

Toplumsal Cinsiyete Özgü Tıp Üzerine Sosyolojik Tartışmalar *Sociological Discussions on Gender-Specific Medicine*

Yelda Özen*

Öz: Toplumsal cinsiyete bağlı sağlıkta eşitsizlikler uzun süredir çeşitli araştırmalarla ortaya konmakta, bu eşitsizliğin kökenlerinin kimi zaman yapısal ve kültürel faktörlere, kimi zaman da biyolojik farklılıklara dayanabileceği tartışılmaktadır. Günümüzde kadın ve erkek arasındaki sağlık statüsündeki farklılaşmanın en önemli göstergelerinden bazıları, kadının yaşam süresinin erkeğe nazaran uzun olması, kadınların hastalanma oranlarının erkeklerden daha yüksek olması, her iki cinsiyetin ise maruz kaldığı hastalıkların farklılaşmasıdır. Bu farklılıklardan hareketle, tıpta kişiselleştirilmiş tıbbın bir uzantısı olarak toplumsal cinsiyete özgü tıp ortaya çıkmış, 2000’li yılların başında yükselişe geçmiştir. Bu yazıda tıbbın yeni bir alanı olan, toplumsal cinsiyete özgü tıbbın ne olduğu ve nasıl geliştiği ele alınacak ve sosyolojik olarak değerlendirilecektir. Bu yeni alana dair sosyolojik analizlerin yetersiz olduğuna dikkat çekilerek, Annandale ve Hammarström bu tıba dair yapmış oldukları söylem analizinin sonuçları tartışılacaktır. Tıbbın günümüzde geldiği aşama olan, Clarke ve diğerlerinin tanımladığı biyotıbbileşirmenin gerçekleştiği “teknoloji-biyotıp” da göz önünde bulundurularak, olası toplumsal sonuçları ile birlikte toplumsal cinsiyete özgü tıp sosyolojik olarak tartışmaya açılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Toplumsal Cinsiyete Özgü Tıp, Toplumsal Cinsiyete Bağlı Sağlık Eşitsizlikleri, Söylem, Tıbbileşirme, Biyotıbbileşirme, Beden

Abstract: Various researches have long revealed gender inequalities in health and discussed the origins of these inequalities based on structural and cultural factors or biological differences. Today, some of the most important indicators of the difference in the health status between men and women are the longer life expectancy of women and the higher morbidity rates of women compared to men, and certain tendencies in diseases of each gender. Based on these differences, gender-specific medicine (GSM) emerged as an extension of personalized medicine, and it began to increase in the early 2000s. This paper discusses what GSM is, how it expands and how it can be reviewed sociologically. By emphasizing the insufficiency of sociological analysis about GSM, Annandale and Hammarström’s discourse analysis will be discussed GSM and its possible social consequences will be discussed sociologically by taking into consideration “techno-medicine” as a new stage of medicine in which biomedicalization is practiced.

* Dr. Öğr. Üyesi, Sosyoloji Bölümü, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, yozen@ybu.edu.tr,
ORCID: 0000-0003-0382-5094

Keywords: Gender-Specific Medicine, Gender Inequalities In Health, Discourse, Medicalisation, Biomedicalization, Body

Giriş

Günümüzde tüm dünyada farklı ülkelerin sağlık göstergeleri incelendiğinde kadınların daha uzun yaşam beklentisine sahip olduğu görülmekte, ancak erkeklere göre daha çok hastalıklara maruz kaldığı bilinmektedir (WHO, 2019). Önceleri gelişmiş ülkelerde kadın ve erkek arasındaki yaşam beklentisi farkı daha bariz görülürken, günümüzde artık gelişmekte olan ülkelerde de benzer bir eğilimin olduğunu görülmektedir¹. Kadınların yaşam beklentisindeki artışın, erkeklerdeki artış ile karşılaştırıldığında daha hızlı olduğu istatistiklerden anlaşılmaktadır (WHO, 2019; Nettleton, 1995). Böyle bir tabloda ilk bakışta kadınlar lehine değişim olduğu düşünülebilir, ancak bu gösterge genel olarak, tüm tarihsel süreçlerde ve farklı kültürlerde kadınların daha iyi ve eşit yaşam koşullarına sahip olduğu anlamına geldiğini söylemek pek de doğru olmaz. Aynı zamanda, bazı ülkelerde kadın ve erkeğin yaşam beklentisi farkının oldukça az olduğu toplumlar da bulunmakta, Dünya Sağlık Örgütü'nün (2019) raporlarına bakıldığında, bunun ilgili ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile doğrudan orantılı olduğu görülmektedir. Japonya ve İsviçre gibi ülkelerde genel olarak yaşam beklentisinin yüksek; Sierra Leone, Moritanya gibi Afrika ülkelerinde ise düşük olduğunu görmekteyiz (WHO, 2019). Kadınların uzun yaşıyor olmaları, onların yaşamlarına sağlıklı yıllar katıyor oldukları anlamına gelmemektedir. Kadınların hastalık oranlarının erkeklere göre daha yüksek olması “erkekler ölür, kadınlar hastalanır” önermesini güçlendirmektedir (Annandale, 2005; Özçelik-Adak, 2015). Kadın ve erkeğin biyolojik farklılıklarına çoğu kez atıfta bulunulmakta, ancak daha titiz bir analiz yapıldığında ortaya başka sonuçlar çıkmaktadır. Yaşam beklentisinin yanı sıra, hastalık ve ölüm nedenlerine dair örüntülerinin farklılaşmakta olduğunu görmekteyiz: Bu durum her iki cinsin biyolojik (*sex*) farklılıkları nedeniyle olabileceği gibi toplumsal-kültürel faktörlerden yani kadın ve erkeğe yüklenen toplumsal anlamlardan, rollerden, yaşam biçimlerinden, eşitsiz kaynak dağılımından da kaynaklanmaktadır. Kadın ve erkek arasındaki farklılıkların yalnızca biyolojik cinsiyet ile değil toplumsal cinsiyetle de ilgili olduğu çok çeşitli araştırmalarca ortaya konmuştur. Ataerkil toplumlarda kadınların ikincilliği, temel kaynaklara eşit biçimde ulaşamaması, kamusal-çalışma yaşamındaki ikincil konumu, anahtar kurumlarda söz sahibi olmaması, kadın bedenine dair farklı kültürel uygulamalar, kadına yönelik şiddet, kadın-töre cinayetleri, yoksulluğun kadınlaşması, vb. birçok örnek verilebilir. Kadının toplumsal konumunun, onun sağlığını etkilediği açıktır. Bunun

¹ Ülkeler ve cinsiyet bazında güncel yaşam beklentisi istatistikleri için bkz. <http://worldpopulationreview.com/countries/life-expectancy-by-country/>

yanı sıra, farklı kültürlerdeki uygulamalar, örneğin, kadın bedeninin kültürden kültüre değişen güzellik algısı ve ideal beden kurguları nedeniyle, kadın bedeninin sürekli müdahale ve inşa edilmeye açık olması söz konusudur. Moritanya’da *leough* uygulaması buna örnek olarak verilebilir. Batının aksine, “güzel” görünmenin ve evlenebilmenin ön koşulunun “şişman olmaktan” geçtiği bu kültürde, çok küçük yaşlarda kız çocukları kalori kamplarına alınarak, oldukça kalorili gıdaların zorla verildiğini medyada görmekteyiz². Bu kültürel pratiğin doğrudan kadın sağlığına olumsuz yansıdığı, obezite ve diyabet gibi kronik hastalıklara maruz kalma oranını yükselttiği ve erken ölümlere yol açtığı görülmektedir. Medyaya yansıyan bu haberler dışında, çeşitli antropolojik çalışmalar, bazı kültürel pratiklerin kadın sağlığına zarar verdiğini bize göstermektedir (Örn. Rasmussen, 2010; Ko, 2005; Counihan, 1999). Bu tür örneklerin kadınların sağlıkları açısından olumsuz sonuçlar doğurduğu ve sağlık statülerine yansıdığını açıktır. Tüm bunlar aslında kadının hastalık ve ölüm örüntülerinin erkeklerle farklılaşmasına yol açmakta dolayısı ile sağlığın toplumsal-kültürel bağlamının önemini ortaya koymaktadır.

Diğer önemli bir konu da tıbbileştirme meselesidir. Özellikle kadın bedeninin medyanın da etkisi ile tıbbi söylemler aracılığı ile yeniden inşa edildiği iddia edilebilir. Özellikle 1970’lerden itibaren feminist sosyologlar tarafından sıklıkla gündeme getirilerek, menopoz, doğum, doğum sonrası depresyon, mensturasyon gibi kadının yaşam süreci içinde gerçekleşen dönemlerin tıbbi bir sorun olarak ele alınarak, hastalık kategorisine sokulması ve tedavi edilmesi eleştirilmiştir (Örn. Oakley, 1976; Donnison, 1977; Doyal, 1983).

Bu çerçevede, bu yazının amacı özellikle son 15 yıldır Amerika ve Avrupa ülkelerinde popülerleşen, toplumsal cinsiyete özgü tıp (*gender-specific medicine*) konusunu tartışmaya açarak sosyolojik olarak değerlendirmektir. Toplumsal cinsiyetin çok farklı kültürlerde, toplumlarda, ülkelerde birçok açıdan sağlıkla ilişkisi kurulmuş sağlıkta eşitsizliklere yönelik de pek çok çalışma yapılmış, kimisi kadınların maddi koşulları ve hizmetlere eşitsiz erişiminin, kimisi de kadın ve erkek rollerinin belirlendiği ataerkil kültürün ölümlülük ve hastalık oranlarında ve nedenlerinde etkili olduğunu ortaya koymuştur (Nettleton, 1995, 166-184). Sağlıkta eşitsizliğin toplumsal cinsiyet boyutuna dair yapılmış çalışmalarda bu faktörler ele alınırken, toplumsal cinsiyete dayalı tıbbın ağırlıklı olarak biyolojik cinsiyete (*sex*) vurgu yaparak tıbbin cinsiyetlere göre uzmanlaşmasının da sosyolojik olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu yazıda henüz Türkiye’de pek tartışılmayan, ancak batıda son 10-15 yıldır gündemde olan, toplumsal cinsiyete özgü tıbbin ne olup olmadığı, özellikle Annandale ve Hammarström’ün (2010, 2015) analizleri

² Ayrıntılar için bkz. <https://www.theguardian.com/world/2009/mar/01/mauritania-force-feeding-marriage>

temel alınarak eleştirel-sosyolojik bağlamda nasıl tartışıldığı, Clarke vd. (2003) tarafından ortaya konulan tıbbileştirmeden biyotıbbileştirmeye doğru dönüşümle olan ilgisi ve bu uzmanlaşmış tıbbin toplumsal sonuçlarının neler olabileceği tartışılacaktır.

1.Biyotıbbın Dönüşümü

Tıp özellikle 20. yüzyılda hiç olmadığı kadar toplumsal konulara dahil olmuş ve bedene müdahale etmiştir. Moulin (2006) 20. yüzyılda bedenin tarihinin, tıbbın insan yaşamına en fazla dahil olmasının tarihi olarak ifade eder. Tarihsel olarak bakıldığında, önceleri virüs, bakteri ya da mikrop gibi biyolojik faktörlere dayanan tek nedenli hastalık anlayışının hakim olduğu tıp, sonraları özellikle de 1980’lerde biyotıbbi hastalık modeli ve tıp kurumu eleştirilmiş, sağlık ve hastalığın davranışsal, toplumsal ve psikolojik yönlerinin öneminin ortaya konması ile birlikte değişime uğramıştır. 20. yüzyılın son yarısında, birçok ülkede demografik ve epidemiyolojik değişimler meydana gelmiştir: yaşam beklentisinde ve yaşlı nüfusta artış, bebek ölüm oranlarında azalma, doğurganlıkta düşüş yaşanmış ve ölüm ve hastalık örüntüleri olarak bulaşıcı hastalıklar, yerini kronik hastalıklara bırakmıştır. Temel ölüm nedenlerinde kronik hastalıkların yükselişi ile sağlık davranışları ve yaşam tarzı önem kazanmaya başlamıştır. Tıbbın içinde de “bedenin tekilliğini” destekleyen çokça gelişme olmuştur. Moulin (2006, s. 38) örnek olarak ağrı deneyiminin göreceli olmasının anlaşılması ve genetik bilimindeki ilerlemelerle “hiçbir bireyin diğerine benzemediği” yönünde bir bakışın tıpta yer bulduğunu ifade etmektedir. Önceleri bireysel, toplumsal ya da kültürel faktörler ele alınmaksızın, aynı hastalığa yakalanan farklı özellikteki bireyler aynı şekilde tedavi edilirken, günümüzde kişiselleştirilmiş tıbbın geliştiğini görmekteyiz. 21. yüzyıla geldiğimizde, bir yandan tıbbi teknolojinin gelişmesi ile beraber, Clarke ve diğerlerinin (2003) deyişi ile, günümüz tıbbi, “tekno-bilimsel biyotıp” olarak kavramlaştırılırken, diğer yandan birçok faktörün hastalığa neden olabileceği fikri tıpta da yer bulmuştur. 20. yüzyılda tıbbileştirmeden, 21. yüzyılda biyotıbbileştirmeye geçildiğini belirten Clarke vd. (2003, s. 162), biyotıbbileştirmeyi “tekno-bilimsel biyotıbbin pratikleri aracılığı ile yaygınlaşan büyük ölçüde karmaşık, çok-yerleşimli ve çok yönlü bir tıbbileştirme” olarak tanımlamaktadırlar. Tıbbileştirmeye ön ek olan “-bio eki ile, moleküler biyoloji, genomizasyon, organ transplantasyonu ve yeni tıbbi teknolojik yeniliklerin mümkün kıldığı hem insan hem de insandışı dönüşümleri” işaret etmektedirler” (Clarke vd., 2003, s. 162). Her ne kadar 1970’ler ve 1980’lerle beraber özellikle de feminist çevrelerce tıp kurumu ve tıbbileştirme eleştirilse de, günümüzde tıbbileştirmenin farklı, dönüşmüş ve bir hayli karmaşık bir biçimi ile karşı karşıyayız.

2.Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet/Cinsiyet Eşitsizlikleri ve Farklılıkları

Bilindiği gibi kadın ve erkeklerin ölüm ve hastalık örüntüleri değişmektedir. Sosyologlar bunun nedenlerinin biyolojik cinsiyetten farklı olarak, toplumsal cinsiyette de yattığını çeşitli araştırmalarla ortaya koymuşlardır. Kadının hastalık deneyiminin, ağrı deneyiminin, hastalıklarla baş etme deneyiminin erkeklerden farklılaşmasının ne kadarının biyolojik ne kadarının toplumsal olduğu her zaman tartışma konusu olmuştur. Sağlık göstergelerindeki farklılaşmanın temelinde yalnızca biyolojik cinsiyetin yattığı ifade edildiğinde biyolojik determinizme, tamamen toplumsal cinsiyetten kaynaklı olduğumuzu söylediğimizde kültürel determinizme düşme riski de söz konusudur. Annandale (2003) sağlık statüsü ve toplumsal cinsiyeti ele aldığı yazısında birçok araştırmaya rağmen, toplumsal cinsiyete göre sağlığın biçimlenişinin nedenlerinin karmaşık olduğunu belirtmekte, biyolojik olanla toplumsal olanın nasıl iç içe geçtiğine yer vermektedir. Annandale (2003, s. 91-93) ölümlülük ve toplumsal cinsiyet ilişkisini tarihsel olarak ele almıştır. Anandale (2003) ölümlülük örüntüleri açısından, 1800'lere kadar olan birinci dönemde erkeğin avantajlı konumda olduğunu, bu dönemden sonra ise kadınların yaşamlarına dair toplumsal ve ekonomik gelişmeler kaydedildiğini belirtmektedir. Sağlık tarihine ilişkin çalışmalarda da bu dönem için kadının yaşam beklentisinin düşüklüğüne işaret edilmektedir (Park, 1992; Porter, 1999). Porter (1999) Ortaçağ'da kadınların yetersiz beslenme ve doğum nedeniyle ölümlülüğünün yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölümlülük örüntüleri açısından her iki cinsiyete baktığımızda, Ananadale'nin ikinci dönem olarak belirttiği 1800'lerden 1970'lere kadar olan dönemde ise kadınların avantajlı konuma geçtiğini, "kadınlar hastalanır, erkekler çabuk ölür" fikrinin yaygınlaştığını görüyoruz. Annandale (2009, s. 127) başka bir yazısında kadının uzun yaşam avantajının (*longevity advantage*) sanki kadının yaşam boyunca daha sağlıklıymış gibi bir algı doğurduğunu, ancak yapılan araştırmaların (örneğin sağlık hizmetlerine eşit erişememe, kadın yoksulluğu, kadınların yüksek orandaki morbidite oranları vb. gibi), böyle söylemediğini ortaya koymaktadır. Kadınların avantajlı sayıldığı bu ikinci dönemdeki yaygın düşünce, kadın ve erkeğin biyolojik olarak birbirlerinden farklı olmasının, hastalık ve ölümlülüklerinde farklılaşmaya yol açacağı biyolojik determinist bir görüştü. Annandale (2003), bu dönemdeki biyolojik cinsiyet ve toplumsal cinsiyet ilişkisini, her ikisinin (*sex/gender*) net bir biçimde ayırdığı "eski tekli sistem" (*old single system*) olarak tanımlamaktadır. Kadın ve erkek arasında ölümlülük farkının kapanmaya başladığı üçüncü dönem 1970'lerden sonrasına tekabül etmektedir. Ananadale (2003, 2009), bu son dönemde biyolojik olan ile toplumsal olanın iç içe geçtiği, ilişkinin akışkan olduğu ataerkil kapitalizmin "yeni tekli sistemine" (*new single system of patriarchal capitalism*) geçildiğini ifade etmektedir. Annandale'nin (2003) ikinci dönem olarak adlandırdığı 1970'lere kadar olan dönemde, kadınların çok az istihdam edildiği, ev işleri ve çocuk büyütme gibi

geleneksel rolleri nedeniyle yaşamını ev içi ile sınırlandırdığı, erkeklerin ise tehlikeli sporlar yaptıkları, yapılan işe bağlı kazalar ve hastalıklar yaşadıkları, alkol ve sigarayı daha fazla kullandıkları, suça daha fazla karıştıkları ve cinayete kurban gittikleri dolayısı ile kadınlardan daha erken ve çok sayıda öldükleri bilinmektedir (Nettleton, 1995; Annandale, 2003, Özçelik-Adak, 2015). Annandale'nin (2003, s. 92) deyişi ile, “hegomonik erkeklik erkeği daha korunmasız yapmaktadır”. Daha sonra kadınların istihdamında artış, kadınların erkekler gibi alkol ve sigara tüketiminde ve diğer davranış örüntülerinde benzerlik göstermesi, (örneğin kadınların araç kullanımındaki artış doğal olarak kazalarla karşılaşmasına yol açacaktır) yaşam beklentilerinde de benzeşmeye neden olmuştur (ikinci dönemde erkek hastalığı olarak görülen akciğer kanseri son dönemde kadınlarda da artış gösterirken; ikinci dönemde kadınlarda sık görülen cilt kanseri ise son dönemde erkeklerde de artış gösteriyor). Son zamanlarda kadın ve erkek arasında özellikle gelişmiş ülkelerde yaşam beklentisi farkının azalmaya başladığı görülmektedir. İkinci dönemde yaşam beklentisi açısından kadınların avantajlı olduğu düşüncesi yaygınken, son dönemde her yaşta “erkeklerin kazanımlarının” (*male gains*) arttığı görülmektedir (Annandale, 2009, s. 127). Gelişmiş ülkelerdeki kadın ve erkeğin ölüm ve hastalık örüntülerinin benzeşmeye başlaması sosyal bilimlerde “yakınlaşma tezi” (*convergence thesis*) olarak ifade edilmiştir (Annandale, 2009, s. 135).

3. Toplumsal Cinsiyete Özgü Tıp

Toplumsal cinsiyete bağlı sağlık eşitsizliklerine dair tüm bu veri ve tartışmalardan hareketle, tıbbın da bu konuya dair farkındalığının olduğunu görmekteyiz. Bu eşitsizliklere tıbbın bir çözüm önerisi olarak toplumsal cinsiyete özgü tıp (GSM) ortaya çıkmıştır. GSM, kadın ve erkeğe göre teşhis ve tedavinin farklılaştığı tıbbın ayrı bir uzmanlık alanıdır. “Kadın ve erkeğin normal fizyolojisinde ve hastalığı deneyimleme biçimleri arasındaki farklılıkların bilimi” olarak tanımlanan (Legato, 2003, s. 917) ve kişiselleştirilmiş tıbbın (*personalized medicine*) bir parçası olarak görülen, 2000’li yılların başından itibaren gündeme gelerek yükselişe geçen GSM, birçok çevrelerce “toplumsal cinsiyete duyarlı” bir tıbbi anlayış olarak görülebilir, ancak bu tıbbi anlayış ve uygulamanın, toplumsal sonuçları açısından sosyolojik olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. 20. yüzyıl tıbbına baktığımızda, tıbbi pratik içinde erkek bedeni, bedenin insan standardı (*human standard of the body*) olarak ele alınmış, bu bedenin kadınlara genelleştirilmesi, birçok sağlık sosyoloğu ve bu alanda çalışan feminist araştırmacılar tarafından eleştirilmiştir (Kaufert, 1999, Annandale ve Hammarström, 2010; Grace, 2007; Annandale, 2013). Erkek bedeninin “altın standart” olarak tıbbi pratik ve araştırmada tarihsel olarak ayrıcalıklı konumu söz konusudur (Annandale, 2013, s. 165). Yeni eğilim olan GSM ise, Epstein’in (2007, s. 6) ifadesiyle erkek ve kadın bedenini ayrı ayrı ele alması ile, dahil edici ve farklılık yaklaşımını temel almaktadır.

GSM'nin bir bakış açısı ve uygulama olarak yayılmasında, bu konuya dair tıbbi kitapların, kurulan dernek ve örgütlerin ve çıkarılan dergilerin önemli etkisi söz konusudur. Legato GSM'nin öncüsü sayılmaktadır. 2004 yılında çıkarmış olduğu, *Principals of Gender Specific Medicine* isimli kitabı, GSM'nin, tıbbın alt uzmanlık alanlarında yer alan hastalıkların teşhisi ve tedavisinin her iki cinsiyete göre farklılaştığını göstermektedir.

Legato kitabın ikinci baskısının önsözünde (2006, 2010) aslında bu tür bir tıbbın ilk bakışta kadınlara özgü bir tıp olarak anlaşıldığını, ancak her iki cinsiyeti de içerdiğinden söz etmektedir. Legato'nun (2010, s. xxi) tanımıyla Amerika'da ortaya çıkan bir "devrim" sayılabilecek GSM, "normal fonksiyon ve hastalık deneyiminin kadın ve erkekler arasında nasıl değiştiğinin araştırılmasıdır". Erkek ve kadın biyolojisinin ve fizyolojisinin kendine özgü olduğuna vurgu yapan Legato, bu özgüllüğün sağlıklarına yansıtacağını dolayısı ile hastalıkların teşhis ve tedavisi açısından da değişiklik göstermesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Kitapta insanların sağlığının yalnızca biyolojik cinsiyete göre değil toplumsal cinsiyete göre de farklılaştığı, toplumda kadın ve erkek rolleri ve yaşam tarzlarının hastalıklarda farklılaşmaya yol açtığı ortaya konmuştur. Örneğin iki cinsiyet arasındaki farkların ağırlıklı olarak kardiyovasküler hastalıklarda, duygu durum bozukluklarında, bağışıklık sisteminde, akciğer kanseri, osteoporoz, diyabet, obezite ve bulaşıcı hastalıklarda olduğunu ortaya koymaktadır.

Kitabın çıkışının ardından Legato 2006 yılında, çalıştığı *Kolombiya Üniversitesi Toplumsal Cinsiyete Özgü Tıp Ortaklığı* oluşumunun bir uzantısı olarak *Toplumsal Cinsiyete Özgü Tıp Vakfı'nı* (*The Foundation for Gender-Specific Medicine*³ (FGSM)) kurmuştur. Ayrıca vakfın Legato'nun editörlüğünü yaptığı resmi dergisi *Gender and the Genome* 2017 yılından beri bu alanda çalışmaları yayınlamaktadır. Ayrıca Kolombiya Üniversitesi *Toplumsal Cinsiyete Özgü Tıp Ortaklığı'nın* resmi dergisi olan, *Gender Medicine* yayın hayatına başlamış ve birçok kadın sağlığı ve erkek sağlığı dergilerinde artış olmuştur. Bunların yanı sıra *Uluslararası Toplumsal Cinsiyet Tıbbi Derneği* (*International Society of Gender Medicine-ISOGEN*⁴) 2006 yılında kurulmuş, vakıfla bağlantılı bir dernektir. 2007 yılında Avusturya'da, aynı yıl Almanya'da, 2008'de Japonya'da, 2009'da İsrail ve İtalya'da, ve İsveç'te üye dernekler kurulmuştur⁵. ISOGEN tüm bu derneklerin şemsiye kuruluşu niteliğindedir. Bu yıl dokuzuncusu yapılan kongrede, bu alanda

³ Vakıf ile ilgili detaylı için bkz. <https://gendermed.org/>

⁴ Detaylar için bkz. <http://www.isogem.eu/>

⁵ Swedish Society of Gender Medicine: <http://ki.se/en/research/centre-for-gender-medicine/>; The Japanese Association for Gender-Specific Medicine: <http://www.jagsm.org/english/>; The Italian Women Health Studies Institute: <http://www.gendermedicine.org/index.php?q=node/319>; The Israel Society for Gender Medicine <https://www.isragem.org.il/english/>; The German Society for Gender Medicine: <https://www.dgesgm.de/>; Austrian Society of Gender Specific Medicine <https://www.gendermedizin.at/>

çalışanları bir araya getirilmesi ve alana dair bilgi birikiminin paylaşılması amaçlanmıştır⁶. Hızlı bir büyüme gösteren GSM, Annandale ve Hammarström'ün (2010, s. 572) ifadesiyle “sosyal bilimlerde pek ilgi görmemiş ve tıbbi açıdan da eleştirel bir analize tabi tutulmamıştır”.

4.GSM Söylemi

GSM'nin ortaya çıkış ve yükselişine dair sosyal bilimciler ve feminist yazarların sessizliğine vurgu yapan Annandale ve Hammarström (2010) yazılarında, bu yeni tıbbi dair tıp dergilerini inceleyerek söylem analizi yapmışlardır. Bu söylemin altında yatan düşüncenin gelişimini değinerek, bu tıbbın nasıl toplumsal cinsiyete özgü beden söylemini inşa ettiğini ortaya koymuşlardır. Analiz sonucunda ortaya çıkan 5 farklı birbirleri ile iç içe geçmiş GSM söylemi tespit etmişlerdir, bunlar: “farklılık”, “hegemonik biyoloji”, “erkeğin dezavantajları”, “biyolojik ve toplumsal indirgemecilik” ve “parçalanmış bedendir” (Annandale ve Hammarström, 2010, s. 575-579). Bunlar içinden farklılık söylemi ele alındığında, Annandale ve Hammarström, analiz ettikleri metinlerde, erkek ile kadının biyolojik ve sosyokültürel açıdan farklı olması gerekçesiyle, kadın ve erkek sanki iki ayrı kutupmuş gibi ele alındığını ifade etmektedirler. Bu farklılık söylemi yalnızca Annandale ve Hammarström'ün söylem analizine tabi tuttıkları metinlerde değil, Legato'nun (2006, 2010) kitabında ve makalelerinde, İtalya'daki GSM'nin öncüsü sayılan Glezerman'ın (2016) daha güncel kitabında, Legato ve Glezerman'ın (2017) editörlüğünü yaptığı kitapta, derneklerin web sayfalarındaki tanıtımlarda, Avusturya'da önde gelen GSM doktorlarından (aynı zamanda Avusturya GSM başkanı olan) Kautzky-Willer'in yazdığı ve dahil olduğu yazılarda (2011, 2016, 2017, 2019) ve söyleşilerinde⁷ ve ilgili birçok yerde GSM tıbbının temel dayanak noktası olarak kadın ve erkeğin farklı bedenlere sahip olduğu vurgulanmaktadır. Annadale ve Hammarström'ün analiz ettikleri metinler dışındaki GSM yazılarına baktığımızda, farklılık söylemi, hemen ilk paragraflarda kendisini göstermektedir (örn. Legato, 2006, 2010; Kautzky-Willer, 2011; Regitz-Zagrosek, 2012; Castellana, Chiappetta, Cattel, 2018; Kautzky-Willer, von Euler ve Oertelt-Prigione, 2019 vb.). Genel olarak GSM savunucularının çalışmalarına baktığımızda, GSM'yi bu farklılıklar üzerine temellendirdiklerini görmekteyiz. Farklılıkların teşhis ve tedaviyi yönlendirebileceğini söylemeleri, aslında kadın ve erkeklerin toplumsal rolleri, yaşamları ve deneyimleri sanki değişmez sabit gerçeklikler gibi yorumlanmasına yol açabilir. Kültürel ve toplumsal faktörlerin farklı cinsiyetlerin sağlıklarına ve bedenlerine olan etkileri elbette değişiklik gösterecektir. Bunun en güzel örneği aslında yaşam beklentisinin Annandale'nin

⁶ ISOGEN'in Viyana'da düzenlediği 9. Kongresi'nin detayları için bkz. <https://igm-congress2019.at/>

⁷ Söyleşinin tam metni için bkz. <https://www.vamed.com/en/press-newsroom/medical-articles/prof-kautzky-willer-what-is-gender-medicine/>

de dikkat çektiği gibi Ortaçağ'da kadınlarda erkeklerden daha düşük olmasıdır, ya da sağlık istatistiklerine bakıldığında ülkelere, kültürlere, en önemlisi de maddi koşullara göre ölüm nedeni istatistikleri ve görülen hastalıklar değişiklik göstermektedir. Dolayısıyla ile, toplumsal yaşamdan eğer bu kadar etkilendiği varsayılıyorsa, kadın bedeni ve erkek bedenine dair sabit değişmez birbirine benzemez bir beden anlayışı ve aynı zamanda her iki cinsiyete ait kuralların belirgin bir GSM ortaya konması sorunlu görünmektedir. Bir yandan tıp kişiselleştirilmiş tıbbı doğru giderken, diğer taraftan iki farklı beden gerçekliği inşa etmeye çalışması, aslında kendi içinde çelişki barındırmaktadır. GSM ile ilgili tıbbi bilgilerin sürekli değişebileceğini dolayısıyla ile, göreceli olabileceğini göz önünde bulundurmaları gerekmektedir.

Annandale ve Hammarström'ün (2010, s. 576) ortaya attıkları ikinci söylem ise hegomonik biyolojidir. Analiz ettikleri metinlerde her ne kadar toplumsal cinsiyet yani *gender* kelime olarak (özellikle de başlıklarda) görülse de, metinlerdeki esas vurgunun biyolojik cinsiyet yönünde olduğunu ifade etmişlerdir. Aslında, “biyolojik cinsiyet ve toplumsal cinsiyet birlikte kullanılarak toplumsal cinsiyetin geçersiz kılınmasına dair bir eğilim olduğunu, çünkü toplumsal cinsiyete özellikle önem verildiği durumlarda dahi konu edilenin biyolojik cinsiyet olduğunu” ortaya koymuşlardır (Annandale ve Hammarström, 2010, s. 577). Annandale ve Hammarström'ün GSM ile ilgili söylem analizine tabi tuttukları metinlerin dışında başka metinler de incelendiğinde, elde ettikleri bulguları görebiliyoruz. Örneğin FGSM'nin resmi dergisi olan *Gender and the Genome* dergisinden bir makaleye baktığımızda, başlığında toplumsal cinsiyet tıbbı (*gender medicine*) kelime olarak kullanılırken, içeriğinde tamamen biyolojik cinsiyetten söz edildiğini görüyoruz. Levy ve Solt'un (2018, s. 126) *The Human Microbiome and Gender Medicine* başlıklı çalışmasının içeriği incelendiğinde, toplumsal cinsiyetten bahsetmiyor, hatta sonuç kısmında Annandale ve Hammarström'ün dikkat çektiğine benzer biçimde şöyle görüş bildiriyorlar: “Geleceğin tıbbi toplumsal cinsiyet tıbbında yatmaktadır. Farmakoloji, onkoloji, kardiyovasküler tıp ve diğer birçok alan hastaları cinsiyete (*sex*) göre tedavi etme yönünde yaklaşımlarını değiştirmişlerdir”. Bu cümlede kullanılan cinsiyet biyolojik cinsiyettir. Metnin devamında da toplumsal cinsiyete dair bir farklılıktan değil, biyolojik cinsiyete dair farklılık vurgulanmaktadır. Annandale ve Hammarström (2010) inceledikleri dergiler arasında farklılıklar olduğunu da ortaya koymuşlar, *Gender Medicine* dergisinin biyolojik cinsiyete vurgusunun daha çok olduğunu, *Journal of Men's Health and Gender* dergisinde ise yer yer toplumsal faktörlere ve sağlık eşitsizliklerine daha fazla yer verildiğine dikkat çekmişlerdir.

Diğer bir söylem ise erkek ve kadının biyolojik ve toplumsal farklarından kaynaklı olarak erkeğin sağlık açısından dezavantajlı konumda olduğudur. Burada temel tartışma konusu erkeğin daha düşük yaşam beklentisine sahip olması ve belirli hastalıklara daha fazla yakalanmasıdır.

Ayrıca kadınların erkeklere nazaran daha fazla sağlık hizmeti alma davranışı, erkekte ise erteleme davranışının yaygın olmasının erkeği sağlık açısından dezavantajlı konuma ittiği de analiz edilen dergilerdeki yazılarda yer almaktadır.

Bir diğer söylem ise biyolojik ve toplumsal indirgemecilik olarak karşımıza çıkmaktadır. Annandale ve Hammarström'ün (2010) inceledikleri metinlerde her ne kadar kadın ve erkeğin üreme biyolojilerinde farklılık olduğu ifade edilse de, aslında cinsiyetleştirmenin tüm organizmaya yayıldığını gösterirler. “Yalnızca cinsel organları, kasları ve kalbi değil aynı zamanda vücudun moleküler yönlerini de ilgilendirir; “hormonlar”, “kromozomlar” ve “genler” temel olarak toplumsal olarak cinsiyetleştirilmiş (gendered) biçimde etiketlenmişlerdir (biyolojik cinsiyetle bağlantılı).” (Annandale ve Hammarström, 2010, s. 578). Bedenin her bir parçasına dair böyle bir eğilimin olduğunu ifade etmektedirler.

Toplumsal indirgemecilik söylemi ile kastedilen ise, toplumsal cinsiyeti, daha geniş bir toplumsal ağ içinde ele almaktan ziyade, kişisel özelliklere indirgeyen bir söylemdir. Annandale ve Hammarström (2010, s. 578) analiz edilen metinlerde öne çıkan kelimelerin “kişisel özellikler”, “tutumlar”, “değerler”, “toplumsal roller”, sosyokültürel faktörler”, “yaşam tarzı” ve “öz-sunum” olduğunu ve bunların “toplumsal faktörler” olduğunu, bunların sağlık ve hastalık göstergeleriyle ilişkilendirildiğini ifade etmektedirler. Bu kavramlar aslında daha geniş bir toplumsal ya da kültürel bağlamın değil, sağlık davranışlarının açıklanmasında kullanıldıklarını ifade etmektedirler. Annandale ve Hammarström, GSM tıbbının toplumsal faktörlerden anladığının, aslında davranışsal faktörler olduğunu ortaya koymuşlardır.

Annandale ve Hammarström GSM tıbbına dair ortaya çıkardıkları son söylem ise parçalanmış beden söylemidir. İncelenen “metinlerin çoğunun ya erkekler ya da kadınlar açısından ihmal edilmiş şekilde yorumlandığı için ya da daha fazla ilgiyi hak ettikleri için belirli hastalıklara ve durumlara odaklandığını” ifade edilmektedir (Annandale ve Hammarström, 2010, s. 579). Bunun, toplumsal cinsiyete özgü bedeni parçalarına ayırdığını, bir bütün olarak beden ve sağlık ve hastalık deneyiminden uzaklaştırdığını ifade etmektedirler.

5.Tartışma

GSM'nin bu söylemleri çerçevesinde oluşan toplumsal cinsiyete özgü beden inşasından söz etmek mümkündür. 1970'lerden itibaren sağlıkta bir paradigma değişimi olduğu, “neoliberal dogma” (Nettleton, 1996) tarafından sağlığın, daha geniş toplumsal bağlamlara değil de, davranışsal yönüne vurgu yapıldığı ve dolayısıyla sağlığın bireyselleştiği bilinmektedir. Crawford'un (1977, 1980) ifade ettiği gibi, günümüzde bireysel sorumluluğu barındıran bir sağlıklılık eğilimi (*healthism*) vardır. Tibbileştirme ile sağlık risklerinin üretildiği ve çeşitlendiği

bir dünyada, hastalık riski-korkusunun insanları sağlıklı yaşam söylemi ile sağlıklı olmaya yönlendirdiği bilinmektedir. Sağlıklı olmanın koşulunun da tüketimden geçtiğini söyleyebiliriz. Uzun bir süredir bu paradigma çerçevesinde, farklı ülkelerde sağlık politikalarında sağlığı geliştirme program ve politikaları ile sağlığın bireyselleştirilmesine de şahit olmaktayız. Toplumsal sınıf, toplumsal cinsiyet ya da etnisite vb. kökenli eşitsizliklerden ziyade yaşam tarzına odaklanmanın bir örneğini de, Annandale ve Hammarström'ün (2010) belirttiği gibi, GSM söyleminde (kadın ve erkeğin sigara, alkol kullanımı gibi yaşam tarzı-davranış faktörlerine yaptıkları vurgudan) görebiliyoruz. Ayrıca GSM uygulamalarının “hastane-merkezli” olduğunu ifade eden Annandale ve Hammarström (2010, s. 580), kadınların sağlık açısından “önemli tüketiciler” olduğunu, yalnızca kendileri değil birlikte yaşadıkları kişiler, aileleri, çocukları ya da yakınlarının sağlıkları ve bakımları ile ilgili kültürel olarak sorumlu tutulduklarını ifade ederler. Annandale ve Hammarström (2010, s. 580), ortaya attıkları tüm söylemler çerçevesinde, GSM tıbbının, sağlık hizmet ya da ürünlerinin tüketilmesinin iyi olduğuna vurgu yapan “neoliberal, pazar-yönelimli bir yaklaşımla uyduğunu” ifade etmektedirler. Annandale ve Hammarström (2015) toplumsal cinsiyet ve sağlığın yeni bir biyopolitikasını GSM söylemleri üzerinden tartıştıkları ve biyotibbileştirmeyi GSM üzerinden analiz ettikleri çalışmalarında ise GSM'ye uygun biçimde güçlü bir farmasötik pazarın ortaya çıktığını ifade etmektedirler.

Clarke vd. (2003) biyotibbileştirmeyi 1960'lar ve 1970'ler sonrası tartışılan tibbileştirme ile karşılaştırmalı ve çok boyutlu bir biçimde ele almışlardır. Günümüz tıbbi gelişme ve değişmelerle beraber, özellikle tıbbi teknolojideki değişmelerle artık tibbileştirme yerini biyotibbileştirmeye bırakmıştır. Çok boyutlu ve çok yönlü ele alınan bu tibbileştirmede göze çarpan GSM ile bütünleştirilebilen birkaç özelliğin olmasıdır. Bunlardan biri risk faktörleri ve öz-gözetimdir (*self-surveillance*). Clarke vd. (2003) “risk ve gözetim pratiklerinin sağlığa erişme ve sağlığı sürdürme açısından yeni bir yöntem olduğunu”, risk ve gözetimin birbirlerini karşılıklı inşa ettiklerini”, “risklerin gözetimi rasyonelleştirmek üzere değerlendirildiğini ve hesaplandığını” ifade etmektedirler. GSM açısından düşündüğümüzde; GSM'nin farklı cinsiyetlerin yaşam tarzlarına odaklanması nedeniyle, risklerin üretilerek kişilerin “sağlıklı olma ve kalma” adına, neoliberal dogmaya uygun bir biçimde insanların tüketime yönlenebileceği olasıdır. Aynı zamanda Clarke vd. (2003) yeni tibbileştirmenin tabakalaşmış bir tibbileştirme olduğunu ifade etmektedirler. Clarke vd. (2003) kavramlaştırmalarını benimseyen Annandale ve Hammarström (2015, s. 48) “teknolojilerin uyarlanması (*customisation of technologies*), farmasötik ürünler ve diğer tıbbi ürünler yolu ile bedenlerin ve toplumsal grupların (kadın ve erkek gibi) tabakalaştığını ve bölündüğünü” tabakalaşmış biyotibbileştirmenin GSM ile uyduğunu ifade etmektedirler. Artık insanlar standart “normal” olarak benimsenen erkek bedenine göre düzenlenmiş ürünler tüketmek

yerine, eczanelerde yaş, beden ölçüsü ve toplumsal (biyolojik) cinsiyetlerine göre farklı ürünler bulacaktır. Bu çerçevede, Annandale ve Hammarström (2015) gelişmiş ülkelerde farmasötik endüstride değişme olduğunu belirtmektedirler. Ayrıca kişiselleştirilmiş tıbbın bir biçimi olan GSM'nin, farmasötik şirketleri ile olan ortaklıklarına da dikkat çekmektedirler.

Sonuç

Bu yazıda yeni bir alan olan GSM'nin ne olduğu, söylemleri üzerinden sosyolojik olarak ne tür çıkarımlarda bulunabileceği tartışılmıştır. Yeni tıbbi gelişmelerin ve uzmanlaşmanın toplumsal sonuçları bağlamında düşünüldüğünde biyotıbbileştirme çağında bir iktidar biçimi olarak tıbbın insan bedenine dair daha fazla söz sahibi olduğu, söylemler yolu ile iktidarını birçok alanda deneyimlediği söylenebilir. Clarke vd. (2003, s. 172) değindiği gibi “tıbbileştirme artık hastaneler, klinikler ya da doktor-hasta ilişkisinde değil”, “onun yerine öz-gözetim ve risk ve kronik şartlar etrafındaki karmaşık rejimlerin idare edilmesine yönelik günlük yaşam teknikleriyle donatılmış risk faktörlerinin inşa edilmesiyle her birimizi, tüm nüfusu etkilemektedir”. Bu daha fazla gözetim, daha fazla müdahale ve kontrol anlamına da gelmektedir. Toplumsal olanı tıbbın kendi kapsamına alması dışarıdan bakıldığında toplum sağlığı açısından yararlı görünebilir, toplumsal cinsiyete duyarlı bir yaklaşım sergilendiği şeklinde okunabilir, ancak ürettiği söylemler çerçevesinde toplumsal sonuçları açısından bakıldığında tıbbın kadın ve erkek bedeninin ne olup olmadığını belirlediği bir tür beden inşasına da yöneldiği ortaya çıkmaktadır.

Summary

Various researches have long revealed gender inequalities in health and discussed the origins of these inequalities based on structural and cultural factors or biological differences. Today, some of the most important indicators of the difference in the health status between men and women are the longer life expectancy of women and the higher morbidity rates of women, and certain tendencies in diseases of each gender. Based on these differences, gender-specific medicine (GSM) emerged as an extension of personalized medicine, and it began to increase in the early 2000s. This paper discusses what GSM is, how it expands and how it can be reviewed sociologically. By emphasizing the insufficiency of sociological analysis about GSM, Annandale and Hammarström's discourse analysis will be discussed. GSM and its possible social consequences will be discussed by taking into consideration “techno-medicine” as a new stage of medicine in which biomedicalization is practiced.

In order to understand the emergence of GSM, it is necessary to review the transformations in medicine. Historically, the biomedical paradigm, reducing diseases to biological factors, has been dominant since the 19th century. After the 1970s, the criticisms began for the biomedical

paradigm and Western medicine as an institution. Subsequently, as behavioral, social and psychological aspects of health and disease gained more and more importance, there has been a change in medical understanding and a new focus on human behaviour as the cause of diseases. Demographic and epidemiological changes have occurred in many countries since the last half of the 20th century. Health behaviours and lifestyles have gained importance in medicine with the changes in causes of death patterns from infectious diseases to chronic diseases. Along with the developments in medicine, supporting “the singularity of the body,” today, we witness the rise of personalised medicine in which diagnosis and treatment change from individual to individual. Following the developments in medical technologies by the 21st century, today’s medicine is defined as “techno-scientific biomedicine.”

Legato defined GSM as a revolution and the science of differences in the normal physiology of men and women and their experiences of disease. The male body has a historically privileged position in medical practice. Distinctly, GSM is based on the inclusion and difference approach, addressing the male and female bodies separately. Medical books, associations, organizations, and scientific journals have an essential effect on the expansion of GSM as a new medical perspective and practice. Advocates of GSM emphasize that male and female biology and physiology are unique as reflected in their health; therefore, diagnosis and treatment of diseases should also vary accordingly. Despite GSM’s rapid growth, neither the social sciences paid much attention to it, nor the medicine critically analysed it. Using journal articles about GSM, Annandale and Hammarström conducted a critical discourse analysis, and they identified five interrelated discourses: male/female difference, hegemonic biology; men’s disadvantages; biological and social reductionism; and fragmented body. The evaluation of these discourses of GSM show that there is a constant emphasis on the biological difference between the male and female body.

It is known that there has been a paradigm shift towards neoliberal policy in health since the 1970s. This “neoliberal dogma” emphasizes the behavioural aspect of health and imposes individualisation of health, rather than the broader social contexts. When we look at the new developments related to GSM, it is observed that pharmaceuticals has changed following GSM, and a strong pharmaceutical market has emerged. Today, health is reduced to individual responsibility, and healthiness as healthy lifestyle discourse requiring the consumption of various products has expanded. It can be argued that GSM discourses are consistent with a “neoliberal, market-oriented approach”.

With new medical developments and the changes in medical technology, medicalization has now been replaced by biomedicalization as Clarke et al. state. Essential characteristics of

biomedicalization that can be integrated with GSM discourses are risk factors and self-surveillance. GSM focuses on the “lifestyle” of different sexes. In the biomedicalization era, we can make an inference that risks are produced for both sexes, thus women and men tend to consume following the neoliberal dogma to be healthy and promote their health. According to Annandale and Hammarström, the other feature of biomedicalization, converging with GSM discourses, is stratified biomedicalization where different bodies and social groups (e.g. men and women, or ethnic and racial groups, age groups, etc.) are stratified via the increased customisation of technologies, pharmaceuticals and other various medical products.

Considering the social consequences of new medical developments and specialization in the biomedicalization era, biomedicine exerts its power in many fields and in a multi-directional way through the discourses on the body. As Clarke et al. state, medicalization is no longer in hospitals or health care centres, but rather it is everywhere by producing risk factors permeated in everyday life and self-surveillance. It affects the entire population. As a result, GSM approach, with its discourses, tends to determine and construct a gender-specific body.

Kaynakça

- Annandale, E. (2003). Gender and health status: Does biology matter? S. Williams, L. Birke, G. Bendelow (eds.), *Debating biology: Sociological reflections on health, medicine and society*. London: Routledge, s. 84-94.
- Annandale, E. (2009). *Women's health and social change*. London: Routledge.
- Annandale, E. (2013). Gender theory and health. W. C. Cockerham (ed.) *Medical sociology on the move*. London: Springer, s: 155-171.
- Annandale, E. ve Hammarström, A. (2010). Constructing the ‘gender-specific body’: A critical discourse analysis of publications in the field of gender-specific medicine. *Health, 15, 5, 571-587*.
- Annandale, E. ve Hammarström, A. (2015). A new biopolitics of gender and health? Gender-specific medicine and pharmaceuticalization in the twenty-first century. S. Bell, A.E. Figert (eds). *Reimagining (bio)medicalisation: Pharmaceuticals and genetics: old critiques and new engagements*. Florence: Taylor and Francis, s: 41-55.
- Castellana, E., Chiappetta, M. R. ve Cattel, F. (2018). Gender differences and pharmacovigilance: analysis in the Italian population. *Italian Journal of Gender-Specific Medicine, 4, 1, 27-33*.

- Clarke, A.E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., Fishman, J. R. (2003). Biomedicalisation: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, 68, 161-194.
- Counihan, C. (1999). *The anthropology of food and body: Gender, meaning and power*. New York: Routledge.
- Crawford, R. (1977). You are dangerous to your health: The ideology and politics of victim blaming. *International Journal of Health Services*, 7, 4, 663-680.
- Crawford, R. (1980). Healthism and medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 19, 365-368.
- Donnison, J. (1977). *Midwives and medical men: A history of inter-professional rivalries and women's rights*. London: Heinemann
- Doyal, L. (1983). Women, health and the sexual division of labour: A case study of the women's health movement in Britain. *Critical Social Policy*, 7, 21-33.
- Epstein, S. (2007). *Inclusion: The politics of difference in medical research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Glezerman, M. (2016). *Gender medicine: the groundbreaking new science of gender- and sex-related diagnosis and treatment*. London: Gerald Duckworth & Co Ltd.
- Kautzky-Willer, A. von Euler, M. ve Oertelt-Prigione, S. (2019). Editorial: "Sex and gender aspects in diabetes". *Frontiers in Endocrinology*, 10, 1-2.
- Kautzky-Willer, A. (2017). Gender medicine in Austria. M. J. Legato ve M. Glezerman (eds.) *The international society for gender medicine: History and highlights*. London: Elsevier, s. 23-32.
- Kautzky-Willer, A., Harreiter, J. ve Pacini, G. (2016). Sex and gender differences in risk, pathophysiology and complications of type 2 diabetes mellitus. *Endocrinology Review*, 37, 3, 278-316.
- Kautzky-Willer, A., (2011). Editorial: Sex- and gender-based medicine: a challenging field of research. *Wien Med Wochenschr*, 161, 105-108.
- Ko, D. (2005). *Cinderella's Sisters: A revisionist history of footbinding*. Berkeley: University of California Press.
- Legato, M. J. (2003). Beyond women's health: the new discipline of gender-specific medicine. *Gender Clinics of North America*, 87, 917-937.

- Legato, M. J. (2006). Rethinking gender-specific medicine. *Perspective*, 2, 5, 699-703.
- Legato, M. J. (ed.) (2010 [2004]). *Principals of gender-specific medicine*. London: Elsevier.
- Legato, M. J. ve Glezerman, M. (2017). *The international society for gender medicine: History and highlights*. London: Elsevier.
- Levy, G. ve Solt, I. (2018). The human microbiome and gender medicine. *Gender and the Genome*, 2, 4, 123-127.
- Moulin, A. M. (2013). Tıbbın karşısında beden. A. Corbin, J-J. Courtine, G. Vigarello (Ed.), *Bedenin tarihi 3* (çev: S. Özen). İstanbul: YKY Yayınları, 15-57.
- Nettleton, S. (1995). *The sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press.
- Nettleton, S. (1996). Women and the new paradigm of health and medicine. *Critical Social Policy*, 16, 48, 33-53.
- Oakley, A. (1976). Wisewoman and medicine man: Changes in the management of childbirth. J. A. Mitchell ve A. Oakley (eds.) *The rights and wrongs of women*. Harmondsworth: Penguin, s. 17-58.
- Özçelik-Adak, N. (2015). *Sağlık sosyolojisi: Kadın ve kentleşme*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Park, K. (1992). Medicine and society in medieval Europe, 500-1500. A. Wear (ed.), *Medicine in society: Historical essays*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Porter, D. (1999). *Health, civilization, and the state: A history of public health from ancient to modern times*. London and New York: Routledge.
- Rasmussen, S. J. (2010). Remaking body politics: Dilemmas over female fatness as symbolic capital in two rural Tuareg communities. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 34, 4, 615-632.
- Regitz-Zagrosek, V. (2012). Sex and gender differences in health. *Embo Reports*, 13, 7, 596-603.
- WHO (2019). *World health statistics overview: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization.