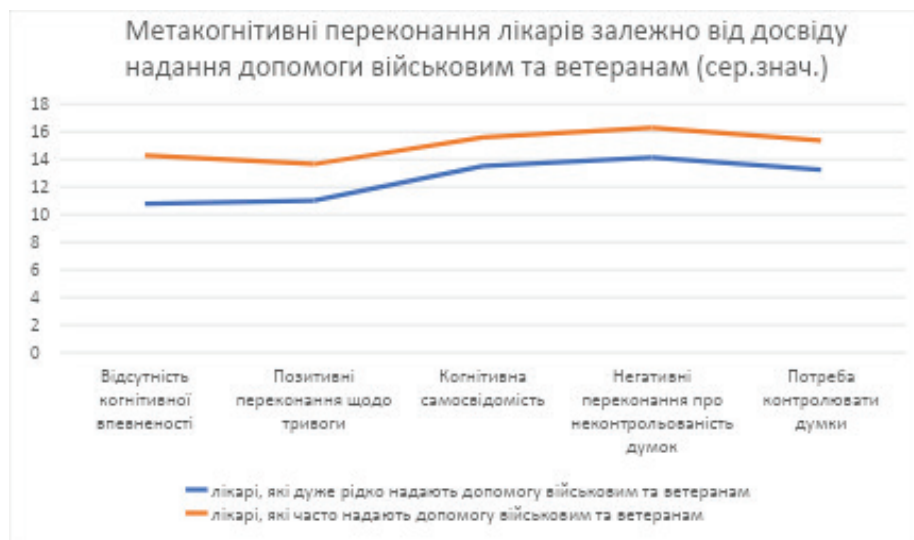


Рис. 2. Метакогнітивні переконання лікарів залежно від частоти надання медичної допомоги військовим та ветеранам

Найбільші відмінності простежуються у таких компонентах як «відсутність когнітивної впевненості», «негативні переконання про неконтрольованість думок та «потреба контролювати думки». Так, лікарі з частим досвідом допомоги військовим демонструють вищий рівень сумнівів щодо власних когнітивних процесів, що може бути відображенням емоційного перенавантаження або високої складності клінічних ситуацій у роботі з військовими та ветеранами.

Незначна, але стабільна перевага також спостерігається у позитивних переконаннях щодо тривоги – ті, хто часто контактує з військовими, більше схильні сприймати тривогу як корисну або захисну, що відповідає гіперактивному стилю саморегуляції, характерному для фахівців високого стресового навантаження.

За шкалою когнітивної самосвідомості також зафіксовано дещо вищі показники у лікарів із частими контактами з військовими. Це може свідчити про підвищене самоспостереження, зосередженість на власному мисленні та внутрішніх станах.

Загалом, результати вказують на більш виражені дезадаптивні метакогнітивні переконання у лікарів, які регулярно надають допомогу військовим та ветеранам, що, ймовірно, пов'язано з підвищеним психоемоційним навантаженням, високим рівнем відповідальності та частим контактом із травматичним досвідом пацієнтів. Такі переконання можуть створювати передумови для формування тривожних та румінативних стратегій саморегуляції, знижуючи психологічну гнучкість.

Для виявлення зв'язків між компонентами емоційно-вольової саморегуляції та метакогнітивними переконаннями у лікарів було проведено кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона. Результати подано у таблиці 3.

Таблиця 3

Кореляційна матриця (коефіцієнт Пірсона, $p \leq 0,05$)

	УЕ	СМ	КП	ПЕ	ВКВ	ППТ	КС	НП	ПКД
Управління емоціями	1.00	0.80	0.76	0.52	0.21	0.37	0.22	0.03	0.15
Самотивація	0.80	1.00	0.84	0.54	0.13	0.53	0.31	0.09	0.24
Когнітивна переоцінка	0.76	0.84	1.00	0.71	0.24	0.51	0.33	0.18	0.30
Придушення експресії	0.52	0.54	0.71	1.00	0.28	0.49	0.49	0.42	0.51
Відсутність когн.впевненості	0.21	0.13	0.24	0.28	1.00	0.60	0.70	0.54	0.57
Позит.переконавання щодо тривоги	0.37	0.53	0.51	0.49	0.60	1.00	0.76	0.59	0.73
Когнітивна самосвідомість	0.22	0.31	0.33	0.49	0.70	0.76	1.00	0.80	0.87
Негат.переконавання про неконтрольованість думок	0.03	0.09	0.18	0.42	0.54	0.59	0.80	1.00	0.85
Потреба контролю думок	0.15	0.24	0.30	0.51	0.57	0.73	0.87	0.85	1.00

П р и м і т к и : УЕ – управління емоціями, СМ – самотивація, КП – когнітивна переоцінка, ПЕ – придушення експресії, ВКВ – відсутність когнітивної впевненості, ППТ – позитивні переконання щодо тривоги, КС – когнітивна самосвідомість, НП – негативні переконання про неконтрольованість думок, ПКД – потреба контролювати думки

Отримані дані демонструють високі позитивні кореляції між основними показниками емоційної саморегуляції: між управлінням емоціями та самотивацією ($r = 0,80$, $p \leq 0,05$), управлінням емоціями та когнітивною переоцінкою ($r = 0,76$), а також самотивацією та когнітивною переоцінкою ($r = 0,84$). Це свідчить про тісну взаємозалежність адаптивних емоційних стратегій у професійній діяльності лікарів.

Водночас, виявлено помірні кореляційні зв'язки між метакогнітивними переконаннями та компонентами емоційної регуляції. Зокрема, позитивні переконання щодо тривоги достовірно пов'язані з когнітивною переоцінкою ($r = 0,51$) та самотивацією ($r = 0,53$). Особливої уваги заслуговують зв'язки дезадаптивних метакогнітивних переконань з таким компонентом, як придушення емоційної експресії. Спостерігається помірна позитивна кореляція з негативними переконаннями щодо неконтрольованості думок ($r = 0,42$), потребою контролювати думки ($r = 0,51$) та когнітивною самосвідомістю ($r = 0,49$).

Найсильніші кореляції в межах метакогнітивного блоку спостерігаються між потребою контролювати думки та когнітивною самосвідомістю ($r = 0,87$), а також із негативними переконаннями про неконтрольованість думок ($r = 0,85$). Ці результати вказують на наявність взаємопідсилювального ефекту між компонентами метакогнітивного контролю.

Отримані дані дозволяють зробити висновок, що адаптивні компоненти емоційної саморегуляції лікарів помірно пов'язані з позитивними метакогнітивними переконаннями, тоді як дезадаптивні стратегії, зокрема придушення експресії, асоціюються з негативними метакогніціями. Це підкреслює важливість розвитку функціональної метакогнітивної сфери як чинника професійного психічного здоров'я лікарів.

У ході багатофакторного регресійного аналізу було з'ясовано, що статистично значимими є зв'язки між сукупністю предикторів та рівнем самотивації – $F(5, 25) = 3,28$, $p = 0,02$ (коефіцієнт детермінації $R^2 = 0,396$), а також когнітивною переоцінкою – $F(5, 25) = 2,05$, $p = 0,1$ (коефіцієнт детермінації $R^2 = 0,29$).

Аналіз окремих предикторів показав, що статистично значущий вплив на довільне керування емоціями лікарів мають позитивні переконання щодо тривоги ($\beta = 0,82$, $p = 0,006$). Ці ж переконання щодо тривоги також впливають і на когнітивну переоцінку, як стратегію регуляції емоцій ($\beta = 0,90$, $p = 0,031$). Інші предиктори не продемонстрували статистично значущого впливу на емоційно-вольову регуляцію лікарів ($p > 0,05$). Це може свідчити про те, що ці аспекти метакогнітивної сфери меншою мірою або опосередковано пов'язані з емоційно-вольовою регуляцією лікарів.

Висновки. У результаті проведеного теоретичного аналізу та емпіричного дослідження було підтверджено значущу роль метакогнітивних переконань у забезпеченні емоційно-вольової саморегуляції лікарів.

На основі сучасних концепцій саморегуляції встановлено, що ефективна регуляція емоцій і поведінки у професійній діяльності медичних працівників має циклічну структуру та суттєво залежить від метакогнітивних процесів – зокрема, від переконань про власне мислення та емоційне реагування.

Отримані емпіричні дані засвідчили тісний зв'язок між позитивними метакогнітивними переконаннями (особливо щодо тривоги) та адаптивними емоційними стратегіями, такими як когнітивна переоцінка та самотивація. Водночас, наявність дезадаптивних переконань – зокрема, переконань про неконтрольованість думок, надмірну потребу в контролі та низьку когнітивну впевненість – корелює з підвищеним рівнем пригнічення емоційної експресії.

Міжгрупові відмінності показали, що лікарі, які часто надають допомогу військовим та ветеранам, характеризуються вищим рівнем дезадаптивних метакогнітивних переконань, що, ймовірно, є наслідком підвищеного психоемоційного навантаження, складності клінічних випадків та частого контакту з травматичним досвідом пацієнтів. Це створює ризики для формування ригідних стратегій саморегуляції, що можуть знижувати ефективність професійної діяльності та якість медичної допомоги.

Результати кореляційного та регресійного аналізу дозволяють припустити, що саме позитивні метакогнітивні переконання щодо тривоги є найбільш вагомим предиктором ефективної емоційно-вольової саморегуляції лікарів, зокрема – довільного управління емоціями та когнітивної переоцінки. Інші компоненти метакогнітивної сфери мають помірний або опосередкований вплив на емоційно-вольову регуляцію.

Отже, корекція дезадаптивних метакогнітивних переконань може стати перспективним напрямом психологічної підтримки лікарів, особливо тих, хто працює в умовах підвищеного стресу.

Подальші дослідження у цьому напрямі можуть сприяти формуванню цілісних програм психологічної допомоги та профілактики професійного вигорання в медичній сфері.

Список використаної літератури:

1. Августюк М.М. Емоційний інтелект у дискурсі точності метакогнітивного моніторингу: монографія. Острого, 2023. 374 с.
2. Асеева Ю.О., Матящук Н.М. Психоемоційні стани лікарів першої ланки в період воєнного часу. *Габітус. Випуск 66*. 2024. С.97-101.
3. Балашов Е.М. Метакогнітивні стратегії в мотивації навчання студентів. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія», 2023 (16)*. С.13-21.
4. Волошина-Нарожна В.О., Гандзілевська Г.Б. Дезадаптивні метакогнітивні переконання та суб'єктивне емоційне благополуччя як предиктори ментального здоров'я. *Психологічне здоров'я особистості в контексті процесів глобалізації: методологія дослідження, реалії та перспективи, 29 березня 2024 року: матеріали II Міжнародно науково-практичної конференції / за наук. Ред. І. Данилюка та ін. Київ: ЦК «КОМПРИНТ». 2024. 237 с. С.62-64.*
5. Грицук О.В., Грицук Ю.В., Согоян В.Н. Психологічна корекція емоційного стану медичних працівників. *Актуальні проблеми викладання освітніх компонент соціально-гуманітарного спрямування у вищій школі. Збірник матеріалів I Міжнародної науково-практичної конференції 15-16 червня 2023 р., м. Херсон. Херсон, 2023. С.159-162*
6. Крупельницька Л. Психотерапія у постнекласичній парадигмі: посібник. Київ, 2023. 176 с.
7. Максимець С. Психічне здоров'я медичних працівників в умовах професійного стресу. *Суспільство для психічного здоров'я особистості: взаємодія родини, освіти, громади. Збірник наукових праць за матеріалами Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції. Житомир, 2023. С.164-166.*
8. Balashov E., Pasichnyk I., Kalamazh R., Zdrobylko T. (2020) Reflexive Competence in Metacognitive Monitoring of Learning Activity of HEI Students. *International Journal of Cognitive Research in Science Engineering and Education, 8 (Specia)*. pp. 17-28.
9. Cleary Timothy, Sandars John (2011). Assessing self-regulatory processes during clinical skill performance: a pilot study. *Medical Teacher; Volume 33(7)*: p.368-374. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2011.577464#d1e145>
10. Dawson, D., Strodl, E., & Kitamura, H. (2022). Childhood maltreatment and disordered eating: The mediating role of emotion regulation. *Appetite, 172, 105952*. URL: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.105952>
11. Finset, A., & Mjaaland, T. A. (2009). The medical consultation viewed as a value chain: A neurobehavioral approach to emotion regulation in doctor – patient interaction. *Patient Education and Counseling, 74*, 323–330.
12. Firth-Cozens, J. (2001). Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Social Science and Medicine, 52*, 215–222.
13. Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26(1)*, 1-26.
14. Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85(2)*, 348–362.
15. Hall, J. A., & Roter, D. L. (2011). Physician-patient communication. In H. S. Friedman (Ed.), *Oxford handbook of health psychology* (pp. 317–346). New York, NY: Oxford University Press.
16. Hong, E., & Kangas, M. (2021). The relationship between beliefs about emotions and emotion regulation: A systematic review. *Behaviour Change, 1–30*. URL: <https://doi.org/10.1017/bec.2021.23>
17. Lopes, P. N., Brackett, M. A., Nezlek, J. B., Schütz, A., Sellin, I., & Salovey, P. (2004). Emotional intelligence and social interaction. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*, 1018–1034.
18. Manser R., Cooper M.J., Trefusis J. (2012). Beliefs about Emotions as a Metacognitive Construct: Initial Development of a Self-Report Questionnaire Measure and Preliminary Investigation in Relation to Emotion Regulation. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 19*, 235–246.
19. Mansueto G., Palmieri S., Offredi A., Sarracino D., Sassaroli S., Ruggiero G.M., Spada M.M., Caselli G. (2022). Difficulties in emotion regulation: The role of repetitive negative thinking and metacognitive beliefs. *Journal of Affective Disorders. Volume 308*, p. 473-483.

20. Mansueto G., Jarach A., Caselli G., Ruggiero G.M., Sassaroli S., Nikčević A., Spada M.M., Palmieri S. (2024). A systematic review of the relationship between generic and specific metacognitive beliefs and emotion dysregulation: A metacognitive model of emotion dysregulation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. Volume 31, Issue 1. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.2961>
21. Puustinen M, Pulkkinen L (2001). Models of Self-regulated Learning: a review. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 45(3): 269-286.
22. Zimmerman B.J. (2000). Handbook of Self-Regulation. P.13-39. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780121098902500317>
23. Wells, A. (2011). Metacognitive therapy for anxiety and depression. Guilford Press. 316 p.
24. Wolters C. (2003). Regulation of motivation: Evaluating an underemphasized aspect of self-regulated learning. *Educational Psychologist*, 38: 189-205.

References:

1. Avhustiuk M.M. Emotsiyni intelekt u dyskursi tochnosti metakohnityvnoho monitorynhu: monohrafiia. [Emotional intelligence in the discourse of metacognitive monitoring accuracy: monograph]. Ostroh, 2023. 374 s.
2. Asieieva Yu.O., Matiashchuk N.M. Psykhoemotsiini stany likariv pershoi lanky v period voiennoho chasu. [The psychological and emotional states of frontline doctors during wartime]. *Habitus. Vypusk 66*. 2024. S.97-101.
3. Balashov E.M. Metakohnityvni stratehii v motyvatsii navchannia studentiv. *Naukovi zapysky Natsionalnoho universytetu «Ostrozka akademiia». Seriiia «Psykhologhiia»* [Metacognitive strategies in student learning motivation. *Scientific notes of the National University "Ostrog Academy."* Series "Psychology"]. 2023 (16). S.13-21.
4. Voloshyna-Narozhna V.O., Handzilevska H.B. Dezadaptivni metakohnityvni perekonannia ta subiektyvne emotsiine blahopoluchchia yak predyktory mentalnoho zdorovia. *Psykhologichne zdorovia osobystosti v konteksti protsesiv hlobalizatsii: metodolohiia doslidzhennia, realii ta perspektyvy, 29 bereznia 2024 roku: materialy II Mizhnarodno naukovopraktychnoi konferentsii* [Maladaptive metacognitive beliefs and subjective emotional well-being as predictors of mental health. *Psychological health of the individual in the context of globalization processes: research methodology, realities, and prospects, March 29, 2024: materials of the II International Scientific and Practical Conference*] / za nauk. Red. I. Danyliuka ta in. Kyiv: TsK «KOMPRYNT». 2024. S.62-64.
5. Hrytsuk O.V., Hrytsuk Yu.V., Sohoian V.N. Psykhologichna korektsiia emotsiinoho stanu medychnykh pratsivnykiv. *Aktualni problemy vykladannia osvitykh komponent sotsialno-humanitarnoho spriamuvannia u vyshchii shkoli. Zbirnyk materialiv I Mizhnarodnoi naukovopraktychnoi konferentsii 15-16 chervnia 2023 r.* [Psychological correction of the emotional state of medical workers. *Current issues in teaching social and humanitarian subjects in higher education. Collection of materials from the First International Scientific and Practical Conference, June 15–16, 2023*]. Kherson, 2023. 330 s. S.159-162.
6. Krupelnytska L. Psykhoterapiia u postneklasychnii paradyhmi: posibnyk [Psychotherapy in the post-classical paradigm: a guidebook]. Kyiv, 2023. 176 s.
7. Maksymets S. Psykhichne zdorovia medychnykh pratsivnykiv v umovakh profesiinoho stresu. *Suspilstvo dlia psykhichnoho zdorovia osobystosti: vzaemodiia rodyni, osvity, hromady. Zbirnyk naukovykh prats za materialamy Mizhnarodnoi naukovopraktychnoi internet-konferentsii.* [Mental health of healthcare workers under professional stress. *Society for mental health: interaction between family, education, and community. Collection of scientific papers based on materials from the International Scientific and Practical Internet Conference*]. Zhytomyr, 2023. S.164-166.
8. Balashov E., Pasichnyk I., Kalamazh R., Zdrobylko T. (2020) Reflexive Competence in Metacognitive Monitoring of Learning Activity of HEI Students. *International Journal of Cognitive Research in Science Engineering and Education*, 8 (Specia). pp. 17-28.
9. Cleary Timothy, Sanders John (2011). Assessing self-regulatory processes during clinical skill performance: a pilot study. *Medical Teacher; Volume 33(7)*: p.368-374. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2011.577464#d1e145>
10. Dawson, D., Strodl, E., & Kitamura, H. (2022). Childhood maltreatment and disordered eating: The mediating role of emotion regulation. *Appetite*, 172, 105952. URL: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.105952>
11. Finset, A., & Mjaaland, T. A. (2009). The medical consultation viewed as a value chain: A neurobehavioral approach to emotion regulation in doctor – patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 74, 323–330.
12. Firth-Cozens, J. (2001). Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Social Science and Medicine*, 52, 215–222.
13. Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26.
14. Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362.
15. Hall, J. A., & Roter, D. L. (2011). Physician-patient communication. In H. S. Friedman (Ed.), *Oxford handbook of health psychology* (pp. 317–346). New York, NY: Oxford University Press.
16. Hong, E., & Kangas, M. (2021). The relationship between beliefs about emotions and emotion regulation: A systematic review. *Behaviour Change*, 1–30. URL: <https://doi.org/10.1017/bec.2021.23>
17. Lopes, P. N., Brackett, M. A., Nezlek, J. B., Schütz, A., Sellin, I., & Salovey, P. (2004). Emotional intelligence and social interaction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 1018–1034.
18. Manser R., Cooper M.J., Trefusis J. (2012). Beliefs about Emotions as a Metacognitive Construct: Initial Development of a Self-Report Questionnaire Measure and Preliminary Investigation in Relation to Emotion Regulation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 19, 235–246.

19. Mansueto G., Palmieri S., Offredi A., Sarracino D., Sassaroli S., Ruggiero G.M., Spada M.M., Caselli G. (2022). Difficulties in emotion regulation: The role of repetitive negative thinking and metacognitive beliefs. *Journal of Affective Disorders*. Volume 308, p. 473-483.
20. Mansueto G., Jarach A., Caselli G., Ruggiero G.M., Sassaroli S., Nikčević A., Spada M.M., Palmieri S. (2024). A systematic review of the relationship between generic and specific metacognitive beliefs and emotion dysregulation: A metacognitive model of emotion dysregulation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. Volume 31, Issue 1. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.2961>
21. Puustinen M, Pulkkinen L (2001). Models of Self-regulated Learning: a review. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 45(3): 269-286.
22. Zimmerman B.J. (2000). Handbook of Self-Regulation. P.13-39. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780121098902500317>
23. Wells, A. (2011). Metacognitive therapy for anxiety and depression. Guilford Press. 316 p.
24. Wolters C. (2003). Regulation of motivation: Evaluating an underemphasized aspect of self-regulated learning. *Educational Psychologist*, 38: 189-205.