

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

# Antykoncepcja hormonalna w Polsce w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych

Agata Ignaciuk

Katedra Historii Nauki/Instytut Women's Studies

Uniwersytet w Granadzie, Hiszpania

[agataignaciuk@ugr.es](mailto:agataignaciuk@ugr.es)

<http://www.ugr.es/~esmujer/Paginas%20Personales/AgataIgnaciuk/english/AgataIgnaciuk.html>

## Wprowadzenie

Celem niniejszego tekstu jest omówienie podstawowych problemów związanych z cyrkulacją pigułki antykoncepcyjnej w Polsce w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych, takich jak jej wprowadzenie, produkcja i konsumpcja, oraz rozpowszechnienie wiedzy na temat tej formy antykoncepcji wśród lekarzy i kobiet, a także ich opinie na temat pigułki. Wersję poniższego tekstu w języku angielskim przedstawiłam 29 listopada na warsztacie „Drugs and the Cold War” na Uniwersytecie w Rzymie: La Sapienza, zorganizowanym przez ESF research network DRUGS: *Standard drugs and drug standards. A comparative history of pharmaceuticals in the XX century* ([www.drughistory.eu](http://www.drughistory.eu)). Tekst ten jest próbą wstępnej analizy źródeł zebranych przeze mnie podczas pobytu naukowego w IH PAN do mojej pracy doktorskiej poświęconej historii pigułki antykoncepcyjnej w Hiszpanii i w Polsce (1960-1980) opracowywanej w Katedrze Historii Nauki Uniwersytetu w Granadzie, Hiszpania pod kierunkiem Prof. Teresy Ortiz-Gómez. W mojej pracy wykorzystuje ujęcia z dziedzin takich jak historia medycyny, historia leków i historia kobiet. Jest ona również częścią szerszego projektu badawczego na temat historii planowania rodziny w Hiszpanii (<http://wdb.ugr.es/~proyectopf/en/>).

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

## Wstęp

Na wstępie należy zaznaczyć, że mimo dość licznych opracowań na temat historii pigułki antykoncepcyjnej na świecie (głównie w USA, Wielkiej Brytanii i RFN: np. Marks 2001, Silies 2010), brak jest w zasadzie literatury dotyczącej bezpośrednio i wyłącznie zagadnienia pigułki antykoncepcyjnej w Polsce w interesującym mnie okresie. Temat ten był poruszany pośrednio w opracowaniach dotyczących aborcji i antykoncepcji w Polsce publikowanych na początku lat osiemdziesiątych w pismach takich jak *Family Planning Perspectives* (Mazur 1981) czy *Studies in Family Planning* (Okólski 1983), oraz później w opracowaniach na temat historii najnowszej kobiet w Europie Środkowo-Wschodniej (np. Einhorn 1993, Penn & Massino 2009). W wielu krajach zachodnioeuropejskich oraz w Stanach Zjednoczonych pigułka antykoncepcyjna pojawiła się na rynku najpierw jako lek używany w terapii zaburzeń miesiączkowania i innych dolegliwości ginekologicznych, a dopiero później sprzedawana była jako środek antykoncepcyjny. Wynikało to ze spodziewanych przez koncerny farmaceutyczne oporów natury społeczno-moralnej, a w niektórych wypadkach (np. niektóre stany USA), z ograniczeń prawnych (Marks 2001). W Hiszpanii okres obowiązywania ograniczeń prawnych przeciągnął się od początku lat sześćdziesiątych aż do 1978, kiedy to antykoncepcja została zalegalizowana po prawie czterdziestu latach. Jednak w Polsce, podobnie jak w większości krajów socjalistycznych w latach sześćdziesiątych, antykoncepcja była nie tylko legalna, ale także popierana przez państwo, przynajmniej na poziomie deklaracji. Planowanie rodziny było bowiem uznawane czynnik mający ograniczyć liczbę sztucznych poronień w kraju. Moim celem nie jest szczegółowe omówienie zjawiska przerywania ciąży w okresie komunizmu w Polsce, jednak podstawowe informacje na ten temat są konieczne dla zrozumienia sposobu funkcjonowania pigułki antykoncepcyjnej w tym okresie. W 1956 roku parlament zatwierdził Ustawę o

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

Dopuszczalności Przerwywania Ciąży, zgodnie z którą kobiety znajdujące się w „trudnej sytuacji życiowej” mogły ubiegać się o nieodpłatne przerwanie wczesnej ciąży w państwowych placówkach zdrowotnych (Fidelis 2010, Czajkowska 2012). Doprecyzowanie ustawy instrukcją Ministra Zdrowia z 1959 nadało przerwaniu ciąży status praktycznie „na żądanie”, jako że znosiła ona nadzór lekarza nad ustaleniem zasadności przerwania ciąży z przyczyn społecznych i osobistych (Czajkowska 2012). W 1957 pod auspicjami państwa powstało Towarzystwo Świadomego Macierzyństwa (dalej TŚM), organizacja zrzeszająca lekarzy/ki, dziennikarzy/ki i działaczy/ki społecznych/e, z których wielu działało aktywnie na rzecz idei świadomego macierzyństwa jeszcze w okresie międzywojennym (Kuźma-Markowska w druku). Towarzystwo było bardzo aktywne w ciągu pierwszych 15 lat swojej działalności, w czasie których opublikowało w wielkich nakładach liczne książki i broszury dotyczące seksualności, życia małżeńskiego i antykoncepcji. Przy Towarzystwie działała także firma Securitas zajmująca się wyrobem środków antykoncepcyjnych, głównie środków plemnikobójczych. Towarzystwo prowadziło także poradnictwo w zakresie antykoncepcji w przychodniach tworzonych od końca lat pięćdziesiątych w większości miast wojewódzkich. Jednym ze statutowych celów tej organizacji w momencie jej powstania było zapobieganie sztucznym poronieniom poprzez prowadzenia działań propagandowych na temat metod antykoncepcyjnych (Towarzystwo Planowania Rodziny 1972). Oficjalne dane dotyczące przerwania ciąży z przyczyn społecznych zdawały się wskazywać, że działania TŚM były dość skuteczne w tym zakresie, gdyż liczba przerwania ciąży z uzasadnieniem „trudnej sytuacji życiowej” spadała systematycznie od 1963 roku, aby w 1978 osiągnąć nieco więcej niż połowę poziomu z 1960 (por. tabela 1). Jednak oficjalne dane dotyczące przerwania ciąży nie oddawały rozmiarów tego zjawiska, jako że rejestrowano tylko niewielki procent zabiegów przeprowadzanych w prywatnych gabinetach, a szacunki całkowitej liczby przerwania ciąży w latach siedemdziesiątych wahały się od ok. 300.000 rocznie dla zamężnych kobiet wg. Smolińskiego (1980) lub nawet do 450.00-500.000 jeśli liczba ta miała uwzględnić również kobiety niezamężne

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

(Okólski 1983). Można więc zgodzić się z Lynn Thomas, która w 1989 r. napisała w piśmie *People* edytowanym przez International Planned Parenthood Federation (której członkiem było TŚM), że Polsce i większości innych krajów socjalistycznych przerwanie ciąży było jednym z głównych sposobów regulowania płodności (Thomas 1989).

## **Wprowadzenie pigułki antykoncepcyjnej na polski rynek**

Pierwsze pigułki antykoncepcyjne pojawiły się w Polsce na początku lat sześćdziesiątych, jednak ich cyrkulacja była wówczas bardzo ograniczona. Dostęp do tych leków mieli lekarze i pacjentki niektórych ośrodków ginekologicznych (m. in Instytut Matki i Dziecka, I Klinika Położnictwa i Chorób Kobietych AM w Warszawie, Poradnia Świadomego Macierzyństwa w Gdańsku), w których „testowane” były produkty takie jak Enovid, Anovlar czy Lyndiol. Były to produkty zachodnich koncernów farmaceutycznych takich jak amerykański Searle (firma która pierwsza skomercjalizowała pigułkę antykoncepcyjną w Stanach Zjednoczonych), zachodnioniemiecki Schering (firma, która szybko stała się europejskim potentatem produkcji antykoncepcji hormonalnej) czy holenderski Organon. Firmy te w niektórych wypadkach przekazywały nieodpłatnie próbki swoich produktów; czasem były one także dostarczane przez Instytut Leków (Sternadel 1968), instytucję powołaną w 1951 do celu badania i kontroli leków (Parnowska 2001). Celem owego „testowania” było prawdopodobnie zebranie informacji koniecznych do podjęcia decyzji o tym, które środki powinny być importowane w większych ilościach czy produkowane w Polsce. Kiedy w 1966 roku w Czechosłowacji i NRD wprowadzono na rynek pigułki antykoncepcji własnej produkcji (Schwarz 1996, Houdek & Polak 1967), także w polskiej prasie zaczęły pojawiać się artykuły na temat pigułki zwracające uwagę na jej ograniczoną dostępność (Koreywo 1966, Co z tą tabletką 1966, Doustne tabletki 1966, Zainteresowanie doustnymi tabletkami 1966), jednak od tych doniesień do pojawienia się pierwszej pigułki polskiej produkcji, o nazwie Femigen, miały minąć 3 lata.

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

W 1967 roku, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej dodało holenderski Lyndiol 2.5 do listy leków zagranicznych zatwierdzonych do użycia w Polsce, i rozpoczęło import tego środka na niewielką skalę. Specyfik ten był dostępny w aptekach leków zagranicznych, specjalnych punktach, których było ich wówczas około 20, i które prowadziły sprzedaż leków za dewizy, (Centrala Farmaceutyczna CEFARM 1967). Jednakże import ten miał być tylko przejściowym sposobem na zaspokojenie potrzeb rynku, jako że celem rodzimego przemysłu farmaceutycznego w Polsce było zaspokojenie zapotrzebowania na pigułkę, tak jak na inne leki, preparatami produkowanymi w kraju, tzw. lekami antyimportowymi lub odtwórczymi, ewentualnie importowanymi z innych krajów bloku. Generalnie import leków z krajów kapitalistycznych miał być maksymalnie ograniczany, z bardzo praktycznego powodu jakim był stały brak dewiz.

W 1968 roku Lyndiol nadal był dostępny w niewielkich ilościach w aptekach, wtedy jednak Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej zaczęło importować większe ilości pigułki produkcji NRD o nazwie Ovosiston (por. rycina 1) (Ovosiston 1968). Doniesienie o dostępności tego środka w aptekach można było znaleźć w tygodniku *Przyjaciółka* (Chomać 1969). Produkt ten stał się modelem dla polskiego Femigenu, którego produkcję w 1969 roku rozpoczęły Jeleniogórskie Zakłady Farmaceutyczne Polfa (odtąd JZF), zakład Zjednoczenia Polfa specjalizujący się m. in. w produkcji hormonów. Produkcja odbywała się prawdopodobnie na licencji wschodnioniemieckiej firmy Jenapharm. Początkowo polska pigułka miała identyczny skład jak Ovosiston i nosiła nazwę Femigen Forte, jednak według dodatku do *Życia Warszawy*, *Życie i Nowoczesność*, już w 1970 Polfa i Instytut Leków zdecydowały o obniżeniu dawki w związku z docierającymi do Polski echemi międzynarodowej debaty naukowej na temat efektów ubocznych antykoncepcji hormonalnej, zwłaszcza popartego coraz większą ilością badań związku między wysokością dawki komponentu estrogennego pigułki i występowaniem zakrzepów i zatorów u kobiet (Zieliński 1970). Tak więc JZF produkowały przez krótki okres Femigen Mite o zmniejszonych dawkach obu komponentów do celów badawczych. Ostateczna

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

wersja produktu, Femigen (por. rycina 2: Sternadel & Łysikiewicz 1978), zawierała 2/3 dawki progesteronu i połowę dawki estrogenu oryginalnego Femigenu Forte, który pozostał na rynku do celów leczniczych pod zmienioną nazwą (Gestranol) (por. tabela 2, rycina 3). W 1972 Polfa wypuściła „serię pilotażową” nowego środka o nazwie Angravid (por. rycina 4), którego produkcja na większą skalę rozpoczęła się w 1974 roku (Grzęda et. al 1972, Ministerstwo Zdrowia 1975, Jeleniogórskie Zakłady Przemysłu Farmaceutycznego 1975). Tym razem modelem była pigułka Ovulen amerykańskiego koncernu Searle, ale nie jest jasne czy Polfie lub Instytutowi Leków udało się odtworzyć sposób produkcji nowego komponentu progesteronowego tej pigułki, czy też być może nabyto know-how np. z Węgier, gdyż węgierska pigułka Bisecurin miała ten sam skład.

Podsumowując, w Polsce w latach siedemdziesiątych szerzej dostępne były dwie marki pigułek antykoncepcyjnych: Femigen i Angravid (por. rycina 5), oprócz których cyrkulowały w niewielkich ilościach produkty koncernów zachodnich takie jak wspomniany już Lyndiol czy Stediril firmy Wyeth. Dla porównania w Hiszpanii—gdzie pigułka rozprowadzana była jako lek a nie środek antykoncepcyjny ze względu na zakaz prawny—w 1976 roku dostępnych było 20 różnych marek pigułki (Rodríguez-Ocaña, Ignaciuk & Ortiz-Gómez 2012).

## **Produkcja i konsumpcja**

Dane dotyczące produkcji pigułki antykoncepcyjnej (por. tabela 3) w Polsce są dość fragmentaryczne i wymagają dalszych badań. Najbardziej kompletne dane to te podawane przez M. Okólskiego na podstawie CEFARM do których nie udało mi się jeszcze dotrzeć i cytuję je za tym autorem. Inne dane, które przedstawiam w tabeli 3 pochodzą z planów techniczno-ekonomicznych Zjednoczenia Polfa, a więc odzwierciedlają planowaną, a nie rzeczywistą produkcję. Nawet jednak te niekompletne na razie dane pozwalają stwierdzić, że import pigułek zagranicznych był znikomy w porównaniu z produkcją krajową, oraz że produkcja ta była stosunkowo niewielka. W 1976 roku, kiedy produkcja ta była

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

najwyższa i miała sięgać 1.700.000 opakowań, oznaczała ona możliwość rocznego zaopatrzenia w ten środek antykoncepcyjny tylko ok. 140.000 kobiet. Jeśli porównamy produkcję pigułki w Polsce z Hiszpanią, krajem o podobnej populacji, to w latach siedemdziesiątych sprzedaż środków antykoncepcyjnych w tym kraju przekroczyła 2.000.000 opakowań i prezentowała stałą tendencję wzrostową, aby w 1978 osiągnąć ok. 10.000.000 sprzedanych cykli tabletek antykoncepcyjnych (por. tabela 4).

Jeśli chodzi o konsumpcję pigułek antykoncepcyjnej w Polsce, źródłem pomocnym w ocenie skali tego zjawiska są ankiety rodzinne z 1972 i 1977 roku, w których oprócz pytań dotyczących innych aspektów rozrodczości, zamężne kobiety w wieku od 15 do 45 lat odpowiedziały na pytania dotyczące stosowanych przez nich metod antykoncepcyjnych. Do danych tych należy podchodzić z pewną ostrożnością, jako że ich redaktor, Zbigniew Smoliński, cytował w różnych publikacjach rozbieżne dane procentowe dotyczące użytkowniczek pigułki. Tutaj biorę pod uwagę dane podane w pracy Smolińskiego *Dzielnosc kobiet w Polsce* z 1980r (por. tabela 5). Według tej pracy, najbardziej rozpowszechnionymi w Polsce metodami był stosunek przerywany i metoda Ogino, czyli tzw. kalendarzyk małżeński. Wzrost użytkowniczek pigułki był niewielki, od 4.7% w 1972 roku do 6.9% w 1977, ale w niektórych grupach, np. kobiet z wyższym wykształceniem, deklarowane użycie pigułki było prawie dwukrotnie wyższe, dochodząc do 11%. Aby ocenić te liczby, jeśli odniesiemy się ponownie do przykładu Hiszpanii, podobna ankieta przeprowadzona w 1977 roku w tym kraju (obie były częścią projektu ONZ o nazwie *Światowe Studium Płodności*), 17% kiedykolwiek zamężnych kobiet w wieku rozrodczym zadeklarowało że kiedyś stosowało pigułkę, natomiast 12% stosowało ją w momencie przeprowadzenia badania. W wielu krajach zachodnich pigułka była najpopularniejszym środkiem antykoncepcyjnym, np. w Australii, w 1968 roku stosowało ją 34% kobiet. W latach siedemdziesiątych pigułka dostarczane były do 30-40% kobiet w Holandii i 12-20% kobiet w Wielkiej Brytanii (Marks 2001). Jeśli zaś chodzi o kraje socjalistyczne, David i McIntyre w pracy porównawczej

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

na temat antykoncepcji i aborcji w Europie Środkowo-Wschodniej w II połowie XX wieku twierdzą, że, podobnie jak w Polsce, pigułka była generalnie mało popularną metodą antykoncepcyjną w regionie, i że najbardziej rozpowszechnioną metodą był stosunek przerywany. Na tym tle wyjątkowo prezentowały się NRD i Węgry, gdzie pigułka była produkowana i stosowana na szeroką skalę od połowy lat sześćdziesiątych, a w latach siedemdziesiątych stała się najpopularniejszym środkiem antykoncepcyjnym, zajmując miejsce zajmowane dotąd przez stosunek przerywany.

Podsumowując, wydaje się że niewielka skala produkcji i konsumpcji pigułki w Polsce była dość typowa dla innych krajów regionu takich jak Czechosłowacja, ale dużo niższa niż w krajach zachodnich i w NRD czy na Węgrzech.

## **Powody ograniczonej cyrkulacji pigułki w Polsce według**

### **źródeł i literatury**

Towarzystwo Świadomego Macierzyństwa zwracało uwagę na mało satysfakcjonujące wyniki swoich działań na polu zwiększenia stosowania produkowanych przez siebie metod zapobiegania ciąży. W *Problemach Rodziny* pojawiły się artykuły na ten temat w drugiej połowie lat sześćdziesiątych.

Grabowiecka podawała jako powody takiej sytuacji opór mężczyzn przed stosowaniem antykoncepcji, niewielką efektywność prowadzonej propagandy, oraz, przed wszystkim, niską jakość —a co za tym idzie, niewielką skuteczność—środków plemnikobójczych i kapturków. Argument ten pojawiał się wielokrotnie na łamach prasy codziennej i specjalistycznej (Łapiński 1975, Grochola 1976, Wiśłocka 1976, Cekański 1984, Gromadzka-Anzelewicz 1988). Pojawienie się pigułki antykoncepcyjnej jako środka 100% skutecznego przy poprawnym stosowaniu, mogło stać się odpowiedzią na ten palący problem, tak się jednak nie stało. Współczesne wypowiedzi wskazywały przyczyny tego niepowodzenia, takie jak niedostateczna dostępność oraz propaganda przeciw



Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

antykoncepcji prowadzona przez Kościół i niektórych lekarzy w prasie codziennej (Łapiński 1975, Wardziński & Szostak 1979, Syrek 1980). W latach osiemdziesiątych autorzy publikujący w języku angielskim zainteresowani problemami demograficznymi krajów socjalistycznych, jako główny powód braku popularności pigułki wskazywali jej ograniczoną produkcję, import i dostępność (Mazur 1981, Okólski 1983). Ostatnio tematem zajęły się również badaczki feministyczne, które wskazały na kulturalne uwarunkowania preferencji dotyczących antykoncepcji, i społecznych idei związanych z planowaniem rodziny i przerywaniem ciąży. Wskazały one np. na fakt że duża popularność stosunku przerywanego była typowa dla kultury, w której to mężczyźni byli odpowiedzialni za inicjowanie współżycia (Santow 1993), jak miało to miejsce np. wśród brytyjskich robotników w latach trzydziestych (Fisher 2003). Inne autorki spekulowały, że być może wczesne przerwanie ciąży było uważane przez kobiety za bezpieczniejsze i mniej szkodliwe fizycznie i moralnie, niż codzienne zażywanie pigułki (Einhorn 1993, por. Fidelis 2010).

## **Wiedza i opinie ginekologów na temat pigułki**

Podobnie jak w innych krajach, lekarzami najbardziej zainteresowanymi antykoncepcją hormonalną byli ginekolodzy i endokrynolodzy. Wydaje się, że mimo ograniczeń cyrkulacji informacji naukowej pochodzącej z państw zachodnich, wiodący polscy ginekolodzy posiadali w miarę bieżący i systematyczny dostęp do publikacji na temat antykoncepcji hormonalnej, które cytowali w swoich pracach (np. Lesiński 1964, Jordan 1969). Także pisma takie jak *Ginekologia Polska* czy *Polski Tygodnik Lekarski* publikowały w miarę na bieżąco przedruki streszczeń z pism zagranicznych takich jak np. *Journal of the American Medical Society*, *Lancet* czy *British Medical Journal*, wśród których temat pigułki pojawiał się dość szeroko, szczególnie od końca lat sześćdziesiątych, kiedy to międzynarodowe środowisko lekarskie było szczególnie zainteresowane kwestią skutków ubocznych antykoncepcji hormonalnej. Odzwierciedlenie tej debaty znalazło się również w rubryce *Co słyhać za*

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

*granicą* wydawanego przez Towarzystwo Świadomego Macierzyństwa (od 1970 roku: Towarzystwo Planowania Rodziny) pisma *Problemy Rodziny*.

Zanim pigułka stała się szerzej dostępna w 1968 roku, polscy ginekolodzy tacy jak Jan Lesiński czy Janusz Okła znali już i przetestowali różne marki zachodnie pigułek. Lesiński, wicedyrektor a potem dyrektor warszawskiego Instytutu Matki i Dziecka w latach sześćdziesiątych, był jednym z pionierów w dziedzinie badań nad pigułką. Początkowo jego wypowiedzi na temat nowej formy antykoncepcji były ostrożne, jednak już w 1964 w artykule opublikowanym w piśmie *Problemy Rodziny* uznał pigułkę za dobry środek do masowego stosowania i zalecił rozpoczęcie szeroko zakrojonej produkcji antykoncepcyjnych środków hormonalnych. Lesiński zaznaczył, że nawet jeśli kobiety początkowo podchodziłyby do pigułki ostrożnie, jej produkcja i tak byłaby opłacalna, jako że można było ją stosować także do celów terapeutycznych (Lesiński 1964). Wydaje się, że po 1968 pigułka była już dość dobrze znanym w Polsce lekiem, i uznawana była za dobrą metodę antykoncepcyjną pod warunkiem kontroli lekarskiej podczas jej stosowania. W 1969 Janusz Okła, współpracownik i sukcesor Lesińskiego opublikował pierwszą w Polsce monografię na temat progestagenów stosowanych w antykoncepcji i terapii (Okła 1969), podczas gdy inni ginekolodzy tacy jak Zbigniew Sternadel, Małgorzata Bulska, Mieczysław Telko czy Janina Krocin-Karasek, publikowali w pismach fachowych artykuły na temat pigułki Femigen i innych marek.

Od początku lat siedemdziesiątych ci sami lekarze, w większości związani z Towarzystwem Planowania Rodziny (odtąd TPR), rozpoczęli również rozpowszechnianie wiedzy na temat pigułki dla szerszych grup społecznych, przede wszystkim zaś dla potencjalnych użytkowniczek nowego środka. Pod auspicjami TPR Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich wydawał liczne broszury i książki. Autorkami wielu z nich były lekarki takie jak wspomniana już Janina Krocin-Karasek, a także Barbara Trębicka-Kwiatkowska i Krystyna Jordan. We wszystkich tych publikacjach autorki podkreślały, że

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

pigułka była skutecznym i bezpiecznym środkiem antykoncepcyjnym, pod warunkiem stosowania jej pod kontrolą lekarską, oraz zaznaczały że jej efekty uboczne są niewielkie, przejściowe i odwracalne (Jordan 1973, Krocin-Karasek 1973, Trębicka-Kwiatkowska 1974). Podczas gdy na forach medycznych i ogólnych (Biuletyn Informacyjny Cefarm i Polfa, prasa codzienna), niektórzy lekarze podkreślali że pigułka nie była odpowiednim środkiem dla młodych kobiet (Sternadel 1974, W. S. 1970, Zieliński 1970), podobnie jak ich koleżdy z RFN pod koniec lat sześćdziesiątych (Silies 2010), inni specjaliści nie zgadzali się z tym ograniczeniem (Kozakiewicz 1970, Jordan w wywiadzie z Hollanek, Jordan 1981, Żywuszek 1985). Również w tym okresie ginekolodzy często podkreślali w prasie fachowej oraz wywiadach publikowanych w prasie codziennej, że istnieje konieczność zwiększenia istniejącej ubogiej oferty antykoncepcyjnych środków hormonalnych, szczególnie zaś uzupełnienie jej o nowoczesne nisko dawkowe preparaty. Argumentowano, że większa różnorodność preparatów pozwoliłaby na lepsze dobranie właściwego środka, co wpłynęłoby korzystnie na tolerancję pigułki i zmniejszenie występowania objawów ubocznych. Argument ten pojawiał się często także w następnej dekadzie (Okła 1975, Jordan 1977 w wywiadzie z Hollanek 1976, Jędryka w artykule Dziegielewskiej 1977, Cekański 1984, Bolt w wywiadzie z Gromadzką-Anzelewicz 1988). Innym ważnym argumentem na rzecz pigułki, który zaczął pojawiać się zarówno w publikacjach na temat antykoncepcji jak i w prasie, było to, że jej skutki uboczne były w każdym przypadku mniejsze niż możliwe komplikacje przerwania ciąży, szczególnie tej pierwszej, które było obiektem intensywnej kampanii przeciw temu zjawisku ze strony TPR (Towarzystwo Planowania Rodziny 1972).

Podczas, gdy publicznie wygłaszane opinie większości lekarzy były pozytywne, niektóre znane nazwiska opowiadały się przeciwko tej metodzie antykoncepcji. Jedną z tych osób była Michalina Wisłocka, aktywna działaczka TSM, autorka wielu publikacji na temat planowania rodziny, znana przede wszystkim ze swojego bestsellerowego poradnika na temat seksualności, *Sztuka kochania*, którego pierwsze wydanie ukazało się w 1978 roku (por. Kościańska 2010). W artykule

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

opublikowanym w magazynie *Polityka* w 1976 Wisłocka stwierdziła nawet, że została poproszona, aby nie wypowiadać się publicznie na temat pigułki w negatywny sposób. Stwierdziła także, że zarówno lekarze jak i kobiety podchodzą do sprawy antykoncepcji hormonalnej nieodpowiedzialnie, nie przywiązując należytej wagi do koniecznych okresowych kontroli. W rozdziale *Sztuki kochania* poświęconemu antykoncepcji zaznaczyła także, że środki hormonalne

wstępnym bojem opanowały cały świat. Niewątpliwie są one najprostsze w stosowaniu i stuprocentowo pewne, ale gdy zaczęły się mnożyć w miarę upływu lat i obserwacji najrozmaitsze objawy ich szkodliwości, wynikającej głównie z tego, że nie działają lokalnie, tylko wpływają na całą gospodarkę organizmu, zaczęto się zastanawiać czy środki tradycyjne, tak beztrudno odrzucone do lamusa, nie są czasem niewiele mniej skuteczne, a o całe niebo bezpieczniejsze. Dziś już nie mówi się, że przerwy czy stosunek przerywany to historia (Wisłocka 1980, 259)

Innym lekarzem, który podzielał zdanie Wisłockiej był Włodzimierz Fijałkowski, autor wielu publikacji na temat przygotowania do porodu i propagator w Polsce tzw. metody Billingsów czy też metody termiczno-objawowej. Podobnie jak autorka *Sztuki kochania*, sprzeciwiał się pigułce jako metodzie działającej na cały organizm. Uważał za lepsze takie metody planowania rodziny, które wymagały odpowiedzialności obu partnerów, na potwierdzenie czego używał argumentów podobnych do tych wyrażanych przez Kościół Katolicki (Jasińska 1977).

Podsumowując, wydaje się, że wiodący polscy ginekolodzy, którzy byli szczególnie zainteresowani antykoncepcją hormonalną, na bieżąco śledzili międzynarodową debatę na ten temat, a ich ocena tych środków, zarówno w prasie fachowej jak i innych publikacjach była generalnie pozytywna.

## **Wiedza i opinie kobiet na temat pigułki**

Podobnie jak ginekolodzy, także kobiety zaczęły się szybko interesować nową metodą antykoncepcyjną, jeśli wierzyć lekarzowi, który w 1970 w liście do *Biuletynu Informacyjnego Cefarm-Polfa* pisał: „reklama tych środków jest szeroka, zainteresowanie kobiet nimi – ogromne” (Teter

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

1970). Odnosząc się do pigułki Krystyna Jordan, we wstępie do drugiej edycji książki *Antykoncepcja współczesna* wspomniała również:

Rzadko która kobieta, zgłaszając się do lekarza, pozostawiała mu prawo wyboru metody zapobiegania ciąży, najwłaściwszej w danym przypadku. Już z góry przedstawiała swój plan, i jeśli lekarz go nie akceptował, rezygnowała często z jakiegokolwiek porady w tym zakresie (Jordan 1980, 3).

Skąd kobiety dowiadywały się o pigułce? Oczywistym kanałem wydaje się służba zdrowia, ale możliwe, że lekarze nieczęsto dysponowali czasem i dobrymi chęciami, aby wyczerpująco tłumaczyć pacjentkom zasady działania pigułki, a także regularnie zlecać badania kontrolne. Alternatywę mogły tu stanowić wyspecjalizowane poradnie TŚM-TPR. Inne kanały, z których kobiety czerpały wiedzę na temat antykoncepcji były, podobnie jak w innych krajach, publikacje na temat planowania rodziny (wydawane w Polsce przez TŚM/TPR) oraz czasopisma dla kobiet.

Czasopismo *Przyjaciółka*, założone w 1948 roku i skierowane do kobiet wiejskich i robotnic, w okresie, który mnie interesuje, było uważane za najpopularniejszy polski magazyn dla kobiet (Wydra 2009, Sokół 2003). W latach sześćdziesiątych publikowało ono we współpracy z TŚM liczne artykuły poświęcone planowaniu rodziny a także prymitywne, lecz regularnie pojawiające się reklamy środków antykoncepcyjnych, takich jak Globulki Zet. Pigułka pojawiła się na stronach *Przyjaciółki* w 1969 roku, we wspomnianym już artykule w którym ogłasza się pojawienie się Ovosistonu w polskich aptekach (Chomać 1969). W stałym dziale poświęconym korespondencji „Czytelnicy piszą, *Przyjaciółka* odpowiada” „eksperti”, najczęściej lekarze, odpowiadali na pytania takie jak „Co to jest Femigen”, czemu tak trudno go dostać w aptekach i czy pigułka ma niebezpieczne skutki uboczne (L. D. 1969, Renata 1972, Janina 1974). Jednak pigułka pojawiała się głównie jako problem poruszany w wieloczęściowych artykułach na temat zdrowia kobiet podpisywanych przez znanych ginekologów (Sternadel, Teter, Krocin-Karasek), tych samych, którzy publikowali na temat pigułki w *Problemach Rodziny* i pismach fachowych. Oprócz objaśnienia mechanizmów działania pigułki, porównując go czasem do stanu wczesnej ciąży (Teter w wywiadzie z Ubysz 1970), dyskurs lekarzy był podobny do

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

tego, który prezentowali na innych forach: że pigułka jest pewną i bezpieczną metodą antykoncepcyjną, o ile jest stosowana pod nadzorem lekarza. Jednakże na łamach *Przyjaciółki* pojawiały się, choć rzadko, także artykuły zniechęcające kobiety do tej formy antykoncepcji. W odpowiedzi na list czytelniczki z 1974 anonimowy lekarz odpowiedział na przykład, że pigułka posiada wiele przeciwwskazań i zakończył swoją odpowiedź ostrzeżeniem:

Z tych wszystkich względów coraz więcej polskich lekarzy opowiada się przeciwko pigułce a za naturalnymi metodami regulowania płodności, propaguje zwłaszcza opisaną i w naszym piśmie metodę termiczną (Janina 1974).

Bardziej „sensacyjny” dyskurs opisujący często w przesadny czy wyrwany z kontekstu sposób efekty uboczne pigułek był prawdopodobnie bardziej widoczny w prasie codziennej, tak jak w przypadku innych krajów, np. Hiszpanii (Ortiz-Gomez, Ignaciuk w druku). Jeden z autorów skomentował tę sytuację w piśmie *Problemy Rodziny* w następujący sposób:

Wskutek fragmentarycznych i często wypaczonych oraz sensacyjnie przedstawionych doniesień zagranicznej, pseudo-naukowej prasy powstaje wśród kobiet niebezpieczne przekonanie, że dłuższe zażywanie pigułek może być przyczyną powstania nowotworu narządu rodnego lub sutka, a także innych schorzeń organizmu. Szerzy się obawa, że nad pacjentka używająca pigułki, która w przyszłości będzie chciała zostać matka, wisi groźba urodzenia dziecka z wadą wrodzoną. Także lekarze chirurdzy twierdzą że Femigen jest przyczyną zakrzepowego zapalenia żył u kobiet (Łapiński 1975).

Jeśli chodzi o opinie kobiet na temat pigułki, to są one trudniejsze do zbadania. Do ich pośredniego poznania mogą być użyteczne wypowiedzi kobiet cytowane w nielicznych ankietach na temat antykoncepcji, zazwyczaj wyrażające obawy dotyczące właśnie skutków ubocznych pigułki. Jedną z takich ankiet było opracowanie dr Lecha na temat praktyk antykoncepcyjnych kobiet, które zgłaszały się na przerwanie ciąży, wyniki którego przedstawił w *Problemach Rodziny*. Ankietowane uważały środki antykoncepcyjne za szkodliwe dla zdrowia i nieskuteczne, a zdaniem jednej z nich Ovosiston miał powodować bezpłodność (Lech 1973).

Innym źródłem informacji na temat opinii kobiet na temat pigułki mogą być czasopisma dla kobiet, choć oczywiście należy wziąć pod uwagę specyfikę tego źródła w kontekście analizowanego okresu, a

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

także traktować przytaczane wypowiedzi kobiet jako element redagowany, jeśli nie kreowany w całości przez dziennikarki. I tam wypowiedzi kobiet na temat pigułki są rzadkie. Jedną z nich jest wspomniany już dwukrotnie artykuł I. Chomać opublikowany w 1969 roku w *Przyjaciółce*. Jako tło dla informacji o pojawieniu się Ovosistonu cytowana jest opinia na temat tego środka Joanny G., jego użytkowniczki, która przyznaje, że „trochę się bała, kiedy zaczęła połykać pierwsze pigułki Ovosistonu”, ale potrzebowała skutecznej metody, gdyż ma już 2 dzieci i oboje z mężem pracują. (Chomać 1969). Inna wypowiedź została zacytowana w 1977 w magazynie *Zwierciadło*. Jako że jej autorka omawia w niej rolę „Femigenu” w kontekście swoich praktyk planowania rodziny, jest ona szczególnie ciekawa i dlatego przytaczam ją w całości. Autorką jest rzekomo trzydziestoletnia kobieta czekająca na 4 już zabieg przerwania ciąży. Na ostrzeżenia autorki reportażu że „skrobanki” są szkodliwe dla zdrowia, kobieta odpowiada:

Podobną przemowę usłyszałam od lekarza, gdy przyszłam usunąć pierwszą ciążę (...). Byłam wtedy studentką i wysłuchałam pokornie całego kazania. Równie pokornie zwróciłam się o przepisanie mi jakiegoś środka antykoncepcyjnego, który uchroniłby mnie przed tymi strasznymi konsekwencjami skrobanek. Dowiedziałam się sporo o tym, czego lekarz mi przepisać nie może. Doustnych pigułek nie, bo jestem na to za młoda, mogą zachwiać moją gospodarkę hormonalną i w ogóle są szkodliwe, o spirali domacicznej nie ma mowy, bo tego się nie zakłada kobietom, które nie rodziły. Lekarz odradził mi też stosowanie kalendarzyka małżeńskiego, bo to sposób zawodny, nie polecał mi też jakiś krążków czy kapturków, nie pamiętam z jakiego powodu. W końcu przepisał mi globulki „Z”, z tym zastrzeżeniem, że będą skuteczne, jeśli partner będzie używał prezerwatyw. Tak się złożyło, że partner używać nie chciał i wkrótce czekał mnie następny zabieg. Wtedy już poszłam do innego lekarza. Przepisał mi „Femigen” i nic nie mówił o szkodliwości hormonów. Łykałam ten „Femigen” bodajże przez dwa lata, w międzyczasie wyszłam za mąż i bardzo się bałam, czy dziecko, którego oboje z mężem bardzo pragniemy, nie urodzi się przez te proszki nienormalne. Na szczęście synek jest okazem zdrowia i żadnej klepki raczej mu nie brakuje. Trzecią skrobankę miałam chyba w pół roku po porodzie. Zawierzyłam opinii babci, że karmienie chroni przed zajściem w ciążę. Później wróciłam do „Femigenu”, ale moja wątroba już tego dłużej nie mogła znieść. Przestałam łykać, zawierzyłam kalendarzykowi. Dość długo mi się udawało, ale teraz wpadłam. O drugim dziecku na razie nie ma mowy. Koleżanka radzi mi, abym kupiła w „Pewexie” spiralkę, chyba tak zrobię. Owszem, słyszałam, że są również polskie, ale podobno niedobre, wypadają... (Dzięgielewska 1977).

Choć trudno traktować tę wypowiedź jako osobistą relację kobiety, myślę że dość dobrze przedstawia praktyki regulacji płodności młodych Polek i ich dyskursy na temat różnych metod antykoncepcyjnych, w tym pigułki, w których niewiedza podsycza obawy na temat szkodliwości tego

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

środka, który jednak pozostaje jedną z nielicznych skutecznych metod zapobiegania ciąży jaką dysponują.

Podsumowując, choć publikacje na temat planowania rodziny skierowane do kobiet i pisma kobiece przedstawiały w zasadzie pozytywny obraz pigułki, wydaje się, że kwestia efektów ubocznych była istotnym czynnikiem wpływającym na opinie kobiet na temat tego środka. Na dokładniejsze zbadanie tego zagadnienia pozwolą jednak dopiero wywiady z użytkowniczkami tej metody antykoncepcyjnej, które przeprowadzę w przyszłym roku w ramach kontynuacji tego projektu.

## **Wstępne wnioski**

Formułowanie wniosków na temat wpływu sytuacji w Polsce w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych na cyrkulację pigułki antykoncepcyjnej jest na razie trudne. Wydaje się, że ograniczenia występujące w Polsce dla tej cyrkulacji były podobne jak w innych krajach regionu, gdzie braki w zaopatrzeniu dotyczyły wielu dóbr, a także leków, pigułka zaś nie należała do leków ratujących życie czy zdrowie, co na pewno wpływało na fakt, że zaliczano jej do leków priorytetowych w imporcie i produkcji. Ograniczenia możliwości importu z krajów kapitalistycznych zdecydowały pewnie także o tym, że modelem dla pierwszej polskiej pigułki był wschodnioniemiecki Ovosiston, a nie holenderski Lyndiol obecny już na rynku. Ponadto w innych krajach, takich jak RFN czy Hiszpania, koncerny farmaceutyczne odegrały znaczącą rolę w propagowaniu pozytywnego obrazu antykoncepcji hormonalnej. Brak swobody dla ich działania w Polsce i prowadzenia takiej propagandy mogło również przyczynić się do utrzymania się ostrożnego stosunku kobiet, i możliwe że wielu lekarzy, do tej formy antykoncepcji.

Choć znajomość światowych publikacji na temat pigułki przez wiodących polskich ginekologów niewiele odbiegała od znajomości np. ich hiszpańskich kolegów, to ich wyrażane publicznie opinie na temat pigułki były znacznie bardziej pozytywne niż w innych krajach, a także brak w ich dyskursach



Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

jakichkolwiek odniesień do problematyki moralnej czy religijnej, tak obecnej w np. Hiszpanii.

Oczywiście wynikało to ze specyfiki sytuacji polskiej: kontekstu masowych przerwania ciąży i zwalczania Kościoła Katolickiego w sferze publicznej. Trudno jednak ocenić na ile opinie ginekologów publikujących na temat pigułki w prasie i pismach fachowych były reprezentatywne dla całego środowiska lekarskiego. Podobnie trudno ocenić na ile te pozytywne komunikaty docierały do potencjalnych użytkowniczek pigułki, i w jakim stopniu kształtowały opinie kobiet na temat tej metody antykoncepcyjnej. Biorąc pod uwagę dane procentowe użytkowniczek pigułki podane w ankietach rodzinnych, wydaje się, że raczej w niewielkim.

Trudno też ocenić na ile rzeczywiste lub rzekome efekty uboczne zniechęcały kobiety do stosowania pigułki, jednak nie można wykluczyć ich znaczenia, zwłaszcza przy tak ograniczonej, opartej o środki wysokodawkowe ofercie, jak ta obecna w Polsce w latach siedemdziesiątych.

Choć Polfa utrzymywała, że produkcja pigułki była dostosowana do niewielkiego na nią zapotrzebowania, należałoby zastanowić się czy było ono spowodowane niewielkim wyborem wysokodawkowych środków i cytowaną przez autorów opracowań niewielką dostępnością, która uniemożliwiała regularne stosowanie. Ponadto rzekomy brak zainteresowania kobiet pigułką był wygodną wymówką dla państwa, dla którego stosowanie przez kobiety mniej skutecznych metod tradycyjnych i w wypadku gdyby zawiodły, przerwania ciąży, było znacznie tańsze niż zainwestowanie posiadanych ograniczonych w import lub zakup patentów, i rozwój produkcji szerokiej oferty bardziej nowoczesnych doustnych środków antykoncepcyjnych.

## **Dalszy kierunek badań**

Powyższe rozważania mają oczywiście charakter wstępnej analizy źródeł, które wymagają jeszcze dalszego uzupełnienia i skompletowania.

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

Niezbędna jest na przykład już wspomniana bardziej pogłębiona analiza praktyk i dyskursów użytkowniczek pigułki, a także zbadanie, jak różniły się one w zależności od pochodzenia miejskiego czy wiejskiego, miejsca zamieszkania, czy wykształcenia kobiet. Ankiety rodzinne dostarczają wstępnych danych do tego celu i potwierdzają, że w Polsce, podobnie jak w innych krajach, wykształcone mieszkanki miast były grupą kobiet o stosunkowo najłatwiejszym dostępie do nowoczesnych metod antykoncepcyjnych, jednak do zbadania tych praktyk i dyskursów szczególnie użyteczne będzie przeprowadzenie wywiadów *oral history* z użytkowniczkami pigułki, a także kobietami które odrzuciły tą metodę antykoncepcji.

Innym ważnym źródłem, które na razie pominęłam, są dokumenty i komunikaty Polskiego Kościoła Katolickiego, a także publikacje w prasie katolickiej na temat pigułki, szczególnie zaś w odniesieniu do ogłoszonej w 1968 roku encykliki *Humanae Vitae*, w której zabronione zostały wszelkie „sztuczne” metody antykoncepcyjne.

Badanie dyskursów lekarzy na temat antykoncepcji hormonalnej powinno być także uzupełnione o analizę reprezentacji antykoncepcji hormonalnej w podręcznikach ginekologii i położnictwa, będącym pierwszym i podstawowym źródłem wiedzy studentów medycyny na ten temat. I tu mogłyby także okazać się pomocne wywiady z lekarzami.

## Literatura i źródła

Angravid. (1974). *Terapia i Leki*, 2(24)(9), 428.

Cekański, A. (1984). *Antykoncepcja. Zagadnienia wybrane*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Centrala Farmaceutyczna CEFARM (1967). *Leki dopuszczone do obrotu w punktach skupu i sprzedaży leków zagranicznych*. Warszawa: Centrala Farmaceutyczna CEFARM.

Centrala Farmaceutyczna CEFARM (1972). *Biuletyn statystyczno-informacyjny*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

Chomać, I. (1969/02/09). Codziennie po pigułce. *Przyjaciółka*, 5 (1089), 12.

Co z tą tabletką u nas. [Prasa krajowa pisze] (1966). *Problemy Rodziny/Trybuna Ludu*(31), 45.

Czajkowska, A. (2012). O dopuszczalności przerywania ciąży. Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r. i towarzyszące jej dyskusje. In M. Kula (Ed.), *Kłopoty z seksem w PRL. Rodzenie nie całkiem po ludzku, aborcja, choroby, odmienności* (pp. 99-186). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

L. D. (1969, 1969/04/20). [Czytelnicy piszą, Przyjaciółka odpowiada. Lekarz odpowiada] Polska pigułka. *Przyjaciółka*, 16 (1100), 13.

David, H. P., & McIntyre, R. J. (Eds.). (1981). *Reproductive behavior: Central and Eastern European experience*. New York: Springer.

Dobrzyński, A. (1983, 1983/05/20). Pigułka czy zabieg. *Perspektywy*, 12-13.

Doustne tabletki antykoncepcyjne na Mokotowie. [Prasa krajowa pisze] (1966). *Problemy Rodziny/Kurier Polski*(30), 57-58.

Dzięgielewska, B. (1977/12/15). Antykoncepcja bez koncepcji. *Zwierciadło*, 3 i 5.

Einhorn, B. (1993). Self-determination under threat: The state and reproductive rights. *Cinderella goes to market: Citizenship, gender and the women's movements in East Central Europe* (pp. 74-112). London: Verso.

Fidelis, M. (2010). *Women, communism, and industrialization in postwar Poland*. Chicago: University of Chicago Press.

Fisher, K., & Szreter, S. (2003). "They prefer withdrawal": the choice of birth control in Britain, 1918-1950. *Journal of Interdisciplinary History*, XXXIX(2), 263-291.

Grabowiecka, L. (1965). Na drodze walki z poronieniami. *Problemy Rodziny*(26), 42-46.

Grabowiecka, L. (1967). Przyczyny i skutki powolnego rozwoju antykoncepcji w Polsce. *Problemy Rodziny*(35), 40-47.

Grochola, W. (1976, 1976/05/08). W trzech pokojach z kuchnią. *Polityka*.

Gromadzka-Anzelewicz, J. (1988, 1988/02/13-14). Szklanka wody zamiast. *Głos Wybrzeża*.

Grzęda, W., Kardys, Z., Konieczny, Z., Lichomski, J., Piasecki, J., & Wellenger, A. (1972). *Vademecum Polfa* (4 ed.). Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Hollanek, A. (1976/03/12). Ani matriarchat, ani brak potomstwa. *Perspektywy*, 1 i 3-9.

Houdek, J., & Polak, Z. (1967). Rozwój poradnictwa antykoncepcyjnego w Czechosłowacji. *Problemy Rodziny*(35), 54-56.

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

Janina. (1974/06/24). [Czytelnicy piszą, Przyjaciółka odpowiada. Lekarz odpowiada] Doustne środki antykoncepcyjne. *Przyjaciółka*, 25 (1370), 13.

Jasińska, M. (1977/01/02). Poważny temat. *Przyjaciółka*, 1 (1502), 14.

Kurkowska-Bondarecka, K. (1995). *Historia polskiego przemysłu farmaceutycznego*. Warszawa: Stowarzyszenie Inżynierów i Techników Przemysłu Chemicznego.

Jordan, K., & Wasilewska, B. (1969). Cykl miesięczny u kobiet stosujących antykoncepcyjne środki doustne. *Problemy Rodziny*(46), 55-58.

Jordan, K. (1973). *Antykoncepcja współczesna* (1 ed.). Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Medycznych, Towarzystwo Planowania Rodziny.

Jordan, K. (1980). *Antykoncepcja współczesna* (2 ed.). Warszawa: Państwowy zakład Wydawnictw Medycznych, Towarzystwo Planowania Rodziny.

Jordan, K. (1981). *U progu dojrzałego życia* (1 ed.). Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Kor. (1963/09/14). Pigułki antykoncepcyjne. *Trybuna Ludu*.

Koreywo, M. (1968/08/31). Żółte światło dla doustnej pigułki. *Trybuna Ludu*.

Kościańska, Agnieszka (2010). Kulturowe konteksty naukowej wiedzy o seksualności. In *Antropolog wobec współczesności. Tom w darze Profesor Annie Zadrożyńskiej*, ed. Malewska-Szałygin, Anna & Magdalena Radkowska-Walkowicz. Warszawa: Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu Warszawskiego.

Kozakiewicz, M. (1970). Zanim staniecie się kobietami (1 ed.). Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Kozakiewicz, M. (1973). Zanim staniecie się kobietami (2 ed.). Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Kozłowski, S. (1965). W sprawie przepisywania i stosowania leków zagranicznych. *Biuletyn Informacyjny Cefarm i Polfa*, 15(4), 122-127.

Krocin-Karasek, J. (1973). *O nowych środkach zapobiegania ciąży* (3 ed.). Warszawa: Państwowy zakład Wydawnictw Lekarskich.

Kuźma-Markowska, S. (w druku). Międzynarodowe aspekty działalności towarzystwa świadomego macierzyństwa w latach 50. i 60. XX w. *Zjawisko Antykoncepcji w Perspektywie Społeczno-Kulturowej*, Karpacz.

Lech, M. (1973). Rozpowszechnienie niektórych metod antykoncepcji wśród kobiet przerywających ciążę. *Problemy Rodziny*(70), 34-37.

Lesiński, J. (1964). Czy gestageny hamują rozrodczość. *Problemy Rodziny*(16), 11-18.

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

Łapiński, Z. (1975). W obronie pigułki. *Problemy Rodziny*(81), 54-56.

Łapiński, Z. (1975). W obronie pigułki. *Problemy Rodziny*(81), 54-56.

Łukasikowa, I. (1965). Skuteczność środków antykoncepcyjnych na podstawie materiałów Wojewodzie Przychodni Świadomego Macierzyństwa w Gdańsku. *Problemy Rodziny*(23), 57-61.

Marks, L. (200). *Sexual chemistry. The history of the contraceptive pill*. London; New Haven, Yale University Press.

Mazur, D. P. (1981). Contraception and abortion in Poland. *Family Planning Perspectives*, 13(4), 195-198.

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. (1975). Raport o stanie zdrowia i opiece zdrowotnej nad kobietami oraz program działania na lata 1976-1990. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Archiwum Akt Nowych (dalej AAN), Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Departament Polityki Zdrowotnej, 1939/19/475

Thomas, L. (1989). Diversity in family planning provision and practice. *People*, 16(3), 5-6.

Okła, J. (1969). *Progestageny w antykoncepcji i w chorobach kobiecych*. Warszawa.

Okła, J. (1970). Zasady stosowania doustnych środków antykoncepcyjnych. *Biuletyn Informacyjny Cefarm i Polfa*, 20(2), 47-52.

Okła, J. (1975). *Metody zapobiegania niepożądaney ciąży*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Okólski, M. (1983). Abortion and contraception in Poland. *Studies in Family Planning*, 14(11), 263-274.

Ortiz-Gómez, T. & Ignaciuk, A. (w druku), Pregnancy and labour cause more deaths than oral contraceptives": the debate on the pill in the Spanish press in the 1970s' in von Schwing et al. (eds). *Biologics. History of agents made from living things*. London: Pickering and Chatto.

Ovosiston. (1968). *Biuletyn Informacyjny Cefarm i Polfa*, 18(4), 104.

Parnowska, W. (2001). *Instytut Leków 1951-2001. dzieje - ludzie - dokonania*. Warszawa: Instytut Leków.

Penn, Shana & Jill Massino. (2009). *Gender politics and everyday life in state socialist Eastern and Central Europe*. London; New York: Palgrave MacMillan.

Persa, Jacek Tomasz & Aneta Krawczyk. Kościół, władza, lekarze w PRL w latach 1956-1969. In *Zawod lekarza na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, ed. Bożena Urbanek. 421-49. Warszawa: Śląski Uniwersytet Medyczny/ Instytut Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk, 2009.

Renata. (1972/07/23). [Czytelniczki piszą, Przyjaciółka odpowiada. Różne] Co to jest Femigen. *Przyjaciółka*, 30 (1270), 13.

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

- Rodríguez-Ocaña, E., Ignaciuk, A. and Ortiz-Gómez, T. (2012), Ovulostáticos y anticonceptivos. El conocimiento médico sobre 'la píldora' en España durante el franquismo y la transición democrática (1940–1979), *Dynamis* 32(2), 467–494.
- Silies, E. (2010). Liebe, Lust und Last: Die Pille als weibliche Generationserfahrung in der Bundesrepublik 1960–1980. Göttingen: Wallstein.
- Santow, Gigi. 1993. Coitus interruptus in the twentieth century. *Population and Development Review* 19(4), 767-792.
- Smoliński, Zbigniew, ed (1980). *Dzietność kobiet w Polsce*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Sokołowska, M., & Łobodzińska, B. (1971). Środki antykoncepcyjne i przerywanie ciąży. *Problemy Rodziny*(57), 50-55.
- Sokół, Z. (2003). Przyjaciółka: tygodnik kobiecy (cz II: marzec 1951-marzec 1990). *Studia Bibliograficzne Akademii Świętokrzyskiej*, 7, 109-131.
- Sternadel, Z. (1968/03/30). Antykoncepcja w pigułce. *Życie Warszawy*.
- Sternadel, Z. (1974). Femigen i Gestranol w praktyce ginekologicznej. *Terapia i Leki*, 2 (24)(4), 192-195.
- Sternadel, Zbigniew & Łysikiewicz, Andrzej 1978. *Praktyczne metody regulacji urodzeń*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Sternadel, Z. (1979/05/06). [Rozmowy intymne] Odpowiedzi. *Przyjaciółka*, 18(1624), 12.
- Schwarz, G. (1996). Von der Antibaby- zur Wunschkindpille und zuruck. Kontrazeptiva in der DDR. In G. Staube, & L. Vieth (Eds.), *Die Pille, von der Lust und von der Liebe* (pp. 149-163). Berlin: Rowohlt.
- Syrek, W. (1980). Przerywanie ciąży i antykoncepcja w aspekcie planowania rodziny w Polsce. *Problemy Rodziny*(116), 28-30.
- Środek antykoncepcyjny Femigen. W terapii hormonalnej Gestranol. (1971). *Biuletyn Informacyjny Cefarm i Polfa*, 21(6), 219.
- Teter, J. (1970). [W uprzejmej odpowiedzi na pismo... redakcja donosi] W sprawie środków antykoncepcyjnych. *Biuletyn Informacyjny Cefarm i Polfa*, 20(8-9), 316-317.
- Towarzystwo Planowania Rodziny. (1972). *15 lat Towarzystwa Planowania Rodziny*. Warszawa: TPR.
- Trębicka-Kwiatkowska, B. (1974). *Zapobieganie czy przerywanie ciąży* (ed. 1). Warszawa.
- Ubysz, B. (1970/01/18). Pigułka. *Przyjaciółka*, 3(1139), 7.
- W.S. (1970/09/12). 7 pytań w sprawie pigułki. *Panorama*.

Tekst w przygotowaniu

Proszę nie cytować bez konsultacji z autorką

Wardziński, E., & Szostak, Z. (1979). Ocena programu rozwoju hormonów. AAN, Zjednoczenie Przemysłu Farmaceutycznego "Polfa". Wydział Postępu Technicznego. Program rozwoju przemysłu farmaceutycznego na lata 1980-1985, 963/8/6

Wisłocka, M. (1976/05/08). Pomnik dla Boya. *Polityka*.

Wisłocka, M. (1980). *Sztuka kochania* (2 ed.). Warszawa: Iskry.

Zainteresowanie doustnymi środkami antykoncepcyjnymi. [Prasa krajowa pisze] (1966). *Problemy Rodziny/Kurier Polski*(31), 53.

Zieliński, J. (1970/05/28). Antykoncepcja pod kontrola. *Życie i Nowoczesność [Dodatek do Życia Warszawy]*.

Zjednoczenie Przemysłu Farmaceutycznego Polfa. (1972). Sprawozdanie ze współpracy z zagranicą za rok 1972. AAN Zjednoczenie Przemysłu Farmaceutycznego Polfa Wydział Współpracy z Zagranicą 963/9/167.

Zjednoczenie Przemysłu Farmaceutycznego Polfa, Wydział Ekonomiczny (1973). Zbiorczy plan techniczno-ekonomiczny za rok 1973. AAN Zjednoczenie Przemysłu Farmaceutycznego Polfa Wydział Współpracy z Zagranicą 963/16/56.

Zjednoczenie Przemysłu Farmaceutycznego Polfa, Wydział Ekonomiczny, (1974). Zbiorczy plan techniczno-ekonomiczny za rok 1974. AAN Zjednoczenie Przemysłu Farmaceutycznego Polfa Wydział Współpracy z Zagranicą 963/16/71.

Zjednoczenie Przemysłu Farmaceutycznego Polfa, Wydział Ekonomiczny (1978). Plan techniczno-ekonomiczny na rok 1978 Jeleniogórskich Zakładów Farmaceutycznych Polfa. AAN Zjednoczenie Przemysłu Farmaceutycznego Polfa Wydział Ekonomiczny 963/16/92.

Żywuszek, J., Petryka, I., & Sokoluk, W. (1985). *Jak zapobiegać niepożądaney ciąży* (1? ed.). Warszawa: Biblioteczka Przyjaciółki.

## Spis rycin

1. Reklama preparatu Ovosiston, opublikowana w 1968 roku w *Biuletynie Informacyjny Cefarm i Polfa*, 18(4), 104.
2. Opakowanie preparatu Femigen. Źródło: Sternadel i Łysikiewicz 1978.
3. Reklama preparatów Femigen i Gestranol, opublikowana w 1972 roku w *Biuletynie Informacyjny Cefarm i Polfa*, 21(6), 219.
4. Reklama preparatu An gravid, opublikowana w 1974 w piśmie *Terapia i Leki*, 2(24)(9), 428.
5. Opakowania preparatów Femigen i An gravid. Źródło: Jordan 1981.



# C. F. „CEFARM”

zawiadamia, że lecznictwo jest zaopatrywane w preparat:

## OVOSISTON — drażetki

**S k ł a d:** octan chlormadinonu — 3 mg  
mestrol . . . — 0,1 mg

Preparat zapobiega ciąży przez powstrzymanie jajczkowania. Tylko prawidłowe stosowanie zapewnia jego właściwą skuteczność. Hormony zawarte w preparacie połączone są w takim stosunku, że nie zostaje zachwiana między nimi fizjologiczna równowaga. Zablokowanie owulacji następuje w wyniku zahamowania wydzielania gonadotropin przysadkowych, w związku z synergistycznym działaniem progestagenu — Chlormadinonu i estrogenu — Mestranolu.

**D a w k o w a n i e:** Pierwszą drażetkę należy przyjąć piątego dnia cyklu miesięczkowego, licząc za dzień pierwszy początek krwawienia, niezależnie od tego czy miesięczkowanie się zakończyło. Celem uniknięcia omyłki i dla kontroli regularnego przyjmowania należy pierwszy dzień cyklu zanotować. Następnie przyjmuje się 1 drażetkę dziennie zawsze o tej samej porze dnia — możliwie po kolacji — przez okres 21 dni (1 opakowanie), po czym należy zaprzestać stosowania leku, aż do 5-go dnia cyklu. Jeżeli zamierza się w dalszym ciągu kontynuować ochronę przed zajściem w ciążę, należy 5-go dnia cyklu rozpocząć przyjmowanie z następnego opakowania.

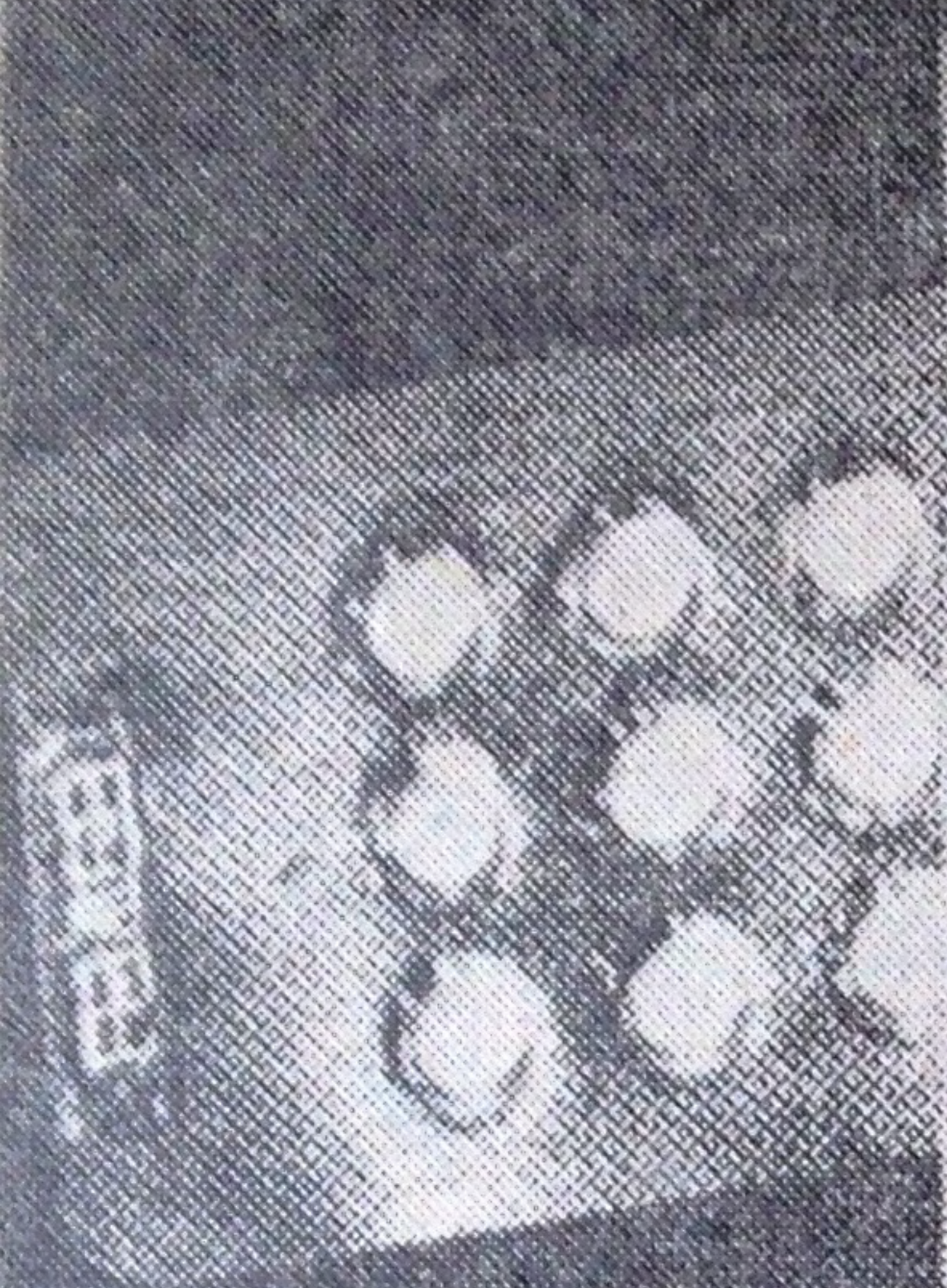
**U w a g a:** O ile przez zapomnienie nie została przyjęta w jakimkolwiek dniu jedna drażetka, należy ją przyjąć jak najszybciej, nie później jednak niż w 36 godzin (1½ doby) od zażycia ostatniej drażetki.

Ponadto OVOSISTON stosuje się dla regulowania cyklu miesięczkowego w przypadku: nieprawidłowych krwawień macicznych, braku miesiączki, bolesnego miesięczkowania algomenorrhea, dysmenorrhea). Wskazany jest również w przypadkach endometriozy oraz w różnych postaciach patologicznych rozrostów endometrium.

W przypadkach endometriozy podaje się 1 drażetkę dziennie bez przerwy w ciągu 6—9 miesięcy, wyłączając okres miesięczkowania. Po odstawieniu leku zazwyczaj wracają regularne cykle miesięczkowe.

Dla innych wskazań ginekologicznych podaje się 1 drażetkę dziennie, w drugiej połowie cyklu miesięczkowego w seriach 7—14 dniowych. Dalsze wskazania według zaleceń specjalistów.

OVOSISTON dostępny jest w aptekach na recepty lekarskie w cenie detal. 39 zł za opakowanie (21 drażetek).



Wytwórca: Zakład Farmaceutyczny S.A.  
 Silesia  
 Chloramfenicol 0,002  
 Nifedipin 0,0005  
 Masa tabletkowa od 2,06  
 WYDAJE SIĘ Z PRZEPISU LEKARZA  
 Sposób użycia: ...  
 A.Z. + O.S. Licz. Nr 4345 zł. 20-

# Femigen

12 x 2,74

Ryc. 18. Doustny preparat antykoncepcyjny „Femigen”

# Srodek antykoncepcyjny

## FEMIGEN

tabletki

zawierają: *Chlormadinonum aceticum* 0,002 g

*Mestranolum* 0,00005 g

Femigen może być również stosowany w celach leczniczych.

Opakowanie zawiera 21 sztuk

cena zł 20.—

---

# W terapii hormonalnej

## GESTRANOL

tabletki

o składzie: *Chlormadinonum aceticum* 0,003 g

*Mestranolum* 0,0001 g

Wskazania: bolesne miesiączkowanie, endometrioza, zaburzenia cyklu miesiączkowego, pierwotny i wtórny brak miesiączki.

Gestranolu nie należy stosować w antykoncepcji.

Opakowanie zawiera 21 sztuk

cena zł 29.—

ZJEDNOCZENIE PRZEMYSŁU FARMACEUTYCZNEGO

OSRODEK INFORMACJI NAUKOWEJ

*Polfa*

zawiadamia, że Jeleniogórskie Zakłady Farmaceutyczne „Polfa” uruchomiły produkcję preparatu

## ANGRAVID

tabletki

Skład: Dwuocian etinodiolu  
Mestranol

1 mg  
0,05 mg

**Właściwości:** doustny preparat antykoncepcyjny o dużej skuteczności działania i nikłych objawach ubocznych. Związki czynne działając łącznie wywierają wpływ progestacyjny, antygonadotropowy i antyowulacyjny.

**Sposób użycia:** tabletki zażywa się codziennie wieczorem (po jednej) począwszy od piątego dnia od rozpoczęcia menstruacji do zużycia całego opakowania (21 tabletek). Po zużyciu pierwszego opakowania należy zrobić 7-dniową przerwę, po której można rozpocząć przyjmowanie następnego kompletu tabletek. Wyjątek od cyklu: 21 dni przyjmowania tabletek + 7 dni przerwy, stanowi tylko pierwszy okres stosowania metody lub przerwa, trwająca miesiąc lub dłużej. Krwawienie miesięczne pojawia się zwykle w okresie 7-dniowej przerwy (niekiedy mniej obfite niż zwykle), ale nawet w przypadkach, gdyby się nie pojawiło, należy rozpocząć przyjmowanie tabletek z następnego opakowania. W przypadku zapomnienia zażycia tabletki, należy ją zażyć następnego dnia rano (wieczorem przyjmując przypadającą na ten dzień). W przypadkach pojawienia się — zwykle bardzo skąpego — krwawienia w czasie przyjmowania preparatu należy przez 3—4 dni przyjmować po 2 tabletki (rano i wieczorem). Po pierwszych 3 miesiącach przyjmowania preparatu należy zgłosić się do lekarza ordynującego na badanie kontrolne. Następne kontrole obowiązują co 6 miesięcy.

**Przeciwwskazania i objawy uboczne:** przebyte lub istniejące zespoły zakrzepowo-zatorowe, zaburzenia czynności wątroby, rak sutka, inne mastopatie. Objawy uboczne (zwykle nudności, wzdęcia, bóle głowy) występują rzadko, i z reguły tylko w czasie pierwszego cyklu. Poza antykoncepcją hormonalną, preparat może być stosowany w terapii hormonalnej.

**Opakowanie:** 21 tabletek.



**RIG** - Jelenia Góra

Skład	Chlormedocinum eccicum	0.002
	Mestranolura	0.00005
	Massa foliolifera	ad 0.06

WYDAJE SIĘ Z PRZEPISU LEKARZA

Sposób użycia wewnątrz opakowania

21 tabl.

M.Z. i O.S. Zasz. Nr 630/5

zł 20.-

Ubezpiecz. zł 6.-

# Femigen



**RIG** Jelenia Góra

Skład	Ethinodiolum diaceticum	0.001
	Mestranolium	0.00005

WYDAJE SIĘ Z PRZEPISU LEKARZA

Sposób użycia wewnątrz opakowania

Nr serii

Data ważn.

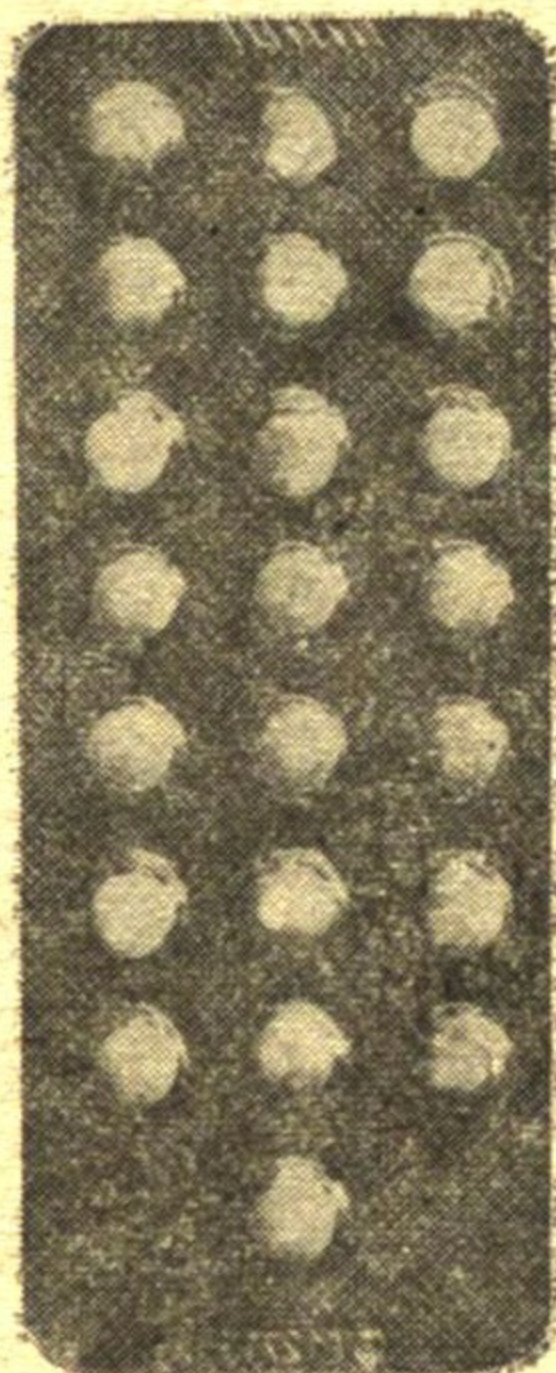
zł 25.-

Ubezpiecz. zł 7.50

M.Z. O.S. Zasz. N

21 tabl.

# Angravid

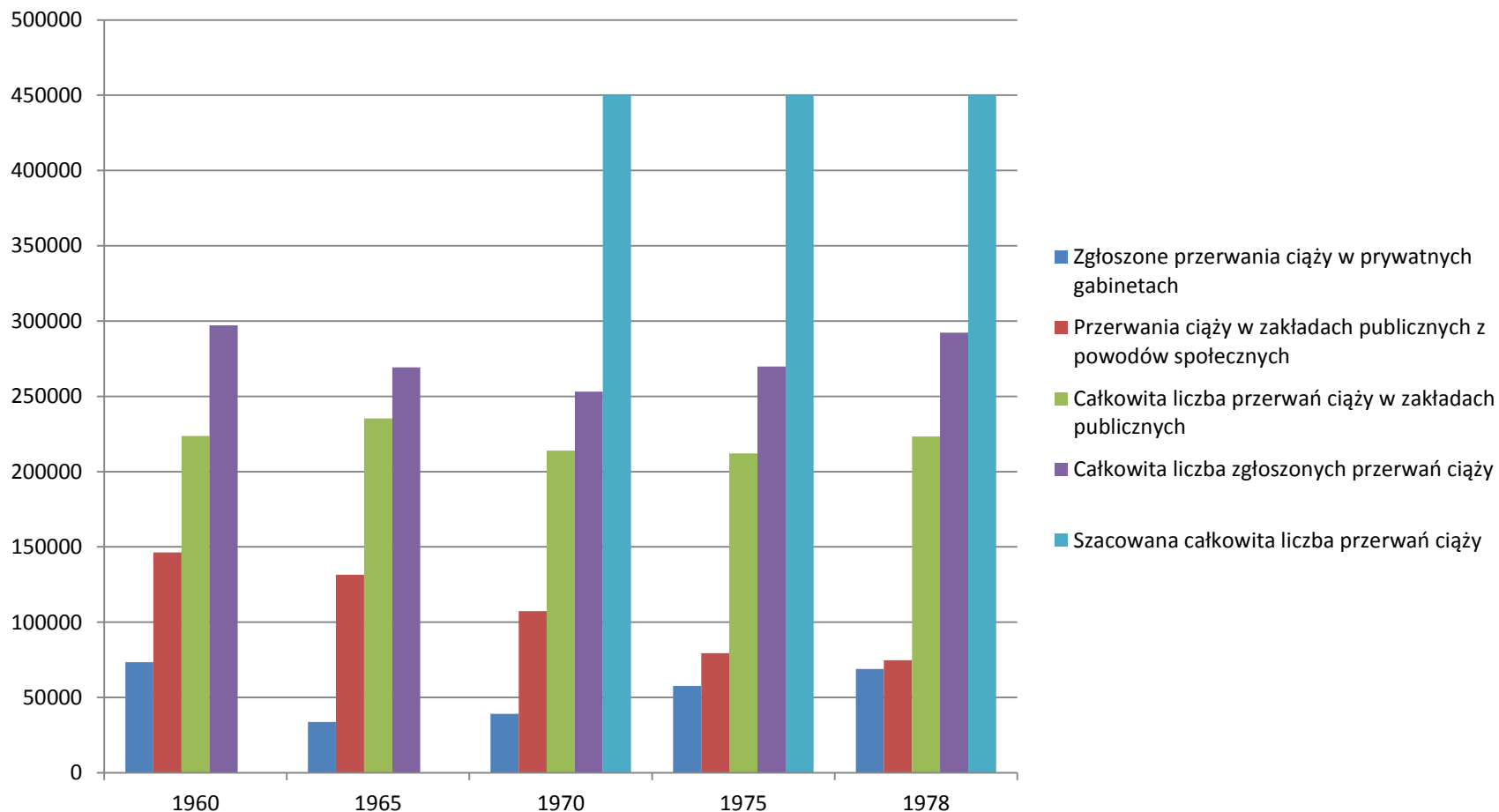


Ryc. 17. Opakowania tabletek antykoncepcyjnych.

## Spis tabel

1. Przerwanie ciąży w Polsce. Źródło: Okólski 1983.
2. Pigułki antykoncepcyjne produkowane w Polsce w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych. Źródła: Biuletyn Informacyjny CEFARM-Polfa 1968 i 1970, Grzęda et al. 1972, Sternadel 1974
3. Produkcja i import hormonalnych środków antykoncepcyjnych w Polsce (1967-1979). Źródła: por. opis tabeli, bibliografia
4. Sprzedaż hormonalnych środków antykoncepcyjnych w Hiszpanii (1965-1978). Źródło: Ortiz-Gómez & Ignaciuk w druku
5. Praktyki antykoncepcyjne Polek w latach siedemdziesiątych. Źródło: Smoliński 1980.

# Przerywanie ciąży w Polsce (1960-1978)



Źródło: Okólski, Marek. 1983. Abortion and contraception in Poland. *Studies in Family Planning* 14, no. 11: 263-274 (271).

# Pigułki antykoncepcyjne produkowane w Polsce w latach (1969-1979)

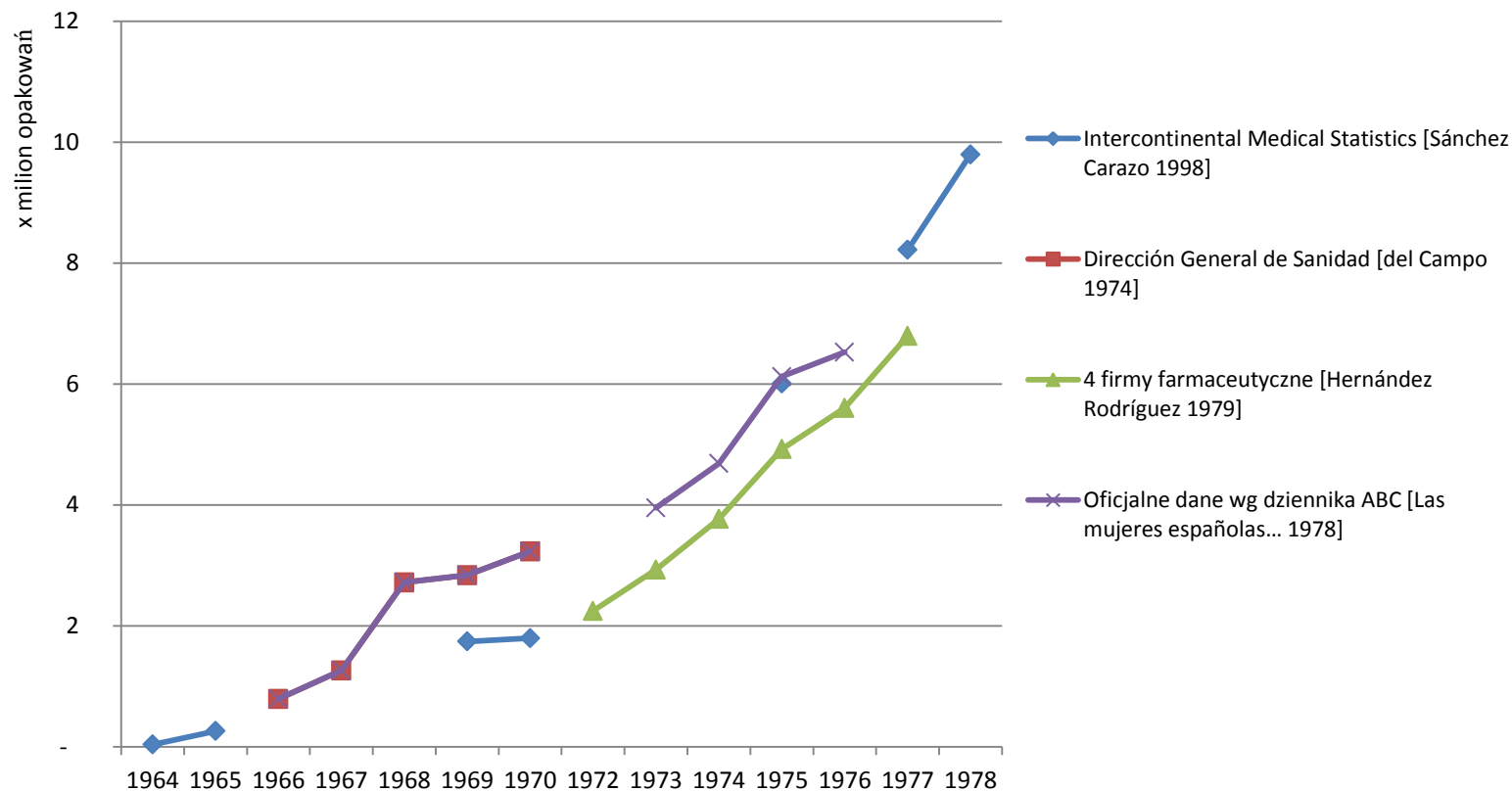
Rok	Nazwa	Skład
1969	Femigen Forte	chlormadinone acetate 3 mg mestranol 0.1 mg
1970	Femigen Mite	chlormadinone acetate 2 mg, mestranol 0.084 mg
1971	Femigen	chlormadinone acetate 2 mg, mestranol 0.05
1971	Gestanon (Femigen Forte)	chlormadinone acetate 3 mg mestranol 0.1 mg
1972	Angravid	ethynodiol diacetate 1 mg mestranol 0.05 mg

Źródła: Biuletyn Informacyjny CEFARM-Polfa 1968 i 1972; Grzęda et. al. 1972; Sternadel, Zbigniew. 1974 Femigen i Gestranol w praktyce ginekologicznej. *Terapia i Leki*, 2 (24)(4), 192-195.





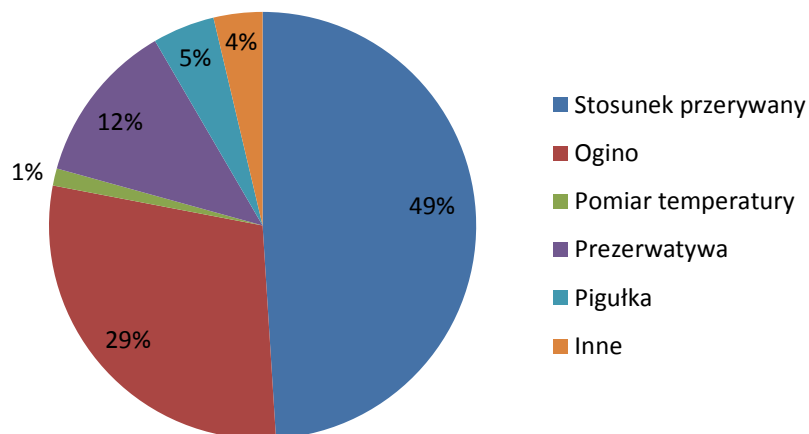
# Sprzedaż hormonalnych środków antykoncepcyjnych w Hiszpanii (1965-1978)



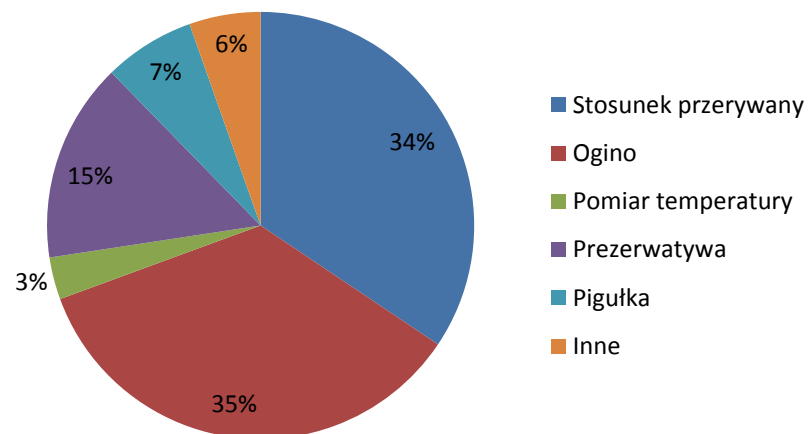
Źródło: Ortiz-Gómez, T. & Ignaciuk, A. (w druku), "Pregnancy and labour cause more deaths than oral contraceptives": the debate on the pill in the Spanish press in the 1970s' in von Schwering et al. (eds). *Biologics. History of agents made from living things*. London: Pickering and Chatto.

# Praktyki antykoncepcyjne Polek w latach siedemdziesiątych

1972



1977



Źródło: Smoliński, Zbigniew. 1980. *Dzietność kobiet w Polsce*. Warszawa: GUS.