

KAPİTALİZM KADIN SAĞLIĞINI NASIL ETKİLİYOR?

Özet

Meltem ÇİÇEKLİOĞLU*

Neo-liberal küreselleşme, gelir ve yoksulluğun dağılımında değişim, üretimin küreselleşmesi, ticaretin liberalizasyonu ve ulus devlet yapısının yeniden şekillenmesi süreçleri ile refahın toplumsallaştırılması konusunda ciddi bir gerilemeye yol açarken, sağlık üzerinde de önemli etkileri olmuştur. Ancak bu etkileri değerlendirirken kadınların aynı toplumda ya da hane içinde erkeklerden çok farklı sağlık riskleri ile karşılaşabildikleri, sağlık hizmetine erişimde farklı sorunlar yaşadıkları dikkate alınmalıdır. Neoliberal politikalar kadınları daha da yoksullaştırarak, esnek üretim süreçlerinde daha uysal işçiler olarak ve kötü çalışma koşulları altında çalıştırarak sağlıklarının bozulmasına yol açmaktadır. Devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesiyle sağlık hizmetini en çok kullanan kadınların sağlık hizmetine erişimi kısıtlanmıştır. Sağlık hizmetleri sunumunda piyasa koşullarının oluşturulması, hem ücretli hem de ücretsiz sağlık emeği sunan kadınların çalışma sürelerini uzatmış ve çalışma koşullarını zorlaştırmıştır.

Anahtar kelimeler: Kadın, kapitalizm, neoliberalizm, cinsiyet, sağlık

How Does Capitalism Affect Women's Health

Abstract

While neo-liberal globalism has led to a significant deterioration in issues such as alteration in the distribution of income and poverty, globalized production, liberalized trade and remodelling processes of nation state structure and socialized welfare, it also has had important effects on health. When considering these impacts, the issues that women can encounter different kinds of health risks compared to men living in the same society or household and go through distinct problems in access of health services must be taken into account. Impoverishing women through neo-liberal politics, it has caused them to have impaired health in flexible production processes as more manageable workers and by making them work under unwell working conditions. After the state retreated its health services, the access of health services for women who mostly benefit from them has been restricted. While introducing market conditions in health care services, it has prolonged the working hours of women who offer paid or unpaid health care and aggravated their working conditions.

Key words: Women, capitalism, gender, neo-liberalism, gender health

I. Giriş

Yetmişli yıllarda yaşanan ekonomik krize yanıt olarak ortaya çıkan neo-liberalizm, krizin faturasını sosyal devlet politikalarına çıkarmış; çözüm yolu olarak da piyasa dinamiklerine dayalı ekonomik, toplumsal ve siyasal yeniden yapılanmayı öngörmüştür. Yeniden yapılanma süreci, ulusal ekonomilerin dünya piyasalarıyla eklemlenmesi ve karar süreçlerinin bu dinamiklerle belirlenmesi şeklinde

gelişen küreselleşmeyle birleşerek yeni bir dünya düzenini yaratmıştır (Yenimalleli Yaşar, 2010). Bu süreçte neo-liberal politikaların yarattığı uluslararası kurumlar, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere verdikleri krediler karşılığında "yapısal uyum" ve "istikrar" programları ile bu ülkelerin sanayi ürünleri ve finansal hizmetler üzerindeki yabancı sermayeye yönelik olan yaptırımlarının kaldırılmasına, uluslararası rekabete uygun olarak ücretlerin düşmesine, devletin sağlık, eğitim ve refaha dönük harcamalarını kısıtlanmasına ve kamu işletmelerinin özelleştirilmesine neden olmuşlardır (Kazgan, 2002).

* Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Neo-liberal küreselleşme, refahın toplumsallaştırılması konusunda ciddi bir gerilemeye yol açarken, sağlık üzerinde de önemli etkiler yaratmıştır. Sağlık sosyolojisi, özellikle toplumsal cinsiyet ve sağlık eşitsizlikleri üzerinde çalışmaları olan Doyal, neoliberal küreselleşmenin kadın sağlığını etkileyen temel boyutlarını; gelir ve yoksulluğun dağılımında değişim, üretimin küreselleşmesi, ticaretin liberalizasyonu ve ulus devlet yapısının yeniden şekillenmesi olarak dört başlıkta toplamıştır. Doyal'ın tanımladığı ilk başlık olan gelir dağılımındaki değişim, hem ülkeler arası hem de ülke içindeki eşitsizlikleri ve yoksulluğu artırması şeklinde gerçekleşmektedir (Navarro, 1998). Üretimin küreselleşmesi olarak tanımlanan ikinci boyut üretim maliyetlerinin en düşük olduğu bölgelere üretim süreçlerinin kaydırılması şeklinde gerçekleşmektedir. Sanayi sektörünün işçi maliyetlerinin düşük olduğu az gelişmiş ülkelere yönlendirildiği bu süreç, özede emek-gücünü genelde halkın sağlığına yapılmış oldukça önemli bir müdahaledir. Üretimin doğasındaki değişim sadece bu işyerlerinde çalışanları değil, aynı zamanda bu fabrikaların kurulduğu bölgelerdeki çevresel koşulları da etkilemiştir. Çevresel etkilenimler, hem hane halklarının yaşamlarını sürdürmek için gereksinimlerini karşıladıkları alanların azalmasına neden olmakta hem de aileler için fiziksel ve kimyasal riskler yaratmaktadır. Uluslararası ticaretin serbestleşmesi olan üçüncü boyut ise parasını ödeyebilecekler için sağlıklarını geliştirecek yeni ürünlere ulaşımı kolaylaştırmıştır. Diğer yandan kullanıcılarda sağlık riski oluşturup oluşturmayacağı tam olarak belirlenmemiş ürünlerin ve hatta ilaçların reklamının rahatlıkla yapılması ve vergi indirimleriyle kolaylıkla tüketilmesi yoluyla toplumun sağlığı açısından yeni tehditlerle karşılaşmaktadır. Son olarak devletin tüm sosyal hizmetlerden olduğu gibi sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanından çekilmesi sağlık sistemlerinde köklü değişikliklere neden olarak sağlığı etkilemektedir. 30-40 yıllık dönemdeki ekonomik yeniden yapılanma özellikle yoksul ülkelerde "yapısal uyum" olarak şekillenen stratejilerle gerçekleşmektedir. Bu stratejinin esası, borçlarını ödeyebilmek için devletlerin kamu harcamalarını azaltmalarıdır. Sağlık alanına bunun

yansıması devletin sağlık hizmet sunumundan çekilmesi olarak gerçekleşmektedir (Doyal, 2002).

Tüm boyutlarıyla değerlendirildiğinde, neoliberal küreselleşmenin yarattığı hızlı değişim döneminin sağlığa etkilerinin çok büyük olacağı açıktır. Ancak şimdiye kadar yapılmış çalışmaların büyük bölümü neoliberal küreselleşmenin sağlık üzerindeki etkilerini cinsiyete dayalı eşitsizlikleri dikkate almaksızın tanımlanmıştır (Doyal, 2002; Standing, 2002; Östlin, 2005). Oysa bu etkileri değerlendirirken kadınların aynı toplumda ya da hane içinde erkeklerden çok farklı sağlık riskleri ile karşılaşabildikleri, sağlık hizmetine erişimde farklı sorunlar yaşadıkları dikkate alınmalıdır (Doyal, 2002). Bu farklılıkları açıklarken daha çok kadının üreme fonksiyonundan kaynaklı olan biyolojik özellikleri açısından ayrımlaştığı başlangıç noktamızı oluşturmaktadır. Oysa kadınların sağlık durumunu etkileyen faktörleri incelerken sadece biyolojik özellikleri üzerinden bakmak yeterli değildir, toplumsal cinsiyet açıdan da değerlendirmek gereklidir. Kadının toplum içindeki rollerini dikkate alan toplumsal cinsiyet yaklaşımında, hastalıklar açısından duyarlılık ya da sağlık sistemi içindeki dezavantajlar toplumsal cinsiyete bağlı roller ile ilişkilendirilir. Kadınların toplumsal dezavantajlarının en başında erkeklerden daha yoksul olmaları gelir. Çünkü kadınların para kazanma olanaklarına erişimi kısıtlıdır, ücret karşılığı çalışsalar bile erkeklerden daha az kazanır, geleneksel ve ekonomik açıdan erkeğe bağımlıdır. Cinsiyete dayalı işbölümü ve hanedeki cinsiyete bağlı ilişkiler nedeniyle oluşan bu sorunlar, kadınların daha sağlıklı olmalarına neden olurken, sağlık hizmetlerine ulaşmadaki dezavantajı üretir (Standing, 1997). Bu yazıda, neoliberal küreselleşmenin kadın sağlığına etkileri, Doyal'ın tanımladığı dört temel boyut açısından ele alınacak, ardından neoliberal politikaların dayattığı sağlık reformlarının kadın sağlığı üzerindeki etkileri toplumsal cinsiyet bakışıyla değerlendirilecektir.

II. Neoliberal Küreselleşme Kadın Sağlığını Nasıl Etkiliyor?

2.1. Yoksulluğun Dağılımında Değişim

Dünyanın en zenginleriyle en yoksulları arasında hızla derinleşen gelir uçurumu sadece az gelişmiş

ülkelerle gelişmiş ülkeler arasındaki eşitsizliklerinden kaynaklanmamaktadır, gelişmiş ülkelerin kendi içinde de gelir eşitsizlikleri ciddi boyutlara ulaşmıştır. 1980'lerin ortalarından itibaren zengin ve yoksul arasındaki uçurum zengin ülkelerin ¾'ünde artmıştır. Son 20-30 yılda gerçekleşen ekonomik büyüme yoksuldan çok zenginlerin lehine olmuştur (OECD, 2008). Yoksulluk salt cinsiyet temelli bir sorun değildir ve doğal olarak her iki cinsi de etkilemektedir. Üstelik yoksulluk her iki cinsiyet için de sağlıktaki eşitsizlikleri üreten en önemli sosyal belirleyicidir. Ancak burada üzerinde durmamız gereken konu kadınların erkeklere göre daha yüksek oranda yoksul olması, daha fazla kadının yoksulluk sarmalı içinde bulunması ve geliri düşük olan sosyal sınıflarda ve tabakalarda kadın ile erkeğin yoksulluğu yaşama biçimlerinin farklı olmasıdır (TEPAV, 2009).

Dünyada mutlak yoksulluk yaşayan 1.3 milyar insanın yaklaşık 950 milyonunu yani %70'ini kadınlar oluşturmaktadır (Rahmena, 2009). Bu oranlar ülkeden ülkeye ve bölgeden bölgeye değişmekle beraber, hemen hemen bütün ülkelerde kadınların daha yoksul oldukları ve daha zor şartlarda yaşadıkları görülmektedir. Orta sınıf kadınların baskıyı daha az hissettiklerini söylemek mümkündür. Ancak neoliberal küreselleşmenin dayattığı yeni gereksinimler ve gitgide ağırlaşan borçları karşılayabilmek için kadınlar her zaman daha fazla çalışmaya zorlanmaktadır. Connell'a göre, (1998) kadınların sömürülmesi, kapitalizmin kâr sağlama dürtüsü ve kendisini yeniden üretmeye yönelik ihtiyacıyla ilintilidir (Connell, 1998). Çalışan yoksulluğu da kadınlar arasında yüksektir. ILO 2004 raporunda kadınların tüm dünyada istihdamın %40'ını oluşturmalarına rağmen, çalışan yoksulların %60'ını oluşturduklarını ortaya koymuştur. İşgücü piyasalarının yeniden yapılandırılması ve kuralsızlaştırılması, bu eşitsizliği daha da keskinleştirmiştir (Ünlütürk Ulutaş, 2009).

Yoksunluğun toplumsal cinsiyet açısından değerlendirilmesinde pek çok hanede hala hakim olan cinsiyete dayalı iş bölümünün etkisi büyüktür. Yoksul ailelerde kadınlar daha çok ve daha uzun süreli çalışmaktadır. Ayrıca toplumda cinsler arasında var olan eşitsizlikler kadının yoksulluğu daha sarsıcı

bir biçimde yaşamasını beraberinde getirmektedir (TEPAV, 2009). Neoliberal politikalarla yeniden yapılanan güvencesizlik kadınlar üzerinde ek bir yük oluşturmaktadır. Kadınlar için yoksulluğun en belirgin etkisi, kötüleşen çevresel koşullarda ailesi ve kendisi için yaşam mücadelesi verirken karşılaştığı engeller nedeniyle yaşadığı tükenmedir. Bu durum kadınların diğer sağlık sorunlarına olan duyarlılıklarını artırır ve etkilerinin birikici olmasına neden olur. Tüm bunların yanı sıra, toplumda kadınlar kültürel ve sosyal normlar açısından daha az haklara sahiptirler. Bu durum onların sadece paraya değil, besin, toprak, zaman, statü, sağlık hizmeti ve fiziksel güvenlik gibi geniş bir yelpazedeki kaynaklara erişimleri açısından da geçerlidir. Özellikle gıdaya erişim olanaklarındaki eşitsizliğin sağlık üzerindeki etkisi üreme çağındaki kadınların gereksinimleri düşünüldüğünde daha da fazla önem taşımaktadır. Gıdaya erişim sorunu nedeniyle oluşan demir eksikliği anemisi kadının gebelikle ilgili hastalıklara ya da enfeksiyon hastalıklarına yakalanmasını kolaylaştırabilir (Doyal, 2002).

Sağlık, yoksulluk ve küresel yeniden yapılanma arasındaki toplumsal cinsiyet bağlantıları HIV/AIDS epidemisi örneğinde daha net olarak somutlaşmaktadır. Gelişmiş ülkelerdeki homoseksüel erkekleri etkileyen bir hastalık olarak ortaya çıkan AIDS zamanla yoksul kadınların en önemli katili haline gelmiştir. 1991'de 9-11 milyon erişkinin HIV pozitif olduğu, bunların da 3-5 milyonun kadın olduğu tahmin edilirken (Chin, 1991), 1997'de HIV pozitiflerin %41'inin, 2000'de ise %47'sinin kadın olduğu saptanmıştır (UNAIDS Fact Sheets, 2001). 2010 yılında ise HIV pozitif olan erişkinlerden 15.9 (%51) milyonunun kadın olduğu belirtilmiştir (UNAIDS, 2010). Hastalığındaki bu epidemiyolojik kaymanın nedenleri oldukça karmaşıktır ve yoksulluk en önemli belirleyicilerden biridir. Sosyal destek mekanizmalarının yetersiz olduğu ülkelerde kadınlar, hayatları tehlikede bile olsa kendilerini eşleriyle birlikte yaşamak zorunda hissetmektedirler. Güvenli olmayan sekse itiraz etmeleri ise kendileri ve çocuklarının hayatta kalma koşullarının ortadan kalkması anlamına gelmektedir. En çok da ücret karşılığı seks yaparak geçimlerini sağlayan kadınlar riske maruz kalmaktadır. Bu kadınların risklerini

artıran faktörlerden birisi biyolojik olarak duyarlılıklarının yüksek olmasıdır. Ancak yine bu kadınlar küresel yeniden yapılanma sürecinde yoksul toplumlarda bile daha önceden var olan destek mekanizmalarının azalmasından ve alternatif geçim kaynaklarının kalmamasından dolayı bu işlerde çalışmak zorunda kalmaktadırlar. Yoksul hanelerdeki kadınların sayılan bu sağlık sorunlarının yanı sıra şiddete uğrama olasılıkları da yüksektir. Kadına yönelik şiddet sadece yoksul toplumların sorunu değildir, ancak yapılan çalışmalar "yapısal uyum programları"nın uygulandığı ülkelerde yaşanan yoksulluk ve sosyal çatışma ortamlarında kadına yönelik şiddetin arttığı gözlenmiştir. Dünya Bankası'nın yoksulluk deneyimleri çalışmasına göre incelenen ülkelerin %90'ında kadına yönelik şiddet en önemli sorunlar arasında yer almıştır. Şiddetin arttığı yerlerin başında Doğu Avrupa ve Orta Asya gelmektedir ve bu bölgeler aynı zamanda ekonomik gerilemenin ve kamu kurumlarının en çok tahribata uğradığı yerlerdir (Doyal, 2002).

2. 2. Üretimin Küreselleşmesi

Neoliberal küreselleme süreci kadın emeğinin üretim sürecine katılım biçimlerinin şekillenmesinde etkili olmuş, kadınların ücret ve çalışılan işkolu bazındaki ayrımcılığını ortadan kaldırmak bir yana, daha da körüklemiştir. Kadınlar milli gelire yansımayan, geçimlik ekonomi ve ev-içi üretime (ücretsiz) katkılarına ek olarak, gerek az gelişmiş, gerekse sanayilemiş ülkelerde küresel üretime artan ölçülerde katılmaya başlamışlardır. Kadınların toplam istihdam içindeki payı kimi Latin Amerika ve Uzak Doğu ülkelerinde, dış ticaret, vergi ve gümrük mevzuatı açısından gümrük koruması dışında sayılan serbest bölgelerde kurulmuş olan sanayi sektöründe ve hizmetler sektöründe çok yüksek boyutlara ulaşmıştır. Özellikle de taşeron ve ev eksenli üretim biçimleri kadınlar arasında giderek yaygınlaşmıştır. Kadın istihdamındaki bu değişiklikler, son çeyrek yüzyılda önce Batı Avrupa'da ve daha yakın bir geçmişte de az gelişmiş ülkelerde yaygınlaşan işgücü piyasalarının esnekleşmesi süreciyle yakından ilgili olup işçi sendikalarının etkisizleştirilmesi ve ücretlerin düşük tutulması amacına yönelik bir gelişmedir (Şenses, 2004).

298

Kadınlar, esnekleşme ve güvencesizleşmenin yarattığı koşullarda büyük oranda geçici personel, yarı zamanlı, düşük ücretli işlerde hizmetçi, seks işçisi olarak çalışmakta ve bu iş kollarında eski risklere eklenen yeni risklerle karşılaşmaktadırlar (Frazer, 2009). Ücretli çalışma kadınlara hem maddi hem de sosyal açıdan önemli avantajlar sağlarken, çalışma koşullarının doğası ve işin örgütlenme biçimi nedeniyle de sağlıklarını tehdit etmektedir. Özellikle iş gücünün büyük bölümünün çalıştığı serbest bölgelerde kadınlar ağırlıklı olarak elektronik sanayide çalışmaktadırlar. Elektronik endüstrisi pek çok çalışmada üretim hattı olarak temiz ve kirlilikten uzak olan bir iş kolu olarak tanımlanmaktadır. Ancak burada çalışan genç kadınlar toksik maddelerin kronik ve karmaşık etkilerine maruz kalmaktadırlar. Bilgisayar terminallerinde ve hızlı makinalarla çalışanlardaki tekrarlayıcı zorlamalara bağlı yaralanmalar yeni eklenen iş ortamı tehlikeleridir (Doyal, 2002). Bazı esnek çalışma biçimlerinde, özellikle ev eksenli çalışan kadınların; ücret, sosyal güvenlik, ücretli tatil vb. haklardan tam gün süreli çalışanlar kadar yararlanamamaları, isin sürekli ve çalışma koşullarının sağlıklı olmaması, bu kişilerin iş kazalarına uğramalarına zemin hazırlamaktadır.

Ayrıca özellikle kirli sanayinin dünyanın az gelişmiş bölgelerine kaydırılması bu bölgelerdeki ekolojik dengenin de bozulmasına ve çevresel sorunlara yol açmaktadır. Geçimlik etkinliklerdeki sorumlulukları nedeniyle kadınlar çevresel bozulmaların yarattığı sorunlardan daha fazla etkilenmektedirler. Hindistan'ın bir bölümündeki ormanların yok edilmesi kadınların yakacak sağlamak için her gün kafalarındaki odun yüküyle daha fazla saatler yürümesi anlamına gelirken, pek çok Afrikalı içinse suya ulaşmak için uzun mesafelerin katedilmesidir (Doyal, 2002).

Kadınlar özellikle ev içindeki özellikle çocuk bakımı ile ilgili sorumluluklarını gerçekleştirebilmek için yarı zamanlı işlerde ve çoğunlukla da informal sektörde çalışmaktadırlar. Ancak kadınların iş yaşamındaki sorumlulukları artmasına rağmen, ev içindeki sorumlulukları aynı şekilde devam etmektedir. Avrupa Birliği'nde yer alan 27 ülkede yapılan çalışmada, tam zamanlı çalışan erkeklerin haftada ortalama 43 saat

ücretli işlerinde çalışırken sadece 7,9 saatlerini ücreti ödenmeyen işlere (çoğu ev ve çocuklara ayrılan zaman) ayırdığı, kadınların ise 40 saat ücretli işlerde çalışırken, 23 saatlerini ücreti ödenmeyen işlere ayırmak zorunda kalmaktadırlar (**European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2005**). Bu da pek çok kadının kaldırabileceklerinden fazla bir iş yükü altında kalmalarına ve sağlıklarının etkilenmesine neden olmaktadır.

2. 3. Ticaretin Serbestleşmesi

Ticaretin serbestleşmesi özellikle büyüme peşinde olan az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde vergi, gümrük gibi düzenleyici sistemlerin zayıflatılması, bu ülkelerde sağlıksız olan ürünlerin aktif olarak pazarlanmasına neden olmuştur (**Doyal, 2002**). Ticaret serbestliğinin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri özellikle sigara üzerinden örneklenebilir. Kadın ve erkekler için sigara benzer riskleri taşımaktadır. Ancak sigara kadın ve erkekler arasındaki sigara içme sıklıkları izlendiğinde, son yıllarda değişen bir dağılım gözlenmektedir. Özellikle Avustralya, Kanada, Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde sigara kullanımı kadınlarda azalırken, güney, orta ve doğu Avrupa'da kadınlarda sigara içme oranı ya artmakta ya da her hangi bir azalma göstermemektedir (**Shafey, 2009**). Ayrıca yetişkin erkekler de sigara içme oranları kadınlardan daha fazla iken 13-15 yaş grubu kız ve erkek çocuklar arasındaki sigara içme oranları arasındaki fark çok azalmış, hatta 25 ülkede kızlarda erkeklerden daha yüksek oranlar saptanmıştır (**Eriksen, 2012**). Bu değişimi yaratan faktörler oldukça karmaşıktır ancak endüstrinin kadınları önemli bir yeni pazar olarak hedef seçmesi ve tanıtım faaliyetlerini bunun üzerinden yürütmesi de en azından bu nedenler arasında yer almaktadır (**Doyal, 2002**). Sigara şirketleri sadece kadınları hedefleyen daha uzun, ekstra ince ve mentol içerikli gibi markalar üretmişler ve pazarlama stratejilerinin bu yeni ürünler üzerinden belirlemişlerdir (**Shafey, 2009**). Artan bu sigara içme oranları üzerinden gelecekte kadın ölüm nedenleri arasında akciğer kanseri ve kalp hastalıklarının artacağı düşünülebilir.

Neoliberal düşüncenin yarattığı serbest piyasa dinamikleri içinde, sağlık hizmetleri ve ilaçlar da diğer hizmetler ve ürünler gibi algılanır. Bunun yarattığı sonuç ise, müşterileşen hastaların, kendilerini hem hastalıklar hem de tedavi ve ilaçlar hakkında bilgilendirmek hem de doktorlardan bu tedavi ve ilaçları talep etmekle yükümlü hale gelmesidir. Tüketici odaklı bu sistemde bilinçlenme ve farkındalık söylemleri büyük ölçüde ilaç şirketleri tarafından piyasa kuralları temelinde yönlendirilir. Bu yaklaşım özellikle kadınlar üzerinden işler ve önceden hayatın sıradan süreçleri olarak algılanan menapoz, hamilelik ve yaşlanma gibi durumların birer hastalık ya da risk faktörü haline gelmesine neden olur (**Erol, 2011**).

2. 4. Ulus Devlet Yapısının Yeniden Şekillendirilmesi

1980'lerden itibaren uygulanmaya başlayan neoliberal politikalar doğrultusunda yürütülen sağlık reformları, devletin sosyal sorumluluklarından çekilmesi ve sağlığın ticarileşmesi olarak karşımıza çıkmaktadır (**Standing, 2002**). Ulus devletin sosyal hizmetlerin sunumundan çekilmesi hem doğrudan hem de dolaylı olarak kadın sağlığını etkilemektedir. Ancak bu süreçleri toplumsal cinsiyet bakışı ile değerlendiren çalışmaların yetersiz olması kadın ve erkek üzerindeki farklı etkilerin görünmez olmasına neden olmaktadır.

Devletin sağlık sektöründeki rolünü azaltan, sağlık reformları kadınların sağlık kurumlarına erişimlerini engelleyerek onların sağlığını doğrudan etkilemektedir. Ayrıca kamu sektörünün sosyal alandaki desteğinin azalması kadının ev içi emeğinin artmasına neden olarak kadın sağlığını dolaylı yollarla da etkilemektedir. Kadınlar, ücretli ve ücretsiz işlerin rekabet içinde olan talepleri ortasında dinlenme veya yenilenme için zaman bulamamaktadırlar. Devletin yaşlı, engelli ve çocuk bakımı alanlardaki desteğinin azalmasıyla, kadınların diğer işleri arasına duygusal ve fiziksel özellikleri olan bakım emeği işi de eklenmiş, bakım verenlerin bakım ihtiyacı ise dikkate alınmamıştır. Sosyal refah ve sağlık üzerindeki bu baskıların etkisini ölçmek oldukça zordur ancak, dünyanın pek çok ülkesindeki yoksul

kadınların maruz kaldıkları fiziksel ve psikolojik baskının arttığı oldukça açıktır (Östlin, 2005). Neoliberal küreselleşme yukarıda açıklanan dört temel yapısal özelliği üzerinden, kadınları daha da yoksullaştırarak, esnek üretim süreçlerinde uysal işçiler olarak ve kötü çalışma koşulları altında çalıştırarak sağlıklarını bozarken, devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesiyle de sağlık hizmetlerine erişimlerini kısıtlamıştır.

III. Neoliberal Sağlık Reformları Kadın Sağlığını Nasıl Etkiliyor?

Neo-liberal politikalar çerçevesinde gelişen sağlık reformlarının temel amacı sağlık harcamalarının sınırlandırılması, kamu sağlık harcamalarının azaltılması, kamu dışı kaynak yaratılması ve var olan kaynakların verimli kullanılması olarak özetlenebilir. Küresel rüzgârların ülkeler ve şirketler arasında acımasız bir rekabeti öngördüğü, sosyal hakların istihdam açısından engel olarak tanımlandığı ve sıcak para hareketleri sayesinde finansal gücün ciddi ekonomik krizlere yol açtığı bu dünyada, sağlık hizmetlerinin verimliliğinin yükseltilerek maliyetinin düşürülmesi, uygulanan sağlık reform programlarının ana hedefi olarak tanımlanmıştır. Neo-liberal politikalar çerçevesinde kamu sağlık sektörünün verimsiz ve nitelsiz olarak etiketlenmesi, hizmet sunumu ile finansmanın ayrıştırılarak devletin hizmet sunumundan çekilmesi, hizmet satın alma ve hastanelerin özleştirilmesi gibi yerelleştirme politikaları ile sağlık alanını tümüyle piyasa aktörlerinin rekabetine açarak mevcut sorunlara çözüm getirileceği öne sürülmektedir (Lister, 2008).

Sağlık sistemleri aynı finansal ve siyasal aktörler tarafından yönetilse de reformlar ülke ya da bölgelere göre farklı uygulamalarla gerçekleştirilmektedir. Sağlık reformları, kadınları ve erkekleri sağlık sisteminde hizmet sunan ve hizmeti kullanan olarak farklı şekilde etkilemektedir. Ancak kadınlar ve erkeklerin de kendi içinde homojen gruplar olmadığı, her iki cinsiyetin de yaş, sınıf ırk ve etnik kökenlerine göre farklı etkilenimler yaşadığı unutulmamalıdır. Yazının bundan sonraki bölümünde neoliberal sağlık politikalarının kadın sağlığın olan etkileri hizmet kullanıcısı ve hizmet

sunucusu olan kadınlar açısından iki başlık altında açıklanacaktır.

3. 1. Sağlık hizmeti kullanıcısı olarak kadınlar

Genel olarak sağlık reformlarının uygulandığı ülkelerde vergiyle finansmandan sigorta sistemine geçiş sözkonusudur. Sigorta sistemi prim ödemeyenin hizmetten yararlanmadığı ve hizmetin kapsamının teminat paketi ile sınırlı olduğu bir sistemdir. ABD'de kadınların özel sigorta primlerini ödemek için daha az finansal kaynaklara sahip oldukları belirlenmiştir (Östlin, 2005). Özellikle Latin Amerika da yaşanan sağlık reformları sürecinde finansmandaki değişim, sağlık sigortası prim ödeme sistemini değiştirmiştir. Çalışanların gelirlerine göre belirlenen prim ödeme sisteminden riske göre belirlenmiş prim ödeme sistemine geçiş yaşanmıştır. Şili'de yaşanan değişim sonrasında kadınlar üreme ile ilgili maliyetler için ekstra prim ödemek ya da bu harcamalarını cepten yapmak zorunda kalmışlardır. Bu sistemde hazırlanan sigorta planları "uteruslu" olanlar ve "uteruslu olmayanlar" için olarak tanımlanmakta ve ilk gruptakilerin maliyetleri ikinci gruptan üç kat daha fazla olabilmektedir (Günümüzdeki yasalarla bu ayrımcı söylem yasaklansa da hala aynı şekilde uygulamaya devam eden sigorta şirketleri vardır) (Tejar, 2007; Onyang, 2001). Peru'da sağlık reformu sonrasında sigorta kapsamı gebe ve yeni annelere ek olarak, 40 yaş üstü kadınların kanserlerinin taranması, aile planlaması ve düşük sonrası tedavilerini de kapsayarak genişledikten çok kısa bir süre sonra sadece gebelik, doğum ve sonrası hizmetlere gerilemiştir (Rousseau, 2007).

Sigorta uygulamasının yapıldığı ülkelerde hizmet sunumunda temel teminat paketi esas alınmaktadır. Temel teminat paketlerinin belirlenmesi hastalıkların yarattığı DALY (Engellilik Nedeniyle Kaybedilen Yaşam Yılı) kayıplarının hesaplamasına dayanır. Ancak bu teknikle yapılan hesaplamalar toplumsal cinsiyet eşitliği açısından sorunlar vardır. Özellikle üreme sağlığı sorunları ile ilgili hesaplamalarda toplumsal cinsiyet ve toplumsal normların etkisi hesaba katılmaz. Bu hesaplamada kimin maruz kaldığının önemi yoktur, ayrımcılığa uğrama,

damgalama, dışlama gibi sosyal etkiler ölçülemez (Murty, 2004). Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, kadına karşı şiddet gibi sorunlar damgalanma korkusuyla daha az bildirilir ve bu yüzden de daha az oldukları düşünülür. Ayrıca özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar kadınlarda daha az belirti verdikleri için hastalık olarak algılanmayabilirler. Cinsel yolla bulaşan hastalığı olan kadınların %50 ile %80'i ya semptomsuzdur ya da semptomlarının farkında değildir. Sağlık istatistiklerine ve toplum tabanlı sorgulamalara yansımayan bu sorunlar çoğunlukla görünmez olarak kalır (Östlin, 2005). 1993'ten bu yana birçok ülke DALY hesaplamalarına dayalı olarak belirlenmiş Dünya Bankası'nın temel teminat paketini kullanmaktadır. Bu teminat paketin içinde; gebelik öncesi bakım, doğum (acil doğum hizmeti dışında), aile planlaması, CYBH tedavisi, AIDS önleme programı yer almaktadır. Acil doğum, şiddette maruz kalan kadının tedavisi ve infertilite bu paketin içindeki öncelikli sorunlar arasında değildir (Murty, 2004). Bu tekniğin özünde var olan sorunları nedeniyle sağlık sistemlerinde kaynakların dağıtılmasında yöntem olarak kullanılması sağlıktaki eşitlik ilkesinin gerçekleşmesi açısından oldukça tehlikelidir. Sağlık alanındaki eşitliğin sağlanabilmesi için önceliklerin hastalıklar üzerinden değil özellikle soyal olarak dezavantajlı grupların sağlık hakkı üzerinden belirlenmesi gereklidir (AbouZahr, 1999).

Sağlık reformlarında ikinci ve en önemli finansman kaynağı cepten ödemelerdir. Bu ödeme biçimi, kullanıcı ödentisi ya da katkı payı adları altında vatandaştan alınmaktadır. OECD ülkelerinde vergi sisteminde cepten ödemelere doğru olan değişim özellikle yoksulların sağlık hizmetine erişimini engellemiş, daha da yoksullaşmalarına neden olmuştur (Östlin, 2005). Kullanıcı ödentilerinin daha fazla bütçe yaratarak hizmetin kalitesini arttıracığı varsayılır oysa bu kanıtlanamamıştır; kullanıcı ödentileri ne ekstra bir avantaj yaratmış ne de erişimde eşitliği sağlayabilmiştir (Nyonator, 1999). Bu durum, finansal kaynaklara ve sosyal haklara erkekelere göre daha az erişebilen kadınlar açısından baktığımızda daha da önem kazanmaktadır (Östlin, 2005). Kullanıcı ödentilerinin toplumsal cinsiyet eşitsizliğini arttırdığı Tayland'da yapılan çalışmalarda

gösterilmiştir (Pannarunothai, 1997). Kişiler, aile planlaması ve izlemler gibi koruyucu hizmetler için para ödemek istemezler, hizmet paralı olursa da bu hizmeti almazlar. Sahra altı Afrika'da kullanıcı ödentileri aile planlaması hizmetini aksatmıştır. Çin'in Dongland bölgesinde kullanıcı ödentileri doğumlarda sağlık kurumu kullanımını azaltmış, düşük gelirli orta ve yüksek gelir grupları arasında eşitsizlikleri artırmıştır. Hindistan Rajasthan'da 1980'den hastane hizmetlerinde kullanıcı ödentisi alınmaktadır, bunun sonucunda doğum, doğum öncesi hizmet ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarda hizmete erişimde sorunlar yaşanmıştır (Murty, 2004). Ayrıca kadınlar hizmeti daha çok kullandığı ve çocukları için yapılan başvuruları da ödedikleri için daha fazla cepten ödeme yapmaktadırlar (Ewig, 2009).

Sağlık reformları kadınlar için, sağlık hizmetine erişimde eşitlik, gelire oranla harcamada eşitlik ve hizmetin sonuçları açısından eşitlik sağlayamamıştır (Standing, 1997). Kadın sağlığı ve üreme sağlığı sorunları, Afrika, Güney Amerika ve Asya'da sağlık reformlarının uygulanması sürecinde değerlendirildiğinde önerilen çözümler; sağlığa daha fazla kaynak aktarılması, sosyal ve ekonomik yapıyı dikkate alan eşitlikçi bir yaklaşımın benimsenmesi, demokratik bir devlet yapısının güçlendirilmesi, sağlık sisteminin kamu kaynaklarıyla güçlendirilmesi, hak taleplerinin canlı olduğu bir toplumsal yapının güçlendirilmesi olarak belirlenmiştir (Murty, 2004). Bu öneriler sağlık reformlarının dayandığı neoliberal ideolojinin dayandığı tüm yaklaşımların tersine uygulamaların hayata geçirilmesiyle ancak gerçekleştirilebilir.

3. 2. Sağlık hizmeti sunucusu olarak kadınlar

Neoliberal sağlık politikalarının dayattığı özelleştirmeler, sağlık hizmeti sunumunda özel sektör yönetim tarzının benimsenmesine neden olmuştur. Pek çok ülkede sağlık yöneticileri maliyetleri azaltmak, verimliliği yükseltmek için çalışan başına düşen hasta sayısını artırmıştır. Bu bir yandan çalışanların iş yükünü artırırken, bir yandan da iş yükünün daha az kalifiye olan personele doğru kaymasına yevmiyeli ya da taşeron çalışanların sayısında artışa neden olmuştur.

Hekim dışı sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu kadınlardan oluştuğu için, sağlık sektöründeki çalışma koşullarında gerçekleşen değişimler en çok da kadın çalışanları etkilemektedir. Kanada da sağlık kurumlarında gerçekleşen özelleştirmeler, hizmetin daha düşük kalitede, daha maliyetli olmasına ve çoğu kadın olan sağlık çalışanlarının gelirlerinin azalmasına neden olmuştur. İsveçte yaşanan süreçte Stockholm'de 1990'da 67 000 olan sağlık çalışanı sayısı 2004'de 41 000'e düşmüştür, hemşirelerdeki düşme %50 iken hasta bakıcılarda %80'ler civarında olmuştur. Sağlık çalışanlarını temsil eden bir çalışmada tüm sağlık çalışanlarında iş miktarının ve stres düzeyinin, arttığı gösterilmiştir. Bu etmenlerin yarattığı tükenmişlik bulgularına bağlı kısa ve uzun dönemli işe devamsızlığın özellikle kadınlarda arttığı saptanmıştır (Östlin, 2005). Sağlık reformları sağlık çalışanları için esnek istihdam biçimlerinin yaygınlaşmasına neden olmuştur. Esnek çalışma biçiminin en tipik örneği olan yarı zamanlı çalışma özellikle kadın sağlık çalışanlarında hızla artmaktadır. Sağlık sektöründe kadınlarda yarı zamanlı çalışma %38.4 iken erkeklerde %14.3'tür. Bunun en önemli nedeni kadınların ev içindeki bakım sorumlulukları nedeniyle bu tür çalışmayı daha çok tercih ediyor olmalarıdır. Yarı zamanlı çalışma aynı günde birden fazla birbirinden çok farklı işyerinde çalışmaya neden olduğu için iş stresini artırmaktadır. Ayrıca yarı zamanlı çalışmada çalışanların sosyal yardımlardan (kreş, işçi sağlığı ve iş güvenliği) yararlanmaları da azalır (Özkan, Çatıker, 2010).

Tüm hizmet sektörlerinde olduğu gibi, sağlık sektöründe de neoliberal politikaların yarattığı kar baskısı nedeniyle gündemde olan verimlilik ve müşteri memnuniyeti yaklaşımları çalışanlardan sadece fiziksel değil aynı zamanda duygusal emekte beklenmesine neden olmaktadır. Hizmet sektörü çalışanlarının müşterilerine karşı yüz ifadeleri ve konuşmaları, bedenleriyle yarattıkları duygusal ifadelerin toplamı duygusal emek olarak tanımlanmaktadır. Bu süreçte çalışanların kendilerine ait, emek dışı diye düşündüğümüz duyguları da artık onların verdikleri hizmetin bir parçası olmuş, yani bir metaya dönüşmüştür. Duygusal emek özellikle, uçuş görevlileri, hemşireler, çağrı merkezi ve

güvenlik emekçilerinde esenlik, rahatlık, tatmin ve heyecan gibi hisleri üreten bir emektir (Yücesan, Özdemir, 2010). Duygusal emek yoğun iş alanlarından biri olan hemşirelik mesleğinde de tükenmişlik ve depersonalizasyon gibi psikolojik etkilenimler sık görülmektedir (Mann, 2005).

Sağlık alanında kadınlar hizmet üretimine sadece ücretli işler üzerinden katılmazlar, geleneksel olarak evdeki hastaların bakım süreçlerinin çoğu da kadınlar tarafından gerçekleştirilir. Sağlık reformlarının verimlilik ve performansa dayalı ödeme baskısı hastane yatış gün sayılarının azalmasına, bu da kadının evdeki hasta bakım yükünün artmasına neden olmuştur (Ewig, 2009). Evde bakım hizmetlerinin kadınlar tarafından sunumu kadınların; ücretli işlerde çalışmalarını sınırlamakta ya da engellemekte, yarı zamanlı ya da enformel işlerde çalışmalarına yol açmakta, ekonomik bağımsızlıklarını ortadan kaldırmakta, kısa ya da uzun dönemde sosyal güvenliklerini azaltmaktadır (George, 2007; Messing, 2006).

IV. Sonuç

Kapitalizm ve seksenlerden bu yana yaşanan şekli olan neoliberal küreselleşme kadın sağlığını hem biyolojik özellikleri hem de toplumsal konumu açısından erkeklerden farklı şekilde etkilemektedir. Bu yazıda kadınların etkilenimleri dünya örnekleri üzerinden açıklanmıştır. Tabii ki tüm bu süreçler ülkemizde de kadınların sağlığını benzer süreçler üzerinden etkilemektedir. Ancak Türkiye'deki dinamikler ve yaşanan sorunlar ayrı bir yazının konusu olacak kadar geniş olduğundan burada yer verilmemiştir. Neoliberal politikalar kadınları daha fazla yoksullaştırarak, esnek üretim süreçlerinin sadık işçileri olarak üretimin kaydırıldığı az gelişmiş ülkelerdeki sağlıksız çalışma koşullarında çalıştırarak, sağlık risklerine daha fazla maruz kalmalarına neden olmaktadır. Devletin desteğinin sağlık hizmetinden çekilmesi ile de kadınların sağlık hizmetine erişimleri kısıtlanmaktadır. Ancak bu etkilenimleri ortaya çıkaracak verilerin kadınlara özgü olarak toplanmadığı ve bu konuda yapılmış araştırmalarında kısıtlı sayıda olması dikkat çekicidir. Kadın sağlığı açısından kapitalizmin etkilerinin

görünür kılınması sağlık hakkı mücadelesinin kadın ve emek mücadelesinin ortaklaştığı bir alan olarak değerlendirilmesi açısından oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

- AbouZahr, C.** (1999) Disability adjusted life years (DALYs) and reproductive health: A critical analysis. *Reproductive Health Matters*, 7(14):118-129.
- Chin, J.** (1991) Global estimated of HIV infections and AIDS cases: 1991, in *AIDS 1991, A Year Review, Current Science*, p.57-561.
- Connell, R W.** (1998). *Toplumsal Cinsiyet ve İktidar*. (Çev: Soydemir C.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları
- Doyal, L.** (2002) Putting gender in health and globalization debates: New perspectives and old challenges. *Third World Quarterly*, 23(2):233-250.
- Eriksen, M., Mackay, J., Ross, H.** (2012) *The Tobacco Atlas*. Fourth Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; NY: World Lung Foundation; New York 2012. Erişim adresi: www.TobaccoAtlas.org. Erişim tarihi: 15 Kasım 2012.
- Erol, M.** (2011) *Neoliberalizmin İkinci Baharı: Türkiye'de Menapozun Toplumsal İnşası*. Özbay C, Terzioğlu A., Yasin Y. *Neoliberalizm ve Mahremiyet, Türkiye'de Beden Sağlık ve Cinsellik içinde* (I. Basım), İstanbul: Metis Yayınları.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.** (2005) *Fourth European Working Conditions Survey*. Dublin. Erişim adresi: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf> Erişim tarihi : 15 Eylül 2012.
- Ewig, C., Bello, A.H.** (2009) Gender equity and health sector reform in Colombia: Mixed state-market model yields mixed results. *Social Science and Medicine*, 68: 1145-1152.
- Fraser, N.** (2009) *Feminism, capitalism and the cunning of history*. *New Left Review*, 56: 97-115. Erişim adresi: <http://www.newleftreview.org>. Erişim tarihi: 1 Eylül 2012.
- George, A.** (2007). *Human Resources for Health: A Gender Analysis, Review Paper, Women and Gender Equity, and Health Systems. Knowledge Networks (KNs) of the WHO Commission on the Social Determinants of Health*. Erişim adresi: http://www.sarpn.org/documents/d0002790/HR_health_George_Jul2007.pdf Erişim tarihi: 15 Eylül 2012
- Kazgan, G.** (2002) *Küreselleşme ve Ulus-Devlet-Yeni Ekonomik Düzen*. İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Lister, J.** (2008) *Sağlık Politikası Reformu. Yanlış Yolda mı Gidiyoruz? Küresel Sağlık Reformu Endüstrisi Eleştirel Klavuzu*. İstanbul: İnsev Yayınları.
- Mann, S.** (2005) *A health-care model of emotional labour: An evaluation of the literature and development of a model*. *Journal of Health Organization and Management*, 19(4/5): 304 - 317.
- Messing, K., Östlin, P.** (2006) *Gender Equality, Work and Health: a review of evidence*, WHO. Erişim adresi: <http://www.who.int/gender/documents/Genderworkhealth.pdf>. Erişim tarihi : 15 Eylül 2012.
- Murthy, R., Pinho, H., Ravindran, S.T.K., Romero, M.** (2004) *Health Sector Reforms and Sexual Reproductive Health Services*, Womens Health Project, South Africa.
- Navaro, V.** (1998). *Neoliberalism, globalization, unemployment in equalities and welfare state*. *International Journal of Health Services*, 28(4):59-63.
- Nyonator, F., Kutzin, J.** (1999) *Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana*. *Health Policy and Planning*, 14(4): 329-341.
- Onyang, C.** (2001) *Gender and Equity in Health Sector Reform: A Review of the Literature*. PAHO/WHO Washington DC. Erişim adresi: <http://www.paho.org/english/dpm/gpp/gh/reformlitreview.pdf>. Erişim tarihi: 1 Ağustos 2012.
- Organizaton for Economic Co-operation and Development (OECD).** (2008) *Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries*. Erişim adresi: www.oecd.org/bookshop Erişim tarihi: 15 Eylül 2012,
- Östlin, P.** (2005) *What Evidence is There About the Effects of Health Care Reforms on Gender Equity, Particularly in Health?*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report. Erişim adresi: <http://www.euro.who.int/Document/E87674.pdf>. Erişim tarihi: 1 Ağustos 2012.
- Özkan, Ö., Çatiker, A.** (2010) *Sağlık Sektöründe Esnek Üretim ve Sağlık Emek-Gücüne Etkileri*. Sosyal Araştırmalar Vakfı, Almanak-2009 Analizleri içinde, İstanbul: Ezgi Matbaası
- Pannarunothai, S., Mills, A.** (1997) *The poor pay more: Health-related inequality in Thailand*. *Social Science & Medicine*, 44:1781-1790.
- Rahmena, M.** (2009) *Sefaletin Yoksulluğu Kovduğu Bir Dünya*. (Çev: Ünsaldı Ş.) Ankara: Özgür Üniversite.
- Rousseau, S.** (2007) *The Politics of reproductive health in Peru: Gender and social policy in the global South*. *Social Politics*, 14(3):93-125.
- Shafey, O., Eriksen, Ross M., Mackay, J.** (2009) *The Tobacco Atlas*. Third Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; NY: World Lung Foundation; New York. Erişim adresi: www.TobaccoAtlas.org. Erişim tarihi: 15 Kasım 2012.
- Standing, H.** (1997) *Gender and equity in health sector reform programmes: A review*. *Health Policy and Planning*, 12(1):1-18.
- Standing H.** (2002) *An overview of changing agendas in health sector reform*. *Reproductive Health Matters*, 10 (20): 19-28.
- Şenses, F.** (2004) *Neoliberal Küreselleme Kalkınma için Bir Fırsat mı, Engel mi?*. ERC Working Paper in Economic. Erişim adresi: <http://erc.metu.edu/menu/series04/0409.pdf>. Erişim tarihi: 1 Kasım 2012.
- Tajer, D.** (2007) *Globalization, reforms and Right to Health: The Case of Latin America*, *Womens Health Journal*, 2:5-17. Erişim adresi: <http://www.reddesalud.org/administrador/files/arc/revistain/4257085104b7ca8aea22e7.pdf> Erişim tarihi: 15 Eylül 2012
- TEPAV.** (2009) *Kadın Yoksulluğu, TEPAV Değerlendirme Notu*. Erişim adresi: http://www.tepav.org.tr/upload/files/1271312994r5658.Kadin_Yoksullugu.pdf Erişim tarihi: 15 Eylül 2012
- UNAIDS Fact Sheets.** (2001) *Gender and HIV, HIV/AIDS*. Erişim adresi: <http://www.unaids.org/en/Resources/PressCentre/Factsheets/>. Erişim tarihi: 15 Ekim 2012.
- UNAIDS.** (2010) *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010*. UNAIDS/10.11E I SC1958. Erişim adresi: http://www.unaids.org/globalreport/global_report.htm. Erişim tarihi: 15 Ekim 2012.
- Ünlütürk-Ulutaş, Ç.** (2009) *Yoksulluğun kadınlaşması ve görünmeyen emek*. *Çalışma ve Toplum*, Sayı: 21 Erişim adresi: <http://calismatoplum.org/sayi21/ulutas.pdf>
- Yenimahalleli-Yaşar, G., Uğuroğlu, E.** (2010) *Neoliberalizm, küreselleşme ve sağlık*. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 9(1):1-11.
- Yücesan-Özdemir, G.** (2010) *"Ekme ve gül": Güvencesiz çalışan kadınların sağlığı*. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 37:5-9.