

NUTRIȚIA ȘI STILUL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS AL FEMEILOR ÎNSĂRCINATE CU HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ

Liliana ULAȘ

Departamentul Alimentație și Nutriție, grupa SPN-211, Facultatea Tehnologia Alimentelor,
Universitatea Tehnică a Moldovei, or. Chișinău, Republica Moldova

*Autorul corespondent: Liliana Ulaș, liliana.ulas@an.utm.md

Rezumat. Hipertensiunea arterială în timpul sarcinii poate fi prevenită prin controlul unui stil de viață sănătos. Scopul acestui studiu este de a determina asocierea caracteristicilor demografice și stilul de viață al femeilor însărcinate care au hipertensiune arterială. Această metodă de cercetare este un studiu transversal, 76 dintre femeile cu hipertensiune arterială în timpul sarcinii au fost incluse la asistența medicală primară, Java de Vest. Criteriile de includere au fost vârsta gestațională ≥ 28 de săptămâni, cu sistola tensiunii arteriale ≥ 140 mmHg și diastola ≥ 90 mmHg. Datele au fost analizate utilizând abordarea descriptivă a statisticii și testul chi-pătrat. În urma analizei bivariate, care a fost utilizată cu ajutorul testului Chi-pătrat arată că educația (valoarea p 0,021), ocupația (valoarea p 0,025) și veniturile (valoarea p 0,023) sunt factorii legați de stilul de viață în rândul femeilor însărcinate, care au hipertensiune arterială. Înțelegerea stilului de viață și a factorilor asociați contribuie la capacitatea furnizorilor de îngrijire a sănătății de a proiecta intervenții eficiente menite să îmbunătățească stilul de viață sănătos în rândul femeilor însărcinate cu hipertensiune arterială.

Cuvinte cheie: caracteristici demografice, tensiune arterială, sarcina

Introducere

În fiecare an, aproximativ 50.000 de mame au murit din cauza hipertensiunii arteriale în timpul sarcinii. Conform Societății de Ginecologie Obstetrică, în 2014, a declarat că cauza mortalității materne în Java de Vest a fost de 29.3%. Oficiul de sănătate din West Bandung, în 2016, afirmă că 9 din 31 de mame au decedat de hipertensiune arterială în timpul sarcinii. Prevenirea acestei infecțiuni se poate face printr-o dietă regulată cu multe fructe și legume, proteine, produse cu conținut scăzut de carbohidrați și grăsimi și efectuarea unei activități fizice ușoare la intervale regulate de cel puțin cincisprezece minute până la treizeci de minute pe zi, cum ar fi gimnastica și plimbarea pe îndelete, care sunt modificări ale stilului de viață care pot fi făcute de către mamele însărcinate [9]. Hipertensiunea arterială în sarcină, care se poate referi la preeclampsie, este un rezultat al stilului de viață nesănătos al femeilor însărcinate, cu hipertensiune arterială, proteinurie și edem ca manifestări clinice (Paramitasari & Martini, 2012). Studiul anterior a constatat că 8 din 16 femei însărcinate care au examinat testul de proteine din urină au fost pozitive, aceste rezultate indică faptul că există încă o apariție mare a hipertensiunii arteriale în timpul sarcinii [4]. Celălalt studiu găsit la 107 mame postpartum care au suferit preeclampsie a constatat că 60,7% dintre mamele cu preeclampsie au un stil de viață nesănătos [12]. Comportamentele unui stil de viață sănătos pot fi influențate de caracteristicile demografice individuale, cum ar fi vârsta, educația, ocupația, venitul și accesul la servicii de sănătate [14].

Colectare de date

Criteriile de colectare a datelor în cadrul acestei cercetări au fost chestionarele, care constă din chestionarul A cu indici demografici, precum vârstă, educație, venit și acces la serviciul de sănătate sub formă de distanță de la domiciliu până la asistența medicală și chestionarul B, care este studiul comportamentului de viață sănătos al femeilor însărcinate cu preeclampsie. Acest chestionar este format din 52 de itemi legate de stilul de viață sănătos (9 declarații), activitatea fizică (8 afirmații), nutriție (9 afirmații), dezvoltarea spirituală (9 afirmații), relații interpersonale (9 afirmații) și managementul stresului (9 afirmații) [12].

Rezultate

Rezultatele cercetărilor și discuțiilor despre relația demografiei caracteristică care include vârsta, educația, ocupația, venitul și accesul la sănătate, serviciul cu stilul de viață al femeilor însărcinate cu hipertensiune arterială au fost următoarele:

Tabelul 1

Distribuția de frecvență a caracteristicilor demografice ale respondentului

	Caracteristici	n	%
Vârsta	Risc (< 20 & > 35ani)	17	22.3
	Fără risc (20-35 ani)	59	77.6
Educație	Scăzut (Școala Primară-Junior Liceu)	45	59.2
	Liceu (Senior High School-College)	31	40.8
Ocupație	Nu lucrează	72	94.7
	Lucrează	4	5.3
Sursa de venit	Scăzut (<2,468,289,44)	60	78.9
	Ridicat (≥ 2.468.289,44)	16	21.1
Accesul la asistența medicală	Închis (≤ 247 metri)	16	21.1
Serviciu	Departa (> 247 metri)	60	78.9

Tab.1 arată că majoritatea respondenților se aflau în intervalul de vârstă fără risc (20-35 ani) până la 77,6%, mai mult de jumătate dintre femeile însărcinate care suferă de hipertensiune arterială aveau un nivel de educație scăzut (59,2%), aproape toți respondenții nu au lucrat (94,7%), majoritatea au venituri mici (78,9%) și sunt departe de asistenta medicala primara (78,9%).

Tabelul 2

Distribuția de frecvență a stilului de viață al respondentului

	Variabilă/Subvariabilă	n	%
Responsabilitatea sanatații	Nesanatos	37	48.7
	Sanatos	39	51.3
Activitatea fizica	Nesanatos	37	48.7
	Sanatos	39	51.3
Nutritie	Nesanatos	41	53.9
	Sanatos	35	46.1
Dezvoltare spirituala	Nesanatos	33	43.4
	Sanatos	43	56.6
Relatii interpersonale	Nesanatos	39	51.3
	Sanatos	37	48.7
Managementul stresului	Nesanatos	38	50
	Sanatos	38	50
Stil de viata total	Nesanatos	45	59.2
	Sanatos	31	40.8

Tab. 2 arată că mai mult de jumătate dintre femeile însărcinate cu hipertensiune arterială au un stil de viață sănătos în domeniul responsabilității pentru sănătate și al activității fizice (51,3%), al dezvoltării personale(56,6%),mai mult de jumătate dintre respondenți nu au un stil de viață sănătos în domeniul alimentației(53,9%),relațiilor interpersonale (51,3%),iar jumătate dintre respondenți (50%) au un stil de viață sănătos.

Relația dintre caracteristicile femeilor însărcinate și stilul de viață

Caracteristici	Mod de viață		Valoarea p
	Nesănătos (n,%)	Sănătos (n,%)	
Vârsta			
Riscat	14 (82,4)	3 (17,6)	0,054
Nu riscat	31 (52,5)	28 (47,5)	
Educație			
Scăzut	32 (71,1)	13 (28,9)	0,021
Înalt	13 (41,9)	18 (58,1)	
Ocupație			
Nu lucrează	45 (62,5)	27 (37,5)	0,025
Lucrează	0 (0)	4 (100)	
Sursa de venit			
Scăzut	40 (66,7)	20 (33,3)	0,023
Înalt	5 (31,3)	11 (68,8)	
Acces la asistența medicală			
Aproape	8 (50)	8 (50)	0,577
Depart	37 (61,7)	23 (38,3)	

Tab.3 arată că din 17 respondenți expuși riscului (<20 &> 35 de ani), au existat 14 respondenți (82,4%) care au avut un stil de viață nesănătos. Respondenții care nu sunt expuși riscului de vârstă (20-35 de ani) până la 59 de respondenți, unde 31 de respondenți (52,5%) au un stil de viață nesănătos. Analiza acestei cercetări a fost realizată folosind testul chisquare cu valoarea $p = 0,054$, deci nu a existat o corelație între caracteristica de vârstă și stilul de viață al gravidelor care suferă de hipertensiune arterială.

Mai mult, rezultatele au constatat că din 45 de respondenți cu studii scăzute au fost 32 de respondenți (71,1%) care au avut un stil de viață nesănătos. Respondenții cu studii superioare sunt până la 31 de respondenți, unde 18 respondenți (58,1%) au un stil de viață sănătos. Analiza acestei cercetări a fost realizată utilizând testul chi-pătrat cu valoarea $p = 0,021$, astfel încât a existat o corelație între caracteristicile educaționale și stilul de viață al gravidelor cu hipertensiune arterială.

Datele obținute arată că din 16 respondenți a căror distanță la domiciliu este aproape de asistența medicală primară, sunt 8 respondenți (50%) care au fiecare un stil de viață nesănătos și un stil de viață sănătos. Respondenții la care distanța la domiciliu este departe de asistența medicală primară sunt 60 de respondenți, unde sunt 37 de respondenți (61,7%) care au un stil de viață nesănătos.

Discuții

Mai mult de jumătate dintre femeile însărcinate cu studii scăzute au hipertensiune arterială. Studiul anterior a afirmat că hipertensiunea arterială în sarcină care se referă la preeclampsie apare mai des la femeile care sunt mai puțin educate decât la femeile care sunt foarte educate (Indriani, Ronoatmodjo, & Damayanti, 2011). Femeile însărcinate cu nivel scăzut de educație au avut o presiune sistolică mai mare decât gravidele cu studii superioare (Jwa și colab., 2013). Aproape toți respondenții femeilor însărcinate care au avut hipertensiune arterială care nu a funcționat și au venituri mici. Un studiu recent a afirmat că incidența hipertensiunii arteriale în sarcină a fost dominată de mama care nu a lucrat, aceasta fiind legată de veniturile scăzute, ceea ce va duce la reducerea frecvenței îngrijirilor prenatale, duce la o calitate nutrițională scăzută, astfel încât poate provoca complicații în sarcină precum hipertensiunea arterială (Astuti, 2015). În plus, statutul socio-economic scăzut are ca rezultat scăderea puterii de cumpărare, astfel încât aportul de nutrienți este, de asemenea, redus, în special proteine, care apoi vor provoca probleme sau complicații în sarcină, cum ar fi hipertensiunea arterială și preeclampsia (Djannah & Arianti, 2019). Acest studiu a constatat că majoritatea femeilor însărcinate care au hipertensiune arterială au o distanță lungă acasă la asistența medicală primară. Accesul la serviciile de sănătate este cauza deceselor materne din cauza complicațiilor sarcinii, cum ar fi preeclampsia, care poate fi afectată de accesibilitatea locației serviciului, de tipul și calitatea

serviciilor disponibile și de accesibilitatea scăzută a informațiilor, ceea ce duce la un nivel scăzut de accesul gravidelor la serviciile de sănătate disponibile pentru îngrijirea prenatală (Astuti, 2015). Un alt studiu a afirmat că scorul scăzut în domeniul nutriției reflectă comportamentul respondenților care tind să nu consume alimente din meniu bine echilibrat din punct de vedere al calității și cantității, precum și al varietății sau tipului de alimente (Damayanti & PA, 2016). Un alt domeniu al profilului stilului de viață sănătos a fost activitatea fizică, rezultatul găsit ca cel mai mic scor de 1,37, dar în categoria stil de viață, mai mulți respondenți au un stil de viață sănătos, poate fi cauzat că femeile însărcinate nu urmează niciodată sporturile planificate, cum ar fi exercițiile de sarcină pentru nevoile de activitate și exerciții ușoare. De asemenea, gravidele au fost limitate de activitățile lor ca gospodine care trebuie să aibă grijă de copii și de soț, astfel încât nevoile de activități și sport să primească mai puțină atenție. Un alt studiu a arătat că educația și veniturile pot influența comportamentul sănătos sau stilul de viață al unei persoane, în care persoanele cu studii superioare sunt, în general, capabile să se comporte într-un mod mai sănătos decât cei cu educație scăzută și au puține surse de putere, de asemenea, persoanele care au venituri mai mari sau mai bogate în general. practica mai bine comportamente sau obiceiuri mai sănătoase decât persoanele cu venituri mai mici (Rahmadian, 2011). În plus, o corelație puternică între nivelul de educație și starea de sănătate în cazul în care există un efect pozitiv al duratei (ani) de educație cu sănătate consistentă, în opinia că durata anului școlar poate dezvolta o capacitate de viață efectivă care va afecta în cele din urmă starea de sănătate. , a face o treabă bună, a îmbunătăți bunăstarea, economia, autocontrolul, mai multă participare la sprijinul social și un stil de viață sănătos (Pradono & Sulistyowati, 2014). Statutul de angajare a avut, de asemenea, o legătură cu profilul stilului de viață sănătos. Mamele șomeri au tendința de a avea de două ori mai multe șanse de a dezvolta hipertensiune arterială în timpul sarcinii, comparativ cu mamele care lucrează (Prasetyo, 2016). Un alt studiu a afirmat că factorii socio-economici sunt cei mai influenți asupra formării unui comportament de viață sănătos după controlul de vârstă, obezitate și paritate. Venitul scăzut care provoacă dificultăți de gestionare a veniturilor pentru nevoile zilnice are un nivel scăzut de sănătate, dintre care unul este măsurat prin stilul de viață (Ratnawati, 2016).

Concluzia

Există o relație între caracteristicile educației, ocupației și venituri cu stilul de viață al femeilor însărcinate care au hipertensiune arterială. Rezultatele acestui studiu pot fi dezvoltate pentru alți cercetători cu scopul de a identifica factorii materni care influențează comportamentul stilului de viață în timpul sarcinii, nașterii și afecțiunilor postpartum la grupul normal de gravide pentru a detecta complicațiile precoce ale sarcinii și necesitatea de a crește promovarea unui stil de viață sănătos. în mod regulat pentru femeile însărcinate.

Referințe

1. ASTUTI, S. F. (2015). Factori asociați cu incidența preeclampsiei de sarcină în zona de lucru a Centrului de sănătate publică Pamulang, orașul South Tangerang, în perioada 2014-2015. Depozitul instituțional UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
2. CAVAZOS-REHG, P. A., KRAUSS, M. J., SPITZNAGEL, E. L., BOMMARITO, K., MADDEN, T., OLSEN, M. A., BIERUT, L. J. (2015). Vârsta mamei și riscul travaliului și complicațiilor nașterii. *Maternal and Child Health Journal*, 19(6), 1202–1211. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1624-7>
3. DJANNAH, S. N. și ARIANTI, I. S. (2019). Descrierea epidemiologică a incidenței preeclampsiei/eclampsiei în RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta în 2007–2009. *Buletinul de Cercetare a Sistemelor de Sănătate*.
4. Preluat de la <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/hsr/article/view/2782>.
5. GARDELIA, R. A., SOLEHATI, T., & MAMUROH, L. (2019). Cunoștințele femeilor însărcinate despre pre-eclampsie La Centrul de Sănătate Publică Tarogong, Regența Garut. *Journal of Maternity Care and Reproductive Health*, 2(1), 84–90. <https://doi.org/10.36780/jmcrh.v2i1.60>.

6. INDRIANI, N., RONOATMODJO, S., & DAMAYANTI, D. (2011). Analiza factorilor asociați cu Preeclampsie/Eclampsie în maternitate la Spitalul General Regional Kardinah, orașul Tegal în 2011 = Analiza factorilor asociați cu Preeclampsie/Eclampsie în maternitatea din regiunea Kardinah din Tegal g.
7. JWA, S. C., FUJIWARA, T., HATA, A., ARATA, N., SAGO, H. și OHYA, Y. (2013). IMC mediază asocierea dintre nivelul scăzut de educație și tensiunea arterială mai mare în timpul sarcinii în Japonia. *BMC Public Health*, 13(1), 389. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-389>.
8. MALAKOUTI, J., SEHHATI, F., MIRGHAFORVAND, M., & NAHANGI, R. (2015). Relația dintre stilul de viață care promovează sănătatea și stresul perceput la femeile însărcinate cu preeclampsie. *Journal of Caring Sciences*, 4(2), 155.
9. NURHIDAYATI, E. (2016). Relația dintre plimbările de dimineață și pre-eclampsie la femeile însărcinate din zona Centrului de Sănătate Central Moncek, Districtul Lenteng, Regența Sumenep, 2013. *Wiraraja Medika: Journal of Health*, 6(1), 9–21.
10. PARAMITASARI, T. F., & MARTINI, S. (2012). Relația dintre stilul de viață în timpul sarcinii și incidența pre-eclampsiei. *Sănătatea publică*, 8(3).
11. PRADONO, J. și SULISTYOWATI, N. (2014). Relația dintre nivelul de educație, cunoștințele despre sănătatea mediului, comportamentul de viață sănătos și starea de sănătate. *Health Systems Research Bulletin*, 17(1), 89–95.
12. PRASETYO, R. (2016). Relația dintre caracteristicile femeilor însărcinate și incidența preeclampsiei la Spitalul General Regional Al-Ihsan, Regenția Bandung, ianuarie-septembrie 2014. Facultatea de Medicină (UNISBA).
13. RATNAWATI, R. (2016). Stilul de viață sănătos la femeile însărcinate cu preeclampsie. *Proceedings of The 4th University Research Colocvium (URECOL)*. Preluat de la <http://hdl.handle.net/11617/7817>.
14. SARI, N. P., UTAMA, B. I. și AGUS, M. (2017). Factori legați cu incidența preeclampsiei severe la spital Dr M Djamil Padang. *Journal of Moașe*, 2(2), 56. <https://doi.org/10.25077/jom.2.2.56-65.2017>.
15. RAHMADIAN, S. (2011). Factori psihologici care influențează comportamentul sănătos al studenților de la mai multe universități din South Tangerang. Depozitul instituțional UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
16. Preluat de la <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/handle/123456789/1748>