



Determination of Nurses' Priorities on Leadership in Evidence-Based Practice and Attitude Towards Evidence-Based Nursing: an AHP Application

Burçin Nur Özdemir^{1,a,*}, Özgür Aslan^{2,b}, İrem Malatyali^{3,c}

¹İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Başkanlığı, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi, İstanbul, Türkiye

³İstanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İstanbul, Türkiye

*Corresponding Author

ARTICLE INFO

Research Article

Received : 27/02/2026

Accepted : 14/04/2026

Keywords:

Evidence-based nursing
Evidence-based nursing attitude
Evidence-based leadership
Analytical hierarchy process

ABSTRACT

This study was conducted to determine nurses' priorities regarding Evidence-Based Practice Leadership (EBLP) and their attitudes towards Evidence-Based Nursing (EBN). The study sample consisted of 15 nurses working in a public hospital. The AHP method was used to analyze nurses' priorities regarding evidence-based practice leadership and their attitudes towards evidence-based nursing. Data were collected using a sociodemographic questionnaire, an evidence-based practice leadership scale, and an attitude scale towards evidence-based nursing, and analyzed using the Super Decision program. Regarding Evidence-Based Practice Leadership: The most important leadership criterion was identified as "supportive leadership" (46%). This was followed by "informed leadership" (26%), "decisive leadership" (20%), and the least important was "preventive leadership" (7%). Regarding attitudes towards Evidence-Based Nursing: The most important criterion was identified as "intention" (61%), followed by "emotions" (26%) and "belief" (11%). Nurse managers should be encouraged to participate in training programs that will develop their supportive and informed leadership skills. This study presents important findings regarding nurses' adoption of evidence-based nursing practices and the development of their leadership roles.

Türk Akademik Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi, 9(1): 70-82, 2026

Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Liderliği ile Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumu Konusundaki Önceliklerinin Belirlenmesi: Bir AHP Uygulaması

MAKALE BİLGİSİ

Araştırma Makalesi

Geliş : 27/02/2026

Kabul : 14/04/2026

Anahtar Kelimeler:

Kanıta dayalı hemşirelik
Kanıta dayalı hemşirelik tutumu
Kanıta dayalı liderlik
Analitik hiyerarşi prosesi

ÖZ

Bu çalışma, hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Liderliği (KDUL) ile ilgili önceliklerini ve Kanıta Dayalı Hemşireliğe (KDH) yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma örneklemini, bir kamu hastanesinde çalışan 15 hemşireden oluşmuştur. Hemşirelerin kanıta dayalı uygulama liderliği ile ilgili önceliklerini ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarını analiz etmek için AHP yöntemi kullanılmıştır. Veriler, sosyodemografik anket, kanıta dayalı uygulama liderliği ölçeği ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği kullanılarak toplanmış ve Super Decision programı kullanılarak analiz edilmiştir. Kanıta Dayalı Uygulama Liderliği açısından: En önemli liderlik kriteri (%46) "destekleyici liderlik" olarak belirlenmiştir. Bunu sırasıyla "bilgili liderlik" (%26), "kararlı liderlik" (%20) ve en az önemli olan "önleyici liderlik" (%7) izledi. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlar açısından: En önemli kriter "niyet" (%61) olarak belirlendi, bunu "duygular" (%26) ve "inanç" (%11) izlemektedir. Hemşire yöneticilerinin, destekleyici ve bilgili liderlik becerilerini geliştirecek eğitim programlarına katılmaları teşvik edilmelidir. Bu çalışma, hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını benimsemeleri ve liderlik rollerinin geliştirilmesiyle ilgili önemli bulgular sunmaktadır.

^a burinnur4539@gmail.com

^b https://orcid.org/0009-0009-5316-4301

^c ozgur.aslan@iuc.edu.tr

^d https://orcid.org/0000-0002-8780-5463

^e irem.malatyali@ogr.iuc.edu.tr

^f https://orcid.org/0000-0002-1089-498X



Giriş

Sağlık hizmetlerinde kanıta dayalı uygulamalar, klinik karar verme süreçlerinde en güncel ve güvenilir bilimsel kanıtların kullanılmasını ifade etmektedir. Kanıta dayalı hemşirelik ise hemşirelik bakımının bilimsel kanıtlar, klinik deneyim ve hasta tercihleri doğrultusunda planlanmasını ve uygulanmasını kapsayan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, bakım kalitesinin artırılması, hasta güvenliğinin sağlanması ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Son yıllarda, başta World Health Organization olmak üzere birçok uluslararası kuruluş, sağlık hizmetlerinde kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaştırılmasını öncelikli hedefler arasında göstermektedir. Aynı şekilde International Council of Nurses, hemşirelerin yalnızca uygulayıcı değil aynı zamanda lider rol üstlenmeleri gerektiğini vurgulamaktadır. Bu durum, hemşirelikte liderlik kavramının kanıta dayalı uygulamalarla birlikte ele alınmasını zorunlu hale getirmektedir.

Literatürde, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarının genellikle olumlu olduğu, ancak bu tutumların uygulamaya yansımada çeşitli engeller bulunduğu ifade edilmektedir. Bu engeller arasında zaman yetersizliği, iş yükü, kaynaklara erişim sorunları ve kurumsal destek eksikliği gibi faktörler yer almaktadır. Bunun yanı sıra hemşirelerin araştırma okuryazarlığı düzeylerinin ve eleştirel düşünme becerilerinin de kanıt kullanımını etkilediği belirtilmektedir.

Diğer yandan kanıta dayalı uygulama liderliği, hemşirelerin klinik ortamlarda değişimi yönlendirme ve kanıt kullanımını teşvik etme kapasitesini ifade etmektedir. Lider hemşireler; ekip üyelerini motive etme, eğitim süreçlerini destekleme, kanıta dayalı protokollerin uygulanmasını sağlama ve kalite iyileştirme çalışmalarına öncülük etme gibi önemli roller üstlenmektedir. Bu bağlamda liderlik, kanıta dayalı uygulamaların sürdürülebilirliği açısından kritik bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Ancak mevcut çalışmalar incelendiğinde, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlar ile liderlik becerilerinin genellikle ayrı değişkenler olarak ele alındığı ve bu iki yapının birlikte, özellikle de önceliklendirme perspektifiyle incelendiği çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Ayrıca hemşirelerin hangi faktörlere daha fazla önem verdiğini belirleyen çok kriterli karar verme temelli araştırmaların eksik olduğu dikkat çekmektedir.

Bu noktada Analitik Hiyerarşi Süreci (AHP), karmaşık karar problemlerinde kriterlerin göreceli önemini belirlemek için kullanılan güçlü bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. AHP, karar vericilerin öznel değerlendirmelerini sistematik ve matematiksel bir çerçevede analiz ederek kriterler arasında önceliklendirme yapılmasına olanak tanımaktadır. Bu yönüyle sağlık bilimlerinde giderek daha fazla kullanılmakta ve özellikle yönetsel karar süreçlerinde önemli katkılar sağlamaktadır.

Bu bağlamda çalışmanın temel amacı, hemşirelerin kanıta dayalı uygulama (KDU) liderliği ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarını çok kriterli karar verme yöntemlerinden biri olan Analitik Hiyerarşi Süreci (AHP) kullanarak sistematik bir şekilde analiz etmek ve bu iki önemli boyuta ilişkin önceliklerini belirlemektir. Günümüzde sağlık hizmetlerinde kalite, hasta güvenliği ve

bakım sonuçlarının iyileştirilmesi açısından kanıta dayalı uygulamalar kritik bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda hemşirelerin yalnızca kanıta dayalı bilgiye sahip olmaları değil, aynı zamanda bu bilgiyi klinik ortamlarda etkin bir şekilde kullanabilmeleri ve bu sürece liderlik edebilmeleri gerekmektedir. Ancak literatürde hemşirelerin KDU liderliği ile tutumları arasındaki ilişkinin önceliklendirilmesi ve bu önceliklerin sistematik olarak değerlendirilmesine yönelik çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu çalışma kapsamında:

- Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya yönelik tutumlarını etkileyen faktörler (bilgi, farkındalık, motivasyon, kurumsal destek vb.) belirlenmekte,
- Kanıta dayalı uygulama liderliğine ilişkin bileşenler (rehberlik etme, değişim yönetimi, ekip çalışmasını teşvik etme vb.) yapılandırılmakta,
- Bu kriterler arasında göreceli önem düzeyleri AHP yöntemi ile hesaplanmakta,
- Elde edilen bulgular doğrultusunda hemşirelerin hangi boyutlara öncelik verdiği ortaya konulmaktadır.

Böylece çalışma hem bireysel hem de kurumsal düzeyde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesine yönelik stratejik bir karar destek çerçevesi sunmayı amaçlamaktadır.

Literatür

Sağlık sektöründe kaliteli bakım sağlanması, bilimsel kanıtlarla desteklenen uygulamaların benimsenmesini gerektirmektedir. Hemşirelik pratiği, sağlık hizmetlerinin daha etkin sunumu ve hasta bakım kalitesini artırmada önemli rol üstlenmektedir. Kanıta dayalı hemşirelik (KDH), hasta sonuçlarını iyileştirmek ve bakım standartlarını yükseltmek amacıyla en iyi kanıtların klinik karar alma sürecine entegre edilmesini sağlayan bir yaklaşım olarak dikkat çekmektedir (Polit ve Beck, 2021; Melnyk ve Fineout-Overholt, 2019). Buna karşın, hemşirelerin KDH'ye yönelik tutumları ve kanıta dayalı uygulama liderliği konusundaki öncelikleri bu sürecin etkinliğini doğrudan etkilemektedir (Melnyk, 2010; Saunders ve ark., 2020).

Kanıta Dayalı Uygulama (KDU), mümkün olan en düşük maliyetle optimum hasta sonuçlarına ulaşmanın anahtarı olarak görülmektedir (Tıp Enstitüsü, 2001; Dünya Sağlık Örgütü, 2017). KDU'nun uygulanması personeli güçlendirmekte ve daha yüksek düzeyde ekip çalışmasına ve iş tatminine yol açabilmektedir (Fridman ve Frederickson, 2014; Kim ve ark., 2017). Dünya Sağlık Örgütü, KDU'nun sağlık hizmetlerinde uygulanmasında hemşirelik ve ebeliğin merkezi bir rol oynadığını kabul etmektedir. Dünya çapındaki hemşireler, KDU'yu uygulamaktan ve klinik karar alma sürecine en iyi mevcut kanıtları, klinik uzmanlığı, hasta tercihleri ve mevcut kaynaklar hakkındaki bilgileri dahil etmekten sorumludur (Ciliska, Pinelli, DiCenso ve Cullum, 2001). Meslek mensubunun yeterlilik düzeyi ve sorumluluk alanı arttıkça KDU'nun uygulanmasına yönelik beklenen katkısı da artmaktadır (WHO, 2017).

Tüm hemşirelerin hastalara kanıta dayalı doğrudan bakım sağlama görevi olmasına rağmen, Hemşire uygulayıcıların KDU'yu bireysel hasta düzeyinin ötesinde

uygulama konusunda ek bir sorumluluğu bulunmaktadır. Klinik liderler olarak, hemşire uygulayıcılar uygulama tutarlılığını artırmak için departman ve organizasyon düzeylerinde KDU'yu uygulamaları önerilmektedir (WHO, 2017). Hemşirelerden beklenen KDU yeterlilikleri arasında, tüm hasta popülasyonlarında KDU'yu uygulamak için disiplinler arası ekiplere liderlik etmek ve onlarla iş birliği yapmak ve böylece rutin bakıma uygulama değişikliklerini yerleştirmek yer almaktadır (Melnyk, Gallagher-Ford, Long ve Fineout-Overholt, 2014; WHO, 2017).

Diğer yandan kanıta dayalı hemşirelik (KDH), klinik kararların bilimsel veriler, hasta tercihleri ve klinik uzmanlık ile desteklenerek verilmesini sağlayan bir süreç olarak görülmektedir (Melnyk ve Fineout-Overholt, 2019; DiCenso ve ark., 2019). En temelde KDH'nin uygulanması, hasta bakım kalitesini artırırken sağlık hizmetlerinde maliyet etkinliğini de artırmaktadır (Craig ve Smyth, 2020; Chien, 2019). Kanıta dayalı uygulamalar, sağlık hizmetlerinde birçok fayda sağlamaktadır. Bu faydalar arasında hasta güvenliği, bakım kalitesinin artması ve sağlık hizmetlerinin verimliliğinin iyileşmesi bulunmaktadır. Hemşireler, bu uygulamalarda liderlik yaparak, hemşirelik pratiğini geliştirmekte ve sağlık sisteminde sürdürülebilir değişimlere öncülük etmektedir (Happell ve Gaskin, 2017).

Hemşirelerin KDH'ye yönelik tutumları, bireysel inançları, mesleki deneyimleri, eğitim düzeyleri ve kurumsal destek durumlarına göre değişmektedir (Pravikoff ve ark., 2005; Rycroft-Malone ve ark., 2004). Olumlu bir tutum, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları daha hızlı benimsemesini sağlarken, olumsuz tutumlar bu süreci zorlaştırabilir (Lehane ve ark., 2019). Özellikle hemşirelerin araştırmaya erişim olanakları ve eleştirel düşünme becerileri, KDH'yi benimsemelerinde kritik rol oynamaktadır (Cullen ve ark., 2020). Ayrıca, zaman kısıtlamaları ve bilgiye erişim eksikliği, hemşirelerin KDH'ye yönelik tutumlarını olumsuz etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Squires ve ark., 2011; Kajermo ve ark., 2018).

Hemşire yöneticileri, kanıta dayalı hemşirelik uygulamasının geliştirilmesinde merkezi bir rol oynamaktadırlar (Duffy ve ark., 2011; Schaffer ve ark., 2013). Bu bağlamda kanıta dayalı uygulama kültürünü yaratmakta ve en iyi mevcut kanıtlara dayalı yüksek kaliteli bakımı teşvik eden bir hemşirelik ortamı tasarlama ve destekleme sorumluluğuna sahip olmaktadır (Sredl, 2008; Staffileno ve Carlson, 2010). Hemşirelik yöneticileri bilimsel bulguları kullanabilmeli ve kendilerini sürekli eğitebilmelidir (Duffy ve ark., 2011).

Kanıta dayalı liderlik (KDL) ise bakım kalitesini ve hasta güvenliğini organize etmek, yönetmek, sunmak, finanse etmek ve iyileştirmek için kanıtların mümkün olan en iyi şekilde kullanılmasını kapsamaktadır (Duffy ve ark., 2011). Liderlik, sağlık kuruluşlarında KDU'nun geliştirilmesinde önemli bir unsurdur (Newhouse ve ark., 2007; Cullen ve ark., 2011). Yenilikçi düşünme, planlama ve değişiklikleri uygulama, KDU'yu ilerletmek isteyen liderlerin temel yeterlilikleridir (Porter-O'Grady ve Malloch, 2008). Bu açıdan liderler sürekli değişime açık olmalıdır. Kanıta dayalı ilkelerin hemşirelik liderliğine uygulanması ve bütünleştirilmesi karmaşık bir süreç ve karmaşık bir sistemin parçasıdır. Bu süreç tutku, saygı ve hemşirelik bilimi bilgisini gerektirmektedir (Hauck ve ark., 2013; Cullen ve ark., 2011; Porter-O'Grady ve Malloch, 2008).

Kanıta dayalı uygulama liderliği, yöneticilerin ve liderlerin karar alma süreçlerinde bilimsel verileri, en iyi uygulamaları ve deneysel sonuçları kullanmasını ifade etmektedir. Bu liderlik anlayışı, özellikle eğitim, sağlık, işletme ve kamu yönetimi gibi alanlarda etkinliği artırmak amacıyla önem kazanmaktadır (Barends, Rousseau ve Briner, 2014; Young, 2018). Kanıta dayalı liderlik, liderlerin yalnızca kişisel deneyimlerine ya da geleneksel yöntemlere dayanmak yerine, mevcut en iyi bilimsel kanıtlara dikkate alarak kararlar almasını gerektirmektedir. Bu yaklaşım, organizasyonlarda daha etkili yönetim ve stratejik karar alma süreçlerinin geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır (Pfeffer ve Sutton, 2006; Kovner ve D'Aunno, 2017).

Kanıta Dayalı Uygulama Liderliği Hemşire liderleri, KDH'nin klinik ortamlara entegre edilmesi sürecinde önemli bir role sahiptir. Kanıta dayalı uygulama liderliği, sağlık çalışanlarının en iyi klinik uygulamaları benimsemeleri ve yaygınlaştırmaları için rehberlik etmelerini içermektedir (Stetler ve ark., 2018; Dang ve ark., 2021). Bu liderlik, hemşirelerin KDH'yi benimsemesini teşvik eden önemli bir faktördür ve örgütsel değişim süreçlerinde etkin bir rol oynamaktadır (Gifford ve ark., 2018). Literatürde, kanıta dayalı liderliğin sağlık sonuçları üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (Hauck ve ark., 2013).

Yöntem

Çalışma hemşirelerin kanıta dayalı uygulama liderliği ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarını önceliklendirerek karar vericilere yönetsel bir bakış açısı sunmayı hedeflemiştir. Bu amaçla çalışmada araştırmacı tarafından hazırlanan karar matrisi ile toplanmış veriler kullanılmıştır. Veri toplama işlemi 15-30 Mayıs 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Bu tanımlayıcı ve kesitsel çalışmada karar verme sürecinin sistematik bir şekilde yönetilmesini sağlayan Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP) yöntemi kullanılmıştır. AHP, birden fazla kriterin aynı anda değerlendirilmesine olanak tanıyan güçlü çok kriterli karar verme yöntemidir. Bu çalışmada ele alınan liderlik ve tutum boyutları, birden fazla alt faktör içermektedir. AHP, bu karmaşık yapıyı hiyerarşik olarak modelleyerek analiz etmeyi mümkün kılmaktadır. Hemşirelerin tutum ve liderlik algıları büyük ölçüde öznel değerlendirmelere dayanmaktadır. AHP, uzman görüşleri ve bireysel yargılar gibi nitel verileri sayısallaştırarak analiz etmeye olanak tanınması ve klasik istatistiksel yöntemlere göre daha esnek bir yapı sunduğu için çalışmamızda tercih edilmiştir.

Sağlık bilimlerinde kanıta dayalı uygulamalar sıklıkla tanımlayıcı veya ilişkisel yöntemlerle incelenirken, bu çalışma Analitik Hiyerarşi Süreci (AHP) yöntemini kullanarak hemşirelerin tutum ve liderlik önceliklerini nicel ve karşılaştırmalı bir şekilde değerlendirmektedir. Bu yönüyle çalışma, hemşirelik literatüründe metodolojik bir yenilik sunmaktadır. Mevcut çalışmalar genellikle kanıta dayalı uygulama ya da tutumları ayrı ayrı incelemektedir. Bu çalışma ise KDU liderliği ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları bütüncül bir çerçevede ele alarak bu iki yapının etkileşimini ve göreceli önemini ortaya koymaktadır. Literatürde çoğu araştırma değişkenler arası ilişkiyi ortaya koyarken, bu çalışma hemşirelerin hangi faktörlere daha fazla önem verdiğini sıralayarak karar vericiler için daha

uygulanabilir ve stratejik bilgiler sunmaktadır. Bu durum özellikle sağlık yöneticileri ve politika yapımcılar açısından önemli bir boşluğu doldurmaktadır.

AHP istatistiksel bir teknik olmadığından örneklem büyüklüğü açısından genelleme yapmayı gerektirmemekte ve uygulama aşamasında küçük bir grubun fikirlerinden faydalanılabilmektedir (Hoşgör ve Sezgin, 2024). Bu nedenle çalışma bir kamu hastanesinde, araştırmaya katılmaya gönüllü, hastanenin farklı departmanlarında çalışan 15 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veri toplama sürecinde, araştırmacı tarafından oluşturulan ve sosyodemografik bilgilerin bulunduğu anket ile Yıldız (2024) tarafından Türkçeye uyarlanan KDU liderliği ölçeği, Ayhan ve diğerleri (2015) tarafından Türkçeye uyarlanan hemşirelerin KDH'ye yönelik tutum ölçeği ve Saaty'nin 1'den 9'a kadar olan puanlama ölçeğindeki kişisel görüşme yöntemi kullanılarak veriler toplanmıştır. Katılımcılardan gönüllü onam alınmıştır. Verilerin analizi için Super Decision Versiyon 3 programı kullanılmıştır.

Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP)

AHP, çok kriterli karar verme yöntemlerinden biri olup, Thomas L. Saaty (1980) tarafından geliştirilmiştir. Bu yöntem, karmaşık karar problemlerinin çözümü için objektif ve mantıksal bir yaklaşım sunmaktadır. AHP, karmaşık karar problemlerini hiyerarşik bir yapıya dönüştürerek, her bir kriterin ve alt kriterin önem derecesini belirlemeye olanak tanımaktadır (Vargas, 1990). AHP yöntemi, sağlık bilimlerinde ve yönetim süreçlerinde sıklıkla kullanılmaktadır. Bu yöntem, sağlık hizmetlerinde karar destek sistemlerinin geliştirilmesi, kaynak tahsisinin optimize edilmesi ve personel yönetimi gibi alanlarda önemli katkılar sağlamaktadır (Ishizaka ve Labib, 2011). AHP yöntemi, aşağıdaki temel adımlar izlenerek uygulanmıştır.

Hiyerarşik Yapının Belirlenmesi: Karar verme problemi üç temel seviyede modellenmiştir: (a) Amaç, (a) Kriterler, (c) Alternatifler. Hemşirelerin kanıta dayalı uygulama liderliği modeli Şekil 1' de gösterilmiştir.

Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Liderliği AHP Modeli Alt Kriterleri şu şekildedir:

Önleyici (Proaktif) Liderlik

- Yöneticim, kanıta dayalı uygulamaların gerçekleştirilmesini kolaylaştırmak için bir plan geliştirmiştir (Ö1).
- Yöneticim, kanıta dayalı uygulamaların gerçekleştirilmesinin önündeki engelleri kaldırmıştır (Ö2).
- Yöneticim, kanıta dayalı uygulamaların gerçekleştirilmesi için açık/net bölüm standartları belirlemiştir (Ö3).

Bilgili Liderlik

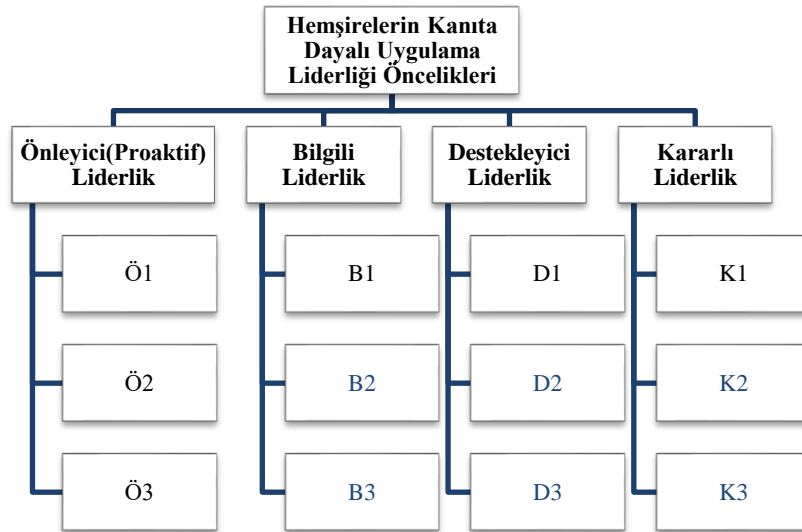
- Yöneticim, kanıta dayalı uygulama konusunda bilgilidir (B1).
- Yöneticim, kanıta dayalı uygulamalarla ilgili sorularımı yanıtlayabilir (B2).
- Yöneticim, kanıta dayalı uygulama söz konusu olduğunda ne konuştuğunu bilir (B3).

Destekleyici Liderlik

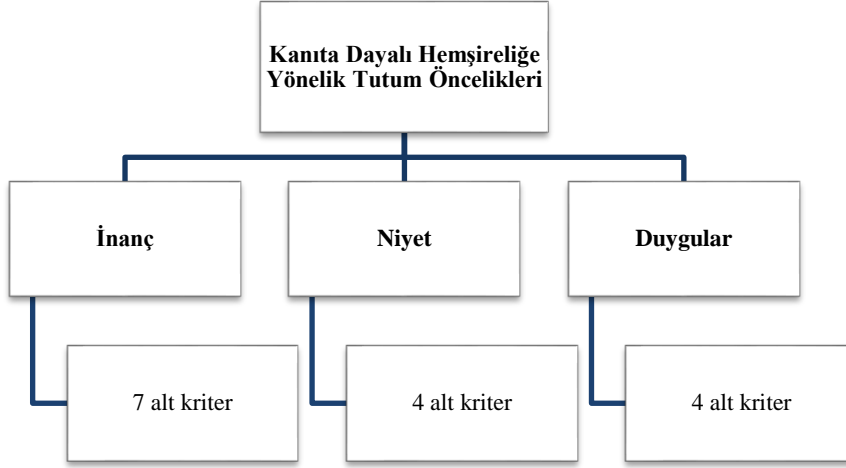
- Yöneticim, çalışanların kanıta dayalı uygulamaların başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesine yönelik çabalarını tanı ve takdir eder (D1).
- Yöneticim, çalışanların kanıta dayalı uygulamalar hakkında daha fazla bilgi edinme çabalarını destekler (D2).
- Yöneticim, çalışanların kanıta dayalı uygulamaları kullanma çabalarını destekler (D3).

Kararlı Liderlik

- Yöneticim, kanıta dayalı uygulamaların gerçekleştirilmesindeki zorluklar karşısında yılmaz (K1).
- Yöneticim, kanıta dayalı uygulamanın gerçekleştirilmesi ilgili zorlukları aşmaya devam eder (K2).
- Yöneticim, kanıta dayalı uygulamaların gerçekleştirilmesi ilgili kritik sorunlara, problemleri açık ve etkili bir şekilde ele alarak tepki verir (K3).



Şekil 1. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Liderliği AHP Modeli
Figure 1. AHP Model of Nurses' Evidence-Based Practice Leadership



Şekil 2. Kanıtla Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum AHP Modeli
Figure 2. AHP Model of Attitudes Toward Evidence-Based Nursing

Hiyerarşik yapıdaki ikinci model olan Kanıtla dayalı hemşireliğe yönelik tutum Şekil 2' de gösterilmiştir.

Kanıtla Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum AHP Modeli Alt Kriterleri şu şekildedir:

İnanç

- Kanıtla dayalı hemşireliğin, hemşireliğin günlük uygulamalarının önemli bir parçası olmasından memnun olurum (İ1).
- Uyguladığım bakımla ilgili güçlü bilimsel kanıt bulmaktan memnun olurum (İ2).
- Kanıtla dayalı hemşireliğin kullanılması sağlık bakım sonuçlarını iyileştirir (İ3).
- Kanıtla dayalı hemşireliği çalışmalarımda kullanmak istiyordum/isterdim (İ4).
- Klinik kanıtla dayalı hemşirelik rehberlerinin özenli bir şekilde oluşturulması için iş birliği yapmaya hazırım (İ5).
- Kanıtla dayalı hemşireliğin klinik hemşirelik uygulamalarında önemli bir rolü olmalıdır (İ6).
- Kanıtla dayalı hemşirelik uygulamaları, verilen bakımın standartlaşmasına yardım eder (İ7).

Niyet

- Kanıtla dayalı bakım vermek, günlük çalışmalarımı olumsuz etkiler (N1).
- İşimde/mesleğimde, kanıtla dayalı hemşireliği uygulamak için çaba göstermeye hazırım (N2).
- Boş zamanımı, kanıtla dayalı hemşireliği öğrenmek için harcamaya karşıyım (N3).
- Bilimsel makaleleri okumaktan sıkılırım (N4).

Duygular

- Kanıtla dayalı hemşireliği uygulamak, profesyonel/mesleki önceliklerim arasında değildir (D1).
 - Hemşirelik araştırmalarının sonuçlarından öğrendiğim bilgiyi dikkate almam (D2).
 - Sağlık bilimlerindeki araştırmalar, klinik hemşirelik uygulamaları için önemli değildir (D3).
 - Kanıtla dayalı hemşirelik uygulamalarını, çalışmalarımaya entegre etmekten hoşlanmam (D4).
- Veri Toplama Araçları

Veri toplama sürecinde, araştırmacı tarafından oluşturulan ve sosyodemografik bilgilerin bulunduğu anket ile Yıldız (2024) tarafından Türkçeye uyarlanan KDU liderliği ölçeği, Ayhan ve diğerleri (2015) tarafından Türkçeye uyarlanan hemşirelerin KDH'ye yönelik tutum ölçeği ve Saaty'nin 1'den 9'a kadar olan puanlama ölçeğindeki kişisel görüşme yöntemi kullanılarak veriler toplanmıştır.

Verilerin Analizi

Veriler aşağıda belirtilen algoritma takip edilerek hesaplanmıştır (Aydın ve ark., 2009). Öncelikle karşılaştırma matrisi oluşturulmuş daha sonra ağırlık vektörleri hesaplanarak tutarlılık analizi gerçekleştirilmiştir.

Karşılaştırma Matrisi Oluşturma: Kriterler, aşağıda Çizelge 1'de belirtilen Saaty'nin 1-9 ölçeğine dayalı olarak ikili karşılaştırma yöntemi ile değerlendirilmiştir. Bu aşamada karar vericilerin uzman görüşleri alınarak kriterlerin göreceli önem düzeyleri belirlenmiştir.

Bir kriterin diğerine göre önemini belirleyerek karşılaştırma matrisi A oluşturulmaktadır:

$$A = \begin{bmatrix} 1 & a_{12} & a_{13} & \cdots & a_{1n} \\ \frac{1}{a_{12}} & 1 & a_{23} & \cdots & a_{2n} \\ \frac{1}{a_{13}} & \frac{1}{a_{23}} & 1 & \cdots & a_{3n} \\ \vdots & \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ \frac{1}{a_{1n}} & \frac{1}{a_{2n}} & \frac{1}{a_{3n}} & \cdots & 1 \end{bmatrix} \quad (1)$$

Ağırlık Vektörlerinin Hesaplanması: Kriterlerin ve alternatiflerin öncelik ağırlıkları, geometrik ortalama yöntemi kullanılarak hesaplanmıştır. Bu aşamada, her kriterin lokal ağırlıkları normalize edilerek, karar vericilerin özel görüşleri matematiksel olarak ifade edilmiştir (Saaty, 1990). Geometrik ortalama yöntemi için her kriterin ağırlığı şu şekilde hesaplanmıştır (Aydın ve ark., 2009).

$$w_i = \frac{(\prod_{j=1}^n a_{ij})^{\frac{1}{n}}}{\sum_{i=1}^n (\prod_{j=1}^n a_{ij})^{\frac{1}{n}}} \quad (2)$$

Çizelge 1. İkili Karşılaştırmalarda Kullanılan Önem Dereceleri

Table 1. Importance Levels Used in Pairwise Comparisons

Değer	Tanım
1	Eşit derecede önemli
3	Biraz daha önemli
5	Oldukça önemli
7	Çok önemli
9	Aşırı derecede önemli
2,4,6,8	Ara değerler

Kaynak: (Saaty, 1980)

Ağırlık Vektörlerinin Hesaplanması: Kriterlerin ve alternatiflerin öncelik ağırlıkları, geometrik ortalama yöntemi kullanılarak hesaplanmıştır. Bu aşamada, her kriterin lokal ağırlıkları normalize edilerek, karar vericilerin öznel görüşleri matematiksel olarak ifade edilmiştir (Saaty, 1990). Geometrik ortalama yöntemi için her kriterin ağırlığı şu şekilde hesaplanmıştır (Aydın ve ark., 2009).

$$w_i = \frac{(\prod_{j=1}^n a_{ij})^{\frac{1}{n}}}{\sum_{i=1}^n (\prod_{j=1}^n a_{ij})^{\frac{1}{n}}} \quad (2)$$

Çizelge 2. Rastgele matris tutarlılık dizini

Table 2. Random matrix consistency index

n	3	4	5	6	7	8	9	10
RI	0,58	0,9	1,12	1,24	1,32	1,41	1,45	1,49

Kaynak: (Saaty, 1977)

Eğer CR <0,1 ise tutarlılık sağlanmıştır, CR > 0,1 ise karar verici değerleri gözden geçirmelidir (Aydın ve ark., 2009).

Bulgular

Çalışmaya 15 hemşire katılım sağlamış olup araştırmaya katılım sağlayan sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri incelendiğinde yaş ortalamalarının 30,26 olduğu, %13,33'ünün ön lisans, %73,34'ünün lisans ve %13,33'ünün lisansüstü mezunu olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların kurumda çalışma süreleri ortalama 5,36, mesleki çalışma süreleri ise 7,83 yıl olarak tespit edilmiştir.

Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Liderliği AHP Ana Kriterlerine Ait Bulgular

Bu çalışma, hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Liderliği (KDU) ile Kanıta Dayalı Hemşireliğe (KDH)

Burada a_{ij} karşılaştırma matrisinin i . satır ve j . sütunundaki değerini, W_i ise i . kriterin ağırlığını temsil etmektedir. Bu aşamada, her kriterin ve alternatifin ağırlıkları normalize edilerek, karar vericilerin öznel görüşleri matematiksel olarak ifade edilmiştir.

Tutarlılık Analizi: Elde edilen karşılaştırma matrisinin tutarlı olup olmadığını test etmek için tutarlılık oranı (CR) hesaplanmıştır. Saaty'ye göre bu oran 0,1'in altında olmalıdır. Şayet CR > 0,1 ise karar vericilerden yeniden değerlendirme yapmaları istenmiştir. AHP'nin en önemli adımlarından biri, tutarlılığı kontrol etmektir. Tutarlılık için aşağıdaki adımlar uygulanmaktadır:

Ağırlıklandırılmış toplam vektör aşağıda belirtildiği şekilde hesaplanmıştır.

$$A \cdot w = \lambda_{max} \cdot w \quad (3)$$

Burada λ_{max} , matrisin en büyük özdeğeri olup w ise kriterin ağırlığını ifade etmektedir.

Tutarlılık endeksi (CI) hesaplanır:

$$CI = \frac{\lambda_{max} - n}{n - 1} \quad (4)$$

Tutarlılık Oranı (CR) hesaplanır:

$$CR = \frac{CI}{RI} \quad (5)$$

Burada RI (Random Index), rastgele matrislerin tutarlılık dizini. Tutarlılık dizini Çizelge 2'de belirtilmiştir.

yönelik tutumları konusundaki önceliklerini Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP) yöntemi kullanarak belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda çalışmada hemşirelerin kanıta dayalı uygulama liderliğine ait kriterleri AHP ile analiz edilmiş ve çalışanlara göre her bir kriterin önem derecesi belirlenmiştir.

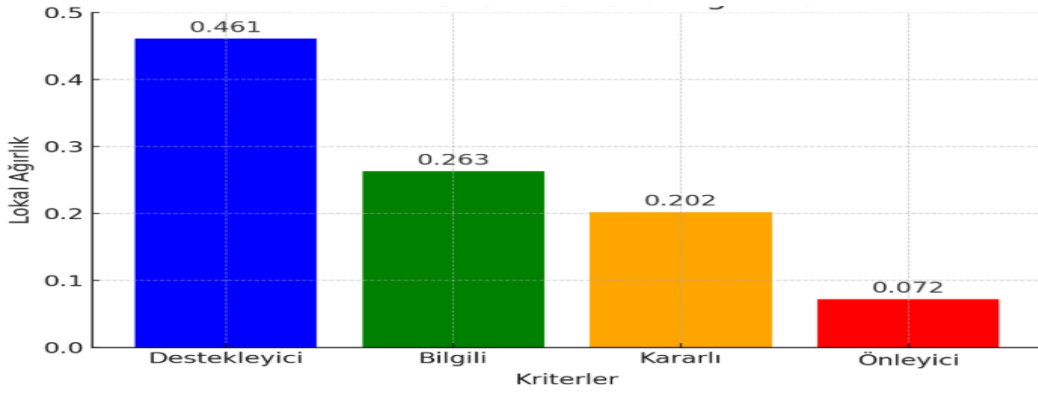
Araştırmadan bulgularına göre hemşireler için kanıta dayalı uygulama liderliğinde çalışanlar açısından en öncelikli kriterin "destekleyici lider" (0,46) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Diğer kriterlerin önem sıralaması ise sırası ile "bilgili lider" (0,26), "kararlı lider" (0,20) ve "önleyici lider" (0,07) olarak tespit edilmiştir. Böylelikle hemşirelerin kanıta dayalı uygulama liderliği konusunda en önemli kriterin destekleyici lider olduğu ve en az öneme sahip kriterin ise önleyici lider olduğu belirlenmiştir. Çizelge 3'de ana kriterlere ait lokal ağırlıklar ve tutarlılık oranı sunulmuştur

Çizelge 3. Kanıta Dayalı Uygulama Liderliği Ana Kriterlerine Ait Lokal Ağırlık Değerleri

Table 3. Local Weight Values for the Key Criteria of Evidence-Based Practice Leadership

Kriterler	Lokal Ağırlık	Öncelik Sırası	λ_{max}	CI	RI	CR
Destekleyici	0,461	1				
Bilgili	0,263	2	3,145	0,072	0,9	0,080**
Kararlı	0,202	3				
Önleyici	0,072	4				

CR = <0,10** düzeyinde tutarlıdır. 0,08 <0,10 (sonuçların tutarlı olduğunu ifade etmektedir)



Grafik 1 Kanıta Dayalı Uygulama Liderliği AHP Ana Kriterleri ve Lokal Ağırlıkları
Figure 1. Evidence-Based Practice Leadership (AHP) Key Criteria and Local Weights

Grafik 1’de hemşirelerin kanıta dayalı uygulama liderliği konusundaki AHP ana kriterlerine ait lokal ağırlıkları belirtilmiştir.

Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Liderliği AHP Alt Kriterlerine Ait Bulgular

Hemşirelerin kanıta dayalı uygulama liderliği AHP alt kriterlerine ait Çizelge 4 incelendiğinde; destekleyici liderlik boyutu alt kriterlerinde önem dereceleri sırası ile “Yöneticim, çalışanların kanıta dayalı uygulamaları kullanma çabalarını destekler” (0,49), “Yöneticim, çalışanların kanıta dayalı uygulamalar hakkında daha fazla bilgi edinme çabalarını destekler” (0,31), “Yöneticim, çalışanların kanıta dayalı uygulamaların başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesine yönelik çabalarını tanır ve takdir eder” (0,19) olarak tespit edilmiştir.

Bilgili liderlik alt boyutu kriterlerinde önem dereceleri sırası ile “Yöneticim, kanıta dayalı uygulamalarla ilgili sorularımı yanıtlayabilir” (0,49), “Yöneticim, kanıta dayalı uygulama söz konusu olduğunda

ne konuştuğunu bilir” (0,31), “Yöneticim, kanıta dayalı uygulama konusunda bilgilidir” (0,19) olarak belirlenmiştir. Kararlı liderlik alt boyutu kriterleri eşit öneme sahip olup önem dereceleri “Yöneticim, kanıta dayalı uygulamaların gerçekleştirilmesindeki zorluklar karşısında yılmaz” (0,33), “Yöneticim, kanıta dayalı uygulamanın gerçekleştirilmesi ilgili zorlukları aşmaya devam eder” (0,33), “Yöneticim, kanıta dayalı uygulamaların gerçekleştirilmesi ilgili kritik sorunlara, problemleri açık ve etkili bir şekilde ele alarak tepki verir” (0,33) olarak tespit edilmiştir.

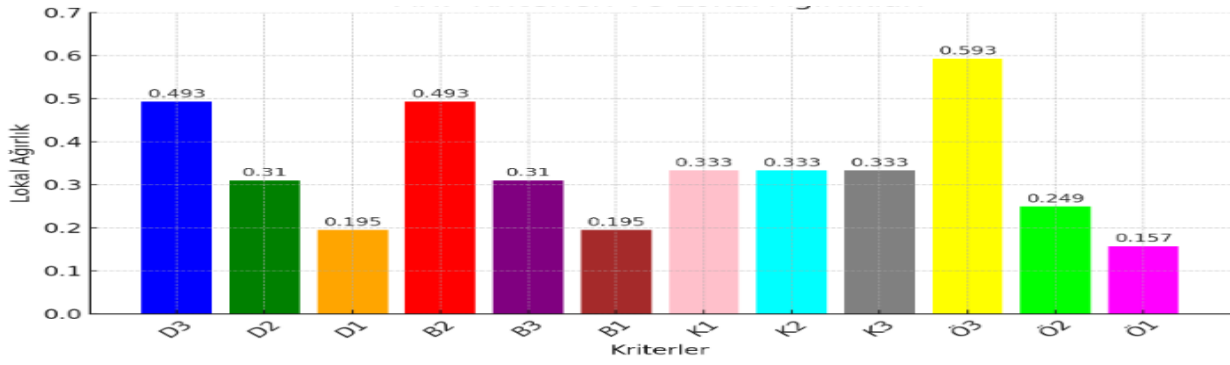
Önleyici (Proaktif) liderlik boyutu alt kriterlerine ait önem dereceleri sırası ile “Yöneticim, kanıta dayalı uygulamaların gerçekleştirilmesi için açık / net bölüm standartları belirlemiştir” (0,59), “Yöneticim, kanıta dayalı uygulamaların gerçekleştirilmesinin önündeki engelleri kaldırmıştır” (0,24), “Yöneticim, kanıta dayalı uygulamaların gerçekleştirilmesini kolaylaştırmak için bir plan geliştirmiştir” (0,15) olarak belirlenmiştir.

Çizelge 4. Kanıta Dayalı Uygulama Liderliği AHP Alt Kriterlerine Ait Lokal Ağırlık Değerleri
Table 4. Local Weight Values of AHP Sub-Criteria for Evidence-Based Practice Leadership

Kriterler	Lokal Ağırlık	Öncelik Sırası	λ_{max}	CI	RI	CR
D3	0,493	1				
D2	0,310	2				
D1	0,195	3				
B2	0,493	1				
B3	0,310	2				
B1	0,195	3	3,059	0,026	0,58	0,051**
K1	0,333	1				
K2	0,333	1				
K3	0,333	1				
Ö3	0,593	1				
Ö2	0,249	2				
Ö1	0,157	3				

CR = <0,10** düzeyinde tutarlıdır. 0,05 <0,10 (sonuçların tutarlı olduğunu ifade etmektedir)

Grafik 2’de hemşirelerin kanıta dayalı uygulama liderliği konusundaki AHP alt kriterlerine ait lokal ağırlık sıralamaları belirtilmiştir.



Grafik 2. Kanıta Dayalı Uygulama Liderliği AHP Alt Kriterleri ve Lokal Ağırlıkları
Figure 2. Evidence-Based Practice Leadership AHP Sub-Criteria and Local Weights

Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Konusundaki AHP Ana Kriterlerine Ait Bulgular

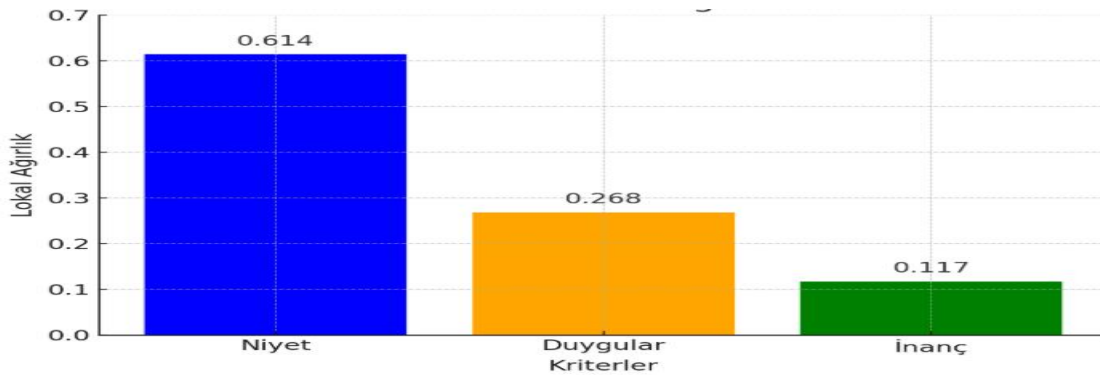
Araştırmadan elde edilen bulgulara göre hemşireler için kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum konusundaki en önemli kriterin “niyet” (0,61) olduğu tespit edilmiştir. Diğer kriterlerin önem dereceleri ise sırası ile

“duygular” (0,26) ve “inanç” (0,11) olarak tespit edilmiştir. Böylelikle hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum konusundaki en önemli kriterin niyet olduğu ve en az öneme sahip kriterin ise inanç olduğu belirlenmiştir. Çizelge 5’te ana kriterlere ait lokal ağırlıklar ve tutarlılık oranı sunulmuştur.

Çizelge 5. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum AHP Ana Kriterlerine Ait Lokal Ağırlık Değerleri
Table 5. Local Weighting Values of AHP Main Criteria for Attitudes Towards Evidence-Based Nursing

Kriterler	Lokal Ağırlık	Öncelik Sırası	λ_{max}	CI	RI	CR
Niyet	0,614	1	3,820	0,410	0,58	0,076**
Duygular	0,268	2				
İnanç	0,117	3				

CR = <0,10** düzeyinde tutarlıdır. 0,07 <0,10 (sonuçların tutarlı olduğunu ifade etmektedir)



Grafik 3. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum AHP Ana Kriterleri ve Lokal Ağırlıkları
Figure 3. AHP Main Criteria and Local Weights of Attitudes Towards Evidence-Based Nursing

Grafik 3’te kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum konusundaki AHP ana kriterlerine ait lokal ağırlık sıralamaları belirtilmiştir

Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Konusundaki AHP Alt Kriterlerine Ait Bulgular

Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum konusundaki AHP alt kriterlerine ait Çizelge 6 incelendiğinde; niyet boyutu alt kriterlerinde önem dereceleri sırası ile “İşimde/mesleğimde, kanıta dayalı hemşireliği uygulamak için çaba göstermeye hazırım” (0,46), “Boş zamanımı,

kanıta dayalı hemşireliği öğrenmek için harcamaya karşıyım” (0,265), “Bilimsel makaleleri okumaktan sıkılırım” (0,15) ve “Kanıta dayalı bakım vermek, günlük çalışmalarımı olumsuz etkiler” (0,11) olarak tespit edilmiştir.

Duygular alt boyutu kriterlerinde önem dereceleri sırası ile “Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını, çalışmalarına entegre etmekten hoşlanmam” (0,44), “Sağlık bilimlerindeki araştırmalar, klinik hemşirelik uygulamaları için önemli değildir” (0,28), “Hemşirelik

araştırmalarının sonuçlarından öğrendiğim bilgiyi dikkate almam” (0,15) ve “Kanıt dayalı hemşireliği uygulamak, profesyonel/mesleki önceliklerim arasında değildir” (0,11) olarak belirlenmiştir.

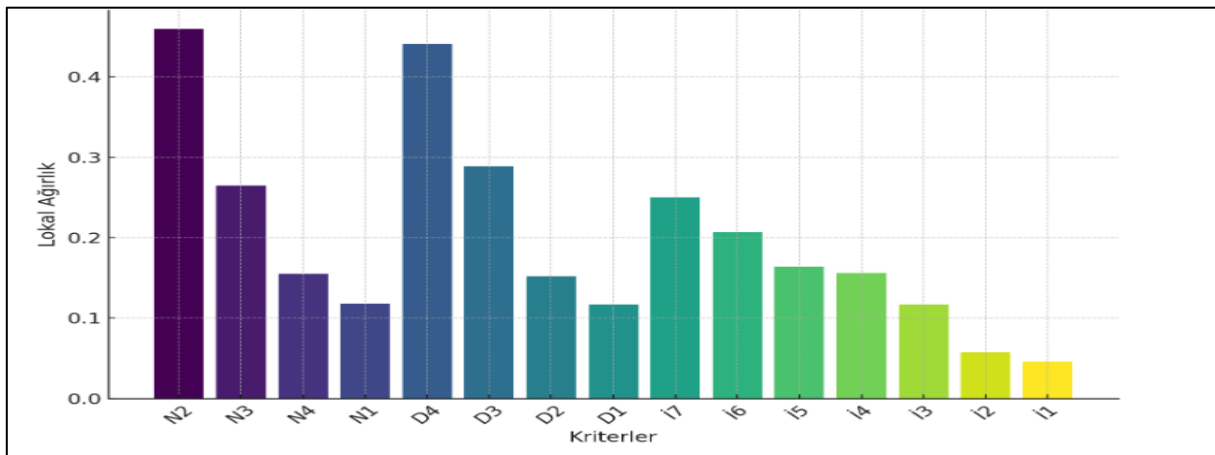
İnanç alt boyutu kriterlerinde önem dereceleri sırası ile “Kanıt dayalı hemşirelik uygulamaları, verilen bakımın standartlaşmasına yardım eder” (0,25), “Kanıt dayalı hemşireliğin klinik hemşirelik uygulamalarında önemli bir rolü olmalıdır” (0,20), “Klinik kanıt dayalı hemşirelik

rehberlerinin özenli bir şekilde oluşturulması için iş birliği yapmaya hazırım” (0,16), “Kanıt dayalı hemşireliği çalışmalarında kullanmak istiyorum/isterdim” (0,15), “Kanıt dayalı hemşireliğin kullanılması sağlık bakım sonuçlarımı iyileştirir” (0,11), “Uyguladığım bakımla ilgili güçlü bilimsel kanıt bulmaktan memnun olurum” (0,05) ve “Kanıt dayalı hemşireliğin, hemşireliğin günlük uygulamalarının önemli bir parçası olmasından memnun olurum” (0,04) olarak tespit edilmiştir.

Çizelge 6. Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum AHP Alt Kriterlerine Ait Lokal Ağırlık Değerleri
Table 6. Local Weighting Values of AHP Sub-Criteria for Attitudes Towards Evidence-Based Nursing

Kriterler	Lokal Ağırlık	Öncelik Sırası	λ_{max}	CI	RI	CR
N2	0,460	1				
N3	0,265	2	4,213	0,071	0,9	0,079**
N4	0,155	3				
N1	0,118	4				
D4	0,441	1				
D3	0,289	2	5,447	0,482	0,9	0,0536**
D2	0,152	3				
D1	0,117	4				
İ7	0,250	1				
İ6	0,207	2	7,598	0,099	1.32	0,075**
İ5	0,164	3				
İ4	0,156	4				
İ3	0,117	5				
İ2	0,057	6				
İ1	0,046	7				

CR = <0,10** düzeyinde tutarlıdır. 0,05 <0,10 (sonuçların tutarlı olduğunu ifade etmektedir).



Grafik 4. Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum AHP Alt Kriterleri ve Lokal Ağırlıkları
Figure 4. AHP Sub-Criteria and Local Weights of Attitudes Towards Evidence-Based Nursing

Grafik 4’te kanıt dayalı hemşireliğe yönelik tutum konusundaki AHP alt kriterlerine ait lokal ağırlık sıralamaları belirtilmiştir.

Tartışma

Bu araştırma, Hemşirelerin Kanıt Dayalı Uygulama Liderliği ve Kanıt Dayalı Hemşireliğe yönelik

tutumlarının Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP) yöntemiyle incelenmesini amaçlamıştır. Elde edilen bulgular, literatürdeki bilgilerle karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin kanıta dayalı uygulama liderliğinde en önemli kriter olarak “destekleyici liderlik” boyutunu ($\lambda_{max}=3,145$, $CR=0,080$) belirlemiş olmaları, liderlik kavramının hemşirelik mesleğinde destekleyici ve teşvik edici bir yapıda olması gerekliliğini göstermektedir. Benzer çalışmalar, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları benimsemelerinde yöneticilerinin teşvik edici rolü olmasının kritik bir etken olduğunu (Melnyk ve Fineout-Overholt, 2019; Aiken et al., 2011), hemşire yöneticilerin destekleyici, teşvik edici ve kolaylaştırıcı rolünün, kanıta dayalı uygulamaların klinik ortamlarda benimsenmesini önemli ölçüde artırdığı belirtilmektedir (Hu ve ark., 2025; Ominyi ve ark., 2025). Bu durum, liderlik davranışlarının yalnızca yönetsel değil, aynı zamanda uygulama kolaylaştırıcı bir işlev gördüğünü ortaya koymaktadır.

Bilgili liderlik ($\lambda_{max}=3,059$, $CR=0,051$) ve kararlı liderlik ($\lambda_{max}=3,059$, $CR=0,051$) kriterlerinin de önemli bulunması, yöneticilerin hemşirelere kanıta dayalı uygulamalar konusunda rehberlik edebilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Literatürde de benzer bulgulara rastlanmakla birlikte kanıta dayalı uygulamaların klinik pratiğe entegrasyonunda liderlerin bilgi seviyelerinin belirleyici bir faktör olduğu belirtilmektedir (Dang ve Dearholt, 2018; Stetler ve ark., 2009). Bu bağlamda bulgular, hemşirelerin liderlerinden yalnızca destek değil, aynı zamanda bilgi temelli yönlendirme de beklediğini göstermektedir.

Araştırmada önleyici (proaktif) liderlik boyutunun en düşük öneme sahip olması dikkat çekicidir. Bu durum, klinik ortamlarda kısa vadede görünür ve doğrudan hissedilen liderlik davranışlarının, uzun vadeli planlama ve önleyici yaklaşımlara kıyasla daha öncelikli algılandığını düşündürmektedir. Bununla birlikte literatürde, sürdürülebilir kanıta dayalı uygulama için proaktif liderlik ve güçlü örgütsel kültürün kritik öneme sahip olduğu belirtilmektedir (Alodhialah, 2025). Dolayısıyla bu bulgu, proaktif liderliğin öneminin düşük olmasından ziyade, uygulama alanlarında yeterince görünür olmamasına bağlanabilir.

Araştırmada hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarında en önemli kriter olarak “niyet” boyutunun ($\lambda_{max}=3,820$, $CR=0,076$) belirlenmesi, meslek profesyonellerinin kanıta dayalı uygulamaları benimsemeye istekli olduklarını ancak uygulamada engellerle karşılaştıklarını göstermektedir. Bu bulgu, Cabana ve diğerleri (1999) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarla paralellik göstermektedir; klinik personelin niyetli olmasına rağmen uygulamada yetersiz bilgi ve sistemsel engeller nedeniyle kanıta dayalı uygulamalara yönelik zorluklar yaşadıkları bildirilmiştir (Wallis, 2012). Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum boyutunda niyetin en yüksek öneme sahip olması, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları benimsemeye istekli olduklarını göstermektedir. Bu bulgu, güncel literatürle uyumludur. Nitekim yapılan çalışmalar, hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarının genellikle olumlu olduğunu, ancak bilgi ve beceri düzeylerinin bu tutumu desteklemede yetersiz kalabildiğini göstermektedir (Li ve ark., 2024). Bu durum,

niyet ile uygulama arasında bir boşluk olduğuna işaret edebilir.

Duygular ($\lambda_{max}=5,447$, $CR=0,0536$) ve inancın ($\lambda_{max}=7,598$, $CR=0,075$) daha az önemli bulunması, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaların faydası konusunda genel olarak olumlu bir bakışa sahip olduklarını göstermektedir. Ancak, bu pozitif algıya rağmen uygulamada eksikliklerin devam ettiği literatürde de saptanmıştır (Titler, 2008; Estabrooks ve ark., 2003).

Alt kriterler düzeyinde elde edilen bulgular, özellikle yönetsel desteğin önemini daha da net ortaya koymaktadır. Destekleyici liderlik altında çalışanların kanıta dayalı uygulama çabalarının desteklenmesinin öncelikli olması, hemşirelerin doğrudan uygulamaya yönelik destek beklentisini göstermektedir. Bu durum, kanıta dayalı uygulama kültürü ve mentorluk desteğinin uygulama davranışı ile ilişkili olduğunu ortaya koyan çalışmalarla uyumludur (Melnyk ve ark., 2021).

Benzer şekilde, “kanıta dayalı hemşireliği uygulamak için çaba göstermeye hazır olma” ifadesinin ön plana çıkması, hemşirelerin değişime hazır olduğunu ancak uygulama sürecinde çeşitli engellerle karşılaştığını düşündürmektedir. Literatürde bu durum, olumlu tutum ve yüksek niyete rağmen iş yükü, zaman kısıtlılığı ve kaynak eksikliği gibi faktörlerin uygulamayı sınırladığı şeklinde açıklanmaktadır (Li ve ark., 2024; Alodhialah, 2025).

Sonuç olarak bu çalışma, kanıta dayalı hemşireliğin klinik uygulamalara entegrasyonunda liderlik ve örgütsel destek mekanizmalarının belirleyici rolünü ortaya koymaktadır. Özellikle destekleyici ve bilgili liderlik yaklaşımlarının güçlendirilmesi, hemşirelerin yüksek niyet düzeylerini davranışa dönüştürmelerini kolaylaştıracaktır. Bu doğrultuda sağlık kurumlarında liderlik eğitimlerinin artırılması, kanıta dayalı uygulamaları destekleyen kurumsal politikaların geliştirilmesi ve uygulama süreçlerini kolaylaştıran altyapıların oluşturulması önerilmektedir. Bu yaklaşım, güncel literatürde vurgulanan çok düzeyli müdahale gerekliliği ile uyumludur (Hu ve ark., 2025; Melnyk ve ark., 2021; Ominyi ve ark., 2025).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada, hemşirelerin kanıta dayalı liderlik konusundaki önceliklerini ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarını belirlemek için Analitik Hiyerarşi Süreci (AHP) yöntemi kullanılmıştır. Sonuçlar, hemşireler için liderliğin en önemli boyutunun “destekleyici liderlik tarzı” olduğunu, bunu “uzman liderlik” ve “kararlı liderlik”in izlediğini göstermiştir. “Önleyici liderlik” diğer kriterlere göre daha az önemli bulunmuştur. Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlar değerlendirildiğinde, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamayı benimsemesinde belirleyici faktörün “niyet” olduğu, duygu ve inançların ise daha az etkili olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya karşı olumlu tutumlara sahip olduklarını, ancak bilgiye erişim zorlukları, zaman eksikliği ve yetersiz kurumsal destek gibi çeşitli engellerle karşılaştıklarını göstermektedir. Sonuçlar, destekleyici ve uzman liderlik tarzlarının kanıta dayalı uygulamaları klinik uygulamaya entegre etmedeki kritik rolünü ve hemşirelikte liderlik yetkinliğini artırmak için kurumsal stratejilerin önemini vurgulamaktadır.

Genel olarak çalışma bulguları, sağlık sisteminde kanıta dayalı uygulamaların benimsenmesinin yalnızca bireysel bilgi ve isteklilikle değil, büyük ölçüde liderlik ve örgütsel yapı ile şekillendiğini göstermektedir. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik niyetlerinin yüksek olmasına rağmen bu niyetin uygulamaya sınırlı düzeyde yansımaları, sistemde önemli bir “niyet–uygulama boşluğu” bulunduğu işaret edebilir. Özellikle destekleyici liderliğin öncelikli olarak belirlenmesi, yöneticilerin teşvik edici ve kolaylaştırıcı rollerinin klinik uygulamaların dönüşümünde kritik olduğunu ortaya koyarken, önleyici (proaktif) liderliğin düşük öncelikte kalması sağlık sisteminin daha çok reaktif bir yapıda işlediğini düşündürmektedir. Bununla birlikte bilgili liderliğin önemsenmesi, kanıta dayalı uygulamaların yalnızca bilgiye erişimle değil, bu bilginin klinik kararlara rehberlik edecek şekilde yönetilmesiyle mümkün olduğunu göstermektedir. İnanç ve duyguların görece düşük ağırlıkta olması ise kanıta dayalı hemşireliğin sistem içinde genel kabul gördüğü, ancak bu kabulün sürdürülebilir ve rutin uygulamaya dönüşmesi için yeterli olmadığını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda sağlık sistemi açısından temel gereksinimin; destekleyici ve bilgili liderlik yaklaşımlarının güçlendirilmesi, kanıta dayalı uygulamaları kolaylaştıran örgütsel altyapının geliştirilmesi ve bireysel niyetin davranışa dönüşmesini sağlayacak çok düzeyli politikaların hayata geçirilmesi olduğu söylenebilir.

Bu doğrultuda genel çerçevede aşağıdaki öneriler geliştirilebilir:

- Hemşire yöneticilerin, çalışanların kanıta dayalı uygulama çabalarını destekleyen, teşvik eden ve görünür şekilde geri bildirim sağlayan liderlik davranışlarını güçlendirmeleri önerilmektedir.
 - Klinik ortamlarda hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik yüksek niyet düzeylerini davranışa dönüştürebilmeleri için zaman, kaynak ve eğitim olanaklarının artırılması gerekmektedir.
 - Hemşirelerin bilimsel kanıtlara erişimini kolaylaştırmak amacıyla klinik rehberler, veri tabanları ve güncel literatüre erişim imkanları geliştirilmelidir.
 - Kanıta dayalı uygulama konusunda hemşirelere yönelik sürekli hizmet içi eğitim programları ve mentorluk sistemleri oluşturulmalıdır.
 - Kliniklerde kanıta dayalı uygulamaları teşvik eden ödüllendirme ve performans değerlendirme sistemleri geliştirilmelidir.
 - Hemşirelerin araştırma sonuçlarını yorumlama ve uygulamaya aktarabilme becerilerini artırmaya yönelik kanıta dayalı uygulama eğitimleri yaygınlaştırılmalıdır.
- Kurumsal ve politika Düzeyinde ise aşağıdaki öneriler geliştirilebilir:
- Sağlık kurumlarında kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaştırılması için örgütsel düzeyde destekleyici bir kültür oluşturulmalıdır. Bu kapsamda liderlik yaklaşımlarının kanıta dayalı uygulamayı teşvik edecek şekilde yeniden yapılandırılması önemlidir.
 - Hemşire yöneticilere yönelik kanıta dayalı uygulama liderliği eğitimleri sağlık politikalarının bir parçası haline getirilmelidir.
 - Sağlık sisteminde kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaştırılması amacıyla ulusal rehberler ve standart

protokoller geliştirilmeli ve uygulanması teşvik edilmelidir.

- Hemşirelerin iş yükünü azaltmaya ve zaman yönetimini iyileştirmeye yönelik düzenlemeler yapılarak, kanıta dayalı uygulamalara zaman ayırmaları sağlanmalıdır.
- Akademi-klinik iş birliği güçlendirilerek, araştırma sonuçlarının klinik ortamlara aktarımı kolaylaştırılmalıdır.
- Sağlık politikalarında kanıta dayalı uygulamaların bir kalite göstergesi olarak değerlendirilmesi ve kurumsal akreditasyon süreçlerine entegre edilmesi önerilmektedir.
- Hemşirelik eğitim müfredatlarında kanıta dayalı uygulama ve liderlik becerilerine daha fazla yer verilmesi, uzun vadede uygulama kültürünün güçlenmesine katkı sağlayacaktır.

Son olarak gelecekteki araştırmalar, daha büyük ve daha çeşitli örneklerle çok merkezli çalışmalar yürütmeli ve uzunlamasına çalışmalar kullanarak hemşirelerin tutum ve liderlik becerilerindeki zaman içindeki değişiklikleri incelemelidir.

Sınırlılıklar

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, çalışma örnekleminin Marmara Bölgesi'ndeki bir kamu hastanesinde görev yapan 15 hemşire ile sınırlı olması, elde edilen sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Araştırmanın tek merkezde yürütülmesi, kurum kültürü, yönetsel yapı ve çalışma koşullarındaki farklılıklar nedeniyle bulguların diğer sağlık kurumlarına doğrudan aktarılmasını güçleştirmektedir. Çalışmada kullanılan veri toplama araçlarının öz bildirim dayalı olması, sosyal istenilirlilik yanlılığı ve kişisel algı farklılıklarından kaynaklanabilecek ölçüm hatalarına yol açma olasılığını artırmaktadır. Ayrıca Analitik Hiyerarşi Prosesi'nin katılımcıların subjektif değerlendirmelerine dayanan yapısı, özellikle küçük örneklerde yanlılık riskini artıran bir başka sınırlılıktır. Araştırmanın kesitsel bir tasarımda yürütülmesi, hemşirelerin kanıta dayalı uygulama liderliğine ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarındaki değişimlerin zaman içinde izlenmesine olanak tanımamaktadır; bu nedenle neden-sonuç ilişkisi kurulması mümkün değildir.

Bu çalışmada kullanılan Analitik Hiyerarşi Süreci (AHP) yöntemi, karar vericilerin öznel yargılarının sayısallaştırılmasına dayanması nedeniyle ölçüm hatalarına ve bilişsel önyargılara açık bir yapı sergilemektedir. Ayrıca yöntemin kriterler arası bağımsızlık varsayımı, sosyal ve davranışsal değişkenler arasındaki etkileşimleri tam olarak yansıtamama riskini barındırmaktadır. Kullanılan ölçeğin duyarlılığı ve alternatif sayısındaki değişimlere bağlı olarak ortaya çıkabilen sıralama tersine dönmesi problemi, elde edilen sonuçların kararlılığını sınırlayabilmektedir. Bununla birlikte, grup karar verme süreçlerinde bireysel değerlendirmelerin bütünleştirilmesi sırasında ortaya çıkan agregasyon sorunları, sonuçların temsiliyetini etkileyebilmektedir. Bu nedenlerle, AHP'den elde edilen nicel bulguların dikkatli yorumlanması gerekmektedir.

Etik Beyan

Araştırma öncesinde araştırmanın yapılacağı kurumdan ve İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik kurulundan 08.04.2025 tarihli 2025/213 sayılı etik kurul izni alınmıştır.

Aydınlatılmış Onam

Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan gönüllü onam alınmıştır.

Kaynakça

- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2011). Effects of nurse staffing and work environments on patient outcomes. *Medical Care*, 49(12), 1047–1053.
- Alodhialah, A. M. (2025). Exploring the influence of organizational culture on evidence-based practice adoption among nurses in tertiary hospitals: A qualitative study. *BMC Nursing*, 24, 1029.
- Ayhan, Y., Kocaman, G., & Bektaş, M. (2015). Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 17(2–3), 21–35. <https://doi.org/10.69487/hemarge.695897>
- Aydın, Ö., Öznehir, S., & Akçalı, E. (2009). Ankara için Optimal Hastane Yeri Seçiminin Analitik Hiyerarşi Süreci ile Modellenmesi, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2), 69-86.
- Barends, E., Rousseau, D. M., & Briner, R. B. (2014). *Evidence-based management: How to use evidence to make better organizational decisions*. Kogan Page.
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. A., & Rubin, H. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 282(15), 1458–1465.
- Chien, L. Y. (2019). Evidence-based practice and nursing research. *Nursing Clinics of North America*, 44(1), 1–12.
- Ciliska, D. K., Pinelli, J., DiCenso, A., & Cullum, N. (2001). Resources to enhance evidence-based nursing practice. *AACN Advanced Critical Care*, 12(4), 520–528.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2020). *The evidence-based practice manual for nurses*. Churchill Livingstone.
- Cullen, L., Titler, M. G., & Rempel, G. (2011). An advanced educational program promoting evidence-based practice. *Western Journal of Nursing Research*, 33, 345–364.
- Cullen, L., Hanrahan, K., Farrington, M., Kubin, L., Prusak, S., & Gregory, L. (2020). *Evidence-based practice in action: Comprehensive strategies, tools, and tips from the University of Iowa Hospitals and Clinics*. Sigma Theta Tau International.
- Dang, D., & Dearholt, S. L. (2018). *Johns Hopkins evidence-based practice: Model and guidelines*. Sigma Theta Tau.
- Dang, D., Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Yost, J., & Cullen, L. (2021). Implementation of evidence-based practice: EBP competencies in healthcare professionals. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(3), 167–175.
- DiCenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2019). *Evidence-based nursing: A guide to clinical practice*. Elsevier Health Sciences.
- Duffy, J. R., Thompson, D., Hobbs, T., Niemeyer-Hackett, N. L., & Elpers, S. (2011). Evidence-based nursing leadership: Evaluation of a joint academic-service journal club. *Journal of Nursing Administration*, 41, 422–427.
- Estabrooks, C. A., Floyd, J. A., Scott-Findlay, S., O'Leary, K. A., & Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 506–520.
- Fridman, M., & Frederickson, K. (2014). Oncology nurses and the experience of participation in an evidence-based practice project. *Oncology Nursing Forum*, 41(4), 382–388.
- Gifford, W., Davies, B. L., Tourangeau, A., & Lefebvre, N. (2018). Developing leadership capacity for guideline use: A pilot cluster randomized control trial. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(3), 219–227.
- Happell, B., & Gaskin, C. J. (2017). The impact of evidence-based nursing on patient outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 23(5), e12558.
- Hauck, S., Winsett, R. P., & Kuric, J. (2013). Leadership facilitation strategies to establish evidence-based practice in an acute care hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 664–674.
- Hoşgör, H. K., & Sezgin, M. (2024). Hemşirelerin çalışma koşullarına ve kurumsal imaj bileşenlerine dair önceliklerinin sıralanması: Bir AHP uygulaması. *Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, 17, 50–67.
- Hu, S., Liu, S., Li, X., Zhao, J., Chen, J., Chen, W., ve ark. (2025). Organizational evidence-based practice culture, implementation leadership, and nurses: A bidirectional mediation model. *International Nursing Review*, 72(2).
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press.
- Ishizaka, A., & Labib, A. (2011). Review of the main developments in the analytic hierarchy process. *Expert Systems with Applications*, 38(11), 14336–14345.
- Kajermo, K. N., Boström, A. M., Thompson, D. S., Hutchinson, A. M., Estabrooks, C. A., & Wallin, L. (2018). Barriers and facilitators to research utilization in nursing: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7–8), 1346–1356.
- Kim, S. C., Ecoff, L., Brown, C. E., Gallo, A. M., Stichler, J. F., & Davidson, J. E. (2017). Benefits of a regional evidence-based practice fellowship program: A test of the ARCC Model. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(2), 90–98.
- Kovner, A. R., & D'Aunno, T. A. (2017). *Evidence-based management in healthcare*. Health Administration Press.
- Lehane, E., Leahy-Warren, P., O'Riordan, C., Savage,

- E., Drennan, J., O'Tuathaigh, C., & Burke, F. (2019). Evidence-based practice education for healthcare professions: An expert view. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 24(3), 103–108.
- Li, H., Xu, R., Gao, D., Fu, H., Yang, Q., Chen, X., & ark. (2024). Evidence-based practice attitudes, knowledge and skills of nursing students and nurses: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education in Practice*, 78, 104024.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Wolters Kluwer.
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 5–15.
- Melnyk, B. M., et al. (2010). A national study of nurses' perceptions of evidence-based practice and barriers to its implementation. *Journal of Nursing Administration*, 40(1), 70–76.
- Melnyk, B. M., Tan, A., Hsieh, A. P., & Gallagher-Ford, L. (2021). Evidence-based practice culture and mentorship predict EBP implementation. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(4), 272–281.
- Newhouse, R. P., Dearholt, S., Poe, S., Pugh, L. C., & White, K. M. (2007). Organizational change strategies for evidence-based practice. *Journal of Nursing Administration*, 37, 552–557.
- Ominyi, J., Nwedu, A., Agom, D., & Eze, U. (2025). Leading evidence-based practice: Nurse managers' strategies for knowledge utilisation. *BMC Nursing*, 24(1).
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Porter-O'Grady, T., & Malloch, K. (2008). Beyond myth and magic: The future of evidence-based leadership. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 1–3.
- Pfeffer, J., & Sutton, R. I. (2006). *Hard facts, dangerous half-truths, and total nonsense: Profiting from evidence-based management*. Harvard Business School Press.
- Pravikoff, D. S., Tanner, A. B., & Pierce, S. T. (2005). Preparation of US nurses for evidence-based practice. *American Journal of Nursing*, 105(9), 40–51.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81–90. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x>
- Saaty, T. L. (1977). A scaling method for priorities in hierarchical structures. *Journal of Mathematical Psychology*, 15, 234–281.
- Saaty, T. L. (1980). *The analytic hierarchy process*. McGraw-Hill.
- Saaty, T. L. (1990). How to make a decision: The analytic hierarchy process. *European Journal of Operational Research*, 48(1), 9–26.
- Saunders, H., Vehviläinen-Julkunen, K., & Stevens, K. R. (2020). Nurses' readiness for evidence-based practice: A systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(1), 62–70. <https://doi.org/10.1111/wvn.12403>
- Schaffer, M. A., Sandau, K. E., & Diedrick, L. (2013). Evidence-based practice models for organizational change: Overview and practical applications. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1197–1209.
- Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Gustavsson, P., & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research use by nurses: A systematic review update. *Implementation Science*, 6, 1–20.
- Sredl, D. (2008). Evidence-based nursing practice: What US nurse executives really think. *Nurse Researcher*, 15, 51–67.
- Staffileno, B. A., & Carlson, E. (2010). Providing direct care nurses research and evidence-based practice information: An essential component of nursing leadership. *Journal of Nursing Management*, 18, 84–89.
- Stetler, C. B., Ritchie, J. A., Rycroft-Malone, J., & Charns, M. P. (2018). Leadership for evidence-based practice: Strategic and functional behaviors for institutionalizing EBP. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(3), 219–226. <https://doi.org/10.1111/wvn.12293>
- Stetler, C. B., Ritchie, J. A., Rycroft-Malone, J., Schultz, A. A., & Charns, M. P. (2009). Institutionalizing evidence-based practice: An organizational case study using a model of strategic change. *Implementation Science*, 4(1), 78.
- Titler, M. G. (2008). The evidence for evidence-based practice implementation. In *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*.
- Vargas, L. G. (1990). An overview of the analytic hierarchy process and its applications. *European Journal of Operational Research*, 48(1), 2–8.
- Wallis, L. (2012). Barriers to implementing evidence-based practice remain high for US nurses. *American Journal of Nursing*, 112(12), 15.
- World Health Organization. (2017). *Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European region*.
- Yıldız, A. (2024). Hemşireler bağlamında Uygulama Liderliği Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliği. *BMC Sağlık Hizmetleri Araştırma*, 24(1347), 1–
- Young, T. (2018). Evidence-based leadership: A survey of the literature. *Leadership in Health Services*, 31(2), 130–148. <https://doi.org/10.1108/LHS-08-2017-0044>