

OCENA UMIEJĘTNOŚCI SAMOKONTROLI W PROCESIE AKTYWNEGO STYLU ŻYCIA STUDENTÓW PAŃSTWOWEJ SZKOŁY WYŻSZEJ W BIAŁEJ PODLASKIEJ

Człowiek i Zdrowie, nr 1 (VI), 2012

Mieczysław Bytniewski

Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Streszczenie: Powszechnie wiadomo, jak trudna jest zmiana własnego zachowania polegająca, na przykład, na wykonaniu pewnej czynności inaczej niż wykonujemy ją zwykle, powstrzymaniu się od przyjemności dla osiągnięcia nadrzędnego celu, czy na wykryciu i poprawieniu błędnej reakcji. Człowiek jest w stanie dokonywać owej zmiany samodzielnie, przy znikomym udziale czynników zewnętrznych, zdolność tę nazywa się samokontrolą. Dzięki samokontroli człowiek potrafi wbrew sygnałom płynącym z otoczenia i narzucającym się schematom działania zmieniać przebieg swoich procesów poznawczych i zachowania dla realizacji celów, które bez udziału samokontroli nie zostałyby osiągnięte.

Celem niniejszego opracowania była ocena umiejętności samokontroli badanych studentów w procesie aktywnego stylu życia. W badaniach przeprowadzonych w roku akademickim 2011/2012 wzięło udział 112 osób, studiujących na kierunku turystyka i rekreacja oraz zdrowie publiczne w Państwowej Szkole Wyższej w Białej Podlaskiej.

Narzędziem wykorzystanym w badaniach był standaryzowany arkusz Ankiety Oceny Umiejętności.

Badani w małym stopniu opanowali umiejętność samokontroli w procesie aktywnego stylu życia i nastawienia do aktywności fizycznej.

Słowa kluczowe: samokontrola, studenci, czynniki stylu życia, aktywność fizyczna

Wstęp

Przekonanie o korzystnym wpływie aktywności ruchowej na dobrostan człowieka a zwłaszcza systematycznych ćwiczeń fizycznych na zdrowie nie jest koncepcją nową ani oryginalną. Już 2500 lat przed naszą erą w starożytnych Chinach pojawiły się pierwsze informacje o stosowaniu zorganizowanych ćwiczeń fizycznych dla wzmocnienia zdrowia. Do zwolenników aktywnego trybu życia i stosowania wysiłku w leczeniu chorób należeli m.in. najwybitniejsi lekarze ery starożytnej Hipokrates i Galen. Na przełomie XIX i XX stulecia pojawiły się pierwsze publikacje naukowe analizujące zależność między wyczynowym uprawianiem sportu a długością życia ludzkiego, lecz dopiero druga połowa minionego stulecia przyniosła prawdziwy przełom w tej dziedzinie (Woynarowska 2010).

Prowadzone w wielu krajach badania dostarczają coraz to nowych i bardziej przekonujących dowodów świadczących o znaczeniu systematycznej aktywności w zapobieganiu chorobom układu krążenia, redukcji przedwczesnej umieralności oraz ograniczeniu umieralności ogólnej. Badania epidemiologiczne obejmowały bardzo długi okres obserwacji, dotyczyły różnych populacji uwzględniając zarówno zawodową jak i pozazawodową aktywność fizyczną, wysiłek o rozmaitej intensywności, czas trwania itp. Wyniki najbardziej znanych i najczęściej cytowanych w piśmiennictwie medycznym długofalowych badań epidemiologicznych prowadzonych we Framingham, badań MRFIT, Harvard Alumni Study czy Nurses Health Study, wskazują na korzystne efekty systematycznego wysiłku fizycznego w profilaktyce choroby niedokrwiennej serca (CHNS), umieralności z powodu chorób układu krążenia i umieralności ogólnej. Okres obserwacji w wielu z tych badań sięgał kilkunastu a nawet kilkudziesięciu lat (Framingham), zaś liczba osób objętych obserwacją od kilku tysięcy do ponad 78.000 (Nurses Health Study) (Drygas i in., 2001).

W piśmiennictwie polskim epidemiologiczne podstawy stosowania aktywności ruchowej w prewencji choroby niedokrwiennej serca przedstawia opublikowana praca Jegier i Stasiołek (2001).

Oczywiście dane pochodzące z badań epidemiologicznych stanowią tylko jedno, choć niewątpliwie bardzo istotne, źródło informacji o korzystnych efektach systematycznego wysiłku fizycznego. Badania eksperymentalne i kliniczne pozwoliły na poznanie wielu mechanizmów korzystnego oddziaływania ćwiczeń fizycznych. Wiadomo, że regularny wysiłek fizyczny, o odpowiednim czasie trwania i intensywności, wpływa pozytywnie na metabolizm lipidów i węglowodanów, czynność śródbłonna naczyń, może modyfikować korzystnie stan równowagi czynnościowej między układem krzepnięcia i fibrynolizy.

Istnieją dowody na to, że każdy, kto zwiększa poziom własnej aktywności fizycznej, nawet po długich okresach bezczynności, może osiągnąć korzyści zdrowotne bez względu na wiek. Nigdy nie jest za późno, aby zacząć. Wyniki wielu badań wskazują, że u dojrzałego psychicznie człowieka istnieje naturalna silna potrzeba ruchu fizycznego, jako jednej z biologicznych podstaw zdrowia (Drygas i in., 2001).

Zajęcia ruchowe w procesie edukacyjnym powinny być pojmowane jako proces przygotowujący do wykorzystania wiedzy z zakresu kultury fizycznej w życiu dorosłym. Szkoła wyższa a w szczególności ze specjalno-

ściami o zdrowiu, powinna być istotnym „źródłem” edukacji w zakresie kultury fizycznej. Programy zajęć dydaktycznych dają duże możliwości osiągnięcia właściwego poziomu wiedzy w promowaniu własnego zdrowia (Osiński, 2005).

Elementami właściwego podejścia do aktywności fizycznej jest umiejętność samokontroli i samooceny czynników mających wpływ na zmianę postaw wobec własnego zdrowia (Rodziewicz - Gruhn i in., 2007).

Kondycja zdrowotna naszego społeczeństwa systematycznie pogarsza się. Gnębią nas rozliczne choroby i dolegliwości, a Polska niechlubnie przoduje w statystykach śmiertelności w Europie. Coraz większa liczba osób w naszym kraju cierpi na schorzenia należące do grupy tzw. chorób cywilizacyjnych, a więc związanych z negatywnymi skutkami życia w warunkach wysoko rozwiniętej cywilizacji. Czynniki sprzyjające rozwojowi chorób cywilizacyjnych są związane ze stylem życia. Na plan pierwszy wysuwają się zagrożenia zdrowotne wynikające z nadwagi i otyłości, niskiej aktywności fizycznej, palenia papierosów, nadużywania alkoholu, wysoki poziom stresu, a więc tych czynników, które są wprost zależne od stylu życia człowieka (Drygas i in., 2001).

W licznych publikacjach polskich i światowych, a także w materiałach Światowej Organizacji Zdrowia podkreśla się i uzasadnia, że zdrowie publiczne zależy w połowie od stylu życia, co oznacza, iż codzienne, świadome zachowania zdrowotne mogą się przyczynić do spadku zachorowalności na choroby cywilizacyjne.

Styl życia, jako pojęcie zostało wprowadzone do psychologii przez Alfreda Adlera i dotyczy indywidualnego, swoistego dla danego człowieka sposobu bycia. Składa się on z ogółu motywów, cech, zainteresowań, wartości, zachowania, postaw, sposobu postrzegania świata i reagowania na niego (Strelau 2000).

Według Woynarowskiej (2010), styl życia to zachowania, postawy i ogólna filozofia życia człowieka. Zależy on od wielu czynników m.in. środowiska, norm społecznych i kulturowych, w których żyje człowiek i społeczności, do której należy lub, z którą się identyfikuje. Styl życia zależy od przekonań, wartości, umiejętności życiowych oraz ogólnej ekonomicznej, politycznej i organizacyjnej struktury społeczeństwa.

Należy zauważyć, że styl życia jednostki podlega wielokrotnie mniej lub bardziej radykalnym zmianom. Dokonują się one w miarę przechodzenia z jednego etapu życia do innego, są powodowane przez zmiany pozycji społecznej, pracę samowychowawczą, zmiany hierarchii wartości. W związku z tym, praca nad własnym stylem życia nie jest dla dzisiejszego człowieka zadaniem jednorazowym. Nie jest też zbędnym luksusem, lecz jednym z elementów pracy nad rozwojem własnej osobowości i ważnym zadaniem twórczym. Osobowość wpływa na styl życia jednostki i zmienia się pod jego wpływem.

Prawie każdy wie z własnego doświadczenia, jak trudna jest czasami zmiana własnego zachowania polegająca, na przykład, na wykonaniu pewnej czynności inaczej niż wykonujemy ją zwykle, powstrzymaniu się od przyjemności dla osiągnięcia nadrzędnego celu, czy na wykryciu i poprawieniu błędnej reakcji. Ponieważ człowiek jest w stanie dokonywać owej zmiany samodzielnie, przy znikomym udziale czynników zewnętrznych, zdolność tę zwie się samokontrolą. Dzięki samokontroli człowiek potrafi wbrew sygnałom płynącym z otoczenia i narzucającym się schematom działania zmieniać przebieg swoich procesów poznawczych i zachowania dla realizacji celów, które bez udziału samokontroli nie zostałyby osiągnięte. Wagę samokontroli widać szczególnie wtedy, gdy na skutek określonych zaburzeń neurodegeneracyjnych zostaje ona upośledzona a wraz z nią załamaniu ulega celowość i koherencja zachowania (Strelau 2000).

Materiał i metody

Celem niniejszego opracowania była ocena poziomu umiejętności samokontroli aktywności fizycznej badanych studentów i studentek w procesie aktywnego stylu życia.

W badaniach przeprowadzonych w roku akademickim 2011/2012, wzięło udział 112, osób w tym: 81 kobiet i 31 mężczyzn, studiujących na kierunku Turystyka i Rekreacja oraz Zdrowie Publiczne w Państwowej Szkole Wyższej w Białej Podlaskiej.

Jako narzędzie badawcze wykorzystano standaryzowany arkusz Ankiety Oceny Umiejętności. Ocenie poddano takie umiejętności jak: samoocena, samoobserwacja, określenie celu, umiejętność planowania, zdolność do działania, równoważenie nastawienia, pokonywanie przeszkód, uczenie się zachowań konsumenckich, znajdowanie wsparcia społecznego, unikanie niepowodzeń, przyjęcie strategii radzenia sobie oraz zarządzanie czasem. Badani mieli do wyboru 3 możliwości oceny posiadania powyższych umiejętności: bezwzględnie prawdziwa, częściowo prawdziwa, nieprawdziwa. (Corbin i in., 2007)

Analiza wymienionych czynników pozwoliła ocenić poziom umiejętności samokontroli badanych studentów na poziomach:

- dobry (30 – 36 pkt.),
- umiarkowanym (24 – 29 pkt.),
- konieczność poprawy (< 24 pkt.).

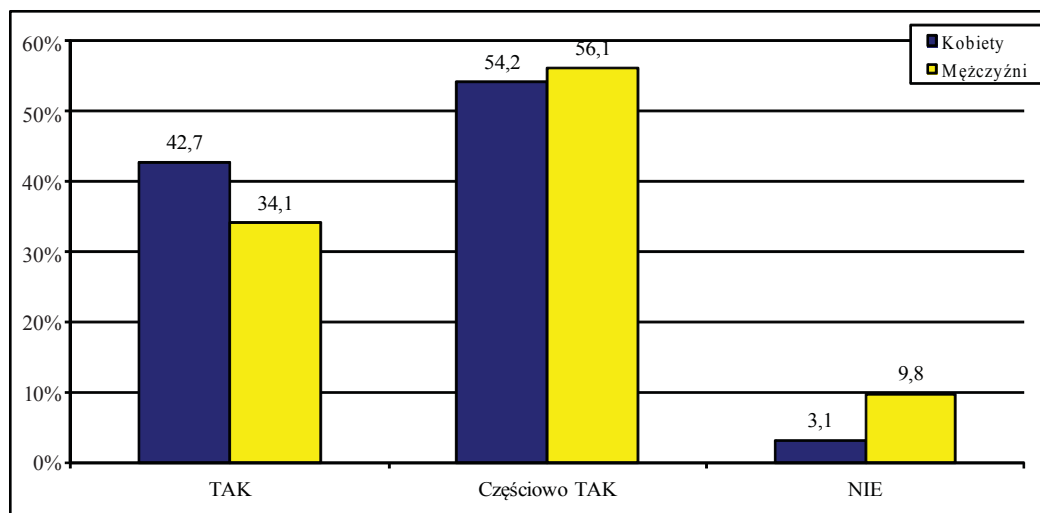
Wyniki badań

Każde pytanie odnosi się do posiadania jednej z umiejętności samokontroli.

Samoocena

Nauczenie się oceniania własnej kondycji, zdrowia, samopoczucia. Poza tym wymagane jest nauczenie się interpretowania wyników samooceny. Dobra umiejętność samooceny wymaga praktyki.

Regularnie oceniam kondycję związaną ze zdrowiem i wyniki testów kondycyjnych, porównując ze standardami zdrowej kondycji.



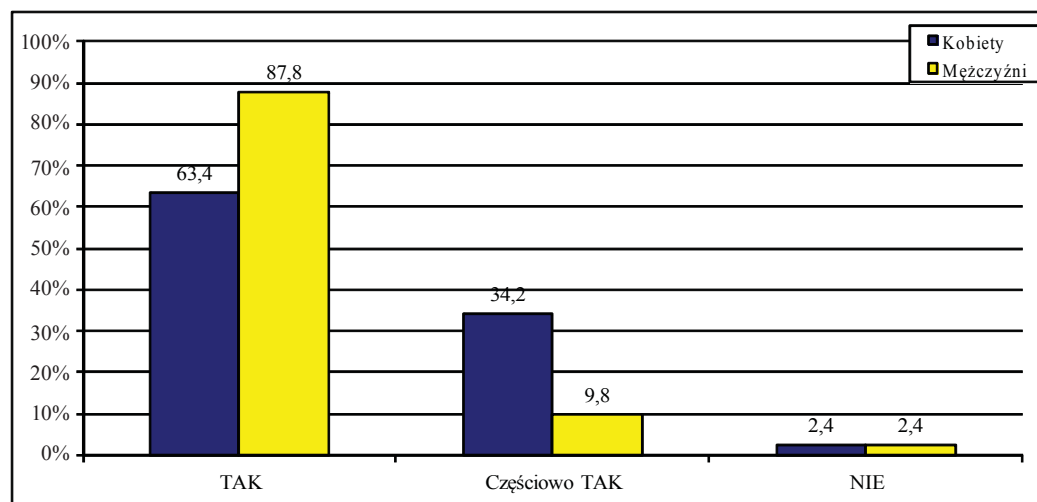
Rycina 1. Samoocena

Ponad połowa badanych studentów (odpowiednio: 54,2% kobiet i 56,1% mężczyzn) nie potrafiło ocenić, czy posiada umiejętność samooceny a niewielki, nie przekraczający 10% odsetek stanowczo stwierdza brak tej cechy. Tylko 42,7% studentek i 34,1% studentów potrafi dokonać samooceny własnej kondycji, zdrowia i samopoczucia.

Samoobserwacja

Obejmuje obserwację własnego zachowania i zapisywania jej wyników. Wielu ludzi uważa, że przyjęli zdrowy styl życia, a w rzeczywistości tak nie jest. Mają zniekształcony obraz tego, co rzeczywiście robią. Samoobserwacja daje prawdziwy obraz naszego zachowania i postępów.

„Regularnie prowadzę notatki na temat swojej kondycji fizycznej w celu monitorowania bieżących poziomów aktywności fizycznej”



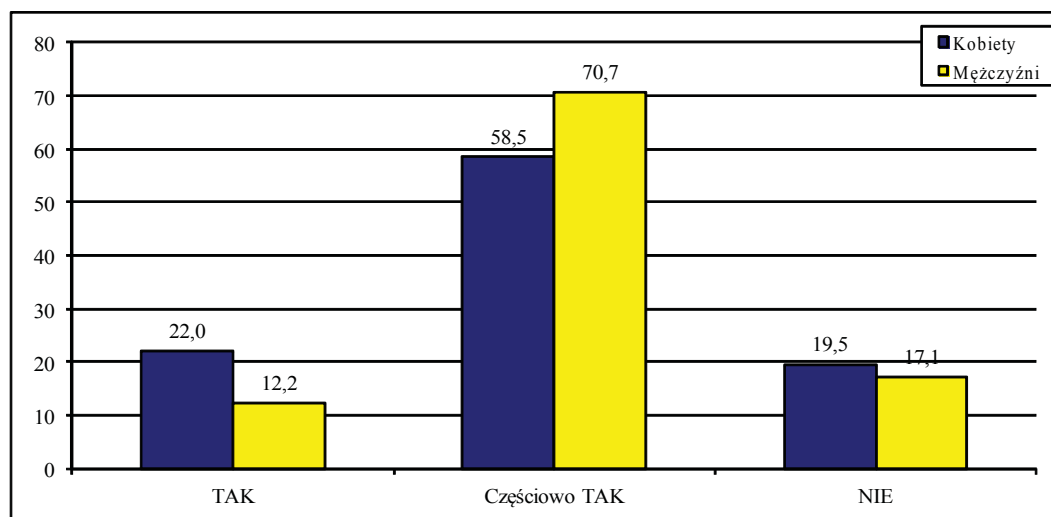
Rycina 2. Samoobserwacja

Zdecydowana większość mężczyzn (87,8%) stwierdziła, że posiada umiejętność obserwacji własnego zachowania i zapisywanie jej wyników. W przypadku studentek odsetek ten był znacznie niższy i wynosił 63,4%. Co trzecia studentka (34,2%) nie potrafiła ustosunkować się do tego problemu. Tylko nieznaczny odsetek kobiet i mężczyzn nie potrafił stosować samoobserwacji.

Określenie celu

Obejmuje naukę umiejętności, w jaki sposób określać cele, które chcemy osiągnąć w przyszłości. Ważne jest, aby cele były realne i możliwe do osiągnięcia. Dla początkujących szczególnie ważne jest postawienie celów dla zmiany swoich zachowań.

„Określam realne i osiągalne cele, by poprawić kondycję i aktywność i obserwuję postępy w ich osiągnięciu”



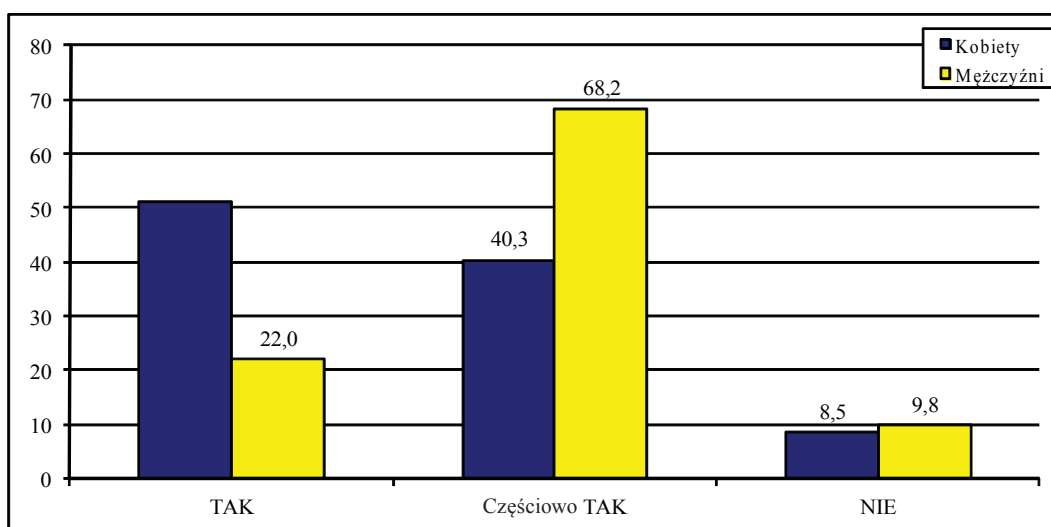
Rycina 3. Określenie celu

Tylko niewielki procent respondentów (odpowiednio: 22% studentek i 12,2% studentów) posiada umiejętność określenia celów, które poprawią ich kondycję i aktywność. W pozostałych przypadkach badani nie potrafili ocenić swoich umiejętności w tym zakresie (odpowiednio: 58,5% studentek i 70,7% studentów) bądź stanowczo stwierdzają, że nie posiadają takich umiejętności (odpowiednio: 19,5% studentek i 17,1% studentów).

Umiejętność planowania

Dotyczy nauczania się, w jaki sposób planować swoje działania i nie pozwalać, aby ktoś to za nas zrobił. Nabywanie wiedzy i praktyka planowania ułatwią rozwinięcie tej umiejętności.

„Mam własny zaplanowany program zawierający, ćwiczenia dla wszystkich elementów kondycji i optymalnych korzyści ze zdrowia”



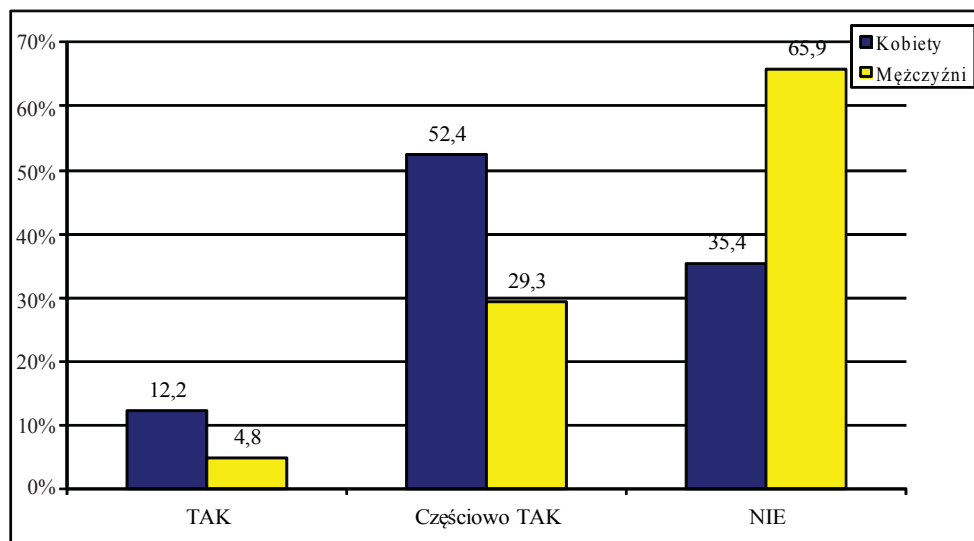
Rycina 4. Umiejętność planowania

Ponad połowa studentek (51,2%) uważa, że potrafi zaplanować program zajęć ruchowych mających wpływ na poziom kondycji i zdrowia. Odsetek ten w grupie studentów wynosi tylko 22%. Częściowo umiejętność tę posiadało 40,3% kobiet i 68,2% mężczyzn. Pozostały odsetek stanowili respondenci, którzy zdecydowanie stwierdzili brak umiejętności planowania wysiłku fizycznego.

Zdolność do działania

Obejmuje opanowanie umiejętności koniecznych do wykonywania określonych zajęć, takich jak sport czy rekreacja. Zdolność do działania pomaga nabrać zaufania do samego siebie i czerpać przyjemność z aktywnego życia.

„Posiadam zdolności motoryczne niezbędne do regularnego wykonywania ćwiczeń fizycznych”



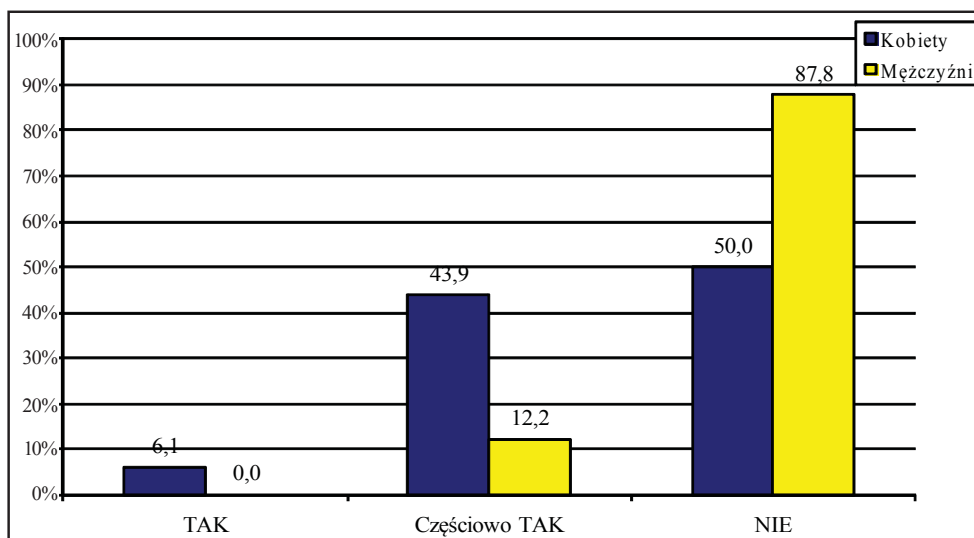
Rycina 5. Zdolność do działania

Tylko niewielki odsetek (odpowiednio: 12,2% studentek i 4,8% studentów) posiadał zdolności motoryczne niezbędne do regularnego wykonywania ćwiczeń fizycznych. Aż 65,9% mężczyzn i 35,4% kobiet stwierdziło, że poziom ich zdolności motorycznych nie pozwala na uczestnictwo w aktywności fizycznej. Pozostałą grupę (odpowiednio: 52,4% studentek i 29,3% studentów) stanowią badani, którzy nie potrafili ocenić swojej motoryczności.

Równoważenie nastawienia

Dotyczy nauki równoważenia nastawienia pozytywnego i negatywnego. Dla przyjęcia zdrowego stylu życia najważniejsze jest rozwijanie pozytywnych postaw i redukcja negatywnego nastawienia.

„Moje podejście do ćwiczeń fizycznych jest raczej pozytywne niż negatywne”

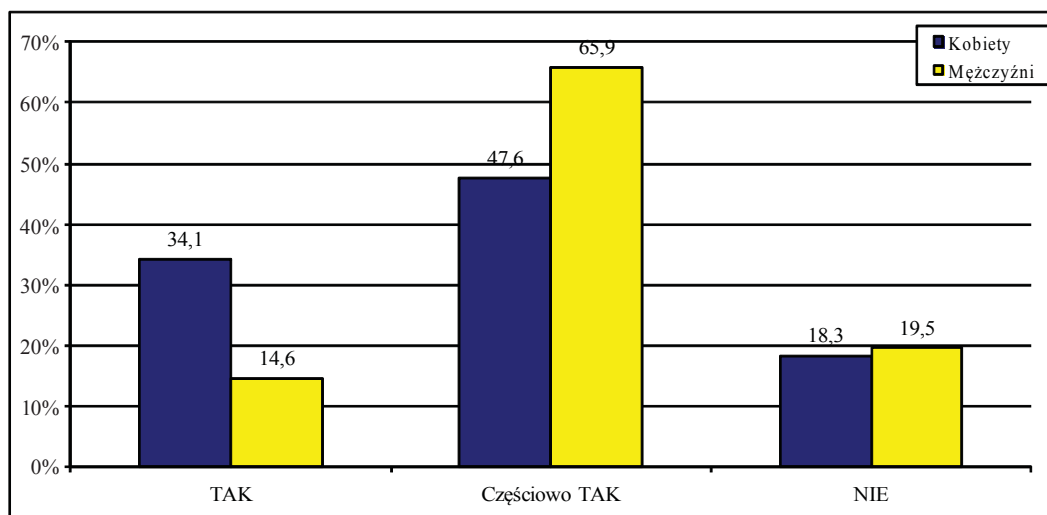


Rycina 6. Równoważenie nastawienia

Dane przedstawione na rycinie 6 świadczą o negatywnym nastawieniu badanych do aktywności fizycznej. Taką postawę przejawia aż 87,8% studentów i 50% studentek. Duży odsetek stanowili również respondenci, którzy nie potrafili określić swojego nastawienia (odpowiednio: 43,9% studentek i 12,2% studentów). Tylko 6,1% kobiet charakteryzowało się pozytywnym nastawieniem do ćwiczeń fizycznych.

Pokonywanie przeszkód

Obejmuje rozwijanie zdolności, które pozwalają nam pokonywać problemy, takie jak brak miejsca, sprzętu do ćwiczeń, niewygodne warunki. Ludzie, którzy rozwijają umiejętności pokonywania barier, uczą się dostosowywać swój terminarz zajęć, uzyskiwać dostęp do urządzeń i nabywać zdolności pokonywania innych przeszkód. „Znajduję sposób na wykonywanie ćwiczeń nawet przy złej pogodzie czy braku czasu”

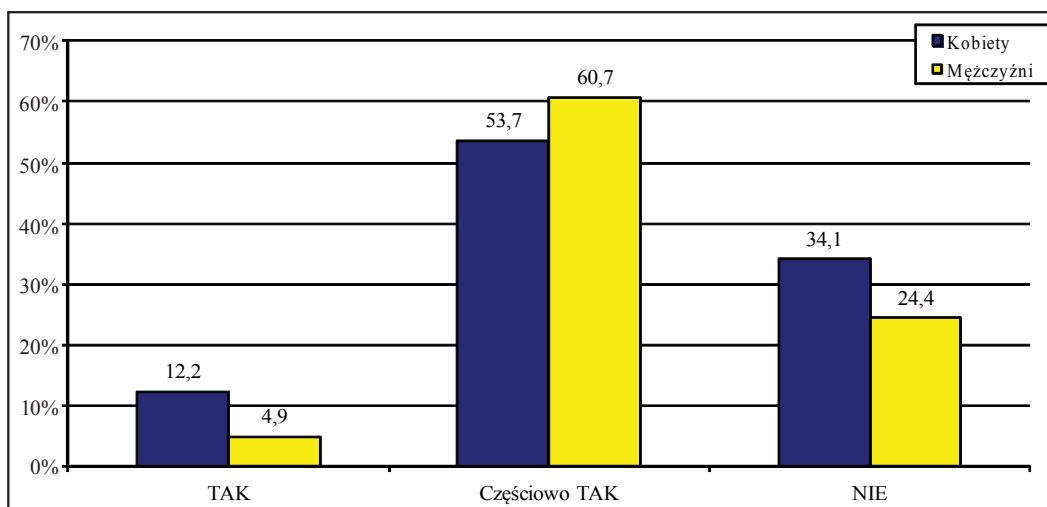


Rycina 7. Pokonywanie przeszkód

Tylko niewielka grupa studentów (odpowiednio: 34,1% studentek i 14,6% studentów) rozwija w sobie zdolności które ułatwiały im pokonywanie trudności uniemożliwiających uczestnictwo w aktywności fizycznej. Około 20% respondentów i respondentek, z powodu złych warunków atmosferycznych i braku czasu nie uprawiało ćwiczeń ruchowych. Pozostała grupa (odpowiednio 47,6% studentek i 65,9% studentów) tylko częściowo radzi sobie z tego typu przeszkodami.

Uczenie się zachowań konsumenckich

Obejmuje zmianę własnych fałszywych opinii, które prowadzą do podejmowania złych decyzji. „Wiem, jak rozpoznać nieprawdziwe lub przesadzone informacje na temat kondycji”



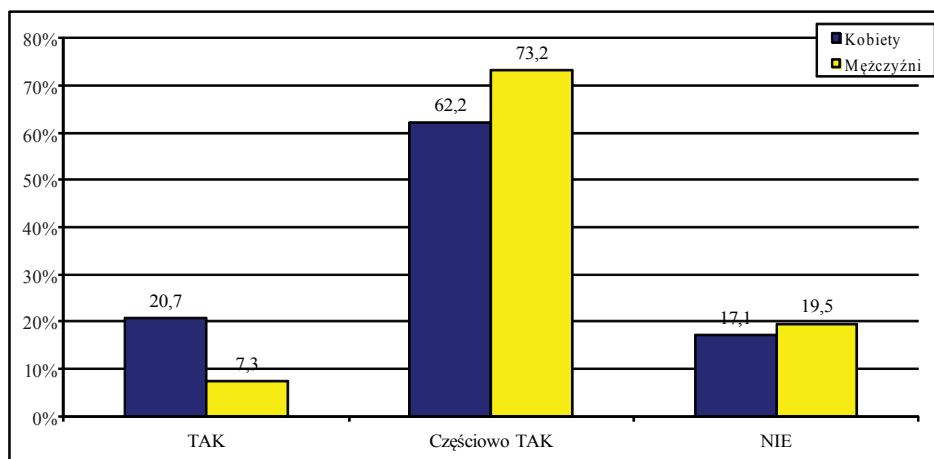
Rycina 8. Uczenie się zachowań konsumenckich

Również i w tym przypadku tylko u niewielu ankietowanych (odpowiednio: 12,2% studentek i 4,9% studentów) potrafiło rzetelnie ocenić poziom swojej kondycji. Ponad połowa badanych (odpowiednio: 53,7% studentek i 60,7% studentów) tylko częściowo posiadało tę umiejętność. Pozostali respondenci (odpowiednio: 34,1% studentek i 24,4% studentów) nie potrafili rozróżnić, czy informacje na temat ich kondycji są nieprawdziwe czy przesadzone.

Znajdowanie wsparcia społecznego

Obejmuje nauczanie się sposobów uzyskiwania pomocy od innych, od rodziny, przyjaciół, w celu wspierania własnych niezależnych decyzji dotyczących zdrowego stylu życia. Pomocne bywa wsparcie ze strony lekarza.

„Wiem, jak zachęcić innych do uprawiania ze mną ćwiczeń i jak uzyskać wsparcie od innych, by realizować własny program ćwiczeń”



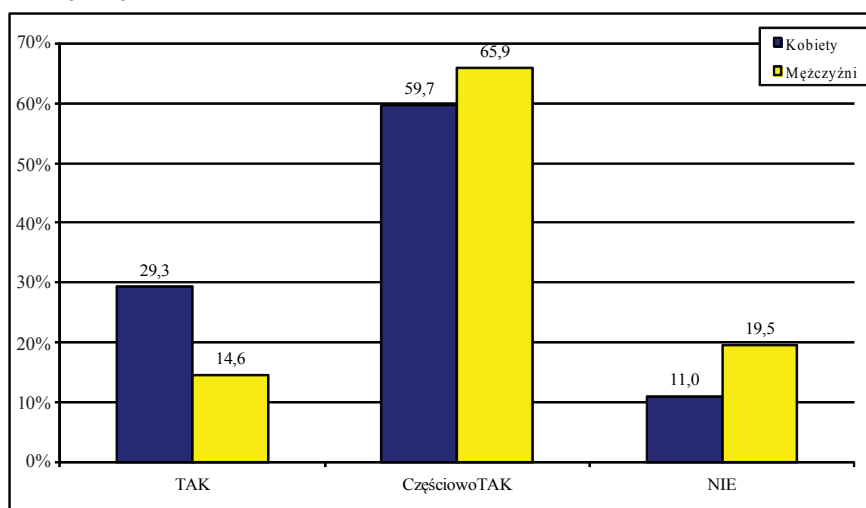
Rycina 9. Znajdowanie wsparcia społecznego

Największą grupę (odpowiednio: 62,2% studentek i 73,2% studentów) stanowili ankietowani, którzy tylko częściowo potrafili zachęcić innych do wspólnego uprawiania ćwiczeń i jak również uzyskać wsparcie od innych, by realizować własny program ćwiczeń. Tylko co piąta kobieta (20,7%) i nieznaczny odsetek mężczyzn (7,3%) opanowało tę umiejętność w dobrym stopniu. Pozostali (odpowiednio: 17,1% studentek i 19,5% studentów) nie potrafili zachęcić innych do wspólnego uczestnictwa w aktywności fizycznej, jak również nie potrafili uzyskać wsparcia od innych, by realizować własny program ćwiczeń.

Unikanie niepowodzeń

Dotyczy utrzymywania pozytywnego zachowania, gdy już zostało podjęte. Czasami łatwo jest powrócić do niezdrowego stylu życia. Obejmuje takie umiejętności, jak unikanie sytuacji stwarzających duże ryzyko i nauczenie się mówienia „nie”.

„Znam i wykorzystuję strategie do rozpoczęcia uprawiania ćwiczeń, szczególnie wtedy, gdy dotąd w ogóle nie byłem fizycznie aktywny”



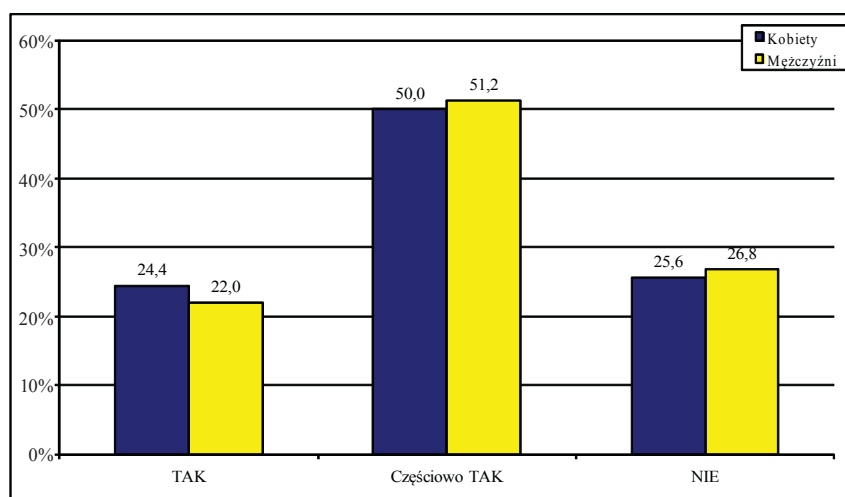
Rycina 10. Unikanie niepowodzeń

Z danych przedstawionych na rycinie 10 wynika, że badani studenci tylko w niewielkim stopniu opanowali umiejętność unikania niepowodzeń. Cechą tą charakteryzowało się 29,3% kobiet i 14,6% mężczyzn, a częściowo zdolność tę opanowało 59,7% studentek i 65,9% studentów. Nie zna i nie wykorzystuje żadnych strategii do rozpoczęcia uprawiania ćwiczeń 11% respondentek i 19,5% respondentów.

Przyjęcie strategii radzenia sobie

Dotyczy nauczania się nowych sposobów myślenia o pewnych rzeczach. Ludzie posiadający takie umiejętności potrafią spojrzeć na daną sytuację z różnych stron i myśleć o niej bardziej pozytywnie.

„Uczestniczę w zajęciach, w których nie jestem zbyt dobry, gdyż sprawiają mi przyjemność, nawet, gdy nie jestem w nich doskonały”



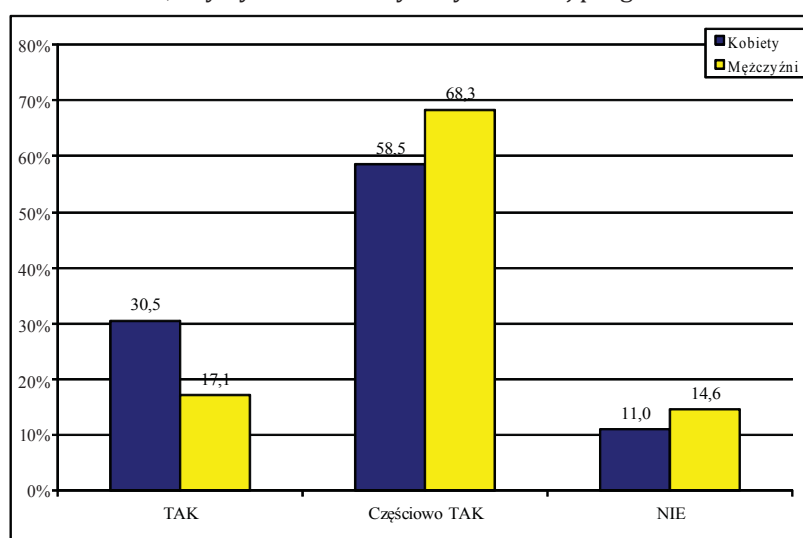
Rycina 11. Przyjęcie strategii radzenia sobie

Tylko co piąty badany (odpowiednio: 24,4% studentek i 22% studentów), pomimo braku umiejętności motorycznych, potrafił dostrzec korzyści płynące z uczestnictwa w zajęciach ruchowych. Częściowo korzyści takie dostrzegała co druga ankietowana kobieta i mężczyzna. Dla co piątej badanej osoby brak lub niski poziom umiejętności ruchowych wykluczał uczestnictwo w zajęciach w fizycznych.

Zarządzanie czasem

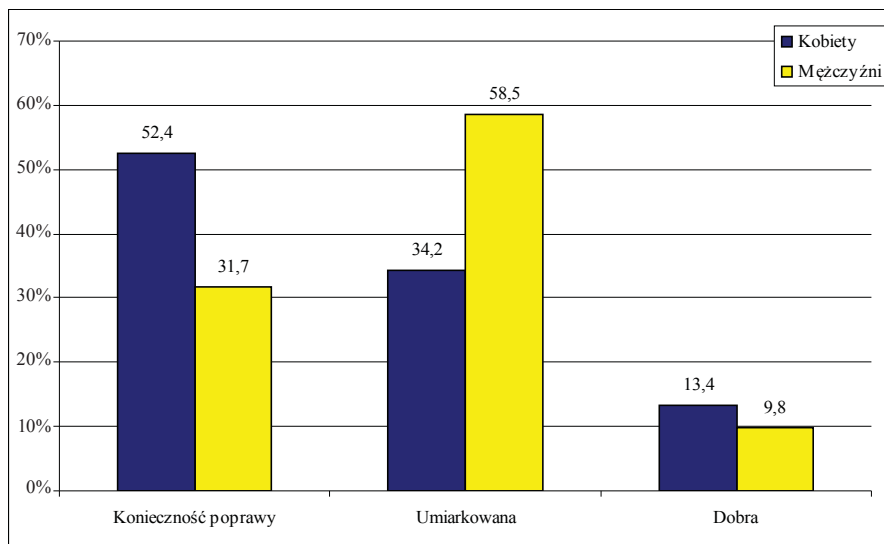
Obejmuje prowadzenie notatek, podobne jak przy umiejętności samoobserwacji. Dotyczy całego czasu, a nie tylko obserwacji określonych zachowań. Sprawne monitorowanie czasu pomaga w planowaniu i przyjmowaniu zdrowego stylu życia.

„Tak zarządzam swoim czasem, aby być w stanie wykonywać swój program ćwiczeń fizycznych”



Rycina 12. Zarządzanie czasem

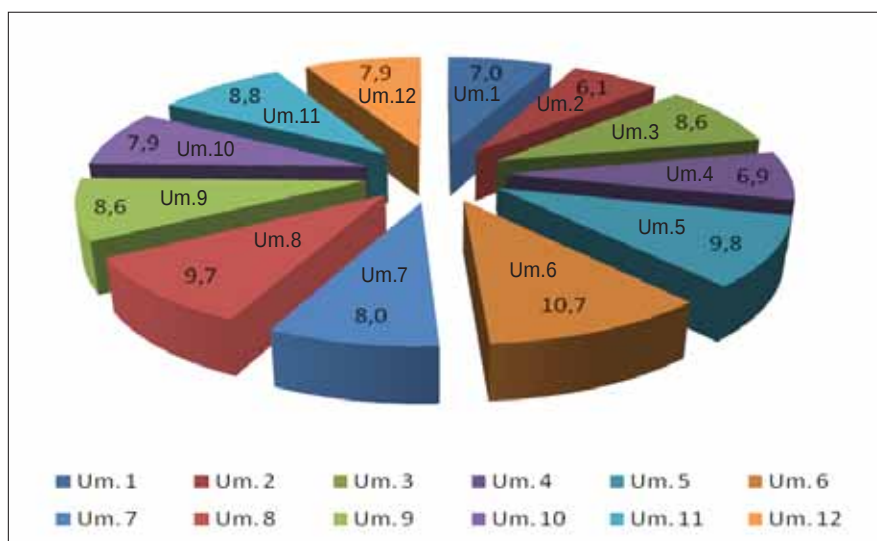
Dane przedstawione na rycinie 12 pozwalają stwierdzić, że ankietowani tylko w niewielkim stopniu potrafią zarządzać swoim czasem. Umiejętność tę posiadało 30,5 kobiet i 17,1% mężczyzn a częściowo 58,5% studentek i 68,3% studentów. Nie potrafiło tak zarządzać swoim czasem, aby móc wykonywać swój program ćwiczeń fizycznych 11% respondentów i 14,5% respondentek.



Rycina 13. Możliwość oceny własnych umiejętności samokontroli

W oparciu o przedstawione wyniki można stwierdzić, że tylko niewielki procent badanych (odpowiednio: 13,4 studentki i 9,8% studenci) oceniło swoje umiejętności samokontroli jako dobre. Według 34,2% ankietowanych kobiet i 58,5% mężczyzn stopień ich umiejętności samokontroli był na poziomie umiarkowanym. Konieczność poprawy tej umiejętności dostrzega 52,4% studentek i 31,7% studentów.

Na kolejnych rycinach przedstawiono procentowy udział analizowanych umiejętności w strukturze umiejętności oceny samokontroli.

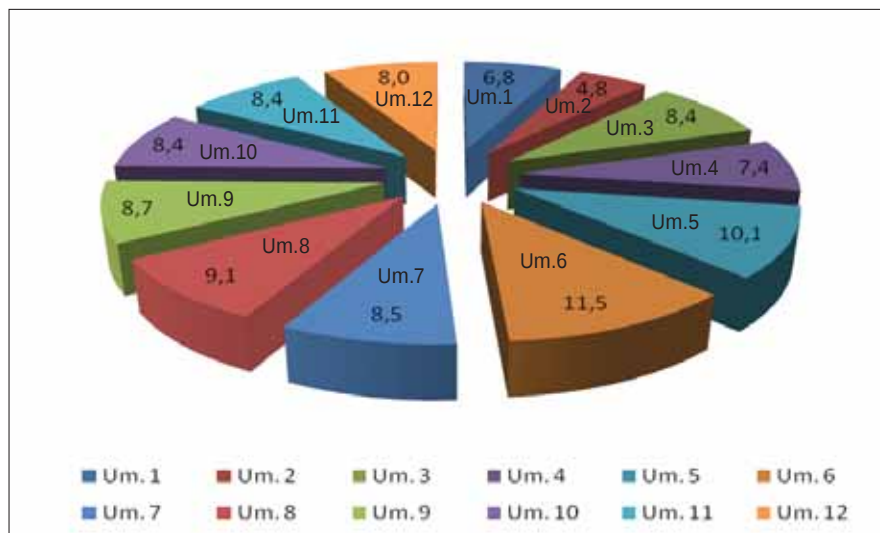


Rycina 14. Struktura umiejętności oceny samokontroli badanych studentek

Legenda:

Um 1 – Samoocena, Um 2 – Samoobserwacja, Um 3 – Określenie celu, Um 4 – Umiejętność planowania, Um 5 – Zdolność do działania, Um 6 – Równoważenie nastawienia, Um 7 – Pokonywanie przeszkód, Um 8 – Uczucie się zachowań konsumenckich, Um 9 – Znajdowanie wsparcia społecznego, Um 10 – Unikanie niepowodzeń, Um 11 – Przyjęcie strategii radzenia sobie, Um 12 – Zarządzanie czasem

W strukturze umiejętności oceny samokontroli, w grupie studentek największy udział miała umiejętność równoważenia nastawienia (10,7%). W dalszej kolejności była to umiejętność przyjęcia strategii radzenia sobie (9,8%) i uczenia się zachowań konsumenckich (9,7%). Z kolei najmniejszy udział miała umiejętność samoobserwacji (6,1%) i planowania (6,9%).



Rycina 15. Struktura umiejętności oceny samokontroli badanych studentów

W strukturze umiejętności oceny samokontroli w grupie studentów również największy udział miała umiejętność równoważenia nastawienia (11,5%) i umiejętność przyjęcia strategii radzenia sobie (10,1%). Najmniejszy udział w tej strukturze miała umiejętność samoobserwacji (4,8%).

Dyskusja

W obecnych czasach ludzie coraz więcej czasu poświęcają na robienie kariery i spełnienie własnych ambicji, zapominając przy tym o największej wartości - zdrowiu. Bezmyślność i zaborczość współczesnego człowieka podążającego jedynie za wygodą i pomnażaniem dóbr materialnych prowadzi nie tylko do niszczenia środowiska naturalnego, ale również do niszczenia naszego gatunku (Drygas i in., 2001).

Wraz z nowym tysiącleciem bez wątpienia nastąpiły pewne korzystne zmiany stylu życia Polaków. Potwierdzają to badania CBOS z 2002 i 2003 roku, grupa osób aktywnych fizycznie stanowiła odpowiednio 23% oraz 26% badanych. Odsetki te są jednak ciągle nieporównywalne z poziomem aktywności w innych państwach Europy, zwłaszcza krajach skandynawskich. Tam systematycznie wysiłek fizyczny podejmuje 50-70% dorosłej populacji, natomiast siedzący tryb życia cechuje zaledwie 10-25% mieszkańców (Drygas i in., 2005).

Skuteczne propagowanie systematycznego podejmowania wysiłku fizycznego okazuje się dość trudnym zadaniem. Lankenau i in. wskazują trzy podstawowe czynniki ograniczające skuteczność działań z zakresu promowania aktywnego trybu życia:

- zdecydowana większość korzyści płynących z prewencji chorób przewlekłych (w tym aktywnego trybu życia) jest znacznie odłożona w czasie,
- systematyczne podejmowanie wysiłku fizycznego wymaga nie tylko indywidualnej decyzji i woli, ale także środowiska sprzyjającego prowadzeniu aktywnego trybu życia w zakresie uwarunkowań kulturowych, infrastrukturalnych oraz społecznych,
- ukierunkowanie polityki zdrowotnej oraz medycyny raczej na działania naprawcze niż profilaktyczne (Lankenau i in., 2004).

Światowe piśmiennictwo podaje kilka strategii działań propagujących aktywny tryb życia.

Modelowe programy o charakterze edukacyjnym, dotyczące wpływu wysiłku fizycznego na zdrowie, człowieka są realizowane głównie za pośrednictwem środków masowego przekazu. Informacje podawane przez nie sprawiają, że w promocji zdrowia media realizują cztery główne zadania:

- dostarczanie nowych informacji,
- utrwalanie wiedzy wcześniej pozyskanej lub zachowań uprzednio zaadaptowanych,
- kierowanie uwagi na istniejące programy zdrowotne,
- wspieranie interwencji w społecznościach lokalnych. (Flora i in., 1989, Owen i in., 1995)

Mimo intensyfikacji działań edukacyjnych w zakresie propagowania zdrowego stylu życia, prowadzonych

w szkołach, mediach, fundacjach, organizacjach pozarządowych itp., w dalszym ciągu osoby podejmujące systematyczną aktywność ruchową stanowią marginalny odsetek. Współcześni ludzie sukcesu twierdzą, iż nie podejmują aktywności fizycznej, gdyż brak im czasu, odpowiedniej infrastruktury, sprzętu i umiejętności. Najczęściej swój czas wolny spędzają przed ekranem telewizora lub komputerem, nie zważając na biologiczną ukształtowaną w toku ewolucji potrzebę ruchu (Rodziewicz — Gruhn i in., 2007).

Jednym z podstawowych haseł aktywności ruchowej jest wszechstronny i harmonijny rozwój człowieka, a szczególnie wyrabianie takich cech jak: aktywność, zdyscyplinowanie, systematyczność, odporność na trudności itp. Cechy te w znacznym stopniu decydują o efektywności działania w pracy, wszechstronnie przygotowując młodego człowieka do życia w społeczeństwie, a szczególnie do pełnienia czekających go w przyszłości ról społecznych (Kowalski i in., 2005).

Aktywność ruchowa całego społeczeństwa, a w szczególności młodego pokolenia jest nieodzowna. Jest to najtańszy, najpowszechniejszy i najwszechstronniejszy środek stymulujący rozwój, zwiększający wszechstronne możliwości adaptacyjne, dający większe poczucie bezpieczeństwa i radość oraz zdecydowanie zwiększający odporność organizmu. Ponadto wychowanie fizyczne, sport i rekreacja, będąc atrakcyjną i ulubioną formą aktywności wynikającej z „naturalnych” zainteresowań człowieka, pozwalają uniknąć szkodliwych uzależnień takich jak: palenie tytonia, picie alkoholu czy narkomanii (Bielawska, Maksimowska 2004).

Aby aktywność ruchowa była podstawą promocji zdrowia należy umożliwić dostęp do obiektów sportowych, terenów gier i zabaw ruchowych, zapewnić możliwość uczestnictwa w codziennych ćwiczeniach fizycznych i sportowych w pobliżu miejsca zamieszkania. Należałoby również stworzyć możliwość uczestniczenia w grupowych sportach odpowiadających ich zainteresowaniom i warunkom fizycznym. Ważnym problemem jest podejście do czynnego uprawiania ćwiczeń ruchowych. Dlatego też należy wskazywać ludziom zasadność wyboru tej właśnie alternatywy korzystania z wolnego czasu (Lisicki 2006).

Globalnym wezwaniem do działania na rzecz aktywności fizycznej jest Karta Toroncka. Wytacza ona cztery podstawowe obszary działań, oparte na dziewięciu wiodących zasadach, wzywając wszystkie kraje, regiony i społeczności na całym świecie do podjęcia większego politycznego i społecznego zaangażowania, w celu popularyzowania prozdrowotnej aktywności fizycznej na skalę populacyjną. Karta Toroncka jest jednocześnie narzędziem wspomagającym kreację różnych programów, które umożliwią trwałe upowszechnienie aktywnego stylu życia wszystkich ludzi.

Organizacje oraz osoby fizyczne zainteresowane promowaniem aktywności fizycznej mogą wykorzystywać Kartę do przekonywania i jednoczenia decydentów, na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym, w działaniach zmierzających do osiągnięcia wspólnego celu, jakim jest podniesienie poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa.

Kraje i organizacje działające na rzecz zwiększania uczestnictwa w aktywności fizycznej są zachęcane do stosowania dziewięciu wiodących zasad. Zasady te są spójne z takimi dokumentami Światowej Organizacji Zdrowia jak Globalna Strategia dotycząca Profilaktyki Przewlekłych Chorób Niezakaźnych - Plan Działania oraz Globalna Strategia dotycząca Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia, jak również z innymi międzynarodowymi dokumentami promującymi zdrowie (<http://globalpa.org.uk>).

Wielu autorów (Mięśowicz, Palus 2002, Rodziewicz - Gruhn 2004) potwierdza obserwowane od pewnego czasu zjawisko niskiej aktywności fizycznej młodzieży akademickiej. Wydaje się, że młodzież studiująca na kierunkach związanych z aktywnością ruchową powinna wykazywać się wysokim poziomem aktywności fizycznej, odpowiednią wiedzą na temat ćwiczeń ruchowych, umiejętnością ich wykonywania, właściwym podejściem i chęcią uczestniczenia w nich. Studenci tego typu kierunków powinni być animatorami zdrowego stylu życia, w którym aktywność ruchowa byłaby jego podstawą. Z przeprowadzonych badań nie wynika jednoznacznie, że respondenci są przygotowani do pełnienia tej roli.

W dostępnym piśmiennictwie nie natrafiono na badania poświęcone ocenie umiejętności samokontroli aktywności fizycznej w procesie aktywnego stylu życia. Jest to nowatorski temat wykorzystujący obiektywne narzędzie badawcze dzięki któremu uzyskuje się cenne informacje pozwalające zmienić nastawienie do aktywności fizycznej. Jest to bez wątpienia bardzo trudny temat wymagający dalszych badań i szerokich konsultacji w gronie naukowców zajmujących się szeroko pojętym zdrowiem.

Uzyskane wyniki nie upoważniają do wyciągnięcia jednoznacznych i kategorycznych wniosków, lecz bardziej wskazują na kierunki do dalszych badań.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że:

1. Badani studenci i studentki w małym stopniu opanowali umiejętność samokontroli w procesie aktywnego stylu życia.

2. W strukturze umiejętności samokontroli zarówno w grupie kobiet jak i mężczyzn największy udział miała umiejętność równoważenia nastawienia i umiejętność przyjęcia strategii radzenia sobie a najmniejszy umiejętność samoobserwacji.
3. Wyniki z przeprowadzonych badań mogą stanowić jeden z postulatów na rzecz Karty Toronckiej.

Literatura

1. Bielawska J., Maksimowska B. (2004), *Aktywność fizyczna studentów Politechniki Białostockiej*. W: A. Nowakowski i in. (red.). *Akademicka kultura fizyczna wczoraj – dziś*. Uniwersytet Reżyszkowski, Rzeszów, s. 113 – 122.
2. CBOS. *Dbalność o własną sylwetkę*. Warszawa (2003) BS/154/2003.
3. Corbin Ch. B., Corbin W. R., Welk K. A. Welk G. J. (2007), *Fitness i wellness. Kondycja, sprawność, zdrowie*. Wydawnictwo Zysk i spółka, Poznań.
4. Drygas W. i in., (2005) *Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki programu WO-BASZ*. *Kardiologia* Pol; 63:6(Supl.4), s1-s5.
5. Drygas W., Skiba A., Bielecki W. (2001), *Ocena aktywności fizycznej mieszkańców sześciu krajów europejskich*. Project Eest – West Helt Sap. *Medicina Sportiva* 5, s. 119 – 128.
6. Flora J.A., Maibach E.W., Maccoby N. (1989) *The role of media across four levels of Health promotion intervention*. *Annu Rev Pub Health* 1989;10: 181-201.
7. <http://globalpa.org.uk> (data odczytu: 28.05.2012 r.)
8. Jegier A., Stasiołek D. (2001), *Epidemiologiczne podstawy stosowania aktywności ruchowej w prewencji kardiologicznej*. *Medicina Sportiva*, 5 (suppl. 2): s. 97-108.
9. Kowalski M., Malinowski W., Kowalski P. (2005), *Elementy prozdrowotnego stylu życia studentów kierunków nauczycielskich na tle oddziaływań edukacyjnych*. (red.) J. Rodziewicz - Gruhn, E. Małolepszy. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie*. Kultura Fizyczna Zeszyt VI. Wydawnictwo Akademii im. Jana Długosza, Częstochowa, s. 171 - 184.
10. Lankenau B., Solari A., Pratt M. (2004) *International physical activity Policy development: a commentary*. *Publ Health Reports*; 5-6(119): 352-355.
11. Lisicki T. (2006), *Studenci I roku Akademii Medycznych wobec wymogu zdrowego stylu życia*. Wydawnictwo AWFis, Gdańsk, s. 91 – 118.
12. Mięśowicz I., Palus D. (2008), *Zachowania prozdrowotne studentów Akademii Pedagogiki Specjalnej*. W: (red.) Malinowski A. i in. *Ontogeneza i promocja zdrowia w aspekcie medycyny i wychowania fizycznego*. Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra, s. 182 – 188.
13. Osiński W. (2005) *Antropomotoryka*. AWF, Poznań.
14. Owen N., Bauman A., Booth M. i wsp. (1995) *Serial mass-media campaigns to promote physical activity: reinforcing or redundant?* *Am J Publ Health*;85(2):244-248.
15. Rodziewicz – Gruhn J., Pyzik M. (2007), *Zachowania zdrowotne studiujących zaocznie na kierunku pedagogika Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie*. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji w Poznaniu*, Nr 3, s. 163 – 167.
16. Strelau J. (2000) *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo AWF, Gdańsk.
17. Walentukiewicz A., Lipińska P., Wilk B. (2006), *Aktywność fizyczna i nawyki żywieniowe w stylu życia studentów zaocznych AWFis w Gdańsku*. W: J. Jerzemowski, M. Grzybiak, J. Piontek (red.). *Wszystkich rzeczy miarą jest człowiek*. Wydawnictwo Tower Press, Sopot, s. 288 - 290.
18. Wojnarowska B. (2010), *Edukacja zdrowotna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

THE SELF-CONTROL ABILITY OF STUDENTS AT THE POPE JOHN PAUL II STATE SCHOOL OF HIGHER EDUCATION WITHIN THEIR ACTIVE LIFESTYLE PATTERNS – AN ASSESSMENT

Human and Health, Issue 1 (VI), 2012

Mieczysław Bytniewski

Pope John Paul II State School of Higher Education in Biała Podlaska

Abstract: It is common knowledge how difficult a task it is to change one's own behavioural patterns, by for example, performing an activity differently from what we are used to, restraining ourselves from indulging our passions with a view to achieve some overriding goal or identifying and adjusting wrong reactions. Human beings are essentially able to effect these changes on their own, with a small input from external factors. This ability is known as self-control. It enables people to resist external stimuli and powerful functional patterns (executive functions) to change their cognitive and behavioural framework for the sake of achieving goals which would be unattainable without self-control.

The purpose of this paper is to assess the self-control ability among students within their active lifestyle patterns. The studies conducted during the Academic Year 2011/12 covered 112 individuals, all of them graduate or undergraduate students of Tourism and Recreation and also Public Health, at the Pope John Paul II State School of Higher Education.

The Standard Ability Assessment Survey sheets were applied in the study.

The respondents proved to have largely limited ability to self-control within their active lifestyle and physical activity patterns.

Key words: self-control, students, lifestyle factors, physical activity

Introduction

The idea that physical activity is conducive to the well-being of human beings, with regular physical exercise being especially important for health, is neither new nor original. Findings from as early as around 2500 B.C. show that the ancient Chinese would use organised physical exercise to fortify their health. Among the advocates of an active lifestyle and physical exercise as curative measures were Hippocrates and Galen, the most prominent physicians of Ancient times. The turn of the 20th Century saw the first publications probing into the correlation between the practising of sports as a profession and human life expectancy. However, it was not until the second half of the 20th Century that a major breakthrough took place in this area (Woynarowska 2010).

Extensive research in many countries provides us with new and increasingly-powerful evidence that regular physical activity prevents cardiovascular diseases, reduces premature mortality rates and mortality in general. Epidemiological studies have been carried out using very long observation periods and various populations, taking into consideration both occupational and non-occupational motor activity, as well as diverse exertion levels and duration, etc. Most known and prevalent in medical literature are the findings of the long-term studies carried out in Framingham, as well as those of the MRFIT studies, the Harvard Alumni Study and the Nurses' Health Study. Their results show that regular physical exercise can prevent ischemic heart disease (IHD), and also reduce cardiovascular-related mortality and overall mortality. In many of these studies, the observation periods spanned a dozen or even several dozen years (Framingham), whereas the studied populations reached up to more than 78,000 (the Nurses' Health Study) (Drygas and others, 2001).

In the Polish literature on the subject, the epidemiological framework of physical activity in preventing IHD is laid down by Jegier and Stasiołek (2001).

Indeed, although very important, epidemiological data is only one of the indicators of the positive effects of regular physical exercise. Experimental and clinical studies have made it possible to understand the positive dynamics of physical exercise. It is known that regular physical exertion, balanced in terms of time and intensity, facilitates lipid and carbohydrate metabolism, supports endothelial functions, and can positively modify the functional balance between the coagulation system and fibrinolysis.

There is evidence that anyone who increases the level of physical activity, regardless of age and even after long inactivity periods, can effectively improve his/her health. It is never too late to start. The studies show that psychologically-mature persons have a natural, strong need for motor activity, which they see as a part of the biological foundation of their health (Drygas et al., 2001).

Undertaken as part of education, physical exercise should be understood as a process of preparing students to apply physical-culture knowledge in their adult lives. Higher-education institutions, and in particular those specialising in health, should be a substantial source of information regarding physical culture. Curricula are designed for students to have broad opportunities to develop a proper understanding of the means of promoting their health (Osiński, 2005).

Self-control and self-evaluation of the factors involved in changing the attitudes to one's health are important factors in developing a healthy attitude to physical activity (Rodziewicz – Gruhn et al, 2007).

The state of health in our society is systematically deteriorating. We are afflicted by many diseases and ailments, Poland being the infamous European leader in mortality rates. A growing number of Poles suffer from the so-called diseases of civilisation, which are essentially the result of living in a highly-industrialised environment. Diseases of civilisation are determined by lifestyle factors. In the forefront of these are the health risks connected with overweight and obesity, low physical activity, smoking, alcohol abuse, excessive stress, etc. In essence, these are the factors that are directly determined by lifestyle (Drygas et al., 2001).

Numerous Polish and international publications, as well as the WHO, emphasise and corroborate the fact that lifestyle is a 50% factor in public health, which means that day-to-day, conscious health behaviour might contribute to lower morbidity from the diseases of civilisation.

The notion of lifestyle in psychology was pioneered by Alfred Adler. It refers to the individual's distinctive way of living, encompassing the totality of motives, traits, interests, values, behaviour, attitudes, and also the general perception of and interaction with the world (Strelau 2000).

According to Woynarowska (2010), lifestyle can be described as the behaviour, attitudes and general philosophy of life pursued by an individual. It is determined by many factors, such as the environment, the social and cultural standards of a given society/community in which individuals live, or which they feel part of. At the core of a lifestyle are one's beliefs, values, life skills and, more generally, the economic, political and organisational structure of the society.

Remarkably, it often happens that the lifestyle of an individual undergoes more or less radical changes as he/she enters new life stages, changes social status, self-educates, or restructures the hierarchy of values. In contemporary times, therefore, shaping one's lifestyle is not a one-off task. Neither is it an unnecessary luxury. Rather, it is one of the components of self-development and an important creative task. An individual's lifestyle is influenced by his/her personality, and the personality changes through lifestyle.

Almost everyone knows from experience how hard it is sometimes to change one's own behaviour, by for example, performing an activity differently from what we are used to, restraining ourselves from indulging our passions with a view to achieve some overriding goal or identifying and adjusting wrong reactions. Because human beings are essentially able to effect this change on their own, with a small input from external factors, this ability is called self-control. It enables people to resist external stimuli and powerful functional patterns (executive functions) and to change their cognitive and behavioural framework for the sake of achieving goals which would be unattainable without self-control. The importance of self-control is particularly evident when, as a result of certain neurodegenerative disorders, it is impaired, leading people to distort the purposefulness and coherence of their behaviour (Strelau 2000).

Materials and methods

The aim of this study was to assess the ability of self-control among male and female students within their active lifestyles.

The studies conducted during the Academic Year 2011/12 covered 112 individuals - 81 females and 31 males - all of them graduate or undergraduate students of Tourism and Recreation and also Public Health at the Pope John Paul II State School of Higher Education.

The Standard Ability Assessment Survey sheets were applied in the research. The following abilities were measured: self-assessment, self-monitoring, goal identification, planning, taking action, the balancing of attitudes, overcoming obstacles, understanding consumer behaviour, finding social support, avoiding failures, adopting strategies for coping, and time management. The respondents could assess the extent to which they had these abilities by choosing one of the three standard answers: absolutely true, partly true, not true (Corbin et al., 2007).

The analysis of the above-mentioned factors made it possible to establish self-control ability among students using the following benchmarks:

- good (30 – 36 points.),
- moderate (24 – 29 points.),
- needs improvement (< 24 points.).

Study results

Each question refers to one type of self-control ability.

Self-assessment

This involves the developing of the ability to assess one's own condition, health and mood. In addition to this, an individual must learn to interpret the results of self-assessment. In order to be effective and reliable, this self-assessment ability must be practised.

"I regularly assess the condition of my health, and also the results of exertion tests, comparing them against standards".

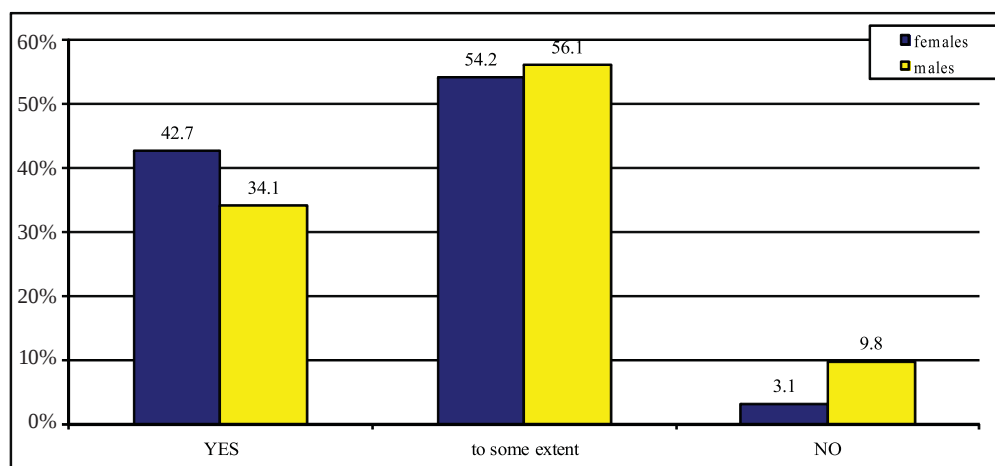


Figure 1. Self-assessment

More than half the students (54.2% of the females and 56.1% of the males) were unable to assess whether they had self-assessment ability, whereas a small percentage (below 10%) were absolutely sure they did not have this ability. Only 42.7% of the female students and 34.1% of the male students claimed they could not self-assess their own condition, health and mood.

Self-monitoring

This involves the observation of one's own behaviour and drawing conclusions from it. Many people claim they have adopted a healthy lifestyle, whereas in fact they have not. They have a distorted picture of what they actually do. Self-observation provides a true picture of our behaviour and progress.

"I regularly make notes concerning my physical condition in order to monitor on an ongoing basis my levels of physical activity"

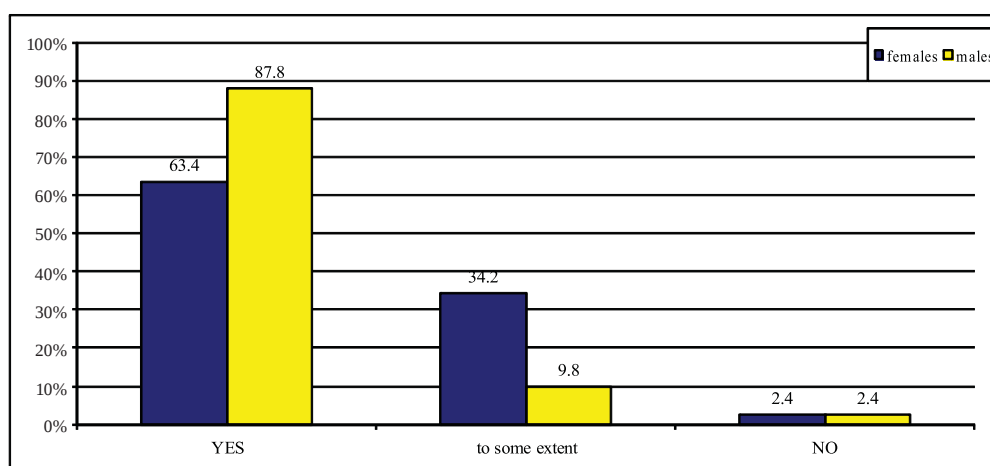


Figure 2. Self-monitoring

The large majority of the male students (87.8%) stated they were able to self-monitor their own behaviour and record it. With 63.4%, such a claim was much less prevalent among the female students. One third of the female students (34.2%) were not entirely sure if they had the ability. Only a small percentage of the female and of the male students claimed to be unable to use self-monitoring.

Goal identification

This entails the ability to learn ways of identifying goals we wish to achieve in the future. It is important that goals are realistic and feasible. In the case of beginners, it is essential to set goals involving a change in behaviour.

"I identify realistic and feasible goals in order to improve my condition and activity, while observing my progress in achieving these goals"

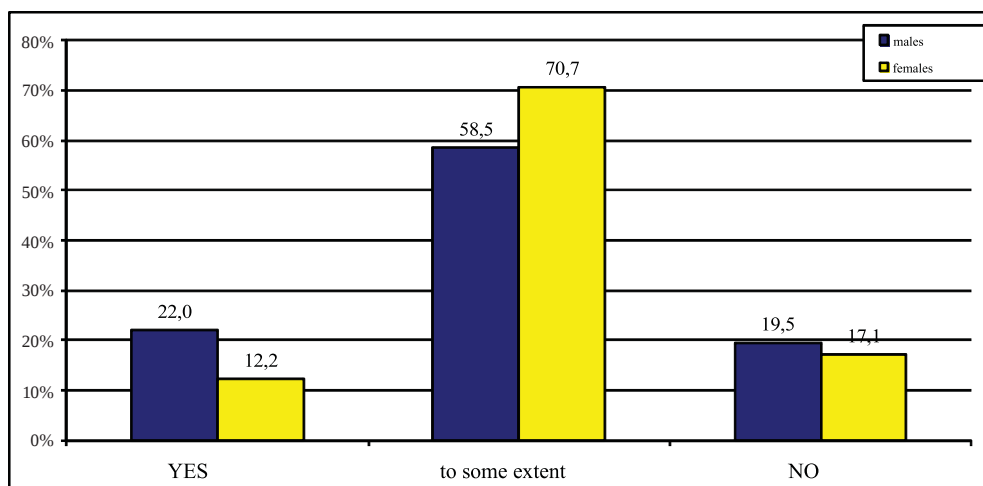


Figure 3. Goal identification

Only a small proportion of respondents (22% of the female students and 12.2% of the male students) were able to identify goals involving an improvement in their condition and activity. The remaining respondents could not assess their abilities in this area (58.5% of the female students and 70.7% of the male students) or were absolutely sure that they did not have such ability (19.5% of the female students and 17.1% of the male students).

Planning

This involves the ability to learn how to plan one's own actions and do it independently. The ability can be developed through learning and practice.

"I have developed an individualised programme of exercise to comprehensively improve my condition and health"

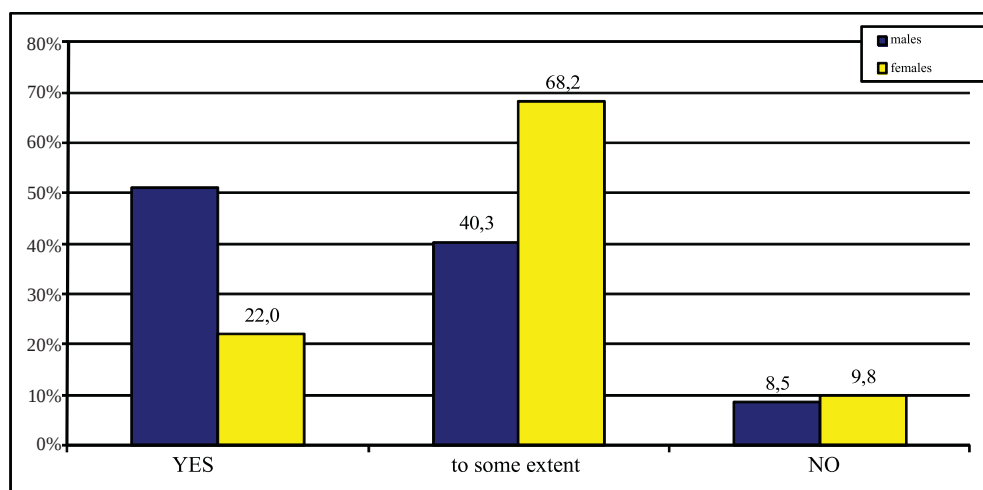


Figure 4. Planning

More than half of the female students (51.2%) believed they were able to plan their physical exercise with the aim of improving their condition and health. Among the male students as few as 22% confirmed they had the ability. The ability was partly developed in 40.3% of the female students and 68.2% of the male students. The remaining respondents were absolutely sure of being unable to plan physical exercise.

Pursuing activities

This all is about developing abilities which are essential for pursuing certain activities, such as sport or relaxation. The ability to act helps gain self-confidence and enjoy an active life.

"I have the necessary motor skills enabling me to take regular exercise"

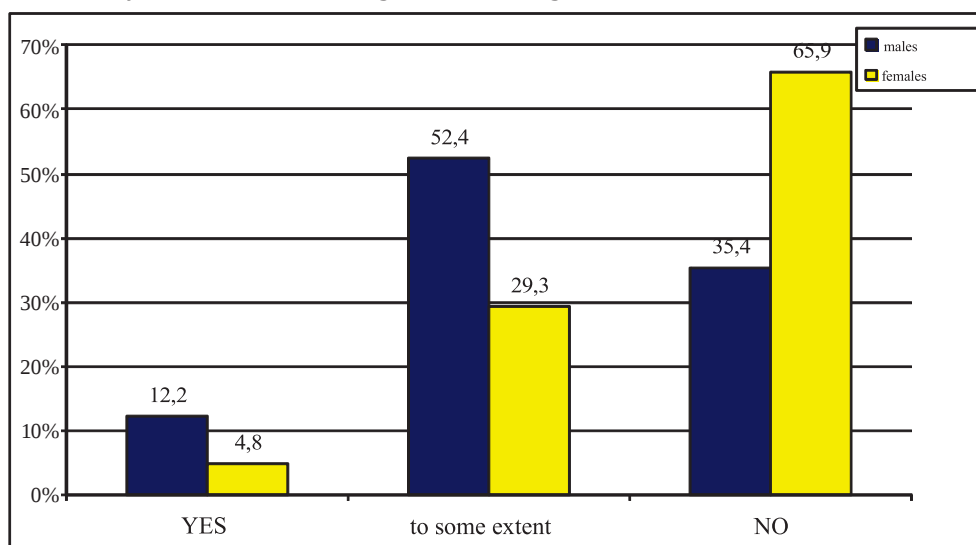


Figure 5. Pursuing activities

Only a small group of respondents (12.2% of the female students and 4.8% of the male students) claimed to have the necessary motor skills enabling them to take regular exercise. As many as 65.9% of the male students and 35.4% of the female students stated their motor skills were insufficient to engage in physical activities. The remaining group (52.4% of the female students and 29.3% of the male students) of the respondents were unable to assess their motor skills.

The balancing of attitudes

It involves the ability to learn how to balance positive and negative attitudes. In order to adopt a healthy life-style, it is crucial to develop positive and reduce negative attitudes.

"My attitude to physical exercise is more positive than negative"

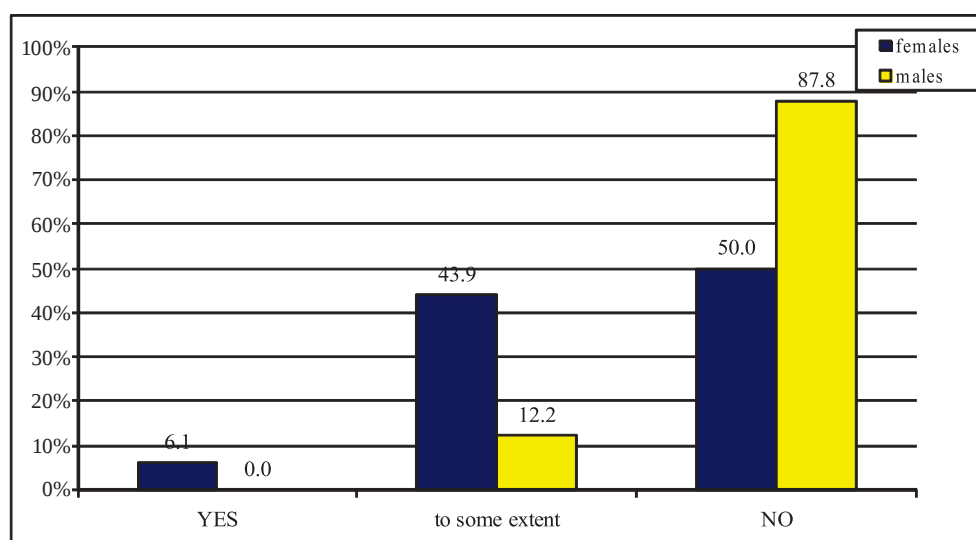


Figure 6. The balancing of attitudes

Data illustrated in Figure 6 shows that the respondents' attitude to physical exercise is largely negative. This holds true for as many as 87.8% of the male students and 50% of the female students. Also, a significant proportion of the respondents were unable to define their attitude (43.9% of the female students and 12.2% of the male students). As few as 6.1% of the female respondents showed a positive attitude to physical exercise.

Overcoming obstacles

This is about developing the abilities to overcome certain obstacles, such as the lack of facilities, training equipment, uncomfortable conditions, etc. In developing the ability to overcome obstacles, people learn to adjust their training schedule, gain access to facilities and equipment, and also develop ways of coping with other obstacles.

"I manage to take exercise even when the weather is bad and I have no time"

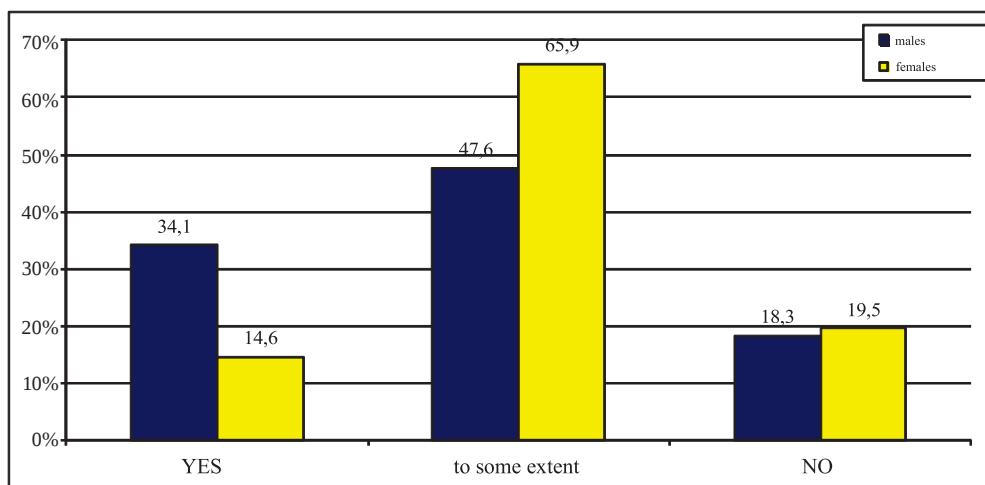


Figure 7. Overcoming obstacles

Only a small group of respondents (34.1% of the female students and 14.6% of the male students) works on developing the ability to overcome obstacles to physical activity. Approximately 20% the female and male respondents did not engage in physical exercise due to bad weather conditions and lack of time. The remaining group (47.6% of the female students and 65.9% of the male students) were only partly able to cope with such difficulties.

Understanding consumer behaviour

This is about changing one's own false beliefs which lead to wrong decisions.

"I know how to identify my false and exaggerated view of my condition"

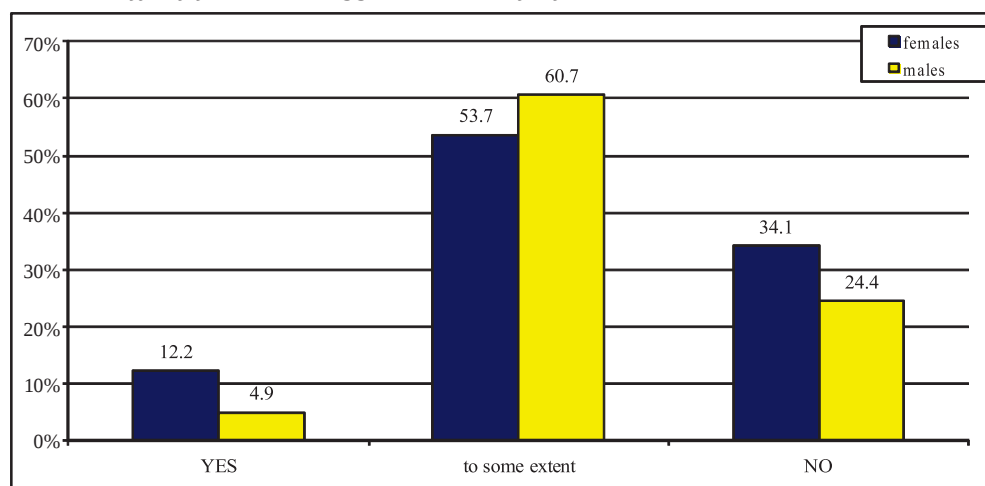


Figure 8. Understanding consumer behaviour

Here too only a small percentage of the respondents (12.2% of the female students and 4.9% of the male students) could reliably assess their condition. More than half (53.7% of the female students and 60.7% of the male students) were only partly able to do so. The remaining respondents (34.1% of the female students and 24.4% of the male students) could not discern whether their view of their condition was false or exaggerated.

Finding social support

This is about learning how to get other people - family, or friends - to provide help in supporting one's own independent decisions concerning a healthy lifestyle. Professional medical support is also helpful.

"I know how to encourage others to join me in taking exercise and how to get other people to help me pursue my own training programme"

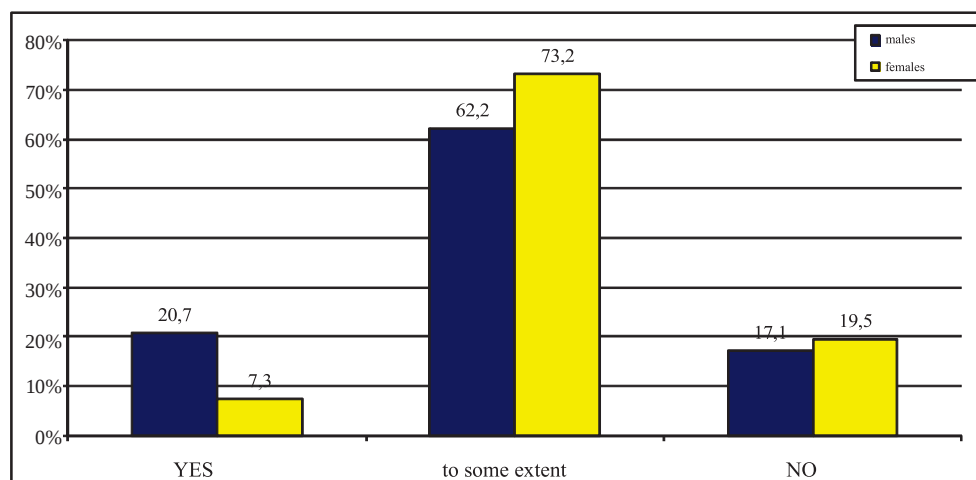


Figure 9. Finding social support

The largest proportion of respondents (62.2% of the female students and 73.2% of the male students) claimed they were only able partly to encourage others to join them in taking exercise and to get others to help them in pursuing their training programme. As few as one in five of the female students (20.7%) and a small percentage of the male respondents (7.3%) had mastered this ability. The remaining respondents (17.1% of the female students and 19.5% of the male students) stated they had not learned the ability in question.

Avoiding failures

This is about maintaining positive behaviour which has already been adopted. Sometimes it is easy relapse into an unhealthy lifestyle. It involves the abilities to avoid high-risk situations and learn to say "no".

"I know and employ strategies for undertaking exercise, especially if my physical activity has been non-existent so far"

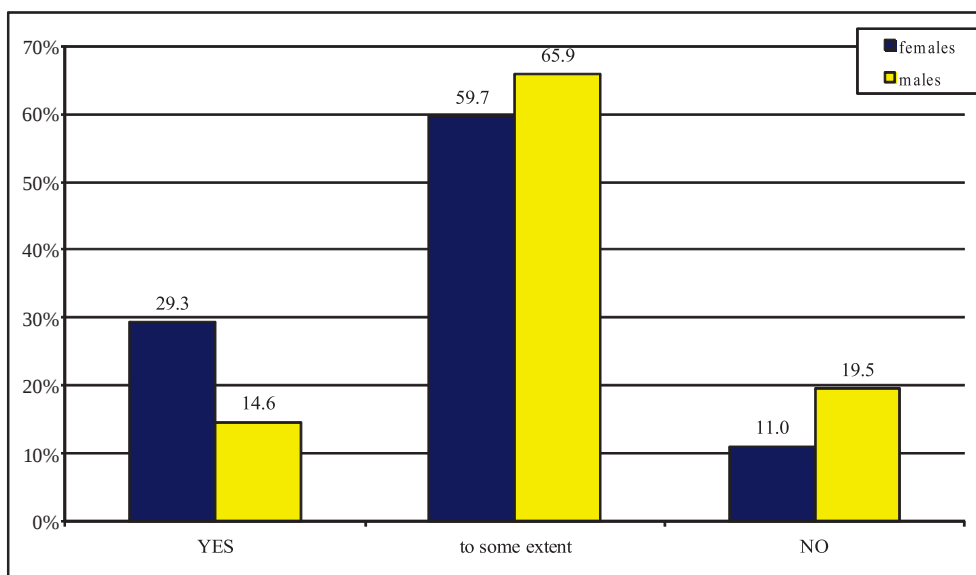


Figure 10. Avoiding failures

Figure 10 demonstrates that the respondents had only to a small extent developed the ability to avoid failures. 29.3% of the female and 14.5% of the male respondents confirmed they had mastered the ability. 59.7% and 65.9%, respectively, claimed to have partly learned to avoid failures. 11% of the female and 19.5% of the male respondents did not know or employ any strategies for undertaking exercise.

Adopting strategies of coping

It is about learning to reshape the perception of certain things. People with such ability can assess a given situation from different perspectives and see them in a more positive way.

"I take up sports I'm not particularly good at, as I enjoy them, even when I don't excel in them"

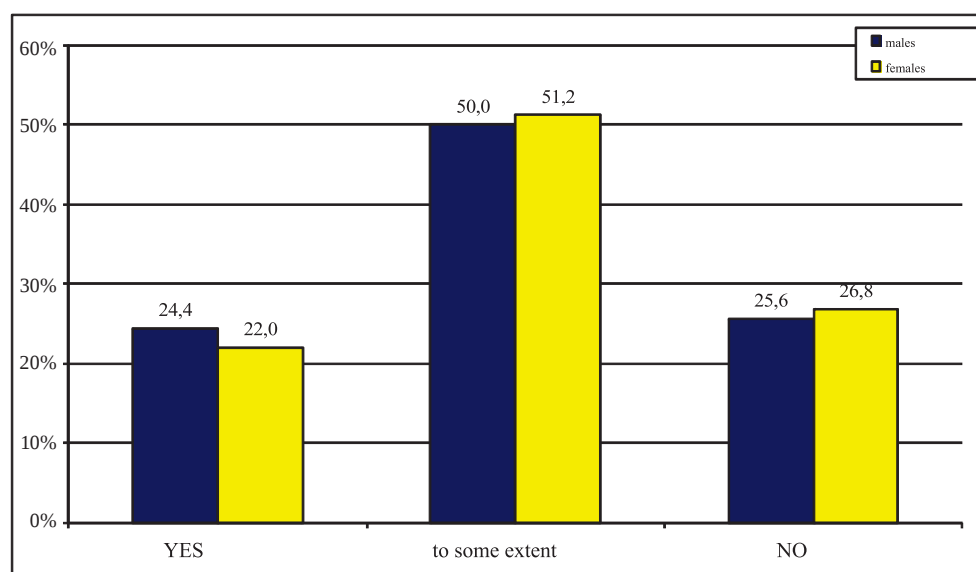


Figure 11. Adopting strategies of coping

Only every fifth respondent (24.4% of the female and 22% of the male students), despite poor motor skills, could identify the benefits of physical activities. Every second respondent, both female and male, claimed to be partly aware of such benefits. Every fifth respondent claimed their non-existent or low motor capacities prevented them from undertaking physical activities.

Time management

It involves making notes, like in the case of self-monitoring. It entails constant monitoring, rather than the observation of selected behaviour. Effective time monitoring is helpful in planning and adopting a healthy lifestyle.

"I manage my time so as to be able to pursue my training programme"

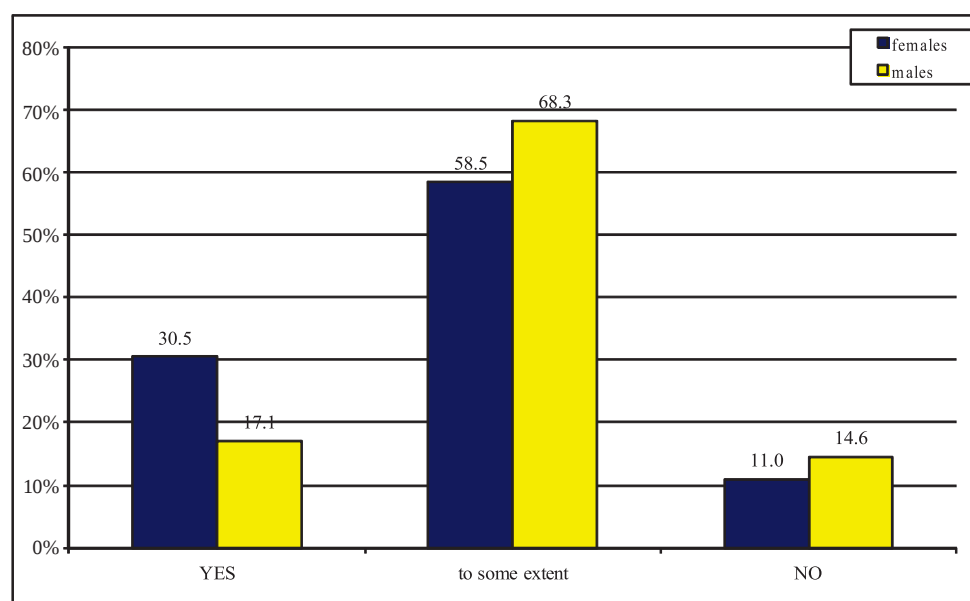


Figure 12. Time management

Figure 12 data imply that the respondents are for the major part unable to manage their time. 30.5% of the female and 17.1% of the male respondents claimed to have this ability, while 58.5% and 68.3%, accordingly, mas-

tered it only to some extent. 11% of the male and 14.5% of the female respondents were unable to manage their time to pursue their training programmes.

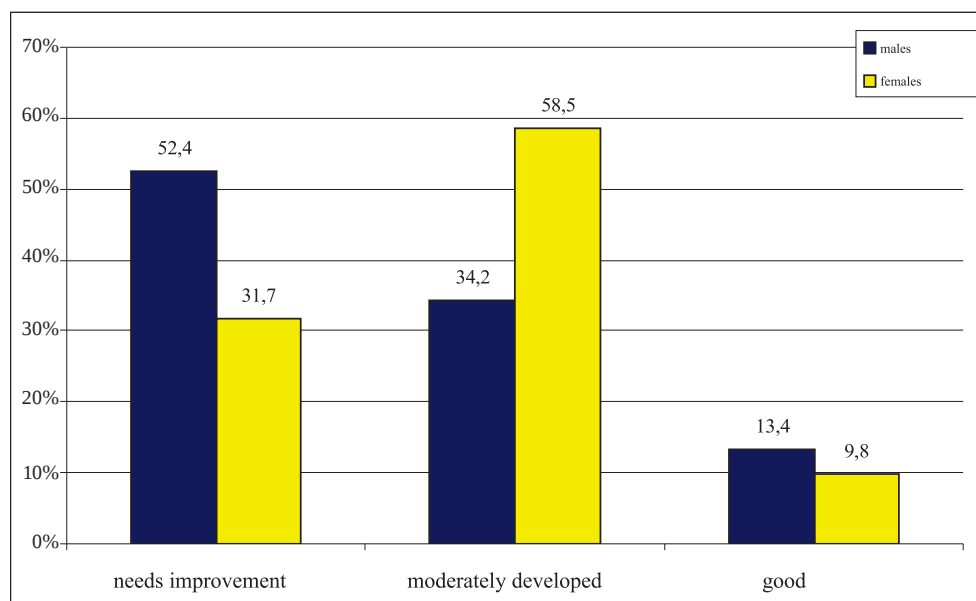


Figure 13. The ability to assess one's own self-control skills

The results suggest that only a small proportion of the respondents (13.4% of the female and 9.8% of the male students) thought their self-control ability was good. 34.2% female and 58.5% male respondents believed their self-control ability was moderately developed, while 52.4% and 31.7%, respectively thought they needed to improve this ability.

The following Figures illustrate the self-control assessment ability broken down in percentage terms by the studied abilities.

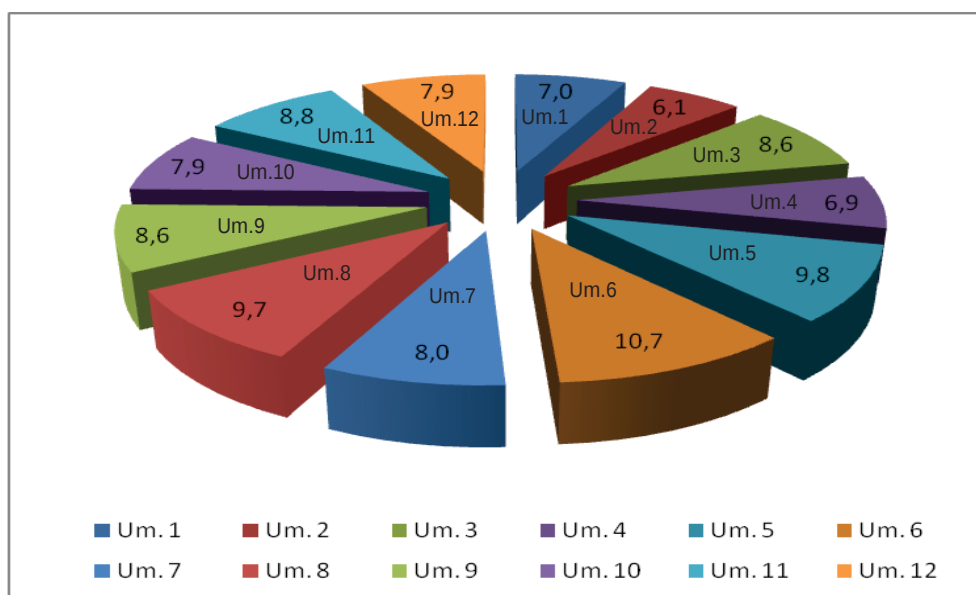


Figure 14. A breakdown of self-control assessment ability among the studied female students

Key:

Um 1 – Self-assessment, Um 2 – Self-monitoring, Um 3 – Goal identification, Um 4 – Planning, Um 5 – Pursuing activities, Um 6 – The balancing of the attitudes, Um 7 – Overcoming obstacles, Um 8 – Understanding consumer behaviour, Um 9 – Finding social support, Um 10 – Avoiding failures, Um 11 – Adopting strategies for coping, Um 12 – Time management

Among the female students the ability to balance attitudes was found to be the most prevalent (10.7%), followed by “strategies for coping” (9.8%) and “understanding consumer behaviour” (9.7%). In turn, most uncommon were the abilities of self-monitoring (6.1%) and planning (6.9%).

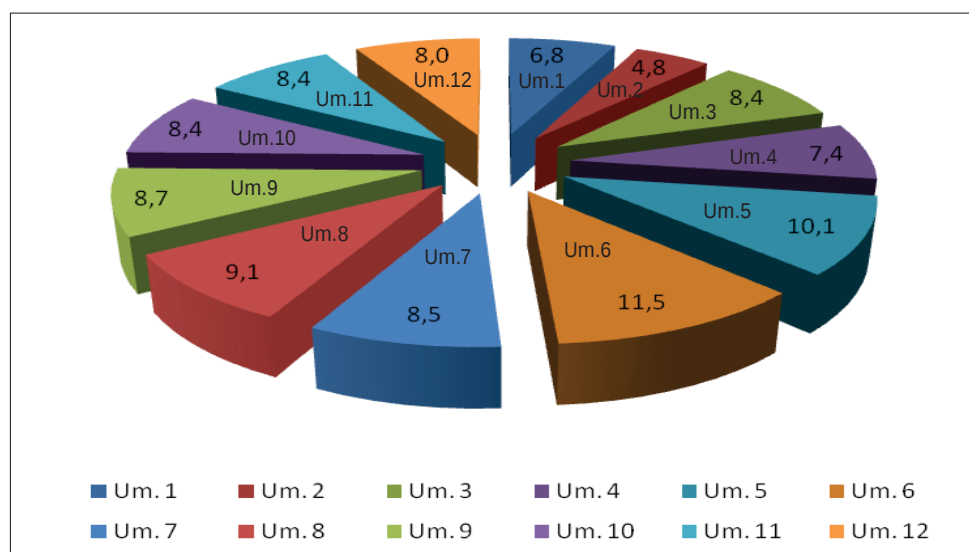


Figure 15. A breakdown of self-control assessment ability among the studied male students

As was the case with the female students the most prevalent ability among the male students was “the balancing of attitudes” (11.5%) and the ability to adopt strategies of coping (10.1%). Self-monitoring ability proved to be the most infrequent in this group (4.8%).

Discussion

Nowadays, people are increasingly devoted to pursuing careers and fulfilling their ambitions. In doing so, however, they lose sight of what is most important for them – health. The mindlessness and possessiveness of modern-day man, whose only goal is to seek comfort and multiply wealth, leads not only to the degradation of the environment, but mankind as well (Drygas et al., 2001).

Admittedly, the new millennium has brought certain positive change to the lifestyle of the Poles. This is reflected in the 2002 and 2003 studies run by CBOS (The Centre for Public Opinion Research), in which physically-active respondents accounted for 23% and 26% respectively. However, these figures are still hardly comparable with the level of physical activity recorded in other European countries, and in particular in Scandinavia. Indeed, 50-70% of the adult population in Scandinavian countries regularly take exercise, whereas only 10-25% prefer a sedentary lifestyle (Drygas et al., 2005).

It proves quite a challenge to effectively promote regular physical exercise. Lankenau et al. identify three fundamental factors impeding the promotion of active lifestyle:

- the large majority of the benefits from chronic disease prevention (including those from an active lifestyle) become manifest in the long term,
- what is necessary for regular physical exercise to be possible is not only personal resolution and commitment, but also an environment which fosters an active lifestyle through culture, infrastructure and society,
- the fact that health and medical policies focus on recovery rather than prevention (Lankenau et al., 2004).

The international literature provides several strategies for promoting an active lifestyle.

Standard educational programmes promoting physical exercise as beneficial to health are implemented chiefly through the mass media. This way they perform four basic tasks:

- providing new information,
- strengthening existing knowledge and adopted behaviour,
- drawing attention to existing health programmes,
- supporting action in local communities (Flora et al., 1989, Owen et al., 1995)

Despite strengthened education measures related to the promotion of a healthy lifestyle in schools, media, foundations, NGOs, etc., people taking regular physical exercise are still a minority. Contemporary achievers argue that they refrain from physical activity because they have little time, and also lack skills and have no access to proper infrastructure and equipment. Usually, they spend their free time watching television or sitting in front of their computers, ignoring their evolutionally-developed natural need for physical activity (Rodziewicz – Gruhn et al., 2007).

One of the postulations behind physical activity is the comprehensive and harmonious development of people, and in particular the development such traits as activeness, discipline, consistency, fortitude, etc. These are of significant importance when it comes to efficiency at work, preparing young people in a comprehensive way to live in society, and in particular to fulfil their future social roles (Kowalski et al., 2005).

Physical activity is indispensable for the whole of society, and especially the young generation. It is the cheapest, and also the most popular and comprehensive way of stimulating human development, helping to expand various adaptation skills, providing greater security and happiness, and also significantly fortifying the immune system. What is more, physical education, sport and recreation, being attractive and the most popular forms of activities which are of "natural" interest to people, help avoid addiction from tobacco, alcohol and other drugs (Bielawska, Maksimowska 2004).

In order to make physical activity the very basis of health promotion, one needs to facilitate access to sports facilities and playgrounds, and also ensure that the infrastructure for regular physical exercise and sport activities is readily available to all citizens. Moreover, opportunities should be created for team sports which correspond to the interests and physical capacities of the local population. What is also important is the very attitude of people to active physical exercise. Therefore they should be made aware that by choosing physical activity as their pastime, they are making the right choice (Lisicki, 2006).

The Toronto Charter for Physical Activity is a global call for action to promote physical activity. It outlines four fundamental actions based on nine guiding principles and is a call for all countries, regions and communities to strive for greater political and social commitment to support health-enhancing physical activity for all. At the same time, it is a tool for supporting the development of programmes for the sustainable promotion of an active lifestyle for the entire population.

The Charter can be used both by organisations and individuals interested in promoting physical activity to persuade and unite decision-makers on a national, regional and local level to strive to achieve the common goal of increasing the physical activity of the public.

Countries and organisations dedicated to increasing physical activity are encouraged to take advantage of nine guiding principles. These principles are in line with documents issued by the WHO, including the Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, the Global Strategy for Diet, Physical Activity and Health, and also other international policies on health promotion (<http://globalpa.org.uk>).

Many contemporary authors (Mięsowicz, Palus 2002, Rodziewicz - Gruhn 2004) have found evidence of a development that has been observed for some time, involving low physical activity among university students. It could be assumed that young people who study in the fields of physical culture and education should themselves be highly active and educated about various ways of performing physical exercise. They should also be able to successfully engage in such exercise and have the proper attitude and motivation to do so. Students of such fields should encourage a healthy lifestyle driven by physical activity. However, the studies provide no indication as to whether these respondents *are* ready to play this role.

The available literature has not dealt with the assessment of the self-control ability within an active lifestyle. It is a new subject which utilises an objective research tool providing valuable information with the potential to change attitudes to physical activity. Without question, it is also very complex and requires further research and cooperation between scientists dealing with health at large.

It would be inappropriate to draw any positive or absolute conclusions from the results. Rather, they are an indication of what future research should focus on.

Conclusions

The study has provided the following findings:

1. The studied male and female students have only to a small extent learned the ability to self-control within their active lifestyle.
2. Prevailing within the breakdown of self-control -assessment ability, both among the studied male and female students, were the ability to balance attitudes and the ability to adopt strategies for coping. The most uncommon was the ability of self-monitoring.
3. The results of this research can be used to advocate the Toronto Chart.

References

1. Bielawska J., Maksimowska B. (2004), *Aktywność fizyczna studentów Politechniki Białostockiej*. W: A. Nowakowski i in. (red.). *Akademicka kultura fizyczna wczoraj – dziś*. Uniwersytet Reżyszkowski, Rzeszów, s. 113 – 122.
2. CBOS. *Dbłość o własną sylwetkę*. Warszawa (2003) BS/154/2003.
3. Corbin Ch. B., Corbin W. R., Welk K. A. Welk G. J. (2007), *Fitness i wellness. Kondycja, sprawność, zdrowie*. Wy-

- dawnictwo Zys i spółka, Poznań.
4. Drygas W. i in., (2005) *Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki programu WO-BASZ*. Kardiologia Pol; 63:6(Supl.4), s1-s5.
 5. Drygas W., Skiba A., Bielecki W. (2001), *Ocena aktywności fizycznej mieszkańców sześciu krajów europejskich. Project East – West Helt Sap*. Medicina Sportiva 5, s. 119 – 128.
 6. Flora J.A., Maibach E.W., Maccoby N. (1989) *The role of media across four levels of Health promotion intervention*. Annu Rev Pub Health 1989;10: 181-201.
 7. <http://globalpa.org.uk> (data odczytu: 28.05.2012 r.)
 8. Jegier A., Stasiołek D. (2001), *Epidemiologiczne podstawy stosowania aktywności ruchowej w prewencji kardiologicznej*. Medicina Sportiva, 5 (suppl. 2): s. 97-108.
 9. Kowalski M., Malinowski W., Kowalski P. (2005), *Elementy prozdrowotnego stylu życia studentów kierunków nauczycielskich na tle oddziaływań edukacyjnych*. (red.) J. Rodziewicz - Gruhn, E. Małolepszy. Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Kultura Fizyczna Zeszyt VI. Wydawnictwo Akademii im. Jana Długosza, Częstochowa, s. 171 - 184.
 10. Lankenau B., Solari A., Pratt M. (2004) *International physical activity Policy development: a commentary*. Publ Health Reports; 5-6(119): 352-355.
 11. Lisicki T. (2006), *Studenci I roku Akademii Medycznych wobec wymogu zdrowego stylu życia*. Wydawnictwo AWF i S, Gdańsk, s. 91 – 118.
 12. Mięslowicz I., Palus D. (2008), *Zachowania prozdrowotne studentów Akademii Pedagogiki Specjalnej*. W: (red.) Malinowski A. i in. *Ontogeneza i promocja zdrowia w aspekcie medycyny i wychowania fizycznego*. Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra, s. 182 – 188.
 13. Osiński W. (2005) *Antropomotoryka*. AWF, Poznań.
 14. Owen N., Bauman A., Booth M. i wsp. (1995) *Serial mass-media campaigns to promote physical activity: reinforcing or redundant?* Am J Publ Health;85(2):244-248.
 15. Rodziewicz – Gruhn J., Pyzik M. (2007), *Zachowania zdrowotne studiujących zaocznie na kierunku pedagogika Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie*. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji w Poznaniu, Nr 3, s. 163 – 167.
 16. Strelau J. (2000) *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo AWF, Gdańsk.
 17. Walentukiewicz A., Lipińska P., Wilk B. (2006), *Aktywność fizyczna i nawyki żywieniowe w stylu życia studentów zaocznych AWF i S w Gdańsku*. W: J. Jerzemowski, M. Grzybiak, J. Piontek (red.). *Wszystkich rzeczy miarą jest człowiek*. Wydawnictwo Tower Press, Sopot, s. 288 - 290.
 18. Woynarowska B. (2010), *Edukacja zdrowotna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.