

**PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ**

PROGRAM KOMPLEKSOWEGO LECZENIA DIETETYCZNO-REHABILITACYJNEGO  
DLA PACJENTÓW OTYŁYCH Z ZABURZENIAMI METABOLICZNYMI,  
DIABETOLOGICZNYMI, KARDIOLOGICZNYMI I ENDOKRYNOLOGICZNYMI DLA  
MIESZKANCÓW GMINY DOBRA NA ROK 2023

## I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

### I.1.

Otyłość jest stanem, w którym ilość energii dostarczonej istotnie przewyższa jej zużycie przez organizm i charakteryzuje się zwiększeniem ilości tkanki tłuszczowej.

Otyłość to wg definicji WHO stan, gdy wskaźnik BMI przekracza 30 kg/m kw. Otyłość jest chorobą o złożonej etiologii, a wśród czynników przyczyniających się do jej rozwoju, obok predyspozycji genetycznych, za najważniejsze uznaje się czynniki środowiskowe i behawioralne.

Otyłość jest znanym czynnikiem rozwoju chorób metabolicznych ( cukrzyca, zespół metaboliczny) oraz chorób układu sercowo-naczyniowego. Obserwuje się stały wzrost odsetka osób z nadwagą i otyłych w populacji ogólnej, co skutkuje wzrostem zapadalnością na choroby układu sercowo-naczyniowego. Otyłość i nadwaga to bardzo silne czynniki ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, zatorowości płucnej a także przedwczesnego zawału mięśnia sercowego i udaru mózgu. Pozostałe konsekwencje otyłości to powikłania ze strony układu kostno-stawowego, choroby dróg żółciowych oraz zwiększone ryzyko powstawania nowotworów.

Nadwaga i otyłość są głównymi czynnikami ryzyka dla wielu chorób przewlekłych i według ekspertów niosą za sobą szereg negatywnych konsekwencji dla funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego otyłego człowieka. Otyłość ma wpływ na samoocenę pacjenta, niezadowolenie z kształtów i masy swojego ciała, poczucie winy i bezradności, depresji, nadużywania alkoholu, leków lub narkotyków. Złe nawyki żywieniowe nabyte w dzieciństwie utrwalają się i mają wpływ na rozwój otyłości w społeczeństwie, która z kolei przyczynia się do problemów społecznych.

### I.2.

Wg WHO w Regionie Europejskim liczba osób z nadmierną masą ciała jest trzykrotnie większa niż 20 lat temu (Hyde, 2008). Wg danych z raportu WHO w 2014 r u osób powyżej 18 roku życia nadmierna masa ciała występowała u 63,7% mężczyzn i 56,2% kobiet, a otyłych odpowiednio 22,1% i 24,6% (WHO, 2014). W Polsce wg WHO nadmierna masa ciała występowała u 68,2% mężczyzn i 60,5% kobiet, a otyłych odpowiednio 24,8% i 29,1%.

Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych dla województwa zachodniopomorskiego, liczbę osób otyłych w Polsce w 2016r. oszacowano na 271,6 tys. (w przeliczeniu na 100tys. Mieszkańców było to 0,7 tys). Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy otyłość w roku 2016 wyniosła 32,2 tys przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 84,0. W przeliczeniu na 100 tysięcy osób w województwie zachodniopomorskim odnotowano najwyższą wartość liczby hospitalizacji z powodu otyłości.

### I.3.

Europejskie programy walki z otyłością to: „Europejska Karta Walki z Otyłością“(2006), „Biała Księga- Europejska strategia dla problemów zdrowotnych związanych z

odżywianiem się, nadwagą i otyłością“ (2007), „II Europejski Plan Działania dot. Polityki w zakresie żywności i żywienia na lata 2007-2012“.

W Polsce przeprowadzono następujące programy narodowe:

- „Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej (POL-HEALTH) opracowany we współpracy z WHO i Komisją Europejską, I etap 2007-2011“
- „Karta żywienia i Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży w Szkole (2007)“
- „Moje Boisko- Orlik 2012“
- „Narodowy Program Zdrowia 2016-2020“ opracowane przez Ministerstwo Zdrowia, w którym ostatni projekt miał miejsce w 2018 roku i dotyczył rozwoju kompetencji osób uczestniczących w zadaniach na rzecz ograniczania występowania nadwagi i otyłości.
- Ministerstwo Zdrowia wspiera lokalne inicjatywy dotyczące walki z otyłością tworząc lokalne grupy wsparcia. Takie inicjatywy miały miejsce w Mysłowicach- udział wzięło 35 uczestników, w Chorzowie- 23 osoby, w Kaliszu-19 osób, w Poznaniu- 32 uczestników i w Ostrowie Wielkopolskim- 20 osób.

Niestety, nie ma jak widać opracowanego jednolitego ogólnonarodowego programu walki z otyłością. Dotychczasowe działania w Polsce miały charakter lokalny, a nie systemowy. W trosce o zdrowie publiczne mieszkańców Gminy Dobra proponujemy „Program kompleksowego leczenia dietetyczno-rehabilitacyjnego dla pacjentów otyłych z zaburzeniami metabolicznymi, diabetologicznymi, kardiologicznymi i endokrynologicznymi“.

Leczenie otyłości w oparciu o Zespoły Terapeutyczne jest zalecane przez „Standardy Leczenia Dietetycznego“ Polskiego Towarzystwa Dietetycznego oraz „Standardy Rehabilitacji Kardiologicznej“ Sekcji Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Program wpisuje się w priorytety:

„przeciwdziałanie występowaniu otyłości“, a także pośrednio „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu“ oraz „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu cukrzycy“, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (DZ.U.2018 poz. 469).

## II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

### II.1.

Podstawowym celem programu jest zmiana stylu życia uczestników oraz ich rodzin. Mierzalnym celem programu jest zmniejszenie masy ciała i poprawa podstawowych parametrów metabolicznych uczestników - u przynajmniej 50% uczestników dla zmniejszenia ryzyka chorób cywilizacyjnych.

### II.2.

Cele szczegółowe programu to:

Zmiana stylu życia conajmniej 50% uczestników, a zwłaszcza sposobu odżywiania się poprzez wdrożenie prawidłowych nawyków żywieniowych oraz rozwój ich aktywności ruchowej z uwzględnieniem ograniczeń zdrowotnych.

Celem szczegółowym jest osiągnięcie u conajmniej 50% uczestników obniżenie masy ciała, poprawa podstawowych parametrów metabolicznych oraz poziomu samoakceptacji, określanej na podstawie ankiety końcowej.

### II.3.

Mierniki (wskaźniki) oceny stopnia realizacji celów programu polityki zdrowotnej:

Do celu głównego:

- zmniejszenie masy ciała o 3-5% w stosunku do wagi wyjściowej u conajmniej 50% uczestników.
- określenie średniej ilości kilogramów, o którą obniżyła się masa ciała uczestników programu
- średnia wartość poziomu cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, trójglicerydów, glukozy, kwasu moczowego, o jaką obniżyły się te parametry u uczestników programu
- liczba osób, u których obniżyły się powyższe parametry
- liczba osób, u których nastąpiła poprawa poziomu samoakceptacji wyrażona w ankiecie końcowej
- liczba osób, u których nastąpiła poprawa wskaźników oceny funkcjonalnej uczestników oceniane przez fizjoterapeutę biorącego udział w programie

Do celów szczegółowych:

- liczba osób, u których nastąpiło obniżenie masy ciała o conajmniej 3%
- liczba osób, u których nastąpiło obniżenie masy ciała o conajmniej 5%
- odsetek osób, u których nastąpiła poprawa wartości parametru WHR
- odsetek osób, u których wystąpiło obniżenie wskaźnika BMI
- odsetek osób, które wprowadziło prawidłowe nawyki żywieniowe (wg przeprowadzonej ankiety)
- odsetek, o jaki poprawiły się parametry oceny funkcjonalnej: parametry spirometryczne i dystans marszu 6-minutowego.

## III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

### III.1.

Liczba mieszkańców gminy Dobra wynosi 24 765 osób- stan na 31 grudnia 2022r..

Biorąc pod uwagę epidemiologię najważniejszych schorzeń cywilizacyjnych będących powikłaniem otyłości dotkniętych nimi może być aż 20% populacji.

Oprócz nadwagi u osoby kwalifikowanej do programu musi występować przynajmniej jedna z następujących schorzeń: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca, zatorowość płucna, cukrzyca, choroby endokrynologiczne, zespół metaboliczny, udar

mózgu lub ich podejrzenie. Szacujemy, że pulacja docelowa może liczyć około 250 mieszkańców

### III.2.

Podstawowym kryterium kwalifikacji do programu jest występowanie nadwagi lub otyłości, współistniejące z przynajmniej jednym z następujących schorzeń: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca, zatorowość płucna, cukrzyca, choroby endokrynologiczne, zespół metaboliczny, udar mózgu lub ich podejrzenie.

Kolejnym, podstawowym kryterium włączenia jest zgoda pacjenta na udział w programie.

Kryterium wyłączeniowym jest brak zgody pacjenta na udział w programie oraz niestabilny przebieg chorób współistniejących.

Informacja o programie zostanie ogłoszona na portalach informacyjnych Gminy, w przychodniach na terenie Gminy, na stronie internetowej i Facebook Gminy i Centrum Medycznego Dobra. Zaplanowano wydrukowanie ulotek informacyjnych, które wyłożone będą w urzędach Gminy, przychodniach, aptekach, poczcie i sklepach.

### III.3.

Pacjenci zakwalifikowani do programu uczestniczą w organizowanych cyklicznie wykładach, konsultacjach i warsztatach. W katalogu świadczeń gwarantowanych przez NFZ takie formy działania nie mają miejsca, mimo iż są zalecane przez Polskie Towarzystwo Dietetyczne, Diabetologiczne, Kardiologiczne, czy Towarzystwo Badań nad Otyłością.

Spotkania są prowadzone przez Zespół Terapeutyczny, w którego skład wchodzi lekarze: diabetolog, kardiolog i endokrynolog oraz dietetyk, psycholog i fizjoterapeuta.

Rekomendacje wskazują na konieczność udziału wielodyscyplinarnego zespołu specjalistów w tego typu programach (CTFPHC 2015, EASO 2015, NICE 2015, IDF 2005).

Powszechnie zalecane jest również indywidualne podejście do pacjenta (NICE 2016, PT Diet 2015, EASO 2015, NHMRC 2013).

### III.4.

Udział w programie jest bezpłatny dla uczestników.

Czas trwania jednego cyklu warsztatowego przewidziano na 6 miesięcy. Zakładamy udział w jednym cyklu warsztatowym ok 15-20 osób.

Tworzenie grupy warsztatowej rozpoczyna się z chwilą zgłoszenia się pacjenta, jako odpowiedź na ogłoszenia o programie. Pacjent jest zapisywany na konsultacje do lekarza kardiologa, który kwalifikuje do udziału w programie, rozpoznaje problem medyczny towarzyszący otyłości, wykonuje pomiar ciśnienia tętniczego krwi, zleca wykonanie badań laboratoryjnych - zgodnie z zaleceniami KLRP/PTMR/PTBO 2018, PT Diet 2015- (wskaźników przemiany lipidowej- stężenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL, HDL, triglicerydów), gospodarki węglowodanowej (stężenie glukozy na czczo, glikemii

przygodnej, hemoglobiny glikowanej HbA1c), stężenia transaminaz wątrobowych, kwasu moczowego. Zgodnie z zaleceniami KLRP/PTMR/PTBO 2018, PT Diet 2015, u niektórych pacjentów konieczne jest oznaczenie TSH oraz morfologia krwi.

Podczas konsultacji kwalifikującej do udziału w programie oraz regularnych treningów powinno się przeprowadzić poza wykonaniem ekg, usg serca i ocenę testu wysiłkowego u pacjentów z dużym ryzykiem chorób układu krążenia i rozpoznaną cukrzycą (KLRP/PTMR/PTBO 2018)

Każdy cykl spotkań zaczyna się wykładem, na którym występują lekarz - kardiolog lub diabetolog, dietetyk, psycholog i rehabilitant. Każdy wykładowca przybliży pacjentom potrzebę kompleksowego postępowania w ich chorobie.

Po wykładzie pacjentom przedstawia się formę warsztatów. Pacjenci podzieleni są na mniejsze 5-6 osobowe grupy oraz mają zaplanowany cykl konsultacji, spotkań i zajęć grupowych.

Każdy pacjent będzie konsultowany czterokrotnie przez dietetyka w odstępach trzytygodniowych. Podczas konsultacji dietetyk rozpoznana zostanie potrzeba konsultacji u lekarzy specjalistów biorących udział w programie. Dietetyk poza rutynowym wywiadem zapozna się z dostępnymi wynikami badań laboratoryjnych lub zaleci ich wykonanie.

Każdy pacjent jest przynajmniej dwukrotnie konsultowany przez psychologa. Jeśli zajdzie potrzeba, konsultacje indywidualne psychologa są częstsze. Przewidziano również dwa spotkania grupowe z psychologiem.

Psycholog poza zastosowaniem ankiety SF36 lub LMI (Inwentarz Motywacji Osiągnięć) oraz KNS (Kwestionariusz Nadziei na Sukces), podczas pierwszej i ostatniej konsultacji stosuje metody psychologiczne polegające m.in. na pomocy w przezwyciężaniu barier stojących na drodze do zmiany, pomocy w precyzowaniu własnych celów zdrowotnych

Każdy pacjent jest przed rozpoczęciem ćwiczeń grupowych konsultowany indywidualnie przez fizjoterapeutę. Podczas tej wstępnej konsultacji wykonywane są badania spirometryczne, testu marszu 6-minutowego z oceną wg skali Borga. Wykonywana jest pełna ocena sprawności fizycznej u pacjentów z brakiem aktywności fizycznej w przeszłości.

Zgodnie z wytycznymi wszystkie osoby z nadmierną masą ciała powinny być zachęcane do regularnych ćwiczeń fizycznych. Jeśli nie występują przeciwwskazania, zaleca się 150-420 minut lub więcej aktywności fizycznej w ciągu tygodnia (PTD 2015, EASO 2015, NHMRC 2013).

Średni czas aktywności fizycznej to około 300 minut tygodniowo w przypadku wysiłku o średnim natężeniu lub 150 minut tygodniowo w przypadku wysiłku o zwiększonym natężeniu. Rekomendowane typy aktywności fizycznej obejmują: energiczny chód, ogrodnictwo, jazda na rowerze. Każdy pacjent otrzyma indywidualnie dostosowany program aktywności fizycznej, jaką rehabilitant zaleci do wykonywania pomiędzy cotygodniowymi ćwiczeniami grupowymi nadzorowanymi obejmującymi ćwiczenia aerobowe połączone z ćwiczeniami oporowymi.

Następnie grupy 5-6 osobowe uczestniczą w ćwiczeniach prowadzonych przez rehabilitanta, po uwzględnieniu ograniczeń poszczególnych pacjentów oraz kwalifikacji do ćwiczeń w oparciu o badanie spirometryczne i 6 MWT. Podczas ćwiczeń nawiązywane są relacje między uczestnikami, tworzą się grupy wsparcia.

### III.5.

Ostatnia konsultacja dietetyka, lekarza i psychologa ma na celu wydanie zaleceń co do dalszego postępowania.

Po zakończeniu cyklu ćwiczeń każdy pacjent jest ponownie oceniany podczas indywidualnej konsultacji przez fizjoterapeutę, podczas konsultacji dokonuje się ewaluacji programu poprzez wykonanie kontrolnego testu spirometrycznego lub testu marszu 6 minutowego.

Każdy cykl warsztatowy kończy się wspólnym spotkaniem wszystkich uczestników oraz wykonawców, podczas którego wymieniają się oni doświadczeniami, sukcesami lub niepowodzeniami terapii. Moderatorem spotkania jest dietetyk, rehabilitant, psycholog i lekarz.

Zgodnie z przyznanymi przez Gminę Dobra funduszami oraz sytuacją epidemiologiczną w kraju w latach 2020-2022 w programie wzięło udział po 13-14 uczestników w każdym roku. Planowane jest rozszerzenie programu na kolejne lata, jeśli będzie cieszył się on zainteresowaniem społecznym oraz dalszą przychylną opinią Rady Gminy.

## IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

### IV.1.

W poz. III.4 opisano sposób wykonania programu. Poszczególne spotkania i konsultacje są zaplanowane w harmonogramie. Pacjent na początku programu, po zapoznaniu się z jego zasadami i wyrażeniu zgody na udział w nim, otrzymuje terminy konsultacji i ćwiczeń grupowych.

W poz. III.2 sposób prowadzenia akcji promocyjno-informacyjnej.

Ewaluacja programu prowadzona jest na bieżąco przez wykonawców programu, głównie na podstawie frekwencji oraz po zakończeniu każdego cyklu warsztatów. Wówczas każdy z prowadzących wyda ocenę skuteczności cyklu warsztatowego u każdego pacjenta, z uśrednieniem na grupę biorącą udział w danym cyklu.

W przypadku dietetyka ocena opiera się na ilości kilogramów, o które obniża się masa ciała pacjentów oraz poprawie podstawowych parametrów laboratoryjnych.

Określone zostaną procentowo zmiany wagi, procent uczestników, u których zanotowano, co najmniej 3,5% spadek wagi, procent uczestników, którzy ukończyli program, wiek, płeć oraz status socjoekonomiczny (NICE 2016).

Psycholog stosuje do tej ewaluacji ankiety: SF 36 oraz dodatkowo LMI (Inwentarz Motywacji Osiągnięć) oraz KNS (Kwestionariusz Nadziei na Sukces).

Rehabilitant ewaluację programu opiera o ocenę zmiany sprawności pacjentów uzupełnioną o badanie spirometryczne, test marszu 6-minutowego oraz skalę Borga .

Na ostatnim spotkaniu uczestnicy są poproszeni o wypełnienie ankiety ewaluacyjnej całości warsztatów.

Na koniec programu zostanie sporządzone sprawozdanie z realizacji programu, zawierające szczegółową ewaluację celów programu.

#### IV.2.

Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Realizatorem programu może być wyłącznie podmiot wykonujący działalność leczniczą dysponujący personelem medycznym tj. lekarzami w specjalności: kardiolog, endokrynolog, diabetolog oraz dietetyk, rehabilitant i psycholog posiadającymi stosowne wykształcenie i uprawnienia zawodowe. Realizator powinien posiadać obiekt na terenie Gminy Dobra. W obiekcie znajdować się muszą gabinety konsultacyjne, które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania obowiązujące w przepisach, salę rehabilitacyjną do ćwiczeń zbiorowych i indywidualnych oraz sala konferencyjna. Gabinety lekarskie muszą być odpowiednio wyposażone w sprzęt medyczny umożliwiający wykonanie USG serca, przeprowadzenie próby wysiłkowej EKG, spirometrii.

#### V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

##### V.1.

Monitorowanie programu prowadzone jest na bieżąco poprzez tworzenie raportów okresowych na zakończenie każdego cyklu warsztatów. Na monitorowanie składa się z liczby osób, które zgłosiły się do programu, skorelowany z szacunkową liczbą osób z populacji docelowej. Określony jest odsetek uczestników, którzy po wykładzie wstępnym nie wyraziły zgody na dalsze etapy, tzn. nie wpisały się do harmonogramu konsultacji, spotkań i zajęć grupowych. Określony będzie odsetek osób, u których stwierdzono niestabilny przebieg chorób współistniejących, a zwłaszcza przeciwwskazania medyczne do ćwiczeń. Określony zostanie odsetek osób, które nie chciały skorzystać z wszystkich form warsztatów. O wypełnienie końcowej ankiety satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej zostaną poproszeni wszyscy uczestnicy programu.

##### V.2.

Ewaluacja odbywa się na zasadach opisanych w poz. IV.1.

#### VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Budżet programu po uwzględnieniu zaleceń Agencji z 2019 roku został wzbogacony o wstępną kwalifikacyjną konsultację kardiologa wraz z niezbędnymi badaniami specjalistycznymi oraz o dwie konsultacje indywidualne rehabilitanta, co jest niezbędne do podnoszonej przez Agencję ewaluacji programu.

Po przeanalizowaniu przebiegu programu w dwóch poprzednich edycjach w roku 2022 program wzbogacono o spotkania grupowe z psychologiem oraz zwiększono częstotliwość ćwiczeń grupowych.



## VI.1.

Na koszt programu dla 1 uczestnika składają się:

- Konsultacja kardiologa kwalifikacyjna
- USG serca
- Próba wysiłkowa
- Wykład wstępny
- Konsultacja rehabilitanta wstępna i końcowa ze spirometrią, oceną ogólnej sprawności ruchowej oraz wydaniem zaleceń
- Konsultacja dietetyka pierwsza
- Konsultacje dietetyka kolejne - 3 spotkania
- Konsultacja psychologa - 2 spotkania
- Konsultacja grupowa psychologiczna/ koszt na 1 uczestnika/- 2 spotkania
- Konsultacja lekarza specjalisty kardiologa, endokrynologa lub diabetologa, w zależności od potrzeb lub zaleceń (konsultacja ta nie będzie potrzebna u każdego pacjenta)
- Ćwiczenia zbiorowe w grupach 5-6 osobowych- 24 zajęcia

## VI.2. Całkowity koszt programu polityki zdrowotnej

Szacunkowa liczba uczestników w jednym cyklu warsztatów- 15-20 osób

Koszt sześciomiesięcznego cyklu warsztatowego dla wszystkich uczestników – **60 000 PLN**

## VI.3 Źródła finansowania

Program polityki zdrowotnej zostanie sfinansowany ze środków własnych Gminy Dobra. Środki na ten cel mogą ulec zmniejszeniu lub zwiększeniu w kolejnych latach w zależności od możliwości finansowych gminy. W przypadku braku możliwości finansowania lub ograniczenia środków finansowych na realizację programu organizator może, zgodnie z przepisami prawa zawiesić w całości lub w części jego realizację i finansowanie na okres 2 lat.

## VII. Bibliografia

1. World Health Organization: The challenge of obesity in the WHO European Region. Fact sheet EURO 2005;13:1-4;
2. Madala MC, Franklin BA, Chen AYi wsp. Obesity and age of first non-ST-segment elevation myocardial infarction. J Am Coll Cardiol 2008;52:979-85;
3. Standardy leczenia dietetycznego otyłości prostej u osób dorosłych. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Dietetyki 2015. Dietetyka 2015;8 wyd. Specjalne;

4. Jarosz M Działania prowadzone w Polsce na rzecz zwalczania nadwagi i otyłości. II Zjazd Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością;
5. „Standardy Rehabilitacji Kardiologicznej“ Sekcji Rehabiliatacji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego 2017.
6. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w 2021 roku.
7. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące cukrzycy i stanu przedukrzycowego współistniejących z chorobami serca z 2019 roku.
8. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące kardiologii sportowej i ćwiczeń u osób z chorobami układu krążenia z 2020 roku.