

MESLEKİ İŞ BİRLİĞİNİN ÖRGÜTSEL YALNIZLIĞA ETKİSİ

THE EFFECT OF PROFESSIONAL COOPERATION ON ORGANIZATIONAL LONELINESS

Hasan Saltuk DURAK¹, Mehmet Fatih KANOĞLU²

¹Dr. Öğr. Gör., Düzce Üniversitesi, Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu, Mülkiyet Koruma ve Güvenlik Bölümü, hasansaltukdurak@duzce.edu.tr, Orcid:0000-0003-1994-0011

²Dr. Öğr. Üyesi, Yozgat Bozok Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi, m.fatih.kanoglu@bozok.edu.tr, Orcid: 0000-0001-6551-7332

MAKALE BİLGİSİ

Anahtar Kelimeler

Mesleki İşbirliği, Örgütsel Yalnızlık, Hekim ve Hemşire İşbirliği

Jel Kodları: M1

Makale Geçmişi:

Başvuru Tarihi: 24 Aralık 2024
Birinci Düzeltme Tarihi: 11 Şubat 2025
İkinci Düzeltme Tarihi: 11 Mart 2025
Kabul Tarihi: 13 Mart 2025

ARTICLE INFO

Keywords

Professional Collaboration, Organizational Loneliness, Physician and Nurse Collaboration

Jel Codes: M1

Article History:

Received: 24 December 2024
First Received in revised form: 11 February 2025
First Received in revised form: 11 March 2025
Accepted: 13 March 2025

ÖZET

Bu çalışma, sağlık çalışanlarının mesleki işbirliği ile örgütsel yalnızlık algıları arasındaki ilişkiyi ve mesleki işbirliğinin sağlık çalışanlarının duygusal ve sosyal yalnızlık duyguları üzerindeki etkilerini tespit etmeyi amaçlamaktadır. Bu çalışmada, sağlık sektöründe mesleki işbirliği ve örgütsel yalnızlık arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla nicel araştırma yöntemi kullanılmış ve veriler anket yoluyla toplanmıştır. Araştırmanın evrenini Yozgat ili şehir hastanesinde çalışan 121 doktor ve 850 hemşire oluşturmaktadır. 320 katılımcıdan elde edilen verilerin 314'ü dikkate alınmış ve verilerin analizi SPSS 26 paket programı ile test edilmiştir. Regresyon analizleri sonucunda mesleki işbirliği ile örgütsel yalnızlık arasında negatif bir etki olduğu ve mesleki işbirliğinin sosyal yalnızlığı negatif yönde etkilediği görülmüştür. Örgütsel yalnızlığın alt boyutlarından ortak eğitim ve ekip çalışması, bakım ve hekim baskınlığı bağımsız alt değişkenlerinin sosyal yalnızlık üzerinde negatif etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Mesleki işbirliği alt boyutlarının ise duygusal yalnızlık üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Mesleki işbirliği arttıkça örgütsel yalnızlık ve onun alt boyutu olan sosyal yalnızlık düzeyinin azaldığı görülmektedir.

ABSTRACT

This study aims to determine the relationship between professional collaboration and organizational loneliness perceptions of healthcare professionals and the effects of professional collaboration on emotional and social loneliness of healthcare professionals. In this study, quantitative research method was used to examine the relationship between professional collaboration and organizational loneliness in the health sector and data were collected through a survey. The universe of the study consisted of 121 doctors and 850 nurses working in city hospitals in Yozgat province. 314 of the data obtained from 320 participants were taken into consideration and the data analysis was tested with SPSS 26 package program. Regression analyses revealed that only the variable "Nurse Autonomy" had a significant effect on "Emotional Loneliness", while the effect of other variables was not significant. Only "Physician Dominance" had a significant effect on "Social Loneliness", while the effect of other variables was limited. It is suggested that nurses' level of independence may decrease the feeling of emotional loneliness, while physician dominance may increase the feeling of social loneliness.

Mesleki işbirliği ve örgütsel yalnızlık, modern iş dünyasında, özellikle sağlık sektörü gibi karmaşık ve dinamik ortamlarda oldukça önemlidir. Mesleki işbirliği, çalışanlar arasında güven üzerine bina edilmiş bilgi ve beceri paylaşımını kapsayan bir süreçtir. Bu süreç, çalışanların hem birbirlerine hem de işlerine bağlılığını artırabilmektedir. Örgütsel yalnızlık ise, çalışanların yeterli sosyal destek ve iletişim sağlayamaması sonucu hissettikleri izolasyon-yalnızlık duygusu olarak tanımlanmaktadır (Cacioppo ve Patrick, 2008). Sağlık sektörü, hastaların bakım kalitesini yükseltmek amacıyla çeşitli disiplinlerden bireylerin birlikte çalışmasını gerektirmektedir. Bu işbirliği, çalışanlar için psikolojik ve sosyal bağlamda oldukça önemlidir (Zuzelo, 2019). Ancak, işbirliğinin eksik olduğu ya da iletişim kanallarının zayıf olduğu ortamlarda çalışanlar yalnızlık hissedebilmektedirler. Bu durum hem bireysel mutluluğu hem de iş performansını olumsuz yönde etkilemektedir (Lowman, Kessler ve Pindek, 2023). Hastanelerde en yoğun şekilde işbirliği yapan disiplinler hemşireler ve hekimlerdir. Hemşire ve hekimler arasında iyi bir işbirliğinin olması, olumlu hasta çıktıları, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması gibi sonuçların yanı sıra sağlık çalışanlarının da iş doyumlarının artmasını ve stres düzeylerinin azalmasını sağlamaktadır (Esenkaya, 2021). Sağlık çalışanlarının sosyal yalnızlığı, çalışan bireyler arasında iş memnuniyetinde düşüşe ve tükenmişliğe neden olabilmektedir (Meese ve diğerleri, 2024). O'hare ve diğerlerinin (2024) çalışmasında, pandemi sonrası uzaktan çalışmanın yaygınlaşmasıyla, haftada 31 saatten fazla uzaktan çalışanlarda stresin arttığı ve memnuniyetin azaldığı görülmektedir (O'hare ve diğerleri, 2024).

Mesleki işbirliği, özellikle sağlık çalışanlarının bilgi ve beceri paylaşımına dayalı bir anlayışla hasta memnuniyetini artırmayı hedefleyen bir yapıdır (Goldstein ve Marsh, 2017). Disiplinler arası işbirliği, sağlık çalışanları arasında iş yükünü hafifletir, aynı zamanda daha etkin kararlar alınmasını sağlar ve hasta bakımında olumlu sonuçlar doğurur (Vafadar, 2020). Hedqvist ve diğerleri (2024) tarafından yapılan nitel bir araştırma, örgütler arası işbirliğinin "bakımın bütünlük bir bütün olarak inşası" ile mümkün olduğunu ve profesyonel sınırların aşılmasının koordinasyonu kolaylaştırdığını vurgulamaktadır (Hedqvist ve diğerleri, 2024). Bu tür bir işbirliğinin eksikliği ya da yetersizliği, sağlık çalışanlarında yalnızlık duygusunu tetikleyebilmektedir. Sağlık çalışanlarının sosyal ilişkilerden mahrum kalması ve yeterli etkileşim sağlayamaması, dolayısıyla örgütsel yalnızlığın artması, çalışanların iş tatmini ve bağlılığını düşürebilmektedir (Ayazlar ve Güzel, 2014). Güneş ve Karaca (2024) tarafından yapılan çalışmada; sosyal ilişkileri olumsuz etkileyen örgütsel dedikodunun artmasının, kamu çalışanlarının yalnızlık hissini artırdığı ortaya konulmuştur (Güneş ve Karaca, 2024).

Örgütsel yalnızlık, çalışanların iş ortamında sosyal destekten yoksun olmaları ve iş arkadaşlarıyla yeterli etkileşim kuramaması durumunda ortaya çıkmaktadır (Hasyim ve Mangundjaya, 2019). Bireyler arasındaki iletişim eksikliği, kaygı oluşturmada, kaygı da yalnızlık oluşturarak öznel iyi oluşu olumsuz etkilemektedir (Öztekin, 2024). Yalnızlık, bireyin kendisi hakkında öznel bir değerlendirme yapması sonucu ortaya çıkan bir durum olarak da değerlendirilebilir (Çiçek, 2021). Yalnızlık, yabancılaşma ve yalıtılmışlık gibi kavramlarla örtüşse de, bu kavramlar yalnızlık hissini tam olarak açıklamamaktadır (Weiss, 1973). Sağlık sektöründe yoğun iş temposu ve stres nedeniyle yalnızlık duygusu daha belirgindir. Sağlık çalışanları, aşırı iş yükü nedeniyle çalışma arkadaşları ile daha sınırlı etkileşim kurabilmekte ve bu da yalnızlık hissetmelerine yol açabilmektedir (Charalampous vd., 2019). Lawlor ve diğerleri (2024) sosyal izolasyon ve yalnızlığın sistematik olarak ele alınması gereken bir sağlık riski olduğunu; ancak bu konuda farkındalığın yeterli olmadığını ifade etmişlerdir

Yalnızlığın boyutları üzerine çalışma yapan Weiss (1973), yalnızlığı duygusal ve sosyal yalnızlık olarak ikiye ayırmıştır. Örgütsel yalnızlık, bireylerin iş yerinde duygusal ve sosyal destekten yoksun oldukları durumlarda yaşanmaktadır. Bu durum iş tatmini ve bağlılık üzerinde olumsuz etki oluşturmaktadır. Yalnızlık; çalışanların iş tatminini ve motivasyonunu düşürdüğü gibi, örgütsel bağlılığı da azaltmaktadır (Kahn ve Byosiere, 1992). Ayrıca örgütsel yalnızlık, çalışanların örgüte bağlılıklarını azaltarak işten ayrılma niyetlerini artırmakta ve bu da işgücü devir hızını olumsuz etkilemektedir (Wright ve Siillard, 2021). Sosyal destek mekanizmalarının yetersizliği, çalışanların kendilerini daha yalnız hissetmelerine neden olurken bu durum örgüt kültürünü de olumsuz etkilemektedir (Taşpınar ve Eryeşil, 2021). Covid-19 pandemisi sırasında uzaktan ve esnek çalışma uygulamaları yalnızlık hissini artırmış, bu da çalışanların ruh sağlığını olumsuz etkilemiştir. Ancak sosyal destek mekanizmalarının güçlü olduğu yerlerde bu olumsuzluklar hafifletilebilmiştir (Shanafelt, 2022).

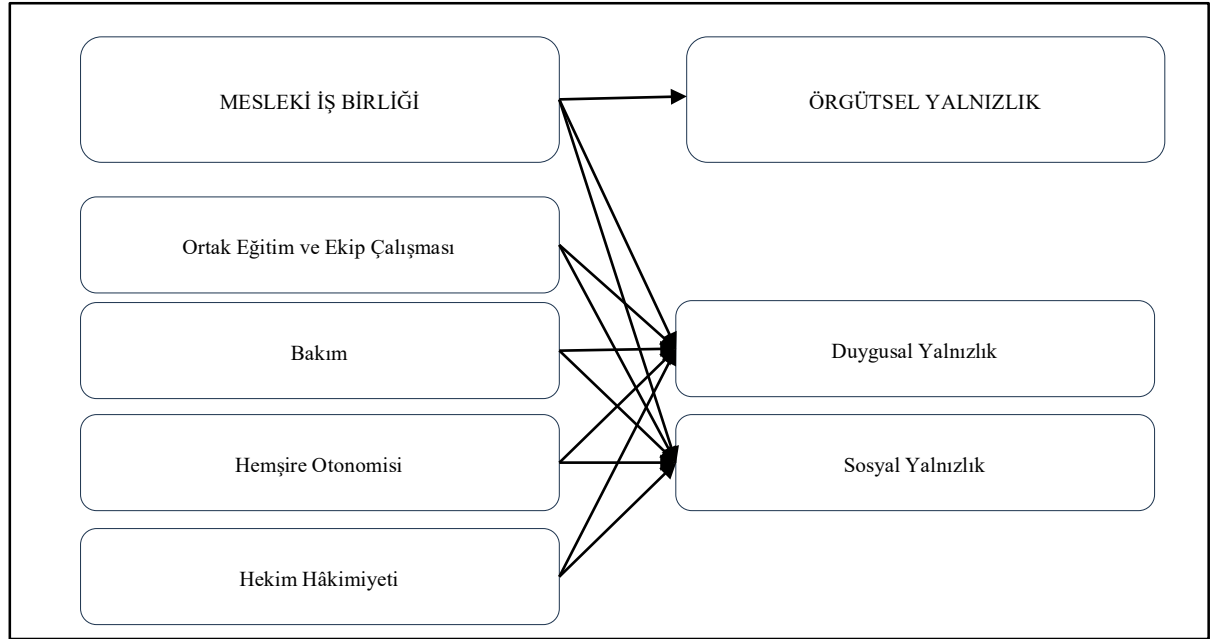
Sağlık sektöründe mesleki işbirliği ile örgütsel yalnızlık arasındaki ilişki birçok araştırmacı tarafından ele alınmış ve işbirliği seviyesinin yüksek olduğu örgütlerde yalnızlık hissini daha az yaşandığı ortaya konulmuştur (Zuzelo, 2019). Özellikle disiplinler arası ekip çalışması yapan sağlık profesyonelleri, sosyal etkileşim açısından daha zengin olabilecek bir ortamda çalışmaktadır. Bu tür bir işbirliği kültürü, çalışanların iş tatminini ve bağlılığını artırırken yalnızlık duygusunu azaltabilmektedir (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez ve Beaulieu, 2005). Yoğun bakım ünitelerinde yapılan bir çalışmada,

hastane tabanlı yoğun bakım çalışanlarının sosyal izolasyon stresinin diğer birimlere göre daha yüksek olduğu, ancak disiplinler arası ekip toplantılarının bu stresi azaltmada etkili olduğu ortaya konulmuştur (Meese ve diğerleri, 2024).

Sağlık sektöründe, mesleki işbirliği ile örgütsel yalnızlık arasındaki bu ilişkinin anlaşılması, çalışan refahını ve iş performansını artırma potansiyeline sahiptir. Güçlü işbirliği bağları yalnızlık hissini azaltabilmekte, örgüt içi sosyal destek mekanizmaları ile çalışanların psikolojik sağlıkları ve iş tatmini güçlendirilebilmektedir. Ayrıca mesleki işbirliği, sağlık sektöründe hasta bakım kalitesini artırmak ve iş yükünü hafifletmek açısından da kritik bir rol oynamaktadır. Machin ve diğerleri (2009), etkili işbirliğinin sağlık ve sosyal bakım programlarını geliştirme amacıyla profesyonel sınırların aşılmasını gerektirdiğini belirtmektedir. Bu bağlamda disiplinler arası işbirliği, sağlık çalışanlarının birlikte çalışma becerilerini geliştirmekte ve daha kaliteli sağlık hizmetleri sunmalarına katkıda bulunmaktadır. Bitter, van Veen-Berkx ve Gooszen (2016), multidisipliner ekiplerin birlikte çalışmasının sağlık hizmetlerinde entegrasyonun önemine vurgu yaparken, Vafadar (2020), yoğun bakım ünitelerinde interdisipliner işbirliğinin önemini vurgulamaktadır. Bu birimlerde hasta bakımı oldukça karmaşıktır; bu nedenle ortak hedef belirleme ve disiplinler arası işbirliği, hasta sonuçlarını iyileştirmede etkili bir araç olarak değerlendirilmektedir. Alderwick ve diğerleri (2024) tarafından yapılan bir vaka çalışmasında, örgütler arası işbirliğinin hasta bakımında bilgi boşluklarını ve hizmet tekrarlarını azalttığını, ancak ulusal politikaların bu süreci desteklemediğinde verimliliğin düştüğünü ortaya koymuşlardır (Alderwick, 2024). Ayrıca bu tür işbirlikleri, çalışanların sosyalleşmelerini güçlendirerek iş tatminini artırmak açısından önemli bir rol oynamaktadır (D'Amour vd., 2005).

1.ARAŞTIRMANIN MODELİ VE HİPOTEZLERİ

Yukarıda incelenen söz konusu bilgi ve bulgulardan hareket ederek, araştırma modeli ve hipotezleri aşağıdaki gibi geliştirilmiştir.



H₁: Mesleki iş birliği örgütsel yalnızlığı negatif yönde anlamlı olarak etkilemektedir.

H_{1a}: Mesleki iş birliği örgütsel yalnızlık alt faktörlerinden duygusal yalnızlığı negatif yönde anlamlı olarak etkilemektedir.

H_{1b}: Mesleki iş birliği örgütsel yalnızlık alt faktörlerinden sosyal yalnızlığı negatif yönde anlamlı olarak etkilemektedir.

Mesleki iş birliğinin alt boyutlarının Örgütsel Yalnızlık alt boyutlarına yönelik hipotezler:

H₂: Mesleki işbirliği alt faktörü ortak eğitim ve ekip çalışmasının duygusal yalnızlık üzerinde etkisi vardır

H₃: Mesleki işbirliği alt faktörü ortak eğitim ve ekip çalışmasının sosyal yalnızlık üzerinde etkisi vardır

H₄: Mesleki işbirliği alt faktörü bakım boyutunun duygusal yalnızlık üzerinde etkisi vardır.

H₅: Mesleki işbirliği alt faktörü bakım boyutunun sosyal yalnızlık üzerinde etkisi vardır

H₆: Mesleki işbirliği alt faktörü hemşire otonomisinin duygusal yalnızlık üzerinde etkisi vardır

H₇: Mesleki işbirliği alt faktörü hemşire otonomisinin sosyal yalnızlık üzerinde etkisi vardır

H₈: Mesleki işbirliği alt faktörü hekim hâkimiyetinin duygusal yalnızlık üzerinde etkisi vardır

H₉: Mesleki işbirliği alt faktörü hekim hâkimiyetinin sosyal yalnızlık üzerinde etkisi vardır

2. YÖNTEM

Bu araştırmada, nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırma problemi ve konularının içeriği göz önüne alındığında, daha objektif kriterler ve değerlendirmelerle sonuçların geçerlilik, güvenilirlik ve genellenebilirliğini sağlama düşüncesiyle nicel araştırma yöntemi tercih edilmiştir (Neuman, 2014). Nicel araştırmalarda en sık kullanılan veri toplama tekniği anket olup (Creswell, 2012), bu çalışmada da veriler anket tekniği ile toplanmıştır. Anket, yalnızca belirli özelliklere sahip kişiler üzerinde değil, daha geniş bir katılımcı kitlesinde uygulanabilen bir tekniktir (Uşal ve Kuşluvan, 2006).

2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Yozgat İli Şehir hastanelerindeki 121'i doktor ve 850'si hemşire olmak üzere toplam 971 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Mesailerinin yoğunluğu dikkate alınarak bu kurumlarda katılımcılardan tesadüfi örnekleme yönteminden kolayda örnekleme seçimi yöntemiyle veriler toplanmıştır. Evreni temsil edebilecek örneklem büyüklüğünü belirlemek için " $n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q$ " (Karagöz, 2014) formülü uygulanmış ve elde edilen örneklemin yeterli olacağı belirlenmiştir. Elde edilen veriler ön incelemeden geçirilerek 314 anket analize dahil edilmiştir.

2.2. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Bu araştırmada kullanılan anket, üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm, katılımcıların demografik özelliklerini içermekte ve meslek, eğitim düzeyi, yaş, cinsiyet gibi dört maddeden oluşmaktadır. Çalışmada kullanılan ölçekler ise Jefferson Hekim ve Hemşire Mesleki İş Birliği Ölçeği ile Örgütsel Yalnızlık Ölçeğidir.

Jefferson Hekim ve Hemşire Mesleki İş Birliği Ölçeği, Yıldırım, Aktaş ve Akdaş (2006) tarafından Türkçeye kazandırılmış olup, dört boyut ve on dört ifadeden oluşan bir ölçektir. Dört dereceli Likert tipi bir ölçek olarak hazırlanmıştır (Kesinlikle Katılıyorum=4, Katılıyorum=3, Katılmıyorum=2, Kesinlikle Katılmıyorum=1). Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı için sırasıyla ABD'li hemşireler ve doktorlar için 0,74 ve 0,78, Meksikalı doktorlar ve hemşireler için ise 0,79 ve 0,86 olarak bulunmuştur (Hojat vd., 2003). Yıldırım vd., (2006) Cronbach alfa katsayılarını sırasıyla doktorlar için 0,71 ve hemşireler için 0,75 olarak bulmuştur.

Örgütsel Yalnızlık Ölçeği ise Wright ve diğerleri, (2006) tarafından hazırlanmıştır. Doğan ve diğerleri, (2009) tarafından Türkçeye kazandırılmış olup, iki boyut ve on altı ifadeden oluşmaktadır. Bu ölçek, duygusal yalnızlık ve sosyal yalnızlık olmak üzere iki alt boyuta sahiptir. Ölçekte olumlu ifade içeren sekiz madde (5-6-10-11-12-14-15-16) ters kodlanarak analiz edilmiştir. Doğan ve diğerlerinin (2009) yaptığı çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.90 olarak belirlenmiş; duygusal yalnızlık alt boyutu için 0.87, sosyal yalnızlık alt boyutu için ise 0.83 olarak bulunmuştur.

3. BULGULAR

3.1. Yapı Geçerliliği ve Güvenirliği

Araştırma kullanılan ölçekleri analiz etmek için SPSS 26 paket programı kullanılmıştır. Araştırmada analize başlamadan önce kayıp veri analizi yapılmış ve bulunan yerlerde SPSS de kayıp veri atama kullanılmıştır.

Daha sonra ters kodlu sorular için kod atamaları tamamlandıktan sonra verilerin normal dağılım sağlayıp sağlamadığı kontrol edilmiştir. " ± 1.0 arasındaki bir basıklık değeri çoğu psikometrik amaç için mükemmel kabul edilmektedir ancak ± 2.0 arasındaki bir değer de birçok durumda, özel uygulamaya bağlı olarak kabul edilebilir (George ve Mallery, 2010). Çalışma ± 2.0 aralığında olduğundan parametrik analiz teknikleri kullanılmıştır. Ölçeklerin geçerlik ve güvenirliliği bu çalışmada mesleki iş birliği ölçeği için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,708, örgütsel yalnızlık için 0,895 olarak bulunmuştur.

3.2. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Katılımcılara göre demografik bulgular Tablo 1.'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		N	%		N	%	
Cinsiyet	Erkek	60	19,1	Meslek	Hekim	164	52,2
	Kadın	254	80,9		Hemşire	150	47,8
Eğitim Düzeyi	Lisans	244	77,8	Toplam Katılımcı Sayısı	314		
	Lisans Üstü	70	22,2				

Bu çalışma, katılımcıların cinsiyet ve mesleklerine göre dağılımını incelemektedir. Veriler, cinsiyet, eğitim düzeyi ve meslek

grubu gibi demografik faktörlere göre gruplandırılmıştır. Elde edilen sonuçlar: sağlık sektöründe kadın katılımcıların oranının yüksek olması (%80,9), sağlık alanında hemşirelik gibi bakım odaklı mesleklerin toplumda daha fazla kadın tarafından tercih edildiğini göstermektedir. Erkek katılımcıların düşük oranı (%19,1) ise toplumsal cinsiyet rollerinin etkisini yansıtmaktadır.

Eğitim düzeyine göre, lisans mezunlarının çoğunluğu (%77,8) oluşturması, sağlık sektöründeki istihdam yapısının genel eğilimlerini yansıtırken, yüksek lisans ve doktora düzeyindeki katılımcıların varlığı, araştırma ve uzmanlaşma gereksinimlerinin arttığını göstermektedir.

3.3. İlişki/Etki Analizleri

Araştırmanın bu bölümünde öncelikle korelasyon ilişkisi ve mesleki işbirliğinin örgütsel yalnızlık ve boyutları üzerine etkileri incelenmiştir. Daha sonra ortak eğitim ve ekip çalışması, bakım, hemşire ve hekim boyutlarının duygusal yalnızlık ve sosyal yalnızlık üzerindeki etkisini incelemek amacıyla öncelikle her bir değişken ile basit doğrusal regresyon, daha sonra da tüm değişkenlerle birlikte çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 2. Ortalama, Standart Sapma ve Korelasyon

	Ort.	Std. sapma	Mesleki İşbirliği	Örgütsel Yalnızlık	Duygusal Yalnızlık	Sosyal Yalnızlık	Ortak E. Ekip Ç.	Bakım Boyutu	Hemşire Otonomisi	Hekim Hakimiyeti
Mesleki İşbirliği	2,97	,30	1							
Örgütsel Yalnızlık	2,43	,55	-,224**	1						
Duygusal Yalnızlık	2,56	,66	-,159**	,951**	1					
Sosyal Yalnızlık	2,26	,53	-,266**	,830**	,646**	1				
Ortak E. ve Ekip Ç.	3,05	,37	,815**	-,147**	-,067	-,181**	1			
Bakım Boyutu	2,80	,48	,765**	-,103*	-,059	-,155**	,573**	1		
Hemşire Otonomisi	3,17	,40	,685**	-,188**	-,178**	-,151**	,498**	,376**	1	
Hekim Hakimiyeti	2,69	,66	,348**	-,053	-,031	-,139**	-,073	,133**	,131*	1

** p<0.01

* p<0.05

Mesleki İşbirliği, örgütsel yalnızlık ve alt boyutları duygusal ve sosyal yalnızlık ile negatif ilişkiler göstermektedir (sırasıyla -0,224, -0,159, -0,266). Bu durum, güçlü bir mesleki işbirliğinin, yalnızlık duygularını azaltmaya yardımcı olabileceğini ve ekip çalışmasının yalnızlık hissiyle ters orantılı olabileceğini göstermektedir. Mesleki İşbirliği, en güçlü pozitif korelasyonu ortak ekip çalışması ve bakım boyutu ile göstermektedir (sırasıyla 0,815 ve 0,765). Bu, mesleki işbirliğinin sağlık ekiplerinin ortak çalışmalarına ve bakıma doğrudan katkı sağladığını göstermektedir. Örgütsel yalnızlık, mesleki işbirliği ile negatif bir ilişki gösteriyor (r = -0,224), bu da işbirliği eksikliğinin yalnızlık hissini artırabileceği şeklinde değerlendirilebilir. Sosyal yalnızlık ise daha düşük korelasyonlara sahip, ancak yine de mesleki işbirliği ve bakım boyutu gibi değişkenlerle negatif bir ilişki gösteriyor, bu da işbirliğinin ve ekip çalışmasının sosyal yalnızlıkla başa çıkmaya yardımcı olabileceğini göstermektedir.

Mesleki işbirliği bağımsız değişkeninin örgütsel yalnızlık ve alt boyutları "duygusal ve sosyal yalnızlık" bağımlı değişkenlerine olan etkilerini tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 3.'de birleştirilerek tablo halinde sunulmuştur.

Tablo 3. Mesleki İşbirliği Bağımsız Değişkeninin Örgütsel Yalnızlık ve Alt Boyutları Duygusal ve Sosyal Yalnızlık Bağımlı Değişkenlerine Etkileri

Bağımlı Değişken	Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar B	Standartlaştırılmış Katsayılar Beta	t	Sig.	R	R ²	Durbin-Watson	F
Örgütsel Yalnızlık	(Sabit)	3,054		10,067	,000	,116	,013	2,091	4,227
	Mesleki İşbirliği	-,209	-,116	-2,056	,041				
Duygusal Yalnızlık	(Sabit)	2,928		8,003	,000	,057	,003	2,076	1,002
	Mesleki İşbirliği	-,122	-,057	-1,001	,318				
Sosyal Yalnızlık	(Sabit)	3,216		11,198	,000	,185	,034	2,028	11,054
	Mesleki İşbirliği	-,319	-,185	-3,325	,001				

Her bir bağımlı değişken için mesleki işbirliği değişkeninin etkisi incelenmiştir. Tablo incelendiğinde mesleki işbirliğinin örgütsel yalnızlık üzerinde negatif bir etkisi olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Sonuçlar, mesleki işbirliği arttıkça, örgütsel yalnızlık düzeyinin azaldığını göstermektedir. $R = 0,116$ ve $R^2 = 0,013$: Bu, modelin bağımlı değişkendeki varyansın %1,3'ünü açıkladığını gösteriyor. Bu, mesleki işbirliğinin örgütsel yalnızlık üzerindeki etkisinin düşük olduğunu vurgulamaktadır.

Mesleki İşbirliği için $B = -0,122$, $Beta = -0,057$, $t = -1,001$, $p = 0,318$ sonuçları, mesleki işbirliği ile duygusal yalnızlık arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir. Yani, mesleki işbirliği ile duygusal yalnızlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir etki bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Mesleki İşbirliği için $B = -0,319$, $Beta = -0,185$, $t = -3,325$, $p = 0,001$ sonuçları ise, mesleki işbirliği ile sosyal yalnızlık arasında anlamlı negatif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Mesleki işbirliği arttıkça sosyal yalnızlık azalmaktadır. Bu etki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). $R = 0,185$ ve R Kare = $0,034$: Modelin bağımlı değişkenin %3,4'ünü açıkladığı, yani açıklama gücünün düşük olduğu söylenebilir.

Mesleki işbirliği alt boyutları olan "ortak eğitim ve ekip çalışması", "bakım", "hemşire otonomisi" ve "hekim hakimiyeti" bağımsız değişkenlerinin örgütsel yalnızlık alt boyutları "duygusal ve sosyal yalnızlık" bağımlı değişkenlerine olan etkilerini tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 3.'de birleştirilerek tek tabloda sunulmuştur.

Tablo 4. Mesleki İşbirliği Alt Boyutlarının Örgütsel Yalnızlık Alt Boyutları Üzerine Etkileri

Bağımlı Değişken	Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar B	Standartlaştırılmış Katsayılar Beta	t	Sig.	R	R ²	Durbin-Watson	F
Duygusal Yalnızlık	(Sabit)	2,593		8,317	,000	,005	,000	1,819	,009
	Ortak Eğitim ve Ekip Çalışması	-,009	-,005	-,093	,926				
Sosyal Yalnızlık	(Sabit)	2,853		11,583	,000	,135	,018	2,011	5,759
	Ortak Eğitim ve Ekip Çalışması	-,192	-,135	-2,400	,017				
Duygusal Yalnızlık	(Sabit)	2,782		12,590	,000	,057	,003	2,059	1,002
	Bakım	-,078	,078	-1,001	,318				
Sosyal Yalnızlık	(Sabit)	2,639		15,060	,000	,121	,015	1,972	4,645
	Bakım	-,133	-,121	-2,155	,032				
Duygusal Yalnızlık	(Sabit)	3,105		10,478	,000	,104	,011	2,098	3,389
	Hemşire Otonomisi	-,171	-,104	-1,841	,67				
Sosyal Yalnızlık	(Sabit)	3,105		11,391	,000	,102	,010	2,005	3,302
	Hemşire Otonomisi	-,134	-,102	-1,817	,070				
Duygusal Yalnızlık	(Sabit)	2,613		15,555	,000	,018	,000	2,073	,101
	Hekim Hakimiyeti	-,018	-,018	-,318	,751				
Sosyal Yalnızlık	(Sabit)	2,586		20,768	,000	,148	,022	2,043	6,967
	Hekim Hakimiyeti	-,119	-,148	-2,640	,009				

Tablo 4.'deki sonuç, ortak eğitim ve ekip çalışmasının duygusal yalnızlık üzerinde anlamlılık değeri (Sig.) 0,926 bulunmuştur.

Bu durum, ortak eğitim ve ekip çalışmasının duygusal yalnızlık üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir.

"Sosyal yalnızlık" bağımlı değişkeninin "Ortak eğitim ve ekip çalışması" bağımsız değişkeni ile olan ilişkisi incelenmiştir. Ortak eğitim ve ekip çalışmasının katsayısı -0,192 olarak belirlenmiştir. Bu negatif değer, ortak eğitim ve ekip çalışmasının artışı ile "sosyal yalnızlık" düzeyinde bir azalma meydana geleceğini göstermektedir. Ayrıca, standardize edilmiş katsayı (Beta) -0,135 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, ortak eğitim ve ekip çalışmasının sosyal yalnızlık üzerindeki etkisinin büyüklüğünü ifade etmektedir. t değeri -2,400 olarak bulunmuş ve bu değer anlamlılık düzeyi (Sig.) 0,017 olarak kaydedilmiştir. Bu sonuç, ortak eğitim ve ekip çalışmasının sosyal yalnızlık üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Yani, bu etki istatistiksel açıdan dikkate değer bir öneme sahiptir. Modelin R değeri 0,135 ve R² değeri 0,018 olarak belirlenmiştir. R kare değeri, modelin bağımlı değişkenin varyansını ne ölçüde açıkladığını ifade etmektedir. Bu durumda, ortak eğitim ve ekip çalışmasının sosyal yalnızlık üzerindeki etkisi, modelin bağımlı değişkenin değişkenliğinin yalnızca %1,8'ini açıkladığı anlamına gelmektedir. Bu, modelin açıklayıcılık açısından sınırlı bir güce sahip olduğunu göstermektedir. Durbin-Watson istatistiği 2,011 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, hata terimleri arasında otokorelasyonun olup olmadığını değerlendirmek için kullanılır. 2,011 değeri, otokorelasyonun çok belirgin olmadığını göstermekte ve modelin hata terimlerinin bağımsız olduğunu göstermektedir.

"Bakım" değişkeninin Duygusal Yalnızlık üzerindeki etkisine incelendiğinde P-değerinin 0.318 olduğunu göstermektedir. P-değeri 0.05'in üzerinde olduğundan, "Bakım" değişkeninin duygusal yalnızlık üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu durum, "Bakım"ın duygusal yalnızlık üzerindeki etkisinin dikkate alınabilir bir düzeyde olmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo 4.'de "Bakım" değişkeninin "sosyal yalnızlık" üzerindeki etkisi gösterilmektedir. "Sabit" (intercept) olarak 2.639 değeri elde edilmiştir. Bu, modelde "Bakım" değişkeninin sıfır olduğu durumda Sosyal Yalnızlık düzeyinin beklenen değeridir. "Bakım" değişkeni için -0.133 değeri, bakımın her bir birimlik artışının sosyal yalnızlık üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. "Bakım" değişkeninin Beta değeri -0.121 olarak belirlenmiştir. "Bakım" değişkeninin t-değeri -2.155 ve p-değeri (Sig.) 0.032 olarak hesaplanmıştır. P-değeri 0.05'in altında olduğundan, "Bakım" değişkeninin sosyal yalnızlık üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum, bakımın sosyal yalnızlık üzerinde önemli bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. R değeri 0.121 ve R² değeri 0.015 olarak belirlenmiştir. Bu, modelin Sosyal Yalnızlık üzerindeki toplam varyansın yalnızca %1.5'ini açıkladığını göstermektedir. Durbin-Watson istatistiği 1.972 olarak hesaplanmış, bu da modelin kalıntılarında otokorelasyon olmadığını göstermektedir. F değeri 4.645 ve p-değeri 0.032, modelin genel olarak sosyal yalnızlık değişkenini anlamlı bir şekilde tahmin ettiğini göstermektedir.

Tablo 4.'de "Hemşire Otonomisi" değişkeninin duygusal yalnızlık üzerindeki etkisi de incelenmiştir. "Hemşire Otonomisi" değişkeninin t-değeri -1.841 ve p-değeri (Sig.) 0.067 olarak belirlenmiştir. P-değeri 0.05'in üzerinde olduğundan, "Hemşire Otonomisi" değişkeninin duygusal yalnızlık üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır. Bu durum, hemşire otonomisi ile duygusal yalnızlık arasındaki ilişkinin dikkate alınabilir bir düzeyde olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.'de "Hemşire Otonomisi" değişkeninin sosyal yalnızlık üzerindeki etkisine bakıldığında "Hemşire Otonomisi" değişkeninin p-değeri (Sig.) 0.070 olarak belirlenmiştir. P-değeri 0.05'in üzerinde olduğu için, "Hemşire Otonomisi" değişkeninin Sosyal Yalnızlık üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır.

Tablo 4.'de "Hekim Hâkimiyeti" değişkeninin Duygusal Yalnızlık üzerindeki etkisi incelenmektedir. Sig. değerlerine bakıldığında, "Hekim Hâkimiyeti" değişkeninin p-değeri (Sig.) 0.751 olarak belirlenmiştir. P-değeri 0.05'in oldukça üzerinde olduğu için, "Hekim Hâkimiyeti" değişkeninin duygusal yalnızlık üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır. Bu durum, hekim hâkimiyetinin Duygusal Yalnızlık üzerinde dikkate değer bir etkisi olmadığını göstermektedir.

"Hekim Hâkimiyeti" değişkeninin Sosyal Yalnızlık üzerindeki etkisi ise: "Sabit" değeri 2.586 olarak bulunmuştur. "Hekim Hâkimiyeti" değişkeninin -0.119 değeri, bu değişkendeki her bir birim artışın Sosyal Yalnızlık üzerinde negatif bir etki yarattığını göstermektedir. Yani, hekim hâkimiyetinin artması, sosyal yalnızlığın azalmasıyla ilişkilidir. "Hekim Hâkimiyeti" için Beta değeri -0.148 olarak hesaplanmıştır. Bu, hekim hâkimiyetinin sosyal yalnızlık üzerindeki etkisinin büyüklüğünü ifade etmektedir ve negatif bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. t ve Sig. değerlerine bakıldığında, "Hekim Hâkimiyeti" değişkeninin t-değeri -2.640 ve p-değeri (Sig.) 0.009 olarak belirlenmiştir. P-değeri 0.05'in altında olduğu için, "Hekim Hâkimiyeti" değişkeninin sosyal yalnızlık üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu durum, hekim hâkimiyetinin sosyal yalnızlık üzerinde önemli bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. R değeri 0.148 ve R Square değeri 0.022 olarak hesaplanmıştır. Bu, modelin sosyal yalnızlık üzerindeki toplam varyansın yalnızca %2.2'ini açıkladığını göstermektedir. Durbin-Watson istatistiği 2.043 olarak belirlenmiş, bu da modelin kalıntılarında otokorelasyon olmadığını göstermektedir. F değeri 6.967 ve p-değeri 0.009, modelin genel olarak sosyal yalnızlık değişkenini anlamlı bir şekilde tahmin ettiğini göstermektedir.

Tablo 5. Bireylerin Ortak Eğitim ve Ekip Çalışması, Bakım, Hemşire Otonomisi ve Hekim Hakimiyeti düzeylerinin Duygusal Yalnızlık ve Sosyal Yalnızlık üzerindeki etkisi

Bağımlı Değişken	Model	Standartlaştırılmamış	Standartlaştırılmış	t	Sig.	R	R ²	Durbin-Watson	F
		Katsayılar B	Katsayılar Beta						
Duygusal Yalnızlık	(Sabit)	2,920		7,641	,000	,129	,017	2,082	1,304
	Ortak Eğitim ve Ekip Çalışması	,184	,103	1,320	,188				
	Bakım	-,091	-,066	-,915	,361				
	Hemşire Otonomisi	-,214	-,130	5,766	,050				
	Hekim Hakimiyeti	,006	,006	-1,938	,915				
Sosyal Yalnızlık	(Sabit)	3,283		10,928	,000	,211	,045	2,065	3,599
	Ortak Eğitim ve Ekip Çalışması	-,173	-,121	-1,575	,116				
	Bakım	-,037	-,033	-,467	,641				
	Hemşire Otonomisi	-,016	-,012	-,184	,854				
	Hekim Hakimiyeti	-,124	-,155	-2,725	,007				

Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken olan duygusal yalnızlık üzerindeki toplam etkisinin $p > 0,05$ olduğundan ortak eğitim ve ekip çalışmasının duygusal yalnızlık üzerinde belirgin bir etkisi bulunmamaktadır. Bakım boyutunda da yine $p > 0,05$ olduğundan duygusal yalnızlık üzerindeki etkisi de anlamlı değildir. Bu durum, bakım uygulamalarının yalnızlık hissini etkilemediğini göstermektedir. Hemşire otonomisinin duygusal yalnızlık üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur ($p = 0,05$). Bu durum, hemşirelerin bağımsız karar alma yeteneklerinin duygusal yalnızlık hissini azaltabileceğini düşündürmektedir. Hekim hâkimiyetinin duygusal yalnızlık üzerindeki etkisi de anlamlı değildir ($p > 0,05$). Sonuç olarak bu durum hemşire otonomisi dışındaki değişkenlerin duygusal yalnızlık üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığını göstermektedir.

Bağımsız değişkenlerden ortak eğitim ve ekip çalışması, bakım ve hemşire otonomisi boyutlarının sosyal yalnızlık üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Hekim hakimiyetinin sosyal yalnızlık üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,01$). Bu durum, hekimlerin karar verme süreçlerinin, hastaların sosyal yalnızlık hissi üzerinde olumsuz bir etki oluşturduğunu göstermektedir. Hekim hakimiyetinin fazla olması, hastaların sosyal destek eksikliği hissetmesine neden olabilir.

4. TARTIŞMA

Araştırma sonucuna göre mesleki işbirliği sosyal yalnızlığı azaltmada belirgin bir etki gösterirken, duygusal yalnızlık üzerindeki etkisi görülmemektedir. Literatürde, araştırma sonuçlarına paralel olarak, örgütsel bağlamda iş birliği ve takım çalışmalarının sosyal yalnızlığı azalttığı yönünde bulgular mevcuttur (West, Patera, ve Carsten, 2006). Araştırmada, mesleki işbirliğinin ortak eğitim ve ekip çalışması ile bakım boyutlarının sosyal yalnızlık üzerinde anlamlı negatif etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, disiplinler arası işbirliğinin sosyal bağları güçlendirdiği ve izolasyonu azalttığı yönündeki literatürle örtüşmektedir. Örneğin, Vafadar, (2020) interdisipliner işbirliğinin sağlık çalışanları arasında karar alma süreçlerini kolaylaştırarak sosyal destek ağlarını genişlettiğini belirtmektedir. Benzer şekilde, işe adanmışlık ve bilgi paylaşımı arasındaki ilişkide mesleki canlılığın aracı rolüne dair çalışmalar, ekip çalışmasının sosyal etkileşimi artırdığını vurgulamaktadır (Cengiz, Ayar, Arkan ve Bektaş, 2020) ve çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir. Ayrıca bakım alt boyutu bağlamında; Kuven vd., (2023)'nin çalışmalarında, yalnızlığın hemşire-hasta etkileşimleri aracılığıyla azaltılabileceği, bu tür etkileşimlerin bakım sürecinde önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir. Buna ek olarak, Lewis ve Myhra (2017), yalnızlığın bakım ortamında tespit edilip yönetilmesinin önemini vurgulamış, ancak iş yükü gibi engellerin bu süreci zorlaştırdığını ifade etmektedirler.

Hekim hakimiyeti boyutunun sosyal yalnızlık üzerinde anlamlı negatif etkisi bu çalışmada gözlemlenirken, literatürde bu durumun zıt sonuçlarla ilişkilendirildiği görülmektedir. Örneğin, Meese ve diğerleri (2021), otoriter liderlik tarzlarının çalışanlar arası iletişimi engelleyerek sosyal yalnızlığı tetiklediğini öne sürmektedirler. Bu çelişki, hekimlerin klinik karar süreçlerindeki hakimiyetinin, ekip içindeki hiyerarşik yapıyı güçlendirerek sosyal mesafeyi artırabileceğini düşündürmektedir. Nitekim, banka çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada, örgütsel yalnızlığın %25 oranında işten ayrılma niyetini tetiklediği ve bu durumun güç dinamikleriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Malokani vd., 2023).

Çalışmada, hemşire otonomisinin duygusal yalnızlık üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, Deci ve

Ryan (2000)'ın mesleki otonominin duygusal refahı artırdığı yönündeki sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Özerk karar alma yetkisi, hemşirelerin iş tatminini artırarak aidiyet duygusunu güçlendirebilmektedir. Ancak, literatürde bu ilişkinin daha güçlü olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, D'Amour vd.,(2005), hemşirelerin klinik özerkliğinin, ekip içindeki duygusal bağları derinleştirdiğini ve yalnızlık hissini azalttığını belirtmiştir. Ayrıca Paque ve arkadaşlarının (2018) çalışması, bireylerin kendi kararlarını alabilmelerinin yalnızlık hissini azaltmada yardımcı olduğunu belirterek, otonominin duygusal bağlamda yalnızlık hissini hafifletmeye katkı sağlayabileceğini öne sürmüşlerdir (Paque, Bastiaens, Van Bogaert ve Dilles, 2018).

Buna karşılık, bazı çalışmalar otonomi ile yalnızlık arasında zayıf bir ilişki olduğunu savunmaktadır. Örneğin, hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, sosyal ve duygusal yalnızlığın temel nedeninin sosyal destek eksikliği olduğu, otonominin bu süreçte ikincil bir rol oynadığı vurgulanmıştır (Cengiz vd., 2020). Bu durum, duygusal yalnızlığın kişilerarası ilişkilerle daha güçlü bağlantılı olduğunu düşündürmektedir.

Araştırma sonuçları, hekim hakimiyetinin sosyal yalnızlık üzerinde belirgin bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir ($p < 0,01$). Bu bulgu, sağlık sektöründeki hiyerarşik yapıların sosyal etkileşimi sınırladığına dair literatürle uyumludur. Örneğin, Zuzelo (2019), hekimlerin karar süreçlerindeki dominant rolünün, hemşirelerin katılımını engelleyerek sosyal izolasyona yol açabileceğini belirtmiştir. Lam ve Lau'nun çalışması, işyerindeki tatminsiz ilişkilerin sosyal yalnızlık hissini artırabileceğini ve hekim hakimiyetinin bu ilişkiler üzerinde etkili olabileceğini ortaya koymaktadır (Lam ve Lau, 2012).

Ancak, bazı çalışmalar hekim hâkimiyetinin ekip verimliliğini artırdığını ve sosyal uyumu desteklediğini öne sürmektedir. Örneğin, O'Leary ve arkadaşları (2012), multidisipliner ekiplerde hekimlerin liderlik rolünün hasta bakım kalitesini iyileştirdiğini ve bu süreçte sosyal bağların güçlendiğini iddia etmiştir. Bu çelişki, hekim hâkimiyetinin olumlu ve olumsuz etkilerinin bağlama göre değişebileceğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın en dikkat çekici sonucu, mesleki işbirliğinin duygusal yalnızlık üzerinde beklenenden daha düşük etkiye sahip olmasıdır. Literatürde bu durumun aksine, sosyal destek mekanizmalarının duygusal yalnızlığı azalttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Literatürde, iş birliği ve ekip çalışmasının duygusal yalnızlığı azaltabileceğine dair bazı bulgular vardır (Cacioppo, Hawkley, ve Thisted, 2010). Örneğin, Shanafelt ve arkadaşları (2022), COVID-19 döneminde sosyal destek ağlarının çalışanların duygusal refahını koruduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde, hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, aile ve arkadaşlarla kurulan iletişimin duygusal yalnızlığı anlamlı derecede azalttığı saptanmıştır (Cengiz vd., 2020).

Bu farklılıklar, ölçüm araçlarının çeşitliliği ve örneklem gruplarının heterojenliği ile açıklanabilir. Örneğin, bu çalışmada sağlık sektörüne odaklanılırken, diğer araştırmalar farklı sektörlerdeki çalışanları incelemiştir (Magalhães, Machado ve Nunes, 2022). Ayrıca, duygusal yalnızlığın kişisel stres faktörleri ve örgüt dışı dinamiklerle (aile ilişkileri, kişilik özellikleri) daha güçlü ilişkili olması, mesleki işbirliğinin etkisini görece zayıflatmış olabilir.

5. SONUÇ

Araştırma sonuçları, mesleki işbirliğinin hem sosyal hem de duygusal yalnızlık üzerindeki etkisinin tahmin edilenden daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle mesleki işbirliği bileşenlerinin incelenmesi sonucunda; hemşire otonomisinin duygusal yalnızlık üzerinde anlamlı bir etki gösterirken, hekim hâkimiyetinin sosyal yalnızlık üzerinde belirgin bir etkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgular, Cantaert ve arkadaşlarının (2022), meslekler arası işbirliği ve güç dinamiklerinin sağlık çalışanlarının sosyal ve duygusal refahı üzerindeki etkilerine ilişkin sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Ayrıca Ryan ve Deci (2017)'nin çalışmaları, mesleki otonominin yalnızlık algıları üzerindeki belirleyici rolünü ortaya koyarak, mevcut bulguları destekler niteliktedir.

Araştırma bulgularında yalnızca hemşire otonomisinin duygusal yalnızlık üzerinde anlamlı bir etki sunduğu görülmektedir ($p = 0,050$). Bu durum, hemşirelerin bağımsız karar alma yetilerinin, yalnızlık hissini hafifletme potansiyelini yansıtabilir. Meese ve arkadaşlarının çalışması, hemşirelikteki insan ilişkilerinin ve bağımsızlık düzeyinin sosyal bağları güçlendirdiğini ve bireylerin duygusal bağlamda daha az yalnız hissetmesine katkıda bulunabileceğini öne sürmektedir (Meese vd., 2021). Bu bulgular, mesleki bağımsızlığın yalnızlık algısını azaltıcı bir etki gösterebileceğine işaret etmektedir.

Hekim hâkimiyetinin sosyal yalnızlık üzerindeki etkisinin anlamlı ve negatif olduğu görülmektedir ($p < 0,01$), bu da hekimlerin karar süreçlerinin sosyal destek eksikliği hissini artırabileceğini düşündürmektedir. Mesleki işbirliği içindeki güç dinamikleri ve otoriter rollerin, bireylerin sosyal bağlanma duygusunu azaltabileceği literatürde desteklenmektedir. Meese ve arkadaşları, gücün iletişim ve etkileşim üzerindeki etkilerinin, işbirliği ve sosyal uyum açısından önem taşıdığını ve sosyal ilişkiler üzerinde olumsuz etkiler doğurabileceğini belirtmektedir (Meese vd., 2021).

Sonuç olarak, literatürdeki bulgular, mesleki işbirliği ve güç dinamiklerinin sağlık çalışanlarının yalnızlık algısı üzerindeki karmaşık ve çok boyutlu etkilerini doğrulamaktadır. Bu çalışma, otonomi ve otorite ilişkilerinin sosyal ve duygusal yalnızlık üzerindeki farklı yönlerini açığa çıkararak, mesleki işbirliğinde sosyal ve duygusal destek sağlamanın önemini ortaya koymaktadır. Mesleki işbirliği içindeki otonomi ve güç ilişkilerinin yalnızlık hissi üzerindeki etkilerinin derinlemesine anlaşılması açısından kritik bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır.

Gelecek araştırmaların, mevcut bulgular ışığında, mesleki işbirliği ile yalnızlık algısı arasındaki ilişkinin dinamiklerini daha derinlemesine ortaya koyabilir. Araştırmanın sonuçları, mesleki işbirliğinin yalnızlık üzerindeki etkisinin beklenenden daha düşük olduğunu göstermiştir; bu durum, işbirliğinin çeşitli bileşenlerinin, özellikle hemşire otonomisi ile hekim hâkimiyetinin, duygusal ve sosyal yalnızlık üzerinde farklı etkiler ürettiğini ortaya koymaktadır. Bu çerçevede, ilerideki çalışmaların, farklı meslek grupları ve örgüt yapıları arasında, mesleki otonomi ve otorite algılarının yalnızlık duygusu üzerindeki etkilerini, uzunlamasına ve deneysel araştırma yöntemleri kullanarak incelemesi önem taşımaktadır. Mesleki otonomi ve hekim hâkimiyeti gibi güç dinamiklerinin yalnızlık sevesindeki farklı gruplar üzerindeki etkilerini özel olarak incelemek, bu etkileşimi daha ayrıntılı bir şekilde anlamaya yardımcı olacaktır. Özellikle, güçlü sosyal destek ağlarıyla desteklenmeyen çalışanların duygusal yalnızlıkla mücadele etmek için geliştirdiği bireysel başa çıkma stratejilerinin, örgütsel yalnızlık üzerindeki etkisi önemli bir araştırma alanı olabilir. Bunun dışında, hemşirelerin otonomi düzeylerindeki artışın, mesleki yalnızlıkla nasıl bir ilişki kurduğunu belirlemek, bu tür bağımsızlıkların yalnızlık algısının düşürülmesine nasıl katkıda bulunduğuna ilişkin önemli bulgular ortaya çıkarabilir.

Ayrıca, dijitalleşme ve uzaktan çalışma uygulamalarının, özellikle sağlık gibi yoğun stres altındaki sektörlerde, işyerindeki sosyal etkileşimler ve destek mekanizmaları üzerindeki rolü detaylı olarak analiz edilebilir. Böylece, örgütsel ortamın düzenlenmesi, işbirliğini artırıcı stratejiler ve iletişim kanallarının etkinliği konularında geliştirilecek müdahalelerin, çalışanların psikososyal refahına katkısı daha net bir şekilde değerlendirilebilecektir.

YAZAR BEYANI

Araştırma ve Yayın Etiği Beyanı: Bu çalışma bilimsel araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlanmıştır

Etik Kurul Onayı: T.C. Yozgat Bozok Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulunun 12.01.2024 tarih ve 193676 sayılı 10/24 karar no.lu yazısı ile etik kurul izni alınmıştır.

Yazar Katkıları: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Çıkar Çatışması: Yazar açısından ya da üçüncü taraflar açısından çalışmadan kaynaklı çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

- Alderwick, H., Hutchings, A. & Mays, N. (2024). Cross-sector collaboration to reduce health inequalities: a qualitative study of local collaboration between health care, social services, and other sectors under health system reforms in England. *BMC Public Health* 24, 2613. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20089-5>
- Ayazlar, G., ve Güzel, B. (2014). The effect of loneliness in the workplace on organizational commitment. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 131, 319-325. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.124>
- Bitter, J., van Veen-Berkx, E. & Gooszen, H.G. (2016). Multidisciplinary teamwork is an important issue to healthcare professionals.
- Cacioppo, J. T., & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for socialconnection*. WW Norton & Company.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and aging*, 25(2), 453–463. <https://doi.org/10.1037/a0017216>
- Cantaert, G. R., Pype, P., Valcke, M., & Lauwerier, E. (2022). Interprofessional Identity in Health and Social Care: Analysis and Synthesis of the Assumptions and Conceptions in the Literature. *International journal of environmental research and public health*, 19(22), 14799. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214799>
- Cengiz, B., Ayar, D., Arkan, G., & Bektas, İ. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin sosyal, duygusal yalnızlık düzeyleri ve yeme davranışlarının incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(1), 2-9.
- Charalampous M, Grant CA, Tramontano C & Michailidis E. (2019). Systematically reviewing remote e-workers' well-being at work: a multidimensional approach. *Eur J Work Organ Psy*. 28:51–73. doi: 10.1080/1359432X.2018.1541886
- Creswell, J. W. (2012). *Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research*. Pearson.
- Çiçek, İ. (2021). Mediating Role of Self-Esteem in the Association between Loneliness and Psychological and Subjective Well-Being in University Students. *International Journal of Contemporary Educational Research*. DOI: <https://doi.org/10.33200/ijcer.817660>
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, 19 Suppl 1, 116–131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Doğan, T., Çetin, B. ve Sungur, M. Z. (2009). İş yaşamında yalnızlık ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(6), 271-277.
- Esenkaya, D. (2021). *Cerrahi kliniklerde çalışan hekim ve hemşire işbirliğinin hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi üzerine etkisi*. Yüksekisans tezi. Yozgat Bozok Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yozgat.
- George, D. & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson
- Goldstein, L. & Marsh, A. (2017). Examining interprofessional collaboration: There is no 'I' in healthcare team. *Otolaryngology Online Journal*, 7(2), 303. <https://doi.org/10.4172/2161-119X.1000303>
- Güneş, S. ve Karaca, A. (2024). Bir Kamu Kurumunda Örgütsel Dedikodu ile İş Yeri Yalnızlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 7(1), 28-46. <https://doi.org/10.33712/mana.1343733>

- Hasyim, W., & Mangundjaya, W. L. (2019). The Mediating Role of Psychological Capital in the Organizational Climate and Work Engagement Relationship. *229(Iciap 2018)*, 990–999. <https://doi.org/10.2991/iciap-18.2019.81>
- Hedqvist, A.T., C. Lindberg, H., Hagerman, A., Svensson & M. Ekstedt (2024). Negotiating care in organizational borderlands: a grounded theory of inter-organizational collaboration in coordination of care. *BMC Health Services Research* 24(1): 1438.
- Hojat, M. Gonnella, J. S. & Nasca T. J. (2003). Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships, *International Journal of Nursing Studies*. 40(4). 427–435.
- Kahn, R. L. & Byosiére, P. (1992). Stress in Organizations. In M. D. Dunnette and L. M. Hough (Eds.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (2nd ed., Vol. 3, pp. 571-650).
- Karagöz, Y. (2014). *Bioistatistik SPSS 21.1 Uygulamalı*. Nobel Yayınları, Ankara.
- Kuven, B.M., Drageset, J. & Haugan, G. (2023). *Quality of life and nurse-patient interaction among NH residents: Loneliness is detrimental, while nurse-patient interaction is fundamental*. <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.16645>
- Lam, L.W. & Lau, D. (2012). *Feeling lonely at work: investigating the consequences of unsatisfactory workplace relationships*. <https://dx.doi.org/10.1080/09585192.2012.665070>
- Lawlor B., O'Sullivan R., Leavey G. & Lubben J. (2024) Do doctors appreciate that social isolation and loneliness are health issues? *Front. Public Health* 12:1477228. doi: 10.3389/fpubh.2024.1477228
- Lewis, M.E., & Myhra, L.L. (2017). Integrated care with indigenous populations: a systematic review of the literature. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 24(3), 88-101.
- Lowman, G. H., Kessler, S. R. & Pindek, S. (2023). The permeation of loneliness into the workplace: An examination of robustness and persistence over time. *Applied Psychology*, 72(4), 781-800. <https://doi.org/10.1111/apps.12510>
- Machin, T., Jones, D. & Harris, P. (2009). Understanding collaboration in integrated care systems: A qualitative study. *Health Services Management Research*, 22(3), 146-154. <https://doi.org/10.1258/hsmr.2008.008015>
- Magalhães, C. M., Machado, C. F. & Nunes, C. P. (2022). Loneliness in Leadership: A Study Applied to the Portuguese Banking Sector. *Administrative Sciences*, 12(4), 130. <https://doi.org/10.3390/admsci12040130>
- Malokani, D.K.A.K., Wagan, S.A., Mahar Q. & Kazi S. (2023). Impact of work-life conflict and perceived alternative job opportunities on turnover intention: Evidence from the banking sector of Sindh, Pakistan. *Journal of Positive Psychology*, 7(2):208-21
- Meese, K. A., Boitet, LM, Sweeney, KL., Katherine L. & Rogers D. A. (2024). Perceived stress from social isolation or loneliness among clinical and non-clinical healthcare workers during COVID-19. *BMC Public Health* 24, 1010. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18363-7>
- Meese, K. A., Colón-López, A., Singh, J. A., Burkholder, G. A., & Rogers, D. A. (2021). Healthcare is a Team Sport: Stress, Resilience, and Correlates of Well-Being Among Health System Employees in a Crisis. *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives*, 66(4), 304–322. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-20-00288>
- Neuman, W. L. (2014). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Pearson Education Limited.
- O'Hare, D., Gaughran, F., Stewart, R. & Pinto da Costa, M. (2024). A cross-sectional investigation on remote working, loneliness, workplace isolation, well-being and perceived social support in healthcare workers. *BJPsych open*, 10(2), e50. <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.7>
- O'Leary, K. J., Sehgal, N. L., Terrell, G., Williams, M. V. & High Performance Teams and the Hospital of the Future Project Team (2012). Interdisciplinary teamwork in hospitals: a review and practical recommendations for improvement. *Journal of hospital medicine*, 7(1), 48–54. <https://doi.org/10.1002/jhm.970>
- Öztekın, G. G. (2024). The Effects of Social Anxiety on Subjective Well-Being among Adolescents: The Mediating Roles of Mindfulness and Loneliness. *İğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. DOI: <https://doi.org/10.54600/igdirsoybilim.1433959>
- Paque, K., Bastiaens, H., Van Bogaert, P. & Dilles, T. (2018). Living in a nursing home: a phenomenological study exploring residents' loneliness and other feelings. <https://dx.doi.org/10.1111/scs.12599>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. The Guilford Press. <https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>
- Shanafelt, T. D., West, C. P., Dyrbye, L. N., Trockel, M., Tutty, M., Wang, H., Carlasare, L. E., & Sinsky, C. (2022). Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians During the First 2 Years of the COVID-19 Pandemic. *Mayo Clinic proceedings*, 97(12), 2248–2258. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2022.09.002>
- Taşpınar, Y. ve Eryeşil, K. (2021). Örgütsel güven, psikolojik iyi oluş ve işyeri yalnızlığı ilişkisi üzerine bir alan araştırması. *Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(22), 355-372. <https://doi.org/10.20990/kilisubfakademik.880931>
- Usal, A. ve Kuşluvan, Z. (2006). *Davranış Bilimleri Sosyal Psikoloji (5.Baskı)*. Barış Yayınları, İzmir.
- Vafadar, Z. (2020). The necessity of teamwork and inter-professional collaboration in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 46(5), 759-760.
- Weiss, R. S. (1973). Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation.
- West, M. A., Patera, J. L. & Carsten, M. K. (2006). Team level positivity: Investigating positive psychological capacities and team level outcomes. *Journal of Organizational Behavior*, 27(4), 407-421. <https://doi.org/10.1002/job.379>
- Wright S.L., Burt C.D.B. & Strongman K.T., (2006). Loneliness in the workplace: Construct definition and scale development. *NZ J Psychol*; 35:59-68.
- Wright, S. L. & Silard, A. (2021). Unraveling the antecedents of loneliness in the workplace. *Human Relations*, 74(10), 1740-1767.
- Yıldırım, A., Aktaş, T., ve Akdaş, A. (2006). Tıp fakültesi ve hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde hekim - hemşire işbirliği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5(3): 166-175
- Zuzelo, P. (2019). Partnering for holistic and safe care: Interprofessional collaboration. *Holistic Nursing Practice*, 33(5), 259-261. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000343>