

нения на сгустке были обнаружены в среднем через 33 часа, у беременных на 10 лунарном месяце — через 130 часов, у роженки — через 126 часов, у женщины в послеродовом периоде — через 106 часов. Обращается внимание на значительное понижение фибринолитической активности у беременных женщин и у роженки. Кроме того, обнаружено, что повышенная физическая нагрузка во время родов не влияет на фибринолиз. Я

Fibrinolysis in the Blood of Healthy Women During Pregnancy and in Labour

A simple method was used to examine the fibrinolytic activity in the venous blood of 160 healthy women. In non-pregnant women changes in the coagulum were found every 33 hours on an average; in pregnant women in the tenth lunar month every 130 hours, in women in labour every 126 hours and in the puerperium every 106 hours. The significant lowering of fibrinolytic activity in women in pregnancy and in labour is emphasised. The author also observed that increased physical effort during labour did not affect fibrinolysis.

Literatura: Beller, F. K.: Die Gerinnungsverhältnisse bei der Schwangeren und beim Neugeborenen, J. A. Barth, Lipsko 1957. — Biggs, R., et al.: Lancet, 1/4, 402, 1947. — Hule, Vlad.: Prakt. Lék. 4, 173, 1958. — Jedlička, Vlad.: Hemokoagulace, fluidokoagulační rovnováha, fibrinolýza. SZdN, Praha 1954. — Kotásek, A., et al.: Čsl. Gynaek., 1—2, 70 1958. — Kubeš, Z.: Čsl. Gynaek., 6, 476, 1958. — Macfarlane, R. G., Biggs, R.: Lancet, 2, 862, 1946. — Macfarlane, R. G., Pilling, J. P.: Lancet, 2, 562, 1946. — Netoušek, M.: Nauka o krvi, SČL Praha 1949. — Rosemann, M.: Biochem. Z., 112, 98, 1920, 128, 372, 1922, 129, 101, 1922 290, 212, 1937. — Schneider, Ch. L.: Symposium 3. zasedání Něm. spol. pro gynekologii, Heidelberg 1956, Stuttgart 1957. — Stefanini, M.: Blood, 7, 1044, 1952.

Rukopis byl doručen 1. 2. 1959.

A. K., Apolinářská 18, Praha II.

Jiří Čepelák

Psychický stav těhotných žen

ÚPMD, Praha-Podolí, ředitel prof. dr. Jiří Trapl, nositel Řádu republiky

Těhotenství je pro ženu souborem nových vnitřních a vnějších podnětů, jimž se má přizpůsobit. Je pro ni nejen novou situací biologickou, ale i sociální, pozměňující její současnou a budoucí životní roli. Je i novou situací psychickou, neboť má vliv na citový život ženy, na její myšlení, snahy, zájmy a názory. Je všeobecně známo, že sociální okolnosti a psychický stav mají vliv na průběh těhotenství, často i porodu. Poznání životní situace a psychického stavu těhotných mělo by proto patřit do ideálního kompletního vyšetření jako základ moderní komplexní péče o těhotné.

V ÚPMD jsme provedli r. 1955 psychologické vyšetření 50 prvorodiček náhodně vybraných z prenatální poradny; soubor je reprezentativní pro populaci pražských prvorodiček. V první etapě výzkumu jsme zatím provedli jednorázové vyšetření 2—3 týdny před termínem porodu a omezili se na zjištění několika základních dat, jejichž poznání jsme považovali za důležité pro další etapu výzkumu, kdy přejdeme k jemnějšímu rozboru duševního stavu těhotných.

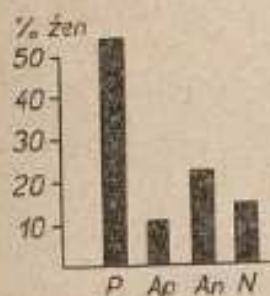
Metodika

Vyšetření jsme provedli explorativní besedou, zaměřenou na objasnění životní situace těhotné, jejího postoje k otěhotnění a emočních změn v těhotenství. Při rozboru životopisných dat hodnoceno bylo zejména chování těhotné v afektogenních situacích, ve svízelných životních podmínkách nebo při jejich změně; tak bylo možno usuzovat na dobrou, střední nebo slabší funkční zdatnost CNS žen před těhotenstvím. Neurotické příznaky vyšetřeny byly dotazníkem o 110 otázkách.

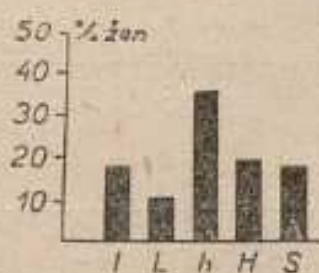
Výsledky

Podle psychobiografického rozboru životopisu bylo možné předpokládat u 34 % těhotných dobrou, u 44 % střední a u 22 % slabší funkční zdatnost CNS před těhotenstvím.

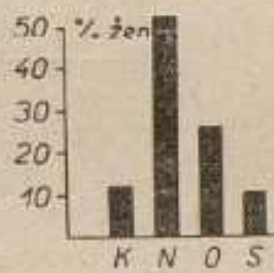
Pokud běží o současnou životní situaci, u 42 % žen převažovaly v ní nepříznivé okolnosti (starosti s bytem, problémy vyplývající ze soužití s rodiči aj.).



Graf 1.



Graf 2.



Graf 3.

Graf 1. Postoj ke koncepci. P = pozitivní, Ap = ambivalentní, spíše pozitivní, An = ambivalentní, spíše negativní, N = negativní. — Graf 2. Změny emočního stavu v těhotenství. I = zlepšení mírné, L = zlepšení výrazné, h = zhoršení mírné, H = zhoršení výrazné, S = prakticky beze změn. — Graf 3. Emoční stav spojený s očekáváním porodu. K = klidový, stenický, N = neklid, starosti, menší obavy, O = větší obavy, silnější neklid, sklicenost, úzkostlivost, S = strach.

Závažný vliv na psychický stav těhotné má její *postoj k otěhotnění*. Ukázalo se (graf 1), že více než polovina žen toužila po dítěti ve smyslu citového zaměření, svých zájmů, životních ideálů, nebo si dítě alespoň přály pro upevnění manželství. Negativní postoj ke koncepci měla sedmina žen: zamítaly příchod dítěte zejména z důvodů hospodářských, bytových, rodinných, konečně i citových. Ostatní měly ke koncepci postoj ambivalentní; z jedněch příčin (nejčastěji hospodářských a rodinných) těhotenství zamítaly, měly však i důvody (citové, zájmové, rodinné), proč si je přály. U některých v ambivalentním postoji převažovaly prvky pozitivní (10 %), u jiných spíše negativní (22 %).

Postoj ke koncepci je mimo jiné determinován věkem žen: u starších je častěji pozitivní. U mladších častěji negativní (tab. 1.)¹⁾.

Z tab. 2. je vidět, že postoj ke koncepci je dále podmíněn *životní situací žen*. Z těch, jež měly životní podmínky příznivé, mělo kladný postoj ke koncepci 79 %, z oněch, jež měly podmínky nepříznivé, jen 43 %. Pokud běží o 9 žen, které při nepříznivé situaci měly ke koncepci postoj pozitivní, ukázalo se, že u 8 z nich lze předpokládat před těhotenstvím dobrou nebo střední funkční zdatnost CNS. Naopak u 5 z 6 žen, které při příznivé životní situaci měly ke koncepci postoj negativní, bylo možno podle psychobiografického rozboru životopisu usuzovat na střední nebo slabší funkční zdatnost CNS.

Změny emočního stavu v těhotenství mají pestrý ráz. Dochází k přecitlivělosti, předrážděnosti, k labilitě nálad, ke stísněnosti, úzkostlivosti, ale také k zlepšení nálady, celkovému uklidnění, prožívání citu naděje a radosti.

Graf 2 ukazuje jednak, že zhoršení emočního stavu je častější než jeho zlepšení, jednak že mírnější změny jsou častější než změny výrazné. Rozhodující vliv na změnu emočního stavu měl postoj ke koncepci, jak je patrné z tab. 3. Výsledky našeho vyšetření (p) se nápadně odchylojí od číselných hodnot (o), které by byly platné za předpokladu nezávislosti srovnávaných

¹⁾ V tabulkách uvádíme vedle hodnot vyšetřením zjištěných (p) hodnoty očekávané za předpokladu vzájemné nezávislosti kombinovaných znaků (o). Významnost odchylek těchto hodnot je cvěřena Pearsonovým testem χ^2 ; hodnotě χ^2 odpovídá pro rozsah dané tabulky pravděpodobnost P, že odchylky porovnávaných hodnot jsou náhodné. (Fisherova tab. III ve *Statistical Methods for Research-Workers.*)

znaků, a ukazují, že kladný postoj ke koncepci nápadně přispívá k zlepšení emočního stavu v těhotenství a záporný postoj k jeho zhoršení.

Pokud jde o *emoční stav spojený s očekáváním porodu*, ukázalo se, že jen u desetiny prvorodiček se vyskytl strach, tedy emoce, jejímž základem je dominující představa nebezpečí a v níž se jeví porod především jako ohrožení zdraví nebo života. Tyto těhotné byly sužovány myšlenkami na nebezpečí, jež

Tabulka 1. Postoj ke koncepci a věk těhotných.

Věk	Postoj ke koncepci				Celkem
	pozitivní ¹⁾		negativní ¹⁾		
	p	o	p	o	
-19	1	3,2	4	1,8	5
20-24	11	12,8	9	7,2	20
25-29	13	10,9	4	6,1	17
30-	7	5,1	1	2,9	8
Celkem	32		18		50

$$\chi^2 = 8,1$$

$$n = 3$$

$$P = 0,05$$

¹⁾ Pozitivní a ambivalentní - spíše pozitivní; negativní a ambivalentní - spíše negativní.

jim hrozí, byly sklíčené nebo předrážděné, těžko schopné koncentrace na práci, měly poruchy spánku, bolesti hlavy, nechuť k jídlu a jiné potíže. Prakticky stejně často jsme zjistili klidný, stenický postoj k porodu u žen se sebedůvěrou a optimismem, se silným sebecitem podloženým vědomím vlastní síly k překonání všech event. nepříjemností. Polovina žen měla před porodem stav neklidu, menších obav, starostlivosti. Měly však i cít naděje, že porod dobře proběhne, a cít radostného očekávání dítěte. U zbývajících těhotných lze mluvit o zvýšeném duševním neklidu, o zvýšených obavách nebo o stavu sklíčenosti a úzkosti, tedy o dysforických emocích menší intenzity, než je strach. Byly schopné jen s obtížemi nebo neúplně potlačovat při nějaké činnosti zneklidnění a obavy vyvolané myšlenkami na porod.

Podrobnější rozbor ukázal, že klidný, stenický postoj k porodu se vyskytl jenom u těch těhotných, které měly úplně nebo částečně kladný postoj k otě-

Tabulka 2. Postoj ke koncepci a životní situace těhotných.

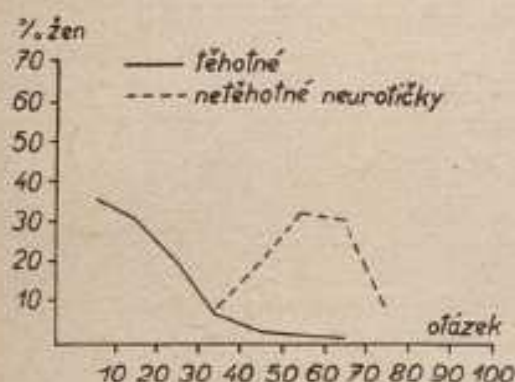
Životní situace	Postoj ke koncepci				Celkem
	pozitivní ¹⁾		negativní ¹⁾		
	p	o	p	o	
příznivá	23	18,6	6	10,4	29
nepříznivá	9	13,4	12	7,6	21
Celkem	32		18		50

$$\chi^2 = 6,96$$

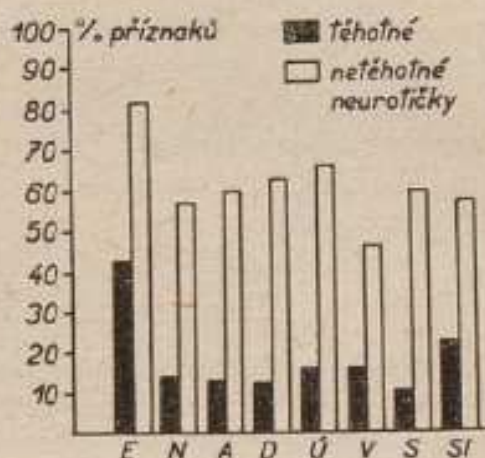
$$n = 1$$

$$P = 0,01$$

hotnění a u nichž bylo lze předpokládat před těhotenstvím dobrou nebo střední funkční zdatnost CNS. Emoce strachu se vyskytla u těhotných s menší funkční zdatností CNS před těhotenstvím (u tří s negativním, u dvou s pozitivním postojem ke koncepci). Silnější zneklidnění, jež nelze nazvat ještě strachem, se vyskytlo u žen s negativním postojem ke koncepci nebo u žen s pozitivním postojem k ní, ale menší funkční zdatností CNS. Emoční stav prvorodiček před porodem byl tedy podmíněn především funkční zdatností jejich CNS před těhotenstvím a postojem ke koncepci.



Graf 4.



Graf 5.

Graf 4. Počet kladně zodpověděných otázek v dotazníku o neurotických příznacích.

Graf 5. Procenta kladně zodpověděných otázek v dotazníku o neurotických symptomech, vztahujících se k jednotlivým skupinám neurotických příznaků. E = emoční labilita, hypersenzitivita, N = všeobecná nervozita, předrážděnost, A = úzkost a strach, D = depresivita, pat. nálada, Ů = pat. únava, V = příznaky vegetativní, S = ostatní příznaky somatické, SI = příznaky společ. inaktivity, zvláště pocity méněcennosti.

Informace o neuropsychickém stavu těhotných jsme dále získali z dotazníku o neurotických příznacích. V průměrném počtu otázek kladně v něm zodpověděných (17,5) se významně těhotné liší od netěhotných zdravých žen. (11) Graf 4 ukazuje variabilitu příznaků (pro srovnání v něm uvádíme rozptyl počtu příznaků neurotických žen léčených pro gynekologické onemocnění).

Shrnutím symptomů do větších skupin se ukázalo, že do popředí vystupovaly příznaky emoční lability a hypersenzitivity, pocity méněcennosti, patologická únava a symptomy vegetativní.

Domníváme se, že v praxi může být dotazník o neurotických příznacích

Tabulka 3. Změny emočního stavu v těhotenství a postoj ke koncepci.

Změny emočního stavu v těhotenství	Postoj ke koncepci				Celkem
	pozitivní		negativní		
	p	o	p	o	
zlepšení	13	9	1	5	14
zhoršení	11	17,3	16	9,7	27
beze změn	8	5,7	1	3,3	9
Celkem	32		18		50

$$\chi^2 = 13,9$$

$$n = 2$$

$$P < 0,01$$