

# **De relatie tussen mentale gezondheidsvaardigheden en hulpzoekintenties en de moderatie van geslacht en etniciteit**

Student: L.J.A. van der Kramer (s4059840)

Begeleiders: dr. W. E. Kupers & J. M. Tullius

2<sup>e</sup> beoordelaar: A. A. de Boer

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Masterthesis Pedagogische Wetenschappen, Orthopedagogiek

16 juni 2023

Aantal woorden: 7997

### **Samenvatting**

Veel mentale gezondheidsproblemen ontstaan tijdens de (late) kindertijd en adolescentie. Het zoeken van hulp voor deze problemen is echter zorgwekkend laag onder jongeren. Een gebrek aan mentale gezondheidsvaardigheden, zoals kennis, stigma, zelfstigma, mentaal gezondheidsbevorderend gedrag en vermijgend gedrag, kan het zoeken van hulp belemmeren. Hoewel 'mentale gezondheidsvaardigheden' een multidimensionaal concept is, is er weinig bekend over hoe dimensies van mentale gezondheidsvaardigheden samenhangen met hulpzoekintenties. Dit onderzoek heeft daarom als doel om meer zicht te krijgen op de relatie tussen (dimensies van) mentale gezondheidsvaardigheden en hulpzoekintenties, en kijkt ook naar de mogelijke modererende rol van geslacht en etniciteit. De steekproef bestaat uit 394 leerlingen uit het voortgezet onderwijs. Om de mentale gezondheidsvaardigheden en hulpzoekintenties te meten, is gebruikt gemaakt van de Knowledge and Attitudes Mental Health Scales (KAMHS-NL). De gegevens zijn geanalyseerd middels correlaties, *t*-toetsen en meervoudige regressieanalyses. De resultaten laten zien dat er kleine maar significante verschillen zijn gevonden op enkele subschalen van mentale gezondheidsvaardigheden tussen verschillende groepen van geslacht en etniciteit, en dat jongens en meisjes significant verschillen in hulpzoekintenties. Daarnaast blijkt dat leerlingen met meer mentaal gezondheidsbevorderend gedrag en een groter gebrek aan zelfstigma en vermijgend gedrag meer hulpzoekintenties vertonen. Verder blijken geslacht en etniciteit geen moderator te zijn. Deze bevindingen kunnen worden meegenomen in het ontwikkelen en aanpassen van interventies met betrekking tot mentale gezondheid. Voor vervolgonderzoek wordt aanbevolen om het onderzoek te herhalen, waarbij een gevarieerdere steekproef wordt genomen en meer onderzoek wordt gedaan naar de KAMHS.

### **Abstract**

Many mental health problems arise during (late) childhood and adolescence. However, help-seeking for these problems is worryingly low among adolescents. A lack of mental health literacy, such as knowledge, stigma, self-stigma, good mental health behaviours and avoidant coping, can hinder help-seeking. Although mental health literacy is a multidimensional concept, little is known about how dimensions of mental health literacy are related to help-seeking intentions. Therefore, this study aims to gain more insight into the relationship between (dimensions of) mental health literacy and help-seeking intentions, while also examining the potential moderating role of gender and ethnicity. The sample consists of 394 secondary school students. To measure mental health literacy and help-seeking intentions, the Knowledge and Attitudes Mental Health Scales (KAMHS-NL) was used. The data were analysed using correlations, t-tests and multiple regression analyses. The results indicate that small but significant differences were found on certain subscales of mental health literacy between different gender and ethnicity groups, and that boys and girls differ significantly in help-seeking intentions. Furthermore, it appears that students with more good mental health behaviours and a greater lack of self-stigma and avoidant coping show more help-seeking intentions. These findings can be taken into account in the development and adaptation of interventions regarding mental health. For further research, it is recommended to repeat the study with a more diverse sample and to conduct more research on the KAMHS.

## Inleiding

De afgelopen jaren is het aantal jongeren met mentale gezondheidsproblemen toegenomen (NJI, 2022). Ongeveer 20% van de jongeren wordt geconfronteerd met problemen op het gebied van mentale gezondheid. Mentale gezondheid wordt gedefinieerd als: “een staat van welzijn waarin het individu zijn of haar capaciteiten kan verwezenlijken, kan omgaan met de gebruikelijke stress van het leven, productief en vruchtbaar kan werken en in staat is om bij te dragen aan de samenleving” (World Health Organization, 2004). Wanneer jongeren moeilijkheden ervaren op dit gebied, kan dit een negatieve invloed hebben op hun ontwikkeling, functioneren op school, toekomstige arbeidskansen en sociale participatie (Kieling et al., 2011; Suldo et al., 2011). Daarnaast kunnen mentale gezondheidsproblemen zich ontwikkelen tot mentale stoornissen en daarmee een blijvend effect hebben op het welzijn en functioneren op volwassen leeftijd (Pearson & Hyde, 2021; Velasco et al., 2020).

De (late) kindertijd en adolescentie zijn kwetsbare levensfasen voor het ontstaan van mentale gezondheidsproblemen (Fusar-Poli, 2019). Ongeveer de helft van alle mentale gezondheidsproblemen ontstaat vóór de leeftijd van 14 jaar (Kessler et al., 2005). Deze kwetsbaarheid kan verklaard worden doordat de hersenen van jongeren volop in ontwikkeling zijn. Naast biologische veranderingen ondergaan jongeren ook belangrijke psychologische (ontwikkeling van identiteit en autonomie) en sociologische (aangaan van relaties, minder afhankelijk van ouders) veranderingen. Tijdens de adolescentie ervaren jongeren vaak meer stress en hebben ze een grotere reactiviteit op stress dan tijdens andere ontwikkelingsfasen (Romeo, 2010). Deze veranderingen en ontwikkelingen vergroten de kwetsbaarheid van jongeren voor het ontwikkelen van mentale gezondheidsproblemen.

Mentale gezondheidsproblemen kunnen worden onderverdeeld in internaliserende en externaliserende problemen (Sijp, Zijlstra, & de Boer, 2019). Bij externaliserende problemen is er een gebrek aan controle over emoties, wat zich uit in agressief en druk gedrag. Bij internaliserende problemen worden emoties juist overmatig gecontroleerd, wat kan leiden tot innerlijke onrust zoals bij depressie en angst. Internaliserende problemen zijn slecht zichtbaar voor anderen en worden daardoor minder snel opgemerkt dan externaliserende problemen (Liljequist & Renk, 2007). Op scholen worden leerlingen met internaliserende problemen vaak omschreven als ‘onzichtbare’ leerlingen (Sourander et al., 2007).

Los van het feit dat het belangrijk is dat jongeren met internaliserende én externaliserende problemen hulp krijgen vanuit hun omgeving, is het vooral bij deze ‘onzichtbare’ leerlingen van belang dat de leerlingen zelf hulp zoeken, omdat het bij deze groep moeilijker is voor de omgeving om de problemen te signaleren (Sijp, Zijlstra, & de

Boer, 2019). De internaliserende problemen zijn naar binnen gericht en daardoor heeft de omgeving er niet veel last van. Het blijkt echter dat jongeren terughoudend zijn bij het zoeken van hulp en dat zij dit lang uitstellen, ondanks het feit dat ze duidelijk baat zouden kunnen hebben bij ondersteuning (Cheng et al., 2018; Clement et al., 2014; Martínez-Hernández et al., 2014).

De beslissing van jongeren om uiteindelijk wel of geen hulp te zoeken, kan volgens Bathje en Pryor (2011) goed voorspeld worden door de *intenties* om hulp te zoeken. De Theory of Planned Behavior (TPB) van Ajzen (1985) sluit hier goed bij aan. De TPB is een cognitieve theorie die stelt dat de beslissing van een individu om bepaald gedrag te vertonen, zoals wel of geen hulp zoeken, gebaseerd kan worden op de intentie om dat gedrag te vertonen. Intentie kan worden omschreven als "... instructies die mensen zichzelf geven om zich op een bepaalde manier te gedragen" (Triandis 1980, blz. 203). Met andere woorden, intentie staat voor de motivatie van het plan van een persoon om zich in te spannen om het gedrag uit te voeren. Intentie kan worden gezien als een onmiddellijke voorloper van gedrag (beslissen) (Sommer, 2011). Intenties spelen dus een grote rol in het 'hulpzoekproces'. Dit maakt het belangrijk factoren te identificeren die de hulp-zoekintenties mogelijk zouden kunnen belemmeren (Pheko et al., 2013).

In eerdere studies zijn een aantal belangrijke belemmerende factoren vastgesteld voor het zoeken van hulp voor mentale gezondheidsproblemen. Een belangrijke belemmering is het gebrek aan kennis over mentale gezondheidsproblemen en beschikbare hulpbronnen. Hieronder valt onder andere het niet kunnen herkennen van symptomen van verschillende mentale gezondheidsproblemen en het incorrect identificeren van risicofactoren en oorzaken van de problemen (Gorczynski et al., 2017). Een andere belemmering is de overtuiging dat mentale gezondheidsproblemen zelf op te lossen zijn zonder (professionele) hulp en de grote voorkeur daarvoor van jongeren (Cigularov et al., 2008; Eisenberg et al., 2007; Salaheddin & Mason, 2016; Vanheusden et al., 2008). Dit kan wijzen op een gebrek aan kennis over het belang van hulp zoeken, en kan ook wijzen op negatieve overtuigingen over mentale gezondheidsproblemen (Smith & Shochet, 2011). Een laatste belemmering die aansluit op deze negatieve overtuigingen, is het stigma en de schaamte rondom mentale gezondheidsproblemen. Er kan onderscheid worden gemaakt tussen publiek stigma en zelfstigma. Publiek stigma gaat over de negatieve opvattingen en vooroordelen die mensen in de samenleving hebben ten aanzien van een bepaalde groep. Zo kan het zoeken van hulp als een teken van zwakte worden gezien in de samenleving (Salaheddin & Mason, 2016; Vanheusden, et al., 2008). Zelfstigma is de internalisering van publiek stigma, waarbij

mensen geloven dat de heersende negatieve vooroordelen van toepassing zijn op hunzelf (Corrigan, 2004). Dit zou mogelijk kunnen leiden tot minder openbaarmaking en hulpzoekend gedrag.

Volgens Pearson en Hyde (2021) kunnen deze belemmerende factoren voor het zoeken van hulp worden gezien als “tekorten op het gebied van mentale gezondheidsvaardigheden”. ‘Mentale gezondheidsvaardigheden’ omvat vaardigheden die de bevordering van mentale gezondheid ondersteunen, zoals het begrijpen van mentale problemen en hun behandelingen, het verminderen van (zelf)stigma, het effectief zoeken naar hulp en het verkrijgen en behouden van positieve mentale gezondheid door bijvoorbeeld genoeg slaap en gezonde voeding (Kutcher, 2016; Wei et al., 2013). Simkiss et al. (2021) identificeren op basis hiervan zes dimensies van mentale gezondheidsvaardigheden: kennis, stigma, zelfstigma, mentaal gezondheidsbevorderend gedrag, hulpzoekend gedrag en vermijgend gedrag. Versterking van deze vaardigheden kan helpen bij het overwinnen van de belemmeringen voor het zoeken van hulp (Carvalho et al., 2022; Gulliver et al., 2010).

Eerdere onderzoeken suggereren dat ‘mentale gezondheidsvaardigheden’ een voorspeller kan zijn van hulp-zoekintenties (Smith & Shochet, 2011). Smith en Shochet (2011) vonden een zwakke maar significante relatie tussen kennis, een dimensie van mentale gezondheidsvaardigheden, en hulp-zoekintenties. Soortgelijke resultaten werden gevonden in het onderzoek van Goodfellow et al. (2022), waar meer kennis over effectieve behandelingen, samenhangt met een hogere hulp-zoekintentie. Ook in het onderzoek van Chakawa (2017) bleek een betere probleemherkenning een significante voorspeller te zijn van een hogere hulp-zoekintentie. In strijd met deze bevindingen heeft het eerder genoemde onderzoek van Goodfellow et al. (2022) aangetoond dat een betere probleemherkenning samengaat met een lagere hulp-zoekintentie.

Naast mentale gezondheidsvaardigheden spelen de achtergrondkenmerken geslacht en etniciteit ook een rol wat betreft hulp-zoekintenties. In het onderzoek van Chakawa (2017) wordt vastgesteld dat etniciteit een significante voorspeller is van de hulp-zoekintenties voor depressie en sociale angststoornissen, maar niet voor andere mentale gezondheidsproblemen. Bovendien blijkt uit het onderzoek van Smit en Shochet (2011) dat meisjes een hogere intentie hebben om hulp te zoeken bij hun vrienden, en jongens bij een professionele dokter. In hetzelfde onderzoek is echter geen significant verschil gevonden tussen de hulp-zoekintenties van jongens en meisjes in het algemeen, zonder een specifieke hulpbron. Verder blijkt in eerdere onderzoeken vooral gekeken te worden naar verschillen in het daadwerkelijk hulp zoeken en is er weinig onderzoek gedaan naar de verschillen in hulp-zoekintenties.

Verschillende onderzoeken wijzen ook op mogelijke verschillen in mentale gezondheidsvaardigheden voor geslacht en etniciteit. Onderzoek suggereert dat meisjes over het algemeen een hoger niveau van mentale gezondheidsvaardigheden vertonen dan jongens (Cotton et al., 2006; Hadjimina en Furnham, 2017). In vergelijking met meisjes lijken jongens minder kennis te hebben van mentale problemen en meer stigma te vertonen ten opzichte van mensen met mentale problemen (Cotton et al., 2006; Mond & Arrighi, 2011). Daarnaast heeft beperkt onderzoek aangetoond dat mentale problemen in gemeenschappen van etnische minderheden sterker gestigmatiseerd worden, mogelijk vanwege culturele opvattingen over mentale problemen en behandelingen (Schraufnagel et al., 2006; Wong et al., 2021). Het stigma lijkt vooral gerelateerd te zijn aan percepties van gevaarlijkheid. Dit is een krachtige vorm van publiek stigma en gaat samen met een groter verlangen om afstand te bewaren van personen met mentale problemen (Anglin et al., 2006; Kobau, et al., 2010; Whaley, 1997). Daarentegen werd in andere onderzoeken geen significante verschillen gevonden tussen beide groepen van geslacht en etniciteit (Marcus & Westra, 2012; Martin et al., 2007)

Gezien veel jongeren geen hulp zoeken voor hun mentale gezondheidsproblemen en dit een negatieve impact kan hebben op hun ontwikkeling, is het noodzakelijk om te begrijpen hoe het zoeken van hulp kan worden gestimuleerd en welke factoren hierop van invloed zijn. Zoals eerder beschreven lijkt het hebben van onvoldoende mentale gezondheidsvaardigheden samen te gaan met een lagere hulp-zoekintentie (Pearson & Hyde, 2021). Om deze vaardigheden te vergroten, kunnen interventies worden ingezet. Echter, de huidige interventies lijken te variëren in termen van succesvolle implementatie en effectiviteit op lange termijn (Beukema et al., 2022).

Ondanks eerder onderzoek naar de relatie tussen mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties bestaat er onduidelijkheid over hoe de verschillende dimensies van mentale gezondheidsvaardigheden (bijvoorbeeld stigma) samenhangen met hulp-zoekintenties. Hoewel ‘mentale gezondheidsvaardigheden’ een multidimensionaal concept is, meten de meeste onderzoeken het als een unidimensionaal concept met een focus op kennis (O’Connor et al., 2014). Het is aannemelijk dat dit gebrek aan nuance in het begrijpen van de losse dimensies van mentale gezondheidsvaardigheden, en hoe deze van invloed zijn op hulp-zoekintenties een belangrijke factor kan zijn die bijdraagt aan het wisselende succes van de interventies (Goodfellow et al., 2022). Onderzoek naar de losse dimensies kan bijdragen aan de effectiviteit van zowel nieuwe als bestaande interventies voor mentale gezondheidsvaardigheden. Het vaststellen van welke dimensies het sterkst samenhangen met het zoeken van hulp kan leiden tot de integratie van de meest relevante mentale

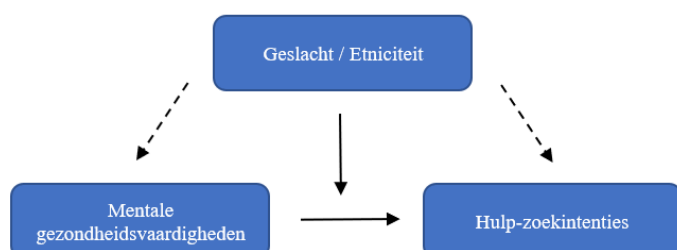
gezondheidsvaardigheden in de interventies. Op deze manier kunnen gerichte interventies ontwikkeld worden die de belemmeringen voor het zoeken van hulp aanpakken. Daarnaast zijn in eerdere onderzoeken naar mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties relaties gevonden met geslacht en/of etniciteit. Het lijkt daarom relevant om te kijken of er een modererende rol van geslacht en etniciteit bestaat in de relatie tussen mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties. Wanneer blijkt dat geslacht en etniciteit moderatoren zijn, kan hiermee rekening worden gehouden in de interventies voor mentale gezondheidsvaardigheden (“gender and ethnicity sensitive approach”) (Doherty & Kartalova-O’Doherty, 2010).

De onderzoeksvraag die hieruit voortvloeit is: *‘Wat is de relatie tussen mentale gezondheidsvaardigheden (kennis, stigma, zelfstigma, mentaal gezondheidsbevorderend gedrag en vermijdend gedrag) en hulp-zoekintenties van jongeren in het voortgezet onderwijs, en in hoeverre wordt deze relatie gemodereerd door het geslacht en de etniciteit van de jongeren?’* Deze vraag wordt visueel weergegeven in Figuur 1. Om deze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Is er een samenhang tussen mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties?
2. In hoeverre verschillen jongens en meisjes in mentale gezondheidsvaardigheden?
3. In hoeverre verschillen leerlingen met een Nederlandse achtergrond en leerlingen met een migratieachtergrond in mentale gezondheidsvaardigheden?
4. In hoeverre verschillen jongens en meisjes in hulp-zoekintenties?
5. In hoeverre verschillen leerlingen met een Nederlandse achtergrond en leerlingen met een migratieachtergrond in hulp-zoekintenties?
6. Wordt de relatie tussen mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties gemodereerd door geslacht en/of etniciteit?

## **Figuur 1**

*Conceptueel model van het onderzoek*





## **Methode**

### **Design**

In dit onderzoek is getracht de relatie tussen (de dimensies van) mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties te onderzoeken. Daarnaast is gekeken of geslacht en etniciteit een modererende rol hebben in deze relatie. Om dit te onderzoeken, is in dit onderzoek een cross-sectioneel kwantitatief onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek maakt gebruik van een dataset van het onderzoeksproject VoorDeKlas. Dit onderzoeksproject, uitgevoerd door het Universitair Medisch Centrum Groningen afdeling Gezondheidswetenschappen, is geïnteresseerd in de mentale gezondheid en mentale gezondheidsvaardigheden van jongeren.

### **Participanten**

Het huidige onderzoek wil een uitspraak doen over de relatie tussen (de dimensies van) mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties van jongeren in het voortgezet onderwijs in Nederland. Voor de verwerving van de participanten is gebruik gemaakt van een gelegenheidssteekproef. Allereerst zijn middelbare scholen benaderd uit het netwerk van de onderzoekers van het onderzoeksproject. Vervolgens zijn de participanten benaderd door hun mentoren via de mail of het intranet van de school. Aan de volgende criteria moesten de participanten voldoen: jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar, wat overeenkomt met de leeftijdsgroep die in Nederland naar het voortgezet onderwijs gaat. Daarnaast moesten de participanten daadwerkelijk naar het voortgezet onderwijs gaan.

De uiteindelijke steekproef bestond uit 394 leerlingen uit klas 1 tot en met 4 van twee middelbare scholen in Nederland. Van de 394 leerlingen identificeren 176 leerlingen zich als jongen en 218 leerlingen als meisje. Daarnaast hebben 235 leerlingen een Nederlandse achtergrond en 141 leerlingen een migratieachtergrond. Van 18 leerlingen ontbreken er gegevens rondom het bepalen van de etnische achtergrond. De leerlingen uit de steekproef zijn gemiddeld 13 jaar.

### **Procedure**

De kwantitatieve data is in de periode van oktober 2022 en november 2022 verzameld via een online vragenlijst door het onderzoeksproject VoorDeKlas. De vragenlijst is ingevoerd in REDCap, een veilige webapplicatie voor het bouwen en beheren van online enquêtes. Vervolgens ontvingen de leerlingen een link naar de vragenlijst via hun e-mailadres. Op de beginpagina van de vragenlijst was de algemene informatie en het doel van het

onderzoek te lezen. Hierbij is uitdrukkelijk aangegeven dat deelname volledig anoniem en vrijwillig is. Onderaan de pagina is van alle leerlingen digitaal *informed consent* gevraagd voor deelname aan de online vragenlijst en het gebruiken van de informatie voor wetenschappelijk onderzoek. Bovendien kregen de ouders van de leerlingen ook alle benodigde informatie en werd hen gevraagd om eventuele bezwaren tegen deelname van hun kind kenbaar te maken (*passive informed consent*).

Het invullen van de online vragenlijst duurde ongeveer twintig tot dertig minuten. De vragenlijst van VoorDeKlas is samengesteld uit onderdelen van verschillende bestaande vragenlijsten die gericht zijn op mentale gezondheidsvaardigheden en de mentale gezondheid van leerlingen in het voortgezet onderwijs. De leerlingen werden eerst gevraagd naar hun persoonlijke informatie, zoals geslacht en geboorteland. Daarna werden verschillende aspecten bevraagd, waaronder mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties.

Het huidige onderzoek maakt deel uit van een groter onderzoek naar de mentale gezondheid van jongeren in het voortgezet onderwijs. Dit overkoepelende onderzoek is goedgekeurd door de Centrale Ethische Toetsingscommissie van het UMCG.

## **Meetinstrumenten**

**Mentale gezondheidsvaardigheden.** De mentale gezondheidsvaardigheden zijn gemeten met de Knowledge and Attitudes Mental Health Scales (KAMHS; Simkiss et al., 2021). Dit meetinstrument is vertaald naar het Nederlands en aangepast aan de Nederlandse context (KAMHS-NL). De KAMHS-NL is een vragenlijst die bestaat uit 50 items en zeven subschalen. Voor dit onderzoek werden vijf subschalen gebruikt om de mentale gezondheidsvaardigheden te meten: kennis over psychische aandoeningen (12 items), mentaal gezondheidsbevorderend gedrag (6 items), (gebrek aan) stigma (6 items), (gebrek aan) zelf-stigma (6 items) en (gebrek aan) vermijdend gedrag (5 items). De leerlingen moesten op een 5-punts Likertschaal aangeven in hoeverre ze het eens waren met de items (0=helemaal mee eens, 1=mee eens, 2=weet ik niet, 3=mee oneens, 4=helemaal mee oneens). Voor elke subschaal werd een gemiddelde score berekend. Daarnaast werd ook gekeken naar mentale gezondheidsvaardigheden als geheel door het gemiddelde te nemen van alle gemiddelde subschaal scores. Een aantal items zijn gehercodeerd, zodat een hogere score staat voor meer mentale gezondheidsvaardigheden.

Om een uitspraak te kunnen doen over de betrouwbaarheid van de KAMHS-NL is Cronbach's alpha berekend voor de subschalen. De interne consistentie van de subschaal

zelfstigma is ‘goed’ ( $\alpha = 0.811$ ). De interne consistentie van de subschaal stigma is ‘acceptabel’ ( $\alpha = 0.725$ ). Daarnaast is de interne consistentie van de subschaal mentaal gezondheidsbevorderend gedrag ‘twijfelachtig’ ( $\alpha = 0.642$ ). De subschalen vermijdend gedrag en kennis over psychische aandoeningen vertonen een ‘slechte’ en ‘onacceptabele’ interne consistentie ( $\alpha = 0.529$  en  $0.323$ ). Deze lage interne consistentie is ook waargenomen in het onderzoek van Simkiss et al. (2021) voor beide subschalen. De lage interne consistentie van de subschaal kennis over psychische aandoeningen kan verklaard worden doordat deze schaal geen "attitude" meet, maar een reeks vragen over mentale gezondheidsproblemen. Leerlingen kunnen zich bewust zijn van sommige aspecten van kennis over mentale gezondheid, maar van sommige ook niet. De betrouwbaarheid van de nieuwe schaal ‘mentale gezondheidsvaardigheden’ is ook berekend en als ‘acceptabel’ beoordeeld ( $\alpha = 0.782$ ).

**Hulp-zoekintenties.** De intenties om hulp te zoeken zijn ook gemeten aan de hand van de vertaalde en aangepaste Knowledge and Attitudes Mental Health Scales (KAMHS-NL). De KAMHS bevat ook een subschaal die rechtstreeks de hulp-zoekintenties meet, ‘hulpzoekend gedrag’ (7 items). Deze subschaal wordt op dezelfde manier ingevuld en gescoord als de andere subschalen van de KAMHS. Een hogere score op de subschaal hulpzoekend gedrag betekent een hogere hulp-zoekintentie. Bovendien is Cronbach’s alpha ook berekend voor de subschaal hulpzoekend gedrag. De interne consistentie van deze subschaal is ‘acceptabel’ ( $\alpha = 0.707$ ).

**Achtergrondkenmerken leerling.** Het geslacht en de etniciteit van de leerling zijn vastgesteld aan de hand van demografische vragen uit de vragenlijst. Hoewel “non-binair” ( $n=10$ ) als optie werd gegeven, wordt deze deelsteekproef omwille van de kleine omvang uitgesloten van de analyses. Voor de analyse van geslacht wordt daarom een binaire maat (jongen/meisje) gebruikt, waarbij ‘1’ staat voor jongen en ‘2’ voor meisje. De etniciteit van de leerling wordt bepaald op basis van het geboorteland van de leerling, de moeder/opvoedster en de vader/opvoeder. Wanneer zij alle drie in Nederland geboren zijn, heeft de leerling een Nederlandse achtergrond. In alle andere gevallen heeft de leerling een migratieachtergrond volgens dit onderzoek. Hierbij staat ‘1’ voor een Nederlandse achtergrond en ‘2’ voor een migratieachtergrond.

## Data-analyse

Alle gegevens zijn geïmporteerd in IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 26. Voordat de verkregen data kon worden gebruikt, is de data geselecteerd en bewerkt. Allereerst is beschrijvende statistiek gebruikt om inzicht te krijgen in de variabelen

en de verdeling van de steekproef. Deze beschrijvende statistieken zijn uitgevoerd voor de (subschalen van) mentale gezondheidsvaardigheden, hulp-zoekintenties en de achtergrondkenmerken geslacht en etniciteit. Deze statistieken bestaan uit frequenties, gemiddelden, standaarddeviaties en de minimale en maximale scores. Voor het beantwoorden van de eerste deelvraag is een correlatieanalyse uitgevoerd om te onderzoeken of er een samenhang is tussen de gemiddelde scores op (de subschalen van) mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties.

Ter beantwoording van deelvraag 2 en 3 zijn onafhankelijke *t*-toetsen uitgevoerd om de verschillen in mentale gezondheidsvaardigheden tussen beide groepen van geslacht en etniciteit te onderzoeken. Daarnaast zijn er ter beantwoording van deelvraag 4 en 5 ook onafhankelijke *t*-toetsen uitgevoerd om de verschillen in hulp-zoekintenties tussen beide groepen van geslacht en etniciteit te onderzoeken. Voorafgaand aan de uitvoering van de onafhankelijke *t*-toetsen, is de data gecontroleerd op de assumpties voor een *t*-toets. Hierbij moest worden voldaan aan onafhankelijkheid van de respondenten, een minimale steekproefgrootte van 30 participanten, een normaal verdeelde afhankelijke variabele en meting van de afhankelijke variabele op interval- of rationiveau. Dit onderzoek voldeed aan deze assumpties.

Ter beantwoording van de hoofdvraag is middels een meervoudige regressieanalyse de relatie tussen (de subschalen van) mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties bekeken. Daarnaast is, ook voor deelvraag 6, middels een moderatie-analyse bekeken of de variabelen ‘geslacht’ en ‘eticiteit’ de relatie tussen (de subschalen van) mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties modereren. Voor deze regressieanalyse zijn in SPSS voor de interactietermen nieuwe variabelen aangemaakt, die bestaan uit een interactie tussen ‘geslacht’ of ‘eticiteit’ en (de subschalen van) mentale gezondheidsvaardigheden. Om de effectgroottes van de meervoudige regressieanalyses te berekenen is Cohen’s  $f^2$  berekend (Selya et al., 2012).

Voorafgaand aan de interpretatie van de regressieanalyses, zijn de assumpties die van toepassing zijn op het uitvoeren van een regressieanalyse gecontroleerd. De eerste assumptie is dat de gegevens onafhankelijk moeten zijn. Dit is geprobeerd te waarborgen door de vragenlijsten individueel te laten invullen. Met behulp van een histogram is gecontroleerd of de residuen normaal verdeeld zijn. Daarnaast zijn scatterplots gebruikt om te onderzoeken of er sprake was van lineariteit. Bovendien moet er sprake zijn van homoscedasticiteit, wat is onderzocht aan de hand van een scatterplot om te kijken of er sprake was van constante variantie. Verder is de data gecontroleerd op uitschieters door het berekenen van de Cook’s

afstand. Deze waarde mag niet groter zijn dan 1 om aan de assumptie te voldoen (Agresti, 2018). De laatste assumptie is dat er geen multicollineariteit mag zijn. Deze assumptie is onderzocht door te kijken naar de Variance Inflation Factor (VIF). De VIF waarde mag niet groter zijn dan 4, dan correleren de variabelen te sterk (Agresti, 2018). Indien nodig zijn er aanpassingen gedaan na het controleren van deze assumpties.

## **Resultaten**

### **Beschrijvende statistiek**

Van de 527 leerlingen die aan de vragenlijst zijn begonnen, hebben 123 leerlingen grote delen van de vragenlijst niet ingevuld. Op basis van non-response zijn deze leerlingen verwijderd uit de dataset. Daarnaast is de deelsteekproef ‘non-binair’ (N=10) te verwaarlozen en deze leerlingen worden daarom van alle analyses uitgesloten. Hiermee bestaat de uiteindelijke bruikbare data voor dit onderzoek uit 394 online vragenlijsten en dus 394 leerlingen.

Tabel 1 geeft een overzicht van de beschrijvende statistiek van de variabelen mentale gezondheidsvaardigheden, hulp-zoekintenties, geslacht en etniciteit. De gemiddelde score van mentale gezondheidsvaardigheden als geheel is 2.37. De leerlingen scoren gemiddeld het laagst op de subschaal ‘(gebrek aan) zelfstigma’ ( $M= 2.17$ ). De subschaal ‘mentaal gezondheidsbevorderend gedrag’ heeft in vergelijking met de andere subschalen de hoogste gemiddelde score ( $M= 2.63$ ). Daarnaast is de gemiddelde score van ‘hulp-zoekintenties’ 2.40. Wat opvalt, is dat alle gemiddelde scores rond de 2 liggen. Een score van 2 werd gegeven wanneer de leerlingen de antwoordoptie “weet ik niet” invulden. Verder laat Tabel 1 zien dat 44,7% van de leerlingen zich identificeert als jongen en 55,3% als meisje. Wat betreft etniciteit heeft 62,5% een Nederlandse achtergrond en 37,5% een migratieachtergrond.

**Tabel 1***Beschrijvende Statistieken van de variabelen*

	Min.	Max.	M	SD
Mentale gezondheidsvaardigheden	1.65	3.37	2.37	0.29
Kennis over psychische aandoeningen	1.45	3.50	2.25	0.30
(Gebrek aan) stigma	1.33	4.00	2.55	0.58
(Gebrek aan) zelfstigma	0.00	4.00	2.17	0.72
Mentaal gezondheidsbevorderend gedrag	1.17	4.00	2.63	0.51
(Gebrek aan) vermijgend gedrag	0.25	4.00	2.34	0.64
Hulp-zoekintenties	0.00	4.00	2.40	0.65
Geslacht	Percentage			
Jongen	44.7%			
Meisje	55.3%			
Etniciteit	Percentage			
Nederlandse achtergrond	62,5%			
Migratieachtergrond	37,5%			

**Samenhang tussen mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties**

Tabel 2 geeft de correlaties weer van alle variabelen onderling. Deze correlaties zijn berekend met Pearson's  $r$ . Uit Tabel 2 blijkt dat de variabele 'mentale gezondheidsvaardigheden' met alle andere variabelen significante, sterke positieve correlaties laat zien ( $r > .50$ ). De samenhang met '(gebrek aan) zelfstigma' is het sterkst ( $r = .64$ ). Daarnaast laten '(gebrek aan) zelfstigma', 'mentaal gezondheidsbevorderend gedrag' en '(gebrek aan) vermijgend gedrag' significante, positieve correlaties zien met 'hulp-zoekintenties'. Een groter gebrek aan zelfstigma, meer mentaal gezondheidsbevorderend gedrag en een groter gebrek aan vermijgend gedrag hangt samen met een hogere hulp-zoekintentie. Ook hier is de samenhang met '(gebrek aan) zelfstigma' het sterkst ( $r = .63$ ). De overige significante correlaties tussen de subschalen onderling bestaan uit zwakke tot matige positieve correlaties ( $r < .50$ ).

**Tabel 2***Correlaties tussen mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties*

Variabele	1	2	3	4	5	6	7
1. Mentale gezondheidsvaardigheden	-						
2. Kennis over psychische aandoeningen	.59**	-					
3. (Gebrek aan) stigma	.53**	.40**	-				
4. (Gebrek aan) zelfstigma	.64**	.07	.03	-			
5. Mentaal gezondheidsbevorderend gedrag	.57**	.13**	.04	.33**	-		
6. (Gebrek aan) vermijndend gedrag	.58**	.10*	.03	.38**	.27**	-	
7. Hulp-zoekintenties	.54**	.06	.02	.63**	.42**	.45**	-

\*\* $p < .01$ \* $p < .05$ **Verskil in mentale gezondheidsvaardigheden tussen jongens en meisjes**

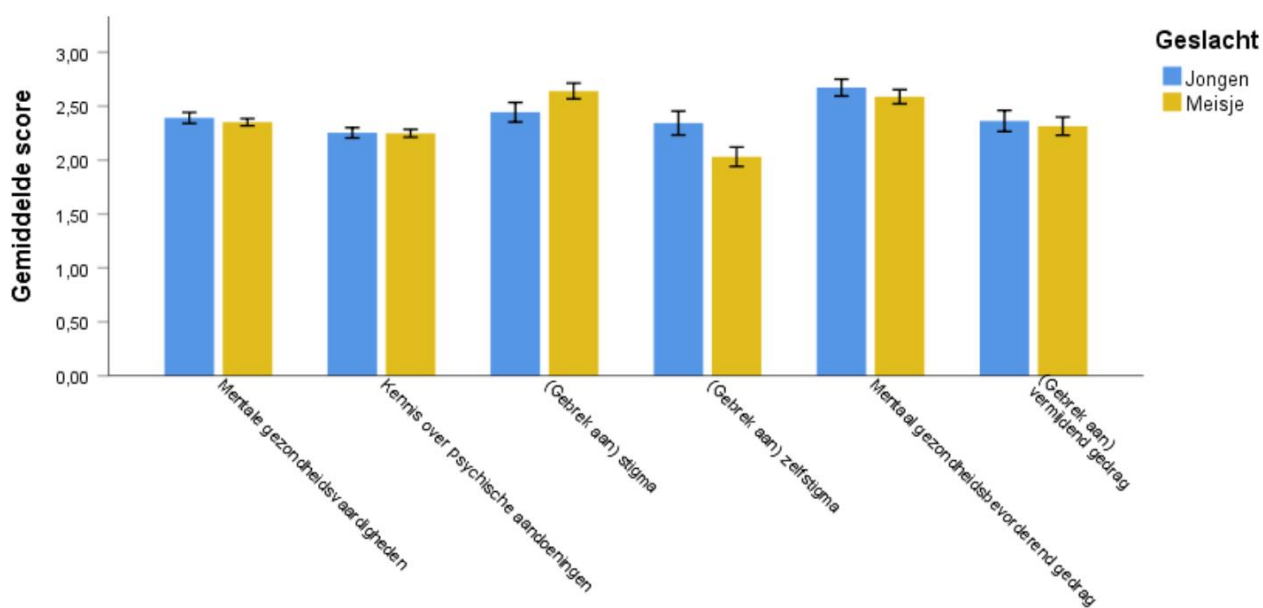
In Tabel 3 is een overzicht gegeven van de scores op (de subschalen van) mentale gezondheidsvaardigheden tussen jongens en meisjes. Met onafhankelijke  $t$ -toetsen zijn de verschillen in gemiddelde scores onderzocht. Meisjes scoren gemiddeld hoger ( $M = 2.64$ ;  $SD = 0.55$ ) op de subschaal '(gebrek aan) stigma' dan jongens ( $M = 2.44$ ;  $SD = 0.61$ ). Het verschil in de gemiddelde score voor meisjes en jongens is significant ( $t(392) = -3.36$ ;  $p = .001$ ). Wat betreft de subschaal '(gebrek aan) zelfstigma' verschillen jongens ( $M = 2.34$ ;  $SD = 0.74$ ) en meisjes ( $M = 2.03$ ;  $SD = 0.67$ ) onderling het meest. Dit wordt eveneens duidelijk in Figuur 2, waarin te zien is dat de gemiddelde score bij de jongens duidelijker hoger ligt dan bij de meisjes. Tabel 3 laat zien dat het verschil in de gemiddelde score op '(gebrek aan) zelfstigma' tussen jongens en meisjes significant is ( $t(392) = 4.39$ ;  $p < .001$ ). De gevonden significante verschillen zijn echter wel klein, aangezien de berekende effectgroottes, Cohen's  $d$ , laag zijn ( $d = 0.37$ ;  $d = 0.37$ ).

**Tabel 3***Mentale gezondheidsvaardigheden (jongens en meisjes)*

	Jongen		Meisje		<i>t</i> - waarde	df	Sig. (2- tailed)	Cohen's <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
Mentale gezondheidsvaardigheden	2.39	0.34	2.35	0.25	1.30	311.48	.196	-
Kennis over psychische aandoeningen	2.25	0.32	2.25	0.27	0.16	392	.876	-
(Gebrek aan) stigma	2.44	0.61	2.64	0.55	-3.36	392	<b>.001</b>	0.37
(Gebrek aan) zelfstigma	2.34	0.74	2.03	0.67	4.39	392	<b>&lt; .001</b>	0.37
Mentaal gezondheids- bevorderend gedrag	2.67	0.53	2.59	0.49	1.64	392	.101	-
(Gebrek aan) vermijndend gedrag	2.36	0.66	2.31	0.63	0.74	392	.462	-

**Figuur 2**

Vergelijking tussen jongens en meisjes in de gemiddelde scores op (de subschalen van) mentale gezondheidsvaardigheden





### Vershil in mentale gezondheidsvaardigheden tussen Nederlandse achtergrond en migratieachtergrond

In Tabel 4 is een overzicht gegeven van de scores op (de subschalen van) mentale gezondheidsvaardigheden tussen leerlingen met een Nederlandse achtergrond en leerlingen met een migratieachtergrond. Met onafhankelijke *t*-toetsen zijn de verschillen in gemiddelde scores onderzocht. Leerlingen met een Nederlandse achtergrond scoren gemiddeld hoger ( $M=2.28$ ;  $SD=0.31$ ) op de subschaal ‘kennis over psychische aandoeningen’ dan leerlingen met een migratieachtergrond ( $M=2.20$ ;  $SD=0.26$ ). Het verschil in de gemiddelde score is significant ( $t(374)=2.40$ ;  $p=.017$ ). Wat betreft de subschaal ‘(gebrek aan) stigma’ verschillen leerlingen met een Nederlandse achtergrond ( $M=2.62$ ;  $SD=0.58$ ) en migratieachtergrond ( $M=2.43$ ;  $SD=0.56$ ) onderling het meest. Figuur 3 geeft dit visueel weer. Tabel 4 toont aan dat het verschil in gemiddelde score significant is ( $t(374)=3.09$ ;  $p=.002$ ). De gevonden significante verschillen zijn echter wel klein, aangezien de berekende effectgroottes, Cohen’s *d*, laag zijn ( $d=0.28$ ;  $d=0.33$ ).

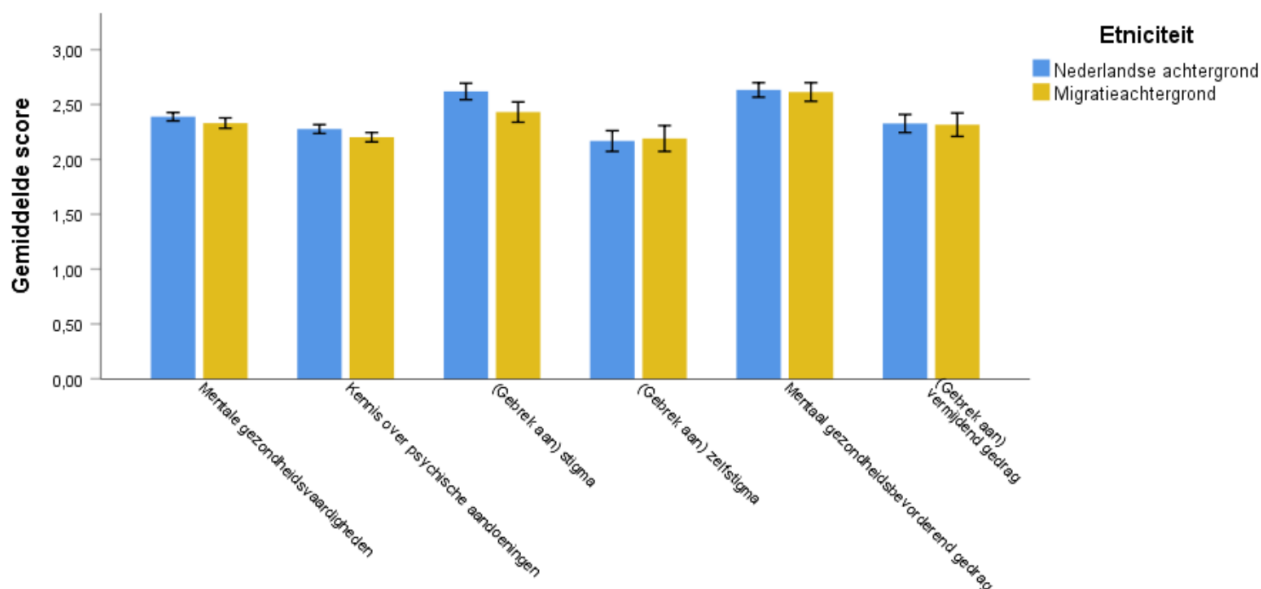
**Tabel 4**

*Mentale gezondheidsvaardigheden (Nederlandse achtergrond en migratieachtergrond)*

	Nederlandse achtergrond		Migratie-achtergrond		<i>t</i> -waarde	df	Sig. (2-tailed)	Cohen’s <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
Mentale gezondheidsvaardigheden	2.39	0.30	2.33	0.28	1.87	374	.062	-
Kennis over psychische aandoeningen	2.28	0.31	2.20	0.26	2.40	374	<b>.017</b>	0.28
(Gebrek aan) stigma	2.62	0.58	2.43	0.56	3.09	374	<b>.002</b>	0.33
(Gebrek aan) zelfstigma	2.17	0.74	2.19	0.71	-0.30	374	.762	-
Mentaal gezondheidsbevorderend gedrag	2.63	0.51	2.61	0.51	0.36	374	.721	-
(Gebrek aan) vermijgend gedrag	2.33	0.64	2.32	0.64	0.16	374	.870	-

### Figuur 3

Vergelijking tussen leerlingen met een Nederlandse achtergrond en migratieachtergrond in de gemiddelde scores op (de subschalen van) mentale gezondheidsvaardigheden

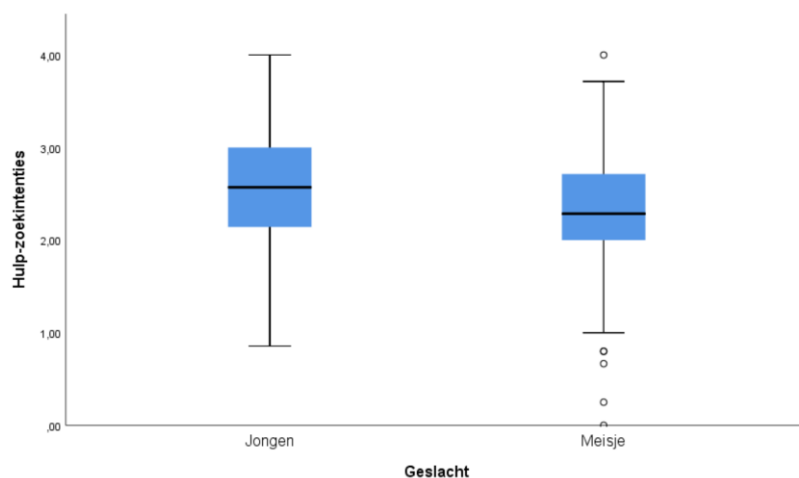


### Verskil in hulp-zoekintenties

Met onafhankelijke *t*-toetsen zijn de verschillen in hulp-zoekintenties tussen de beide groepen van geslacht en etniciteit onderzocht. De gemiddelde score van jongens op hulp-zoekintenties ( $M= 2.54$ ;  $SD= 0.65$ ) is groter dan die van meisjes ( $M= 2.29$ ;  $SD= 0.64$ ). In Figuur 4 is te zien dat de mediaan bij de jongens hoger ligt dan bij de meisjes. Dit verschil in de gemiddelde score op hulp-zoekintenties is significant ( $t(392)= 3.87$ ;  $p < .001$ ). Het verschil is echter klein, aangezien de berekende effectgrootte, Cohen's *d*, 0.34 is. Daarnaast hebben leerlingen met een migratieachtergrond ( $M= 2.41$ ;  $SD = 0.66$ ) een hogere gemiddelde score op hulp-zoekintenties dan leerlingen met een Nederlandse achtergrond ( $M= 2.39$ ;  $SD= 0.65$ ). De gemiddelde scores liggen echter dicht bij elkaar en het verschil is niet significant ( $t(374)= -0.26$ ;  $p= .793$ ). Dit is terug te zien in Figuur 5. De mediaan en het eerste en derde kwartiel liggen dicht bij elkaar.

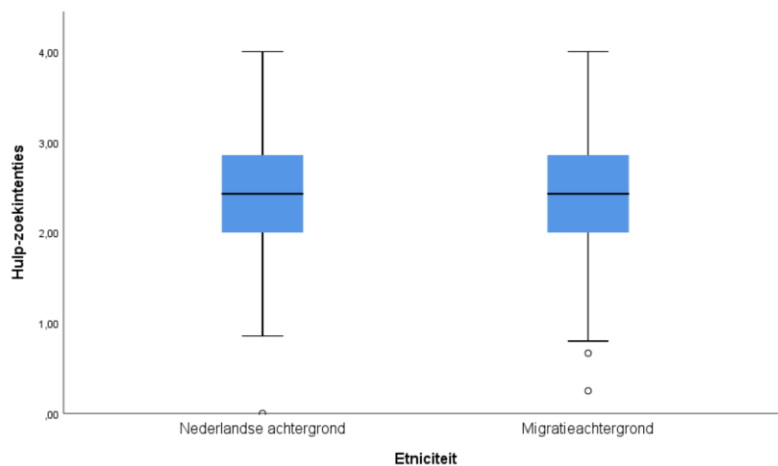
#### Figuur 4

*Vergelijking tussen jongens en meisjes in de score op hulp-zoekintenties*



#### Figuur 5

*Vergelijking tussen Nederlandse achtergrond en migratieachtergrond in de score op hulp-zoekintenties*



#### Assumpties Regressieanalyse

Voorafgaand aan het uitvoeren van de regressieanalyses zijn de assumpties gecontroleerd. De leerlingen lijken elkaar niet beïnvloed te hebben en daarmee wordt voldaan aan de assumptie van onafhankelijke gegevens. Daarnaast werd multicollineariteit vastgesteld bij de variabele 'mentale gezondheidsvaardigheden'. Aangezien het de somscore is van de andere variabelen, komt de VIF-waarde van deze variabele boven de 4 uit en is daarom verwijderd uit de regressiemodellen. In het regressiemodel van de moderatie-analyse bleken

de VIF-waardes voor alle nieuw aangemaakte interactietermen boven de 4 uit te komen. In het uiteindelijke regressiemodel van de moderatie-analyse zijn alle variabelen van de interactietermen gestandaardiseerd of gecentreerd, waardoor dit model geen multicollineariteit meer vertoont.

Na deze aanpassingen werden verdere assumpties gecontroleerd. De histogrammen van de gestandaardiseerde residuen bevestigen een normale verdeling van de data. Daarnaast laten de scatterplots van de gestandaardiseerde residuen afgezet tegen de gestandaardiseerde voorspellingen en de onafhankelijke variabelen afgezet de afhankelijke variabele, zien dat de assumpties van homoscedasticiteit en lineariteit op lijken te gaan. Tot slot werd op basis van de berekende Cook's vastgesteld dat er geen invloedrijke uitbijters waren.

### **Regressieanalyse**

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag zijn twee meervoudige regressieanalyses uitgevoerd. Het eerste regressiemodel toetst de (hoofd)relatie tussen de subschalen van mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties zonder de moderatoren geslacht en etniciteit (Tabel 5). Het tweede regressiemodel toetst of geslacht en etniciteit de relatie tussen de subschalen van mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties modereren (Tabel 6). Om deze moderatie-analyse uit te kunnen voeren zijn de moderatoren en interactietermen toegevoegd en zijn de scores gestandaardiseerd. Tabellen 7 en 8 geven de statistieken weer behorende bij de regressiemodellen. Beide regressiemodellen zijn statistisch significant ( $F(5.388) = 72.03, p < .001$  en  $F(17.376) = 22.35, p < .001$ ).

Tabel 5 laat zien dat de subschaal '(gebrek aan) zelfstigma' een significante voorspeller is van 'hulp-zoekintenties' ( $B = .44, t(393) = 11.79, p < .001, 95\% CI = [0.36; 0.51]$ ). Hoe groter het gebrek aan zelfstigma, hoe hoger de hulp-zoekintentie. Daarnaast is de subschaal 'mentaal gezondheidsbevorderend gedrag' ook een significante voorspeller van 'hulp-zoekintenties' ( $B = .27, t(393) = 5.30, p < .001, 95\% CI = [0.17; 0.37]$ ). Meer mentaal gezondheidsbevorderend gedrag gaat samen met een hogere hulp-zoekintentie. De derde significante voorspeller van 'hulp-zoekintenties' is de subschaal '(gebrek aan) vermijdend gedrag' ( $B = .22, t(393) = 5.33, p < .001, 95\% CI = [0.14; 0.30]$ ). Hoe groter het gebrek aan vermijdend gedrag, hoe hoger de hulp-zoekintentie. De subschalen 'kennis over psychische aandoeningen' en '(gebrek aan) stigma' zijn geen significante voorspellers van 'hulp-zoekintenties' (Tabel 5). Verder verklaren de variabelen in dit model voor 48% ( $R^2 = .48$ ) de hulp-zoekintenties. Er is een groot effect gevonden ( $f^2 = .92$ ).

Tabel 6 laat zien dat geslacht en etniciteit geen significante voorspellers zijn van hulp-

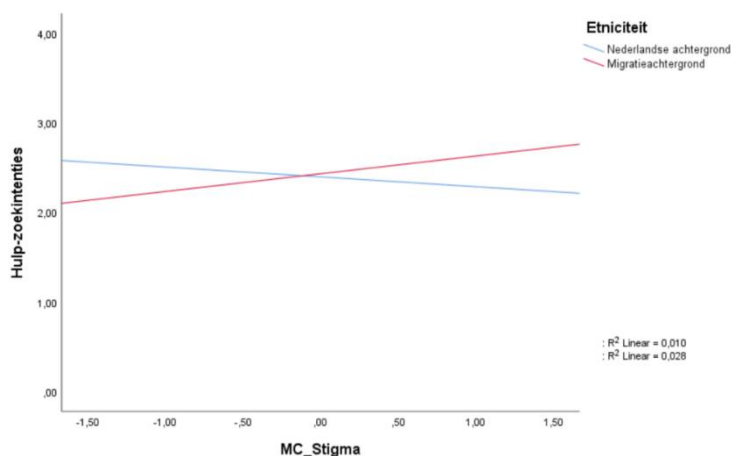
zoekintenties ( $B = -0.05$ ,  $t(393) = -1.87$ ,  $p = .062$ , 95% CI = [-0.10; 0.00] en  $B = 0.01$ ,  $t(393) = 0.41$ ,  $p = .679$ , 95% CI = [-0.04; 0.06]). Daarnaast toont Tabel 6 dat er geen significante samenhang is gevonden tussen de subschaal ‘(gebrek aan) stigma’ en ‘hulp-zoekintenties’ ( $p = .990$ ), maar wanneer etniciteit als moderator wordt toegevoegd er wel een significante (positieve) samenhang wordt gevonden tussen ‘(gebrek aan) stigma’ en ‘hulp-zoekintenties’ ( $B = 0.11$ ,  $t(393) = 2.33$ ,  $p = .020$ , 95% CI = [-0.02; 0.20]).

Figuur 6 laat zien dat de relatie tussen ‘(gebrek aan) stigma’ en ‘hulp-zoekintenties’ wordt gemodereerd door etniciteit. Voor leerlingen met een Nederlandse achtergrond is er een negatieve relatie gevonden tussen ‘(gebrek aan) stigma’ en ‘hulp-zoekintenties’. Leerlingen met een Nederlandse achtergrond die minder hoog scoren op ‘(gebrek aan) stigma’, hebben een hogere score op ‘hulp-zoekintenties’. Voor leerlingen met een migratieachtergrond is een positieve relatie gevonden tussen ‘(gebrek aan) stigma’ en ‘hulp-zoekintenties’. Leerlingen met een migratieachtergrond die minder hoog scoren op ‘(gebrek aan) stigma’, hebben een lagere score op ‘hulp-zoekintenties’. Het hebben van een Nederlandse achtergrond of een migratieachtergrond lijkt echter geen opvallend verschil te maken in de score op hulp-zoekintenties an sich.

Verder lijkt etniciteit geen significante moderator te zijn in andere relaties. Daarnaast zijn er geen aanwijzingen gevonden dat geslacht een significante moderator is (Tabel 6). De relatie tussen (de subschalen van) mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties is niet verschillend voor jongens en meisjes. De variabelen in dit model verklaren voor 51% ( $R^2 = .51$ ) de hulp-zoekintenties. Er is een groot effect gevonden ( $f^2 = 1.04$ ).

## Figuur 6

*Interactie tussen ‘(gebrek aan) stigma’ en ‘hulp-zoekintenties’ voor Nederlandse achtergrond en migratieachtergrond*



**Tabel 5***Regressiemodel mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties*

Hoofdeffect	Unstandardized Coefficients		<i>t</i>	Sig.	95.0% Confidence Interval	
	<i>B</i>	Std. Error			Lower bound	Upper bound
(Constant)	0.34	0.22	1.57	.117	-0.09	0.77
Kennis over psychische aandoeningen	-0.04	0.09	-0.48	.629	-0.22	0.13
(Gebrek aan) stigma	0.00	0.05	0.01	.991	-0.09	0.09
(Gebrek aan) zelfstigma	0.44	0.04	11.79	< .001	0.36	0.51
Mentaal gezondheidsbevorderend gedrag	0.27	0.05	5.30	< .001	0.17	0.37
(Gebrek aan) vermijdend gedrag	0.22	0.04	5.33	< .001	0.14	0.30

**Tabel 6***Regressiemodel mentale gezondheidsvaardigheden, moderatoren en hulp-zoekintenties*

Interactie-effecten	Unstandardized Coefficients		<i>t</i>	Sig.	95.0% Confidence Interval	
	<i>B</i>	Std. Error			Lower bound	Upper bound
(Constant)	2.40	0.03	92.54	<b>.000</b>	2.35	2.45
Kennis over psychische aandoeningen	-0.07	0.09	-0.73	.464	-0.25	0.12
(Gebrek aan) stigma	-0.10	0.05	0.01	.990	-0.10	0.10
(Gebrek aan) zelfstigma	0.39	0.04	9.80	<b>&lt; .001</b>	0.31	0.47
Mentaal gezondheidsbevorderend gedrag	0.29	0.05	5.39	<b>&lt; .001</b>	0.18	0.39
(Gebrek aan) vermijdend gedrag	0.22	0.04	5.09	<b>&lt; .001</b>	0.13	0.30
Geslacht	-0.05	0.03	-1.87	.062	-0.10	0.00
Kennis over psychische aandoeningen X Geslacht	-0.10	0.09	-1.07	.284	-0.28	0.08
(Gebrek aan) stigma X Geslacht	-0.04	0.05	-0.89	.374	-0.14	0.05
(Gebrek aan) zelfstigma X Geslacht	-0.03	0.04	-0.84	.403	-0.11	0.05
Mentaal gezondheidsbevorderend gedrag X Geslacht	0.03	0.05	0.63	.530	-0.07	0.14
(Gebrek aan) vermijdend gedrag X Geslacht	0.05	0.04	1.27	.204	-0.03	0.14
Etniciteit	0.01	0.03	0.41	.679	-0.04	0.06
Kennis over psychische aandoeningen X Etniciteit	-0.10	0.10	-1.01	.312	-0.29	0.09
(Gebrek aan) stigma X Etniciteit	0.11	0.05	2.33	<b>.020</b>	-0.02	0.20
(Gebrek aan) zelfstigma X Etniciteit	0.07	0.04	1.90	.058	0.00	0.15
Mentaal gezondheidsbevorderend gedrag X Etniciteit	-0.03	0.05	-0.62	.538	-0.13	0.07
(Gebrek aan) vermijdend gedrag X Etniciteit	-0.05	0.04	-1.13	.260	-0.13	0.04

## Conclusie

Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen (de subschalen van) mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties, en op de vraag of het geslacht en de etniciteit van de leerling significante moderatoren zijn in deze relatie. Dit onderzoek is één van de eerste onderzoeken die zich naast mentale gezondheidsvaardigheden als geheel ook focust op de losse dimensies van mentale gezondheidsvaardigheden. Hiermee is het onderzoek een aanvulling op bestaande literatuur en zorgt het mogelijk voor meer effectieve interventies om mentale gezondheidsvaardigheden te vergroten.

### Mentale gezondheidsvaardigheden

Om de verschillen in mentale gezondheidsvaardigheden tussen beide groepen van geslacht en etniciteit te onderzoeken, zijn er onafhankelijke *t*-toetsen uitgevoerd. De uitkomsten tonen aan dat er over het algemeen geen grote verschillen zijn tussen jongens en meisjes in mentale gezondheidsvaardigheden. Wel zijn er twee kleine significante verschillen gevonden. Meisjes lijken minder stigmatiserende attitudes ten opzichte van mensen met mentale problemen te vertonen dan jongens. Jongens zouden mensen met mentale problemen mogelijk meer vermijden en zich minder comfortabel bij deze mensen voelen. Daarentegen laten de resultaten zien dat meisjes meer zelfstigma hebben dan jongens. Wanneer meisjes een mentaal probleem zouden hebben, dan zouden zij zich eerder zwak en waardeloos voelen en zich hiervoor schamen. Dit betekent mogelijk dat meisjes stigma meer internaliseren. Ondanks dat zij zelf een minder stigmatiserende houding hebben, geloven zij eerder het stigma van anderen en beginnen het als een deel van hunzelf te zien. Ze passen de negatieve overtuigingen op zichzelf toe. Dit zou mogelijk kunnen leiden tot minder openbaarmaking en hulpzoekend gedrag (Corrigan, 2004).

Deze bevindingen zijn vergelijkbaar met een onderzoek naar de mentale gezondheidsvaardigheden van jongeren in Wales (Simkiss et al., 2021). In dit onderzoek werden ook alleen significante verschillen gevonden op de subschalen '(gebrek aan) stigma' en '(gebrek aan) zelfstigma'. Daarnaast is de bevinding dat meisjes een minder stigmatiserende houding vertonen dan jongens ook in lijn met het onderzoek van Mond en Arrighi (2011). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat mannen vaak specifieke boodschappen ontvangen die verband houden met traditionele mannelijke rolpatronen, zoals het onderdrukken van emoties, kracht tonen, zelfbeheersing hebben en geen hulp nodig hebben (Topkaya, 2014). Deze waarden kunnen een negatieve invloed hebben op de houding ten opzichte van het zoeken van psychologische hulp bij mannen. Dat er verder geen



significante verschillen worden gevonden op de andere subschalen, komt overeen met het onderzoek van Marcus en Westra (2012). In dit onderzoek worden er geen verschillen gevonden tussen jongens en meisjes in mentale gezondheidsvaardigheden.

Daarnaast tonen de resultaten van de *t*-toetsen aan dat er ook geen grote verschillen zijn gevonden in mentale gezondheidsvaardigheden tussen leerlingen met een Nederlandse achtergrond en leerlingen met een migratieachtergrond. Wel zijn er twee kleine significante verschillen gevonden. Leerlingen met een Nederlandse achtergrond lijken meer kennis te hebben van mentale problemen dan leerlingen met een migratieachtergrond. Leerlingen met een Nederlandse achtergrond kunnen oorzaken, symptomen en effectieve behandelingen van mentale problemen beter herkennen (Gorczynski et al., 2017). Daarnaast lijken leerlingen met een Nederlandse achtergrond minder stigmatiserende attitudes ten opzichte van mensen met mentale problemen te vertonen dan leerlingen met een migratieachtergrond. Leerlingen met een migratieachtergrond zouden mensen met mentale problemen mogelijk meer vermijden en zich minder comfortabel bij deze mensen voelen.

Het gevonden verschil op de subschaal ‘(gebrek aan) stigma’ wordt ondersteund door eerdere onderzoeken van Schraufnagel et al. (2006) en Wong et al. (2021). Deze onderzoeken tonen aan dat etnische minderheden meer negatieve overtuigingen hebben ten opzichte van mensen met mentale problemen. Wong et al. (2021) suggereren dat dit mogelijk te maken heeft met culturele opvattingen van etnische minderheden over mentale problemen, zoals het taboe op het benoemen van mentale problemen. Het verschil op de subschaal ‘kennis over psychische aandoeningen’ wordt echter niet teruggevonden in eerdere onderzoeken. Dit kan deels verklaard worden door de lage interne consistentie van deze subschaal in het huidige onderzoek. Dat er verder geen significante verschillen worden gevonden op de andere subschalen is in lijn met het onderzoek van Martin et al. (2007), waarin geen verschillen werden gevonden tussen verschillende etniciteiten wat betreft mentale gezondheidsvaardigheden.

### **Hulp-zoekintenties**

Om de verschillen in hulp-zoekintenties tussen beide groepen van geslacht en etniciteit te onderzoeken, zijn er onafhankelijke *t*-toetsen uitgevoerd. Uit de resultaten blijkt dat jongens en meisjes significant verschillen in hun gemiddelde scores op hulp-zoekintenties, maar leerlingen met een Nederlandse achtergrond en leerlingen met een migratieachtergrond niet. Jongens vertonen een hogere hulp-zoekintentie voor hun mentale problemen. Op basis van deze bevinding kan voorzichtig gesteld worden dat jongens eerder de beslissing nemen

om daadwerkelijk hulp te zoeken. Een intentie kan namelijk worden beschouwd als een directe voorspeller van gedrag (Sommer, 2011).

Deze bevindingen komen overeen met de uitkomsten van het onderzoek in Wales (Simkiss et al., 2021). In dit onderzoek wordt ook een significant verschil gevonden op hulpzoekintenties tussen jongens en meisjes. Daarentegen komen uit de onderzoeken van Chakawa (2017) en Smith en Shochet (2011) juist tegenovergestelde bevindingen naar voren. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat er in het huidige onderzoek meer is gekeken naar hulpzoekintenties in het algemeen, terwijl in het onderzoek van Smith en Shochet (2011) is gevraagd naar de hulpzoekintentie bij specifieke hulpbronnen, zoals een vriend of een dokter. Wellicht zijn hierdoor andere onderzoeksresultaten naar voren gekomen. Daarnaast wordt in het onderzoek van Chakawa (2017) gekeken naar andere etnische achtergronden dan in dit onderzoek.

Echter, weinig onderzoek is nog gedaan naar hulpzoekintenties. In eerdere onderzoeken gaat het vaak over de verschillen in het daadwerkelijk zoeken van hulp. Hierdoor kunnen de huidige bevindingen alleen met conclusies uit enkele (buitenlandse) onderzoeken vergeleken worden. Dit kan verklaren waarom de bevindingen niet altijd overeenkomen met eerder onderzoek. Tot slot wordt de relatie die in het onderzoek van Corrigan (2004) wordt genoemd, wel gevonden in dit huidige onderzoek. Corrigan (2004) stelt namelijk dat meer zelfstigma kan leiden tot minder hulpzoekend gedrag. In dit onderzoek scoren meisjes lager op de subschaal '(gebrek aan) zelfstigma en lager op hulpzoekintenties.

### **Mentale gezondheidsvaardigheden, hulpzoekintenties en geslacht en etniciteit als moderatoren**

Om de samenhang tussen (de subschalen van) mentale gezondheidsvaardigheden en hulpzoekintenties te bekijken, zijn correlaties berekend. De correlaties laten een significante positieve samenhang zien tussen (een aantal subschalen van) mentale gezondheidsvaardigheden en hulpzoekintenties. Uit de resultaten is gebleken dat meer mentale gezondheidsvaardigheden, een groter gebrek aan zelfstigma, meer mentaal gezondheidsbevorderend gedrag en een groter gebrek aan vermijgend gedrag samengaan met een hogere hulpzoekintentie. Dit betekent dat wanneer jongeren geen schaamte ervaren over hun mentale problemen en zichzelf niet als waardeloos beschouwen, de hulpzoekintentie hoger is. Daarnaast lijkt de hulpzoekintentie hoger te zijn bij jongeren die meer kennis hebben over gedrag dat goed is voor de mentale gezondheid, zoals voldoende slaap. Tot slot

blijkt dat wanneer iemand zijn/haar problemen niet negeert en vermijdt, diegene eerder hulp zou gaan zoeken.

De meervoudige regressieanalyses komen tot dezelfde subschalen als significante voorspellers van hulp-zoekintenties. Daarnaast zijn er geen duidelijke aanwijzingen gevonden dat geslacht en etniciteit significante moderatoren zijn. Het lijkt voor de relatie tussen (de subschalen van) mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties niet uit te maken wat het geslacht of de etniciteit van de jongere is. Echter, etniciteit bleek wel een significante moderator te zijn voor de relatie tussen ‘(gebrek aan) stigma’ en ‘hulp-zoekintenties’. Voor leerlingen met een migratieachtergrond betekent dit dat een groter gebrek aan stigma (minder stigmatiserende houding) samengaat met een hogere hulp-zoekintentie. Anders dan verwacht, geldt voor leerlingen met een Nederlandse achtergrond dat een groter gebrek aan stigma (minder stigmatiserende houding) samengaat met een lagere hulp-zoekintentie. De aanwezigheid van wel of geen migratieachtergrond lijkt echter geen opvallend verschil te maken in de uiteindelijke score op hulp-zoekintenties.

De gevonden resultaten wijken enigszins af van voorgaand onderzoek. De samenhang van ‘mentaal gezondheidsbevorderend gedrag’ en ‘(gebrek aan) vermijgend gedrag’ met hulp-zoekintenties wordt niet teruggevonden in eerder onderzoek. Dat er een verband is gevonden tussen ‘(gebrek aan) zelfstigma’ en ‘hulp-zoekintenties’, komt wel overeen met eerder onderzoek (Corrigan, 2004; Schnyder et al., 2017). In tegenstelling tot dit onderzoek, laat eerder onderzoek wel zien dat ‘kennis’ en ‘(gebrek aan) stigma’ samenhangen met hulp-zoekintenties (Corrigan, 2004; Goodfellow et al., 2022; Smith en Shochet, 2011). Een mogelijke verklaring voor deze verschillen kan liggen in de bredere en andere benadering van het concept ‘mentale gezondheidsvaardigheden’ (Campos et al., 2016). Eerdere onderzoeken kijken vaak alleen naar ‘kennis’ of ‘(zelf)stigma’, en lijken nog niet eerder te hebben gekeken naar de invloed van ‘mentaal gezondheidsbevorderend gedrag’ en ‘vermijnd gedrag’ als losstaande dimensies. ‘Mentaal gezondheidsbevorderend gedrag’ wordt vaak ondergebracht bij kennis of het valt onder mentale gezondheidsvaardigheden als geheel (Simkiss et al., 2021). Volgens Simkiss et al. (2021) vormt een slechte copingstrategie, zoals vermijnd gedrag, een logische belemmering voor hulpzoekgedrag. Dit verklaart mogelijk de gevonden relatie tussen ‘(gebrek aan) vermijnd gedrag’ en ‘hulp-zoekintenties’. Tot slot werd op basis van de literatuur de negatieve samenhang tussen ‘(gebrek aan) stigma’ en ‘hulp-zoekintenties’ voor leerlingen met een Nederlandse achtergrond niet verwacht. Hiervoor kan ook geen duidelijke verklaring gevonden worden.

## Discussie

### **Sterkten, beperkingen en aanbevelingen voor vervolgonderzoek**

Een sterk punt van dit onderzoek is de betrouwbaarheid van de schalen ‘mentale gezondheidsvaardigheden’, ‘hulp-zoekintenties’, ‘(gebrek aan) stigma’ en ‘(gebrek aan) zelfstigma’. De interne consistentie ligt voor alle vier de schalen boven .70. Volgens de richtlijnen van Viladrich et al. (2017) betreft dit een acceptabele tot goede betrouwbaarheid. Een ander sterkpunt is het grote aantal leerlingen dat deel heeft genomen aan het onderzoek. Dit heeft als gevolg dat de power van het onderzoek wordt verhoogd, wat betekent dat er een grotere kans is om een effect te vinden (Agresti, 2018). In dit onderzoek wordt dit ook teruggevonden bij de regressieanalyses, waarbij sterke significante effecten en hoge verklaarde varianties zijn gevonden.

Aan de andere kant zitten er ook een aantal beperkingen aan dit onderzoek. Ten eerste is de getrokken steekproef niet divers. Alle leerlingen komen van twee middelbare scholen in Utrecht en Flevoland. Dit maakt de steekproef niet representatief voor alle jongeren op het voorgezet onderwijs in Nederland, waardoor de resultaten mogelijk niet generaliseerbaar zijn naar heel Nederland. Om de externe validiteit te verhogen, wordt voor vervolgonderzoek aangeraden om een gevarieerde steekproef te nemen (Findley et al., 2021). Voor het verkrijgen van een representatieve landelijke spreiding van scholen en leerlingen, kan er een getrapte steekproef worden genomen.

Een tweede beperking ligt bij het gebruikte meetinstrument KAMHS. Ondanks dat de KAMHS, door een veelzijdig perspectief, het concept ‘mentale gezondheidsvaardigheden’ beter lijkt te meten dan eerdere meetinstrumenten, is er beperkt onderzoek gedaan naar dit meetinstrument (Simkiss et al., 2021). Overeenkomstig met dit huidige onderzoek hebben de makers van de KAMHS vergelijkbare waarden gevonden voor de interne consistentie van de schalen. De subschalen ‘kennis over psychische aandoeningen’ en ‘(gebrek aan) vermijdend gedrag’ hebben een slechte interne consistentie. De items van deze subschalen hangen onvoldoende samen en zijn mogelijk geen goede afspiegeling van de kennis en (gebrek aan) vermijdend gedrag van de leerlingen in de steekproef. Dit kan leiden tot vertekende conclusies over de onderzochte variabelen en hun relaties. Naast het gebrek aan onderzoek is een andere mogelijke verklaring voor de slechte interne consistentie dat de subschaal ‘kennis over psychische aandoeningen’ verschillende aspecten van kennis of begrip over mentale gezondheid omvat. Eerdere studies hebben ook alternatieve factoren benoemd die de betrouwbaarheid kunnen beïnvloeden, zoals de invloed van leerlingen tijdens het invullen van de vragenlijst, slechte motivatie en verveling (Borgers et al., 2000). Voor vervolgonderzoek

wordt aanbevolen om meer onderzoek te doen naar de items in de KAMHS, waardoor er mogelijk een hogere betrouwbaarheid kan worden bereikt.

Een andere beperking in het huidige onderzoek is dat de intentie om hulp te zoeken is gemeten, niet daadwerkelijk hulpzoekgedrag. Hoewel hulp-zoekintenties hulpzoekgedrag voorspelt (Bathje & Pryor, 2011), zou het kunnen dat intenties niet altijd tot daadwerkelijk gedrag leiden. Het is ook belangrijk om rekening te houden met factoren, zoals de beschikbaarheid van en toegang tot de gezondheidszorg, die ook van belang zijn voor daadwerkelijk hulpzoekgedrag (Goodfellow et al., 2022). Hierdoor is voorzichtigheid geboden bij het trekken van conclusies over causaliteit met betrekking tot hulpzoekgedrag. Bovendien heeft dit huidige onderzoek een cross-sectioneel design. Vanwege dit design is het niet mogelijk om causaliteit vast te stellen. Voor vervolgonderzoek wordt aangeraden om longitudinaal onderzoek uit te voeren om na te gaan of (de subschalen van) mentale gezondheidsvaardigheden samenhangen met later hulpzoekgedrag.

Tot slot heeft dit onderzoek geen rekening gehouden met eerdere ervaringen in de hulpverlening voor mentale problemen. Het is hierdoor niet mogelijk om na te gaan of jongeren die eerder hulp hebben gezocht andere antwoorden geven dan jongeren die geen ervaring hebben met hulpverlening (Goodfellow et al., 2022). Onderzoek suggereert dat eerdere ervaringen invloed kunnen hebben op de hulp-zoekintentie (Hom et al., 2015). Positieve ervaringen kunnen toekomstig hulpzoekgedrag bevorderen zonder dat de mentale gezondheidsvaardigheden hoog hoeven te zijn. Iemand die een negatieve of geen ervaring heeft gehad, kan meer terughoudend zijn in het zoeken van hulp zonder dat hun mentale gezondheidsvaardigheden laag hoeven te zijn. Dit kan leiden tot vertekende resultaten. Een vervolgonderzoek zou dit aspect mee kunnen nemen om te kijken of eerdere ervaring met hulpverlening een voorspeller is van hulp-zoekintenties.

### **Aanbevelingen praktijk**

Op basis van de bevindingen en met inachtneming van de genoemde beperkingen van dit onderzoek, kunnen een aantal aanbevelingen geformuleerd worden voor de praktijk. In dit onderzoek is gebleken dat de subschalen ‘(gebrek aan) zelfstigma’, ‘mentaal gezondheidsbevorderend gedrag’ en ‘(gebrek aan) vermijdend gedrag’ samenhangen met ‘hulp-zoekintenties’. Wanneer leerlingen hoger scoren op deze subschalen neemt de hulp-zoekintentie toe. In dit opzicht moeten interventies ontworpen en toegepast worden om het zelfstigma en vermijdend gedrag te verminderen en mentaal gezondheidsbevorderend gedrag te laten toenemen. Het is daarom waardevol voor professionals in de gezondheidszorg om in

hun uitleg of materialen (bijv. brochures) die bedoeld zijn om het publiek te informeren over psychologische behandelingen, de nadruk te leggen op de boodschap dat het hebben van een mentaal probleem niet beschouwd moet worden als een persoonlijke zwakte, een situatie waarvoor men zich zou moeten schamen of zou moeten vermijden (Topkaya, 2014).

Ondanks dat er geen samenhang is gevonden tussen ‘kennis over psychische aandoeningen’ en ‘hulp-zoekintenties’, wat verklaard kan worden door een lage interne consistentie, toont dit onderzoek aan dat een grote hoeveelheid leerlingen op de meeste items “weet ik niet” geantwoord hebben. Dit geeft mogelijk aan dat er in het algemeen een gebrek aan kennis is over mentale gezondheid en psychische aandoeningen, mentaal gezondheidsbevorderend gedrag en het zoeken van hulp bij jongeren. Een aanbeveling voor de praktijk zou daarom zijn om door middel van educatieve programma’s op scholen de kennis en vaardigheden van leerlingen en docenten op deze gebieden te vergroten.

Daarnaast bleken geslacht en etniciteit geen significante moderatoren zijn in de relatie tussen de subschalen van mentale gezondheidsvaardigheden en hulp-zoekintenties. Het is daarom niet noodzakelijk om hiermee rekening te houden tijdens interventieprogramma’s voor jongeren. Echter, etniciteit bleek wel een significante moderator te zijn in de relatie tussen ‘(gebrek aan) stigma’ en ‘hulp-zoekintenties’. Aangezien het toevoegen van de moderator voor een klein verschil zorgt in hulp-zoekintenties, moet dit verder onderzocht worden. Op die manier kan gekeken worden of deze uitkomst dan opnieuw gevonden wordt en of er rekening mee gehouden moet worden in interventies.

## Referenties

- Agresti, A. (2018). Model Building with Multiple Regression. In *Statistical Methods for the Social Sciences* (5de dr., pp. 431–469). Pearson Education.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhi & J. Beckmann (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Anglin, D. M., Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Racial differences in stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Psychiatric Services, 57*(6), 857–862.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.6.857>
- Bathje, G. J., & Pryor, J. B. (2011). The relationships of public and self-stigma to seeking mental health services. *Journal of Mental Health Counseling, 33*(2), 161–177.  
<https://doi.org/10.17744/mehc.33.2.g632039274160411>
- Beukema, L., Tullius, J. M., Korevaar, L., Hofstra, J., Reijneveld, S. A., & De Winter, A. F. (2022). Promoting Mental Health Help-Seeking Behaviors by Mental Health Literacy Interventions in Secondary Education? Needs and Perspectives of Adolescents and Educational Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(19), 11889. <https://doi.org/10.3390/ijerph191911889>
- Borgers, N., de Leeuw, E., & Hox, J. (2000). Children as Respondents in Survey Research: Cognitive Development and Response Quality 1. *Bulletin de Méthodologie Sociologique, 66*(1), 60–75. <https://doi.org/10.1177/075910630006600106>
- Campos, L., Dias, P., Palha, F., Duarte, A., & Veiga, E. (2016). Development and psychometric properties of a new questionnaire for assessing Mental Health Literacy in young people. *Universitas Psychologica, 15*(2), 61–72. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-2.dppq>
- Carvalho, D., Sequeira, C., Querido, A., Tomás, C., Morgado, T., Valentim, O., Moutinho, L., Gomes, J., & Laranjeira, C. (2022). Positive Mental Health Literacy: A Concept Analysis. *Frontiers in Psychology, 13*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.877611>
- Chakawa, A. (2017). *The impact of mental health literacy on treatment seeking intentions across specific disorders: Accounting for race/ethnicity* [PhD thesis, Auburn University].
- Cheng, H. L., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., & Rislin, J. L. (2018). Self-Stigma, Mental Health Literacy, and Attitudes Toward Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling & Development, 96*(1), 64–74. <https://doi.org/10.1002/jcad.12178>

- Cigularov, K., Chen, P. Y., Thurber, B. W., & Stallones, L. (2008). What Prevents Adolescents from Seeking Help After a Suicide Education Program? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *38*(1), 74–86. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.1.74>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2014). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, *45*(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/s0033291714000129>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, *59*(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.7.614>
- Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. F., & McGorry, P. D. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(9), 790–796. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2006.01885.x>
- Doherty, D. T., & Kartalova-O’Doherty, Y. (2010). Gender and self-reported mental health problems: Predictors of help seeking from a general practitioner. *British Journal of Health Psychology*, *15*(1), 213–228. <https://doi.org/10.1348/135910709x457423>
- Eisenberg, D., Golberstein, E., & Gollust, S. E. (2007). Help-Seeking and Access to Mental Health Care in a University Student Population. *Medical Care*, *45*(7), 594–601. <https://doi.org/10.1097/mlr.0b013e31803bb4c1>
- Findley, M. G., Kikuta, K., & Denly, M. (2021). External validity. *Annual Review of Political Science*, *24*, 365-393. <https://doi.org/10.1146/annurev-polisci-041719-102556>
- Fusar-Poli, P. (2019). Integrated Mental Health Services for the Developmental Period (0 to 25 Years): A Critical Review of the Evidence. *Frontiers in Psychiatry*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00355>
- Goodfellow, C., Macintyre, A., Knifton, L., & Sosu, E. (2022). Associations between dimensions of mental health literacy and adolescent help-seeking intentions. *Child and Adolescent Mental Health*. <https://doi.org/10.1111/camh.12608>
- Gorczyński, P., Sims-schouten, W., Hill, D. & Wilson, J. (2017). Examining mental health literacy, help seeking behaviours, and mental health outcomes in UK university students. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, *12*(2), 111-120. <http://dx.doi.org/10.1108/JMHTEP-05-2016-0027>



- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, *10*, 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Hadjimina, E., & Furnham, A. (2017). Influence of age and gender on mental health literacy of anxiety disorders. *Psychiatry Research*, *251*, 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.089>
- Hom, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2015). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, *40*, 28–39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.006>
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, *378*(9801), 1515–1525. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60827-1)
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-Of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, *62*(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kobau, R., DiIorio, C., Chapman, D., & Delvecchio, P. (2010). Attitudes About Mental Illness and its Treatment: Validation of a Generic Scale for Public Health Surveillance of Mental Illness Associated Stigma. *Community Mental Health Journal*, *46*(2), 164–176. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9191-x>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *61*(3), 154-158. [doi:10.1177/0706743715616609](https://doi.org/10.1177/0706743715616609)
- Liljequist, L., & Renk, K. (2007). The Relationships among Teachers' Perceptions of Student Behaviour, Teachers' Characteristics, and Ratings of Students' Emotional and Behavioural Problems. *Educational Psychology*, *27*(4), 557–571. <https://doi.org/10.1080/01443410601159944>
- Marcus, M., & Westra, H. (2012). Mental Health Literacy in Canadian Young Adults: Results of a National Survey. *Canadian Journal of Community Mental Health*, *31*(1), 1–15. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2012-0002>
- Martin, J. K., Pescosolido, B. A., Olafsdottir, S., & Mcleod, J. D. (2007). The Construction of Fear: Americans' Preferences for Social Distance from Children and Adolescents with

- Mental Health Problems. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(1), 50–67.  
<https://doi.org/10.1177/002214650704800104>
- Martínez-Hernández, A., DiGiacomo, S. M., Carceller-Maicas, N., Correa-Urquiza, M., & Martorell-Poveda, M. A. (2014). Non-professional-help-seeking among young people with depression: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 14(1).  
<https://doi.org/10.1186/1471-244x-14-124>
- Mond, J. M., & Arrighi, A. (2011). Gender differences in perceptions of the severity and prevalence of eating disorders. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(1), 41–49.  
<https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2010.00257.x>
- NJI. (2023, 13 juni). *Cijfers over welbevinden en mentale gezondheid*. Geraadpleegd op 14 juni 2023, van <https://www.nji.nl/cijfers/welbevinden>
- O'Connor, M., Casey, L. M., & Clough, B. A. (2014). Measuring mental health literacy – a review of scale-based measures. *Journal of Mental Health*, 23(4), 197–204.  
<https://doi.org/10.3109/09638237.2014.910646>
- Pearson, S., & Hyde, C. (2021). Influences on adolescent help-seeking for mental health problems. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 31(1), 110–121.  
<https://doi.org/10.1017/jgc.2020.28>
- Pheko, M. M., Chilisa, R., Balogun, S. K., & Kgathi, C. (2013). Predicting Intentions to Seek Psychological Help Among Botswana University Students. *SAGE Open*, 3(3), 1-11.  
<https://doi.org/10.1177/2158244013494655>
- Romeo, R. D. (2010). Adolescence: a central event in shaping stress reactivity. *Developmental Psychobiology*, 52(3), 244-253. <https://doi.org/10.1002/dev.20437>
- Salaheddin, K., & Mason, B. (2016). Identifying barriers to mental health help-seeking among young adults in the UK: A cross-sectional survey. *Br. J. Gen. Pract*, 66, 686–692.  
<https://doi.org/10.3399/bjgp16X687313>
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., & Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(4), 261–268.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189464>
- Schraufnagel, T. J., Wagner, A. W., Miranda, J., & Roy-Byrne, P. P. (2006). Treating minority patients with depression and anxiety: what does the evidence tell us? *General Hospital Psychiatry*, 28(1), 27–36.  
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.07.002>

- Selya, A. S., Rose, J. S., Dierker, L. C., Hedeker, D., & Mermelstein, R. J. (2012). A practical guide to calculating cohen's  $f^2$ , a measure of local effect size, from proc mixed. *Frontiers in Psychology*, 3. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00111>
- Sijp, A. V., Zijlstra, A. E., & De Boer, A. A. (2019). Zie mij: een literatuurstudie naar disclosure en het zoeken van hulp door leerlingen met internaliserende problemen in het primair en voortgezet onderwijs. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Simkiss, N.J., Gray, N.S., Dunne, C., & Snowden, R.J. (2021). Development and psychometric properties of the Knowledge and Attitudes to Mental Health Scales (KAMHS): A psychometric measure of mental health literacy in children and adolescents. *BMC Pediatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02964->
- Smith, C. L., & Shochet, I. M. (2011). The impact of mental health literacy on help-seeking intentions: Results of a pilot study with first year psychology students. *International Journal of Mental Health Promotion*, 13(2), 14-20. <https://doi.org/10.1080/14623730.2011.9715652>
- Sommer, L. (2011). The Theory Of Planned Behaviour And The Impact Of Past Behaviour. *International Business & Economics Research Journal (IBER)*, 10(1). <https://doi.org/10.19030/iber.v10i1.930>
- Sourander, A., Jensen, P., Davies, M., Niemelä, S., Elonheimo, H., Ristkari, T., Helenius, H., Sillanmäki, L., Piha, J., Kumpulainen, K., Tamminen, T., Moilanen, I., & Almqvist, F. (2007). Who Is at Greatest Risk of Adverse Long-Term Outcomes? The Finnish From a Boy to a Man Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(9), 1148–1161. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31809861e9>
- Suldo, S., Thalji, A., & Ferron, J. (2011). Longitudinal academic outcomes predicted by early adolescents' subjective well-being, psychopathology, and mental health status yielded from a dual factor model. *The Journal of Positive Psychology*, 6(1), 17–30. <https://doi.org/10.1080/17439760.2010.536774>
- Topkaya, N. (2014). Gender, self-stigma, and public stigma in predicting attitudes toward psychological help-seeking. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 14(2), 480–487. <https://doi.org/10.12738/estp.2014.2.1799>
- Triandis, H. C. (1980). Values, attitudes, and interpersonal behavior. *Nebraska Symposium on Motivation*, 27, 195–259.
- Vanheusden, K., Mulder, C. L., van der Ende, J., van Lenthe, F. J., Mackenbach, J. P., & Verhulst, F. C. (2008). Young adults face major barriers to seeking help from mental

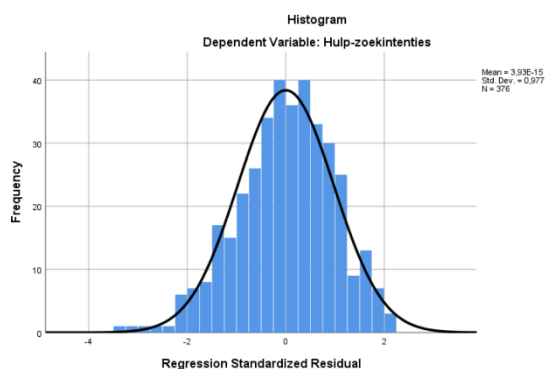
- health services. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 97–104.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.05.006>
- Velasco, A. A., Cruz, I.S.S., Billings, J., Jimenez, M., & Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*, 20, 293. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02659-0>
- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., & Doval, E. (2017). A journey around alpha and omega to estimate internal consistency reliability. *Anales de Psicología*, 33(3), 755–782.  
<https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>
- Wei, Y., Hayden, J. A., Kutcher, S., Zygmont, A., & McGrath, P. J. (2013). The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(2), 109–121.  
<https://doi.org/10.1111/eip.12010>
- Whaley, A. L. (1997). Ethnic and racial differences in perceptions of dangerousness of persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 48(10), 1328–1330. <https://doi.org/10.1176/ps.48.10.1328>
- Wong, E.C., Collins, R.L., McBain, R.K., Breslau, J., Burnam, M.A., Cefalu, M.S., & Roth E. (2021). Racial-Ethnic Differences in Mental Health Stigma and Changes Over the Course of a Statewide Campaign. *Psychiatric Services*, 72(5), 514-520.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900630>.
- World Health Organization (WHO). (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. Geneva: World Health Organization.

## Bijlagen

### Bijlage 1: Assumpties

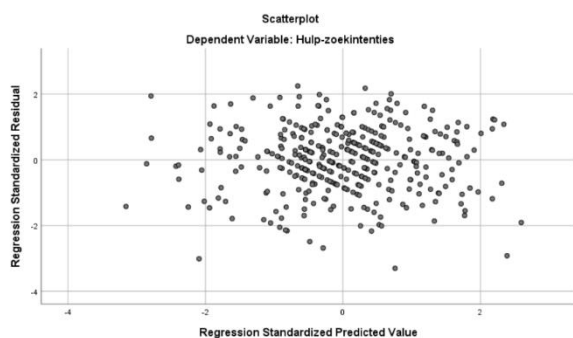
#### Figuur 1

*Normaal verdeling gestandaardiseerde residuen tegen de afhankelijke variabele 'hulp-zoekintenties'*



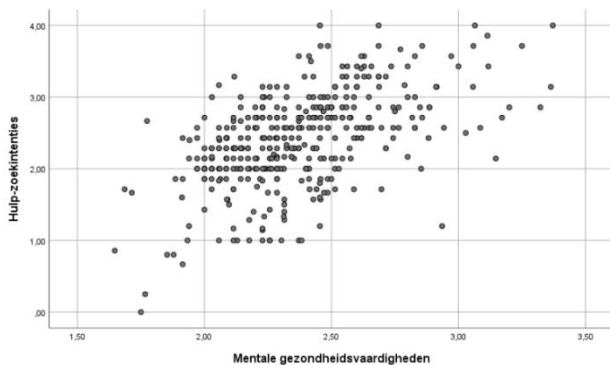
#### Figuur 2

*Gestandaardiseerde residuen afgezet tegen de afhankelijke variabele 'hulp-zoekintenties'*

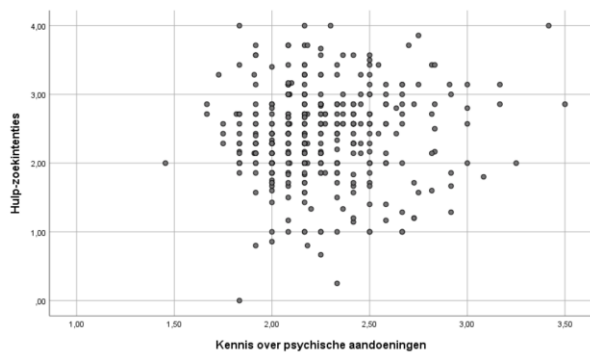


#### Figuur 3

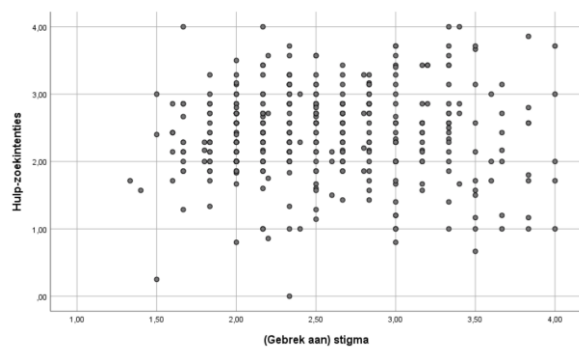
*Scatterplot 'mentale gezondheidsvaardigheden' tegenover 'hulp-zoekintenties'*



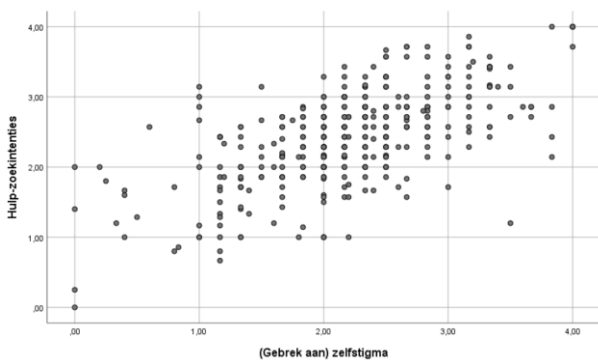
*Scatterplot 'kennis over psychische aandoeningen' tegenover 'hulp-zoekintenties'*



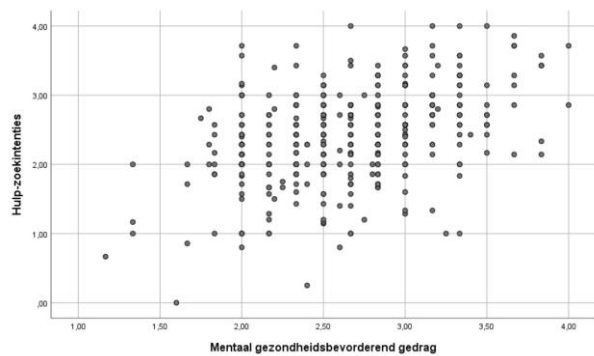
*Scatterplot '(gebrek aan) stigma' tegenover 'hulp-zoekintenties'*



*Scatterplot '(gebrek aan) zelfstigma' tegenover 'hulp-zoekintenties'*



*Scatterplot 'mentaal gezondheidsbevorderend gedrag' tegenover 'hulp-zoekintenties'*



*Scatterplot '(gebrek aan) vermijdend gedrag' tegenover 'hulp-zoekintensities'*

