



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN
KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FARKINDALIKLARI
VE EGZERSİZ DAVRANIŞINA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARI**

Ayşe CEMEK KARSLI

**Aralık 2023
DENİZLİ**

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN KARDİYOVASKÜLER
HASTALIK RİSK FARKINDALIKLARI VE EGZERSİZ
DAVRANIŞINA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARI**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Ayşe CEMEK KARSLI

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Asiye KARTAL

Denizli, 2023

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırılmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı : Ayşe CEMEK KARSLI

İmza :

ÖZET

MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FARKINDALIKLARI VE EGZERSİZ DAVRANIŞINA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARI

Ayşe CEMEK KARSLI

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Asiye KARTAL

Aralık 2023, 108 Sayfa

Menopozal dönem kadınlar için önemli bir geçiş dönemidir. Menopozal dönemde yaşanan östrojen hormonunun azalmasına bağlı olarak kadınlarda kardiyovasküler hastalık riski artmaktadır. Bu sebeple menopozal dönemdeki kadınlarda kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin bilinmesi ve farkındalığının oluşturulması büyük önem taşımaktadır. Kardiyovasküler hastalık riskini azaltmada önemli bir faktör olan egzersiz davranışlarının geliştirilmesi için bu davranışa ilişkin inançlarının değerlendirilmesi önemlidir. Bu çalışma menopoz dönemindeki kadınların kardiyovasküler hastalık risk farkındalıkları ve egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Haziran- Kasım 2022 tarihleri arasında Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Bekilli Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan 300 menopoz dönemindeki kadın araştırmanın örneklemi oluşturmaktadır. Veri toplama araçları olarak, “Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Form”, “Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği” ve “Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” kullanılmıştır.

Verilerin analizinde, SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı ve yüzde dağılımları, ortalama ve standart sapma, bağımsız örneklem t-testi, One-way ANOVA testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı toplam ölçek puan ortalaması $36,31 \pm 3,78$ ve Egzersiz Sağlık İnanç Modeli toplam ölçek puan ortalaması $3,66 \pm 0,28$ 'dir. Menopoz dönemindeki kadınlarda kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı ile egzersiz sağlık inançları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, menopoz dönemindeki kadınların kardiyovasküler hastalık risk farkındalıkları orta düzeyde, egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları orta düzeyin üzerindedir. Menopoz dönemindeki kadınlarda kardiyovasküler hastalık risk farkındalığının oluşumunda egzersiz sağlık inancının etkisi olduğu belirlenmiştir. Menopoz dönemindeki kadınlarda kardiyovasküler hastalık risk farkındalıklarını ve egzersiz sağlık inançlarını arttırmak için hemşirelerin etkin rol oynaması ve farklı örneklem gruplarında benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, Kardiyovasküler Hastalık, Farkındalık, Egzersiz, Sağlık İnanç

ABSTRACT

MENOPAUSAL WOMEN'S CARDIOVASCULAR DISEASE RISK AWARENESS AND HEALTH BELIEFS RELATED TO EXERCISE BEHAVIOR

CEMEK KARSLI, Ayşe

Master Thesis, Department of Public Health Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Asiye KARTAL

December 2023, 108 Pages

Menopausal period is an important transition period for women. The risk of cardiovascular disease increases in women due to the decrease in estrogen during menopause. For this reason, it is of great importance to know the risk factors of cardiovascular disease in menopausal women and to raise awareness. In order to improve exercise behavior, which is an important factor in reducing the risk of cardiovascular disease, it is important to evaluate their beliefs about this behavior. This study was conducted to determine the cardiovascular disease risk awareness of menopausal women and their health beliefs about exercise behavior. Between June and November 2022, 300 menopausal women registered in Bekilli Family Health Center affiliated to Denizli Provincial Health Directorate constituted the sample of the study. "Form on Socio-Demographic Characteristics", "Cardiovascular Disease Risk Awareness Assessment Scale" and "Exercise Health Belief Model Scale" were used as data collection tools.

SPSS 22.0 statistical package program was used to analyze the data. Number and percentage distributions, mean and standard deviation, independent sample t-test, One-way ANOVA test and Pearson correlation analysis were used in the analysis of the data. As a result of the analysis, the mean total scale score of Cardiovascular Disease Risk Awareness was $36,31 \pm 3,78$ and the mean total scale score of Exercise Health Belief Model was $3,66 \pm 0,28$. There was a significant relationship between cardiovascular disease risk awareness and exercise health beliefs in menopausal women. In conclusion, cardiovascular disease risk awareness of menopausal women was at a moderate level and health beliefs about exercise behavior were above the moderate level. It was determined that exercise health beliefs had an effect on the formation of cardiovascular disease risk awareness in menopausal women. It is recommended that nurses should play an active role to increase cardiovascular disease risk awareness and exercise health beliefs in menopausal women and similar studies should be conducted in different sample groups.

Keywords: Menopause, Cardiovascular Disease, Awareness, Exercise, Health Belief

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitim ve öğretim sürecim boyunca tezimin planlanmasından gerçekleştirilmesine kadar her aşamada bana büyük bir özveride bulunarak desteğini ve sabrını esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, teşvik edici, hoşgörülü, anlayışlı tutumlarıyla rehberlik eden, mesleğim adına akademik yönü ve kişiliği ile örnek aldığım çok kıymetli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Asiye KARTAL'a

Tüm bu süreçte beni her koşulda destekleyen, ümidimi kaybettiğim anlarda ümit veren, sabır ve hoşgörü ile her zaman yanımda olan sevgili eşim Muhammed Mustafa KARSLI'ya

Son olarak, hayatım boyunca her zaman ve her koşulda yanımda olan, desteklerini ve sevgilerini her daim hissettiğim canım aileme,

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Ayşe CEMEK KARSLI

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	4
2.1. Menopozun Tanımı ve Önemi.....	4
2.2. Menopoz Döneminde Görülen Semptomlar.....	5
2.2.1. Vazomotor semptomlar.....	6
2.2.2. Genito-üriner semptomlar.....	7
2.2.3. Gastrointestinal sistem ile ilgili semptomlar.....	8
2.2.4. Psikolojik semptomlar.....	8
2.2.5. Uyku ile ilgili semptomlar.....	10
2.2.6. Kas iskelet sistemi ile ilgili semptomlar.....	10
2.3. Menopoz ve Kardiyovasküler Hastalıklar.....	11
2.4. Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı.....	13
2.5. Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığının Arttırılmasında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları.....	16
2.6. Menopoz Döneminde Egzersiz ve Önemi.....	17
2.7. Menopoz Döneminde Egzersiz ve Kardiyovasküler Hastalıklar İle İlişkisi.....	20
2.8. Egzersiz Davranışını Etkileyen Faktörler.....	21
2.9. Egzersiz Sağlık İnanç Modeli.....	23
2.10. Egzersiz Davranışının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	29
3.1. Araştırmanın Tipi.....	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	29
3.4. Veri Toplama Araçları.....	30
3.4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin form.....	31
3.4.2. Kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı değerlendirme ölçeği.....	31
3.4.3. Egzersiz sağlık inanç modeli ölçeği.....	32
3.5. Veri Toplama Yöntemi.....	33
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	33
3.6.1. Bağımlı değişken.....	33
3.6.2. Bağımsız değişken.....	33
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	34
3.8. Araştırmanın Etiği.....	34
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	35
3.10. Araştırmanın Hipotezleri.....	35
4. BULGULAR	37
5. TARTIŞMA	54
5.1. Katılımcıların Tanıtıcı ve Menopozla İlişkin Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	54
5.2. Katılımcıların Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeğine Ait Puan Ortalamaları Dağılımının İncelenmesi.....	57

5.3. Katılımcıların Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine Ait Puan Ortalamaları Dağılımının İncelenmesi	59
5.4. Katılımcıların Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalıkları ve Egzersiz Sağlık İnançları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	60
5.5. Katılımcıların Tanıtıcı ve Menopoza İlişkin Özelliklerine Göre Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımlarının İncelenmesi	62
5.6. Katılımcıların Tanıtıcı ve Menopoza İlişkin Özelliklerine Göre Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımlarının İncelenmesi.....	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	70
7. KAYNAKLAR	72
8. ÖZGEÇMİŞ.....	87
9. EKLER	
Ek-1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin form.	
Ek-2. Kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı değerlendirme ölçeği.	
Ek-3. Egzersiz sağlık inanç modeli ölçeği.	
Ek-4. Pamukkale Üniversitesi girişimsel olmayan klinik etik araştırmalar kurulu etik kurul izni.	
Ek-5. Denizli İl Sağlık Müdürlüğü kurum izni.	
Ek-6. Kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı değerlendirme ölçeği kullanım izni.	
Ek-7. Egzersiz sağlık inanç modeli ölçeği kullanım izni.	

TABLÖLAR

	Sayfa
Tablo 4.1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular.....	37
Tablo 4.2. Kadınların menopozal özelliklerine göre dağılımı.....	38
Tablo 4.3. Menopoz dönemindeki kadınların KHRFDÖ puan ortalamalarına göre dağılımları	39
Tablo 4.4. Menopoz dönemindeki kadınların ESİMÖ puan ortalamalarına göre dağılımları	39
Tablo 4.5. KHRFDÖ puan ortalamaları ile ESİMÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki.....	40
Tablo 4.6. Menopoz dönemindeki kadınların tanıtıcı özelliklerine göre KHRFDÖ puan ortalamalarının dağılımı	42
Tablo 4.7. Kadınların menopoza ilişkin özelliklerine göre KHRFDÖ puan ortalamalarının dağılımı	46
Tablo 4.8. Menopoz dönemindeki kadınların tanıtıcı özelliklerine göre ESİMÖ puan ortalamalarının dağılımı	48
Tablo 4.9. Kadınların menopoza ilişkin özelliklerine göre ESİMÖ puan ortalamalarının dağılımı	52

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalık
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESİM	Egzersiz Sağlık İnanç Modeli
ESİMÖ	Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
GBD	Global Burden of Disease
KHRFDÖ	Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
SİM	Sağlık İnanç Modeli
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TEKHARF	Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre menopoz; ovaryum fonksiyonlarının yitilmesi sonucu menstrüasyonun kalıcı şekilde sonlanmasıdır (WHO, 1981). Yaşam süresinde artış eğilimi ile birlikte dünya çapında menopozal dönemde olan kadın sayısının 2030 yılına kadar 1,2 milyara ulaşması beklenmektedir (Afshari ve ark., 2020; McEniery, 2020; International Menopause Society, 2022). Menopoza girme yaş aralığı dünya genelinde ortalama 50-52 iken (ACOG, 2021), ülkemizde 46-49 (TNSA, 2018) olarak belirtilmektedir. Fiziksel, zihinsel olarak dinamik değişikliklerin yer aldığı menopozal dönem kadının yaşamında endişe yaratabilecek bir sürece dönüşebilmektedir (Aparicio ve ark., 2017).

Menopozal dönemde hormonal değişimlere bağlı olarak gelişen fiziksel, ruhsal ve duygusal değişimler ve menopozal semptomlar kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Dutta ve ark., 2012). Bu dönemde, sıcak basması ve gece terlemesi gibi vazomotor semptomlar, kas-iskelet sistemi problemleri, uyku problemleri, psikolojik problemler, genito-üriner problemler, gastrointestinal problemler, kardiyovasküler hastalık (KVH)'lar gibi birçok problem ortaya çıkabilmektedir (Sherman, 2005; Mehaseb ve ark., 2018; Converso ve ark., 2019). Bu sorunlardan biri olan KVH'lar kadın ve erkeklerde hastalık ve ölüm nedenleri içinde ilk sıralarda yer almaktadır. Kadınlar ve erkekler hayatları boyunca farklı KVH risk faktörleri yaşamasına rağmen genç yaşlarda erkeklerde hastalık riski daha fazladır. Fakat kadınların bu avantajı menopoz döneminde östrojenin azalmasıyla birlikte ortadan kalkar (El Khoudary ve ark., 2020; Maas ve ark., 2021). Menopozal dönemde yaşanan bu hipoöstrojenik durum kadınlarda KVH riskini arttırmaktadır. Bu nedenle menopoz dönemindeki kadınlarda en yaygın ölüm nedenlerinden biri olan KVH insidansında artış olmaktadır. Kadın hayatında kaçınılmaz olan menopozal dönemde KVH için risk faktörlerinin bilinmesi ve farkındalığının oluşturulması büyük önem taşımaktadır (Ural,

2014; Nair ve ark., 2021). Menopoz dönemindeki kadınların KVH risklerini bilmesi, farkında olması davranış değişikliği için önemli bir gelişmedir. Hastalıkta müdahalenin etkili olabilmesi için konuyla ilgili bilgi ve farkındalıkların doğru ölçülmesi ve analiz edilmesi son derece önemlidir. Riskler için önleyici müdahale oluşturmak ve farkındalığın artırılmasında ilk adım bu dönemdeki kadınların farkındalık seviyesini belirlemek olmalıdır (Mera-Gallego ve ark., 2016; Güneş ve ark., 2019).

Sağlıklı bir birey olma adına yapılan fiziksel aktivitenin menopoz döneminde olan kadınlarda da önemli bir rolü bulunmaktadır (Thompson ve ark., 2010; Mendoza ve ark., 2016). Menopozal dönemdeki kadınlarda düzenli yapılan egzersizin kardiyometabolik, fiziksel ve psikososyal sağlığı iyileştirebileceği bilinen bir gerçektir. Literatürde menopozal dönemde yapılan egzersizin KVH risk faktörlerini olumlu yönde azalttığı belirtilmektedir (Grindler ve Santoro, 2015). Menopoz dönemindeki kadınlarda egzersiz müdahalesinin kardiyometabolik duruma etkisini değerlendirmek amaçlı yapılan bir araştırma sonucunda egzersiz yapan kadınlarda daha sağlıklı kardiyometabolik profil olduğu saptanmıştır (Coll-Risco ve ark., 2018). Menopozal dönemdeki kadınlarda egzersizin kan basıncına etkisini incelemek amaçlı yapılan randomize kontrollü bir çalışmada ise verilen egzersiz eğitimi sonrası sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı ve ortalama arteriyel basınç üzerinde azalmalar saptanmıştır. Bu çalışmada menopoz döneminde olan kadınlarda hipertansiyonu önlemek, kontrol etmek ve kardiyovasküler sağlığı korumak için egzersizin tamamlayıcı tedavi olarak kullanılmasının önemi vurgulanmaktadır (Loaiza-Betancur ve ark., 2021). Menopoz ile ilişkili kardiyovasküler sağlığın bozulması fiziksel inaktivite ile daha da kötüleşmesine rağmen egzersiz davranışları istedik düzeyde değildir (Mendoza ve ark., 2016).

Literatürde menopozal dönemdeki kadınların egzersiz davranışlarını zaman, motivasyon, bilgi eksikliği, inanç ve tutumların etkili olabileceği belirtilmektedir (Jo ve ark., 2020). Egzersiz gibi sağlık davranışları özellikle bireylerin sağlık inanç ve tutumlarından etkilenmektedir (Şimşekoğlu ve Mayda, 2016). Bu sebeple menopozal dönemde KVH riskini azaltmada önemli bir faktör olan egzersiz davranışlarının geliştirilmesi için öncelikle kadınların bu davranışa ilişkin inançlarının değerlendirilmesi önemlidir (Bulduk ve ark., 2015; Mendoza ve ark., 2016; Çınar Özdemir ve Uysal, 2019). Ancak literatür tarandığında menopozal dönemdeki kadınların kardiyovasküler risk farkındalıkları ve egzersiz davranışlarına ilişkin sağlık

inançlarının birlikte ele alındığı ve KVH risk farkındalığının egzersiz davranışına ilişkin sağlık inancını nasıl etkilediğini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle menopozal dönemdeki kadınların sağlığını geliştirmede literatüre katkı sağlamak amacıyla bu araştırma planlanmıştır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada menopozal dönemdeki kadınların kardiyovasküler hastalık risk farkındalıkları ve egzersiz davranışlarına ilişkin sağlık inançlarını belirlemek amaçlanmıştır.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Menopozun Tanımı ve Önemi

Menopoz, kadınların üreme döneminden, ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucu menstrüasyonun kalıcı olarak sonlanması ile üreme kapasitesinin sona erdiği döneme geçtiği kaçınılmaz olan fizyolojik bir süreçtir (WHO, 1981; Mehaseb ve ark., 2018). Irk, kalıtım ve coğrafi koşulların etkisiyle ülkelere göre farklılık gösteren menopoza girme yaşı dünyada ortalama 50-52 yaş aralığında iken (ACOG, 2021), ülkemizde bu yaş aralığı 46-49 (TNSA, 2018) olarak belirtilmektedir.

Menopozal dönem premenopoz, menopoz ve postmenopoz olmak üzere üç ana dönemden oluşmaktadır. İlk kez semptomların ortaya çıktığı ve son adet kanamasına kadar geçen süreyi tanımlayan dönem premenopoz, son adet kanamasının görüldüğü, menstrüasyonun kalıcı olarak durduğu dönem menopoz ve menopozdan yaşlılık sürecine kadar geçen süre postmenopoz dönem olarak tanımlanmaktadır (International Menopause Society, 2022).

Menopoz kadınlar için yaşam dönemlerinde önemli bir geçiş dönemi olmakla birlikte, bu dönemdeki hormonal değişiklikler kadınların fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal iyi olma halini etkileyebilir. Bazı kadınlar için bu dönem olağan bir süreç olabilirken bazı kadınlar için yaşlanma ile ilişkilendirilebilir ve olumsuz çağrışımlara sebep olabilir (Minkin, 2019).

Bu süreçte kadınlarda yaşanan değişimlerin etkisiyle fiziksel sorunlar etkisini arttırabilir ve buna bağlı olarak sağlık sorunlarının ortaya çıkması sadece kadının hayatını değil, aile ve toplumu da önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Ulusoy ve Kukulcu, 2013). Menopoz dönemindeki kadınlar, bu dönemdeki hormon dengesindeki kayba ve üreme kapasitesinin sona ermesine bağlı olarak yaşanan değişikliklerin

psikolojik etkisi ile de başa çıkmak zorundadır. Kadının iş hayatı, karar verme süreci, verimliliği ve sosyal ilişkileri negatif yönde etkilenebilmektedir. Negatif yönde etkilenen sosyal ilişkiler ve menopoza bağlı olarak gelişen bütün değişimler, kadının bu dönemine olan uyumunu zorlaştırabilmektedir (Yüksel Koçak ve ark., 2017; Ali ve ark., 2020).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2020 yılı verilerinde kadınlarda doğuştan beklenen yaşam süresi 81,3 yıl olarak belirtilmiştir (TÜİK, 2020). Tıptaki gelişmeler ve koruyucu sağlık hizmetlerinin artması sonucunda günümüzdeki yaşam süresi artış eğilimindedir. Buna bağlı olarak kadınların hayatının üçte biri gibi büyük bir bölümünü menopozal dönemde geçirdikleri varsayılırsa menopoz dönemindeki kadının yaşam kalitesini ve sağlığını olumsuz etkileyen etkenler kadın sağlığı açısından sorun teşkil etmektedir. Menopoz, yaşam süresindeki artış eğilimi nedeniyle endişeleri arttıran bir süreçtir. Bu nedenle menopoz dönemi hem kadın sağlığını hem de toplumun sağlığını etkileyen oldukça önemli bir dönem olmaktadır (Malik ve ark., 2018; Gümüşay ve Erbil, 2019; Ilankoon ve ark., 2021).

Menopozal dönem kadının yaşamını iyileştirmesi için bir fırsattır. Bu dönem birçok kadın için sağlıklı ve düzenli beslenme, egzersiz yapma, aile ve sosyal hayatı aktif olarak sürdürmeyi içeren bir "sağlıklı yaşam planı" haline gelmelidir. Buna ek olarak da önleyici sağlık davranışları benimsenmeli ve yaşam tarzlarını pozitif yönde değiştirme fırsatı bulunduran bir dönem olmalıdır (Mendoza ve ark., 2016).

2.2. Menopoz Döneminde Görülen Semptomlar

Kadınların üreme döneminden üreme dışı bir yaşam aşamasına geçtiği bu dönemde hormonal değişiklikler ve menstrüasyon düzenindeki değişimler sonucu çok çeşitli fizyolojik ve psikolojik semptomlar ortaya çıkmaktadır (Agarwal ve ark., 2019; El Khoudary ve ark., 2020). Vazomotor semptomlar, genito-üriner, gastrointestinal, psikolojik ve uyku problemlerini içeren birçok semptom ortaya çıkmakta ve uzun vadede kas iskelet sistemi sorunları, osteoporoz ve KVH'ların görülme oranlarında artış

olmaktadır (Sherman, 2005; Özer ve Gözükara, 2016). Menopoz semptomları klasik olmasına rağmen, her kadın menopozu kendisine özgü yaşamaktadır (Minkin, 2019).

Bu dönemde yaşanan semptomlar aşağıda belirtildiği gibi 6 başlık altında tanımlanabilir.

2.2.1. Vazomotor semptomlar

Vazomotor semptomlar, menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesini etkileyen, tıbbi tedavi gerektirebilen en yaygın semptomlardır. Vazomotor semptomlar, son menstrüasyondan iki yıl kadar önce başlayabilmekte ve son menstrüasyondan bir yıl sonra en tepe noktaya ulaşabilmektedir. On yıla kadar sürebilen bu semptomlar menopoz dönemine erken başlayan kadınlarda daha uzun sürebilir (Politi ve ark., 2008; El Khoudary ve ark., 2020).

Ciddi fiziksel rahatsızlığa neden olan bu semptomlar menopozun ayırt edici özelliğidir, sıcak basması ve terleme ile karakterizedir (Monteleone ve ark., 2018). Sıcak basmalarının menopoz döneminde en başta östrojen ve progesteronun birlikte ortadan çekilmesi ile hipotalamustaki termoregülatuar bölgenin fizyolojik daralma sonucu olumsuz etkilenmesiyle meydana geldiği düşünülmektedir (Minkin, 2019). Sıcak basması vücudun üst kısmında aniden gelen bir ısı artışı ile ortaya çıkmakta ve buna genellikle terleme, kızarma, çarpıntı, taşıkardi, baş dönmesi, bayılma da eşlik edebilmektedir. Gece oluşan sıcak basması da gece terlemesi olarak adlandırılmaktadır (Daley ve ark., 2014). Bu semptomların süresi, yoğunluğu ve sıklığı kadından kadına farklılık göstermektedir (Diab ve Watt, 2013).

Vazomotor semptomların oluşumunda etkili olan faktörler içinde obezite, fiziksel hareketsizlik, sigara kullanımı, yüksek anksiyete ve depresyon seviyeleri ve premenopozal semptomlar yer alır (Avis ve ark., 2018). En az 6 gün olmak üzere, 2 hafta içerisinde vazomotor semptom yaşamayan; anksiyete, depresyon, uyku problemleri, yaşam kalitesinde azalma, kemik sağlığında bozulma, kardiyovasküler riskler gibi diğer durumlarla yüksek oranda ilişkili olduğu bulunmuştur (Richard-Davis ve Manson, 2015). Menopoz dönemindeki kadınlarda progresif kas gevşeme egzersizinin ve verilen sağlık eğitiminin vazomotor ve uyku ile ilgili semptomlara etkisinin belirlenmesi amaçlı randomize kontrollü yapılan bir çalışmada yapılan

egzersiz programının vazomotor semptomları (sıcak basması ve gece terlemesi) azalttığı bulunmuştur. Aynı zamanda müdahale grubunda uyku problemlerinin de azaldığı belirlenmiştir (Pelit Aksu ve Şentürk Erenel, 2022).

2.2.2. Genito-üriner semptomlar

Menopoz dönemindeki kadınların östrojen hormonunda meydana gelen azalma nedeniyle üretradaki mukozanın proliferasyonu ve maturasyonu olumsuz etkilemekte ve mesanedeki kas ve ligamentler atrofiye uğramaktadır. Bunun sonucunda bu dönemdeki kadınlarda üriner sistem sorunları ortaya çıkmaktadır (Alperin ve ark., 2019).

Menopozun genito-üriner semptomları menopozdaki kadınların yaklaşık %50'sini etkileyen ve tedavi olmaksızın iyileşmesi pek mümkün olmayan kronik ve ilerleyici bir durumdur (Kagan ve ark., 2019). Vazomotor semptomlar daha erken ortaya çıkıp zamanla iyileşirken vajinal kuruluk gibi genito üriner semptomlar zamanla kötüleşme, ilerleme eğilimindedir (Minkin, 2019).

Bu dönemde vulvovajinal atrofi, vajinada kuruluk ve yanma, tahriş gibi vajinal semptomlar; tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, dizüri, inkontinans ve prolapsus gibi üriner semptomlar; kayganlık eksikliği, rahatsızlık hissi, ağrı ve işlev bozukluğu gibi cinsel semptomlar gelişebilir (Ward ve Deneris, 2018; Kagan ve ark., 2019; Minkin, 2019). Toplumda sık görülen bir sağlık sorunu olan üriner inkontinans, menopozal dönemle birlikte sıklığı daha da artan bir durum olmakta ve kadınları fiziksel, ruhsal ve sosyal ilişkileri açısından olumsuz etkilemektedir (Kayalı Demir ve Yılmaz, 2022). Menopoz dönemi ile birlikte insidansında artış olan üriner inkontinans yönetiminde ve yaşam kalitesini yükseltmede egzersiz müdahalesi (solunum eğitimi ile birleştirilen rumba dansı) yapılan randomize kontrollü bir çalışmada yapılan egzersizin üriner inkontinansı önemli derecede önlediği ve buna bağlı olarak da yaşam kalitesinde iyileşme olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmada, menopoz döneminde üriner inkontinans yaşayan kadınlar için egzersizin terapötik programlara dâhil edilmesi gerektiğinin önemi vurgulanmıştır (Tang ve ark., 2023).

Bu dönemle birlikte üreme kapasitesinin sona ermesi birçok kadın tarafından çekiciliğinin azalması ve kadınlığının kaybı ile ilişkilendirebilmekte ve bu durum cinsel sağlığı olumsuz etkileyebilmektedir (Demirel Bozkurt ve Sevil, 2016). Bu dönemdeki

kadınların çoğunda cinsel yaşam kalitesi azalmaktadır. Yaşamı tehdit eden bir durum olmasa da ilerleyici olabilir. Bu durum kadının eşiyle ilişkisini olumsuz etkileyebilir ve kadının benlik saygısında düşüş yaşamasına neden olabilir (Kim ve ark., 2015).

2.2.3. Gastrointestinal sistem ile ilgili semptomlar

Menopoz döneminde değişen hormonlar sebebi ile gastrointestinal sistemde salgı miktarında ve emilimde azalma meydana gelmektedir. Östrojen beyin ve bağırsak etkileşimini karmaşık olarak etkileyen bir hormondur ve bu da bağırsakların hareketliliğinde değişime sebep olabilmektedir. Hormondaki bu azalma ile birlikte ağızda kuruluk, tat alma duyusunda değişme, ağız yaraları ve yutkunmada zorlanma olmaktadır. Emilimde azalmaya bağlı olarak D vitamini, B12, kalsiyum ve demir eksikliği görülebilmektedir. Bu durum iştahsızlığa, yeterli beslenememeye ve dengesiz beslenmeye neden olabilmekte ve malnütrisyon, diyabet, obezite gibi risklere zemin hazırlamaktadır (Meleine ve Matricon, 2014; Tek Gökçer, 2022).

Mide ve bağırsaklarda peristaltik hareketlerdeki yavaşlama ve emilimdeki azalmayla birlikte konstipasyon ve kadında hemoroit oluşumu görülebilmektedir. Yeterli derecede sıvı almak, posadan zengin beslenmek, egzersiz yapmak, ağız bakımını düzenli yapmak menopoz döneminde olan kadındaki bu şikayetlerde azalma sağlayabilmektedir (Rakıcıoğlu, 2008; Nachtigall, 2019).

2.2.4. Psikolojik semptomlar

Menopozal dönem artan duygu durum bozukluğu riski ile ilişkilidir. Menopoz döneminde meydana gelen östrojen miktarındaki değişikliklerle ilişkili olarak merkezi sinir sistemi etkilenmesi sonucunda kadının kendini üzgün, ağlamaklı, isteksiz, huzursuz, gergin ve öfkeli hissetmesi gibi ruhsal değişiklikler ortaya çıkabilmektedir (Aibar-Almazán ve ark., 2019). Tüm bu semptomlara ek olarak menopoz dönemindeki kadınlarda hafıza kaybı, konsantrasyon güçlüğü ve yorgunluk gibi semptomlar da görülebilmektedir (Monteleone ve ark., 2018).

Menopoz döneminde ortaya çıkan ya da var olup daha da şiddetlenebilen problemlerden biri de depresyondur. Depresyon, dünya çapında milyonlarca insanı etkileyen, kişisel, çevresel, toplumsal ve ekonomik maliyetlere sebep olan, engelleyici bir durumdur. Menopoz döneminde bu duygu durum değişiminin özellikli bir nedeni olmamakla birlikte etkileyen birden fazla faktör olabilmektedir. Bu dönemdeki hormonal değişimler ile birlikte bir ilişkisi olduğu belirtilmektedir. Yaşayan bu hipoöstrojenik durum ile menopoz dönemindeki kadınlarda duygu durumun olumsuz etkilendiği, vazomotor semptomların, uyku ile ilgili semptomların ve kadının yaşadığı diğer stresörlerin varlığı da depresyona neden olabilen riskler arasındadır. Depresyon öyküsü olmayan kadınlarda, menopoz dönemi öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında, depresyon riskinde olan artış dikkat çekicidir. Bu etkenlere ek olarak kadının ve toplumun menopoz dönemine ilişkin olumsuz inançları da menopoz döneminde depresyonu arttırabilmektedir (Llaneza ve ark., 2012; Aibar-Almazán ve ark., 2019; Soares, 2019).

Pilates temelli egzersiz programının, postmenopozal kadınlarda depresyon, anksiyete, yorgunluk ve uyku kalitesi üzerindeki etkilerini inceleyen randomize kontrollü yapılan çalışmaya toplam 110 postmenopoz dönemde olan kadın katılmıştır. Müdahale grubuna yapılan pilates egzersizi sonrası kadınlarda depresyon ve anksiyete seviyesinde azalma olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada müdahale grubundaki kadınların sübjektif yorgunluklarında azalma olmuştur (Aibar-Almazán ve ark., 2019).

Bu dönemdeki hormonal değişimlerin yanı sıra kadının yaşadığı fiziksel değişimler ve sosyal etkiler de bu ruhsal değişimlere neden olabilmektedir. Yaşanan fiziksel semptomlara ek olarak psikolojik semptomların da eşlik etmesi bu dönemdeki kadının kendini yaşlı hissetmesine, benlik saygısında düşüş yaşamasına, genel performansta azalmaya ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir (Kagan ve ark., 2019). Psikolojik semptomlar kadın ile birlikte ailesini de yaşadığı toplumu da etkileyebilmekte ve bu dönemi yaşayan kadınların fiziksel problemleri değerlendirildiği kadar psikolojik problemleri de değerlendirilmelidir. Bu dönemde kadını etkileyen bütün faktörler dikkate alınarak, olumsuz ruh haline neden olan durum belirlenmeli ve kadına gereken destek sağlanmalıdır (Santoro ve ark., 2015; Akman ve ark., 2019).

2.2.5. Uyku ile ilgili semptomlar

Menopozal dönem, uyku problemlerinin görülmesindeki önemli nedenlerden birisidir. Bu dönemdeki kadınlarda uykuya dalma güçlüğü, gece uyanma sıklığında artış olması başlıca şikâyetlerdendir. Bu dönemde gelişen uyku problemleri özellikle vazomotor semptomlara bağlı gelişmektedir. Bu durum kadının uyku kalitesini büyük ölçüde etkilemekte ve verimsiz uyku geçirmesine neden olmaktadır (Daley ve ark., 2014; Duman ve Timur Taşhan, 2018).

Östrojen uykuya dalmayı kolaylaştıran ve uykunun REM fazı süresini artıran bir hormon olduğu için eksikliğinin bu dönemde yaşanan uyku problemleri nedeni olarak düşünülmektedir. Bu sebeple menopozal dönemdeki kadınlarda uykuya geçiş süresi uzamakta, REM fazı süresi kısalmakta ve uyku kalitesinde azalma meydana gelmektedir. Hormonal düzeni sağlayan ve insan sağlığını önemli ölçüde etkileyen uykunun kalitesinde azalma meydana gelmesi başka sağlık sorunları ortaya çıkarabilir, var olan sağlık sorunlarını ise daha da kötüleştirebilir (Cintron ve ark., 2017). Uyku ile ilgili problemleri olan postmenopozal dönemdeki kadınlara sekiz hafta süreli verilen gevşeme egzersizlerinin etkisini belirlemek amaçlı randomize kontrollü bir çalışmada egzersiz programının, uykusuzluğun önlenmesinde yararlı olduğu belirlenmiştir (Duman ve Timur Taşhan, 2018).

2.2.6. Kas iskelet sistemi ile ilgili semptomlar

Menopoz dönemi ile birlikte kemikteki mineraller zamanla azalmaya başlar. Bu durum kişinin kemik yapısını bozar ve kemik kırılabilir ve kuvvetsiz bir hale gelir. Östrojen kalsitonin üretiminde tetikleyici bir hormondur. Bu dönemle birlikte östrojen seviyesinde azalma meydana geldikçe kalsitonin üretilmez ve buna bağlı olarak da kandan kemiğe kalsiyum geçiş oranı azalır. Östrojen azlığında osteoklast hücreleri normalden fazla kemik yıkımı meydana getirir. Böylece kemik yapımı yıkımından daha az olur (Black ve Rosen, 2016; Camacho ve ark., 2020). Kadınlarda kemik yıkımının yaklaşık %75'i postmenopozal dönemde meydana gelmektedir. Menopoz döneminde ovaryum aktivitesinin yitilmesi, azalan östrojen ve ilerleyen yaş ile birlikte kemik yıkımı hızlanır ve osteoporoz riski artar (Özcan ve Oskay, 2013).

Osteoporoz menopoz dönemindeki kadınlarda kırık oluşumu için önemli bir risk faktörüdür. Osteoporoz; kemik gücünün azalmasına ve kemik kırılabilirliğinin artmasına neden olan, kemik kütlelerinde ve dokusundaki bozulmalar ile karakterize kronik bir iskelet sistemi hastalığıdır (Baccaro ve ark., 2015). Kalça, omurga, kollardaki osteoporotik kırık oluşumu, kronik ağrı, bağımsız hareket edememe, fiziksel deformite, sakatlık oluşumu ile ilişkili olup; tüm bunlar kadının yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır (Black ve Rosen, 2016; Camacho ve ark., 2020).

Menopozda meydana gelen hormon değişiklikleri doğrudan kemik yoğunluğunu etkilediğinden, kadınlarda erkeklere göre osteoporoz gelişme riski daha fazladır. Osteoporoz, osteoporotik kırık ve hareketsizlik ile ilgili sorunlar nedeniyle önemli morbidite ve mortalite sebebi olup; menopoz döneminde görülen önemli sağlık sorunlarından biridir. Günümüzde dünya nüfusundaki yaşlanma ve kadınların yaşam süresindeki artış göz önüne alındığında osteoporozun çok yaygın olabileceği öngörülmektedir (Radominski ve ark. 2017). Osteoporozu olan postmenopozal dönemdeki kadınlara 12 hafta süren egzersiz programının (direnc antrenmanı, denge egzersizi ve aerobik egzersiz) etkilerini değerlendirmek amaçlı yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, müdahale grubundaki osteoporotik kadınlarda fonksiyonel durumu iyileştirmiştir. Çalışmada, etkili, maliyeti az ve kolay bir yöntem olan egzersiz programının önemi vurgulanmıştır (Filipovic ve ark., 2021). Osteoporoz tanısı olan ve olmayan postmenopozal kadınlarda fiziksel aktivite seviyeleri ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması için yapılan bir çalışmada osteoporoz tanısı almış menopozal kadınlarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Fiziksel aktivite seviyelerinde artış yaşanması daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (Erol ve ark., 2023).

2.3. Menopoz ve Kardiyovasküler Hastalıklar

21. yüzyılın en büyük sağlık sorunlarından biri olan, yaşam kalitesini bozan, sağlık harcamalarının artışına sebep olan bulaşıcı olmayan hastalık (BOH)'lar her yıl 41 milyon insanın ölümüne neden olmaktadır ve bu ölümler küresel ölümlerin %74'ünü oluşturmaktadır. Bu grup hastalıklardan ölümlerde ilk sırada 17,9 milyon kişinin ölümü

ile KVVH'lar gelmektedir (WHO, 2022). İskemik kalp hastalığı, inme, kalp yetmezliği, periferik arter hastalığı ve daha birçok kardiyak ve vasküler durumu içine alan KVVH'lar küresel mortalitenin önde gelen nedenini oluşturur ve yaşam kalitesinin önemli derecede düşmesine ve üretkenliğin azalmasına sebep olmaktadır. Dünyada tıptaki gelişmeler ve koruyucu sağlık hizmetlerinin artması ile yaşam süresinde artış olmakta, toplumlar yaşlanmakta ve buna paralel olarak KVVH'lar zamanla daha da artmaktadır. Bu nedenle ölümlerde KVVH'ların ön sırada olmaya devam edeceği öngörülmektedir (GBD 2017 Causes of Death Collaborators, 2018).

DSÖ'nün BOH ülke profillerine göre ülkemizdeki 30-70 yaş ölümlerin %89'unu kronik hastalıkların oluşturduğu tahmin edilmekte ve %34 ile KVVH'lar ilk sırada yer almaktadır (WHO, 2018). TÜİK ölüm ve ölüm nedeni 2019 yılı istatistikleri incelendiğinde %36,8 ile dolaşım sistemi kaynaklı hastalıkların ilk sırada yer aldığı görülmekte; kadınların %43,9'u, erkeklerin %36,4'ü bu nedenle yaşamını yitirmektedir. Dolaşım sistemi kaynaklı hastalıklar alt ölüm nedenlerine göre incelendiğinde; ölenlerin %39,1'inin iskemik kalp hastalığından, %22,2'sinin serebrovasküler hastalıklardan, %25,7'sinin diğer kalp hastalıklarından, %7,9'unun hipertansif hastalıklardan öldüğü görülmektedir (TÜİK, 2019). Ülkemizdeki 1990-2017 arasında hastalık yükü sıralamasında zirvede olan ana-çocuk sağlığı ve bulaşıcı hastalıklarla ilişkili nedenler yerini KVVH'lara bırakmıştır (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017).

KVVH'lara bağlı olarak ekonomik yükün ciddi olarak yükseldiği bildirilmektedir. Bu hastalıklara bağlı oluşan ekonomik yük, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde finansal olarak büyük bir risk oluşturmakta ve sağlık hizmetlerinin sunumunda sürdürülebilirliği önemli derecede etkilemektedir (Balbay ve ark., 2018).

Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması (2021)'na göre, 2011-2017 yıllarına arasında erkeklerde KVVH insidansı yüz binde 5834 iken kadınlardaki KVVH insidansı yüz binde 5294'tür. KVVH insidansına yaş gruplarına göre bakıldığında; 15-24 yaş grubunda yüz binde 586, 25-34 yaş grubunda yüz binde 853, 55-64 yaş grubunda yüz binde 13863, 65 yaş ve üzeri yüz binde 19963, 75 yaş ve üzerinde ise yüzbinde 20840 düzeylerinde bir insidans hızı görülmektedir. Buna bağlı olarak bu çalışmada KVVH riskinin yaşla birlikte arttığı ve cinsiyetler arasında ciddi bir fark olmadığı görülmektedir. Yine Türk Erişkinlerindeki Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) araştırmasında, toplumumuzda KVVH mortalite ve insidansının cinsiyet fark etmeksizin beklenenden yüksek olduğu fakat diğer birçok ülkeye göre

kadınlarda daha da yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, KVH'ların 45-54 yaş aralığında %6 oranında olduğu, 55-64 yaş aralığında %17 oranında ve 65 yaş ve üzerinde ise %28 oranında olduğu belirtilmektedir (Onat ve ark., 2017). Bu oranlar, menopoz döneminden sonra yaşla birlikte sorunun arttığını düşündürmektedir.

Menopoz döneminde yumurtalıktaki fonksiyon kaybı ve bununla birlikte ortaya çıkan hipoöstrojenik durum KVH koruyucu etkisinin kaybıyla ilişkilendirilmektedir. Bu durum KVH riskini belirgin şekilde arttırmaktadır. Östrojen vasküler yeniden şekillenme ve elastikiyeti destekleyen ve reaktif dilatasyon ve lokal inflamatuvar aktiviteyi düzenleyen güçlü vazoaaktif bir hormon olduğu için KVH'lara karşı koruyucu etkileri vardır. Bu nedenle vücutta östrojen yetersizliği, vazodilatasyonun bozulması ve arteriyel sertlik gibi aterosklerotik işlemlere neden olmaktadır (Davis ve ark., 2015). Östrojenin bu koruyucu etkisinden dolayı kadınların aynı yaştaki erkeklere göre KVH insidansının daha düşük olduğu bilinmektedir. Ancak bu fayda menopozdan sonra ortadan kaybolur. Bu dönemde riskin yanlış algılanması çoğu kadını uygun önleyici tedbirlerden mahrum bırakabilir (Honour, 2018; Carbonel ve ark., 2020). Buna benzer olarak da kadınların menopoza erken girmesi, östrojenin erken kesilmesi nedeniyle kardiyovasküler korumasının azalmasına neden olmakta ve bu durumda kadınların kardiyovasküler sağlığı için risk daha da artmaktadır (Manson ve Woodruff, 2016). KVH'lar dünya çapında özellikle postmenopoz döneminde olan kadınlarda meme kanseri ya da diğer jinekolojik kanser türleri ölümlerinden daha fazla, en yaygın ölüm nedenidir (Nair ve ark., 2021).

Menopoz dönemindeki kadınlarda östrojen yetersizliği ve bunun kardiyovasküler risk faktörleri üzerindeki olumsuz etkileri ile KVH insidansında artış olmaktadır. Bu durum morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Menopoz dönemi kadın hayatında önemli ve kritik bir dönem olmakla birlikte KVH risk faktörleri ve risk faktörlerinden korunmaya yönelik farkındalık dikkate alınmalıdır (Ural, 2014).

2.4. Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı

KVH riskleri değerlendirildiğinde birçok risk faktörü ile ilişkilendirilmiştir. Risk faktörlerinin bilinmesi ve önlem alınması KVH'ları önemli ölçüde önlemektedir. KVH

risk faktörleri değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleri olarak iki şekilde sınıflandırılmaktadır. İleri yaş, cinsiyet, birinci derece akrabalarda koroner arter hastalığı öyküsü değiştirilemeyen risk faktörleri olarak; hipertansiyon, diyabet, vücut kitle indeksi, fiziksel inaktivite, sigara ve alkol kullanımı, dislipidemi ve kötü beslenme alışkanlığı değiştirilebilen risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (WHO, 2021). KVH risk faktörleri yerel ve etnik özelliklere de bağlı olabilmektedir. Örneğin, Afrika’da hipertansiyon, yüksek kolesterol, tütün ve alkol kullanımı ve sebze ve meyve tüketiminin az olması KVH için önemli derecede risk faktörleridir. Çocukluk döneminden itibaren bu faktörlere maruz kalmak KVH’lara yatkınlığı arttırmaktadır (WHO, 2018). Egzersiz, yeterli ve dengeli beslenme, obeziteyi önleme, sigara ve tütün kullanımını bırakma, kan basıncı kontrolü, dislipideminin önlenmesi ve stresle baş edebilmek KVH riskini büyük ölçüde azaltmaktadır (Sacco, 2011). DSÖ, sigara ve alkol kullanımını bırakarak, kan basıncı kontrolünü sağlayarak, sağlıklı ve dengeli beslenme ile obeziteyi engelleyerek KVH görülme sıklığının yarı yarıya indirilebileceğini bildirmektedir (WHO, 2022).

“Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2021-2026)” ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından kalp ve damar hastalıkları konusunda toplumun bilgi seviyesini yükseltmek, konu ile ilgili farkındalığı arttırmak, risk faktörleri için kalıcı ve sağlıklı davranış değişikliği sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. KVH risk faktörlerinin azaltılması ve hastalık açısından yüksek riskli olan bireylerin belirlenmesi; yüksek seviyede hastalık ve ölüme sebep olan KVH’ları önlemede ve buna bağlı oluşabilecek maliyet artışını engellemede önemli bir stratejidir. Ayrıca bunlar bireyin tedaviye uyumunun ve farkındalığın artırılmasında ve sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri kazandırılmasında büyük önem taşımaktadır (WHO, 2021; Vural Doğru ve ark., 2021).

Bireyin yaşam tarzı ve davranışları KVH’ların oluşmasındaki etkenler arasındadır. Özellikle değiştirilebilen risk faktörlerinin önüne geçebilmek için bireyin yaşam tarzı, tutumları, alışkanlıkları ve davranışları büyük önem taşımaktadır. Yaşam tarzı faktörleri, KVH gelişiminde önemli bir rol oynamakta ve bu faktörler sağlıklı yaşam tarzı müdahaleleri ile hastalık riskini etkili bir şekilde azaltmaktadır. Bireyin sağlıklı yaşam tarzı faktörleri gerçekleştirebilmesi için olumsuz sağlık sonuçlarına hangi davranışlarının neden olduğunun bilincinde olması gerekir (Malhotra ve ark., 2017; Oğuz ve ark., 2019). Bireyi sağlıklı yaşam tarzı seçimleri yapma konusunda teşvik

etmek KVH'a bağı olabilecek komplikasyonları önler ve sağık hizmetlerine olan maliyetin azalmasına katkı sağılar. Bireyin; egzersiz, yeterli ve dengeli beslenme, sigara ve tütün kullanımını bırakma, etkili stres yönetimi, sağık sorumluluğunda özyönetim gibi sağılıklı yaşam tarzı davranışlarını benimsemek için bireyin KVH risk faktörlerinin farkında olması gerekir (Homko ve ark., 2008; Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2017).

Hastalığın önemi, ciddiyet derecesi ve olası bütün riskleri hakkında oluşa algı, sağık davranışı teorilerinin temel taşıdır. Bireyin hastalığı bilmesi ve algılaması yani farkındalık oluşturması hastalığın pozitif seyri için önemli bir faktördür. Bu durum kendi kendini yönetmeyi gerektiren kronik hastalıklar için davranış değışikliği oluşturur. Bireylerin farkındalık seviyelerini değıerlendirmek kronik hastalık hakkındaki farkındalığın artırılmasında ilk eylem olmalıdır. Bireyin KVH'lara karşı oluşturduğu algılar, yalnızca hastalığa karşı tepkisini belirlemekte kalmaz, riskler için önleyici müdahale olasılığını da etkiler (Güneş ve ark., 2019). Etkili olabilecek bir programlama yapabilmek için bireylerin KVH risk faktörlerine yönelik bilgi seviyelerinin ve bu konuya ilişkin farkındalıklarının doğıru ölçülmesi ve değıerlendirilmesi önemlidir (Mera-Gallego ve ark., 2016).

Avrupa Kardiyoloji Derneğı tarafından yapılan "Kadın Kalbinde Kırmızı Alarm" (Stramba-Badiale, 2009) çalışmasına göre; kadınlar ve erkeklerin KVH risk faktörlerine yönelik farkındalık seviyeleri karşılaştırıldığında, kadınlarda bu seviyenin daha düşük olduğı ve tarama programlarına katılımının daha az olduğı belirtilmiştir. Bu doğırultuda geçmişte olduğı gibi günümüzde de bu sonuçların aynı olduğı, kadınlarda KVH prevalansı ve mortalitesinin artma eğiliminde olduğı ve kadınların KVH'ların ölüm nedenlerinde ilk sırada olduğunun farkında olmadığı görülmektedir (Güneş ve ark., 2019). Kadınların KVH risk faktörleri bilgi seviyesi ile sağılıklı yaşam tarzı davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek isteyen bir çalışmada, kadınların KVH risk faktörleri bilgi seviyeleri arttıkça sağılıklı yaşam tarzı davranışlarının da arttığı belirtilmektedir (Hebcan Örs ve Tümer, 2020).

KVH'lardan korunmada ve mücadelede farkındalık en önemli adımlardandır. Bu nedenle menopoza döneminde olan kadının KVH riskinin belirgin şekilde artmasını da göz önüne alırsak; farkındalık daha da önemli hale gelmektedir. Menopoz dönemindeki kadının KVH'lara ve risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeyi ve farkındalık seviyesinin yetersiz olması, KVH risk faktörlerini saptamak ve bu faktörleri iyileştirmek için büyük

bir zorluk olmaktadır. Bu dönemdeki kadınların KVH risk faktörlerini bilmesi ve bu faktörlerin tespit edilmesi, risklerin önlenmesi ve farkındalığın artırılmasında mücadelenin temelini oluşturmaktadır (Omboni ve ark., 2013; Civek ve Akman, 2022).

2.5. Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığının Arttırılmasında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

KVH risk faktörleri ve farkındalığı konusunda toplumsal bilgi eksikliğini azaltmak ve farkındalığı arttırmak için hemşirelerin KVH risk faktörlerini bilmesi, anlaması, önlemesi ve yönetebilmesi son derece önemlidir. Toplumun her kesimindeki kadınların KVH risk faktörleri bilgi düzeyi ve farkındalığının ölçülmesi ve bunları olumlu veya olumsuz etkileyen faktörlere yönelik çalışmaların yapılması ve bu çalışmaların sayısının arttırılması için hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşireler, bireylerin sağlıklı yaşam tarzı davranışları konusunda desteklenmelidir. Hemşireler, bireyleri olumlu sağlık davranışlarına teşvik eden girişimleri planlanmak ve uygulamak için önemli role sahiptir (Uçar ve Arslan, 2017).

Kadınların KVH risk faktörleri bilgi seviyelerinde artış olması, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının oluşmasında ve sürdürülmesinde önemli bir faktördür. Bu nedenle hemşireler KVH risk faktörlerine ve sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerine yönelik ev ziyaretlerinde, poliklinik veya klinik hizmetlerinde kadınları bilgilendirerek farkındalığı arttırabilir. Hemşireler kadınların kendi sağlıklarını geliştirmesi konusundaki motivasyonunda engelleri tespit edebilir ve olası çözümler sunabilir (Hebcan Örs ve Tümer, 2020).

KVH'a sahip kadınların erken tespit edilmesi ve tedaviye erken başlanabilmesi için taramalar büyük öneme sahiptir. Taramalar için halk sağlığı kampanyaları ve hedefe yönelik eğitim materyalleri yoluyla KVH farkındalığının arttırılması öncelikli olmalıdır. Tarama sürecine birinci basamak sağlık personellerinin dâhil edilmesi de çok önemlidir. Tüm bu süreç boyunca hemşireye önemli roller düşmektedir. Yapılan risk değerlendirilmesinde kadınlara bireyselleştirilmiş bir yaklaşım sunulmalıdır (Kazzi ve ark., 2023).

Hemşireler bireysel veya gruplar halinde kadınlara yönelik sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetini etkin bir şekilde verilebilir, sağlıklı yaşam tarzına yönelik alışkanlıkların geliştirilmesine katkıda bulunabilir ve kontrolünü yapabilir (Woringer ve ark., 2017). Hemşireler KVH'ların azalma eğilimine girmesi için, toplumun sağlıklı davranış değişikliğini hedef alan koruma programlarını yaygınlaştırmada aktif rol almalıdır. Bu programların temeli etkili risk faktörlerini belirlemek ve toplumun bilgi ve farkındalık düzeyini ölçmek olmalıdır (Türk Kardiyoloji Derneği, 2002). Hemşireler konu ile ilgili eğitim kapsamında etkili eğitim materyalleri hazırlayarak bunları sunabilir. Yapılan sağlık eğitimleri ile kadının kendi sağlığı hakkında bilinçli yaşam tarzı seçimleri yapma konusunda güçlendirmede etkili olabilir (Woringer ve ark., 2017). KVH'lara bağlı morbidite ve mortalite konusunda farkındalığı arttırmaya yönelik eğitim faaliyetlerinde hemşireler ilk sırada olmalıdır (Stramba-Badiale, 2009). Sonuç olarak, bu eğitimler ile farkındalık arttırılarak risk faktörlerinin azalması sağlanabilir ve KVH'a bağlı hastalık, ölüm ve maliyet oranları önemli derecede düşürülebilir (Çürük ve ark., 2018).

2.6. Menopoz Döneminde Egzersiz ve Önemi

İskelet kaslarının kasılması ile enerji harcanmasına neden olan, solunum ve kalp hızını artıran, farklı seviyelerde yorgunluğa neden olan her türlü vücut hareketi fiziksel aktivite olarak tanımlanmaktadır (Bek, 2008). Egzersiz; önceden planlanan, yapılandırılan, fiziksel uygunluğun bir ya da daha fazla bileşeninin korunmasını ve geliştirilmesini amaçlayan, enerji tüketimine neden olan, düzenli ve tekrarlı yapılan fiziksel aktivitelerdir (Budde ve ark., 2016).

Fiziksel olarak aktif olmanın ve spor yapmanın sağlıklı yaşam tarzının önemli bir faktörü olduğu vurgulamaktadır. Her yaş ve koşuldaki bireylerin kendisine uygun fiziksel aktivite ve sporu düzenli olarak uygulamasıyla; fiziksel, sosyal ve zihinsel sağlığa yararlar sağladığı belirtilmektedir. Bu yararlar ek olarak kilo kontrolünü sağlama, tütün ve alkol kullanımını azaltma, madde bağımlılığını önleme, sosyal ve toplumsal uyum gibi birçok konuda da yararlar sağlamaktadır. Egzersiz, yüksek kilo ve obezite ile ilişkili olan hastalıkların ilerlemesini yavaşlatmaya, yönetmeye ve önlemeye

yardımcı olmaktadır. Fiziksel aktivite ve egzersizler, hastalıklardan korunmada önemli bir araç olmak ile birlikte halk sağlığının iyileştirilmesi için birçok önemli sağlık yararı olan ucuz bir yöntem olduğuna vurgu yapılmaktadır (Malm ve ark., 2019).

Düzenli olarak fiziksel aktivite yapan kişilerin, sedanter yaşam tarzını benimseyen kişilere göre genel sağlık durumlarının daha iyi olduğu, hareket kısıtlaması yaşamadıkları ve daha düşük sağlık harcamaları yaptığı belirtilmiştir. Düzenli yapılan fiziksel aktivite yaşlanma süreci boyunca, aerobik kapasitenin, gücün ve kas kütesinin korunmasına ve artırılmasına yardımcı olur (Grindler ve Santoro, 2015). Egzersizin sağlık üzerine diğer etkilerine bakıldığında; diyabet, obezite, kanser ve KVVH riskini azalttığı, kan yağ ve glikoz düzeylerini düşürdüğü, psikolojik durumu ve uyku kalitesini düzenlediği, mineral yoğunluğunu arttırdığı bildirilmektedir (Lee ve ark., 2012). Düzenli yapılan egzersiz duygu durum bozuklukları, demans, kronik ağrı, inme, konstipasyon gibi hastalıklarda iyileştirilmiş sonuçlar ile ilişkilendirilir. Egzersiz, özellikle ileri yaşlarda bilişsel işleyişin sürdürülmesine ve iyileştirilmesine yardımcı olur. Bu nedenle egzersiz yapmak mevcut demansı olan bireylerde bakıcı yükünü azaltabilir (Barnes ve ark., 2015). Bunlara ek olarak egzersizin; vücut postürünün korunmasında, yorgunluğu azaltmada ve beyin damar hastalıkları gelişim riskini azaltmada da etkilidir. Bedeni ile barışık, özgüvenli, pozitif düşünce yapısına ve stres ile baş edebilme yeteneğine sahip bireylerin olması egzersizin ruhsal ve sosyal etkilerine örnektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Düzenli olarak egzersiz yapmanın hem beden hem de ruh sağlığı için olumlu etkilerinin yanı sıra bireyin sosyal yönden gelişimi ve gelecek yaşamına yönelik pek çok yararı bulunmaktadır (Hasbay Büyükkaragöz, 2015). Sonuç olarak egzersiz yapan bireyin yaşam kalitesi artar ve refahı iyileşir (WHO, 2020).

Birçok hastalığın ana nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkan fiziksel aktivite yetersizliği, küresel ölüm nedenleri risk faktörleri arasında dördüncü sıradadır. Düzenli fiziksel aktivitenin iskemik kalp hastalığı riskini %30, diyabet riskini %27, meme ve kolon kanseri riskini ise %20-25 civarında azalttığını belirtilmektedir. Sedanter yaşam birçok hastalığı da beraberinde getirmektedir. BOH'lar için risk faktörlerinin başında gelen sedanter yaşam dünyadaki mortalitenin yaklaşık olarak %6'sını oluşturmaktadır (Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, 2014). Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Çalışmasına (2013) göre kadınların %87'sinin, erkeklerin ise %77'sinin yeterli ölçüde fiziksel aktivite yapmadığı belirtilmektedir. DSÖ'nün fiziksel aktiviteye ilişkin ülke profillerine göre ülkemizdeki fiziksel inaktivite düzeyine yaş aralıklarına göre bakarsak;

11-17 yaş aralığında erkek çocuklarda %77 iken kız çocuklarda %86, 18 yaş ve üzeri yetişkin erkeklerde %22 iken kadınlarda %39, 70 yaş ve üzeri yetişkinlerde ise erkeklerde %34 iken kadınlarda %55 olarak karşımıza çıkmaktadır (WHO, 2023). Bu oranlar, tüm yaş gruplarına göre fiziksel aktivitenin yeterli olmadığı aynı zamanda kadınların erkeklere göre fiziksel inaktivite düzeyinin daha fazla olduğunu göstermektedir.

Fiziksel hareketsizlik sadece kadın sağlığını riske atmakla kalmaz, aynı zamanda menopoza ile ilgili sorunları da artırır. Menopoz döneminde olan kadınlar için egzersizin sağlığa olan yararının artırıcı etkisi vardır. Menopoz döneminde yapılan egzersizler hem fiziksel hem zihinsel sağlığı geliştirmede, sosyal problemleri azaltmada ve bu dönemde kadınların yaşam kalitesini arttırmada önemli rol oynamaktadır. Düzenli yapılan fiziksel aktivitenin bu dönemdeki kadınlarda, osteoporozla baş etme, kardiyovasküler sağlığı koruma, uyku problemlerini azaltma, kendilerini daha rahat hissetmelerini sağlama konusunda yararları vardır. Tüm bunlara ek olarak, egzersiz yapmak fibromiyalji veya meme kanseri olan postmenopozal kadınlarda osteoartiküler ağrıyı azaltır (Mendoza ve ark., 2016). Menopoz dönemindeki kadınlarda metabolizma hızı yavaşlar. Yapılan bir çalışmada bu dönemdeki kadınlarda bel çevresinin üç yılda 2,2 cm artışa geçtiği belirtilmiştir. Yetersiz fiziksel aktivite ile birlikte kilo alımında artış ve metabolik hızda azalma sonucu kadınlarda karın viseral yağ oranı artmaktadır (Grindler ve Santoro, 2015). Menopoz döneminde yapılan egzersiz ile bölgesel yağlanmada azalma sağlanır ve kilo kaybını destekler (Swift ve ark., 2012).

Egzersiz yapmak, menopoza bağlı olarak yaşanan semptomları hafifletmenin ve hatta önlemenin etkili bir yolu olabilir. Egzersiz, menopoz semptomlarını yönetmede başvurulabilecek farmakolojik olmayan, güvenli, herkes tarafından ulaşılabilir ve ucuz bir uygulamadır (Skrzypulec ve ark., 2010; Büyükkaplan ve ark., 2020). Premenopozal dönemdeki kadınlarda egzersiz eğitiminin menopoz semptomlarına etkisini inceleyen 24 kadın ile randomize kontrollü yapılan bir çalışmada egzersiz grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre menopoz semptomlarının azaldığı tespit edilmiştir. Çalışmada egzersiz uygulamasının bu dönemdeki kadınlarda yaşam kalitesini arttıran bir aktivite olduğu vurgulanmaktadır (Usgu ve Çiftçi, 2021).

2.7. Menopoz Döneminde Egzersiz ve Kardiyovasküler Hastalıklar İle İlişkisi

Egzersiz sağlıklı endotel fonksiyonu desteklediği için kardiyovasküler sağlığı korumanın yollarından biridir. Menopoz dönemindeki kadınlarda düzenli yapılan egzersizin belki de en önemli yararı, endotel fonksiyonu üzerindeki korucuyu etkisi ve KVH'ları önlemesidir. Bu dönemde yapılan egzersizlerin kardiorespiratuvar sağlığı iyileştirdiği ve kadınlarda KVH için diğer önemli risk faktörlerini olumlu yönde değiştirdiği bulunmuştur. Menopoz dönemindeki kadınların yaşam stillerine egzersizi dâhil etmeleri tavsiye edilmektedir (Grindler ve Santoro, 2015). Menopoz ile ilişkili kardiyovasküler sağlıkta biyolojik bozulmanın neden olduğu yüksek risk, fiziksel inaktivite ile daha da kötü hale gelebilir (Mendoza ve ark., 2016). Fiziksel inaktivite KVH riskini arttırırken, fiziksel aktivite ise kolesterol düzeyini düşürerek, kan basıncını düzenleyerek, kiloyu azaltmada ve korumada yardımcı olarak KVH riskini önemli ölçüde azaltır (Yeşil ve Altıok, 2012).

Fiziksel aktivite seviyesinin artması KVH'ların önlenmesinde ve risk faktörlerinin azaltılmasında etkili olduğu bilinen bir gerçektir. Literatürde menopoz dönemindeki kadınlarda kardiyometabolik sağlığı iyileştirmek için egzersizin gerekli olduğu ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Bu dönemdeki kadınlarda egzersiz müdahalesi sonucu kardiyovasküler sağlıkta iyileşmeler olduğu saptanmıştır (Lin ve ark., 2015).

Menopoz dönemindeki kadınlarda verilen egzersiz eğitiminin KVH'lara etkisini incelemek amaçlı yapılan bir araştırmada egzersizin kadınlarda kan basıncı kontrolü ve kardiyovasküler sağlıkta iyileşmeler sağladığı bulunmuştur (Lin ve Lee, 2018). Menopozal kadınlarda üç ay süren yoga uygulamasının KVH'lar üzerindeki etkisini incelemek amaçlı yapılan bir başka çalışmada ise, egzersiz uygulaması sonucu kadınlarda aritmi önemli ölçüde iyileşmiştir. Çalışmada yoga uygulamasının kadınlarda KVH riskini azaltma potansiyeline sahip olduğu bulunmuştur (Praveena ve ark., 2018).

Menopoz dönemindeki kadınlarda yapılan egzersizin, sağlığa yararlı etkilerinin olması, oluşabilecek semptomları azaltması, egzersizin yaşam tarzı haline gelmesi ve iyilik halinin sürdürülmesinin sağlanması kadın sağlığı açısından önemi büyüktür. Bu dönemdeki kadınların egzersiz davranışları incelendiğinde yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. Menopoz dönemindeki kadınlarda egzersiz davranışını geliştirmek için

egzersiz yapmayı engelleyen ve motive eden faktörlerin bilinmesi önem taşımaktadır (Mendoza ve ark., 2016; Çınar Özdemir ve Uysal, 2019).

2.8. Egzersiz Davranışını Etkileyen Faktörler

Egzersizin sağlık için yararlarına rağmen, bireylerin egzersiz davranışı yetersiz seviyededir (Özyazıcıoğlu ve ark., 2011). Bireyin özellikleri, yaşam tarzı alışkanlıkları, çevresel faktörler, egzersiz faaliyetine ait faktörler gibi fiziksel inaktiviteye neden olan etkenlerin belirlenmesi müdahaleler geliştirmek açısından önemlidir. Bireyin motivasyon kaynakları, öz yeterliliği, erişimi, maliyet ve zaman engelleri gibi birçok faktör egzersize katılımı etkileyebilir (Mendoza ve ark., 2016).

Sağlığı korumaya ve geliştirmeye yönelik davranışların gerçekleştirilmesinde bireyin algı ve inançları son derece önemlidir (Ünsal, 2017). Bireyin olumlu algı ve inançları sahip olması, sağlığı için davranışlarını etkilemekte ve bireyi harekete geçirmektedir. Bu nedenle bireyin algıları ve inançları egzersiz davranışını etkileyen faktörler arasındadır (Şimşekoğlu ve Mayda, 2016).

Sağlıklı yaşam denilince akla gelen seçeneklerden biri olan fiziksel aktivite, düzenli yapıldığı zaman sağlık için önemi daha da artmaktadır. Fakat ulaşımın araçlarla yapılması, makineleşmenin artıp insan gücünün yerine geçmesi, bilgisayar başında geçen sürenin artması, teknolojinin gelişmesi gibi sebepler egzersiz davranışını etkileyen faktörler arasındadır. Buna bağlı olarak da insanların sedanter yaşam tarzını benimsedikleri görülmektedir. Bu sebeple hareketsizliğin neden olduğu hastalıklar artmaktadır. Bu durum egzersiz yapmanın önemini ortaya çıkarmaktadır. Fiziksel olarak aktif olmayan bireyin kalp hastalıklarına yakalanma oranının fiziksel olarak aktif olan bireyin kalp hastalıklarına yakalanma oranına göre daha yüksek olacağını söylemek mümkündür. Hareketsiz yaşayan bireyin vücut direnci yaşın ilerlemesine de bağlı olarak alçak seviyelerde seyretmekte ve bu bireyin hastalıklara yakalanma olasılığı daha yüksektir. Obezite, kalp hastalıkları, diyabet, hipertansiyon gibi günümüzde önemi artan BOH'lar KVH için risk faktörleri oluşturmaktadır. Bireyin hareketli yaşam tarzını benimsenmesi ömrü boyunca sağlığını sürdürebilmesi için önemlidir (Salmon ve ark., 2007; Arslanoğlu, 2008).

Kadınlar genellikle sağlık problemleri, sosyal çevresi tarafından teşvik edilmeme, uygun mekâna erişimin kısıtlı olması, ekonomik yetersizlikler ve utanma korkusu gibi engelleri öne sürerek egzersiz yapma konusunda isteksizdirler (Spartano ve ark., 2019). Kadınların egzersiz yapmak istememesindeki bu engeller arasında, birlikte egzersiz yapacak bir aile üyesinin veya arkadaşının olmaması, açık havada egzersiz yapmayla ilgili güvenlik endişeleri ve hava durumu koşulları da sayılabilir (Im ve ark., 2008). Bireyin çevresinden gelen sosyal destek ile egzersiz davranışına yönelik olumlu tutum ve katılım sağlamaktadır. Sosyal desteğin olması bireyi egzersize teşvik etmektedir. Grup halinde egzersiz programlarına katılan bireyler, tek olarak katılan bireylere göre daha fazla devamlılık sağlamaktadır (Koruç ve Arsan, 2009). Kadınların evlerinde, iş yerlerinde ve ailesinde üstlendikleri çoklu sorumluluklar ve roller göz önüne alındığında, özellikle zaman bulamamak egzersiz yapmama konusunda önemli bir engel olmaktadır (Pan ve ark., 2009).

Egzersiz yapmanın faydası olası risklerinden fazla olsa da mevcut bu riskler egzersiz yapmayı etkileyebilir. Kas-iskelet yaralanmaları en yaygın riskler arasındadır. Ciddi ama yaygın olmayan riskler ise aritmi, ani kalp durması ve kalp krizidir. Egzersiz öncesi genel fiziksel duruma, yaşa, varsa egzersiz öyküsüne, mevcut ilaç kullanımına, varsa akciğer hastalığı ve ortopedik öyküsüne, olası kas-iskelet sistemi risklerine, engellilik ve sakatlık durumuna bakılarak kişiye uygun egzersiz programı hazırlanabilir (Grindler ve Santoro, 2015).

Egzersiz davranışını etkileyen olumlu faktörler de vardır. Örneğin, kadınlarda dış görünüş için yapılan egzersiz, egzersiz davranışına teşvik eden etmenlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde, dış görünüşün kadınlar için önemi artmakta, kadınlar kendilerini iyi hissetmek, kilo vermek ve güzel görünmek için çaba sarf etmektedirler. Bu sebeple kadınların hayatında egzersiz davranışı giderek artmakta ve önemli bir faktör haline gelmektedir. Menopoz dönemindeki bazı kadınların yaşadığı semptomlar egzersiz yapma konusunda isteksizleştirebilirken bazı kadınlar da semptomlarını hafifletmek ve uyku düzenini iyileştirmek için egzersize başvurmuşlardır. Mevcut tedavilere ilave olarak egzersiz davranışının da yer alması, sağladığı yararlar nedeniyle egzersiz davranışını arttırıcı etkisi bulunmaktadır (Çiçek, 2014; Tuncer ve ark., 2020).

Sağlıkta davranış değişikliğini açıklayan ve inceleyen birçok model vardır. Tüm bu modeller bireyin kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırması ve sağlık

uygulamalarında iyileştirici etkilerde bulunması için sağlık davranışlarının geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Bu modellerden biri olan Sağlık İnanç Modeli (SİM)'nin, egzersiz davranışı da dâhil olmak üzere bireylerin sağlık davranışlarındaki değişiklikleri açıkladığı belirtilmiştir (Caspersen ve ark., 1985; WHO, 2012). Bireylerin egzersiz davranışlarına ilişkin inanç ve tutumları Egzersiz Sağlık İnanç Modeli (ESİM) ile açıklanabilir. Literatürde SİM temel alınarak egzersiz davranışlarına ilişkin sağlık inançlarını değerlendirmek ve egzersiz davranış değişikliği oluşturmak için ESİM geliştirilmiştir (Esparza-Del Villar ve ark., 2017; Yılmaz ve Kartal, 2021).

2.9. Egzersiz Sağlık İnanç Modeli

Birçok birbirinden farklı tanımı olan sağlık kavramı, genel olarak bireyin sadece fiziki olarak değil, ruhsal olarak da sosyal olarak da iyi halde olma durumu anlamına gelmektedir (WHO, 1984). İnanç, bireyin içindeki rastgele bir konuya dair tanımlaması olan ve sürekliliği barındıran duygular ve kişisel kurallar anlamına gelmektedir. Davranış ise, bu inançların dışı yansıtılması olarak ifade edilmektedir (Peker ve Zengin, 2019). Bireyin sağlığı, sağlıkla ilgili inançlarından ve davranışlarından etkilenir. Sağlık inancı, bireylerin sağlıklı olma ya da hasta olma ile ilgili düşünce ve davranışlarıdır. Bireyin sağlık inancının sonucu sağlık davranışına dönüştüğü için bu inancın olumlu ya da olumsuz olması sağlığı önemli ölçüde etkilemektedir. Bu yüzden etkili bir sağlık bakımı için bireylerin sağlık inançları ve davranışları öğrenilmelidir (Ünsal, 2017).

SİM sağlıkla ilgili davranış değişikliğinin ve koruyucu sağlık davranışlarının açıklanmasında ve geliştirilmesinde öne çıkan modeller arasındadır (Redding ve ark., 2000). Bu model bireyin hasta olmadan önce ya da hastalık halindeki hareketlerine yön veren düşüncelerin nasıl şekillendiğini açıklamaya çalışan ve eylemi yaptıran ya da yaptırmayan motivatörlerin anlaşılması için kullanılan bir modeldir (Adıbelli, 2016). SİM sağlığı koruyan ve geliştiren davranışların yanı sıra hastalık halinde hastanın tedaviye uyumunu neyin olumlu neyin olumsuz etkilediğini ölçmede ve açıklamada etkin bir rehber olmaktadır (Gözüm ve Çapık, 2014). Hastalıkları erken teşhis etmeye ve önlemeye büyük önem verilen bir dönemde uygulanan tarama programları ücretsiz uygulansa bile bireylerin sunulan bu sağlık hizmetine yeterince katılım

göstermemesinin nedenlerine açıklık getirmek üzere bu model geliştirilmiştir (Rosenstock, 1974; Hayden, 2019). Sağlık davranışlarını değiştirmek üzerine kullanılan SİM günümüzde sağlık taraması, hastalık, hastalık rolü ve önleyici davranışları belirlemek ve müdahale etmek için kullanılmaktadır (Bulduk ve ark., 2015).

SİM temelini oluşturan altı kavram şu şekilde sıralanmaktadır (Janz ve ark., 2002; Finfgeld ve ark., 2003):

- Algılanan duyarlılık: Bireyin kendisinin hastalığa ne kadar yakalanma ihtimali verdiği ile ilişkilidir. Birey kendini ne kadar risk altında hissederse o kadar riski azaltma yönünde davranış gösterme eğilimine başvurur.
- Algılanan ciddiyet: Bireyin hastalığı ve bununla ilgili ortaya çıkabilecek sonuçları nasıl algıladığı ile ilişkilidir. Birey hastalık ile ilgili bir eyleme geçmediğinde hastalığa yakalanmanın ne kadar olumsuz sonuçlara yol açabileceğine yüklediği anlamdır. Bireyin algıladığı ciddiyet ne kadar yüksek olursa o kadar eyleme geçme olasılığı da yüksektir.
- Algılanan yarar: Bireyin hastalıktan korunmak ve şiddetini azaltmak için önerilen koruyucu davranışın olumlu sonuçlarının yarar olarak algılanması ile ilişkilidir.
- Engel algısı: Bireyin önerilen sağlık davranışını sergilemesinin önündeki engeller ile ilişkilidir.
- Öz yeterlilik: Bireyin olumlu sağlık davranışını sergilemesinde ve devam ettirmesinde kendine olan inancı, kararlılığı ve iradesi ile ilişkilidir.
- Eylem ipuçları: Bireyin sağlık davranışı gerçekleştirmesine teşvik eden uyarıcıları içerir. Eyleme geçiren bu uyarıcılar iç ya da dış kaynaklı uyarıcılar olabilir. Bireyin önceden bu hastalığa yakalanması eyleme geçiren iç uyarıcı olur iken bireyin yakınının hasta olması ya da ölümü ise hiç istenmeyen sağlık davranışı sergilemesine sebep olan dış uyarıcı olur.

Amaç bir sağlık probleminden kaçınmak ise, birey kendisini bir probleme karşı savunmasız hissetmeli (algılanan duyarlılık), ciddi bir problem olduğuna karar vermeli (algılanan ciddiyet), yapmak istediği eylemin sağlık tehdidini azaltacağına ve yarar sağlayacağına inanmalı (algılanan yarar) ve bu eylemi yaparken engellerle karşılaşabileceğini bilmelidir (engel algısı). Ayrıca bireyin bu eylemi gerçekleştirebilme yeteneği de kendine güven (öz yeterlilik) gerektirmektedir ve bireyi eyleme teşvik eden faktörler (eylem ipuçları) olabilmektedir. Egzersizin algılanan yararları, bireyin

uygulanacak egzersiz programını benimsemesini ve sürdürebilmesini etkileyecektir. Egzersizin ne kadar çok yararı olursa o kadar fazla egzersiz yapma isteği uyandırmaktadır. Algılanan yararlar bireyi egzersiz için teşvik etse de sağlık problemleri, motivasyon eksikliği ya da zaman eksikliği gibi engel algıları da egzersiz programına katılımı ve sürdürülebilirliği engelleyebilmektedir. Öz yeterlilik, bireyin egzersiz yapma yeteneğine olan inancı ve güvenidir. Egzersiz öz yeterliliği, bireyin sağlığını korumak ve geliştirmek için belirli bir davranışı özümseme olasılığını göstermektedir. Bireyler sadece hasta iken sağlık arayışına girmektedirler. Oysaki asıl önemli olan bireyin henüz sağlıklı iken yani hasta olmadan önce sağlığını koruması ve geliştirmesidir. Eylem ipuçları, bireyi sağlığıyla ilgili harekette bulunmaya teşvik etmektedir. Birey egzersiz programını benimsemeye karar verirse, ilk olarak sağlık problemlerine yatkın olabileceğine inanmalıdır. Birey kendisini fiziksel inaktiviteye karşı yatkın olarak değerlendirmedikçe ve böyle bir durumu kendisine karşı tehdit olarak görmedikçe egzersiz davranışını uygulamayacaktır. Algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, engel algısı, öz yeterlilik ve eylem ipuçları için önemli olan bulgular zaman içinde egzersiz davranışını değiştirmek için uygulanabilmektedir (Biddle ve Nigg, 2000; Öztekin ve ark., 2012; Cho ve Lee, 2013).

SİM bireylerin egzersiz davranışını açıklamak için uygulanabilecek etkili bir kavramsal çerçevedir. Bu model fiziksel aktiviteyi açıklamakla birlikte farklı demografik özelliklerden bireyler için de yaygınlıkla kullanılabilir (Rahmat-Najarkolaei ve ark., 2015). Örneğin, egzersiz davranışına yönelik sağlık inançlarını etkileyen ve menopoz dönemi öncesi osteoporozu önleyen faktörleri araştırmak için yapılan bir çalışmada ESİM'ne dayalı bir ölçek kullanılmış ve kullanılan bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğinin mükemmel olduğu belirtilmiştir (Soleymanian ve ark., 2014). Fiziksel aktivite düzeyini geliştirmek amacıyla SİM'ne dayalı eğitim yapılan bir çalışmada ise SİM'nin fiziksel aktivitenin faydalarına ilişkin inançları geliştirmek için uygun bir model olduğu sonucuna varılmıştır (Khodaveisi ve ark., 2021).

Kadınlarda egzersiz inanışlarının egzersiz davranışlarına etkisini incelemek amaçlı yapılan randomize kontrollü bir araştırmada, egzersiz sonrasında müdahale grubundaki kadınların egzersiz davranışını olumsuz etkileyen faktörler, egzersizin yarar ve engellere ilişkin inançlarının girişim öncesine göre olumlu yönde değiştiği belirlenmiştir. Bu araştırmanın sonuçları kadınlardaki fiziksel aktivite seviyesindeki

artış ile egzersiz inanç ve alışkanlıklarının pozitif ve istendik yönde değişebileceğini göstermektedir (Doymaz, 2013).

2.10. Egzersiz Davranışının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Bireyin kendi sağlığını olumsuz etkileyecek davranışlardan uzak durarak sağlık düzeyini yükseltmesi sağlığın geliştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Hareketsiz yaşam tarzının benimsenmesi, alkol ve tütün kullanımı, sağlıksız beslenme alışkanlığı gibi riskli davranışlardan uzak durarak bireyin sağlık düzeyini yükseltmesi, birey kadar ailenin, çevrenin ve toplumun da sağlık düzeyinin yükselmesi olarak belirtilmektedir. Bireyin kendi sağlığı üzerine söz sahibi olması; hareketsiz yaşam tarzı, alkol ve tütün kullanımı gibi sağlıksız davranışların yerine düzenli fiziksel aktivite, sağlık taramalarına zamanında katılım, alkol ve tütün kullanımını azaltma gibi sağlıklı davranışlarla değiştirme süreci anlamına gelmektedir (Özcebe ve ark., 2012). Sağlığın korunması kadar geliştirilmesinin de öneminin büyük olduğu günümüzde öncül olarak hemşireler olmak üzere sağlık profesyonellerinin rolünün önemi ortaya çıkmaktadır. Toplumsal sağlığın korunmasında ve sağlık davranışlarının geliştirilmesinde hemşirelere büyük görev düşmektedir. Sağlıklı yaşam için hemşireler egzersiz ile ilgili profesyonel yardımı sağlamalıdır (Özkan ve ark., 2013).

Menopozla birlikte gelen sağlıkta bozulmalar fiziksel inaktivite ile daha da kötüleşir. Bu nedenle bu dönemde sağlıklı yaşam tarzı değişikliği içerisinde mutlaka egzersizler de yer almalıdır. Menopoz dönemindeki kadınların, egzersizin terapötik kapsamı ve etkinliği hakkında bilgi sahibi olmaları hemşireler tarafından sağlanmalıdır. Hemşire, egzersiz uygulamasının menopoz semptomlarını hafifletmede yardımcı olabileceği hakkında bilgilendirme yapması için önemli bir role sahiptir. Hemşirelerin, menopoz semptom yönetiminde egzersiz uygulaması ile ilgili güncel yaklaşımları ve verileri takip etmeli ve bu konuda kadınlara gerekli sağlık eğitimini yapmalıdır (Büyükkaplan ve ark., 2020). Hemşire kadının tercihinine uygun egzersize yönlendirerek ona yardımcı olmalı, yapılan ya da yapılacak olan egzersizlerin faydalı olup olmadığını değerlendirmeli, gerekli gördüğünde egzersiz planında değişiklikler yapmalıdır (Polat, ve Aylaz, 2020). Özellikle menopoz döneminde olan kadınlar için aerobik egzersizler

tavsiye edilmektedir. Çünkü bu egzersiz türünde kasların oksijen ihtiyacı fazla olmaktadır. Bu yüzden kalp ve akciğerin fazla çalışması gerekir. Bu egzersiz türüne yürüyüş yapmak, bisiklet sürmek, yüzmek, koşmak gibi örnekler verilebilir. Aerobik egzersiz türünde enerji yakımı fazladır, bu tür egzersizlerin KVH'a karşı koruyucu etkisi vardır ve vücut direncini arttırmaktadır (Wilmore, 2003). Yürüyüş yapmak, hem fiziksel hem de zihinsel sağlık için yapılabilecek bir egzersiz türüdür ve en yaygın egzersiz şeklidir. Ayrıca yürümek erişilebilir, ucuz ve düşük yaralanma riski barındırmaktadır. Hu ve arkadaşlarının (2017) post menopoz dönemindeki 80 Çinli kadınla yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada yürüyüş egzersizinin depresyonu azalttığı ve fiziksel benlik saygısında ve yaşam kalitesinde artırıcı etkisi olduğu bulunmuştur.

Günde en az 10.000 adım atmak gibi gerçekçi hedefler belirlemek gerekir. Arabayı uzak bir yere park etmek, asansör kullanmaktan kaçınmak gibi kurallar hedefleri sürdürmede yardımcı olabilir. Bireyin yaşam tarzına ve alışkanlıklarına egzersiz davranışı dâhil edilmelidir. Yapılabilecek egzersiz çeşitleri, egzersiz ortamında değişikliğe gitmek gibi tercihler sunmak motivasyonu artırabilir. Az miktarda fiziksel aktivite bile sağlık için koruyucudur. Yapılan aktiviteler gün içine yayılabilir, tek seferde yapılması gerekmez. Daha az oturmak ve daha fazla hareket etmek sedanter yaşam davranışının azaltılmasında, egzersiz davranışının artmasında ve geliştirilmesinde bir hedef olmalıdır (Grindler ve Santoro, 2015).

Hemşireler, egzersiz yapmanın önündeki engelleri değerlendirmelidir. Menopoz dönemindeki kadınların düzenli olarak egzersiz yapmaları için onları desteklemeli ve belirlediği engellerin üstesinden gelmek için kolaylaştırıcı unsurlara odaklanmalıdır. Ayrıca bu dönemdeki kadınların egzersiz davranışına dair inanç ve tutumlarına dayalı engeller de değerlendirilmeli ve bu engellerin üstesinden gelmek için hemşire bütün rollerini kullanmalıdır (McArthur ve ark., 2014).

Menopozal semptomlar ile mücadele etmeye yönelik destek gruplarının oluşturulması ve kadınların bu gruplara yönlendirmesinin yapılması, egzersiz gibi sağlıklı yaşam davranışlarının devamlılığını sağlamada ve güçlendirmede etkili olabilir (Vardar ve ark., 2020). Egzersiz, menopoz dönemindeki kadınların eğilimi olduğu birçok morbiditenin önlenmesi için ideale yakın bir müdahaledir. Bu nedenle hemşire egzersiz yapmaya mümkün olduğu kadar teşvik etmelidir. Egzersiz yapmak, kadının yaşam süresini ve kalitesini en üst düzeye çıkarır. Egzersiz yapılacak her tıbbi

değerlendirmenin bir parçası olmalıdır (Grindler ve Santoro, 2015). Hemşirelerin egzersiz planı hazırlamaları ve bu konuda danışmanlık hizmeti vermeleri, menopoz dönemindeki kadınların egzersiz yapmayı yaşam biçimi haline getirmelerinde, sağlıkları ile ilgili sorumluluk almalarında ve menopozal dönemde yaşanan problemlerle baş etmelerinde etkili olacaktır (Polat ve Aylaz, 2020).

Egzersiz davranışının menopozun bütün olumsuz faktörlerini azaltabileceği hatta önleyebileceği için tüm menopoz dönemindeki kadınlarda egzersiz yaygınlaştırılmalıdır. Tüm bunlar göz önüne alındığında hemşirelerin menopoz dönemindeki kadınlarda egzersiz davranışın geliştirilmesinde rolünün önemi büyüktür (Mendoza ve ark., 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, menopozal dönemdeki kadınların kardiyovasküler hastalık risk farkındalıklarını ve egzersiz davranışlarına ilişkin sağlık inançlarını belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma Denizli ilinin Bekilli ilçesinde bulunan Bekilli Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 45-60 yaş arasındaki menopoz döneminde olan kadınlarda yapılmıştır. Bekilli ilçesi Denizli ilinin kuzeyinde ve Denizli'ye 90 km uzaklıktadır. Bekilli Aile Sağlığı Merkezi Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olarak çalışmaktadır. Bekilli Aile Sağlığı Merkezi'nde toplam 3 aile hekimliği birimi hizmet vermektedir. Aile Sağlığı Merkezi'nde 3 aile hekimi ve 3 aile sağlığı çalışanı görev yapmaktadır. Bekilli ilçesinin toplam nüfusu 6381 iken, aile hekimliğine kayıtlı 45-60 yaş arası kadın nüfusu ise 686'dır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Denizli Bekilli Aile Sağlığı Merkezi'nde aile hekimliğine kayıtlı 45-60 yaş arası toplam 686 kadın araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü; hem evrendeki birey sayısı bilinen örneklem formülü ile hem de G-power 3.0.10 programının Correlation: Point biserial modeli t testi kullanılarak hesaplanmıştır. Daha önceden konu ile ilgili yapılmış çalışma bulunmadığı için, varsayımsal olarak beklentiler yönünde yapılan güç analizi sonucunda menopoz dönemindeki kadınların KVH risk farkındalıkları ile egzersiz davranışına ilişkin sağlık inancı arasında elde edilebilecek olan ilişkinin düşük derece etki büyüklüğüne ($r=0,15$) sahip olabileceği varsayıldığında %95 güvenle %80 güç elde edebilmek için çalışmaya en az 270 kişi alınması gerektiği hesaplanmıştır. Örneklemde kayıplar olacağı öngörüldüğünden ortalama 300 kişi araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Öncelikle her aile hekiminden kaç kadın seçileceği tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Birinci aile hekimliği bölgesine kayıtlı 45-60 yaş arası toplam kadın sayısı 197, ikinci aile hekimliği bölgesine kayıtlı kadın sayısı 268 ve üçüncü aile hekimliği bölgesine kayıtlı kadın sayısı 221'dir. Birinci aile hekimliği bölgesinden tabakalı örnekleme yöntemi ile 87 kişi, ikinci aile hekimliği bölgesinden 117 kişi, üçüncü aile hekimliği bölgesinden 96 kişi olmak üzere toplamda 300 kadın araştırmanın örneklemi oluşturmuştur.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri ise şu şekildedir:

- 45-60 yaş arası Bekilli Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olmak,
- Menopoz döneminde olmak,
- Soruları anlayabilecek bilişsel yeterlilikte olmak,
- İşitmeyle ilgili problemi olmamak,
- Türkçe anlayıp, konuşabilmek,
- Araştırmaya katılmayı kabul ediyor olmak.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplamak amacıyla katılımcılara “Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Form”, “Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği” ve “Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” uygulanmıştır.

3.4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin form (Ek 1)

Bu formda, bireylerin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanma durumu, menopoza girme yaşı, menopozla ilgili semptom yaşama durumu, menopoza ilişkin bilgi alma durumu, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanma durumu, egzersiz yapma durumu ve sağlık durumlarını algılama durumu gibi sorular yer almaktadır.

3.4.2. Kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı değerlendirme ölçeği (Ek 2)

Kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı değerlendirme ölçeği (KHRFDÖ) bireyin on yıllık süre içerisinde KVH ve inmeye bağlı olarak ortaya çıkabilecek ölüm riskini risk seviyeleri (düşük, orta, yüksek, çok yüksek) şeklinde belirtmektedir. Woringer ve ark. (2017) tarafından İngiliz toplumunda geliştirilen ölçek 26 maddedir. Ölçek Türk toplumuna Vural Doğru, Utli ve Karaman tarafından 2021 yılında uyarlanmış olup; 4 madde (madde 9, 22, 23, 26) çıkarılmıştır. Çalışmada kullanılan bu ölçek toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan ilk 8 madde bilgi sorusunu içermektedir ve doğru, yanlış, bilmiyor şeklinde yanıtlanmaktadır. Yanıtlanan her doğru cevabın 1 puan değeri vardır, yanlış veya bilmiyor şeklinde yanıtlanan her cevabın değeri ise 0 puandır. Bu bölümde ilk 7 sorunun cevabı “doğru”, son soru olan 8. sorunun cevabı ise “yanlış” olarak belirtilmektedir. Bu bölümde puanın yüksek olması, bireyin kalp krizi ve inme hakkında daha çok bilgi sahibi olduğunun göstergesidir. Ölçekte yer alan diğer bölüm ise üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; algılanan kalp krizi/inme riski (7 madde), sağlıklı beslenme niyetleri (5 madde) ve algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetlerdir (2 madde). Bu kısımda yer alan 15. ve 16. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekte 1-4 arası değişen likert puanlama tipi bulunmaktadır (Kesinlikle katılmıyorum 1 puan, kesinlikle katılıyorum 4 puan). Alt boyutlardan biri olan algılanan kalp krizi/inme riski bölümünde ortalama daha yüksek puanlama yapılması, bireyin kalp krizi ve inme riski hakkındaki algısının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutundan ortalama daha yüksek puanlama yapılması, bireyin sağlıklı beslenmeye yönelik davranışı ile ilgili değişime hazır olduğunu göstermektedir. Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt

boyutundan ise ortalama daha yüksek puanlama yapılması, bireyin egzersiz ve diyetin faydalarını algıladığını ve egzersiz davranışında gelişime hazır olduğunu göstermektedir. Tüm bu alt boyutlarda ve ölçeğin tamamında puanın yükselmesi, bireyin KVVH'lara yönelik farkındalığının arttığını ortaya çıkarmaktadır. Ölçeğin Vural Doğru ve arkadaşları tarafından Türk toplumuna uyarlanmasında cronbach alfa iç tutarlık katsayısı $\alpha=0,809$ ve ölçek test-tekrar test korelasyon katsayısı $0,864$ ($p<0,01$) olarak bulunmuştur. Uyarlanan ölçekte algılanan kalp krizi/inme riski alt boyutunun cronbach alfa değeri $\alpha=0,91$, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutunun cronbach alfa değeri $\alpha=0,79$ ve son olarak da sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutunun cronbach alfa değeri $\alpha=0,68$ 'dir. (Vural Doğru ve ark., 2021). Bu çalışmanın cronbach alfa iç tutarlık katsayısı $\alpha=0,70$ olarak bulunmuştur.

3.4.3. Egzersiz sağlık inanç modeli ölçeği (Ek 3)

Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (ESİMÖ) bireylerin egzersiz davranışlarını açıklamak için Meksika'da Esparza-Del Villar ve ark. (2017) tarafından geliştirilen 25 maddeli bir ölçektir. Yılmaz ve Kartal (2021) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. Ölçekte 5 alt boyut bulunmaktadır. Bunlar; 1-3. maddeler "genel sağlık değerleri", 4-6. maddeler "egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar", 7-13. maddeler "egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançlar", 14-19. maddeler "egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar" ve 20-25. maddeler ise "egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar" alt boyutlarıdır. Ölçekte 1-5 arası değişen likert puanlama tipi bulunmaktadır ve ters puanlama mevcut değildir. Ölçeğin değerlendirilmesi yapılırken 1-18 maddelerinde, "hiç" 1 puan, "biraz" 2 puan "oldukça" 3 puan, "sık sık" 4 puan ve "çok fazla" 5 puan olarak derecelendirilmektedir. 19-25 maddelerinde ise, "hiç düşünmüyorum" 1 puan, "hasta olabileceğime ihtimal vermiyorum" 2 puan, "olabilirim diye düşünüyorum" 3 puan, "büyük ihtimalle olacağımı düşünüyorum" 4 puan ve "kesinlikle olacağımı düşünüyorum" 5 puan şeklinde derecelendirilmektedir. Her alt boyuta dair puanlama arttıkça o alt boyuta ilişkin egzersiz sağlık inancı artmaktadır. Yılmaz ve Kartal'ın çalışmasında ölçeğin alt boyutlarının cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,90, 0,89, 0,88, 0,93 ve 0,85 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada ölçeğin uyumluluk değerlerine

bakıldığında ise ki-kare değerinin serbestlik derecesine bölünmesi ile elde edilen değer 2,532 olarak bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç modelin mükemmel düzeyde bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermektedir (Yılmaz ve Kartal, 2021). Bu çalışmanın cronbach alfa iç tutarlık katsayısı $\alpha=0,72$ olarak bulunmuştur.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Anket formları, çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uyan kadınlara Bekilli Aile Sağlığı Merkezi'nde araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanmıştır. Veri toplama işlemi Haziran-Kasım 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Anket formu uygulama süresi ortalama 20-25 dakika sürmüştür. Araştırmaya başlamadan önce araştırmaya katılacak olan kadınlara araştırma ve amacı hakkında bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı değişken

Menopoz dönemindeki kadınların kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı puan ortalaması ve egzersiz sağlık inancı puan ortalaması araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.6.2. Bağımsız değişken

Bireylerin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanma durumu, menopoza girme yaşı, menopozla ilgili semptom yaşama durumu, menopoza ilişkin bilgi alma durumu, kronik hastalık varlığı, düzenli

ilaç kullanma durumu, egzersiz yapma durumu ve sağlık durumlarını algılama durumu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmanın verileri SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde, katılımcıların sosyo-demografik değişkenlerin sayı ve yüzde dağılımları, kardiyovasküler hastalık risk farkındalığına ve egzersiz sağlık inançlarına ilişkin puan ortalamaları ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır.

Verilerin basıklık ve çarpıklık değerlerinin (-1,5 ila + 1,5 arasında olması) veri setinin normal dağılım şartını sağladığını kabul etmeye imkân tanımaktadır. Bu nedenle bağımsız iki grup ortalamasının farklılığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi; bağımsız ikiden fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında ise One-way ANOVA testi kullanılmıştır. Ölçek alt boyutları arasındaki ilişkinin yönü ve kuvvetini belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etiği

Araştırma için Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin (İzin Sayı No: 60116787-020/149491) (Ek 4) alınmıştır. Ayrıca araştırmanın Bekilli Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülmesi sebebiyle veriler toplanmaya başlamadan önce Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (Ek 5). Araştırmaya katılan bireylere araştırma ve amacı hakkında bilgiler verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla araştırma yürütülmüştür. Veri toplamada kullanılan ölçeklerin yazarlarından da e-posta yolu ile izin alınmıştır (Ek 6 ve Ek 7).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Denizli ilinin tek bir ilçesinde ve kırsal kesimde yaşayan kadınlarda yapılmıştır. Bu nedenle elde edilen bulgular yalnızca bu bölgeye genellenebilir. Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte tasarımıyla yürütüldüğü için neden sonuç ilişkisine ilişkin elde edilen bulgular deneysel çalışmalardan elde edilen bulgular kadar nedenselliğı açıklamamaktadır.

3.10. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Menopoz dönemindeki kadınların kardiyovasküler hastalık risk farkındalıkları yüksektir.

H2: Menopoz dönemindeki kadınların egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları yüksektir.

H3: Menopoz dönemdeki kadınların kardiyovasküler hastalık risk farkındalıkları ile egzersiz davranışlarına ilişkin sağlık inançları arasında ilişki vardır.

Zamanlama Çizelgesi

Kasım 2021	Tez Konusu Belirleme
Kasım 2021- Aralık 2021	Literatür Taraması
Aralık 2021	Etik Kurul Onayı
Ocak 2022	Tez Öneri Sunumu
Haziran 2022	Kurum İzni
Haziran 2022- Kasım 2022	Verilerin Toplanması
Kasım 2022-Aralık 2022	Veri Girişi ve Analizi
Aralık 2022- Kasım 2023	Tez Yazımı
Aralık 2023	Tez Sunumu

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular.

	Sayı	Yüzde (%)
Yaş ($X \pm SS = 53,12 \pm 3,62$; min:45, max:60)		
45-50 yaş	100	33,3
51-55 yaş	108	36,0
56-60 yaş	92	30,7
Medeni durum		
Evli	277	92,3
Bekâr	23	7,7
Eğitim		
Okuryazar	42	14,0
İlkokul	164	54,7
Ortaokul	54	18,0
Lise	32	10,7
Üniversite	8	2,7
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	18	6,0
Çalışmıyor	282	94,0
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	40	13,3
Gelir gidere eşit	181	60,3
Gelir giderden fazla	79	26,3
Sigara İçme Durumu		
Evet	8	2,7
Hayır	292	97,3
Alkol Alma Durumu		
Evet	2	0,7
Hayır	298	99,3
Kronik Hastalık Olma Durumu		
Evet	119	39,7
Hayır	181	60,3
Düzenli İlaç Kullanma Durumu		
Evet	115	38,3
Hayır	185	61,7
Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	125	41,7
Hayır	175	58,3
Sağlık Algısı		
İyi	189	63,0
Kötü	111	37,0

Tablo 4.1.'de menopoz dönemindeki kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular görülmektedir. Araştırmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların yaş ortalaması $53,12 \pm 3,62$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların %92,3'ü evli, %54,7'si ilköğretim mezunudur. Kadınların %94'ünün çalışmadığı, %60,3'ünün gelirlerinin giderlerine eşit olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun sigara içmediği (%97,3) ve alkol kullanmadığı (%99,3) belirlenmiştir. Kadınların %39,7'sinde kronik hastalık olduğu ve %61,7'sinin düzenli ilaç kullanmadığı belirlenmiştir. Kadınların yarıdan fazlasının (%58,3) egzersiz yapmadığı ve çoğunluğun (%63) kendi sağlığını iyi olarak algıladığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Kadınların menopozal özelliklerine göre dağılımı.

	Sayı	Yüzde (%)
Menopoza Girme Yaşı ($X \pm SS = 46,12 \pm 3,93$)		
≤45	124	41,3
46-49 arası	136	45,3
≥50	40	13,3
Menopoz Semptomları Yaşama		
Evet	145	48,3
Hayır	155	51,7
Semptomlar		
Sıcak basması	12	4,0
Gece terlemesi	5	1,7
Huzursuzluk	6	2,0
Uykusuzluk	10	3,3
Çarpıntı	15	5,0
Kas-eklem ağrısı	32	10,7
Hepsi	65	21,7
Menopoza Yönelik Bilgi Alma Durumu		
Evet	160	53,3
Hayır	140	46,7

Tablo 4.2.'de kadınların menopozal özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Araştırmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların menopoza girme yaş ortalaması $46,12 \pm 3,93$ 'tür. Kadınların %45,3'ünün 46-49 yaş aralığında menopoza girdiği ve %48,3'ünün menopoz semptomları yaşadığı belirlenmiştir. Semptom yaşayan kadınların %21,7'sinin sıcak basması, gece terlemesi, huzursuzluk, uykusuzluk, çarpıntı ve kas ve eklem ağrısı semptomlarını birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların yarıdan fazlası (%53,3) menopoza yönelik daha önceden bilgi almıştır.

Tablo 4.3. Menopoz dönemindeki kadınların KHRFDÖ puan ortalamalarına göre dağılımları.

KHRFDÖ	X±SS
Bilgi Puanı	6,73±1,23
Algılanan Kalp Krizi/İNme Riski	17,45±2,64
Sağlıklı Beslenme Niyetleri	12,38±2,16
Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler	6,48±1,00
KHRFDÖ Toplam Puan	36,31±3,78

X= Ortalama, SS= Standart Sapma

Tablo 4.3.'te menopoz dönemindeki kadınların KHRFDÖ puan ortalamaları görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi ölçeğin bilgi puan ortalaması 6,73±1,23, algılanan kalp krizi/inme riski alt boyutu puan ortalaması 17,45±2,64, sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutu puan ortalaması 12,38±2,16 ve algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu puan ortalaması 6,48±1,00'dir. Katılımcıların KHRFDÖ toplam puan ortalaması ise 36,31±3,78'dir.

Tablo 4.4. Menopoz dönemindeki kadınların ESİMÖ puan ortalamalarına göre dağılımları.

ESİMÖ Alt Boyutları	X±SS
Genel Sağlık Değerleri	3,24±0,81
Egzersiz Yapmamanın Ciddiyeti Hakkında İnançlar	4,83±0,41
Egzersiz Yapmanın Hastalık Riskini Azalttığı İnançlar	4,08±0,63
Egzersiz Yararlarının Egzersiz Maliyetin Önüne Geçtiği İle Alakalı İnançlar	3,35±0,22
Egzersiz Yapmama Sakıncalarına İlişkin İnançlar	3,08±0,45
ESİMÖ Toplam Puan	3,66±0,28

X= Ortalama, SS= Standart Sapma

Tablo 4.4.'te menopoz dönemindeki kadınların ESİMÖ puan ortalamaları görülmektedir. Ölçeğin genel sağlık değerleri alt boyutu puan ortalaması 3,24±0,81, egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançlar alt boyutu puan ortalaması 4,83±0,41, egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançlar alt boyutu puan ortalaması 4,08±0,63, egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar alt boyutu puan ortalaması 3,35±0,22 ve egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar alt boyutu puan ortalaması 3,08±0,45'tir. ESİMÖ toplam puan ortalaması ise 3,66±0,28'dir.

Tablo 4.5. KHRFDÖ puan ortalamaları ile ESİMÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki.

ESİMÖ PUAN ORTALAMASI	KHRFDÖ PUAN ORTALAMASI				
	Bilgi	Algılanan Kalp Krizi/İNme Riski	Sağlıklı Beslenme Niyetleri	Algılanan Faydalar Ve Değişime Yönelik Niyetler	KHRFDÖ Toplam
Genel Sağlık Değerleri	r=0,147 p=0,011	r=-0,155 p=0,007	r=0,311 p=0,000	r=0,336 p=0,000	r=0,159 p=0,000
Egzersiz Yapmamanın Ciddiyeti Hakkındaki İnançlar	r=0,207 p=0,000	r=0,007 p=0,906	r=0,068 p=0,239	r=0,188 p=0,000	r=0,145 p=0,000
Egzersiz Yapmanın Hastalık Riskini Azalttığı İnançlar	r=0,259 p=0,000	r=-0,005 p=0,928	r=0,374 p=0,000	r=0,396 p=0,000	r=0,316 p=0,000
Egzersiz Yararlarının Egzersiz Maliyetin Önüne Geçtiği İle Alakalı İnançlar	r=0,202 p=0,000	r=-0,164 p=0,005	r=0,218 p=0,000	r=0,298 p=0,000	r=0,140 p=0,000
Egzersiz Yapmama Sakıncalarına İlişkin İnançlar	r=0,289 p=0,000	r=0,077 p=0,186	r=0,391 p=0,000	r=0,398 p=0,000	r=0,384 p=0,000
ESİMÖ Toplam	r=0,290 p=0,000	r=-0,083 p=0,152	r=0,396 p=0,000	r=0,457 p=0,000	r=0,255 p=0,000

r= Pearson korelasyon katsayısı

Tablo 4.5.'te menopoz dönemindeki kadınların KVH risk farkındalıkları ile egzersiz sağlık inançları arasındaki ilişki görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi ESİMÖ tüm alt boyutları ve toplam ölçek puan ortalaması ile KHRFDÖ bilgi puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

ESİMÖ genel sağlık değerleri alt boyutu ve egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar alt boyutu ile KHRFDÖ algılanan kalp krizi ve inme riski alt boyutu arasında istatistiksel olarak negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak ESİMÖ egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar alt boyutu, egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançlar alt boyutu, egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar alt boyutu ve toplam ölçek puan ortalaması ile KHRFDÖ algılanan kalp krizi ve inme riski alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

ESİMÖ egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar alt boyutu ile KHRFDÖ sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

ilişki bulunmazken ($p>0,05$), ESİMÖ diğer alt boyutları ve toplam ölçek puan ortalaması ile KHRFDÖ sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutu arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). ESİMÖ tüm alt boyutları ve toplam ölçek puan ortalaması ile KHRFDÖ algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Yine ESİMÖ tüm alt boyutları ve toplam ölçek puan ortalaması ile KHRFDÖ toplam ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 4.6. Menopoz dönemindeki kadınların tanıtıcı özelliklerine göre KHRFDÖ puan ortalamalarının dağılımı.

	Bilgi Puanı	Algılanan Kalp Krizi/İNme Riski	Sağlıklı Beslenme Niyetleri	Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler	KHRFDÖ Toplam
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş					
45-50 yaş	6,99±1,25	17,04±2,50	12,83±2,30	6,81±1,02	36,68±3,94
51-55 yaş	6,88±1,08	17,72±2,41	12,17±1,82	6,41±0,92	36,31±3,05
56-60 yaş	6,28±1,27	17,58±3,00	12,13±2,31	6,20±1,00	35,92±4,33
Test Değeri	F=9,624 p=0,000	F=1,908 p=0,150	F=3,303 p=0,038	F=9,427 p=0,000	F=2,958 p=0,045
Medeni Durum					
Evli	6,74±1,24	17,34±2,61	12,34±2,21	6,53±0,99	36,22±3,79
Bekâr	6,33±1,52	17,33±4,16	13,66±1,52	5,66±0,57	36,66±5,03
Test Değeri	t=0,563 p=0,574	t=0,006 p=0,995	t=-1,031 p=0,304	t=1,507 p=0,133	t=-0,201 p=0,421
Eğitim Durumu					
Okuryazar	6,38±1,08	16,21±2,33	12,64±2,13	6,26±1,06	36,11±3,40
İlkokul	6,70±1,21	16,59±2,65	12,05±2,12	6,40±0,97	36,04±3,71
Ortaokul	6,71±1,47	16,64±2,67	12,42±2,15	6,51±1,04	35,59±4,05
Lise	7,25±1,01	16,93±2,74	13,21±2,04	6,87±0,96	37,18±3,73
Üniversite	7,50±0,75	18,12±2,03	14,00±2,26	7,03±0,83	39,00±3,74
Test Değeri	F=3,133 p=0,015	F=2,726 p=0,030	F=3,523 p=0,008	F=3,558 p=0,007	F=2,663 p=0,033
Gelir Durumu					
Gelir giderden az	6,60±1,59	18,05±2,35	12,27±1,78	6,35±1,00	36,67±3,39
Gelir gidere eşit	6,56±1,19	17,23±2,60	12,14±2,27	6,44±0,99	35,82±3,82
Gelir giderden fazla	7,18±1,01	17,65±2,84	12,97±1,98	6,63±1,03	37,26±3,71
Test Değeri	F=7,510 p=0,001	F=1,899 p=0,152	F=4,196 p=0,016	F=1,332 p=0,266	F=4,303 p=0,014

(Tablo 4.6. Devam) Menopoz dönemindeki kadınların tanıtıcı özelliklerine göre KHRFDÖ puan ortalamalarının dağılımı.

Sigara Kullanma Durumu						
İçiyor	7,50±0,75	18,50±2,26	12,00±1,06	6,62±0,91	37,12±2,74	
İçmiyor	6,71±1,24	17,42±2,65	12,39±2,18	6,47±1,01	36,29±3,80	
Test Değeri	t=1,774 p=0,039	t=1,135 p=0,129	t=-0,978 p=0,177	t=0,402 p=0,344	t=0,612 p=0,270	
Kronik Hastalık Olması Durumu						
Evet	6,61±1,05	18,10±2,51	12,69±2,19	6,40±1,06	37,20±3,76	
Hayır	6,81±1,33	17,02±2,64	12,17±2,12	6,53±0,96	35,73±3,68	
Test Değeri	t=-1,400 p=0,162	t=3,502 p=0,001	t=2,071 p=0,039	t=-1,113 p=0,267	t=3,343 p=0,000	
Egzersiz Yapma Durumu						
Evet	6,88±1,07	16,60±2,47	13,04±2,17	7,08±0,87	37,20±3,76	
Hayır	6,63±1,33	18,05±2,60	11,90±2,03	6,05±0,87	35,73±3,68	
Test Değeri	t=1,700 p=0,090	t=-4,851 p=0,000	t=4,613 p=0,000	t=9,972 p=0,000	t=3,343 p=0,000	
Sağlık Algısı						
İyi	6,95±1,14	17,93±2,39	12,61±2,21	6,65±1,00	37,43±3,57	
Kötü	6,36±1,29	17,16±2,96	11,98±2,03	6,18±0,95	35,31±3,78	
Test Değeri	t=4,038 p=0,000	t=3,903 p=0,007	t=2,462 p=0,007	t=3,960 p=0,000	t=2,401 p=0,005	

X= Ortalama, SS= Standart Sapma, F= One way-ANOVA testi, t= Bağımsız örneklem t-testi

Tablo 4.6.'da menopoz dönemindeki kadınların tanıtıcı özelliklerine göre KHRFDÖ puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi kadınların yaş gruplarına göre KVH risk farkındalığı karşılaştırıldığında, ölçeğin bilgi puanı ve sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutu, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu ve genel ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Sadece ölçeğin algılanan kalp krizi/inme riski alt boyutu ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). 45-50 yaş grubundaki katılımcıların KVH risk farkındalıklarına ilişkin toplam ölçek puan ortalaması $36,68\pm 3,94$ iken, 56-60 yaş grubundaki katılımcıların puan ortalaması $35,92\pm 4,33$ 'tür.

Menopoz dönemindeki kadınların medeni durumlarına göre KVH risk farkındalığı karşılaştırıldığında, ölçeğin tüm alt boyutları ve genel ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Yine kadınların eğitim durumlarına göre KVH risk farkındalığı karşılaştırıldığında, ölçeğin bilgi puanı, tüm alt boyutları ve genel ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir ($p<0,05$). Okuryazar kadınların KVH risk farkındalıklarına ilişkin toplam puan ortalaması $36,11\pm 3,40$, ilkokul mezunu olan kadınların puan ortalaması $36,04\pm 3,71$, ortaokul mezunu olan kadınların puan ortalaması $35,59\pm 4,05$, lise mezunu olan kadınların puan ortalaması $37,18\pm 3,73$, üniversite mezunu olan kadınların puan ortalaması ise $39,00\pm 3,74$ 'tür.

Katılımcıların gelir durumlarına göre KVH risk farkındalığı değerlendirildiğinde, ölçeğin bilgi puanı, sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutu ve genel ölçek toplam arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var iken ($p<0,05$), algılanan kalp krizi/inme riski alt boyutu ve algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Sigara kullanma durumuna göre KVH risk farkındalığı karşılaştırıldığında ise, ölçeğin tüm alt boyutları ve genel ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Sadece ölçeğin bilgi puanı ile sigara kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Sigara içen katılımcıların bilgi puanı $7,50\pm 0,75$ iken, sigara içmeyen katılımcıların bilgi puanı $6,71\pm 1,24$ 'tür.

Kronik hastalık olması durumuna göre KVH risk farkındalığı karşılaştırıldığında, ölçeğin algılanan kalp krizi/inme riski alt boyutu, sağlıklı beslenme

niyetleri alt boyutu ve genel ölçek toplam puan ortalaması ile katılımcıların kronik hastalık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Ölçeğin bilgi puanı ve algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Menopoz dönemindeki kadınların egzersiz yapma durumlarına göre KHRFDÖ karşılaştırıldığında, ölçeğin tüm alt boyutları ve genel ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir ($p<0,05$). Sadece ölçeğin bilgi puanı ile katılımcıların egzersiz yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Egzersiz yapan kadınların toplam ölçek puan ortalaması $37,20\pm 3,76$ iken, egzersiz yapmayan kadınların puan ortalaması $35,73\pm 3,68$ 'dir. Yine kadınların sağlık algılarına göre KVH risk farkındalığı karşılaştırıldığında, ölçeğin bilgi puanı, tüm alt boyutları ve genel ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$).

Tablo 4.7. Kadınların menopoza ilişkin özelliklerine göre KHRFDÖ puan ortalamalarının dağılımı.

	Bilgi Puanı	Algılanan Kalp Krizi/İnme Riski	Sağlıklı Beslenme Niyetleri	Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler	KHRFDÖ Toplam
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Menopoza Girme Yaşı					
≤45	6,87±1,12	17,65±2,46	12,84±2,01	6,44±1,03	36,94±3,32
46-49 arası	6,83±1,18	17,79±2,44	12,30±2,15	6,53±1,03	36,63±3,50
≥50	5,97±1,47	15,67±3,16	11,20±2,22	6,42±0,84	33,30±4,62
Test Değeri	F=9,271 p=0,000	F=11,242 p=0,000	F=9,420 p=0,000	F=0,352 p=0,704	F=16,449 p=0,000
Menopoz Dönemine Yönelik Bilgi Alma Durumu					
Evet	7,08±1,13	17,21±2,66	12,73±2,14	6,72±0,97	36,66±3,58
Hayır	6,34±1,23	17,72±2,60	11,97±2,12	6,20±0,97	35,91±3,96
Test Değeri	t=5,391 p=0,000	t=-1,691 p=0,092	t=3,046 p=0,003	t=4,577 p=0,000	t=1,730 p=0,042

X= Ortalama, SS= Standart Sapma, F= One way-ANOVA testi, t= Bağımsız örneklem t-testi

Tablo 4.7.'de menopoza dönemindeki kadınların menopoza ilişkin özelliklerine göre KHRFDÖ puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Kadınların menopoza girme yaşına göre KHRFDÖ karşılaştırıldığında, ölçeğin bilgi puanı, algılanan kalp krizi/inme riski alt boyutu, sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutu ve genel ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Sadece ölçeğin algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu ile kadınların menopoza girme yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Katılımcıların menopoza dönemine yönelik bilgi alma durumlarına göre KVH risk farkındalığı karşılaştırıldığında, ölçeğin bilgi puanı, sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutu, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu ve genel ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir ($p<0,05$). Sadece ölçeğin algılanan kalp krizi/inme riski alt boyutu ile menopoza dönemine yönelik bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Menopoza dönemine yönelik bilgi alanların KVH risk farkındalığına ilişkin toplam puan ortalaması $36,66\pm 3,58$ iken, bilgi almayanların $35,91\pm 3,96$ 'dır.

Tablo 4.8. Menopoz dönemindeki kadınların tanıtıcı özelliklerine göre ESİMÖ puan ortalamalarının dağılımı.

	Genel sağlık değerleri	Egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar	Egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançlar	Egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar	Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar	ESİMÖ Toplam
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş						
45-50 yaş	3,37±0,82	4,90±0,47	4,24±0,63	3,39±0,22	3,70±0,29	3,18±0,42
51-55 yaş	3,28±0,80	4,86±0,33	4,10±0,62	3,37±0,23	3,68±0,26	3,11±0,45
56-60 yaş	3,07±0,80	4,75±0,43	3,91±0,62	3,31±0,23	3,58±0,27	2,96±0,46
Test Değeri	F=3,571	F=3,559	F=7,097	F=3,526	F=4,640	F=6,000
	p=0,029	p=0,030	p=0,001	p=0,031	p=0,010	p=0,003
Medeni Durum						
Evli	3,24±0,83	4,84±0,42	4,09±0,63	3,36±0,23	3,07±0,44	3,06±0,43
Bekâr	3,33±0,58	5,00±0,00	4,00±0,14	3,17±0,17	2,78±1,13	2,77±1,13
Test Değeri	t=0,273	t=0,624	t=0,298	t=0,749	t=3,036	t=0,445
	p=0,845	p=0,600	p=0,827	p=0,524	p=0,510	p=0,350
Eğitim Durumu						
Okuryazar	3,40±0,88	4,65±0,48	3,95±0,60	3,31±0,23	3,63±0,41	3,11±0,39
İlkokul	3,12±0,80	4,87±0,33	4,03±0,63	3,34±0,24	3,66±0,42	3,09±0,41
Ortaokul	3,33±0,78	4,76±0,65	4,03±0,65	3,36±0,17	3,67±0,47	3,04±0,46
Lise	3,43±0,81	5,00±0,00	4,56±0,60	3,43±0,23	3,79±0,55	3,20±0,55
Üniversite	3,67±0,78	5,00±0,00	4,38±0,57	3,54±0,17	3,86±0,49	3,28±0,49
Test Değeri	F=2,713	F=3,631	F=4,822	F=4,216	F=3,857	F=4,831
	p=0,020	p=0,003	p=0,000	p=0,053	p=0,002	p=0,001
Gelir Durumu						
Gelir giderden az	2,95±0,90	4,62±0,72	3,91±0,75	3,32±0,23	3,56±0,37	3,10±0,27
Gelir gidere eşit	3,21±0,79	4,85±0,33	4,06±0,60	3,34±0,22	3,64±0,26	3,05±0,46
Gelir giderden fazla	3,48±0,76	4,87±0,34	4,23±0,62	3,40±0,22	3,74±0,24	3,17±0,49
Test Değeri	F=6,298	F=6,382	F=3,881	F=2,624	F=6,738	F=1,280
	p=0,002	p=0,002	p=0,022	p=0,074	p=0,001	p=0,279

(Tablo 4.8. Devam) Menopoz dönemindeki kadınların tanıtıcı özelliklerine göre ESİMÖ puan ortalamalarının dağılımı.

Sigara Kullanma Durumu						
İçiyor	3,04±0,60	5,00±0,00	4,23±0,69	3,44±0,27	3,04±0,40	3,04±0,40
İçmiyor	3,25±0,82	4,83±0,42	4,08±0,64	3,36±0,23	3,09±0,46	3,09±0,46
Test Değeri	t=-0,724	t=6,713	t=0,604	t=0,997	t=-0,274	t=0,075
	p=0,362	p=0,052	p=0,516	p=0,417	p=0,763	p=0,784
Kronik Hastalık Olması Durumu						
Evet	3,33±0,79	4,81±0,40	4,04±0,60	3,40±0,22	3,70±0,25	3,37±0,39
Hayır	3,19±0,83	4,86±0,43	4,12±0,66	3,30±0,23	3,63±0,29	2,90±0,39
Test Değeri	t=1,477	t=1,177	t=1,238	t=3,812	t=2,252	t=10,114
	p=0,070	p=0,279	p=0,267	p=0,000	p=0,013	p=0,000
Egzersiz Yapma Durumu						
Evet	3,65±0,79	4,88±0,34	4,30±0,52	3,41±0,21	3,74±0,24	3,20±0,40
Hayır	2,96±0,70	4,81±0,46	3,94±0,67	3,32±0,23	3,59±0,30	2,93±0,48
Test Değeri	t=7,891	t=1,542	t=5,098	t=3,259	t=4,619	t=5,347
	p=0,000	p=0,062	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000
Sağlık Algısı						
İyi	3,34±0,80	4,81±0,47	4,13±0,62	3,39±0,21	3,66±0,28	3,25±0,49
Kötü	3,09±0,82	4,87±0,29	4,01±0,65	3,30±0,25	3,65±0,29	2,98±0,39
Test Değeri	t=2,593	t=1,313	t=1,563	t=3,663	t=0,450	t=5,102
	p=0,005	p=0,096	p=0,014	p=0,000	p=0,653	p=0,000

X= Ortalama, SS= Standart Sapma, F= One way-ANOVA testi, t= Bağımsız örneklem t-testi

Tablo 4.8.'de menopoz dönemindeki kadınların tanıtıcı özelliklerine göre ESİMÖ puan ortalamaları dağılımları görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi menopoz dönemindeki kadınların yaş gruplarına göre egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları karşılaştırıldığında, ölçeğin tüm alt boyutları ve genel ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,05$). 45-50 yaş grubundaki kadınların egzersiz sağlık inançları toplam ölçek puan ortalaması $3,18 \pm 0,42$ iken, 56-60 yaş grubundaki kadınların $2,96 \pm 0,46$ 'dır. Medeni durumlarına göre egzersiz sağlık inançları karşılaştırıldığında ise, ölçeğin tüm alt boyutları ve genel ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Eğitim durumlarına göre ESİMÖ karşılaştırıldığında, ölçeğin sadece egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$). Ölçeğin diğer alt boyutları ve genel ölçek toplam puan ortalaması ile katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,05$). Okuryazar kadınların egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları toplam puan ortalaması $3,11 \pm 0,39$, ilkokul mezunu olan kadınların puan ortalaması $3,09 \pm 0,41$, ortaokul mezunu olan kadınların puan ortalaması $3,04 \pm 0,46$, lise mezunu olan kadınların puan ortalaması $3,20 \pm 0,55$, üniversite mezunu olan kadınların puan ortalaması ise $3,28 \pm 0,49$ 'dur.

Menopoz dönemindeki kadınların gelir durumlarına göre egzersiz sağlık inançları değerlendirildiğinde, ölçeğin sadece egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar alt boyutu ve genel ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$). Ölçeğin diğer alt boyutları ile kadınların gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,05$). Yine kadınların sigara içme durumu ile egzersiz sağlık inançları değerlendirildiğinde, ölçeğin tüm alt boyutları ve genel ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > 0,05$).

Menopoz dönemindeki kadınların kronik hastalığa sahip olmasına göre egzersiz sağlık inançları karşılaştırıldığında, ölçeğin genel sağlık değerleri, egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar alt boyutu ve egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançlar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Ölçeğin egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar alt boyutu, egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar alt boyutu ve genel

ölçek toplam puan ortalaması ile katılımcıların kronik hastalık olması durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir ($p<0,05$). Kronik hastalığı olan kadınların egzersiz sağlık inancı toplam puan ortalaması $3,37\pm 0,39$ iken, kronik hastalığı olmayan kadınların $2,90\pm 0,39$ 'dur.

Menopoz dönemindeki kadınların egzersiz yapma durumları ve ESİMÖ arasındaki ilişki incelendiğinde ise, ölçeğin sadece egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar alt boyutu ile kadınların egzersiz yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Ölçeğin diğer alt boyutları ve genel ölçek toplam puan ortalaması ile kadınların egzersiz yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Egzersiz yapan kadınların egzersiz sağlık inancı toplam puan ortalaması $3,20\pm 0,40$ iken, egzersiz yapmayan kadınların $2,93\pm 0,48$ 'dir.

Yine kadınların algılanan sağlık durumlarına göre egzersiz sağlık inançları karşılaştırıldığında, ölçeğin egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar alt boyutu ve egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar alt boyutu ile algılanan sağlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ölçeğin diğer alt boyutları ve genel ölçek toplam puan ortalamaları ile algılanan sağlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir ($p<0,05$). Sağlık algısı iyi olan kadınların egzersiz sağlık inancı toplam puan ortalaması $3,25\pm 0,49$ iken, sağlık algısı kötü olan kadınların $2,98\pm 0,39$ 'dur.

Tablo 4.9. Kadınların menopoza ilişkin özelliklerine göre ESİMÖ puan ortalamalarının dağılımı.

	Genel sağlık değerleri	Egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar	Egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançlar	Egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar	Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar	ESİMÖ Toplam
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Menopoza Girme Yaşı						
≤45	3,22±0,79	4,80±0,51	4,12±0,59	3,34±0,22	3,09±0,46	3,09±0,46
46-49 arası	3,26±0,81	4,87±0,33	4,06±0,68	3,38±0,24	3,11±0,47	3,11±0,47
≥50	3,30±0,93	4,12±0,59	4,08±0,63	3,32±0,23	3,00±0,36	3,00±0,36
Test Değeri	F=0,160 p=0,852	F=1,295 p=0,276	F=0,281 p=0,755	F=1,917 p=0,149	F=0,987 p=0,374	F=0,987 p=0,374
Menopoz Dönemine Yönelik Bilgi Alma Durumu						
Evet	3,39±0,77	4,84±0,46	4,25±0,66	3,39±0,23	3,72±0,29	3,13±0,47
Hayır	3,08±0,83	4,83±0,35	3,90±0,55	3,32±0,22	3,58±0,25	3,05±0,44
Test Değeri	t=3,324 p=0,000	t=0,123 p=0,451	t=4,961 p=0,000	t=2,855 p=0,002	t=4,212 p=0,000	t=4,539 p=0,000

X= Ortalama, SS= Standart Sapma, F= One way-ANOVA testi, t= Bağımsız örneklem t-testi

Tablo 4.9.'da katılımcıların menopoza ilişkin özelliklerine göre ESİMÖ puan ortalamaları dağılımları görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi kadınların menopoza girme yaşı ile egzersiz davranışına ilişkin sağlık inancı puan ortalamaları incelendiğinde, ölçeğin tüm alt boyutları ve genel ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Kadınların menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumuna göre egzersiz sağlık inançları puan ortalamaları dağılımları incelendiğinde ise, ölçeğin sadece egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar alt boyutu ile menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Ölçeğin diğer alt boyutları ve genel ölçek toplam puan ortalaması ile menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, menopoz dönemindeki kadınların kardiyovasküler risk farkındalıkları ve egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançlarının incelendiği bu araştırmada elde edilen veriler 6 başlık altında toplanmış olup, veriler kendi içinde ve literatür bilgileriyle tartışılmıştır.

- Katılımcıların Tanıtıcı ve Menopoza İlişkin zelliklerine Göre İncelenmesi
- Katılımcıların Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme leğine Ait Puan Ortalamaları Dağılımının İncelenmesi
- Katılımcıların Egzersiz Sağlık İnanç Modeli leğine Ait Puan Ortalamaları Dağılımının İncelenmesi
- Katılımcıların Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalıkları ve Egzersiz Sağlık İnançları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
- Katılımcıların Tanıtıcı ve Menopoza İlişkin zelliklerine Göre Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme leği Puan Ortalamalarının Dağılımlarının İncelenmesi
- Katılımcıların Tanıtıcı ve Menopoza İlişkin zelliklerine Göre Egzersiz Sağlık İnanç Modeli leği Puan Ortalamalarının Dağılımlarının İncelenmesi

5.1. Katılımcıların Tanıtıcı ve Menopoza İlişkin zelliklerine Göre İncelenmesi

Çalışmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların yaş ortalaması incelendiğinde $53,12 \pm 3,62$ (minimum yaş 45 ve maksimum yaş 60) olarak bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, menopoz dönemi ile ilgili yapılan önceki araştırmalar menopozal yaş aralığının 45 ile 60 yaş aralığında olduğunu göstermektedir (Sharifi ve

ark., 2017; Eatemadnia ve ark., 2019; Harun ve ark., 2020; Rindner ve ark., 2023). Araştırma bulgumuz literatür bulgularını desteklemektedir.

Araştırmamızda katılımcıların çoğunluğunun evli, yarıdan fazlasının ise ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Usgu ve Çiftçi (2021) tarafından yapılan menopozal dönemdeki kadınların egzersiz davranışlarını incelediği araştırmada kadınların çoğunluğunun evli olduğunu ve %33,3'ünün ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Aksoy Can (2022) tarafından yapılan araştırmada ise, kadınların %85,2'sinin evli ve %39,3'ünün ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur. Yine Ağralı ve ark. (2022) tarafından yapılan araştırmada da kadınların %90,6'sının evli ve %40,6'sının ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularımız diğer çalışmalara göre karşılaştırıldığında, medeni durum ile benzerlik gösterirken, ilkokul mezunu olan kadın yüzdesinin diğer araştırma bulgularından yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeni olarak araştırmamızın örneklem grubunun kırsal bölgeden oluşması olarak düşünülmüştür.

Menopozal dönemdeki kadınlar ile yapılan bazı çalışmalarda kadınların gelir getiren bir işte çalışmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Gümüşay ve Erbil, 2019; Usgu ve Çiftçi, 2021; Ağralı ve ark., 2022). Araştırmamızda kadınların literatürle uyumlu olarak çoğunluğu (%94) ev hanımı idi. Araştırma bulgumuz önceki çalışmalar ile benzerlik göstermiştir. TÜİK (2023) "İstatistiklerle Kadın" araştırmasına göre kadınlarda çalışma oranı eğitim durumuna göre incelenmiş ve eğitim seviyesi yükseldikçe çalışma oranının arttığı görülmüştür. Araştırma bulgumuz ve önceki araştırma bulgularına göre kadınların çoğunluğunun ev hanımı olmasının sebebinin bu yaş grubunda eğitim seviyesinin genellikle ilkokul mezunu olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yine çalışmamızda kadınların %60,3'ü gelirinin giderine eşit olduğunu, çoğunluğu sigara ve alkol kullanmadığını, %60,3'ü herhangi bir kronik hastalığı olmadığını, %61,7'si ise düzenli olarak herhangi bir ilaç kullanmadığını belirtmiştir.

Katılımcıları egzersiz yapma durumlarına göre incelediğimizde, yarıdan fazlasının (%58,3) egzersiz yapmadığı belirlenmiştir. Ketten Edis ve Bal (2023) tarafından yapılan menopoz dönemindeki kadınların KVH riskine yönelik farkındalık düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığı araştırmasında katılımcıların %65,2'sinin düzenli egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Özgen ve Saka (2022) tarafından menopoz dönemindeki kadınların fiziksel aktivite düzeylerinin KVH risk faktörleri ile ilişkisini incelemek amaçlı yapılan çalışmalarında ise kadınların çoğunluğunun egzersiz

yapmadığı belirlenmiştir. Araştırma bulgumuz önceki çalışmaların bulgularını desteklemekle birlikte, bu sonuçlar menopozal dönemdeki kadınların egzersiz davranışlarının istendik düzeyde olmadığını göstermektedir.

Araştırmamızda çoğunluğun egzersiz yapmamasının sebebinin menopozal dönemde yapılan egzersizin yararlarına rağmen bilgi eksikliği, zaman bulamama, motivasyon eksikliği, egzersize yönelik olumsuz sağlık inancı ve tutumları gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Oysaki bu dönemde düzenli yapılan egzersizler hem fiziksel hem de zihinsel sağlığı iyileştirmekte, sosyal sorunları azaltmakta ve dolayısıyla yaşam kalitesini önemli ölçüde arttırmaktadır (Mendoza ve ark., 2016). Yapılan bir araştırmada, egzersizin menopozal dönemdeki kadınların fiziksel ve zihinsel yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermiştir (Avilés-Martínez ve ark., 2022).

Araştırmaya katılan kadınların menopoza girme yaş ortalamalarının $46,12 \pm 3,93$ olduğu belirlenmiştir. Tümer ve Kartal (2018) tarafından yapılan çalışmada kadınların menopoza girme yaş ortalamasının $46,15 \pm 4,60$ olduğu, Vardar ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında yaş ortalamasının $48,48 \pm 2,22$ olduğu, Özgen ve Saka (2022) tarafından yapılan araştırmada ise yaş ortalamasının $47,27 \pm 5,0$ olduğu bulunmuştur. Menopoza girme yaşı ülkemizde 46-49 yaş arasında olarak belirtilmektedir (TNSA, 2018). Bulgumuz önceki araştırma bulguları ile benzerlik göstermekle birlikte literatür bilgisini doğrulamaktadır.

Araştırmamızda, kadınların menopozal semptom yaşayıp yaşamadıkları sorgulanmış ve yarıya yakınının (%48,3) semptom yaşadığı belirlenmiştir. Semptom yaşayan kadınların %21,7'si sıcak basması, gece terlemesi, huzursuzluk, uykusuzluk, çarpıntı, kas eklem ağrılarını aynı anda yaşadığını belirtmiştir. Menopozal dönemde kadınlarda çok çeşitli fiziksel ve psikolojik semptomlar ortaya çıkabilmektedir (El Khoudary ve ark., 2020). Yapılan bir nitel çalışmada menopozal dönemde olan kadınlar genel olarak sıcak basması ve gece terlemesi yaşadıklarını, ağlamaklı ve gergin ruh halinde olduklarını, uyku problemleri yaşadıklarını, kalp çarpıntılarının olduğunu belirtmişlerdir (İkişik ve ark., 2020). Menopoz semptomları üzerine yapılan başka bir araştırmada ise katılımcıların depresif ve sinirli ruh hali, sıcak basması, kalp rahatsızlıkları, uyku problemleri, kas-iskelet sistemi problemleri, genito-üriner problemler yaşadıkları belirtilmiştir (Sharif ve Darsareh, 2019). Araştırma bulgumuz

literatür bulguları ile benzerlik göstermekle birlikte literatür bilgilerini desteklemektedir.

Katılımcıların menopoza ilişkin daha önceden bilgi alıp almadıkları incelendiğinde, %53,3'ünün menopoza yönelik bilgi aldığı ancak neredeyse yarıya yakınının menopoz hakkında bilgisi olmadığı belirlenmiştir. Gümüşay ve Erbil (2019) tarafından yapılan araştırmada kadınların %54,8'inin, Tümer ve Kartal (2018) tarafından yapılan araştırmada ise kadınların %50'sinin menopoza yönelik bilgi aldığı saptanmıştır. Araştırma bulgumuz önceki çalışmalar ile benzerlik göstermiştir. Kadınların menopoz dönemine dair bilgiye sınırlı erişiminin olmasının bilinçsizlik, coğrafi özellikler, sosyal yaşantı ve eğitim durumu gibi faktörlerden etkilendiği düşünülmektedir. Menopoz ile ilgili bilgi ve tutumları değerlendirmek amaçlı yapılan bir çalışmada eğitim seviyesi ile birlikte menopoza dair bilgi seviyesinin de arttığı bulunmuştur (Harun ve ark., 2020). Oysaki menopozal dönem ile ilgili yeterli bilgi ve farkındalığın olması bu dönemde yaşanabilecek komplikasyonların engellenebilmesi, zamanında ve uygun tedavilerle hastalıkları önleme olasılığının artması sağlanabilmektedir (İkişik ve ark., 2020).

5.2. Katılımcıların Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeğine Ait Puan Ortalamaları Dağılımının İncelenmesi

Bireylerin KVH risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeyinin düşük olması, risk faktörlerinin önlenmesinde ve tedavi aşamasında süreci olumsuz etkileyen bir nedendir. Dolayısıyla bireylerin tedaviye uyumunu, tutumunu, davranışlarını ve olabilecek komplikasyonları negatif yönde etkileyebilmektedir. Bireylerin bilgi düzeyi ve farkındalık seviyesi KVH risk faktörlerinin önlenmesinde kilit roldedir (Boateng ve ark., 2017). Menopoz döneminde olan kadınların östrojen seviyesinin azalması ile birlikte KVH riskinin arttığı göz önüne alınırsa; kadınların KVH risk faktörleri bilgi seviyelerinin ve farkındalıklarının tespit edilmesi ve değerlendirilmesi önceliği olan bir mortalite önleme yöntemidir (Vural Doğru ve ark., 2021; Civek ve Akman, 2022). Bu nedenle bu araştırmada menopoz dönemindeki kadınların KVH risk farkındalıklarının ne düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Yapılan analiz sonucunda, menopoz dönemindeki kadınların KVH risk farkındalıkları değerlendirildiğinde; bilgi puan ortalamasının $6,73 \pm 1,23$, algılanan kalp krizi/inme riski alt boyutu puan ortalamasının $17,45 \pm 2,64$, sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutu puan ortalamasının $12,38 \pm 2,16$, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu puan ortalamasının $6,48 \pm 1,00$ olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınan genel puan ortalaması ise $36,31 \pm 3,78$ 'dir.

Bu bulgular doğrultusunda, kadınların kalp krizi inme riskine yönelik algılarının orta düzeyde, yine sağlıklı beslenme davranışı ile ilgili değişime hazır olma düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, kadınların kalp krizi riskine yönelik algılarının yetersiz seviyede olduğunu ve sağlıklı beslenme davranışı ile ilgili değişime yeterli düzeyde hazır olmadıklarını göstermektedir. Menopoz dönemindeki kadınların bilgi puanının ve diyet ve egzersizin yararlarına ilişkin algılama puanlarının ise ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, kadınların kalp krizi ve inme hakkında daha bilgili olduklarını, diyet ve egzersizin yararlarını daha iyi algılandığı ve egzersiz davranışında değişime daha hazır olduğunu göstermektedir. Genel anlamda ölçek puan ortalaması değerlendirildiğinde ise kadınların KVH risk farkındalıklarının orta düzeyde olduğunu yani istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir.

Literatürde konu ile ilgili benzer örneklem üzerinde yapılmış sadece Ketten Edis ve Bal (2023) tarafından yapılan çalışmaya rastlanmıştır. Aynı çalışmada menopoz dönemindeki kadınların KVH risk farkındalığının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Aynı ölçeğin kullanıldığı ancak örnekleme farklı gruplarda yapılan çalışmalar incelendiğinde ise, Karakuş (2023) tarafından hipertansiyonu olan hastalar ile yapılan, Tetik (2023) tarafından tip 2 diyabetli hastalarla yapılan araştırmalarda katılımcıların KVH'lara yönelik farkındalığın orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgumuz önceki çalışmalara benzerlik göstermekle birlikte, bu sonuçlar hem menopoz dönemindeki kadınların hem de kronik hastalığı olan bireylerin KVH'larla ilgili risk farkındalıklarının istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir. Oysaki menopoz dönemindeki kadınlarda KVH riskinin artması ve KVH insidansında artış olması nedeniyle KVH risk farkındalığı oldukça önemlidir. Menopoz dönemindeki kadınların KVH risk faktörleri bilgi ve farkındalık seviyelerinin ölçülmesi ve etkileyen faktörlere yönelik çalışmalar yapılması ve değerlendirilmesi için hemşirelere önemli roller düşmektedir (Uçar ve Arslan, 2017).

5.3. Katılımcıların Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine Ait Puan Ortalamaları Dağılımının İncelenmesi

Bireyin sağlık davranışları inanç, değer ve tutumlarından etkilenir. Bu nedenle kişiye özgü bakım planlayabilmek için, bireylerin sağlık davranışlarıyla ilgili inanç, değer ve tutumlarını belirlemek gerekmektedir (Yılmaz Tuncay ve ark., 2019). Menopoz döneminde yapılan egzersizin menopoz semptomlarına, kadının sağlığına ve KVH'lara karşı olumlu etkilerine önemli faydasının bulunduğu göz önüne alınırsa; bu dönemdeki kadınların egzersiz davranışına yönelik sağlık inançlarının belirlenmesi sağlıkla ilgili stratejilerin oluşturulmasında önemlidir (Mendoza ve ark., 2016). Bu nedenle bu araştırmada menopoz dönemindeki kadınların egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançlarının ne düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Menopoz dönemindeki kadınların egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları değerlendirildiğinde, analiz sonucunda genel sağlık değerleri alt boyutu puan ortalamasının $3,24 \pm 0,81$, egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar alt boyutu puan ortalamasının $4,83 \pm 0,41$, egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançlar alt boyutu puan ortalamasının $4,08 \pm 0,63$, egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiği ile alakalı inançlar alt boyutu puan ortalamasının $3,35 \pm 0,22$ ve egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar alt boyutu puan ortalamasının $3,08 \pm 0,45$ olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınan genel puan ortalaması ise $3,66 \pm 0,28$ 'dir.

Bu bulgular doğrultusunda, kadınların genel sağlık değerlerinin, egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançlarının, egzersiz yararlarının maliyetinin önüne geçtiği ile alakalı inançlarının ve egzersiz yapmamanın sakıncalarına ilişkin inançları ortalamanın üzerinde iken, egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançları yüksek düzeydedir. Genel anlamda ölçek puan ortalaması değerlendirildiğinde ise, kadınların egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançlarının ortalama puanın üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Literatür incelendiğinde, konu ile ilgili benzer örneklem üzerinde yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak aynı ölçeğin kullanıldığı örneklemi farklı gruplarda yapılan çalışmalar incelendiğinde, Kılıç (2022) tarafından aile hekimleri ile yapılan, Çiftçi ve Durmuş (2023) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılan araştırmada ve Ergin (2023) tarafından aile hekimliğine başvuran hastalar ile yapılan araştırmada

katılımcıların egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançlarının ortalamasının üzerinde olduğu bulunmuştur.

Araştırma bulgumuz ve aynı ölçekle yapılan diğer üç çalışmanın sonuçları toplumda hem menopoza dönemdeki kadınların hem de diğer gruplarda egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançlarının yüksek düzeyde olmadığını göstermektedir. Oysaki menopoza dönemdeki kadınlarda düzenli yapılan egzersizin KVH risk faktörlerini olumlu yönde azaltması ve fiziksel ve psikososyal sağlığı iyileştirmesi nedeniyle kadınlarda düzenli egzersiz davranışları önemlidir. Davranışa dönüşebilmesi için kadınların egzersiz davranışına ilişkin inançlarının olumlu yani yüksek düzeyde olması gerekmektedir (Ünsal, 2017). Bu nedenle hemşireler menopoza dönemdeki kadınların egzersiz davranışına etki eden inanç ve tutumları, engelleri ve motive eden faktörleri değerlendirmelidirler (McArthur ve ark., 2014).

5.4. Katılımcıların Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalıkları ve Egzersiz Sağlık İnançları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu bölümde menopoza dönemdeki kadınların KVH risk farkındalıkları ile egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları arasındaki ilişki incelenmektedir.

Yapılan analiz sonucunda, kadının egzersiz davranışına ilişkin genel sağlık değerleri ve egzersizin yararlarının maliyetinden daha önemli olduğunu inanma durumu ile kalp krizi/inme riski ile ilgili algısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, kadınların egzersiz davranışına ilişkin genel sağlık değerleri ve egzersizin yararlarının maliyetinin önüne geçtiğine ilişkin sağlık inancı yükseldikçe, kalp krizi/inme riskine ilişkin algısının azaldığını göstermektedir.

Kadınların egzersiz davranışına ilişkin, ölçeğin sadece egzersiz yapmamanın ciddiyeti ile ilgili inancı ile sağlıklı beslenme niyetleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, diğer alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Egzersiz sağlık inancı genel ölçek puanı ile kardiyovasküler risk farkındalıkları ölçeği genel ölçek puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$). Bu bulgu, kadınların egzersiz davranışına ilişkin sağlık

inançları olumlu yönde arttıkça kadınların kardiyovasküler risk farkındalıklarının arttığını, bireylerin sağlıklı beslenme davranışı ile ilgili değişime daha hazır olduğunu, diyet ve egzersizin faydalarının daha iyi algılandığını, egzersiz davranışında değişime daha hazır olduğunu göstermektedir. Elde edilen sonuç, menopoz dönemindeki kadınların KVH risk farkındalıklarının egzersiz davranışına ilişkin inançları üzerinde önemli etkisi olduğunu göstermektedir. Bu sonuç doğrultusunda, menopoz dönemindeki kadınların kardiyovasküler hastalık risk farkındalıkları ile egzersiz davranışlarına ilişkin sağlık inançları arasında ilişki vardır hipotezi kabul edilmiştir.

Literatür incelendiğinde, menopoz dönemindeki kadınların KVH risk farkındalıkları ile egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, Saffari ve arkadaşlarının (2020) genç yetişkinlerde KVH'lara yönelik sağlık inanç modeline dayalı bir eğitim programının KVH'lardan nasıl korunabildiği inceleyen bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmada verilen eğitimin katılımcıların KVH'lara karşı duyarlılıkları, ciddiyeti, önleyici davranışların yararları ve engelleri hakkındaki algılarının KVH risk faktörleri için olumlu etki sağladığı bulunmuştur. Ayrıca verilen eğitimin katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerinde artış sağladığı saptanmıştır. Aynı çalışmada fiziksel aktivitenin KVH risk faktörlerini etkileyen en önemli sağlık davranışlarından biri olduğu vurgulanmaktadır. Üniversite öğrencilerinde sağlık inanç modeline dayalı sağlıklı beslenme ve fiziksel inaktivite ile ilgili faktörleri incelemek amaçlı yapılan bir başka çalışmada ise, KVH'larda algılanan ciddiyetin egzersiz davranışını daha fazla etkilediği görülmektedir. Çalışmada engel algısının da egzersiz davranışını etkilediği bulunmuştur (Rahmati-Najarkolaei ve ark., 2015).

Araştırma bulgusunun, menopoz dönemindeki kadınların KVH risk farkındalıklarının egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları üzerindeki etkisini ortaya koyması bakımından literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5.5. Katılımcıların Tanıtıcı ve Menopoza İlişkin Özelliklerine Göre Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımlarının İncelenmesi

Bu bölümde katılımcıların tanıtıcı ve menopoza ilişkin özelliklerine göre kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı arasındaki ilişki incelenmiştir.

Menopoz dönemindeki kadınların yaş durumları ile KVH risk farkındalıkları arasındaki fark incelendiğinde, katılımcılarda yaş arttıkça KVH risk farkındalığının azaldığı görülmektedir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, Ketten Edis ve Bal (2023) ve Karakuş (2023) tarafından yapılan araştırmalarda yaş ile katılımcıların KVH risk farkındalıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, Tetik (2023) tarafından yapılan araştırmada katılımcılarda yaş arttıkça KVH risk farkındalığının azaldığı tespit edilmiştir. Menopoz dönemindeki kadınlarda KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin değerlendirildiği araştırmada katılımcıların yaşı arttıkça KVH risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir (Çuvadar, 2022). Literatürde yaş durumu ile KVH risk farkındalığı arasında farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir. Yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkan zihinsel ve fiziksel değişiklikler ile birlikte bireylerin bilgiye ulaşma ve bilgiyi kullanabilmedeki güçlükler ileri yaşlı menopozlu kadınlarda bu sonucu yaratmış olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların medeni durumları ile KVH risk farkındalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Kronik hastalığı olan bireyler ile yapılan çalışmalarda, hastaların medeni durumlarının KVH risk farkındalıklarını üzerinde etkisinin olmadığı belirlenmiştir (Karakuş, 2023; Tetik, 2023). Çalışmamızın bulgusu önceki çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Menopoz dönemdeki kadınların eğitim durumları ile KVH risk farkındalıkları puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, lise ve üniversite mezunu olanların KVH risk farkındalıkları puan ortalamasının diğer eğitim düzeylerine sahip olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, kronik hastalığı olan bireylerde yapılan çalışmalarda eğitim seviyesi arttıkça KVH risk farkındalıklarının da arttığı görülmüştür (Karakuş, 2023; Tetik, 2023). Yetişkin kadınlarda KVH risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeylerini incelemek amaçlı yapılan bir çalışmada ise eğitim seviyesi yüksek olan kadınlarda KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu

bulunmuştur (Hebcan Örs ve Tümer, 2020). Araştırma bulgumuz önceki çalışmalar ile benzerlik göstermiştir. Eğitim seviyesinin artması ile birlikte farkındalığın da artması genel olarak beklenen bir sonuçtur. Eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin sağlığı ile ilgili bilincinin ve sağlık okuryazarlığı seviyesinin yüksek olması KVH ile ilgili risk farkındalıklarını arttırmış olabilir.

Yine araştırmamızda gelir durumu ile KVH risk farkındalıkları puan ortalamaları arasındaki fark değerlendirildiğinde, geliri giderden fazla olanların ($37,26 \pm 3,71$), geliri giderden az olanlara ($36,67 \pm 3,39$) ve geliri gidere eşit olanlara ($35,82 \pm 3,82$) göre KVH risk farkındalığı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, Keten Edis ve Bal (2023) tarafından yapılan araştırmada geliri giderinden fazla olan kadınların geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olan kadınlara göre algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetleri daha yüksek bulunmuştur. Karakuş (2023) tarafından yapılan araştırmada katılımcıların gelir durumu ile KVH risk farkındalıkları arasındaki ilişki incelendiğinde, genel ölçek toplam puan ortalamasında anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p > 0,05$), geliri giderinden fazla olan katılımcıların sağlıklı beslenme niyetleri ve algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Tetik (2023) tarafından yapılan araştırmada geliri düzeyi algısı iyi olanların KVH risk farkındalıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çuvadar (2022) tarafından yapılan araştırmada ise menopoza dönemindeki kadınların gelir durumunun KVH risk faktörleri bilgi düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. Literatürde gelir durumu ile KVH risk farkındalığı arasında farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir. Araştırma bulgumuz, Tetik'in araştırması ile benzerlik gösterirken, Karakuş'un araştırma sonuçlarından farklılık göstermektedir.

Katılımcıların sigara kullanma durumu ile KVH risk farkındalığı puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, sigara kullanma durumu ile ölçeğin alt boyutları ve genel ölçek toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$). Sigara içme durumunun sadece bilgi puanını etkilediği ve sigara içenlerin ($7,50 \pm 0,75$) sigara içmeyenlere ($6,71 \pm 1,24$) göre kalp krizi/inme hakkında bilgilerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, kırsal kesimde yaşayan kadınların KVH risk faktörleri bilgi düzeyini ölçmek amaçlı yapılan ve bir çalışmada sigara kullanan kadınların bilgi düzeyi puan ortalamalarının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tan ve ark., 2013). Keten Edis ve Bal (2023) ve Karakuş (2023) tarafından yapılan araştırmalarda katılımcıların sigara

kullanma durumu ile KVH risk farkındalığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Araştırma bulgumuz bu konudaki literatür bilgisini desteklemekle birlikte önceki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Sigara paketleri üzerinde bulunan sağlık uyarılarının, katılımcıların sigaranın riskleri ile ilgili bilgi seviyesini ölçmek amaçlı yapılan bir çalışmada sigara içen kişilerin daha iyi sağlık bilgisine sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Hammond ve ark., 2006).

Menopoz dönemindeki kadınların kronik hastalığa sahip olması ile KVH risk farkındalıkları puan ortalamaları incelendiğinde, kronik hastalığı olanların ($37,20\pm3,76$) olmayanlara ($35,73\pm3,68$) göre KVH risk farkındalığı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, Keten Edis ve Bal (2023) tarafından yapılan araştırmada kronik hastalığa sahip olma durumu ile KVH risk farkındalığı arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Çuvadar (2022) tarafından KVH tanımlı menopoz dönemindeki kadınlarla yaptığı araştırmasında koroner arter hastalığı ve hiperlipidemisi olanların KVH risk faktörleri bilgi düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa ilişkin sağlık hizmetlerinden yararlanması, tedavi amaçlı bilgi alma gereksiniminin oluşması hastanın hastalığına ilişkin farkındalığını arttırmış olabilir.

Menopoz dönemindeki kadınların egzersiz yapma durumu ile KVH risk farkındalıkları incelendiğinde, egzersiz yapma durumunun KVH risk farkındalığını etkilediği belirlenmiştir. Buna göre, egzersiz yapanların ($37,20\pm3,76$) egzersiz yapmayanlara ($35,73\pm3,68$) göre KVH risk farkındalığı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Keten Edis ve Bal (2023), Karakuş (2023) ve Tetik (2023) tarafından yapılan çalışmalarda da egzersiz yapan katılımcıların KVH risk farkındalıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgumuz literatür bulgularını desteklemektedir.

Menopoz dönemindeki kadınların KVH risk farkındalıklarını etkileyen bir diğer etken de sağlık algısıdır. KHRFDÖ bilgi puanı, algılanan kalp krizi/inme riski alt boyutu, sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutu, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu ve genel toplam puan ortalaması iyi sağlık algısı olanların kötü sağlık algısı olanlara göre daha yüksektir. Algılanan sağlık, subjektif ve bireysel olarak ölçülebilen bir sağlık ölçüsüdür. Kişisel sağlık değerlendirmesi, davranışsal epidemiyolojik çalışmalarda yaygın olarak kullanılan bir ölçüdür ve sağlık durumu ve yaşam kalitesinin küresel ve bilgilendirici bir göstergesidir (Kriston ve ark., 2012). Bu çalışmada kadınların algılanan sağlık durumları ile KVH risk farkındalıkları arasında

anlamli bir fark olduğunu gstermiş, kadınlarn sağlık algıları iyileştikçe farkındalıkları artmıştır.

Kadınlarn menopoza girme yaşı ile KVH risk farkındalıkları puan ortalamaları incelendiğinde, menopoza girme yaşının kadınlarda KVH risk farkındalığını etkilediği saptanmıştır. Yapılan analiz sonucunda, 45 yaş ve altı menopoza giren kadınlarn (36,94±3,32), 46-49 yaş arası menopoza giren kadınlara (36,63±3,50) ve 50 yaş ve üstü menopoza giren kadınlara (33,30±4,62) göre KVH risk farkındalığı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gürölmektedir. Bu bulguya göre, menopoza girme yaşı azaldıkça risk KVH risk farkındalığının arttığı saptanmıştır. uvadar (2022) tarafından yapılan araştırmada kadınlarn menopoza girme yaşı ile KVH risk faktörleri bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gürölmektedir ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde, menopoza girme yaşı ile KVH risk farkındalığı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Erken yaşta menopoza girme durumu ile kadınlarn yaşadıkları semptomlar nedeniyle daha fazla bilgiye ulaşmak zorunda kalmaları, daha fazla sağlık hizmetinden yararlanma durumları KVH risk farkındalığını arttırmış olabilir. Araştırmadan elde edilen bulgunun literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

Menopoz dönemindeki kadınlarn menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumu ile KVH risk farkındalıkları arasındaki ilişki incelendiğinde, menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumunun kadınlarda KVH risk farkındalığını etkilediği belirlenmiştir. Araştırmada menopoza ilişkin bilgi alanların (36,66±3,58), bilgi almayanlara (35,91±3,96) göre KVH risk farkındalığı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumu ile KVH risk farkındalığı puan ortalamalarını inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda menopoz döneminde yaşanılan fiziksel, psikolojik ve sosyal semptomların oluşturduğu olumsuz etkilerin kadınlarda bilgi ve farkındalık gereksinimi oluşturduğu ve bu gereksinim sonucu olarak KVH risk farkındalığı düzeyinde artma yaşandığı düşünölmektedir.

5.6. Katılımcıların Tanıtıcı ve Menopoza İlişkin Özelliklerine Göre Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımlarının İncelenmesi

Bu bölümde katılımcıların tanıtıcı ve menopoza ilişkin özelliklerine göre egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

Menopoz dönemindeki kadınların yaş gruplarına göre egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları puan ortalamaları değerlendirildiğinde, yaş arttıkça genel sağlık değerlerinin, egzersiz yapmamanın ciddiyetine ilişkin inançlarının, egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığına ilişkin inançlarının, egzersiz yararlarına ilişkin inançlarının ve egzersiz yapmamanın sakıncalarına ilişkin inançlarının azaldığı belirlenmiştir. Yine yaş arttıkça egzersiz davranışına ilişkin genel inanç puan ortalamasının azaldığı belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde, menopoz dönemindeki kadınların yaşı ile egzersiz sağlık inançları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Aktaş ve Basat (2022) tarafından aile hekimine başvuran hastalar ile yapılan araştırmada katılımcıların yaş durumu ile egzersiz sağlık inançları puan ortalamaları arasındaki fark değerlendirildiğinde, yaş arttıkça egzersizin yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğine ilişkin inançlarının azaldığı ancak egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlarının arttığı görülmektedir. Aynı araştırmada yaş ile genel ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Ergin (2023) tarafından yapılan aile hekimlerine başvuran bireylerin egzersiz davranışına yönelik sağlık inançlarını ve etkileyen faktörleri inceleyen araştırmada, katılımcıların yaşı arttıkça genel sağlık değerleri puan ortalamasının azaldığı ve egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar puan ortalamasının arttığı görülmektedir. Aynı çalışmada katılımcılarda yaş arttıkça genel ölçek puan ortalamasının da arttığı belirlenmiştir. Literatürde yaş ile egzersiz sağlık inancı arasında farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir. Bu durumun seçilen örneklemin özelliklerinden (eğitim düzeyi, gelir vb.) kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların medeni durumları ile egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Aktaş ve Basat (2022) tarafından yapılan araştırmada çalışmamıza benzer şekilde katılımcıların medeni durumu ile egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları arasında bir ilişki bulunmamıştır. Ergin (2023) tarafından yapılan araştırmada evli olan katılımcıların egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançlar puan ortalaması, egzersiz yapmama sakıncalarına

ilişkin inançlar puan ortalaması ve genel ölçek puan ortalaması yüksek iken, bekâr katılımcıların genel sağlık değerleri puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Yılmaz (2019) tarafından yapılan aile hekimliğine başvuran bireyler ile yaptığı araştırmada bekar ve boşanmış olan katılımcıların genel sağlık değerleri ve egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde medeni durum ile egzersiz sağlık inancı arasında farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir. Bu durum seçilen örnekleme bekâr olan ya da evli olanların sayısından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumu ile egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları puan ortalamaları incelendiğinde, lise ve üniversite mezunu katılımcıların egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları puan ortalamasının diğer eğitim düzeylerine sahip katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde, menopoz dönemindeki kadınların eğitim durumu ile egzersiz sağlık inançları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak uluslararası öğrencilerin fiziksel aktivite davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılan ve sağlık inanç modelinin kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmada daha yüksek eğitim durumuna sahip katılımcıların fiziksel aktiviteye ilişkin sağlık inançlarını oluşturma sürecinde daha avantajlı oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Ma ve ark., 2023). Ergin (2023) tarafından yapılan araştırmada yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin, egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgumuz önceki çalışmalar ile benzerlik göstermiştir. Bu bulgulara göre, artan eğitim seviyesi ile birlikte bireylerin sağlık bilinci ve sağlık okuryazarlığı seviyesinde artış olduğu ve dolayısıyla sağlık inançlarının olumlu yönde geliştiği düşünülmektedir.

Menopoz dönemindeki kadınların gelir durumlarına göre egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları puan ortalamaları değerlendirildiğinde, geliri giderinden fazla olan katılımcıların genel sağlık değerlerinin, egzersiz yapmamanın ciddiyetine ilişkin inançlarının, egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığına ilişkin inançlarının ve egzersiz yapmamanın sakıncalarına ilişkin inançlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde, Yılmaz (2019) ve Ergin (2023) tarafından yapılan çalışmalarda gelir durumu ile egzersiz sağlık inançları arasında anlamlı bir fark olmadığı, Kılıç (2022) tarafından yapılan araştırmada ise geliri giderine eşit olan katılımcıların genel sağlık değerlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde

gelir durumu ile egzersiz sağlık inancı arasında farklı sonuçların elde edildiği görölmektedir.

Katılımcıların sigara kullanma durumu ile egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Ergin (2023) tarafından yapılan araştırmada çalışmamıza benzer şekilde katılımcıların sigara kullanma durumu ile egzersiz sağlık inançları arasında bir ilişki bulunamamıştır. Araştırma bulgumuz literatür bilgisini desteklemektedir.

Menopoz dönemindeki kadınların kronik hastalığa sahip olma durumları ile egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları puan ortalamaları incelendiğinde, kronik hastalığı olanların egzersiz yararlarına ilişkin inançlar puan ortalamasının, egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar puan ortalamasının ve genel ölçek toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, menopoz dönemindeki kadınlarda kronik hastalığın egzersiz sağlık inançlarına etkisinin incelendiği bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ancak Ergin (2023) tarafından aile hekimliğine başvuran bireylerle yapılan araştırmada, kronik hastalığı olan bireylerin egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar puan ortalamasının ve genel ölçek toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yine Yılmaz (2019) tarafından yapılan araştırmada, kronik hastalığı olanların egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgumuz önceki araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar, kronik hastalığı olan bireylerin hastalığı olmayan bireylere göre egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançlarının daha olumlu olduğunu göstermektedir. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığın tedavisinde ve yönetiminde egzersiz davranışının önemine ilişkin farkındalıkları artmış olabilir. Bu durumda hastalarda egzersiz sağlık inançlarını olumlu etkilemiş olabileceği düşünölmektedir.

Araştırmamızda egzersiz yapan kadınların egzersiz yapmayan kadınlara göre egzersiz sağlık inançlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Egzersiz yapan kadınların genel sağlık değerlerinin, egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığına ilişkin inançlarının ve egzersizin yararlarına ilişkin inançlarının, egzersiz yapmanın sakıncalarına ilişkin inançlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde, konu ile ilgili benzer örneklem üzerinde yapılan bir araştırma olmamakla birlikte, Aktaş ve Basat (2022) tarafından aile hekimliğine başvuran hastalar ile yapılan araştırmada, egzersiz yapan katılımcıların genel sağlık değerlerinin, egzersiz

yapmamanın ciddiyetine ilişkin inançlarının, egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığına ilişkin inançlarının ve egzersiz yararlarına ilişkin inançlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yine farklı örneklem grupları üzerinde yapılan araştırmalar egzersiz yapanların egzersiz yapmayanlara göre egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançlarının daha olumlu olduğunu göstermektedir (Yılmaz, 2019; Kılıç, 2022; Ergin, 2023). Araştırma bulgumuz önceki araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Araştırma bulgumuz ve daha önceki araştırmaların sonuçları egzersiz yapan bireylerin egzersiz davranışına ilişkin yüksek sağlık inancına sahip olduklarını göstermektedir. Literatürde kişilerin egzersiz gibi sağlık davranışlarının inanç ve tutumlarından etkilendiği bilinen bir gerçektir (Şimşekoğlu ve Mayda, 2016). Araştırma bulgumuz literatür bilgisini destekler niteliktedir.

Menopoz dönemindeki kadınların algılanan sağlık durumları ile egzersiz davranışına ilişkin inançları değerlendirildiğinde, algılanan sağlığı iyi olanların egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları algılanan sağlığı kötü olanlara göre daha yüksektir. Literatür incelendiğinde, benzer örneklem üzerinde yapılan ve sağlık algısı ile egzersiz sağlık inançları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak farklı örneklem gruplarında yapılan çalışmalarda, algılanan sağlığı iyi olan bireylerin egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir (Yılmaz, 2019; Kılıç, 2022). Araştırma bulgumuz menopoz dönemindeki kadınların algılanan sağlık durumlarının egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları üzerindeki etkisini ortaya koyarak literatüre önemli katkı sağlamaktadır.

Araştırmamızda kadınların menopoza girme yaşı ile egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde, menopoza girme yaşı ile egzersiz sağlık inancı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle benzer örneklem grubu ile araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Yine kadınların menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumları ile egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde ise, menopoz dönemine yönelik bilgi alan kadınların genel sağlık değerleri, egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığına ilişkin inançları, egzersizin yararlarına ilişkin inançları ve egzersiz yapmamanın sakıncalarına ilişkin inançları daha yüksektir. Bu sonuç konu ile ilgili bilgi alma durumunun egzersiz sağlık inancını olumlu etkilediğini göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Menopoz dönemindeki kadınların kardiyovasküler hastalık risk farkındalıkları ve egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançlarının incelendiği tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu araştırmada elde edilen temel sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

1. Araştırmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların kardiyovasküler hastalık risk farkındalıkları orta düzeydedir. Katılımcıların kalp krizi ve inme hakkındaki bilgileri ve algıladığı faydalar ve değişime yönelik niyetleri, algıladıkları kalp krizi/inme riskinden ve sağlıklı beslenme niyetlerinden daha yüksektir.
2. Araştırma kapsamına alınan menopoz dönemindeki kadınların egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları ortalamanın üzerindedir.
3. Katılımcıların kardiyovasküler hastalık risk farkındalıkları ile egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuç menopoz dönemindeki kadınların kardiyovasküler hastalık risk farkındalığının egzersiz davranışına ilişkin sağlık inancı üzerindeki etkisini ortaya koymuştur.
4. Yaş, eğitim durumu, gelir durumu, kronik hastalık durumu, egzersiz yapma durumu, algılanan sağlık, menopoza girme yaşı ve menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumu menopoz dönemindeki kadınlarda kardiyovasküler hastalık risk farkındalığını etkilediği belirlenmiştir.
5. Yaş, eğitim durumu, gelir durumu, kronik hastalık olması durumu, egzersiz yapma durumu, sağlık algısı ve menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumu menopoz dönemindeki kadınlarda egzersiz davranışına ilişkin sağlık inançlarını etkilediği belirlenmiştir.

Sonuçlarımız, kardiyovasküler hastalık risk farkındalıklarının artırılmasına ve egzersiz davranışına yönelik sağlık inançlarının olumlu hale getirilmesine gereksinim olduğunu göstermektedir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Menopoz dönemindeki kadınların kardiyovasküler hastalık risk farkındalıklarını arttırmak üzere özellikle birinci basamakta konu ile ilgili eğitim ve danışmanlık programlarının geliştirilmesi önerilmektedir.
- Yine egzersiz davranışına yönelik sağlık inancını etkileyen engellerin belirlenmesi ve egzersiz davranışların geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimlerin planlanması önerilmektedir.
- Ayrıca konu ile ilgili çalışmaların sınırlı olması nedeniyle farklı örneklem gruplarında benzer araştırmaların yapılması önerilmektedir.
- Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olduğu için menopoz dönemindeki kadınlarda kardiyovasküler hastalık risk farkındalıklarını ve egzersiz sağlık inançlarını etkileyen faktörlerin iyileştirilmesine yönelik girişimsel randomize kontrollü araştırmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Adıbelli, D. (2016). Sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam. B. Erci, D. Kılıç ve D. Adıbelli (Ed.), *Yaşam boyu sağlığı geliştirme* (s. 229-241). Anadolu Nobel Tıp Kitabevi.
- Afshari, F., Bahri, N., Sajjadi, M., Mansuryan, M. R. ve Tohidinik, H. R. (2020). Menopause uncertainty: The impact of two educational interventions among women during menopausal transition and beyond. *Menopause Review*, 19(1), 18-24. <https://doi.org/10.5114/pm.2020.95305>
- Agarwal, A. K., Kiron, N., Gupta, R. ve Sengar, A. (2019). A cross sectional study for assessment of menopausal symptoms and coping strategies among the women of 40-60 years age group attending outpatient clinic of gynaecology. *Int J Med. Public Health*, 9(1), 13-19. <https://doi.org/10.5530/ijmedph.2019.1.4>
- Ağralı, C., Ünal, E. ve Kaya Şenol, D. (2022). Kadınların menopoz algısı ve tamamlayıcı tedavi kullanımına ilişkin tutumları. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 172-183.
- Aibar-Almazán, A., Hita-Contreras, F., Cruz-Díaz, D., de la Torre-Cruz, M. D., Jiménez-García, J. D. ve Martínez-Amat, A. (2019). Effects of pilates training on sleep quality, anxiety, depression and fatigue in postmenopausal women: A randomized controlled trial. *Maturitas*, 124, 62-67. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.03.019>
- Akman, S., Çakıcı, M., Keskindağ, B. ve Karaaziz, M. (2019). Analysis of psychological factors and sexual life in postmenopausal women: A cross-sectional study. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, 22(1), 27-35. <https://doi.org/10.5505/kpd.2018.58070>
- Aksoy Can, A. (2022). *Menopoz dönemindeki kadınlara uygulanan akupresürün menopoz semptomlarına ve yaşam kalitesine etkisi*. [Doktora Tezi, Mersin Üniversitesi]. Akademik ve Açık Erişim Bilgi Sistemi. <https://hdl.handle.net/20.500.14114/4599>
- Aktaş, R. ve Basat, O. (2022). Egzersizin sağlıklı olma inancı ve sağlık anksiyetesi üzerindeki etkileri. *Nam Kem Med J*, 10(3), 248-254. <https://doi.org/10.4274/nkmj.galenos.2022.96658>
- Ali, A. M., Ahmed, A. H. ve Smail, L. (2020). Psychological climacteric symptoms and attitudes toward menopause among emirati women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14). <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/14/5028>

- Alperin, M., Burnett, L., Lukacz, E. ve Brubaker, L. (2019). The mysteries of menopause and urogynecologic health: Clinical and scientific gaps. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 26(1), 103-111. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001209>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021, Kasım). *The menopause years*. ACOG. https://www.acog.org/womens-health/faqs/the-menopause-years?utm_source=redirect&utm_medium=web&utm_campaign=otn
- Aparicio, V. A., Borges-Cosic, M., Ruiz-Cabello, P., Coll-Risco, I., Acosta-Manzano, P., Špacírová, Z. ve Soriano-Maldonado, A. (2017). Association of objectively measured physical activity and physical fitness with menopause symptoms. The Flamenco project. *Climacteric*, 20(5), 456-461. <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1329289>
- Arslanoğlu, E. (2008). *Sekiz haftalık pilates egzersizlerinin orta yaş sedanter bayanların bazı kardiyovasküler risk faktörleri üzerine etkileri* [Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi]. Gazi Üniversitesi AVESİS. <http://hdl.handle.net/20.500.12602/213757>
- Avilés-Martínez, M. A., López-Román, F. J., Gómez de Cádiz, M. J., Arnau-Sánchez, J., Martínez-Ros, M. T., Fernández-López, M. L., García-Sánchez E. ve Menarguez-Puche, J. F. (2022). Benefits of a community physical exercise program prescribed from primary care for perimenopausal/menopausal women. *Atención Primaria*, 54(1), Article 102119. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102119>
- Avis, N. E., Crawford, S. L. ve Green, R. (2018). Vasomotor symptoms across the menopause transition: Differences among women. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 45(4), 629-640. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.005>
- Baccaro, L. F., Conde, D. M., Costa-Paiva, L. ve Pinto-Neto, A. M. (2015). The epidemiology and management of postmenopausal osteoporosis: A viewpoint from Brazil. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 583-591. <https://doi.org/10.2147/CIA.S54614>
- Balbay, Y., Gagnon-Arpin, I., Malhan, S., Öksüz, M. E., Sutherland, G., Dobrescu, A., Villa, G., Ertuğrul, G. ve Habib, M. (2018). Modeling the burden of cardiovascular disease in Turkey. *Anatol J Cardiol*, 20(4), 235-240. <https://doi.org/10.14744/AnatolJCardiol.2018.89106>
- Barnes, D. E., Mehling, W., Wu, E., Beristianos, M., Yaffe, K., Skultety, K. ve Chesney, M. A. (2015). Preventing loss of independence through exercise (PLIÉ): A pilot clinical trial in older adults with dementia. *PLoS ONE*, 10(2). Article e0113367. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113367>
- Bek, N. (2008). *Fiziksel aktivite ve sağlığımız*. Fiziksel aktivite bilgi serisi. Sağlık Bakanlığı.
- Biddle, S. J. ve Nigg, C. R. (2000). Theories of exercise behavior. *Int J Sport Psychol*, 17(2), 290-304.
- Black, D. M. ve Rosen, C. J. (2016). Clinical practice: Postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med*, 374(3), 254-262. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1513724>

- Boateng, D., Wekesah, F., Browne, J. L., Agyemang, C., Agyei-Baffour, P., de-Graft Aikins, A. D., Smit, H. A., Grobbee, D. E. ve Klipstein-Grobusch, K. (2017). Knowledge and awareness of and perception towards cardiovascular disease risk in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *PLoS ONE*, 12(12), Article e0189264. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189264>
- Budde, H., Schwarz, R., Velasques, B., Ribeiro, P., Holzweg, M., Machado, S., Brazaitis, M., Staack, F. ve Wegner, M. (2016). The need for differentiating between exercise, physical activity and training. *Autoimmunity Reviews*, 15(1), 110-111. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2015.09.004>
- Bulduk, S., Yurt, S., Dinçer, Y. ve Ardıç, E. (2015). Sağlık davranışı modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 28-34.
- Büyükkaplan, B., Höbek Akarsu, R., Şahan, Ö. ve Akarsu, G. D. (2020). Menopozal semptomların yönetiminde egzersiz uygulamalarının rolü. *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, 3(2), 386-394. <https://doi.org/10.38021/asbid.836667>
- Camacho, P. M., Petak, S. M., Binkley, N., Diab, D. L., Eldeiry, L. S., Farooki, A., Harris, S. T., Hurley, D. L., Kelly, J., Lewiecki, E. M., Pessah-Pollack, R., McClung, M., Wimalawansa, S. J. ve Watts, N. B. (2020). American association of clinical endocrinologists/American college of endocrinology clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis-2020 update. *Endocr Pract*, 26(1), 1-46. <https://doi.org/10.4158/GL-2020-0524SUPPL>
- Carbonel, A. A., Simões, R. S., Girão, M. J., Soares Júnior, J. M. ve Baracat, E. C. (2020). Cardiovascular system and estrogen in menopause. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 66(2), 97-98. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.2.97>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E. ve Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Cho, S. ve Lee, H. (2013). Factors associated with physical activity among Chinese immigrant women. *J Korean Acad Nurs*, 43(6), 760-769. <https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.6.760>
- Cintron, D., Lipford, M., Larrea-Mantilla, L., Spencer-Bonilla, G., Lloyd, R., Gionfriddo, M. R., Gunjal, S., Farrel, A. N., Viller, V. M. ve Murad, M. H. (2017). Efficacy of menopausal hormone therapy on sleep quality: Systematic review and meta-analysis. *Endocrine*, 55(3), 702-711. <https://doi.org/10.1007/s12020-016-1072-9>
- Civek, S. ve Akman, M. (2022). Dünyada ve Türkiye’de kardiyovasküler hastalıkların sıklığı ve riskin değerlendirilmesi. *Jour Turk Fam Phy*, 13(1), 21-28. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.22.00121>
- Coll-Risco, I., Borges-Cosic, M., Acosta-Manzano, P., Camiletti-Moirón, D., Aranda, P. ve Aparicio, V. A. (2018). Effects of concurrent exercise on cardiometabolic status during perimenopause: The Flamenco project. *Climacteric*, 21(6), 559-565. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1526892>
- Converso, D., Viotti, S., Sottimano, I., Loera, B., Molinengo, G. ve Guidetti, G. (2019). The relationship between menopausal symptoms and burnout. A cross-sectional

- study among nurses. *BMC Womens Health*, 19(1).
<https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-019-0847-6#citeas>
- Çınar Özdemir, Ö. ve Uysal, M. F. (2019). Postmenopozal dönemde pilates egzersizlerinin yaşam kalitesi ve depresyon üzerine etkisi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 20-26.
- Çiçek, G. (2014). *Sedanter kadınlarda farklı egzeriz türlerinin ekokardiyografi ve bazı kan parametreleri üzerine etkisinin araştırılması* [Doktora Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi]. YÖK Açık Bilim.
<https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/678060>
- Çiftci, N. ve Durmuş, M. (2023). Üniversite öğrencilerinde yaşamın anlamı, egzersiz inançları ve mutluluk arasındaki ilişki. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(2), 515–524.
- Çuvadar, A. (2022). *Kardiyovasküler hastalık tanısı alan menopoz dönemindeki kadınlarda kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları* [Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Çürük, G. N., Korkut Bayındır, S. ve Oğuzhan, A. (2018). Kardiyovasküler hastalığı olan hasta ve hasta yakınlarında kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27(1), 40-47.
- Daley, A., Stokes-Lampard, H., Thomas, A. ve MacArthur, C. (2014). Exercise for vasomotor menopausal symptoms. *Cochrane Database of Syst Rev*, (11), 1-35.
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006108.pub4/full/es>
- Davis, S. R., Lambrinoudaki, I., Lumsden, M., Mishra, G. D., Pal, L., Rees, M., Santoro, N. ve Simoncini, T. (2015). Menopause. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, Article 15004. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.4>
- Demirel Bozkurt, Ö. ve Sevil, Ü. (2016). Menopoz ve cinsel yaşam. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(4), 497-503.
- Diab, D. L. ve Watt, N. B. (2013). Postmenopausal osteoporosis. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*, 20(6), 501-509.
<https://doi.org/10.1097/01.med.0000436194.10599.94>
- Doymaz, F. (2013). *Sağlıklı kadınlarda egzersiz inancının egzersiz davranış değişimleri üzerine etkilerinin incelenmesi* [Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Hacettepe Üniversitesi AVESİS.
- Duman, M. ve Timur Taşhan, Ş. (2018). The effect of sleep hygiene education and relaxation exercises on insomnia among postmenopausal women: A randomized clinical trial. *Int J Nurs Pract*, 24(4), Article e12650.
<https://doi.org/10.1111/ijn.12650>
- Dutta, R., Dcruze, L., Anuradha, R., Rao, S. ve Rashmi, M. R. (2012). Population based study on the menopausal symptoms in a rural area of Tamil Nadu, India. *Journal of Clinical Diagnostic Research*, 6(4), 597-601.
- Eatemadnia, A., Ansari, S., Abedi, P. ve Najari, S. (2019). The effect of hypericum perforatum on postmenopausal symptoms and depression: A randomized

- controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 45, 109-113. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.05.028>
- El Khoudary, S. R., Aggarwal, B., Beckie, T. M., Hodis, H. N., Johnson, A. E., Langer, R. D., Limacher, M. C., Manson, J. E., Stefanick, M. L. ve Allison, M. A. (2020). Menopause transition and cardiovascular disease risk: Implications for timing of early prevention: A scientific statement from the American heart association. *Circulation*, 142(25), 506-532. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000912>
- Ergin, G. S. (2023). *Aile hekimliği polikliniğine başvuran kişilerin egzersiz yapma durumlarının sağlıklı olma inancına etkisi* [Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi]. YÖK Açık Bilim.
- Erol, E., Okan, F. ve Okan, S. (2023). Osteoporoz tanısı olan ve olmayan postmenopozal kadınların fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 29(1), 53-58. <https://doi.org/10.4274/tod.galenos.2022.48344>
- Esparza-Del Villar, O. A., Montañez-Alvarado, P., Gutiérrez-Vega, M., Carrillo-Saucedo, I. C., Gurrola-Peña, G. M., Ruvalcaba-Romero, N. A., García-Sánchez, M. D. ve Ochoa-Alcaraz, S. G. (2017). Factor structure and internal reliability of an exercise health belief model scale in a Mexican population. *BMC Public Health*, 17(1), Article 229. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4150-x>
- Filipovic, T. N., Lazovic, M. P., Backovic, A. N., Filipovic, A. N., Ignjatovic, A. M., Dimitrijevic, S. S. ve Gopcevic, K. R. (2021). A 12-week exercise program improves functional status in postmenopausal osteoporotic women: Randomized controlled study. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57(1), 120-130. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06149-3>
- Finfgeld, D. L., Wongvatunyu, S., Conn, V. S., Grando, V. T. ve Russell, C. L. (2003). Health belief model and reversal theory: A comparative analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 288-297. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02712.x>
- Global Burden of Diseases 2017 Causes of Death Collaborators. (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1736-1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7)
- Gözüm, S. ve Çapık, C. (2014). Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(3), 230-237.
- Grindler, N. M. ve Santoro, N. F. (2015). Menopause and exercise. *The Journal of The North American Menopause Society*, 22(12), 1351-1358. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000536>
- Gümüşay, M. ve Erbil, N. (2019). Kadınların menopoza özgü yaşam kalitesine menopoz tutumunun etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(2), 96-109.

- Güneş, F. E., Bekiroğlu, N., İmeryüz, N. ve Ağırbaşı, M. (2019). Awareness of cardiovascular risk factors among university students in Turkey. *Primary Health Care Research & Development*, 20, 1-10. <https://doi.org/10.1017/S146342361900063X>
- Hammond, D., Fong, G. T., McNeill, A., Borland, R. ve Cummings, K. M. (2006). Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 15(3), 19-25. <https://doi.org/10.1136/tc.2005.012294>
- Harun, M., Salema, Ü., Chowdhury, A., Haque, M., Kafi, M., Shahajahan, M. ve Sharmin, S. (2020). Knowledge and attitudes associated with menopause among women aged 45 to 60 years: A pilot study among rural and urban women in Bangladesh. *Menopause*, 27(6), 648-657. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001525>
- Hasbay Büyükkaragöz, A. (2015). Kadın ve fiziksel aktivite. *Türkiye Klinikleri Beslenme ve Diyetetik-Özel Konular*, 1(1), 78-84.
- Hayden, J. (2019). *Health behavior theory* (4nd ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Hebcan Örs, S. ve Tümer, A. (2020). Yetişkin kadınların kardiyovasküler hastalıklara ilişkin risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2(2), 81-88.
- Homko, C. J., Santamore, W. P., Zamora, L., Shirk, G., Gaughan, J., Cross, R., Kashem, A., Petersen, S. ve Bove, A. A. (2008). Cardiovascular disease knowledge and risk perception among underserved individuals at increased risk of cardiovascular disease. *J Cardiovasc Nurs*, 23(4), 332-337. <https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000317432.44586.aa>
- Honour, J. W. (2018). Biochemistry of the menopause. *Annals of Clinical Biochemistry*, 55(1), 18-33. <https://doi.org/10.1177/0004563217739930>
- Hu, L., Zhu, L., Lyu, J., Zhu, W., Xu, Y. ve Yang, L. (2017). Benefits of walking on menopausal symptoms and mental health outcomes among Chinese postmenopausal women. *International Journal of Gerontology*, 11(3), 166-170. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2016.08.002>
- Ilankoon, I. P., Samarasinghe, K. ve Elgán, C. (2021). Menopause is a natural stage of aging: A qualitative study. *BMC Womens Health*, 21(1). <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-020-01164-6>
- Im, E. O., Chee, W., Lim, H. J., Liu, Y. ve Kim, H. K. (2008). Midlife women's attitudes toward physical activity. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 37(2), 203-213. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00219.x>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2017). *Global burden of disease*. Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://www.healthdata.org/policy-report/findings-global-burden-disease-study-2017>
- International Menopause Society. (2022). *Menopause terminology*. International Menopause Society. <https://www.imsociety.org/education/menopause-terminology/>

- İkişik, H., Turan, G., Kutay, F., Karamanlı, D. C., Güven, E., Özdemir, E., Taşdemir, M. ve Maral, I. (2020). Awareness of menopause and strategies to cope with menopausal symptoms of the women aged between 40 and 65 who consulted to a tertiary care hospital. *Estudam Public Health Journal*, 5(1), 10-21. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.632194>
- Janz, N. K., Champion, V. L. ve Strecher, V. J. (2002). The health belief model. K. Glanz, B. K. Rimer ve F. M. Lewis (Ed.), *Health behavior and health education* (s. 45-66). San Fransisco: Jossey- Boss.
- Jo, E. A., Wu, S. S., Han, H. R., Park, J. J., Park, S. ve Cho, K. I. (2020). Effects of exergaming in postmenopausal women with high cardiovascular risk: A randomized controlled trial. *Clin Cardiol*, 43(4), 363-370. <https://doi.org/10.1002/clc.23324>
- Kagan, R., Kellogg-Spadt, S. ve Parish, S. J. (2019). Practical treatment considerations in the management of genitourinary syndrome of menopause. *Drugs & Aging*, 36(10), 897-908. <https://doi.org/10.1007/s40266-019-00700-w>
- Karakoç Kumsar, A. ve Taşkın Yılmaz, F. (2017). The role of nurses in the prevention of cardiovascular risk factors. *OTSBD*, 2(4), 18-27. <https://doi.org/10.26453/otjhs.338014>
- Karakuş, Ü. N. (2023). *Hipertansiyonu olan hastalarda kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi* [Yüksek Lisans Tezi, Aksaray Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Kayalı Demir, N. ve Yılmaz, T. (2022). Menopoz döneminde olan kadınlarda üriner inkontinans. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 8(3), 169-178.
- Kazzi, B., Shankar, B., Elder-Odame, P., Tokgözoğlu, L. S., Sierra-Galan, L. M. ve Michos, E. D. (2023). A woman's heart: Improving uptake and awareness of cardiovascular screening for middle-aged populations. *International Journal of Women's Health*, 15, 1171-1183. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S328441>
- Keten Edis, E. ve Bal, S. (2023). Menopozdaki kadınların kardiyovasküler hastalık riskine yönelik farkındalık düzeyleri. *Turk J Card Nur*, 14(35), 109-116. <https://doi.org/10.5543/khd.2023.24085>
- Khodaveisi, M., Azizpour, B., Jadidi, A. ve Mohammadi, Y. (2021). Education based on the health belief model to improve the level of physical activity. *Phys Act Nutr*, 25(4), 17-23. <https://doi.org/10.20463/pan.2021.0022>
- Kılıç, F. (2022). *Aile hekimlerinin spora yönelik tutumları ve egzersiz sağlık inançlarının değerlendirilmesi* [Yüksek Lisans Tezi, Mardin Artuklu Üniversitesi]. Artuklu Kurumsal Akademik Arşiv. <https://hdl.handle.net/20.500.12514/3603>
- Kim, H. K., Kang, S. Y., Chung, Y. J., Kim, J. H. ve Kim, M. R. (2015). The recent review of the genitourinary syndrome of menopause. *Journal of Menopausal Medicine*, 21(2), 65-71. <https://doi.org/10.6118/jmm.2015.21.2.65>
- Koruç, Z. ve Arsan, N. (2009). Derleme: Egzersiz davranışını izleyen etmenler: Egzersiz bağlılığı ve egzersiz bağımlılığı. *Spor Hekimliği Dergisi*, 44(3), 105-113.
- Kriston, P., Pikó, B. ve Kovács, E. (2012). Self-perceived health, as an indicator of psychological well-being: Behavioural epidemiological analysis among the

- adolescent population. *Orv Hetil*, 153(47), 1875-1882. <https://doi.org/10.1556/oh.2012.29491>
- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N. ve Katzmarzyk, P. T. (2012). Impact of physical inactivity on the world's major non-communicable diseases. *Lancet*, 380(9838), 219-229. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)
- Lin, X., Zhang, X., Guo, J., Roberts, C. K., McKenzie, S., Wu, W.C., Liu, S. ve Song, Y. (2015). Effects of exercise training on cardiorespiratory fitness and biomarkers of cardiometabolic health: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Heart Assoc*, 4(7), Article e002014. <https://doi.org/10.1161/JAHA.115.002014>
- Lin, Y. ve Lee, S. (2018). Cardiovascular benefits of exercise training in postmenopausal hypertension. *International Journal of Molecular Sciences*, 19(9), Article 2523. <https://doi.org/10.3390/ijms19092523>
- Llaneza, P., García-Portilla, M. P., Llaneza-Suárez, D., Armott, B. ve Pérez-López, F. R. (2012). Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas*, 71(2), 120-130. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.11.017>
- Loaiza-Betancur, A. F., Chulvi-Medrano, I., Díaz-López, V. A. ve Gómez-Tomás, C. (2021). The effect of exercise training on blood pressure in menopause and postmenopausal women: A systematic review of randomized controlled trials. *Maturitas*, 149, 40-55. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.05.005>
- Ma, P. S., So, W. Y. ve Choi, H. (2023). Using the health belief model to assess the physical exercise behaviors of international students in South Korea during the pandemic. *Healthcare*, 11(4), Article 469. <https://doi.org/10.3390/healthcare11040469>
- Maas, A. H. E. M., Rosano, G., Cifkova, R., Chieffo, A., Van Dijken, D., Hamoda, H., Kunadian, V., Laan, E., Lambrinoudaki, I., Maclaran, K., Panay, N., Stevenson, J. C., Van Trotsenburg, M. ve Collins, P. (2021). Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders and other gynaecologic conditions: A consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. *European Heart Journal*, 42(10), 967-984. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa1044>
- Malhotra, A., Redberg, R. F. ve Meier, P. (2017). Saturated fat does not clog the arteries: Coronary heart disease is a chronic inflammatory condition, the risk of which can be effectively reduced from healthy lifestyle interventions. *Br J Sports Med*, 51(15), 1111-1112. <https://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2016-097285>
- Malik, E., Sheoran, P. ve Siddiqui, A. (2018). Health-promoting behaviors and menopausal symptoms: An interventional study in rural India. *Journal of Mid-Life Health*, 9(4), 200-206. https://doi.org/10.4103/jmh.JMH_96_18
- Malm, C., Jakobsson, J. ve Isaksson, A. (2019). Physical activity and sports-real health benefits: A review with insight into the public health of Sweden. *Sports*, 7(5), Article 127. <https://doi.org/10.3390/sports7050127>

- Manson, J. E. ve Woodruff, T. K. (2016). Reproductive health as a marker of subsequent cardiovascular disease: The role of estrogen. *JAMA Cardiol*, 1(7), 776-777. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2016.2662>
- McArthur, D., Dumas, A., Woodend, K., Beach, S. ve Stacey, D. (2014). Factors influencing adherence to regular exercise in middle-aged women: A qualitative study to inform clinical practice. *BMC Womens Health*, 14(1), Article 49. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-49>
- McEniery, C. M. (2020). Transitioning the menopause. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 40(4), 850-852. <https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.120.313980>
- Mehaseb, S. H., Omran, A., Gafer, H. ve El Habashy, A. (2018). Assessing the effect of menopausal symptoms on women's quality of life. *Egyptian Journal of Health Care*, 9(2), 75-86. <https://doi.org/10.21608/EJHC.2018.10684>
- Meleine, M. ve Matricon, J. (2014). Gender-related differences in irritable bowel syndrome: Potential mechanisms of sex hormones. *World Journal of Gastroenterology*, 20(22), 6725-6743. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i22.6725>
- Mendoza, N., De Teresa, C., Cano, A., Godoy, D., Hita-Contreras, F., Lapotka, M., Llana, P., Manonelles, P., Martínez-Amati, A., Ocón, O., Rodríguez-Alcalá, L., Vélez, M. ve Sánchez-Borrego, R. (2016). Benefits of physical exercise in postmenopausal women. *Maturitas*, 93, 83-88. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.04.017>
- Mera-Gallego, R., García-Rodríguez, P., Fernández-Cordeiro, M., Rodríguez-Reneda, Á., Vérez-Cotelo, N. ve Andrés-Rodríguez, N. (2016). Cardiovascular risk factors in scholars (Rivacangas). *Endocrinología y Nutrición*, 10(63), 511-518. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2016.07.005>
- Minkin, M. J. (2019). Menopause: Hormones, lifestyle and optimizing aging. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 46(3), 501-514. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2019.04.008>
- Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A. R. ve Simoncini, T. (2018). Symptoms of menopause-global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(4), 199-215. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.180>
- Nachtigall, L. E. (2019). Menopause and the gastrointestinal system: Our gut feelings. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 26(5), 459-460. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001316>
- Nair, A. R., Pillai, A. J. ve Nair, N. (2021). Cardiovascular changes in menopause. *Current Cardiology Reviews*, 17(4), Article e230421187681. <https://doi.org/10.2174/1573403X16666201106141811>
- Oğuz, S., Erguvan, B., Ünal, G., Bayrak, B. ve Çamcı, G. (2019). Üniversite öğrencilerinde kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. *MN Kardiyoloji*, 26(3), 184-191.
- Omboni, S., Carabelli, G., Ghirardi, E. ve Carugo, S. (2013). Awareness, treatment and control of major cardiovascular risk factors in a small-scale Italian community: Results of a screening campaign. *Vascular Health and Risk Management*, 9, 177-185. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S40925>

- Onat, A., Can, G., Yüksel, H., Ademoğlu, E., Erginel Ünaltuna, N., Kaya, A. ve Altay, S. (2017). *TEKHARF 2017 tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük*. Logos Yayıncılık.
- Özcan, H. ve Oskay, Ü. (2013). Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4), 157-163.
- Özcebe, H., Attila, S., Batur, H., Bektaş, H., Berke, İ., Büyükküpçü, E. G. ve Büyükaşık, C. (2012). Hastane idari çalışanlarının sağlığını geliştirilmesi davranışları ve çalışma ortamı konusundaki görüşlerinin saptanması. *TAF Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 11(6), 707-716.
- Özer, Ü. ve Gözükar, F. (2016). Şanlıurfa'da kadınların menopozla ilgili yaşadıkları sorunların, baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(1), 16-26.
- Özgen, H. ve Saka, S. (2022). Postmenopozal kadınlarda fiziksel aktivite düzeyinin fonksiyonel kapasite, kardiyovasküler risk faktörleri, menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 8(2), 194-201. <https://doi.org/10.53394/akd.1057897>
- Özkan, A., Köklü, Y., Kayıhan, G., Alemdaroğlu, U. ve Ersöz, G. (2013). Obezitenin önlenmesi ve tedavisinde fiziksel aktivite ve egzersizin rolü. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(7), 48-63.
- Öztek, A. Z., Üner, S. ve Eren, N. (2012). Halk sağlığı kavramı ve gelişmesi. L. Akın ve Ç. Güler (Ed.), *Halk sağlığı temel bilgiler* (s. 2-24). Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Özyazıcıoğlu, N., Kılıç, M., Erdem, N., Yavuz, C. ve Afacan, S. (2011). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(2), 277-332.
- Pan, S. Y., Cameron, C., DesMeules, M., Morrison, H., Craig, C. L. ve Jiang, X. (2009). Individual, social, environmental and physical environmental correlates with physical activity among Canadians: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 9(21), 203-213. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-21>
- Peker, A. T. ve Zengin, S. (2019). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin spor sağlık inanç düzeylerinin değerlendirilmesi. *Ekev Akademi Dergisi*, (77), 45-56.
- Pelit Aksu, S. ve Şentürk Erenel, A. (2022). Effects of health education and progressive muscle relaxation on vasomotor symptoms and insomnia in perimenopausal women: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 105(11), 3279-3286. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.07.015>
- Polat, F. ve Aylaz, R. (2020). Pender'in sağlığı geliştirme modeli temelli, menopoz dönemindeki kadınların semptomlarla başetmesinde fiziksel egzersizin desteklenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(1), 150-161. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.655871>
- Politi, M. C., Schleinitz, M. D. ve Col, N. F. (2008). Revisiting the duration of vasomotor symptoms of menopause: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 23(9), 1507-1513. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0655-4>

- Praveena, S. M., Asha, G., Sunita, M., Anju, J. ve Ratna, B. (2018). Yoga offers cardiovascular protection in early postmenopausal women. *International Journal of Yoga*, 11(1), 37-43. https://doi.org/10.4103/ijoy.IJOY_69_16
- Radominski, S., Bernardo, W., Paula, A., Albergaria, B. H., Moreira, C. ve Fernandes, C. (2017). Brazilian guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(2), 452-466. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.07.001>
- Rahmati-Najarkolaei, F., Tavafian, S. S., Fesharaki, M. G. ve Jafari, M. R. (2015). Factors predicting nutrition and physical activity behaviors due to cardiovascular disease in Tehran University students: Application of health belief model. *Iran Red Crescent Med J*, 15(3), Article e18879. <https://doi.org/10.5812/ircmj.18879>
- Rakıcıoğlu, N. (2008). *Menopozda beslenme*. Beslenme bilgi serisi. Sağlık Bakanlığı.
- Redding, C. A., Rossi, J. S., Rossi, S. R., Velicer, W. F. ve Prochaska, J. O. (2000). Health behavior models. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3(Special Issue), 180-193.
- Richard-Davis, G. ve Manson, J. E. (2015). Vasomotor symptom duration in midlife women-research overturns dogma. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 540-541. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.8099>
- Rindner, L., Nordeman, L., Strömme, G., Hange, D., Gunnarsson, R. ve Rembeck, G. (2023). Effect of group education and person-centered support in primary health care on mental health and quality of life in women aged 45-60 years with symptoms commonly associated with stress: A randomized controlled trial. *BMC Womens Health*, 23(1), Article 128(2023). <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02221-6>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Sacco, R. L. (2011). The new American Heart Association 2020 goal: Achieving ideal cardiovascular health. *Journal of Cardiovascular Medicine*, 12(4), 255-257. <https://doi.org/10.2459/JCM.0b013e328343e986>
- Saffari, M., Sanaeinasab, H., Jafarzadeh, H., Sepandi, M., O'Garro, K. N., Koenig, H. G. ve Pakpour, A. H. (2020). Educational intervention based on the health belief model to modify risk factors of cardiovascular disease in police officers in Iran: A quasi-experimental study. *J Prev Med Public Health*, 53(4), 275-284. <https://doi.org/10.3961/jpmp.20.095>
- Salmon, J., Booth, M. L., Phongsavan, P., Murphy, N. ve Timperio, A. (2007). Promoting physical activity participation among children and adolescents. *Epidemiologic Reviews*, 29(1), 144-159. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxm010>
- Santoro, N., Epperson, C. N. ve Mathews, S. B. (2015). Menopausal symptoms and their management. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 44(3), 497-515. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2015.05.001>
- Sharif, S. ve Darsareh, F. (2019). Effect of royal jelly on menopausal symptoms: A randomized placebo-controlled clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 37, 47-50. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.08.006>

- Sharifi, N., Jalili, L., Khazaeian, S. ve Nia, A. N. (2017). The relationship between physical activity and general health among menopausal women in Ahvaz, Iran. *Electron Physician*, 9(2), 3639-3645. <https://doi.org/10.19082/3639>
- Sherman, S. (2005). Defining the menopausal transition. *The American Journal of Medicine*, 118(12), 3-7. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.11.002>
- Skrzypulec, V., Dabrowska, J. ve Drosdzol, A. (2010). The influence of physical activity level on climacteric symptoms in menopausal women. *Climacteric*, 13(4), 355-361. <https://doi.org/10.3109/13697131003597019>
- Soares, C. N. (2019). Depression and menopause: An update on current knowledge and clinical management for this critical window. *Medical Clinics of North America*, 103(4), 651-667. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.03.001>
- Soleymanian, A., Niknami, S., Hajizadeh, E., Shojaeizadeh, D. ve Montazeri, A. (2014). Development and validation of a health belief model based instrument for measuring factors influencing exercise behaviors to prevent osteoporosis in premenopausal women (HOPE). *BMC Musculoskelet Disord*, 15, Article 61(2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-61>
- Spartano, N. L., Davis-Plourde, K. L. ve Himali, J. J. (2019). Association of accelerometer-measured light-intensity physical activity with brain volume: The Framingham heart study. *JAMA Network Open*, 2(4), Article e192745. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.2745>
- Stramba-Badiale, M. (2009, Kasım). *Red alert on women's hearts: Women and cardiovascular research in Europe*. European Society of Cardiology. <https://ehnhart.org/library/publications/red-alert-for-womens-hearts/>
- Swift, D. L., Johannsen, N. M., Tudor-Locke, C., Earnest, C. P., Johnson, W. D., Blair, S. N., Sénéchal, M. ve Church, T. S. (2012). Exercise training and habitual physical activity: A randomized controlled trial. *Am J Prev Med*, 43(6), 629-635. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.08.024>
- Şimşekoğlu, N. ve Mayda, A. (2016). Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 19-29.
- Tan, M., Dayapoğlu, N., Şahin, Z. A., Cürçani, M. ve Polat, H. (2013). Kırsal kesimde yaşayan kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 331-341.
- Tang, Y., Guo, X., Wang, Y., Liu, Z., Cao, G., Zhou, Y., Chen, M., Liu, J., Mu, J. ve Yuan, M. (2023). Rumba dance combined with breathing training as an exercise intervention in the management of stress urinary incontinence in postmenopausal women: A randomized controlled trial. *Int J Environ Res Public Health*, 20(1), Article 522. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010522>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). *Fiziksel Aktivite Neden Önemli?*. T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite/fiziksel-aktivite-neden-onemli.html>
- Tek Gökçer, F. (2022). *45-55 yaş arasında menopoza dönemindeki kadınların menopoza ilişkin tutumlarının ve menopoza semptomlarının incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.

- Tetik, F. R. (2023). *Tip 2 diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığının kardiyovasküler hastalık riski farkındalığı ve glisemik kontrol üzerine etkisi* [Yüksek Lisans Tezi, Aksaray Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Thompson, W. R., Gordon, N. F. ve Pescatello, L. S. (2010). *ACSM'S guidelines for exercise testing and prescription* (11nd ed.). Lippincott Williams&Wilkins.
- Tuncer, A., Enzin, F., Felek İri, S. G., Dinler, E., Pelin, Z. ve Bayramlar, K. (2020). Uyku bozukluklarında egzersiz tedavisinin önemi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 89-97.
- Tümer, A. ve Kartal, A. (2018). Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 11(3), 337-346.
- Türk Kardiyoloji Derneği (2002). *Koroner kalp hastalığı riski ve değerlendirilmesi*. (2002). <https://tkd.org.tr/kilavuz/k11/4e423.htm?wbnum=1604>
- Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı 940. Ankara 2014.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2019, Haziran 24). *Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri 2019*. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2020, Eylül 17). *Hayat tabloları, 2017-2019*. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tabloları-2017-2019-33711>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023, Mart 2023). *İstatistiklerle kadın, 2022*. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2022-49668#:~:text=Kad%C4%B1nlar%C4%B1n%20istihdamda%20yar%C4%B1%20zamanl%C4%B1%20C3%A7al%C4%B1%C5%9Fma,ise%20%257%2C0%20oldu>.
- Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2021-2026). Sağlık Bakanlığı 1215, Ankara 2021.
- Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması. Sağlık Bakanlığı 1206. Ankara 2021.
- Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörlerinin Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı 909. Ankara 2013.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2018, Kasım). *Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2018*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_tnsa_analiz_ve_rapor-56
- Uçar, A. ve Arslan, S. (2017). Bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi. *Türk J Card Nur*, 8(17), 121-130. <https://doi.org/10.5543/khd.2017.36035>
- Ulusoy, M. N. ve Kukulu, K. (2013). Kadınlarda uyku sorununun menopoz ile ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 206-213.
- Ural, D. (2014). Postmenopozal kardiyovasküler hastalıklar. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji - Özel Konular*, 7(3), 14-20.

- Usgu, S. ve Çiftçi, F. R. (2021). Premenopozal dönem kadınlarda aerobik egzersiz eğitiminin menopoz semptomlarına olan etkisinin araştırılması. *Black Sea Journal of Health Science*, 4(3), 274-281. <https://doi.org/10.19127/bshealthscience.919386>
- Ünsal, A. (2017). Hemşireliğin dört temel kavramı: İnsan, çevre, sağlık & hastalık, hemşirelik. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 11-25.
- Vardar, O., Özkan, S. ve Serçekuş Ak, P. (2020). Postmenopozal kadınlarda uygulanan egzersiz programının uyku kalitesine etkisi. *Cukurova Medical Journal*, 45(3), 1108-1114. <https://doi.org/10.17826/cumj.701697>
- Vural Doğru, B., Utli, H. ve Karaman, E. (2021). Kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı değerlendirme ölçeği: Türkçe versiyonun psikometrik özellikleri. *Turk J Card Nur*, 12(27), 18-25. <https://doi.org/10.5543/khd.2021.05914>
- Ward, K. ve Deneris, A. (2018). An update on menopause management. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(2), 168-177. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12737>
- Wilmore, J. H. (2003). Aerobic exercise and endurance: Improving fitness for health benefits. *The Physician and Sportsmedicine*, 31(5), 45-51. <https://doi.org/10.3810/psm.2003.05.367>
- Woringer, M., Nielsen, J. J., Zibarras, L., Evason, J., Kassianos, A. P., Harris, M., Majeed, A. ve Soljak, M. (2017). Development of a questionnaire to evaluate patients' awareness of cardiovascular disease risk in England's national health service sealth check preventive cardiovascular programme. *BMJ Open*, 7(9), Article e014413. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014413>
- World Health Organization. (1981). *Research on the menopause: Report of a WHO scientific group*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41526>
- World Health Organization. (1984). *WHO definition of Health*. World Health Organization. www.who.int/about/definition/en/print.html
- World Health Organization. (2012). *Health education: Theoretical concepts, effective strategies and core competencies*. World Health Organization. https://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf
- World Health Organization. (2018, Eylül 24). *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514620>
- World Health Organization. (2020, Kasım 26). *Physical activity*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- World Health Organization. (2021). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. World Health Organization. [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- World Health Organization. (2022, Eylül 16). *Noncommunicable diseases*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

- World Health Organization. (2023, Ocak 31). *Global status report on physical activity 2022: country profiles*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064119>
- Yeşil, P. ve Altıok, M. (2012). Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde fiziksel aktivitenin önemi. *Turk J Card Nur*, 3(3), 39-48. <https://doi.org/10.5543/khd.2012.005>
- Yılmaz, M. D. (2019). *Egzersiz sağlık inanç modeli ölçeğinin türkçe geçerlilik ve güvenilirliği* [Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi]. Pamukkale GCRIS Veritabanı. <https://hdl.handle.net/11499/28590>
- Yılmaz, M. D. ve Kartal, A. (2021). Egzersiz sağlık inanç modeli ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi*, 2(1), 42-61.
- Yılmaz Tuncay, S., Demirhan, İ., Şahin, S. ve Kaplan, S. (2019). Sağlık inanç modeli örneği: Tütün bağımlısı gebe. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 38-46.
- Yüksel Koçak, D., Kaya, İ. G. ve Aslan, E. (2017). Klimakterik dönemdeki kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyi ve etkileyen faktörler. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3(2), 66-72. <https://doi.org/10.5222/jaren.2017.066>

8. ÖZGEÇMİŞ

EKLER

Ek-1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin form.

1. Yaşınız nedir?.....

2. Medeni durumunuz nedir?

Evli Bekâr

3. Eğitim düzeyiniz nedir?

Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

4. Şu an çalışma durumunuz nedir?

Çalışıyor Çalışmıyor

5. Gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?

Gelir giderden az Gelir gidere eşit Gelir giderden fazla

6. Sigara kullanıyor musunuz?

Evet Hayır

7. Alkol kullanıyor musunuz?

Evet Hayır

8. Kaç yaşında menopoza girdiniz?

9. Menopozla ilgili semptom yaşıyor musunuz?

Evet Hayır

10. Cevap evet ise hangi semptomları yaşıyorsunuz?

Sıcak basması Gece Terlemesi Huzursuzluk, Sinirlilik Uykusuzluk Çarpıntı Kas-Eklemler Ağrısı Diğer

11. Menopoz dönemine yönelik bilgi aldınız mı?

Evet Hayır

12. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

Evet Hayır

13. Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?

Evet Hayır

14. Egzersiz yapıyor musunuz?

Evet Hayır

15. Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?

İyi Kötü

Ek-2. Kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı değerlendirme ölçeği.

Maddeler	Doğru	Yanlış	Bilmiyor
1. Kalp krizi ve inmenin ana nedenlerinden biri streştir.			
2. Yürüyüş ve bahçe işleri kalp krizi veya inme riskini azaltabilecek egzersiz türleri olarak kabul edilir.			
3. Haftada 2, 5 saat orta yoğunlukta aktivite kalp krizi veya inme geçirme riskinizi azaltacaktır.			
4. Diyabet hastası olan kişilerde kalp krizi veya inme riski yüksektir.			
5. Stres seviyenizi yönetmek kan basıncınızı yönetmenize yardımcı olacaktır.			
6. Fazla miktarda alkol kullanmak, kolesterol ve trigliserid seviyenizi artırabilir.			
7. HDL 'iyi' kolestrol, LDL ise 'kötü' kolestrolü ifade eder.			
8. Ailede kalp hastalığı öyküsü olması yüksek tansiyon için bir risk faktörü değildir.			

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Katılıyorum (3)	Kesinlikle Katılıyorum (4)
9. Gelecekte bir kalp krizi veya inme geçirmem muhtemeldir.				
10. Hayatımda bir zaman bir kalp krizi veya inme geçirmem olasıdır.				
11. Gelecek 10 yıl içinde bir kalp krizi ya da inme geçirmem büyük bir olasılıktır.				
12. Gelecek 10 yıl içinde kalp krizi veya inme geçirme olasılığım çok yüksektir.				
13. Geçmiş ve/veya mevcut davranışlarım yüzünden bir kalp krizi ya da inme geçirmem olasıdır.				

14. Gelecek iki ay içinde haftada en az 2, 5 saat egzersiz yaparak sağlıklı kilomu koruyabileceğime eminim.				
15. Haftada 2, 5 saat egzersiz yapmayı düşünmüyorum.				
16. Kalp krizi veya inme geçireceğimden endişelenmiyorum.				
17. Yakın gelecekte kalp krizi ya da inme geçirme olasılığım hakkında endişeliyim.				
18. Haftada en az 2, 5 saat egzersiz yapmayı düşünüyorum.				
19. Gelecek iki ay içinde günde en az beş porsiyon meyve ve sebze tüketebileceğimden eminim.				
20. Günde en az beş porsiyon meyve ve sebze yemeyi düşünüyorum.				
21. Haftada en az 2.5 saat egzersiz yapmak niyetindeyim veya istiyorum.				
22. Haftada en az 2, 5 saat egzersiz yaptığımda, kalp sağlığım için iyi bir şey yapıyorum.				


Ek-3. Egzersiz sağlık inanç modeli ölçeği.

	Hiç	Biraz	Oldukça	Sık Sık	Çok Fazla
1. Sağlığınıza ne kadar ilgilisiniz?					
2. Sağlığınıza ne kadar düşünüyörsünüz?					
3. Sağlığınıza ne kadar dikkat ediyörsünüz?					
4. Kalp krizi geçirmek ne kadar ciddi bir durumdur?					
5. Felç geçirmek ne kadar ciddi bir durumdur?					
6. Kanser olmak ne kadar ciddi bir durumdur?					
7. Egzersiz yapmanın yüksek tansiyondan korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyörsünüz?					
8. Egzersiz yapmanın diyabetten korunmanıza (ya da diyabeti kontrol altına almanıza) ne kadar yardımcı olacağını düşünüyörsünüz?					
9. Egzersiz yapmanın kalp krizlerinden korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyörsünüz?					
10. Egzersiz yapmanın felçten korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyörsünüz?					
11. Egzersiz yapmanın kanserden korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyörsünüz?					
12. Sizce egzersiz yapmak sizi kilo almaktan ne kadar korur?					
13. Egzersiz yapmanın sağlığınızın daha iyi olmasında ne kadar yardımcı olacağını düşünüyörsünüz?					
14. Gelecekte hastalıklardan korunmak için egzersiz yaparak bedel (zaman ayırmak ve tembelliğin üstesinden gelmek gibi) ödemeye değer mi?					
15. Daha iyi bir sağlığa sahip olmak için egzersiz yapmanın bedelini (zaman harcamak ve tembelliği bırakmak gibi) ödemeye değer mi?					
16. Daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olmak için egzersiz yaparak bedel (zaman ayırmak ve tembelliğin üstesinden gelmek gibi) ödemeye değer mi?					
17. Daha uzun yaşamak için egzersiz yaparak bedel (zamana ayırmak ve tembelliğin üstesinden gelmek gibi) ödemeye değer mi?					
18. Daha iyi görünmek için egzersiz yaparak bedel (zaman ayırmak ve tembelliğin üstesinden gelmek gibi) ödemeye değer mi?					
19. Egzersiz yapmanın zor olduğunu düşünsem de, gelecekte hastalıklardan korunmak için egzersiz yapmaya değer.					

	Hiç düşünmüyorum	Hasta olabileceğime ihtimal vermiyorum	Olabilirim diye düşünüyorum	Büyük ihtimalle olacağımı düşünüyorum	Kesinlikle olacağımı düşünüyorum
20.Yüksek tansiyon hastası olabileceğinizi düşünüyor musunuz?					
21.Diyabet (şeker hastası) olabileceğinizi düşünüyor musunuz?					
22.Kalp krizi geçirebileceğinizi düşünüyor musunuz?					
23.Felç geçirebileceğinizi düşünüyor musunuz?					
24.Kanser olabileceğinizi düşünüyor musunuz?					
25.Kilo alabileceğinizi düşünüyor musunuz?					

Ek-4. Pamukkale Üniversitesi girişimsel olmayan klinik etik araştırmalar kurulu etik kurul izni.

ETİK KURUL VE BAŐRUSU: 03.01.2022 E. 149491



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-60116787-020-149491
Konu : Başvurunuz Hk.

Sayın Prof. Dr. Asiye KARTAL

İlgi : 22/12/2021 tarihli dilekçeniz. *10.251.3.104*
358
2.03.2022

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Menopoz Dönemindeki Kadınların Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalıkları ve Egzersiz Davranışına İlişkin Sağlık İnançları**" konulu çalışmanız **28.12.2021 tarih ve 23 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,


Yapılan görüşmelerden sonra; söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIğINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

Belge Doğrulama Kodu : BŞFNHŞARVİ, Pin Kodu : 76582 Belge Takip Adresi : <http://www.turkiye.gov.tr/pau-ehys>
Adres: Tıp Fakóltesi Dekanlığı Kınıklı/Denizli
Telefon: 0 258 296 16 04 Faks: 0 (258) 296 17 65
e-Posta: tibbietik@pau.edu.tr Elektronik Ađ: <http://www.pau.edu.tr>
Kep Adresi: paurekturlik@hs01.kep.tr

Bilgi için: Selda BAKIR
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Ek-5. Denizli İl Sağlık Müdürlüğü kurum izni.

DENİZLİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ

Taraflar:

Bu protokol Denizli İl Sağlık Müdürlüğü ile Hemşire Ayşe CEMEK arasında düzenlenmiştir.
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Denizli Bekilli Toplum Sağlığı Merkezi

Çalışmanın Adı: "Menopoz Dönemindeki Kadınların Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalıkları ve Egzersiz Davranışına İlişkin Sağlık İnançları"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Hemşire Ayşe CEMEK

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Denizli İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü personelinde de yararlanılacaksa ayrıca İl Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İl Sağlık Müdürlüğünün ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası **kitapçık** halinde Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi e ve f maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel yada yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (Hastane, Sağlık Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.
- 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması ve Kişisel Verilerin İşlenmesi ve Mahremiyeti Yönetmeliği çerçevesinde ve kimlik bilgilerinden arındırılmış olarak kullanılması gerekmektedir.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumumuzda 1 yıl süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç** 06 Haziran 2022 /**Bitiş** 06 Haziran 2023
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İl Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Denizli İl Sağlık Müdürlüğü onayı ile mümkün olabilecektir, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolle imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Denizli İl Sağlık Müdürlüğünce; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Denizli ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

.../.../2022

Hemşire Ayşe CEMEK

OLUR


.../.../2022

Ek-6. Kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı değerlendirme ölçeği kullanım izni.

Ölçek İzni Hakkında 1 1

BD birgül vural doğru < > 😊 ↩️ ↶️ ↷️ ⋮

Kime: AYSE CEMEK 19.07.2021 Pzt 15:49

 KARDİYOVASKÜLER ölçek ge... 19 KB

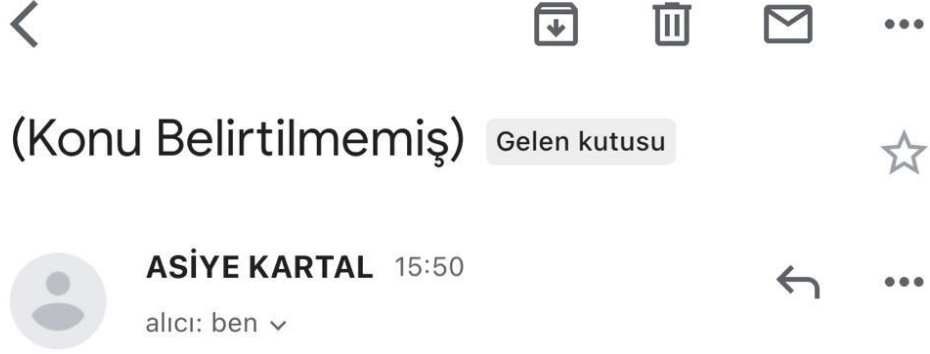
Merhaba Ayşe hanım,
Ölçeği atıf yaparak çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve nasıl değerlendirildiğini ekte gönderiyorum. İyi çalışmalar.

----- Forwarded message -----

--

Dr. Öğr. Üyesi Birgül VURAL DOĞRU
İç Hastalıkları Hemşireliği AD
Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Çiftlikköy Kampüsü, Mersin/Türkiye

Ek-7. Egzersiz sağlık inanç modeli ölçeği kullanım izni.



Sevgili Ayşe Cemek

Tezinde Egzersiz sağlık İnanç Modeli ölçeğini kullanabilirsin.
Şimdiden başarılar diliyorum.

Prof. Dr. Asiye KARTAL
Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Denizli/Türkiye