

**De Schaduw van Eenzaamheid; De rol van Geslacht in de Relatie met Mentale
Gezondheid**

Nora Balakouh, 591470

Erasmus Universiteit Rotterdam

Erasmus School of Social and Behavioral Sciences

Master Pedagogische wetenschappen

Afstudeerrichting Orthopedagogiek

Dr. R. Achterhof

Dr. C. de Jong

Rotterdam, 3 Juli 2025

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

Samenvatting

Wereldwijd is eenzaamheid onder adolescenten sterk toegenomen. In deze studie is de relatie tussen eenzaamheid en mentale gezondheid onder adolescenten onderzocht, evenals de modererende rol van geslacht in deze relatie. Het doel van dit onderzoek was om het huidige beperkte aantal studies uit te breiden en meer inzicht te krijgen in deze samenhang gedurende de adolescentie. Gegevens zijn verzameld via een kwantitatief cross-sectioneel design, gebaseerd op data van het Longitudinal Internet Studies for the Social Sciences (LISS) panel. Adolescenten tussen de 16 en 25 jaar ($M = 20.69$, 60% Vrouw) vulden twee vragenlijst in die hun mate van eenzaamheid en mentale gezondheid peilde. Hiervoor zijn de verkorte De Jong Gierveld-schaal voor eenzaamheid en de Mental Health Inventory (MHI-5) voor mentale gezondheid gebruikt. De resultaten van de hiërarchische regressieanalyse laten zien dat eenzaamheid significant negatief samenhangt met mentale gezondheid. Hoewel vrouwen gemiddeld hogere niveaus van eenzaamheid en een lagere mentale gezondheid rapporteren dan mannen, werd geen bewijs gevonden voor een verschillend effect tussen beide geslachten. Deze bevindingen suggereren dat de samenhang tussen eenzaamheid en mentale gezondheid gedurende de adolescentie niet afhankelijk is van geslacht en dat andere factoren mogelijk een grotere rol spelen. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op het verder onderzoeken van de invloed van migratieachtergrond op de relatie tussen deze twee factoren bij deze specifieke leeftijdsgroep, evenals de rol van en geslacht hierin.

Sleutelwoorden: eenzaamheid, adolescenten, mentale gezondheid, geslacht, geslachtverschillen; emerging adulthood

Abstract

Worldwide, loneliness among adolescents has increased significantly. In this study, the relationship between loneliness and mental health among adolescents was examined, as well as the moderating role of gender in this relationship. The aim of this study was to expand the currently limited number of studies and gain more insight into this relationship during adolescence. Data were collected using a quantitative cross-sectional design, based on data from the Longitudinal Internet Studies for the Social Sciences (LISS) panel. Adolescents aged 16 to 25 ($M = 20.69$, 60% female) completed two questionnaires measuring their levels of loneliness and mental health, using the short De Jong Gierveld loneliness scale and the Mental Health Inventory (MHI-5) for mental health. The results of the hierarchical regression analysis show that loneliness is significantly negatively associated with mental health. Although women reported, on average, higher levels of loneliness and lower mental health

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

than men, no evidence was found for a different effect between the genders. These findings suggest that the relationship between loneliness and mental health during adolescence is not dependent on gender, and that other factors may play a more significant role. Future research should therefore focus on further examining the influences of migrationbackground on the relationship between these two factors in this specific age group, as well as the role gender in this context.

Keywords: loneliness, adolescents, mental health, gender, genderdifferences, emerging adulthood

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Abstract	2
De Schaduw van Eenzaamheid; De rol van Geslacht in de Relatie met Mentale Gezondheid..	6
Eenzaamheid Gedurende de Adolescentie.....	7
De Relatie Tussen Eenzaamheid en Mentale Gezondheid	8
Geslachtsverschillen in Eenzaamheid, Mentale Gezondheid en de Relatie Hiertussen	9
De Huidige Studie	10
Methode.....	12
Design en Procedure.....	12
Participanten	13
Instrumenten	16
Eenzaamheid.....	16
Mentale gezondheid	16
Statistische en Beschrijvende Analyses	17
Resultaten	18
Assumpties.....	18
Beschrijvende Statistieken.....	19
Negatieve Relatie Tussen Eenzaamheid en Mentale gezondheid.....	21
Geslachtsverschillen in Eenzaamheid en Mentale Gezondheid	21
De Modererende rol van Geslacht	22
Discussie.....	23
Belangrijkste Bevindingen	23
De Relatie Tussen Eenzaamheid en Mentale Gezondheid	23
Vrouwen Rapporteren Meer Eenzaamheids- Mentale Gezondheidsklachten dan Mannen..	24
Geen Modererend Effect van Geslacht.....	25
Sterke Punten en Limitaties	27

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

Aanbevelingen Voor Toekomstig Onderzoek en Implicatie Voor de Praktijk	28
Conclusie	30
Referentielijst	31
Bijlage A –Formulier Informed consent deelnemers.....	40
Bijlage B – Assumptiechecks	41
Bijlage C – Assumptiechecks	42
Bijlage D – Meetschalen Afhankelijke en Onafhankelijke Variabelen	43
Bijlage E – Plagiaatverklaring.....	44

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

De Schaduw van Eenzaamheid; De rol van Geslacht in de Relatie met Mentale Gezondheid

Wereldwijd is er sprake van een zorgwekkende toename van eenzaamheid onder adolescenten. Uit een grootschalig internationaal onderzoek van Twenge et al. (2021), uitgevoerd in 37 landen, blijkt dat in 2018 bijna twee keer zoveel adolescenten een verhoogde mate van eenzaamheid op school rapporteerden vergeleken met het jaar 2000 en dat deze toename sterker was voor vrouwen dan mannen. Deze wereldwijde trend weerspiegelt zich ook in Nederland. Uit het recent rapport *Landelijke rapportage Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024* blijkt dat een aanzienlijk deel van de adolescenten tussen de 16 en 25 jaar zich eenzaam voelt (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2025). In 2024 gaf maar liefst 57% van de adolescenten aan zich enigszins tot sterk eenzaam te voelen (34% enigszins en 23% sterk). Vrouwen rapporteerden hierbij iets vaker dan mannen dat zij zich sterk eenzaam voelen (14,5% tegenover 13,8%).

Hoewel het percentage adolescenten in Nederland dat zich sterk eenzaam voelt in 2024 is afgenomen met 4% ten opzichte van 2022, blijft het probleem van eenzaamheid een belangrijk aandachtspunt. Zilboorg (1938) beschreef eenzaamheid, in een van de eerste psychoanalytische analyses van eenzaamheid, als “een innerlijke worm die aan het hart knaagt” (p.48). Hij karakteriseerde het als een diepgewortelde, overweldigende en hardnekkige ervaring die de psyche geleidelijk ondermijnt. Dit gevoel kan al vanaf de vroegste levensjaren ontstaan, wanneer de eerste ervaringen van isolement en vervreemding zich voordoen. Hiermee legde Zilboorg de basis voor verder onderzoek naar de psychologische en sociale gevolgen van eenzaamheid. Inmiddels is eenzaamheid wereldwijd een groeiend thema dat steeds meer aandacht krijgt.

Een van de meest invloedrijke en vaak gehanteerde definities van eenzaamheid komt voort uit het cognitieve discrepantiemodel (Peplau & Perlman, 1982; Perlman & Peplau, 1982). Volgens dit model treedt het gevoel van eenzaamheid op wanneer er een discrepantie is tussen de gewenste en de werkelijke niveaus van sociale relaties. Hoewel vaak wordt verondersteld dat sociaal geïsoleerde personen zich eenzaam voelen, hoeft dit niet altijd het geval te zijn. Sommige mensen kiezen er bijvoorbeeld bewust voor om een sociaal geïsoleerd leven te leiden en halen hier voldoening uit. Bovendien kunnen twee individuen met hetzelfde aantal sociale relaties toch uiteenlopende niveaus van eenzaamheid ervaren. Kortom, het cognitieve discrepantiemodel stelt dat eenzaamheid primair wordt bepaald door de subjectieve beleving van sociale relaties en niet louter door de objectieve aanwezigheid ervan.

Eenzaamheid Gedurende de Adolescentie

Hoewel eenzaamheid vaak wordt geassocieerd met ouderdom, wijzen meerdere onderzoeken erop dat eenzaamheid twee keer in het leven een piek bereikt. Uit een recente data-analyse van negen longitudinale studies door Graham et al. (2024) blijkt dat gevoelens van eenzaamheid niet alleen toenemen op latere leeftijd, maar een eerste piek laten zien gedurende de adolescentie. Daarna nemen deze gevoelens van eenzaamheid doorgaans af tot de middelbare leeftijd, om vervolgens weer toe te nemen op latere leeftijd en daarmee een U-vormig patroon volgen (Buecker et al., 2021; Graham et al., 2024; Luhmann & Hawkley, 2016; Mund et al., 2020). Deze bevindingen benadrukken dat eenzaamheid niet uitsluitend een probleem van ouderdom is, maar ook een belangrijk aandachtspunt vormt tijdens de adolescentie.

Eenzaamheid kan volgens Peplau & Perlman (1982) in de adolescentie ontstaan als de nodige sociale vaardigheden om met de veranderende sociale omgeving om te gaan ontbreken, of wanneer zij onrealistische verwachtingen hebben over deze sociale relaties. Een voorbeeld hiervan is wanneer een adolescent verwacht dat vriendschappen vanzelf ontstaan of dat vrienden altijd beschikbaar zijn om direct te reageren of af te spreken. Wanneer deze verwachting vervolgens niet wordt waargemaakt, kan dit leiden tot een gevoel van afwijzing en daarmee tot eenzaamheid (Laursen & Hartl, 2013).

Hoewel de adolescentie geen eenduidige definitie kent, wordt deze in de literatuur over het algemeen beschreven als de overgangsperiode tussen de kindertijd en volwassenheid. Sawyer et al. (2018) kenmerken deze fase als een ontwikkelingsperiode die grofweg loopt van 10 tot 24 jaar, waarin fysieke, cognitieve en sociale veranderingen centraal staan. Arnett (2000) onderscheid hierbinnen echter een aparte ontwikkelingsfase, namelijk de *emerging adulthood* (18 – 25 jaar). Het is een fase die gekenmerkt wordt door veranderingen, instabiliteit en identiteitsontwikkeling waarin emerging adults actief hun levensmogelijkheden op het gebied van werk, relaties en overtuigingen onderzoeken. In dit onderzoek zal er worden gekeken naar jongeren in de leeftijd van 16 tot 25 jaar, een groep die zich zowel in de late adolescentie als de fase van emerging adulthood bevindt. Binnen dit onderzoek wordt deze leeftijdsgroep beschouwd als behorend tot de adolescentie.

In Nederland bevinden adolescenten zich tot hun 25e levensjaar in een transitiefase, waarin zij belangrijke stappen zetten richting volwassenheid. Deze periode omvat onder andere de overgang van het voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo) naar het middelbaar, hoger beroeps- of wetenschappelijk onderwijs, het behalen van diploma's en de start van hun

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

professionele loopbaan. Deze transitiefase brengt verschillende uitdagingen met zich mee waaronder het onderhouden van een bevredigend sociaal netwerk, het creëren van nieuwe relaties en het hervormen van bestaande (Cutrona, 1982). Daarnaast wordt deze levensfase gekenmerkt door een sterke drang naar autonomie en individualiteit, wat gepaard kan gaan met een verhoogde kwetsbaarheid voor gevoelens van eenzaamheid, als gevolg van de toenemende verantwoordelijkheden en zelfstandigheid (Brennan, 1982). Kortom, deze combinatie van structurele veranderingen en persoonlijke uitdagingen maakt de adolescentie tot een kwetsbare levensfase waarin de kans op eenzaamheid aanzienlijk is en aandacht verdient binnen wetenschappelijk onderzoek.

De Relatie Tussen Eenzaamheid en Mentale Gezondheid

Hoewel het ervaren van eenzaamheid onderdeel kan zijn van de normale ontwikkeling, is het ervaren van hoge niveaus van eenzaamheid gedurende de adolescentie een reden tot bezorgdheid. De adolescentie is namelijk een periode van verhoogde kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van aanhoudende gevoelens van eenzaamheid (Vanhalst et al., 2018). Dit is zorgelijk omdat eenzaamheid in verband wordt gebracht met diverse negatieve ontwikkelingsuitkomsten zoals verhoogde niveaus van depressie, angst, PTSS, negatieve coping strategieën, lagere levels van veerkracht, meer stress, hopeloosheid, zelfmoordgedachten en vermoeidheid (Bessaha et al., 2023; Chi et al., 2024; Ge et al., 2017; Hyland et al., 2018; Kascakova et al., 2025; Klein et al., 2021; Magid et al., 2023; Moksnes et al., 2022; Richardson et al., 2017; Stein et al., 2025). Bovendien suggereert een recent onderzoek van Kim et al. (2025) dat een toename van eenzaamheid gedurende de vroege adolescentie gerelateerd is aan een slechtere mentale gezondheid in de jongvolwassenheid. Hierbij rapporteerden participanten met hogere eenzaamheidsniveaus een grotere kans op depressie.

Eenzaamheid heeft naast persoonlijke, ook brede maatschappelijke consequenties. Eenzaamheid wordt namelijk in verband gebracht met een verhoogd gebruik van gezondheidszorg (Christiansen et al., 2023; Meisters et al., 2021). Uit een grootschalig onderzoek ($N = 341.376$) onder Nederlandse volwassenen blijkt dat eenzaamheid zowel direct als indirect bijdraagt aan zorguitgaven, met name in de jongere leeftijdsgroepen. Deze uitgaven zijn voornamelijk het gevolg van een verhoogd zorggebruik, zoals frequentere huisartsenbezoeken en hogere kosten voor geestelijke gezondheidszorg, wat de druk op het zorgsysteem verder vergroot. De jaarlijkse kosten van eenzaamheid worden geschat op ongeveer 2 miljard euro (Meisters et al., 2021). Meer inzicht in de relatie tussen eenzaamheid en mentale gezondheid, met name tijdens de kwetsbare levensfase van de adolescentie, is

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

daarom essentieel om gerichte interventies te ontwikkelen en de negatieve maatschappelijke en individuele gevolgen van eenzaamheid te beperken (Qualter et al., 2015).

Mentale gezondheid wordt door de World Health Organization (WHO) gedefinieerd als: “Een toestand van mentaal welzijn die mensen in staat stelt om te gaan met de stress van het leven, hun capaciteiten te realiseren, goed te leren en goed te functioneren, en bij te dragen aan hun gemeenschap” (WHO, 2022, p. 8). In lijn met deze definitie richt dit onderzoek zich specifiek op de afwezigheid van psychopathologie als een belangrijk component van mentale gezondheid. Hierbij wordt mentale gezondheid beschouwd als de afwezigheid van klinische symptomen die het dagelijks functioneren belemmeren.

Geslachtsverschillen in Eenzaamheid, Mentale Gezondheid en de Relatie Hiertussen

Eerdere studies wijzen steeds meer op mogelijke geslachtsgebonden patronen in eenzaamheid (Barreto et al., 2020; Igami et al., 2023; Maes et al., 2019; von Soest et al., 2020; Wedaloka & Turnip, 2019) en mentale gezondheid (Bangasser & Valentino, 2014; Kajonius et al., 2025; Otten et al., 2021; Riecher-Rössler, 2017). In een cross-sectionele studie onder de Spaanse bevolking onderzochten Matud et al. (2022) geslachtsverschillen in mentaal welzijn van emerging adults ($N = 1190$) en vonden dat vrouwen hogere niveaus van mentale gezondheidsproblemen rapporteerden dan mannen. Een recent onderzoek uit Zweden onder adolescenten tussen de 15 en 18 jaar ($N = 10.288$) ondersteunen deze bevinding en ook zij vonden een lagere mentale gezondheid onder vrouwen (Kajonius et al., 2025). Deze bevindingen worden verder bevestigd door diverse studies die consequent aantonen dat vrouwen gemiddeld hogere niveaus van internaliserende klachten zoals angst en depressie rapporteerden dan mannen (Bangasser & Valentino, 2014; Díez et al., 2024; Otten et al., 2021; Riecher-Rössler, 2017).

Daarnaast suggereren meerdere onderzoeken dat mannen hogere niveaus van eenzaamheid rapporteren dan vrouwen (Barreto et al., 2020; Maes et al., 2019; Wedaloka & Turnip, 2019). Het onderzoek van Barreto et al. (2020) onderzocht de verschillen in de ervaringen van eenzaamheid tussen culturen, leeftijd en geslacht onder 46.054 deelnemers in de leeftijd van 16 tot 99 jaar afkomstig uit 237 landen, eilanden en gebieden. Hieruit bleek dat mannen in de jongere leeftijdsgroep hogere niveaus van eenzaamheid rapporteerden dan vrouwen. De resultaten uit de metaanalyse van Maes et al. (2019) ondersteunen deze bevinding en vonden hetzelfde effect. Zij onderzochten geslachtsverschillen in eenzaamheid gedurende het hele leven en vonden een klein maar significant effect dat mannen iets eenzamer waren dan vrouwen in de adolescentie en jongvolwassenheid. Deze geslachtsverschillen verdwenen echter op middelbare en hogere leeftijd.

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

Hoewel er veel onderzoek beschikbaar is over de relatie tussen eenzaamheid en mentale gezondheid, blijft de invloed van geslacht als modererende factor onderbelicht. Het perspectief van gendersocialisatie suggereert dat gender de ontwikkeling van sociale rollen en gedragingen beïnvloedt (Stockard, 2006). Deze theorie stelt dat vrouwen afhankelijker zijn van sociale verbindingen en vaak gesocialiseerd worden om veel waarde te hechten aan interpersoonlijke relaties. Dit zou voor een sterkere achteruitgang van mentale gezondheid kunnen leiden als gevolg van eenzaamheid, omdat deze afhankelijk is van sociale connecties. In tegenstelling hiervan worden mannen over het algemeen gesocialiseerd om onafhankelijkheid te waarderen en minder geneigd zijn om sociale steun te zoeken. Dit zou hen mogelijk kunnen beschermen tegen de negatieve effecten van eenzaamheid.

Eerder onderzoek naar mogelijke geslachtsverschillen in deze relatie is echter beperkt uitgevoerd (Chai et al., 2025; Chang, 2017; McQuaid et al., 2020). Recent longitudinaal onderzoek van Chai et al. (2025) onderzocht de rol van geslacht in de invloed van eenzaamheid op mentale gezondheid in Engeland ($N = 34.535$). Uit de resultaten bleek dat de relatie tussen eenzaamheid en mentale gezondheidsklachten werd gemodereerd door geslacht. Vrouwen hadden een sterkere negatieve relatie tussen eenzaamheid en mentale gezondheid dan mannen. Deze bevindingen werden ook gevonden door Chang (2017) die de relatie tussen eenzaamheid en symptomen van angst en depressie onder afro-Amerikanen ($N = 168$) onderzochten. De studie liet zien dat geslacht de relatie tussen eenzaamheid en de negatieve affectsymptomen modereerde, waarbij de relatie sterker was voor vrouwen dan voor mannen.

Ondanks deze bevindingen blijft de bestaande literatuur op meerdere punten beperkt. Ten eerste richt het merendeel van de studies zich op specifieke subpopulaties zoals volwassenen of etnische minderheden en zijn ze veelal uitgevoerd buiten de Nederlandse context. Daarnaast zijn veel van de studies niet ontworpen om systematisch de mate van moderatie door geslacht te toetsen via stapsgewijze analyses. Ten slotte zijn er tot op heden geen onderzoeken beschikbaar die het modererend effect van geslacht op de relatie tussen eenzaamheid en mentale gezondheid heeft onderzocht onder de specifieke leeftijdscategorie gebruikt in deze studie (16-25 jaar).

De Huidige Studie

Het huidige onderzoek vult lacunes in de bestaande literatuur aan door de volgende centrale onderzoeksvraag te beantwoorden: *“Wat is het verband tussen eenzaamheid en mentale gezondheid voor adolescenten tussen de 16 en 25 jaar, en modereert geslacht deze relatie?”* Aangezien eenzaamheid niet alleen negatieve gevolgen heeft voor het individueel welzijn, maar ook voor maatschappelijke uitkomsten zoals zorggebruik, is het van groot

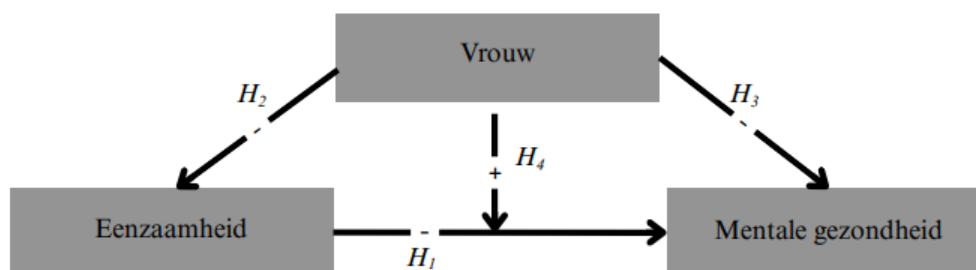
EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

belang om een beter inzicht te krijgen van de relatie tussen eenzaamheid en mentale gezondheid. Inzicht in mogelijke geslachtsverschillen binnen deze relatie bij adolescenten is daarbij essentieel, omdat dit kan bijdragen aan gerichtere preventie en ondersteuning die aansluit bij de verschillende behoeften van vrouwen en mannen in deze kwetsbare levensfase. Daarnaast kan een beter begrip van deze relatie bijdragen aan het ontwikkelen van beter afgestemde, doelgroepgerichte strategieën om eenzaamheid te verminderen en de psychologische gevolgen ervan te beperken.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn 4 hypothesen geformuleerd. Om te beginnen wordt er op basis van de eerdere bevindingen (Bessaha et al., 2023; Chi et al., 2024; Hyland et al., 2018; Kascakova et al., 2025; Klein et al., 2021; Ge et al., 2018; Magid et al., 2023; Richardson et al., 2017; Stein et al., 2025) verwacht dat er een negatieve relatie bestaat tussen eenzaamheid en mentale gezondheid (H_1). Verder wordt er op basis van bevindingen uit eerdere studies (Barreto et al., 2020; Igami et al., 2023; Maes et al., 2019; von Soest et al., 2020; Wedaloka & Turnip, 2019) verwacht dat mannen hogere niveaus van eenzaamheid zullen rapporteren dan vrouwen (H_2) en dat vrouwen meer mentale gezondheidsproblemen zullen rapporteren dan mannen (H_3). Ten slotte wordt er verwacht dat er geslachtsverschillen zullen zijn in de relatie tussen eenzaamheid en mentale gezondheid, waarbij vrouwen een sterkere relatie ervaren tussen eenzaamheid en mentale gezondheid dan mannen (H_4) (Chai et al., 2025; Chang, 2017; McQuaid et al., 2020; Stockard, 2006). In Figuur 1 is het conceptueel model visueel weergegeven.

Figuur 1

Conceptueel Model van de Modererende rol van Geslacht (Vrouw) op de Relatie Tussen Eenzaamheid en Mentale Gezondheid.



Methode

Design en Procedure

De data die zijn gebruikt voor dit onderzoek zijn afkomstig uit een online vragenlijststudie van het Longitudinal Internet Studies for the Social Sciences (LISS) panel (Tilburg University, the Netherlands) (Scherpenzeel, 2010). Het LISS panel is in 2007 opgezet en werd destijds gefinancierd via het MESS-project door de Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO). Sinds 2019 wordt de financiering echter verzorgd door het Domeinplan SSH en ODISSEI (Centerdata, 2024). Het LISS panel is een online platform dat sinds 2007 jaarlijks representatief onderzoek uitvoert over diverse onderwerpen onder 5000 Nederlandse huishoudens en ongeveer 7500 personen van 16 jaar of ouder (Scherpenzeel, 2010). De huishoudens worden geselecteerd in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) die zorgt voor willekeurige adressen. Zelfregistratie is niet mogelijk en deelname is dus enkel mogelijk op verzoek. Om de twee jaar trekt het CBS een nieuwe wervingssteekproef uit het bevolkingsregister van de oorspronkelijke steekproef in 2007 en de daaropvolgende wervingssteekproeven. Meer informatie over het LISS panel is te vinden op: www.lissdata.nl.

Het wervingsproces bestond uit meerdere stappen. Om te beginnen legde het onderzoeksbureau Ipsos I&O de eerste contacten met de geselecteerde huishoudens. Nadat deelnemers aangaven panellid te willen worden, verliep het contact via de afdeling Panelbeheer van Centerdata en ontvingen deelnemers een bevestigingsmail en een brief met een webadres en inlogcodes. Centerdata beheert het LISS panel en is een stichting voor onderzoek en gegevensverzameling.

Dit onderzoek heeft een kwantitatief en cross-sectioneel design waarvan de gegevens zijn gebruikt uit twee vragenlijsten die onderdeel uitmaken van de LISS Core Study, Wave 17. De LISS Core Study is een longitudinale enquête die bestaat uit meerdere vragenlijsten waarmee jaarlijks diverse thema's worden onderzocht. De data die voor dit onderzoek zijn gebruikt, zijn afkomstig uit de vragenlijsten: Gezondheid en Vrijtijdsbesteding. Deelnemers die niet beschikten over een laptop of computer, konden er één lenen van Centerdata. Indien zij geen internetverbinding hadden, werd deze kosteloos beschikbaar gesteld.

Voorafgaand aan het invullen van de vragenlijsten gaven deelnemers toestemming voor het gebruik van hun persoonlijke gegevens via een toestemmingsformulier weergegeven in [Bijlage A](#). De persoonsgegevens die Centerdata van de deelnemers ontving na het invullen van de vragenlijsten, werden in overeenstemming met de privacyrichtlijnen verwerkt via de website <http://www.centerdata.nl>. De verzamelde gegevens zijn opgeslagen op beveiligde

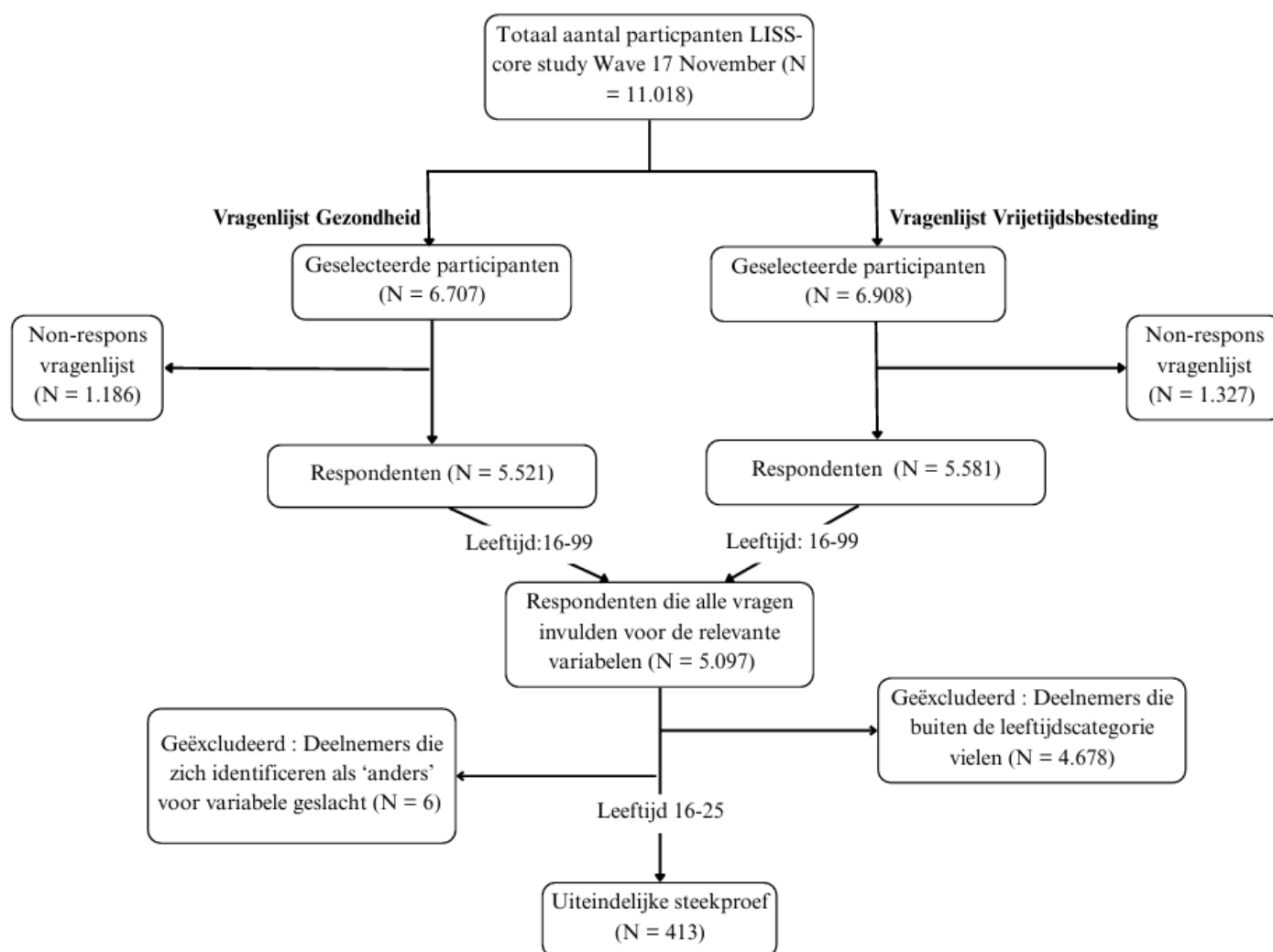
EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

systemen die voldoen aan internationale en nationale standaarden op het gebied van informatiebeveiliging. Alleen bevoegde medewerkers van Centerdata, of direct betrokken onderzoekers hebben toegang tot deze gegevens. In het geval van wetenschappelijk onderzoek worden gegevens uitsluitend in geanonimiseerde vorm gedeeld met derden, tenzij hiervoor expliciet toestemming is gegeven. Daarnaast behouden deelnemers te allen tijde het recht op inzage in hun persoonsgegevens, evenals het recht op rectificatie, verwijdering, overdraagbaarheid en het recht op intrekken van toestemming.

Participanten

In Figuur 2 is de flowchart van de participanten schematisch weergegeven. Voor het huidige onderzoek zijn uitsluitend respondenten geïncludeerd die zowel de vragenlijst Gezondheid als de vragenlijst Vrijtijdsbesteding in november 2024 invulden. Deelnemers werden meegenomen als zij volledige gegevens aanleverden op de vragen die relevant waren voor het meten van eenzaamheid en mentale gezondheid. De selectie is verder beperkt tot respondenten in de leeftijdscategorie van 16 tot en met 25 jaar en participanten die de geslachtscategorie “anders” rapporteerden zijn uitgesloten van de analyses. Hiervoor is gekozen omdat er niet genoeg data was om een zinvolle analyse van de categorie 'anders' uit te voeren. De uiteindelijke onderzoeksgroep bestond uit 413 participanten.

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

Figuur 2*Flowchart van Participanten*

Verder zijn de sociaal demografische kenmerken van de participanten weergegeven in Tabel 1. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 20.7 ($SD = 2.9$). De meerderheid van de participanten was vrouw, en ongeveer de helft van de participanten had een opleiding op hbo- of wo-niveau afgerond of was daar momenteel mee bezig. Daarnaast identificeerde het overgrote gedeelte van de participanten zich met een Nederlandse herkomst.

Hoewel het LISS panel suggereert een representatieve steekproef te hebben die een weerspiegeling is van de Nederlandse samenleving is het met de huidige data niet te zeggen of dit daadwerkelijk het geval is, vanwege missende data (10,2%) op de variabele herkomstgroep en de overrepresentatie van hoogopgeleide. Het ontbreken van deze gegevens en de oververtegenwoordiging van hoogopgeleiden kunnen de representativiteit van de steekproef mogelijk hebben beïnvloed.

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

Tabel 1*Sociaal Demografische Kenmerken van de Participanten (N = 413)*

Steekproef karakteristieken	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max
Geslacht						
Man	165	40				
Vrouw	248	60				
Leeftijd (Jaren)			20.7	2.9		
Man	165		20.7	3.0	16	25
Vrouw	248		20.7	2.8	16	25
Opleidingsniveau						
Basisonderwijs	13	3.1				
Vmbo	35	8.5				
Havo/Vwo	78	18.9				
Mbo	72	17.4				
Hbo	95	23.0				
Wo	104	25.2				
Anders	6	1.5				
Opleiding (nog)	10	2.4				
niet gestart						
Herkomstgroep						
Nederlandse	278	67.3				
achtergrond						
Eerste generatie	12	2.9				
Niet-Nederlandse, westerse afkomst						
Eerste generatie	7	1.7				
Niet-Nederlandse, niet-westerse afkomst						
Tweede generatie	23	5.6				
Niet-Nederlandse, westerse afkomst						

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

Tweede generatie	51	12.3
Niet-Nederlandse, niet-westerse afkomst		
Herkomst	42	10.2
onbekend (missende waarden)		

Noot. M = gemiddelde; SD = Standaard Deviatie; Min = minimaal, Max = Maximaal

Instrumenten***Eenzaamheid***

Eenzaamheid werd gemeten aan de hand van 6-items afkomstig uit de verkorte eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld, een betrouwbaar en valide meetinstrument dat in Nederland en in diverse andere landen is gevalideerd (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2010). Deze schaal was opgenomen in de vragenlijst Vrijtijdsbesteding, die in oktober en november 2024 is afgenomen. De vragenlijst bevat thema's zoals sociale integratie en vrijetijdsbesteding en is sinds 2007 jaarlijks afgenomen onder panelleden van 16 jaar en ouder.

Tijdens het invullen werden deelnemers gevraagd hun antwoorden te baseren op hoe zij zich op dat moment voelden. Participanten konden antwoord geven aan de hand van een 3-punt Likertschaal met 1 (*Ja*), 2 (*Min of meer*) en 3 (*Nee*). Deze zijn omgecodeerd naar 1 (*Nee*), 2 (*Min of meer*) en 3 (*Ja*) zodat een hogere score op de eenzaamheidsschaal een hogere mate van eenzaamheid representeert en een lagere score een lagere mate van eenzaamheid, zoals in de originele schaal ook het geval is. Daarnaast bevat de schaal zowel positief als negatief geformuleerde items waarvan de positief geformuleerde items omgekeerd gescoord zijn zodat alle items dezelfde richting van interpretatie volgen. Een voorbeeld item is: "Ik ervaar een leegte om mij heen". Voor elke deelnemer is het gemiddelde van de responsen berekend, resulterend in een schaalscore. Ten slotte is de interne consistentie van de schaal getoetst met Cronbach's alpha. Deze toonde een hoge betrouwbaarheid met een alpha van .82.

Mentale gezondheid

Mentale gezondheid is gemeten aan de hand van 5 items afkomstig uit de Mental Health Inventory (MHI-5). De vragen uit de Mental Health Inventory (MHI-5) waren opgenomen in de vragenlijst Gezondheid, die is afgenomen tussen november en december 2024. Deze vragenlijst bevat vragen over algemene gezondheid, gezondheidspercepties en gezondheid in relatie tot de werksituatie. De MHI-5 is een vijf-item subschaal van de Short

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

Format 36 (SF-36) dat een internationale standaard is voor gezondheidsmetingen. Uit een recent onderzoek onder de Nederlandse populatie van Have et al. (2024) blijkt dat de MHI-5 een gevalideerd meetinstrument is. Daarnaast is het een internationale standaard voor de meting van mentale gezondheid en wordt het ook gebruikt om angst- en depressiegevoelens te screenen (Batterham et al., 2018; Cuijpers et al., 2009; Rumpf et al., 2001).

In de vragenlijst werden participanten gevraagd om hun antwoorden te baseren op hoe zij zich de afgelopen maand voelden. Dit werd gedaan met behulp van 5 statements gemeten op een 6 punt-Likertschaal met 1 (*Nooit*), 2 (*Zelden*), 3 (*Soms*), 4 (*Vaak*), 5 (*Meestal*) en 6 (*Voortdurend*). Omdat de originele schaal van de MHI-5 is gebaseerd op een 5-punt Likertschaal, zijn de antwoordcategorieën omgecodeerd naar een schaal van 0 (*Nooit*) tot 5 (*Voortdurend*), zodat de interpretatie van de scores overeenkomt met de oorspronkelijke schaal. Een voorbeelditem is: “De afgelopen maand was ik erg zenuwachtig.”

De items omvatten zowel negatieve als positieve formuleringen waarvan de positief geformuleerde items zijn omgecodeerd zodat alle items dezelfde richting van interpretatie volgen. Voor elke deelnemer werd eerst het gemiddelde van de items berekend en vervolgens vermenigvuldigd met 4, resulterend in een totaalscore tussen de 0 en 100. Hier representeert een hogere score een betere mentale gezondheid en een lage score een slechtere mentale gezondheid. Daarnaast wijzen somscores onder de 24 op “angst- en depressie gevoelens in de afgelopen vier weken” en een score boven de 76 op “zonder angst- of depressieve gevoelens in de afgelopen 4 weken” (van Bon-Martens et al., 2024). Uit eerder onderzoek blijkt dat dit de optimale afkapwaarde is voor het detecteren van stemmings- en angststoornissen (ten Have et al., 2024; van Bon-Martens, 2024). In de huidige studie wordt deze afkapwaarde uitsluitend descriptief gebruikt om aan te geven hoeveel deelnemers onder deze drempel scoren; er worden geen verdere analyses uitgevoerd op basis van deze afkapgrens. Ten slotte is de interne consistentie van de schaal getoetst met Cronbach’s alpha. Deze toonde een hoge betrouwbaarheid met een alpha van .85.

Statistische en Beschrijvende Analyses

Voor dit onderzoek zijn de analyses uitgevoerd in het programma IBM SPSS Statistics 28.0 voor windows (IBM Corp., 2021). Allereerst is een univariate analyse uitgevoerd voor alle afzonderlijke variabelen om de percentages, gemiddelde waarden, standaarddeviaties en de minimum- en maximumwaarden te bereken (Zie Tabel 1). Het doel hiervan was het verkrijgen van een globaal beeld van de steekproefkenmerken. Daarnaast zijn voorafgaand aan de toetsen de bijbehorende assumpties gecontroleerd, waaronder lineairiteit, homoscedasticiteit, onafhankelijke residuen, en normaliteit.

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

Om de eerste twee hypothesen te toetsen zijn twee onafhankelijke t-toetsen uitgevoerd om geslachtsverschillen in eenzaamheid en mentale gezondheid te onderzoeken. Om de derde en vierde hypothese te toetsen, namelijk dat er een significante negatieve relatie bestaat tussen eenzaamheid en mentale gezondheid, is een hiërarchische lineaire regressieanalyse uitgevoerd, waarbij de onafhankelijke variabelen stapsgewijs aan het model zijn toegevoegd. In het hiërarchische regressiemodel werd de volgorde van invoer als volgt gehanteerd: in Stap 1 werden de controlevariabelen leeftijd, opleidingsniveau en herkomstgroep ingevoerd in de regressievergelijking. In Stap 2 werd eenzaamheid als voorspeller toegevoegd om te onderzoeken of deze variabele boven op de controlevariabele een significante bijdrage levert aan mentale gezondheid (H_3). In Stap 3 werd de moderator geslacht toegevoegd (gecodeerd als 0 = vrouw, 1 = man) om te toetsen of er een verschil in mentale gezondheid bestaat tussen mannen en vrouwen (H_2). En tenslotte in Stap 4 werd de interactieterm tussen eenzaamheid en geslacht toegevoegd om het modererend effect van geslacht te testen (H_4).

De uiteindelijke regressievergelijkingen per stap zijn hieronder weergegeven. In deze vergelijkingen staat b_0 voor de verwachte score op mentale gezondheid wanneer alle voorspellers nul zijn. Daarnaast geven de coëfficiënten b_1 tot en met b_6 aan in welke mate de bijbehorende variabelen bijdragen aan de uitkomstvariabele, mentale gezondheid.

- Stap 1: Mentale gezondheid_i = $b_0 + b_1$ (leeftijd_i) + b_2 (opleidingsniveau_i) + b_3 (herkomstgroep_i) + ϵ_i
- Stap 2: Mentale gezondheid_i = $b_0 + b_1$ (leeftijd_i) + b_2 (opleidingsniveau_i) + b_3 (herkomstgroep_i) + b_4 (eenzaamheid_i) + ϵ_i
- Stap 3: Mentale gezondheid_i = $b_0 + b_1$ (leeftijd_i) + b_2 (opleidingsniveau_i) + b_3 (herkomstgroep_i) + b_4 (eenzaamheid_i) + b_5 (geslacht_i) + ϵ_i
- Stap 4: Mentale gezondheid_i = $b_0 + b_1$ (leeftijd_i) + b_2 (opleidingsniveau_i) + b_3 (herkomstgroep_i) + b_4 (eenzaamheid_i) + b_5 (geslacht_i) + b_6 (eenzaamheid x geslacht_i) + ϵ_i

Resultaten

Assumpties

Voorafgaand aan het uitvoeren van de hiërarchische regressieanalyse zijn de data gecontroleerd op de volgende assumpties: lineariteit, homoscedasticiteit, onafhankelijke residuen, en normaliteit. Om te beginnen is de lineariteit en homoscedasticiteit tussen de onafhankelijke variabele (eenzaamheid) en de afhankelijke variabele (mentale gezondheid) gecontroleerd met behulp van een visuele inspectie van de spreidingsdiagrammen in SPSS

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

door de gestandaardiseerde residuen op de Y-as te plaatsen en de gestandaardiseerde voorspelde waarden op de X-as. De resultaten suggereerden dat er een lineair patroon zichtbaar was zonder duidelijke kromming en er aan de lineariteitsassumptie is voldaan (zie Bijlage A, Figuur 1). Daarnaast is er gecontroleerd op homoscedasticiteit door in de spreidingsdiagrammen te bekijken of de varianties van de residuen gelijkmatig verspreid waren. De residuen bleken gelijkmatig verspreid wat betekent dat ook aan deze assumptie is voldaan. Vervolgens is er gecontroleerd of er is voldaan aan de assumptie van onafhankelijke residuen door een Durbin-Watson-test uit te voeren. Hieruit bleek dat de Durbin-Watson-waarde 1,996 was, wat zeer dichtbij de ideale waarde van 2 ligt (zie Bijlage B, Tabel 1). Dit suggereert dat er geen sprake is van autocorrelatie en dat de residuen onafhankelijk zijn van elkaar.

Om te controleren of aan de normaliteitsassumptie was voldaan zijn een histogram van de gestandaardiseerde residuen en de normal probability plot (P-P plot) bekeken. Uit de histogram bleek dat de verdeling van de residuen een normale verdeling volgde en uit de P-P plot was te zien dat de punten grotendeels de verwachte rechte lijn volgden (Zie Bijlage C, Figuur 2 en 3). Deze bevindingen wijzen erop dat er is voldaan aan de normaliteitsassumptie.

Ten slotte zijn de data gecontroleerd op de afwezigheid van uitschieters met behulp van de gestandaardiseerde residuen, Mahalanobis Distance, Cook's Distance en spreidingsdiagrammen (zie Bijlage B, Tabel 2). Alle waarden lagen binnen de grenswaarden (gestandaardiseerde residuen binnen ± 3 , Mahalanobis Distance lager dan 15, Cook's Distance onder 1) en er werden geen systematische patronen of invloedrijke uitschieters gevonden (Field, 2018). Op basis hiervan kan worden geconcludeerd dat er geen sprake is van uitschieters die de resultaten substantieel hebben beïnvloed.

Beschrijvende Statistieken

De resultaten van de beschrijvende analyses van de onafhankelijke en afhankelijke variabelen zijn weergegeven in Tabel 2. Hierin worden de gemiddelden, standaarddeviaties, minimum- en maximumscores weergegeven voor eenzaamheid en mentale gezondheid, zowel voor de totale steekproef als uitgesplitst naar geslacht. Over het algemeen rapporteerden deelnemers gemiddeld een relatief lage score op de eenzaamheidsschaal. Dit betekent dat de deelnemers in deze steekproef gemiddeld weinig gevoelens van eenzaamheid ervaren.

Daarnaast lag de gemiddelde score van mentale gezondheid relatief hoog, wat suggereert dat de meeste deelnemers slechts in beperkte mate last hebben van angst- of depressieve gevoelens. Slechts vier respondenten behaalden een score van 24 of lager, wat erop wijst dat zij mogelijk psychisch ongezond zijn. Dit wijkt af van recente cijfers uit de

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024 waaruit blijkt dat ruim een derde van de jongvolwassenen hun mentale gezondheid als matig ervaart en 14% deze als (zeer) slecht beoordeelt (bron). Tegelijkertijd laten de scores op zowel eenzaamheid als mentale gezondheid voldoende spreiding zien, wat betekent dat er voldoende variatie is binnen de steekproef om onderlinge verschillen en mogelijke verbanden te onderzoeken.

Daarnaast lag de gemiddelde score voor mentale gezondheid relatief hoog, wat suggereert dat de meeste deelnemers slechts in beperkte mate last hadden van angst- of depressieve gevoelens. Slechts vier respondenten behaalden een score van 24 of lager, wat erop wijst dat zij mogelijk psychisch ongezond zijn. Dit wijkt af van recente cijfers uit de *Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024*, waaruit blijkt dat slechts de helft van de Nederlandse jongvolwassenen hun eigen mentale gezondheid als (zeer) goed beoordeelt, terwijl ruim een derde dit als matig en 14% als (zeer) slecht ervaart. Tegelijkertijd tonen de scores op zowel eenzaamheid als mentale gezondheid voldoende spreiding, wat erop wijst dat er binnen deze steekproef voldoende variatie aanwezig is om onderlinge verschillen en mogelijke verbanden betrouwbaar te kunnen onderzoeken.

Verder bleken de gemiddelde scores op eenzaamheid en mentale gezondheid verschillend tussen mannen en vrouwen. Vrouwen rapporteerden gemiddeld een iets hogere eenzaamheidsscore en een lagere mentale gezondheid dan mannen. Dit duidt op een mogelijke slechtere mentale gezondheid en meer ervaren eenzaamheid binnen deze groep. Deze resultaten geven een eerste indruk van mogelijke verschillen tussen mannen en vrouwen in ervaren eenzaamheid en mentale gezondheid. Of deze verschillen daadwerkelijk significant zijn, wordt verder onderzocht in de analyses hieronder.

Tabel 2

Beschrijvende Statistieken van eenzaamheid en mentale gezondheid

Variabelen	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max
Eenzaamheid					
Man	165	1.3	0.4	1.0	2.7
Vrouw	248	1.4	0.5	1.0	3
Totaal	413	1.4	0.5	1.0	3
Mentale gezondheid					

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

Man	165	72.7	15.6	16	100
Vrouw	248	63.6	17.3	12	100
Totaal	413	67.2	17.2	12	100

Noot. M = gemiddelde; SD = Standaard Deviatie; Min = minimaal, Max= Maximaal.

Negatieve Relatie Tussen Eenzaamheid en Mentale gezondheid

Om te onderzoeken in hoeverre eenzaamheid samenhangt met mentale gezondheid, werd een hiërarchische regressieanalyse uitgevoerd (zie Tabel 4). In stap 1 werden leeftijd, opleidingsniveau en herkomstgroep als controlevariabelen opgenomen. Deze stap verklaarde slechts een zeer klein niet-significant deel van de variantie (0,8%) in mentale gezondheid. In stap 2 werd eenzaamheid toegevoegd aan het model. Deze toevoeging leidde tot een aanzienlijke en significante toename in verklaarde variantie. Eenzaamheid voegde, bovenop de controlevariabelen, 25% unieke variantie in mentale gezondheid toe en bleek een sterke negatieve voorspeller te zijn. Deze resultaten suggereren dat een hogere eenzaamheidsscore samengaat met een slechtere mentale gezondheid.

Geslachtsverschillen in Eenzaamheid en Mentale Gezondheid

In Tabel 2 zijn de beschrijvende statistieken van eenzaamheid en mentale gezondheid weergegeven, uitgesplitst naar geslacht. Zoals eerder benoemd bleek dat de gemiddelde score op de eenzaamheidsschaal voor vrouwen iets hoger lag dan voor mannen. Om te onderzoeken of dit verschil statistisch significant was, is een onafhankelijke t-toets uitgevoerd. De resultaten laten zien dat dit verschil significant is met een kleine effectgrootte ($d = -.19$). Dit impliceert dat vrouwen in deze steekproef gemiddeld iets hogere mate van eenzaamheid rapporteren dan mannen.

Daarnaast is er ook gekeken naar mogelijke geslachtsverschillen in mentale gezondheid. De resultaten van beide t-toetsen zijn weergegeven in Tabel 3. Een onafhankelijke t-toets toonde aan dat dit verschil significant was, met een medium effectgrootte ($d = .55$). Dit betekent dat vrouwen in deze steekproef een aanzienlijk slechtere mentale gezondheid ervaren dan mannen. Deze resultaten werden bevestigd in stap 3 van het hiërarchische regressiemodel (Tabel 4), waar geslacht als voorspeller werd toegevoegd. Geslacht bleek ook hier een significante bijdrage te leveren aan de variantie in mentale gezondheid (4,6%), ongeacht eenzaamheid en de eerder opgenomen variabelen. Dit versterkt de conclusie dat geslacht een relevante factor is in de mentale gezondheid van adolescenten en jongvolwassenen.

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

Tabel 3

Resultaten van de Onafhankelijke t-toetsen voor Eenzaamheid en Mentale Gezondheid naar geslacht (N = 413)

Variabele	Man		Vrouw		df	t	p	Cohen's d
	M	SD	M	SD				
Eenzaamheid	1.3	0.4	1.4	0.5	385.5	-1.97	.049*	-.19
Mentale Gezondheid	72.7	15.6	63.6	17.3	411	5.48	<.001**	.55

Noot. M = gemiddelde; SD = standaarddeviatie; df = vrijheidsgraden; p = p-waarde; d = effectgrootte volgens Cohen. $p < .05$, * $p < .001$ **.

De Modererende rol van Geslacht

Voor het toetsen van de vierde hypothese (H_4), waarin werd verwacht dat geslacht de relatie tussen eenzaamheid en mentale gezondheid modereert, werd in stap 4 de interactieterm Eenzaamheid $\times$ Geslacht toegevoegd. Dit model bleef significant en verklaarde 29.7% van de unieke variantie in mentale gezondheid. De toevoeging van de interactieterm resulteerde echter niet in een significante verbetering van het model. Dit suggereert dat het verband tussen eenzaamheid en mentale gezondheid niet verschillend is voor mannen en vrouwen.

Tabel 4

Hiërarchische Regressieanalyse

Variabelen	B	SE	β	t	p	F	R ²	ΔR^2
Stap 1:						1.15	.008	.008
Leeftijd	-.55	0.34	-0.09	-1.61	.108			
Opleidingsniveau	-.13	0.56	-0.01	-0.23	.820			
Herkomstgroep	.001	0.003	0.02	0.39	.699			
Stap 2:								
Eenzaamheid	19.08	1.65	0.50	11.56	<.001**	34.53	.237	.245
Stap 3:								
Geslacht	7.633	1.47	0.22	5.18	<.001**	34.73	.299	.046

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

Variabelen	B	SE	β	t	p	F	R^2	ΔR^2
Stap 4:								
Eenzaamheid $\times$ Geslacht	-3.218	3.41	-0.20	-0.94	.346	29.08	.301	.002

Noot. Afhankelijke variabele = mentale gezondheid. B = niet-gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; SE = standaardfout; β = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; p = significantieniveau; R^2 = verklaarde variantie; ΔR^2 = toename in verklaarde variantie. $**p < .001$.

Discussie

Belangrijkste Bevindingen

In de huidige studie is onderzocht in hoeverre eenzaamheid gerelateerd is aan de mentale gezondheid van Nederlandse adolescenten tussen de 16 en 25 jaar oud, evenals de rol van geslacht als mogelijke modererende factor. Allereerst werd gevonden dat eenzaamheid significant positief samenhangt met een slechtere mentale gezondheid wat in lijn is met de eerste hypothese (H_1). Ten tweede bleek uit de resultaten dat in tegenstelling tot de verwachting (H_2), vrouwen gemiddeld hogere niveaus van eenzaamheid rapporteren dan mannen. Daarnaast werd in lijn met de derde hypothese (H_3) gevonden dat vrouwen gemiddeld slechter scoorden op mentale gezondheid dan mannen. De effectgrootte voor eenzaamheid was klein ($d = -0.192$), terwijl voor mentale gezondheid de effectgrootte medium was ($d = 0.55$). Dit geeft aan dat het verschil tussen mannen en vrouwen op mentale gezondheid mogelijk groter is dan op eenzaamheid. Hierover kunnen echter verder geen uitspraken over gedaan worden omdat dit niet statistisch is getoetst. Ten slotte werd er geen sterker effect voor vrouwen op de relatie tussen eenzaamheid en mentale gezondheid gevonden, wat niet in lijn is met de verwachting (H_4).

De Relatie Tussen Eenzaamheid en Mentale Gezondheid

Om te beginnen bevestigde de hiërarchische regressieanalyse dat eenzaamheid een significante negatieve unieke voorspeller is van mentale gezondheid bij adolescenten. Deze bevinding sluit aan bij eerdere literatuur waarin eenzaamheid systematisch wordt gekoppeld aan mentale gezondheidsproblemen zoals depressie en angst (Bessaha et al., 2023; Chi et al., 2024; Ge et al., 2017; Hyland et al., 2018; Kascakova et al., 2025; Klein et al., 2021; Magid et al., 2023; Qualter et al., 2015; Richardson et al., 2017; Stein et al., 2025). Daarnaast benadrukt deze bevinding het belang van eenzaamheid als risicofactor voor mentale

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

gezondheid in de adolescentie. Zoals eerder benoemt is de adolescentie een periode van sociale ontwikkeling, waarin jongeren sterk afhankelijk zijn van sociale verbindingen voor hun zelfbeeld en emotioneel welzijn. Wanneer deze sociale verbindingen ontbreken of onder druk staan, kan dit leiden tot gevoelens van leegte en isolement, die diepgaande psychologische gevolgen kunnen hebben. Eerdere onderzoeken tonen aan dat eenzaamheid in deze levensfase kan bijdragen aan het ontwikkelen van depressieve symptomen, angst en een laag zelfbeeld, juist omdat adolescenten zich nog in een fase bevinden waarin hun vermogen tot emotionele regulatie en het aangaan van stabiele sociale relaties volop in ontwikkeling is (Shekhar & Pangotra, 2017; Silk et al., 2003). Het is daarom belangrijk om eenzaamheid niet alleen als een persoonlijke ervaring te zien, maar als een collectief probleem dat een aanzienlijke invloed kan hebben op het psychisch welzijn van adolescenten.

Vrouwen Rapporteren Meer Eenzaamheids- Mentale Gezondheidsklachten dan Mannen

Ten tweede toonden onafhankelijke t-toetsen significante geslachtsverschillen, waarbij vrouwen gemiddeld hogere eenzaamheidsscores en slechtere mentale gezondheid rapporteerden dan mannen. Deze bevinding is in contrast met eerdere onderzoeken waar vrouwen lagere niveaus van eenzaamheid rapporteerden dan mannen (Barreto et al., 2020; Igami et al., 2023; Maes et al., 2019; von Soest et al., 2020; Wedaloka & Turnip, 2019). Een mogelijke verklaring voor deze discrepantie is dat deze trend specifiek is voor de onderzochte populatie vrouwelijke adolescenten in Nederland. Uit het *Landelijke rapportage Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024* blijkt dat vrouwen over het algemeen meer gevoelens van eenzaamheid rapporteren dan hun mannelijke leeftijdsgenoten (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2025). Het longitudinale onderzoek van Tran et al. (2023) onder de Nederlandse populatie vond een soortgelijke trend onder jongvolwassenen. De hogere eenzaamheidsscores onder vrouwen kunnen dus mogelijk specifiek zijn voor de context van adolescenten in Nederland.

Daarnaast kan een mogelijke verklaring voor de kleine effectgrootte liggen in het feit dat Nederland behoort tot de landen met de hoogste gendergelijkheid in Europa (European Institute for Gender Equality, 2024). Door de relatief gelijkwaardige gendersocialisatie zijn traditionele rolpatronen en verschillen in emotionele expressie bij adolescenten mogelijk minder uitgesproken dan in andere landen. Dit zou kunnen verklaren waarom de gevonden effecten wel significant zijn, maar de effectgrootte in deze studie relatief klein blijft.

Verder was de effectgrootte van mentale gezondheid medium groot wat overeenkomt met eerdere studies die vergelijkbare effectgroottes vonden en vonden dat vrouwen een twee keer hoger risico hebben om angst- en depressie te ontwikkelen dan mannen (Kuehner, 2017;

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

Li & Graham, 2017). Een mogelijke verklaring voor deze bevinding is dat vrouwen een grotere gevoeligheid voor stress en interne problemen vertonen dan mannen, wat hen kwetsbaarder maakt voor negatieve emoties (Kuehner, 2017). Uit een systematische review van Nolen-Hoeksema (2012) blijkt dat vrouwen vaker negatieve emoties, zoals verdriet, hopeloosheid en sociale terugtrekking internaliseren, wat hen mogelijk kwetsbaarder maakt voor depressie en angst. Dit proces wordt verder versterkt door de grotere neiging van vrouwen om overmatig te focussen op negatieve gedachten over hun emoties, zonder daadwerkelijk naar een oplossing te zoeken. Gedurende de adolescentie komt deze kwetsbaarheid mogelijk sterker naar voren, aangezien de prefrontale cortex die verantwoordelijk is voor emotieregulatie pas volledig ontwikkeld is rond de leeftijd van 25 jaar (Arain et al., 2013). Dit maakt hen extra vatbaar voor het internaliseren van negatieve emoties en het ontwikkelen van mentale gezondheidsproblemen. Kortom, deze factoren kunnen verklaren waarom vrouwen in dit onderzoek slechtere mentale gezondheid rapporteren dan mannen.

Geen Modererend Effect van Geslacht

Hoewel er in de literatuur diverse aanwijzingen zijn dat de relatie tussen eenzaamheid en mentale gezondheid sterker is voor vrouwen dan mannen (Chai et al., 2025; Chang, 2017; Liu et al. 2020; McQuaid et al., 2020), werd in deze studie geen significant modererend effect van geslacht gevonden. Een mogelijke verklaring voor het ontbreken van dit effect is dat de verwachte verschillen op basis van geslachtsgebonden socialisatieprocessen in deze populatie mogelijk minder aanwezig zijn doordat jongeren zich minder laten leiden door traditionele gendernormen. Zoals eerder benoemd stelt de gendersocialisatietheorie (Stockard, 2006) dat mannen en vrouwen verschillende verwachtingen en gedragingen worden aangeleerd met betrekking tot emotionele expressie en afhankelijkheid van sociale relatie. In theorie zou dit kunnen resulteren in verschillende kwetsbaarheden voor eenzaamheid en de impact ervan op mentale gezondheid. Echter, in de huidige generatie adolescenten in Nederland is er sprake van een toenemende vervaging van traditionele genderrollen en normatieve verwachtingen. Recent onderzoek toont aan dat jongeren steeds meer openstaan voor het uiten van emoties en dat de verschillen tussen mannen en vrouwen in emotionele expressie en sociale verbondenheid kleiner worden. Uit een kwalitatieve studie van GGD GHOR Nederland, RIVM en EMMA (2025) blijkt dat jongvolwassenen (16–25 jaar) expliciet waarde hechten aan openheid over mentale gezondheid en het loslaten van traditionele normen. Jongeren gaven aan dat zij zich vrijer voelen om hun gevoelens te uiten, ongeacht genderidentiteit. Ook het rapport van Stichting School & Veiligheid (2021) benadrukt deze trend binnen het

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

Nederlandse onderwijs: er is een groeiende acceptatie van genderdiversiteit en scholen werken actief aan een sociaal klimaat waarin leerlingen, ongeacht hun geslacht, zich vrij voelen in het aangaan van sociale relaties en het delen van emoties.

Hoewel vrouwen nog steeds vaker mentale gezondheidsproblemen rapporteren dan mannen, suggereren de resultaten dat dit niet per definitie betekent dat zij gevoeliger zijn voor de effecten van eenzaamheid. Het ontbreken van een modererend effect in deze studie suggereert juist dat eenzaamheid een even sterke impact heeft op de mentale gezondheid van beide geslachten. Kortom, de verschillen in algemene mentale gezondheid kunnen dus voortkomen uit andere factoren, zoals hormonale verschillen, coping strategieën of bredere sociale stressoren, en hoeven niet samen te hangen met een verhoogde kwetsbaarheid voor eenzaamheid specifiek.

Een andere mogelijke verklaring kan liggen in de verschillen in de meetinstrumenten die in deze studie zijn gebruikt. Zowel voor het meten van eenzaamheid als mentale gezondheid zijn relatief korte en globale schalen toegepast. Hoewel deze instrumenten nuttig zijn voor grootschalige screening, vangen ze mogelijk niet de specifieke aspecten van eenzaamheid en mentale gezondheid op waarin vrouwen en mannen van elkaar kunnen verschillen. Waar in deze studie gebruik is gemaakt van de verkorte De Jong Gierveld is eenzaamheid in de andere studies gemeten met verschillende varianten van de UCLA Loneliness Scale. Hoewel beide schalen eenzaamheid benaderen als een subjectieve beleving, is de UCLA-schaal meer gericht op het subjectieve emotionele gevoel van eenzaamheid zelf zoals gevoelens van leegte, isolement of buitensluiting, terwijl de Jong Gierveld schaal zich meer richt op het gemis aan kwalitatieve sociale relaties dat ten grondslag ligt aan die ervaring (van Beuningen et al., 2018). Omdat de UCLA-schaal sterker inspeelt op de psychologische impact en innerlijke ervaring van eenzaamheid, is het aannemelijk dat deze gevoeliger is voor sekseverschillen in emotionele verwerking. Vrouwen worden immers vaker gesocialiseerd in het herkennen en uiten van emoties, wat ertoe kan leiden dat verschillen in de emotionele beleving van eenzaamheid eerder zichtbaar worden wanneer een schaal zich specifiek op dat aspect richt. Bovendien maakten de studies die een dieper verband onder vrouwen vonden (Chai et al., 2025; Chang, 2017; McQuaid et al., 2020), gebruik van meer uitgebreide en specifiekere meetinstrumenten zoals de PHQ-9, BDI of GHQ-12, die elk dieper ingaan op verschillende dimensies mentale gezondheid. Deze schalen bevatten een breder spectrum aan symptomen, zoals somatische klachten, hopeloosheid, suïcidaliteit of sociale terugtrekkingen. Het is waarschijnlijk dat juist deze specifieke dimensies van mentale gezondheid verschillend tot uiting komen bij mannen en vrouwen.

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

Sterke Punten en Limitaties

De huidige studie kent meerdere sterke punten die bijdragen aan de betrouwbaarheid en relevantie van de resultaten. Het eerste sterke punt van dit onderzoek is dat de unieke bijdrage van eenzaamheid aan mentale gezondheid is onderzocht naast controlevariabelen zoals leeftijd, opleidingsniveau en herkomstgroep. Door deze controlevariabelen op te nemen in de regressieanalyse is er een nauwkeuriger beeld geschetst van of de associatie tussen eenzaamheid en mentale gezondheid onafhankelijk is van deze kenmerken.

Een ander sterk punt is dat zowel eenzaamheid als mentale gezondheid zijn gemeten met instrumenten waarvan de validiteit en betrouwbaarheid eerder zijn vastgesteld. In de huidige steekproef lieten beide schalen daarnaast een hoge interne consistentie zien, met Cronbach's alpha's van .81 voor eenzaamheid en .85 voor mentale gezondheid.

Een derde sterk punt van deze studie is de relatief grote steekproefomvang ($N = 413$). Deze omvang zorgt namelijk voor voldoende statistische power om kleine tot middelgrote effecten te detecteren en vermindert de kans op type II-fouten. Dit versterkt de betrouwbaarheid en validiteit van de onderzoeksresultaten.

Naast de sterke punten kent het huidige onderzoek ook een aantal beperkingen die in overweging genomen moeten worden bij de interpretatie van de resultaten. Allereerst is het onderzoeksdesign van deze studie cross-sectioneel van aard waardoor geen uitspraken gedaan kunnen worden over causale verbanden. Dit betekent dat ondanks er een negatieve relatie is gevonden tussen eenzaamheid en mentale gezondheidsproblemen er niet met zekerheid kan worden vastgesteld of eenzaamheid daadwerkelijk leidt tot slechtere mentale gezondheid of omgekeerd.

Een tweede beperking van dit onderzoek is dat de herkomst van een aanzienlijk deel van de participanten (10,2%) onbekend was door missende data op deze variabele. Dit vormt een belangrijke beperking voor de generaliseerbaarheid van de resultaten omdat adolescenten met een andere herkomst mogelijk andere ervaringen hebben met eenzaamheid en mentale gezondheid. Eerder onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat eerste generatie migranten in Nederland zich vaker sociaal en emotioneel eenzaam voelen dan Nederlanders (Ten Kate et al., 2020) en dat adolescenten met een migratieachtergrond in Nederland vaker een laag emotioneel welbevinden rapporteren (Boer et al., 2022). Uit een systematische review van Lievrouw et al., (2024) blijkt daarnaast dat het hebben van een migratieachtergrond werd geassocieerd met een verhoogd risico op mentale gezondheidsproblemen, zoals psychotische ervaringen, psychosomatische symptomen en suïcidale gedachten. Het ontbreken van gegevens over de herkomstgroep van een deel van de participanten kan mogelijk geleid

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

hebben tot een onderschatting van de rol die herkomst speelt in de relatie met mentale gezondheid.

Daarnaast moet in bredere zin rekening worden gehouden met de representativiteit van het LISS-panel. Hoewel het panel suggereert een representatieve steekproef te hebben die representatief is voor de Nederlandse samenleving, blijkt de steekproef in de huidige studie gemiddeld hoger opgeleid, overwegend Nederlands en rapporteert deze groep over het algemeen een relatief betere mentale gezondheid vergeleken de normale populatie. Een mogelijke consequentie hiervan is dat de gevonden verbanden tussen eenzaamheid en mentale gezondheid minder sterk of minder breed zichtbaar zijn dan in werkelijkheid het geval zou zijn in een meer diverse steekproef. Bovendien kan een beperkte variatie in achtergrondkenmerken of sociale context de kans verkleinen dat subtiele modererende effecten, zoals het effect van geslacht, worden gevonden (Jager et al., 2017). Daarom moeten de resultaten van deze studie met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Aanbevelingen Voor Toekomstig Onderzoek en Implicatie Voor de Praktijk

Toekomstig onderzoek zou zich op meerdere vlakken kunnen richten om de bevindingen van deze studie verder te verdiepen en aan te vullen. Allereerst is het van belang om de effectiviteit en het bereik van bestaande interventies en initiatieven tegen eenzaamheid onder adolescenten systematisch te evalueren. Hoewel er in Nederland al stappen zijn gezet met initiatieven zoals het actieprogramma *Eén tegen eenzaamheid* (**bron**) en gemeentelijke projecten in samenwerking met *Join Us* (**bron**), blijven deze inspanningen vaak op de achtergrond. Veel jongeren zijn niet op de hoogte van het bestaan van deze initiatieven of weten de weg ernaartoe niet te vinden, waardoor het bereik en de effectiviteit beperkt blijven (De Vries et al., 2021). Bovendien is verdiepend kwalitatief onderzoek nodig naar de barrières die adolescenten ervaren bij het vinden en benutten van deze hulpbronnen.

Verder is longitudinaal onderzoek nodig om de richting en causaliteit van de relatie tussen eenzaamheid en mentale gezondheid te verduidelijken. Deze studie gebruikt enkel cross-sectionele data, waardoor alleen samenhang op één moment zichtbaar is. Het blijft daardoor onduidelijk of eenzaamheid mentale problemen versterkt, of dat psychische problemen juist leiden tot meer eenzaamheid. Dit is essentieel om te kunnen bepalen waar preventie- en interventieprogramma's het beste op kunnen inspelen: op het verminderen van eenzaamheid, het versterken van mentale veerkracht, of beide.

Een derde aanbeveling is om aandacht te besteden aan de meetinstrumenten die in vervolgonderzoek worden ingezet. Omdat in deze studie gebruik is gemaakt van relatief korte en globale schalen, zouden toekomstige studies kunnen kiezen voor uitgebreidere

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

meetinstrumenten die de verschillende dimensies van eenzaamheid (bijvoorbeeld sociale, emotionele en romantische eenzaamheid) en mentale gezondheid (bijvoorbeeld somatische klachten, hopeloosheid, stress, angst en depressie) specifiek onderscheiden zoals is gedaan in eerder onderzoek (Heady et al., 1993; Kang et al., 2023; Tilburg et al., 2024; Wolters et al., 2023). Voor mentale gezondheid kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van de Mental Health Continuüm-Short Form (MHC-SF; Keyes, 2002), die mentale gezondheid opdeelt in emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden en daarmee een breder beeld geeft van mentale gezondheid. Dit maakt het mogelijk om te onderzoeken welke specifieke klachten en aspecten van welbevinden sterker samenhangen met eenzaamheid. Evenzo zou een opsplitsing van eenzaamheid in sociale-, emotionele eenzaamheid meer inzicht kunnen bieden in hoe deze verschillende dimensies door mannen en vrouwen ervaren worden. Hoewel de De Jong Gierveld-schaal in de basis een onderscheid maakt tussen emotionele en sociale eenzaamheid, is dit onderscheid in de huidige studie niet verder geanalyseerd. Toekomstig onderzoek kan dit wel benutten of uitbreiden met andere subschalen zoals de UCLA Loneliness Scale om eenzaamheid nog verfijnder in kaart te brengen.

Verder is het relevant om de rol van gender en gendersocialisatie in relatie tot eenzaamheid en mentale gezondheid verder te onderzoeken. Hoewel de huidige studie geen modererend effect van geslacht vond, zou vervolgonderzoek kunnen nagaan hoe veranderende gendernormen en genderdiversiteit in de huidige generatie adolescenten invloed hebben op de beleving en impact van eenzaamheid. Dit kan bijdragen aan een beter begrip van de mechanismen die ten grondslag liggen aan verschillen tussen mannen en vrouwen in mentale gezondheid, en biedt waardevolle input voor het ontwikkelen van meer gendersensitieve preventie- en interventiestrategieën.

Tot slot zou toekomstig onderzoek zich moeten richten op andere factoren die mogelijk sterker bijdragen aan gevoelens van eenzaamheid of mentale gezondheidsproblemen bij adolescenten. Voorbeelden hiervan zijn culturele achtergrond, migratieachtergrond, persoonlijkheidskenmerken, zelfbeeld, sociale vergelijking en de manier waarop jongeren omgaan met stress en sociale interacties.

De resultaten van deze studie impliceren dat interventies en preventieprogramma's tegen eenzaamheid zich niet strikt op één specifiek geslacht hoeven te richten, maar juist breed ingezet kunnen worden bij adolescenten in het algemeen. Het ontbreken van een modererend effect van geslacht benadrukt dat openheid en sociale steun bij alle jongeren bevorderd moeten worden, passend bij de verschuivende gendernormen en de toenemende acceptatie van genderdiversiteit. Praktijkprofessionals kunnen hierop inspelen door

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

eenzaamheid en mentale gezondheid laagdrempelig bespreekbaar te maken en tegelijkertijd rekening te houden met individuele verschillen in copingstijlen, culturele achtergrond en andere psychosociale factoren die de mentale gezondheid van jongeren kunnen beïnvloeden.

Conclusie

Deze studie heeft aangetoond dat eenzaamheid significant samenhangt met slechtere mentale gezondheid onder adolescenten tussen de 16 en 25 jaar, en dat vrouwen gemiddeld hogere eenzaamheidsscores en slechtere mentale gezondheid rapporteren dan mannen. De bevindingen benadrukken de invloed van eenzaamheid als risicofactor voor mentale gezondheid, vooral in de adolescentie, een periode van intense sociale en emotionele ontwikkeling. Hoewel de studie geen significant modererend effect van geslacht op de relatie tussen eenzaamheid en mentale gezondheid vond, wijzen de resultaten op het belang van geslachts-specifieke benaderingen in preventieve en interventiegericht programma's. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op het verder splitsen van eenzaamheid in verschillende dimensies, zoals sociale, emotionele eenzaamheid, en op de rol van migratieachtergrond in de relatie met mentale gezondheid. Daarnaast zou het gebruik van meer gedetailleerde meetinstrumenten kunnen helpen om de variëteit in de ervaringen van eenzaamheid en mentale gezondheid beter te begrijpen.

Referentielijst

- Arain, M., Haque, M., Johal, L., Mathur, P., Nel, W., Rais, A., Sandhu, R., & Sharma, S. (2013). Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 449–461. <https://doi.org/10.2147/NDT.S39776>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Bangasser, D. A., & Valentino, R. J. (2014). Sex differences in stress-related psychiatric disorders: Neurobiological perspectives. *Frontiers in neuroendocrinology*, 35(3), 303–319. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.03.008>
- Barreto, M., Victor, C., Hammond, C., Eccles, A., Richins, M. T., & Qualter, P. (2020). Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness. *Personality And Individual Differences*, 169, 110066. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110066>
- Batterham, P. J., Sunderland, M., Slade, T., Cascar, A. L., & Carragher, N. (2018). Assessing distress in the community: Psychometric properties and crosswalk comparison of eight measures of psychological distress. *Psychological Medicine*, 48(8), 1316–1324. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002835>
- Bessaha, M., Mushonga, D., Fedina, L., & DeVyllder, J. (2023). Association between loneliness, mental health symptoms, and treatment use among emerging adults. *Health & Social Work*, 48(2), 133–142. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlad005>
- Boer, M., Van Dorsselaer, S., De Looze, M., De Roos, S. A., Brons, H., Van den Eijnden, R., Monshouwer, K., Huijnk, W., Ter Bogt, T., Vollebergh, W., & Stevens, G. (2022). *HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Universiteit Utrecht. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af2022-hbsc-2021/>
- Brennan, T. (1982). Loneliness at adolescence. In L. A. Peplau and D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 269-290). John Wiley & Sons.
- Buecker, S., Mund, M., Chwastek, S., Sostmann, M., & Luhmann, M. (2021). Is loneliness in emerging adults increasing over time? A preregistered cross-temporal meta-analysis

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

- and systematic review. *Psychological Bulletin*, 147(8), 787–805. <https://doi.org/10.1037/bul0000332>
- Centerdata. (2024, August 28). *Reference guide LISS Panel version 6.1*.
https://www.lissdata.nl/app/uploads/sites/4/2024/08/Reference_LISS_v6.1_20240828.pdf
- Centerdata. (z.d.). Centerdata. Geraadpleegd op 2 juli 2025, van <http://www.centerdata.nl>
- Chai, L., Wang, S., & Lu, Z. (2025). The role of loneliness in mediating the relationship between financial strain and mental health: Exploring gender differences in a UK longitudinal study. *Public Health*, 242, 299–303.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.03.008>
- Chang, E. C. (2017). Relationship between loneliness and symptoms of anxiety and depression in African American men and women: Evidence for gender as a moderator. *Personality And Individual Differences*, 120, 138–143.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.035>
- Chi, J., Liu, N., Tian, T., Jiang, Q., Lu, C., Li, Y., Zhang, X., Ma, Y., Wang, L., & Li, S. (2024). Sex differences in loneliness, social isolation, and their impact on psychiatric symptoms and cognitive functioning in schizophrenia. *BMC psychiatry*, 24(1), 894.
<https://doi.org/10.1186/s12888-024-06333-7>
- Christiansen, J., Pedersen, S. S., Andersen, C. M., Qualter, P., Lund, R., & Lasgaard, M. (2023). Loneliness, social isolation, and healthcare utilization in the general population. *Health Psychology*, 42(2), 63–72. <https://doi.org/10.1037/hea0001247>
- Cuijpers, P., Smits, N., Donker, T., ten Have, M., & de Graaf, R. (2009). Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. *Psychiatry Research*, 168(3), 250–255.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.05.012>
- Cutrona, C. E. (1982). Transition to college: Loneliness and the process of social adjustment. In L. A. Peplau, D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 291–309). Wiley.
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

- and gender surveys. *European journal of ageing*, 7(2), 121–130.
<https://doi.org/10.1007/s10433-010-0144-6>
- Díez, M., Parra, Á., García-Mendoza, M. C., & Queija-Sánchez, I. (2024). Depression, anxiety, and stress among emerging adult undergraduates: A longitudinal and two-cohort study. *Health Education & Behavior*, 51(4), 553–561.
<https://doi.org/10.1177/10901981241240745>
- GGD GHOR Nederland, RIVM, & EMMA. (2025). *Kwalitatief onderzoek Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024–2025*. <https://ggdghor.nl/wp-content/uploads/2025/04/Rapportage-Kwalitatieve-onderzoek-GM-JV-2024.pdf>
- European Institute for Gender Equality. (2024). *Gender Equality Index 2024: Netherlands Factsheet*. EIGE. Retrieved from <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2024/country/NL>
- Field, A.P. (2018) *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 5th Edition, Sage, Newbury Park.
- Ge, L., Yap, C. W., Ong, R., & Heng, B. H. (2017). Social isolation, loneliness and their relationships with depressive symptoms: A population-based study. *PloS one*, 12(8), e0182145. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182145>
- Graham, E. K., Beck, E. D., Jackson, K., Yoneda, T., McGhee, C., Pieramici, L., Atherton, O. E., Luo, J., Willroth, E. C., Steptoe, A., Mroczek, D. K., & Ong, A. D. (2024). Do we become more lonely with age? A coordinated data analysis of nine longitudinal studies. *Psychological science*, 35(6), 579–596.
<https://doi.org/10.1177/09567976241242037>
- Headey, B., Kelley, J. & Wearing, A. Dimensions of mental health: Life satisfaction, positive affect, anxiety and depression. *Social Indicators Research* 29, 63–82 (1993).
<https://doi.org/10.1007/BF01136197>
- Hyland, P., Shevlin, M., Cloitre, M., Karatzias, T., Vallières, F., McGinty, G., Fox, R., & Power, J. M. (2018). Quality not quantity: loneliness subtypes, psychological trauma, and mental health in the US adult population. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 54(9), 1089–1099. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1597-8>

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

IBM Corp. (2021). IBM SPSS Statistics for Windows (Version 28.0) [Computer software].

IBM Corp. <https://www.surfspot.nl/ibm-spss-28-statistics-campus-licentie.html?srsId=AfmBOoqxukqpzlxsvHjQNPPF6ENXLwcBhbUVBVY2MpmgCDYNP9nSchc3>

Igami K., Hosozawa M., Ikeda A., Bann D., Shimizu T. & Iso H. (2023). Adolescent loneliness in 70 countries across Africa, America, and Asia: A comparison of prevalence and correlates. *Journal of Adolescent Health* 72(6), 906–913. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.12.029>

Jager, J., Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2017). More than just convenient: The scientific merits of homogeneous convenience samples. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 82(2), 13–30. <https://doi.org/10.1111/mono.12296>

Jun, H.-J., Sacco, P., Bright, C. L., & Cunningham-Williams, R. M. (2019). Gender differences in the relationship between depression, antisocial behavior, alcohol use, and gambling during emerging adulthood. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17(6), 1328–1339. <https://doi.org/10.1007/S11469-018-0048-9>

Kajonius, P., Sjöström, D., Gripe, I., Thor, S., & Claesdotter-Knutsson, E. (2025). Adolescents' personality and sex, age, socioeconomic status in explaining mental health: A representative Swedish national study. *Mental Health & Prevention*, 37, 200399. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2025.200399>

Kascakova, N., Furstova, J., Hasto, J., & Tavel, P. (2025). Associations of multiple adverse childhood experiences, attachment insecurity and loneliness with physical and mental health difficulties in a representative Slovak sample. *Preventive Medicine Reports*, 50, 102982. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2025.102982>

Kim, S., Jang, Y. S., & Park, E. (2025). Associations between social isolation, withdrawal, and depressive symptoms in young adults: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06792-6>

Ten Kate, R. L. F. T., Bilecen, B., & Steverink, N. (2020). A closer look at loneliness: Why do first-generation migrants feel more lonely than their native Dutch counterparts? *The Gerontologist*, 60(2), 291–301. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz192>

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

- Kang, W., Steffens, F., Pineda, S., Widuch, K., & Malvaso, A. (2023). Personality traits and dimensions of mental health. *Scientific Reports*, 13(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-33996-1>
- Klein, E., Zenger, M., Tibubos, A., Ernst, M., Reiner, I., Schmalbach, B., Brähler, E., & Beutel, M. (2021). Loneliness and its relation to mental health in the general population: Validation and norm values of a brief measure. *Journal Of Affective Disorders Reports*, 4, 100120. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100120>
- Kuehner C. (2017). Why is depression more common among women than among men?. *The lancet. Psychiatry*, 4(2), 146–158. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2)
- Laursen, B., & Hartl, A. C. (2013). Understanding loneliness during adolescence: Developmental changes that increase the risk of perceived social isolation. *Journal Of Adolescence*, 36(6), 1261–1268. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.06.003>
- Lievrouw, S., Myin-Germeys, I., & Achterhof, R. (2025). The mental health of European adolescents with vs. without a migration background (2013-2024)-a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 34(5), 1529–1543. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02589-2>
- Luhmann, M., & Hawkley, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental psychology*, 52(6), 943–959. <https://doi.org/10.1037/dev0000117>
- Maes, M., Qualter, P., Vanhalst, J., Van Den Noortgate, W., & Goossens, L. (2019). Gender differences in loneliness across the lifespan: A meta-analysis. *European Journal Of Personality*, 33(6), 642–654. <https://doi.org/10.1002/per.2220>
- Magid, K., Sagui-Henson, S. J., Sweet, C. C., Smith, B. J., Chamberlain, C. E. W., & Levens, S. M. (2023). The impact of digital mental health services on loneliness and mental health: Results from a prospective, observational study. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 31(3), 468–478. <https://doi.org/10.1007/s12529-023-10204-y>
- Matud, M. P., Zueco, J., Díaz, A., Del Pino, M. J., & Fortes, D. (2022). Gender differences in mental distress and affect balance during the first wave of COVID-19 pandemic in Spain. *Current Psychology*, 42, 21790–21804. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03282-w>

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

- McQuaid, R. J., Cox, S. M., Ogunlana, A., & Jaworska, N. (2020). The burden of loneliness: Implications of the social determinants of health during COVID-19. *Psychiatry Research*, 296, 113648. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113648>
- Meisters, R., Westra, D., Putrik, P., Bosma, H., Ruwaard, D., & Jansen, M. (2021). Does loneliness have a cost? A population-wide study of the association between loneliness and healthcare expenditure. *International Journal Of Public Health*, 66. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.581286>
- Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport (2025). *Landelijke rapportage gezondheidsmonitor jongvolwassenen 2024*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd van <https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-jongvolwassenen/2024>
- Moksnes, U. K., Bjørnsen, H. N., Ringdal, R., Eilertsen, M. B., & Espnes, G. A. (2022). Association between loneliness, self-esteem and outcome of life satisfaction in Norwegian adolescents aged 15–21. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 50(8), 1089–1096. <https://doi.org/10.1177/14034948221081287>
- Mund, M., Freuding, M. M., Möbius, K., Horn, N., & Neyer, F. J. (2020). The stability and change of loneliness across the life span: A meta-analysis of longitudinal studies. *Personality and Social Psychology Review*, 24(1), 24–52. <https://doi.org/10.1177/1088868319850738>
- Otten, D., Tibubos, A. N., Schomerus, G., Brähler, E., Binder, H., Kruse, J., Ladwig, K. H., Wild, P. S., Grabe, H. J., & Beutel, M. E. (2021). Similarities and differences of mental health in women and men: A systematic review of findings in three large german cohorts. *Frontiers in public health*, 9, 553071. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.553071>
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory*. Research and Therapy (pp. 1-18). Wiley.
- Perlman, D. & Peplau, L.A. (1982). Theoretical approaches to loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness* (pp. 123-134). Wiley.

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

- Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., Maes, M., & Verhagen, M. (2015). Loneliness across the life span. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 250-264. <https://doi.org/10.1177/1745691615568999>
- Richardson, T., Elliott, P., & Roberts, R. (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>
- Riecher-Rössler A. (2017). Sex and gender differences in mental disorders. *The lancet. Psychiatry*, 4(1), 8–9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30348-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30348-0)
- Rumpf, H. J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2001). Screening for mental health: Validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. *Psychiatry Research*, 105(3), 243–253. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(01\)00329-8](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(01)00329-8)
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223–228. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(18)30022-1)
- Scherpenzeel, A.C., and Das, M. (2010). “True” Longitudinal and Probability-Based Internet Panels: Evidence from the Netherlands. In Das, M., P. Ester, and L. Kaczmirek (Eds.), *Social and Behavioral Research and the Internet: Advances in Applied Methods and Research Strategies*. (pp. 77-104). Boca Raton: Taylor & Francis.
- Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: links to depressive symptoms and problem behavior. *Child development*, 74(6), 1869–1880. <https://doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x>
- Stein, G. N., Phillips, N., Nyathi, M. N., & Hoare, J. (2025). Loneliness in South African youth and its association with HIV infection, substance use and mental health. *International Journal of Adolescence and Youth*, 30(1). <https://doi.org/10.1080/02673843.2025.2495877>
- Stichting School & Veiligheid. (2021). *Gendergelijkheid in het onderwijs: Veiligheid, inclusie en diversiteit*. <https://www.schoolenveiligheid.nl/wp-content/uploads/2022/04/Rapport-School-Gender-Veiligheid-Stichting-School-Veiligheid-20-10-2021.pdf>

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

Stockard, J. (2006). Gender socialization. In *Springer eBooks* (pp. 215–227).

https://doi.org/10.1007/0-387-36218-5_11

Tilburg, J., Simons, M., Batink, T., Janssens, M., Peeters, S., Lataster, J., Jacobs, N., & Reijnders, J. (2024). Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic in the Dutch general population: The moderating role of psychological flexibility. *Heliyon*, 10(17), e37172. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e37172>

Twenge, J. M., Haidt, J., Blake, A. B., McAllister, C., Lemon, H., & Roy, A. L. (2021). Worldwide increases in adolescent loneliness. *Journal Of Adolescence*, 93(1), 257–269. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.06.006>

Van Beuningen, J., Coumans, M., & Moonen, L. (2018). *Het meten van eenzaamheid* (CBS-rapport 2018EP44). Centraal Bureau voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/-/media/pdf/2018/39/2018ep44-meten-van-eenzaamheid.pdf>

Van Bon-Martens, M. J. H., ten Have, M., Schouten, F., van Dorsselaer, S., Shields-Zeeman, L., & Luik, A. I. (2024). Herijking afkapwaarden MHI-5: Validering en psychometrische kenmerken van de MHI-5 binnen NEMESIS-3 (Factsheet No. 32-001). *Trimbos-instituut*. <https://www.trimbos.nl/webwinkel/producten/factsheet-herijking-afkapwaarden-mhi-5/>

Vanhalst, J., Luyckx, K., Van Petegem, S., & Soenens, B. (2018). The detrimental effects of adolescents' chronic loneliness on motivation and emotion regulation in social situations. *Journal of youth and adolescence*, 47(1), 162–176. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0686-4>

von Soest T., Luhmann M., & Gerstorf D. (2020) The development of loneliness through adolescence and young adulthood: its nature, correlates, and midlife outcomes. *Dev Psychol* 56, 1919–1934. <https://doi.org/10.1037/dev0001102>

Wedaloka, K. B., & Turnip, S. S. (2019). Gender differences in the experience of loneliness among adolescents in Jakarta. *Humanitas Indonesian Psychological Journal*, 16(1), 33. <https://doi.org/10.26555/humanitas.v16i1.11311>

Wolters, N. E., Mobach, L., Wuthrich, V. M., Vonk, P., Van Der Heijde, C. M., Wiers, R. W., Rapee, R. M., & Klein, A. M. (2023). Emotional and social loneliness and their unique links with social isolation, depression and anxiety. *Journal Of Affective Disorders*, 329, 207–217. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.096>

EENZAAMHEID EN MENTALE GEZONDHEID

World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>

Zilboorg, G. (1938). *Loneliness*. The Atlantic, 45-52.

<https://www.theatlantic.com/magazine/archive/1938/01/loneliness/652016/>

Bijlage A –Formulier Informed consent deelnemers**Toestemmingsverklaring deelname LISS panel**

We vragen u om de volgende uitleg en toestemmingsverklaring goed door te lezen.

In de hele Europese Unie (EU) is sinds 25 mei 2018 de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) van toepassing. Vanaf die datum geldt dezelfde privacywetgeving in de hele EU. Centerdata houdt zich aan de eisen die deze wetgeving stelt.

U doet mee aan het LISS panel dat wordt beheerd door Centerdata. Centerdata verzamelt gegevens die ter beschikking worden gesteld aan onderzoekers, met als doel wetenschappelijk, beleidsrelevant en maatschappelijk relevant onderzoek. Door het invullen van de vragenlijsten ontvangen wij uw antwoorden. Wij gaan zeer zorgvuldig om met uw gegevens en bewaren uw contactgegevens (naam, adres, telefoonnummer en e-mailadres) altijd apart van uw antwoorden.

De onderzoekers van derde partijen (andere instellingen dan Centerdata) zullen nooit uw contactgegevens verkrijgen zonder uw expliciete toestemming. De gegevens zijn niet meer naar u herleidbaar. Uw privacy is en blijft maximaal beschermd. Klik [hier](#) voor meer informatie over de omgang met uw persoonsgegevens.

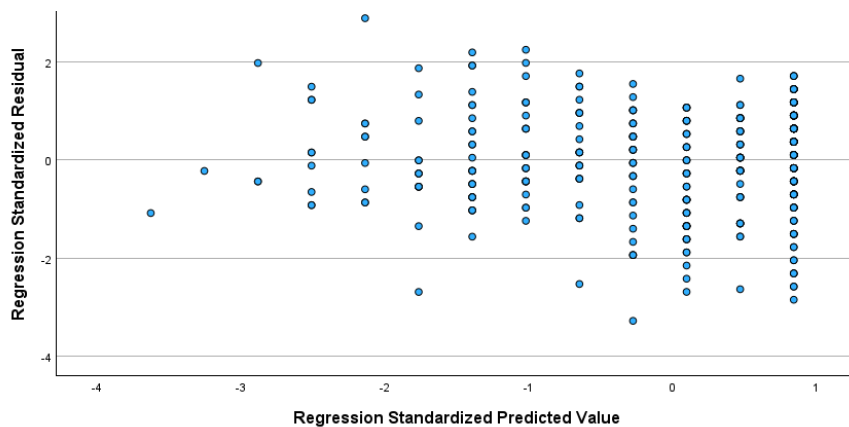
Toestemming

Om mee te doen aan het LISS panel vragen we u officieel toestemming te geven voor het bewaren en ter beschikking stellen van uw antwoorden voor wetenschappelijk, beleidsrelevant en maatschappelijk relevant onderzoek. Uw antwoorden worden niet gebruikt voor commercieel onderzoek. U kunt uw deelname op elk moment stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.

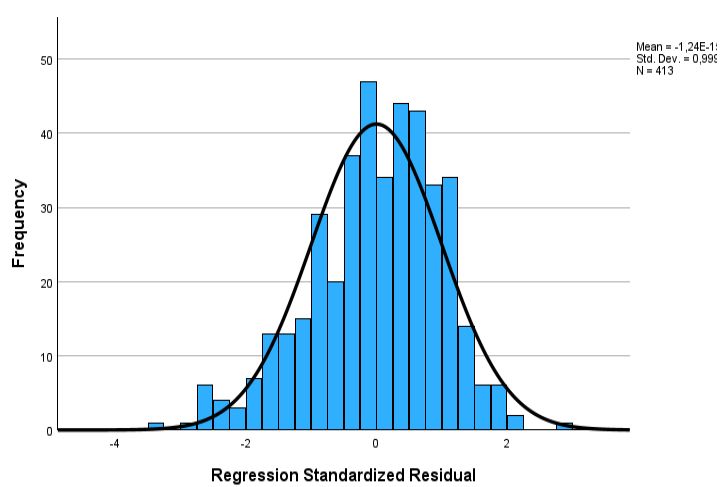
☐ *Hierbij geef ik Centerdata toestemming om mijn antwoorden te gebruiken en aan onderzoekers ter beschikking te stellen voor wetenschappelijk, beleidsrelevant en maatschappelijk relevant onderzoek. Mijn antwoorden zijn door onderzoekers niet tot mij te herleiden.*

Bijlage B – Assumptiechecks

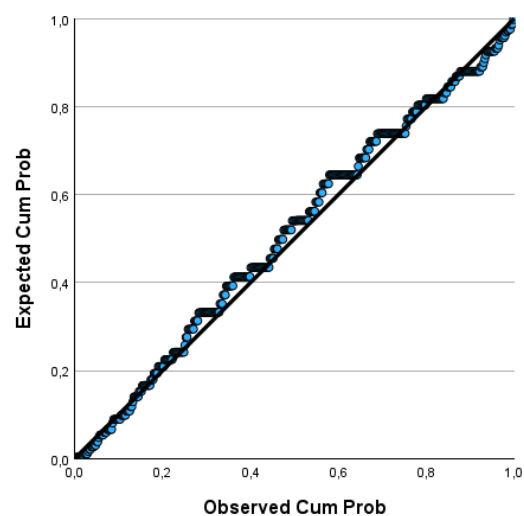
Figuur 1

Spreidingsdiagram

Figuur 2

Histogram voor normaliteit

Figuur 3

P-P plot

Bijlage C – Assumptiechecks**Tabel 1***Model Summary Regressieanalyse*

Model	<i>R</i>	<i>R</i> ²	Aangepaste <i>R</i> ²	SE of the estimate	Durbin–Watson
1	.499	.249	.247	14.91	1.996

Tabel 2*Statistieken van de residuen*

	Min	Max	<i>M</i>	<i>SD</i>
Std. Residual	-3.28	2.89	0.00	0.999
Mahal. Distance	0.01	13.13	0.998	1,54
Cook's Distance	0.00	0.06	0.002	0.005
Centered Leverage	0.00	0.03	0.002	0.004
Value				

Bijlage D – Meetschalen Afhankelijke en Onafhankelijke Variabelen**Eenzaamheid (cs24q284 - cs24q289)**

Zijn de volgende uitspraken op u van toepassing, op basis van hoe u zich nu voelt?

- cs24q284 Ik ervaar een leegte om me heen.
- cs24q285 Er zijn genoeg mensen waarop ik in geval van narigheid kan terugvallen.
- cs24q286 Ik ken veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen.
- cs24q287 Er zijn voldoende mensen met wie ik mij nauw verbonden voel.
- cs24q288 Ik mis mensen om me heen.
- cs24q289 Vaak voel ik me in de steek gelaten.

Categorieën

1. Ja
2. Min of meer
3. Nee

Mentale gezondheid (ch24q011 – ch24q015)

De volgende vragen gaan over hoe u zich voelt en hoe het met u ging in de afgelopen maand.

Geef u het antwoord dat het best uw gevoel of gedrag van de afgelopen maand laat zien.

De afgelopen maand....

Sub-vragen

- ch24q011 was ik erg zenuwachtig.
- ch24q012 zat ik zo erg in de put dat niets mij kon opvrolijken.
- ch24q013 voelde ik me kalm en rustig.
- ch24q014 voelde ik me neerslachtig en somber.
- ch24q015 voelde ik me gelukkig.

Categorieën

1. Nooit
2. Zelden
3. Soms
4. Vaak
5. Meestal
6. Voortdurend

Bijlage E – Plagiaatverklaring

Met ondertekening van deze overeenkomst verklaar ik _____ **Nora Balakouh** _____ student Pedagogische Wetenschappen van de Erasmus Universiteit Rotterdam, dat ik bij het schrijven van mijn scriptie over het onderwerp _____ **Sociale levens van 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 het bovenstaande.*

Datum, plaats: Rotterdam, 02-07-2025

Handtekening:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Balakouh', written on a light gray rectangular background.