# Perimenopauza a szczyt kariery: biologiczny koszt kompensacji w strukturach zawodowych w świetle koncepcji The Hormone Loop Gillian Goddard


## AUTOR

Fundacja Dobre Państwo



## STRESZCZENIE / ABSTRACT

Artykuł redefiniuje perimenopauzę nie jako liniowy spadek estrogenu, lecz jako fazę dynamicznej niestabilności i chaosu osi podwzgórze-przysadka-jajnik. Autor wyjaśnia, że starzenie jajnika prowadzi do nieprzewidywalnych wahań hormonalnych, co utrudnia diagnostykę opartą na pojedynczych badaniach krwi. Wprowadzenie standardu STRAW+10 pozwala na precyzyjne stadializowanie procesu na podstawie dynamikę cykli menstruacyjnych. Tekst podkreśla, że kaskada objawów – od mgły mózgowej po zaburzenia termoregulacji – często współwystępuje ze szczytem aktywności zawodowej kobiet. Ta biologiczna transformacja generuje tzw. koszt kompensacji, gdzie kobiety muszą wkładać więcej wysiłku w utrzymanie dotychczasowej efektywności (performance) w obliczu narastającego obciążenia symptomatycznego i neurobiologicznej destabilizacji.

The article redefines perimenopause not as a linear decline in estrogen, but as a phase of dynamic instability and chaos of the hypothalamus-pituitary-ovarian axis. The author explains that ovarian aging leads to unpredictable hormonal fluctuations, which complicates diagnostics based on single blood tests. The introduction of the STRAW+10 standard allows for precise staging of the process based on menstrual cycle dynamics. The text emphasizes that the cascade of symptoms—from brain fog to thermoregulation disorders—often coincides with the peak of women's professional activity. This biological transformation generates a so-called cost of

compensation, where women must exert more effort to maintain their previous level of performance in the face of increasing symptomatic burden and neurobiological destabilization.

Artykuł analizuje perimenopauzę nie jako prosty spadek poziomu estrogenów, lecz jako fazę dynamicznego chaosu hormonalnego, która u części kobiet zbiega się w czasie z kulminacyjnym momentem rozwoju kariery zawodowej. Główna teza tekstu zakłada, że same objawy biologiczne – takie jak zaburzenia snu, mgła mózgowa czy uderzenia gorąca – nie są bezpośrednią przyczyną braku kobiet na szczytach hierarchii, lecz zwiększają tzw. koszt kompensacji, czyli wysiłek niezbędny do utrzymania pełnej dyspozycyjności. Problem potęguje sztywna kultura organizacyjna i model „executive presence", który premiuje nieprzerwaną, niezmienną energię i perfekcyjną prezencję. W efekcie przejściowe trudności fizjologiczne mogą zostać błędnie zinterpretowane jako spadek kompetencji lub ambicji, co w systemach awansów opartych na turniejowej selekcji przekształca krótkotrwały koszt biologiczny w trwałą utratę kapitału zawodowego. Tekst rzuca wyzwanie biologicznemu determinizmowi, wskazując, że to nie ciało kobiety jest barierą, lecz brak elastyczności instytucjonalnej i niewidzialność kosztów prezenteizmu.

**SŁOWA KLUCZOWE**

perimenopauza | szczyt kariery | The Hormone Loop Gillian Goddard | biologiczny koszt kompensacji | standard STRAW+10 | neurony KNDy | mgła mózgowa | cumulative disadvantage | koszt mobilizacji zasobów | neurotermoregulacja | performance vs effort | symptom burden | model mediacji i moderacji | asymetria szans zawodowych | estrogenowe sprzężenie zwrotne

# Perimenopauza to chaos hormonalny, a nie prosty spadek estrogenu

Perimenopauza jako destabilizacja układu regulacyjnego: gdy biologiczne przejście spotyka szczyt kariery

Perimenopauza zajmuje w biologicznej historii kobiety miejsce szczególne, stanowiąc transformację odmienną zarówno od dojrzewania, jak i od ciąży. Dojrzewanie prowadziło do ustanowienia względnie stabilnej funkcji reprodukcyjnej, a ciąża tworzyła czasowy stan fizjologiczny podporządkowany rozwojowi płodu. Perimenopauza natomiast jest procesem stopniowego rozpadu dotychczasowej regularności osi podwzgórze-przysadka-jajnik. Jej istotą nie jest jednak jednostajny spadek hormonów płciowych. Popularna narracja, według której estrogenu jest coraz mniej, aż pojawia się menopauza, zaciemnia najbardziej charakterystyczną cechę tego okresu: zmienność. Jajnik nie wygasza funkcji jak urządzenie ze stopniowo skręcanym potencjometrem.

Malejąca liczba pęcherzyków, zmiany w produkcji inhibin, wzrost stymulacji gonadotropowej, częstsze cykle bezowulacyjne oraz nieregularność dojrzewania pęcherzyka powodują okresy zarówno relatywnie niskiej, jak i wysokiej ekspozycji estrogenowej. Autor książki trafnie ujmuje perimenopauzę jako fazę „chaosu" osi reprodukcyjnej, a nie prostoliniowy deficyt hormonalny.

Biologicznym początkiem tej transformacji jest starzenie jajnika. Kobieta rodzi się ze skończoną pulą pęcherzyków pierwotnych, których liczba maleje przez całe życie – głównie wskutek atrezji, a w niewielkiej części poprzez owulację. Rezerwa jajnikowa nie wyczerpuje się gwałtownie; kurczy się przez dziesięciolecia, lecz dopiero po przekroczeniu pewnego progu układ traci dotychczasową stabilność regulacyjną. W późnej fazie reprodukcyjnej obniżają się stężenia hormonu antymüllerowskiego (AMH) i inhibiny B, spada liczba pęcherzyków antralnych, a przysadka zwiększa wydzielanie FSH. Analiza zmian hormonalnych w przejściu menopauzalnym wskazuje, że to właśnie spadek inhibiny B osłabia hamowanie przysadki, co umożliwia wzrost FSH; silniejsza stymulacja pęcherzyków może paradoksalnie przez pewien czas utrzymywać, a nawet zwiększać produkcję estradiolu. W tym mechanizmie kryje się klucz do zrozumienia doświadczenia perimenopauzy: starzenie jajnika może współistnieć z okresami wysokiego estradiolu. Nie ma zatem sprzeczności między malejącą rezerwą jajnikową a epizodami nasilonej estrogenizacji, objawiającymi się tkliwością piersi, migreną czy obfitym krwawieniem. Malejąca liczba pęcherzyków nie oznacza, że każdy pozostały cykl produkuje mało estradiolu; zmienia się raczej sprawność sprzężenia zwrotnego i przewidywalność odpowiedzi. Organizm zaczyna wysyłać silniejszy sygnał przysadkowy, by sterować coraz mniej liczną pulą pęcherzykową.

Standard STRAW+10 jest tu szczególnie użyteczny, ponieważ porządkuje starzenie reprodukcyjne nie według wieku, lecz przede wszystkim według dynamiki cyklu menstruacyjnego i pomocniczych markerów hormonalnych. W późnym stadium reprodukcyjnym cykle mogą pozostawać regularne, choć pojawiają się już zmiany w poziomie FSH. Wczesne przejście menopauzalne rozpoznaje się po utrzymującej się zmianie długości kolejnych cykli o co najmniej siedem dni. Późne przejście

charakteryzuje natomiast epizod braku miesiączki trwający co najmniej 60 dni, częstsza anowulacja oraz skrajniejsza zmienność hormonalna. AMH staje się wtedy bardzo niski lub nieoznaczalny, podczas gdy FSH może przyjmować wartości menopauzalne w jednym cyklu i znacznie niższe w kolejnym. Ta niestabilność jest ważniejsza niż pojedynczy wynik laboratoryjny.

Kobieta w perimenopauzie może wykonać badanie FSH lub estradiolu w dniu, w którym wynik nie wygląda „menopauzalnie", a mimo to znajdować się w fazie przejścia reprodukcyjnego. Właśnie dlatego nowoczesne stadializowanie tego procesu opiera się silniej na historii krwawień niż na pojedynczym oznaczeniu FSH.

## Perimenopauza jako kaskada objawów i proces neurobiologiczny

Układu dynamicznego nie da się opisać fotografią. W wymiarze klinicznym to pozornie techniczny szczegół, jednak w wymiarze społecznym nabiera on kluczowego znaczenia: kobieta może realnie doświadczać zmiany biologicznej, zanim otrzyma jednoznaczną nazwę diagnostyczną dla swojego stanu. Perimenopauza jest więc okresem niepewności podwójnej. Nieprzewidywalność dotyczy ciała, ale może również dotyczyć interpretacji tego ciała. Skrócenie cyklu, a później jego wydłużenie, nieoczekiwanie obfite krwawienia, nocne wybudzenia, bóle głowy, kołatanie serca, pogorszenie tolerancji temperatury czy epizody trudności z przypominaniem sobie słów – dla osoby bez wiedzy endokrynologicznej objawy te nie układają się w jeden oczywisty syndrom. Każdy z nich posiada szeroką diagnostykę różnicową: od chorób tarczycy i niedoboru żelaza, przez zaburzenia snu, depresję i migreny, aż po problemy metaboliczne, wpływ leków, stres czy inne schorzenia wieku średniego. Dobra medycyna nie może zatem redukować wszystkich problemów kobiety około pięćdziesiątego roku życia do menopauzy, ale nie może również ignorować przejścia menopauzalnego jako istotnego kontekstu klinicznego. Autor książki porządkuje te objawy w domeny naczynioruchową, poznawczo-afektywną, moczowo-płciową oraz mięśniowo-szkieletową. Podział ten jest użyteczny dydaktycznie, choć biologicznie domeny te pozostają ze sobą splecione.

Nocne poty mogą pogarszać sen, a niewystarczający odpoczynek zwiększać zmęczenie i drażliwość; przewlekłe krwawienia prowadzić do niedoboru żelaza, co z kolei potęguje wyczerpanie i ogranicza tolerancję wysiłku. Ból może utrudniać zasypianie, a zaburzony sen obniża próg odczuwania bólu. Objaw nie jest zatem koniecznie pojedynczym skutkiem działania jednego hormonu; może być elementem kaskady wzajemnie wzmacniających się procesów. Najbardziej spektakularnym przykładem postępu wiedzy o mechanizmie menopauzalnym są uderzenia gorąca i poty nocne. Starsze ujęcia opisywały je przede wszystkim jako konsekwencję zwężenia strefy termoneutralnej w

podwzgórzu. To wyjaśnienie zachowuje wartość, ale współczesna neuroendokrynologia pozwala zejść o poziom niżej. Szczególne znaczenie mają neurony KNDy w jądrze łukowatym podwzgórza, których nazwa pochodzi od trzech neuropeptydów: kisspeptyny, neurokininy B i dynorfiny.

Komórki te uczestniczą zarówno w regulacji osi rozrodczej, jak i w sieciach termoregulacji. Wycofywanie się estrogenowego sprzężenia zwrotnego zmienia aktywność tego układu. Aktualny przegląd translacyjnej neuroendokrynologii opisuje nadmierną aktywację neuronów KNDy oraz zwiększoną sygnalizację neurokininy B jako mechanizm zdolny niewłaściwie aktywować obwody odprowadzania ciepła w okolicy przedwzrokowej podwzgórza. Organizm zachowuje się więc tak, jak gdyby wymagał natychmiastowego chłodzenia: zwiększa przepływ krwi przez skórę i uruchamia pocenie. Uderzenie gorąca nie jest zatem emocjonalną reakcją "zdenerwowanej kobiety", lecz mierzalnym zjawiskiem neurotermoregulacyjnym.

## Kontekstowy koszt objawów i niewidzialny wpływ zaburzeń snu

Znaczenie odkrycia neuronów KNDy wykracza daleko poza elegancję samego mechanizmu. Doprowadziło ono bezpośrednio do powstania nowej klasy leków blokujących sygnalizację neurokininową. Fezolinetant, antagonista receptora NK3, został zatwierdzony w Stanach Zjednoczonych w 2023 roku jako niehormonalna metoda leczenia umiarkowanych i ciężkich objawów naczynioruchowych. Kolejne badania oraz rozwój antagonistów NK1/NK3 potwierdziły, że można modyfikować objawy poprzez oddziaływanie na centralny obwód termoregulacyjny, bez konieczności podawania estrogenu. Jest to istotny triumf medycyny mechanistycznej: droga od obserwacji objawu, przez identyfikację obwodu neuronalnego, aż po celowaną farmakoterapię.

Z perspektywy aktywności zawodowej uderzenie gorąca jest jednak dopiero punktem wyjścia. Jego znaczenie funkcjonalne zależy od częstotliwości, nasilenia, kontekstu oraz reakcji otoczenia. Epizod występujący dwa razy w tygodniu u osoby pracującej samodzielnie w pomieszczeniu o kontrolowanej temperaturze ma zupełnie inny wymiar niż kilkanaście takich zdarzeń na dobę u prawniczki prowadzącej rozprawy, chirurgiczki na bloku operacyjnym, menedżerki podczas wielogodzinnych posiedzeń czy osoby pracującej w uniformie ochronnym. Biologia objawu może być podobna, lecz jego koszt organizacyjny jest kontekstowy.

Jeszcze istotniejszy może okazać się nocny komponent objawów naczynioruchowych. Sen nie jest bierną przerwą między dniami pracy, lecz aktywnym stanem fizjologicznym niezbędnym do konsolidacji pamięci, regulacji emocji, funkcjonowania funkcji wykonawczych, metabolizmu i

odporności. Zaburzenia snu to częsty problem okresu menopauzalnego o wieloczynnikowej etiologii: obejmują one uderzenia gorąca i poty nocne, hormonalną zmianę środowiska neuronalnego, bezsenność pierwotną lub wtórną, zaburzenia oddychania podczas snu, zespół niespokojnych nóg, choroby współistniejące oraz psychospołeczne obciążenia wieku średniego. Przeglądy z lat 2024–2025 podkreślają, że problemy ze snem mogą pojawiać się już we wczesnej fazie przejścia menopauzalnego i nie dają się sprowadzić wyłącznie do nocnych potów.

W kontekście badania produktywności kluczowa jest różnica między objawem widocznym a ukrytym. Uderzenie gorąca na spotkaniu jest dostrzegalne; noc fragmentaryzowana przez powtarzające się wybudzenia pozostaje niewidoczna. Następnego dnia organizacja obserwuje jedynie konsekwencje: wolniejsze odtwarzanie informacji, mniejszą tolerancję frustracji, większy koszt podtrzymywania uwagi oraz potrzebę dodatkowego wysiłku przy złożonych zadaniach. W ten sposób nocna fizjologia może zostać rano błędnie zinterpretowana jako cecha zawodowa.

Wysokie stanowiska szczególnie eksponują ten problem, gdyż wymagają nie tyle prostych reakcji psychomotorycznych, co ciągłego zarządzania uwagą. Praca kierownicza polega na selekcjonowaniu konkurujących sygnałów, aktualizowaniu informacji w pamięci roboczej, powstrzymywaniu reakcji impulsywnych, przełączaniu się między zadaniami, integrowaniu niepełnych danych oraz podejmowaniu decyzji pod presją czasu. Nie trzeba zakładać żadnego swoistego "menopauzalnego deficytu przywództwa", aby dostrzec, że chroniczny niedobór snu zwiększa koszt takiego funkcjonowania. Wystarczy potraktować sen jako podstawowy zasób neurobiologiczny. Badania zawodowe są w tym zakresie zgodne z intuicją mechanistyczną, choć wymagają ostrożnej interpretacji.

## Wzrost kosztu mobilizacji zasobów przy zachowaniu kompetencji

Systematyczny przegląd 29 badań opublikowany w 2025 r. uznał dowody na związek gorszej jakości snu oraz objawów psychicznych i naczynioruchowych z niższą produktywnością w pracy za umiarkowane do wysokiej jakości. Jednocześnie odrębny przegląd systematyczny wykazał, że sam status menopauzalny nie jest stabilnym predyktorem gorszej zdolności do pracy. To rozróżnienie jest kluczowe: problemem nie jest to, że „menopauzalna kobieta gorzej pracuje”, lecz fakt, że pewne objawy o określonym nasileniu mogą obniżać funkcjonowanie części kobiet. Tę samą ostrożność należy zachować wobec tzw. „brain fog”. Autor książki silnie akcentuje subiektywne zaburzenia pamięci krótkotrwałej, koncentracji i trudności w przypominaniu słów, zaznaczając jednocześnie ich odmienność od wczesnej demencji. Aktualna literatura potwierdza, że skargi poznawcze w

przejściu menopauzalnym są częste, choć obraz obiektywnych zmian pozostaje bardziej złożony niż język codziennych doświadczeń. Przegląd z 2025 r. podkreśla współwystępowanie zmian poznawczych, problemów ze snem i nastrojem, traktując je jako odrębne, lecz wzajemnie powiązane komponenty menopauzalnego przejścia. Jeszcze ciekawszych danych dostarczyła metaanaliza z 2026 r., obejmująca 26 prac i 9428 uczestniczek. W porównaniu z kobietami przed przejściem menopauzalnym, osoby w perimenopauzie uzyskiwały przeciętnie gorsze wyniki poznawcze – efekt ten był szczególnie widoczny w badaniach stosujących rygorystyczne kryteria STRAW+10. Nie stwierdzono natomiast jednoznacznie gorszych wyników w porównaniu z kobietami po menopauzie. Oznacza to, że okres transformacji może być poznawczo specyficzny, ale nie uzasadnia narracji o postępującym załamaniu funkcji mózgu. Co więcej, subiektywne poczucie „mgły mózgowej" nie jest prostym odbiciem wyniku testu neuropsychologicznego. Metaanaliza 24 badań z 2025 r. wykazała niewielką, istotną korelację między subiektywnymi skargami a efektywnością uczenia się, jednak korelacje z innymi obiektywnymi domenami poznawczymi nie były konsekwentne. To niezwykle ważny wynik. Nie unieważnia on doświadczenia kobiet, lecz pokazuje, że odczucie sprawności poznawczej i laboratoryjny pomiar konkretnej funkcji to dwa różne konstrukty. Subiektywna skarga może bowiem integrować wiele źródeł obciążenia. Kobieta może uzyskać prawidłowy wynik testu pamięci, a jednocześnie doświadczać znacznie większego kosztu koncentracji z powodu niewyspania. Może nie wykazywać istotnego obniżenia pamięci semantycznej, ale wolniej odnajdywać słowa podczas prezentacji. Może wykonywać zadanie poprawnie, lecz czuć, że wymaga ono większego wysiłku niż kilka lat wcześniej. Psychologia pracy rozróżnia performance od effort: identyczny wynik nie oznacza identycznego kosztu jego osiągnięcia. To rozróżnienie pozwala uniknąć pułapki biologicznego determinizmu. Dyrektorka, która po czterech nocach przerywanego snu potrzebuje większego wysiłku, aby utrzymać pełną sprawność podczas posiedzenia zarządu, nie utraciła kapitału ludzkiego. Jej wiedza branżowa, doświadczenie negocjacyjne, znajomość organizacji, sieć relacji i zdolność rozpoznawania wzorców mogą być większe niż kiedykolwiek wcześniej. Zmienił się jedynie koszt biologiczny wykorzystania tych zasobów. Kompetencja i koszt jej mobilizacji nie są tym samym. To właśnie tutaj pojawia się paradoks szczytu kariery. Wczesne dorosłe życie charakteryzuje się relatywnie mniejszym doświadczeniem zawodowym przy dużej rezerwie biologicznej. W wieku średnim proporcja ta może się odwracać: rośnie wiedza ekspercka, pamięć instytucjonalna, doświadczenie społeczne i zdolność syntetyzowania złożonych problemów, podczas gdy część funkcji fizjologicznych zaczyna podlegać większej zmienności. Gdy system awansu premiuje wyłącznie bezbłędną ciągłość bieżącej dyspozycyjności, może niedoszacowywać wzrostu kapitału doświadczenia, a przeceniać przejściowe koszty funkcjonalne. W wymiarze afektywnym również potrzebna jest równowaga między bagatelizacją a patologizacją. Perimenopauza nie powoduje depresji u każdej kobiety i nie może służyć jako stereotypowe wyjaśnienie emocjonalności. Jednocześnie metaanaliza prospektywnych

badań kohortowych wykazała około 40-procentowy wzrost ilorazu szans wystąpienia objawów lub rozpoznania depresji u kobiet perimenopauzalnych w porównaniu z premenopauzalnymi. Jest to jednak wzrost ryzyka populacyjnego, a nie przewidywanie dotyczące konkretnej jednostki. Mechanizm ten również nie jest prosty. Wpływ mogą mieć zmienność steroidów płciowych, wcześniejsza podatność na zaburzenia nastroju, jakość snu, objawy naczynioruchowe, wydarzenia życiowe, relacje, choroby przewlekłe i stres społeczny. Wiek średni to okres, w którym zmiana biologiczna często nakłada się na wysoką odpowiedzialność zawodową, opiekę nad dorastającymi dziećmi i starzejącymi się rodzicami, problemy zdrowotne partnera, konsekwencje rozwodu lub osamotnienia oraz rosnącą świadomość własnego starzenia. Próba rozdzielenia „czysto hormonalnej" depresji od „czysto społecznej" może być zatem błędnie postawionym problemem. Układ nerwowy jest miejscem, w którym biologia i środowisko spotykają się bez respektowania granic dyscyplin akademickich. Kolejnym niedocenianym ogniwem jest krwawienie. Perimenopauza nie oznacza jedynie rzadszych miesiączek. Częstsza anowulacja oraz zmienność steroidów mogą prowadzić do nieregularnych i niekiedy obfitych krwawień; z wiekiem zwiększa się także częstość strukturalnych przyczyn tego stanu, takich jak mięśniaki czy polipy. Aktualny przegląd kliniczny podkreśla, że abnormal uterine bleeding jest częstym problemem perimenopauzy i wymaga diagnostyki różnicowej obejmującej przyczyny fizjologiczne, łagodne zmiany strukturalne oraz patologie przednowotworowe i nowotworowe.

## Objawy biologiczne wymagają diagnostyki, a nie tylko przypisania wiekowi

Autor proponuje powiązanie obfitych krwawień, niedoboru żelaza i problemów poznawczych. Kierunek ten jest biologicznie uzasadniony, choć wymaga precyzyjniejszego sformułowania. Dobrze udokumentowano, że obfite krwawienia mogą prowadzić do niedoboru żelaza i niedokrwistości; współczesne opracowania dotyczące nieprawidłowych krwawień zalecają ocenę poziomu hemoglobiny oraz gospodarki żelazowej w odpowiednich sytuacjach klinicznych.

W dużej grupie kobiet z ciężkimi miesiączkami niski poziom ferrytyny występował bardzo często. Nie należy jednak twierdzić, że niedobór żelaza jest główną i ustaloną przyczyną menopauzalnej "mgły mózgowej". Może on być jednym z modyfikowalnych czynników u kobiet z istotną utratą krwi. To rozróżnienie ma istotną wartość naukową, gdyż prowadzi do praktycznego wniosku: nie każdy objaw w perimenopauzie powinien zostać przypisany perimenopauzie. Kobieta skarżąca się na zmęczenie i problemy z koncentracją może wymagać nie „zaakceptowania menopauzy", lecz

diagnostyki anemii, tarczycy, zaburzeń snu albo depresji. Rozpoznanie etapu życia nie zastępuje diagnostyki.

W perspektywie zawodowej obfite krwawienia są istotne również dlatego, że ujawniają rolę materialnej organizacji pracy. Potrzeba częstego dostępu do toalety, ryzyko nagłego przeciekania, ból, zawroty głowy czy osłabienie mogą mieć marginalne znaczenie w elastycznym środowisku pracy, ale stają się kluczowe przy linii produkcyjnej, w ochronie zdrowia, służbach mundurowych, transporcie, edukacji czy podczas całodziennych wydarzeń publicznych. The Menopause Society wskazuje, że dostęp do przerw i odpowiednich toalet, nieprzewidywalne godziny pracy oraz zatłoczone środowisko mogą modyfikować zawodowe konsekwencje objawów menopauzalnych.

Perimenopauza zmienia również krajobraz metaboliczny, jednak w tym obszarze szczególnie łatwo o nadmierne uproszczenie. Kobiety w wieku średnim często obserwują zmianę kompozycji ciała, wzrost obwodu talii lub trudności w utrzymaniu dotychczasowej masy. Nie można jednak przypisywać każdego przyrostu wagi wyłącznie „brakowi estrogenu”. Wiek, spadek aktywności, jakość snu, dieta, leki, stres, masa mięśniowa i uwarunkowania genetyczne współdziałają z menopauzalną zmianą hormonalną. Przegląd z 2025 r. podkreśla, że przejście menopauzalne wiąże się szczególnie z redystrybucją tkanki tłuszczowej ku obszarowi trzewnemu i zmianami masy mięśniowej, choć dokładny udział samego procesu starzenia i menopauzy pozostaje przedmiotem badań. Nowsze analizy kompozycji ciała wskazują również na wzrost adiposity centralnej i spadek masy beztłuszczowej w okresie postmenopauzalnym. Historyczne badania SWAN pokazywały jednocześnie, że względny wzrost bioaktywności androgenowej i zmiany SHBG mogą wiązać się z akumulacją tłuszczu trzewnego.

## Biologia i kultura organizacji tworzą relacyjny koszt pracy

Metafora "spowolnienia metabolizmu" jest zbyt prymitywna. Zmieniać może się przede wszystkim dystrybucja energii i tkanek, a nie tylko liczba kilogramów widoczna na wadze. Tkanka trzewna ma przy tym znaczenie nie wyłącznie estetyczne; jest metabolicznie aktywna i wiąże się z insulinoopornością, dyslipidemią oraz ryzykiem sercowo-naczyniowym. To kolejny powód, dla którego redukowanie perimenopauzy do "uderzeń gorąca" jest błędem. Transformacja dotyczy długoterminowego profilu zdrowotnego w czasie, gdy kobieta może pozostawać w pełni zawodowo aktywna jeszcze przez dwie lub trzy dekady.

Tu ujawnia się kolejna społeczna asymetria. Zmiana kompozycji ciała u kobiety w średnim wieku podlega nie tylko interpretacji medycznej, ale również estetycznej. Ageizm łączy się z seksizmem: w wielu środowiskach zawodowych starzenie mężczyzny bywa kulturowo kojarzone z doświadczeniem i autorytetem, podczas gdy starzenie kobiety może oznaczać utratę zgodności z normą młodzieńczej atrakcyjności. Nie należy przedstawiać tej generalizacji jako uniwersalnego prawa organizacji, lecz socjologicznie jest to dobrze rozpoznany problem podwójnego standardu starzenia. W konsekwencji ten sam proces biologiczny może być oceniany na dwóch poziomach. Na poziomie funkcjonalnym kobieta może nie odczuwać żadnego znaczącego ograniczenia w pracy. Na poziomie symbolicznym zmiana sylwetki, skóry czy włosów może wpływać na sposób, w jaki jest postrzegana w kulturze silnie kodującej kobiecą wartość przez wygląd.

Tak biologiczne starzenie przenika do organizacji nawet wtedy, gdy nie wpływa na poznawczą zdolność wykonywania pracy. Najbardziej interesująca dla głównej hipotezy autora książki jest jednak kumulacja kilku umiarkowanych obciążeń, a nie pojedynczy spektakularny objaw. Wyobraźmy sobie kobietę nie z ciężką chorobą, lecz z częstymi nocnymi wybudzeniami, okresowymi potami, nieprzewidywalnymi krwawieniami, niewielkim niedoborem żelaza, migreną nasilającą się przy wahaniach hormonalnych i subiektywnym wzrostem kosztu koncentracji.

Żaden z tych elementów oddzielnie nie musi uniemożliwiać pracy. Łącznie mogą jednak zwiększać obciążenie allostatyczne wykonywania tej samej roli zawodowej. Tu z pomocą przychodzi teoria zasobów. W modelu Conservation of Resources Stevana Hobfolla stres pojawia się między innymi wtedy, gdy zasoby jednostki są zagrożone, utracone albo gdy inwestycja zasobów nie prowadzi do oczekiwanego zwrotu. W okresie perimenopauzy sen, energia, czas potrzebny na wizyty medyczne, przewidywalność fizjologiczna czy poczucie kontroli mogą czasowo stać się zasobami mniej pewnymi. Nie oznacza to degradacji kompetencji, lecz konieczność inwestowania większego zasobu w utrzymanie dotychczasowego poziomu funkcjonowania.

Równie użyteczny jest model Job Demands-Resources. Te same objawy mogą prowadzić do różnych skutków zależnie od proporcji między wymaganiami stanowiska a zasobami organizacyjnymi. Wysoka autonomia, kontrola temperatury, możliwość krótkiej przerwy, przewidywalność grafiku, elastyczna organizacja czasu i kultura niewymuszająca ujawnienia diagnozy mogą działać amortyzująco. Długie nieprzerywane spotkania, częste podróże między strefami czasowymi, sztywne godziny, brak możliwości regulowania środowiska, ekspozycja publiczna i kultura heroicznej dyspozycyjności mogą ten sam biologiczny stan uczynić znacznie kosztowniejszym. Zdolność do pracy nie jest więc właściwością zamkniętą wewnątrz organizmu; jest relacją. Człowiek może być bardziej lub mniej zdolny do wykonywania konkretnej pracy w konkretnych warunkach. Tę relacyjność potwierdzają rekomendacje The Menopause Society, które

wskazują zarówno na wpływ objawów na pracę, jak i na relację odwrotną: niektóre właściwości środowiska pracy mogą zwiększać odczuwany ciężar symptomów. Biologia i organizacja tworzą więc sprzężenie zwrotne innego rodzaju niż oś hormonalna.

Dane empiryczne wymagają jednak szczególnej dyscypliny interpretacyjnej. Systematyczny przegląd z 2025 r. potwierdza związek objawów menopauzalnych, zwłaszcza psychicznych, naczynioruchowych i zaburzeń snu, z niższą produktywnością podczas pracy, ale podkreśla niedostatek badań pozwalających dobrze ocenić rolę modyfikowalnych cech środowiska zawodowego. Badania ankietowe pokazują zależność pomiędzy nasileniem VMS a prezenteizmem i gorszą jakością snu, lecz wiele z nich ma charakter przekrojowy i nie pozwala ustalić kierunku przyczynowości. Jeszcze bardziej wymowne są dane najnowsze.

W amerykańskim badaniu opublikowanym w 2026 r. wśród ponad tysiąca pracujących kobiet z objawami naczynioruchowymi prezenteizm deklarowała około jedna trzecia uczestniczek, a absencja rosła wraz z nasileniem symptomów; jednocześnie większość kobiet nigdy nie otrzymała leczenia, a zdecydowana większość nie rozmawiała o problemie z pracodawcą. Wyniku nie należy generalizować na wszystkie kobiety – próba obejmowała osoby już doświadczające VMS, a część autorów była związana z przemysłem farmaceutycznym – ale badanie dobrze pokazuje mechanizm niewidzialności kosztu. Ta niewidzialność ma znaczenie w systemach awansowych. Absencję można policzyć; prezenteizm jest trudniejszy do dostrzeżenia. Kobieta nadal pojawia się w pracy, realizuje zadania i nie formalizuje problemu zdrowotnego, lecz uzyskanie tego samego rezultatu wymaga większego wysiłku albo niektóre zadania wykonuje nieco wolniej. W organizacji premiującej subtelne różnice – kto szybciej reaguje, kto podejmie dodatkowy projekt, kto wystąpi na konferencji, kto zgodzi się na kolejną podróż – małe koszty mogą z czasem uzyskać większe znaczenie, niż sugerowałby ich jednorazowy rozmiar.

## Perimenopauza jako przejściowy koszt w szczycie wartości zawodowej

W tym miejscu argumentacja autora wymaga doprecyzowania. Nie dysponujemy obecnie dowodem na to, że perimenopauza jest główną przyczyną niedoreprezentowania kobiet na najwyższych stanowiskach. Literatura nie pozwala na tak kategoryczne twierdzenie, a ustalenia dotyczące związku statusu menopauzalnego z pracą pozostają niejednoznaczne. Istnieją natomiast silniejsze podstawy dla tezy węższej: określone symptomy menopauzalne mogą obniżać produktywność, zdolność do pracy lub dobrostan części kobiet, a dzieje się to w wieku, który często pokrywa się z kluczowym okresem awansów do najwyższego kierownictwa.

Różnica między tymi dwoma ujęciami nie jest akademicką drobiazgowością. Pierwsze prowadziłoby zbyt blisko argumentu, że kobiety mają biologiczną przeszkodę w przywództwie. Drugie pyta natomiast: czy instytucje niepotrzebnie przekształcają przejściowe i często podatne na leczenie objawy w długotrwałą stratę kapitału zawodowego? Właśnie ta hipoteza jest naukowo i aksjologicznie interesująca, gdyż perimenopauza dotyczy kobiet znajdujących się często w szczególnym punkcie cyklu kariery.

Po dwóch lub trzech dekadach aktywności zawodowej dysponują one znacznym kapitałem specyficznym dla organizacji: wiedzą niejawną, reputacją, sieciami relacji, doświadczeniem w kryzysach, kompetencjami negocjacyjnymi i zdolnością oceny ludzi. Są to zasoby, których nie da się zbudować w ramach kilkumiesięcznego programu rozwojowego.

Z ekonomicznego punktu widzenia utrata tych wartości wskutek przedwczesnego odejścia, redukcji aktywności czy rezygnacji z awansu jest kosztowna zarówno dla kobiety, jak i dla przedsiębiorstwa. Powstaje zatem paradoks: biologiczna transformacja może pojawić się dokładnie wtedy, gdy zawodowa wartość doświadczenia osiąga bardzo wysoki poziom. Tradycyjny model kapitału ludzkiego zakłada wzrost wiedzy wraz z doświadczeniem, jej późniejszą stabilizację i ewentualny spadek w wieku starszym. Perimenopauza nie wpisuje się w tę prostą krzywą, ponieważ może czasowo zwiększać koszt funkcjonowania przy jednoczesnym dalszym wzroście kapitału eksperckiego.

## Od biologii do kosztu kompensacji w kulturze wysokich wymagań

Problem pogłębia kultura "executive presence". Najwyższe stanowiska często wymagają nie tylko kompetencji, ale performowania określonego obrazu profesjonalizmu: spokoju, kontroli, niezmiennej energii, płynności mowy, odporności na presję, atrakcyjnej prezencji i gotowości do natychmiastowej reakcji. Tymczasem uderzenie gorąca, widoczny pot, chwilowe poszukiwanie słowa czy konieczność wyjścia z sali mogą zostać odczytane nie jako przemijający objaw fizjologiczny, lecz jako sygnał braku panowania nad sobą. Z biologicznego zdarzenia powstaje znaczenie społeczne. Mechanizm ten przypomina omawiane wcześniej dojrzewanie: ciało produkuje zmianę, ale społeczeństwo produkuje jej interpretację. Różnica polega jednak na stawce.

Nastolatka dopiero buduje swoją pozycję społeczną; kobieta w perimenopauzie może rywalizować o stanowisko, którego zdobycie było efektem dwudziestu pięciu lat pracy. Nawet subtelna stereotypizacja ma wówczas znacznie wyższą cenę. Szczególnie niebezpieczna byłaby jednak

odpowiedź instytucjonalna oparta na założeniu, że wszystkie kobiety w określonym wieku wymagają specjalnego traktowania. Zmienność przebiegu perimenopauzy jest ogromna: część kobiet doświadcza objawów niewielkich, część umiarkowanych, a mniejszość – silnie dezorganizujących. The Menopause Society podkreśla właśnie tę znaczną heterogeniczność doświadczeń.

Polityka oparta na metryce wieku zamiast na realnej potrzebie mogłaby stać się nową formą paternalizmu. Właściwym rozwiązaniem nie jest zatem "menopauzalna taryfa ulgowa", lecz organizacja odporna na zmienność ludzkiego organizmu. Dobra ergonomia termiczna służy nie tylko kobietom z VMS. Możliwość rozsądnych przerw pomaga osobom z cukrzycą, migreną czy chorobami jelit. Elastyczny tryb pracy wspiera rodziców, opiekunów, osoby leczone przewlekle oraz pracowników przechodzących przejściowe kryzysy zdrowotne. Polityka zaprojektowana wokół człowieka biologicznie zmiennego jest bardziej uniwersalna niż ta stworzona dla abstrakcyjnego "pracownika menopauzalnego". Co więcej, znaczna część kosztu perimenopauzy poddaje się interwencji medycznej. Zaburzenia krwawienia można diagnozować i leczyć, niedobory żelaza uzupełniać, zaburzenia snu różnicować, a depresję i lęk leczyć zgodnie z aktualnymi wskazaniami; umiarkowane lub ciężkie objawy naczynioruchowe można łagodzić hormonalnie lub niehormonalnie, zależnie od profilu pacjentki. Sam rozwój antagonistów neurokinin pokazuje, jak szybko zmienia się zakres dostępnego leczenia. Oznacza to, że "koszt menopauzalny" nie jest niezmienną biologiczną daniną.

Tu pojawia się jednak problem dostępu do wiedzy i opieki. Jeżeli pacjentka nie rozpoznaje związku objawów z etapem reprodukcyjnego starzenia, może przez miesiące interpretować je jako przepracowanie, utratę odporności psychicznej albo nieuchronny skutek wieku. Jeśli lekarz banalizuje problem, czas diagnostyczny się wydłuża. Jeśli kultura organizacyjna stygmatyzuje menopauzę, kobieta może ukrywać objawy i rezygnować z poszukiwania racjonalnej adaptacji. Niewiedza może więc stać się mediatorem pomiędzy biologią a karierą.

Jest to również moment, w którym należy wrócić do pojęcia allostazy. Organizm potrafi przez długi czas kompensować zmieniające się warunki poprzez zwiększanie wysiłku regulacyjnego. Człowiek nie doświadcza każdego wahania hormonalnego jako jawnego zaburzenia, ponieważ układy fizjologiczne posiadają ogromną zdolność do amortyzacji. Problemy stają się widoczne, gdy suma obciążeń przekracza możliwość łatwej kompensacji: niedobór snu spotyka przewlekły stres, ciężkie krwawienia uszczuplają zapasy żelaza, praca wymaga podróży, a w domu narasta odpowiedzialność opiekuńcza. Dlatego perimenopauza nie może być analizowana poza midlife context. Kobieta nie jest laboratorium, w którym izolujemy zmienną estradiol. Jej organizm funkcjonuje w biografii. Jeżeli w wieku 47 lat jest członkinią zarządu, matką nastolatka, córką osiemdziesięcioletniego

rodzica, osobą z kredytem hipotecznym, opiekunką chorego partnera i liderką zespołu odpowiadającego za kilkadziesiąt osób, to żadna z tych ról nie unieważnia biologii, ale biologia nie wyjaśnia samodzielnie jej stresu. To właśnie interdyscyplinarność pozwala uniknąć fałszywego wyboru: "hormony czy społeczeństwo?". W realnym człowieku taki podział nie istnieje.

Hormonalna zmienność może pogorszyć sen, wymagająca praca utrudnić regenerację, opieka ograniczyć odpoczynek, a niedobór snu zwiększyć podatność afektywną i nasilać subiektywny ciężar objawów. Kausalność staje się siecią. Termin "pętla hormonalna", od którego rozpoczęliśmy analizę, zyskuje tu nieoczekiwane rozwinięcie. Organizm funkcjonuje w pętlach biologicznych, ale człowiek funkcjonuje także w pętlach społecznych. Gorszy sen może zwiększyć koszt pracy; większy koszt pracy może skłonić do rezygnacji z dodatkowego projektu; rezygnacja może zmniejszyć prawdopodobieństwo awansu; brak awansu może potęgować poczucie niesprawiedliwości i stres, co dalej pogarsza sen. Pierwotny bodziec biologiczny zostaje wzmocniony przez instytucję.

Dlatego najbardziej produktywną kategorią dla dalszej części analizy nie będzie "menopauzalna niezdolność", lecz koszt kompensacji. Pozwala ona analizować zarówno kobiety, które zachowują pełną produktywność mimo znacznych objawów, jak i te, które doświadczają mierzalnego spadku funkcjonowania. Pozwala także uchwycić zjawisko niewidoczne w prostych statystykach absencji: dwie osoby mogą dostarczać ten sam rezultat, lecz jedna zużywa na jego osiągnięcie znacząco więcej zasobów biologicznych i psychicznych. To prowadzi do wniosku, który musi zostać zachowany jako hipoteza, a nie zadekretowany jako fakt.

## Perimenopauza jako nieformalny filtr selekcji zawodowej

Jeśli perimenopauza przypada średnio na okres najsilniejszej konkurencji o najwyższe stanowiska, a część kobiet doświadcza w tym czasie objawów zwiększających koszt pełnej zawodowej dyspozycyjności, to menopauzalne przejście może działać jako jeden z dodatkowych filtrów w wielostopniowym procesie selekcji karier.

## Instytucjonalny mechanizm przekuwania biologii w barierę zawodową

Biologia nie jest jedynym filtrem. Nie dotyczy ona jednakowo każdej kobiety i sama w sobie nie wyjaśnia różnic płci na szczytach hierarchii. Może natomiast wzmacniać istniejące już nierówności

związane z macierzyństwem, opieką, strukturą czasu pracy, stereotypami czy organizacją awansów. Taka konstrukcja argumentu jest naukowo znacznie silniejsza niż proste twierdzenie, że „hormony przeszkadzają kobietom w karierze". Hormon nie zna hierarchii przedsiębiorstwa. Neuron KNDy nie wie, kto jest kandydatką do zarządu, a jajnik nie podejmuje decyzji o awansie. To instytucja decyduje natomiast, czy przejściowa biologiczna zmienność pozostanie wydarzeniem zdrowotnym, czy stanie się zdarzeniem zawodowym.

Perimenopauza jawi się zatem jako punkt styku dwóch systemów adaptacyjnych. Pierwszym jest organizm, który dąży do utrzymania funkcjonalnej ciągłości podczas wygaszania dotychczasowego modelu regulacji reprodukcyjnej. Drugim jest organizacja, której celem jest maksymalizacja ciągłości pracy, przewidywalności i wydajności. Konflikt między nimi nie jest nieuchronny; powstaje wtedy, gdy model organizacyjny zakłada, że idealny pracownik jest biologicznie stały, zawsze jednakowo dyspozycyjny i zdolny całkowicie oddzielić ciało od pełnionej roli. Tymczasem ciało nie stanowi przeszkody w karierze – jest medium, dzięki któremu ta kariera w ogóle jest możliwa. To ono śpi, zapamiętuje, interpretuje informacje, reguluje emocje, mówi, podróżuje, negocjuje i podejmuje decyzje.

Wiedza o perimenopauzie nie prowadzi więc do degradacji kobiecej podmiotowości. Przeciwnie – przypomina, że podmiotowość jest realizowana przez dynamiczny organizm, którego zdolność adaptacji jest ogromna, choć nie nieskończona. Dlatego okres ten, sprowadzany w tradycyjnym języku do „przekwitania", należy analizować jako jeden z najbardziej interesujących etapów neuroendokrynnego biegu życia. To czas jednoczesnego zaniku jednej regularności i budowania nowej równowagi. Biologiczny chaos przejścia nie jest stanem permanentnym. Po ostatniej miesiączce system stopniowo osiąga odmienny, bardziej stabilny układ hormonalny. Paradoks polega jednak na tym, że przejściowy charakter biologicznego zakłócenia nie gwarantuje przejściowego charakteru jego konsekwencji społecznych. Jeśli kobieta w ciągu kilku trudniejszych lat zrezygnuje z konkursu, odejdzie z organizacji, zmniejszy wymiar pracy lub zostanie uznana za mniej „gotową" do wysokiej odpowiedzialności, jajnik może później odzyskać równowagę, ale jej trajektoria zawodowa nie cofnie się automatycznie do punktu wyjścia.

Biologiczna transformacja może się zakończyć. Utracone okno awansu może pozostać zamknięte.

Analiza musi zatem przenieść się z organizmu na mechanizm transmisji między objawem a wynikiem zawodowym. Należy rozłożyć go na czynniki pierwsze: sen, uwagę, emocje, prezenteizm, absencję, rezygnację z ekspozycji, kulturę organizacyjną, stereotypy, dostęp do leczenia oraz konstrukcję stanowisk wysokiego szczebla. Dopiero w tym obszarze można ocenić, czy i w jakich warunkach perimenopauza przestaje być prywatnym doświadczeniem biologicznym, a staje się jednym z mechanizmów selekcji zawodowej.

Najtrudniejszym elementem analizy związku między perimenopauzą a karierą nie jest wykazanie realności objawów. Znacznie trudniej wyjaśnić mechanizm, dzięki któremu zaburzenia snu, uderzenia gorąca, zmęczenie, lęk czy przejściowe trudności poznawcze zostają przekształcone w trwałą różnicę pozycji zawodowej. Pomiędzy fizjologią a awansem znajduje się bowiem rozległy obszar pośredniczący: architektura stanowiska, wymagania poznawcze, kultura organizacyjna, autonomia pracownika, zachowania przełożonych, system oceny rezultatów, sposób przydzielania projektów, sieci nieformalne oraz obowiązki opiekuńcze. Rekonstrukcja tego łańcucha pozwala uniknąć zarówno błędu biologicznego determinizmu, jak i przeciwnego błędu polegającego na całkowitym ignorowaniu biologii.

Autor książki dostarcza mocnej podstawy dla pierwszego ogniwa tego procesu. Opisuje perimenopauzę jako okres, w którym objawy mogą obejmować jednocześnie zaburzenia termoregulacji, snu, koncentracji, pamięci, nastroju i układu moczowo-płciowego oraz dolegliwości mięśniowo-szkieletowe. Zwraca uwagę na subiektywne trudności z pamięcią i koncentracją, odróżniając je od procesu otępiennego i wskazując na możliwe współdziałanie czynników takich jak niedobór żelaza. Sam opis medyczny nie dowodzi jednak, że objawy te prowadzą bezpośrednio do utraty awansu.

## Relacja między wymaganiami pracy a zasobami osobistymi

Tę część argumentacji należy oprzeć na psychologii, ekonomii pracy oraz teorii organizacji. Pierwszym użytecznym aparatem analitycznym jest teoria Job Demands-Resources, rozwijana przez Arnolda Bakkera, Evangelię Demerouti i ich współpracowników. W podstawowym ujęciu zakłada ona, że każda praca składa się z wymagań – fizycznych, poznawczych, emocjonalnych czy organizacyjnych – oraz zasobów, które pozwalają im sprostać. Zasobem może być autonomia, kontrola nad czasem, wsparcie przełożonego, możliwość odpoczynku, kompetencje, informacja zwrotna, elastyczność, bezpieczeństwo zatrudnienia lub dostęp do pomocy. Współczesna wersja teorii wykracza poza statyczny bilans „wymagania kontra zasoby", kładąc nacisk na interakcję jednostki z sytuacją, poziomy zespołowe i organizacyjne oraz przepływ zasobów między sferą zawodową a prywatną.

Jest to szczególnie trafne narzędzie do analizy perimenopauzy, gdyż pozwala zastąpić pytanie „czy kobieta jest zdolna do pracy?" znacznie bardziej precyzyjnym: jaki jest stosunek aktualnych wymagań stanowiska do dostępnych zasobów konkretnej osoby w konkretnym okresie jej życia? Przykładowo zaburzenia snu mogą nie mieć niemal żadnych konsekwencji w pracy wykonywanej

autonomicznie, z elastycznym początkiem dnia i przewidywalnymi obowiązkami, a jednocześnie znacząco zwiększać koszt funkcjonowania w środowisku wielozadaniowym, wymagającym natychmiastowych reakcji, całodniowych negocjacji lub podróży między strefami czasowymi. Nie zmienia się wówczas sama kompetencja, lecz relacja między obciążeniem a dostępnymi zasobami kompensacyjnymi. Właśnie dlatego poszukiwanie jednej liczby określającej „wpływ menopauzy na pracę" jest bezcelowe – charakter stanowiska działa tutaj jak moderator.

Inaczej objawią się uderzenia gorąca u osoby pracującej zdalnie, inaczej u nauczycielki prowadzącej kilkugodzinne zajęcia, chirurżki podczas zabiegu, kierowniczki zakładu produkcyjnego czy prezesa spółki przebywającego cały dzień na scenie konferencyjnej. Konsensus The Menopause Society z 2024 r. podkreśla właśnie dwukierunkowość tej relacji: objawy mogą wpływać na pracę, ale określone warunki zawodowe – brak przerw, nieprzewidywalne godziny, niewystarczające zaplecze sanitarne czy zatłoczone środowisko – mogą z kolei zwiększać ciężar doświadczenia menopauzalnego.

## Spirale utraty zasobów a niewidoczny koszt prezenteizmu

Kolejnym użytecznym modelem jest Conservation of Resources Theory (COR) Stevana Hobfolla. Zakłada ona, że jednostki dążą do pozyskiwania i ochrony zasobów, a stres pojawia się przede wszystkim w sytuacji ich zagrożenia, utraty lub braku zwrotu z zainwestowanych nakładów. Teoria COR stała się jednym z filarów analizy stresu organizacyjnego i w znacznym stopniu ukształtowała intelektualne podłoże późniejszego modelu JD-R. Jej szczególna wartość polega na tym, że pozwala dostrzec nie pojedynczy deficyt, lecz spiralach utraty zasobów.

Perimenopauza może uruchamiać taki proces nie dlatego, że automatycznie odbiera zasoby każdej kobiecie, ale ponieważ u części z nich destabilizuje kilka obszarów jednocześnie. Nocne wybudzenia uszczuplają zasób snu, co z kolei obniża tolerancję poznawczą i emocjonalną. Większy wysiłek wkładany w wykonywanie tych samych zadań ogranicza rezerwę energii po pracy, a mniejsza rezerwa utrudnia regenerację, aktywność fizyczną czy udział w szkoleniach i nieformalnych spotkaniach zawodowych. Trudniejsza regeneracja zwiększa koszt kolejnego dnia. W tym modelu nie ma jednej „przyczyny spadku produktywności" – istnieje kaskada drobnych strat, które wzajemnie się potęgują. COR pozwala jednak uchwycić również zjawisko odwrotne: spiralę zysku.

Dostęp do leczenia poprawia sen, lepszy sen redukuje koszt poznawczy, a większa energia otwiera przestrzeń na aktywność fizyczną i społeczną. Lepsza organizacja pracy umożliwia szybszą

regenerację, zaś większa kontrola nad stanem zdrowia redukuje niepewność. Ta sama kobieta w tym samym stadium biologicznym może zatem funkcjonować zupełnie inaczej, zależnie od dostępnych zasobów medycznych, organizacyjnych i społecznych. Biologia pozostaje podobna; zmienia się architektura kompensacji.

Z tej perspektywy kluczowym pojęciem staje się prezenteizm. Podczas gdy absencja jest łatwa do pomiaru – pracownik jest obecny lub nie – prezenteizm opisuje sytuację, w której osoba pozostaje w pracy mimo ograniczeń zdrowotnych, lecz nie osiąga swojej pełnej sprawności lub robi to kosztem nadmiernego wysiłku. To właśnie prezenteizm może być głównym kanałem wpływu perimenopauzy na pracę wysokowykwalifikowaną. Kierowniczka nie musi korzystać ze zwolnienia lekarskiego; może pojawiać się codziennie, prowadzić spotkania i realizować cele, ale przeznaczać na to znacznie więcej energii i ponosić wyższy koszt regeneracyjny.

Klasyczny system HR sprawnie rejestruje absencję, lecz słabo rozpoznaje koszt funkcjonalny obecności. Jeśli pracownik jest w biurze, wykonuje zadania i nie składa formalnych wniosków o adaptację, organizacja może uznać, że problemu nie ma. Tymczasem organizm wykonuje niewidoczną pracę kompensacyjną. Jest to szczególnie prawdopodobne w środowiskach o wysokim poziomie profesjonalizacji, gdzie normą kulturową jest samokontrola i ukrywanie słabości, co potwierdzają badania empiryczne.

## Krótkotrwały koszt biologiczny staje się trwałą stratą kapitału zawodowego

W przekrojowym badaniu 407 pracownic ochrony zdrowia najczęstszymi objawami oddziałującymi na pracę były zmęczenie oraz problemy ze snem, koncentracją i pamięcią. Aż 65% respondentek deklarowało wpływ tych symptomów na wykonywanie obowiązków; 18% korzystało ze zwolnień lekarskich, a nasilenie objawów korelowało również z decyzjami dotyczącymi rozwoju kariery. Choć badanie nie pozwala na ustalenie ścisłych związków przyczynowo-skutkowych, a specyfika sektora medycznego ogranicza możliwość prostej generalizacji wyników, dobrze ilustruje ono fakt, że absencja ujawnia tylko część zawodowego kosztu.

Problem ten staje się jeszcze wyraźniejszy w badaniu Mayo Clinic obejmującym 4440 pracujących kobiet. 13,4% uczestniczek raportowało co najmniej jeden niekorzystny wynik zawodowy związany z objawami menopauzalnymi, podczas gdy jedynie 10,8% deklarowało nieobecność w pracy w ciągu poprzednich 12 miesięcy. Ryzyko negatywnych konsekwencji rosło wraz z nasileniem symptomów. Należy jednak zauważyć pewne ograniczenia: odpowiedź na ankietę udzieliła niewielka część

zaproszonych osób, a próba była w znacznym stopniu biała, wykształcona i ograniczona do jednego systemu opieki zdrowotnej; dodatkowo wiele zmiennych oparto na samoocenie. Nie jest to zatem dowód na skalę zjawiska w całej populacji, lecz potwierdzenie istnienia mechanizmu u części kobiet. Nowsze dane z Holandii wzmacniają tezę, że kluczowe jest nasilenie symptomów, a nie sam status menopauzalny. W badaniu 4010 pracownic gorsza zdolność do pracy, niższa samoocena zdrowia i większe wyczerpanie emocjonalne były szczególnie widoczne u kobiet perimenopauzalnych często doświadczających objawów.

To kolejny argument przeciwko utożsamianiu samego wieku lub stadium reprodukcyjnego z ograniczeniem zawodowym. Z teorii organizacji wynika tu istotna konsekwencja: nie każdy koszt zdrowotny staje się kosztem kariery. Aby biologia przełożyła się na brak awansu, niezbędne są mechanizmy selekcyjne – organizacja musi w jakiś sposób zaobserwować, zinterpretować lub pośrednio "wycenić" różnicę w zachowaniu pracownika. W tym miejscu uruchamia się drugi poziom transmisji: przejście od funkcjonowania do reputacji.

Wysokie stanowiska rzadko są obsadzane na podstawie jednej mierzalnej cechy. O awansie decyduje splot wyników, reputacji, przewidywanej dyspozycyjności, rekomendacji, relacji oraz potencjału postrzeganego przez przełożonych i gotowości do przyjęcia nowych obciążeń. Im wyższy szczebel hierarchii, tym bardziej ocena staje się wielowymiarowa i jakościowa. W takim środowisku niewielka różnica w aktualnym funkcjonowaniu może przynieść skutki nieproporcjonalne do jej obiektywnego rozmiaru. Wyobraźmy sobie dwie osoby o identycznym doświadczeniu i podobnych wynikach. Jedna zgadza się na dodatkowy projekt wymagający półrocznych podróży, druga odmawia, ponieważ w tym czasie zmaga się z ciężką bezsennością i nasilonymi krwawieniami. Z perspektywy jednostki decyzja ta może być racjonalna i czasowa; z perspektywy organizacji pierwsza osoba otrzymuje projekt zwiększający jej widoczność, kontakt z zarządem i liczbę sukcesów.

Po roku różnica przestaje być "biologiczna" – zostaje zapisana w CV. Po kolejnych dwóch latach może już wyglądać jak obiektywna różnica w doświadczeniu. W ten właśnie sposób krótkotrwały koszt może zostać skapitalizowany instytucjonalnie. Ekonomia kariery cechuje się bowiem zależnością ścieżkową: dzisiejsza decyzja kształtuje zestaw możliwości na jutro.

Osoba, która otrzyma ważny projekt, zdobywa kompetencje, sieć kontaktów i reputację, co czyni ją bardziej prawdopodobnym kandydatem do kolejnych wyzwań. Robert Merton opisywał podobną dynamikę w nauce jako efekt Mateusza: początkowa przewaga generuje dalszą przewagę. W organizacjach mechanizm ten działa analogicznie – widoczność prowadzi do nowych możliwości, a te z kolei budują dalszą widoczność.

Jeżeli perimenopauza powoduje u części kobiet czasowe ograniczenie gotowości do podejmowania dodatkowych obciążeń dokładnie w momencie, gdy organizacje wybierają osoby do programów sukcesyjnych, może ona działać nie jako trwały deficyt kompetencji, lecz jako zakłócenie momentu wejścia do spirali przewagi. Jest to mechanizm znacznie bardziej subtelny niż absencja. Kobieta niekoniecznie "wypada z rynku pracy"; może po prostu nie zostać zauważona w kluczowym momencie.

Tę logikę potwierdza struktura współczesnego przywództwa. OECD wskazuje, że niedoreprezentowanie kobiet nasila się wraz ze wzrostem szczebla hierarchii – to klasyczny **leaky pipeline**. W UE kobiety stanowią znacznie większą część ogółu pracowników i menedżerów niż ścisłego kierownictwa; według danych OECD reprezentują one około 30% członków organów największych spółek notowanych publicznie, ale jedynie około 8% stanowisk CEO.

## Strukturalne mechanizmy eliminacji kobiet z awansów

Sam fakt istnienia "wyciekającego rurociągu" nie wyjaśnia bezpośrednio przyczyn odchodzenia kobiet, lecz pokazuje, że finalna nierówność może być sumą strat poniesionych na wielu wcześniejszych etapach. W takim mechanizmie nie jest potrzebny jeden wielki akt dyskryminacji; wystarczy seria pozornie racjonalnych decyzji. Ktoś nie otrzymuje projektu, bo "ma teraz dużo na głowie"; inna osoba zostaje pominięta przy awansie, gdyż „brakuje jej energii”; kolejna sama rezygnuje z kandydowania, przewidując, że najbliższe dwa lata będą wymagały pracy po sześćdziesiąt godzin tygodniowo.

Każda z tych decyzji może mieć lokalne uzasadnienie, jednak ich suma tworzy trwałą strukturę. Tutaj kluczowe staje się pojęcie statystycznej dyskryminacji. W ekonomii nie oznacza ono koniecznie jawnej niechęci do danej grupy; pracodawca może po prostu wykorzystywać informacje o grupie jako przybliżenie cech konkretnej jednostki. Jeśli zakłada, że kobieta w określonym wieku będzie częściej chorować, rzadziej podróżować lub wkrótce ograniczy dyspozycyjność, może nieświadomie obniżyć ocenę jej przyszłej użyteczności – nawet bez wiedzy o jej rzeczywistym stanie zdrowia. W ten sposób prymitywnie wykorzystana wiedza o biologii paradoksalnie zwiększa wykluczenie. To jedna z najważniejszych normatywnych pułapek całej debaty o menopauzie w pracy. Upowszechnianie informacji może wprawdzie zmniejszać stygmatyzację objawów, ale ryzykuje stworzeniem nowego stereotypu: "kobieta około pięćdziesiątki prawdopodobnie przechodzi menopauzę i może być mniej wydajna". Tymczasem zmienność osobnicza jest ogromna, badania nie pozwalają przewidywać sprawności konkretnej osoby na podstawie wieku, a najnowsze przeglądy podkreślają, że większość kobiet nie doświadcza problemów na tyle poważnych, by

uniemożliwiały one funkcjonowanie zawodowe. Z perspektywy polityki HR właściwym rozwiązaniem jest zatem reagowanie na konkretne potrzeby i projektowanie elastycznego środowiska, a nie tworzenie kategorii "pracownic menopauzalnych".

Istnieje również mechanizm odwrotny: autoselekcja. Kobieta może sama zrezygnować z kandydowania, dodatkowego projektu czy stanowiska wymagającego większej ekspozycji. Takie zachowanie bywa racjonalną odpowiedzią na aktualny bilans zasobów, jednak w danych organizacyjnych widnieje jako "niższa ambicja". W ten sposób koszt strukturalny zostaje zinterpretowany psychologicznie jako różnica preferencji. Rozróżnienie to jest kluczowe dla zrozumienia różnic płci w aspiracjach przywódczych. OECD wskazuje, że luka w aspiracjach do ról kierowniczych pojawia się wcześnie i wynika z socjalizacji, ale jednocześnie wymienia motherhood penalties, stereotypy kompetencyjne, brak przejrzystości kryteriów awansu oraz utrudniony dostęp do mentorów jako bariery późniejszej reprezentacji kobiet. Preferencja nie powstaje zatem w próżni. Człowiek może "nie chcieć" stanowiska, którego koszt instytucjonalny został skonstruowany tak, aby był dla niego wyższy niż dla innych.

## Psychospołeczne koszty ukrywania objawów a mechanizm selekcji turniejowej

W przypadku perimenopauzy dodatkowym obciążeniem jest niepewność. Objawy mogą mieć zmienną intensywność, występować nieregularnie i nie mieć przewidywalnego terminu zakończenia. Z punktu widzenia teorii decyzji taka nieprzewidywalność bywa bardziej wyczerpująca niż stabilny koszt. Pracownik, który wie, że przez trzy miesiące będzie mniej dostępny, może zaplanować adaptację; ten zaś, który nie wie, czy następna noc przyniesie regenerujący sen, czy serię wybudzeń, ma znacznie trudniejsze zadanie w optymalizacji obciążeń. Niepewność sama w sobie pochłania zasoby poznawcze, gdyż wymaga stałego monitorowania stanu organizmu i tworzenia planów awaryjnych.

Podobną rolę odgrywa stygmatyzacja. Osoba dotknięta tymi zmianami zarządza nie tylko samym objawem, lecz także informacją o nim. Pojawiają się dylematy: czy powiedzieć przełożonemu o problemach? Czy ujawnić, że nagła potrzeba opuszczenia spotkania wynika z obfitego krwawienia? Czy wyjaśniać problemy ze snem? Istnieje bowiem ryzyko, że taka otwartość zostanie zapamiętana i uwzględniona podczas przyszłej oceny sukcesyjnej. W takich sytuacjach powstaje drugi koszt – koszt kontroli informacji społecznej.

Metasyntetyczna analiza doświadczeń pracownic ochrony zdrowia z 2026 r. wyodrębniła trzy ściśle powiązane obszary: cierpienie w pracy, lęk przed oceną i presję utrzymania sprawności. Choć badanie jakościowe nie określa częstości tych doświadczeń w całej populacji, ujawnia istotny mechanizm psychologiczny: jeśli pracownik obawia się, że ujawnienie stanu zdrowia obniży ocenę jego profesjonalizmu, przeznaczy dodatkowe zasoby na ukrywanie objawów. Mechanizm ten można interpretować poprzez teorię emotional labour i zarządzania wrażeniem. Wysokie role zawodowe wymagają nie tylko kompetencji merytorycznych, ale także prezentowania określonej wersji siebie: spokojnej, przewidywalnej, odpornej i kontrolującej sytuację. Widoczne uderzenie gorąca, pot, nagłe zaczerwienienie, trudność w przywołaniu słowa czy konieczność przerwania spotkania mogą zaburzać tę inscenizację profesjonalizmu. Sam objaw trwa kilka minut; zarządzanie jego społecznym znaczeniem może trwać znacznie dłużej.

Właśnie dlatego pojęcie executive presence zasługuje na krytyczną analizę. W praktyce organizacyjnej traktowane jest ono często jako zespół subtelnych sygnałów świadczących o gotowości do najwyższego przywództwa: płynności wypowiedzi, pewności siebie, spokoju, energii czy elegancji reakcji pod presją. Problem metodologiczny polega na tym, że kryteria te bywają niedookreślone, a przez to podatne na stereotypizację. Obiektywną wiedzę specjalistyczną można zweryfikować; „prezencję lidera” znacznie łatwiej oceniać przez pryzmat norm płci, wieku, klasy i kultury. Jeśli kobieta w perimenopauzie musi poświęcać część zasobów na zarządzanie objawami, może zostać oceniona nie na podstawie spadku kompetencji, lecz przez pryzmat chwilowego odstępstwa od kulturowego wzorca przywódcy.

Paradoks polega na tym, że proces fizjologiczny całkowicie niezwiązany z jakością decyzji strategicznych może wpływać na ocenę potencjału strategicznego. Mechanizm ten staje się szczególnie istotny, gdy awans ma charakter turniejowy. W wielu organizacjach nie trzeba wykazać absolutnej niezdolności kandydata; wystarczy, że konkurent zostanie oceniony nieco wyżej. Jeśli o jedno stanowisko ubiega się dziesięć bardzo kompetentnych osób, niewielka przewaga w postrzeganej energii, dyspozycyjności lub widoczności może zdecydować o wyniku. Skutek nie wymaga zatem drastycznej różnicy biologicznej – wystarczy drobna różnica na etapie selekcji.

Tak właśnie działa kumulacja statystyczna. Jeżeli na każdym poziomie hierarchii prawdopodobieństwo awansu kobiet jest tylko nieznacznie niższe, końcowa reprezentacja może różnić się bardzo znacząco. Efekt ten przypomina wielokrotne mnożenie przez współczynnik mniejszy od jedności: jednorazowa strata jest mała, lecz po wielu rundach selekcji staje się ogromna.

# Perimenopauza jako filtr wzmacniający istniejące nierówności

Mechanizmu niedoreprezentowania kobiet na najwyższych stanowiskach nie trzeba zatem wyjaśniać jednym, potężnym "szklanym sufitem". Może on raczej przypominać serię cienkich filtrów. Perimenopauza może być jednym z nich, lecz dotyczy to tylko części kobiet i występuje w określonych warunkach. Właśnie ta ograniczona, warunkowa teza jest naukowo obiecująca.

Nie zakłada ona, że menopauza sama w sobie tworzy nierówność. Sugeruje raczej, że może wzmacniać gradient istniejącej selekcji w sytuacjach, gdy objawy są nasilone, zasoby niskie, a kryteria awansu silnie premiują nieprzerwaną dyspozycyjność. W tym miejscu pojawiają się istotne dane ekonomiczne. Working paper Conti, Ginja, Persson i Willage (aktualizowany w latach 2025–2026) wykorzystuje rejestrowe dane z Norwegii i Szwecji oraz metody quasi-eksperymentalne do badania skutków diagnozy menopauzalnej. Autorzy wskazują na trwałe spadki zatrudnienia i dochodów oraz częstsze korzystanie ze świadczeń społecznych po rozpoznaniu, przy czym efekty te są silniejsze w grupach o niższym statusie społeczno-ekonomicznym. Nowsza wersja pracy sugeruje ponadto, że dostęp do opieki menopauzalnej może częściowo ograniczać te straty.

Ustalenie to jest kluczowe dla postawionej hipotezy, choć wymaga kilku zastrzeżeń. Po pierwsze, mamy do czynienia z working paperem, a nie ostatecznym konsensusem literatury. Po drugie, badany „treatment” stanowi diagnoza menopauzalna, a nie sam biologiczny fakt wejścia w ten etap życia; kobiety szukające pomocy medycznej mogą mieć cięższe objawy niż przeciętna populacja. Po trzecie, wyniki ze Skandynawii nie muszą automatycznie przekładać się na polski rynek pracy. Po czwarte, diagnoza może być markerem złożonego szoku zdrowotnego – dlatego autorzy stosują metody quasi-eksperymentalne, by oddzielić ten wpływ od procesów zwykłego starzenia. Mimo tych ograniczeń wyniki stanowią metodologiczny krok naprzód, gdyż wykraczają poza samoopisy. Podczas gdy starsze badania opierały się na deklaracjach kobiet o wpływie menopauzy na pracę, analiza rejestrowa pozwala obserwować rzeczywiste dochody i zatrudnienie.

Wcześniejsza wersja pracy IFS szacowała spadek dochodów nawet na poziomie 20% względem poziomu sprzed diagnozy. Ponieważ jednak estymacje zmieniały się wraz z kolejnymi wersjami badania, liczb tych nie należy traktować jako ustalonego parametru biologicznego. Znacznie ważniejszy jest kierunek wyniku: u kobiet z symptomami na tyle poważnymi, że doprowadziły do rozpoznania medycznego, mogą wystąpić mierzalne konsekwencje ekonomiczne. To właśnie odróżnia hipotezę „menopause penalty” od publicystycznych twierdzeń o hormonalnej słabości. Ekonomista nie pyta, czy kobieta „gorzej zarządza”, lecz czy po określonym szoku zdrowotnym

zmienia się prawdopodobieństwo pełnego zatrudnienia, liczba godzin pracy, dochód i korzystanie z transferów. Jest to analiza skutku funkcjonalnego, a nie wartości człowieka.

Jeszcze głębszy wniosek płynie z różnic społeczno-ekonomicznych. Jeśli skutki są dotkliwsze w grupach o niższym statusie, trudno obronić prosty model biologiczny. Hormony nie znają dochodu ani klasy społecznej. Różnica musi więc wynikać z posiadanych zasobów, struktury zatrudnienia, elastyczności pracy, dostępu do opieki czy możliwości delegowania obowiązków. Ten sam szok biologiczny może mieć różną cenę zawodową i inną elastyczność dochodową. W języku COR osoby dysponujące większymi zasobami mają szersze pole manewru w ochronie przed stratą. Kierowniczka z wysokim dochodem może sfinansować prywatne konsultacje, dostosować dietę, skorzystać z fizjoterapii, pracować częściowo zdalnie lub oddelegować obowiązki domowe. Kasjerka, pielęgniarka zmianowa czy pracownica magazynu często nie posiada żadnego z tych buforów. Teoria zasobów przewiduje właśnie, że utrata jest bardziej niebezpieczna dla osób o małym zapasie zasobów, gdyż nie mają one środków na sfinansowanie kompensacji.

## Dostęp do zasobów i elastyczności jako czynnik różnicujący koszty perimenopauzy

Perimenopauza jest zatem problemem klasowym, choć biologicznie nie wykazuje cech klasowych. Różnica między "objawem" a "karą zawodową" wynika w znacznej mierze z różnicy w dostępie do zasobów. Dlatego polityka ograniczona wyłącznie do kampanii informacyjnych w korporacjach klasy profesjonalnej może pominąć kobiety najbardziej narażone na ekonomiczne konsekwencje.

Z podobnego powodu należy odróżnić flexibility privilege od elastyczności jako prawa organizacyjnego. Wysoko wykwalifikowany menedżer często może samodzielnie przesunąć spotkanie lub pracować z domu. Osoba zatrudniona przy taśmie, w sklepie, transporcie, ochronie zdrowia czy edukacji ma znacznie mniej kontroli nad swoim czasem. Rekomendacja „zrób sobie przerwę” ma zatem różną realną wykonalność w zależności od pozycji zawodowej. W tym miejscu teoria JD-R zyskuje wymiar polityczny: Job resources nie są wyłącznie psychologicznymi zasobami jednostki, lecz elementem projektu konkretnego stanowiska.

Autonomia nie jest cechą charakteru; jest prawem do podejmowania decyzji. Przerwa nie jest kompetencją, lecz elementem organizacji czasu. Dostęp do chłodniejszego pomieszczenia, toalety czy pracy hybrydowej nie wynika z odporności psychicznej, lecz z infrastruktury i zasad organizacyjnych. Zatem przynajmniej część menopauzalnego kosztu pracy jest potencjalnie projektowalna. Nie oznacza to jednak, że każda organizacja powinna przekształcać wszystkie

stanowiska wokół menopauzy – racjonalne podejście wymaga proporcjonalności. W wielu zawodach określone wymagania są konstytutywne i nieusuwalne: chirurg musi pozostać przy operacji, pilot przy sterach, kierowca odpowiada za bezpieczeństwo, a nauczyciel prowadzi lekcję. Celem nie jest usunięcie wszystkich wymagań, lecz identyfikacja obciążeń arbitralnych, kulturowych lub możliwych do modyfikacji bez utraty istoty pracy. To rozróżnienie jest kluczowe dla aksjologii równości. Równość nie oznacza bowiem identyczności warunków niezależnie od biologii, ale nie oznacza również obniżania standardów kompetencji.

Jeżeli wynik można osiągnąć przy niewielkiej modyfikacji środowiska, odmowa adaptacji może być marnotrawieniem kapitału ludzkiego. Jeśli natomiast konkretna funkcja wymaga określonej, nieprzerwanej sprawności ze względów bezpieczeństwa, kryterium to jest uzasadnione. Granica powinna przebiegać według rzeczywistej funkcji pracy, a nie stereotypu. Z ekonomicznego punktu widzenia dostosowanie może być opłacalne nawet wtedy, gdy motywacją nie jest abstrakcyjna równość.

Wysoko doświadczony pracownik posiada kapitał specyficzny dla firmy: wiedzę niejawną, relacje z klientami, pamięć kryzysów i rozumienie procesów nieopisanych w procedurach. Utrata takiej osoby i zastąpienie jej nowym pracownikiem generuje koszty rekrutacji, wdrożenia, transferu wiedzy oraz ryzyko błędów. Jeśli kilka lat nasilonych objawów prowadzi do przedwczesnej rezygnacji z pracy, organizacja traci znacznie więcej niż koszt wprowadzenia elastyczności. Takie spojrzenie odwraca zwyczajową narrację. Pytanie nie brzmi już: „ile kosztuje firmę menopauza?”, lecz także: "ile kosztuje firmę niewłaściwe zarządzanie menopauzą?"

## Wsparcie systemowe zamiast korporacyjnych etykiet

To różnica analogiczna do tej, którą spotykamy w ergonomii lub bezpieczeństwie pracy. Ból pleców pracownika nie jest wyłącznie jego prywatnym problemem, jeśli stanowisko zaprojektowano tak, by generowało przeciążenie. Podobnie część kosztów menopauzalnych może wynikać nie z samej biologii, lecz z biologii spotykającej nieelastyczne środowisko.

Należy jednak uważać, aby nie sprowadzić całej debaty do projektu zwiększania produktywności. Człowiek nie zasługuje na szacunek dlatego, że jego zatrzymanie w firmie maksymalizuje EBITDA. Wymiar ekonomiczny jest istotny, ale fundamenty etyczne sięgają głębiej: godności, autonomii, prywatności, niedyskryminacji i równego prawa do rozwoju zawodowego. Właśnie dlatego pracownica powinna mieć możliwość uzyskania adaptacji bez konieczności publicznego stania się "kobietą menopauzalną". Instytucjonalizacja wsparcia nie może oznaczać przymusu ujawniania stanu zdrowia. Jeśli prawo do elastyczności jest dostępne szerzej — z powodów zdrowotnych,

rodzinnych czy organizacyjnych — maleje potrzeba etykietowania. Jest to model bardziej uniwersalny i mniej stygmatyzujący.

W praktyce kluczowe mogą okazać się interwencje drobne, lecz precyzyjnie dopasowane: przewidywalne harmonogramy, elastyczny początek dnia po zaburzonej nocy, możliwość czasowej redukcji podróży czy rozsądna praca hybrydowa. Równie ważny jest dostęp do kompetentnej opieki medycznej oraz kultura organizacyjna, w której rozmowa z przełożonym nie staje się dowodem niezdolności do pracy. Konsensus The Menopause Society wskazuje właśnie na potrzebę przeglądu polityk, świadczeń zdrowotnych i indywidualnie dobranych rozwiązań. Warto jednak zachować sceptycyzm wobec popularności korporacyjnych "menopause policies", gdyż sama polityka nie gwarantuje efektu.

Dokument może istnieć, a pracownik nadal może obawiać się ujawnienia problemu. Szkolenie może zwiększać świadomość, ale równie dobrze utrwalać stereotypy, jeśli przedstawia menopauzę jako okres niemal nieuchronnej niesprawności. Firmowy webinar nie zastąpi wizyty u lekarza, a plakaty o wellbeing nie zmienią realiów stanowiska, na którym nie wolno odejść do toalety.

Rzeczywistą skuteczność należy oceniać poprzez retencję i dobrostan pracowników oraz realne wykorzystanie dostępnych rozwiązań, a nie liczbę inicjatyw ESG. To prowadzi do kolejnej kwestii: część problemu może zostać rozwiązana nie w firmie, lecz w systemie ochrony zdrowia. Jeśli diagnoza i leczenie przywracają sprawność, dostęp do medycyny staje się elementem polityki rynku pracy. Wspomniane badanie skandynawskie sugeruje, że szerszy dostęp do opieki menopauzalnej może ograniczać ekonomiczne straty związane z diagnozą. Choć wynik ten wymaga dalszego potwierdzenia, wzmacnia tezę autora, że gospodarcze skutki menopauzy nie są biologicznie nieuchronne.

## Mechanizm kumulatywnej niekorzyści zamiast prostej przyczynowości

Można zatem zaproponować bardziej precyzyjny model transmisji. Punktem wyjścia jest konkretny proces biologiczny, jednak między nim a końcowym skutkiem znajdują się kolejne warstwy. Objaw może prowadzić do wzrostu kosztu fizjologicznego wykonywania zadań, który z kolei zostaje albo zamortyzowany, albo spotęgowany przez zasoby pracy. Jeśli ten koszt jest trwały lub intensywny, może skutkować prezenteizmem, absencją, ograniczaniem ekspozycji lub zmianą preferencji zawodowych. Takie zachowania wpływają na widoczność, reputację, doświadczenie i dostęp do

projektów, co w konsekwencji przekłada się na szanse na awans, poziom dochodów lub całkowite wyjście z rynku pracy.

Z punktu widzenia metodologii mamy tu do czynienia z modelem mediacji i moderacji, a nie prostą przyczynowością. Objaw sam w sobie nie „powoduje" braku awansu; działa on poprzez mediatorów – takich jak jakość snu, produktywność, decyzje zawodowe czy ocena przełożonych. Siła tego wpływu zależy natomiast od moderatorów: typu pracy, statusu społeczno-ekonomicznego, dostępu do leczenia, kultury organizacyjnej, historii kariery oraz obowiązków rodzinnych. Taka konstrukcja modelu umożliwia jego falsyfikację.

Jeżeli perimenopauza rzeczywiście jest jednym z mechanizmów niedoreprezentowania kobiet na najwyższych stanowiskach, należałoby oczekiwać silniejszych skutków w organizacjach o wysokiej premii za nieprzerwaną dostępność, niskiej elastyczności i dużym znaczeniu nieformalnej widoczności. Słabszych efektów spodziewamy się tam, gdzie praca jest bardziej autonomiczna, oparta na wynikach długoterminowych, a dostęp do leczenia i adaptacji jest szerszy. Brak takich różnic osłabiłby hipotezę instytucjonalnego wzmocnienia. Powinniśmy również oczekiwać gradientu zależnego od nasilenia symptomów, a nie prostego efektu „kobiety po czterdziestce". Rzeczywiście obecne badania częściej wskazują na tzw. symptom burden niż sam status menopauzalny jako czynnik wiążący się z problemami zawodowymi. Jest to zgodne z proponowanym modelem i jednocześnie ogranicza możliwość wykorzystania argumentu biologicznego przeciw kobietom jako grupie. Jeszcze silniejszym testem byłoby wykazanie, że leczenie lub poprawa warunków pracy zmniejsza negatywny efekt przy niezmienionym wieku i poziomie doświadczenia. Jeśli tak się dzieje, oznacza to, że obserwowany koszt nie jest trwałą cechą biologiczną, lecz wynikiem modyfikowalnego procesu. Właśnie tego rodzaju badania interwencyjne są obecnie szczególnie potrzebne.

Nie można także abstrahować od wcześniejszego etapu kariery. Kobieta wchodząca w perimenopauzę mogła już ponieść motherhood penalty, ograniczyć mobilność geograficzną, przejąć większą część opieki i mieć krótszą historię projektów o wysokiej widoczności. Perimenopauza może więc nie tworzyć nowej nierówności od zera, lecz działać na strukturze już wcześniej zróżnicowanej. Jest to model cumulative disadvantage – kumulacyjnej niekorzyści. Taki mechanizm przypomina proces erozji, nie upadku. Nie istnieje jeden moment, w którym system ogłasza: "kobieta przegrała karierę".

# Perimenopauza jako element systemowego mechanizmu selekcji

Mamy tu do czynienia raczej z serią małych przesunięć prawdopodobieństwa. Każde z nich jest zbyt niewielkie, by samodzielnie wyjaśnić końcowy wynik, lecz razem tworzą zupełnie inny rozkład szans. Dlatego poszukiwanie jednego winnego – hormonów, pracodawców, macierzyństwa czy stereotypów – jest poznawczo zbyt ubogie. Nierówność na szczycie hierarchii może być produktem sprzężenia wielu niewielkich mechanizmów. Biologia dostarcza okresowej zmienności, kultura nadaje znaczenia, rodzina rozdziela opiekę, organizacja określa wymagania, rynek wycenia ciągłość pracy, system ochrony zdrowia kształtuje możliwości leczenia, a wcześniejsza historia kariery determinuje rezerwę kapitału zawodowego. W takiej konstrukcji perimenopauza może być istotna nie dlatego, że jest najsilniejszym z tych czynników, lecz ponieważ pojawia się w strategicznym momencie ich kumulacji. Trafia na kobietę dysponującą wieloma zasobami, ale i obciążoną licznymi obowiązkami. Trafia na etap kariery, w którym kolejnych szans jest coraz mniej. W wieku dwudziestu ośmiu lat można stracić jeden projekt i otrzymać następny rok później; w wieku pięćdziesięciu dwóch lat okno wejścia do zarządu może otworzyć się tylko raz.

Właśnie ta asymetria liczby szans sprawia, że czasowo ograniczony proces biologiczny wywołuje nieproporcjonalnie silny efekt zawodowy. Znaczenie perimenopauzy zależy więc nie tylko od nasilenia objawu, lecz także od momentu jego wystąpienia w sekwencji kariery. Jest to problem synchronizacji dwóch zegarów: biologicznego i instytucjonalnego. Pozwala to sformułować tezę autora książki znacznie precyzyjniej niż na początku rozważań. Nie należy twierdzić, że perimenopauza uniemożliwia kobietom zdobywanie najwyższych stanowisk – dostępne dane tego nie dowodzą.

Można natomiast postawić hipotezę, że objawy perimenopauzalne u części kobiet zwiększają koszt utrzymywania pełnej zawodowej dyspozycyjności w okresie selekcji do najwyższych funkcji, a organizacje o niskiej elastyczności, wysokiej premii za obecność i silnie nieformalnych kryteriach awansu mogą przekształcać ten przejściowy koszt biologiczny w trwałą stratę kariery. To twierdzenie ma tę zaletę, że pozostaje empirycznie sprawdzalne, nie patologizuje kobiet i nie ignoruje biologii. Pozwala też uczciwie przyjąć kontrargument: większość kobiet przechodzi perimenopauzę bez utraty pracy czy zdolności zawodowych.

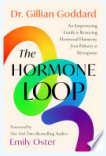
Właśnie dlatego interesuje nas nie samo przejście biologiczne, lecz konfiguracja objaw × wymagania × zasoby × moment kariery × instytucja. Jeśli ta konfiguracja jest korzystna, perimenopauza może pozostać jednym z wielu doświadczeń zdrowotnych dorosłego życia, bez większego wpływu na ścieżkę zawodową. Jeśli zaś jest niekorzystna, ten sam biologiczny etap może

stać się dodatkowym filtrem selekcyjnym. W związku z tym najbardziej trafne pytanie badawcze nie brzmi „czy menopauza szkodzi pracy?”, lecz: w jakich warunkach, poprzez jakie mechanizmy i u których kobiet objawy perimenopauzalne zostają przekształcone z przejściowego kosztu fizjologicznego w trwały koszt ekonomiczny i zawodowy?

Odpowiedź na to pytanie prowadzi bezpośrednio do kolejnej warstwy problemu. Należy teraz umieścić perimenopauzę w szerszej architekturze nierówności płci: obok motherhood penalty, nierównego podziału opieki, segregacji sektorowej, różnic w sieciach mentoringowych, podwójnych standardów przywództwa, ageizmu oraz zjawisk glass ceiling, glass cliff i leaky pipeline. Dopiero wtedy będzie można ocenić, czy hormonalna transformacja jest samodzielnym mechanizmem, współczynnikiem wzmacniającym, czy jedynie jednym z elementów znacznie większego układu selekcji.

> Biologiczna transformacja organizmu ma swój kres i z czasem prowadzi do nowej stabilizacji. Jednak w przeciwieństwie do hormonów, utracone okno awansu nie otwiera się ponownie automatycznie po odzyskaniu równowagi fizjologicznej. Pozostaje zatem pytanie: czy budujemy organizacje odporne na zmienność ludzkiego ciała, czy systemy, które karzą za sam fakt bycia istotą biologiczną?

## Inspiracje

**[1]** 


**"The Hormone Loop"** Gillian Goddard

*HarperCollins | ISBN: 9780063455054*

Gillian Mueller Goddard jest amerykańską endokrynolog i adiunktem medycyny w Szkole Medycznej Grossmana na Uniwersytecie Nowojorskim (NYU Grossman School of Medicine). Uzyskała tytuł licencjata w Cronkite School of Journalism na Uniwersytecie Stanowym Arizony oraz na Uniwersytecie Columbia, a następnie tytuł lekarza w Icahn School of Medicine w Mount Sinai. Ukończyła staż specjalizacyjny i specjalizację w Montefiore Medical Center/Albert Einstein College of Medicine i Mount Sinai. Z ponad piętnastoletnią praktyką kliniczną dr Goddard specjalizuje się w chorobach tarczycy, zespole policystycznych jajników (PCOS), cukrzycy oraz zdrowiu hormonalnym w okresie rozrodczym, ciąży i menopauzy. Oprócz opieki nad pacjentami, przekazuje wiedzę endokrynologiczną szerokiej publiczności jako współpracowniczka platformy ParentData Emily Oster oraz autorka newslettera The Savvy Patient, przekładając badania kliniczne na przystępne wskazówki.

*Gillian Mueller Goddard is an American endocrinologist and Adjunct Assistant Professor of Medicine at NYU Grossman School of Medicine. She earned her undergraduate degrees from Arizona State University's Cronkite School of Journalism and Columbia University, followed by her medical degree from the Icahn School of Medicine at Mount Sinai. She completed her residency and fellowship training at Montefiore Medical Center/Albert Einstein College of Medicine and Mount Sinai. With more than fifteen years of clinical practice, Dr. Goddard specializes in thyroid disease, polycystic ovary syndrome (PCOS), diabetes, and hormonal health throughout reproductive life, pregnancy, and menopause. In addition to patient care, she communicates endocrine science to the general public as a contributor to Emily Oster's ParentData platform and as author of the newsletter The Savvy Patient, translating clinical research into accessible guidance.*

*NYU Grossman School of Medicine*

## Literatura uzupełniająca

### Książki

### Książki autora i dzieła przywołane w tekście:

**[1] "PSHE and Citizenship"**

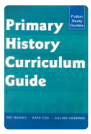
Gillian Goddard, Jacqueline Barbera

2002 | ISBN: 9780439020008

**[2] "Will's First Battle"**

Gillian Goddard, David Cuzik

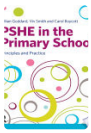
1994 | ISBN: 9780590533089




**[3] "Primary History Curriculum Guide"**

Pat Hughes, Kathleen Cox, Gillian Goddard

2000 | David Fulton Pub | ISBN: 9781853467240



**[4] "PSHE in the Primary School"**

Gillian Goddard, Viv Smith, Carol Boycott

2014 | Routledge | ISBN: 9781317860983

**[5] "The Drowning Boy"**

Gillian Goddard, Janet Hollinshead, Pat Hughes

1994 | ISBN: 9780951584750




**[6] "History"**

Kathleen Cox, Gillian Goddard, Keith Andreetti, Pat Hughes

2000 | ISBN: 9780439018104

## Artykuły naukowe

### Prace autorów przywoływanych w tekście:

**[1] "Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress."**

Stevan E. Hobfoll

1989 | American Psychologist | DOI: 10.1037//0003-066x.44.3.513

Źródło

**[2] "The Influence of Culture, Community, and the Nested-Self in the Stress Process: Advancing Conservation of Resources Theory"**

Stevan E. Hobfoll

2001 | Applied Psychology | DOI: 10.1111/1464-0597.00062

Źródło

**[3] "Conservation of Resources in the Organizational Context: The Reality of Resources and Their Consequences"**

Stevan E. Hobfoll, Jonathon R. B. Halbesleben, Jean-Pierre Neveu, Mina Westman

2017 | Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior | DOI: 10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640

Źródło

**[4] "Social and Psychological Resources and Adaptation"**

Stevan E. Hobfoll

2002 | Review of General Psychology | DOI: 10.1037//1089-2680.6.4.307

Źródło

**[5] "The job demands-resources model of burnout."**

Evangelia Demerouti, Arnold B. Bakker, Friedhelm Nachreiner, Wilmar Bernardus Schaufeli

2001 | Journal of Applied Psychology | DOI: 10.1037//0021-9010.86.3.499

Źródło

**[6] "The Job Demands-Resources model: state of the art"**

Arnold B. Bakker, Evangelia Demerouti

2007 | Journal of Managerial Psychology | DOI: 10.1108/02683940710733115

Źródło

**[7] "Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward."**

Arnold B. Bakker, Evangelia Demerouti

2016 | Journal of Occupational Health Psychology | DOI: 10.1037/ocp0000056

Źródło

**[8] "Towards a model of work engagement"**

Arnold B. Bakker, Evangelia Demerouti

2008 | Career Development International | DOI: 10.1108/13620430810870476

Źródło

**[9] "The Matthew Effect in Science, II: Cumulative Advantage and the Symbolism of Intellectual Property"**

Robert K. Merton

1988 | Isis | DOI: 10.1086/354848

Źródło

**[10] "The Matthew Effect In Science. Cumulative Advantage And The Symbolism Of Intellectual Property"**

R.K. Merton

1988 | Sartoniana | DOI: 10.21825/sartoniana.95293

Źródło

**[11] "Cómo hacer que los mercados financieros sean más seguros: una conversación con Robert Merton"**

Rober C. Merton

2009

Źródło

### Artykuły naukowe autora:

**[12] "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

**[13] "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

**[14] "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: 5a96d4d4-82d3-4641-b3c3-77221948a4dd