Biologia bieg życia a instytucje pracy: perimenopauza i mechanizmy nierówności w świetle The Hormone Loop Gillian Goddard

AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Artykuł analizuje relację między biologiczną zmiennością organizmu kobiety a sztywnymi strukturami instytucji pracy. Autorka tekstu, opierając się na koncepcjach z książki The Hormone Loop, podważa mit „idealnego pracownika” jako jednostki biologicznie stałej i niezależnej od procesów reprodukcyjnych czy hormonalnych. Wskazuje, że perimenopauza, podobnie jak ciąża, nie determinuje automatycznie spadku kompetencji, lecz staje się punktem styku z systemowymi nierównościami. Kluczowym wnioskiem jest stwierdzenie, że cena społeczna i zawodowa przejść biologicznych nie wynika z samej fizjologii, lecz z braku adaptacyjności instytucji pracy, które często amplifikują biologiczne zmiany w formę wykluczenia lub dyskryminacji zawodowej.

The article analyzes the relationship between the biological variability of a woman's body and the rigid structures of labor institutions. Drawing on concepts from the book The Hormone Loop, the author challenges the myth of the "ideal worker" as a biologically constant unit independent of reproductive or hormonal processes. She points out that perimenopause, much like pregnancy, does not automatically determine a decline in competence but becomes a point of intersection with systemic inequalities. The key conclusion is that the social and professional cost of biological transitions results not from physiology itself, but from the lack of adaptability of labor institutions, which often amplify biological changes into forms of exclusion or professional discrimination.

Czy perimenopauza jest biologiczną barierą w kobiecej karierze, czy jedynie katalizatorem systemowych nierówności? Artykuł stawia tezę, że fluktuacje hormonalne w okresie dojrzewania do menopauzy nie determinują deficytu kompetencji ani zdolności przywódczych kobiet. Problem nie leży w biologii, lecz w sztywnym modelu „idealnego pracownika" – abstrakcyjnej figury pozbawionej potrzeb fizjologicznych i cykliczności. Autor wprowadza pojęcie „kosztu kompensacji", wskazując, że kobieta może utrzymać wysoką efektywność mimo objawów perimenopauzalnych, jednak zapłaci za to większym wysiłkiem i zmęczeniem. Kluczowym zagrożeniem nie jest sam symptom, lecz tzw. mechanizm histerezy kariery: sytuacja, w której przejściowy spadek dyspozycyjności zbiega się z krytycznym momentem selekcji zawodowej (np. nominacją do zarządu), przekształcając krótkotrwały koszt biologiczny w trwałą stratę reputacyjną i zawodową. W tym ujęciu perimenopauza nie tworzy szklanego sufitu, lecz działa jako warunkowy wzmacniacz istniejących już asymetrii, obnażając brak adaptacyjności instytucji pracy wobec naturalnego biegu ludzkiego życia.

SŁOWA KLUCZOWE

perimenopauza | mechanizmy nierówności | The Hormone Loop Gillian Goddard | ideal worker norm | koszt kompensacji | histereza kariery | allostaza | life-course compatible work | kapitał ucieleśniony | bioinstytucjonalna amplifikacja | child penalty | system kumulacyjnej selekcji | biologiczny determinizm | adaptacyjność instytucji

Biologiczna zmienność nie oznacza deficytu kompetencji

Historia hormonalna kobiety nie zaczyna się w perimenopauzie i nie kończy wraz z menopauzą. Jest ona elementem szerszej biologii ludzkiego życia, w której względna stabilność organizmu okazuje się rezultatem nieustannej regulacji, sprzężeń zwrotnych, adaptacji i przechodzenia między kolejnymi stanami równowagi. Dojrzewanie reorganizuje oś podwzgórze-przysadka-gonady, wpływając nie tylko na funkcję rozrodczą, lecz także na strukturę kości, skład ciała, metabolizm, sen oraz rozwój układu nerwowego. Lata reprodukcyjne nie stanowią hormonalnej nieruchomości, lecz

okres cyklicznej dynamiki. Ciąża wymaga jednej z najgłębszych fizjologicznych reorganizacji organizmu dorosłego człowieka, połóg jest kolejnym gwałtownym przejściem, natomiast perimenopauza oznacza stopniowe zanikanie dotychczas przewidywalnej organizacji cyklu. Autor książki trafnie ujmuje układ hormonalny jako system wzajemnie powiązanych pętli i sprzężeń, choć ten dydaktyczny opis warto rozszerzyć na sieciową regulację całego organizmu.

Już ta biologiczna chronologia podważa milczące założenie, że „normalny" dorosły człowiek jest fizjologicznie stały. Biologiczną normalnością nie jest niezmienność, lecz zdolność do zachowania funkcji pomimo zachodzących zmian. Homeostaza nie oznacza zatrzymania organizmu w jednym stanie; allostaza jeszcze wyraźniej pokazuje, że stabilność osiąga się często właśnie poprzez adaptacyjne przestrojenie parametrów. Z tej perspektywy dojrzewanie, ciąża i menopauza nie są anomaliami względem prawdziwego życia biologicznego, lecz jego modelowymi przykładami. Człowiek pozostaje sobą nie dlatego, że jego organizm jest niezmienny, lecz dlatego, że kolejne reorganizacje zostają włączone w ciągłość funkcjonowania. Obserwacja ta niesie konsekwencje wykraczające daleko poza endokrynologię.

Nowoczesne instytucje pracy powstawały w znacznym stopniu wokół abstrakcyjnego obrazu pracownika, którego kompetencje i dostępność traktowano jako zasoby relatywnie odseparowane od reprodukcji, opieki, chorób czy starzenia. Pojęcie „ideal worker" skrywało założenie, że najlepszy pracownik jest stale obecny, mobilny, dyspozycyjny oraz zdolny oddzielić pracę od pozostałych wymiarów życia, utrzymując przez lata podobną intensywność aktywności. Z punktu widzenia biologii taki podmiot nie istnieje. Z perspektywy socjologicznej natomiast koszt podtrzymywania tej fikcji nigdy nie był rozłożony równomiernie. Dojrzewanie ukazuje pierwszą z istotnych zasad tego modelu: biologiczna transformacja nie implikuje społecznego deficytu. Burzliwe zmiany hormonalne w adolescencji współistnieją z rozwojem funkcji poznawczych, kształtowaniem tożsamości, ewolucją relacji społecznych i wzrostem zdolności do autonomicznego działania. Nie istnieje prosta zależność, według której większa zmienność hormonalna oznaczałaby mniejszą wartość poznawczą człowieka. Ten sam błąd popełniono by w odniesieniu do perimenopauzy, gdyby z faktu fluktuacji hormonalnych wyprowadzono wniosek o malejącej zdolności przywódczej kobiety. Lata reprodukcyjne dodają drugą zasadę: względna stabilność również jest dynamiczna. Organizm kobiety przez dziesięciolecia nie pozostaje identyczny z dnia na dzień, lecz funkcjonuje w rytmie przewidywalnej cykliczności.

Biologiczne przejście nie determinuje automatycznie ceny społecznej

Kariera rozwija się równolegle, lecz według odmiennego zegara. To właśnie w tym okresie gromadzony jest kapitał ludzki, społeczny i reputacyjny; powstają pierwsze sieci zawodowe, doświadczenie eksperckie oraz pozycja negocjacyjna. Biologiczny i instytucjonalny bieg życia nie są zsynchronizowane, choć stale na siebie oddziałują. Ciąża i rodzicielstwo obrazują szczególnie wyraźnie, dlaczego nie można przechodzić od biologii bezpośrednio do wyniku społecznego. O ile biologia ciąży jest wspólna jako proces gatunkowy, o tyle społeczno-ekonomiczne konsekwencje rodzicielstwa wykazują ogromne różnice między społeczeństwami. **Child Penalty Atlas**, oparty na danych ze 134 państw, pokazuje, że trajektorie zatrudnienia kobiet i mężczyzn po pojawieniu się dzieci w wielu krajach rozchodzą się wyraźnie i długotrwale, jednak skala tego efektu silnie zależy od kontekstu instytucjonalnego i kulturowego.

Jest to jeden z najmocniejszych empirycznych argumentów autora: biologiczne wydarzenie nie posiada jednej społecznej ceny. Z tego wynika zasadniczy wniosek metodologiczny, który można odnieść także do menopauzy. Jeżeli podobne fizjologiczne przejście wywołuje skrajnie różne konsekwencje zawodowe – zależnie od zawodu, organizacji, dochodu, dostępu do leczenia czy autonomii – nie wolno uznać tych skutków za bezpośrednio biologiczne. Organizm tworzy określony stan początkowy, lecz społeczeństwo ustala znaczną część ceny adaptacji. Biologia wyznacza pewne ograniczenia, jednak instytucja może je amortyzować, wzmacniać lub przekształcać w zupełnie nowe rodzaje nierówności.

Perimenopauza jest pod tym względem szczególnie interesującym etapem, gdyż łączy dużą zmienność osobniczą z możliwością wystąpienia wielu nakładających się symptomów. Autor opisuje ją jako niestabilne przejście od funkcjonowania cyklicznego do nowej sytuacji pomenopauzalnej. Niepoprawne jest jednak przedstawianie tej fazy jako prostego „spadku hormonów”. Estradiol może wykazywać znaczne wahania, progesteron coraz częściej zanika w cyklach bezowulacyjnych, FSH wzrasta wraz z malejącą responsywnością jajnika, a neuroendokrynny układ regulacyjny adaptuje się do stopniowo zmieniających się sygnałów obwodowych. W tym biologicznym kontekście część kobiet doświadcza objawów naczynioruchowych, zaburzeń snu, zmian nastroju, krwawień, dolegliwości moczowo-płciowych, bólu lub subiektywnych trudności poznawczych. Nie oznacza to jednak, że „kobiety w menopauzie gorzej pracują”. Systematyczny przegląd opublikowany w 2025 r. wykazał, że sam status menopauzalny nie był konsekwentnie związany ze zdolnością do pracy; baza dowodowa pozostawała ograniczona, w znacznej mierze przekrojowa i obciążona ryzykiem błędu. Większe

znaczenie mogło mieć nasilenie konkretnych symptomów niż sama przynależność do stadium reprodukcyjnego. Jest to kluczowe rozróżnienie, gdyż oddziela epidemiologię rzeczywistych objawów od stereotypu odnoszonego do całej grupy kobiet w określonym wieku. W całym opracowaniu należało odrzucić biologiczny determinizm.

Biologiczny koszt nie jest deficytem kompetencji

Nie ma podstaw, by wyciągać z faktu perimenopauzy wnioski o niższej inteligencji, gorszych zdolnościach strategicznych czy mniejszym potencjale przywódczym kobiet. Metaanalityczna synteza pięćdziesięciu lat badań nad zachowaniami przywódczymi nie wykazuje ogólnego deficytu liderek; przeciwnie – tam, gdzie odnotowano różnice, kobiety częściej oceniano jako osoby prezentujące wiele skutecznych zachowań, zarówno w wymiarze relacyjnym, jak i sprawczym. Nie można zatem uczciwie przejść od endokrynologii menopauzy do teorii biologicznie słabszego kobiecego przywództwa.

Znacznie bardziej uzasadnione jest pojęcie **kosztu kompensacji**. Człowiek może utrzymać podobny rezultat, wkładając w jego osiągnięcie większy wysiłek. Kobieta po kilku nocach fragmentarycznego snu może poprowadzić równie dobrą prezentację, podejmować trafne decyzje i terminowo kończyć projekt, lecz zapłaci za ten poziom funkcjonowania większym zmęczeniem oraz dłuższym czasem regeneracji. Tradycyjne miary produktywności mogą takiego kosztu w ogóle nie wykrywać, ponieważ obserwują efekt końcowy (output), a nie nakład pracy i zapotrzebowanie na regenerację (effort and recovery requirement). W tym kontekście znaczenie zyskują modele JD-R, Conservation of Resources oraz person-environment fit. Teorie te przesuwają punkt ciężkości analizy z izolowanego symptomu na relację pomiędzy wymaganiami a zasobami. Ta sama bezsenność ma inne konsekwencje u osoby dysponującej autonomią godzinową niż u pracownicy zmianowej; inne u ekspertki pracującej częściowo zdalnie, a inne u menedżerki odbywającej serię międzykontynentalnych podróży. Różnica nie musi zatem dotyczyć wartości kompetencji, lecz ceny ich mobilizacji. Model allostatyczny rozszerza tę interpretację na cały organizm.

Symptom perimenopauzalny rzadko występuje w społecznej próżni. Może zbiegać się z opieką nad dorastającymi dziećmi lub starzejącymi się rodzicami, wysoką odpowiedzialnością zawodową, chorobami przewlekłymi, zmianą masy ciała czy niedoborem snu i innymi stresorami średniego wieku. Każdy z tych czynników ma częściowo odmienną etiologię, ale wspólnie obciążają one systemy regulacyjne i zmniejszają margines adaptacyjny. Znaczenie biologicznego przejścia zależy więc również od tego, w jaki organizm i w jaki układ życia trafia – tutaj medycyna spotyka się z socjologią biegu życia.

Kobieta około pięćdziesiątego roku życia nie rozpoczyna kariery od nowa. Wchodzi w perimenopauzę z określonym kapitałem doświadczenia, siecią relacji, pozycją hierarchiczną, historią awansów lub ich braku, a także z następstwami macierzyństwa i wcześniejszym podziałem pracy opiekuńczej. To, co wydarzy się w tym okresie, jest zatem zależne od wcześniejszego stanu systemu. Teoria kumulacyjnej przewagi i niekorzyści wyjaśnia ten mechanizm lepiej niż statyczna metafora szklanego sufitu. Kariera jest procesem ścieżkowym: zdobycie ważnego projektu zwiększa widoczność, ta sprzyja sponsorowaniu, sponsoring otwiera dostęp do kolejnych zadań, a ich wykonanie zwiększa prawdopodobieństwo awansu. Utrata jednej okazji działa w kierunku przeciwnym – każdy etap modyfikuje rozkład szans na następnym.

Przejściowa trudność perimenopauzalna może być zawodowo nieistotna albo wyjątkowo dotkliwa, zależnie od **momentu**. Jeśli przypada na okres stabilnej pozycji z wieloma alternatywnymi szansami, jej wpływ może niemal całkowicie zaniknąć. Jeśli natomiast zbiega się z jedynym w kilkuletnim cyklu procesem nominacyjnym do zarządu, partnerstwa czy stanowiska profesorskiego, czasowy wzrost kosztu funkcjonowania może mieć następstwa wykraczające daleko poza okres trwania symptomów. Tak powstaje opisany wcześniej **mechanizm histerezy kariery**. W fizjologii organizm po okresie zaburzeń snu może odzyskać dobrą regulację; perimenopauza się kończy, część objawów słabnie, leczenie poprawia funkcjonowanie, a doświadczenie zawodowe pozostaje. **System kariery nie posiada jednak biologicznego mechanizmu samoczynnego odtworzenia utraconej możliwości**. Projekt powierzony komuś innemu nie zostanie po dwóch latach automatycznie powtórzony, wakat w zarządzie może zostać zamknięty, a sponsor może związać swoją reputację z inną osobą.

Ta asymetria jest jednym z najważniejszych wniosków autora. Czas biologicznego kosztu i czas jego społecznych konsekwencji nie muszą być takie same. Proces fizjologiczny może być odwracalny albo przemijający, podczas gdy instytucjonalny skutek staje się zależny od historii.

Systemowa selekcja przekłada biologię na straty zawodowe

Zjawisko to stanowi znacznie silniejszą podstawę dla hipotezy autora książki niż jakiekolwiek twierdzenie o hormonalnym osłabieniu kobiecego przywództwa. Jednocześnie analiza konkurencyjnych teorii nie pozwala przypisać perimenopauzie pozycji dominującej. Najmocniejsze dowody dotyczące długofalowego rozchodzenia się ścieżek zawodowych kobiet i mężczyzn wskazują przede wszystkim na rodzicielstwo, nierówny podział opieki oraz późniejsze procesy kumulacji. Globalne dane dotyczące child penalty wyraźnie obrazują trwałe różnice pojawiające się już po

pierwszym dziecku. Oznacza to, że znaczna część "braku kobiet na szczycie" może być generowana długo przed wystąpieniem pierwszych symptomów perimenopauzalnych.

Równie istotne są teorie organizacji upłciowionej, ideal worker norm, role congruity, homofilii oraz sieci sponsorstwa. Wyjaśniają one, dlaczego dwie osoby o podobnym kapitale formalnym mogą otrzymywać odmienne możliwości jego pomnażania. Organizacja deklarująca meritokrację może w praktyce premiować zachowania historycznie łatwiejsze dla osób wolnych od obowiązków opiekuńczych, interpretować stałą obecność jako dowód zaangażowania i pozostawiać kwestię awansów nieformalnym sieciom zaufania. Taka struktura nie wymaga jawnego seksizmu, by reprodukować istniejące nierówności. Perimenopauza wchodzi w ten system jako mechanizm dodatkowy, a nie pierwotna przyczyna. Najbardziej wiarygodna teza nie głosi zatem, że hormony tworzą szklany sufit, lecz że system kumulacyjnej selekcji może posiadać biologicznie wrażliwe punkty, w których przejściowe zmiany zasobów kobiety kosztują więcej, niż wynikałoby to z ich rzeczywistego wpływu na długoterminową kompetencję.

Taka perspektywa rozwiązuje pozorną sprzeczność między biologią a konstrukcjonizmem społecznym. Uderzenie gorąca nie jest konstruktem społecznym – ma konkretny mechanizm neuroendokrynny. To jednak kultura organizacyjna decyduje, czy jego wystąpienie podczas prezentacji zostanie uznane za banalne zdarzenie fizjologiczne, powód do wstydu, dowód "utraty energii" czy przesłankę do odciążenia pracownicy. Biologia dostarcza zdarzenia, społeczeństwo dostarcza jego znaczenia, a instytucja może przełożyć to znaczenie na materialną konsekwencję.

Teoria stygmatu Goffmana, role congruity i attribution theory nie są zatem marginalnymi dodatkami do endokrynologii; wyjaśniają one etap, w którym symptom staje się informacją społeczną. Człowiek pracujący nie tylko posiada ciało, lecz zarządza również jego widzialnością. Im silniej profesjonalizm utożsamiany jest z brakiem objawów, starzenia i potrzeb biologicznych, tym więcej wysiłku wymaga ukrywanie naturalnej zmienności organizmu. Problem ten ma wyraźny wymiar epistemiczny. Przez lata niedostateczna wiedza o menopauzie sprzyjała banalizowaniu objawów i przypisywaniu ich charakterowi, stresowi lub po prostu "wiekowi". Wzrost świadomości może poprawić diagnostykę, ale nie jest on automatycznie neutralny społecznie. Jeśli każdy problem kobiety po czterdziestym piątym roku życia zaczniemy wyjaśniać hormonami, kategoria emancypacyjna stanie się kolejną formą redukcjonizmu.

Widzialność medyczna musi zatem iść w parze z dyscypliną epistemiczną. Dotyczy to również leczenia. Menopauza nie jest chorobą, a autor książki słusznie odróżnia fizjologiczne przejście od konieczności rozpoznawania i leczenia jego istotnych następstw. Nie każda kobieta potrzebuje interwencji; wybór terapii powinien wynikać z symptomów, profilu ryzyka i indywidualnych preferencji pacjentki.

Adaptacja organizacyjna zamiast biologicznego paternalizmu

Medycyna może zmniejszać koszt biologiczny, ale nie powinna służyć przywracaniu człowieka do korporacyjnego ideału nieograniczonej produktywności. Z drugiej strony organizacja nie może zastąpić medycyny; jej odpowiedzialność dotyczy obszarów, na które ma rzeczywisty wpływ: temperatury, czasu, przerw, sposobu oceny, elastyczności, kryteriów awansu oraz ochrony przed stygmatyzacją. Odpowiedzialność ta nie oznacza usuwania wszystkich wymagań czy obniżania standardów. Polega raczej na weryfikacji, czy dane wymaganie jest rzeczywiście funkcjonalnie związane z rezultatem, czy stanowi jedynie historycznie odziedziczonym rytuałem obecności.

W tym kontekście szczególnie użyteczne okazuje się rozróżnienie wprowadzone w capability approach Sena i Nussbaum: podział na formalnie identyczny dostęp a realną możliwość działania. Dwie osoby mogą posiadać te same prawa na papierze, lecz dysponować różnymi możliwościami ich wykorzystania. Równość materialna nie wymaga zatem gwarancji rezultatu, lecz usunięcia zbędnych barier niezwiązanych z istotą funkcji, aby różnica biologiczna nie zamieniała się w trwałe wykluczenie. Właściwie rozumiana adaptacja nie obniża kryterium kompetencji – zmienia jedynie koszt dojścia do tego samego celu.

To prowadzi do jednej z najważniejszych zasad aksjologicznych opracowania: uznanie biologii nie może prowadzić do biologicznego paternalizmu. Pracodawca, który z „troski” nie proponuje wymagającego projektu kobiecie w średnim wieku, może w praktyce odebrać jej kapitał niezbędny do późniejszego awansu. Opiekuńczość staje się wówczas mechanizmem dyskryminacyjnym, nawet jeśli nie towarzyszy mu wroga intencja. Pomoc powinna zwiększać zbiór możliwych działań człowieka, a nie ograniczać go w jego imieniu.

Podobnie nie wolno przekształcać epidemiologii w narzędzie selekcji jednostek. Statystyczne prawdopodobieństwo wystąpienia symptomów w grupie nie pozwala na wiarygodne wnioskowanie o funkcjonowaniu konkretnej kobiety. Przegląd badań pracy wyraźnie pokazuje, że sam status menopauzalny ma znacznie słabszą wartość informacyjną niż rzeczywisty profil symptomów i kontekst funkcjonowania. Każda praktyka kadrowa traktująca wiek i płeć jako domyślne wskaźniki przyszłej sprawności naraża organizację na jednoczesny błąd naukowy i normatywny.

W tym świetle kluczowe znaczenie nabiera prywatność. Im więcej wiedzy medycznej gromadzi pracodawca, tym większe ryzyko, że informacja zacznie wpływać na decyzje, dla których nie jest relewantna. Rozsądny system powinien operować przede wszystkim informacją funkcjonalną: określać, jakie warunki są czasowo potrzebne, a nie analizować szczegółową historię hormonalną

kobiety. Prywatność w takim modelu przestaje być jedynie dobrem osobistym, a staje się mechanizmem antydyskryminacyjnym, ograniczającym możliwość nieuprawnionego mapowania stanu zdrowia na przyszły potencjał.

Model warunkowej amplifikacji zamiast biologicznego przeznaczenia

Wszystkie wcześniejsze rozważania prowadzą do sformułowania ogólnej teorii **life-course compatible work**. Praca zgodna z biegiem życia nie oznacza stanowiska pozbawionego wymagań, lecz instytucję świadomą tego, że jej pracownicy przez kilkadziesiąt lat będą przechodzić przez rodzicielstwo, choroby, opiekę, starzenie się oraz okresowe zmiany zdrowotne. Trwały system nie może opierać się na założeniu, że właściwy pracownik nigdy nie potrzebuje adaptacji; musi natomiast rozróżniać okresowy wzrost kosztu funkcjonowania od trwałej utraty kompetencji.

To rozróżnienie staje się szczególnie istotne po menopauzie. Zakończenie funkcji reprodukcyjnej nie jest końcem biologicznej historii kobiety ani końcem jej produktywności społecznej. W późniejszym etapie życia większego znaczenia nabierają zdrowie kostne, mięśnie, metabolizm, układ sercowo-naczyniowy, zdrowie moczowo-płciowe, rezerwa poznawcza i ogólna zdolność funkcjonalna. Jednocześnie to właśnie wtedy doświadczenie zawodowe może osiągać bardzo wysoką wartość. Pojawia się tu jeden z centralnych paradoksów całej rozprawy: **wzrost kapitału doświadczenia może współistnieć ze wzrostem części ryzyk biologicznych**. Instytucja, która redukuje człowieka do jednej z tych krzywych, traci połowę informacji. Biologia starzenia nie unieważnia doświadczenia, tak jak doświadczenie nie czyni organizmu niewrażliwym na kwestie zdrowotne.

Rozsądna polityka musi uwzględniać oba procesy równocześnie. Teoria kapitału ludzkiego powinna zostać w tym miejscu rozszerzona o pojęcie kapitału ucieleśnionego. Wiedza nie istnieje poza mózgiem i organizmem, lecz sam organizm nie wyczerpuje wartości tej wiedzy. Człowiek posiada pamięć proceduralną, relacje, kompetencje negocjacyjne, umiejętność rozpoznawania wzorców oraz wiedzę niejawną, której nie da się szybko odtworzyć poprzez zatrudnienie osoby młodszej. Z perspektywy organizacji przedwczesne wypychanie doświadczonych kobiet ze ścieżek rozwojowych może być zatem zarówno problemem sprawiedliwości, jak i błędem w gospodarowaniu zasobami. Nie należy przy tym instrumentalizować równości, sprowadzając ją do rachunku ekonomicznego. Kobieta ma prawo do godności, autonomii, prywatności i równego traktowania niezależnie od tego, jaki byłby koszt jej zastąpienia dla przedsiębiorstwa. Efektywność ekonomiczna może wzmacniać argumenty za dobrymi rozwiązaniami, lecz nie jest ich aksjologicznym źródłem. Wartość osoby nie

jest funkcją jej bieżącego wkładu do EBITDA, a zdolność do pracy nie jest miarą pełnej wartości człowieka.

Z tego powodu bioetyka i filozofia polityczna stanowią niezbędne dopełnienie medycyny pracy. Autonomia chroni przed narzucaniem leczenia i paternalistycznym odsuwaniem od zadań. Zasada nieszkodzenia obejmuje zarówno zaniechanie skutecznego leczenia, jak i szkodę wynikającą z etykietowania. Sprawiedliwość wymaga uwzględnienia nierównego dostępu do zasobów, a godność wyznacza granicę instrumentalizacji.

Autor książki prowadzi dzięki temu do szczególnego odwrócenia pierwotnego pytania. Zamiast pytać, czy kobiece hormony przeszkadzają kobietom w osiąganiu najwyższych stanowisk, należałoby zapytać, **w jakim stopniu instytucje zawodowe potrafią odróżnić biologicznie przejściowe zwiększenie kosztu działania od rzeczywistej, trwałej zmiany kompetencji**. To pytanie nie zakłada odpowiedzi i dlatego jest naukowo silniejsze. Jeżeli organizacja potrafi dokonać tego rozróżnienia, ciężka perimenopauza może pozostawić niewielki lub żaden ślad w długiej karierze. Skuteczne leczenie, autonomia, możliwość regeneracji i sprawiedliwe kryteria awansu mogą zapobiec przejściu od symptomu do trwałego wyniku zawodowego. Jeśli jednak organizacja tego nie potrafi, nawet stosunkowo niewielki i czasowy koszt może zyskać długotrwałe znaczenie poprzez utratę projektu, sponsorstwa, reputacji albo jedynego okna sukcesyjnego. Hipoteza autora osiąga więc w zakończeniu formę istotnie inną od początkowej, lecz poznawczo dojrzalszą.

Nie można stwierdzić, że perimenopauza jest przyczyną niedoreprezentowania kobiet na najwyższych stanowiskach. Obecne dowody na to nie pozwalają, a konkurencyjne mechanizmy – przede wszystkim następstwa rodzicielstwa, nierówny podział opieki, kumulacyjne procesy kariery i struktura organizacji – posiadają silniejsze zaplecze empiryczne. Można natomiast zasadnie badać, czy perimenopauza u części kobiet staje się **późnym, warunkowym wzmacniaczem wcześniej istniejących asymetrii**. Ostateczna hipoteza powinna zatem brzmieć: niedoreprezentowanie kobiet na najwyższych szczeblach hierarchii zawodowych jest produktem wieloletniego i wielopoziomowego procesu selekcji. Perimenopauza nie determinuje wyniku tego procesu, lecz u części kobiet może czasowo zwiększać koszt fizjologiczny utrzymywania pełnej zawodowej dyspozycyjności. Jeżeli okres ten zbiega się z krytycznym etapem selekcji, a organizacja stawia wysokie wymagania, wykazuje niewielką elastyczność, stosuje nieformalne kryteria awansu i ma tendencję do trwałego zapamiętywania krótkotrwałych różnic w dyspozycyjności, koszt biologiczny może zostać przekształcony w trwały koszt kariery. Jest to model warunkowej amplifikacji, nie biologicznego przeznaczenia. Siła tego modelu polega na tym, że wskazuje on również warunki własnej falsyfikacji.

Jeśli dobrze zaprojektowane badania longitudinalne nie wykażą związku pomiędzy symptom burden a późniejszą trajektorią kariery – po uwzględnieniu wieku, rodzicielstwa, wcześniejszej pozycji, opieki i struktury pracy – rolę perimenopauzy należy ograniczyć. Jeśli natomiast efekt będzie obecny jedynie w organizacjach o określonych cechach, uzyskamy dowód, że mechanizm jest przede wszystkim bioinstytucjonalny. Nauka zachowuje wartość w obu przypadkach, ponieważ jej zadaniem nie jest ochrona pierwotnej intuicji, lecz rozpoznanie rzeczywistej struktury przyczynowej.

Biologiczny bieg życia jako parametr projektowania instytucji

Taka postawa chroni również przed polityczną instrumentalizacją medycyny. Rolą nauki nie jest dostarczanie biologicznego uzasadnienia dla wcześniej przyjętej tezy o nierówności, lecz wskazywanie granic wiedzy, konkurencyjnych modeli, warunków brzegowych i poziomu niepewności. Im bardziej społecznie nośny jest temat, tym większa odpowiedzialność za to, aby moc twierdzenia była proporcjonalna do jakości dowodów. Z perspektywy Fundacji Dobre Państwo może to być szczególna wartość całego projektu.

Najważniejszym wkładem autora nie musi okazać się hasło, że „hormony utrudniają awans". Znacznie istotniejsze może być postawienie nowego pytania o biologiczny bieg życia jako pomijany dotąd parametr projektowania instytucji pracy. Tak sformułowany problem jest szerszy, naukowo bardziej produktywny i mniej narażony na stereotypizację kobiet. W tej perspektywie „pętla hormonalna" zyskuje szerszą interpretację. Początkowo oznaczała sprzężenia zwrotne między podwzgórzem, przysadką a narządami obwodowymi. W rozwiniętym modelu widać jednak drugą klasę pętli: zdrowie wpływa na pracę, a praca na zdrowie; dochód umożliwia leczenie, które z kolei wpływa na zdolność do pracy; awans zwiększa zasoby, a te zwiększają odporność na przyszłe szoki; utrata okazji ogranicza kolejne możliwości, co utrwala wcześniejszą stratę. Biologia i społeczeństwo tworzą odrębne mechanizmy sprzężeń, które okresowo wchodzą ze sobą w kontakt. Nie należy jednak mieszać tych pętli ontologicznie. Hormon nie „wie", że kobieta jest dyrektorką, organizacja nie steruje bezpośrednio przysadką, a kultura nie zmienia definicji menopauzy. Ich interakcja zachodzi poprzez człowieka, który jest jednocześnie organizmem, podmiotem psychicznym, uczestnikiem relacji, pracownikiem i obywatelem.

Właśnie ta wielowarstwowość sprawia, że redukcjonizm jest niewystarczający. Najpełniejszym wnioskiem interdyscyplinarnym staje się zatem zasada, że zdrowie i kariera są procesami historycznymi. W obu przypadkach obecny stan stanowi funkcję wcześniejszych zdarzeń. Organizm

posiada biologiczną pamięć ekspozycji, a kariera – instytucjonalną pamięć możliwości. W obu systemach wczesne zdarzenia mogą zmieniać późniejszą podatność. Tak rozumiana teoria pozwala inaczej spojrzeć na starość. Człowiek nie dochodzi do niej jako suma „utraconych hormonów", lecz jako rezultat całej historii adaptacji, chorób, zasobów, aktywności, relacji i środowiska. Starość nie jest jednym stanem biologicznym i nie powinna być jednolitym stanem społecznym. Ogromna heterogeniczność osób starszych dowodzi, że wiek kalendarzowy jest niedoskonałym substytutem funkcji. Analogiczny błąd popełnilibyśmy, traktując status menopauzalny jako substytutu zdolności kobiety.

Kategorie demograficzne są przydatne w epidemiologii populacyjnej, lecz tracą precyzję na poziomie jednostki. Dojrzała nauka musi potrafić jednocześnie opisywać prawidłowości grupowe i odmawiać ich mechanicznego przenoszenia na konkretną osobę. Ostatecznie przedmiotem opracowania nie jest hormon, lecz człowiek w czasie. Hormon okazał się jedną z nici umożliwiających prześledzenie tego czasu: od dojrzewania, przez reprodukcję i rodzicielstwo, perimenopauzę i menopauzę, aż po późny wiek.

Kariera jest drugą nicią, biegnącą przez edukację, zdobywanie kompetencji, awanse, obowiązki, relacje i instytucjonalne filtry. Dopiero nałożenie obu sekwencji ujawnia, że człowiek nie posiada oddzielnej biografii biologicznej i społecznej. Posiada jedną biografię, którą nauki dzielą na obszary dla potrzeb poznawczych. Z tego powodu integracja dyscyplin nie jest intelektualnym ornamentem. Endokrynologia bez socjologii nie wyjaśni ceny objawu. Socjologia bez fizjologii może przeoczyć materialność ciała. Ekonomia bez psychologii słabo opisuje koszt kompensacji, a psychologia bez teorii instytucji ryzykuje indywidualizacją problemu wytwarzanego przez strukturę. Prawo bez medycyny może błędnie oceniać faktyczną różnicę sytuacji, a medycyna bez bioetyki może przekształcić wiedzę o ryzyku w paternalizm. Dojrzałe rozumienie problemu wymaga zgody na wieloprzyczynowość i niepewność. Nie wszystkie pytania muszą otrzymać natychmiastową odpowiedź, a nie każdy interesujący mechanizm jest już wystarczająco zbadany. Metodologiczna skromność nie osłabia tekstu naukowego; przeciwnie – wyznacza granicę między argumentacją a retoryką.

Instytucje powinny być odporne na trwałe blizny przejściowych zdarzeń biologicznych

Z tej perspektywy najważniejszą praktyczną dyrektywą jest tworzenie instytucji zdolnych do **odwracalności społecznych konsekwencji przejściowych zdarzeń**. Jeśli człowiek potrzebuje przez rok większej elastyczności, nie powinno to automatycznie obniżać jego trajektorii

na następną dekadę. Jeżeli wraca do pełnej funkcjonalności, powinien również posiadać realną możliwość powrotu do pełnej puli szans. W przeciwnym razie system zawodowy tworzy trwałe blizny z wydarzeń, które organizm dawno już skompensował. Zasada ta ma zastosowanie znacznie szersze niż menopauza; dotyczy choroby przewlekłej, rodzicielstwa, opieki, rehabilitacji czy kryzysu psychicznego. Menopauza nie jest więc wyjątkiem domagającym się osobnej antropologii pracownika, lecz szczególnie czytelnym przypadkiem uniwersalnego problemu: jak instytucja powinna funkcjonować wobec człowieka, który przez czterdzieści lat pracy nie pozostaje tym samym biologicznym organizmem.

Odpowiedź nie może polegać ani na ignorowaniu różnic, ani na zamienianiu ich w trwałe kategorie społeczne. Powinna opierać się na precyzyjnym rozpoznawaniu funkcjonalnej relewantności różnicy, ograniczaniu zbędnych kosztów i zachowywaniu prawa jednostki do oceny według rzeczywistych kompetencji. Sprawiedliwość wymaga zatem nie ślepoty na biologię, lecz dyscypliny w określaniu tego, **kiedy biologiczna informacja ma znaczenie, a kiedy powinna pozostać bez znaczenia**. Perimenopauza nie jest wyjaśnieniem kobiecej kariery, lecz próbą dla jakości instytucji.

Tam, gdzie symptom da się leczyć, medycyna powinna umożliwić leczenie. Tam, gdzie koszt wynika z projektu stanowiska, organizacja może sprawdzić możliwość adaptacji. Tam, gdzie problem powstaje z uprzedzenia, konieczna jest ochrona przed dyskryminacją. Tam, gdzie przyczyna leży w nierównym podziale opieki, rozwiązanie wymaga polityki społecznej i rodzinnej. Jedna etykieta nie może zastąpić diagnostyki mechanizmu.

Centralną zasadą przyszłej polityki powinno być **mechanism before category**: najpierw rozpoznanie mechanizmu, dopiero później interwencja. Kobieta nie potrzebuje automatycznie pomocy dlatego, że ma pięćdziesiąt lat; może jej potrzebować, ponieważ ciężkie zaburzenia snu wpływają na jej funkcjonowanie. Inna może nie wymagać żadnego dostosowania, a jeszcze kolejna może doświadczać bariery niezwiązanej z hormonami, lecz wynikającej z opieki lub ageizmu.

Dobra instytucja rozróżnia te sytuacje. Dzięki temu nauka o menopauzie staje się nauką o granicach generalizacji. Wiemy wystarczająco dużo, aby uznać realność symptomów i potrzebę leczenia, ale i by nie utożsamiać menopauzy z utratą kompetencji. Posiadamy szeroką wiedzę o społecznych mechanizmach nierówności karier, zwłaszcza o trwałych następstwach rodzicielstwa; nie wiemy natomiast jeszcze, jak duża część późnej nierówności awansowej jest rzeczywiście mediowana przez menopauzalne przejście. Ta niewiedza nie jest porażką opracowania autora książki.

Jest ona jednym z jego najważniejszych wyników. Pozwala bowiem dokładnie wskazać, jakie badania należy wykonać, jakie zmienne oddzielić i których skrótów logicznych unikać. Pytanie, które wcześniej miało charakter społecznej intuicji, zostało przekształcone w testowalny program naukowy.

Jeśli przyszłe badania potwierdzą mechanizm bioinstytucjonalnej amplifikacji, będzie można precyzyjniej projektować leczenie, stanowiska, procedury awansu i zasady powrotu do ścieżek sukcesyjnych. Jeżeli go nie potwierdzą, również uzyskamy ważny wynik, gdyż będziemy mogli skierować uwagę i zasoby ku silniejszym mechanizmom nierówności. W obu wariantach nauka spełnia swoją funkcję, zwiększając zdolność społeczeństwa do odróżniania intuicji od rzeczywistej przyczynowości. W zakończeniu należy przywołać biologiczną ideę sprzężenia zwrotnego, od której rozpoczęło się opracowanie autora książki. Układ dokrewny zachowuje funkcję dzięki informacji, korekcie, adaptacji i odpowiedzi na zmianę. Sprawna instytucja społeczna potrzebuje podobnych właściwości: musi obserwować skutki własnych reguł, korygować rozwiązania generujące niezamierzoną nierówność, uczyć się z danych i rezygnować z praktyk, które przestały odpowiadać rzeczywistości. Analogia ta nie jest dosłowna – organizacja nie jest organizmem, a społeczeństwo nie posiada przysadki – jednak pozostaje poznawczo użyteczna.

System pozbawiony sprzężenia zwrotnego trwa przy raz przyjętym sposobie działania nawet wtedy, gdy warunki ulegają zmianie. System uczący się potrafi zachować swoje cele, zmieniając środki. Tak samo powinno wyglądać projektowanie kariery w długim życiu człowieka. Standard kompetencji może pozostać wysoki, podczas gdy forma organizacji pracy staje się bardziej adaptacyjna. Odpowiedzialność może pozostać niezmniejszona, podczas gdy sposób realizacji zadań zmienia się czasowo.

Równość nie wymaga identyczności biologicznej, a uznanie biologii nie wymaga hierarchii ludzi.

Teza autora książki nie dotyczy więc ostatecznie kobiet przeciwstawionych mężczyznom ani hormonów przeciwstawionych instytucjom. Dotyczy błędu antropologicznego wpisanego w część nowoczesnych modeli pracy: założenia, że kompetentny człowiek powinien być biologicznie przezroczysty. Tymczasem człowiek pracuje właśnie poprzez ciało, które rozwija się, reprodukuje, choruje, regeneruje i starzeje. Dobra instytucja nie usuwa tej prawdy i nie czyni z niej argumentu przeciw człowiekowi. Uczy się organizować odpowiedzialność wokół realnego podmiotu, a nie jego abstrakcyjnego modelu.

Adaptacyjność instytucji jako miara sprawiedliwości zawodowej

W takim systemie dojrzewanie nie odbiera przyszłości, macierzyństwo nie musi oznaczać trwałej kary, perimenopauza nie staje się domniemaniem słabości, a starzenie nie unieważnia zgromadzonego doświadczenia.

Istnieje zatem "hormonalny koszt awansu", lecz nie należy go rozumieć jako ceny, którą natura każe kobietom zapłacić za ambicję. Jego wielkość — o ile kolejne badania potwierdzą jego zawodową doniosłość — będzie w znacznej mierze zależała od tego, jak społeczeństwo, medycyna i organizacja pracy wyceniają przejściową zmienność biologiczną. Biologia może dostarczyć kosztu początkowego; dopiero instytucja decyduje, czy stanie się on niewielkim wydatkiem możliwym do amortyzacji, czy odsetkami naliczanymi przez kolejne lata kariery.

Wartościową odpowiedzią na perimenopauzę nie jest ani milczenie, ani alarmizm. Jest nią wiedza dostatecznie precyzyjna, by leczyć wtedy, gdy należy leczyć, adaptować wtedy, gdy adaptacja ma sens, chronić przed dyskryminacją tam, gdzie pojawia się stereotyp, oraz pozostawiać w spokoju kobietę, która żadnej szczególnej pomocy nie potrzebuje. Tak wygląda równość oparta na rzeczywistości, a nie na domniemaniu identyczności. Człowiek przez całe życie pozostaje procesem, a nie stałą. Jego organizm przechodzi kolejne stany równowagi, wiedza narasta, role społeczne ewoluują, a instytucje jedne możliwości otwierają i inne zamykają. Nauka może opisywać poszczególne fragmenty tego procesu oddzielnymi językami, lecz rzeczywistość nie respektuje granic dyscyplin.

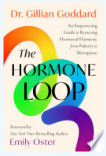
Ostatnią kategorią rozprawy autora powinien pozostać nie hormon, płeć ani nawet kariera, lecz zdolność adaptacji. Jest ona podstawową własnością biologicznego życia, warunkiem psychicznej odporności i jednym z kryteriów jakości instytucji. Organizm trwa dzięki zdolności dostosowania się do zmiany; człowiek rozwija się dzięki możliwości uczenia się i przekształcania własnej biografii; społeczeństwo zachowuje sprawiedliwość tylko wtedy, gdy potrafi korygować reguły, które niepotrzebnie zamieniają różnicę w nierówność.

Perimenopauza odsłania tę zasadę szczególnie wyraźnie. Kobieta może znajdować się równocześnie w okresie biologicznej reorganizacji i na szczycie kompetencji zawodowych. Żadne z tych zdań nie unieważnia drugiego. Ich równoczesna prawdziwość jest właśnie punktem, od którego powinny rozpoczynać się zarówno medycyna dojrzałej kobiety, jak i dojrzała teoria pracy. Ostateczną miarą jakości systemu nie jest zatem to, czy potrafi znaleźć ludzi, którzy nigdy się nie zmieniają — takich ludzi nie ma. Jest nią to, czy potrafi zachować wymaganie wysokiej kompetencji, a jednocześnie nie

marnować potencjału człowieka tylko dlatego, że jego organizm, zgodnie z prawami biologii, w czasie się zmienia.

> Ostateczną miarą jakości organizacji nie jest zdolność do znalezienia pracowników biologicznie przezroczystych i niezmiennych, gdyż tacy ludzie po prostu nie istnieją. Prawdziwym wyzwaniem dla współczesnych instytucji pozostaje pytanie: czy potrafią one zachować wysokie standardy kompetencyjne, nie marnując jednocześnie potencjału człowieka tylko dlatego, że jego organizm – zgodnie z prawami natury – w czasie ulega zmianie? Sprawiedliwość zawodowa zaczyna się tam, gdzie instytucja przestaje karać za bycie istotą biologiczną.

Inspiracje

[1] 

"The Hormone Loop" Gillian Goddard

HarperCollins | ISBN: 9780063455054

Dr Gillian Mueller Goddard jest amerykańską certyfikowaną endokrynolog i adiunktem medycyny w Szkole Medycznej Grossman Uniwersytetu Nowojorskiego (NYU Langone Health). Ukończyła studia licencjackie na Uniwersytecie Stanowym Arizony, ukończyła studia przedmedyczne na Uniwersytecie Columbia i uzyskała tytuł doktora medycyny w Szkole Medycznej Icahn w Mount Sinai. Z ponad piętnastoletnią praktyką kliniczną w Nowym Jorku, Goddard specjalizuje się w zdrowiu hormonalnym i metabolicznym kobiet, koncentrując się na chorobach tarczycy, zespole policystycznych jajników, cukrzycy, problemach endokrynologicznych związanych z ciążą oraz perimenopauzie i okresie menopauzy. Poza praktyką kliniczną, jest znaną edukatorką zdrowotną, współpracującą z platformą ParentData Emily Oster i autorką biuletynu poświęconego zdrowiu kobiet The Savvy Patient. Jej praca koncentruje się na demistyfikowaniu złożonej nauki endokrynologicznej i wspieraniu pacjentek w skutecznym zabieganiu o opiekę hormonalną na wszystkich etapach życia.

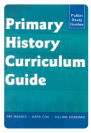
Dr. Gillian Mueller Goddard is an American board-certified endocrinologist and Adjunct Assistant Professor of Medicine at the NYU Grossman School of Medicine (NYU Langone Health). She earned her undergraduate degree from Arizona State University, completed premedical studies at Columbia University, and received her medical degree from the Icahn School of Medicine at Mount Sinai. With over fifteen years of clinical practice in New York City, Goddard specializes in women's hormonal and metabolic health, focusing on thyroid disease, polycystic ovary syndrome, diabetes, pregnancy-related endocrine issues, and the perimenopause and menopause transitions. Beyond clinical practice, she is a prominent health communicator, contributing to Emily Oster's ParentData platform and authoring the women's health newsletter The Savvy Patient. Her work centers on demystifying complex endocrine science and empowering patients to advocate effectively for their hormonal care across all life stages.

NYU Grossman School of Medicine

Literatura uzupełniająca

Książki

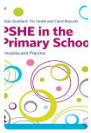
Książki autora i dzieła przywołane w tekście:



[1] "Primary History Curriculum Guide"

Pat Hughes, Kathleen Cox, Gillian Goddard

2000 | David Fulton Pub | ISBN: 9781853467240



[2] "PSHE in the Primary School"

Gillian Goddard, Viv Smith, Carol Boycott

2014 | Routledge | ISBN: 9781317860983

[3] "The Drowning Boy"

Gillian Goddard, Janet Hollinshead, Pat Hughes

1994 | ISBN: 9780951584750

[4] "PSHE and Citizenship"

Gillian Goddard, Jacqueline Barbera

2002 | ISBN: 9780439020008

[5] "Will's First Battle"

Gillian Goddard, David Cuzik

1994 | ISBN: 9780590533089



[6] "History"

Kathleen Cox, Gillian Goddard, Keith Andreetti, Pat Hughes

2000 | ISBN: 9780439018104

Artykuły naukowe

Artykuły naukowe autora:

[1] "Mifepristone Treatment for Mild Autonomous Cortisol Secretion Due to Adrenal Adenomas: A Pilot Study"

Regina Belokovskaya, Aarti Ravikumar, D. Arumugam, Sudeh Izadmehr, Gillian M. Goddard

2019 | Endocrine Practice | DOI: 10.4158/ep-2019-0047

Źródło

[2] "Adrenal Mild Hypercortisolism"

Gillian M. Goddard, Aarti Ravikumar, Alice C. Levine

2015 | Endocrinology and Metabolism Clinics of North America | DOI: 10.1016/j.ecl.2015.02.009

Źródło

[3] **"Adrenal Incidentaloma and Subclinical Hypercortisolism"**

Gillian M. Goddard, Eliza Brevoort Geer

2015 | Springer eBooks | DOI: 10.1007/978-1-4939-2059-4_22

Źródło

Treść tworzy Fundacja Dobre Państwo.
Redaguje i publikuje APA ONE, autorski system redakcyjny Fundacji oparty na AI.
APA ONE Publishing System
Fundacja Dobre Państwo © 2026
Article ID: 8ff5bdf1-62a2-4005-affb-b6b1fe022f30