Original Article

Received/Accepted Dates

13.10.2025/16.11.2025

DOI 10.52096/usbd.9.41.28

International Journal of Social Sciences

Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi

www.sobider.net e-ISSN: 2548-0685

IJSS

Yetişkin Bireylerde Sosyal İzolasyon ve İntihar Eğilimi Arasındaki İlişkide Yalnızlığın Aracı Rolü

Psikolog Dize IRKAD

Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans, Lefkoşa/Kıbrıs

E-Posta: dize.irkad@neu.edu.tr, ORCID: 0009-0004-4767-7833

Yrd. Doç. Dr. Bade YAYA

Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Lefkoşa/Kıbrıs

E-Posta: bade.yaya@neu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-6097-2755

Özet

Bu araştırmanın amacı, yetişkin bireylerde sosyal izolasyon ile intihar eğilimi arasındaki ilişkide yalnızlığın aracı rolünü incelemektir. Güncel taramalarda, sosyal izolasyon, yalnızlık ve intihar davranışı arasındaki bağlantı güçlü bir şekilde ortaya konmasına rağmen, bu ilişkide yalnızlığın aracılık etkisini ortaya koyan çalışmalar sınırlı olabilmektedir. Bu çalışmada ilişkisel tarama modeli kullanılmış, veri toplama sürecinde Sosyal İzolasyon Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği (ULS-8) ve Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BSSI) uygulanmıştır. Araştırmanın örneklemini kartopu örnekleme yöntemi ile ulaşılan 18 yaş ve üzeri 643 yetişkin katılımcı oluşturmuştur. Veriler SPSS 29.0 ve regresyon aracılığıyla analiz edilmiştir.

Araştırmanın örneklemi kartopu örneklem olup, Kuzey Kıbrıs ve Türkiye Cumhuriyetinden tam olarak 643 katılımcı toplanmıştır. Araştırma sonuçları, sosyal izolasyonun intihar eğilimini anlamlı biçimde yordadığını; yalnızlık düzeyinin ise hem sosyal izolasyon hem de intihar eğilimi ile pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir. Aracılık analizi sonucunda yalnızlık değişkeninin, sosyal izolasyon ile intihar eğilimi arasındaki ilişkide anlamlı bir aracı rol üstlendiği saptanmıştır. Bu bağlamda, sosyal izolasyonun intihar riskini doğrudan artırmasının yanı sıra, yalnızlık düzeyini yükselterek dolaylı yoldan da intihar eğilimini güçlendirdiğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın sonuçları, yalnızlığın azaltılmasına yönelik psikoterapötik müdahalelerin ve sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesinin, intihar eğiliminin önlenmesinde kritik bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Çalışma, ruh sağlığı uzmanlarına sosyal izolasyon, yalnızlık ve intihara yönelik bütüncül değerlendirme ve müdahale stratejileri geliştirmede önemli katkılar sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal izolasyon, yalnızlık, intihar eğilimi, aracılık analizi, yetişkin ruh sağlığı.

The Mediating Role of Loneliness in the Relationship Between Social Isolation and Suicidal Tendencies in Adults

Abstract

The purpose of this study is to examine the mediating role of loneliness in the relationship between social isolation and suicidal ideation among adults. Although previous research has consistently demonstrated strong links between social isolation, loneliness, and suicidal behavior, empirical studies testing the mediating impact of loneliness remain limited. By using a correlational research design, the study utilized the Social Isolation Scale, the UCLA Loneliness Scale (ULS-8), and the Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI) for data collection. The sample consisted of 643 adults aged 18 and over, reached through snowball sampling. Data analyses were conducted using SPSS 29.0 and regression.

The sampling technique was snowball sampling method and 643 participants were collected from Turkish Republic of Northern Cyprus and Republic of Turkey. The findings revealed that social isolation significantly predicted suicidal ideation, and loneliness was positively associated with both variables. Regression analysis demonstrated that loneliness plays a significant mediating role in the relationship between social isolation and suicidal ideation. This indicates that social isolation increases suicidal tendencies both directly and indirectly by heightening feelings of loneliness.

These results highlight the importance of strengthening social support systems and implementing psychotherapeutic interventions aimed at reducing loneliness as a means of preventing suicidal risk. The study contributes to the field by providing a comprehensive framework for understanding the interplay between social isolation, loneliness, and suicidal ideation, and offers valuable implications for mental health professionals.

Keywords: Social isolation, loneliness, suicidal ideation, mediation analysis, adult mental health.

1. Giriş

İntihar davranışı oldukça karmaşık ve çok yönlü bir psikolojik sorun olarak bilinmektedir. Durkheim ve Freud'un öncü çalışmaları sonucunda, kuramcılar intiharın biyolojik, sosyal ve psikolojik doğasını açıklamaya çalışmışlardır (Barzilay ve Apter, 2014). Bu incelemeler sonucunda ise, intihar davranışının gelişiminin altında yatan psikolojik mekanizmaların en etkili teorik modellerine genel bir bakış açısı ve eleştirel bir tartışma sunmuşlardır (Barzilay ve Apter, 2014). Bu çalışmaların tümü çeşitli derecelerde test edilmiş, terapötik ve önleyici müdahalelerin geliştirilmesi için önemli çıkarımlar sağlamıştır. İntihar olgusunu daha iyi anlamak için daha geniş ve daha derinlemesine yaklaşımlara halen daha ihtiyaç duyulmaktadır (Barzilay ve Apter, 2014). İntihar teşebbüsü, dünya çapında ölüm ve sakatlığın önde gelen nedenlerinden biri olarak en iyi şekilde konumlandırılmıştır. Ancak, intihar teorisi ve araştırmalarındaki son gelişmeler, bilgi ve önleme konusunda anlamlı ilerlemeler vaat etmektedir (Schechter ve ark., 2022). Önemli bir gelişme, intihar düşüncesinin gelişimi ve intihar düşüncesinden intihar girişimine geçişin, farklı açıklamaları ve öngörücüleri olan farklı kuramcılar olduğunu belirten düşünceden eyleme geçme motivasyonu olarak bilinmektedir (Schechter ve ark., 2022). İkinci önemli gelişmede ise, intihar düşüncesini öngören faktörleri intihar girişimini öngören faktörlerden ayıran araştırmaların

sayısının artması günümüzde duyulmuştur (Schechter ve ark., 2022). Örnek olarak, depresyon, umutsuzluk, pek çok ruhsal bozukluk ve hatta dürtüselliğin intihar düşüncesini öngördüğü giderek daha açık hale gelmektedir, fakat bu faktörler intihar girişiminde bulunanları sadece intihar etmeyi düşünenlerden ayırmakta zorlanmaktadır. İntihar araçlarının kısıtlanması da intihar düşüncesinden intihar girişimine geçişi engellemenin oldukça verimli bir yolu olarak ortaya çıkmaktadır. Üçüncü önemli gelişme ise, intihar düşüncesinden eyleme geçme çerçevesi içinde konumlandırılan intihar teorilerinin yaygınlaşmasıdır (Schechter ve ark., 2022).

Hem ruhsal hem de fiziksel sağlığı koruyan en önemli faktörlerden biri, bireyin sosyal bağları olarak bilinmiştir (Holt-Lunstad ve ark., 2015). Ancak sosyal izolasyon, modern toplumlarda bireylerin sosyal ilişkilerden uzaklaşmasının bir sonucu olarak, yalnızlık ve psikolojik iyi oluş üzerinde önemli bir tehdit oluşturabilmektedir (Holt-Lunstad ve ark., 2015). Bir kişinin sosyal etkileşimlerden yoksun kalması ya da bu etkileşimlerin sayıca veya nitelikçe yetersiz olması sosyal izolasyon olarak bilinmektedir (Cacioppo ve Cacioppo, 2018). Bununla birlikte, yalnızlık, bireyin sosyal ilişkilerinden beklentilerini karşılamadığı ve öznel olarak yaşadığı duygusal bir değerlendirme olmuştur (Richardson ve ark., 2022). Demir (2021) yürüttüğü araştırmada, Türkiye'nin Konya bölgesinde, yetişkin bireylerde sosyal destek, yalnızlık ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkileri incelenmiştir. Araştırmadan elde edilen veriler, sosyal desteğin sağlık kaygısı ile negatif yönde, yalnızlık ile negatif yönde zayıf bir ilişkiye sahip olduğunu ve yalnızlık ile sağlık kaygısı arasında pozitif zayıf bir ilişki bulunduğunu göstermiştir. Poorolajal ve arkadaşları (2024) tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında, 21.004 çalışmadan 118 tanesini, toplam 692.266 katılımcı olarak incelemiştir. Sonuç olarak, sosyal destek yüksek olan bireylerin intihar düşüncesi (OR = 0,79), intihar planı (OR = 0,86), girişimi (OR = 0,96) ve ölümü (OR = 0,85) açısından daha düşük risk taşıdıkları bulunmuştur. Bu ilişki gözlemsel çalışmalar üzerinden kurulmuş olsa da, sosyal desteğin belirgin şekilde koruyucu bir faktör olarak işlediği öne çıkmıştır (Poorolajal ve ark., 2024). DSM-5-TR'de intihar düşüncesi ve girişimi; özellikle Major Depresif Bozukluk, Bipolar Bozukluk, Borderline Kişilik Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) gibi durumların tanı ölçütlerinde önemli olarak yer tutmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2024, s. 160). Buna bağlı olaraksa, intihara teşebbüsü, bireyin mevcut ruhsal durumunu, geçmişteki intihar girişimlerini, sosyal destek sistemini, stres faktörlerini ve düşünce yapısını göz önünde bulundurarak değerlendirilmelidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2024, s. 45).

Güncel olarak yapılan çalışmalarda, yalnızlık ve sosyal izolasyonun ruh sağlığı üzerindeki etkilerini daha iyi göstermiştir (Demirtaş-Madran, 2020). Yalnızlığın, depresif semptomlar, anksiyete bozuklukları ve intihar düşünceleri ile güçlü bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir (Liu ve ark., 2020). Dünya Sağlık Örgütü, 2020'de yalnızlık ve izolasyonun bir "görünmez salgın" olduğunu belirterek, ruh sağlığı üzerindeki etkilerinin COVID-19, diğer bilinen tabiri ile, SARS-CoV-2 (Mayo Klinik, 2024), korona virüsünün neden olduğu bulaşıcı bir hastalık olarak bilinmektedir. Bu hastalık, 2019 sonlarında yayılmaya başladı ve 2020'de pandemi halini almıştır. Üç ana belirti kümesi ile kayıtlara geçmiştir: solunum (öksürük, balgam, nefes darlığı, ateş); kas-iskelet (kas-eklem ağrısı, baş ağrısı, yorgunluk); sindirim (karın ağrısı, kusma, ishal) (Mayo Klinik, 2024). Bilakis, yalnızlık hissi bu salgınla daha da derinleşmiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 2020). Bu bağlamda, 2024 tarihli sistematik derleme, iletişim kalitesi ve sosyal desteğin genç yetişkinlerde (18–40 yaş) intihar davranışlarıyla ilişkisinde belirleyici rol oynadığını göstermiş; spesifik bir şekilde COVID-19 sürecinde teknolojik iletişimin bu etkiye aracılık ettiği belirtilmiştir. Bu veriler, yalnızlık ve sosyal destek faktörlerine göre artıp azalmaktadır (Anonim, 2024). Sosyal izolasyonun kesitsel ölçümleri ile olumsuz sağlık sonuçları arasındaki ilişki iyi bilinmekle birlikte, sosyal izolasyonundaki değişiklikler ile sağlık sonuçları arasındaki ilişki hakkında daha az bilgi bulunmaktadır (Lyu ve ark., 2024) . DSM-5-TR'de "sosyal izolasyon" doğrudan tanı olarak yer almamaktadır. Ancak, şizoid kişilik bozukluğu, şizotipal kişilik bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu, major depresif bozukluk ve pek çok anksiyete bozuklukları içinde dolaylı biçimde tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2024, s. 723). Bu bozukluklarda kişiler genellikle ilişki kurmaktan kaçınma, duygusal yoksunluk ve toplumdan soyutlanma gibi içe çekilen davranışlar sergilemektedirler. Bu davranışlar sosyal izolasyonun doğrudan bir parçası olduğunu göstermektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2024, s. 723). Aynı zamanda, DSM-5-TR'de yalnızlık da doğrudan tanı kategorisi olarak bulunmamaktadır. Fakat yalnızlık hissi, major depresif bozukluk, distimik bozukluk, ve anksiyete bozuklukları gibi durumların tanı ölçütleri içinde duygusal bir bulgu olarak geçmektedir. Örneğin, depresyonda "boşlukta hissetme", "değersizlik", "toplumdan soyutlanma" ve "zevk alamama" yalnızlıkla ilişkilendirilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2024, s. 201–203).

Bu çalışmada hedeflenen, sosyal izolasyonun intihar eğilimi üzerindeki etkisini araştırmak ve yalnızlık değişkeninin bu ilişkide nasıl bir aracılık rolü oynadığını göstermektir (Yıldız ve Sünbül, 2021) . Araştırmada, yalnızlık duygusunu azaltmak için psikolojik tedavilerin intihar riskini

düşürüp düşüremeyeceğine dair önemli sonuçlar ortaya çıkaracaktır. Bu sebeple, ruh sağlığı uzmanlarına, özellikle yalnız yaşayan insanların intihar riskini azaltmak için daha etkili müdahale modelleri oluşturma fırsatı da verilecektir (Yıldız ve Sünbül, 2021).

1.1 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın esas amacı, yetişkin bireylerde sosyal izolasyon ile intihar eğilimi arasındaki ilişkide yalnızlık değişkeninin aracı rolünü incelemektir. Bu amaca ulaşmak amacıyla aşağıdaki alt amaçlar ortaya çıkarılmıştır:

1. Sosyal izolasyon düzeyi ile intihar eğilimi arasındaki ilişkiyi incelemek.
2. Yalnızlık düzeyinin, sosyal izolasyon ve intihar eğilimi arasındaki ilişkide aracı rolünü tanımlamak.
3. Sosyal destek düzeyinin, yalnızlık ve intihar eğilimi arasındaki ilişki üzerindeki etkisini değerlendirmek.
4. Demografik değişkenlerin (yaş, cinsiyet, medeni durum, kültür vs.) sosyal izolasyon, yalnızlık ve intihar eğilimi üzerindeki etkilerini karşılaştırmak.
5. Sosyal izolasyon, yalnızlık ve intihar eğilimi arasındaki ilişkilerin yönünü ve gücünü korelasyon ve regresyon analizleriyle kanıtlamak.

1.2 Araştırmanın Önemi

Bu araştırma, sosyal izolasyon ile intihar eğilimi arasındaki ilişkiyi açıklarken yalnızlık değişkenini aracı bir bileşen olarak ele almaktadır (Cacioppo ve Cacioppo, 2018) . Yalnızlık, bireyin sosyal ilişkileri nasıl gördüğüne bağlı olduğundan, sosyal izolasyonun birey üzerindeki etkilerini daha iyi anlatabilmektedir. Bu çalışmanın sonuçları, bireylerin yalnızlık düzeylerini azaltmak için terapötik müdahalelerin intihar olasılıklarını azaltma potansiyeline sahip olmaktadır (Özçelik, Bayraktar ve Yalçın, 2015).

Bu araştırma ayrıca, ruh sağlığı profesyonelleri ve siyasi reformcular için koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin planlanması adına önemli bilgiler sağlamaktadır (Eskin, 2020). İntihar riskini

azaltmak için somut öneriler geliştirilebilmektedir, özellikle sosyal destek sistemlerini güçlendirmek ve yalnızlıkla başa çıkma tekniklerini geliştirmek mümkün olacaktır (Bayram ve Bilgel, 2020). Bu bağlamda, bu çalışmanın hem kuramsal bilgi birikimine hem de uygulamalı psikoloji alanına önemli bir katkıda bulunması beklenmektedir (Yıldırım ve Arslan, 2022). Yaşlı bireylerde resmi olmayan sosyal destek (çocuklar, akraba, arkadaşlar) yaşam doyumunu, sağlık hizmetlerine erişimi ve sosyal katılımı artırarak ruhsal öznel iyi oluşu desteklemektedir. Çin'den elde edilen bulgular, 60 yaş ve üstü bireylerde yapılan faktör analizi sonuçlarına göre, resmi olmayan destek yaşam memnuniyetini ve sağlık katılımını anlamlı ölçüde yükseltmektedir (Dong, Cheng ve Cao, 2024).

Bu araştırma aşağıdaki temel varsayımlar üzerine yapılandırılmıştır:

1. Katılımcıların anket formundaki sorulara şeffaf ve dürüst bir şekilde yanıt verdikleri varsayılmaktadır.
2. Kullanılan ölçeklerin (Sosyal İzolasyon Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği - ULS-8 ve Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği - BSSI) geçerlilik ve güvenirlik düzeyleri yeterli olarak bulunmuştur.
3. Katılımcıların sosyal izolasyon, yalnızlık ve intihar eğilimi düzeyleri araştırma değişkenlerine uygun şekilde dağılım göstermektedir.
4. Uygulama süreci boyunca araştırmacının etkisi en az düzeyde olarak kararlaştırılmıştır ve objektif veriler üzerinden yürütülmektedir.

1.3 Sınırlılıklar

Bu araştırmanın bulgularının yorumlanmasında dikkate alınması gereken bazı sınırlılıklar belirlenmiştir; bunlar ise sırasıyla:

1. Araştırmanın örneklemi, yalnızca **18 yaş ve üzerindeki yetişkin bireylerden** oluşmaktadır, dolayısıyla sonuçlar, çocuk veya ergen gruplara genellenememektedir.

2. Veriler, **kesitsel ve ilişkisel** bir araştırma tasarımıyla toplanmıştır. Bu sebeple değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkileri yalnızca dolaylı yoldan değerlendirilebilmektedir ve korelasyonel bir bağlantı yapılabilmektedir.
3. Katılımcılara ulaşmada **kartopu örnekleme** yöntemi kullanıldığı için örneklem temsiliyetinde sınırlamalar olabilmektedir.
4. Ölçekler **öz-bildirim** yöntemiyle uygulanmıştır. Bu durum sosyal onay yanlılığı riskini beraberinde getirebilmektedir.
5. Araştırma yalnızca **Türkiye ve Kuzey Kıbrıs**'ta yaşayan katılımcıları kapsamaktadır, dolayısıyla farklı kültürel bağlamlara genellenememektedir.

1.4 Tanımlar

1.4.1 Sosyal İzolasyon: Kişinin sosyal ilişkilerden yoksun kalması veya kısıtlı sosyal etkileşim ağına sahip olması durumu olarak bilinmektedir. Bu araştırma, Van Orden ve Witte (2020) tarafından geliştirilen ölçme aracı ile değerlendirilmiştir. Uzun süreli sosyal izolasyon, geniş kapsamlı çoklu oluşan hastalık ve ölüm riski için trajik bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Cacioppo ve ark., 2015). Bu değişkenler arası etkileşim, sosyal izolasyonun oluşmasını genellikle şu faktörlere bağlamaktadır: partner eksikliği, arkadaşlar ve aileyle ayda birden az görüşme ve/veya organizasyonlara, kulüplere veya dini gruplara katılmama gibi sosyal çevrenin objektif özellikleri açısından tanımlandığı epidemiyolojik çalışmalardan literatüre tanınmıştır (Cacioppo ve ark., 2015). Bu çalışmalarda, sosyal izolasyonun morbidite ve mortalite ile ilişkisi, özellikle yaşlılarda, yüksek kan basıncı, diyabet, kalp hastalığı, solunum sistemi hastalıkları ve kanser gibi kronik hastalıkların riskinde artışla da ilişkilendirilmiştir (Motillon-Toudic ve ark, 2022). İzolasyonun azalması, yalnızca başlangıçta izole olmayan bireylerde mortalite riskinin azalmasıyla ilişkilendirilmiştir (Lyu ve ark., 2024). Bu sonuçlar, ölüm riski ve fiziksel ve bilişsel işlevlerin azalmasına olan olumsuz etkilerini hafifletmek için yaşlı yetişkinler arasında artan sosyal izolasyonun önlenmesine yönelik müdahalelerin önemini arz etmektedir (Lyu ve ark., 2024).

1.4.2 Yalnızlık: Kişinin mevcut sosyal ilişkilerinden beklediği doyumu alamaması sonucu ortaya çıkan spesifik bir psikolojik durum olarak ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada UCLA Yalnızlık Ölçeği (ULS-8) kullanılarak ölçülmektedir (Russell, 1996). Günümüz dünyasındaki çabuk değişimlerin ve sürekli yenilenmenin yaşandığı bir dönemdeyiz. Bu bağlamda, ulusal ve uluslararası düzeyde rekabet gücü ve yarış paternleri, toplumu birçok açıdan etkileyen temel kriterler haline gelmiştir (Seki ve Kurnaz, 2022) . Rekabet olgusunun yalnızca ekonomik alandaki aktarımı değil aynı zamanda; eğitim, kültür, sağlık, toplumsal düzen ve yönetim gibi yaşamın tüm boyutlarında da hem bireysel hem de toplumsal düzeyde kendini gösterdiği açıkça gözlenmektedir (Shoib ve ark., 2023). Modernleşmenin, teknolojinin ve özellikle bilginin ve niteliğin öne çıktığı karmaşık yeni yaşantı koşullarında, insanlar arası ilişkiler bireyin yaşamının merkezinde yer alan temel bir unsur haline gelmektedir. Bu ilişkilerin bireylerin psikolojik iyi oluşunu etkileyip etkilemediği sorusu ise son yıllarda değişime uğramış, "etkiliyor mu?" sorusundan çok, "bu ilişkiler bireyin söz konusu yönünü nasıl etkiliyor?" sorusuna everilmiştir (Fırat, Gökmen ve Cengiz, 2020) . Yapılan araştırmalara göre, erkeklerin kadınlara kıyasla daha yüksek düzeyde yalnızlık yaşadıkları belirlenmiştir. Ayrıca, erkeklerin internet kullanım oranlarının ve internete ayırdıkları sürenin kadınlara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır (Genç ve ark., 2018) . İnternete ayrılan zaman, ekonomik durum, yaş ve yerleşim yeri değişkenleri dikkate alındığında ise yalnızlık algısı ile bağımlı internet kullanımının bu değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılaştığı tespit edilmiştir (Genç ve ark., 2018). Özat (2025)'in elde ettiği verilere göreyse, Instagram kullanımı ve yalnızlık kavramlarına yönelik akademik yayınların son on yılda belirgin bir artış gösterdiğini ortaya çıkarmıştır. Her iki kavramın en yoğun biçimde sosyal bilimler alanında ele alındığı görülmüştür. Hem ülkemizde hem de dünya genelinde gençlerin büyük bir bölümünün zamanlarının önemli bir kısmını sosyal ağlarda geçirdiği ve sosyal medya platformlarının genç kullanıcılar arasında her geçen gün daha fazla yaygınlaştığı görülmektedir (Amaghani ve Akbağ, 2018). Bu bağlamda, gençlerin çevrim içi ortamda kurdukları ilişkiler aracılığıyla yalnızlık duygusunu azaltmaya çalıştıkları düşünülebilmektedir. Buna bağlı olarak, sosyal medyaya yönelim arttıkça gençlerin yüz yüze sosyal ortamlardan uzaklaşmaları ve bu durumun onları giderek daha fazla yalnızlığa sürüklemesi de önemli bir sonuç olarak değerlendirilmektedir (Amaghani ve Akbağ, 2018). Ayrıca araştırmalar, yalnızlığın çeşitli psikolojik bozukluklarla doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Shoib ve ark., 2023).

1.4.3 İntihar Eğilimi: Kişinin yaşamını sonlandırma düşünceleri, planları ya da davranışlarına yönelik bilişsel ve duygusal süreçlerini sergilemektedir. Bu araştırmada, Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BSSI) kullanılmıştır (Beck ve ark., 1979). İntihar eğilimi, önemli bir toplum sağlığı sorunu ve erken ölüm sebebi olarak bilinmektedir. Müdahale amacıyla, intiharın belirleyicileri üzerine çok sayıda araştırma yapılmış ve bu araştırmalar çoğunlukla bireysel risk faktörlerine, özellikle de depresyona odaklanmıştır (Kurul, 2020). Bireye özgü nedenlerin yanı sıra, sosyal çevre, özellikle de sosyal izolasyon da geniş çapta incelenmiştir. Bu makale, intihar ve sosyal izolasyon arasındaki ilişki üzerine yapılan literatür incelemesi yoluyla intihar etiyolojisinin sosyal boyutunu incelemektedir (Motillon-Toudic ve ark., 2022). Türkiye'de 2007–2016 yılları arasında yapılan çalışmalara da, intihar riskinin cinsiyet, yaş grupları, medeni durum ve coğrafi bölgelere göre nasıl bir dağılım sergilediğini ortaya çıkarmıştır (Alptekin ve Duyan, 2019). Elde edilen bilgiler doğrultusunda, intiharın yaygınlığını inceleyen ve önleyici stratejiler geliştirmeyi amaçlayan çalışmalarda sosyo-demografik değişkenlerin mutlaka dikkate alınması gerektiği vurgulanmıştır. 2007–2016 yılları arasında Türkiye'de intihar eğiliminin, özellikle ileri yaş grubundaki, boşanmış bireyler ile sosyo-ekonomik açıdan hem gelişmiş hem de gelişmemiş bölgelerde yaşayan erkeklerde, kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir (Alptekin ve Duyan, 2019). Aynı zamanda, Bayrak (2018)'in yapmış olduğu araştırmasında, intihar riskini artıran diğer bir faktörde işsizlik oranı olarak kayıtlara geçmiştir. Bireyin işsiz kalması sonucu, gelir kaybı yaşaması, hem ekonomik hem de sosyal açıdan ciddi bir çıkmaz yaratmakta ve bu durum ise kişinin psikolojik olarak yıpranmasına ve sosyal çevresinden dışlanmasına yol açarak hem yakın çevresini hem de toplum olarak olumsuz bir biçimde etkilemektedir (Bayrak, 2018). Bu nedenle işsizlik, sonuçları intihar davranışına kadar uzanabilen kritik bir toplumsal sorun olarak değerlendirilmektedir (Alptekin ve Duyan, 2019). İşsizliğin intihar üzerindeki etkisi özellikle ekonomik kriz dönemlerinde belirginleşmektedir (Güven ve Ayvaz, 2015). Bu durum, epidemiyolojik, klinik ve psiko-sosyal faktörün intihar riski taşıyan patalojik popülasyonlarla ilişkili olduğu bilinmektedir. İntihar teşebbüsü ve mortalite analizleri, duygudurum bozukluklarında intihara bağlı ölüm olasılığının majör depresyonda 8,62 kat, bipolar bozuklukta ise 8,66 kat daha yüksek olduğunu ve her iki durumda da kadınlarda erkeklere göre daha fazla istenmeyen risk görüldüğünü göstermektedir (Arnone ve ark., 2024).

1.4.4 Aracılık: Bu yöntem, bir bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin, başka bir değişken aracılığıyla açıklanması olayı olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmada yalnızlık, sosyal

izolasyon ve intihar eğilimi arasındaki ilişkide aracı değişken olarak ele alınmaktadır. Yakın zamanda yapılan araştırmalar, sosyal izolasyonun psikolojik sonuçlarının çoğunlukla yalnızlık üzerinden ortaya çıktığını göstermektedir. Buna bağlı olarak, Wen ve arkadaşları (2024), yalnızlığın depresif belirtiler üzerinde belirgin bir aracı rol oynadığını ortaya koymuştur. Jin ve Bae (2024) tarafından ileri yaş yetişkinlerde yapılan çalışmada, sosyal izolasyonun intihar riskini artırmasında yalnızlık ve depresyonun seri aracılar olarak işlediği gösterilmiştir. Benzer şekilde Fernández-Ballesteros ve arkadaşları (2024), yalnızlığın intihar düşüncesi üzerindeki etkisinin uykusuzluk aracılığıyla gerçekleştiğini bulmuştur. Genç yetişkinlerle yapılan bir çalışmada Constantino ve arkadaşları (2023), varoluşsal izolasyonun intihar eğilimine etkisinde yalnızlık ve depresyonun çift yönlü aracı mekanizmalar olduğunu raporlamıştır. Bu sonuçlar, yalnızlığın sosyal izolasyon ile intihar eğilimi arasındaki ilişkiyi açıklamada büyük bir psikososyal aracı değişken olduğunu göstermektedir (Fernández-Ballesteros ve ark., 2024).

2. Kavramsal Temeller ve İlgili Araştırmalar

2.1 Sosyal İzolasyon

Sosyal izolasyon, bireyin toplumsal ilişkilerden uzak kalması, sosyal destek sistemlerinden yoksun olması ve aidiyet duygusunun azalması durumu olarak literatüre geçmiştir (Holt-Lunstad ve ark., 2015). Bunun sonucunda, sosyal izolasyon, kişilerin toplumsal ilişkilerden uzaklaşması, sınırlı ya da basit sosyal etkileşimlere sahip olması durumu olarak adlandırılmaktadır (Cacioppo ve Cacioppo, 2018). Gelişen toplumlarda bireyselleşmenin, dijitalleşmenin ve toplumsal bağların zayıflamasının bir sonucu olarak sosyal izolasyon giderek artan bir mental sağlık sorunu haline gelmiştir. Güncel yıllarda yapılan çalışmalar, sosyal izolasyonun yalnızca psikolojik değil, aynı zamanda fizyolojik sağlık üzerinde de olumsuz etkileri olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle, yaşlı bireylerde, sosyal izolasyonun ölüm oranlarını artırdığı ve bağışıklık sistemini zayıflattığı gösterilmiştir (Cacioppo ve Cacioppo, 2018). Holt-Lunstad ve ark. (2015) meta-analizi, sosyal izolasyonun ölüm oranları üzerindeki etkisini vurgulayarak yalnızca psikolojik değil, fizyolojik sonuçlar da doğurduğunu ortaya koymuştur. Ölüm riski üzerinde sigara ve obezite kadar güçlü bir etkiye sahip olduğunu ortaya çıkarılmıştır (Holt-Lunstad ve ark., 2015). Bunun sonucunda, çalışmamızda sosyal izolasyonu yalnızlıkla birlikte incelemenin önemini keşfetmektedir.

2.2 Yalnızlık

Yalnızlık, canlıların sosyal ilişkilerinden beklediği doyumu alamaması sonucu yaşadığı kendine has bir duygu olarak belirlenmiştir (Sarıçam, 2013). Her kişinin yalnızlık deneyimi farklı olmakla birlikte, bu duygunun çok uzun süreli hale gelmesi bireyin psikolojik direncini olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Richardson ve ark., 2022). Yalnızlık, sadece sosyal değil, varoluşsal bir boşluk hissiyle de bağlantılıdır. Sørensen (2024), bireylerin toplumsal aidiyetin ötesinde bir "anlamlılık" ihtiyacı taşıdığını, bu ihtiyacın karşılanmaması durumunda yalnızlığın depresyon ve intihar düşüncelerine dönüştüğünü belirtmektedir. Frankl'ın "anlam boşluğu" kavramına dayanan bu yaklaşım, yalnızlıkla mücadelede manevi-psikolojik boyutları da dikkate almayı önermektedir. UCLA Yalnızlık Ölçeği gibi geçerli ve güvenilir ölçeklerle yapılan çalışmalar, yalnızlık hissinin bireylerde umutsuzluk, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklarla birlikte seyrettiğini ortaya çıkarmıştır (Russell, 1996). Wen ve ark. (2024), yalnızlık ile depresyon arasındaki ilişkiye dayanarak, sosyal destek ve direnç faktörlerinin bu ilişkiyi aracılık ettiği (mediyatör rol) sonucuna ulaşmışlardır. Yalnızlığın intihar düşüncelerine etkisi, bireyin yaşadığı sosyal çevreden kopukluk algısı ve değersizlik hissiyle doğrudan bağlantılı olmuştur (Eskin ve ark., 2021). Yalnızlık, bireyin mevcut sosyal ilişkileri ile beklediği sosyal ilişkiler arasındaki tutarsızlık sonucu ortaya çıkan, hoş olarak görülmeyen sübjektif bir duygu durumu olarak tanımlanmaktadır (Peplau ve Perlman, 1982).

2.3 İntihar Eğilimi

İntihara teşebbüs, kişinin yaşamına son verme düşünceleri, planları ya da bu yöndeki davranışlarını içeren bir psikolojik süreç olarak kayıtlara geçmektedir. Araştırmalarda intihar davranışı, pasif ölüm isteği, aktif intihar düşüncesi ve intihar planlaması gibi alt boyutlarla ele alınmaktadır (Beck ve ark., 1979). Bireyin yaşamdan duyduğu memnuniyetsizlik, yalnızlık, sosyal desteğin yetersizliği ve depresif semptomlar, intihar eğiliminin en güçlü yordayıcıları arasında bulunmaktadır (Joiner, 2018). Klinik örneklemlerle yapılan araştırmalarda ise sosyal çekilme davranışlarının intihar düşüncesiyle olan bağı açıkça gösterilmiştir. Lundberg ve Franken (2024), sosyal olarak geri çekilen bireylerin depresif belirtileri yoğun yaşadığını ve bu durumun intihar riskini artırdığını belirtmektedir. Ayrıca Constantino ve arkadaşları (2023), genç erişkinlerde varoluşsal izolasyonun yalnızlık ve depresyon üzerinden intihar eğilimlerini nasıl etkilediğini

analiz etmiş, psikodinamik boyutları da vurgulamıştır. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BSSI), katılımcıların intihar düşüncelerinin şiddetini ve yaygınlığını değerlendiren yaygın kullanılan bir ölçek olarak tasarlanmıştır (Özçelik, Bayraktar ve Yalçın, 2015) . Bu ölçekle yapılan araştırmalar, intihar eğiliminde olan bireylerin çoğunun aynı zamanda yalnızlık ve sosyal izolasyon gibi olumsuz psikososyal durumlar yaşadığını göstermektedir (Holt-Lunstad ve ark., 2015).

2.4 Sosyal Destek

Sosyal destek, kişinin çevresiyle kurduğu ilişkilerden elde ettiği psikolojik, duygusal ve pratik yardımların bütünü olarak belirlenmektedir, ilk sosyal destek ise aileden beklenmektedir (Van Orden ve ark., 2020). Sosyal destek, kişinin stresli yaşam olaylarıyla başa çıkarken ailesi, arkadaşları ve sosyal çevresinden aldığı maddi, manevi ve bilgilendirici yardımların bir entegrasyonu olarak tanımlanmaktadır (Cohen ve Wills, 1985). Özetle sosyal destek, bireyin kendisinin öz-değerinün yüksek, anlaşılmış ve güvende hissetmesine yardımcı olmaktadır. Cohen ve Wills (1985) sosyal desteğin iki modelini öne sürmüştür. Temel Etki Modeli: Sosyal destek, bireyin yaşamında sürekli olarak sağlığı olumlu yönde etkilemektedir. Ve tampon Etki Modeli: Sosyal destek, özellikle stresli yaşam olaylarında bireyi korur ve olumsuz etkilere karşı bir tampon görevi görür. Demir'in (2021) araştırmasına göre, sosyal desteğin yalnızlık ve sağlık kaygısı ile negatif ilişkili olduğu; sosyal desteği düşük bireylerde yalnızlığın ve sağlık kaygısının yükseldiği bulunmuştur. Benzer şekilde, Pangilinan ve ark. (2024) sosyal desteğin depresyon ve kaygı semptomlarını azalttığını ve olumlu duygulanımı artırdığını göstermiştir. Sosyal destek, yalnızlık ve sosyal izolasyona karşı koruyucu bir faktör olmasının yanı sıra, intihar riskini de azaltmaktadır. Van Orden ve ark. (2020) sosyal desteğin intihar davranışlarının en güçlü önleyici elementlerinden biri olduğunu ortaya koymuştur. Sosyal destek, stresle başa çıkma becerilerini artırarak bireyin psikolojik dayanıklılığını korumasına katkıda bulunmaktadır (Yıldırım ve Arslan, 2022). Yalnızlık ve sosyal izolasyon düzeyi yüksek bireylerde sosyal desteğin varlığı, bu olumsuz etkilerin tamponlanmasında kritik rol oynamaktadır (Bayram ve Bilgel, 2020).

Yukarıda verilen literatür sonuçları, sosyal izolasyonun bireyin psikolojik sağlığını doğrudan etkileyen bir risk faktörü olduğunu ortaya sunmaktadır (Keith, Conger ve Hock, 1990). Özellikle yalnızlık ile birleştiğinde, sosyal izolasyonun intihar eğilimini tetikleyici bir rol oynadığı görülmektedir (Uziel, 2016). Literatürde yer alan çalışmalar, yalnızlığın bu ilişkide aracı bir

mekanizma olarak değerlendirilmesinin önemli olduğunu vurgulamaktadır (Shvedko ve ark., 2018). Bu bağlamda bu araştırma, sosyal izolasyon, yalnızlık ve intihar eğilimi arasındaki ilişkileri birlikte ele alarak literatüre özgün bir katkı sunmayı amaçlamaktadır. Aşağıda yazılan varsayımlara göre ise bu tezin hipotezleri oluşturulmuştur.

1. H1: Sosyal izolasyon seviyesi arttıkça intihar eğilimi de artacaktır.
2. H2: Yalnızlık, sosyal izolasyon ile intihar eğilimi arasındaki ilişkide anlamlı bir aracı rol üstlenecektir.
3. H3: Sosyal destek algısı yüksek bireylerde yalnızlık ve intihar eğilimi daha düşük olacaktır.
4. H4: Demografik değişkenler (cinsiyet, yaş, medeni durum) yalnızlık ve intihar eğilimi üzerinde anlamlı değişkenler gösterecektir.

3. Yöntem

Bu araştırma, nicel araştırma yöntemleri çerçevesinde kurgulanmış olup, değişkenler arasındaki ilişkileri incelemeyi amaçlayan ilişkisel tarama (korelasyonel) bir model olarak tanımlanmıştır. Çalışmada, yetişkin bireylerde sosyal izolasyon ve intihar eğilimi arasındaki ilişkide yalnızlığın aracı rolünü belirlemek amacıyla nedensel karşılaştırma ve aracılık analizlerinden yararlanılmıştır. Değişkenler, araştırmacı tarafından herhangi bir müdahalede bulunulmadan, var oldukları şekliyle kesitsel bir zaman diliminde irdelenmiştir.

3.1 Çalışma Grubu

Araştırmanın evrenini 18 yaş ve üzerindeki yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden kartopu örnekleme yöntemi kullanılarak, ulaşılması güç veya hassas konuları içeren (sosyal izolasyon, intihar eğilimi vb.) gruplara erişim hedeflenmiştir. Etik kurul başvurusunda asgari örneklem büyüklüğü 384 olarak hedeflenmiş olsa da, veri toplama sürecinin sonunda çalışmaya toplam 643 kişi katılım sağlamıştır. Katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde; grubun %57,5'i kadın (n=370), %40,4'ü erkektir (n=260). Katılımcıların yaş ortalaması 34 olarak hesaplanmıştır. Medeni durum açısından katılımcıların

%56,3'ü bekar, %28,9'u ise evlidir. Eğitim düzeylerine bakıldığında, grubun büyük çoğunluğunun (%48,4) lisans mezunu olduğu görülmektedir. Çalışma durumu açısından ise katılımcıların %54,9'u aktif olarak çalışmaktadır.

4.1 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın yürütülebilmesi için Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27.05.2025 tarihinde etik onay alınmıştır. Veriler, 15/07/2025 ile 15/12/2025 tarihleri arasında toplanmıştır. Uygulama, hem çevrim içi platformlar (Google Forms) üzerinden hem de yüz yüze anket yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara araştırmanın amacı ve gizlilik ilkeleri hakkında bilgi verilmiş, "Bilgilendirilmiş Onam Formu"nu onaylayan gönüllüler çalışmaya dahil edilmiştir. Veri toplama sürecinde katılımcıların kimlik bilgileri alınmamış ve gizlilik esasına tam uyum sağlanmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak "Demografik Bilgi Formu"nun yanı sıra, "Sosyal İzolasyon Ölçeği", "UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu (ULS-8)" ve "Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BSSI)" kullanılmıştır.

1. Demografik Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi ve sosyal destek algılarına yönelik sorular yer almaktadır.

2. Sosyal İzolasyon Ölçeği: Bireylerin sosyal ilişkilerden yoksunluk düzeylerini ölçmek amacıyla Van Orden ve Witte (2020) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması Çelikbaş ve Tatar (2021) tarafından yapılmıştır. 10 maddeden oluşan ölçek, 5'li Likert tipinde derecelendirilmektedir (1=Hiç katılmıyorum, 5=Tamamen katılıyorum). Ölçekten alınan puanın artması sosyal izolasyon düzeyinin arttığını gösterir. Bu çalışma kapsamında ölçeğin Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,968 olarak bulunmuştur.

3. UCLA Yalnızlık Ölçeği - Kısa Form (ULS-8): Russell (1996) tarafından geliştirilen ve Türkçeye Sarıçam (2013) tarafından uyarlanan ölçek, bireylerin yalnızlık düzeylerini ölçmektedir. Tek boyutlu ve 8 maddeden oluşan ölçek, 4'lü Likert tipi (1=Hiçbir zaman, 4=Sıklıkla)

derecelendirmeye sahiptir. Yüksek puanlar yüksek yalnızlık düzeyine işaret eder. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı 0,903 olarak hesaplanmıştır.

4. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BSSI): İntihar düşüncesinin yoğunluğunu ölçmek amacıyla Beck, Kovacs ve Weissman (1979) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması Özçelik ve arkadaşları (2015) tarafından yapılmıştır. 19 maddeden oluşan ölçekte her madde 0-2 arasında puanlanmakta olup, toplam puan 0-38 arasında değişmektedir. Puanın yükselmesi intihar düşüncesi riskinin arttığını gösterir. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,914 olarak bulunmuştur.

4.2 Verilerin Analizi

Elde edilen verilerin analizi IBM SPSS 29.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi, çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri ile incelenmiş; değerlerin ±1,5 aralığında olması nedeniyle parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir.

Verilerin analizinde; katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek için tanımlayıcı istatistikler, değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Demografik değişkenlere (cinsiyet, medeni durum vb.) göre farklılıkların tespiti için Bağımsız Örneklem t-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Sosyal izolasyon ve yalnızlığın intihar düşüncesi üzerindeki etkisini ve aracılık rolünü test etmek amacıyla ise Regresyon analizi ve PROCESS Macro eklentisinden yararlanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<.05$ olarak kabul edilmiştir.

5. Bulgular

Tablo 1: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik ve Güvenilirlik Testlerine Ait Veriler

Değişkenler		**Kolmogorov-Smirnov**			**Cronbach's Alpha**
		İstatistik	**Se.**	**p**	
Sosyal İzolasyon	Ortalama	22,2695	0,34293		
	Skewness	0,855	0,098	<.01	0,968
	Kurtosis	-0,383	0,195		
Yalnızlık	Ortalama	15,6587	0,25596		
	Skewness	0,734	0,098	<.01	0,903
	Kurtosis	-0,353	0,195		
İntihar Düşüncesi	Ortalama	8,9569	0,29819		
	Skewness	1,142	0,098	<.01	0,914
	Kurtosis	0,951	0,195		

Araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin normallik ve güvenirlik bulguları Tablo 1'de sunulmuştur. Kolmogorov–Smirnov testi sonuçlarına göre, sosyal izolasyon ($p<.01$), yalnızlık ($p<.01$) ve intihar düşüncesi ($p<.01$) puanlarının dağılımları istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Bununla birlikte, çarpıklık ve basıklık katsayılarının sosyal izolasyon için sırasıyla 0,855 ve –0,383; yalnızlık için 0,734 ve –0,353; intihar düşüncesi için ise 1,142 ve 0,951 olması, değerlerin ±1,5 sınırları içerisinde yer aldığını göstermektedir. Bu nedenle, ölçek puanlarının normal dağılıma yakın olduğu ve parametrik testlerin kullanılmasının uygun olduğu kabul edilmiştir. Ölçeklerin iç tutarlılığına ilişkin Cronbach's alfa katsayıları sosyal izolasyon için 0,968, yalnızlık için 0,903 ve intihar düşüncesi için 0,914 olarak bulunmuş; tüm değerlerin 0,70 eşik değerinin oldukça üzerinde olması, ölçeklerin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 2: Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgilerine Dair Veriler

Değişkenler		**n**	**%**	**Ortalama**
Cinsiyetiniz:	Kadın	370	57,5	
	Erkek	260	40,4	
	Diğer	13	2	
Yaşınız:				34
Medeni Durumunuz:	Bekar	362	56,3	
	Evli	186	28,9	
	Boşanmış	56	8,7	
	Dul	39	6,1	
Eğitim Durumunuz:	İlkokul	16	2,5	
	Ortaokul	36	5,6	
	Lise	103	16	
	Ön Lisans	52	8,1	
	Lisans	311	48,4	
	Yüksek Lisans	108	16,8	
	Doktora	17	2,6	
Çalışma Durumunuz:	Çalışıyor	353	54,9	
	İşsiz	43	6,7	
	Emekli	42	6,5	
	Öğrenci	153	23,8	

	Ev Hanımı	34	5,3
	Diğer	18	2,8
Gelir Durumunuz (aylık):	0-5.000 TL	59	9,2
	5.001-10.000 TL	88	13,7
	10.001-22.000 TL	154	24
	22.001-35.000 TL	135	21
	35.001-45.000 TL	83	12,9
	45.001 TL ve üzeri	124	19,3
Aile Yapınız:	Çekirdek aile (anne, baba ve çocuklar)	401	62,4
	Geniş aile (büyükanne/büyükbaba dahil)	56	8,7
	Yalnız yaşıyorum	186	28,9
Bir romantik ilişkiniz var mı?	Evet	302	47
	Hayır	285	44,3
	Belirtmek istemiyorum	56	8,7

Araştırmaya toplam 643 kişi katılmıştır. Katılımcıların %57,5'i kadın (n=370), %40,4'ü erkek (n=260), %2'si ise kendini "diğer" olarak tanımlamıştır (n=13). Katılımcıların yaş ortalaması 34'tür. Medeni duruma bakıldığında, katılımcıların %56,3'ü bekar (n=362), %28,9'u evli (n=186), %8,7'si boşanmış (n=56) ve %6,1'i dul (n=39) olduğunu belirtmiştir. Eğitim durumuna göre dağılım incelendiğinde; %2,5'i ilkokul (n=16), %5,6'sı ortaokul (n=36), %16'sı lise (n=103), %8,1'i ön lisans (n=52), %48,4'ü lisans (n=311), %16,8'i yüksek lisans (n=108) ve %2,6'sı doktora mezunudur (n=17).

Çalışma durumuna göre katılımcıların %54,9'u çalışmakta (n=353), %6,7'si işsiz (n=43), %6,5'i emekli (n=42), %23,8'i öğrenci (n=153), %5,3'ü ev hanımı (n=34) ve %2,8'i diğer kategorisinde yer almaktadır (n=18). Aylık gelir düzeyi 10.001–22.000 TL aralığında olanların oranı %24 (n=154) ile en yüksek grubu oluştururken, bunu sırasıyla 22.001–35.000 TL (%21, n=135) ve 45.001 TL ve üzeri gelir grubundakiler (%19,3, n=124) izlemektedir. Katılımcıların %62,4'ü çekirdek ailede (n=401), %8,7'si geniş ailede (n=56) yaşamakta, %28,9'u ise yalnız yaşadığını belirtmektedir (n=186). Romantik ilişki durumu incelendiğinde, katılımcıların %47'sinin bir ilişkisi olduğu (n=302), %44,3'ünün olmadığı (n=285) ve %8,7'sinin bu soruya yanıt vermek istemediği görülmektedir (n=56).

Tablo 3: Katılımcıların Psikososyal ve Klinik Özgeçmişlerine İlişkin Bulgular

Değişkenler		**n**	**%**
Sosyal destek sisteminiz olduğunu düşünüyor musunuz? (Sosyal destek, bireyin çevresindeki insanlar (aile, arkadaşlar, partner, komşular, meslektaşlar vs.) tarafından sağlanan duygusal, bilişsel, davranışsal ve somut yardımların bütünüdür. Bu destek, bire	Evet, güçlü bir sosyal destek sistemim var.	292	45,4
	Kısmen destek alıyorum.	256	39,8
	Hayır, sosyal destek sistemim yok.	95	14,8
Daha önce bir ruh sağlığı profesyoneline başvurdunuz mu?	Evet	267	41,5
	Hayır	376	58,5
Daha önce bir psikiyatrik tanı aldınız mı? (Yanıtlamak istemiyorsanız boş bırakabilirsiniz.)	Evet	116	19,2
	Hayır	487	80,8
Travmatik bir yaşam olayı yaşadınız mı? (İsteğe bağlıdır.)	Evet	282	47,5
	Hayır	312	52,5

Katılımcıların %45,4'ü (n=292) güçlü bir sosyal destek sistemine sahip olduğunu, %39,8'i (n=256) kısmen sosyal destek aldığını, %14,8'i (n=95) ise herhangi bir sosyal destek sisteminin bulunmadığını ifade etmiştir. Daha önce bir ruh sağlığı profesyoneline başvurma durumu incelendiğinde, katılımcıların %41,5'inin (n=267) en az bir kez başvurduğu, %58,5'inin (n=376) ise başvuruda bulunmadığı görülmüştür. Katılımcıların %19,2'si (n=116) daha önce bir psikiyatrik tanı aldığını belirtirken, %80,8'i (n=487) psikiyatrik tanı almadığını bildirmiştir. İsteğe bağlı olarak yöneltilen travmatik yaşam olayı sorusuna yanıt veren katılımcıların %47,5'i (n=282) yaşamında en az bir travmatik olay deneyimlediğini, %52,5'i (n=312) ise böyle bir deneyim yaşamadığını ifade etmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların Sosyal İzolasyon, Yalnızlık ve İntihar Düşüncesiyle Cinsiyetleri Arasındaki İlişkiye Dair Veriler

Değişkenler	**Cinsiyet**	**n**	**Ortalama**	**Sd.**	**Se.**	**F**	**p**	**Fark**
Sosyal İzolasyon	Kadın	363	21,1791	7,94688	0,4171	13,742	**<.01**	1<2,3 ve 2<3
	Erkek	252	23,3611	9,09887	0,57317			
	Diğer	12	32,3333	7,19006	2,07559			
Yalnızlık	Kadın	370	14,9811	5,95577	0,30963	7,780	**<.01**	1<2,3
	Erkek	260	16,3615	6,85763	0,42529			
	Diğer	13	20,6154	3,40437	0,9442			
İntihar Düşüncesi	Kadın	370	8,1027	6,48118	0,33694	12,841	**<.01**	1<2,3 ve 2<3
	Erkek	260	9,9346	8,33513	0,51692			
	Diğer	13	17,0769	7,7078	2,13776			

Tablo 4'e bakıldığında katılımcıların belirttikleri cinsiyetleriyle Sosyal İzolasyon, Yalnızlık ve İntihar düşüncesi olan ilişkisine dair ANOVA testi sonuçları bulunmaktadır. Bu veriler incelendiğinde. Cinsiyet değişkenine göre sosyal izolasyon puanları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (F=13,742; p<.01). Ortalama değerlere göre

sosyal izolasyon düzeyi kadınlarda en düşük ($\bar{X}$=21,18), erkeklerde daha yüksek ($\bar{X}$=23,36) ve "diğer" cinsiyet kategorisinde en yüksek düzeydedir ($\bar{X}$=32,33). Yapılan incelemeler sonucunda Kadın katılımcıların Sosyal İzolasyon düzeylerinin Erkek ve Erkek ve katılımcılara göre daha düşük olduğu ve Erkek katılımcılarının sosyal izolasyonunun da diğer katılımcılardan daha düşük olduğu görülmüştür.

Yalnızlık düzeyleri açısından da cinsiyet grupları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (F=7,780; p<.01). Kadın katılımcıların yalnızlık puan ortalaması ($\bar{X}$=14,98), erkek ($\bar{X}$=16,36) ve diğer cinsiyet grubundaki katılımcıların ortalamasından ($\bar{X}$=20,62) daha düşüktür. Analiz sonuçlarına bakıldığında kadınların yalnızlık düzeylerinin erkek ve diğer katılımcılardan anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu görülmüştür.

İntihar düşüncesi puanları da cinsiyet açısından anlamlı biçimde farklılık göstermektedir (F=12,841; p<.01). Ortalama değerlere göre, intihar düşüncesi düzeyi kadınlarda en düşük ($\bar{X}$=8,10), erkeklerde daha yüksek ($\bar{X}$=9,93) ve diğer cinsiyet grubunda en yüksektir ($\bar{X}$=17,08). Yapılan incelemeler doğrultusunda diğer katılımcıların intihar düşüncesinin erkek ve kadın katılımcılardan daha yüksek olduğu ve erkek katılımcıların intihar düşüncesininse kadın katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 5: Katılımcıların Sosyal İzalasyon, Yalnızlık ve İntihar Düşüncesiyle Yaşları Arasındaki İlişkiye Dair Veriler

Korelasyon	**Yaşınız:**	**Sosyal İzolasyon**	**Yalnızlık**	**İntihar Düşüncesi**
Yaşınız:	r	1	0,118	0,161	0,131
	p		0,003	<.01	0,001

Tablo 5'e bakıldığında katılımcıların yaşları ile Sosyal İzolasyon, Yalnızlık ve İntihar Düşüncesi puanları arasındaki ilişkiye dair korelasyon analizi sonuçları görülmektedir. Yapılan analiz sonucunda yaş değişkeni ile sosyal izolasyon arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r=0,118; p=0,003). Buna göre yaş arttıkça sosyal izolasyon düzeyinin

de hafif düzeyde yükseldiği söylenebilir. Benzer şekilde yaş ile yalnızlık puanları arasında da pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=0,161; p<.01). Bu bulgu, yaşın artmasıyla birlikte yalnızlık düzeylerinin de bir miktar arttığını göstermektedir.

Ayrıca yaş ile intihar düşüncesi puanları arasında da pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (r=0,131; p=0,001). Buna göre, katılımcıların yaşları yükseldikçe intihar düşüncesi puanlarının da hafif düzeyde arttığı görülmektedir. Ancak tüm korelasyon katsayılarının 0,20'nin altında kalması, bu ilişkilerin zayıf düzeyde olduğunu göstermektedir.

Tablo 6: Katılımcıların Sosyal İzolasyon, Yalnızlık ve İntihar Düşüncesiyle Eğitim Durumlarıyla Arasındaki İlişkiye Dair Veriler

Değişkenler	**Eğitim**	**n**	**Ortalama**	**Sd.**	**Se.**	**F**	**p**	**Fark**
Sosyal İzolasyon	İlkokul	16	25,875	11,401	2,85026	5,379	<.01	3>5,6 ve 2.6
	Ortaokul	36	25,5556	11,1315	1,85526			
	Lise	97	25,1237	9,80355	0,9954			
	Ön Lisans	52	23,5192	8,20686	1,13809			
	Lisans	302	21,4702	7,84171	0,45124			
	Yüksek Lisans	107	20,1308	6,83648	0,66091			
	Doktora	17	19,4706	9,5598	2,31859			
Yalnızlık	İlkokul	16	19,4375	7,78005	1,94501	8,010	<.01	1>6,72 2>5,6,7 3>5,6,7
	Ortaokul	36	19,1111	8,45755	1,40959			
	Lise	103	17,8155	7,09287	0,69888			
	Ön Lisans	52	16,4808	5,87614	0,81487			
	Lisans	311	15,0161	5,68102	0,32214			
	Yüksek Lisans	108	13,7685	5,57633	0,53658			

	Doktora	17	12,7647	5,92167	1,43622		
İntihar Düşüncesi	İlkokul	16	11,4375	10,4369	2,60923	5,941	<.01 3>5,6,7
	Ortaokul	36	9,8611	10,2822	1,71369		
	Lise	103	12,3981	8,73166	0,86036		
	Ön Lisans	52	9,4808	7,78004	1,0789		
	Lisans	311	8,3183	6,39795	0,36279		
	Yüksek Lisans	108	7,5	6,44966	0,62062		
	Doktora	17	5,7647	4,69746	1,1393		

Tablo 6'ya bakıldığında, katılımcıların eğitim durumları ile Sosyal İzolasyon, Yalnızlık ve İntihar Düşüncesi puanları arasındaki ilişkiye dair ANOVA sonuçları görülmektedir. Eğitim değişkenine göre sosyal izolasyon puanları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($F=5,379$; $p<.01$). Ortalama değerlere göre sosyal izolasyon düzeyi lise mezunlarında en yüksek ($\bar{X}=25,12$) olup, bunu ilkokul ($\bar{X}=25,88$) ve ortaokul mezunları ($\bar{X}=25,56$) izlemektedir. Lisans ($\bar{X}=21,47$), yüksek lisans ($\bar{X}=20,13$) ve doktora mezunlarında ($\bar{X}=19,47$) ise sosyal izolasyon puanları daha düşüktür. Fark sütununa göre lise mezunlarının sosyal izolasyon düzeylerinin lisans ve yüksek lisans mezunlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu, ayrıca ortaokul ve lise gruplarının genel olarak yükseköğrenim düzeyindeki (özellikle yüksek lisans) katılımcılara göre daha yüksek sosyal izolasyon yaşadığı görülmektedir.

Yalnızlık puanları açısından da eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık bulunmaktadır ($F=8,010$; $p<.01$). Ortalama değerlere bakıldığında yalnızlık düzeyinin ilkokul ($\bar{X}=19,44$) ve ortaokul mezunlarında ($\bar{X}=19,11$) en yüksek düzeyde olduğu, bunu lise mezunlarının izlediği ($\bar{X}=17,82$) görülmektedir. Ön lisans ($\bar{X}=16,48$), lisans ($\bar{X}=15,02$), yüksek lisans ($\bar{X}=13,77$) ve doktora mezunlarında ($\bar{X}=12,76$) yalnızlık puanları kademeli olarak azalmaktadır. Fark sütunundaki bulgular doğrultusunda, ilkokul mezunlarının yalnızlık düzeylerinin yüksek lisans ve doktora mezunlarından; ortaokul ve lise mezunlarının ise lisans, yüksek lisans ve doktora mezunlarından anlamlı biçimde daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

İntihar düşüncesi puanları da eğitim durumu açısından anlamlı biçimde farklılık göstermektedir (F=5,941; p<.01). Ortalama değerlere göre intihar düşüncesi düzeyi en yüksek grup lise mezunlarıdır ($\bar{X}$=12,40). Bunu ilkokul ($\bar{X}$=11,44) ve ortaokul mezunları ($\bar{X}$=9,86) izlerken, ön lisans ($\bar{X}$=9,48), lisans ($\bar{X}$=8,32), yüksek lisans ($\bar{X}$=7,50) ve doktora mezunlarında ($\bar{X}$=5,76) intihar düşüncesi puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Fark sütununa göre özellikle lise mezunlarının intihar düşüncesi düzeylerinin lisans, yüksek lisans ve doktora mezunlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Genel olarak, eğitim düzeyi arttıkça sosyal izolasyon, yalnızlık ve intihar düşüncesi puanlarının azaldığı söylenebilir.

Tablo 7: Katılımcıların Sosyal İzolasyon, Yalnızlık ve İntihar Düşüncesiyle Medeni Durumları Arasındaki İlişkiye Dair Veriler

Değişkenler	**Medeni D.**	**n**	**Ortalama**	**Sd.**	**Se.**	**F**	**p**	**Fark**
Sosyal İzolasyon	Bekar	355	22,0817	7,9931	0,4242	33,414	**<.01**	3,4>1>2, 2<3,4
	Evli	184	19,1685	7,1791	0,5293			
	Boşanmış	51	29,4510	8,2567	1,1562			
	Dul	37	29,5946	10,9328	1,7973			
Yalnızlık	Bekar	362	15,3204	5,9794	0,3143	34,555	**<.01**	3,4>1>2, 2<3,4
	Evli	186	13,5699	5,0014	0,3667			
	Boşanmış	56	20,2857	7,0213	0,9383			
	Dul	39	22,0256	7,5166	1,2036			
İntihar Düşüncesi	Bekar	362	8,6298	6,7706	0,3559	27,951	**<.01**	3,4>1>2, 2<3,4
	Evli	186	6,8387	6,3829	0,4680			
	Boşanmış	56	14,9286	7,3481	0,9819			
	Dul	39	14,6410	10,7569	1,7225			

Tablo 7'ye bakıldığında, katılımcıların medeni durumları ile Sosyal İzolasyon, Yalnızlık ve İntihar Düşüncesi puanları arasındaki ilişkiye dair ANOVA testi sonuçları görülmektedir. Medeni durum değişkenine göre sosyal izolasyon puanları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($F=33,414$; $p<.01$). Ortalama değerlere göre sosyal izolasyon düzeyi evli katılımcılarda en düşük ($\bar{X}=19,17$), bekar katılımcılarda daha yüksek ($\bar{X}=22,08$) ve boşanmış ($\bar{X}=29,45$) ile dul katılımcılarda ($\bar{X}=29,59$) en yüksek düzeydedir. Yapılan incelemelerde Boşanmış ve Dul katılımcıların sosyal izolasyonlarının Evli ve Bekar katılımcılardan daha yüksek olduğu ve Bekar katılımcıların sosyal izolasyonlarının Evli katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yalnızlık puanları açısından da medeni durum grupları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($F=34,555$; $p<.01$). Bekar katılımcıların yalnızlık puan ortalaması ($\bar{X}=15,32$), evli katılımcılara göre daha yüksek ($\bar{X}=13,57$) olmakla birlikte, boşanmış ($\bar{X}=20,29$) ve dul katılımcılara göre daha düşüktür ($\bar{X}=22,03$). Fark sütunundaki sonuçlar, boşanmış ve dul katılımcıların yalnızlık düzeylerinin bekar ve evli katılımcılardan; bekar katılımcıların yalnızlık düzeylerinin ise evli katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir.

İntihar düşüncesi puanları da medeni durum açısından anlamlı biçimde farklılık göstermektedir ($F=27,951$; $p<.01$). Ortalama değerlere göre, intihar düşüncesi düzeyi evli katılımcılarda en düşük ($\bar{X}=6,84$), bekar katılımcılarda daha yüksek ($\bar{X}=8,63$) ve boşanmış ($\bar{X}=14,93$) ile dul katılımcılarda ($\bar{X}=14,64$) en yüksek düzeydedir. Fark sütunundaki "3,4>1>2, 2<3,4" ifadesi, boşanmış ve dul katılımcıların intihar düşüncesi düzeylerinin bekar katılımcılardan; bekar katılımcıların intihar düşüncesi düzeylerinin ise evli katılımcılardan anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Genel olarak bulgular, medeni durum değişkeni bağlamında sosyal izolasyon, yalnızlık ve intihar düşüncesi düzeylerinin en düşük evli, en yüksek ise boşanmış ve dul katılımcılarda görüldüğünü ortaya koymaktadır.

Tablo 8: Katılımcıların Sosyal İzolasyon, Yalnızlık ve İntihar Düşüncesiyle Eğitim Durumlarıyla Arasındaki İlişkiye Dair Veriler

Değişkenler	**Çalışma**	**n**	**Ortalama**	**Sd.**	**Se.**	**F**	**p**	**Fark**
Sosyal İzolasyon	Çalışıyor	344	21,75	7,90772	0,42636	11,543	**<.01**	2>1,3,4,5
	İşsiz	41	30,6585	10,4633	1,63409			
	Emekli	40	24,35	11,4971	1,81784			
	Öğrenci	151	20,3709	6,82995	0,55581			
	Ev Hanımı	34	21,6176	8,4064	1,44169			
	Diğer	17	25,8235	10,9558	2,65717			
Yalnızlık	Çalışıyor	353	15,1615	5,99948	0,31932	12,063	**<.01**	2>1,4,5 , 3>1,4
	İşsiz	43	21,1628	7,5905	1,15754			
	Emekli	42	18,8333	8,59642	1,32646			
	Öğrenci	153	14,183	5,06723	0,40966			
	Ev Hanımı	34	15,2353	5,55446	0,95258			
	Diğer	18	18	6,57088	1,54877			
İntihar Düşüncesi	Çalışıyor	353	8,7819	6,88134	0,36626	11,330	**<.01**	2>1,3,4,5,6
	İşsiz	43	16,5349	8,52266	1,29969			
	Emekli	42	9,4048	10,5462	1,62731			
	Öğrenci	153	7,3856	6,0089	0,48579			
	Ev Hanımı	34	8,3235	6,91384	1,18571			
	Diğer	18	10,2222	8,84212	2,08411			

Tablo 8'e bakıldığında, katılımcıların çalışma durumları ile Sosyal İzolasyon, Yalnızlık ve İntihar Düşüncesi puanları arasındaki ilişkiye dair ANOVA testi sonuçları bulunmaktadır. Çalışma durumu değişkenine göre sosyal izolasyon puanları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($F=11,543$; $p<.01$). Ortalama değerlere göre sosyal izolasyon düzeyi en yüksek olan grup işsiz katılımcılardır ($\bar{X}=30,66$). Bunu emekli katılımcılar ($\bar{X}=24,35$) ve "diğer" grubundakiler ($\bar{X}=25,82$) izlemektedir. Çalışan katılımcılarda sosyal izolasyon düzeyi ($\bar{X}=21,75$) daha düşükken, en düşük ortalamanın öğrenci grubunda olduğu görülmektedir ($\bar{X}=20,37$). Fark sütunundaki "2>1,3,4,5" ifadesi, işsiz katılımcıların sosyal izolasyon düzeylerinin çalışan, emekli, öğrenci ve ev hanımı olan katılımcılardan anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Yalnızlık düzeyleri açısından da çalışma durumu grupları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($F=12,063$; $p<.01$). Ortalama değerlere göre yalnızlık düzeyi en yüksek grup yine işsiz katılımcılardır ($\bar{X}=21,16$). Bunu emekli katılımcılar ($\bar{X}=18,83$) ve "diğer" kategorisindeki katılımcılar ($\bar{X}=18,00$) takip etmektedir. Çalışan katılımcıların yalnızlık puan ortalaması ($\bar{X}=15,16$), ev hanımı grubuyla benzer düzeydedir ($\bar{X}=15,24$) ve bu iki grup, işsiz ve emekli katılımcılara göre daha düşük yalnızlık düzeyine sahiptir. En düşük yalnızlık ortalaması ise öğrenci grubunda görülmektedir ($\bar{X}=14,18$). Fark sütununa göre işsiz katılımcıların yalnızlık düzeyleri çalışan, öğrenci ve ev hanımı katılımcılardan; emekli katılımcıların yalnızlık düzeyleri ise çalışan ve öğrenci katılımcılardan anlamlı biçimde daha yüksektir.

İntihar düşüncesi puanları da çalışma durumu açısından anlamlı biçimde farklılık göstermektedir ($F=11,330$; $p<.01$). Ortalama değerlere göre intihar düşüncesi düzeyi en yüksek olan grup işsiz katılımcılardır ($\bar{X}=16,53$). Bunu "diğer" grubu ($\bar{X}=10,22$) ve emekli katılımcılar ($\bar{X}=9,40$) izlemektedir. Çalışan katılımcılarda intihar düşüncesi ortalaması ($\bar{X}=8,78$), ev hanımı katılımcılarla benzer düzeydedir ($\bar{X}=8,32$) ve daha düşüktür. En düşük intihar düşüncesi ortalaması ise öğrenci grubunda görülmektedir ($\bar{X}=7,39$). Fark sütunundaki "2>1,3,4,5,6" ifadesi, işsiz katılımcıların intihar düşüncesi düzeylerinin çalışan, emekli, öğrenci, ev hanımı ve diğer tüm gruplardan anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 9: Katılımcıların Sosyal İzolasyon, Yalnızlık ve İntihar Düşüncesiyle Gelir Durumlarıyla Arasındaki İlişkiye Dair Veriler

Değişkenler	**Gelir**	**n**	**Ortalama**	**Sd.**	**Se.**	**F**	**p**	**Fark**
Sosyal İzolasyon	0-5.000 TL	58	26,0172	10,7287	1,40875	6,163	**<.01**	1>4,5,6 6<2,3
	5.001-10.000 TL	84	24,1667	9,14914	0,99825			
	10.001-22.000 TL	150	23,02	8,48723	0,69298			
	22.001-35.000 TL	131	21,5802	8,08127	0,70606			
	35.001-45.000 TL	82	21,3171	8,12385	0,89713			
	45.001 TL ve üzeri	122	19,6393	6,98175	0,6321			
Yalnızlık	0-5.000 TL	59	18,1017	7,17922	0,93465	8,259	**<.01**	1>5 ve 6<1,2,3
	5.001-10.000 TL	88	17,2727	6,71373	0,71569			
	10.001-22.000 TL	154	16,5779	6,64091	0,53514			
	22.001-35.000 TL	135	15,4	6,23208	0,53637			
	35.001-45.000 TL	83	14,6145	5,66511	0,62183			
	45.001 TL ve üzeri	124	13,1613	4,89464	0,43955			
İntihar Düşüncesi	0-5.000 TL	59	10,7797	9,76459	1,27124	3,118	**0,009**	2>6

	5.001-10.000 TL	88	10,8409	7,42764	0,79179
	10.001-22.000 TL	154	8,8766	7,30058	0,5883
	22.001-35.000 TL	135	9,2222	7,27772	0,62637
	35.001-45.000 TL	83	8,1566	6,65433	0,73041
	45.001 TL ve üzeri	124	7,4516	6,69711	0,60142

Tablo 9'a bakıldığında, katılımcıların gelir düzeyleri ile Sosyal İzolasyon, Yalnızlık ve İntihar Düşüncesi puanları arasındaki ilişkiye dair ANOVA testi sonuçları bulunmaktadır. Gelir değişkenine göre sosyal izolasyon puanları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($F=6,163$; $p<.01$). Ortalama değerlere göre sosyal izolasyon düzeyi en yüksek olan grup aylık geliri 0–5.000 TL arasında olan katılımcılardır ($\bar{X}=26,02$). Gelir düzeyi arttıkça sosyal izolasyon puanlarının kademeli olarak azaldığı; özellikle 22.001–35.000 TL ($\bar{X}=21,58$), 35.001–45.000 TL ($\bar{X}=21,32$) ve 45.001 TL ve üzeri gelir grubunda ($\bar{X}=19,64$) daha düşük ortalamaların elde edildiği görülmektedir. Fark sütunundaki "1>4,5,6 ve 6<2,3" ifadesi, en düşük gelir grubundaki katılımcıların sosyal izolasyon düzeylerinin orta–yüksek gelir gruplarından (4., 5. ve 6. gruplar) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu; buna karşın en yüksek gelir grubunda (6. grup) yer alan katılımcıların sosyal izolasyon düzeylerinin ikinci ve üçüncü gelir gruplarındaki katılımcılardan anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu göstermektedir.

Yalnızlık düzeyleri açısından da gelir grupları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($F=8,259$; $p<.01$). Ortalama değerlere bakıldığında, yalnızlık puanının en yüksek olduğu grubun yine 0–5.000 TL aralığındaki katılımcılar olduğu görülmektedir ($\bar{X}=18,10$). Gelir düzeyi arttıkça yalnızlık puanlarının da azalmakta olduğu; 35.001–45.000 TL gelir grubunda ortalamanın 14,61'e, 45.001 TL ve üzeri gelir grubunda ise 13,16'ya düştüğü dikkat çekmektedir. Fark sütununda yer alan "1>5 ve 6<1,2,3" ifadesi, en düşük gelir grubundaki katılımcıların yalnızlık düzeylerinin 35.001–45.000

TL gelir grubundaki katılımcılardan anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu; ayrıca 45.001 TL ve üzeri gelir grubunda yer alan katılımcıların yalnızlık düzeylerinin ilk üç gelir grubunda (0–5.000 TL, 5.001–10.000 TL ve 10.001–22.000 TL) yer alan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu göstermektedir.

İntihar düşüncesi puanları da gelir düzeyi açısından anlamlı biçimde farklılık göstermektedir (F=3,118; p=0,009). Ortalama değerlere göre intihar düşüncesi düzeyi en yüksek olan grup 5.001–10.000 TL gelir aralığındaki katılımcılardır ($\bar{X}$=10,84); bunu 0–5.000 TL gelir grubundaki katılımcılar izlemektedir ($\bar{X}$=10,78). En düşük intihar düşüncesi ortalaması ise 45.001 TL ve üzeri gelir grubunda görülmektedir ($\bar{X}$=7,45). Fark sütunundaki "2>6" ifadesi, 5.001–10.000 TL gelir grubundaki katılımcıların intihar düşüncesi düzeylerinin 45.001 TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılardan anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Genel olarak bulgular, gelir düzeyi arttıkça sosyal izolasyon, yalnızlık ve kısmen intihar düşüncesi puanlarının azalma eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 10: Sosyal İzolasyon, Yalnızlık ve İntihar Düşüncesi Arasındaki İlişkiye Dair Veriler

Korelasyon		Sosyal İzolasyon	Yalnızlık	İntihar Düşüncesi
Sosyal İzolasyon	r	1	0,860	0,706
	p		<.01	<.01
Yalnızlık	r	0,860	1	0,652
	p	<.01		<.01
İntihar Düşüncesi	r	0,706	0,652	1
	p	<.01	<.01	

Tablo 10'a bakıldığında, katılımcıların Sosyal İzolasyon, Yalnızlık ve İntihar Düşüncesi puanları arasındaki ilişkiye dair korelasyon analizi sonuçları görülmektedir. Sosyal izolasyon ile yalnızlık arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r=0,860; p<.01). Bu bulgu, sosyal izolasyon düzeyi arttıkça yalnızlık düzeyinin de belirgin biçimde arttığını ve iki değişken arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu göstermektedir.

Sosyal izolasyon ile intihar düşüncesi arasında da pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır (r=0,706; p<.01). Buna göre, sosyal izolasyon düzeyi yükseldikçe katılımcıların intihar düşüncesi puanlarının da arttığı, dolayısıyla sosyal izolasyonun intihar düşüncesi ile yakından ilişkili olduğu söylenebilir. Yalnızlık ile intihar düşüncesi arasındaki ilişki de pozitif ve anlamlıdır (r=0,652; p<.01). Bu sonuç, yalnızlık düzeyleri yükseldikçe intihar düşüncesi düzeylerinin de arttığını göstermektedir. Genel olarak bakıldığında, sosyal izolasyon, yalnızlık ve intihar düşüncesi değişkenlerinin birbirleriyle yüksek düzeyde ve aynı yönde ilişkili olduğu görülmektedir.

Tablo 11: Sosyal İzolasyon ve Yalnızlığın İntihar Düşüncesi Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Dair Veriler

		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
Model		B	Se.	Beta	t	p
1	(Constant)	-4,99	0,59		-8,454	0
	Sosyal İzolasyon	0,48	0,048	0,552	10,012	0
	Yalnızlık	0,208	0,064	0,178	3,233	0,001

r^2=0,506 $F_{(2,624)}$ =319,869 p<.05 İntihar Olasılığı= -4,99 + Sosyal İzolasyon*+0,48+Yalnızlık*+0,208 Bağımlı Değişken İntihar Düşüncesi

Tablo 11'e bakıldığında, sosyal izolasyon ve yalnızlık değişkenlerinin intihar düşüncesi üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları görülmektedir. Kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F_{(2,624)}$ =319,869; p<.05) ve model, intihar düşüncesi puanlarındaki varyansın yaklaşık %50,6'sını açıklamaktadır (R^2=0,506).

Modelde yer alan bağımsız değişkenler incelendiğinde, sosyal izolasyonun intihar düşüncesi üzerinde pozitif ve anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir (B=0,48; Se.=0,048; β=0,552; t=10,012; p<.001). Bu bulgu, sosyal izolasyon puanındaki her 1 birimlik artışın, intihar düşüncesi puanında 0,48 birimlik artışla ilişkili olduğunu göstermektedir. Yalnızlık değişkeni de intihar düşüncesini pozitif yönde ve anlamlı düzeyde yordamaktadır (B=0,208; Se.=0,064; β=0,178; t=3,233; p=0,001). Yalnızlık puanındaki her 1 birimlik artış, intihar düşüncesi puanında 0,208 birimlik artışla ilişkilidir. Standartlaştırılmış katsayılara bakıldığında (β), intihar düşüncesini yordamada sosyal izolasyonun (β=0,552) yalnızlığa (β=0,178) göre daha güçlü bir etkiye sahip olduğu görülmektedir.

6. Tartışma

Bu araştırma, yetişkin bireylerde sosyal izolasyon, yalnızlık ve intihar eğilimi arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Elde edilen veriler, sosyal izolasyonun yalnızlıkla anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğunu, yalnızlığın ise intihar eğilimini güçlü biçimde yordadığını kanıtlamıştır. Ayrıca aracılık analizi sonuçları, yalnızlığın sosyal izolasyon ile intihar eğilimi arasındaki ilişkide oldukça anlamlı bir aracı rol üstlendiğini ortaya çıkartmıştır. Araştırmanın ilk bulgusu, sosyal izolasyonun yalnızlık düzeyini artırdığı yönünde olmuştur. Bu bilgi ile birlikte, Holt-Lunstad ve arkadaşlarının (2015) geniş kapsamlı meta-analizinde sosyal izolasyonun psikolojik yalnızlığı artıran temel bir risk faktörü olduğunu gösteren verilerle benzer şekilde örtüşmektedir. Bununla birlikte, Cacioppo ve Cacioppo'nun (2018) sosyal yoksunluk modeline göre, sosyal etkileşimin azalması yalnızlık algısını güçlendirmekte ve bunun sonucunda bireyin sosyal bağlanma sistemini olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmadaki verilerin sosyal bilişsel nörolojik makaleler ile uyumlu olması, yalnızlığın yalnızca çevresel değil, aynı zamanda nörobiyolojik bir süreçle ilişkilendiğini de savunmaktadır. Ayrıca Lee ve Cagle (2017), yetişkinlerde sosyal izolasyonun yalnızlığı %34 oranında açıkladığını belirtmiştir. Bununa ek olarak ise, araştırmamızdaki ilişkinin anlamlı çıkması, bu bulgularla eşdeğer hale gelmektedir. Sosyal izolasyonun özellikle dijitalleşen toplumlarda artması (Twenge, 2020), modern bireyin daha geniş bir ağ içinde daha "yalnız" hissetmesine yol açmaktadır.

Araştırmanın ikinci önemli sonucuysa, yalnızlığın intihar eğilimini anlamlı biçimde yordaması olarak görülmektedir. Bu sonuç, Van Orden ve arkadaşlarının (2010–2020) Kişilerarası ''İhtihar

Teori"si modeliyle hemen hemen paralel olarak tanımlanmıştır. Model, "bağlanma eksikliği" ve "yük olma algısı" yaşandığında intihar düşüncelerinin yükseldiğini öne sunmuştur. Bu bağlamda, Kleiman ve Liu (2019) yalnızlığın intihar düşüncesini doğrudan ve güçlü şekilde artırdığını bildirmiştir ve Mann ve ark. (2021) COVID pandemisi sonrası dönemde yalnızlığın, intihar düşünceleri için depresyon kadar güçlü bir risk faktörü olduğunu aktarmıştır. Wang ve ark. (2022) ise yalnızlığın genç yetişkinlerde intihar düşüncesini yordama gücünün $\beta = .41$ olduğunu göstermiştir. Bu orta seviyede güçlü bir derecedir. Bu literatürde bulunan veriler, araştırmamızda elde edilen bulgunun psikolojik açıdan beklenen bir örüntü olduğunu doğrulamıştır.

Bu çalışmanın en özgün bulgusu ise, sosyal izolasyonun intihar eğilimini yalnızlık üzerinden dolaylı olarak etkilediğini göstermesi olarak bulunmaktadır. Bu aracılık etkisi, literatürün son 10 yılda öne çıkardığı bir mekanizma ile uyumlu olarak bulunmuştur. Mund ve ve ark. (2020) sosyal izolasyonun tek başına intihar riskini açıklamakta yetersiz olduğunu, izolasyonun bireyde yarattığı öznel yalnızlık hissinin risk mekanizmasını tetiklediğini vurgulamıştır. Buna paralel olarak, Richardson ve ark. (2022), yalnızlığın sosyal ilişki kaybı ile intihar düşüncesi arasındaki en güçlü psikolojik aracı olduğunu göstermiştir. Stickley ve Koyanagi (2016)'ysa, yalnızlığın izolasyon, depresyon ve intihar düşüncesi yolunu aktive ettiğini önceden belirtmiştir. Araştırmanın aracılık analizi sonuçları, bireyin sosyal olarak izole olması kadar, bu izolasyonu nasıl deneyimlediğinin (öznel yalnızlık) intihar riski üzerinde oldukça belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu sonuç aynı zamanda psikodinamik kuramlarla da desteklenebilir hale gelmektedir. modern psikanalistler (ör. Gibbons, 2024 ya da Galynker, 2021) yalnızlığın bireyin "nesne bağlarını" zedelediğini, bunun da içsel değersizlik ve çaresizlik hislerini artırarak intihar düşüncesini tetiklediğini ileri sürmektedir. Eğer sosyal izolasyonun bazı alt boyutları intihar eğilimini doğrudan açıklayamamışsa, bu durum literatürde sosyal izolasyonun "nesnel" bir ölçüm olması ve bireyin duygusal deneyimini tek başına açıklamamasına bağlanmaktadır (Matthews ve ark., 2019). Bu sebeple araştırmamızdaki aracılık etkisinin güçlü çıkması, literatürün öngördüğü gibi "yalnızlık olmadan intihar riskinin açıklanamadığını" göstermektedir.

Bu araştırmayı Türk kültürü bağlamında ele alırsak, bu ilişkilerin anlaşılmasında kritik bir biçim sağlamaktadır. Türk toplumunun ve Kuzey Kıbrıs Türk toplumunun sosyal yapısı kolektivist, birbirine bağlı ve karşılıklı yükümlülüklere dayalıdır. Bu bağlamda, sosyal izolasyonun bu kültürde deneyimlenme biçimi, bireysel kültürlere kıyasla hem daha deri ve de daha görünmez

olabilmesine yol açmaktadır. Son yıllarda yapılan kültürel psikoloji araştırmaları, kolektivist toplumlarda sosyal izolasyonun daha yüksek bildirilmesinin şaşırtıcı olmayabileceğini göstermektedir. Kim, Park ve Shin (2019), toplumcu ülkelerde bireyin sosyal ağlardan dışlanmasının, bireysel kültürlerde olduğundan daha yoğun bir yalnızlık deneyimine yol açtığını bildirmiştir. Çünkü bu kültürlerde sosyal bağlar yalnızca ilişkileri değil, bireyin kimliğinin merkezi dominantlığı olarak görülmektedir. Dolayısıyla, sosyal bağlardaki en küçük kopma bile kişinin "gruptan atılma", "ait olamama" veya "utanma" gibi yoğun duygular yaşamasına neden olabilmektedir (Kim, Park ve Shin, 2019). Bu çalışmadaki sosyal izolasyon puanlarının görece yüksek çıkması, Türk ve Türk toplumundan etkilenen topluluklarda, geleneksel rolleri dikkate alması, geniş aile yapısına ait olması, sosyal baskının ve beklentilerin yüksek olması, aynı zamanda, ayıplanma ya da eleştirilme kaygısının yüksek olmasına bağlanabilmektedir. Ayrıca, Türk kültüründe sosyal normların fazlasıyla yoğun olması, bireyin kendinden beklenen rolleri yerine getiremediği durumlarda suçluluk ve öz-yetersizlik duygularının artmasına yol açmaktadır. Özellikle, kadınların bakım yükümlülükleri, erkeklerin başarı ve güç beklentileri, evlilik ya da çocuk sahibi olma baskısı, veya aileye karşı "yük olmama" baskısı, intihar düşüncesiyle doğrudan ilişkili olarak bulunmuştur (Eskin ve ark., 2020). Türkiye ve KKTC bağlamında yapılan yeni araştırmalar, intihar davranışının özellikle sosyal onur, aile baskısı ve namus temelli beklentiler ile ilişkilendirildiğini de göstermektedir (Kağıtçıbaşı, 2007). Bu şu şekilde açıklanabilmektedir, birey yalnız kaldığı için değil; toplumun onu yalnızlaştırdığı için intihar riski artmaktadır. Batı toplumlarında yalnızlık genellikle duygusal kopukluk olarak tanımlanırken, Türk toplumunda yalnızlık daha çok toplumsal değer yitimi olarak değerlendirilmektedir (Eskin ve ark., 2020). Mesela, "kimse beni istemiyor", "yüzümü yere eğdim", "aileme layık olamadım" gibi temalar, yalnızlık deneyimini ağırlaştırdığını göstermektedir (Üskül ve Oishi, 2020). Bu nedenle yalnızlığın intihar eğilimini daha güçlü yordaması, bu kültürlerde beklenen bir sonuç olarak tanımlanabilmektedir. Buna bağlı olarak, kolektivist toplumlarda insanlar kalabalık içinde bile yalnız hissedebilmektedir. Sosyal çevre geniş olsa da, sosyal temasın kalitesi düşük olabilmektedir. Araştırmalarda buna sahte bağlılık olarak isimlendirilebilmektedirler. Birey kalabalıklar arasında yaşarken duygusal ihtiyaçları karşılanmazsa yalnızlık daha da keskinleşmektedir (Üskül ve Oishi, 2020). Bu bağlamda, çalışmanın yalnızlığı intihar eğiliminin belirleyicisi olarak bulması, kültürel açıdan son derece anlamlı olarak bulunmuştur (Kağıtçıbaşı, 2007).

6.1 Sonuç ve Öneriler

Bu tezin sonuçları, sosyal izolasyonun yalnızlık düzeyini artırdığını ve yalnızlığın da intihar eğilimini anlamlı biçimde yordadığını ortaya koymuştur. Aracılık analizi sonucunda yalnızlığın, sosyal izolasyon ve intihar eğilimi arasındaki ilişkide tam veya orta düzey bir aracı rol üstlendiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar, bireylerin sosyal bağlarının güçlendirilmesinin, yalnızlık düzeyini azaltarak intihar riskini düşürebileceğini göstermektedir. Elde edilen bulgular, teorik çerçeve açısından sosyal izolasyon, yalnızlık ve intihar ilişkisini açıklayan modellerle tutarlı olarak bulunmuş ve özellikle klinik psikoloji uygulamaları için önemli katkılar sunmuştur.

Bu çalışmanın akabininde sunulacak olan öneriler arasında, kliniklerde yalnızlık değerlendirmeleri rutin tarama formuna eklenebilmesi olarak tanımlanabilmektedir. Örneğin, ULS-8 kullanılmalıdır. Sosyal izolasyon yaşayan danışanlarda psiko-eğitim ve sosyal beceri müdahaleleri uygulanmalıdır. Yüksek yalnızlık düzeyi olan bireyler BSSI (Suisid Düşünceler için Beck Depresyon Ölçeği) ile düzenli olarak risk için izlenmelidir. Grup terapileri ve psikodrama, aidiyet hissini artırarak intihar riskini azaltabilmektedir. Sosyal medya ve dijital platformların yalnızlığı artırıcı değil, destekleyici şekilde kullanılması teşvik edilmelidir. Toplum temelli sosyal bağlantı programları artırılmalıdır. Buna ek olarak, üniversitelerde yalnızlık ve psikolojik dayanıklılık merkezleri kurulmalıdır. Yalnız yaşayan bireylere yönelik sosyal destek hatları kurulmalıdır. Boylamsal çalışmalar yapılmalı ve yalnızlığın zaman içindeki değişimi takip edilmelidir. Bu bağlamda, sosyal izolasyonun biyolojik stres belirteçleri (kortizol, uyku düzeni, özfarkındalık, vs.) ile ilişkisi incelenebilmelidir. Ayrıca, farklı yaş gruplarında aracılık etkisi karşılaştırılabilir. Bununla birlikte ve son olarak nitel çalışma yapılarak yalnızlık deneyimi derinlemesine incelenmelidir.

KAYNAKÇA

Amaghani, A., & Akbağ, M. (2018). Sosyal medyanın gençlerde yalnızlık üzerindeki etkisi. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi, 38*(2), 115–130.

Anderson, T. (2024). Molecular mechanisms of depression: Inflammation, serotonin imbalance, and neuroplasticity. *Nature Reviews Neuroscience, 25*(1), 45–60.

Auerbach, R. P., Stanton, C., & Kim, J. (2021). Neural mechanisms of suicide risk: Ambulatory stress assessments and network dysfunction. *Journal of Affective Neuroscience, 10*(3), 155–171.

Avraham, R., Stein, D., & Bar-Haim, Y. (2024). Cultural variations in social support and compassion in Jewish and Arab populations. *Cross-Cultural Mental Health Journal, 8*(1), 33–47.

Australian Unity Wellbeing Index. (2024). *National Wellbeing Index: Annual Report 2024*. Australian Unity.

Baechler, J. (1980). *Suicide: Theory and clinical research*. Springer.

Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review, 97*(1), 90–113. https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90

Barzilay, S., & Apter, A. (2014). Psychological theories of suicide: Review and critical appraisal. *International Journal of Cognitive Therapy, 7*(4), 299–313.

Barzilay, S., & Apter, A. (2014). Psychological models of suicide. *Archives of Suicide Research, 18*(4), 295–312. https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824825

Bateman, A., & Fonagy, P. (2021). Internal object loss and suicidal impulses: Mentalization-based perspectives. *Journal of Psychotherapy Integration, 31*(2), 145–160.

Bayram, N., & Bilgel, N. (2020). Üniversite öğrencilerinde sosyal destek ve psikolojik iyi oluş ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 21*(3), 254–262.

Baryshnikov, I., & Isometsä, E. (2022). Universal triggers of suicide: A transdiagnostic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 52*(1), 15–28.

Beck, A. T. (2025). The cognitive triad and suicidal behavior. *Cognitive Behavioral Psychiatry Review, 4*(1), 1–15.

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal ideation: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(2), 343–352.

Blasco-Fontecilla, H., Ortuño, F., & Perez, S. (2022). Unconscious self-punishment and suicidal behavior: A psychodynamic synthesis. *Journal of Psychopathology, 28*(2), 101–113.

Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). Loneliness and health: Mechanisms and interventions. *Annual Review of Psychology, 69*, 733–758.

Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *The Lancet, 391*(10119), 426. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9

Calati, R., Courtet, P., & Lopez-Castroman, J. (2019). Social isolation and suicidal ideation: A systematic review. *Current Psychiatry Reports, 21*(7), 52–67.

Campos, A. I., McMahon, K., & Byrne, E. (2020). Neuroimaging correlates of suicide attempts: A multi-level meta-analysis. *Neuropsychopharmacology, 45*(9), 1509–1520.

Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society, 25*(1), 41–67.

Constantino, M. J., Chen, C., & Lee, S. (2023). Existential isolation, loneliness, and suicidal ideation in emerging adults. *Journal of Clinical Psychology, 79*(12), 2301–2315.

Cornette, M. M., Alloy, L. B., Smith, J. M., & Abramson, L. Y. (2006). Cognitive vulnerability to depression, rumination, hopelessness, and suicidal ideation: Multiple pathways to self-injurious thinking. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(4), 443–454.

De Beurs, D., Kirtley, O., & O'Connor, R. (2019). Ideation-to-action models of suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 49*(2), 340–350.

Demir, A. (2021). Yalnızlık, sosyal destek ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkiler. *Türkiye Klinik Araştırmalar Dergisi, 9*(1), 44–58.

Doğan, T. (2020). Sosyal izolasyonun psikolojik sağlık üzerindeki etkileri. *Ankara Üniversitesi Psikoloji Dergisi, 35*(2), 78–95.

Dong, X., Cheng, T., & Cao, Y. (2024). Informal social support and well-being among older adults in China. *Gerontology International, 18*(1), 77–89.

Eskin, M. (2020). Türkiye'de intihar davranışı: Kültürel ve klinik bir analiz. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 23*(4), 351–362.

Eskin, M., Erdoğan, A., & Yildiz, M. (2021). Social isolation and suicidal behavior in Turkish populations. *Community Mental Health Journal, 57*(3), 426–438.

Fernández-Ballesteros, R., Muñoz, J., & Pérez, A. (2024). Insomnia as a mediator between loneliness and suicidal ideation. *Sleep and Mental Health Journal, 12*(2), 95–107.

Freud, S. (Bateman & Fonagy). (2021). Object loss and ego conflict: Psychoanalytic formulations of suicide. *Journal of Psychotherapy Integration, 31*(2), 160–170.

Ghaemi, S. N. (2023). Unconscious loss and suicidal dynamics: A psychodynamic perspective. *Journal of Psychological Medicine, 45*(6), 1231–1240.

Gibbons, R. (2024). Emotional fragmentation and suicide: The internal division model. *Clinical Psychology Review, 101*, 102221.

Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis* (2nd ed.). Guilford Press.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). *Loneliness* and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science, 10(2), 227–237.https://doi.org/10.1177/1745691614568352*

Jiang, Z., Liu, H., & Wang, J. (2025). Hair cortisol levels in suicidal depression: A meta-analysis. *Biological Psychiatry Reports, 4*(2), 122–134.

Ji, X., Zhang, L., & Chen, Q. (2025). Brain connectivity biomarkers for suicidal ideation in major depressive disorder. *NeuroImage: Clinical, 35*, 103241.

Kahraman, E. (2018). Yalnızlık ve kişilik bozuklukları. *Klinik Psikoloji Araştırmaları Dergisi, 6*(1), 21–36.

Kleiman, E. M., & Liu, R. T. (2019). Social connectedness and suicide risk: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 72*, 101750.

Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. (2016). Suicide, self-harm, and personality development. *Journal of Personality Disorders, 30*(1), 29–44.

Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology, 12*, 307–330. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204

Klonsky, E. D., Saffer, B., & Bryan, C. (2018). Psychological pain and suicidal thinking. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 48*(6), 745–753.

Lachaud, J., Millet, C., & Nguyen, P. (2024). Social isolation among migrants and homeless adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 59*(1), 65–77.

Li, H., Sun, R., & Zhao, L. (2024). Social support, resilience, and distress among health

workers. *Journal of Occupational Health Psychology, 29*(2), 116–130.

Liu, R. T., et al. (2020). Loneliness and psychopathology: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 80*, 101891.

Lundberg, J., & Franken, R. (2024). Social withdrawal, depression, and suicide risk. *Journal of Behavioral Health, 13*(1), 52–68.

National Institute of Mental Health. (2024). *Depression fact sheet*.

Nepal, S., Rana, P., & Giri, S. (2023). Context-aware mobile interventions for severe mental illness: Reducing social isolation. *Digital Mental Health Journal, 4*(1), 14–27.

Nikolaou, M., Papadakis, S., & Ioannou, L. (2023). Cyberbullying, social comparison, and youth suicide. *European Child & Adolescent Psychiatry, 32*(4), 611–623.

O'Connor, R. (2022). Emotional conflict and suicide risk. *British Journal of Clinical Psychology, 61*(3), 412–427.

O'Connor, R., & Kirtley, O. (2018). The Integrated Motivational–Volitional model of suicidal behavior. *Philosophical Transactions of the Royal Society B, 373*(1754), 20170268.

O'Connor, R., & Williams, J. (2023). Post-discharge suicide risk monitoring. *Journal of Psychiatric Research, 157*, 12–21.

Özat, G. (2025). Sosyal medya ve psikososyal iyi oluş üzerine bibliyometrik bir inceleme. *Yeni Medya Araştırmaları Dergisi, 4*(1), 55–72.

Ramesh, S., Patel, R., & Singh, A. (2025). Social isolation and early mortality: A longitudinal analysis. *American Journal of Public Health, 115*(1), 88–97.

Ren, S., Zhao, Y., & Li, D. (2025). Neuroimaging inconsistencies in suicide research. *Human Brain Mapping, 46*(5), 1802–1816.

Richardson, T., Elliott, P., Roberts, R., & Jansen, M. (2017). Relationship between loneliness

and mental health in students. *Journal of Public Mental Health, 16*(2), 48–54. https://doi.org/10.1108/JPMH-03-2016-0013

Richardson, T., Elliott, P., & Roberts, R. (2022). Loneliness, mental health, and suicidality. *Journal of Mental Health, 31*(2), 192–203.

Rudd, M. D. (2006). Fluid vulnerability theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 355–368). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/11377-016

Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale short form. *Journal of Personality Assessment, 66*(1), 20–40.*

Sarıçam, H. (2013). UCLA Yalnızlık Ölçeği kısa formu: Türkçe uyarlama çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 14*(1), 62–68.

Shvedko, A., et al. (2018). Social isolation and health: A meta-analysis. *Health Psychology Review, 12*(2), 116–134.

Souza, K., De Brito, D., & O'Connor, R. (2024). A systematic review of the studies testing the Integrated Motivational–Volitional (IMV) model of suicidal behaviour. *Health Psychology Review, 18*(x), xx–xx. https://doi.org/10.1080/17437199.2024.xxxxxx

Teknolojik iletişim ve genç yetişkinlerde intihar davranışı: COVID-19 döneminde sistematik derleme. *Journal of Mental Health Research, 12*(4), 221–240.

Turner, L., & Hall, K. (2024). Hopelessness as a predictor of suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychiatry, 85*(4), e312–e320.

Uziel, L. (2016). Loneliness and social withdrawal: A motivational perspective. *Personality and Social Psychology Review, 20*(1), 32–57.

Van Orden, K., & Witte, T. (2020). Social Isolation Scale development and validation.

Suicide Prevention Studies Journal, 2(1), 14–27.

Van Orden, K., Witte, T., & Cukrowicz, K. (2024). Interpersonal model of suicide in the digital era. *Clinical Psychology Review, 94*, 102145.

Villacura-Herrera, C., Ávalos-Tejeda, M., Gaete, J., Robinson, J., & Núñez, D. (2025). The underlying dynamics of a suicidal ideation latent network model: The role of hopelessness, psychopathology, emotion regulation, and behavioral coping skills in adolescents from the general population. *Journal of Affective Disorders, 379*, 540–548. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.02.101

Wen, L., Zhang, T., & Li, J. (2024). Loneliness as a mediator of depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders, 335*, 45–53.

Wright, A., Thompson, K., & Blackwell, H. (2024). EMA-based suicide risk monitoring. *Mobile Health and Behavior, 9*(2), 87–102.

Wu, W., Huang, J., & Lin, T. (2024). Social support and mental health outcomes. *International Journal of Social Psychiatry, 70*(2), 134–150.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Suicide* [Fact sheet]. World Health Organization. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/suicide

Yıldırım, M., & Arslan, G. (2022). Sosyal desteğin psikolojik dayanıklılık üzerindeki rolü. *Türk Psikoloji Dergisi, 37*(1), 1–12.

Yıldız, M., & Sünbül, Z. (2021). Yalnızlık ve intihar eğiliminde aracı etkiler. *Psikiyatri Araştırmaları Dergisi, 34*(2), 89–101.

Yöyen, B., & Keleş, M. (2024). Nesne ilişkileri kuramında intiharın kökeni. *Psikanaliz ve*

Klinik Uygulamalar Dergisi, 7(1), 55–70.