

**Eenzaamheid als mediator tussen migratieachtergrond en mentale gezondheid bij
Nederlandse jongeren (16–25 jaar)**

Fatma Raafat

598617

Masterscriptie

Orthopedagogiek

Department of Social and Behavioural Sciences

Erasmus Universiteit Rotterdam

Scriptiebegeleider: Robin Achterhof

Tweede beoordelaar: Crystal Smit

Rotterdam, 1 maart 2026

Samenvatting

De mentale gezondheid van jongeren staat steeds meer onder druk. Verschillende studies suggereren dat jongeren met een migratieachtergrond mogelijk een verhoogd risico lopen op mentale gezondheidsproblemen, hoewel verschillen tussen jongeren met en zonder migratieachtergrond niet altijd consistent worden gevonden. Steeds meer onderzoek wijst erop dat sociale factoren, met name ervaren eenzaamheid, een centrale rol spelen in mentale kwetsbaarheid. Jongeren met een migratieachtergrond lijken daarbij vaker gevoelens van eenzaamheid te ervaren, wat mogelijk samenhangt met mentale gezondheid. Dit onderzoek onderzoekt daarom in hoeverre eenzaamheid de relatie tussen migratieachtergrond en mentale gezondheid verklaart bij Nederlandse jongeren van 16 tot 25 jaar. Op basis van gegevens uit het LISS-panel is in een steekproef van 386 jongeren (59.6% vrouw; 25.1% met een migratieachtergrond) onderzocht of jongeren met en zonder migratieachtergrond verschillen in mentale gezondheid en eenzaamheid. Met behulp van groepsvergelijkingen, regressieanalyses en een mediatiemodel is getoetst of eenzaamheid een verklarende rol speelt in deze relatie. De resultaten tonen aan dat jongeren met een migratieachtergrond gemiddeld meer eenzaamheid rapporteren dan jongeren zonder migratieachtergrond. Eenzaamheid hing bovendien samen met mentale gezondheid. Er werden echter geen verschillen gevonden in mentale gezondheid tussen jongeren met en zonder migratieachtergrond en ook werd geen mediërende rol van eenzaamheid vastgesteld. Deze bevindingen suggereren dat jongeren met een migratieachtergrond weliswaar eenzamer zijn, maar niet slechtere mentale gezondheid rapporteren, mogelijk doordat beschermende factoren negatieve effecten compenseren. Dit laat zien dat beleid zich zou moeten richten op het verminderen van eenzaamheid en het versterken van sociale verbondenheid onder jongeren.

Sleutelwoorden: mentale gezondheidsongelijkheid, eenzaamheid, migratieachtergrond, sociale inclusie, adolescentie

Abstract

The mental health of young people is increasingly under pressure. Studies suggest that youth with a migration background may face elevated risks of mental health problems, although findings remain inconsistent. Growing evidence highlights the role of social factors, particularly perceived loneliness, in psychological vulnerability. Youth with a migration background appear to experience higher levels of loneliness, which may be linked to mental

health outcomes. This study examined whether loneliness mediates the relationship between migration background and mental health among Dutch youth aged 16–25 years. Data were derived from the LISS panel, including 386 participants (59.6% female; 25.1% with a migration background). Group comparisons, regression analyses and a mediation model were conducted to assess differences in loneliness and mental health and to test the mediating role of loneliness. Results showed that youth with a migration background reported significantly higher levels of loneliness than those without a migration background. Loneliness was strongly associated with poorer mental health. However, no significant differences in mental health were found between the groups and the indirect effect of migration background on mental health through loneliness was not significant. These findings indicate that although youth with a migration background experience more loneliness, this does not translate into poorer mental health. Protective social or cultural factors may buffer potential negative effects. The results underline the importance of policies aimed at reducing loneliness and strengthening social connectedness among youth.

Keywords: mental health inequality, loneliness, migration background, social inclusion, adolescence

Inleiding

Mentale gezondheid van jongeren

De mentale gezondheid van jongeren staat internationaal en nationaal steeds vaker onder druk. Internationaal onderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie laat zien dat de prevalentie van depressieve en angststoornissen onder jongeren tussen 2000 en 2023 met meer dan 25 procent is toegenomen (World Health Organization, 2023). Ook in Nederland zijn signalen zorgwekkend, ondanks recente aanwijzingen voor enig herstel na de coronapandemie. Uit het zeventiende kwartaalonderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) blijkt dat het mentaal welbevinden van jongeren in september 2025 weliswaar iets is verbeterd ten opzichte van eerdere meetrondes, maar nog steeds onder het niveau van voor de pandemie ligt. De gemiddelde score op mentaal welbevinden bedroeg 70 op een schaal van 0 tot 100, wat wijst op een geleidelijk herstel sinds de sterke daling na de laatste lockdown in de winter van 2021–2022. Tegelijkertijd laten andere indicatoren, zoals eenzaamheid, stress en fysieke klachten, slechts een langzaam herstel zien na de piek in maart 2022. Zo nam het percentage jongeren dat zich meestal gelukkig voelt wel toe van 79% in december 2023 naar 83% in september 2025 (RIVM, 2025).

Dit herstelbeeld staat echter in contrast met signalen uit de zorgpraktijk. Ondanks verbeteringen in zelfgerapporteerd mentaal welbevinden tonen huisartsregistraties aan dat jongeren nog steeds relatief vaak in contact komen met de huisarts vanwege ernstige mentale gezondheidsproblemen. In het derde kwartaal van 2025 hadden jongeren, net als in voorgaande jaren, vaker contact met de huisarts vanwege zelfdodingsgedachten en -pogingen dan voor de coronapandemie. Vergeleken met het derde kwartaal van 2019 lag dit aantal ongeveer 75% hoger. Daarnaast melden jongeren zich ook vaker bij de huisarts met angstige gevoelens, stressgerelateerde klachten en moeheid. Deze bevindingen wijzen erop dat positieve trends in gemiddeld welbevinden niet automatisch betekenen dat ernstige mentale gezondheidsproblemen zijn verdwenen, maar dat kwetsbaarheid onder een deel van de jongerenpopulatie hardnekkig aanwezig blijft (RIVM, 2025).

Adolescentie en jongvolwassenheid als kwetsbare ontwikkelingsfase

Mentale gezondheid verwijst hierbij niet alleen naar de afwezigheid van psychische klachten, maar naar een toestand van psychisch welbevinden waarin jongeren in staat zijn om met dagelijkse stress om te gaan, productief te functioneren en bij te dragen aan hun sociale

omgeving (WHO, 2023; Gautam, 2024). In het bijzonder tijdens de (late) adolescentie en jongvolwassenheid is mentale gezondheid van groot belang, aangezien deze levensfase samenvalt met een verhoogde kwetsbaarheid voor het ontstaan van psychische problematiek. Eerder onderzoek laat zien dat 62.5% van alle psychische stoornissen hun eerste onset kent voor het 25e levensjaar, waardoor deze levensfase cruciaal is voor het begrijpen van het ontstaan en de ontwikkeling van mentale gezondheidsproblemen (Solmi et al., 2022).

De leeftijdsperiode van 16 tot 25 jaar omvat zowel de late adolescentie als de fase van de jongvolwassenheid, ook wel aangeduid als *emerging adulthood*, waarin individuen zich bevinden op het snijvlak van afhankelijkheid en zelfstandigheid (Arnett et al., 2014). In deze ontwikkelingsfase vinden fundamentele processen plaats, zoals identiteitsvorming, het ontwikkelen van autonomie en de behoefte aan sociale verankering. Juist in deze periode ondergaan jongeren belangrijke sociale transitie's, zoals het afronden van onderwijs, het betreden van de arbeidsmarkt en het herstructureren van sociale netwerken buiten het gezin. Volgens de *sociale-investment theory* hangen veranderingen in psychosociaal functioneren samen met de mate waarin jongeren investeren in nieuwe sociale rollen, zoals opleiding en werk (Bleidorn et al., 2013). Tegelijkertijd zijn sociale relaties in deze levensfase vaak instabieler dan in latere levensfasen, terwijl de behoefte aan sociale acceptatie en verbondenheid juist bijzonder sterk is. Binnen deze levensfase speelt de sociale context een centrale rol in het psychosociaal functioneren van jongeren. De mate van ervaren inclusie, sociale steun en verbondenheid is sterk bepalend voor hoe jongeren omgaan met ontwikkelingsuitdagingen en stressoren. Juist tegen deze achtergrond wordt duidelijk dat sommige groepen jongeren extra kwetsbaar zijn voor mentale gezondheidsproblemen, doordat zij vaker worden geconfronteerd met sociale stressoren die hun gevoel van verbondenheid ondermijnen.

Jongeren met een migratieachtergrond

Een specifieke groep die in dit opzicht vaak wordt genoemd als potentieel kwetsbaar, betreft jongeren met een migratieachtergrond, gedefinieerd als jongeren die zelf of van wie ten minste één ouder buiten Nederland is geboren (CBS, 2024). Diverse studies rapporteren verhoogde niveaus van psychische klachten onder jongeren met een migratieachtergrond, met name op het gebied van depressieve symptomen, angst en stress, ten opzichte van leeftijdsgenoten zonder migratieachtergrond (Belhadj Kouider et al., 2014). Tegelijkertijd laten meer recente studies en overzichtsartikelen zien dat deze verschillen niet eenduidig of universeel zijn.

Zo benadrukt de systematische review van Lievrouw et al. (2024) dat mentale gezondheidsverschillen tussen jongeren met en zonder migratieachtergrond sterk contextafhankelijk zijn en aanzienlijk variëren naar land, leeftijdsgroep, gebruikte meetinstrumenten en sociaaleconomische en sociale context. In meerdere onderzochte settings werden geen significante verschillen gevonden, of bleken deze verschillen grotendeels verklaard te worden door onderliggende sociale determinanten van gezondheid. In plaats van migratieachtergrond op zichzelf, lijken factoren zoals ervaren sociale verbondenheid, blootstelling aan uitsluiting en discriminatie en toegang tot sociale steun een centrale rol te spelen in psychologische kwetsbaarheid.

Binnen deze context wordt steeds vaker benadrukt dat migratieachtergrond niet als een op zichzelf staande risicofactor moet worden beschouwd, maar eerder als een marker die samenhangt met bredere structurele en sociale processen (Kirkbride et al., 2024). Deze inconsistente bevindingen in de literatuur benadrukken de noodzaak om mentale gezondheid onder jongeren met en zonder migratieachtergrond opnieuw en contextspecifiek te onderzoeken en daarbij expliciet aandacht te besteden aan sociale factoren zoals eenzaamheid die mogelijk een verklarende rol spelen.

Verschillen binnen migratieachtergrond en sociale uitsluiting

Binnen de groep jongeren met een migratieachtergrond is het bovendien belangrijk onderscheid te maken tussen jongeren met een westerse en een niet-westerse migratieachtergrond, omdat hun maatschappelijke positie, culturele afstand tot de meerderheidscultuur en ervaringen met discriminatie binnen de Nederlandse context sterk uiteenlopen (Herold et al., 2024; Fokkema, 2021). Nederlands onderzoek laat zien dat jongeren met een niet-westerse migratieachtergrond gemiddeld vaker discriminatie ervaren, lagere sociale acceptatie rapporteren en minder toegang hebben tot gemengde sociale netwerken dan jongeren met een westerse migratieachtergrond. Jongeren met een westerse migratieachtergrond nemen daarentegen vaker een maatschappelijke positie in die dichterbij ligt dan die van jongeren zonder migratieachtergrond. Deze verschillen vergroten voor jongeren met een niet-westerse achtergrond de kans op sociale uitsluiting en een verminderde sociale verbondenheid, wat zich kan vertalen in een sterkere ervaring van eenzaamheid (Fokkema, 2021; Herold et al., 2024). Naast verschillen in sociale positie en ervaren verbondenheid spelen ook bredere structurele omstandigheden een rol in mentale gezondheidsverschillen tussen jongeren met en zonder migratieachtergrond. Een lagere sociaaleconomische status (SES) hangt consistent samen met een verhoogd risico op

depressieve en angstige klachten bij jongeren (Reiss, 2013). Deze samenhang wordt onder meer verklaard door chronische stress en beperkte toegang tot sociale en materiële hulpbronnen (Adler et al., 1994). Tegelijkertijd bevinden jongeren met een migratieachtergrond zich gemiddeld vaker in een lagere sociaaleconomische positie dan jongeren zonder migratieachtergrond (Marks et al., 2014). Dit impliceert dat eventuele verschillen in mentale gezondheid samen kunnen hangen met sociaaleconomische omstandigheden. Om vertekening van de onderzochte verbanden te voorkomen, wordt SES in dit onderzoek meegenomen als controlevariabele.

Eenzaamheid als verklarend mechanisme

Eerder onderzoek toont aan dat jongeren met een migratieachtergrond vaker sociale ervaringen meemaken die hun gevoel van verbondenheid met anderen kunnen beïnvloeden. Zo tonen Stevens et al. (2020) en Sleijpen et al. (2021) aan dat migratiegerelateerde stress en acculturatiedruk samenhangen met een verminderd gevoel van erbij horen en lagere ervaren sociale acceptatie. Hoewel deze studies eenzaamheid niet in alle gevallen direct als uitkomstmaat beschouwen, wordt een verminderd gevoel van belonging in de bredere literatuur beschouwd als een belangrijke voorspeller van eenzaamheid. Vanuit dit perspectief kan eenzaamheid worden opgevat als de subjectieve uitkomst van sociale processen waarin jongeren zich onvoldoende geaccepteerd of ondersteund voelen binnen hun sociale omgeving, waardoor migratiegerelateerde sociale stress indirect kan bijdragen aan verhoogde gevoelens van eenzaamheid. Eenzaamheid wordt gedefinieerd als de subjectieve discrepantie tussen gewenste en feitelijk ervaren sociale relaties, oftewel het gevoel onvoldoende verbonden te zijn met anderen (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2010). Longitudinale studies laten zien dat ervaren discriminatie en een gebrek aan sociale steun significante voorspellers zijn van aanhoudende of chronische eenzaamheid bij jongeren met een migratieachtergrond (Fokkema, 2021; Yang et al., 2023). Tegelijkertijd hangt eenzaamheid consistent samen met depressieve en angstige symptomen en fungeert het als een belangrijk mechanisme waarlangs sociale stressoren hun invloed uitoefenen op psychisch functioneren (Hawkley & Cacioppo, 2010). Met name tijdens de adolescentie en jongvolwassenheid, wanneer identiteit en zelfwaardering sterk afhankelijk zijn van sociale relaties, kan aanhoudende eenzaamheid leiden tot negatieve zelfevaluaties, verhoogde stressgevoeligheid en verminderd mentaal welzijn (Arnett et al., 2014).

Relevantie en onderzoeksvraag

Hoewel bestaand onderzoek suggereert dat eenzaamheid een centrale rol speelt in de relatie tussen sociale positie en mentale gezondheid, is deze mediërende rol bij jongeren met een migratieachtergrond nog beperkt expliciet empirisch getoetst, met name binnen de Nederlandse context. Veel studies richten zich op het vaststellen van groepsverschillen in mentale gezondheid, terwijl minder aandacht wordt besteed aan de psychosociale mechanismen die deze verschillen kunnen verklaren (Lievrouw et al., 2024). Hierdoor blijft onduidelijk in hoeverre mentale gezondheidsverschillen voortkomen uit migratieachtergrond zelf, of uit sociale ervaringen die samenhangen met deze positie, zoals eenzaamheid.

Het expliciet onderzoeken van eenzaamheid als mediërend mechanisme is maatschappelijk relevant omdat het inzicht kan geven in welke sociale contexten interventies het meest effectief kunnen zijn. Wanneer mentale gezondheidsverschillen samenhangen met sociale processen zoals ervaren verbondenheid, impliceert dit dat preventie en beleid zich niet alleen moeten richten op individuele behandeling, maar ook op de sociale omgevingen waarin jongeren dagelijks functioneren, zoals scholen, buurten en vrijetijdsomgevingen. Kennis over de rol van eenzaamheid kan beleidsmakers en professionals ondersteunen bij het ontwikkelen van gerichte maatregelen die sociale participatie stimuleren, gemengde sociale netwerken bevorderen en informele steunstructuren versterken.

Binnen de Nederlandse context kan dit onderzoek bijdragen aan een beter begrip van welke groepen jongeren en welke sociale settings extra kwetsbaar zijn voor gevoelens van eenzaamheid. Deze inzichten maken het mogelijk om bestaande interventies beter af te stemmen op de leefwereld van jongeren, bijvoorbeeld door binnen onderwijs- en jeugdvoorzieningen structureel ruimte te creëren voor ontmoeting, samenwerking en sociale ondersteuning. Op deze manier levert onderzoek naar eenzaamheid niet alleen wetenschappelijke kennis op, maar ook praktische aanknopingspunten voor beleid dat gericht is op het versterken van sociale verbondenheid en het voorkomen van mentale gezondheidsproblemen onder jongeren.

Dit onderzoek richt zich daarom op het empirisch toetsen van de mediërende rol van eenzaamheid in de relatie tussen migratieachtergrond en mentale gezondheid bij Nederlandse jongeren van 16 tot 25 jaar. Door gebruik te maken van representatieve data uit het LISS-panel levert deze studie inzicht in de mate waarin sociale ervaringen bijdragen aan mentale kwetsbaarheid en hoe deze kennis kan worden benut om mentale gezondheidsongelijkheid onder jongeren in Nederland beter te begrijpen en aan te pakken.

Centrale onderzoeksvraag

In welke mate medieert ervaren eenzaamheid de relatie tussen migratieachtergrond en de mentale gezondheid van Nederlandse jongeren van 16 tot 25 jaar?

Hypothesen

H1: Jongeren met een migratieachtergrond rapporteren meer mentale gezondheidsproblemen dan jongeren zonder migratieachtergrond. (c')

H2: Jongeren met een migratieachtergrond ervaren meer eenzaamheid dan jongeren zonder migratieachtergrond. (a)

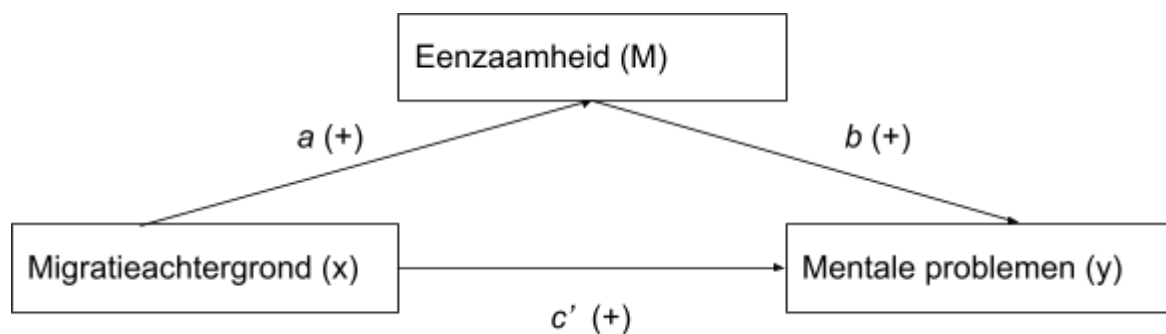
H3: Meer ervaren eenzaamheid hangt samen met meer mentale gezondheidsproblemen. (b)

H4: Ervaren eenzaamheid medieert het effect van migratieachtergrond op mentale gezondheid. (ab)

Conceptueel model

Figuur 1

Conceptueel model van de mediërende rol van eenzaamheid in de relatie tussen migratieachtergrond en mentale gezondheid bij jongeren.



Methode

Design

Dit onderzoek maakt gebruik van een kwantitatief, cross-sectioneel onderzoeksdesign op basis van secundaire data afkomstig uit het Longitudinal Internet Studies for the Social

Sciences (LISS)-panel, dat wordt beheerd door CentERdata aan Tilburg University (LISS Data Archive, z.d.). Het LISS-panel is sinds 2007 operationeel en bestaat uit een aselechte steekproef van huishoudens in Nederland. De steekproef is getrokken via een aselechte, gestratificeerde trekking uit het bevolkingsregister van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), waardoor de samenstelling van het panel representatief is voor de Nederlandse bevolking en zelfselectiebias zoveel mogelijk wordt beperkt.

Hoewel het LISS-panel longitudinaal van aard is, wordt in het huidige onderzoek gekozen voor een cross-sectionele benadering op basis van een meetmoment uit wave 17 (oktober–december 2024). Deze benadering maakt het mogelijk om een momentopname te verkrijgen van de samenhang tussen migratieachtergrond, eenzaamheid en mentale gezondheid bij jongeren.

Voor dit onderzoek zijn drie datasets uit wave 17 gecombineerd. De module *Health – LISS Core Study* (ch24q) bevat metingen van mentale gezondheid, waaronder de Mental Health Inventory-5 (MHI-5). De module *Social Integration and Leisure* (cs24q) omvat indicatoren van sociale participatie en eenzaamheid. Demografische kenmerken, waaronder geslacht, leeftijd en migratieachtergrond, zijn afkomstig uit de module *Background Variables* (studyunit 322).

Steekproef

De onderzoekspopulatie bestond uit jongeren van 16 tot en met 25 jaar die hebben deelgenomen aan wave 17 van het Longitudinal Internet Studies for the Social Sciences (LISS)-panel. In totaal namen 5.495 respondenten deel aan deze meetronde. Voor inclusie in de huidige studie dienden respondenten binnen de leeftijdsrange van 16 tot en met 25 jaar te vallen en volledige gegevens te hebben op de kernvariabelen migratieachtergrond, mentale gezondheid en eenzaamheid. Respondenten met ontbrekende waarden op een of meer van deze variabelen zijn uitgesloten van de analyses. Na toepassing van deze selectiecriteria bestond de uiteindelijke steekproef uit 386 jongeren. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 20.3 jaar ($SD = 2,20$). Wat betreft geslacht identificeerde 38.9% zich als man, 59.6% als vrouw en 1.6% als anders. Ongeveer een kwart van de steekproef (25.1%) had een migratieachtergrond.

Hoewel het LISS-panel is opgezet om representatief te zijn voor de Nederlandse bevolking, betreft de uiteindelijke steekproef in deze studie een specifieke subsample van jongeren. De verdeling naar migratieachtergrond sluit in grote lijnen aan bij landelijke cijfers voor Nederlandse jongeren, wat wijst op een redelijke representativiteit van deze groep.

Volgens recente cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek heeft in Nederland circa 28.5% van de bevolking een migratieachtergrond (CBS, 2025), een percentage dat vergelijkbaar is met het aandeel jongeren met een migratieachtergrond in de huidige steekproef. Deze overeenkomst ondersteunt de aannemelijkheid dat de steekproef een realistisch beeld geeft van de samenstelling van de Nederlandse jongerenpopulatie. Tegelijkertijd is wel sprake van een oververtegenwoordiging van vrouwelijke respondenten, een patroon dat vaker wordt gerapporteerd in surveyonderzoek onder jongeren (Sax et al., 2003).

Procedure

De dataverzameling binnen het LISS-panel wordt uitgevoerd door CentERdata in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Panelleden worden geselecteerd via een aselechte steekproef uit het bevolkingsregister en worden eerst schriftelijk benaderd, waarna telefonisch contact wordt opgenomen om deelname toe te lichten en toestemming te verkrijgen. Na inclusie ontvangen respondenten periodiek uitnodigingen per e-mail om online vragenlijsten in te vullen via een beveiligde webomgeving. De vragenlijsten worden doorgaans thuis en op een zelfgekozen moment ingevuld en duren gemiddeld circa 15 tot 30 minuten per module. Wanneer panelleden niet beschikken over een computer of internetverbinding, stelt CentERdata kosteloos de benodigde apparatuur en toegang tot internet beschikbaar, zodat deelname niet afhankelijk is van welvaart of digitale vaardigheden (CentERdata, z.d.).

Ethische aspecten

Het LISS-panel voldoet aan alle wettelijke en ethische richtlijnen met betrekking tot dataverzameling en privacybescherming. Voor elke dataverzameling wordt expliciete, geïnformeerde toestemming gevraagd aan deelnemers. Zij ontvangen uitgebreide informatie over het doel van het onderzoek, de aard van de vragen, de wijze van gegevensverwerking, het waarborgen van anonimiteit en vertrouwelijkheid en hun rechten om deelname te weigeren of op elk moment te stoppen. Deelname is volledig vrijwillig en gebaseerd op actieve toestemming. CentERdata anonimiseert alle gegevens voordat deze aan onderzoekers ter beschikking worden gesteld. Identificerende informatie, zoals namen of adressen, wordt verwijderd, waardoor de dataset niet herleidbaar is tot individuele personen. Omdat dit onderzoek uitsluitend gebruikmaakt van secundaire, geanonimiseerde data, is geen aanvullende goedkeuring van een ethische commissie vereist. De procedure voldoet aan de

Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en aan de Gedragscode Wetenschappelijke Integriteit.

Instrumenten

Mentale gezondheid

Mentale gezondheid is gemeten met de Mental Health Inventory-5 (MHI-5), een internationaal gevalideerde korte schaal die psychologisch welbevinden en de aanwezigheid van angst- en depressieve symptomen in de afgelopen maand meet. De MHI-5 bestaat uit vijf items, waaronder “Voelde u zich neerslachtig en somber?” en “Voelde u zich kalm en rustig?”. De items worden beantwoord op een zespunts Likert-schaal, variërend van 1 (nooit) tot 6 (voortdurend). De totaalscore wordt lineair getransformeerd naar een schaal van 0–100 volgens de standaard MHI-5 scoringsprocedure, zodat hogere scores een betere mentale gezondheid weerspiegelen. De interne consistentie van de MHI-5 is in dit onderzoek berekend op basis van de huidige steekproef met behulp van Cronbach’s alpha. Deze analyse liet een hoge interne consistentie zien (Cronbach’s $\alpha = .86$). Dit is in lijn met eerdere studies waarin eveneens een goede betrouwbaarheid van de schaal wordt gerapporteerd ($\alpha \approx .85$). Validatiestudies, waaronder het oorspronkelijke onderzoek van Berwick et al. (1991), tonen aan dat de MHI-5 een goede criterium- en convergente validiteit heeft als maat voor mentale gezondheid.

Eenzaamheid

Eenzaamheid is gemeten met items uit de module Social Integration and Leisure, gebaseerd op de De Jong Gierveld Eenzaamheidsschaal (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2010). Voorbeelden van items zijn “Er zijn genoeg mensen op wie ik kan terugvallen” (omgekeerd gescoord) en “Ik ervaar een leegte om mij heen”. Antwoorden worden gegeven op een vijfpunts Likert-schaal, variërend van 1 (helemaal mee eens) tot 5 (helemaal mee oneens). Negatief geformuleerde items zijn omgescoord zodat een hogere totaalscore wijst op meer ervaren eenzaamheid. De totaalscore is berekend als het gemiddelde van alle gerecodeerde items. De De Jong Gierveld Eenzaamheidsschaal vertoont een hoge interne consistentie, met gerapporteerde Cronbach’s alpha-waarden tussen .84 en .89 en is uitgebreid gevalideerd voor gebruik in de Nederlandse context. In de huidige steekproef werd eveneens een goede interne consistentie gevonden (Cronbach’s $\alpha = .81$). Daarnaast is de schaal ook psychometrisch geschikt bevonden voor gebruik bij jongere populaties. Validatieonderzoek bij adolescenten en jongvolwassenen laat zien dat de schaal een stabiele factorstructuur

behoudt en goede construct- en convergente validiteit vertoont, waarbij hogere eenzaamheidsscores samenhangen met lagere sociale steun en slechter psychisch functioneren (Grygiel et al., 2019). Daarmee is de schaal passend voor het meten van eenzaamheid bij jongeren in de leeftijdsgroep van 16 tot 25 jaar.

Migratieachtergrond

Migratieachtergrond is vastgesteld conform de definitie van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2023), waarbij een persoon een migratieachtergrond heeft wanneer hij of zij zelf, of ten minste één ouder, in het buitenland is geboren. In dit onderzoek is gebruikgemaakt van de variabele herkomstgroep uit de LISS-dataset Background Variables, die deze CBS-classificatie volgt. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen eerste generatie (zelf geboren in het buitenland) en tweede generatie (in Nederland geboren met ten minste een in het buitenland geboren ouder), evenals tussen een westerse en niet-westerse migratieachtergrond. Conform de LISS-codebook omvat een westerse migratieachtergrond personen afkomstig uit Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika, Oceanië, Indonesië en Japan, terwijl een niet-westerse migratieachtergrond betrekking heeft op personen afkomstig uit Afrika, Latijns-Amerika en Azië (met uitzondering van Indonesië en Japan), waaronder ook Turkije wordt gerekend. Deze indeling is reeds gecodeerd in de variabele herkomstgroep (Centerdata, 2022). Op basis van deze herkomstcodes zijn in SPSS dummyvariabelen aangemaakt voor migratieachtergrond (0 = geen, 1 = wel) en type migratieachtergrond (westers vs. niet-westers), zodat vergelijkingen tussen herkomstgroepen mogelijk zijn in de analyses.

Sociaaleconomische status (SES)

Sociaaleconomische status (SES) is in dit onderzoek geconstrueerd als een samengestelde index, gebaseerd op drie complementaire indicatoren: netto huishoudinkomen, hoogst voltooid opleidingsniveau en arbeidsmarktpositie. Het maandelijkse netto huishoudinkomen van het huishouden is voorafgaand aan gestandaardiseerd (z-score), zodat deze variabele op een vergelijkbare schaal kon worden gecombineerd met de andere SES-indicatoren. Het opleidingsniveau is gecodeerd als een ordinale variabele met drie categorieën (laag = 1, middelbaar = 2, hoog = 3), conform de classificatie zoals gehanteerd binnen het LISS-panel en vervolgens ook gestandaardiseerd. Arbeidsmarktpositie is vastgesteld op basis van de primaire dagbesteding van de respondent en gecodeerd als werkloos (0), studerend (1) of werkend (2), waarna ook deze variabele is gestandaardiseerd.

Het standaardiseren van deze ordinaal gecodeerde variabelen maakt het mogelijk om indicatoren met verschillende schalen en spreidingen op een vergelijkbare metrische schaal te brengen, zodat geen van de componenten een onevenredig gewicht krijgt in de samengestelde index. Deze werkwijze wordt veelvuldig toegepast in sociaalwetenschappelijk onderzoek waarin meerdere SES-indicatoren worden gecombineerd tot een samengestelde maat (Adler & Ostrove, 1999; Krieger et al., 1997). De samengestelde SES-index is vervolgens geconstrueerd door het gemiddelde te nemen van de drie gestandaardiseerde componenten, zodat elke indicator een gelijke bijdrage levert aan de uiteindelijke SES-score. Een hogere score duidt op een hogere sociaaleconomische status.

Data-analyse

De statistische analyses zijn uitgevoerd met IBM SPSS Statistics (versie 29). Voorafgaand aan de hypothesetoetsing zijn beschrijvende statistieken berekend om inzicht te verkrijgen in de steekproefkarakteristieken en de verdelingen van de kernvariabelen. Voor continue variabelen zijn gemiddelden en standaarddeviaties gerapporteerd en voor categorische variabelen frequenties en percentages.

De dataset is gecontroleerd op ontbrekende waarden, uitschieters en schendingen van assumpties. Respondenten met ontbrekende waarden op een of meer kernvariabelen (migratieachtergrond, eenzaamheid of mentale gezondheid) zijn uitgesloten via listwise deletion. Uitschieters zijn geïnspecteerd aan de hand van boxplots en gestandaardiseerde residuen. De assumptie van lineariteit is beoordeeld door middel van scatterplots van de voorspellers met mentale gezondheid en door inspectie van residuplots. Normaliteit van de residuen is getoetst met behulp van de Shapiro–Wilk-test en door visuele inspectie van Q–Q-plots. De assumptie van homogeniteit van varianties is gecontroleerd met Levene-tests.

Alle hypothesen zijn getoetst binnen een samenhangend regressie- en mediatiemodel. In plaats van afzonderlijke groepsvergelijkingen is gekozen voor een opbouwend regressiemodel, waarbij variabelen stapsgewijs worden toegevoegd.

De eerste hypothese is getoetst door mentale gezondheid te regresseren op migratieachtergrond (0 = geen, 1 = wel), met controle voor leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status (SES). Dit model toetst het directe effect van migratieachtergrond op mentale gezondheid (pad c'). De tweede hypothese is getoetst door eenzaamheid te regresseren op migratieachtergrond, eveneens gecontroleerd op leeftijd, geslacht en SES. Dit model toetst de relatie tussen migratieachtergrond en eenzaamheid (pad a). De derde hypothese is getoetst door mentale gezondheid te regresseren op eenzaamheid, gecontroleerd

voor migratieachtergrond, leeftijd, geslacht en SES. Dit model toetst de relatie tussen eenzaamheid en mentale gezondheid (pad *b*).

De mediatiehypothese is getoetst met behulp van de PROCESS-macro van Hayes (versie 4.0), model 4. In dit model fungeerde migratieachtergrond als onafhankelijke variabele (X), eenzaamheid als mediator (M) en mentale gezondheid als afhankelijke variabele (Y). Leeftijd, geslacht en SES zijn als covariaten opgenomen in zowel het *a*- als het *b*-pad.

Voor de schatting van het indirecte effect zijn 5.000 *bootstrap-resamples* gebruikt met bias-gecorrigeerde 95%-betrouwbaarheidsintervallen. De mediatie wordt als statistisch significant beschouwd wanneer het betrouwbaarheidsinterval van het indirecte effect geen nul omvat. Alle hypothesetoetsingen zijn uitgevoerd met een significantieniveau van $\alpha = .05$.

Resultaten

Beschrijvende statistieken

De uiteindelijke steekproef bestond uit 386 jongeren in de leeftijd van 16 tot en met 25 jaar ($M = 20.27$, $SD = 2.20$). De samengestelde sociaaleconomische status (SES)-index had, zoals verwacht bij een gestandaardiseerde maat, een gemiddelde van $M = 0.00$ ($SD = 0.46$). Omdat de index is gebaseerd op gestandaardiseerde componenten, representeert een waarde van 0 het gemiddelde SES-niveau binnen de steekproef, terwijl positieve waarden duiden op een relatief hogere SES en negatieve waarden op een relatief lagere SES. De SES-scores varieerden van -1.52 tot 1.98 . Het 25e percentiel lag op -0.32 , de mediaan op -0.02 en het 75e percentiel op 0.26 , wat wijst op een relatief symmetrische verdeling van SES binnen de steekproef en aangeeft dat ongeveer de helft van de respondenten zich rond het gemiddelde SES-niveau bevindt.

De beschrijvende statistieken van de kernvariabelen zijn weergegeven in tabel 1. De gemiddelde score op mentale gezondheid, gemeten met de Mental Health Inventory-5 (MHI-5), bedroeg 33.61, waarbij hogere scores duiden op een betere mentale gezondheid. In eerder onderzoek wordt een score van 60 of hoger op de MHI-5 gehanteerd als indicatief voor relatief goede mentale gezondheid, terwijl scores onder deze grens wijzen op een verhoogde kans op psychische problematiek (Berwick et al., 1991). Op basis van deze afkapwaarde bleek dat 34 respondenten (8.8%) in de huidige steekproef een score van 60 of hoger behaalden. Dit betekent dat het merendeel van de steekproef (91.2%) onder de klinisch relevante afkapwaarde voor goede mentale gezondheid scoorde.

Tabel 1*Beschrijvende statistieken van de kernvariabelen (N = 386)*

Variabele	Minimum	Maximum	M	SD
Mentale gezondheid (MHI-5)	0.00	96.00	33.61	17.81
Eenzaamheid (De Jong Gierveld)	1.00	5.00	2.61	0.45

Noot. Hogere scores op mentale gezondheid duiden op betere mentale gezondheid; hogere scores op eenzaamheid duiden op meer eenzaamheid.

De gemiddelde score op eenzaamheid, gemeten met de zes-item schaal van De Jong Gierveld, bedroeg 2.61, waarbij hogere scores wijzen op meer ervaren eenzaamheid (zie tabel 1). Volgens de richtlijnen van De Jong Gierveld en Van Tilburg (2010) kunnen gemiddelde scores op deze schaal worden geïnterpreteerd langs een continuüm, waarbij scores boven het schaalmiddelpunt wijzen op een verhoogd niveau van eenzaamheid. De gevonden gemiddelde score ligt boven dit middelpunt en duidt daarmee op een gemiddeld tot verhoogd niveau van ervaren eenzaamheid binnen deze steekproef jongeren.

Assumptiechecks

Voorafgaand aan de hoofdanalyses zijn de assumpties van de gebruikte parametrische toetsen gecontroleerd. De Shapiro–Wilk-test liet voor zowel mentale gezondheid, $W = .97$, $p < .001$, als eenzaamheid, $W = .83$, $p < .001$, significante afwijkingen van normaliteit zien. Inspectie van de Q–Q-plots wees echter op slechts lichte afwijkingen zonder systematische patronen of extreme uitschieters ($|z| > 3.29$). Gezien de steekproefgrootte ($N = 386$) zijn parametrische toetsen toegepast.

Levene's test toonde aan dat de assumptie van homogeniteit van varianties niet werd geschonden voor mentale gezondheid, $F(1, 384) = 0.21$, $p = .65$. Voor eenzaamheid was deze assumptie wel geschonden, $F(1, 384) = 8.16$, $p = .005$. Daarom is bij de groepsvergelijking voor eenzaamheid gebruikgemaakt van de Welch-correctie.

Inspectie van scatterplots en residuplots wees op een overwegend lineair verband tussen de voorspellers en mentale gezondheid. De VIF-waarden bleven onder de grenswaarde van 2, wat wijst op afwezigheid van problematische multicollineariteit.

Groepsverschillen naar migratieachtergrond (H1 en H2)

Vervolgens is onderzocht of jongeren met en zonder migratieachtergrond verschillen in eenzaamheid en mentale gezondheid. Voor eenzaamheid, waarvoor de assumptie van homogeniteit van varianties was geschonden, is een Welch-ANOVA uitgevoerd. Deze analyse liet een significant verschil zien tussen de groepen, $F_{\text{Welch}}(1, 150.80) = 7.33, p = .008$. Jongeren met een migratieachtergrond rapporteren hogere niveaus van eenzaamheid ($M = 2.65, SD = 0.43, n = 289$) dan jongeren zonder migratieachtergrond ($M = 2.50, SD = 0.48, n = 97$). Het verschil in gemiddelde eenzaamheid bedroeg 0.15 schaalpunten. De effectgrootte, berekend als Cohen's d , was 0.34, wat duidt op een klein tot middelgroot effect. Deze bevinding ondersteunt hypothese H2. Voor mentale gezondheid werd geen significant verschil gevonden tussen jongeren met en zonder migratieachtergrond, $F(1, 384) = 0.14, p = .71$. Daarmee wordt hypothese H1 niet ondersteund (zie Tabel 2).

Tabel 2

Groepsverschillen naar migratieachtergrond

Uitkomst	Toets	F	df	p
Mentale gezondheid (MHI-5)	ANOVA	0.14	1, 384	.71
Eenzaamheid (De Jong Gierveld)	Welch-ANOVA	7.33	1, 150.80	.008

Noot. Voor eenzaamheid is de Welch-correctie toegepast.

Samenhang tussen eenzaamheid en mentale gezondheid (H3)

De samenhang tussen eenzaamheid en mentale gezondheid is onderzocht ter toetsing van Hypothese 3 (H3). De correlatieanalyse liet zien dat hogere niveaus van eenzaamheid samenhangen met lagere niveaus van mentale gezondheid. Om te onderzoeken of deze relatie standhoudt wanneer wordt gecontroleerd voor relevante achtergrondkenmerken, is een hiërarchische regressieanalyse uitgevoerd (zie Tabel 3). Leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status (SES) zijn opgenomen als covariaten en eenzaamheid is toegevoegd als predictor. Het volledige model bleek significant en verklaarde 31% van de variantie in mentale gezondheid, $R^2 = .31, F(4, 381) = 34.42, p < .001$. Deze bevindingen

ondersteunen H3, waarin werd verwacht dat hogere niveaus van eenzaamheid samenhangen met slechtere mentale gezondheid, onafhankelijk van leeftijd, geslacht en SES.

Tabel 3

Hiërarchische regressieanalyse met mentale gezondheid (MHI-5) als afhankelijke variabele (N = 386)

Predictor	B	SE B	β	t	p
Leeftijd	0.41	0.27	.07	1.52	.130
Geslacht	7.24	1.48	.21	4.91	< .001
SES	-1.95	1.56	-.05	-1.25	.212
Eenzaamheid (De Jong Gierveld)	-19.53	1.71	-.49	-11.44	< .001

Noot. B = ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; β = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt. Hogere MHI-5-scores duiden op betere mentale gezondheid.

Mediatieanalyse (H4)

Ten slotte is onderzocht of eenzaamheid fungeert als mediator in de relatie tussen migratieachtergrond en mentale gezondheid (H4). Hiervoor is een mediatieanalyse uitgevoerd met behulp van de PROCESS-macro (Model 4), met 5.000 bootstrap-steekproeven en 95% bias-gecorrigeerde betrouwbaarheidsintervallen. Migratieachtergrond (0 = geen, 1 = wel) fungeerde als predictor, eenzaamheid als mediator en mentale gezondheid als uitkomstvariabele. Leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status (SES) werden opgenomen als covariaten. De volledige regressiecoëfficiënten van het mediatiemodel zijn weergegeven in Tabel 4. Het geschatte indirecte effect van migratieachtergrond op mentale gezondheid via eenzaamheid bedroeg $B = 0.08$, met een 95% betrouwbaarheidsinterval van $[-0.30, 0.48]$. Omdat dit interval 0 omvat, is het indirecte effect niet significant. Daarmee is er geen statistisch bewijs dat eenzaamheid de relatie tussen migratieachtergrond en mentale gezondheid medieert en wordt Hypothese 4 niet ondersteund. Een overzicht van het model is weergegeven in Figuur 2.

Tabel 4

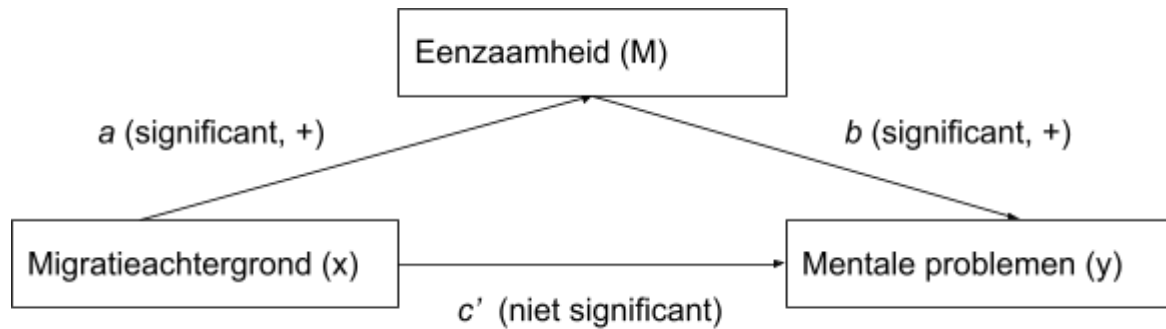
Mediatieanalyse: indirect effect van migratieachtergrond op mentale gezondheid via eenzaamheid (PROCESS Model 4, N = 386)

Predictor	B	SE	t	p
<i>Uitkomst: Eenzaamheid</i>				
Migratieachtergrond (a-pad)	-16.39	9.29	-1.98	.050
Leeftijd	2.11	1.48	1.43	.154
Geslacht	-10.87	8.03	-1.35	.176
SES	-6.57	8.94	-0.77	.440
<i>Uitkomst: Mentale gezondheid</i>				
Eenzaamheid	-19.61	1.72	-11.41	< .001
Migratieachtergrond	7.20	1.48	4.86	< .001
Leeftijd	-0.40	0.27	-1.48	.140
Geslacht	7.24	1.48	4.91	< .001
SES	-1.98	1.56	-1.27	.206

Noot. B = ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt. 5.000 bootstrap-steekproeven; bias-gecorrigeerd 95% betrouwbaarheidsinterval.

Figuur 2

Resultaten van de analyse van de mediërende rol van eenzaamheid in de relatie tussen migratieachtergrond en mentale gezondheid bij jongeren.



Discussie

Het doel van dit onderzoek was om te onderzoeken in hoeverre ervaren eenzaamheid de relatie tussen migratieachtergrond en mentale gezondheid medieert bij Nederlandse jongeren van 16 tot 25 jaar. De centrale onderzoeksvraag luidde: In welke mate medieert ervaren eenzaamheid de relatie tussen migratieachtergrond en mentale gezondheid?

De resultaten laten zien dat jongeren met een migratieachtergrond zich vaker eenzaam voelen dan jongeren zonder migratieachtergrond. Daarnaast blijkt dat jongeren die zich eenzamer voelen, een slechtere mentale gezondheid rapporteren. Er werd echter geen significant verschil gevonden in mentale gezondheid tussen jongeren met en zonder migratieachtergrond. In lijn daarmee liet de mediatieanalyse geen significant indirect effect zien.

Dit betekent dat, hoewel eenzaamheid sterk samenhangt met mentale gezondheid, eenzaamheid geen verklarend mechanisme vormt in de relatie tussen migratieachtergrond en mentale gezondheid binnen deze steekproef. Omdat er geen verschillen in mentale gezondheid tussen de groepen werden gevonden, kan eenzaamheid deze verschillen ook niet mediëren. Deze bevinding suggereert dat migratieachtergrond op zichzelf geen directe of indirecte samenhang vertoont met mentale gezondheid in deze populatie en dat mentale gezondheid vermoedelijk wordt beïnvloed door een complex samenspel van andere sociale en contextuele factoren.

Bevindingen: eenzaamheid, mentale gezondheid en migratieachtergrond

In tegenstelling tot hypothese H1 werd in dit onderzoek geen significant verschil gevonden in mentale gezondheid tussen jongeren met en zonder migratieachtergrond. Hoewel een deel van de bestaande literatuur jongeren met een migratieachtergrond beschrijft als psychologisch kwetsbaarder, sluit deze bevinding aan bij recente systematische reviews

waaruit blijkt dat mentale gezondheidsverschillen tussen deze groepen niet consistent worden gevonden en sterk contextafhankelijk zijn (Lievrouw et al., 2024). Het uitblijven van mentale gezondheidsverschillen vormt daarmee een inhoudelijk betekenisvolle bevinding en suggereert dat migratieachtergrond op zichzelf geen doorslaggevende determinant is voor mentale gezondheid in deze leeftijdsgroep.

In de Nederlandse context kunnen structurele beschermende factoren, zoals relatief brede toegang tot onderwijs, gezondheidszorg en sociale voorzieningen, een compenserende rol spelen in het beperken van mentale gezondheidsongelijkheid (Crul et al., 2017). Daarnaast wijzen studies naar migratie en acculturatie erop dat jongeren met een migratieachtergrond vaak adaptieve copingstrategieën en vormen van psychosociale veerkracht ontwikkelen in reactie op sociale uitdagingen, wat mogelijke negatieve effecten op mentaal welzijn kan dempen (Güngör & Bornstein, 2009; Stevens et al., 2020). Deze combinatie van institutionele ondersteuning en individuele aanpassingsprocessen kan bijdragen aan het uitblijven van duidelijke verschillen in mentale gezondheid tussen jongeren met en zonder migratieachtergrond in de huidige studie.

Deze bevinding benadrukt daarmee het belang van een genuanceerde benadering waarin migratieachtergrond niet automatisch wordt geïnterpreteerd als uniforme risicofactor voor psychische problematiek.

Eenzaamheid bij jongeren met en zonder migratieachtergrond

In lijn met hypothese H2 rapporteren jongeren met een migratieachtergrond significant hogere niveaus van eenzaamheid dan jongeren zonder migratieachtergrond. Deze bevinding sluit aan bij eerder Nederlands onderzoek waaruit blijkt dat jongeren met een migratieachtergrond vaker gevoelens van sociale uitsluiting, culturele afstand en verminderde sociale verbondenheid ervaren (Fokkema, 2021; Lievrouw et al., 2024). Vanuit theoretisch perspectief kan dit resultaat worden begrepen vanuit *belongingness*- en acculturatietheorieën, die stellen dat ervaringen van beperkte sociale acceptatie en culturele afstand het gevoel van erbij horen kunnen ondermijnen en daarmee de kans op eenzaamheid vergroten (Baumeister & Leary, 1995; Berry, 1997).

Inhoudelijk wijst dit erop dat migratieachtergrond in deze studie vooral samenhangt met subjectieve sociale ervaringen. Jongeren met een migratieachtergrond lijken zich gemiddeld minder sociaal ingebed te voelen binnen hun sociale omgeving, bijvoorbeeld binnen school-, werk- of vrijetijdscontexten, zelfs wanneer structurele voorzieningen zoals onderwijs en zorg relatief toegankelijk zijn. Dit suggereert dat structurele beschermende

factoren die mogelijk bijdragen aan vergelijkbare niveaus van mentale gezondheid tussen groepen, niet automatisch betekenen dat sociale ervaringen eveneens gelijk verdeeld zijn. Sociale integratie en ervaren verbondenheid blijken daarmee gevoeliger voor verschillen in sociale positionering dan algemene mentale gezondheidssuitkomsten.

Samenhang tussen eenzaamheid en mentale gezondheid

Daarnaast werd een sterke negatieve samenhang gevonden tussen eenzaamheid en mentale gezondheid, wat hypothese H3 bevestigt. Jongeren die meer eenzaamheid ervaren, rapporteren een duidelijk slechter mentaal welzijn. Deze bevinding is consistent met zowel theoretische als empirische literatuur waarin eenzaamheid wordt gezien als een centrale risicofactor voor depressieve en angstige symptomen (Hawkley & Cacioppo, 2010; Achterhof et al., 2022). Belangrijk is dat deze relatie standhoudt wanneer werd gecontroleerd op leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status, wat erop wijst dat eenzaamheid een samenhang vertoont met mentale gezondheid, onafhankelijk van migratieachtergrond.

Tegelijkertijd dient te worden benadrukt dat, gezien het een cross-sectionele studie is, geen uitspraken kunnen worden gedaan over de richting van dit verband. Naast het feit dat eenzaamheid kan bijdragen aan een slechter mentaal welzijn, kan een verminderde mentale gezondheid ook leiden tot sociale terugtrekking en daarmee tot meer ervaren eenzaamheid. Eenzaamheid kan bovendien zowel een voorspeller als een component of gevolg zijn van bredere mentale gezondheidsklachten.

Integratie van bevindingen: geen mediërende rol van eenzaamheid

Hoewel jongeren met een migratieachtergrond eenzamer waren en eenzaamheid sterk samenhangt met mentale gezondheid, werd geen significant indirect effect gevonden. Daarmee wordt hypothese H4 niet ondersteund. Deze uitkomst is inhoudelijk logisch gezien de eerdere bevinding dat mentale gezondheid niet verschilde tussen jongeren met en zonder migratieachtergrond.

Het ontbreken van een mediatie-effect suggereert dat eenzaamheid niet fungeert als een verklarend mechanisme waarbij migratieachtergrond samenhangt met mentale gezondheid in deze populatie. Met andere woorden: jongeren met een migratieachtergrond zijn weliswaar gemiddeld eenzamer en eenzamere jongeren hebben een slechtere mentale gezondheid, maar deze twee verbanden samen leiden niet tot verschillen in mentale gezondheid tussen de groepen.

Deze bevinding wijst erop dat mentale gezondheid niet via een enkel psychosociaal

proces kan worden verklaard. Hoewel de *belongingness*-hypothese stelt dat onvervulde sociale verbondenheid leidt tot psychologische kwetsbaarheid (Baumeister & Leary, 1995), laat deze studie zien dat dit proces vermoedelijk complexer is en afhankelijk van meerdere parallelle of elkaar compenserende mechanismen. Eenzaamheid kan worden opgevat als een algemene risicofactor die jongeren met en zonder migratieachtergrond in vergelijkbare mate beïnvloedt, in plaats van als een specifieke schakel tussen sociale positie en mentale gezondheid (Hawkley & Cacioppo, 2010).

Daarnaast is het mogelijk dat andere psychosociale processen, zoals ervaren discriminatie, identiteitsconflicten of chronische stress, een directere rol spelen in mentale gezondheid dan eenzaamheid alleen (Aneshensel, 1992; Meyer, 2003). Dit suggereert dat mentale gezondheidsverschillen, wanneer die optreden, het resultaat zijn van een breder netwerk van sociale en psychologische processen, waarin eenzaamheid slechts een van meerdere relevante factoren is.

Waarom verschilt eenzaamheid wel, maar mentale gezondheid niet?

Een centrale en inhoudelijk relevante bevinding van deze studie is dat jongeren met een migratieachtergrond meer eenzaamheid rapporteren dan jongeren zonder migratieachtergrond, terwijl er geen verschillen worden gevonden in mentale gezondheid. Dit roept de vraag op hoe deze discrepantie kan worden verklaard. Een eerste mogelijke verklaring is dat eenzaamheid niet voor alle jongeren dezelfde psychologische betekenis of impact heeft. Onder jongeren met een migratieachtergrond kan eenzaamheid bijvoorbeeld vaker worden ervaren als situationeel of contextueel (bijvoorbeeld samenhangend met school- of overgangsfases), zonder dat dit automatisch leidt tot bredere mentale gezondheidsproblemen.

Daarnaast wijzen eerdere studies erop dat jongeren met een migratieachtergrond in sommige gevallen beschikken over beschermende factoren die de negatieve gevolgen van sociale stress kunnen dempen. Denk hierbij aan sterke familiebanden, collectieve copingstrategieën, religieuze betrokkenheid of een grotere normalisering van sociale tegenslagen (Bhugra & Becker, 2005; Güngör & Bornstein, 2009). Deze factoren kunnen ervoor zorgen dat gevoelens van eenzaamheid minder snel worden geïnternaliseerd als persoonlijke tekortkomingen of psychopathologie, waardoor mentale gezondheid relatief intact blijft ondanks verhoogde eenzaamheid.

Een aanvullende verklaring sluit aan bij de zogeheten *healthy immigrant paradox*, die stelt dat mensen met een migratieachtergrond, ondanks sociale en structurele nadelen, vaak

een relatief goede mentale en fysieke gezondheid rapporteren (Marks et al., 2014; Salas-Wright et al., 2014). Hoewel deze paradox vooral is onderzocht bij eerste generatie migranten, suggereren sommige studies dat ook jongeren uit migrantengezinnen hiervan indirect kunnen profiteren, bijvoorbeeld via culturele normen rondom veerkracht, familiewaarden en doorzettingsvermogen. Het ontbreken van onderscheid tussen eerste en tweede generatie jongeren in de huidige analyses kan ertoe hebben geleid dat deze heterogeniteit onvoldoende zichtbaar is geworden.

Daarnaast kan ook rapportagebias een rol spelen. Onderzoek laat zien dat stigma rond psychische problemen in sommige migrantengroepen kan leiden tot terughoudendheid in het rapporteren van mentale klachten, bijvoorbeeld doordat psychische problematiek wordt geassocieerd met schaamte of sociale reputatie (Bhugra & Becker, 2005). In dat geval kunnen jongeren met een migratieachtergrond mogelijk wel eenzaamheid rapporteren, maar minder geneigd zijn om mentale gezondheidsproblemen expliciet te benoemen. Hierdoor kan onderrapportage van psychische klachten in surveyonderzoek optreden, wat kan bijdragen aan het uitblijven van geobserveerde groepsverschillen in mentale gezondheid.

Kritische reflectie en beperkingen

Een belangrijke sterkte van dit onderzoek is het gebruik van gegevens uit het LISS-panel, dat is gebaseerd op een aselechte steekproef uit het Nederlandse bevolkingsregister. Hierdoor zijn de bevindingen in principe goed generaliseerbaar naar jongeren in Nederland. Daarnaast is gebruikgemaakt van internationaal gevalideerde meetinstrumenten voor zowel mentale gezondheid (MHI-5) als eenzaamheid (De Jong Gierveld Eenzaamheidsschaal), wat de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de resultaten met eerder onderzoek vergroot.

Tegelijkertijd kent dit onderzoek meerdere beperkingen die van belang zijn voor de interpretatie van de bevindingen. Allereerst betreft het een cross-sectioneel onderzoeksdesign, waardoor er geen uitspraken kunnen worden gedaan over causaliteit. Hoewel in de analyses eenzaamheid is gemodelleerd als voorspeller en mediator van mentale gezondheid, kan op basis van deze data niet worden vastgesteld of eenzaamheid daadwerkelijk voorafgaat aan mentale gezondheidsproblemen. Het is eveneens mogelijk dat een slechtere mentale gezondheid leidt tot terugtrekking uit sociale relaties en daarmee tot verhoogde eenzaamheid, of dat beide processen elkaar wederzijds versterken.

Eenzaamheid kan dus binnen mentale gezondheidsprocessen verschillende rollen vervullen. Enerzijds wordt eenzaamheid in de literatuur vaak beschreven als een risicofactor

voor depressieve en angstige symptomen. Longitudinale studies tonen bijvoorbeeld aan dat hogere niveaus van eenzaamheid samenhangen met een toename van depressieve symptomen over de tijd (Cacioppo et al., 2010; Qualter et al., 2015). Anderzijds laten longitudinale bevindingen ook zien dat psychische klachten op hun beurt latere eenzaamheid kunnen voorspellen, wat wijst op wederkerige relaties tussen beide constructen (Cacioppo et al., 2010).

De samenhang die in dit onderzoek werd gevonden tussen eenzaamheid en mentale gezondheid kan daarom verschillende onderliggende temporele processen weerspiegelen die met een cross-sectioneel ontwerp niet van elkaar te onderscheiden zijn. Longitudinaal onderzoek is noodzakelijk om beter inzicht te krijgen in de richting en dynamiek van deze relaties en om vast te stellen in hoeverre eenzaamheid fungeert als oorzaak, gevolg of onderdeel van bredere mentale gezondheidsprocessen.

Een tweede belangrijke beperking betreft de operationalisatie van migratieachtergrond. In dit onderzoek is migratieachtergrond relatief breed gedefinieerd, waarbij jongeren met uiteenlopende herkomstlanden, migratiegeschiedenissen en generaties zijn samengevoegd. Belangrijk is bovendien dat jongeren met een migratieachtergrond een zeer heterogene groep vormen, waarin grote verschillen bestaan naar herkomstregio, generatie, sociaaleconomische positie, migratiemotief, religieuze achtergrond en mate van ervaren discriminatie (Crul et al., 2017; Stevens et al., 2020). Deze heterogeniteit kan hebben geleid tot een afvlakking van relevante verschillen binnen de groep jongeren met een migratieachtergrond.

Het is mogelijk dat subgroepen, zoals eerste- versus tweede generatie jongeren, of jongeren met verschillende etnische en culturele achtergronden, sterk van elkaar verschillen in zowel eenzaamheid als mentale gezondheid. Zo laten studies zien dat tweede generatie jongeren zich vaak sterker identificeren met de ontvangende samenleving, maar tegelijkertijd meer spanning kunnen ervaren rondom identiteit en *belonging*, terwijl eerste generatie jongeren vaker terugvallen op etnische netwerken en familie als bron van sociale steun (Berry, 1997; Phinney et al., 2001). Dergelijke verschillen kunnen bepalend zijn voor zowel de ervaring van eenzaamheid als de impact ervan op mentale gezondheid. Doordat deze subgroepen in de huidige studie zijn samengenomen, kunnen specifieke patronen onzichtbaar zijn gebleven en kunnen effecten op mentale gezondheid zijn afgevlakt. Het is daardoor mogelijk dat eenzaamheid voor bepaalde subgroepen wel sterker samenhangt met mentale gezondheid, maar dat deze effecten in de totale groep niet zichtbaar worden.

Daarnaast is eenzaamheid in deze studie gemeten als een algemeen construct, zonder

expliciet onderscheid te maken tussen sociale en emotionele eenzaamheid. Onderzoek naar de De Jong Gierveld-schaal laat zien dat deze twee dimensies conceptueel en empirisch van elkaar te onderscheiden zijn en verschillend kunnen samenhangen met psychosociaal functioneren (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2010). Studies tonen bovendien aan dat emotionele eenzaamheid doorgaans sterker samenhangt met depressieve symptomen, terwijl sociale eenzaamheid vaker gerelateerd is aan kenmerken van sociale netwerken en participatie (Hawkley & Cacioppo, 2010). Omdat beide vormen ook verschillend kunnen voorkomen tussen groepen met uiteenlopende sociaaleconomische en migratieachtergronden, kan het ontbreken van dit onderscheid ertoe hebben geleid dat specifieke patronen in de relatie tussen eenzaamheid en mentale gezondheid in de huidige studie onzichtbaar zijn gebleven.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Toekomstig onderzoek zou in de eerste plaats gebruik moeten maken van longitudinale onderzoeksdesigns om beter inzicht te krijgen in de mogelijke causaliteit tussen migratieachtergrond, eenzaamheid en mentale gezondheid. Longitudinale studies maken het mogelijk om te onderzoeken of eenzaamheid voorafgaat aan veranderingen in mentale gezondheid, of dat mentale gezondheidsproblemen juist leiden tot toenemende sociale terugtrekking en eenzaamheid, of dat sprake is van wederkerige processen. (Hawkley & Cacioppo, 2010; Solmi et al., 2022).

Daarnaast is het een aanbeveling om in toekomstig onderzoek meerdere psychosociale mediators en moderators gelijktijdig te modelleren. Eerder onderzoek suggereert dat factoren zoals ervaren discriminatie, sociale steun, acculturatiestress, identiteitsontwikkeling en copingstrategieën een centrale rol spelen in het mentaal welzijn van jongeren met een migratieachtergrond (Berry, 1997; Phinney et al., 2001; Stevens et al., 2020). Het opnemen van deze variabelen kan helpen om beter te begrijpen via welke mechanismen sociale positie samenhangt met mentale gezondheid en waarom eenzaamheid in sommige contexten wel en in andere contexten geen mediërende rol speelt.

Ook methodologisch kan er verdieping ontstaan door het gebruik van intensievere meetmethoden, zoals *experience-sampling* of dagboekstudies. Zulke methoden maken het mogelijk om dagelijkse schommelingen in eenzaamheid, sociale interacties en mentaal welzijn in kaart te brengen en kunnen inzicht bieden in korte-termijndynamieken die met traditionele surveyonderzoeken minder goed zichtbaar zijn (Myin-Germeys et al., 2018). Hierbij kan bijvoorbeeld worden onderzocht in hoeverre dagelijkse ervaringen van sociale

uitsluiting, positieve sociale interacties of contact met familie en vrienden samenhangen met veranderingen in stemming en gevoelens van verbondenheid. Voor jongeren met een migratieachtergrond kan het daarnaast relevant zijn om te onderzoeken of dagelijkse ervaringen met discriminatie, culturele spanning of taalbarrières gepaard gaan met sterkere fluctuaties in eenzaamheid en mentaal welzijn en of beschermende factoren zoals steun vanuit familie- of etnische netwerken deze effecten op korte termijn dempen. Dergelijke analyses kunnen inzicht geven in mogelijke verschillen in de dagelijkse psychosociale processen tussen jongeren met en zonder migratieachtergrond en daarmee bijdragen aan een beter begrip van de mechanismen die ten grondslag liggen aan mentale gezondheid in het dagelijks leven.

Toekomstig onderzoek zou daarom expliciet moeten differentiëren tussen generaties, herkomstgroepen en contextuele kenmerken en nagaan welke specifieke risico's (zoals ervaren discriminatie of acculturatiedruk) en beschermende factoren (zoals familierelaties, etnische identiteit of religieuze betrokkenheid) relevant zijn voor welke subgroepen. Alleen door deze differentiatie kan beter worden begrepen waarom sommige jongeren met een migratieachtergrond een verhoogde kwetsbaarheid laten zien, terwijl anderen juist veerkrachtig blijken.

Implicaties voor theorie en praktijk

De bevindingen van dit onderzoek bevestigen dat mentale gezondheid onder jongeren niet eenduidig kan worden verklaard vanuit een afzonderlijk psychosociaal mechanisme. Hoewel eenzaamheid sterk samenhangt met mentaal welzijn, bleek het in deze studie geen verklarende schakel te zijn tussen migratieachtergrond en mentale gezondheid. Dit ondersteunt sociaal-ecologische en stressmodellen waarin mentale gezondheid wordt opgevat als de uitkomst van meerdere processen, zoals sociale verbondenheid, ervaren discriminatie, identiteitsontwikkeling en coping. Binnen deze theoretische kaders wordt verondersteld dat structurele omstandigheden en sociale ervaringen gezamenlijk bepalen hoe psychosociale kwetsbaarheid zich ontwikkelt, wat aansluit bij het patroon dat in dit onderzoek werd gevonden.

De praktische implicaties liggen met name bij de preventie en sociale interventie. De resultaten laten zien dat jongeren met een migratieachtergrond gemiddeld meer eenzaamheid ervaren, ook wanneer hun mentale gezondheid gemiddeld vergelijkbaar is met die van jongeren zonder migratieachtergrond. Dit wijst erop dat beleid niet uitsluitend moet focussen op behandeling van mentale klachten, maar ook op het versterken van sociale verbondenheid

en het verminderen van sociale uitsluiting. In de praktijk kan dit bijvoorbeeld worden vertaald naar schoolprogramma's die actief gemengde sociale netwerken stimuleren, mentor- en buddyprogramma's voor nieuwe leerlingen of studenten en wijkgerichte initiatieven die ontmoetingsmogelijkheden tussen verschillende groepen jongeren bevorderen.

Daarnaast benadrukken de bevindingen het belang van contextsensitieve en doelgroepgerichte aanpakken. Jongeren met een migratieachtergrond vormen een heterogene groep, waardoor interventies effectiever zijn wanneer zij rekening houden met verschillen in migratiegeschiedenis, sociaaleconomische positie en culturele context. Voor professionals in onderwijs, jeugdzorg en welzijnswerk betekent dit dat aandacht voor sociale inclusie, ervaren acceptatie en toegang tot sociale netwerken een integraal onderdeel zou moeten zijn van preventieve jeugdprogramma's.

Tot slot suggereren de resultaten dat het verminderen van eenzaamheid niet alleen relevant is voor jongeren met een migratieachtergrond, maar voor jongeren in het algemeen. Tegelijkertijd maken de bevindingen duidelijk dat sociale verbondenheid ongelijk verdeeld is, wat pleit voor structurele maatregelen, bijvoorbeeld binnen onderwijsbeleid, gemeentelijke jeugdprogramma's en sport- en vrijetijdsvoorzieningen, die expliciet gericht zijn op het versterken van participatie en sociale integratie van jongeren.

Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat jongeren met een migratieachtergrond meer eenzaamheid ervaren dan jongeren zonder migratieachtergrond en dat eenzaamheid sterk samenhangt met mentale gezondheid. Tegelijkertijd werd geen direct verschil in mentale gezondheid tussen deze groepen gevonden en fungeerde eenzaamheid niet als mediërend mechanisme in de relatie tussen migratieachtergrond en mentale gezondheid. De centrale conclusie is dat eenzaamheid sterk is geassocieerd met mentale gezondheid bij jongeren. Mentale gezondheidsongelijkheid lijkt voort te komen uit een complex samenspel van sociale en psychologische processen dat niet kan worden gereduceerd tot een verklarend pad. Deze bevinding benadrukt de noodzaak van verdere theoretische verfijning en multidimensionaal onderzoek naar mentale gezondheid bij jongeren.

Referentielijst

- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1), 15–24. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.49.1.15>
- Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: What we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 3–15. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08101.x>
- Aneshensel, C. S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18, 15–38. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.000311>
- Arnett, J. J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood: Implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 1(7), 569–576. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7)
- Belhadj Kouider, E., Koglin, U., & Petermann, F. (2014). Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in Europe: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(6), 373–391. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0485-8>
- Berwick, D. M., Murphy, J. M., Goldman, P. A., Ware, J. E., Jr., Barsky, A. J., & Weinstein, M. C. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Medical Care*, 29(2), 169–176. <https://doi.org/10.1097/00005650-199102000-00008>
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1), 5–34. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x>

- Bhugra, D., & Becker, M. A. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry*, 4(1), 18–24.
- Bleidorn, W., Klimstra, T. A., Denissen, J. J. A., Rentfrow, P. J., Potter, J., & Gosling, S. D. (2013). Personality maturation around the world: A cross-cultural examination of social-investment theory. *Psychological Science*, 24(12), 2530–2540.
<https://doi.org/10.1177/0956797613498396>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2023). *Begrippen: Migratieachtergrond*.
<https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen/migratieachtergrond>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2024). *Bevolking met migratieachtergrond: Begrippen en definities*. <https://www.cbs.nl>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025). *Dashboard bevolking: Herkomst*.
<https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/herkomst>
- Crul, M., Schneider, J., Keskiner, E., & Lelie, F. (2017). The multiplier effect: How the accumulation of cultural and social capital explains steep upward social mobility of children of low-educated immigrants. *Ethnic and Racial Studies*, 40(2), 321–338.
<https://doi.org/10.1080/01419870.2017.1245431>
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. G. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: Tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European Journal of Ageing*, 7(2), 121–130.
<https://doi.org/10.1007/s10433-010-0144-6>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). Sage.

- Fokkema, T. (2021). Hogere eenzaamheid onder migranten in Nederland: Verklarende mechanismen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 52(4), 198–209.
<https://doi.org/10.1007/s12439-021-00598-9>
- Gautam, N. (2024). Understanding youth mental well-being in times of rapid social change. *Journal of Adolescent Health Research*, 29(2), 145–158.
- Grygiel, P., Humenny, G., & Rębisz, S. (2019). Using the De Jong Gierveld Loneliness Scale with early adolescents: Factor structure, reliability, stability, and external validity. *Assessment*, 26(2), 151–165. <https://doi.org/10.1177/1073191116682298>
- Güngör, D., & Bornstein, M. H. (2009). Gender, development, values, and adaptation of Turkish immigrant youth in Belgium. *Sex Roles*, 60(7–8), 527–538.
<https://doi.org/10.1007/s11199-008-9539-2>
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Herold, J., Van Geel, M., & Vedder, P. (2024). Cultural integration and well-being among Dutch adolescents with Western and non-Western migration backgrounds. *European Journal of Developmental Psychology*, 21(1), 34–49.
<https://doi.org/10.1080/17405629.2023.2224178>
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention, and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90.
<https://doi.org/10.1002/wps.21160>

- Krieger, N., Williams, D. R., & Moss, N. E. (1997). Measuring social class in U.S. public health research: Concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health, 18*, 341–378. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.18.1.341>
- Lievrouw, S., Myin-Germeys, I., & Achterhof, R. (2024). The mental health of European adolescents with and without a migration background (2013–2024): A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02589-2>
- LISS Data Archive. (n.d.). *About the LISS panel*. CentERdata. <https://www.dataarchive.lissdata.nl/about-panel>
- Marks, A. K., Ejesi, K., & García Coll, C. (2014). Understanding the U.S. immigrant paradox in adolescence: Developmental and contextual considerations. *New Directions for Child and Adolescent Development, 2014*(144), 35–53. <https://doi.org/10.1002/cad.20058>
- Phinney, J. S., Horenczyk, G., Liebkind, K., & Vedder, P. (2001). Ethnic identity, immigration, and well-being: An interactional perspective. *Journal of Social Issues, 57*(3), 493–510. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00225>
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine, 90*, 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>
- Salas-Wright, C. P., Vaughn, M. G., Clark, T. T., Terzis, L. D., & Córdova, D. (2014). Substance use disorders among first- and second-generation immigrant adults in the United States: Evidence of an immigrant paradox? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 75*(6), 958–967. <https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.958>

- Sax, L. J., Gilmartin, S. K., & Bryant, A. N. (2003). Assessing response rates and nonresponse bias in web and paper surveys. *Research in Higher Education*, 44(4), 409–432. <https://doi.org/10.1023/A:1024232915870>
- Sleijpen, M., Boeije, H., Kleber, R. J., & Mooren, T. (2021). Between power and powerlessness: Refugee adolescents' experiences of belonging in the Netherlands. *Journal of Refugee Studies*, 34(3), 2874–2892. <https://doi.org/10.1093/jrs/fez094>
- Stevens, G. W. J. M., Dorsselaer, S. van, Boer, M., de Roos, S., Duinhof, E. L., ter Bogt, T. F. M., & Vollebergh, W. A. M. (2020). Mental health problems among adolescents with an immigrant background in the Netherlands: Examining the role of family affluence, school ethnic composition, and perceived discrimination. *European Journal of Public Health*, 30(1), 116–122. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz058>
- Stevens, G. W. J. M., Walsh, S. D., Huijts, T., Maes, M., & Vasileiadou, M. (2020). Social integration and mental health among immigrant youth in Europe: Findings from the HBSC study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(9), 1203–1214. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01877-8>
- Veit, C. T., & Ware, J. E., Jr. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730–742. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.5.730>
- World Health Organization. (2023). *Adolescent mental health: Global overview and trends*. <https://www.who.int>
- Yang, K., Chen, Y., & Van de Velde, S. (2023). Migration-related inequalities in loneliness across age groups: A cross-national comparative study in Europe. *BMC Public Health*, 23(1), Article 456. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15742-6>

Bijlage 1

Plagiaatverklaring



Met ondertekening van deze overeenkomst verklaar ik, Fatma Raafat, student Pedagogische Wetenschappen van de Erasmus Universiteit Rotterdam, dat ik bij het schrijven van mijn scriptie over het onderwerp: de relatie tussen migratieachtergrond en mentale gezondheid bij Nederlandse jongeren, geen plagiaat heb gepleegd en dat de scriptie het resultaat is van mijn eigen werk en verwoord is in mijn eigen woorden, behoudens citaten. Daar waar mijn scriptie gebaseerd is op informatie dan wel ideeën van een ander zal ik die ander recht doen door naar diens geraadpleegde werk te verwijzen. Tevens verklaar ik dat ik te allen tijde verantwoordelijk blijf voor de inhoud van de scriptie.

Toelichting inzet generatieve AI:

1. Ik heb geen gebruik gemaakt van generatieve AI.

Indien je wel gebruikt hebt gemaakt van GenAi, dan beantwoord je ook de vragen 2 tot en met 4. Als je geen gebruik hebt gemaakt van GenAI, dan zijn de vragen 2 tot en met 4 niet van toepassing. Vermeld dan n.v.t. bij de vraag.

2. Van welke tool(s) heb je gebruik gemaakt? N.v.t.
3. In welke fase(n) van de scriptie heb je gebruik gemaakt van GenAI? N.v.t.
4. Op welke manier heb je GenAI gebruikt? Beschrijf dit zo uitgebreid mogelijk. N.v.t.

Datum, plaats: 01-03-2026

Handtekening:

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'F' followed by a series of loops and a final vertical stroke.