

Yaşlı sağlığının sosyal belirleyicileri**Social determinants of health among older people**

Aliye Mandıracıoğlu

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Öz

Toplumda kırılgan gruplardan biri de özellikle de sosyal ve ekonomik yoksunluk içinde olan yaşlılardır. Cinsiyet, yaş, ırk, etnisite, eğitim, sosyoekonomik durum, yaşam standartları, yaşanılan yer, fakirlik, yalnızlık, sosyal izolasyon, sosyal dışlanma yaşlı sağlığının önemli sosyal belirleyicileridir. Sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlık eşitsizliklerini ortaya çıkaran faktörlerdir. Sosyal faktörlerin sağlığa etkisinin anlaşılması ve bunlara karşı eylemler, yaşlılar için hayatidir. Bu makalede, yaşlı sağlığını etkileyen sosyal belirleyicilerin önemi hakkında literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Sosyal belirleyiciler, sağlık, yaşlı.

Abstract

One of the vulnerable group in community is the elderly people who particularly suffer from social and economic deprivation. Gender, age, race, ethnicity, education, socioeconomic status, living standards, geographic location, poverty, loneliness, social isolation and social exclusion are important social determinants of health among older people. Social determinants are powerful predictors of health inequities and disparities. Understanding the effects of social factors on health and actions on the social determinants of health for elderly people are vital. This article reviews literature on the importance of social determinants in shaping health of elderly people.

Keywords: Social determinans, health, elderly.

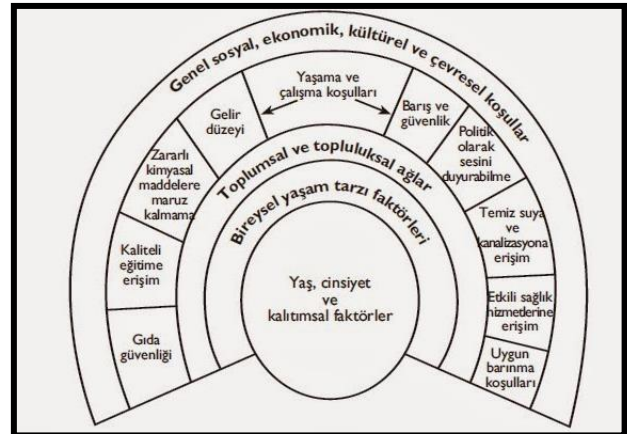
Giriş

Sağlık bir insanlık hakkıdır. Kişinin sağlığı, çevrenin, öncelikle de sosyal çevrenin etkisi altındadır. Çevredeki olumsuz faktörler düzeltilmeden sağlık sorunlarının kontrol altına alınması olanaklı değildir. Sağlığı etkileyen faktörler, Şekil-1 ve Şekil-2'de özetlenmektedir. Sağlığı ele alırken yaşlının iyilik halini bütüncül olarak değerlendirmek ve sağlığı etkileyen sosyal faktörlere karşı duyarlı olmak önemlidir (1,2,3). Tüm insanların olduğu gibi yaşlıların da sağlığını olumsuz etkileyen sosyal belirleyiciler; düşük gelir, kötü barınma ve çalışma koşulları, gıda güvencesizliği, iş güvencesizliği, ayrımcılığa maruz kalma, sosyal izolasyon, eğitimsizlik gibi sahip olunan durumlardır. Aynı zamanda, sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlık eşitsizliklerini ortaya çıkaran faktörlerdir.

Sağlıkta eşitsizliklerin ve sağlık sorunlarının kök nedeni, sağlığı etkileyen yapısal faktörlerdir.

Sosyal ve politik mekanizmalar, sosyal güvenlik, çalışma yaşamı, eğitim sistemi, kurumlar, kültürel değerler sağlığı etkileyen yapısal faktörlerdir.

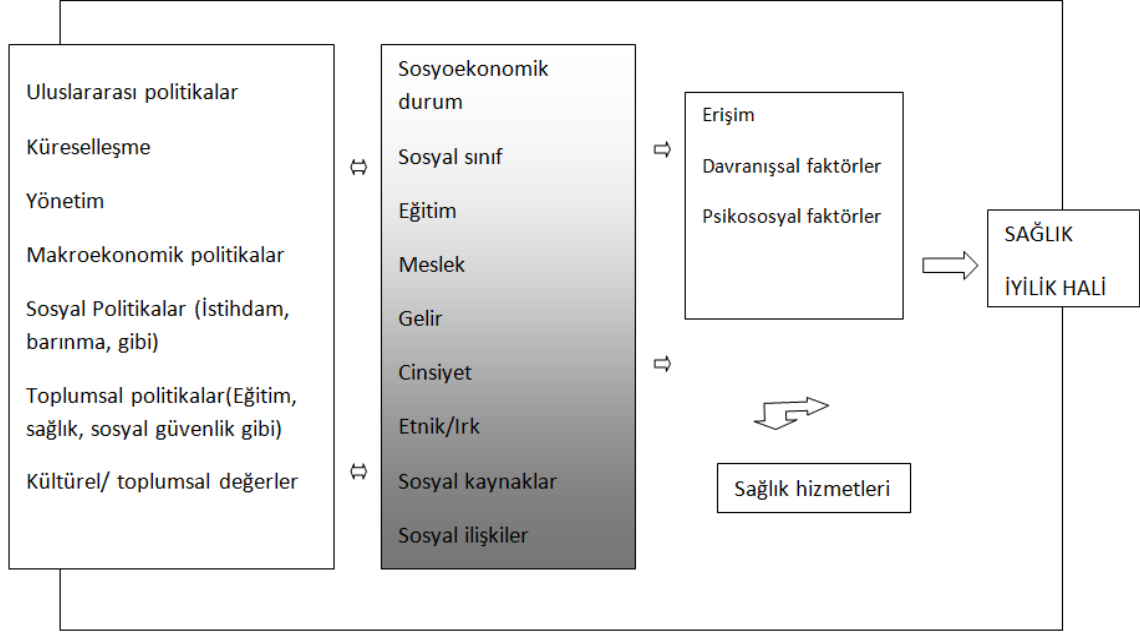
Bu yapısal mekanizmalar sosyal hiyerarşiyi; gelir, eğitim, meslek, sosyal sınıfa göre şekillendirir. Bu faktörler bir toplumda farklı gruplarda kaynakların ve gücün nasıl dağılacığını belirler. Bireyin kırılganlığı bu yapısal faktörlerle ortaya çıkmaktadır. Ulusal veya küresel gücün, gelirin, kaynakların, eşitsiz dağılımı sonucu insanların yaşamında görünür farklılıklar ortaya çıkar, sağlık hizmetlerine ve eğitime erişimleri, yaşam koşulları, iş koşulları farklılaşır (6).



Şekil-1. Sağlığı etkileyen faktörler (4 numaralı kaynaktan alınmıştır.)

Yazışma Adresi: Aliye Mandıracıoğlu

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bornova, İzmir



Şekil-2. Sağlığı etkileyen sosyal faktörler (5 numaralı kaynaktan alınmıştır.)

Sağlığı Etkileyen Etkenler

Sağlığı etkileyen etkenlerden en önemlisi yoksulluktur. Yoksulluk basitçe gelirin azlığı değildir, kişinin toplum katılımını belirleyen kaynak yetersizliği ve çoklu yoksunluğudur. Bir toplumun veya toplumun bir bölümünün gelir düzeyinin ortalama yaşam düzeyinin çok altında; eğitim, sağlık, yeme-içme, barınma, giyinme gibi zorunlu gereksinimleri karşılayamayacak derecede düşük olmasıdır (7). Kişinin gelir düzeyi, yaşam koşullarını, diyeti, yaşam tarzını şekillendirir. Bunların toplumda dağılışı, yani eşitsizlikler de sağlığı etkiler. Gelir eşitsizliğinin yüksek olduğu toplumlarda fakirlerin oranı daha fazladır. Gelir eşitsizliği sosyal sermaye açısından da olumsuzluk yaratır (8). Sağlıkta eşitsizlik, yaşamın diğer alanlarındaki eşitsizliklerden ortaya çıkmaktadır. Yoksulluk, işsizlik, eğitimsizlik ile yüksek mortalite, yüksek morbidite ve kötü sağlık algısı ilişkilidir (8).

Kişinin sağlığı nerede doğduğuna göre değişebilmektedir. Japonyada doğan bir kişinin 81.9 yıl yaşaması beklenirken, Sierra Leone’de doğan bir kişi, 34 yıl daha az yaşam şansına sahiptir. Toplumlar arasında sağlık durumu açısından derin uçurumlar vardır. Aradaki bu farkı biyolojik nedenlerle açıklamak olanaklı değildir. Aynı ülkede bölgesel eşitsizlikler de sağlığa yansımaktadır (8). İtalya’nın kuzeyinde beklenen yaşam süresi erkek/ kadında 77/84 iken güneyde daha düşüktür (9).

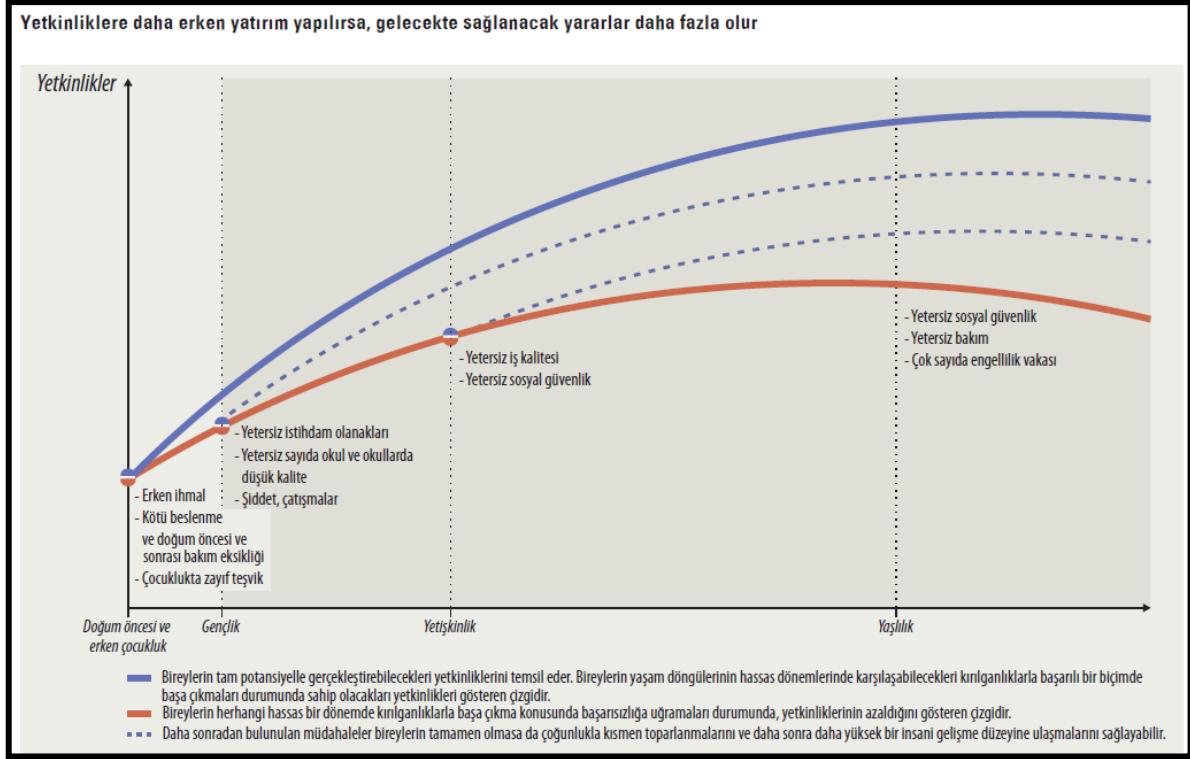
Cinsiyet, ırk, yaş, köken, sınıf, gelir veya mülk, dil, din, mahkûmiyet, görüş, cinsel yönelim, sağlık veya engellilik gibi durumların yasalar önünde eşit olmayan muameleye gerekçe olamayacağına altı çizilmektedir. İnsanların

temel gereksinimleri karşılanmadıkça sağlığın düzeltilmesinden bahsedilemez. Eşitsizlikleri azaltan sosyal politikaların oluşturulması, sağlığı etkileyen sosyal faktörleri düzeltilebilir (9). Sağlıkta eşitsizlikler toplumdaki eşitsizliklerden doğmaktadır. Ekonomik büyüme, sosyal kalkınma, çevrenin korunmasını sağlayan ve uluslararası politikalarla desteklenen, hükümetlerin girişimleri ile sağlıkta eşitlik başarılabılır (6). Özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarının ön plana çıkarılması, iş ve emeğin esnekleştirilmesi gibi son dönem politikalar; eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik gibi hizmetlere olumsuz olarak yansımakta ve eşitsizlikleri derinleştirmektedir (10). Bu durum en fazla yaşlıları etkilemektedir. Sağlık insan yaşamının temel hakkı ve sosyal gereksinimidir. Sağlığın diğer tüketim maddeleri gibi algılanması, bir meta gibi görülmesi önemli bir eşitsizlik sorununu doğurmaktadır (10). Sağlık hizmetlerinin piyasa ve rekabet doğrultusunda verilmesi, bu hizmetlerden hakkaniyetli bir biçimde faydalanılamamasına neden olmaktadır, sağlık güvencesi bulunmayan ve düşük geliri kişilerin özellikle yaşlılık döneminde gereksinimi artan sağlık hizmeti almasını engellemektedir (10).

Yaşlılarda da sağlığın sosyal belirleyicileri en az gençler kadar önemle ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (8). Yaşlılıkta da sosyoekonomik ve sağlıkta eşitsizlikler devam etmektedir ve ihmal edilmemelidir. Çocukluk döneminde düşük sosyoekonomik durum, ileriki yaşamı etkilemektedir. Sosyoekonomik durumu düşük olan yaşlılar daha fazla riske maruz kalmıştır, muhtemelen bu durum çocukluğundan beri süregelenmiştir (11). Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, 2014 insani gelişim raporuna göre, insanların yetkinliklerinin, yaşam

döngüsünün belirli aşamalarında desteklenmesi gerekir. Bu durum yetersiz yatırım ve ilgi nedeniyle kısıtlı kalınca, yaşlılık döneminde yoğunlaşacak kırılmalara yol açmaktadır. İnsanlar yaşlandıkça, genellikle fiziksel, zihinsel ve ekonomik açıdan daha kırılma hale gelirler. Genç yaşlarda birikerek artan dezavantajlar ileri yaşta kırılmalığın artışına neden olur. Yetkinliklere yaşamın daha erken evrelerinde yatırımda bulunulursa, ileri yaşta

yeterli gelir ve desteğe sahip olmak söz konusudur (bakınız Şekil-3, düz mavi çizgi). Bireyin yetkinliklerine zamanında ve sürekli bir biçimde yatırımda bulunulmazsa, bu durum bireyin yaşlılık dönemini çok ağır biçimde etkiler (bakınız Şekil-3, düz kırmızı çizgi). Zaman zaman yapılacak müdahaleler kişilerin kısmen gelişmelerini sağlasa da tam bir insani gelişim sağlanamaz (bakınız Şekil-3, kesikli çizgiler) (12).



Şekil-3. Yaşam döngüsü boyunca yetkinliklerin desteklenmesinin ileri yaştaki sonuçları (12 numaralı kaynaktan alınmıştır.)

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın 2014 insani gelişim raporu, yoksulluk ve sosyal dışlanılmışlığı özellikle yaşlanan nüfusu etkileyen başta gelen sorunlar olarak vurgulamaktadır. Dünyadaki yaşlı nüfusun yaklaşık %80'i emekli maaşına sahip değildir ve gelir sağlamak için çalışmak zorundadır veya ailesine bağımlıdır (12).

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının raporunda vurgulandığı gibi yaşlılarda yaşam boyu yaşanan eşitsizliklerin birikimsel etkisiyle sosyoekonomik eşitsizlikler, ileri yaşta çok daha derin bir şekilde kendini göstermektedir. Bu durum sağlık riskleri ve sağlık sorunlarını artırmaktadır. Raporda yatay eşitsizliklerle ortaya çıkan yetkinliklerin azalması sorununun, devlet politikaları ve toplum destek ağlarının güçlendirilmesi yoluyla çözülebileceğinin altı çizilmektedir (12).

Gelir, eğitim gibi sosyal belirleyiciler yaşlı sağlığını etkileyen en önemli faktörlerdendir (13). Literatürde pek çok ülkede yaşlılarda yapılan çalışmalarda daha iyi eğitimliler ve geliri daha yüksek olanlar daha sağlıklı bulunmuştur (14-17). Daha iyi gelir; kaynaklara, sağlık

hizmetlerine, tedaviye erişim, daha sağlıklı yaşam biçimi yoluyla sağlığı olumlu etkiler. Daha iyi geliri olan yaşlının sosyal statüsü ve sosyal kaynakları çok daha iyidir. Gelir eşitsizliğine en duyarlı grup, sağlıklarını en fazla etkilediğinden dolayı yaşlılardır. Yaşlılar, yaşadıkları çevreden etkilenmeleri açısından da en kırılgandır. Kaynaklara erişimleri ve çevresel adaptasyonları gençlerden daha güçtür (16,17).

Kaynakların, ileri yaş döneminde sağlık için kritik olduğu belirtilmektedir. Sosyoekonomik durum, yaşlının kaynaklara erişimini ve dolayısıyla sağlığının şekillenmesini etkilemektedir. Fakirlik yaşlıların sağlık hizmetlerine erişiminin önünde engeldir. Gelir, yaşlının sağlık kaynaklarına, sosyal organizasyon kaynaklarına erişimi için gereklidir. Emekli maaşı ve sosyal güvenlik şemsiyesinde olmak, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır (13).

Sosyo-ekonomik durumu üst düzeyde olanlarda, hastalıkların daha az ortaya çıkması yanı sıra hastalanma durumunda da daha hızlı sağlık hizmet

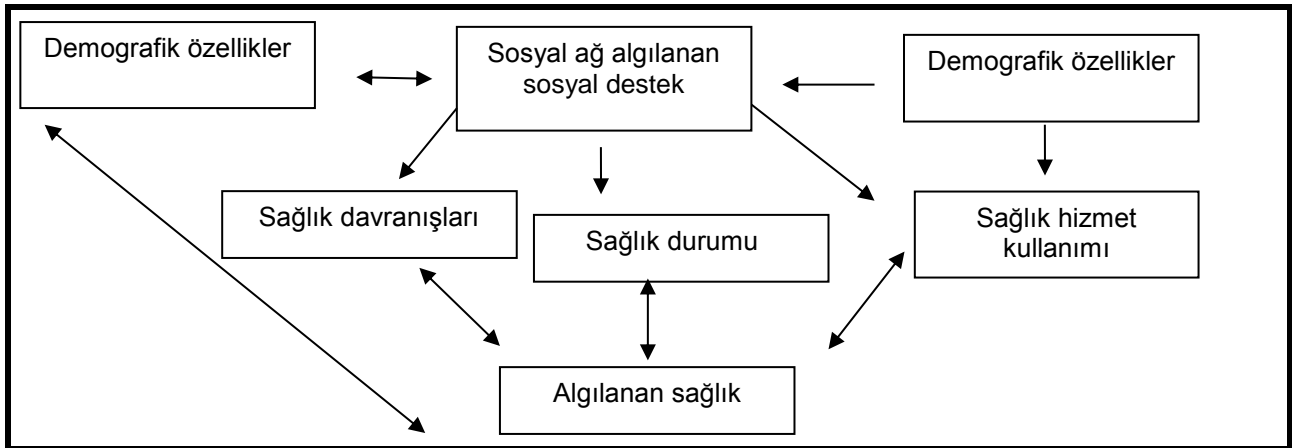
kullanımı ve iyileşme söz konusu olduğu belirtilmektedir (11). Kaynakların dağılımına bağlı olarak gelişen eşitsizliklerin mortaliteye katkısı yaş arttıkça artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri, Japonya, İspanya, Fransa, İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde de bölgesel karşılaştırmada sosyoekonomik durumu kötü olan yerleşimlerde, yaşlılarda sağlık algısı daha kötü, mortalite daha yüksektir (18-24). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da sosyoekonomik düzeyi kötü yaşlıların, sağlık algısının ve sağlığının daha kötü olduğu belirlenmiştir (25-27).

Yaşlı sağlığını belirleyen faktörlerden biri de cinsiyettir. Kadınların beklenen yaşam süresi uzun olmakla birlikte, yaşlı kadınlarda morbidite daha sık ve sağlık algısı daha kötüdür (28-30). Kadınlar, erkeklerden sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı olduklarından, kaynaklara daha zor erişebilmektedir. Yaşlı kadınlar, yakın çevresinde daha fazla sosyal destek ve ağa sahiptir. Ama kamusal alanda erkekler daha katılımcı olma ve sosyal kaynaklara erişme şansına sahiptir. Pek çok toplumun erkek egemen olması; erkeğin yaşam koşullarının, gelirin daha iyi olmasını ve kadının sosyal açıdan dezavantajlı durumda olması sonucuna önemli bir katkı yapmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu raporunda ülkemizde kadınların %18.7'i, erkeklerin %36.9'unun sağlığını iyi olarak bildirdikleri belirtilmiştir (31).

Eğitim, sağlığın temel belirleyicilerinden biridir. Eğitim yaşlılık dönemine dek yaşam boyu değişmeyecek, kazanılmış önemli bir göstergedir ve sosyo-ekonomik durumla karşılaştırıldığında da bu açıdan daha değerli olabilmektedir (8). Eğitim, yaşlının sağlığını etkileyen sosyokültürel özellikleri de belirlemektedir. Daha iyi eğitim, sağlıklı yaşam uygulamalarını gerçekleştirebilmek, karmaşık sağlık hizmetlerinin üstesinden gelmek ve bilinçlenebilmek için önemlidir. Eğitim, üretim

aktivitelerine ve kaynaklara erişimi kolaylaştırdığı, hane gelirini artırdığı için sağlığı etkilemektedir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili bilgiye erişim ve davranış kazanılmasında da eğitim önemlidir (32,33). Eğitim, sağlığı belirleyen diğer sosyal faktörleri de olumlu yönde etkiler. Gelir, iş güvencesi, iş koşulları eğitim arttıkça düzelmektedir. Eğitimli yaşlıların daha fazla sosyal katılımı olmaktadır. Bir ülkede eğitimde yapılacak iyileştirmenin en fazla kadınların sağlığında dramatik bir iyileşme sağladığı vurgulanmaktadır (34). Fernandez-Martinez ve ark. (34) yaptığı çalışma, İspanya'da 1972-2002 sürecinde kadınların sağlığındaki doğrusal iyileşmenin önemli bir payını, eğitim düzeyini artırmadaki başarıya bağlamaktadır.

Ekolojik ve çevresel faktörler yaşlının sağlığın şekillenmesinde rol alır (13). Barınma koşullarının kötü olması, ev inşasında kullanılan materyal, ev içi ısınma koşulları, evde yaşayan kişi sayısı, alt yapı, temiz güvenli su bulunmaması, yetersiz havalandırma gibi çevresel faktörler yaşlının sağlığını etkiler. Besin güvencesi olmaması da sağlığı etkileyen olumsuz durumlardan biridir. Besin yaşamın temel gereksinimidir ve besin güvencesi olmayan insanlar yeterli beslenemez. Yaşlılarda besin güvencesizliği sadece gıdayı satın alamama ile sınırlı olmayan karmaşık bir durumdur. Kötü sağlık nedeniyle yiyememe, fiziksel kısıtlılık nedeniyle veya sosyal destek yetersizliği ile alışverişe gidememe, besin hazırlayamama gibi problemleri de kapsamaktadır (35). Şiddetin ve suçun az olması, kendini güvende hissedebilme gibi yaşanan komşu çevre ve coğrafi bölge ile ilgili özellikler, yaşlının sosyal katılımını destekleyici yönde sosyal sermayedir. Sosyal sermaye yaşlının sağlığını etkileyen önemli bir değişkendir (14).



Şekil-4. Yaşlılarda sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişki (20 numaralı kaynaktan alınmıştır.)

Yaşlıların sağlığı, içinde yaşadıkları toplumun kültüründen ve dolayısıyla, sağlığa ilişkin inanç ve değerlerinden, yaşlıya yönelik tutumlardan, hastalıkların

algılanışından etkilenmektedir. Sosyal destek ve bağlar, yaşlıların mental ve fiziksel sağlığını olumlu etkilemektedir. Yaşlılarda sosyal destek ve sağlık

arasındaki ilişki, Şekil-4'te açıklanmaktadır. Sosyal destek, yaşlılara kendini iyi hissettirir, bilgi ve danışmanlık sağlar, maddi destek getirir, sosyal iletişim sağlar. Zayıf sosyal ilişki sosyal izolasyona neden olur. Sosyal destek, yaşlılık döneminde yaygın olan kronik hastalıkların getirdiği stresle daha kolay başa çıkılmasına yardımcı olur (9, 20). Sosyal katılım da sosyal destek kadar, yaşlıların iyilik hali için önemlidir. Yaşlandıkça insanların daha fazla boş zamanı olmaktadır, aktiviteler içinde yer almadığı takdirde kendini izole hissetmektedirler (36).

Yaşlılar, sosyal dışlanma yaşama riski ile karşılaşabilecek grupların başında gelir. Sosyal dışlanma fakirlik ile ilişkilidir. Fakirlik, topluma katılımı sağlayan kaynaklardan da faydalanmayı engelleyen bir durumdur. Fakirlik; yaşam düzenlenmesi, kültürel sermaye, yardımlara erişim, sosyal ağ yoksunluğunu da kapsamaktadır. Sosyal dışlanma çok boyutlu bir problem ve dinamik bir süreçtir (7).

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın 2014 insani gelişim raporuna göre, sosyal dışlanmışlık yaşlıların sağlığını etkileyen sorunlardan biridir. Dünya çapında, 60 yaş ve üstü yaşlı nüfusun %46'sından fazlası engellidir, topluma tam katılım sağlayamamakta ve ayrımcı sosyal tavırlar nedeniyle içlerinde buldukları güçlükler artmaktadır (12). Sosyal dışlanma; "belirli bireylerin yapısal ve/veya kişisel gerekçelere bağlı olarak mekansal anlamda olmasa da sosyal katılım anlamında tamamen veya kısmen içinde yaşadıkları toplumun dışında kalmaları" olarak tanımlanmaktadır (37,38). Sosyal dışlanma, birey ve grupları topluma tam katılmadan dışlayan yapılar ve süreçleri kapsamaktadır. Sosyal dışlanma; eşitsizlik, güvencesizliğe yönelik bütünsel bir yaklaşımdır. Ekonomik, sosyal, siyasal, hukuki, kültürel ve davranışsal boyutları olan; nesnel olduğu kadar öznel değerlendirmelere de açık; gerekçe, biçim ve sonuçları itibarıyla karmaşık bir süreç bütünü anlatmaktadır (37,38). Yaşlılar, sosyal dışlanma açısından en riskli gruplar arasında yer almaktadır. Aile desteği arkadaş varlığı yaşlılıkta da önemlidir. Bu

nedenle evliler ve çocuk sahibi olanlar daha iyi sağlığa sahiptir (2,39). Çalışmalarda; yaşlılarda, sosyal dışlanmanın engellenmesi durumunda önemli sayıda erken ölümlerin önlenebileceği belirlenmiştir. Kadınlarda sosyal dışlanmanın, mortalite üzerine etkisinin, erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Özellikle sosyo-ekonomik dezavantajlı yaşlılarda sosyal dışlanma öncelikle ele alınması gerektiği bildirilmektedir (2,7).

İleri yaş grubunda koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı yaşam biçiminin desteklenmesi, sağlığı geliştirici çalışmalar yaşlı sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Sigara kullanımı, alkol tüketimi, sedanter yaşam, obezite gibi davranışsal riskler, sosyo-ekonomik durumu kötü olan, eğitimsiz yaşlılar arasında daha sık görülmekte ve sağlık durumlarının daha kötü olmasında önemli payı olmaktadır (40). Shaw ve ark. (33), çalışmasına göre, en kötü sosyoekonomik dilimde bulunan yaşlılarda, en zengin gruba göre sigaraya ve obeziteye bağlı mortalite riski daha fazladır.

Sosyal belirleyicilerle ilgili eylem, sadece sağlığın iyileştirilmesi için değil, hem de insan gereksinimlerinin karşılanması için gerekir. Sosyal ve ekonomik politikaların hataları ve haklar konusunda dogmatik anlaşmazlıklar, insanların sağlığını etkileyen sosyal faktörlerin düzeltilmesini engellemektedir (8). İnsani gelişim raporunda, insani gelişme konusunda ilerlemenin, sadece insanların eğitim alma, sağlıklı olma, makul bir yaşam standardına sahip olma ve güvende hissetme haklarını geliştirmekle değil, aynı zamanda onlara verilen bu hakların ne kadar güvende olduğunu ve mevcut koşulların sürdürülebilir insani gelişme için yeterli olup olmadığını sorgulamakla kaydedilebileceğini vurgulanmaktadır. Eşitlik, temel hizmetlere (eğitim, sağlık hizmetleri, sağlıklı su ve sanitasyon ve kamu güvenliği) herkesin maddi durumlarından bağımsız şekilde eşit erişebilmelerinden geçer (12). Eşitsizliklerden en fazla etkilenen gruplardan biri yaşlılardır.

Yoksulluk, işsizlik ve açlık sorunlarının ortadan kaldırılması ve yaşam koşullarının düzeltilmesi, yaşlı sağlığının iyileştirilmesi için en önemli adımdır.

Kaynaklar

1. Fernandez-Martinez B, Prieto-Flores ME, Forjaz MJ, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F, Martínez-Martín P. Self-perceived health status in older adults: Regional and sociodemographic inequalities in Spain. *Rev Saude Pública* 2012;46(2):310-9.
2. Grundy E, Sloggett A. Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socioeconomic circumstances. *Soc Sci Med* 2003;56(5):935-47.
3. Nagata JM, Hernández-Ramos I, Kurup AS, Albrecht D, Vivas-Torrealba C, Franco-Paredes C. Social determinants of health and seasonal influenza vaccination in adults ≥65 years: A systematic review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health* 2013;13:388.
4. Dahlgren G, Whitehead M. Rainbow model of health. In: Dahlgren G, Whitehead M (ed). *European Health Policy Conference: Opportunities for the future. Vol 11—Intersectoral Action for Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1991:314.
5. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. In: *World Health Organization (WHO) (ed). Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, No. 2*. Geneva, Switzerland; 2010:79.
6. WHO CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008. [cited June 2015]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
7. Saito M, Kondo N, Kondo K, Ojima T, Hirai H. Gender differences on the impacts of social exclusion on mortality among older Japanese: AGES cohort study. *Soc Sci Med* 2012;75(5):940-5.

8. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099-104.
9. Rueda S. Health Inequalities among Older Adults in Spain: The Importance of Gender, the Socioeconomic Development of the Region of Residence, and Social Support. *Women's Health Issues* 2012;22(5):e483-90.
10. Yıldız Ö. Küreselleşme, sağlık ve toplum. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2008;4(1):30-4.
11. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Soc Sci Med* 2003;57(5):861-73.
12. United Nations Development Programme. Human Development Report 2014. Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience. New York, USA: United Nations; 2014. [cited June 2015]. Available from: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf>
13. Lucchetti M, Corsonello A, Gattaceca R. Environmental and social determinants of aging perception in metropolitan and rural areas of Southern Italy. *Arch Gerontol Geriatr* 2008;46(3):349-57.
14. E Grundy, G Holt. The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities? *J Epidemiol Community Health* 2001;55:895-904.
15. d'Uva TB, O'Donnell O, van Doorslaer E. Differential health reporting by education level and its impact on the measurement of health inequalities among older Europeans. *Int J Epidemiol* 2008;37(6):1375-83.
16. Razzaque A, Nahar L, Akter Khanam M, Kim Streatfield P. Socio-demographic differentials of adult health indicators in Matlab, Bangladesh: self-rated health, health state, quality of life and disability level. *Glob Health Action* 2010;3. doi. 10.3402/gha.v3i0.4618.
17. Arber S. Gender, marital status, and ageing: Linking material, health, and social resources. *J Aging Stud* 2004;18(1):91-108.
18. Bennett JE, Li G, Foreman K, et al. The future of life expectancy and life expectancy inequalities in England and Wales: Bayesian spatiotemporal forecasting. *Lancet* 2015;386(9989):163-70.
19. Menvielle G, Leclerc A, Chastang JF, Luce D. Socioeconomic inequalities in cause specific mortality among older people in France. *BMC Public Health*. 2010;10:260.
20. Caetano SC, Silva CM, Vettore MV. Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-rated health status among older adults: a population-based study in Brazil. *BMC Geriatrics* 2013;15(13):122.
21. Silva Vde L, Cesse EA, de Albuquerque Mde F. Social determinants of death among the elderly: a systematic literature review. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17 Suppl 2:178-93.
22. Szanton SL, Allen JK, Thorpe RJ Jr, Seeman T, Bandeen- Roche K, Fried LP. Effect of financial strain on mortality in community-dwelling older women. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2008;63(6):S369-74.
23. Bosma H, Gerritsma A, Klabbers G, van den Akker M. Perceived unfairness and socioeconomic inequalities in functional decline: the Dutch SMILE prospective cohort study. *BMC Public Health* 2012; 22(12):818.
24. Aida J, Kondo K, Kondo N, Watt RG, Sheiham A, Tsakos G. Income in equality, social capital and self-rated health and dental status in older Japanese. *Soc Sci Med* 2011;73(10):1561-8.
25. Şimşek H, Doğanay S, Budak R, Uçku R. Relationship of socioeconomic status with health behaviors and self-perceived health in the elderly: A community-based study, Turkey. *Geriatr Gerontol Int* 2014;14(4):960-8.
26. Şimşek H, Meseri R, Şahin S, Uçku R. Prevalence of food insecurity and malnutrition, factors related to malnutrition in the elderly: A community-based, cross-sectional study from Turkey. *Eur Geriatr Med* 2013;4(4):226-30.
27. Keskinöğlü P, Yaka E, Uçku R, Yener G, Kurt P. Prevalence and risk factors of dementia among community dwelling elderly people in İzmir, Turkey. *Turkish J Geriatr* 2013;16(2):135-41.
28. Liu G, Zhang Z. Sociodemographic differentials of the self-rated health of the oldest-old Chinese. *Popul Res Policy Rev* 2004;23:117-33.
29. Tomás JM, Gutiérrez M, Sancho P, Galiana L. Predicting perceived health in Angolan elderly: the moderator effect of being oldest old. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;55(3):605-10.
30. Ng N, Kowal P, Kahn K, Naidoo N, Abdullah S, Bawah A, et al. Health inequalities among older men and women in Africa and Asia: evidence from eight health and demographic surveillance system sites in the INDEPTH WHO-SAGE Study. *Glob Health Action* 2010;27;3.
31. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar, 2014. TÜİK Haber Bülteni 2015;18620. Available from: http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=265
32. Kempen GI, Brilman EI, Ranchor AV, Ormel J. Morbidity and quality of life and the moderating effects of level of education in the elderly. *SocSci Med* 1999;49:143-9.
33. Shaw BA, McGeever K, Vasquez E, Agahi N, Fors S. Socioeconomic inequalities in health after age 50: are health risk behaviors to blame? *Soc Sci Med*. 2014;101:52-60.
34. Hill TD, Needham BL. Gender-specific trends in educational attainment and self-rated health, 1972–2002. *Am J Public Health* 2006;96:1288-92.
35. Lee JS. Food insecurity and health care costs: Research strategies using local, State, and national data sources for older adults. *Adv Nutr* 2013;4(1):42-50.
36. de Carli L, Kolankiewicz B, Cristina A, et al. Perceptions and experiences of elderly residents in asylum. *Rev Esc Enferm USP* 2014;48(Esp2):81-6.
37. Sapançali F. Avrupa Birliği'nde sosyal dışlanma sorunu ve mücadele yöntemleri. *Çalışma ve Toplum* 2005;6(3):51-106.
38. Haan A. Social exclusion: Enriching the understanding of deprivation. *Studies in Social and Political Thought* 2000;2:22-40. Available from: http://www.socialinclusion.org.np/userfiles/file/Arjan_de_Haan.pdf
39. Zunzunegui MV, Béland F, Otero A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *Int J Epidemiol* 2001;30(5):1090-9.
40. Peel NM, McClure RJ, Bartlett HP. Behavioral determinants of healthy aging. *Am J Prev Med* 2005;28(3):298-304.